

第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）
第4期特定健康診査等実施計画
(令和6年度～令和11年度)

令和6年3月

はじめに

日本は世界有数の長寿国で、令和4年、平均寿命の男女平均は84.07歳となっています。人生を有意義に過ごすためには寿命の延伸はもちろん、健康寿命の延伸も重要です。

一方で、高齢化の急速な進展と生活習慣の変化に伴い、総医療費の約3分の1ががん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病に関連する疾患となっており、さらに、死亡原因でも約6割を生活習慣病とその重症化疾患が占めています。生活習慣病の重症化は、医療費の増大だけでなく、寝たきりや認知症、人工透析等による生活の質の低下を招き、健康寿命を短縮させることにつながります。

そこで、生活習慣病の発症と重症化や合併症への進行を予防するため、ひいては増加する医療費の抑制を図るためには、市の特性を踏まえた保健事業の実施が必要です。

本市では、平成30年3月に「第2期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し、疾病構造や社会資源など地域の特性を踏まえ、特定健康診査・特定保健指導を始め、様々な保健事業を実施してまいりました。

この度、上記両計画の終了時期であることから、次期計画として「第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）・第4期特定健康診査等実施計画」を策定しました。

あらゆる世代の皆様が“みらい”に希望が持てる「未来もずっと暮らしに『プラス』が生まれる 豊かなまち 新座」を目指すには、市民の皆様の「健康」が不可欠です。本計画では、健診結果やレセプト内容などのデータ分析から、市の健康課題を抽出し、事業計画を効率的に実施するため、PDCAサイクルに沿って事業展開を図ることで、更なる特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上と被保険者の健康づくりの支援及び生活習慣病の予防を推進してまいります。

最後に、本計画の策定に当たり御協力を頂きました国民健康保険運営協議会委員の皆様を始め、関係機関の皆様には厚く御礼申し上げます、御挨拶といたします。

令和6年3月

新座市長 並 木 マサル 傑

目次(案)

第1章 計画策定の基本的な考え方	7
1.1. 計画策定の趣旨及び背景	7
1.2. 計画の期間	7
1.3. 計画の実施体制と関係者連携	8
第2章 新座市の概況	9
2.1. 新座市の概要	9
2.1.1. 新座市の人口	9
2.1.2. 国民健康保険被保険者の状況	10
2.1.3. 平均寿命の推移	11
2.1.4. 健康寿命の推移	12
2.1.5. 死因別死亡割合（全数）	13
2.1.6. 死因別死亡割合（年齢別）	14
2.1.7. 標準化死亡比（SMR）	15
2.2. 保健事業の実施状況	16
2.2.1. 第2期データヘルス計画の目標	16
2.2.2. 主な評価指標の推移（データヘルス計画全体の評価）	17
2.2.3. 第2期データヘルス計画における個別保健事業の評価と見直し	19
第3章 医療費の状況	24
3.1. 医療費	24
3.1.1. 総医療費と被保険者一人当たりの医療費の推移	24
3.1.2. 入院・入院外・調剤の一人当たり医療費の推移	25
3.1.3. 疾病大分類別医療費の状況	26
3.1.4. 医療費及び患者数（疾病大分類）	27
3.1.5. 医療費及び患者数（生活習慣病）	28
3.1.6. 入院及び入院外の標準化医療費	29
3.1.7. 入院及び入院外の標準化医療費の比	30
3.1.8. 高額レセプトの医療費	31
3.2. 個別疾病の医療費	32
3.2.1. 生活習慣病（全体）	32
3.2.2. 生活習慣病（男女別）	33
3.2.3. 生活習慣病医療費の推移	34
3.2.4. 生活習慣病の被保険者一人当たり医療費	35
3.2.5. 人工透析医療費及び人工透析実施者数の状況	36
3.2.6. 人工透析実施者に占める糖尿病患者の割合	37
3.2.7. がんにかかる医療費の状況	38
3.2.8. 精神疾患及び筋骨格・結合組織疾患にかかる医療費の状況	39

3.3.介護	40
3.3.1.要支援・要介護認定者数・認定率の状況	40
3.3.2.要支援・要介護認定者の有病状況	41
第4章 特定健康診査等の現状把握	42
4.1.特定健康診査	42
4.1.1.特定健康診査受診率の推移	42
4.1.2.特定健康診査受診率（男女別・年齢階級別）	43
4.1.3.特定健康診査受診率（地区別）	44
4.1.4.特定健康診査受診率（地図）	45
4.1.5.継続受診率の推移	46
4.1.6.受診回数別一人当たり医療費の状況	47
4.2.特定保健指導	48
4.2.1.特定保健指導終了率の推移	48
4.2.2.特定保健指導終了率（男女別・年齢階級別）	49
4.2.3.特定保健指導利用者と未利用者の翌年度健診結果の比較	50
4.2.4.特定保健指導利用者の行動変容	52
4.2.5.メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）及び減少率の推移	54
4.3.特定健診有所見者と質問票の傾向	55
4.3.1.特定健診有所見者の状況（標準化比）	55
4.3.2.質問票の状況（標準化比）	57
4.4.被保険者の健康状態の把握	59
4.4.1.健康状態フローチャートからみる健康課題	59
4.4.2.未把握群（健診未受診）	60
4.4.3.不健康な生活・患者予備群	61
4.4.4.要治療群	63
4.4.5.生活習慣病	64
4.4.6.合併症群	65
第5章 その他の保健事業	66
5.1.医療費適正化事業	66
5.1.1.後発医薬品シェア率	66
5.1.2.重複受診状況	67
5.1.3.頻回受診の状況	68
5.1.4.重複服薬の状況	69
5.1.5.多剤服薬の状況	70
第6章 健康課題と目標設定	71
6.1.新座市国民健康保険の健康課題	71
6.1.1.分析結果から見える問題点と健康課題	71

6.1.2. 第3期計画の目標	72
第7章 個別保健事業実施計画	74
第8章 第4期特定健康診査等実施計画	87
8.1. 第3期特定健康診査等実施計画の評価	87
8.1.1. 第3期特定健康診査等実施計画の評価	87
8.1.2. 実施体制	87
8.1.3. 目標に対する受診率・終了率	88
8.1.4. 特定健診未受診者へのアンケート調査結果（令和5年度実施）	88
8.2. 第4期特定健康診査等実施計画	92
8.2.1. 目的	92
8.2.2. 第4期特定健康診査等実施計画の目標値	92
8.2.3. 対象者数の見込み	92
8.2.4. 特定健診の実施方法	93
8.2.5. 特定保健指導の実施方法	95
8.2.6. スケジュール	96
第9章 実施計画の推進	98
9.1. 実施計画の見直し	98
9.1.1. 評価項目及び評価方法	98
9.1.2. 評価の実施時期	98
9.2. 計画の公表・周知	98
9.3. 個人情報の保護	98
9.3.1. 基本的な考え方	98
9.3.2. 具体的な方法	99
9.4. 特定健康診査・特定保健指導に係るデータの保管及び管理	99
巻末資料	100
1. 第2期データヘルス計画における各個別保健事業の評価	100
2. 用語集	113
3. 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画の策定経過	115
4. 新座市国民健康保険運営協議会委員名簿	116
5. 諮問・答申	117
6. 新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び新座市特定健康診査等実施計画策定庁内検討会設置要綱	118
7. 新座市の現状と課題	120

第1章 計画の基本的な考え方

1. 1. 計画策定の趣旨及び背景

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。

併せて、平成26年3月には、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされています。

これを受けて本市では、平成27年3月に第1期データヘルス計画を、平成30年3月に第2期データヘルス計画を策定し、その評価、見直しを行いながら保健事業を進めてきました。

この度、令和5年度末に現行計画の計画期間が終了することに伴い、計画の見直しを行うとともに、国民健康保険被保険者の健康の保持増進のみならず、後期高齢者医療被保険者の健康づくりも見据えた次期計画を策定しました。

なお、高齢者の医療の確保に関する法律（第19条）に基づき策定する第4期新座市特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施方法を定めるものであるため、データヘルス計画と一体的に策定することとし、単体で公表できるよう第8章に集約した構成とします。

また、本計画は健康増進法に基づく「健康日本21」に示された基本的な方針を踏まえるとともに、埼玉県健康長寿計画、埼玉県医療費適正化計画、第5次新座市総合計画、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業計画、いきいき新座21プラン、新座市高齢者福祉計画・介護保険事業計画、国民健康保険運営方針と十分な整合性を図るものとします。

1. 2. 計画の期間

データヘルス計画については、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて国が定める医療費適正化計画との整合性を踏まえることとしているため、第3期データヘルス計画は、第4期医療費適正化計画の計画期間に合わせて策定することとし、令和6年度から令和11年度までの6年間で1期とします。

なお、第4期特定健診等実施計画についても、データヘルス計画と同様に令和6年度から令和11年度までの6年間で1期とします。

1. 3. 計画の実施体制と関係者連携

本計画は、国保年金課が主体となり、保健事業の関係部署である保健センター、健康寿命の延伸に向けて一体的に取り組む長寿はつらつ課及び介護保険課が連携し、必要に応じて埼玉県（以下「県」という。）及び埼玉県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に設置する保健事業支援・評価委員会の支援を受けるものとします。

また、計画策定時に新座市国民健康保険運営協議会を通じ、被保険者に議論に参画してもらうことで意見反映に努めます。計画の進行管理、保健事業の実施評価については、新座市国民健康保険運営協議会に報告していくものとします。

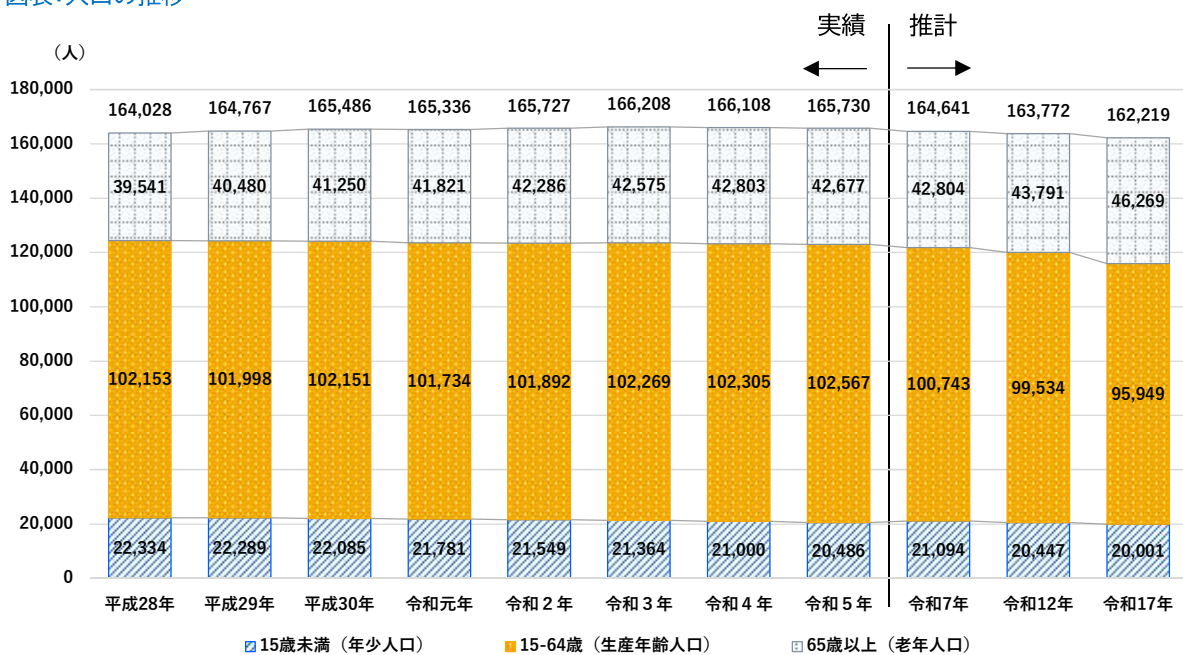
第2章 新座市の概況

2. 1. 新座市の概況

2. 1. 1. 新座市の人口

本市の総人口は、近年増加が続いており、令和5年1月1日現在、165,730人となっています。微増傾向が続いていましたが、令和7年以降は徐々に減少し、令和17年の総人口は162,219人と予測されています。

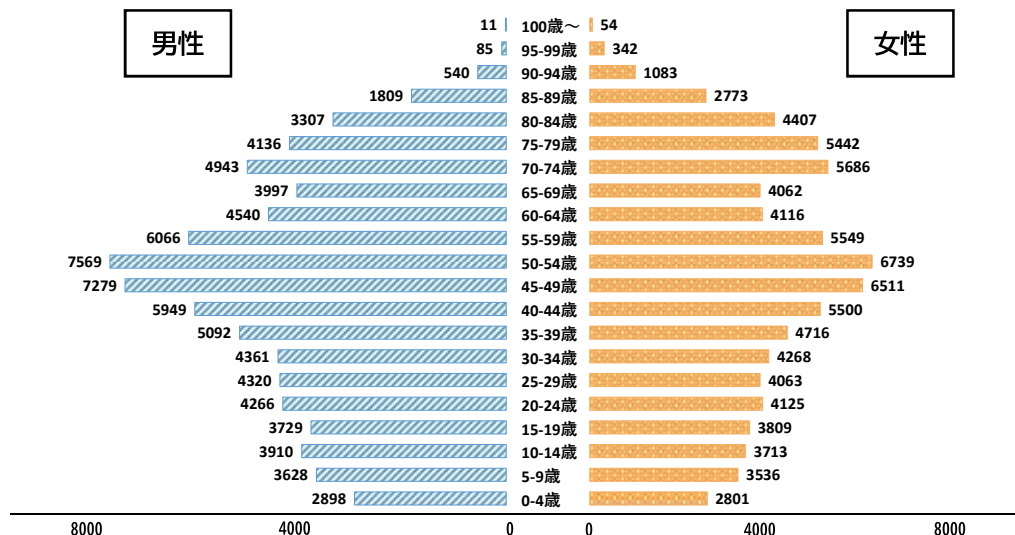
図表:人口の推移



資料：各年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）

※人口推計は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」を用いた。

図表：性別・年齢階級別人口状況（令和5年1月1日）



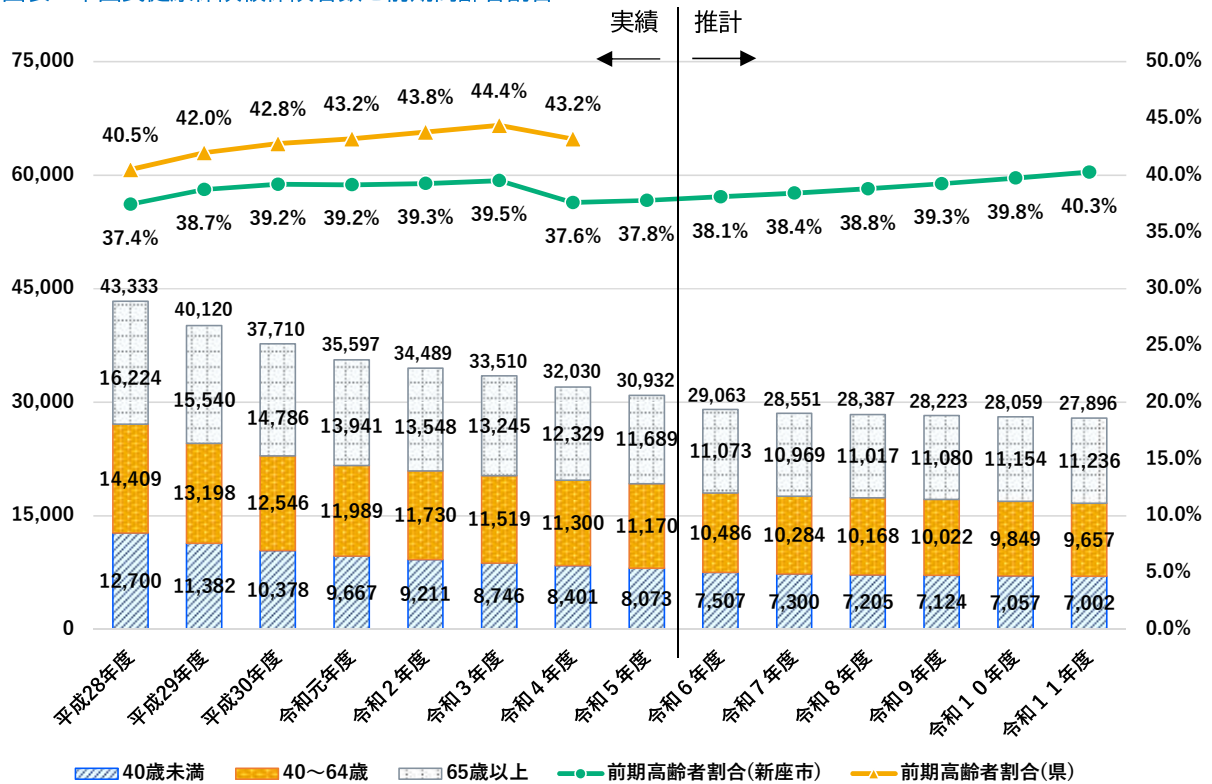
資料：同上

2. 1. 2. 国民健康保険被保険者の状況

市国民健康保険の被保険者（以下「被保険者」という。）の数は、近年減少が続いており、令和4年では32,030人となっています。令和5年度以降も減少傾向が続き、令和11年度の被保険者数は27,895人と予測しています。

一方で、被保険者数に占める65歳から74歳までの前期高齢者の割合は増加が続いており、令和4年度では38.5%となっています。

図表：市国民健康保険被保険者数と前期高齢者割合

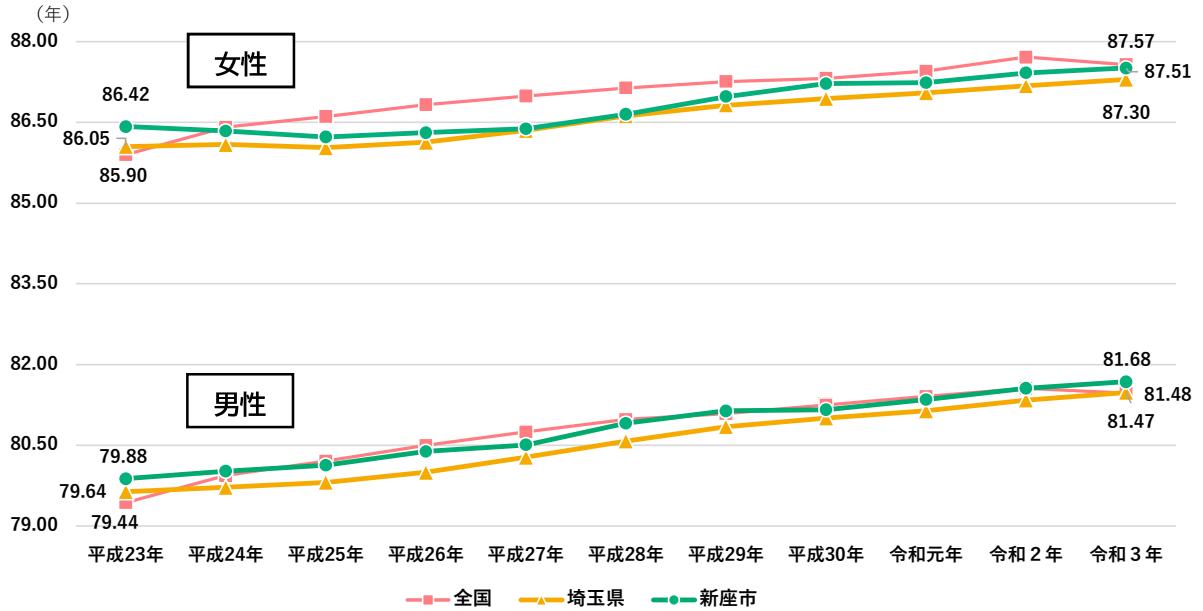


資料：国民健康保険実施状況報告書

2. 1. 3. 平均寿命の推移

平均寿命は、国や埼玉県と同様に延伸しており、令和3年には男性は81.68年、女性は87.51年となっています。

図表：平均寿命の推移



		(年)										
		H23年	H24年	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R元年	R2年	R3年
男性	新座市	79.88	80.02	80.13	80.39	80.51	80.91	81.14	81.16	81.35	81.56	81.68
	埼玉県	79.64	79.72	79.81	80.00	80.28	80.58	80.85	81.01	81.14	81.34	81.48
	全国	79.44	79.94	80.21	80.50	80.75	80.98	81.09	81.25	81.41	81.56	81.47
女性	新座市	86.42	86.34	86.23	86.31	86.38	86.65	86.98	87.22	87.24	87.42	87.51
	埼玉県	86.05	86.09	86.03	86.13	86.35	86.62	86.82	86.94	87.05	87.18	87.30
	全国	85.90	86.41	86.61	86.83	86.99	87.14	87.26	87.32	87.45	87.71	87.57

資料：埼玉県衛生研究所及び簡易生命表（厚生労働省）

2. 1. 4. 健康寿命の推移

埼玉県健康寿命の考え方

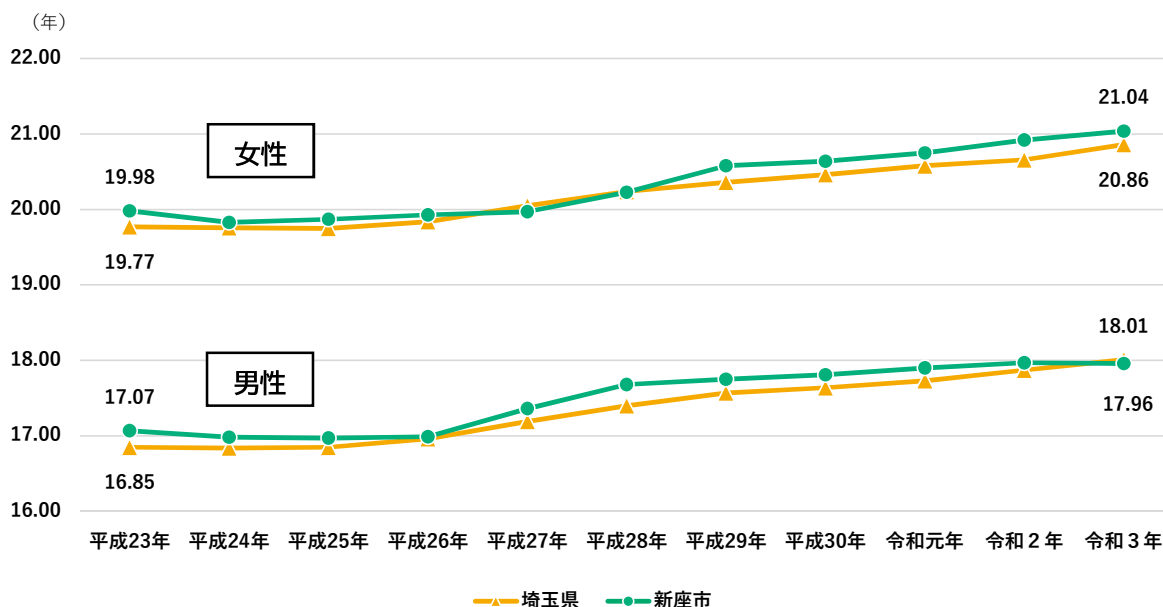
健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことをいい、国で3年ごとに実施される「国民生活基礎調査」で得られたデータを基に算出しています。

埼玉県では、健康寿命を「65歳に達した県民が健康で自立した生活を送ることができる期間」とし、介護保険制度の「要介護2以上」になるまでの期間を「健康寿命」として算出しています。

本市は、埼玉県の健康寿命を評価指標として採用し、長期的な目標としています。

健康寿命は、埼玉県と同様に延伸しており、令和3年には男性は17.96年、女性は21.04年となっています。

図表：健康寿命の推移



		H23年	H24年	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R元年	R2年	R3年
男性	新座市	17.07	16.98	16.97	16.99	17.36	17.68	17.75	17.81	17.90	17.97	17.96
	埼玉県	16.85	16.84	16.85	16.96	17.19	17.40	17.57	17.64	17.73	17.87	18.01
女性	新座市	19.98	19.83	19.87	19.93	19.97	20.23	20.58	20.64	20.75	20.92	21.04
	埼玉県	19.77	19.76	19.75	19.84	20.05	20.24	20.36	20.46	20.58	20.66	20.86

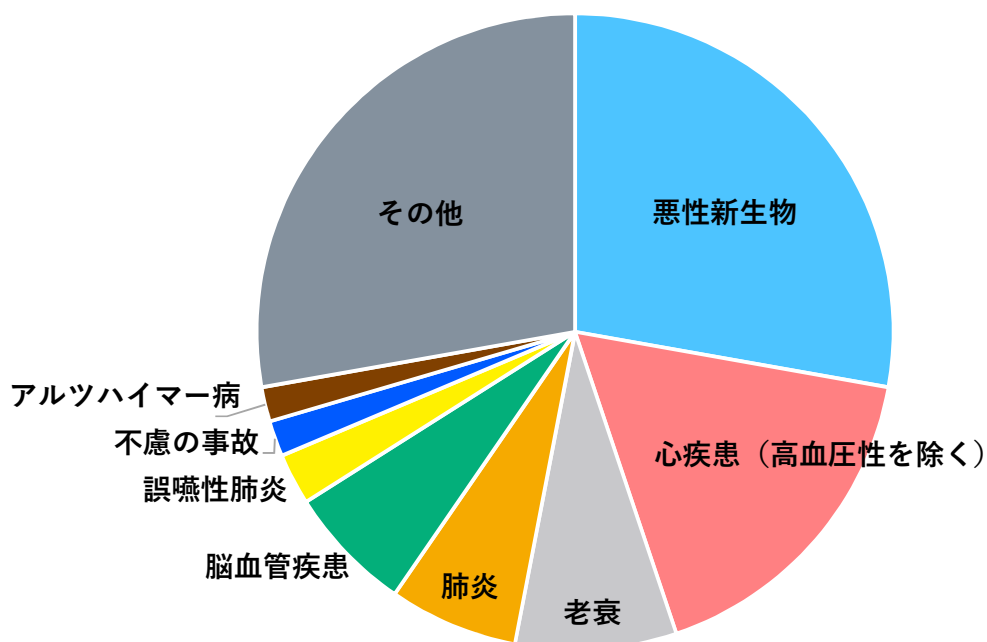
資料：埼玉県衛生研究所 健康指標総合ソフト

令和3年健康寿命算出条件【人口：令和元年、死亡数：平成29年～令和3年、要介護認定者数：令和3年】

2. 1. 5. 死因別死亡割合（全数）

本市の令和3年における死因は、「悪性新生物」が27.8%で最も多く、次いで「心疾患（高血圧性を除く）」「老衰」「肺炎」の順になっています。

図表：死因別死亡割合（令和3年）



		死亡数(人)	割合
全死因		1601	100.0%
1位	悪性新生物	445	27.8%
2位	心疾患（高血圧性を除く）」	273	17.1%
3位	老衰	131	8.2%
4位	肺炎	105	6.6%
5位	脳血管疾患	103	6.4%
6位	誤嚥性肺炎	42	2.6%
7位	不慮の事故	29	1.8%
8位	アルツハイマー病	28	1.7%
	その他	445	27.8%

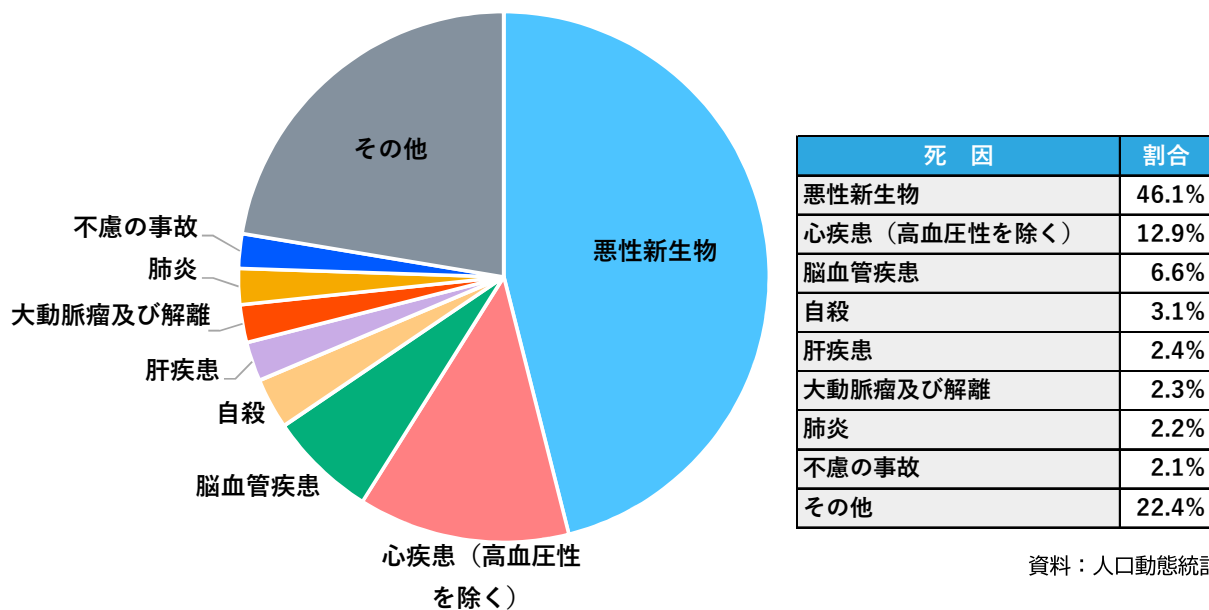
資料：人口動態統計

2. 1. 6. 死因別死亡割合（年齢別）

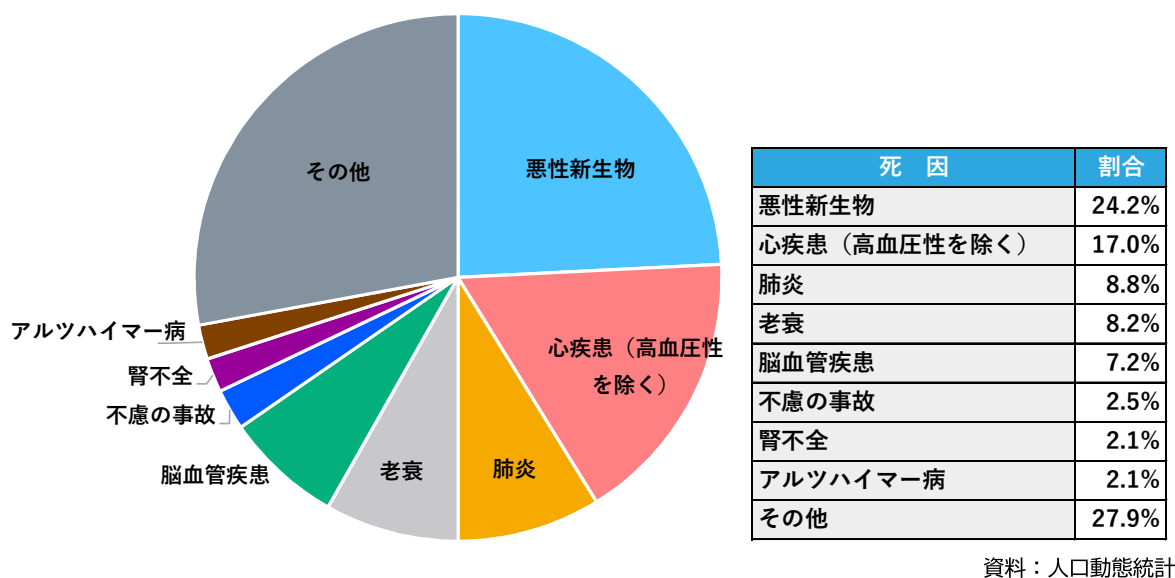
年齢別の死因別死亡割合では、40歳～74歳では「悪性新生物」が46.1%で最も多く、次いで「心疾患（高血圧性を除く）」、「脳血管疾患」と続きます。

75歳以上になると、多い順に「悪性新生物」「心疾患（高血圧性を除く）」「肺炎」「老衰」となっており、全数と同じ傾向にあります。

図表：40歳～74歳 死因別死亡割合（平成29年～令和3年）



図表：75歳以上 死因別死亡割合（平成29年～令和3年）



2. 1. 7. 標準化死亡比 (SMR)

標準化死亡比 (SMR) とは

全国を基準 (= 100) とした場合に、その地域での年齢を調整した上で死亡率がどの程度高いのかまたは低いのかを示す指標です。

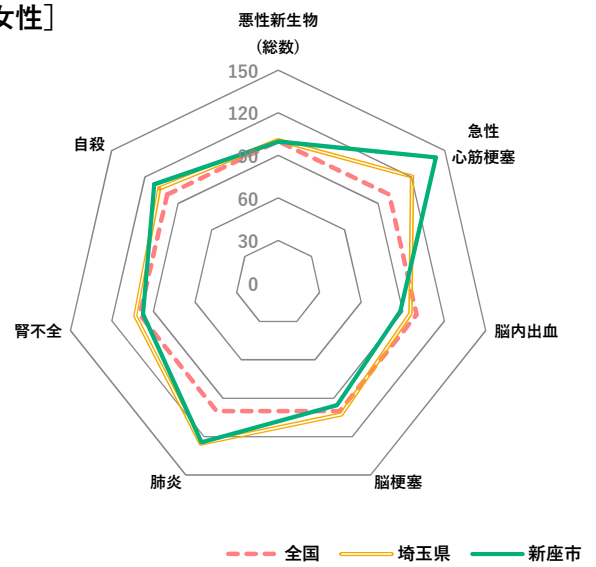
男女ともに「急性心筋梗塞」と「肺炎」が高く、特に女性では全国と比較すると急性心筋梗塞の死亡率が 1.42 倍程度高い状況にあります。

図表：死因の状況 (標準化死亡比)

[男性]



[女性]



	悪性新生物					心疾患(高血圧性を除く)			脳血管疾患			肺炎	腎不全	自殺	
	総数	胃	大腸	肝及び 肝内 胆管	気管、 気管支 及び肺	総数	急性 心筋 梗塞	心不全	総数	脳内 出血	脳梗塞				
男性	新座市	97.1	107.7	94.4	80.4	97.3	109.0	108.5	71.3	88.9	83.4	90.8	107.7	82.0	89.5
	埼玉県	98.2	103.7	103.4	84.6	96.4	110.0	109.1	91.9	96.9	92.6	98.6	116.5	101.4	94.9
	全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
女性	新座市	99.7	110.7	89.5	83.6	97.9	107.4	142.1	77.9	93.5	88.3	95.5	124.4	97.7	111.7
	埼玉県	100.7	103.3	100.0	92.2	100.0	114.0	120.6	105.4	100.7	95.5	102.6	125.4	103.2	107.0
	全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：人口動態統計特殊報告／平成 25 年～29 年 人口動態保健所・市区町村別統計 第 5 表

2. 2. 保健事業の実施状況

2. 2. 1. 第2期データヘルス計画の目標

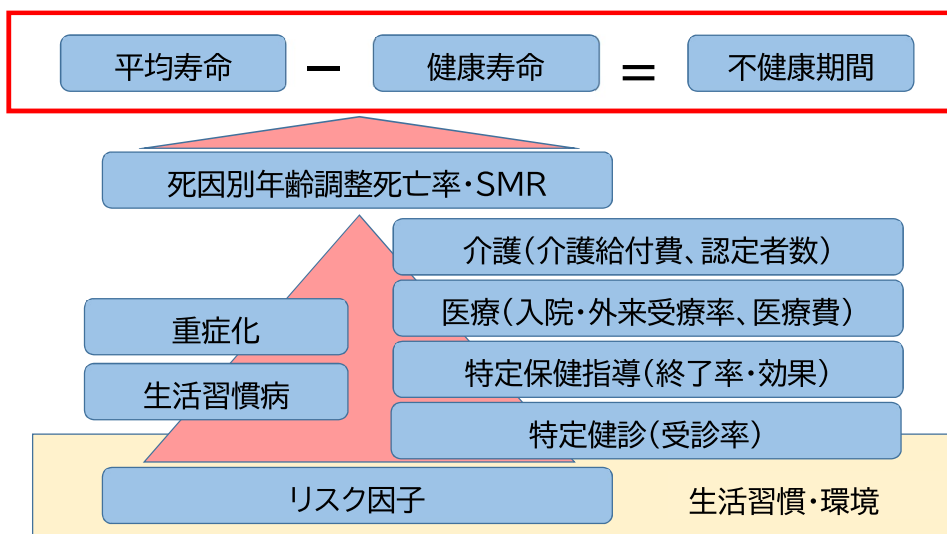
令和2年度に実施した第2期データヘルス計画の中間評価で、短期目標及び長期目標を下記のとおり設定しました。

	目 標	指 標
短期 目標	特定受診者の増加	・特定健診受診率 ・特定健診継続受診率
	有所見者割合の減少	・有所見者割合(血圧、空腹時血糖、HbA1c、 中性脂肪、LDLコレステロール)
長期 目標	健康寿命の延伸	・65歳健康寿命
	1人当たり医療費の増加率減少	・1人当たり医療費
	心疾患・脳血管疾患の減少	・標準化死亡比(心疾患、脳血管疾患)
	メタボ該当者及び予備群の減少	・特定保健指導対象者の減少率

《評価の視点》

「健康寿命」の延伸に向けて、国民健康保険の保険者は生活習慣病対策の実施が義務付けられています。生活習慣病は一般的に肥満、血圧、血糖等のリスク因子を多く抱える被保険者に対して保健指導等を実施することで、疾病の発症及び重症化を予防し、要介護状態に陥ることなく寿命を迎えた結果、平均寿命、健康寿命が延伸する、というメカニズムに着目し評価をします。また、医療費適正化に向けた視点での評価も大切となります。

◆評価指標の関係図



出典:国立保健医療科学院資料を基に作成

2. 2. 2. 主な評価指標の推移（データヘルス計画全体の評価）

- ・太字下線は第2期データヘルス計画の目標
- ・ベースラインは第2期データヘルス計画策定時（平成29年度）に使用した数値
- ・③について、改善は青字、維持は緑字、悪化は赤字で表している。

健康度を示す指標			ベースライン (平成28年度) ①	最終評価 (令和4年度) ②	最終評価 (①と②の比較) ③	最終目標 (令和5年度)	
生命表	平均寿命(年)	男性	80.51	81.7	延伸	延伸	
		女性	86.38	87.5	延伸	延伸	
	<u>65歳健康寿命(年)</u>	男性	17.36	18.0	延伸	延伸	
		女性	19.97	21.0	延伸	延伸	
標準化死亡比 (対全国)	総死亡	男性	95.9	95.8	維持	減少	
		女性	96.7	99.4	増加	減少	
	心疾患	男性	119.6	109.0	減少	減少	
		女性	104.5	107.4	増加	減少	
	脳血管疾患	男性	93.5	88.9	減少	減少	
		女性	94.2	93.5	減少	減少	
	腎不全	男性	96.3	82.0	減少	減少	
		女性	84.6	97.7	増加	減少	
医療	一人当たり医療費(総額)円		299,412	348,471	増加	335,341	
	<u>一人当たり医療費 (平成28年度比)</u>	伸び率(%)	14.0	22.9	増加	12.0	
		R5推計額(円)	-	368,096	増加	335,341	
	一人当たり医療費	高血圧症(円)		12,726	8,728	減少	減少
		糖尿病(円)		15,440	16,298	増加	減少
		脂質異常症(円)		7,577	6,334	減少	減少
		心疾患(円)		6,719	4,601	減少	減少
		脳血管疾患(円)		7,218	9,410	増加	減少
	人工透析新規患者数(人)			19	10	減少	15
	健診	<u>特定健康診査受診率(%)</u>		37.8	42.1	増加	60.0
有所見者割合		<u>収縮期血圧(%)</u>	男性	55.4	58.1	増加	53.6
			女性	49.8	52.8	増加	48.6
		<u>拡張期血圧(%)</u>	男性	26.6	32.9	増加	24.8
			女性	17.7	22.3	増加	16.3
		<u>中性脂肪(%)</u>	男性	29.5	28.0	減少	28.3
			女性	17.3	15.2	減少	16.1
		<u>LDLコレステロール(%)</u>	男性	50.3	46.8	減少	49.1
			女性	59.6	56.9	減少	58.2
		<u>空腹時血糖(%)</u>	男性	42	38.0	減少	40.8
			女性	25.1	24.9	減少	23.9
		<u>HbA1c(%)</u>	男性	59.4	57.0	減少	58.2
			女性	57.2	53.6	減少	56.0

健診	質問票	喫煙率(%)	男性	30.6	24.0	減少	20.0
			女性	10.1	7.1	減少	7.0
		朝食欠食(%)	男性	11.8	15.8	増加	10.0
			女性	7.6	10.1	増加	6.0
		毎日飲酒(%)	男性	46	40.1	減少	減少
			女性	12.1	14.3	増加	減少
	特定保健指導実施率(%)		13.8	23.0	増加	60.0	
内臓脂肪症候群・予備群の減少率(%) (平成20年度比)		16.9	12.7	減少	25		
介護	認定率(1号)(%)		14.9	18.0	増加	—	

