

小牧市 第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

(令和5年1月案)



キミと一緒に、育っていきたい。
Komaki

令和6年3月
小牧市国民健康保険

目次

小牧市第3期データヘルス計画

I 基本的事項	1
基本的事項	1
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
健康・医療情報等の分析と課題	3
資料 健康・医療情報等のデータ	4
III 計画全体	19
IV 個別事業計画	21
1 特定健康診査	21
2 特定健康診査未受診者対策	23
3 特定保健指導	25
4 特定保健指導未実施者対策	27
5 生活習慣病重症化予防	29
6 糖尿病性腎症重症化予防（受診勧奨）	31
7 糖尿病性腎症重症化予防（保健指導）	33
8 ジェネリック医薬品の利用促進	35
9 重複・頻回受診／重複・多剤服薬対策	37
10 健康いきいきポイント制度	39
11 ヤング健診	41
12 がん検診	43
13 歯科健診	45
14 生活習慣病対策	47

V 小牧市第4期特定健康診査等実施計画	
背景・現状等	51
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	51
達成しようとする目標	51
特定健康診査等の対象者数	51
特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	52
特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】	53
特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】	54
個人情報の保護	54
特定健康診査等実施計画の公表・周知	54
特定健康診査等実施計画の評価・見直し	54
VI その他	56
データヘルス計画の評価・見直し	56
データヘルス計画の公表・周知	56
健康情報の取扱い	56
個人情報の取扱い	57
地域包括ケアに係る取組	57
SDG s の推進	57
VII用語集	58

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	令和4年に高齢化率29%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	小牧市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「小牧市第3期データヘルス計画」を策定し、推進する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関等と連携して健康課題の解決に努める。なお、本計画は保健事業を効果的・効率的に実施するため、「小牧市第4期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定した。また、市の上位計画である「小牧市まちづくり推進計画」、地域福祉計画・地域福祉活動計画・老人福祉計画・介護保険事業計画を統合した「小牧市地域包括ケア推進計画」、「21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）」）に示された基本方針を踏まえた市の健康増進計画である「小牧市健康づくり推進プラン」と整合性をとっている。
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定及び保健事業の運営においては、保険医療課が主体となって進める。また、保健センター、介護保険課、地域包括ケア推進課及び健康生きがい推進課と連携し事業を推進する。
	地域の関係機関	本計画の策定及び保健事業の運営においては、地域の関係機関として、小牧市医師会・小牧市歯科医師会・小牧市薬剤師会・その他地域の医療機関等の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者	被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
	全体	割合	男性	割合	女性	割合
人口(人)	150,188		75,864		74,324	
国保被保険者数(人) 合計	25,811	100%	12,022	100%	13,789	100%
0~39歳(人)	6,220	24.1%	3,057	25.4%	3,163	22.9%
40~64歳(人)	8,097	31.4%	3,979	33.1%	4,118	29.9%
65~74歳(人)	11,494	44.5%	4,986	41.5%	6,508	47.2%
平均年齢(歳)	53.3		52.1		54.3	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	小牧市医師会、小牧市歯科医師会、小牧市薬剤師会と連携を図り各関連事業を推進する。
国保連・国保中央会	連携を図り各関連事業を推進する。
後期高齢者医療広域連合	連携を図り高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進する。
その他	愛知県、春日井保健所、小牧商工会議所、小牧市社会福祉協議会と連携を図り各関連事業を推進する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は25,811人であり、平成30年度の30,554人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が24.1%、40-64歳が31.4%、65-74歳が44.5%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。(令和4年度)
	その他	外国籍被保険者の割合は7.0%と多い印象である。
前期計画等に係る考察	第2期データヘルス計画では、働く世代への特定健康診査受診及び特定保健指導参加に関するアプローチを重点的に実施した。しかし、特定保健指導実施(終了)率は向上の傾向であるが、特定健康診査受診率は低下の傾向にあり、アプローチ方法の検討が必要である。また、生活習慣病・糖尿病性腎症重症化予防は、実施者の医療機関受診率向上に効果があった。第2期計画では小牧市医師会等関係機関や庁内各部署との連携を行った。	

Ⅱ 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	参照データ	対応する健康課題No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率等	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の「平均余命」は82.6歳、「平均自立期間」は81.4歳で、いずれも県・国を上回る。 ・女性の「平均余命」は87.8歳で、県を上回り、国と同程度、「平均自立期間」は85.4歳で、県・国を上回る。 ・「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性1.2歳、女性2.4歳で男女とも県・国より短い。 ・死因別標準化死亡比経験的ベース推定値が100を超える死因は、男性では「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん（結腸）」「肺炎」「くも膜下出血」である。女性では「胃がん」「大腸がん（直腸）」「大動脈瘤・解離」「くも膜下出血」「大腸がん（結腸）」「子宮がん」である。 	図3 図4	A,E	
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度「1人当たり医療費」は、25,877円で、経年的に増加傾向にある。 ・令和4年度「総医療費」は86.22億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）医療費」は14.73億円である。 ・「1人当たり医療費（入院）」は、国より低い。 ・「1人当たり医療費（歯科）」は、県・国より高い。 ・1人当たり医療費は、「10～19歳」「20～29歳」「30～39歳」「40～49歳」が県・国よりも高い。 	図5 図6 図7	F
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費（入院）は、「循環器系疾患」が最も高く、県より高い。循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高く、そのうち「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」が県より高い。 ・1人当たり医療費（入院外）は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の順に高く、県より高い。循環器系疾患では「高血圧性疾患」「虚血性心疾患」「脳内出血」が県より高く、内分泌・栄養及び代謝疾患では「糖尿病」「脂質異常症」が県より高い。 ・「大腸がん」「前立腺がん」「肝がん」1人当たり医療費が、県・国より高い。 ・「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「乳がん」「肝がん」1人当たり医療費は、「平成30年度」と比較して「令和4年度」が増加している。 	図8 図9 図10	E
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度「後発医薬品普及率」は「金額ベース」59.8%、「数量ベース」82.9%で、いずれも年々増加している。 	図13	F
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の「重複投薬者数」は、「睡眠障害」8人、「高血圧症」2人、「脂質異常症」1人、「高尿酸血症」1人である。 ・「睡眠障害」の人数は、経年的に横ばいである。 	図14	F
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度「特定健診受診率」は40.5%で、経年的に県よりも高い。 ・令和4年度「特定健診受診率」は、男女とも「40～44歳」「45～49歳」「50～54歳」が県・国より低く、「55～59歳」は女性が県・国より、男性が県より低い。 ・令和3年度「特定保健指導実施率」は23.2%で、県より高い。 ・令和3年度「積極的支援実施率」は18.4%、「動機付け支援実施率」は24.6%で、いずれも県より高い。 ・令和3年度「特定保健指導利用率」は23.0%、「終了率」は23.2%で、いずれも県より高い。 ・令和3年度「減少率」は19.1%、「特定保健指導による減少率」は23.7%で、いずれも県より高い。 ・令和4年度「過去3年間継続健診未受診者率」は46.9%で、経年的に増加している。 	図15 図16 図26 図27 図28 図30	B
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> ・男女とも「中性脂肪」「HDLコレステロール」「収縮期血圧」が県・国より高い。 ・男性の「腹囲」、女性の「拡張期血圧」「ALT」が県・国より高い。 ・女性の「メタボ該当者割合」が県より高い。 ・「メタボ該当者割合」は、男女とも「40～44歳」「45～49歳」「50～54歳」「55～59歳」「70～74歳」、男性の「65～69歳」、女性の「60～64歳」が県より高い。 ・糖尿病性腎症の病期別割合が、「腎症4期」1.1%、「腎症3期」7.9%、「腎症2期以下」は73.4%で、「腎症4期」が県より高い。 	図17 図22 図23 図25	C,D
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> ・「飲酒日1日当たり飲酒量（2～3合未満）」が県より高い。 ・「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「睡眠不足」「3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）」が県より低い。 	図21	-
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ・治療なし受診動向値以上の割合「血圧」は、男性23.4%、女性22.3%、「HbA1c」は、男性3.1%、女性1.0%、「LDLコレステロール」は、男性22.6%、女性31.4%である。 ・治療あり「HbA1c7.0以上」の割合は、男性19.2%、女性20.0%である。 ・糖尿病治療なし「腎症3期」「腎症2期以下」の人数は、平成30年度と比較して令和4年度が減少している。 	図18 図19 図20 図24	D,E	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号被保険者の要介護（支援）認定者は経年的に増加している。年齢別で見ると「80～84歳」「85～89歳」「90歳～」で経年的に増加している。 ・第1号被保険者の要介護（支援）者における有病者割合は、「心臓病」「筋・骨疾患」「精神疾患」の順に高い。 	図31 図32 図33 図34	-	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保は経年的に県より多い。 ・「10万人当たり人工透析患者数」は、国保は経年的に県より多い。 ・「肺がん」「乳がん」「子宮頸がん」の検診受診率が、経年的に県より低い。 	図11 図12 図29	D,E	

資料 健康・医療情報等のデータ

図1 性・年齢階級別の人口分布及び国保被保険者分布

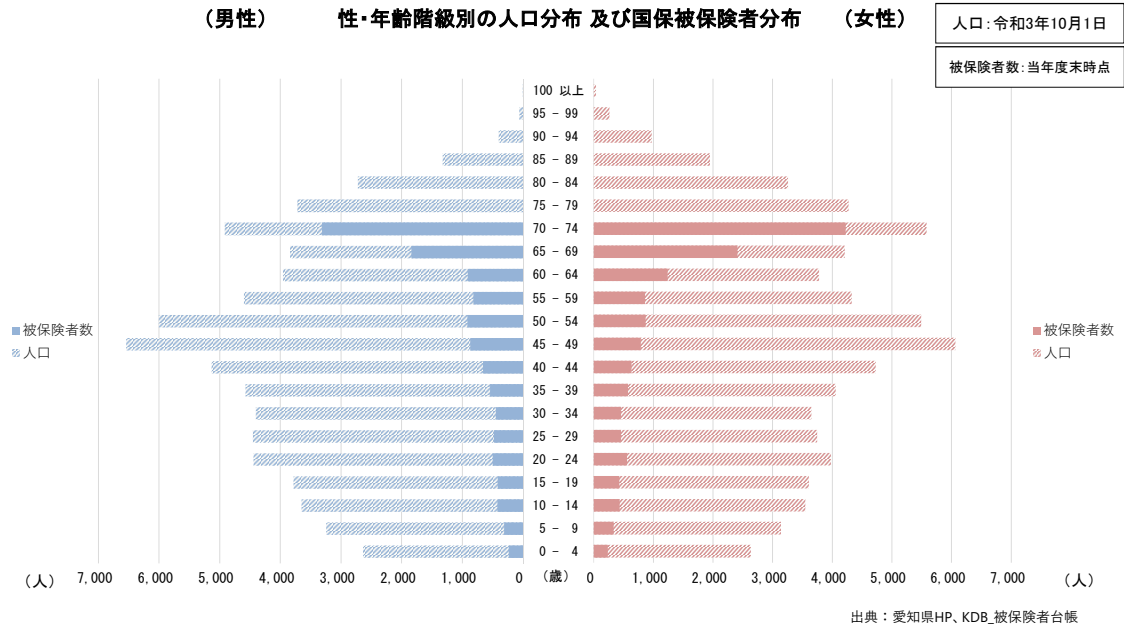


図2 人口、国保被保険者数と高齢化率

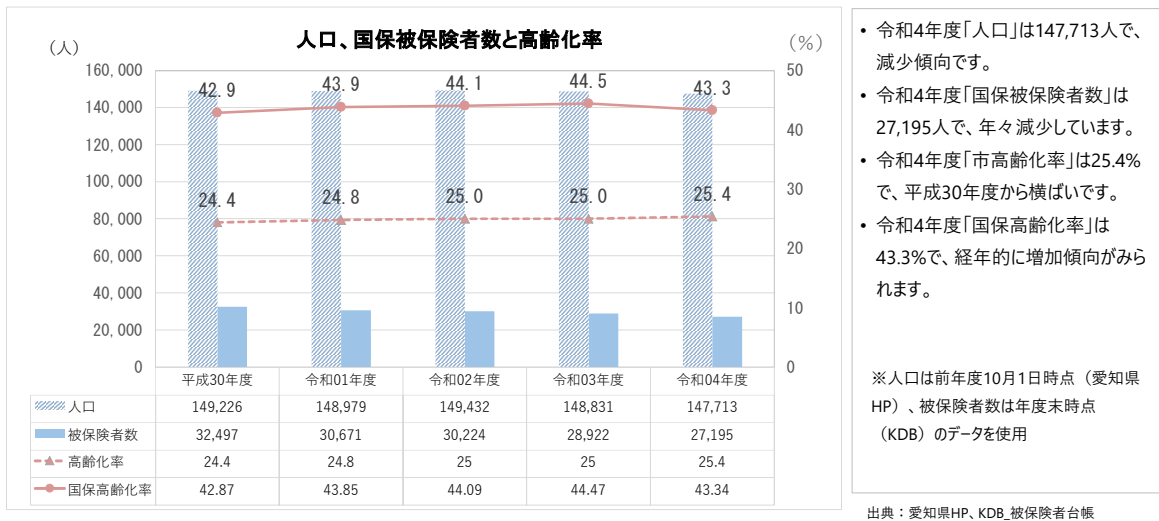


図3 平均余命と平均自立期間

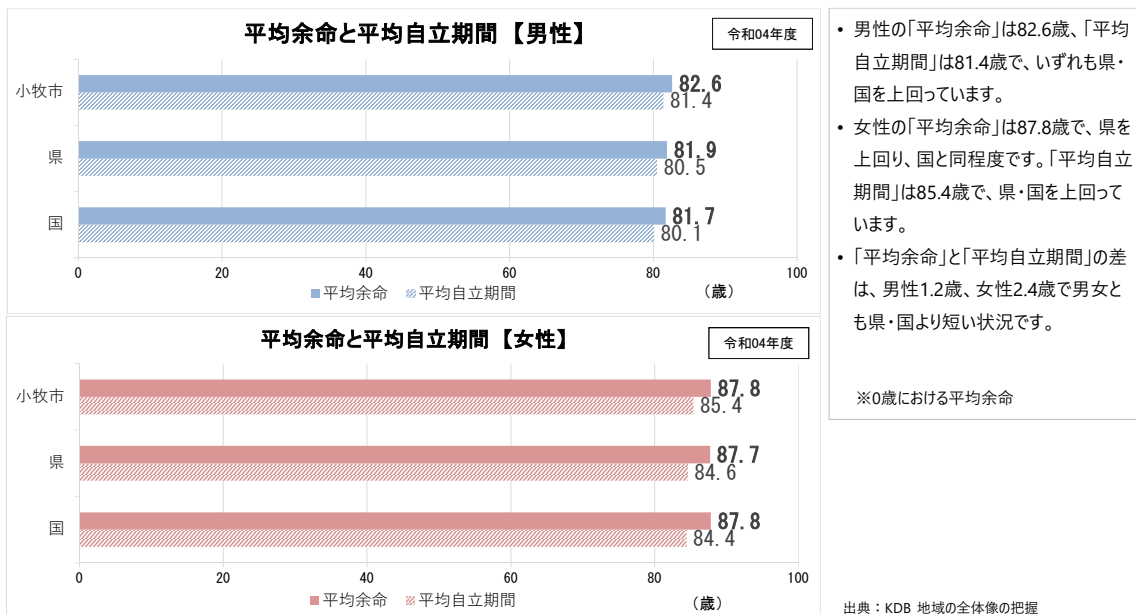
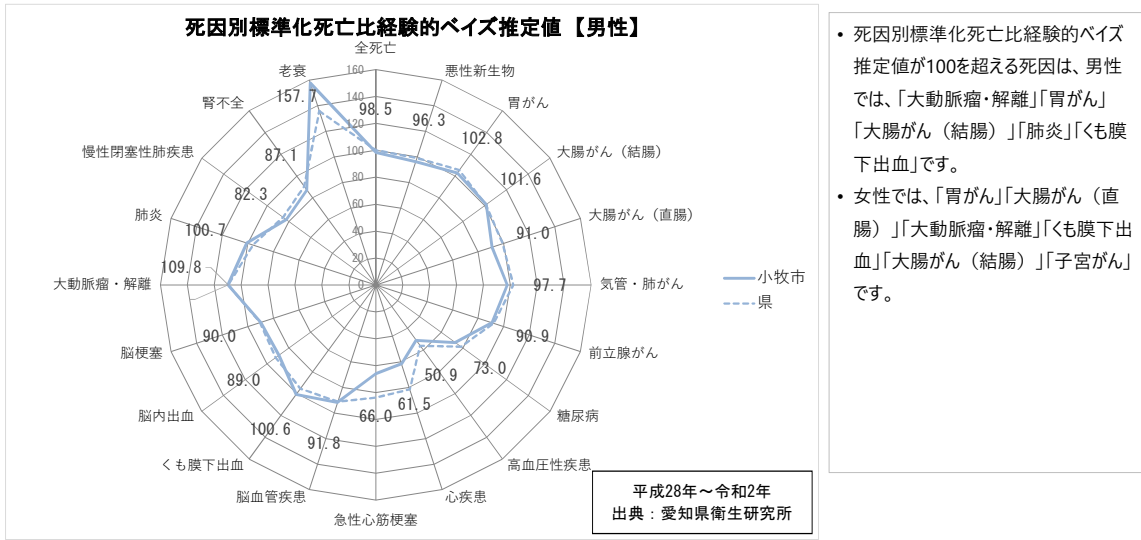


図4 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値



- 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「大動脈瘤・解離」「胃がん」「大腸がん(結腸)」「肺炎」「くも膜下出血」です。
- 女性では、「胃がん」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「くも膜下出血」「大腸がん(結腸)」「子宮がん」です。

