

開成町国民健康保険
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6～11年度)

令和6年3月

開成町

目 次

第1章 計画の基本方針	1
1. 計画策定の背景	1
2. 計画の趣旨及び位置づけ	1
3. 計画の期間	3
4. 実施体制・関係者との連携	3
第2章 現状分析	4
1. 基礎統計	4
（1） 地理的・社会的背景	4
（2） 人口、被保険者、高齢化率	4
（3） 死因の状況	6
（4） 平均寿命・平均自立期間の状況	7
（5） 介護保険の状況	7
2. 医療費に関する分析	8
（1） 入院、外来医療費の状況	8
（2） 疾病別の医療費の状況	10
（3） 高額シセプトの状況	12
（4） 生活習慣病の医療費、患者数状況	12
（5） 人工透析患者の状況	13
第3章 保健事業の分析	14
1. 特定健康診査	14
（1） 特定健診の受診率	14
（2） 被保険者の階層化	16
（3） メタボリックシンドローム判定の状況	17
（4） 有所見者の状況	19
（5） 問診項目の回答状況	20
（6） 高血圧リスクの状況	21
（7） 血糖リスクの状況	22
（8） 脂質リスクの状況	23
（9） 特定健診未受診者の生活習慣病受診状況	24
2. 特定健診受診率向上に向けた取り組みの状況	25
（1） 集団健診未受診者受診勧奨の分析	25
（2） 人間ドック費用助成の状況	25
3. 特定保健指導	26
（1） 特定保健指導の実施率	27
（2） 動機付け支援と積極的支援の終了率の状況	27
（3） 特定保健指導結果	28
4. 特定保健指導実施率向上に向けた取り組みの状況	28
（1） 特定健診結果説明会の状況	28
5. その他保健事業に関する分析	29
（1） 重複・頻回受診に関する分析	29
（2） ジェネリック医薬品（後発医薬品）の分析	29
第4章 保健事業の評価	30
1. 総括評価	30
2. 個別事業評価	31
（1） 特定健康診査受診率向上対策事業	31
（2） 特定保健指導実施率向上対策事業	31
（3） 生活習慣病重症化予防事業	32
（4） あじさい健診事業	33
（5） 医療費通知	34
（6） ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進	34
（7） 重複・頻回受診対策	35

第5章 保健事業の実施内容	36
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	36
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	37
(1) 保健事業一覧	37
(2) 各事業の実施内容と評価方法	38
(1) 特定健康診査	38
(2) 特定保健指導	39
(3) 生活習慣病重症化予防事業	40
(4) あじさい健診事業	41
(5) 医療費通知	42
(6) ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進	43
(7) 重複・頻回受診対策	44

第6章 第4期特定健康診査等実施計画	45
1. 特定健康診査・特定保健指導	45
2. 目的	45
(1) 生活習慣病対策を演じる必要性	45
(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	45
3. 目標値の設定	45
4. 対象者	46
(1) 特定健診対象者数	46
(2) 特定保健指導該当者数	46
5. 実施方法（特定健診）	46
(1) 概要	46
(2) 健診項目	47
(3) 受診券	47
6. 実施方法（特定保健指導）	47
(1) 概要	48
(2) 特定保健指導対象者基準と階層化	48
(3) プログラム	49
(4) 利用勧奨及び指導	49
7. 代行機関	49
8. 他保険者とのデータの授受	49
9. 年間の事業実施スケジュール	50

第7章 個人情報の保護	51
1. 個人情報の管理	51
2. 特定健診・特定保健指導に係るデータ管理	51
(1) データの取り扱い	51
(2) 管理、保管	51
(3) 保管期間	51

第8章 計画の公表・周知	52
1. 計画の公表・周知	52
2. 保健事業の普及啓発	52

第9章 計画の評価・見直し	52
----------------------	-----------

第10章 事業運営上の留意事項	52
1. 関係機関との連携	52
2. 実施体制の確保	52

※ 囲み箇所…「高齢者の医療の確保に関する法律」に定める特定健康診査等実施計画とします。

はじめに

令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。開成町国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期・第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

	目的	根拠法令
第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	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)
第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1章 計画の基本方針

1. 計画策定の背景

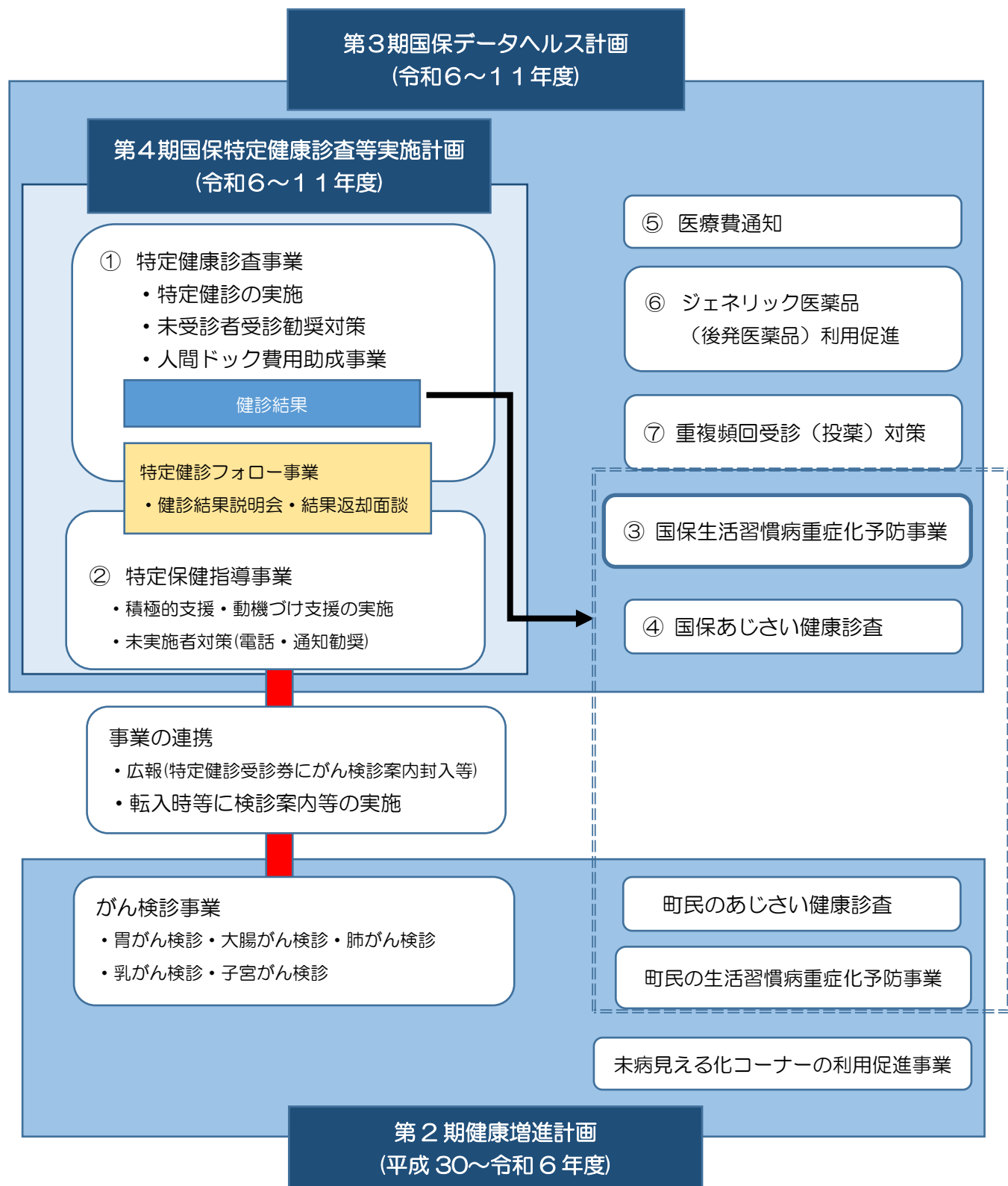
平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、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、また、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、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、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※の設定を推進するとの方針が示されました。市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指します。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

2. 計画の趣旨及び位置づけ

保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。本計画は、「開成町総合計画」等の既存計画における施策や評価指標と整合を図ります。本計画における保健事業は、開成町総合計画の基本的な視点の一つである「自主的な健康増進と疾病予防の推進」における自らの健康状態・生活機能を維持・向上させるための自発的な努力である「セルフケア」の取組の一助となるものです。特に関連計画である「開成町第2期健康増進計画・食育推進計画」では、自分の状態に適した健康づくりを実践し、いつまでも健康でいるためには、自分自身の健康状態を把握し、その結果に応じた生活習慣の見直しなどが重要であることから、「効果的かつ継続的な健康状態の把握のための健(検)診受診」を基本施策の1つとして定め、連携した取組を推進していきます。

【図 1】国保保健事業と国保以外の事業との関係



3. 計画の期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	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
(国) 第3期医療費適正化基本方針						(国) 第4期医療費適正化基本方針					
(神奈川県) 第3期医療費適正化計画						(神奈川県) 第4期医療費適正化計画					
第2期データヘルス計画 (第3期特定健診等実施計画)						第3期データヘルス計画 (第4期特定健診等実施計画)					
第2期健康増進計画・食育推進計画						延長	第3期健康増進計画・食育推進計画 (令和〇年度まで)				

4. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

開成町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は総合窓口課及び子育て健康課健康づくり班の関係課や県、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、総合窓口課及び子育て健康課健康づくり班が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、関係課と連携してそれぞれの健康課題を共有しながら保健事業を展開します。総合窓口課及び子育て健康課健康づくり班は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。実施する保健事業と関係課が連携を図るとともに、医師会、歯科医師会、薬剤師会、特定健康診査実施医療機関等とも連携を図り、特定健康診査や特定保健指導の実施率向上、医療費適正化に努めていきます。また、共同保険者である神奈川県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関等からの助言・指導・支援を受けて実施します。

(3) 地域包括ケアに係る取組

要介護に至る疾病については、1位 認知症、2位 癌、3位 骨折・転倒となっています（第9期高齢者保健福祉計画より）。多くは、運動不足、外出機会の減少による閉じこもりなどが原因と考えられます。

地域包括ケアシステムでは、高齢者が住み慣れた地域で住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される中で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目指します。

本計画の推進にあたっては、介護予防担当・医療介護連携担当課や地域包括支援センター、後期高齢者の保健事業担当と連携を図り、国保データベース（KDB）システムによるデータなどを活用して地域の健康状態や健康課題を分析し、地域包括ケアに係る取組の推進をします。

第2章 現状分析

1. 基礎統計

(1) 地理的・社会的背景

本町は、神奈川県の中西部、足柄上地区の中央部に位置し、面積は6.55km²と県内で一番小さな町で、水が豊かで自然に囲まれ、うるおいと利便性を兼ね備えた暮らしやすい土地柄です。

近年では小田急線の急行が停車するようになるなど、交通の便に恵まれ、若い子育て世代が転入し、町制施行以来68年間人口は増え続け、令和2年の国勢調査では、人口増加率が県内で最も高い町となっています。

令和2年には、日本初の「ゼロエネルギービル」で新庁舎を整備し、町の顔であると同時に低炭素社会実現に向けたシンボルとなっています。

(2) 人口、被保険者、高齢化率

開成町の人口は、18,633人です。（令和5年10月1日現在）平成27年国勢調査から令和2年国勢調査までの5年間の人口増加率は7.7%で、県内市町村の中では最も高い人口増加率となっています。また、平成17年国勢調査から4回連続で人口増加率が県内市町村で1位となっています。

人口及び国保加入者数（令和4年度）

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢	出生率	死亡率
開成町	18,557	26.1%	2,898	15.6%	54.9歳	7.7	8.5
県	9,023,259	25.6%	1,671,223	18.5%	52.6歳	6.7	9.4
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4歳	6.8	11.1

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より一部改変 ※開成町の人口総数・高齢化率については、令和4（2022）年開成町年齢別人口（企画政策課）より引用し、それ以外の人口総数・高齢化率は令和2年の国勢調査人口等基礎集計の数値

町の国保加入者数は、令和5年3月末現在で2,898人（加入率15.6%）、加入世帯数は1,906世帯（24.8%）となっており、年々、減少傾向が続いています。

町の特徴として、製造業・サービス業等を中心として社会保険加入者が多く、個人事業主等をはじめとする国保加入者が少ない傾向がみられます。

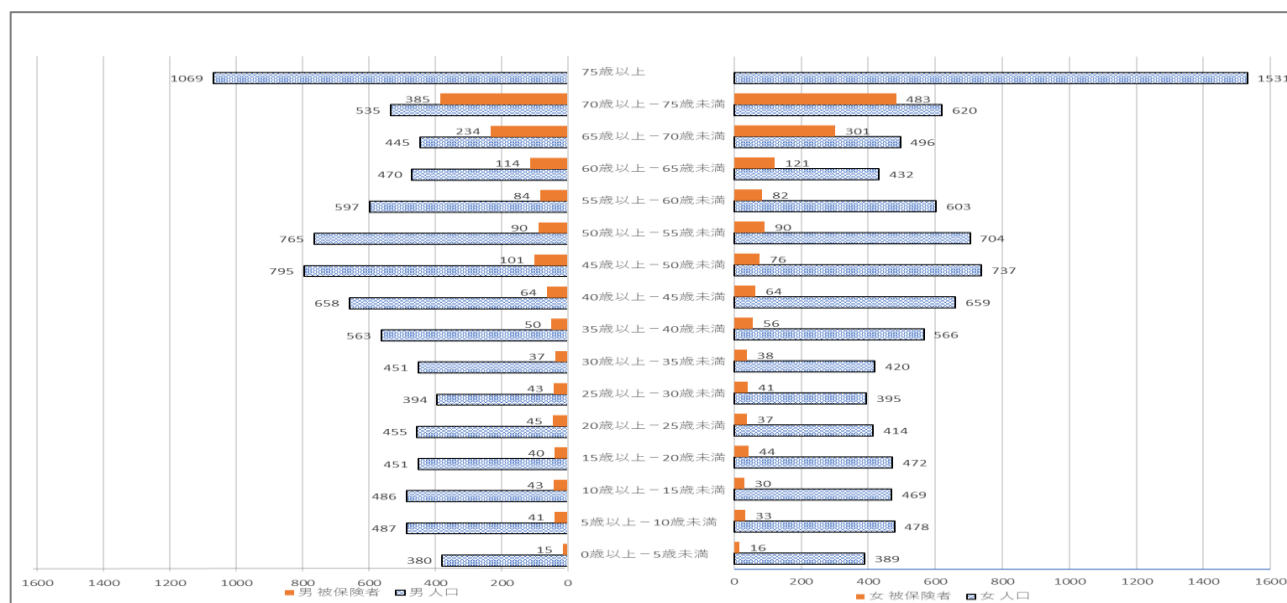
人口及び国保加入者数率の推移

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
住民基本台帳人口	17,520	17,767	18,063	18,257	18,363	18,557
国保被保険者数（一般）	3,354	3,212	3,154	3,130	3,011	2,898
加入率	19.1%	18.1%	17.5%	17.1%	16.4%	15.6%
加入世帯数	6,913	7,062	7,268	7,381	7,507	7,688

資料：住民基本台帳ほか

人口及び被保険者数を年齢別性別で見ると、国保加入者は年齢とともに上昇する傾向にあります。

男女別・年齢階層別国民健康保険加入者構成（令和4年度）

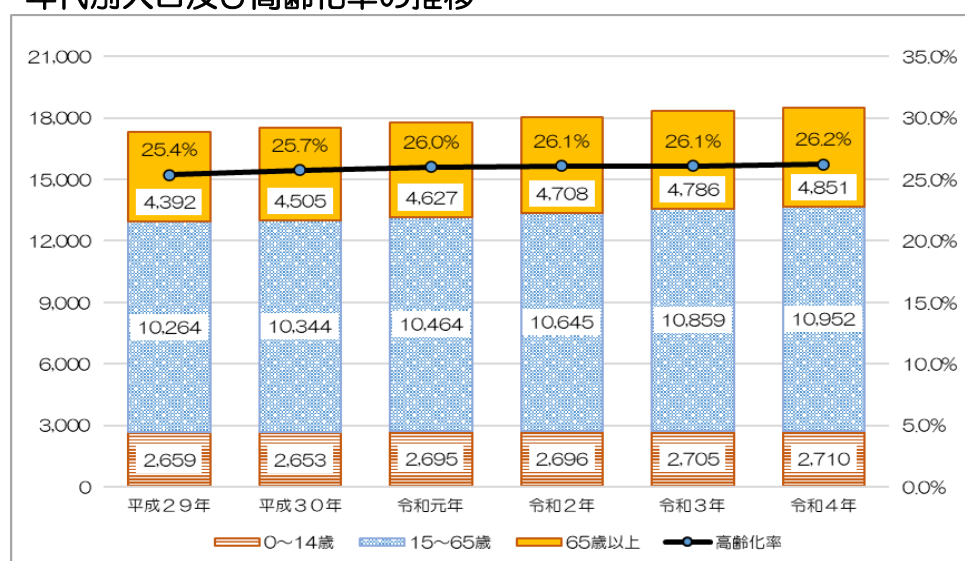


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

令和2年国勢調査では、総人口に占める0歳から14歳までの人口（年少人口）の割合は、14.8%で、県内市町村の中で1位となっています。年少人口は、前回調査から114人増加（0.5ポイント低下）し、神奈川県内の市町村の中では子どもが多い町です。

65歳以上の人口は、前回調査から509人増加し、4,768人となりました。町の総人口に占める65歳以上の割合は前回調査から1.0ポイント上昇し26.1%となり、約4人に1人が65歳以上となっています。

年代別人口及び高齢化率の推移



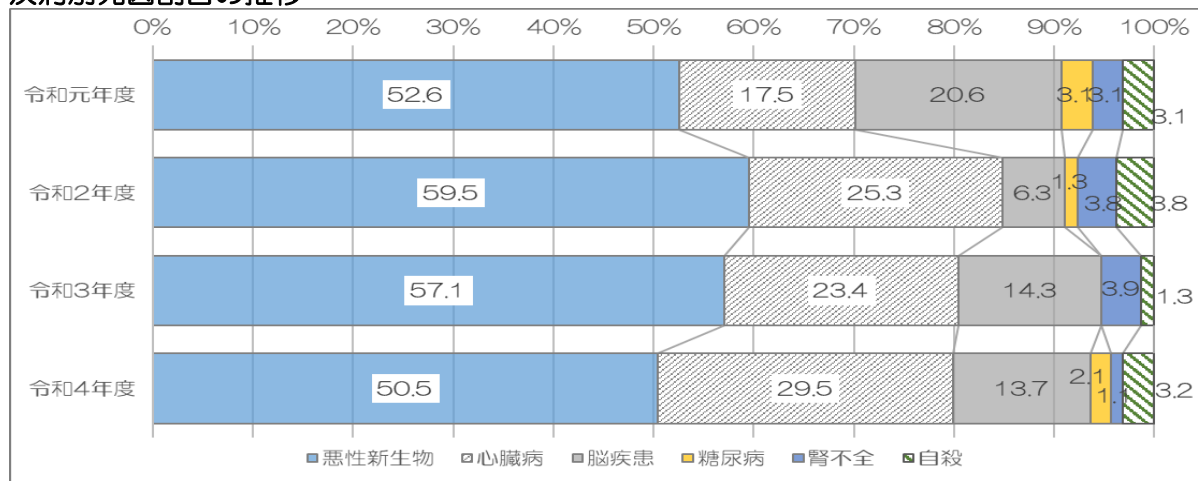
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より一部改変

※開成町の人口総数・高齢化率については、令和4（2022）年開成町年齢別人口（企画政策課）より引用し、それ以外の人口総数・高齢化率は令和2年の国勢調査人口等基本集計（総務省統計局）の数値。

