

令和5年度 第3回国民健康保険運営協議会資料

【データヘルス計画関連資料】

1 データヘルス計画関連資料について

- (1) 第3期小金井市国民健康保険データヘルス計画及び第4期小金井市国民健康保険特定健康診査等実施計画（案） ———— 別冊1

- (2) 第3期小金井市国民健康保険データヘルス計画及び第4期小金井市国民健康保険特定健康診査等実施計画（案）【概要版】 ———— 別冊2

別冊 1

第 3 期小金井市国民健康保険データヘルス計画

及び

第 4 期小金井市国民健康保険特定健康診査等実施計画（案）

（令和 6 年度～令和 11 年度）

令和 6 年 3 月

小金井市 市民部 保険年金課

目次

第1章 計画の策定に際して	1
1 計画の趣旨	1
2 計画期間	2
3 小金井市における計画の位置づけ	3
4 実施体制	4
5 小金井市の特性	5
I 第3期小金井市国民健康保険データヘルス計画	
第1章 現状分析（前期計画の評価を含む）と課題の明確化	10
1 前期計画の分析・評価・考察	10
2 健康・医療情報の分析	39
3 健康課題の明確化	81
4 事業課題の明確化	82
第2章 本計画の目標及び戦略	84
1 本計画の目標の設定	84
2 目標達成のための戦略	85
第3章 課題達成のための施策	86
1 健康課題を解決するための実施施策	86
2 事業課題を解決するための実施施策	87
第4章 本計画（保健事業全体）の評価・見直し	90
第5章 本計画の公表・周知方法	90
第6章 個人情報の取り扱い	90
第7章 地域包括ケアに関わる取り組み及びその他の留意事項	91
II 第4期小金井市国民健康保険特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等の現状分析と課題の明確化	94
1 特定健康診査の実施状況、及び評価・考察	96
2 メタボリックシンドローム該当者の状況	109
3 特定保健指導の実施状況、及び評価・考察	112
4 課題の明確化	117
第2章 本計画の目標と戦略	118
1 本計画の目標の設定	118
2 目標達成のための戦略と実施施策	119
第3章 特定健康診査等の実施方法	120
1 特定健康診査	120
2 特定保健指導	122
3 代行機関	124
第4章 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	125
第5章 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	125
第6章 個人情報の取り扱い	125

第1章 計画の策定に際して

1 計画の趣旨

(1) 背景

近年、特定健康診査（以下「特定健診」または「健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース

（KDB）システム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、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、保険者は、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・評価等の取組が求められるようになりました。

平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）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しています。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示されました。

一方、特定健康診査については平成20年4月より医療保険者が40～74歳の加入者を対象に、糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査（特定健康診査）及び特定健診の結果から保健師等専門職による支援が必要である者に対して行う保健指導（特定保健指導）を行うことが「高齢者の医療の確保に関する法律」で定められています。

こうした背景を踏まえ、小金井市では、平成30年3月に策定した第2期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保健事業並びに特定健康診査・特定保健指導を実施してきたところであります。

今後更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、前期計画事業の分析・評価を

行い、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を策定しました。

(2) 目的及び策定に向けた考え方

本計画は、国民健康保険被保険者の「健康増進（健康寿命の延伸）」と「医療費の適正化」を目的としています。

また、健康・医療情報を活用し、被保険者の特徴、健康状態、疾病状況等を把握すると共に、第2期データヘルス計画の中で実施してきた事業を評価し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を推進します。

更に、本計画期間に留まらず、中長期的な視点に立ち健康課題の再検証等を行うと共に、保健事業の実施方法についても、ICT（情報通信技術）の変化を踏まえた保健事業のDX（デジタルトランスフォーメーション）化に向けた対応の検討も行うこととします。

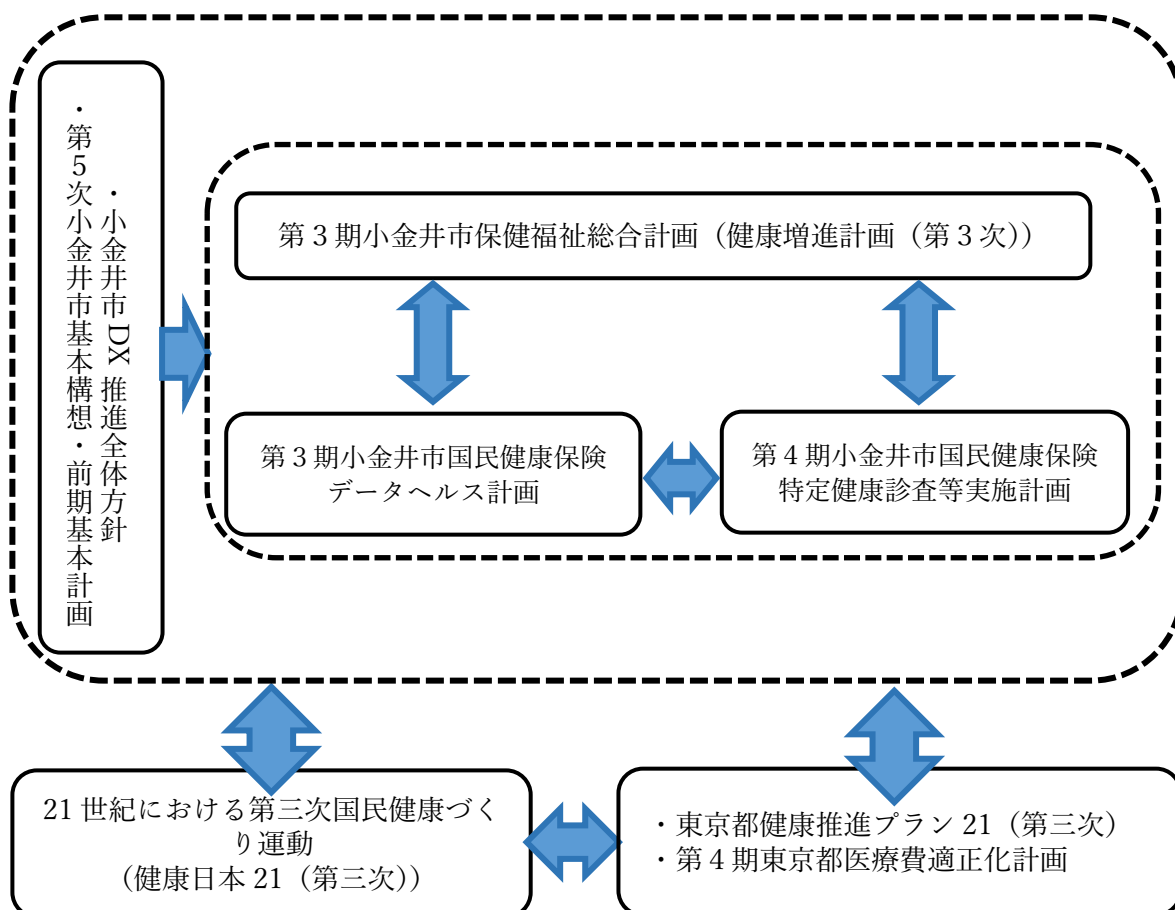
2 計画期間

本計画の計画期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

3 小金井市における計画の位置づけ

第3期データヘルス計画と第4期特定健康診査等実施計画は相互に整合性を図ると共に、「第5次小金井市基本構想・前期基本計画」、「第3期小金井市保健福祉総合計画」に包含されている「健康増進計画（第3次）」や「小金井市DX推進全体方針」との整合性を図ります。

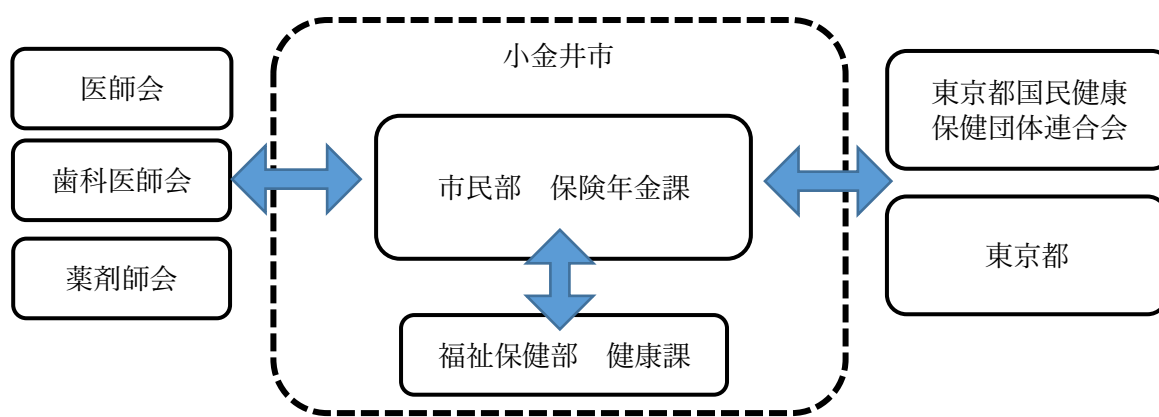
また、データヘルス計画は「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「東京都健康推進プラン21（第三次）」と整合性を図ると共に、特定健康診査等実施計画は、「特定健康診査等基本指針（高齢者の医療の確保に関する法律第18条）」に基づき策定する計画であり、計画策定に当たっては、「第三期東京都医療費適正化計画」と整合性を図ります。



4 実施体制

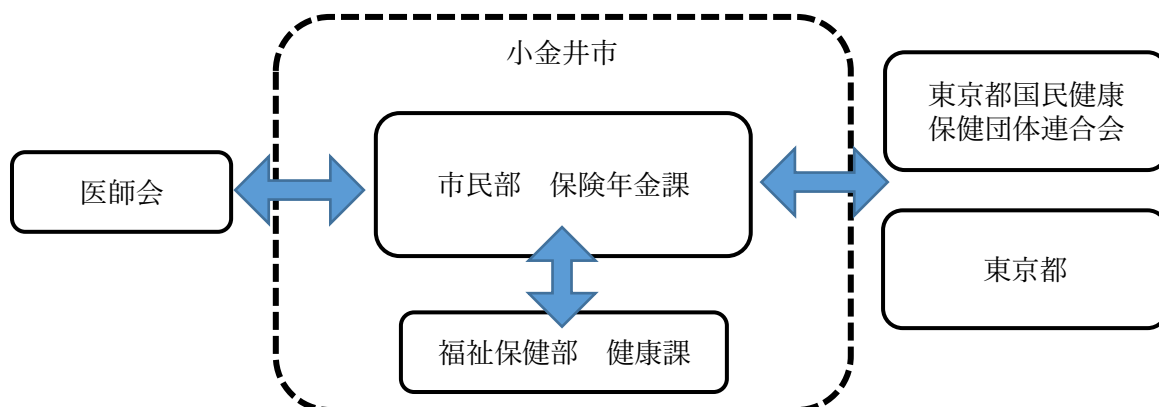
(1) 第3期データヘルス計画の実施体制

第3期データヘルス計画の策定・実施・見直しについては、小金井市市民部保険年金課を主体として、小金井市福祉保健部健康課等の関係部局と連携します。また、必要に応じて、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者、東京都国民健康保険団体連合会及び東京都と連携・協力します。具体的には、運営協議会の中で地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の代表者に意見を伺います。



(2) 第4期特定健康診査等実施計画の実施体制

第4期特定健康診査等実施計画の策定・実施・見直しについては、小金井市市民部保険年金課を主体として、小金井市福祉保健部健康課等の関係部局と連携します。また、必要に応じて、地域の医師会等の保健医療関係者、東京都国民健康保険団体連合会及び東京都と連携・協力します。具体的には、運営協議会の中で地域の医師会等の代表者に意見を伺います。



5 小金井市の特性

(1) 概況

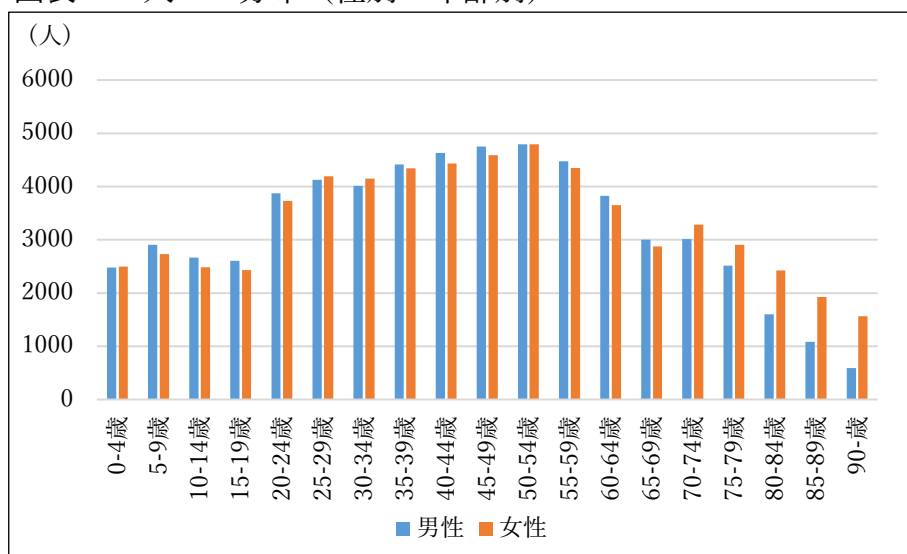
小金井市は、東京都のほぼ中央、武蔵野台地の南西部にあり、都心から約 25 km 西方に位置しています。

また、本市は、東西及び南北に通っている主要な道路が人と物の動線となるとともに、駅周辺には住宅・公益施設・商業施設が集積するなど、生活利便性の高い地域構造となっています。

(2) 小金井市の人口特性

令和 5 年 7 月末時点での本市の人口は 12 万 4,726 人（男性 61,360 人、女性 63,366 人）を性別・年齢別にみると図表 1 のようになります。

図表 1：人口の分布（性別・年齢別）



(3) 小金井市の保険者別の特性

本市の人口を保険者別にみると図表2のようになります。これより、本計画の対象としている範囲は、本市人口の約16.9%を対象にしていることになります。

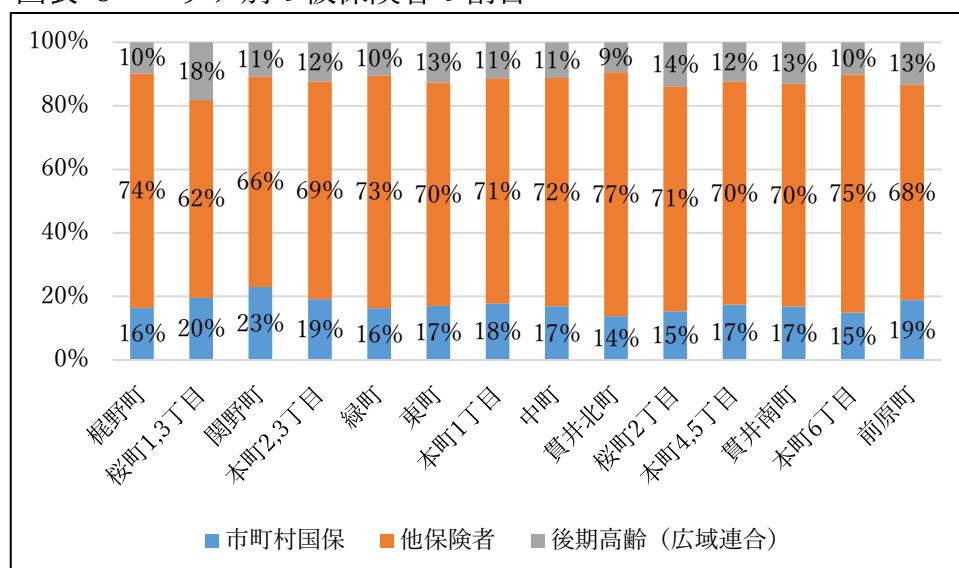
図表 2：本市の人口と被保険者数

種別	令和5年7月の人数	割合
小金井市	124,726人	100.0%
国民健康保険	21,107人	16.9%
健康保険組合等	88,991人※	71.3%
後期高齢者	14,628人	11.7%

※小金井市人口から国民健康保険加入者及び後期高齢者の人数を引いた推定値

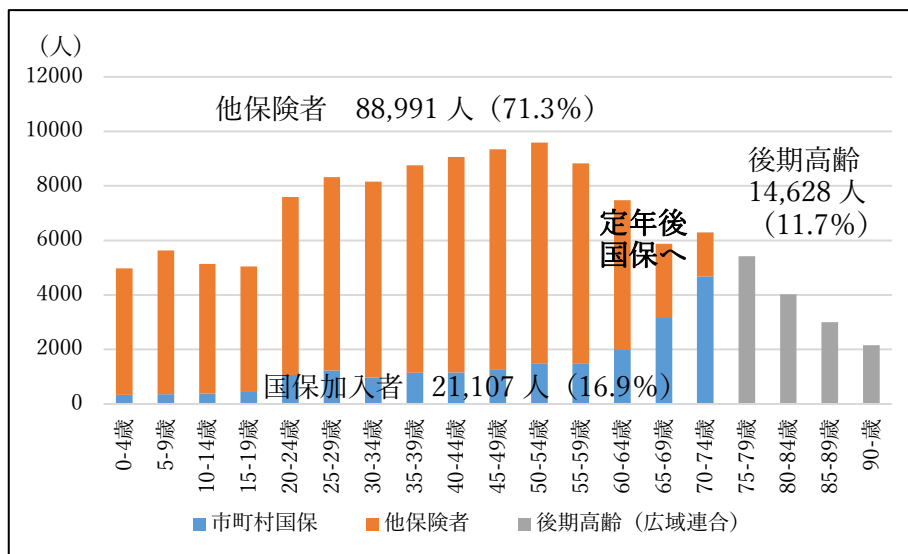
エリア別の被保険者の割合を見ると、国保に加入している人の割合が最も高いのは関野町で、最も低いのは貫井北町となっています（図表3参照）。

図表 3：エリア別の被保険者の割合



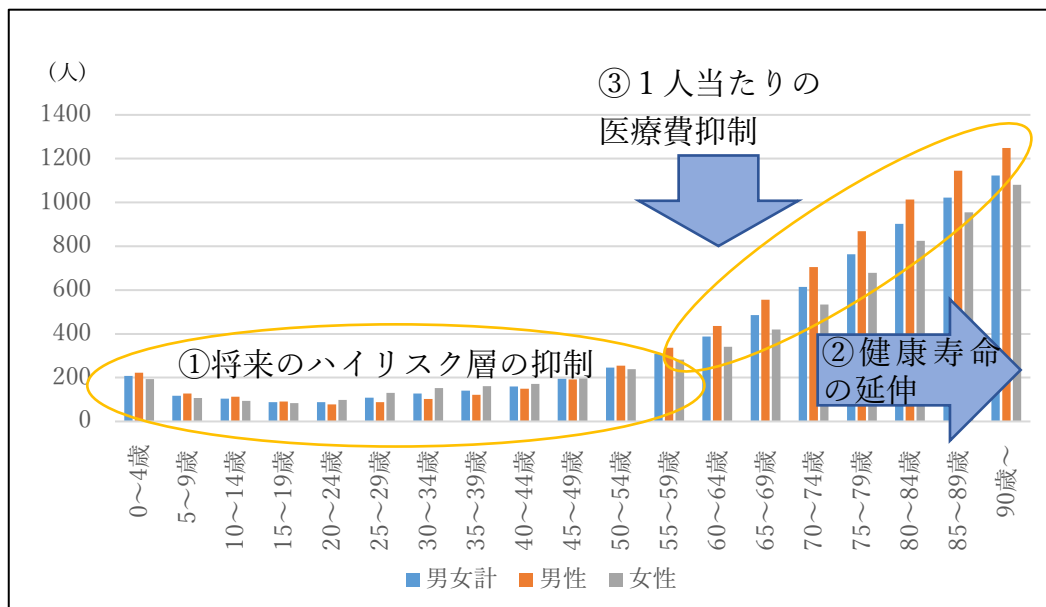
また、健康保険組合等に加入している方々（他保険者）の割合は約71.3%となっており、60歳を超えると定年等により、毎年国民健康保険に異動してくる構造となるため、国保としてだけではなく、市民対象に視野を広げた健康増進事業の推進が求められております（図表4参照）。

図表 4：年齢別の保険者被保険者数



更に、少子高齢化社会において、健康寿命の延伸や医療費抑制といった大きな課題を克服する上で、市民全体の医療費や疾病傾向等を分析することで、本計画期間でどのような対応策を実施していくのかを検討することがより重要になってきます。(図表 5 参照)

図表 5：これからのサービスの目指す姿 (医療費視点イメージ)

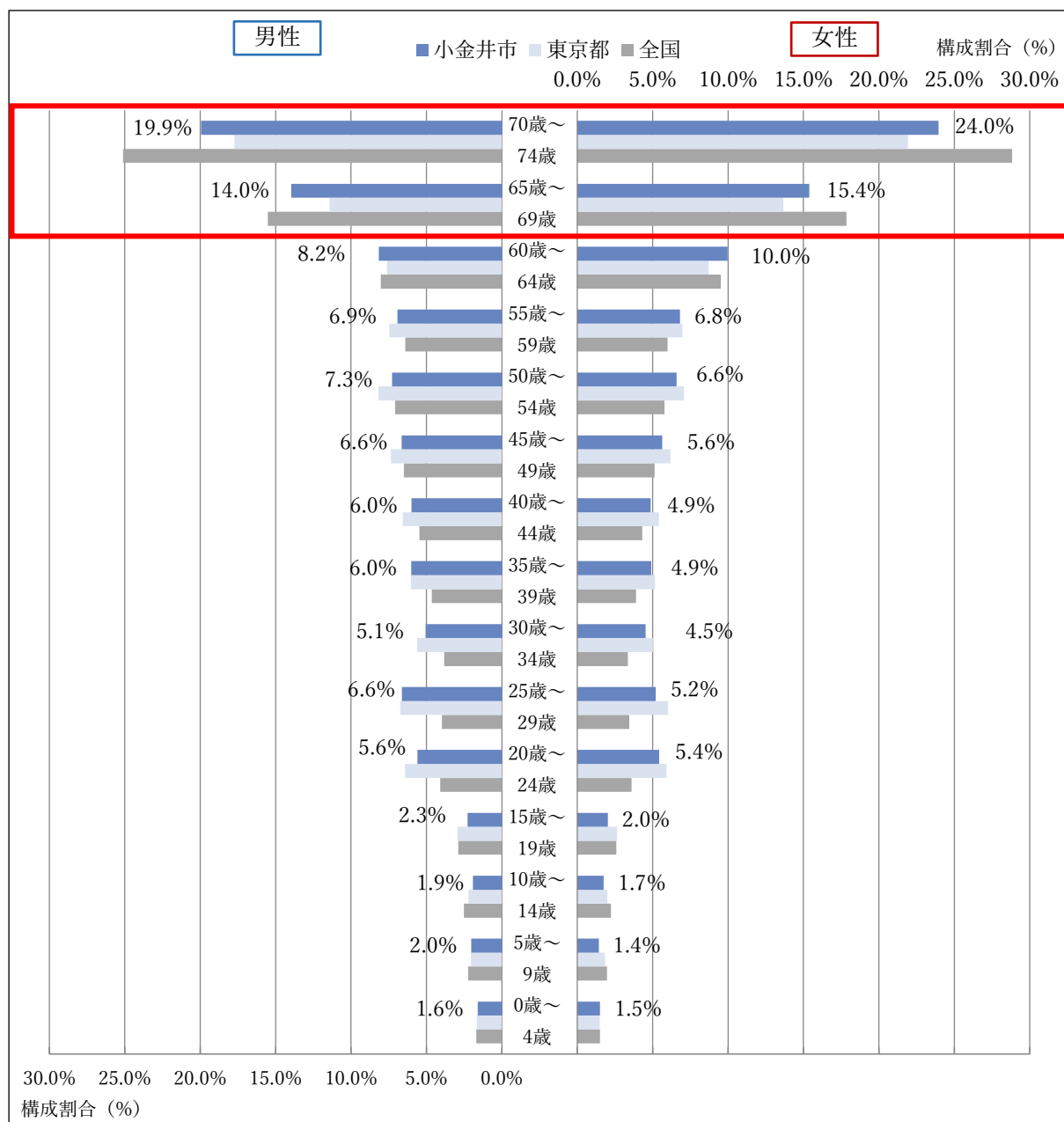


※「国民医療費の概況 (令和 2 年度)」(厚生労働省) の情報を元にグラフ化

(4) 小金井市国民健康保険の加入状況

本市の令和4年度末における国民健康保険の構成割合をみると、男女ともに65歳以上の割合が高くなっています（図表6参照）。60歳を超えると定年等により国民健康保険に異動してくる構造となるため、保険者としてだけではなく市民対象に視野を広げた健康増進事業の推進が求められております。

図表 6：男女年齢階層別被保険者数構成割合



I 第3期小金井市国民健康保険データヘルス計画

第1章 現状分析（前期計画の評価を含む）と課題の明確化

1 前期計画の分析・評価・考察

第2期データヘルス計画期間中は、以下の9事業を実施しました。このうち、「1.特定健診」、「2.特定保健指導」の分析・評価・考察については特定健康診査等実施計画に記載をします。

また、評価年度は平成30年度から令和4年度までとし、評価は以下の5段階で行うものとします。令和5年度末での実績は確定しませんが、令和3年度、令和4年度事業実績については令和5年度末目標値に対して暫定で「達成」、「未達成」を表記しています。

A:すでに目標達成

B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い

C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある

D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない

E:評価困難

図表7：第2期データヘルス計画期間の事業一覧

項番	事業名	事業の目的・概要
1	特定健診	【目的】 年1回の特定健診を実施することで、自らの生活習慣を見直す機会を提供するとともに、生活習慣病を早期発見・早期治療し、発症又は重症化を予防します。 【概要】 国保に加入している40歳～74歳の方を対象に、年1回の特定健診を実施します。
2	特定保健指導	【目的】 生活習慣病になるリスクの高い人に対しては保健指導を行い、その要因となっている生活習慣を改善することによって生活習慣病の発症や重症化を予防します。 【概要】 特定健診の結果から、メタボリックシンドロームのリスクがある方に、専門家による6ヵ月間の保健指導を実施し、メタボリックシンドロームの改善を支援します。
3	糖尿病性腎症重症化予防	【目的】 生活習慣病になるリスクの高い人に対しては保健指導を行い、その要因となっている生活習慣を改善することによって生活習慣病

