

**小田原市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画**

令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）

令和6年（2024年）3月

小田原市

目次

第1章 計画の基本的事項	1
1 計画の背景	1
2 計画の趣旨	1
3 計画の目的	1
4 根拠法令・位置付け	2
5 他の計画との関係性	2
6 データヘルス計画の標準化の推進	2
7 計画期間	3
8 実施体制・関係機関との連携	3
第2章 現状の整理	4
1 小田原市の状況	4
2 保険者の特性	7
3 第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査 ・特定保健指導実施計画の振り返り	20
4 今後の取組の方向性	25
第3章 基本目標及び基本方針	26
1 基本目標 (★)	26
2 基本方針 (★)	26
3 計画の体系図 (★)	26
4 指標一覧 (★)	27

第4章 個別保健事業	28
1 特定健康診査受診率向上事業 (★)	28
2 特定保健指導利用勧奨事業 (★)	30
3 生活習慣病重症化予防事業	32
4 受診行動適正化事業	34
第5章 特定健康診査等の実施方法	36
1 特定健康診査 (★)	36
2 特定保健指導 (★)	37
第6章 その他	39
1 計画の評価・進行管理 (★)	39
2 計画の公表・周知 (★)	39
3 個人情報の取扱い (★)	39
4 各種検(健)診等の連携 (★)	39
5 業務委託 (★)	39
6 地域包括ケアに係る取組	40
第7章 資料編	41
1 データヘルス計画策定のための共通の様式	41
2 用語の説明	51

※ (★) …「第4期特定健康診査等実施計画」該当箇所

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の背景

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

平成26年3月、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。)において、市町村国保及び国民健康保険組合は、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなっています。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月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、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なK P Iの設定を推進する。」と示されました。

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、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

2. 計画の趣旨

小田原市国民健康保険では、平成20年度から「小田原市特定健康診査等実施計画」(以下、「特定健康診査等実施計画」という。)を策定するとともに、平成28年度には、「小田原市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」(以下、「データヘルス計画」という。)を策定しました。

平成30年度から開始した「第2期データヘルス計画」・「第3期特定健康診査等実施計画」は、令和5年度に計画期間を終了することから、新たに「第3期データヘルス計画」・「第4期特定健康診査等実施計画」を策定します。

3. 計画の目的

保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(Q O L)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えます。

4. 根拠法令・位置付け

第3期データヘルス計画は、国民健康保険法第82条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」により、特定健康診査等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画として策定します。

第4期特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法第18条に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものです。

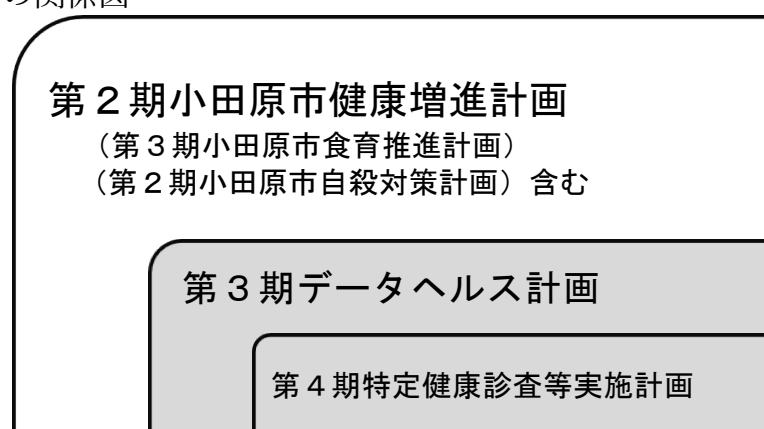
両計画の内容は重複する部分が多いことから、一体的に策定し取り組んでいきます。

5. 他の計画との関係性

第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画（以下、「本計画」という。）は、健康増進法に基づく「基本方針」を踏まえるとともに、「第2期小田原市健康増進計画」と調和のとれたものとしします。

「第2期小田原市健康増進計画」では、「いつまでも自分らしく 心もからだも健やかに暮らせるまち小田原」を基本理念とし、市民の誰もが心身ともに健康で希望を持って生活できるよう目指していますので、その方向性を踏まえ、小田原市国民健康保険の被保険者を対象とした実施計画として策定します。

計画の関係図



6. データヘルス計画の標準化の推進

令和5年5月に国が示した「策定の手引き」や神奈川県の方針に沿い、標準化を踏まえた内容とします。

第3期データヘルス計画は、都道府県レベルで標準化し、共通の評価指標を設定し策定することで、県内保険者において同じ指標を経年的なモニタリングできるようになるほか、他の保険者との比較や効果の出ている保健事業の方法・体制の共有、自保険者の客観的な状況の把握等ができるようになります。

また、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されています。

7. 計画期間

本計画の期間は、令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)の6年間とします。

8. 実施体制・関係機関との連携

計画の実効性を高めるために、実施体制を構築し、関係機関との連携を図りながら取り組みます。

(1) 庁内関係部局

国保部門と保健事業部門が連携を図り、特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図ります。

(2) 神奈川県（国保部局・保健衛生部局）

計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供を依頼し事業に取り組んでいきます。

(3) 保健福祉事務所

計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供を依頼し事業に取り組んでいきます。

(4) 神奈川県国民健康保険団体連合会

KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援を依頼し事業に取り組んでいきます。

計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供を依頼し事業に取り組んでいきます。

(5) 神奈川県後期高齢者医療広域連合

地域包括ケアシステムの取組や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の参画をはじめ、様々な取組においてデータの分析や結果の共有等を行っていきます。

(6) 保健医療関係者

小田原医師会、小田原歯科医師会、小田原薬剤師会等の保健医療関係者と健診結果や健康課題の共有を図り、連携・協働して事業に取り組んでいきます。

第2章 現状の整理

1. 小田原市の状況

(1) 基礎情報

本市は神奈川県西部に位置し、南西側の箱根連山につながる山地、中央の平地、東側の曾我丘陵と分けることができます。また、市内の中央を酒匂川が南北に流れ足柄平野を形成し、南部は相模湾に面しています。1年を通して温暖で適度な雨量に恵まれ、自然豊かで暮らしやすい地勢にあります。

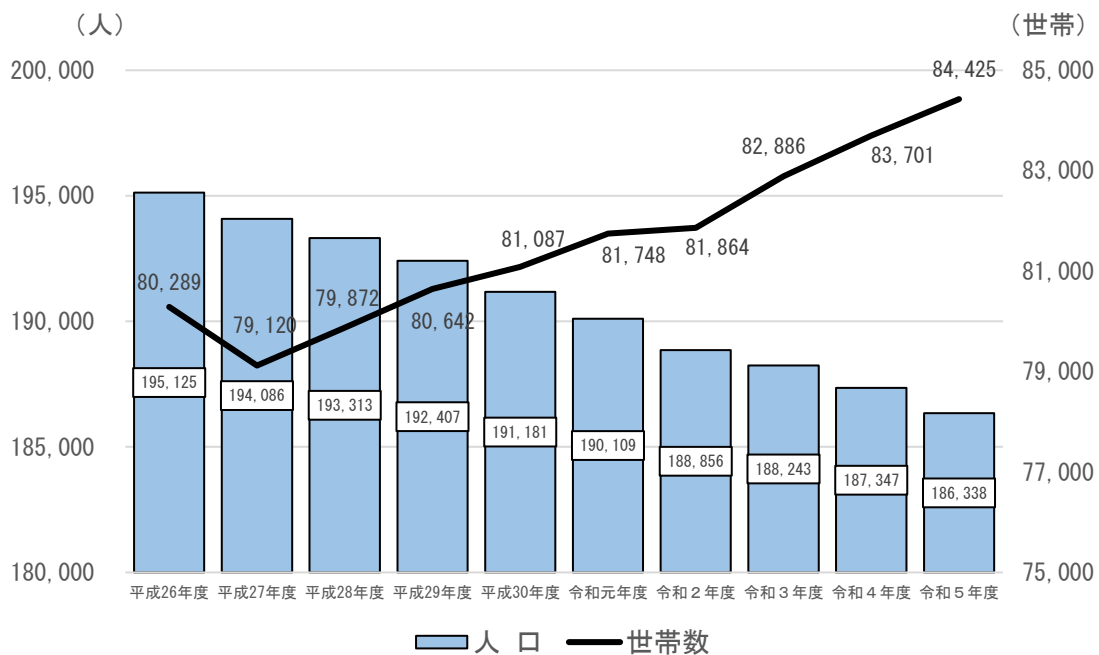
人口：186,338人（令和5年10月1日時点）

世帯数：84,425世帯（令和5年10月1日時点）

総面積：113.60km²（令和5年1月1日時点）

(2) 人口・世帯の推移

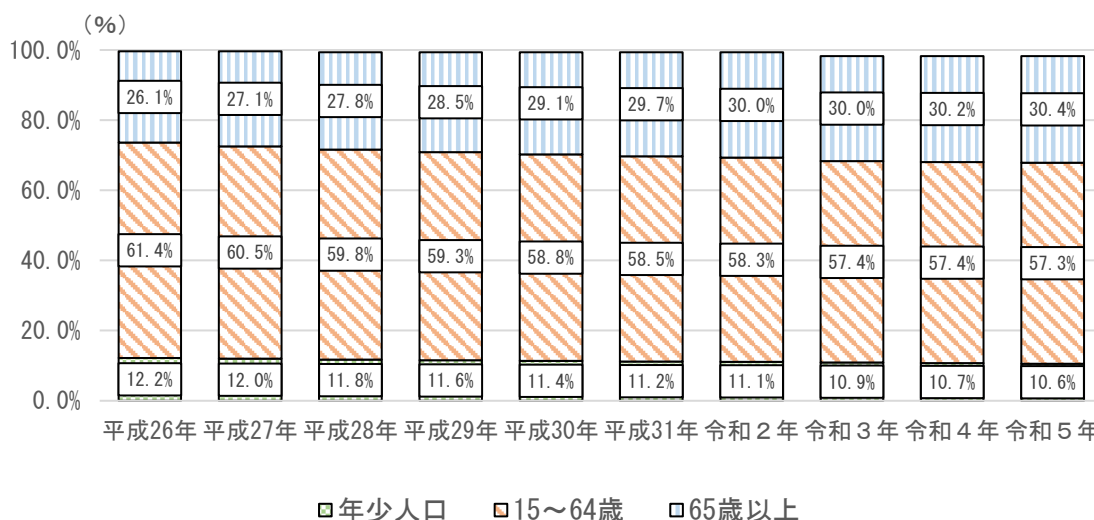
本市の人口は、令和5年10月1日時点で186,338人となり減少傾向にあります。世帯数については、令和5年10月1日時点で84,425世帯となり増加傾向にあります。



(出典：統計要覧)

(3) 3区分人口

年少人口（15歳未満）及び生産人口（15歳～64歳）の割合は減少し、老年人口（65歳以上）は増加しています。

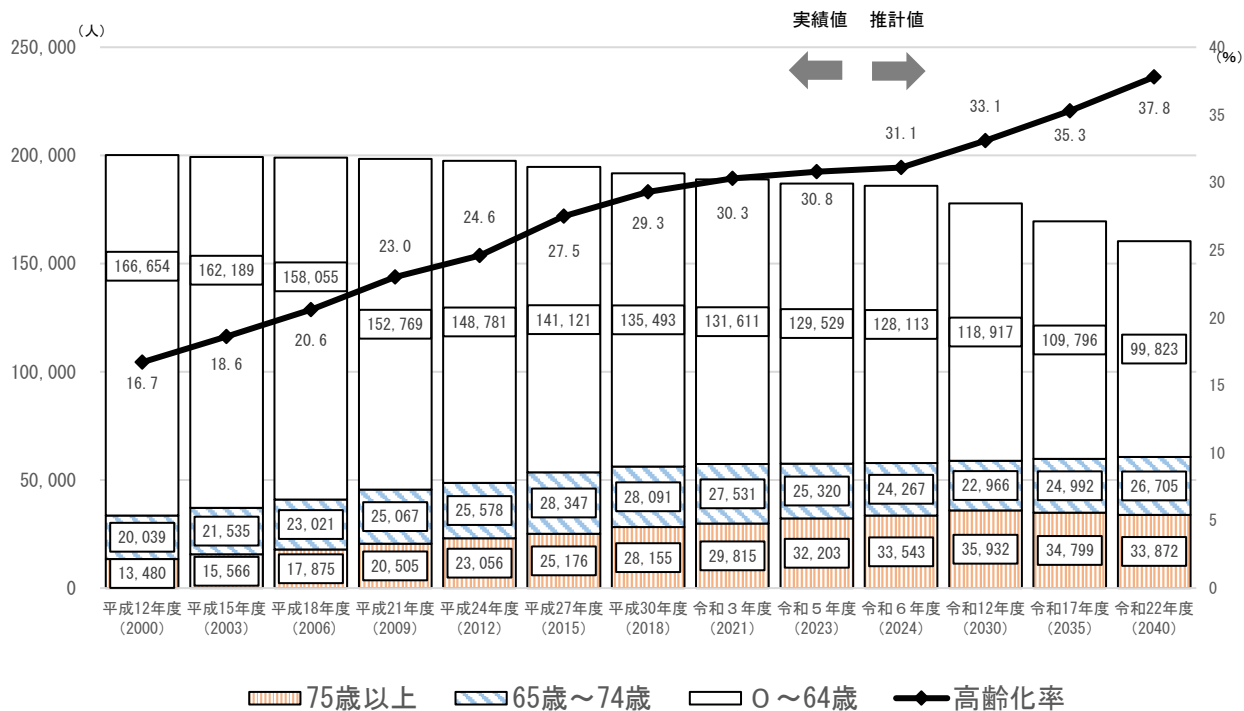


(出典：神奈川県年齢別人口統計調査)

※調査時に年齢不詳がいるため、合計が100%にならない。

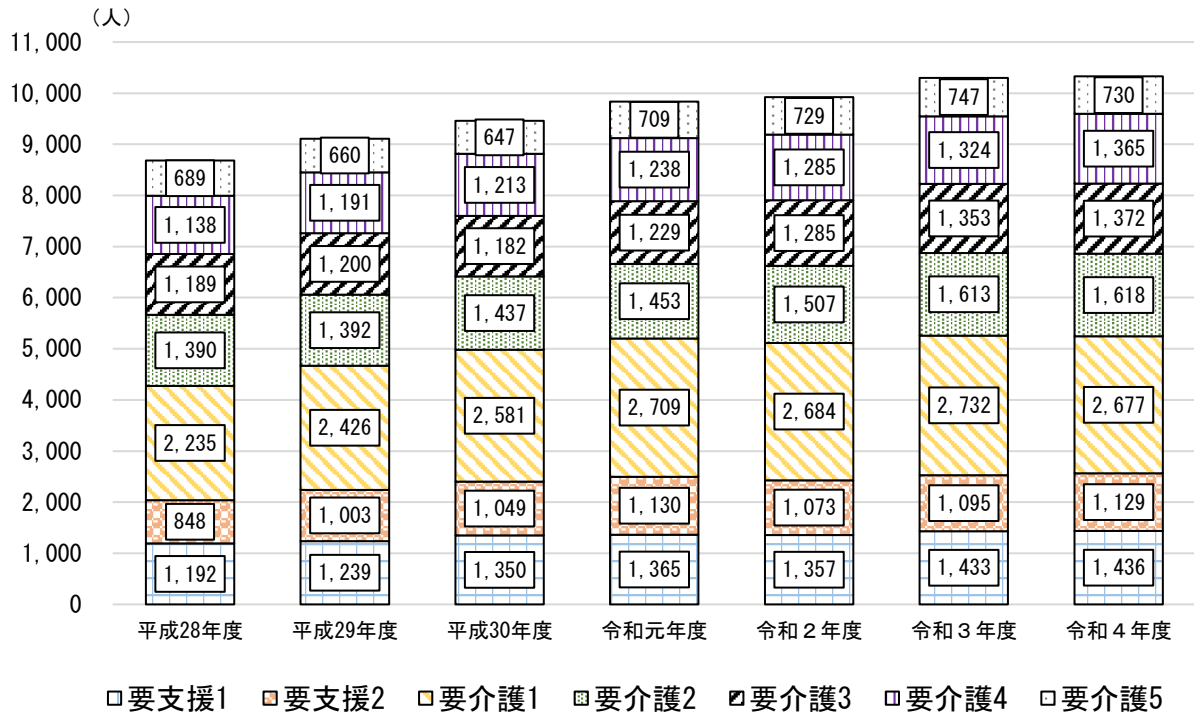
(4) 高齢者の状況（高齢者人口の見通し）

高齢化率（65歳以上）は年々増加しており、令和5年度は30.8%となっており、今後も増加傾向となっています。高齢者の内訳として、前期高齢者は平成28年度をピークに減少に転じましたが、令和14年度頃から再び増加に転じる見通しです。一方後期高齢者は増加を続け、令和12年度頃から減少に転じる見通しです。



(市高齢介護課提供)