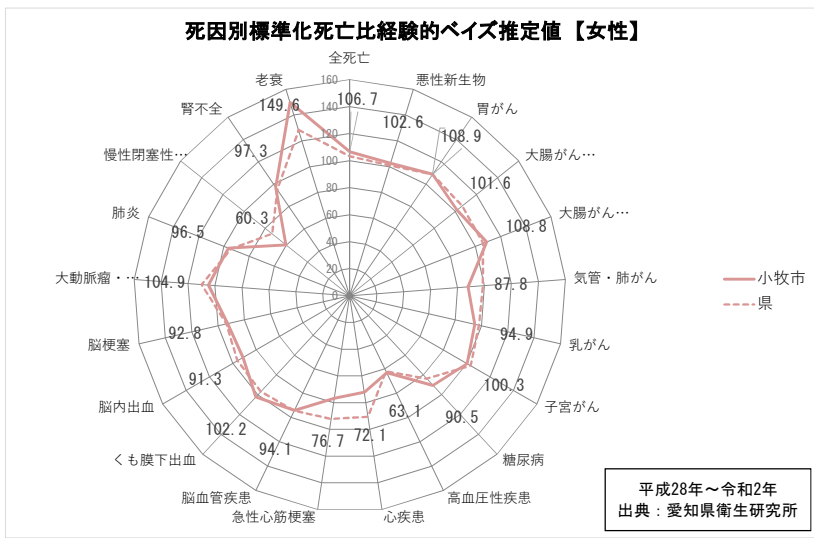
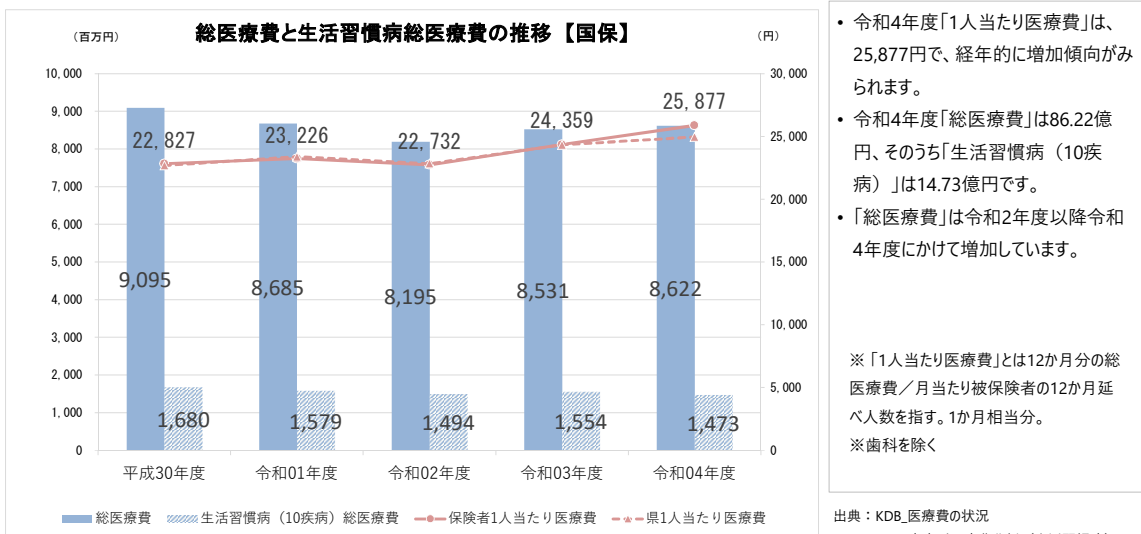


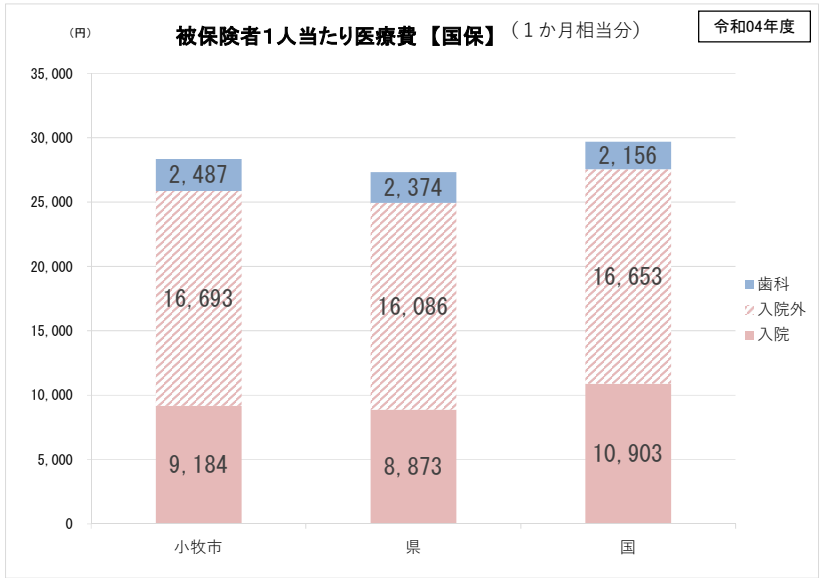
図5 総医療費と生活習慣病総医療費の推移



- 令和4年度「1人当たり医療費」は、25,877円で、経年的に増加傾向がみられます。
- 令和4年度「総医療費」は86.22億円、そのうち「生活習慣病(10疾病)」は14.73億円です。
- 「総医療費」は令和2年度以降令和4年度にかけて増加しています。

※「1人当たり医療費」とは12か月分の総医療費/月当たり被保険者の12か月延べ人数を指す。1か月相当分。
※歯科を除く

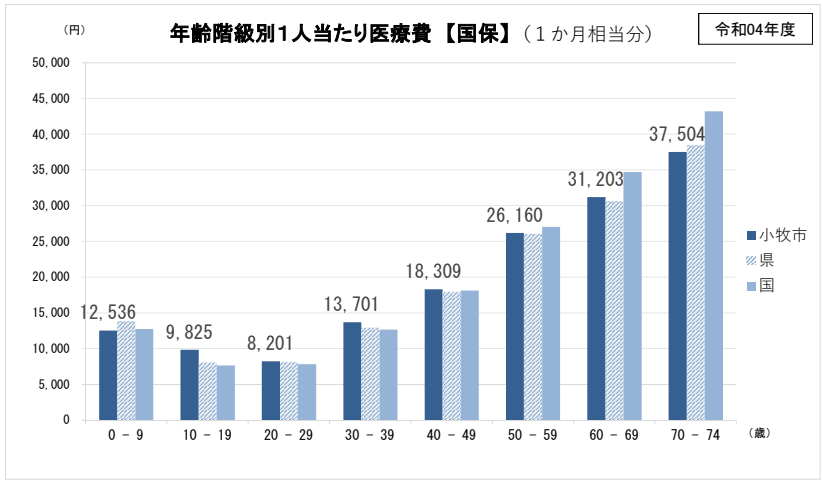
図6 被保険者1人当たり医療費



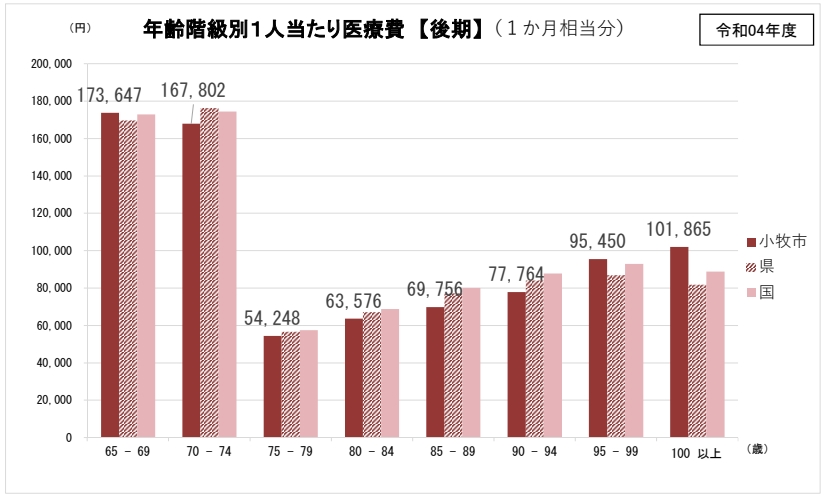
- 「1人当たり医療費（入院）」は、国より低い状況です。
- 「1人当たり医療費（歯科）」は、県・国より高い状況です。

出典：KDB_健康スコアリング（医療）

図7 年齢階級別1人当たり医療費

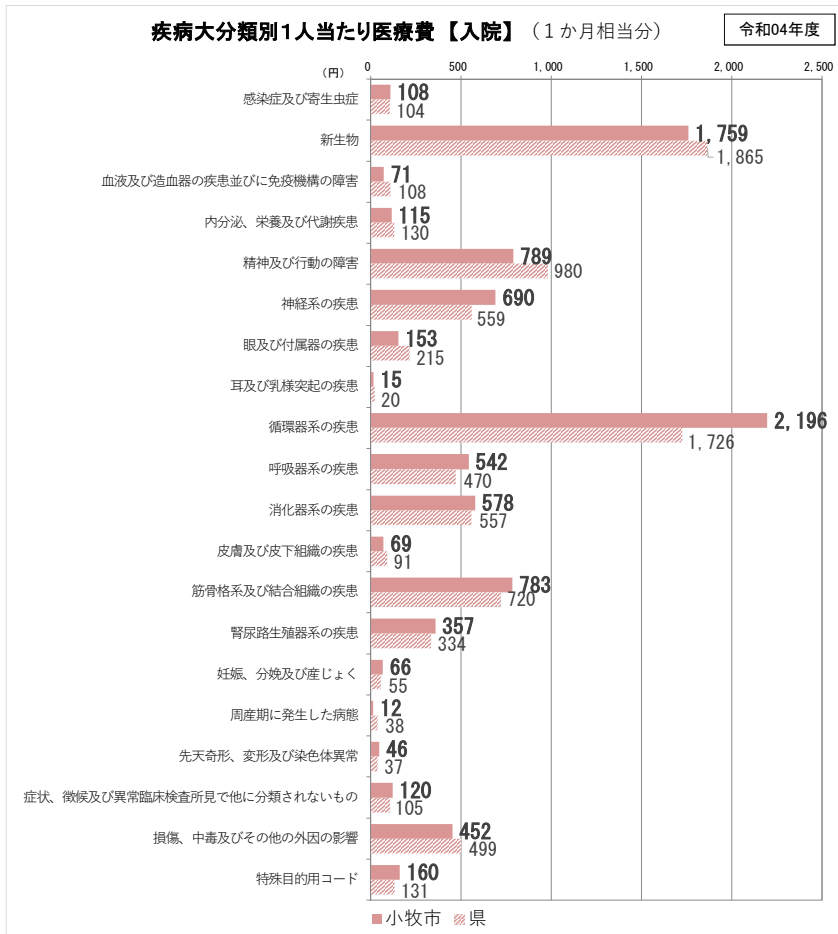


- 【国保】**
- 1人当たり医療費は、「10~19歳」「20~29歳」「30~39歳」「40~49歳」が県・国よりも高い状況です。
- 【後期】**
- 一定の障がいにより加入した「65~69歳」「70~74歳」1人当たり医療費は、県・国と同様に、他の年齢階級に比べて高い状況です。
 - 「95~99歳」「100歳以上」が県・国より高い状況です。
- ※歯科を除く



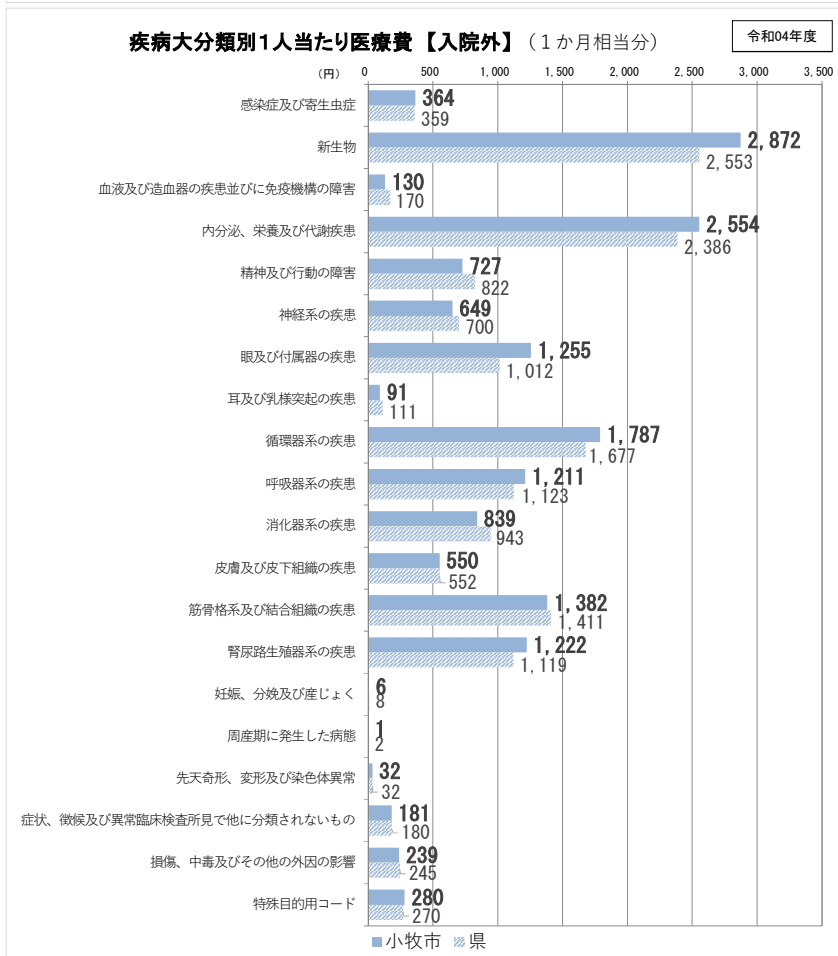
出典：KDB_医療費の状況

図 8 疾病大分類別 1 人当たり医療費



【入院】

・「循環器系の疾患」「新生物」「精神及び行動の障害」の順に高く、そのうち、「循環器系の疾患」が県より高い状況です。

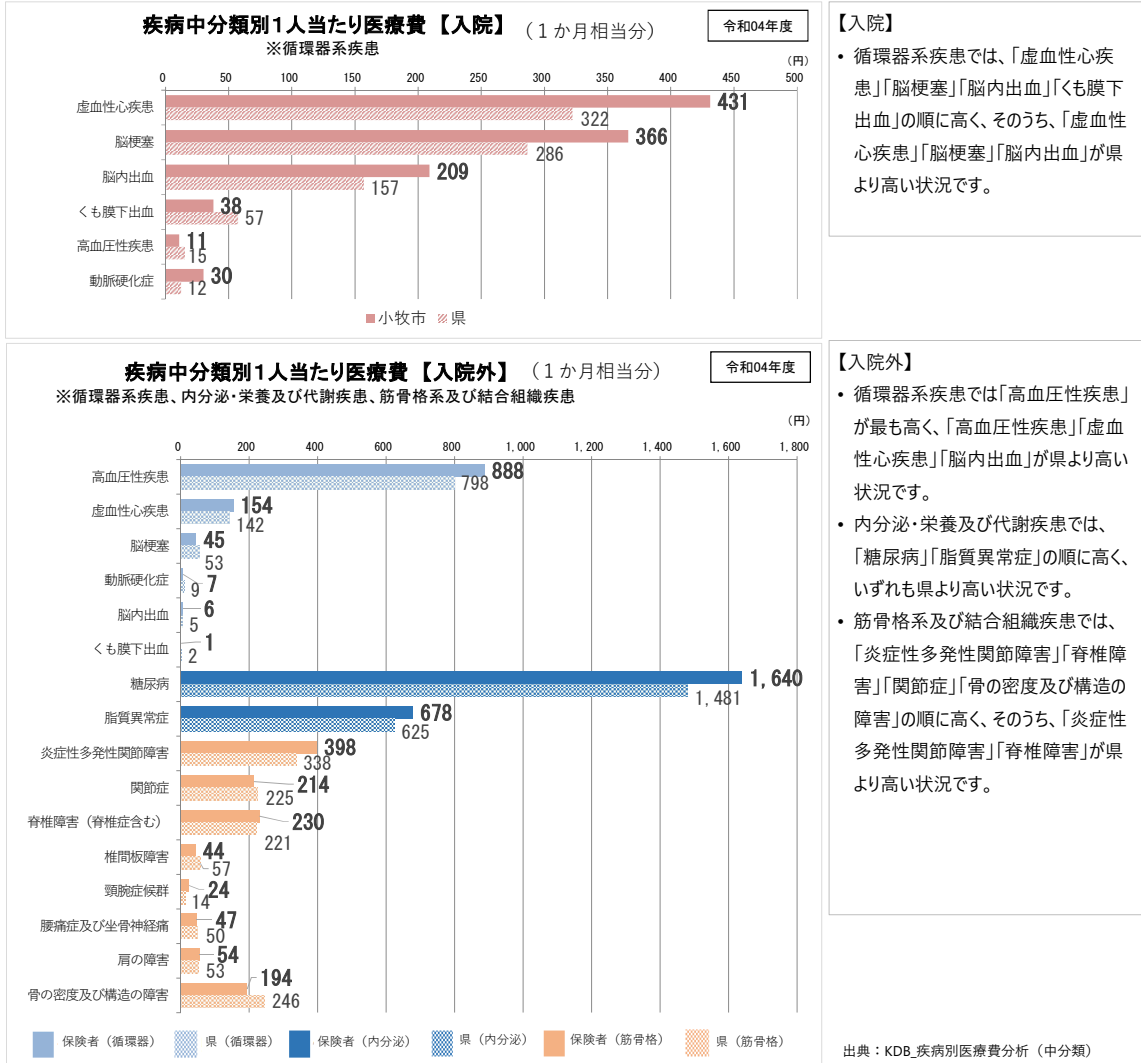


【入院外】

・「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高く、そのうち、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」が県より高い状況です。