(3) 死因の状況

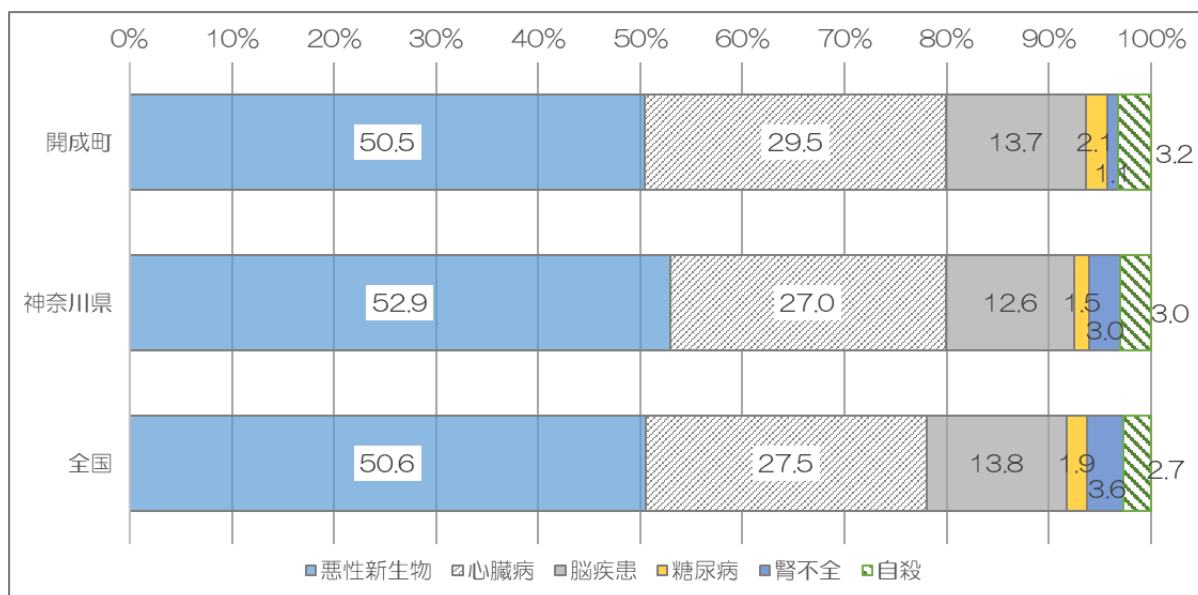
主な疾患別の死因割合を見ると悪性新生物が最も多く、次いで心臓病、脳疾患と順位は変わっていません。心疾患の占める割合が高くなっています。神奈川県、全国との比較では、心疾患と糖尿病、自殺の占める割合が上回っています。

疾病別死因割合の推移



資料：KDB データ「地域の全体像の把握」

疾病別死因割合（令和4年度）※神奈川県、全国との比較

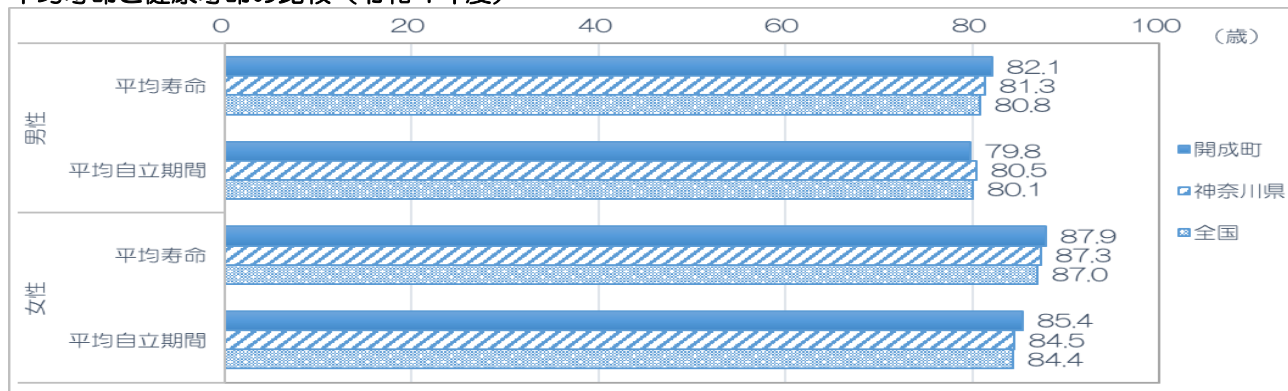


資料：KDB データ「地域の全体像の把握」

(4) 平均寿命・平均自立期間の状況

男女別の平均寿命と平均自立期間では、男性の平均自立期間以外は県・国と比べ高くなっています。平均寿命と平均自立期間の差の介護が必要とされる期間が、男性で県・国と比べ長くなっています。

平均寿命と健康寿命の比較（令和4年度）



資料：KDB データ「地域の全体像の把握」

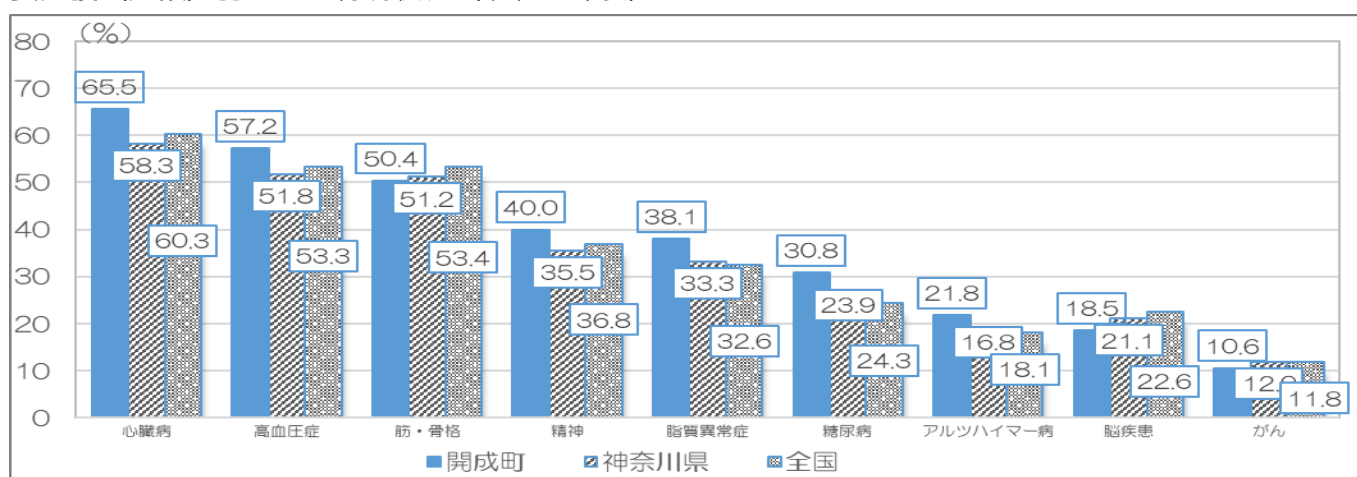
(5) 介護保険の状況

介護認定率は、神奈川県及び全国と比べても低い状況にありますが、1件当たりの給付費は神奈川県よりも高くなっています。また、介護認定者における有病状況では、心臓病が65.6%、次いで高血圧が57.2%と多く、神奈川県及び全国と比較して高くなっています。

介護認定率及び1件当たり介護給付費（令和4年度）

	開成町	神奈川県	全国
介護認定率（%）	16.2	19.1	19.4
1件当たりの給付費（円）	55,898	54,139	59,662
1件当たりの居宅給付費（円）	39,160	39,383	41,272
1件当たり施設給付費（円）	276,780	299,527	296,364

要介護（支援）認定者の有病状況（令和4年度）



資料：KDB データ「地域の全体像の把握」

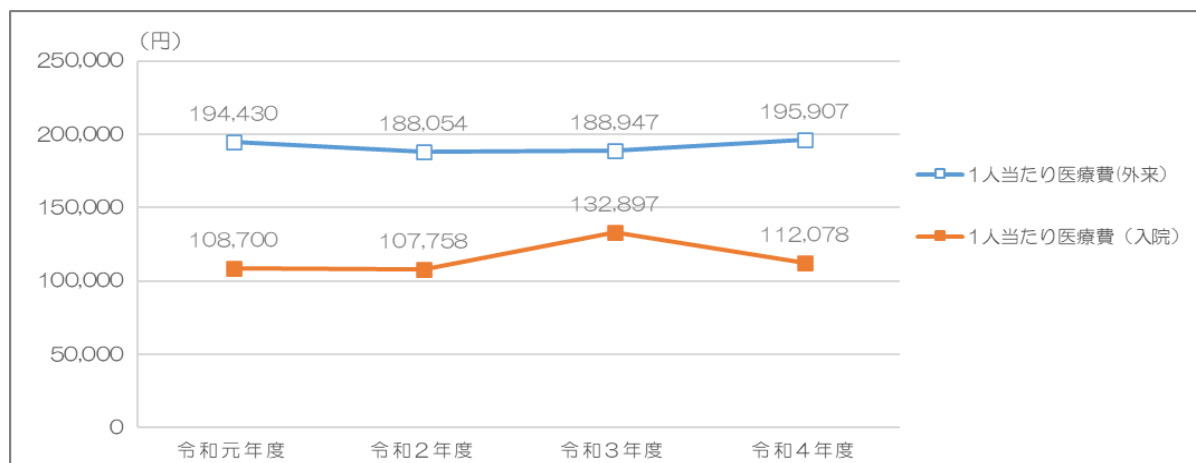
2. 医療費に関する分析

(1) 入院、外来医療費の状況

令和元年度から令和4年度までの被保険者一人当たりの医療費では、新型コロナウイルス感染症の影響の行動制限で微減もありましたが、入院・外来ともに増加傾向にあります。

入院、外来の医療費等の割合では、入院医療費の割合が県・国と比べ高くなっています。また、入院、外来ともに1件当たり・1人当たりの医療費が県・国と比べ高く、県内市町村のなかでも医療費水準は高い状況です。

入院・外来の被保険者一人当たり医療費の推移



資料：KDB システムより

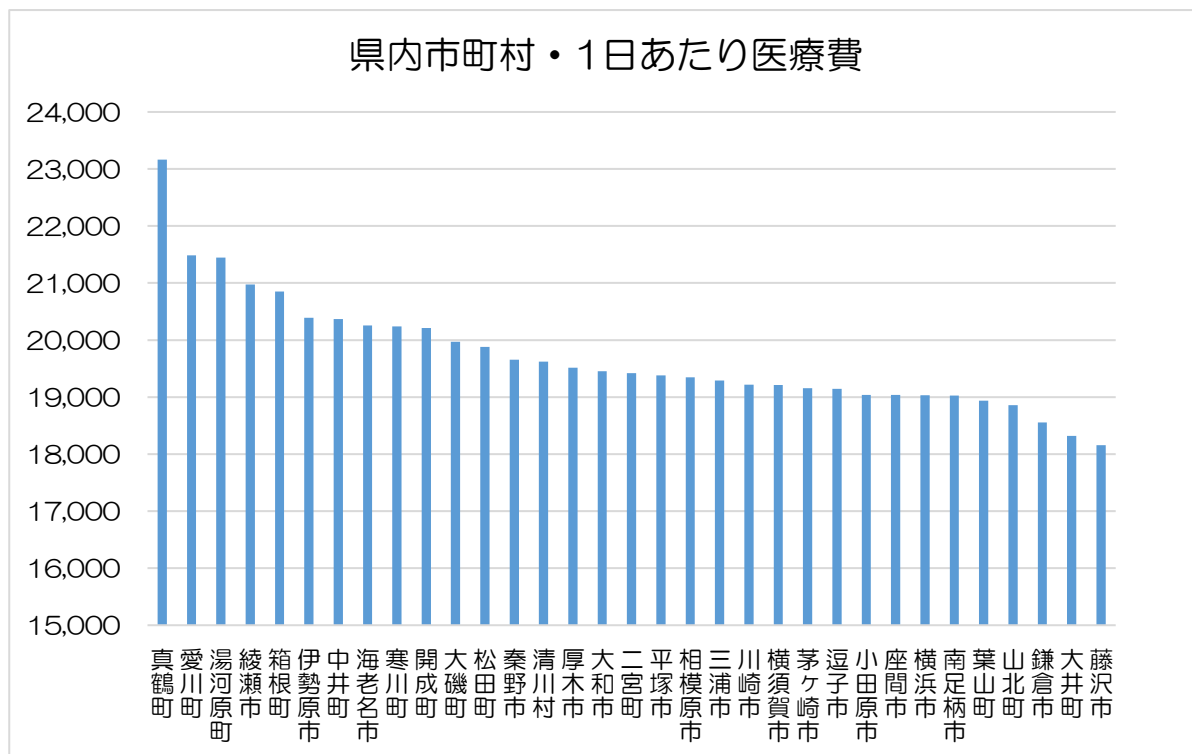
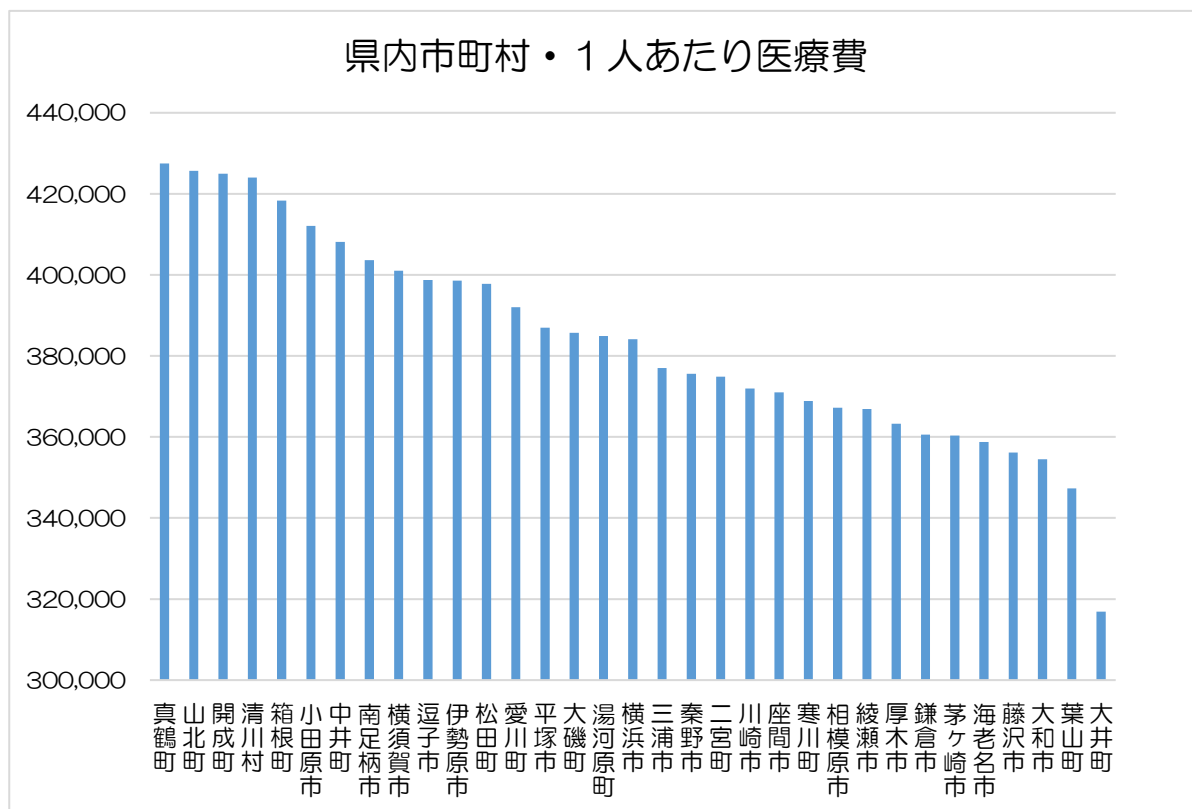
医療費の構成比（令和4年度）

入 院	開成町	神奈川県	全国
入院医療費の割合（％）	42.3	38.5	41.6
1件当たり医療費（円）	671,950	662,130	627,780
1人当たり医療費（円）	112,078	102,487	118,431
1日当たり医療費（円）	39,395	43,780	38,716
1件当たり日数(日)	17.0	14.9	16.0

外 来	開成町	神奈川県	全国
外来医療費の割合（％）	57.7	61.5	58.4
1件当たり医療費（円）	25,950	25,160	24,660
1人当たり医療費（円）	195,907	174,402	177,050
1日当たり医療費（円）	18,504	16,590	16,494
1件当たり日数(日)	1.4	1.5	1.5

資料：KDB システムより

県内市町村の状況（令和3年度）

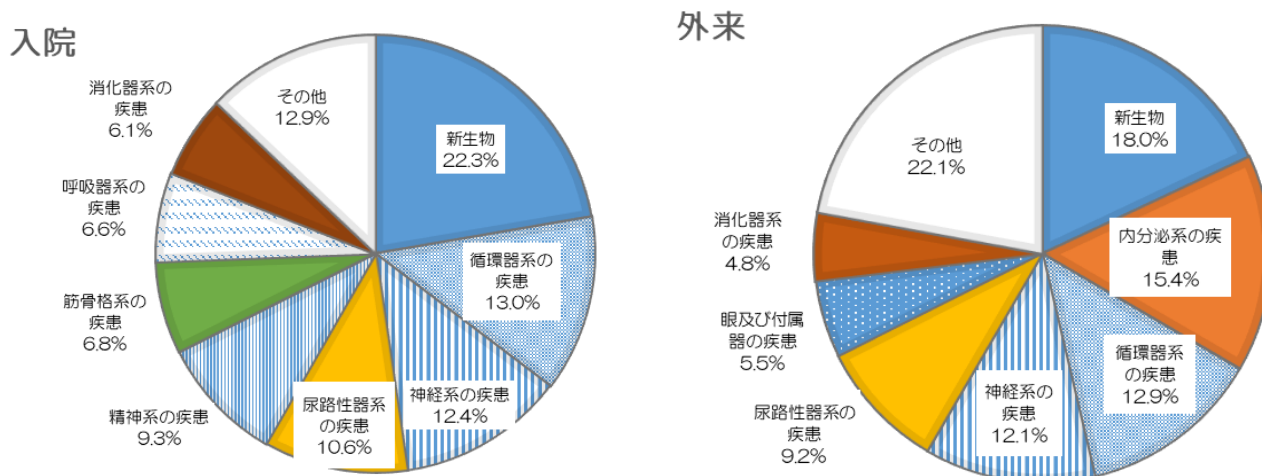


出典：令和3年度国民健康保険事業状況

(2) 疾病別の医療費の状況

令和4年度の医療費を疾病大分類別に見ると、入院では悪性新生物が22.3%で一番多く、に循環器系の疾患、神経系の疾患となり、3疾病で入院医療費の47.7%を占めています。外来では、悪性新生物が18.0%で一番多く、次に内分泌系の疾患、循環器系の疾患と続いています。

