

小山市国民健康保険 第3期データヘルス計画及び 第4期特定健康診査等実施計画（素案）

令和6年度～令和11年度



小山市

第1部 第3期データヘルス計画		
第1章 基本的事項		
1.	計画の趣旨	2
2.	計画期間	3
3.	実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理		
1.	地域の特性	5
2.	人口構成	6
3.	医療アクセスの状況	9
4.	地域資源の状況	9
第3章 分析結果に基づく健康課題の抽出と考察		
1.	第2期データヘルス計画の振り返り及び考察	10
2.	第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況	12
第4章 現状と課題把握		
1.	死亡の状況	24
2.	平均余命と平均自立期間	25
3.	医療費の基礎集計	27
4.	疾病別医療費	29
5.	生活習慣病医療費	36
6.	特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	38
7.	特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析	44
8.	糖尿病性腎症重症化予防に係る分析	46
9.	受診行動適正化指導対象者に係る分析	48
10.	ジェネリック医薬品普及率に係る分析	49
11.	長期多剤服薬者に係る分析	50
12.	介護保険の状況	51
13.	要介護認定状況に係る分析	55
14.	分析結果に基づく課題とその対策	56
15.	現（第2期）・次期データヘルス計画に係る分析・考察など	57
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容		
1.	分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	58
2.	健康課題を解決するための個別の保健事業（保健事業ごとの指標及び目標値）	60
3.	健康課題を解決するための個別の保健事業（保健事業一覧）	61
第6章 その他		
1.	計画の評価及び見直し	73
2.	計画の公表・周知	73
3.	個人情報の取扱い	73
4.	地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項	74
第2部 第4期特定健康診査等実施計画		
第1章 特定健康診査等実施計画について		
1.	計画策定の趣旨	76
2.	特定健康診査・特定保健指導の目的	76
3.	計画期間	76

-目次-

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価		
1.	第3期特定健康診査等実施計画における目標の達成状況	77
2.	主な取組み内容	78
第3章 特定健康診査等実施計画		
1.	達成しようとする目標	79
2.	特定健康診査などの対象者数	80
3.	特定健康診査の実施方法	81
4.	特定保健指導の実施	83
5.	目標達成に向けての取組み	87
6.	特定健康診査・特定保健指導の結果の通知と保存・報告	88
7.	特定健康診査以外の健診・保健事業との関係	88
8.	計画の公表と周知方法	90
9.	評価及び見直し	90
参考資料		
1.		91
2.		
3.	追加予定	
4.		
5.		

第1部
第3期データヘルス計画（素案）

第1章 基本的事項

1. 計画の趣旨

(1) 背景・目的

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプトなどのデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価などの取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（以下「国指針」という）の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため「データヘルス計画」を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものと定められました。その後、平成30年4月から都道府県が国保の財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化などの取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、都道府県レベルでの評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化や評価指標の設定の推進が進められています。

小山市においては、国指針に基づき「小山市国民健康保険第2期データヘルス計画」を策定し健康寿命の延伸・医療費の適正化を目指し保健事業を実施及び評価を行ってきました。こうした背景を踏まえて今後は、「小山市国民健康保険第3期データヘルス計画」（以下「本計画」）を策定し、幅広い年代の被保険者の身体的な状況などに応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施し、被保険者の健康保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を目指し、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とします。

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

(2) 計画の位置づけ

本計画は、平成30年4月の国保制度改革に伴い、国民健康保険は栃木県が共同保険者となったことから「栃木県国民健康保険運営方針」と整合を図り、「とちぎ健康プラン21（2期計画）」、「栃木県医療費適正化計画（3期計画）」及び当市の「第8次小山市総合計画」「第2次健康都市おやまプラン21」「すこやか長寿プラン2021」と調和のとれた内容として「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

2. 計画期間

計画期間

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
		中間評価			次期計画策定
小山市国民健康保険第3期データヘルス計画					

3. 実施体制・関係者連携

(1)実施主体・関係部局との役割

本計画は、国民健康保険部局（以下「国保部局」）が主体となり、健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価、見直しについて、共同保険者である栃木県や栃木県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」）、国保連内に設置される支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」）より専門的な助言をもらいながら、関係各課（保健衛生部局、介護保険部局）などと市全体で実施します。

国保部局は、研修などによる職員の資質向上に努め、専門職を配置するほか、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な進捗管理を行います。

(2)関係機関との連携

計画の策定などの実効性を高めるため、保健衛生部局、介護保険部局、高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、栃木県や国保連と支援・評価委員会、地域の医療機関をはじめとする医師会、歯科医師会などの保健医療関係者（以下「保健医療関係者」）と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

また、国民健康保険の運営に関し、意見の交換や調査、審議などを行う小山市国民健康保険運営協議会（以下「国保運営協議会」）に報告をし、被保険者の意見反映に努めます。

(3)具体的な役割、連携内容

①小山市（国保年金課）

国保部局が主体となり関係各課（保健衛生部局、介護保険部局、高齢者医療部局）と連携し計画の策定などを実施します。

②栃木県（国保医療課・健康増進課）

財政運営の責任主体として、計画素案の意見交換をはじめ、現状分析のために栃木県が有する健康・医療などに関するデータの提供を実施します。

③国保連及び支援・評価委員会、国保中央会

計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援などについて多くの実績を蓄積しているため可能な限り支援・評価を受けて計画の策定などを実施します。

④後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」）

高齢者医療部局を通して計画の策定などを実施します。

⑤保健医療関係者

計画の実行性を高められるよう、保健事業に対する相談や意見交換、情報提供を実施します。

⑥その他

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組」との連携を実施します。



2.人口構成

令和4年度における本市の国民健康保険の被保険者数は33,717人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は20.6%です。国民健康保険の被保険者平均年齢は53.1歳です。

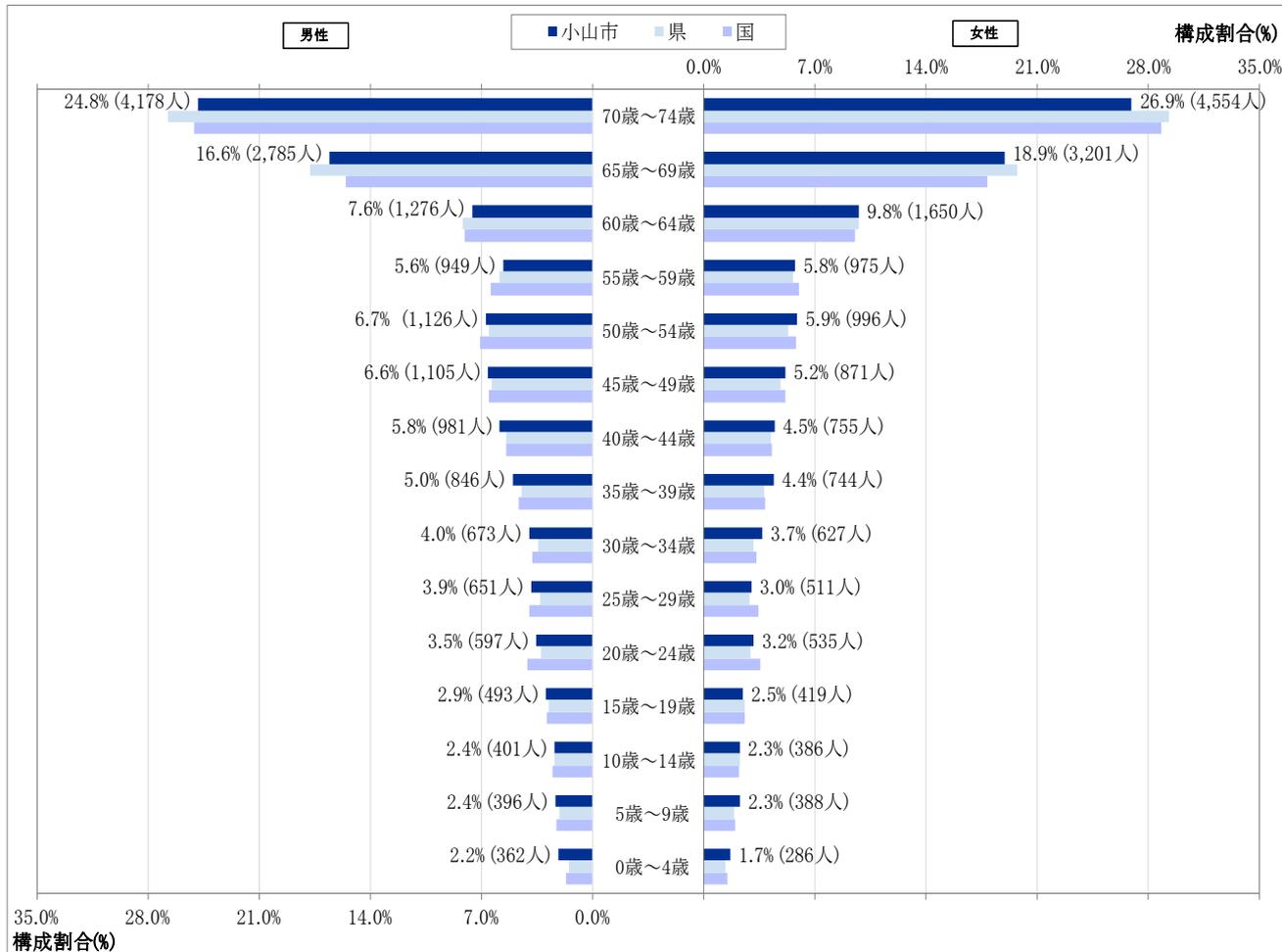
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
小山市	163,830	25.5%	33,717	20.6%	53.1	7.2%	9.6%
県	1,897,545	29.2%	409,460	21.6%	54.5	6.2%	11.4%
同規模	198,578	27.3%	37,654	19.0%	53.5	6.8%	10.1%
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8%	11.1%

※「県」は栃木県を指す。以下全ての表において同様である。

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

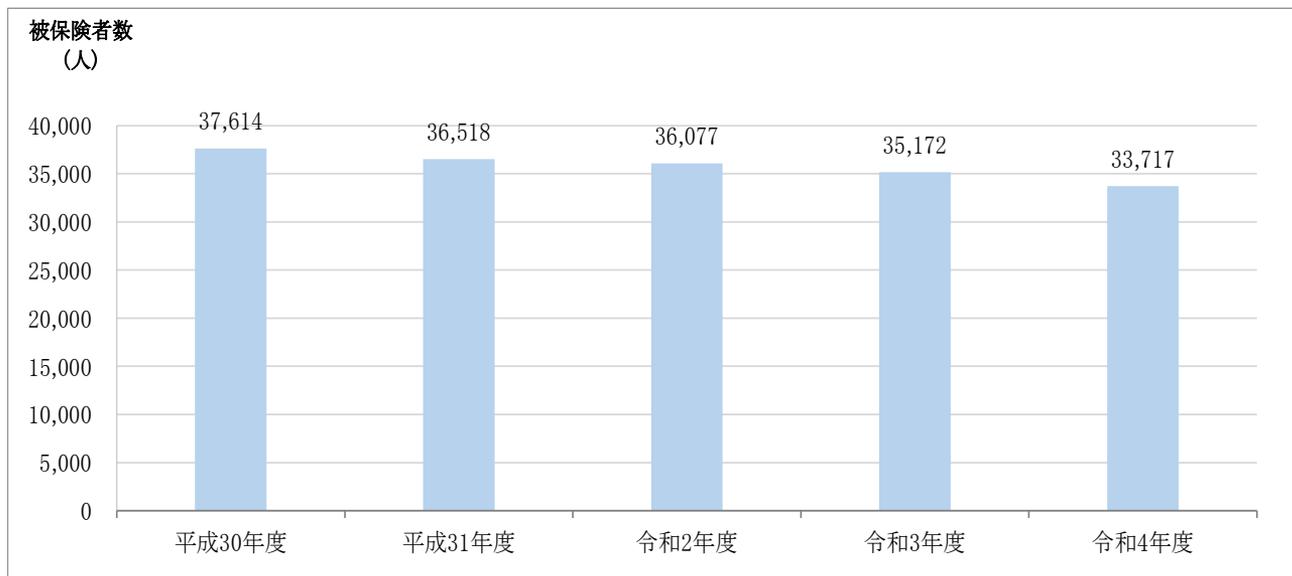
男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

被保険者数は毎年度減少していますが、人口総数については、ほぼ横ばいに推移しています。高齢化率（65歳以上）は増加傾向ですが、県や国と比較すると低くなっています。

年度別 被保険者数



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

年度別 人口構成概要

区分		人口総数 (人)	老年人口 (65歳以上)	高齢化率 (65歳以上)	出生者数 (人)	死亡者数 (人)
小山市	平成30年度	167,480	40,488	24.2%	1,302	1,595
	平成31年度	167,505	41,255	24.6%	1,280	1,628
	令和2年度	167,888	42,139	25.1%	1,253	1,588
	令和3年度	167,652	42,938	25.6%	1,174	1,608
	令和4年度	167,277	—	—	—	—
県	平成30年度	1,976,121	546,699	27.7%	13,768	21,980
	平成31年度	1,965,516	555,063	28.2%	12,964	22,226
	令和2年度	1,955,402	563,031	28.8%	12,125	21,807
	令和3年度	1,942,495	568,709	29.3%	11,771	22,824
	令和4年度	1,929,434	—	—	—	—
国	平成30年度	127,443,563	34,793,745	27.3%	937,542	1,370,751
	平成31年度	127,138,033	35,185,241	27.7%	884,767	1,386,212
	令和2年度	126,654,244	35,486,813	28.0%	861,844	1,381,568
	令和3年度	125,927,902	35,768,503	28.4%	830,322	1,449,820
	令和4年度	125,416,877	35,929,389	28.6%	788,650	1,573,901

出典：(小山市、県) 人口総数：栃木県住民基本台帳（平成30年～令和4年 12月末日時点）

(小山市、県) 老年人口、出生数、死亡者数：栃木県 住民基本台帳年報の概要（平成31年～令和4年 1月1日時点）

(国) 総務省統計局e-stat 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成31年～令和5年 1月1日時点）

国民健康保険の被保険者数は、男女共に60歳以上から多くなっています。

年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位：人

年齢階層	平成30年度			平成31年度			令和2年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	845	448	397	780	418	362	717	384	333
5歳～9歳	929	466	463	880	438	442	829	422	407
10歳～14歳	1,001	541	460	882	495	387	866	469	397
15歳～19歳	1,119	586	533	1,118	583	535	1,004	549	455
20歳～24歳	1,340	726	614	1,238	690	548	1,296	703	593
25歳～29歳	1,395	742	653	1,346	699	647	1,289	718	571
30歳～34歳	1,644	844	800	1,517	791	726	1,449	782	667
35歳～39歳	1,818	1,017	801	1,720	951	769	1,694	926	768
40歳～44歳	1,958	1,081	877	1,898	1,041	857	1,890	1,085	805
45歳～49歳	2,202	1,219	983	2,171	1,202	969	2,131	1,192	939
50歳～54歳	2,011	1,052	959	2,012	1,060	952	2,039	1,082	957
55歳～59歳	2,011	935	1,076	1,984	950	1,034	1,994	979	1,015
60歳～64歳	3,853	1,667	2,186	3,504	1,500	2,004	3,225	1,364	1,861
65歳～69歳	7,846	3,835	4,011	7,227	3,493	3,734	6,758	3,249	3,509
70歳～74歳	7,642	3,659	3,983	8,241	3,938	4,303	8,896	4,288	4,608
合計	37,614	18,818	18,796	36,518	18,249	18,269	36,077	18,192	17,885

年齢階層	令和3年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	662	370	292	648	362	286
5歳～9歳	818	404	414	784	396	388
10歳～14歳	845	432	413	787	401	386
15歳～19歳	905	476	429	912	493	419
20歳～24歳	1,203	627	576	1,132	597	535
25歳～29歳	1,301	731	570	1,162	651	511
30歳～34歳	1,380	733	647	1,300	673	627
35歳～39歳	1,657	897	760	1,590	846	744
40歳～44歳	1,786	1,012	774	1,736	981	755
45歳～49歳	2,060	1,160	900	1,976	1,105	871
50歳～54歳	2,110	1,136	974	2,122	1,126	996
55歳～59歳	1,904	928	976	1,924	949	975
60歳～64歳	3,050	1,293	1,757	2,926	1,276	1,650
65歳～69歳	6,420	3,040	3,380	5,986	2,785	3,201
70歳～74歳	9,071	4,349	4,722	8,732	4,178	4,554
合計	35,172	17,588	17,584	33,717	16,819	16,898

出典：国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

年度別被保険者事由別異動状況を見ると、被保険者の増加は社保離脱によるものが6割以上を占め、減少は社保加入によるものが5割以上を占めています。

本市の医療提供体制においては、千人あたりの病床数30.5、医師数7.2と県や国と比べて低くなっています。

年度別被保険者事由別異動状況

単位：人

年度	被 保 険 者 数 の 増 減													増 減
	増						減							
	転入	社離	生保露止	出生	その他	計	転出	社入	生保開始	死亡	後期加入	その他	計	
平成30年度	162	404	5	14	24	609	121	412	10	24	133	61	761	▲ 152
平成31年度	147	432	5	12	36	632	118	402	8	21	114	52	715	▲ 83
令和2年度	137	455	4	10	44	650	119	387	11	22	97	55	691	▲ 41
令和3年度	132	449	5	11	27	624	106	386	8	22	129	46	697	▲ 73
令和4年度	124	464	4	10	45	647	119	414	6	24	160	47	770	▲ 123

出典：令和5年度版国民健康保険事業概要

3. 医療アクセスの状況

医療提供体制(令和4年度)

単位：人

医療項目	小山市	県	同規模	国
千人あたり				
病院数	0.2	0.3	0.3	0.3
診療所数	3.6	3.6	3.9	4.2
病床数	30.5	50.4	60.1	61.1
医師数	7.2	11.7	13.2	13.8
外来患者数	685.1	717.1	705.2	709.6
入院患者数	15.7	17.6	17.3	18.8

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4. 地域資源の状況

「第2次健康都市おやまプラン21」の全体テーマにある「いつまでも元気でいきいきと暮らすために健康寿命を延ばそう」の理念に基づき、子どもから高齢者まで、健康で元気に長生きでき、いきいきと暮らせるよう「健康寿命の延伸」と「健康格差」の縮小を目指し、心とからだの健康づくりへの市民意識の啓発を図ります。小山地区医師会・小山歯科医師会・小山薬剤師会をはじめ、健康づくり関係団体である健康推進員会・運動普及推進員会・食生活改善推進員会・「健康都市おやま」推進サポーターの会の団体と、健康づくりへの協働・事業の推進を目指します。

第3章 分析結果に基づく健康課題の抽出と考察

1. 第2期データヘルス計画の振り返り及び考察

目的 健康寿命の延伸 医療費の適正化

健康課題

- ◎生活習慣病の早期発見、早期治療には特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率向上が必須。
- ◎生活習慣病疾病別医療費などの状況は「糖尿病」「高血圧性疾患」「脂質異常」が全体の医療費の半数以上を占めている。
- ◎糖尿病を起因とする人工透析患者の割合が増加している。
- ◎医療費の増加の一因でもある重複・頻回受診者、重複服薬者への適正受診、適正服薬指導が必要。

実施する主な保健事業

- ① 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上
 - ・ 特定健康診査未受診者対策事業
 - ・ 健診事後指導(健診結果説明会)
- ② 生活習慣病重症化予防事業
 - ・ 高血圧重症化予防事業
 - ・ 糖尿病重症化予防事業
 - ・ 壮年期男性のメタボ予防教室
- ③ 受診行動及び医療費適正化
 - ・ 重複多受診訪問指導
 - ・ 健診異常値放置者受診勧奨事業
 - ・ 服薬適正化事業
 - ・ ジェネリック医薬品差額通知

目標

- ① 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上
- ② 生活習慣病重症化予防
- ③ 受診行動及び医療費適正化

具体的な取組み

- ・ 特定健康診査受診率向上(40歳代・50歳代男性の受診率向上)
- ・ 特定保健指導の実施率向上(個別健診の保健指導実施率の向上)
- ・ 高血圧重症化予防事業参加者における特定健康診査検査値改善者の増加
- ・ メタボ該当者、予備群(特定保健指導対象者)の減少
- ・ 人工透析新規導入者の減少
- ・ e-GFRの要指導、要医療者割合の減少
- ・ 広報活動による服薬適正化の認知度向上

評価指標（成果）

【短期目標】アウトカム評価

・特定健康診査受診率

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
40%	30.9%	36.1%	37.0%

・特定健康診査未受診者対策事業※1

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
12%	-	15.71%	15.30%

・特定保健指導の実施率

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
53%	41.7%	39.4%	42.6%

・40歳代～50歳代男性の受診率

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
20%	15.6%	19.2%	19.0%

※1 受診勧奨通知を送付した人のうち、特定健康診査を受けた人の割合のこと

【中・長期目標】アウトカム評価

・メタボ該当者、予備群の減少の割合

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
25%	31.6%	18.6%	21.3%

・腎機能検査項目（e-GFR）の要指導及び要医療者の割合

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
17%	16.3%	14.8%	14.1%

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
2%	1.9%	1.6%	1.9%

・人工透析の新規導入者数

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
50人	51人	77人	60人

考察

・特定健康診査受診率向上

受診率は、上昇傾向にあるが目標値達成には至っていない。今後特定健康診査の周知啓発や未受診者受診勧奨の方法の見直しを行う。また、40歳代から50歳代男性の受診率が低かったが、受診勧奨により上昇傾向に転じてきている。さらなる向上のため、ショートメッセージサービス（以下「SMS」）などを活用し、対象に届きやすい方法での勧奨を検討していく。

・特定保健指導実施率の向上

生活習慣病患者が多く医療費も多額なため、保健指導を実施することにより、生活習慣病の予防、メタボ該当者・予備群の減少を図る必要がある。実施率向上のため、対面での保健指導が困難な対象者へアプローチできるICTの導入など、実施方法の見直しを行う。また、個別健診の実施率向上のため、かかりつけ医との連携を強化していく。

・糖尿病重症化予防事業の実施

腎機能検査項目（e-GFR）の要指導及び要医療者の割合は、目標値に近づいてきている。人工透析の新規導入者は、経年的に見て横ばいである。引き続き、早期に保健指導を行い、生活習慣を変えることで、腎症悪化を予防する取組みが必要である。

【短期目標】アウトプット評価

・高血圧予防教室講話の参加率

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
20%	10%	9%	4%

高血圧重症化予防事業

高血圧予防教室の講話の参加率が低迷している。現在対象者を限定しているが、対象者の幅を広げ、より多くの参加者獲得を目指す。また、早期介入によって、生活習慣を変えることで、高血圧症から起因する疾患を予防していく。

【短期目標】

・異常値放置者勧奨者の受診率

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
40%	42.8%	29.8%	24.5%

・異常値放置者受診勧奨事業

医療機関受診率は、低迷している。自覚症状がないことから、再検査や医療機関受診の必要性を認識していない者が多い。早期に病院受診、治療の勧奨をすることで、重症化を予防していく。

・重複多受診者の訪問指導の1カ月あたりの医療費が減少した割合

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
15%	0.0%	6.25%	-

・重複多受診訪問指導

重複多受診者の訪問指導の1カ月あたりの医療費が減少した割合は、微減している。また、慢性疾患で定期受診している者が多く、受診回数は軽減していない。今後も、適正受診の指導が必要である。

・ポリファーマシーについての認知度の向上

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
ポリファーマシーについての認知度の向上	おーラジ1回、広報おやま1回、リーフレットの配布300部	おーラジ1回、広報おやま1回、リーフレットの配布300部	おーラジ1回、広報おやま1回、リーフレットの配布22部

・服薬適正化事業

お薬手帳の適正活用などの適正服薬についての啓発活動をしたが、重複服薬、多剤服用者が一定数存在するため今後も医薬品の重複服薬による健康被害を防ぎ、被保険者の健康維持と医療費適正化を図る。

・ジェネリック医薬品の使用率

第2期目標値	令和2年度	令和3年度	令和4年度
80%	80.3%	80.1%	82.1%

・ジェネリック医薬品差額通知

ジェネリック医薬品の使用率は目標達成できている。医療費抑制のためにも引き続き継続して、更に普及啓発を行っていく。

2. 第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業の達成状況

評価は、A:目標達成、B:改善している、C:横ばい、D:悪化している、E:評価できない、の5段階で評価します。

(「B 改善している」が現状のままでは最終評価までに目標値が危がまれるものを「B*」と記載)

事業名	事業目的	事業概要	対象者		評価指標	
			年齢	対象者	アウトプット	アウトカム
特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目し、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防する。	対象者に受診券を発送し、保健福祉センターや各公民館での集団健診か、市内の指定医療機関での個別健診のいずれかで受診。平成30年度から対象者全員の自己負担額を無料にする。 【受診期間】5月～翌1月 【内容】必須項目（質問票・身体測定・血圧・尿・血液検査など）及び詳細・追加項目（心電図・眼底・貧血・血清アルブミン・血清クレアチニン・e-GFRなど）	40歳～74歳	国民健康保険加入の対象者		・健診受診率 60%
特定健康診査未受診者受診勧奨 (受診率向上対策)	特定健康診査の未受診者の減少及び継続受診率の向上を図ることにより、被保険者の健康増進につなげる。	対象者を選定し、対象者の健診受診履歴やレセプトデータなどにより健康意識や改善意図別に対象者の特性に応じた受診勧奨通知を作成し、受診勧奨を行う。通知後に対象者が特定健康診査を受診したかどうか確認する。	40歳～74歳	特定健康診査未受診者	①対象者への通知率 100%	②健診受診率 60% ③40歳代・50代男性の受診率 30% 【令和3年度から新設】 ④未受診勧奨者の受診率 12%【現状値(平成31年度)】 9.6%
健診異常値放置者 受診勧奨事業	特定健康診査受診者のうち高リスク者に受診勧奨を実施、医療機関への早期受診・治療につなげ、重症化を予防する。	特定健康診査の結果、医療機関受診勧奨判定値以上（血圧・血糖・脂質異常・腎機能など）と判定され、その後、医療機関受診のない（生活習慣病に関するレセプトのない）者に、医療機関への受診勧奨通知を送付する。	40歳～74歳	特定健康診査の結果受診勧奨判定値以上で、医療機関受診のない者（がん・難病患者などは除く）	【平成30年度新設】 ①対象者への通知率 100% ②対象者への電話勧奨率 100%	③勧奨者の医療機関受診率 30% 【令和2年度新設】 ④翌年度健診結果数値改善率 30%
重複・多受診訪問指導 (訪問健康相談)	重複・多受診者を保健師、栄養士などが訪問、健康相談を行い、適正な医療機関受診について指導を行うことにより、被保険者の不安の解消、健康の維持増進を図り、医療費適正化を図る。	委託事業として実施。8カ月分程度のレセプトを委託会社で分析。市及び委託先から対象者に通知発送。委託先の相談員（保健師・看護師・栄養士など）から電話連絡後、訪問。栄養・飲酒・運動・生活習慣・服薬・健診受診・介護保険の利用・医療機関受診に関する相談、指導を実施。原則年1～2回。	年度により対象年齢は変更	レセプトを分析、重複・頻回受診、重複投薬、入院などがある国民健康保険被保険者（がん・精神疾患・難病患者などは除く）		・訪問指導後、医療費が減少した人の割合 67%

