

伊勢原市国民健康保険 第3期データヘルス計画 第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度
(2024～2029年度)



伊勢原市公式イメージキャラクター
クルリン

伊 勢 原 市

目次

序章 計画策定に当たって	1
Ⅰ 計画策定の背景	1
Ⅱ 計画策定の趣旨	3
Ⅲ 計画期間	3
Ⅳ 計画の位置付け	4
Ⅴ 実施体制・関係者との連携	5
Ⅵ SDGs（持続可能な開発目標）の実現に向けた取組	6
第1章 国民健康保険を取り巻く状況	7
Ⅰ 伊勢原市の状況	7
1 人口及び高齢化率	7
2 平均寿命と死因	8
3 国民健康保険加入者の状況	10
4 国民健康保険の医療費の状況	12
5 介護保険の状況	13
第2章 医療・健康診査情報等の分析及び健康課題の抽出	14
Ⅰ 国民健康保険医療費の分析	14
1 入院・入院外医療費の状況	14
2 性・年齢別医療費の状況	15
3 疾病別医療費の状況	16
4 生活習慣病等医療費の状況	19
5 高額レセプトの状況	20
6 人工透析患者の状況	21
Ⅱ 特定健康診査の分析	22
1 特定健康診査の受診状況	22
2 年齢別受診率の状況	23
3 継続受診の状況	23
4 累積受診の状況	24
5 特定健康診査受診と医療機関受診の関係	25
6 メタボリックシンドローム該当者の状況	26
7 メタボリックシンドローム予備群の状況	26
8 リスク因子の保持状況	27
9 有所見者の状況	28
10 問診項目の状況	28
11 特定健康診査受診後の未治療者の状況	30
Ⅲ 特定保健指導の分析	33
1 特定保健指導の実施状況	33
2 年齢別実施率の状況	34

3	特定保健指導該当者の状況	34
IV	ジェネリック医薬品の使用状況	35
V	データ分析に基づく健康課題の抽出	36
1	健康課題の抽出	36
2	優先して取り組む健康課題	37
VI	前計画の最終評価	38
1	全体評価	39
2	個別事業評価	40
第3章	第4期特定健康診査等実施計画	55
I	背景	55
1	生活習慣病対策の必要性	55
2	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義	55
II	目標値の設定	55
III	対象者数等の見込み	56
1	特定健康診査	56
2	特定保健指導	56
IV	実施方法	57
1	特定健康診査	57
2	特定保健指導	59
V	年間スケジュール	62
第4章	保健事業の実施計画	63
I	計画の目的と目標	63
1	保険者の健康課題	63
2	計画全体における目的と目標	63
II	個別の保健事業	65
1	個別保健事業の一覧	65
2	個別の保健事業	66
第5章	個人情報保護	79
I	記録の保管方法	79
II	保管体制、外部委託の有無	79
III	個人情報の管理	79
第6章	計画の推進に向けて	80
I	実施計画の公表・周知	80
II	計画の評価・見直し	80
III	伊勢原市全体の健康づくりとの調和	80
1	がん検診等との連携	80
2	健康づくり施策との連携	80
3	関係機関・団体との連携	80

序 章 計画策定に当たって

I 計画策定の背景

我が国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができるようになった一方で、急速な高齢化や医療の高度化、生活習慣病の増加等により医療費が増大しています。国民皆保険制度を堅持し、この医療制度を将来にわたり持続可能なものとするためには、医療費の伸びが過度に増大しないようにしていく必要が生じてきました。

中でも、生活習慣病に係る医療費は国民総医療費の3割を占め、死亡原因でも生活習慣病を起因とするものが約6割を占めていることから、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき生活習慣病対策として平成20年4月から「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）」に着目した「特定健康診査・特定保健指導」の実施が各保険者に義務付けられました。

また、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略 2013」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の分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等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」という方針が打ち出されました。

これまでも、レセプトや統計資料等を活用して「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他保健事業を実施していましたが、被保険者の更なる健康維持増進に努めるため、リスクに応じた保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ^{*1}から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められています。

こうした背景を踏まえ、平成26年3月に厚生労働省は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（厚生労働省告示）を改正し、市町村国民健康保険保険者においても健康・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な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。（図1）

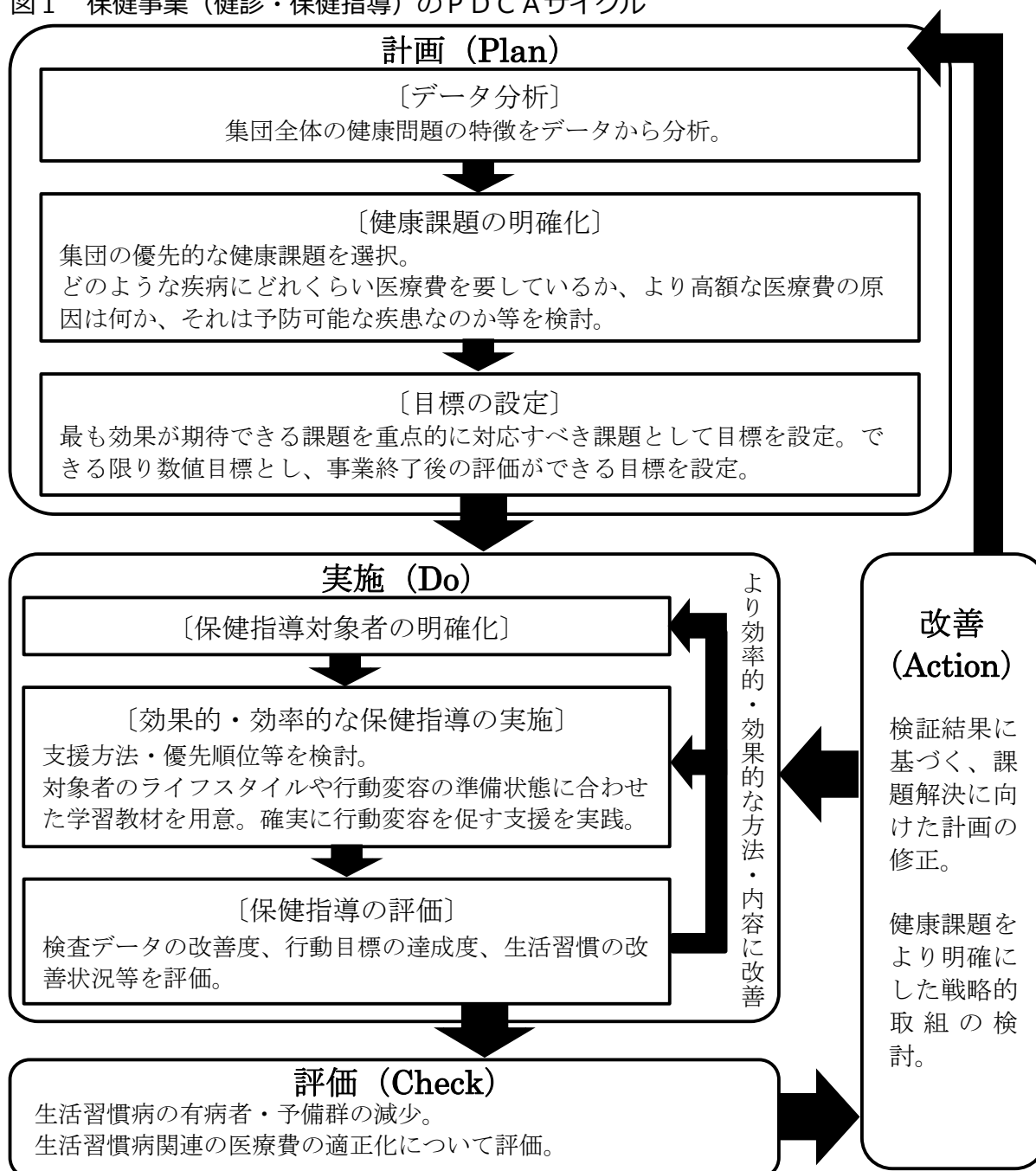
なお、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月にデータヘルス計画の保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI^{*2}の設定を推進すると示されたことにより、本計画から

国の方針に基づき共通の評価指標を設定します。

※1 ポピュレーションアプローチ：多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としては多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体をよい方向にシフトさせること

※2 K P I : Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標のこと

図1 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



資料：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」

II 計画策定の趣旨

本市では、生活習慣病対策として、平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導について「伊勢原市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を5年ごとに策定（改定）し、生活習慣病の早期発見及び予防のため、特定健康診査・特定保健指導を実施し、受診率向上に向けた取組を行ってきましたが、受診率等は低い状態が続いています。

そこで、平成30年度にこれまでの保健事業の振り返りや、被保険者の健康状態・医療費の状況等に係るデータを分析し実績を検証するとともに、健康課題の把握や効果的な事業の実施方法等を見定めた上で、本市の特性に合わせた保健事業の展開を進めていくため、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業が実施できるよう「第3期伊勢原市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を「伊勢原市国民健康保険データヘルス計画」の一部として位置付け、両計画を一体化して策定しました。

今回の計画改定についても、「第4期伊勢原市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を「伊勢原市国民健康保険データヘルス計画」の一部として位置付けることとし、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、医療費の適正化に資することを目的に計画を策定します。

III 計画期間

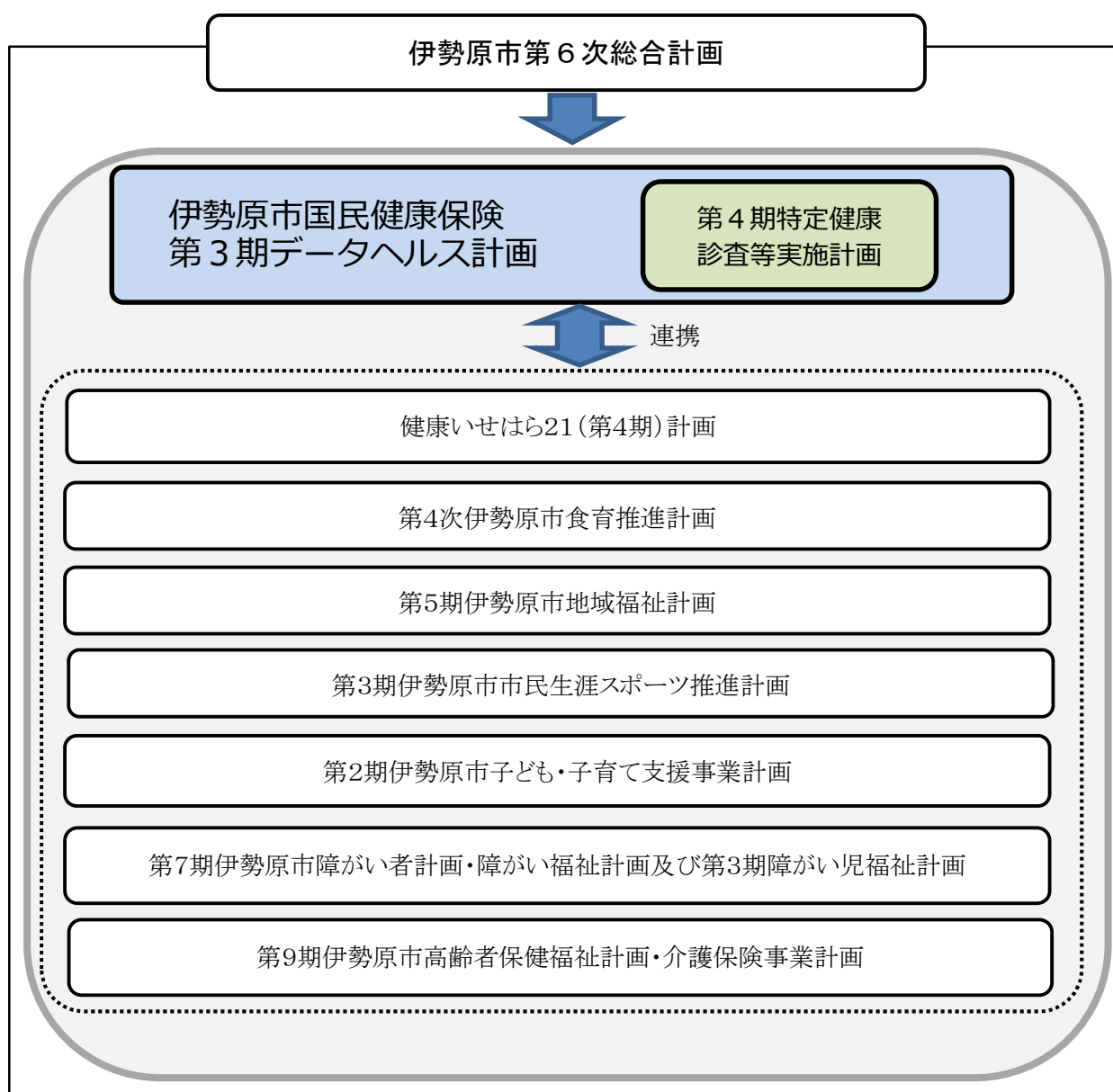
本計画の期間は、医療費適正化計画が6年間であること及び特定健康診査等実施計画の計画期間との整合を図るため、令和6年度から令和11年度までの6年間とし、令和8年度に中間評価を行うこととします。

IV 計画の位置付け

データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律及び国民健康保険法の規定に基づく国の指針により、保険者等が策定するものとされています。

本計画は、健康増進法に基づく「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）」に示された基本方針を踏まえるとともに、本市の健康増進計画等と整合を図り、連携した事業の実施を進めます。（図2）

図2 各計画との関係



V 実施体制・関係者との連携

本計画は、保険年金課が主体となり策定し、事業の実施に当たっては関係する保健事業との連携を図り、被保険者の健康の保持増進に努めます。（図3）

図3 実施体制

部門等	主な連携と役割
保険年金課	<ul style="list-style-type: none"> ○計画立案、進捗管理、評価、見直し等 ○国民健康保険運営協議会の運営 ○専門職の確保 ○庁内の連携と役割分担
健康づくり課	<ul style="list-style-type: none"> ○健康いせはら21計画との調整 ○健（検）診、保健指導、健康教育、健康相談、一体的実施等での連携 ○データや分析結果の共有
介護高齢課	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画との調整 ○一体的実施等での連携 ○データや分析結果の共有
県、県保健福祉事務所	<ul style="list-style-type: none"> ○関係機関との連絡調整や専門職の派遣、助言等の技術的な支援、情報提供等 ○県関係課、他保険者との意見交換の場の設定 ○現状分析のために県が保有するデータの提供
医師会、歯科医師会、薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険運営協議会への参画等で、計画策定、評価・見直し等への助言 ○健（検）診、保健指導への協力 ○意見交換や情報提供
学識経験者等	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険運営協議会への参画等で、計画策定、評価・見直し等への助言
後期高齢者医療広域連合	<ul style="list-style-type: none"> ○一体的実施での協力 ○データや分析結果の共有、国保から後期高齢者医療のデータ突合の推進
国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> ○KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ○研修会等での人材育成、情報提供 ○保健事業支援評価委員会からの支援
保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> ○他の市町村国保、国保組合、被用者保険と健康・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険運営協議会等への参画 ○健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力

VI SDGs（持続可能な開発目標）の実現に向けた取組

SDGsとは、2015年（平成27年）9月に国連で採択された「持続可能な開発目標」です。「地球上の誰一人として取り残さない」という理念のもと、2030年（令和12年）を達成期限とする17のゴール、169のターゲットで構成された「持続可能な世界を実現する」ことを目指した国際目標です。

本計画は、「ゴール3 すべての人に健康と福祉を」に係るものとして位置付け、国民健康保険被保険者に対し、保健事業を実施することにより被保険者の健康の保持増進を図り、健康寿命の延伸、医療費の適正化を目指し、SDGsの実現に貢献していきます。



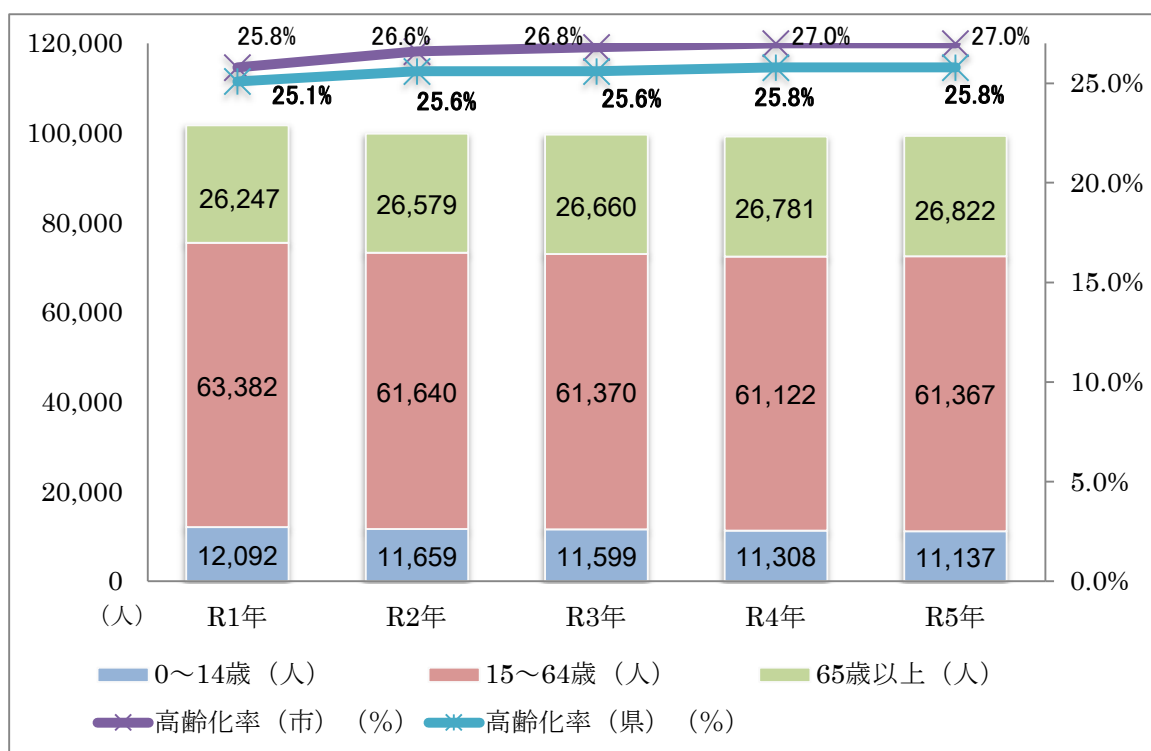
第1章 国民健康保険を取り巻く状況

I 伊勢原市の状況

1 人口及び高齢化率

本市の人口は令和5年1月1日現在、101,228人で、総人口は減少傾向に推移していますが、65歳以上の人口は年々増加しており、高齢化率も上昇しています。全国と比較して高齢化率は低いものの、神奈川県との比較では、どの年も上回っています。0～14歳の年少人口及び15～64歳の生産年齢人口は年々減少していますので、今後も高齢化が進むと予想されます。（図4、図5）

図4 年齢（3区分別）人口及び高齢化率の推移



資料：令和2年は総務省「国勢調査」（令和2年10月1日現在）※年齢不詳を除く
令和元年は平成27年国勢調査、令和3～5年は令和2年国勢調査を基にした推計人口（各年1月1日現在）※年齢不詳を除く

図5 人口統計

	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年	R5年	
						神奈川県	全国
総人口(人)	102,404	101,780	101,531	101,113	101,228	9,227,901	124,752,000
高齢化率(%)	25.8	26.6	26.8	27.0	27.0	25.8	29.0

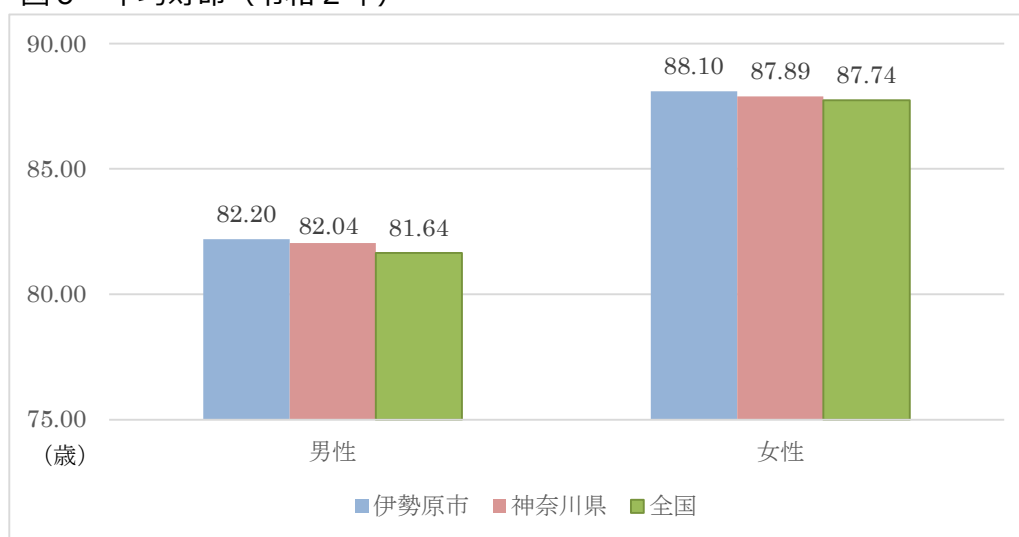
資料：令和2年は総務省「国勢調査」（令和2年10月1日現在）
令和元年は平成27年国勢調査、令和3～5年は令和2年国勢調査を基にした推計人口（各年1月1日現在）

2 平均寿命と死因

(1) 平均寿命

平均寿命について神奈川県や全国と比較すると、男女ともに上回っています。(図6)

図6 平均寿命(令和2年)



資料：厚生労働省「簡易生命表」「都道府県別生命表」「市区町村別生命表」

(2) 平均自立期間

平均自立期間*について神奈川県や全国と比較すると、男女ともに自立期間は概ね上回っています。また、男性はほぼ横ばいですが、女性は年々延伸しています。(図7)

図7 平均自立期間(要介護2以上)

性別	伊勢原市 (歳)	神奈川県 (歳)	全国 (歳)
男性	R1 年度	80.4	80.0
	R2 年度	80.3	80.2
	R3 年度	80.4	80.6
	R4 年度	80.5	80.5
女性	R1 年度	84.1	84.0
	R2 年度	84.4	84.0
	R3 年度	84.6	84.4
	R4 年度	84.5	84.5

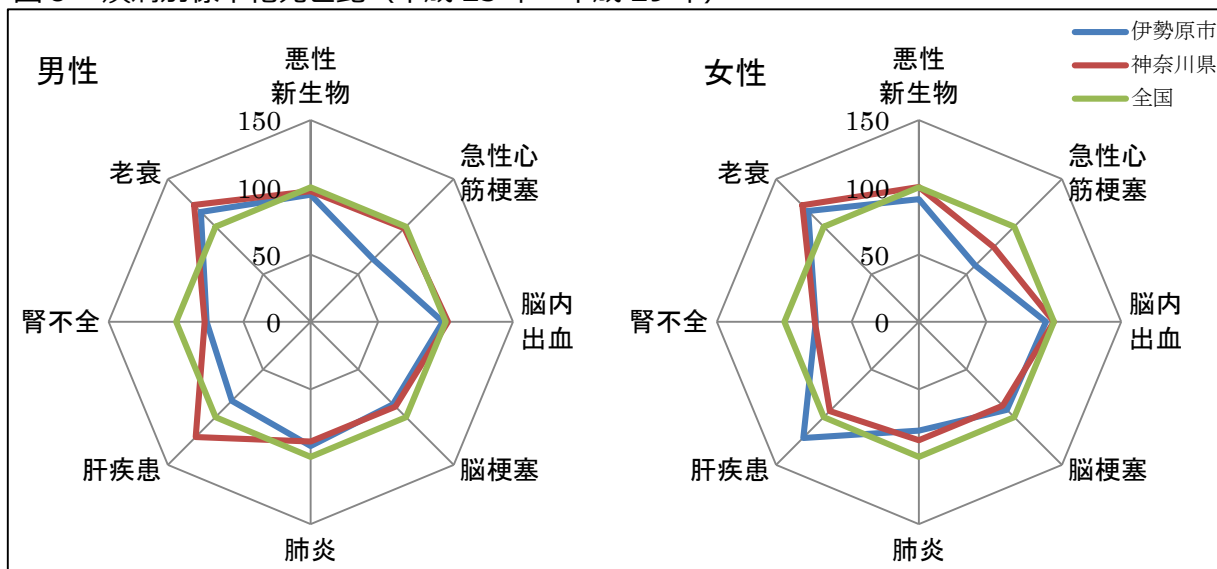
資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