		<p>の発症や重症化を予防します。</p> <p>【概要】 慢性腎不全（透析）に移行するリスクが高い被保険者を対象に、重症化を阻止・遅延させるための保健指導を実施します。</p>
4	医療機関受診勧奨	<p>【目的】 特定健診の結果、受診勧奨判定値を超えているにもかかわらず医療機関を受診していない者について、医療機関受診勧奨通知を送付し、早期治療による疾病及び重症化予防を図ります。</p> <p>【概要】 特定健診の受診後、その結果に異常値があるにもかかわらず医療機関への受診をしていない人を対象に受診勧奨を実施します。</p>
5	生活習慣病治療中断者受診勧奨	<p>【目的】 生活習慣病の治療を行っていたにもかかわらず、現在治療を中断している者に対し、医療機関への受診を促し、重症化の予防を図ります。</p> <p>【概要】 生活習慣病発症後に、自己判断により治療中断したものに対して、生活習慣病の放置による身体への悪影響を説明した受診勧奨通知を年1回送付します。</p>
6	人間ドッグ・脳ドッグ利用補助	<p>【目的】 若い年齢時から自らの健康状態を把握するとともに、生活習慣病を早期発見・早期治療し、発症または重症化を予防します。</p> <p>【概要】 30歳以上の被保険者を対象に、人間ドッグ等の補助を実施します。</p>
7	ジェネリック医薬品差額通知	<p>【目的】 被保険者の負担軽減及び医療費適正化を図ります。</p> <p>【概要】 先発医薬品より後発医薬品に切り替えた場合の負担額の差額通知を毎月1回対象者へ送付します。</p>
8	医療費通知	<p>【目的】 一人ひとりの年間の医療費を明確にすることで、健康に対する意識を深めるとともに医療費の適正化を図る。</p> <p>【概要】 被保険者が国民健康保険を利用して医療にかかった際の医療費を、受診した医療機関名とともに通知します。</p>
9	重複受診・頻回受診・重複服薬の指導	<p>【目的】 適正な受診行動を促すよう指導することにより、被保険者の健康増進を促進し、医療費の適正化を図ります。</p> <p>【概要】 適正な受診行動を促すよう指導することにより、被保険者の健康増進を促進し、医療費の適正化を図ります。</p>
10	健幸チャレンジ	<p>【目的】 被保険者が健康寿命を延ばし、生涯を通じて健康で質の高い幸せな生活を送るための健康づくりへのチャレンジを支援する事業を</p>

		<p>実施することで、被保険者の健康増進を促進し、もって医療費の適正化を図る。</p> <p>【概要】</p> <p>歩数アプリまたは活動量計を使ってのウォーキング、特定健診・健康相談等の健康づくりに資する取組への参加によりポイントを付与します。貯まったポイントは事業終了時に景品等と交換します。参加費は無料</p>
--	--	---

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

・目標

短期目標（令和2年度末）	指導実施者数	20人
中長期目標（令和5年度末）		
アウトプット	指導実施者数	30人
アウトカム	検査数値改善率	70%
	人工透析移行者数	0人

・実績

【事業評価】	C
・指導実施者数	C
・検査数値改善率	A
・人工透析移行者数	C

指導実施者数は初回面談を実施した人数で評価を行います。検査値改善率は、指導を終了した人のうち、指導の前と比べて指導後に HbA1c が 0.4%以上改善した人の割合で評価を行います。人工透析移行者数は、指導を終了した人のうち、透析導入をした人数で評価します。評価実績は、図表 8 の通りです。

図表 8：指導実施者数の実績と評価

評価年度	指導実施者	評価	検査値改善率	評価	人工透析移行者数	評価
平成30年度	18人	未達成	28.8%	未達成	0人	達成
令和元年度	12人		25.0%		0人	
令和2年度	11人		30.0%		0人	
令和3年度	23人		18.2%		0人	
令和4年度	12人		37.5%		0人	

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

業者と業務委託を行い、指導専門職を必要人数確保し、市役所等の会議室を確保して実施しました。特に、令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、感染対策を十分に行うと共に、相談員、対象者の方々にも案内文書内で感染対策に係る留意事項を記載して対応を行いました。

(プロセス)

指導参加者を増やすため、従来、特定健診実施医療機関と連携していたものを、レセプトを活用してかかりつけ医に選定していただく方法に変更をしました。参加者募集の手段として参加勧奨を実施しました。参加勧奨ではプログラムに参加した際の利点などを伝え、積極的に参加を促しました。

(アウトプット)

対象者を毎年100人程度リストアップし、参加勧奨の結果、11人～23人が指導を開始しました。参加勧奨を行った際の不参加の理由として、「病院等で指導を受けている」、「自己管理できる」、「連絡不通」といった回答が多くみられました。

応募があったが指導開始に至らなかった理由としては「都合が悪くなったため面談ができない」、「主治医の指示」というものでした。(図表9参照)

図表 9：対象者と応募者数、指導開始者数の割合

評価年度	対象者数 (人)	応募者 (人)	応募率 (%)	指導開始者数 (人)
平成30年度	109人	20人	18.3%	18人
令和元年度	119人	12人	10.1%	12人
令和2年度	114人	11人	9.6%	11人
令和3年度	128人	23人	18.0%	23人
令和4年度	119人	12人	10.1%	12人

(アウトカム)

検査数値改善率については 18.2%～37.5%でした。(図表 10 参照)

図表 10：検査数値改善率

評価年度	解析対象者数 (人) (A)	指導前後の検査値がある人 (B)	検査値改善者数 (人) (C)	検査値改善率 (C/B)
平成 30 年度	16 人	14 人	4 人	28.8%
令和元年度	10 人	8 人	2 人	25.0%
令和 2 年度	11 人	10 人	3 人	30.0%
令和 3 年度	23 人	22 人	4 人	18.2%
令和 4 年度	10 人	8 人	3 人	37.5%

透析移行者は 0 名と目標を達成できました。引き続き、指導会社やかかりつけ医と連携の上、指導効果を持続できるように事業推進を行います。

(今後に向けた考察)

参加者の特徴を年齢別、男女別に見ると図表 11 のようになりました。対象者 119 人のうち、60 歳以上が 106 人 (89.1%) と多くを占めます。現状では参加者の不参加理由の統計データが取得できていないため、アンケートなどで定量的に分析をできる環境を整える必要があります。

一方で 50 歳代未満の若年層参加率が 0 % でした。重症化予防の観点から、若年層へのアプローチも重要と考えられます。IT スキルを保有していると思われる若年層 (40 歳～60 歳の現役世代) には、参加しやすいようスマートフォンやタブレットを活用し自宅以外でも参加が可能となるよう遠隔指導の導入等、保健事業の DX 化についても検討の余地があります。

図表 11：性別年代別糖尿病性腎症重症化予防参加率（令和 4 年度）

年代	男性			女性			合計		
	対象者	参加者	参加率	対象者	参加者	参加率	対象者	参加者	参加率
30 歳代	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-	0 人	0 人	-
40 歳代	2 人	0 人	0.0%	0 人	0 人	-	2 人	0 人	0.0%
50 歳代	8 人	0 人	0.0%	3 人	0 人	0.0%	11 人	0 人	0.0%
60 歳代	26 人	2 人	7.7%	12 人	3 人	25.0%	38 人	5 人	13.2%
70 歳代	48 人	4 人	8.3%	20 人	3 人	15.0%	68 人	7 人	10.3%
合計	84 人	6 人	7.1%	35 人	6 人	17.1%	119 人	12 人	10.1%

(2) 医療機関受診勧奨

・目標

短期目標（令和 2 年度末） 送付回数 年 1 回

中長期目標（令和 5 年度末）

アウトプット 送付回数 年 1 回

アウトカム 対象者の医療機関受診率 60%

・実績

【事業評価】 C

・送付回数 A

・対象者の医療機関受診率 C

送付回数は受診勧奨を実施した回数で評価をします。対象者の医療機関受診率は、特定健診または人間ドックの結果から異常値が確認された人のうち資格喪失者を除いた人数を分母として、勧奨を送付した月の翌月以降に医療機関を受診した人の割合を算出して評価します（勧奨を送付した月に受診した人は自発的に受診したものとみなします。）。実績は図表 12 の通りです。

図表 12：医療機関受診勧奨の目標と実績

評価年度	送付回数		対象者の医療機関受診率			
	送付回数	評価	効果測定 対象者数※1	勧奨後医療機関 を受診した人数	勧奨後の医療 機関受診率	評価
平成 30 年度	1 回	達成	194 人	34 人	17.5%	未達成
令和元年度	1 回		198 人	38 人	19.2%	
令和 2 年度	1 回		197 人	29 人	14.7%	
令和 3 年度	1 回		194 人	28 人	14.4%	
令和 4 年度	1 回		193 人	34 人	17.6%	

※1 効果測定時に資格を喪失している者を除く人数

・事業評価に対する考察

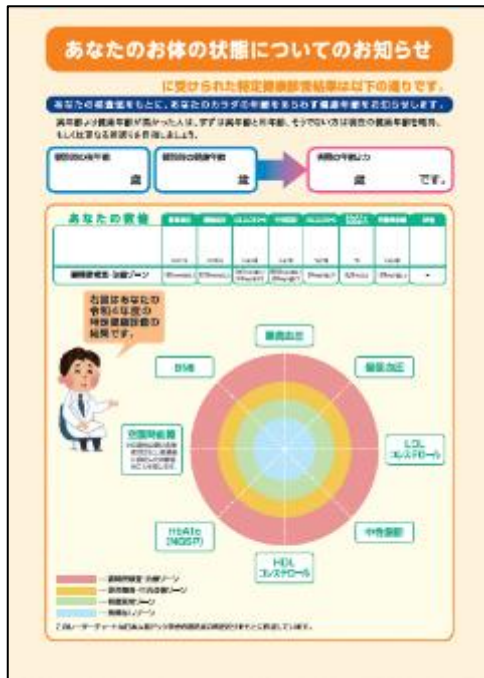
(ストラクチャー)

異常値を放置している方に、よりタイムリーに勧奨通知を届けられるよう、対象者の抽出作業から勧奨通知の作成、発送までをアウトソーシングしました。

分析に使用するレセプトデータを適宜、委託業者へ提供し、毎年 8 月には対象者へ勧奨通知を送付できる体制を構築しました。

(プロセス)

勧奨通知を受け取った対象者が、どの検査項目で異常だったかを視覚的に分かるようにレーダーチャートにして通知しています。検査項目についても解説書を同封し、異常値を放置した場合のリスク等を記載し、早めの受診を促す内容としています。



検査項目の解説
<p>LDLコレステロール <small>危険な数値範囲</small> 脂質異常症 <small>基準値</small> 60mg/dl～119mg/dl以下</p> <p>肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起して心筋梗塞や脳梗塞を発生させる。悪玉コレステロール。人間の体内にある脂質のひとつで一般に悪玉コレステロールと呼ばれています。LDLコレステロールの正常範囲は119mg/dl以下です。140mg/dl以上の場合「高LDLコレステロール血症」になります。</p>
<p>中性脂肪 <small>危険な数値範囲</small> 脂質異常症 <small>基準値</small> 30mg/dl～149mg/dl以下</p> <p>中性脂肪は肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質です。血液中の中性脂肪の値が150mg/dl以上になると「高トリグリセライド血症」とされ、メタボリックシンドロームの診断基準にも盛り込まれています。</p>
<p>HDLコレステロール <small>危険な数値範囲</small> 脂質異常症 <small>基準値</small> 40mg/dl以上</p> <p>余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。増えすぎたコレステロールを回収し、さらに血管壁にたまったコレステロールを取り除いて、肝臓へもどす働きをします。増えすぎたLDLコレステロール（悪玉コレステロール）が動脈硬化を促進するのとは反対に、抑制する働きがある善玉コレステロールといわれます。HDLコレステロールが39mg/dl以下で「低HDLコレステロール血症」になります。</p>
<p>HbA1c(NGSP) <small>危険な数値範囲</small> 糖尿病 <small>基準値</small> 5.5%以下</p> <p>食事内容・運動量やストレスの影響を受けやすい血糖値や尿糖値と比較して、生理的因子による変動がないため、糖尿病の評価を行う上で重要な指標となります。HbA1cは7%を超えると、糖尿病の合併症リスクが増加すると考えられています。</p>
<p>空腹時血糖 <small>危険な数値範囲</small> 糖尿病 <small>基準値</small> 99mg/dl以下</p> <p>検査の時間より10時間以上前から食事をしていない空腹時に測定した血糖値。空腹時血糖が100mg/dlを超えると糖尿病の発症リスクが2倍以上になるとされています。</p>
<p>BMI <small>危険な数値範囲</small> 糖尿病 <small>基準値</small> 18.5～24.9</p> <p>肥満度を表す指標として国際的に用いられている体格指数で、[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で求められます(身長はcmではなくmで計算します)。日本肥満学会の定めた基準は18.5未満が「低体重(やせ)」, 18.5以上24.9以下が「普通体重」、25以上が「肥満」で、肥満はその度合いによってさらに「肥満1」から「肥満4」に分類されます。</p>

(アウトプット)

勧奨後の医療機関受診率は、14.4%～19.2%で目標を達成することができませんでした。勧奨通知は8月に送付していますが、令和2年度と令和3年度の受診率が低いのは新型コロナウイルス感染症の拡大が少なからず関連していると考えられます。

(参考) 東京都における緊急事態宣言及び、まん延防止等重点措置期間

<令和2年度>

緊急事態宣言：2020/4/7(火)～2020/5/25(月)

緊急事態宣言：2021/1/8(金)～2021/3/21(日)

<令和3年度>

まん延防止等重点措置期間：2021/4/12(月)～2021/4/24(土)

緊急事態宣言：2021/4/25(日)～2021/6/20(日)

まん延防止等重点措置期間：2021/6/21(月)～2021/7/11(日)

緊急事態宣言：2021/7/12(月)～2021/9/30(木)

まん延防止等重点措置期間：2022/1/21(金)～2022/3/21(月)

(今後に向けた考察)

令和5年度事業から対象者の選定範囲をC判定以上に拡大して事業を継続して実施し、生活習慣病の早期受診につなげることを継続していきます。

勧奨後の医療機関受診率向上に向け、行動変容が起きなかった方々にアンケート取得する等、行動変化に向けた現状把握を行い、より効果の高い勧奨通知の内容に見直す等の検討が必要です

更に、本事業は受診勧奨通知を郵送しており、郵送後の開封確認等、対象者の方々の反応を具体的には把握できていない状態です。ICTを活用した勧奨通知の送付を行う等、DX化の可能性検討も有効です。

また、勧奨通知を送付しても医療機関の受診がない対象者には、再度の勧奨通知を送付する、または電話勧奨を実施する等の更なる勧奨事業等の必要性についても検討の余地があります。

(3) 生活習慣病治療中断受診勧奨通知事業

・目標

短期目標（令和2年度末） 送付回数 年1回

中長期目標（令和5年度末）

アウトプット 送付回数 年1回

アウトカム 対象者の医療機関受診率 60%

・実績

【事業評価】 C

・送付回数 A

・対象者の医療機関受診率 C

送付回数は受診勧奨を実施した回数で評価します。対象者の医療機関受診率は、「前年度の4月～9月までに生活習慣病の受診がある方のうち10月～3月に生活習慣病の受診がない方」を、治療を中断していると判断して勧奨を行い、そのうち資格喪失者を除いた人数を分母とし、勧奨を送付した月の翌月以降に医療機関受診した人の割合を分子として算出して評価します（勧奨を送付した月に受診した人は自発的に受診したものとみなします。）。実績は図表13の通りです。

図表 13：生活習慣病治療中断者受診勧奨の目標と実績

評価年度	送付回数		対象者の医療機関受診率			
	送付回数	評価	効果測定対象者数※1	勧奨後医療機関を受診した人数	勧奨後の医療機関受診率	評価
平成30年度	1回	達成	64人	16人	25.0%	未達成
令和元年度	1回		56人	21人	37.5%	
令和2年度	1回		42人	16人	38.1%	
令和3年度	1回		38人	10人	26.3%	
令和4年度	1回		37人	18人	48.6%	

※1 効果測定時に資格を喪失している者を除く人数

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

健康課が主催する健康教室のご案内も掲載する等、他部署との連携を図り、健康増進への意欲向上を促しました。また、対象者の抽出作業から勧奨通知の作成、発送までをアウトソーシングしました。分析に使用するレセプトデータを適宜、委託業者へ提供し、毎年8月には対象者へ勧奨通知を送付できる体制を構築しました。

(プロセス)

受診勧奨のハガキには、受診中断をすることのリスクや、症状がなくても病気が進行している可能性があることを記載し、早めの受診を促す内容としています。



(アウトプット)

毎年対象者に1回勧奨通知を送付しています(図表13参照)。

(アウトカム)

医療機関受診率については、8月に送付していますが、令和2年度と令和3年度の受診率が低いのは新型コロナウイルス感染症の拡大が少なからず関連していると考えられます。

また、令和4年度の医療機関受診率は、48.6%と評価年度内では最も高い受診率

となっています。

(参考) 東京都における緊急事態宣言及び、まん延防止等重点措置期間

<令和2年度>

緊急事態宣言：2020/4/7（火）～2020/5/25（月）

緊急事態宣言：2021/1/8（金）～2021/3/21（日）

<令和3年度>

まん延防止等重点措置期間：2021/4/12（月）～2021/4/24（土）

緊急事態宣言：2021/4/25（日）～2021/6/20（日）

まん延防止等重点措置期間：2021/6/21（月）～2021/7/11（日）

緊急事態宣言：2021/7/12（月）～2021/9/30（木）

まん延防止等重点措置期間：2022/1/21（金）～2022/3/21（月）

(今後に向けた考察)

本事業の対象者は年々減少しており、被保険者数に占める対象者の割合も年々低下しており、事業として一定の効果があると考えられます(図表14参照)。

図表 14：通知者数と効果測定対象者

評価年度	対象者	12か月平均被保険者数	割合
平成30年度	67人	23,755人	0.28%
令和元年度	56人	23,136人	0.24%
令和2年度	44人	22,773人	0.20%
令和3年度	41人	22,332人	0.18%
令和4年度	38人	21,760人	0.17%

勧奨後の医療機関受診率向上に向け、行動変容が起きなかった方々にアンケート取得する等、行動変化に向けた現状把握を行い、より効果の高い勧奨通知の内容に見直す等の検討が必要です。

更に、本事業は受診勧奨通知を郵送で送付しているが、郵送後の開封確認等、対象者の方々の反応を具体的には把握できていない状態です。ICTを活用した勧奨通知の送付を行う等、DX化の可能性検討も有効です。

また、勧奨通知を送付しても医療機関の受診がない対象者には、再度の勧奨通知を送付する、または電話勧奨を実施する等の更なる勧奨事業等の必要性につい

ても検討の余地があります。

特に、しばらく通院していない場合、再開しにくい心情があると考えられるため、医師会と連携し、医療機関側から架電していただく等の受診勧奨方法の見直しの可能性についても検討の余地があると考えます。

(4) 人間ドッグ・脳ドッグ利用補助

・目標

短期目標（令和2年度末）	人間ドッグ	700件
	脳ドッグ	50件

中長期目標（令和5年度末）

アウトプット	人間ドッグ	700件
	脳ドッグ	50件

・実績

【事業評価】 C

・人間ドッグ補助件数 B

・脳ドッグ補助件数 D

「人間ドッグ補助件数」と「脳ドッグ補助件数」はそれぞれ受診者数で評価をします。実績は図表15の通りです。

図表 15：人間ドッグ・脳ドッグ補助の実績と評価

評価年度	人間ドッグ補助件数		脳ドッグ補助件数	
	実績	評価	実績	評価
平成30年度	587件	未達成	35件	未達成
令和元年度	565件		21件	
令和2年度	422件		11件	
令和3年度	525件		22件	
令和4年度	556件		30件	

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

7つの医療機関と提携し、受診をできる体制を整えました。受診者の利便性を高めるために、市外の医療機関でも人間ドックを受診できる体制を維持しました。

(プロセス)

若い年齢時から自らの健康状態を把握し、生活習慣病を早期発見・早期治療できるように30歳以上の被保険者を対象としています。

また、国保加入手続き時に案内文を交付し、市のホームページで告知する等して事業の周知に努めました。

(アウトプット)

人間ドックについては毎年422件～587件と目標を達成できていません。また、脳ドックも毎年、11件～35件と目標を達成できていません。

令和2年度の受診件数が他年度に比べ落ち込んでいるのは新型コロナウイルス感染拡大による影響が少なからず影響を及ぼしていると考えられます。

(参考) 東京都における緊急事態宣言及び、まん延防止等重点措置期間

<令和2年度>

緊急事態宣言：2020/4/7（火）～2020/5/25（月）

緊急事態宣言：2021/1/8（金）～2021/3/21（日）

<令和3年度>

まん延防止等重点措置期間：2021/4/12（月）～2021/4/24（土）

緊急事態宣言：2021/4/25（日）～2021/6/20（日）

まん延防止等重点措置期間：2021/6/21（月）～2021/7/11（日）

緊急事態宣言：2021/7/12（月）～2021/9/30（木）

まん延防止等重点措置期間：2022/1/21（金）～2022/3/21（月）

性別に補助件数を調べると女性の方が、補助件数が少ない傾向にあります（図表16参照）。また、年代別に補助件数を調べると若い世代より60歳代、70歳代の利用件数の方が高い傾向にあります（図表17参照）。

図表 16：人間ドック・脳ドックの補助件数（性別）

評価年度	人間ドック			脳ドック		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
平成 30 年度	587	334	253	35	13	22
令和元年度	565	313	252	21	11	10
令和 2 年度	422	236	186	11	5	6
令和 3 年度	525	300	225	22	12	10
令和 4 年度	556	314	242	30	15	15

図表 17：人間ドック・脳ドックの補助件数（年代別）

評価年度	人間ドック					脳ドック				
	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代
平成 30 年度	30	46	77	253	181	0	0	0	22	13
令和元年度	34	41	75	210	205	1	1	3	13	3
令和 2 年度	24	29	49	152	168	0	0	1	2	8
令和 3 年度	27	46	63	180	209	0	0	3	7	12
令和 4 年度	31	40	62	204	219	1	1	0	12	16

（今後に向けた考察）

現状の補助割合で見ると、人間ドックは半額以下の補助、脳ドックは 1/4 程度の補助となっており、自己負担の割合も大きいところではあります。

人間ドックは助成を受けられることに加えて、特定健康診査の結果データとして代替利用ができることについて、あまり認知度が低い可能性があります。引き続き、特定健康診査と合わせて、人間ドック受診率向上のため、関係者から意見を伺い、人間ドック利用率の向上に何が必要か、人間ドック受診者が仮にデータ提供に同意したとした場合、どの位受診率が上がるのかを検討することも有効と思われれます。

(5) ジェネリック医薬品差額通知

・目標

短期目標（令和2年度末） 送付回数 年12回

中長期目標（令和5年度末）

アウトプット 送付回数 年12回

アウトカム ジェネリック医薬品使用割合 70%

・実績

【事業評価】 B

・送付回数 A

・ジェネリック医薬品使用割合 B

送付回数は1年間（12か月）におけるジェネリック医薬品差額通知書の送付回数で評価します。ジェネリック医薬品使用割合はレセプトデータから数量ベースのジェネリック医薬品の占める割合を算出し評価します。実績は図表18の通りです。

図表 18：送付回数・ジェネリック医薬品使用割合の実績と評価

評価年度	送付回数		ジェネリック医薬品使用割合	
	実績	評価	実績	評価
平成30年度	12回	達成	66.8%	達成
令和元年度	12回		69.6%	
令和2年度	12回		72.3%	
令和3年度	12回		72.3%	
令和4年度	12回		74.7%	

・事業評価に対する考察

（ストラクチャー）

ジェネリック医薬品に切り替えが可能な先発医薬品を処方されている対象者にタイムリーに通知を届けられるよう対象者の抽出作業から通知書の作成、発送までをアウトソーシングすることで、毎月通知書を送付できる体制を構築しています。

また、通知書に関するサポートデスクを設置し、通知書の内容や通知書の活用方法等について、通知を受け取った方々をサポートできる体制としています。

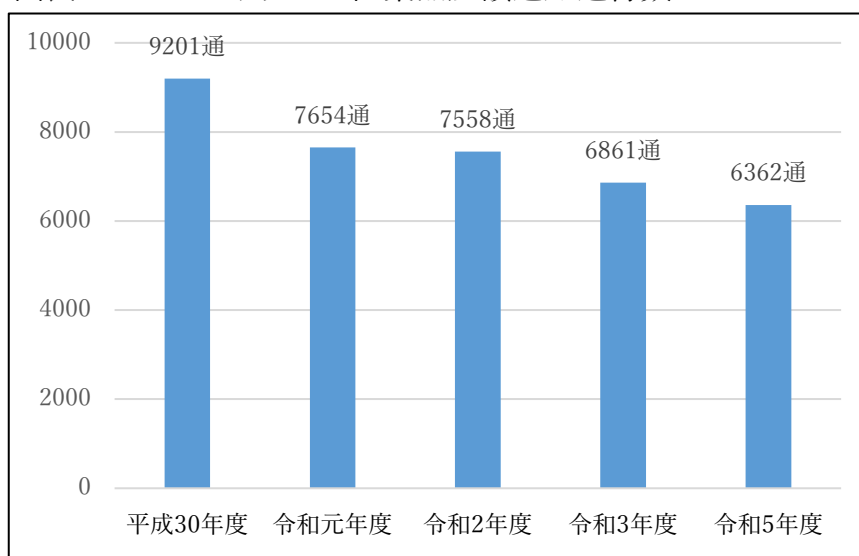
(プロセス)

被保険者への理解とジェネリック医薬品切り替えへ促進を図るため、事業内容及び、ジェネリック医薬品に切り替える際の注意点を市のホームページに掲載し、周知しています。

(アウトプット)

計画通り年 12 回の通知書送付を実施しました。毎年 6,000 通以上送付し、ジェネリック医薬品への切り替えに向けた促進を図りました (図表 19 参照)。

図表 19：ジェネリック医薬品差額通知送付数



(アウトカム)

ジェネリック医薬品の使用割合 (数量ベース) は、平成 30 年度は 66.8%でしたが令和 4 年度には 74.7%まで使用割合は上昇しています。

本市全体の薬剤数量構成比率を見てもジェネリック医薬品差額通知事業の対象となる「先発薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在する数量」は、平成 30 年度は 16.2%でしたが令和 4 年度は 12.8%となっておりジェネリック医薬品の普及が進んでいることが分かります (図表 20 参照)。

図表 20：薬剤数量構成比率

分類	薬剤数量構成比	
	平成 30 年度	令和 4 年度
薬剤総量	100.0%	100.0%
先発品薬剤数量	68.1%	63.3%
先発品薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在する数量	16.2%	12.8%
先発品薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在しない数量	51.8%	50.5%
ジェネリック医薬品薬剤数量	31.9%	36.7%

数量ベースの普及率目標は達成できていますが、患者数で見ると「ひとつでも切り替え可能な先発品を含む処方を受けている患者」は令和 4 年 3 月診療分のレセプトでは 4,392 人存在します。平成 30 年度と比較すると人数は減少していますが、新規の国民健康保険加入者や切り替え可能な新規患者の発生、今後新規にジェネリック医薬品が薬価収載されること等を考慮し、引き続き切り替えに向けた対策を講じていく必要があると考えております（図表 21 参照）。

図表 21：患者数から見るジェネリック医薬品切り替え状況

分類	患者数	
	平成 30 年度	令和 4 年度
すべてジェネリック医薬品が処方されている患者	1,247 人	1,689 人
ひとつでも切り替え可能な先発品を含む処方をされている患者	5,261 人	4,392 人
すべて切り替え不可能な先発品を処方されている患者	3,701 人	3,484 人
医薬品処方なしの患者	920 人	864 人

(今後に向けた考察)

ジェネリック医薬品の普及については、令和3年度に「2023年度末までに全ての都道府県で80%以上」とする目標が定められており、引き続きジェネリック医薬品の普及率を向上させる必要があります。

そのためには、処方を行うかかりつけ医の先生の理解・協力が必要なことから、医師会並びに薬剤師会との連携を深めていく必要があります。

また、更なる普及のためには、現状は、郵送による通知ですが、例えば、ICTを活用して通知することで、開封率のデータ取得等、これまで得られなかった通知対象者情報の取得が容易になり、更なる効果的・効率的な事業運営ができると考えられます。