※P. 15～P. 26の表については、一部左右の枠線の高さが一致していないページがあります。

担当課 国保：国保年金課、健康：健康増進課、高齢：高齢生きがい課

現状値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	評価	最終目標値	担当課
H28	H29	H30	R 1	R2	R3	R4			
健診受診率 34.3%	健診受診率 36.3%	健診受診率 36.3%	健診受診率 36.3%	健診受診率 30.9%	健診受診率 36.1%	健診受診率 37.0%	C	健診受診率 40% 【変更】	国保
①対象者への通知率 ②健診受診率 34.3% ③40歳代・50歳代男性の受診率 16.3% ④-	①対象者への通知率 100% ②健診受診率 36.3% ③40歳代・50歳代男性の受診率 17.98% ④-	①対象者への通知率 75% ②健診受診率 36.3% ③40歳代・50歳代男性の受診率 18.26% ④-	①対象者への通知率 100% ②健診受診率 36.3% ③40歳代・50歳代男性の受診率 18.84% ④-	①対象者への通知率 0% ②健診受診率 30.9% ③40歳代・50歳代男性の受診率 15.58% ④-	①対象者への通知率 100% ②健診受診率 36.1% ③40歳代・50歳代男性の受診率 19.15% ④未受診勧奨者の受診率15.71%	①対象者への通知率 100% ②健診受診率 37.0% ③40歳代・50歳代男性の受診率 19.0% ④未受診勧奨者の受診率15.3%	C	①対象者への通知率 100% ②健診受診率 40% 【変更】 ③40歳代・50歳代男性の受診率 20% 【変更】 ④未受診勧奨者の受診率 12% 【新設】	国保
勧奨者の医療機関受診率 24%	①対象者への通知率 100% ②対象者への電話勧奨率 82.8% ③医療機関受診率 44.8% ④-	①対象者への通知率 100% ②対象者への電話勧奨率 81.9% ③医療機関受診率 43.5% ④-	①対象者への通知率 100% ②対象者への電話勧奨率 90.9% ③医療機関受診率 34.2% (暫定) ④-	①対象者への通知率100% ②対象者への電話勧奨率58.8% (暫定) ③医療機関受診率42.8% (暫定) ④翌年度健診結果数値改善率 41% (暫定)	①対象者への通知率100% ②対象者への電話勧奨率79% ③医療機関受診率 29.8% ④翌年度健診結果数値改善率23.8%	①対象者への通知率100% ②対象者への電話勧奨率61.8% (暫定) ③医療機関受診率 24.5% (暫定) ④翌年度健診結果数値改善率57.9% (暫定)	C	①対象者への通知率 100%【新設】 ②対象者への電話勧奨率 100% 【新設】 ③勧奨者医療機関受診率 40% 【変更】 ④翌年度健診結果数値改善率30% 【新設】	国保
医療費が減少した者の割合 61.3%	実施人数 65人 1カ月あたりの医療費が減少した者 6人 9.23%	実施人数 47人 1カ月あたりの医療費が減少した者 5人 10.64%	実施人数 45人 1カ月あたりの医療費が減少した者 4人 8.8%	実施人数 9人 (うち効果測定対象者は7人) 1カ月あたりの医療費が減少した者 0人 0%	・事業対象者：136人 ・実施人数：19人 (参加率13%) ・訪問指導後の1カ月あたりの医療費が減少した人数1人 (効果測定人数16人) 6.25%	・事業対象者：79人 ・実施人数：23人 (参加率 29.1%) ・訪問指導後の1カ月あたりの医療費が減少した人数 (今後集計予定)	B*	訪問指導後、1カ月あたりの医療費が減少した者の割合 15% 【変更】	国保

事業名	事業目的	事業概要	対象者		評価指標	
			年齢	対象者	アウトプット	アウトカム
人間・脳・心臓ドックレディースドック助成	人間ドックなどの費用の一部を助成することにより、疾病の早期発見、重症化予防、被保険者の健康増進を図る。特定健康診査受診率の向上も図る。	被保険者が市内指定の医療機関で人間ドックなどを受診する場合、事前に市に申請のうえ、費用の一部を助成する。 (40歳以上のドック受診者は、特定健康診査を受けたとみなす)	35歳～74歳	国民健康保険被保険者で、国民健康保険税を完納している世帯の者		・ 健診受診率 60%
ジェネリック医薬品差額通知	ジェネリック（後発）医薬品に変えた場合の差額を知らせ、患者負担と国保医療費の削減を図る。	レセプトを分析、年4回該当者に通知を発送。通知後のレセプトを分析、効果を測定する。	0歳～74歳	200円以上の効果がある被保険者（一部除外薬品有）	①対象者への通知率 100%	②使用率 80% 【平成30年度新設】 ③医療費削減効果額 5,000千円
医療費通知	被保険者の健康に関する認識を深めると同時に、国保事業の健全な運営を図る。	年2回該当者に医療費通知を発送。	0歳～74歳	国民健康保険被保険者	対象者への通知率 100%	
健診結果説明会	特定健康診査の受診者が自分の健康状態を把握し、生活習慣の振り返りをもとに、より良い生活習慣が身につくよう、健診結果の見方や生活習慣改善のための情報提供を行う。また、医療が必要な者を早期治療につなげることで疾病の重症化予防に努める。	特定健康診査受診日に案内を配布し、健診受診日から概ね1カ月後に健診と同じ会場にて集団講話実施（特定保健指導における情報提供を兼ねる）。	40歳～74歳	市で実施する特定健康診査（集団）受診者	・ 健診結果説明会参加率 47.5%	

現状値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	評価	最終目標値	担当課
H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
健診受診率 34.3%	健診受診率 36.3%	健診受診率 36.3%	健診受診率 36.3%	健診受診率 30.9%	健診受診率 36.1%	健診受診率 37.0%	C	健診受診率 40% 【変更】	国保
①対象者への通知率 100% ②使用率 70.8%		①対象者への通知率 100% ②使用率(調剤分) 79.7% ③医療費削減効果額 18,000千円	①対象者への通知率 100% ②使用率(調剤分) 81.3% ③医療費削減効果額 55,972千円	①対象者への通知率 100% ②使用率(医科・調剤分) 80.3% 参考使用率(調剤分) 83.5% ③医療費削減効果額 71,572千円	①対象者への通知率 100% ②使用率(医科・調剤分) 80.1% 参考使用率(調剤分) 83.4% ③医療費削減効果額 92,502千円	①対象者への通知率 100% ②使用率(医科・調剤分) 82.1% 参考使用率(調剤分) 85.1% ③医療費削減効果額 73,161千円	A	①対象者への通知率 100% ②使用率(医科分・調剤分) 80.4%【変更】 ③医療費削減効果額 20,000千円 【変更】	国保
対象者への通知率 100%		対象者への通知率 100%	対象者への通知率 100%	対象者への通知率 100%	対象者への通知率 100%	対象者への通知率 100%	A	対象者への通知率 100%	国保
健診結果説明会参加率 39.0%	健診結果説明会参加率 36.9%	健診結果説明会参加率 39.8%	健診結果説明会参加率 39.6%	(要指導) 個別相談利用率47.7% 個別相談 91名 電話相談 45名 (希望者) 希望相談 31名	(要指導) 個別相談利用率 31% 個別相談 48名 電話相談 33名 (希望者) 希望相談 33名	集団講話 62名 個別相談 27名	B	要指導対象者の参加率 40% 【変更】	健康

事業名	事業目的	事業概要	対象者		評価指標	
			年齢	対象者	アウトプット	アウトカム
特定保健指導	特定健康診査結果から内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を実施するものである。対象者が自ら生活改善の必要性を認識し、行動変容と自己管理、健康的な生活習慣を定着させることにより生活習慣病を予防する。	○集団健診の対象者 対象者には事前に利用勧奨の電話を行い、健診結果説明会の集団講話後、個別またはグループ面接にて保健指導を実施。都合がつかない対象者は個別対応。 ○個別健診の対象者 対象者には利用勧奨の電話を行い、健診結果説明会と同時開催の「メタボ相談会」または医療機関に市職員が出向いて行う「院内メタボ相談会」にて保健指導を実施。都合がつかない対象者は個別に対応。 ※初回面接後、電話・面接・支援レター等を実施。初回面接から3カ月後に血液検査と評価アンケートを行い、回答あった者が終了者となる。 ※積極的支援のみ、公益財団法人栃木県保健衛生事業団に委託実施。	40歳～74歳	特定健康診査受診者のうち、<階層化の基準>に基づく		①特定保健指導実施率 60% 【平成30年度変更】 ②生活習慣改善の取組み継続・開始者の割合（評価アンケートの行動変容ステージ）80% 【平成29年度変更】 ③メタボ該当者・予備群(特定保健指導対象者)の減少率 25%
糖尿病重症化予防事業	糖尿病の重症化を防ぐための生活や食事方法等についての講話による情報提供を行う。	糖尿病境界域段階 ○結果説明会 糖尿病の成り立ちや運動と食事のバランス、食品に含まれる糖分量について説明し、正しい生活習慣の行動変容を促す。 糖尿病重症化予防段階 ○健診異常値放置者受診勧奨事業 特定健康診査の結果、血糖が医療機関受診勧奨判定値以上と判定され、その後、医療機関受診のない（生活習慣病に関するレセプトのない）者に、医療機関への受診勧奨通知を送付する。	40歳～74歳	特定健康診査受診者のうち、<階層化の基準>に基づく	【平成29新設】 ⑦対象者への通知率 100%	(啓発講演会) ③慢性腎臓病（CKD）の認知度の向上（結果説明会アンケートより）35% (重症化予防教室) ④e-GFR要指導・要医療者率の減少 ・要指導者：17% ・要医療者：5% ⑤新規透新患者数の減少 35人 ⑥高血圧有所見者割合の減少 46% ⑨勧奨者の医療機関受診率 30%
		糖尿病性腎症重症化予防段階 ○重症化予防教室 申し込みした者を対象に尿中塩分測定・医師講話・保健師と管理栄養士による保健指導・グループミーティング ○啓発講演会 広報等で開催周知し、専門医師による講演会等を開催 ○糖尿病性腎症重症化予防訪問事業 申込みした者を対象に、6カ月間にわたり保健師・管理栄養士・訪問指導員（看護師・管理栄養士）による訪問指導	40歳～74歳 ただし、啓発講演会は問わす。	予防教室は特定健康診査（集団）でe-GFR値：30～59の者。もしくは腎臓の健康に興味がある者。啓発講演会は興味関心ある者。	⑧対象者への電話勧奨 100%	
禁煙ジュニアサポーターズ事業	小・中・義務教育学校において、クラス単位でたばこの害についての講話及びロールプレイ等を実施することで、身近な人へたばこの害の普及啓発や禁煙のきっかけづくりを行う人材を育成し、喫煙対策の推進を図る。	たばこの害についての講話・参加者同士でのロールプレイング。講座受講生に認定証等を交付。また、保護者等から生徒の学びに対する感想等を得る。	小・中・義務教育学校の児童・生徒		①年間実施校 35校	【平成30年度新設】 ②国民健康保険加入者で特定健康診査受診者に実施している生活習慣のアンケートで喫煙している者の割合12.2%以下（健康日本21第二次における目標値 12%）
受動喫煙防止登録制度	受動喫煙防止対策に取り組む市内の施設を小山市受動喫煙防止対策実施施設（おやま禁煙おもてなし施設）として登録し、公表することにより、実施施設を管理する者が受動喫煙の防止に取り組むことを促進することで、施設利用者を受動喫煙による健康被害から守るとともに、施設利用者が利用施設の選択をしやすい環境づくりを提供すること。	所定の申込用紙により登録申し込みを施設管理者が行い、登録要件に合っているか市が確認し決定通知書を交付。施設管理者は禁煙施設ステッカーを施設内において提示、市はホームページ等で公表する。	市内に住所を有する多数の人が利用する施設（その管理者）		①禁煙おもてなし登録施設等 315件	【平成30年度新設】 ②国民健康保険加入者で特定健康診査受診者に実施している生活習慣のアンケートで喫煙している者の割合12.2%以下（健康日本21第二次における目標値 12%）

現状値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	評価	最終目標値	担当課
H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
<p>①特定保健指導実施率 31.5%</p> <p>②生活習慣改善の取り組み継続・開始者の割合</p> <p>③メタボ該当者・予備群(特定保健指導対象者)の減少率 12%</p>	<p>①35.6%</p> <p>②-</p> <p>③4.1%</p>	<p>①47.8%</p> <p>②63.2%</p> <p>③15.6%</p>	<p>①46.6%</p> <p>②66.0%</p> <p>③20.5%</p>	<p>①41.7%</p> <p>②64.2%</p> <p>③31.6%</p>	<p>①39.4%</p> <p>②68.4%</p> <p>③18.6%</p>	<p>①42.6%</p> <p>②74.8%</p> <p>③21.3%</p>	B*	<p>①実施率 53%【変更】</p> <p>②継続開始者の割合 70%【変更】</p> <p>③メタボ(特定保健指導対象者)減少率 25%【変更】</p>	健康
<p>①(重症化予防教室)全日程参加率の向上 86.3%</p> <p>②(糖尿病性腎症重症化予防訪問指導件数 3件</p> <p>③慢性腎臓病(KD)の認知度の向上(結果説明会アンケートより) 33.3%</p> <p>④e-GFR要指導・要医療者率の減少 ・要指導者:17.6% ・要医療者:5.3%</p> <p>⑤新規透析患者数の減少 39人</p> <p>⑥高血圧有所見者割合の減少 48.41%</p>	<p>①91.5%</p> <p>②2件</p> <p>③45%</p> <p>④要指導者 14.8%</p> <p>要医療者: 2.4%</p> <p>⑤45人</p> <p>⑥59.2%</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧電話勧奨率 100%</p> <p>⑨28.2%</p>	<p>①89.6%</p> <p>②3件</p> <p>③47%</p> <p>④要指導者 16.8%</p> <p>要医療者: 2.0%</p> <p>⑤61人</p> <p>⑥58.5%</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧電話勧奨率 60%</p> <p>⑨20%</p>	<p>①89.2%</p> <p>②5件</p> <p>③53.6%</p> <p>④要指導者 17.6%</p> <p>要医療者: 2.1%</p> <p>⑤58人</p> <p>⑥59.5%</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧電話勧奨率 88.8%</p> <p>⑨40%</p>	<p>①91.1%</p> <p>②14件</p> <p>③実施無し</p> <p>④要指導者 16.3%</p> <p>要医療者: 1.9%</p> <p>⑤51人</p> <p>⑥53.4%</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧電話勧奨率 R2は案内通知後返答が無い対象者へ通知勧奨 返答有 48.3%</p> <p>⑨40%</p>	<p>①-(開催方法変更の為)</p> <p>②14件</p> <p>③実施無し</p> <p>④要指導者 14.8%</p> <p>要医療者: 1.6%</p> <p>⑤77人</p> <p>⑥49.2%</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧実施無し</p> <p>⑨35.7%</p>	<p>①96.5%</p> <p>②12件</p> <p>③実施無し</p> <p>④要指導者 14.1%</p> <p>要医療者: 1.9%</p> <p>⑤60人</p> <p>⑥51.9%</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧実施無し</p> <p>⑨28.6%</p>	C	<p>①参加率 90%</p> <p>②訪問件数 10件</p> <p>③認知度60%【変更】</p> <p>④e-GFR要指導者・要医療者 の減少 要指導者 17% 要医療者 2%【変更】</p> <p>⑤新規透析患者数 50人【変更】</p> <p>⑥有所見者割合 54%【変更】</p> <p>⑦通知率 100%</p> <p>⑧電話勧奨率 100%</p> <p>⑨翌年度健診結果数値改善率 30%【変更】</p>	健康 国保
<p>①年間実施校 15校</p>	<p>年間実施校 17校</p>	<p>①年間実施校 24校</p> <p>②喫煙率 12.6%</p>	<p>①年間実施校 22校</p> <p>②喫煙率 12.2%</p>	<p>①年間実施校 23校</p> <p>②喫煙率 11.9%</p>	<p>①年間実施校 19校</p> <p>②喫煙率 12.1%</p>	<p>①年間実施校 24校</p> <p>②喫煙率 12.4%</p>	B*	<p>①年間実施校 36校【変更】</p> <p>②喫煙率 12.2%【変更】</p>	健康
<p>①禁煙おもてなし登録施設等 235施設</p>	<p>禁煙おもてなし登録施設等 243施設</p>	<p>①禁煙おもてなし登録施設 等 231施設</p> <p>②喫煙率 12.6%</p>	<p>①禁煙おもてなし登録施設 等 236施設</p> <p>②喫煙率 12.2%</p>	<p>①禁煙おもてなし登録施設 等 241施設</p> <p>②喫煙率 11.9%</p>	<p>①禁煙おもてなし登録施設 等 262施設</p> <p>②喫煙率 12.1%</p>	<p>①禁煙おもてなし登録施設 等 271施設</p> <p>②喫煙率 12.1%</p>	B*	<p>①禁煙おもてなし登録施設 等315施設</p> <p>②喫煙率 12.2%【変更】</p>	健康

事業名	事業目的	事業概要	対象者		評価指標	
			年齢	対象者	アウトプット	アウトカム
【平成30年度より実施】 高血圧重症化予防事業	高血圧が重篤な疾患の引き金になること等の認知度を高め、自身の血圧改善のための方法を学び実践に取り組むことを支援し、重症化予防事業を実施する。	おやま・まちづくり出前講座（健康教室） 結果説明会における高血圧重症化予防講話の実施 高血圧要指導者への重症化予防セミナーの開催 （医師講話、薬剤師講話・相談、栄養講話、運動実技）	40歳～74歳	国民健康保険被保険者で高血圧要指導者	①高血圧重症化予防講話の参加率の向上 （対象者の20%）	②事業参加者の血圧検査値が要指導域維持者数修了者の4割参加者の半数 ③事業参加者の血圧検査値の平均値を要指導域以内とする
【平成30年度より実施】 壮年期男性のメタボ予防教室	壮年期男性向けに健康受診勧奨を行うとともに、メタボリックシンドロームの病態や予防法について講話を実施するなかで、自分の生活を振り返り、より良い生活習慣につなげるきっかけづくりの場とする。	○医師によるメタボリックシンドロームの病態とその予防法についての講話 ○スポーツトレーナーによる家でできるストレッチと筋力トレーニング ○在宅栄養士による低カロリー酒肴の紹介と試食 ○メタボノートを活用し、生活習慣改善行動の実施	40歳代～50歳代	国民健康保険被保険者	①教室の参加者80人	②健診受診率の増加30% ③生活習慣改善のきっかけづくりになった人の割合70%
からだスッキリ！ 運動教室	身近な運動体験の機会として、小山市民健康体操「いきいきストレッチング」・チューブ体操・自宅でできる筋力トレーニングなどを普及し、メタボリックシンドロームの予防を図ることを目的とする。	健康づくり運動普及推進員による自宅で気軽にできる運動（ストレッチング・筋力トレーニング）の紹介と実践。	40歳以上	運動制限がなく、運動に興味のある者	①参加者の延べ人数1,125人 ②年間実施回数25回	③日頃運動している者の割合45%
がん検診	がんによる死亡を減少させるために早期発見、早期治療を啓発し、胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん・子宮がん・乳がんの受診率の向上を図る。	○集団健診（5月～翌1月）：保健福祉センターや公民館等の会場で実施（胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん・子宮頸がん・乳がん） ○個別健診（5月～翌2月）：委託医療機関で実施（子宮がん・乳がん） ・受診案内ハガキの送付 ・子宮がん未受診者勧奨 ・精密検査未受診者勧奨 ・子宮頸がん、乳がん無料クーポン券配布 ・ピンクリボンキャンペーンによる子宮がん、乳がんの受診勧奨	40歳以上の市民 子宮がん：20歳以上の女性 乳がん：30歳以上の女性 前立腺がん：50歳以上の男性		①がん検診受診率の向上 胃・肺・大腸は国の指針に基づく ②精密検査受診率の向上	

現状値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	評価	最終目標値	担当課
H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
平成30年度より実施	—	①教室参加者率10% 対象者428人 参加者：43人 ②平成31年度健診受診者43人からの評価 収縮期血圧：23人(53%) 収縮期血圧：32人(74%) ③ 収縮期血圧平均：136.6mmHg g 拡張期血圧平均：77.3mmHg	①教室参加者率8% 対象者：350人 参加者：28人 ②令和2年度健診受診者8人からの評価(暫定値) 収縮期血圧：5人(62.5%) 収縮期血圧：7人(87.5%) ③(暫定値) 収縮期血圧平均：136.3mmHg g 拡張期血圧平均：82.7mmHg	①教室参加者率10% 対象者：298人 参加者：31人(中断者：2人 転出者：1人 社保加入：1人) ②令和3年度健診受診者27名からの評価(暫定値) 収縮期血圧：18人(60%) 拡張期血圧：25(86.6%) ③(暫定値) 収縮期血圧平均：133.5mmHg g 拡張期血圧平均：75.8mmHg	①教室参加者率9% 対象者：228人 参加者：21人(中断者：6人) ②令和4年度健診受診者15名からの評価 収縮期血圧：14人(93%) 拡張期血圧：15人(100%) ③ 収縮期血圧平均：128.2mmHg g 拡張期血圧平均：74.6mmHg	①教室参加者率4% 対象者：319人 参加者：15人(中断者：2人) ②令和5年度健診受診者数6人 収縮期血圧：5人(83%) 拡張期血圧：5人(83%) ③収縮期血圧平均：137.0mmHg g 拡張期血圧平均：79.0mmHg	C	①教室参加者率20% ②事業参加者の血圧検査値が要指導域維持者数 修了者の4割参加者の半数 ③事業参加者の血圧検査値の平均値を要指導域以内とする。	国保健康
平成30年度より実施	—	①教室の参加者27人(延べ人数112人) ②平成30年度参加者健診受診率87.5%(平成30年度)→83.3%(平成31年度) ③生活習慣改善のきっかけづくりになった者の割合95.8%	①教室の参加者20人(延べ人数34人) ②R元年度参加者の健診受診率 ※把握できた者：92%(平成31年度)→100%(令和2年度) ※未把握者含み未把握は未受診とみなす：75%(平成31年度)→65%(令和2年度) ③生活習慣改善のきっかけづくりになった者の割合100%	①教室の参加者23人 ②令和2年度参加者の健診受診率 ※把握できた者：100%(令和2年度)→92.9%(令和3年度) ※未把握者含み未把握者は未受診とみなす：65%(令和2年度)→56.5%(令和3年度) ③生活習慣改善のきっかけづくりになった者の割合100%	①教室の参加者13人 ②令和3年度参加者の健診受診率 ※把握できた者：100%(令和3年度)→100%(令和4年度) ※未把握者含み未把握者は未受診とみなす：61.5%(令和3年度)→46.1%(令和4年度) ③生活習慣改善のきっかけづくりになった者の割合60%	①教室の参加者23人 ②令和4年度参加者の健診受診率 現在アンケート収集中 (3)生活習慣改善のきっかけ作りとなった者の割合「とてもなった」71.4% 「まあ、なった」28.6%	B	①延べ80人 ②教室参加者の健診受診状況85%【変更】 ③きっかけづくりになった者の割合90%【変更】	健康
①参加者の延べ人数547人 ②年間実施回数13回 ③日頃運動している者の割合	①参加者の延べ人数455人 ②年間実施回数12回 ③45.0%(中間評価にかかる市民の暮らしと健康に関する基礎調査H29)	①参加者の延べ人数692人 ②年間18回実施 ③日頃運動している者の割合 未把握	①参加者の延べ人数606人 ②年間実施回数15回 ③日頃運動している者の割合 未把握	①参加者延べ人数102人 ②年間実施回数8回 ③日頃運動している者の割合 未把握	①参加者延べ人数121人 ②年間実施回数10回 ③日頃運動している者の割合 未把握	①参加者延べ人数309人 ②年間実施回数16回 ③日頃運動している者の割合 未把握	B	①参加者の延べ人数560人【変更】 ②年間実施回数18回【変更】 ③日頃運動している者の割合45%	健康
①がん検診受診率 胃13.3% 肺19.1% 大腸20.4% 子宮13.7% 乳27.8% ②精密検査受診率の向上	①がん検診受診率 胃13.2% 肺19.9% 大腸20.9% 子宮12.3% 乳28.3% ②精密検査受診率の向上	①がん検診受診率 胃12.9% 肺20.1% 大腸21.2% 子宮18.3% 乳28.2% ②精密検査受診率の向上	①がん検診受診率 胃12.5% 肺20.3% 大腸21.3% 子宮13.2% 乳28.7% ②精密検査受診率の向上	①がん検診受診率 胃9.8% 肺16.7% 大腸17.4% 子宮10.2% 乳22.4% ②精密検査受診率の向上	①がん検診受診率 胃10.6% 肺19.1% 大腸19.7% 子宮18.6% 乳28.6% ②精密検査受診率の向上	①がん検診受診率 胃10.2% 肺19.7% 大腸20.1% 子宮14.0% 乳29.0% ②精密検査受診率の向上	C	①がん検診受診率の向上 ②精密検査受診率の向上	健康

事業名	事業目的	事業概要	対象者		評価指標	
			年齢	対象者	アウトプット	アウトカム
歯周疾患検診	歯の喪失を予防することにより、生活の質（QOL）の向上及び高齢期における健康維持を目的とする。	○検診内容：問診・診査（歯肉・歯周組織・口腔清掃状況等） ○方法：個別医療機関方式。市内医療機関に委託。 ○対象：40歳・50歳・60歳・70歳の市民。対象者に受診券（ハガキ形式）を発送。	40歳・50歳・60歳・70歳の市民			歯周疾患検診受診率の向上
開運おやま健康マイレージ事業	健康づくりへの意識高揚と習慣化を図るとともに、市民一人一人が健康で豊かな人生を送ることを目的とする。	○「地域版」（4月～翌2月）：16歳以上の市民の健康行動や健康づくり事業への参加にポイントを付与する。10ポイントに達すると、褒賞品と交換または、市内小・中・義務教育学校PTAへの寄附と交換できる。 ○「学校版」：小・中・義務教育学校の児童・生徒を対象に、冬休み期間中の規律正しい生活を促すチェックシートを配布。記入して提出した学校へ褒賞品を贈る。 ○「地域版」を特定保健指導事業参加のインセンティブとして活用する。		「地域版」：16歳以上の市内に住所を有する者 「学校版」：小・中・義務教育学校の児童・生徒		健診の受診、健康づくりのきっかけや励みになった者の割合の向上
【平成30年度～実施】 健康長寿はとむぎ100歳事業	小山市特産「はとむぎ」を生活に取り入れることで、健康で長生き100歳を目指すための取組みを検討し、推進することにより、健康長寿のまちづくりを目指す。	○はとむぎ摂取によるホメオスタシス多視点評価システム実証研究。 ○プロジェクト会議（ホムタス実証研究結果を受けて、はとむぎ活用・普及推進・生産拡大などの検討） ○実証研究成果の発表及びはとむぎ講演会の実施 ○はとむぎ料理の試食	20歳～64歳までの市民		①はとむぎに関する出前講座などの実施回数	②市内の100歳以上の高齢者人数
【平成30年度～実施】 ポリファーマシー（多剤併用）対策事業	適正服薬についての啓発活動を行い、多剤服用による副作用等を防ぎ、被保険者の健康維持と医療費適正化を図る。	(1) おやま・まちづくり出前講座 (2) イベント・広報・おーラジ等を活用した情報発信 (3) (新) 多剤服用者に対する保健指導事業		国民健康保険被保険者	① おやま・まちづくり出前講座の実施回数 ② 情報発信の回数 ③ 保健指導等の実施人数	① ②ポリファーマシーについての認知度の向上 ③保健師による保健指導後の処方薬の減少
親子料理教室 おやこの食育教室	子どもの頃からの望ましい食生活を身につけられるように支援する。	食生活改善推進員による料理教室を開催し、食育講話と実習を実施する。	年長～小学6年生までの親子		開催回数	

