

概要版

函館市国民健康保険

第3期 データヘルス計画（素案）
第4期 特定健康診査等実施計画（素案）

令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）

令和6年3月
函館市

1 基本的事項（第1章）

(1) 計画の背景・趣旨

高齢化社会の進展に伴い、働き盛り世代からの健康づくりの重要性が高まる中、平成25年（2013年）6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画としてデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等が市町村に求められています。

本市におきましても、国保被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を図ることを目的にデータヘルス計画を策定し、PDCAサイクルによる改善を図りながら保健事業を実施してきましたが、今回、第2期計画期間（平成30年度（2018年度）から令和5年度（2023年度）まで）が終了することから、計画の見直しを図り、第3期データヘルス計画を策定するものです。

(2) 計画の位置づけ

データヘルス計画の策定にあたっては、健康増進法に基づく「第3次函館市健康増進計画」の基本方針を踏まえるとともに、北海道医療費適正化計画、北海道国民健康保険運営方針など他計画との整合性を図っていきます。

(3) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

(4) 標準化の推進

データヘルス計画は、都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになることなどから、本市では、「北海道における国民健康保険データヘルス計画標準化に係る基本方針」を踏まえ、第3期データヘルス計画を策定し、運用することとしています。

2 第2期データヘルス計画等の評価(第2章)

(1) 第2期データヘルス計画の総合評価

対象者の特性に合わせた受診勧奨や効果的なインセンティブの付与、保健師の積極的介入による健診要医療判定者支援などにより、目標は概ね達成しましたが、被保険者の健康に対する意識の違いが特定健診や医療の受診行動に繋がらない要因となっています。

(2) 残された課題（第3期計画の継続課題）

特定健診の未受診者に対し、対象の特性に合わせた勧奨を行い、受診率は向上していますが、国の目標値には届いていません。このため、今後も未受診者が特定健診の必要性を理解し、受診行動をとることができるような取り組みを継続することが必要です。

また、生活習慣病の治療中断者の重症化予防については、受診勧奨通知の送付を開始したばかりであり、医療機関受診率が目標値に達していないが、引き続き、効果的な取り組みの継続が必要です。

(3) 第3期計画の重点課題と重点事業

特定健診の受診率は増加傾向にあるものの、未受診者対策は第3期計画においても重点事業として実施する必要があります。

また、脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全が死因の上位を占めており、これらの要因となる糖尿病等の基礎疾患の重症化予防は重要であることから、健診結果が要医療判定となった場合の早期受診、治療の継続、治療中の生活改善の取り組みは継続して実施する必要があります。

3 函館市の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出（第3章）

(1) 平均余命・平均自立期間

市民の平均余命および平均自立期間は男女ともに、いずれも国・道より短い状況にあります。

平均余命・平均自立期間

	男性			女性		
	平均余命（年）	平均自立期間（年）	差（年）	平均余命（年）	平均自立期間（年）	差（年）
函館市	79.2	77.8	1.4	86.6	83.4	3.2
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

(2) 死亡の状況

令和3年度（2021年度）の本市の死因のうち、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の約3割を占めていますが、保健事業により予防可能な疾患のうち、「心疾患」は第2位、「脳血管疾患」は第5位、「腎不全」は第6位で、いずれも死亡者数の多い死因の上位に位置しています。

(3) 国保被保険者の医療の状況

①総医療費および一人当たり医療費

本市の一人当たり医療費は年々増加しており、国・道より高い状況が続いています。

総医療費・一人当たりの医療費

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	対平成30年度比(%)
函館市・医療費総額（円）		21,706,810,640	21,780,123,280	21,371,395,060	21,284,755,530	20,945,806,200	-3.5
一人当たり医療費（円）	函館市	30,960	32,430	32,790	33,520	34,230	10.6
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	9.4
	道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	6.6

※一人当たり医療費は、月平均を算出 【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

②疾病別医療費の構成

・疾病分類（中分類）別 入院医療費

本市の入院医療費に占める割合が最も高い疾病は「その他の悪性新生物」ですが、保健事業により予防可能で入院医療費が高額な疾患については、「脳梗塞」「虚血性心疾患」「腎不全」が挙げられます。

