



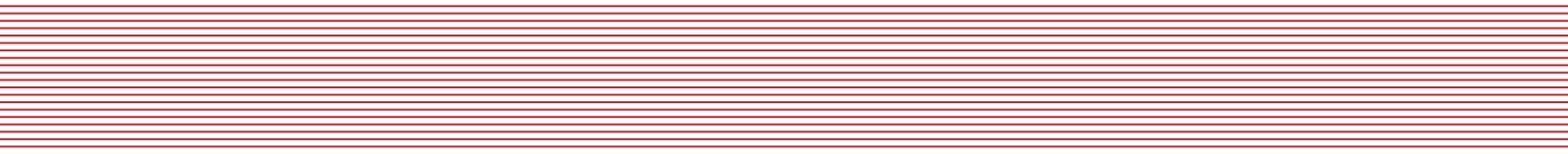
板橋区国民健康保険保健事業プラン 2029

第三期保健事業の実施計画（データヘルス計画）

第四期特定健康診査等実施計画



板橋区



第1章



基本的事項

- 1 計画策定の背景と趣旨
- 2 計画の位置づけ
- 3 計画期間
- 4 実施体制・関係者連携
- 5 基本情報
- 6 現状の整理

1 基本的事項

「板橋区国民健康保険保健事業プラン 2029」は、保険者である板橋区が保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施するための保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」）、並びに保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導に関する目標値と具体的な実施方法等を定めた特定健康診査等実施計画を一体的に策定したものです。

今後、板橋区が国民健康保険（以下「国保」）保健事業分野における取組を進めていくうえでの基本的な考え方や、計画策定の背景や位置づけ、計画期間等を示します。

計画策定の背景と趣旨

平成 30（2018）年度から都道府県が国保の財政運営の責任主体として共同保険者となりました。また、「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針 2020）」において、より効果的かつ効率的に保健事業を実施するために、各保険者が策定する「データヘルス計画」の標準化を推進することになりました。

計画の位置づけ

「板橋区国民健康保険保健事業プラン 2029」は「国民健康保険法」及び「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく計画です。

「いたばし健康プラン」や東京都の計画との整合や連携が保たれるよう策定しています。

計画期間

令和 6（2024）年度から令和 11（2029）年度までの 6 年間の計画期間として、「第三期データヘルス計画」と「第四期特定健康診査等実施計画」を一体的に定めます。

実施体制・関係者連携

国保年金課が主体となり、関係部課長で構成する「板橋区国民健康保険保健事業プラン策定検討会」において計画の策定、評価、見直しを行っていきます。また、地域の関係機関と連携して進めていきます。

基本情報

板橋区の人口に占める被保険者数、年齢構成の割合を示しています。

現状の整理

「第二期データヘルス計画」での保健事業に係る 4 つの対策を振り返っています。

1 計画策定の背景と趣旨

平成 25 (2013) 年の「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康の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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

また、平成 26 (2014) 年、国民健康保険法第 82 条の規定に基づき、厚生労働大臣から「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（以下「国の指針」）が示され、区市町村国保は、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで保健事業の実施・評価・改善等を行うことが望ましいとされました。

板橋区では、その実施状況の評価を目的とした「第二期データヘルス計画」と特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法等を定める「第三期特定健康診査等実施計画」を一体的にまとめた「板橋区国民健康保険保健事業プラン 2023」（以下「前計画」）を平成 29 (2017) 年度に策定し、令和 3 (2021) 年度には、前計画の目標の達成状況及び実施状況について中間評価の公表を行っています。

一方、国民健康保険制度改革により、国保の財政運営の責任主体として、平成 30 (2018) 年度からは従来の区市町村に加え、都道府県も共同保険者となりました。また、令和 2 (2020) 年から拡大した新型コロナウイルス感染症は社会経済や日常生活、健康意識にも大きな影響を与えました。そして、「新たな日常」の構築が提言される中で閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針 2020）」において、各保険者が策定するデータヘルス計画の標準化が推進されることになりました。

これを受け、板橋区でも東京大学が開発した「標準化ツール」*を活用することとし、前計画の計画期間が令和 5 (2023) 年度に満了することに伴う、次期計画として「板橋区国民健康保険保健事業プラン 2029」を策定します。

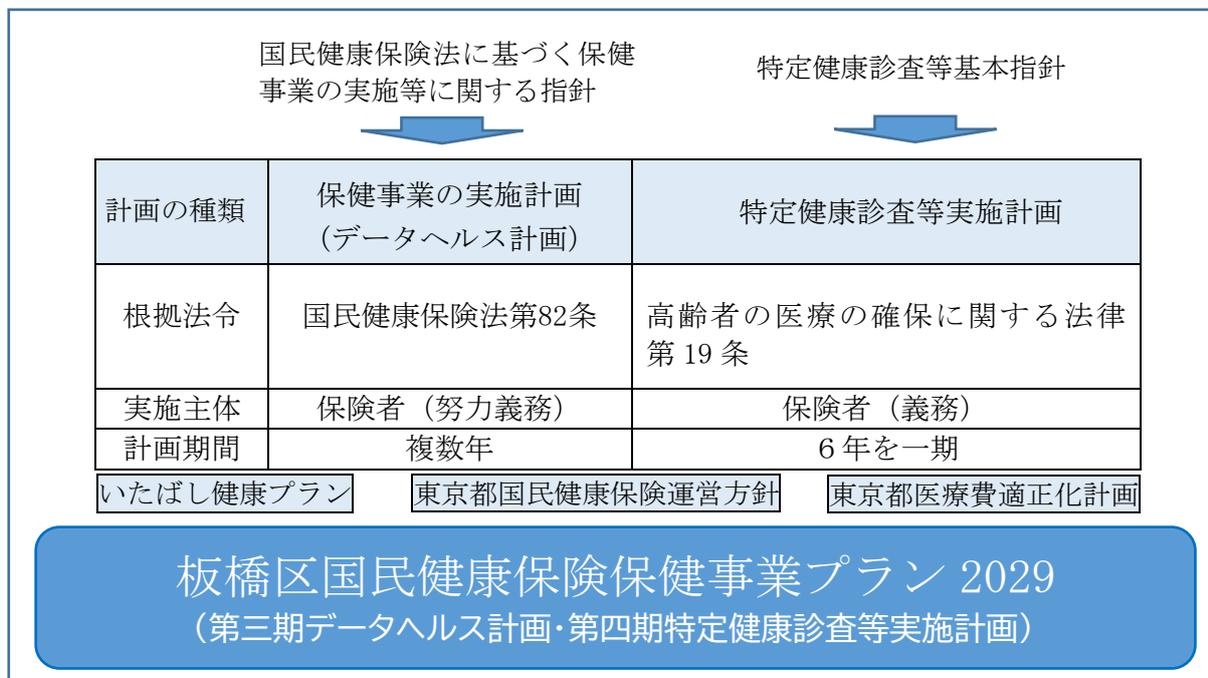
※「標準化ツール」とは

令和 2 (2020) 年に、各保険者の健康課題をより効果的かつ効率的に解決していくため、評価指標等の設定を都道府県レベルで標準化する方針が国から示されました。これを受け、東京都が第二期データヘルス計画を整理し、計画支援事業（東京大学が開発した「標準化ツール」に各区市町村の第二期データヘルス計画を取り込み、個別の助言を実施）を行った結果、都内区市町村に共通する課題を把握することができました。

「標準化ツール」は、計画書の共通フォーマットをはじめ、健康課題を効果的に解決することができる設計となっており、これを東京都が採用したため、板橋区も第三期データヘルス計画から活用していくこととしました。

2 計画の位置づけ

「データヘルス計画」は、保険者としての区市町村が、国民健康保険法に基づく「国の指針」に従って策定する計画です。また、「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21【第三次】）」に示された、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえるとともに、区が定める「いたばし健康プラン」等の他の計画とも整合を図っていきます。



データヘルス計画	第1章 基本的事項 ①背景と目的 ②計画の位置づけ ③計画期間 ④実施体制・関係者連携 ⑤基本情報 ⑥現状の整理
	第2章 健康・医療情報等の分析と課題 ①平均寿命等 ②医療費の分析 ③特定健康診査・特定保健指導の分析 ④介護費の分析 ⑤その他
	第3章 計画全体 ①健康課題 ②計画全体の目的・目標/評価指標/現状値/目標値 ③保健事業一覧
	第4章 個別事業計画 ①特定健康診査 ②特定保健指導 ③重症化予防事業(受診勧奨) ④重症化予防事業(糖尿病性腎症重症化予防事業) ⑤後発医薬品の使用率向上対策事業⑥多受診者対策事業
特定健康診査等実施計画	第5章 第四期特定健康診査等実施計画 ①第三期計画実施結果・目標の達成状況 ②第四期実施計画と実施目標 ③特定健康診査・特定保健指導の実施方法
各計画共通部分	第6章 その他 ①計画の評価・見直し ②計画の公表・周知 ③個人情報の取扱い ④地域包括ケアに係る取組⑤その他留意事項

3 計画期間

「特定健康診査等実施計画」の計画期間は法により6年間と定められており、また「国の指針」に示されているように、「データヘルス計画」はこれと一体的に策定することが望ましいとされています。よって、計画期間は令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
板橋区国民健康保険 保健事業プラン2023 (第二期データヘルス計画・ 第三期特定健康診査等実 施計画)		板橋区国民健康保険保健事業プラン2029 (第三期データヘルス計画・第四期特定健康診査等実施計画)					

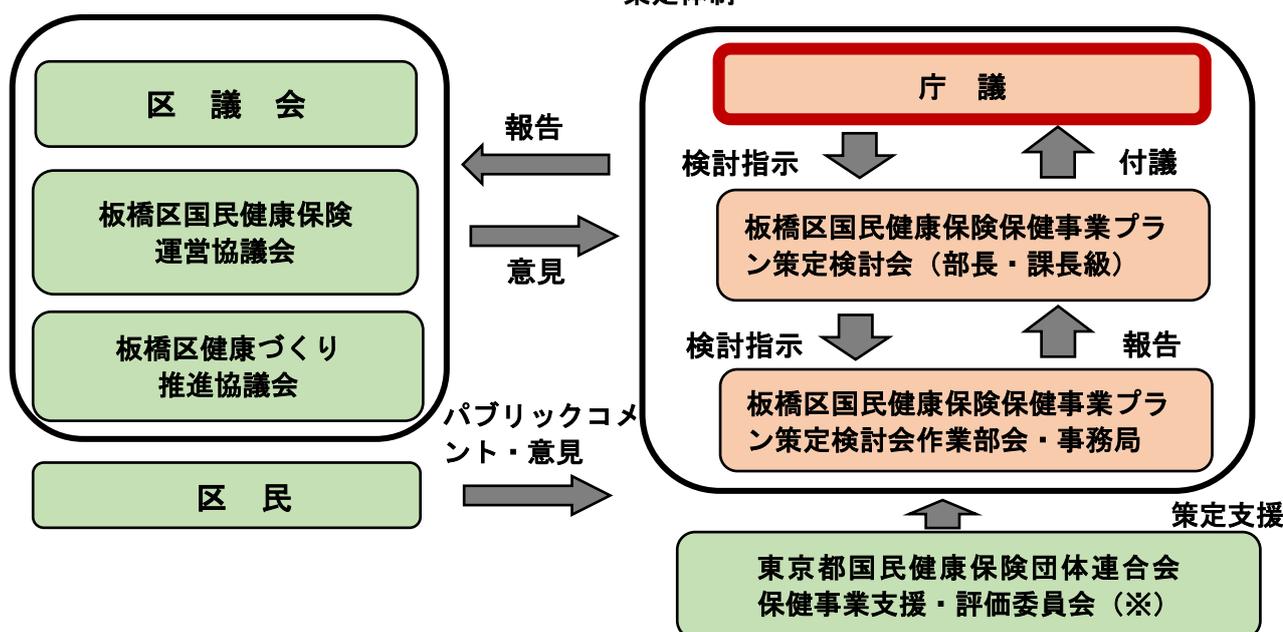
4 実施体制・関係者連携

「板橋区国民健康保険保健事業プラン2029」の策定及び運用については、国保年金課が主体となって進めます。また、東京都国民健康保険団体連合会や東京都後期高齢者医療広域連合のほか、板橋区医師会、板橋区歯科医師会、板橋区薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進めていきます。

特に、板橋区医師会とは特定健康診査・特定保健指導・重症化予防に関して、東京都国民健康保険団体連合会とは特定健康診査・特定保健指導のデータに関して、東京都後期高齢者医療広域連合とは高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関して、それぞれ連携していきます。また、特定健康診査の周知においては、国保の加入者が多い板橋区商店街連合会の理事会とも連携して実施していきます。

板橋区国民健康保険保健事業プラン2029

(第三期保健事業の実施計画(データヘルス計画)・第四期特定健康診査等実施計画)
策定体制



※保険者が効果的・効率的に保健事業を展開できるよう支援することを目的に、東京都国民健康保険団体連合会が設置。保険者の申請に基づき計画策定支援、保健事業の評価における助言等を行う。

5 基本情報

被保険者等に関する基本情報

令和5（2023）年4月1日時点

		全体	割合	男性	割合	女性	割合
人口		570,076人	—	278,723人	—	291,353人	—
国保加入者数		108,787人	19.1%	54,116人	19.4%	54,671人	18.8%
年齢 内訳	0～39歳	35,367人	32.5%	18,185人	33.6%	17,182人	31.4%
	40～64歳	37,207人	34.2%	19,714人	36.4%	17,493人	32.0%
	65～74歳	36,213人	33.3%	16,217人	30.0%	19,996人	36.6%
	平均年齢	49.4歳	—	48.4歳	—	50.4歳	—

被保険者数の推移としては、令和5（2023）年4月1日の被保険者数は108,787人であり、平成27（2015）年度の148,808人から年々減少傾向にあります。年齢別被保険者構成割合は、39歳以下が32.5%、40～64歳が34.2%、65～74歳が33.3%となっています。

6 現状の整理（前計画等に係る振り返り）

前計画では、「健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上、医療費の適正化を図る」ことを目的として、「生活習慣病の意識づけ」、「特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上」、「生活習慣病の重症化予防」、「後発医薬品・多受診者対策」の4つの対策を進めてきました。

そこで、前計画において実施してきた保健事業に係る、これら4つの対策についての振り返りを行います。

1点目は、生活習慣病予防の意識づけ（ポピュレーションアプローチ）として、健診案内パンフレットに、受診に対する興味をひき、かつ一目で健診受診の流れが理解できるように工夫を施しました。また、「いたばし健康づくりプロジェクト」を平成27（2015）年度から令和元（2019）年度までの5年間実施し、継続的に健康づくりに取り組める環境を整えました。

2点目は、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上対策として、はがきと電話による受診勧奨や特定保健指導対象者で未利用者向けのセミナーを実施し、特定保健指導の目的・意義の浸透を図りました。

3点目に、生活習慣病の重症化予防（ハイリスクアプローチ）として、文書による受診勧奨と予防指導を並行して行う「糖尿病重症化予防事業」及び文書による受診勧奨通知を送付する「高血圧重症化予防事業」を実施し、医療費の適正化に努めました。

4点目として、後発医薬品・多受診者対策として、通知の送付や訪問指導を行い、医療費の適正化及び区が負担する療養給付経費の抑制を図りました。

以上4つの対策として、様々な手法により情報提供や環境づくりを進めてきた結果が、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の推移にも反映されています。コロナ禍のもとの特定健康診査受診率の下げ幅が他の保険者と比べて小幅にとどまったのも、こうしたことが要因として挙げられます。

今後も、これら4つの対策を進めながら、ICTを取り入れた保健事業を推進していきます。

第2章



健康・医療情報等の分析と課題

- 1 平均寿（余）命等
- 2 医療費の分析
- 3 特定健康診査・特定保健指導の分析
- 4 レセプト・特定健康診査結果等を組み合わせた分析
- 5 介護費関係の分析
- 6 その他

2 健康・医療情報等の分析と課題

特定健康診査の実施やレセプト等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」）等の整備により、健康や医療に関する情報を活用する基盤整備が進んでいます。KDBを活用して東京都や全国平均データとの比較を行い、被保険者の健康状態や疾患構成、医療費、介護費、また、後発医薬品の利用状況について把握・分析します。

平均寿(余)命等

高齢者人口は増加傾向が続いていますが、平均余命や健康寿命がどのような状況か、また経年推移・主要死因を把握・分析します。

医療費の分析

医療費データにより、医療費がどのように推移しているのか、疾病別の医療費がどれくらいか等を把握・分析します。生活習慣病との関連も把握します。

特定健康診査・特定保健指導の分析

特定健康診査・特定保健指導の受診率・実施率の推移や特定健康診査結果・質問票の状況から生活習慣の傾向を把握します。

レセプト・特定健康診査結果等を組み合わせた分析

レセプトと特定健康診査結果等を突合して特定健康診査対象者や糖尿病重症者等の健康状況を把握・分析します。

介護費関係の分析

要介護認定者の有病割合の高い疾患と要介護度と関連性のある疾患を分析します。

その他

各種がん検診の受診状況を把握します。

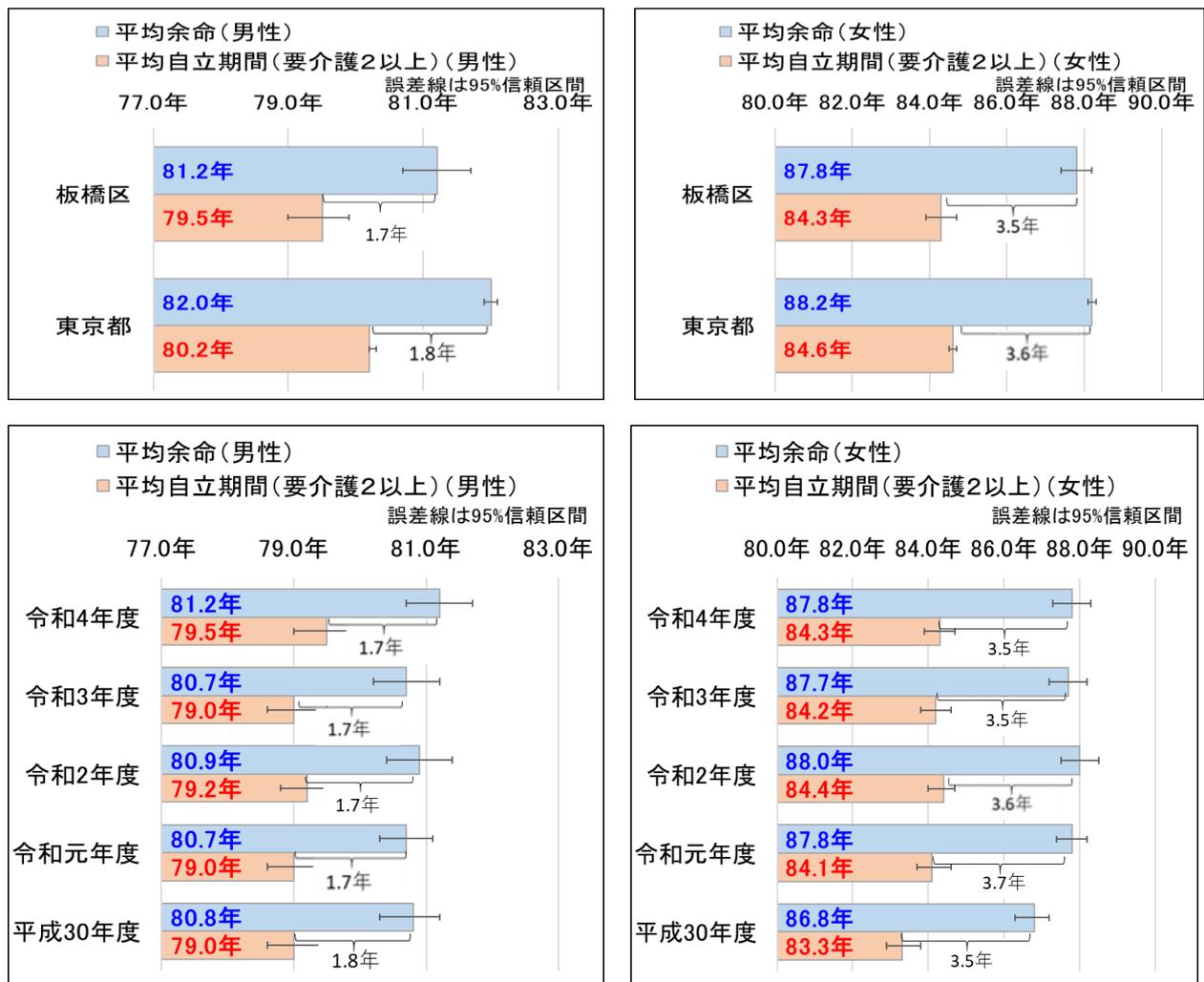
1 平均寿（余）命等

(1) 平均余命¹と平均自立期間²

板橋区における令和4（2022）年度の平均余命は、男性81.2歳、女性87.8歳で、男女ともに東京都平均よりも短くなっています。平均自立期間は、男性79.5歳、女性84.3歳で、男女ともに東京都平均よりも短くなっています。不健康期間（要介護2以上）³は男性1.7年に対し、女性は3.5年で約2倍長くなっています。