現状値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	評価	最終目標値	担当課
H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
歯周疾患 検診受診率 の向上 平成28年度 159人 (4.5) %	391人 11.0%	362人 10.2%	375人 10.6%	367人 10.3%	369人 10.2%	331人 8.8%	C	歯周疾患検 診受診率の 向上	健康
310人 (99.4%)	334人 (95.8%)	290人 (94.5%)	348人 (96.8%)	194人 (96.9%)	163人 (93.1%)	183人 (99.5%)	A	健診の受診、 健康づくり のきっかけ や励みにな った者の割 合の向上 100%【変更】	健康
平成30年度 より実施	—	①3回 ②54人(平 成31年3月)	①6回 ②59人(令 和2年3月)	①新型コロ ナウイルス 感染拡大の ため実施無 し	①新型コロ ナウイルス 感染拡大の ため実施無 し	①新型コロ ナウイルス 感染拡大の ため実施無 し	C	はとむぎに 関する出前 講座などの 実施回数6 回	健康
平成31年度 より実施	—	—	①0回 ②おーラジ 1回、広報 おやま 1 回、リーフ レットの配 布 300部 ③19人	①0回 ②おーラジ 1回、広報 おやま 1 回、リーフ レットの配 布 300部 ③30人	①依頼なし ②おーラジ 1回広報お やま 1回、 リーフレッ トの配布 22部 ③保健指導 指導の実施 人数36人。 保健指導後 に処方薬が 減少した人 数9人	①依頼なし ②おーラジ 1回 広報 おやま 1回 市営住宅だ より1回 リーフレッ トの配布22 部 ③保健指導 の実施人数 21名 保健 指導後に処 方薬が減少 した人数12 人	B	①おーラジ 1回、広報 おやま 1 回、リーフ レットの配 布 300部 【変更】 ②保健指導 実施人数 20人【変 更】	国保
4回		4回	4回	対象者への テキスト配 布 9人	対象者への テキスト配 布 13人	対象者への テキスト配 布 20人	C	4回	健康

事業名	事業目的	事業概要	対象者		評価指標	
			年齢	対象者	アウトプット	アウトカム
認知症予防教室	認知症の原因と予防対策についての知識の普及を図る。	認知症地域支援推進員、高齢者サポートセンター職員、研修を受講したボランティアが一般市民を対象に認知症についての講話を実施する。	65歳以上の市民		開催回数	
介護予防体操普及事業（百歳体操）	高齢者の筋力の維持向上を目指し、錘を使った体操を普及するとともに自主組織の育成を図る。	筋力の向上に伴って重さを増やせる錘を手足につけた体操及び前後の体力評価を行う教室を開催（3カ月）する。 また、修了後、自主的に活動できるよう支援する。	65歳以上の市民		開催回数 参加者数	自主グループの数
介護予防教室	介護予防に関する健康教室を行い、知識の普及を図る。	運動トレーナーや歯科衛生士、保健師などが講師となる市の出前講座や高齢者サポートセンターが主催した健康教室を実施し、ロコモティブシンドローム、フレイル、口腔ケアなどをテーマにした健康教室を実施する。	65歳以上の市民		開催回数 参加者数	
介護予防トレーニング事業（令和4年度より「高齢者筋力向上トレーニング事業」から名称変更）	マシンを使った筋力向上のトレーニング事業を実施し、高齢者が自ら介護予防に取り組むことができるよう支援する。	運動トレーナーの指導のもと、各個人に合った負荷をかけた筋力トレーニングを週1回3カ月行う。	65歳以上の市民で運動制限のない者		参加者数	

現状値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	評価	最終目標値	担当課
H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
開催回数	3コース(8回/コース) 参加者実人数9人	4コース(8回/コース) 参加者実人数54人	4コース(8回/コース) 参加者実人数84人(延べ390人)	1コース(8回/コース) 参加者実人数8人(延べ49人)	2コース(8回/コース) 参加者実人数14人(延べ53人)	4コース(8回/コース) 参加者実人数32人(延べ195人)	B	4コース(8回/コース)開催	高齢
①開催回数 ②参加者数 ③自主グループの数	①84回 ②1,536人 ③24グループ	①91回 ②1,576人 ③29グループ	①92回 ②1,720人 ③34グループ	①8回 ②109人 ③34グループ	①34回 ②376人 ③38グループ	①46回 ②582人 ③40グループ	B	年間5か所以上の立上支援	高齢
開催回数 参加者数		・いきいきふれあいセンター(12回、481人) ・高齢者サポートセンター主催(54回、1,494人)	・いきいきふれあいセンター(8回、262人) ・高齢者サポートセンター主催(69回、1,988人)	・高齢者サポートセンター主催(16回 195人)	・高齢者サポートセンター主催(45回 593人)	いきいきふれあいセンター(2回、72人) ・高齢者サポートセンター主催(78回、1,566人)	B	—	高齢
参加者数	48回 1,771人	48回 1,968人	86回 2,837人	42回 456人(延)	31回 402人(延)	36回 297人(延)	E	56回 1,008人	高齢

第4章 現状と課題把握

1. 死亡の状況

✎標準化死亡比は男性106.1、女性106.9と高くなっており、令和3年度における主たる標準化死亡比の内訳について、男性では結腸の悪性新生物（大腸）139.2、女性では脳内出血218.1が高くなっています。

男女別 標準化死亡比 （令和4年度）

	小山市	県	同規模	国
男性	106.1	105.7	96.9	100.0
女性	106.9	108.1	99.9	100.0

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別・疾病項目別 標準化死亡比

疾病項目		平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度
悪性新生物（胃）	全体	104.2	113.2	109.7	97.7
	男性	121.6	108.7	108.0	99.7
	女性	66.9	119.2	108.9	89.8
悪性新生物（大腸：結腸）	全体	125.2	106.5	116.5	103.9
	男性	99.7	123.6	109.0	139.2
	女性	151.0	87.9	123.3	64.9
悪性新生物（肝及び肝内胆管）	全体	104.8	57.1	108.0	117.7
	男性	102.6	62.0	130.9	127.3
	女性	106.7	44.8	55.4	91.8
悪性新生物（気管、気管支及び肺）	全体	124.6	103.2	79.8	102.5
	男性	132.2	104.2	75.3	115.5
	女性	101.7	96.9	87.2	64.1
急性心筋梗塞	全体	136.9	151.0	103.7	99.6
	男性	122.8	157.5	99.6	103.2
	女性	155.6	138.0	107.8	91.2
心不全	全体	98.3	91.4	98.8	104.6
	男性	83.7	76.6	100.6	105.6
	女性	107.2	101.0	96.8	103.2
脳内出血	全体	135.0	135.5	142.9	140.5
	男性	129.6	152.5	156.3	83.8
	女性	140.3	110.1	121.0	218.1
脳梗塞	全体	117.1	114.4	95.6	111.6
	男性	133.1	130.9	100.9	118.4
	女性	100.9	97.2	88.8	102.9
肺炎	全体	112.4	99.1	106.5	101.2
	男性	101.1	102.2	72.5	113.0
	女性	126.6	94.7	153.3	81.0
肝疾患	全体	83.7	78.0	80.3	82.8
	男性	71.9	92.4	81.6	80.1
	女性	105.3	45.2	74.8	85.7
腎不全	全体	141.7	87.6	103.4	109.4
	男性	151.5	97.6	104.8	84.0
	女性	130.6	76.2	99.9	137.9

出典（参照元データ）：「栃木県の保健統計情報 第1章人口動態統計年報」、「e-stat（政府統計の総合窓口）」

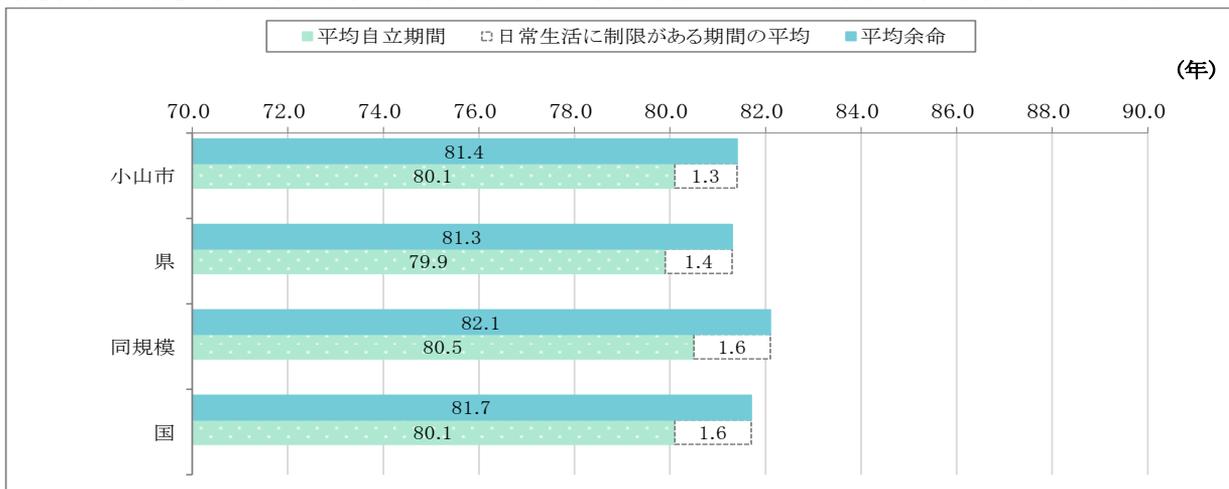
2. 平均余命と平均自立期間

男女共に平均余命、平均自立期間が県とほぼ同様です。日常生活に制限がある期間の平均は男性が1.3年であるのに対し、女性は2.8年と倍以上となっています。

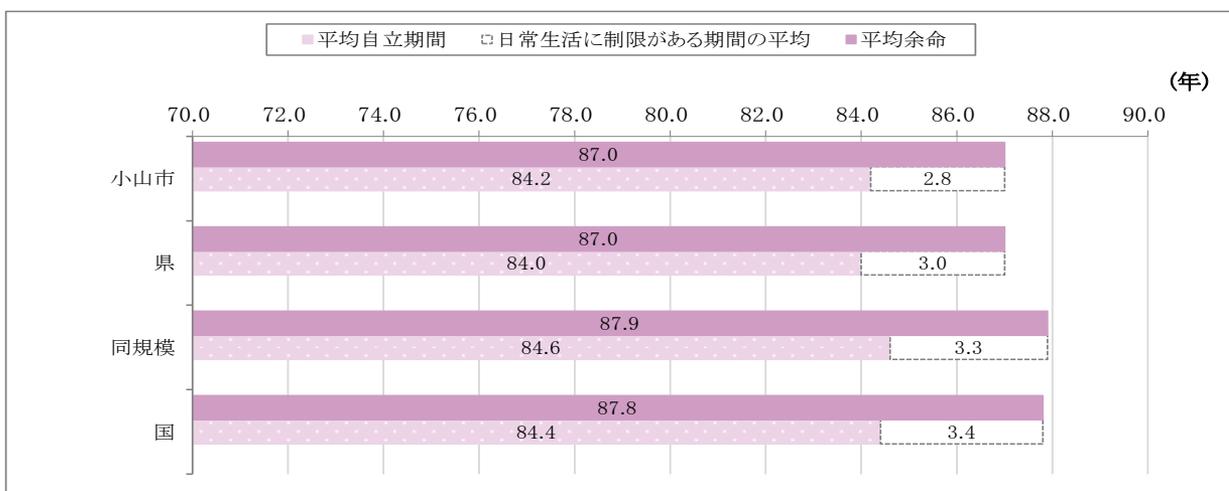
男女共に平均自立期間をいかに伸ばすかが課題ですが、特に女性の健康寿命の延伸に取り組む必要があります。

平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



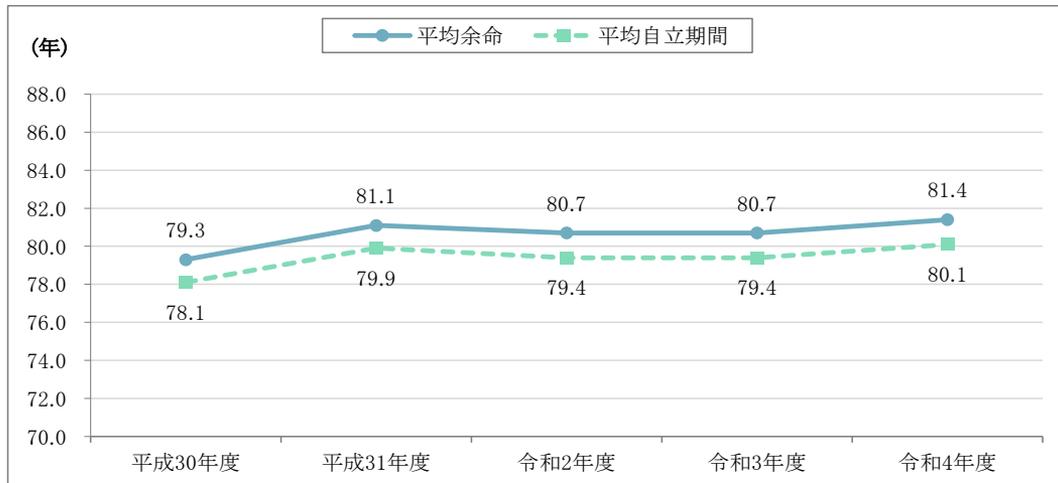
✍️男性における令和4年度の平均自立期間80.1年は平成30年度78.1年から2.0年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.2年は平成30年度83.6年から0.6年延伸しています。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

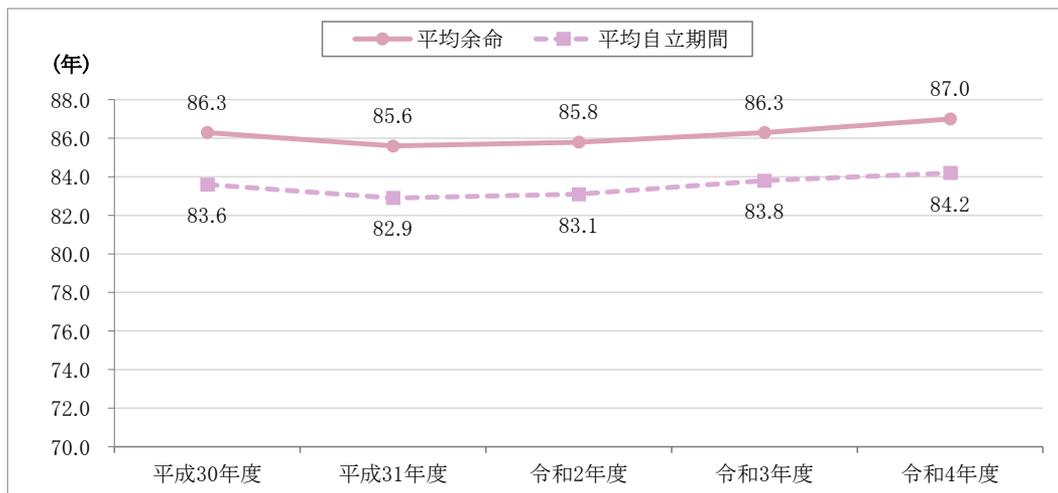
年度	男性			女性		
	平均余命 (年)	平均自立期間 (年)	日常生活に制限がある期間の平均 (年)	平均余命 (年)	平均自立期間 (年)	日常生活に制限がある期間の平均 (年)
平成30年度	79.3	78.1	1.2	86.3	83.6	2.7
平成31年度	81.1	79.9	1.2	85.6	82.9	2.7
令和2年度	80.7	79.4	1.3	85.8	83.1	2.7
令和3年度	80.7	79.4	1.3	86.3	83.8	2.5
令和4年度	81.4	80.1	1.3	87.0	84.2	2.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



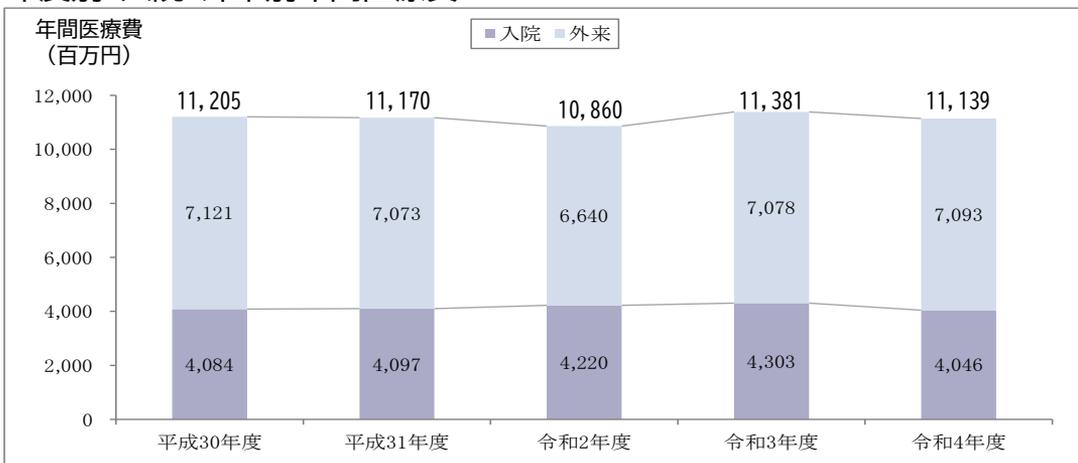
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

3. 医療費の基礎集計

令和4年度の年間医療費はおよそ111億3,900万円で平成30年度のおよそ112億500万円（億で統一）と比べて0.6%減少しています。入院・外来別に見ると、入院医療費は0.4%減少、外来医療費は0.9%減少しました。

本市の令和4年度の被保険者一人あたり1カ月あたり医療費は26,892円で県・同規模・国よりも低くなっています。また、平成30年度と比べると11.0%増加しており、同規模や国よりは伸び率がやや高く、県よりはやや低い状況です。

年度別 入院・外来別年間医療費



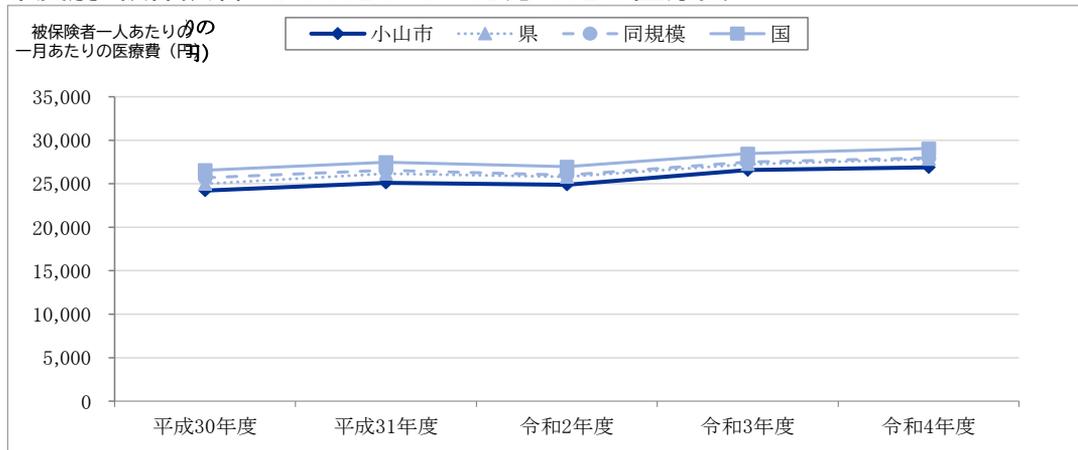
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 被保険者一人あたりの一カ月あたり医療費 (円)

年度	小山市	県	同規模	国
平成30年度	24,221	24,985	25,685	26,555
平成31年度	25,115	26,149	26,560	27,475
令和2年度	24,887	25,789	25,998	26,961
令和3年度	26,569	27,246	27,487	28,469
令和4年度	26,892	27,830	27,969	29,043

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人あたりの医療費…1カ月分相当。

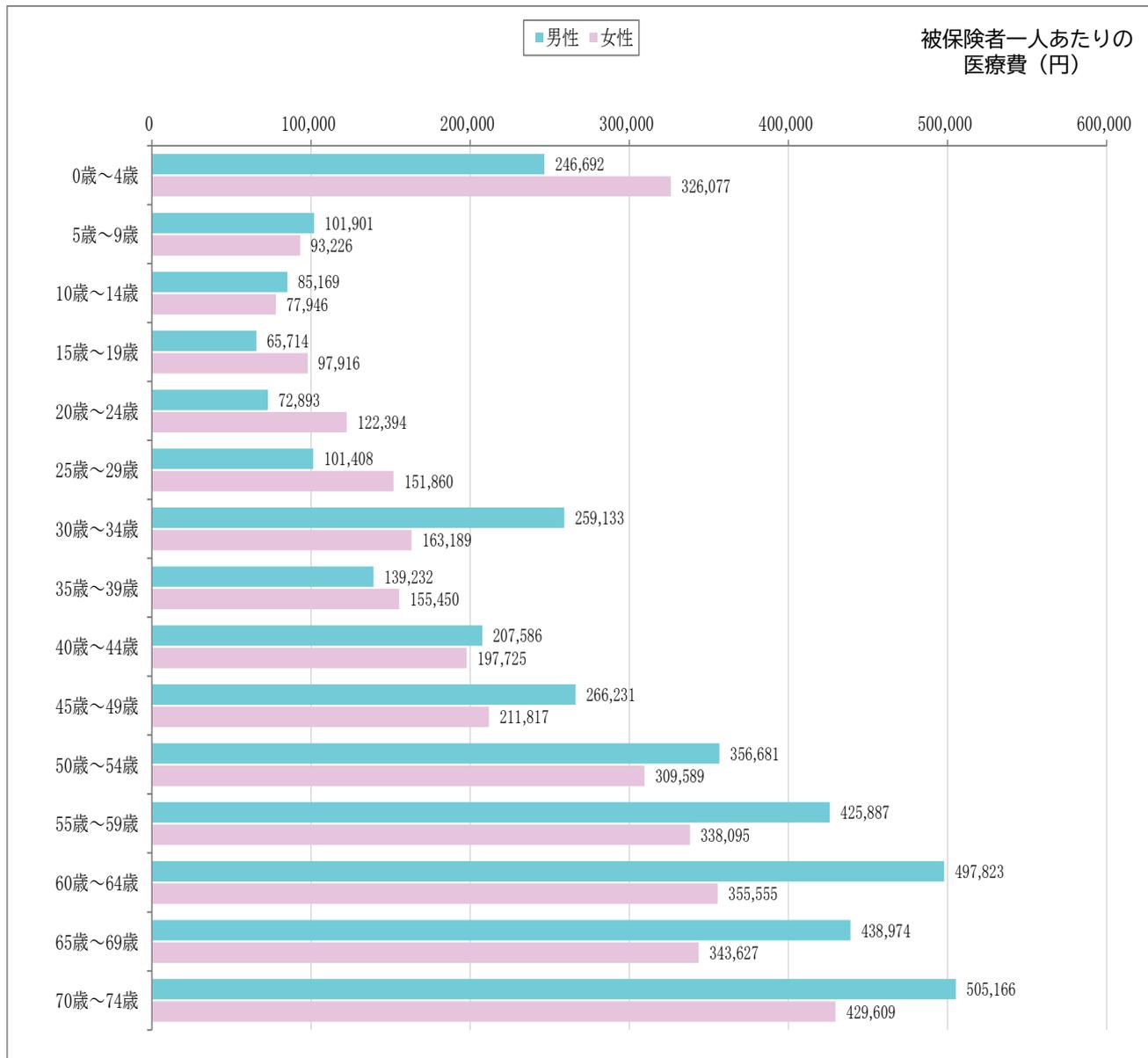
年度別 被保険者一人あたりの一カ月あたり医療費



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人あたりの医療費…1カ月分相当。

✍ 本市の被保険者一人あたりの年間医療費について、女性は40歳以上から男性よりも少額になっています。

男女年齢階層別 被保険者一人あたりの医療費(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

4. 疾病別医療費

(1) 大分類による疾病別医療費統計

疾病大分類別の医療費をみると、「新生物<腫瘍>」が医療費合計の15.7%、「循環器系の疾患」は医療費合計の13.1%と高い割合を占めており、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が9.5%、「腎尿路生殖器系の疾患」及び「筋骨格系及び結合組織の疾患」が8.2%が上位5疾病です。

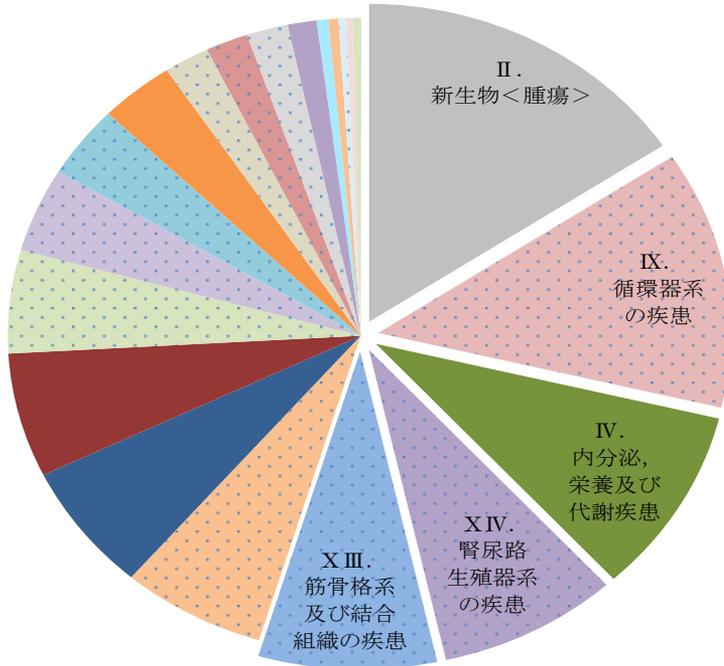
大分類による疾病別医療費統計（令和4年度） ※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

疾病分類(大分類)	A			B		C		A/C	
	医療費(円) ※	構成比 (%)	順位	レセプト件数 ※	順位	患者数(人) ※	順位	患者一人あたり医療費	順位
I. 感染症及び寄生虫症	232,563,618	2.1%	13	32,355	13	7,889	12	29,479	16
II. 新生物<腫瘍>	1,742,493,113	15.7%	1	35,094	12	8,654	9	201,351	3
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	409,570,501	3.7%	11	14,611	17	3,461	16	118,339	6
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	1,053,857,218	9.5%	3	178,815	1	16,133	1	65,323	11
V. 精神及び行動の障害	703,339,425	6.3%	8	47,917	8	4,665	15	150,769	4
VI. 神経系の疾患	725,732,849	6.5%	7	82,339	6	8,095	11	89,652	8
VII. 眼及び付属器の疾患	477,953,766	4.3%	10	47,797	9	11,740	6	40,712	14
VIII. 耳及び乳様突起の疾患	34,449,281	0.3%	21	8,552	18	2,696	17	12,778	22
IX. 循環器系の疾患	1,461,346,069	13.1%	2	176,981	2	14,886	4	98,169	7
X. 呼吸器系の疾患	582,824,580	5.2%	9	86,112	5	15,805	2	36,876	15
X I. 消化器系の疾患 ※	735,927,940	6.6%	6	137,216	3	15,448	3	47,639	13
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	216,572,070	1.9%	14	56,844	7	10,773	7	20,103	19
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	909,424,179	8.2%	5	111,996	4	13,750	5	66,140	10
X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	918,176,322	8.2%	4	42,877	11	7,084	13	129,613	5
X V. 妊娠、分娩及び産じょく ※	59,263,683	0.5%	17	721	20	248	20	238,966	2
X VI. 周産期に発生した病態 ※	50,652,242	0.5%	18	158	22	74	21	684,490	1
X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常	39,029,773	0.4%	19	1,940	19	565	19	69,079	9
X VIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	147,349,304	1.3%	16	45,118	10	9,299	8	15,846	20
X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	381,356,981	3.4%	12	21,466	14	6,145	14	62,060	12
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	37,318,400	0.3%	20	15,414	16	2,604	18	14,331	21
X X II. 特殊目的用コード	212,187,565	1.9%	15	18,525	15	8,189	10	25,911	18
分類外	1,829,941	0.0%	22	283	21	70	22	26,142	17
合計	11,133,218,820			473,350		31,833		349,738	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
 株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。
 ※医療費…大分類の疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのためその他統計と一致しない。
 ※レセプト件数…大分類における疾病項目毎に集計するため、合計件数はその他統計と一致しない(一件のレセプトに複数の疾病があるため)。
 ※患者数…大分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数はその他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。
 ※消化器系の疾患…歯科レセプト情報と思われるものはデータ化対象外のため算出できない。
 ※妊娠、分娩及び産じょく…乳房腫大・骨盤変形などの傷病名が含まれるため、「男性」においても医療費が発生する可能性がある。
 ※周産期に発生した病態…ABO因子不適合などの傷病名が含まれるため、周産期(妊娠22週から出生後7日未満)以外においても医療費が発生する可能性がある。

