

綾瀬市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(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
綾瀬市

目次

第1章 計画の概要.....	5
1 計画の基本的事項.....	5
(1) 計画策定の背景・趣旨・目的.....	5
(2) 計画の法的根拠、位置付け.....	6
(3) 計画の期間.....	7
2 実施体制.....	7
(1) 市内の連携体制の確保.....	7
(2) 関係機関との連携.....	7
3 計画の評価・見直し.....	7
第2章 綾瀬市及び綾瀬市国民健康保険の現状.....	8
1 本市の人口と国民健康保険被保険者の状況.....	8
(1) 人口動態と国民健康保険加入者数の推移.....	8
(2) 年齢別人口構造と国民健康保険加入状況.....	9
(3) 本市の平均自立期間と平均寿命との推移.....	11
(4) 本市の要介護認定率の状況.....	12
(5) 本市の医療の状況.....	13
(6) 本市の主な死因の状況.....	15
第3章 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期特定健康診査等実施計画の実績と評価（振り返り）.....	16
1 実施状況及び評価（総括評価）.....	16
2 個別事業評価.....	17
(1) 特定健康診査受診率向上対策.....	17
(2) 特定保健指導実施率向上対策.....	19
(3) 生活習慣病重症化予防対策.....	21
(4) 生活習慣病予防の知識普及啓発事業.....	22
(5) 重複・頻回受診者対策.....	24
(6) ジェネリック医薬品利用促進対策.....	25
(7) 地域包括ケアの取り組み.....	26
第4章 健康・医療情報等の分析と課題.....	28
1 国民健康保険医療費の分析.....	28
(1) 疾病別医療費.....	28
(2) 生活習慣病及び重症化疾患関連医療費の状況.....	29
(3) 生活習慣病と重症化疾患の診療報酬明細（レセプト）分析.....	31
(4) 高額医療費の状況.....	32
(5) 人工透析患者の状況.....	33

2	特定健康診査結果からみる分析状況	34
(1)	特定健康診査結果における有所見者の状況	34
(2)	特定健康診査結果における内臓脂肪症候群該当者の状況	35
(3)	特定健康診査結果における医療機関受診勧奨者該当者に関する状況	36
(4)	特定健康診査結果における疾病別（高血圧）リスクの状況	37
(5)	特定健康診査結果における疾病別（血糖）リスクの状況	37
(6)	特定健康診査結果における疾病別（脂質）リスクの状況	38
(7)	特定健康診査結果における慢性腎臓病重症度分類等	39
(8)	特定健康診査結果における問診結果の状況	40
3	その他の保健事業に関する分析	41
(1)	生活習慣病重症化予防対策	41
(2)	医療機関受診勧奨通知に関する分析	42
(3)	重複・頻回受診者の状況	43
(4)	ジェネリック医薬品の状況	43
4	保健事業対象者の分析	44
5	データ分析の結果に基づく綾瀬市国民健康保険の健康課題	45
6	本市の各指標値の実績と神奈川県との平均値との比較	47
7	解決すべき被保険者の健康課題	48
第5章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の取組み		49
1	保健事業実施計画（データヘルス計画）の目的と目標、目標を達成するための戦略	49
(1)	保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の目的	49
(2)	保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の目標	49
(3)	保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標を達成するための戦略	49
(4)	保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標の評価指標	50
(5)	保健事業実施計画（データヘルス計画）の取組むべき対策	50
(6)	保健事業実施計画（データヘルス計画）の全体像	51
2	個別の保健事業	52
(1)	特定健康診査受診率向上対策	52
(2)	特定健康診査受診率向上対策（集団健診）	53
(3)	特定保健指導利用率向上対策	55
(4)	特定保健指導終了率向上対策	56
(5)	生活習慣病重症化予防対策	57
(6)	生活習慣病重症化予防対策（糖尿病性腎症）	59
(7)	適正受診勧奨事業（ジェネリック医薬品利用促進・重複頻回受診者等対策）	60
(8)	生活習慣病予防の知識普及啓発事業	63

第6章 第4期綾瀬市特定健康診査等実施計画	65
1 特定健康診査等の実施方法	65
(1) 特定健康診査の実施方法	65
(2) 特定保健指導の実施方法	67
2 特定健康診査と特定保健指導の目標値	69
(1) 特定健康診査と特定保健指導の目標値	69
(2) 特定健康診査と特定保健指導対象者推計	69
(3) 特定健康診査及び特定保健指導の年間スケジュール等	70
(4) 特定健康診査データ及び特定保健指導データの保管及び管理方法	70
(5) 代行機関の利用	70
(6) その他	70
第7章 計画におけるその他の取組事項	72
1 計画の公表及び周知	72
2 SDGsの取り組みについて	72
3 個人情報の取り扱い	73
4 地域包括ケアに係る取り組みについて	73
5 努力者支援制度への対応	73
6 用語集	74
資料編	76
1 特定健康診査対象者の現状と今後の想定対象者・想定実施者数	76
(1) 特定健康診査対象者の状況	76
(2) 特定健康診査対象者の推移	77
2 国民健康保険被保険者と後期高齢者医療制度被保険者をつなげて見た1人当たりの医療費	79
3 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期特定健康診査等実施計画の実績と評価 （振り返り詳細）	80
(1) 特定健康診査受診率向上対策	80
(2) 特定保健指導実施率向上策	87
(3) 生活習慣病重症化予防対策	91
(4) 生活習慣病予防の知識普及啓発事業	95
(5) 重複・頻回受診者対策	95
(6) ジェネリック医薬品利用促進対策	96
(7) 地域包括ケアの取り組み	97

第1章 計画の概要

1 計画の基本的事項

(1) 計画策定の背景・趣旨・目的

世界に類を見ないスピードで超高齢社会を迎えている我が国においては、国民の健康寿命を延ばし、日本経済の活力向上を目指す取り組みが推進されています。

平成 25 年6月に閣議決定された「日本再興戦略※」では、全ての健康保険組合や市町村国民健康保険等に対して「データヘルス計画」の作成・公表に併せて、診療報酬明細書（レセプト）※等のデータの分析・評価の分析等を求めることとされ、「保健事業の実施等に関する指針」が平成 26 年3月末に改定されました。

データヘルス計画とは、診療報酬明細書（レセプト）や健診結果等のデータ分析に基づいて、PDCA サイクル※で効果的かつ効率的に保健事業へ取り組むという事業計画のことです。

計画策定にあたっては、健康・医療情報を電子化し、分析して、被保険者等の健康課題を明確にしたうえで、保健事業を企画・実施することとされており、この事業の実施により生活習慣病等のリスクを低減し、医療費増大を抑えることに加え、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」である健康寿命の延伸によって、生活の質(QOL)の維持及び向上を図ることも、データヘルス計画の目的とされています。

こうした背景を踏まえ、本市国民健康保険では、平成 30 年3月に「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」及び「第3期特定健康診査等実施計画」(平成 30 年度から令和5年度まで)を策定し、事業を実施するとともに、令和2年度には中間評価を実施し、事業の見直し等に取り組んでまいりました。

また、平成 30 年度からは神奈川県が共同保険者となり、国民健康保険事業の運営が開始されるとともに、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進、保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられました。

この度、本市の現計画が令和6年3月に事業年度終了を迎えるのに伴い、被保険者の「生活習慣病の発症と重症化予防」と「医療費適正化」を目的とした、新たな「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」及び「第4期特定健康診査等実施計画」を策定します。

(2) 計画の法的根拠、位置付け

データヘルス計画は、「国民健康保険法」に基づき厚生労働大臣が定める「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」により、特定健康診査※等の結果や、診療報酬明細書（レセプト）※等の健康・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計画として策定します。

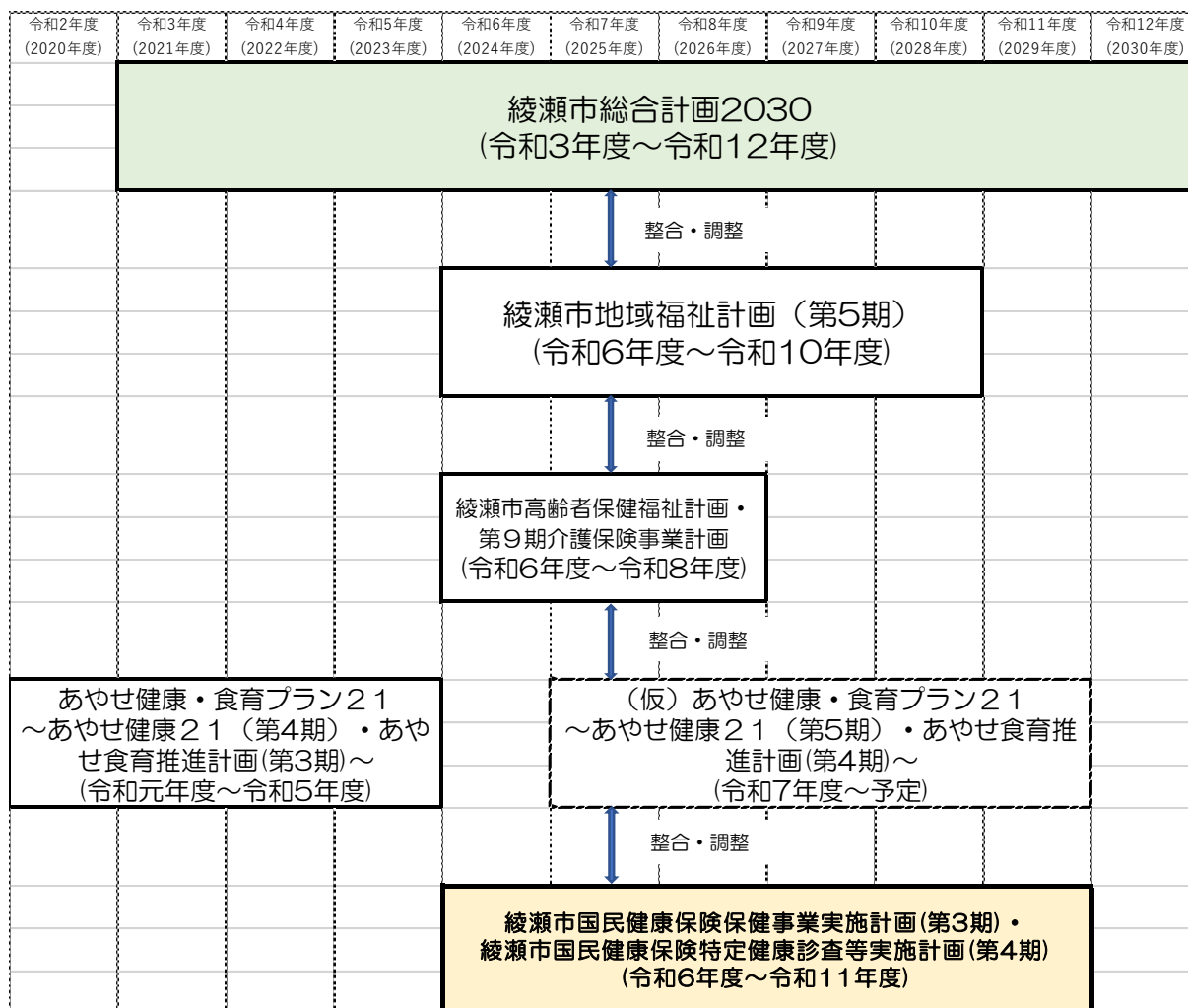
また、特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導※の具体的な実施方法を定めるものです。

両計画の内容は重複する部分が多いことから、一体的に策定し、運用します。

なお、「綾瀬市総合計画 2030」、「綾瀬市地域福祉計画」、「あやせ健康・食育プラン 21」、「綾瀬市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」と調和のとれたものとします。

※用語集参照

◇計画の位置付け



(3) 計画の期間

本計画の計画期間は、「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」において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性も踏まえ、複数年とすること」とされていることから、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2 実施体制

(1) 庁内の連携体制の確保

本市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、国民健康保険事業を所管する保険年金課が主体となり、健康づくり推進課、地域包括ケア推進課等の関係課と連携し、より効果的な事業や啓発に取り組みます。

また、本市国民健康保険運営協議会※に対し、計画の進捗について適宜報告し、事業実施内容の評価を受け、必要な調整を行います。

※用語集参照

(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・協力が不可欠となります。共同保険者である神奈川県のほか、神奈川県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）や国保連合会内に設置された支援・評価委員会、（一社）座間綾瀬医師会、（一社）大和綾瀬歯科医師会、（公社）大和綾瀬薬剤師会等の保健医療関係団体と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

3 計画の評価・見直し

計画の目的及び目標の達成状況については、設定した評価指標に基づき、毎年度評価と進捗状況の確認を行い、必要に応じて事業の実施内容、方法等の見直しを行います。

また、進捗状況の確認のために令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて実施体制・目標値等の見直しを行います。さらに、最終年度となる令和11年度に本計画の目標設定と指標等を最終評価したうえで、取り組むべき事業等を見直し、次期計画（令和12年度から令和17年度まで）につなげます。

第2章 綾瀬市及び綾瀬市国民健康保険の現状

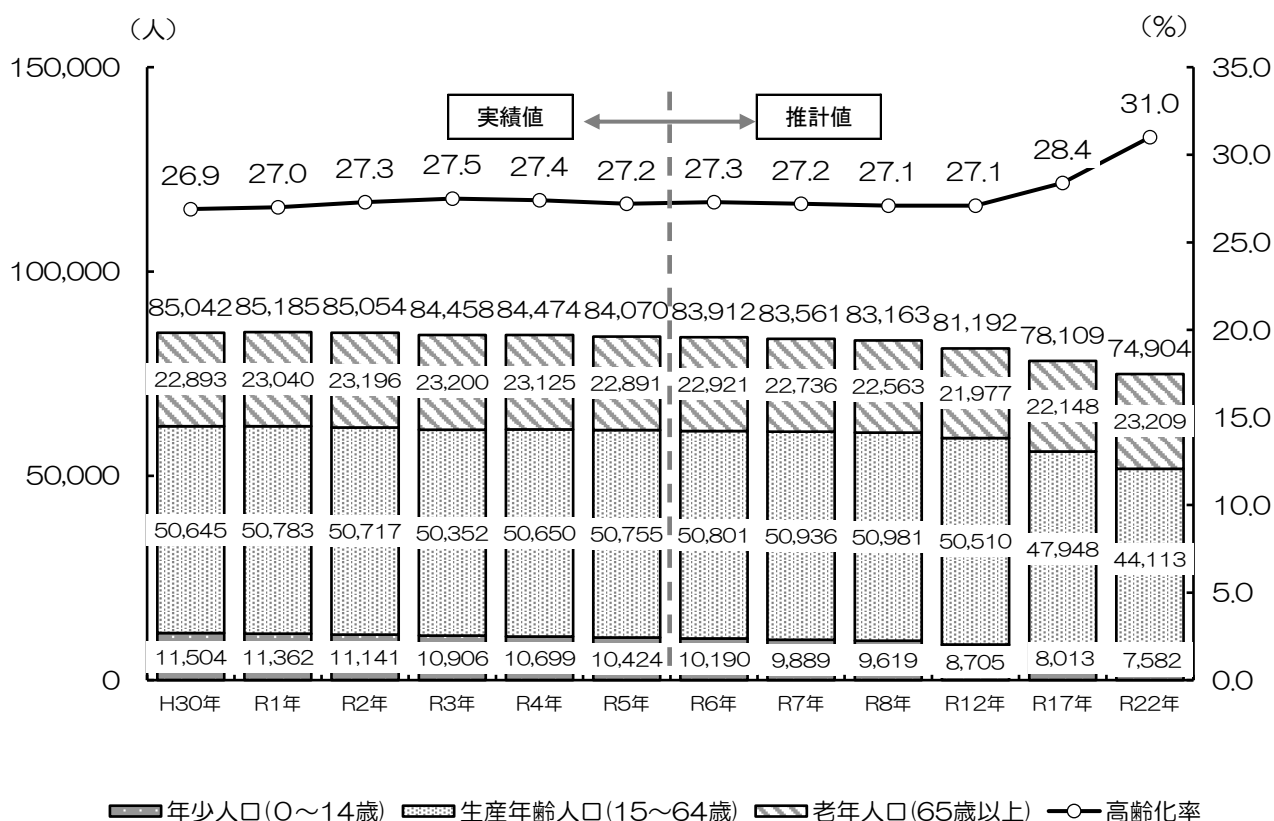
1 本市の人口と国民健康保険被保険者の状況

(1) 人口動態と国民健康保険加入者数の推移

第2期保健事業実施計画がスタートした平成30年以降の人口動態では、総人口は85,000人前後で推移してきましたが、少子高齢化の進行とともに、年少人口が減少し高齢人口が増加したことで、平成30年に26.9%であった高齢化率は、令和5年では27.2%となっています。

また、今後の人口推計では、総人口は減少傾向となる一方で、高齢者は引き続き増加傾向にあり、令和22年には、高齢化率が31.0%と3人に1人が高齢者になると見込まれています。

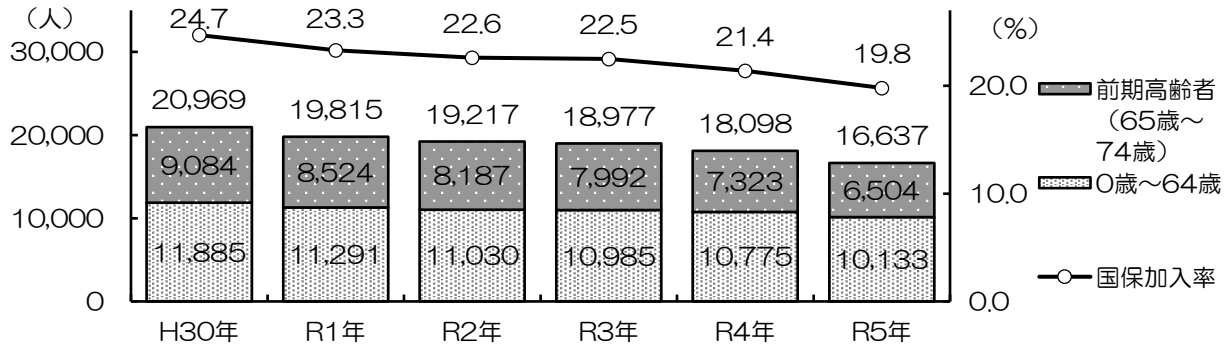
◇人口の推移



資料：令和5年までは住民基本台帳人口（各年10月1日時点）
令和6年以降は令和4年までの人口からコホート変化率法で算出

また、本市の国民健康保険加入者数は、75歳到達による後期高齢者医療制度への移行者増加等から毎年減少しており、平成30年に20,969人であった被保険者数は、令和5年では16,637人と20.7%減少し、総人口に占める加入者割合は19.8%と、市民の5人に1人の加入割合となっています。

◇国民健康保険被保険者数の推移と総人口に対する加入割合

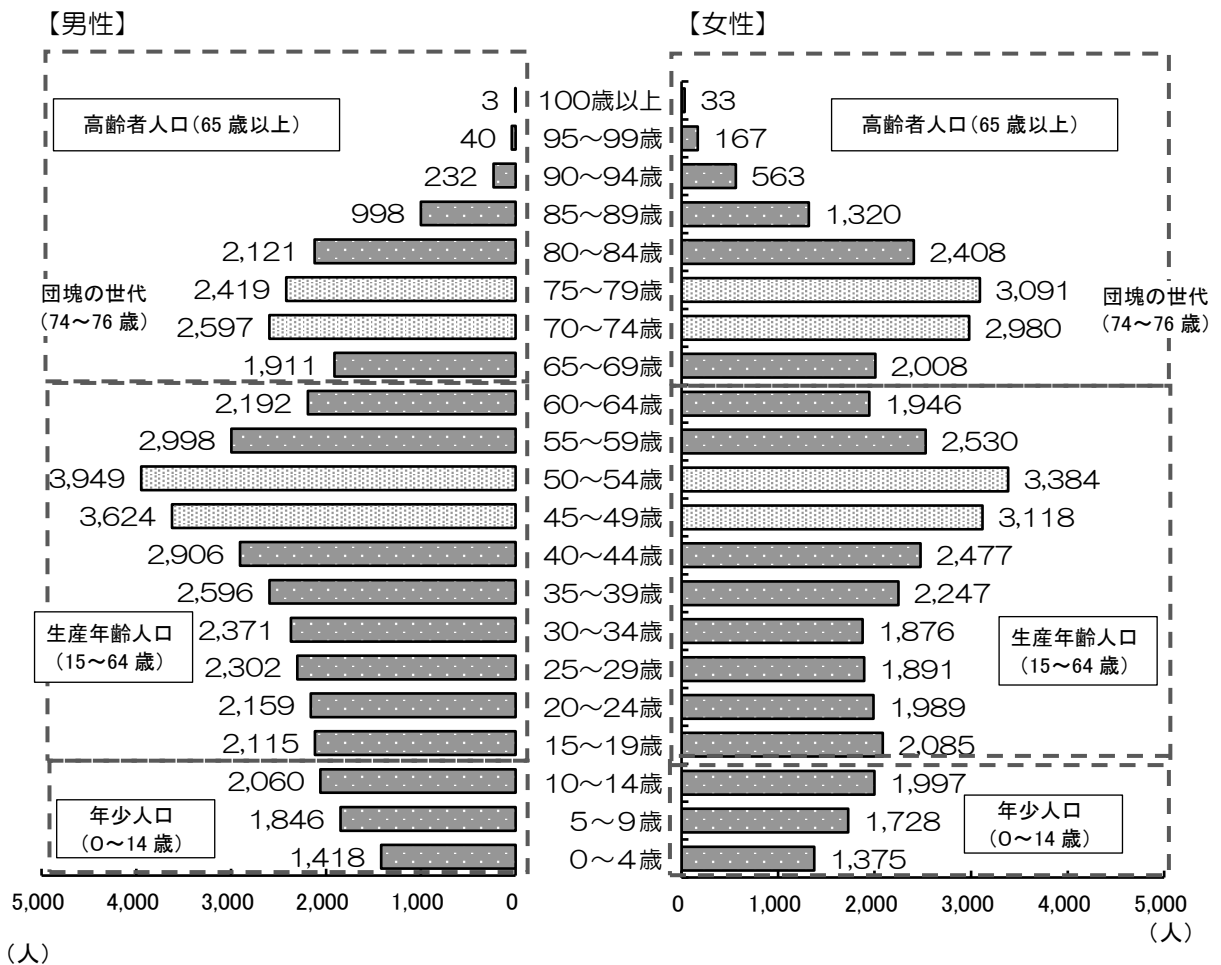


資料：国民健康保険統計月報（各年9月末日現在被保険者/10月1日現在住民基本台帳人口）

(2) 年齢別人口構造と国民健康保険加入状況

令和5年10月1日現在の人口構造を人口ピラミッドで見ると、団塊の世代（昭和22年から24年生まれ）、団塊ジュニア（昭和46年から49年生まれ）が人口のピークを形成しており、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に移行しつつあることがわかります。

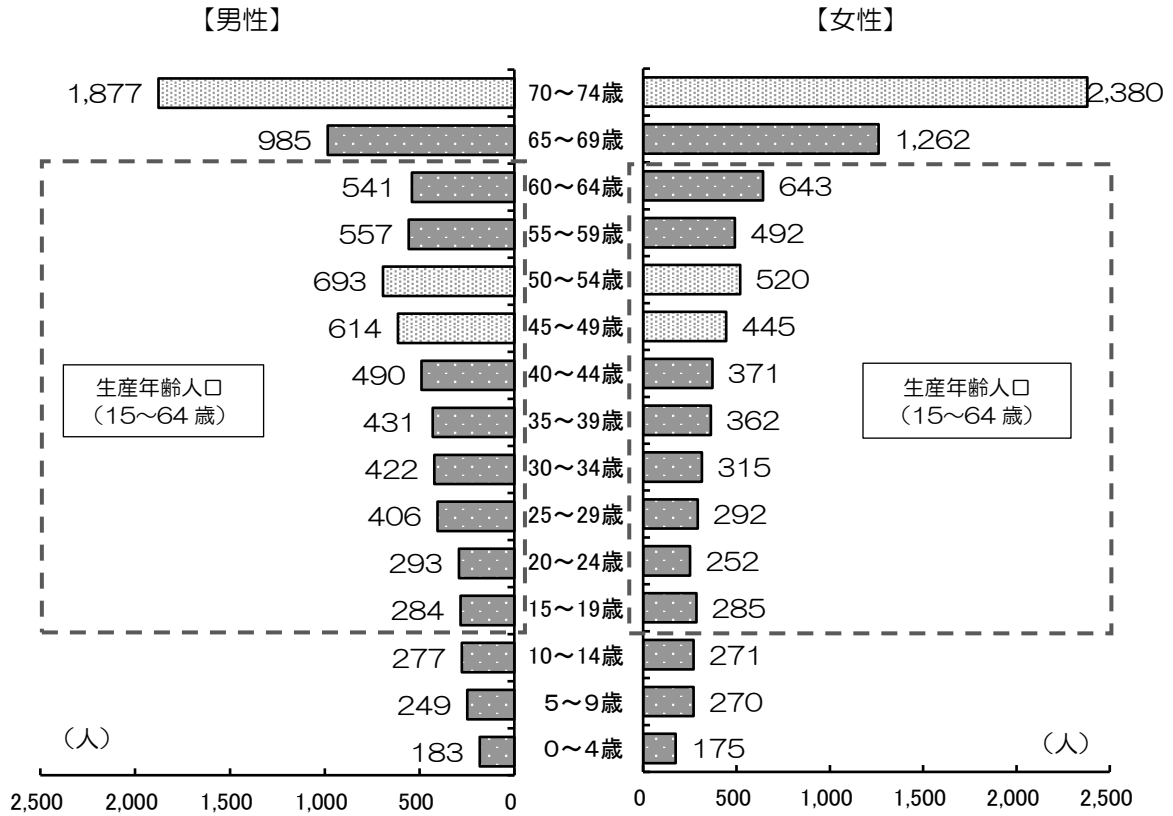
◇人口構造



資料：統計あやせ「町丁字年齢別人口」（令和5年10月1日現在）

また、国民健康保険加入者を男女年齢階層別で見ると、70歳から74歳の加入率が最も高く、男性で22.6%、女性で28.6%となっており、15歳から64歳までの「生産年齢人口」の割合は、被保険者全体の52.3%に留まっています。

◇国民健康保険加入者人口構造



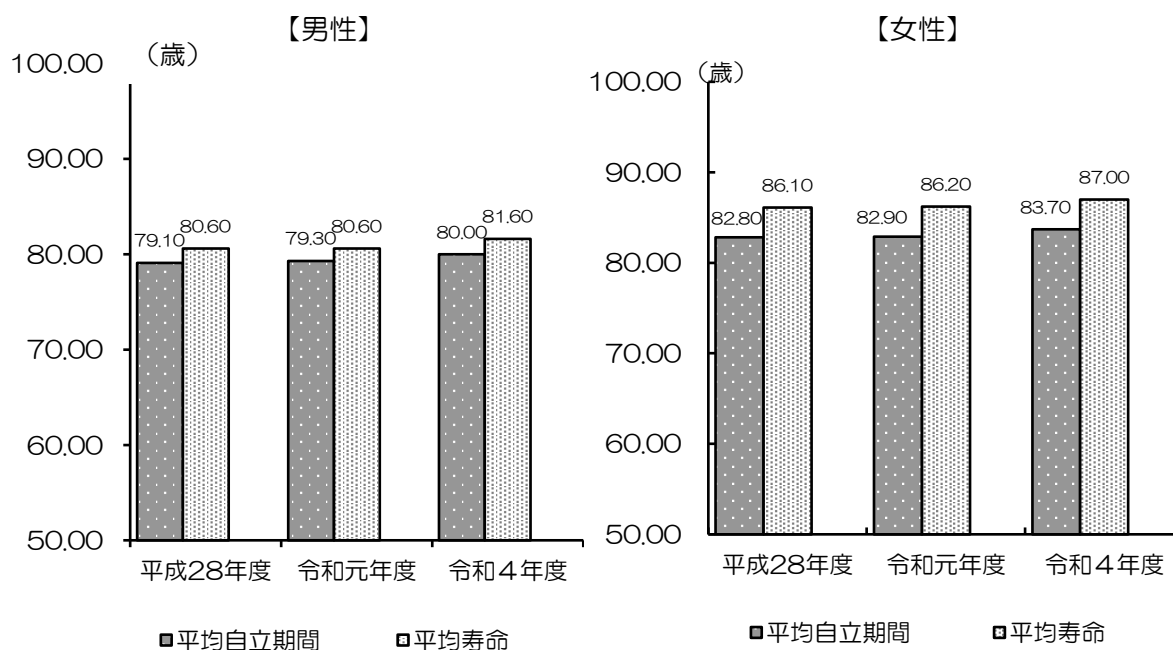
資料：国民健康保険統計月報（令和5年9月末日現在）

(3) 本市の平均自立期間と平均寿命の推移

本市の平均自立期間※と平均寿命は、平成28年度以降男女ともに延伸傾向が続いておりますが、令和4年度では全国平均（男性80.1歳、女性84.4歳）を下回っている状況です。

※平均自立期間とは、日常生活に介護を要しない期間の平均を指します。介護保険法の要介護認定における要介護2以上を、介護を要する状態としました。

◇男女別平均自立期間と平均寿命の推移（平成28年度から令和4年度）



資料：国民健康保険データベース（KDB）システムデータ

◇平均自立期間・平均余命（令和4年度） (歳)

	男性				女性			
	綾瀬市	神奈川県	同規模自治体	全国	綾瀬市	神奈川県	同規模自治体	全国
平均自立期間	80.0	80.5	80.1	80.1	83.7	84.5	84.4	84.4
平均余命	81.6	82.2	81.6	81.7	87.0	88.1	87.6	87.8

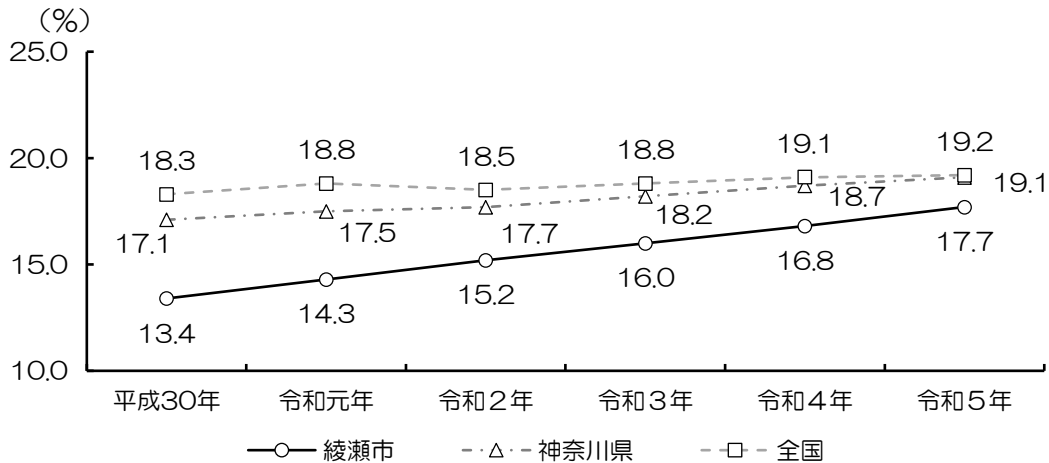
※「平均余命」は、上記の「平均寿命」とは、更新頻度が異なる。また、算出に当たっては使用する統計情報等も異なる。

資料：国民健康保険データベース（KDB）システムデータ

(4) 本市の要介護認定率の状況

本市の65歳以上高齢者の要支援・要介護認定率は年々上昇し、令和5年には17.7%となっています。神奈川県や全国平均を下回っていますが、近年認定率の上昇幅が大きくなり、その差は小さくなりつつあります。

◇65歳以上高齢者の要支援・要介護認定率の推移

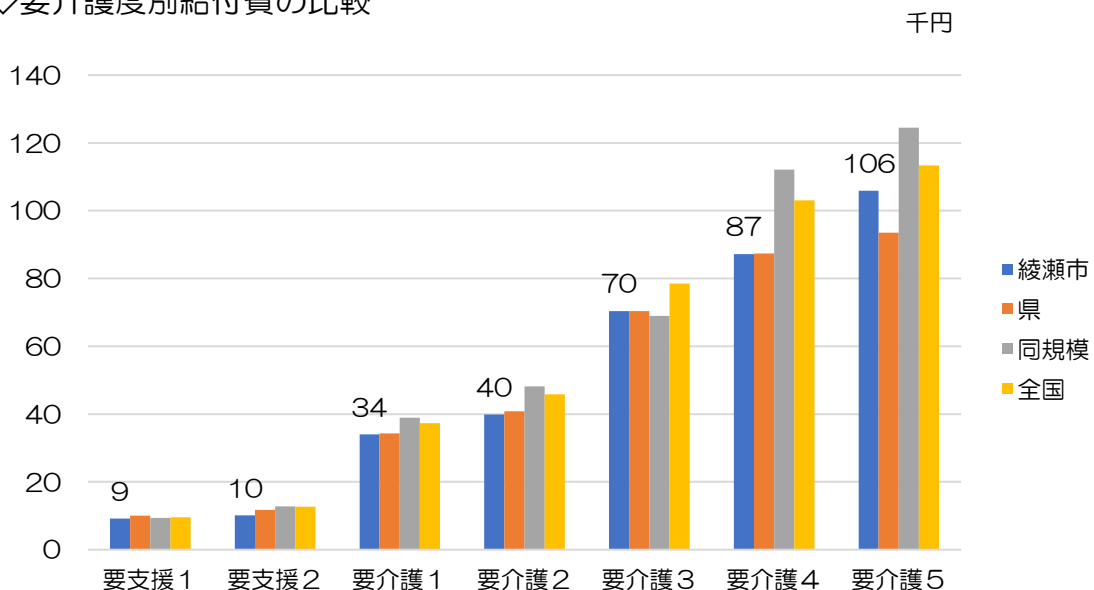


資料：介護保険事業状況報告（各年9月末時点）

1件当たりの介護給付費は、同規模自治体と全国平均を下回っていますが、年々増加傾向となっており、全てのサービス分類別利用者数の推移をみると、居宅サービスの利用者が全体の7割を占めています。