出典：KDB_疾病別医療費分析（大分類）

図9 疾病中分類別1人当たり医療費



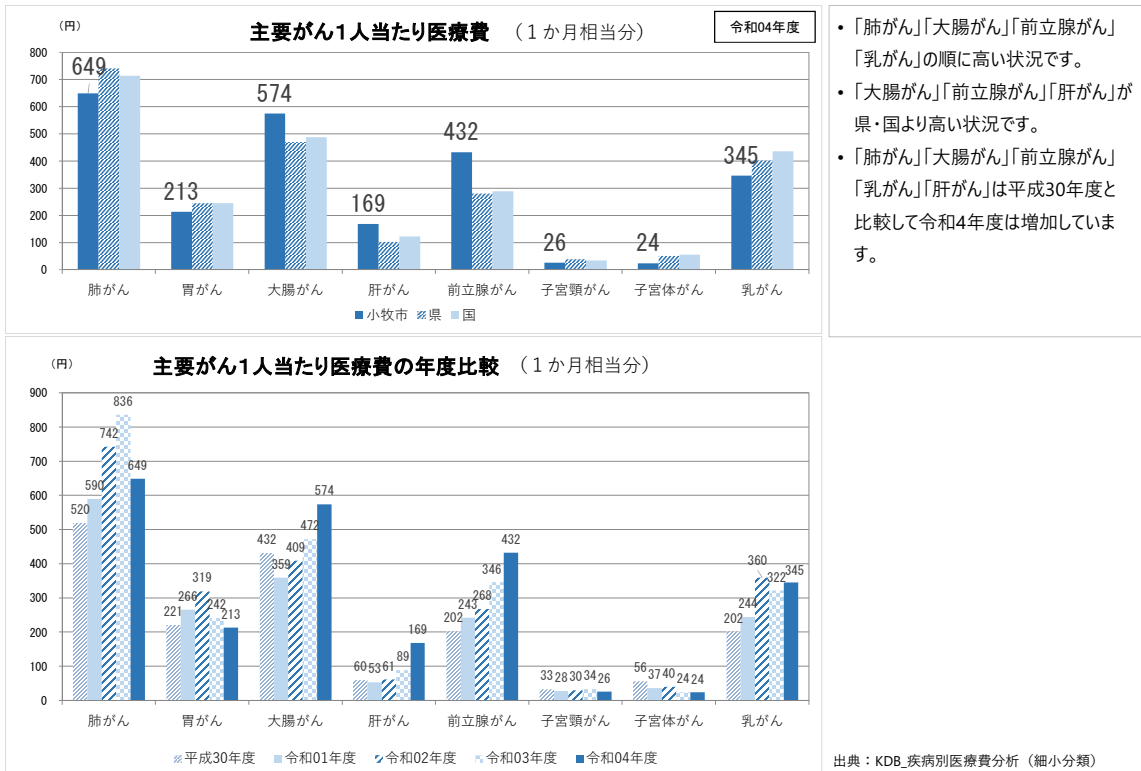
【入院】

- 循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高く、そのうち、「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」が県より高い状況です。

【入院外】

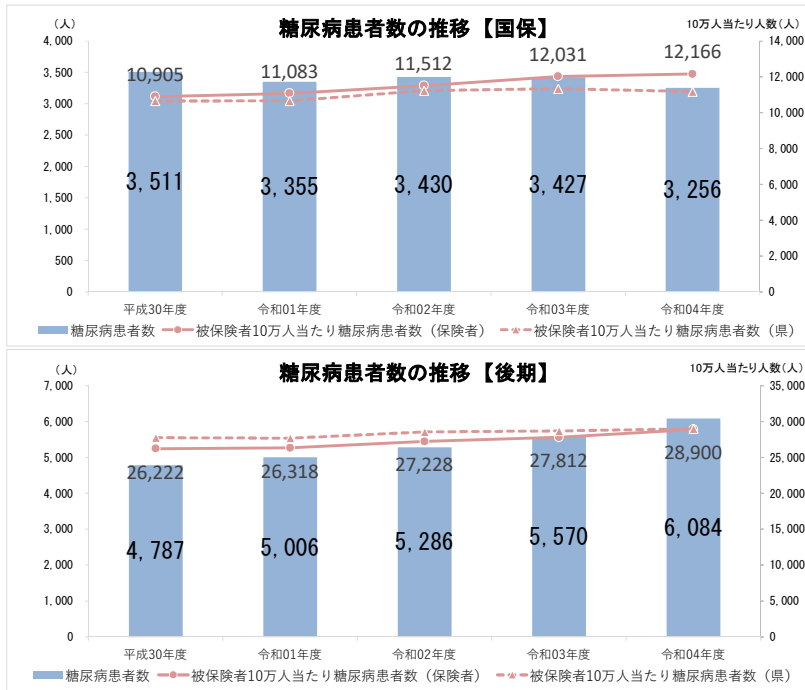
- 循環器系疾患では「高血圧性疾患」が最も高く、「高血圧性疾患」「虚血性心疾患」「脳内出血」が県より高い状況です。
- 内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、いずれも県より高い状況です。
- 筋骨格系及び結合組織疾患では、「炎症性多発性関節障害」「脊椎障害」「関節症」「骨の密度及び構造の障害」の順に高く、そのうち、「炎症性多発性関節障害」「脊椎障害」が県より高い状況です。

図10 主要がん1人当たり医療費



- 「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「乳がん」の順に高い状況です。
- 「大腸がん」「前立腺がん」「肝がん」が県・国より高い状況です。
- 「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「乳がん」「肝がん」は平成30年度と比較して令和4年度は増加しています。

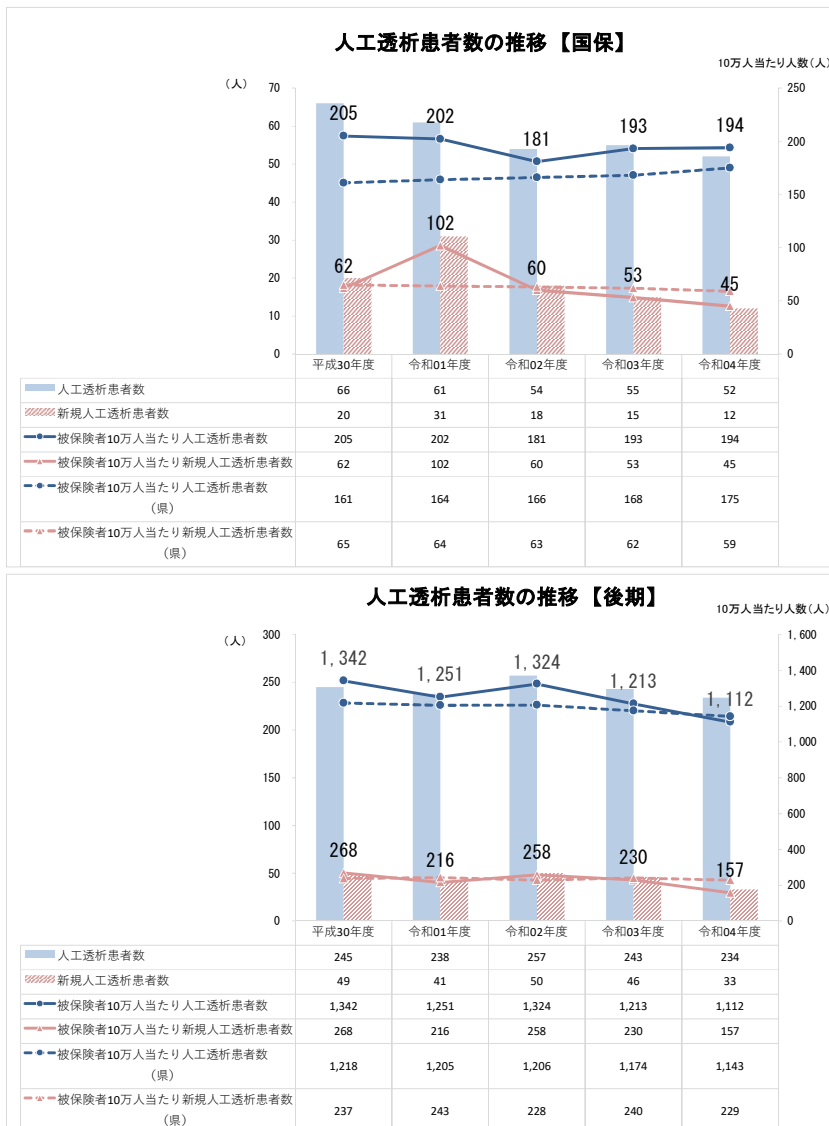
図 1 1 糖尿病患者数の推移



- 令和4年度「糖尿病患者数」は「国保」3,256人、「後期」6,084人です。
- 「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、「国保」は経年的に県より多い状況です。「後期」は県と同程度で推移しています。
- 「被保険者10万人当たり患者数」は、「国保」「後期」とも、年々増加しています。

出典：KDB_医療費分析（1）細小分類

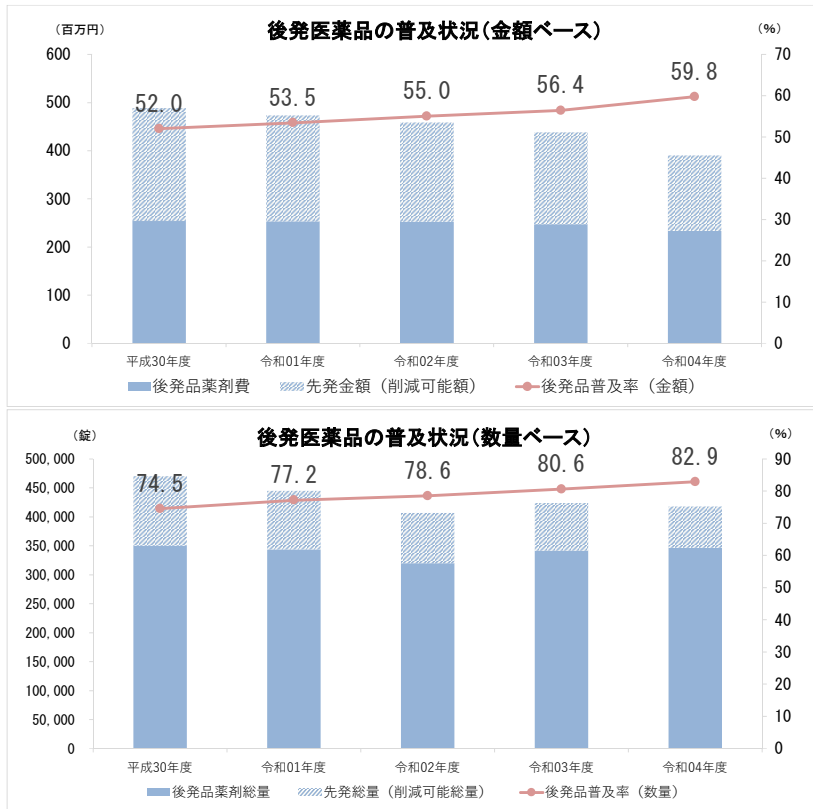
図 1 2 人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移



- 令和4年度「人工透析患者数」は、「国保」52人、「後期」234人です。
- 令和4年度「新規人工透析患者数」は、「国保」12人、「後期」33人です。
- 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、「国保」は194人で、経年的に県より多い状況です。「後期」は1,112人で、平成30年度、令和元年度、令和2年度、令和3年度が県より多い状況です。
- 令和4年度「10万人当たり新規人工透析患者数」は、「国保」は45人で、令和元年度が県より多く、経年的に減少傾向が見られ令和2年度以降県より少ない状況です。「後期」は157人で、令和元年度、令和3年度、令和4年度は県より少ない状況です。

出典：KDB_医療費分析（1）細小分類

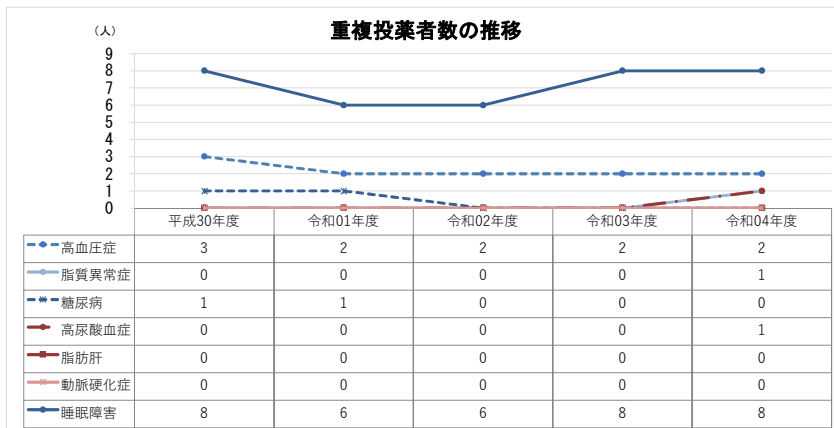
図 1 3 後発医薬品の普及状況



- 令和4年度「後発医薬品普及率」は「金額ベース」59.8%、「数量ベース」82.9%です。
- 「後発医薬品普及率」の経年推移は、「金額ベース」「数量ベース」とも年々増加しています。

出典：国保総合システム_医薬品利用実態

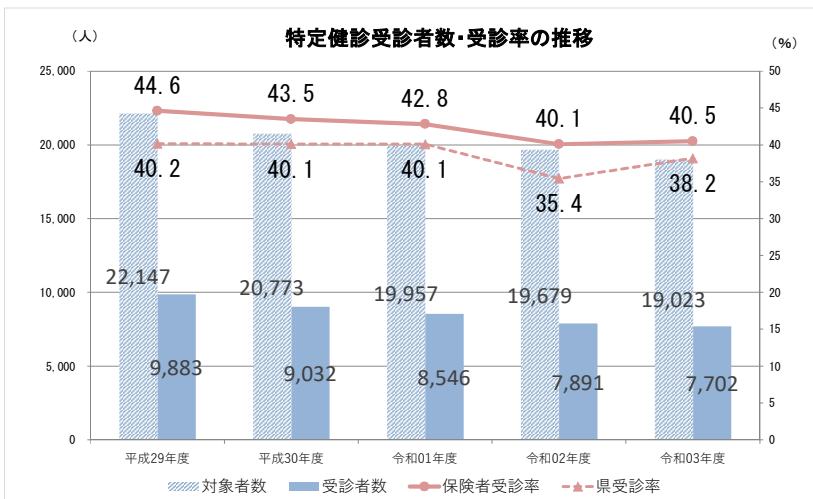
図 1 4 重複投薬者数の推移



- 令和4年度の「重複投薬者数」は、「睡眠障害」8人、「高血圧症」2人、「脂質異常症」1人、「高尿酸血症」1人です。
- 「睡眠障害」は経年的に横ばいです。

出典：KDB_被保険者台帳

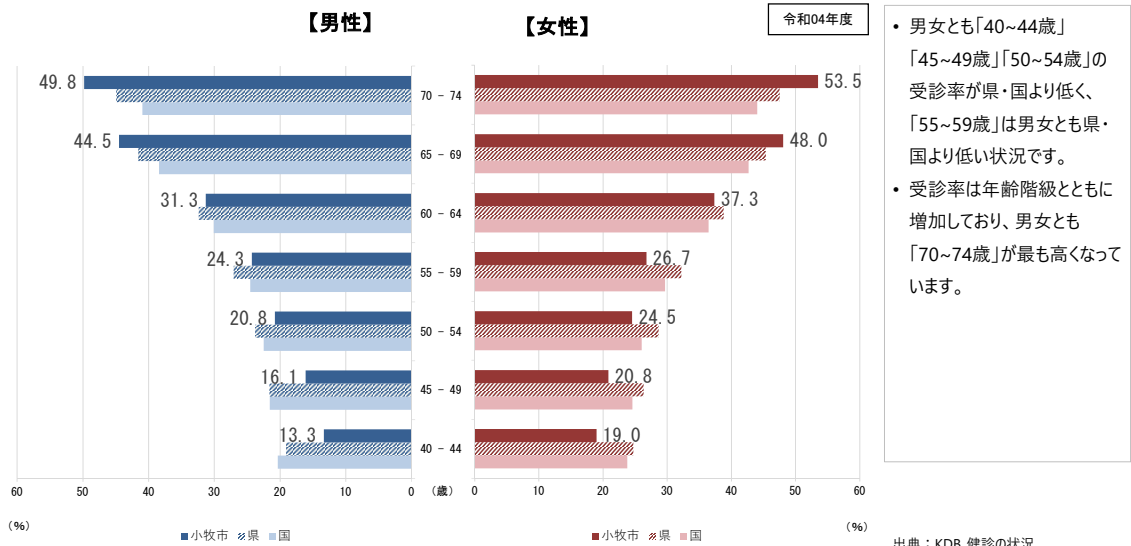
図 1 5 特定健診受診者数・受診率の推移



- 令和3年度の特定健診は、「対象者数」19,023人、「受診者数」7,702人、「受診率」40.5%です。
- 「受診率」は、令和2年度までは減少し、令和3年度は増加しています。経年的に、県より高い状況です。