✍️ 疾病項目別医療費割合は、「新生物<腫瘍>」「循環器系の疾患」「内分泌，栄養及び代謝疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」の医療費で高い割合を占めています。

疾病項目別医療費割合（令和4年度）



- II. 新生物<腫瘍>
- IX. 循環器系の疾患
- IV. 内分泌，栄養及び代謝疾患
- XIV. 腎尿路生殖器系の疾患
- XIII. 筋骨格系及び結合組織の疾患
- X I. 消化器系の疾患
- VI. 神経系の疾患
- V. 精神及び行動の障害
- X. 呼吸器系の疾患
- VII. 眼及び付属器の疾患
- III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- X IX. 損傷，中毒及びその他の外因の影響
- I. 感染症及び寄生虫症
- X II. 皮膚及び皮下組織の疾患
- X X II. 特殊目的用コード
- X VIII. 症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- X V. 妊娠，分娩及び産じょく
- X VI. 周産期に発生した病態
- X VII. 先天奇形，変形及び染色体異常
- X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
- VIII. 耳及び乳様突起の疾患
- 分類外

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
 株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。
 消化器系の疾患…歯科レセプト情報と思われるものはデータ化対象外のため算出できない。

(2) 高額レセプトによる医療費統計

令和4年度高額レセプト件数3,673件は平成30年度3,395件より278件増加しており、令和4年度高額レセプトの医療費は39億9,640万円です。

この間、その他（高額レセプト以外）レセプトの医療費は3億9,032万円減少していますが、高額レセプトの医療費が3億7,453万円増加しているため、医療費全体では1,579万円減少にとどまっている状況にあります。高額レセプトの医療費の適正化が医療費全体の適正化に直結します。

平成30年度から令和4年度に発生している高額レセプトの集計結果を年度別に示したものです。

年度別 高額(5万点以上)レセプト件数及び割合

		平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
A	レセプト件数(件)	504,529	487,880	453,598	478,040	475,782
B	高額レセプト件数(件)	3,395	3,443	3,547	3,734	3,673
B/A	総レセプト件数に占める高額レセプトの割合(%)	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%
C	医療費全体(円)※	11,169,662,840	11,139,024,630	10,903,020,780	11,403,430,000	11,153,873,260
D	高額レセプトの医療費(円)※	3,621,870,890	3,694,717,030	3,865,844,700	4,066,268,700	3,996,398,830
E	その他レセプトの医療費(円)※	7,547,791,950	7,444,307,600	7,037,176,080	7,337,161,300	7,157,474,430
D/C	総医療費に占める高額レセプトの割合(%)	32.4%	33.2%	35.5%	35.7%	35.8%

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60カ月分)。

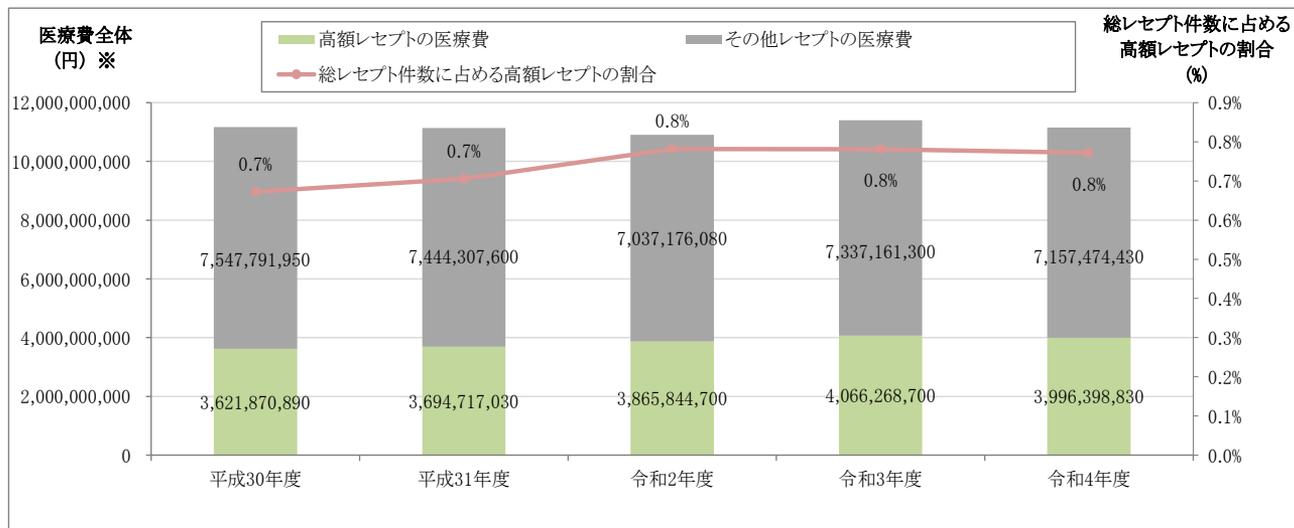
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費全体…データ化範囲(分析対象)全体での医療費を算出。

※高額レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプトの医療費。

※その他レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプト以外の医療費。

年度別 高額(5万点以上)レセプトの医療費及び件数割合



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費全体…データ化範囲(分析対象)全体での医療費を算出。

(3) 中分類による疾病別医療費統計

✂医療費上位10疾病では、1位：腎不全、3位：糖尿病、7位：高血圧性疾患が上位に入っており、患者数上位10疾病では、1位：高血圧性疾患、2位：糖尿病、4位：脂質異常症と、生活習慣病が上位に入っています。

また、患者一人あたりの医療費上位10疾病でも、1位：腎不全となっていることから、特定健康診査や特定保健指導の充実をはじめ、被保険者の健康に対する意識や生活習慣改善行動を促すための効果的な保健事業が大切となり、一次予防、重症化予防それぞれをより適切に実施していくことが必要となります。

中分類による疾病別統計(医療費上位10疾病) (令和4年度)

順位	疾病分類 (中分類)		医療費 (円) ※	構成比 (%) (医療費総計全体に対して占める割合)	患者数 (人)
1	1402	腎不全	713,350,425	6.4%	916
2	0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	620,772,359	5.6%	3,784
3	0402	糖尿病	613,206,779	5.5%	10,769
4	1113	その他の消化器系の疾患	483,997,517	4.3%	10,498
5	0606	その他の神経系の疾患	459,122,985	4.1%	7,534
6	0903	その他の疾患	442,239,048	4.0%	5,454
7	0901	高血圧疾患	409,002,284	3.7%	11,612
8	0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	359,372,771	3.2%	1,421
9	0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	320,279,457	2.9%	1,835
10	0704	その他の眼及び付属器の疾患	270,296,728	2.4%	7,887

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れなど)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

中分類による疾病別統計(患者数上位10疾病) (令和4年度)

順位	疾病分類 (中分類)		医療費 (円)	患者数 (人) ※	構成比 (%) (医療費総計全体に対して占める割合)
1	0901	高血圧疾患	409,002,284	11,612	36.5%
2	0402	糖尿病	613,206,779	10,769	33.8%
3	1113	その他の消化器系の疾患	483,997,517	10,498	33.0%
4	0403	脂質異常症	260,972,348	9,465	29.7%
5	1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	147,349,304	9,299	29.2%
6	0703	屈折及び調節の障害	28,796,725	8,498	26.7%
7	2220	その他の特殊目的用コード	212,186,822	8,189	25.7%
8	1105	胃炎及び十二指腸炎	87,902,984	8,061	25.3%
9	1202	皮膚炎及び湿疹	93,808,818	8,021	25.2%
10	0704	その他の眼及び付属器の疾患	270,296,728	7,887	24.8%

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※患者数…中分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数はその他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

中分類による疾病別統計(患者一人あたりの医療費上位10疾病) (令和4年度)

順位	疾病分類 (中分類)	医療費 (円) ※	患者数 (人)	患者一人当たりの医療費 (円)
1	1402 腎不全	713,350,425	916	778,767
2	0209 白血病	78,369,377	108	725,642
3	1602 その他の周産期に発生した病態	29,617,339	49	604,435
4	0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	47,587,935	87	546,988
5	1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害	21,034,903	42	500,831
6	0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	83,932,194	207	405,470
7	0206 乳房の悪性新生物<腫瘍>	160,457,313	527	304,473
8	0904 <も膜下出血	23,491,397	79	297,359
9	0503 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	359,372,771	1,421	252,901
10	0601 パーキンソン病	58,825,818	242	243,082

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

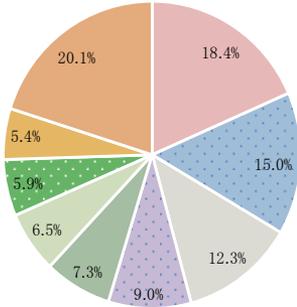
株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れなど)場合集計できない。そのためその他統計と一致しない。

(4) 入院・外来別の疾病別医療費

入院医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、18.4%を占めています。

大分類別医療費構成比 (入院)(令和4年度)



- 新生物<腫瘍>
- 循環器系の疾患
- 精神及び行動の障害
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 神経系の疾患
- 呼吸器系の疾患
- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 消化器系の疾患
- その他 ※

※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析 (入院)(令和4年度)

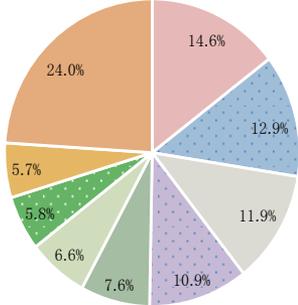
順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
1	新生物<腫瘍>	18.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.9%	膵臓がん	0.8%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.2%	前立腺がん	0.8%
			結腸の悪性新生物<腫瘍>	1.7%	食道がん	0.7%
					肺がん	2.2%
2	循環器系の疾患	15.0%	その他の心疾患	5.3%	不整脈	2.1%
			虚血性心疾患	3.4%	心臓弁膜症	1.0%
			脳梗塞	2.8%	狭心症	2.3%
					脳梗塞	2.8%
3	精神及び行動の障害	12.3%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6.4%	統合失調症	6.4%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.5%	うつ病	2.5%
			その他の精神及び行動の障害	2.3%		
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.0%	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.3%		
			関節症	2.1%	関節疾患	2.1%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	1.7%		

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

外来医療費では、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が最も高く、14.6%を占めています。

大分類別医療費構成比
(外来)(令和4年度)



- ・ 内分泌、栄養及び代謝疾患
- ・ 新生物<腫瘍>
- ・ 泌尿器系の疾患
- ・ 循環器系の疾患
- ・ 筋骨格系及び結合組織の疾患
- ・ 消化器系の疾患
- ・ 呼吸器系の疾患
- ・ 眼及び付属器の疾患
- ・ その他 ※

※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析	
1	内分泌、栄養及び代謝疾患 14.6%	糖尿病	10.1%	糖尿病	8.9%
				糖尿病網膜症	1.2%
		脂質異常症	3.5%	脂質異常症	3.5%
		甲状腺障害	0.6%	甲状腺機能低下症	0.2%
2	新生物<腫瘍> 12.9%	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.2%	前立腺がん	1.1%
				腎臓がん	0.4%
		乳房の悪性新生物<腫瘍>	1.9%	卵巣腫瘍(悪性)	0.3%
				乳がん	1.9%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	1.8%	肺がん	1.8%
3	泌尿器系の疾患 11.9%	腎不全	10.0%	慢性腎臓病(透析あり)	7.8%
				慢性腎臓病(透析なし)	0.2%
		その他の腎尿路系の疾患	0.6%		
		乳房及びその他の女性生殖系の疾患	0.5%	乳腺症	0.0%
4	循環器系の疾患 10.9%	高血圧性疾患	5.1%	高血圧症	5.1%
		その他の心疾患	4.2%		
		虚血性心疾患	0.7%	狭心症	0.5%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

5. 生活習慣病医療費

(1) 生活習慣病と生活習慣病以外の医療費

✎ 総医療費は111億3,321万円で、そのうち、生活習慣病の医療費は24億5,673万円（構成比22.1%）、生活習慣病以外の医療費は86億7,648万円（構成比77.9%）となっています。

生活習慣病と生活習慣病以外の医療費（令和4年度）

	入院（円）	構成比（%）	入院外（円）	構成比（%）	合計（円）	構成比（%）
生活習慣病	534,461,661	13.2%	1,922,276,099	27.1%	2,456,737,760	22.1%
生活習慣病以外	3,504,479,529	86.8%	5,172,001,531	72.9%	8,676,481,060	77.9%
合計（円）	4,038,941,190		7,094,277,630		11,133,218,820	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

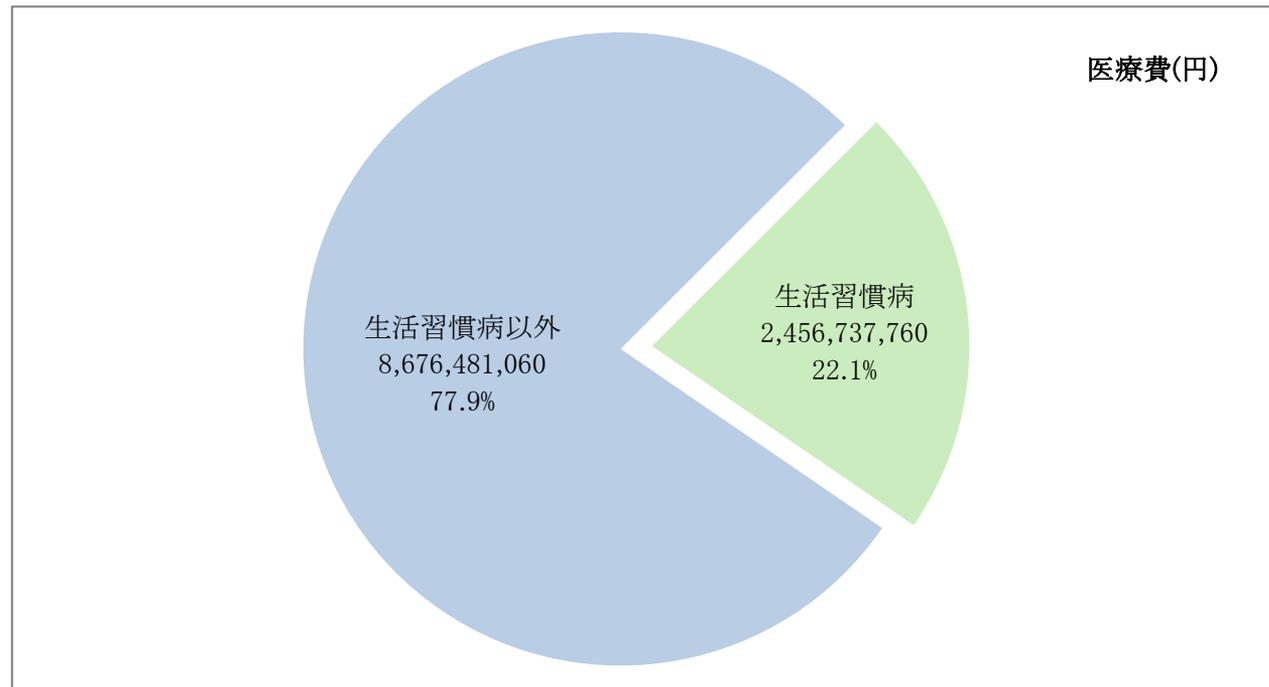
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合（令和4年度）



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

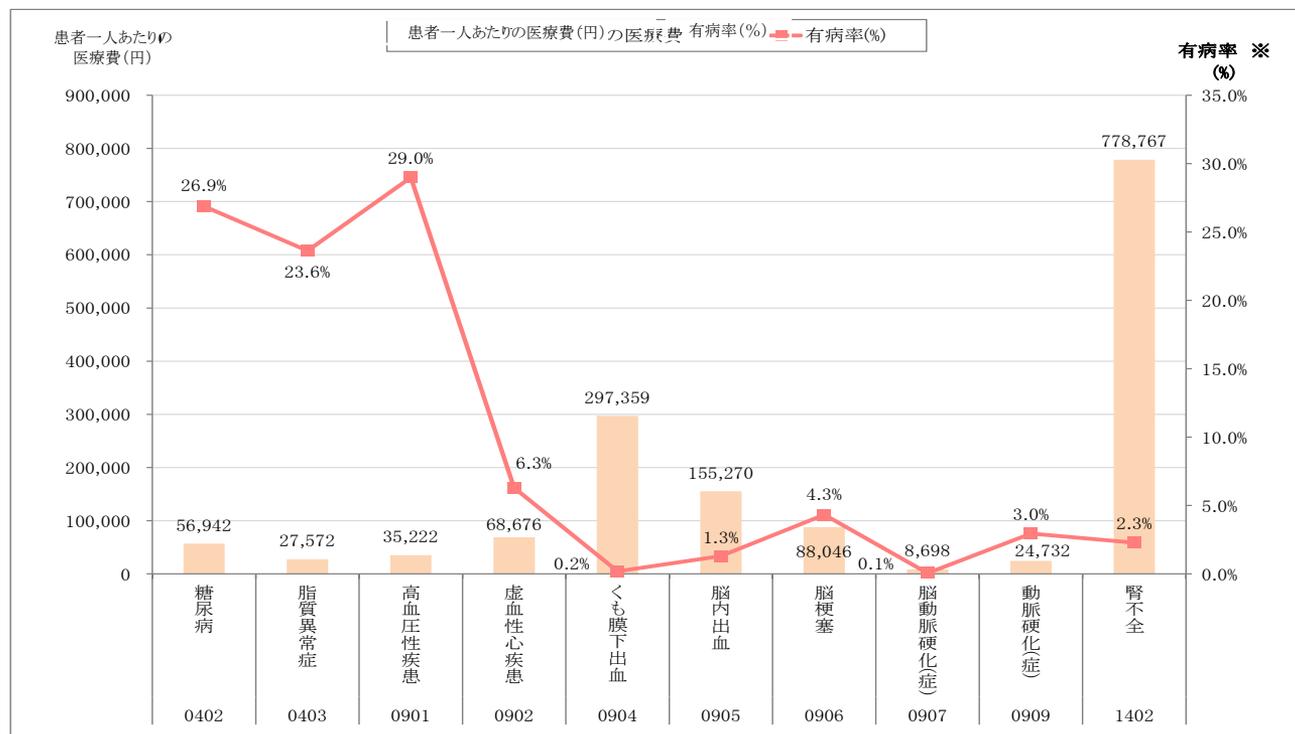
(2) 生活習慣病疾病別医療費などの状況

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)における、生活習慣病疾病別の医療費の多い順に、腎不全、糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症、虚血性心疾患、脳梗塞となっています。また、患者一人あたりの医療費は腎不全が非常に高い状況です。

生活習慣病疾病別 医療費統計 (令和4年度)

疾病分類 (中分類)	医療費 (円)	構成比 (%)	順位	患者数 (人)	有病率 (%) ※	順位	患者一人当たりの医療費 (円)	順位
0402 糖尿病	613,206,779	25.0%	2	10,769	26.9%	2	56,942	6
0403 脂質異常症	260,972,348	10.6%	4	9,465	23.6%	3	27,572	8
0901 高血圧性疾患	409,002,284	16.6%	3	11,612	29.0%	1	35,222	7
0902 虚血性心疾患	173,612,863	7.1%	5	2,528	6.3%	4	68,676	5
0904 くも膜下出血	23,491,397	1.0%	9	79	0.2%	9	297,359	2
0905 脳内出血	81,051,024	3.3%	7	522	1.3%	8	155,270	3
0906 脳梗塞	152,584,141	6.2%	6	1,733	4.3%	5	88,046	4
0907 脳動脈硬化(症)	208,763	0.0%	10	24	0.1%	10	8,698	10
0909 動脈硬化(症)	29,257,736	1.2%	8	1,183	3.0%	6	24,732	9
1402 腎不全	778,350,425	29.0%	1	916	2.3%	7	778,767	1
合計	2,456,737,760			17,518	43.7%		140,241	

生活習慣病疾病別 患者一人あたりの医療費と有病率 (令和4年度)



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※有病率…被保険者数に占める患者数の割合。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

6. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

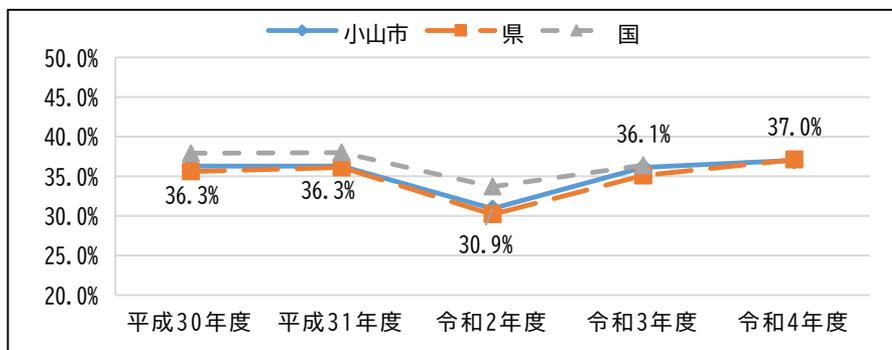
令和4年度の特定健康診査の受診率は37.0%と、平成30年度の36.3%より0.7ポイント増加しています。また令和4年度の受診率は県と同程度となっています。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健康診査受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
小山市	36.3%	36.3%	30.9%	36.1%	37.0%
県	36.6%	37.0%	30.8%	35.7%	37.1%
国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	—

出典：法定報告

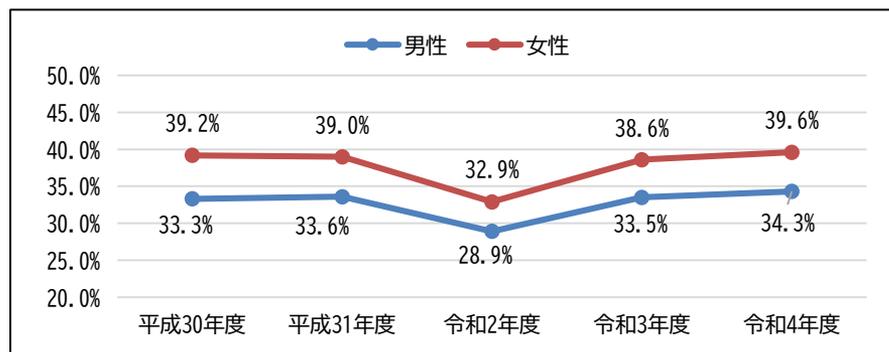
年度別 特定健康診査受診率



出典：法定報告

男女別の特定健康診査の受診率をみると、この5年間、女性の受診率が男性より4%～6%高い状況が続いています。また、男性の令和4年度受診率34.3%は平成30年度33.3%より1.0ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率39.6%は平成30年度39.2%より0.4ポイント増加していることから、男女間の差はやや縮小しています。

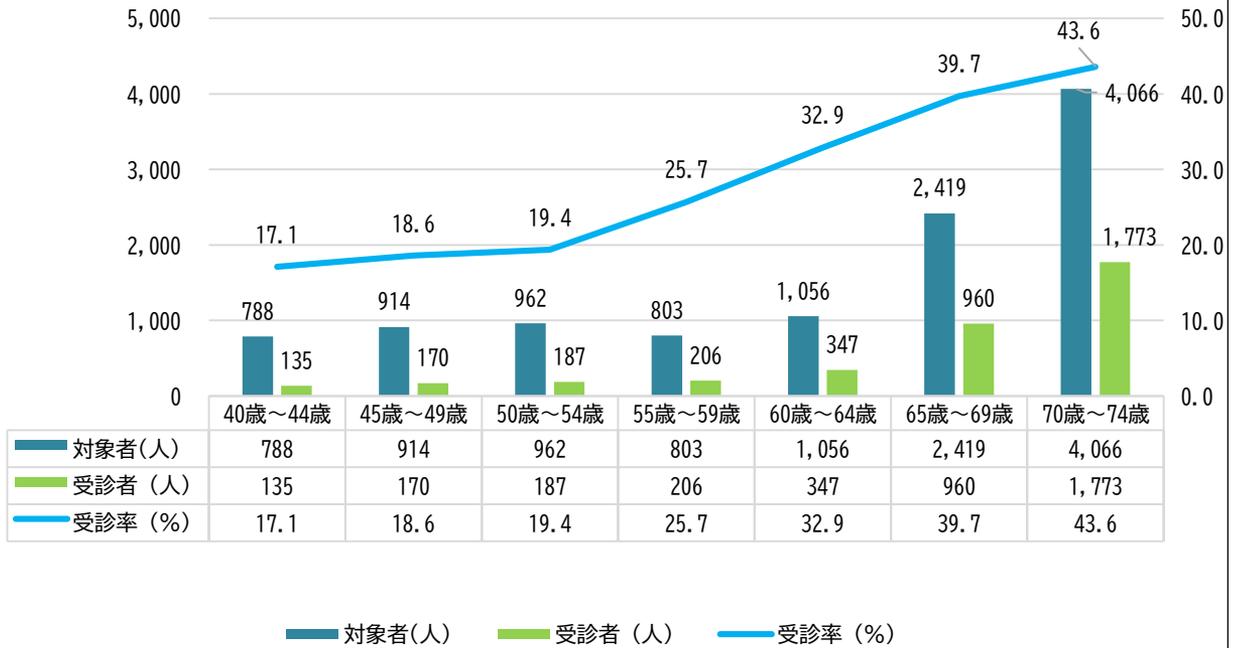
年度・男女別 特定健康診査受診率



出典：法定報告

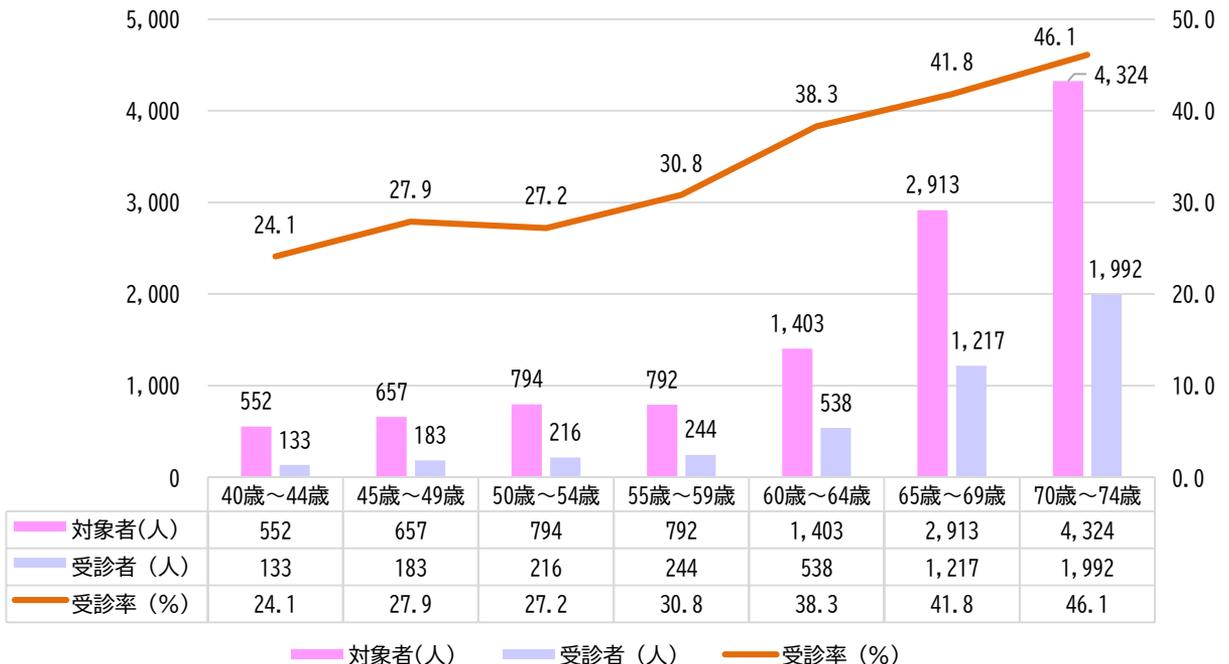
✎ 年齢が上がるに伴って受診率が上がる傾向にあります。特に40歳代から50歳代男性の受診率が低いため、若い世代の受診率向上が今後の課題です。