※平均自立期間：日常生活動作が自立している期間の平均(介護保険の要介護2から5を不健康と定義)に基づいて算出。

(3) 標準化死亡比

標準化死亡比[※]について神奈川県や全国と比較すると、男女ともに急性心筋梗塞、腎不全が低くなっています。肝疾患は、女性が高く男性が低くなっています。また、老衰は、全国より高く、神奈川県より低くなっています。(図8)

図8 疾病別標準化死亡比(平成25年～平成29年)



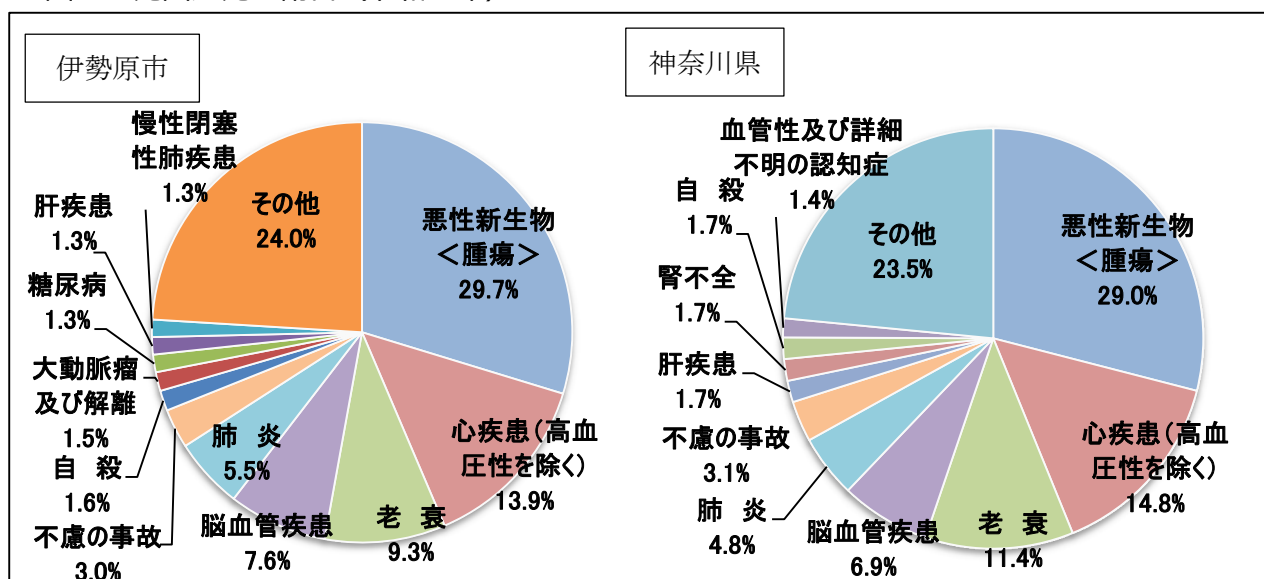
資料：厚生労働省「人口動態保健所・市町村別統計」

※標準化死亡比：基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するもの。我が国の平均を100としている。

(4) 死因別死亡割合

死因の上位5疾患は神奈川県と同じになっています。また、生活習慣病を起因とする疾病で約半数を占めています。(図9)

図9 死因別死亡割合(令和2年)



資料：令和2年神奈川県衛生統計年報

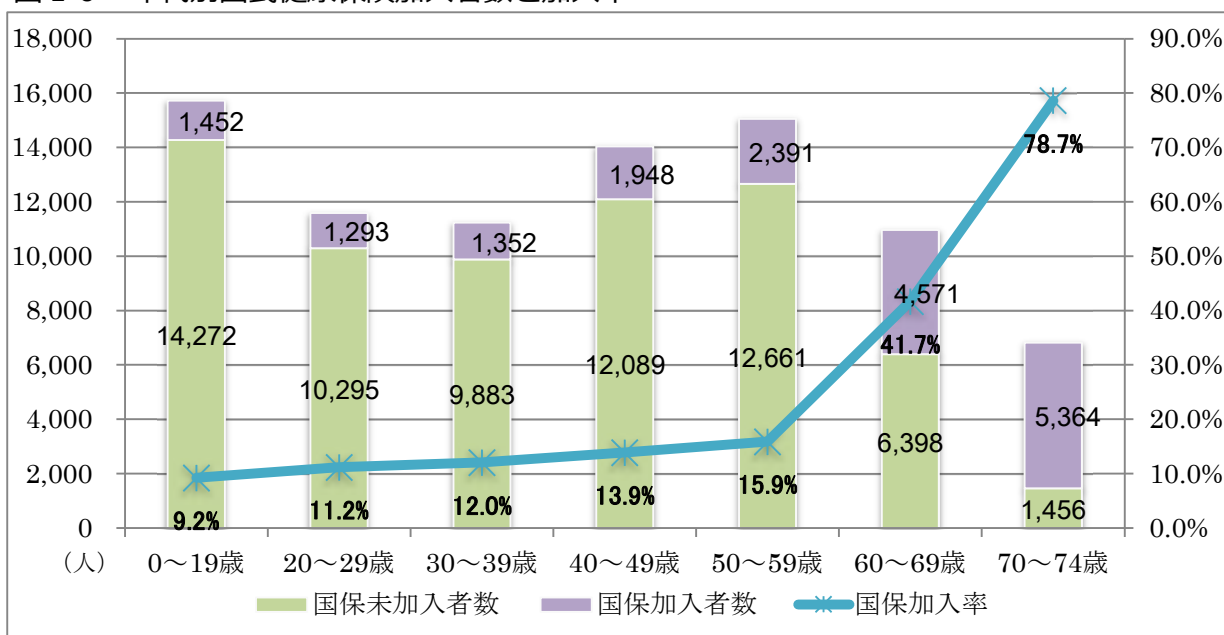
3 国民健康保険加入者の状況

(1) 年齢構成

国民健康保険加入者が市民全体に占める割合を年代別にみると、0～59 歳までの各年代では 10% 前後ですが、60～69 歳は 41.6%、70 歳以上は 78.7% であり、60 歳以上の市民の 60% 以上は国民健康保険に加入しています。

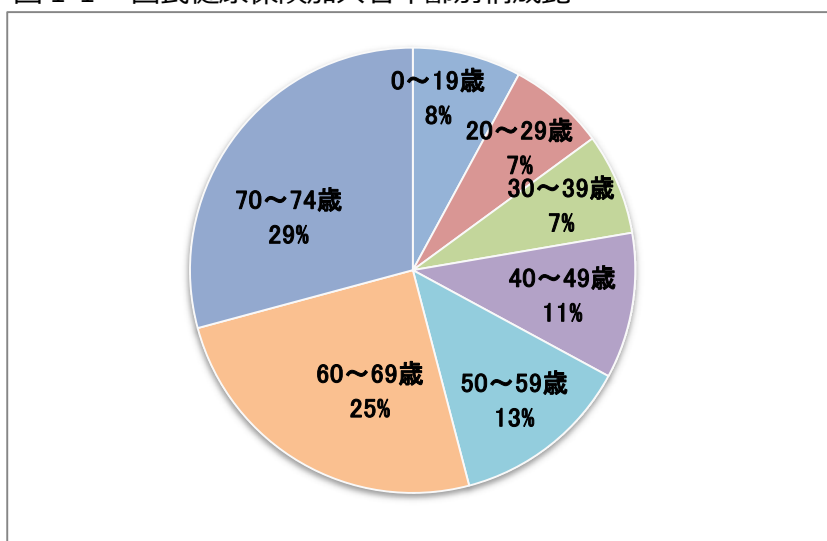
また、国民健康保険加入者を年代別にみると、60 歳以上が全体の 54% を占めています。（図 10、図 11）

図 10 年代別国民健康保険加入者数と加入率



資料：年齢別被保険者集計表、住民基本台帳（令和 5 年 4 月 1 日現在）

図 11 国民健康保険加入者年齢別構成比

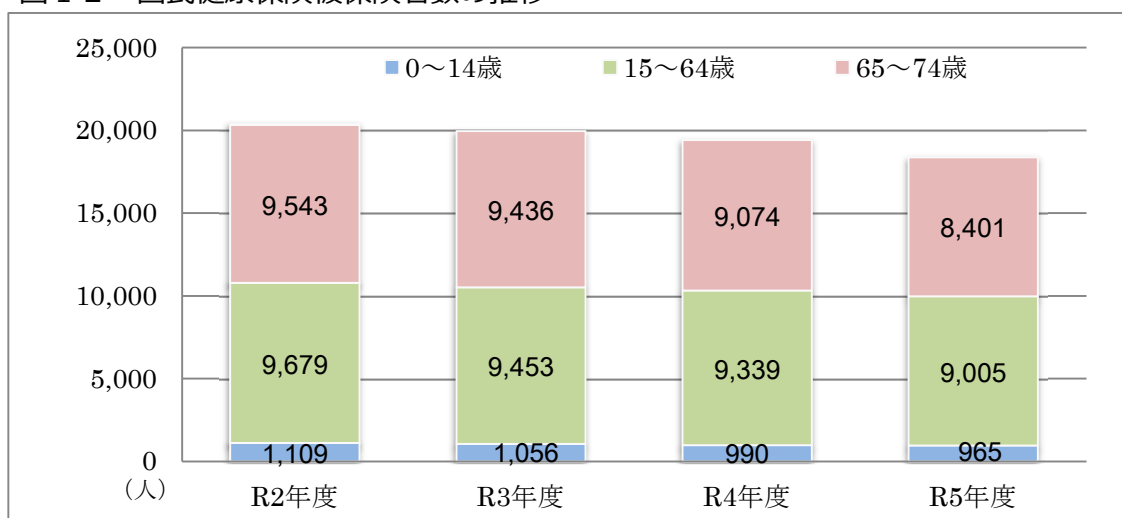


資料：年齢別被保険者集計表（令和 5 年 4 月 1 日現在）

(2) 国民健康保険被保険者数の推移

令和2年度から令和5年度までの国民健康保険被保険者数の推移をみると、年々減少しています。これは、後期高齢者医療への移行者が一定程度あることに加え、特に令和4年度は社会保険の適用拡大により減少幅が大きくなっています。(図12)

図12 国民健康保険被保険者数の推移



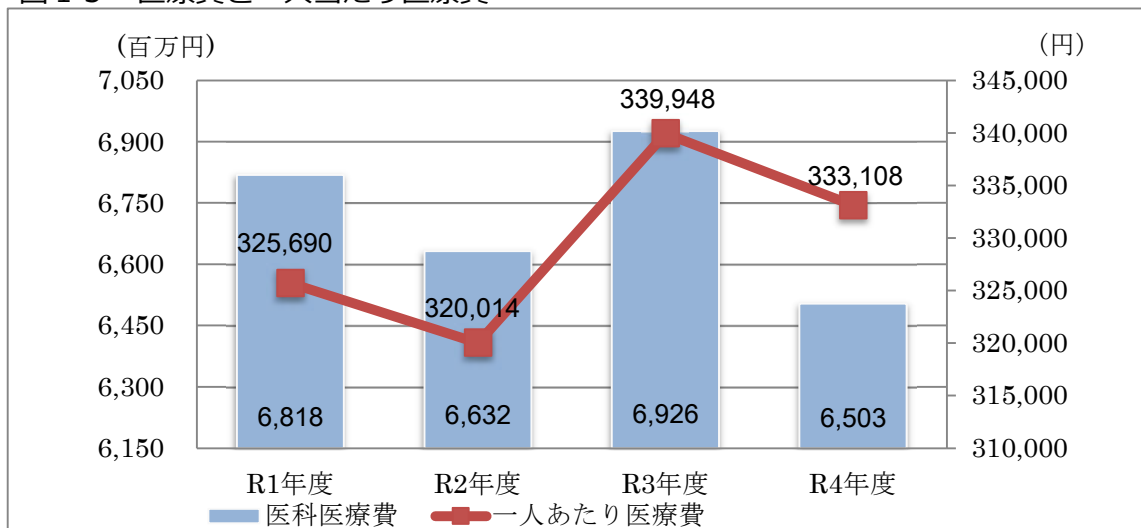
資料：年齢別被保険者集計表（各年度4月1日現在）

4 国民健康保険の医療費の状況

(1) 年間医療費と一人あたり医療費の推移

令和4年度の総医療費は約6億5,300万円で、一人当たりの医療費に換算すると約33万円となっています。年度別の総医療費は、被保険者数の減少に伴い減少傾向にあります。また、一人当たりの医療費は、各年度32～33万円代を推移しています。(図13)

図13 医療費と一人あたり医療費

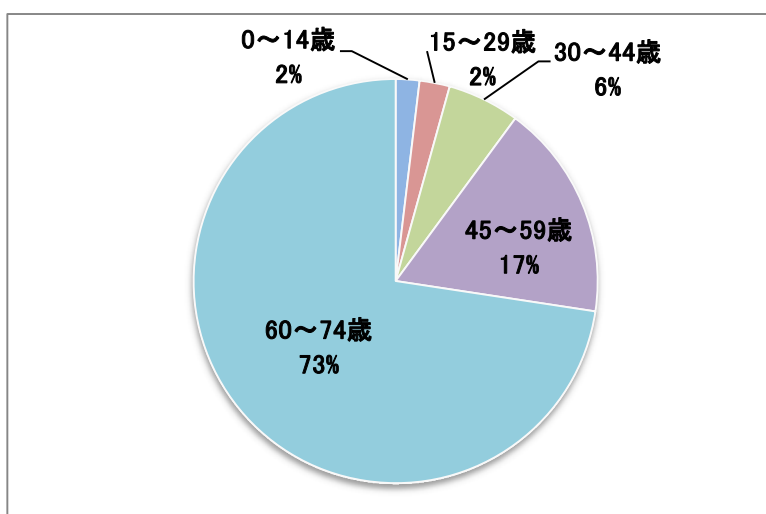


資料：KDBシステム「市区町村別データ」(各年度累計) 令和5年10月末現在

(2) 年代別の医療費の状況

医療費の年代別構成比は、60歳以上が医療費全体の73%を占めています。一人あたり医療費も年齢に応じて高くなっていることから、加齢により医療費が増大していることが分かります。(図14)

図14 医療費の年代別構成比



資料：KDBシステム「疾病別医療費分析」(令和4年度累計)

5 介護保険の状況

介護認定率は、神奈川県及び全国と比較すると低い状況ですが、1件当たり給付費は、神奈川県とほぼ同水準です。(図15)

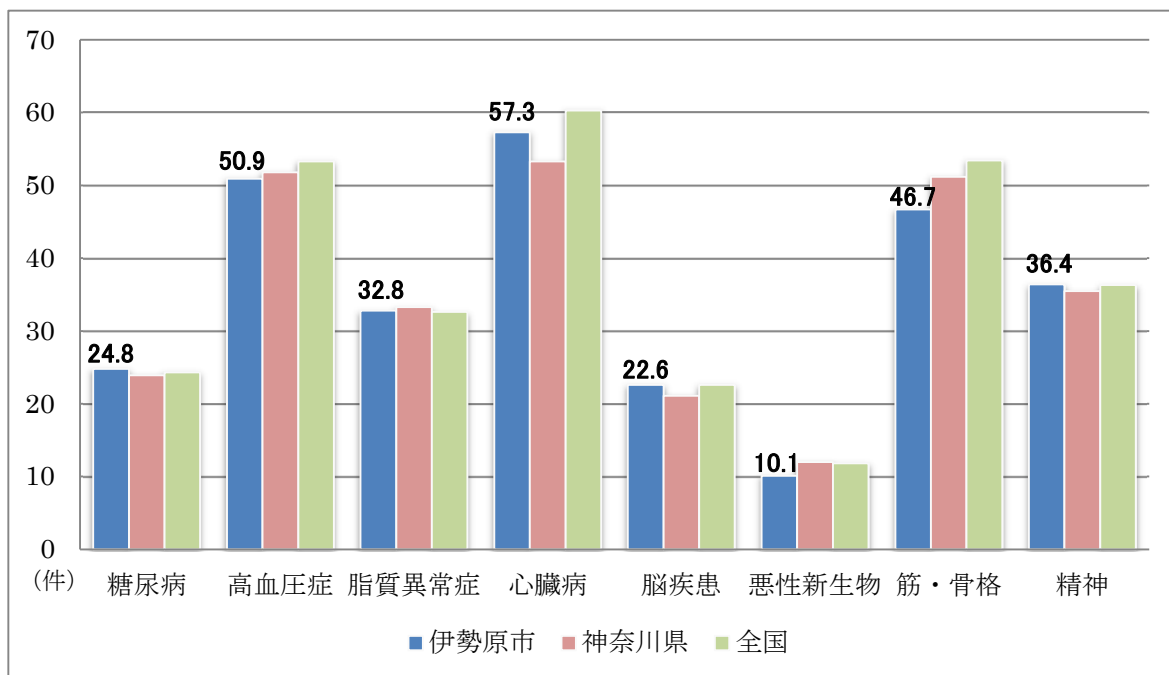
また、要介護認定者における有病率は心疾患が最も高く、高血圧症、筋・骨格疾患と続いています。神奈川県及び全国と比べてほぼ同水準です。(図16)

図15 介護認定率及び1件当たり介護給付費(令和4年度)

	伊勢原市	神奈川県	全国
介護認定率(%)	16.6	19.1	19.4
1件当たり給付費(円)	53,851	54,139	59,662
1件当たり居宅給付費(円)	39,035	39,383	41,272
1件当たり施設給付費(円)	297,749	299,527	296,334

資料：KDBシステム「地域全体像の把握」

図16 要介護(支援)認定者の有病状況(令和4年度)



資料：KDBシステム「地域全体像の把握」

第2章 医療・健康診査情報等の分析及び健康課題の抽出

I 国民健康保険医療費の分析

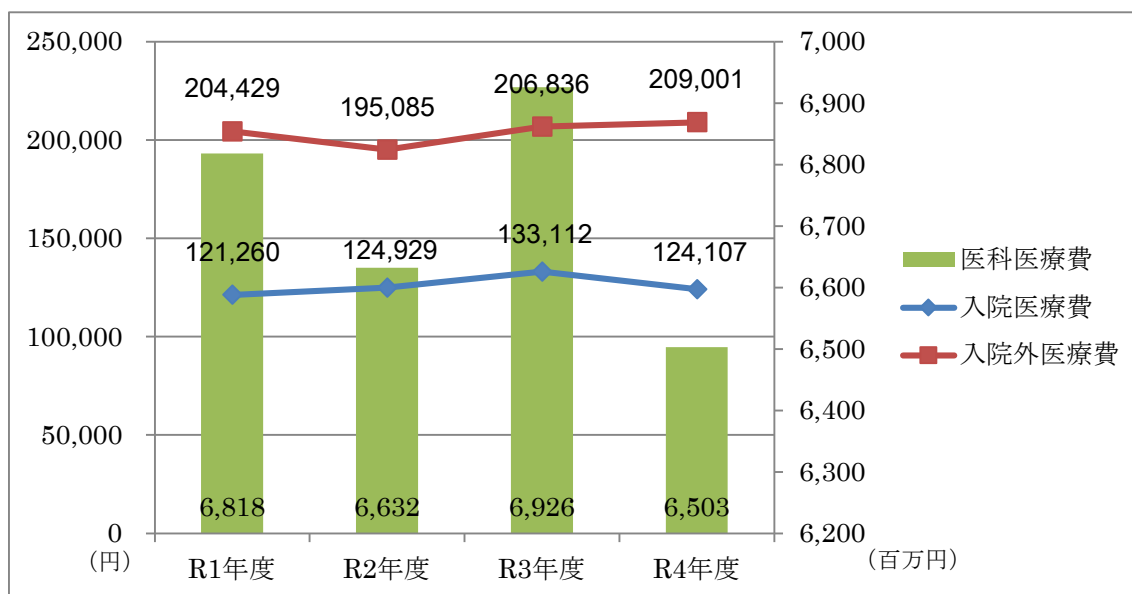
1 入院・入院外医療費の状況

被保険者一人当たりの入院外医療費は、令和2年度を除き年々増加傾向にありますが、入院医療費は、年度により増減のばらつきがあります。(図17)

入院、入院外医療費の構成比を神奈川県と比較してみると、一人当たり医療費は神奈川県より低い状況です。

また、入院医療費においては、1件当たり日数が神奈川県より高いにも関わらず、医療費に関する項目は全て低くなっています。(図18)

図17 入院、入院外の被保険者一人当たり医療費の推移



資料：KDBシステム「市町村別データ」(各年度累計) 令和5年10月末現在

図18 医療費の構成比(令和4年度)

	入院		入院外	
	伊勢原市	神奈川県	伊勢原市	神奈川県
医療費の割合	37.3%	37.0%	62.7%	63.0%
1件当たり医療費(円)	636,780	650,572	26,387	24,963
一人当たり医療費(円)	124,107	125,990	209,001	214,189
1日当たり医療費(円)	38,218	43,801	17,947	16,590
1件当たり日数(日)	16.66	14.85	1.47	1.50

資料：KDBシステム「市町村別データ」(令和4年度累計)

2 性・年齢別医療費の状況

被保険者の年齢別のレセプト点数は、年齢を重ねるに連れて増加しています。

30歳までは、男性より女性が多く、31歳以降は男性が女性より多い傾向にあります。(図19)

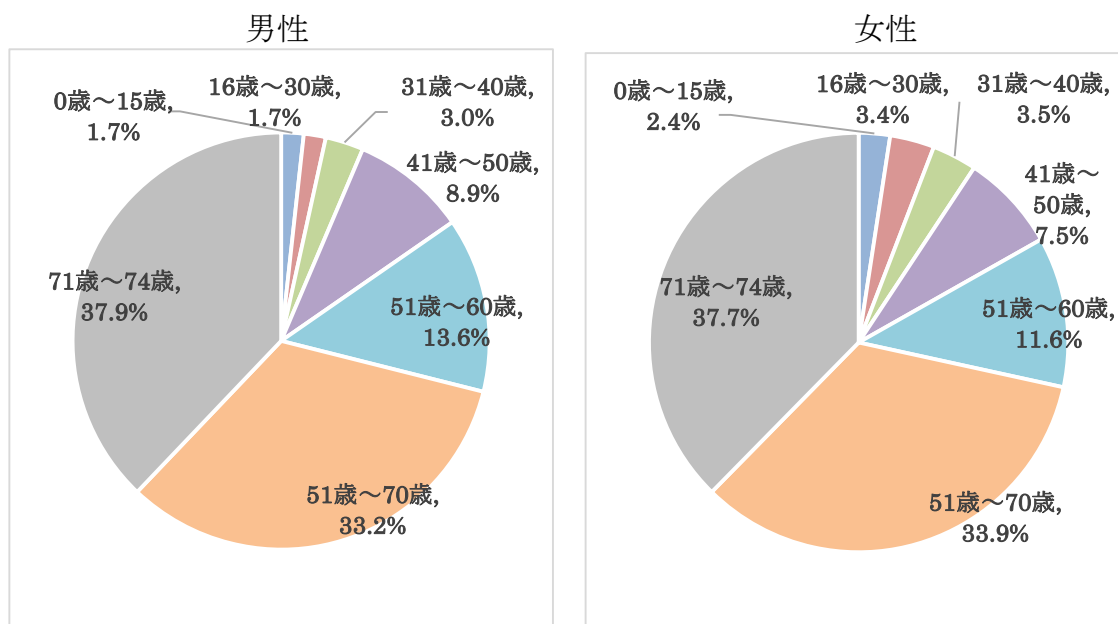
また、男女ともに61歳以上が全体のレセプト点数の7割以上を占めています。(図20)