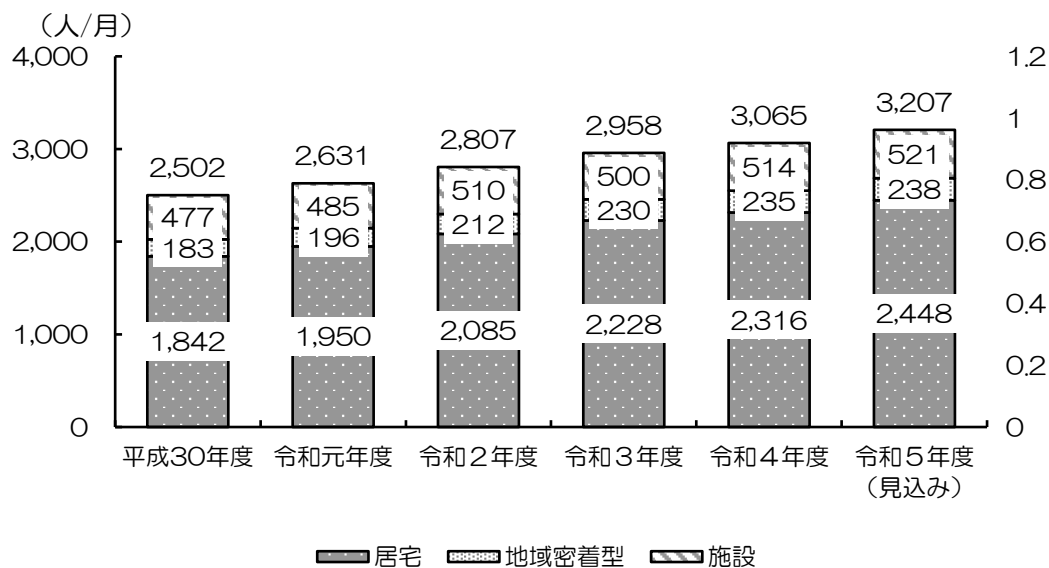
また、介護認定者における有病状況については、心臓病が54.5%で最も多く、次いで高血圧が48.8%となっています。

◇要介護度別給付費の比較



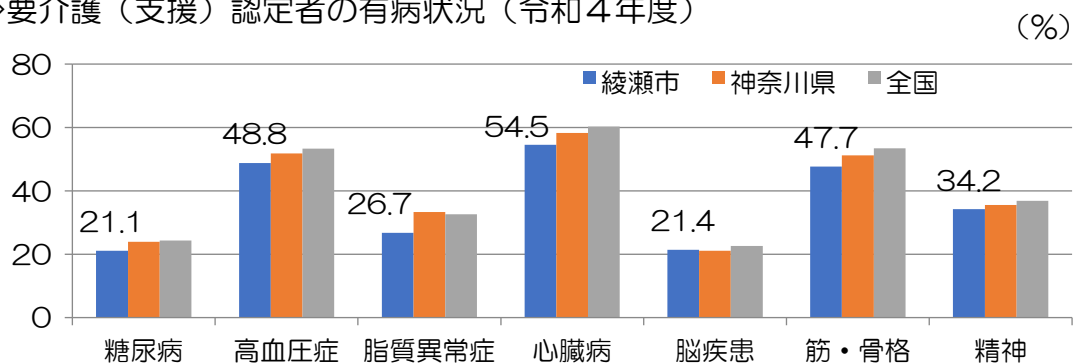
資料：国民健康保険データベース（KDB）システムデータ

◇サービス分類別利用者数の推移



資料：介護保険事業状況報告年報

◇要介護（支援）認定者の有病状況（令和4年度）



資料：国民健康保険データベース（KDB）システム

(5) 本市の医療の状況

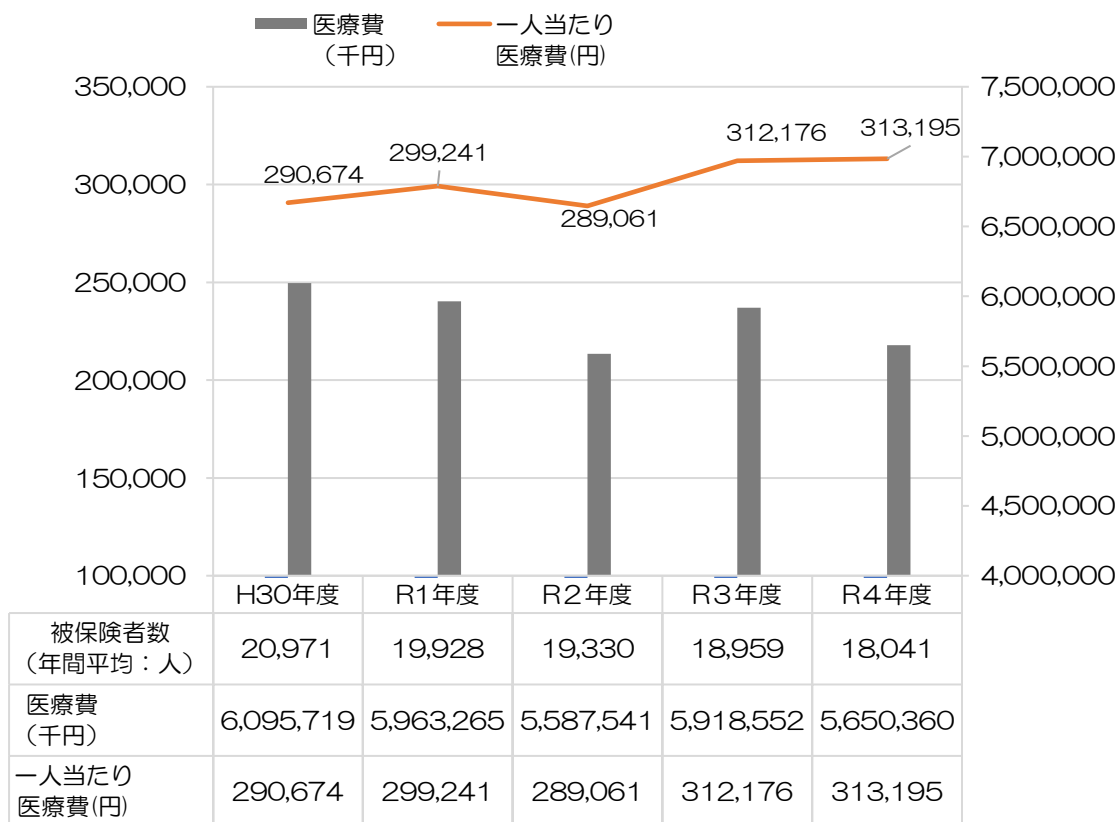
外来と入院の診療報酬明細書（レセプト）件数の被保険者千人当たりの比率では、神奈川県や同規模自治体・全国平均よりも外来と入院ともに低くなっています。また、外来患者数は新型コロナウイルス感染症の拡大により令和2年度は減少したものの、以降は増加傾向です。

(ア) 被保険者一人当たりの医療費の推移

平成30年度以降の推移では、被保険者数の減少とともに医療費（保険給付費）は減少傾向にありますが、医療の高度化や被保険者の高齢化等の要因から被保険者一人当たりの医療費は増加傾向にあります。

令和2年度については、感染症の蔓延による医療機関への受診控え等による減少と考えられます。

◇国民健康保険被保険者数と被保険者一人当たり医療費の推移

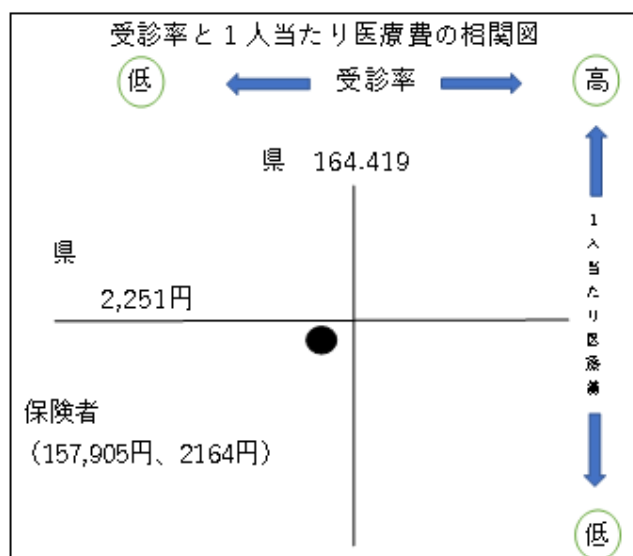


資料：綾瀬市国民健康保険特別会計決算資料

(イ) 歯科医療費（歯科）の状況

一人当たり月額医療費（歯科）は、年々増加していますが、神奈川県と比較した受診率と一人当たり医療費（歯科）の相関図によると、受診率と一人当たり医療費のどちらもやや低くなっています。

◇受診者一人当たり（歯科）の相関図

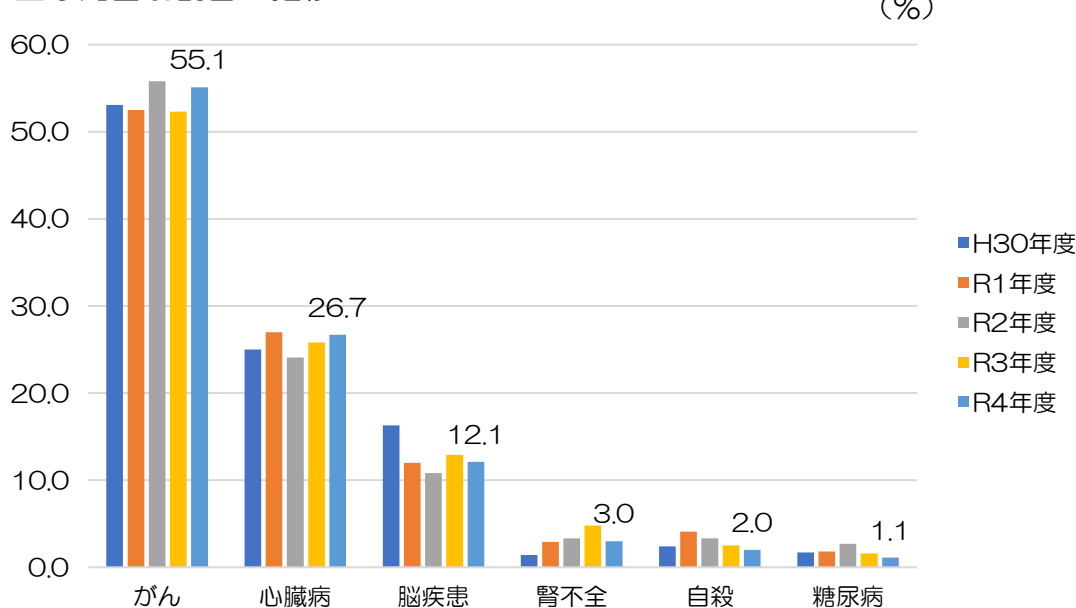


資料：国民健康保険データベース（KDB）システム

(6) 本市の主な死因の状況

主な死因は、各年度とも、がん・心臓病・脳疾患の割合が高い状況です。

◇主な死因別割合の推移



資料：国民健康保険データベース（KDB）システム

死亡割合を比較（標準化死亡比※）すると、神奈川県や同規模自治体・全国平均よりも高い状況です。平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、男性は 3.8 ポイント、女性は 2.8 ポイント高くなっており、全国平均よりも死亡率が高い状況です。

◇標準化死亡比

	男性		女性	
	H30 年度	R4 年度	H30 年度	R4 年度
綾瀬市	98.8	102.6	100.6	103.4
神奈川県	94.9	95.2	96.6	97.0
同規模自治体	99.9	100.3	101.0	101.2
全国	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：国民健康保険データベース（KDB）システム

※標準化死亡比（SMR）とは、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、計算により推測される死亡数と実際に観測された死亡数を比較するもので、全国の平均を 100 とします。

第3章 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期特定健康診査等実施計画の実績と評価（振り返り）

1 実施状況及び評価（総括評価）

平成30年3月に策定、令和3年3月に見直しを行った「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」で計画した保健事業とその実施評価結果は下表のとおりです。

アウトカム評価※とアウトプット評価※については、実績値が目標値に達しているものを「達成」、達していないものはベースラインと比較し「ベースラインから改善」、「悪化またはその他」の判定区分で達成状況を評価しました。

また、アウトプット評価については、令和2年度に中間評価を実施したため、令和2年度以降について振り返りを行いました。なお、ベースラインについては、アウトカム評価は平成30年度、アウトプット評価は令和2年度としました。

※用語集参照

実施評価は ◎：達成、○：ベースラインから改善、△：悪化、
—：評価対象外又はその他と表記

◇前期計画における保健事業とその実施評価

保健事業	事業の内容	実施評価
1) 特定健康診査受診率向上対策	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査事業周知、特定健康診査受診環境整備 特定健康診査未受診者への通知・架電勧奨 非課税世帯、70歳以上被保険者への費用助成等 	△
2) 特定保健指導実施率向上対策	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導利用率向上のための環境整備 特定保健指導未利用者への通知・訪問勧奨 特定保健指導終了率向上のためのアップフォロー事業 	△
3) 生活習慣病重症化予防対策	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診判定値者で未治療者への通知・訪問等による医療機関受診勧奨 	○
4) 生活習慣病予防のための知識普及啓発事業	<ul style="list-style-type: none"> 病態別（高血圧症・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病）の健康教室等 	○
5) 重複・頻回受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> 重複服薬者への通知・訪問による適正服薬指導 	◎
6) ジェネリック医薬品利用促進対策	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品利用啓発事業 ジェネリック医薬品利用による差額通知発送 	◎
7) 地域包括ケアの取り組み	<ul style="list-style-type: none"> 自ら健康管理をする環境整備 保健事業と介護予防の一体的な実施にかかる庁内連携の構築 	◎

※平成30年度から令和4年度までに実施した事業について令和5年10月末段階で行った評価結果を記載

前期計画での対象期間として平成30年度から令和4年度までの5年間においては、令和2年度からの新型コロナウイルス感染症の蔓延と度重なる非常事態宣言の発出があり、感染や重症化リスクが強く懸念される中で保健事業を実施してきました。

結果としてはアウトプット評価とアウトカム評価において数値目標に達成できなかった事業もありますが、計画初期と中間評価時に想定できなかった保健環境の変化を考慮すると、目的は概ね達成できたものと評価しています。

2 個別事業評価

(1) 特定健康診査受診率向上対策

特定健康診査受診率（アウトカム評価項目）

アウトカム指標 評価：△	H30年度 ベースライン	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
目 標 値	38.0%	38.4%	38.8%	39.2%	39.6%
実 績 値	35.7%	32.6%	32.3%	35.4%	34.5%
特定健康診査対象者数	13,678人	12,890人	12,754人	12,218人	11,141人
受 診 者 数	4,879人	4,201人	4,113人	4,320人	4,239人

資料：特定健康診査管理システム

背 景 ・ 課 題	<ul style="list-style-type: none"> 受診率は、感染症の蔓延以前までに戻らず、目標を達成できない状況。 年齢別では、年齢が下がるほど受診率が低い。 男性の受診率が低い。
目 的	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診者を増やすことで、普段から健康管理を行ってもらえるような生活習慣の意識付けを行う。 被保険者の平均自立期間の延伸を図る。
事 業 の 概 要 分 析	<p>【性別】女性と比べて男性の受診率が低い。</p> <p>【年齢別】対象者も多く受診率も高いのは70歳代であり、最も受診率が低いのは40歳代である。また、リピート率が最も高いのは70歳代であり、最も低いのは40歳代である。</p> <p>【健診種別】個別健診は受診率が高く、集団（日曜）健診はリピート率が高い。</p> <p>【受診傾向区分別】継続的に受診している方（継続受診者）と比較すると、そうでない方（新規受診者・不定期受診者・未受診者）の受診率が減少している。</p> <p>【地区別】R4年度対象者が最も多いのは中・南部圏域である。また、未受診者の割合が最も高い地区は西部圏域であり、診療報酬明細書（レセプト）がある未受診者の割合が最も高いのは西部圏域であり、最も受診率が高い地域は北部寺尾圏域である。最も不定期受診者の受診率が高い地域は北部寺尾圏域である。最も未受診者の受診率が高い地区は中・南部圏域である。最も集団健診の受診率が高い地区は北部綾北圏域である。</p> <p>【その他】通知勧奨事業は記載内容を見直すことにより、勧奨効果（受診率）は年々上昇している。</p>

評価	◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外			
		評価指標	評価	考察
評価	アウトプット/アウトカム (事業実施量/結果)	受診率 1.6 ポイント増加、毎年度 0.4 ポイント増加	△	受診率 1.2 ポイント減少。 新型コロナウイルス感染症の蔓延により健診の受診控えの影響が背景にあると考えられる。
	プロセス (過程)	データ分析	◎	年代別受診率や診療報酬明細書(レセプト)の有無、地域別の受診状況を把握、通知と架電勧奨に活用。
		目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。
		方法・手段の妥当性	○	事業周知の方法や受診環境の整備、受診勧奨方法に工夫を重ねた。
		企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	集団(日曜)健診はがん検診の同時受診環境を整え、回数を増やし、効果があった。
	ストラクチャー (構造)	職員体制	◎	R5年度から常勤専門職員が配置となった。
		予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。
		他部署・他機関との連携	○	健康づくり推進課と連携を図った。
		社会資源の活用	◎	市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた勧奨を行う等連携できた。
	今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 受診率のアウトカム指標は達成できなかったが、受診勧奨の通知方法や記載内容を継続的に直し、受診率の向上に結び付けていく。 		

		事業内容	指標	目標値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度	達成状況
事業周知	1-1	特定健康診査受診案内通知への勧奨リーフレットの封入	対象者全員への配布	全対象者	実施	実施	実施	実施	実施	◎
	1-2	国民健康保険送付物への受診勧奨案内の記載・同封	対象者全員への配布	全対象者	実施	実施	実施	実施	実施	◎
通知勧奨	1-3	ナッジ理論を活用してグループ分けを行い、受診勧奨通知を送付	受診勧奨通知数	10,000通	4,692通	4,480通	4,593通	20,240通	20,240通	◎
	1-4	勧奨通知による勧奨者受診率	勧奨者受診率	20.0%	18.4%	20.3%	22.1%	27.2%	25.3%	◎
架電勧奨	1-5	専門職員による健診未受診者への架電受診勧奨	電話勧奨件数※2	2,000件/年	4,662件/年※1	3,770件/年※1	3,384件/年※1	4,475件/年※1	3,661件/年※1	◎
		架電勧奨者受診率	勧奨者受診率	20.0%	47.6%	34.7%	22.0%	- ※3	22.2%	◎
集団健診	1-6	集団(日曜)健診とがん検診の同時受診を市役所庁舎で実施	集団健診受診者数	200人	138人	203人	195人	227人	265人	◎

記念品	1-7	職場健診等の受診結果を提出した方に記念品を交付し、結果を保健事業に活用	健診データ提供受領数	200件	27件	54件	46件	37件	35件	△
人間ドック	1-8	人間ドック受診時の費用助成券を交付し、結果を保健事業に活用	人間ドック助成件数	150件/年	40件/年	79件/年	69件/年	107件/年	108件/年	○

※1：令和3年度より、勸奨方法を封書から架電に変更し、勸奨数を増やした

※2：電話勸奨件数の実績値には留守電や不通の人等も含む

※3：令和3年度は実績値不明

(2) 特定保健指導実施率向上対策

特定保健指導実施率（アウトカム評価項目）

アウトカム指標 評価：△	H30年度 ベースライン	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
目標値	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%
実績値	20.4%	17.9%	11.2%	16.7%	20.0%
特定保健指導対象者数	597人	530人	510人	551人	445人
実施者数	122人	95人	57人	92人	89人

資料：特定健康診査管理システム

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> 実施率は、感染症の蔓延以前までに戻らず、目標を達成できない状況。 年齢別では、年齢が下がるほど保健指導実施率が低い。 男性の対象者が多く、実施率が低い。 																		
目的	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率を上げ、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の生活改善を促し、生活習慣病発症のリスクを低減する。 																		
事業の概要分析	<p>【性別】対象者は、男性が61.6%、女性38.4%と男性が23.2ポイント多く、実施率は男性が18.6%、女性が22.2%と男性の実施率が3.6ポイント低い。</p> <p>【年齢別】年齢が高くなるにつれて実施対象者の割合が多くなっており、実施者の割合が最も低いのは50歳から54歳となった。</p> <p>【保健指導レベル別】動機付け支援よりも積極的支援の方の実施率が低い傾向。</p> <p>【利用種別】夜間の時間帯とオンライン保健指導利用者は40歳代から50歳代である。</p> <p>【地区別】中・南部圏域の対象者と実施率が高く、西部と北部綾北地区の実施率が低い等、地域差がみられる。</p>																		
評価	◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>評価指標</th> <th>評価</th> <th>考察</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトプット/アウトカム (事業実施量/結果)</td> <td>実施率、毎年度1ポイント増加</td> <td>△</td> <td>実施率0.4ポイント減少 新型コロナウイルス感染症の蔓延により健診の受診控えの影響が背景にあると考えられる。</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">プロセス (過程)</td> <td>データ分析</td> <td>◎</td> <td>年代別利用率や地域別の対象者や利用率を把握し、訪問勸奨に活用。</td> </tr> <tr> <td>目標の妥当性</td> <td>△</td> <td>アウトカム指標は事業効果の把握が困難。</td> </tr> <tr> <td>方法・手段の妥当性</td> <td>○</td> <td>申し込み方法や保健指導実施環境の整備、利用勸奨方法に工夫を重ねた。</td> </tr> </tbody> </table>		評価指標	評価	考察	アウトプット/アウトカム (事業実施量/結果)	実施率、毎年度1ポイント増加	△	実施率0.4ポイント減少 新型コロナウイルス感染症の蔓延により健診の受診控えの影響が背景にあると考えられる。	プロセス (過程)	データ分析	◎	年代別利用率や地域別の対象者や利用率を把握し、訪問勸奨に活用。	目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。	方法・手段の妥当性	○	申し込み方法や保健指導実施環境の整備、利用勸奨方法に工夫を重ねた。
		評価指標	評価	考察															
	アウトプット/アウトカム (事業実施量/結果)	実施率、毎年度1ポイント増加	△	実施率0.4ポイント減少 新型コロナウイルス感染症の蔓延により健診の受診控えの影響が背景にあると考えられる。															
プロセス (過程)	データ分析	◎	年代別利用率や地域別の対象者や利用率を把握し、訪問勸奨に活用。																
	目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。																
	方法・手段の妥当性	○	申し込み方法や保健指導実施環境の整備、利用勸奨方法に工夫を重ねた。																

		企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	集団(日曜)健診での保健指導初回面接分割実施や、対象者の服薬確認を行い、勧奨対象者の適正化を図った。
	ストラクチャー(構造)	職員体制	◎	R5年度から常勤専門職員が配置となった。
	ストラクチャー(構造)	予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。
		他部署・他機関との連携	○	健康づくり推進課と連携を図った。
		社会資源の活用	◎	市民団体等との共催の健康講座にて事業を周知し、対面で地域の特性に合わせた勧奨を行う等連携できた。
今後の取組の方向性	<p>・実施率のアウトカム指標は達成できなかったが、利用勧奨の通知方法や内容の更なる検討を行い、勧奨効果等を目標にしていく。なお、本市のメタボリックシンドローム該当者の割合が県内において上位となっており生活習慣病予防へつなげるため、更なる保健指導実施率の向上が必要となっている。</p>			

取組み事業ごとのアウトプット指標

		事業内容	指標	目標値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度	達成状況
会場や方法	2-1	電話とオンラインでの予約申し込み実施会場と時間帯等指導を受けやすい環境を整える	特定保健指導実施数	24回/年	28回/年	21回/年	25回/年	23回/年	24回/年	◎
通知勧奨	2-2	未利用者に対し、2カ月の間に2回勧奨通知を発送(委託による実施)	未利用者への勧奨通知	2回/年送付	1回	1回	1回	2回	2回	◎
運動教室	2-3	利用者特典と途中脱落防止として運動教室を実施	運動教室実施数	24回/年以上※	28回/年※	21回/年 257人	24回/年 227人	50回/年 461人	44回/年 432人	○
訪問勧奨	2-4	専門職員(保健師・管理栄養士)による訪問勧奨を行い、保健指導の予約を受付	訪問人数	50人/年	332人	224人	213人	197人	193人	◎
			訪問勧奨者の実施率	20.0%	39.8%	14.3%	17.8%	12.1%	14.5%	△

※：当該年度の人数把握無し

(3) 生活習慣病重症化予防対策

背景・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診結果が医療機関受診勧奨判定値以上の方のうち医療機関未受診者が7.6%、未治療率が6.4%と、健診異常値を放置している方が多い。 ・医療費（入院と外来）合計、上位1位に腎不全、3位に糖尿病、10位に高血圧と生活習慣病が医療費の上位を占めている。 			
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査結果が医療機関受診勧奨判定値以上で、特定保健指導対象者以外の医療機関未受診者に対して、受診を促し生活習慣病の重症化を予防する。 			
事業の概要分析	<p>【性別】男女ともに高血圧、低HDL コレステロールが神奈川県平均と比較して多い。 【年齢別】年齢が上がるにつれて、医療機関受診勧奨対象者が増える。 【地区別】R4年度対象者が最も多いのは中・南部圏域であり、北部綾北地区は高血圧症該当者が多い。</p>			
評価	◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外			
		評価指標	評価	考察
	アウトプット/アウトカム (事業実施量/結果)	市内10医療機関との連携 受診勧奨通知の送付 架電勧奨400件/年以上 訪問人数36件/年以上 勧奨者の医療機関受診率30%以上	○	市内医療機関との継続的な連携 受診勧奨通知数 架電勧奨
	プロセス (過程)	データ分析	◎	受診勧奨者の年代別受診率や診療報酬明細書(レセプト)の有無、地域別の受診状況を把握、架電・訪問勧奨に活用。
		目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。
		方法・手段の妥当性	○	受診勧奨方法や受診勧奨通知内容等の工夫を重ねた。
	ストラクチャー (構造)	企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	架電・通知・訪問勧奨後、翌年度の委託事業者からの通知後にも未受診である対象者をリストアップした。
		職員体制	◎	R5年度から保健事業担当常勤専門職員が配置となった。
		予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。
		他部署・他機関との連携	○	健康づくり推進課と連携を図った。
	社会資源の活用	◎	市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた勧奨を行う等連携できた。	
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病重症化予防対策事業のアウトカムを明確にし、今後に反映する。 ・糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防対策事業も兼ねて実施する。 ・関係団体への保健事業内容の周知と被保険者の医療費等の情報提供により、連携体制を構築し、生活習慣病重症化予防に向けた多方面からの取組みが必要。 ・受診勧奨通知に、腎機能低下者に向けた受診勧奨内容を加えることで、送付対象者の拡充を図り、健診異常値放置者数の減少を目指す。 			

取り組み事業ごとのアウトプット指標

		事業内容	指標	目標値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度	達成状況
市医師会との連携	3 1	健康相談のちらし等を医療機関で渡していただく受診勧奨通知についての周知と調整	ちらし配布機関数	10医療機関	10医療機関	10医療機関	20医療機関	20医療機関	20医療機関	◎
要治療者への受診勧奨通知	3 2	健診受診結果による要治療者への受診勧奨通知の送付※2	通知送付数	通知送付数	873通	823通	393通	309通※1	468通※1	◎
			通知者の治療率	通知者の治療率の向上	18.4%	22.8%	26.3%	14.6%	19.0%	△
要治療者への専門職による勧奨	3 3	専門職員（保健師・管理栄養士）による架電・通知・訪問での医療機関受診勧奨	架電勧奨	400件	891件	646件	1,423件	742件	743件	◎
			訪問人数	36人	52人	48人	20人	33人	24人	○
			勧奨者治療率	30%	34.0%	37.5%	70.2%※3	86.5%※3	95.2%※3	○
教室勧奨	3 4	教室参加勧奨通知送付の実施	教室勧奨通知数	対象者全員	1,902通	2,620通	未実施	未実施	2,469通	◎
		参加者の改善	参加者の改善	40人	改善29人 維持32人	-	未実施	未実施	改善15人 維持1人	◎

※1：令和3年度と4年度は、発送日前に受診したものを差し引いて計算

※2：令和2年度で委託事業者の変更があり、発送内容や発送形態等が変更となった

※3：令和4年度以降より改善した割合の対象を訪問だけではなく総数（電話・アンケート・訪問）に変更し、KDBシステムデータでの医療機関受診者の確認による評価を実施

（４）生活習慣病予防の知識普及啓発事業

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診者のうち、「生活習慣改善意欲なし」の割合が神奈川県・同規模自治体・全国平均と比べて高い。 ・特定健康診査受診率の伸び悩み。 ・特定保健指導実施率の低迷。 ・メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の割合が神奈川県・同規模自治体・全国平均と比較して高い。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者を含む市民全体の健康意識を高める。 ・被保険者の生活改善意欲の向上により生活習慣病予防につなげる。
事業の概要分析	<p>【性別】女性の参加者が多い 【年代別】70歳代以上の参加者が多い。 【地区別】実施場所（保健福祉プラザ）への利便性がよい地域が多い傾向。 【その他】男女ともに、生活習慣改善について「意欲がある」又は、「始めている」が増えているが、「生活改善意欲なし」の割合が神奈川県や全国平均と比べると高い。</p>

		◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外			
		評価指標	評価	考察	
評価	アウトプット/アウトカム (事業実施量/結果)	「改善意欲あり」ポイント増加	○	1.9ポイント増加。 生活習慣の改善の意欲がある被保険者が増加したことから、効果があったと評価できる。	
	プロセス (過程)	データ分析	◎	年代別受診率や地域別の受診、疾病状況を把握し、地域での健康講座に活用。	
		目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。	
		方法・手段の妥当性	○	市HP等の活用を図った。	
		企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	お届けバラ講座（職員派遣講座）の活用。	
	ストラクチャー (構造)	職員体制	◎	R5年から常勤専門職員が配置となった。	
		予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。	
		他部署・他機関との連携	○	教室参加勧奨等健康づくり推進課と連携を図った。	
		社会資源の活用	◎	市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた啓発を行う等連携できた。	
	今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の改善に関心のある受診者に向けて、引き続き生活習慣病予防の知識普及事業を実施することで、生活習慣病の予防改善につなげていく。 生活習慣の改善に関心のない受診者に対して、健診結果の理解と健康への意識を深めるため、健診結果の見方や説明の機会を設ける。 市広報誌や、ホームページ・SNS等を活用した多様な周知方法を検討する。 問診票の結果分析から「生活改善に意欲がない」、「生活改善に意欲があるがまだ取り組めていない」年代を対象に、事業を展開する必要がある。 			

取組み事業ごとのアウトプット指標

		事業内容	指標	目標値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベース ライン	R3 年度	R4 年度	達成 状況
知識普及啓発事業	4 1	生活習慣病予防の普及啓発と病態別（糖尿病、高血圧、脂質、骨粗しょう症、CKD）健康教育による生活習慣病予防	「改善意欲あり」、「改善意欲ありかつ始めている人」の割合の増加	-	37.2% 70.0%*	40.9% 69.6%*	39.7% 71.1%*	39.2% 71.1%*	39.1% 70.0%*	△

※特定健康診査問診票で「改善意欲あり」+「改善意欲ありかつ始めている」に「取り組み済み」を含めた割合

(5) 重複・頻回受診者対策

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> 向精神薬の重複服薬者が一定数いるが、適正服薬指導の実施により減少傾向にある。H30年度は17人だったが、R4年度に7人に減少した。 「精神疾患」は疾病大分類別の入院の医療費において、「悪性新生物」、「筋・骨格」に続いて3位となっている。 			
目的	適正な服薬と受診を勧めます。			
事業の概要分析	【性別】女性がやや多い。 【年齢別】年代の特徴はない。			
評価	◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外			
		評価指標	評価	考察
	アウトプット/アウトカム <small>(事業実施量/結果)</small>	アンケート送付30人以下 訪問人数の5人以下	◎	アンケート送付と訪問人数等対象者の減少がみられた。
	プロセス (過程)	データ分析	◎	4から5か月の診療報酬明細書(レセプト)データから重複投薬者を抽出。
		目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。
		方法・手段の妥当性	○	通知、訪問時の立会いについて検討した。
	ストラクチャー (構造)	企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	R5年度に(公社)大和綾瀬薬剤師会と連携の協議を開始。
		職員体制	△	専任の保健師が不在のため、事業に専念する時間の確保が難しい。
		予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。
		他部署・他機関との連携	○	健康づくり推進課と診療報酬明細書(レセプト)点検員と連携を図った。
	社会資源の活用	ー	市民団体等との共催の健康講座にて、心の健康やゲートキーパーについての講話を行った。	
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> R5年度より、(公社)大和綾瀬薬剤師会と連携体制を構築し、R6年度より対象者の服用する薬剤チェックと送付文書や啓発文書等の確認依頼を予定しており、より適正な事業展開を図る。 アンケートに回答のない重複受診対象者の訪問の際には、本人だけではなく家族の同席を促し、適正な服薬や受診を勧めてもらうようにする。 「お薬手帳」の活用や「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」の啓発と、適正服薬と受診を勧める。 事業概要の分析(性別・年齢別・地区別)を実施し、より効果的な対策を検討する。 			

取組み事業ごとのアウトプット指標

		事業内容	指標	目標値	H30年度	R1年度	R2年度 <small>ベースライン</small>	R3年度	R4年度	達成状況
通知等送	5 1	重複投薬者に対して、通知とアンケートを送付する	通知送付者数	30人	17人	13人	17人	16人	7人	◎
			重複受診者の減少	減少	8人	7人	7人	11人	3人	◎
訪問事業	5 2	アンケートの回答がなく重複受診が続いている方	訪問指導数	5人以下	5人	5人	4人	2人	4人	◎
			重複受診者の減少	減少	3人	4人	3人	2人	2人	○