(5) 要支援者・要介護認定者の推移



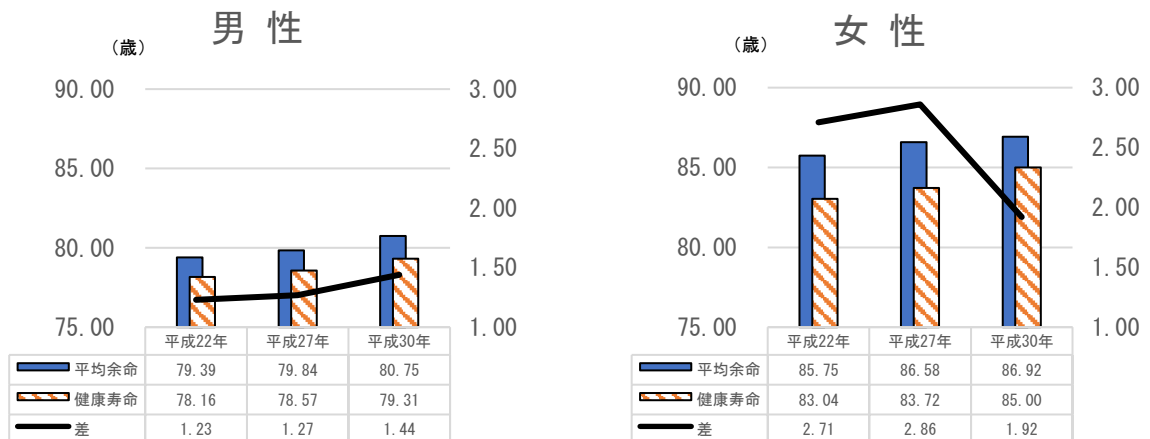
(市高齢介護課提供)

※年度末時点

(6) 健康寿命・平均余命

本市の健康寿命は、平成30年で男性が79.31歳、女性で85.00歳でした。平成22年と比較すると、男性が1.15歳、女性が1.96歳延びています。

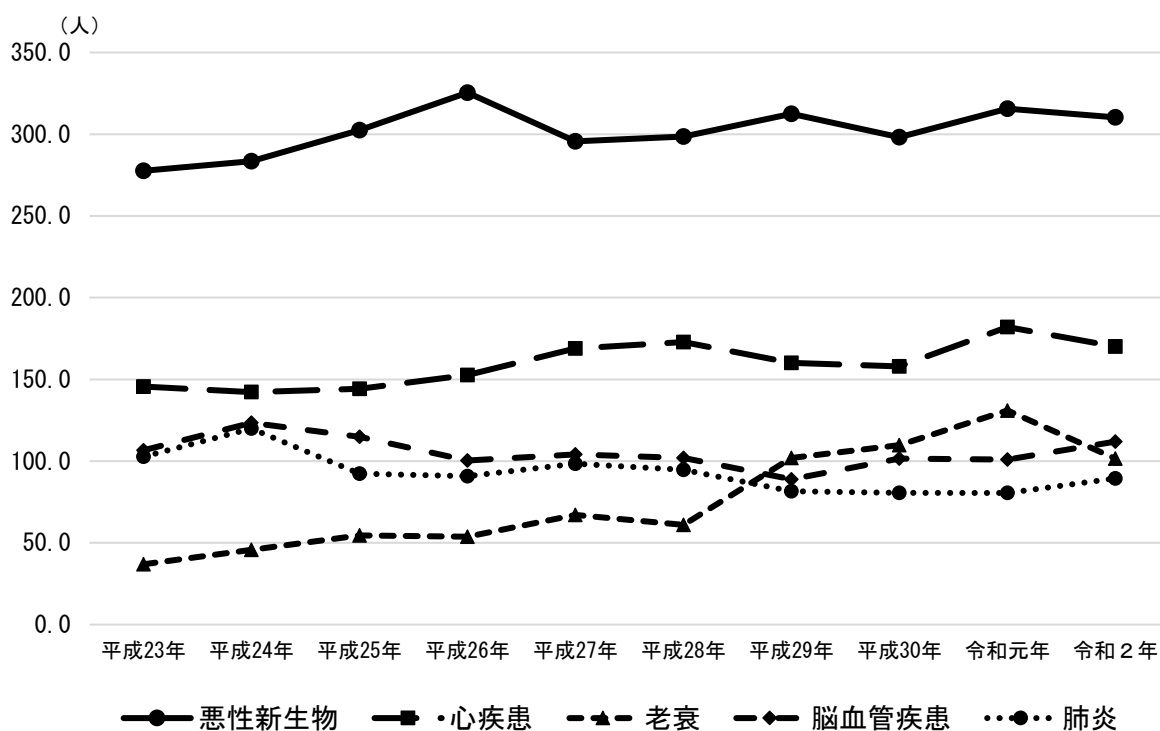
一方、平均余命は、男性が1.36歳、女性が1.17歳延びていますが、結果として、男性の平均余命と健康寿命の差が大きくなっています。平均余命と健康寿命の差が小さいほど、介護を要する期間が短く、自立して生活できる期間が長いことを示していますので、引き続き、健康増進を図り、介護を必要とする期間を短縮していくことが必要です。



(出典：第2期小田原市健康増進計画)

※平均余命は、0歳の平均寿命をいう。

(7) 小田原市 5 大死因の推移 (人口 10 万人対)



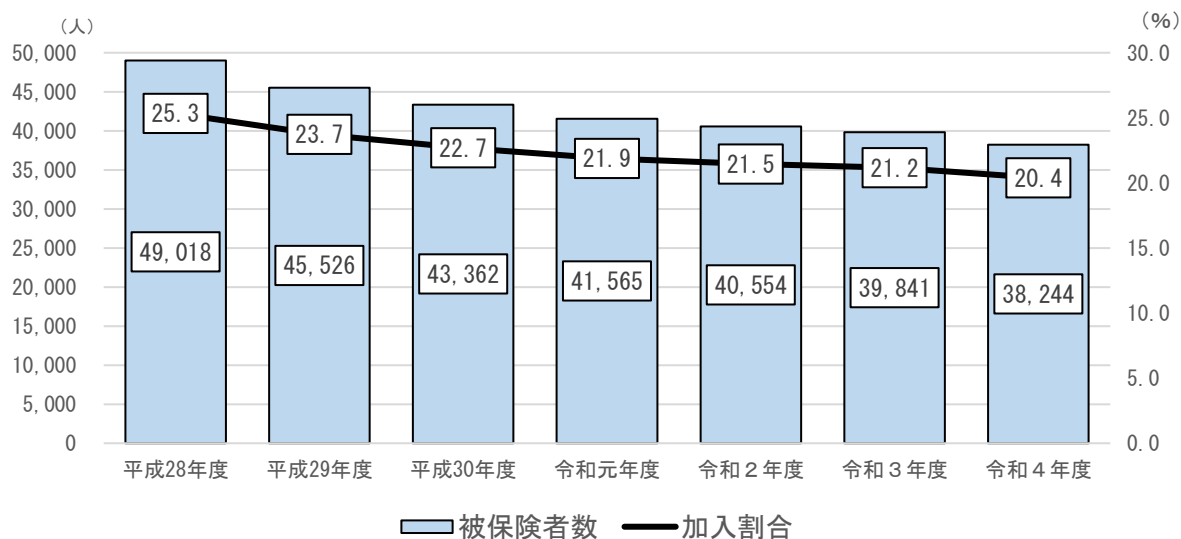
(出典：神奈川県衛生統計)

2. 保険者の特性

(1) 被保険者数の推移

小田原市国民健康保険の被保険者数は減少傾向にあり、令和4年度被保険者数は、38,244人で人口に対する加入率は20.4%となっています。

今後も、団塊世代の後期高齢者医療制度への移行や被用者保険の適用拡大等により、被保険者数が更に減少することが見込まれます。



※被保険者数…各年度3月～2月診療分(12ヶ月分)の平均被保険者数。

(市保険課提供)

(2) 国民健康保険資格取得・資格喪失の推移

資格取得 (単位：人)

区分 年度	転入	社保離脱	生保廃止	出生	その他	計
平成28年度	1,691	5,422	185	159	152	7,609
平成29年度	1,586	5,282	169	130	152	7,319
平成30年度	1,526	5,692	120	119	213	7,670
令和元年度	1,599	5,545	143	122	415	7,824
令和2年度	1,339	5,395	140	104	476	7,454
令和3年度	1,071	5,386	157	100	450	7,164
令和4年度	1,860	5,310	127	103	416	7,816

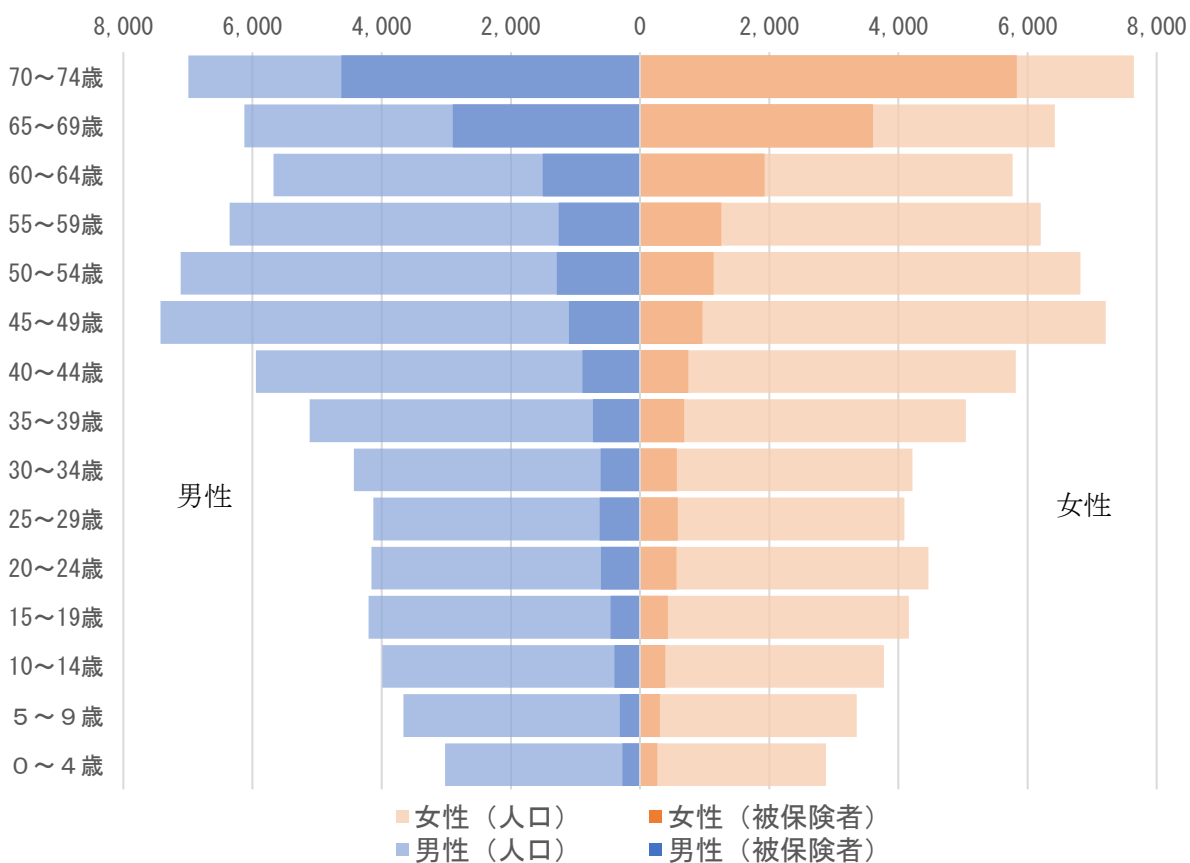
資格喪失 (単位：人)

区分 年度	転出	社保加入	生保開始	死亡	後期加入	その他	計
平成28年度	1,369	6,555	323	356	2,161	331	11,095
平成29年度	1,412	5,689	288	306	2,039	356	10,090
平成30年度	1,360	5,049	296	326	2,243	304	9,578
令和元年度	1,498	4,964	272	293	1,873	372	9,272
令和2年度	1,208	4,276	298	328	1,520	393	8,023
令和3年度	1,042	4,266	321	302	2,001	350	8,282
令和4年度	1,661	4,667	260	354	2,685	393	10,020

(市保険課提供)

(3) 男女別・年齢階層別被保険者ピラミッド

令和4年度における男女・年齢階層別の状況をみると、70歳～74歳の被保険者数が最も高く、男性で4,626人(26.3%)、女性で5,835人(30.2%)となっています。



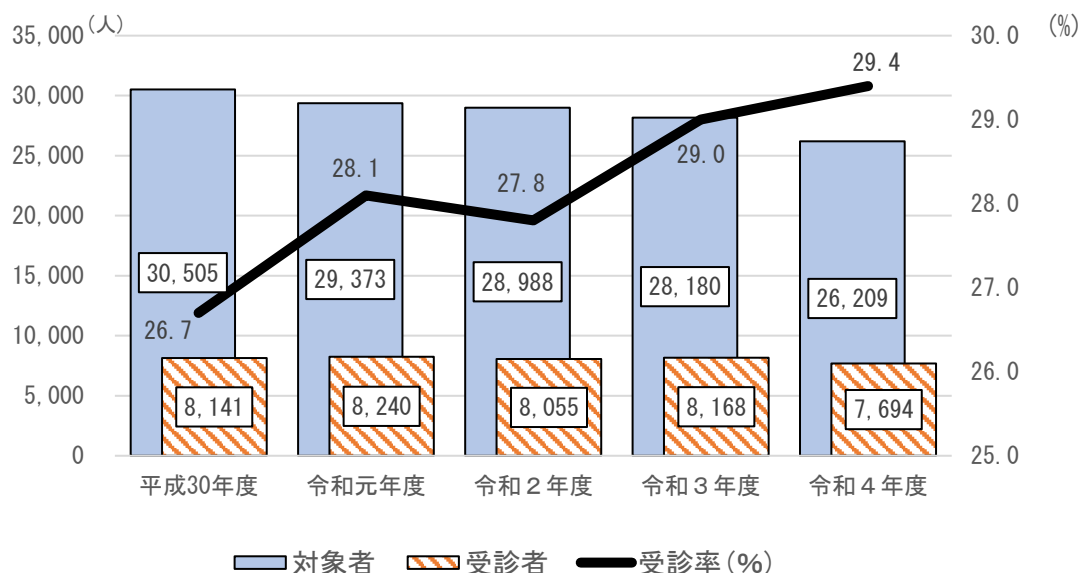
(出典：KDB システム)

(4) 特定健康診査の状況

特定健康診査の受診率については、被保険者の減少により対象者が減少しており、受診者数は減少していますが、受診率については、少しずつ高くなっています。

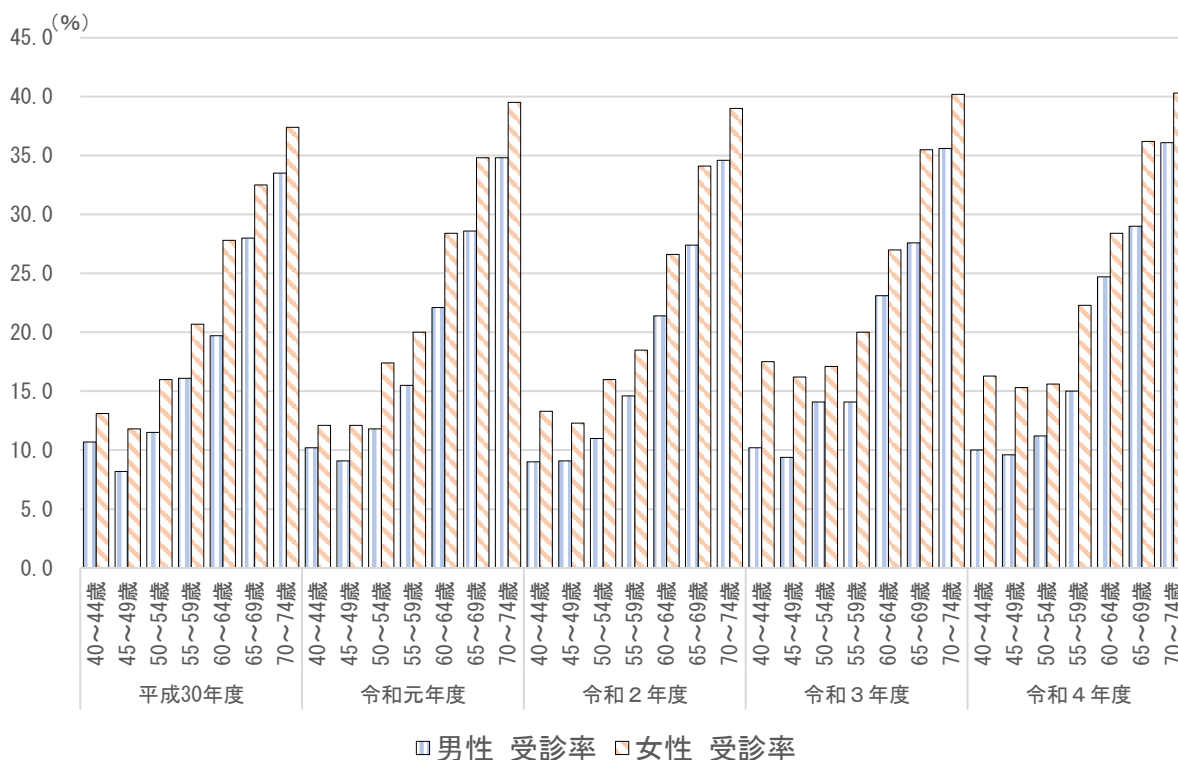
年齢別受診率推移では、65歳以上の者の受診率は高くなっていますが、40歳から50歳の若い世代の受診率が低いのが現状です。

① 特定健康診査受診率の推移



(出典：KDB システム)