図19 年齢別総医療費レセプト点数(令和4年度)

年齢	男性(点)	女性(点)	総計(点)
0歳～15歳	6,090,375	7,189,710	13,280,085
16歳～30歳	6,035,996	10,222,332	16,258,328
31歳～40歳	10,380,005	10,329,140	20,709,145
41歳～50歳	31,452,719	22,433,617	53,886,336
51歳～60歳	47,693,085	34,595,766	82,288,851
61歳～70歳	116,810,693	101,220,840	218,031,533
71歳～74歳	133,159,242	112,318,205	245,477,447
総計	351,622,115	298,309,610	649,931,725

資料：KDBシステム「医療費分析の経年比較」

図20 性別別総医療費レセプト点数の割合(令和4年度)



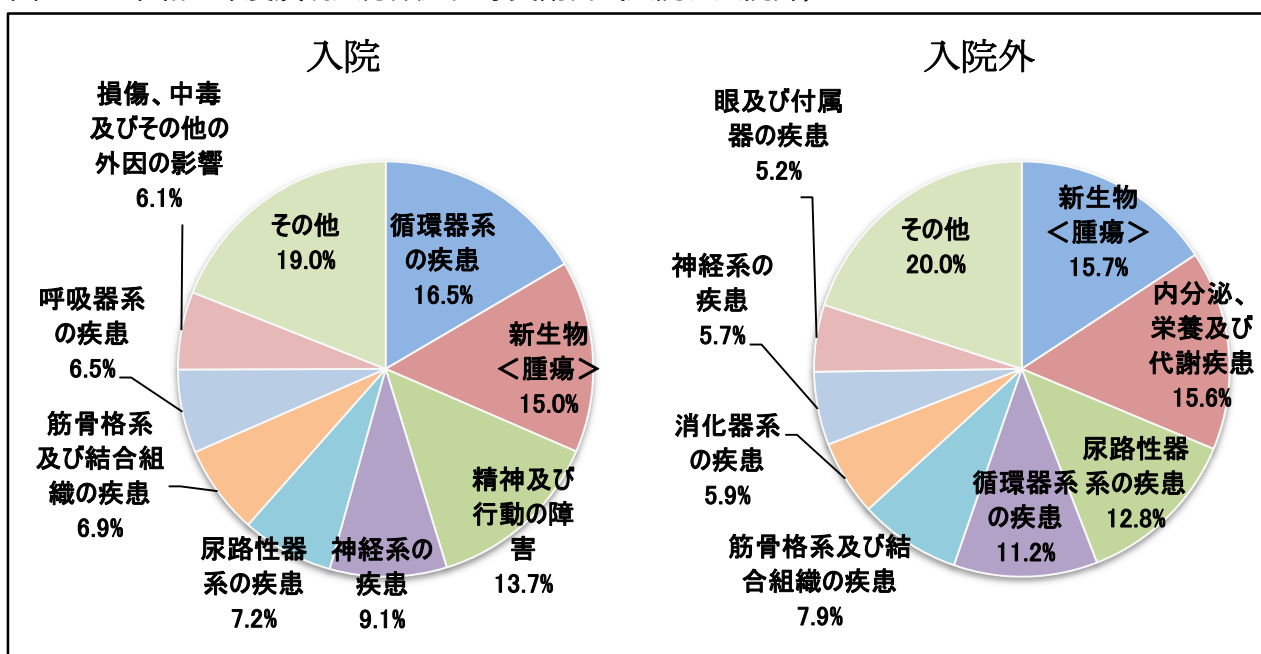
資料：KDBシステム「医療費分析の経年比較」

3 疾病別医療費の状況

令和4年度の医療費を疾病大分類別に見ると、入院では循環器系疾患が16.5%で最も多く、新生物〈腫瘍〉15.0%、精神及び行動の障害13.7%と続き、この3疾患が入院医療費の半数(45.2%)を占めています。入院外では新生物〈腫瘍〉が15.7%で最も多く、内分泌、栄養及び代謝障害が15.6%、尿路性器系の疾患が12.8%、循環器系の疾患が11.2%と続きます。(図2 1)

中分類別の医療費では、入院は統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が約1億8千200万円で最も多く、その他の心疾患、腎不全と続いています。入院外では腎不全が約4億2千900万円で最も多く、糖尿病、その他の悪性新生物〈腫瘍〉、脂質異常症、高血圧性疾患と続いており、生活習慣病が上位を占めています。入院・入院外の合計で見ると、1位：腎不全、2位：その他の悪性新生物〈腫瘍〉、3位：糖尿病であり、生活習慣病が上位を占めています。(図2 2)

図2 1 令和4年度疾病大分類別医療費割合(入院、入院外)



資料：KDB システム「疾病大分類別医療費(大分類)」

図2.2 令和4年度疾病中分類別医療費上位10疾患（入院、入院外、合計）

順位	入院			入院外		
	疾患名	医療費(円)	割合(%)	疾患名	医療費(円)	割合(%)
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	182,440,980	7.5	腎不全	429,355,670	10.6
2	その他の心疾患	154,936,420	6.4	糖尿病	373,067,680	9.2
3	腎不全	139,698,500	5.8	その他の悪性新生物<腫瘍>	277,187,890	6.8
4	その他の悪性新生物<腫瘍>	127,491,190	5.3	脂質異常症	195,992,130	4.8
5	その他の神経系の疾患	121,670,780	5.0	高血圧性疾患	189,208,000	4.7
6	その他の呼吸器系の疾患	109,400,000	4.5	その他の心疾患	186,625,030	4.6
7	骨折	85,458,400	3.5	その他の消化器系の疾患	147,013,530	3.6
8	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	85,079,470	3.5	その他の神経系の疾患	141,326,950	3.5
9	脳梗塞	83,105,020	3.4	その他の眼及び付属器の疾患	133,888,280	3.3
10	その他の消化器系の疾患	74,770,310	3.1	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	116,652,690	2.9
	その他（上記以外の疾患）	1,258,895,340	52.0	その他（上記以外の疾患）	1,870,339,910	46.1
	入院総医療費	2,422,946,410	100	入院外総医療費	4,060,657,760	100

合計（入院＋入院外）

順位	疾患名	医療費(円)	割合(%)	順位	疾患名	医療費(円)	割合(%)
1	腎不全	569,054,170	8.8	7	その他の消化器系の疾患	221,783,840	3.4
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	404,679,080	6.2	8	脂質異常症	197,246,590	3.0
3	糖尿病	393,916,070	6.1	9	高血圧性疾患	190,929,970	2.9
4	その他の心疾患	341,561,450	5.3	10	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	163,666,330	2.5
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	264,569,130	4.1		その他（上記以外の疾患）	3,473,199,810	53.4
6	その他の神経系の疾患	262,997,730	4.0		総医療費	6,503,269,200	100

資料：KDBシステム「厚生労働省様式1-1」

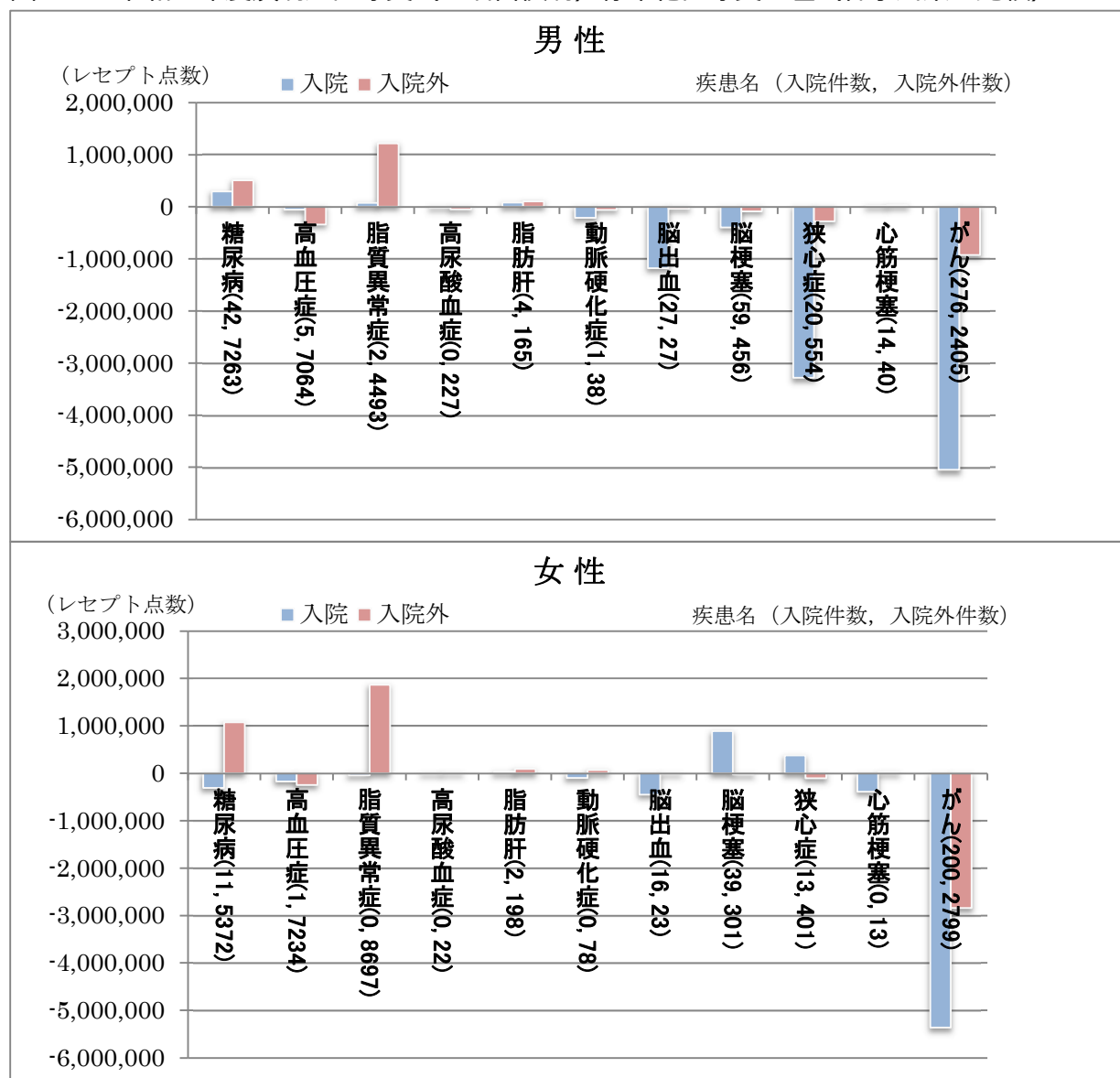
4 生活習慣病等医療費の状況

本市における令和4年度の生活習慣病に係る医療費について、年齢別人口を調整した標準化医療費で神奈川県と比較したものです。

入院医療費では男性の糖尿病・女性の脳梗塞が高く、男女ともに悪性新生物(がん)が低くなっています。入院外医療費では男女ともに糖尿病、脂質異常症が高く、がん、高血圧症が低くなっています。

男性は、糖尿病・脂質異常症等の入院外医療費が高い一方、生活習慣病が重症化した脳卒中や心疾患に係る入院医療費が低くなっています。(図2-3)

図2-3 令和4年度疾病別医療費(生活習慣病)標準化医療費の差(神奈川県と比較)



資料：KDBシステム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」より計算

Ver元.1(2016.9.21)平成26年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策を担う人材の育成に関する研究(H25-循環器等(生習)一般-014)(研究代表;横山徹爾)

5 高額レセプトの状況

令和4年度のレセプトを費用額で分類してみると、件数では3.1%と少数である30万円以上の高額レセプトが総医療費の過半数を占めていることがわかります。(図24)

高額レセプトの疾病内容をみると費用・件数ともに第1位が腎不全で、高額レセプトの割合が医療費の94.5%、件数の72.7%を占めています。(図25)

図24 費用額別の構成割合(令和4年度)

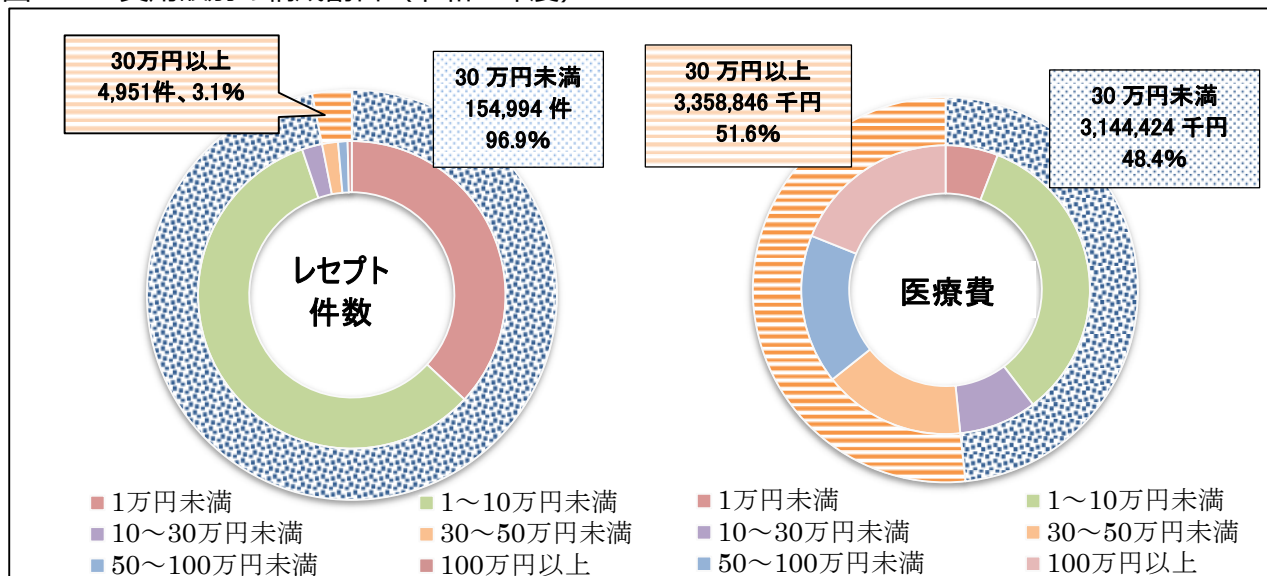


図25 高額レセプトにおける疾病の状況(令和4年度)

上段: 医療費(千円)、下段: レセプト件数(件)

順位	中分類名	全体			高額レセプト			高額レセプト割合(%)		
		合計	入院	入院外	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外
1	腎不全	569,054	139,698	429,356	537,727	135,436	402,291	94.5	96.9	93.7
		1,552	153	1,399	1,129	129	1,000	72.7	84.3	71.5
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	404,679	127,491	277,188	330,782	120,442	210,340	81.7	94.5	75.9
		1,801	170	1,631	451	133	318	25.0	78.2	19.5
3	その他の心疾患	341,561	154,936	186,625	187,278	149,246	38,032	54.8	96.3	20.4
		4,407	134	4,273	128	103	25	2.9	76.9	0.6
4	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	264,569	182,441	82,128	178,088	178,088	0	67.3	97.6	-
		3,471	448	3,023	422	422	0	12.2	94.2	-
5	その他の神経系の疾患	262,998	121,671	141,327	157,144	117,546	39,598	59.8	96.6	28.0
		5,474	191	5,283	192	168	24	3.5	88.0	0.5
6	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	163,666	47,013	116,653	144,004	44,986	99,018	88.0	95.7	84.9
		471	62	409	175	51	124	37.2	82.3	30.3
7	その他の呼吸器系の疾患	136,525	109,400	27,125	113,562	106,044	7,518	83.2	96.9	27.7
		661	143	518	142	125	17	21.5	87.4	3.3
8	骨折	100,262	85,458	14,804	81,712	81,712	0	81.5	95.6	-
		940	112	828	95	95	0	10.1	84.8	-
9	脳梗塞	97,318	83,105	14,213	81,043	81,043	0	83.3	97.5	-
		856	98	758	84	84	0	9.8	85.7	-
10	その他の消化器系の疾患	221,784	74,770	147,014	77,977	63,316	14,661	35.2	84.7	10.0
		5,101	168	4,933	133	100	33	2.6	59.5	0.7
	上位10疾患以外	3,921,188	1,296,961	2,624,227	1,469,176	1,203,738	265,438	37.5	92.8	10.1
		130,449	2,030	128,419	1,987	1,506	481	1.5	74.2	0.4
	合計	6,483,604	2,422,946	4,060,658	3,358,493	2,281,598	1,076,895	51.8	94.2	26.5
		155,183	3,709	151,474	4,938	2,916	2,022	3.2	78.6	1.3

資料: KDBシステム「厚生労働省様式1-1」

6 人工透析患者の状況

疾病別医療費や高額レセプトを費用額で見ると、ともに腎不全が1位でしたが、その要因は人工透析に係る医療費が大半を占めていることから、人工透析を受けている被保険者の状況をKDBシステム「厚生労働省様式 人工透析のレセプト分析」（令和5年4月作成分）でみた結果です。

人工透析患者は88人で被保険者の0.4%です。人工透析患者の既往症で最も多い疾病は高血圧症で90.9%を占めており、次いで脂質異常症が51.1%を占めています。（図26）

図26 人工透析患者の状況

被保険者数		人工透析患者		糖尿病		高血圧		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
年代	人数 (人)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合* (%)	人数 (人)	割合* (%)	人数 (人)	割合* (%)	人数 (人)	割合* (%)	人数 (人)	割合* (%)	人数 (人)	割合* (%)
30歳未満	2,921	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30歳代	1,502	1	0.1	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0
40歳代	2,090	9	0.4	3	33.3	9	100	6	66.7	4	44.4	0	0	1	11.1
50歳代	2,606	21	0.8	10	47.6	17	81	8	38.1	11	52.4	5	23.8	7	33.3
60～64歳	1,656	7	0.4	5	71.4	7	100	4	57.1	2	28.6	1	14.3	2	28.6
65～69歳	3,235	18	0.6	4	22.2	17	94.4	9	50	11	61.1	2	11.1	7	38.9
70～74歳	5,587	32	0.6	19	59.4	29	90.6	16	50	17	53.1	6	18.8	18	56.3
合計	19,597	88	0.4	41	46.6	80	90.9	43	48.9	45	51.1	15	17.0	35	39.8

* 人工透析患者に占める割合

資料：KDBシステム「厚生労働省様式 人工透析のレセプト分析」（令和5年4月作成）

II 特定健康診査の分析

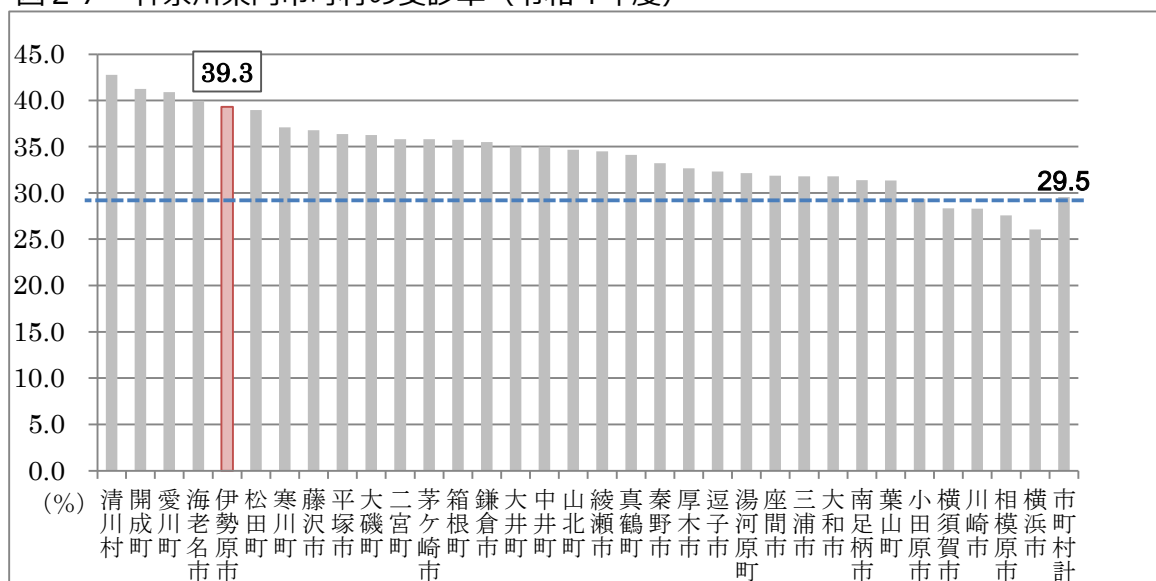
1 特定健康診査の受診状況

令和4年度特定健康診査の受診率を神奈川県内の市町村と比較すると、県内19市中第2位、町村を加えた県全体でも第5位であり、神奈川県内の市町村平均受診率より約10ポイント高くなっています。(図27)

また、第3期特定健康診査等実施計画期間における本市の受診率(法定報告値)をみると、平成30年度から令和3年度まではほぼ横ばいの受診率でした。令和4年度は前年度より約4ポイント上昇しましたが目標値には届いていません。

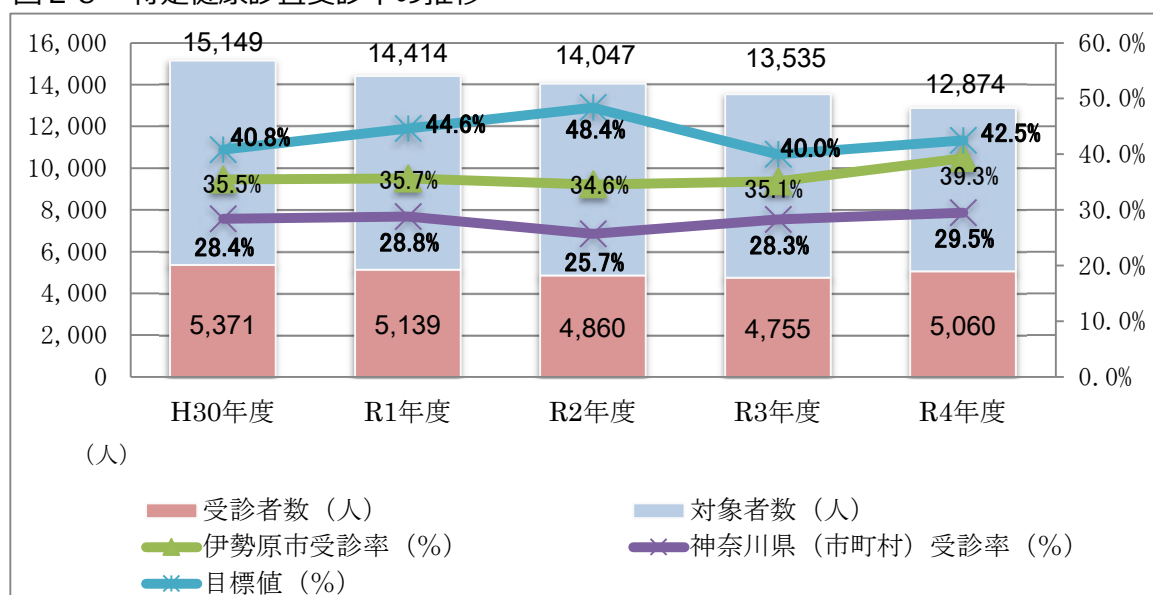
(図28)