(6) ジェネリック医薬品利用促進対策

背景・課題	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の数量シェアの割合は高く、神奈川県平均を上回っている。 後発医薬品が開発された先発医薬品があるが、先発医薬品が使用されている。 			
目的	<ul style="list-style-type: none"> 市広報誌や差額通知を利用し、ジェネリック医薬品の利用を促すことで、医療費の適正化を図る。 			
事業の概要分析	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の年代、性別、地区等のジェネリック医薬品活用の分析は行えていない。 			
評価	◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外			
		評価指標	評価	考察
	アウトプット/アウトカム △ (事業実施量/結果)	数量シェア 80%以上	◎	4.3 ポイント増加。
	プロセス (過程)	データ分析	◎	診療報酬明細データから抽出し差額通知発送。
		目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。
		方法・手段の妥当性	○	普及啓発の方法を工夫した。
		企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	○	普及啓発の機会の増加を模索する。
	ストラクチャー (構造)	職員体制	◎	従来から担当者が事務分担で配置。
		予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。
		他部署・他機関との連携	○	国保連合会と連携を図った。
社会資源の活用		◎	市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた啓発を行う等連携できた。	
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、ジェネリック医薬品利用啓発事業を進める。 ジェネリック医薬品対象品目が増える等により対象者が増減するため、対象者を選定しながら継続していく。 			

取組み事業ごとのアウトプット指標

		事業内容	指標	目標値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度	達成状況
利用 勧奨	6 1	広報や差額通知による利用勧奨	利用勧奨	ー	実施	実施	実施	実施	実施	◎
			使用率の向上	80.0%以上	76.5%	78.4%	80.2%	82.5%	80.8%	◎

(7) 地域包括ケアの取り組み

<p>背景・課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・H28年度より、「健康度見える化コーナー」を設置し、「ロコモ・フレイル※予防」、「骨粗しょう症」、「認知症」予防の意識付けを行っている。 <p style="text-align: right;">※用語集参照</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防事業の紹介として、国民健康保険加入時や受診券発送時に、啓発リーフレットを同封している。 ・要介護（支援）認定率が徐々に上昇し、神奈川県と全国平均に近づきつつある。 ・要介護（支援）認定者の有病率をみると、「心臓病」、「高血圧症」、「筋・骨格」が多くなっており、生活習慣病重症化予防とロコモ・フレイル予防啓発が必要と思われる。 																																		
<p>目的</p>	<p>自らの健康に対する関心を高め介護予防の意識付けをする。</p>																																		
<p>事業の概要分析</p>	<p>【性別】事業参加者は女性が多い。 【年齢別】事業参加者は70歳代が多い。 【地区別】保健福祉プラザに利便性の高い地域の参加者が多い。地区社会福祉協議や自治会等での健康教室の開催頻度は、地域差が有る。</p>																																		
<p>評価</p>	<p>◎：評価できる ○：概ね評価できる △：評価できない ー：評価対象外</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 10%;">評価</th> <th style="width: 40%;">考察</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトプット/アウトカム <small>(事業実施量/結果)</small></td> <td>事業周知実績 見える化コーナー利用者 健康講座回数</td> <td>△</td> <td>特定健康診査案内・受診券発送時に周知。 見える化コーナー利用者の増加。 健康講座回数維持。</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">プロセス (過程)</td> <td>データ分析</td> <td>ー</td> <td>参加者の年代把握を実施。</td> </tr> <tr> <td>目標の妥当性</td> <td>△</td> <td>アウトカム指標は事業効果の把握が困難。</td> </tr> <tr> <td>方法・手段の妥当性</td> <td>○</td> <td>事業周知の方法や、事業実施方法。</td> </tr> <tr> <td>企画・立案・実施・評価の流れの妥当性</td> <td>◎</td> <td>一体的な実施事業の企画や関係者との調整を円滑に行えた。</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">ストラクチャー (構造)</td> <td>職員体制</td> <td>◎</td> <td>R4年度から常勤専門職員が企画調整者として配置となった。</td> </tr> <tr> <td>予算の妥当性</td> <td>○</td> <td>適切な予算執行が行えた。</td> </tr> <tr> <td>他部署・他機関との連携</td> <td>○</td> <td>健康づくり推進課、地域包括ケア推進課と連携を図った。</td> </tr> <tr> <td>社会資源の活用</td> <td>◎</td> <td>市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた勧奨を行う等連携できた。</td> </tr> </tbody> </table>		評価指標	評価	考察	アウトプット/アウトカム <small>(事業実施量/結果)</small>	事業周知実績 見える化コーナー利用者 健康講座回数	△	特定健康診査案内・受診券発送時に周知。 見える化コーナー利用者の増加。 健康講座回数維持。	プロセス (過程)	データ分析	ー	参加者の年代把握を実施。	目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。	方法・手段の妥当性	○	事業周知の方法や、事業実施方法。	企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	一体的な実施事業の企画や関係者との調整を円滑に行えた。	ストラクチャー (構造)	職員体制	◎	R4年度から常勤専門職員が企画調整者として配置となった。	予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。	他部署・他機関との連携	○	健康づくり推進課、地域包括ケア推進課と連携を図った。	社会資源の活用	◎	市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた勧奨を行う等連携できた。
	評価指標	評価	考察																																
アウトプット/アウトカム <small>(事業実施量/結果)</small>	事業周知実績 見える化コーナー利用者 健康講座回数	△	特定健康診査案内・受診券発送時に周知。 見える化コーナー利用者の増加。 健康講座回数維持。																																
プロセス (過程)	データ分析	ー	参加者の年代把握を実施。																																
	目標の妥当性	△	アウトカム指標は事業効果の把握が困難。																																
	方法・手段の妥当性	○	事業周知の方法や、事業実施方法。																																
	企画・立案・実施・評価の流れの妥当性	◎	一体的な実施事業の企画や関係者との調整を円滑に行えた。																																
ストラクチャー (構造)	職員体制	◎	R4年度から常勤専門職員が企画調整者として配置となった。																																
	予算の妥当性	○	適切な予算執行が行えた。																																
	他部署・他機関との連携	○	健康づくり推進課、地域包括ケア推進課と連携を図った。																																
	社会資源の活用	◎	市民団体等との共催の健康講座にて、対面で地域の特性に合わせた勧奨を行う等連携できた。																																
<p>今後の取組の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防に関する取組みの一環として健康づくり推進課での「健康度見える化コーナー」は、引き続き事業周知に努め、継続利用者の確保、新規利用者の拡大を図る。 ・地域での健康教室開催の頻度の格差を解消する。 ・介護予防に主眼をおいているため、本市第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）での保健事業との位置付けはしない。 																																		

取組み事業ごとのアウトプット指標

		事業内容	指標	目標値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 <small>ベースライン</small>	R3 年度	R4 年度	達成 状況
一 体 的	7 1	高齢者保健事業と 介護予防の一体的 な実施事業	庁内 連携	実施	-	-	-	実施	実施	◎
			実施 圏域	増加	-	-	-	-	1圏域	◎
周 知	7 2	特定健康診査 受診券同封用リー フレットの作成	対象者 全員へ の送付	実施	実施	実施	実施	実施	実施	◎
利 用 促 進	7 3	健康度見える化コ ーナーの利用促進	見える 化コー ナー利 用者数	増加	4,844 人	4,908 人	1,017 人	1,863 人	2,675 人	◎
保 健 事 業	7 4	生活習慣病予防、 骨粗しょう症や口 コモ、フレイル、 認知症予防等の内 容を実施	健康 教育等 を実施	14回 /年	9回 135人*	7回 97人*	5回 68人*	2回 26人*	5回 346人*	△

※年間の延べ参加人数

第4章 健康・医療情報等の分析と課題

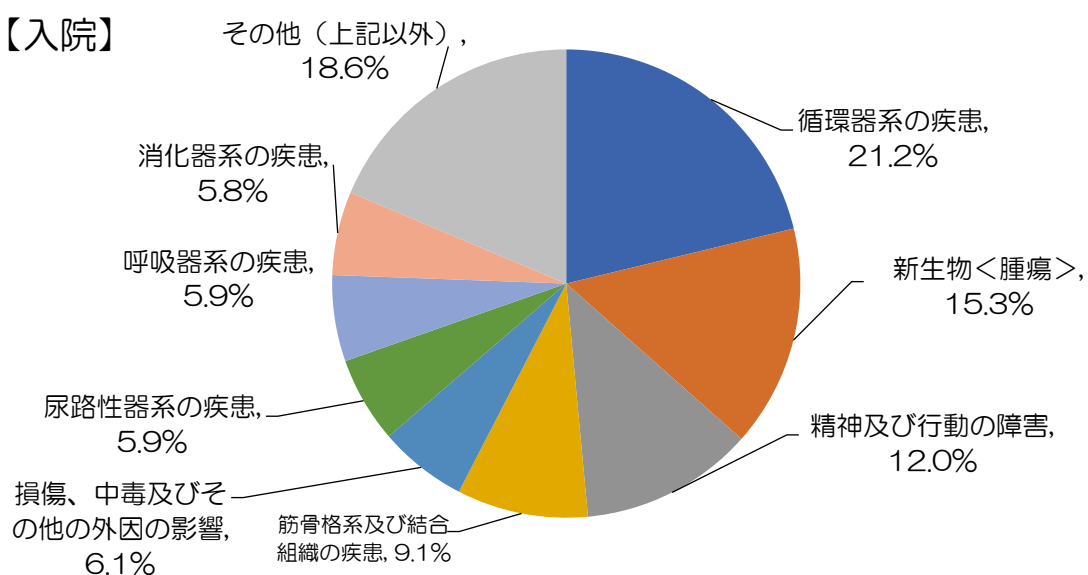
1 国民健康保険医療費の分析

(1) 疾病別医療費

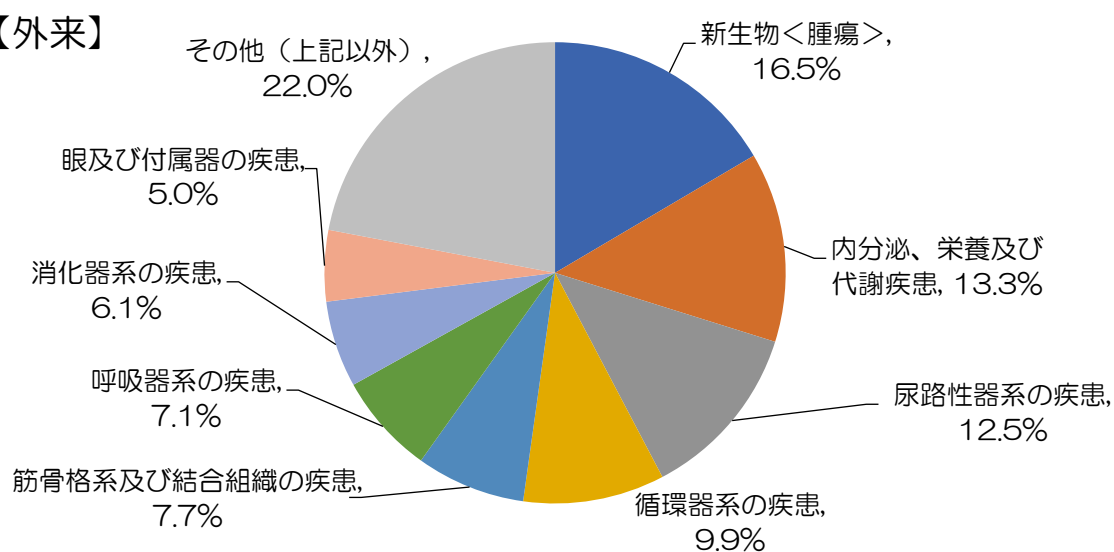
令和4年度の医療費を疾病大分類別にみると、入院で虚血性心疾患等の循環器系の疾患が一番多く、新生物〈腫瘍〉と、精神及び行動の障害の3疾病で入院医療費の48.5%を占めています。外来では、新生物〈腫瘍〉が16.5%で一番多く、内分泌、栄養及び代謝疾患、尿路性器系の疾患と続いています。

◇医療費（入院・外来）の疾病（大分類別）割合の状況（令和4年度）

【入院】



【外来】



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

中分類の医療費では、入院と外来の合計で見ても、糖尿病等の生活習慣病と腎不全等の重症化疾患が上位を占めていることがわかります。

◇医療費(入院・外来合計)の上位 10 疾病 (中分類) の状況 (令和4年度)

	中分類別疾患	疾病別医療費 (千円)	割合 (%)
1	腎不全	459,672	8.0
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	333,603	5.8
3	糖尿病	320,737	5.6
4	その他の心疾患	280,463	4.9
5	その他の消化器系の疾患	218,665	3.8
6	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	188,395	3.3
7	その他の神経系の疾患	170,696	3.0
8	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	153,947	2.7
9	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	141,343	2.5
10	高血圧性疾患	137,116	2.4
	その他(上記以外の疾患)	3,318,145	58.0
	総医療費	5,722,786	100

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

(2) 生活習慣病及び重症化疾患関連医療費の状況

生活習慣病の医療費(総医療費に占める割合)は、平成30年度の41.1%に対し、令和4年度は39.7%と1.4ポイント減少していますが、生活習慣病と重症化疾患の医療費の全体に占める割合は神奈川県・全国平均と比較して高くなっています。

生活習慣病は、個人の特性に食事、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が重なり、生活習慣病予備軍を経て生活習慣病を発症します。生活習慣病を発症しても、上手にコントロールできていれば重症化を予防できますが、コントロール不良だと心筋梗塞や脳梗塞等を引き起こし、生活機能の低下や介護状態につながります。

◇総医療費に占める生活習慣病の割合の推移

		綾瀬市						神奈川県	全国
		H30年度		R4年度		H30年度からの増減(ポイント)	R4年度		
		医療費(円)	割合(%)	医療費(円)	割合(%)		割合(%)		
総医療費		32億6861万	100	30億463万	100	△11.2	3,057億9538万円	4兆8411億2994万円	
生活習慣病		13億4206万	41.1	11億9129万	39.7	△1.4	38.3	36.4	
生活習慣病と重症化疾患	糖尿病	3億1217万	9.6	3億1364万	10.4	0.8	10.1	10.4	
	高血圧症	2億39万	6.1	1億3711万	4.6	△1.5	5.4	5.9	
	脂質異常症	1億5527万	4.8	1億1927万	4.0	△0.8	4.5	4.1	
	高尿酸血症	294万	0.1	183万	0.1	0	0.1	0.1	
	脂肪肝	573万	0.2	526万	0.2	0	0.2	0.2	
	動脈硬化症	1024万	0.3	839万	0.3	0	0.2	0.2	
	慢性腎臓病(透有)	4億1306万	12.6	3億5044万	11.7	△0.9	10.4	8.2	
	慢性腎臓病(透無)	1657万	0.5	2675万	0.9	0.4	0.6	0.6	
	脳出血	4698万	1.4	5075万	1.7	0.3	1.3	1.3	
	脳梗塞	8844万	2.7	9800万	3.3	0.6	2.5	2.6	
	狭心症	6744万	2.1	5863万	2.0	△0.1	2.3	2.1	
	心筋梗塞	2277万	0.7	2117万	0.7	0	0.7	0.7	
	その他	がん	9億8200万	30.0	9億1889万	30.6	0.6	31.3	32.2
精神		4億3559万	13.3	4億2482万	14.1	0.8	13.8	14.7	
筋・骨格		5億0895万	15.6	4億6962万	15.6	0	16.7	16.7	

資料：国民健康保険データベース（KDB）システム

(3) 生活習慣病と重症化疾患の診療報酬明細（レセプト）分析

脳血管疾患や虚血性心疾患の発症、人工透析導入となった方の生活習慣病をみると、共通して高血圧や脂質異常症を持つ方の割合が高く、高血圧や脂質異常症等の1つの要因で脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症するのではなく、複数の生活習慣病が重なって重症化していると考えられます。

◇生活習慣病と重症化疾患との関連

		(C) 重症化疾患			生活習慣病			
40～74 歳 被保険 12,158 人 (A)		脳血管 疾患	虚血性 心疾患	人工 透析	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	
生活習慣病対象者合計 7,940 人 (D)		人	762	445	71	1,569	2,684	2,409
(C/A)		%	6.3	3.7	0.1	12.9	22.1	19.8
(C/D)		%	9.6	5.6	0.9	19.8	33.8	30.3
大血管障害	脳血管疾患	人	/	106	16	371	565	513
		%		23.8	22.5	23.6	21.1	21.3
	虚血性心疾患	人		106	19	221	370	338
		%		13.6	26.8	14.1	13.8	14.0
人工透析		人	16	19	33	64	33	
		%	2.1	4.3	2.1	2.4	1.4	
糖尿病		人	371	221	33	1,078	1,078	
		%	48.7	49.7	46.5	40.2	44.7	
(再掲) 糖尿病合併症	インスリン療法	人	49	31	8	162	113	119
		%	6.4	7.0	11.3	10.3	4.2	4.9
	糖尿病性腎症	人	23	17	5	73	56	56
		%	3.0	3.8	7.0	4.7	2.1	2.3
	糖尿病性網膜症	人	39	23	6	165	88	91
		%	5.1	5.2	8.5	10.5	3.3	3.8
	糖尿病性神経障害	人	27	13	11	80	59	63
		%	3.5	2.9	15.5	5.1	2.2	2.6
高血圧症		人	565	370	64	1,078	1,626	
		%	74.1	83.1	90.1	68.7	67.5	
糖尿病以外の血管を痛める因子	高尿酸血症	人	100	94	16	223	416	367
		%	13.1	21.1	22.5	14.2	15.5	15.2
	脂質異常症	人	513	338	19	1,078	1,626	/
		%	67.3	76.0	26.8	68.7	60.6	/

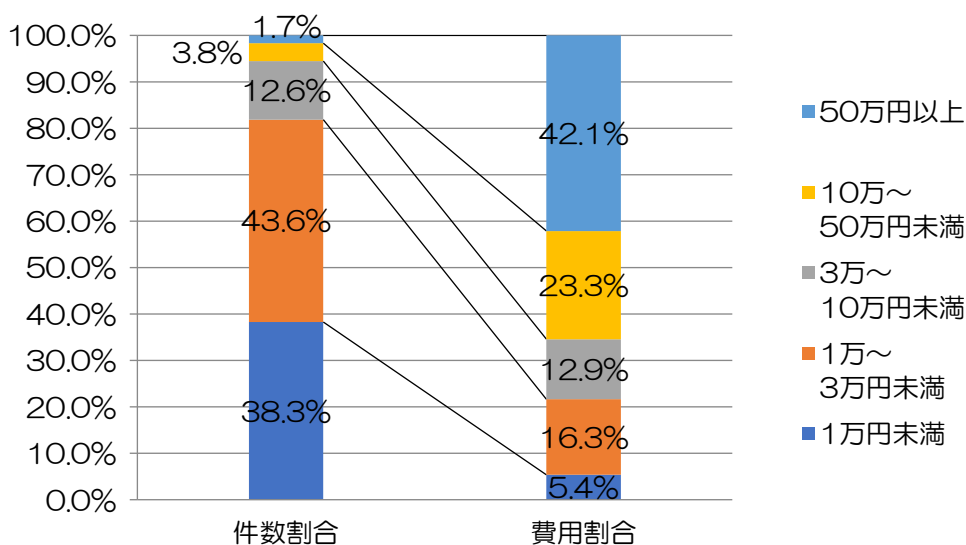
資料：国民健康保険データベース（KDB）システム厚生労働省（様式 3-1～7）レセプト分析令和5年8月から作成

(4) 高額医療費の状況

令和5年5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、50万円以上の高額レセプト件数は全体の1.7%となっている一方、費用割合は医療費の42.1%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件数をみるとその他の悪性新生物と腎不全が多くなっています。

◇費用額別の件数及び費用額の構成割合（令和5年5月診療分）



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

◇50万円以上の診療報酬明細（レセプト）における疾病（中分類）の状況

疾病（中分類）	件数	費用額（千円）
その他の悪性新生物	17	16,434
腎不全	11	8,827
気管、気管支及び肺の悪性新生物	10	10,435
その他の消化器系の疾患	10	7,445
その他の神経系の疾患	8	8,421
その他の心疾患	7	20,375
関節症	7	9,385
乳房の悪性新生物	7	5,287
その他の特殊目的用コード	6	8,113
その他の呼吸器系の疾患	6	7,041

※令和5年5月診療分上位10疾病のみ

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

(5) 人工透析患者の状況

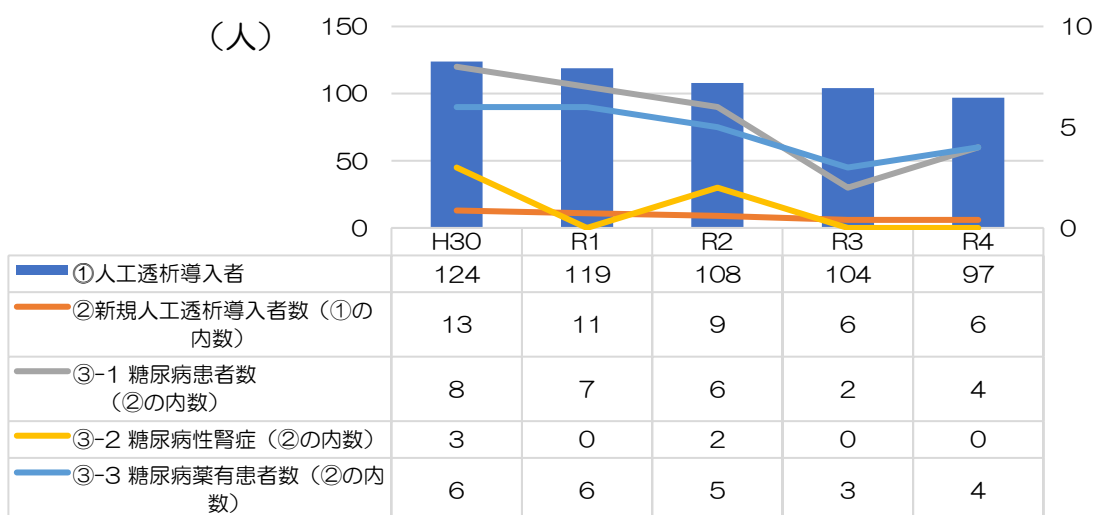
疾病中分類別医療費で1位となっている腎不全の要因としては、人工透析に係る医療費が大きく占めております。

人工透析の新規人工透析者を国民健康保険被保険者と後期高齢者医療制度被保険者とで比較すると、国民健康保険被保険者の人工透析導入者と新規人工透析者数等は減少していますが、後期高齢者医療制度被保険者の人工透析導入者及び新規人工透析者数は増加しています。

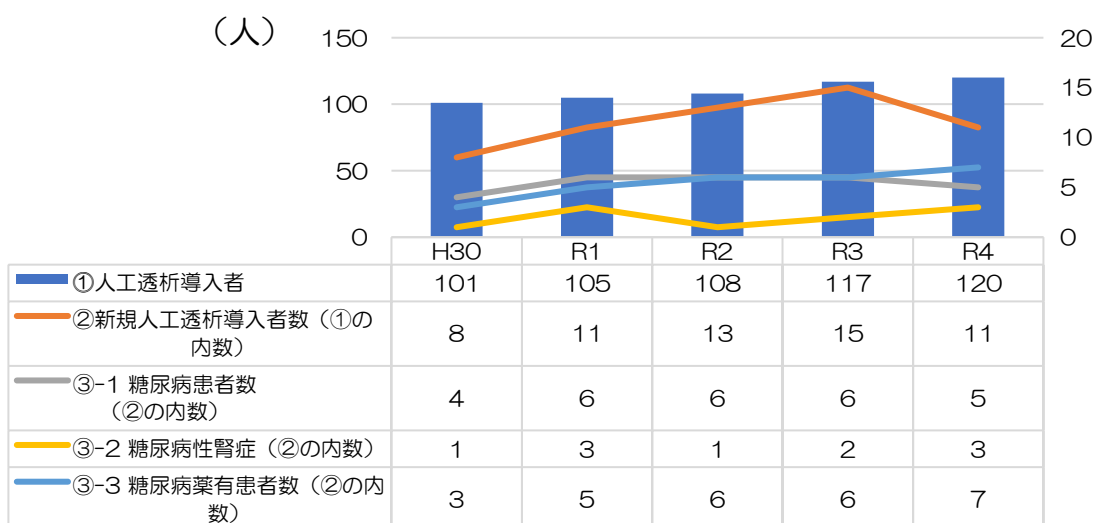
人工透析が導入されると身体的・精神的な負担だけではなく、行動の制限も加わり、被保険者の生活の質（QOL）にも大きな影響をもたらすことから、生活習慣病重症化予防対策による新規透析導入者を減らすことが重要です。

◇新規人工透析者数等集計（平成30年度から令和4年度）

【国民健康保険被保険者】



【後期高齢者医療制度被保険者】



※前年度継続・1か月のみ新規透析者は除外

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会データ

2 特定健康診査結果からみる分析状況

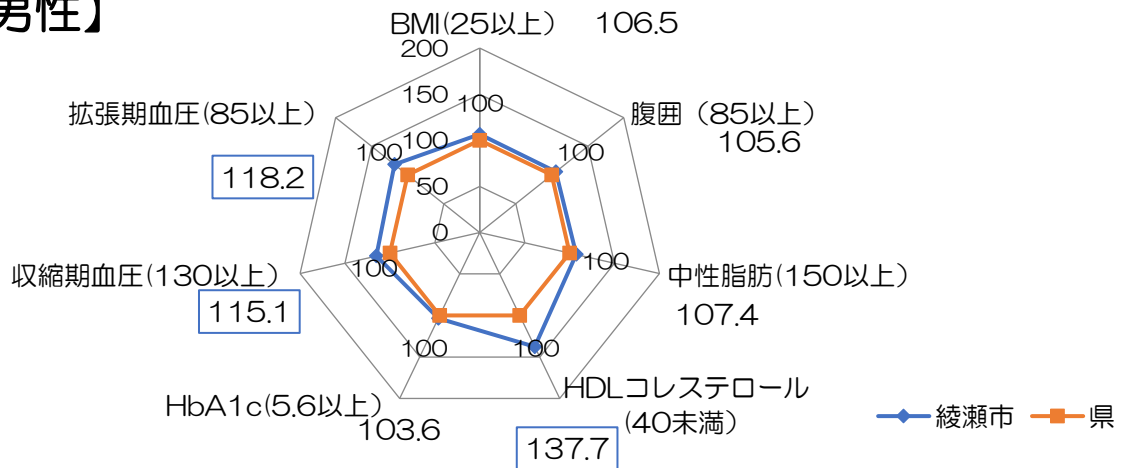
(1) 特定健康診査結果における有所見者の状況

特定健康診査結果の有所見者※状況を、年齢調整をして神奈川県と比較し、神奈川県の水準を 100 とした標準化比で比べると、男性では血圧とHDLコレステロール値が高くなっており、女性では HbA1c（血糖）を除く全ての数値が高くなっています。

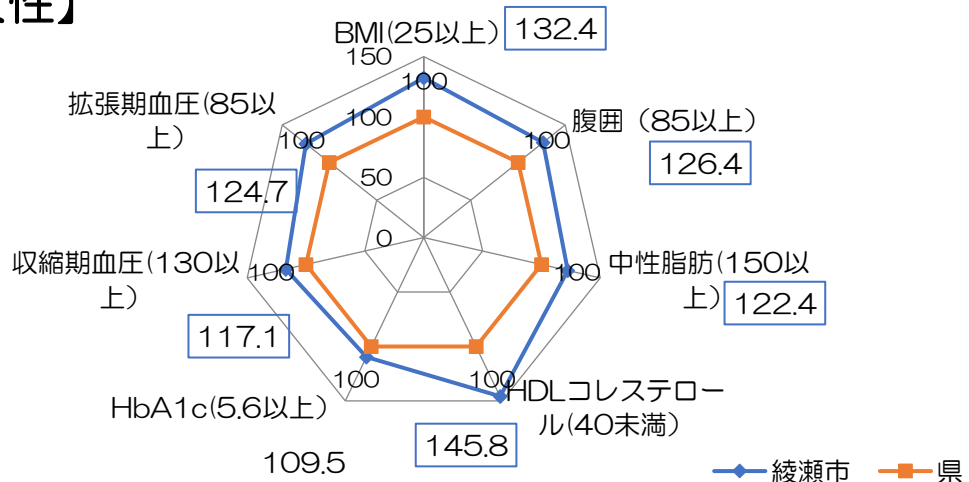
※特定健康診査結果の有所見者とは医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外の方。

◇特定健康診査結果の有所見者の標準化比（令和3年度）

【男性】



【女性】



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

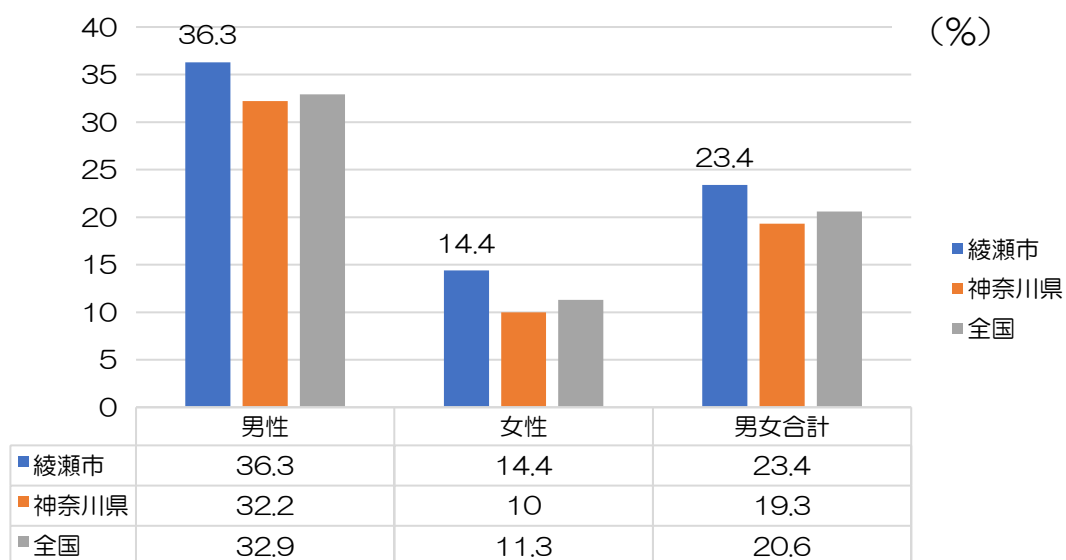
※ (四角) に入った数値は、県に比べて有意な差 (p<0.05) があることを意味する

(2) 特定健康診査結果における内臓脂肪症候群該当者の状況

本市の特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者は、神奈川県や全国平均と比べて高くなっています。

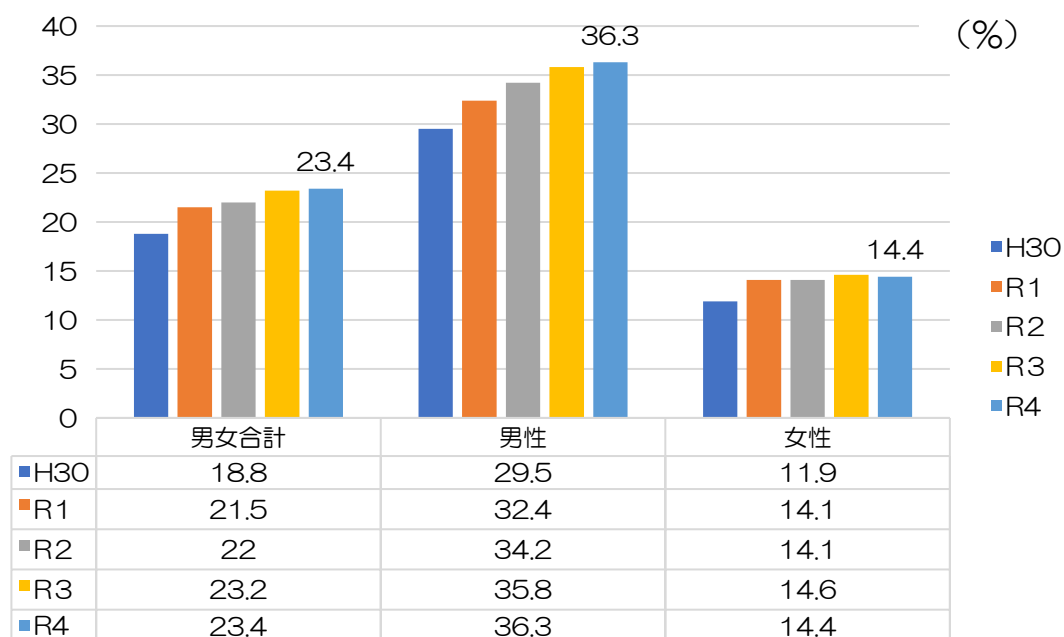
また、該当者の割合は年々増加傾向であり、特に男性が増加しています。

◇特定健康診査結果の内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合（令和4年度）



資料：国民健康保険データベースシステム（KDB）

◇特定健康診査結果の内臓脂肪症候群該当者の割合の経年変化の推移



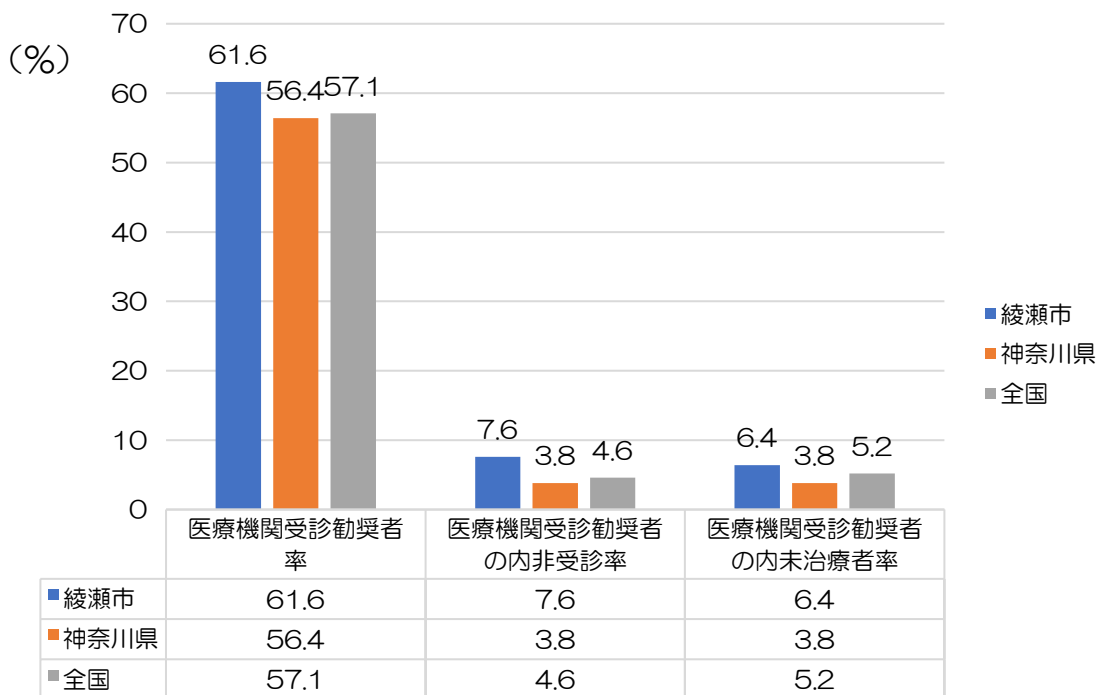
資料：国民健康保険データベースシステム（KDB）

(3) 特定健康診査結果における医療機関受診勧奨者該当者に関する状況

本市の特定健康診査健診結果で、生活習慣病医療機関受診勧奨値者※の割合は神奈川県や全国平均よりも高く、また、その該当者の医療機関非受診と未治療の割合が高くなっています。