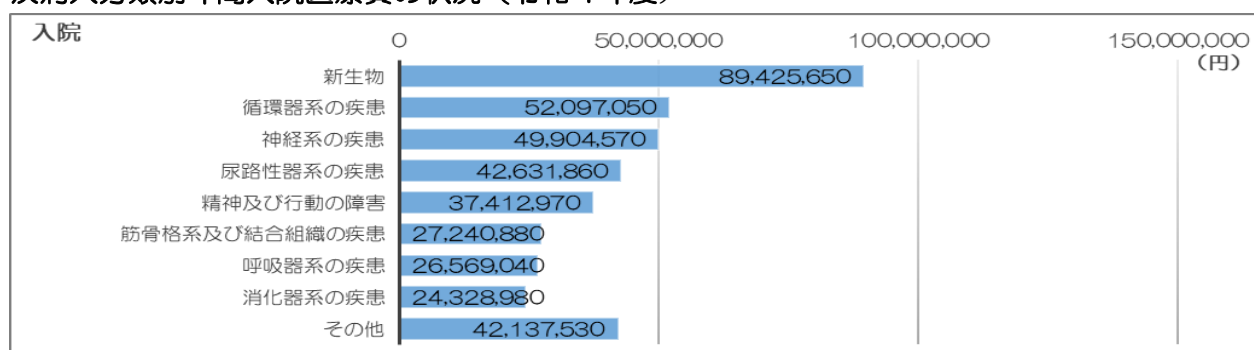
令和4年度疾病大分類別医療費割合（入院、外来）



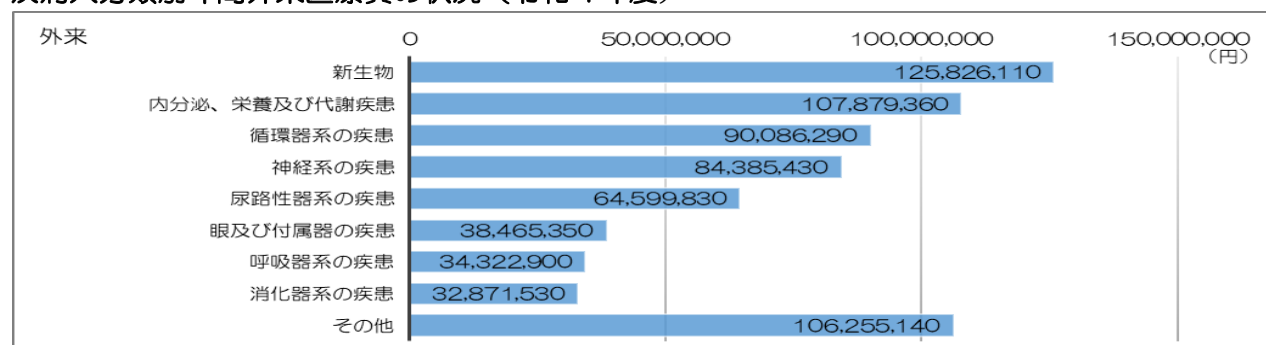
資料：KDB システムより

疾病大分類別の入院医療費をみると、最も高額なのは悪性新生物で、次いで循環器系疾患、神経系疾患と続いています。一方、疾病大分類別の外来医療費をみると、最も高額なのは悪性新生物で、次いで内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系疾患と続いています。

疾病大分類別年間入院医療費の状況（令和4年度）



疾病大分類別年間外来医療費の状況（令和4年度）



資料：レセプトデータ（医科）（令和4年4月から令和5年3月診療分まで）

中分類別の医療費では、入院の1位は腎臓病が約3,800万円で、外来では3位が糖尿病、4位が腎不全、5位が高血圧性疾患となっており、生活習慣病が上位を占めています。入院と外来の合計で見ても、生活習慣病又はそのエンドステージの疾患が上位を占めていることが分かります。

令和4年度疾病中分類別医療費上位10疾病（入院、外来、合計）

入院

外来

	入院中分類別疾患	疾病別医療費（円）	入院医療費に占める割合		外来中分類別疾患	疾病別医療費（円）	入院医療費に占める割合
1	腎不全	38,388,860	9.8%	1	その他の悪性新生物	76,720,060	11.2%
2	その他の悪性新生物	33,605,490	8.6%	2	その他の神経系の疾患	75,148,750	11.0%
3	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想障害	25,680,750	6.6%	3	糖尿病	65,693,040	9.6%
4	その他の消化器系の疾患	20,218,440	5.2%	4	腎不全	49,142,290	7.2%
5	その他の呼吸器系の疾患	18,569,600	4.7%	5	高血圧性疾患	40,120,540	5.9%
6	良性新生物及びその他の新生物	15,658,410	4.0%	6	その他の心疾患	34,474,870	5.0%
7	その他の心疾患	18,566,670	4.7%	7	脂質異常症	33,839,160	4.9%
8	その他の神経系の疾患	14,407,200	3.7%	8	その他の眼及び付属器の疾患	30,732,560	4.5%
9	気管、気管支及び肺の悪性新生物	13,838,770	3.5%	9	その他の消化器系の疾患	17,715,400	2.6%
10	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	13,404,640	3.4%	10	気分障害	15,547,310	2.3%
	その他（上記以外の疾患）	179,409,700	45.8%		その他（上記以外の疾患）	245,557,960	35.9%
	入院総医療費	391,748,530			外来総医療費	684,691,940	

資料：KDB システムより

合計（入院＋外来）

	合計中分類別疾患	疾病別医療費（円）	入院医療費に占める割合		合計中分類別疾患	疾病別医療費（円）	入院医療費に占める割合
1	その他の悪性新生物	110,325,550	10.2%	7	その他の消化器系の疾患	37,933,840	3.5%
2	その他の神経系の疾患	88,987,520	8.3%	8	脂質異常症	33,924,740	3.2%
3	腎不全	87,531,150	8.1%	9	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想障害	33,274,310	3.1%
4	糖尿病	69,148,980	6.4%	10	その他の眼及び付属器の疾患	31,892,900	3.0%
5	その他の心疾患	53,041,540	4.9%		その他（上記以外の疾患）	490,217,330	45.5%
6	高血圧性疾患	40,162,610	3.7%		総医療費	1,076,440,470	

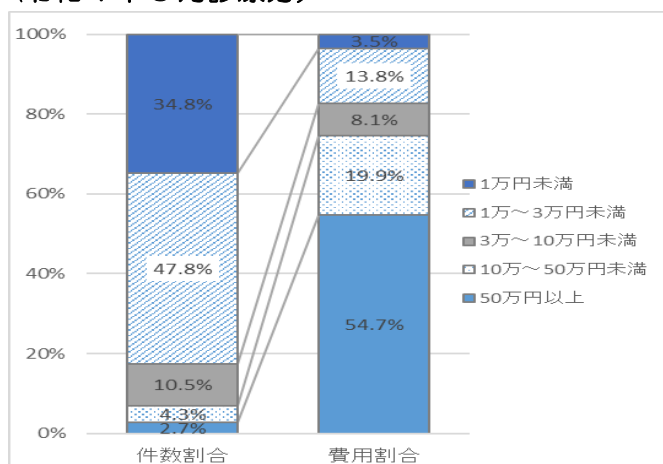
資料：KDB システムより

(3) 高額レセプトの状況

令和4年6月診療分のレセプトを費用額で区分して構成割合をみると件数割合では3万円未満のレセプトが約8割を占めていて、50万円以上の高額レセプトは全体の2.7%となっていますが、費用構成割合で見ると医療費の54.7%が高額レセプトによるものであることから、重症化させない取り組みが必要になります。

50万円以上となった高額レセプトの疾病内容を見ると糖尿病、腎不全が上位を占めています。

費用額別の件数及び費用額の構成割合
(令和4年6月診療分)



50万円以上のレセプトにおける疾病(中分類)の状況 (令和4年6月診療分)

疾患 (中分類)	件数(件)	費用額
糖尿病	15	653,210
腎不全	8	5,415,610
その他の悪性新生物<腫瘍>	7	8,387,890
その他の消化器系の疾患	4	4,348,450
乳房の悪性新生物<腫瘍>	4	2,131,430
その他の心疾患	3	2,721,290
虚血性心疾患	2	2,949,280
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	2	1,433,470
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	2	1,831,900
その他疾病1件のみのもの	10	18,234,950
総計	57	48,107,480

資料：KDB システムより

(4) 生活習慣病の医療費、患者数状況

令和4年度の年間医療費総額では、腎不全が最も高く、次いで糖尿病、高血圧症となり、全体の割合の78.1%を占めています。被保険者における患者発生率をみると、高血圧症が最も多く、次いで脂質異常症、糖尿病となっています。また、患者一人当たりの医療費をみると、心筋梗塞が最も高く約65万円かかっています。

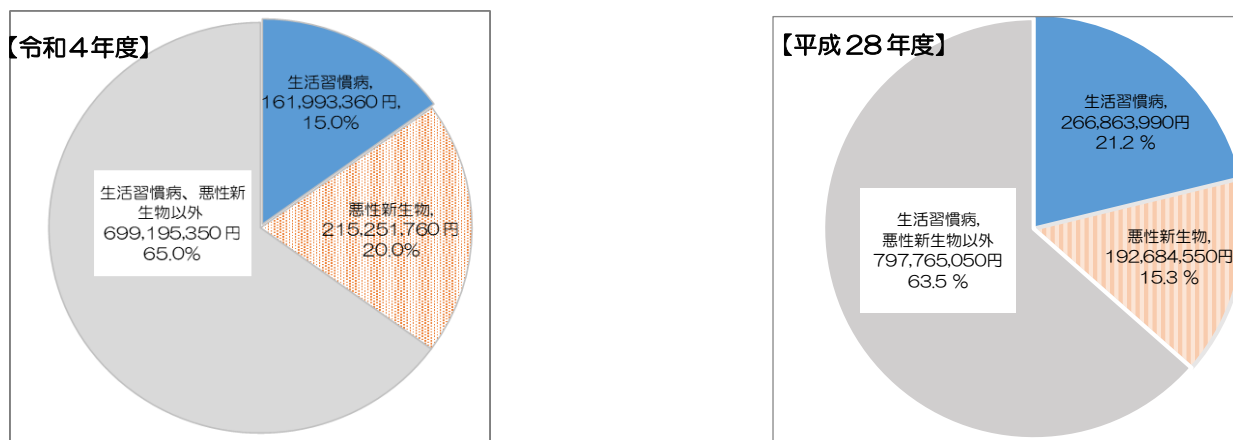
生活習慣病の医療費、患者数状況 (令和4年度)

	医療費 (円)	医療費割合	患者数 (人)	患者発生割合	患者一人当たりの医療費 (円)
糖尿病	67,048,990	26.9%	1,875	6.7%	35,759
高血圧症	40,162,610	16.1%	2,587	9.3%	15,525
脂質異常	33,924,740	13.6%	2,290	8.2%	14,814
狭心症	10,404,140	4.2%	174	0.6%	59,794
脳梗塞	4,631,080	1.9%	99	0.4%	46,779
心筋梗塞	4,560,270	1.8%	7	0.0%	651,467
脂肪肝	511,290	0.2%	19	0.1%	26,910
高尿酸血症	445,630	0.2%	24	0.1%	18,568
動脈硬化症	246,030	0.1%	8	0.0%	30,754
脳出血	58,580	0.0%	7	0.0%	8,369
腎不全	87,531,150	35.1%	197	0.7%	444,321
合計	249,524,510		7,287	被保険者数 27,879	

資料：レセプトデータ (医科) (令和4年4月から令和5年3月診療分まで)

生活習慣病の医療費は、年間医療費総額の15.0%を占めており、悪性新生物（がん）は20.0%であり、平成28年度と比べ反転しています。

年間医療費総額に占める生活習慣病、悪性新生物の割合



資料：レセプトデータ（医科）（令和4年4月から令和5年3月診療分まで）

（5）人工透析患者の状況

令和4年度の人工透析患者は14人で、患者一人当たりの年間医療費は約900万円と高額になっています。

人工透析患者の医療費（令和4年度）

	患者数（人）	レセプト点数（点）	合計医療費(円)	患者一人当たりの医療費（円）
透析患者	14	53,156	109,972,847	9,112,490

資料：レセプトデータ（医科）（令和4年4月から令和5年3月診療分まで）

人工透析患者を令和4年6月診療のレセプトで調べると14人であり全体の0.5%になります。また、合併症として高血圧症が最も多く、続いて脂質異常症、糖尿病となっています。

年齢階層別・被保険者にかかる人工透析患者のレセプト分析（令和4年6診療分）

年齢	被保険者数	7月のレセプト件数	人工透析患者		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合※	人数	割合※	人数	割合※	人数	割合※
20歳代以下	425	151	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30歳代	210	79	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
40歳代	307	157	1	0.3%	1	100%	0	0.0%	1	100%	1	100%
50歳代	362	226	5	1.4%	3	60.0%	5	100%	0	0.0%	2	40.0%
60～64歳	269	230	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65～69歳	586	588	2	0.3%	0	0.0%	2	100%	0	0.0%	2	100%
70～74歳	887	948	6	0.7%	2	33.3%	5	83.3%	1	16.7%	4	66.7%
総計	3,046	2,379	14	0.5%	6	42.9%	12	85.7%	2	14.3%	9	64.3%

資料：KDB システムより

※人工透析患者における割合

第3章 保健事業の分析

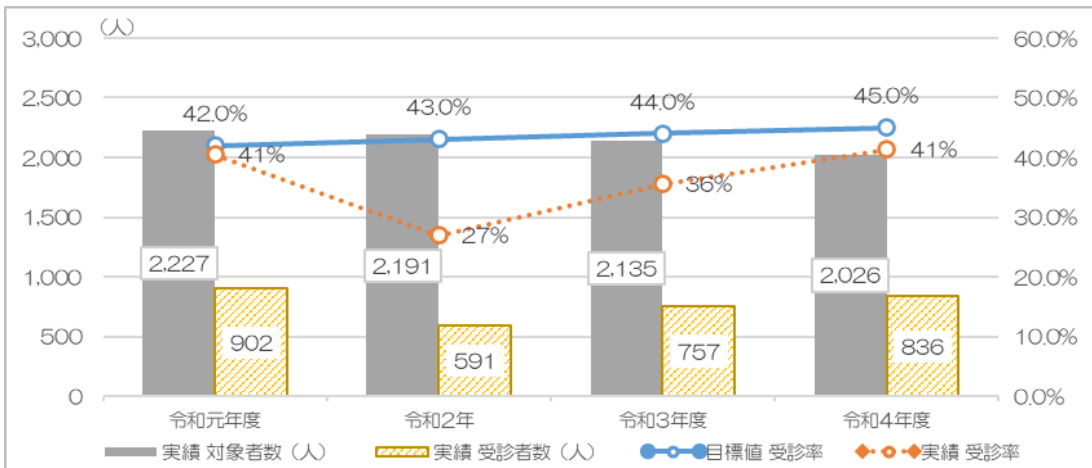
1. 特定健康診査

(1) 特定健康診査受診率

令和4年度の特定健診受診率は41.3%と新型コロナウイルス感染症前の受診率に戻ってきています。令和5年度以降は更なる取り組みの強化、拡充を行い目標を達成できるよう受診率を上昇させることが課題です。特定健診受診率は県内で上位にいます。

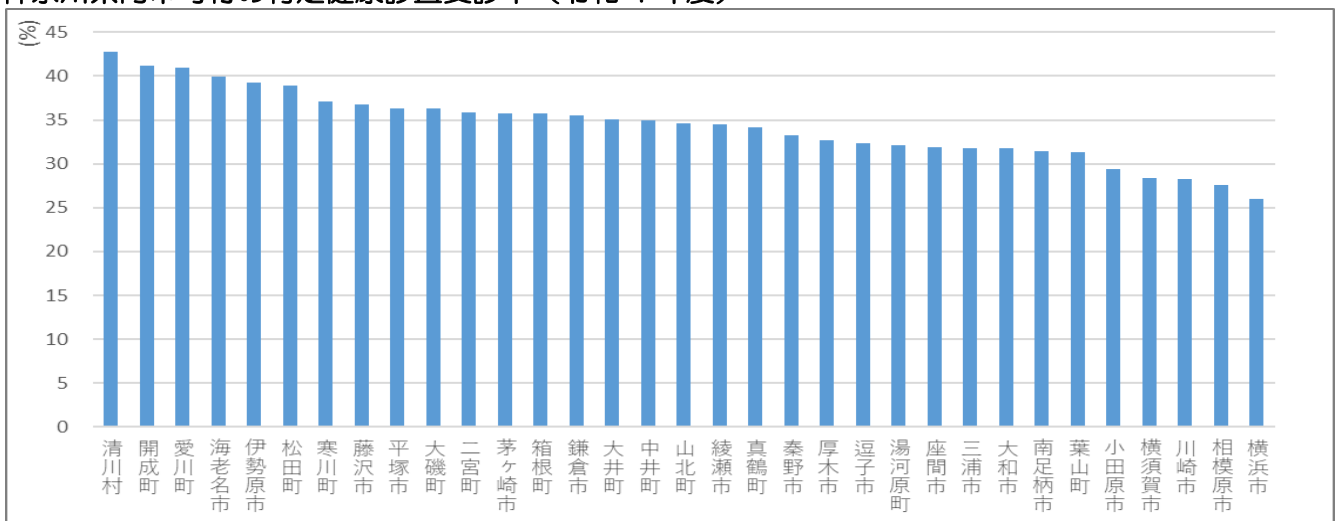
年度別特定健康診査受診率

		令和元年度	令和2年	令和3年度	令和4年度
目標値	受診率	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%
実績	受診率	40.5%	27.0%	35.5%	41.3%
	対象者数（人）	2,227	2,191	2,135	2,026
	受診者数（人）	902	591	757	836