図27 神奈川県内市町村の受診率(令和4年度)



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会より提供資料(令和4年度法定報告)

図28 特定健康診査受診率の推移

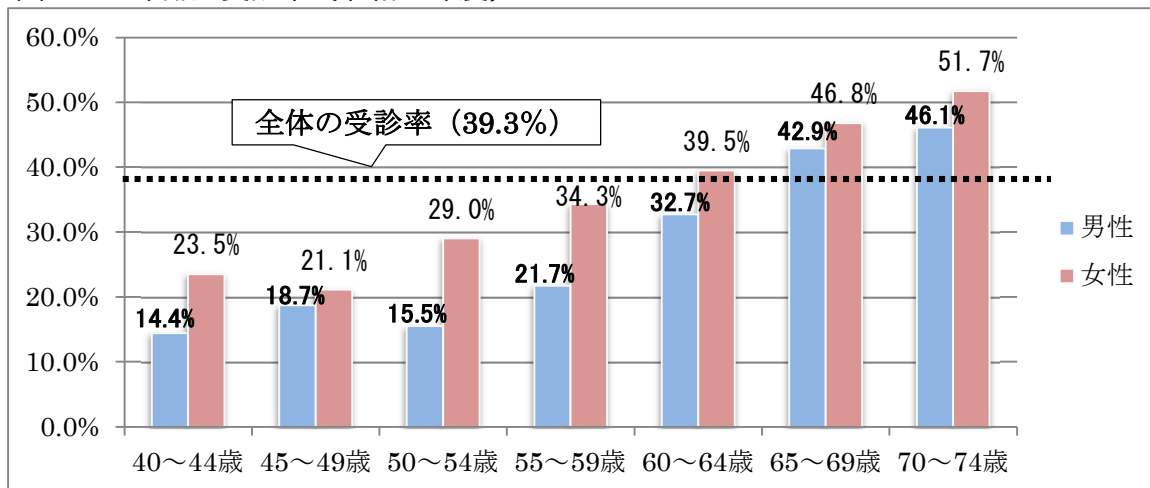


資料：各年度法定報告

2 年齢別受診率の状況

令和4年度特定健康診査の受診率を年齢別にみると、年齢が高くなるにつれて受診率は上昇しており、どの年齢層においても男性よりも女性の受診率が高くなっています。(図29)

図29 年齢別受診率(令和4年度)



資料：令和4年度法定報告

3 継続受診の状況

令和4年度受診者を平成30年度からの受診回数別に分類すると、半数以上が毎年受診しています。初めて受けた人は約1割です。(図30)

また、平成30年度から令和4年度の受診者の継続受診の状況をみると、令和元年度以降に初めて受診した人の翌年度受診率は5割程度です。平成30年度からの継続受診率は令和4年度時点で約5割になっており、他の年度からの継続受診率よりも下がり幅が小さくなっています。(図31)

図30 受診回数別構成比

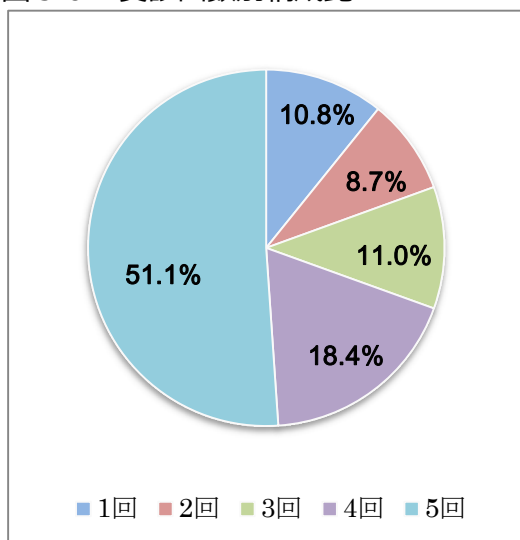
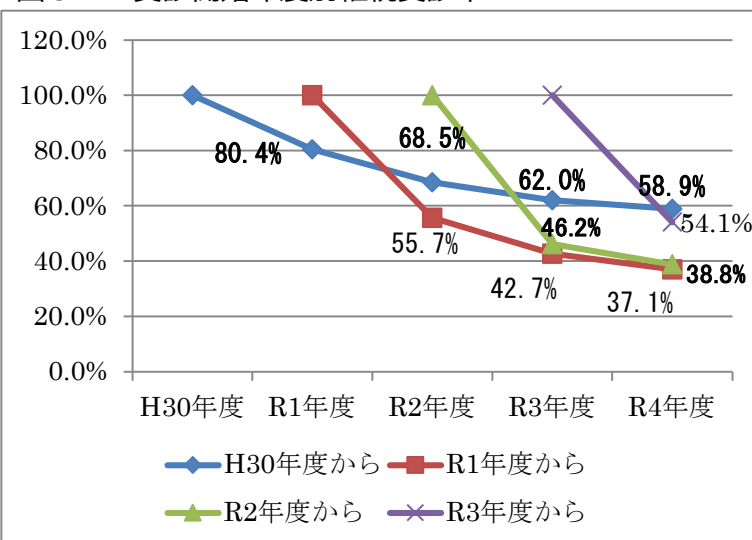


図31 受診開始年度別継続受診率



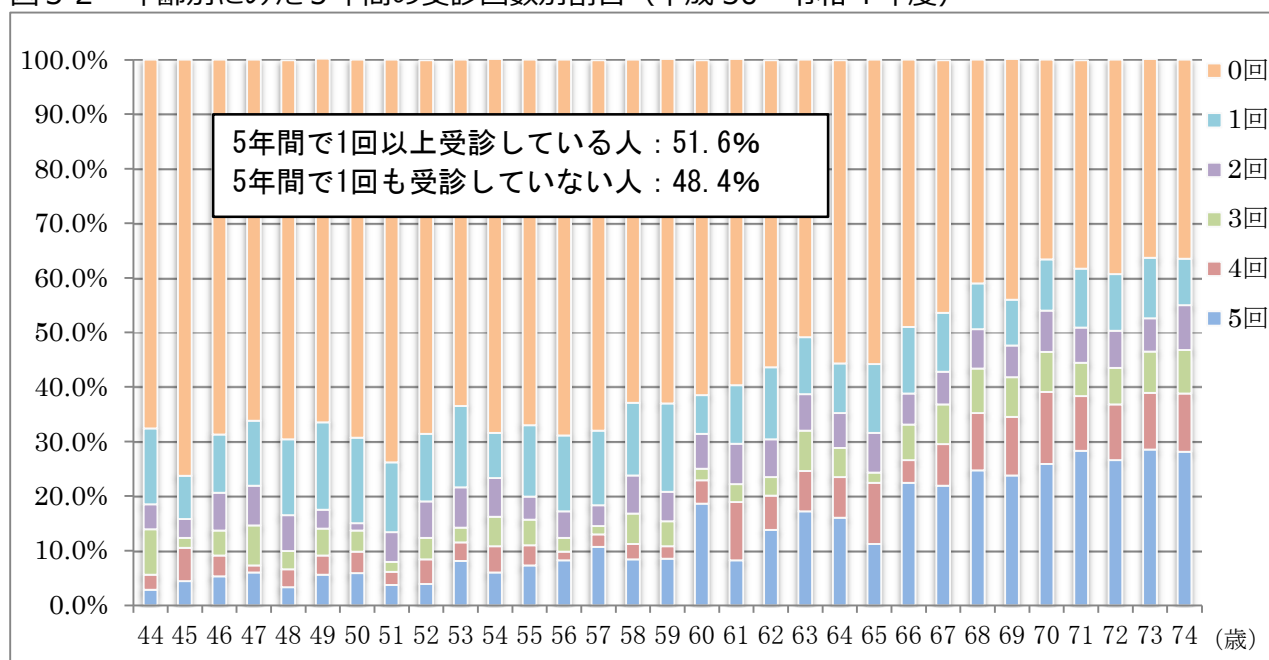
資料：各年度受診者データ(継続加入者のみ)

4 累積受診の状況

平成30年度から令和4年度までの間に特定健康診査を受診した人について、受診回数別の割合を年齢毎にみると、年齢が高くなるにつれて継続受診者の割合が概ね高くなっています。

また、5年間に1回以上健診を受診している人は全体の51.6%に対し、1回も受診したことのない人は48.4%と約半数が長期間未受診となっています。年齢では、66歳以上は半数以上の人々が5年に1回は健診を受診していますが、60歳未満では40%未満となっています。(図32)

図32 年齢別にみた5年間の受診回数別割合(平成30~令和4年度)



資料：各年度受診者データ（継続加入者のみ。年齢は令和4年度末）

5 特定健康診査受診と医療機関受診の関係

特定健康診査の対象者を医療機関への受診の有無に着目し、その関係をみると、対象者の44.3%が医療機関を受診しているにもかかわらず特定健康診査を受けていませんでした。

また、医療機関を受診しているにもかかわらず特定健康診査を受けていない人の61.7%が生活習慣病で通院中の人となっています。(図3.3)

図3.3 令和4年度特定健康診査受診と医療機関受診の関係図

		医療機関への受診			
		有	無	合計	
特定健康診査の受診	有	受診者数(人)	4,628	372	5,000
		健診受診者に占める割合(%)	34.5	2.8	37.3
		うち生活習慣病有※(人)	3,298		3,298
		受診者数に占める割合(%)	71.3		66.0
	無	未受診者数(人)	5,938	2,470	8,408
		健診対象者に占める割合(%)	44.3	18.4	62.7
		うち生活習慣病有※(人)	3,665		3,665
		未受診者数に占める割合(%)	61.7		43.6
	合計	合計人数(人)	10,566	2,842	13,408
		健診対象者に占める割合(%)	78.8	21.2	100
うち生活習慣病有※(人)		6,963		6,963	
合計人数に占める割合(%)		65.9		51.9	

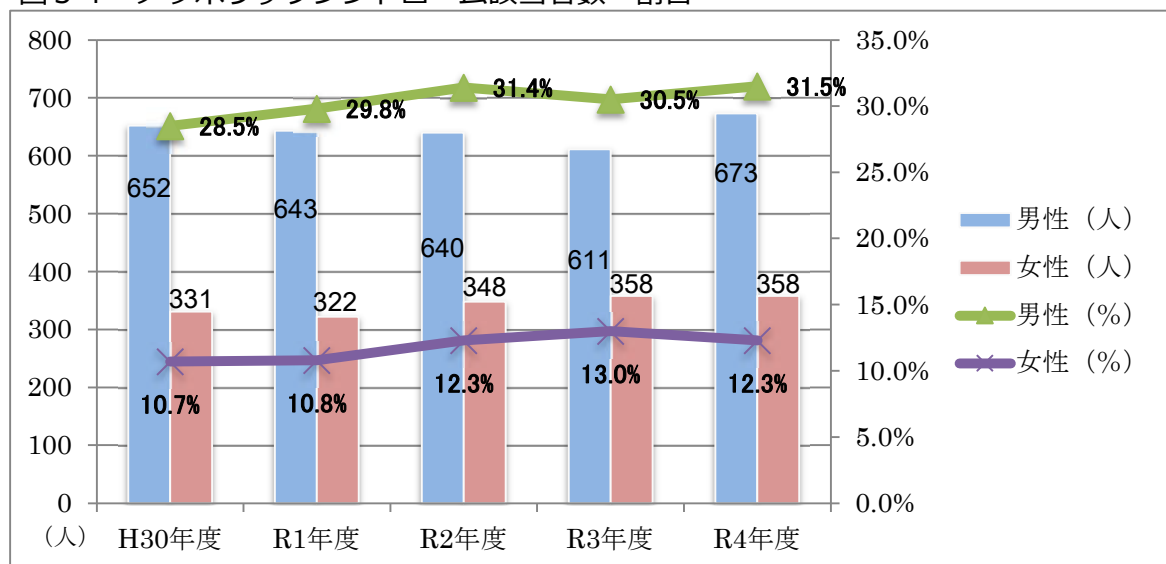
※がん・精神・筋骨格系疾患は除く

資料：KDBシステム「医療機関受診と健診受診の関係表」

6 メタボリックシンドローム該当者の状況

メタボリックシンドローム該当者数及びその割合は、男性が女性より高くなっています。男女ともに該当者割合は一部年度を除き増加傾向です。(図34)

図34 メタボリックシンドローム該当者数・割合

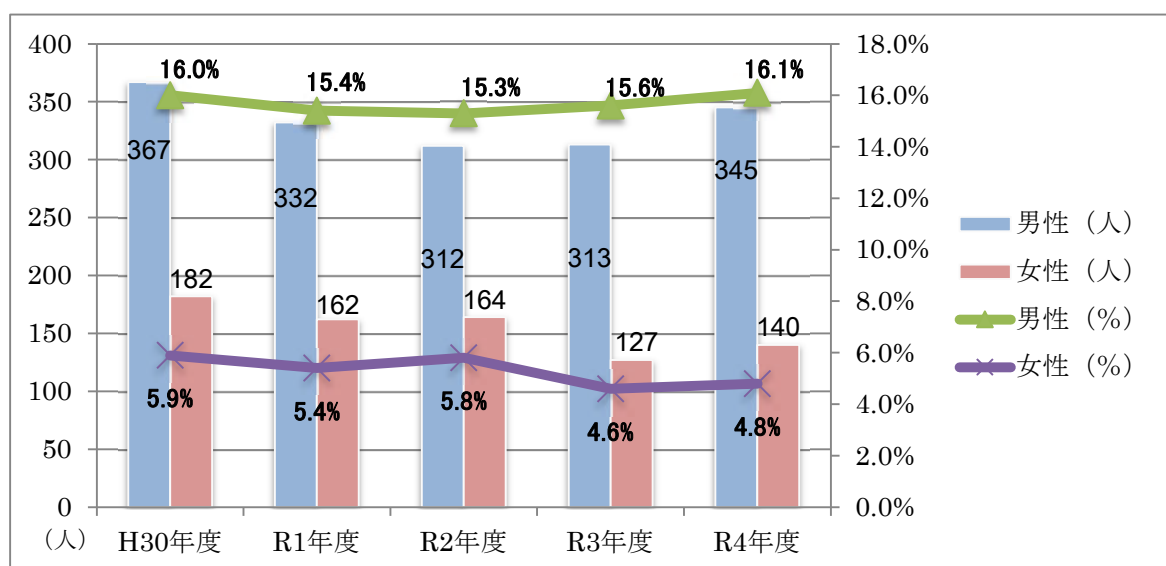


資料：各年度法定報告

7 メタボリックシンドローム予備群の状況

メタボリックシンドローム予備群の人数及びその割合は該当者同様、男性が女性より高い傾向です。男女ともに該当者の割合はほぼ横ばいの状況です。(図35)

図35 メタボリックシンドローム予備群人数・割合



資料：各年度法定報告

8 リスク因子の保持状況

令和4年度特定健康診査受診者から服薬中の人を除き、血圧・血糖・脂質・喫煙のリスクをいくつ保持しているかを特定保健指導の対象者と対象でない人とで比べてみると、対象者の方が複数リスクを保持している率が高くなっています。

対象でない人においても、複数リスクを保持している人が男性 34.0%、女性 25.3%となっています。(図36)

各リスクの保持者は、特定保健指導の対象の有無や性別にかかわらず、血圧が最も多く、次いで血糖と続きます。(図37)

図36 服薬者を除いた受診者のリスク保持状況（令和4年度）

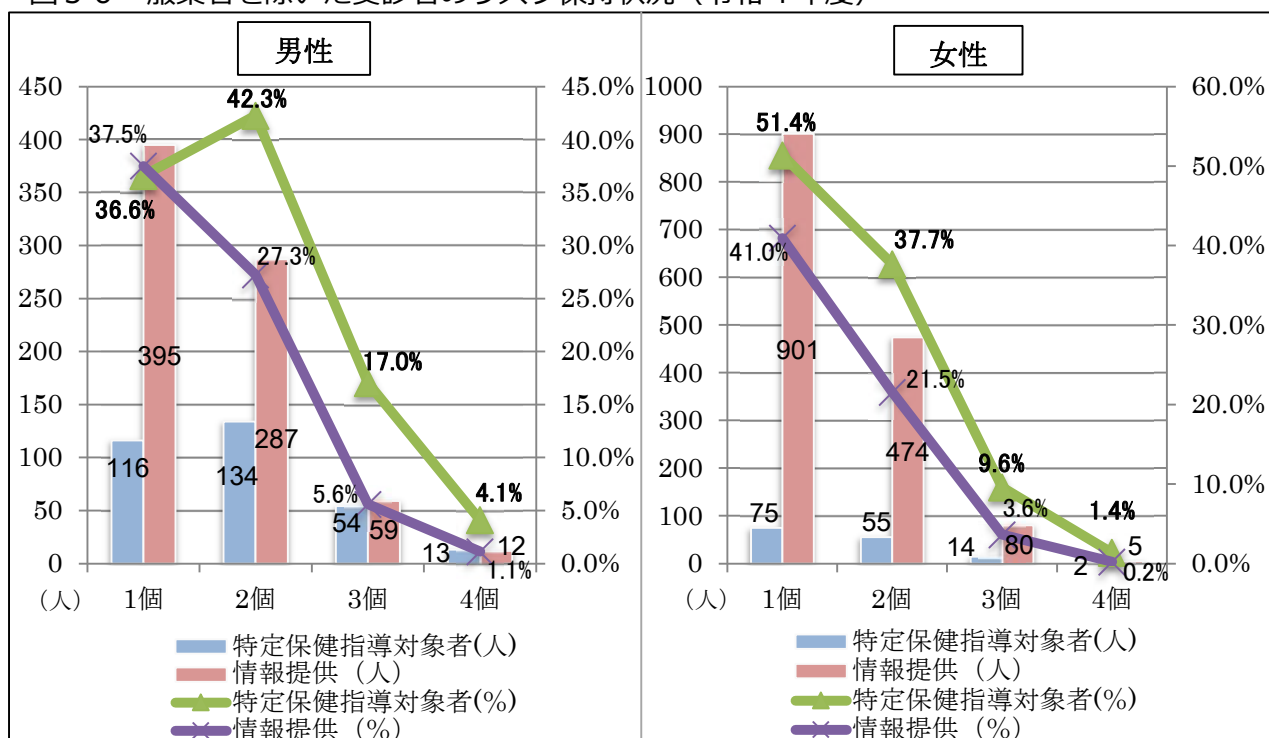
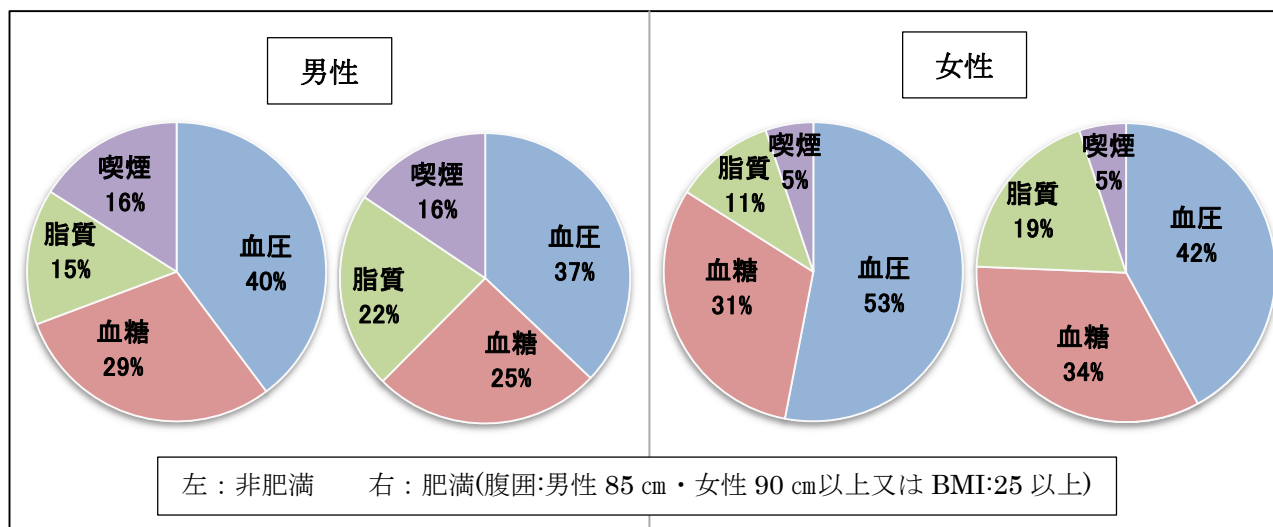


図37 リスク別保持者の割合（令和4年度）

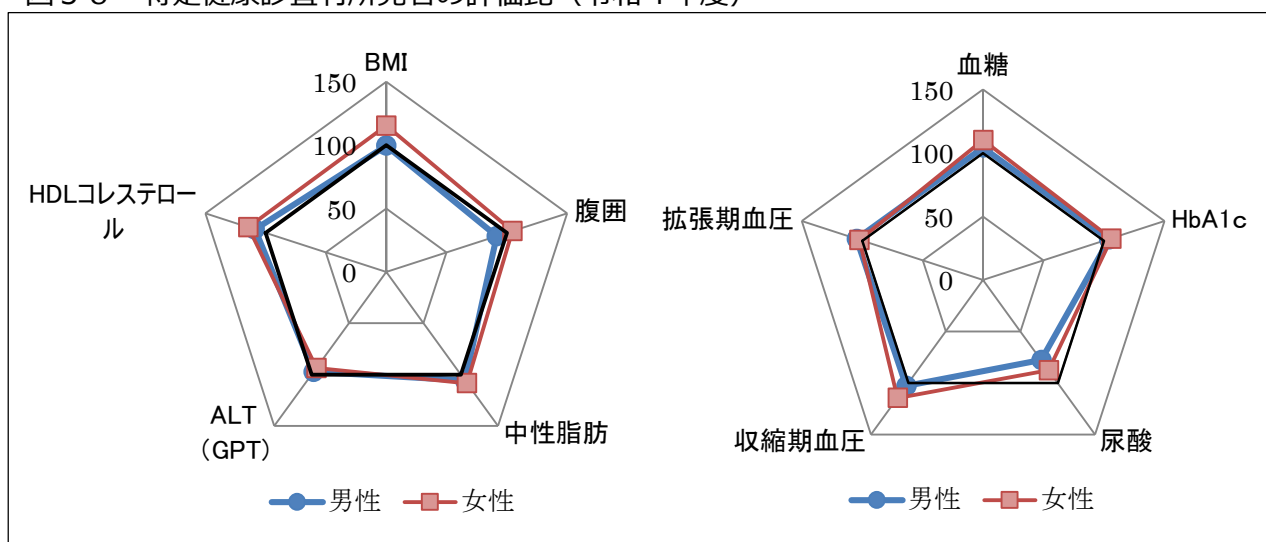


資料：令和4年度法定報告「特定健康診査リスクパターン別集計表」

9 有所見者の状況

特定健康診査の結果が有所見であった人について、神奈川県を100とした標準化比で比べると、男女ともに中性脂肪、HDLコレステロール、血糖、HbA1c、血圧の有所見者が多く、ALT (GPT)、尿酸の有所見者が少ない状況です。BMIと腹囲は、男性が少なく、女性が多くなっています。(図38)