※生活習慣病医療機関勧奨値者とは、血糖・血圧・脂質等における数値が医療機関受診勧奨値を超えている方のことです。

◇特定健康診査結果の医療機関受診勧奨値者に関する状況（令和4年度）



資料：国民健康保険データベースシステム（KDB）

(4) 特定健康診査結果における疾病別（高血圧）リスクの状況

令和3年度特定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調べてみると、収縮期血圧※は特定保健指導判定値以上の有所見者が58.7%、拡張期血圧※は26.2%います。

また、収縮期血圧・拡張期血圧で即受診レベルの方の令和3年4月から令和4年4月までの診療報酬明細書（レセプト）から、高血圧性疾患で医療機関に受診しているか確認したところ、即受診レベルの約4割以上が医療機関未受診でした。

※収縮期血圧は一般的に「上の血圧」「最高血圧」、拡張期血圧は一般的に「下の血圧」「最低血圧」と呼びます。

◇受診勧奨別有所見者数と受診状況（血圧）

収縮期血圧	人数 (人)	対象者 割合 (%)	未受診 人数 (人)	未受診 率 (%)	拡張期血圧	人数 (人)	対象者 割合 (%)	未受診 人数 (人)	未受診 率 (%)
即受診レベル※ 160mmHg～	340	7.9	144	42.4	即受診レベル※ 100mmHg～	177	4.1	79	44.6
受診勧奨判定値以上 140～159mmHg	1,109	25.6	564	50.9	受診勧奨判定値以上 90～99mmHg	495	11.4	250	50.5
保健指導判定値 130～139mmHg	1,091	25.2			保健指導判定値 85～89mmHg	464	10.7		
基準値以内 ～129mmHg	1,787	41.3			基準値以内 ～84mmHg	3,191	73.7		

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

※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

(5) 特定健康診査結果における疾病別（血糖）リスクの状況

令和3年度特定健康診査の検査結果から、血糖リスク別の有所見者の状況を調べてみると、HbA1c※では特定保健指導判定値以上の有所見者は56.3%を占めていました。

また、血糖HbA1cが8.0%以上の方の令和3年4月から令和4年4月までの診療報酬明細書（レセプト）から糖尿病での受診状況を確認したところ、血糖HbA1cの8.0%以上の方の約2割弱が医療機関未受診者でした。

※HbA1cは糖尿病の過去1から2カ月のコントロール状態の評価を行う重要な指標です。

◇受診勧奨別有所見者数と受診状況（血糖）

血糖(HbA1c)	人数 (人)	対象者 割合 (%)	未受診 人数 (人)	未受診 率 (%)
受診勧奨判定値以上 8.0%~	75	1.7	14	18.7
受診勧奨判定値以上 6.5~7.9%	396	9.2	84	21.2
保健指導判定値 5.6~6.4%	1,962	45.4		
基準値以内 ~5.5%	1,888	43.7		

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

(6) 特定健康診査結果における疾病別（脂質）リスクの状況

令和3年度特定健康診査の検査結果から、脂質に関する中性脂肪とLDLコレステロールでのリスク有所見者の状況を調べてみると、中性脂肪では特定保健指導判定値以上の有所見者は21.2%となり、LDLコレステロールでは特定保健指導判定値以上の有所見者は58.0%と比較的高くなっていました。

また、脂質リスクが即受診レベルの方の令和3年4月から令和4年4月までの診療報酬明細書（レセプト）から脂質異常症での受診状況を確認したところ、LDLコレステロールの即受診レベルの約5割が未受診者でした。

◇受診勧奨別有所見者数と受診状況（脂質）

中性脂肪	人数 (人)	対象者 割合 (%)	未受診		LDL コレステロール	人数 (人)	対象者 割合 (%)	未受診	
			人数 (人)	率 (%)				人数 (人)	率 (%)
					即受診レベル 180mg/dl~	232	5.4	123	53.0
受診勧奨判定値以上 300mg/dl~	137	3.2	64	46.7	受診勧奨判定値以上 140~179mg/dl	1168	27.0	771	66.0
保健指導判定値 150~299mg/dl	779	18.0			保健指導判定値 120~139mg/dl	1107	25.6		
基準値以内 ~149mg/dl	3412	78.8			基準値以内 ~119mg/dl	1821	42.1		

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

(7) 特定健康診査結果における慢性腎臓病重症度分類等

特定健康診査受診者の健診結果を慢性腎臓病（CKD）診療ガイドラインの基準に基づきを分類しました。

慢性腎臓病（CKD）は、脳卒中や心筋梗塞等の重度の循環器系疾患のリスクが高く、また、進行して末期腎不全になると人工透析が必要となります。

発症や重症化の危険因子の早期発見、生活習慣の改善等の指導や治療が必要です。

◇慢性腎臓病（CKD）重症度分類に基づく特定健康診査受診者結果分類（令和4年度）

- CKDの重症度は死亡、末期腎不全等発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■ 、オレンジ ■ 、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。 (人)

尿定性検査 eGFR区分 (mL/分/1.73m ² 未満)		A1	A2	A3				計
		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿				
		(-)	(±)	(1+)	(2+)	(3+)	未測定	
正常または高値	≥90	257	13	11	2	0	0	283
正常または軽度低下	60~89	2,372	141	57	16	3	3	2,592
軽度~中程度低下	45~59	721	70	39	16	1	1	848
中程度~高程度低下	30~44	73	8	8	9	6	0	104
高度低下	15~29	3	2	2	0	1	0	8
末期腎不全	<15	1	0	0	3	1	5	10
未測定		6	0	1	0	1	1	9
計		3,433	234	118	46	13	10	3,854

	腎臓専門医・専門医療機関に受診勧奨	100人 (2.6%)
		232人 (6.0%)
	条件により腎臓専門医・専門医療機関に受診勧奨、 または生活指導・診療継続	875人(22.7%)
	良好	2,629人 (68.2%)
	CKD重症度不明者、計測勧奨	18人 (0.5%)

※エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023 を参考に作成

(8) 特定健康診査結果における問診結果の状況

令和3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、神奈川県や全国平均と比べてみると、男女ともに、「喫煙者」の割合が高く、「週3回以上就寝前夕食」、「生活改善意欲がない」、「咀嚼_かみにくい」が多いです。

一方で、「生活習慣の改善意欲あり」と「意欲ありかつ始めている」、「取り組み済6ヶ月未満」、「取り組み済6ヶ月以上」を合計すると対象者の約7割となり、健康に対する関心は高いことがわかります。

◇特定健康診査問診票の結果の標準化比※（令和3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.	
	綾瀬市	県	全国 (基準)	県 (=100)	全国 (=100)	綾瀬市	県	全国 (基準)	県 (=100)	全国 (=100)
喫煙	25.4%	22.4%	23.4%	*113.8	108.3	7.4%	6.5%	5.9%	108	*119.6
20歳時体重から10kg以上増加	47.5%	45.1%	45.0%	104.7	105.0	31.5%	26.0%	27.4%	*119.4	*112.6
1回30分以上の運動習慣なし	51.6%	55.3%	58.2%	93.9	*88.8	58.2%	59.2%	62.6%	97.3	*91.8
1日1時間以上運動なし	44.6%	46.3%	48.7%	96.4	*91.5	45.9%	45.2%	48.2%	100.7	94.4
歩行速度遅い	45.4%	44.8%	49.6%	102	*92.0	45.3%	43.6%	50.9%	102.9	*87.9
食べる速度が速い	28.6%	30.4%	31.0%	94.7	92.5	21.5%	23.0%	23.9%	93.7	*89.7
食べる速度が普通	63.5%	61.8%	61.3%	102.5	103.3	71.0%	69.1%	68.2%	103	104.6
食べる速度が遅い	7.9%	7.9%	7.6%	99.7	102.4	7.5%	7.9%	7.9%	91.1	89.8
週3回以上就寝前夕食	24.9%	22.0%	21.7%	*114.5	*114.3	12.4%	10.8%	10.9%	*116.8	*113.8
週3回以上朝食を抜く	13.3%	13.9%	12.8%	94.6	103.7	9.0%	8.9%	7.8%	96.8	111.4
毎日飲酒	40.6%	41.6%	43.1%	99.9	96.7	11.7%	13.3%	11.7%	*88.6	101.1
時々飲酒	23.1%	24.8%	22.7%	91.2	100.1	21.6%	24.3%	21.6%	*88.8	100.1
飲まない	36.2%	33.6%	34.3%	106.6	104.2	66.6%	62.4%	66.7%	*106.3	99.8
1日飲酒量(1合未満)	53.6%	49.0%	46.7%	*108.3	*113.0	86.5%	82.2%	83.3%	*105.1	103.5
1日飲酒量(1~2合)	30.4%	32.2%	33.8%	94.9	*91.0	10.1%	14.3%	13.0%	*70.0	*77.8
1日飲酒量(2~3合)	12.7%	14.5%	15.2%	87.8	*84.4	2.7%	2.9%	2.9%	86	85.3
1日飲酒量(3合以上)	3.3%	4.3%	4.4%	81.4	78.9	0.7%	0.7%	0.8%	102.4	90.6
睡眠不足	22.3%	20.9%	22.7%	107.7	98.3	25.4%	24.8%	26.0%	103.5	98.5
改善意欲なし	32.2%	28.5%	31.8%	*112.8	101.2	25.1%	23.0%	24.3%	*109.1	103.7
改善意欲あり	26.7%	27.6%	27.5%	96.4	96.4	29.4%	29.7%	29.8%	97.7	96.9
改善意欲ありかつ始めている	11.1%	12.2%	12.5%	92.4	89.8	13.7%	14.5%	15.6%	93	*86.3
取り組み済み6ヶ月未満	9.2%	9.0%	7.9%	101.6	115.8	10.9%	10.7%	9.8%	100.1	110.1
取り組み済み6ヶ月以上	20.7%	22.7%	20.2%	91.4	102.8	20.9%	22.0%	20.5%	97.6	104.9
保健指導利用しない	67.0%	61.2%	64.2%	*108.6	104.0	65.1%	58.2%	60.8%	*111.7	*107.4
咀嚼_何でも	75.3%	78.1%	77.1%	96.1	97.5	78.7%	81.3%	80.8%	97.3	98.3
咀嚼_かみにくい	23.8%	20.9%	21.6%	*114.5	110.1	20.7%	18.1%	18.7%	*111.1	106.5
咀嚼_ほとんどかめない	0.9%	1.0%	1.2%	92.5	75.8	0.6%	0.5%	0.5%	130.1	122.3

資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

※ 標準化比：県、全国を基準（=100）とした時の割合

* 有意差のあるもの

3 その他の保健事業に関する分析

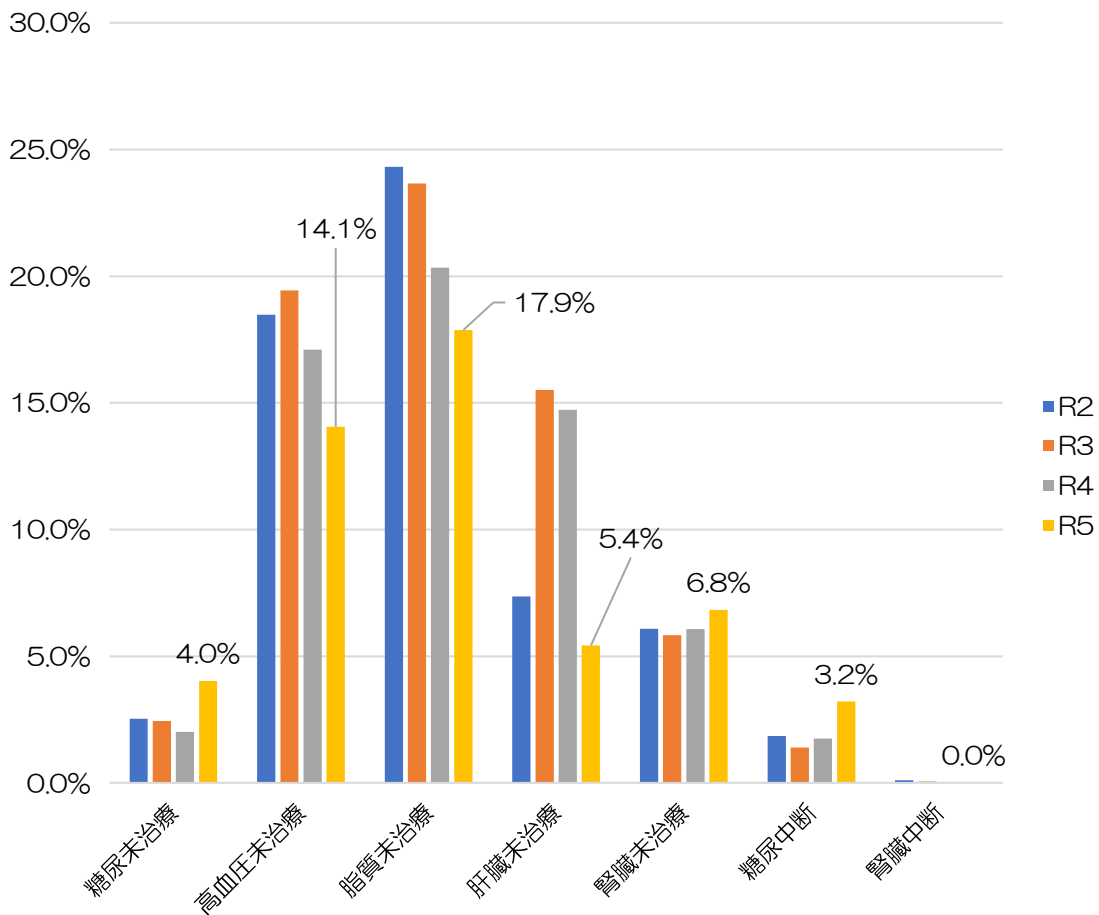
(1) 生活習慣病重症化予防対策

特定健康診査結果が医療機関受診判定値以上の方に向けて、①専門職員（保健師・管理栄養士）による架電勧奨、②受診勧奨通知と医療機関受診状況確認アンケートの送付、③専門職員（保健師・管理栄養士）による訪問勧奨を実施、④同対象者で次年度の医療情報を確認した際の医療機関未受診者に向けて、AI技術とナッジ理論※を用いたはがきによる通知勧奨を行っております。

特定健康診査受診者の各疾病の未治療率をみると、未治療者は減少傾向です。

※用語集参照

◇特定健康診査受診者の各疾病未治療率の経年変化の推移



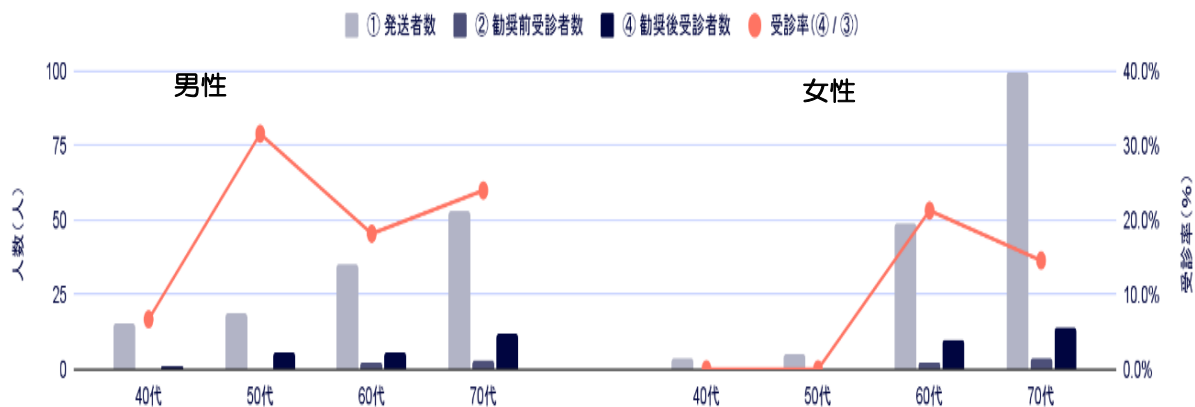
※令和5年度は11月時点の健診受診者

資料：国民健康保険データベース（KDB）システム

(2) 医療機関受診勧奨通知に関する分析

医療機関受診勧奨通知後の受診状況は、男性 50 歳代が高く、女性 70 歳代が低かった。

◇医療機関受診勧奨通知発送対象者と勧奨後の受診者の特徴（性・年代別）

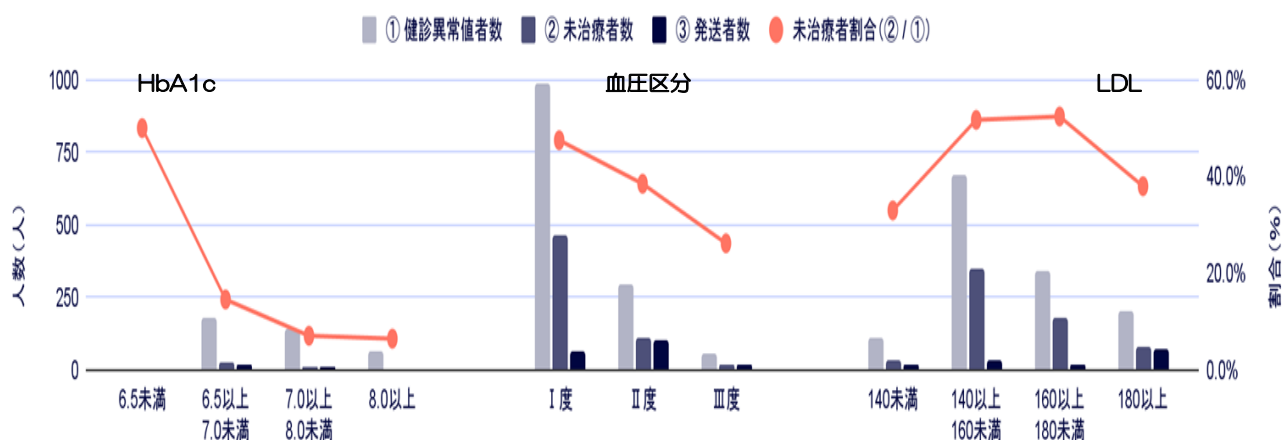


資料：キャンサースキャン生活習慣病予防事業結果報告書

医療機関受診勧奨対象検査値別の状況は、脂質異常症の対象者数が最も多く、未治療者割合も高いことから、健診を受診し基準値を超えても医療機関受診につながりにくい状況です。

健診を受診し複数疾患で基準値を超えているものの医療機関を受診しない方が一定数存在し、複数疾患未治療者は人数が絞られるため、介入強度を高める検討が必要です。

◇医療機関受診勧奨通知発送対象者の特徴（検査値別）



資料：キャンサースキャン生活習慣病予防事業結果報告書

(3) 重複・頻回受診者の状況

令和5年度8月診療分で、同一月内で6種類以上の薬剤を30日以上処方された多剤投薬者が1,485人(8.8%)でした。

向精神薬(催眠鎮静剤・抗不安剤)を令和5年4月から8月の5か月間に同一疾病を理由に同系薬剤を複数の医療機関からの処方を受けた重複頻回受診者が16人でした。

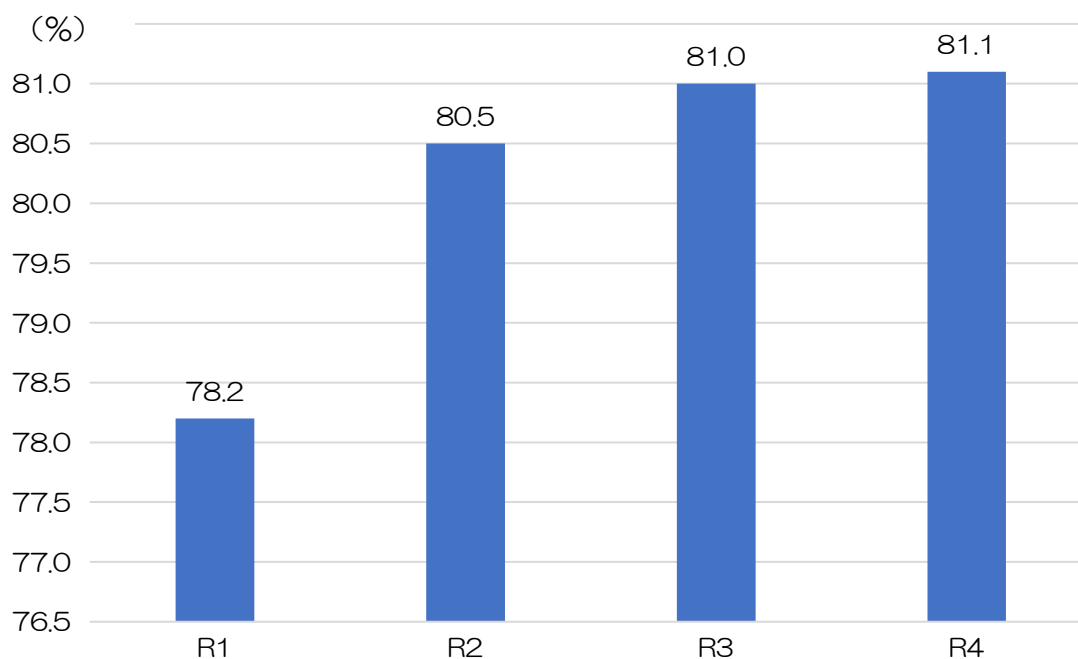
(4) ジェネリック医薬品の状況

本市では、医療費適正化の事業として、「ジェネリック医薬品希望シール・カード」を窓口等での配布や、国民健康保険のガイドブック、市広報誌、納税通知書に同封するリーフレット等にも活用について掲載し周知を図っています。

また、ジェネリック医薬品差額通知の発送を年に2回(6月・12月)実施し、被保険者に活用の効果の見える化を図っています。

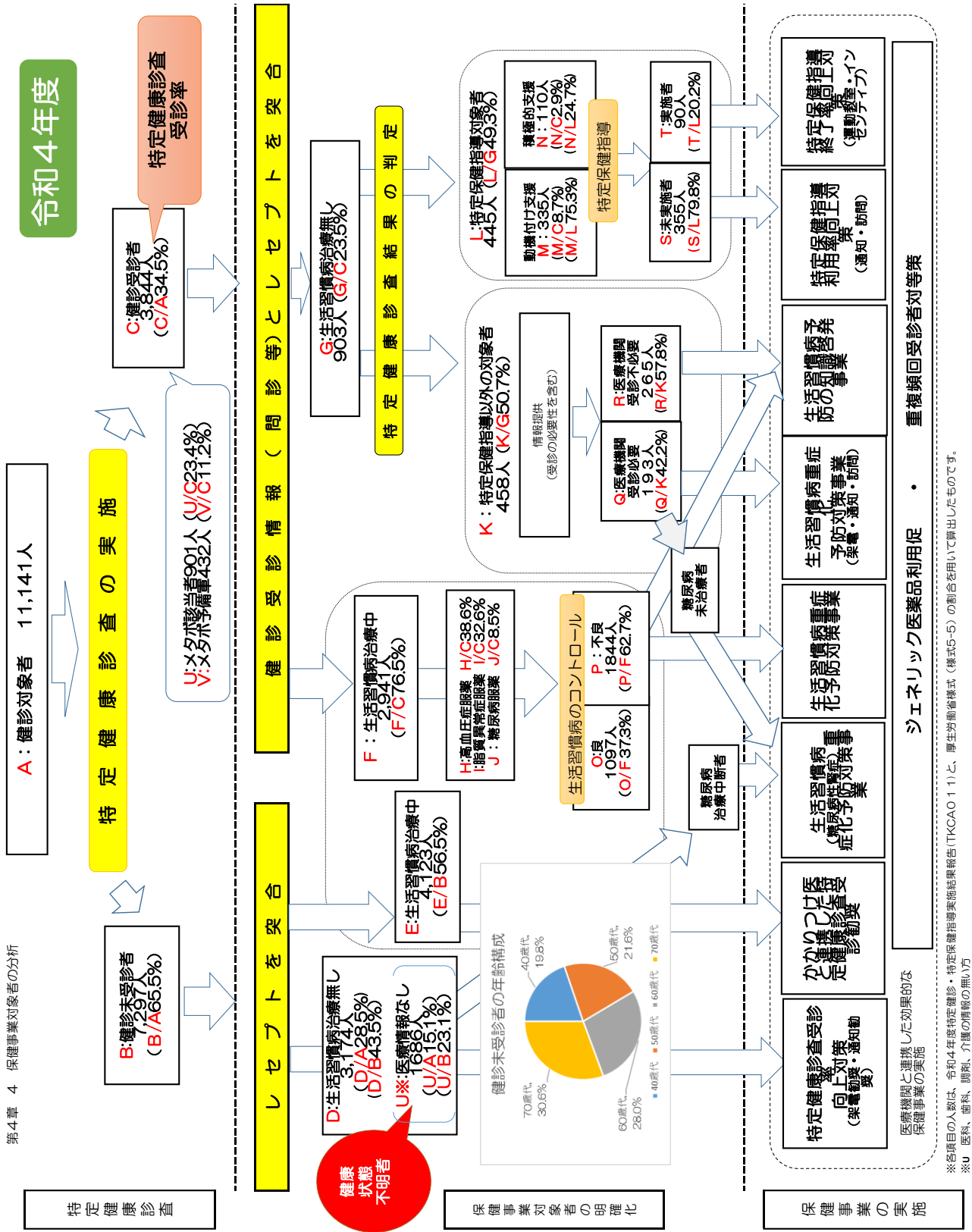
使用割合(数量シェア比率)は、81.1%と全国平均79.2%(令和3年度9月診療分)を上回っており、金額シェア比率では65.9%となっています。

◇ジェネリック医薬品使用割合(数量シェア比率)の経年変化



資料：国民健康保険総合システムデータ

4 保健事業対象者の分析



第4章 4 保健事業対象者の分析

5 データ分析の結果に基づく本市国民健康保険の健康課題

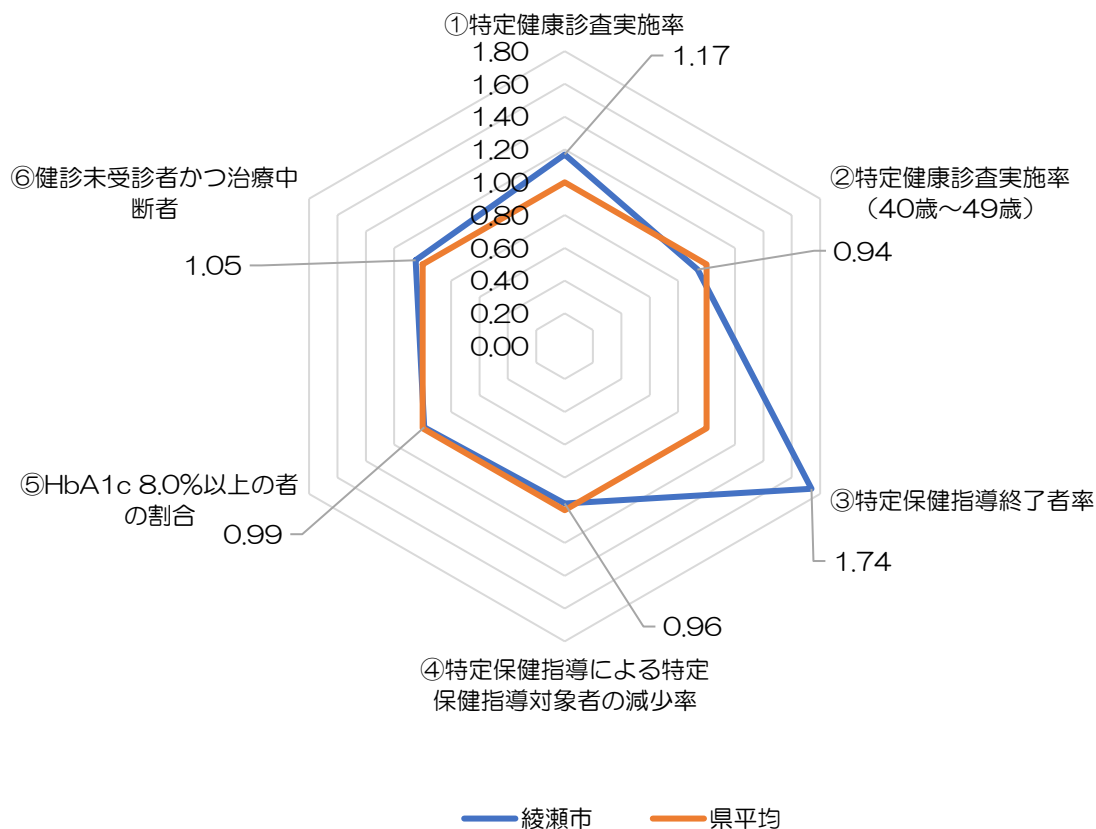
大分類ごとの分析結果を整理し、健康課題の項目に分類しました。

大分類	健康・医療情報等分析項目	健康・医療情報等の分析結果	課題項目
平均寿命 平均自立 期間	平均寿命	<ul style="list-style-type: none"> 男女ともに年々延伸しているが、神奈川県や同規模自治体・全国平均を下回っている状況。 	F
	平均自立期間		
医療費の 分析	医療費 (医科)	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たりの医療費は、医療費の高度化や被保険者の高齢化等の要因から増加傾向。 疾病別の医療費は大分類、中分類とともに循環器系の疾患や内分泌、栄養及び代謝疾患等生活習慣病が関係する疾患が上位を占めている。 【生活習慣病医療費標準化比】 (男性：入院)「筋・骨格」「心筋梗塞」が高い。 (男性：外来)「脳出血」が高い。 (女性：入院)「動脈硬化」「脳出血」「脂肪肝」が高い。 	C ・ D
	医療費 (歯科)	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たりの月額医療費(歯科)は、年々増加しているが、神奈川県や同規模自治体・全国平均より低い。 	D
	千人当たり 外来受診率	<ul style="list-style-type: none"> 神奈川県や同規模自治体・全国平均と比べて低い。 	D
	疾病分類別の 医療費	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病と重症化疾患の医療費の割合は、神奈川県や同規模自治体・全国平均よりも高い。 「脳血管疾患」や、「虚血性心疾患」を発症し、「人工透析導入」となった方は、共通して「高血圧」を持っている割合が多く、複数の生活習慣病が重なって重症化している。 高額診療報酬明細書(レセプト)のうち、50万円以上の件数は全体の1.7%だが、医療費の42.1%を占めている。また、50万円以上の疾病件数は「がん(悪性新生物)」と「腎不全」が多い。 新規人工透析者数は国民健康保険被保険者で減少、後期高齢者医療制度被保険者で増加傾向であるが、本市全体では減少傾向。 	D
	後発医薬品の 使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用割合(数量シェア比率)が81.1%と全国平均79.2%を上回っている。 	E
	重複・頻回受 診、重複服薬 者割合	<ul style="list-style-type: none"> 同一月内で6種類以上の薬剤を処方された多剤投薬者の割合は8.8%。 向精神薬(催眠鎮静剤・抗不安剤)を5か月間に同一疾病を理由に同系薬剤を複数の医療機関からの処方を受けた重複頻回受診者がR5年度は16人。 	E
	特定健康 診査・特定 保健指導 等の健診 データ	特定健康診査 の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率は34.5%、神奈川県29.4%、同規模自治体40.5%、全国平均37.2%、国の目標60%には及ばない。 40歳代から50歳代の健診受診率が低い。
	特定保健指導 の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率は20.0%で、全国平均よりも低い。 40歳代男性の実施率が最も低く、「早川」「蓼川」「小園」の順で実施率が低い。 	B

(質問票を含む)の分析	特定健康診査結果の状況(有所見率・健康状態)	<p>【神奈川県との有所見者割合標準化比】</p> <p>(男性)「血圧」「HDL コレステロール」が高い。</p> <p>(女性)「HbA1c」を除く全ての数値が高い。</p> <p>【内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者の割合】</p> <p>神奈川県や全国平均と比べると高く、該当者の割合は増加傾向であり、特に男性が増加。</p> <p>【医療機関受診勧奨該当者の分析】</p> <p>医療機関受診勧奨値該当者率(61.6%)は、神奈川県や全国平均より高い。</p>	B
	質問票調査の状況(生活習慣) 【問診票結果の標準化比】年齢調整し、県・全国と比較	<p>【男性】</p> <p>「喫煙者」「週3回以上就寝前夕食」「生活改善意欲がない」「咀嚼_かみにくい」の割合が高い。</p> <p>【女性】</p> <p>「20歳時体重から10kg以上増加」「週3回以上就寝前夕食」「生活改善意欲がない」「咀嚼_かみにくい」が多い。</p>	F
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	生活習慣病状態不明者	<ul style="list-style-type: none"> ・R4年度の生活習慣病状態不明者は28.5%であり、約4人に1人以上が不明な状況。 	B
	健診異常値放置者	<p>【疾病別のリスク分析】</p> <p>(血圧) 即受診レベルの約4割が医療機関未受診である。</p> <p>(血糖) HbA1c 8.0%以上の約2割が医療機関未受診である。</p> <p>(脂質) 中性脂肪 300mg以上、LDLコレステロール即受診レベルの約5割が医療機関未受診である。</p> <p>【健診受診者の各疾病の未治療率】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未治療者は神奈川県や全国平均と比較すると高い。 ・医療機関受診勧奨通知対象の健診結果異常者は、男性で50歳代、女性で70歳代の割合が高い。 ・勧奨後の医療機関受診率は、男女ともに40歳代が最も低い。 ・脂質異常症の未治療者数が最も多く、医療機関受診勧奨後の未治療者の割合も高い。 ・複数疾患で基準値を超えていても医療機関を受診しない方が一定数存在する。 	B
介護費関係の分析	介護1号認定率	<ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県や全国平均よりも認定率は低いが、年々増加し神奈川県や全国平均に近づきつつある。 	F
	1件当たり給付費	<ul style="list-style-type: none"> ・同規模自治体と全国平均を下回っているが、年々増加している。 	F
	要介護度別給付費	<ul style="list-style-type: none"> ・全てのサービス分類において年々増加している。 	F
	要介護認定者有病状況	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓病 54.5%、高血圧 48.8%、筋・骨格 47.7%である。 	F
その他		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査結果の保健指導判定値以上の対象者に病態別健康教室の参加勧奨通知を送付、参加率は2.5%と低いですが、参加者の知識習得意欲は高い。 	B