経年推移をみると、男女ともに平均余命、平均自立期間ともに伸びていますが、自立していない不健康期間の平均はあまり変わらず、縮小していません。（図表1）

【図表1】平均余命と平均自立期間（令和4（2022）年度）、下図は板橋区の経年推移



出典：KDB帳票【地域の全体像の把握】_平均余命と平均自立期間の見える化ツール（地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集）より作成

¹平均余命：0歳時点の人が平均してあと何年生きられるかという期待値を示しています。

²平均自立期間：日常生活動作が自立している期間の平均を示しています。

平均寿命をKDBでは平均余命と表し、健康寿命をKDBでは平均自立期間と表しています。

³不健康期間：不健康（要介護）な状態をKDBでは介護保険の要介護2以上としています。

※各年度はKDB帳票の抽出年度を示しています。

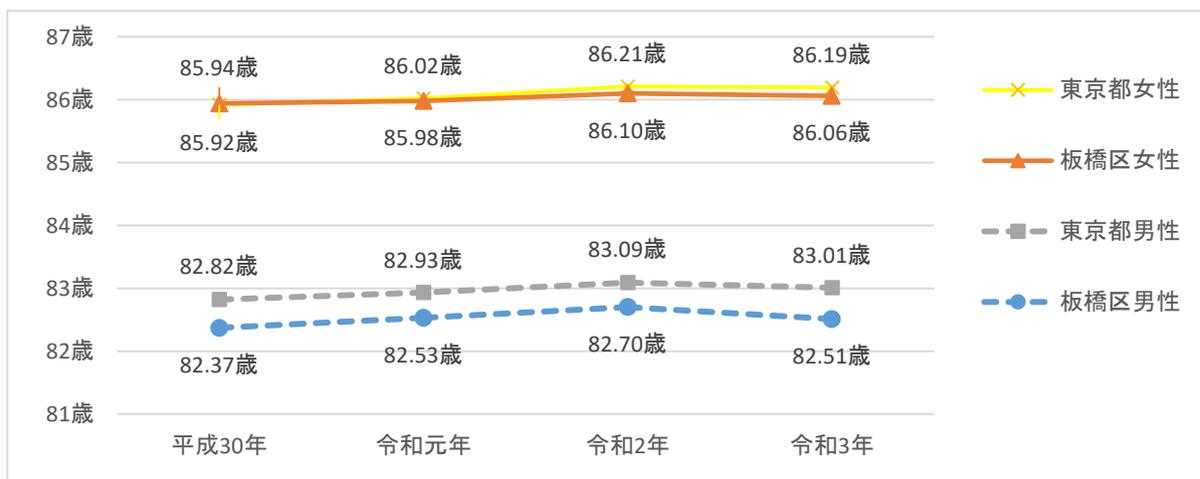
※誤差線は95%信頼区間：平均値を線（区間）で示したもので、例えば同じ試験を繰り返したとき95%の試験結果が収まる範囲のことを表します。

(2) 65歳健康寿命⁴

板橋区の65歳健康寿命は、要介護2以上の認定を受けるまでの期間と考えた場合、平成30(2018)年度以降、男女ともに横ばいになっています。令和3(2021)年は男性82.51歳、女性で86.06歳となっており、東京都と比較してそれぞれ男性で0.50歳、女性で0.13歳短くなっています。(図表2)

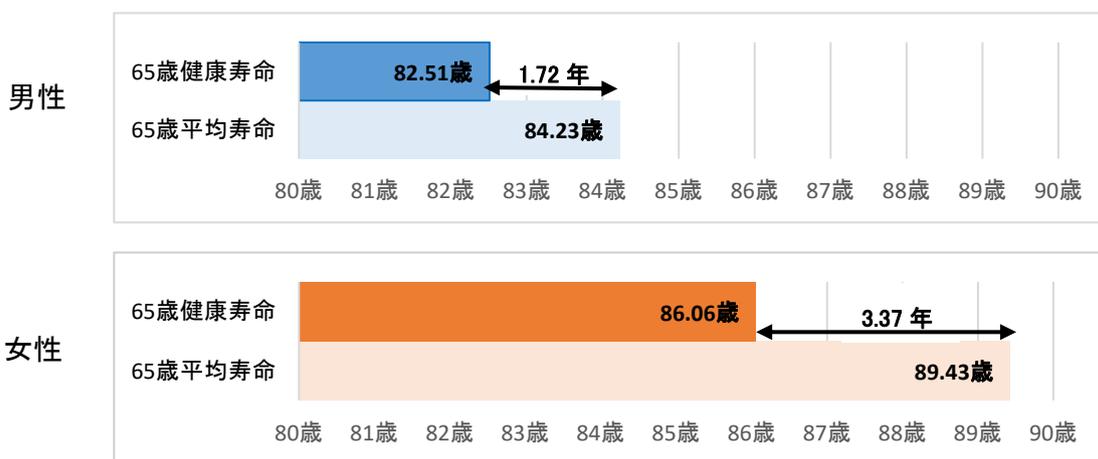
65歳平均障害期間⁵は男性の1.72年に対して女性は3.37年で、約2倍長くなっています。(図表3)

【図表2】65歳健康寿命の推移



出典：東京都保健医療局「とうきょう健康ステーション_65歳健康寿命とは」
 <<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/plan21/65kenkou.html>>
 (最終アクセス令和5(2023)年11月10日)より作成

【図表3】65歳平均障害期間(令和3(2021)年)



出典：東京都保健医療局「とうきょう健康ステーション_65歳健康寿命とは」
 <<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/plan21/65kenkou.html>>
 (最終アクセス令和5(2023)年11月10日)より作成

⁴65歳健康寿命 (東京保健所長会方式) : 65歳の方が、何らかの障がいのために要介護認定を受けるまでの状態を健康と考え、その障がいのために認定を受ける年齢を平均的に表すものを言います。

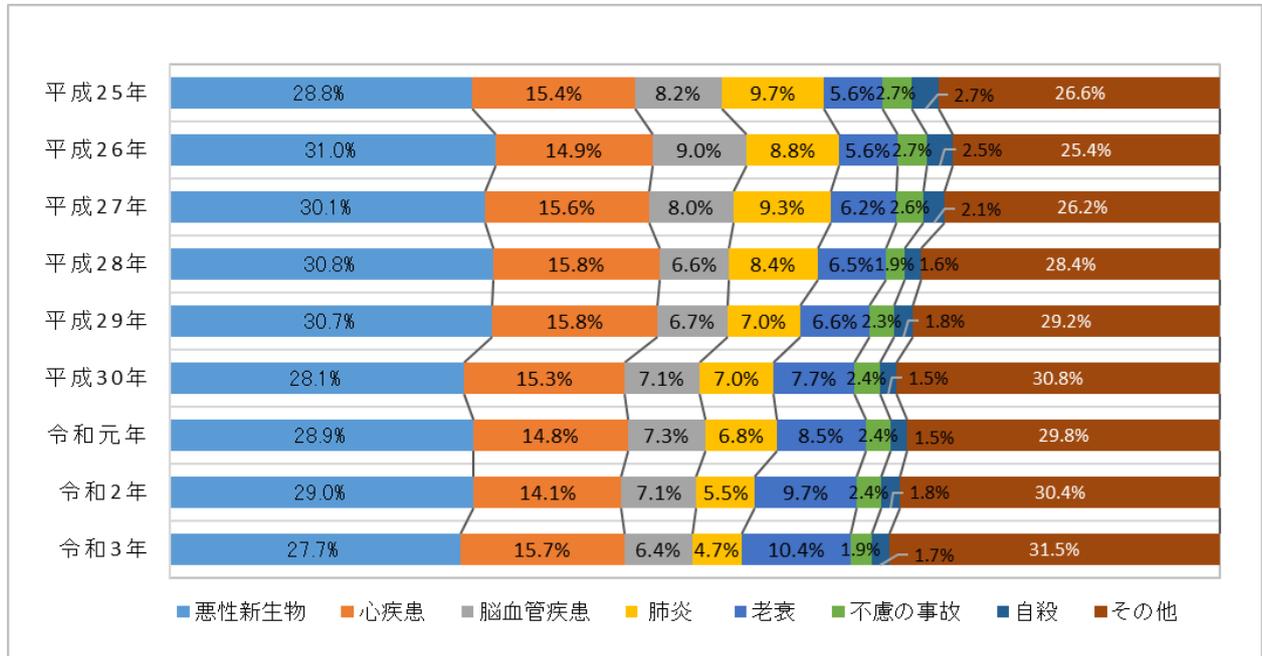
※65歳健康寿命=65歳+65歳の方が要介護2を受けるまでの期間の平均

⁵65歳平均障害期間 : 65歳平均余命(寿命)と65歳健康寿命の差を、「65歳平均障害期間」といい、病気や障がいなどで介護を必要とする期間のことです。

(3) 主要死因別死亡率

令和3（2021）年度の主要死因別死亡率順位の、第1位は「悪性新生物」、第2位は「心疾患」、第3位は「老衰」、第4位は「脳血管疾患」となっています。高齢化に伴い「老衰」が増加傾向にあります。（図表4）

【図表4】主要死因別死亡率の年次推移

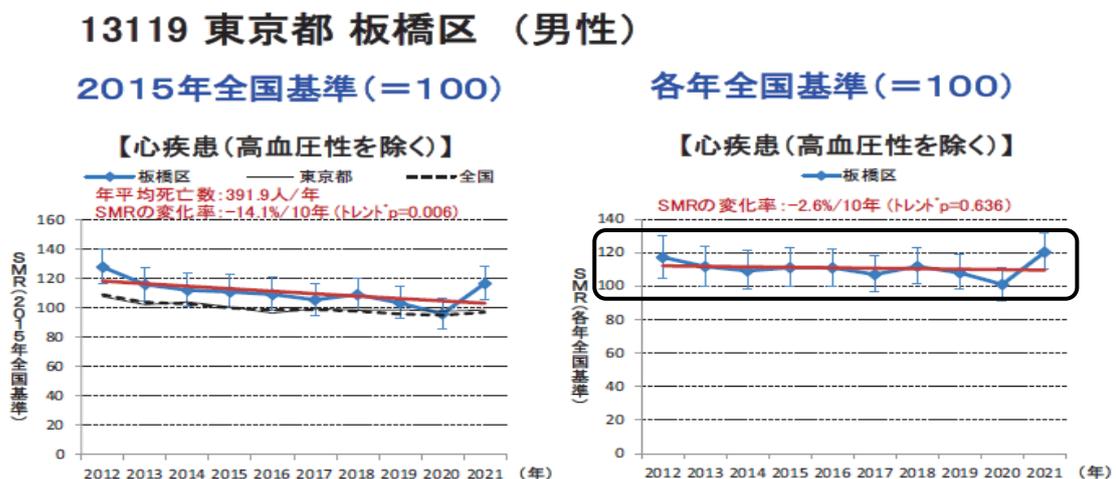


出典：「板橋区の保健衛生 令和4年度版」_Ⅲ衛生統計_1人口動態統計_(3)死亡統計より作成

(4) 板橋区主要死因別標準化死亡比 (SMR) ⁶ (平成24(2012)年~令和3(2021)年より抜粋)

男性の心疾患は全国基準と比較すると、約1.1倍多くなっています。また、虚血性心疾患は、男女ともに平成27(2015)年から減少傾向にあります。各年全国基準より約1.5倍高くなっています。男性は悪性新生物が全国基準より約1.1倍高く、脳血管疾患は男女ともに平成27(2015)年から減少傾向になっています。（図表5）

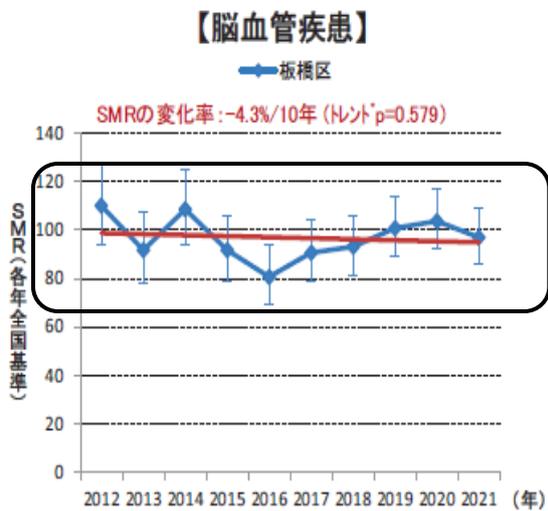
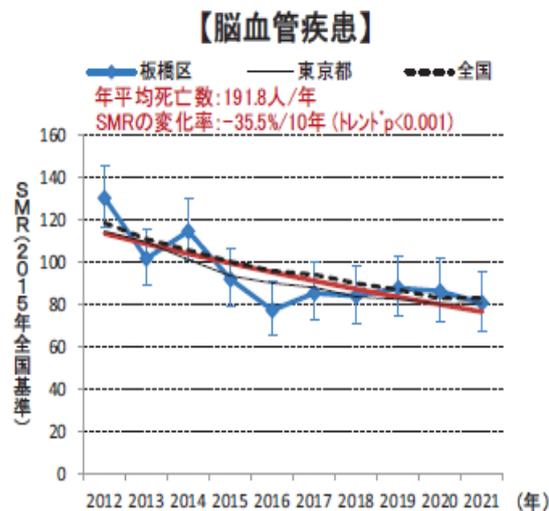
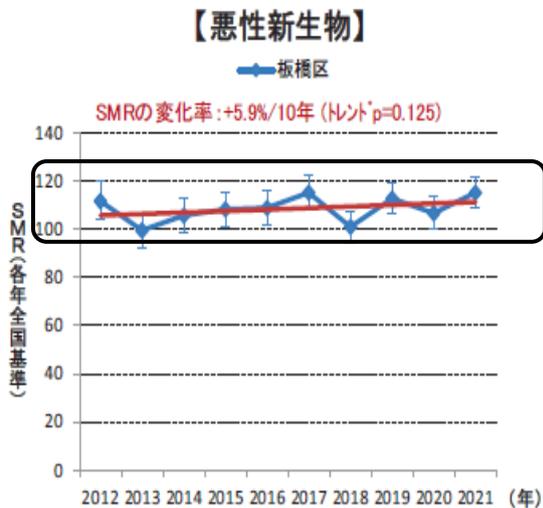
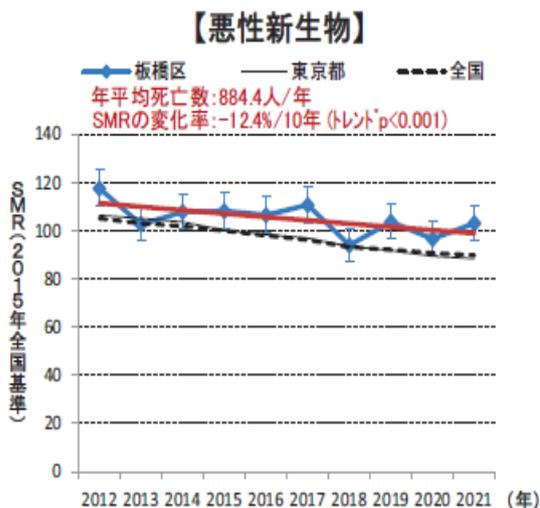
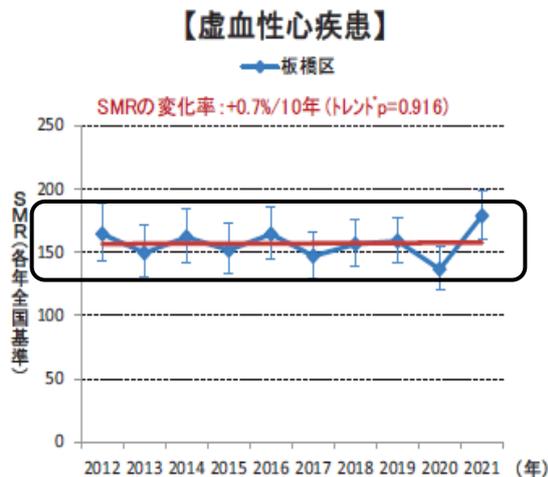
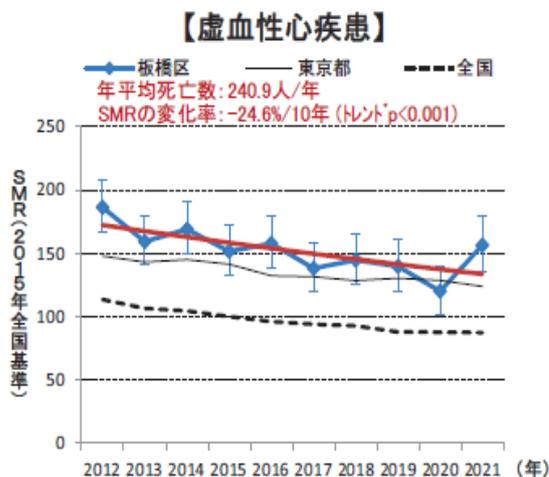
【図表5】板橋区主要死因別標準化死亡比 (SMR) の推移



13119 東京都 板橋区 (男性)

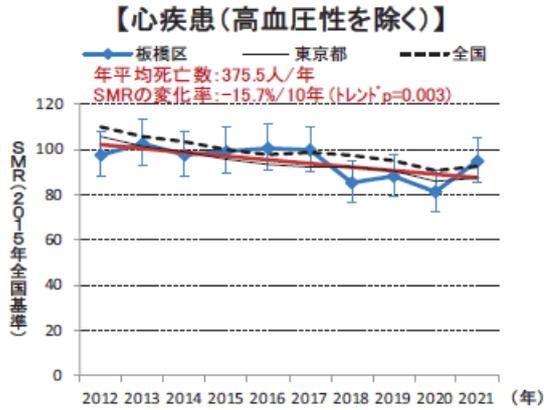
2015年全国基準 (=100)

各年全国基準 (=100)