図38 特定健康診査有所見者の評価比(令和4年度)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式5-2」より計算

VeR元.2(2014.11.20)平成26年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策を担う人材の育成に関する研究(H25-循環器等(生習)-一般-014)(研究代表;横山徹爾)

10 問診項目の状況

令和4年度の特定健康診査受診者の問診票の回答について、神奈川県・全国を基準とした標準化比をみると、男性は既往歴(貧血)、女性は服薬(高血圧)、20歳から体重10kg以上増加、男女ともに服薬(脂質異常症)が高くなっています。

また、生活習慣改善に関する意欲では、男女ともに約7割が改善意欲あり又は既に取り組んでいると回答していますが、保健指導に関しては利用しないと回答した人が約半数であり、神奈川県や全国と比較すると低くなっています。(図39)

図3-9 問診票の状況（令和4年度）

マーカー：有意差がある項目

項目	男 性					女 性				
	該当者割合 (%)			標準化比 (%)		該当者割合 (%)			標準化比 (%)	
	伊勢原市	神奈川県	全国	神奈川県	全国	伊勢原市	神奈川県	全国	神奈川県	全国
服薬 高血圧	42.4	41.4	43.2	99.2	95	33.4	29.2	32.0	110.6	101.4
服薬 糖尿病	9.5	10.3	12.5	89.3	73.6	5.0	4.9	6.2	99	78.7
服薬 脂質異常症	27.9	26.6	25.2	101.7	107.4	35.7	31.4	32.1	110.1	108.5
既往歴 脳卒中	4.2	4.5	4.6	90.8	88.7	2.2	2.2	2.2	96.4	95
既往歴 心臓病	8.0	8.1	8.4	95.4	92.4	3.8	3.5	3.7	105.4	99.1
既往歴 腎不全	0.8	1.0	1.1	74.5	64.8	0.6	0.5	0.6	128.7	91.9
既往歴 貧血	6.2	6.1	4.8	100.3	127.7	15.1	16.6	15.2	93.9	101.9
喫煙	20.1	20.1	21.9	103.1	94.6	5.3	6.2	5.8	89.2	96.4
20歳から体重10kg以上増加	44.3	44.5	44.7	100.2	100.1	27.3	25.3	26.9	108.5	101.6
1日30分以上の運動習慣なし	52.1	53.6	56.6	98.7	93.3	56.2	57.8	61.3	98.5	92.7
1日1時間以上の運動なし	48.7	46.5	48.2	105.2	101.2	44.6	44.1	46.9	101.6	95.5
歩行速度が遅い	46.5	45.2	49.8	103.2	93.5	46.8	43.6	50.8	107.9	92.4
1年間で3kg以上体重増減あり	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
食べる速度 速い	29.1	29.5	30.2	100.5	98	20.6	22.4	23.5	92.5	88.0
食べる速度 普通	62.4	62.5	61.9	99.2	100.1	70.7	69.6	68.6	101.1	102.8
食べる速度 遅い	8.5	8.1	7.8	104.4	106.5	8.8	8.0	7.9	111	111.5
週3日以上、就寝前夕食あり	19.6	19.7	20.3	103.5	99.7	10.0	10.3	10.5	100.4	96.9
週3日以上夕食後の間食あり	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
週3日以上朝食を食べない	11.2	13.4	12.3	89.5	98.2	8.0	8.9	7.7	94.6	108.7
飲酒 毎日	39.0	40.1	41.7	96.1	92.5	10.5	13.2	11.7	80.9	91.8
飲酒 ときどき	24.7	25.6	23.1	97.2	107.9	22.0	24.7	21.7	89.9	102.3
飲酒 飲まない	36.3	34.4	35.2	106.8	103.9	67.5	62.1	66.6	107.9	100.7
飲酒量 1合未満/日	49.5	49.5	47.2	100.1	104.3	81.1	82.0	83.0	98.3	96.8
飲酒量 1~2合/日	33.2	32.5	33.5	100.8	98.2	16.0	14.6	13.2	112.0	125.7
飲酒量 2~3合/日	14.3	14.0	15.0	102.8	96.8	2.3	2.7	3.0	91	85.2
飲酒量 3合以上/日	3.0	4.0	4.3	81.2	75.3	0.5	0.7	0.8	86	74.4
睡眠不足	19.9	20.4	22.6	99.6	89.2	25.0	25.1	26.6	100.4	94.6
生活改善 意欲なし	31.1	28.4	31.6	108.1	97.1	25.0	23.4	24.4	105.4	101.2
生活改善 意欲あり	26.3	26.7	26.4	100.3	100.9	27.4	29.0	29.2	95.5	95
生活改善 改善予定	10.7	11.7	12.3	92.8	88.2	12.8	14.1	15.2	92.3	85.1
生活改善 取り組み済み (6か月未満)	8.8	9.0	8.0	98.4	111	10.0	10.5	9.8	96.2	103.6
生活改善 取り組み済み (6か月以上)	23.2	24.3	21.7	94.1	105.7	24.8	23.0	21.5	106.4	114.0
保健指導利用しない	53.5	61.5	64.8	86.6	82.5	49.8	58.2	61.2	85.3	81.3

資料：KDBシステム「質問票調査の状況」より計算

Ver. 2.0 (2015.2.18) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25-循環器等（生習）-一般-014）（研究代表：横山徹爾）

1 1 特定健康診査受診後の未治療者の状況

令和4年度特定健康診査の結果、血圧・血糖・脂質が医療機関受診勧奨判定値を超えていた対象者の状況です。

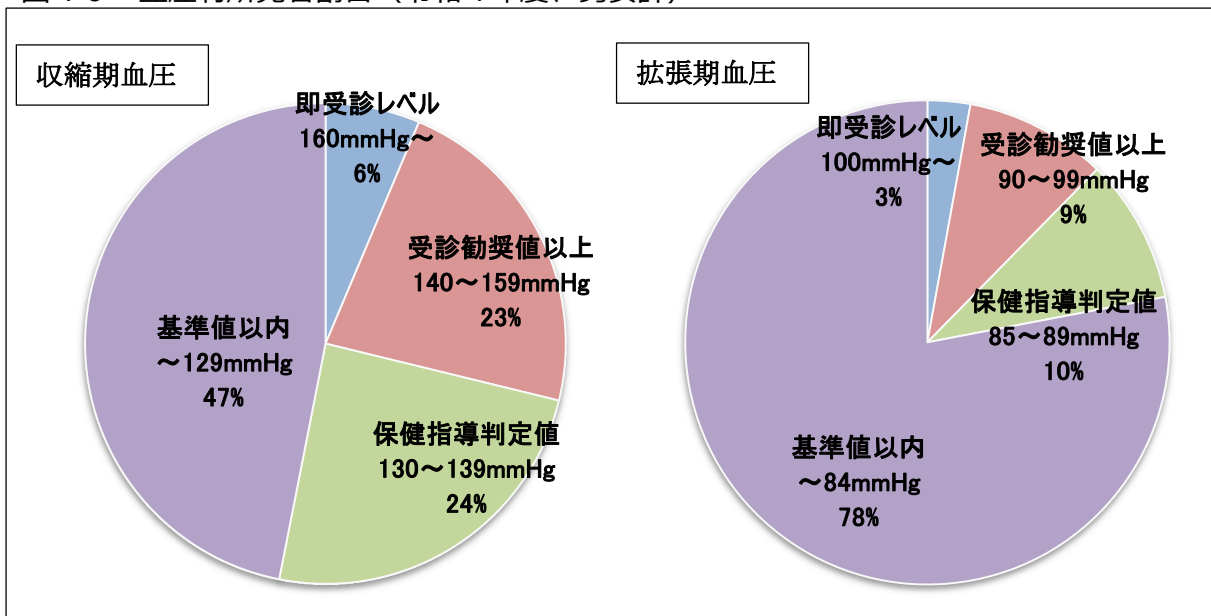
なお、血糖については、受診勧奨値の基準が1つのため、医療機関受診状況の図が血圧・脂質と異なります。

(1) 血圧

特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧では約5割、拡張期血圧では約2割が基準値を超え、このうち、即受診レベルとなる人は収縮期血圧で6%、拡張期血圧で3%でした。(図40)

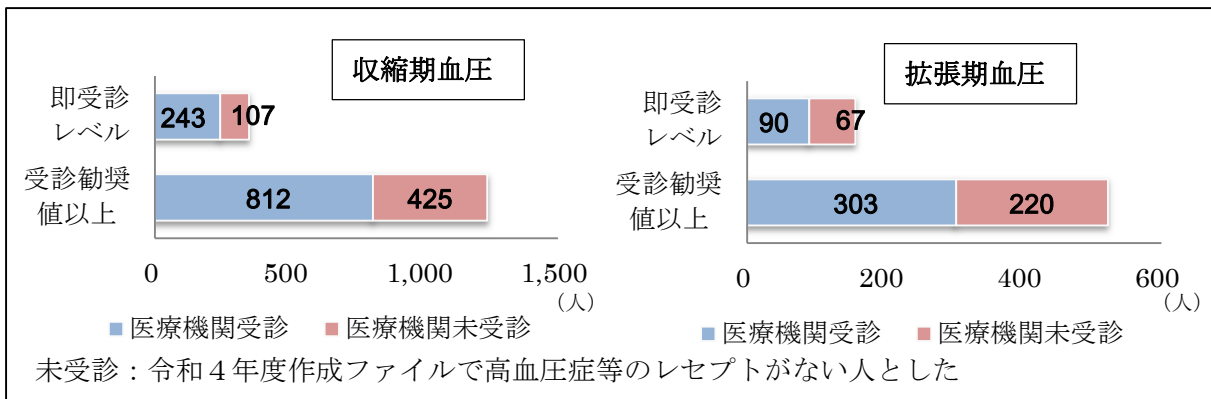
即受診レベルとなる人のうち、医療機関未受診者は収縮期血圧で31%、拡張期血圧で43%を占めました。(図40、図41)

図40 血圧有所見者割合(令和4年度、男女計)



資料：KDBシステム「介入支援対象者の絞込み」により集計

図41 受診勧奨判定値以上の人の医療機関受診状況



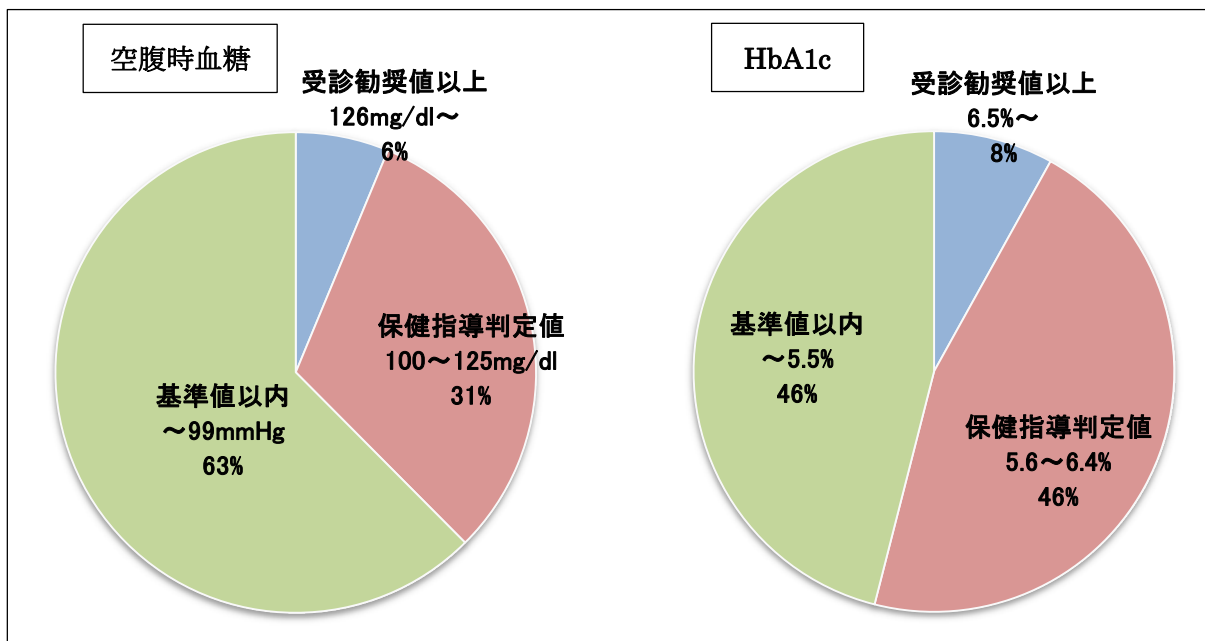
資料：KDBシステム「介入支援対象者の絞込み」により集計

(2) 血糖

特定健康診査受診者のうち、空腹時血糖では3割強、ヘモグロビンA1c(HbA1c)では5割強が基準値を超え、このうち受診勧奨判定値を超えている人は空腹時血糖で6%、HbA1cで8%でした。(図4 2)

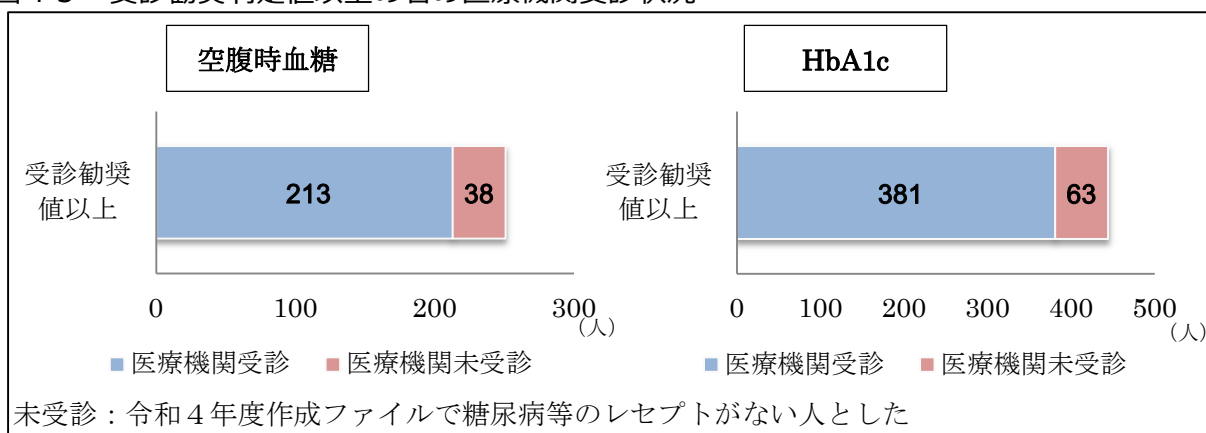
受診勧奨判定値を超えている人のうち、医療機関未受診者は空腹時血糖、HbA1cともに約15%でした。(図4 3)

図4 2 血糖有所見者割合 (令和4年度、男女計)



資料：KDBシステム「介入支援対象者の絞込み」により集計

図4 3 受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診状況



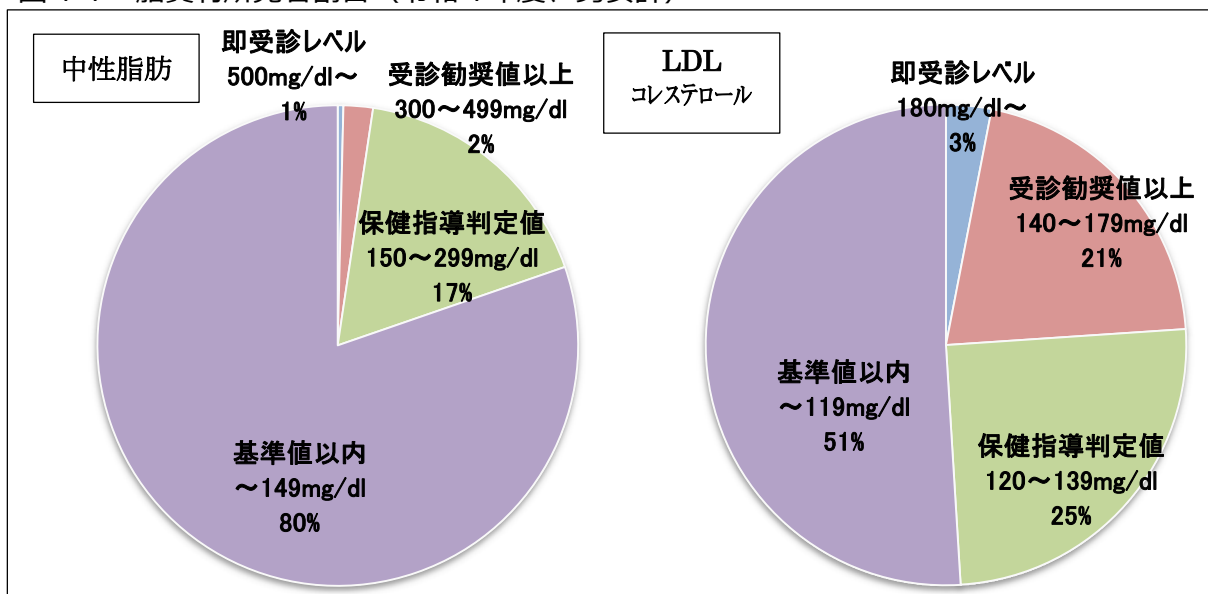
資料：KDBシステム「介入支援対象者の絞込み」により集計

(3) 脂質

特定健康診査受診者のうち、中性脂肪では2割、LDL コレステロールでは約5割が基準値を超えていました。(図44)

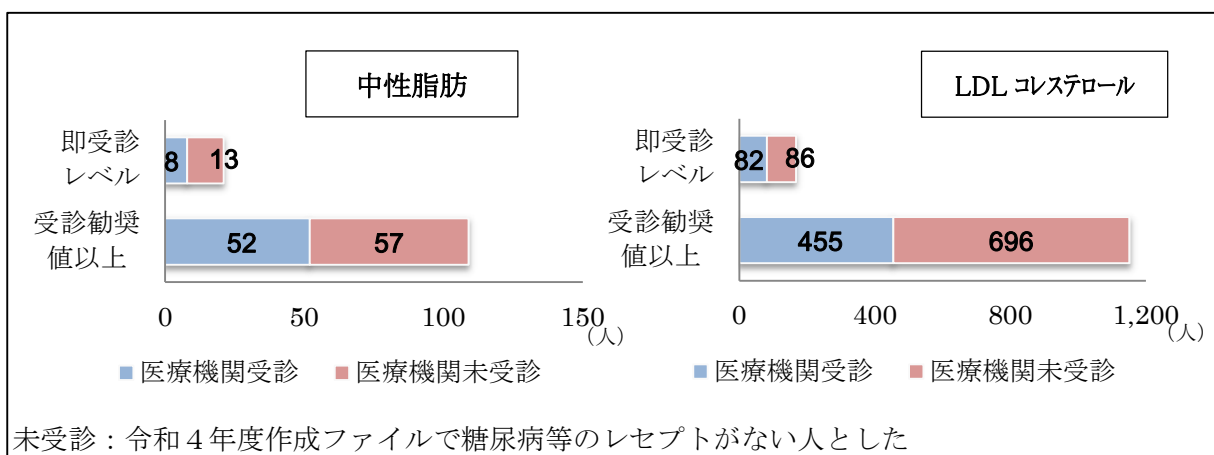
受診勧奨判定値以上となる人のうち、医療機関未受診者は中性脂肪、LDL コレステロールともに過半数以上を占めました。(図44、図45)

図44 脂質有所見者割合(令和4年度、男女計)



資料：KDBシステム「介入支援対象者の絞込み」により集計

図45 受診勧奨判定値以上の人の医療機関受診状況



未受診：令和4年度作成ファイルで糖尿病等のレセプトがない人とした

資料：KDBシステム「介入支援対象者の絞込み」により集計

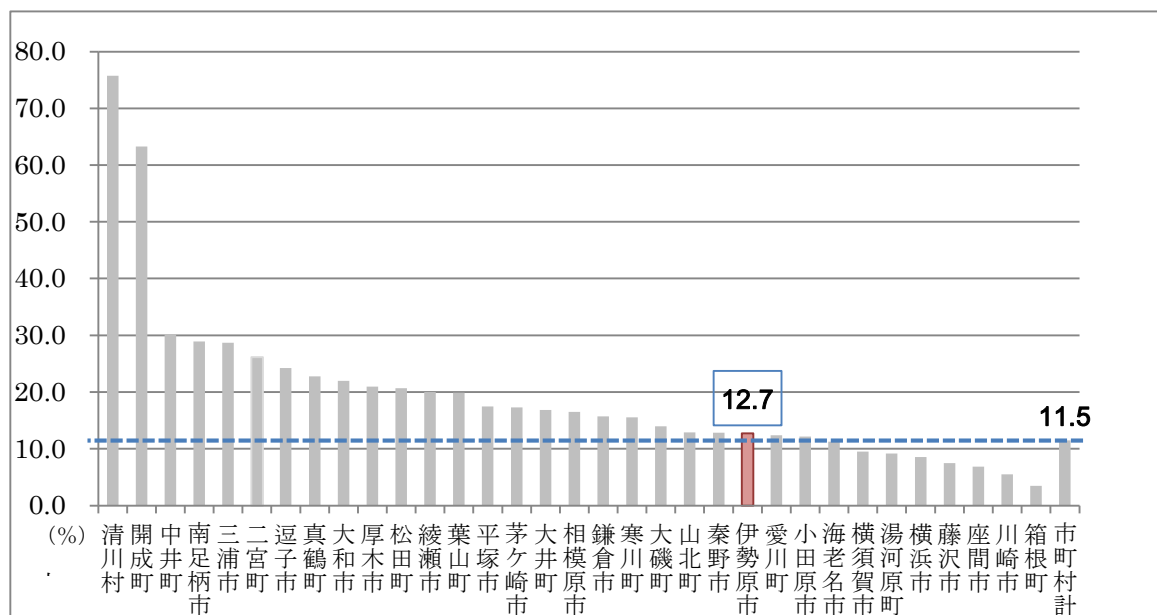
Ⅲ 特定保健指導の分析

1 特定保健指導の実施状況

令和4年度特定保健指導の実施率は12.7%と神奈川県内の市町村平均実施率に比べ高くなっていますが、19市中12番目の順位となっています。(図46)