6 本市の各指標値の実績と神奈川県内の平均値との比較

◇本市の各指標値の実績と神奈川県内の平均値との比較



	レーダーチャートの数値		実績値 (%)	
	綾瀬市	県平均	綾瀬市	県平均
①特定健康診査実施率	1.17	1.00	34.5	29.5
②特定健康診査実施率(40歳～49歳)	0.94	1.00	14.5	15.5
③特定保健指導終了者率	1.74	1.00	20.0	11.5
④特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.96	1.00	25.8	26.9
⑤HbA1c 8.0%以上の者の割合	0.99	1.00	1.12	1.02
⑥健診未受診者かつ治療中断者	1.05	1.00	1.30	1.71

7 解決すべき被保険者の健康課題

現状分析の結果を受け、本市国民健康保険において今後取り組む健康課題を以下のとおり整理し、優先度の高い課題順にAからFの項目に分けました。

<p>特定健康診査受診率が低く、特に 40 歳から 50 歳代が低い傾向がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率は 34.5%（令和 4 年度）、国の目標 60%には及ばない。 40 歳代から 50 歳代の特定健康診査受診率が低い。 特定健康診査未受診に加え、医療情報がない健康状態不明者は 23.1%で、約 5 人に 1 人が不明な状況。 	A
<p>生活習慣病状態不明者と健診異常値放置者の多い傾向がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病状態不明者は 28.5%で、4 人に 1 人が不明な状況。 医療機関受診勧奨値者の医療機関非受診率は 7.6%で、神奈川県や全国平均より高い。 特定保健指導実施率は 20.0%で全国平均よりも下回っている。 特定健康診査未受診かつ過去に糖尿病治療歴があるが、現在治療中断者は 1.3%。 医療機関受診勧奨後の医療機関受診率は、男女ともに 40 歳代が低い。 	B
<p>医療費は依然として生活習慣病が多くを占める</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病と重症化疾患の医療費に占める割合は 39.7%で神奈川県や全国平均よりも高い。 「脳血管疾患」や「虚血性心疾患」の発症や、人工透析導入となった方は、共通して「高血圧」を持っている割合が多く、複数の生活習慣病が重なって重症化している。 	C
<p>被保険者一人当たりの医療費は増加傾向にある</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり医療費は、医療費の高度化や被保険者の高齢化等の要因から増加傾向である。 	D
<p>適正な受診や服薬に向けた取り組みが十分ではない</p> <ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用割合（数量シェア比率）は、81.1%である。 同一月内で 6 種類以上の薬剤を処方された多剤投薬者の割合は 8.8%である。 	E
<p>平均自立期間と平均寿命が神奈川県や全国平均を下回っている</p> <ul style="list-style-type: none"> 男女ともに、神奈川県や同規模自治体・全国平均を下回っている。 	F

第5章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の取組み

1 保健事業実施計画の目的と目標、目標を達成するための戦略

本計画の目的と目標を前章の健康課題から導きました。

項目	被保険者の健康課題	事業番号
A	特定健康診査受診率が低く、特に40歳代から50歳代が低い傾向がある	I
B	生活習慣病状態不明者と健診異常値放置者の多い傾向がある	II・III
C	医療費は依然として生活習慣病が多くを占める	III
D	被保険者一人当たりの医療費は増加傾向にある	III・IV
E	適正な受診や服薬に向けた取組みが十分ではない	IV
F	平均自立期間と平均寿命が神奈川県や全国平均を下回っている	IからV

(1) 保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の目的

下記を目的とし、この実現に向けて「目標」「評価指標」を設定します。

計画全体における目的
生活習慣病の発症と重症化の予防を図り、医療費の適正化を目指します

(2) 保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の目標

項目	計画における目標
A	特定健康診査受診率を高める
B・F	特定保健指導実施率と医療機関受診率を高める
C・D・F	生活習慣病の発症と重症化を予防する
D・E・F	医療費の適正化を推進する

(3) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標を達成するための戦略

項目	目標を達成するための戦略
A・B・F	内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）及びそれに伴う生活習慣病のリスク早期発見による予防を図るため、受診率を向上させる取組みを実施し保健事業対象者の把握をする。
B・C・D・F	生活習慣病の発症と重症化の予防を図ることで、健康管理や適正な受診行動を促進し、被保険者の「健康の保持増進」と「医療費の適正化」を目指す。
D・E	ジェネリック医薬品の普及啓発を行うとともに、重複受診者・多剤投薬等の受診行動の適正化を図る等で医療費の適正化を目指す。

(4) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標の評価指標

本計画の評価指標については次のとおりとし、取組むべき対策に基づく個別事業を実施することで評価指標の目標達成を目指します。

なお、評価指標は神奈川県の設定した共通の評価項目を踏まえるとともに、国の評価指標も含め定めています。

項目	データヘルス計画全体における目標	評価指標	計画策定時 (ベースライン)		目標値											
			目標	実績	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度						
A	特定健康診査受診率を高める	特定健康診査受診率★	39.6%	34.5%	40%	40%	40%	40%	40%	40%						
		特定健康診査受診率（40歳から49歳）★	—	14.5%	令和4年度実績値よりも向上											
B・F	特定保健指導実施率と医療機関受診率を高める	特定保健指導の終了者率★	24.0%	20.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%						
		特定保健指導による保健指導対象者の減少率★	—	25.8%	令和4年度実績値よりも向上											
		受診勧奨者医療機関非受診率	—	7.6%	令和4年度実績値よりも減少											
C・D・F	生活習慣病の発症と重症化を予防する	HbA1c（血糖）8.0%以上の方の割合と人数★	—	1.1%							令和4年度実績値よりも減少					
			—	43人												
D・E・F	医療費の適正化を推進する	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方の割合と人数★	—	1.3%	令和4年度実績値を維持、又は減少											
			—	145人												
D・E・F	医療費の適正化を推進する	ジェネリック医薬品の使用割合	80%	81.1%	令和4年度実績値を維持、又は減少											
		多剤投与（6剤以上）方の割合	—	8.8%	令和4年度実績値よりも減少											

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

※★は神奈川県が設定した共通の評価指標

(5) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の取組むべき対策

計画の目標に基づき、取組むべき対策を下記とし、具体的な個別の保健事業を展開します。

事業番号	事業名称	重点・優先度
I	特定健康診査受診率向上対策	1
	I - 1 特定健康診査受診率向上対策 I - 2 特定健康診査受診率向上対策_集団健診	
II	特定保健指導実施率向上対策	2
	II - 1 特定保健指導利用率向上対策 II - 2 特定保健指導終了率向上対策	
III	生活習慣病重症化予防	3
	III - 1 生活習慣病重症化予防対策 III - 2 生活習慣病重症化予防対策_糖尿病性腎症	
IV	適正受診対策（ジェネリック医薬品利用促進・重複頻回受診者等対策）	4
V	生活習慣病予防の知識普及啓発事業	5

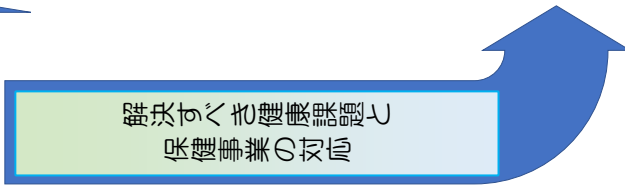
(6) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の全体像

データヘルス計画全体における目的		生活習慣病の発症及び重症化の予防を図り、医療費の適正化を目指します						
項目	データヘルス計画全体における目標	評価指標	目標値					
			計画策定時 (ベースライン)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度
A	特定健康診査受診率を高める	特定健康診査受診率★ 特定健康診査受診率（40歳から49歳）★	39.6%	40%	40%	40%	40%	40%
B・F	特定保健指導実施率と医療機関受診率を高める	特定保健指導の終了者★ 特定保健指導による保健指導対象者の減少率★ 受診勧奨者医療機関非受診率	24.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
C・D・F	生活習慣病の発症と重症化を予防する	HbA1c（血糖）8.0%以上の方の割合と人数★ 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方の割合と人数★	—	1.1%	—	—	—	—
D・E・F	医療費の適正化を推進する	ジェネリック医薬品の使用割合 多剤投与（6剤以上）方の割合	80%	81.1%	—	—	—	—

※本県の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度
※★は神奈川県が設定した共通の評価指標

個別の保健事業		事業名称	重点・優先度
I	I - 1	特定健康診査受診率向上対策	1
	I - 2	特定健康診査受診率向上対策_集団健診	
II	II - 1	特定保健指導利用率向上対策	2
	II - 2	特定保健指導終了率向上対策	
III	III - 1	生活習慣病重症化予防対策	3
	III - 2	生活習慣病重症化予防対策_糖尿病性腎症	
IV	適正受診対策（ジェネリック医薬品利用促進・重複回受診者等対策）		4
V	生活習慣病予防の知識普及啓発事業		5

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
項目	健康課題	健康課題優先	対応する保健事業番号
A	特定健康診査受診率が低く、特に40歳代から50歳代が低い傾向がある	1	I
B	生活習慣病状態不明者と健診異常値放置者が多い傾向がある	2	II・III
C	医療費は依然として生活習慣病が多くを占める	3	III
D	被保険者一人当たりの医療費は増加傾向にある	4	III・IV
E	適正な受診や服薬に向けた取り組みが十分ではない	5	IV
F	平均自立期間と平均寿命が神奈川県や全国平均を下回っている	6	III



項目	データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A・B・C・D・F	内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）及びそれに伴う生活習慣病のリスク早期発見による予防を図るため特定健康診査受診率向上を目指す
B・C・D・F	生活習慣病の予防及び重症化予防を図ること、健康管理や適正な受診行動を促進し、被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を目指す
D・E	ジェネリック医薬品の普及啓発を行うとともに、重複・多剤投薬等の受診行動の適正化を図る等、医療費の適正化を目指す

2 個別の保健事業

事業の実施にあたっては、個別事業の評価指標を基に単年度ごとに評価し、事業の実施方法や実施体制等を見直しながら取り組めます。

(1) 特定健康診査受診率向上対策

事業名称： I-1 特定健康診査受診率向上対策										
事業の目的		特定健康診査受診率を高め、保健事業対象者の把握をする。								
対象者		40歳以上 75歳未満の国民健康保険被保険者								
現在までの事業結果		特定健康診査の受診率は、国が示す市町村の目標値 60%以上を目指し、前期計画に伴う事業実施状況を勘案した本市の必達目標として40%に設定していたが、達成が難しい状況。								
今後の目標値										
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値					
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
(成果)指標 アウトカム	特定健康診査受診率	%	39.6	34.5	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	特定健康診査受診率 (40歳～49歳)	%	—	14.5	R4年度実績値よりも向上					
(実施量・率)指標 アウトプット	専門職員(保健師等)による架電と通知による勧奨率	%	—	25.3	R4年度実績値よりも向上					
	人間ドック助成者数	件	150	108	150	150	150	150	150	150
	健診結果データ提供数	件	200	35	50	50	50	50	50	50

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> AI技術やナッジ理論を活用した受診勧奨や健診受診のメリットの周知を引き続き実施する。 職場健診受診者に向けて健診結果データの提供を促す。
現在までの実施方法(プロセス)	
<ol style="list-style-type: none"> 健診受診案内に健診受診のメリットや地域包括ケアの情報等を掲載したリーフレットを同封 国民健康保険新規加入者に対する健診受診勧奨リーフレットの窓口配布と、受診希望者に健診受診券を随時送付 AI技術やナッジ理論を活用したグループ分けによる受診勧奨通知を年2回送付 健診未受診者に対する専門職員(保健師等)による架電勧奨を実施 職場健診受診者からの健診結果データの提供により記念品を交付し、特定保健指導対象者に保健指導を実施 委託契約医療機関にて人間ドックを受診する被保険者の費用を助成 	

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険新規加入者に向けた健診勧奨案内リーフレットを庁内作成から市販のものに切り替え勧奨効果の高いものを選定する。 ・架電勧奨件数の内、専門職員（保健師）が本人に直接勧奨を実施した件数を記録し把握する。 ・健康診査受診券とがん検診クーポンをまとめて送付する体制の構築を図る。 ・人間ドック助成等健診データ提供数を増やすため周知方法を検討する。 ・35歳から39歳の健康診査受診率向上対策を検討する。 	
現在までの実施体制（ストラクチャー）	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 受診券発送に係る調整と契約事務、受診案内通知時に同封するリーフレットの作成における他部署との調整、受診案内発送事務：事務担当職員1人（2、3、5の業務と兼務） 2. リーフレットの作成・配架、追加受診希望者の受診券作成・発送：事務担当職員1人（1、3、5の業務と兼務） 3. 未受診者勧奨通知に係る委託事業者との契約事務と健診未受診者情報の提供、受診勧奨の作成・発送：事務担当職員1人（1、2、5業務と兼務） 4. 健診未受診者への架電勧奨：専門職員（保健師）2人 5. 記念品の購入、申請に係る記録処理：事務担当職員1人（1、2、3業務と兼務） 	
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・健診実施におけるスケジュールや作業工程を事務担当職員と専門職員、関係部署で共有・調整し、効果的な受診案内に向けた体制の構築を図る。 ・（一社）座間綾瀬医師会等の健診実施医療機関へ健診受診状況等の情報共有を図る。 ・健診受診に係る一部負担金を無くし、受診率向上を目指している近隣市もあることから、その効果について情報収集を行う。 	
評価計画	
<p>事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受診対象者の受診率。 2. 40歳から49歳の受診対象者の受診実施率。 3. 専門職員（保健師等）による架電と通知による受診勧奨割合。 4. 人間ドック助成者数。 5. 健診結果データ提供件数。 	

（2）特定健康診査受診率向上対策（集団健診）

事業名称：I-2 特定健康診査受診率向上対策_集団健診	
事業の目的	特定健康診査受診率を高め、保健事業対象者を把握する。
対象者	40歳以上75歳未満の国民健康保険被保険者のうち、平日の受診が困難で、がん検診との同時受診を希望する方
現在までの事業結果	<p>集団（日曜）健診の受入数を増やすため、R1年度より実施回数を2回から3回、R4年度からは4回と増やし、更なる受診者数の向上が見られた。</p> <p>受診者数（第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）時の目標200人）（H30年度：138人、R1年度：203人、R2年度：195人、R3年度：227人、R4年度：265人）</p>

今後の目標値										
評価指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値					
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
(成果) アウトカム 指標	特定健康診査受診率	%	39.6	34.5	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	集団健診受診者数(申込者)	人	—	265	280	280	280	280	280	280
(実施量・率) 指標	集団健診受診者中、40歳～65歳の申込割合	%	—	49.4	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0
	がん検診同時受診者割合(申込者)	%	—	93.9	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための 主な戦略	集団(日曜)健診の全日程で胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がんを同時受診できるメリットの周知を引き続き実施する。
現在までの実施方法(プロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・集団(日曜)健診実施の周知(受診券にリーフレットの同封、市広報誌への掲載、受診勧奨通知への案内掲載)。 ・受診勧奨通知(AI技術とナッジ理論を活用)発送を集団(日曜)健診申し込み時期に合わせている。 ・実施医療機関との調整。 ・同時実施するがん検診主管課である健康づくり推進課との調整。 	
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・集団(日曜)健診とがん検診の同時受診実施日の回数の増加について、需要に応じて検討する。 	
現在までの実施体制(ストラクチャー)	
<ul style="list-style-type: none"> ・集団(日曜)健診の会場設営、受付等:担当事務担当職員保険年金課2人、健康づくり推進課2人 ・日曜に特定健康診査とがん検診の同時実施の可能な実施医療機関医療機関との調整:健康づくり推進課事務担当職員1人 	
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者の需要の把握に努め、受診率向上のための実施回数や日時等の調整を図る。 ・集団(日曜)健診実施日のタイムスケジュールや事務マニュアルの作成に取り組む。 ・地域での健康教室や地域ケア会議における、集団(日曜)健診の実施について周知する仕組みを作る。 ・集団(日曜)健診実施日に起こりうる事故(地震・停電・火災・転倒やケガ等)を想定し、対応策を検討しておく。 	
評価計画	
<p>事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 集団(日曜)健診受診者数。 2. 集団(日曜)健診受診者中、40歳から65歳の申し込み割合。 3. がん検診同時受診者割合。 	

(3) 特定保健指導利用率向上対策

事業名称：Ⅱ-1 特定保健指導利用率向上対策										
事業の目的			特定保健指導実施率を高め、生活習慣病の発症の予防を図る。							
対象者			特定保健指導基準該当者							
現在までの事業結果			特定保健指導終了率：R1年度：12.4%、R2年度：11.2%、R3年度：16.7%、R4年度：20.0%							
今後の目標値										
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値					
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
(成果)指	特定保健指導の 利用率	%	24.0	20.2	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0
	積極的支援対象者の 初回面接終了率	%	—	18.2	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
(実施量・率)指	訪問勧奨者の 保健指導実施率	%	—	14.5	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
	集団（日曜）健診 時の初回面談分割 実施回数	回	—	2	R5年度実績値よりも増加 (R5年11月から実施)					
	インセンティブ 利用人数	人	—	—	100人以上 (R6年度健診分より実施予定)					

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

<p>目標を達成するための主な戦略</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・集団（日曜）健診時の特定保健指導初回面談を分割実施する。 ・対象者の多い地域を会場とした保健指導を実施する。 ・インセンティブ（「健康な食事・食環境（スマートミール）」認証店※の利用特典等）を活用した利用率向上を実施する。 ※用語集参照 ・特定保健指導未利用者を分析し、勧奨通知の内容や発送のタイミングを検討する。
<p>現在までの実施方法（プロセス）</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健指導の利用促進に保健指導会場にて調理実習の実施、健康度見える化コーナーの活用。 2. 保健指導未利用者に対して勧奨通知を発送。 3. 専門職員による訪問勧奨の実施、訪問時の予約受付。 4. ICT（情報通信技術）を活用したオンラインでの予約受付と面談の実施。 5. 夜間時間帯の面談時間を設定し働く世代の対象者の利用を促す。 	
<p>今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 勧奨通知の内容や発送タイミングの検討・改善を行う。 2. 未利用者への訪問による保健指導を含めた勧奨。 3. ICT（情報通信技術）を活用したオンライン面談実施を周知し、活用を図る。 4. 夜間面談実施を周知し、活用を図る。 5. 実施日、実施場所の設定について検討し、1回当たりの予約率を上げる。 	
<p>現在までの実施体制（ストラクチャー）</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導委託事業者との連携調整：担当事務職員1人 ・特定保健指導委託事業者：事務担当者、管理栄養士、健康運動指導士各1人以上 ・特定保健指導訪問勧奨専門職員：保険年金課管理栄養士1人と健康づくり推進課保健師1人 	

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標
<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導運営、保健指導再勧奨通知（委託実施機関）、保健指導訪問勧奨（直営）。 ・保健指導委託事業者や健康づくり推進課と連携を深める。 ・保健指導委託事業者と調整が頻回なため、事務担当職員の複数配置が望ましい。 ・保健指導委託事業者が行っている、保健指導実施後アンケートの結果を利用勧奨リーフレットに掲載する。 ・保健指導対象者の高齢化による保健指導中の転倒等による怪我の発生に備え対策を図る。
評価計画
<p>事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 特定保健指導の終了者率。 2. 積極的支援対象者の初回面接終了率。 3. 訪問勧奨者の保健指導実施率。 4. 集団（日曜）健診時の初回面談分割実施回数。 5. インセンティブ利用人数。

（４）特定保健指導終了率向上対策

事業名称：Ⅱ-2 特定保健指導終了率向上対策										
事業の目的			特定保健指導終了者を増やし生活習慣病改善の継続支援と途中脱落防止対策を図り、次年度の対象者の減少を目指す。							
対象者			特定保健指導初回面接実施者							
現在までの事業結果			特定保健指導初回面接実施者に、生活習慣病改善の継続支援・途中脱落防止対策として、フォローアップ事業（運動教室（月2回））を実施した。運動教室参加者は継続する方が多く見られた。フォローアップ事業実施数：H30年度：28回、R1年度：21回、R2年度：24回、R3年度50回、R4年度44回							
今後の目標値										
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値					
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
（成果） アウトカム 指標	【中長期】内臓脂肪症候群該当者の割合	%	—	23.4	R4年度実績値より減少					
	特定保健指導の終了者率	%	24.0	20.0	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0
	特定保健指導による保健指導対象者の減少率	%	—	25.8	R4年度実績値より向上					
（実施量・率） アウトプット 指標	積極的支援対象者終了率	%	—	18.2	R4年度実績値より向上					
	保健指導実施対象者フォロー事業	利用率（%）	—	15.3	R4年度実績値より向上					
		実施回数（回）	—	44						
	インセンティブ利用人数		—	—	100人以上 (R6年度健診分より実施予定)					

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・インセンティブ（「健康な食事・食環境（スマートミール）」認証店利用特典等）を活用した終了率向上対策を実施する。 ・特定保健指導脱落者を分析し、予防策を検討する。
現在までの実施方法（プロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施対象者フォローアップ事業の運動教室を月に2回以上実施。 	
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定保健指導実施対象者フォローアップ事業の運動教室の利用率を向上させるため、対象者への周知の充実を図る。 2. インセンティブ（「健康な食事・食環境（スマートミール）」認証店利用特典）を活用して特定保健指導終了者、フォローアップ事業利用者、数値改善者数の増加を図る。 	
現在までの実施体制（ストラクチャー）	
<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導受託事業者との連携調整：担当事務職員1人 ・特定保健指導受託事業者：担当者事務職員、管理栄養士、健康運動指導士各1人以上 ・特定保健指導訪問勧奨：健康づくり推進課保健師1人、保険年金課管理栄養士1人 	
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・インセンティブ（「健康な食事・食環境（スマートミール）」認証店利用特典）の実施に向け、関係者との連携を進める。 ・保健指導対象者の高齢化による保健指導中の転倒等による怪我の発生に備え対策を図る。 	
評価計画	
事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合。 2. 特定保健指導修了者率。 3. 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率。 4. 保健指導実施対象者フォロー事業利用率と実施回数。 5. インセンティブ（「健康な食事・食環境（スマートミール）」認証店利用特典）利用人数。 	

（5）生活習慣病重症化予防対策

事業名称：Ⅲ-1 生活習慣病重症化予防対策									
事業の目的			被保険者の健康管理や適正な医療機関受診を促し生活習慣病の重症化を予防する。						
対象者			特定健康診査結果にて医療機関受診勧奨対象者のうち医療機関未受診者						
現在までの事業結果			特定健康診査実施者の未治療率は年々減少傾向である。						
今後の目標値									
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値				
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度
アウटकム (成果) 指標	血圧が保健指導判定値以上者の割合	%	—	57.3	R4年度実績値よりも減少				
	高血圧症の改善 (平均収縮期血圧、加療中を含む))	mm Hg	—	132.7	R4年度実績値よりも減少				
	医療機関受診勧奨者非受診率	%	—	7.6	R4年度実績値よりも減少				

(実施量・率) 指標	医療機関受診勧奨 (直営)実施	(i) %	—	36.5	R4年度実績値よりも増加
	(i) 架電保健指導者の受診割合	(ii) 人	—	247	
	(ii) 受診確認アンケート数	(iii) 人	36	24	

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための 主な戦略	生活習慣病の発症と重症化の予防を図ることで、健康管理や適正な受診行動を促進し、被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を目指す。
現在までの実施方法（プロセス）	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健康診査結果から医療機関受診勧奨値者のうち医療機関未受診者を抽出し対象者を選定。 2. 対象者に専門職員（保健師等）が医療機関への受診勧奨架電を実施。 3. 架電勧奨未実施者に対して、医療機関受診勧奨通知と医療機関受診状況アンケートを送付。 4. アンケート未返送者と、健診結果値において重症度の高い勧奨対象者に対し、健康づくり推進課保健師と保険年金課管理栄養士にて、訪問による受診勧奨を実施。 5. 上記の受診勧奨を実施後、翌年に医療機関受診を確認できない被保険者に対し、医療機関受診勧奨通知を再送付。同時に過去に生活習慣病の投薬歴があり、直近の健診や医療機関通院歴が無い治療中断対象者にもAI技術とナッジ理論を活用した医療機関勧奨通知の送付を実施。 6. 通知送付後も医療機関未受診者に健康づくり推進課保健師と保険年金課管理栄養士による訪問勧奨を実施。 	
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 架電勧奨者への架電数把握等による効果的な保健指導方法を検討する。 2. 脂質異常症の未治療者数と勧奨後の未治療率が高いため、専門職員（保健師等）による架電・訪問保健指導に重点を置く。 3. 医療機関未受診者、治療中断者リストを作成して勧奨経過を蓄積する等、効果的な訪問勧奨や保健指導対策を検討する。 	
現在までの実施体制（ストラクチャー）	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業の企画立案、対象者抽出等の事務：保険年金課管理栄養士1人、事務担当職員1人 2. 架電勧奨：国保連合会からの派遣保健師1人 ※R5年度で派遣期間終了のため、R6年度から市で保健師等専門職員を任用予定。 3. 医療機関受診状況アンケート送付事務：保険年金課管理栄養士1人 4. 訪問勧奨：健康づくり推進課保健師1人、保険年金課管理栄養士1人 5. 通知勧奨：委託事業者との打ち合わせ、通知内容、発送者の調整等の事務担当者1人 6. 通知後の訪問再勧奨：健康づくり推進課保健師1人、保険年金課管理栄養士1人 	
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・R5年度より保険年金課に常勤専門職員（管理栄養士）が配置され本事業を主導して実施しているが、保健事業専任の保健師を配置することで更なる事業の強化を図る。 ・事業実施者である専門職員内での定期的なミーティングを行う。また、事業を実施する専門職員が課をまたいでいる現状を踏まえ、連携をより密にすることを意識する。 ・（一社）座間綾瀬医師会との医療機関受診勧奨や、かかりつけ医師との重症化予防に関する連携体制の構築を図る。 ・要介護者の生活習慣病有病率の状況や、健診受診者と健診未受診者の生活習慣病医療費総額の比較の結果等を勧奨対象者にフィードバックし、医療機関受診の意識の向上を図る。 	

評価計画
事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。 1. 血圧が保健指導判定値以上者の割合。 2. 高血圧症の改善（平均収縮期血圧、加療中を含む）。 3. 医療機関受診勧奨者非受診率。 4. 医療機関受診勧奨（直営）実施数・割合。

(6) 生活習慣病重症化予防対策（糖尿病性腎症）

事業名称：Ⅲ-2 生活習慣病重症化予防対策_糖尿病性腎症										
事業の目的		生活習慣病（糖尿病性腎症）重症化を予防する。								
対象者		特定健康診査結果にて医療機関受診勧奨対象者のうち糖尿病性腎症重症化のリスクが高い方								
現在までの事業結果		（一社）座間綾瀬医師会・（公社）大和綾瀬薬剤師会・医療関係団体・健診医療機関等との連携。 新規人工透析導入者数：H30年13人、R1年11人、R2年9人、R3年6人、R4年6人								
今後の目標値										
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値					
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
(成果) アウトカム	HbA1c6.5%以上の方の割合	%	—	9.5	R4年度実績値よりも減少					
	HbA1c6.5%以上の方のうち糖尿病のレセプトが無い方の割合と数	%	—	19.9	R4年度実績値よりも減少					
		人	—	73	R4年度実績値よりも減少					
	HbA1c8.0%以上の方の割合と数	%	—	1.1	R4年度実績値よりも減少					
		人	—	43	R4年度実績値よりも減少					
	特定健康診査未受診かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在中断している方の割合と人数	%	—	1.3	R4年度実績値よりも減少					
		人	—	145	R4年度実績値よりも減少					
新規透析導入者数	人	—	6	R4年度実績値よりも維持、又は減少						
(実施量・率) アウトプット	腎機能低下者への専門職員による架電保健指導	架電数 (不在・留守電含む)	人	—	80	R4年度実績値よりも増加				
		本人	人	—	39	R4年度実績値よりも増加				

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための 主な戦略	医療機関やかかりつけ医との情報共有と連携体制を構築することにより、生活習慣病治療者への、かかりつけ医等からのより充実した健診結果の返却や治療勧奨により、糖尿病性腎症の重症化を予防する。
現在までの実施方法（プロセス）	
<ol style="list-style-type: none"> 1.（一社）座間綾瀬医師会と連携し、健診受診結果が医療機関受診勧奨対象者に成人健康相談（予約制：健康づくり推進課）のちらし等を配布する。 2. 国民健康保険運営協議会委員の、医師・薬剤師を代表する委員に糖尿病性腎症や人工透析導入者数等の情報を提供し、関係団体からの意見等を求める。 3.（一社）座間綾瀬医師会に依頼し、治療受診者への健康診査受診勧奨・特定保健指導利用勧奨、医療機関受診勧奨値者への治療勧奨を図る。 	
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機関ごとの健診受診、治療受診状況を把握する。 2. 医療機関ごとの健診結果説明状況、特定保健指導勧奨状況を把握する。 	
現在までの実施体制（ストラクチャー）	
<ol style="list-style-type: none"> 1.（一社）座間綾瀬医師会との連携調整、専門職員1人、事務担当者1人 2. 医療機関との調整を行う事務担当者1人 	
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や医療関係団体との更なる連携構築を保険年金課と健康づくり推進課とで図る。 ・保険年金課事務担当職員と専門職員のそれぞれの特性を生かし、役割を担いながら調整を進める。 ・健診受診状況や保健指導利用状況、未治療率等の情報を医師会定例会等で共有する。 	
評価計画	
<p>事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HbA1c6.5%以上の方の割合と糖尿病のレセプトが無い方の割合と数。 2. HbA1c8.0%以上の方の割合と数。 3. 特定健康診査未受診かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在中断している方の割合と数。 4. 新規透析導入者の数。 5. 腎機能低下者への専門職員による架電保健指導数。 	

(7) 適正受診勧奨事業（ジェネリック医薬品利用促進・重複頻回受診者等対策）

事業名称：Ⅳ 適正受診勧奨事業（ジェネリック医薬品利用促進・重複頻回受診者等対策）	
事業の目的	ジェネリック医薬品の理解を深め、利用を促すことで医療費の適正化を図る。 適正受診を勧め、重複受診者と多剤投薬者等を減らし医薬品の適正使用の推進を図る。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・処方された先発医薬品に後発医薬品が存在する被保険者 ・同一薬剤又は、同様の効能や効果を持つ薬剤を複数医療機関から処方されている被保険者
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ・H30年度には76.5%だったジェネリック医薬品の使用割合（数量シェア比率）がR5年度には81.1%まで上昇している。 ・向精神薬重複者でアンケート対象者がH28年度に30人だったがR5年度には16人に減少した。

今後の目標値									
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値				
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度
(成果) アウトカム	ジェネリック医薬品の使用割合	%	80.0	81.1	R4年度実績値を維持、又は向上				
	多剤投与(6剤以上)者の割合	%	—	8.8	R4年度実績値よりも減少				
	向精神薬重複受診者対策等対象者	人	—	22	R4年度実績値よりも減少				
(実施量・率) アウトプット 指標	差額通知対象者の差額通知による利用勧奨割合	%	—	100	R4年度実績値を維持				
	向精神薬重複対象者へのアンケート回収・訪問指導実施率	%	—	71.4	R4年度実績値を維持、又は減少				

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品差額通知対象者の抽出条件の見直しを適宜行い、使用割合の向上につなげる。 重複頻回受診者等へのアンケート送付や訪問指導により、対象者の減少を目指す。
現在までの実施方法（プロセス）	
<p>【ジェネリック医薬品利用促進対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> 市広報誌や市発行物等による周知啓発の実施。 データ分析による対象者の選定（レセプトデータから抽出）に基づく差額通知（年2回、6月・12月）の発送による利用勧奨。 保険証発行時にジェネリック医薬品希望シールの封入による使用意向表示の促進。 <p>【重複頻回受診者等対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3か月間継続して、同一薬剤又は、同様の効や効果を持つ薬剤（向精神薬等）を複数医療機関から処方されている被保険者を抽出。 対象者の服薬状況を（公社）大和綾瀬薬剤師会に依頼し確認。 レセプト点検員と保健師、担当者との打ち合わせにて、通知対象者を選定。 通知対象者に適正受診勧奨通知及び受診状況を確認するためのアンケート送付。 返信者に対して指導希望者への保健師による架電指導実施。 未返信者に対して保健師による訪問保健指導を実施。 保健指導実施者のレセプトデータを確認する。 	