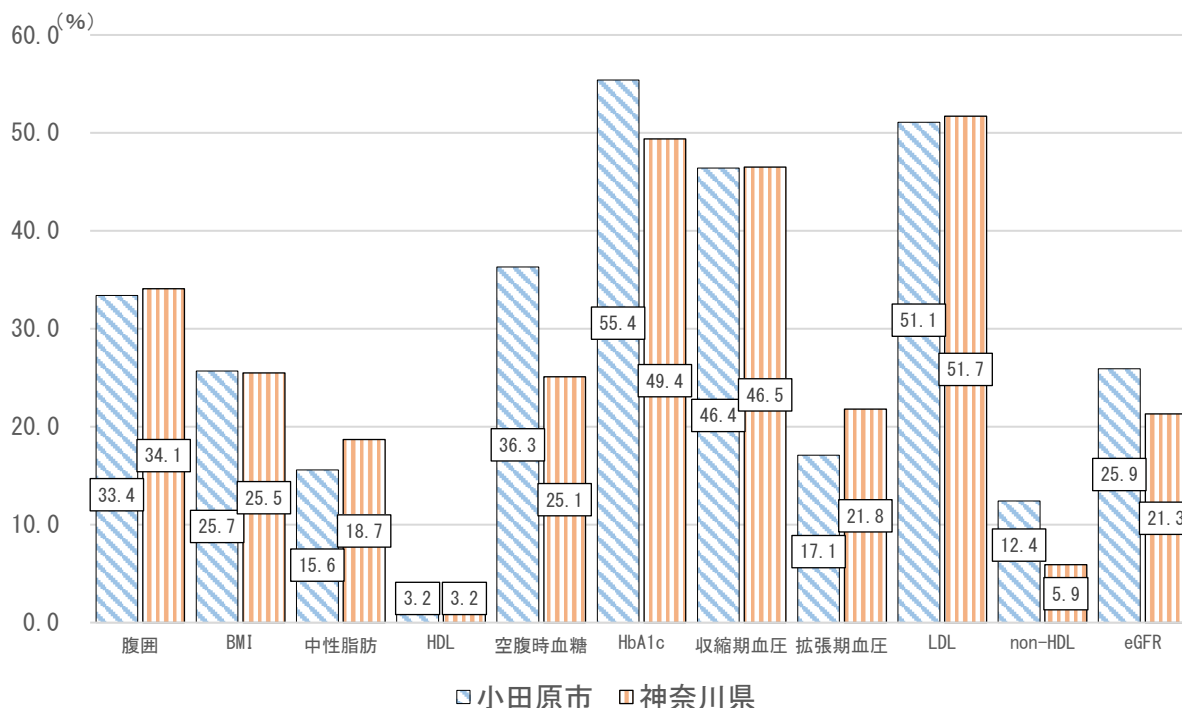
② 特定健康診査 年齢別受診率の推移



(出典：KDB システム)

③ 検査項目別有所見者の状況

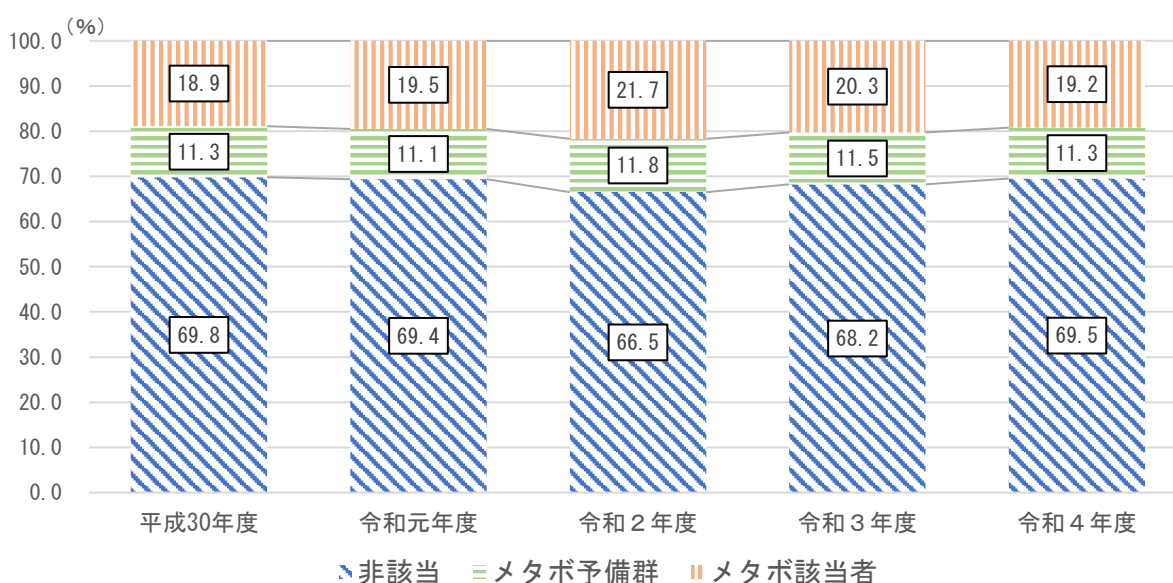
令和4年度における特定健康診査検査項目別有所見者の状況では、HbA1cの有所見者が最も高く健診受診者の55.5%を占めており、神奈川県と比較しても高くなっています。次にLDLコレステロールの有所見者が高く健診受診者の51.1%が有所見者となっています。



(神奈川県国民健康保険団体連合会提供)

④ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移については、この5ヵ年では大きな変化はありませんが、健診受診者の約30%が該当者もしくは予備群となっています。

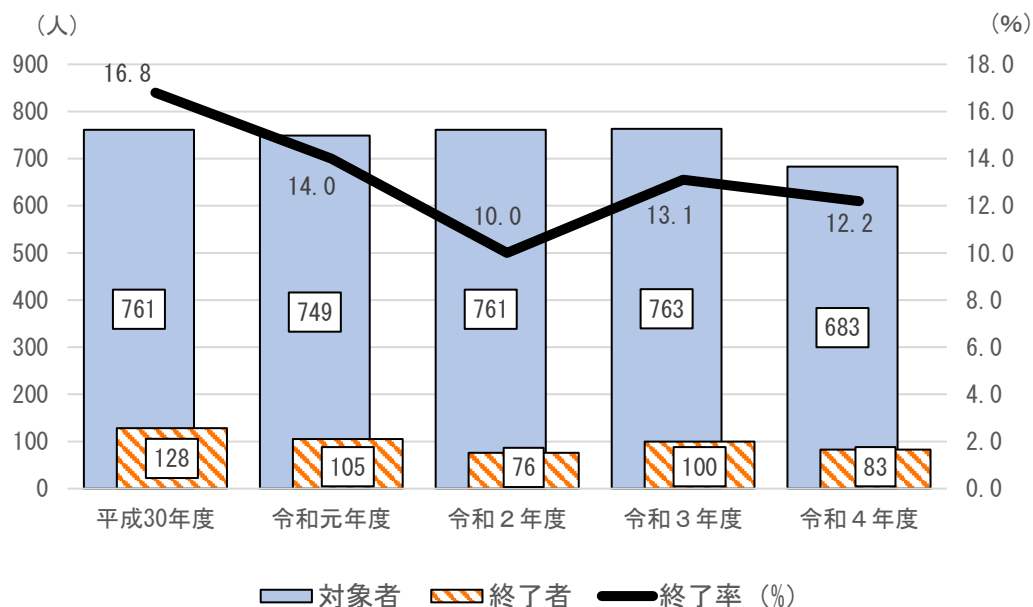


(神奈川県国民健康保険団体連合会提供)

(5) 特定保健指導の状況

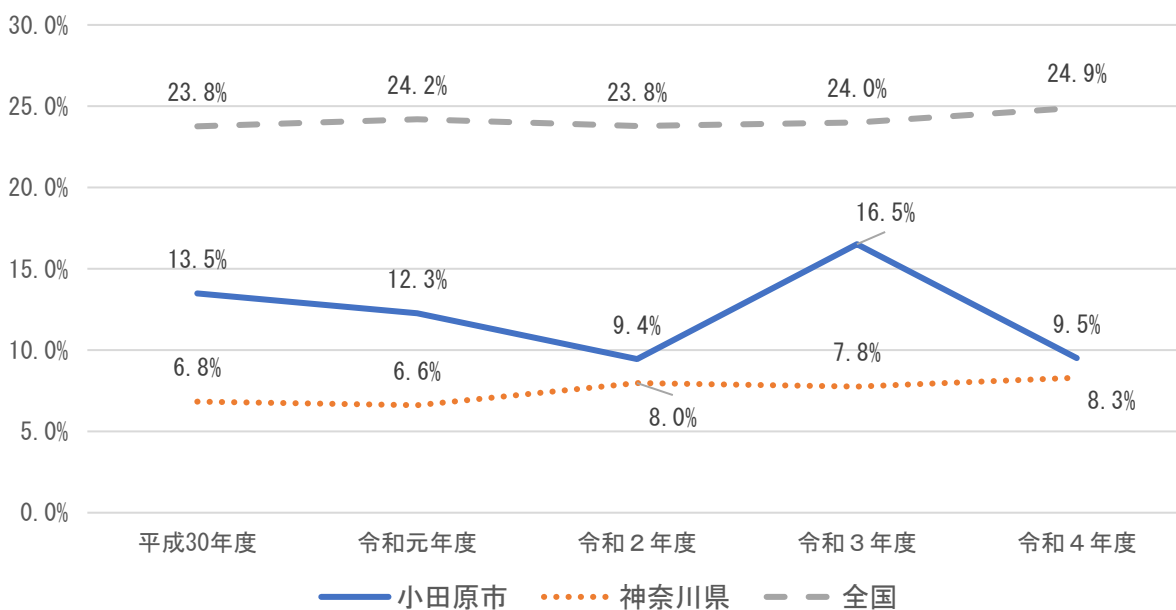
特定保健指導の実施率については、新型コロナウイルス感染症の影響で利用控えもあり、減少しています。令和3年度以降回復傾向にあります。令和元年度の実績には戻っていません。また、国や神奈川県と比較すると、神奈川県平均よりも実施率は高いものの、国よりも低いのが現状です。今後、特定保健指導の受けやすい環境の整備が必要です。

① 特定保健指導終了率の推移



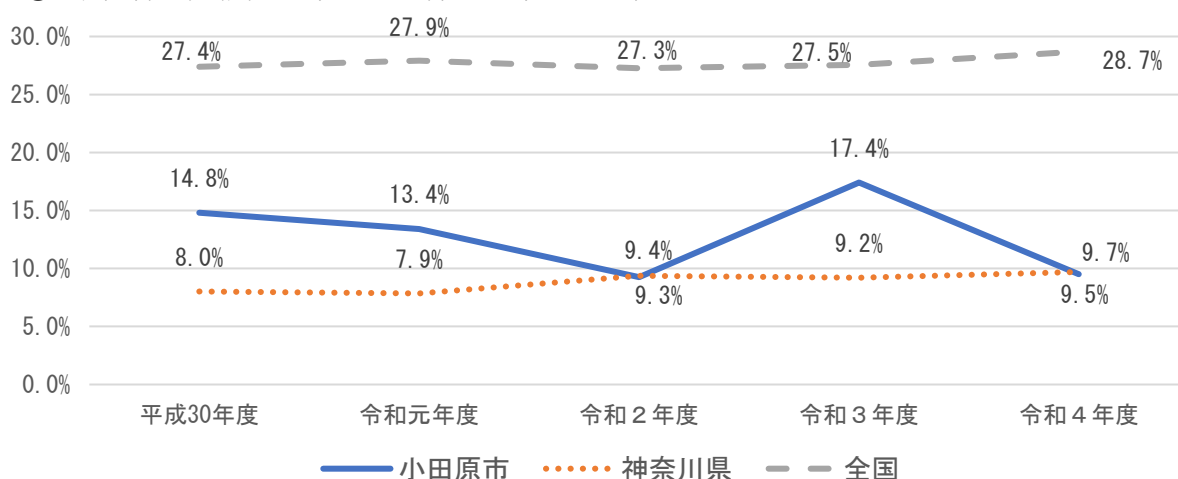
(出典：KDB システム)

② 特定保健指導実施率 国・神奈川県との比較



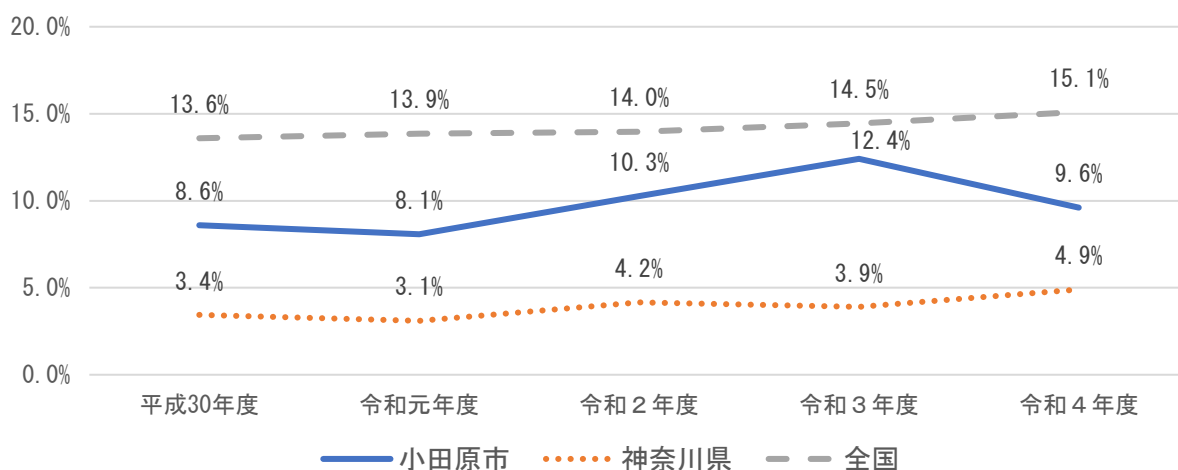
(神奈川県国民健康保険団体連合会提供)

③ 動機付け支援実施率 国・神奈川県との比較



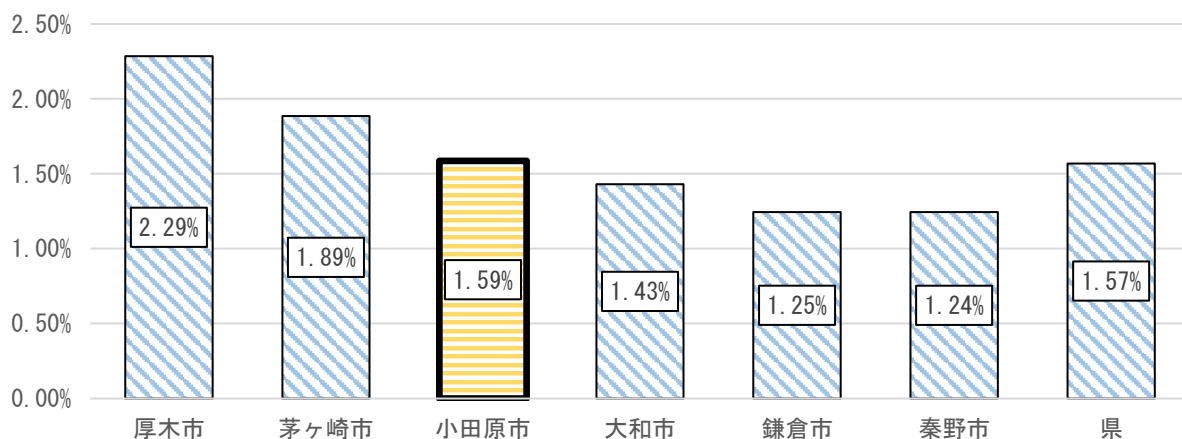
(神奈川県国民健康保険団体連合会提供)

④ 積極的支援実施率 国・神奈川県との比較



(神奈川県国民健康保険団体連合会提供)

⑤ 健診未受診者かつ治療中断者の割合 同規模保険者との比較



(神奈川県国民健康保険団体連合会提供)

(6) 医療費の分析

① 医療費の推移 (全体)

令和4年度の総医療費は約138億4,356万円となっており、一人当たりの医療費は増加しています。

		平成30年度		令和元年度		令和2年度		
		12カ月平均	12カ月合計	12カ月平均	12カ月合計	12カ月平均	12カ月合計	
A	被保険者数 (人)	43,056		41,304		40,388		
B	レセプト 件数 (件)	入院外	31,578	378,937	30,576	366,910	27,477	329,722
		入院	881	10,573	850	10,203	784	9,403
		調剤	22,857	274,287	22,284	267,413	20,391	244,696
		合計	55,316	663,797	53,711	644,526	48,652	583,821
C	医療費 (円)	1,228,245,345	14,738,944,140	1,222,610,117	14,671,321,400	1,153,147,648	13,837,771,780	
D	患者数 (人)	22,311	267,734	21,488	257,857	19,845	238,139	
C/D	患者一人当たりの 平均医療費 (円)	55,051		56,897		58,108		
C/A	被保険者一人当たりの 平均医療費 (円)	28,527		29,600		28,552		
C/B	レセプト一件当たりの 平均医療費 (円)	22,204		22,763		23,702		
		令和3年度		令和4年度				
		12カ月平均	12カ月合計	12カ月平均	12カ月合計			
A	被保険者数 (人)	39,461		37,768				
B	レセプト 件数 (件)	入院外	28,591	343,096	27,904	334,847		
		入院	785	9,416	748	8,973		
		調剤	21,111	253,327	20,643	247,710		
		合計	50,487	605,839	49,294	591,530		
C	医療費 (円)	1,190,162,037	14,281,944,440	1,153,629,811	13,843,557,730			
D	患者数 (人)	20,294	243,532	19,594	235,133			
C/D	患者一人当たりの 平均医療費 (円)	58,645		58,875				
C/A	被保険者一人当たりの 平均医療費 (円)	30,161		30,545				
C/B	レセプト一件当たりの 平均医療費 (円)	23,574		23,403				