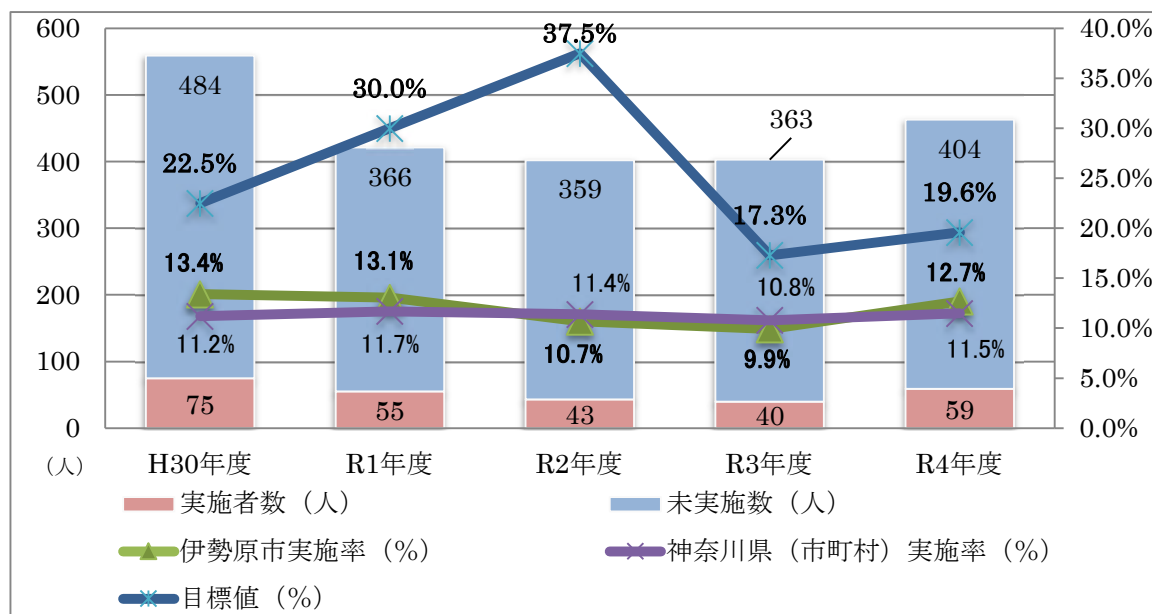
また、第3期特定健康診査等実施計画期間における本市の実施率(法定報告値)をみると、ほぼ神奈川県平均と同水準となっています。(図47)

図46 神奈川県内市町村の実施率(令和4年度)



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会より提供資料(令和4年度法定報告)

図47 特定保健指導実施率の推移

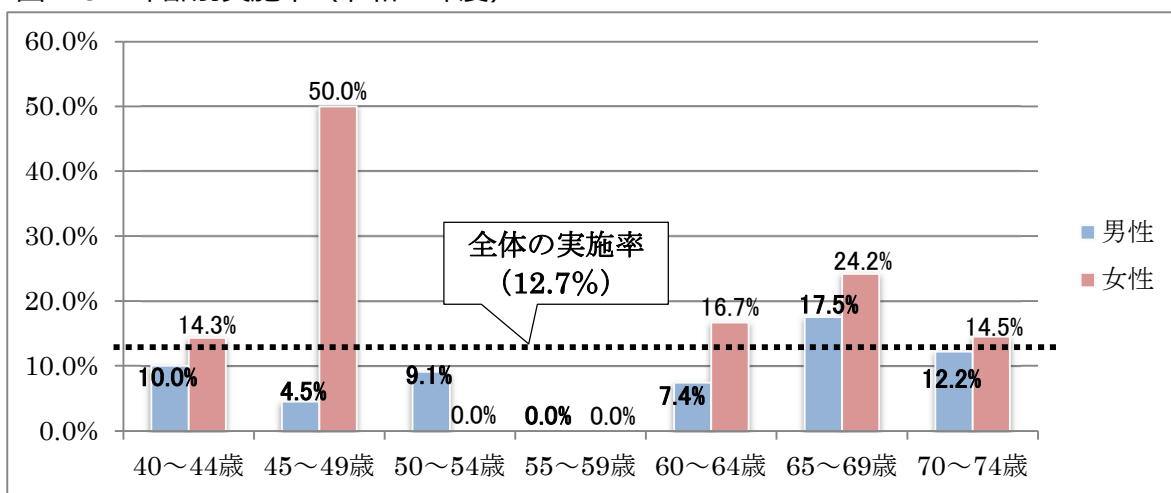


資料：各年度法定報告

2 年齢別実施率の状況

令和4年度特定保健指導の実施率を年齢別にみると、男女ともに50～59歳の実施が低くなっています。また、50歳代を除きどの年齢層においても特定健康診査と同様に、男性よりも女性の実施率が高い傾向です。(図48)

図48 年齢別実施率(令和4年度)



資料：令和4年度法定報告

3 特定保健指導該当者の状況

令和4年度特定保健指導該当者の約半数は、令和元年度から令和3年度までの過去においても特定保健指導に該当しています。(図49)

また、該当回数別の利用者を見ると該当回数が増えるごとに利用率は減少しています。(図50)

図49 該当回数別構成比

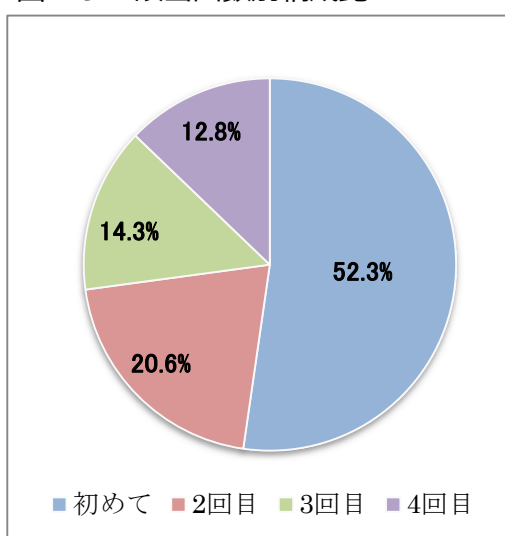
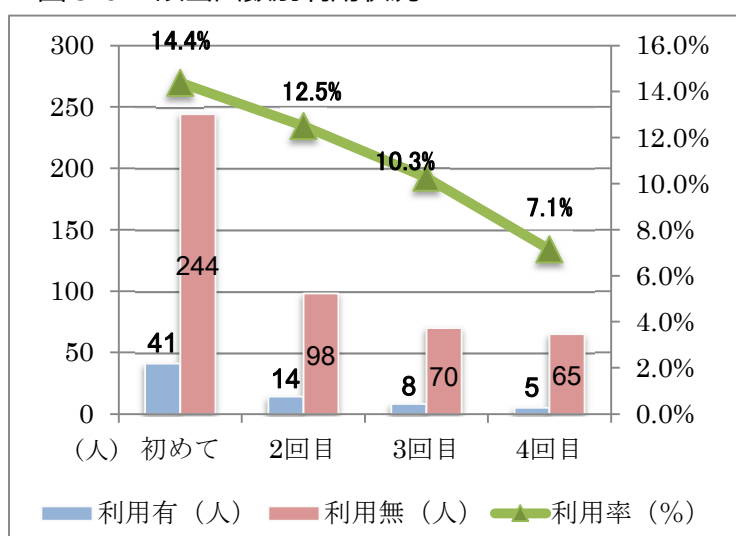


図50 該当回数別利用状況

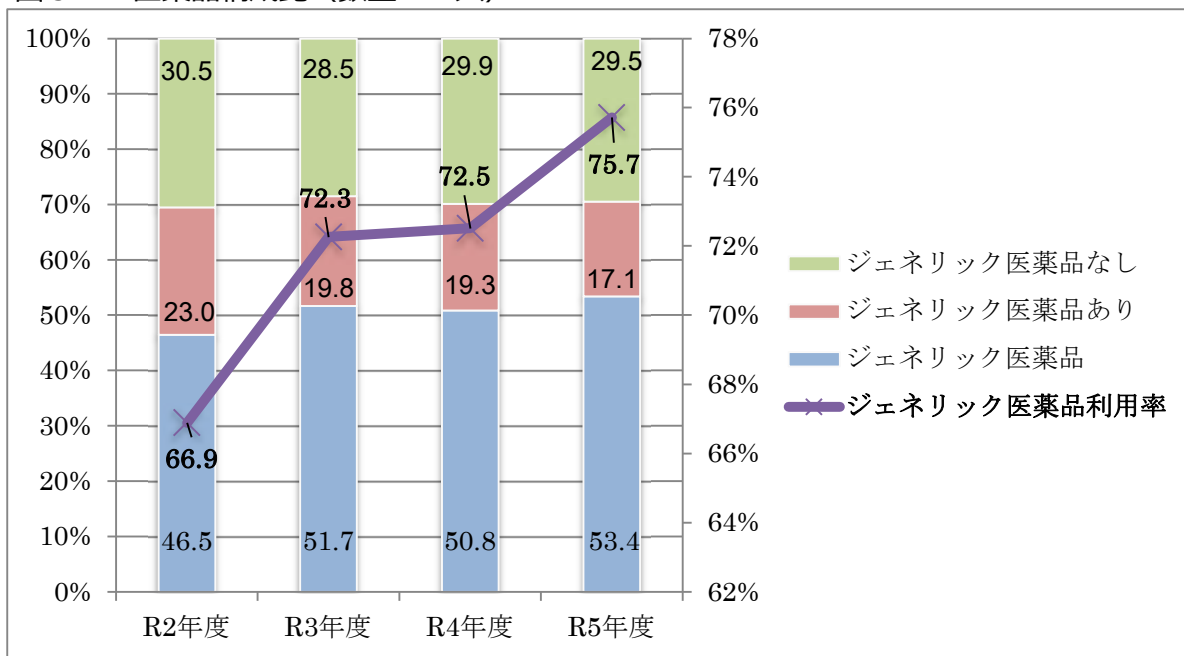


資料：KDBシステム「集計対象者一覧」により集計

IV ジェネリック医薬品の使用状況

令和2年度から令和5年度の各年度4月調剤分におけるジェネリック医薬品の利用率は年々上昇しており、令和5年度の利用率は75.7%です。(図5 1)

図5 1 医薬品構成比 (数量ベース)



資料：国保総合システム「保険者別医薬品利用実態」(各年度4月調剤分)

V データ分析に基づく健康課題の抽出

医療・特定健康診査等の情報分析から本市における健康課題を抽出します。抽出された健康課題を基に本計画における取り組むべき対策に優先順位をつけて推進します。

1 健康課題の抽出

内容	分析結果	健康課題	関連図
医療費	<p>総医療費は令和3年度を除き、被保険者数の減少に伴い減少しています。</p> <p>被保険者一人当たり医療費は新型コロナウイルス感染症流行前(令和元年度)と比較すると増加しています。</p> <p>神奈川県と比較すると、入院では1件当たりの医療費は低く、入院外では1件当たりの医療費は高い状況です。</p>	<p>一人当たりの医療費が増加していることから、引き続き被保険者の健康保持増進及び医療費適正化を進めていく必要があります。</p>	13 17 18
	<p>疾病別の医療費は、疾病大分類で見ると入院医療費では心疾患などの循環器系疾患、入院外医療費では糖尿病などの内分泌、栄養及び代謝障害が多くなっています。</p> <p>疾病中分類で見ると、入院では3位、入院外では1位が腎不全となっています。糖尿病とあわせると総医療費の約15%を占めます。</p>	<p>循環器系疾患は高血圧症をはじめ脳血管疾患や心血管疾患などが含まれており、内分泌、栄養及び代謝障害は糖尿病などが含まれています。引き続き生活習慣病の予防を図る必要があります。</p>	21 ～ 23
	<p>30万円以上の高額レセプトでは腎不全が一番多く、高額レセプトが医療費に占める割合も9割を超えています。</p> <p>人工透析患者の既往症は高血圧症が約9割、脂質異常症、糖尿病などが約5割となっています。</p>	<p>高額な医療費は人工透析に係る費用が要因となっています。人工透析は身体的な負担だけではなく医療費も高額になることから、腎不全・人工透析に至らないための対策が必要です。</p>	24 ～ 26
特定健康診査	<p>特定健康診査受診率は35%前後を推移していましたが、令和4年度新たな事業を行い約4%増となりました。</p> <p>神奈川県と比較すると、受診率は高いですが、目標値には届いていません。</p> <p>男性より女性の受診率が高く、年齢に比例して受診率は上昇しています。</p> <p>受診者の半数が毎年受診していますが、前年・前々年度未受診者が受診した場合、次年度の健診を半数が受診していません。</p> <p>また、直近5年間で1回も受診していない人が48.4%います。</p>	<p>特定健康診査の受診率向上を図るとともに、健診結果を経年比較することで生活習慣病の早期発見や予防ができるため、若年層や継続受診者を増やす取組が必要です。</p>	27 ～ 32
	<p>対象者のうち44.3%は医療機関を受診していても特定健康診査は未受診です。また、医療機関を受診していても特定健康診査は未受診である人の61.7%が生活習慣病で通院中です。</p>	<p>特定健康診査を受診することで、本人や医師が把握していない生活習慣病のリスクを確認することができるため、通院者に対する受診勧奨が重要となります。</p>	33

内容	分析結果	健康課題	関連図
特定健康診査	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は男性が女性より高く、該当者は増加傾向、予備群は年度により上下していますが一定の水準を推移しています。また、情報提供であっても血圧等のリスクを複数保持している人が男性34%、女性25.3%います。	メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減らすためには、特定保健指導を推進する必要があります。また、特定保健指導の対象とならない非肥満者（リスク保持者）に対してもフォローをする必要があります。	34 ～ 36
	有所見者は神奈川県と比較すると男女とも血糖、中性脂肪の有所見者が多く、女性はBMI、収縮期血圧も多くなっています。また、有所見者のうち即受診レベルでも医療機関を受診していない人は、血圧の有所見者に多く、収縮期血圧で約3割、拡張期血圧で約4割となっています。	即受診レベルの対象者に対し、医療機関への受診勧奨を行い、医療につなげていく必要があります。	38 ～ 45
特定保健指導	特定保健指導実施率は平成30年度の13.4%から令和4年度の12.7%に減少していますが、概ね神奈川県と同水準となっています。実施率は女性が男性より高くなっています。特定保健指導該当者の半数が過去にも特定保健指導に該当しており、該当回数が増えるごとに利用率は減少しています。	特定保健指導の実施率を向上させるため、利用勧奨方法や利用しやすい環境づくりのほか、継続対象者に対する対策を行う必要があります。	46 ～ 50
その他	ジェネリック医薬品の利用率を数量ベースで見ると、年々上昇しています。ジェネリック医薬品に切替え可能な医薬品は全体の約70%を占めています。	一人当たり医療費の増加を抑えるため、重複受診者対策や医療費に係る情報提供、ジェネリック医薬品の利用促進を行う必要があります。	51

2 優先して取り組む健康課題

- 1 生活習慣病の予防対策
- 2 生活習慣病の重症化予防対策
- 3 医療費適正化

※ 健康課題に基づく事業の実施内容については第4章に記載します。

VI 前計画の最終評価

前計画期間に実施した事業について、達成状況を評価し、第3期計画での事業実施の方向性を決めました。

判定区分は、下記のとおりとします。

	ベースラインとの比較	達成状況（目標値との比較）	全体評価
判定区分	A 改善 B 不変 C 悪化 D 評価困難	A 達成 B 達成していないが達成の可能性が高い （ベースラインからの改善あり） C 達成は難しいが一定の効果がある D 達成は困難かつ効果があると言えない E 評価困難	A 順調に進んでいる B 概ね順調に進んでいる C やや遅れている D 遅れている E 評価困難

第3期計画における事業の方向性については、下記のとおりとします。

継続等について	A このまま継続 B 多少の見直し必要 C 大幅な見直し必要 D 継続要検討
---------	---

1 全体評価

指 標	計画策定時の方向性・目的		各種保健事業を通じて、生活習慣病等の予防や重症化予防を推進することにより、健康寿命の延伸、並びに医療費の適正化を図ります。			
	目 標	ベースライン	実績		ベースライン比較	判断等
		平成 28 年度 (策定時)	令和元年度 (中間評価)	令和 4 年度 (現時点)		
平均自立期間(要介護度 2 以上)(歳)	延伸	男性：79.7 女性：84.0	男性：80.4 女性：84.1	男性：80.5 女性：84.5	B	男女ともに延伸しています。
1 人当たり医療費(円)	—	入院 120,904 入院外 189,740	入院 134,188 入院外 210,032	入院 124,107 入院外 209,001	C	入院、入院外ともに増額しています。
特定保健指導対象者の減少率(%)	25 以上減	21.1	18.5	23.4	B	年度によってばらつきがありますが現時点ではベースラインより減少率が高いです。
全体評価	E	平均自立期間・医療費・患者数等について、数値目標は設定していませんが、経年変化を把握しています。経年変化をみると、各種保健事業の成果が主な指標の変化に及んでいないとみることが難しいと考えます。				
ストラクチャー評価(実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じて医師会等や健康づくり課の保健師、管理栄養士と連携し、事業を実施することができています。 ○神奈川県や神奈川県国保連合会の研修会等を通じて保健事業の実施評価に係る助言等を受けることにより質的な向上を図ることができました。 ○データヘルス計画事業(保健事業)の業務量に対し、対応する職員のマンパワーが不足しています。 ○地域包括ケアとの連携ができていません。 					
プロセス評価(実施方法)	○健診、医療、介護データ等に基づき現状分析を行い、その結果を踏まえた上で優先課題を抽出し、事業計画を立てました。					
アウトプット評価(実施量・率)	<ul style="list-style-type: none"> ○データヘルス計画に基づき、ほぼ予定どおり事業を展開することができました。 ○糖尿病性腎症重症化予防事業が目標どおり展開することができていません。 					
主な見直しと今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ○目的・方向性は変更せず、引き続き各種保健事業を実施しますが、本計画からは神奈川県共通指標を基にデータ分析を行うこととします。 ○特定健康診査受診率向上のため、隔年受診や若年層の受診率を向上する取組を行います。 ○特定保健指導実施率向上のため、利用者のニーズにあった実施方法を検討します。 ○糖尿病性腎症重症化予防事業について、関係団体等と協議し、事業の進め方を検討し、必要に応じて見直しをします。 ○地域包括ケアとの連携や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施との連携を図ります。 					

2 個別事業評価

(1) 特定健康診査

①事業の概要

目的	<p>特定健康診査を受診することで、被保険者が自らの健康状態を把握することにより生活習慣病の予防意識を醸成すると共に、メタボリックシンドローム該当者・予備群等を早期に発見し、特定保健指導につなげることで、自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善を行うことにより糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防します。</p> <p>また、生活習慣の改善により被保険者の生活の質の維持及び向上を図りつつ、医療費の伸びを抑制するため、保健事業の基盤となる特定健康診査の受診率向上を目指します。</p>			
具体的内容	事業名	対象者	方法	実施者
	特定健康診査	40～74歳で伊勢原市国民健康保険被保険者	厚生労働省令で定める項目に関する健康診査	市内及び近隣市町の医療機関
	人間ドック利用助成	人間ドック利用助成申請者	人間ドック受検に係る費用助成	保険年金課(事務)
	受診勧奨事業	通知勧奨	特定健康診査未受診者* *特性ごとに区分けし、優先順位をつけて実施	ダイレクトメールによる受診勧奨
電話勧奨			電話による受診勧奨	保険年金課(事務/保健師)
かかりつけ医からの受診勧奨		未受診者で市内の健診実施医療機関に通院中の者	医療機関(かかりつけ医)からの受診勧奨	保険年金課 市内の健診実施医療機関(かかりつけ医)
プロセス(実施方法)	関係機関との調整、実施スケジュール 等			
ストラクチャー(実施体制)	予算、人員、実施機関の確保 等			
評価指標	事業名	指標	目標値	ベースライン(H28)
アウトカム(成果)	特定健康診査	受診率(法定報告値)(%)	45	36.9
	通知勧奨	勧奨者の受診率(%)	15以上	11.6
	電話勧奨	勧奨者の受診率(%)	10以上	7.1
	かかりつけ医からの受診勧奨	医療機関通院中で健診未受診者の割合(%)	減少	60.7

評価指標	事業名	指標	目標値	ベースライン (H28)
アウトプット (実施量・率)	人間ドック利用助成	利用者に対する助成割合 (%)	100	100
	通知勧奨	勧奨通知数 (通)	8,000以上	7,800
	電話勧奨	架電実施率 (%)	100	100
	かかりつけ医からの受診勧奨	市内の健診実施医療機関への依頼率 (%)	100	100

②評価と見直し・改善案

【アウトカム指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	特定健康診 査受診率	目標値 (%)	40.8	44.6	48.4	40.0	42.5	45	C
		実績値 (%)	35.5	35.7	34.6	35.1	39.3	実施中	
2	通知勧奨の 受診率	目標値 (%)	15	15	15	15	15	15	B
		実績値 (%)	6.9	7.0	14.7	8.7	14.6	実施中	
3	電話勧奨の 受診率	目標値 (%)	10	10	10	10	10	10	E
		実績値 (%)	15.3	17.2	—	—	—	実施中	
4	かかりつけ 医からの受 診勧奨	目標値 (%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少	C
		実績値 (%)	58.4	58.1	60.9	61.5	61.8	実施中	

【事業ごとアウトプット指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	人間ドック 利用助成	利用者に 対する助 成 割 合 (%)	100	100	100	100	100	100	A
2	通知勧奨	勧奨通知 数 (通)	7,967	10,388	12,122	10,318	10,309	実施中	A
3	電話勧奨	架電実施 率 (%)	100	100	通知のみ	通知のみ	通知のみ	実施中	E
4	かかりつけ 医からの受 診勧奨	市内の健 診実施医 療機関へ の依頼率 (%)	100	100	100	100	100	100	A

【事業評価】

事業全体の 評価	B 概ね順調に進んでいる
評価の まとめ	<p>受診率は横ばいでしたが、受診勧奨の委託化や勧奨通知数を増やしたことにより、新型コロナウイルス感染症による医療機関への受診控えの影響はあまり受けませんでした。</p> <p>また令和4年度は新規取組として集団健診及びみなし健診を実施したことも加味し前年度比約4%増となりました。</p>
継続等について	A このまま継続
見直し 改善の案	<p>特定健康診査は、保健事業の基盤となるため、さらなる受診率向上に向けて、不定期受診者や未経験者の掘り起こしを強化し受診勧奨事業の展開を検討します。</p>

(2) 特定保健指導

①事業の概要

目的	メタボリックシンドロームは、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなることから、保健師・管理栄養士等の専門職が個別に介入することで自らが健康状態を把握し、不適切な生活習慣の改善に繋げることにより糖尿病等の生活習慣病の発症リスクの低減を図ります。また、中長期的には生活習慣病の有病者や生活習慣病関連の医療費を適正化します。				
具体的内容	事業名		対象者	方法	実施者
	特定保健指導		40～74歳で特定健康診査の結果、動機付け支援または積極的支援に階層化された者	医師、保健師、管理栄養士等が6か月間に渡り、生活習慣改善に向けた支援を行う。	委託契約を締結した事業者(医療機関を含む)
	未利用者利用勧奨事業	通知勧奨	特定保健指導未利用者	通知による利用勧奨	委託契約を締結した事業者
		電話勧奨		電話による利用勧奨	保険年金課(保健師) 委託契約を締結した事業者
測定会付き保健指導		骨量、血管年齢、体組成等の測定会付き保健指導の実施		保険年金課(事務/保健師)	
プロセス(実施方法)	関係機関との調整、実施スケジュール等				
ストラクチャー(実施体制)	予算、人員、実施機関の確保等				
評価指標	事業名		指標	目標値	ベースライン(H28)
アウトカム(成果)	特定保健指導		実施率(法定報告値)(%)	21.9	13.1
	通知勧奨		勧奨者の実施率(%)	5以上	4
	電話勧奨		勧奨者の実施率(%)	5以上	4
	測定会付き保健指導		勧奨者の実施率(%)	10	9.9
アウトプット(実施量・率)	通知勧奨		勧奨通知率(%)	100	100
	電話勧奨		架電実施率(%)	100	100
	測定会付き保健指導		対象者への案内通知率(%)	100	100
	測定会付き保健指導		実施回数(回/年)	3以上	3

②評価と見直し・改善案

【アウトカム指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	特定保健指導	目標値 (%)	22.5	30	37.5	17.3	19.6	21.9	C
		実績値 (%)	13.4	13.1	10.7	9.9	12.7	実施中	
2	通知勧奨 電話勧奨	目標値 (%)	5	5	5	5	5	5	C
		実績値 (%)	4	1.4	1.3	2.4	2.2	実施中	
3	測定会付き 保健指導	目標値 (%)	10	10	10	10	10	10	C
		実績値 (%)	6.9	6.0	8.3	8.0	10.1	実施中	