<p>今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標</p> <p>【ジェネリック医薬品利用促進対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 抽出対象条件を適宜見直し利用勧奨を行う。 <p>【重複頻回受診者等対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> 抽出対象条件、重複とする薬剤等の確認について、（公社）大和綾瀬薬剤師会と連携することでより効果的な事業の実施を図る。 通知及びアンケート内容を（公社）大和綾瀬薬剤師会と連携して見直し、適切でより伝わりやすい内容に変更する。 訪問指導時に家族の同席を検討する。 レセプトデータを確認した後、更なる適正受診の対策を検討する。
<p>現在までの実施体制（ストラクチャー）</p> <p>【ジェネリック医薬品利用促進】</p> <ul style="list-style-type: none"> 差額通知作成等委託と発送事務：事務担当者1人 差額通知業務委託事業者：国保連合会 <p>【重複頻回受診者等対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者被保険者抽出、通知対象者の選定を行う打合せ、通知発送事務：事務担当者1人 通知対象者の選定と電話・訪問での保健指導の実施：健康づくり推進課保健師1人、保険年金課保健師1人（訪問保健指導同行） 通知対象者の選定とレセプト情報の提供：レセプト点検員
<p>今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標</p> <p>【ジェネリック医薬品利用促進対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在の実施体制を維持・継続し、差額通知作成等委託事務担当者が差額通知業務委託受注者と連携・調整を行い、利用勧奨について通知を発送することでジェネリック医薬品の利用促進を図る。 ジェネリック医薬品利用の普及率の状況や差額等の結果を被保険者に周知することにより使用率の向上を図る。 <p>【重複頻回受診者等対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 専門職配置についての見直し（主管課である保険年金課への専任保健師の配置）。 対象者の抽出→通知対象者選定・発送→保健指導→結果確認という一連の流れにおける役割分担・スケジュールを担当職員同士で共有できるよう、定期的な打ち合わせの時間を設ける。また、事業を実施する専門職が課をまたいでいる現状を踏まえ、連携をより密にすることを意識する。 （公社）大和綾瀬薬剤師会と連携し、対象者の抽出基準や通知物の内容について助言を求めるほか、服用薬剤の確認を行うことで事業の充実を図る。 重複頻回、多剤使用の状況を被保険者へ周知し適正受診を促す仕組みの確立を検討する。 訪問保健指導時の家族の同席等により訪問指導の効果や理解を更に深める。
<p>評価計画</p> <p>事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。</p> <p>【ジェネリック医薬品利用促進対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用割合（数量シェア比率）。 ジェネリック医薬品の差額通知対象者への差額通知による利用勧奨発送数。 <p>【重複頻回受診者等対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> 多剤投与（6剤以上）者の割合。 向精神薬重複対象者へのアンケート送付と訪問による実施率。

(8) 生活習慣病予防の知識普及啓発事業

事業名称：V 生活習慣病予防の知識普及啓発事業									
事業の目的		生活習慣病予防の知識普及啓発事業を行い、被保険者の平均自立期間の延伸を図る。							
対象者		被保険者を含む市民							
現在までの事業結果		特定健康診査問診票にて「改善意欲あり」「改善意欲ありかつ始めている」の割合が、H30年度は37.2%だったが、R4年度には39.1%に増加し神奈川県と全国平均を上回っている。							
今後の目標値									
指標	評価指標		計画策定時 (ベースライン)		目標値				
			目標	実績 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度
(成果) アウトカム	生活改善の意欲がある者の割合	%	—	70.6	R4年度実績値よりも向上				
	運動習慣のある方の割合	%	—	46.9	R4年度実績値よりも向上				
	前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の割合	%	—	18.5	R4年度実績値よりも向上				
	50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	%	—	77.9	R4年度実績値よりも向上				
(実施量・率) アウトプット 指標	特定健康診査結果説明会の実施回数と参加者数	回	—	2	R5年度予定値よりも向上 (R6年1月より実施)				
		人	—	10					
	病態別健康教室への参加奨通知数と参加率、参加者の知識習得率 (受講前後の確認)	通	—	2,203	R4年度実績値よりも向上				
		%	—	2.5					
		%	—	76.0	R4年度実績値よりも向上				
	健康教室・お届けバラ講座の開催回数と参加者	回	—	5					
	人	—	346	R4年度実績値よりも向上					
健康度見える化コーナー利用者	人	—	2,675						R4年度実績値よりも向上

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

<p>目標を達成するための 主な戦略</p>	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防の知識普及を図るため、病態別健康教室の実施やホームページ・SNS等を活用した多様な周知・啓発に取り組み行動変容を促す。 特定健康診査結果説明会の実施回数を増やし、健診結果の理解と健康への意識を高める。
----------------------------	--

<p>現在までの実施方法（プロセス）</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健康診査結果説明会を実施し、見方の理解を深める機会を提供。 2. 生活習慣病を予防する健康教室（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病）を実施し、参加者の知識の習得状況や行動変容の評価を行っている。教室参加後の自主グループ（4団体）の活動支援（保健講話、栄養講話や調理実習等）を実施し自主的な健康管理の見守りを行っている。 3. 健康度見える化コーナーを設置して定期的に「健康度見える化コーナー相談会」を開催。自身の健康状態を知り生活習慣病予防の気付きを促すほか、相談会同日に前期高齢者のフレイル・介護予防に向けた取り組みにつなげている。
<p>今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 生活習慣病予防教室の運営形態と回数、内容等の見直しを図る。 2. 職員派遣講座（お届けバラ講座）の講座項目の見直しを図る。 3. 神奈川県未病対策、健康支援プログラム事業の更なる活用方法を検討する。 4. 健康度見える化コーナーの利用活性化を図る。
<p>現在までの実施体制（ストラクチャー）</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 市広報誌等による周知：健康づくり推進課保健師1人 2. 健康教室への被保険者の勧奨準備：保険年金課担当者（対象者の抽出と案内通知の送付） 健康教室実施：健康づくり推進課保健師、管理栄養士、健康運動指導士（講師） 3. お届けバラ講座等地域での教室講話：保健師と管理栄養士 4. 神奈川県未病対策、健康支援プログラム活用等事務：健康づくり推進課保健師と管理栄養士 5. 健康度見える化コーナー：健康づくり推進課保健師と管理栄養士
<p>今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・幅広い年代を対象とする事業のため、健康意識の改善・生活習慣病予防の知識普及啓発については今後も健康づくり推進課が主導となり実施する。ただし、健康教室や地域での後期高齢者への講話の開催等においては健診結果からの抽出により、国民健康保険と後期高齢者医療制度被保険者への積極的な参加を促す必要があることから、保険年金課専門職員も主体的に関わる。 ・生活習慣病予防啓発事業への参加が難しい市民に向けた啓発方法について検討する。
<p>評価計画</p>
<p>事業効果をはかるため、下記項目で評価を実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健診質問票の生活改善意欲のある、運動習慣のある方の割合。 2. 前期高齢者のうち、BMIが20 kg/m²以下の割合。 3. 50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合。 4. 特定健康診査結果説明会の実施回数と参加者。 5. 病態別健康教室への被保険者勧奨通知数と参加率と参加者の知識習得率。 6. 健康教室・お届けバラ講座の開催回数と参加者。 7. 健康度見える化コーナー利用者。

第6章 第4期綾瀬市特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査等の実施方法

本市国民健康保険では、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。）と「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」（平成20年厚生労働省告示第150号。以下「基本指針」という。）に基づき、被保険者を対象とした、生活習慣病予防のための特定健康診査を実施します。

特定健康診査では内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者とその予備軍を抽出し、生活習慣の改善が必要な方に対して特定保健指導を実施して、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療・重症化予防等の取組みを推進します。

（1）特定健康診査の実施方法

ア 対象者

本市国民健康保険の被保険者で、40歳から74歳までの方を対象として実施します。

イ 実施形態と場所

個別健康診査と集団健康診査を行います。

市内と近隣の医療機関で個別健康診査を実施します。また、市役所等において集団健康診査を実施します。

ウ 実施項目

健診項目は、実施基準第1条に定められた基本的な健診項目と、「実施基準」に関する大臣告示（以下「大臣告示」という。）に基づき実施することができる詳細な健診項目を実施します。

また、本市国民健康保険における腎不全と糖尿病にかかる医療費の伸びを踏まえて、基本的な健診項目において選択項目とされているHbA1cを引き続き健診者全員に実施します。

そのほか、法定項目以外に、腎不全の進行状況を把握する血清クレアチニン検査、腎機能低下の因子の1つと言われている血清尿酸検査も第3期計画同様に追加します。

なお、血清クレアチニン検査については、第3期計画から「大臣告示」の詳細な健診の項目に追加されましたが、本市では、糖尿病性腎症重症化予防の取組みを推進していることから、受診者全員に実施し、腎臓の機能の目安としてeGFR（推算糸球体濾過量）の計算結果を記載します。

◇基本的な健診の項目：全員が受ける項目

健診項目		内容
既往歴の調査	質問（問診）	食事・運動習慣、服薬歴、喫煙習慣、飲酒、歯科口腔保健、特定保健指導の受診歴※1等
理学的所見自覚症状及び他覚症状の有無の検査		理学的検査（身体診察）
身体、体重及び腹囲の検査、BMIの測定		身長、体重、腹囲（内臓脂肪面積）、BMI（体格指数）
血圧の測定		収縮期血圧、拡張期血圧
血液検査	肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）、ALP※2
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪又は、随時中性脂肪※1、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	血糖検査	HbA1c
	腎機能検査	血清クレアチニン※2（eGFR腎機能評価を含む）
	貧血検査	ヘマトクリット値※2、血色素量※2、赤血球数※2
	尿酸検査	血清尿酸※2
尿検査		尿糖、尿たんぱく

※1：第4期に変更となる項目

※2：本市独自の追加項目

◇詳細な健診の項目：一定の基準のもと、医師の判断により選択的に受ける項目

健診項目	内容
心電図検査	12誘導心電図
眼底検査	精密眼底検査
その他	胸部エックス線検査※

※本市独自の追加項目

◇その他：一定の基準の下、受診者の希望により受ける項目

健診項目	内容	
血液検査	肝炎検査	肝炎検査
	前立腺がん検査	前立腺がん検査

エ 実施期間

当年度の6月から翌年3月末までの期間で実施します。

オ 外部委託契約

市内と近隣市の医療機関で実施するため、地区医師会に委託します。ただし、必要に応じて医療機関への直接委託も行います。

カ 周知や案内の方法

ア) 受診案内の方法

4月1日以前から本市国民健康保険に加入し、年度内に40歳から74歳の誕生日を迎える方には、市から受診券を年1回送付します。受診券送付時には特定健康診査の受診に必要な問診票、実施機関一覧の他に、受診券を同封します。

受診券送付後、一定期間が経過した時点で未受診者に対して架電・通知による受診勧奨を行います。

イ) 周知の方法

受診券送付時の案内のほか、保険税額決定通知書を送付する際に同封するリーフレット、窓口で配布するガイドブック、市広報誌、市のホームページ等において制度案内をします。また、公共機関や医療機関におけるポスター掲示により広く市民に周知をします。地域においては、保健事業の活動時に受診啓発内容を含め、広く周知をします。

ウ) 健診結果の通知

健診結果については、受診医療機関から受診者本人に直接通知します。

(2) 特定保健指導の実施方法

ア 特定保健指導対象者の選定基準

「実施基準」に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた方に対して、保健指導を実施します。

◇特定保健指導対象者の選定と階層化の基準

腹囲/BMI	追加リスク	④喫煙歴 (注)	対象	
	① 血糖②脂質③血圧		40歳-64歳	65歳-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 ≥25	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		

BMI (体格指数) = 体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長(m))

(注) 喫煙歴斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

追加リスクの基準値は以下のとおり。

①血糖：HbA1c 5.6% 以上

②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上(やむをえ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 40mg/dl 未満

③血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

④質問票：喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※ 糖尿病、高血圧症又は、脂質異常症の治療にかかる薬剤を服用している方は、対象から除いている

※ 65歳以上75歳未満の方については、動機付け支援のみ実施

ア) 積極的支援

初回の面接では健診結果の確認や生活習慣の聞き取り、減量や運動等の行動目標を立てます。その後、電話やメール・面接等により行動目標が実践できるよう3か月程度の支援を行います。初回の面接から3か月以上経過後に身体状況や生活習慣の変化が見られたかどうかを確認します。

イ) 動機付け支援

原則1回の面接による支援を行います。面接では、健診結果や生活習慣を振り返り、減量や運動等の行動目標を立て、実践できるよう支援します。初回の面接から3か月以上経過後に、身体状況や生活習慣の変化が見られたかどうかを確認します。

なお、積極的支援及び動機付け支援ともに、初回面接から3か月以上経過後の評価を終えた方を特定保健指導の終了者とします。

イ 特定保健指導実施場所

ア) 市保健福祉プラザと近隣の身近な場所を会場とします。

イ) 対象者の利便性の確保とプライバシーに配慮しつつ、ICT（情報通信技術）を活用します。

ウ 特定保健指導実施時期・期間

初回面接を健診受診後3か月以内を目安としますが、健診実施年度の翌年度9月末まで受けられるものとし、また、保健指導の支援期間を考慮して、最終評価を健診実施年度の翌年度末までとします。

エ 外部委託契約

事業者と契約を結び、市が提供する場所で実施します。

オ 周知・案内方法

ア) 特定保健指導対象者に対し、受診結果通知表と特定保健指導利用案内を送付します。

イ) 特定保健指導未利用者に対し再勧奨通知の送付と訪問勧奨を実施します。

カ その他

集団（日曜）特定健康診査の同日の同会場で、特定保健指導の初回面談の分割実施を行います。

2 特定健康診査と特定保健指導の目標値

(1) 特定健康診査と特定保健指導の目標値

国の基本指針では、市町村国民健康保険において計画の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導実施率60%以上、特定保健指導対象者の減少25%以上を達成することとしていますが、令和4年度までの実情分析を行い、最大限の努力により達成できる目標値を設定することとされています。

本市国民健康保険では、第3期実施計画の実施状況とデータ分析の結果を踏まえて、特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の目標値を次のとおり設定します。

◇各年度の目標値

(%)

	現状値 (R4年度)※	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査受診率	34.5	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
特定保健指導実施率	20.0	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0

※現状値は、特定健康診査管理システム TKCA011 法定報告速報値を使用

(2) 特定健康診査と特定保健指導対象者推計

特定健康診査対象者と受診者数の見込み、特定保健指導の対象者数と実施者数の見込みを受診率と実施率の目標値より算出しました。

◇特定健康診査・特定保健指導、想定対象者・実施者数

(人)

	現状値 (R4年度)	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査健診 対象者想定者数※	11,141	10,593	9,838	9,250	8,753	8,326	7,982
特定健康診査受診 想定数(目標値40%)	3,844	4,237	3,935	3,700	3,501	3,330	3,192
特定保健指導対象者 想定数(令和4年度実績11.6%)	445	491	456	429	406	386	370
特定保健指導実施者 想定数(目標値25%)	89	122	114	107	101	96	92

※(株)キャンサースキャン高齢者離脱の影響の推計報告書より

(3) 特定健康診査及び特定保健指導の年間スケジュール等

◇特定健康診査及び特定保健指導の年間スケジュール

	実施項目	当年度												次年度							
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
特定健康診査	対象者抽出	■	■																		
	受診券送付		■																		
	新規加入者受診券送付		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
	特定健康診査実施			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
	日曜集団健診実施							■	■	■	■	■	■								
	未受診者架電勧奨実施						■	■	■	■	■	■	■								
	未受診者通知勧奨実施						■	■	■	■	■	■	■								
特定保健指導	対象者抽出					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
	対象者案内通知送付							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
	特定保健指導実施							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
	日曜健診初回面接実施							■	■	■	■	■	■								
	未利用者通知勧奨実施							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
	未利用者訪問勧奨実施							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
前年度の評価										■	■	■	■								
次年度の計画											■	■	■								

(4) 特定健康診査データ及び特定保健指導データの保管と管理方法

特定健康診査データ及び特定保健指導データは、国が示す電子的標準様式により、国保連合会へ提出します。

特定健康診査データ及び特定保健指導データは、国保連合会に管理と保管を委託し、データの保存期間は、当該データ作成の翌年度から5年間とします。

(5) 代行機関の利用

特定健康診査及び特定保健指導の費用決済や受診データのチェックに関わる事務負担を軽減するため、国保連合会を代行機関として利用します。

(6) その他

ア 各種検診との連携

健康づくり推進課が実施する検診のうち、肝炎検査及び前立腺がん検査を特定健康診査と同時に実施します。

イ 国民健康保険健康診査の実施

特定健康診査等の円滑な実施を確保するため、本市独自の事業として、35歳から39歳までの国民健康保険被保険者に対して特定健康診査の検査内容と同様の健康診査を行います。

ウ 集団（日曜）特定健康診査の実施

市が設置した会場において、外部委託により実施します。肺がん、胃がん、大腸がん、子宮がん、乳がん、前立腺がん、肝炎ウイルス検査等の同時受診を可能とします。

エ サービスの質の確保・向上のための仕組みづくり

市が実施する特定健康診査等は、医療機関や民間事業者等外部に全面委託して実施することから、委託事業者の業務の実施状況や、特定健康診査等に対する受診者からの苦情等を把握し、質の高い特定健康診査等のサービスが提供されるよう委託事業者に対する指導や監督を行います。

オ その他留意事項

国の「標準的な健診・保健指導プログラム」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等に基づき、随時、委託契約内容の見直しを行い、実施事業者等と調整をし、特定健康診査等を実施します。

第7章 計画におけるその他の取組事項

1 計画の公表及び周知

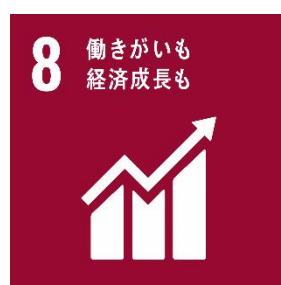
本計画は、市ホームページ等で公表し、周知と啓発を図ります。

また、目標の達成状況等の公表に努めるとともに、本計画について広く意見を求めることで円滑な実施を図ります。

2 SDGsの取り組みについて

平成27年9月、ニューヨークの国連本部において「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals 略称SDGs）」を含む「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択されました。その後、国が策定した「SDGs実施指針」の中で各地方自治体に、各種計画や戦略、方針の策定や改定にあたってはSDGsの要素を最大限反映することを奨励しています。本計画においても、このSDGsの趣旨を踏まえ取組んでまいります。

＜本計画に掲げる施策と特に関連するSDGsのゴール＞



3 個人情報取り扱い

本計画の実施に当たり、本市における個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえて適切に対応します。

また、特定健康診査・特定保健指導を受託した事業者においても、同様の取扱いとするとともに、業務で知り得た個人情報の守秘義務を徹底させ、業務終了後も同様とします。

さらに、特定健康診査等のデータは電子データファイルの形態で保存あるいは活用されるため、このような管理形態にあったセキュリティポリシーとして「綾瀬市コンピュータ機器及びコンピュータネットワーク管理運営規程」を適用します。

4 地域包括ケアに係る取組みについて

被保険者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域包括ケアの充実に向け地域包括支援センターや多職種と連携した事業への取組みに努めます。

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

「地域ケア会議」等に国民健康保険者として参加し、国民健康保険データベース（KDB）システム※データの提供、地域の課題等の分析結果の共有を行います。

(2) 課題を抱える被保険者層の分析

国民健康保険データベース（KDB）システムデータを活用して事業に反映します。

(3) 地域で被保険者を支える事業の実施

課題を抱える対象者に専門職員（保健師と管理栄養士）による訪問等の保健指導により、重症化予防に関する指導を日常生活圏域※単位で実施、圏域ごとに実施結果で評価します。

(4) 地域包括ケアに係る事業等

後期高齢者医療広域連合から委託を受け、75歳以上の高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始し、国民健康保険被保険者に向けた保健事業と後期高齢者医療被保険者に向けた保健事業、介護予防事業の切れ目のない支援に向け、庁内関係課や、地域包括支援センター、専門機関、事業者団体等の関係団体との連携により、地域包括ケアの充実に取り組めます。

※用語集参照

5 努力者支援制度への対応

国の保険者努力支援制度を活用し、設定された保健事業に関する項目を踏まえながら事業を推進し、財源の確保に努めます。

6 用語集

用語	説明
日本再興戦略	日本の成長や発展のために取組む計画。国の経済や技術、教育等を強化して、みんなが幸せになれる社会を目指します。地域の活性化や外国との関係も考えて、日本を元気にするための戦略です。
診療報酬明細書 (レセプト)	保健医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類です。患者ごとに毎月一枚作成し、各月に実際に行った診察内容と個々の診療行為に要した費用の額を記入するもので、請求書の明細を示すために作成されます。
PDCA サイクル	Plan (計画)・Do (実行)・Check (評価)・Action (改善)の4つのステップで構成される方法のことです。まず、目標や計画を立て、実行し、その結果を評価します。そして、問題や改善点を見つけ、次に活かすために改善策を考えます。これを繰り返すことで、効果的で効率的な方法や品質の向上を図ることができます。
綾瀬市国民健康保険運営協議会	被保険者を代表する委員、国民健康保険医又は国民健康保険薬剤師を代表する委員、公益を代表する委員、被用者保険等保険者を代表する委員、計10人で構成し、綾瀬市の国民健康保険の運営を話し合うための組織です。
特定健康診査	生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドロームを早期に発見するため、平成20年度に始まった健康診査。腹囲や身長、体重、血圧、血液等を検査し基準以上の場合、食生活や運動習慣について指導を受ける対象になります。
特定保健指導	対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようにすることを目的に、管理栄養士や保健師が専門的なアドバイスをする機会を指す。特定健康診査の結果で、「動機付け支援」「積極的支援」の階層に該当した人に対してのみ実施されます。
国民健康保険データベース (KDB) システム	国民健康保険データベース (KDB) システムは保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務、保険者事務共同電算業務にて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療制度を含む)」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、効率的かつ効果的な保健事業の実施を支援する目的で構築されたシステムです。
アウトプット評価	事業実施量を評価する指標として用います。目的、目標の達成のために行われる事業の結末を評価するもの、「どれだけやった」といった直接的に発生した結果です。
アウトカム評価	「成果」を意味し、「事業を行った結果」等を評価する指標として用います。事業の目的、目標の達成度また、成果の数値目標を評価するもの、アウトプットが生じたことで獲得した成果や結果です。

用語	説明
日常生活圏域	本市の面積、人口規模及び被保険者の日常生活の行動範囲を総合的に勘定しつつ、よりきめ細かなサービス提供を可能とするために、圏域を北部綾北、北部寺尾、西部、中・南部の4圏域としています。
ナッジ理論	人々の行動をうまく誘導する方法。本市の取組みとして受診勧奨通知を送る際に文言やデザインを工夫して、医療機関受診と特定健康診査受診の重要性や利点を分かりやすく伝えることをしています。
健康な食事・食環境 (スマートミール)認証店	外食等で「スマートミール®」を、継続的に健康的な空間（栄養情報の提供や受動喫煙防止に取り組んでいる環境）で、提供している店舗として複数の学会からなる、認証委員会で、認証された店舗。その店舗で提供される、認証の基準を満たした食事を「スマートミール®」としています。
ロコモ（ロコモティブシンドローム）	運動器の機能が低下した状態を指します。運動器とは、骨・関節・筋肉等の身体を動かす機能を持つ部位です。
フレイル	加齢により心身が老い衰えた状態を指します。健康な状態と要介護状態の中間の段階で予防により進行を緩め健康な状態に戻すことができます。

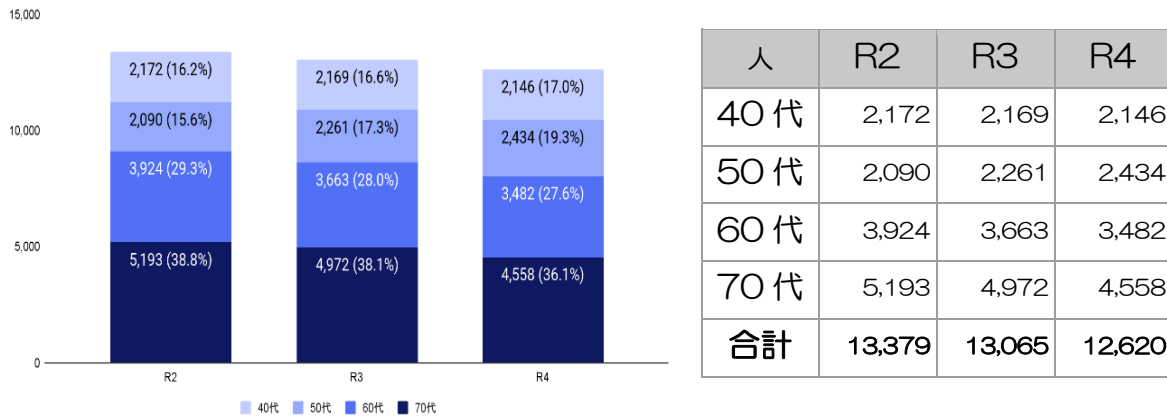
資料編

1 特定健康診査対象者の現状と今後の想定対象者・想定実施者数

(1) 特定健康診査対象者の状況

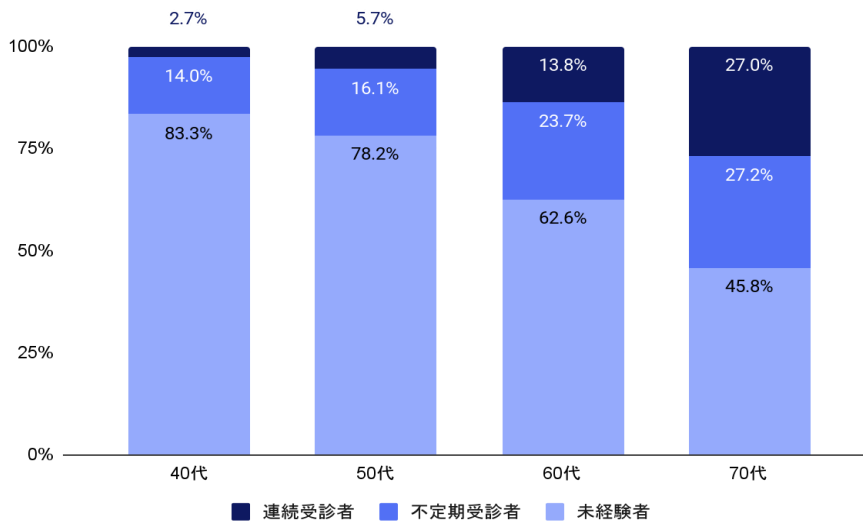
・令和4年度の特定健康診査の対象者は令和3年度に比べて減少しています。受診者の構成比は70歳代が最も高く、36.1%です。

◇特定健康診査対象者における年代別構成比の推移



資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

・毎年連続で健診を受けている年代は70歳代が最も多く、最も少ないのは40歳代です。74歳健診対象者の内32.2%が毎年連続で健診を受けており、全体の18.6%です。



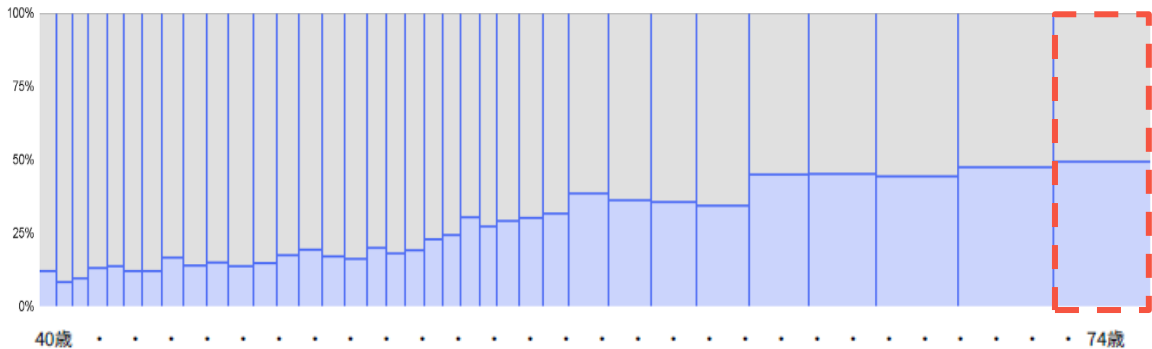
資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

(2) 特定健康診査対象者の推移

・本市の特定健康診査対象者と特定健康診査受診率を下記仮定に基づき計算すると、70 歳以上の被保険者が後期高齢者医療制度に移行する影響により、特定健康診査の受診率と毎年連続で健診を受けている方の割合が、年々低下する傾向が推測されます。

・74 歳対象者の受診率は 49.2%で受診者数は 541 人であり、全受診者数に占める割合は、13.6%でした。

◇特定健康診査受診対象者の推移 年齢・受診率

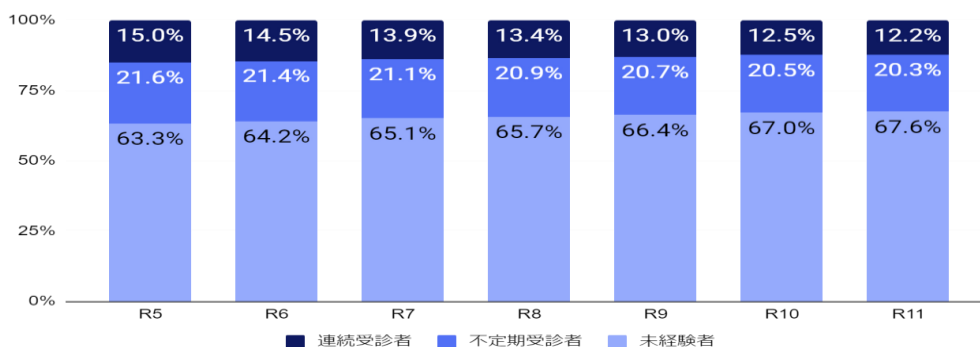


※横は対象者数を表し、横幅の太さは対象者数に比例します。横幅 1 目盛りは 1 歳分を表します。
縦は受診率を表します。

資料：(株)キャンサーズキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

・年齢別や受診履歴別受診率が変化しない等、一定の仮定のもと受診率推移を試算すると、高齢者離脱の影響により、連続受診者の割合と受診率は年々低下する傾向が予測されます。

◇高齢者離脱の影響の推計



(人)	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
連続受診者	1,729	1,533	1,363	1,242	1,136	1,039	971
不定期受診者	2,486	2,266	2,070	1,932	1,809	1,708	1,620
未経験者	7,282	6,801	6,400	6,078	5,809	5,582	5,394

<試算における仮定>

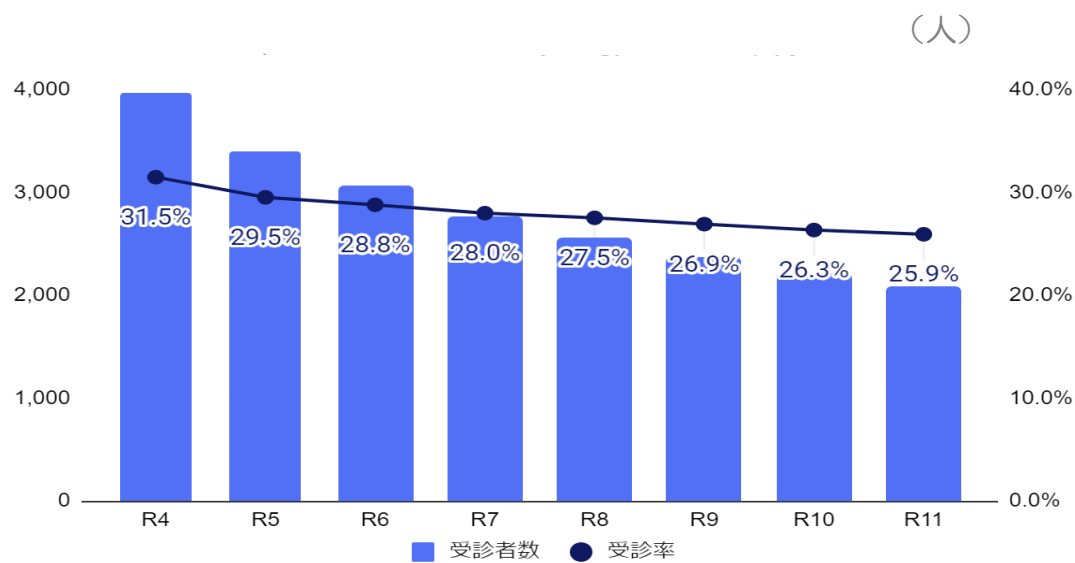
※国民健康保険加入と離脱は 40 歳到達による加入、75 歳到達による離脱のみ

※40 歳加入者数は、令和6年度以降も令和5年度の40 歳加入者と同数

※年齢ごとの受診履歴割合が令和5年度から変化しない

※年齢別や受診履歴別受診率が令和4年度受診率から変化しない

◇受診者数・受診率の推計



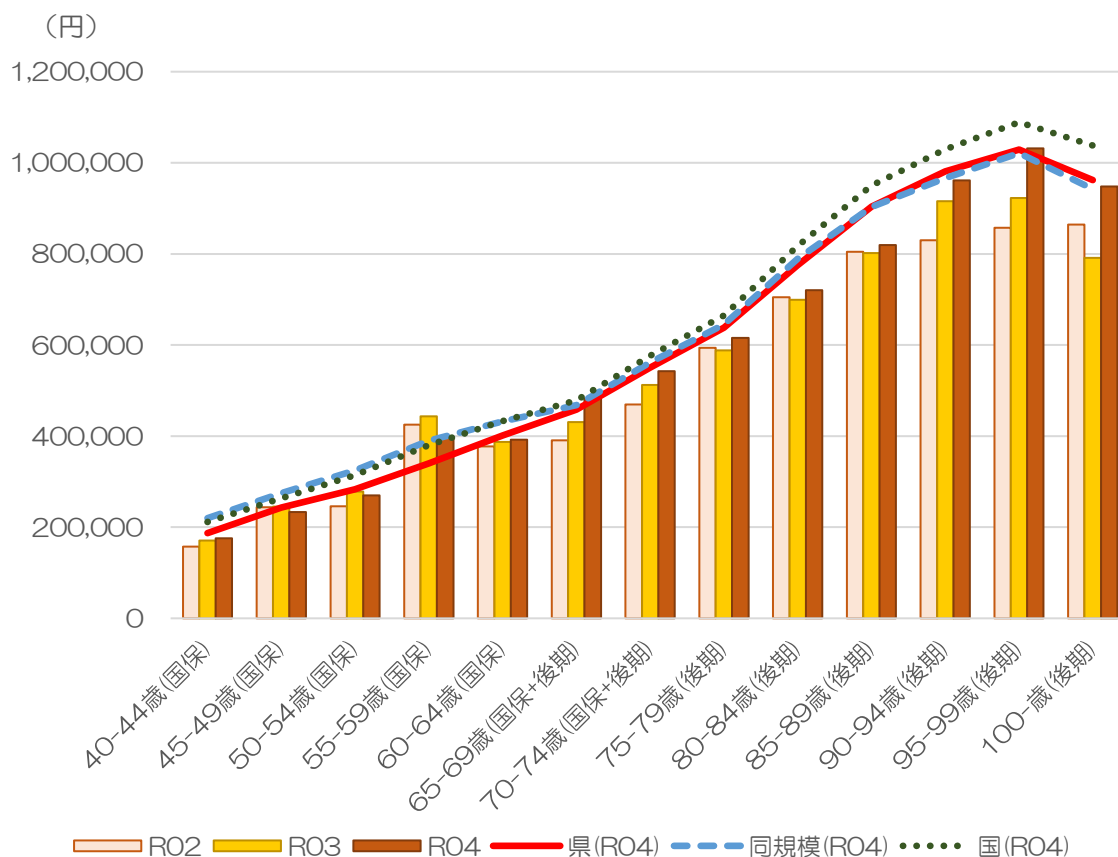
(人)	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数	12,620	11,497	10,593	9,838	9,250	8,753	8,326	7,982
受診者数	3,973	3,394	3,050	2,753	2,546	2,356	2,193	2,070
受診率	31.5%	29.5%	28.8%	28.0%	27.5%	26.9%	26.3%	25.9%