資料：特定健診データ（法定報告値）

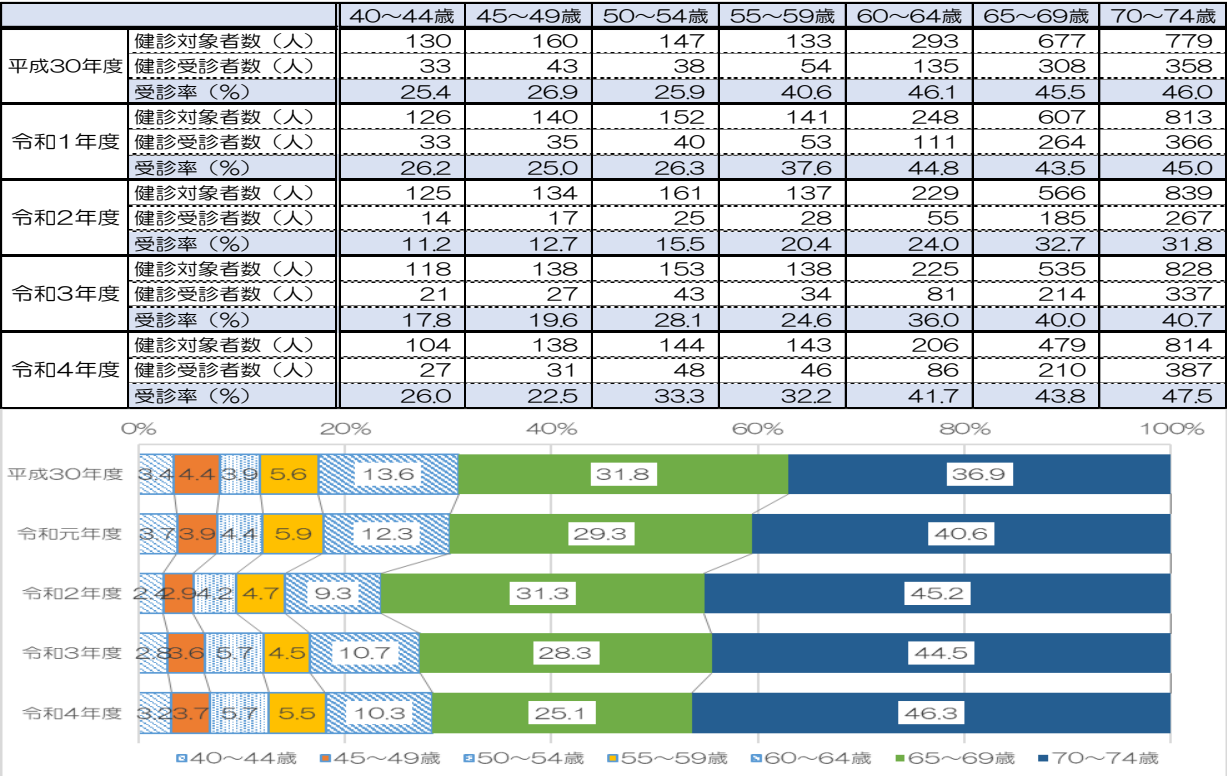
神奈川県内市町村の特定健康診査受診率（令和4年度）



資料：国保連合会提供資料（法定報告値）より

年齢が高くなるにつれて受診率も高くなる傾向は年度ごとに大きな変化はありません。

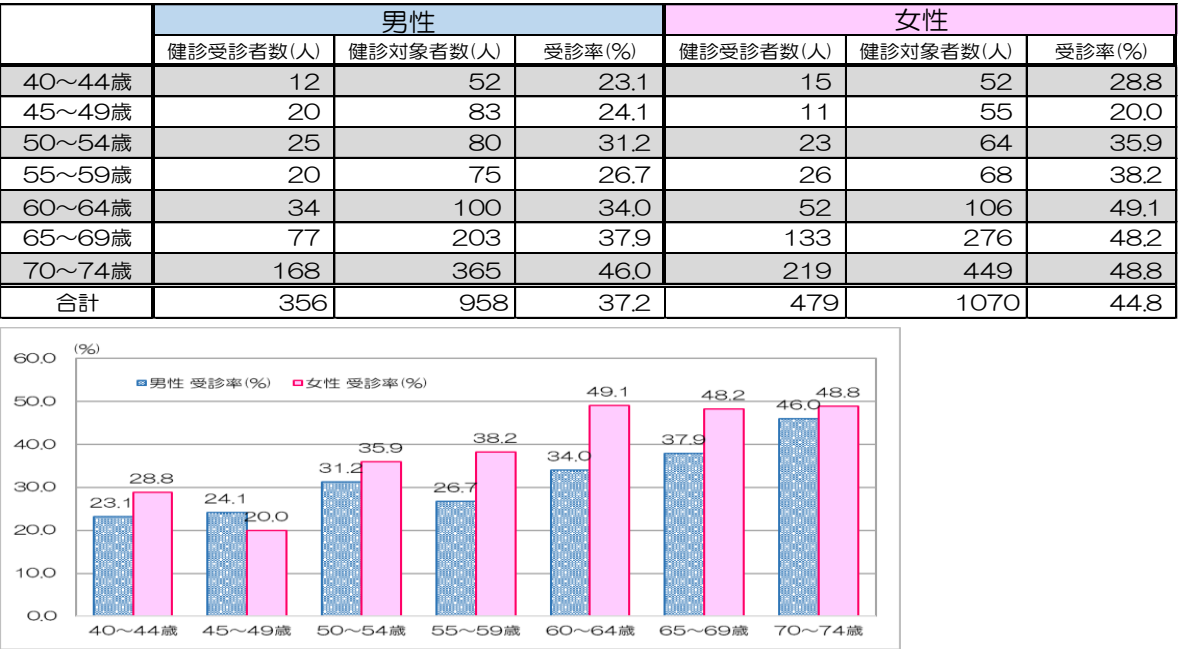
年齢別受診状況



資料：特定健診データ（法定報告値）

性別年齢別受診率を見ると、女性は 60 歳以上、男性は 70 歳以上の方の受診率が高く男女ともに 40 歳代の受診率は 20%代と低いことがわかります。

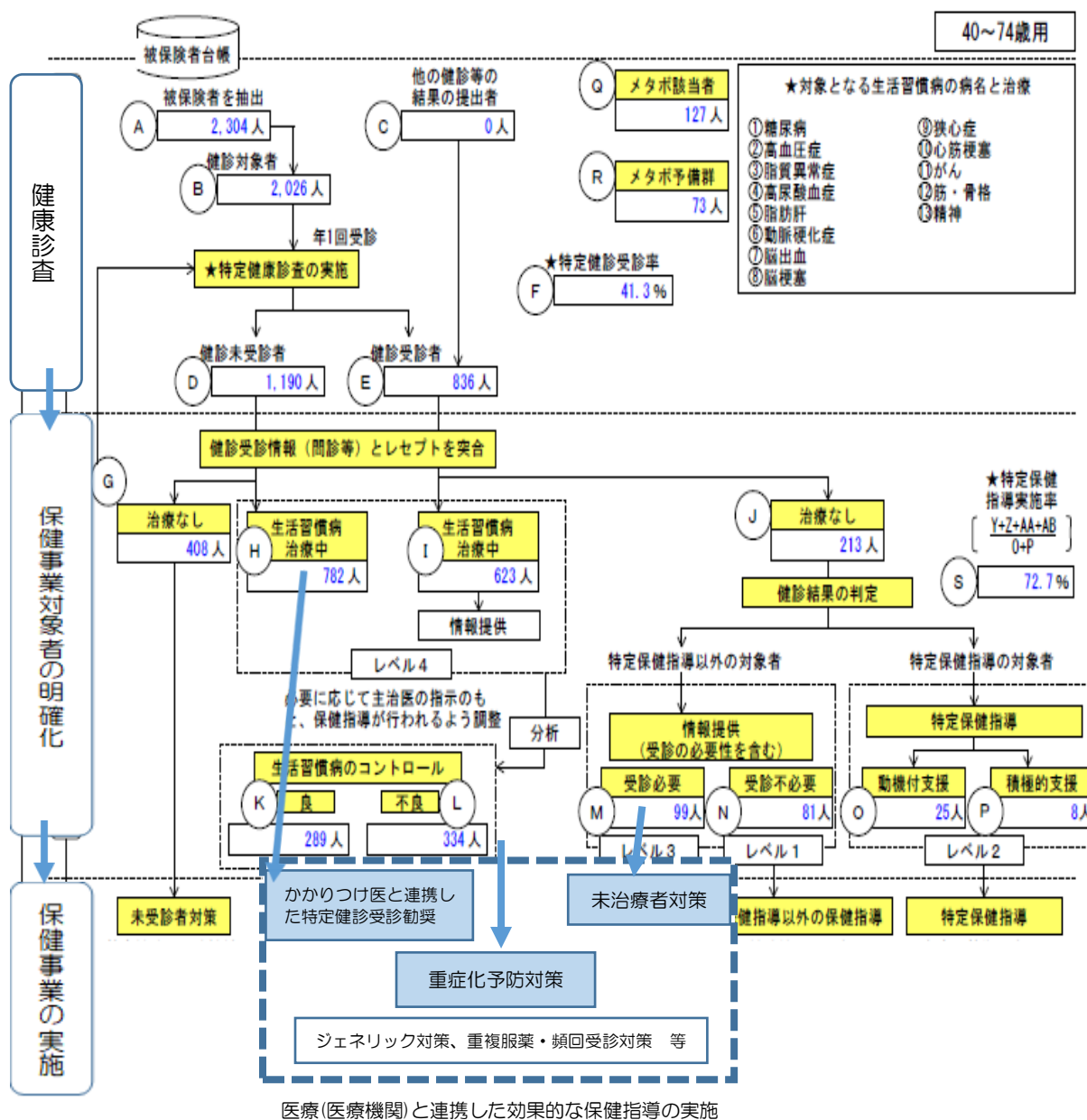
特定健康診査性別年齢別受診率（令和 4 年度）



資料：特定健診データ（法定報告）

(2) 被保険者の階層化（令和4年度）

令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものです。令和4年度の健診受診者は836人、健診未受診者は1,190人となっています。



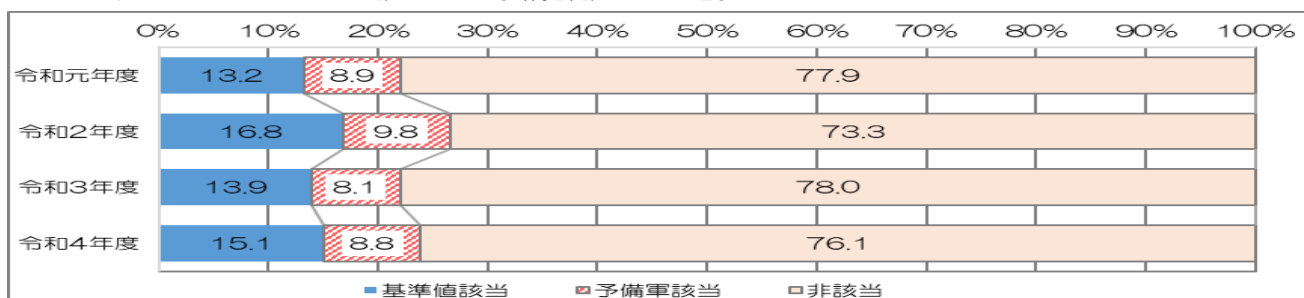
資料：KDB システムより

(3) メタボリックシンドローム判定の状況

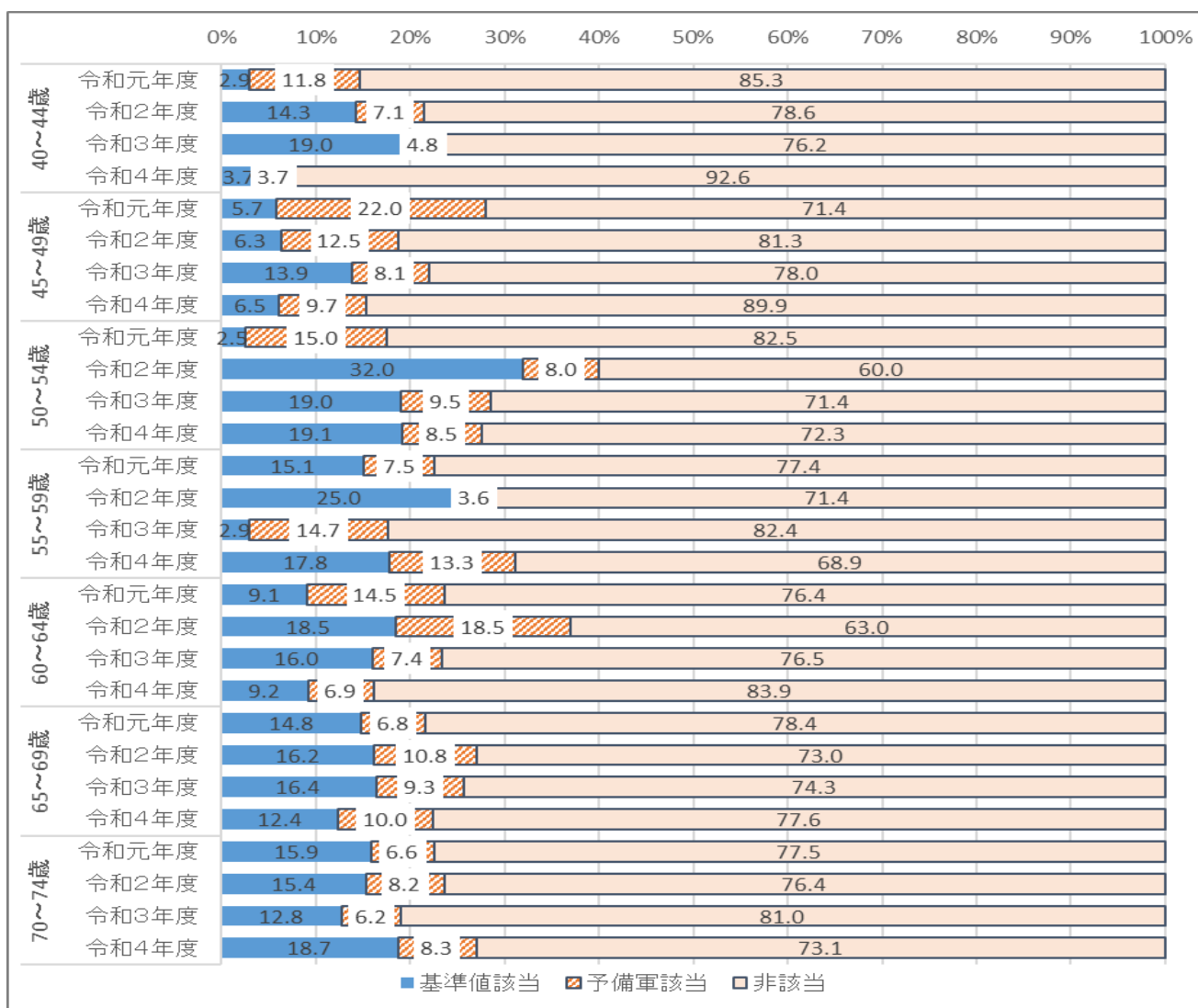
メタボリックシンドローム該当者、予備群該当者は微増傾向にあります。

年齢別でみると、50代と70代で高い傾向にあります。また、男女別でみると、メタボリックシンドローム該当者、予備群該当者ともに男性が女性の約4倍高くなっており、男女ともに増加傾向にあります。

メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者の割合

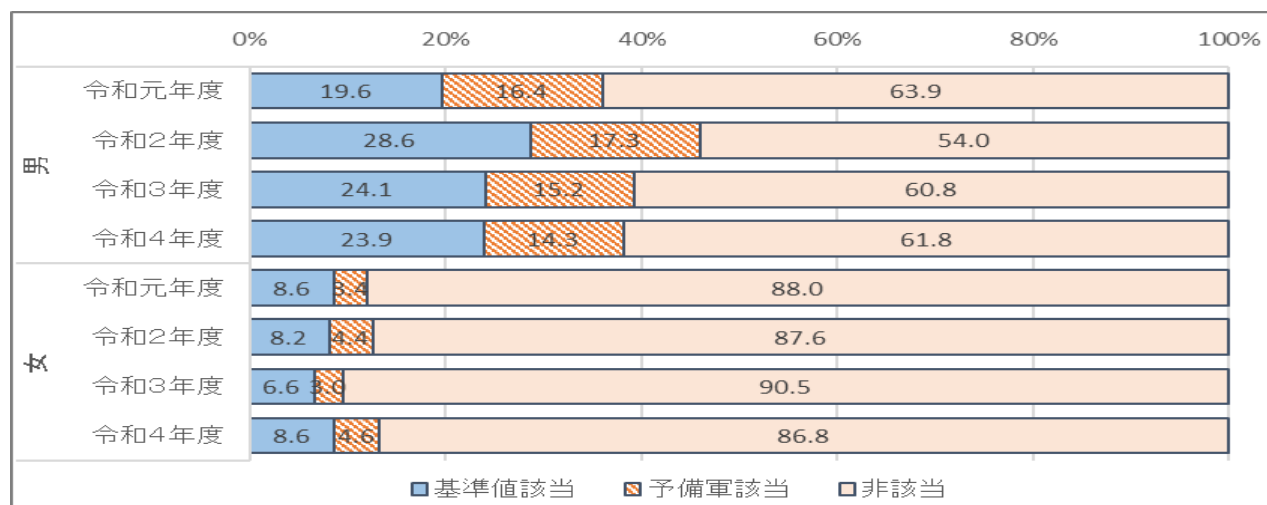


年齢別・年度別判定の割合



資料：特定健診データ（法定報告値）

性別・年度別判定の割合



資料：特定健診データ（法定報告値）

*メタボリックシンドローム判定基準

腹囲
男性85cm 以上
女性 90cm 以上



【リスクの項目】

血圧

収縮期血圧が 130 mm Hg 以上 又は
拡張期血圧が 85 mm Hg 以上

血糖

空腹時血糖が 110 mg/dl 以上
HbA1c が 6.0%以上(食後 10 時間未満)

脂質

中性脂肪が 150 mg/dl 又は
HDL コレステロール 40 mg/dl 未満

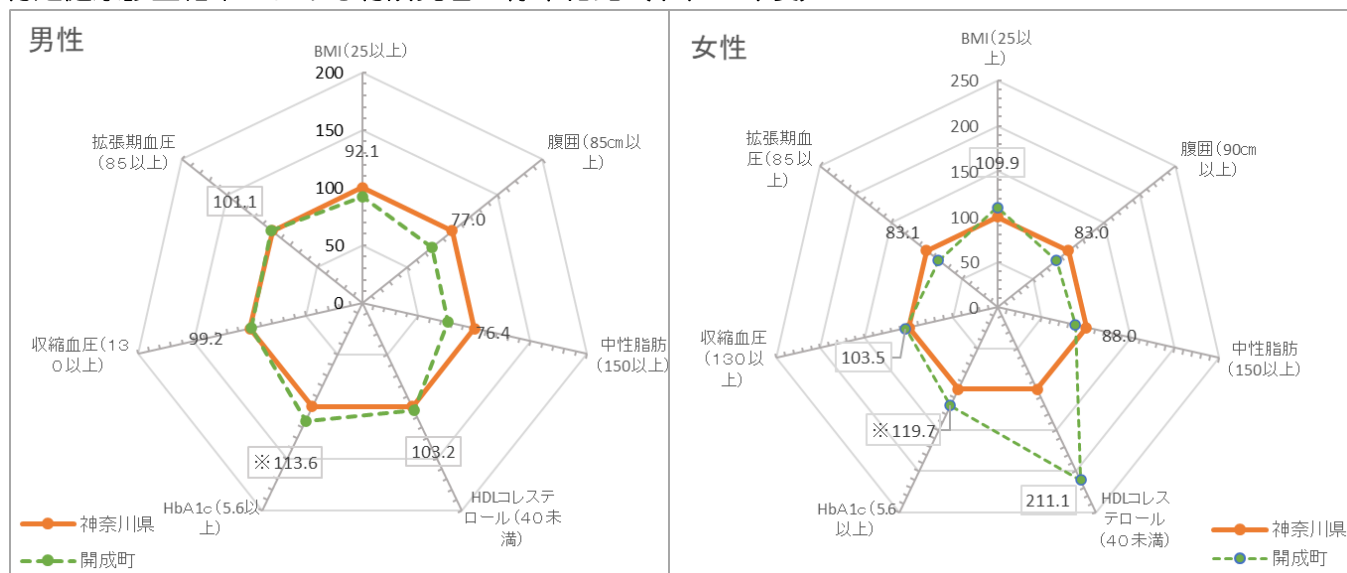
リスク項目が2つ以上該当…メタボリックシンドローム基準該当
リスク項目が1つでも該当…メタボリックシンドローム予備軍該当

*服薬治療者も含まれる

(4) 有所見者の状況

特定健康診査の結果の有所見者の状況を、年齢調整をして神奈川県と比較するため、県の水準を100とした標準化比を見ると、男女ともHbA1cが有意に高くなっています。また、女性はHDLコレステロールにおいては有意に高くなっています。

特定健康診査結果における有所見者の標準化比（令和4年度）



* 有所見者の基準

BMI	25.0 以上
腹囲	男性：85 cm以上 女性：90 cm以上
中性脂肪	150 mg/dl 以上
HDL コレステロール	40 mg/dl 未満
HbA1c	5.6%以上
血圧	収縮期：130 mm Hg 以上 拡張期：85 mm Hg 以上