令和4年度 年齢別特定健診受診者及び受診率（男性）



出典:法定報告

令和4年度 年齢別特定健診受診者及び受診率（女性）



出典:法定報告

(2) 検査項目別有所見者の状況

✎検査項目別に有所見者の割合をみると、HbA1cの項目について男女共に県及び国より高い割合となっています。その他全体（40歳～74歳）を通して、女性よりも男性の方が県及び国よりも割合が高くなっています。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

(単位：人)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	
小山市	40歳～64歳	男性(割合)	357 (33.9%)	588 (55.9%)	306 (29.1%)	302 (28.7%)	76 (7.2%)	153 (14.5%)	557 (52.9%)
		女性(割合)	316 (23.8%)	250 (18.8%)	177 (13.3%)	145 (10.9%)	12 (0.9%)	78 (5.9%)	728 (54.8%)
	65歳～74歳	男性(割合)	912 (33.3%)	1,642 (60.0%)	606 (22.2%)	463 (16.9%)	168 (6.1%)	543 (19.9%)	1,945 (71.1%)
		女性(割合)	777 (24.2%)	697 (21.7%)	445 (13.8%)	312 (9.7%)	38 (1.2%)	371 (11.5%)	2,293 (71.3%)
	全体 (40歳～74歳)	男性(割合)	1,269 (33.5%)	2,230 (58.9%)	912 (24.1%)	765 (20.2%)	244 (6.4%)	696 (18.4%)	2,502 (66.1%)
		女性(割合)	1,093 (24.1%)	947 (20.8%)	622 (13.7%)	457 (10.1%)	50 (1.1%)	449 (9.9%)	3,021 (66.5%)
県	割合	27.7%	35.3%	18.2%	14.8%	3.7%	32.1%	57.4%	
国	割合	26.8%	34.9%	21.2%	14.0%	3.9%	24.7%	58.3%	

(単位：人)

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	60未満	
小山市	40歳～64歳	男性(割合)	423 (40.2%)	285 (27.1%)	576 (54.8%)	15 (1.4%)	255 (24.2%)	591 (56.2%)	111 (10.6%)
		女性(割合)	392 (29.5%)	223 (16.8%)	723 (54.4%)	1 (0.1%)	274 (20.6%)	837 (63.0%)	140 (10.5%)
	65歳～74歳	男性(割合)	1,582 (57.8%)	610 (22.3%)	1,136 (41.5%)	111 (4.1%)	1,019 (37.3%)	1,241 (45.4%)	798 (29.2%)
		女性(割合)	1,677 (52.2%)	501 (15.6%)	1,631 (50.7%)	6 (0.2%)	948 (29.5%)	1,468 (45.7%)	712 (22.2%)
	全体 (40歳～74歳)	男性(割合)	2,005 (52.9%)	895 (23.6%)	1,712 (45.2%)	126 (3.3%)	1,274 (33.6%)	1,832 (48.4%)	909 (24.0%)
		女性(割合)	2,069 (45.5%)	724 (15.9%)	2,354 (51.8%)	7 (0.2%)	1,222 (26.9%)	2,305 (50.7%)	852 (18.8%)
県	割合	49.2%	21.0%	47.6%	1.2%	27.0%	32.0%	20.3%	
国	割合	48.2%	20.7%	50.0%	1.3%	21.7%	18.7%	21.9%	

出典：国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

(3) メタボリックシンドローム該当状況

健診受診者全体では、予備群は12.1%、該当者は22.7%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全てにあてはまる該当者は8.2%です。

該当者の割合は県や国よりも高く、ここ数年、差が拡大する傾向にあります。また、予備群の割合も、県や国よりもやや高くなっています。

健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)										
40歳～64歳	2381	26.6%	133	5.6%	306	12.9%	25	1.0%	176	7.4%	105	4.4%
65歳～74歳	5949	43.1%	151	2.5%	700	11.8%	51	0.9%	546	9.2%	103	1.7%
全体(40歳～74歳)	8330	36.6%	284	3.4%	1006	12.1%	76	0.9%	722	8.7%	208	2.5%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)								
40歳～64歳	399	16.8%	61	2.6%	29	1.2%	189	7.9%	120	5.0%
65歳～74歳	1488	25.0%	269	4.5%	62	1.0%	596	10.0%	561	9.4%
全体(40歳～74歳)	1887	22.7%	330	4.0%	91	1.1%	785	9.4%	681	8.2%

出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク(①血糖 ②血圧 ③脂質)	該当状況
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

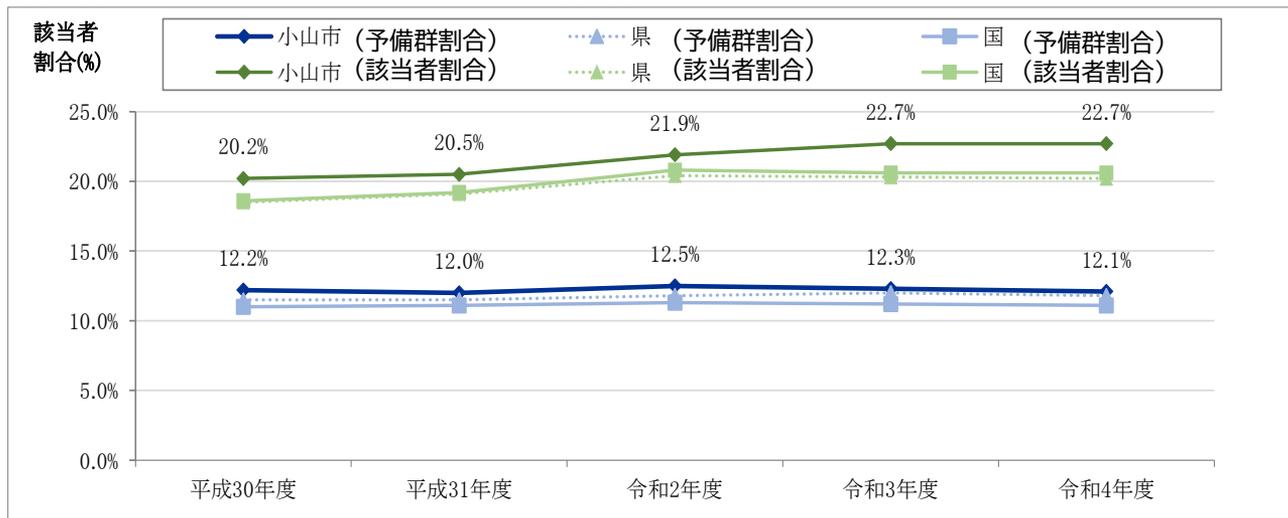
①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

(4) 特定健康診査未受診率理由の調査結果

✎特定健康診査に関するアンケート調査を実施し、未受診の理由について、複数回答で計913件の回答があり、「定期的に通院している」が最も多く、次いで「受けに行くのが面倒」となっています。

また、「その他」を除く17の理由について課題別に分類してみると、①「通院」203件、②「被保険者の意識」188件、③「保険者の体制」257件、④「対象者側の理由」116件、⑤「問題なし」88件、となりました。①「通院」についてはかかりつけ医との連携、②「被保険者の意識」についてはポピュレーションアプローチのさらなる推進、③「保険者の体制」については、優先順位に基づく対応が必要です。

実施期間 令和5年6月から7月

回答率 25% (3,000人中745人回答)

【図表】 アンケート調査まとめ

理 由	集計(人)	割合(%)	課題分類
定期的に通院している	203	27.2	①通院
受けに行くのが面倒	105	14.1	②意識
指定された時間が合わない	70	9.4	③体制
手続きが面倒	65	8.7	③体制
勤務先で特定健康診査を受けた(受ける予定)	63	8.5	⑤問題なし
時間が取れない(仕事)	57	7.7	④対象者
お金がかかる	45	6.0	③体制
病気が見つかるのが不安	40	5.4	②意識
時間が取れない(その他)	38	5.1	④対象者
健診に時間がかかる	32	4.3	③体制
人間ドックを受けた(受ける予定)	25	3.4	⑤問題なし
会場までの移動手段がない	24	3.2	③体制
健康に自信がある	22	3.0	②意識
検査項目が不十分である	21	2.8	③体制
健康をチェックするのは自分だと思っから	21	2.8	②意識
時間が取れない(家族の介護)	16	2.1	④対象者
時間が取れない(子育て)	5	0.7	④対象者
その他※	61	8.2	

※その他の主な理由

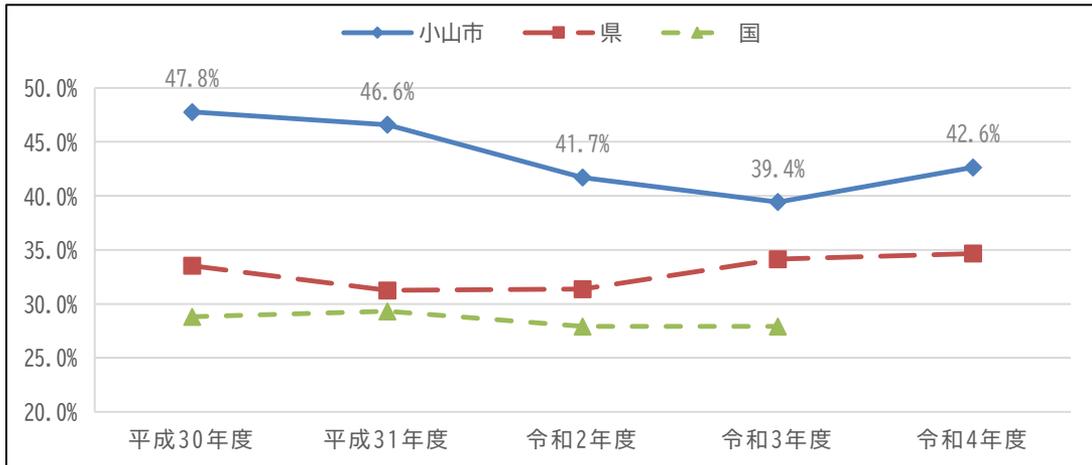
- ・入院中、治療中
- ・どういう検査をするか分からない
- ・受けようと思わない

(5) 特定保健指導

✍️ 平成30年度から令和4年度における本市の特定保健指導実施率は、減少傾向にありますが、県や国と比較して高い実施率で推移しています。

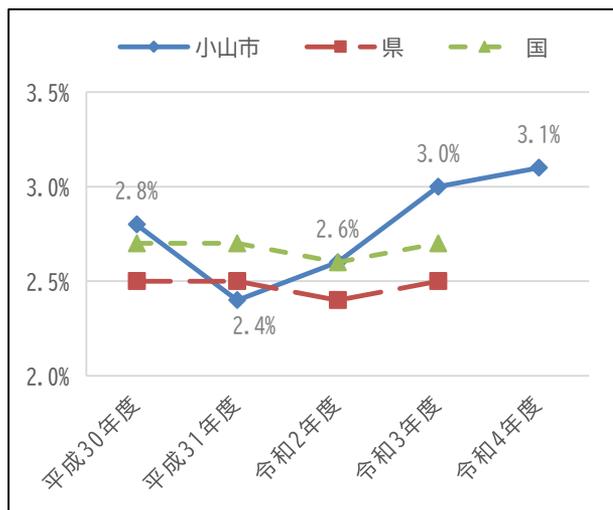
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
小山市	47.8%	46.6%	41.7%	39.4%	42.6%
県	33.5%	31.2%	31.4%	36.4%	34.7%
国	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%	—



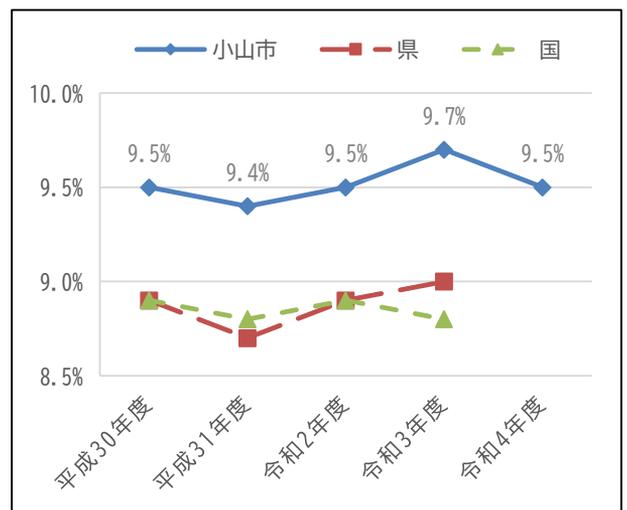
出典:法定報告

年度別 積極的支援対象者数割合



出典:法定報告

年度別 動機付け支援対象者数割合



出典:法定報告

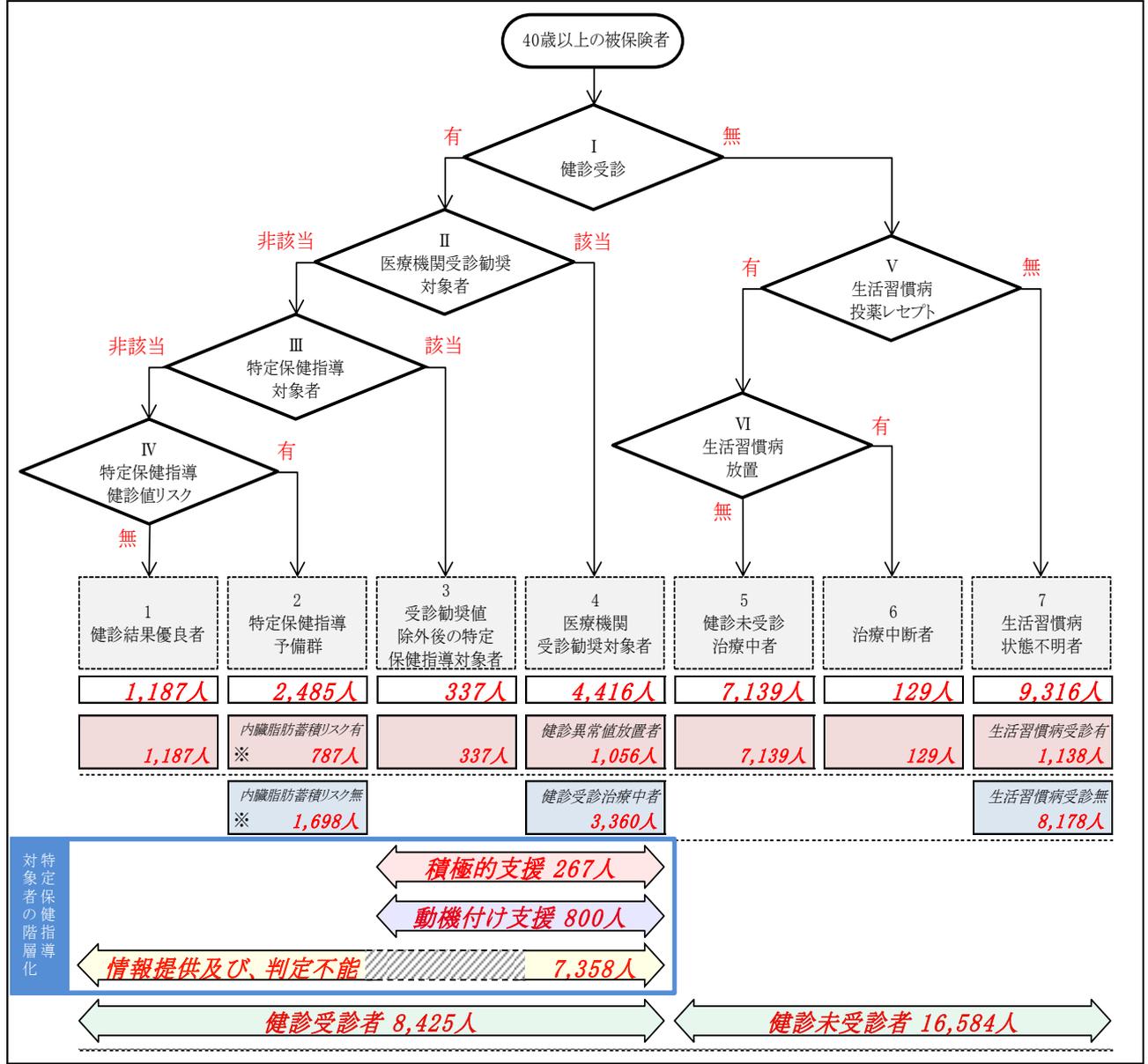
7. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析

(1) 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析

特定健康診査データとレセプトデータを組み合わせた分析を行います。以下は、40歳以上の被保険者について、特定健康診査データの有無や異常値の有無、生活習慣病にかかわるレセプトの有無などを判定し、7つのグループに分類した結果を示したものです。

左端の「1. 健診結果優良者」から「6. 治療中断者」まで順に健康状態が悪くなっており、「7. 生活習慣病状態不明者」は特定健康診査データ・レセプトデータから生活習慣病状態が確認できないグループです。

特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析（令和4年度）



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 各フローの詳細については巻末資料「1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方」を参照。
 ※内臓脂肪蓄積リスク…腹囲・BMIにより内臓脂肪蓄積リスクを判定し階層化。

(2) 健診異常値放置者に係る分析

「特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析」のフローにおいて「4. 医療機関受診勧奨対象者」のは4,416人です。このうち、医療機関への受診をしていない「健診異常値放置者」に該当する1,056人が健診異常値放置受診勧奨対象者となります。

また、ほかの疾患の治療を優先すべきと考えらるため指導対象者として適切でない患者308人を除くと、「健診異常値放置者」の該当者は748人です。

特定健康診査では異常値があった場合、医療機関での精密検査を勧めています。しかし、異常値があるにもかかわらず、医療機関への受診をしていない人が存在します。これらの対象者をレセプトにより見極め、医療機関を早期に受診していただく勧奨事業を実施しています。

条件設定による指導対象者の特定(健診異常値放置)

I. 条件設定による指導対象者の特定

・健診異常値放置者 …健診受診後、医療機関へ受診していない人
厚生労働省受診勧奨判定値以上の検査数値のある人を対象とする

条件設定により対象となった候補者数	1,056 人
-------------------	---------

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

次に、指導対象者として適切ではない可能性がある患者を「除外設定」により除外します。「がん患者」「精神疾患患者」「難病患者」「認知症患者」「人工透析患者」に関しては、治療を優先すべき疾病を有しており、医学的管理の下にあることが推察されます。また、指導が困難な可能性も考えられます。以上の理由から、該当する患者について指導対象者から除外します。

除外設定(健診異常値放置)

II. 除外設定

		除外理由別人数
除外	がん、精神疾患、難病、認知症 ※ 人工透析	308 人
除外患者を除いた候補者数		748 人

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※がん、精神疾患、難病、認知症…疑い病名を含む。

8. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析

国は、健康日本21(第二次)において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少などを数値目標として掲げ、全国的な取組みの強化を進めています。生活習慣を起因とした糖尿病性腎症患者に対し、生活習慣の改善を促し重症化を予防することで人工透析への移行を防止し、患者のQOLの維持及び医療費の適正化を図ることが本事業の目的です。

・人工透析患者の実態

✍ 被保険者数に占める透析患者の割合は0.42%と県や国よりも高い状況です。

現在、透析治療中の患者のうち、73.1%が透析治療より前から生活習慣病を治療しており、中でも68.4%がⅡ型糖尿病の治療中に透析となったことが分かりました。

透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
小山市	33,717	142	0.42%
県	409,460	1,465	0.36%
同規模	2,070,965	7,161	0.35%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

人工透析患者の分析結果を以下に示します。「透析」は傷病名ではないため、「透析」に当たる診療行為が行われている患者を特定し、集計しました。

対象レセプト期間内で「透析」に関する診療行為が行われている患者数

透析療法の種類	透析患者数(人)
血液透析のみ	168
腹膜透析のみ	2
血液透析及び腹膜透析	1
透析患者合計	171

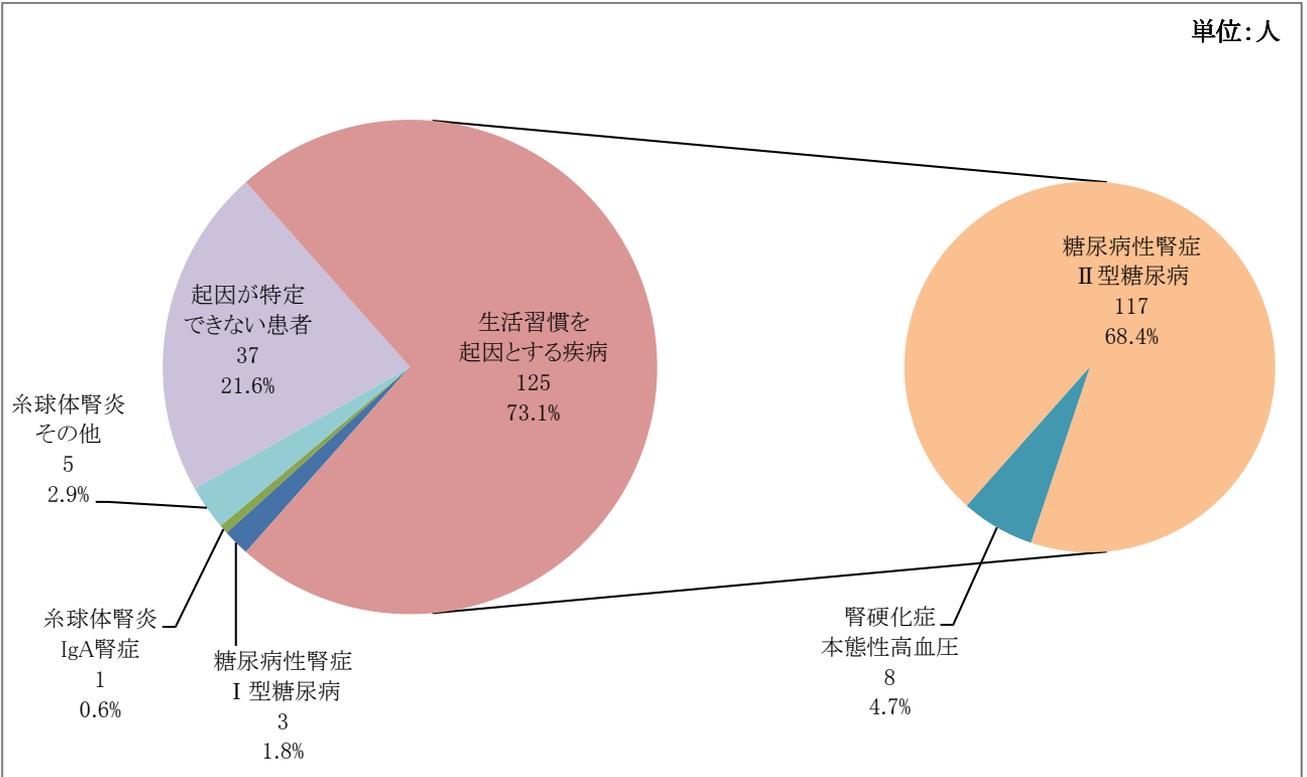
データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

透析患者の起因

単位:人



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

9. 受診行動適正化指導対象者に係る分析

多受診(重複受診、頻回受診、重複服薬)は、不適切な受診行動も含まれているため、これらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要となります。以下は、指導対象者数の分析結果を示したものです。

ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関に受診している「重複受診者」や、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」、ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上の「重複服薬者」について令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)のレセプトデータを用いて分析しました。

重複受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複受診者数(人) ※	21	19	25	22	27	21	23	26	29	18	25	36
12カ月間の延べ人数											292人	
12カ月間の実人数											187人	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※重複受診者数…1カ月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者を対象とする。透析中、治療行為を行っていないレセプトは対象外とする。

頻回受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
頻回受診者数(人) ※	132	114	134	142	135	120	130	123	109	94	113	143
12カ月間の延べ人数											1,489人	
12カ月間の実人数											501人	

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

重複服薬者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人) ※	58	59	60	60	54	44	54	53	57	59	60	66
12カ月間の延べ人数											684人	
12カ月間の実人数											283人	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

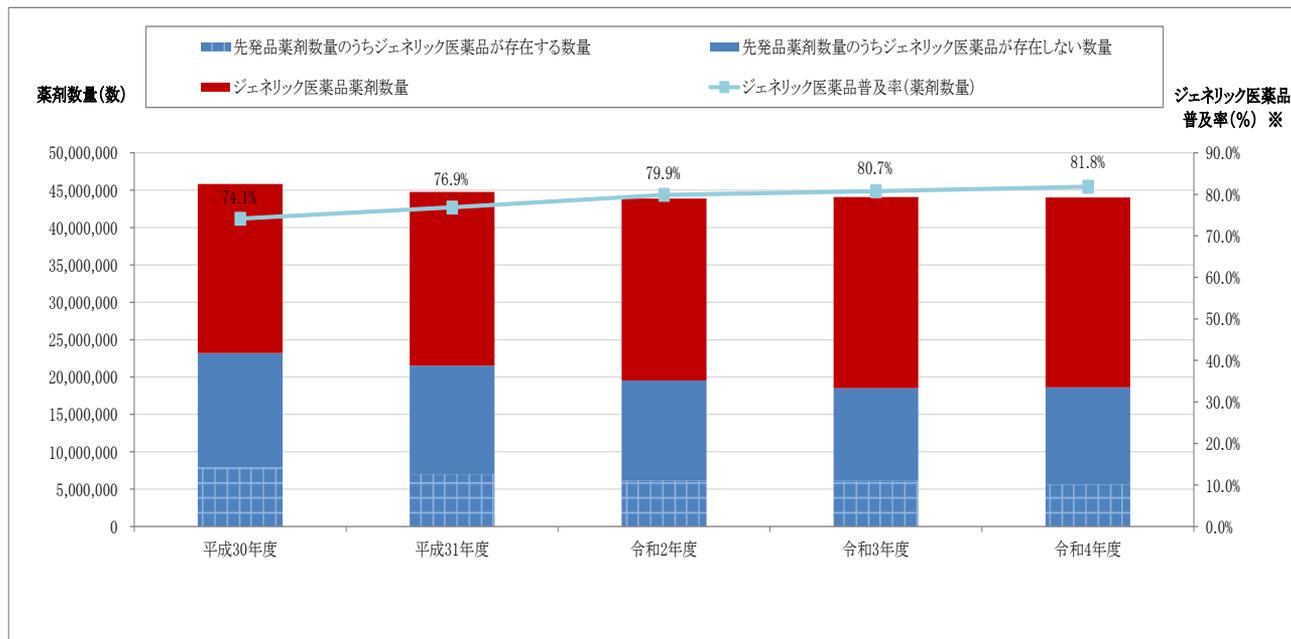
※重複服薬者数…1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が90日を超える患者を対象とする。

10. ジェネリック医薬品普及率に係る分析

令和4年度のジェネリック医薬品普及率（数量ベース）は81.8%と、2年連続で国が定めた目標値の80%を達成しています。また、平成30年度と比較すると、ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)81.8%は、平成30年度74.1%より7.7ポイント増加しています。

平成30年度から令和4年度における、ジェネリック医薬品普及率(金額ベース・数量ベース)を年度別に示したものです。

年度別 ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※ジェネリック医薬品普及率…ジェネリック医薬品薬剤数量/(ジェネリック医薬品薬剤数量+先発品薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在する数量)

11. 長期多剤服薬者に係る分析

医薬品の多剤服薬は、薬の飲み忘れ、飲み間違いなどの服薬過誤や、副作用などの薬物有害事象発生につながるおそれがあります。薬物有害事象の発生リスクは6種類以上の服薬で特に高まるとされており、高齢者に起こりやすい副作用にはふらつき・転倒、物忘れ、うつ、せん妄、食欲低下、便秘、排尿障害などがあります。複数疾病を有する高齢者においては特に注意が必要です。