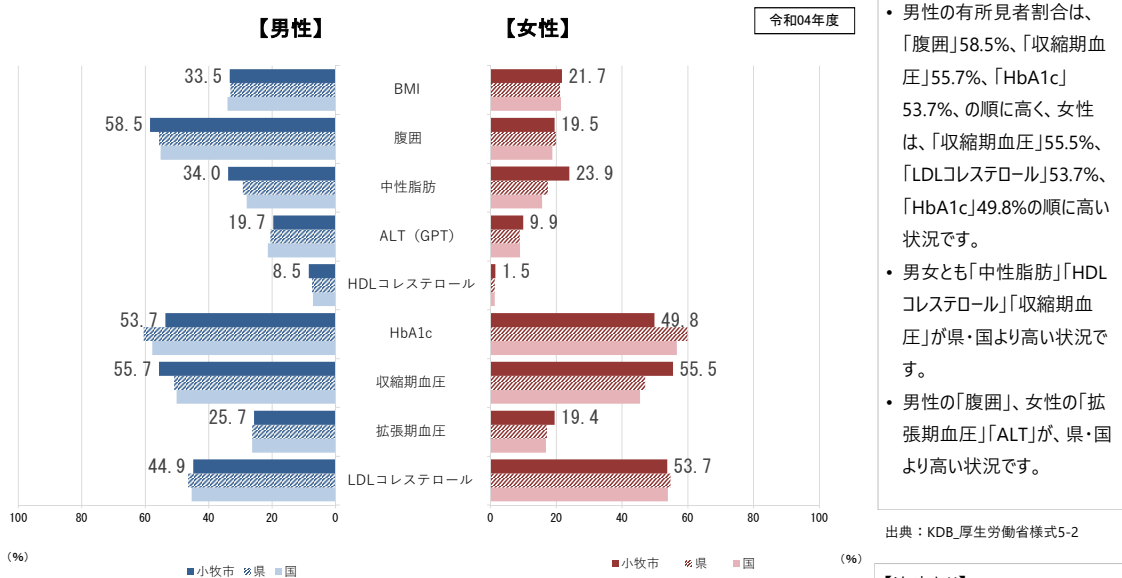
出典：法定報告

図 1 6 性・年齢階級別特定健診受診率



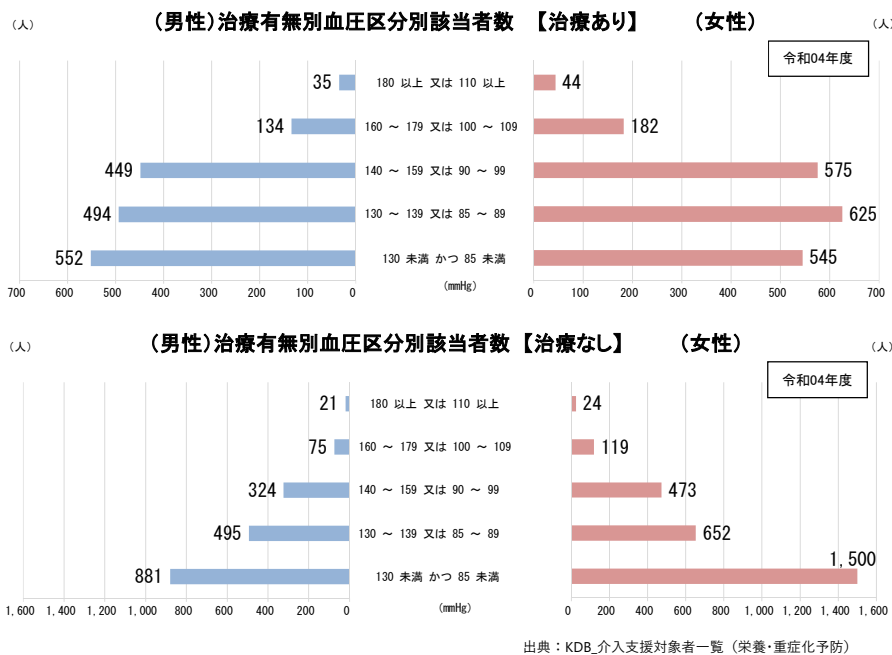
- 男女とも「40~44歳」「45~49歳」「50~54歳」の受診率が県・国より低く、「55~59歳」は男女とも県・国より低い状況です。
- 受診率は年齢階級とともに増加しており、男女とも「70~74歳」が最も高くなっています。

図 1 7 特定健診有所見者割合



- 男性の有所見者割合は、「腹囲」58.5%、「収縮期血圧」55.7%、「HbA1c」53.7%の順に高く、女性は、「収縮期血圧」55.5%、「LDLコレステロール」53.7%、「HbA1c」49.8%の順に高い状況です。
- 男女とも「中性脂肪」「HDLコレステロール」「収縮期血圧」が県・国より高い状況です。
- 男性の「腹囲」、女性の「拡張期血圧」「ALT」が、県・国より高い状況です。

図 1 8 治療有無別血圧区分別該当者数



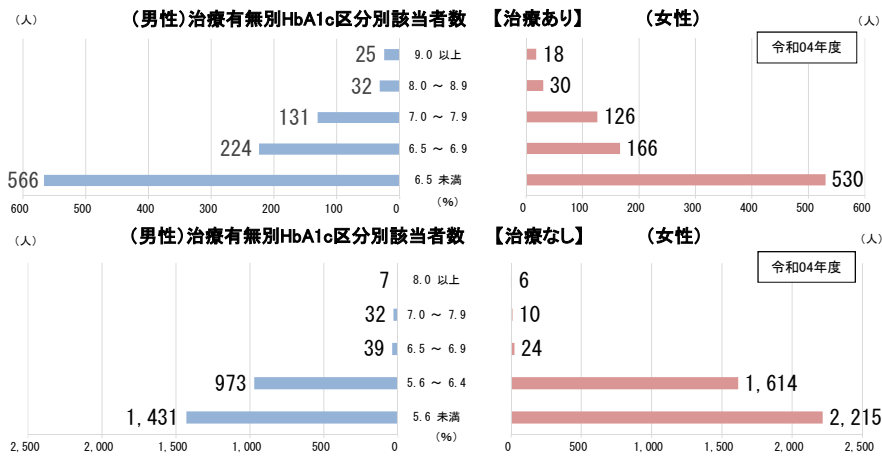
【治療あり】

- 「収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上」は男性1,664人のうち169人(10.2%)、女性1,971人のうち226人(11.5%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上」は、男性1,796人のうち420人(23.4%)、女性2,768人のうち616人(22.3%)です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上」は、男性96人(5.3%)、女性143人(5.2%)です。

図 1 9 治療有無別HbA1c区分別該当者数



【治療あり】

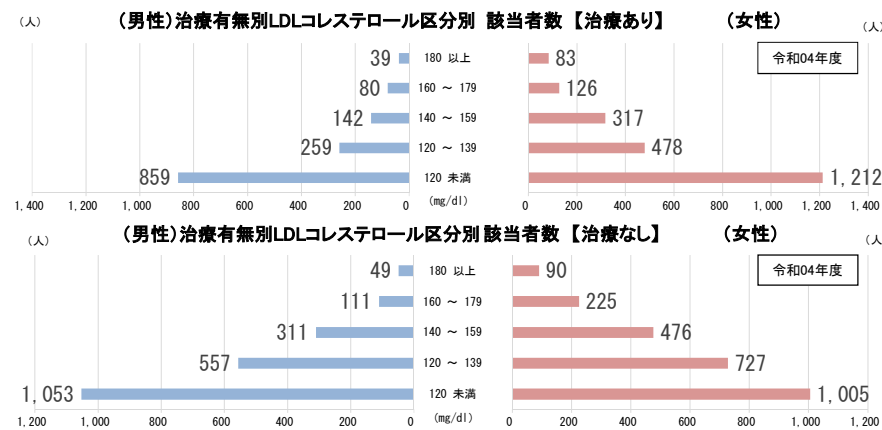
- 合併症のリスクが高まる「7.0以上」は、男性978人のうち188人(19.2%)、女性870人のうち174人(20.0%)です。
- 治療強化が困難な際の目標値「8.0以上」は、男性57人(5.8%)、女性48人(5.5%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「6.5%以上」は、男性2,482人のうち78人(3.1%)、女性3,869人のうち40人(1.0%)です。

出典：KDB_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）

図 2 0 治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数



【治療あり】

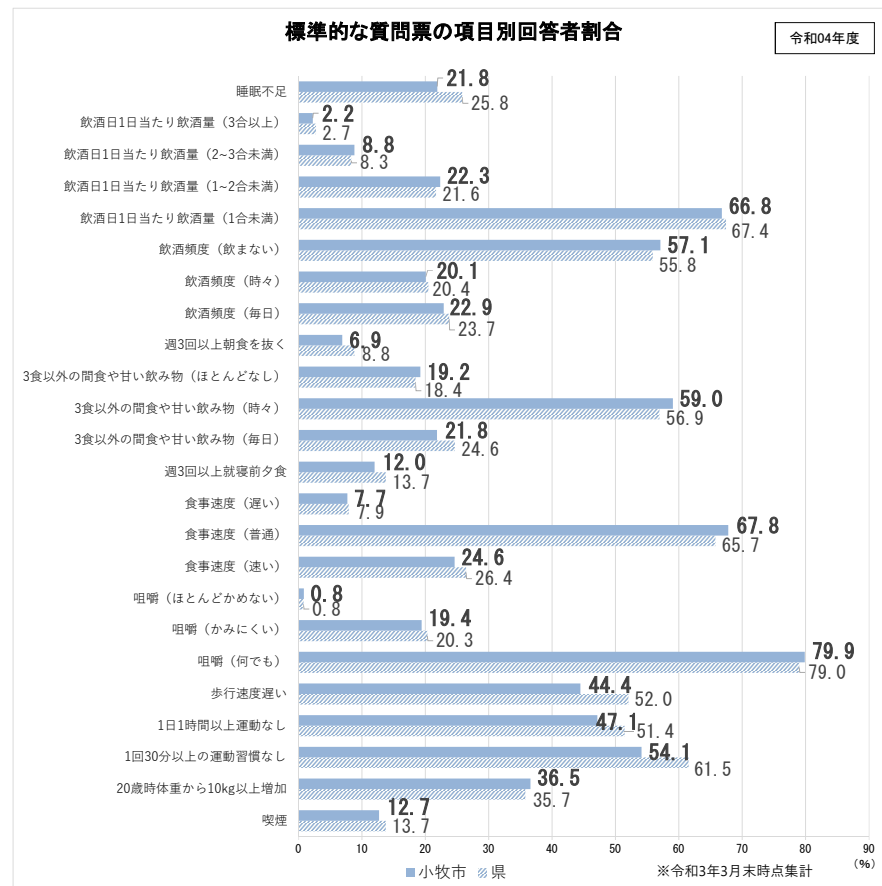
- 「180mg/dl以上」は男性1,379人のうち39人(2.8%)、女性2,216人のうち83人(3.7%)です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「140mg/dl以上」は、男性2,081人のうち471人(22.6%)、女性2,523人のうち791人(31.4%)です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「180mg/dl以上」は、男性49人(2.4%)、女性90人(3.6%)です。

出典：KDB_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）

図 2 1 標準的な質問票の項目別回答者割合

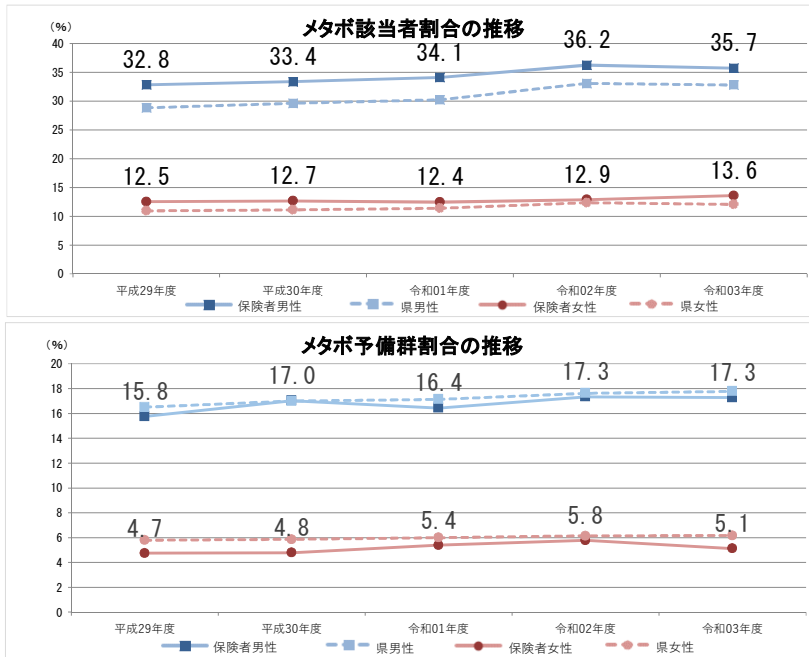


・「飲酒日1日当たり飲酒量(2~3合未満)」8.8%が県より高い状況です。

・「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「睡眠不足」「3食以外の間食や甘い飲み物(毎日)」が、県より低い状況です。

出典：KDB_質問票調査の状況

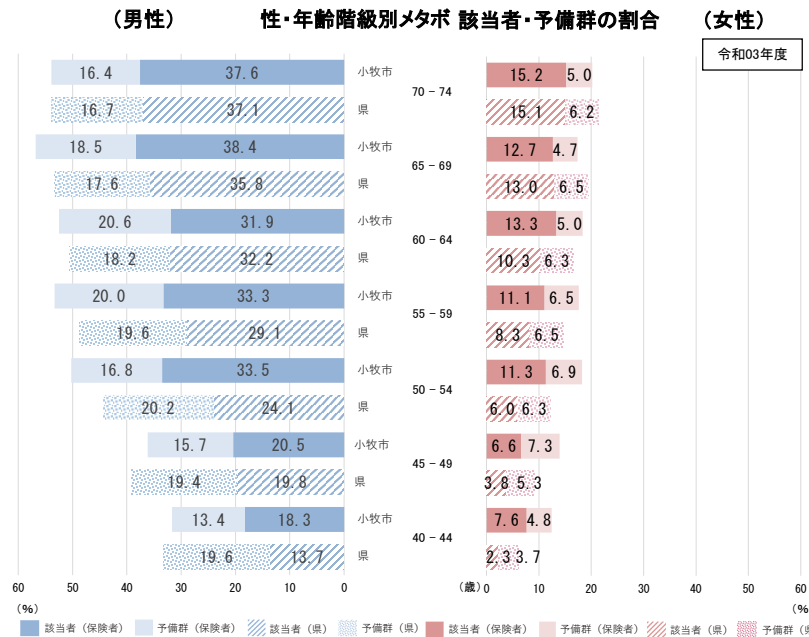
図 2 2 メタボリックシンドローム（以下「メタボ」と表記）該当者・予備群割合の推移



- 令和3年度メタボ該当者割合は、「男性」35.7%、「女性」13.6%、メタボ予備群割合は「男性」17.3%、「女性」5.1%です。
- 男女とも「メタボ該当者割合」は、経年的に増加傾向にあり、県より高い状況です。
- 「メタボ予備群割合」は、男女とも県と同程度で推移しています。

出典：法定報告

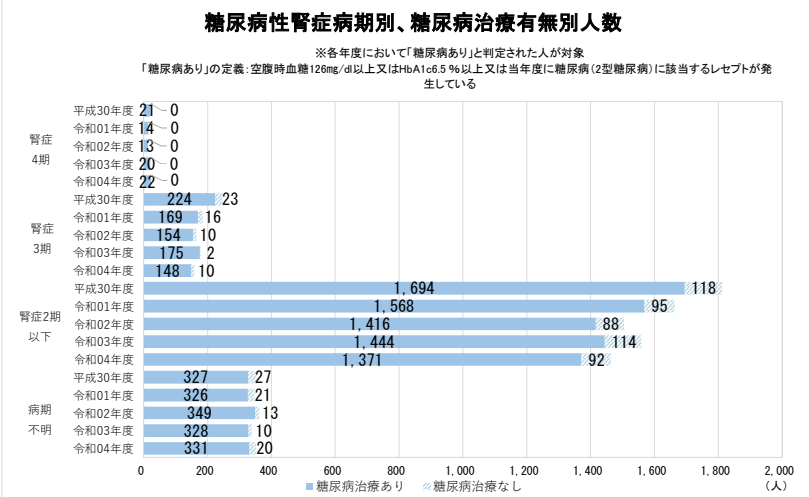
図 2 3 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



- メタボ該当者割合は、男女とも県と同様に年齢階級とともに増加傾向がみられ、「40~44歳」「45~49歳」「50~54歳」「55~59歳」「70~74歳」が、県よりも高い状況です。男性の「65~69歳」、女性の「60~64歳」が、県より高い状況です。
- メタボ予備群割合は、男性の「55~59歳」「60~64歳」「65~69歳」、女性の「40~44歳」「45~49歳」「50~54歳」が、県よりも高い状況です。

出典：法定報告

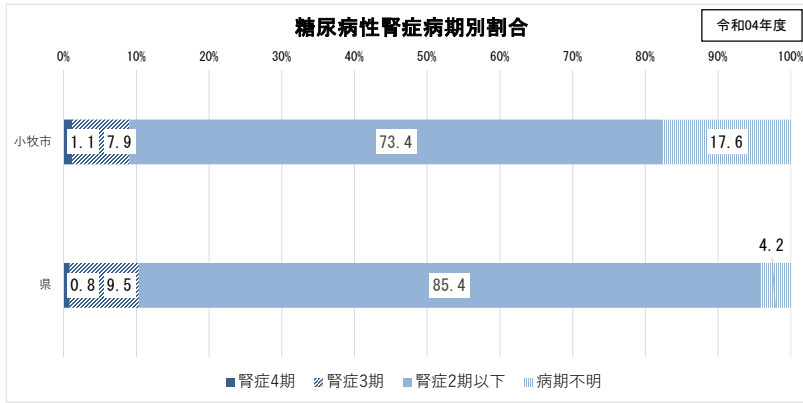
図 2 4 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数



- 「糖尿病治療なし」の「腎症3期」は、平成30年度23人から、令和4年度10人と減少しています。
- 「糖尿病治療なし」の「腎症2期以下」は、平成30年度118人から、令和4年度92人と減少しています。
- 「糖尿病治療あり」はそれぞれ増減しながら令和4年度に「腎症2期以下」と「腎症3期」は減少、「腎症4期」は増加しています。