【事業ごとアウトプット指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	通知勧奨	勧奨通知率 (%)	100	100	100	100	100	実施中	A
2	電話勧奨	架電実施率 (%)	100	100	100	100	100	実施中	A
3	測定会付き 保健指導	対象者への案内通知率 (%)	100	100	100	100	100	実施中	A
4	測定会付き 保健指導	実施回数 (回)	3	3	4	4	6	実施中	A

【事業評価】

事業全体の評価	C やや遅れている
評価のまとめ	<p>○新型コロナウイルス感染症の蔓延防止のため、集団保健指導を中止したことが令和2～3年度の利用率減少の主な要因と考えられます。</p> <p>○令和4年度からは一部委託実施機関によるICT（情報通信技術）を使用した特定保健指導を実施、令和5年度からは一部人間ドック委託実施機関による人間ドック受検当日に初回面接を行うなど新たな取組を行い、利用率の向上に努めました。</p>
継続等について	B 多少の見直し必要
見直し改善の案	<p>○本市の特定保健指導利用者のほとんどが利用勧奨後の申込みのため、初回通知で保健指導の目的や必要性が理解できるような案内に修正する必要があります。</p> <p>○特定保健指導と同時に実施する事業内容について検討します。</p> <p>○利用者の利便性やライフスタイルに合った利用方法の検討をします。</p>

(3) 生活習慣病重症化予防

①事業の概要

目的	<p>○生活習慣病に関する検査項目において疾病発症や重症化の可能性がある者に対して医療機関への受診勧奨を行い、早期治療に繋げることで重症化を予防します。</p> <p>○人工透析の主要因は糖尿病性腎症であることから、その重症化を防ぐため糖尿病の重症化に係るリスク保有者を把握し、状態に応じた保健指導を行うことにより糖尿病性腎症への移行や糖尿病性腎症の重症化を予防することで、新規透析患者数を削減します。</p>				
具体的内容	事業名		対象者	方法	実施者
	受診勧奨事業		血圧・脂質・血糖に係る検査結果が「即受診」に該当しているが医療未受診の者	KDB システムのデータを用いて対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付。その後、電話で受診状況を確認し、未受診の場合は受診勧奨を行う。電話確認後、レセプトで医療機関受診の有無を再確認し、未受診の場合は再度、電話にて受診勧奨を行う。	保険年金課 (通知：事務、 電話：保健師)
	糖尿病性腎症重症化予防事業	受療勧奨 (未治療)	① 空腹時血糖 126 mg/dL 以上 又は HbA1c6.5 % 以上 ② 尿蛋白±以上 又は eGFR60 未満 ①かつ②で糖尿病に係る医療未受診の者		
		受療勧奨 (治療中断)	糖尿病の治療中断(前回の受診から1年以上経過)者		
	保健指導 (特定健康診査の結果空腹時血糖 126 mg/dL 以上又は HbA1c6.5% 以上で糖尿病治療中の者)	① eGFR45 以上かつ尿たんぱく± ② eGFR45 ~ 59 かつ尿たんぱく-	集団形式で保健師、管理栄養士による保健指導を実施。 (2日/コース)	保険年金課 (通知・受付) 健康づくり課 (教室運営)	
		eGFR45 以上かつ尿たんぱく+以上	個別方式で管理栄養士による保健指導を実施 (3回/コース)	委託 市内医療機関 (4か所)	
	eGFR45 未満	糖尿病専門医との病診連携を行う (保険診療)	かかりつけ医・糖尿病専門医		

具体的内容	事業名	対象者	方法	実施者		
	慢性腎臓病(CKD)予防事業	eGFR45～60 かつ尿たんぱくー又は±	集団形式で保健師、管理栄養士による健康教育を実施。(2日/コース)	保険年金課(通知、受付)健康づくり課(教室運営)		
プロセス(実施方法)	関係機関との調整、実施スケジュール 等					
ストラクチャー(実施体制)	予算、人員、実施機関の確保 等					
評価指標	事業名	指標	目標値	ベースライン(H28)		
アウトカム(成果)	受診勧奨事業	勧奨後に医療機関を受診した割合*1 (%)	20	H29 開始		
	糖尿病性腎症重症化予防	受診勧奨(未治療)	勧奨後に医療機関を受診した割合*1 (%)	20	R1 開始	
		受診勧奨(治療中断)	勧奨後に医療機関を受診した割合*1 (%)	20	R1 開始	
		保健指導	検査数値*2の維持・改善した割合 (%)	75	R1 開始	
	慢性腎臓病(CKD)予防事業	検査数値*2の維持・改善した割合 (%)	75	R1 開始		
アウトプット(実施量・率)	受診勧奨事業	対象者への通知実施率 (%)	100	H29 開始		
		電話勧奨実施率 (%)	100	H29 開始		
	糖尿病性腎症重症化予防	受診勧奨(未治療)	対象者への通知実施率 (%)	100	R1 開始	
		受診勧奨(治療中断)	対象者への通知実施率 (%)	100	R1 開始	
		保健指導	保健指導利用率 (%)	市 : 20 委託 : 50	R1 開始	
	慢性腎臓病(CKD)予防事業	実施者数(参加者数)(人)	60	R1 開始		

*1 特定健康診査等を受診した年度及び翌年度の特定健康診査等の受診日より前に医療機関を特定の傷病名で受診した者の割合を算出

*2 検査数値 : HbA1c、eGFR、尿たんぱく

②評価と見直し・改善案

【アウトカム指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	受診勧奨事業	目標値 (%)	20	20	20	20	20	20	A
		実績値 (%)	20.2	17.9	31.3	25.0	40.7	実施中	
2	糖尿病性腎症重症化予防受療勧奨(未治療)	目標値 (%)	—	20	20	20	20	20	A
		実績値 (%)	—	25.8	36.1	40.0	50.0	実施中	
3	糖尿病性腎症重症化予防受療勧奨(治療中断)	目標値 (%)	—	20	20	20	20	20	B
		実績値 (%)	—	0※	32.3	7.1	20.7	実施中	
4	糖尿病性腎症重症化予防保健指導	目標値 (%)	—	75	75	75	75	75	C
		実績値 (%)	—	50.0	76.9	28.6	評価中	実施中	
5	慢性腎臓病(CKD)予防事業	目標値 (%)	—	75	75	75	75	75	A
		実績値 (%)	—	79.5	84.6	79.7	評価中	実施中	

※令和元年度は対象者抽出のみ実施。

【事業ごとアウトプット指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況	
1	受診勧奨事業	対象者への通知実施率(%)	100	100	100	100	100	100	実施中	A
2		電話勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	実施中	A
3	糖尿病性腎症重症化予防受療勧奨(未治療)	対象者への通知実施率(%)	—	100	100	100	100	100	A	
4	糖尿病性腎症重症化予防受療勧奨(治療中断)	対象者への通知実施率(%)	—	—	100	100	100	100	A	
5	糖尿病性腎症重症化予防保健指導	保健指導利用率(市)(%)	—	6.6	8.8	7.1	7.7	7.3	C	
		保健指導利用率(委託)(%)	—	0	0	0	0	0	実施中	C

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
6	慢性腎臓病（CKD）予防事業	実施者数（参加者数）（人）	—	43	26	74	88	実施中	A

【事業評価】

事業全体の評価	C やや遅れている
評価のまとめ	<p>○令和元年度から糖尿病性腎症重症化予防事業を開始しましたが、実施体制が十分ではなく目標どおり展開することができませんでした。</p> <p>○市が実施する保健指導では、庁内連携として健康づくり課の保健師・管理栄養士と共同で事業を展開することができました。</p>
継続等について	B 多少の見直し必要
見直し改善の案	<p>○保健指導については、一つの方法にこだわらず、関係機関と協議、他自治体の好事例を参考に、多様な角度からのアプローチにより勧奨（利用）につなげる方策を検討します。</p> <p>○保健指導を行う者のスキルアップを図るため、庁内保健師と指導方法の情報交換の実施や神奈川県等が実施する研修会へ参加し、指導の幅を広げます。</p> <p>○連続して対象になる者や保健指導実施後のフォロー体制を作る検討をします。</p> <p>○様々な機会を通じて医師会・かかりつけ医、被保険者等にデータ分析の結果及び事業の必要性を説明し、糖尿病性腎症重症化予防事業の理解を深めてもらう取組を検討します。</p>

(4) 重複受診・投薬者対策

①事業の概要

目的	規定量を超える服薬による健康被害の防止及び医療費適正化を図ります			
具体的内容	事業名	対象者	方法	実施者
	適正受診に係る周知・啓発	被保険者全員	加入者に配布するパンフレットに適正受診に係る内容を掲載	保険年金課（事務）
	適正受診に係る指導	同一成分の向精神薬を複数の医療機関から処方・調剤されている状態が継続している人	神奈川県国民健康保険団体連合会から提供される重複投薬者及び重複受診者リストを元にレセプト等を確認し、該当者を抽出する。該当者には文書等により適正受診に係る指導を行う。	保険年金課（事務・保健師）
プロセス（実施方法）	関係機関との調整、実施スケジュール 等			
ストラクチャー（実施体制）	予算、人員、実施機関との連携 等			
評価指標	事業名	指標	目標値	ベースライン（H28）
アウトカム（成果）	適正受診に係る周知・啓発	—	—	—
	適正受診に係る指導	受診状況の改善	改善	対象なし
アウトプット（実施量・率）	適正受診に係る周知・啓発	—	—	—
	適正受診に係る指導	対象者への指導率（%）	100	対象なし

②評価と見直し・改善案

【アウトカム指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	適正受診に係る周知・啓発	—	—	—	—	—	—	—	E
2	適正受診に係る指導	受診状況の改善（%）	対象なし	100	対象なし	対象なし	100（R5終了）	実施中	A

【事業ごとアウトプット指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	適正受診に係る周知・啓発	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
2	適正受診に係る指導	対象者への指導 (%)	対象なし	100	対象なし	対象なし	100	実施中	A

【事業評価】

事業全体の評価	B 概ね順調に進んでいる
評価のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険加入時に配布するパンフレット及び納税通知書や保険証更新時等を通じ、医療機関等の適正受診に関する内容を周知・啓発しました。 ○向精神薬に係る重複受診者に対し、文書及び電話による指導を行いました。指導が長引いた際には、庁内の保健師及び保健福祉事務所に指導方法を仰ぎながら根気強く実施しました。
継続等について	A このまま継続
見直し改善の案	<ul style="list-style-type: none"> ○現在は、向精神薬の重複受診者への指導のみを実施していますが、適正受診と医療費の削減を図るため、多剤投薬者に対する事業を調査・研究していきます。 ○指導を行う者のスキルアップを図るため、庁内保健師と指導方法の情報交換の実施や医師会等の協力を得ながら、より効果的な指導を行っていきます。

(5) 医療費通知

①事業の概要

目的	被保険者の健康・医療に対する意識を高め、医療費適正化を図ります			
具体的内容	事業名	対象者	方法	実施者
	医療費通知発送	被保険者全員	1月から12月診療分を年2回に分けて通知する。 通知は世帯単位で作成し、世帯主宛てに郵送する。	保険年金課（事務）
プロセス（実施方法）	実施スケジュール			
ストラクチャー（実施体制）	予算の確保			
評価指標	事業名	指標	目標値	ベースライン（H28）
アウトカム（成果）	医療費通知発送	—	—	—
アウトプット（実施量・率）	医療費通知発送	対象者への通知発送率（%）	100	100

②評価と見直し・改善案

【アウトカム指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	医療費通知発送	—	—	—	—	—	—	—	E

【事業ごとアウトプット指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	医療費通知発送	対象者への通知発送率（%）	100	100	100	100	100	実施中	A

【事業評価】

事業全体の 評価	A 順調に進んでいる
評価の まとめ	<p>○1月から12月までの診療分を対象世帯に対して通知することにより、被保険者の健康・医療に対する意識を高めました。</p> <p>○医療費通知にマイナ保険証についてのリーフレットを同封することにより、薬剤情報や医療費情報がマイナポータル上でも確認することができるよう周知を図りました。</p>
継続等について	A このまま継続
見直し 改善の案	さらなる医療費適正化を図るため、医療費通知に記載する内容の検討を行います。

(6) ジェネリック医薬品利用促進事業

①事業の概要

目的	被保険者の負担軽減及び調剤費の抑制を図ります			
具体的内容	事業名	対象者	方法	実施者
	ジェネリック医薬品希望カードの配布	被保険者全員	新規加入時や保険証更新時等にジェネリック医薬品希望カードを全員に配布	保険年金課（事務）
	ジェネリック医薬品利用に係る周知・啓発	被保険者全員	加入者に配布するパンフレットや各種通知等にジェネリック医薬品の利用に係る内容を掲載	保険年金課（事務）
	差額通知の送付	ジェネリック医薬品に変更することで1か月当たりの一部負担金が200円以上減額する人	偶数月の調剤を通知対象として差額通知を作成し、年6回、奇数月に送付	保険年金課（事務）
プロセス（実施方法）	実施スケジュール			
ストラクチャー（実施体制）	予算の確保			
評価指標	事業名	指標	目標値	ベースライン(H28)
アウトカム（成果）	差額通知の送付	ジェネリック医薬品利用率の向上(%)	向上	49.5
アウトプット（実施量・率）	差額通知の送付	対象者への通知発送率(%)	100	100

②評価と見直し・改善案

【アウトカム指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	差額通知の送付	ジェネリック医薬品利用率の向上(%)	59.7	63.7	66.9	72.3	72.5	75.8	A

【事業ごとアウトプット指標】

	事業名	評価指標	H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
1	差額通知の送付	対象者への通知発送率(%)	100	100	100	100	100	実施中	A

【事業評価】

事業全体の評価	A 順調に進んでいる
評価のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険への新規加入時及び保険証更新時にジェネリック医薬品希望カードの配布を被保険者全員に対して実施しました。 ○令和3年5月発送（令和3年2月調剤）分からジェネリック医薬品を利用することにより発生する差額が200円以上となる者に変更し、被保険者の医療費負担の軽減を図りました。
継続等について	B 多少の見直し必要
見直し改善の案	○令和6年秋以降に保険証が廃止予定となることから、国等の動向を注視するとともにジェネリック医薬品の周知方法について、検討します。

第3章 第4期特定健康診査等実施計画

本章、第5章及び第6章を、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（高齢者の医療の確保に関する法律第18条。以下「基本指針」という。）に即して、同法第19条の規定に基づき策定する、「第4期特定健康診査等実施計画」とします。

I 背景

1 生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体に占める生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の3分の1となっています。

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、入院外通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がなされないまま、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、生活習慣病を予防することができれば、被保険者の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びを抑制することができます。

2 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ、適度な運動やバランスのとれた食事の定着など、生活習慣の改善を行うことにより糖尿病等の生活習慣病の発症リスクの低減を図ることが可能となります。

メタボリックシンドロームに着目することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖、血圧、中性脂肪等の上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全等に至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機付けができるようになると考えられます。

II 目標値の設定

基本方針で示された目標値では60%となりますが、実効性のあるものとするため、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率に係る本計画最終年度の目標値を本市の実状にあったものとし、さらにそれに向けた各年度の目標値を次のとおり設定します。

	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
特定健康診査（%）	38.85	40.1	41.35	42.6	43.85	45.1
特定保健指導（%）	13.65	14.9	16.15	17.4	18.65	19.9

Ⅲ 対象者数等の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査及び特定保健指導の対象者数等の見込みは次のとおりです。

1 特定健康診査

年 齢	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
40～64歳 (人)	5,904	5,939	5,920	5,900	5,881	5,862
65～74歳 (人)	7,971	7,650	7,635	7,619	7,603	7,587
合 計 (人)	13,875	13,589	13,554	13,519	13,484	13,450
受診者数 (人)	5,391	5,449	5,605	5,759	5,913	6,066

※ 対象者数は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年度推計）」から各年度の人口を推計し、令和5年4月1日現在の国民健康保険加入率を乗じた。

※ 受診者数は特定健康診査対象者数の合計に目標とする受診率を乗じて算出

2 特定保健指導

実施項目	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
動機付け支援 (人)	394	398	409	420	432	443
積極的支援 (人)	86	87	90	92	95	97
合 計 (人)	480	485	499	513	526	540
利用者数 (人)	65	72	81	89	98	107

※ 特定健康診査受診者数に過去の特定保健指導該当者の出現率を乗じて算出

※ 利用者数は特定保健指導対象者数の合計に目標とする実施率を乗じて算出

IV 実施方法

1 特定健康診査

(1) 概要

実施期間	6月1日から翌年3月31日まで
実施場所	個別健診：市内及び近隣市（秦野・平塚・厚木）の契約医療機関 集団健診：市内公共施設
実施（契約） 形態※	個別健診：一般社団法人 秦野伊勢原医師会、一般社団法人 平塚市医師会及び一般社団法人 厚木医師会との集合契約（単価契約） 集団健診：実施機関と個別契約（単価契約）
費用 (自己負担額)	1,500円 ただし、65歳以上及び市県民税非課税世帯の人は無料
周知方法	○対象者に対し個別に案内(受診券)を送付 ○広報いせはら ○市ホームページ など

※ 外部委託については、厚生労働省告示第93号に定める基準を満たしている事業者と契約します。

(2) 健診項目

高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく厚生労働省令「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」第1条の規定に定められている次の項目について実施します。また、本市では従前の基本健康診査で実施していた項目を「上乘せ健診項目」として実施します。

なお、人間ドックの利用助成を申請した人は、特定健康診査の実施に代えて人間ドックを受検し、結果データを市に提出します。

項 目		
基本的な健診項目	問診	問診（問診票への回答を含む）
	身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
	診察	理学的検査所見（身体診察）
	血圧	血圧測定
	脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、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 -GT(γ -GTP)
	血糖検査	空腹時血糖、HbA1c
	尿検査	尿糖、尿たんぱく

項目		
詳細な健診項目	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
	心電図検査	12誘導心電図
	眼底検査	
	血清クレアチニン	血清クレアチニン(eGFRによる腎機能の評価を含む)
上乗せ健診項目	血糖検査	随時血糖
	尿検査	尿潜血
	代謝検査	血清尿酸、血清クレアチニン
	その他	胸部エックス線

※ 血清クレアチニンは、国の基準に該当する人は「詳細な健診項目」として実施し、該当しない人は「上乗せ健診項目」として実施します。

(3) 受診券

対象者に特定健康診査受診券、問診票、受診案内を同封して郵送します。受診券発送後に紛失等があった場合には再発行を行います。

また、年度途中に加入し、従前の保険者が実施する特定健康診査を受診していない人で本市が実施する特定健康診査の受診を希望する人には、随時、受診券を交付します。

① 交付時期等

○4月1日現在加入者：5月下旬に一斉送付します。なお、受診券の印刷及び同封物の封入封緘等は印刷会社に委託します。

○年度途中加入者：受診希望者からの申し出により随時、交付します。

② 記載内容

受診券には、交付日、受診券整理番号、氏名、生年月日、保険区分（保険者名）、保険者番号、有効期間、受診時の持ち物、自己負担額、注意事項及び同時受診できる検診について記載します。様式は別途、定めます。

(4) 特定健康診査の結果

特定健康診査の結果については、原則健診機関から受診者本人へ説明をします。やむを得ない場合は、健診機関より通知を行います。

2 特定保健指導

(1) 概要

実施期間	厚生労働省告示第91号に基づき初回面接から3か月以上の期間を設定
実施場所	市が委託契約を締結した保健指導実施機関の施設又は市内の公共施設
実施（契約）形態※	各保健指導実施機関と個別契約（単価契約）
支援を行う者	医師、保健師、管理栄養士等
費用（自己負担額）	無料
周知方法	○対象者に対し個別に案内を送付 ○市ホームページ など

※ 外部委託については、厚生労働省告示第93号に定める基準を満たしている事業者と契約します。

(2) 特定保健指導対象者の階層化

特定保健指導の区分を判定するため次の基準に基づき階層化を行います。
なお、糖尿病・脂質異常症・高血圧症に係る薬剤を服用している人は除きます。

判定基準

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
≥85 cm（男性） ≥90 cm（女性）	2つ以上該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI ≥25kg/m ²	3つ該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ① 血糖：空腹時血糖 100 mg/dL 以上又は HbA1c (NGSP 値) 5.6% 以上 (空腹時血糖の値を優先)
- ② 脂質：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
- ④ 喫煙：喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

(3) 実施方法

実施項目は動機付け支援と積極的支援で、詳細は次のとおりです。

① 実施項目

(ア) 動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の健康状態を自覚し、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とします。 特定健康診査の結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣、その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月以上経過後に行う評価）を行います。
支援形態	○初回面接による支援のみの原則1回とする。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後となります。 ○初回面接 1人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）又は1グループ（1グループは概ね8人以下）当たり概ね80分以上のグループ支援（ICT含む）とします。
実績評価	面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙、チャット等）を利用して実施します。
事後フォロー	対象者の状況等に応じ、実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等を行います。

(イ) 積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月以上経過後に行う評価）を行います。
支援形態	○初回面接による支援を行い、その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行います。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後となります。 ○初回面接 1人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、又は1グループ（1グループは概ね8人以下）当たり概ね80分以上のグループ支援（ICT含む）とします。 ○3ヶ月以上の継続的な支援 アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施することを条件とします。個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。

実績評価	<p>○面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙、チャット等）を利用して実施します。</p> <p>○アウトカム評価（成果が出たことへの評価）を原則とし、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価します。</p> <p>アウトカム評価</p> <table border="1" data-bbox="606 526 1396 806"> <tr> <td data-bbox="614 526 869 649">主要達成目標</td> <td data-bbox="877 526 1388 649">腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少</td> </tr> <tr> <td data-bbox="614 660 869 795">目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td data-bbox="877 660 1388 795">○腹囲1cm・体重1kg減 ○生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）</td> </tr> </table> <p>プロセス評価</p> <table border="1" data-bbox="606 851 1396 974"> <tr> <td data-bbox="614 851 1388 974"> <p>○継続的支援の介入方法による評価（個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等）</p> <p>○健診後早期の保健指導実施を評価</p> </td> </tr> </table>	主要達成目標	腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	○腹囲1cm・体重1kg減 ○生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）	<p>○継続的支援の介入方法による評価（個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等）</p> <p>○健診後早期の保健指導実施を評価</p>
主要達成目標	腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	○腹囲1cm・体重1kg減 ○生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）					
<p>○継続的支援の介入方法による評価（個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等）</p> <p>○健診後早期の保健指導実施を評価</p>						
事後フォロー	対象者の状況等に応じ、実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等を行います。					

※ 具体的な支援内容は、厚生労働省告示第91号の規定に基づき行います。

② 健診当日の特定保健指導の初回面接実施

特定健康診査実施機関のうち特定保健指導を実施している機関において、特定健康診査の同日に、保健指導の初回面接を実施できることとします。

③ 情報通信技術を活用した特定保健指導について

利用者の利便性を確保するために、情報通信技術（ICT）を活用した特定保健指導を実施します。実施に当たっては、対面で行う場合と同程度の質が確保されるよう、必要な環境・体制を整えるとともに、個人情報外部に漏えいすることがないように、保険者及び遠隔面接等の実施者は、個人情報の保護及びプライバシーに十分に配慮します。