【出典】

- 生命表:埼玉県衛生研究所「健康指標総合ソフト」(R3 年度版)
- 標準化死亡比(SMR):厚生労働省人口動態特殊報告 人口動態 保健所市町村別
(H28 年度分)平成 20~24年(R 元年度分)平成 25~29 年
- 医療:KDB システム(※)健診・医療・介護からみる地域の健康課題(H28・R 元年度累計)
疾病別医療費分析(細小(82)分類)(H28・R 元年度累計)(※p.114用語集参照)
- 健診:法定報告(H28・R 元年度)
KDB システム「厚生労働省様式(様式 5-2)」(H28・R4年度)を国立保健医療科学院
「健診有所見者状況年齢調整ツール」で加工し作成
KDB システム「質問票調査の状況」(H28・R4年度累計)を国立保健医療科学院
「質問票調査の状況年齢調整ツール」で加工し作成
- 介護:新座市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より

2. 2. 3. 第2期データヘルス計画における個別保健事業の評価と見直し

第2期データヘルス計画において実施している個別保健事業について、平成30年度から令和4年度までの取組みを振り返り、成果と課題をまとめました。ストラクチャー評価・プロセス評価・アウトプット評価・アウトカム評価等を記載したより詳細な評価は、巻末資料「1. 第2期データヘルス計画における各個別保健事業の評価」に掲載します。

1. 個別特定健診（人間ドック検診含む）

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>平成30年度から健診項目に血清クレアチニン値を追加したことで、腎機能についても評価できるようにするなど、健診項目の充実を図った。</p> <p>計画期間途中には、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による対象者の受診控え等で受診率は一時落ち込んだものの、令和5年度時点では感染拡大前の令和元年度の水準に戻りつつある。</p> <p>受診率は、県市町村平均を上回っているものの、目標値の60%には届いていない。</p> <p>●特定健診受診率 平成30年度 39.7% ⇒ 令和4年度 42.1%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 朝霞地区4市で定期的に特定健康診査担当者会議を開催し、特定健診及び人間ドック検診等について意見交換ができた。また4市で検討した内容を幹事市が代表して朝霞地区医師会へ相談及び報告することで医師会とも連携を取ることができた。 庁内関係部署とは定期的に受診率向上会議を開催し、情報共有をする場を設けることができた。 国保被保険者向け通知物の内容の充実を図るため、レイアウトの修正や文言の検討を毎年実施できた。 特定健診の周知の工夫（医師から勧めてもらう、がん検診との同時実施が可能など）がより必要。 特定健診未経験者に、受診までの工程が簡単であることを通知等でアピールし、健診に対する心理的ハードルを下げる工夫がより必要。
第3期計画への方向性	実施方法を見直して継続

2. 総合健診

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、集団での健診実施は難しいと判断し、事業中止とした。</p> <p>令和3年度から、1週間程度の予約期間を総合健診の開催月ごとに設ける体制から、全開催日に対し長期間で予約期間を設ける体制に変更し、キャンセルや日付変更等がしやすくなるようにした。</p> <p>●特定健診受診率 平成30年度 39.7% ⇒ 令和4年度 42.1%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 健診会場を確保し、健診業務と予約受付業務を業者委託して実施できた。 事業周知（受診券同封パンフレット、広報、ホームページ、SNS）が十分できた。 実施回数について、保健センター主催の集団検診開催日に一部特定健診の受診できる枠を設けたり、平日開催日を設けたり試行錯誤してきたが、定員割れが生じることもあり、引き続き検討していく必要がある。 予約方法について、電話予約のみで実施してきたが、平日夜間及び土、日曜日に予約を受け付けていないため、土、日曜日開催の総合健診及び健診結果説明会においては、土、日曜日も予約が可能な予約方法の導入を検討する必要がある。
第3期計画への方向性	実施方法を見直して継続

3. 特定健診未受診者受診勧奨事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>平成30年度までは電話による受診勧奨を実施していたが、令和元年度からより効果的な手法であるタイプ別勧奨通知による通知勧奨を実施した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 委託業者の分析により対象者を複数のカテゴリに分け、勧奨効果があると予測される者を抽出できた。 委託先や関係団体、関係部署との連携は随時行って

<p>また、令和2年度からは市が携帯電話番号を把握している者を対象にSMSによる受診勧奨も併せて実施し、SMSには特定健診の特設サイトURLを掲載し誘導を促す形とした。</p> <p>タイプ別受診勧奨を初めて実施した令和元年度受診率は、前年度に比べ2.7%伸び、事業の効果が伺えたが、複数年継続して実施してきたこともあり、令和4年度は勧奨による健診受診者の割合が落ち込んでいる。</p> <p>●受診勧奨により特定健診を受診した者の割合 平成30年度 16.0% ⇒ 令和4年度 18.4%</p>	<p>いるため今後もこの密度で継続したい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業がマンネリ化しつつあるため、令和5年度は朝霞地区4市合同で医療機関名を記載した勧奨通知を送付するなど、新しい切り口での勧奨を考えることができた。 ・未受診者受診勧奨を実施する事業者が少なく、勧奨方法や通知物に目新しさが乏しい。
<p>第3期計画への方向性</p>	<p>実施方法を見直して継続</p>

4. 特定保健指導

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>平成29年度から集団で指導を行っていたが、令和元年度の後半から新型コロナウイルス感染症が拡大したため、個別支援に切り替え、以降個別支援とした。</p> <p>令和2年度は感染拡大の影響で受診率が低下した特定健診とは逆に、特定保健指導の利用率は増加し過去最大であった。</p> <p>令和3年度からは総合健診時に初回面接の分割実施を開始した。また、動機付け支援は国保年金課で実施し、積極的支援は委託で実施していたが、令和5年度からは動機付け支援の一部(40代、50代とICT面接希望者)を委託で実施した。</p> <p>電子申請やWeb予約、委託によるICT面接の導入や、総合健診時の分割実施など、対象者の負担を少なくするような工夫を行ったものの、目標値には届いていない。</p> <p>●特定保健指導終了率 平成30年度 16.5% ⇒ 令和4年度 23.0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・案内通知に3年間の健診結果やおやさい交換券などを同封せず特定保健指導の案内単体で送付したことで、案内が対象者にとって分かりやすくなった。 ・ICT面接を導入したことで利用者が増加した。 ・動機付け支援では、設定した面接日時に都合が合わない対象者の要望に応え個別対応した。 ・積極的支援の通知物発送や勧奨業務等について、委託事業者とうまく連携が取れない年度があった。
<p>第3期計画への方向性</p>	<p>実施方法を見直して継続</p>

5. 特定保健指導利用率向上対策事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>利用勧奨により利用申込みした者の割合は、令和4年度7.8%で、ハガキ・電話・手紙と手段を変えて勧奨しているが、目標の50%には届いていない。</p> <p>●利用勧奨による利用申込率 平成30年度 13.6% ⇒ 令和4年度 7.8%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施者が電話勧奨も実施し、電話勧奨からスムーズに予約が取れるように体制を整えた。 ・勧奨後の利用につながりにくい2回目の勧奨通知については中止し、他の勧奨に力を注ぐこととし事務の効率化をすることができた。 ・利用勧奨から申込みにつながる割合が低い。
<p>第3期計画への方向性</p>	<p>毎年度評価を実施し課題を改善しながら継続</p>

6. 健診・検査結果提供事業及び健康診査補助金交付事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>アウトカム指標として、健診受診者のうち当該事業利用者の割合が2%になることを目標として設定しており、令和4年度は目標を達成できた(2.3%)。</p> <p>●健診受診者のうち当該事業利用者の割合 平成30年度 1.5% ⇒ 令和4年度 2.3%</p> <p>●特定健診受診率 平成30年度 39.7% ⇒ 令和4年度 42.1%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査補助金交付事業は、特定健診実施期間(7月～12月)以外の受診日の健診結果のみ補助金の交付対象としていたが、令和元年度に要綱を改正し、交付対象となる健診実施期間を通年にしたことで、申請がしやすい体制に整えることができた。 ・市内関係部署(人事課)、商工会及びJAの協力が得られ、各事業者の定期健康診断で健診結果提供を促すチラシの配布ができた。 ・前年度制度利用者で、法定報告前になっても健診等の結果提供が確認できない方に、結果提供を依頼する通知を送付したところ提出があった。 ・アンケート結果より、制度に対する認知度が低く、周知が不十分であることが分かったため、制度の周知方法を工夫する必要がある。 ・電子申請を導入する等、より申請しやすい体制を整えられないか検討する。
第3期計画への方向性	実施方法を見直して継続

7. 診療情報提供事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>朝霞地区4市保険者で開始時期を合わせ、令和元年度から埼玉県医師会を受託者とし事業を開始したが、令和2年度以降は受託先を確保できず未実施となった。</p> <p>●診療情報提供数 令和元年度：130件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度以降、埼玉県医師会及び朝霞地区医師会に委託できず、他の委託先を確保することができなかった。 ・埼玉県医師会が再度受託可能となる見込みは低い。 ・朝霞地区医師会の受託の可能性及び各保険者の意向等の情報を朝霞地区4市保険者で共有していく必要がある。
第3期計画への方向性	保留

8. 3年間の健診結果送付事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>令和2年度から通知作成業務を委託した。</p> <p>中間評価で事業の位置づけを見直したため、特定健診受診勧奨として次年度の健診開始直後に送付することを検討したが、同封するおやさい交換券の送付が遅れてしまうため実施に至らず、年4回、受診後6か月以内に送付している。</p> <p>業務を委託したことで、個々の検査結果によりパターンを変えたアドバイスが記載できるようになり、分かりやすい情報提供としての意味合いが強い事業となった。</p> <p>●継続受診率 平成30年度 80.0% ⇒ 令和4年度 80.9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関から受け取る数値のみが記載された受診結果表を経年グラフ化することにより、より分かりやすくすることができたこともあり、対象者から好印象である旨の意見が寄せられている。 ・健診結果のほか、国保として課題と捉えている疾病の予防について掲載し情報提供することができた。 ・基準値・保健指導閾値・受診勧奨値は記載しているものの、同保険者内の性別・年代別の平均値といった身近な比較対象の記載をしていないため、今後検討していく。
第3期計画への方向性	実施方法を見直して継続

9. おやさい交換券交付事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>令和2年度から、3年間の健診結果送付事業とともに委託することになった。送付間違いや送付漏れなく実施できた。</p> <p>継続受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により一時的に低下したが、80%以上となっている。</p> <p>●継続受診率 平成30年度 80.0% ⇒ 令和4年度 80.9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・券の裏面のアンケート記入欄から、各自が健康づくりに取り組んでいる様子が把握できた。 ・継続受診に対するインセンティブがおやさい交換券である理由や、利用可能店舗へのアクセス等について更に周知していく必要があるため、市ホームページ等の媒体を利用していく。
第3期計画への方向性	毎年度評価を実施し課題を改善しながら継続

10. 要治療者受診勧奨事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<ul style="list-style-type: none"> ・事業開始当初(平成29年度)は非肥満者のみを対象としていたが、肥満者の生活習慣病重症化ハイリスク者への受診勧奨にも注力するため、令和2年度の中間評価をもとに肥満の有無を抽出基準から除外して実施した。 ・対象者数が多く、訪問対象者の絞り込みに苦慮していたが、連合会の保健事業支援・評価委員会の助言を基に絞り込むことができた。また、高血圧対象者には家庭血圧の測定を促す通知を1枚追加するなど、より効果的な事業にするための工夫ができた。 <p>●勧奨後の医療機関受診率 平成30年度 17.4% ⇒ 令和4年度 31.5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・肥満の要治療者は特定保健指導対象者であるため、特定保健指導の機会を利用した受診勧奨を行うなど効率的な受診勧奨を実施できた。 ・重症化のハイリスク者を抽出するために基準をかなり高めに設定しているが、それでも抽出される対象者数が多くレセプトでの医療機関受診確認に時間を要する。 ・既に医療機関を受診しなければならない数値であるにもかかわらず、受診しない者が多い。
第3期計画への方向性	毎年度評価を実施し課題を改善しながら継続

11. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>対象者が受診しやすい環境整備、保健指導の参加者拡大のため、毎年協力のない医療機関に働きかけ、協力医療機関を少しずつ増やしていった。</p> <p>受診勧奨後の医療機関受診率は令和4年度 28.6%、保健指導参加率は令和4年度 12.1%、継続支援参加率は令和4年度 23.8%で、年度ではらつきがあるが、目標値に届かないことが多い。</p> <p>●受診勧奨後の医療機関受診率 平成30年度 6.0% ⇒ 令和4年度 28.6%</p> <p>●保健指導参加者の数値改善率 平成30年度 47.8% ⇒ 令和4年度 75.0%</p> <p>●保健指導参加者の透析導入者数 平成30年度 0人 ⇒ 令和4年度 0人</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区医師会、連合会など関係機関と必要時情報共有するなど、連携して実施できた。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の一環として、次年度に75歳を迎える保健指導参加者について、長寿はつらつ課に引継ぎ、切れ目のない支援を行えるよう体制を整えられた。 ・保健指導の参加者を増やすためには、新規協力医療機関を増やす必要があり、ここ数年参加をしていない医療機関に直接働きかけて少しずつは増えたが、限界がある。 ・平成26年度から実施している事業だが、評価が難しく事業の効果が見えにくい。連合会の支援を仰ぐなどして効果の分析方法を検討する。
第3期計画への方向性	毎年度評価を実施し課題を改善しながら継続

12. 重複・頻回受診者訪問事業

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>対象者抽出後、直接本人に会った上で支援ができるように通知後に訪問するなどやり方を工夫した。また、医療機関や薬局へ相談がしやすいように処方内容を一覧にした通知を渡した。</p> <p>半年後にレセプト点数が減少した対象者の割合は令和4年度0.0%、訪問後のレセプト点数の減少率は令和4年度-1.0%で、レセプト点数は、その月の日数や入院によっても影響されるため、年度でばらつきがあり、目標値に届かないことが多い。</p> <p>●半年後にレセプト点数が減少した対象者の割合 平成30年度 71.4% ⇒ 令和4年度 0.0%</p> <p>●訪問後のレセプト点数の減少率 平成30年度 4.0% ⇒ 令和4年度 -1.0%</p>	<p>・連合会が抽出する対象者リストを活用することで、年度内に対象者の抽出、個別支援、評価までが実施可能となった。</p> <p>・対象者の抽出、絞り込みについて、レセプト点検員の協力を得ることで受診状況及び処方内容の確認等スムーズに進めることができた。</p> <p>・アウトカム評価の指標である支援前後のレセプト点数の変化については、月の日数や入院によっても影響されるため、評価が難しい。</p> <p>・本人も理解した上で長年異常な投薬を繰り返す者は、支援後も状況の変化がないため、他の対象者を優先とする。このような対象者にどのような対応すべきか課題である。</p> <p>・本事業は適切な療養指導を行うことで対象者のQOL向上を目的としているため、医療費適正化事業としての意味合いが薄い。医療費適正化を目的とした適正受診・適正服薬推進事業について検討していく必要がある。</p>
第3期計画への方向性	実施方法を見直して継続

13. 健康教育

第2期計画の振り返り	成果と課題
<p>新型コロナウイルス感染症の影響のため、計画どおりに健康教育を実施することは難しく、動画の配信に変更したり、リーフレットを配布し在宅での取組を支援したりと、状況に応じて臨機応変に対応できた。</p> <p>定員に対する参加者の割合は令和4年度61.6%、アンケートで「今後の生活に取り入れる」と回答した者の割合は令和4年度96.3%で目標値に届いていない。</p> <p>●アンケートで「今後の生活に取り入れる」と回答した者の割合 平成30年度 98.5% ⇒ 令和4年度 96.3%</p>	<p>・メインターゲットは特定保健指導の利用者だが、医師、管理栄養士、健康運動指導士などの専門職が講演する貴重な機会であるため、広く周知し、空きがある時には幅広く受け入れた。生活習慣改善のための知識を身に付ける良い機会となった。</p> <p>・時期によっては参加人数が集まらないものがある。開催時期や周知方法を検討する。</p>
第3期計画への方向性	実施方法を見直して継続

第3章 医療費の状況

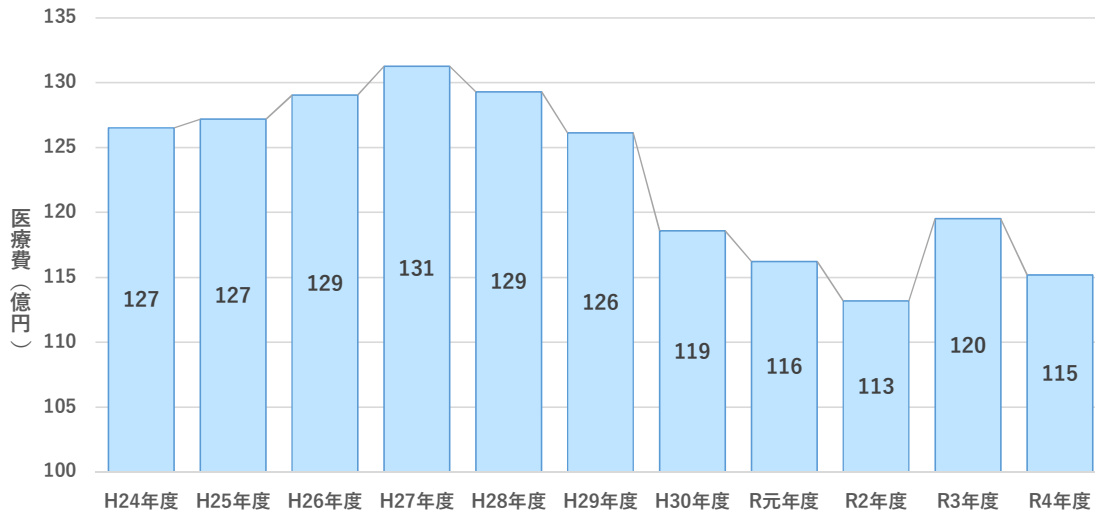
3. 1. 医療費

3. 1. 1. 総医療費と被保険者一人当たり医療費の推移

総医療費は、平成27年度まで増加が続いていましたが、被保険者数の減少に伴いその後は減少に転じました。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えや手術の先送りなどの理由により大きく減少したものの、翌令和3年度にはその反動による増加がありました。

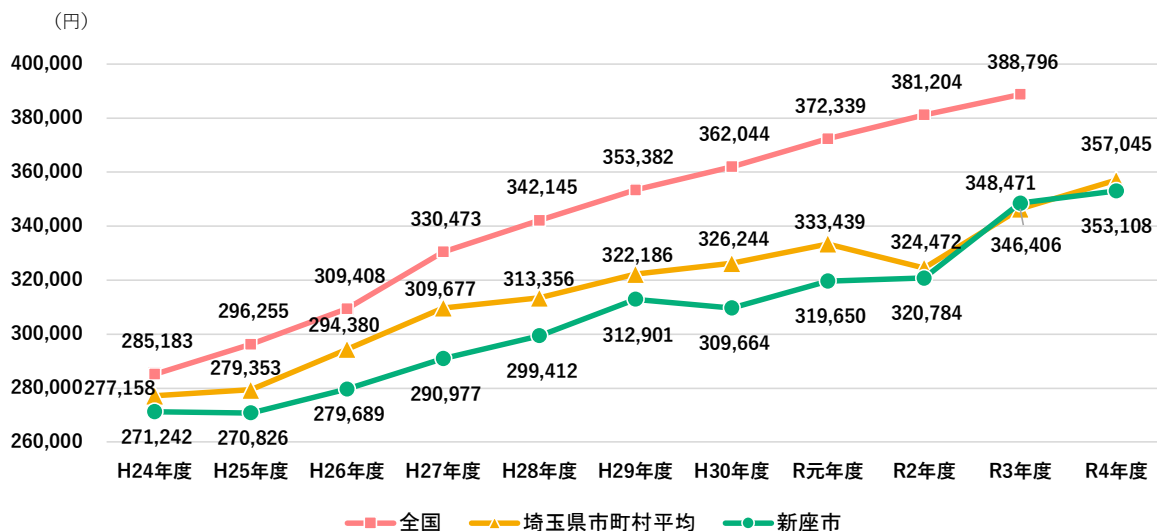
一方、被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあり、埼玉県も同様の傾向です。これは、被保険者の高齢化、医療の高度化によるものと考えられます。

図表：総医療費の推移



資料：国民健康保険事業状況報告書

図表：被保険者一人当たり医療費の推移



—■— 全国 —▲— 埼玉縣市町村平均 —●— 新座市

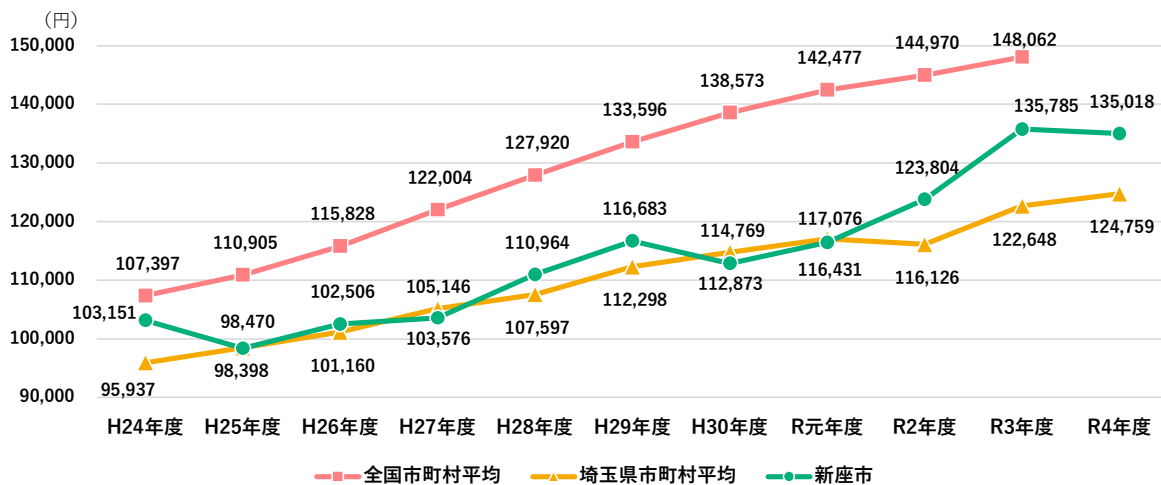
資料：医療費及び特定健診等の経年推移（国保連合会）、国保事業年報
 ※一人当たり医療費には、食事療養、生活療養、訪問看護の費用は含まれない。

※令和4年度の国の値は未発表のため掲載していない。

3. 1. 2. 入院・入院外・調剤の一人当たり医療費の推移

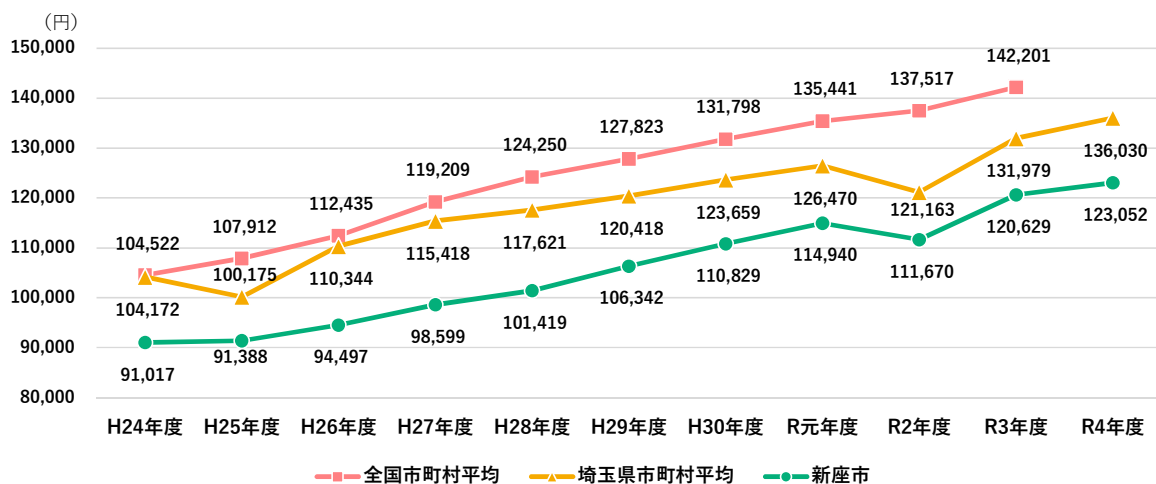
被保険者一人当たりの入院・入院外・調剤の医療費は、いずれも増加傾向にあります。

図表：被保険者一人当たり医療費の推移（入院）



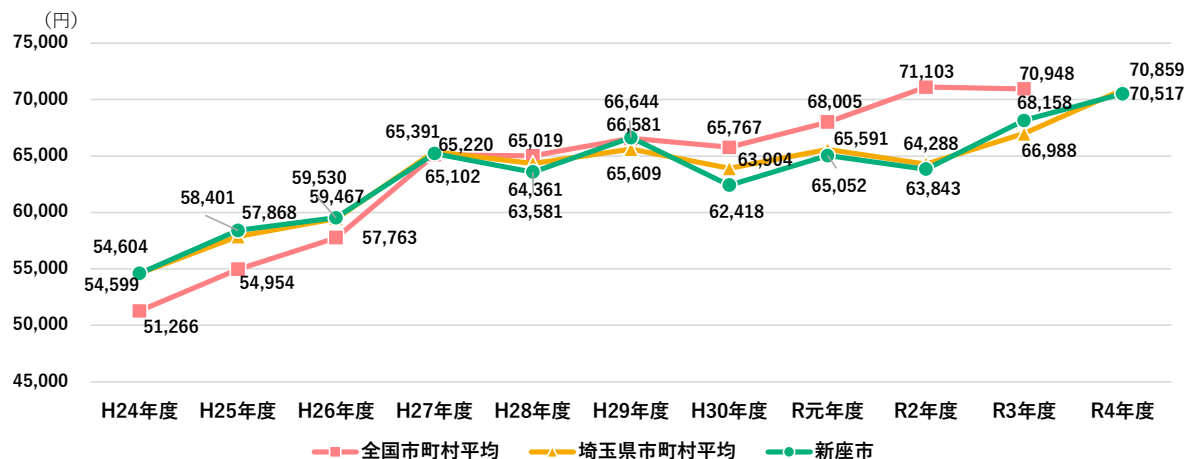
資料：医療費及び特定健診等の経年推移（国保連合会）
※令和4年度の国の値は未発表のため掲載していない。

図表：被保険者一人当たり医療費の推移（入院外）



資料：医療費及び特定健診等の経年推移（国保連合会）
※令和4年度の国の値は未発表のため掲載していない。

図表：被保険者一人当たり医療費の推移（調剤）

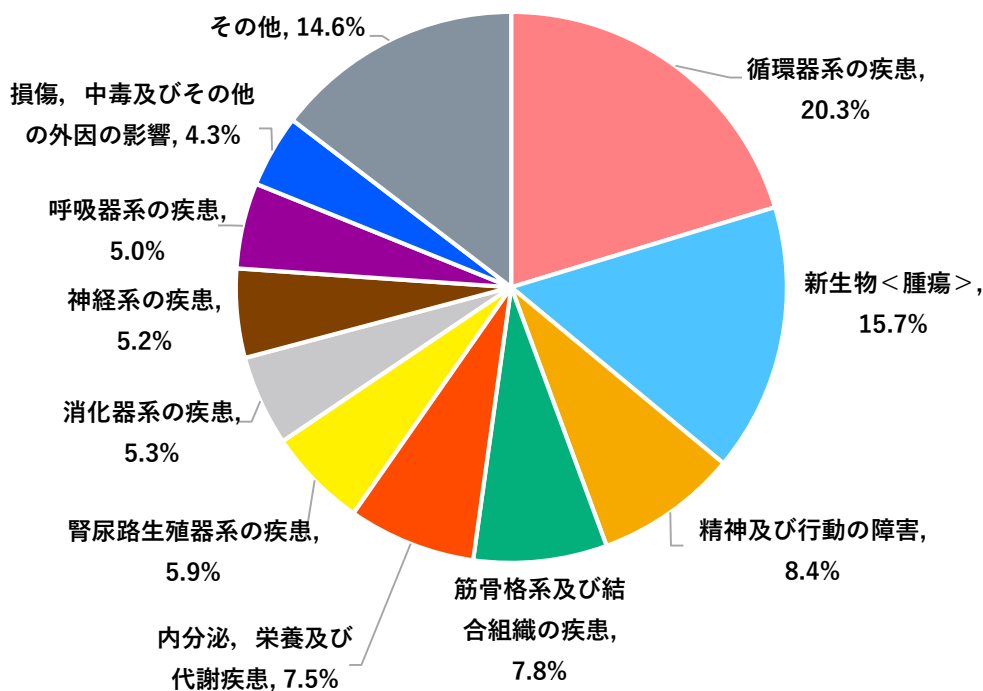


資料：医療費及び特定健診等の経年推移（国保連合会）
※令和4年度の国の値は未発表のため掲載していない。

3. 1. 3. 疾病大分類別医療費の状況

令和4年度の医療費について、疾病大分類別にみると高血圧性疾患や脳血管疾患、虚血性心疾患などの「循環器系の疾患」が20.3%で最も多く、次いで「新生物<腫瘍>（がん）」、統合失調症やうつ病などの「精神及び行動の障害」、骨折や関節症などの「筋骨格系及び結合組織の疾患」と続きます。

図表：疾病大分類別医療費の割合（令和4年度）



順位	疾病名	医療費（千円）
1	循環器系の疾患	2,086,916
2	新生物<腫瘍>	1,617,305
3	精神及び行動の障害	858,453
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	805,101
5	内分泌、栄養及び代謝疾患	771,120
6	腎尿路生殖器系の疾患	602,708
7	消化器系の疾患	544,570
8	神経系の疾患	536,227
9	呼吸器系の疾患	518,557
10	損傷、中毒及びその他の外因の影響	437,483
11位以下	その他	1,502,239

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）

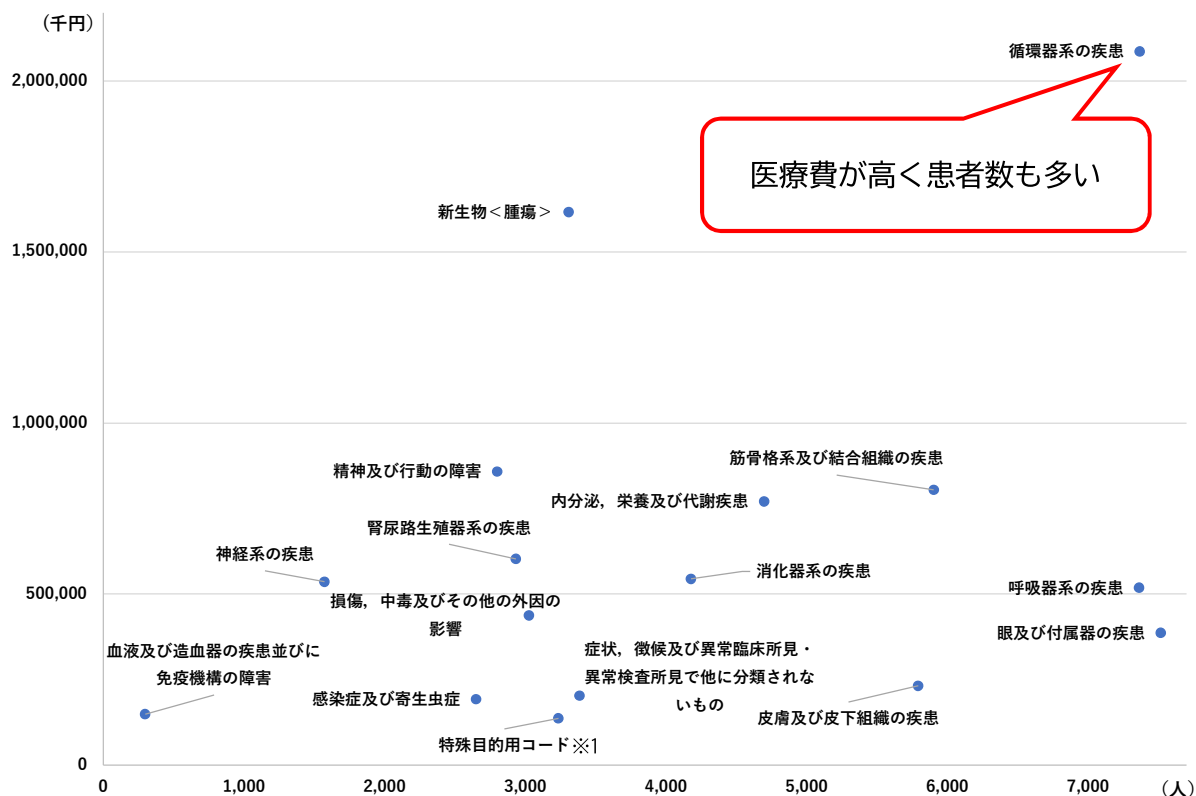
※主病を集計

3. 1. 4. 医療費及び患者数（疾病大分類）

令和4年度の医療費及び患者数を、疾病大分類別に、医療費を横軸に、患者数を横軸にとってマッピングしました。

「循環器系の疾患」が医療費及び患者数ともに他疾患よりも高い又は多い状況であり、優先的に対策を行う必要があることが分かります。

図表：疾病大分類別の医療費及び患者数



資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計
※医療費が1億円以下のものは省略。

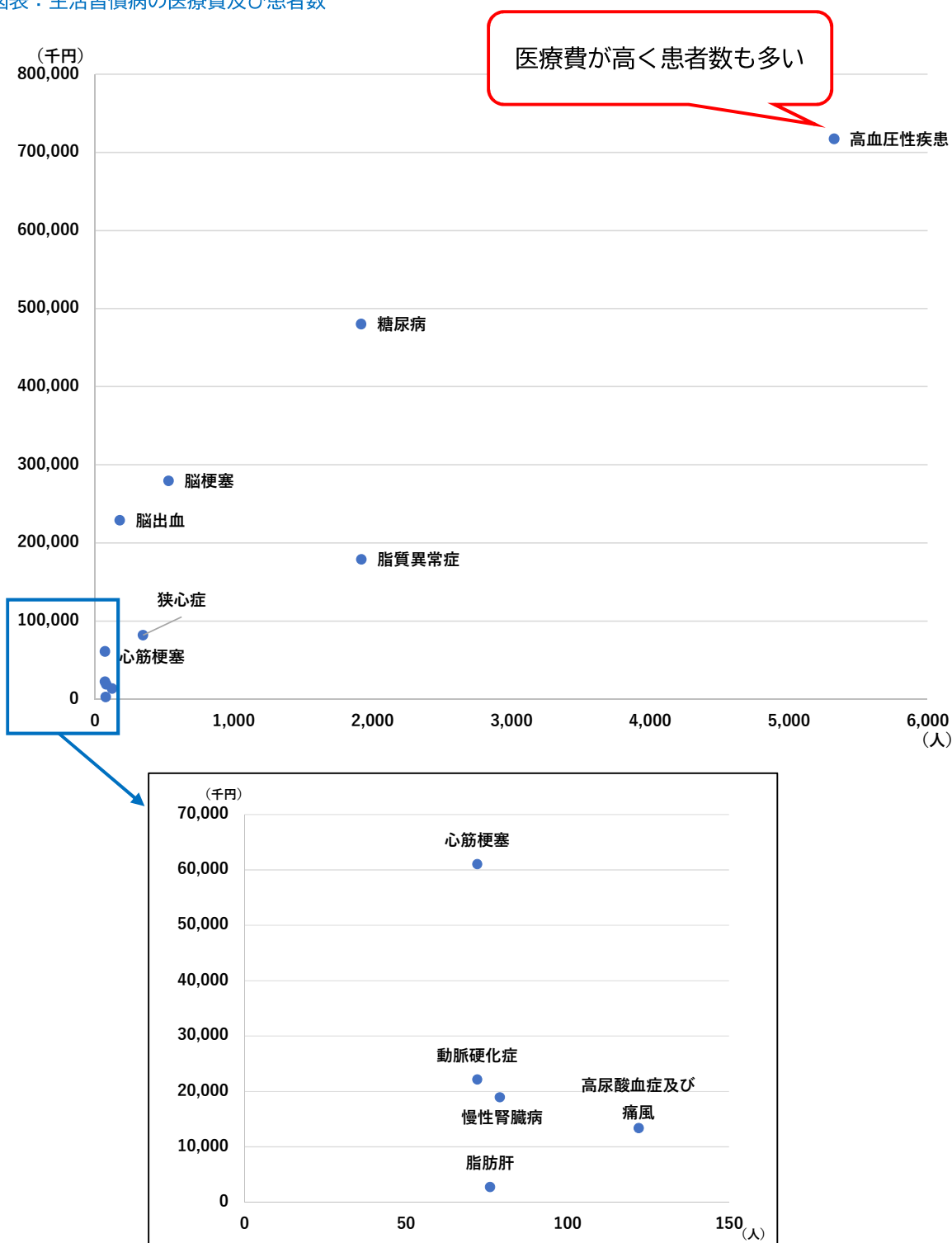
※1「特殊目的用コード」は新型コロナウイルス感染症以外の感染症等も含まれるが、令和4年度の流行状況を鑑みると、このコードが付与されるものは全て新型コロナウイルス感染症とみなすことができる。

3. 1. 5. 医療費及び患者数（生活習慣病）

前項では疾病大分類別にマッピングしましたが、生活習慣病を疾患別に、医療費を縦軸に、患者数を横軸にとってマッピングしました。

「循環器系の疾患」の中でも特に「高血圧性疾患」が医療費及び患者数ともに他疾患よりも高い又は多い状況であり、優先的に対策を行う必要があることが分かります。

図表：生活習慣病の医療費及び患者数



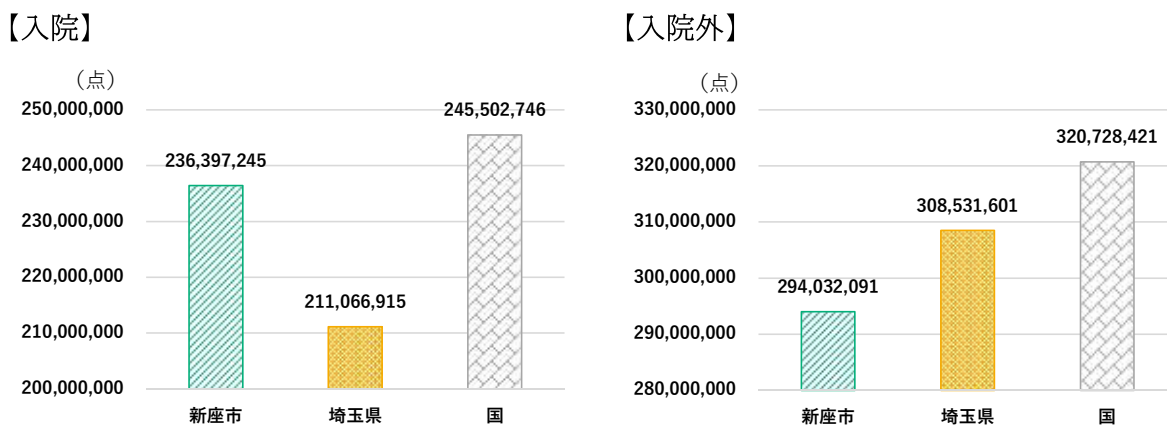
資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

3. 1. 6. 入院及び入院外の標準化医療費

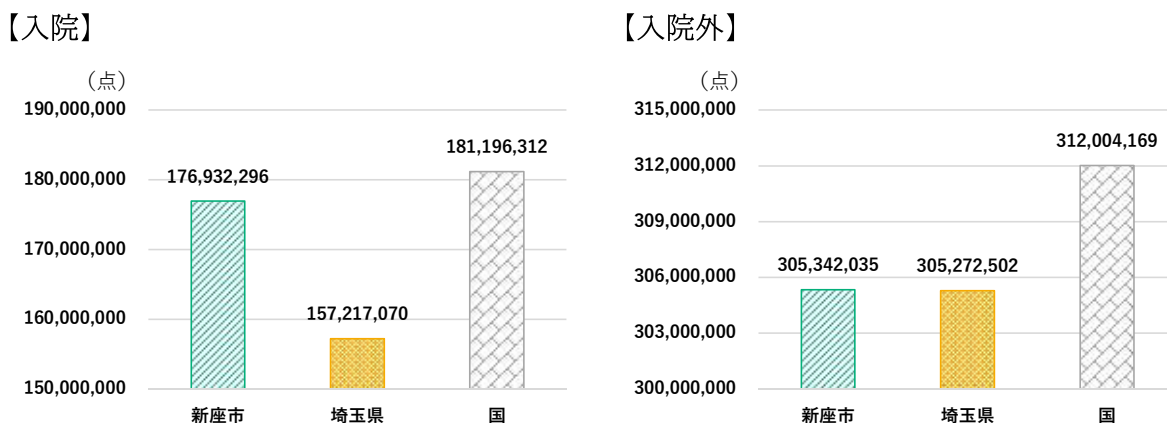
令和4年度の男女別の標準化医療費について、入院及び入院外レセプト総点数を埼玉県及び国と比較しました。