(データヘルス事業委託業者提供)

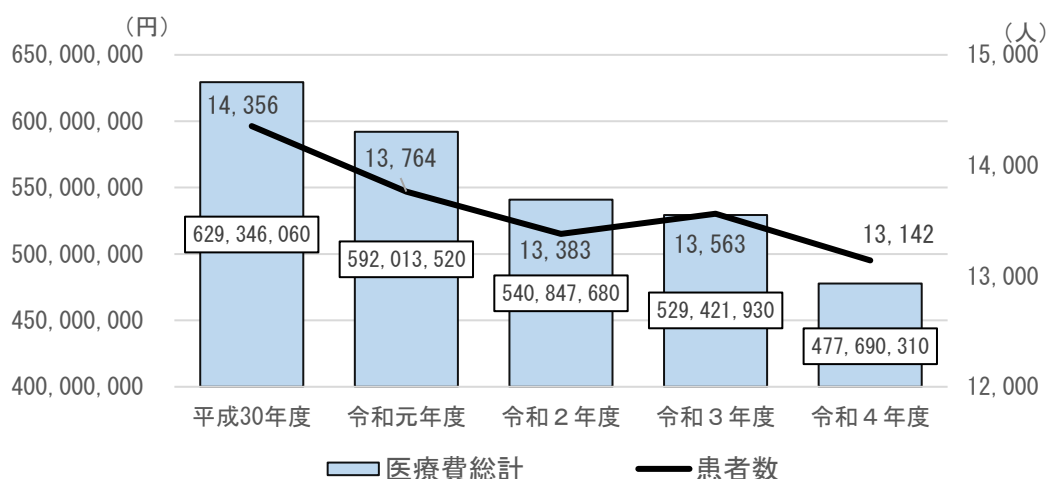
※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は各年度4月～3月診療分(12カ月分)。

※被保険者数…各年度4月～3月の加入や脱退を含めた延べ人数。脱退をしても、一人として集計。

※医療費…医療機関もしくは保険薬局に受診されたレセプトに記載されている、保険の請求点数を集計し、金額にするために10倍にして表示。

※患者数…医療機関もしくは保険薬局に受診されたレセプトの人数を集計。同診療年月で一人の方に複数のレセプトが発行された場合は、一人として集計。

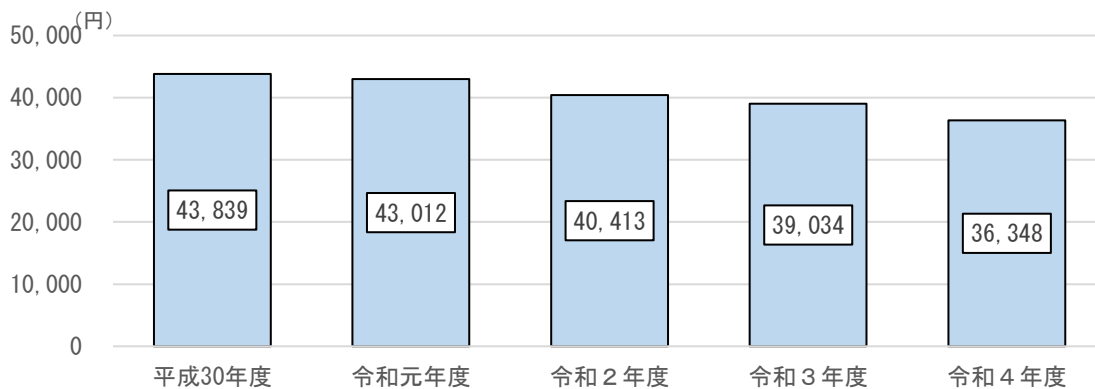
② 高血圧性疾患 医療費・患者数推移



(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は各年度4月～3月診療分(12カ月分)。
 ※患者数…中分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

③ 高血圧性疾患 一人当たりの医療費推移



(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は各年度4月～3月診療分(12カ月分)。
 ※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合、調剤レセプトの医療費は集計できない。そのため他統計と一致しない。

④ 中分類による疾病医療費（令和4年度）統計

令和4年度における疾病中分類別の医療費上位10疾病をみると、「その他の悪性新生物<腫瘍>」が約8億8,582万円と最も高く、次に「腎不全」、「糖尿病」、「その他の心疾患」と続いています。

令和4年度における疾病中分類別の患者一人当たりの医療費上位10疾病をみると、「白血病」が855,129円と最も高く、「腎不全」については医療費、患者一人当たりの医療費ともに2位となっています。

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	中分類疾病項目		医療費 ※		【参考】 患者数 (人)
			金額 (円)	構成比 (%) (医療費総計全体に対して占める割合)	
1	0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	885,817,200	6.4%	4,151
2	1402	腎不全	793,649,450	5.8%	1,099
3	0402	糖尿病	680,367,640	4.9%	13,191
4	0903	その他の心疾患	632,196,340	4.6%	6,696
5	0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	605,135,090	4.4%	1,722
6	0606	その他の神経系の疾患	604,248,690	4.4%	8,328
7	1113	その他の消化器系の疾患	551,770,090	4.0%	11,698
8	0901	高血圧性疾患	477,690,310	3.5%	13,142
9	0403	脂質異常症	346,680,560	2.5%	11,086
10	0704	その他の眼及び付属器の疾患	299,363,480	2.2%	9,963

(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。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)。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合、調剤レセプトの医療費は集計できない。そのため他統計と一致しない。

中分類による疾病別統計（患者一人当たりの医療費が高額な上位10疾病）令和4年度

順位	中分類疾病項目		医療費 (円)	患者数 (人)	患者一人当たりの 医療費 (円) ※
1	0209	白血病	76,106,500	89	855,129
2	1402	腎不全	793,649,450	1,099	722,156
3	1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	15,898,450	33	481,771
4	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	121,626,410	271	448,806
5	0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	98,585,780	228	432,394
6	0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	605,135,090	1,722	351,414
7	1602	その他の周産期に発生した病態	9,013,240	29	310,801
8	0602	アルツハイマー病	77,204,660	267	289,156
9	0905	脳内出血	131,258,110	478	274,599
10	0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	165,052,600	656	251,605

(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。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)。

※患者一人当たりの医療費…疾病項目毎の医療費を患者数で割った金額。

⑤ 健診受診・未受診者別の生活習慣病の状況

特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の罹患状況や医療費を経年比較で分析を行ったところ、特定健康診査受診者の方が、健診未受診者に比べ生活習慣病を罹患している割合が高くなっています。

・健診受診者の生活習慣病罹患状況の推移

【患者数推移】

(人)

罹患状態 (投薬のある患者)	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
被保険者数(40歳以上)	8,144	8,296	8,011	8,100	7,665
1疾病患者合計	2,780	2,834	2,813	2,784	2,580
割合(%)	(34.1%)	(34.2%)	(35.1%)	(34.4%)	(33.7%)
高血圧症	1,517	1,521	1,524	1,421	1,317
脂質異常症	1,132	1,182	1,158	1,229	1,146
糖尿病	131	131	131	134	117
2疾病併存患者合計	1,667	1,753	1,746	1,738	1,653
割合(%)	(20.5%)	(21.1%)	(21.8%)	(21.5%)	(21.6%)
高血圧症・糖尿病	219	245	237	245	225
糖尿病・脂質異常症	139	154	165	150	159
脂質異常症・高血圧症	1,309	1,354	1,344	1,343	1,269
3疾病併存患者					
高血圧・脂質異常症・糖尿病	336	389	392	380	380
割合(%)	(4.1%)	(4.7%)	(4.9%)	(4.7%)	(5.0%)

(データヘルス事業委託業者提供)

【医療費推移】

(円)

罹患状態 (投薬のある患者)	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
1疾病患者合計	873,916,030	869,975,630	810,704,540	852,636,710	799,486,590
高血圧症	517,334,350	497,284,960	466,997,330	468,133,210	429,250,290
脂質異常症	306,125,770	323,115,940	299,343,200	343,568,110	329,306,410
糖尿病	50,455,910	49,574,730	44,364,010	40,935,390	40,929,890
2疾病併存患者合計	653,352,340	707,570,480	644,952,990	722,601,490	668,501,740
高血圧症・糖尿病	101,223,910	127,523,550	100,625,580	120,888,050	99,394,530
糖尿病・脂質異常症	57,941,070	67,193,990	65,787,470	63,836,580	68,357,660
脂質異常症・高血圧症	494,187,360	512,852,940	478,539,940	537,876,860	500,749,550
3疾病併存患者					
高血圧・脂質異常症・糖尿病	180,492,710	204,953,560	222,124,360	196,536,950	204,952,360

(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は各年度4月～3月診療分(12カ月分)。

※法定報告前の健診データを使用しているため、実際の受診者数と異なる。

※患者数…該当傷病名で投薬のある患者のみ集計する。

※医療費…対象診療年月における該当患者の医療費全体。生活習慣病に関する医療費に限らない。

・健診未受診者の生活習慣病罹患状況の推移

【患者数推移】

(人)

罹患状態 (投薬のある患者)	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
被保険者数(40歳以上)	25,098	23,906	23,881	22,956	21,466
1疾病患者合計	5,051	4,829	4,720	4,491	4,089
割合(%)	(20.1%)	(20.2%)	(19.8%)	(19.6%)	(19.0%)
高血圧症	3,328	3,122	3,005	2,822	2,525
脂質異常症	1,279	1,263	1,275	1,248	1,177
糖尿病	444	444	440	421	387
2疾病併存患者合計	3,622	3,446	3,447	3,466	3,306
割合(%)	(14.4%)	(14.4%)	(14.4%)	(15.1%)	(15.4%)
高血圧症・糖尿病	742	728	679	666	630
糖尿病・脂質異常症	406	414	409	416	403
脂質異常症・高血圧症	2,474	2,304	2,359	2,384	2,273
3疾病併存患者 高血圧・脂質異常症・糖尿病	1,338	1,256	1,287	1,329	1,270
割合(%)	(5.3%)	(5.3%)	(5.4%)	(5.8%)	(5.9%)

(データヘルス事業委託業者提供)

【医療費推移】

(円)

罹患状態 (投薬のある患者)	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
1疾病患者合計	2,827,616,980	2,890,892,080	2,789,344,530	2,535,353,720	2,305,026,010
高血圧症	2,056,020,340	2,076,855,710	2,033,492,910	1,796,225,670	1,556,728,190
脂質異常症	445,938,850	500,618,570	463,111,200	448,478,510	471,062,260
糖尿病	325,657,790	313,417,800	292,740,420	290,649,540	277,235,560
2疾病併存患者合計	2,470,430,280	2,474,004,680	2,312,895,940	2,333,202,510	2,277,192,490
高血圧症・糖尿病	767,972,780	810,707,660	720,880,320	678,785,210	627,669,090
糖尿病・脂質異常症	246,163,410	279,780,190	275,836,570	266,096,870	254,907,530
脂質異常症・高血圧症	1,456,294,090	1,383,516,830	1,316,179,050	1,388,320,430	1,394,615,870
3疾病併存患者 高血圧・脂質異常症・糖尿病	1,171,652,650	1,128,684,960	1,122,083,060	1,334,614,760	1,108,059,040

(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は各年度4月～3月診療分(12カ月分)。

※法定報告前の健診データを使用しているため、実際の受診者数と異なる。

※患者数…該当傷病名で投薬のある患者のみ集計する。

※医療費…対象診療年月における該当患者の医療費全体。生活習慣病に関する医療費に限らない。

⑥ 高額レセプトの件数及び要因

発生しているレセプトのうち、診療点数が5万点以上のものを高額レセプトとし、以下の通り集計しました。

高額レセプトの件数構成比は0.7～0.8%程度であり、金額構成比は全ての年度で30%を超えています。また、年齢階層別医療費の構成比(5ヵ年平均)をみると、50%以上が65歳以上となっています。

		平成30年度	令和01年度	令和02年度	令和03年度	令和04年度	5ヶ年平均
A	レセプト件数全体(件)	663,797	644,526	583,821	605,839	591,530	617,903
B	高額(5万点以上)レセプト件数(件)	4,567	4,803	4,522	4,773	4,644	4,662
B/A	件数構成比(%)	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%
C	医療費全体(円)	14,738,944,140	14,671,321,400	13,837,771,780	14,281,944,440	13,843,557,730	14,274,707,898
D	高額(5万点以上)レセプト医療費(円)	4,628,465,530	4,816,488,030	4,621,352,760	4,879,661,100	4,823,055,110	4,753,804,506
D/C	金額構成比(%)	31.4%	32.8%	33.4%	34.2%	34.8%	33.3%

(データヘルス事業委託業者提供)

※レセプトデータは医科、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は各年度4月～3月診療分(12ヵ月分)。

※医療費…医療機関もしくは保険薬局に受診されたレセプトに記載されている、保険の請求点数を集計し、金額にするために10倍にして表示。

・ 高額レセプト 年齢階層別医療費

(円)

年齢階層	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	5ヶ年平均	構成比(%)
0～4歳	24,725,430	41,358,340	34,894,220	21,067,170	28,985,110	30,206,054	0.6%
5～9歳	14,805,990	8,656,450	15,548,280	12,561,250	13,940,620	13,102,518	0.3%
10～14歳	16,656,330	4,141,740	8,070,540	8,839,900	18,006,840	11,143,070	0.2%
15～19歳	30,420,930	15,084,780	16,372,190	11,187,740	17,945,330	18,202,194	0.4%
20～24歳	23,624,750	18,887,530	13,535,540	18,318,440	30,260,530	20,925,358	0.4%
25～29歳	52,243,560	65,267,430	38,292,290	29,215,580	45,185,520	46,040,876	1.0%
30～34歳	32,273,010	39,307,240	59,142,760	63,256,300	48,550,730	48,506,008	1.0%
35～39歳	92,032,730	90,462,000	95,022,400	88,566,320	104,661,900	94,149,070	2.0%
40～44歳	112,219,010	127,436,650	99,265,760	122,382,020	99,261,780	112,113,044	2.4%
45～49歳	138,989,060	178,272,940	185,019,700	199,799,240	148,281,380	170,072,464	3.6%
50～54歳	204,701,610	189,578,450	224,154,810	232,818,440	268,100,680	223,870,798	4.7%
55～59歳	308,300,710	272,509,170	280,575,170	266,807,380	259,286,770	277,495,840	5.8%
60～64歳	524,900,590	499,996,720	487,936,380	452,612,870	519,262,520	496,941,816	10.5%
65～69歳	1,035,090,170	1,160,032,770	1,013,190,950	1,005,606,790	903,256,910	1,023,435,518	21.5%
70歳～	2,017,481,650	2,105,495,820	2,050,331,770	2,346,621,660	2,318,068,490	2,167,599,878	45.6%
合計	4,628,465,530	4,816,488,030	4,621,352,760	4,879,661,100	4,823,055,110	4,753,804,506	

(データヘルス事業委託業者提供)

⑦ 多受診（重複受診・頻回受診・重複服薬）患者数の推移

患者数を、以下の条件により絞り込みを行ったところ、受診行動について指導の必要な患者数は年々少しずつ減っています。しかし、重複服薬者等患者数が増えている年度もあります。

・受診行動適正化候補者推移

(人)

事業年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
患者数	22,570	20,751	20,913	20,785	19,586
重複受診者数	317	261	223	238	226
割合(%)	(1.40%)	(1.26%)	(1.07%)	(1.15%)	(1.15%)
頻回受診者数	569	474	465	436	428
割合(%)	(2.52%)	(2.28%)	(2.22%)	(2.10%)	(2.19%)
重複服薬者数	810	787	836	773	920
割合(%)	(3.59%)	(3.79%)	(4.00%)	(3.72%)	(4.70%)

(データヘルス事業委託業者提供)

※重複受診者…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者。

※頻回受診者…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している者。

※重複服薬者…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60日を超える者。

※除外…癌、難病等（疑い病名を含む。）

3. 第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画の振り返り

平成30年度から令和5年度までの6年間の計画期間である「第2期データヘルス計画～第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画～」に設定した目標値について、令和4年度末時点における目標達成状況や取組の成果を検証し、評価を行いました。

(1) 評価基準

「今後取り組む保健事業」に掲げている施策について評価年の値と目標値を比較し、次の評価基準により評価しました。

評価区分	達成度	評価内容
A	目標達成	目標値に到達している
B	改善	目標値に到達していないが、基準年の値より改善している
C	未達成	基準年の値と変わらない又は低下している
評価できない	評価できない	数値等が出ておらず評価できない

(2) 評価結果

「特定健康診査受診率向上事業」、「特定保健指導利用勧奨事業」、「生活習慣病重症化予防事業」、及び「受診行動適正化事業」の4施策ごと、計16詳細施策についてアウトプット指標、アウトカム指標それぞれ評価しました。