(6) 医療費通知事業

・目標

短期目標（令和2年度末） 送付回数 年1回

中長期目標（令和5年度末）

アウトプット 送付回数 年1回

・実績

【事業評価】 A

送付回数は被保険者に対して医療費のお知らせを通知したかで評価を行います。前期計画では「平成31年度から実施予定」としていましたが、令和2年度から事業実施を行っています。実績は図表22の通りです。

図表 22：医療費通知の実績と評価

評価年度	送付回数	評価
平成30年度	未実施	達成
令和元年度		
令和2年度	2回	
令和3年度	2回	
令和4年度	2回	

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

通知対象期間を2回に分けて送付できる体制を維持しました。

(プロセス)

個人情報保護に配慮し、支援措置対象者や死亡者には送付しない等、適切な送付管理を行い、世帯単位に送付しました。

(アウトプット)

レセプト上で確認できる医療費を、「前年度11月から当該年度6月分」を1回目(毎年12月)、「7月から10月分」を2回目(毎年2月)として通知し、各年度の医療費通知件数は図表23の通りです。

図表 23：医療費通知の通知件数

評価年度	1回目通知	2回目通知
令和2年度	13,343件	12,045件
令和3年度	13,563件	12,480件
令和4年度	13,750件	12,394件

(今後に向けた考察)

本通知は被保険者の健康に対する認識を深めるという目的に加えて、医療費控除の手続きでご活用いただくという目的があります。

ただし、マイナポータル上で薬剤情報や医療費を閲覧できるようになり、今後は、本通知の送付回数を減らす、または送らないという選択を検討することも重要と思われるため、外部環境の動向を把握しつつ、本事業の継続性について検討する必要があります。

(7) 重複受診・頻回受診・重複服薬の指導

・目標

中長期目標（令和5年度末）

アウトプット 継続支援実施率 90%
アウトカム 指導対象者の減少 前年度比20%減

・実績

【事業評価】 B

・継続支援実施率 B

・指導対象者の減少 A

継続支援実施率は初回指導者のうち、指導を最後まで継続した人の割合で評価します。指導対象者の減少は前年度から指導の対象者がどの程度減少したかで評価します。実績は図表24の通りです。

なお、本事業は令和2年度から実施したため、指導対象者の減少の実績は前年度の実績が存在する令和3年度から実績を記載しています。

図表 24：継続支援実施率・指導対象者の減少実績と評価

評価年度	継続支援実施率		指導対象者の減少	
	実績	評価	実績	評価
令和2年度	88.9%	未達成	—	未達成
令和3年度	84.0%		18.5%	
令和4年度	81.0%		3.2%	

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

業務委託により、多くの対象者向けに専門職による指導が可能な体制を構築しました。

(プロセス)

重複受診者、頻回受診者、重複服薬者へ面談指導と電話フォローを各1回実施しました。また、参加率を上げるため、参加勧奨を電話で行いました。

(アウトプット)

指導対象者は毎年 244 人～309 人となっており、この中から参加勧奨を行い、21 人～45 人が初回支援の対象となりました。このうち、電話フォローを実施できた継続支援実施者は 17 人～40 人でした (図表 25 参照)。

図表 25：指導対象者・初回支援及び継続支援実施者・途中辞退者の推移

評価年度	指導対象者	初回支援実施者	継続支援実施者	途中辞退者
令和 2 年度	309 人	45 人	40 人	5 人
令和 3 年度	252 人	25 人	21 人	4 人
令和 4 年度	244 人	21 人	17 人	4 人

途中辞退となった理由は「不在」が最も多い状況でした (図表 26 参照)。

図表 26：途中辞退理由の推移

評価年度	不在	支援中止	資格喪失	辞退	その他
令和 2 年度	2 人	0 人	0 人	1 人	2 人
令和 3 年度	2 人	1 人	1 人	0 人	0 人
令和 4 年度	2 人	1 人	0 人	1 人	0 人
合計	6 人	2 人	1 人	2 人	2 人

※不在 : 8 回電話したがつながらなかった。
支援中止 : 指導を開始したが途中で中止した。
資格喪失 : 転居や他の保険者へ異動した。
辞退 : 対象者から辞退の申し出があった。
その他 : それ以外、不明等。

(アウトカム)

指導対象者は毎年減少していますが、前年度比の減少率という点では達成できません。一方、指導対象者の被保険者に占める割合は毎年、減少しており、事業目的としては対象者減少に事業継続することで寄与していると考えられます (図表 27 参照)。

図表 27：指導対象者・減少率の推移

評価年度	指導対象者	減少率	指導対象者の被保険者に占める割合
令和2年度	309人	—	1.36%
令和3年度	252人	18.5%	1.13%
令和4年度	244人	3.2%	1.12%

(今後に向けた考察)

指導を実施した人のうち、受診行動が改善した人の割合は毎年90%以上と高い結果でした(図表28参照)。

図表 28：受診行動改善率の実績

評価年度	指導実施人数(A)	Aのうち指導後の効果を把握した人数(B) ^{※1}	Bのうち指導後に受診行動に改善が見られた人数(C) ^{※2}	C以外で医療費効果が見られた人数(D) ^{※3}	受診行動改善率(C+D)/(B)
令和2年度	45人	44人	38人	3人	93.2%
令和3年度	25人	24人	23人	0人	95.8%
令和4年度	21人	20人	17人	2人	95.0%

※1 指導後にレセプトデータから受診行動の改善が把握できた人数(※2+※3の人数)
重複受診、頻回受診、重複服薬毎に集計するため、合計人数は※2+※3の人数と一致しない場合があります。(重複受診、頻回受診、重複服薬のいずれの条件に当てはまる対象者が存在するため)

※2 指導後に受診行動が候補者選定の条件以下に改善された人数

※3 指導後に受診行動が候補者選定の条件以下までは改善されなかったが、抽出時の条件より下回って改善された人数

さらに受診行動が改善された場合、1人あたりの1か月あたりの効果額は1万8,839円~5万6,351円と高い効果が見られました。(図表29参照)

図表 29：受診行動改善率の医療費ベースの効果額

評価年度	Cの者に係る 1か月あたりの 効果額（医療 費ベース） （E）	Dの者に係る 1か月あたりの 効果額（医療 費ベース） （F）	受診行動が 改善された 人数 （C+D）	受診行動が改善された者 1人あたりの1か月あた りの効果額 （E+F）/（C+D）
令和2年度	1,358,401円	40,102円	41人	34,110円
令和3年度	1,296,081円	0円	23人	56,351円
令和4年度	350,981円	6,965円	19人	18,839円

以上のことから本事業は指導実施者増に向けた取り組みが重要になってきます。本事業は、健康サポートを目的とした家庭訪問による健康相談事業として案内文書を送付しており、具体的に「重複受診」や「頻回受診」等に関する文言の記載をしていません。



そのため、電話勧奨を行った際にも事業の意図が正しく伝わらず、「医療従事者（医師等）から指導を受け、きちんとした生活管理をしている」、「自ら情報収集し、健康管理をしている」という理由で辞退する対象者が100人中41人と高い割合を占めています（図表30参照）。

図表 30：指導の辞退理由（令和2年度）

辞退理由	人数
医療従事者（医師等）から指導を受け、きちんとした生活管理をしている	25人
自ら情報収集し、健康管理をしている	16人
事業主旨の説明を聞いてもらえない、事業の主旨に賛同できない	16人
忙しくて時間がとれない	16人
その他	27人
合計	100人

案内文書に本来の事業目的を記載することや、現状では市のホームページでの周知が不十分であると考えられるため、周知方法等の見直し、拡充について検討の必要性があると考えます。

(8) 健幸チャレンジ事業

・目標

中長期目標（令和5年度末）

アウトプット

継続活動率 90%以上

アウトカム

BMI25以上の対象者の数値 減少

・実績

【事業評価】 A

・継続活動率 B

・BMI25以上の対象者の数値 A

継続活動率は、前年度に参加した方が翌年も継続参加をしたかで評価します。BMI25以上の対象者の数値については、参加時点でBMIが25以上だった方が、終了時点でBMIの増減があったかで評価します。実績は図表31の通りです。

図表 31：継続活動率・BMI25以上の対象者の数値実績と評価

評価年度	継続活動率		BMI25以上の対象者の数値	
	実績	評価	実績	評価
令和2年度	—	—	-0.2	未達成
令和3年度	88.2%	未達成	-0.2	
令和4年度	92.8%	達成	+0.1	達成

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

本事業は令和2年度から実施しました。業務委託を行い、歩数計アプリまたは活動量計を利用したウォーキングや、セミナー参加などの健康教室の参加や健診受診等の取組み等に対してポイントを付与する体制を整えました。

体組成計・血圧計・活動量計のデータ送信機器を市内3か所に設置しました。さらに、商工会と連携の上、商工会で発行している「さくらギフトカード」とポイントを交換できる体制を整えました。令和2年12月は、清瀬市・立川市との合同イベントとして都市対抗戦ウォーキングラリーを実施しました。

(プロセス)

毎年9月～1月を健康プログラム実施期間として、この期間の歩数や血圧測定、参加者の関心を高めるために、運動セミナー・食事セミナーをそれぞれ毎年1回（令和3年度は2回）実施しました。

(アウトプット)

参加者のうち、翌年度も継続参加した割合は88.2%～92.8%でした（図表32参照）。

図表 32：事業参加者及び継続参加者数、継続活動率の実績

評価年度	参加者数	うち新規参加者数	うち継続参加者数	継続活動率
令和2年度	228人	—	—	—
令和3年度	377人	176人	201人	88.2%
令和4年度	446人	96人	350人	92.8%

令和3年度、令和4年度の継続参加者の傾向としては、9月（開始時）と1月（終了時）の比較で歩数の増加が見られ、当該傾向は男女とも、年齢区分別でも同様でした。このことから、継続参加者は運動習慣がしっかりと身に付いていることが推察されます。つまり、運動習慣が身に付いた方は、本事業への継続率が高いと言えます。

(アウトカム)

BMI25以上の対象者の数値は図表33の通りとなりました。令和4年度は開始時と終了時でBMI25以上の方の平均値が0.1kg/m²増加したものの、他年度は減少傾向が見られました。

図表 33：BMI25以上の対象者数

評価年度	BMI25以上の対象者数	BMI平均値（開始時）	BMI平均値（終了時）	BMI増減
令和2年度	16人	27.1	26.9	-0.2
令和3年度	19人	27.2	27.0	-0.2
令和4年度	19人	27.6	27.7	+0.1

(今後に向けた考察)

本事業のアンケートでは、事業への参加枠の拡大を求める声もあり、健康意識向上にも寄与していることから、事業枠の拡大の余地について検討する必要があると考えます。

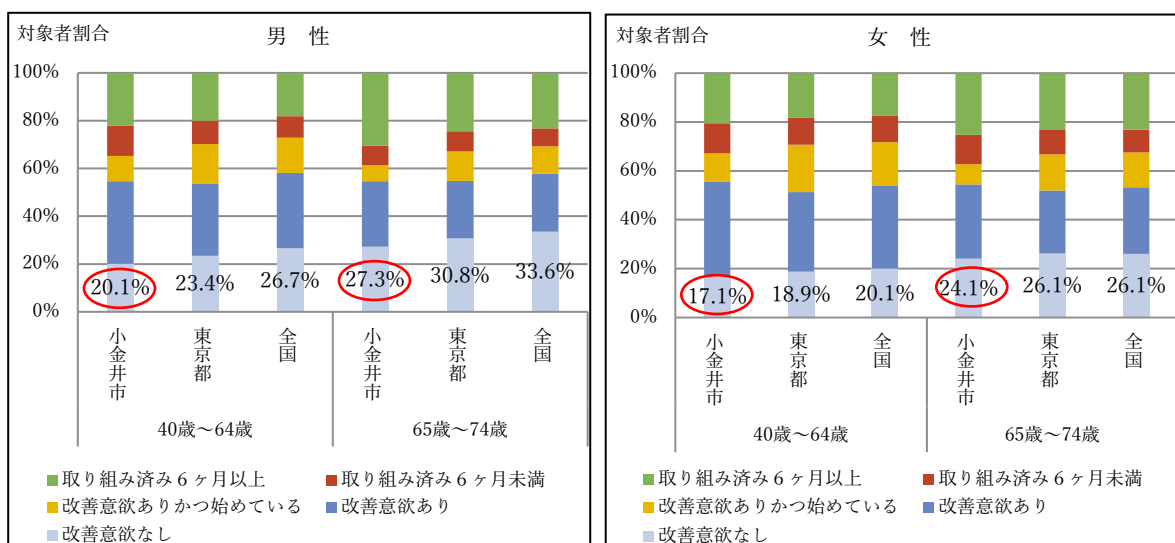
2 健康・医療情報の分析

(1) 健診質問票（問診票）による生活習慣の状況

① 生活習慣の改善意欲に係る意識

特定健康診査時の質問票から見た「生活習慣に改善意欲に係る意識調査」の結果を図表 34 に示します。当該図表より、「改善意欲なし」は、男女とも東京都と全国より低めの傾向にあります。

図表 34：男女別生活習慣の改善意欲（令和 4 年度）



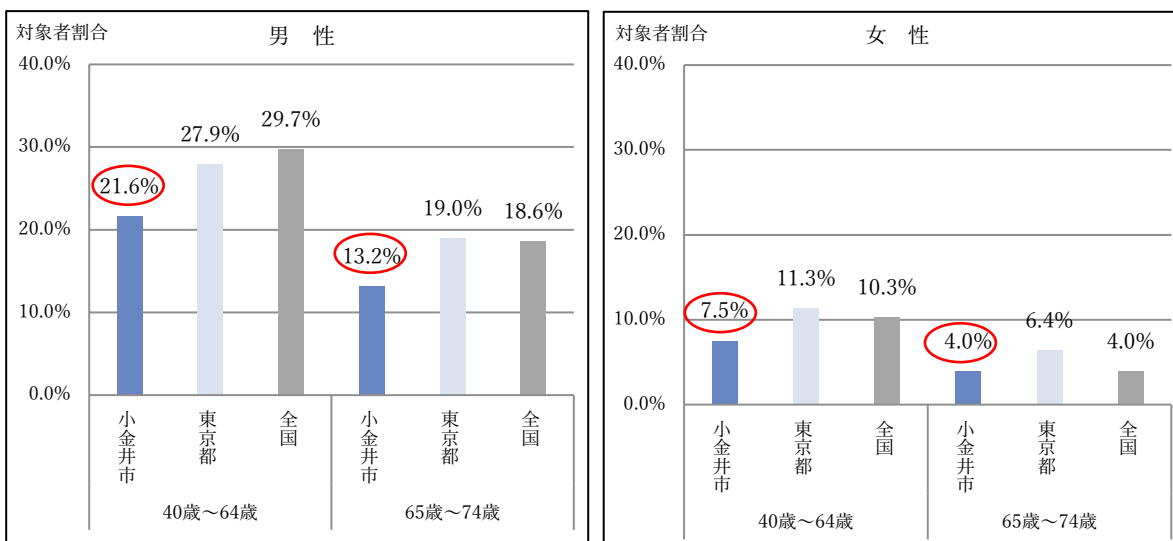
※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

② 喫煙者の状況

特定健康診査時の質問票から見た「男女別喫煙率」を図表 35 に示します。

本市は、東京都、全国に比べ低い傾向を示しています（65歳～74歳の女性は本市と全国は同値）。

図表 35：男女別喫煙率（令和4年度）

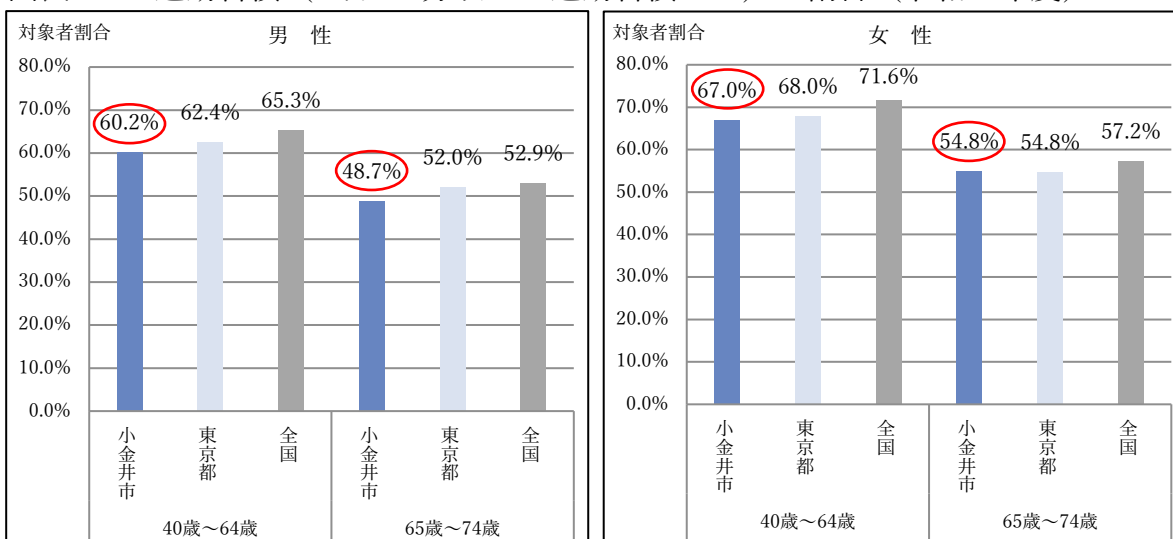


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

③運動習慣（1日30分以上の運動習慣なし）の割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別運動習慣（1日30分以上の運動習慣なし）の割合」を図表36に示します。本市は、東京都、全国に比べ低い傾向を示しています（65歳～74歳の女性は本市と東京都は同値）。

図表 36：運動習慣（1日30分以上の運動習慣なし）の割合（令和4年度）

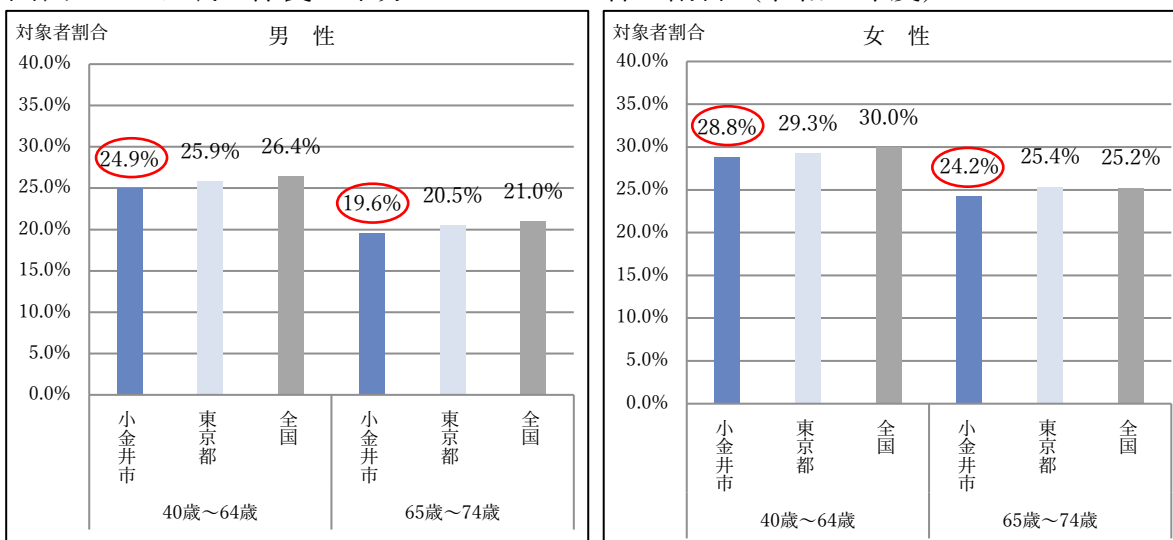


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

④睡眠で休養が十分とれていない者の割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別睡眠不足と回答した人の割合」を図表 37 に示します。本市は、東京都、全国に比べて低い傾向を示しています。

図表 37：睡眠で休養が十分とれていない者の割合（令和 4 年度）



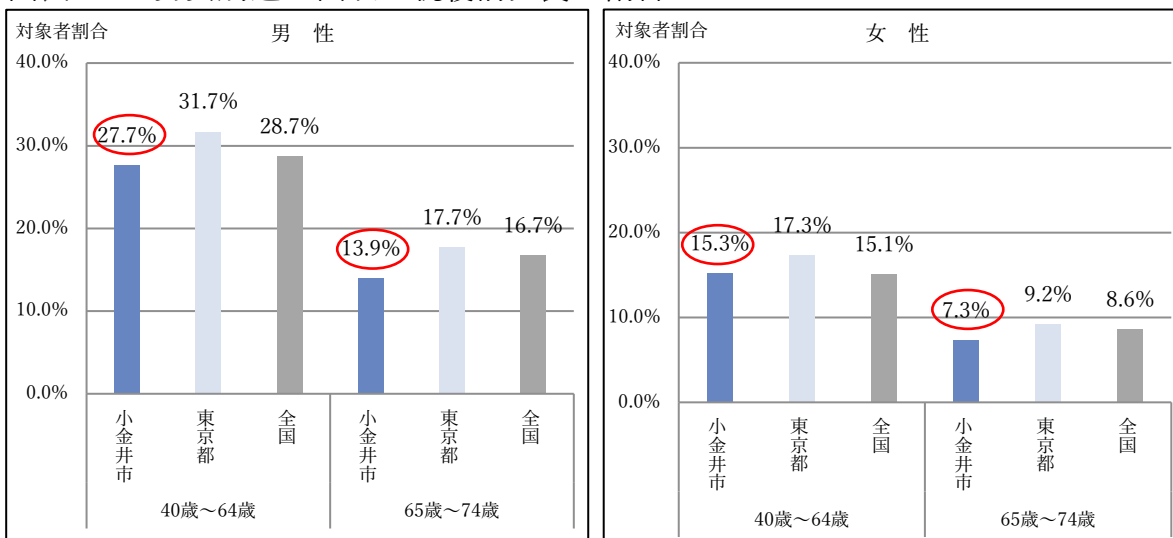
※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

⑤週 3 回以上就寝前夕食

（就寝前 2 時間以内に夕食をとることが週 3 回以上ある者）の割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別睡眠不足と回答した人の割合」を図表 38 に示します。本市は、東京都、全国に比べて低い傾向を示しています（40 歳～64 歳の女性は東京都よりは低く、全国より高い）。

図表 38：男女別週 3 回以上就寝前夕食の割合

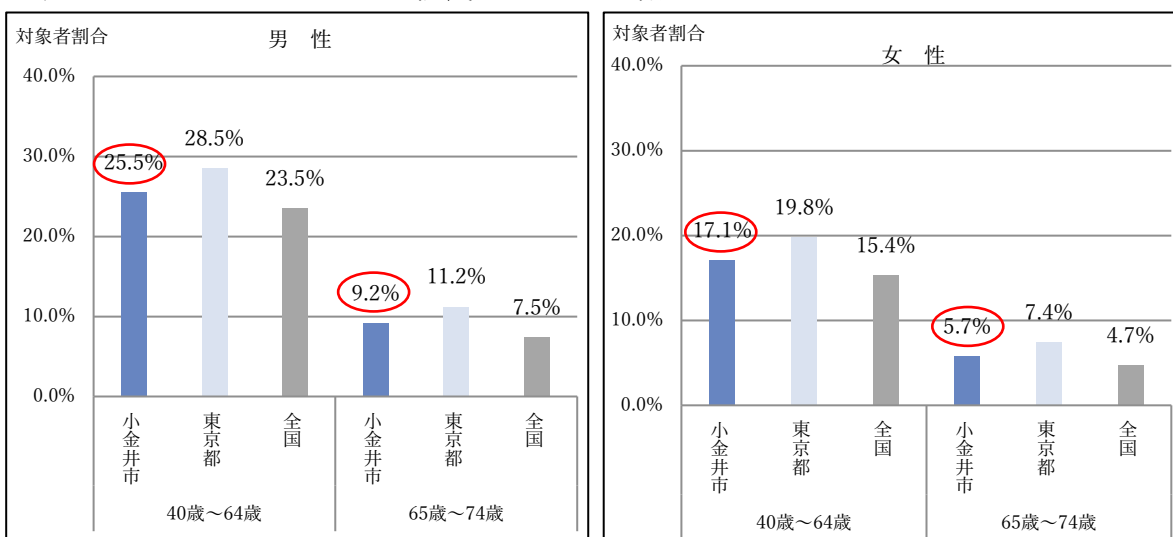


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

⑥週 3 回以上朝食を抜く（朝食を抜くことが週 3 回以上ある者）割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別週 3 回以上朝食を抜く人の割合」を図表 39 に示します。本市は、東京都より低いが全国より高い傾向を示しています。

図表 39：男女別週 3 回以上朝食を抜く人の割合

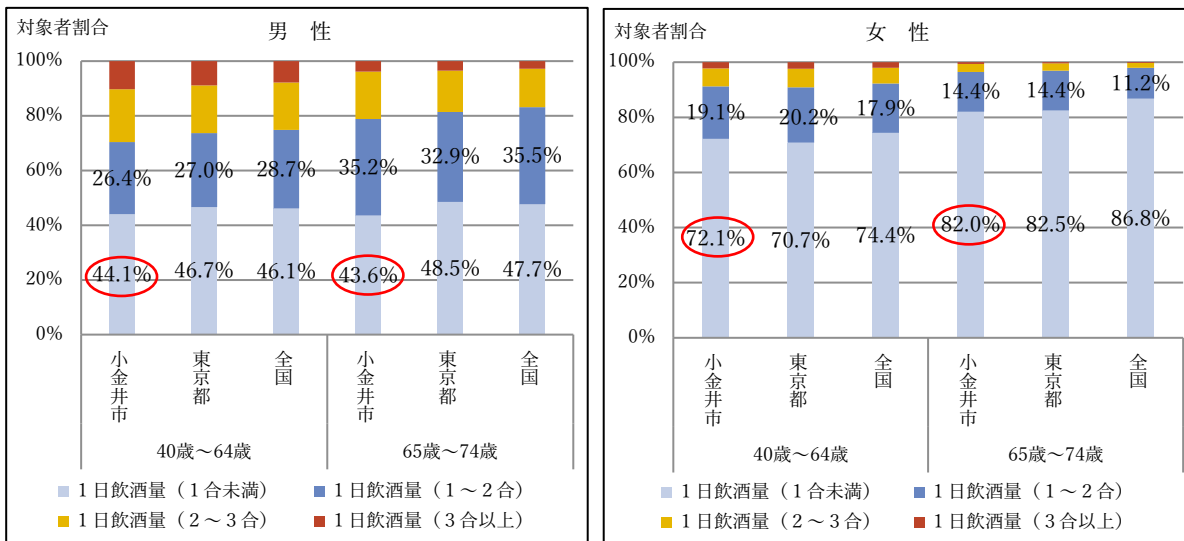


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

⑦1日飲酒量の割合（飲酒日の1日あたり飲酒量が男性2合以上、女性1合以上の者）

特定健康診査時の質問票から見た「男女別1日飲酒量の割合」を図表40に示します。本市は、男女共に1日1合未満の方の割合が、東京都、全国に比べて低い傾向（女性の40歳～64歳を除く）にあることが分かります。