出典：KDB_介入支援対象者一覧

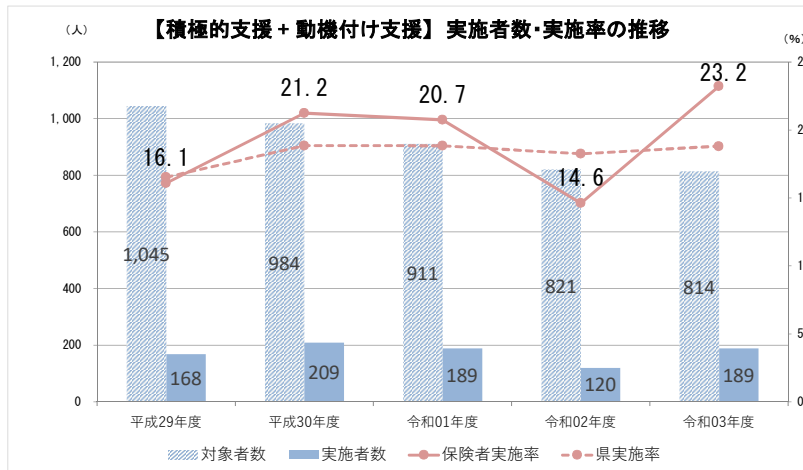
図 2 5 糖尿病性腎症病期別割合



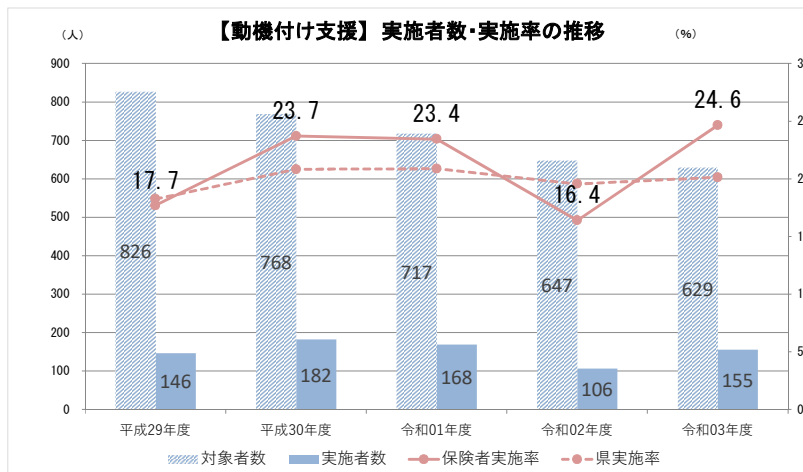
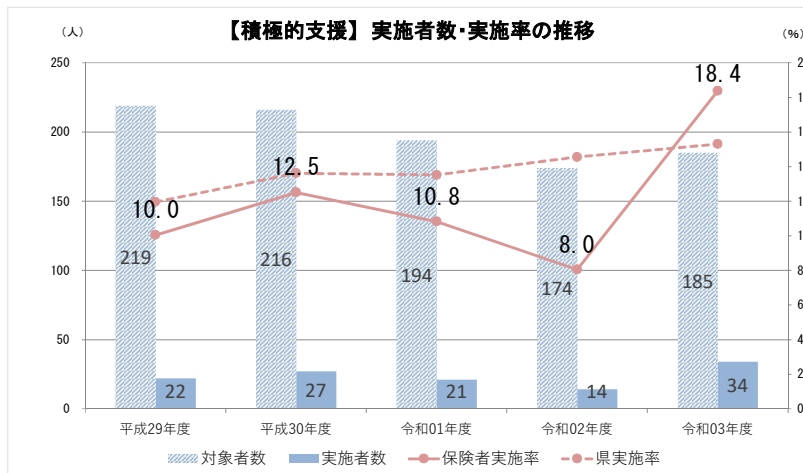
令和04年度
 ・「腎症4期」1.1%、「腎症3期」7.9%、「腎症2期以下」は73.4%です。

出典：KDB_介入支援対象者一覧

図 2 6 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移

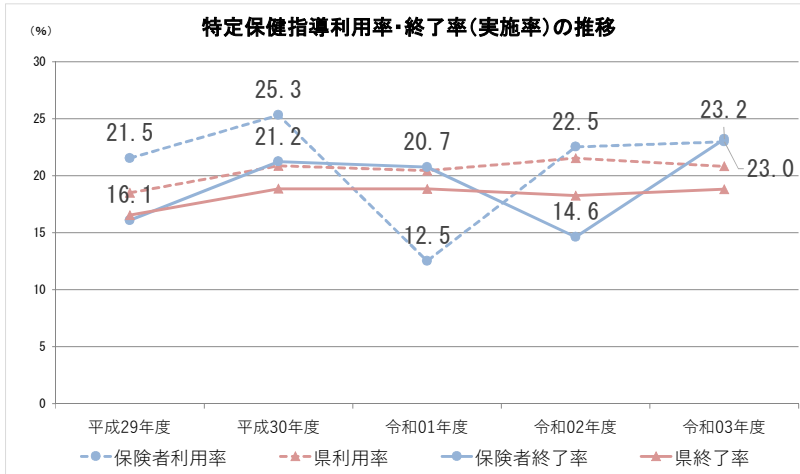


令和3年度「特定保健指導実施率」は23.2%で、令和2年度が県より低い状況です。
 ・令和3年度「積極的支援実施率」は18.4%で、平成29年度、平成30年度、令和元年度、令和2年度が県より低く、「動機付け支援実施率」は24.6%で、平成29年度、令和2年度が県より低い状況です。



出典：法定報告

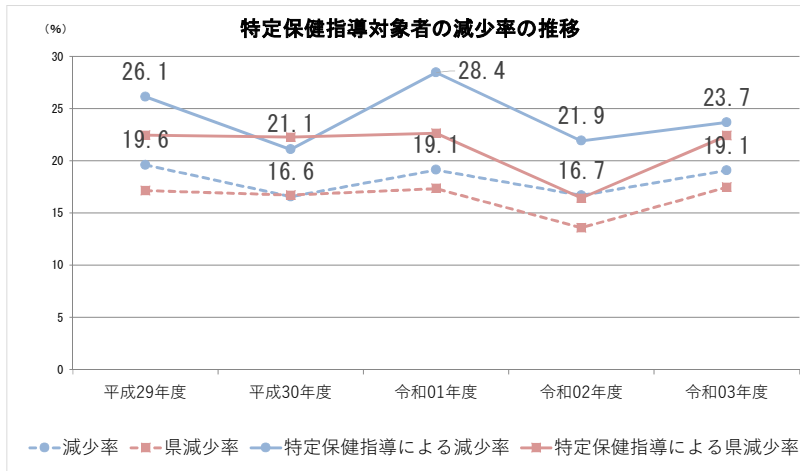
図 2 7 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移



令和3年度特定保健指導「利用率」は23.0%で、令和元年度が県より低い状況です。「終了率」は23.2%で、令和2年度が県より低い状況です。

出典：法定報告

図 2 8 特定保健指導対象者の減少率の推移

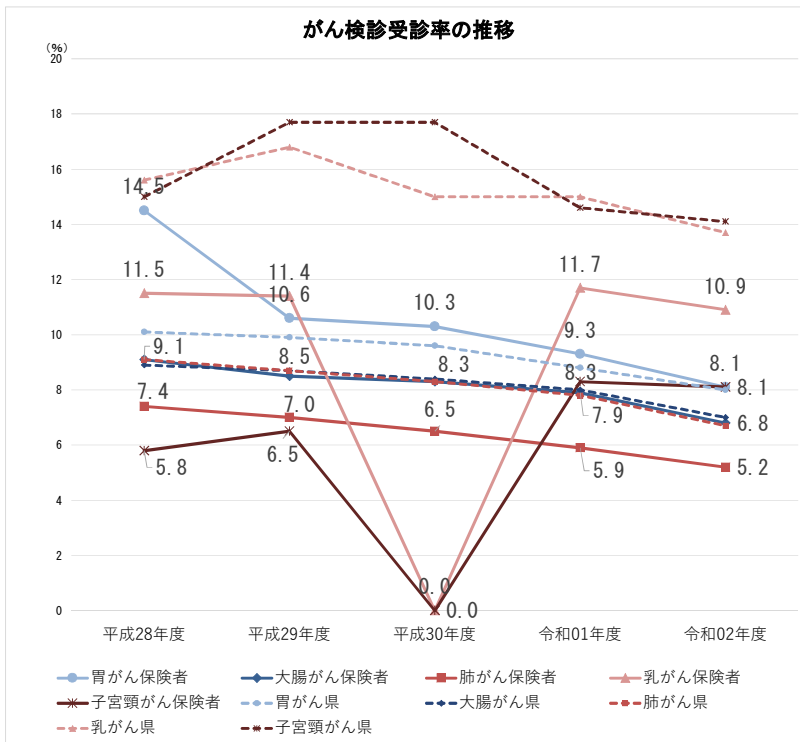


令和3年度の「特定保健指導対象者の減少率」は19.1%、「特定保健指導による減少率」は23.7%で、いずれも県より高い状況です。「特定保健指導による減少率」は平成30年度が県より低い状況です。

※実施者数・実施率は終了者数・終了率

出典：法定報告

図 2 9 がん検診受診率の推移

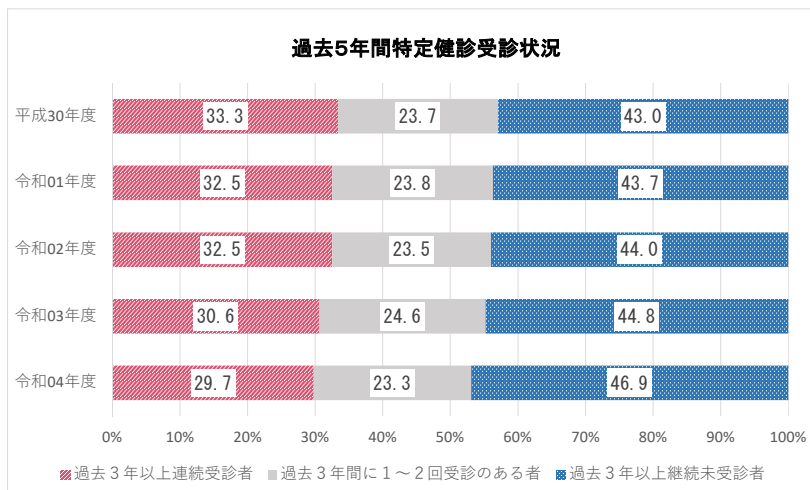


令和2年度がん検診受診率は「胃がん」8.1%「大腸がん」6.8%「肺がん」5.2%「乳がん」10.9%「子宮頸がん」8.1%、です。
「肺がん」「乳がん」「子宮頸がん」が経年的に県より低い状況です。

※e-Statに提出データなしだが平成30年度「乳がん」11.4%「子宮頸がん」7.9%である。

出典：e-Stat_地域保健・健康増進事業報告

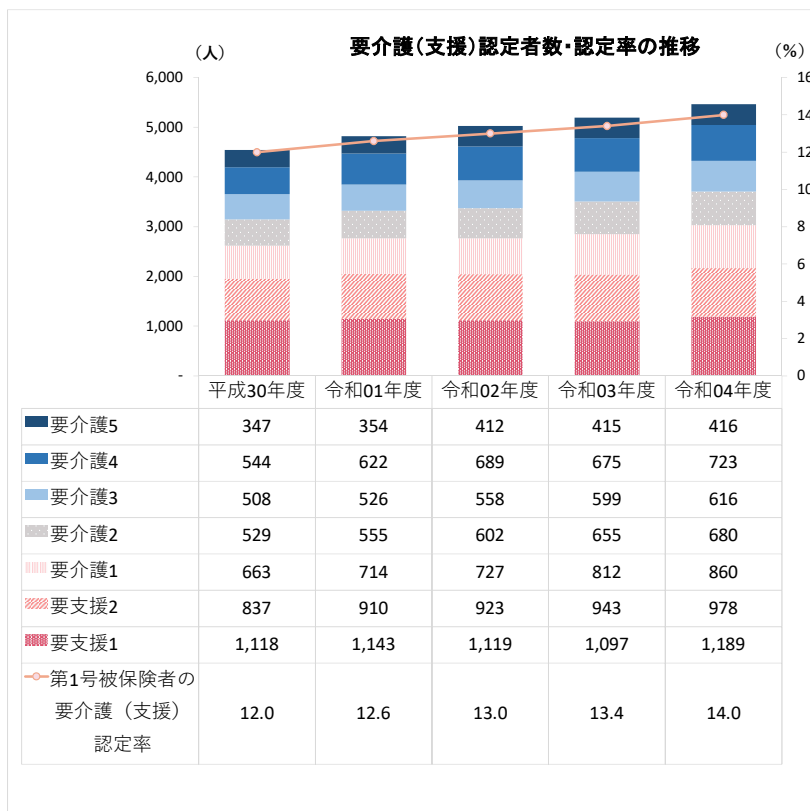
図30 過去5年間特定健診受診状況



・特定健診の3年間連続受診者割合は経年的に減少しており、対して3年間連続未受診者割合は経年的に増加しています。

出典：AI Cube

図31 要介護（支援）認定者数・認定率の推移

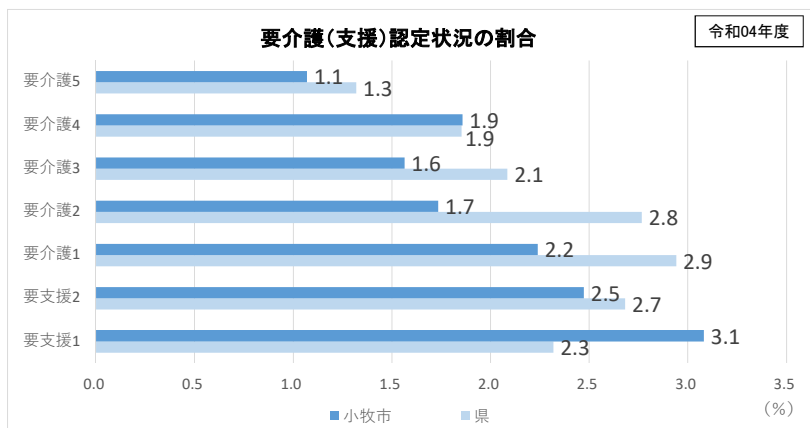


・第1号被保険者の要介護（支援）認定率は、経年的に増加しています。
 ・要介護（支援）認定者数は、「要支援2」、「要介護1」、「要介護2」、「要介護3」、「要介護5」で経年的に増加しています。

※認定者数は第2号被保険者含む

出典：厚生労働省「介護保険事業報告書」各年度10月末時点

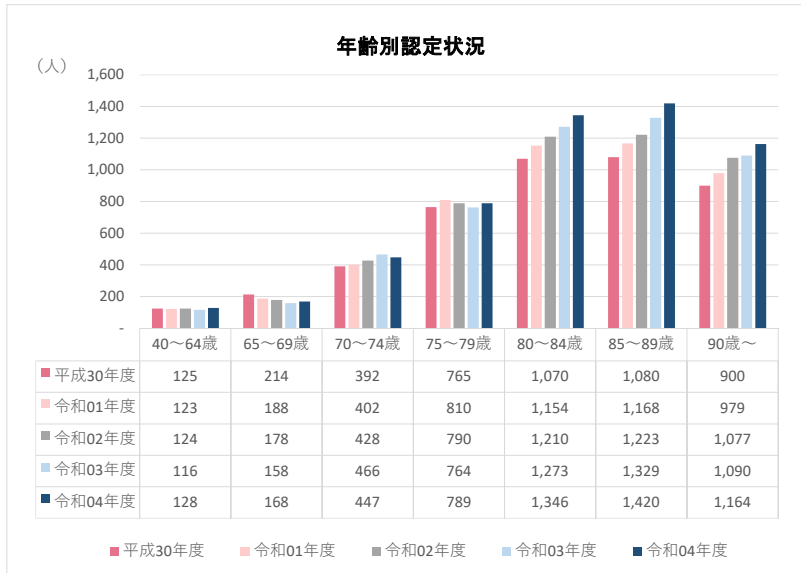
図32 要介護（支援）認定状況の割合



・第1号被保険者の要介護度別の認定者数の割合は、「要支援1」が県より高い状況です。

出典：厚生労働省「介護保険事業報告書」各年度10月末時点

図 3 3 年齢別認定状況

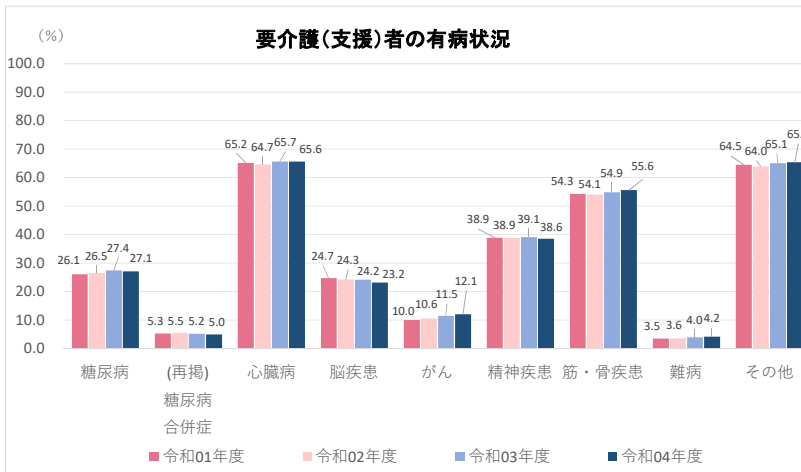


• 年齢別の要介護認定者数の割合は、「80～84歳」、「85～89歳」、「90歳～」で経年的に増加しています。

※40～64歳は第2号被保険者

出典：厚生労働省「介護保険事業報告書」各年度10月末時点

図 3 4 要介護（支援）者の有病状況



• 第1号被保険者の要介護（支援）者における有病者割合は、「心臓病」、「筋・骨疾患」、「精神疾患」の順に高い状況です。

出典：KDB_要介護（支援）者有病者状況
出典：厚生労働省「介護保険事業報告書」各年度10月末時点

注：すべての図において、県・国の数値は国保組合を含む。

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達

健康課題		優先する健康課題	対応する保健事業番号	計画全体の目的
				計画全体の目標
A	若いうちから健康づくりに取り組める機会や情報を提供し、生涯にわたっていきいきと暮らすことができるよう、健康意識の向上を図る。		すべて	i 健康寿命の延伸
B	働く世代を中心にリスク未把握者が定着してしまっているため、様々なアプローチ方法で健康意識を高め、生活習慣病の早期発見につなげる。	✓	1.2. 10.11	ii 健康意識の向上
C	メタボ該当者割合が高いため、特に血圧・脂質が高値である者への早期改善を促す。	✓	3.4.14	iii 特定保健指導該当者の減少
				iv メタボ該当者割合の減少
D	10万人当たり透析導入者数が年々増加しているため、人工透析に至らないよう糖尿病性腎症の早期治療を促す。		6.7.13	v 新規透析導入者の減少
E	1人当たり医療費（入院）は循環器系疾患において高く、（入院外）では内分泌、栄養及び代謝疾患が多いため、生活習慣病の早期治療を促す。		5.12	vi 生活習慣病の重症化予防
				vii
F	医療の質・市民のQOLの維持向上のため、一定数存在する重複・頻回受診者／重複・多剤服薬者の解消やジェネリック医薬品普及に努める。		8.9	viii 医療費の適正化
				ix