(5) 問診項目の回答状況

令和4年度の特定健康診査における受診者の問診票の結果を年齢調整し、神奈川県、全国と比べて見ると、男女ともに保健指導を利用しない人が有意に高くなっています。

特定健康診査問診票の結果の標準化比（令和4年度）

質問項目	男性					女性				
	年齢調整割合			※標準化比 vs.		年齢調整割合			標準化比 vs.	
	開成町	神奈川県	全国 (基準)	神奈川県 (=100)	全国 (=100)	開成町	神奈川県	全国 (基準)	神奈川県 (=100)	全国 (=100)
服薬_高血圧症	37.6%	41.3%	43.2%	91.0	87.0	28.8%	29.3%	32.0%	98.3	90.1
服薬_糖尿病	10.8%	10.3%	12.5%	104.1	85.7	6.2%	4.9%	6.2%	124.9	99.1
服薬_脂質異常症	26.0%	26.6%	25.2%	96.6	101.8	36.8%	31.6%	32.1%	*116.5	114.8
既往歴_脳卒中	4.5%	4.5%	4.6%	100.1	97.7	1.4%	2.2%	2.2%	65.2	64.3
既往歴_心臓病	6.5%	8.1%	8.4%	80.1	77.5	2.9%	3.5%	3.7%	82.1	77.1
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.8%	1.0%	1.1%	85.8	74.8	0.8%	0.5%	0.6%	182.4	130.6
既往歴_貧血	4.5%	6.1%	4.8%	73.8	94.2	10.8%	16.6%	15.2%	*66.2	*72.0
喫煙	20.5%	20.1%	21.9%	101.7	93.4	4.3%	6.2%	5.8%	71.9	77.8
20歳時体重から10kg以上増加	44.9%	44.5%	44.7%	100.7	100.3	27.5%	25.2%	26.9%	109.2	102.4
1回30分以上の運動習慣なし	54.9%	53.6%	56.6%	102.2	96.7	59.9%	57.7%	61.3%	103.6	97.5
1日1時間以上運動なし	46.6%	46.5%	48.2%	100.6	97.1	49.2%	44.1%	46.9%	112.0	105.2
歩行速度遅い	49.6%	45.2%	49.8%	110.7	100.4	47.9%	43.6%	50.8%	110.6	94.7
1年間で体重増減3kg以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0
食べる速度が速い	24.4%	29.5%	30.2%	81.7	*79.7	17.5%	22.4%	23.5%	*77.5	*73.7
食べる速度が普通	68.7%	62.4%	61.9%	110.4	111.3	74.5%	69.6%	68.6%	106.9	108.6
食べる速度が遅い	6.9%	8.1%	7.8%	87.0	89.5	8.0%	8.0%	7.9%	102.4	103.2
週3回以上就寝前夕食	18.2%	19.7%	20.3%	90.4	88.0	7.4%	10.2%	10.5%	73.4	*70.9
週3回以上夕食後間食	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0.0
週3回以上朝食を抜く	9.5%	13.4%	12.3%	*70.4	76.8	6.5%	8.9%	7.7%	75.1	86.3
毎日飲酒	40.2%	40.1%	41.7%	99.9	96.0	8.2%	13.2%	11.7%	*61.7	*70.0
時々飲酒	24.7%	25.6%	23.1%	97.8	108.3	23.3%	24.7%	21.7%	93.8	106.8
飲まない	35.1%	34.3%	35.2%	101.8	99.3	68.5%	62.0%	66.6%	110.6	103.0
1日飲酒量（1合未満）	43.3%	49.4%	47.2%	87.0	90.8	84.4%	81.7%	83.0%	103.4	101.8
1日飲酒量（1～2合）	36.0%	32.6%	33.5%	110.7	107.9	12.8%	14.8%	13.2%	82.9	93.1
1日飲酒量（2～3合）	14.5%	14.1%	15.0%	103.4	97.2	1.5%	2.8%	3.0%	62.4	58.6
1日飲酒量（3合以上）	6.2%	4.0%	4.3%	163.2	151.4	1.3%	0.7%	0.8%	205.0	178.0
睡眠不足	21.1%	20.4%	22.6%	103.1	92.9	26.0%	25.1%	26.6%	104.3	98.2
改善意欲なし	35.2%	28.3%	31.6%	*124.8	112.2	24.9%	23.4%	24.4%	107.3	103.1
改善意欲あり	24.9%	26.7%	26.4%	93.6	94.4	28.7%	29.0%	29.2%	98.1	97.6
改善意欲あらかつ始めている	7.7%	11.7%	12.3%	*62.5	*59.3	9.1%	14.1%	15.2%	*65.6	*60.5
取り組み済み6ヶ月未満	8.1%	9.0%	8.0%	90.5	102.2	10.8%	10.5%	9.8%	103.4	111.4
取り組み済み6ヶ月以上	24.1%	24.3%	21.7%	99.6	111.4	26.5%	23.0%	21.5%	114.2	*122.4
保健指導利用しない	73.3%	61.5%	64.8%	*119.3	*113.2	70.1%	58.3%	61.2%	*120.4	*114.7
咀嚼_何でも	80.4%	78.6%	77.0%	102.6	104.6	85.4%	81.4%	80.6%	104.8	106.0
咀嚼_かみにくい	19.3%	20.5%	21.8%	93.3	88.0	14.3%	18.2%	18.9%	79.9	*76.4
咀嚼_ほとんどかめない	0.3%	0.9%	1.2%	30.6	23.5	0.2%	0.4%	0.5%	48.9	42.4
3食以外間食_毎日	11.6%	14.7%	14.4%	77.8	79.9	21.2%	26.9%	27.2%	*80.1	*79.0
3食以外間食_時々	51.9%	57.2%	56.4%	91.4	92.6	62.5%	59.0%	58.3%	105.4	106.7
3食以外間食_ほとんど摂取しない	36.5%	28.1%	29.2%	*129.5	*124.3	16.3%	14.1%	14.4%	115.4	112.6

標準化比に*が付記されたものは、県、国に比べて有意な差($p<0.05$)があることを意味する。

(6) 高血圧リスクの状況

令和4年度の特健康診査の血圧に関する検査結果から、リスク別の有所見者の状況をみると、収縮期血圧は保健指導以上の有所見者が46.8%、拡張期血圧では19.9%と収縮期血圧の方が多くなっています。

また、収縮期、拡張期で即受診レベルにある人が、高血圧性疾患で医療機関に受診しているかは、収縮期では69.4%、拡張期では58.6%が未受診となっています。

(令和4年4月から令和5年3月までのレセプトによる)

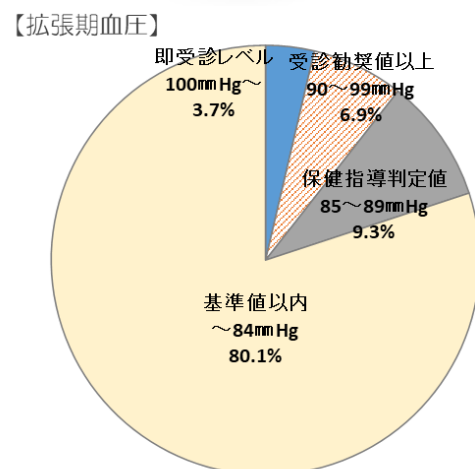
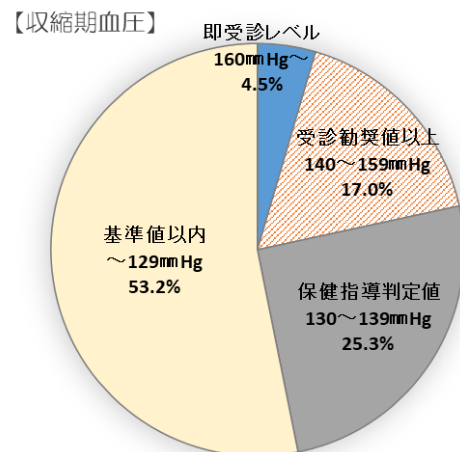
リスク判定別性別有所見者数(血圧)

収縮期血圧	総数(人)	男性(人)	女性(人)
即受診レベル 160mmHg～	36	16	20
受診勧奨値以上 140～159mmHg	135	61	74
保健指導判定値 130～139mmHg	200	86	114
基準値以内 ～129mmHg	421	170	251
合計	792	333	459

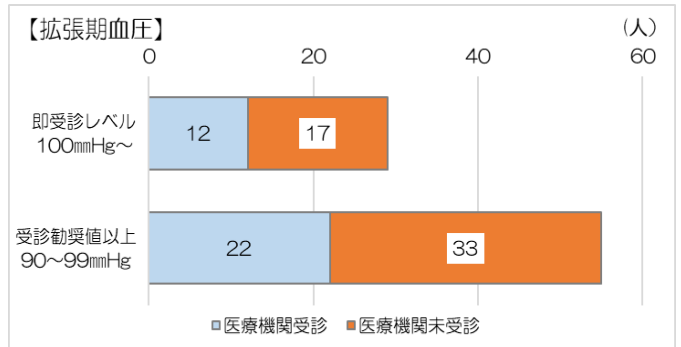
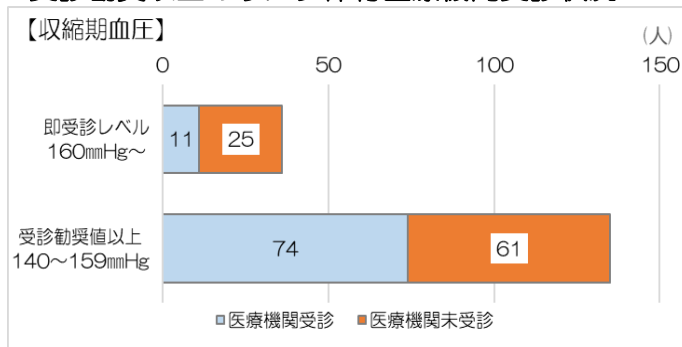
拡張期血圧	総数(人)	男性(人)	女性(人)
即受診レベル 100mmHg～	29	20	9
受診勧奨値以上 90～99mmHg	55	29	26
保健指導判定値 85～89mmHg	74	40	34
基準値以内 ～84mmHg	634	244	290
合計	792	333	359

※即受診レベルについては厚生労働科学研究戦略研究「自治体における生活習慣病重症化予防のための受診行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究」を参考にしています。

血圧有所見割合(男性+女性)



受診勧奨以上のリスク保有医療機関受診状況



資料：KDBシステムより

(7) 血糖リスクの状況

令和4年度の特定健康診査の血糖に関する検査結果から、リスク別の有所見者の状況をみると、HbA1cでは保健指導判定値以上の有所見者が58.2%、空腹時血糖では31.2%となっています。

また、血糖リスクで即受診レベルにある人が糖尿病で医療機関に受診しているかは、HbA1c、空腹時血糖ともに全員受診しています。受診勧奨値以上の者になると、HbA1cで20.6%、空腹時血糖で21.9%が未受診となっています。

(令和4年4月から令和5年3月までのレセプトによる)

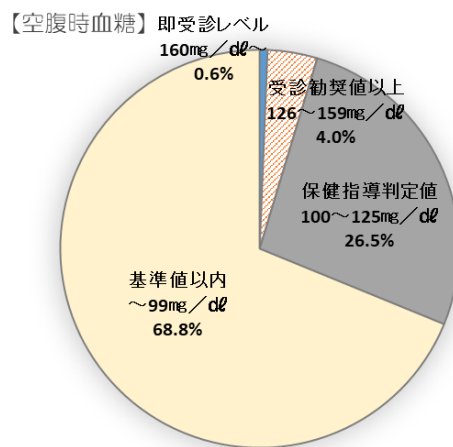
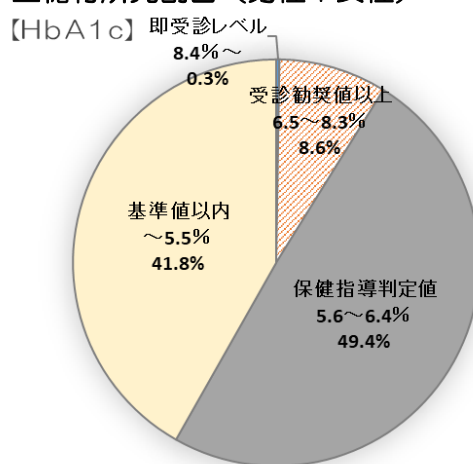
リスク判定別性別有所見者数(血糖)

HbA1c	総数(人)	男性(人)	女性(人)
即受診レベル 8.4%~	2	1	1
受診勧奨値以上 6.5~8.3%	68	33	35
保健指導判定値 5.6~6.4%	391	159	232
基準値以内 ~5.5%	331	140	191
合計	792	333	459

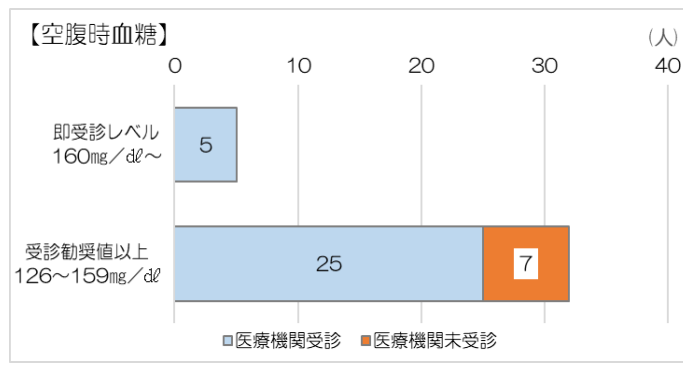
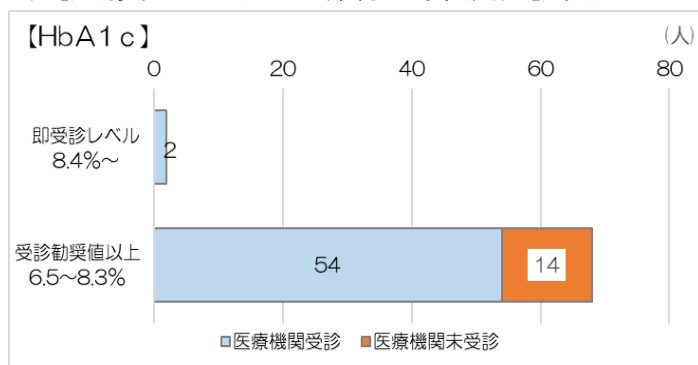
空腹時血糖	総数(人)	男性(人)	女性(人)
即受診レベル 160mg/dℓ~	5	2	3
受診勧奨値以上 126~159mg/dℓ	32	20	12
保健指導判定値 100~125mg/dℓ	210	107	103
基準値以内 ~99mg/dℓ	545	204	341
合計	792	333	459

※即受診レベルについては厚生労働科学研究戦略研究「自治体における生活習慣病重症化予防のための受診行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究」を参考にしています。

血糖有所見割合(男性+女性)



受診勧奨以上のリスク保有医療機関受診状況



資料：KDBシステムより

(8) 脂質リスクの状況

令和4年度の特健康診査の脂質に関する検査結果から、リスク別の有所見者をみると、中性脂肪では保健指導判定値以上の有所見者は15.3%ですが、LDLコレステロールでは53.8%を占めています。女性は男性に比べ、LDLコレステロールが高く出ることから、女性については、必ずしもリスク有所見者とは限りません。

また、LDLコレステロールで即受診レベルにある人が高脂血症で医療機関に受診しているかは、64.0%が未受診となっています。受診勧奨値以上の者になると、中性脂肪で90.0%、LDLコレステロール73.7%が未受診となっています。

(令和4年4月から令和5年4月までのレセプトによる)

リスク判定別性別有所見者数(脂質)

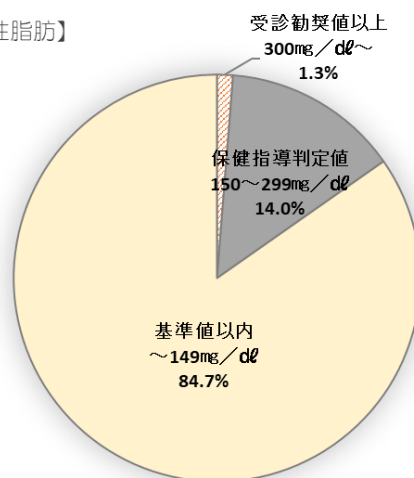
中性脂肪	総数(人)	男性(人)	女性(人)
即受診レベル 1,000mg/dℓ～	0	0	0
受診勧奨値以上 300mg/dℓ～	10	7	3
保健指導判定値 150～299mg/dℓ	111	61	50
基準値以内 ～149mg/dℓ	671	265	1459
合計	792	333	1512

LDLコレステロール	総数(人)	男性(人)	女性(人)
即受診レベル 180mg/dℓ～	25	6	19
受診勧奨値以上 140～179mg/dℓ	198	79	119
保健指導判定値 120～139mg/dℓ	203	74	129
基準値以内 ～119mg/dℓ	366	174	192
合計	792	333	459

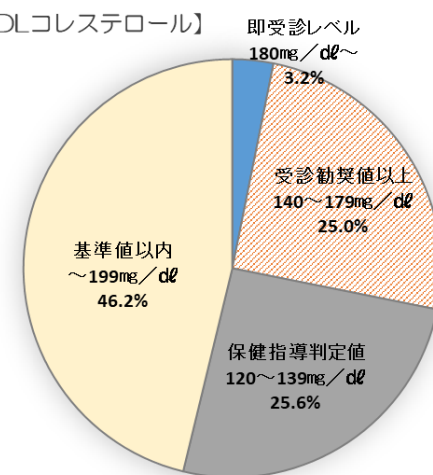
※即受診レベルについては厚生労働科学研究戦略研究「自治体における生活習慣病重症化予防のための受診行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究」を参考にしています。

脂質有所見割合(男性+女性)

【中性脂肪】

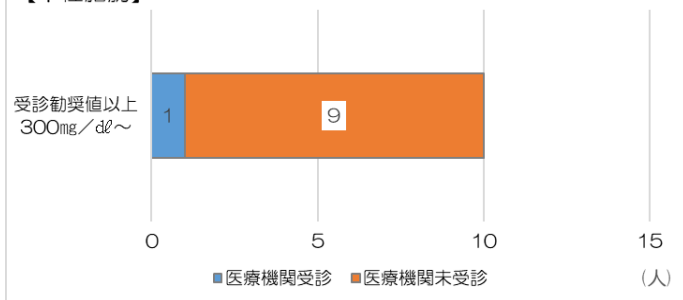


【LDLコレステロール】

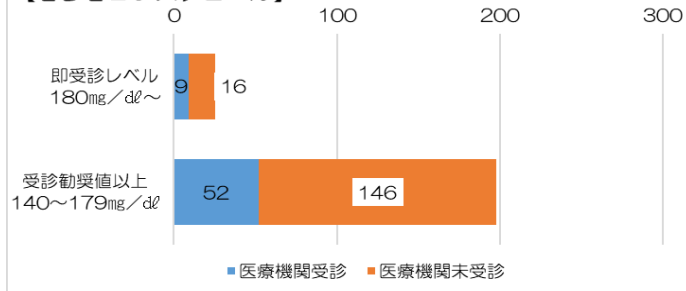


受診勧奨以上のリスク保有医療機関受診状況

【中性脂肪】



【LDLコレステロール】

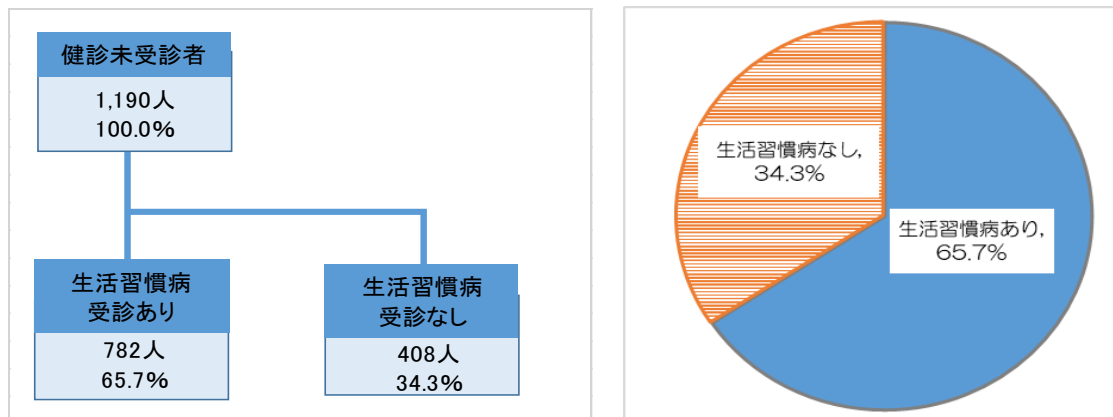


資料：KDBシステムより

(9) 特定健診未受診者の生活習慣病受診状況

令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病で医療機関を受診している割合を表しています。特定健診未受診者のうち66.4%が生活習慣病で医療機関を受診しています。