図表 40：男女別1日飲酒量

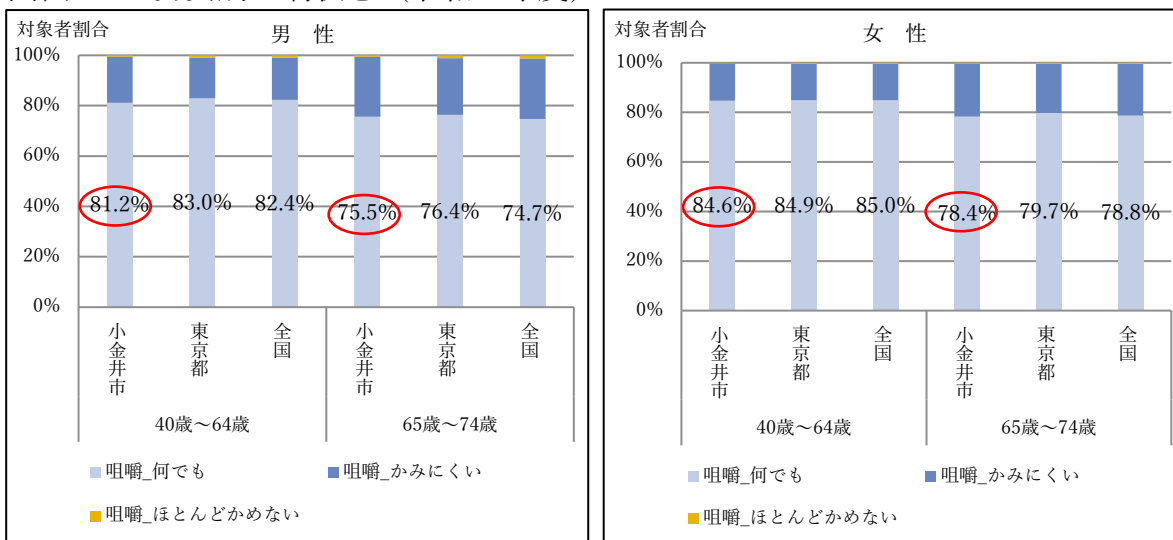


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

⑧咀嚼状態

特定健康診査時の質問票から見た「男女別咀嚼状態」を図表41に示します。咀嚼状態は、「何でも噛める」、「かみにくい」、「ほとんどかめない（かみにくいことがある、ほとんどかめない）」者の割合として示しています。本市は、「何でも」咀嚼できるとした方が東京都、全国より低い傾向（65～74歳の男性を除く）を示しました。

図表 41：男女別咀嚼状態（令和4年度）



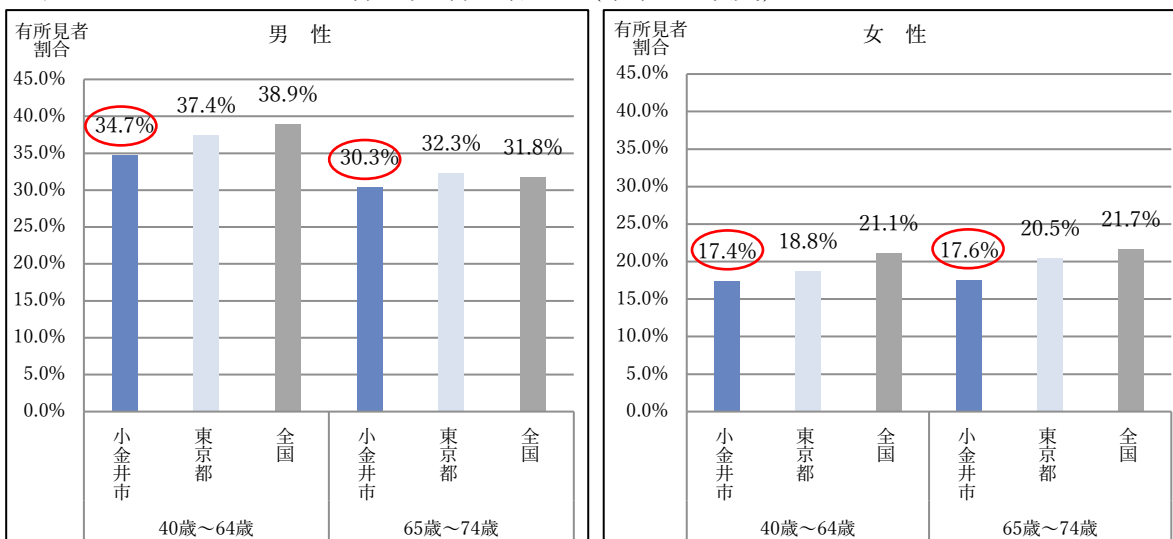
※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

(2) 特定健康診査結果から見る有所見者の状況

① BMI 有所見者の割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別 BMI 有所見者の割合」を図表 42 に示します。男女とも東京都と全国より低い傾向を示しています。

図表 42：男女別 BMI 有所見者の割合（令和4年度）

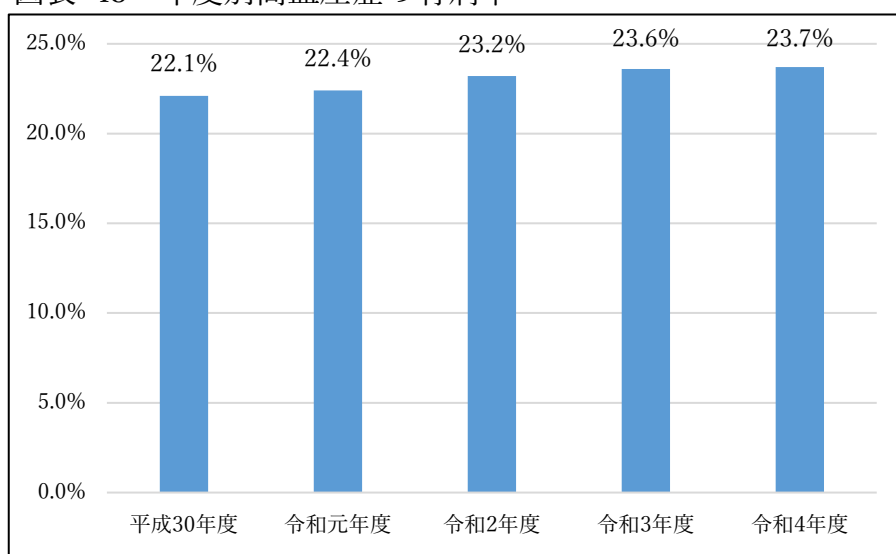


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

②高血圧症の有病率

本市における高血圧症の有病率は、年々微増傾向にあることが分かります（図表 43 参照）。高血圧症は、喫煙と並んで、日本人の生活習慣病死亡に最も大きく影響する要因です。高血圧が進んで動脈硬化になると、心臓では狭心症や心筋梗塞、心不全等、また、脳では脳梗塞、脳出血などの脳血管障害（脳卒中）や認知症になりやすくなりますと言われています。（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト：e-ヘルスネットより引用）

図表 43：年度別高血圧症の有病率



※sucoyaca システム「P01：生活習慣病の状況（年次）」より

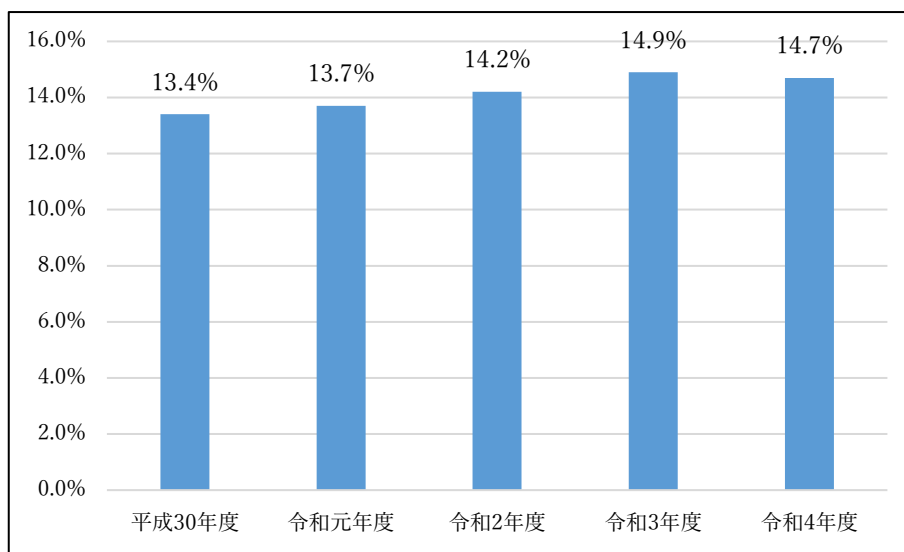
③糖尿病（2型）の有病率

本市における糖尿病（2型）の有病率は、令和4年度は前年より下がっていますが、全体としては年々微増傾向にあることが分かります（図表 44 参照）。

本市としては、特定保健指導の更なる利用促進を行うことで、糖尿病の有病者を減少させる取り組みを継続しております。糖尿病は、インスリンというホルモン不足や作用低下が原因で、血糖値の上昇を抑える働きが低下してしまうため、高血糖が慢性的に続く病気です。2型糖尿病はインスリン非依存型と呼ばれ、遺伝的要因に過食や運動不足などの生活習慣が重なって発症します。糖尿病の恐さは、自覚症状の無いままに重篤な合併症が進展することで、微小な血管の障害である網膜症・腎症・神経障害の三大合併症の他、より大きな血管の動脈硬化が進行して心臓病や脳卒中のリスクも高まります。

生活習慣の改善によって糖尿病を発症する手前で防ぐ1次予防、たとえ発症してもあきらめずに血糖値を良好にコントロールして健康に生活する2次予防、さらに合併症の発症をくい止める3次予防がいずれも重要になってきます。(厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト：e-ヘルスネットより引用)

図表 44：年度別糖尿病（2型）の割合

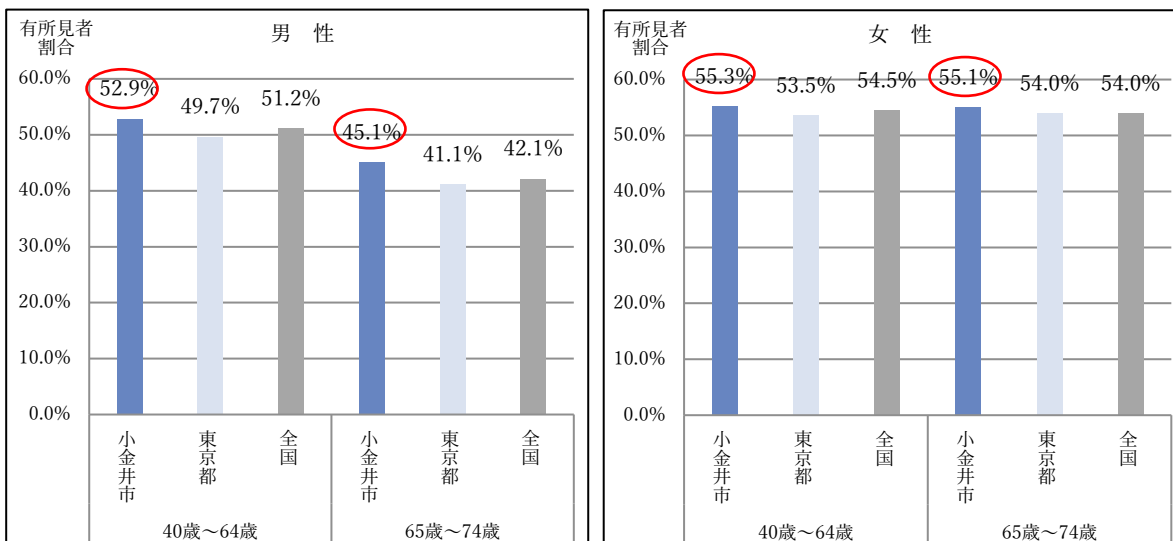


※sucoyaca システム「P01：生活習慣病の状況（年次）」より
生活習慣病起因のため、2型糖尿病の有病率となっています。

④LDLコレステロール有所見者の割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別LDLコレステロール有所見者の割合」を図表 45 に示します。本市は男女とも、東京都、全国と比較して高い傾向を示しています。

図表 45：男女別LDLコレステロール有所見者の割合（令和4年度）

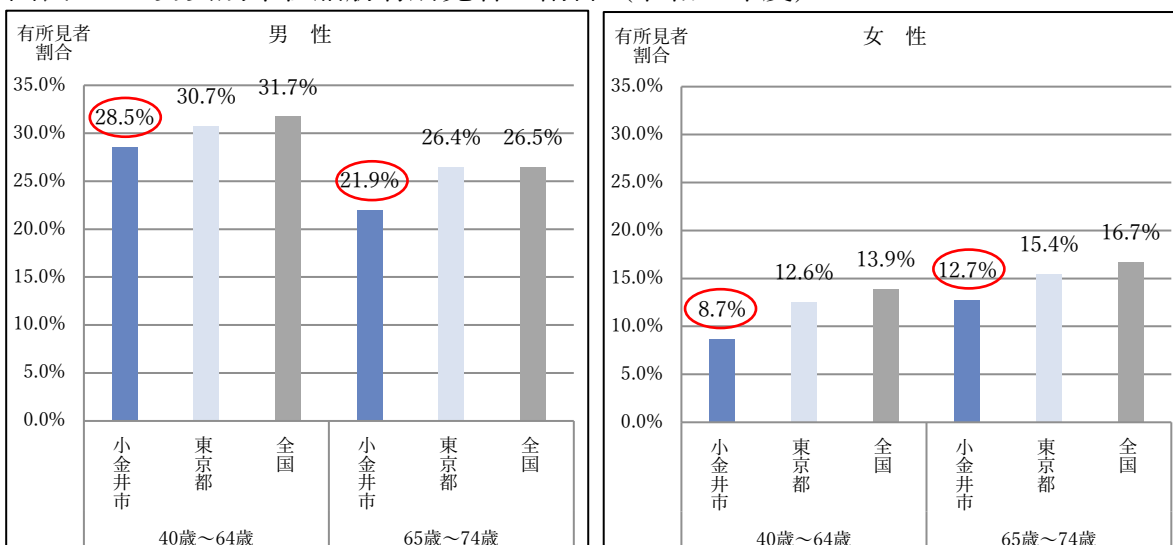


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

⑤中性脂肪有所見者の割合

特定健康診査時の質問票から見た「男女別中性脂肪有所見者の割合」を図表46に示します。本市は東京都、全国と比較して低い傾向を示しています。

図表 46：男女別中性脂肪有所見者の割合（令和4年度）

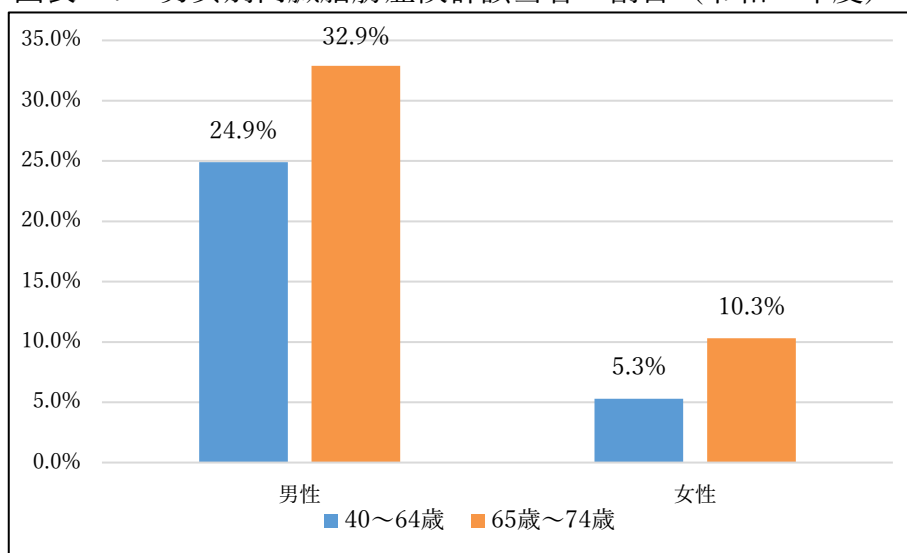


※国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」について、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集を用いて年齢調整を実施。

⑥内臓脂肪症候群該当者割合

本市における男女別内臓脂肪症候群該当者割合は、男性の割合の方が高く、64歳～75歳の割合が高くなっていることが分かります（図表 47 参照）。

図表 47：男女別内臓脂肪症候群該当者の割合（令和4年度）

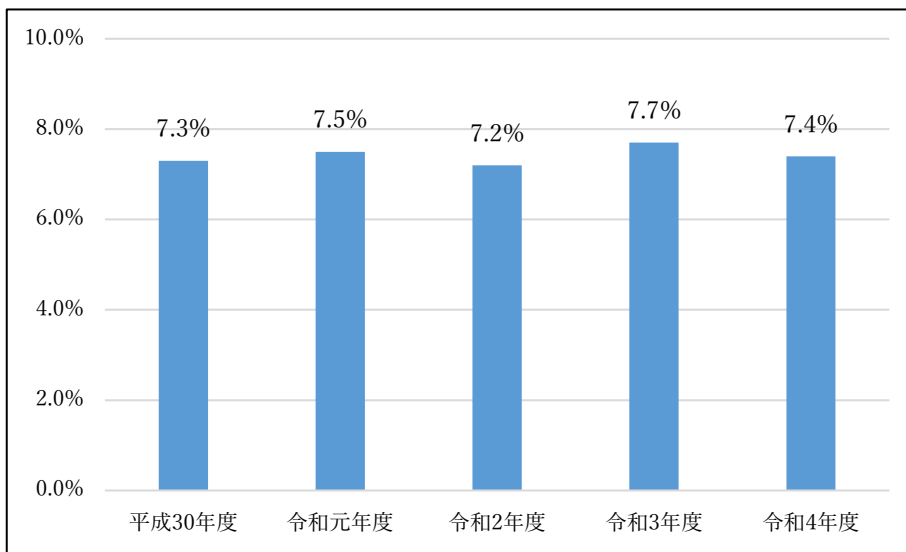


※sucoyaca システム「特定健診_特定保健指導実施結果総括表」より

⑦脳血管疾患の有病率

本市における脳血管疾患の有病率は、7%台で推移していることが分かります（図表 48 参照）。

図表 48：年度別脳血管疾患の有病率

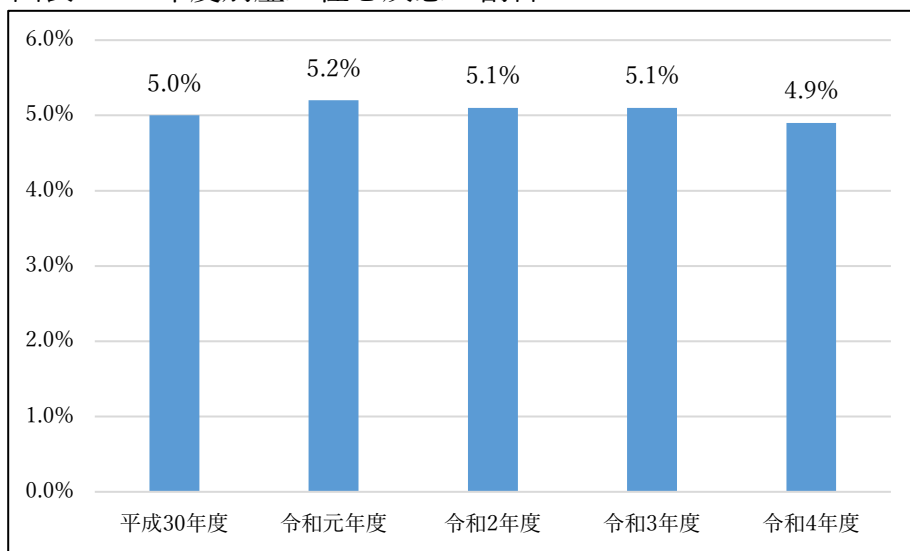


※sucoyaca システム「P01：生活習慣病の状況（年次）」より

⑧虚血性心疾患の有病率

本市における虚血性心疾患の有病率は、5%前後で推移していることが分かります（図表 49 参照）。

図表 49：年度別虚血性心疾患の割合



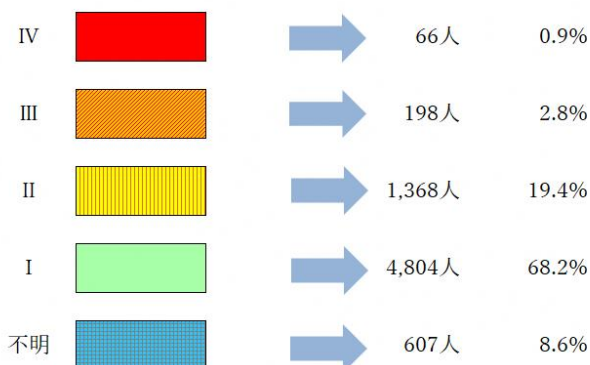
※sucoyaca システム「P01：生活習慣病の状況（年次）」より

⑨CKD（慢性腎臓病）重症度分類

本市における健康診査項目の「尿蛋白」及び「eGFR」を用いて、「CKD 診療ガイド 2018」の基準に基づき健診受診者を分類しました（図表 50 参照）。これは、末期腎不全・心血管死亡発症リスクの上昇に合わせてステージ分けを行い該当するステージの健診受診者数を示したものです。これによると、リスクの最も高いステージⅣに該当する方が 66 名存在しました。CKD が進行すると末期腎不全となって人工透析や腎移植が必要になることもあります。CKD は動脈硬化の危険因子としても重要で、CKD がある人ではない人に比べて、脳卒中や心筋梗塞が発症する確率が高くなります。（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト：e-ヘルスネットより引用）

図表 50：CKD 重症度分類（令和 4 年度）

			尿蛋白ステージ				未測定	計	
			A1		A2	A3			
			(-)	(±)	(1+)	(2+)			(3+)
腎機能 ステージ (eGFR)	G1	90～	525	23	8	1	3	560	
	G2	60～	4,279	172	32	12	6	4,501	
	G3a	45～	1,173	52	16	4	2	1,247	
	G3b	30～	93	17	5	3	1	119	
	G4	15～	6	3	6	1		16	
	G5	0～	3	0	2		2	7	
	未測定		573	8	5	2	5	593	
計			6,652	275	74	23	19	7,043	



※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。
対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

(3) 医療情報の分析

①医療基礎情報

本市における医療基礎情報をまとめたものが図表 51 となります。

本市は、人口千人当たりの医師数が 7.5 人となっており、東京都、全国と比べ少ない傾向となっていることが分かります。

また、レセプト 1 件当たり医療費は 36,320 円となっており、東京都、全国より低いことが分かります。外来、入院別では、外来レセプト 1 件当たり医療費は 23,790 円となっており、東京都、全国より低くなっています。

一方、入院レセプト 1 件当たり医療費は 652,940 円となっており、東京都、全国より高くなっていることが分かります。

図表 51：医療基礎情報（令和 4 年度）

区 分	小金井市	東京都	全国
千人当たり			
病院数	0.2	0.2	0.3
診療所数	4.2	5.2	4.2
病床数	52.6	47.0	61.1
医師数(人)	7.5	18.0	13.8
外来レセプト数(件)	682.8	655.1	709.6
入院レセプト数(件)	13.9	14.3	18.8
医科レセプト数(件)	696.7	669.4	728.4
1件当たり医療費(円)	36,320	38,290	39,870
一 般(円)	36,320	38,290	39,870
退 職(円)	0	12,300	67,230
外 来			
外来費用の割合 ※1	64.2%	63.6%	59.9%
1件当たり医療費(円)	23,790	24,890	24,520
1人当たり医療費(円)	16,250	16,310	17,400
1日当たり医療費(円)	16,590	16,560	16,500
1件当たり受診回数	1.4	1.5	1.5
入 院			
入院費用の割合 ※2	35.8%	36.4%	40.1%
1件当たり医療費(円)	652,940	652,270	619,090
1人当たり医療費(円)	9,050	9,330	11,650
1日当たり医療費(円)	42,080	44,670	38,730
1件当たり在院日数	15.5	14.6	16.0

※国保データベース（KDB）システム 「地域の全体像の把握」より

※1「外来費用の割合＝外来レセプトの総点数÷医科レセプトの総点数」で算出。

※2「入院費用の割合＝入院レセプトの総点数÷医科レセプトの総点数」で算出。

②大分類による医療費別統計

疾病項目の大分類による疾病別医療費の割合を図表 52 に示します。

医療費の観点で見ると、上位 3 位は「新生物」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順となっており、第 2 期データヘルス計画策定時（平成 29 年度）と比較すると、順位はそれぞれ 2 位、1 位、3 位となっております。

図表 52：大分類による疾病別医療費割合（令和 4 年度）

疾病項目（大分類）	A			B		C		A/C	
	医療費総計 (円) ※	構成比 (%)	順位	医科 レセプト 件数 ※	順位	患者数 ※	順位	患者一人 当たりの 医療費 (円)	順位
I. 感染症及び寄生虫症	148,669,420	2.2%	13	13,571	13	5,804	10	25,615	19
II. 新生物	1,114,990,480	16.8%	1	18,212	11	6,394	9	174,381	2
III. 血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	91,219,270	1.4%	16	5,024	16	1,938	17	47,069	13
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	513,878,510	7.8%	4	52,098	1	8,893	3	57,785	10
V. 精神及び行動の障害	422,410,760	6.4%	8	20,268	9	3,102	15	136,174	3
VI. 神経系の疾患	457,701,150	6.9%	7	31,728	6	5,058	11	90,491	6
VII. 眼及び付属器の疾患	293,164,740	4.4%	10	21,463	8	8,117	4	36,117	15
VIII. 耳及び乳様突起の疾患	27,985,040	0.4%	18	4,019	18	2,018	16	13,868	22
IX. 循環器系の疾患	861,093,010	13.0%	2	49,044	2	7,872	5	109,387	4
X. 呼吸器系の疾患	409,881,300	6.2%	9	32,626	5	10,240	1	40,027	14
X I. 消化器系の疾患	458,885,470	6.9%	6	42,219	3	9,076	2	50,560	12
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	194,573,620	2.9%	12	23,041	7	7,602	6	25,595	20
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	599,321,960	9.0%	3	35,646	4	7,393	7	81,066	7
X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	481,252,810	7.3%	5	16,393	12	4,846	13	99,309	5
X V. 妊娠、分娩及び産じょく	9,316,820	0.1%	20	286	21	139	20	67,027	8
X VI. 周産期に発生した病態	21,299,880	0.3%	19	71	22	32	22	665,621	1
X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常	8,984,300	0.1%	21	661	19	297	19	30,250	17
X VIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	130,862,860	2.0%	15	18,782	10	6,632	8	19,732	21
X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	200,411,370	3.0%	11	9,295	14	3,810	14	52,601	11
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	43,782,910	0.7%	17	4,781	17	1,327	18	32,994	16
X X II. 特殊目的用コード	131,877,740	2.0%	14	7,326	15	4,886	12	26,991	18
分類外	6,915,180	0.1%	22	314	20	105	21	65,859	9
合計	6,628,478,600	100.0%		184,205		20,032		330,894	

※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

③中分類で見る医療費別統計

疾病項目の中分類による疾病別医療費の割合を図表 53 に示します。

医療費の上位 3 疾病は「その他の悪性新生物<腫瘍>」、「腎不全」、「その他の神経系の疾患」の順となっており、第 2 期データヘルス計画策定時（平成 29 年度）と比較すると、順位はそれぞれ 2 位、1 位、8 位となっております。