男女ともに、入院医療費は埼玉県より高めですが、入院外医療費は逆に埼玉県より低いか同程度です。

図表：標準化医療費（男性）



図表：標準化医療費（女性）



資料：KDB システムの令和4年度疾病別医療費分析（生活習慣病）より計算。

Ver. 1.6 (2019.12.5) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25－循環器等（生習）－一般-014）（研究代表：横山徹爾）

3. 1. 7. 入院及び入院外の標準化医療費の比

令和4年度の生活習慣病及びその重症化疾患について、入院及び入院外の標準化医療費が埼玉県と比較して何倍多くかかっているかを下記の表に示しました。県と比べて1.1倍以上多い項目は黄色、2倍以上多い項目はピンク色で示しています。

男女ともに、入院にかかる標準化医療費の比の方が、入院外にかかるそれよりも高い傾向にあります。これらのことにより、被保険者は、適切な外来受診をせずに重症化してから入院に至っているのではないかと推測されます。

図表：標準化医療費の比（地域差指数）vs. 県

疾患名	男性		女性	
	入院	入院外	入院	入院外
糖尿病	0.72	0.98	1.23	0.99
高血圧症	1.48	0.96	1.56	0.94
脂質異常症	1.46	1.00	1.50	0.99
高尿酸血症	0.00	0.75	0.00	1.26
脂肪肝	0.44	0.81	0.00	0.78
動脈硬化症	1.10	0.89	1.58	0.98
脳出血	2.36	1.13	1.28	0.65
脳梗塞	1.42	0.82	0.64	0.78
狭心症	0.79	1.05	1.12	0.84
心筋梗塞	1.30	1.07	1.93	0.73

資料：KDB システムの令和4年度疾病別医療費分析（生活習慣病）より計算。

Ver. 1.6 (2019.12.5) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25-循環器等（生習）- 一般-014）（研究代表：横山徹爾）

3. 1. 8. 高額レセプトの医療費

1件当たり50万円以上の高額レセプトの状況について下記に示しました。

高額レセプトの中で、医療費が最も高くなっている疾病は「脳梗塞」で、次いで「脳内出血」、「気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>（がん）」と続きます。これら3つの疾病で高額レセプトの7割以上を占めています。

図表：疾病中分類別高額レセプト医療費 上位10位（令和4年度）

順位	名称	主要傷病名 (上位3疾患)	高額レセプト		
			医療費 (千円)	患者数 (人)	患者 1人当たり 医療費(円)
1	脳梗塞	<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞 ・アテローム血栓性脳梗塞 ・ラクナ梗塞 	197,060	77	2,559,224
2	脳内出血	<ul style="list-style-type: none"> ・脳出血 ・被殻出血 ・視床出血 	176,382	47	3,752,800
3	気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍>	<ul style="list-style-type: none"> ・肺癌 ・上葉肺癌 ・下葉肺癌 	162,080	54	3,001,484
4	乳房の悪性新生物<腫瘍>	<ul style="list-style-type: none"> ・乳癌 ・乳房上外側部乳癌 ・乳房上内側部乳癌 	121,604	64	1,900,065
5	慢性腎臓病	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎不全 ・慢性腎臓病 ・末期腎不全 	103,881	42	2,473,364
6	統合失調症	<ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症 ・残遺型統合失調症 ・統合失調症後抑うつ 	101,640	47	2,162,560
7	大腿骨骨折	<ul style="list-style-type: none"> ・大腿骨頸部骨折 ・大腿骨転子部骨折 ・大腿骨頸部内側骨折 	82,309	34	2,420,839
8	心不全	<ul style="list-style-type: none"> ・うっ血性心不全 ・慢性心不全 ・心不全 	79,192	38	2,083,996
9	心房細動及び粗動	<ul style="list-style-type: none"> ・心房細動 ・非弁膜症性心房細動 ・発作性心房細動 	76,386	32	2,387,070
10	股関節症 [股関節部の関節症]	<ul style="list-style-type: none"> ・変形性股関節症 ・急速破壊型股関節症 ・形成不全性股関節症 	71,995	32	2,249,859

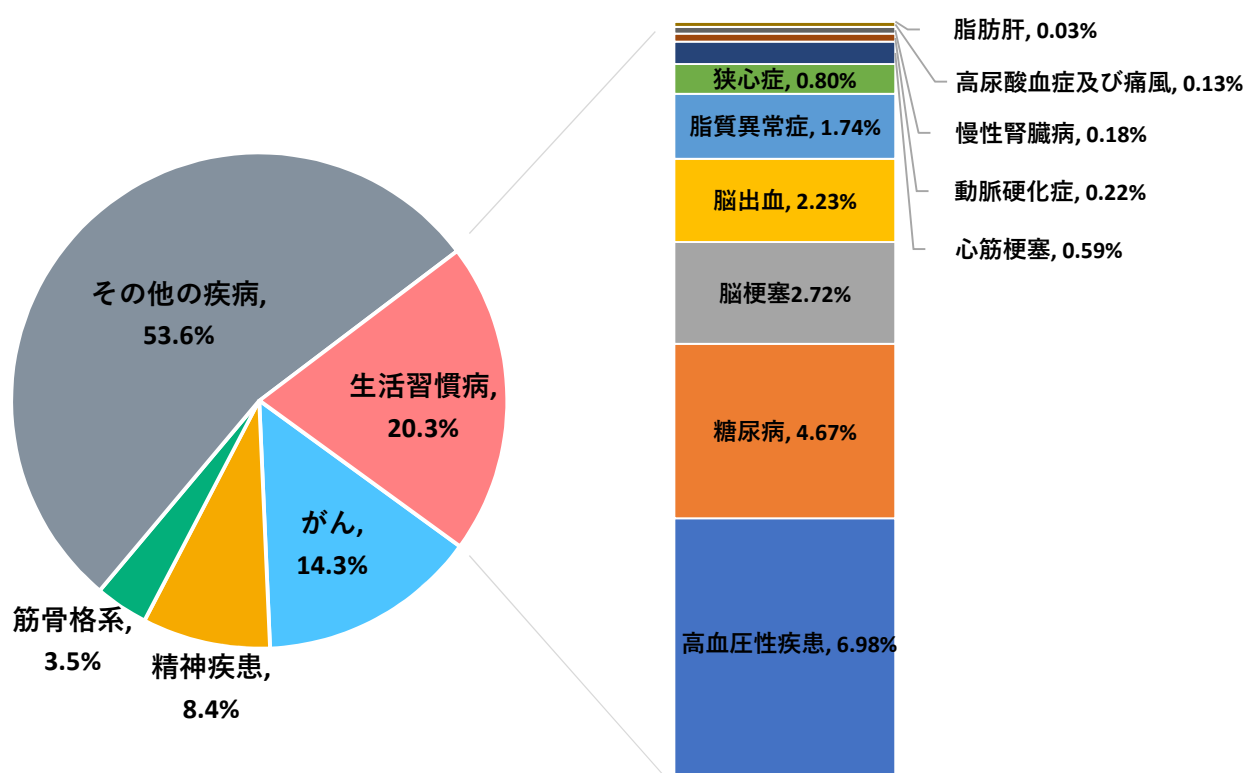
資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

3. 2. 個別疾病の医療費

3. 2. 1. 生活習慣病（全体）

生活習慣病にかかる医療費は、総医療費の 20.3%を占めており、「高血圧性疾患」が最も高く、次いで「糖尿病」、「脳梗塞」、「脳出血」、「脂質異常症」と続きます。

図表：総医療費にみる生活習慣病の医療費割合（全体）

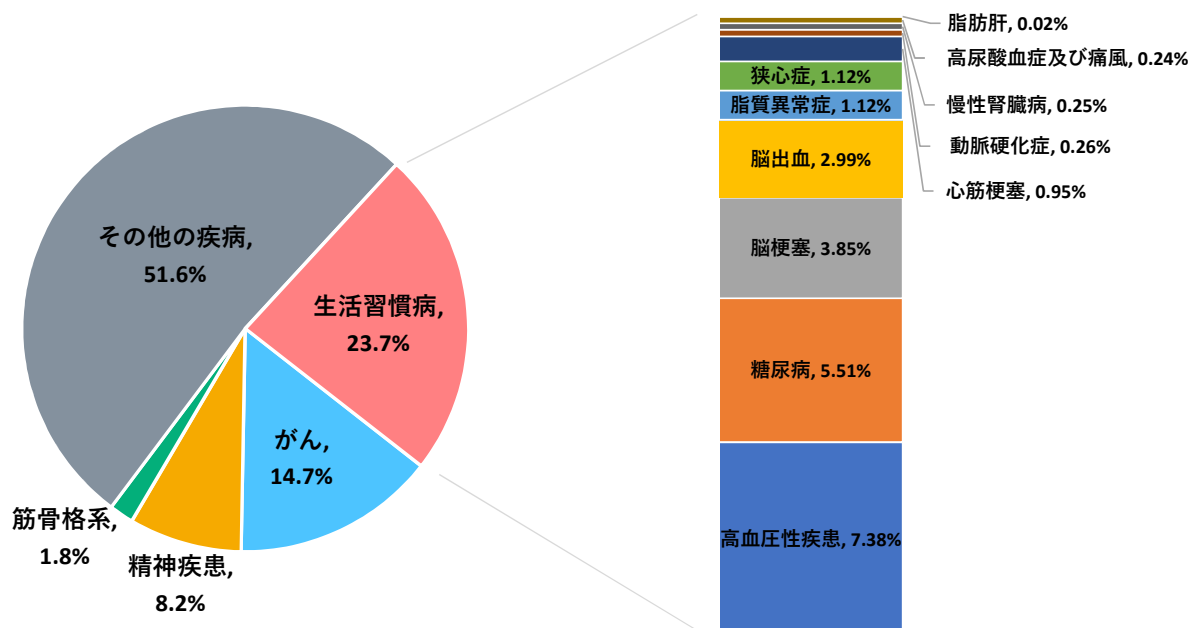


資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

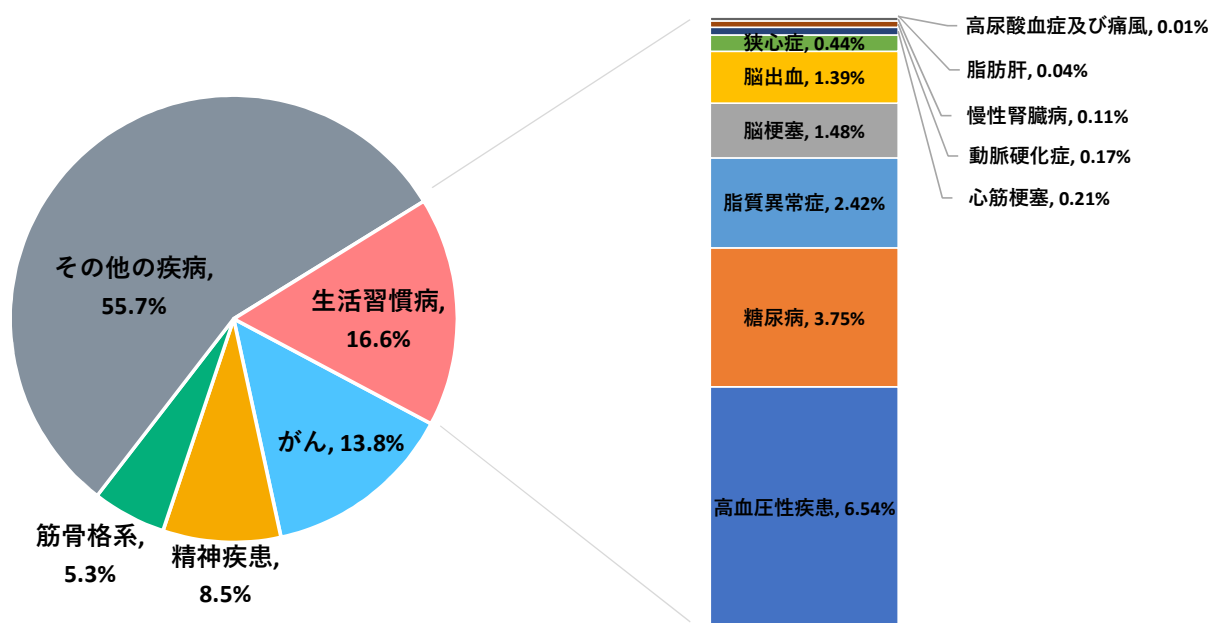
3. 2. 2. 生活習慣病（男女別）

生活習慣病にかかる医療費を男女別にみると、男性では総医療費の23.7%を占めており、「高血圧性疾患」が最も高く、次いで「糖尿病」、「脳梗塞」、「脳出血」、「脂質異常症」と続きます。女性では総医療費の16.6%を占めており、「高血圧性疾患」が最も高く、次いで「糖尿病」、「脂質異常症」、「脳梗塞」、「脳出血」と続きます。

図表：総医療費にみる生活習慣病の医療費割合（男性）



図表：総医療費にみる生活習慣病の医療費割合（女性）

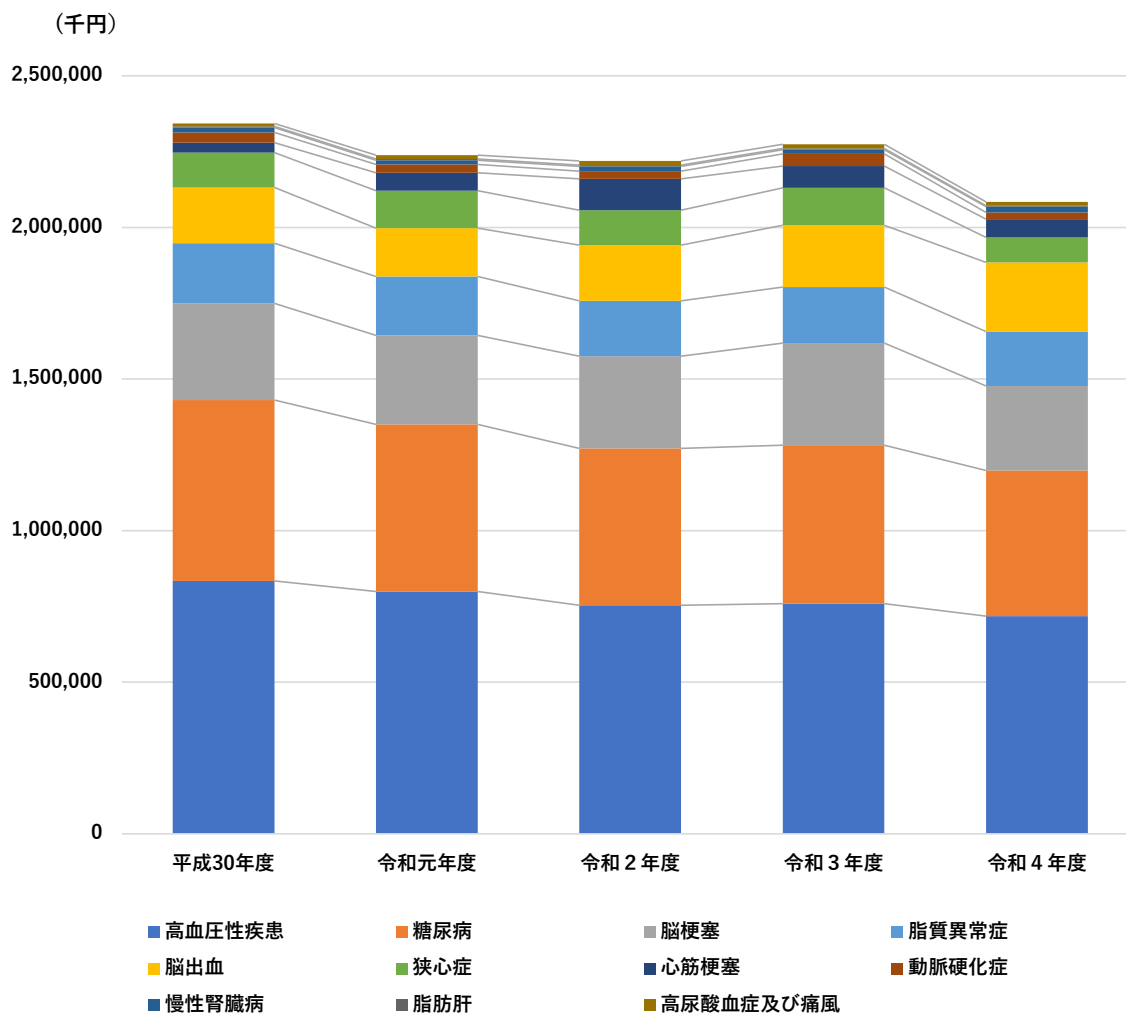


資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

3. 2. 3. 生活習慣病医療費の推移

平成30年度から令和4年度の生活習慣病の医療費の推移をみると、いずれの年も「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「糖尿病」、「脳梗塞」と続きます。また、「脳出血」の医療費は増加傾向です。

図表：生活習慣病の医療費の推移



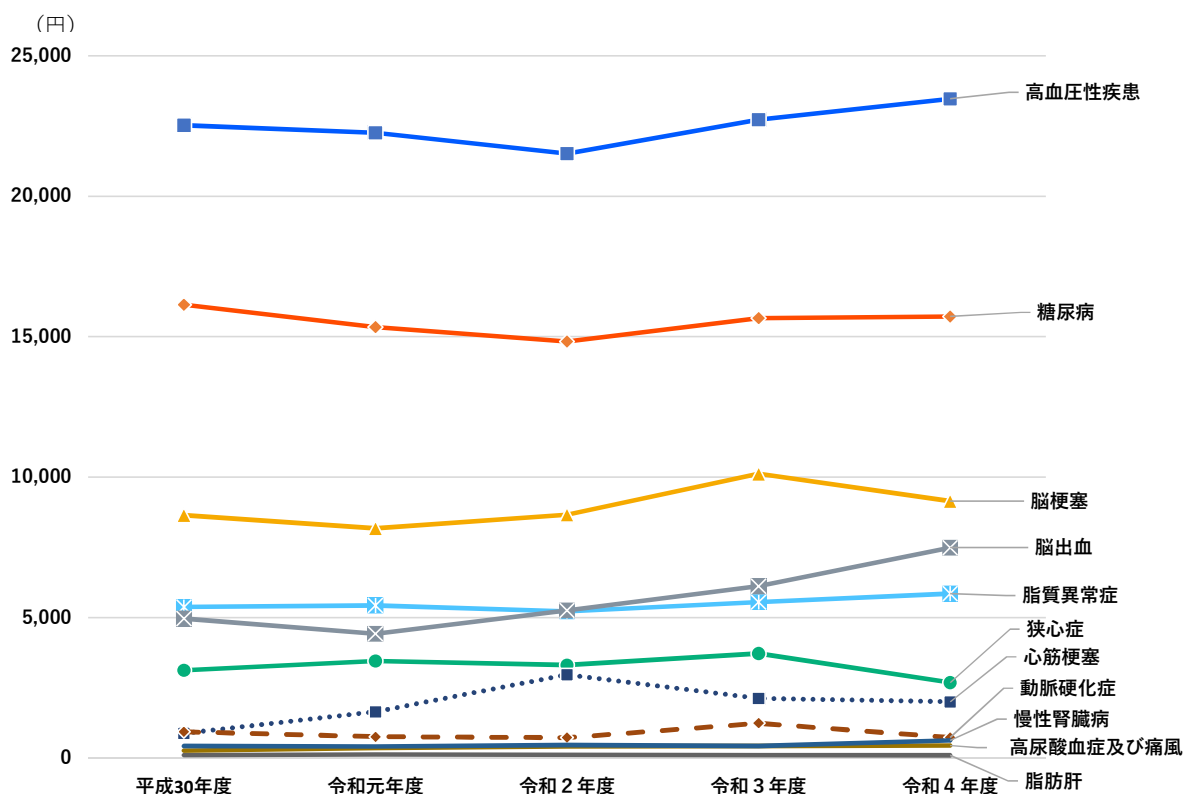
疾病名	医療費(千円)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高血圧性疾患	833,078	799,133	752,882	758,135	717,196
糖尿病	596,701	550,920	518,724	522,489	480,065
脳梗塞	319,442	293,544	303,063	337,428	279,519
脂質異常症	198,719	194,818	182,610	185,045	178,824
脳出血	183,487	158,602	183,763	204,037	228,750
狭心症	115,531	123,986	115,538	123,897	81,965
心筋梗塞	32,331	58,950	103,664	70,595	61,064
動脈硬化症	34,421	27,073	25,123	41,115	22,177
慢性腎臓病	15,610	14,428	15,947	13,969	18,974
高尿酸血症及び痛風	9,556	12,365	14,296	14,155	13,396
脂肪肝	3,824	4,190	3,827	3,404	2,781

資料：平成30年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

3. 2. 4. 生活習慣病の被保険者一人当たり医療費

平成30年度から令和4年度の生活習慣病の一人当たり医療費の推移をみると、いずれの年も「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「糖尿病」、「脳梗塞」と続きます。また、「高血圧性疾患」及び「脳出血」の一人当たり医療費は増加傾向です。

図表：生活習慣病の被保険者一人当たり医療費



疾病名	被保険者一人当たり医療費(円)				
	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
高血圧性疾患	22,530	22,259	21,519	22,728	23,474
糖尿病	16,138	15,345	14,826	15,664	15,713
脳梗塞	8,639	8,176	8,662	10,116	9,149
脂質異常症	5,374	5,426	5,219	5,547	5,853
脳出血	4,962	4,418	5,252	6,117	7,487
狭心症	3,124	3,453	3,302	3,714	2,683
動脈硬化症	931	754	718	1,233	726
心筋梗塞	874	1,642	2,963	2,116	1,999
慢性腎臓病	422	402	456	419	621
高尿酸血症及び痛風	258	344	409	424	438
脂肪肝	103	117	109	102	91

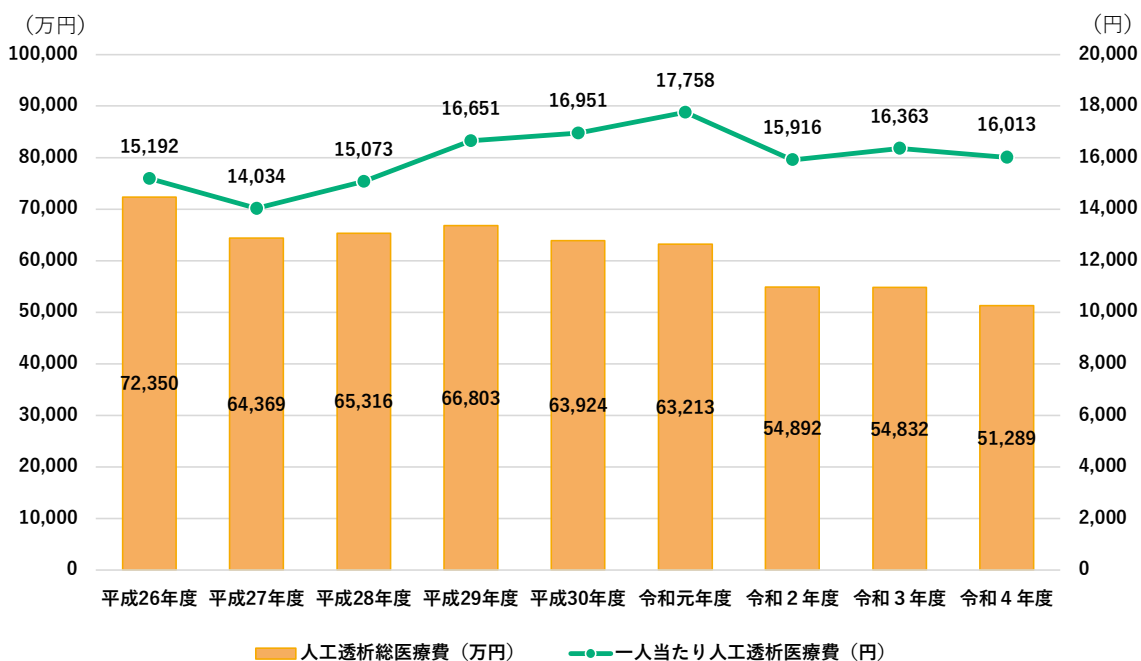
資料：平成30年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

3. 2. 5. 人工透析医療費及び人工透析実施者の状況

人工透析にかかる医療費は、減少傾向にあるものの令和4年度では5億円以上となっています。

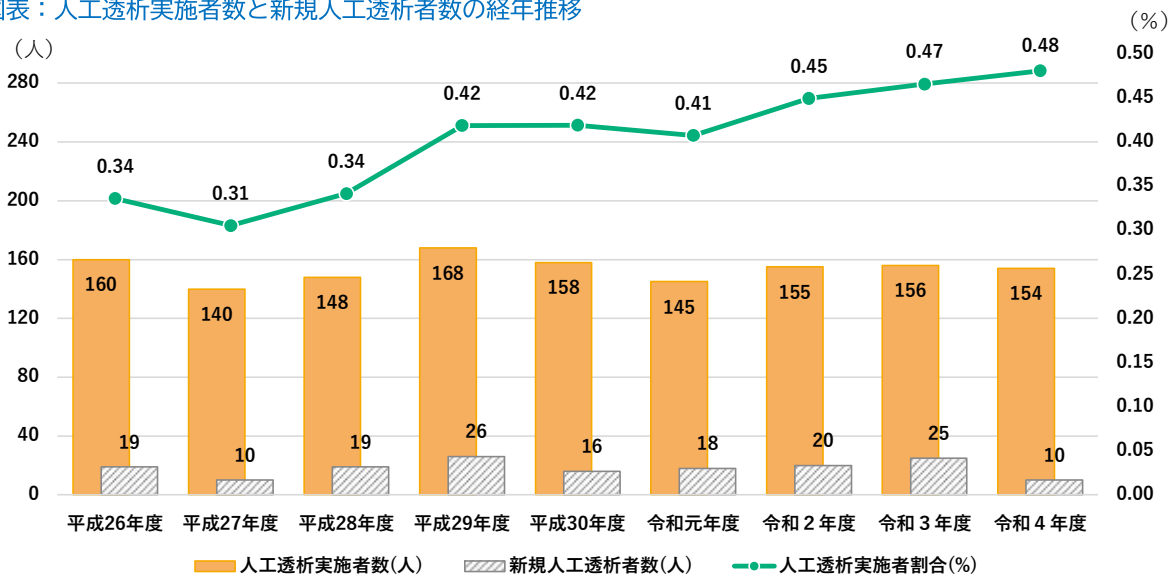
人工透析実施者は、毎年160人程度と大きな変化はないものの、被保険者数が減少しているため、被保険者数に占める割合は増加しています。また、新規人工透析者数はその年によってバラつきがある状況です。

図表：人工透析医療費と被保険者一人当たり医療費の経年推移



資料：KDB システム、国民健康保険事業年報

図表：人工透析実施者数と新規人工透析者数の経年推移



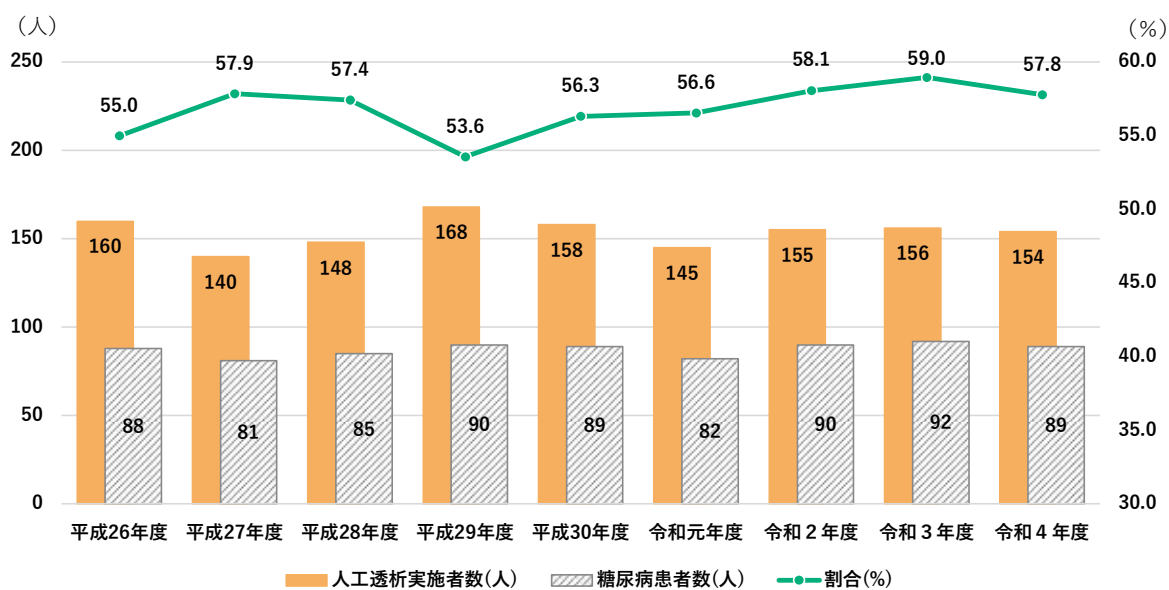
資料：KDB システム、国民健康保険事業年報

3. 2. 6. 人工透析実施者に占める糖尿病患者の割合

糖尿病が進行すると糖尿病性腎症を合併し、さらに重症化することによって人工透析が必要になります。現在、日本での人工透析の原因疾患の第1位は糖尿病性腎症であることから、糖尿病が悪化し合併症を発症しないように早期に治療を開始し、重症化しないようにすることが、将来的な人工透析導入者を減らすために重要となります。

下記に人工透析実施者に占める糖尿病患者の割合の推移を示しました。糖尿病患者割合は令和4年度では57.8%となっています。

図表：人工透析実施者に占める糖尿病患者の割合

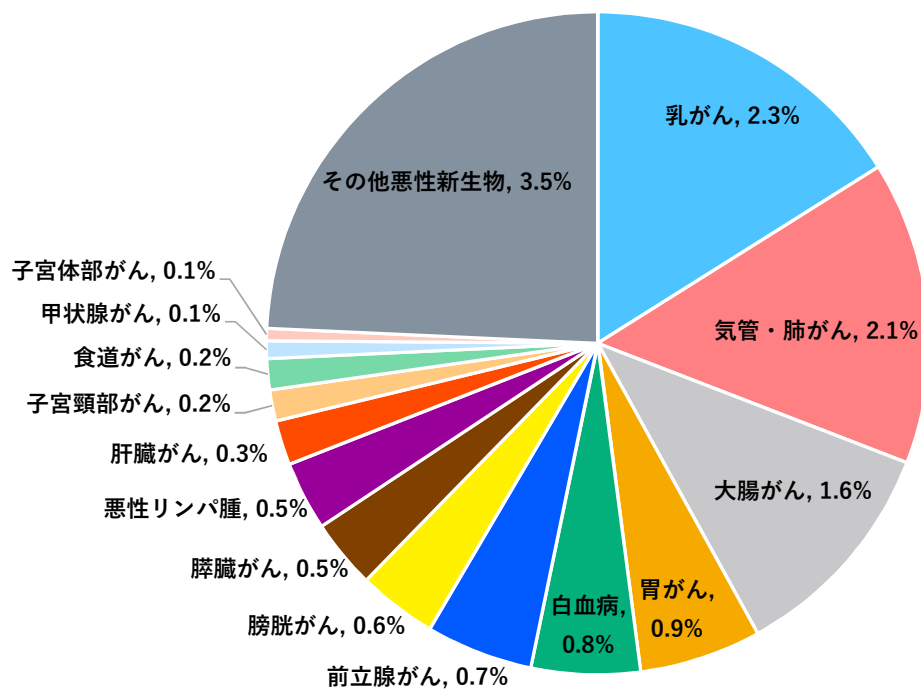


資料：KDB システム

3. 2. 7. がんの医療費の状況

令和4年度におけるがんの医療費を疾病別にみると、「乳がん」が最も多く、次いで「気管・肺がん」、「大腸がん」「胃がん」の順になっています（「その他悪性新生物」を除く。）。

図表：がんの医療費の内訳



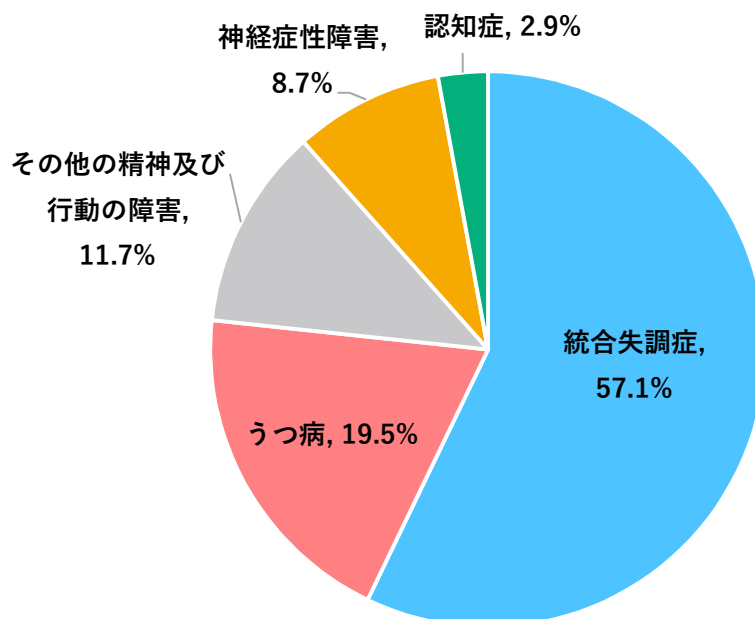
資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

3. 2. 8. 精神疾患及び筋骨格・結合組織疾患の医療費の状況

令和4年度における精神疾患の医療費を疾病別にみると、「統合失調症」が最も多く、次いで「うつ病」、「その他の精神及び行動の障害」となっています。

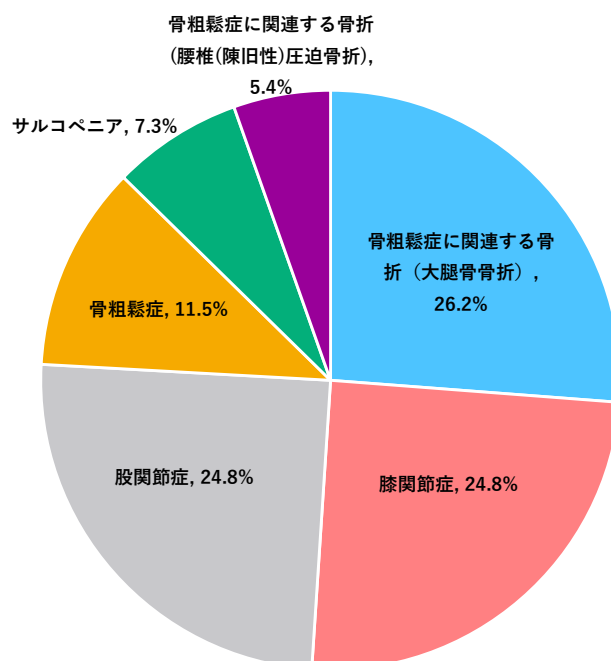
また、同様に筋骨格・結合組織疾患の医療費を疾病別にみると、「骨粗鬆症に関する骨折（大腿骨骨折）」が最も多く、次いで「膝関節症」、「股関節症」となっています。

図表：精神疾患の医療費の内訳



資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

図表：筋骨格・結合組織疾患の医療費の内訳



資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

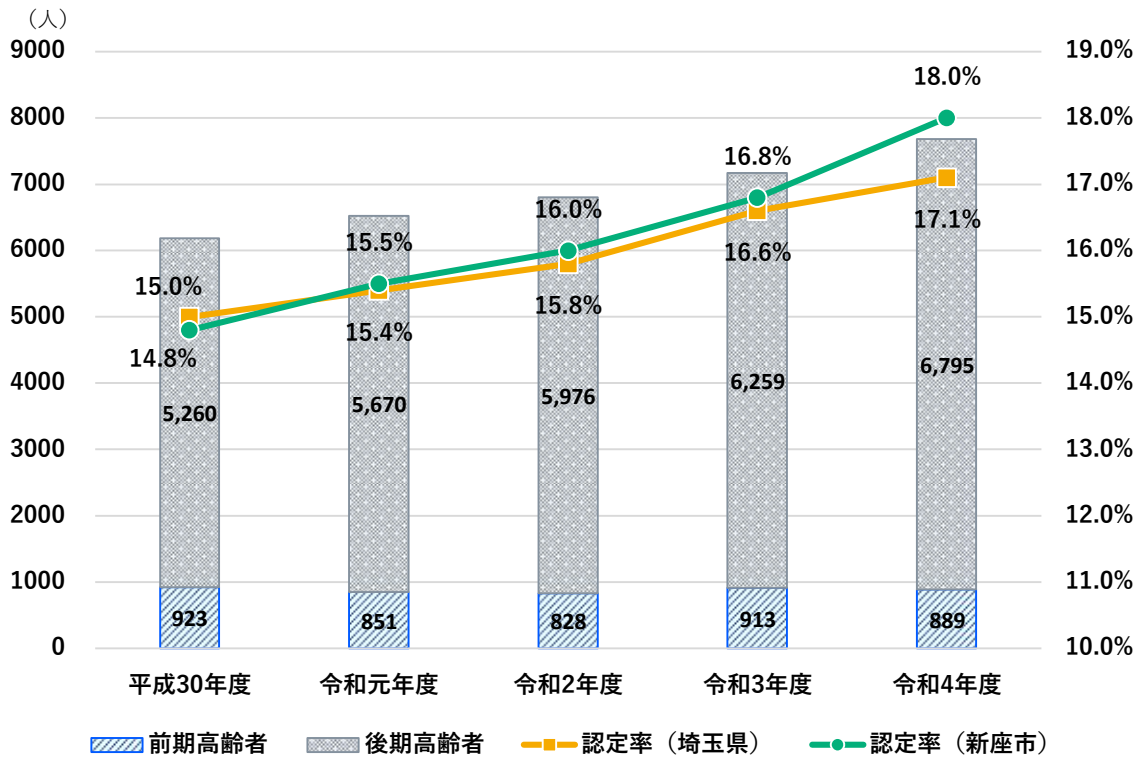
3. 3. 介護

3. 3. 1. 要支援・要介護認定者数・認定率の状況

平成30年度から令和4年度までの要支援・要介護認定者数の推移をみると、前期高齢者の人数は横ばいですが、後期高齢者の認定数が増加しています。

また、認定率を埼玉県と比較すると、令和元年度以降は新座市が県を上回っています。

図表：要支援・要介護認定者数と認定率の推移



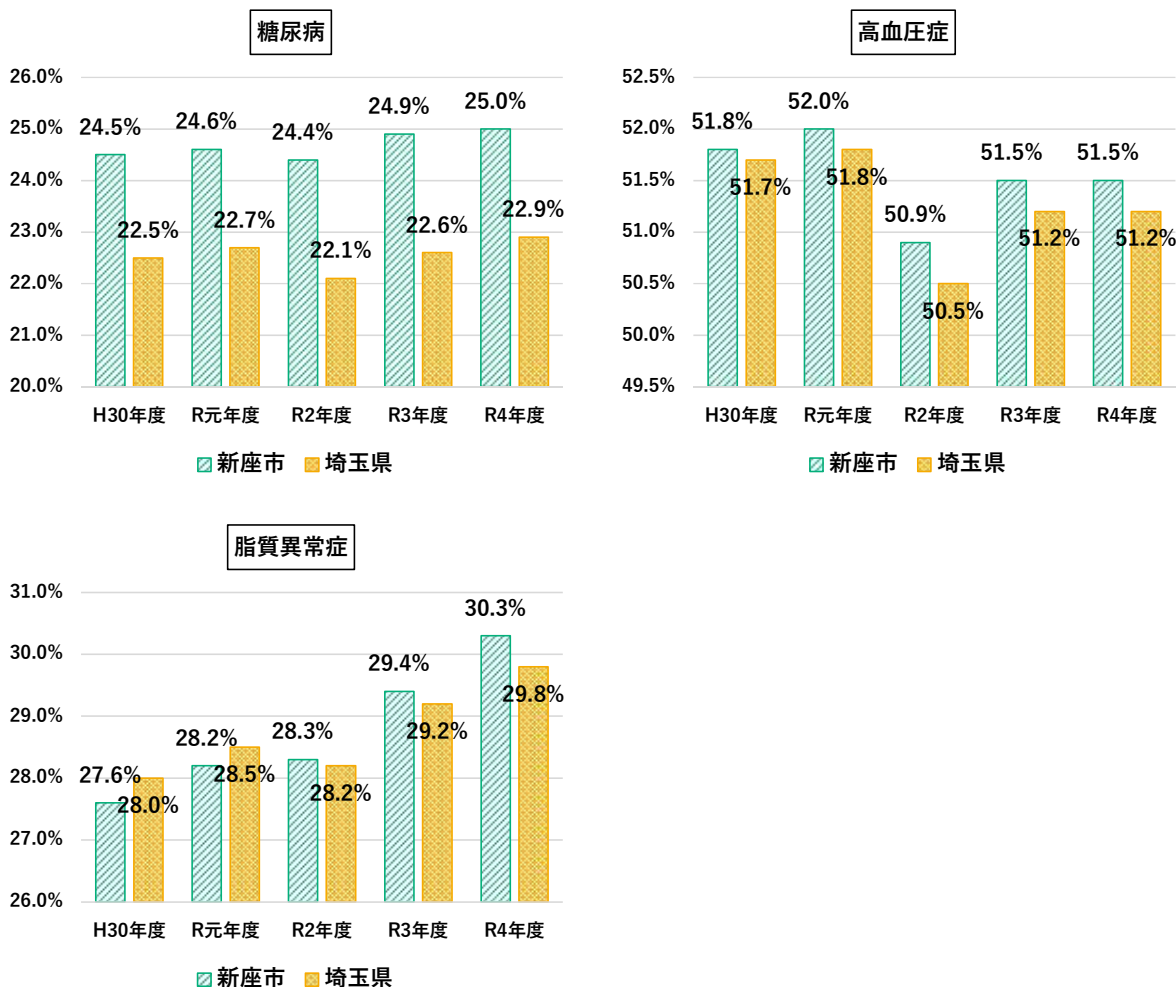
資料：新座市高齢者福祉計画、統計からみた埼玉縣市町村のすがた、介護保健事業状況報告