事業番号	事業分類
1	特定健康診査
2	特定健康診査
3	特定保健指導
4	特定保健指導
5	重症化予防（受診勧奨）
6	重症化予防（受診勧奨）
7	重症化予防（保健指導）
8	後発医薬品利用促進
9	重複・頻回受診、重複服薬者対策
10	その他
11	その他
12	その他
13	その他
14	その他

成するための戦略)

市民の健康意識を高めることで、生活習慣病の重症化を予防し健康寿命の延伸を目指す。

計画全体の 評価指標	指標の定義	計画 策定時 実績 (R4)	目標値					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
平均自立期間（要介護 2以上を除く期間） （年）	平均自立期間	男性 81.4 女性 85.4	男性 81.6 女性 85.6	男性 81.8 女性 85.7	男性 82.0 女性 85.9	男性 82.2 女性 86.0	男性 82.4 女性 86.2	男性 82.6 女性 86.3
3年間継続健診未受診 者割合（％）	過去3年以上連続未受診 者数／過去5年間継続で 受診券を発行している者 の数	46.9	45.8	44.6	43.5	42.3	41.2	40.0
特定保健指導対象者減 少率（％） 〔法定報告〕	※アのうち今年度特定保 健指導非対象者数／前年 度特定保健指導対象者数 ※ア	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4	17.7
メタボ該当者割合 （％）	メタボ該当者数／特定健 診受診者数	22.2	22.0	21.8	21.6	21.4	21.2	21.0
人口10万人当たりの 新規透析導入患者数 （人）	人口10万人当たりの新規 透析導入患者数	45	41	37	33	29	25	21
脳血管疾患有病者割合 （％）	脳血管疾患の有病者数／ 被保険者数	2.8	2.8	2.7	2.7	2.7	2.6	2.6
虚血性心疾患有病者割 合（％）	虚血性心疾患の有病者数 ／被保険者数	3.4	3.3	3.2	3.1	3.0	2.9	2.8
1人当たり医療費 （円／月）	12か月分の総医療費／月 当たり被保険者の12か月 延べ人数	25,877	25,877	25,877	25,877	25,877	25,877	25,877
1人当たり生活習慣病 医療費（円／月）	12か月分の生活習慣病医 療費／月当たり被保険者 の12か月延べ人数	4,422	4,422	4,422	4,422	4,422	4,422	4,422

事業名	重点・ 優先度
特定健康診査	重点
特定健康診査未受診者対策	重点
特定保健指導	重点
特定保健指導未実施者対策	重点
生活習慣病重症化予防	
糖尿病性腎症重症化予防（受診勧奨）	
糖尿病性腎症重症化予防（保健指導）	
ジェネリック医薬品の利用促進	
重複・頻回受診／重複・多剤服薬対策	
健康いきいきポイント制度	
ヤング健診	
がん検診	
歯科健診	
生活習慣病対策	

IV 個別事業計画

事業 1	特定健康診査
------	--------

事業の目的	メタボ該当者に着目し、生活習慣病の早期発見及びリスク未把握者の減少を図る。
事業の概要	個別健診を市内医療機関にて実施する。また、事業主健診の情報提供を受ける。
対象者	被保険者のうち特定健診の実施年度中に40～74 歳となる者

項目	No.	評価指標	評価対象 ・ 方法	計画 策定時 実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】3年間継続健診未受診者割合 (%)	過去3年以上連続未受診者数／過去5年間継続で受診券を発行している者の数	46.9	45.8	44.6	43.5	42.3	41.2	40.0

項目	No.	評価指標	評価対象 ・ 方法	計画 策定時 実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率 (%) [法定報告]	特定健診受診者／特定健診対象者	40.8	44.0	47.2	50.4	53.6	56.8	60.0

プロセス (方法)	周知	対象者に受診券及び医療機関リストを送付する。 広報こまき・ホームページに掲載する（年1回）。 LINE、Facebook、Xにて周知する（年3回）。 保険医療課・庁内連携部署・市内医療機関にてポスターの掲示とチラシの配布を行う。	
	勸奨	特定健康診査未受診者対策（事業2） 健康いきいきポイント制度（事業10）	
	実施及び実施後の支援	実施形態	①個別健診 ②集団健診
		実施場所	①小牧市医師会所属の実施医療機関（54医療機関（令和5年度）） ②愛知県厚生農業協同組合連合会
		時期・期間	5月 医療機関説明会・受診券発送 6月～翌年2月中旬 特定健診実施期間
		データ取得	①各実施医療機関から受診者の結果通知表を受領する。 ②事業者から受診者の結果通知表を受領する。
		結果提供	健診実施後、受診医療機関にて健診結果を対面又は郵送で返却し結果説明する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	本人負担無料で実施する。 働く世代が受診しやすいよう、個別健診・土日の健診を実施する。 各種がん検診（事業12）・人間ドックと一体的に実施する。 健康いきいきポイント制度（事業10）を活用し、インセンティブとする。		
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。 介護予防部会（介護保険課・健康生きがい推進課・小牧市社会福祉協議会・地域包括ケア推進課・地域包括支援センター・保険医療課）にて周知を実施する。 保健事業と介護予防の一体的実施プロジェクトチーム（介護保険課・健康生きがい推進課・地域包括ケア推進課・保険医療課）にて周知を実施する。	
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	個別健診を小牧市医師会所属の実施医療機関に委託する。 集団健診結果を愛知県厚生農業協同組合連合会より受領する。 市内医療機関・薬局・歯科にポスター設置・チラシ配布を依頼する。	
	その他の組織	受診結果の保管	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	事業主健診の健診結果データを受領し、特定健診の受診者として計上する。 被保険者本人から健診結果を受領し、特定健診の受診者として計上する。	

事業 2

特定健康診査未受診者対策

事業の目的	特定健診の受診率向上を図る。
事業の概要	未受診者に対し特定健診受診勧奨を実施する。
対象者	特定健診未受診者 1回目：過去5年間未受診者、まばら受診者、40歳到達者 2回目：1回目以降も受診の確認ができなかった者

項目	No.	評価指標	評価対象 ・ 方法	計画 策定時 実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】40～64歳の特定健診受診率 (%) [法定報告]	40～64歳の特定健診受診者 / 40～64歳の特定健診対象者	25.3	25.6	25.9	26.2	26.5	26.8	27.1
	2	【短期】勧奨通知送付者における健診受診率 (%)	勧奨実施者のうち受診者数 / 勧奨実施者数	31.0	32.9	34.8	36.7	38.6	40.5	42.4

項目	No.	評価指標	評価対象 ・ 方法	計画 策定時 実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	勧奨通知送付率 (%)	勧奨実施者 / 勧奨対象者	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100

プロセス (方法)	周知	特定健診案内文にて周知する。
	勸奨	受診勸奨通知を送付する（1回目：7月頃、2回目：10月頃）。
	実施及び実施後の支援	1回目の勸奨後、未受診者に対して再勸奨を行う。年度末に効果検証を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	前年度未受診者の分析を行い、対象者にあわせた効果的な内容の受診勸奨通知を作成する。 大判ハガキを用いることで、目を引くようにする。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	個別健診を小牧市医師会所属の実施医療機関に委託する。
	国民健康保険団体連合会	候補者リストの作成、受診勸奨通知の作成・発送、効果検証について委託する。 支援評価委員会にて事業の助言をもらう。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	業者委託することで、効率的な対象者の選定及び効果的な受診勸奨通知の作成が可能である。

事業 3

特定保健指導

事業の目的	メタボに着目した保健指導を行い、生活習慣病予防を図る。
事業の概要	①個別特定保健指導を市内医療機関に委託して実施する。 ②個別特定保健指導を業者に委託して実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】メタボ該当者割合(%) [法定報告]	メタボ該当者数/特定健診受診者数	22.2	22.0	21.8	21.6	21.4	21.2	21.0
	2	【中長期】特定保健指導対象者減少率(%) [法定報告]	※アのうち今年度特定保健指導非対象者数/前年度特定保健指導対象者数※ア	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4	17.7
	3	【短期】生活習慣改善意欲がある人の割合(%) [法定報告]	「改善意欲なし」と回答した者を除いた者の数/質問票の項目「運動や食生活を改善してみようと思う」を回答した者の数	72.0	72.5	73.0	73.5	74.0	74.5	75.0
	4	【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]	※イのうち今年度特定保健指導非対象者数/前年度特定保健指導利用者数※イ	21.1	22.3	23.5	24.7	25.9	27.1	28.3

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	特定保健指導実施(終了)率(%) [法定報告]	特定保健指導終了者数/特定保健指導対象者数	15.8	23.2	30.6	38.0	45.4	52.8	60.0
	2	特定保健指導利用率(%) [法定報告]	特定保健指導利用者数/特定保健指導対象者数	18.6	25.5	32.4	39.3	46.2	53.1	60.0

プロセス 方法	周知	特定健診案内文にて周知する。 利用券を送付する。 ホームページに掲載する。	
	勧奨	特定保健指導未実施者対策（事業4） 健康いきいきポイント制度（事業10）	
	実施及び実施後の支援	初回面接	①小牧市医師会所属の実施医療機関へ直接予約の上、対面にて実施する。 ②委託業者と本人で日時や場所を調整して実施する。
		実施場所	①小牧市医師会所属の実施医療機関（動機付け支援22、積極的支援10（令和5年度））にて実施する。 ②対象者の自宅・公共施設・プライバシーが十分に保護される場所若しくはICTを活用し遠隔にて実施する。
		実施内容	対象者の健診結果や生活習慣・行動変容を踏まえて適切な保健指導を行い、行動目標及び行動計画を策定する。3か月以上経過後に評価を行う。
		時期・期間	9月～翌年9月 特定保健指導実施期間（利用券の有効期限：翌年5月末） 健診受診月の3～4か月後 案内文及び利用券の送付 翌年9月末 効果検証
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	②若年層でも利用しやすい環境整備として、医療機関以外に委託業者による希望の時間・場所でも特定保健指導を利用できるようにする。 ②業者に委託し、効果的な教育資材を使用できるようにする。		
ストラクチャー 体制	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。	
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	①小牧市医師会所属の実施医療機関に特定保健指導を委託する。	
	民間事業者	②委託業者にて利用券・通知の発送、利用勧奨（事業4）、特定保健指導、効果測定を実施する。	

事業 4

特定保健指導未実施者対策

事業の目的	特定保健指導の実施率向上を図る。
事業の概要	①市内医療機関で健診受診時または結果返却時に実施する。 ②未実施者への通知・電話による勧奨を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者のうち未実施者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】特定保健指導実施（終了）率（%） [法定報告]	特定保健指導終了者数／特定保健指導対象者数	15.8	23.2	30.6	38.0	45.4	52.8	60.0
	2	【中長期】特定保健指導利用率（%） [法定報告]	特定保健指導利用者数／特定保健指導対象者数	18.6	25.5	32.4	39.3	46.2	53.1	60.0
	3	【短期】②電話勧奨完了者における特定保健指導利用率（%）	特定保健指導利用者数／勧奨完了者数	18.8	19.3	19.8	20.3	20.8	21.3	21.8

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	①早期実施者数（人）	特定保健指導早期実施者数	80	81	82	83	84	85	86
	2	②電話勧奨完了率（%）	勧奨完了者数／勧奨実施者数	59.7	60.4	61.1	61.8	62.5	63.2	63.9
	3	②電話勧奨実施率（人）	勧奨実施者数／勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	特定健診案内文にて周知する。 ホームページに掲載する。
	勸奨	①特定健診当日・健診結果返却日に特定保健指導該当者となることが明白である場合、医療機関で勸奨を行う。 ②委託業者から利用勸奨通知を送付する。電話で利用勸奨を行う。
	実施及び実施後の支援	①5月 医療機関説明会 ②翌年9月末 効果検証
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	①健診受診後・健診結果返却後すぐに医師や看護師等から勸奨を行うことで、初回面談実施率を向上する。 ②業者に委託し、効果的な勸奨通知を作成する。勸奨通知のデザインを毎年変えることで勸奨のマンネリ化を防止する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	①小牧市医師会・小牧市医師会所属の実施医療機関に委託して実施する。
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会にて事業の助言をもらう。
	民間事業者	②委託業者にて利用勸奨通知の作成・発送、電話勸奨、効果検証を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	②電話勸奨から特定保健指導の予約・保健指導まで同じ業者にて実施することで、利便性を向上する。

事業 5

生活習慣病重症化予防

事業の目的	血圧・脂質有所見者を医療につなげることにより生活習慣病の重症化予防を図る。		
事業の概要	特定健診結果で血圧・脂質において有所見であり、医療機関の受診が確認できない者に受診勧奨をする。		
対象者	選定方法	前年度特定健診結果及びレセプトから選定する。	
	選定基準	総合判定基準	・下記の基準アかつウを満たす者 ・下記の基準イかつエを満たす者
		健診結果による判定基準	ア 収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧100mmHg以上 イ LDLコレステロール180mg/dℓ以上 又は 中性脂肪500mg/dℓ以上
		レセプトによる判定基準	ウ 高血圧症の受診がレセプトで確認できない エ 脂質異常症の受診がレセプトで確認できない
	除外基準	糖尿病性腎症重症化予防（受診勧奨）の対象者は除く	
重点対象者の基準	質問票で喫煙の項目に該当がある場合、電話での受診勧奨時に禁煙指導を行う。		

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】高血圧症有病者割合(%)	高血圧症の有病者数/被保険者数	20.7	20.4	20.1	19.8	19.5	19.2	18.9
	2	【中長期】脂質異常症有病者割合(%)	脂質異常症の有病者数/被保険者数	18.1	18.0	17.9	17.8	17.7	17.6	17.5
	3	【中長期】喫煙該当率(%) [法定報告]	質問票で喫煙に該当する者の数/質問回答者数	12.6	12.5	12.4	12.3	12.2	12.1	12.0
	4	【短期】医療機関受診率(%)	医療機関受診者数/対象者数	26.6	27.0	27.4	27.8	28.2	28.6	29.0

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	電話勧奨完了率(%)	勧奨完了者数/勧奨実施者数	64.8	66.2	67.6	69.0	70.4	71.8	73.2
	2	電話勧奨実施率(%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100	1回目 100 2回目 100
	3	勧奨通知送付率(%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	受診勧奨通知にて電話勧奨実施の周知をする。
	勧奨	委託業者から受診勧奨通知を送付する。また、電話で受診勧奨（1回）及び受診確認（1回）を行う。
	実施後の支援・評価	年度末に委託業者にて効果検証をする。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診勧奨の過程で受診意思がない場合でも、電話にて保健指導を行う。業者に委託し、効果的な勧奨通知を作成する。勧奨通知のデザインを毎年変えることで勧奨のマナーリ化を防止する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小牧市医師会・健診受診医療機関と連携して実施する。
	かかりつけ医・専門医	対象者の特定健診受診医療機関に文書で協力を依頼する。
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会にて事業の助言をもらう。
	民間事業者	委託業者にて対象者選定、勧奨通知作成・発送、電話勧奨・指導、効果検証を実施する。そのうち、電話勧奨は保健師・看護師等の有資格者が実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	業者委託することで、効果的かつ効率的な対象者の選定を行う。業務マニュアルを作成・提出してもらうことにより、事業内容の情報共有・事業の進捗管理やトラブル等に早期に対応が可能である。

事業 6

糖尿病性腎症重症化予防（受診勧奨）

事業の目的		糖尿病及び糖尿病性腎症のリスク保有者を医療につなげることにより重症化予防を図る。	
事業の概要		①医療機関未受診者、②治療中断者、③歯科健診未受診者それぞれに対し受診勧奨を行う。 ④前年度①事業対象者のうち、受診がなかった者に対し、電話・訪問による受診勧奨を行う。	
対象者	選定方法		前年度特定健診受診結果及びレセプトから選定する。
	選定基準	総合判定基準	下記の基準ア～ウのいずれかに該当かつ下記の基準エに該当する者
		① 健診結果による判定基準	ア 65歳未満で HbA1c6.5%以上 又は 空腹時血糖126mg/dℓ以上 イ 65歳以上で HbA1c7.0%以上 又は 空腹時血糖130mg/dℓ以上 ウ 65歳以上で HbA1c6.5%以上 又は 空腹時血糖126mg/dℓ以上 及び 尿蛋白+以上 又は eGFR45ml/分/1.73m ² 未満
		レセプトによる判定基準	エ 糖尿病や糖尿病性腎症での受診がレセプトで確認できない者
		② レセプトによる判定基準	過去に糖尿病の治療があった者のうち、当年度に治療がない者
	③ レセプトによる判定基準	過去に糖尿病の治療があった者のうち、当年度に歯科健診の受診がない者	
	④ その他の判定基準	前年度に実施した①のうち、受診がなかった者	
除外基準		糖尿病性腎症重症化予防（保健指導）の対象者は除く	