図表 53：中分類による疾病別統計（医療費上位 10 疾病）（令和 4 年度）

順位	中分類疾病項目	医療費 ※		【参考】 患者数 (人)
		金額 (円)	構成比 (%) (医療費総計全体に 対して占める割合)	
1	210 その他の悪性新生物<腫瘍>	486,946,730	7.3%	2,717
2	1402 腎不全	341,499,050	5.2%	421
3	606 その他の神経系の疾患	290,042,710	4.4%	4,703
4	1113 その他の消化器系の疾患	287,996,960	4.3%	6,035
5	903 その他の心疾患	276,034,910	4.2%	2,998
6	402 糖尿病	245,462,240	3.7%	5,654
7	901 高血圧性疾患	200,892,550	3.0%	5,430
8	503 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	197,836,250	3.0%	965
9	704 その他の眼及び付属器の疾患	173,634,400	2.6%	5,414
10	403 脂質異常症	149,133,510	2.2%	4,986

※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

※医療費：中分類の疾病項目毎に集計するため医科レセプトが存在しない（画像レセプト、月遅れ等）場合、調剤レセプトの医療費は集計できない。

そのため他統計と一致しない。

疾病項目の中分類による患者数の上位 10 疾病を図表 54 に示します。患者数の上位 3 疾病は、「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」、「その他の消化器系の疾患」、「アレルギー性鼻炎」の順となっており、第 2 期データヘルス計画策定時（平成 29 年度）と比較すると、それぞれ 3 位、5 位、2 位となっております。

図表 54：中分類による疾病別統計（患者数上位 10 疾病）（令和 4 年度）

順位	中分類疾病項目		【参考】 医療費 (円)	患者数 ※	
				人数 (人)	構成比 (%) (患者数全体に対して占める割合)
1	1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	130,862,860	6,632	33.1%
2	1113	その他の消化器系の疾患	287,996,960	6,035	30.1%
3	1006	アレルギー性鼻炎	82,624,160	5,873	29.3%
4	0703	屈折及び調節の障害	21,342,260	5,837	29.1%
5	0402	糖尿病	245,462,240	5,654	28.2%
6	0901	高血圧性疾患	200,892,550	5,430	27.1%
7	0704	その他の眼及び付属器の疾患	173,634,400	5,414	27.0%
8	1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	99,276,720	5,233	26.1%
9	1202	皮膚炎及び湿疹	80,196,640	5,174	25.8%
10	0403	脂質異常症	149,133,510	4,986	24.9%

※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

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

疾病項目の中分類による患者一人当たり医療費の上位 10 疾病を図表 55 に示します。患者一人当たり医療費の上位 3 疾病は、「妊娠及び胎児発育に関連する障害」、「腎不全」、「白血病」の順となっており、第 2 期データヘルス計画策定時（平成 29 年度）と比較すると、1 位、2 位、4 位となっております。

図表 55：中分類による疾病別統計（1 人当たりの医療費上位 10 疾病）

順位	中分類疾病項目		医療費 (円)	患者数 (人)	患者一人当たりの 医療費 (円) ※
1	1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	17,445,030	11	1,585,912
2	1402	腎不全	341,499,050	421	811,162
3	0209	白血病	17,125,430	46	372,292
4	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	22,940,160	71	323,101
5	0208	悪性リンパ腫	58,628,940	193	303,777
6	0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	112,933,690	390	289,574
7	0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	140,876,840	645	218,414
8	0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	32,965,420	156	211,317
9	0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	197,836,250	965	205,012
10	0904	くも膜下出血	9,585,680	47	203,951

※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

※患者一人当たりの医療費…疾病項目毎の医療費を患者数で割った金額

④特定健康診査受診有無による医療費の状況

特定健康診査受診有無による一人当たり医療費を集計したものを図表 56 に示します。特定健康診査を受診している方が一人当たり医療費も低いことが分かります。既に医療行為がある方でも特定健康診査有無で医療費負担も異なることから、健診受診率向上施策の更なる検討が求められます。

図表 56：特定健康診査受診有無による医療費の状況（令和 4 年度）

【特定健診未受診者】

罹患状態 (投薬のある患者)	患者数(人)※	医療費(円)※		医療費合計 (円)	一人当たり 医療費(円)
		入院	入院外		
1疾病患者合計	1,265	318,620,990	639,225,660	957,846,650	757,191
高血圧症	757	209,875,320	430,581,480	640,456,800	846,046
脂質異常症	400	52,050,580	136,929,820	188,980,400	472,451
糖尿病	108	56,695,090	71,714,360	128,409,450	1,188,976
2疾病併存患者合計	817	249,127,690	415,659,130	664,786,820	813,693
高血圧症・糖尿病	166	92,478,580	110,426,790	202,905,370	1,222,322
糖尿病・脂質異常症	99	21,605,300	44,018,730	65,624,030	662,869
脂質異常症・高血圧症	552	135,043,810	261,213,610	396,257,420	717,858
3疾病併存患者 高血圧・脂質異常症・糖尿病	308	132,848,550	201,890,780	334,739,330	1,086,816

【特定健診受診者】

罹患状態 (投薬のある患者)	患者数(人)※	医療費(円)※		医療費合計 (円)	一人当たり 医療費(円)
		入院	入院外		
1疾病患者合計	2,137	145,725,960	542,980,520	688,706,480	322,277
高血圧症	1,073	79,942,750	275,685,730	355,628,480	331,434
脂質異常症	971	51,093,800	223,012,980	274,106,780	282,293
糖尿病	93	14,689,410	44,281,810	58,971,220	634,099
2疾病併存患者合計	1,226	131,835,840	400,077,850	531,913,690	433,861
高血圧症・糖尿病	147	22,810,730	71,733,680	94,544,410	643,159
糖尿病・脂質異常症	122	21,653,850	51,723,810	73,377,660	601,456
脂質異常症・高血圧症	957	87,371,260	276,620,360	363,991,620	380,347
3疾病併存患者 高血圧・脂質異常症・糖尿病	253	31,212,290	106,517,460	137,729,750	544,386

※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

⑤高額レセプトの件数及び要因

発生しているレセプトのうち、診療点数が5万点以上のものを高額レセプトとし、年度毎に集計したものを図表57に示します。

高額レセプトは、5ヶ年平均で2,127件発生しており、レセプト件数全体の0.7%を占めています。高額レセプトの医療費は5ヶ年平均で21.7億円程度となり、医療費全体の32.9%を占めていることが分かります。

図表 57：高額（5万点以上）レセプト件数及び割合（経年）

		平成30年度	令和01年度	令和02年度	令和03年度	令和04年度	5ヶ年平均
A	レセプト件数全体（件）	326,857	320,587	288,095	304,019	305,594	309,030
B	高額（5万点以上）レセプト件数（件）	1,956	2,103	2,048	2,238	2,292	2,127
B/A	件数構成比（%）	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%
C	医療費全体（円） ※	6,505,691,590	6,652,481,190	6,450,584,220	6,716,010,070	6,655,761,130	6,596,105,640
D	高額（5万点以上）レセプトの医療費（円）	1,964,680,700	2,131,503,470	2,172,797,120	2,274,948,880	2,318,114,560	2,172,408,946
D/C	金額構成比（%）	30.2%	32.0%	33.7%	33.9%	34.8%	32.9%

※レセプトデータは医科（DPC含む）、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年度は平成30年度～令和04年度(5年分)。

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

高額レセプトの要因となる疾病について、患者一人当たりの医療費順（上位20位）を示したものが図表58となります。令和4年度では、「妊娠及び胎児発育に関連する障害」、「その他の脊柱障害」、「悪性リンパ腫」が上位3位となっており、第2期データヘルス計画策定時（平成29年度）と比較すると、順位はそれぞれ2位、ランク外、3位となっております。

図表 58：高額レセプトの要因となる疾病（中分類）（令和4年度）

中分類名	主要傷病名	患者数 (人)	医療費 (円)			患者一人当たりの 医療費 (円)
			入院	入院外	合計	
妊娠及び胎児発育に関連する障害	早産児、低出生体重児、妊娠28週未満で出生した児	2	15,465,440	0	15,465,440	7,732,720
その他の脊柱障害	背部痛、尾骨痛、頸部痛	5	15,907,410	0	15,907,410	3,181,482
悪性リンパ腫	悪性リンパ腫、リンパ腫、脳悪性リンパ腫	14	29,969,390	13,353,850	43,323,240	3,094,517
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	血友病、免疫不全、血液凝固異常	7	642,780	16,712,130	17,354,910	2,479,273
気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌、肺肉腫、小細胞肺癌	36	39,158,390	43,765,770	82,924,160	2,303,449
虚血性心疾患	心筋梗塞、狭心症、冠状動脈瘤	41	93,404,080	0	93,404,080	2,278,148
腎不全	腎不全、慢性腎不全、末期腎不全	16	34,384,480	1,217,220	35,601,700	2,225,106
その他の脳血管疾患	脳卒中、脳動脈瘤、脳血栓症	9	19,244,380	0	19,244,380	2,138,264
その他の心疾患	心筋症、心不全、不整脈	64	120,380,740	14,446,870	134,827,610	2,106,681
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌、直腸カルチノイド、直腸S状結腸癌	8	16,438,360	398,830	16,837,190	2,104,649
その他の循環器系の疾患	動脈瘤、肺梗塞、動脈狭窄	25	52,605,250	0	52,605,250	2,104,210
その他の神経系の疾患	不眠症、片頭痛、睡眠時無呼吸症候群	30	45,337,390	12,605,240	57,942,630	1,931,421
その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌、甲状腺癌、皮膚癌	134	148,103,690	110,062,590	258,166,280	1,926,614
その他のウイルス性疾患	ウイルス感染症、HIV感染症	12	782,790	21,815,390	22,598,180	1,883,182
白血病	白血病、骨髄性白血病、リンパ性白血病	7	4,723,910	8,237,540	12,961,450	1,851,636
関節症	関節症、外傷性膝関節症、変形性関節症	40	71,422,600	0	71,422,600	1,785,565
貧血	貧血、鉄欠乏性貧血、出血性貧血	8	8,173,320	6,042,330	14,215,650	1,776,956
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷、腎破裂、脳振盪	8	13,559,430	0	13,559,430	1,694,929
脊椎障害（脊椎症を含む）	頸椎症、椎間板炎、脊椎症	25	41,589,620	0	41,589,620	1,663,585
胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌、胃重複癌、胃進行癌	21	17,351,420	17,372,360	34,723,780	1,653,513

※レセプトデータは医科（DPC含む）、調剤の電子レセプトを集計。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

(4) 医療費適正化事業・保健事業に向けて

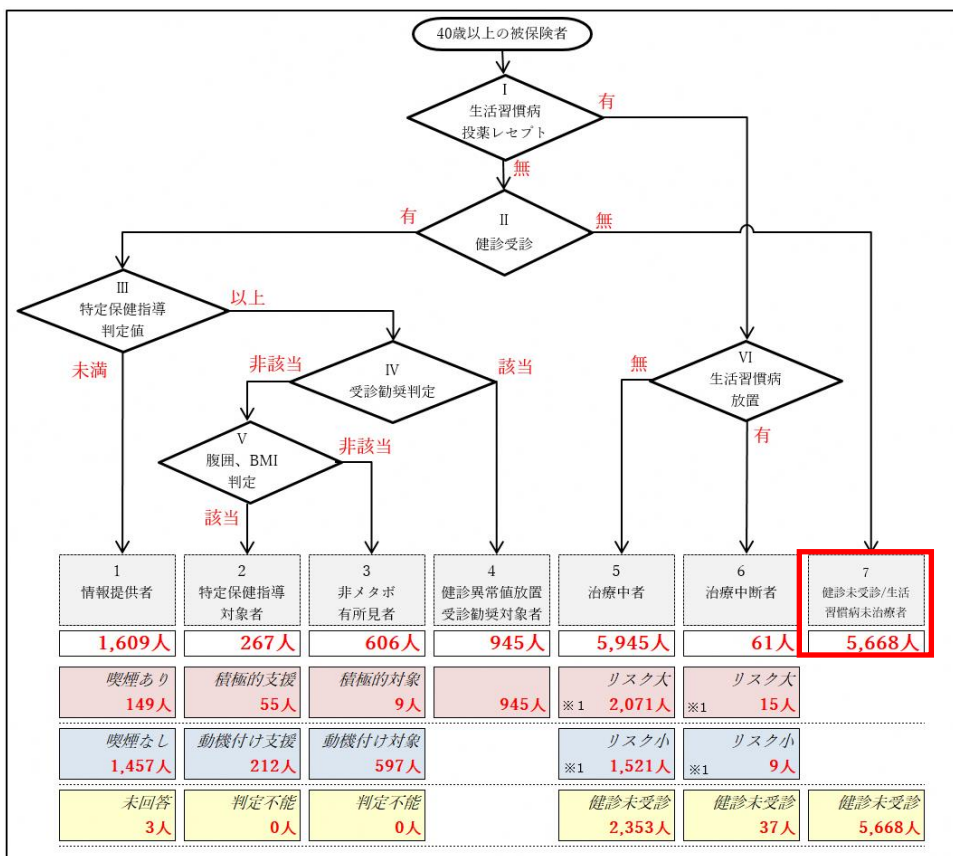
①特定健診データ及びレセプトデータによる特定健診対象者の分類

特定健康診査の受診状況と医療機関への通院状況から、40歳以上の被保険者を分類すると図表59の通りとなります。

本市では、「特定保健指導事業」、「健診異常値放置者受診勧奨事業」、「生活習慣病治療中断者受診勧奨事業」について既に取り組んでいることから、本図表では、「7 健診未受診/生活習慣病未治療者」について記載します。当該項目は、医療機関へ通院せず、また特定健康診査も受診していない人で、対象人数は5,668人います。この中には、健康な人も含まれていることも考えられますが、健康状態が不明な人となります。

健康状態不明者の把握については、厚生労働省の「高齢者の特性を踏まえた保健事業のガイドライン」でも記載があるように、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の中で現状把握に向けた取り組みがあるため、今後検討の必要があります。

図表 59：特定健診及びレセプトによる指導対象者の状況



※レセプトデータは医科、DPC、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

※健診データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)を集計。

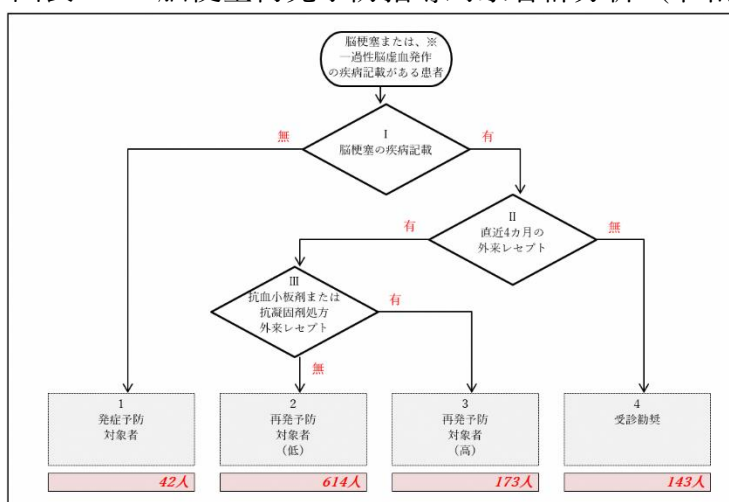
②脳梗塞の発症予防・再発予防事業

一過性脳虚血発作を発症した患者は、脳梗塞の発症リスクが高いと考えられるため、発症予防の対象者として分類し、過去に脳梗塞または、一過性脳虚血発作を発症した患者に対し、疾病・処方医薬品・通院傾向を把握し発症と再発を予防するための対象者分析を行いました（図表 60 参照）。

一過性脳虚血発作を発症した 42 名の患者は、脳梗塞の発症リスクが高いと考えられるため、発症予防の対象者として分類しました（1.発症予防対象者）。脳梗塞の疾病が確認される患者のうち、直近 4 カ月における外来レセプトが有る場合、再発予防の対象者（2.3.再発予防対象者）として分類しました。その際「抗血小板剤または、抗凝固剤」処方がある 173 人は優先度が高く、処方がない 614 人は優先度が低いと分類しました。外来レセプトが無い 143 人には、定期的な受診を促す必要が考えられます（4.受診勧奨）。

こうした分類を行い、生活習慣の維持、必要に応じて改善を促す保健指導事業の立案等が考えられます。また、危険因子とされる高血圧や糖尿病、喫煙等を対象に予防対策と生活習慣病の重症化予防を併せて実施する等、対象者の負担等を考慮しながら 1 つの指導事業でより広範囲な対象者をカバーする等の効率性も考慮する必要があります。

図表 60：脳梗塞再発予防指導対象者群分析（令和 4 年度）



※レセプトデータは医科、DPC、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

※脳梗塞または、一過性脳虚血発作の疾病記載がある患者：入院中の恐れがあるため、直近 4 カ月の脳梗塞の入院レセプトがある患者は除く。

③メンタル疾患の発症予防事業

厚生労働省は健康日本 21（第 2 次）において、「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標」を定め、自殺者の減少や、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の増加を目指しています。メンタル疾患として代表的な、うつ病を含む気分障害の患者は、厚生労働省の患者調査において近年急速に増加していることが指摘されています。また、うつ病やうつ状態になると喫煙率が高くなる、肥満になる、服薬をしなくなる等、健康的な生活習慣が妨げられる傾向があり、その結果、脳卒中・心筋梗塞等の予後が悪化することが明らかとなっています。^{※1}

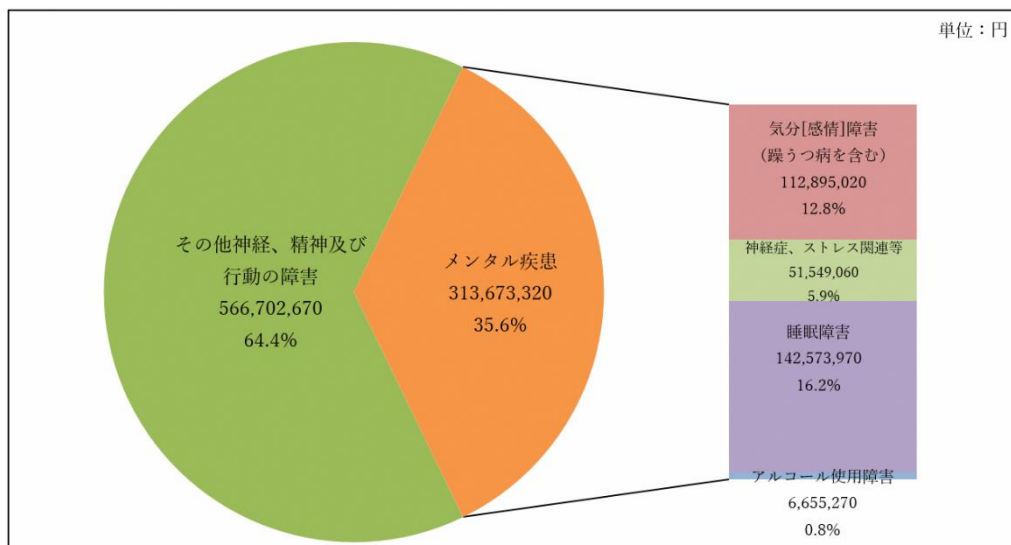
※1 「健康日本 21（第 2 次）の推進に関する参考資料」厚生労働省 平成 24 年

ここでは、疾病分類の中分類における「0504 気分 [感情] 障害（躁うつ病を含む）」及び、「0505 神経症性障害, ストレス関連障害及び、身体表現性障害」（以下、「神経症、ストレス関連等」と言う）、うつ病と関係性が高い「睡眠障害」、「アルコール使用障害」を“メンタル疾患”として分析しました。

大分類による疾病別医療費をみると、医療費全体における「V. 精神及び行動の障害」、「VI. 神経系の疾患」の割合は 13.3%でした。このうち“メンタル疾患”の割合を集計すると 35.6%でした^{※2}。（図表 61 参照）

※2：「V. 精神及び行動の障害」分類には認知症、統合失調症、知的障害等が含まれ、「VI. 神経系の疾患」分類にはパーキンソン病、アルツハイマー病、てんかん等含まれる疾病が多岐にわたる。

図表 61：“メンタル疾患”の占める医療費割合（令和4年度）



※レセプトデータは医科（DPC含む）、調剤の電子レセプトを集計。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 対象診療年月に「気分[感情]障害（躁うつ病を含む）」もしくは「神経症、ストレス関連等」、「睡眠障害」、「アルコール使用障害」に関する診療行為がある患者を対象に集計。

メンタル疾患はご本人の生活のQOLだけでなく、職場やご家族等への影響も大きく、軽度な段階で早期発見、早期治療を行い、深刻な症状への進行を防ぐことが大切となります。早期発見するために、住民を対象としたうつ病、抑うつ状態に関する意識調査、メンタルヘルスの相談が行えるように健康相談の体制の充実を図ることが重要となります。また、メンタルヘルスについて理解を深めるために、勉強会を開催する、うつ対策を進めている他都道府県、市町村へ視察する等して、適切な対策方法を確認することが大切です。

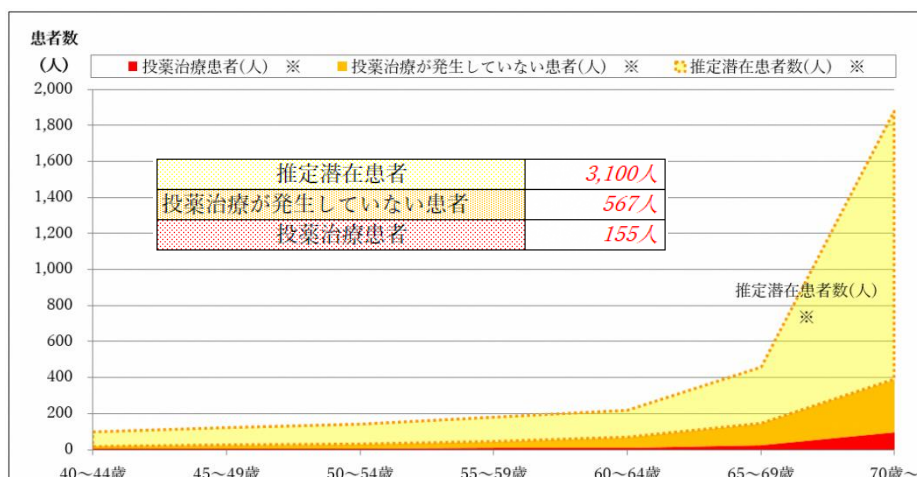
④COPD 早期発見を目的とする啓発事業

COPD とは、たばこの煙等、毒素の吸入により免疫反応が続いた結果、破壊された組織と増えたたん等による気道閉鎖が起こりやすい状態のことを示します。長い経過を経て至る状態であり、そもそも気道や肺胞等の組織が破壊されてしまっていること等から肺炎等への進行へつながりやすく、また、階段や坂道を上るといった、ちょっとした日常生活での運動でも息切れが出てきます。重症の場合には、携帯用酸素ボンベなどを用いて、酸素を補充する必要があります。(厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト：e-ヘルスネットより引用)

日本の煙草消費量は近年減少傾向にあるが、過去の喫煙習慣による長期的な影響と急速な高齢化により、今後さらに罹患率、有病率、死亡率の増加が続くと予想されます。

令和 4 年度の小金井市国民健康保険被保険者で COPD の治療を行っている患者は 155 人でした。日本における治療中患者と潜在患者の比率を参考に、本市国民健康保険被保険者に換算すると、潜在患者は推定 3,100 人程度と想定されます(図表 62 参照)。

図表 62： COPD 治療患者数と潜在患者数



※レセプトデータは医科 (DPC 含む)、調剤の電子レセプトを集計。

対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

※投薬治療患者…対象診療年月に傷病名に慢性閉塞性肺疾患があり、投薬も確認できる患者数。

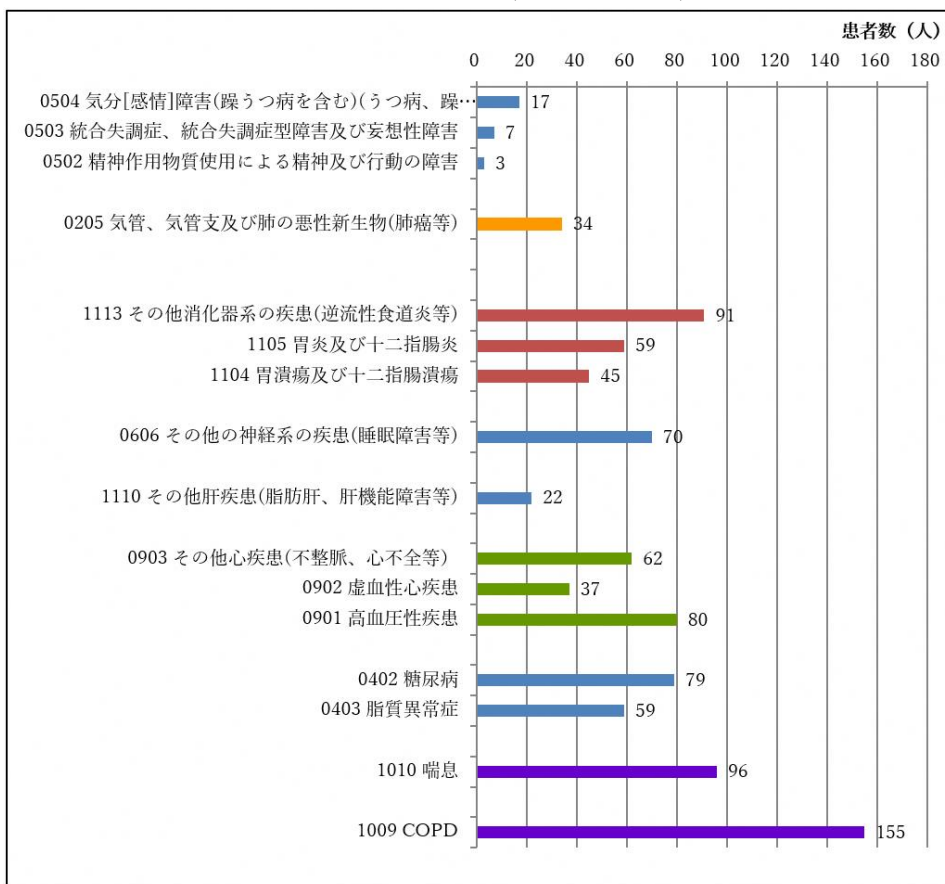
※投薬治療が発生していない患者…対象診療年月に傷病名に慢性閉塞性肺疾患があるが投薬は確認できない患者数。

※推定潜在患者…投薬治療患者の数に対し日本の潜在患者数を元に推定した患者数。

COPD 患者 155 人の医療費を分析したところ、患者一人当たりの年間医療費平均は 128.3 万円程度、このうち COPD 関連の医療費が約 8.7 万円程度、COPD 関連以外の医療費が約 119.6 万円程度でした。

COPD 関連の医療費自体は高額ではないものの、患者毎に見ると、生活習慣病である糖尿病・高血圧・脂質異常等を併存している患者が多いことが分かりました（図表 63 参照）。

図表 63：COPD 患者の併存疾患（令和 4 年度）



※レセプトデータは医科（DPC 含む）、調剤の電子レセプトを集計。
対象診療年月は令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分(12 カ月分)。