3. 3. 2. 要支援・要介護認定者の有病状況

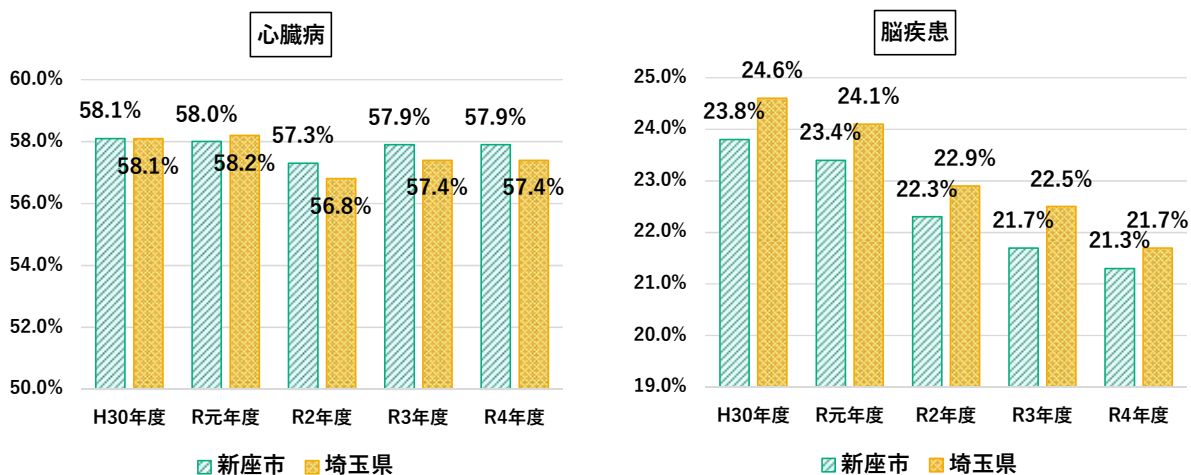
要支援・要介護認定者の有病状況をみると、生活習慣病では、糖尿病はいずれの年も県より高くなっています。高血圧症及び脂質異常症は県と同程度ですが、高血圧症については認定者の5割が罹患している状況です。

また、重症化疾患では心臓病は県と同程度、脳疾患は県を下回っています。

図表：要介護・要支援認定者の有病状況（生活習慣病）



図表：要介護・要支援認定者の有病状況（重症化疾患）



資料：KDB システム「地域の全体像の把握」

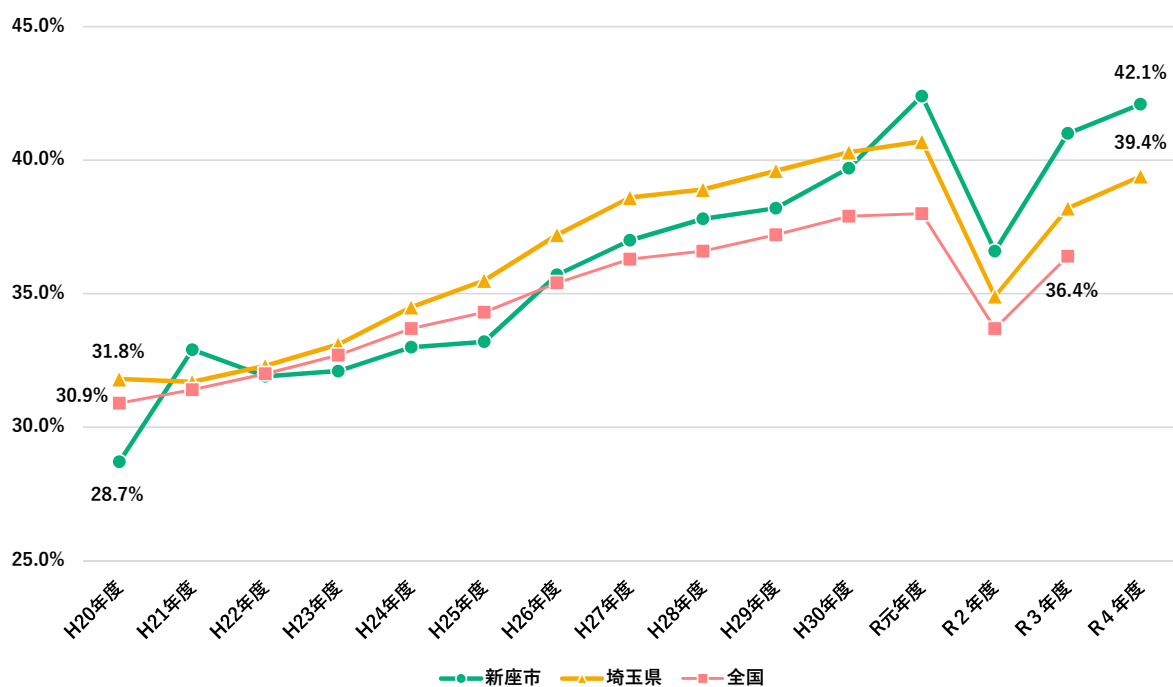
第4章 特定健康診査等の現状把握

4. 1. 特定健康診査

4. 1. 1. 特定健康診査受診率の推移

特定健診受診率は、平成30年度まではおおむね埼玉県市町村平均を下回る状況が続いていましたが、令和元年度には2%以上上昇し42.4%となり、市町村平均を上回りました。令和2年度及び令和3年度には、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えの影響で受診率も低下しましたが、令和4年度には感染拡大前の令和元年度の受診率に戻つつあります。

図表：特定健康診査受診率の推移



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
新座市	28.7%	32.9%	31.9%	32.1%	33.0%	33.2%	35.7%	37.0%	37.8%	38.2%	39.7%	42.4%	36.6%	41.0%	42.1%
埼玉県	31.8%	31.7%	32.3%	33.1%	34.5%	35.5%	37.2%	38.6%	38.9%	39.6%	40.3%	40.7%	34.9%	38.2%	39.4%
全国	30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	36.6%	37.2%	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	—

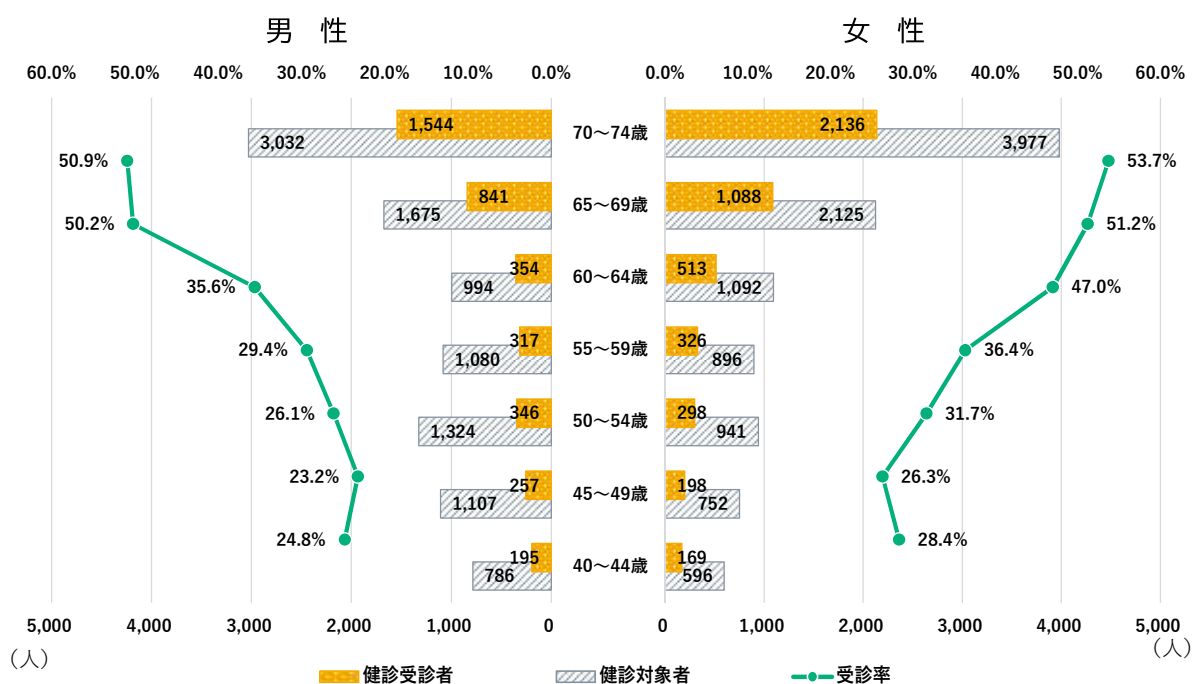
資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）
 ※令和4年度受診率の全国平均は未発表のため掲載していない。

4. 1. 2. 特定健診受診率（男女別・年齢階級別）

男女別の受診率をみると、どの年齢階級でも女性の方が受診率が高くなっています。男性は65歳以上では50%以上の受診率がありますが、60～64歳では約35%、64歳未満では30%に満たない受診率となっており、現役世代の男性の健診受診が課題であることが分かります。

年齢階級別では、男女ともに70～74歳が最も受診率が高く、年齢が低くなるにつれ受診率も低くなっていますが、最も受診率が低いのは45～49歳です。

図表：男女別・年齢階級別 特定健康診査受診率(令和4年度)

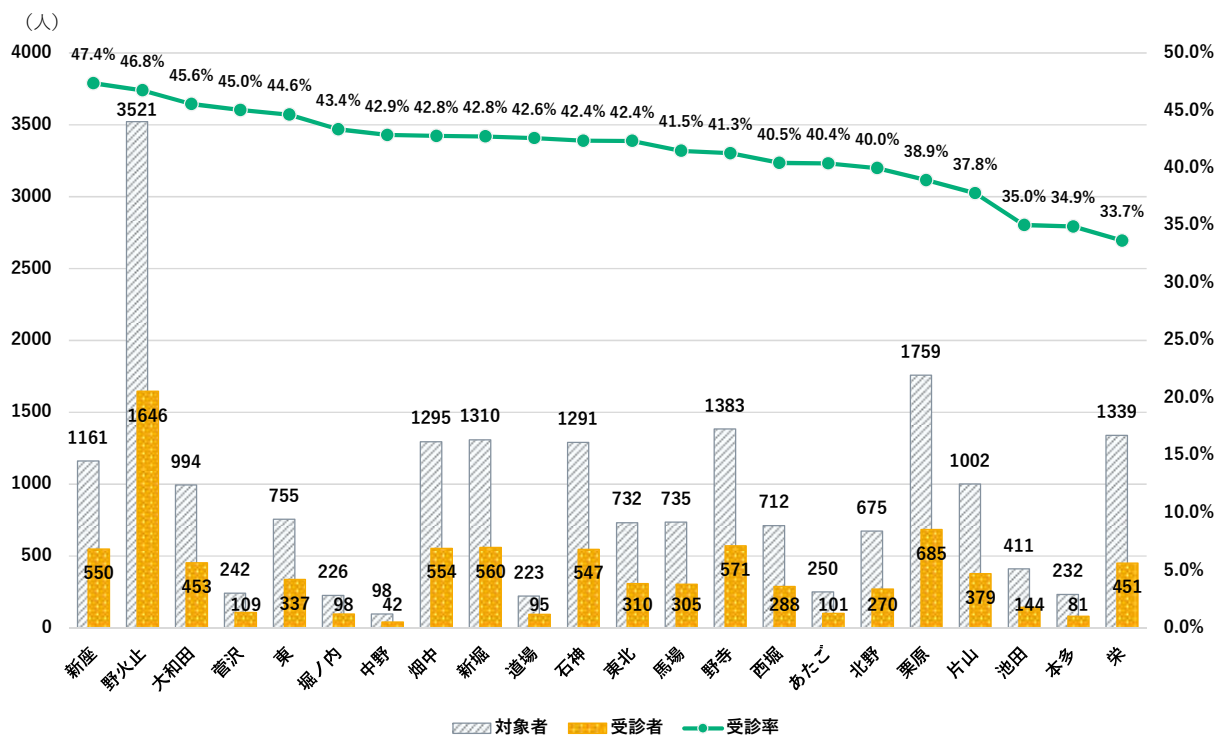


資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

4. 1. 3. 特定健康診査受診率（地区別）

地区別受診率を見ると、最も受診率が高い地区は「新座」で47.4%です。次いで「野火止」、「大和田」と続きます。一方で、最も受診率が低い地区は「栄」で33.7%です。次いで、「本多」、「池田」と続きます。

図表：地区別 特定健康診査受診率(令和4年度)



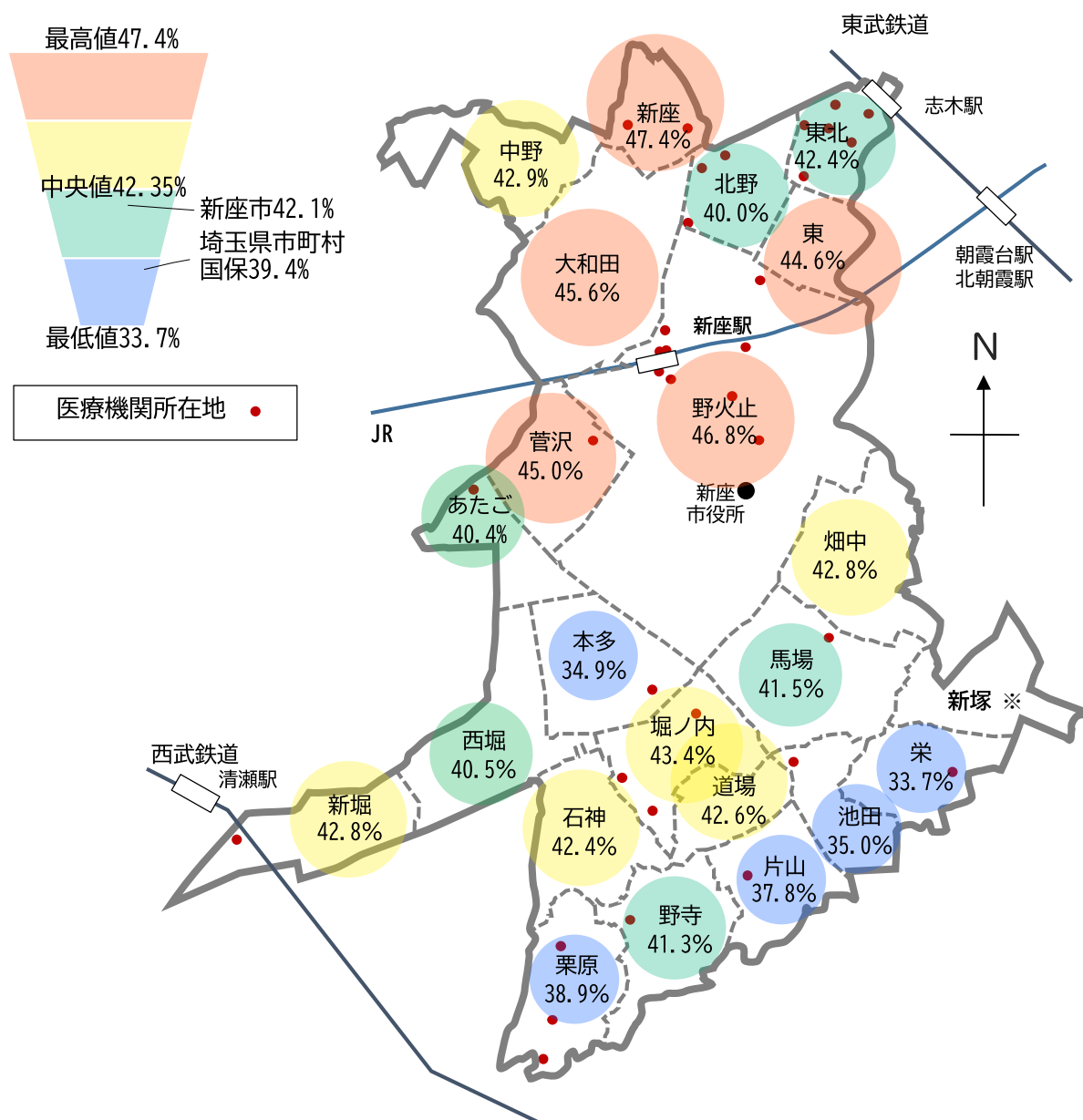
※新塚は対象者が極端に少ないため、集計からは除いている（対象者5人、受診者2人、受診率40%）。
資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

4. 1. 4. 特定健康診査受診率（地図）

下記の図は、地区別受診率を地図上に表したものです。

受診率の高い「新座」や「野火止」、「大和田」は、医療機関にアクセスしやすい地区のため、受診率が高いと推測されます。一方、受診率の低い「栄」や「池田」、「片山」、「栗原」は市内医療機関が少なく、また、東京都に接しているため都の医療機関をかりつけとしている対象者が多くいることが推測されます。

図表：地区別特定健康診査受診率



※新塚は対象者が極端に少ないため、集計からは除いている。

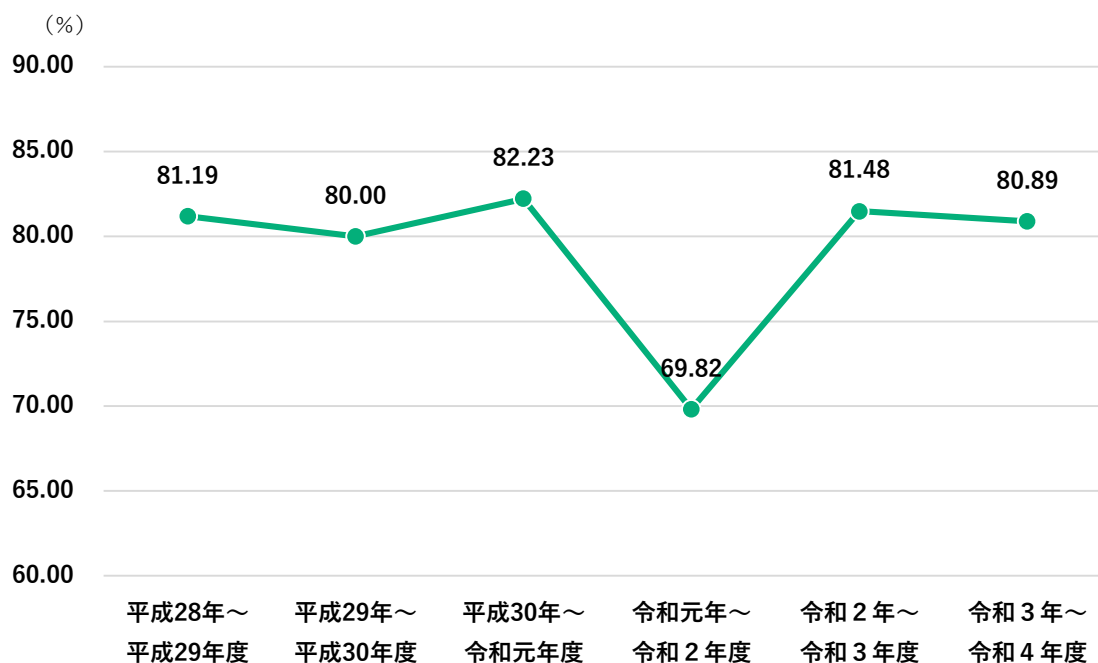
※マップ内の数値は四捨五入しているため、同数値であっても色が異なる場合がある。

資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

4. 1. 5. 継続受診率の推移

継続受診率は、令和2年度には新型コロナウイルス感染症の影響で低下したものの、翌年には感染拡大前の令和元年度の水準まで回復し、おおむね80%程度となっています。

図表：継続受診率



継続受診率（令和3年度～令和4年度）

令和3年度及び令和4年度に受診券が発券されている被保険者で、令和3年度に受診した者 (A)	(A)のうち令和4年度も受診した者 (B)	継続受診率 (B/A*100)
8,944人	7,235人	80.89%

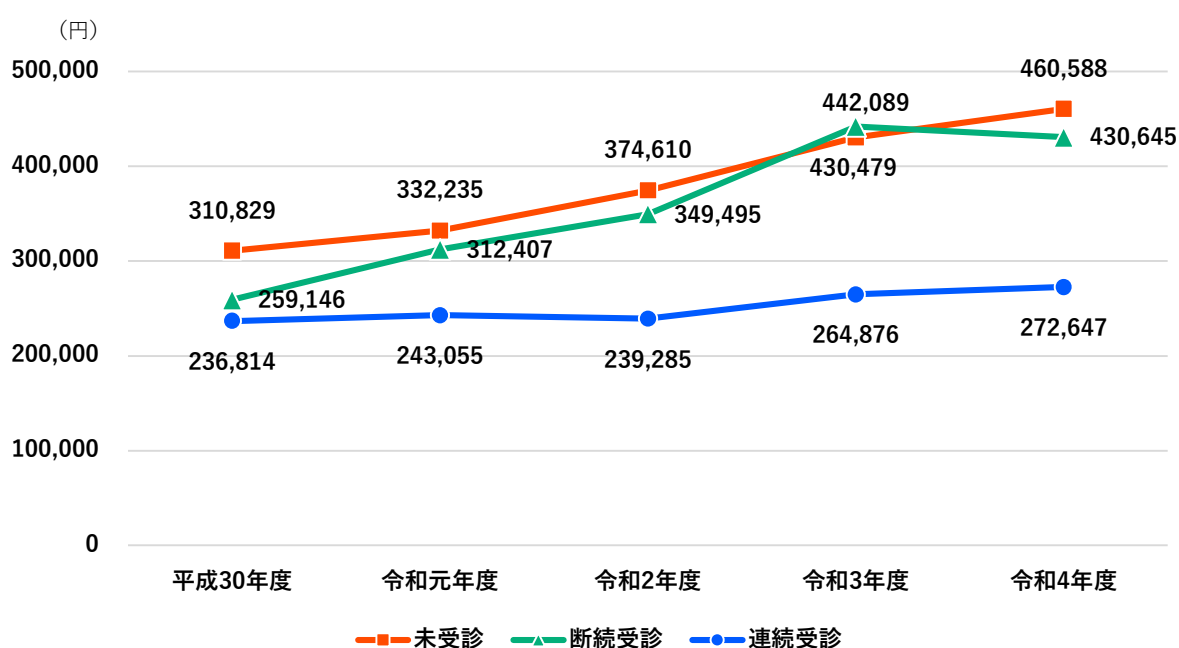
資料：特定健診等データ管理システム

4. 1. 6. 受診回数別一人当たり医療費の状況

平成30年度から令和4年度までの5年間の特定健診受診状況別に、入院・入院外・調剤の一人当たり医療費の合計を下記に示しました。「未受診」は5年間一度も特定健診を受診していない者、「連続受診」は直近の2年から5年で連続して特定健診を受診している者、「断続受診」は「未受診」と「連続受診」のどちらにも当てはまらない者を表しています。

一人当たり医療費をみると「連続受診」が最も低く、令和3年度を除き、過去5年間では一度も特定健診を受診していない「未受診」の医療費が最も高い状況です。また、令和4年度における、「連続受診」の医療費と「未受診」の医療費の差は187,941円でした。

図表：受診状況別一人当たり医療費の状況



4. 2. 特定保健指導

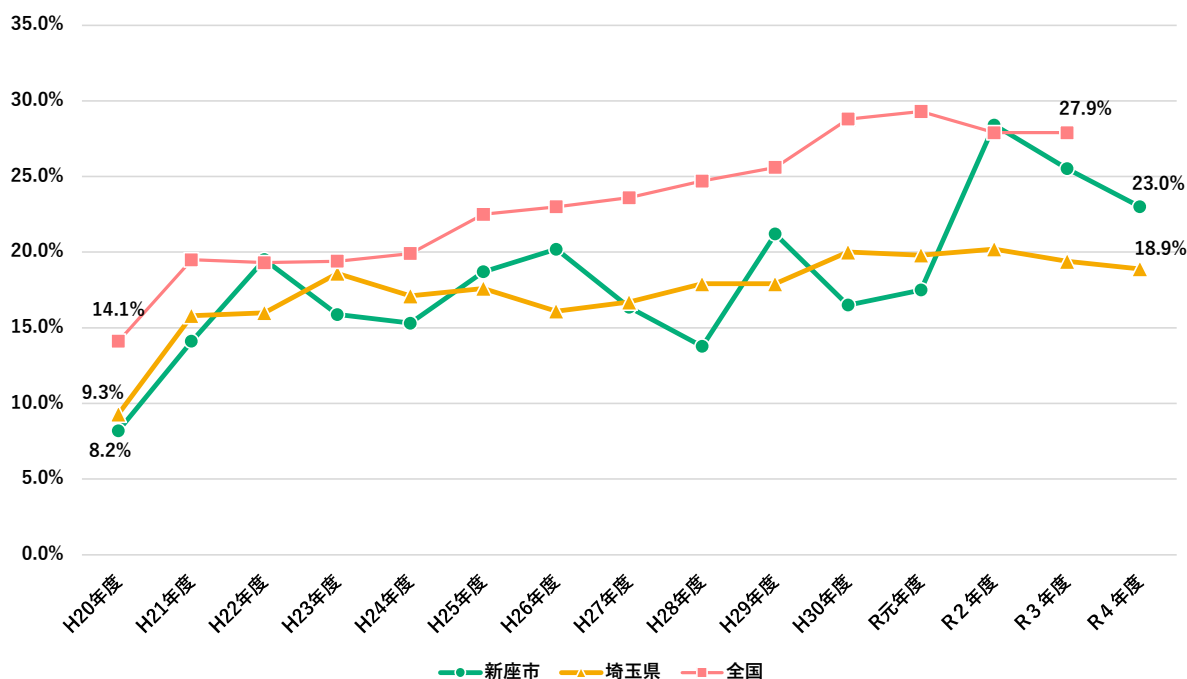
4. 2. 1. 特定保健指導終了率の推移

特定保健指導終了率は、令和元年度までは 20%に届かないことがほとんどでしたが、令和2年度には大きく上昇し、全国及び埼玉県市町村平均を上回りました。令和3年度及び令和4年度は低下傾向にあるものの20%は超えており、縣市町村平均を上回っています。

特定保健指導終了率

特定保健指導終了率とは、特定健診の結果、特定保健指導の対象となった者を分母とし、特定保健指導を実施して3か月後の実績評価まで終了した者を分子として算出する割合です。実施率や利用率と同義で、本計画内では終了率を使用します。

図表：特定保健指導終了率の推移



	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
新座市	8.2%	14.1%	19.5%	15.9%	15.3%	18.7%	20.2%	16.4%	13.8%	21.2%	16.5%	17.5%	28.4%	25.5%	23.0%
埼玉県	9.3%	15.8%	16.0%	18.6%	17.1%	17.6%	16.1%	16.7%	17.9%	17.9%	20.0%	19.8%	20.2%	19.4%	18.9%
全国	14.1%	19.5%	19.3%	19.4%	19.9%	22.5%	23.0%	23.6%	24.7%	25.6%	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%	

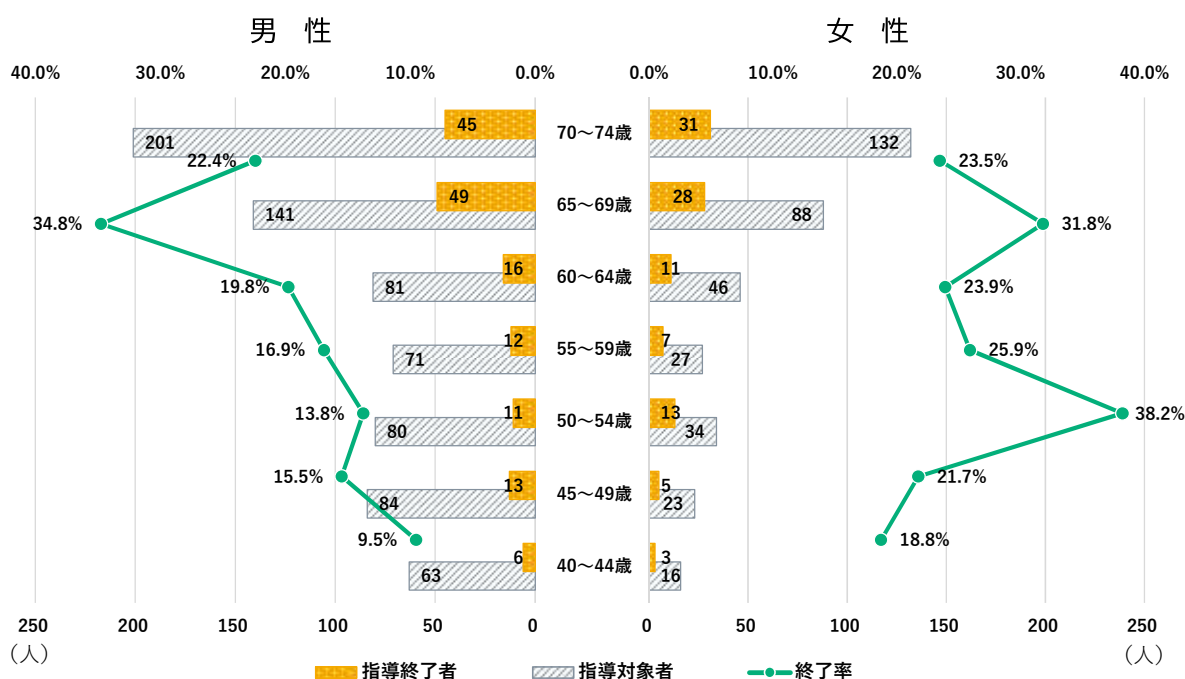
資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）
 ※令和4年度終了率の全国平均は未発表のため掲載していない。

4. 2. 2. 特定保健指導終了率（男女別・年齢階級別）

男女別・年齢階級別の終了率をみると、特定健診受診率のような男女共通の特徴は見られませんでした。特定保健指導対象者は男性の方が多く、男性に内臓脂肪型肥満が多いことが分かります。

男女別の終了率をみると、男性では年齢が高い方が終了率が高い傾向にありますが、女性は年齢による特徴は見られませんでした。女性は、全年齢階級で男性よりも終了率が高くなっています。

図表：男女別・年齢階級別 特定保健指導終了率(令和4年度)



資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

4. 2. 3. 特定保健指導利用者と未利用者の翌年度健診結果の比較

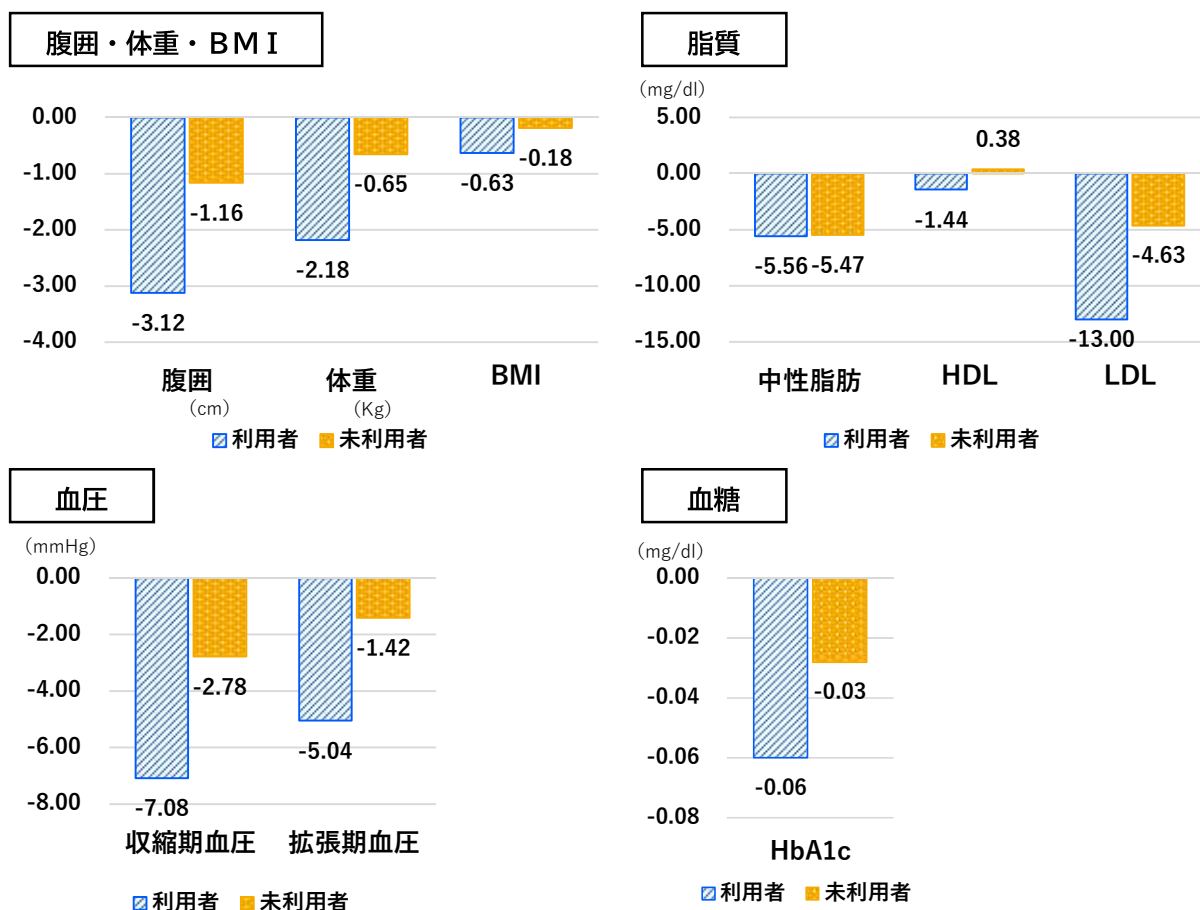
令和3年度特定保健指導利用者と未利用者について、翌年度の健診結果を比較しました。

積極的支援利用者では、腹囲が平均3.12cm減少しており、未利用者の平均1.16cmよりも改善していることが分かります。同様に、体重、LDLコレステロール、収縮期血圧、拡張期血圧についても、利用者の数値改善の方が大きい結果となりました。

一方、動機付け支援利用者とは、積極的支援ほど明確な差は現れませんでした。これには、動機付け支援と比べると積極的支援の方が継続支援による支援回数が多いことが影響していると思われます。

また、積極的支援及び動機付け支援利用者の翌年度の健診結果の改善に統計的に有意な差は認められませんでした。これらの結果を受けて、特定保健指導の本来の目的であるメタボリックシンドロームによる生活習慣病の発症を予防するために、より質の高い保健指導を実施できるよう、支援者の研修等を実施していく必要があります。

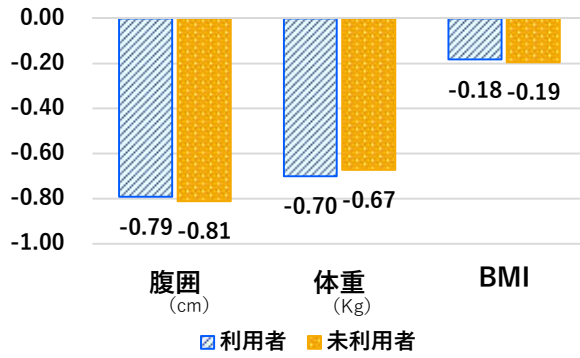
図表：令和3年度特定保健指導利用者と未利用者の翌年度健診結果の比較(積極的支援)



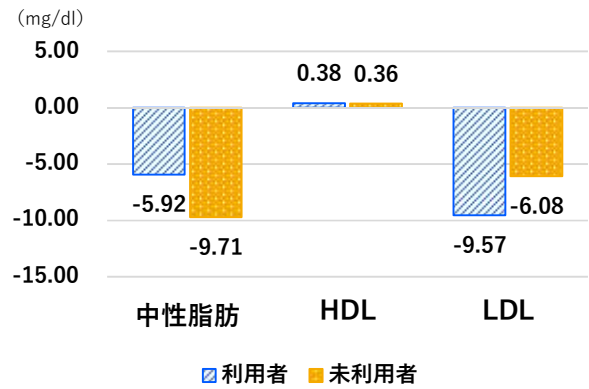
資料：KDB システム

図表：令和3年度特定保健指導利用者と未利用者の翌年度健診結果の比較(動機付け支援)

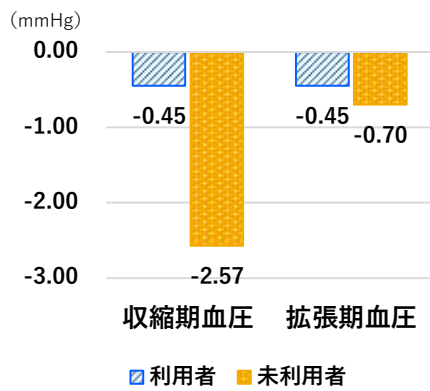
腹囲・体重・BMI



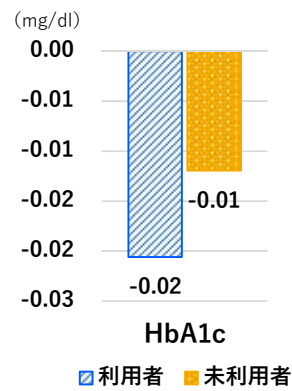
脂質



血圧



血糖



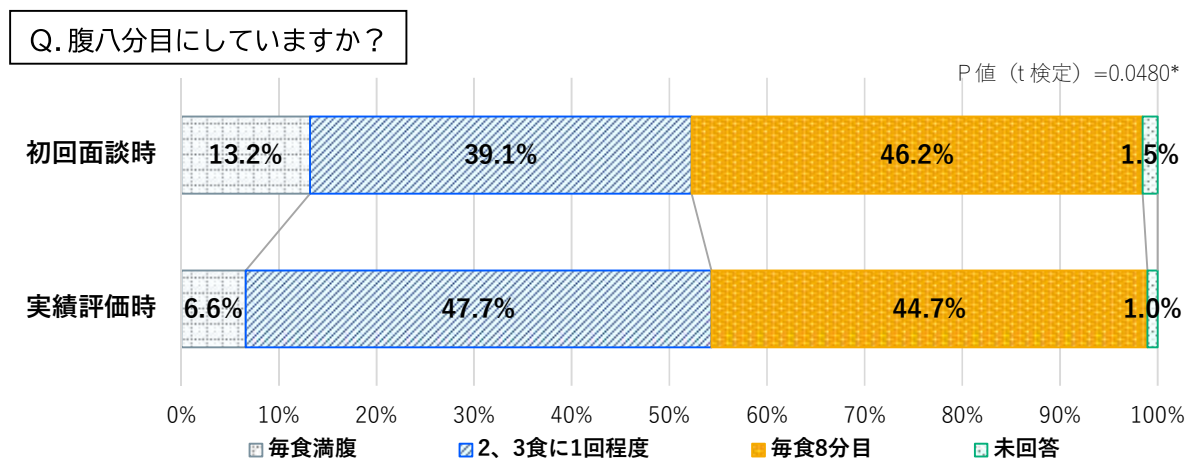
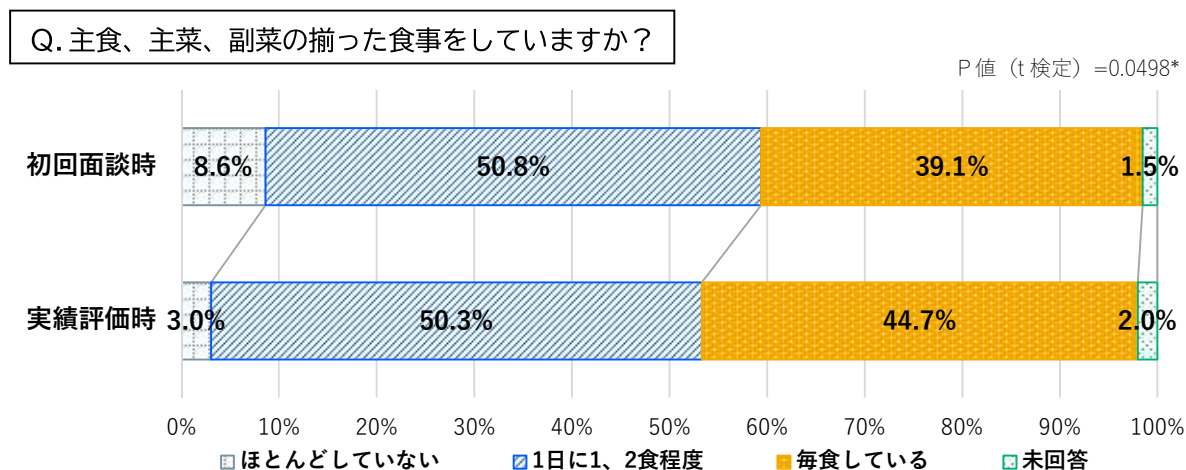
資料：KDB システム