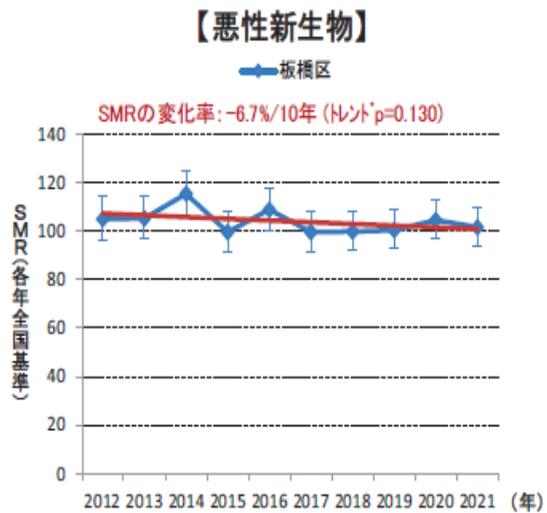
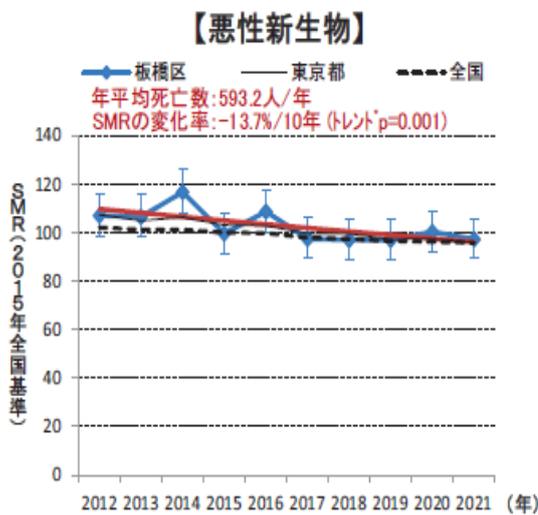
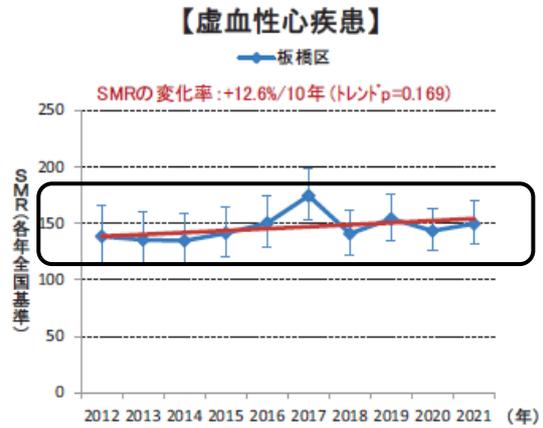
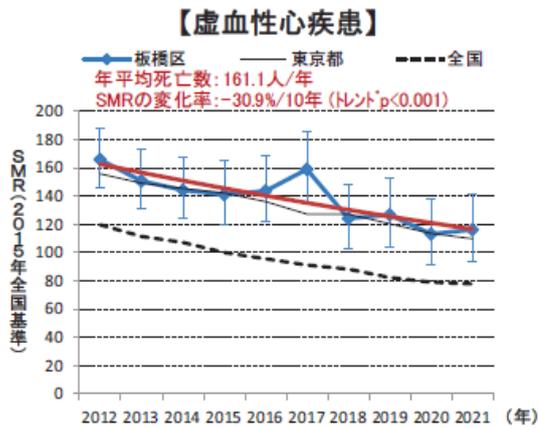
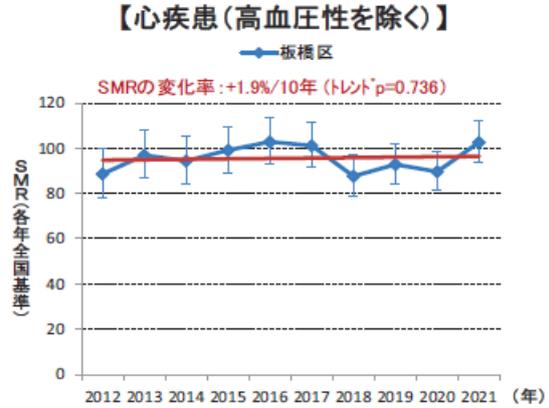


13119 東京都 板橋区 (女性)

2015年全国基準 (=100)



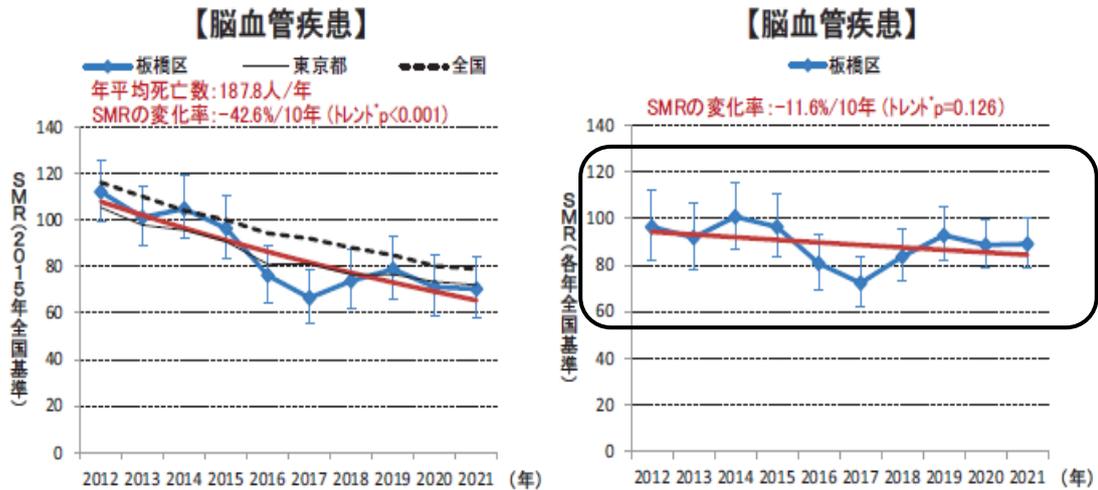
各年全国基準 (=100)



13119 東京都 板橋区 (女性)

2015年全国基準 (=100)

各年全国基準 (=100)



死亡数が非常に少ない場合 (<5人/年など)には無理に解釈しないこと(表示が乱れることもあります)。
各年の人口動態統計死亡数及び住民基本台帳人口より計算(作成日: 2022年11月14日)。誤差線は95%信頼区間。

出典: 国立保健医療科学院_地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集より抜粋

^o標準化死亡比 (SMR): 全国を基準 (=100) とした場合に、その地域での年齢調整[※]をしたうえでの死亡率 (死亡の起こりやすさ) がどの程度高い (低い) のかを表した倍率です。

(例: SMR = 120 全国に比べてその地域での死亡の起こりやすさは 1.2 倍高い。)

※年齢調整: 年齢構成が違う集団等を比較する際に、年齢構成が同じ場合に期待される値を計算して比較するものです。死亡、医療費、健診データ (リスク因子) の状況は年齢構成に大きな影響を受けるため、健康課題の観点から、地域間の比較及び経時的な推移をモニタリングする際に用いられます。

※トレンド p は、「変化が偶然変動である確率」を意味し、一般的に $p < 0.05$ の場合に有意に変化している (偶然変動とはみなせない変化がある) と判断します。

2 医療費の分析

(1) 被保険者1人当たり医療費

国保の加入者は減少傾向ですが、1人当たり医療費（医科）は令和2（2020）年度を除き、増加傾向となっています。令和4（2022）年度の1人当たり医療費（医科）は26,134円で東京都平均（25,634円）よりも高い水準です。

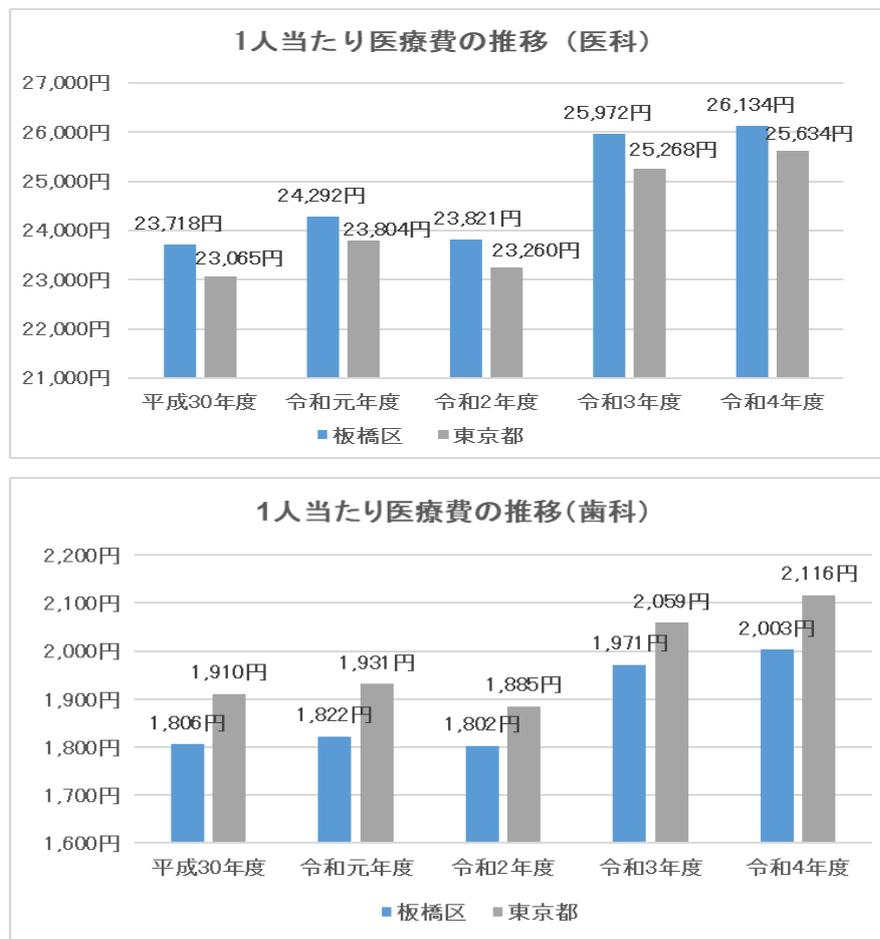
1人当たり医療費（歯科）も年々増加しており、令和4（2022）年度は平成30（2018）年度の1.1倍になっていますが、東京都平均（2,116円）よりも低い水準です。

（図表6）

歯科の外来受診率は156.7%と東京都平均（163.7%）より低い水準となっています。

（図表7）

【図表6】1人当たり医療費の推移（医科・歯科）



出典：KDB帳票【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】より作成

【図表7】受診率（医科・歯科）（令和4（2022）年度）

受診率	医科	歯科
板橋区	659.477‰	156.658‰
東京都	669.397‰	163.727‰

出典：KDB帳票【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】より作成

※レセプトの件数÷被保険者数×1000で算出しています。

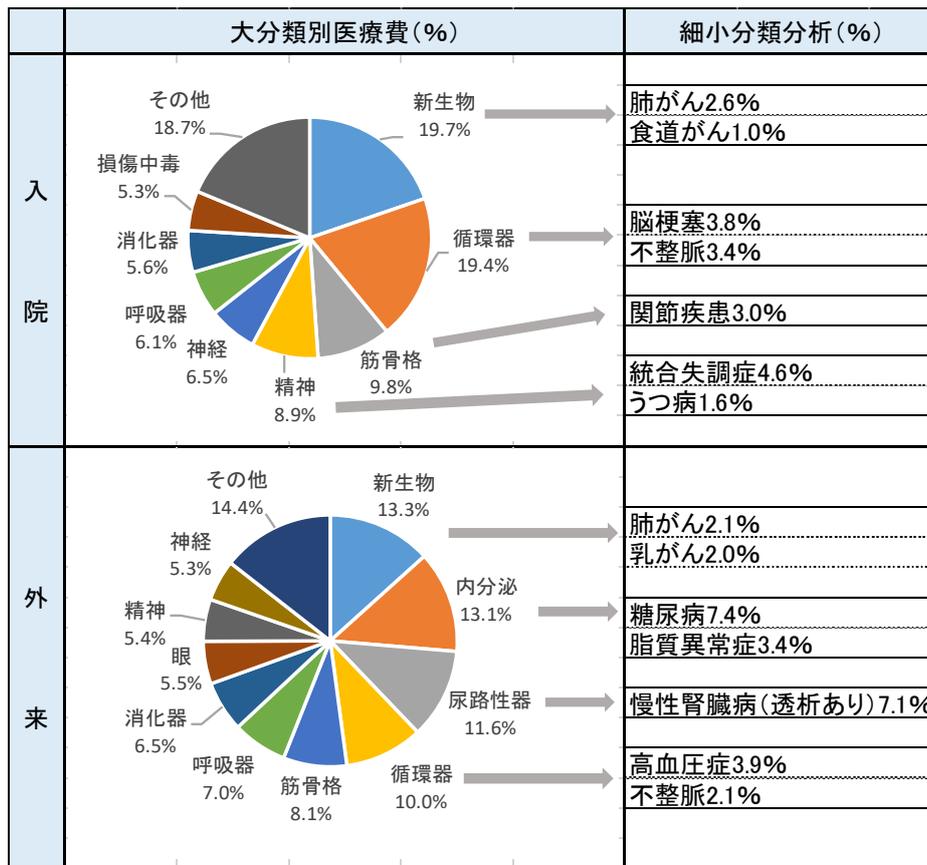
(2) 疾病別の医療費

① 疾病別医療費

疾病別医療費を見ると、入院は「新生物」、「脳梗塞」を含む「循環器」、「筋骨格」の順に多くなっています。外来は「新生物」、「糖尿病」と「脂質異常症」を含む「内分泌」、「慢性腎臓病（透析あり）」を含む「尿路性器」、「高血圧症」を含む「循環器」の順に多くなっています。（図表8）

全体の医療費（入院+外来）で見ると、「慢性腎臓病（透析あり）」が最も多く、次いで「糖尿病」、「関節疾患」の順となっています。（図表9）

【図表8】 疾病別医療費割合（医科の入院・外来）（令和4（2022）年度）



出典：KDB帳票【医療費分析（2）大、中、細小分類】

【図表9】 全体の医療費（入院+外来）を100%とした場合の構成（令和4（2022）年度）

入院+外来		
1位	慢性腎臓病(透析あり)	5.2%
2位	糖尿病	4.8%
3位	関節疾患	3.6%
4位	統合失調症	2.7%
5位	不整脈	2.6%
6位	高血圧症	2.5%
7位	肺がん	2.3%
8位	脂質異常症	2.1%
9位	うつ病	2.1%
10位	脳梗塞	1.6%

出典：KDB帳票【医療費分析（2）大、中、細小分類】

②疾病別医療費分析（細小分類、標準化医療費⁷）

東京都と比較すると、外来医療費は男女ともに「糖尿病」が高く、男性の「高血圧症」が低くなっています。入院医療費は男女ともに、生活習慣病が重症化した疾患である「脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）」、「虚血性心疾患（心筋梗塞）」が高くなっています。

また、男女ともに「慢性閉塞性肺疾患（COPD）」の外来医療費が高く、「肺がん」の入院費も高いため喫煙対策に取り組む必要があります。（図表 10）

【図表 10】疾病別医療費分析（細小分類）より抜粋（令和 4（2022）年度）

性別	疾患名	標準化医療費の比 (地域差指数)vs.都(都)=1)	性別	疾患名	標準化医療費の比 (地域差指数)vs.都(都)=1)
外来	糖尿病	1.09	外来	糖尿病	1.14
	高血圧症	0.97		高血圧症	1.02
	脂質異常症	1.02		脂質異常症	1.03
	慢性腎臓病(透析あり)	1.10		慢性腎臓病(透析あり)	0.98
	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	1.33		慢性閉塞性肺疾患(COPD)	1.31
	脳梗塞	1.54		脳梗塞	1.31
入院	脳出血	1.08	脳出血	1.05	
	クモ膜下出血	1.58	クモ膜下出血	1.01	
	心筋梗塞	1.16	心筋梗塞	1.17	
	狭心症	0.85	狭心症	1.09	
	慢性腎臓病(透析あり)	0.92	慢性腎臓病(透析あり)	0.78	
	肺がん	1.07	肺がん	1.29	

出典：KDB 帳票【疾病別医療費分析（細小（82）分類）】年齢調整ツール
（地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集）より作成

⁷標準化医療費（の比）：東京都を基準（=1）とした場合に、その地域での年齢調整をしたうえでの医療費がどの程度高い（低い）のかを表した倍率です。

(3) 生活習慣病の状況

①生活習慣病等受診状況（1件当たりの入院・外来単価）

生活習慣病による1件当たりの入院医療費は「心疾患」（851,754円）、「脳血管疾患」（802,903円）、「腎不全」（802,264円）の順に高くなっています。また、1件当たりの外来医療費は「腎不全」（121,484円）、「新生物」（67,306円）の順に高くなっています。（図表 11）

【図表 11】生活習慣病等受診状況（1件当たりの入院・外来単価）（令和 4（2022）年度）

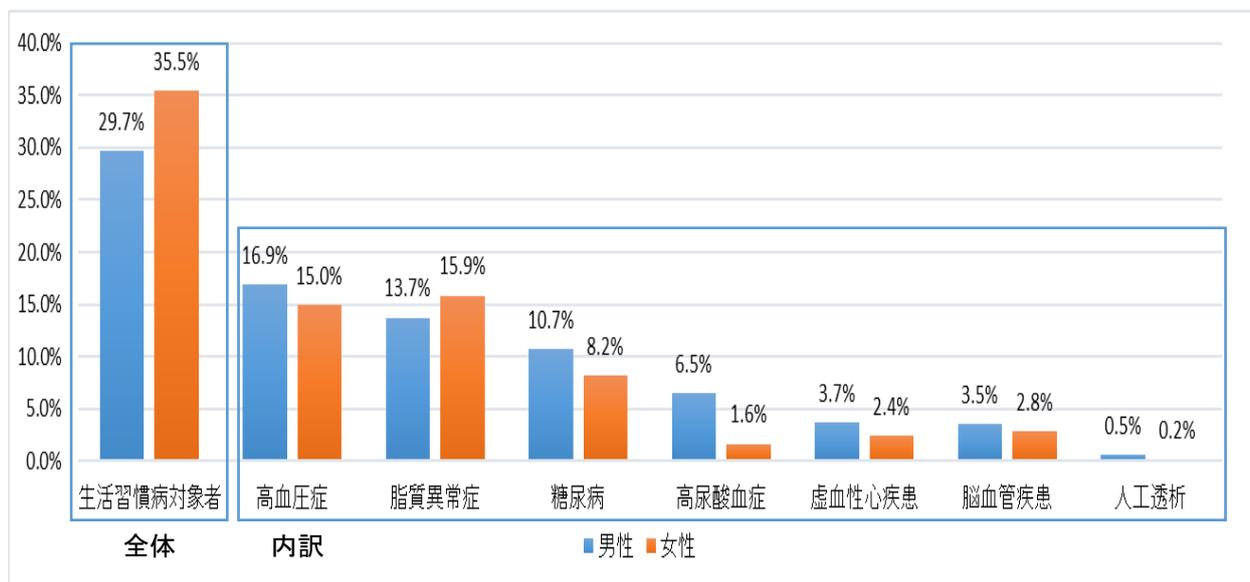
生活習慣病等疾患	1件当たり医療費 (入院)	生活習慣病等疾患	1件当たり医療費 (外来)
心疾患	851,754円	腎不全	121,484円
脳血管疾患	802,903円	新生物	67,306円
腎不全	802,264円	心疾患	59,453円
新生物	797,178円	糖尿病	43,417円
高血圧症	778,083円	脳血管疾患	41,332円
糖尿病	766,675円	高血圧症	36,905円
脂質異常症	762,268円	脂質異常症	31,835円
精神	609,073円	精神	30,617円
歯肉炎・歯周病	318,771円	歯肉炎・歯周病	12,760円