また、COPD の認知度は、「どんな病気かよく知っている」が 10.4%、「名前は聞いたことがある」が 17.6%（合計 28.0%）と低く、厚生労働省は健康日本 21（第二次）において令和 4 年度までに認知度を 80%に向上させる目標を明らかにしています。

COPD の病期は軽度の I 期から重度の IV 期まで存在します。I 期・II 期の段

階では医療機関へ受診する人は少なく、Ⅲ期・Ⅳ期から医療機関へ受診することが多いと考えられます。これは早期に医療機関にかからず、重症化してからようやく医療機関にかかっていることを示しています（図表 64 参照）。

図表 64：COPD の認知度状況

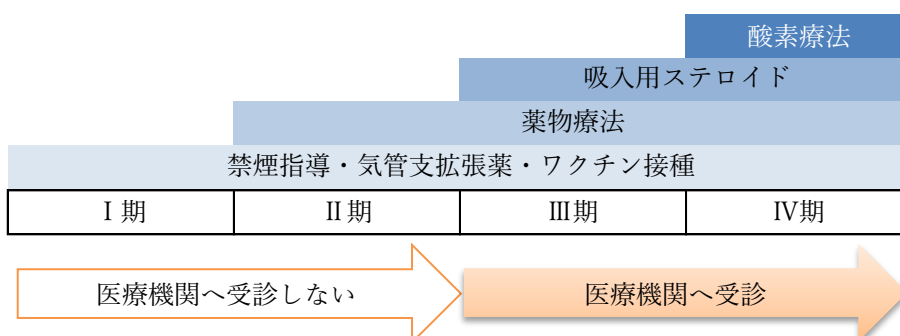
設問：あなたは COPD という病気を知っていますか？		
どんな病気かよく知っている	1,042	10.4%
名前は聞いたことがある	1,756	17.6%
知らない	7,202	72.0%

※出典:GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 日本委員会調査。

http://www.gold-jac.jp/copd_facts_in_japan/copd_degree_of_recognition.html
1万人を対象とした調査。(令和2年12月調査)

図表 65：COPD の病期とレセプト発生状況

COPDの病期とレセプト発生状況



COPD 患者の実態と潜在患者及び、COPD の認知度等から COPD の早期発見に向けた啓発事業の検討の必要性があると考えます。

COPD 単独での事業でなくても他の疾病との併存していること等も考慮し、効率的な保健事業の実施が求められます。

⑤薬剤併用禁忌防止事業

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)で発生した併用禁忌は、159件、103人でした。

併用禁忌薬剤とは、飲み合わせが悪い薬のことです。複数の薬を併用すると、効果が増強または、減弱し副作用等を生じさせ、時には健康に重大な影響を与える可能性があると言われています。

そこで、令和4年度のレセプトデータから併用禁忌薬剤の可能性件数の上位5位までを図表66に示します。

患者がお薬手帳を持参しない場合、薬剤併用禁忌が発生しやすく、患者の健康被害につながる可能性が出てきます。薬剤併用禁忌情報は、各医療機関側では把握しにくい情報であり、地域の情報が集まる保険者だからこそ捉えることができる情報と言えます。

保険者が薬剤併用禁忌情報を定期的に把握し、地域の医師会・医療機関との連携することで、患者の健康被害防止につながります。

図表 66：薬剤併用禁忌 医薬品リスト（上位5件）（令和4年度）

No.	(A) 剤型名	(A) 医薬品 コード	(A) 医薬品名	(B) 剤型名	(B) 医薬品 コード	(B) 医薬品名	件数
1	内服	620002022	カロナール細粒20%	外用	620002621	アンヒバ坐剤小児用100mg	7
2	外用	620518102	ボスミン外用液0.1%	内服	622911301	アリピラゾール錠1mg「サワイ」	6
3	外用	620518102	ボスミン外用液0.1%	内服	622668401	シロドシン錠4mg「DSEP」	6
4	外用	620518102	ボスミン外用液0.1%	内服	615101406	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	6
5	外用	620518102	ボスミン外用液0.1%	外用	621950801	シムピコートタービュヘイラー60吸入	5

⑥多剤投与通知等事業

医薬品の多剤服薬は、高齢になるにつれ複数の病気を持つ人が増え、受診する医療機関が複数になること等が原因の一つと考えております。

4～6種類以上の多剤投与で薬剤有害事象の発生リスクが高まるとされており、特に高齢者では肝臓や腎臓の働きが弱くなり、薬を分解したり体の外に排泄したりするのに時間がかかるようになるため、便秘やふらつき、めまい等の副作用が起こりやすいと言われております。

そこで、当該月に内服薬が14日以上処方されており、且つ、6種類以上の処方がされている患者を多剤投与候補者と仮定し分析しました。本分析では、6種類以上の処方がされている患者であっても、医師の管理のもと適正な服薬の場合もあるため、複数医療機関の受診がある場合を多剤投与候補者としています。

令和5年3月分のレセプトデータから、医療機関数別・医薬品種類数別・年齢階層別患者数・割合を図表67に示します。高齢者は複数の疾病を有する割合が高く多剤併用になりやすい傾向にあることが分かります。また、令和5年3月時点では多剤投与候補者は497人となりました。

図表 67：医療機関数別・医薬品種類数別・年齢階層別多剤投与候補者数・割合
(2023年3月分)

対象 医療機関数	年齢階層別	医薬品種類数別 (人)					合計 (人)	被保険者数 (人)
		1種類～5種類	6種類以上	内訳				
				6種類～10種類	11種類～15種類	16種類以上		
1 医療 機 関	00-09歳	145 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	145 (0.7%)	656
	10-19歳	163 (0.8%)	2 (0.0%)	2 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	165 (0.8%)	799
	20-29歳	314 (1.5%)	13 (0.1%)	13 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	327 (1.6%)	2,253
	30-39歳	380 (1.8%)	35 (0.2%)	31 (0.1%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)	415 (2.0%)	2,112
	40-49歳	491 (2.3%)	82 (0.4%)	71 (0.3%)	9 (0.0%)	2 (0.0%)	573 (2.7%)	2,382
	50-59歳	683 (3.3%)	140 (0.7%)	119 (0.6%)	20 (0.1%)	1 (0.0%)	823 (3.9%)	2,914
	60-69歳	1,698 (8.1%)	315 (1.5%)	276 (1.3%)	35 (0.2%)	4 (0.0%)	2,013 (9.6%)	5,040
	70歳以上	1,904 (9.1%)	365 (1.7%)	335 (1.6%)	28 (0.1%)	2 (0.0%)	2,269 (10.8%)	4,810
合計	5,778 (27.6%)	952 (4.5%)	847 (4.0%)	96 (0.5%)	9 (0.0%)	6,730 (32.1%)	20,966	
対象 医療機関数	年齢階層別	医薬品種類数別 (人)					合計 (人)	被保険者数 (人)
		1種類～5種類	6種類以上	内訳				
				6種類～10種類	11種類～15種類	16種類以上		
2 医 療 機 関 以 上	00-09歳	5 (0.0%)	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (0.0%)	656
	10-19歳	11 (0.1%)	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (0.1%)	799
	20-29歳	34 (0.2%)	7 (0.0%)	5 (0.0%)	2 (0.0%)	0 (0.0%)	41 (0.2%)	2,253
	30-39歳	29 (0.1%)	30 (0.1%)	22 (0.1%)	8 (0.0%)	0 (0.0%)	59 (0.3%)	2,112
	40-49歳	58 (0.3%)	32 (0.2%)	23 (0.1%)	8 (0.0%)	1 (0.0%)	90 (0.4%)	2,382
	50-59歳	72 (0.3%)	73 (0.3%)	49 (0.2%)	20 (0.1%)	4 (0.0%)	145 (0.7%)	2,914
	60-69歳	191 (0.9%)	164 (0.8%)	137 (0.7%)	24 (0.1%)	3 (0.0%)	355 (1.7%)	5,040
	70歳以上	281 (1.3%)	189 (0.9%)	158 (0.8%)	28 (0.1%)	3 (0.0%)	470 (2.2%)	4,810
合計	681 (3.2%)	497 (2.4%)	396 (1.9%)	90 (0.4%)	11 (0.1%)	1,178 (5.6%)	20,966	

※レセプトデータは医科、DPC、調剤の電子レセプトを集計。

※内服薬が14日以上処方されている患者を対象としている。

※薬価基準記載コードの先頭7桁が一致する場合、医薬品種類数を1種類としている。

※()の表示：被保険者数に対する割合 (人数/被保険者数)

※参考：安全な薬物療法ガイドライン 2015

多剤投与候補者を対象に、がんや難病、精神疾患、認知症の治療を行っている割合を分析しました (図表 68 参照)。

医薬品種類数が多くなるにつれて精神疾患やがんの割合が高くなることが分かります。また、事業効果が高い候補者は、がん、難病や精神、認知症の治療中の患者を除く121人になると考えています。

こうした多剤投与候補者に対する通知事業や、保険者が定期的に把握し、地域の薬剤師会・医療機関と連携しながら候補者への通知による注意喚起を行う等の検討が必要と考えます。

図表 68：医薬品種類数別・疾病別患者数

医薬品種類数	合計(人)	がん(人)		難病(人)		精神(人)		認知症(人)		左記の疾病	
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	を除く(人)	割合		
1種類～5種類	681	195	28.6%	71	10.4%	240	35.2%	6	0.9%	274	40.2%
6種類～10種類	396	190	48.0%	66	16.7%	138	34.8%	8	2.0%	111	28.0%
11種類～15種類	90	68	75.6%	16	17.8%	33	36.7%	2	2.2%	10	11.1%
16種類以上	11	11	100.0%	3	27.3%	4	36.4%	0	0.0%	0	0.0%
総計	1,178	464	39.4%	156	13.2%	415	35.2%	16	1.4%	395	33.5%
										通知対象の候補者	121

※レセプトデータは医科、DPC、調剤の電子レセプトを集計。

※内服薬が14日以上処方されている患者を対象としている。

※薬価基準収載コードの先頭7桁が一致する場合、医薬品種類数を1種類としている。

⑦AI を活用した生活習慣病リスク分析

本市の平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 か年の健診データを活用し、AI による 5 年以内の生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧症）発症リスクについて分析を実施しました。

AI リスク予測分析の概要図を図表 69 に示します。

図表 69：AI リスク予測の概要図



生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧症）の発症予測を行う上で、健診結果に図表 70 の条件に該当する方を発症者としました。当該発症者は、既に生活習慣病を発症していることから、リスク予測対象者から除外しています。また、AI モデルの学習には 2 回以上健診結果が存在する方のデータを対象としています。

図表 70：生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧症）の発症条件

疾病	健診データから見た発症条件
糖尿病	次のいずれかの結果値が存在する者 ・空腹時血糖値 $\geq 126\text{mg/dL}$ ・HbA1c(NGSP) $\geq 6.5\%$ ・服薬（血糖）について、「はい」
脂質異常症	次のいずれかの結果値が存在する者 ・LDL コレステロール $\geq 140\text{mg/dL}$ ・中性脂肪 $\geq 150\text{mg/dL}$ ・HDL コレステロール $\leq 40\text{mg/dL}$ ・服薬（脂質）について、「はい」
高血圧症	次のいずれかの結果値が存在する者 ・収縮期血圧 $\geq 140\text{mmHg}$ ・拡張期血圧 $\geq 90\text{mmHg}$ ・服薬（血圧）について、「はい」

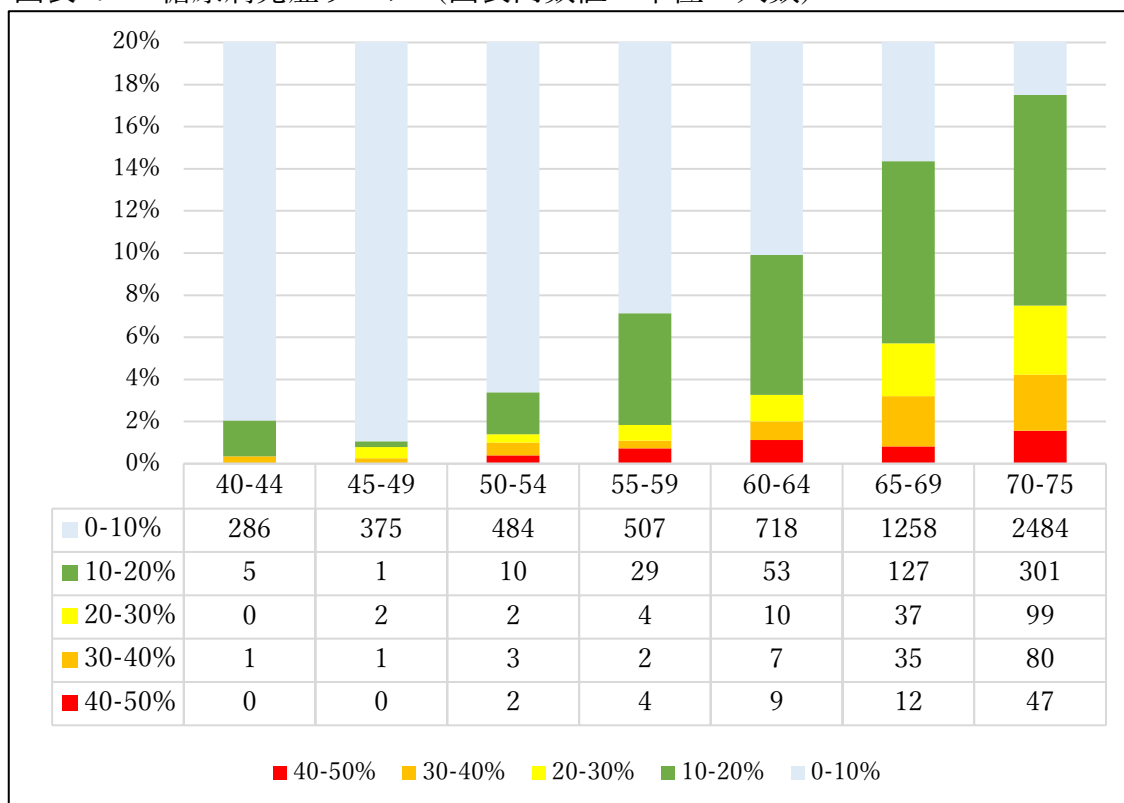
学習後の AI モデルで令和 4 年度の健診結果のある方の 5 年以内の生活習慣病発症リスクを分析した結果について以下の通りとなりました。各図表内の年齢層は、令和 4 年度末年齢で記載しています。また、糖尿病の発症確率の高い方が少なく、発症確率のレンジを糖尿病のみ 10%刻みとしています。他 2 疾病は、20%刻みとしています。

(a) 糖尿病の発症リスク

糖尿病の年齢別発症リスクは、図表 71 の通りです。発症確率 10%以上（図表内緑色より下の層）の方は、年齢が高齢になるほど割合が増加傾向となりました。

また、発症確率 20%以上（図表内黄色より下の層）の方は、50 歳~54 歳頃から大きく増加する傾向となりました。こうしたことから、50 歳までには生活習慣改善等の働きかけ（介入）が必要となります。

図表 71：糖尿病発症リスク（図表内数値の単位：人数）

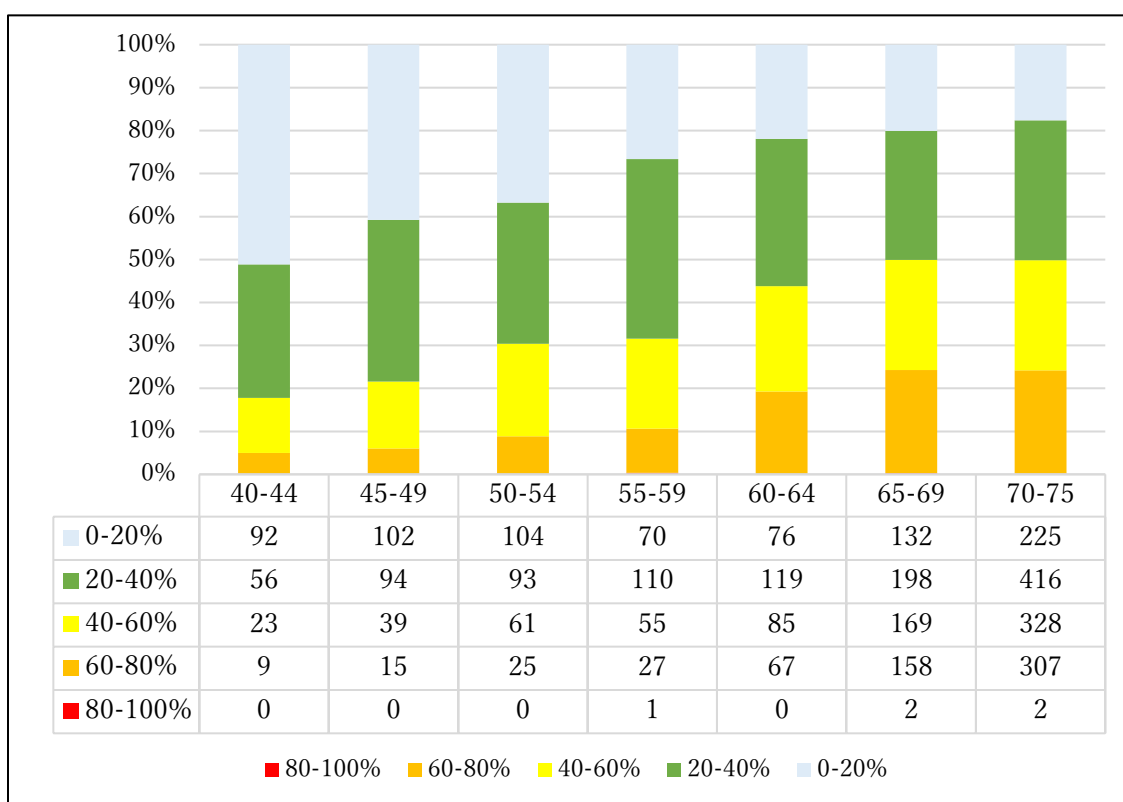


(b) 脂質異常症の発症リスク

脂質異常症の年齢別発症リスクは、図表 72 の通りです。発症確率 20%以上（図表内緑色より下の層）の割合は、40 歳から高めに推移し、年齢増加に伴い増加傾向となりました。但し、60 歳以降になると横ばいの傾向を示しました。

また、発症確率 40%以上（図表内黄色より下の層）は、50 歳~54 歳頃から大きく増加する傾向となりました。こうしたことから、50 歳までには生活習慣改善等の働きかけ（介入）が必要となります。

図表 72：脂質異常症発症リスク（図表内数値の単位：人数）

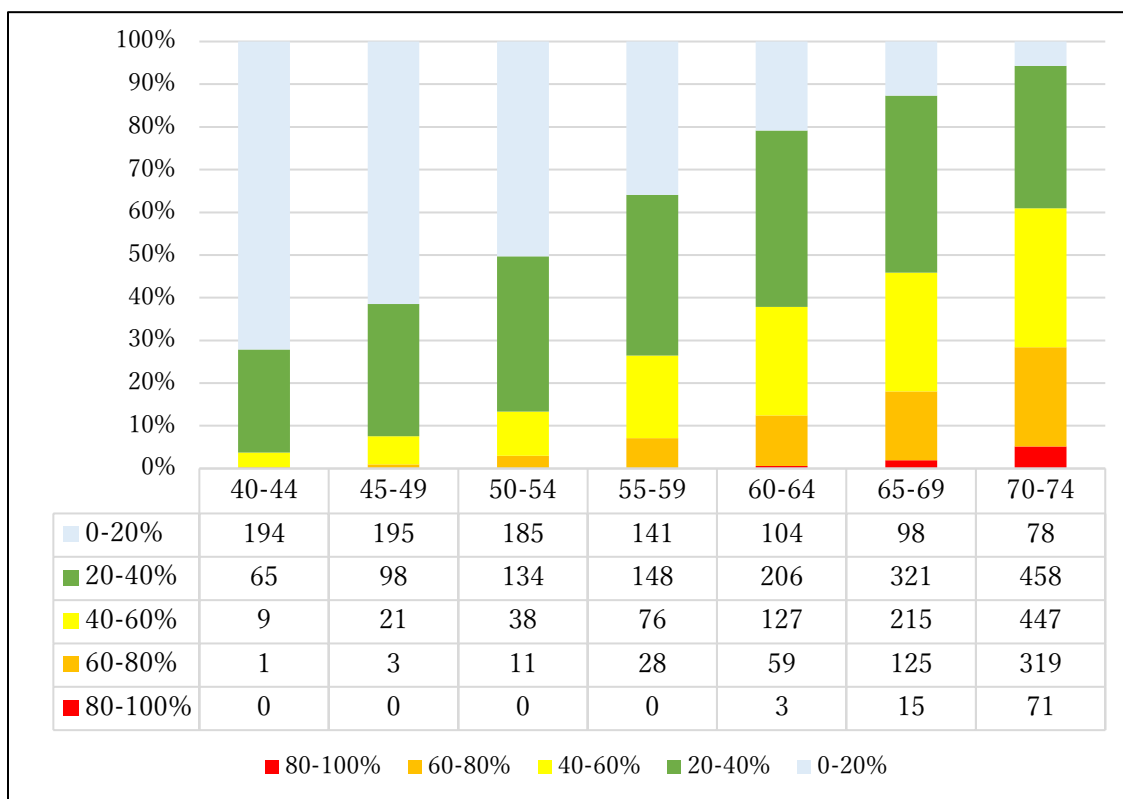


(c) 高血圧症の発症リスク

高血圧症の年齢別発症リスクは、図表 73 の通りです。高齢になるにつれて発症確率 20%以上（図表内緑色より下の層）割合が増加傾向となりました。脂質異常症とは異なり、年齢の増加と共に増加する傾向となっております。70 歳以上ではほとんどの方が 20%以上の発症確率となりました。

また、発症確率 40%以上（図表内黄色より下の層）の割合は、55 歳~59 歳より大きく増加する傾向となりました。こうしたことから、50 歳前半までには生活習慣改善等の働きかけ（介入）が必要となります。

図表 73：高血圧症発症リスク（図表内数値の単位：人数）



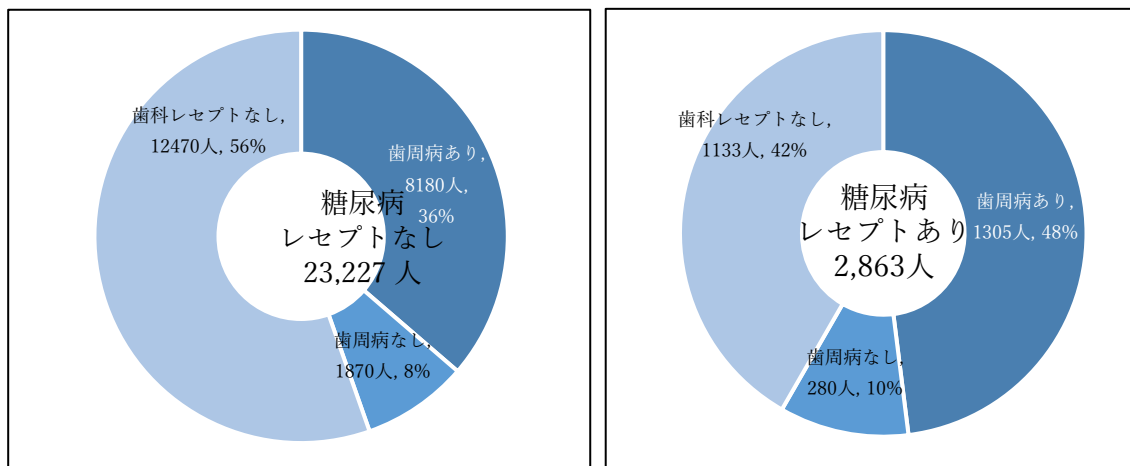
上述までの発症予測の結果の活用方法の1案としては、特定保健指導事業や医療機関受診勧奨事業等の案内文書へリスク情報として盛り込むことで、事業対象者の行動変容を促す一助になると考えます。今後実現可能性について検討する必要があります。

また、勧奨内容も発症確率で示すケースや、相対的リスクとして発症リスクが平均の何倍かを示すような工夫をすることも重要となります。

⑧ 歯科の分析

糖尿病と歯周病の関連を調べると、糖尿病を患っていない方の場合、歯周病を患っている人は36%であるのに対して、糖尿病を患っている場合、歯周病も患っている人は48%と割合が高くなります（図表 74 参照）。

図表 74：糖尿病と歯周病の関連



また、糖尿病を患っていない場合、1歯以上10歯未満の割合は2.1%なのに対して、糖尿病を患っている場合は3.9%となり、糖尿病を患っている方が残存歯数は少ない傾向を示しました（図表 75 参照）。

図表 75：糖尿病と残存歯数の関連

	1歯以上10歯未満	10歯以上20歯未満	20歯以上
糖尿病なし	2.1%	7.2%	90.8%
糖尿病あり	3.9%	13.4%	82.8%

喫煙の有無と残存歯数の関連を調べると、1歯以上10歯未満の割合は喫煙なしの場合、4.4%なのに対して、喫煙ありの場合、8.1%となり、喫煙をしている人の方が残存歯数は少ない傾向を示しました（図表 76 参照）。

図表 76：喫煙と残存歯数の関連

	1歯以上10歯未満	10歯以上20歯未満	20歯以上
喫煙なし	4.4%	14.7%	80.9%
喫煙あり	8.1%	16.2%	75.7%

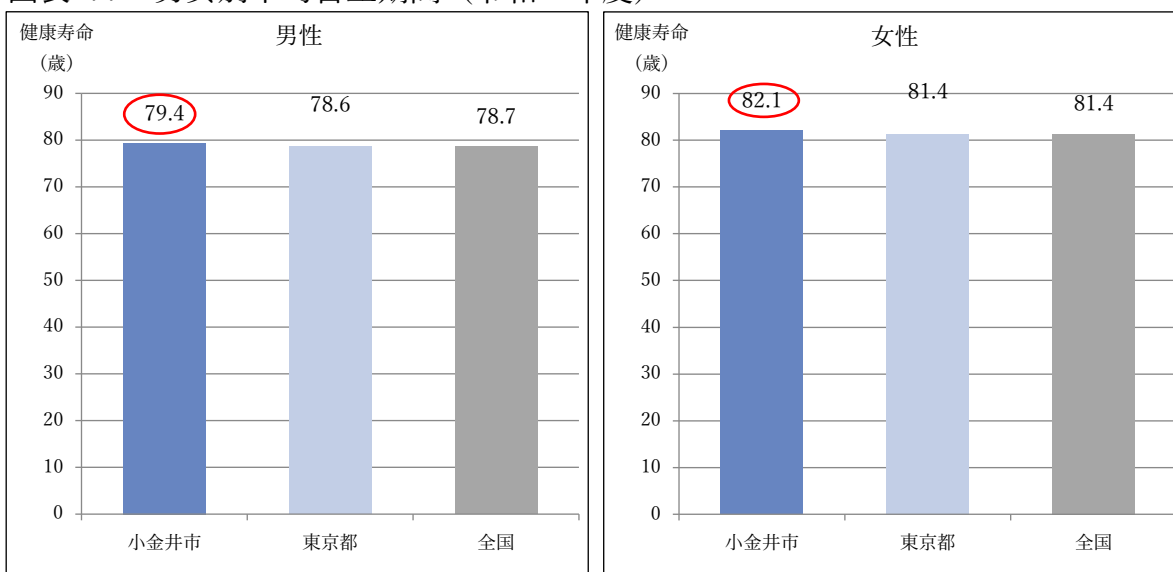
⑨平均自立期間（要支援・要介護）

平均自立期間とは、国保データベース（KDB）システムでは、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称しています。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出しています。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間としています）※