✎ 複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている対象者のうち、基準月(令和5年3月)に6種類以上の内服薬を服用している長期多剤服薬者は1,786人で全体の50.7%となっています。このうち、10種類以上の服薬者は514人(14.6%)、15種類以上の服薬者は75人(2.1%)となっており、罹患状況を考慮しつつ、種類数の多い服薬者を中心とした保健指導が重要となります。

本分析では、服薬状況を把握し適切な服薬を促すことを目的に対象者の特定を行います。

薬剤種類数別長期服薬者数

年齢階層	対象者数(人)									
	～ 39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～	合計	
被保険者数(人)	7,881	1,664	1,914	2,090	1,902	2,863	5,874	8,702	32,890	
薬剤種類数	2種類	58	11	8	11	14	32	60	78	272
	3種類	65	18	23	27	17	36	89	152	427
	4種類	61	12	26	23	32	40	119	213	526
	5種類	44	12	20	23	27	46	122	215	509
	6種類	25	12	11	22	18	31	100	197	416
	7種類	20	9	12	22	23	35	73	174	368
	8種類	17	10	14	21	17	21	54	132	286
	9種類	9	6	11	14	11	15	47	89	202
	10種類	14	5	6	11	10	11	41	70	168
	11種類	6	2	8	10	11	8	19	45	109
	12種類	5	2	5	5	6	4	14	32	73
	13種類	3	0	3	4	6	7	8	24	55
	14種類	2	3	3	1	2	3	6	14	34
	15種類	2	2	1	0	0	3	3	7	18
	16種類	0	2	2	7	1	6	2	5	25
	17種類	0	0	0	0	0	1	3	3	7
	18種類	0	1	1	0	2	0	0	5	9
	19種類	1	0	0	0	0	1	0	1	3
	20種類	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	21種類以上	1	1	3	2	2	0	2	1	12
	合計	333	108	157	203	200	300	762	1,457	3,520



長期多剤服薬者数(人)※ 1,786

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年12月～令和5年3月診療分(4カ月分)。
 一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上(15日)の医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。
 ※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の人数。
 参考資料:日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」

12. 介護保険の状況

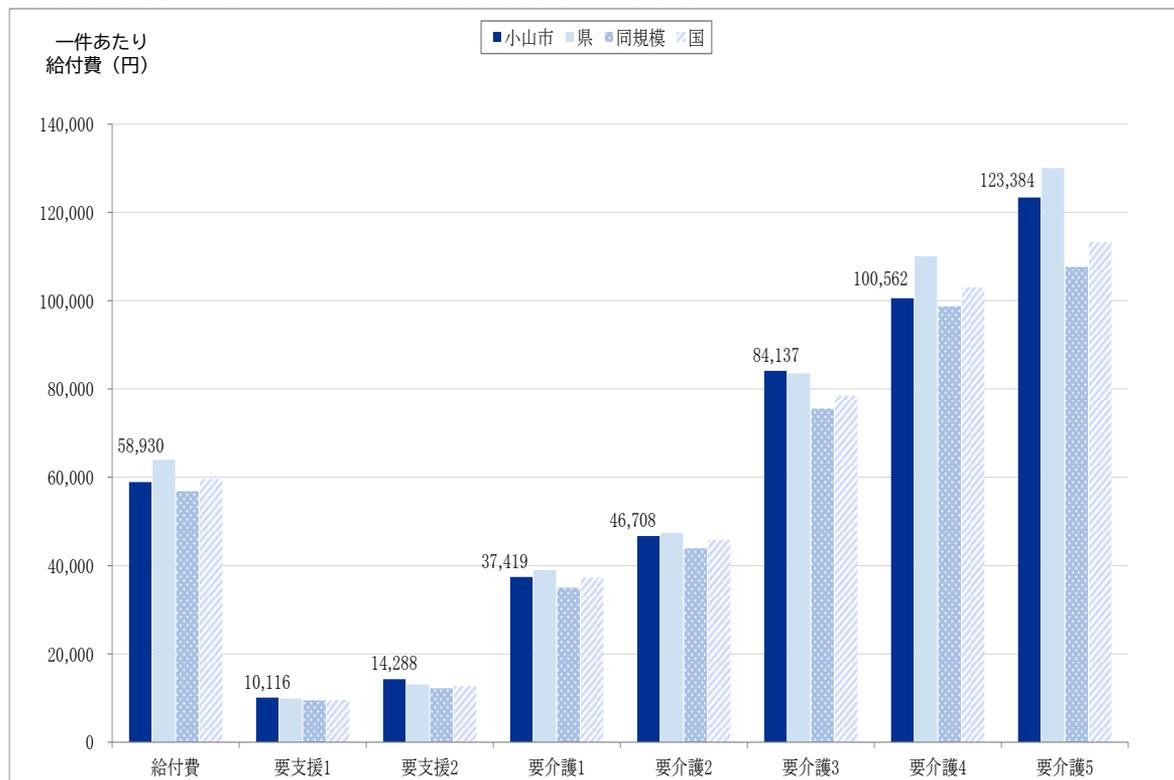
(1) 要介護(支援)認定状況

要介護(支援)認定率及び介護給付費などの状況(令和4年度)

区分	小山市	県	同規模	国
認定率	15.6%	16.8%	19.1%	19.4%
認定者数(人)	6,738	95,235	585,801	6,880,137
第1号(65歳以上)	6,510	92,678	570,931	6,724,030
第2号(40歳~64歳)	228	2,557	14,870	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	58,930	63,960	56,840	59,662
要支援1	10,116	9,878	9,492	9,568
要支援2	14,288	13,094	12,231	12,723
要介護1	37,419	38,988	34,956	37,331
要介護2	46,708	47,441	43,912	45,837
要介護3	84,137	83,518	75,556	78,504
要介護4	100,562	110,096	98,735	103,025
要介護5	123,384	130,082	107,662	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護度別 一件あたり介護給付費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

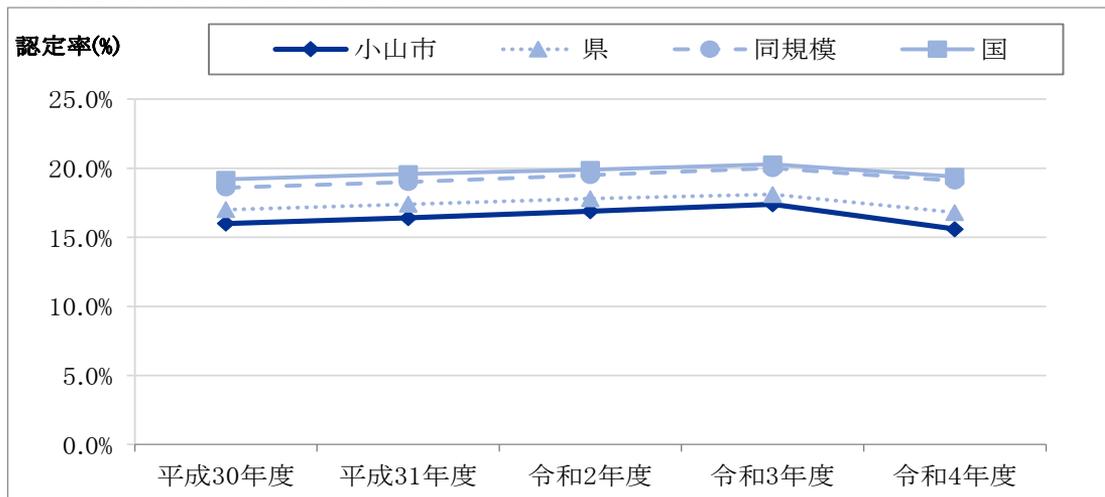
✎ 令和4年度の認定率15.6%は、平成30年度の16.0%より0.4ポイント減少していますが、令和4年度の認定者数6,738人は、平成30年度の6,165人より573人増加しています。これは65歳以上の高齢者（第1号被保険者）人口の伸びが認定者数の伸びを上回るためです。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分	認定率	認定者数(人)			
		第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)		
小山市	平成30年度	16.0%	6,165	5,951	214
	平成31年度	16.4%	6,381	6,160	221
	令和2年度	16.9%	6,525	6,310	215
	令和3年度	17.4%	6,743	6,516	227
	令和4年度	15.6%	6,738	6,510	228
県	平成30年度	17.0%	89,749	87,275	2,474
	平成31年度	17.4%	91,559	89,127	2,432
	令和2年度	17.8%	93,746	91,239	2,507
	令和3年度	18.1%	95,008	92,499	2,509
	令和4年度	16.8%	95,235	92,678	2,557
同規模	平成30年度	18.6%	570,173	555,425	14,748
	平成31年度	19.0%	571,047	556,591	14,456
	令和2年度	19.5%	574,211	559,644	14,567
	令和3年度	20.0%	585,327	570,412	14,915
	令和4年度	19.1%	585,801	570,931	14,870
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	平成31年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

✍ 認定者の有病率上位3疾病は、心臓病（高血圧症含む）、高血圧症、筋・骨格で、いずれも有病率は50%を超えています。県と比べると、高血圧症及び心臓病はやや低く、筋・骨格はやや高くなっています。

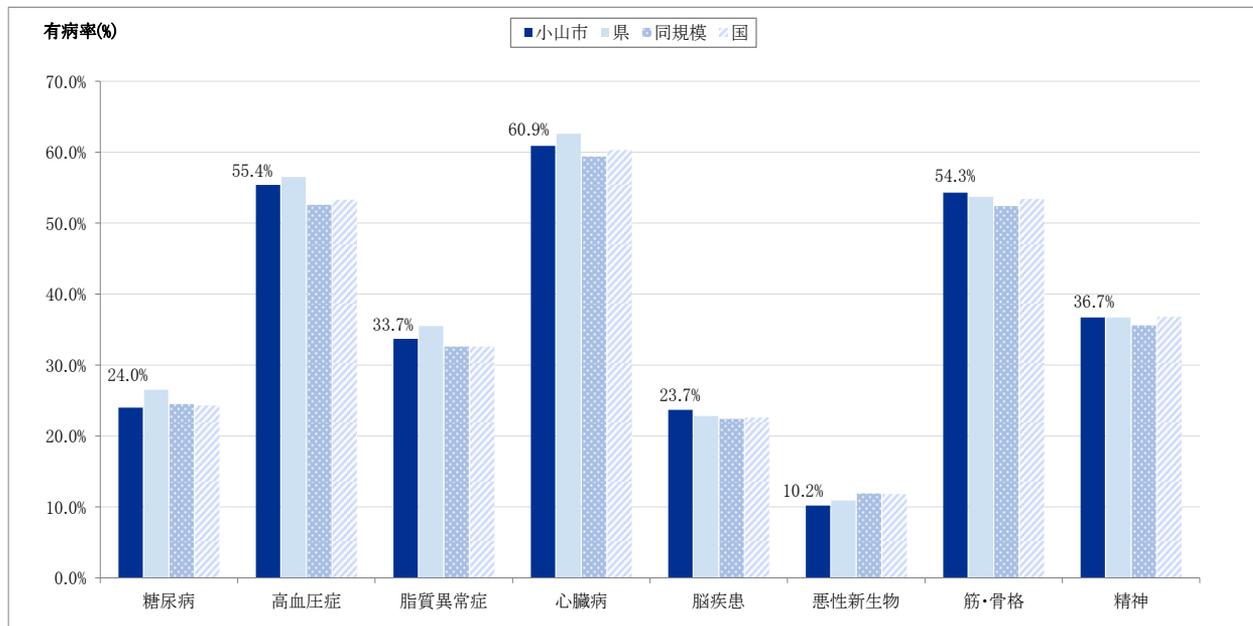
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	小山市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	6,738		95,235		585,801		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	1,668	25,711	6	147,078	6	1,712,613	6
	有病率	24.0%	26.5%	6	24.5%	6	24.3%	6
高血圧症	実人数(人)	3,775	54,550	2	314,347	2	3,744,672	3
	有病率	55.4%	56.5%	2	52.6%	2	53.3%	3
脂質異常症	実人数(人)	2,347	34,603	5	195,916	5	2,308,216	5
	有病率	33.7%	35.5%	5	32.6%	5	32.6%	5
心臓病	実人数(人)	4,149	60,396	1	354,390	1	4,224,628	1
	有病率	60.9%	62.6%	1	59.4%	1	60.3%	1
脳疾患	実人数(人)	1,638	21,778	7	131,705	7	1,568,292	7
	有病率	23.7%	22.8%	7	22.4%	7	22.6%	7
悪性新生物	実人数(人)	690	10,630	8	71,771	8	837,410	8
	有病率	10.2%	10.9%	8	11.9%	8	11.8%	8
筋・骨格	実人数(人)	3,758	52,071	3	313,109	3	3,748,372	2
	有病率	54.3%	53.7%	3	52.4%	3	53.4%	2
精神	実人数(人)	2,495	35,266	4	211,177	4	2,569,149	4
	有病率	36.7%	36.7%	4	35.6%	4	36.8%	4

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

令和4年度の上位3疾病（心臓病、高血圧症、筋・骨格）の有病率は、平成30年度からほぼ横ばいとなっています。

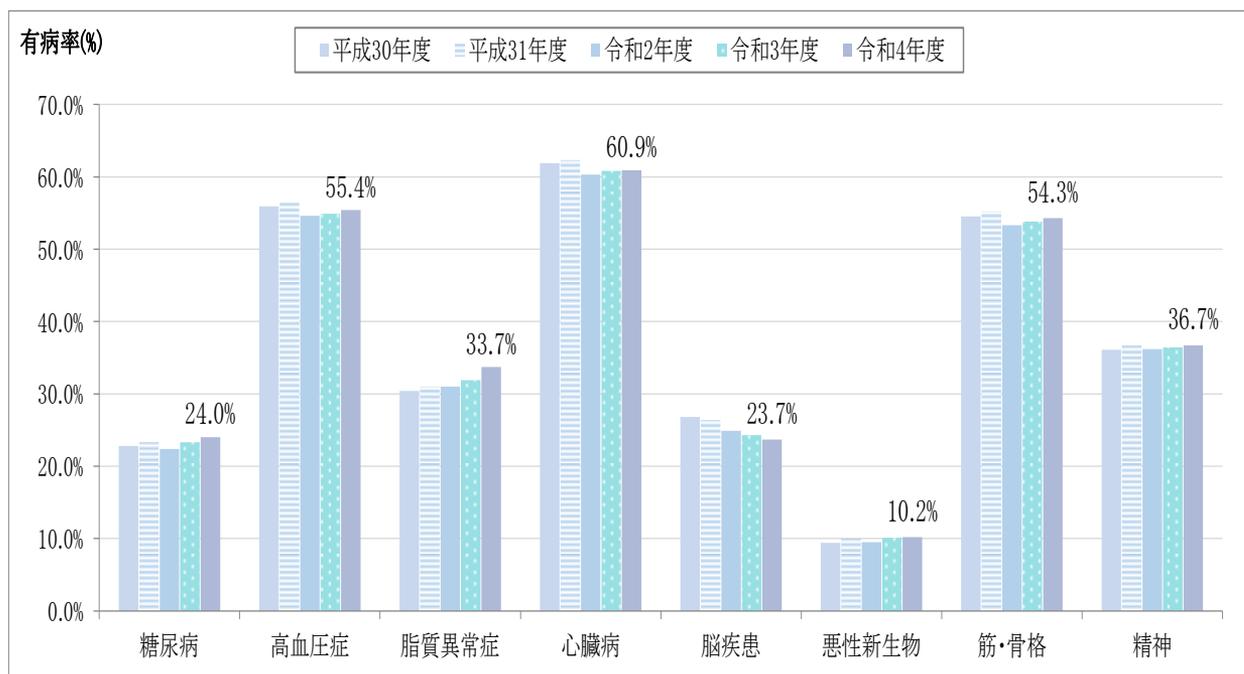
年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	小山市										
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	
認定者数(人)	6,165		6,381		6,525		6,743		6,738		
糖尿病	実人数(人)	1,431	7	1,471	7	1,505	7	1,629	7	1,668	6
	有病率(%)	22.8%		23.3%		22.4%		23.3%		24.0%	
高血圧症	実人数(人)	3,439	2	3,585	2	3,586	2	3,781	2	3,775	2
	有病率(%)	55.9%		56.5%		54.6%		54.9%		55.4%	
脂質異常症	実人数(人)	1,879	5	2,000	5	2,097	5	2,230	5	2,347	5
	有病率(%)	30.4%		31.0%		31.0%		31.9%		33.7%	
心臓病	実人数(人)	3,800	1	3,938	1	3,985	1	4,173	1	4,149	1
	有病率(%)	61.9%		62.3%		60.3%		60.8%		60.9%	
脳疾患	実人数(人)	1,624	6	1,644	6	1,622	6	1,655	6	1,638	7
	有病率(%)	26.8%		26.4%		24.9%		24.3%		23.7%	
悪性新生物	実人数(人)	616	8	617	8	643	8	725	8	690	8
	有病率(%)	9.4%		10.0%		9.5%		10.1%		10.2%	
筋・骨格	実人数(人)	3,365	3	3,456	3	3,538	3	3,710	3	3,758	3
	有病率(%)	54.5%		55.2%		53.3%		53.8%		54.3%	
精神	実人数(人)	2,217	4	2,310	4	2,415	4	2,511	4	2,495	4
	有病率(%)	36.1%		36.7%		36.2%		36.4%		36.7%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

13. 要介護認定状況に係る分析

要介護度別被保険者数

✍️ 要介護認定者数は672人で、要介護認定状況が確認できた40歳以上の被保険者の2.3%を占めています。

年齢階層別 要介護度別被保険者数（令和4年度）

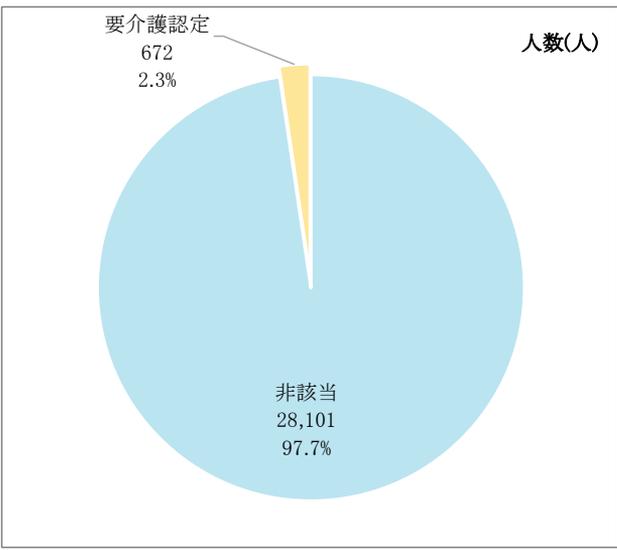
単位：人

年齢階層	非該当	要介護認定								合計
		要支援		要介護						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
40歳～44歳	2,058	0	0	0	0	0	0	0	0	2,058
45歳～49歳	2,365	6	1	2	1	1	1	0	0	2,371
50歳～54歳	2,453	26	2	3	7	6	4	0	4	2,479
55歳～59歳	2,170	34	3	3	10	4	6	5	3	2,204
60歳～64歳	3,110	61	4	7	13	16	9	6	6	3,171
65歳～69歳	6,087	134	19	17	30	14	19	22	13	6,221
70歳～	9,858	411	82	60	78	64	51	43	33	10,269
合計	28,101	672	111	92	139	105	90	76	59	28,773

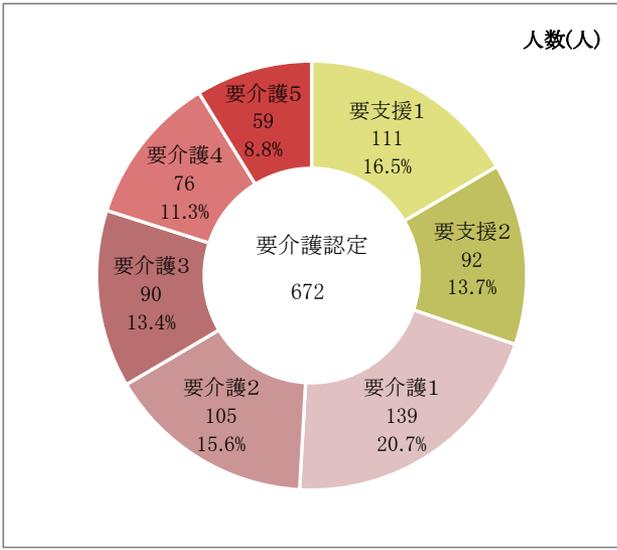
データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。対象年齢は40歳以上。
被保険者の資格情報は令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
介護データの期間内で資格が確認できた最終年月の要介護度で集計している(介護データの期間内で資格が確認できた最終年月において、要介護認定者ではない被保険者は「非該当」とする。以下同じ。)。介護データの期間内に資格が確認できない被保険者が存在した場合、その要介護度は「不明」とする。

要介護認定率



要介護度別認定者数構成比



データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。対象年齢は40歳以上。
被保険者の資格情報は令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
介護データの期間内で資格が確認できた最終年月の要介護度で集計している。要介護認定率は要介護度が「不明」の被保険者を含めず算出。

14. 分析結果に基づく課題とその対策

課題と対策	対策となる事業
<p>◆特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率</p> <p>疾病大分類や疾病中分類において生活習慣病患者が多数存在し、医療費も多額である。特定健康診査受診率（37.0%）の向上を図り、必要な人に特定保健指導（42.6%）を行うことにより生活習慣病を予防する必要がある。</p> <p>今後、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上に向け、健診方法の見直しやかかりつけ医との連携を進めていく必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査未受診者受診勧奨 ・ 特定保健指導 ・ 健診結果説明会
<p>◆健診異常値放置者</p> <p>健診異常値放置者1,056人が存在する。医療機関への受診勧奨を行うことで適切な医療につなぎ重症化を予防する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診異常値放置者受診勧奨
<p>◆重複・頻回受診者、重複服薬者</p> <p>重複受診者187人、頻回受診者501人、重複服薬者283人が存在し、それらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重複多受診訪問指導 ・ 服薬適正化事業
<p>◆糖尿病性腎症</p> <p>人工透析患者171人のうちⅡ型糖尿病起因の患者が117人（68.4%）存在する。糖尿病は進行すると腎症に至り透析が必要になる。腎症の悪化を遅延させるため、早期に生活習慣改善の保健指導を実施する必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病重症化予防事業
<p>◆高血圧疾患患者数</p> <p>患者数が最も多い疾病は、「高血圧性疾患」であり、11,612人存在する。健診データからも高血圧の割合が県・同規模保険者・国よりも高く、年々増加傾向にある。健診結果説明会において予防の啓発をし、生活習慣改善の保健指導を強化していく必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧重症化予防事業 ・ 壮年期男性向け生活習慣病予防事業
<p>◆ジェネリック医薬品の普及率</p> <p>ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）は81.8%であり、年々普及率は増加傾向にあるが、国が定める現在の目標（80%以上）を継続するため、切り替え勧奨を行う必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ジェネリック医薬品差額通知

15. 現（第2期）・次期データヘルス計画に係る分析・考察など

①健康・医療情報 などの大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報などの分析に必要な 各種データなどの分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照 データ	③健康課題 との対比
平均寿命・ 標準化死亡率 など	<p>【平均寿命】 令和3年度の平均寿命は男性80.7歳、女性が86.3歳。県男性80.8歳、女性が86.5歳であり県より低い状況である。</p> <p>【死因別標準化死亡率】 令和3年度の男性が脳内出血83.8、悪性新生物（胃）99.7、脳梗塞118.4であり、女性は脳内出血218.1、腎不全137.9、肝疾患85.7となっている。</p>	<p>令和4年度 KDB分析 結果報告書 小山市の状況</p> <p>栃木県の保健統 計情報第1章人 口動態統計、e- stat（政府統計 の総合窓口）</p>	I～IV
医療費の分析	<p>【疾病分類別医療費】 （国保） ○入院・標準化比（医療費）（県=100） 男性が脂質異常症（178.8）が高く、次に狭心症（149.5）、糖尿病網膜症（131.5）となっている。糖尿病網膜症は令和2年度から令和3年度にかけて急増している。女性は、子宮頸がん（225.5）次に慢性腎臓病（192.2）、心筋梗塞（147.0）となっている。慢性腎臓病（透析あり）は経年的に高い傾向にある。</p> <p>○入院外・標準化比（医療費）（県=100） 男性が肝がん（165.6）が高く、次に糖尿病網膜症（162.0）、慢性腎臓病（透析あり）（122.7）となっている。糖尿病網膜症は経年的に高い。</p> <p>女性は、脳出血（180.7）、次に子宮体がん・子宮がん（144.7）、糖尿病網膜症（138.0）となっている。糖尿病網膜症が経年的に高い傾向にある。 （後期） ○入院・標準化比（医療費）（県=100） 男性が糖尿病網膜症（268.0）高く、次に脂質異常症（166.0）、慢性腎臓病（透析あり）（127.4）となっている。</p> <p>女性は、子宮頸がん（294.2）次に脂質異常症（219.4）、心筋梗塞（115.4）となっている。子宮頸がんが経年的に高い。</p> <p>○入院外・標準化比（医療費）（県=100） 男性が肝がん（169.9）が高く、次に糖尿病網膜症（161.6）、慢性腎臓病（透析あり）（121.2）となっている。国保男性の順位が同じである。</p> <p>女性は、子宮頸がん（151.4）糖尿病網膜症（140.6）、慢性腎臓病（透析あり）（119.0）となっている。糖尿病網膜症が経年的に高い傾向にある。</p>	<p>令和4年度 KDB分析 結果報告書 小山市の状況</p>	I～III
特定健康診査・ 特定保健指導などの 健診データ （質問票を含む） の分析	<p>【有所見者の状況の年度別推移】 標準化該当比（県=100） 令和3年度の標準化該当比でBMI男性（101.8）、女性（104.5）、腹囲は男性（105.9）、女性（109.8）と県と比較して高く、経年的に上回っている。HbA1cも同様で男性（114.1）、女性（117.3）と県と比較して高く、経年的に上回っている。収縮期血圧の有所見者の標準化該当比が男性（100.5）、女性（102.4）と高い。</p> <p>【特定健康診査受診者における生活習慣の状況の年度別推移】 標準化該当比（県=100） 質問票で食事をかんで食べる時かみにくいと標準化該当比が県より高い。特に女性（109.0）の方が高い。質問票で間食を毎日するとの標準化該当比が男性（112.5）、女性（108.8）と県より高い。</p>	<p>令和4年度 KDB分析 結果報告書 小山市の状況</p>	I、III～VI
介護費関係の分析	<p>【介護認定の状況】 令和4年度の介護認定率は15.6%であり、県16.8%と比較して低い。令和4年度の介護認定者有病割合は、筋・骨疾患が県より高い。</p> <p>【介護給付費の状況】 令和4年度の要支援1の一件あたり給付費（10,116円）は県（9,878円）より高い。 令和4年度の要支援2の一件あたり給付費（14,288円）は県（13,094円）より高い。</p>	<p>KDBシステム 「地域の全体像 の把握」</p>	VI

（注）上記各種データについては、経年比較、国・県・同規模保険者との比較などにより分析する方法もある。

保険者の特性	<p>人口163,830人のうち被保険者は33,717人で高齢化率は25.5%である。 人口構成は、39歳以下が24.7%、40歳から64歳までが31.7%となっており、県と比較するとそれぞれの割合が高い。65歳以上の割合は、県と比較すると低い。 産業構成率を見ると、工業や建設業などの第2次産業は県や全国と比較して割合が高い。また、第3次産業は県や全国と比較して割合が低い。</p>
現データヘルス計画に係る考察 （次期データヘルス計画策定に おいて検討すべき課題）	<p>○個別保健事業については、実証を図りながら目標値を達成できるよう実施してきた。目標値を達成している事業も多いが、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率は目標値達成はできなかった。引き続き次期計画で対策を検討していく。</p> <p>○入院・標準化比医療費の分析から、糖尿病網膜症、脂質異常症、慢性腎臓病（透析あり）の医療費が高いことから、糖尿病や高血圧重症化予防の効果的な取組みを検討していく。</p> <p>○現データヘルス計画にて、実施する保健事業は25事業計画されていた。次期計画は、健康課題改善に関連した効率的・効果的な事業を個別の保健事業として検討していく。</p>