※受診率は㈱キャンサースクアの定義の受診率のため、法定報告値とは異なります。

2 国民健康保険被保険者と後期高齢者医療制度被保険者をつなげて見た 1 人当たりの医療費

1 人当たりの医療費を連続的に経年で比較すると、年齢とともに段々と高くなっています。

◇ 1 人当たりの医療費(男女計、入院外来合計)



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

3 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期特定健康診査等実施計画の実績と評価（振り返り詳細）

（1）特定健康診査受診率向上対策

取り組み事業内容・評価・見直し

【特定健康診査受診案内通知への受診勧奨リーフレットの封入】

事業内容	特定健康診査受診券発送時に生活習慣病早期発見による健康維持や医療費負担軽減等、健診受診のメリットを説明したリーフレットを作成・同封					
対象者	特定健康診査対象者	担 当		保険年金課		
アウトプット 指標評価：◎	対象者全員への配布	目 標 値		-		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		実施	実施	実施	実施	実施
要因（うまくいった・いかなかった要因）	関係部局との連携によりリーフレットの作成を行い、受診案内通知に同封することができた。					
見直しと今後の予定	関係部局と連携して受診勧奨リーフレットを作成し、同封を継続する。					

【国民健康保険送付物への受診勧奨案内の記載・同封】

事業内容	国民健康保険新規加入者に向けての送付物や窓口配布物にて健診受診勧奨を実施					
対象者	特定健康診査新規対象者	担 当		保険年金課		
アウトプット 指標評価：◎	対象者全員への配布	目 標 値		-		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		実施	実施	実施	実施	実施
要因（うまくいった・いかなかった要因）	効率よく多くの被保険者へ周知を行った。					
見直しと今後の予定	引き続き送付物や、新規加入者の窓口での健診案内を実施する。					

【受診勧奨通知】

事業内容	ナッジ理論を活用してグループ分けを行い受診勧奨通知を送付					
対象者	未受診者	担 当		委託事業者		
アウトプット 指標評価：◎	受診勧奨通知数	目 標 値		10,000 通		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		4,692 通	4,480 通	4,593 通	20,240 通	20,240 通
アウトカム 指標評価：◎	勧奨者受診率	目 標 値		20%		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		18.4%	20.3%	22.1%	27.2%	25.3%
要因（うまくいった・いかなかった要因）	AI 技術やナッジ理論を活用した受診勧奨を検討実施した。また、R3年度より、勧奨方法を封書からハガキに変更し、発送数を増やした。					
見直しと今後の予定	今後も、AI 技術やナッジ理論を活用した勧奨方法を検討し、受診率の向上を目指す。					

【架電受診勧奨】

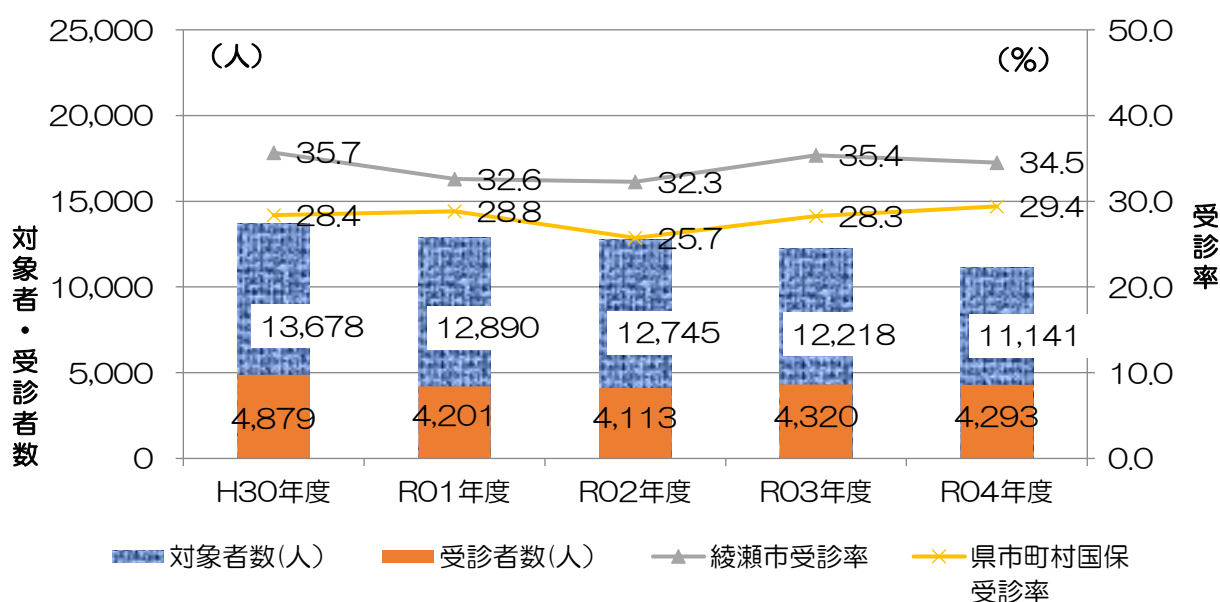
事業内容	専門職員が健診未受診者に架電受診勧奨を実施					
対象者	健診未受診者	担 当		保険年金課		
	電話勧奨件数	目 標 値		2,000 件		
アウトプット 指標評価：◎	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		4,662 件 ※1	3,770 件 ※1	3,384 件 ※1	4,475 件 ※1	3,661 件 ※1
アウトカム 指標評価：◎	勧奨者受診率		目標値		20%	
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
47.6%		34.7%	22.0%	- ※2	22.2%	
要因（うまくいった・いかなかった要因）	専門職員（保健師）の活用により、継続的に多くの未受診者に電話勧奨ができたが、受診率は上がっていない。					
見直しと今後の予定	専門職員（保健師）により、継続して実施していく。					

※1 電話勧奨件数の実績値には留守電や不通の人等も含まれている。

※2 2021 年度（R3）は実績値不明。

◇特定健康診査受診の状況の分析

令和4年度の特定健康診査の受診率は 34.5%であり、令和2年度より 2.2ポイント増加しました。これは、県平均（29.4%）より高く、全国平均より低い状況となっています。健診対象者が減少、受診率も低迷しています。



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

◇性別受診率の推移

特定健康診査受診者を性別にみると、女性の受診率が高いです。

	男性	女性	合計
R2受診率	25.5%	35.6%	30.8%
R3受診率	27.9%	38.4%	33.4%
R4受診率	26.8%	35.9%	31.5%

※3月時点のデータを基に作成

資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇年代別・受診率の推移

特定健康診査受診者を年代別にみると、70歳代の受診率が高い状況です。

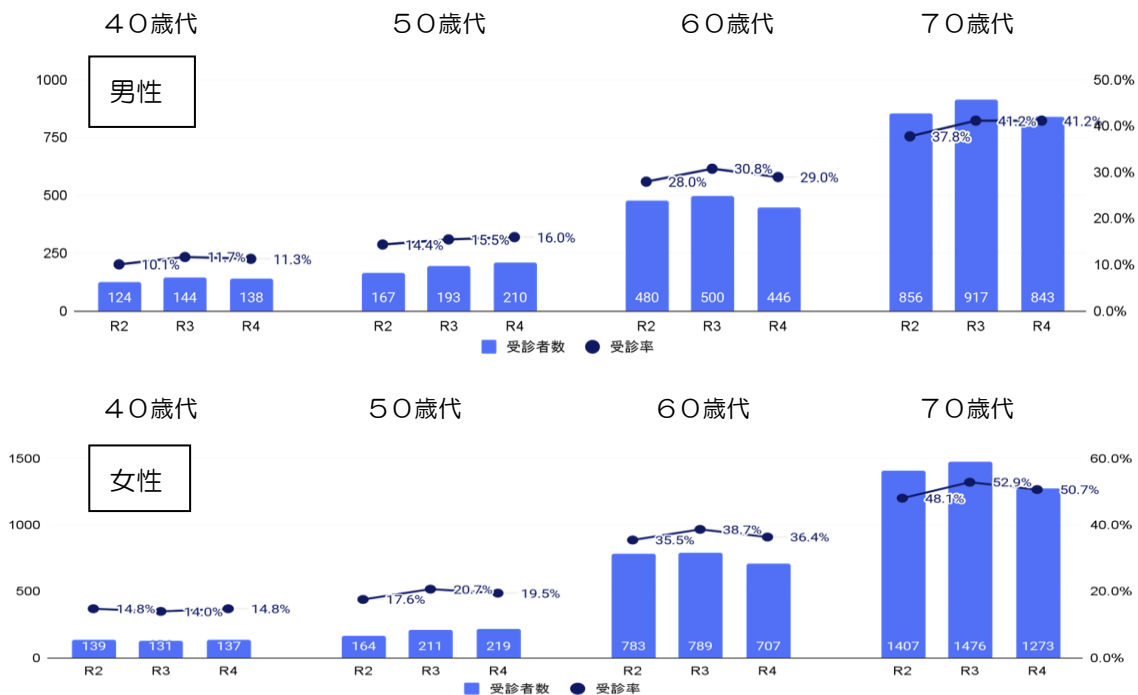
	40代	50代	60代	70代	合計
R2受診率	12.1%	15.8%	32.2%	43.6%	30.8%
R3受診率	12.7%	17.9%	35.2%	48.1%	33.4%
R4受診率	12.8%	17.6%	33.1%	46.4%	31.5%
R2受診者数(人)	263	331	1,263	2,263	4,120
R3受診者数(人)	275	404	1,289	2,393	4,361
R4受診者数(人)	275	429	1,153	2,116	3,973

※3月時点のデータを基に作成

資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇性別・年代別受診率

特定健康診査受診率を年代と性別でみると、70歳代女性の受診率が最も高く、40歳代男性の受診率が最も低い状況となっています。

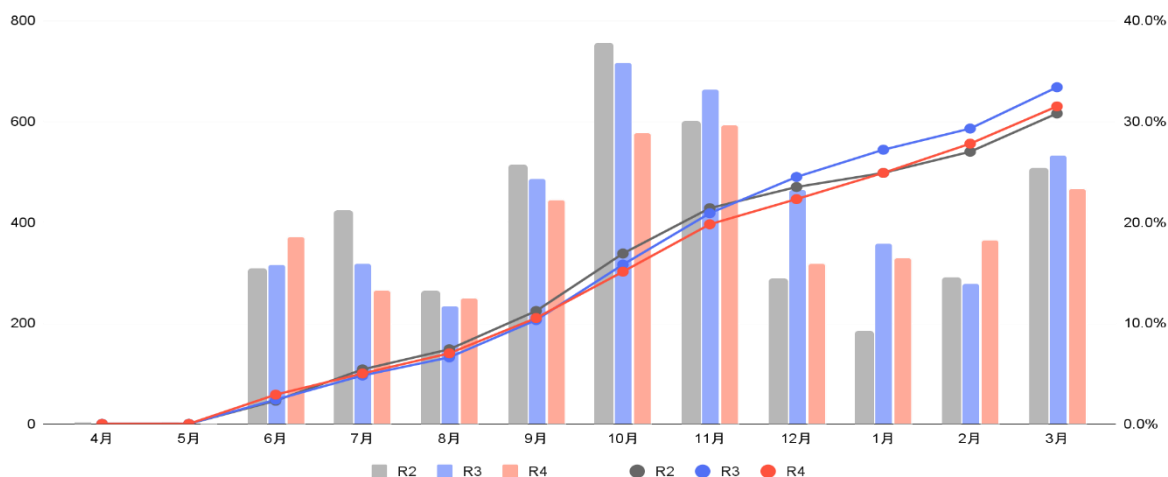


※3月時点のデータを基に作成

資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇月別受診者数・受診率

特定健康診査受診者を月別で見ると、10月、11月、3月の順で多い結果となっています。



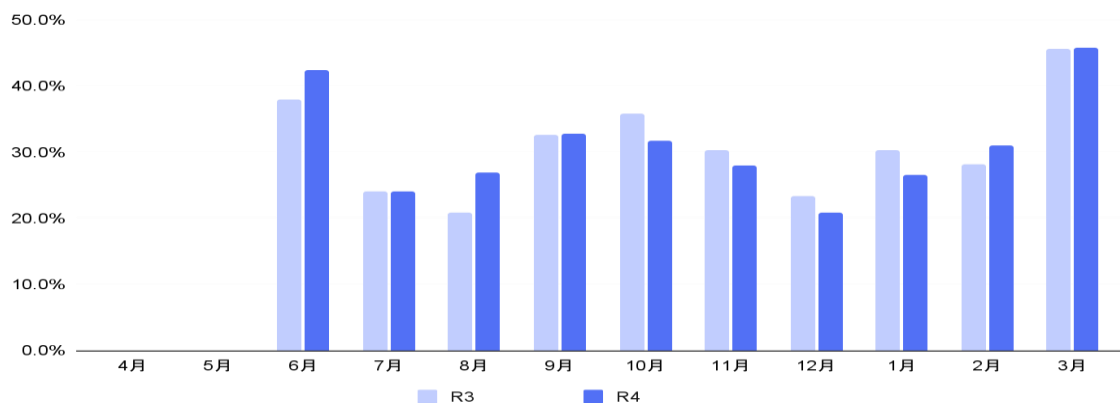
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
R2受診者数(人)	0	0	307	422	262	513	755	598	286	183	289	505	4,120
R2受診率	0.0%	0.0%	2.3%	5.4%	7.4%	11.2%	16.9%	21.4%	23.5%	24.9%	27.0%	30.8%	30.8%
R3受診者数(人)	0	0	315	317	234	485	716	664	464	357	277	532	4,361
R3受診率	0.0%	0.0%	2.4%	4.8%	6.6%	10.3%	15.8%	20.9%	24.5%	27.2%	29.3%	33.4%	33.4%
R4受診者数(人)	0	0	371	265	248	443	577	593	317	329	365	465	3,973
R4受診率	0.0%	0.0%	2.9%	5.0%	7.0%	10.5%	15.1%	19.8%	22.3%	24.9%	27.8%	31.5%	31.5%

※3月時点のデータを基に作成

資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇月別リピート率

特定健康診査を同月に受診した割合をみると、3月、6月、10月、9月の順で受けている方が多いです。



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
R3 リピート率	-	-	38.0%	24.0%	20.8%	32.7%	35.8%	30.4%	23.3%	30.4%	28.1%	45.7%	32.3%
R4 リピート率	-	-	42.4%	24.0%	26.9%	32.8%	31.8%	28.0%	20.8%	26.5%	31.1%	45.9%	31.4%

※リピート率とは、前年度同月受診者の内、今年度同月に受診した人の割合。

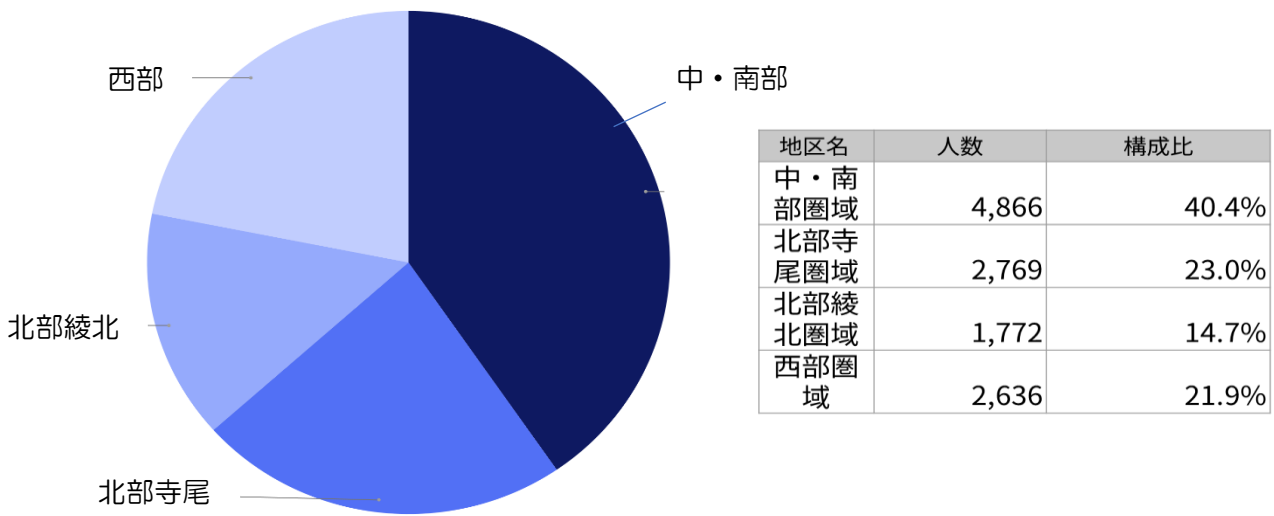
例) 令和4年度受診者のうち、令和4年度4月に受診した者の割合

※3月時点のデータを基に作成

資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇受診者地区別構成比

特定健康診査診査対象者を地区別にみると、中・南部圏域の割合が高い状況です。

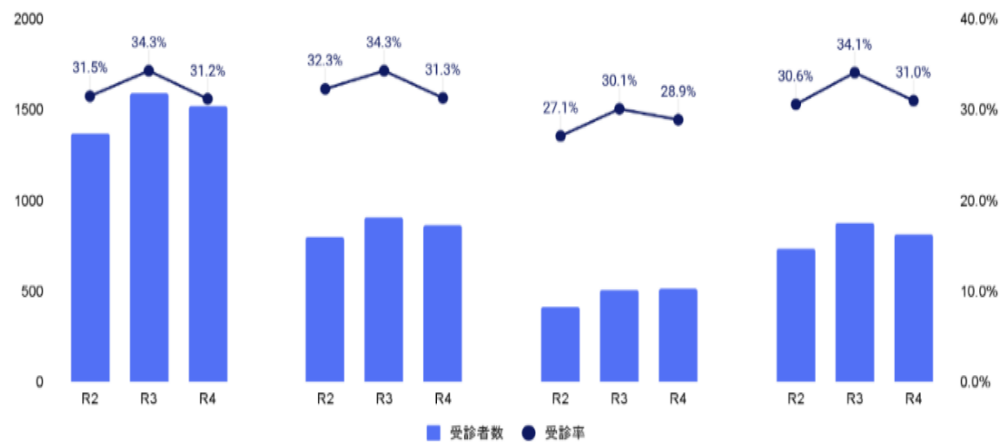


※日常生活圏域の定義 用語集参照

資料：(株)キャンサーズキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇地区別 受診者数・受診率推移

特定健康診査の受診率を地区別にみると北部寺尾圏域が高くなっています。



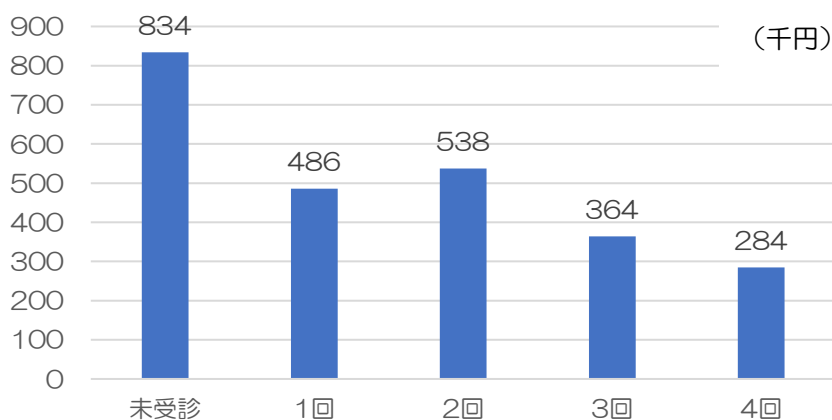
	中・南部圏域	北部寺尾圏域	北部綾北圏域	西部圏域
R2受診者数(人)	1,368	799	417	737
R2受診率	31.5%	32.3%	27.1%	30.6%
R3受診者数(人)	1,592	909	507	875
R3受診率	34.3%	34.3%	30.1%	34.1%
R4受診者数(人)	1,516	866	512	816
R4受診率	31.2%	31.3%	28.9%	31.0%

※3月時点のデータを基に作成

資料：(株)キャンサーズキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇平成 30 年度から令和 3 年度における特定健診受診回数別の生活習慣病保有者一人当たりの医療費状況

特定健康診査受診回数の多い方ほど、生活習慣病保有者 1 人当たりの医療費が低い状況です。

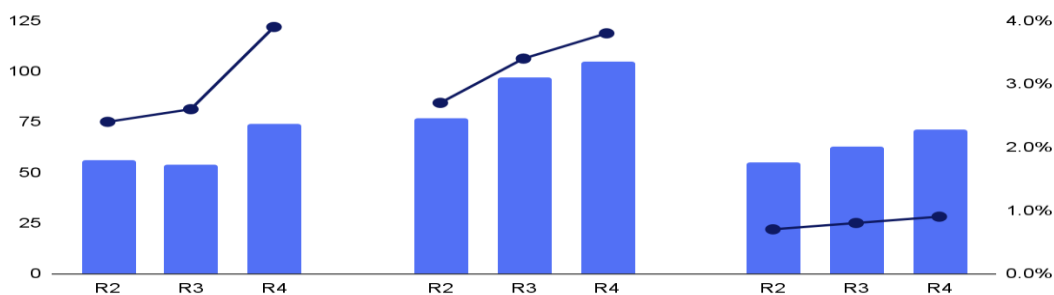


資料：神奈川県国民健康保険団体連合会提供データ

【集団健診】

事業内容	日曜に市役所でがん検診と合わせた集団健診を実施					
対象者	特定健康診査対象者	担当	保険年金課			
アウトプット 指標評価：◎	集団健診受診者数	目標値	200人			
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		138人	203人	195人	227人	265人
要因（うまくいった・いかなかった要因）	集団健診の受入数を増やすため、R1年度より実施回数を2回から3回に、R4年度は、3回から4回に増やしたことにより、目標を達成することができた。全日程において胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がん検診との同時受診体制を拡充した。					
見直しと今後の予定	引き続き、集団（日曜）健診でがん検診を同時に実施し、受診希望者の受け入れに対応していく。					

◇受診履歴・健診種別（集団）の分析



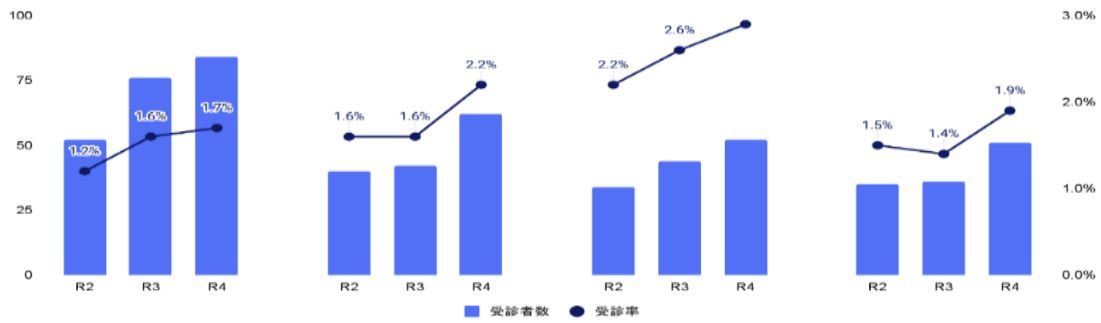
	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
R2受診者数(人)	56	77	55	188
R3受診者数(人)	54	97	63	214
R4受診者数(人)	74	105	71	250
R2受診率	2.4%	2.7%	0.7%	1.4%
R3受診率	2.6%	3.4%	0.8%	1.6%
R4受診率	3.9%	3.8%	0.9%	2.0%

※3月時点のデータを基に作成

資料：㈱キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

◇地区別 受診者数・受診率推移（集団）

最も集団健診の受診率が高い地区は北部綾北圏域です。



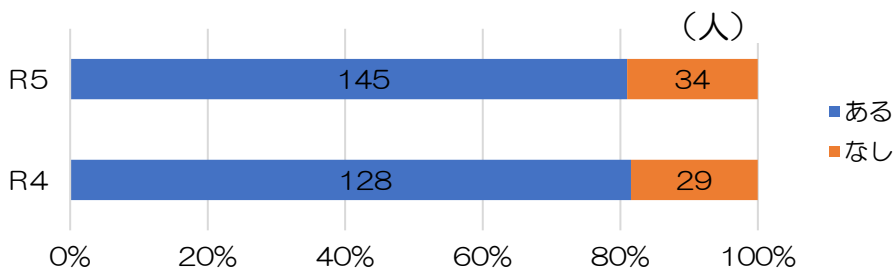
	中・南部圏域	北部寺尾圏域	北部綾北圏域	西部圏域
R2受診者数(人)	52	40	34	35
R2受診率	1.2%	1.6%	2.2%	1.5%
R3受診者数(人)	76	42	44	36
R3受診率	1.6%	1.6%	2.6%	1.4%
R4受診者数(人)	84	62	52	51
R4受診率	1.7%	2.2%	2.9%	1.9%

※各年度 3月時点のデータを基に作成 資料：(株)キャンサースキャン令和4年度特定健康診査受診率向上事業報告書

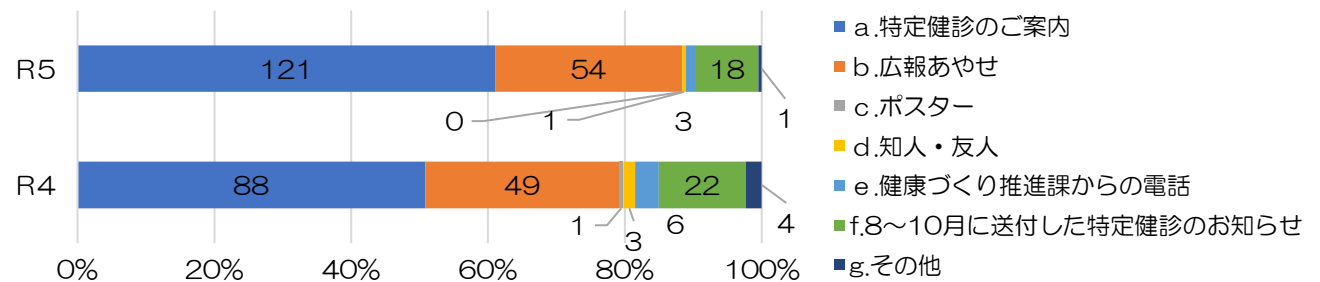
◇特定健康診査受診者（集団）

集団（日曜）健診受診者アンケート集計結果

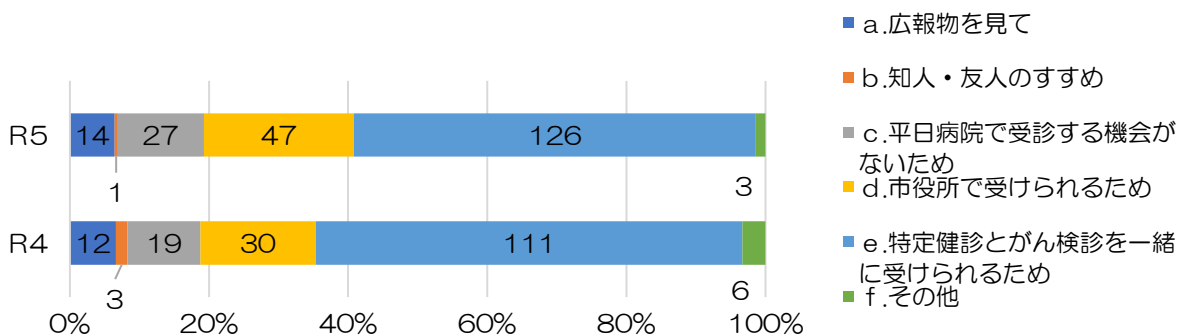
① 特定健康診査を受けたことがあるか



② 集団（日曜）健診を何で知ったか



③ 今回、集団（日曜）健診を受診された理由（複数回答あり）



【記念品交付事業】

事業内容	職場健診等の受診結果を提出した者に記念品を交付し、特定健康診査結果を保健事業に活用					
対象者	特定健康診査対象者	担	当	保険年金課		
アウトプット 指標評価：△	健診データ提供受領数	目 標 値		200 件		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		27 件	54 件	46 件	37 件	35 件
要因（うまくいった・いかなかった要因）	受診券発送時や未受診者勧奨時等に本事業の周知を行っているが、目標値に達していないので、周知案内方法の見直しが必要と思われる。					
見直しと今後の予定	事業の定着を促進するため、引き続き事業の周知方法の見直しを行っていく。					

【人間ドック助成】

事業内容	人間ドック受診時の費用助成券を交付し、受診結果を特定健康診査結果として保健事業に活用					
対象者	特定健康診査対象者	担	当	保険年金課		
アウトプット 指標評価：○	人間ドック助成件数	目 標 値		150 件		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		40 件	79 件	69 件	107 件	108 件
要因（うまくいった・いかなかった要因）	受診券発送時や未受診者勧奨時等に本事業の周知を行っており、目標値に達していないが、年々件数は増加している。					
見直しと今後の予定	事業の定着を促進するため、引き続き事業の周知方法の見直しを行っていく。					

(2) 特定保健指導実施率向上策

- ・取り組み事業内容・評価・見直し

【保健指導の会場や方法の検討】

事業内容	対象者の分析を行い、申し込み方法や利用しやすい時間帯と場所等について検討を行う					
対象者	全保健指導対象者	担	当	保険年金課 健康づくり推進課 委託事業者		
アウトプット 指標評価：○	特定保健指導実施数	目 標 値		月2回（12カ月）		
	実績値	H30 年度	R1 年度	R2 年度 ベースライン	R3 年度	R4 年度
		20.4%	17.9%	11.2%	16.7%	20.0%
要因（うまくいった・いかなかった要因）	オンライン予約受付や、働く世代が受けやすい時間帯、及び対象者の多い地域の保健指導会場の設置等工夫を凝らした。また、保健指導のきっかけとしての測定会や運動教室等を実施した。保健指導実施時に健康度見える化コーナー未利用者や希望者に対し、操作方法や結果の見方を案内する形式で実施した。					
見直しと今後の予定	集団（日曜）健診時の初回面接の分割実施の効果を分析し、今後に反映する。					

【利用勧奨通知の送付】

事業内容	保健指導未実施者に対し利用勧奨通知を送付、その後も利用申込みが無い場合は、再度勧奨通知を送付					
対象者	保健指導未利用者	担	当	1回目（直営） 2～3回目（委託事業者）		
アウトプット 指標評価：◎	未利用者への勧奨通知	目	標	年2回送付		
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		1回送付	1回送付	1回送付	2～3回送付	2～3回送付
要因（うまくいった・いかなかった要因）	健診受診後間もなく通知勧奨を送付、勧奨通知内容は関係部局の意見も取入れ、内容を見直しながら実施することができた。					
見直しと今後の予定	通知の勧奨内容を適宜見直し、効果等の把握に努める。					

【保健指導利用者限定の運動教室の実施】

事業内容	保健指導利用者特典の運動教室を活用した保健指導の利用勧奨と、保健指導の途中脱落防止として継続した参加の促し実施					
対象者	保健指導利用者	担	当	委託事業者		
アウトプット 指標評価：○	運動教室実施数	目	標	年24回		
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		28回	21回 257人	24回 227人	50回 461人	44回 432人
要因（うまくいった・いかなかった要因）	R1年度は新型コロナウイルス感染症の流行により、運動教室実施を一部見合わせたため実施回数が減少した。運動教室に参加した方は、継続して教室に参加する方が多く見られた。					
見直しと今後の予定	終了者率向上対策事業の一環として、運動教室の対象者設定や周知方法等の検討・見直しを行い、委託事業者により実施する。					

※令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により1～3月は未実施、同年度から2部制とした

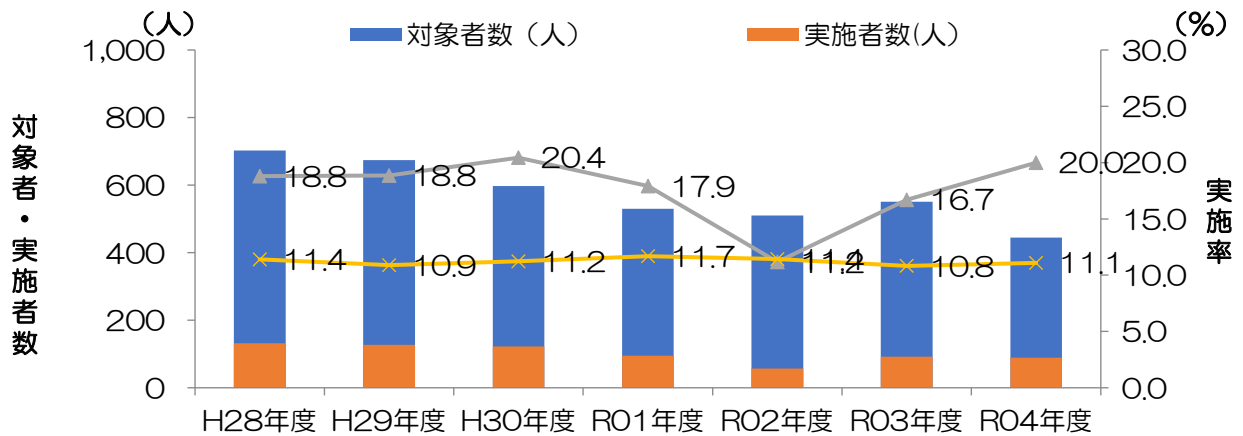
【保健指導未利用者への訪問】

事業内容	保健指導未実施者に対して専門職員（保健師・管理栄養士）が訪問勧奨を行い、訪問時に保健指導の必要性等を説明し、利用申込みの受付実施					
対象者	保健指導対象者	担	当	保険年金課 健康づくり推進課		
アウトプット 指標評価：◎	訪問人数	目	標	年50人		
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		332人	224人	213人	197人	193人
アウトカム 指標評価：△	勧奨者の保健指導実施率	目	標	20%		
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		39.8%	14.3%	17.8%	12.1%	14.5%
要因（うまくいった・いかなかった要因）	専門職員の積極的な訪問により、訪問勧奨目標値を大きく上回った。専門職員が訪問で簡易な保健指導と利用勧奨をすることにより、特定保健指導利用の意欲向上が見込まれるが、実施率の目標達成は難しい。R5年度からは特定保健指導対象者の服薬状況の確認を行う等工夫し、対象を絞り勧奨を実施した。					
見直しと今後の予定	保健指導対象者の年代・性別・地域等の分析を活用し、実施率向上につながるような勧奨方法を模索する。					