4. 2. 4. 特定保健指導利用者の行動変容

令和4年度特定保健指導（動機付け支援）利用者に、初回面接時と実績評価時に行ったアンケート調査の結果をまとめました。下記の項目は、アンケート調査の中で初回面接時と実績評価時の回答に統計的に有意な差が認められた項目です。

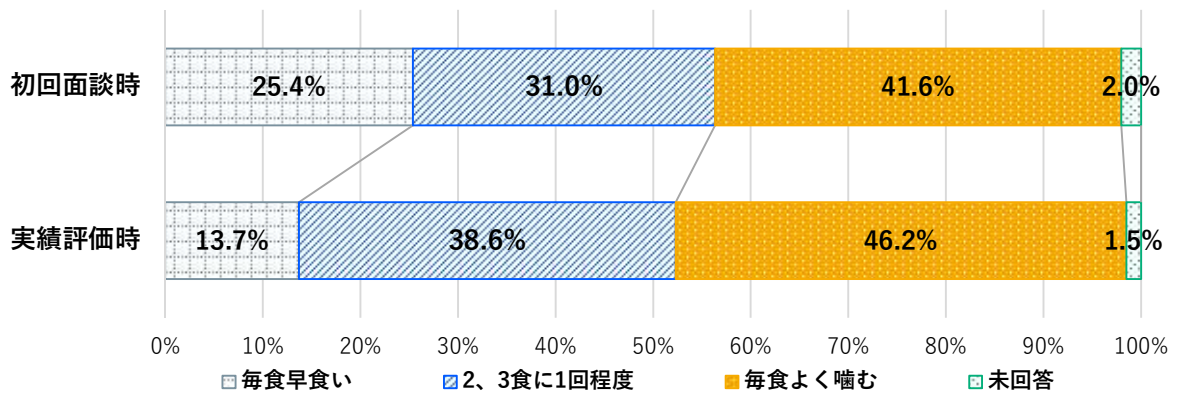
動機付け支援は、初回面接の1回のみが対面の支援ですが、1回の対面支援でもより良い生活習慣への行動変容が認められる結果となりました。

図表：特定保健指導（動機付け支援）アンケート調査 初回面接時と実績評価時の比較（令和4年度）



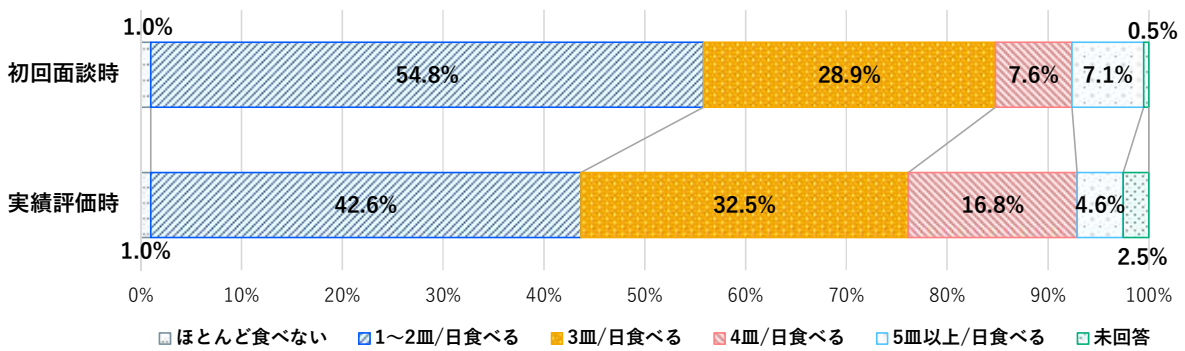
Q. よく噛んで食べていますか？（ゆっくり食べる）

P値（t検定）=0.0112*



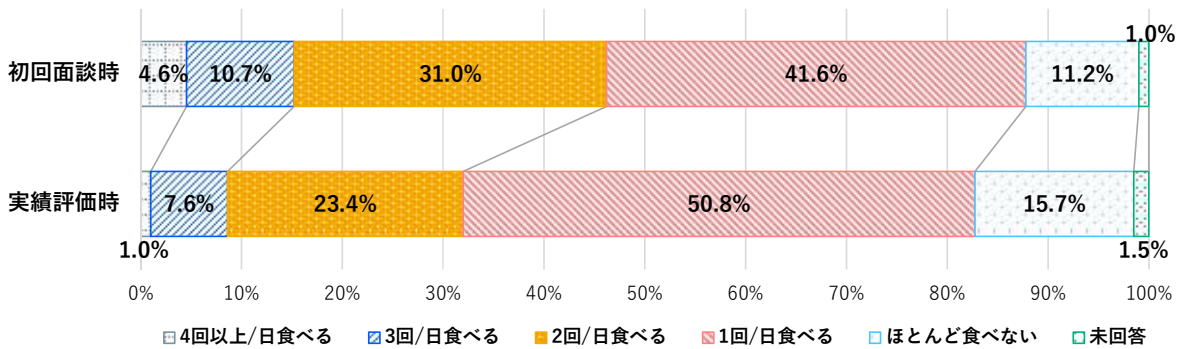
Q. 野菜はどれくらい食べていますか？

P値（t検定）=0.0243*



Q. 塩分の多い食品をどれくらい食べていますか？

P値（t検定）=0.0281*



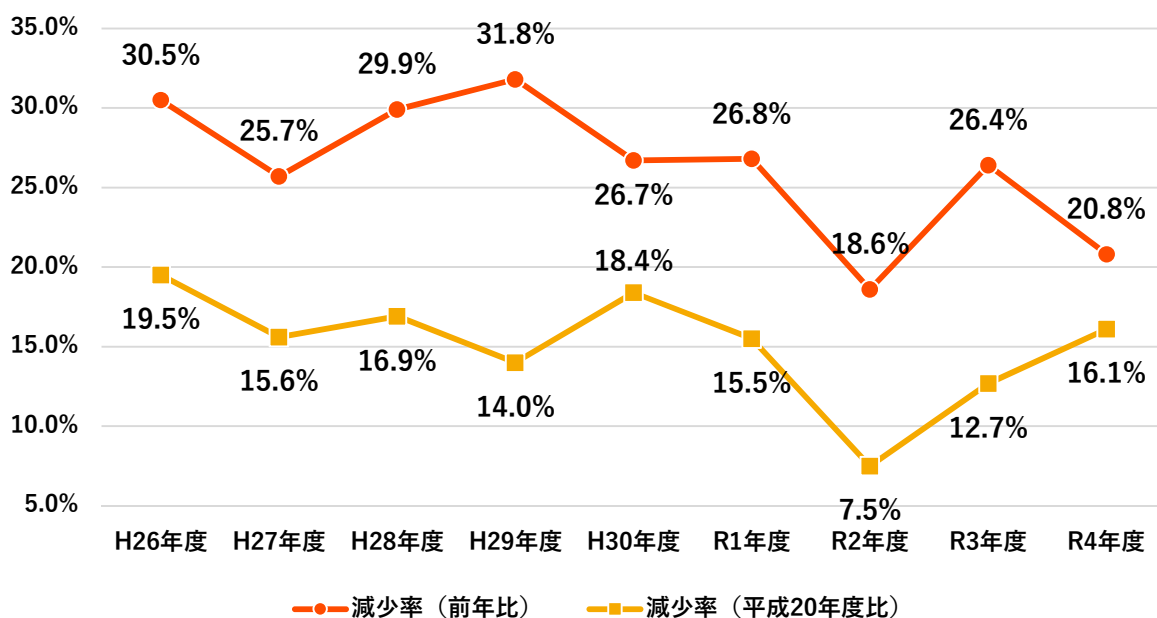
資料：令和4年度特定保健指導振り返りアンケート集計結果

4. 2. 5. メタボリックシンドロームの該当者・予備群（特定保健指導対象者）及び減少率の推移

メタボリックシンドロームの該当者・予備群（特定保健指導対象者）の減少率の推移を下記のグラフに示しました。

メタボリックシンドロームの該当者・予備群（特定保健指導対象者）の減少率については、全国目標として「減少率 25%以上（平成20年度比）」と設定されていますが、令和4年度での平成20年度比減少率は16.1%で目標には達していません。一方、単純に前年度特定保健指導対象者だった者が当年度に特定保健指導対象者とならなかった割合を示す前年度比の減少率は20.8%となっています。

図表：メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）の減少率の推移



資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

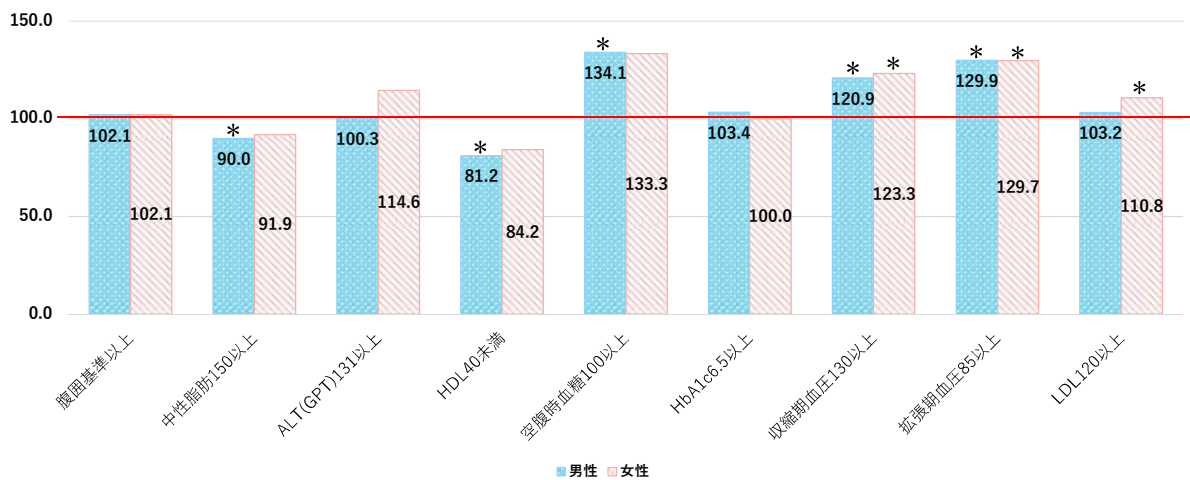
4. 3. 特定健診有所見者と質問票の傾向

4. 3. 1. 特定健診有所見者の状況(標準化比)

令和4年度の特定健診有所見者の状況を男女別に、40歳～64歳と65歳～74歳に区分して全国と比較しました。有意差が認められる項目には*を付記し、表は黄色に塗りつぶしました。

全国を100としたときに、40～64歳では男女ともに収縮期血圧と拡張期血圧の有所見者が有意に多くなっています。

図表：令和4年度 40歳～64歳 特定健診有所見者(標準化比 vs. 全国)



摂取エネルギーの過剰													
検査項目		腹囲			中性脂肪			ALT(GPT)			HDLコレステロール		
基準値		85以上			150以上			31以上			40未満		
受診者数(人)		人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国
男性	1,492	828	55.5%	102.1	430	28.8%	*90.0	447	30.0%	100.3	98	6.6%	*81.2
女性	1,529	262	17.1%	102.1	194	12.7%	91.9	178	11.6%	114.6	16	1.0%	84.2

血管を傷つける													
検査項目		血糖			HbA1c			収縮期血圧			拡張期血圧		
基準値		100以上			5.6以上			130以上			85以上		
受診者数(人)		人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国
男性	1,492	475	31.8%	*134.1	707	47.4%	103.4	693	46.4%	*120.9	575	38.5%	*129.9
女性	1,529	266	17.4%	133.3	654	42.8%	100.0	539	35.3%	*123.3	318	20.8%	*129.7

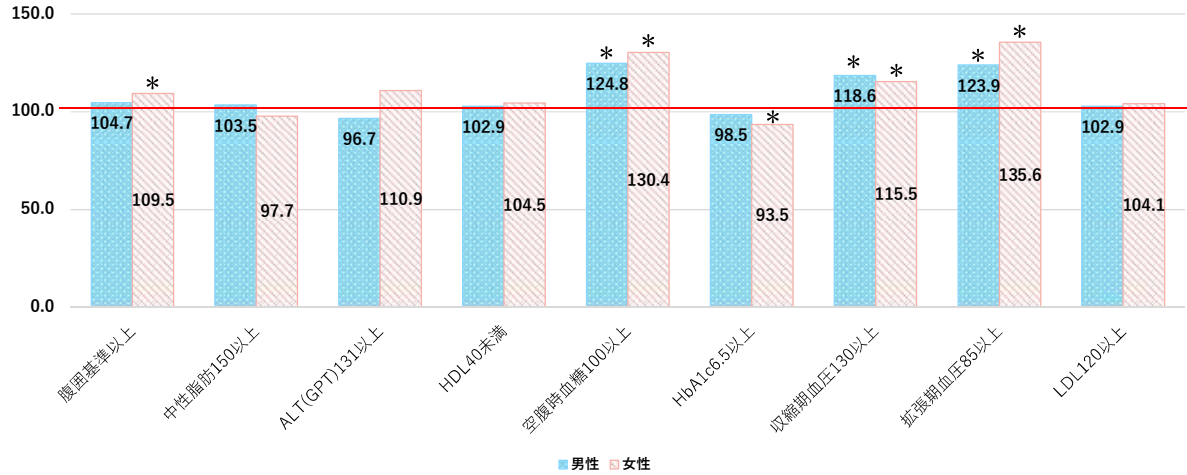
内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因												
検査項目		LDLコレステロール										
基準値		120以上										
受診者数(人)		人数(人)	割合	vs 全国								
男性	1,492	788	52.8%	103.2								
女性	1,529	906	59.3%	*110.8								

資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別））より計算。

Ver. 1.6 (2019.12.2) 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」（研究代表：横山徹爾）

65歳～74歳では、40歳～64歳と同様に、男女ともに収縮期血圧と拡張期血圧が全国よりも有意に有所見者が多く、加えて、空腹時血糖の有所見者も多くなっています。

図表：令和4年度 65歳～74歳 特定健診有所見者(標準化比 vs. 全国)



摂取エネルギーの過剰													
検査項目	腹囲				中性脂肪			ALT(GPT)			HDLコレステロール		
基準値	85以上				150以上			31以上			40未満		
受診者数(人)	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	
男性	2,377	1,397	58.8%	104.7	653	27.5%	103.5	391	16.4%	96.7	175	7.4%	102.9
女性	3,215	701	21.8%	*109.5	529	16.5%	97.7	302	9.4%	110.9	45	1.4%	104.5

血管を傷つける													
検査項目	血糖				HbA1c			収縮期血圧			拡張期血圧		
基準値	100以上				5.6以上			130以上			85以上		
受診者数(人)	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	人数(人)	割合	vs 全国	
男性	2,377	997	41.9%	*124.8	1,499	63.1%	98.5	1,556	65.5%	*118.6	698	29.4%	*123.9
女性	3,215	914	28.4%	*130.4	1,890	58.8%	93.5	1,966	61.2%	*115.5	740	23.0%	*135.6

内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因				
検査項目	LDLコレステロール			
基準値	120以上			
受診者数(人)	人数(人)	割合	vs 全国	
男性	2,377	1,021	43.0%	102.9
女性	3,215	1,791	55.7%	104.1

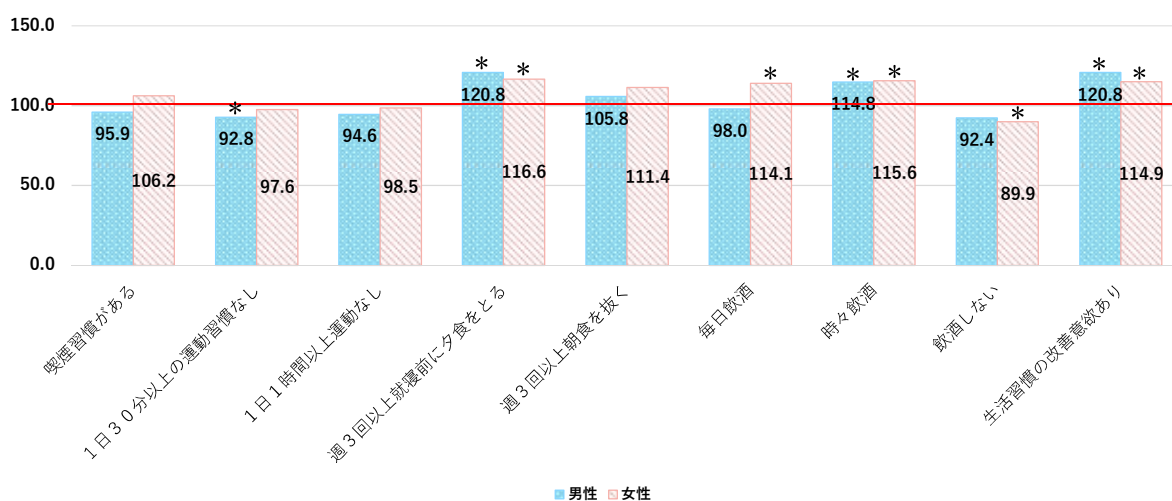
資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式 5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）より計算。
Ver. 1.6（2019.12.2）平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」（研究代表：横山徹爾）

4. 3. 2. 質問票の状況(標準化比)

令和4年度の標準的な質問票の回答状況を男女別に、40歳～64歳と65歳～74歳に区分して全国と比較しました。有意差が認められる項目には*を付記し、表は黄色に塗りつぶしました。

全国を100としたときに、40～64歳では男女ともに「週3回以上就寝前に夕食をとる」、「時々飲酒」、「生活習慣の改善意欲あり」と回答した者が有意に多くなっています。さらに、女性では、「毎日飲酒」も有意に高く、逆に「飲酒しない」が有意に低い結果となり、女性の飲酒頻度が高いことが推測されます。

図表：令和4年度 40歳～64歳 質問票の回答状況(標準化比 vs. 全国)



	男性 (回答総数1,492人)		女性 (回答総数1,529人)	
	新座市 割合	標準化比 (vs全国)	新座市 割合	標準化比 (vs全国)
喫煙習慣がある	29.1%	95.9	11.3%	106.2
1日30分以上の運動習慣なし	60.7%	*92.8	70.3%	97.6
1日1時間以上運動なし	46.7%	94.6	48.3%	98.5
週3回以上就寝前に夕食をとる	35.0%	*120.8	18.0%	*116.6
週3回以上朝食を抜く	25.4%	105.8	17.5%	111.4
毎日飲酒	34.2%	98.0	17.3%	*114.1
時々飲酒	29.1%	*114.8	29.0%	*115.6
飲酒しない	36.7%	92.4	53.6%	*89.9
生活習慣の改善意欲あり	38.0%	*120.8	39.0%	*114.9

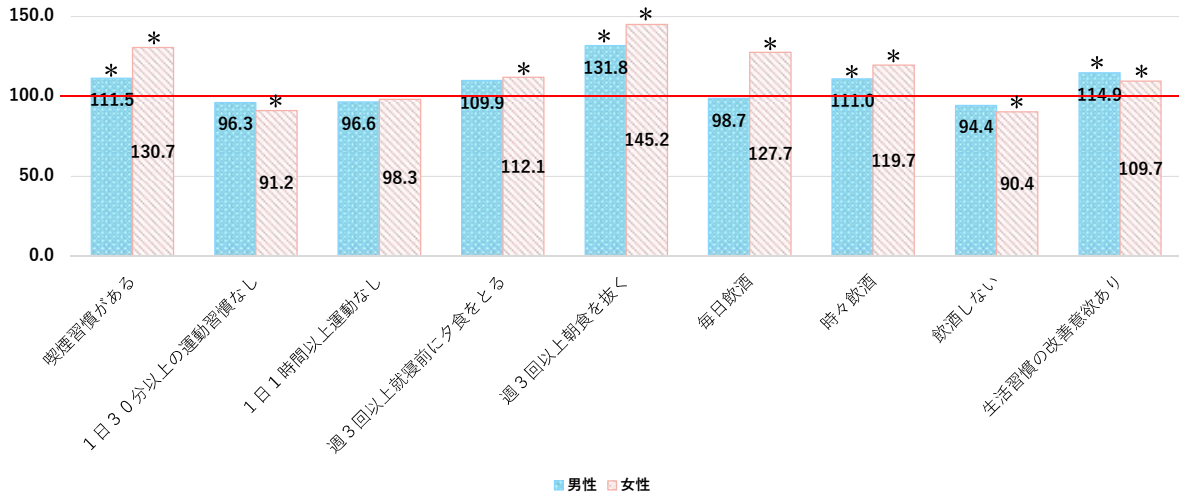
資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）より計算。

Ver. 1.6 (2019.12.2) 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」（研究代表：横山徹爾）

65歳～74歳では、40歳～64歳と同様に、男女ともに「時々飲酒」、「生活習慣の改善意欲あり」と回答した者が全国よりも有意に多くなっています。加えて、「喫煙習慣がある」、「週3回以上朝食を抜く」と回答した者も有意に多くなっています。

また、女性では、40歳～64歳と同様に、「毎日飲酒」も有意に高く、逆に「飲酒しない」が有意に低い結果となり、年齢が高くなっても女性の飲酒頻度が高いことが伺えます。

図表：令和4年度 65歳～74歳 質問票の回答状況(標準化比 vs. 全国)



	男性 (回答総数2,377人)		女性 (回答総数3,215人)	
	新座市 割合	標準化比 (vs全国)	新座市 割合	標準化比 (vs全国)
喫煙習慣がある	20.9%	*111.5	5.0%	*130.7
1日30分以上の運動習慣なし	50.8%	96.3	51.8%	*91.2
1日1時間以上運動なし	45.9%	96.6	45.1%	98.3
週3回以上就寝前に夕食をとる	18.3%	109.9	9.7%	*112.1
週3回以上朝食を抜く	9.7%	*131.8	6.5%	*145.2
毎日飲酒	43.9%	98.7	12.8%	*127.7
時々飲酒	24.4%	*111.0	24.0%	*119.7
飲酒しない	31.7%	94.4	63.1%	*90.4
生活習慣の改善意欲あり	27.7%	*114.9	29.5%	*109.7

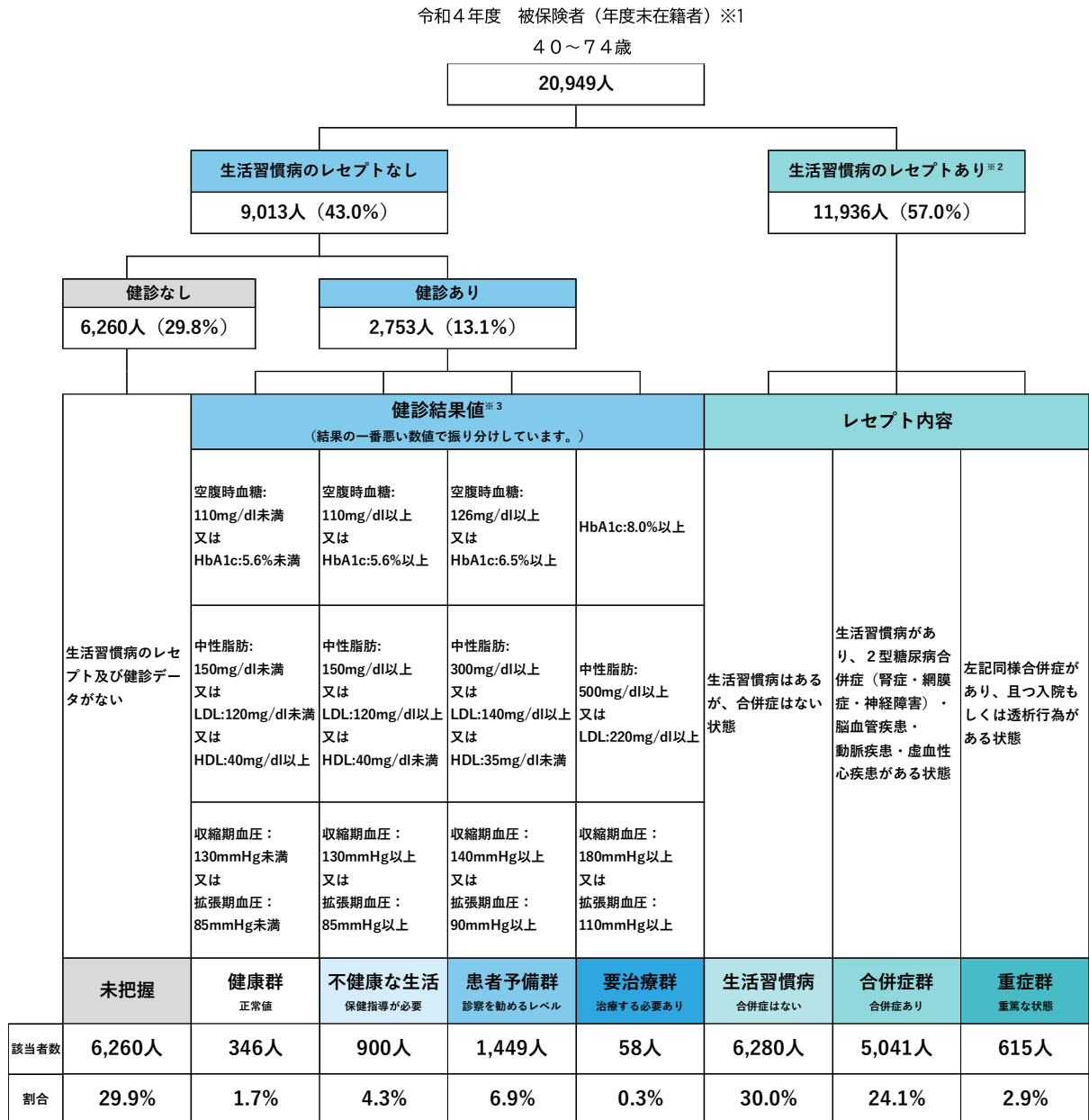
資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）より計算。
Ver. 1.6 (2019.12.2) 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」（研究代表：横山徹爾）

4. 4. 被保険者の健康状態の把握

4. 4. 1. 健康状態フローチャートからみる健康課題

市国民健康保険 20,949 人（40～74歳）の健康状態とその把握状況をフローチャートに示します。

図表：令和4年度 被保険者（40～74歳）の健康度階層別人数



※1 年度末在籍者：令和5年3月31日時点の被保険者。

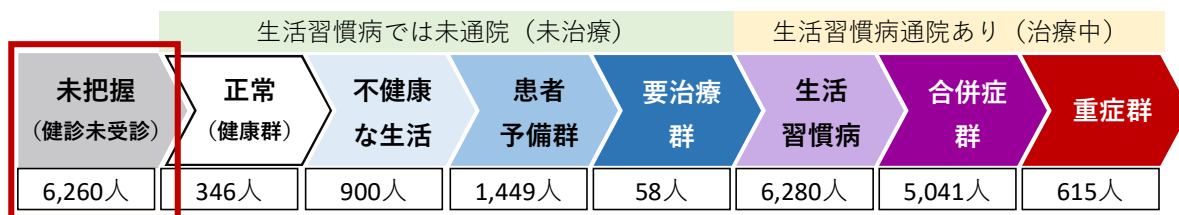
※2 レセプトあり：下記傷病又は診療行為が期間中に確認できる場合（健診受診の有無は問わない）

2型糖尿病・高血圧症・脂質異常症・2型糖尿病合併症（腎症・網膜症・神経障害）脳血管疾患・動脈疾患・虚血性心疾患

※3 健診結果値：「健康群」と「不健康な生活」の振り分けはメタボリックシンドロームの診断基準を参考にしています。

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、令和4年度特定健診結果データ

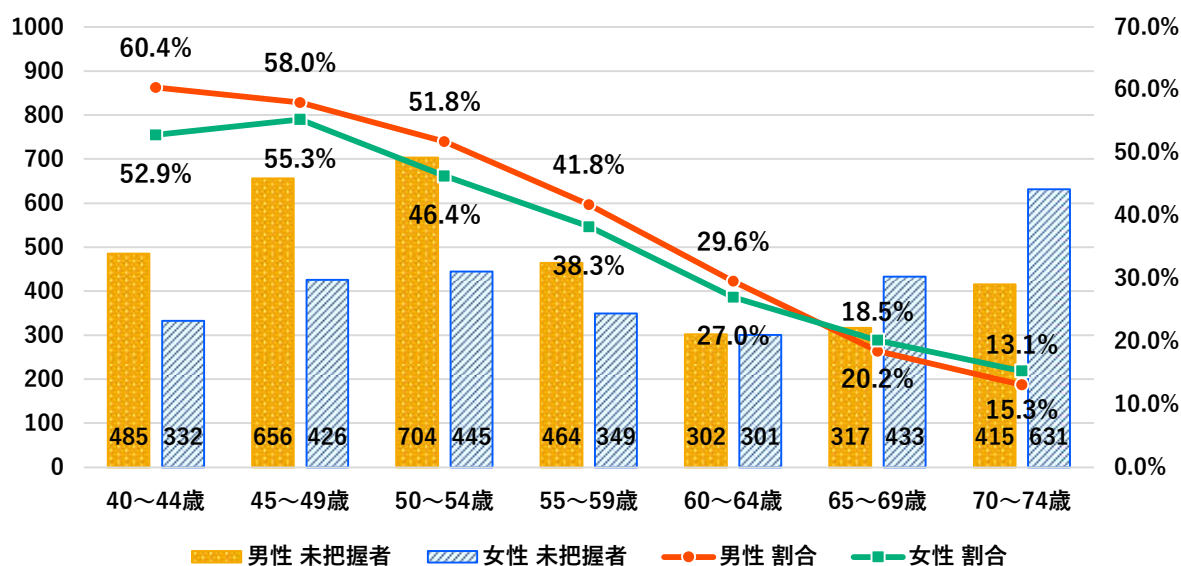
4. 4. 2. 未把握群（健診未受診）



特定健診を受診しておらず、健康状態が未把握となっている群は、健診対象者の中では生活習慣病群に次いで2番目に多く、6,260人となっています。

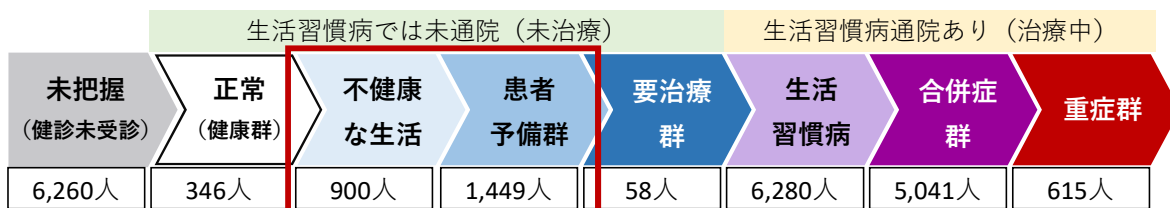
男女別・年齢階級別の人数では、男性では50～54歳が、女性では70～74歳が最も人数が多くなっていますが、健診対象者を母数とした割合でみると、40代、50代の若年層ほど未把握の割合が高く、特に40代男性では約60%が未把握となっています。

図表：未把握群の男女別・年齢階級別人数及び割合

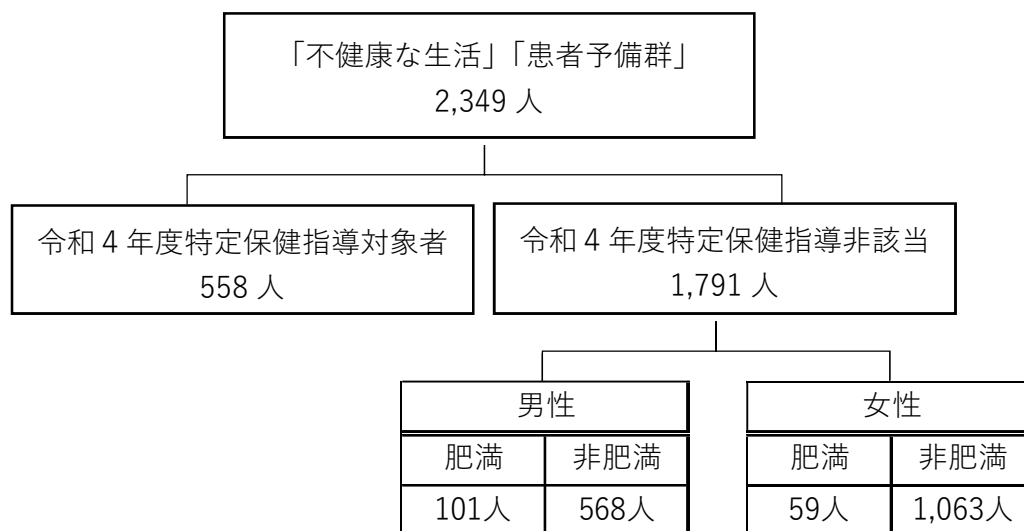


資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、令和4年度特定健診結果データ

4. 4. 3. 不健康な生活・患者予備群

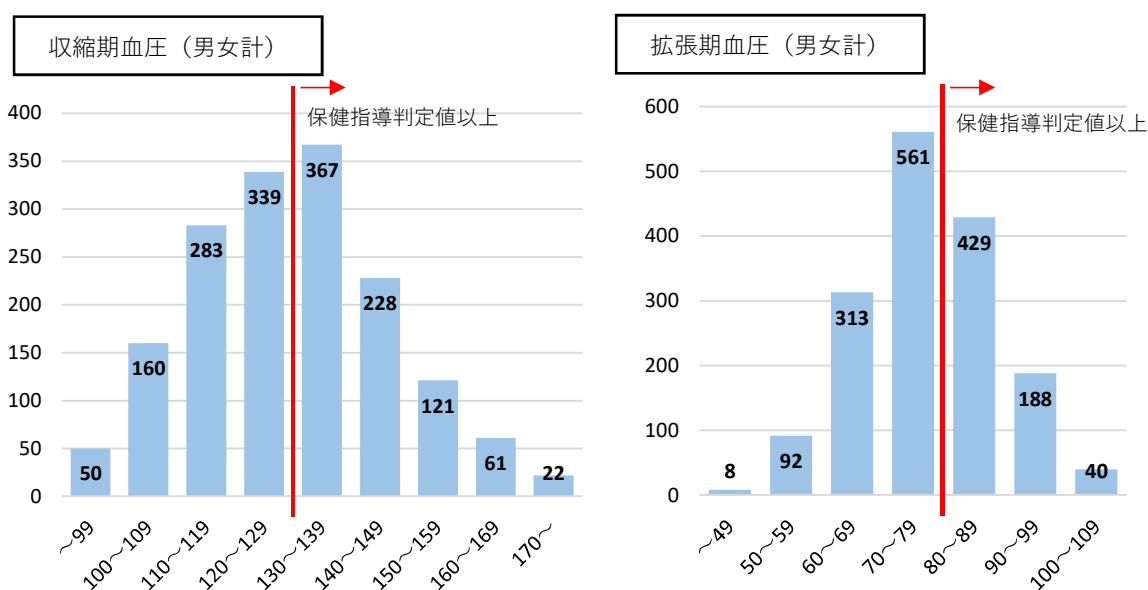


健康状態が「不健康な生活」及び「患者予備群」に該当する者2,349人のうち、特定保健指導対象者は558人でした。その他の1,791人のうち、肥満が160人、非肥満が1,631人で、肥満でなくても健診結果が基準値以上となっている者が多くいることが分かりました。



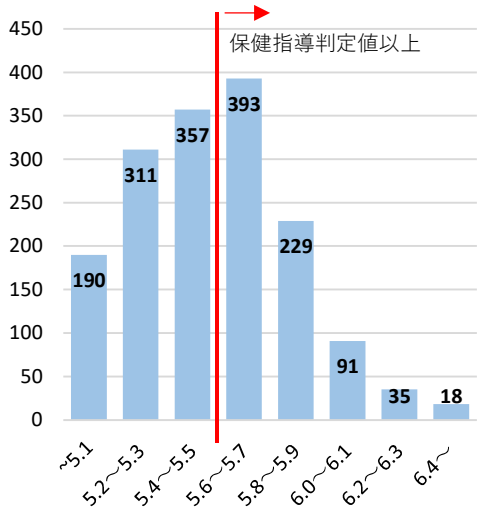
さらに、非肥満者1,631人の血圧、HbA1c、中性脂肪の健診結果の値をみると、人数のピークは、おおむね保健指導判定値よりも低い値にありますが、基準値を大きく超えている者も各項目で一定数いることが分かります。

図表：非肥満者の特定健診結果分布

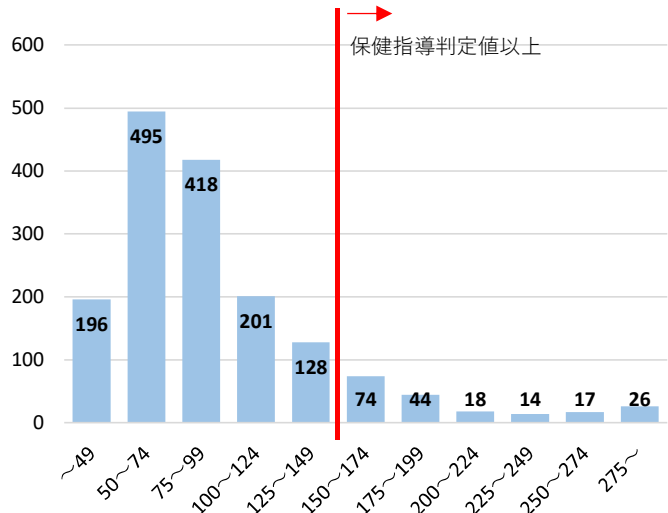


資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、令和4年度特定健診結果データ

H b A 1 c (男女計)

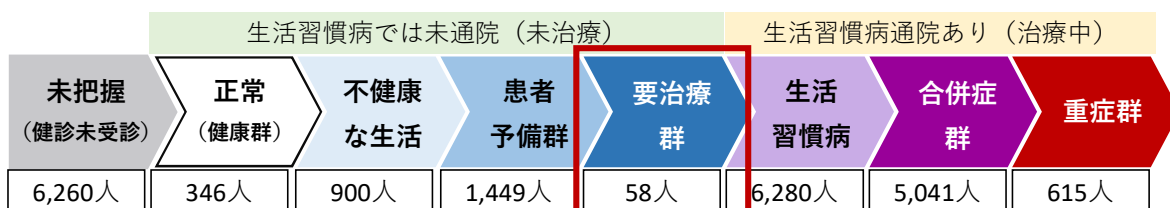


中性脂肪 (男女計)



資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、令和4年度特定健診結果データ

4. 4. 4. 要治療群



特定健診の結果、すぐに医療機関を受診しなくてはならないような数値であるにもかかわらず、放置している者が58人いました。人数は多くありませんが、治療放置期間が長くなるほど重症化する可能性が高くなるため、早期に医療機関を受診し、適切な治療を受ける必要があります。そのため、要治療者に対しては、重症化する前に治療を開始できるよう、医療機関への受診の働きかけをする必要があります。

要治療者の男女別・年齢階級別の内訳は下記のとおりでした。また、リスク別の内訳では、血圧が最も多く、収縮期血圧及び拡張期血圧ともに該当している者は11人いました。一方で、血圧と脂質、血圧と血糖のような2つ以上のリスクが重複している者はいませんでした。

図表：要治療者の男女別・年齢階級別人数

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
男性	3人	5人	5人	4人	7人	2人	7人	33人
女性	1人	0人	3人	3人	2人	5人	11人	25人