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

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

保険者の健康課題
(被保険者の健康に関する課題)

①健康課題番号	②健康課題 (優先順位付け)
I	特定健康診査受診者のうちHbA1cの有所見者の標準化該当比が高い。
II	特定健康診査受診者のうち収縮期血圧の有所見者の標準化該当比が高い。
III	脳内出血の標準化死亡比が高い。
IV	特定健康診査受診者のうち腹囲の有所見者の標準化該当比が高い。
V	毎日、間食が習慣である者の標準化該当比が県より高い。
VI	咀嚼が良好でない者の標準化該当比が県より高い。特に女性の方が高い。

①健康課題番号	⑤データヘルス計画の目標を達成するための戦略
I～VI	特定健康診査受診率向上のため今後特定健康診査の周知啓発や未受診者受診勧奨の方法の見直しを行う。SMSなどを活用し、対象に届きやすい方法での勧奨を行う。
I～VI	特定保健指導実施率向上のため、ICTの導入など実施方法の見直しを行う。また個別健診の実施率向上のため、かかりつけ医との連携を強化。特定健康診査受診者の結果説明会などでフレイル予防パンフレット配布で予防啓発。
I～II	糖尿病重症化予防対策事業の実施では、受診勧奨、周知啓発を実施。小山地区医師会・かかりつけ医との連携強化。
III	高血圧重症化予防事業において、有所見者に対して医療機関受診勧奨や保健指導に取り組むとともに脳ドックの受診勧奨を行う。
I～V	異常値放置者受診勧奨事業では、対象者に再検査や医療機関受診の必要性を認識してもらうため、通知や電話アンケートなどで受診勧奨を実施。

③データヘルス計画全体の目的
(抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿)

生活習慣病の発症予防と重症化予防による
被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化の推進

データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)										
①健康課題番号	④評価指標番号	⑤評価指標	⑥ベースライン(2019年度)	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
				2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
I～VI	1	特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】(%)	—	10.22	7.35	4.48	1.61	-1.26	-4.13	-7.00
II・III	2	収縮期(130mmHg以上)	—	-0.29	-1.41	-2.53	-3.65	-4.76	-5.88	-7.00
	3		—	2.16	0.63	-0.89	-2.42	-3.95	-5.47	-7.00
I・II	4	特定健康診査受診者の有所見者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】(%)	—	19.37	14.98	10.58	6.19	1.79	-2.61	-7.00
	5		—	-7.64	-8.03	-8.43	-8.82	-9.21	-9.61	-10.00
IV～V	6	中性脂肪(150mg/dl以上)	—	4.88	2.90	0.92	-1.06	-3.04	-5.02	-7.00
	7	HDL(40mg/dl未満)	—	-13.05	-14.21	-15.37	-16.53	-17.68	-18.84	-20.00
	8	LDL(120mg/dl以上)	—	-0.36	-1.47	-2.57	-3.68	-4.79	-5.89	-7.00
I～IV	9	特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】(%)	—	6.62	4.35	2.08	-0.19	-2.46	-4.73	-7.00
I～V	10	特定健康診査受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)(%)	48.05(2019)	46.13	47.01	47.89	48.77	49.65	50.53	51.41
I	11	特定健康診査受診者の血糖ハイリスク者の割合(%)	1.37(2019)	1.25	1.18	1.17	1.15	1.14	1.12	1.10
	12		2.34(2019)	1.81	0.58	0.57	0.55	0.54	0.52	0.50
V	13	前期高齢者(65歳～74歳)のうちBMIが20kg/m ² 以下	16.12(2019)	17.45	17.04	16.63	16.22	15.81	15.40	14.99
VI	14	特定健康診査受診者のフレイルハイリスク者などの割合(%)	78.78(2019)	78.93	79.90	80.90	81.90	83.00	84.00	85.00
	15		74.50(2019)	73.83	74.90	75.90	76.90	77.90	79.90	80.00

(注1)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (注2)実績年度が異なる場合には、欄外に注釈を記載 (注3)目標値は、必要な年度に記載

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

保健事業ごとの指標及び目標値

個別の保健事業(データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法)

④評価指標 番号	⑨事業名称	⑩評価指標	⑪ベースラ イン (年度)	⑫計画 策定時 実績	⑬目標値						⑭重 点・ 優先 度
				2022年 度 (R4)	2024年 度 (R6)	2025年 度 (R7)	2026年 度 (R8)	2027年 度 (R9)	2028年 度 (R10)	2029年 度 (R11)	
1～15	特定健康診査受 診勧奨事業	◎受診率(%)	36.3 (2019)	37.0	40.0	43.0	45.0	50.0	55.0	60.0	1
		◎40歳代受診率(%)	20.4 (2019)	21.3	22.8	24.2	25.7	27.1	28.6	30.0	
		◎50歳代受診率(%)	24.0 (2019)	25.5	26.2	27.0	27.7	28.5	29.2	30.0	
		未受診勧奨者の受診率(%)	15.7 (2021)	15.3	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	
	特定保健指導	◎実施率(%)	46.6 (2019)	42.6	53.0	55.0	56.0	57.0	59.0	60.0	2
		生活習慣改善の取組みの継続・開 始者の割合(%)	66.0 (2019)	74.8	75.0	76.0	73.0	75.0	78.0	80.0	
		◎特定保健指導による特定保健指 導対象者の減少率(%)	21.0 (2019)	17.9	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	
		積極的支援修了者の腹囲2cm・体重 2kg改善した者の割合(%)	9.4 (2019)	24.5	26.0	28.0	30.0	32.0	34.0	35.0	
1～15	健診結果説明会	生活習慣改善のきっかけになっ たと答えた方の割合(%)	98.0 (2022)	98.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	3
		参加率(%)	39.6 (2019)	1.76	20.0	25.0	30.0	35.0	40.0	45.0	
		要指導者の参加率(%)	実施中 (2023)	—	10.0	10.0	15.0	15.0	20.0	20.0	
1・4・5・ 11・12	糖尿病重症化 予防事業	◎受診勧奨対象者(未治療者)へ の受診勧奨実施率(%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	4
		◎受診勧奨対象者(未治療者)の 医療機関受診率(%)	37.5 (2019)	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0	51.0	
		◎保健指導対象者への保健指導実 施率(%)	4.4 (2019)	7.5	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	
		終了者のHbA1cが改善した者の割合 (%)	80.0 (2019)	75.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0	
2・3	高血圧重症化 予防事業	勧奨者の医療機関受診率(%)	21.0 (2022)	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	5
		行動変容があった者の割合(%)	— (2023)	—	90.0	90.5	91.0	91.5	92.0	92.5	
		対象者の通知率(%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
		教室の参加者数(人)	34 (2019)	12	15	18	22	25	28	30	
1～15	健診異常値放置 者への医療機関 受診勧奨事業	対象者への通知率(%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	6
		勧奨者の医療機関受診率(%)	34.2 (2019)	28.2	29	30	31	32	33	34	
1～15	重複・多受診者 への健康相談 事業	行動変容があった者の割合(%)	90.7 (2019)	93.8	94.0	94.5	95.0	95.5	96.0	96.5	7
		訪問指導などをした人の割合(%)	34.0 (2019)	29.0	30.0	30.0	31.0	31.0	32.0	32.0	
1～15	重複服薬者等訪 問等保健指導 事業	保健指導実施人数(人)	4 (2021)	5	5	5	5	5	5	5	8
		行動変容があった者の割合(%)	42.8 (2021)	40.9	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	
1～15	後発医薬品使用 促進通知事業	後発医薬品使用割合(%)	81.3 (2019)	81.9	80.6	80.7	81.0	81.5	82.0	82.5	9
		事業対象者に対する通知割合(%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

◎は県の共通指標

3. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
特定健康診査受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報などを分析し、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	1
特定保健指導	特定健康診査結果から内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を実施する。対象者が自ら生活習慣改善の必要性を認識し、行動変容と自己管理、健康的な生活習慣を定着させることにより生活習慣病を予防する。	継続	2
健診結果説明会	特定健康診査受診者に対し、健診結果の見方と生活習慣を改善するための情報提供を行う。受診者が自分の生活習慣を振り返り、改善のための実践ができるきっかけづくりの場とする。	継続	3
糖尿病重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、専門職（保健師・管理栄養士など）による受診勧奨・服薬管理・食事療法・運動療法など、保健指導を実施し、対象者の健康・生活の質を守る。糖尿病未治療者への受診勧奨については、健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。	継続	4
高血圧重症化予防事業	高血圧が重篤な疾患の引き金になることなどの認知度を高め、適切な受診行動ができるよう支援する。また、自身の血圧改善のための方法を学び、実践的に取り組むことを支援すると共に重症化予防事業を実施する。	継続	5
健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業	特定健康診査受診者のうち高リスク者に受診勧奨を行うことで、医療機関への受診の必要性を理解してもらい、早期受診・治療につなげ、重症化を予防する。	継続	6
重複・多受診者への健康相談事業	重複受診・多受診者への訪問指導及び電話指導を行い、個別支援により被保険者の健康意識の向上、生活習慣改善による重症化予防、適正な受診行動ができるように支援する。	継続	7
重複服薬者等訪問等保健指導事業	重複・多剤服薬者などへ訪問指導及び電話指導を行い、服薬の一元管理を促す。重複服薬や併用禁忌、相互作用による被保険者の健康被害の予防と適正な受診行動により健康の保持・増進を図る。	継続	8
後発医薬品使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額などを通知する。	継続	9

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	平成29年度より健診受診勧奨を外部委託で実施し、順調に受診率は伸長したが、令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大により事業を実施しなかったため、受診率が落ち込んでいる。その後は令和3年度から受診勧奨を再開し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
				2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果)指標	特定健康診査受診率 (%)	36.3 (2019)	37.0	40.0	43.0	45.0	50.0	55.0	60.0
アウトカム (成果)指標	40歳代受診率 (%)	20.4 (2019)	21.3	22.8	24.2	25.7	27.1	28.6	30.0
アウトカム (成果)指標	50歳代受診率 (%)	24.0 (2019)	25.5	26.2	27.0	27.7	28.5	29.2	30.0
アウトカム (成果)指標	受診勧奨者の受診率 (%)	15.7 (2021)	15.3	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0
アウトプット (実施量・率)指標	対象者に対する受診 勧奨実施割合 (%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

目標を達成するための 主な戦略

- ・国保ヘルスアップ事業などの財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。
- ・委託業務は、対象者選定、勧奨業務全般、効果測定とする。
- ・対象者は、属性や過去の受診状況などによりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。

現在までの実施方法(プロセス)

- ・年2回、勧奨通知文書を送付している。
- ・過年度における健診受診頻度や医療機関受診状況を確認するため、健診データやレセプトデータを活用している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・令和5年度より実施している、勧奨効果が認められた方法である勧奨・再勧奨(コール・リコール)を継続する。
- ・SMSなどを活用し、40歳代から50歳代に届きやすい方法で勧奨を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は国保年金課が担当している。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は国保年金課が担当する。勧奨にあたり、健診事業に関わる後期高齢者医療係及び健康増進課に情報提供し、問合わせに対応できるようにする。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当する。

評価計画

- ・アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を、分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者などの早期発見ができるため、特定健康診査の効果が上がることを意味する。

特定保健指導【継続】

事業の目的	生活習慣病及び予備群の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、＜階層化の基準＞に基づく
現在までの事業結果	特定健康診査受診者のうち、階層化基準に基づき、指導を実施しているが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。 受診勧奨として、対象者全員に利用勧奨の電話や未利用勧奨などを実施してるほか、医療機関との連携を強化する取組みを行った。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	生活習慣の改善取組み継続・開始者の割合 (%)	66.0 (2019)	74.8	75.0	76.0	73.0	75.0	78.0	80.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	18.1 (2019)	17.9	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
	積極的支援終了者の腹囲2cm・体重2kg改善した者の割合 (%)	9.4 (2019)	24.5	26.0	28.0	30.0	32.0	34.0	35.0
アウトプット (実施量・率)指標	特定保健指導実施率 (%)	46.6 (2019)	42.6	53.0	55.0	56.0	57.0	59.0	60.0

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導判定値の該当者に対して個別または集団での面接を実施する。 ・特定健康診査結果は事前に送付せず、初回面接時に配布する。 ・特定保健指導の参加勧奨として、対象者全員に電話での勧奨を行う。 ・初回面接を拒否した者に対し、再勧奨を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導判定値の該当者に対し、電話及び通知の送付による利用勧奨を実施している。 ・特定健康診査結果については事前送付せずに、個別または集団での面接時に配布している。 ・初回面接の回数は年70回実施する。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導判定値の該当者に対し、特定健康診査結果の事前送付はせず、個別または集団面接時に配布。 ・利用勧奨の電話及び通知の送付を行う。 ・初回面接の回数を計70回程度行う。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関、委託機関、庁内関係部署の協力体制の確立。 ・特定保健指導の実施に伴う人員、予算の確保。
--

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、委託機関、庁内関係部署の協力体制の確立。 ・特定保健指導の実施に伴う人員、予算の確保。 ・対象者の希望に応じた日時、会場の確保。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標「特定保健指導実施率」は、法定報告における分子「特定保健指導終了者数」を、分母「特定保健指導対象者数」で除して求める。実施率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者などに適切な保健指導が実施できるため、特定保健指導の効果が上がることを意味する。
--

健診結果説明会【継続】

事業の目的	特定健康診査受診者に対し、健診結果の見方と生活習慣を改善するための情報提供を行うことにより、受診者が自身の生活習慣を振り返り、改善のための実践ができるきっかけづくりの場とする。
対象者	市で実施する特定健康診査（集団）を受診し、特定保健指導対象外の保険者のうち、 ①集団講話参加希望者 ②個別相談希望者 ③要指導者（血圧と脂質、血糖の項目で指導対象になる者）
現在までの事業結果	令和元年度までは健診結果説明会の会場にて、希望者に健診結果をその場で配布し説明することで、参加率は39%を上回っていた。令和2年度から新型コロナウイルス感染症の影響により、健診結果は送付対応とし、集団講和形式による健診結果説明会を中止。希望者と要指導者を対象に個別相談会を実施した。令和4年度より、希望者向けに申込制とした集団講話形式による説明会を実施。令和5年度からは、社会情勢に考慮しながら要指導者に対しても集団講和形式による説明会を開始している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値						
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム (成果) 指標	生活習慣改善のきっかけになったと答えた者の割合 (%)	98.0 (2022)	98.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
アウトプット (実施量・率) 指標	参加率 (%)	39.6 (2019)	1.76	20.0	25.0	30.0	35.0	40.0	45.0	
	要指導者の参加率 (%)	実施中 (2023)	—	10.0	10.0	15.0	15.0	20.0	20.0	
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 令和元年度までは、健診結果説明会にて希望者に健診結果をその場で配布し、健診結果の見方の説明や生活習慣改善の情報提供を集団講話として実施していたが、令和2年度からは、新型コロナウイルス感染症の影響により、健診結果を受診者へ送付後、申込制で希望者と要指導者へ相談会のみの実施となった。令和6年度より、以前の実施方法に戻すことを検討しており、健診結果説明会に参加することで、送付での受け取りよりも健診結果を早めに受け取ることができるメリットを周知し、参加率の向上を図る。さらに、生活習慣病のリスクが高い要指導者に対し、健診結果説明会に不参加だった場合、通知にて参加勧奨を実施する。 									

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査(集団)の結果送付時に、健診結果説明会の勧奨通知を同封している。 会場は市民交流センターを中心に、3ヶ所で実施し、年10回開催している 要指導者においては、健診結果送付後2カ月を経過しても参加がない場合、再度勧奨通知を送付している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 健診結果説明会実施会場数を増やし、参加者数の増加を図る。 特定健康診査(集団)受診時に、健診結果説明会の開催を周知する。 要指導者が健診結果説明会に参加しなかった場合、健診結果を送付後、健診結果説明会への参加を勧奨する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 専門職(保健師・管理栄養士)の事業担当者が従事している。
--

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"> 事業担当者だけでなく、係内において当日従事できる専門職(保健師・管理栄養士)を確保する。 必要物品の確保をする。

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> アウトプット指標「参加率」は、分子「実際の参加者」を、分母「特定健康診査(集団)を受診した情報提供者」で除して求める。 アウトプット指標「要指導者の参加率」は、分子「参加者」を分母「情報提供者の中で血圧、脂質、血糖の項目での有所見者」で除して求める。 アウトカム指標「生活習慣改善のきっかけになったと答えた者の割合」は、分子「きっかけになったと答えた者の人数」を分母「健診結果説明会終了後のアンケート回収数」で除して求める。
--

糖尿病重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病の重症化を予防し、生活習慣の見直しにより、健康な生活の継続を支援する。
対象者	<p>【受診勧奨事業】 特定健康診査の結果で、HbA1cの値が受診勧奨判定値である6.5%以上であり、医療機関にて糖尿病に関する受診や治療を行っていない者。</p> <p>【訪問指導事業】 健診データ（空腹血糖、HbA1c、尿蛋白、e-GFRなどの項目）、レセプトデータ（受診状況を確認）より抽出し、糖尿病性腎症の病期が第2期以上相当の者</p>
現在までの事業結果	<p>【受診勧奨事業】 特定健康診査受診者のうちHbA1cの値が受診勧奨判定値以上で健診後1カ月後までに医療機関受診のない者に、医療機関への受診勧奨通知を送付している。通知発送後約3カ月経過しても受診が確認できない者には、電話などでの再々勧奨をしている。糖尿病未治療者の医療機関受診率は、45%前後で経過している。</p> <p>【訪問指導事業】 直営で事業を実施していたが、令和3年度より民間企業に委託開始。市で抽出した対象者に委託業者より通知及び訪問の連絡調整を行い、訪問員が電話または訪問により生活習慣・服薬・受診行動などに関する相談と指導を実施している。（令和4年度までは訪問に市職員が同行。）定期的に通院しているなどの理由で参加者の増加が見られず課題としている。</p>

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
				2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	【受診勧奨事業】 受診勧奨者の医療機関受診率 (%)	37.5 (2019)	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0	51.0
	【訪問指導事業】 終了者のHbA1cが改善・維持した者の割合 (%)	80.0 (2019)	75.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0
アウトプット (実施量・率) 指標	【受診勧奨事業】 受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率 (%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	【訪問指導事業】 保健指導対象者への保健指導実施率 (%)	4.4 (2019)	7.5	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0
目標を達成するための 主な戦略	<p>【受診勧奨事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。 <p>【訪問指導事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者へ本事業の重要性をわかりやすく説明。 ・小山地区医師会と連携を強化し、かかりつけ医から対象者へ声かけを行う。 								

現在までの実施方法(プロセス)

<p>【受診勧奨事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。 <p>【訪問指導事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診データやレセプトデータに基づき、対象者の抽出とリストを市が作成し、委託企業より生活習慣・服薬・受診行動などに関する対象者へ相談と指導の勧奨通知を送付している。 ・小山地区医師会に事業の説明と、前年度の事業報告を行い、かかりつけ医から事業の参加勧奨に協力を依頼するなど、協力体制を構築している。 ・事業参加者の同意とかかりつけ医から指示書が得られたら、委託業者の専門職（保健師・管理栄養士など）が約6カ月間の保健指導（面談2回、電話約3回）を実施する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- 【受診勧奨事業】
- ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。
- 【訪問指導事業】
- ・事業参加の有無とその理由を確認する。
- ・通知送付後に対象者へ電話勧奨を実施し、参加者の増加を目指す。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 【受診勧奨事業】
- ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。
- 【訪問指導事業】
- ・国保年金課 一般職が予算編成、関係機関との連携調整、委託企業との契約関係。必要時健康増進課などと連携して事業の運営を行う。
- ・健康増進課 専門職(保健師・管理栄養士)が事業計画書作成、対象者の抽出、委託企業と支援状況の共有を行う。
- ・小山地区医師会 市内医療機関に本事業を周知、各医療機関では対象者へ参加勧奨を行う。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- 【受診勧奨事業】
- ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。
- 【訪問指導事業】
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整、委託企業との契約関係。必要時に健康増進課などと連携して事業の運営を行う。
- ・健康増進課専門職(保健師・管理栄養士)は、事業計画書作成、対象者の抽出、委託企業と支援状況の共有を行う。
- ・小山地区医師会 市内医療機関に本事業の周知を依頼。各医療機関に対象者へ参加勧奨を依頼し、参加者の支援実施内容の報告を行う。

評価計画

- 【受診勧奨事業】
- ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。
- 【訪問指導事業】
- ・アウトカム(成果)指標「訪問指導修了者のうち、新規透析移行者数」は、KDBシステムでレセプトを確認し、3月末時点の人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。追跡は修了後翌年から10年間とする。
- ・アウトプット(実施量・率)指標「対象者の事業参加率」は対象者と事業参加者から率を出し確認を行う。

高血圧重症化予防事業【継続】

事業の目的	高血圧有所見者の減少
対象者	国民健康保険被保険者（40歳から74歳）で高血圧要指導者及び受診勧奨判定者
現在までの事業結果	平成29年より高血圧予防教室を実施。参加者の翌年度の特定健康診査にて血圧が要指導領域維持者数は50%を超えているが、参加者数が低迷している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	【受診勧奨事業】 受診勧奨者の医療機関受診率 (%)	21.0 (2022)	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0
	【高血圧予防教室】 行動変容のあった者の割合 (%)	— (2023)	—	90.0	90.5	91.0	91.5	92	92.5
アウトプット (実施量・率) 指標	【受診勧奨事業】 対象者への通知率 (%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	【高血圧予防教室】 教室の参加者数 (人)	34 (2019)	12	15	18	22	25	28	30
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・おやま・まちづくり出前講座（健康教室） ・受診勧奨判定値の者へ医療機関の受診勧奨（未受診者・治療中断者） ・保健指導判定値の者への高血圧重症化予防セミナーの開催（医師講話・栄養講話など） 								

現在までの実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出し、レセプト確認にて更に対象を抽出。
- ・抽出した対象者に高血圧予防教室の案内を通知し、参加意思のあった者に対して高血圧予防教室を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- 【高血圧予防教室】
- ・高血圧予防教室の参加率が低迷していることから、対象の拡大を検討する。
- ・レセプトデータを活用して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外して高血圧予防教室の案内通知者を決める。
- 【医療機関受診勧奨事業】
- ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 【高血圧予防教室】
- ・国保年金課専門職は、抽出、事業計画書作成を行う。健康増進課などと連携をして実施。
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整を行う。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- 【高血圧予防教室】
- ・国保年金課専門職は、抽出、事業計画書作成を行う。健康増進課などと連携をして実施。
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整を行う。
- 【医療機関受診勧奨事業】
- ・健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準ずる。

評価計画

- 【高血圧予防教室】
- ・アウトカム指標「行動変容のあった者の割合」は、分子「アンケートにて行動変容のあった者の人数」を、分母「教室参加人数」で除して求める。
- 【医療機関受診勧奨事業】
- ・アウトカム指標「医療機関受診率」は、分子「勧奨を行って医療機関を受診した人数」を分母「受診勧奨を行った人数」で除して求める。医療機関受診率が高くなれば、適切な医療を早期に受けることができ、高血圧重症化予防にも寄与していることを意味する。

健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査受診者のうち高リスク者に受診勧奨を行うことで、医療機関への受診の必要性を理解してもらい、早期受診・治療につなげ、重症化を予防することにより対象者のQOL維持を目的とする。
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者（がん・精神疾患・難病患者などは除く40歳から74歳の国民健康保険被保険者）
現在までの事業結果	特定健康診査受診者のうち受診勧奨判定値以上（血圧・血糖・脂質異常・腎機能など）で医療機関受診のない者に、医療機関への受診勧奨通知を送付している。通知発送後約3カ月経過しても受診が確認できない者には、電話などで再々勧奨をしている。自覚症状がないことから受診に繋がりにくく医療機関受診率は、30%前後で経過している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	勧奨者の医療機関受診率 (%)	34.2 (2019)	28.2	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への通知率 (%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・要精密検査結果について理解していただけるようにパンフレットを同封する。 ・通知送付だけでは医療機関受診につながらないことが多いため、通知後に受診が確認できない者には電話で再々勧奨を行う。電話が繋がらない者には、文書を送りアンケート返信にて受診の意向確認を行う。 								

現在までの実施方法(プロセス)

- ・健診データとレセプトとより対象者を抽出し、保健事業対象者リストを作成し、対象者宛て受診勧奨通知を送付している。
- ・通知送付約3カ月後にレセプトや精密検査連絡票より受診状況を確認し、受診していない者に電話で再々勧奨をしている。電話が繋がらなかった場合は、文書で再々勧奨を行いアンケート返信にて受診の意向確認をしている。
- ・レセプトや精密検査連絡票より受診状況を確認して効果測定をしている。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・健診データとレセプトとより対象者を抽出し、保健事業対象者リストを作成し、対象者宛て受診勧奨通知を送付。
- ・通知送付約3カ月後にレセプトや精密検査連絡票より受診状況を確認し、受診していない者に電話で再々勧奨。電話が繋がらなかった場合は、文書で再々勧奨を行いアンケート返信にて受診の意向確認をする。
- ・レセプトや精密検査連絡票より受診状況を確認して効果測定をする。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・国保年金課専門職は、受診勧奨を行う。必要時に健康増進課などと連携して支援を行う。
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・国保年金課専門職は、受診勧奨を行う。必要時に健康増進課などと連携して支援を行う。
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成。

評価計画

- ・アウトカム指標「勧奨者の医療機関受診率」は、分子「レセプトまたは精密検査連絡票にて医療機関を受診した者」を、分母「受診勧奨者」で除して求める。

重複・多受診者への健康相談事業【継続】

事業の目的	重複受診・多受診者への訪問指導及び電話指導を行い、個別支援により被保険者の健康意識の向上、生活習慣改善による重症化予防、適正な受診行動に結びつくことなどを目的として実施する。
対象者	重複・頻回受診などがある40歳から74歳の国民健康保険被保険者（がん・精神疾患、難病患者は除く）のうち、レセプトを分析し指導が必要な者。
現在までの事業結果	委託事業として実施している。市で抽出した対象者に委託事業者より通知及び訪問の連絡調整を行い、訪問員が電話または訪問により栄養・運動・飲酒・生活習慣・服薬・受診行動などに関する相談と指導を実施している。主治医がいるなどの理由や頻回受診が季節的な場合も多く参加者が少なく苦慮している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	行動変容があった者の割合 (%)	90.7 (2019)	93.8	94.0	94.5	95.0	95.5	96.0	96.5
アウトプット (実施量・率) 指標	訪問指導などをした人の割合 (%)	34.0 (2019)	29.0	30.0	30.0	31.0	31.0	32.0	32.0
目標を達成するための 主な戦略	・個別に応じた生活改善の相談や指導								

現在までの実施方法(プロセス)

- ・市でレセプトなどから対象者を抽出する。委託業者より対象者宛て通知。対象者に電話連絡を行い訪問時間などの調整を実施し、訪問員が電話、または訪問により保健指導を実施し、記録評価をして市に報告する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・市でレセプトなどから対象者を抽出する。委託業者より対象者宛て通知、対象者に電話連絡を行い訪問時間などの調整を実施し、訪問員が電話、または訪問により保健指導を実施し、記録評価をして市に報告する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・国保年金課専門職は、対象者の抽出を行う。必要時に健康増進課などと連携をして支援する。
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・国保年金課専門職は、対象者の抽出を行う。
- ・国保年金課一般職は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画を担当する。