※：公益社団法人国民健康保険中央会「平均自立期間・平均余命（令和3年統計情報分）について」参照 <https://www.kokuho.or.jp/statistics/heikinjiritukikan.html>

本市における平均自立期間は、男性女性共に東京都、全国よりやや長い状況であることが分かります（図表 77 参照）。

図表 77：男女別平均自立期間（令和4年度）



※国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」より。

※図表では東京都の共通項目である平均自立期間（要支援・要介護）の数値を記載

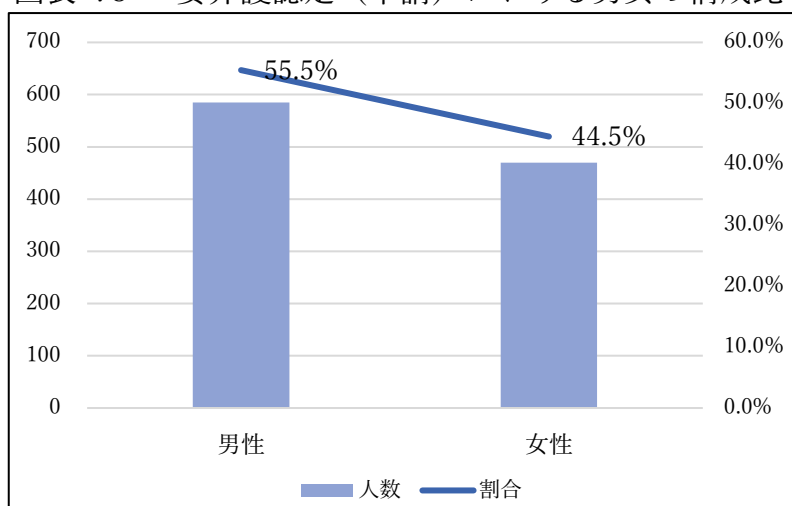
⑩要介護度別疾病傾向分析

要介護認定に係るデータの基礎集計をもとに、要介護度の自然推移モデルを作成し、要介護の推移と疾病との関連性を分析しました。

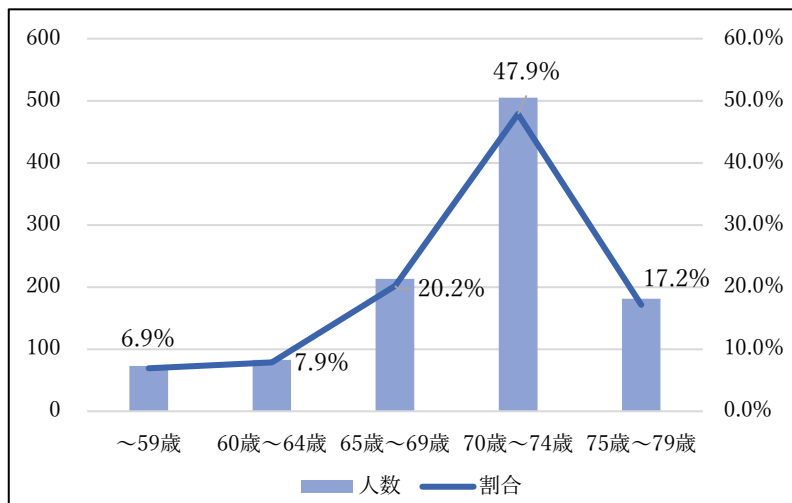
データ分析対象は、平成30年度から令和4年度の期間において、国保に加入している介護認定者（申請者）を対象に要介護度の基本属性及び要介護度推移傾向について分析をしました。年齢は令和4年度末年齢としています。

介護認定者（申請者）は男性55.5%、女性44.5%、70歳～74歳が最も多く全体の半数弱（47.9%）を占めています。75歳以降で減少に転じるのは国保から後期高齢者への異動が要因と考えられます。

図表 78： 要介護認定（申請）における男女の構成比



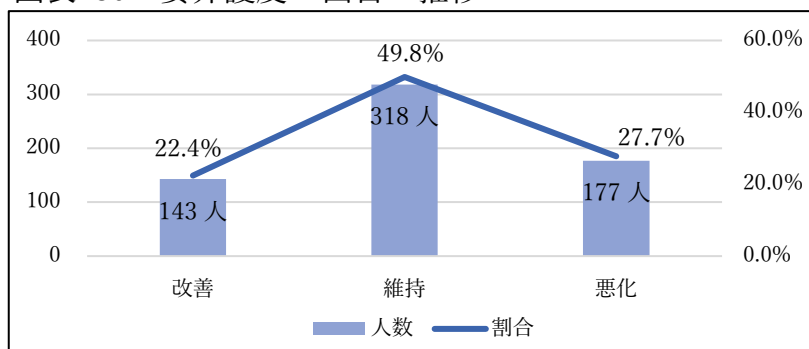
図表 79：要介護認定（申請）における年齢階層の構成



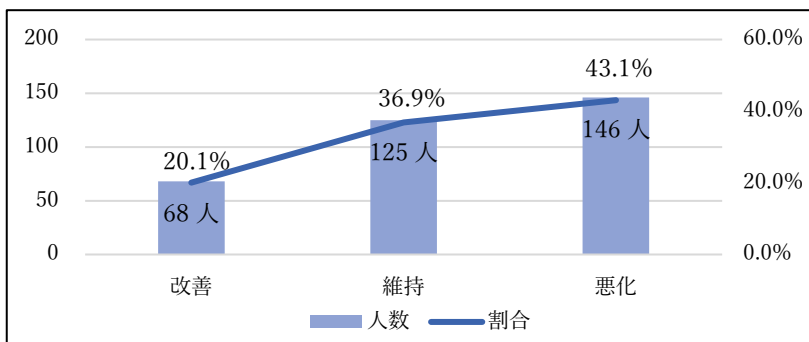
(a) 要介護度推移傾向

要介護度の回数推移を見ると図表 80～図表 82 のようになります。回数が増えるにつれて要介護度の改善、維持の割合は減少し、悪化は増加する傾向を示しております。

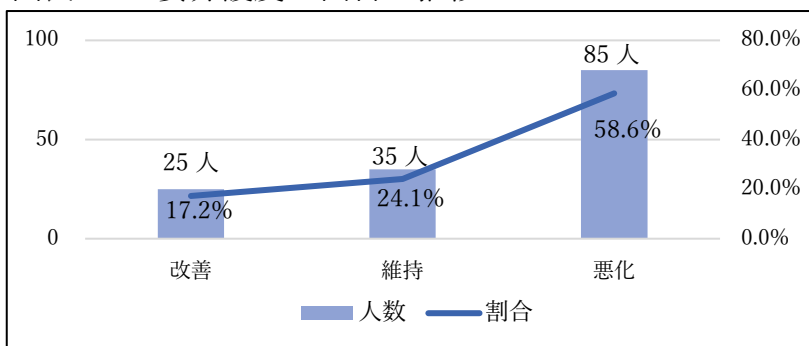
図表 80：要介護度 2 回目の推移



図表 81：要介護度 3 回目の推移



図表 82：要介護度 4 回目の推移



また、1 回目対 2 回目、対 3 回目、対 4 回目の改善、維持、悪化傾向を細分化したものを図表 83 に示します。母数となる人数が少ないため、改善傾向や維持傾向を継続されているようなケース、一方、悪化傾向に進んでいるケースの疾病傾向を言及できる状態ではありませんでしたが、このようなパターン分析を後期高齢者層まで広げることで、母数も増加することから、より明確な傾向分析の可能性があると考えられます。

図表 83：1回目から追加経過（対4回目）において特徴のある推移モデル

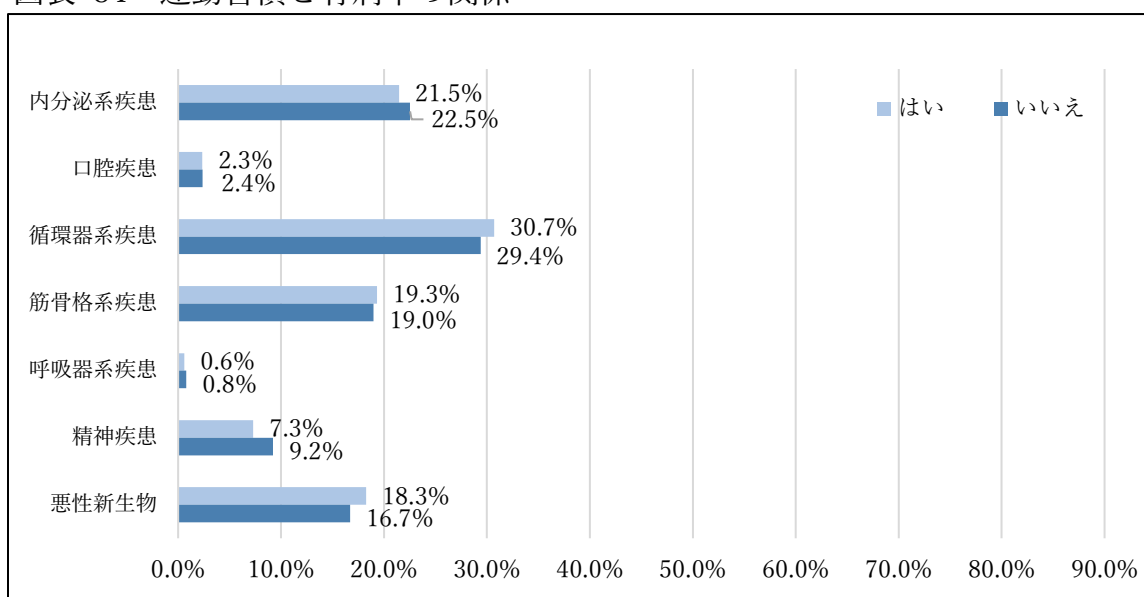
項番	推移2回目	推移3回目	推移4回目	人数	割合
1	改善	改善	改善	0	0.0%
2			維持	0	0.0%
3			悪化	2	1.4%
4			維持	3	2.1%
5			維持	5	3.4%
6			悪化	1	0.7%
7			改善	2	1.4%
8			悪化	10	6.9%
9			悪化	3	2.1%
10	維持	改善	改善	0	0.0%
11			維持	2	1.4%
12			悪化	3	2.1%
13			改善	3	2.1%
14			維持	23	15.9%
15			悪化	15	10.3%
16			改善	4	2.8%
17			維持	8	5.5%
18			悪化	12	8.3%
19	悪化	改善	改善	2	1.4%
20			維持	5	3.4%
21			悪化	4	2.8%
22			改善	4	2.8%
23			維持	9	6.2%
24			悪化	7	4.8%
25			改善	7	4.8%
26			維持	5	3.4%
27			悪化	6	4.1%
		計	145	100.0%	

- ・項番 4：1回目～4回目迄の推移で要介護度が改善傾向を維持しているモデル
- ・項番 14：1回目～4回目迄の推移で要介護度を維持しているモデル
- ・項番 27：1回目～4回目迄の推移で要介護度が徐々に悪化傾向にあるモデル
- ・項番 8,15,18：上記以外で1回目～4回目迄の推移で比較的人数割合の高いモデル

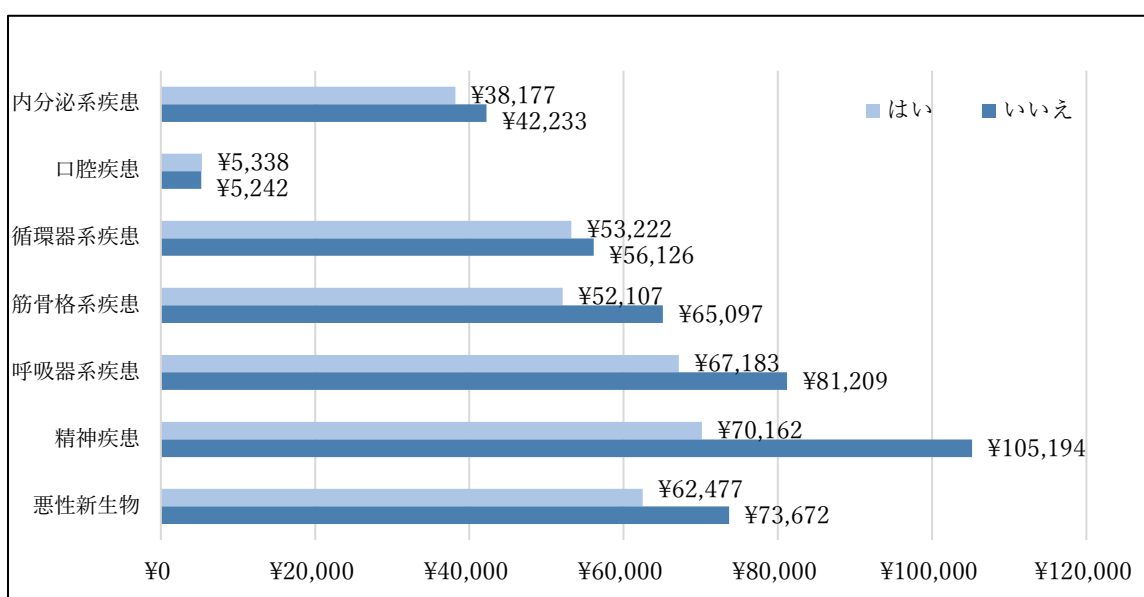
(b) 運動習慣と疾病の関係

運動習慣と医療費の関係を分析すると、「日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している」という質問に「はい」と答えた人は有病率では差が見られませんが(図表 84 参照)、1人当たりの医療費は運動習慣のある人の方が医療費は低くなる傾向が見られました(図表 85 参照)。

図表 84：運動習慣と有病率の関係



図表 85：運動習慣と1人当たりの医療費の関係



(c) フレイルに関する疾病傾向分析

「健診値の BMI について低体重 (BMI ≤ 18.4) と判定された方 (フレイルに陥る可能性の高い方) について、運動や歩行に関する問診項目結果別に生活習慣と疾患の相関について有病率、医療費等の分析を行いました。

ここでは、問診項目の中で「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している」という項目に着目して分析を行いました (図表 86 参照)。栄養失調については、総数が3人のため分析対象外とします。

有病率では、糖尿病の有病率が一番高い結果となっております。次いで、骨粗鬆症、骨折となっております。両回答群の疾病毎の有病率については数%程度の違いはあるものの大きな差はみられませんでした。

一人当たり医療費では、骨折、認知症の方が高い傾向を示しています。

図表 86：問診項目による低体重、低栄養関連疾病の有病率、医療費等

	問診回答数		有病率		1人当たり医療費	
	運動している	運動していない	運動している	運動していない	運動している	運動していない
骨折	23	24	12.3%	9.0%	141,959 円	201,771 円
骨粗鬆症	50	84	26.7%	31.3%	69,968 円	44,664 円
栄養性貧血	11	26	5.9%	9.7%	5,629 円	13,260 円
栄養失調	1	2	0.5%	0.7%	1,076 円	4,635 円
その他 栄養欠乏症	10	14	5.3%	5.2%	5,303 円	4,092 円
糖尿病	89	110	47.6%	41.0%	27,283 円	20,746 円
認知症	3	8	1.6%	3.0%	220,305 円	99,781 円

3 健康課題の明確化

現状分析を行った結果、既に命題化されている健康寿命の延伸という健康課題に加え、改めて抽出した健康課題について整理しました。

健康課題①：少子高齢化社会にむけた実施施策が必要

少子高齢化社会を踏まえ、生活習慣病予防、介護予防、フレイル予防等の高齢者を軸にした予防対策を充実し、中長期的に健康寿命延伸実現に向けた施策検討を行う必要があります。

健康課題②：将来のハイリスク層に向けた早期予防、未病対策が必要

- ・「第5次小金井市基本構想・前期基本計画」、「第3期小金井市保健福祉総合計画」に基づいて策定されている「健康増進計画（第3次）」や「小金井市DX推進全体方針」と連携を図り、本市全体の医療情報の傾向把握を行う必要があります。
- ・市民生活のQOLの維持・向上のため、新規事業の実現可能性の検討を行う必要があります。（事業名は仮称）

例：メンタル疾患発症予防事業

COPD 早期発見を目的とする啓発事業

薬剤併用禁忌防止事業

多剤投与通知等事業

ロコモティブシンドローム防止事業

脳梗塞の発生予防・再発予防事業

重症化予防対策の更なる強化

⇒特に、将来的に死亡起因となる疾病の発症予防、重症化予防対策について事業化の可能性検討が必要です。

例：高血圧、CKD 等

4 事業課題の明確化

現状分析を行った結果、前期計画より継続して実施している事業における事業課題と改めて抽出した事業課題について整理しました。

(1) 本計画策定の中で改めて抽出した事業課題

本計画の背景、目的から医療費抑制という事業課題に対して、これまで取り組んでまいりました。この課題解決に向けて各種保健事業を実施しておりますが、レセプトデータ等を活用した分析を軸にしているため、医療行為を既に受けられている方々向けの重症化予防対策（ハイリスク層）が主軸となっております。

事業課題①：医療費抑制に向け、既存事業を継続しつつ、より早期の介入と行動変容を継続的に促し、未病・予防対策が日常生活の中で醸成され、享受できる環境づくりを行う必要があります。

また、本市のDX推進全体方針等、各事業の実施にはICTの活用が不可欠なものとなっております。今後の保健事業を効率的且つ、効果的に運営するためには、個人情報等の取り扱いに係る管理、配慮等を十分に行うとともに、デジタルデバイス対策と併せて保健事業のDX化推進について検討する必要があります。

事業課題②：保健事業のDX化に向けた検討を行う必要があります。

(2) 前期計画より実施している事業における事業課題

第1章の「前期計画の分析・評価・考察」(P.10～38 参照)で分析等を行った結果、各事業の事業課題を図表 87 にまとめました。

図表 87：前期計画より実施している事業における事業課題

項番	事業名	事業課題
1	糖尿病性腎症重症化予防	<ul style="list-style-type: none">・参加者数の向上・検査値改善率の向上
2	医療機関受診勧奨	<ul style="list-style-type: none">・勧奨後受診率の向上・行動変容が起きた方の実態把握・受診勧奨方法の更なる検討
3	生活習慣病治療中断者受診勧奨	<ul style="list-style-type: none">・勧奨後受診率の向上・行動変容が起きた方の実態把握・受診勧奨方法の更なる検討
4	人間ドッグ・脳ドッグ利用補助	<ul style="list-style-type: none">・受診者数の向上
5	ジェネリック医薬品差額通知	<ul style="list-style-type: none">・ジェネリック医薬品使用割合の更なる向上・事業の効率化
6	医療費通知	<ul style="list-style-type: none">・マイナポータル普及後の事業継続の検討
7	重複受診・頻回受診・重複服薬の指導	<ul style="list-style-type: none">・指導件数の拡大・事業内容の案内文書の見直し検討・通知を行った対象者に、その後の受診行動に変化があったのかどうかレセプトの追跡調査を実施する
8	健幸チャレンジ	<ul style="list-style-type: none">・事業枠の拡大に向けた検討

第2章 本計画の目標及び戦略

1 本計画の目標の設定

実施事業については、事業課題の達成に向けた施策を検討、実施、改善といったPDCAサイクルを確実に回して実行します。

本計画期間における既存実施事業の目標値を図表 88 に示します。

図表 88：前期計画より実施している事業の目標値

項番	事業名	目標値
1	糖尿病性腎症重症化予防	【評価指標】対象者の翌年度の検査値改善者の割合 【評価対象・方法】翌年度の検診における HbA1c6.5% 以上の人の割合 【目標値】50%
2	医療機関受診勧奨	【評価指標】対象者の翌年度の検査値改善者の割合 【評価対象・方法】翌年度の検診における HbA1c6.5% 以上の人の割合 【目標値】令和 11 年度実績において、HbA1c6.5% 以上の人の割合を 5%以下とする。
3	生活習慣病治療中断者受診勧奨	【評価指標】勧奨後の医療機関受診率 【評価対象・方法】勧奨後医療機関を受診した人数 【目標値】60%
4	人間ドック・脳ドック利用補助	【評価指標】人間ドック・脳ドックの補助件数 【評価対象・方法】それぞれの受診者 【目標値】人間ドック 700 件、脳ドック 50 件
5	ジェネリック医薬品差額通知	【評価指標】ジェネリック医薬品使用割合 【評価対象・方法】レセプトデータから数量ベースのジェネリック医薬品の占める割合を算出 【目標値】80%
6	医療費通知	【評価指標】送付回数 【評価対象・方法】被保険者に対して医療費のお知らせを通知したかで評価 【目標値】年 2 回
7	重複受診・頻回受診・重複服薬の指導	【評価指標】指導対象者の減少 【評価対象・方法】計画策定時実績と比較して指導の対象者がどの程度減少したかで評価 【目標値】令和 11 年度実績において計画策定時実績対比対象者が 20%減
8	健幸チャレンジ	【評価指標】平均歩数の増加率 【評価対象・方法】事業開始月と事業終了月の平均歩数の比較 【目標値】25%

2 目標達成のための戦略

前述の目標達成のための戦略は以下の通りとします。

- 本市の各計画を健康寿命の延伸、医療費抑制という大命題に対して俯瞰的に整理します。前述の目標を達成するためには、本市全体で関連する部署との連携を再度強化することが重要です。

- 本計画で取り扱う国民健康保険に関する医療情報に限らず、NDB の活用等、本市全体の医療情報、医療資源等を俯瞰的に把握することで、具体的な実施施策の検討を効果的に行うこととします。

- 本計画策定タイミングと異なる関連計画において既に策定済みの計画、方針等がある場合、追加で連携事項を補記する等、各計画の次期計画見直しタイミングまで待つことなく、早期のスムーズな連携を可能とするための庁内連携の強化を図ります。特に、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等、“高齢者”という制度横断的な施策は、高齢化社会に向けて更なる実行が求められることを意識して取り組みます。

第3章 課題達成のための施策

1 健康課題を解決するための実施施策

健康課題①②については、本市の関係部署との連携を行いながら進めることが重要となります。具体的な連携及び検討にあたり、考慮する点を図表 89 に整理します。

図表 89：考慮する点

項番	健康課題	考慮する点
1	少子高齢化社会にむけた実施施策が必要	<ul style="list-style-type: none">・医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報を活用し、市民を対象にした分析を行い、必要な健康増進事業、保健事業等のサポート範囲の網羅性確認を行う。・必要な施策の実現可能性を検討する。・本計画期間にこだわらず、長期的なアクションプランも視野に入れて検討する。・施策の実施に必要な予算措置については、国や東京都の補助金案件の活用等、保険者努力支援制度以外の活用についても考慮する。
2	将来のハイリスク層に向けた早期予防、未病対策が必要	<ul style="list-style-type: none">・項番1の検討を踏まえつつ、具体的な対策について検討を行う。・各施策の優先度をつけ、より効果が見込めるものから優先的に実施することが重要になるが、中長期的に効果を図るための先行投資的な位置づけの施策についても段階的な施策の拡大を図る等、将来のハイリスク層向けであることを考慮する。

2 事業課題を解決するための実施施策

事業課題①②については、本市の関係部署との連携を行いながら進めることが重要となります。具体的な連携及び検討にあたり、考慮する点を図表 90 に整理します。

図表 90：考慮する点

項番	事業課題	考慮する点
1	より早期の介入と行動変容を継続的に促し、未病・予防対策が日常生活の中で醸成され、享受できる環境づくりが必要	<ul style="list-style-type: none"> 健康課題①の検討と関連付けることを考慮する。
2	保健事業のDX化に向けた検討が必要	<ul style="list-style-type: none"> 実施事業の課題達成に向けて、保健事業のDX化の可能性検討を含めること。 新規に構築するのではなく、既に本市として取り組んでいる小金井市公式LINE等との連携も考慮する。 関連計画との連携を図ることが重要となります。既に策定されている小金井市DX推進全体方針と連携を図り、本市としてのDX化のメニューとして保健事業サービスの関わりについて盛り込む。 スマートフォン等の活用に向けて、携帯電話番号の取得方法、管理方法等について個人情報保護の関連から配慮して取り組む。

次に、前期計画より実施している事業における事業課題の達成に向けた実施施策案を図表 91 に示します。本計画の実施期間の中で実現可能性検討を行うこととします。

図表 91：前期計画より実施している事業の実実施策案

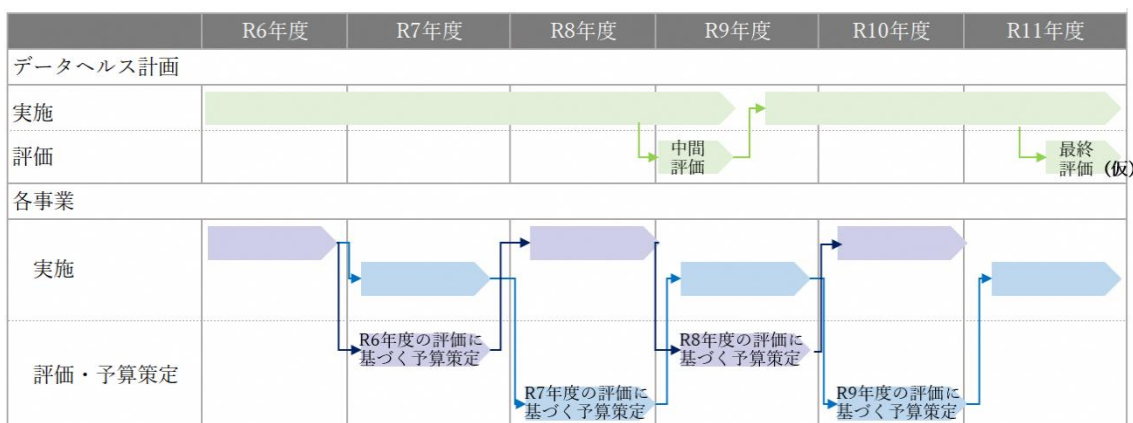
項番	事業名	実施策案
1	糖尿病性腎症 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・案内文書の更なる工夫を検討する。 糖尿病の重症化リスクを更にアピール（AI リスク予測の活用や、医療費負担の現状等）する。 ・参加勧奨案内文書の発送部数の増加により、より多くの方々へ勧奨することで事業認知度を上げるとともに、参加者増加を狙う。 ・電話勧奨施策は、未管理者分の把握について手段の検討を行う。 ・指導メニューの DX 化の可能性検討（指導メニューが手厚い半面、大変そうであるといった反応も想定されるため、ライトメニュー（仮称）の併用等）の実現可能性を検討する。 ・オンライン指導の活用（スマートフォンやタブレットの活用） コロナ感染等の対応策や DX 化の推進にもつながる。 ・指導前後の検査値入手に関するアナウンス方法を検討する。
2	医療機関受診 勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握の観点からアンケート調査の実現性について検討する。 ・勧奨対象者の見直し 例えば、毎年受診勧奨している方を除いた勧奨を行う等、対象範囲のバリエーションを増やし、より多くの方々へ勧奨する等の可能性検討を行う。 ・勧奨案内文書の内容見直し 例えば、異常値放置した方々のその後の医療費負担シミュレーション等を実施して重症化リスクを伝える等、ナッジ理論等を活用し、より緊迫感を持たせる内容とする等) ・勧奨方法の拡大 電話勧奨や通知による再勧奨等の可能性検討を行う。
3	生活習慣病治 療中断者受診 勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握の観点からアンケート調査の実現性について検討する。 ・勧奨対象者の見直し 例えば、毎年受診勧奨している方を除いた勧奨を行う等、対象範囲のバリエーションを増やし、より多くの方々へ勧奨する等の可能性検討を行う。 ・勧奨案内文書の内容見直し 例えば、治療中断した方々のその後の医療費負担シミュレーション等を実施して、重症化リスクを伝える等、ナッジ理論等を活用し、より緊迫感を持たせる内容とする等) ・勧奨方法の拡大 電話勧奨や通知による再勧奨等の可能性検討を行う。
4	人間ドッグ・ 脳ドッグ利用 補助	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上に向け、市民アンケート等の現状把握の実施 ・人間ドッグの補助条件として特定健診の代替利用をすることを条件とすることや、人間ドッグと脳ドッグの予算措置の配分を再検討する等の施策を検討し、本事業の受診件数向上と特定健診受診率向上も併せた取組について、可能性検討を行う。
5	ジェネリック 医薬品差額通 知	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品の使用促進に向け、医師会、薬剤師会との連携を更に強化し、医療現場からもジェネリック医薬品の普及に向けた取組の可能性検討を行う。