出典：KDB 帳票【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

②被保険者に占める生活習慣病患者の状況

被保険者の約3割が生活習慣病で受診しています。男性では「高血圧症」が最も多く、「脂質異常症」、「糖尿病」の順となっています。女性では「脂質異常症」が最も多く、「高血圧症」、「糖尿病」の順となっています。(図表12)

【図表12】被保険者に占める生活習慣病患者数の割合(令和5(2023)年5月)



出典：KDB帳票【厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析】より作成

(4)人工透析患者の状況

①人工透析患者の1人当たり医療費(令和4(2022)年度)

人工透析患者の1人当たり医療費は年間約567万円かかっていますが、人工透析患者以外の患者の年間約39万円に比べて約14.7倍の医療費がかかっています。

(図表13)

【図表13】人工透析患者の1人当たり医療費(令和4(2022)年度累計)

	患者数	合計医療費	患者1人当たり医療費
人工透析患者	488人	2,765,204,300円	5,666,402円
人工透析患者以外の患者	82,922人	32,045,508,600円	386,454円

出典：KDB帳票【保健事業介入支援管理】より作成

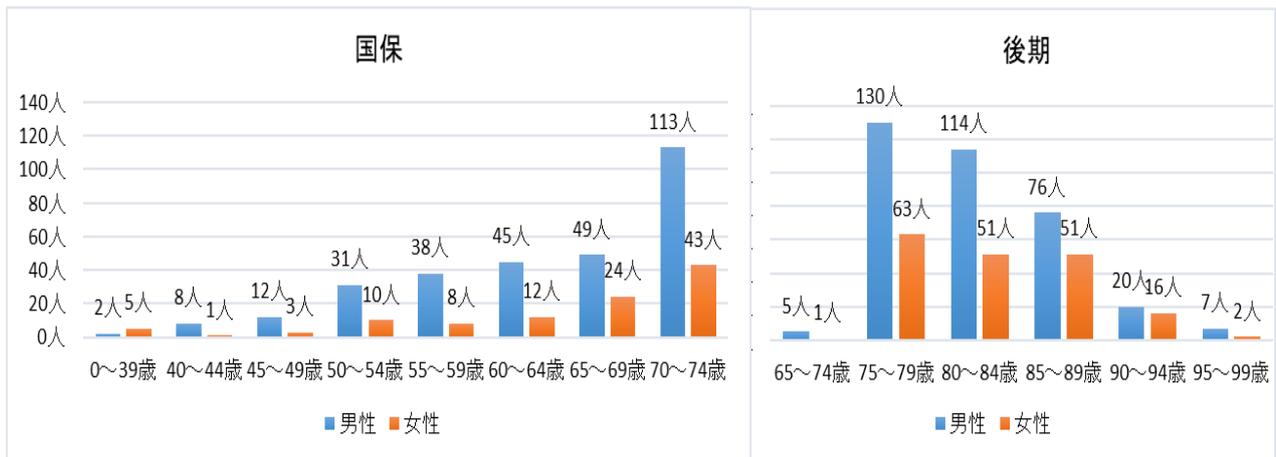
※40歳以上75歳未満で、令和4(2022)年度に資格又は実績を有する者の人工透析患者の医療費総額を人工透析患者数で除した額。

※合計医療費は入院、外来、歯科、調剤を合計したもの。

②人工透析患者数

人工透析患者数は、国保では70~74歳が最も多く、後期高齢者医療保険(以下、「後期」)では75~79歳が最も多いです。国保は男性が女性の2.8倍多く、後期は男性が女性の1.9倍多くなっています。(図表14)

【図表 14】性・年齢（5歳階級）別人工透析患者数（国保と後期）（令和5（2023）年5月）



出典：KDB帳票【厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析】より作成

③人工透析有病率

国保、後期ともに人工透析患者率が東京都よりも高くなっています。（図表 15）

【図表 15】人工透析患者率（令和4（2022）年度）

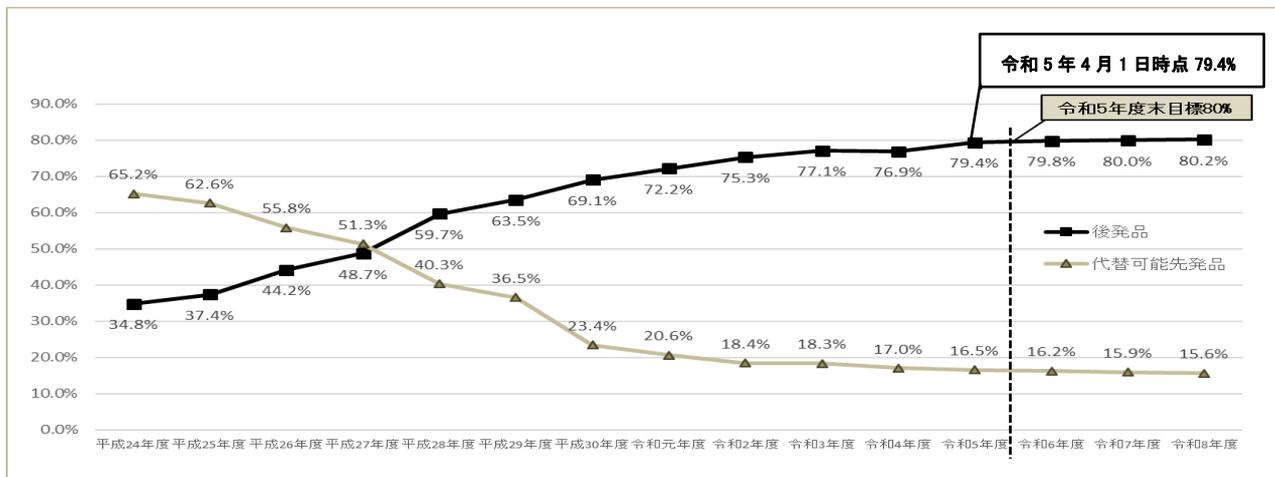
	国保	後期
板橋区	0.36%	0.78%
東京都	0.34%	0.74%

出典：KDB帳票【市町村別データ】より作成

(5) 後発医薬品の使用割合

後発医薬品（ジェネリック）差額通知の送付を平成26（2014）年度より開始し、以後順調に後発医薬品の利用率が向上しています。国が決定した後発医薬品の数量シェアの目標は80%以上となっており、目標達成まであと一步の状況です。（図表 16）

【図表 16】後発医薬品の使用割合



出典：国公表データ、委託事業者報告書

(6) 重複・頻回受診、重複服薬者の割合

重複・頻回受診者が7,746人(7.0%)、重複服薬者が987人(0.9%)、多剤服薬者が225人(0.2%)います。

※重複・頻回受診は1か月に受診医療機関が3か所以上、または、受診が10日以上としました。

※重複処方とは1か月に3医療機関以上から重複薬剤が1以上、2医療機関以上から重複薬剤が2以上としました。多剤服薬は1か月に15剤(種類)以上としました。

※使用データ年月(令和5(2023)年5月)の被保険者数:111,429人

出典:KDB帳票【重複・頻回受診の状況】、【重複・多剤処方の状況】より作成

3 特定健康診査・特定保健指導の分析

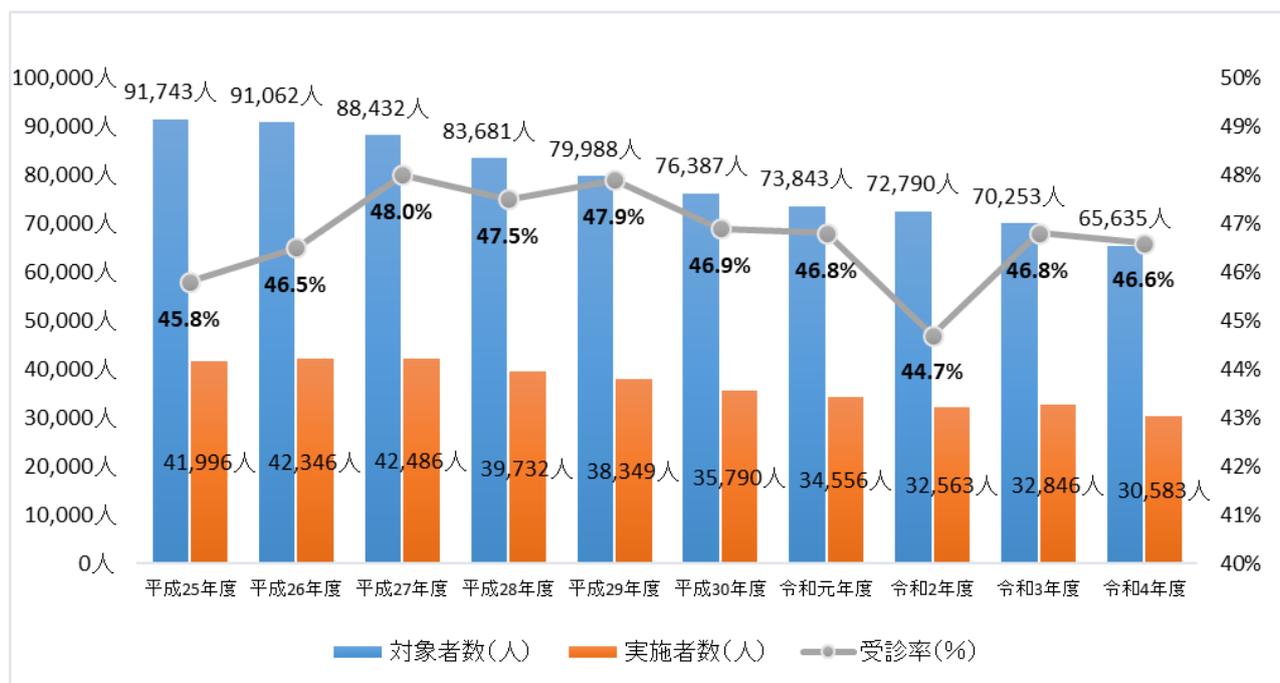
(1) 特定健康診査受診状況

被保険者数の減少に伴い、特定健康診査対象者数も減少しています。受診率は平成27(2015)年度をピークに減少傾向で、令和2(2020)年度には、新型コロナウイルス感染症が原因と思われる影響でさらに減少しましたが、令和3(2021)年度には回復しており(図表17)、令和4(2022)年度は23区中第3位と上位に位置しています。

特別区で比較すると、男女ともにどの年代も健診受診率が高くなっています。

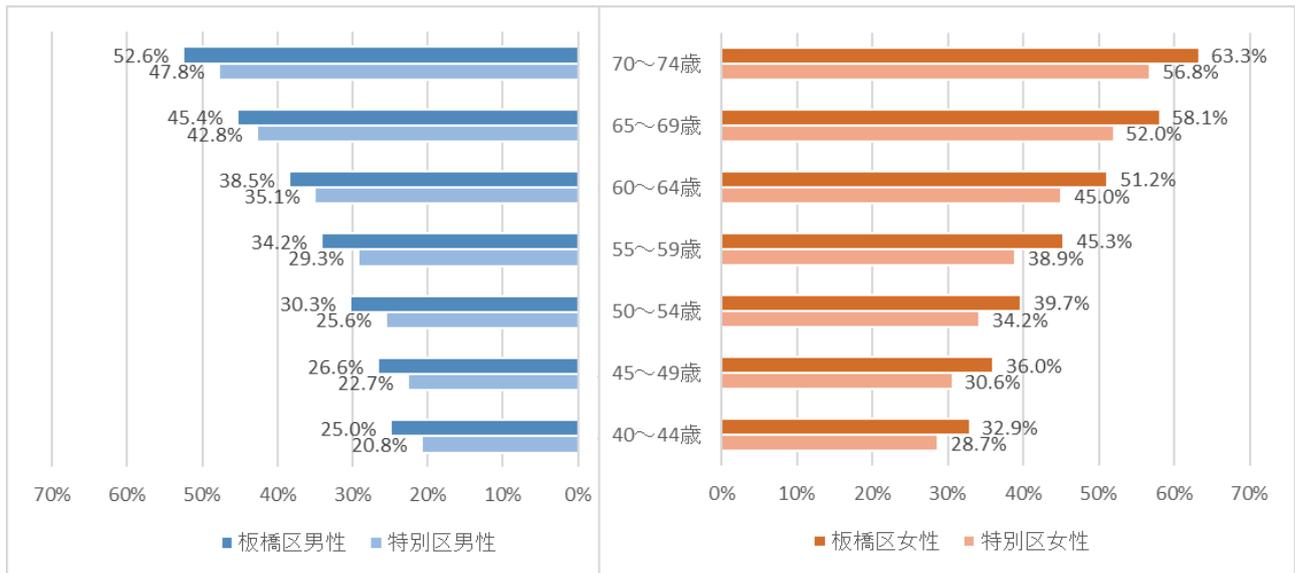
性・年齢別に見ると、女性より男性が低く、また若い年代ほど低く、40歳代男性は20%台と低くなっています。(図表18)

【図表17】特定健康診査受診率の推移



出典:各年度法定報告より作成

【図表 18】性・年齢（5歳階級）別特定健康診査受診率（令和3（2021）年度）



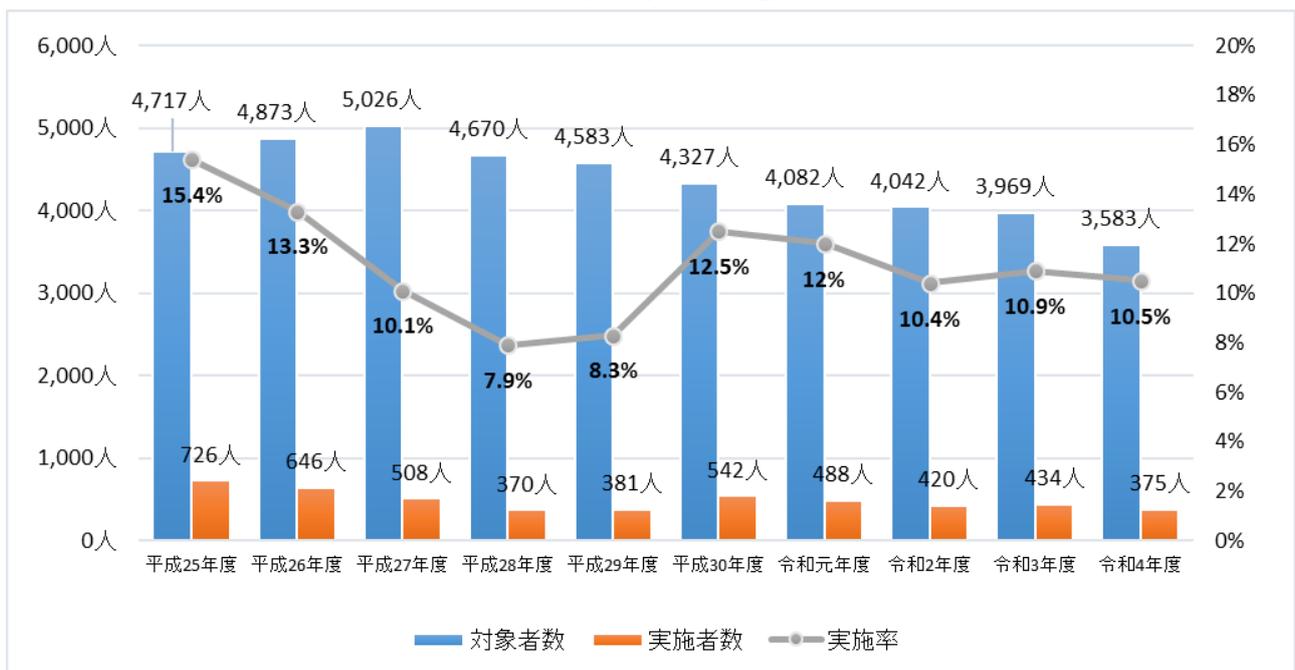
出典：法定報告より作成

(2) 特定保健指導実施状況

特定保健指導実施率は平成25（2013）年度をピークに増減を繰り返しており（図表19）、令和4（2022）年度は23区中第12位と中位に位置しています。

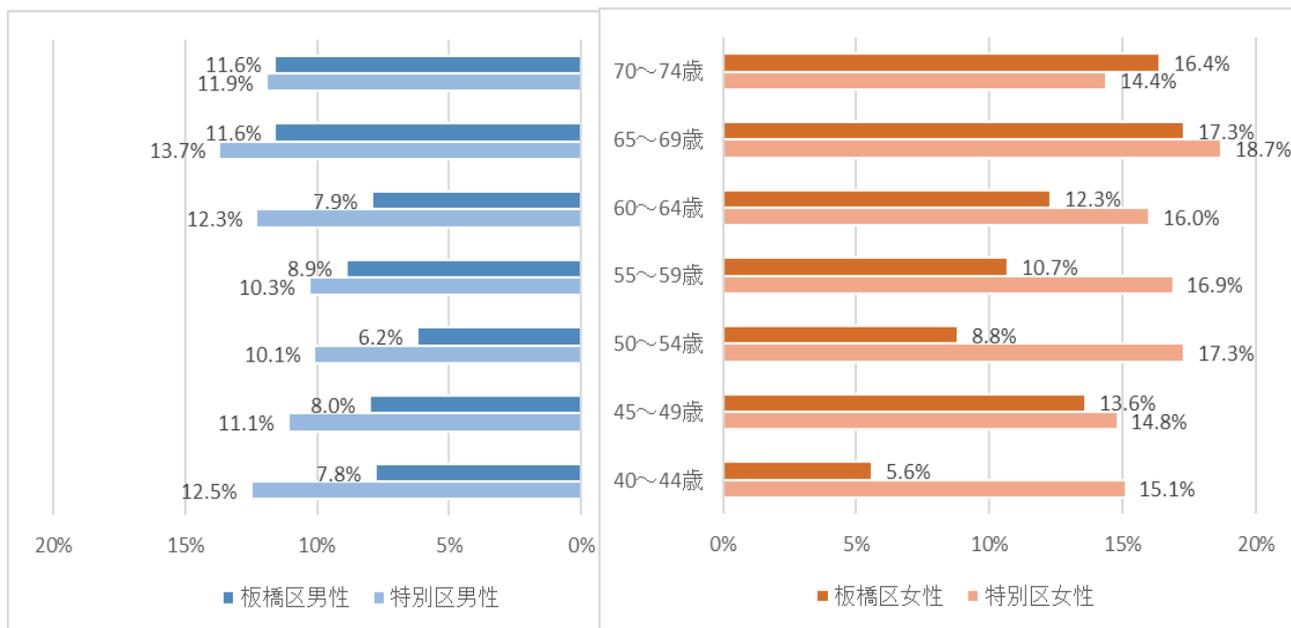
特別区と比較すると、70～74歳女性以外、全ての年代で実施率が低くなっています。実施率は若い年代ほど低く、男性は40代から60代前半までの全ての年代で、女性は40～44歳、50～54歳で10%未満となっています。（図表20）

【図表 19】特定保健指導実施率の年次推移



出典：各年度法定報告より作成

【図表 20】性・年齢（5歳階級）別特定保健指導実施率（令和3（2021）年度）



出典：法定報告より作成

(3) 特定健康診査結果の状況（有所見率）

生活習慣病リスク保有者の割合を年齢調整して東京都と比較すると、男女ともに、「BMI⁸」、「中性脂肪」、「ALT (GPT)⁹」、「HbA1c¹⁰」、「尿酸」、「血圧」が有意に高くなっています。