(ア) 特定保健指導実施の状況

令和4年度の特定保健指導の実施率は20.0%で県平均(11.1%)より高いものの、全国平均より低い状況です。対象者は、全体に減少傾向です。

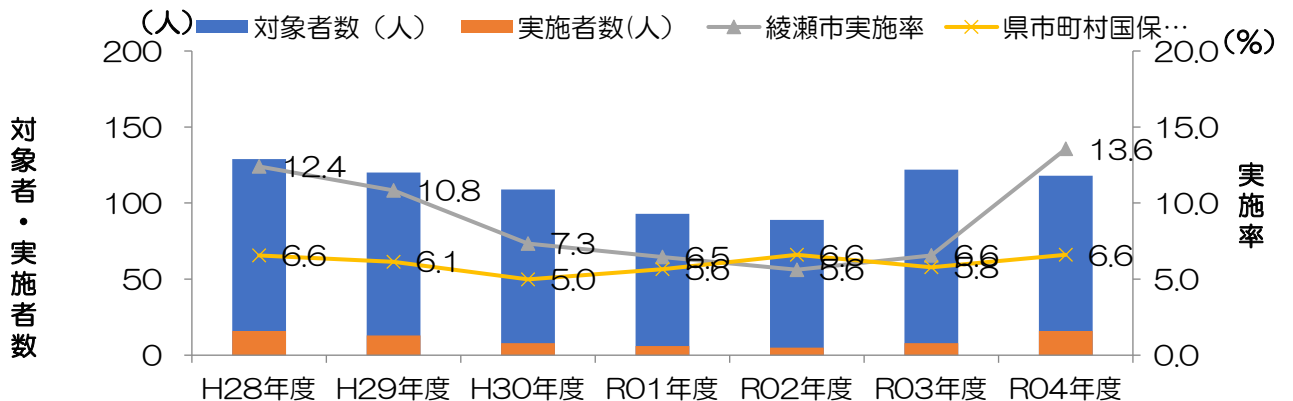
◇特定保健指導実施率(全体)



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

◇特定保健指導実施率(積極的支援)

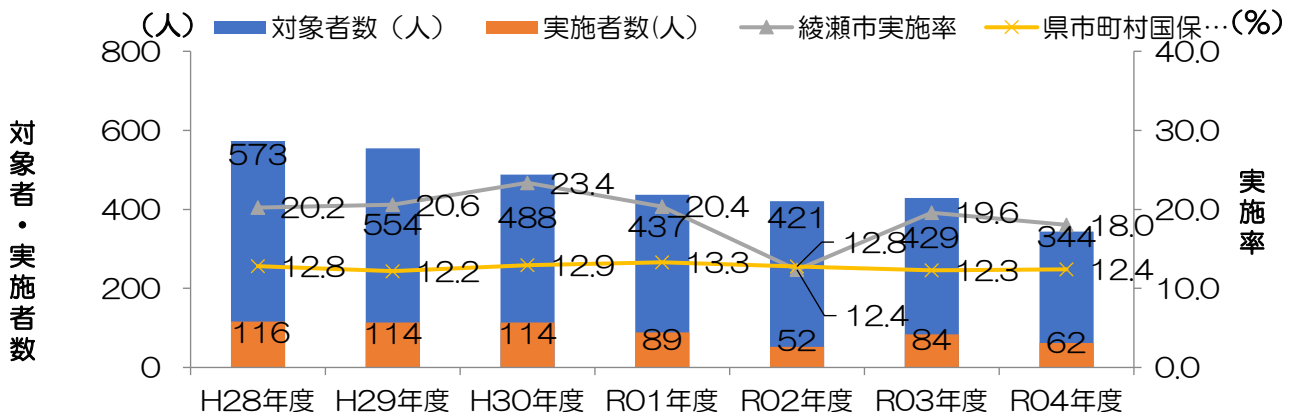
令和4年度の積極的支援は令和3年度に比べて実施率が伸びた。



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

◇特定保健指導実施率(動機付け支援)

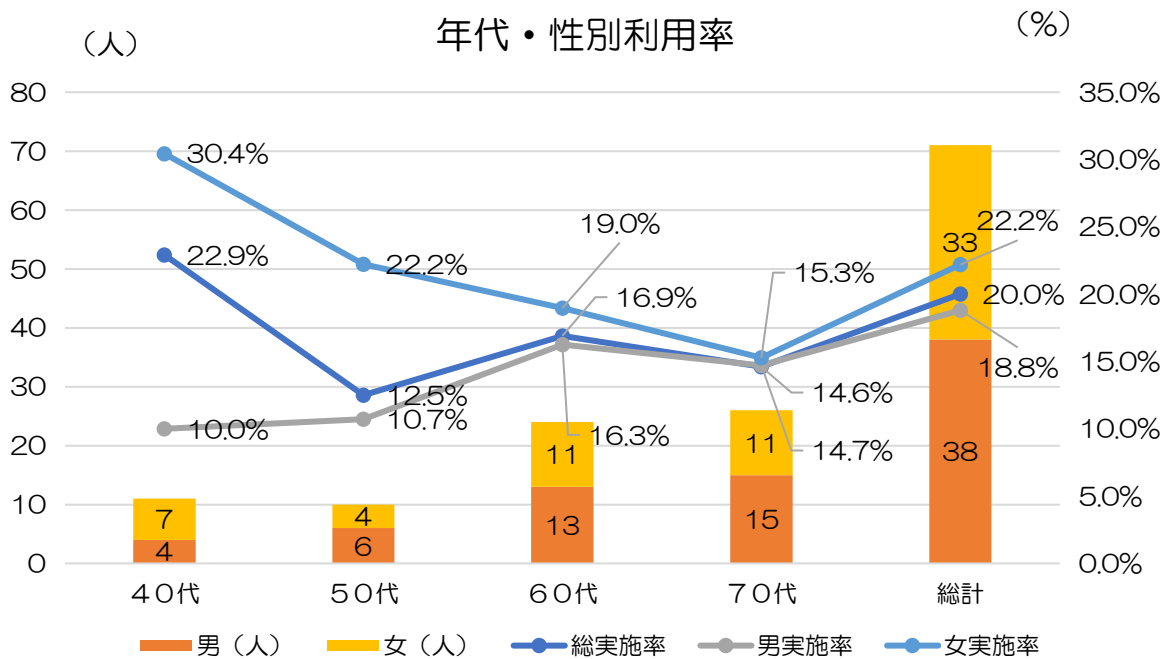
令和4年度の特定保健指導の動機付け支援の実施率と対象者は減少傾向である。



資料：神奈川県国民健康保険団体連合会分析データ

◇特定保健指導実施者の性別・年代別の状況

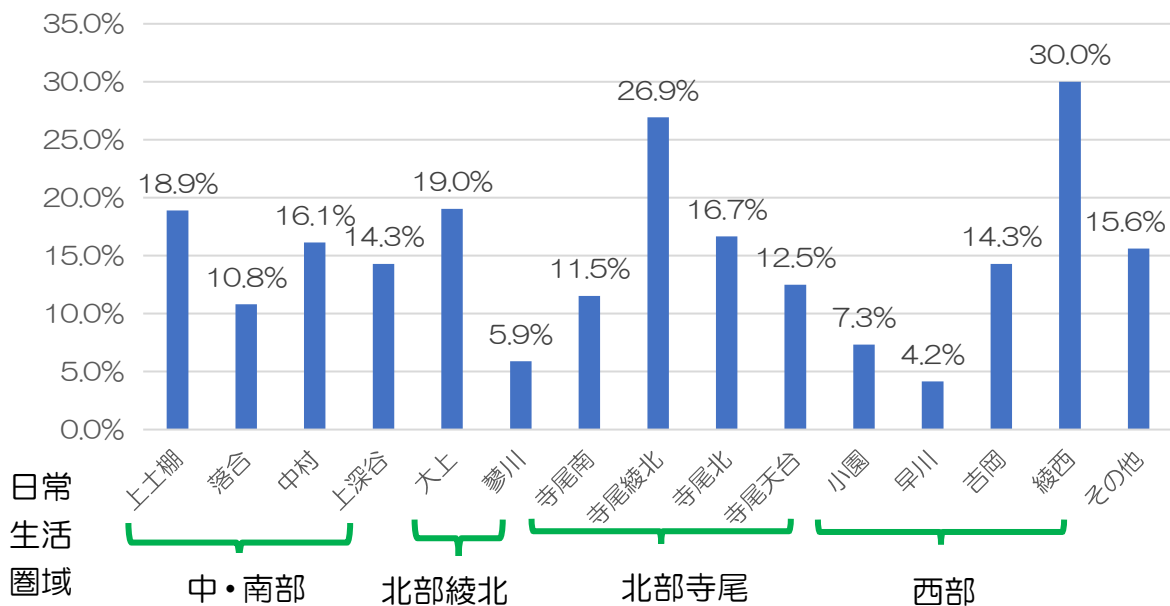
特定保健指導実施者は 40 歳代の女性が多い状況です。



資料：令和 4 年度特定健康診査・特定保健指導実施状況

◇特定保健指導実施者の地区（自治体・日常生活圏域）別の実施状況

特定保健指導実施者は綾西地区・寺尾綾北地区の順で高く、早川地区・蓼川地区の順で低い状況です。中・南部地区の対象者の全体で多い実施が少ない傾向があります。



資料：国民健康保険データベース (KDB) システム

(3) 生活習慣病重症化予防対策

取り組み事業内容・評価・見直し

【医師会と連携した生活習慣病改善・食事療法相談】

事業内容	健康相談のちらし等を市内医療機関で配布、医療機関受診勧奨通知についての周知、及び調整の実施					
対象者	特定健康診査受診勧奨対象者	担 当		保険年金課 健康づくり推進課		
アウトプット 指標評価：◎	ちらし配布・連携		目 標 値		市内 10 医療機関	
	実績値	H30 年度 10 医療機関	R1 年度 10 医療機関	R2 年度 ベースライン 27 医療機関	R3 年度 27 医療機関	R4 年度 27 医療機関
要因（うまくいった・いかなかった要因）	医師会定例会にて生活改善・食事療法相談事業について周知し、ちらし配布と保健事業内容の周知、健診勧奨・指導勧奨・治療勧奨への協力の依頼を行った。					
見直しと今後の予定	保健事業内容の周知と被保険者の医療費等情報を医療関係団体等と共有し、連携や協力体制を深めていく。					

【要治療者への通知】

事業内容	健診受診結果による要治療者への受診勧奨通知の送付					
対象者	特定健康診査にて医療機関受診勧奨対象者	担 当		保険年金課 健康づくり推進課 委託事業者		
アウトプット 指標評価：◎	対象者への通知送付		目 標 値		通知送付数	
	実績値	H30 年度 873 通	R1 年度 823 通	R2 年度 ベースライン 393 通	R3 年度 309 通 ^{※1}	R4 年度 468 通 ^{※1}
アウトカム 指標 ^{※2} 評価： △	通知者の治療率		目 標 値		通知者の治療率の向上	
	実績値	H30 年度 18.4%	R1 年度 22.8%	R2 年度 ベースライン 26.3%	R3 年度 14.6%	R4 年度 19.0%
要因（うまくいった・いかなかった要因）	直近の医療情報を反映し送付対象者を抽出、AI 技術とナッジ効果を活用した通知の発送。R2 年度からは委託事業者の変更による対象者の抽出方法の変更により発送数の減少。					
見直しと今後の予定	受診勧奨通知に腎機能低下者に向けた内容を拡充することで送付対象者の増加を図り、健診異常値放置者数の減少を目指す。					

※1 令和3・令和4年度は、発送日前に受診したものを差し引いて計算

※2 令和2年度に発送形態と発送対象者を見直し変更した

【専門職員（保健師・管理栄養士）による要治療者への架電・通知・訪問での受診勧奨】

事業内容	専門職員（保健師・管理栄養士）からの架電による医療機関受診勧奨を実施、架電勧奨が困難であった被保険者にアンケートを送付。アンケート未回答者と重症度の高い方に専門職員による訪問医療機関受診勧奨を実施				
対象者	通知発送後、未受診者 R1年度より未受診者	担	当	保険年金課 健康づくり推進課	
アウトプット 指標評価：○	架電勧奨		目 標 値		年 400 件
	実績値	H30 年度 891 件	R1 年度 646 件	R2 年度 ベースライン 1,423 件	R3 年度 742 件
アウトカム 指標評価：○	訪問人数		目 標 値		年 36 人
	実績値	H30 年度 52 人	R1 年度 48 人	R2 年度 ベースライン 20 人	R3 年度 33 人
アウトカム 指標評価：○	勧奨者の治療率		目 標 値		30%
	実績値	H30 年度 34.0%	R1 年度 37.5%	R2 年度 ベースライン 70.2%*	R3 年度 86.5%*
要因（うまくいった・いかなかった要因）	専門職員による効果的な受診勧奨実施により目標値が上回った。架電勧奨時に専門職員による保健指導の実施により、治療率が向上した。				
見直しと今後の予定	引き続き丁寧な医療機関受診勧奨を展開することにより、健診異常値放置者の未治療率の減少を目指す。				

※令和2年度以降より改善した割合の対象を訪問のみではなく、勧奨総数（電話・アンケート・訪問）に変更した

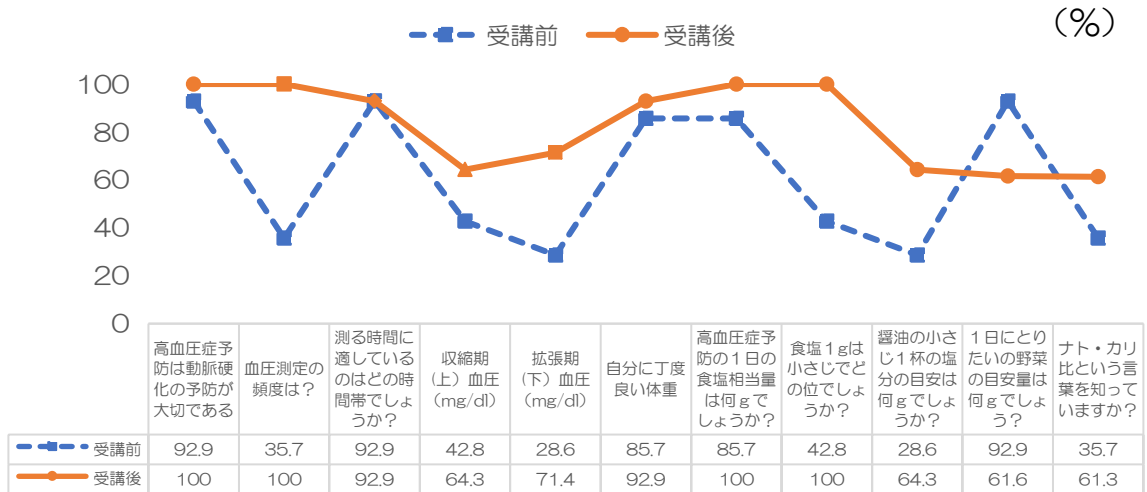
【生活習慣病重症化予防の教室の実施】

事業内容	要指導・要治療者のうち未受診者を抽出し、教室案内通知を送付。病態別（高血圧・血糖・脂質・CKD）健康教室による生活習慣病予防対策、受診勧奨を実施				
対象者	特定健康診査結果で医療機関受診 勧奨対象者となった者	担	当	保険年金課 健康づくり推進課	
アウトプット 指標 評価：◎	教室参加勧奨通知送付の実施		目 標 値		-
	実績値	H30 年度 1,902 通	R1 年度 2,620 通	R2 年度 ベースライン 未実施	R3 年度 未実施
アウトカム 指 標 評 価：◎	参加者の検査数値の改善		目 標 値		40 人
	実績値	H30 年度 改善 29 人 維持 32 人	R1 年度 -	R2 年度 ベースライン 未実施	R3 年度 未実施
要因（うまくいった・いかなかった要因）	健診結果の数値による病態別教室への参加勧奨は、生活や食事内容の改善面が明確になり、より伝わりやすく実施することができた。教室参加者の知識の習得度や行動変容について事業運営の評価とした。				
見直しと今後の予定	R4年度より病態別健康教室を再開した。対象者の抽出基準の見直し、参加者の改善者割合向上を目指していく。				

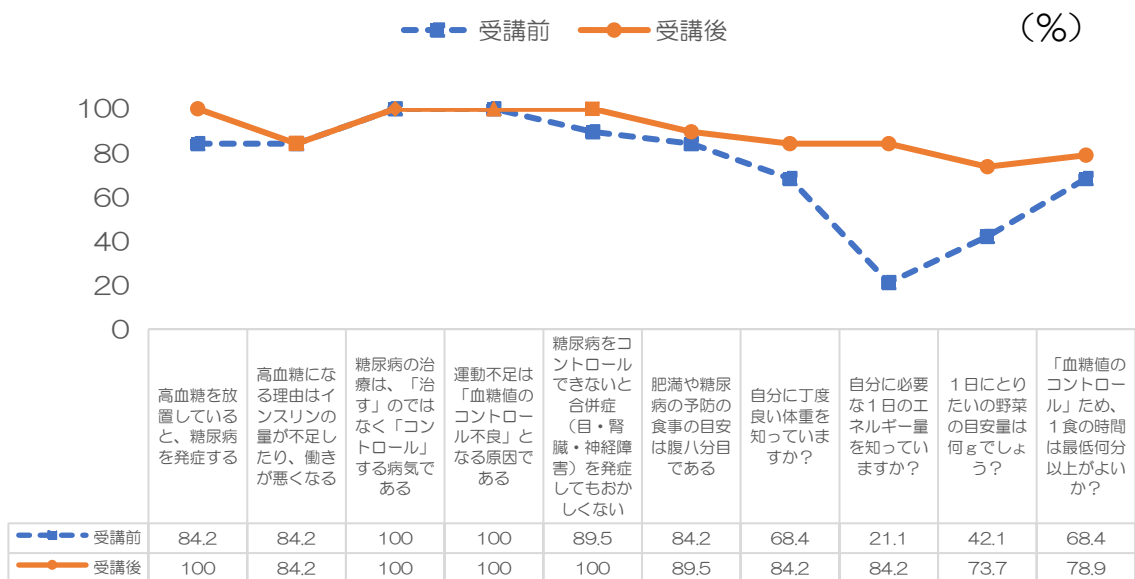
◇病態別健康教室での知識習得率の状況

病態健康教室参加者の知識習得率は76.0%でした。

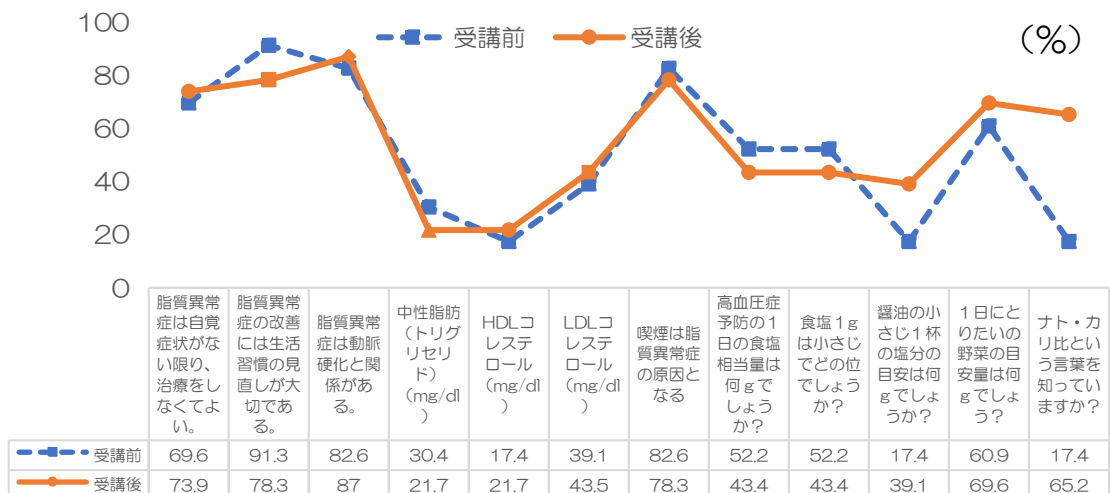
「血管いきいき（高血圧予防）教室」：知識習得率平均82.6%



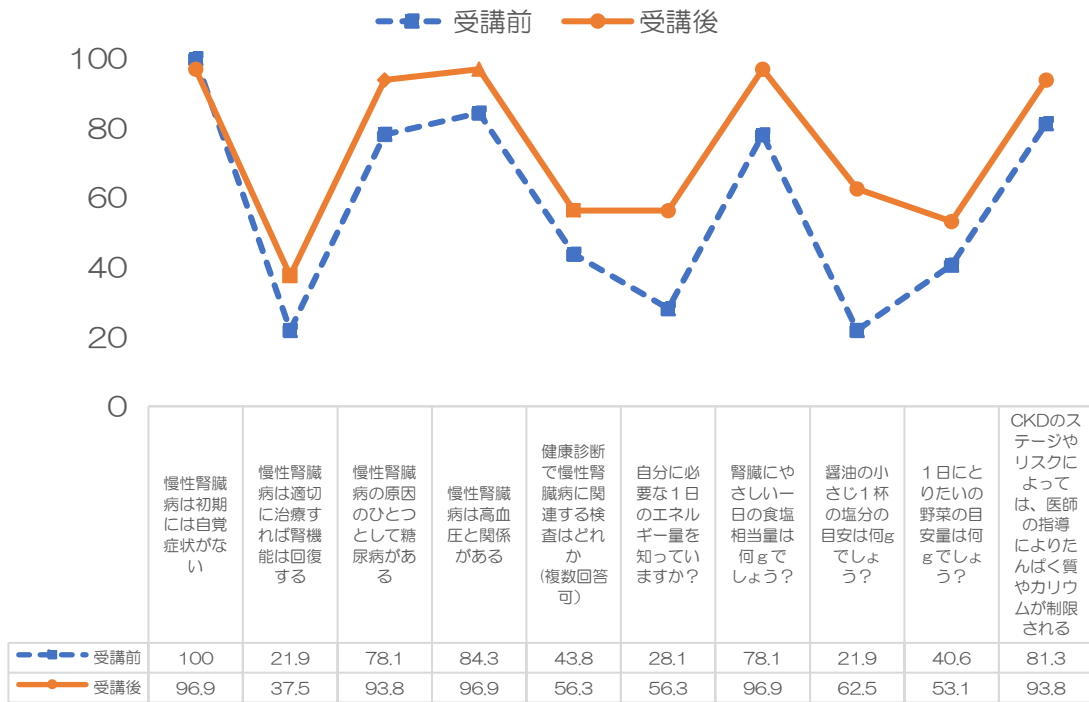
「糖尿病予防教室」：知識習得率平均79.5%



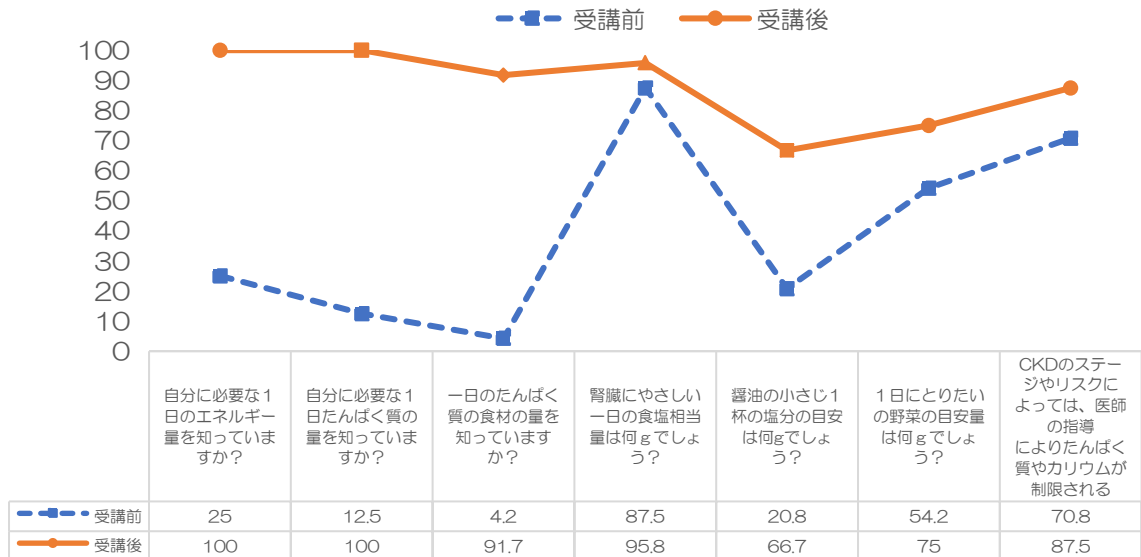
「血液さらさら（脂質異常症予防）教室」：知識習得率79.5%



「CKD(慢性腎臓病) 予防教室」：知識習得率74.4% (％)



「CKD(慢性腎臓病) 予防教室：食生活」：知識習得率88.1% (％)



(4) 生活習慣病予防の知識普及啓発事業

取り組み事業内容・評価・見直し

【生活習慣病予防の知識普及啓発事業】

事業内容	市広報誌や健康教室、お届けバラ講座等により、生活習慣病予防の普及啓発と病態別（高血圧、脂質、骨粗しょう症、CKD）健康教育による生活習慣病予防対策、健診の受診勧奨を実施					
対象者	市民	担	当	健康づくり推進課		
アウトプット 指標評価：△	特定健康診査問診票の結果「改善意欲あり」、「改善意欲ありかつ始めている人」の割合の増加	目 標 値		-		
	実績値 ※	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		37.2% (70.0%)	40.9% (69.6%)	39.7% (71.1%)	39.2% (71.1%)	39.1% (70.0%)
要因（うまくいった・いかなかった要因）	「生活改善に意欲あり」と「改善意欲ありかつ始めている人」の割合の増加は、講座依頼回数・教室参加者の増加が要因と考えられるが、ベースラインよりも下がっている。講座・教室は開催回数や参加者数のみではなく、知識の習得具合や行動変容等の評価を行った。					
見直しと今後の予定	市広報誌や市ホームページ、SNS等を活用した多様な周知方法を検討する。問診票の結果分析から生活改善に意欲があるがまだ取組めていない年代を対象に、事業を展開する必要がある。					

※()は、「改善意欲あり」「改善意欲ありかつ始めている」に「取り組み済」を含めた割合

(5) 重複・頻回受診者対策

取り組み事業内容・評価・見直し

【通知及びアンケートの送付】

事業内容	同じ精神疾患で複数の医療機関に複数月受診している方、同じ作用の内服を複数の医療機関から複数月処方されている方に対して、通知・アンケートを送付					
対象者	3か月間継続して、同一薬効の向精神薬を複数医療機関から処方されている方	担	当	保険年金課 健康づくり推進課		
アウトプット 指標評価：◎	通知・アンケート送付者数	目 標 値		30人		
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		17人	13人	17人	16人	7人
アウトカム 指標評価：◎	重複頻回受診者の減少	目 標 値		減少		
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		8人	7人	7人	11人	3人
要因（うまくいった・いかなかった要因）	抽出条件の変更はないが対象者が減少した。通知を受けて自ら適切な受診をする方がいた。通知文の内容の見直しを行い、伝わりやすくなったと考えられる。					
見直しと今後の予定	R6年度より（公社）大和綾瀬薬剤師会と連携するとともに、対象者の薬剤チェックや送付するアンケート内容の確認等を依頼することで、より適切な事業展開を図る。					

【アンケート未回答者への訪問】

事業内容	重複受診や服薬に係るアンケートに未回答者に訪問と保健指導を実施					
対象者	アンケート未回答で重複頻回受診が続いている方	担	当	保険年金課 健康づくり推進課		
アウトプット 指標評価：◎	訪問指導数	目 標 値		5人以下		
	実績値	H30年度 5人	R1年度 5人	R2年度 ベースライン 4人	R3年度 2人	R4年度 4人
アウトカム 指標評価：○	重複頻回受診者の減少	目 標 値		減少		
	実績値	H30年度 3人	R1年度 4人	R2年度 ベースライン 3人	R3年度 2人	R4年度 2人
要因（うまくいった・いかなかった要因）	専門職員が訪問し直接伝えることでより説得力が増した。一方で、毎年訪問しているが、なかなか適切な受診につながらない方がいた。					
見直しと今後の予定	訪問時、本人だけではなく家族にも同席してもらい、適正な服薬や受診を勧めてもらうようにする。					

(6) ジェネリック医薬品利用促進対策

取り組み事業内容・評価・見直し

【広報等による利用勧奨】

事業内容	広報や差額通知による利用勧奨実施					
対象者	市民及び差額通知対象者	担	当	保険年金課（委託）		
アウトプット 指標評価：◎	市広報誌や差額通知による利用勧奨	目 標 値		-		
	実績値	H30年度 実施	R1年度 実施	R2年度 ベースライン 実施	R3年度 実施	R4年度 実施
アウトカム 指標評価：◎	普及率の向上（数量シェア）	目 標 値		数量シェア 80%以上		
	実績値	H30年度 76.5%	R1年度 78.4%	R2年度 ベースライン 80.2%	R3年度 82.5%	R4年度 80.8%
要因（うまくいった・いかなかった要因）	市広報誌による周知、差額通知の送付に加え、保険証発行時のジェネリック医薬品希望シールの同封等を継続して行うことにより、普及率が徐々に向上していると考えられる。					
見直しと今後の予定	ジェネリック医薬品の普及啓発内容の見直しにより、より多くの利用促進の展開を図る。					

(7) 地域包括ケアの取り組み

取り組み事業内容・評価・見直し

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる連携】

事業内容	後期高齢者医療広域連合の委託を受け、後期高齢者医療制度被保険者への保健事業と介護予防の一体的な実施事業の展開					
対象者	後期高齢者医療制度被保険者	担 当			保険年金課 健康づくり推進課 地域包括ケア推進課	
アウトプット 指標評価：◎	事業実施のための庁内連携	目 標 値			連携地域包括支援センター数	
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		-	-	-	1か所	1か所
アウトカム 指標評価：◎	実施圏域	目 標 値			増加	
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		-	-	-	-	1圏域
要因（うまくいった・いかなかった要因）	中間評価より事業内容を地域ケア会議への出席から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる連携とし、連携地域包括支援センター数をアウトプット指標に設定した。また、実施圏域数をアウトカム指標に設定した。					
見直しと今後の予定	介護予防に主眼をおいているため、本市第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）での保健事業との位置付けはしない。					

【特定健康診査受診券封入用リーフレットの作成】

事業内容	健診・医療・介護データ分析と、見える化コーナー・介護予防事業の紹介等の内容を盛り込んだリーフレットを作成					
対象者	特定健康診査対象者	担 当			保険年金課 健康づくり推進課 地域包括ケア推進課	
アウトプット 指標評価：◎	対象者全員へのリーフレット送付	目 標 値			実施	
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		実施	実施	実施	実施	実施
アウトカム 指標評価：◎	見える化コーナー利用者数	目 標 値			増加	
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		4,844人	4,908人	1,017人	1,863人	2,675人
要因（うまくいった・いかなかった要因）	各所管課間で連携することで毎年度リーフレットを作成し、送付することができる。					
見直しと今後の予定	介護予防に主眼をおいているため、本市第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）での保健事業との位置付けはしない。					

【健康度見える化コーナーの利用促進】

事業内容	介護予防事業との連携による体組成計等5種の測定器の利用促進、計測による骨粗しょう症やロコモ・フレイル、認知症予防の意識付け及び必要な方への保健師・管理栄養士による保健指導の実施					
対象者	被保険者を含む市民		担 当		保険年金課 健康づくり推進課 地域包括ケア推進課	
アウトカム 指標評価：◎	見える化コーナー利用者数		目 標 値		増加	
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		4,844人	4,908人	1,017人	1,863人	2,675人
要因（うまくいった・いかなかった要因）	市広報誌や市HP、各種教室等で「健康度見える化コーナー」の周知を図り、継続利用者の確保や新規利用者の拡大を図ることができた。また、「健康度見える化コーナー相談会」と地域包括ケア推進課が実施する事業を同日開催することで、参加者を呼び込むことができ、参加者数の増加につながった。					
見直しと今後の予定	介護予防に主眼をおいているため、本市第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）での保健事業との位置付けはしない。介護予防に関する取組みの一環として「健康度見える化コーナー」の、引き続き事業周知に努め、継続利用者の確保と新規利用者の拡大を図る。					

【地域の自治会ごとに設置される高齢者憩の家にて、健康教育、健康相談、体操教室を実施】

事業内容	生活習慣病予防、骨粗しょう症やロコモ・フレイル、認知症予防等の内容を実施					
対象者	被保険者を含む市民		担 当		保険年金課 健康づくり推進課 地域包括ケア推進課	
アウトカム 指標評価：△	健康教育等を実施		目 標 値		年 14 回	
	実績値	H30年度	R1年度	R2年度 ベースライン	R3年度	R4年度
		9回 (135人)*	7回 (97人)*	5回 (68人)*	2回 (26人)*	5回 (346人)*
要因（うまくいった・いかなかった要因）	講話依頼方法を生涯学習課の「お届けバラ講座」に変更した。新型コロナウイルス感染症対策を行いながら関係部局と連携し事業を実施できた。					
見直しと今後の予定	介護予防に主眼をおいているため、本市第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）での保健事業との位置付けはしない。					

※ 年間延べ参加人数

□発行 令和6年3月
□発行者 綾瀬市 福祉部 保険年金課

〒252-1192 神奈川県綾瀬市早川 550 番地
TEL (0467) 70-5617(直通)