特定健診未受診者の生活習慣病受診状況（令和4年度）



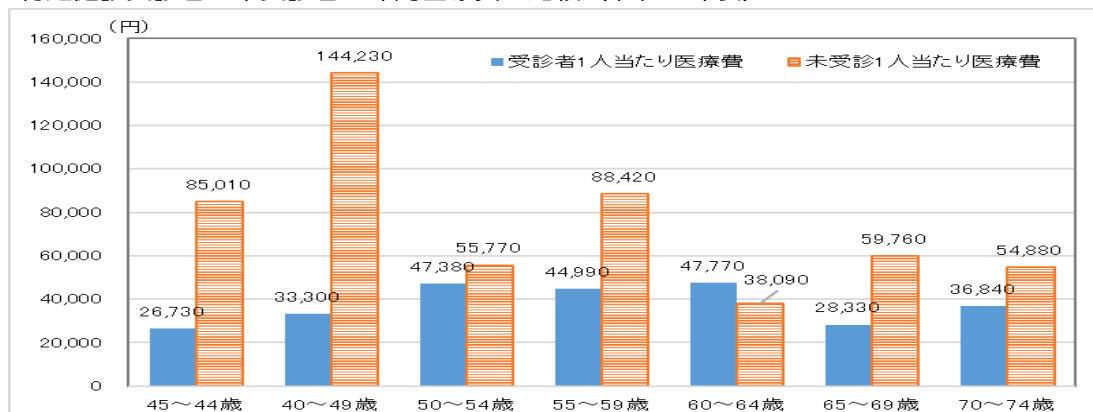
資料：KDBシステムより

(10) 特定健診受診者医療費の比較

令和4年度の特定健診の受診者と未受診者における一人当たりの年間医療費を比較すると、全ての年齢階級で特定健診未受診者の医療費の方が高くなっています。

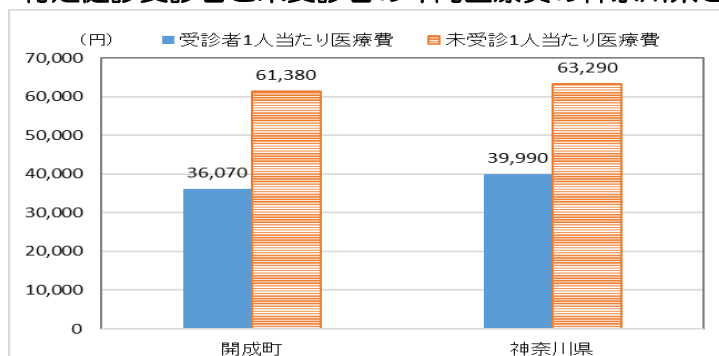
また、未受診者の年間医療費は神奈川県と比較すると約7万円高くなっています。

特定健診受診者と未受診者の年間医療費の比較（令和4年度）



資料：KDBシステムより

特定健診受診者と未受診者の年間医療費の神奈川県との比較（令和4年度）



資料：レセプトデータ(医科)(令和4年4月から令和5年3月診療分まで)、特定健診データ

2. 特定健診受診率向上に向けた取り組みの状況

(1) 集団健診未受診者への受診勧奨

40～65 歳までの若い年齢の方を中心に集団健診の受診を案内していますが、集団健診未受診者に対し、受診機会を増やすため、個別健診案内を送付して、再度、受診勧奨を実施した結果を表しています。

集団健診未受診者受診勧奨数（令和4年度）

集団健診対象者(人)	集団健診受診者(人)	集団健診未受診者(人)	個別健診受診者(人)	受診率
1450	567	883	45	5.1%

(2) 人間ドック費用助成の状況

特定健康診査等を含む人間ドックを受検した方に対して、費用の一部を助成(限度額 2 万円)し、受検結果から該当者には保健指導等を行っています。受検の件数は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け落ち込みがありましたが、徐々に回復の傾向を示しています。特定健康診査の対象者のうち 6.9% が人間ドックを受診しています。

人間ドック受検者数の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
受検者数(人)	170	127	136	140
健診対象者数(人)	2,227	2,191	2,135	2,026
受診率	7.6%	5.8%	6.4%	6.9%

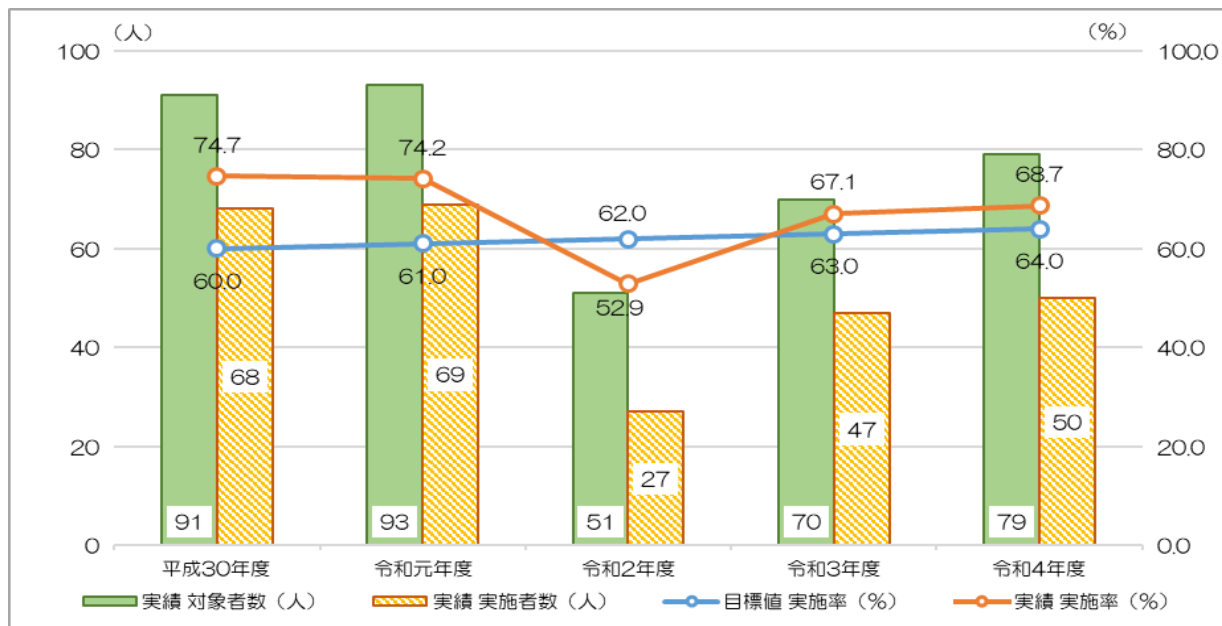
3. 特定保健指導

(1) 特定保健指導の実施率

令和4年度の特定保健指導実施率は目標値を超えていますが、新型コロナウイルス感染症前の実施率よりは低い状況です。また、動機づけ支援実施率は76.2%と高い一方で、積極的支援実施率は12.5%と低い状況です。

特定保健指導実施状況

			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	実施率 (%)		60.0	61.0	62.0	63.0	64.0
実績	実施率 (%)		74.7	74.2	52.9	67.1	68.7
		動機付け支援	88.7	91.5	81.3	76.9	76.2
		積極的支援	25.0	18.2	5.3	38.9	12.5
	対象者数 (人)		91	93	51	70	79
		動機付け支援	71	71	32	52	63
		積極的支援	20	22	19	18	16
	実施者数 (人)		68	69	27	47	50
		動機付け支援	63	65	26	40	48
		積極的支援	5	4	1	7	2



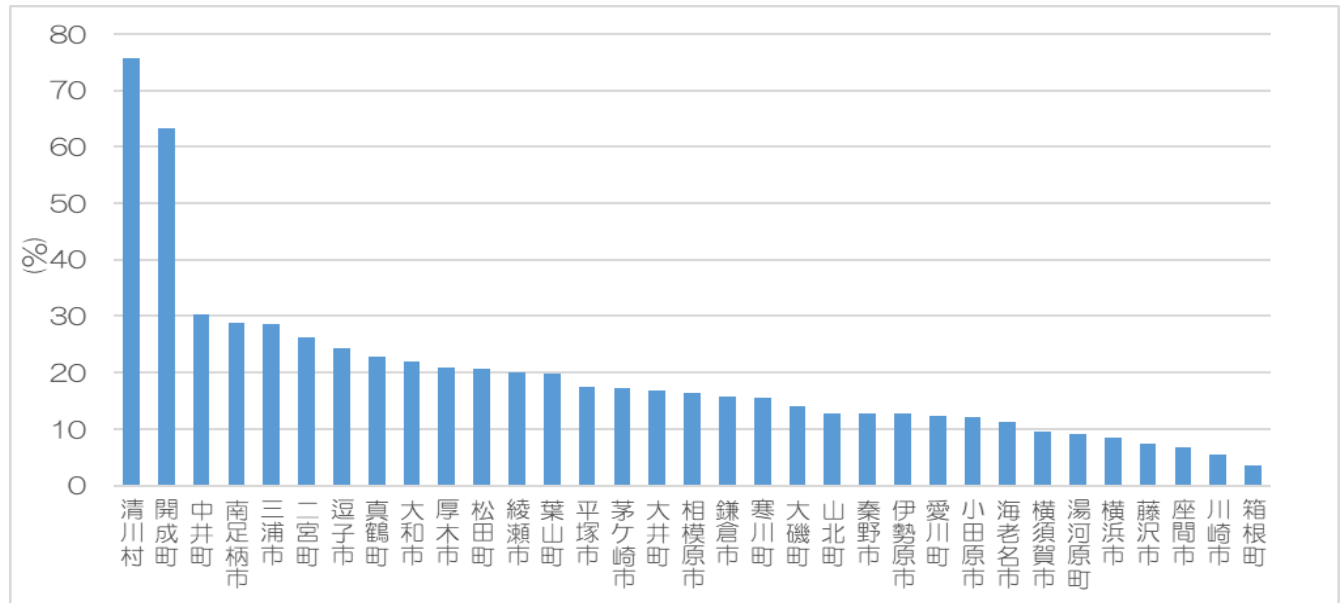
資料： 特定保健指導データ（法定報告値）

* 特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）：

特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師、保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のための支援を行います。保健指導のリスクに応じて動機付け支援、積極的支援があります。よりリスクが高い（リスクが重なっている）方が積極的支援です。

特定保健指導の実施率は神奈川県内で上位になっています。

神奈川県内市町村の特定保健指導実施率(令和4年度)



資料：国保連合会提供資料（法定報告値）より

(2) 動機付け支援と積極的支援の終了率の状況

動機付け支援と積極的支援の年齢別終了率の推移を見ると、動機付け支援では、40～64歳の終了率が65～74歳と比べて高くなっています。また、動機付け支援に比べ積極的支援は1/6以下の終了率のため、積極的支援の終了率を高めるための保健指導の実施方法等の検討が必要です。

特定保健指導の支援別年齢別実施状況

	年齢	特定健康診査		特定保健指導					
		対象者数	受診者数	対象者数		実施者数(修了者)			
				動機づけ	積極的	動機づけ	終了率(%)	積極的	終了率(%)
平成29年度	40～64歳	915	276	17	23	15	88.2	8	34.8
	65～74歳	1,524	659	46	42	42	91.3		
	合計	2,439	935	63	23	57	90.5	8	34.8
平成30年度	40～64歳	870	303	21	20	19	90.5	5	25
	65～74歳	1,463	666	50	44	44	88		
	合計	2,333	969	71	20	63	88.7	5	25.0
令和元年度	40～64歳	800	272	24	22	23	95.8	4	18.2
	65～74歳	1,419	629	47	42	42	89.4		
	合計	2,219	901	71	22	65	91.5	4	18.2
令和2年度	40～64歳	784	137	7	19	7	100	1	5.3
	65～74歳	1,405	452	25	19	19	76		
	合計	2,189	589	32	19	26	81.3	1	5.3
令和3年度	40～64歳	767	205	15	18	10	66.7	7	38.9
	65～74歳	1,363	551	37	30	30	81.1		
	合計	2,130	756	52	18	40	76.9	7	38.9
令和4年度	40～64歳	732	237	14	16	13	92.9	2	12.5
	65～74歳	1,289	596	49	35	35	71.4		
	合計	2,021	833	63	16	48	76.2	2	12.5

資料：特定保健指導データ（法定報告値）

(3) 特定保健指導結果

効果が見込める項目として、内臓脂肪症候群該当者割合が減少傾向を示していること、内臓脂肪症候群該当者の減少率が増加していること、また特定保健指導対象者減少率が増加していることが挙げられます。しかし、内臓脂肪症候群該当者の減少率の伸びが少なくなっています。

特定保健指導結果の状況

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
内臓脂肪症候群該当者割合 (%)	12.6	12.3	13.2	16.8	13.9	15.1
内臓脂肪症候群該当者減少率 (%)	22.3	26.4	18.7	18.5	27.4	25.0
特定保健指導対象者減少率 (%)	19.2	19.0	22.9	12.8	23.9	24.6
特定保健指導対象者修了者 (%)	75.6	74.7	74.2	52.9	67.1	63.3

資料： 特定保健指導データ（法定報告値）

4. 特定保健指導実施率向上に向けた取り組みの状況

(1) 特定健診結果説明会の状況

集団健診受診者に対する健診結果説明会を4回に渡り実施した状況になります。説明会では、健診結果の見方の解説、生活習慣改善のための健康教育（医師・栄養士・健康運動指導士・歯科衛生士の講話、運動実技など（年度により内容は異なる））、特定保健指導対象者への初回面接を合わせて実施しています。説明会への参加率は70.8%、説明会に参加できなかった方のための健診結果返却期間での返却(面談)が11.7%になっています。説明会及び返却期間における特定保健指導初回面接実施率は、動機づけ支援では65.6%、積極的支援では28.6%となっているため、現在、高い特定保健指導実施率を維持できている理由と考えられます。

集団健診受診者対象の健診結果説明会の実施状況

	集団健診受診者 (人)	健診結果説明会 参加者(人)	返却率 (%)	返却期間中の 面接実施者(人)	返却率 (%)	郵送 (人)	返却率 (%)
平成30年度	554	161	29.1	307	55.4	87	15.7
令和元年度	540	364	67.4	79	14.6	97	18.0
令和3年度	292	51	17.5	12	4.1	229	78.4
令和4年度	414	167	40.3	133	32.1	114	27.5
令和5年度	377	267	70.8	44	11.7	66	17.5



	動機づけ支援 対象者(人)	初回面接 実施数(人)	実施率 (%)	積極的支援 対象者(人)	初回面接 実施数(人)	実施率 (%)
平成30年度	48	12	25.0	17	2	11.8
令和元年度	43	20	46.5	14	4	28.6
令和3年度	20	11	55.0	3	3	100.0
令和4年度	32	16	50.0	7	3	42.9
令和5年度	32	21	65.6	7	2	28.6

資料： 健診結果説明会資料より

5. その他保健事業に関する分析

(1) 重複・頻回受診に関する分析

多受診(重複受診、頻回受診、重複服薬)は、不適切な受診行動も含まれているため、これらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要です。下表は、ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関に受診している「重複受診者」や、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」、ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上の「重複服薬者」について、令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)のレセプトデータを用いて指導対象者数の分析結果を示したものです。

重複受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複受診者数(人)	4	3	3	1	7	3	4	1	0	1	1	2

12 カ月間延べ人数 30 人、12 カ月間の実人数 27 人

頻回受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
多受診者数(人)	5	4	7	6	6	5	5	6	4	7	5	4

12 カ月間延べ人数 64 人、12 カ月間の実人数 19 人

重複服薬者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人)	7	6	4	8	4	5	3	2	3	2	2	3

12 カ月間延べ人数 49 人、12 カ月間の実人数 13 人

重複受診：同一月内受診（3医療機関/2種類）

多受：複数の医療機関から重複処方（10種/月/3医療機関）

重複投薬：同一月内処方薬数(60日/月/10種類)

KDBシステムより

神奈川県補助金実績報告に基づく

※重複処方：絞り込み条件「薬効分類単位で集計」資格は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」

イ)「重複処方を受けた者(人)【3医療機関以上】複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1以上】

ウ)「重複処方を受けた者(人)【2医療機関以上】複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2以上】

※多剤処方：絞り込み条件「薬効分類単位で集計」資格は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」

「処方を受けた者(人)【1日以上】処方薬剤数(同一月内)【15剤以上】

※頻回受診：同一医療機関受診日数同一月内3医療機関10日以上

(2) ジェネリック医薬品の分析

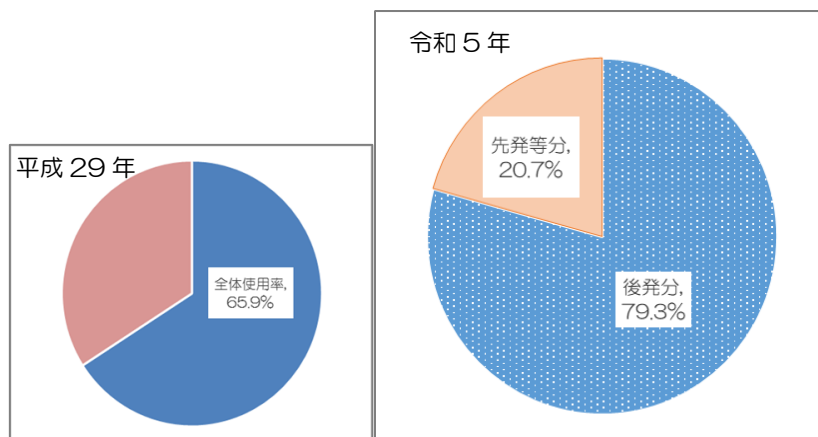
先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えを患者に促し薬剤費の削減を図ります。ジェネリック医薬品への切り替えは複数の疾病に対して行うことができるため、多くの患者に対してアプローチできる利点があります。令和5年を平成29年と比較すると、ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)%は、平成29年の65.9%より13.4ポイント増加しています。

ジェネリック医薬品の使用状況

	数量	使用率
全体	2,080,669	79.3%
医科	164,553	53.9%
調剤	1,916,116	82.7%

資料：レセプトデータ(医科・調剤)

令和5年1月～12月審査分



第4章 保健事業の評価（第2期）

1. 総括評価

第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

保健事業	事業の内容	実施評価
(1) 特定健康診査	被保険者の生活習慣病等の疾病予防と疾病の早期発見・早期治療による重症化予防を図るため、健康診査を実施。一部費用を助成する。	B
(2) 特定保健指導	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、対象者に対して生活改善のための保健指導(特定保健指導)をする。	A
(3) 生活習慣病重症化予防	健康診査及びレセプトデータを活用し、事業対象者を選定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように保健師等の専門職による指導を行い、病期進行の防止または遅らせることにより、対象者のQOLの向上を図り、医療費適正化に繋げる。	B
(4) あじさい健康診査	若年層からの生活習慣病の早期発見と予防及び健診受診の習慣化による特定健康診査への導入のため、健康診査を実施。一部費用を助成する。	B
(5) 医療費通知	被保険者の健康に対する意識の向上、ひいては、国民健康保険医療制度の健全な運営を資することを目的とし、レセプトデータを活用し、年2回医療費通知を送付する。	A
(6) ジェネリック医薬品 (後発医薬品) 利用促進	レセプトデータを活用し、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品に切り替えることにより薬剤費が一定額以上軽減する被保険者を特定し、通知を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促進し、医療費の適正化を図る。	B
(7) 重複・頻回受診対策	レセプトデータを活用し、医療機関への重複や頻回受診が確認される被保険者、または重複してして同一薬を処方されている被保険者を特定し、適正な医療機関へのかかり方等について、保健師等の専門職から指導することにより、被保険者の健康保持及び医療費の適正化に繋げる。	B

* 実施評価(A/B/C)の意味は次のとおり

A：目標を達成し十分な効果が現れている

B：目標値は未達ではあるが一定の効果が現れている

C：目標値は未達であり取組の改善が必要である

2. 個別事業評価（第2期）

（1）特定健康診査受診率向上対策事業

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	生活習慣病の早期発見・早期治療及び重症化予防に繋げる					
対象者	40歳～74歳の被保険者					
実施内容	(1) 生活習慣病治療中の方への受診勧奨及び医療機関へのポスター掲示 (2) 未受診者受診勧奨（電話・通知文） 対象者：初めて対象となった者、40～59歳の男性で過去3年間受診履歴がない者等 (3) 集団健診未受診者への再勧奨（個別健診案内の送付）対象：集団健診未受診者 (4) 健診結果の取得 対象：職場健診等で既に健診を受診された者 (5) 人間ドック費用助成事業（費用の一部負担） 対象：35～74歳の被保険者 (6) 普及啓発（広報等に特定健診受診啓発のPRを載せる。集団がん検診時に特定健診受診啓発のPRする）					
アウトプット指標	目標値	ベースライン	事業結果			
アウトカム指標	(令和5年度)	(平成28年度)	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者への受診勧奨通知発送・ポスター掲示	100%	100%	100%	100%	100%	100%
未受診者のうち通話できた割合	30%	30%	41.0%	—	—	—
集団健診未受診者への個別健診案内通知発送	100%	100%	100%	100%	100%	100%
みなし健診結果取得依頼通知の発送	100%	100%	100%	100%	100%	100%
人間ドック受検者の結果取得	100%	100%	100%	100%	100%	100%
特定健康診査受診率	45%	39.0%	40.6%	27.0%	35.5%	41.3%
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	B：目標値は未達ではあるが一定の効果が現れている					
考 察	各取組内容のアウトプット指標は目標を達成した一方で、新型コロナウイルス感染症による受診控えや行動自粛の影響が大きくアウトカム指標の目標値は未達成でした。しかし、計画期間開始時から特定健診の受診率を着実に延ばすことができました。					
今後の方向性	・第2期の勧奨結果を踏まえ、データ分析に基づく効果的な受診勧奨を行います。 ・より多様な属性の方に効果的に受診勧奨できるよう、行動経済学のナッジ理論等、最新の知見を活用し、通知物のデザインや媒体等に細かい改善を加えながら事業を継続していきます。 ・医師会等と連携し、通院中の受診勧奨の取り組みを強化します。					