① 特定健康診査受診率向上事業

【アウトプット指標】

No	詳細施策名	指標	平成28年度 (基準年)	目標値	令和4年度	評価
1	文書による受診勧奨事業	対象者への受診勧奨通知発送率	100%	100%	100%	A
2	電話による受診勧奨事業	電話勧奨を行った人数	2,482件	現状維持	3,726件	A
3	訪問による受診勧奨事業	訪問を行った件数	128件 (この他、留守のため案内投函73件)	—	未実施	評価できない
4	広報による受診勧奨事業	広報実施回数	ラジオ：通年 テレビ：6月 広報紙：年2回 窓口モニター：通年	現状維持	テレビ：1回 広報紙：年1回 電光掲示板：6月 イベント：1回	A
5	チラシによる受診勧奨事業	チラシ配布枚数	約3,000枚	現状維持	約3,000枚	A
6	イベントによる受診勧奨事業	「ふれあいけんこうフェスティバル」でのブース来場者数	125人	現状維持	イベント延期	評価できない
7	人間ドック助成事業	助成対象者数	327人	現状維持	454人	A

文書による受診勧奨事業、電話による受診勧奨事業、広報による受診勧奨事業、チラシによる受診勧奨事業、及び人間ドック助成事業については、いずれも目標を達成しました。

訪問による受診勧奨事業については、専門職の確保が難しく、また新型コロナウイルス感染症の対応などもあり、実施体制の構築が困難であったことから実施できなかったため、評価できませんでした。また、イベントによる受診勧奨事業については、新型コロナウイルス感染症流行の影響等により令和元年度から令和4年度までふれあいけんこうフェスティバルが中止になったことにより、受診勧奨する機会がなく、評価できませんでした。

【アウトカム指標】

No	詳細施策名	指標	平成28年度 (基準年)	目標値	令和4年度	評価
1	文書による 受診勧奨事業	特定健康診査受診率	26.1%	毎年度 2ポイント 増加	29.4%	B
				対象者数	26,210人	
		実施者数	7,694人			
		受診率の低い若年層 (40代男性)受診率	9.0%	増加	9.9%	A
2	電話による 受診勧奨事業	電話勧奨実施後に特定健康診査を受診した者の人数	実施後受診者数：108人 (4.4%)	増加	実施後受診者数：1,187人 (31.9%)	A
3	訪問による 受診勧奨事業	訪問勧奨後の特定健康診査受診者数	勧奨後受診者数：8人 (6.3%)	増加	—	評価 できない
4	広報による 受診勧奨事業	—	—	—	—	—
5	チラシによる 受診勧奨事業	—	—	—	—	—
6	イベントによる 受診勧奨事業	—	—	—	—	—
7	人間ドック助成事業	助成した人のうち特定保健指導に該当した人の数	5人	増加	32人	A

受診率の低い若年層（40代男性）の受診率については、目標を達成しました。電話による受診勧奨事業及び人間ドック助成事業については、目標を達成しました。文書による受診勧奨事業のうち、特定健康診査受診率については基準年と比較して値は増加したものの、毎年度2ポイント増加という目標は達成できませんでした。訪問による受診勧奨事業については実施できていないため、評価できませんでした。

② 特定保健指導利用勧奨事業

【アウトプット指標】

No	詳細施策名	指標	平成28年度 (基準年)	目標値	令和4年度	評価
1	文書による 利用勧奨事業	対象者への利用勧奨 実施率	100%	現状維持	100%	A
2	電話による 利用勧奨事業	対象者への 利用勧奨実施率 (電話番号不明の人は 除く)	100%	現状維持	100%	A
3	文書による 利用勧奨事業 (再募集)	対象者への 利用勧奨実施率	100%	現状維持	100%	A
4	人間ドック助成 対象者への 特定保健指導勧奨事業	助成者数	327人	現状維持	454人	A

文書による利用勧奨事業、電話による利用勧奨事業、文書による利用勧奨事業（再募集）、及び人間ドック助成対象者への特定保健指導勧奨事業のいずれも目標を達成しました。

【アウトカム指標】

No	詳細施策名	指標	平成28年度 (基準年)	目標値	令和4年度	評価
1	文書による 利用勧奨事業	特定保健指導実施率	平成28年度 実施率 17.9%	毎年度 2ポイント 増加	11.9%	C
				対象者数	683人	
				実施者数	81人	
		継続利用率 (継続して対象とな っている人の利用割 合)	—	増加	4.2%	C
2	電話による 利用勧奨事業	利用勧奨後の対象者 の利用率	—	増加	8.4%	C
3	文書による 利用勧奨事業 (再募集)	利用勧奨後の対象者 の利用率	—	増加	0.6%	C
4	人間ドック助成 対象者への 特定保健指導勧奨事業	助成した人のうち特 定保健指導に該当し た人の数	5人	増加	32人	A

人間ドック助成対象者への特定保健指導勧奨事業については目標を達成したものの、文書による利用勧奨事業、電話による利用勧奨事業、及び文書による利用勧奨事業（再募集）については、委託業者とは、ナッジ理論を用いた文書作成など取り組みましたが、いずれも目標を達成できませんでした。

③ 生活習慣病重症化予防事業

【アウトプット指標】

No	指標	指標	平成28年度 (基準年)	目標値	令和4年度	評価
1	生活習慣病重症化 対策事業	該当者への 指導実施率	100%	現状維持	100%	A
2	健診異常値放置者 受診勧奨事業	該当者への医療機関 受診勧奨通知発送率	100% (162人)	現状維持	100% (201人)	A
3	生活習慣病治療中断者 受診勧奨事業	該当者への医療機関 受診勧奨通知発送率	100% (232人)	現状維持	100% (231人)	A
4	生活習慣病 意識啓発事業	配布数	500部	現状維持	500部	A

生活習慣病重症化予防事業、健診異常値放置者受診勧奨事業、生活習慣病治療中断者受診勧奨事業、及び生活習慣病意識啓発事業のいずれも目標を達成しました。

【アウトカム指標】

No	詳細施策名	指標	平成28年度 (基準年)	目標値	令和4年度	評価
1	生活習慣病重症化 対策事業	—	—	—	—	—
2	健診異常値放置者 受診勧奨事業	対象者のうち、発送後 に医療機関受診者数	53人 (32.7%)	増加	14人 (7.0%)	C
3	生活習慣病治療中断者 受診勧奨事業	対象者のうち、発送後 に医療機関受診者数	27人 (11.6%)	増加	32人 (13.9%)	A
4	生活習慣病 意識啓発事業	—	—	—	—	—

生活習慣病治療中断者受診勧奨事業では、目標を達成したものの、健診異常値放置者受診勧奨事業については、小田原医師会との調整の上、対象者に通知を発送し受診への動機づけとなるよう取り組みましたが、目標を達成できませんでした。

④ 受診行動適正化指導事業

【アウトプット指標】

No	詳細施策名	指標	平成 28 年度 (基準年)	目標値	令和 4 年度	評価
1	受診行動適正化 指導事業	該当者への 適正化指導実施率	100%	100% (26人)	100% (15人)	A
		医療費通知の発送率	100%	現状維持	100%	A

受診行動適正化指導事業については、目標を達成しました。

【アウトカム指標】

No	詳細施策名	指標	平成 28 年度 (基準年)	目標値	令和 4 年度	評価
1	受診行動適正化 指導事業	該当者数のうち 適正受診となった人	7人 (26.9%)	増加	4人 (26.7%)	C
		—	—	—	—	—

受診行動適正化指導事業については、基準年と比較して値が低下したため、目標を達成できませんでした。

4. 今後の取組の方向性

小田原市国民健康保険として、これまでも特定健康診査や特定保健指導などの保健事業の実施により、被保険者の健康の保持増進に取り組んできました。健康課題である高血圧性疾患については、医療費や患者数、一人当たりの医療費ともに年々減ってきています。しかし、依然として、脳血管疾患や心疾患の死亡率が高い状況であることから、前計画の方針を引き継ぎ、高血圧対策に重点をおき、各取組を改善しながら着実に進めていきます。

特定健康診査については、自分の血圧を含めた身体の状態を知るための一歩として、より一層受診勧奨する必要があり、引き続き特定健康診査受診率向上に向け取り組みます。健診の対象の初年となる40歳の特定健康診査は無料であることを周知徹底するほか、これまでの結果として40歳代の受診率が低いことや、有所見者の40歳代の割合が比較的高いという課題もあることから、30歳代の若い働き盛りの世代に健康診査の実施ができるよう取り組んでいきたいと考えます。若い世代からこうした機会を得ることで健康意識を啓発し、40歳からの特定健康診査の受診行動の定着を促したいと思います。また、未受診者への電話による受診勧奨、市のホームページ等の広報、イベントでの啓発活動、がん検診との同時啓発など継続するとともに、診療情報提供事業、集団特定健康診査の実施等小田原医師会とも十分協議しながら受診率向上に努めます。

特定保健指導については、実施率を向上させ保健指導を継続して受け、生活習慣を見直し行動変容につなげることが必要です。小田原医師会の取扱い医療機関を増やしたり、集団特定健康診査結果説明会等、健診結果の説明と同時に保健指導を受けられることができる環境を整備していくことが重要です。また、事業者においては、オンライン面談などICTを利用した面談についてその周知を強化することで、特定保健指導の利用拡大につなげていきます。これまでの実績で、特定保健指導を受けた者は、体重や腹囲の減少、運動習慣の定着等成果に結びついていますので、そうした成果について情報発信する等広報活動についても検討します。

生活習慣病重症化予防については、特定健康診査の結果が、将来的に生活習慣病を発症する、または重症化する可能性が高い者に対して、早い段階から意識啓発し、医療機関につなぐ非常に重要な取組です。専門職の確保と育成に努め、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の充実を図りながら、引き続き小田原医師会と連携し、効果的に実施できるよう取り組みます。

受診行動適正化については、健康被害の防止及び医療費削減効果がある重複・頻回受診対策の適正受診勧奨について継続して取り組みます。

小田原市国民健康保険被保険者を対象とした保健事業全体として、健康意識を向上させ、行動変容を促す受診勧奨や啓発が重要となることから、1つ1つの取組を連動させながらデジタルを活用した取組や民間企業等との公民連携による取組なども視点に入れて充実を図ります。また、KDBシステムを活用し、データの分析や課題に取り組むなどして、関係機関や関係団体と協議したり助言を受けながらPDCAサイクルを意識して取り組みます。

第3章 基本目標及び基本方針

1. 基本目標

健康寿命の延伸 ・ 医療費の適正化

※ 健康寿命とは、平均余命のうち健康で活動的に暮らせる期間で、重いけがや病気による障がい期間を差し引いた年数。

2. 基本方針

(1) 「健康状態の把握」

健康の保持増進には、健康意識の啓発と疾病の早期発見・早期治療が必要不可欠です。被保険者に健診を受診してもらい、健康状態を把握する必要があります。

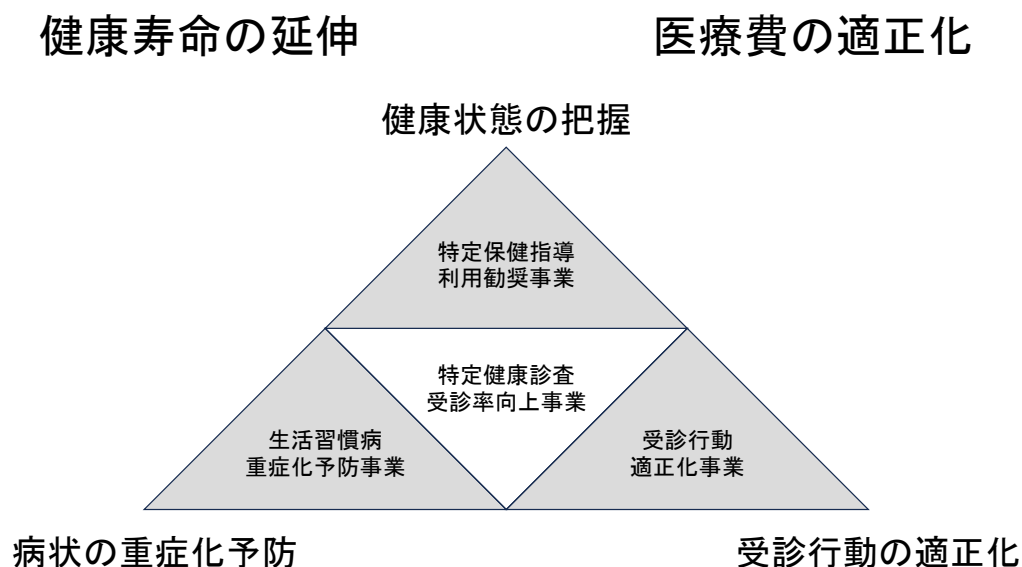
(2) 「病状の重症化予防」

将来的に、生活習慣病が重症化する可能性が高い人に対して、医療機関への受診を促し、適切な医療や保健指導により病状の重症化を予防します。

(3) 「受診行動の適正化」

重複・頻回受診の方へ保健指導を行うことで、受診行動の適正化を目指します。

3. 計画の体系図



4. 指標一覧

(1) 個別保健事業アウトカム（小田原市国民健康保険）

No.	個別保険事業名	評価指標	計画策定時	目標値					
			実績 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	特定健康診査受診率向上事業	特定健康診査受診率	29.4%	47.0%	53.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
2	特定保健指導利用勸奨事業	特定保健指導終了率（％）	11.9%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%
3		特定保健指導対象者の減少率（％）	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
4	生活習慣病重症化予防事業	①治療中断者 通知した対象者のうち、医療機関を受診した人の割合	13.9%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
5		②健診異常値放置者 通知した対象者のうち、医療機関を受診した人の割合	7.0%	15.0%	22.0%	29.0%	36.0%	44.0%	50.0%
6	受診行動適正化事業	重複受診・頻回受診・重複服薬を行っている人	679人	650人	630人	610人	590人	570人	550人

(2) 神奈川県共通指標

神奈川県の共通指標については、経年的なモニタリングや他の保険者（県内市町村）との比較をし、自保険者の客観的な状態を把握するために使用します。

神奈川県では、下記の6項目を共通指標として設定し、実績値でのモニタリングを行っています。

- ① 特定健康診査受診率
- ② 特定健康診査(40歳～49歳)受診率
- ③ 特定保健指導終了率
- ④ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
- ⑤ HbA1c8.0以上の者の人数及び割合
- ⑥ 特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数及び割合

	①	②	③	④	⑤		⑥	
					人数	割合	人数	割合
神奈川県	29.5%	15.5%	11.5%	26.9%	3,304	1.02%	19,095	1.71%
小田原市	29.4%	12.5%	12.2%	24.0%	99	1.28%	497	1.90%

※令和4年度実績値

(3) 第4期特定健康診査等実施計画期間における目標（厚生労働省）

第4期特定健康診査等実施計画の基本指針における目標値（市町村国保）について、厚生労働省が作成する手引きから、以下の通り設定されています。

	特定健康診査実施率	特定保健指導実施率	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群等の減少率
2029年度まで 目標	60%以上	60%以上	25%以上 (2008年度比)

第4章 個別保健事業

1. 特定健康診査受診率向上事業

事業の目的	<p>特定健康診査は、40歳～74歳を対象にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、高血圧や糖尿病など生活習慣の予防及び早期発見、早期治療を目的として実施していますが、全国市町村国保平均や神奈川県内市町村国保平均と比較して、本市の受診率は低い状況にあります。また、本市は脳血管疾患や心疾患などの循環器系疾患の死亡率が高く、高血圧有所見者も多いことから、自らの健康状態や血圧値を知るためにも健康診査を受診することが重要です。そこで、受診率向上を目的として、各種取組を実施します。</p>
対象者	<p>小田原市国民健康保険加入者の40歳～74歳の特定健康診査の受診対象となる者</p>
前計画までの事業結果	<p>第2期データヘルス計画に基づいて、特定健康診査受診率向上のために各種施策を実行してきました。第2期データヘルス計画実行期間中の特定健康診査受診率は年々増加傾向にあり、令和4年度は29.4%と最も高い受診率でしたが、全国市町村国保平均や神奈川県内市町村国保平均と比較するとまだまだ低い状況にあります。</p>
目標を達成するための主な戦略	<p>年度の取組についてスケジュールを立てる他、医療保険者の保険課とも共有・連携しながら事業実施に取り組み、様々な場面で健診受診の啓発につながるよう取り組みます。</p>
現在までの実施方法（プロセス）	<p>広報やチラシ等で広く周知をしたうえで、「受診率の低い若年層」や「毎年の受診行動が確立していないまだら受診者」等未受診者の属性に合わせて文書や電話による勧奨行ってきました。また、未受診者に対して集団健診等を実施することで、次年度以降の医療機関での健診受診を促してきました。</p> <p>特定健康診査・長寿高齢者健康診査の分析結果を関係団体と共有し、課題解決に努めており、令和5年度は、小田原医師会、小田原歯科医師会、小田原薬剤師会と連携し、市内の全医療機関・薬局での健診受診勧奨などのチラシを配布しています。</p>
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	<p>若年層（40歳代）の受診率が低い傾向にあることは依然として課題であるため、若年層が慣れ親しんでいると考えられるSNSなどを活用した周知を強化することや、健幸ポイント事業のインセンティブを活用していきます。また、地域資源（健康おだわら普及員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会など）を活用して多くの人に周知をしていくことで受診率向上に努めます。</p>