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】糖尿病・糖尿病性腎症の未治療率 (%)	糖尿病・糖尿病性腎症のレセプトがない者の数/健診・レセプトで糖尿病該当歴がある者の数	5.8	5.2	4.6	4.0	3.4	2.8	2.2
	2	【中長期】HbA1c8.0%以上の者の割合 (%)	HbA1c8.0%以上の者の数/特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8
	3	【短期】 ①医療機関受診率 (%) ②医療機関受診率 (%) ③歯科健診受診率 (%)	受診者数/対象者数	① 34.1 ② 21.4 ③ 4.8	① 35.0 ② 22.3 ③ 5.1	① 35.9 ② 23.2 ③ 5.4	① 36.8 ② 24.1 ③ 5.7	① 37.7 ② 25.0 ③ 6.0	① 38.6 ② 25.9 ③ 6.3	① 39.5 ② 26.8 ③ 6.6
	4	【短期】①医療機関受診に対する肯定的な回答の率 (%)	肯定的な回答者数/電話勧奨完了者数	55.2	55.3	55.4	55.5	55.6	55.7	55.8

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	①電話勧奨完了率 (%)	勧奨完了者数/勧奨対象者数	65.9	67.4	68.9	70.4	71.9	73.4	74.9
	2	①電話による勧奨・受診確認実施率 (%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	1回目 100 2回目 100 3回目 100	1回目 100 2回目 100 3回目 100	1回目 100 2回目 100 3回目 100	1回目 100 2回目 100 3回目 100	1回目 100 2回目 100 3回目 100	1回目 100 2回目 100 3回目 100	
	3	①勧奨通知送付率 (%) ②勧奨通知送付率 (%) ③勧奨通知送付率 (%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	①100 ②100 ③100	①100 ②100 ③100	①100 ②100 ③100	①100 ②100 ③100	①100 ②100 ③100	①100 ②100 ③100	
	4	④勧奨実施率 (%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	①受診勧奨通知にて電話勧奨実施の周知をする。また、架電予告通知（2回）を行う。
	勧奨	①委託業者から受診勧奨通知を送付する。また、電話で受診勧奨（1回）及び継続的な受診確認（2回）を行う。 ②受診勧奨通知を送付する。 ③受診勧奨通知を送付する。 ④保健センターから電話・訪問による受診勧奨をする。
	実施後の支援・評価	①年度末に委託業者にて効果検証をする。 ②翌年度にレセプトにて受診確認をする。 ③保健センターから歯科健診情報を受領し確認をする。 ④保健センターから訪問結果報告を受領し、レセプトにて受診確認をする。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	①受診勧奨の過程で受診意思がない場合でも、電話にて保健指導を行う。 ②業者に委託し、効果的な勧奨通知を作成する。勧奨通知のデザインを毎年変えることで勧奨のマナーリ化を防止する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	①小牧市医師会・健診受診医療機関と連携して実施する。 ③保健センターと連携して実施する。 ④保健センターと連携して実施する。
	かかりつけ医・専門医	①対象者の特定健診受診医療機関に文書で協力を依頼する。
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会にて事業の助言をもらう。
	民間事業者	①委託業者にて対象者選定、勧奨通知作成・発送、電話勧奨・指導、効果検証を実施する。そのうち、電話勧奨は保健師・看護師等の有資格者が実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	①業者委託することで、効果的かつ効率的な対象者の選定を行う。 ①業務マニュアルを作成・提出してもらうことにより、事業内容の情報共有・事業の進捗管理やトラブル等に早期に対応が可能である。

事業 7

糖尿病性腎症重症化予防（保健指導）

事業の目的		透析への移行及び糖尿病・糖尿病性腎症の重症化の予防を図る。	
事業の概要		①かかりつけ医と連携し継続的な保健指導を行う。 ②前年度①実施者に対しフォローアップ支援を行う。	
対象者	選定方法		前年度特定健診結果及びレセプトから選定する。
	選定基準	① 総合判定基準	・下記の基準ア～ウのいずれかに該当かつ下記の基準エ～オのいずれかに該当する者 ・レセプトから治療状況を確認し、糖尿病性腎症2～3期（CKD診療ガイドライン）と推定された者
		レセプトによる判定基準	ア 現病歴又は既往歴に「糖尿病」又は「糖尿病性腎症」の記載がある イ 現在糖尿病に関する治療（内服又はインスリン）を受けている
		健診結果による判定基準	ウ 空腹時血糖126mg/dℓ以上又はHbA1c6.5%以上 エ eGFR30ml/分/1.73m ² 以上90ml/分/1.73m ² 未満 オ 尿たんぱく±以上
②	その他の判定基準	②前年度①事業参加者	

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】人口10万人当たりの新規透析導入患者数（人）	人口10万人当たりの新規透析導入患者数	45	41	37	33	29	25	21
	2	【短期】①HbA1c検査結果維持改善率（%）	HbA1c数値の維持改善者数/継続的な保健指導完了者のうち終了後の検査結果把握者数	71.4	72.5	73.6	74.7	75.8	76.9	78.0
	3	【短期】②HbA1c検査結果維持改善率（%）	HbA1c数値の改善者数/フォローアップ支援完了者のうち終了後の検査結果把握者数	70.0	71.1	72.2	73.3	74.4	75.5	76.6
	4	【短期】①自己管理意識の改善率（%）	今後も取り組みを続けたいと回答した者の数/継続的な保健指導完了者のうちアンケート回答者数	87.5	89.5	91.6	93.7	95.8	97.9	100

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	①電話勧奨完了率（%）	勧奨完了者数/勧奨実施者数	31.4	40.4	49.4	58.4	67.4	76.4	85.4
	2	①電話勧奨実施率（%）	勧奨実施者数/勧奨対象者数	56.88	100	100	100	100	100	100
	3	②フォローアップ支援完了率（%）	フォローアップ支援完了者数/フォローアップ支援対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	参加勧奨通知にて電話勧奨実施の周知をする。 保健指導実施後のアンケート調査を行う際、翌年度のフォローアップ支援を周知する。	
	勧奨	委託業者から参加勧奨通知を送付する。また、電話で参加勧奨を行う。	
	実施及び実施後の支援	利用申込	①電話・窓口にて受付する。
		実施内容	①保健指導・栄養指導・運動指導・服薬指導等を、面談（2回）・電話（10回）にて行う。また、電話勧奨時に不参加の意思表示があった者に対してはその場で電話による保健指導を行う。 ②フォローアップ支援を電話（1回）にて行う。
		時期・期間	①6か月間 ②①から約6か月後
		場所	対象者の自宅・公共施設・プライバシーが十分に保護される場所若しくはICTを活用し遠隔にて実施する。
		実施後の評価	年度末に委託業者にて効果検証する。
実施後のフォロー・継続支援	②を実施する。		
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	①業者委託することで、レセプトから治療状況等を確認し糖尿病性腎症2～3期（CKD診療ガイドライン）である者を選定する。 ①業者委託し、効果的な勧奨通知を作成する。勧奨通知のデザインを毎年変えることで勧奨のマンネリ化を防止する。		
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。保健指導後のアンケート調査を行う。	
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小牧市医師会と連携して実施する。	
	かかりつけ医・専門医	①実施前に、生活指導確認書の記入を依頼する。実施期間中は月次で指導内容を共有する。	
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会にて事業の助言をもらう。	
	民間事業者	①委託業者にて対象者選定、勧奨通知作成・発送、電話勧奨・指導、保健指導、効果検証を実施する。そのうち、電話勧奨は保健師・看護師等の有資格者が実施する。 ②委託業者と連携して実施する。	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	①生活指導確認書の文書料を自己負担にすることで、保健指導中断の防止をする。 ①電話勧奨から保健指導の予約・実施まで一律で同じ業者にて実施することで、利便性を向上する。 ①業者に委託することで、対象者の選定を効率的に行う。 ①業務マニュアルを委託業者にて作成・提出してもらうことにより、事業内容の情報共有・事業の進捗管理やトラブル等に早期に対応できるようにする。 ②前年度①実施業者に委託することで、対象者との信頼関係を維持し事業を実施する。	

事業 8

ジェネリック医薬品の利用促進

事業の目的	被保険者の薬品費負担の軽減及び保険者の医療費の抑制を図る。
事業の概要	①軽減効果額等を記載した差額通知を送付する。 ②ジェネリック医薬品利用の周知啓発を行う。
対象者	①ジェネリック医薬品に切り替え可能な医薬品を服用している被保険者 ②被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】ジェネリック医薬品利用率 (%)	ジェネリック医薬品の数量 / ジェネリック医薬品のある先発医薬品の数量及びジェネリック医薬品の数量	82.9	84.7	86.5	88.3	90.1	91.9	93.7
	2	【短期】パンフレット同封者の切替率 (%)	※ウのうちジェネリック医薬品に切り替えた者の数 / 差額通知書とパンフレットを一緒に送付した者の数 ※ウ	11.3	11.4	11.5	11.6	11.7	11.8	11.9

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	勧奨通知送付率 (%) (年4回)	勧奨実施者数 / 勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	②保険証送付時（年次更新・新規加入）にパンフレットを同封する。 ②ホームページにて周知する。
	勸奨	①年4回差額通知はがきを送付する。
	実施及び実施後の支援	年度末に効果検証を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	①ジェネリック医薬品の中で最も数量の多い血圧降下剤の該当者については、差額通知とともにジェネリック切り替え推進パンフレットを同封する。 ①実施月を毎年度変更することで、対象者にまんべんなく送付する。 ①被保険者1人当たり100円以上の差額が生じる場合に差額通知を送付する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。
	国民健康保険団体連合会	①差額通知はがきの作成を委託する。

事業 9

重複・頻回受診／重複・多剤服薬対策

事業の目的	不適正受診・服薬の減少を図る。
事業の概要	①対象者へ通知・電話での指導を実施する。 ②対象者のうち重度である者へ訪問による指導・経過観察を実施する。
対象者	下記の基準のいずれかにあてはまる者 ア 1か月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方されている イ 1か月に医薬品が15種類以上処方されている ウ 1か月に同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している エ 1か月に同一医療機関に12回以上受診している

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】1人当たり医療費(円)	12か月分の総医療費/月当たり被保険者の12か月延べ人数	25,877	25,877	25,877	25,877	25,877	25,877	25,877
	2	【短期】受診・服薬改善率(%)	重複・頻回受診 重複・多剤服薬改善者数/重複・頻回受診 重複・多剤服薬通知対象者数	68.4	71.8	75.2	78.6	82.0	85.4	88.8

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	①電話指導完了率(%)	勧奨完了者数/勧奨実施者数	55.0	60.8	66.6	72.4	78.2	84.0	89.8
	2	①勧奨通知送付率(%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100
	3	②訪問実施率(%)	訪問実施者数/訪問対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	①適正受診・服薬勧奨通知を送付し、電話による指導実施の周知をする。 ②地区保健師から訪問予定を電話で伝える。
	勧奨	①適正受診・服薬勧奨通知を送付し、電話にて指導を行う。 ②訪問にて指導する。
	実施及び実施後の支援	年度末に業者にて効果検証する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	薬物有害事象がより強く見込まれる者から選定を行う。 業者に委託し、効果的な勧奨通知を作成する。勧奨通知のデザインを毎年変えることで勧奨のマナーリ化を防止する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険医療課が主体で実施する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	①小牧市医師会・小牧市薬剤師会と連携して実施する。 ②保健センターに訪問を依頼する。
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会にて事業の助言をもらう。
	民間事業者	①委託業者にて対象者選定、通知作成・発送、電話指導、効果検証を実施する。そのうち、電話指導は保健師・看護師等の有資格者が実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	業者に委託することで、効率的な対象者の選定をする。

事業 10

健康いきいきポイント制度

事業の目的	健康意識を高め、自発的な健康の維持・改善行動を促す。
事業の概要	自身で決めた健康づくり目標を達成することや、各種健診及びがん検診の受診、健康づくりに関連した講座等行事に参加する等の健康行動にポイントを付与し、たまったポイントでサービスを受ける。
対象者	中学生以上の市民及び市内在勤・在学の者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【短期】健康ポイントのアンケートから健康意識の改善が確認できた者の割合 (%)	健康意識改善者数/アンケート回答者数	99.3	100	100	100	100	100	100

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	まいか交付者数 (大人版のみ) (人)	大人版まいか交付者数	372	550	600	650	700	750	800
	2	ポイント事業を利用した者のうち、人間ドック・健診・ヤング健診等を受けた者の割合 (%)	人間ドック・健診・ヤング健診等受診者数/申請者数	82.2	83.0	83.5	84.0	84.5	85.0	85.5
	3	ポイント事業を利用した者のうちがん検診を受けた者の割合 (%)	がん検診受診者数/申請者数	39.2	39.5	39.8	40.1	40.4	40.7	41.0

プロセス (方法)	周知	ホームページ、広報、LINE、Facebook、Xにて周知啓発をする（年2回以上）。いきいきポイント制度に関する出前講座を実施する。特定健診において、健診結果から生活習慣病予防相談の案内を行う対象者に対し通知と併せてポイントシートを同封する。
	勸奨	各種健康づくり講座の際、ポイント制度について周知を行う。
	実施及び実施後の支援	ポイントシートを提出した後、景品を受け取る際に健康づくりに関連するアンケートを実施し、健康づくりへの意識の変化を確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	ポイントをためる項目に、健康づくりチャレンジ、健診・検診チャレンジ、参加チャレンジ、ボーナスチャレンジをつくる。ボーナスチャレンジでは、他者へ本事業を紹介することでポイントが付与される仕組みにすることで、口コミによる周知を期待する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康生きがい推進課が主体で実施する。適宜、保健センター、地域包括ケア推進課、介護保険課、保険医療課、市民窓口課、味噌・東部・北里市民センター、西部・南部コミュニティセンターにおいてポイントシートを配布する。
	民間事業者	愛知県が実施する健康マイレージ事業における協力店舗
	その他の組織	愛知県が実施する健康マイレージ事業を活用する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	保健事業と介護予防の一体的実施プロジェクトチーム（介護保険課・保健医療課・地域包括ケア推進課）において、ポイント事業の活用を促し、健診未受診者対策や健康づくりに関連した行事への参加のきっかけとして各課で活用する。

事業 11

ヤング健診

事業の目的	壮年期の手前である青年期世代から健診及び指導をうける機会を提供し、健康と毎日の生活習慣を振り返るきっかけとし早期からの生活習慣病予防を図る。
事業の概要	メタボに着目した健診（身体計測（身体・体重・腹囲測定）、血圧測定、尿検査、血液検査（脂質、血糖、貧血）、医師診察、生活習慣及び歯科に関する保健指導）、個別結果説明を実施する。
対象者	小牧市内に住民登録のある35歳から39歳の方で、事業所等にて健診を受ける機会のない方

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】40～44歳の特定健診受診率(%) [法定報告]	40～44歳の特定健診受診者/40～44歳の特定健診対象者	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	20.4

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	【短期】国保加入中の勧奨実施者のうちヤング健診受診率(%)	※エのうちヤング健診受診者数/国保加入中の勧奨実施者数※エ	7.6	8.0	8.4	8.8	9.2	9.6	10.0
	2	国保加入中の対象者への勧奨通知送付率(%)	勧奨実施者数/国保加入中の勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス 方法	周知	ホームページ、広報、LINE、Facebook、Xにて周知する。 乳幼児健診時に、がん検診・歯科健診とあわせて啓発チラシを配布する。
	勧奨	対象者のうち、国保加入者への個別通知を保険医療課より送付する。 昨年度を受診者のうち、特定保健指導の階層化の基準を用い積極的支援・動機付け支援対象となる者へ個別通知を行う。
	実施及び実施後の支援	集団形式で年に4回実施する。健診結果については、個別で結果説明を実施し、保健師・歯科衛生士・栄養士等による保健指導や必要に応じて医療機関受診勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	がん検診と同日に開催する。 WEB申込みの受付を行う。
ストラクチャー 体制	庁内担当部署	保健センターが主体で実施する。 保険医療課から、国保加入中の対象者へ個別通知を送付する。
	民間事業者	健診業者に委託して実施する。
	他事業	必要時、生活習慣病予防相談にて継続支援を行う。また、地区担当保健師によるフォローアップを実施する。

事業 12

がん検診

事業の目的	5大（胃・大腸・肺・乳・子宮頸）がんの早期発見を図る。
事業の概要	がん検診を実施し、検診費用の一部補助を行う。
対象者※	胃・大腸・肺・乳がん検診：40歳以上の市民 子宮頸がん検診：20歳以上の市民

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【短期】 各種がん検診受診率（%）	胃がん検診受診率 （胃X線40歳未満、 胃内視鏡50歳未満を除く）	7.7	8.1	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1
	2		大腸がん検診受診率 （40歳未満を除く）	11.8	12.1	12.4	12.7	13	13.3	13.6
	3		肺がん検診受診率 （40歳未満を除く）	12.7	13	13.3	13.6	13.9	14.2	14.5
	4		乳がん検診受診率 （マンモのみ） （40歳未満を除く）	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.0
	5		子宮頸がん検診受診率 （20歳未満を除く）	5.3	5.7	6.1	6.5	6.9	7.3	7.7

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	無料クーポン送付実施率（%）	送付者数/クーポン送付対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	<p>特定健診受診券送付時に案内を同封する。 転入者へチラシを配布する。 乳幼児健診来所者やヤング健診受診者へチラシを配布する。 健康相談来所者に案内する。 広報、ホームページ、LINE、Facebook、Xに掲載する。</p>
	勧奨	<p>初めて検診対象となる年齢の者に無料クーポンを送付する（子宮頸がん検診：20歳、乳・大腸がん検診：40歳）。</p>
	実施及び実施後の支援	<p>6月～3月 乳・子宮頸がん個別検診を医師会に委託し、市内医療機関で実施 6月～2月 胃・大腸・肺がん個別検診を医師会に委託し、市内医療機関で実施 6月～2月 5大がん集団検診を業者に委託し、保健センター等で実施 6月～2月 特定健診に胃・大腸・肺がん検診と血液検査を加え、人間ドックを実施</p>
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<p>集団検診ではWEB申込みの受付を行う。</p>
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	<p>保健センターが主体で実施する。 保険医療課から、特定健診受診券送付時に案内を同封する。</p>
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	<p>小牧市医師会・市内医療機関に委託し個別検診を実施する。</p>
	民間事業者	<p>検診業者に委託し集団検診を実施する。</p>