・疾病分類（中分類）別 外来医療費

本市の外来医療費に占める割合が最も高い疾病は「糖尿病」ですが、重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が上位に入っています。

・医療費が高額な疾病の状況

1か月当たり30万円以上の高額レセプトがある疾病については、保健事業により予防可能な疾患である「腎不全」「脳梗塞」が上位に入っています。

(4) 特定健診・特定保健指導の状況

①特定健診受診率

本市の特定健診受診率は、道より高い状況にあります。

特定健診受診率（法定報告値）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と 令和4年度の差
函館市	31.5%	29.6%	29.4%	31.0%	32.7%	1.2
国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	0.2

【出典】厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成30年度から令和4年度まで

②健康状態不明者（健診なし医療なし）

本市の特定健診対象者のうち、特定健診未受診者かつ、生活習慣病のレセプトが出ていない、いわゆる健康状態不明者は、特定健診対象者の2割を超えています。

③有所見者の状況

・有所見者の割合

本市の特定健診受診者においては、「収縮期血圧」「中性脂肪」「HDL-C」「LDL-C」「尿酸」「eGFR」の有所見率が、国・道より高い状況にあります。

特定健診受診者における有所見者の割合

	BMI	腹囲	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性 脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清 クレアチニン	eGFR
函館市	29.5%	32.6%	47.8%	55.3%	20.7%	26.2%	4.2%	51.7%	14.8%	7.3%	1.2%	27.8%
国	26.9%	34.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
道	30.7%	34.5%	52.4%	50.0%	21.5%	21.0%	3.6%	50.6%	15.8%	6.6%	1.1%	20.8%

【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

④メタボリックシンドローム該当者数とメタボリックシンドローム予備群該当者数

本市の特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者およびメタボリックシンドローム予備群該当者の割合は、いずれも国・道より低い状況にあります。

⑤特定保健指導実施率

主にメタボリックシンドローム該当者が対象となる特定保健指導の本市の実施率は、道より低い状況にあります。

特定保健指導実施率（法定報告値）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度と 令和4年度の差
函館市	14.3%	13.7%	14.2%	11.3%	33.4%	19.1
国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	1.2

【出典】厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）

(5) 生活習慣病に関する健康課題の整理

本市の被保険者が、自身の健康状態を把握し、生活習慣の改善や疾病の段階が進まないように取り組むため、健康課題と評価指標を以下のとおり整理しました。

健康課題	目標
◀生活習慣病重症化予防 【課題】 #1)脳血管疾患/虚血性心疾患/腎不全による死亡や入院が多い #2)糖尿病に関連した慢性腎臓病（透析あり）が多い #3)特定健診受診者のうち、血圧/脂質/腎機能が受診勧奨の状態にある未治療者が多い #4)特定健診受診者のうち、既に治療中ではあるが、数値改善に至っていない人が多い	【中長期目標】 ○新規脳血管疾患患者数の抑制 ○新規虚血性心疾患患者数の抑制 ○新規人工透析患者数の抑制 ・脳血管疾患/虚血性心疾患/人工透析患者の新規患者数の抑制 【短期目標】 ○生活習慣病重症化のハイリスク者が減少する ・HbA1c7.0%以上の人の割合の減少 ・Ⅱ度高血圧以上の人の割合の減少 ・LDL180mg/dl以上の人の割合の減少
◀生活習慣病発症予防 #5)eGFR有所見者が多い #6)メタボリックシンドローム該当者/予備群該当者が多い #7)肥満に該当する人が多い #事業課題) 特定保健指導実施率が低い	【短期目標】 ○自身の健康状態を把握し、生活習慣を改善する人が増える ・メボリックシンドローム該当者の割合の減少 ・メボリックシンドローム予備群該当者の割合の減少 ・生活習慣を改善するつもりはないと回答する人の割合の減少 ・週3回以上朝食を抜くと回答する人の割合の減少 ・1日1時間以上の身体活動がないと回答する人の割合の減少 ・1日3合以上飲酒すると回答する人の割合の減少 【事業アウトカム】 ○特定保健指導実施率の向上
◀生活習慣病予備群の早期発見 #8)健康状態不明者が特定健診対象者の2割を超える #事業課題) 特定健診受診率が低い	【短期目標】 ○自身の健康状態を把握し、生活習慣を改善する人が増える（再掲） ・健康状態不明者の割合の減少（健診なし医療なし） 【事業アウトカム】 ○特定健康診査受診率の向上
◀健康づくり #9)生活習慣改善意欲がない人が多い #10)運動不足の人が多い #11)過度な飲酒をする人が多い	※国保のデータ分析から課題は抽出されたが、取り組みや目標については「第3次函館市健康増進計画」で記載
◀医療費適正化 #12)総医療費に占める入院医療費の割合が高い #13)医療費適正化に資する取り組みが必要（例）ジェネリック医薬品の使用など	【最上位目標】 ・総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費割合の抑制 ・総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費割合の抑制 ・総医療費に占める慢性腎臓病（透析あり）の医療費割合の抑制 【事業アウトカム】 ・ジェネリック医薬品の使用割合向上