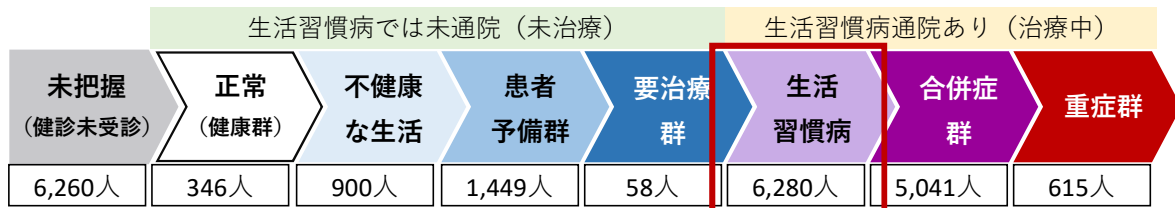
資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、令和4年度特定健診結果データ

図表：要治療者のリスク別人数

項目	基準値	男性	女性	合計
血圧	①収縮期血圧180mmHg以上	11人	11人	22人
	②拡張期血圧110mmHg以上	18人	10人	28人
	①かつ②	6人	5人	11人
脂質	①中性脂肪500mg/dl以上	4人	0人	4人
	②LDLコレステロール220mg/dl以上	4人	8人	12人
	①かつ②	0人	0人	0人
血糖	HbA1c8.0%以上	2人	1人	3人

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、令和4年度特定健診結果データ

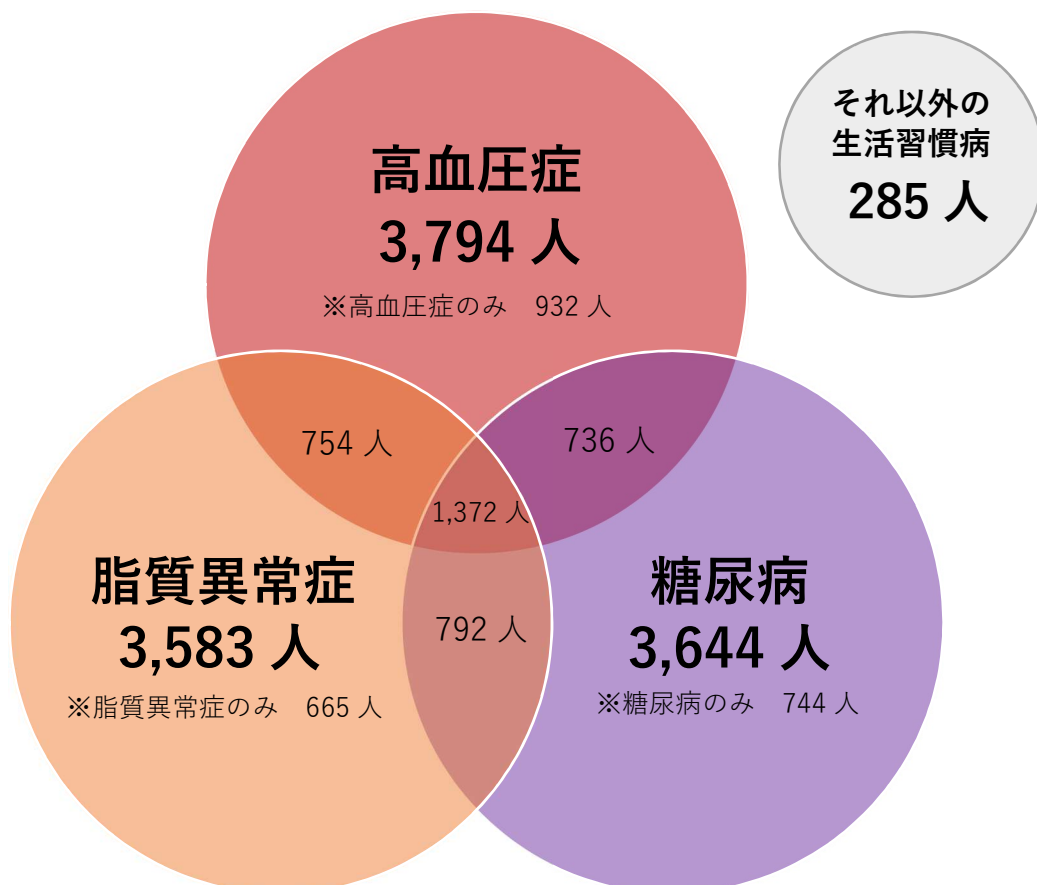
4. 4. 5. 生活習慣病



健康状態が「生活習慣病」の6,280人の保持疾患の内訳をみると、最も多いのは高血圧症で、糖尿病、脂質異常症と続きます。また、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の3疾患のみをみると、このうちの2疾患以上を保持している者は61.0%で、1疾患のみを保持している者の39.0%よりも多いことが分かりました。

生活習慣病は一つ一つの疾患が軽度でも、2つ以上重なることでリスクが何倍にも増え、動脈硬化が進行し、脳血管疾患や心疾患へと進展しやすくなります。既に医療につながっている被保険者には、症状が無いからと言って治療中断せずに、適切な治療を継続するよう促していく必要があります。

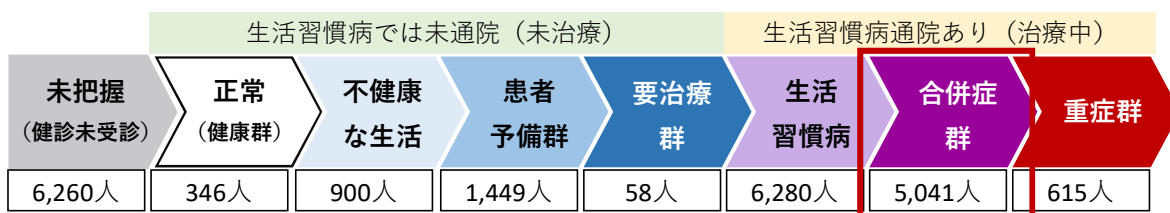
図表：生活習慣病の保持疾患の内訳



いずれか1疾患 39.0%	いずれか2疾患 38.1%	3疾患全て 21.9%
------------------	------------------	----------------

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科）、KDBシステム「疾病管理一覧」

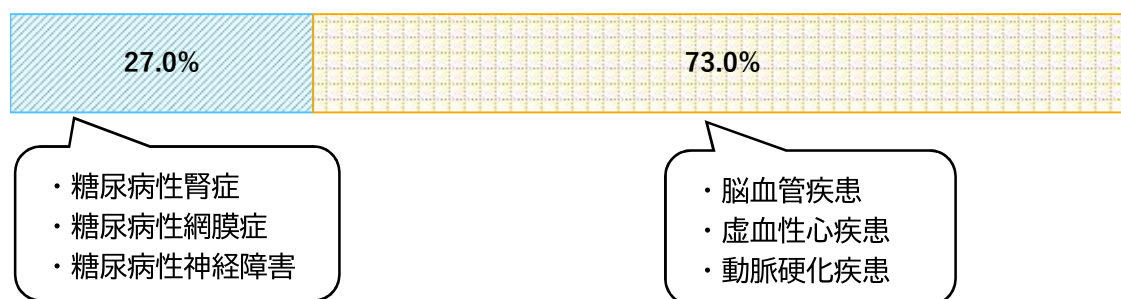
4. 4. 6. 合併症群



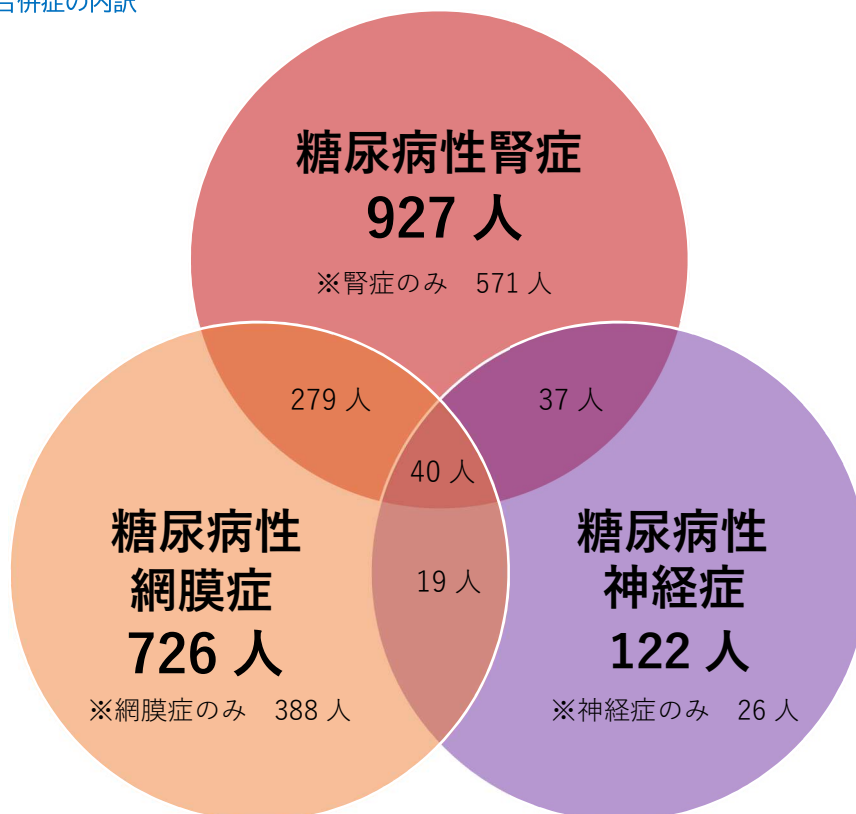
健康状態が「合併症群」の5,041人の合併症の内訳をみると、糖尿病性の合併症が27.0%、それ以外の脳血管疾患、虚血性心疾患、動脈硬化疾患が73.0%でした。

糖尿病性の合併症の内訳をみると、最も多いのは糖尿病性腎症で、次いで糖尿病性網膜症、糖尿病性神経症という結果でした。

図表：合併症群の内訳



図表：糖尿病性合併症の内訳



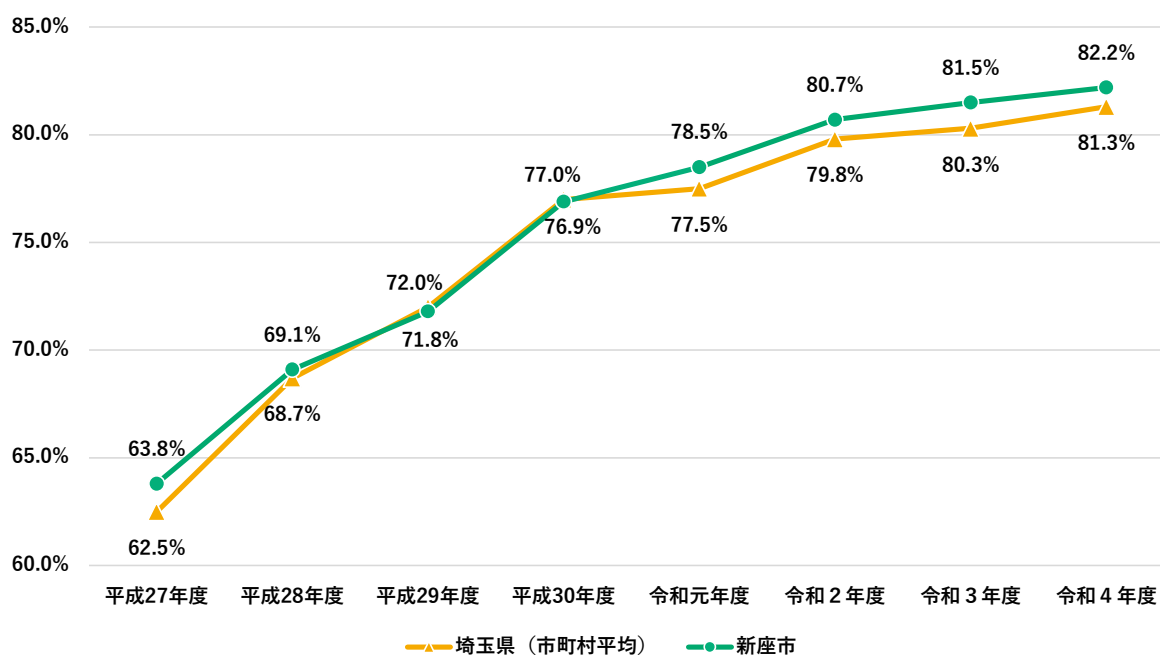
第5章 その他の保健事業

5. 1. 医療費適正化事業

5. 1. 1. ジェネリック医薬品（後発医薬品）シェア率

ジェネリック医薬品シェア率は、年々上昇しており、厚生労働省及び県が目標として掲げる80%に到達しています。国のシェア率は、令和5年3月時点で80.9%となっており、これも上回っている状況です。

図表：ジェネリック医薬品シェア率の推移



資料：埼玉県国民健康保険団体連合会

5. 1. 2. 重複受診の状況

令和4年度における重複受診の状況を下記に示しました。

3か月連続で重複受診している人数が最も多い疾病は「睡眠障害」で、受診者全体の0.2%にあたる11人が重複受診となっています。その他の疾病も含めて、延べ66人が3か月連続で重複受診となっています。

1か月でみた場合には、重複受診の患者数が最も多い疾患は「本態性（原発性<一次性>）高血圧（症）」で51人です。次いで多いのは、「胃炎及び十二指腸炎」、「睡眠障害」の順になっています。1か月でみた場合の重複受診の割合が最も多い疾患は、「睡眠障害」で0.8%、次いで「その他の腸の機能障害」となっています。

重複受診

医科外来で、同一疾病コード（ICD10コード3桁の一致）のレセプトが3医療機関以上かつ3か月連続で発生していることを指す。

図表：重複受診の状況

順位	中分類名 (ICD10)	疾病全体 人数	重複受診		重複受診（1か月のみ）	
			人数	割合	人数	割合
1	睡眠障害	4,736	11	0.2%	39	0.8%
2	胃炎及び十二指腸炎	7,286	8	0.1%	46	0.6%
3	本態性（原発性<一次性>）高血圧（症）	9,799	5	0.1%	51	0.5%
4	その他の腸の機能障害	4,453	3	0.1%	30	0.7%
5	血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	9,079	2	0.0%	35	0.4%
6	リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	8,648	2	0.0%	25	0.3%
7	膝関節症 [膝の関節症]	2,148	2	0.1%	12	0.6%
8	骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴わないもの	2,583	2	0.1%	11	0.4%
9	うつ病エピソード	1,879	2	0.1%	7	0.4%
10	その他の多発（性）ニューロパチ<シ>ー	2,460	2	0.1%	6	0.2%
11位以降		240,224	27	0.0%	445	0.2%
合計(延べ人数)		293,295	66	0.0%	707	0.2%

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

※1年間の中で1度でも3か月連続、または1か月のみ該当となった場合を抽出。

5. 1. 3. 頻回受診の状況

令和4年度における頻回受診の状況を下記に示しました。

3か月連続で頻回受診している人数が最も多い疾病は「脊椎症」、「膝関節症」、「睡眠障害」でそれぞれ7人が頻回受診となっています。その他の疾病も含めて、延べ171人が3か月連続で頻回受診となっています。

1か月でみた場合には、頻回受診の患者数が最も多い疾患は、「胃炎及び十二指腸炎」の27人で、次いで「脊椎症」になっています。1か月でみた場合の頻回受診割合が最も多いのは、「部位不明の損傷」で1.1%です。次いで多いのは「その他の脊椎障害」となっています。

頻回受診

医科外来で、同一月に、1医療機関以上で15日以上受診が3か月連続で発生していることを指す。※人工透析、リハビリを除く。

図表：頻回受診の状況

(人)

順位	中分類名 (ICD10)	疾病全体 人数	頻回受診		頻回受診（1か月のみ）	
			人数	割合	人数	割合
1	脊椎症	2,739	7	0.3%	23	0.8%
2	膝関節症 [膝の関節症]	2,136	7	0.3%	18	0.8%
3	睡眠障害	4,702	7	0.1%	16	0.3%
4	胃炎及び十二指腸炎	7,247	6	0.1%	27	0.4%
5	その他の脊椎障害	1,389	6	0.4%	12	0.9%
6	骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>, 病的骨折を伴わないもの	2,509	5	0.2%	18	0.7%
7	その他の腸の機能障害	4,389	5	0.1%	16	0.4%
8	本態性（原発性<一次性>）高血圧（症）	9,708	5	0.1%	10	0.1%
9	部位不明の損傷	1,668	4	0.2%	18	1.1%
10	背部痛	4,410	4	0.1%	17	0.4%
11位以降		249,316	115	0.0%	470	0.2%
合計(延べ人数)		290,213	171	0.1%	645	0.2%

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

※1年間の中で1度でも3か月連続、または1か月のみ該当となった場合を抽出。

5. 1. 4. 重複服薬の状況

令和4年度における重複服薬の状況を下記に示しました。

3か月連続で重複服薬している人数が最も多い薬剤は「催眠鎮静剤、抗不安剤」で18人、次いで「精神神経用剤」が13人となっています。その他の薬剤も含めて、延べ51人が3か月連続で重複服薬となっています。

1か月でみた場合には、重複服薬の患者数が最も多い薬剤は、「解熱鎮痛消炎剤」で225人です。次いで多いのは、「去痰剤」、「消化性潰瘍用剤」となっています。1か月でみた場合の重複割合が最も多い薬剤は、「去痰剤」で12.0%です。次いで多いのは、「止血剤」、「解熱鎮痛消炎剤」の順になっています。

重複服薬

医科外来において院内・院外で処方された内服薬について、同一月に同一成分の医薬品（※）が、2医療機関以上で処方され、3か月連続で処方されていることを指す。

※ ひと月当たり成分ごとの合計処方日数が14日以上 of 医薬品のみを集計対象とする。

※ 「生薬製剤」、「治療を目的としない医薬品」、「麻薬」を除く。

図表：重複服薬の状況

(人)

順位	薬効分類		長期服薬 者数	重複服薬		重複服薬（1か月のみ）	
	コード	名称		人数	割合	人数	割合
1	112	催眠鎮静剤、抗不安剤	3,038	18	0.6%	123	4.0%
2	117	精神神経用剤	2,831	13	0.5%	83	2.9%
3	223	去痰剤	1,711	4	0.2%	205	12.0%
4	232	消化性潰瘍用剤	7,484	4	0.1%	204	2.7%
5	114	解熱鎮痛消炎剤	4,086	2	0.0%	225	5.5%
6	332	止血剤	594	2	0.3%	54	9.1%
7	119	その他の中枢神経系用薬	1,914	1	0.1%	57	3.0%
8	231	止瀉剤、整腸剤	1,684	1	0.1%	44	2.6%
9	234	制酸剤	1,829	1	0.1%	42	2.3%
10	218	高脂血症用剤	6,346	1	0.0%	33	0.5%
11位以降			49,061	4	0.0%	727	1.5%
合計(延べ人数)			80,578	51	0.1%	1,797	2.2%

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ（医科、調剤）※主病を集計

※1年間の中で1度でも3か月連続、または1か月のみ該当となった場合を抽出。

5. 1. 5. 多剤服薬の状況

令和4年度における多剤服薬の状況を下記に示しました。

6剤以上の服薬者数は5,017人で全体の23.3%です。多剤服薬は40代以降増えていき、最も多いのは70歳以上となっています。3か月連続での多剤服薬者数は、延べ12,037人です。

3か連続での多剤服薬者数が最も多い薬剤は「消化性潰瘍用剤」の1,050人で、1か月でみた場合にも3,251人で最も多くなっています。3か月連続の人数では、次いで「血圧降下剤」、「高脂血症用剤」が多くなっています。3か月連続での多剤服薬者の割合が最も多いのは「催眠鎮静剤、抗不安剤」で、次いで「精神神経用剤」となっています。

1か月でみた場合に多剤割合が最も多いのは「その他の血液・体液用薬」で63.2%です。

多剤服薬

医科外来において院内・院外で処方された内服薬について、同一月に6種類以上の医薬品(※)が3か月連続で処方されていることを指す。

※ ひと月当たり成分ごとの合計処方日数が14日以上 of 医薬品のみを集計対象とする。

※ 「生薬製剤」、「治療を目的としない医薬品」、「麻薬」を除く。

図表：年齢階級別多剤服薬の状況

(人)

薬剤種数	長期服薬者数				
	40歳未満	40-59歳	60-69歳	70歳以上	全体
1~5	3,569	3,859	3,684	5,367	16,479
6~8	194	700	829	1,593	3,316
9~14	54	336	426	723	1,539
15以上	7	48	42	65	162
合計	3,824	4,943	4,981	7,748	21,496

図表：薬効別多剤服薬の状況

(人)

順位	薬効分類		長期服薬者数	多剤服薬		多剤服薬(1か月のみ)	
	コード	名称		人数	割合	人数	割合
1	232	消化性潰瘍用剤	7,484	1,050	14.0%	3,251	43.4%
2	214	血圧降下剤	6,284	915	14.6%	2,661	42.3%
3	218	高脂血症用剤	6,346	905	14.3%	2,665	42.0%
4	112	催眠鎮静剤、抗不安剤	3,038	749	24.7%	1,538	50.6%
5	217	血管拡張剤	5,443	746	13.7%	2,221	40.8%
6	117	精神神経用剤	2,831	688	24.3%	1,374	48.5%
7	396	糖尿病用剤	2,917	618	21.2%	1,616	55.4%
8	339	その他の血液・体液用薬	2,185	439	20.1%	1,382	63.2%
9	449	その他のアレルギー用薬	7,604	406	5.3%	1,687	22.2%
10	119	その他の中枢神経系用薬	1,914	379	19.8%	993	51.9%
11位以降			34,532	5,142	14.9%	15,888	46.0%
合計(延べ人数)			80,578	12,037	14.9%	35,276	43.8%

資料：令和4年4月～令和5年3月診療分 レセプトデータ(医科、調剤) ※主病を集計

※1年間の中で1度でも3か月連続、または1か月のみ該当となった場合を抽出。

第6章 健康課題と目標設定

6. 1. 新座市国民健康保険の健康課題

6. 1. 1. 分析結果からみえる問題点と健康課題

医療費及び特定健診等データ分析の結果に基づく健康課題について、下記の通り整理しました。より詳細な現状分析は巻末資料「KDB等の分析に基づく新座市の生活習慣病対策のための現状分析と課題設定」に掲載します。

【医療費】

問題点と課題	該当ページ
総医療費は被保険者数の減少に伴い減少傾向にあるものの、1人当たり医療費は被保険者の高齢化や医療の高度化などの影響により増加傾向にある。 ⇒医療費抑制のための対策が必要	p. 24、25
疾病別医療費では、「循環器系の疾患（例：高血圧症）」、「新生物（がん）」、「内分泌、栄養及び代謝疾患（例：糖尿病、脂質異常症）」、「腎尿路生殖器系の疾患（例：慢性腎不全）」のいわゆる生活習慣病の疾患で49.4%を占めている。 ⇒生活習慣病への対策が必要	p. 26
疾病大分類別では「循環器系の疾患」が、生活習慣病では「高血圧性疾患」が、医療費も患者数も多くなっている。 ⇒高血圧性疾患への対策が必要	p. 27、28
生活習慣病及び重症化疾患の入院・入院外の標準化医療費をみると、男女ともに入院医療費は県より高めだが、入院外医療費は県より低いと同程度となっている。 ⇒重症化する前に適切に医療につながるよう対策が必要	p. 29、30
生活習慣病医療費では、高血圧性疾患及び糖尿病の医療費が総医療費も一人当たり医療費も高くなっている。 ⇒高血圧性疾患及び糖尿病への対策が必要	p. 32、35

【特定健診・特定保健指導】

問題点と課題	該当ページ
特定健診の結果、男女ともに収縮期血圧及び拡張期血圧が基準値以上の者の割合が全国と比較して高い。 ⇒高血圧症への対策が必要	p. 55、56
質問票で「喫煙習慣がある」と回答した者の割合が全国と比較して多い。 ⇒禁煙への対策が必要	p. 57、58
質問票で、「毎日飲酒」「時々飲酒」の割合が高く、「飲酒しない」の割合が低い ため、飲酒習慣がある者が多いことが伺える。 ⇒飲酒習慣への対策が必要	p. 57、58
特定健診未受診で、さらに生活習慣病のレセプトがない者（健康状態未把握者）が約30%を占めている。 ⇒健康状態未把握者を減少させるため、より一層受診率向上対策が必要	p. 59、60

6. 1. 2. 第3期計画の目標

前頁で確認された健康課題に基づき、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定めます。令和6年度から令和11年度までの計画期間中、PDC Aサイクルに沿って効果的かつ効率的な保健事業を実施します。

【計画全体における目的】

健康・医療・介護の情報を活用し、PDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を展開し、被保険者の健康増進を図ることで健康寿命の延伸及び医療費適正化を目指す。

★ すべての都道府県で設定する指標

☆ 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標（埼玉県版）

1. 目的：健康寿命の延伸

目標：健康寿命を延伸させる

指標	現状値	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
65歳健康寿命	男性17.96年 女性21.04年	延伸	延伸	延伸	延伸	延伸	延伸
関連する個別事業	・全個別保健事業						

2. 目的：特定健康診査受診率を向上させ、生活習慣病の早期発見を促す

目標：特定健診受診率を60%にする

指標	現状値	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★	42.1% (R4)	47%	50%	52%	55%	57%	60%
関連する個別事業	・特定健康診査（人間ドック検診含む） ・総合健診（結果説明会含む） ・特定健診未受診者受診勧奨事業						

3. 目的：特定保健指導の終了率を向上させ、生活習慣の改善を促す

目標①：特定保健指導終了率を60%にする

指標	現状値	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
特定保健指導終了率★	23.0% (R4)	30%	36%	42%	48%	54%	60%

目標②：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を増やす

指標	現状値	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
特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率★☆	20.8% (R4)	増加	増加	増加	増加	増加	増加

関連する個別事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導 ・ 特定保健指導利用率向上対策事業 						
----------	---	--	--	--	--	--	--

4. 目的：血圧コントロール良好者を増やす

目標①：保健指導判定値以上の者の割合を減らす

指標	現状値	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
保健指導判定値以上の者の割合☆	57.8% (R4)	減少	減少	減少	減少	減少	53%

目標②：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を増やす

指標	現状値	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
特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率★☆	20.8% (R4)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
関連する個別事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要治療者受診勧奨事業 ・ 特定保健指導利用率向上対策事業 						

5. 目的：糖尿病の適正受診、重症化予防を促す

目標①：血糖コントロール不良者の割合を減少させる

指標	現状値	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
HbA1c8.0%以上の者の割合★	1.2% (R4)	減少	減少	減少	減少	減少	減少

目標②：糖尿病の治療者や治療中断者を減らす

指標	現状値	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
HbA1c6.5%以上かつ 糖尿病レセプトなしの者の割合☆	14.8% (R4)	減少	減少	減少	減少	減少	減少

目標③：高血糖の割合を減らす

指標	現状値	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
HbA1c6.5%以上の者の割合☆	9.4% (R4)	減少	減少	減少	減少	減少	減少
関連する個別事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病性腎症重症化予防対策事業 ・ 要治療者受診勧奨事業 						

第7章 個別保健事業実施計画

前頁の目的を達成するため、次の個別保健事業を実施します。

なお、保健事業実施計画に掲載しないその他の保健事業についても継続して実施します。

●個別保健事業一覧

	保健事業名
1	個別特定健診（人間ドック検診含む）
2	総合健診（健診結果説明会含む）
3	特定健診未受診者受診勧奨事業
4	特定保健指導
5	特定保健指導利用率向上対策事業
6	健診・検査結果提供事業及び健康診査補助金交付事業
7	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
8	要治療者受診勧奨事業
9	重複・頻回受診者等訪問事業
10	ジェネリック医薬品推進事業
11	地域包括ケア及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

1	個別特定健診（人間ドック検診含む）	事業開始年度 （特定健診）	平成20年度					
		事業開始年度 （人間ドック検診）	昭和60年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 ・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、様々な取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・各関係機関との連携や、通知物の表記の修正は毎年実施しているが、受診率はいずれの年も目標に達していない。 ・受診までの過程を分かりやすく示すことで、健診に対する心理的ハードルを下げる。 ・がん検診との同時受診により、人間ドック検診（自己負担1万円、要事前申請）とほぼ同等の充実した内容の健診が無料で受診できることも案内することで、受診方法の選択肢が複数あることを周知する。 ・人間ドック検診は40歳未満も受診できることを周知することで、40歳を迎える前から健康意識を高めてもらえるよう働きかける。 							
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診により自身の健康状態・生活習慣を理解する被保険者を増やす。 ・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 							
具体的内容	個別特定健診 【実施時期】 ・7月から12月まで 【実施機関】 ・朝霞地区医師会 実施医療機関（およそ90医療機関） 【実施項目】 問診（既往歴、自覚症状）、医師による診察、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定、尿検査（尿蛋白、尿糖、尿潜血）、血液検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c、クレアチニン、尿酸、e-GFR、AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット値、血小板数）、心電図検査、眼底検査（医師の判断に基づき実施） 【受診者負担額】 ・0円 【受診券送付時期】 ・6月下旬	人間ドック検診 【実施時期】 ・7月から12月まで 【実施機関】 ・朝霞地区医師会 実施医療機関（およそ50医療機関） 【実施項目】 ・特定健診の項目に下記項目を追加 視力、脈拍、尿検査（ウロビリノーゲン）、血液検査（総コレステロール、ALP、総蛋白、蛋白分画、LDH、アミラーゼ、CPK、BUN）、胸部X線、上部消化管X線検査又は内視鏡検査、便潜血検査 【受診者負担額】 ・10,000円 【受診券送付時期】 ・6月下旬						
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	特定健診受診率	42.1%	47.0%	50.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への周知は十分か。 ・対象者にもれなく受診券を発送できたか。 ・健診実施期間を十分確保できたか。 ・がん検診との同時実施の機会を設けられたか。 ・健診後の情報提供は十分か。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・特定健診実施体制の整備はできたか。 ・朝霞地区医師会、医療機関、近隣3市、庁内関係部署等との連携はできたか。 ・分かりやすい通知方法を検討できたか。 					

2	総合健診（健診結果説明会含む）	事業開始年度	平成21年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> 急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、様々な取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> がん検診との同時実施が半日で可能な点や、土日開催である点の周知を強化していく。 保健センターのがんのみ集団検診との違いを周知し、特定健診も受診できるつもりで集団検診を申し込んでいる国保加入者を総合健診へ誘導する。 予約を電話予約だけでなく、web予約の導入も検討する。 総合健診受診者の結果通知が郵送であり、健診結果について説明を受ける機会がないため、健診結果説明会については、引き続き実施する。 							
目的	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診により自身の健康状態・生活習慣を理解する被保険者を増やす。 生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 土日の実施及びがん検診との同時実施により平日働いている若年層の受診率向上を図る。 結果説明と同時に受診者の今後の健康維持・増進のための行動変容につながる情報提供を行う。 							
具体的内容	総合健診 【実施時期】 ・9月から12月まで（土、日曜開催） 【実施機関】 ・業務委託事業者 【実施場所】 ・市民会館、市役所、保健センター、委託先医療機関 【実施項目】 一般：特定健診+がん検診（胃・肺・大腸） 女性：特定健診+がん検診（胃・肺・大腸・乳・子宮） 【受診者負担額】 ・0円 【受診券送付時期】 ・6月下旬	健診結果説明会 【実施時期】 ・総合健診受診者の参加しやすい時期 【実施機関】 ・業務委託事業者 【実施場所】 ・総合健診の会場になった場所 【体制】 ・専門職による個別相談 【受診者負担額】 ・0円						
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	定員に対する総合健診受診率	95.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	総合健診受診者の結果説明会参加率	2.6%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> 開催の周知は十分だったか。 健診実施期間を十分に確保できたか。 実施場所は受診者が参加しやすい場所だったか。 実施回数は十分だったか。 健診の予約は取りやすいか。 		ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> 予算の確保はできたか。 実施体制の整備はできたか。 健診会場の確保はできたか。 庁内関係部署と連携できたか。 委託事業者の確保はできたか。 			

3	特定健診未受診者受診勧奨事業	事業開始年度	平成21年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 ・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、様々な取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者受診勧奨を実施する事業者が少なく、勧奨方法や通知物に目新しさが乏しい。 ・新たな受診勧奨資材や勧奨方法を提案可能な他事業者を開拓する必要がある。 							
目的	特定健診未受診者に対して受診勧奨を実施することで、受診者を増やす。							
具体的内容	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当年度4月1日時点の被保険者のうち、未受診者（当年度受診歴が未把握の者） <p>【実施機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託事業者 <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者ごとに勧奨効果のある時期を検討しSMS配信及び文書通知による勧奨を実施する。 <p>【受診勧奨】</p> <p>文書通知：未受診者に対して年代・前年度以前の健診受診状況等から未受診者を分類し、その特性に応じた文言及びデザインによる受診勧奨を行う。</p> <p>SMS通知：携帯電話番号を保有する未受診者へメッセージ及び健診特設ページのURLを送付し受診勧奨を行う。</p> <p>【受診再勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該時点での未受診者に対して当該年度最後の案内として受診勧奨を行う。 <p>【分析】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診結果情報から事業の実施効果等を分析する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	受診勧奨により特定健診を受診した者の割合	18.4%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・実施時期、回数は適切か。 ・勧奨資材（ハガキの種類、サイズ等）は適切か。 ・勧奨通知について周知できたか。 ・より効果のある対象者を抽出できたか。 ・勧奨効果を分析したか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区医師会、委託事業者、庁内関係部署（長寿はつらつ課、保健センター）との連携はできたか。 ・予算の確保はできたか。 					

4	特定保健指導	事業開始年度	平成20年度					
背景	<p>・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。</p> <p>・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、さまざまな取組を行ってきた。しかし、利用率は23.0%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の明らかな低下も認められていない。</p>							
前期計画からの考察	<p>・令和5年度からはこれまでの委託範囲に加え、動機付け支援の若年層についても委託により実施することとなり、また、令和6年度からのアウトカム重視の新プログラム実施もあるため、委託事業者との連携が重要である。事業開始前に擦り合わせるべき確認事項等のリストを作成する。</p> <p>・国保年金課で実施する動機付け支援については、60代、70代の数値改善が難しい対象者であるため、より丁寧な指導が実施できるよう、従事者への研修を行う。</p> <p>・参加のハードルが下がり、メリットが感じられるような案内通知を作成するなどして、利用者数の増加を目指す。</p>							
目的	<p>対象となった被保険者に対し特定保健指導を実施することで、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させ、生活習慣病の発症予防を図ることを目的とする。</p>							
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>・健診の結果、生活習慣の改善に努める必要がある対象者に対して、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣の改善に自主的に取り組めるように専門職が面接（ICT面接含む）、電話、手紙による継続的な支援（積極的支援及び動機付け支援）を行う。</p> <p>【対象】</p> <p>・健診の結果、特定保健指導の対象となった者。</p> <p>【実施時期】</p> <p>・9月から翌年9月まで。</p> <p>9月から翌年4月までの8か月間は初回面接を行い、1月から9月までの9か月間で順次実績評価を行う。</p> <p>【実施機関】</p> <p>・業務委託事業者（積極的支援対象者、動機付け支援対象者の一部）</p> <p>・国保年金課（動機付け支援対象者の一部）</p> <p>【実施場所】</p> <p>・市役所、市民会館、市内公民館・コミュニティセンター</p> <p>・総合健診実施場所（市民会館、委託先医療機関等）</p> <p>・対象者宅</p> <p>【周知方法】</p> <p>・健診結果から抽出された特定保健指導対象者に対し、案内を送付する。（階層化後の特定保健指導）</p> <p>・総合健診時に腹囲・体重、血圧、服薬等の状況から特定保健指導の対象となる者に当日声かけを行う。（総合健診時の分割実施）</p>							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	前年度利用者の健診結果改善率	53.6%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
アウトプット指標	特定保健指導利用率	23.0%	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%
プロセス指標	<p>・対象者全員に周知できたか。</p> <p>・対象者の目に留まる通知を送付できたか。</p> <p>・実施日や実施場所は対象者が参加しやすく設定したか。</p> <p>・対象者に合わせた内容で実施できたか。</p>	ストラクチャー指標		<p>・予算は確保できたか。</p> <p>・従事者、委託事業者と連携できたか。</p> <p>・総合健診委託事業者と連携できたか。</p> <p>・庁内関係部署と連携できたか。</p> <p>・分割実施を行う体制を整えたか。</p> <p>・ICT面接を実施する体制を整えたか。</p>				

5	特定保健指導利用率向上対策事業		事業開始年度	平成20年度				
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 ・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、さまざまな取組を行ってきた。しかし、利用率は23.0%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の明らかな低下も認められていない。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨は、直接本人と話ができ、その場で申込みを受け付けることができることから、ハガキや手紙と比べ勧奨後の利用につながりやすいため、引き続き曜日や時間帯を変えて複数回実施する。また、その際に申込みにつながりやすい電話案内マニュアルを検討し、従事者に周知していく。 ・手紙勧奨は、引き続き、年代別に通知内容を変えるなど、対象者の目を引く内容となるよう工夫をしていく。 							
目的	特定保健指導未利用者に複数手段にて勧奨を実施し、保健指導利用者を増やす。							
具体的内容	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者のうち、利用案内を送付したが特定保健指導の申込みがなかった者及び利用について意思表示がなかった者。 <p>【実施機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託事業者（積極的支援及び動機付け支援の一部） ・国保年金課（動機付け支援の一部） <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・9月から翌年3月まで <p>【勧奨方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話、ハガキ、手紙、訪問。 ・意思表示が確認できるまで最大4回の勧奨を行う。 ・健診結果が受診勧奨基準値以上の対象者には、利用勧奨と同時に医療機関への受診勧奨を実施する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	利用勧奨により利用申込した者の割合	7.8%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
アウトプット指標	利用勧奨の実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨時期は適切だったか。 ・勧奨通知の内容は適切であったか。 ・スケジュールどおりに実施できたか。 ・保健指導の必要性の周知が図れたか。 	ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> ・予算は確保できたか。 ・従事者、委託事業者と連携できたか。 				

6	健診・検査結果提供事業及び健康診査補助金交付事業	事業開始年度 (健診・検査結果提供事業)	平成23年度						
		事業開始年度 (健康診査補助金交付事業)	平成25年度						
背景	<p>・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。</p> <p>・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、さまざまな取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。</p>								
前期計画からの考察	<p>・地区別受診率を比較すると都内近郊の地区の受診率が低く、都内の医療機関で受診している者が多いのではないかとと思われる。実施医療機関以外で健診を受診している者や、職場の健診を受診している者に、当事業について知ってもらえるよう周知方法を工夫する。</p> <p>・電子申請を導入することで、申請しやすい体制を整えられないか検討する。</p>								
目的	<p>・特定健康診査それ自体を受診しなくても、人間ドック等の検査結果等をもって特定健康診査を受診したとみなすことが認められる。これにより、職場の健診や全額自費受診等の健診結果を受領することで受診率の向上を図る。</p> <p>・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。</p>								
具体的内容	健診・検査結果提供事業 【対象】 <ul style="list-style-type: none"> ・職場等の健診を受けた者 ・治療のための保険診療で検査を受けた者 ・特定健診の基本的な項目の該当する検査結果を市に提供できる者 ・市の個別特定健診、人間ドック検診、総合健診を受診していない者 【申請期間】 <ul style="list-style-type: none"> ・受診日から受診年度の翌年9月まで 【対象になる受診日】 <ul style="list-style-type: none"> ・4月1日から3月31日まで（通年） 【粗品】 <ul style="list-style-type: none"> ・500円分のQUOカード 				健康診査補助金交付事業 【対象】 <ul style="list-style-type: none"> ・全額自費で健康診断を受けた者 ・特定健診の基本的な項目に該当する検査結果を市に提供できる者 ・市の個別特定健診、人間ドック検診、総合健診を受診していない者 【申請期間】 <ul style="list-style-type: none"> ・受診後6か月以内 【対象になる受診日】 <ul style="list-style-type: none"> ・4月1日から3月31日まで（通年） 【補助額】 <ul style="list-style-type: none"> ・最大1万円（健診にかかった費用が1万円未満の場合は、実際にかかった費用分） 				
	第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値						
		令和4年度 (2022)	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)	
アウトカム指標	健診・検査結果受領数	222件	225件	230件	235件	240件	245件	250件	
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の周知は十分か。 ・健診結果提供事業の粗品の用意はできたか。 ・実施期間を十分確保できたか。 ・法定報告締切前に、前年の結果提供者のうち未提出者に結果提供依頼の通知はできたか。 	ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・庁内関係部署（人事課）との連携はできたか。 ・地域団体等との連携はできたか。 ・委託事業者との連携はできたか。 ・マニュアルを整備できたか。 ・事業を利用しやすい体制づくりはできたか。 					