※本計画には、市実施のがん健診対象者のうち、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいた対象者範囲のみ掲載

事業 13

歯科健診

事業の目的	歯・口腔の健康の保持増進のため、歯科疾患の早期発見・早期治療を図る。
事業の概要	歯牙状況、歯周ポケットの計測、う蝕の有無、歯周病の有無、軟組織異常の有無、不正咬合の有無等の歯科健診を実施する。また、結果に応じて個別歯科保健指導を市内の歯科医療機関で実施する。
対象者	40歳から80歳までの5歳刻みの市民

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【短期】口腔ケアを実施している人の割合	実施していると回答した者の数/アンケート回答者	63.7	64.5	65.0	65.5	66.0	66.5	67.0

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	いきいき世代個別歯科健診受診率(%)	歯科健診受診者数/対象者数	9.4	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0
	2	対象者への勧奨通知送付率(%)	勧奨実施者数/勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	対象者に個別通知を送付する。 ホームページ、LINE、Facebook、Xに掲載する。 小牧市商工会議所の商工会議所会報誌及び保険医療課の特定健診案内通知に掲載する。 ポスターの掲示とチラシの配布を行う。
	勧奨	40・45・50・55・60・65・70・75・80歳の各対象者に個別通知を送付する。
	実施及び実施後の支援	市内歯科医療機関にて実施する。その後、受診歯科医療機関にて管理を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	SNSにて機会を捉えて周知することにより、目に留まりやすいように工夫する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保健センターが主体で実施する。 保険医療課から、歯科健診情報が掲載された特定健診案内通知を送付する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小牧市医師会、小牧市歯科医師会に委託して実施する。
	国民健康保険団体連合会	後期高齢者医療広域連合と連携して実施する。
	その他の組織	小牧市商工会議所と連携して実施する。

事業 14

生活習慣病対策

事業の目的	自分自身の健康状態を振り返り、日常生活における食生活や運動習慣を見直すことで、生活習慣病の予防や重症化を予防を図る。
事業の概要	保健師と栄養士により生活習慣病予防相談を実施する。
対象者	生活習慣や食生活の改善が望ましい方、及びその家族

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	1	【中長期】糖尿病有病者割合 (%)	糖尿病の有病者数 / 被保険者数	11.8	11.6	11.4	11.2	11.0	10.8	10.6
	2	【短期】国保加入中の勧奨実施者のうち生活習慣病予防相談利用率 (%)	※才のうち生活習慣病予防相談利用者数 / 国保加入中の勧奨実施者数※才	2.1	3.4	4.7	6.0	7.3	8.6	10.0

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	1	国保加入者のうち勧奨対象である者への勧奨実施率 (%)	勧奨実施者数 / 国保加入中の勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	周知	広報、ホームページに掲載する。
	勧奨	保険医療課から、特定健診受診者でHbA1c 5.6～6.4%であった者（糖尿病・糖尿病性腎症・その他腎臓疾患・透析のレセプトがある者を除く）に勧奨通知を送付する。 特定健診等実施医療機関に周知し、医師から利用勧奨を行う。
	実施及び実施後の支援	保健師及び管理栄養士による1時間の相談を実施する。事前に生活状況票及び食事記録票を送付する。当日は、健診結果等の血液検査結果や内服薬等も確認しながら、生活習慣や食生活の改善について相談、保健指導を行う。週に1回、月曜日に予約制で実施する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保健センターが主体で実施する。 保険医療課から、国保加入中の勧奨対象者へ個別通知を送付する。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小牧市医師会と連携して実施する。

小牧市
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

V 第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	<p>国は、市町村国保において計画終了年度の特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施率の目標を60%としている。本市では、平成29年度における特定健診受診率が44.6%、特定保健指導実施率が16.1%となっており、受診率・特定保健指導実施率の向上に重点を置き、未受診者への勧奨等を実施した。平成30年度は、特定健診受診率43.5%、特定保健指導実施率21.2%であったが、コロナの影響もあり令和2年度は、特定健診受診率40.1%、特定保健指導実施率14.6%に一時的に落ち込んだ。しかし、令和4年度時点では回復傾向にあり、特定健診受診率40.8%、特定保健指導実施率15.8%となっている。</p>
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	<p>第4期実施計画では、第3期に引き続き、国の基本指針における目標値を設定し、実施率の向上を目指して取り組みます。</p>

1 達成しようとする目標						
	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査の実施率 (%)	44.0%	47.2%	50.4%	53.6%	56.8%	60.0%
特定保健指導の実施（終了）率 (%)	23.2%	30.6%	38.0%	45.4%	52.8%	60.0%

2 特定健康診査等の対象者数						
	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
【特定健康診査】 対象者数（人）	18,146	17,429	16,740	16,078	15,442	14,831
【特定健康診査】 目標とする実施者数（人）	7,984	8,226	8,437	8,618	8,771	8,899
【特定保健指導】 対象者数（人）	902	908	910	907	900	890
【特定保健指導】 目標とする実施（終了）者数（人）	209	278	346	412	475	534

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】																			
対象者	被保険者のうち特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者を含む）																		
実施場所	<p><個別健診>小牧市医師会に委託し、実施場所は小牧市医師会所属の実施医療機関とする。</p> <p><集団健診>愛知県厚生農業協同組合連合会</p>																		
法定の実施項目																			
基本的な健診項目																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>問診</td> <td>標準的な質問票</td> </tr> <tr> <td>身体測定</td> <td>身長・体重・腹囲・BMI</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期血圧・拡張期血圧</td> </tr> <tr> <td>血中脂質</td> <td>中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール</td> </tr> <tr> <td>肝機能</td> <td>GOT・GPT・γ-GTP</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>HbA1c</td> </tr> <tr> <td>尿検査</td> <td>尿糖・尿蛋白</td> </tr> <tr> <td>理学的所見</td> <td>医師による診察</td> </tr> </tbody> </table>	項目	備考	問診	標準的な質問票	身体測定	身長・体重・腹囲・BMI	血圧	収縮期血圧・拡張期血圧	血中脂質	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール	肝機能	GOT・GPT・γ-GTP	血糖	HbA1c	尿検査	尿糖・尿蛋白	理学的所見	医師による診察
項目	備考																		
問診	標準的な質問票																		
身体測定	身長・体重・腹囲・BMI																		
血圧	収縮期血圧・拡張期血圧																		
血中脂質	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール																		
肝機能	GOT・GPT・γ-GTP																		
血糖	HbA1c																		
尿検査	尿糖・尿蛋白																		
理学的所見	医師による診察																		
市の独自の検査項目	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>尿酸</td> <td>腎機能の働き、高尿酸血症を判断する検査</td> </tr> <tr> <td>アルブミン</td> <td>栄養状態を判断する検査</td> </tr> </tbody> </table>	尿酸	腎機能の働き、高尿酸血症を判断する検査	アルブミン	栄養状態を判断する検査														
尿酸	腎機能の働き、高尿酸血症を判断する検査																		
アルブミン	栄養状態を判断する検査																		
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>追加項目</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>腎機能</td> <td>クレアチニン</td> </tr> <tr> <td>貧血検査</td> <td>赤血球・血色素量・ヘマトクリット値</td> </tr> <tr> <td>心電図検査</td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底検査</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	追加項目	備考	腎機能	クレアチニン	貧血検査	赤血球・血色素量・ヘマトクリット値	心電図検査		眼底検査									
追加項目	備考																		
腎機能	クレアチニン																		
貧血検査	赤血球・血色素量・ヘマトクリット値																		
心電図検査																			
眼底検査																			
実施時期又は期間	<p><個別健診>6月から2月中旬までとする。なお、受診日は各医療機関の受付によるものとする。</p> <p><集団健診>業者が指定する健診日とする。</p>																		
外部委託の方法	<p><外部委託の有無>あり</p> <p><外部委託の契約形態> 個別健診：小牧市医師会と集合契約を結ぶ。 集団健診：愛知県厚生農業協同組合連合会と個別契約を結ぶ。</p>																		
周知や案内の方法	<p>対象者に受診券及び医療機関リストを送付する。 広報こまぎ・ホームページに掲載する（年1回）。 LINE・Facebook・Xにて周知する（年3回）。 保険医療課・庁内連携部署・市内医療機関にてポスターの掲示とチラシの配布を行う。</p>																		
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	<p>健診案内文にて職場等で健診を受けられた方へ健診結果の提出を案内し、本人から健診結果を直接若しくは郵送にて受領する。</p>																		
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	<p>健診実施後、受診医療機関にて健診結果を対面又は郵送で返却し結果説明する。</p>																		

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者	特定健康診査の結果により、基準に該当した者				
対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象	
				40～64歳	65～74歳
	≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機づけ支援
		1つ該当			
	上記以外で BMI ≥25	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機づけ支援
		2つ該当			
1つ該当					
実施場所	小牧市医師会：小牧市医師会所属の実施医療機関とする。 委託業者：自宅への訪問やICTを使用したオンラインで実施する。				
実施内容	動機付け支援	管理栄養士や保健師等が、対象者とともに健診の結果や生活習慣の振り返りを行い、食事・運動等の実践的な指導を通して健康状態の向上を図れるよう支援する。 初回面接にて行動目標及び行動計画を立て、3か月以上経過したのち目標の達成状況や行動変容について評価する。			
	積極的支援	医師、管理栄養士や保健師等が、対象者とともに健診の結果や過去の健康状態を踏まえ、生活習慣の改善に向けた自主的な取り組みを継続的に実施できるよう支援する。 初回面接にて行動目標及び行動計画を立て、3か月以上の継続的な支援を実施したのち目標の達成状況や行動変容について評価する。また、対象者の生活習慣や行動変容の状況から計画の変更が必要であれば、計画内容の再設定を行う。			
実施時期又は期間	6月から翌年度5月までとする。なお、実績評価は翌年度9月までに実施する。				
外部委託の方法	<外部委託の有無>あり <外部委託の契約形態> 集合契約：小牧市医師会 個別契約：小牧市医師会所属の実施医療機関、訪問・架電型指導を実施する業者				
周知や案内の方法	対象者に利用券等の案内通知を送付する。委託業者より対象者に架電する。また、保健指導の内容についてホームページへ掲載する。				
特定保健指導対象者の重点化 (重点化の考え方等)	対象者基準に該当し、保健指導を希望するすべての方へ実施する。				

3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】		
特定健康診査・ 特定保健指導	年度当初	健診医療機関を対象とした事務説明会を開催する。各健診医療機関・保健指導実施機関と契約を結び、5月下旬頃、対象者へ受診券を送付する。
	年度の前半	前年度の健診及び保健指導の実施状況を把握し、評価を行う。その結果をもとに、翌年度以降の実施計画の見直し等を行う。
	年度の後半	評価結果や実施計画を踏まえて、翌年度の委託契約の準備を進める。また、健診・保健指導事業にかかる予算を検討する。
月間スケジュール		毎月10日を締め切りとして、特定健診等実施医療機関から前月までに実施した特定健診等の結果及び件数の報告を受ける。これをもとに、医療機関から結果の提出を受けた翌月末に階層化処理を行い、特定保健指導対象者に特定保健指導の通知を送付する。また、新規加入者で希望された方に、随時受診券を送付する。




4 個人情報の保護	
記録の保存方法	健診結果は、愛知県国民健康保険団体連合会「特定健診等データ管理システム」及び自庁システムへ登録を行う。結果通知表の原本は、市役所内にて5年間保存する。
保存体制、外部委託の有無	事業を行うにあたって、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項に規定する特定個人情報の扱いにおいては、小牧市業務等委託契約約款（B）及び小牧市における特定個人情報の取扱いに関する規定等を遵守し、個人情報の保護の体制を整える。また、個人情報を扱う事業者に対して、上記の法律への遵守並びに個人情報管理体制の報告を求める。

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の公表方法	第4期特定健康診査等実施計画をホームページへ掲載する。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	対象者に案内通知を送付する。 広報こまき・ホームページに掲載する（年1回）。 LINE・Facebook・Xにて周知する（年3回）。 保険医療課・庁内連携部署・市内医療機関にてポスターの掲示とチラシの配布を行う。

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
特定健康診査等実施計画の評価方法	健診受診率や保健指導実施率を集計する。 年3回ほど小牧市医師会主催の健診事業推進委員会にて医療機関と意見を交換し、実施計画について検討する。
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	年度ごとの実施率を集計し、実施方法について検討する。

VI その他

<p>データヘルス 計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごと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する。事業の評価は、各事業の委託業者による効果測定、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。</p> <p>計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の関係機関及び広域連合と連携を図る。</p>
<p>データヘルス 計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページでの周知のほか、必要に応じて県、国民健康保険団体連合会、保健医療関係団体等地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>健康情報の 取扱い</p>	<p>レセプト・健診情報の電子化や近年のIT化の進展に伴い業務の電子化やオンライン化は、今後ますます拡大していくことが予想される。データヘルス計画の策定においても、コンピュータやネットワークを利用して大量の個人情報が処理されることになる。特に、保険者が保有する健診結果やレセプト情報等の健康情報は、その性質上ひとたび誤った取扱いが行われると個人に取り返しのつかない被害を及ぼすおそれがある。</p> <p>こうした状況を踏まえ、保険者は、被保険者のプライバシー保護の観点から、安心して保健事業に参加できるように実施・運営するよう努めなければならない。したがって、常に健康情報を取り扱うすべての具体的な業務について、リスクを極小化していくことが重要となる。</p> <p>小牧市国民健康保険では、これまでも各種法令・ガイドライン等に基づいて健康情報に対する適切な取扱いを行ってきたが、特に本計画の策定・実施にあたっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたること等から、慎重な対応を行うよう配慮する。</p>

<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いは、「小牧市個人情報の保護に関する法律施行条例」「小牧市個人情報の保護に関する法律等施行細則」の規定を遵守する。データヘルス計画に基づく事業を外部に委託する場合は、情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を「個人情報等情報資産に関する特記事項」にて契約書に定めるとともに、契約遵守状況について厳格に管理する。また、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「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ドライン」「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）にも準ずることとし、当該情報を取り扱う職員に関しても、地方公務員法などの守秘義務の規定について周知徹底を図り、細心の注意を払う。</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題等についての議論（介護予防部会・保健事業と介護予防の一体的実施プロジェクトチーム会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性別・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有する。 これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。</p>
<p>SDGsの推進</p>	<p>本市においては、令和3年度「SDGs未来都市」に選定をされる等、SDGsの推進に向けて取り組んでおり、本計画においても、「3 すべての人に健康と福祉を」「17 パートナリーシップで目標を達成しよう」の2点を念頭に、事業を展開している。</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div data-bbox="1002 1809 1161 1966" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #28a745; color: white; text-align: center;"> <p>3 すべての人に 健康と福祉を</p>  </div> <div data-bbox="1184 1809 1343 1966" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #003366; color: white; text-align: center;"> <p>17 パートナーシップで 目標を達成しよう</p>  </div> </div> </div>

Ⅶ 用語集

用語		説明
あ行	アウトカム	事業を通じて対象者の健康状況や生活習慣、受診行動が改善したか等の成果を測るもの。
	アウトプット	事業の実施量・実施率を測るもの。
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無等を調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧 (収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	ストラクチャー	事業成果を上げるための実施体制のこと。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。

用語		説明
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油等食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、又はグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3か月以上経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣予防のためのメタボに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	被保険者	健康保険に加入している人のこと。
	標準化死亡比	人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。値が100より大きい場合は全国平均よりも死亡率が高く、100より小さい場合は全国平均より死亡率が低いことを意味する。市町などで死亡数が少ない場合、偶然変動の影響を受けて数値が大幅に上下するため、観測データ以外にも対象に関する情報を推定に反映させることが可能な標準化死亡比の経験的ベイズ推定量（EBSMR）を指標に用いる。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性等の面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
	プロセス	事業の実施方法。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中等の動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。メタボ。

用語		説明
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AI Cube	愛知県国保連合会が保険者に提供している医療費分析システム。保険者が被保険者の医療費の状況や疾病保有者情報等を集計し、分析できるBIポータルサイトのこと。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDBシステム	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。	

小牧市民憲章

市制施行30周年

わたくしたち小牧市民は、小牧を

- 1 健康で生きがいのある 明るいまちにしましょう
- 1 感謝と思いやりのある あたたかいまちにしましょう
- 1 緑とやすらぎのある 美しいまちにしましょう
- 1 高い文化と教養のある 豊かなまちにしましょう
- 1 希望と働く喜びのある 活気あふれるまちにしましょう

小牧市民憲章は、市民の道しるべとして、健康で明るい生活を送るため、また、市民一人ひとりの心構えや果たすべき役割を明確化し、心ふれあう豊かな社会を形成するため、小牧市制施行30周年を記念し、昭和60年5月15日に制定されました。

こども夢・チャレンジNo.1都市宣言(要約)

市制施行60周年

私たちは、こどもの夢への挑戦をまち全体で応援することで、こどもを中心に世代を越えて市民がつながり、支え合う、すべての市民が暮らしやすい、あたたかいまちになっていくと確信します。

そこで、私たち小牧市民は、

- 一、こどもの夢への挑戦を応援することで元気になるまち
- 一、世代を越えて市民のつながりが生まれるまち
- 一、支え合うことでさらに住みよくなっていくまち

このようなまちの実現に向け、小牧市を「こども夢・チャレンジNo.1都市」とすることを、ここに宣言します。

こども夢・チャレンジNo.1都市宣言は、小牧市の特徴である「子育て支援が充実している」姿を一層高め、「こどもを中心に世代を越えて市民がつながり、支え合う、すべての市民が暮らしやすい、あたたかいまち」を小牧市全体で目指し、市内外に発信していくため、小牧市制施行60周年を記念し、平成27年5月17日に宣言しました。



SDGs 未来都市
こまき

発行者 小牧市福祉部保険医療課