(4) 利用券

対象者に特定保健指導利用券、利用案内、健診結果等を同封して郵送します。利用券発送後に紛失等があった場合には再発行を行います。

① 交付時期等

毎月、決済代行機関及び本市に提出された健診データ（電子データ）から階層化を行い、対象者を抽出します。その後、利用券を発行し対象者宛てに郵送します。

利用券の有効期限は発行日から2ヶ月後の月末ですが、有効期限の延長については状況に応じて対応します。

② 記載内容

利用券には、交付日、保険者番号、被保険者証記号・番号、利用券整理番号、有効期限、氏名、性別、生年月日、特定保健指導区分、保険区分、自己負担額、注意事項等について記載します。様式は別途、定めます。

V 年間スケジュール

特定健康診査 (月)	実施年度												翌年度					
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
対象者の抽出		○																
受診券発送		○																
特定健康診査実施			○	→														
年度途中加入者へ受診券交付			○	→														
受診勧奨実施							○	→										
費用決済・支払い					○	→												

特定保健指導 (月)	実施年度												翌年度				
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
対象者の抽出（階層化）			○	→													
利用券発送			○	→													
特定保健指導実施				○	→												
利用勧奨実施					○	→											
費用決済・支払い		○	→														

第4章 保健事業の実施計画

I 計画の目的と目標

本計画では、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」を目的とし、第2章で抽出した「健康課題」に対し「目標」や「評価指標」を設定し、個別事業計画を推進します。

なお、本計画の評価指標については、神奈川県内の保険者と比較したり、自保険者の客観的な状況を把握するために、神奈川県内共通の評価指標を基に設定します。

1 保険者の健康課題

項目	健康課題	優先順位	対応する保健事業
A	生活習慣病予防対策	1	①特定健康診査 ②特定保健指導
B	生活習慣病重症化予防対策	2	③生活習慣病重症化予防 ④糖尿病性腎症重症化予防
C	医療費適正化	3	⑤重複受診・投薬者対策 ⑥医療費通知 ⑦ジェネリック医薬品利用促進

※対応する保健事業（丸数字）は、個別の保健事業番号です。



2 計画全体における目的と目標

(1) 目的

項目	データヘルス計画全体における目的	
A	生活習慣病予防対策	生活習慣病の早期発見、早期治療のために特定健康診査の受診率向上に努めます。
B	生活習慣病重症化予防対策	レセプトや特定健康診査等の結果から生活習慣病のリスクが高い者に対し、適切な医療受診に繋げていきます。
C	医療費適正化	医療費通知、ジェネリック医薬品の利用促進、重複受診者に対する適正受診や適正服薬の勧奨など、医療費の適正化及び健康被害の防止を図ります。

(2) 目標

項目	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10
A	特定健康診査受診率★ (%)	39.3	38.85	40.1	41.35	42.6	43.85	45.1
	特定健康診査受診率 (40歳～49歳)★ (%)	19.1	20.35	21.6	22.85	24.1	25.35	26.6
	特定保健指導の終了者率★ (%)	12.7	13.65	14.9	16.15	17.4	18.65	19.9
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★ (%)	34.1	35	35	35	35	35	35
B	HbA1c 8.0以上の者の割合★ (%)	0.82	0.8	0.75	0.7	0.65	0.6	0.55
	HbA1c 8.0以上の者の人数★ (人)	41	43	41	39	37	35	33
	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の割合★ (%)	1.9	1.8	1.8	1.7	1.7	1.6	1.6
	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数★ (人)	245	250	245	230	230	216	215
C	重複受診・投薬状況の改善した者の割合 (%)	100 (R5終了)	100	100	100	100	100	100
	ジェネリック医薬品の使用割合 (%)	72.5	76.5	77.2	77.9	78.6	79.3	80.0

★は神奈川県共通指標、太枠の R8 は中間評価年度、R11 は最終評価年度

II 個別の保健事業

1 個別保健事業の一覧

事業番号	事業名称	事業概要	重点・優先度
A-①	特定健康診査	生活習慣病の予防のために、対象者にメタボリックシンドロームに着目した健診を行います。	1
A-②	特定保健指導	生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が高く期待できる者に対し、専門職による生活習慣を見直すサポートを行います。	4
B-③	生活習慣病重症化予防	○特定健康診査等の結果において、受診勧奨値を超えている者に対し、医療機関への受診勧奨通知の送付と電話による受診勧奨を行います。 ○特定健康診査等の結果において、慢性腎臓病の重症度分類表を基に生活習慣の改善が必要な者に保健指導を実施します。	2
B-④	糖尿病性腎症重症化予防	○特定健康診査等の結果において、受診勧奨値を超えている者に対し、医療機関への受診勧奨通知の送付と電話による受診勧奨及び保健指導を行います。 ○過去通院歴から糖尿病治療中断者を抽出し、受療勧奨を行います。	3
C-⑤	重複受診・投薬者対策	重複受診者に対し、適正な受診や投薬の勧奨を行い医療費の適正化及び健康被害の防止を図ります。	5
C-⑥	医療費通知	医療費通知を発送することにより、被保険者の健康及び医療に対する意識を高め、医療費の適正化を図ります。	7
C-⑦	ジェネリック医薬品利用促進	ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、被保険者医療費の負担軽減や調剤費を抑制することで医療保険財政の健全化を図ります。	6

2 個別の保健事業

各保健事業の実施内容・評価方法等は次のとおりです。

事業番号 A-①	特定健康診査
事業の目的	生活習慣病の予防を目指した特定健康診査を進めるため、広報や受診勧奨等を行うことで、受診率の向上を図ります。
対象者	40歳～74歳の被保険者
現在までの事業結果	令和3年度に受診勧奨業務を委託化し、ナッジ理論を活用した勧奨内容のハガキを送付しました。パンフレット及び受診券に事業主健診の健診結果の提出を求める内容を掲載しました。 令和4年度は、休日に集団健診及びみなし健診（県未病精緻化事業）を実施し、平日医療機関に行くことのできない者の受診機会を増やしました。

今後の目標値

※★は県共通指標、太枠のR8は中間評価年度、R11は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果)	特定健康診査受診率 (全体) (%) ★	39.3	38.85	40.1	41.35	42.6	43.85	45.1
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨者に対する 受診勧奨率 (%)	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ○初めて特定健康診査の対象になる40歳到達者及び社会保険等からの資格異動者に対する受診勧奨を強化します。 ○事業主健診等を受診した者のデータ取得事業を検討します。
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ○特定健康診査実施方法については、第3章のとおりです。 ○人間ドックの利用助成を行いました。 ○年2回受診勧奨通知を送付しました。 ○医療機関に対し、受診勧奨の依頼を行いました。 ○未受診者のうち対象者を絞り電話での受診勧奨を行いました。 ○集団健診として、休日に特定健康診査を受診できる機会を提供しました。 ○市内公共施設及び医療機関へ特定健康診査周知ポスターの掲出を依頼しました。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ○現在までの実施方法を引き続き行います。 ○事業主健診等を受診した者のデータ取得事業を検討します。 ○より効果的な受診勧奨事業を他自治体の好事例を基に検討します。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 予算を確保しました。
- 特定健康診査実施基準に基づき医師会等に業務委託を行いました。
- 健康づくり課（一般健康診査主管課）と事業共通部分の業務分担を行いました。
- 受診勧奨事業に係る負担が増加しているため、人材確保が必要です。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- 現在までの実施体制を引き続き行います。
- 人材確保については、神奈川県国保連合会の保健事業支援や会計年度任用職員を活用することを検討します。

評価計画

【アウトカム】

法定報告値で評価します。

【アウトカムの目標値】

国目標値では現状と乖離しているため、神奈川県国民健康保険運営方針（令和6年度～令和11年度）における県全体目標と同基準としました。

事業番号 A-②	特定保健指導
-----------------	---------------

事業の目的	特定健康診査の結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、特定保健指導を行うことにより、被保険者の生活改善と生活習慣病を予防し、健康寿命延伸を図ります。
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導に該当した者
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ○利用勧奨としてインセンティブ付き保健指導を実施しました。 ○令和2～4年度まで集団での特定保健指導を中止しました。 ○令和4年度からICT（情報通信技術）を活用した特定保健指導を実施しました。 ○令和5年度から人間ドック受検当日の初回面接を実施しました。

今後の目標値

※★は県共通指標、太枠のR8は中間評価年度、R11は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績						
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果)	特定保健指導の終了者率 (%) ★	12.7	13.65	14.9	16.15	17.4	18.65	19.9
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%) ★	34.1	35	35	35	35	35	35
アウトプット (実施量・率)	利用勧奨者に対する利用勧奨率 (%)	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の利便性やライフスタイルに合った利用方法の検討を行います。 ○特定保健指導終了後のフォロー体制の強化を検討します。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導実施方法については、第3章のとおりです。 ○利用勧奨としてインセンティブ付き特定保健指導を実施しました。 ○保健指導実施機関による電話勧奨を行いました。 ○ICT（情報通信技術）による特定保健指導を実施しました。 ○人間ドック受検当日に初回面接を実施できる環境を整えました。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ○現在までの実施方法を引き続き行います。 ○インセンティブ付き保健指導の実施内容のバリエーションを増やす検討を行います。 ○特定保健指導終了者に対するフォロー体制の強化を検討します。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 予算を確保しました。
- 特定保健指導実施基準に基づき保健指導実施機関と業務委託を行いました。
- インセンティブ付き保健指導として、庁内連携により健康づくり課の管理栄養士が講師となり、食育セミナー付き特定保健指導を実施しました。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現在までの実施体制で引き続き行います。

評価計画

【アウトカム】

法定報告値で評価します。なお、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は法定報告「保健指導対象者の減少率に関する事項」を基に分母「昨年度の特定保健指導の利用者数」、分子「分母のうち今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数」として算出します。

【アウトカムの目標値】

国目標値では現状と乖離しているため、神奈川県国民健康保険運営方針（令和6年度～令和11年度）における県全体目標と同基準としました。

事業番号 B-③ 生活習慣病重症化予防

事業の目的	生活習慣病に関する検査項目において疾病発症や重症化の可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨を行い、早期治療に繋げることで重症化を予防します。
対象者	<p>【受診勧奨】 特定健康診査等の検査結果で血圧・脂質・血糖に係る検査結果が標準的な健診・保健指導プログラムにおいて「すぐ（早期）に医療機関の受診を」に該当し、基準を超えている項目において医療機関未受診の者 血圧：収縮期\geq160mmHg または拡張期\geq100mmHg 脂質：LDL\geq180mg/dL または 中性脂肪\geq500 mg/dL（空腹時、随時問わない） 血糖：血糖\geq126 mg/dL またはHbA1c（NGSP）\geq6.5%</p> <p>【保健指導】 特定健康診査等の検査結果で eGFR45~60 かつ尿たんぱく一又は土の者</p>
現在までの事業結果	<p>【受診勧奨】 通知後1ヶ月以内の電話勧奨を2週間以内に変更しました。</p> <p>【保健指導】 令和元年度から実施しました。令和5年度から過去に保健指導を利用した者へのフォロー教室を実施しました。</p>

今後の目標値

※★は県共通指標、太枠のR8は中間評価年度、R11は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果)	受診勧奨対象者の医療受診率 (%)	40.7	45	45	45	45	45	45
	保健指導利用者のHbA1c、eGFR、尿たんぱくの維持・改善者の割合 (%)	79.7 (R3)	85	85	85	85	85	85
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨対象者に対する受診勧奨率 (%)	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための主な戦略	<p>○関係機関等と連携しながら受診勧奨を実施します。</p> <p>○数値の経年変化を確認するため、特定健康診査の受診勧奨もあわせて行います。</p>
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

【受診勧奨】

KDBシステムにて疑義対象者を抽出し、レセプト等で医療機関への受診の有無を確認しました。対象者を選定し、通知及び電話で受診勧奨を行いました。

通知発送後2週間以内に保健師による電話勧奨を行い、3ヶ月後にレセプトで医療機関を受診したかを確認し、未受診であった場合は再度、保健師が電話で受診勧奨を行いました。

【保健指導】

KDBシステムで対象者を抽出し、保健指導の案内を送付しました。申込みのあった者に対し保健指導を行いました。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

○現在までの実施方法を引き続き行います。

○より効果的な受診勧奨を行うために、関係機関等の協力連携体制を検討します。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

○予算を確保しました。

○会計年度任用職員（保健師）を雇用し、人員を確保しました。

○保健指導は、庁内連携により健康づくり課の保健師と管理栄養士と共同で行いました。

○事業実施に当たり、人材確保が必要です。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

○現在までの実施体制で引き続き行います。

○人材の確保のため、マニュアル整備による業務の効率化や会計年度任用職員の活用を検討します。

評価計画

【受診勧奨対象者の医療受診率】

電話勧奨後、3ヶ月後のレセプトで評価します。

分母「受診勧奨対象者」、分子「受診勧奨後の医療受診者数」とします。

【保健指導利用者のHbA1c、eGFR、尿たんぱくの維持・改善者の割合】

翌年度の特定健康診査等の結果により評価します。

分母「保健指導利用者のうち翌年度特定健康診査等受診者」、分子「翌年度特定健康診査等の検査結果HbA1c、eGFR、尿たんぱくの維持・改善者」とします。

事業番号 B-④ 糖尿病性腎症重症化予防

事業の目的	人工透析の主要因は糖尿病性腎症であることから、その重症化を防ぐため糖尿病の重症化に係るリスク保有者を把握し、状態に応じた保健指導を行うことにより糖尿病性腎症への移行や糖尿病性腎症の重症化を予防することで、新規透析患者数を削減します。
対象者	<p>【受診（療） 勧奨】 未治療者：特定健康診査等の結果が空腹時血糖 126 mg/dL 以上又は HbA1c6.5%以上かつ尿たんぱく±以上又は eGFR60 未満 治療中断者：糖尿病で医療機関を受診していた者で最終通院から1年以上糖尿病に係る医療機関の受診がない者</p> <p>【保健指導】 特定健康診査等の結果が空腹時血糖 126 mg/dL 以上又は HbA1c6.5%以上で糖尿病治療中の者が対象 市直営：eGFR45 以上かつ尿たんぱく±又は eGFR45～59 かつ尿たんぱく-の者 委託：eGFR45 以上かつ尿たんぱく+以上の者 病診連携：eGFR45 未満の者</p>
現在までの事業結果	令和元年度から事業を実施しました。 令和3年度、令和4年度は神奈川県モデル事業に参加しました。

今後の目標値

※★は県共通指標、太枠の R8 は中間評価年度、R11 は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果)	受診勧奨対象者(未治療者)の医療受診率(%)	50	50	50	50	50	50	50
	受療勧奨対象者(治療中断)の医療受診率(%)	20.7	25	25	25	25	25	25
	保健指導利用者のHbA1c、eGFR、尿たんぱくの維持・改善者の割合(%)	28.6 (R3)	75	75	75	75	75	75
アウトプット (実施量・率)	受診(療)勧奨対象者に対する受診勧奨率(%)	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための主な戦略	効果的かつ対象者に利用してもらえる事業運営に向け、関係団体の意見を伺いながら実施します。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

【受診（療）勧奨】

市：KDBシステムのデータを用いて対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付しました。その後、2週間以内に電話勧奨しました。電話確認後、3か月後レセプトで医療機関受診の有無を再確認し、未受診の場合は再度、電話にて受診勧奨を行いました。

県：県から提供されたデータを基に、資格及びレセプトを確認、対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付しました。その後、2週間以内に電話勧奨しました。電話確認後、3か月後レセプトで医療機関受診の有無を再確認し、未受診の場合は再度、電話にて受診勧奨を行いました。

【保健指導】

市直営：集団形式で保健師、管理栄養士による保健指導を実施しました。（2日/コース）

委託：個別方式で管理栄養士による保健指導を実施しました。（3回/コース）

病診連携：糖尿病（腎臓病）専門医との病診連携を行いました。（保険診療）

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- 現在までの実施方法を引き続き行います。
- 保健指導実施後のフォロー体制の構築を検討します。
- 事業の効果を高めるために、他自治体の好事例等を参考に事業内容を検討します。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 予算を確保しました。
- 会計年度任用職員（保健師）を雇用し、人員を確保しました。
- 保健指導（市直営）は、庁内連携により健康づくり課の保健師と管理栄養士と共同で行いました。
- 保健指導（委託）は、医師会に委託を行いました。
- 事業実施に当たり、人材確保が必要です。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- 現在までの実施体制で引き続き行います。
- 人材確保のため、マニュアル整備による業務の効率化や会計年度任用職員の活用を検討します。

評価計画

【受診勧奨対象者の医療受診率】

電話勧奨後、3ヶ月後のレセプトで評価します。

分母「受診勧奨対象者」、分子「受診勧奨後の医療受診者数」とします。

【保健指導利用者のHbA1c、eGFR、尿たんぱくの維持・改善者の割合】

翌年度の特定健康診査の結果により評価します。

分母「保健指導利用者のうち翌年度特定健康診査等受診者」、分子「翌年度特定健康診査等の検査結果HbA1c、eGFR、尿たんぱくの維持・改善者」とします。

事業番号 C-⑤	重複受診・投薬者対策
-----------------	-------------------

事業の目的	規定量を超える服薬による健康被害の防止及び医療費適正化を図ります。
対象者	【広報啓発】 被保険者全員 【重複受診者】 同一成分の向精神薬を複数の医療機関から処方・調剤されている状態が継続している人（一時的に重複した人は除く）
現在までの事業結果	【広報啓発】 令和5年度に市ホームページにポリファーマシーやセルフメディケーションなどの情報を掲載し、医療費適正化を図りました。 【重複受診者】 現在までに確認した対象者は、指導後に適正受診者となっています。（経過観察中や資格喪失含め）

今後の目標値

※太枠の R8 は中間評価年度、R11 は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果)	受診状況の改善 (%)	100 (R5 終了)	100	100	100	100	100	100
アウトプット (実施量・率)	対象者への通知率 (%)	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための主な戦略	【広報啓発】 加入者に配布するパンフレットや納税通知書等の同封チラシを活用し、医療機関等への適正受診に係る内容を掲載します。 【重複受診者】 早期に適正受診になるように、通知内容の改善や架電時の指導スキルの向上を図ります。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

【広報啓発】 加入者に配布するパンフレット等に適正受診に係る内容を掲載しました。 【重複受診者】 神奈川県国民健康保険団体連合会から提供される重複投薬者及び重複受診者リストを元にレセプト等を確認し、該当者を抽出しました。該当者には文書等により適正受診に係る指導を行いました。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

○現在までの実施方法を引き続き行います。 ○多剤投薬者への指導について、実施方法を検討します。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 予算、人員の確保をしました。
- 指導開始時に医師会へ報告しました。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- 現在までの実施体制で引き続き行います。
- より効果的な服薬指導が行えるよう、関係団体との協力体制を検討します。
- ケースが長引く場合は、関係課及び関係団体と協力して対応します。

評価計画

【重複受診者】

対象者ごとに評価します。

分母「対象者」、分子「対象者の受診状況の改善」とします。

事業番号 C-⑥	医療費通知
-----------------	--------------

事業の目的	被保険者の健康・医療に対する意識を高め、医療費適正化を図ります。
対象者	通知対象とする期間内に医療機関を受診した被保険者
現在までの事業結果	1月（1～10月分）と3月（11～12月分）の2回に分けて通知を発送しています。 確定申告で医療費通知を活用する場合の注意事項を記載しています。 令和4年度よりポリファーマシーの情報を追加し、医療費適正化を図っています。

今後の目標値

※太枠の R8 は中間評価年度、R11 は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム (成果)	なし	—	—	—	—	—	—	—
アウトプット (実施量・率)	対象者（世帯）への発送（%）	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための 主な戦略	1月から12月診療分までの医療費がある世帯に対し、通知を発送します。
--------------------	------------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

1月から12月診療分まで（精神及び婦人科等除く）を全て通知の対象としました。 通知は世帯単位で作成し、世帯主宛てに郵送しました。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現在までの実施方法を引き続き行います。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

予算の確保を行いました。 委託業者との調整を行いました。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現在までの実施体制で引き続き行います。

評価計画

年度毎に評価します。

事業番号 C-⑦	ジェネリック医薬品利用促進
-----------------	----------------------

事業の目的	被保険者の負担軽減及び調剤費の抑制を図ります
対象者	【周知啓発】 被保険者全員 【差額通知】 ジェネリック医薬品に変更することで1か月当たりの一部負担金が200円以上減額する者
現在までの事業結果	【差額通知】 令和3年5月発送（令和3年2月調剤）分から一部負担金を300円から200円以上減額する者に変更しました。

今後の目標値

※太枠のR8は中間評価年度、R11は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム (成果)	使用率（数量ベース） （％）	72.5	76.5	77.2	77.9	78.6	79.3	80.0
アウトプット (実施量・率)	対象者への差額通知 発送数（％）	100	100	100	100	100	100	100

目標を達成するための 主な戦略	令和6年度秋以降の保険証廃止に伴い、ジェネリック医薬品希望カードを配布する機会がなくなるため、新たな周知方法を検討します。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

【周知啓発】 新規加入時及び保険証更新時にジェネリック医薬品希望カードを被保険者全員に配布しました。 【差額通知】 偶数月の調剤を通知対象として差額通知を作成し、年6回奇数月に対象者へ送付しました。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

【周知啓発】 国の動向を注視しつつ新たな周知方法について検討し、ジェネリック医薬品の使用率の向上を図ります。 【差額通知】 より効果的な対象薬効の範囲等について、関係機関と検討します。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

予算の確保を行いました。 委託業者との調整を行いました。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現在までの実施体制で引き続き行います。

評価計画

【使用率】

国保総合システム「保険者別医薬品利用実態」の各年度4月調剤分として年度毎に評価します。

【使用量の目標値】

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に合わせて設定しました。

第5章 個人情報の保護

I 記録の保管方法

特定健康診査等の記録は、電子的標準形式により保管します。

また、特定健康診査等に関する記録は、原則として5年間保管し、保管期間を経過したデータについては削除します。

II 保管体制、外部委託の有無

特定健康診査等の記録の保存及び管理は、代行機関である神奈川県国民健康保険団体連合会へ委託します。

III 個人情報の管理

特定健康診査等の実施に当たり、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン並びに伊勢原市個人情報の保護に関する法律施行条例、その他関係法令に基づき、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

第6章 計画の推進に向けて

I 実施計画の公表・周知

本計画については、市のホームページや広報紙等で公表し、周知を図ります。

なお、必要に応じて本計画のうちの一部（第3章、第5章、第6章）を特定健康診査等実施計画として個別に公表します。

II 計画の評価・見直し

データヘルス計画・特定健康診査等実施計画をより実効性の高いものとするため、達成状況の点検、評価だけで終わるのではなく、点検、評価の結果を活用し必要に応じ実施計画の内容を実態に即したより効果的なものに見直します。

また、計画期間中の中間年度である令和8年度に中間評価を行い、目標値の達成状況等の進捗管理をし、必要に応じて計画の見直しを行います。

III 伊勢原市全体の健康づくりとの調和

1 がん検診等との連携

効率的な健診を行うため、各種がん検診等についても関係各課と調整を図り、同時受診ができるよう検討していきます。

2 健康づくり施策との連携

本市では、健康づくりのための様々な取組を実施しています。今回の計画対象は国保被保険者となりますが、「健康いせはら21（第4期）計画」をはじめとして、市民全体に対する健康づくり施策とともに効果的な取組を行っていきます。

3 関係機関・団体との連携

神奈川県をはじめとして企業・保健医療団体等と連携を図り、また、様々な地域資源を活用しながら、市民の生涯にわたる自主的な健康づくりを推進していきます。

伊勢原市国民健康保険

第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

発行／令和6年3月

担当／伊勢原市保健福祉部保険年金課

〒259-1188 神奈川県伊勢原市田中348番地

電話 0463-94-4728 (直通)

FAX 0463-95-7612