⁸ BMI：BMI（体格指数）＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m） 肥満度を判定します。

⁹ ALT (GPT)：肝臓に多く存在する酵素です。肝炎、脂肪肝等で値が高くなります。

¹⁰ HbA1c（ヘモグロビン・エーワンシー）：過去1～2か月の血糖の状況や状態を示すもので、血糖コントロールの目安となります。

【図表 21】有所見者割合（年齢調整）（令和4（2022）年度）

性別	摂取エネルギーの過剰									
	BMI25以上		腹囲85以上		中性脂肪150以上		ALT(GPT)31以上		HDLコレステロール40未満	
	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)
東京都	33.8%	100(基準)	57.3%	100(基準)	27.7%	100(基準)	19.9%	100(基準)	7.3%	100(基準)
板橋区	36.8%	*108.6	58.1%	101.4	32.8%	*118.0	20.6%	*103.9	7.5%	103.2

性別	摂取エネルギーの過剰									
	BMI25以上		腹囲85以上		中性脂肪150以上		ALT(GPT)31以上		HDLコレステロール40未満	
	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)
東京都	20.0%	100(基準)	18.8%	100(基準)	14.6%	100(基準)	9.0%	100(基準)	1.1%	100(基準)
板橋区	23.1%	*116.1	19.8%	*105.8	19.5%	*133.5	9.5%	*105.4	1.4%	*132.1

性別	血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害	
	血糖100以上		HbA1c5.6以上		尿酸7.0以上		収縮期血圧130以上		拡張期血圧85以上		LDLコレステロール120以上		クレアチニン1.3以上	
	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)
東京都	31.7%	100(基準)	52.6%	100(基準)	14.1%	100(基準)	49.5%	100(基準)	24.9%	100(基準)	43.7%	100(基準)	3.0%	100(基準)
板橋区	29.4%	*93.0	54.2%	*103.3	14.9%	*105.2	52.2%	*105.6	26.8%	*107.7	43.3%	98.9	3.1%	106.0

性別	血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害	
	血糖100以上		HbA1c5.6以上		尿酸7.0以上		収縮期血圧130以上		拡張期血圧85以上		LDLコレステロール120以上		クレアチニン1.3以上	
	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)	年齢調整(%)	標準化比(都)
東京都	20.1%	100(基準)	49.9%	100(基準)	2.3%	100(基準)	43.1%	100(基準)	16.5%	100(基準)	53.8%	100(基準)	0.3%	100(基準)
板橋区	19.6%	98.0	50.9%	*102.1	2.7%	*118.5	46.1%	*107.5	19.0%	*115.4	53.4%	99.4	0.4%	113.5

出典：KDB帳票【厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況】年齢調整ツール（地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集）より抜粋

※標準化比（東京都を基準（=100）とした場合の年齢調整した倍率）*が付記されたものは、基準に比べて有意な差（ $p < 0.05$ ）があることを意味します。

（4）質問票調査の状況（生活習慣）

質問票該当者の割合を年齢調整して東京都と比較すると、男女ともに「服薬_高血圧症、糖尿病、脂質異常症」、「既往歴_慢性腎臓病・腎不全」、「喫煙」、「週3回以上朝食を抜く」、「睡眠不足」、「咀嚼_かみにくい」が有意に多くなっています。（図表22）

【図表22】質問票調査の状況（年齢調整）（令和4（2022）年度）

生活習慣等	男性			女性		
	年齢調整割合		標準化比 vs.	年齢調整割合		標準化比 vs.
	板橋区	東京都	都(=100)	板橋区	東京都	都(=100)
服薬_高血圧症	45.7%	43.5%	*105.5	33.2%	30.3%	*109.5
服薬_糖尿病	13.9%	12.5%	*112.6	6.9%	5.9%	*116.7
服薬_脂質異常症	29.9%	27.3%	*110.5	34.3%	32.0%	*107.2
既往歴_脳卒中	5.1%	5.1%	99.7	2.5%	2.5%	103.6
既往歴_心臓病	9.6%	9.1%	105.0	4.3%	3.9%	*109.3
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.5%	1.2%	*124.9	0.7%	0.5%	*121.8
既往歴_貧血	6.2%	6.0%	104.8	15.4%	15.4%	100.5
喫煙	23.8%	21.7%	*109.5	9.3%	7.8%	*118.3
20歳時体重から10kg以上増加	45.8%	45.3%	101.3	28.2%	26.4%	*107.4
1回30分以上の運動習慣なし	55.9%	55.2%	101.1	59.2%	58.6%	101.2
週3回以上就寝前夕食	23.8%	21.9%	*108.1	12.0%	11.5%	103.6
週3回以上朝食を抜く	17.9%	16.4%	*107.3	12.0%	11.0%	*108.1
睡眠不足	24.7%	22.1%	*111.4	28.8%	26.5%	*108.7
咀嚼_何でも	75.7%	78.4%	*96.6	79.3%	81.2%	*97.6
咀嚼_かみにくい	23.1%	20.6%	*112.9	20.3%	18.4%	*110.4
咀嚼_ほとんどかめない	1.2%	1.1%	112.0	0.5%	0.4%	110.0

出典：KDB帳票【質問票調査の状況】年齢調整ツール（地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集）より抜粋

4 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

(1) 特定健康診査対象者の仕分けフロー

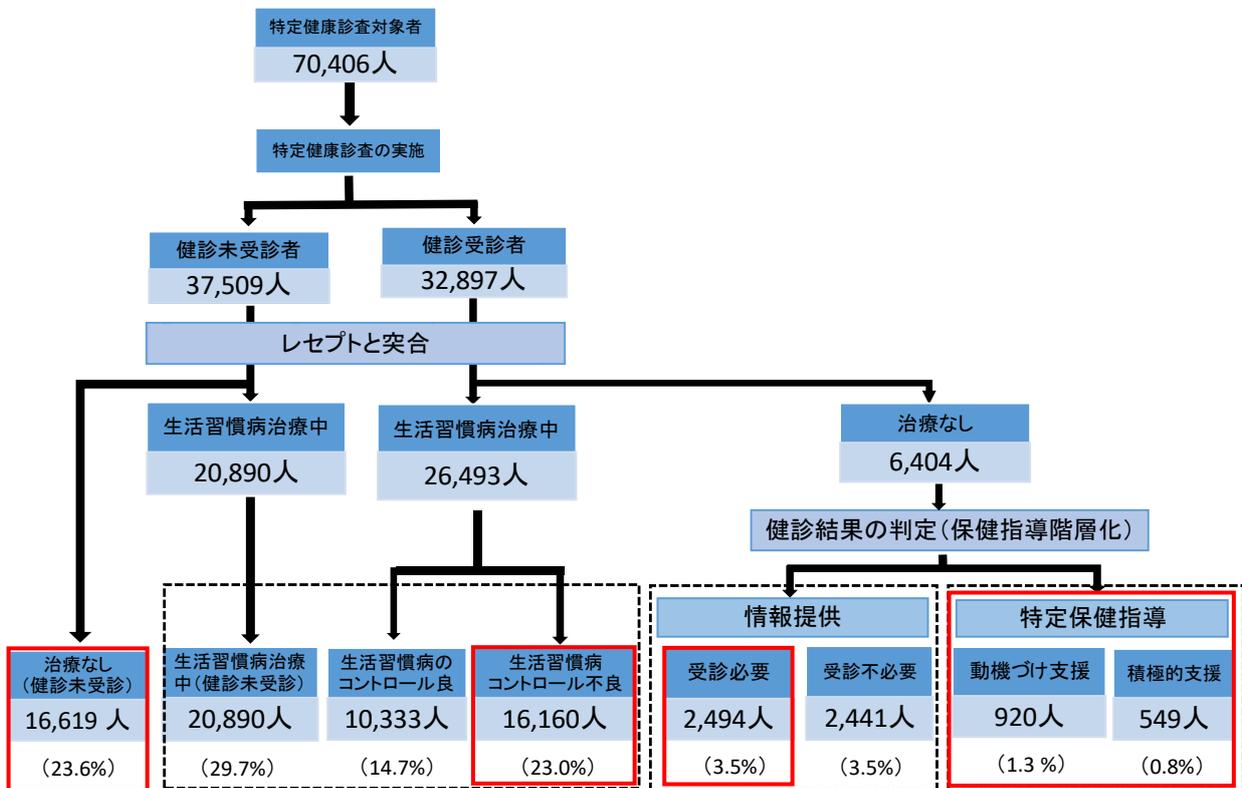
特定健康診査対象者のうち、健診未受診者をレセプトと突合した結果、健診未受診かつ生活習慣病の治療を受けていない人が 23.6%となっており、健康状態が不明なため特定健康診査の受診勧奨が必要です。

特定健康診査対象者のうち、特定健康診査受診者をレセプトと突合した結果、生活習慣病のコントロール不良者が 23.0%となっているので、重症化予防のために医療機関との連携が必要です。

特定健康診査対象者のうち、特定健康診査の結果、治療なしで受診が必要な人は 3.5%となっており、医療機関の受診勧奨が必要です。

特定保健指導の対象者は 2.1%となっており、特定健康診査対象者全体に占める割合は低くなっています。(図表 23)

【図表 23】 特定健康診査対象者の仕分けフロー図 (令和 3 (2021) 年度)



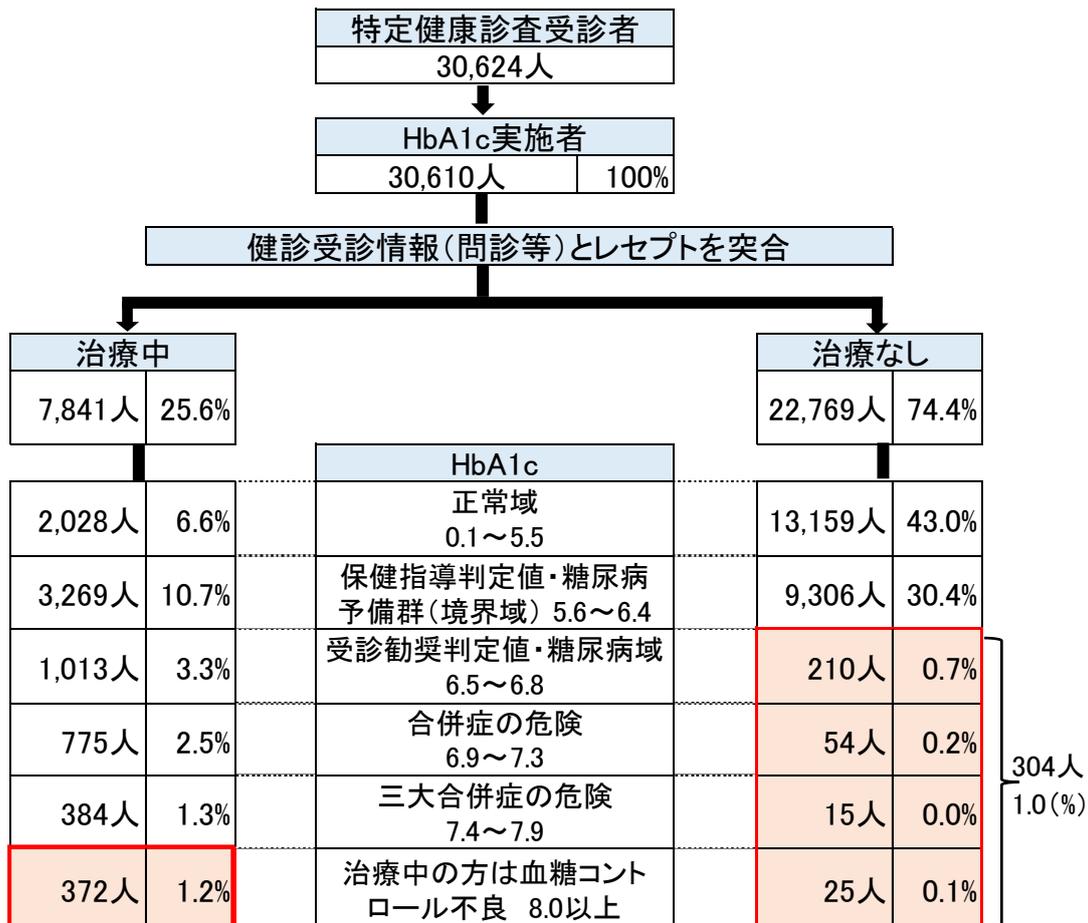
出典：KDB帳票【(厚生労働省様式 5-5) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導】より作成

※KDB帳票【(厚生労働省様式 5-5) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導】が令和 6 (2024) 年 6 月にデータが確定するため、令和 3 (2021) 年度の特定健康診査データとします。

(2) 糖尿病重症者の状況

HbA1cの数値から糖尿病の重症化リスクを見ると、治療なし（問診票で服薬なし、糖尿病レセプトなし）で受診勧奨判定値以上の人が304人（1.0%）となっています（受診勧奨対象者）。また、治療中でも、血糖コントロール不良者が372人（1.2%）となっています（重症化予防対象者）。（図表24）

【図表24】 HbA1c値から見た合併症の危険度割合（令和4（2022）年度）



出典：KDB帳票【集計対象者一覧_健診ツリー図より遷移】より作成

(3) 腎機能データ（CKD（慢性腎臓病）¹¹リスク分類）の状況

令和4（2022）年度国保特定健康診査受診者をCKDリスク分類に当てはめると、CKD疑いの人（蛋白尿（+）又は、腎機能（eGFRが60未満）は24.1%となっています。（図表25）

【図表25】CKD（慢性腎臓病）リスク分類（令和4（2022）年度）

			尿蛋白区分				計
			正常 A1	軽度蛋白尿 A2	高度蛋白尿 A3	尿蛋白 未測定	
eGFR区分 (ml/分/1.73m ²)			(-)	(±)	(+)以上		
G1	正常 または高値	≥90	2,645人	359人	182人	7人	3,193人
			8.6%	1.2%	0.6%	0.02%	10.4%
G2	正常または 軽度低下	60-89	17,686人	2,483人	1,139人	25人	21,333人
			57.8%	8.1%	3.7%	0.08%	69.7%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-59	4,051人	768人	461人	7人	5,287人
			13.2%	2.5%	1.5%	0.02%	17.3%
G3b	中等度～ 高度低下	30-44	398人	90人	176人	0人	664人
			1.3%	0.3%	0.6%	0.00%	2.2%
G4	高度低下	15-29	27人	9人	53人	0人	89人
			0.1%	0.03%	0.2%	0.00%	0.3%
G5	末期腎不全	<15	4人	3人	30人	10人	47人
			0.01%	0.01%	0.1%	0.03%	0.2%
eGFR未測定			9人	2人	0人	0人	11人
			0.03%	0.01%	0.00%	0.00%	0.04%
計			24,820人	3,714人	2,041人	49人	30,624人
			81.0%	12.1%	6.7%	0.2%	100.0%

*重症度分類	計
重症度分類:赤	853人 2.8%
重症度分類:オレンジ	2,487人 8.1%
重症度分類:黄	6,893人 22.5%
計	10,233人 33.4%

出典：KDB帳票【集計対象者一覧_健診ツリー図より遷移】より「CKDガイド2012」を参考に蛋白尿で分類し作成

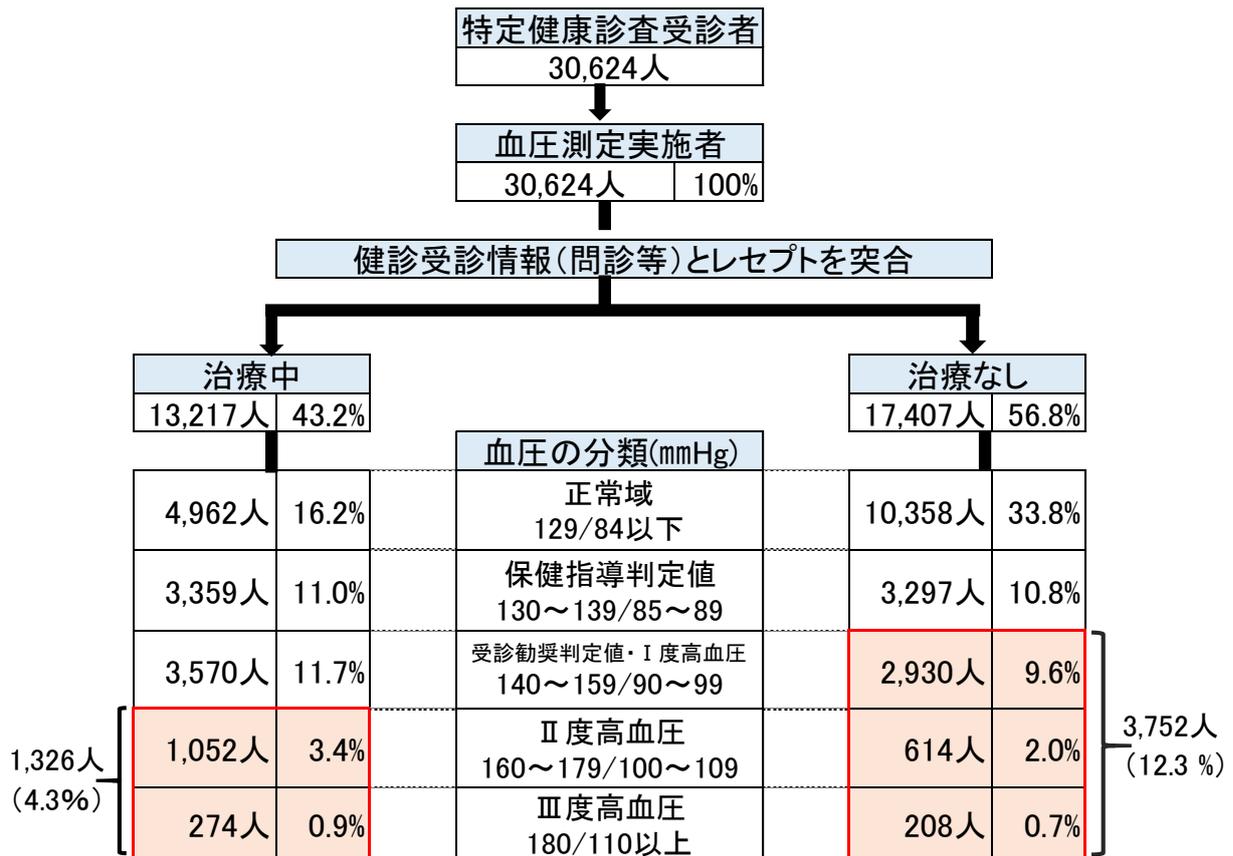
¹¹CKD（慢性腎臓病）：腎臓の働きが慢性的に低下することをいいます。腎臓は、老廃物を排出したり、骨や血液を造ったり、血圧を調整したりするなど、健康を保つための大切な働きをします。腎不全とは腎臓の働きが正常の30%以下に低下した状態をいいます。

※CKDの重症度は腎機能の低下度を示すeGFR（推計糸球体ろ過量）、原因となる病気（原疾患）、蛋白尿の程度を組み合わせで区分されています。eGFRはクレアチニン値に年齢、性別を加味して推計します。黄→オレンジ→赤の順に末期腎不全や脳卒中や心筋梗塞などのリスクが高くなります。

(4) 高血圧重症者の状況

血圧値から高血圧の重症化リスクを見ると、治療なし（問診票で服薬なし、高血圧レセプトなし）で受診勧奨判定値以上の人々が3,752人（12.3%）となっています（受診勧奨対象者）。また、治療中でも、Ⅱ度、Ⅲ度の重症域の高血圧患者が1,326人（4.3%）となっています（重症化予防対象者）。（図表 26）