評価計画

- ・アウトカム指標「行動変容のあった者の割合」は、委託した民間事業者から提供される効果測定報告書の医療費削減効果額を活用して、分子「1か月当たりの医療費が減少した者」を分母「効果測定対象者」で除して求める。

重複服薬者等訪問等保健指導事業【継続】

事業の目的	重複・多剤服薬者などへの訪問指導及び電話指導を行い、服薬の一元管理を促す。重複服薬や併用禁忌、相互作用による被保険者の健康被害の予防と適正な受診行動により健康の保持・増進を図る。
対象者	2医療機関以上から同系医薬品の投与日数が3カ月を超えるもののうち、レセプトを分析し指導が必要と思われる40歳から74歳の国民健康保険被保険者（がん・精神疾患、難病患者などは除く）
現在までの事業結果	令和元年度から令和2年度は電話指導のみ実施した。令和3年度より国保連に委託して市の保健師が同行で訪問し、お薬手帳の適正活用と適正受診による服薬の適正管理の指導を実施した。今後は、業務委託により実施していく。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値						
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム (成果) 指標	保健指導実施人数(人)	4 (2021)	5	5	5	5	5	5	5	5
アウトプット (実施量・率) 指標	行動変容があった者の割合 (%)	42.8 (2023)	40.9	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	60.0
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳の適正活用やかかりつけ医への相談状況の確認と相談方法の助言。かかりつけ薬局の啓発を行う。 ・重複服薬の影響や薬剤の効能使用、使用方法など対象者に応じた説明を行う。 									

現在までの実施方法(プロセス)

- ・国保連が抽出した一覧表を基に選定委員会を行い、訪問対象者を選出し、対象者宛て通知を行う。国保連の保健師と市の保健師が同行訪問により保健指導を行う。訪問後の服薬状況及び受療行動を市の保健師が確認する。また、訪問後約3カ月後に訪問後の健康状態などの調査票を送付、電話などにより服薬状況及び身体状況などの確認を行い、記録を国保連に送付する。
- ・国保連は、訪問後のレセプトデータ及び市からの記録を基に保健指導の評価を行い市に報告をする。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・国保連が対象者を抽出する。委託業者より対象者宛て通知、対象者に電話連絡を行い訪問時間などの調整を実施し訪問員が訪問、または電話により保健指導を実施し、記録を評価して市に報告する。市の保健師は訪問後のレセプトデータにより重複服薬状況の確認をする。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・国保年金課専門職は、国保連が抽出した一覧表を基に選定委員会で対象者を選定し、国保連の保健師と同行にて訪問指導をする。
- ・必要時に健康増進課などとの連携により支援する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・国保年金課職員は、国保連が抽出した一覧表を基に対象者を選定し、委託業者に訪問指導の依頼をする。委託業者は、訪問後指導の評価をして市に報告をする。
- ・必要時に健康増進課などとの連携により支援する。

評価計画

- ・アウトカム指標「行動変容があった者の割合」は、委託業者から提供される効果測定報告書を活用し、対象者の保健指導後の医療費や行動変容が改善している者の割合を確認する。行動変容した者の割合が高ければ、適正な服薬管理ができる者の増加により薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れなどにより引き起こされる有害事象(ポリファーマシー)のリスクが軽減できたことを意味する。

後発医薬品使用促進通知事業【継続】

事業の目的	後発医薬品使用割合の向上
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者
現在までの事業結果	平成27年度より民間企業に委託して実施し、令和2年度まで、後発医薬品使用割合は緩やかに上昇したが、後発医薬品メーカーによる供給体制の問題などにより、以降の伸び率は鈍化しており、後発医薬品に対する効果的な利用促進が課題になっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品使用割合 (%)	81.3 (2019)	81.9	80.6	80.7	81.0	81.5	82.0	82.5
アウトプット (実施量・率) 指標	事業対象者に対する通知割合 (%)	100.0 (2019)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国の特別調整交付金などの財政支援を有効活用し、委託業者により実施する。 委託業務は、後発医薬品利用差額通知の作成、サポートデスク、事業報告とする。 								

現在までの実施方法(プロセス)

- ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定している。
- ・通知は年4回実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・委託業者と連携して、適切な対象者の選定を行い、通知を年4回送付する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は国保年金課が担当している。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
- ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表などに報告している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は国保年金課が担当する。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業報告書作成を担当する。
- ・国保運営協議会で年2回、被保険者代表、保険医代表などに報告する。

評価計画

- ・アウトカム指標「後発医薬品使用割合」は、国保連から提供される帳票などを活用し、厚生労働省が保険者別の後発医薬品使用割合を毎年度2回(毎年9月診療分と3月診療分)公表することを踏まえ、9月診療分の結果を確認する。後発医薬品使用割合が高ければ、小山市国保被保険者対象世帯に向けて送付するジェネリック医薬品差額通知、ジェネリック医薬品希望シールの配布、広報による啓発活動による後発医薬品の利用促進や本市の財政運営に寄与するためにジェネリック医薬品の啓発活動を継続していく。

(3) その他の保健事業一覧

その他、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業名称	事業概要	区分
人間・脳・心臓ドック レディースドック助成	人間ドックなどの費用の一部を助成することにより、疾病の早期発見、重症化予防、被保険者の健康増進を図る。40歳以上のドック受診者は特定健康診査を受診したとみなすため、特定健康診査受診率の向上も図る。	継続
がん検診	男性の標準化死亡比が高い大腸がんをはじめ、各種がんによる死亡を減少させるために早期発見、早期治療を啓発し、胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん・子宮がん・乳がんの受診率の向上を図る。	継続
CKD（慢性腎臓病） 予防セミナー	健診データから抽出したe-GFRが低い者を対象に、慢性腎臓病（CKD）についての正しい知識と、重症化予防の必要性、生活習慣の改善の指導をすることで、参加者の生活習慣の改善を図る。	継続
壮年期男性向け 生活習慣病予防事業	壮年期男性に向けて健診受診勧奨を行うとともに、メタボリックシンドロームの病態や予防法について学び、実践できるような事業を実施する。	継続
からだスッキリ！ 運動教室	身近な運動体験の機会として、健康づくり運動普及推進員が、自宅で気軽にできる運動を普及することで、メタボリックシンドロームの予防を図る。	継続
受動喫煙防止登録制度	受動喫煙防止対策に取り組む市内の施設を、小山市受動喫煙防止対策実施施設（おやま禁煙おもてなし施設）として登録し、公表することにより、施設利用者を受動喫煙による健康被害から守るとともに、施設利用者が利用施設の選択をしやすい環境づくりを提供する。	継続
禁煙ジュニアサポーターズ 養成事業	小・中・義務教育学校において、たばこの害について講話及びロールプレイなどを実施し、身近な人へのたばこの害の普及啓発や禁煙のきっかけづくりを行う人材を育成し、喫煙対策の推進を図る。	継続
開運おやま健康マイレージ事業	健康づくりの意識高揚と習慣化を図るため、個人の健康づくりの取組み（健（検）診・の受診及びウォーキングなど）や対象事業への参加に対してポイントを付与し、ポイントが10点に達した者に転換品、または寄付と交換する。	継続
歯周疾患健診	早期に歯周疾患を発見し歯の喪失を予防することにより、生活の質（QOL）の向上及び高齢期における健康維持を目的とする。	継続
オーラルフレイル健診・ 予防教室	オーラルフレイルを早期発見・予防することで、口腔機能の維持・改善に繋げ、将来の心身機能の低下を防ぐため、65歳から74歳の市民で希望する者に対し、健診・予防教室を実施する。	新規

第6章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、広域連合と連携して行うなど、必要に応じその他保険者との連携・協力体制を整備します。

(2) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったかなどを確認のうえ、目標を達成できなかった原因や事業の必要性を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページなどで公表・周知を図ります。また、目標の達成状況などの公表に努め、本計画の円滑な実施などについて広く意見を求めるものとします。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項

地域包括ケアに係る取組み

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組みを実施していきます。

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有、対応策を検討するとともに地域支援事業に国保部局として参画します。

(2) 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データなどを活用して前期高齢者などのハイリスク群・予備群を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室などのプログラムを実施します。
- ・庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体などの関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって推進します。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画（素案）

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

小山市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期から第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきました。第4期計画においては第3期データヘルス計画と一体的に作成するにあたり、必要事項を分けて、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 特定健康診査・特定保健指導の目的

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖・高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。

このため、メタボリックシンドロームの概念に基づき、その該当者及び予備群に対し、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活等の生活習慣改善をすすめることにより、糖尿病等の生活習慣病や、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクを低減することが求められています。

つまり、特定健診・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の該当者及びその予備群を抽出し、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とします。

法第19条を踏まえるとともに、「健康都市おやまプラン21」及び「データヘルス計画」などで用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとします。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
		中間評価			次期計画策定
第4期小山市国民健康保険特定健康診査等実施計画					

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 第3期特定健康診査等実施計画における目標の達成状況

(1) 特定健康診査と特定保健指導実施率

第3期特定健康診査等実施計画では、特定健康診査の受診率などの目標値について、国の基本指針では市町村国保の特定健康診査受診率60%と特定保健指導実施率60%とされていますが、令和2年度に中間評価を実施し目標値を設定しました。

この間、未受診者対策などに取り組みましたが、令和元年度以降は目標値に到達することができませんでした。

【特定健康診査】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査対象者数(人)	25,118	24,507	24,336	23,582	22,443
特定健康診査受診者数(人)	9,127	8,903	7,520	8,514	8,301
特定健康診査受診率(%)	36.3	36.3	30.9	36.1	37.0
受診率目標値(%)	35	40	37	38	39

出典:法定報告(受診率目標値:第3期特定健康診査等実施計画)

【特定保健指導】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	1,122	1,056	909	1,083	1,043
特定保健指導終了者数(人)	536	492	379	427	464
特定保健指導実施率(%)	47.8	46.6	41.7	39.4	42.6
実施率目標値(%)	35	40	47	49	51

出典:法定報告(受診率目標値:第3期特定健康診査等実施計画)

(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

	積極的支援 対象者(人)	動機づけ支援 対象者(人)	特定保健指導 対象者(人)
平成20年度	369	960	1,329
令和4年度	260	786	1,046

出典:法定報告

※ メタボ該当者及び予備群の減少率は21.3%でした。

$$1 - \frac{\text{当該年度(令和4年度)の健診データにおける該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数) 1,046人}}{\text{基準年度(平成20年度)の健診データにおける該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数) 1,329人}}$$

※厚生労働省保険局 特定健康診査等実施計画作成の手引き(第3版)より算出

2. 主な取組み内容

特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取組みを示したものです。

【特定健康診査】

実施内容
平成30年度より自己負担額を無料化した。
受診者の利便性を考慮し、集団健診を一部の土曜日・日曜日においても開催した。
令和5年度より24時間予約可能な集団健診Web予約システムを導入し、併せて問合わせや電話予約を受け付けるコールセンターを設置した。
国保税の納付通知に特定健康診査のリーフレットを同封して啓発を行った。
ホームページや広報への掲載、庁内デジタルサイネージを活用した啓発を行った。
行政テレビやおーラジなど、マスメディアを活用して案内を放送した。
未受診者に対して受診勧奨通知を送付した。

【特定保健指導】

実施内容
利用者のモチベーション維持のため初回面接から4～5カ月後の血液検査の実施した。
開運おやまマイレージ事業の活用。（目標達成により付与ポイントの増加）
初回面接の未利用者に対し、約3カ月後に利用勧奨の通知または電話連絡を行った。
各健診医療機関にて保健指導の日程などを調整してもらい、FAX連絡票を用いて、各医療機関から市へ連絡する方法を設けた。
ドラッグストアへ保健指導の一部を外部委託し、夜間休日などの指導体制の整備を行った。
保健師と管理栄養士による支援として、食事記録の分析や夜間の指導を行った。

第3章 特定健康診査等実施計画

1.達成しようとする目標

(1) 特定健康診査と特定保健指導実施率

令和11年度における特定健康診査の目標受診率を60%（国の参酌標準）、特定保健指導の目標実施率を60%（国の参酌標準）とします。

なお、この目標を達成するために設定した、令和6年度以降の各年度の目標実施率は以下のとおりです。

第4期 小山市国民健康保険特定健康診査等実施計画における目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率	40%	43%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	53%	55%	56%	57%	59%	60%

※目標実施率の設定理由

小山市における令和4年度の国民健康保険被保険者の特定健康診査受診率（37.0%）・特定保健指導実施率（42.6%）と、令和11年度の国の参酌標準を考慮し設定しています。

(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

特定保健指導の対象者を令和11年度までに、平成20年度比で25%減少することを目標とします。

$$\frac{\text{基準年度（平成20年度）の特定保健指導対象者の推定数} - \text{当該年度の特定保健指導対象者の推定数}}{\text{基準年度（平成20年度）の特定保健指導対象者数}}$$

※厚生労働省保険局 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）より算出

2. 特定健康診査などの対象者数

(1) 特定健康診査の対象者数推計

年度	国保被保険者数	対象者数 (40歳～74歳)	受診率 (目標値)	受診者数	
				40歳～64歳	65歳～74歳
6年度	31,858人	21,345人	40%	8,538人	
				2,305人	6,233人
7年度	30,902人	20,704人	43%	8,903人	
				2,404人	6,499人
8年度	29,975人	20,083人	45%	9,037人	
				2,440人	6,597人
9年度	29,076人	19,481人	50%	9,741人	
				2,630人	7,111人
10年度	28,204人	18,897人	55%	10,393人	
				2,806人	7,587人
11年度	27,358人	18,330人	60%	10,998人	
				2,969人	8,029人

国保被保険者のうち、平成30年度から令和5年度における40歳から74歳の特定健康診査の対象者は、平均しておよそ67%でした。従って令和6年度における40歳から74歳の特定健康診査の対象者は、21,345人、令和11年度は18,330人と推計いたしました。

※特定健康診査の対象者は「毎年4月1日時点の国保加入者のうち、当該年度中に40歳から74歳になる人であり、かつ年度を通じて1年間国保に加入している人です。なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は除く。」とされています。

(2) 特定保健指導の対象者数推計

年度	特定健康診査 受診者数	特定保健指導対象者数		受診 (目標値)	特定保健指導実施者数	
		動機づけ支援 (9.7%)	積極的支援 (3.0%)		動機づけ 支援	積極的支援
6年度	8,538人	811人	264人	53%	439人	136人
7年度	8,903人	845人	275人	55%	475人	147人
8年度	9,037人	858人	280人	56%	491人	152人
9年度	9,741人	925人	301人	57%	539人	166人
10年度	10,393人	987人	322人	59%	595人	184人
11年度	10,998人	1,044人	340人	60%	640人	198人

令和6年度における特定保健指導対象者は、動機づけ支援811人、積極的支援264人、あわせて1,075人と推計されます。

※動機づけ支援（9.5%）積極的支援（3.1%）の出現率は、令和4年度法定報告結果によります。

3. 特定健康診査の実施方法

(1) 特定健康診査の実施

被保険者が自身の身体状況を確認するため、また、将来生活習慣病を発症し重大な疾患に陥らないよう、早期にメタボリックシンドロームの該当者及び予備群該当者を発見し、生活習慣病の改善が必要であることを理解していただくため、特定健康診査を実施します。

① 健診の実施体制

ア 被保険者が受診しやすい健診体制として、集団健診と個別健診の併用とし、受診者が選択できるようにします。

イ 小山市国保における人間ドックなどは、特定健康診査を含むものとして検査項目を追加し、人間ドックなどを受診することで、特定健康診査を受けたものとして位置づけます。

② 健診の実施時期

集団健診、個別健診はいずれも5月から翌年1月までを健診実施期間とします。また、受診者の利便性を考慮し、一部土日にも実施します。

③ 健診の実施項目

特定健康診査は法に基づいた「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に定める項目を実施します。

項目	内容
基本的項目	(1) 質問項目（服薬歴、喫煙歴など） (2) 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） (3) 理学的所見（身体診察） (4) 血圧測定 (5) 脂質検査（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール*1） (6) 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖*2） (7) 肝機能検査（AST、ALT、γ-GT） (8) 尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細項目	(9) 厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要と認めるとき行うもの ア. 心電図検査 イ. 眼底検査 ウ. 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ハマトクリット値） エ. 血清クレアチニン検査（e-GFRによる腎機能の評価を含む）

*1：やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上とする。

中性脂肪が400mg/dL以上である場合または、食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールで評価してもよい。

*2：やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、食直後とは、食事開始時から3.5時間未満とする。

4. 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の目的

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うものです。対象者が自らの生活課題を認識し、行動変容と自己管理、健康的な生活習慣を定着させることにより生活習慣病を予防することを目的とします。

(2) 特定保健指導の実施方法

特定保健指導の対象者の選定（階層化）

特定健康診査結果に基づき、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」

（(6) 特定保健指導の実施内容参照）の3つに区分されます。階層化の基準は以下のとおりです。

腹 囲	追加リスク	④喫煙歴	対 象	
	①血糖②脂質③血圧		40歳～64歳	65歳～74歳
男性：≥85cm 女性：≥90cm	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で 体格指数 (BMI) ≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/	動機づけ支援	

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1cの両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目の支援は終了かつ2年目の健診結果が改善している者については、2年目の特定保健指導は動機づけ支援相当の支援を実施します。

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

(3) 特定保健指導の実施

小山市国民健康保険の特定保健指導は、実施率の向上を図るために、衛生部門での支援の実施のほか、一部外部委託を併せた体制で実施していきます。さらに、専門家による指導を必要とする者への個別的な対応だけでなく、地区組織・健康づくり自主グループ・民間などの衛生部門の保健事業団体と連携することで様々な方向への支援にもつなげていきます。

初回面接実施率を比較すると、集団健診受診者より個別健診受診者の方が低かったことから、各健診医療機関にて保健指導の日程などを調整してもらい、FAX連絡票を用いて、各医療機関から市へ連絡する方法を設けるなど、今後も、医療機関と連携することで更なる実施率向上を図っていきます。

平成22年度には国の補助事業である「テーラーメイド保健指導プログラム評価支援事業」を実施しました。その中で、2カ月後に行っている血液検査は意欲の継続や生活改善行動の成果を自覚することで自信につながるものでした。今後も独自プログラムとして、血液検査を活用しながらモチベーションの維持向上を図っていきます。

平成25年度より積極的支援の外部委託し、平成29年度からは人間ドックなどを受診し、保健指導の該当になった一部の人に対して外部委託により実施、令和5年度からはドラッグストアにも外部委託し、夜間・休日の指導も実施できる指導体制の整備を行っています。

(4) 特定保健指導対象者

特定保健指導の対象は、内臓脂肪の蓄積程度や危険因子の数によって決定します。階層化の基準に基づき対象者を抽出し、対象者が特定保健指導の利用につながるよう個別に勧奨し実施していきます。

- ① 年齢が若い対象者（40歳代から50歳代）
- ② 危険因子（血圧、脂質、血糖）の多い者
- ③ 生活習慣の改善の必要性が高い者（質問票より）
- ④ 健診結果が前年度に比べて悪化している者
- ⑤ 前年度特定保健指導対象であったにもかかわらず、未利用者・脱落者

(5) その他の保健指導対象者

- ① 医療機関への受診勧奨者
健診結果が受診勧奨判定値の者
- ② 治療中の者
糖尿病・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患・脳血管疾患などで治療中であり、医師との連携が必要な者

(6) 特定保健指導の実施内容

動機付け支援

支援内容	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的に支援を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人あたり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループあたりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか、身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを3カ月経過後に電話もしくはアンケートでの確認を行う。さらに12カ月後健診にて評価を行います。

積極的支援

支援内容	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的に支援を行う。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人あたり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループあたりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メールなどのいずれか、 もしくはいくつかを組み合わせる。 ※支援については引き続き、外部機関に委託をする。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="253 1197 1310 1477"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2 cm・体重2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1 cm・体重1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="253 1545 1310 1690"> <tr> <td>・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャットなど) ・健診後早期の保健指導実施を評価</td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2 cm・体重2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1 cm・体重1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャットなど) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2 cm・体重2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1 cm・体重1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャットなど) ・健診後早期の保健指導実施を評価						

<独自プログラム>

支援開始後、4～5カ月後に血液検査によりデータ確認するなど、参加者の意欲が持続するよう支援する。また、支援終了後も次回健診までのモチベーション維持のために、支援レターを送付し、継続的な支援を行う。

(7) 衛生部門との連携

① みんなで取り組む生活習慣病予防

特定健康診査・特定保健指導を推進するとともに、衛生部門と連携を図り、これまで衛生部門が創り上げてきた、地域の力を根幹とした健康なまちづくりを進めていきます。

そのため、様々な組織や民間などと協力しながら生活習慣病対策に重点的に取り組み、「慢性腎臓病（CKD）予防」事業や、「糖尿病重症化予防」事業を継続していきます。

保健指導を実施し、早い時期からの生活習慣の見直しにより、人工透析移行防止を図り、生活機能やQOLを維持し健康寿命の延伸に繋がります。

② 第2次健康都市おやまプラン21と連携

衛生部門では、これまで住民参加とヘルスプロモーションの理念に基づく健康づくりの総合計画「健康都市おやまプラン21」を策定し、「人もまちも元気な健康都市おやま」の実現に向け、健康づくり対策を推進してきました。

現在、第2期計画として策定された「第2次健康都市おやまプラン21」に基づき、健康づくり対策を推進しています。このプランとの整合性を図りながら、「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」を目指す市民全体の健康づくり運動の一環としても取り組んでいきます。

5. 目標達成に向けての取組み

第4期計画期間における目標達成に向けての取組みを示したものです。

【特定健康診査】

取組み	区分
自己負担額無料	継続
集団健診の土日開催（受診機会の拡大）	継続
Webシステム及びコールセンターでの予約受付	継続
納税通知と併せた啓発	継続
ホームページ・広報などへの掲載	継続
マスメディアの活用	継続
受診勧奨通知の送付	継続
医療機関などと連携した受診勧奨	継続
SMSなどを活用した受診勧奨	新規
事業所を通じた事業主健診結果の収集	新規

【特定保健指導】

取組み	区分
モチベーション維持のため、初回面接から4～5カ月後の血液検査の実施	継続
開運おやまマイレージ事業の活用（目標達成により付与ポイントの増加）	継続
未利用者対策	継続
各健診医療機関とのFAX連絡票を用いた取組み	継続
ドラッグストアへの委託事業	継続
ICTを活用した特定保健指導	検討
健診当日の特定保健指導の実施	検討

6. 特定健康診査・特定保健指導の結果の通知と保存・報告

(1) 受診者への特定健康診査結果の通知方法

特定健康診査の結果については

- ア 集団健診：健診終了後概ね1カ月から1カ月半後に、開催する結果説明会にて配布します。（6月から3月）また、説明会に参加できない受診者については、送付します。
- イ 個別健診：健診終了後概ね1カ月から1カ月半後に健診実施医療機関より本人に直接お伝えします。

(2) 記録の管理・保存期間について

特定健康診査結果や特定保健指導の記録の保管は、国保連に委託します。また、小山市において効果的な特定保健指導及び健康づくり事業を行うため、必要な情報について適切な情報管理を行います。保管にあたっては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）に基づき適切に実施していきます。なお、記録の保存期間は、記録の作成日より最低5年間、または小山市国保被保険者が異なる保険者の被保険者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

(3) 個人情報の取扱いについて

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取られるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

7. 特定健康診査以外の健診・保健事業との関係

(1) 後期高齢者の健康診査・オーラルフレイル健診（歯科健康診査）

75歳以上の後期高齢者の健康診査は、広域連合の努力義務とされています。広域連合では、生活習慣病の早期発見により適切な医療につなげて重症化を予防し、医療費の適正化を図ることを目的として、健康診査事業に取り組んでいます。実施にあたっては、被保険者の利便性などを考慮し市町に委託して行っており、小山市では特定健康診査と同様の方法により実施します。

また、全身疾病につながるおそれのある口腔機能の低下を予防することにより、健康の保持・増進、生活の質の維持・向上を図るため、前年度に75歳・80歳・85歳に達した者を対象に、後期高齢者オーラルフレイル健診（歯科健康診査）を実施します。

(2) 生活保護受給者に対する健康診査

各医療保険に属さない生活保護受給者に対しては、健康増進法に基づき、衛生部門の健康診査を実施します。

(3) ヤング健診

小山市独自事業として、特定健康診査を受ける機会がない30歳・35歳の若い世代に健診を受ける機会を設けることで健康意識の高揚を図るために実施します。

(4) 肝炎ウィルス検診

肝炎ウィルス検診は、健康増進法に基づき、衛生部門が実施します。特定健康診査と同時に実施し、また、肝炎ウィルス検診のみの集団検診を実施します。

(5) 歯周疾患検診

成人歯科保健対策の一環として、歯の喪失を予防することにより、市民の生活の質（QOL）の向上及び高齢期における健康の維持に寄与するために実施します。

(6) がん検診

各種がん検診は、健康増進法に基づき、衛生部門が実施します。集団検診では、胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん検診、個別検診では前立腺がん検診を、基本健診と同時に実施します。ほかに女性がんの個別検診として乳がん・子宮がん検診を実施します。

(7) 骨粗しょう症検診

検診によって骨粗しょう症を早期に予防し、生活習慣の改善を図るために実施します。

(8) 糖尿病重症化予防事業

レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高いを抽出し、専門職（保健師・管理栄養士など）による受診勧奨・服薬管理・食事療法・運動療法など、保健指導を実施し、対象者の健康・生活の質を守ります。糖尿病未治療者への受診勧奨については、健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業に準じます。

(9) 壮年期男性向け生活習慣病予防事業

壮年期男性に向けて健診受診勧奨を行うとともに、メタボリックシンドロームの病態や予防法について学び、実践できるような事業を実施します。

(10) 高血圧重症化予防事業

高血圧が重篤な疾患の引き金になることなどの認知度を高め、自身の血圧改善のための方法を学び、実践的に取り組むことを支援し、重症化予防を行います。

(11) からだスッキリ！運動教室

運動普及推進員が中心となり、運動教室を開催することで広く一般に市民に対してメタボ予防のための運動の啓発をします。

(12) およま禁煙ジュニアサポーターズ育成講習会

小・中・義務教育学校でたばこの害について講習会などを実施することで、身近な人へたばこの害の普及啓発や禁煙のきっかけづくりを行う人材を育成し、喫煙対策の推進を図ります。

8. 計画の公表と周知方法

(1) 計画の公表

国保加入者、特に特定健康診査対象者に取組みの方針を示し、趣旨を理解してもらい、積極的な協力を得ることを目的として、計画の公表を行います。この計画は、国保運営協議会委員をはじめとする関係者に配布、また被保険者に対しては、以下の方法で周知するものとします。

(2) 計画の周知方法

- ① 計画の概要をホームページや広報に掲載します。
- ② 行政テレビを活用し、周知を図ります。
- ③ 衛生部門と連携し、市で行う健康づくり事業の場でPRします。
(健康都市おやまフェスティバルや地域での健康教室の場の活用など)
- ④ 地域の団体や組織へのPRを行います。
(健康推進員・食生活改善推進員・運動普及推進員・民生委員児童委員など)

9. 評価及び見直し

(1) 評価の実施

特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当の減少率について、国の定める方法に従って評価を行います。評価の時期については、実績報告を行う11月以降に前年度の計画達成状況の評価を行うものとします。令和8年度には中間評価を、第4期計画の終了年度である令和11年度には最終評価を行う予定です。

(2) 計画の見直し

本計画は事業開始後3年目の令和8年度に行う中間評価により把握された課題を踏まえ、必要に応じて計画内容の見直しを実施します。

見直しにあたっては、衛生部門と協働で行うものとし、被保険者へのより良い実施体制が図れるようにします。なお、計画の進捗状況については適宜、国保運営協議会に報告を行います。

小山市国民健康保険 第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画
(令和6年度～令和11年度)



小山市健康づくり
マスコットキャラクター
Pちゃん

発行年月 令和6年3月予定
発行・編集 小山市 市民生活部 国保年金課
〒323-8686
栃木県小山市中央町1丁目1番1号
TEL 0285(22)9418
FAX 0285(22)9564