7	糖尿病性腎症重症化予防対策事業		事業開始年度	平成26年度				
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析に係る医療費は高額となり、その予防は医療費適正化の観点からも重要である。国および県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っている。 ・新座市では平成26年から、埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、国保連合会の共同事業として実施している。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・新規協力医療機関を増やすためのアプローチ方法を再検討する。 ・共同事業であるため、事業内容に市の意向が反映されない部分が多いが、引き続き国保連合会に要望していく。 							
目的	糖尿病性腎症の重症化を予防し、新規透析移行者を減少させる。							
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・埼玉県、埼玉県医師会、埼玉県糖尿病対策推進会議の三者が作成した糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、国保連合会による共同事業方式により、受診勧奨及び保健指導を実施する。 ・受診勧奨：糖尿病が疑われるものの医療機関未受診の者や糖尿病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を促す通知書及び専門職による電話での勧奨を実施する。 ・保健指導：糖尿病性腎症の治療中の者に対し、かかりつけ医の指示の下、専門職が腎症の病期に応じて年4回の対面及び電話による保健指導を実施する。 ・継続支援：継続的な病状の確認及び自己管理維持のための専門職による支援を電話又は対面で実施する。 <p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨：特定健診データ及びレセプトデータから、空腹時血糖又はHbA1c及びeGFRが基準値外である未受診者並びに糖尿病性腎症で通院歴のある患者で最終受診日から6か月経過しても受診した記録がない治療中断者。 ・保健指導：特定健診データ及びレセプトデータから、糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者のうち、かかりつけ医から推薦された者。 ・継続支援：保健指導若しくは継続支援を終了した者。 <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月から翌年3月まで <p>【実施機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託事業者（国保連合会と協定締結の上、国保連合会が委託した事業者） <p>【実施場所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者宅、市役所等（ICT面接の選択も可能） 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	勧奨後の医療機関受診率	28.6%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	保健指導参加者の数値改善率	44.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導参加率	12.1%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
	継続支援参加率	23.8%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な周知ができたか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 	ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区医師会と連携できたか。 ・近隣市及び国保連合会と連携できたか。 				

8	要治療者受診勧奨事業	事業開始年度	平成29年度					
背景	<p>新座市は埼玉県と比較して生活習慣病の外来医療費が低く、入院医療費が高い傾向にあるため、生活習慣病を放置し重症化してから医療機関を受診する被保険者が多いのではないかと考えられる。重症化する前段階で適切に医療機関につなげる必要がある。</p> <p>また、KDBシステムから分析した要支援・要介護認定者の有病状況をみると、糖尿病の有病状況が県と比較して高く、高血圧症は認定者の約5割が罹患している状況から、介護の基礎疾患となる生活習慣病の重症化を予防し、地域包括ケアの一端を担う事業とする。</p>							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBを活用するなどレセプト確認の効率化を図る。 ・医療機関受診率向上のために、医療機関との連携も視野に入れ対策を考える。 							
目的	対象者を適切に医療に結びつけ、生活習慣病の重症化を防ぐ。							
具体的内容	<p>【対象者】 特定健診の結果、次の基準のいずれかに該当する者のうち、医療機関への受診が確認できない者。</p> <p>①血圧：Ⅲ度高血圧以上（収縮期180mmHgかつ拡張期110mmHg以上） ②血糖：HbA1c8%以上 ③脂質：LDLコレステロール220mg/dl以上又は中性脂肪500mg/dl以上</p> <p>【実施期間】 ・10月から翌年6月まで</p> <p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知による受診勧奨（10月～2月） 対象者のリスク（血圧・血糖・脂質）に合わせた勧奨通知を送付する。 ・電話による受診勧奨（11月～3月） 通知送付の約1か月後に電話による受診確認、勧奨を実施する。 ・訪問による受診勧奨（2月～3月） 対象者のうち特定保健指導対象者で、かつ未利用である者に対し、訪問による受診勧奨を実施する。 ※対象者が多い場合は、受診歴や既往歴等からよりハイリスクな対象者に絞る。 ※対象者のうち特定保健指導の対象となった者には、利用勧奨電話及び初回面接の機会を活用し、受診勧奨を実施する。 ・事業評価の実施（翌年6月） 翌年4月までのレセプトで、勧奨後の受診状況を確認する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	勧奨後の医療機関受診率	16.4%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出基準は明確だったか。 ・送付時期は適切だったか。 ・勧奨内容は適切だったか。 	ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> ・具体的手順を担当者間で共有しているか。 				

9	重複・頻回受診者等訪問事業	事業開始年度	平成26年度
背景	<p>被保険者の中には、複数の医療機関に重複して受診したり、月に何回も頻回に受診する者がいる。また、同一薬効の薬剤を複数の医療機関から処方されたり、複数の疾病を持っているため多数の薬剤を処方されている者もいる。</p> <p>これらの被保険者に対して、電話や訪問等により、このような受診や薬剤の処方に至った経緯、現在の身体の状態、医師・薬剤師への相談状況、お薬手帳の活用状況、処方薬の管理状況等を把握し、適切な療養に向けた健康相談を行ってきた。</p> <p>適正受診・適正服薬の促進のための取組は医療費適正化につながるものとして、国の保険者努力支援制度でも重要視され、市町村ヘルスアップ事業にも補助対象事業として位置付けられている。</p>		
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出については、引き続き国保連合会から提供されるリストを活用し、国保年金課医療費適正担当及びレセプト点検員の協力を得ながら進めていく。 本人も理解した上で長年不適切な投薬を繰り返す対象者については、支援を行っても、改善の見込みがないため、優先順位を考え、訪問事業の対象から外すこととする。 本事業は適切な療養指導を行うことで対象者のQOL向上を図ることを第一の目的としているため、医療費適正化事業としての意味合いが薄い。医療費適正化を目的とした適正受診・適正服薬推進事業の実施については改めて検討していく必要がある。 		
目的	適切な療養指導を行い、疾病の回復促進や精神的な不安の軽減に努め、対象者のQOLの向上を図る。		
具体的内容	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国保連合会から提供された勧奨対象者リストのうち、市が定める重複服薬、多剤投与、重複受診、頻回受診のいずれかに該当する18歳以上の者。ただし、このうち、精神疾患、悪性腫瘍、血友病、透析、指定難病、結核等の治療中であり、受診や服薬が必要と思われる被保険者は除く。 重複服薬：医科レセプトが3か月継続して、毎月同一月内に、同一薬効を持つ医薬品が複数の医療機関から処方されている者 多剤投与：医科レセプトが3か月継続して、毎月同一月内に、10種類以上の医薬品が処方されている者 重複受診：医科レセプトが3か月継続して、同一月内に、3医療機関以上受診している者 頻回受診：医科レセプトが3か月継続して、同一月内に、15日以上受診している者 <p>※対象者が多い場合は、受診歴や既往歴等からよりハイリスクな対象者に絞る。</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通知を送付後、電話や訪問による支援を実施する。 数か月後、医科レセプト情報を確認し、評価を行う。必要時、電話や訪問等によりその後の状況を確認する。 国保年金課医療費適正担当と2回/年の連携会議を行う。 <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 8月から翌年3月まで。9月頃から順次支援を行い、3月に評価を実施。 		
第3期計画の目標			
指標	評価指標	現状値	目標値
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	半年後にレセプト点数が減少した対象者の割合	0.0%	60.0%
	訪問後のレセプト点数の減少率	-1.0%	10%
アウトプット指標	対象者への支援実施率	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> スケジュールどおりに実施できたか。 対象者に合わせた内容で実施できたか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師会と連携できたか。 レセプト点検員と連携できたか。 国保連合会と調整できたか。 国保年金課医療費適正担当と連携できたか。

10	ジェネリック医薬品推進事業	事業開始年度	平成25年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・新座市国民健康保険では高齢化が進むに連れて、一人当たり医療費が増加している。そのため、医療費の適正化が課題となる。医療費の多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進が行われている。 ・後発医薬品の利用向上のために、差額通知の発送を行っている。 							
前期計画からの考察	後発医薬品の数量シェアは、平成30年度に77.0%だったものが令和4年度には82.2%まで向上している。国及び埼玉県の数値である80%を達成しているが、引き続き利用向上を促していく必要がある。							
目的	医療費適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、後発医薬品の利用を促進し、その利用率を高める。							
具体的内容	差額通知送付 【実施内容】 ・指定した医薬品を処方されている被保険者のうち通知の対象になる者に差額通知を送付する。 【対象】 ・生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病）に関する先発医薬品を処方されている者のうち、後発医薬品に切り替えた場合に300円以上の削減効果が見込める者 【実施時期】 ・9月・3月（7月診療・1月診療分が抽出対象）	ジェネリック希望シール配布 【実施内容】 ・後発医薬品を希望する旨の意思表示シールを作成し配布する。 【対象】 ・更新証送付世帯、国保保険証交付者、希望者 【実施時期】 ・7月、通年						
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値						
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	切替割合	18.8%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%
アウトプット指標	通知送付実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に周知できたか。 ・対象者からの問合せがあった際に、コールセンターや薬剤師へつなぐことができたか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算は確保できたか。 ・ジェネリック医薬品に関する基本的な知識を身につけられているか。 ・関係機関と連携できたか。 					

1 1	地域包括ケア及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業	事業開始年度	平成29年度					
背景	<p>【地域包括ケア】 高齢化が進み、人生100年時代と言われる中、誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を構築し推進している。</p> <p>【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】 また、健康寿命の延伸をめざし、高齢者の生活習慣病予防や重症化予防のための保健事業とフレイル状態に陥らないための介護予防を一体的に実施している。</p>							
前期計画からの考察	平成29年度から介護保険課と連携し、地域包括ケアシステム推進のためにKDBデータの共有等を実施してきた。また、令和3年度から後期高齢者担当課と連携し、国保部門として高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた取組を実施してきた。							
目的	庁内関係課と連携し、高齢者のフレイル予防、生活習慣病予防や重症化予防を行うことにより、高齢者の健康保持・増進を図ることと地域包括ケアシステムの推進を目的とする。							
具体的内容	<p>【地域包括ケア】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険課主催の地域ケア会議に参画し、KDBから抽出した健診・医療・介護の地区別の現状と課題を共有し、対応策を検討する。 ・在宅医療・介護連携推進事業において、医療・介護の出張講座等を活用し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について、普及啓発を行う。 ・KDBにより要支援・要介護認定者の有病状況として明らかになった糖尿病や高血圧症について、要治療者受診勧奨事業を実施することにより、介護につながる疾病の重症化予防を促す。 <p>【高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る庁内調整会議に参加し、KDB等を活用したデータを提供、地域課題の対応策を検討する。 ・特定保健指導及び糖尿病性腎症重症化予防対策事業に参加した者で75歳を迎える者がいた場合、後期高齢者担当課に引継ぎ、切れ目のない支援が実施できるよう体制を整える。 ・国保被保険者を対象とした講演会（生活習慣病、歯科、栄養）では、75歳以上の後期高齢者も受け入れ、ポピュレーションアプローチとして健康教育を実施する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	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)
アウトカム指標	要支援・要介護認定率	18.0%	維持	維持	維持	維持	維持	維持
アウトプット指標	【地域包括ケア】 要治療者の勧奨後医療機関受診率	16.4%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	【一体的実施】 健康教育（講演会）への後期高齢者の参加率	—	30%	30%	30%	30%	30%	30%
プロセス指標	・各関係会議に国保担当として参画し、地域の課題を共有、対応策を検討できたか。 ・国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険データ等の総合的な分析ができたか。	ストラクチャー指標		・庁内関係部署（長寿はつらつ課、介護保険課）との連携はできたか。				

●その他の保健事業

(1) 3年間の健診結果送付事業

目的：自身の健康状態・生活習慣を理解する継続受診者を増やし、受診率向上を図る。

対象者：特定健診受診者

事業概要：3年間の健診結果をグラフ化し、経年の経過を分かりやすく記載した資料を対象者に個別に通知する。

生活習慣病の指標項目ごとに対象者の検査結果に合わせた生活習慣に関するアドバイスに記載し自身の健康状態及び生活改善への意識を促す。

(2) おやさい交換券交付事業

目的：特定健診2年連続受診者及び当該年度40歳になる受診者にインセンティブを付与することで、継続的な受診を促し受診率の向上を図る。

対象者：特定健診受診者のうち、2年連続して特定健診を受診した者又は年度内40歳到達者で特定健診を受診した者

事業概要：市内農産物直売所で使用できる500円分のおやさい交換券を3年間の健診結果に同封し対象者へ送付する。

(3) 健康教育

目的：ポピュレーションアプローチとして実施し、被保険者自らが生活習慣を改善する意欲を高める。

対象者：40歳以上の被保険者

※定員に空きがあれば40歳未満の被保険者及び後期高齢者も参加可（後期高齢者は講演会のみ）。

事業概要：医師、歯科医師、管理栄養士による講演会を実施する。

健康運動指導士による運動教室、エアロビクス講師による軽体操教室を実施する。

第8章 第4期特定健康診査等実施計画

8.1. 第3期特定健康診査等実施計画の評価

8.1.1. 第3期特定健康診査等実施計画の評価

第3期特定健康診査等実施計画における特定健診及び特定保健指導の実施状況やその評価を踏まえ、第4期からの計画に反映させることが必要です。第3期計画に掲げた目標を達成するためには、多くの被保険者が特定健診及び特定保健指導を受診・利用する必要があります。そのために、次のような取組を行い特定健診及び特定保健指導の受診率及び利用率の向上に努めました。

8.1.2. 実施体制

【特定健康診査】

平成30年度から健診項目に血清クレアチニン値を追加したことで、腎機能についても評価できるようにするなど、健診項目の充実を図りました。また、受診勧奨については、令和元年度からより効果的な手法であるタイプ別勧奨通知による通知勧奨を実施しました。さらに、令和2年度からは市が携帯電話番号を把握している者を対象にSMSによる受診勧奨も併せて実施し、SMSには特定健診の特設サイトURLを掲載し誘導を促す形としました。

【特定保健指導】

動機付け支援は直営で、積極的支援は委託で実施していましたが、令和5年度からは動機付け支援の一部（40代、50代と60代、70代のICT面接希望者）を委託で実施しました。また、令和3年度からは総合健診時に初回面接の分割実施を開始しました。その他、電子申請やWeb予約、委託によるICT面接の導入や、総合健診時の分割実施など、対象者の負担を少なくして利用できるような工夫を行いました。

8.1.3. 目標に対する受診率・終了率

第3期特定健診等実施計画の実施により、令和5年度までに特定健診受診率及び特定保健指導終了率を60%にすることを目標とし、毎年、事業内容の改善や事業の周知を行い被保険者への事業の定着を図ることで、目標の達成を目指しました。

図表：特定健診・特定保健指導 第3期計画目標値

	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	令和5年度
特定健診	43%	46%	50%	53%	56%	60%
特定保健指導	25%	32%	39%	46%	53%	60%

図表：特定健診・特定保健指導 第3期年度別受診率・終了率

		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	24,003	23,064	22,646	21,905	20,377
	受診者数	9,519	9,789	8,288	8,991	8,582
	受診率	39.7%	42.4%	36.6%	41.0%	42.1%
特定保健指導	対象者数	1,184	1,201	1,125	1,207	1,087
	終了者数	195	210	320	308	250
	終了率	16.5%	17.5%	28.4%	25.5%	23.0%

資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

8.1.4. 特定健診未受診者へのアンケート調査結果（令和5年度実施）

特定健診の受診率向上及び利便性の向上を図るため、被保険者の特定健診に対する意識や意向を調査・分析し、第3期特定健康診査等実施計画の評価及び第4期計画策定の基礎資料とするため、令和5年度にアンケート調査を行いました。

(1) アンケート対象者

令和2年度末に40歳以上である市国民健康保険被保険者のうち、令和2年度、令和3年度、令和4年度の3年間、特定健康診査を受診しなかった被保険者4,000人（無作為抽出）。

(2) 実施時期

令和5年5月～6月

(3) 回答数

対象者数	回収人数	回収率
4,000人	1,107人	27.7%

(4) アンケート調査結果（一部抜粋）

ア 特定健診・総合健診・人間ドック検診の認知度

選択肢	特定健診	総合健診	人間ドック検診
言葉も内容も知っている	691人 (62.9%)	440人 (40.1%)	681人 (61.9%)
言葉は聞いたことがある	386人 (35.1%)	485人 (44.2%)	388人 (35.3%)
まったく聞いたことがない	22人 (2.0%)	173人 (15.8%)	31人 (2.8%)

イ 国保の健診を受けない方へ助成制度の認知度

選択肢	回答人数（割合）
知っていて申請したことがある	50人 (4.6%)
知っているが申請したことはない	372人 (34.1%)
まったく聞いたことがない	668人 (61.3%)

ウ 特定健診を受けない理由（複数回答）

選択肢	回答人数（割合）
かかりつけ医で定期的に検査をしているため	465人 (39.4%)
職場の健診を受診したため	116人 (9.8%)
自分で人間ドック検診等を受診したため	41人 (3.5%)
施設に入所または医療機関に入院しているため	14人 (1.2%)
その他	544人 (46.1%)

エ 「特定健診を受けない理由」で「その他」と回答した者の理由（複数回答）

選択肢	回答人数（割合）
多忙で受ける時間がない	161人 (20.3%)
申込手続きが面倒	150人 (18.9%)
健康なので必要性を感じない	136人 (17.1%)
結果が悪いと不安になる	126人 (15.8%)
どうやって受けるか分からない	35人 (4.4%)
特定健診があることを知らなかった	18人 (2.3%)
その他	169人 (21.3%)

オ 特定健診を受診するための最も優先する条件

選択肢	回答人数（割合）
場所が自宅から近い	410人 (36.8%)
いつも行く病院（都内）で受けられる	292人 (26.2%)
待ち時間が少ない	218人 (19.6%)
日曜日・祝日に受けられる	103人 (9.2%)
夜間に受けられる	18人 (1.6%)
その他	74人 (6.6%)

カ どのように状況が変化したら特定健診を受けようと思うか（複数回答）

選択肢	回答人数（割合）
医師から受診を勧められる	322人（24.2%）
自分の時間に余裕ができる	305人（22.9%）
受診手続きが簡単になる	290人（21.8%）
検査項目が増える	161人（12.1%）
受診時にプレゼント等の特典がもらえる	68人（5.1%）
その他	184人（13.8%）

キ 特定健診をうけることについてどう思うか

選択肢	回答人数（割合）
年一回必ず受けたほうがよい	342人（31.1%）
必要な時だけ受ければよい	165人（15.0%）
受けないよりは受けたほうがよい	409人（37.2%）
個人の判断で受けなくてもよい	144人（13.1%）
その他	38人（3.5%）

(5) アンケート調査結果から見えてくること

特定健診・総合健診・人間ドック検診の認知度については、「言葉も内容も知っている」「言葉は聞いたことがある」と回答した者が80%を超えており、未受診者に対しても認知度が高いことが分かりました。

特定健診を受診しない理由については、「かかりつけ医で定期的に検査しているため」と回答した者が約40%と最も多い結果となりました。一方で、「どのように状況が変化したら特定健診を受けようと思うか」という問いに対しては、「医師から受診を勧められる」が最も多く、かかりつけ医から受診勧奨されることが動機付けになることが伺えます。

このことから、定期的に検査に来院する対象者へのかかりつけ医からの受診勧奨が、特定健診受診率向上のために重要であると考えられるため、医療機関との連携をより一層強めていく必要があります。

また、特定健診の認知度が高い一方で、国保の健診を受けない方への助成制度の認知度については、「まったく聞いたことがない」と回答した者が60%以上おり、認知度が低いことが分かりました。この制度の対象となりうる「職場の健診を受診したため」、「自分で人間ドック検診等を受診したため」、「かかりつけ医で定期的に検査をしているため」と回答した者が50%以上いる状況から、制度の認知度が低く対象者が制度を利用できていない現状が伺えるため、制度の認知度を上げていくことが更なる受診率の向上につながると考えられます。

また、特定健診を受けることについて、「年1回必ず受けたほうがよい」と「受けないよりは受けたほうがよい」と考えている人が多く、受診意欲はあることが読み取れる一方で、「特定健診を受けない理由」で「その他」と回答した者の理由では、「多忙で受ける時間がない」、「申込手続きが面倒」、「どうやって受けるか分からない」、「特定健診があることを知らなかった」と回答した者が約4割いました。

市では、特定健診の案内パンフレット等に、特定健診であれば予約不要の医療機関があることや、受診券と被保険者証を持参するだけで短時間で受診できることなどを記載し周知していましたが、アンケート調査の結果からはまだ全体に行き届いていない状況が伺えます。そういった対象者へ向けた周知方法について、周知方法の多様化や記載内容の分かりやすさだけでなく、情報の受け手が陥りやすい心理状況を考慮した表現などについても併せて検討していく必要があります。

8. 2. 第4期特定健康診査等実施計画

8. 2. 1. 目的

生活習慣病を発症する前段階が、メタボリックシンドロームです。その状態が改善されないまま重症化した場合、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなるため、内臓脂肪を減少させることで、その発症リスクの低減が図られると考えられます。

特定健診・特定保健指導は、生活習慣病対策を強化するため平成20年度から全国の医療保険者が取り組んでいるもので、様々な疾患の原因となるメタボリックシンドロームに着目し、糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症そのものを食い止めることを目的として実施します。

●特定健康診査

メタボリックシンドロームに着目した健康診査を実施し、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする対象者を抽出するために行います。

●特定保健指導

メタボリックシンドロームの要因となっている生活習慣病を改善するための保健指導を行い、対象者自らが生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持できるようになることを通して、糖尿病等の生活習慣病を予防するために行います。

8. 2. 2. 第4期特定健康診査等実施計画の目標値

国の「特定健康診査等基本指針」に基づき、この計画の実施により、令和11年度までに特定健診受診率を60%、特定保健指導終了率を60%にすることを目標とします。

図表：特定健診・特定保健指導 第4期計画目標値

	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
特定健診	47%	50%	52%	55%	57%	60%
特定保健指導	30%	36%	42%	48%	54%	60%

8. 2. 3. 対象者数の見込み

各年4月1日に新座市国民健康保険の資格を持ち、特定健診実施年度中に40歳から74歳になる被保険者（受診日時点）が対象者となります。なお、国の基準に基づき、妊産婦や病院又は診療所に6か月以上継続して入院している者、特別養護老人ホーム等の施設に入所している者は特定健診の対象外とします。

また、労働安全衛生法等の他の法令に基づく健康診査や人間ドックなどを受診している

被保険者は、その結果データを市が受領できる場合に、健診結果に応じて特定保健指導の対象とします。

図表：特定健診・特定保健指導 第4期年度別対象者数と受診者数・終了者数

		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	対象者数	21,559	21,253	21,185	21,102	21,003	20,893
	受診者数	10,133	10,627	11,016	11,606	11,972	12,536
	受診率	47%	50%	52%	55%	57%	60%

			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 保健指導	動機付け 支援	対象者数	894	937	972	1,024	1,056	1,106
		終了者数	268	337	408	492	570	664
		終了率	30%	36%	42%	48%	54%	60%
	積極的 支援	対象者数	342	359	372	392	405	424
		終了者数	103	129	156	188	219	254
		終了率	30%	36%	42%	48%	54%	60%

8.2.4. 特定健診の実施方法

実施計画に掲げた目標を達成するためには、より多くの被保険者が特定健診を受診する必要があります。そのために、特定健診の実施場所や日程等について、被保険者の利便性に配慮します。

(1) 実施体制及び実施場所

●個別特定健診

個別特定健診については、朝霞地区医師会への一括委託とし、朝霞市、志木市、和光市及び新座市の指定医療機関にて実施します。

●総合健診（集団健診）

総合健診については、厚生労働大臣の告示において定める「特定健診の外部委託に関する基準」を満たす委託事業者に委託し、市内公共施設等において特定健診とがん検診のセット健（検）診を実施します。

(2) 実施項目

市国民健康保険において実施する健診項目は、法令で定められた実施項目（基本的な健診項目と、医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目）を実施します。

基本的な健診項目		
問診	既往歴の調査	◎
	自覚症状及び他覚症状の検査	◎
身体計測	身長	◎
	体重	◎
	腹囲	◎
	BMI	◎
血圧測定	収縮期血圧	◎
	拡張期血圧	◎
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	◎
	HDL-コレステロール	◎
	LDL-コレステロール※	◎
肝機能検査	AST (GOT)	◎
	ALT (GPT)	◎
	γ-GT (γ-GPT)	◎
血糖検査	空腹時血糖	◎
尿検査	尿糖	◎
	尿蛋白	◎

その他の健診項目		
心電図検査	心電図検査	○
貧血検査	赤血球数	○
	血色素量	○
	ヘマトクリット量	○
	白血球数	○
	血小板数	○
腎機能検査	クレアチニン (eGFRによる腎機能評価含む)	○
	尿酸	○
尿検査	尿潜血	○
血糖検査	HbA1c	○

詳細な健診の項目		
眼底検査	眼底検査	★

◎…必須項目

○…国の基準に加えて新座市で独自に実施する項目（医師の判断に基づき実施するものを含む上乘せ及び追加項目）

★…国の基準に加えて医師の判断に基づき選択的に実施する項目

※中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロールの測定でも可とする。

(3) 実施時期

毎年度、7月から12月にかけて、当該年度の全対象者の特定健診を実施します。

(4) 情報提供の実施

特定健診を受診した者全員を対象に、健診結果の見方や、健診結果により自らの身体状況を認識するとともに生活習慣を見直すきっかけとなる情報を記載したリーフレットを提供します。

情報提供は年1回とし、原則として特定健診を実施した医療機関及び委託事業者において健診結果通知と同時に実施します。

8.2.5. 特定保健指導の実施方法

第3期計画に引き続き、実施場所や日程等について利用しやすい実施方法を採用します。

(1) 対象者

特定保健指導の対象者は、特定健診の結果により、次の判定基準に基づきメタボリックシンドロームに該当する者及びその予備群に該当する者とします。

図表：特定保健指導 判定基準

腹囲	追加リスク(※1)		喫煙歴	対象者	
	①血圧②脂質③血糖			40～64歳	65～74歳
男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm	2つ以上該当	1つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
			なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	2つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
			なし		
	1つ以上				

※1 追加リスクの判定値

①血圧	a 収縮期血圧	130mmHg以上
	b 拡張期血圧	85mmHg以上
②脂質	a 空腹時中性脂肪	150mg/dl以上
	b HDLコレステロール	40mg/dl未満
	c 随時中性脂肪（やむを得ない場合）	175mg/dl以上
③血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl以上
	b HbA1c	5.6%以上
	c 随時血糖（やむを得ない場合）	100mg/dl以上

※ただし、高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

(2) 実施内容

特定健診の結果、生活習慣の改善が必要な被保険者に対して動機付け支援又は積極的支援を行います。

項目		内容
動機付け支援	内容	対象者本人が、自分の健康状態を自覚し、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができるような支援を行う。 特定健診の結果ならびに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣、その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価を行う。
	評価	初回面接から3か月経過後に実績評価を行う。

項目		内容
積極的 支援	内容	特定健診の結果ならびに食習慣、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）及び実績評価を行う。
	評価	初回面接実施後、3か月以上の継続支援を行った後、実績評価を行う。

(3) 実施方法

●階層化後の特定保健指導

階層化後の特定保健指導は、健診結果が特定健診等データ管理システムにより連携された後、対象となった者に案内通知を送付し、申込みがあった者に対して実施します。

●階層化前の特定保健指導（分割実施）

階層化前の特定保健指導は、総合健診当日に判明している腹囲、BMI、血圧、喫煙状況及び服薬状況から特定保健指導対象者と見込まれる者に対して、把握できる情報を基に初回面接1回目として行動計画を暫定的に作成します。

全ての健診結果がそろった後に、対象者に電話等を用いて相談しつつ、初回面接1回目で作成した行動計画を完成させます。

分割した2回の面接を行うことで初回面接を実施したこととし、以降は階層化後の特定保健指導と同様に実施します。

(4) 実施時期

階層化後の特定保健指導については、特定健診の実施が7月～12月であることから、その結果が市に連携される2か月後の9月から特定保健指導案内通知の送付等を実施します。10月から翌年4月まで初回面接を行い、実績評価は翌年9月末までに終了するように行います。

階層化前の特定保健指導（分割実施）については、総合健診実施日に分割実施1回目の支援を行い、全ての健診結果が出揃った約1か月後に分割実施2回目の支援を行います。その後は、各支援区分に合わせて階層化後の特定保健指導と同様のスケジュールで実施します。

8.2.6. スケジュール

特定健診及び特定保健指導の実施における年間スケジュールは次のとおりとします。

図表：特定健診・特定保健指導の年間スケジュール

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診の実施												
特定健診受診券の一斉発券			■									
特定健診受診券の発送（月次）				■	■	■	■	■				
特定健診の実施				■								
受診勧奨通知の発送				■	■	■	■	■				
健診結果説明・情報提供				■								
特定保健指導の実施												
利用案内通知の発送							■					
動機付け支援（前年度分）	■											
動機付け支援（当該年度分）							■					
積極的支援（前年度分）	■											
積極的支援（当該年度分）							■					
電話勧奨の実施							■					

■ は保健指導の前年度対象者実施分

第9章 実施計画の推進

9.1. 実施計画の見直し

本計画の策定後、効果的に事業を推進していくためには、結果に基づいて必要な対策・見直しを実施することが重要です。本計画の評価については、次のように実施します。

9.1.1. 評価項目及び評価方法

特定健診・特定保健指導を始めとした各保健事業については、ストラクチャー（事業体制）、プロセス（事業の実施過程）、アウトプット（目標管理）、アウトカム（事業結果の項目）の視点で評価を行います。評価を行う際に必要なデータの多くは、電子データにより管理する特定健診・特定保健指導の結果データやレセプトデータ等から取得することができます。一方、利用者の満足度や具体的な事業の実施状況等はデータから把握することができないため、適宜、必要なアンケート調査等を実施します。

また、評価の際は、必要に応じて国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の助言を受けるものとします。

9.1.2. 評価の実施時期

年度ごとに立案した目標は、各年度末に国保年金課内で評価会を実施し評価します。

また、令和8年度を目途に中間評価（進捗確認）を行い、目標に達しなかった場合には、その要因を分析・確認し、改善策を検討します。結果等については、新座市国民健康保険運営協議会に報告するとともに、市ホームページで公表します。

計画最終年度の令和11年度には達成状況等の最終評価を行い、次の計画につなげます。

9.2. 計画の公表・周知

本計画は、市ホームページ上にて全文を掲載し公表します。

9.3. 個人情報の保護

9.3.1. 基本的な考え方

個人情報の取扱いについては、個人の情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえた対応を基本とします。

また、効果的な保健事業を実施する観点から、対象者の利益を最大限に保証するため、

個人情報の保護に十分に配慮しつつ、保有している情報を有効に利用します。

9.3.2. 具体的な方法

個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切に行います。

また、計画に基づく保健事業を外部委託する場合には、個人情報の厳正な管理や、目的外利用の禁止などを契約書に定め、委託先の契約遵守についても管理するとともに、業務上知り得た情報について守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とするよう履行状況を管理します。

9.4. 特定健康診査・特定保健指導に係るデータの保管及び管理

特定健診・特定保健指導のデータは、効率的に管理していくため、原則として電子データによる管理とし、データの保存期間は国の定める5年間とします。

また、データ管理及び保存は、国保連合会に委託します。

巻末資料

1. 第2期データヘルス計画における各個別保健事業の評価

事業名	個別特定健診（人間ドック検診含む）	事業開始年度 （特定健診）	平成20年度						
		事業開始年度 （人間ドック検診）	昭和60年度						
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診により自身の健康状態・生活習慣を理解する被保険者を増やす。 ・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 								
対象者	市国民健康保険に加入している40歳以上74歳以下の被保険者 ※人間ドック検診は40歳未満の受診も可。								
事業概要	朝霞地区4市実施医療機関で個別で特定健診又は人間ドック検診を実施する。								
第2期計画の評価									
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化					
			（平成28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	
アウトカム指標	特定健診受診率	60%	37.8%	39.7%	42.4%	36.6%	41.0%	42.1%	
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への周知は十分か。 ・対象者にもれなく受診券を発送できたか。 ・健診実施期間を十分確保できたか。 ・がん検診との同時実施の機会を設けられたか。 ・健診後の情報提供は十分か。 	<ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標についてはおおむね実施できていた。 ・平成30年度から血清クレアチニン値を健診項目に追加したことで、腎機能についても評価できるようにした。 ・受診券と一緒に対象者全員に送付する「特定健診のご案内」に、市内だけでなく朝霞地区4市分の実施医療機関を掲載したり、がん検診と同時実施可能な総合健診を実施したり、受診方法の選択肢が多いことを周知することができた。 							
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・特定健診実施体制の整備はできたか。 ・朝霞地区医師会、医療機関、近隣3市、庁内関係部署等との連携はできたか。 ・健診項目の充実を図れたか。 ・受診手順の簡略化はできたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標についてはおおむね実施できていた。 ・医師会や各医療機関、庁内関係部署（長寿はつらつ課、保健センター）と十分に連携できた。 ・特定健診受診券再交付申込及び人間ドック検診申請の電子申請を開始し、手続の簡略化を図れた。 ・コロナ禍ではワクチン接種が最優先事項だったため、各医療機関の判断で健診実施期間や1日当たりの定員が縮小されていた。 							
事業全体の評価	B ある程度うまくいった								
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区4市で定期的に特定健診担当者会議を開催し、特定健診及び人間ドック検診等について意見交換ができた。また4市で検討した内容を幹事市が代表して朝霞地区医師会へ相談及び報告することで医師会とも連携をとることができた。 ・庁内関係部署とは定期的に受診率向上会議を開催し、情報共有をする場を設けることができた。 ・国保加入者向け通知物の内容の充実を図るため、レイアウトの修正や文言の検討を毎年実施できた。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診の周知の工夫（医師から勧めてもらう、がん検診との同時実施が可能など）がより必要。 ・健診未経験者の受診率向上のために、受診までのハードルを下げる体制づくりがより必要。 								
第3期計画にむけて									
継続等について	このまま継続								
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・各関係機関との連携や、通知物の表記の修正は毎年実施しているが、受診率はいずれの年も目標に達していない。 ・がん検診との同時受診により、人間ドック検診（自己負担1万円、要事前申請）とほぼ同等の充実した内容の健診が無料で受診できることも案内することで、受診方法の選択肢が複数あることを周知する。 ・人間ドック検診は40歳未満も受診できることを周知することで、40歳を迎える前から健康意識を高めてもらえるよう働きかける。 ・人間ドック検診は事前申請が必要なため、受診までの過程を分かりやすく示すことで、受診のハードルを下げる。 								

事業名	総合健診（健診結果説明会含む）		事業開始年度	平成21年度				
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診により自身の健康状態・生活習慣を理解する被保険者を増やす。 ・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 ・土日の実施及びがん検診との同時実施により平日働いている若年層の受診率向上を図る。 ・結果説明と同時に受診者の今後の健康維持・増進のための行動変容につながる情報提供を行う。 							
対象者	市国民健康保険に加入している40歳以上74歳以下の被保険者							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・市役所、市民会館、保健センター及び委託先医療機関で集団検診（がん検診との同時実施）を実施する。 ・健診受診者を対象に健診結果の説明会を実施する。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	定員に対する総合健診受診率	80%	101.1%	89.2%	77.2%	中止	98.2%	95.5%
	総合健診受診者の結果説明会参加率	10%	16.7%	7.3%	11.5%	中止	4.7%	2.6%
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・開催の周知は十分だったか。 ・健診実施期間を十分に確保できたか。 ・開催場所は受診者が参加しやすい場所だったか。 ・実施回数は十分だったか。 ・健診の予約はとりやすいか。 	（令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため中止した） <ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標についてはおおむね実施できていた。 ・1週間程度の予約期間を総合健診の開催月ごとに設ける体制から、全開催日に対し長期で予約期間を設ける体制に変更。キャンセルや日付変更等予約の融通がきくようになった。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・実施体制の整備はできたか。 ・健診会場の確保はできたか。 ・委託業者の確保はできたか。 	（令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため中止した） <ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標についてはおおむね実施できていた。 ・庁内関係部署と調整し、保健センターや市民会館などの会場を確保できた。また会場の用意が可能な健診委託業者を選定することで、会場の選択肢を広げることができた。 						
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	【うまくいった点】 <ul style="list-style-type: none"> ・健診会場を確保し、健診業務と予約受付業務を業者委託して実施できた。 ・事業周知（受診券同封パンフレット、広報、ホームページ、SNS）が十分できた。 【うまくいかなかった点またはより改善できる点】 <ul style="list-style-type: none"> ・実施回数について、保健センター主催の集団検診開催日に一部特定健診の受診できる枠を設けたり、平日開催日を設けたり試行錯誤してきたが、定員割れが生じることもあり、引き続き検討していく必要がある。 ・予約方法について、電話予約のみで実施してきたが、電話予約は平日夜間及び土、日曜日に予約を受け付けていないため、土、日曜日開催の総合健診及び健診結果説明会においては、予約のハードルを下げるため、土、日曜日でも予約が受け付けられる予約方法の導入を検討する必要がある。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診との同時実施が半日で可能な点や、土日開催である点の周知を強化していく。 ・保健センターのがんのみの集団検診との違いを周知し、特定健診も受診できるつもりで集団検診を申し込んでいる国保加入者を総合健診へ誘導する。 ・予約を電話予約だけでなく、web予約の導入も検討する。 ・総合健診受診者の結果通知が郵送であり、健診結果について説明を受ける機会がないため、健診結果説明会については、引き続き実施する。 							

事業名	特定健診未受診者受診勧奨事業		事業開始年度	平成21年度				
目的	特定健診未受診者に対して受診勧奨を実施することで、受診者を増やす。							
対象者	市国民健康保険に加入している40歳以上74歳以下の被保険者							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の中から勧奨効果のある者を抽出し、ナッジ理論を活用した受診勧奨（送り分け）を実施することで受診率向上を図る。 市が携帯電話番号を把握した者に対しSMS（ショートメッセージサービス）による受診勧奨を実施する。SMSには市特定健診特設サイトのURLを掲載し誘導を促す。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	受診勧奨により特定健診を受診した者の割合	30%	—	16.0%	34.5%	30.8%	28.9%	18.4%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> 実施時期、回数は適切か。 勧奨資材（ハガキの種類、サイズ等）は適切か。 勧奨効果を分析したか。 勧奨通知について周知できたか。 より効果のある対象者を抽出できたか。 	<ul style="list-style-type: none"> 勧奨事業について事前に市ホームページや広報へ掲載することができた。 委託業者の分析により対象者を複数のカテゴリに分け勧奨効果があると予測される者を抽出できた。勧奨時期を受診期間の開始月及び最終月を除いた8月～11月とし、対象者1人につき1回ないし2回受診勧奨することができた。勧奨効果について勧奨方法別及び対象者別に分析された報告書を受け取ることができた。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> 朝霞地区医師会、委託事業者、庁内関係部署（長寿はつらつ課、保健センター）との連携はできたか。 予算の確保はできたか。 	<ul style="list-style-type: none"> 新たな勧奨については独自に伺い、例年と同様の内容については四市事務研究会幹事市を通じて医師会へ情報共有できた。委託業者とは電話やメールで、庁内関連部署とは会議体を通じて情報共有することができた。 各年度とも予算確保とともに保険者努力支援制度（事業費分・事業費連動分）へ申請し歳入確保に努めた。 						
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 委託先や関係団体、関係部署との連携は随時行っているため今後もこの密度で継続したい。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 未受診者受診勧奨を実施する業者が少なく、勧奨方法や通知物に目新しさが乏しい。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	新たな受診勧奨資材や勧奨方法を提案可能な他事業者を開拓する必要がある。							