【図表 26】 血圧値から見たリスク割合（令和4（2022）年度）



出典：KDB帳票【集計対象者一覧_健診ツリー図より遷移】より作成

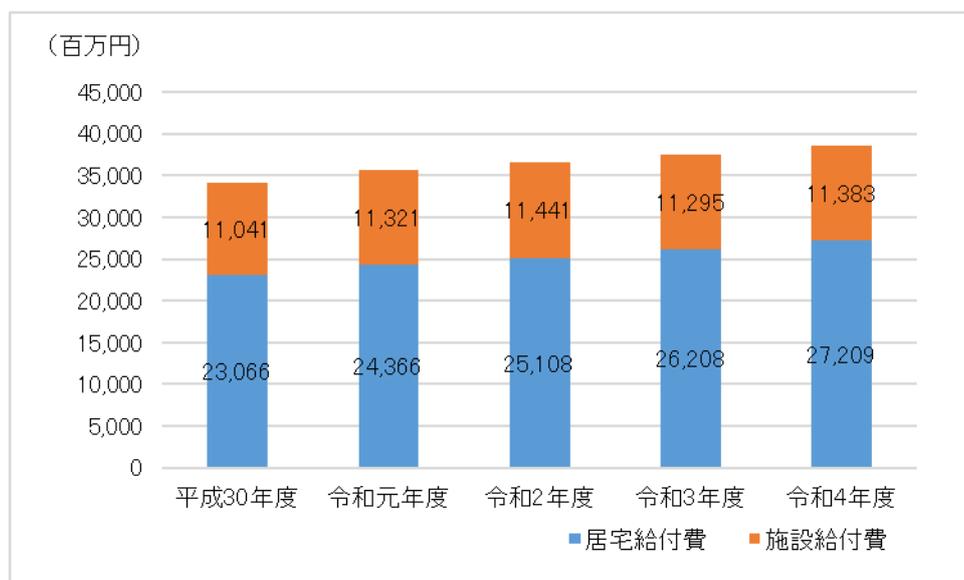
5 介護費関係の分析

(1) 介護給付費等の状況

介護給付費は増加傾向にあり、施設給付費は横ばいで推移していますが、居宅給付費が増加傾向となっています。(図表 27)

介護認定率は 20.4%で、東京都平均 (20.7%) よりも低くなっていますが、1 件当たり介護給付費は 53,766 円と、東京都平均 (52,461 円) よりも高くなっています。1 件当たりの居宅給付費及び施設給付費も、東京都より高くなっています。(図表 28)

【図表 27】 介護給付費の推移



出典：KDB帳票【健康スコアリング (介護)】

【図表 28】 介護認定率、1 件当たり介護給付費 (令和 4 (2022) 年度累計)

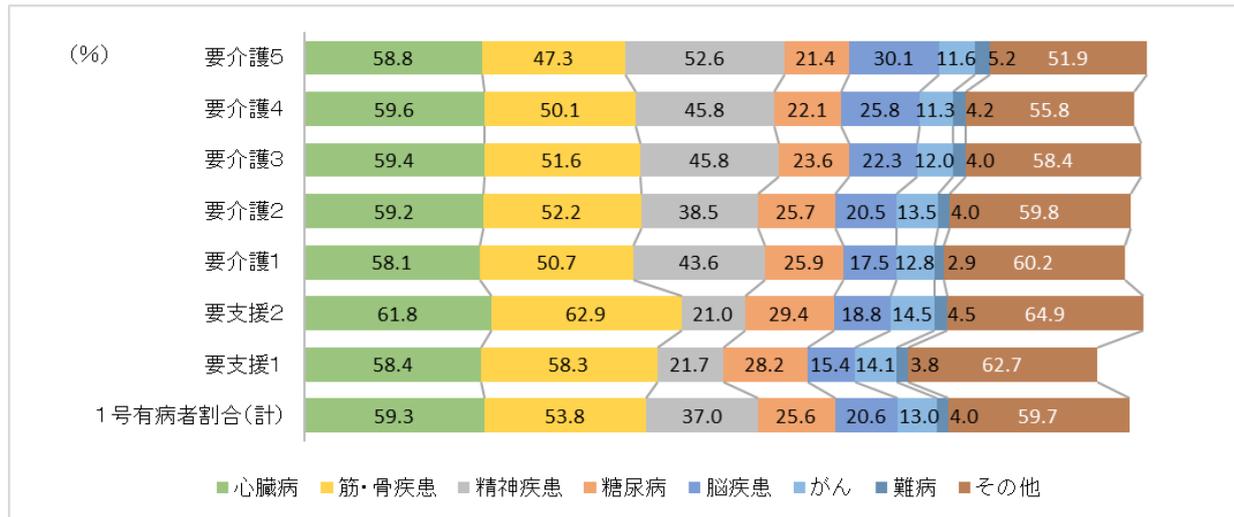
	介護認定率 (%)	介護給付費 (円)	居宅給付費 (円)	施設給付費 (円)
板橋区	20.4	53,766	40,109	317,146
東京都	20.7	52,461	38,607	305,948
国	19.4	59,662	41,272	296,364

出典：KDB帳票【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】_介護

(2) 要介護度別の有病状況

要介護度別の有病割合を見ると、「心臓病」が 59.3%で最も多く、次いで「筋・骨疾患」が 53.8%となっています。要介護度が上がるにつれて、「精神疾患」と「脳疾患 (脳血管疾患)」の割合が増えてきます。(図表 29)

【図表 29】 要介護度別有病割合（1号被保険者）（令和4（2022）年度累計）



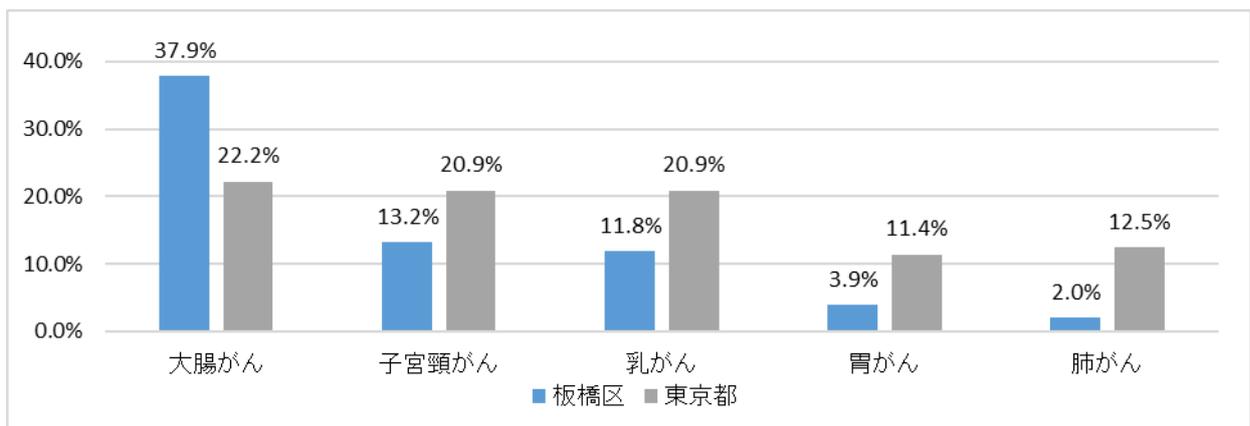
出典：KDB帳票【要介護（支援）者有病状況】より作成

6 その他

（1）がん検診の状況

大腸がん検診受診率は37.9%となっており、特定健康診査や区民一般健診と同時に実施しているため、東京都平均（22.2%）よりも高く、23区中でも第1位の受診率となっています。一方で、その他のがん検診（肺がん、胃がん、乳がん、子宮頸がん）の受診率については、東京都平均や目標値である50%（東京都がん対策計画（第二次改訂）平成30年3月改定）を下回っているため、今後高めていく必要があります。（図表30）

【図表 30】 がん検診受診率（令和3（2021）年度）



出典：東京都保健医療局「とうきょう健康ステーション_がん検診の統計データ」
 <<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/gan/toukei/data/index.html#anc0>>
 （最終アクセス令和5（2023）年11月10日）より作成

第3章



計画全体

計画全体の目的・健康課題

計画全体の目標/評価指標/現状値/目標値

保健事業一覧

3 計画全体

「板橋区国民健康保険保健事業プラン 2023」で掲げた4つの対策である「生活習慣病の意識づけ」「健診受診率・保健指導実施率の向上」「生活習慣病の重症化予防」「後発医薬品・多受診者対策」を引き続き進めていきます。

「データヘルス計画」全体の目的でもある「健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上、医療費の適正化を図る」ことの実現に向けて、第2章でのデータ分析の結果、健康課題を抽出し、目標、評価指標、現状値、目標値を設定し対策・事業を推進していきます。

計画全体の 目的・健康課題

前計画に引き続き、「健康の保持増進」、「生活の質（QOL）の維持向上」、「医療費の適正化を図る」ことを目的と決めました。また、データ分析の結果、6つの健康課題を抽出しました。

計画全体の目標/ 評価指標/現状値/ 目標値

計画全体の目的を実現するため、各健康課題と対応する目標等を設定し、他の計画等と整合を図っています。

保健事業一覧

重点的に推進すべき事業の設定により、健康課題の解決に向けてより効果的・効率的な事業設計・実施につなげていきます。

本章では、標準化ツールの様式をよりわかりやすく整理して、健康課題ごとに「目標」「評価指標」「現状値」「目標値」を定めて表記しています。

「第2章 健康・医療情報等の分析と課題」に基づきデータ分析を行い、現状把握から見えてくる健康課題（A～Fの6課題）を抽出し、それらを踏まえた「計画全体の目的」を掲げるとともに、「計画全体の目標」、「評価指標」、「現状値」及び「目標値」を設定しました。6つの健康課題以外にも、東京都平均を下回っている「成人歯科検診事業」、「がん検診事業」については、一般区民の人を対象としている健康増進事業のため、「いたばし健康プラン」で方向性を示していきます。

また、優先する健康課題（AとB）を設定し、事業設計の最適化を図り、その解決に向けた効率的な事業実施につなげていきます。

計画全体の目的

「健康の保持増進」、「生活の質（QOL）の維持向上」、「医療費の適正化」を図る

◎優先する健康課題（重点的に進め、効果的な実施につなげていきます）

A	【健康課題】 重症化予防	<p>標準化医療費を東京都と比較すると、外来医療費は男女ともに「糖尿病」が高く、男性の「高血圧症」が低くなっています。入院医療費は、男女ともに生活習慣病が重症化した疾患である「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」が高くなっています。</p> <p>血圧値から「高血圧」の重症化リスクを見ると、治療なし（問診票で服薬なし、高血圧レセプトなし）で受診勧奨判定値以上の人が12.3%となっています。</p> <p>「高血圧」のリスク保有者を適正受診や重症化予防につなげていく必要があります。</p>						
	計画全体の目標	生活習慣病重症化の予防						
	評価指標	高血圧者の割合						
	指標の定義	<p>特定健康診査受診者で、①又は②のいずれかを満たす人の割合</p> <p>①収縮期血圧$\geq 160\text{mmHg}$ ②拡張期血圧$\geq 100\text{mmHg}$</p> <p>（KDB帳票「集計対象者一覧_健診ツリー図より遷移」より作成）</p>						
	年度	2023 令和5 (策定時)	2024 令和6	2025 令和7	2026 令和8 (中間)	2027 令和9	2028 令和10	2029 令和11 (目標)
	目標値	7.0% (令和4年度)	6.8%	6.7%	6.5%	6.3%	6.2%	6.0%

◎優先する健康課題（重点的に進め、効果的な実施につなげていきます）

B	【健康課題】 重症化予防	<p>全体の医療費（入院＋外来）で見ると、「CKD（慢性腎臓病）（透析あり）」が最も多く、次いで「糖尿病」の順となっています。</p> <p>HbA1cの数値から「糖尿病」の重症化リスクを見ると、治療なし（問診票で服薬なし、糖尿病レセプトなし）で受診勧奨判定値以上の方が1.0%となっています。また、治療中であっても、血糖コントロール不良者が1.2%となっています。</p> <p>人工透析の原因疾患としては、「糖尿病性腎症」が最も多くなっているため、「糖尿病」の重症化予防が必要です。</p>						
	計画全体の目標	生活習慣病重症化の予防						
	評価指標	HbA1cが6.5%以上の人の割合						
	指標の定義	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある人のうち、HbA1cが6.5%以上の人の割合 (KDB帳票「集計対象者一覧_健診ツリー図より遷移」より作成)						
	年度	2023 令和5 (策定時)	2024 令和6	2025 令和7	2026 令和8 (中間)	2027 令和9	2028 令和10	2029 令和11 (目標)
目標値	9.3% (令和4年度)	9.2%	9.1%	9.0%	8.8%	8.6%	8.5%	

○健康課題C～F（国の戦略や動向等を踏まえながら解決していきます）

C	【健康課題】 禁煙普及	<p>標準化医療費を東京都と比較すると、男女ともに「慢性閉塞性肺疾患（COPD）」の外来医療費が高く、「肺がん」の入院費も高いため、禁煙に取り組む必要があります。そのため、保健指導や健康相談につなげ、禁煙の普及啓発に努めることが必要です。</p>						
	計画全体の目標	生活習慣病の改善						
	評価指標	喫煙率						
	指標の定義	特定健康診査受診者のうち喫煙有の割合（法定報告）						
	年度	2023 令和5 (策定時)	2024 令和6	2025 令和7	2026 令和8 (中間)	2027 令和9	2028 令和10	2029 令和11 (目標)
目標値	16.1% (令和4年度)	16.0%	15.5%	15.0%	14.8%	14.5%	14.0%	

D	【健康課題】 受診率等向上	特定健康診査受診率は女性より男性が低く、また若い年代特に40歳代男性は20%台と低くなっています。若い年代の特定健康診査受診に対する行動変容を促していくことが必要です。						
	計画全体の目標	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上						
	評価指標	40～64歳の特定健康診査受診率						
	指標の定義	法定報告						
	年度	2023 令和5 (策定時)	2024 令和6	2025 令和7	2026 令和8 (中間)	2027 令和9	2028 令和10	2029 令和11 (目標)
目標値	35.7% (令和4年度)	36.5%	37.0%	38.0%	38.5%	39.0%	40.0%	

E	【健康課題】 重症化予防	介護認定率は、東京都平均より低くなっていますが、要介護度が上がるにつれて、「精神疾患」と「脳疾患（脳血管疾患）」の割合が増えています。そのため、介護の原因とならないように重症化予防の取組が必要です。						
	計画全体の目標	平均自立期間の延伸						
	評価指標	平均自立期間（要介護2以上）						
	指標の定義	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値						
	年度	2023 令和5 (策定時)	2024 令和6	2025 令和7	2026 令和8 (中間)	2027 令和9	2028 令和10	2029 令和11 (目標)
目標値	男性 79.5歳 女性 84.3歳 (令和4年度)	—	—	男性 80.0歳 女性 85.0歳	—	—	男性 81.0歳 女性 86.0歳	

F	【健康課題】 受診率等向上	特定健康診査未受診かつ生活習慣病の治療のない人が 23.6% 存在しています。特定保健指導の実施率は、特別区と比較すると 70～74 歳の女性以外の全ての年代で下回っており、また 40～44 歳以外の全ての年代で女性より男性が低くなっています。そのため、受診勧奨を促していくことが必要です。						
	計画全体の目標	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上						
	評価指標	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率						
	指標の定義	法定報告						
	年度	2023 令和 5 (策定時)	2024 令和 6	2025 令和 7	2026 令和 8 (中間)	2027 令和 9	2028 令和 10	2029 令和 11 (目標)
	目標値	健診 46.6% 保健指導 10.5% (令和 4 年度)	健診 50.0% 保健指導 12.0%	健診 52.0% 保健指導 13.0%	健診 54.0% 保健指導 14.0%	健診 56.0% 保健指導 16.0%	健診 58.0% 保健指導 18.0%	健診 60.0% 保健指導 20.0%

【保健事業一覧】

健康課題の解決や計画全体の目標を達成するため、地域資源や ICT の活用、その他創意工夫を行った取組等を踏まえて、保健事業を推進していきます。

対応健康課題	事業分類 (対策)	保健事業名
A、B、D、F	特定健康診査	特定健康診査事業
A、B、C、F	特定保健指導	特定保健指導事業
A、B	重症化予防 (受診勧奨)	受診勧奨通知事業
A、B、E	重症化予防 (保健指導)	糖尿病性腎症重症化予防事業
—	後発医薬品利用促進	後発医薬品の使用率向上対策事業
—	多受診者対策	多受診者対策事業

※保健事業の中には健康課題に直結しない事業もあり、健康課題の中にも保健事業で解決が困難な課題もあります。また、1つの健康課題に複数の保健事業が対応することがあります。

第4章



個別事業計画

- 1 特定健康診査事業
- 2 特定保健指導事業
- 3 重症化予防事業（受診勧奨）
- 4 重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）
- 5 後発医薬品の使用率向上対策事業
- 6 多受診者対策事業

4 個別事業計画

被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上、及び医療費の適正化を図ることをめざして、健康課題の解決に向けた成果に着目した指標（アウトカム指標）を設定します。また、事業の実施方法（プロセス）や実施体制（ストラクチャー）を明確にした保健事業を計画に位置づけ、生活習慣病に係る予防の動機づけ（ポピュレーションアプローチ）と重症化予防（ハイリスクアプローチ）の両方の側面から取り組んでいきます。

特定健康診査事業

特定健康診査の受診率向上のため、医療関係団体と連携して、受診勧奨等の取組を実施していきます。

特定保健指導事業

保健指導対象者を減少させるため、保健指導の再勧奨や未利用者向けのセミナーを実施し、保健指導につなげていきます。

重症化予防事業 (受診勧奨)(糖尿病性 腎症重症化予防事業)

生活習慣病に関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者への受診勧奨及び保健指導を実施していきます。

後発医薬品の使用率 向上対策事業

区が負担する療養給付経費の適正化を図るため、後発医薬品に切り換えた場合の一部負担金の差額通知を送付します。

多受診者対策事業

多受診（頻回受診、重複受診、多剤・重複服薬）の傾向が見られる被保険者に対して、訪問指導等を実施していきます。

1 特定健康診査事業

事業の目的		メタボリックシンドロームの減少及びメタボリックシンドロームに伴う各種生活習慣病の予防をめざした特定健康診査・特定保健指導を勧めるため、周知、受診勧奨等の取組を行うことにより、特定健康診査の受診率の向上を目的とします。				
事業概要		特定健康診査、周知、受診勧奨等を実施				
対象者		40歳から74歳の被保険者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	勧奨はがき対象者の受診率	当該年度の健診結果データが揃う翌年3月に選定した対象者のうち、受診した者の割合	R4: 16.1%	24%	30%
	2	電話勧奨対象者の受診率		R4: 19.6%	44%	50%
アウトプット指標 (実績)	1	特定健康診査受診率	法定報告値	R4: 46.6%	54%	60%
プロセス (方法)	周知		区の広報紙、ホームページ、国保のしおり、掲示板、医療機関でのポスター掲示			
	勧奨		未受診者へ受診勧奨はがきの送付。40歳の方、経年未受診者等に電話勧奨を実施			
	実施 及び 実施後の 支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施			
		実施場所	板橋区委託医療機関、練馬区委託医療機関			
		時期・期間	6月から11月末			
		データ取得	人間ドックの結果提供への働きかけを実施			
	結果提供	受診者に対する結果判定に基づいた結果説明及び情報提供について、受診月の翌月末までに医師による対面で実施				
その他		対面で結果説明を受けなかった受診者には、健診結果受診者控えと区で作成した健診結果の見方を医療機関から受診者に郵送				
ストラクチャー (体制)	担当部署		健康生きがい部国保年金課			
	医療関係団体		板橋区医師会、練馬区医師会に委託			
	その他関係団体		東京都国民健康保険団体連合会に、費用決済及び共同処理に関する事務を委託			
	事業者		委託事業者にて受診勧奨はがきの送付、電話でのフォローを実施			
	他事業		がん検診との同時実施			
	その他		衛生部門と連携し、健診結果に基づいたデータを用いて生活習慣病予防等のチラシやポスターを作成			