<p>現在までの実施体制 (ストラクチャー)</p>	<p>市直営方式を基本に電話勧奨は保健師等専門職を会計年度任用職員として雇用し実施しています。小田原医師会とは、結果の報告をしながら取組内容について助言を得ながら進めています。</p> <p>令和3年度に国民健康保険主管課である保険課から保健事業について健康づくり課に事務移管し、健康増進事業と連携しながら推進できる体制となっています。</p>
<p>今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標</p>	<p>文書による受診勧奨事業について、対象者に応じナッジ理論の活用なども含めて事業者に業務委託することで、効果的・効率的に事業を進められるようにします。若い世代からの健康意識の向上のため35歳健診の検討を開始し、具現化していきます。</p>
<p>評価計画</p>	<p>特定健康診査受診率の向上をもって、事業の評価とします。</p>

○評価指標

アウトカム指標	No.	評価指標	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)	
	1	特定健康診査受診率	29.4%	47.0%	53.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
アウトプット指標	No.	評価指標	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)	
	1	文書による受診勧奨 対象者への受診勧奨通知宛送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	電話による受診勧奨 対象者への架電率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	広報による受診勧奨 広報実施回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回
	4	各種事業・地域による受診勧奨 チラシ配布枚数	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚
	5	人間ドック助成 助成者数	454人	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	6	集団健診 案内通知送付者のうち受診率	2.7%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
7	若年層(40歳代)の受診率向上 文書・電話等の勧奨人数(延べ人数)	513人	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加	

2. 特定保健指導利用勧奨事業

事業の目的	特定保健指導の実施率の向上を図り、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることで、被保険者の生活習慣病を予防します。
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導に該当する者
前計画までの事業結果	委託業者による対象者全員に文書による利用勧奨を実施してきました。 文書による利用勧奨から申し込みがない対象者に対して、電話による利用勧奨も実施しています。 特定保健指導の実施率は、令和4年度が11.9%となっており、基準年である平成28年度の17.9%から6ポイント減少しています。
目標を達成するための主な戦略	効果的な文書及び電話による特定保健指導の利用勧奨（業務委託）を行います。 情報通信技術（ICT）を活用した特定保健指導の推進（業務委託）に取り組みます。
現在までの実施方法（プロセス）	○委託業者による文書や電話による利用勧奨の実施 ・委託業者による対象者全員に文書による利用勧奨を実施してきました。 ・文書による利用勧奨から申し込みがない対象者に対して、電話による利用勧奨を実施してきました。 ・文書による利用勧奨、電話による利用勧奨の後、申し込みのない対象者や電話で連絡がつかない対象者に対し、最終的な勧奨（文書）を行っています。 ○特定保健指導の実施 ・委託業者は市の施設2か所で実施し、医師会は各健診実施医療機関で実施してきました。 ・集団健診の結果説明会と同時に特定保健指導の実施をしてきました。
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	○特定保健指導の利用しやすい環境整備 ・小田原医師会の取り扱い医療機関を増やしていきます。 ・利用につながった人が終了できるよう伴走型支援を強化します。 ・ICTを活用した特定保健指導について周知を図ります。 ○特定保健指導のPRに努める ・成果のあった好事例を紹介したり、実際に利用した人の声を発信したりイメージ戦略に取り組みます。 ○訪問による利用勧奨の実施 ・実際に対象者の自宅に訪問し、利用勧奨に努め実施率の向上に努めます。

現在までの 実施体制 (ストラクチャー)	<p>○健康づくり課、保険課</p> <p>○委託業者</p> <p>・小田原医師会の内、特定保健指導実施協力医療機関を受診した者は同施設において特定保健指導を実施しています。それ以外の者は委託業者が特定保健指導を実施しています。</p> <p>○国民健康保険団体連合会</p> <p>・費用決済及びデータ管理等を業務委託</p>
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<p>特定保健指導協力医療機関の増加を図ります。</p> <p>研修等に参加し、保健指導の質の向上を図ります。</p>
評価計画	<p>特定保健指導の終了率の向上を持って、事業の評価とします。</p>

○評価指標

	No.	評価指標	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)
アウトカム指標	1	特定保健指導終了率 (%)	11.9%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%
	2	特定保健指導対象者の 減少率 (%)	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
アウトプット指標	No.	評価指標	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)
	1	対象者への利用勧奨 実施率 (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. 生活習慣病重症化予防事業

事業の目的	本市では、高血圧等が起因する循環器疾患での死亡率が県内の 19 市と比較すると高い状態が続いています。健診未受診者でかつ治療中断者の割合は県内の同規模の市と比較して高いです。医療機関の受診につなげ治療を受け継続することで、生活習慣病の改善を図り、重症化を予防することを目的としています。
対象者	40 歳から 74 歳までの生活習慣病のリスクがある健診異常値放置者または治療中断者
前計画までの事業結果	第 2 期のデータヘルス計画の評価から、治療中断者に対する受診勧奨の結果、医療機関を受診した人の数は増加しています。一方で、健診異常値放置者に対する受診勧奨において、医療機関を受診して治療を受けた人の数は、第 2 期計画の基準年（平成 28 年度）の実績を下回っていますが、令和 2 年度以降少しずつ増加しています。
目標を達成するための主な戦略	業務委託により事業を実施します。令和 2 年度から開始した高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業と連携を図り、事業の強化に努めていきます。小田原医師会への報告と協議をしながら取組を進めていきます。対象者へ保健師や栄養士等が保健指導を行うにあたっては、人材不足という現状の課題があるため、業務委託等実施方法も含めて検討していきます。
現在までの実施方法（プロセス）	業務委託をして、対象者に受診勧奨を実施してきました。健診異常値放置者の受診勧奨については、令和 2 年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始しハイリスクアプローチとして、65 歳から 74 歳の対象者に対しては、通知に加えて、地域で行う健康相談への参加を呼びかけ、対面で保健指導を行う方法で実施していました。地域で行う健康相談への参加がなかった対象者に対しては、健康相談日以降で保健師から電話をかけ、保健指導をしていました。一方で、通知を送付後に健康相談に来所する対象者の割合は、65 歳から 74 歳までの対象者のうち 1 割程度という課題がありました。来所率が低いことに対する対応策として、特に生活習慣病の発症リスクが高い者を重点的にアプローチする対象者として定めて、健康相談日より前に一度電話をかけ、健康相談への参加を呼びかけていました。現状の方法では、電話番号がわからない対象者及び電話をかけたときに応対がない対象者に対しては、通知発送のみのアプローチとなってしまう、保健指導ができていない現状です。それらに加えて、生活習慣病のハイリスク者である本事業の対象者に対しては、その後受診したかどうかの確認や、継続的な健康教育、保健指導の機会を提供する必要がありますが、現状の方法のままでは、それらができていないという課題があります。

<p>今後の実施方法 (プロセス)の 改善案、目標</p>	<p>より効果的に受診勧奨ができるよう、勧奨通知の内容やタイミングを委託業者に見直ししてもらうことに併せて、対象者の分析を継続して行ってもらう必要があります。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業においても、65歳から74歳までの対象者に対しては、同様の事業を行っていることから、事業間の整合性を図ることが必要です。併せて、対象者の生活習慣病の発症を予防するためには、現状の架電及び地域で行う健康相談への来所時の指導のほか、家庭訪問等によるアウトリーチ型の支援を取り入れるなど充実を図っていきます。それに加えて、継続的な健康教育及び保健指導ができるように、実施方法を見直していく必要があります。</p>
<p>現在までの 実施体制 (ストラクチャー)</p>	<p>データ分析、対象者抽出、通知発送については、業務委託によって実施していました。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の開始に伴い65歳から74歳の対象者に対しては、直営で専門職が保健指導を実施していました。</p>
<p>今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標</p>	<p>小田原医師会との連携を強化し、事業について十分理解を得た上で、その成果なども報告し、共有に努めていきます。それに加えて、対象者へ保健師や栄養士等が継続的に保健指導を行うためには、直営では、人材不足といった課題があるため、一部を業務委託する等も含めて検討していきます。</p>
<p>評価計画</p>	<p>対象者の該当項目の数ごとに、医療機関を受診したか否かを確認することで、該当項目ごとに対象者の行動に差異があるのか評価します。</p> <p>対象者のうち、医療機関を受診しなかった人と、受診した人の、健診結果から該当項目に関しての改善の有無を確認して、医療機関を受診及び治療につながったことでの効果について評価します。</p> <p>勧奨方法により受診行動への影響があるか確認することで、勧奨方法が事業実施のために効果的であるのか評価します(例えば、通知のみの人と、電話・通知を併用した人を比較してみる、など)。</p> <p>初めて対象者にあがった人と複数年対象者になっている人とで、受診行動に影響があるか確認する事で事業対象者の選出方法について評価します。</p>

○評価指標

	No.	評価指標	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)
アウトカム指標	1	①治療中断者 通知した対象者のうち、医療機関を受診した人の割合	13.9%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
	2	②健診異常値放置者 通知した対象者のうち、医療機関を受診した人の割合	7.0%	15.0%	22.0%	29.0%	36.0%	44.0%	50.0%
アウトプット指標	No.	評価指標	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)
	1	受診勧奨通知発送率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4. 受診行動適正化事業

事業の目的	レセプトから医療機関への過度な受診が確認できる人に対しては、適正受診の促進を目指します。 重複又は過度に薬剤の処方を受けている人に関してはデータを抽出し、優先順位をつけて指導することで医薬品の適正使用の推進を目指します。
対象者	重複受診：同一疾患で、同じ月に3医療機関以上にかかっている者。 頻回受診：同一医療機関で、同じ月に8回以上受診している者。 重複服薬：同系医薬品の投与日数合計が60日を超える者。
前計画までの事業結果	令和4年度実績：レセプト情報から抽出した対象者のうち、特に指導が必要な27人に対し、適正な受診及び服薬を促す通知を送付しました。そのうち保健指導できた方は15人(55.6%)でした。保健指導の結果、適正受診となった方は4人(26.7%)でした。
目標を達成するための主な戦略	重複受診者・頻回受診者・重複服薬者に適正な受診及び服薬を促す通知を送付(100通程度)します。 重複受診者・頻回受診者・重複服薬者のうち特に指導が必要な方に対し、保健師等による保健指導を実施(30人程度)します。
現在までの実施方法(プロセス)	委託業者に市から一定期間のレセプトデータを提供し、委託業者が対象者を抽出します。対象者のうち特に指導が必要な方を委託業者と市で抽出します。 適正受診及び服薬を促す通知を業務委託により送付します。 特に指導が必要な方に対し、業務委託により保健師等の保健指導(訪問指導が難しい方には電話による指導)を実施します。
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	適正受診や医薬品の適正使用に向けたより効果的な実施方法について検討し、必要に応じ改善します。
現在までの実施体制(ストラクチャー)	業務委託により実施します。
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	通知の送付は引き続き業務委託により実施し、令和6年度から保健指導のみ市が直営で実施します。
評価計画	重複受診・頻回受診・重複服薬を行っている人の減少を持って、事業の評価とします。

○評価指標

アウトカム指標	No.	評価指標	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)
			1	重複受診・頻回受診・重複服薬を行っている人	679人	650人	630人	610人	590人
アウトプット指標	No.	評価指標	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)
			1	特に指導が必要な方に対する保健指導の実施率	55.6%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%

第5章 特定健康診査等の実施方法

本市では、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年厚生労働省令157号。以下「実施基準」という。）に基づき、一定の条件のもと、効率的かつ質の高いサービスを提供できる特定健康診査実施機関や特定保健指導実施機関を活用し、全面業務委託により実施してきました。第4期特定健康診査等実施計画についても、引き続き、業務委託により実施します。

1. 特定健康診査

(1) 対象者

実施年度中に40歳以上74歳以下になる被保険者で、かつ、年度途中での加入・脱退等の異動のない者とします。

※妊産婦や長期入院等厚生労働省告示で定める除外規定に該当するものは除く。

(2) 実施方法

① 実施場所

市内指定医療機関等

② 実施項目

基本項目 <small>国により定められた必須の検査項目であり、全員に実施</small>	問診、身長、体重、BMI、腹囲、血圧、血糖、尿蛋白、空腹時中性脂肪（または随時中性脂肪）、GOT（AST）、GPT（ALT）、 γ -GT（ γ -GTP）、HDL コレステロール、LDL コレステロール、空腹時血糖（または随時血糖）、HbA1c（NGSP 値）
詳細項目 <small>医師が必要と判断した場合に実施</small>	心電図、眼底検査（対象者のみ）、ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数、血清クレアチニン検査、eGFR
追加項目 <small>市が独自に追加した検査項目であり、全員に実施</small>	総コレステロール、ALP、血清尿酸、総蛋白、尿潜血、白血球数、血小板数、BUN、LDH、推定1日食塩摂取量（尿中ナトリウム、尿中クレアチニン）

③ 実施期間

該当年度の6月1日から翌年の3月31日まで

④ 委託契約の形態

契約形態は、小田原医師会と集合契約を結ぶほか必要に応じて個別契約を結びます。

(3) 周知や案内方法

特定健康診査の受診率の向上につながるよう、対象者全員に特定健康診査の受診券と受診案内を個別に発送します。

また、広報おだわらやホームページを活用し周知を努めます。

2. 特定保健指導

(1) 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき特定健康診査等の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い抽出した者とします。

特定健康診査の質問票により、服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため除外します。

腹囲または BMI	追加リスク			喫煙歴	対象年齢	
	血糖	血圧	脂質		40～64 歳	65～74 歳
腹囲 男性 ≧ 85 cm 女性 ≧ 90 cm	2つ以上該当			あり	積極的支援	
	1つ該当				動機付け支援	
	該当しない			なし	なし（情報提供）	
上記以外で BMI 25 以上	3つ該当			あり	積極的支援	
	2つ該当				動機付け支援	
	1つ該当			なし	動機付け支援	
	該当しない			なし	なし（情報提供）	
腹囲も BMI も正常					なし（情報提供）	

※血糖

空腹時血糖が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖が 100mg/dl 以上（原則として空腹時血糖又は HbA1c(NGSP 値)を測定することとし、空腹時以外は HbA1c(NGSP 値)を測定。やむを得ず空腹時以外において HbA1c(NGSP 値)を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。空腹時血糖値及び HbA1c(NGSP 値)の両方を測定している場合、空腹時血糖の値を優先とする。)

※血圧

収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上。

※糖質

空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上又は随時中性脂肪 175mg/dl 以上（原則として空腹時中性脂肪を測定することとする。やむを得ず空腹時中性脂肪を測定しない場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を行うことを可とする。）又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満。

(2) 実施方法

① 実施場所

市内指定医療機関または、市内公共施設

※ICT 実施の場合は任意の場所。

② 実施内容

動機付け支援	<p>初回面接による支援のみの原則1回とします。初回面談から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後です。</p> <p>対象者本人が、自分の健康状態を自覚し、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とします。特定健康診査の結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣、その他生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月以上経過後に行う評価）を行います。</p>					
積極的支援	<p>初回面談による支援を行い、その後3ヶ月以上の継続的な支援を行います。初回面談から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後です。</p> <p>特定健康診査の結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月以上経過後に行う評価）を行います。</p> <p>実績評価については、アウトカム評価（成果が出たことへの評価）を原則とし、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価します。</p> <p>アウトカム評価</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">主要達成目標</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・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> <ul style="list-style-type: none"> ・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> <p>プロセス評価</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・支援種別による評価（個別支援（ICTを含む）、グループ支援（ICTを含む）電話、電子メール、チャット等） ・検診後早期の保健指導実施の評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援種別による評価（個別支援（ICTを含む）、グループ支援（ICTを含む）電話、電子メール、チャット等） ・検診後早期の保健指導実施の評価
主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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） 					
<ul style="list-style-type: none"> ・支援種別による評価（個別支援（ICTを含む）、グループ支援（ICTを含む）電話、電子メール、チャット等） ・検診後早期の保健指導実施の評価 						

※厚生労働省保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」（2023年3月）より抜粋。

③ 実施期間

特定健康診査等を受診した年度の9月頃から翌年の8月まで

④ 案内方法

対象者に特定保健指導利用券を発送します。

同封する案内通知については、わかりやすく、利用までの流れや、ICTの活用についても記載するほか、ナッジ理論を活用し、利用につながるよう工夫します。

第6章 その他

1. 計画の評価・進行管理

本計画の進行管理については、P D C Aサイクルに則り「小田原市国民健康保険運営協議会」を始め、庁内関連部署とも協議することに加え、必要に応じて医療関係者、神奈川県国民健康保険団体連合会、都道府県、保健福祉事務所等から意見や助言をもらいながら評価・改善を行います。

また、本計画の中間年度である令和8年度に中間評価を行うとともに令和11年度には最終評価を実施し、次期計画策定に反映します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、本市国民健康保険被保険者及び保健医療関係者等に対し、全文を本市ホームページ等に掲載し、公表・周知します。

併せて、それぞれ計画の要旨をまとめた概要版を策定し、本市ホームページ等に掲載し、公表します。

3. 個人情報の取扱い

特定健康診査及び特定保健指導等に関わる個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」に基づくガイドライン等をふまえるとともに、「小田原市情報セキュリティポリシー」に基づき管理します。

また、特定健康診査及び特定保健指導等に係る業務委託をする際も同様に取り扱われるよう委託契約書に適宜定めます。

4. 各種検(健)診等の連携

特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する検(健)診や事業等とも可能な限り連携して実施するものとします。