（2）特定保健指導実施率向上対策事業

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	メタボリックシンドロームに着目した健康診査（特定健診）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を促す
対象者	当該年度特定保健指導（積極的支援、動機付け支援）対象者

実施内容	(1) 集団健診結果説明会及び結果返却時の保健指導の実施 対象者：集団健診受診者 （特定健診受診者に対する詳細な結果説明により自己の健康状態を把握させ健康管理委の一助とすること及び特定保健指導対象者となった者に対する特定保健指導実施の誘導、生活習慣病等重症化予防事業へも誘導する） (2) 医療機関との連携 対象者：個別健診受診者で該当者 個別健診実施医療機関と連携し、同じツールにて保健指導勧奨を行う。 (3) 保健指導の案内分の送付。未実施者への電話勧奨 対象者：個別健診受診者、人間ドック受検者で該当者個別健診、人間ドック受診者には、保健指導の案内を送付し、返信のないものに電話勧奨を行う。 (4) 専門職による指導内容の充実 専門職による栄養相談や個々の運動プログラムの作成する。 (5) 普及啓発（広報に特定保健指導のPRを載せる。集団がん検診時に特定保健指導啓発のPRする）					
アウトプット指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	事業結果			
アウトカム指標			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診結果返却時の保健指導実施率	88.0%	100%	87.1%	—	78.3%	84.2%
医療機関協力依頼	100%	100%	100%	100%	100%	100%
対象者全員への個別相談案内通知の発送	100%	100%	100%	100%	100%	100%
特定保健指導実施率	75.0%	75.0%	74.2%	52.9%	67.1%	63.3%
内臓脂肪減少率	26.0%	20.7%	18.7%	18.5%	27.4%	25.6%
内臓脂肪該当者割合	11.5%	11.5%	13.2%	16.8%	13.9%	15.1%
保健指導対象者減少率	22.0%	23.6%	22.0%	12.8%	23.9%	24.0%
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	A：目標を達成し十分な効果が現れている					
考 察	対象者への利用勧奨は目標通りに実施できています。保健指導実施率は集団健診後の結果説明会及び結果返却会での同時実施が高い実施率の維持に繋がっていると思われます。					
今後の方向性	・40～50歳代における実施率が低いため、参加可能な体制づくりを検討していきます。 ・引き続き実施医療機関に理解と協力を求め、実施していきます。					

(3) 生活習慣病重症化予防事業

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	被保険者の循環器疾患の合併症、糖尿病性腎症による慢性腎不全等の重篤疾患の発症予防をするため。また、健診結果が受診勧奨域にある高リスク者を早期受診に繋げる
対象者	(1) 糖尿病重症化予防事業（かながわ方式保健指導） 特定健診受診者で特定保健指導対象外の者のうち、データ抽出時点で40歳から74歳の者のうち、前年度の生活習慣病に関する検査結果において病気になる可能性のある者に対して保健師等による家庭訪問等を実施 (2) 受診勧奨事業 特定健診受診者で、データ抽出時点において40歳から74歳の者のうち、当該年度の健診結果が次の条件のいずれかに該当する者で、医療機関受診のない者 ア 血圧：収縮期 140mmHg以上 又は拡張期 90mmHg以上 イ HbA1c：6.5%以上 又は 空腹時血糖：126mg/dl以上 ウ TG：300mg/dl以上 HDL：35mg/dl未満 LDL：140mg/dl以上

実施内容	(1) 糖尿病重症事業（かながわ方式保健指導） かながわ方式保健指導促進事業を活用して、初回訪問・面接指導及び6～7回のグループ指導を実施 (2) 受療勧奨事業 ・KDB及び特定健診等データ管理システムを活用し、基準値該当者を抽出し、レセプトで治療状況を確認する。対象者に保健師による面談、電話、手紙により医療機関への受療勧奨後、受診状況を確認する。 ・集団健診結果説明会及び結果返却時に、専門職による保健指導及び受療勧奨を行う。 (3) 医療機関との連携					
アウトプット指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	事業結果			
アウトカム指標			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
抽出した対象者へ保健指導を行った割合	100%	100%	87.1%	—	48.3%	46.6%
かながわ方式保健指導終了率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
かながわ方式保健指導実施回数	6回	6回	5回	6回	7回	個別対応
受療勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
血液検査等データ改善率	50.0%	20.7%	18.7%	50.0%	50.0%	—
次年度の健診結果改善率	43.0%	11.5%	13.2%	57.1%	42.8%	—
受療勧奨者のうち医療に繋がった割合	28.0%	23.6%	38.2%	29.2%	27.1%	4.0%
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	B：目標値は未達ではあるが一定の効果が現れている					
考 察	かながわ方式保健指導によるグループワークを可能な限り実施しました。また、集団結果説明会及び結果返却会等で保健指導による受診勧奨を実施しました。					
今後の方向性	・保健指導後の行動変容を強化するため、グループワークの内容の充実をはかります。 ・より事業効果を高めるため、効果的・効率的な実施手法を検討していきます。					

(4) あじさい健診事業

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	若年層からの生活習慣病の早期発見と予防及び健診受診の習慣化による特定健診への導入のため。					
対象者	18～39歳の被保険者					
実施内容	受診案内を6月下旬に一斉発送。年5日間の集団健診での実施。健診結果説明会等で結果を返却。健診結果が判定基準に達した場合は、保健指導を実施					
アウトプット指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	事業結果			
アウトカム指標			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
抽出した対象者への受診勧奨率	100%	100%	100%	未実施	100%	100%
健診受診率	11.0%	—	18.6%	未実施	3.4%	10.2%
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	B：目標値は未達ではあるが一定の効果が現れている					
考 察	対象者への受診勧奨は目標通りに実施できています。					
今後の方向性	・ナッジ理論を活用したより効果的な勧奨方法を研究していきます。 ・継続受診の強化のため、SMS等による受診フォローについて検討をすすめます。					

(5) 医療費通知

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	被保険者の健康、医療に対する認識を高め、国民健康保険事業の健全な運営を図るため					
対象者	医療を受けた被保険者がいる世帯（世帯単位、宛名は世帯主）					
実施内容	1月から12月までの保険診療の医療費を被保険者世帯へ通知					
アウトプット指標 アウトカム指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	事業結果			
			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
医療費通知発送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
—	—	—	—	—	—	—
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	A：目標を達成し十分な効果が現れている					
考 察	1～12月診療分の医療費が発生している全ての世帯に対し、確定申告に使用可能な医療費通知を、確定申告開始前までに発送しました。（実施率100%）					
今後の方向性	・通知書には特定健診等の案内を掲載するなど、引き続き他事業との連携も図ります。					

(6) ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	ジェネリック医薬品を普及促進することにより、被保険者負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図るため					
対象者	広報・啓発：全被保険者 差額通知：ジェネリック医薬品に切り替えた場合の1か月当たり自己負担額の差額が200円以上の被保険者					
実施内容	(1) 広報・啓発 ・新規加入者に対して、加入手続きの際に窓口でカード及びチラシを配布 ・隔年9月の被保険者証一斉更新時にカード及び説明チラシを同封 (2) 差額通知 年1回差額通知書を発送					
アウトプット指標 アウトカム指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	事業結果			
			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者への差額通知発送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
後発医薬品使用率	800%	800%	77.0%	76.9%	76.9%	78.1%
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	B：目標値は未達ではあるが一定の効果が現れている					
考 察	後発医薬品の供給不安定が長期化しており使用率目標の達成が困難					
今後の方向性	・ジェネリック医薬品の普及率は上昇傾向にありますが、国が示す目標を上回る水準となるジェネリック医薬品使用率80%以上になるよう、利用促進に取り組む必要があります。 ・医師会や薬剤師会、国民健康保険団体連合会の協力を仰ぎながら、これまでの取組を継続していきます。					

(7) 重複・頻回受診対策

アウトカム…事業の成果を評価/アウトプット…実施量、実施率を評価/ストラクチャー…実施体制を評価/プロセス…実施方法を評価

目 的	大量服薬等による被保険者の健康被害を防止するとともに、重複・頻回受診者に対し適正な受診を勧奨し、重複受診者の減少による医療費適正化を図る。					
対象者	広報・啓発：全被保険者 訪問健康相談事業：1月あたりの同一疾病での受診医療機関が3か所以上の被保険者又は1月あたりの同一医療機関での受診が15回以上の被保険者等					
実施内容	医療機関等の適正受診について、広く一般的に周知・啓発を行うとともに、向精神薬に係る重複受診者等に対して文書等で適正受診についての指導を実施するほか、その他の疾病による重複・頻回受診者に対しては訪問健康相談事業を実施。					
アウトプット指標	目標値	ベースライン	事業結果			
アウトカム指標	(令和5年度)	(平成28年度)	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者への指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
重複受診者の減少	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし
ストラクチャー評価 プロセス評価	対象者見込みに応じた事業予算の確保 ⇒ 各年度の事業予算を確保しました。 事業実施スケジュールの適正管理 ⇒ 遅延なく事業を実施することができました。 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ⇒ 実施することができました。					
事業全体の評価	A：目標達成					
考 察	「国民健康保険のしおり」等を通じ、医療機関等の適正受診について、周知・啓発しました。 向精神薬に係る重複受診者に対し、文書指導等を行い、被保険者の適正受診に向けて取り組みました。					
今後の方向性	・「国民健康保険のしおり」等を通じ、医療機関等の適正受診について、周知・啓発します。 ・受診回数や投薬数だけでなく、診療や投薬内容等を踏まえた対象者を抽出し、重複・頻回受診者等について健康相談を実施します。 ・向精神薬に係る重複受診者に対する文書指導等は、健康相談と合わせて実施します。					

第5章 保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示します。

健康課題	対応する保健事業	目的
#1 40～50代の受診率が20～30%代と他の年齢の方と比べ低率のため受診勧奨が必要です。 通院中であっても特定健診の受診は可能であるため、受診勧奨のみならず、特定健診の活用について医療機関と連携を図る取組が必要です。 積極的支援の実施率が低いことから、受けられやすい環境の整備が必要。また、医師会との連携を図りながら、特定健診の受診から特定保健指導を受けるまで対象者がより利用しやすい環境の整備を進めていく必要があります。	#1 ・特定健康診査 ・特定保健指導 ・あじさい健康診査	#1 生活習慣病の早期発見・早期治療による予防 定期的に健康診査を受診することにより、生活習慣病の早期発見・早期治療に結びつけるため、特定健康診査の受診率向上に努めます。 保健指導が確実に受けられるよう体制を整備し、生活習慣病を予防します。
#2 中分類別の医療費では、生活習慣病及び生活習慣病が重症化した疾患が上位を占め糖尿病と腎不全で16.8%を占めています。生活習慣病の医療費総額では、腎不全が最も高く、次いで糖尿病、高血圧症となり、全体の78.1%を占めます。人工透析患者は患者全体の0.5%(14人)と人数は少ないが、その医療費は医療費総額の10.2%を占めます。 糖尿病の有所見率が県より高く、HbA1cの有所見者が58.2%、空腹時血糖の有所見者が31.2%と多い状況です。また、受診勧奨値以上の者になると、HbA1cで20.6%、空腹時血糖で21.9%が未受診です。	#2 ・生活習慣病重症化予防事業	#2 生活習慣病重症化予防 レセプトデータ、健康診査データ等から循環器疾患の合併症、糖尿病性腎症による慢性腎不全等の重篤疾患の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適正な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防します。
#3 ジェネリック医薬品数量シェアは79.3%で国の指標である80.0%に達していません。	#3 ・医療費通知 ・ジェネリック医薬品利用促進 ・重複・頻回受診対策	#3 適正受診・適正服薬の推進による医療費の適正化 医療費通知やジェネリック医薬品の利用促進により医療費の適正化を図ります。 重複・頻回受診者に対し、訪問健康相談等を実施し、適正受診・適正服薬を促進するとともに、医療資源の有効活用を図ります。

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）にて実施する事業一覧を示します。

事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
(1) 特定健康診査	被保険者の生活習慣病等の疾病予防と疾病の早期発見・早期治療による重症化予防を図るため、健康診査を実施。一部費用を助成する。	継続	1
(2) 特定保健指導	特定健康診査を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活改善のための保健指導(特定保健指導)を実施する。	継続	2
(3) 生活習慣病重症化予防	健康診査及びレセプトデータを活用し、事業対象者を選定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように保健師等の専門職による指導を行い、病期進行の防止または遅らせることにより、対象者の QOL の向上を図り、医療費適正化に繋げる。	継続	3
(4) あじさい健康診査	若年層からの生活習慣病の早期発見と予防及び健診受診の習慣化による特定健康診査への導入のため、健康診査を実施。一部費用を助成する。	継続	5
(5) 医療費通知	被保険者の健康に対する意識の向上、ひいては、国民健康保険医療制度の健全な運営を資することを目的とし、レセプトデータを活用し、医療費通知を送付する。	継続	7
(6) ジェネリック医薬品 (後発医薬品) 利用促進	レセプトデータを活用し、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品に切り替えることにより薬剤費が一定額以上軽減する被保険者を特定し、通知を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促進し、医療費の適正化を図る。	継続	6
(7) 重複・頻回受診対策	レセプトデータを活用し、医療機関への重複や頻回受診が確認される被保険者、または重複して同一薬を処方されている被保険者を特定し、適正な医療機関へのかかり方等について、保健師等の専門職による指導を行うことにより、被保険者の健康保持及び医療費の適正化に繋げる。	継続	4

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は次のとおりです。

(1) 特定健康診査

目 的	生活習慣病の早期発見・早期治療及び重症化予防に繋げる							
対象者	40歳～74歳の被保険者							
事業の結果・課題等	令和5年度から健康診査とがん検診の受診券を一体的にし、受診勧奨を開始。 新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に受診率が落ち込んだが、その後回復している。							
重点的に取り組むこと	・40～50歳代の受診勧奨を強化する。 ・実施医療機関からの受診勧奨を強化する。 ・みなし健診結果取得に対する対策を検討する。							
指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	対象者への受診勧奨通知発送・ポスター掲示	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	健診未受診者に受診勧奨を送付する割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	集団健診未受診者への個別健診案内通知発送	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	みなし健診結果取得依頼通知の発送	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	人間ドック受検者の結果取得	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	特定健康診査受診率	41.3%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%
	特定健康診査受診率（40～59歳）	28.5%	29.0%	29.5%	30.0%	30.5%	31.0%	31.5%
現在までの実施方法（プロセス）	(1) 生活習慣病治療中の方への受診勧奨及び医療機関へのポスター掲示 (2) 未受診者受診勧奨（電話・通知文） 対象者：初めて対象となった者、40～59歳の男性で過去3年間受診履歴がない者等 (3) 集団健診未受診者への再勧奨（個別健診案内の送付）対象：集団健診未受診者 (4) 健診結果の取得 対象：職場健診等で既に健診を受診された者 (5) 人間ドック費用助成事業（費用の一部負担） 対象：35～74歳の被保険者 (6) 普及啓発（広報等に特定健診受診啓発のPRを載せる。集団がん検診時に特定健診受診啓発のPRを行う）							
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	・特定健診とがん検診の同時受診について、リーフレットにおける案内に加え、受診券封筒やポスターで周知していく。【拡充】 ・WEB予約、婦人がん検診も含めた特定健診の同時実施等、申ししやすい取組について検討していく。【新規】 ・受診勧奨において、対象者の属性に応じた内容や送付回数を検討することで、より効果的に実施していく。【拡充】							
現在までの実施方法（ストラクチャー）	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理 実施形態：足柄上医師会との集合契約、集団健診実施機関との委託契約							
今後の実施方法（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、維持していく。							

(2) 特定保健指導

目 的	メタボリックシンドロームに着目した健康診査（特定健診）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を促す							
対象者	当該年度特定保健指導（積極的支援、動機付け支援）対象者							
事業の結果・課題等	特定保健指導が開始となった平成20年度から直営による保健指導が続いている。健診結果返却時と同時の初回保健指導を行うことで、高い保健指導実施率に繋がっている。開庁時での保健指導のため、40～50歳代の積極的支援における保健指導の実施率が伸び悩んでいる。							
重点的に取り組むこと	・40～50歳代へのアプローチを強化していく。 ・文書と電話の利用勧奨のタイミングを図り、効果的に実施する。また、利用したくなる案内文にする。 ・成果報酬型の保健指導を導入する。							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	健診結果返却時の保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	医療機関協力依頼	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	対象者全員への個別相談案内通知の発送	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	特定保健指導実施率	63.3%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
	内臓脂肪減少率	25.6%	26.0%	26.4%	26.8%	27.2%	27.6%	28.0%
	内臓脂肪該当者割合	15.1%	15.0%	14.9%	14.8%	14.7%	14.6%	14.5%
	保健指導対象者減少率	24.0%	24.1%	24.2%	24.3%	24.4%	24.5%	24.6%
現在までの実施方法（プロセス）	（1）集団健診結果説明会及び結果返却時の保健指導の実施 対象者：集団健診受診者（特定健診受診者に対する詳細な結果説明により自己の健康状態を把握させ健康管理委の一助とすること及び特定保健指導対象者となった者に対する特定保健指導実施の誘導、生活習慣病等重症化予防事業へも誘導する） （2）医療機関との連携 対象者：個別健診受診者で該当者 個別健診実施医療機関と連携し、同じツールにて保健指導を勧奨する。 （3）保健指導の案内分の送付。未実施者への電話勧奨 対象者：個別健診受診者、人間ドック受検者で該当者個別健診、人間ドック受診者には、保健指導の案内を送付し、返信のないものに電話で勧奨する。 （4）専門職による指導内容の充実 専門職による栄養相談や個々の運動プログラムを作成する。 （5）普及啓発（広報に特定保健指導のPRを載せる。集団がん検診時に特定保健指導啓発をPRする）							
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	・特定保健指導対象者への案内チラシを利用したいと思えるように分かりやすいものにしていく。 ・引き続き健診医療機関に理解と協力を求め、実施していく。							
現在までの実施方法（ストラクチャー）	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施							
今後の実施方法（ストラクチャー）の改善案・目標	委託による成果報酬型の保健指導を導入していく。（オンライン・休日対応等）【新規】							

(3) 生活習慣病重症化予防事業

目 的	被保険者の循環器疾患の合併症、糖尿病性腎症による慢性腎不全等の重篤疾患の発症を予防する。健診結果が受診勧奨域にある高リスク者を早期受診に繋げる							
対象者	(1) 糖尿病重症化予防事業（かながわ方式保健指導） 特定健診受診者で特定保健指導対象外の者のうち、データ抽出時点において40歳から74歳の者のうち、前年度の結果において、生活習慣病に関する検査結果において病気発症や重症化の可能性のある者に対して保健師等による家庭訪問等を実施 (2) 受診勧奨事業 特定健診受診者で、データ抽出時点において40歳から74歳の者のうち、当該年度の健診結果において下記の条件のいずれかに該当する者で、医療機関受診のない者 ア 血圧：収縮期 140mmHg以上 又は拡張期 90mmHg以上 イ HbA1c：6.5%以上 又は 空腹時血糖：126mg/dl以上 ウ TG：300mg/dl以上 HDL：35mg/dl未満：LDL：140mg/dl以上 (3) 糖尿病性腎症重症化予防事業 特定健診及び医療機関未受診であり、過去3年間で特定健診において糖尿病基準に該当または糖尿病性腎症レセプトと判定された者							
事業の結果・課題等	平成29年度に導入したかながわ方式保健指導事業では、参加者の行動変容、体重・血液検査データの改善の結果が得られているが、時間の経過とともにデータの悪化がみられる。							
重点的に取り組むこと	・保健指導後の行動変容を強化するため、介入の時期、方法の検討をし、効果的に事業を実施する。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業を本格的に実施する。							
指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	抽出した対象者へ保健指導を行った割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	かながわ方式保健指導終了率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	保健指導終了者の生活習慣改善率	改善	改善	改善	改善	改善	改善	改善
	血液検査等データ改善率	維持改善	維持改善	維持改善	維持改善	維持改善	維持改善	維持改善
	次年度の健診結果改善率	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	受診勧奨者のうち医療に繋がった割合	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
現在までの実施方法 (プロセス)	(1) 糖尿病重症化事業（かながわ方式保健指導） かながわ方式保健指導促進事業を活用し初回訪問・面接指導及び6～7回のグループ指導を実施 (2) 受診勧奨事業 ・KDB及び特定健診等データ管理システムを活用し、基準値該当者を抽出し、レセプトで治療状況を確認する。対象者に保健師による面談、電話、手紙により医療機関への受診勧奨後、受診状況を確認する。 ・集団健診結果説明会及び結果返却時に、専門職による保健指導及び受診勧奨を行う。 (3) 医療機関との連携							
今後の実施方法 (プロセス)の改善案、目標	・保健指導後の行動変容を強化するため、グループワークの内容の充実をはかる。【拡充】 ・より事業効果を高めるため、効果的・効率的な実施手法を検討していく。【拡充】 ・特定健診及び医療機関未受診であり、過去3年間で特定健診において糖尿病基準に該当または糖尿病性腎症レセプトと判定された者を対象として保健指導を実施していく。【新規】							
現在までの実施方法 (ストラクチャー)	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施							
今後の実施方法(ストラクチャー)の改善案・目標	対象者を拡大し、直営で実施していく。【拡充】							