2 特定保健指導事業

事業の目的		特定保健指導対象者に対して特定保健指導を行うことにより、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させることを目的とします。				
事業概要		未利用者への再勧奨、未利用者向けセミナーを実施				
対象者		特定健康診査の結果に基づく特定保健指導基準該当者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	【中長期】内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	R 4: 21.9%	21.0%	20.0%
	2	【短期】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	R 4: 23.1%	28.0%	30.0%
	3	【短期】終了率(終了者/指導利用者)	法定報告値	R 4: 89.5%	93.0%	95.0%
アウトプット指標 (実績)	1	特定保健指導実施率	法定報告値	R 4: 10.5%	14.0%	20.0%
	2	利用勧奨通知再発行数	特定保健指導未利用者数	R 4: 2,048通	2,500通	2,500通
	3	未利用者向けセミナー参加者数	セミナー参加者数	R 4: 29人	45人	60人
	4	セミナー参加者の特定保健指導申込数、申込率	セミナーに参加し、特定保健指導にも申し込んだ人の割合	R 4: 22人 75.9%	40人 90.0%	60人 100%
プロセス (方法)	周知		区の広報紙、ホームページ、国保のしおり			
	勧奨		特定保健指導委託医療機関で実施の場合は、健診結果説明時に勧奨 特定保健指導委託医療機関で未実施の場合は、健診結果説明時に民間委託事業者の案内セットを配付し勧奨 民間委託事業者より特定保健指導未利用者に再勧奨で案内を送付(特定健康診査受診2か月以降)し、さらに未利用者向けにセミナー付きの再々勧奨を実施			
	実施及び実施後の支援	初回面接	特定保健指導委託医療機関の対象者は、健診結果説明日と同日に初回面接を実施又は別日に予約 民間委託事業者の対象者は、申込に基づいて、特定健康診査受診後3か月以降に実施			
		実施場所	特定保健指導委託医療機関 民間委託事業者は健康福祉センター(板橋、上板橋、赤塚、志村、高島平)、区立体育施設(植村記念加賀スポーツセンター、小豆沢・赤塚・上板橋体育館)			
		実施内容	特定保健指導期間中途での脱落防止のため、継続勧奨を実施 民間委託事業者の特定保健指導は、初回面接を重要視し、個別支援30分以上、グループ支援概ね90分以上実施。また、動機づけ支援は3か月以上経過後における評価までの途中で1回のフォローアップを実施			
時期期間		初回面接は当該年度6月から翌年3月末までに実施 最終評価を年度末までに完了				

	実施後のフォロー	特定保健指導終了時に、必要に応じて、地域の健康情報など、対象者に対応した情報を提供 次年度の特定健康診査受診勧奨及び生活習慣改善を継続するための助言を実施
	その他	未利用者向けセミナーの実施 令和6（2024）年度以降の実施に向けてICTの導入（メール支援、オンライン面談等）を検討
ストラクチャー（体制）	担当部署	健康生きがい部国保年金課
	医療関係団体	板橋区内の健診実施医療機関のうち、特定保健指導受託希望医療機関に委託 板橋区医師会と必要に応じて連絡会を実施
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の研修等に参加
	事業者	民間委託事業者と定期的な連絡会を実施
	その他	特定保健指導実施率向上のため、効果的な特定保健指導を実施しているか、特定保健指導委託医療機関と民間委託事業者への視察を実施 特定保健指導委託医療機関と民間委託事業者の特定保健指導実施率・継続率を比較

3 重症化予防事業（受診勧奨）

事業の目的		生活習慣病に関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者への受診勧奨を行うことで、生活習慣病の疾病管理の促進を目的とします。				
事業概要		生活習慣病のハイリスク者に対する医療機関への受診勧奨を実施				
対象者	選定方法	KDBシステムより抽出し、特定健康診査結果などから区で対象者を選定				
	選定基準	健診結果による判定基準	「糖尿病」疑い（HbA1c 6.5%以上）、「高血圧症」疑い（収縮期血圧 160 mm Hg 以上、拡張期血圧 100 mm Hg 以上）			
		レセプトによる判定基準	「糖尿病」又は「高血圧症」のレセプトがない人			
		その他の判定基準	前年度特定健康診査未受診者で、前々年度に「糖尿病」と判定されたレセプトがあり、前年度に「糖尿病」と診断されたレセプトがない人			
	除外基準	「I型糖尿病」、「人工透析」、「がん」、「認知症」、「精神疾患」を有する人。介護認定を受けている人。糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料の算定対象となった人。特定保健指導対象となった人				
	重点対象者の基準	重複リスクのある人				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度（策定時）	2026年度（中間時）	2029年度（目標値）
アウトカム指標（成果）	1	医療機関受診率（糖尿病）委託	選定した対象者のうち医療機関を受診した人の割合	R 4：37%	No 1 と No 2 を統合して、No 3 の事業を R 6 から実施	
	2	医療機関受診率（高血圧）直営		R 4：37%		
	3	医療機関受診率（生活習慣病）R 6から委託		—		
アウトプット指標（実績）	1	受診勧奨者数／割合（糖尿病）委託	受診勧奨を実施した数・割合	R 4：288人	No 1 と No 2 を統合して、No 3 の事業を R 6 から実施	
	2	受診勧奨者数／割合（高血圧）直営		R 4：946人		
	3	受診勧奨者数／割合（生活習慣病）R 6から委託		—		

プロセス (方法)	周知	区の広報紙、ホームページ、国保のしおり
	勧奨	「糖尿病」は郵送、電話1回。「高血圧症」は郵送 令和6年度からは、郵送、電話1回
	実施及び実施後の支援	「糖尿病」は通知文にアンケートを同封し、受診状況を返送してもらうことにより把握し、さらに電話勧奨で受診状況を把握 「高血圧症」は3か月後の受診状況をKDBから把握 令和6年度からは、郵送と電話による受診勧奨
ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課
	医療関係団体	板橋区医師会、練馬区医師会に事前に事業開始報告
	かかりつけ医・専門医	CKD地域医療連携会議、西北部糖尿病医療連携推進検討会で事業を報告、相談を実施
	その他保険団体 事業者	東京都国民健康保険団体連合会の研修等に参加 民間委託事業者と定期的な連絡会を実施

4 重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）

事業の目的		「糖尿病性腎症」及び関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者へ保健指導を実施することで、「糖尿病性腎症」の重症化の予防を目的とします。				
事業概要		「糖尿病性腎症」の治療中の人に対し、保健指導を実施				
対象者	選定方法		KDBシステムより抽出し、特定健診結果などから対象者を選定			
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度の健診結果より、空腹時血糖 126 mg/dℓ以上、又はHbA1c 6.5%以上、かつ、尿蛋白(+)以上でeGFR30 (ml/分/1.73m ²)以上の人			
		レセプトによる判定基準	当該年度に「糖尿病(Ⅱ型)」に該当するレセプトが発生している人			
除外基準 重点対象者の基準		「Ⅰ型糖尿病」、「人工透析」、「がん」、「認知症」、「精神疾患」を有する人。介護認定を受けている人。糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料の算定対象となった人。特定保健指導対象となった人				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績 2023年度 (策定時)	目標 2026年度 (中間時)	目標 2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	参加者の指導終了時の検査値改善者・維持者割合	指導終了時のHbA1c値が維持・改善している人の数/割合	R4: 6人 50.0%	70%	70%
アウトプット指標 (実績)	1	参加数(率)	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	R4: 12人 (5.9%)	30人	30人
	2	勧奨数	対象者の抽出(区)	250人	250人	250人
プロセス (方法)	周知	区の広報誌、ホームページ、国保のしおり				
	勧奨	郵送				
	利用申込	電話、はがき				
	実施内容	面談3回、電話3回				
	時期・期間	6月から翌年3月までのうち6か月間				
	場所	自宅、公共機関、民間委託事業所				
	実施後の評価	食事・運動の行動変容の前後比較、指導期間中の血液検査等のデータの前後比較				
実施後のフォロー	翌年後に継続支援(電話2回)を実施					

ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課
	医療関係団体	板橋区医師会、練馬区医師会に事前に事業開始報告
	かかりつけ医・ 専門医	CKD地域医療連携会議、西北部糖尿病医療連携推進検討会で事業を報告、相談を実施
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の研修等に参加
	事業者	民間委託事業者と定期的な連絡会を実施

5 後発医薬品の使用率向上対策事業

事業の目的		後発医薬品の使用率を向上させることによって、区民が負担する医療費の軽減と、区が負担する療養給付経費の抑制を図ります。				
事業概要		後発医薬品に切り替えた場合の一部負担金の差額が記載された通知を送付				
対象者		先発医薬品を服用している人（「がん」「精神疾患」を推測する薬等を除外）で、自己負担軽減額が100円以上の被保険者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績	目標	
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	後発医薬品使用率	使用率の増加の遷移を比較	R4: 79.4%	80.2%	80.8%
アウトプット指標 (実績)	1	差額通知発送	差額通知発送数	R4: 19,665 通	17,000 通	16,500 通
プロセス (方法)	周知	ホームページ、国保のしおり				
	勸奨	差額通知の発送				
	実施及び実施後の支援	民間事業者に一定期間のレセプト情報を提供し、差額通知の作成、発送、効果測定を委託				
	その他	初回通知者に案内リーフレットを同封				
ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課				
	医療関係団体	板橋区医師会・板橋区歯科医師会・板橋区薬剤師会				
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の集団支援・個別支援に参加				
	事業者	外部委託により実施				
	その他組織	東京都				
	他事業	後発医薬品普及啓発品の配布				
その他	効果測定の結果を確認しながら、差額通知発送頻度について変更していく。					

6 多受診者対策事業

事業の目的		適正服薬指導及び適正受診指導を実施することによって、医療費の適正化を図ります。				
事業概要		適正受診指導対象者に対する訪問指導 多剤・重複服用者に対する服薬情報を通知				
対象者		多受診（頻回受診、重複受診、多剤・重複服薬）の傾向が見られる被保険者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	適正受診人数	訪問指導後、電話による継続指導参加者の人数	R 4: 74人	120人	120人
	2	医療費の削減効果額	訪問指導前後のレセプト比較による削減効果額	R 4: 10,091千円	18,000千円	18,000千円
	3	被保険者全体からみた重複・頻回受診、重複服薬者の割合	重複・頻回受診、重複服薬の対象者をレセプトから抽出	R 4: 8.0%	7.5%	7.0%
アウトプット指標 (実績)	1	適正受診指導数	訪問指導参加者人数	R 4: 81人	150人	150人
	2	多剤・重複服用者服薬通知	多剤・重複服用者服薬通知数	R 4: 2,470通	3,300通	3,300通
プロセス (方法)	周知	ホームページ、国保のしおり				
	勧奨	郵送				
	実施及び実施後の支援	<p>(適正受診指導)</p> <p>重複受診、頻回受診、重複服薬に該当する被保険者に委託事業者の健康相談員が訪問指導を実施 訪問の1か月後を目安に対象者に電話し、訪問後の経過を確認 訪問前後のレセプト情報により、医療費削減効果額の測定を委託 (多剤・重複服用者服薬通知)</p> <p>多剤・重複服用者に該当する原則60歳以上の被保険者に「服薬情報のお知らせ」を送付し、医師・薬剤師への相談を勧める 通知前後のレセプト情報により、医療費削減効果額の測定を委託</p>				
その他	<p>(適正受診指導)</p> <p>事業案内書の送付→架電による参加意向の確認・予約という手順を踏み、事業趣旨を理解していただく期間を設けて参加を募集</p>					
ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課				
	医療関係団体	板橋区医師会・板橋区歯科医師会・板橋区薬剤師会				
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の集団支援・個別支援に参加				
	事業者	外部委託により実施				
	その他組織	東京都				
その他	<p>(適正受診指導)</p> <p>委託事業のため、個人情報の使用目的・使用範囲について通知文に記載するとともに、ホームページにも板橋区の事業であることを明記することにより、安心して申し込みいただけるようにする。</p>					

第5章



第四期特定健康診査等実施計画

- 1 第三期計画実施結果・目標の達成状況
- 2 第四期実施計画と実施目標
- 3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

5 第四期特定健康診査等実施計画

「メタボリックシンドローム」に着目した生活習慣病予防のための特定健康診査及びその結果により健康の保持に努める必要がある方に対する特定保健指導を実施するため、保険者は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 19 条に基づき、特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」）に則して「特定健康診査等実施計画」を定めます。

第三期計画実施結果・ 目標の達成状況

第三期計画期間（平成 30（2018）年度～令和 5（2023）年度）の実績及び達成状況、並びに、第三期特定健康診査等実施計画の検討事項及び現在の取組状況をまとめました。

第四期実施計画と 実施目標

「高齢者の医療の確保に関する法律」第 19 条に基づき、「基本指針」に則して「特定健康診査等実施計画」を定めるものとします。また、国が掲げる市町村国保の目標値に即して、板橋区の目標値を令和 11（2029）年度における特定健康診査受診率 60%、特定保健指導実施率 20%と決めました。

特定健康診査・特定保健指導の実施方法

特定健康診査・特定保健指導について対象者や実施方法などをまとめています。必要に応じて見直しが行われる可能性があります。

1 第三期計画実施結果・目標の達成状況

(1) 実施結果の分析

第三期計画期間の実績及び達成状況は以下のとおりです。特定健康診査は、達成率90%を維持してきましたが、令和2（2020）年度・3（2021）年度はコロナ禍のため90%を下回り、特定保健指導は、達成率が年々低下しています。事業成果の分析では、「高血圧症」や「糖尿病」の治療に係る薬剤を服用している人の割合が増えています。職員の体制では、令和3（2021）年度はコロナ禍に対応する保健所体制を強化するため、保健師の代わりに事務職で対応しました。

分析項目	詳細	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	令和5年度
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率	特定健康診査受診率目標値	50%	52%	54%	56%	58%	60%
	特定健康診査受診率	46.9%	46.8%	44.7%	46.8%	46.6%	—
	達成率	93.8%	90.0%	82.8%	83.6%	80.3%	—
	特定保健指導実施率目標値	12%	14%	16%	19%	22%	25%
	特定保健指導実施率	12.5%	12.0%	10.4%	10.9%	10.5%	—
	達成率	104.2%	85.7%	65.0%	57.4%	47.7%	—
事業成果	特定保健指導対象者数目標値（平成20年度比）	15%減	17%減	19%減	21%減	23%減	25%減
	特定保健指導対象者数	10.4%減	12.6%減	8.1%減	10.4%減	13.3%減	—
	内臓脂肪症候群該当者の割合	20.2%	20.4%	22.6%	22.2%	21.9%	—
	内臓脂肪症候群予備群の割合	10.5%	10.3%	10.6%	10.5%	10.5%	—
	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している割合	35.1%	35.0%	36.2%	36.1%	36.0%	—
	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している割合	8.7%	8.8%	9.4%	9.1%	9.3%	—
事業体制	職員の体制（職種、職員数）	事務職4 保健師1	事務職4 保健師1	事務職4 保健師1	事務職5	事務職4 保健師1	事務職4 保健師1
	実施時期	6月1日から 10月31日まで	6月1日から 10月31日まで	8月17日から 11月30日まで	6月1日から 10月31日まで	6月1日から 11月30日まで	6月1日から 11月30日まで

(2) 実施課題のまとめ

①特定健康診査の取組状況

(ア) 特定健康診査の周知	
第三期特定健康診査等実施計画の検討事項	現在の取組状況
■各種がん検診との連携	・特定健康診査受診券とセット検診（大腸がん、肝炎ウイルス、前立腺がん、胃がんリスク）を1つにまとめ、同時受診を促しています。
■過去の健診結果データの蓄積と活用	・保健衛生システムにデータを蓄積して結果票を再発行する際に活用しています。
■未受診者への勧奨はがき送付	・年度末年齢40歳の方や節目年齢（45歳、50歳、55歳）等の方を対象に受診意欲を高める表現を使用した、勧奨はがきを送付しています。
■健診実施期間の見直し	・コロナ禍で健診開始時期が遅れたことにより、医師会と協議して健診実施期間を「10月末まで」から「11月末まで」に延長しました。
■健診案内パンフレットや封筒の改善	・各種がん検診等と同時実施となっているため受診券をまとめるとともに、封筒に受診意欲を高める表現を使用しています。
■健診案内ポスターの掲示箇所の拡大	・医療機関、町会掲示板のほか、庁舎内の国保年金課フロアの記載台等にポスター掲示しています。
■区民まつり等での健診事業の周知	・健康イベントで周知しています。
(イ) 他機関との連携	
■医師会事務局との情報共有	・医師会との協議会で情報共有しています。
■健康づくり団体、民生委員等との連携	・健康づくり団体のほか、包括協定団体に健診パンフレットを配布し周知を依頼しています。
■民間企業、商店街や商工会議所との連携	・商店街連合会の会合に出向き、健診パンフレットを配布し、周知を依頼しています。
(ウ) 40代の健診受診率向上	
■40代にポイントを絞った勧奨対策	・職員による電話勧奨を実施していましたが、平成30（2018）年度から事業者に委託し、受診率の低い40代の方に実施しています。
(エ) 他の健診の受診結果の取得	
■人間ドックや事業者健診などの健診受診結果を取得し、特定健康診査の受診率に算入する。	・平成25（2013）年度より引き続き実施しています。今後は、人間ドックの費用助成を検討していきます。

②特定保健指導の取組状況

(ア) 案内方法の改善	
第三期特定健康診査等実施計画の検討事項	現在の取組状況
■電話による利用勧奨の実施	・特定保健指導を実施している民間委託事業者による電話勧奨を実施しています。
■医療機関による特定保健指導利用勧奨の強化	・医療機関での健診結果説明時に、民間委託事業者実施の特定保健指導の利用案内を渡しています。
■特定保健指導案内パンフレットの改善	・利用意欲を向上させる内容へ民間委託事業者と協議して改善しています。
■健康福祉センターとの連携	・特定保健指導の実施会場として、認知度が高い健康福祉センターの使用を継続しています。
(イ) 特定保健指導プログラムの改善	
■特定保健指導の質の向上	・特定保健指導実施機関に視察を行い、令和4(2022)年度は2か所の医療機関で現状把握及び改善指導を実施しました。
■特定保健指導の支援内容の充実	・前期高齢者に対しては、フレイル予防についても指導することとしました。
■グループ面接方式の実施	・未利用者向けセミナーと併せて、平成30(2018)年度、平成31(2019)年度、令和4(2022)年度に実施しました。(令和2(2020)年度・3(2021)年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、セミナーはオンラインで実施しましたが、グループ面談は未実施です。)

③その他

(ア) 情報提供	
第三期特定健康診査等実施計画の検討事項	現在の取組状況
■結果説明の充実	・結果説明時に必要な支援へつなげるため、令和3（2021）年度から、区の担当部署を一覧にしたファイルを作成し、健診実施医療機関に配付しました。
■医療機関で結果説明を受けなかった受診者への対応	・医療機関から結果票を郵送する際、医療機関受診や特定保健指導利用を促しています。
(イ) 重症化予防	
■健診結果を活用した、健康福祉センターにおける健康教育事業の検討	・健康福祉センターの専門職の会議で連携を図っています。
■健診結果により抽出した対象者への医療受診勧奨案内	・平成28（2016）年度より、糖尿病疑いの未受診者の方への「受診勧奨」と糖尿病性腎症疑いのある方に対する「重症化予防指導」を行う糖尿病重症化予防事業を実施しています。 ・平成30（2018）年度から、高血圧症疑いの未受診者の方へ受診勧奨通知を送付しています。
(ウ) 効果的な事業運営に向けて	
■システムを活用した各種分析の充実	・平成27（2015）年度からKDBシステムを導入し、糖尿病重症化予防事業の対象者の抽出や分析に引き続き活用しています。