5. 業務委託

特定健康診査等に関し、次の各項目について業務委託を実施します。

項目	業務委託先
特定健康診査の実施	健診実施機関
特定保健指導の実施	保健指導実施機関・委託業者
受診結果等の管理、階層化の実施等	代行機関
健康情報システムの情報の維持管理	委託業者
受診券・利用券の印刷等	委託業者

業務委託に当たっては、個人情報の保護に関する法律等に定める手続きに従って、実施します。また、委託契約書において、委託契約約款に加え、個人情報取扱特記事項の遵守を条件づけます。この特記事項に基づき、委託業者から安全管理措置報告書、誓約書、研修実施報告書の提出を求めるなど、契約遵守状況を管理します。

6. 地域包括ケアに係る取組

国では超高齢社会を支える視点に立ち、地域における自立した生活を支えるための「地域包括ケアシステム」を進めています。

「地域包括ケアシステム」とは、「重度な要介護状態となっても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、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される仕組み」のことを言い、本市においても、地域包括ケアシステムの構築及び深化が進められていますが、当市国民健康保険保健事業を推進するに当たり、地域包括ケアの視点も重視し、庁内関係部署及び地域における関係機関、団体等と連携していきます。

(1) 地域で本市国民健康保険被保険者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援等暮らし全般を支えるため、必要に応じて、地域包括ケア主管課が開催する会議や研修に国民健康保険者として参加します。

(2) 課題を抱える国民健康保険被保険者層の分析

KDB データ等を活用し、国民健康保険加入率が高い高齢者の中からハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、小田原医師会等の関係団体や市民組織等と共有します。

(3) 地域で国民健康保険被保険者を支える事業の実施

上記(2)により抽出されたターゲット層に対する生活習慣病予防や、介護予防に関する周知等を実施します。

(4) 他制度との連携

令和2年度からは、後期高齢者医療広域連合から委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、後期高齢者保健事業と国民健康保険保健事業、介護予防事業の切れ目のない支援に取り組んでいるところです。引き続き、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組の充実に取り組めます。

第7章 資料編

1. データヘルス計画策定のための共通の様式

第3期データヘルス計画

I 基本情報

(令和5年4月1日時点)

人口・被保険者	被保険者等の基本情報					
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	186,808	100.0%	90,362	48.4%	96,446	51.6%
国保被保険者数(人)	36,924	19.8%				

※ 性・年齢階層別一覧表は、別表として添付する。

2-1. (1) 基本的事項

2-1. (1) ①計画の趣旨	<p>基本的な考え方は令和5年に策定された「第2期小田原市健康増進計画」に沿って策定する。</p> <p>「第2期小田原市健康増進計画」の基本理念にあるとおり、健康の大切さを理解し、自分の健康に関心を持ち、若い頃から適正な食生活、運動習慣、休養等、健康的な生活習慣を身につけることや、健康診査等を受けることが大切であり、市全体で健康について、取り組む環境を整え、豊かに暮らせるまちをつくっていくこととする。</p> <p>本計画では、被保険者が健やかで心豊かな生活が送れるよう健康寿命の延伸が図られることを目指し、特定健康診査、特定保健指導の目標を掲げるほか、市が健診データやレセプトデータといったビッグデータを活用して得られる市民全体の健康状態(疾病の状況)や医療費等の分析から、一人ひとりの健康状態に合わせた保健事業を効果的・効率的に実施していくために、様々な保健事業の実施計画を定めるものである。</p>
2-1. (1) ②計画期間	令和6年度～令和11年度
2-1. (1) ③実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・協働による計画の推進 健康づくりは、被保険者一人ひとりの努力だけでなく、家庭、団体、医療機関、企業、行政等それぞれが担っている役割を果たしながら、これらを有効的に機能させていくことが必要となる。 計画を総合的かつ効果的に推進していくため、これら多様な主体による取組や交流・連携を深めながら、協働して取り組んでいく。 ・計画の評価・進行管理 計画推進については、Plan(計画)・Do(実行)・Check(評価)・Action(改善)の一連の流れに沿うようPDCAサイクルを意識して事業を実施する。

2-1. (1) ③関係者連携

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1. (4) ①市町村国保	国保部門と保健事業部門が連携を図り、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図る。
1. (4) ②都道府県(国保部局)	計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供
1. (4) ③都道府県(保健衛生部局)	計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供
1. (4) ④保健所	計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供
1. (4) ⑤国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会	KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援 計画推進における助言等、技術的な支援や情報提供
1. (4) ⑥後期高齢者医療広域連合	地域包括ケアシステムや高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の参画をはじめ、データや分析結果の共有突合等
1. (4) ⑦保健医療関係者	健診結果や健康課題の共有を図り連携・協働して事業に取り組む
その他	

2-1. (2) 現状の整理

2-1. (2) ①保険者の特性	被保険者は、減少傾向となっている。 少子化や75歳到達により後期高齢者医療保険に移行する被保険者が多いのが要因である。
地域資源の状況	地域から選出されている「健康おだわら普及員」について、一旦自粛したところもあるが、担当保健師と共に地区社協や地域と協働し、医師や企業を招いて講演会を実施し、地区活動に取り組んでいる。 民間企業との協力体制については包括協定も含め、事業が増加している
2-1. (2) ②前期計画等に係る考察	これまで特定健康診査や特定保健指導などの保健事業の実施により、被保険者の健康の保持増進を図ってきたが、依然として、本市の健康課題である、脳血管疾患や心疾患の死亡率が高い状況である。前計画の方針を引き継ぎ、各取組を改善しながら着実に進めて行く。

II 健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照データ	③健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命 男性女性ともに平成30年度から令和4年度までの5年間は変化なく、男性80.5歳、女性86.9歳で推移している。県や国と比較すると若干短い状況である。 標準化死亡比 5年に1度の更新となるため令和2年度から令和3年度をみると、男性は103.5から102.0、女性は103.7から102.5と減っている。しかし、男性女性ともに国の100より高いことから本市の死亡率は高いと考えられる。 平均自立期間 令和4年度男性79.5歳、女性83.8歳となっておりほぼ横ばいである。国や県と比較すると短い状況である。平均余命との差については、男性は平成30年度1.3年であったのが令和4年度1.2年となっており、女性は平成30年度3年であったのが令和4年度2.6年となっている。男性女性ともにその差は短くなっている。 	KDB抽出データ	
医療費の分析	<p>被保険者数が平成30年度から令和4年度の5年間で約5,000人減少しており年間の医療費も減少しているが、被保険者一人あたりの平均医療費（年額）は令和4年度に412,264円となり、平成30年度から30,442円増加している。増加の要因として、被保険者の高齢化に伴い、平均受診回数が増加したことによるものである。</p> <p>最大医療資源傷病名をみると、該当項目の半分以上が生活習慣病（脳血管疾患・心疾患・糖尿病・がん）に係るものとなっており、その予防対策に引き続き取り組む必要がある。</p>	KDB抽出データ レセプトデータ	
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率・特定保健指導実施率 特定健診については、受診率の向上対策に取り組んできており、令和4年度29.4%と少しずつ受診率は高くなっている。しかし、若年層（40歳～49歳）の受診率は13%と低く、性別で見ると女性32.3%より男性の方が25.5%と低い状況である。 特定保健指導の実施率については、令和4年度が11.9%となっており、基準年である平成28年度の17.9%から減少してしまっている。 健診の内容 空腹時血糖の値が著しく高い（有所見者約40%）。 HbA1cの値も高い（有所見者約55%）。 受診者の約半数が異常値になってしまう。 血圧については、国・県とほぼ同じとなる。 腹囲、BMIは上昇傾向であるが、国・県と同様となる。 nonHDLは国・県と比較し大幅に高い（第2期策定時と変化なし）。 eGFRも国・県と比較し高い。 心電図の有所見者が年々増加している（特に男性）。 服薬者が国・県と比較し高い。また、その有所見者も多い。 運動習慣がない人は微増しており国・県と比較すると低い。 飲酒について、男性は減少しているが、女性は1合未満の習慣者が増えている。 	KDB抽出データ	
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<p>特定健診受診率について、若年層の受診率が低い。</p> <p>生活習慣病に係る医療費が多く、健診の結果も有所見者も多い。服薬者（通院している人）が多いが、健診の有所見者も多い。若い頃から健康的な生活習慣を意識してもらい、健診受診への意識啓発が必要である。また、受診後はその健診結果に基づき必要な保健指導につなげる必要がある。医療が必要である者、医療を中断している者については、その必要性を理解してもらい受診につなげていくアプローチが必要である。</p>	KDB抽出データ	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費の状況 1番低い要支援の給付費は国や県に比べて低い 介護認定の状況 本市の要支援・要介護認定率は国や県と比較して低い状況である。 	KDB抽出データ 高齢介護課から聴取	
その他			

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

参照データ （帳票名、データ項目名等を記載）	KDBシステム 特定健康診査受診データ、特定保健指導受診データ 神奈川県国民健康保険団体連合会提供
---------------------------	---

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
①項目	②健康課題	③優先する健康課題	
A	生活習慣病に係る医療費が多い	○	1, 2, 3, 4
B	特定健康診査の受診率が低い	○	1
C	特定保健指導の実施率が低い	○	2
D	生活習慣病に係る有所見者が多い	○	1, 2, 3

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A, B C, D	年度の取組についてスケジュールを立てる
A, B C, D	庁内連携を強化し、普及啓発に取り組む
C	ICTの活用を検討し保健指導を実施する
A, B C, D	事業者への委託を活用し事業に取り組む

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標							
⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨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)
A	保健事業対象者の把握	特定健康診査実施率	29.3	41.0	47.0	53.0	60.0	60.0	60.0
.	生活習慣病重症化予防	医療受診勧奨域の方への保健指導利用勧奨	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
.	健診異常値放置者の把握	該当者への医療機関受診勧奨通知発送率	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
B	特定健診の受診率の増加	特定健康診査実施率	29.3	41.0	47.0	53.0	60.0	60.0	60.0
C	特定保健指導の実施率の増加	特定保健指導実施率	11.9	14.0	16.0	18.0	20.0	22.0	24.0

(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3) 目標値は、必要な年度に記載。

(注2) 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診率向上事業	1
2	特定保健指導利用勧奨事業	2
3	生活習慣病重症化予防事業	2
4	受診行動適正化事業	2
.		
.		

IV 個別の保健事業

事業番号	①事業名称	特定健康診査受診率向上事業
②事業の目的	特定健康診査は、40歳～74歳を対象にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、高血圧や糖尿病など生活習慣の予防及び早期発見、早期治療を目的として実施しているが、全国市町村国保平均や神奈川県下市町村国保平均と比較して、本市の受診率は低い状況にある。また、本市は脳血管疾患や心疾患などの循環器系疾患の死亡率が高く、高血圧有所見者も多いことから、自らの健康状態や血圧値を知るためにも健康診査を受診することが重要である。そこで、受診率向上を目的として、各種取組を実施する。	
③対象者	小田原市国民健康保険加入者の40歳～74歳の特定健診の受診対象となる者	
④現在までの事業結果	第2期データヘルス計画に基づいて、特定健康診査受診率向上のために各種施策を実行した。第2期データヘルス計画実行期間中の特定健康診査受診率は年々増加傾向にあり、令和4年度は29.4%と最も高い受診率だったが、全国市町村国保平均や神奈川県下市町村国保平均と比較するとまだまだ低い状況にある。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧目標値							
		⑦計画策定時実績	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	特定健康診査受診率		29.4%	47.0%	53.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	文書による受診勧奨対象者への受診勧奨通知発送率		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	電話による受診勧奨対象者への架電率		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	広報による受診勧奨広報実施回数		4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回
アウトプット (実施量・率) 指標	各種事業・地域による受診勧奨チラシ配布枚数		約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚	約3,000枚
アウトプット (実施量・率) 指標	人間ドック助成助成者数		454人%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率) 指標	集団健診案内通知送付者のうち受診率		2.7%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率) 指標	若年層（40歳代）の受診率向上文書・電話等の勧奨人数（延べ人数）		513人	増加	増加	増加	増加	増加	増加

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	年度の取組についてスケジュールを立てる他、医療保険者の保険課とも共有・連携しながら事業実施に取り組み、様々な場面で健診受診の啓発につながるよう取り組む。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

広報やチラシ等で広く周知をしたうえで、「受診率の低い若年層」や「毎年の受診行動が確立していないみだら受診者」等未受診者の属性に合わせて文書や電話による勧奨を行った。また、未受診者に対して集団健診等を実施することで、次年度以降の医療機関での健診受診を促した。
 特定健診・長寿健診の分析結果を関係団体と共有し、課題解決に努めており、令和5年度は、小田原医師会、小田原歯科医師会、小田原薬剤師会と連携し、市内の全医療機関・薬局での健診受診勧奨などのチラシを配布している。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

若年層（40歳代）の受診率が低い傾向にあることは依然として課題であるため、若年層が慣れ親しんでいると考えられるSNSなどを活用した周知を強化することや、健幸ポイント事業のインセンティブを活用する。また、地域資源（健康おだわら普及員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会など）を活用して多くの人に周知をしていくことで受診率向上に努める。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市直営方式を基本に電話勧奨は保健師等専門職を会計年度任用職員として雇用し実施している。小田原医師会とは、結果の報告をしながら取組内容について助言を得ながら進めている。
 令和3年度に国保主管課である保険課から保健事業について健康づくり課に事務移管し、健康増進事業と連携しながら推進できる体制となっている。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

文書による受診勧奨事業について、対象者に応じナッジ理論の活用なども含めて事業者に業務を委託することで、効果的・効率的に事業を進められるようにする。
 若い世代からの健康意識の向上のため35歳健診の検討を開始し、具現化する。

⑭評価計画

特定健康診査受診率の向上をもって、事業の評価とする。

IV 個別の保健事業

事業番号 1 ①事業名称 特定保健指導利用勧奨事業

②事業の目的	特定保健指導の実施率の向上を図り、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることで、被保険者の生活習慣病を予防する。
③対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導に該当する者
④現在までの事業結果	委託業者による対象者全員に文書による利用勧奨を実施した。 文書による利用勧奨から申し込みがない対象者に対して、電話による利用勧奨も実施している。 実施率は、令和4年度が11.9%となっており、基準年である平成28年度の17.9%から減少している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導終了率 (%)	11.9%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者の減少率 (%)	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への利用勧奨実施率 (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	効果的な文書及び電話による特定保健指導の利用勧奨（業務委託）を行う。 情報通信技術（ICT）を活用した特定保健指導の推進（業務委託）に取り組む。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<p>○委託業者による文書や電話による利用勧奨の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託業者による対象者全員に文書による利用勧奨を実施した。 ・文書による利用勧奨から申し込みがない対象者に対して、電話による利用勧奨を実施した。 ・文書による利用勧奨、電話による利用勧奨の後、申し込みのない対象者や電話で連絡がつかない対象者に対し、最終的な勧奨（文書）を行っている。 <p>○特定保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託業者は市の施設2か所で行い、医師会では各健診実施医療機関で実施した。 ・集団健診の結果説明会と同時に特定保健指導の実施をした。
--

<p>○特定保健指導の利用しやすい環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小田原医師会の取り扱い医療機関を増やす。 ・利用につながった人が終了できるよう伴走型支援を強化する。 ・ICTを活用した特定保健指導について周知を図る。 <p>○特定保健指導のPRに努める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成果のあった好事例を紹介したり、実際に利用した人の声を発信したりイメージ戦略に取り組む。 <p>○訪問による利用勧奨の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際に対象者の自宅に訪問し、利用勧奨に努め実施率の向上に努める。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>○健康づくり課、保険課</p> <p>○委託業者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小田原医師会の内、特定保健指導実施協力医療機関を受診した者は同施設において特定保健指導を実施する。 ・それ以外の者は委託業者が特定保健指導を実施する。 <p>○国民健康保険団体連合会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・費用決済及びデータ管理等の業務の委託

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<p>特定保健指導協力医療機関の増加を図る。 研修等に参加し、保健指導の質の向上を図る。</p>
--

⑭評価計画

<p>特定保健指導の終了率の向上を持って、事業の評価とする。</p>

IV 個別の保健事業

事業番号	①事業名称
1	生活習慣病重症化予防事業
②事業の目的	本市では、高血圧等が起因する循環器疾患での死亡率が県内の19市と比較すると高い状態が続いている。健診未受診者でかつ治療中断者の割合は県内の同規模の市と比較して高い。医療機関を受診につなげ治療を受け継続することで、生活習慣病の改善を図り、重症化を予防することを目的としている。
③対象者	40歳から74歳の生活習慣病のリスクがある健診異常値放置者または治療中断者
④現在までの事業結果	第2期のデータヘルス計画の評価から、治療中断者に対する受診勧奨の結果、医療機関を受診した人の数は増加している。一方で、健診異常値放置者に対する受診勧奨において、医療機関を受診して治療を受けた人の数は、第2期計画の基準年（平成28年度）の実績を下回っているが、令和2年度以降少しずつ増加している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果) 指標	①治療中断者 通知した対象者のうち、医療機関 を受診した人の割合	13.9%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
アウトカム (成果) 指標	②健診異常値放置者 通知した対象者のうち、医療機関 を受診した人の割合	7.0%	15.0%	22.0%	29.0%	36.0%	44.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨通知発送率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための 主な戦略	業務委託により事業を実施する。令和2年度から開始した高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業と連携を図り、事業の強化に努める。小田原医師会への報告と協議をしながら取組を進める。対象者へ保健師や栄養士等が保健指導を行うにあたっては、人材不足という現状の課題があるため、業務委託等を活用していく方法も含めて検討していく。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