(4) あじさい健診事業

目 的	若年層からの生活習慣病の早期発見と予防及び健診受診の習慣化による特定健診への導入							
対象者	18～39歳の被保険者							
事業の結果・課題等	集団健診で実施し、子育て世代でも受けやすい体制として、託児を実施している。 新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度は実施できない年もあった。							
重点的に取り組むこと	ナッジ理論を活用した効果的な勧奨をする。 子育て世代が受けやすい体制を継続する。							
指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	抽出した対象者への受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	健診受診率	—	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%
現在までの実施方法 (プロセス)	受診案内を6月下旬に一斉発送。年5日間の集団健診での実施。健診結果説明会等で結果を返却。 健診結果が判定基準に達した場合は、保健指導を実施							
今後の実施方法 (プロセス)の改善案、目標	・ナッジ理論を活用したより効果的な勧奨方法を研究していく。 ・継続受診の強化のため、SMS等による受診フォローについて検討をすすめる。							
現在までの実施方法 (ストラクチャー)	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理 実施形態：集団健診実施機関との委託契約							
今後の実施方法(ストラクチャー)の改善案・目標	現在までの実施体制(ストラクチャー)を引き続き、維持していく。							

(5) 医療費通知

目 的	被保険者の健康、医療に対する認識を高め、国民健康保険事業の健全な運営を図る							
対象者	医療を受けた被保険者がいる世帯（世帯単位、宛名は世帯主）							
事業の結果・課題等	平成29年度税制改正に合わせ、平成30年度発送分の医療費通知書から総額10割分の他に一部負担金額（患者負担分）の記載を追加し、医療費控除の申告手続きでの明細書と明細として使用できる様式に改めた。利用者の利便性を最大限配慮するため、1月から12月診療分を記載した医療費通知を作成し、被保険者に発送している。							
重点的に取り組むこと	通知書にはマイナンバーカードの案内パンフレットを同封するなど、他事業との連携を図る。							
指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	医療費通知発送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	—	—	—	—	—	—	—	—
現在までの実施方法 （プロセス）	1月から12月までの保険診療の医療費を通知							
今後の実施方法 （プロセス）の改善案、目標	現在の実施体制（プロセス）を維持しつつ、今後の事業のあり方を検討する。							
現在までの実施方法 （ストラクチャー）	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理							
今後の実施方法（ストラクチャー）の改善案・目標	現在までの実施体制（ストラクチャー）を引き続き、維持していく。							

(6) ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進

目 的	ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、被保険者負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図る							
対象者	広報・啓発：全被保険者 差額通知：ジェネリック医薬品に切り替えた場合の1か月当たり自己負担額の差額が200円以上の被保険者							
事業の結果・課題等	差額通知を年1回発送するとともに、新規加入者に対して、加入手続きの際に窓口でカード及びチラシを配布したり、被保険者証一斉更新時にカード及び説明チラシを同封し周知している。 使用率は80%に達していないため、より使用率を向上させる必要がある。							
重点的に取り組むこと	・差額通知の発送時期や通知方法等を検討し、使用率の向上を図る。 ・使用率の向上に向けてより効果的な周知方法を検討する。							
指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	対象者への差額通知発送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	後発医薬品使用率	79.3%	79.4%	79.5%	79.6%	79.7%	79.8%	80.0%
現在までの実施方法 (プロセス)	(1) 広報・啓発 ・新規加入者に対して、加入手続きの際に窓口でカード及びチラシを配布 ・被保険者への一斉通知等の際に同封物等で周知 (2) 差額通知 年1回差額通知書を発送							
今後の実施方法 (プロセス)の改善案、目標	・ジェネリック医薬品の普及率は上昇傾向にあるが、国が示す目標を上回る水準となるジェネリック医薬品使用率80%以上を維持できるよう、更なる利用促進に取り組む。 ・医師会や薬剤師会、国民健康保険団体連合会の協力を仰ぎながら、これまでの取組を継続していく。							
現在までの実施方法 (ストラクチャー)	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施							
今後の実施方法(ストラクチャー)の改善案・目標	現在までの実施体制(ストラクチャー)を引き続き、維持していく。							

(7) 重複・頻回受診（投薬）対策

目 的	大量服薬等による被保険者の健康被害を防止するとともに、重複・頻回受診者に対し適正な受診等を勧奨し、重複受診者・投薬者の減少による医療費適正化を図る。							
対象者	広報・啓発：全被保険者 訪問健康相談事業：1月あたりの同一疾病での受診医療機関が3か所以上の被保険者又は1月あたりの同一医療機関での受診が15回以上の被保険者等							
事業の結果・課題等	医療機関等の適正受診について、広く一般的に周知・啓発するとともに、重複・頻回受診者・投薬者等を抽出するも対象者がいないことが多い。							
重点的に取り組むこと	受診回数や投薬数だけでなく、診療や投薬内容等を踏まえた対象者を抽出し、重複・頻回受診者・投薬者等について、訪問健康相談を実施する。							
指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトプット指標	対象者への指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標	重複受診者・投薬者の減少	該当者なし	減少	減少	減少	減少	減少	減少
現在までの実施方法 (プロセス)	医療機関等の適正受診について、広く一般的に周知・啓発するとともに、向精神薬に係る重複受診者等に対して文書等で適正受診についての指導を実施する。その他の疾病による重複・頻回受診者に対しては訪問健康相談事業を実施する。							
今後の実施方法 (プロセス)の改善案、目標	「国民健康保険のしおり」等を通じ、医療機関等の適正受診について、周知・啓発する。 - 受診回数や投薬数だけでなく、診療や投薬内容等を踏まえた対象者を抽出し、重複・頻回受診者等について健康相談を実施する。 - 向精神薬に係る重複受診者に対する文書指導等は、健康相談と合わせて実施する。							
現在までの実施方法 (ストラクチャー)	対象者見込みに応じた事業予算の確保 事業実施スケジュールの適正管理 評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施							
今後の実施方法(ストラクチャー)の改善案・目標	現在までの実施体制(ストラクチャー)を引き続き、維持していく。							

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査・特定保健指導

特定健診及び特定保健指導は、本計画における保健事業の中核をなすものであり、他の保健事業とは別に「第4期開成町国民健康保険特定健康診査等実施計画」として本計画に位置付けます。

特定健康診査等実施計画に記載すべき事項は、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(以下「基本指針」という。)」(法第18条)に定められています。

2. 目的

特定健診及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査(特定健診)を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導(特定保健指導)をするものです。

(1) 生活習慣病対策を講じる必要性

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院や投薬が始まり、生活習慣の改善がないままであれば、虚血性心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾患の発症に至ることになります。

本町の生活習慣病の医療費は、医療費総額の約3割を占めていることから、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、被保険者の健康維持及び生活の質の向上を図るだけでなく、医療費の伸びを抑制することにも繋がります。

(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(内臓脂肪型肥満)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、脳血管疾患等の重篤な疾患の発症リスクが高くなります。そのため、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を改善することにより、それらの発症リスクを低減す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、高血糖・脂質異常・高血圧といったリスクが、血管を損傷し、臓器への障害へ移行し、健康障害が発生していく、という生活習慣と疾病発症との関係性を理解しやすいものとし、生活習慣の改善に向けて明確な動機付けができるようになります。

3. 目標値の設定

基本指針における達成しようとする目標値は、市町村国保は特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%となっていますが、保険者が実情分析を行い、予算等の制限条件の中で最大限の努力により達成できる目標設定であることとされています。本町では、第3期特定健診等実施計画の実施状況、データの分析結果及び神奈川県全体の受診率等を踏まえ、次のとおり目標値を設定します。

	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
特定健診	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%
特定保健指導	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%

※特定健診：第3期特定健診等実施計画期間中の受診率実績を上回る毎年1.0%ずつの上昇を目指します。

※特定保健指導：本町の過去の実施率を基に現状維持を目指します。

4. 対象者

40歳～74歳の被保険者（誕生日が年度内にある人）

（1）特定健診対象者数 ＜推計＞

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	830	807	785	763	742	721
65～74歳	1,425	1,386	1,347	1,310	1,273	1,238
計	2,256	2,193	2,132	2,073	2,015	1,959
受診者数	970	965	959	953	947	940

※被保険者数の過去の実績、各年齢層の伸び率を考慮して算出

※特定健診受診者数（見込み）は、特定健診対象者数（推計値）に目標値を乗じて算出

（2）特定保健指導該当者数 ＜見込み＞

	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
動機づけ支援	65	64	62	60	58	57
積極的支援	20	20	19	19	18	18
計	86	83	81	79	77	74
利用者数	64	62	61	59	57	56

※特定健診受診者数（見込み）に、過去の保健指導該当者発現率を考慮して算出

※特定保健指導利用者数（見込み）は、特定保健指導該当者数（見込み）に目標値を乗じて算出

5. 実施方法（特定健診）

（1）概要

実施期間	6月から翌3月末まで（受診開始は受診券発送後から）
実施場所 （実施機関）	足柄上医師会所属の実施医療機関における個別健診 連続5日間で行われる集団健診
実施形態※ （契約形態）	個別健診においては、足柄上医師会との集合契約 集団健診においては、健診機関との委託契約
費用 （自己負担額）	個別健診 1,500円 集団健診 1,000円 （令和5年度現在）
周知方法	・対象者宛に個別に受診券、受診案内、実施機関名簿を送付 ・町ホームページ ・広報紙等

(2) 健診項目

基本項目と追加項目は、受診者全員に実施します（必須項目）。
「基本項目」とは国の基準項目、「追加項目」とは本町独自の項目

		検査	項目
必須項目	基本項目	診察	問診
			身長、体重、BMI、腹囲
			理学的所見（身体診察）
			血圧
		脂質検査	空腹時中性脂肪
			随時中性脂肪 注1)
			HDLコレステロール
			LDLコレステロール 注2)
		肝機能検査	AST（GOT）
			ALT（GPT）
			γ-GT（γ-GTP）
		血糖検査	ヘモグロビンA1c
			空腹時血糖 注3)
		尿検査	尿糖
			尿蛋白
	追加項目	貧血検査	赤血球数
			血色素量
			ヘマトクリット値
		尿検査	尿潜血
		血液検査	尿酸
			血清クレアチニン
			e-GFR
		心電図検査	
	医師の診断（判定） 注4)		
詳細な健診項目			
眼底検査			

注1) やむを得ず空腹時以外に採血をした場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時中性脂肪により検査する。

注2) 中性脂肪が400 mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロールで評価する。

注3) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査する。

注4) 尿検査未実施の場合、未実施理由を選択する。

(3) 受診券

対象者に特定健診受診券、受診案内、実施機関名簿を同封して発送します。受診案内、実施機関名簿には、がん検診、肝炎ウイルス検査も併せて掲載します。

受診券発送後に紛失等があった場合には再作成します。

① 発送時期と有効期限

(ア) 実施年度に40歳～74歳の年齢に達する人

- ・ 4月1日現在加入者：5月下旬に健診対象者へ一斉発送
- ・ 実施年度に75歳の年齢に達する人（有効期限は誕生日前日まで）

② 記載事項

受診券には、受診券整理番号、氏名、性別、生年月日、有効期限、自己負担額、受診上の注意事項、保険者番号、保険者名称、支払代行機関番号、支払代行機関名称を記載することとし、様式は別に定めます。

6. 実施方法（特定保健指導）

（1）概要

実施期間	初回面接から6か月間 ※初回面接の実施期限は、特定健診実施年度の6月から翌年3月末まで ※実績評価の最終期限は、特定健診実施年度の翌年度末まで
実施場所	開成町保健センター他
内容	特定保健指導は、特定健康診査の結果から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多く期待できる方に対して行う。指導には、リスクの程度に応じて動機付け支援と積極的支援があります。 ■指導内容 動機付け支援：6か月間に面接をおおむね2回（初回面接と最終面接） 積極的支援：6か月間に面接・集団指導等、3か月以上の継続支援
プログラム	初回面接：メタボリックシンドロームの解説、目標設定、目標達成に向けた健康のアドバイス 栄養指導：食事内容の見直しなど管理栄養士による栄養相談 運動指導：健康運動指導士による実践とアドバイス 最終面接 体重や腹囲の変化、目標達成状況の確認
費用 (自己負担額)	無料
周知方法	・対象者宛に個別に利用案内を送付 ・広報等

（2）特定保健指導対象者基準と階層化

特定健診の結果から特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）に該当するかを判定するための「階層化」を実施します。

特定保健指導判定基準（階層化）

腹囲	追加リスク	① 喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40 歳～64 歳	65 歳～74 歳
男性85cm 以上 女性90cm 以上	2つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI25 以上	3つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

（追加リスク項目）

- ・血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl以上ヘモグロビンA1c5.6%以上
- ・脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl 以上（やむを得ない場合随時中性脂肪175mg/dl以上）又はHDL コレステロール40mg/dl 未満
- ・血圧：収縮期130mmHg 以上、又は拡張期85mmHg 以上
- ・質問票：喫煙あり

(3) プログラム

動機づけ支援	初回面接	医師、保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のために支援する。
	実績評価	初回面接から6か月経過後、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認・評価する。
積極的支援	初回面接	医師、保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のために支援する。
	継続支援	3か月以上、継続的に支援する ※食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項についての実践的な指導、取組を維持するための励まし等
	実績評価	初回面接から6か月経過後、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認・評価する。

(4) 利用勧奨及び指導

特定保健指導の対象者には、町から特定保健指導の案内を送付します。利用希望のあった人には、階層化に応じて指導します。

集団健診においては、結果説明会及び結果返却時に、検査結果の説明と食事と運動等の健康増進に関する情報提供とともに「動機付け支援」「積極的支援」の対象者に個別指導を実施します。

・ 発送時期

毎月、健診実施医療機関から町に提出された健診データから対象者を抽出し、発送します。

7. 代行機関

第3期特定健診等計画に引き続き、国民健康保険中央会が開発した特定健診等データ管理システムを活用してデータ管理及び費用決済をするため、特定健診・特定保健指導の結果データのチェック、保存、費用請求の審査、支払、決済等に係る事務及びデータの送受信について、神奈川県国民健康保険団体連合会に委託します。また、集団健診の結果通知については、健診機関が作成します。

8. 他保険者とのデータの授受

国民健康保険に加入している人が生涯にわたり自ら健診・保健指導情報を活用し、健康づくりに役立たせるためには、継続したデータの管理が必要です。他の保険者からの異動に伴う健診・保健指導の情報提供については、必ず本人の同意を得たうえで紙ベースまたは電子データにて授受します。

9. 年間の事業実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	特定健康診査対象者の抽出	
5月	特定健診機関との契約	
6月	個別健診対象者受診券の発送（特定健康診査の開始）	
7月	特定健康診査データ受取費用決済（開始）	特定保健指導対象者の抽出（特定保健指導の開始）
8月	集団健診対象者受診券の発送	特定保健指導データ受取費用決済（開始）
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月	▼	
3月	（特定健康診査の終了）	
4月		
5月	特定健康診査データ受取費用決済（終了）	特定保健指導データ受取費用決済（終了）
6月		
7月		
8月		
9月		（特定保健指導の終了） ▼

第7章 個人情報の保護

保健事業の実施に当たっては、医療機関、委託事業者、他の医療保険者、費用請求等の事務を代行する代行機関及び国等との間でデータがやりとりされ、そのことによってそれらのデータが活用されることになります。

このため、保健事業に係る被保険者の個人情報の保護について、適正かつ厳正に取扱いします。

1. 個人情報の管理

保健事業の実施に係る特定健診・特定保健指導等の結果やレセプトデータを含む医療情報等の個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「開成町個人情報保護条例」及び関連するその他法令における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインに基づいて行います。特定健康診査・特定保健指導の委託先に対しては、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等について契約書に定めるとともに、その徹底を求めています。

生活習慣病重症化予防事業のように、本町の衛生部門が保健事業を担う場合には、事業実施要綱等の制定、事業実施における職員の情報セキュリティ対策及び個人情報保護対策に係るマニュアル等を整備します。

2. 特定健診・特定保健指導に係るデータ管理

(1) データの取り扱い

健診実施機関や各保険者との間で健診データがやり取りされる場合、データの互換性を確保し、紙ベースまたは電子データにて保存、送受信することを原則とします。

(2) 管理、保管

実施機関から提出された特定健診・特定保健指導結果データは、代行機関である神奈川県国民健康保険団体連合会に管理、保管を委託します。

(3) 保管期間

蓄積された特定健診等のデータの保管期限は、記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年間とします。また、資格喪失等により被保険者でなくなった場合は、資格を喪失した日の属する年度の翌年度末までを保管期間とします。保管期間を経過したデータは削除・廃棄します。

第8章 計画の公表・周知

1. 計画の公表・周知

本計画は、町ホームページなどで公表し、被保険者に対し周知を図ります。

なお、必要に応じて、本計画のうちの一部を法第19条に定める「特定健康診査等実施計画」として、単独で公表することがあります。

2. 保健事業の普及啓発

各保健事業の目標を達成するためには、被保険者の保健事業に対する前向きな協力が必要です。

被保険者の協力を得るためには、保健事業を実施することの必要性について理解を深めてもらうことが重要となりますので、特定健診受診券、医療費通知等の個別送付、ホームページ、リーフレット等を活用した情報提供、地域の医療機関、薬局、庁舎窓口、各自治会掲示板等でのポスター掲示等により継続的に啓発します。

第9章 計画の評価・見直し

国への報告内容である「特定健康診査・特定保健指導情報の集計情報ファイル（健診・保健指導実施結果報告）」の評価指標や特定健康診査等実施計画の目標達成状況、「標準的な健診・保健指導プログラム」の様式7「医療保険者における健診・保健指導の評価方法」等を活用し、毎年計画の評価を行い、その結果見直しが必要な場合は速やかに見直します。

保健事業においても、目標値と結果の状況、実施方法、内容、スケジュール等について毎年計画の評価を行い、目標値の達成状況等の進捗を管理します。

計画期間の最終年度には、総合的に評価します。それぞれの事業方針に沿った取組の結果は、達成状況の点検、評価で終わらずに、結果を活用してより効果的な保健事業の運営が行えるよう次期計画に向けて見直しを図ります。

第10章 事業運営上の留意事項

1. 関係機関との連携

本計画における各事業は本町関係所管課との連携、足柄上医師会等の関係団体との協力により、効率的、効果的に実施していきます。

2. 実施体制の確保

各保健事業の担当者は、常に最新の情報を収集するとともに研修等への参加により事業の質の向上を図ります。

開成町国民健康保険
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

令和6年3月

開成町総合窓口課
〒258-8502
足柄上郡開成町延沢773番地

電話 0465-84-0324
FAX 0465-82-5234