2 第四期実施計画と実施目標

(1) 国の目標値

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率については、直近の実績では第三期実施計画の目標値を下回り、開きが生じています。しかし、国では、引き続き実績値の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、第四期実施計画（令和6（2024）年度～令和11（2029）年度）においても、それぞれ第三期実施計画の目標値である70%以上及び45%以上を維持することとしています。また、区市町村国保の目標値についても、それらの数値を踏まえ、特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導実施率60%以上としています。

メタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者の減少率についても、生活習慣病の予防対策という特定健康診査・特定保健指導の目的を踏まえ、第三期実施計画の目標値25%以上減（平成20（2008）年度比）を維持することとしています。

※特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）より

(2) 板橋区の目標値

板橋区においては、特定健康診査受診率は、第三期実施計画の令和5（2023）年度目標値60%には到達していないものの、特別区平均と比べて高めに推移しており、コロナ禍のもとでも一定の下げ幅で踏みとどまっています。

一方、特定保健指導実施率は、第三期実施計画の令和5（2023）年度目標値25%に到達していないことに加え、平成30（2018）年度の12.5%をピークに低下しており、特別区平均13.3%（令和3（2021）年度）を下回っています。そのため、新たな取組についても試行してみましたが、実施率向上には結びついていません。

以上のことから、板橋区においても、国が掲げる区市町村国保の目標値（令和11（2029）年度における特定健康診査受診率60%・特定保健指導実施率60%）に近づくことをめざしつつも、第三期実施計画の実績を踏まえた現実的な目標値を下表のとおり設定します。

なお、「特定保健指導対象者の減少」については、国の目標である令和11（2029）年度までに25%減（平成20（2008）年度比）を目標値とします。

	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
	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
特定健康診査受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	12%	13%	14%	16%	18%	20%
特定保健指導対象者数 （平成20年度比）	15%減	17%減	19%減	21%減	23%減	25%減

※各年度の特定保健指導対象者出現率（＝特定保健指導対象者/特定健康診査受診者）の平成20年度特定保健指導対象者出現率（13.5%）に対する減少率

(3) 対象者数及び実施者数（推計値）

板橋区における特定健康診査・特定保健指導の対象者数等について、板橋区国保の被保険者数の対前年度伸び率を参考に、以下のとおり推計します。

		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
		2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
特定健康診査	対象者数	71,217人	69,081人	67,008人	64,998人	63,048人	61,157人
	受診者数	35,609人	35,922人	36,184人	36,399人	36,568人	36,694人
特定保健指導	対象者数	4,309人	4,347人	4,378人	4,404人	4,425人	4,440人
	実施者数	517人	565人	609人	705人	797人	888人

3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査

①実施概要

(ア) 対象者

40歳から74歳までの板橋区国保の被保険者
 ※年度途中に加入・脱退など異動がない方

(イ) 実施方法

区民の利便性に配慮し、身近な健診場所での受診が可能となるように、板橋区医師会及び練馬区医師会に委託します。

(ウ) 実施場所

板橋区医師会及び練馬区医師会所属の特定健康診査実施医療機関

(エ) 実施期間

毎年6月から11月（予定）

■年間スケジュール

5月末	受診券一斉発送
6月	特定健康診査開始
7月～9月	前年度の実施結果の検証及び評価 翌年度の事業実施方法等の見直し
10月～翌年3月	次年度の委託契約準備 予算要求資料作成等

(オ) 実施項目

● 基本的な健診項目

全ての受診者に実施します。

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的所見（身体診察）、
 血圧測定、脂質検査（空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP (γ -GTP))、血糖検査（空腹時血糖又は随時血糖及びHbA1c検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

● 詳細な健診の項目

一定の基準のもと、医師が必要と判断した人を選択して実施します。

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）、
 血清クレアチニン検査（eGFR）

● 追加検査項目

基本的な健診項目に加えて、全ての受診者に実施します（詳細な健診項目として実施した場合を除きます）。

尿検査（潜血）、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）、血清クレアチニン検査（eGFR）、胸部エックス線検査、
 痛風検査（尿酸）、その他の血液検査（白血球数、血小板数）

(カ) 周知・案内方法

毎年、広報いたばし及びホームページに掲載するとともにパンフレットを作成しています。また、特定健康診査対象者に送付する受診券に案内冊子等を同封しています。

(キ) 受診方法及び健診結果の通知

実施期間内に受診券を持参し、特定健康診査実施医療機関で受診します。健診結果については、受診医療機関で受診者本人に説明します。

②事業者健診等の健診受診者のデータ収集

特定健康診査対象者が、区の実施する特定健康診査以外のこれに相当する健診（事業者健診等）を受けた場合は、特定健康診査を受けたものとみなすことができます。そのため、健診結果提出のお願いを、特定健康診査の受診券に同封する案内冊子に記載し、事業者健診等の健診データを収集します。

(2) 特定保健指導

①特定保健指導判定及び階層化

腹囲	追加リスク		④喫煙	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40～64 歳
≥85 cm (男性) ≥90 cm (女性)	2つ以上該当		/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

※追加リスクの基準（保健指導判定値）

①血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上又はHbA1c 5.6%以上

②脂質：空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dl 以上）又はHDLコレステロール 40 mg/dl 未満

③血圧：収縮期血圧 130 mm Hg 以上又は拡張期血圧 85 mm Hg 以上

※65 歳以上は全て動機づけ支援の対象となります。

※血糖・脂質・血圧に関わる服薬治療を行っている人は対象から除きます。

②実施概要

(ア) 対象者

特定健康診査の結果により、特定保健指導の対象と判定された人

(イ) 実施方法

特定保健指導実施医療機関及び民間事業者に委託します。

(ウ) 実施場所

特定保健指導実施医療機関及び区内施設（健康福祉センター、区立体育館等）

(エ) 実施期間

初回面接日：毎年6月から翌年3月（予定）

■年間スケジュール

6月	特定保健指導開始
7月～9月	前年度の実施結果の検証及び評価 翌年度の事業実施方法等の見直し
10月～翌年3月	特定保健指導実施医療機関の視察 次年度の委託契約準備 予算要求資料作成等

(オ) 実施内容

情報提供を特定健康診査受診者全員に対して行うことと併せて、対象者に特定保健指導を実施します。健診結果を判定し、生活習慣改善の必要性に応じて、「動機付け支援」「積極的支援」に階層化して対象者を決定します。これらの特定保健指導がめざすところは、対象者の行動変容とセルフケア（自己管理）ができるよ

うになることです。内容は、生活習慣の振り返り、行動目標及び支援計画の作成、生活習慣改善状況の確認、食生活及び運動に関する支援になります。

動機付け支援

【対象者】

健診結果及び問診から、生活習慣の改善が必要と判断された人で、生活習慣を変えるにあたって行動目標の設定やその評価に支援が必要な人を対象とします。

【支援頻度・期間・形態】

原則初回面接による支援1回とします。初回面接（個別面接20分以上、又はグループ支援80分以上）による支援後、通信（電話・FAX・手紙等）による3か月以上経過後の評価を行います。

積極的支援

【対象者】

健診結果及び問診から、生活習慣の改善が必要と判断された人で、管理栄養士などの専門職による、継続的できめ細やかな支援が必要な人を対象とします。

【支援頻度・期間・形態】

初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。初回面接（個別面接20分以上、又はグループ支援80分以上）による支援後、通信（電話・FAX・手紙等）による3か月以上の継続的な支援と3か月以上経過後の評価を行います。

(カ) 周知・案内方法

特定保健指導実施医療機関が実施する特定保健指導の対象者には、結果説明時に特定健康診査受診医療機関より案内をします。

民間事業者が実施する特定保健指導の対象者には、結果説明時に医療機関から特定保健指導の案内を渡し、後日民間事業者から利用案内を送付します。

第6章



その他

- 1 計画の評価・見直し
- 2 計画の公表・周知
- 3 個人情報の取扱い
- 4 地域包括ケアに係る取組
- 5 その他留意事項
(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施)

6 その他

本計画に関しての公表・周知及び評価・見直し方法等を示します。

1 計画の公表・周知

本計画の策定・変更時は、広報いたばし、ホームページ等で公表するとともに、被保険者へわかりやすい情報提供を図ります。

2 計画の評価・見直し

実施する事業ごとに板橋区医師会と連携を図るとともに、板橋区健康づくり推進協議会及び板橋区国民健康保険運営協議会において保健事業の実施状況や結果を報告します。保健事業の実施にあたっては、東京都国民健康保険団体連合会及び同連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の支援・助言を活用します。

計画期間の中間年度である令和8（2026）年度を目安に、目標の達成状況及び事業実施状況の評価・調査を行います。新たな課題や状況の変化を踏まえ、PDCAサイクルに沿って保健事業を展開するとともに、必要に応じて計画の見直しを行い、適宜修正します。

3 個人情報の取扱い

特定健康診査・特定保健指導の実施結果は、健診実施委託医療機関から板橋区医師会及び練馬区医師会に集約した後、再委託先の事業者によりデータ化を行い、電子データの形態で「板橋区保健衛生システム」に登録し、5年間保存します。

また、個人情報の取扱いに関しては、「個人情報の保護に関する法律」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、職員・事業者に周知を図り、外部に委託する際は、同様に取り扱うように委託契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

4 地域包括ケアに係る取組

今後迎える超高齢化社会に対応するため、国保部門として地域包括ケアシステムの取組を推進し、地域の健康課題の分析を行い、関係者間で共有しながら事業に取り組んでいきます。

5 その他留意事項

衛生部門・国保部門共通のシステムを活用して、特定健康診査の受診券とセット検診（大腸がん、肝炎ウイルス、前立腺がん、胃がんリスク）の受診券を1つにまとめ、同時に受診ができるよう交付しています。

また、保健事業を推進するにあたり、地域全体の健康課題を解決していくためのポピュレーションアプローチについて衛生・高齢・介護・国保部門が連携することにより実施していきます（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）※。

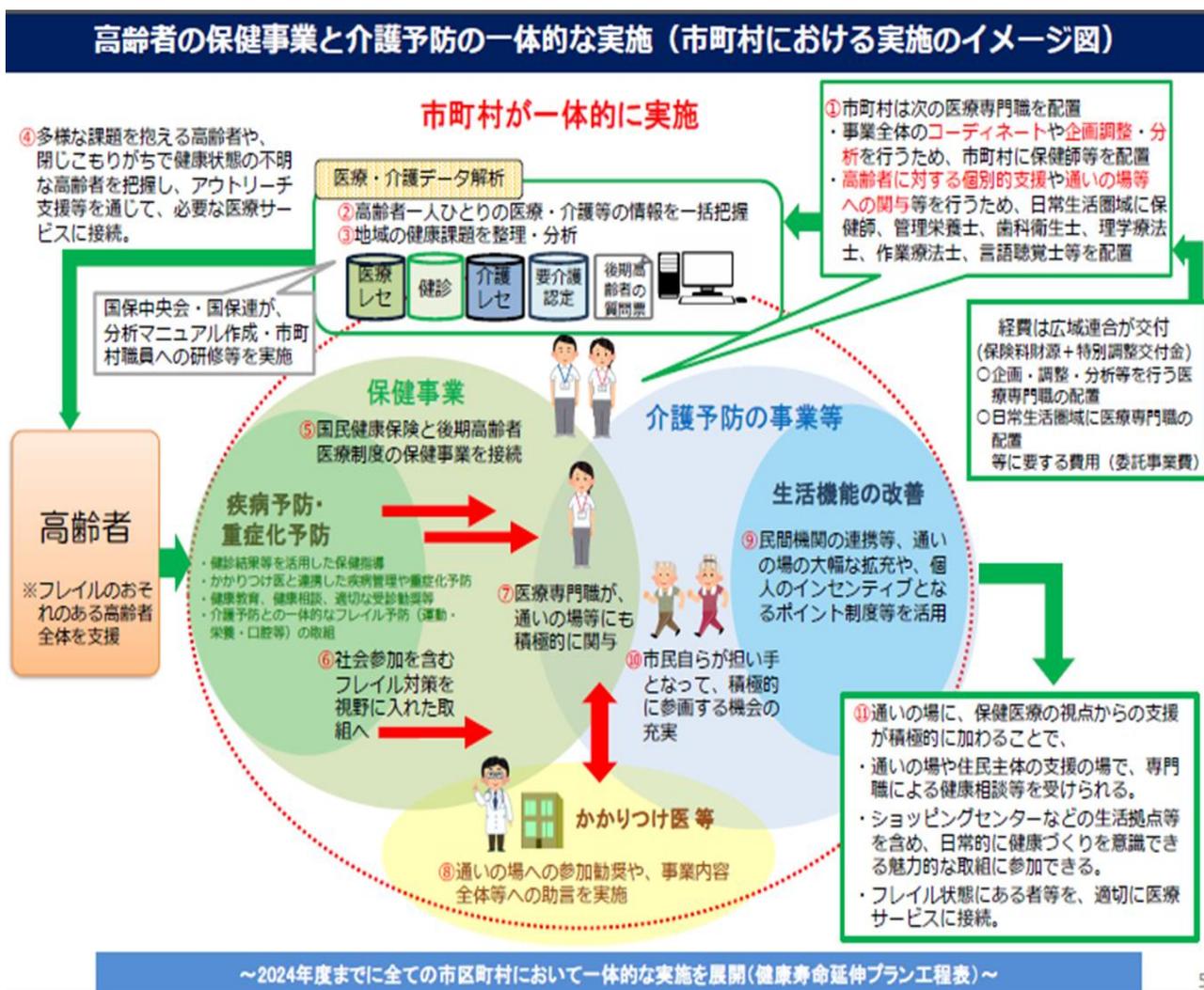
※高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

国（厚生労働省）は、団塊ジュニアが高齢者となる令和 22（2040）年までに、健康寿命の延伸を図ることを目的とした取組の一つとして、介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施することを重点取組分野としています。

わが国の医療保険制度においては、75 歳に達すると、それまで加入していた国民健康保険等から後期高齢者医療制度の被保険者に移行しますが、各種の保健事業については、各保険者の責任において実施しているため、継続性に課題があります。

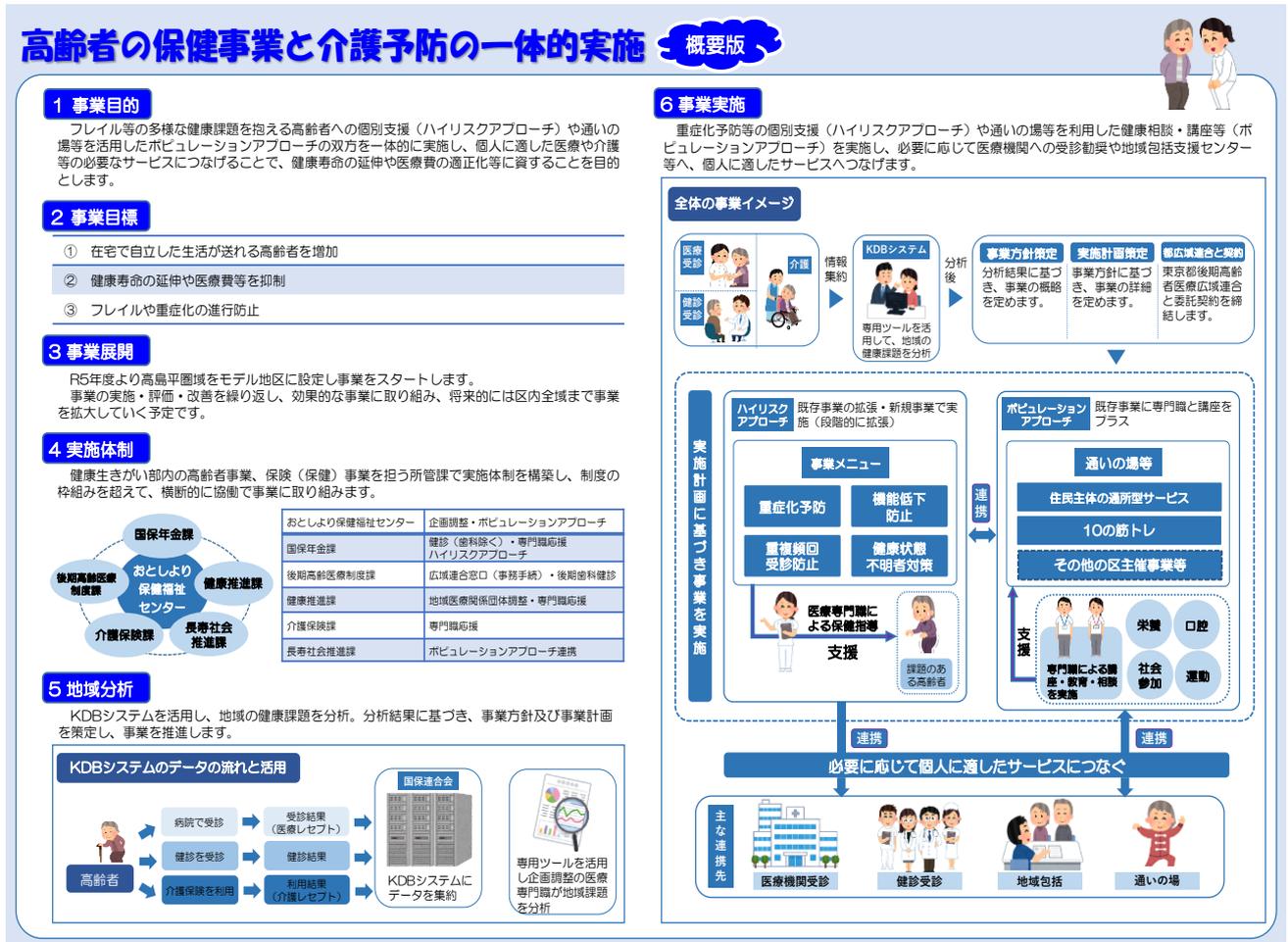
この課題解決に向けて、令和元（2019）年 5 月に「健康保険法等の一部を改正する法律」（令和元年法律第 9 号）が公布され、令和 2（2020）年度から区市町村による「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（以下「一体的実施）」が推進されることとなりました。

こうした経緯を踏まえ、板橋区では国（厚生労働省）の示すガイドラインに基づき、令和 5（2022）年度より、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）及び医療専門職による地域の通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）の双方を既存事業の拡充等を図りながら実施しています。



出典：厚生労働省_高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版

●板橋区の一体的実施事業イメージ



(1) 一体的実施における主な保健事業

①ハイリスクアプローチ

【事業概要】

○生活習慣病重症化予防事業（令和5（2023）年度新規事業）

血糖値と血圧のコントロールが不良となっている人を対象に、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医との連携を図りながら、面接又は電話にて1人当たり3か月間、生活習慣改善指導を実施します。

○今後のハイリスクアプローチ

生活習慣病重症化予防事業の他にも、国（厚生労働省）において、低栄養予防や口腔機能低下防止等のハイリスクアプローチがメニュー化されています。板橋区においては、地域の健康課題の分析結果や一体的実施で行った事業の実施結果・事業評価を踏まえ、健康課題の解決に向けた取組や方法等を検討します。