4 データヘルス計画の目的・目標および保健事業計画（第4～6章）

第3期データヘルス計画の目的とその達成に資する短期目標および中・長期目標は次のとおりです。

目的～健康課題を解決することで達成したい姿～					
○心臓病や腎臓病などを予防し、いつまでも自分らしく元気な生活を維持する。					
○医療や薬を上手に利用して自らの体調を管理し、病気の予防に努めることで、一人ひとりの医療費の抑制につなげる。					

共通指標	最上位目標	評価指標	※-ライン(R4)	目標値	目標基準
○	健康寿命の延伸	平均自立期間	男77.8年 女83.4年	男77.8年以上 女83.4年以上	延伸
○	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費割合の抑制	総医療費に占める 脳血管疾患/虚血性心疾患の 入院医療費割合	8.3%	8.3%以下	抑制
○	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費割合の抑制		5.9%	5.9%以下	抑制
○	総医療費に占める慢性腎臓病(透析あり)医療費割合の抑制		3.5%	3.5%以下	抑制
共通指標	中・長期目標	評価指標	※-ライン(R4)	目標値	目標基準
○	新規脳血管疾患患者数の抑制	脳血管疾患/虚血性心疾患/ 人工透析患者の新規患者数	1,135人	1,135人以下	抑制
○	新規虚血性心疾患患者数の抑制		1,221人	1,221人以下	抑制
○	新規人工透析患者数の抑制		18人	18人以下	抑制
共通指標	短期目標	評価指標	※-ライン(R4)	目標値	目標基準
○	生活習慣病重症化のハイリスク者が減少する	HbA1c7.0%以上の人の割合	4.8%	4.8%未満	減少
○		Ⅱ度高血圧以上の人の割合	6.0%	6.0%未満	減少
○		LDL180mg/dl以上の人の割合	4.4%	4.4%未満	減少
○	自身の健康状態を把握し、生活習慣を改善する人が 増える	健康状態不明者の割合	21.2%	21.2%未満	減少
○		メタボリックシンドローム 該当者の割合	19.7%	19.7%未満	減少
○		メタボリックシンドローム 予備群該当者の割合	10.5%	10.5%未満	減少
		生活習慣を改善するつもり はないと回答する人の割合	33.6%	33.6%未満	減少
		週3回以上朝食を抜くと回答 する人の割合	12.6%	12.6%未満	減少
		1日1時間以上の身体活動が ないと回答する人の割合	49.9%	49.9%未満	減少
○		1日3合以上飲酒すると回答 する人の割合	3.4%	3.4%未満	減少
共通指標	各目標の達成に資する保健事業実施の目標	評価指標	※-ライン(R4)	目標値	目標基準
○	特定健康診査の受診率向上	特定健康診査受診率	32.7%	38.0%	増加
○	特定保健指導の実施率向上	特定保健指導実施率	33.4%	36.0%	増加
	ジェネリック医薬品の使用割合向上	ジェネリック医薬品使用割合	83.6%	84.0%以上	維持・増加