業務委託をして、対象者に受診勧奨を実施した。健診異常値放置者の受診勧奨については、令和2年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始しハイリスクアプローチとして、65歳から74歳を対象者に対しては、通知に加えて、地域で行う健康相談への参加を呼びかけ、対面で保健指導を行う方法で実施した。地域で行う健康相談への参加がなかった対象者に対しては、健康相談日以降で保健師から電話をかけ、保健指導をした。一方で、通知を送付後に健康相談に来所する対象者の割合は、65歳から74歳までの対象者のうち1割程度という課題がある。来所率が低いことに対する対応策として、特に生活習慣病の発症リスクが高い者を重点的にアプローチする対象者として定めて、健康相談日より前に一度電話をかけ、健康相談への参加を呼びかけた。現状の方法では、電話番号がわからない対象者及び電話をかけたときに対応がない対象者に対しては、通知発送のみのアプローチとなってしまう、保健指導ができていない現状。それらに加えて、生活習慣病のハイリスク者である本事業の対象者に対しては、その後受診したかどうかの確認や、継続的な健康教育、保健指導の機会を提供する必要があるが、現状の方法のままでは、それらができにくいという課題がある。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

委託業者に、より効果的に受診勧奨できるように勧奨通知の内容やタイミングを見直ししてもらうことに併せて対象者の分析を継続して行ってもらう必要がある。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業においても、65歳から74歳までの対象者に対しては、同様の事業を行っていることから、事業間の整合性を図ることが必要である。併せて、対象者の生活習慣病の発症を予防するためには、現状の架電及び地域で行う健康相談への来所時の指導のほか、家庭訪問等によるアウトリーチ型の支援を取り入れるなど充実を図っていく。それに加えて、継続的な健康教育及び保健指導ができるように、実施方法を見直ししていく必要がある。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

データ分析、対象者抽出、通知発送については、業務委託によって実施した。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の開始に伴い65歳から74歳を対象者に対しては、直営で専門職が保健指導を実施した。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

小田原医師会との連携を強化し、事業について十分理解を得た上で、その成果なども報告し、共有に努める。それに加えて、対象者へ保健師や栄養士等が継続的に保健指導を行うためには、直営では、人材不足といった課題があるため、一部を業務委託する等も含めて検討する。

⑭評価計画

対象者の該当項目の数ごとに、医療機関を受診したか否かを確認し、該当項目ごとに対象者の行動に差異があるのか評価する。対象者のうち、医療機関を受診しなかった人と、受診した人の、健診結果から該当項目に関しての改善の有無を確認して、医療機関の受診及び治療につながったことでの効果について評価する。 勧奨方法による受診行動への影響の有無があるのか確認することで、勧奨方法が、事業実施のために効果的であるのか、評価する。（例えば、通知のみの人と、電話・通知を併用した人を比較してみる、など）。 初めて対象者にあがった人と、複数年対象者になっている人とで、受診行動に影響があるか、確認する事で事業対象者の選出方法について評価する。
--

IV 個別の保健事業

事業番号 1	①事業名称	受診行動適正化事業
②事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトから医療機関への過度な受診が確認できる人に対しては、適正受診の促進を目指す。 ・重複又は過度に薬剤の処方を受けている人に関してはデータを抽出し、優先順位をつけて指導することで医薬品の適正使用の推進を目指す。 	
③対象者	重複受診：同一疾患で、同じ月に3医療機関以上にかかっている者。 頻回受診：同一医療機関で、同じ月に8回以上受診している者。 重複服薬：同系医薬品の投与日数合計が60日を超える者。	
④現在までの事業結果	令和4年度実績：レセプト情報から抽出した対象者のうち、特に指導が必要な27人に対し、適正な受診及び服薬を促す通知を送付した。そのうち保健指導できた方は15人（55.6%）でした。保健指導の結果、適正受診となった方は4人（26.7%）であった。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	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)
アウトカム (成果) 指標	重複受診・頻回受診・重複服薬を行っている人	679人	650人	630人	610人	590人	570人	550人
アウトプット (実施量・率) 指標	特に指導が必要な方に対する保健指導の実施率	55.6%	70%	75%	80%	85%	90%	100%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	重複受診者・頻回受診者・重複服薬者に適正な受診及び服薬を促す通知を送付（100通程度）する。 重複受診者・頻回受診者・重複服薬者のうち特に指導が必要な方に対し、保健師等による保健指導を実施（30人程度）する。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

委託業者に市から一定期間のレセプトデータを提供し、委託業者が対象者を抽出する。対象者のうち特に指導が必要な方を委託業者と市で抽出する。
 適正受診及び服薬を促す通知を委託により送付する。
 特に指導が必要な方に対し、委託により保健師等の保健指導（訪問指導が難しい方には電話による指導）を実施する。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

適正受診や医薬品の適正使用に向けたより効果的な実施方法について検討し、必要に応じ改善する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

業務委託により実施する。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

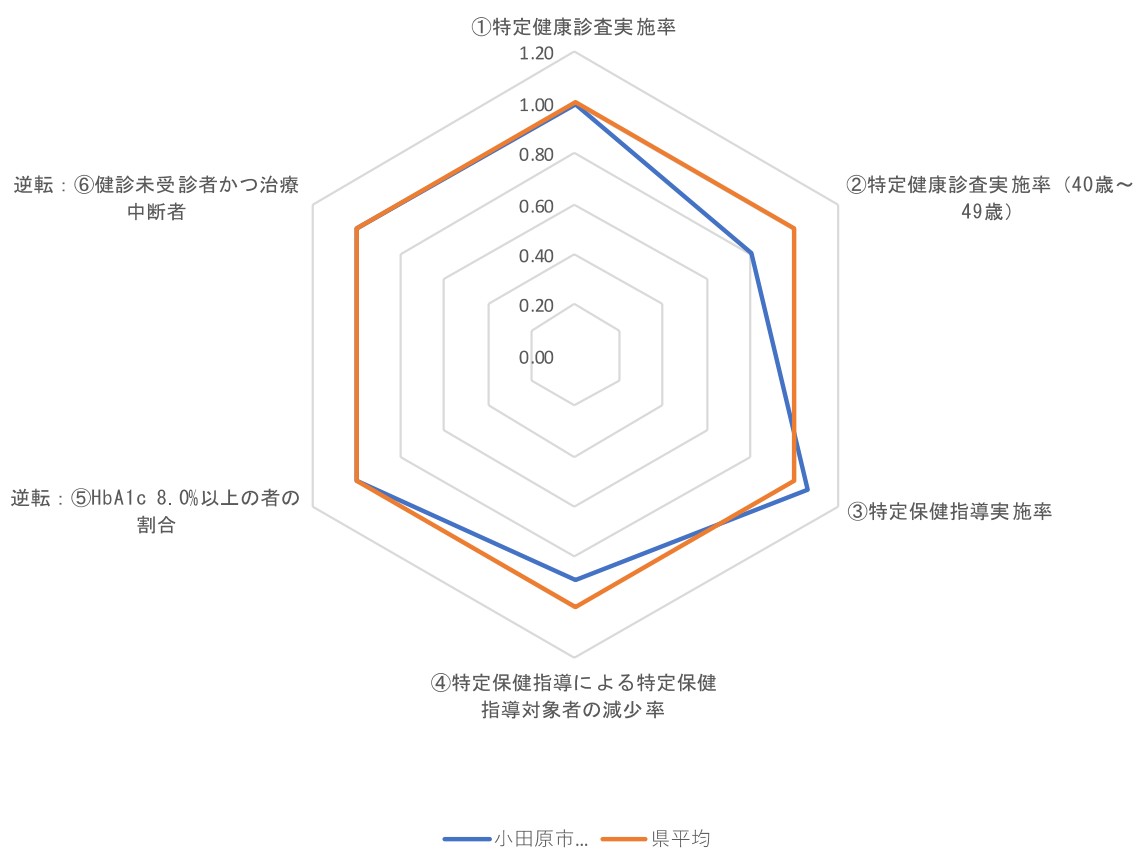
通知の送付は引き続き委託により実施し、令和6年度から保健指導のみ市が直営で実施する。

⑭評価計画

重複受診・頻回受診・重複服薬を行っている人の減少を持って、事業の評価とします。

V その他	
データヘルス計画の 評価・見直し	本計画の進行管理については、P D C Aサイクルに則り「小田原市国民健康保険運営協議会」を始め、庁内関連部署とも協議することに加え、必要に応じて医療関係者、神奈川県国民健康保険団体連合会、都道府県、保健福祉事務所等から意見や助言をもらいながら評価・改善を行う。また、本計画の中間年度である令和8年度に中間評価を行うとともに令和11年度には最終評価を実施し、次期計画策定に反映する。
データヘルス計画の 公表・周知	本計画は、本市国保被保険者及び保健医療関係者等に対し、全文を本市ホームページ等に掲載し、公表・周知する。併せて、それぞれ計画の要旨をまとめた概要版を策定し、本市ホームページ等に掲載し、公表する。
個人情報の取扱い	特定健康診査及び特定保健指導等に関わる個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」に基づくガイドライン等をふまえるとともに、「小田原市情報セキュリティポリシー」に基づき管理する。また、特定健康診査及び特定保健指導等にかかわる業務委託をする際も同様に取扱われるよう委託契約書に適宜定める。
地域包括ケアに 係る取組	本市においても、地域包括ケアシステムの構築及び深化が進められているが、当市国保保健事業を推進するに当たり、地域包括ケアの視点も重視し、庁内関係部署及び地域における関係機関、団体等と連携する。
その他留意事項	特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する検(健)診や事業等とも可能な限り連携して実施するものとする。

小田原市の各指標値の実績と神奈川県平均値との比較の見える化



(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	小田原市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	小田原市(a)	県平均(b)
①特定健康診査実施率	1.00	1.00	29.4	29.5
②特定健康診査実施率（40歳～49歳）	0.81	1.00	12.5	15.5
③特定保健指導実施率	1.06	1.00	12.2	11.5
④特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.89	1.00	24.0	26.9
逆転：⑤HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.00	1.00	1.28	1.02
逆転：⑥健診未受診者かつ治療中断者	1.00	1.00	1.90	1.71

2. 用語の説明

あ 行

e G F R (イージーエフアール)

腎機能の指標。estimated Glomerular Filtration Rate の略で、日本語では推算糸球体濾過量。年齢、性別、血清クレアチニン値（または血清シスタチン C 値）を用いて計算する。

運動習慣者

1 回 30 分以上の運動を週 2 日以上実施し、1 年以上継続している人。

H D L コレステロール (エイチディーエル)

増えすぎたコレステロールを回収し、更に血管壁にたまったコレステロールを取り除いて、肝臓へ戻す役割を担っており、L D L コレステロールとは反対に動脈硬化を抑制する働きがある。善玉コレステロールとも言われる。

L D L コレステロール (エルディーエル)

肝臓で作られたコレステロールを全身に運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロールとも言われる。

か 行

介護予防

高齢者の人が要支援・要介護状態になることをできる限り防ぐこと。要支援・要介護状態になっても、状態がそれ以上悪化しないようにすること。

拡張期血圧

心臓が次に送り出す血液を溜めている時（拡張期）に血管の内壁にかかる圧力をいい、一般的に最低血圧と呼ばれている。

血圧

血流が血管の内壁を押し出す力のことであり、一般的に動脈の血圧のことを指す。

健康寿命

日常的に介護を必要とすることなく、自立した生活ができる生存期間のこと。

高齢者

国連やWHOが定義する、65 歳以上の人。

国保データベース (KDB) システム

国保データベース (KDB) システムは国民健康保険連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実務をサポートすることを目的として構築されたシステム。

コレステロール

人間の体に存在する脂質の一つで、細胞膜・ホルモン・胆汁酸を作る材料となっている。血液中において過剰もしくは不足した状態になると、動脈硬化や血管が弱くなるなどの原因となる。

さ 行

死亡率

一定期間の死亡者数を単純にその期間の人口で割った値。日本の場合には通常 年単位で算出され、「人口千人のうち何人死亡したか」で表すが、疾病別死亡率の場合には、「人口 10 万人のうち何人死亡したか」で算出する。

収縮期血圧

心臓が血液を送り出すために収縮している時（収縮期）に血管の内壁にかかる圧力をいい、一般的に最高血圧と呼ばれている。

生活習慣病

食生活や喫煙、飲酒、運動不足などの生活習慣との関係が深い疾患の総称。生活習慣に関連する病気として、肥満、高血圧症、脂質異常症、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、がんなどがある。

た 行

中性脂肪

肉や魚・食用油など食品中の脂質や体脂肪の大部分を占めるもの。中性脂肪は人や動物にとって重要なエネルギー源だが、摂りすぎると、体脂肪として蓄えられて肥満をまねき、生活習慣病発症の要因となる。

長寿高齢者健康診査

神奈川県後期高齢者医療に加入している75歳以上の人及び、65歳から74歳で一定の障がいがあり、神奈川県後期高齢者医療に加入している人を対象として実施する健康診査。

特定健康診査

生活習慣病の予防のためメタボリックシンドロームに着目し、40歳から74歳の人を対象に実施する健康診査。

特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートをすること。

リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。(よりリスクが高い者が積極的支援となる。)

な 行

年齢調整死亡率

人口構成の異なる集団間での死亡率を比較するため、年齢段階別死亡率を一定の基準人口(昭和60年モデル人口)に当てはめて算出する指標。

脳血管疾患

脳の血管のトラブルによって、脳細胞が破壊される病気の総称。おもな脳血管疾患には「出血性脳血管疾患」と「虚血性脳血管疾患」の2つのタイプがある。

nonHDLコレステロール(ノンエイチディーエル)

総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの。

は 行

BMI(ビーエムアイ)

体格指数と呼ばれ、 $\text{体重} \div \text{身長} \div \text{身長}$ で算出される体重(体格)の指標。

フレイル

年齢を重ねるとともに、身体や心、脳の働きが低下したり、社会とのつながりが弱まっている状態のことをいう。

介護が必要な状態にならないよう、生活習慣を見直すことで、健康な状態に戻すことができる。

平均自立期間

日常生活に介護を要しない期間の平均を指す。ここでは、介護保険法の要介護認定における1号被保険者(65歳以上)の「要介護2～要介護5」を介護を要する状態とする。

平均余命・平均寿命

基準となる年の死亡状況が今後変化しないと仮定したときに各年齢の者が平均的にみて、今後何年生きられるかという期待値を表したもの。特に0歳の平均余命を平均寿命という。

HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)

HbA1cとは、過去1～2か月の平均的な血糖の状態がわかる値。

ま 行

メタボリックシンドロームの基準該当及び予備群該当

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪蓄積に加えて、血糖や脂質(HDL コレステロールと中性脂肪)、血圧が一定以上の値を示している場合をいう。内臓脂肪の蓄積により、動脈硬化が進行しやすく、心筋梗塞や脳卒中を発症しやすくなる。

や 行

要介護

日常生活上の基本的動作について、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態のこと。

要支援

日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態。

ら 行

レセプト

医療機関が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書のこと。

わ 行

<参考>

【高血圧診断基準】

項目(単位)	診療室血圧	家庭血圧	用語の説明
伸縮期血圧 (mmHg)	140 以上	135 以上	心臓が血液を送り出すために収縮している時（収縮期）に血管の内壁にかかる圧力をいい、一般的に最高血圧と呼ばれている。
拡張期血圧 (mmHg)	90 以上	85 以上	心臓が次に送り出す血圧を溜めている時（拡張期）に血管の内壁にかかる圧力をいい、一般的に最低血圧と呼ばれている。

高血圧治療ガイドライン 2019 より

【脂質異常症診断基準】

項目(単位)	基準値	用語の説明
中性脂肪 (mg/dl)	150 以上（空腹時採血） 170 以上（随時採血）	肉や魚・食用油など食品の中の脂質や、体脂肪の大部分を占めるもの。中世脂肪は人や動物にとって重要なエネルギー源だが、摂りすぎると体脂肪として蓄えられて肥満をまねき、生活習慣病発症の要因となる。
HDL コレステロール (mg/dl)	40 未満	増えすぎたコレステロールを回収し、さらに血管壁にたまったコレステロールを取り除いて、肝臓へ戻す役割を担っており、LDLコレステロールとは反対に動脈硬化を抑制する働きがある。善玉コレステロールとも言われる。
LDL コレステロール (mg/dl)	140 以上	肝臓で作られたコレステロールを全身に運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロールとも言われる。
non-HDL コレステロール (mg/dl)	170 以上	総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版より

【糖尿病診断基準】

項目(単位)	基準値	用語の説明
空腹時血糖 (m g / d l)	126 以上	空腹時血糖は、10 時間以上食事をとっていない状態で測定した血糖値。血糖値とは、血液中に含まれるブドウ糖の濃度。
H b A 1 c (%)	6.5 以上	H b A 1 c とは、過去 1 ～ 2 か月の平均的な血糖の状態がわかる値
	7.0 以上 (65 歳以上)	

糖尿病診療ガイドライン 2019 より

※日本糖尿病学会「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標について」

【余 白】

小田原市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健診等実施計画
【令和6年度～令和11年度】

(発行) 令和6年3月
小田原市福祉健康部健康づくり課
〒256-0812
小田原市酒匂2-32-16
電話 0465-47-4623