事業名	特定保健指導		事業開始年度	平成20年度				
目的	対象となった被保険者に対し特定保健指導を実施することで、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させ、生活習慣病の発症予防を図ることを目的とする。							
対象者	特定健診の結果、特定保健指導の対象となった被保険者							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・動機付け支援の一部は直営により実施する。市役所のほか、公民館等で個別初回面接を実施し、3か月経過後に手紙による実績評価を行う。 ・積極的支援及び動機付け支援の分割実施は委託により実施する。積極的支援は、市役所、保健センター及びICTで個別初回面接を実施後、3か月以上の継続支援を実施し実績評価を行う。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	前年度利用者の健診結果改善率	50%	—	50.6%	52.9%	40.4%	55.0%	53.6%
アウトプット指標	特定保健指導利用率	60%	13.8%	16.5%	17.5%	28.4%	25.5%	23.0%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に周知できたか。 ・対象者の目に留まる通知を送付できたか。 ・実施日や実施場所は対象者が参加しやすく設定したか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標については、おおむね実施できていた。 ・対象者の目に留まる通知の作成については、よい内容の通知物でも使い続けることでマンネリ化してしまうので、直営と委託の両方とも、アップデートし続ける必要がある。 					
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算は確保できたか。 ・従事者、委託事業者と連携できたか。 ・総合健診委託事業者と連携できたか。 ・庁内関係部署（保健センター等）と連携できたか。 ・分割実施を行う体制を整えたか。 ・ICT面接を実施する体制を整えたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標については、おおむね実施できていた。 ・電子申請やWeb予約、ICT面接を導入し、参加しやすい体制を整えた。 ・委託事業者との連携が不十分だったと感じる年度もあった。 					
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知を単体で送付したことで、案内が対象者にとって分かりやすくなった。 ・積極的支援にICT面接を導入したことにより、利用者が増加した。 ・動機付け支援は面接日を設定しているが、都合が合わない対象者の要望に応え個別対応での面接も実施した。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・積極的支援のICT面接の周知が不十分な年度があった。 ・積極的支援の通知物発送や勸奨業務等について、委託事業者とうまく連携が取れない年度があった。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度からはこれまでの委託範囲に加え、動機付け支援の若年層についても委託により実施することとなり、また、令和6年度からのアウトカム重視の新プログラム実施もあるため、委託事業者との連携が重要である。事業開始前に擦り合わせるべき確認事項等のリストを作成する。 ・直営で実施する動機付け支援については、60代、70代の数値改善が難しい者が対象者であるため、従事者への研修を行うなどしてより丁寧な指導の実施と、参加のハードルが下がり、メリットが感じられるような案内通知を作成するなどして、利用者数の増加を目指す。 							

事業名	特定保健指導利用率向上対策事業		事業開始年度	平成20年度				
目的	特定保健指導未利用者に複数手段にて勧奨を実施し、保健指導利用者を増やす。							
対象者	特定健診の結果、特定保健指導の対象となった被保険者のうち、利用の有無の意思表示がない者							
事業概要	特定保健指導未利用者に時期を変えて、複数手段（電話、ハガキ、手紙）にて勧奨を実施する。							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	利用勧奨により利用申込みした者の割合	20%	—	13.6%	9.3%	13.3%	13.2%	7.8%
アウトプット指標	利用勧奨の実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨時期は適切だったか。 ・スケジュールどおりに実施できたか。 ・保健指導の必要性の周知が図れたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標については、おおむね実施できていた。 ・通知の内容の一部を年代ごとの内容にすることで、より自分事として保健指導の必要性を認識できる内容となった。 ・通知が到着後数日した頃に電話勧奨を実施するなど、スケジュールについても調整できた。 					
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算は確保できたか。 ・従事者、委託業者と連携できたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標については、おおむね実施できていた。 ・電子申請やWeb予約を導入し、申込みしやすい体制を整えた。 ・動機付け支援の電話勧奨の従事者の手配が難しい年度があった。 					
事業全体の評価	C あまりうまくいかなかった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施者が電話勧奨も実施することとし、電話勧奨からスムーズに予約が取れるように体制を整えた。 ・勧奨後の利用につながりにくい2回目の勧奨通知については中止し、他の勧奨に力を注ぐこととし事務の効率化をすることができた。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハガキや手紙に比べると、電話はやや利用勧奨から申込みにつながる割合が高いが、それでも全体的に低い。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨は、直接本人と話ができ、その場で申込みを受け付けることができることから、ハガキや手紙と比べ勧奨後の利用につながりやすいため、引き続き曜日や時間帯を変えて複数回実施する。また、その際に参加しやすいような電話案内マニュアルを検討し、従事者に周知していく。 ・手紙勧奨は、引き続き、年代別に通知内容を変えるなど、対象者の目を引く内容となるよう工夫をしていく。 							

事業名	健診結果提供事業及び健康診査補助金交付事業	事業開始年度 (健診結果提供事業)	平成23年度
		事業開始年度 (健康診査補助金交付事業)	平成25年度
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査それ自体を受診しなくても、人間ドック等の検査結果等をもって特定健康診査を受診したとみなすことが認められる。これにより、職場の健診や全額自費受診等の健診結果を受領することで受診率の向上を図る。 ・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 		
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・職場で健診を受診した又は保険診療で検査を受けた40歳～74歳被保険者 ・全額自費で受診した40歳～74歳被保険者 		
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者から健診のデータ提供を受け、職場で受診した健診の結果や、保険診療で受診した検査結果は粗品の進呈を、全額自費で健診を受けた場合は10,000円を上限に健診費用の助成を実施する。 		

第2期計画の評価

指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	健診受診者のうち当該事業による割合	2%	1.3%	1.4%	1.8%	1.9%	1.9%	2.2%
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の周知は十分か。 ・健診結果提供事業の粗品の用意はできたか ・実施期間を十分確保できたか ・前年度分の法定報告締切前に、結果提供依頼の通知はできたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標については、おおむね実施できた。 ・特定健診の案内通知や窓口の椅子カバー等を利用し、事業の周知ができた。 ・補助金交付事業の対象となる健診実施期間について、要綱を改正し、より申請しやすいよう体制を整えられた。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・庁内関係部署（人事課）との連携はできたか。 ・地域団体等との連携はできたか。 ・委託事業者との連携はできたか。 ・マニュアルを整備できたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標については、おおむね実施できていた。 ・関係機関の協力が得られた。 						
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診実施期間（7月～12月）以外を受診日の健診結果のみ補助金の交付対象としていたが、令和元年度に要綱を改正し、交付対象となる健診実施期間を通年にしたことで、申請がしやすい体制になった。 ・庁内関係部署（人事課）、商工会及びJAの協力が得られ、各事業者の定期健康診断でチラシ配布ができた。 ・前年度制度利用者で、法定報告前になっても健診等の結果提供が確認できない国保加入者向けに、結果提供を依頼する通知を送付したところ複数返送があり、効果があった。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート結果より、制度に対する認知度が低く、周知が不十分であることが分かった。 							

第3期計画にむけて

継続等について	このまま継続
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・地区別受診率を比較すると都内近郊の地区の受診率が低く、都内の医療機関で受診している方が多いのではないかとされる。実施医療機関以外で健診を受診している方や、職場の健診を受診している方へ結果提供及び健診費助成事業について知ってもらえるよう周知方法を工夫する。 ・電子申請を導入することで、申請しやすい体制を整えられるか検討する。

事業名	診療情報提供事業		事業開始年度	令和元年度				
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・通院中の被保険者の検査結果を医療機関から市へ提供してもらい、その検査結果を特定健診受診相当とみなし受理することで受診率向上を図る。 ・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 							
対象者	特定健診未受診者のうち、医療機関に通院中の被保険者							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・市から対象者へ通知文を送付し、これに同意した対象者は通知文を通院中の医療機関へ提出する。当該医療機関から市に対象者の検査結果を情報提供してもらい、特定健診情報として登録する。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	対象者のうち診療情報を提供した割合	3%	—	—	2.6%	未実施	未実施	未実施
アウトプット指標	対象者への通知送付数	100%	—	—	100%	未実施	未実施	未実施
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・案内通知の送付時期は適切か。 ・対象者の抽出基準・方法は適切か。 ・対象者に合わせた内容か。 ・事業スケジュールは適切か。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診済の者を除外するため健診実施期間の最終月を案内通知の送付時期とし、抽出日時時点で未受診者かつレセプトのある者を抽出、「通院中の皆様へ」と対象者を明記することができた。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・県医師会、朝霞地区医師会と連携できたか。 ・医療機関と連携できたか。 ・県、近隣3市（朝霞市、志木市、和光市）及び国保連合会と連携できたか。 ・委託業者と連携できたか。 ・予算は確保できたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和元年度のみ実施。各指標は達成できた。 ・新型コロナウイルス感染症の影響等により、受託事業者が確保できなかったことから、予算確保はしたものの令和2年度以降は事業を実施することができなかった。 						
事業全体の評価	E 評価困難							
評価まとめ	<p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度以降、県医師会および朝霞地区医師会に委託できず、他の委託先を確保することができなかった。 ・県医師会が再度受託可能となる見込みは低いため、朝霞地区医師会が受託可能となるよう朝霞地区医師会圏内の保険者同士で意向を確認しつつ実施を検討していく必要がある。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	保留							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会の意向により単市では実施体制が整わないため、他3市の動向を注視しつつ実施体制確立の機会を伺っていく。 							

事業名	3年間の健診結果送付事業			事業開始年度	平成25年度			
目的	・自身の健康状態・生活習慣を理解する継続受診者を増やし、受診率向上を図る。							
対象者	特定健診受診者							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・3年間の健診結果をグラフ化し、経年の経過を分かりやすく記載した資料を対象者へ個別に送付する。 ・生活習慣病の指標項目毎に対象者の検査結果に合わせた生活習慣に関するアドバイスを記載し自身の健康状態及び生活習慣への意識を促す。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	継続受診率	86%	78.6%	80.0%	82.2%	69.8%	81.5%	80.9%
アウトプット指標	3年間の結果送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・送付時期は適切だったか。 ・対象者の抽出基準、抽出方法は適切だったか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 	<p>おおむね達成。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防の視点で検査項目毎の3年間の経年グラフを記載できた。 ・送付後、対象者から「分かりやすい」との感想をもらうこともあった。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・委託業者と連携できたか。 ・予算は確保できたか。 	<p>おおむね達成。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度から業務委託。委託先担当者との読み合わせをするなど連携を密に実施できた。 ・通知内容について委託業者と協同で作成することができた。 ・中間評価から受診率向上の一環として実施予定だったが、他の取組や実施時期の兼ね合いで受診後の情報提供として実施することとした。 						
事業全体の評価	A うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託にしたことで事務量が減った。 ・健診結果によって異なるアドバイスを組み合わせ記載することができるようになった。 ・医療機関の受診結果表をより分かりやすくすることができたこともあり、対象者から好印象である旨の意見が寄せられている。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基準値・保健指導閾値・受診勧奨値は記載しているものの、同保険者内の性別・年代別の平均値といった身近な比較対象の記載をしていないため、今後検討していく。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・市の健康課題について対象者へ分かりやすく記載する。 ・同保険者内の性別・年代別の平均値といった身近な比較対象について記載する。 ・受診後の情報提供となるよう発送回数と時期を検討する。 							

事業名	おやさい交換券交付事業		事業開始年度	平成26年度				
目的	・特定健診2年連続受診者及び当該年度40歳になる受診者にインセンティブを付与することで、継続的な受診を促し受診率の向上を図る。							
対象者	特定健診受診者のうち、2年連続して特定健診を受診した者又は年度内40歳到達者で特定健診を受診した者							
事業概要	市内農産物直売所で使用できる500円分のおやさい交換券を3年間の健診結果に同封し対象者へ送付する。							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	継続受診率	86%	78.6%	80.0%	82.2%	69.8%	81.5%	80.9%
アウトプット指標	対象者へのおやさい交換券送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> 送付時期は適切だったか。 対象者の抽出基準、方法は適切か。 今後の受診につながるような通知だったか。 連続受診者、当該年度40歳になる健診受診者へのインセンティブが、なぜおやさい交換券なのか伝わるような同封チラシを作成できたか。 		<p>おおむね達成。</p> <ul style="list-style-type: none"> 送付時期が受診後6か月を超えないよう年複数回に分けて送付することができた。 通知文に継続受診を促す理由と文言を添えることができた。 					
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> おやさい交換券を使用できる事業所と連携できたか。 予算は確保できたか。 		<p>おおむね達成。</p> <ul style="list-style-type: none"> J Aあさか野農業協同組合及び片山農産物直売組合と各々契約を結び、毎年度延長して契約できた。 おやさい交換券発行数10,000枚に対し利用率70%を見込んで予算が取れた。 					
事業全体の評価	A うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康づくりへの意識を醸成することができた。 利用率があがることを見込んで予算の増額を検討していく。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> おやさい交換券である理由や利用可能店舗へのアクセス等の周知を徹底していく余地があるため市ホームページ等の媒体を利用していく。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	今後も継続受診の一助となるように、3年間の健診結果と一緒に、適切な対象者に適切な時期に送付できるように整える。							

事業名	要治療者受診勧奨事業		事業開始年度	平成29年度				
目的	対象者を適切に医療に結びつけ、疾病の重症化を防ぐ。							
対象者	特定健診の結果、血圧、脂質、血糖の数値が高いハイリスク者で、かつ、医療機関受診が確認できない者							
事業概要	健診結果を記載した医療機関受診勧奨通知を送付する。受診確認票の返送がない対象者には電話または訪問による受診確認及び受診勧奨を行う。							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	勧奨後の医療機関受診率	30%	—	17.4%	29.4%	34.6%	17.3%	16.4%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> 抽出基準は明確だったか。 送付時期は適切だったか。 勧奨内容は適切だったか。 	<ul style="list-style-type: none"> プロセス指標については、おおむね実施できた。 対象者数が多く、訪問対象者の絞り込みに苦慮していたが、支援・評価委員会の助言をもとに絞り込むことができた。 支援・評価委員会の助言を受け、高血圧対象者には家庭血圧の測定を促す通知を1枚追加するなど、より効果的な事業にするための工夫ができた。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> 具体的手順を担当者間で共有しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ストラクチャー指標については、おおむね実施できた。 						
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当初は非肥満のみを対象としていたが、肥満者の重症化ハイリスク者への受診勧奨にも注力するため、令和2年度から肥満の有無を抽出基準から除外して実施した。肥満の要治療者は特定保健指導対象者であるため、特定保健指導の機会を利用した受診勧奨を行うなど効率的な受診勧奨を実施できた。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化のハイリスク者を抽出するために基準をかなり高めに設定しているが、それでも抽出される対象者数が多くレセプトでの医療機関受診確認に時間を要する。 既に医療機関を受診しなければならない数値であるにも関わらず、受診しない者が多い。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> KDBを活用するなどレセプト確認の効率化を図る。 医療機関受診率向上のために、医療機関との連携も視野に入れ対策を考える。 							

事業名	糖尿病性腎症重症化予防対策事業		事業開始年度	平成26年度				
目的	糖尿病性腎症の重症化を予防し、新規透析移行者を減少させる。							
対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの抽出基準に基づき対象となった被保険者							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、国保連合会の共同事業として実施している。 ・糖尿病の疑いがある未受診者及び糖尿病で通院していたが直近の受診が確認できない受診中断者に受診勧奨を実施する。 ・糖尿病で通院中の腎症重症化ハイリスク者に保健指導を実施する。 ・保健指導を実施した者のうち希望者に対し、3年間の継続支援を実施する。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	勧奨後の医療機関受診率	25%	—	6.0%	17.2%	12.5%	14.3%	28.6%
	保健指導参加者の数値改善率	60%	—	47.8%	60.0%	50.0%	45.5%	44.1%
	保健指導参加者の新規透析導入率	0人	—	0人	0人	0人	1人	0人
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	—	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導参加率	30%	—	21.3%	24.8%	27.8%	15.7%	12.1%
	継続支援参加率	20%	—	15.4%	15.4%	30.8%	14.3%	23.8%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な周知ができたか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標については、おおむね実施できた。 					
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区医師会と連携できたか。 ・他3市（朝霞市、志木市、和光市）及び国保連合会と連携できたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標については、おおむね実施できた。 ・朝霞地区医師会、連合会など関係機関と必要時情報共有するなど、連携し、実施できた。 ・予算については前年度の試算で立てるため、必要時、補正し対応した。 					
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4市相互乗り入れ事業のため、医療機関名簿や指示依頼書等のやり取りについて他3市と十分な連携ができた。 ・少しずつ協力医療機関を増やすことができた。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の一環として、次年度に75歳を迎える保健指導参加者について、長寿はつらつ課に引継ぎ、切れ目のない支援を行えるよう体制を整えられた。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の参加者を増やすためには、新規医療機関を増やす必要があり、ここ数年参加をしていない医療機関に直接働きかけて少しずつは増えたが、限界がある。 ・平成26年度から実施している事業だが、評価が難しく事業の効果が見えにくい。連合会の支援を仰ぐなどして効果の分析方法を検討する。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・新規協力医療機関を増やすためのアプローチ方法を再検討する。 ・共同事業であるため、事業内容に市の意向が反映されない部分が多いが、引き続き国保連合会に要望していく。 ・アウトカム指標の新規透析導入者数については、長期的なアウトカム指標に位置付けられるため、次期計画からは削除することとする。 							

事業名	重複・頻回受診者訪問事業		事業開始年度	平成26年度				
目的	適切な療養指導を行い、疾病の回復促進や精神的な不安の軽減に努め、対象者のQOLの向上を図る。							
対象者	レセプト情報から抽出した重複受診者、頻回受診者、多剤投与者及び重複投薬者							
事業概要	保健師が訪問等により、対象者の健康に関する相談及び医療機関受診状況の確認を行う。							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	半年後にレセプト点数が減少した対象者の割合	100%	—	71.4%	100.0%	66.6%	0.0%	0.0%
	訪問後のレセプト点数の減少率	10%	—	4.0%	60.0%	36.0%	-40.0%	-1.0%
アウトプット指標	対象者への支援実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・スケジュールどおりに実施できたか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・プロセス指標については、おおむね実施できた。 ・国保連合会が県内市町村に提供する抽出するリストを活用することで、年度内に支援から評価までを実施できるようになった。 ・対象者の抽出、絞り込みについては、レセプト点検員の協力を得ることでスムーズにできるようになった。 					
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師会と連携できたか。 ・レセプト点検員と連携できたか。 ・国保連合会と調整できたか。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標については、おおむね実施できた。 ・昨年度の情報を活かし、レセプト点検員の協力を得ながら、スムーズに対象者抽出を実施できた。 					
事業全体の評価	B ある程度うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連合会が抽出する対象者データを活用することで、年度内に対象者の抽出、個別支援、評価まで実施可能となったため、今後もこのスケジュールで進めていく。 ・対象者の抽出、絞り込みについては、国保年金課医療費適正担当及びレセプト点検員の協力を得ることで受診状況及び処方内容の確認等スムーズに進めることができるため、今後も協力を得て進めていく。また、過去の情報も活用することで対象者判定の時間を短縮することができるため、引き続き過去の情報も活用する。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価として、支援前後のレセプト点数の変化を確認しているが、月の日数により多少の変動があったり、入院をすると急増してしまうなど、評価が難しい。 ・本人も理解した上で長年異常な投薬を繰り返している者については、連絡が取れず、会えても状況の変化がないことから、他の方の支援を優先とすることとし、対象から除外した。このような対象者に今後どのように対応すべきか課題である。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の抽出については、引き続き国保連合会から提供されるリストを活用し、国保年金課医療費適正担当及びレセプト点検員の協力を得ながら進めていく。 ・本人も理解した上で長年不適切な投薬を繰り返す対象者については、支援を行っても、改善の見込みがないため、優先順位を考え、訪問事業の対象から外すこととする。 ・今後も必要時、国保年金課医療費適正担当と連携を取りながら対応していく。 							

事業名	健康教育		事業開始年度	平成20年度				
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の取組を効果的に支援する ・ポピュレーションアプローチとして実施し、被保険者自らが生活習慣を改善する意欲を高める。 							
対象者	40歳以上の被保険者（特定保健指導利用者を優先とする）							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、歯科医師、管理栄養士による講演会を実施する。 ・健康運動指導士による運動教室、エアロビクス講師による軽体操教室を実施する。 							
第2期計画の評価								
指標	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化				
			(平成28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
アウトカム指標	定員に対する参加者の割合	70%	—	52.6%	54.7%	65.0%	76.4%	61.6%
アウトプット指標	アンケートで「今後の生活に取り入れる」と回答した者の割合	100%	—	98.5%	84.1%	96.2%	100%	96.3%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・十分に周知できたか。 ・スケジュールどおりに実施できたか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・広報誌やチラシの他、対象者にチラシを郵送するなど、十分に周知することができた。 ・新型コロナウイルス感染症の流行状況によって、講演会を中止し、動画の配信に変更する、リーフレットを配布し在宅での取組を促すなど、状況に応じて臨機応変に対応できた。 						
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・庁内関係部署と連携できたか。 ・講師及びスタッフと連携はできたか。 ・予算は確保できたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ストラクチャー指標については、おおむね実施できた。 ・庁内関係部署や講師、スタッフと連携し、臨機応変に対応できた。 						
事業全体の評価	A うまくいった							
評価まとめ	<p>【うまくいった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の影響により、計画どおりに健康教育を実施することは難しく、講師と相談し、動画の配信に変更したり、リーフレットを配布し在宅での取組を支援したりと、状況に応じて臨機応変に対応できた。 ・メインターゲットは特定保健指導の利用者だが、医師、管理栄養士、健康運動指導士などの専門職が講演する貴重な機会であるため、広く周知し、空きがある時にはそれ以外の対象者にも参加してもらった。より多くの対象者に生活習慣改善のための知識を身につける良い機会となった。 <p>【うまくいかなかった点またはより改善できる点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時期によっては参加人数が集まらないものがある。開催時期や周知方法を検討する。 							
第3期計画にむけて								
継続等について	このまま継続							
課題・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・メインターゲットの特定保健指導の利用者については、今後も初回面接時に手渡しや、個別に郵送するなどして周知し、参加を促し、生活習慣改善の一助としてもらう。 ・講演会は、医師、歯科医師、管理栄養士などの専門職が講演する貴重な場であるため、生活習慣病予防・改善のための知識を身に付けてもらえるような内容を考え、より多くの対象者に参加してもらうように広く周知していく。 							

2. 用語集

用語	解説
ICT	正式名称は Information and Communication Technology。略称で ICT と呼ばれ、日本語では情報通信技術を表す。メールやチャット、ビデオ会議システムなどの通信技術を使って、人とインターネット、または、人と人がつながること。
アウトカム指標	施策や事業の実施した結果、それにより発生する効果・成果（アウトカム）を表す指標。
アウトプット指標	施策や事業を実施することにより直接発生した成果物・事業量（アウトプット）を表す指標。
インセンティブ	インセンティブとは、人々の意思決定や行動を変化させるような要因、報酬のこと。
ACP	正式名称はアドバンス・ケア・プランニング。人生の最終段階で受ける医療やケアなどについて、患者本人と家族など身近な人、医療従事者などが事前に繰り返し話し合う取組のこと。
SMS	正式名称はショート・メッセージ・サービス。携帯電話同士で電話番号を宛先にしてメッセージをやり取りするサービスのこと。
虚血性心疾患	心臓の冠動脈が狭くなったり、閉塞したりすることで起きる病気の総称。狭心症や心筋梗塞のことを表す。
QOL	Quality Of Life の略で、「人生の質」や「生活の質」のこと。
KDBシステム	国保連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムのこと。
後発医薬品	先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果をもつ医薬品のこと。ジェネリック医薬品とも呼ばれる。
疾病大分類	国際的に使用されているWHOが作成した疾病分類表の中の分類区分のひとつ。大分類、中分類、小分類とあり、大分類は最も大きな枠組みで分類している。
ストラクチャー指標	施策や事業を実施するための仕組みや体制（ストラクチャー）を表す指標。
ナッジ理論	「nudge（ナッジ）」は英語で「軽くひじ先でつつく、背中を押す」ことを意味し、強制や指示を用いることなく、個人の行動をよりよい方向に導く行動経済学に基づく理論のこと。
年齢調整	年齢構成の異なる2つの集団について、基準となる集団の年齢分布と同じ分布に調整すること。年齢構成の違いを気にすることなく地域比較や年次比較ができるようになる。
認定率	第1号被保険者（65歳以上の市民）に占める要支援・要介護認定者の割合のこと。

脳血管疾患	脳の血管が詰まったり、破れたりすることで起きる病気の総称。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のことを指す。
p値	帰無仮説（差がない仮説）の下で、統計量はその値以上（以下）になる確率のこと。p値の範囲は0～1の範囲の数値で、0.05未満を「有意差あり」と考えます。
PDC Aサイクル	Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）のプロセスを循環させ、継続的に業務の効率化を進めていく方法のこと。
標準化医療費	年齢構成の異なる2つの集団の医療費を比較できるように、年齢調整した後の医療費のこと。
標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死亡比）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観測された死亡数とを比較するもの。データヘルス計画では全国を100としており、SMRが100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。
プロセス指標	施策や事業を実施する過程・手順（プロセス）を表す指標。
HbA1c	正式名称はヘモグロビンエーワンシー。ヘモグロビンにグルコース（糖）が結合したものの。過去1～2か月の血糖のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
法定報告	法定報告とは、高齢者の医療の確保に関する法律第142条に基づき、特定健診及び特定保健指導の結果について国報告すること。
ポピュレーションアプローチ	集団全体を対象として働きかけを行い、全体としてリスクを下げる取組のこと。
メタボリックシンドローム	内臓脂肪が過剰に蓄積されていることに加え、高血圧、脂質異常、高血糖などがみられる状態のこと。厳密には病気ではないが、脳血管疾患や虚血性心疾患などの原因となる「動脈硬化」のリスクを高める。
有所見者	健康診断の結果、何らかの異常の所見が認められた者のこと。
レセプト	患者が受けた診察、治療、処方など保険診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のこと。診療報酬明細書とも呼ばれる。

3. 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画の策定経過

	策定経過	日程
1	第1回 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策定庁内検討会	令和5年8月3日
2	第2回 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策定庁内検討会	令和5年9月4日
3	第3回 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策定庁内検討会	令和5年10月25日
4	新座市国民健康保険運営協議会にて	令和5年12月25日
5	第4回 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策定庁内検討会	令和6年1月10日
6	新座市国民健康保険運営協議会に諮問、答申を受ける	令和6年2月6日
7	庁議	令和6年3月13日

4. 新座市国民健康保険運営協議会委員名簿

区 分	職 名	氏 名
被保険者を代表する委員	委 員	並木 登喜子
	委 員	山本 孝子
	委 員	時田 京子
	委 員	木村 千恵子
保険医又は保険薬剤師を 代表する委員	委 員	田部 哲也
	委 員	牧田 和也
	委 員	宮崎 さゆり
	委 員	小倉 明義
公益を代表する委員	会 長	小川 清
	副会長	太田 宏伸
	委 員	安海 秀子
	委 員	長瀬 幸子
被用者保険等保険者を 代表する委員	委 員	田中 一誠
	委 員	吉野 進午
	委 員	數藤 正也

5. 諮問・答申

諮問

新国発第1171号
令和6年2月6日

新座市国民健康保険運営協議会
会長 小川 清 様

新座市長 並木 傑

第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画について（諮問）

本市国民健康保険では、平成30年3月に策定した「第2期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第3期特定健康診査等実施計画」に基づき、効率的かつ効果的な保健事業を実施してまいりましたが、この計画が令和5年度末で終了いたします。

ついては、新たに令和11年度までを計画期間とする「第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第4期特定健康診査等実施計画」を策定するに当たり、貴協議会の意見を求めます。

答申

新国運発第6号
令和6年2月6日

新座市長 並木 傑 様

新座市国民健康保険運営協議会
会長 小川 清

第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画について（答申）

令和6年2月6日付け新国発第1171号で諮問のあった標記の件については、慎重審議の結果、別添の「第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）・第4期特定健康診査等実施計画」をもって答申します。

6. 新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び新座市特定健康診査等実施計画策定庁内検討会設置要綱

新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び新座市特定健康診査等実施計画策定庁内検討会設置要綱

（令和5年5月8日決裁）

（設置目的）

第1条 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第11項に基づき国が定めた保健事業の実施等に関する指針により、新座市国民健康保険被保険者の健康課題を明確化し、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画（新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画））及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条に基づく特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する計画（新座市特定健康診査等実施計画）を策定するに当たり、いきいき健康部の職員により必要な事項を検討するため、新座市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び新座市特定健康診査等実施計画策定庁内検討会（以下「検討会」という。）を設置する。

（所掌事項）

第2条 検討会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定に関すること。
- (2) 特定健康診査等実施計画の策定に関すること。
- (3) その他保健事業に関すること。

（組織）

第3条 検討会は、別表に掲げる職員をもって組織する。

2 委員長は、検討会を総括する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

（任期）

第4条 委員の任期は、委嘱の日から保健事業実施計画及び特定健康診査等実施計画の策定の日までとする。

（会議）

第5条 検討会の会議は、委員長が招集し、その議長となる。

2 委員長は、必要があると認めるときは、関係職員を会議に出席させることができる。

（庶務）

第6条 検討会の庶務は、いきいき健康部国保年金課において処理する。

（委任）

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、決裁のあった日から実施する。

2 この要綱は、計画策定の日、その効力を失う。

別 表

区 分	職 名	氏 名
委 員 長	国保年金課副課長兼 保健事業係長兼保健師	本名 優子
副委員長	国保年金課保健事業係 主任栄養士	渡邊 浩子
委 員	国保年金課国民健康保険係長	斉藤 暁子
委 員	国保年金課保健事業係 主任保健師	鈴木 里美
委 員	長寿はつらつ課長寿医療係 専門員兼保健師	林 裕子
委 員	介護保険課介護予防係主任	井ノ川 惟
委 員	介護保険課介護予防係主事	香田 璃子
委 員	保健センター保健指導第2係 専門員兼栄養士	野垣 浩子
委 員	保健センター健康計画係主査	伊東 久美子

新座市の生活習慣病対策のための現状分析と課題設定

	背景	不適切な生活習慣	生活習慣病予備群	生活習慣病	重症化	要介護状態・死亡
現 状	<p>【新座市全体】 ・高齢化率25.8% (県26.8%、国29.0%) (R5.1.1時点、国はR4.10.1時点) ・転出<転入で人口が微増している。主に市内3大学への進学または就職により他都道府県から転入してくる若年層(15-19歳、20~24歳)と、東京都から転入してくるファミリー層(0~4歳、30~49歳が多い) ・人口構成割合は50~54歳が最も高く、全体の8.6%を占める。(R5.4.1) ・東京都のベッドタウンとなっており、昼夜間人口比率は88.0% ・自動車保有率は朝霞地区4市の中で最も高い。 ・人口10万人当たりの病院数は3.6(埼玉県は4.7、朝霞保健所管内は4.0) ・人口10万人当たりの一般診療所数は39.8(埼玉県は60.9、朝霞保健所管内は51.2)</p> <p>【国民健康保険】 ・被保険者数は減少傾向。 ・総医療費は減少しているが、一人当たり医療費増加している。 ・R4特定健診受診率42.1% ・R4特定保健指導終了率23.0% ・健診も医療も受けていない健康状態未把握者が被保険者の約3割。</p>	<p>R4年度特定健診質問票の状況(男女別・年齢調整) 性別年齢調整割合:(新座市)県、全国標準化比:(県、全国) ※R2~R4のうち、複数年度で標準化比に有意差があった項目の一部を抜粋した。 ※有意差が認められるものは赤字。</p> <p>【喫煙】 男性: 年齢調整割合<23.1% 県21.3%、国22.0% 標準化比 (県107.2、国103.6) 女性:(6.8%) 県6.2%、国5.7% (県108.5、国116.8)</p> <p>【就寝前夕食】 男性:(22.9%) 県20.9%、国20.1% (県111.1、国115.6) 女性:(11.9%) 県10.6%、国10.4% (県111.8、国114.1)</p> <p>【朝食欠食】 男性:(14.1%) 県12.5%、国12.0% (県110.2、国114.3) 女性:(9.5%) 県7.9%、国7.5% (県118.5、国124.0)</p> <p>【毎日飲酒】 男性:(41.2%) 県40.4%、国41.8% (県102.3、国98.5) 女性:(14.2%) 県12.0%、国11.5% (県117.6、国122.0)</p> <p>【時々飲酒】 男性:(25.7%) 県22.9%、国22.9% (県113.0、国112.6) 女性:(25.4%) 県21.6%、国21.5% (県117.6、国118.2)</p> <p>【飲まない】 男性:(33.2%) 県36.7%、国35.3% (県89.6、国93.6) 女性:(60.4%) 県66.3%、国67.0% (県91.0、国90.2)</p> <p>【改善意欲なし】 男性:(25.2%) 県32.2%、国32.2% (県77.6、国78.3) 女性:(20.5%) 県28.0%、国24.7% (県72.7、国82.4)</p> <p>【改善意欲あり】 男性:(30.6%) 県22.0%、国26.2% (県139.9、国117.6) 女性:(32.1%) 県23.3%、国28.9% (県138.2、国111.7)</p> <p>●喫煙率が高い。(男女) ●就寝前夕食、朝食欠食、間食が多い。(男女) ●毎日飲酒、時々飲酒が多く、飲まないが少ない。 =飲酒習慣がある。(男女) ●改善意欲なしが少なく、意欲が多い。(男女)</p>	<p>R4年度特定健診有所見者状況(男女別・年齢調整) 性別年齢調整割合:(新座市)県、全国標準化比:(県、全国) ※有意差が認められるものは赤字。</p> <p>【BMI】 男性:(34.0%) 県33.6%、国33.7% (県101.3、国101.3) 女性:(21.7%) 県21.8%、国21.4% (県99.0、国100.9)</p> <p>【収縮期血圧】 男性:(60.1%) 県52.7%、国50.5% (県114.2、国119.3) 女性:(54.0%) 県49.0%、国46.3% (県110.5、国117.1)</p> <p>【拡張期血圧】 男性:(32.2%) 県27.3%、国25.5% (県118.4、国126.6) 女性:(22.6%) 県18.6%、国16.8% (県120.9、国133.8)</p> <p>【血糖】 男性:(39.2%) 県27.5%、国30.9% (県143.9、国127.7) 女性:(25.5%) 県17.7%、国19.4% (県144.0、国131.1)</p> <p>【HbA1c】 男性:(58.7%) 県60.6%、国59.0% (県97.3、国100.0) 女性:(54.5%) 県59.6%、国57.5% (県91.8、国95.1)</p> <p>【中性脂肪】 男性:(27.8%) 県27.0%、国28.1% (県101.7、国97.7) 女性:(15.4%) 県15.1%、国16.0% (県101.6、国96.1)</p> <p>【尿酸】 男性:(16.0%) 県14.4%、国13.0% (県112.0、国123.2) 女性:(2.3%) 県2.0%、国1.8% (県115.0、国125.5)</p> <p>【LDLコレステロール】 男性:(45.7%) 県46.5%、国44.4% (県98.6、国103.0) 女性:(56.9%) 県55.5%、国53.8% (県102.9、国106.3)</p> <p>●BMIは県、国と比べると同等だが(男女)、男性の3割以上は肥満。 ●収縮期血圧及び拡張期血圧が県、国と比較して高値。(男女) ●血糖が県、国と比較して高値。(男女) ●HbA1cは県、国と同等が低いが、男女ともに5割以上が有所見値。 ●尿酸値が県、国と比較して高値。(男女)</p>	<p>R4年度外来医療費(男女別・年齢調整) 標準化医療費の比 ※県や国に比べて何倍多く医療費がかかっているか</p> <p>【外来総額】男性:29億円(県0.95、国0.92) 女性:31億円(県1.00、国0.98) 【糖尿病】男性:30.5千万円(県0.98、国0.95) 女性:20.8千万円(県0.99、国0.99) 【高血圧症】男性:13.7千万円(県0.96、国0.88) 女性:12.7千万円(県0.94、国0.86) 【脂質異常症】男性:7.5千万円(県1.00、国0.91) 女性:12.1千万円(県0.99、国0.93)</p> <p>R4年度特定健診質問票の状況(男女別・年齢調整) 性別年齢調整割合:(新座市)県、全国標準化比:(県、全国) ※有意差が認められるものは赤字。</p> <p>【高血圧服薬】男性:(42.9%) 県42.2%、国43.4% (県101.7、国99.0) 女性:(29.6%) 県31.6%、国32.1% (県93.8、国92.5) 【糖尿病服薬】男性:(12.2%) 県11.6%、国12.5% (県104.5、国97.2) 女性:(5.5%) 県5.9%、国6.2% (県93.5、国88.4) 【脂質服薬】男性:(24.7%) 県24.7%、国25.2% (県99.6、国97.4) 女性:(30.0%) 県31.2%、国32.2% (県95.8、国92.8)</p> <p>●男性の高血圧服薬と糖尿病服薬は県より高い。 ●男性の脳卒中既往の割合が高い。 ●男性の心臓病既往の割合は県より高い。</p>	<p>R4年度入院医療費(男女別・年齢調整) 標準化医療費の比 ※県や国に比べて何倍多く医療費がかかっているか。 ※比が1.2以上のものは赤字。</p> <p>【入院総額】男性:23.6億円(県1.12、国0.96) 女性:17.7億円(県1.13、国0.98) 【脳出血】男性:10.3千万円(県2.36、国2.26) 女性:3.8千万円(県1.28、国1.54) 【脳梗塞】男性:10.7千万円(県1.42、国1.30) 女性:2.5千万円(県0.64、国0.68) 【狭心症】男性:4.5千万円(県0.79、国0.74) 女性:1.7千万円(県1.12、国1.09) 【心筋梗塞】男性:3.5千万円(県1.30、国1.31) 女性:0.9千万円(県1.93、国1.53) 【がん】男性:37.5千万円(県0.99、国0.89) 女性:29.2千万円(県0.97、国0.87) 【糖尿病】男性:1.4千万円(県0.72、国0.59) 女性:1.2千万円(県1.23、国1.01) 【高血圧症】男性:0.6千万円(県1.48、国1.24) 女性:0.4千万円(県1.56、国1.15) 【慢性腎臓病(透析あり)】 男性:7.8千万円(県1.13、国1.02) 女性:5.4千万円(県1.49、国1.58)</p> <p>R4年度外来医療費(男女別・年齢調整) 標準化医療費の比 ※県や国に比べて何倍多く医療費がかかっているか。 ※比が1.2以上のものは赤字。</p> <p>【慢性腎臓病(透析あり)】 男性:33.1千万円(県0.98、国1.18) 女性:16.8千万円(県1.04、国1.35)</p> <p>●脳出血、心筋梗塞が男女ともに県・国より高い。 ●男性の脳梗塞が県・国より高い。 ●男性の高血圧症が県・国より高い。 ●女性の慢性腎臓病(透析あり)が県・国より高い。</p>	<p>平均寿命(県比較)R3 男性:81.68(+0.20)※県81.48 女性:87.51(+0.21)※県87.30</p> <p>65歳健康寿命(県比較)R3 男性:17.96(-0.05)※県18.01 女性:21.04(+0.18)※県20.86</p> <p>死因別SMR(国=100) ※SMR100以上のものは赤字。 【心疾患(総数)】男性:109.0 女性:107.4 【急性心筋梗塞】男性:108.5 女性:142.1 【脳血管疾患(総数)】男性:88.9 女性:93.5 【腎不全】男性:82.0 女性:97.7 【がん(総数)】男性:97.1 女性:99.7 【胃がん】男性:107.7 女性:110.7</p> <p>要支援・要介護認定率(県比較) R4年度 18.0%(+0.9)※県17.1</p> <p>●心疾患(総数)と急性心筋梗塞のSMRが国と比較して高い。 ●悪性新生物では「胃がん」、心疾患では「総数」と「急性心筋梗塞」が多い。 ●要支援・要介護認定率は県より高い。</p>
	問 題	<p>生活時間帯が遅い</p> <p>生活習慣の乱れ・多忙で健康は二の次?</p> <p>人口増若い世代</p> <p>無関心ではないが積極的ではない</p> <p>40代、50代の特定健診受診率の伸び悩み</p> <p>高い喫煙率 飲酒頻度が高い 遅い夕食 朝食欠食</p> <p>高血圧 高血糖</p> <p>肥満ではないが高尿酸</p> <p>働く世代のメタボ</p> <p>数値が悪くても受診しない</p> <p>外来医療費が少ない</p> <p>重症化してから受診(入院する)</p> <p>生活習慣病の併発</p> <p>心疾患 脳血管疾患 がん</p> <p>不健康期間の延伸</p> <p>医療費・介護給付費の増加</p>				
対 策	<p>●個人のライフスタイルに合わせて食事や運動による生活習慣改善の知識の普及。 ●喫煙や飲酒についての知識の普及啓発。 ●市民の健康意識の向上を目指す。</p> <p>普及啓発</p>	<p>●特定健診未受診者に対し、受診勧奨を実施し、健診を受診してもらう。 ●特定健診を継続して受診し、対象者自身の健康について関心をもってもらう。 ●特定保健指導対象者を増やすために、特定健診受診率を上げる。</p> <p>特定健診受診率向上対策事業</p>	<p>●要医療となる前に生活習慣改善を支援する保健指導の有用性を理解してもらう。 ●保健指導を利用しやすい体制を作り、利用率を上げる。 ●運動教室、健康教室を実施する。</p> <p>特定保健指導利用率向上対策事業</p>	<p>●症状が出てからの受診ではなく、重症化しないための受診の必要性を理解してもらう。 ●対象者へのアプローチだけでなく、医療機関とも連携していく。</p> <p>生活習慣病重症化予防対策事業</p>	<p>●被保険者の適切な受診行動を促進することによる医療費の抑制。</p> <p>重複・頻回受診対策事業</p>	

第3期新座市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

新座市 国保年金課

〒352-8623

埼玉県新座市野火止一丁目1番1号

電話:048-424-4853(直通)

FAX:048-481-6741

HP:<http://city.niiza.lg.jp>