※共通指標:データヘルス計画の標準化の要として、北海道により設定することが望ましいとされた指標。これらの指標を道内の保険者が設定することにより、他保険者との客観的な比較が可能になり、道内での自保険者の位置付けを確認することができる。期待されている。

○個別保健事業計画・評価指標の整理

第3期データヘルス計画の個別保健事業計画と事業の評価指標は次のとおりです。

事業名・担当部署	事業概要・目的	アウトプット指標 (実施量)	アウトカム指標 (成果)	関連する 短期目標
○事業名 健診要医療判定者受診勧奨 事業 ○担当部署 保健福祉部健康増進課	特定健診によって抽出した 対象者へ医療機関への受診 を促すことにより、脳卒中、 虚血性心疾患、慢性腎臓病 の発症を予防する。	【項目名】 受診勧奨実施率 【目標値】 令和11年度 100.0%	【項目名】 健診後未治療者の割合 【目標値】 令和11年度 30.0%	○生活習慣病重症化のハイ リスク者が減少する ・HbA1c7.0%以上の人の 割合の減少 ・Ⅱ度高血圧以上の人の 割合の減少 ・LDL180mg/dl以上の人の 割合の減少
○事業名 治療中断者重症化予防事業 ○担当部署 市民部国保年金課	治療中断者が治療を再開 することにより、糖尿病等の 生活習慣病の重症化を予防 する。	【項目名】 受診勧奨通知率 【目標値】 令和11年度 100.0%	【項目名】 医療機関受診率 【目標値】 令和11年度 9.0%	
○事業名 糖尿病性腎症重症化予防事業 ○担当部署 市民部国保年金課	糖尿病や糖尿病性腎症で通 院する患者を対象に保健指 導等を行うことにより、人 工透析への移行などの重症 化を予防する。	【項目名】 指導完了率 【目標値】 令和11年度 90.0%	【項目名】 指導完了者に占める 生活改善者の割合 【目標値】 令和11年度 100.0%	
○事業名 特定保健指導事業 ○担当部署 保健福祉部健康増進課	特定健診によって抽出した 対象者（内臓脂肪蓄積の程 度とリスク要因の数に着目 して選定）に対して生活習 慣を改善するよう促し、生 活習慣病の発症および重症 化を予防する。	【項目名】 利用勧奨通知率 【目標値】 令和11年度 100.0%	【項目名】 特定保健指導実施率 【目標値】 令和11年度 36.0%	○自身の健康状態を把握 し、生活習慣を改善す る人が増える ・メタリックサインボード該当者/ 予備群該当者の割合の 減少 ・生活習慣を改善するつ もりはないと回答する 人の割合の減少 ・週3回以上朝食を抜く と回答する人の割合の 減少 ・1日1時間以上の身体活 動がないと回答する人 の割合の減少 ・1日3合以上飲酒すると 回答する人の割合の減少 【事業アウトカム】 ○特定保健指導実施率の向上
○事業名 特定健康診査 未受診者対策事業 ○担当部署 市民部国保年金課	被保険者が生活習慣病の予 防等に関する健康意識の向 上や健康の保持増進のため、 未受診者に対する受診勧奨 はがきの送付、電話勧奨を 通して自身の健康状態を知 る機会となる特定健診の受 診者を増やす。	【項目名】 受診勧奨通知率 【目標値】 令和11年度 100.0%	【項目名】 特定健診受診率 【目標値】 令和11年度 38.0%	○自身の健康状態を把握 し、生活習慣を改善する 人が増える ・健康状態不明者の割合の 減少（健診なし医療なし） 【事業アウトカム】 ○特定健康診査受診率の向上
○事業名 ジェネリック医薬品 普及促進事業 ○担当部署 市民部国保年金課	被保険者の医療費や国保制 度に対する認識を深めると ともに、ジェネリック医薬 品の使用割合を向上させる ことにより、医療の質を落 とさず患者負担の軽減と医 療費の適正化を図る。	【項目名】 差額通知実施率 (通知対象者に対する発 送件数の割合) 【目標値】 令和11年度 100.0%	【項目名】 ジェネリック医薬品 使用割合 【目標値】 令和11年度 84.0% 以上	【事業アウトカム】 ○ジェネリック医薬品の 使用割合向上

5 計画の評価・見直しおよび市民への公表・周知（第7～9章）

(1) 計画の評価・見直し

①個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は、年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した各個別保健事業の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

また、目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったかなどを確認のうえ、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させることとします。

②データヘルス計画全体の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画期間の中間時点（令和8年度末）に、進捗確認および中間評価を実施し、計画の最終年度においては、次期計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行い、次期計画に反映します。

また、データヘルス計画は、中・長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標により評価を行います。評価に当たっては、本市の個別保健事業の評価を北海道国民健康保険団体連合会や北海道後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ、他の保険者等との連携を図ります。

(2) 計画の公表・周知

本計画を市のホームページで公表するほか、効果的な周知に努めます。

6 第4期 特定健康診査等実施計画（第10章）

(1) 計画の背景・趣旨

平成20年度（2008年度）から、市町村は高齢者の医療の確保に関する法律に基づいた特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられ、保険者の規模、被保険者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮した実施率目標や実施方法を定め、特定健康診査、特定保健指導を効果的・効率的に実施することが求められております。

第4期特定健康診査等実施計画については、第3期計画期間（平成30年度（2018年度）から令和5年度（2023年度）まで）が終了することから、本市の現状を考慮した事業を、成果（アウトカム）に着目して効果的・効率的に実施するため、第3期データヘルス計画と一体的に策定するものです。

(2) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

(3) 国の示す目標

第4期計画における国が設定した目標値

	全国（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導実施率	45%以上	60%以上
メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上	

※第3期計画から変更なし

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

(4) 本市の目標

特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	34.2%	35.0%	35.8%	36.6%	37.4%	38.0%
特定保健指導実施率	34.1%	34.5%	34.9%	35.3%	35.6%	36.0%

※（参考）市町村国保の基準は60%

(5) 特定健診・特定保健指導の実施方法

①特定健診

対象者	当該年度に40歳から74歳となる本市国保の被保険者（厚生労働省が定めた「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）に基づき、妊産婦、長期入院者、養護老人ホーム等に入所している方を除く）
実施期間	毎年度6月から翌年3月まで
実施場所	集団健診：函館市医師会健診検査センターおよび町会館等での巡回健診 個別健診：市内指定医療機関
実施項目	実施基準で定められた項目に従い、特定健診受診者全員の「基本的な健診項目」を実施するほか、被保険者の健康づくりに役立てるため、貧血検査、腎機能検査、肝機能検査（アルブミン）、膵機能検査、尿検査（尿潜血）項目を追加で実施する。また、当該年度の特定健診の結果で医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施する。
実施体制	特定健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、特定健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（実施基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者）を満たす健診機関を選定する。

②特定保健指導

対象者	健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者および動機付け支援対象者に分けて実施する。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた人については、すでに主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とする。
実施期間	通年
実施内容	初回面接では、積極的支援および動機付け支援とともに、保健師の指導のもと、特定保健指導対象者は生活習慣改善のための行動計画を設定する。 （積極的支援） 原則年1回の初回面接後、3か月以上、電話や訪問で継続支援を実施し、初回面接から3か月後以上経過した後、体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行い、体重2kgおよび腹囲2cmの減少を達成した者については、その時点で支援を終了する。 （動機付け支援） 原則年1回の初回面接後、3か月以上経過した後、体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。ただし、特定保健指導対象者の状況に応じ、6か月間経過後に評価を行う場合もある。
実施体制	特定保健指導の委託に際しては、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定する。また、利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の質を確保するなど、適正な事業実施に努める。