		<ul style="list-style-type: none"> ・必要性や目的等のアピールに ICT の活用（公式 LINE 等） ・ペーパーレス化に関する検討 <p>これまで郵送による通知を実施してきたが、お薬手帳アプリの普及を踏まえつつ、スマートフォン等へ直接通知を発信する仕組み等、ICT を活用した通知方法の可能性検討を行う。こうすることで、現状把握等の情報を機械的に取得できる等、更なる施策検討に向けたエビデンスを効率的に収集可能となる。</p>
6	医療費通知	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナポータル機能の拡充に伴う事業継続の可能性検討
7	重複受診・頻回受診・重複服薬の指導	<ul style="list-style-type: none"> ・案内文書内容の再検討 <p>健康相談事業として案内していることから事業内容をより正確に伝えることで電話勧奨効果の向上の可能性検討を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨施策は、連絡先未管理者分の把握について手段の検討を行う。 ・案内文書送付者数の拡大（予算枠の再検討） ・医師会、薬剤師会との情報交換を行い、服薬指導等について更なる相互連携を図る。
8	健幸チャレンジ	<ul style="list-style-type: none"> ・事業枠の拡大に向けた検討

第4章 本計画（保健事業全体）の評価・見直し

実施事業における目的及び、目標の達成状況について評価を行い、達成状況により実施事業の見直しを行います（図表 92 参照）。また、計画中においても、目標達成状況や事業実施状況の変化等により計画の見直しが必要になった場合には、必要に応じ適宜見直しを行います。

図表 92：評価サイクル



第5章 本計画の公表・周知方法

本計画は、小金井市ホームページで公表し、小金井市国保加入者に対しては広報誌等の広報媒体により周知します。

第6章 個人情報の取り扱い

特定健診・特定保健指導の結果についてのデータの取扱いについては、個人情報保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえて対応します。また、レセプトデータを含む医療情報についても、関係法令やガイドラインに基づき、個人情報の保護に十分に配慮して取扱います。

本市における個人情報管理については、「小金井市個人情報保護条例」、その他個人情報保護に関する法令等に基づいて行います。

また、本計画に係る業務を外部に委託する際も同様に取扱われるよう委託契約書に定めるものとします。

第7章 地域包括ケアに関わる取り組み及びその他の留意事項

本市の高齢化の現状及び、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を踏まえ、「第3期小金井市保健福祉総合計画（健康増進計画）（第3次）」、特にその中の「第7期介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画」と連携した対応が重要となってきます。

同計画の基本施策の1つとして、「健康づくり・介護予防の推進」、「在宅医療と介護の連携の推進」が示されており、充実する事項として以下の項目が上げられています。

健康づくり・介護予防の推進

- 1 健康づくりの推進
- 2 介護予防・重度化防止の推進

在宅医療と介護の連携の推進

- 1 在宅医療をサポートする体制づくり
- 2 在宅医療・介護連携のための情報共有
- 3 在宅医療のための市民啓発

上記を踏まえて、本市では以下の取り組みを継続してまいります。

(1) 各種検診等の連携

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

(2) 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論を、地域ケア会議で実施するものとします。

(3) 健康づくり事業との連携

特定健康診査・特定保健指導は、被保険者のうち40歳から74歳までの方が対象ですが、生活習慣病予防のためには、40歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要になります。

そのためには、関係部署が実施する各種健康づくり事業とも連携しながら、生活習慣病予防を推進していきます。

(4) フレイル対策

後期高齢者担当部門と介護福祉担当部門で連携の上、フレイル事業（低栄養の方向けのプログラム）を実施予定です。

II 第4期小金井市国民健康保険特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等の現状分析と課題の明確化

第3期小金井市特定健康診査等実施計画期間の評価事業は以下の図表93の通りです。なお、評価期間は平成30年度から令和4年度とし、以下の5段階で評価を行うものとします。また、第2期計画に記載のあるイベント啓発については新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、評価対象外とします。アンケートについても評価対象外としました。

令和5年度末での実績は確定していませんが、令和3年度、令和4年度事業実績については令和5年度末目標値に対して暫定で「達成」、「未達成」を表記しています。

A:すでに目標達成

B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い

C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある

D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない

E:評価困難

図表 93：第3期特定健康診査等実施計画の実施事業

項番	事業名	事業の目的・概要
1	特定健康診査	<p>【目的】 年1回の特定健診を実施することで、自らの生活習慣を見直す機会を提供するとともに、生活習慣病を早期発見・早期治療し、発症または重症化を予防する。</p> <p>【概要】 40～74歳の国民健康保険に加入している方、年1回の特定健診を実施します。</p>
2	特定健診未受診者勧奨	<p>【目的】 特定健康診査の受診率向上</p> <p>【概要】 ハガキで受診勧奨を送ります。</p>
3	受診率の低い年代へ丁寧な受診勧奨	<p>【目的】 特定健康診査の受診率向上</p> <p>【概要】 50歳以下の方を対象に、健康年齢等を活用して、健康状態をわかりやすく可視化した受診勧奨通知を送付します。</p>
4	公共施設・医療機関等での受診啓発強化	<p>【目的】 特定健康診査の受診率向上</p> <p>【概要】 公共施設・コミュニティバスにてポスター掲示をします。また、医療機関にてポスター掲示をします。</p>

5	特定保健指導	<p>【目的】 生活習慣病になるリスクの高い人に対しては保健指導を行い、その要因となっている生活習慣を改善することによって生活習慣病の発症や重症化を予防する。</p> <p>【概要】 特定健康診査の受診結果に基づき、特定保健指導階層化判定基準により「積極的支援対象者」、「動機付け支援対象者」の選定を行い、専門職による指導を行います。</p>
6	特定保健指導利用勧奨	<p>【目的】 特定保健指導の受診率向上</p> <p>【概要】 特定保健指導対象者に手紙・電話等で受診勧奨を実施する。</p>

1 特定健康診査の実施状況、及び評価・考察

(1) 特定健康診査

- ・アウトプット目標（令和5年度） 特定健診受診率 60.0%
(各年度の目標値は図表 94 参照)
- ・実績
【事業評価】 C

特定健康診査は、40歳から74歳までの国民健康保険加入者に対し実施しています。平成30年度から令和5年度までの特定健康診査の目標値及び実績は図表94の通りです。

図表 94：特定健診受診率の目標と実績

評価年度	目標値	特定健診受診率	評価
平成30年度	55.5%	54.8%	未達成
令和元年度	56.5%	54.1%	
令和2年度	57.5%	49.0%	
令和3年度	58.5%	52.4%	
令和4年度	59.5%	51.4%	

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

市民の利便性確保等の観点から、小金井市内の医療機関と契約を締結し、各医療機関を実施場所として個別健診を実施しました。特定健康診査の事業を委託するにあたり、厚生労働省告示に則って運用可能な体制を構築しています。

(プロセス)

ハガキによる受診勧奨と丁寧な受診勧奨を行いました。

(アウトプット)

健診受診率は、平成30年度をピークとして、その後は伸び悩んでいる状態です。特に、令和2年度は受診率が大きく減少し50%を切る結果となりました。これは、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、特定健診等の実施に際し、緊急

事態宣言期間は実施を控える等の措置が講じられたこと等の影響が出ているものと考えます。その後も緊急事態宣言が発令されたことから、特定健診受診率が伸び悩む結果となったと推察しています。

(参考) 東京都における緊急事態宣言及び、まん延防止等重点措置期間

<令和2年度>

緊急事態宣言：2020/4/7（火）～2020/5/25（月）

緊急事態宣言：2021/1/8（金）～2021/3/21（日）

<令和3年度>

まん延防止等重点措置期間：2021/4/12（月）～2021/4/24（土）

緊急事態宣言：2021/4/25（日）～2021/6/20（日）

まん延防止等重点措置期間：2021/6/21（月）～2021/7/11（日）

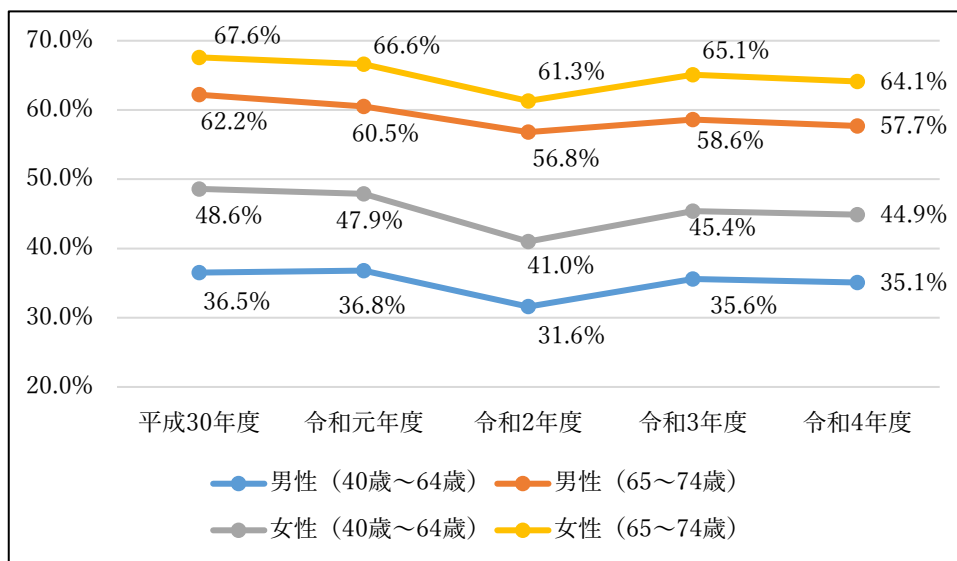
緊急事態宣言：2021/7/12（月）～2021/9/30（木）

まん延防止等重点措置期間：2022/1/21（金）～2022/3/21（月）

性別年代別に見ると、男性より女性の方が、64歳以下より65歳以上の方が、受診率が高い傾向にあります（図表95）参照。

令和2年度に発生した新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う影響で特定健診受診率は落ち込みました、その後令和3年度に回復傾向となりましたが、新型コロナウイルス感染拡大前の水準までの回復は見られていません。

図表 95：性別年代別特定健診受診率



※sucoyaca システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より

（アウトカム）

健診受診率向上のために、ハガキによる受診勧奨と受診率の低い年代へ丁寧な受診勧奨に加えて、令和2年度から健幸チャレンジ事業との連携を実施しております（関連事業のアウトカム考察を参照）。

（今後に向けた考察）

受診率が目標に届かなかったことを踏まえて、今後の受診勧奨の検討が必要な状況です。以下のような方向性が考えられます。

- ・小金井市公式 LINE の活用

令和5年度より本市で導入する公式 LINE の活用等、ICT の活用についても検討の余地があると考えます。

これは、小金井市 DX 推進全体方針に掲げる「市民目線でのサービスの質の向上」という柱にも合致するものと考えます。

また、行政サービスの DX 推進に向けて、市民との直接的な連携方法として、これまで郵送による情報発信が主軸でしたが、スマートフォンの普及等を踏まえるとこうした媒体の活用については検討の余地があると考えます。

(2) 特定健診未受診者勧奨

・目標

アウトプット目標：全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付

アウトカム目標：健診受診率の向上

今期目標の設定時点では、送付件数を目標値設定しましたが、事業目的から目標を「全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付」に変更しました。

・実績

【事業評価】 A

本事業は受診勧奨が必要な方へ通知することが出来ているため、事業評価としてはAとしています。実績は図表96の通りです。

図表 96：特定健診未受診者勧奨事業の目標と実績

評価年度	受診勧奨通知件数	評価
平成30年度	14,663件	達成
令和元年度	14,351件	
令和2年度	14,585件	
令和3年度	14,693件	
令和4年度	14,191件	

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

大量の受診勧奨通知をタイムリーに作成・送付する必要があるため、外部委託を実施し、体制を整備しました。

(プロセス)

受診勧奨は、8月と11月の2回に分けて実施しています。本事業の対象者は、年度末年齢が51歳から75歳までの方とし、50歳未満の方は「受診率の低い年代へ丁寧な受診勧奨事業」でサポートしています。

また、8月送付時は、「過去3年間連続で健診を受診している者」、「過去3年間連続で健診未受診の者」を対象外とし、効率的な運用を行いました。

(アウトプット)

受診勧奨が必要な方へ通知を実施することができました。送付件数は図表 96 の通り、14,191～14,693 件の発送を行いました。

(アウトカム)

勧奨後の受診率は 34.9%～38.3%でした。これを性別に分析すると、男性は 30.1%～32.7%、女性は 38.8%～43.9%と女性の方が勧奨後の受診率が高かったです (図表 97 参照)。

図表 97：受診勧奨後の受診率 (性別)

評価年度	全体	男性	女性
平成 30 年度	38.3%	32.0%	43.9%
令和元年度	38.0%	32.7%	42.7%
令和 2 年度	34.9%	30.6%	38.8%
令和 3 年度	37.9%	32.5%	42.6%
令和 4 年度	35.5%	30.1%	40.4%

また、年代別に分析すると、70 歳代では 45.2%～50.9%であるのに対して、若いほど受診率は低くなり、40 歳代では 17.6%～20.7%でした (図表 98 参照)。

図表 98：受診勧奨後の受診率 (年代別)

評価年度	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代
平成 30 年度	20.4%	29.2%	42.5%	50.9%
令和元年度	20.7%	28.0%	42.2%	50.3%
令和 2 年度	17.6%	25.2%	40.0%	45.2%
令和 3 年度	20.5%	28.2%	41.9%	48.5%
令和 4 年度	19.0%	27.5%	38.7%	45.9%

(今後に向けた考察)

図表 97、98 の通り、若い世代と男性に対する受診率向上を検討する必要があります。

8月と比較的開封率が高いと言われている圧着ハガキ、11月両面印刷のハガキ形態（令和2年度はアンケートを同時実施しているため圧着）となっており、11月送付者の方が多いことを踏まえると、より開封率が高い圧着ハガキを11月で採用する等のハガキ様式の再検討の必要性があります。

また、健診受診期間の締め切りが12月末であることを踏まえると11月送付対象者の範囲が広い（通知件数が多い）ため、8月送付対象者の範囲を広げ、11月は再勧奨的な位置づけで送付する等、通知条件の見直しの必要性があります。

ハガキの内容については、8月は無償（自己負担なし）といったキーワードを令和2年度までは強調してきた内容となっているが、令和3年度以降はリスクを強調する券面内容に変更になっています。11月は受診期限をメインとしつつも令和元年度までは無償（自己負担なし）についても触れています。行動変容を起こさせるための要因として、無償（自己負担なし）とリスク、将来的な医療費負担等（AIリスク予測等の技術を活用等も視野に入れつつ）については有効な情報であると考えられるため、券面情報を更なる改善の必要性があります。

また、通知という郵送手段とは別に電話による勧奨（例え再勧奨は電話で実施する等）、郵送以外の勧奨方法も検討の余地があると考えます。

令和元年度のハガキ



小倉井市
国民健康保険
健康課内務班

受診はお済みでしょうか？
小倉井市の特定健診の受診期限は、
令和元年12月31日火
までとなっております。

年末は医療機関が混み合いますので、
お早めにご受診ください。

※既に受診・お済み済みの方は、引き続きいただきますので、ご受診ください。

小倉井市の国民健康保険にご加入中の方は、
特定健診の費用が**無料**です。

特定健診は、様々な生活習慣病を見つけることができます。

特定健診の内容	確認できる生活習慣病	費用
<ul style="list-style-type: none"> ●身長・体重・BMI ●腹囲測定 ●血圧測定 ●採血 ●検尿 ●心電図検査 ●問診 	<ul style="list-style-type: none"> ●肥満度(BMI)の確認 ●内臓脂肪の蓄積 ●心臓病や脳卒中のリスク ●脂質異常症や糖尿病、動脈硬化のリスク、肝臓の機能の確認 ●糖尿病や腎臓病のリスク ●動脈硬化のリスク ●既往歴も含み、体の状態の確認 	<p>全検査を行うと、 約17,000円</p> <p>↓</p> <p style="font-size: 2em; background-color: red; color: white; padding: 10px; border-radius: 10px;">0円</p>

※小倉井市では、胸部レントゲン検査等も無料で検査ができます。

受診券の再発行・特定健診に関するお問い合わせ
小倉井市保険年金課国民健康保険係 ☎042-387-9833

令和4年度のハガキ



小倉井市
国民健康保険
健康課内務班

小倉井市国民健康保険にご加入の皆様へ

**特定健診の受診は
お済みですか？**

小倉井市役所
保険年金課国民健康保険係
TEL 042-387-9833 (直通)

※1. 通知も合わせてよくお読みください。2. 通知も合わせてよくお読みください。

まだまだ若いから
また来年でいいや

糖尿病と強く疑われる人・糖尿病の可能性も想定できない人の割合(割合)



40歳以降から
糖尿病は
増えています。

糖尿病の方は、**がんのリスクが20%高い**ことが
わかっています。がんは**40～50歳の死因1位**です。

※1. 糖尿病と強く疑われる人・糖尿病の可能性も想定できない人の割合(割合)
※2. がんは40～50歳の死因1位です。

元気だし、お金も時間も
もったいないよ

40～50歳代で2型糖尿病になると、
60歳以降の脳卒中発症リスクが高まります。

※1. 糖尿病と強く疑われる人・糖尿病の可能性も想定できない人の割合(割合)
※2. がんは40～50歳の死因1位です。

そのほか、糖尿病性腎症を発症すると高額の
医療費がかかります。

糖尿病治療	糖尿病で入院	人工透析
1カ月あたり 約2万円	平均13.3日 約52万円	1年で 約480万円

※糖尿病治療費は、保険適用内です。自己負担額は、自己負担上限額を超えた分は、自己負担となります。また、実際に自己負担額は、医療費負担軽減等により、さらに軽減される場合があります。

糖尿病と強く疑われる方の**約75%**が
医療機関にかかっており、
治療する方は年々増加中です。
みんな始めています、糖尿病対策。

明日は我が身かもしれません！
健診(無料)を毎年受けることで、
糖尿病を早期発見することもできます。

糖尿病と診断された方の中には、重症化し、失明(糖尿病性網膜症)や人工透析(糖尿病性腎症)、透析による足気腫(糖尿病性神経障害)となる方もいます。そのため、早期発見が非常に大切です。

(3) 受診率の低い年代へ丁寧な受診勧奨

- ・目標

アウトプット目標：全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付

アウトカム目標：健診受診率の向上

今期の目標を設定した時点では目標を件数で設定していましたが、勧奨すべき件数が当初設定した目標より少なくなることがあったため、目標を「全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付」に変更しました。

- ・実績

【事業評価】 A

本事業は、「年度末年齢が40歳の被保険者」と「41～50歳の被保険者のうち、前年度の特定健診の受診者及び未受診者」の方へ、健康状態をわかりやすく可視化した受診勧奨通知を送付します。また、健診を受診した方にはその結果を踏まえた健康年齢通知を送付します。

本事業の評価は全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付したかどうかで評価します。実績は図表99の通りです。

図表 99：受診勧奨通知送付件数の実績と評価

評価年度	通知送付件数	評価
平成30年度	2,471人	達成
令和元年度	2,629人	
令和2年度	2,738人	
令和3年度	2,698人	
令和4年度	2,649人	

- ・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

業務委託により事業を実施できる体制を維持しました。

また、昨年度に健診データがない方は、受診していないので今年受診を促すメッセージを入れることで、受診促進を図るよう工夫しています（下図参照）。

また、健診受診後の結果を郵送し、同性同世代の結果と比較をすることで、自分の健康状態の見える化を行いました（下図参照）。

項目	項目コード	数値	同世代平均値	同世代平均値の範囲
総数	人数	252	18.5	14.9
心臓病	mg08	91	89.7	90.9
糖尿病	mg09	6.1	5.76	5.96
高血圧	mg10	152	129.7	119.4
脂質異常症	mg11	101	84.5	73.1
中性脂肪	mg12	217	35~48	38.9
HDLコレステロール	mg13	44	45~15	19.8
LDLコレステロール	mg14	214	65~18	126.1
尿酸値	uric	78	79.47	71.1
ALT (GPT)	alt	37	36.7	18.7
γ-GTP (γ-GPT)	gtp	64	59.47	76
尿酸	uric	-	-	-
尿酸値	uric	-	-	-

(アウトプット)

受診勧奨が必要な方へ通知を実施することができました。送付件数は図表 99 の通り、2,471 件～2,738 件の発送を行いました。

(アウトカム)

本事業により毎年約 30%弱の健診受診効果がありました (図表 101)。

一方、未受診者が 70%強存在することから、引き続き本事業対象者の特性分析を行う等、行動変容につなげるための施策検討が必要となります。

図表 101： 受診率の低い年代へ丁寧な受診勧奨後の受診率

評価年度	通知人数 (A)	効果測定 対象者数 (B) ※	通知後 受診者数 (C)	勧奨対象者受診 率 (%) (C) / (B)
平成 30 年度	2,471 人	2,183 人	581 人	26.6%
令和元年度	2,629 人	2,311 人	656 人	28.4%
令和 2 年度	2,738 人	2,396 人	567 人	23.7%
令和 3 年度	2,689 人	2,359 人	612 人	25.9%
令和 4 年度	2,649 人	2,272 人	592 人	26.1%

※通知人数 (A) から資格喪失者を除いた人数。

(今後に向けた考察)

事業対象年齢を踏まえると、ICT への懸念が低い年齢層とも捉えることができるので、勧奨方法として ICT の活用の実現可能性についても検討が必要と考えられます。

また、通知という郵送手段とは別に電話による勧奨 (例えば再勧奨は電話で実施する等)、郵送以外の勧奨方法の必要性についても検討が必要と考えられます。

(4) 公共施設・医療機関等での受診啓発強化

・目標

短期目標（令和2年度末） 広報実施件数 85件

中長期目標（令和5年度末） 広報実施件数 85件

・実績

【事業評価】 A

本事業は、公共施設や医療機関等でのポスター配布先の件数で評価します。実績は図表102の通りです。

図表 102：広報実施件数の実績と評価

評価年度	実績	評価
平成30年度	81件	未達成
令和元年度	81件	
令和2年度	71件	
令和3年度	69件	
令和4年度	111件	達成

・事業評価に対する考察

(ストラクチャー)

特定健診実施医療機関や公民館・地域包括支援センターと連携を行いました。

(プロセス)

各年度2回（1回あたり1か月間）コミュニティバスにてポスター掲載を行いました。また、特定健診実施医療機関、地域包括センター、図書館、公民館及び体育館等にてポスター掲示を行いました。

(アウトプット)

令和3年度までは、目標件数には至りませんでした。令和4年度からポスターとチラシの両方を配布する連携先の割合を増やすことで、目標値を上回る実績件数となりました。（令和4年度はチラシ55件、ポスター56件）

(今後に向けた考察)

本事業は特定健診の受診率向上が目的となるため、より多くの対象者、将来の対象者に周知、インプットすることが重要になります。

そこで、比較的若い対象者や将来の対象者向けに ICT や SNS を活用した情報周知方法の検討等、ポスター以外の広報媒体の利用可能性の検討が必要と考えます。

なお、前期計画で「継続検討中」としていた以下の事業については、実施には至っていません。

- ・がん検診と同時実施
- ・受診医療機関の拡大

また、「がん検診と同時実施」については、令和6年度から、肺がん検診の実施方法を特定健康診査と同時受診できるよう受診環境を整備中です。更に、肺がん検診以外のがん検診との同時実施について、国保主管部署のみではなく他部署と連携を強化し、市民全体を対象とした検診を実施できるように庁内体制を再構築する必要があると考えています。

「受診医療機関の拡大」については、他自治体との相互の乗り入れを実施した場合等の実現可能性について検討中です。同じく「継続検討」としていた「インセンティブの導入（特定健診）」については「健幸チャレンジ事業」（P.36 参照）として実施をしました。

2 メタボリックシンドローム該当者の状況

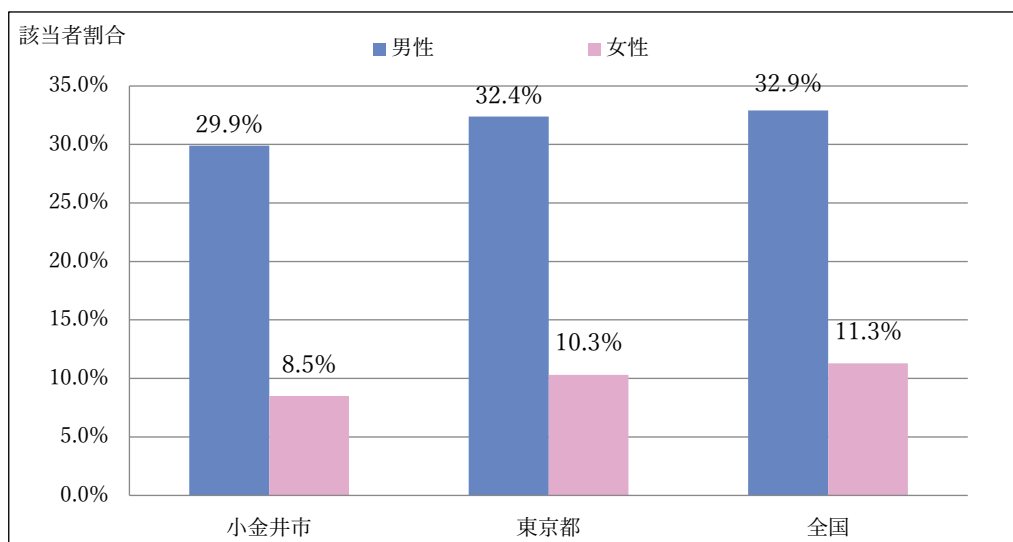
特定健康診査の結果からメタボリックシンドローム該当者、予備群者、非該当者のどの階層に該当するか判定することを「メタボリックシンドローム階層化判定」といいます。判定基準は以下のとおりで、生活習慣病発症のリスクが最も高い階層が「メタボリックシンドローム該当者」となります（図表 103 参照）。

図表 103：メタボリックシンドローム階層化判定基準

	リスク①血糖値 ②脂質異常③血圧高値	階層化判定
(ア) 腹囲が 男性:85 cm以上 女性:90 cm以上	2つ以上該当	該当者
	1つ該当	予備群者
	該当なし	非該当者
(イ) (ア) に該当しないもの		

メタボリックシンドローム該当者割合をみると、本市は男女とも東京都、全国より低くなっています（図表 104 参照）。

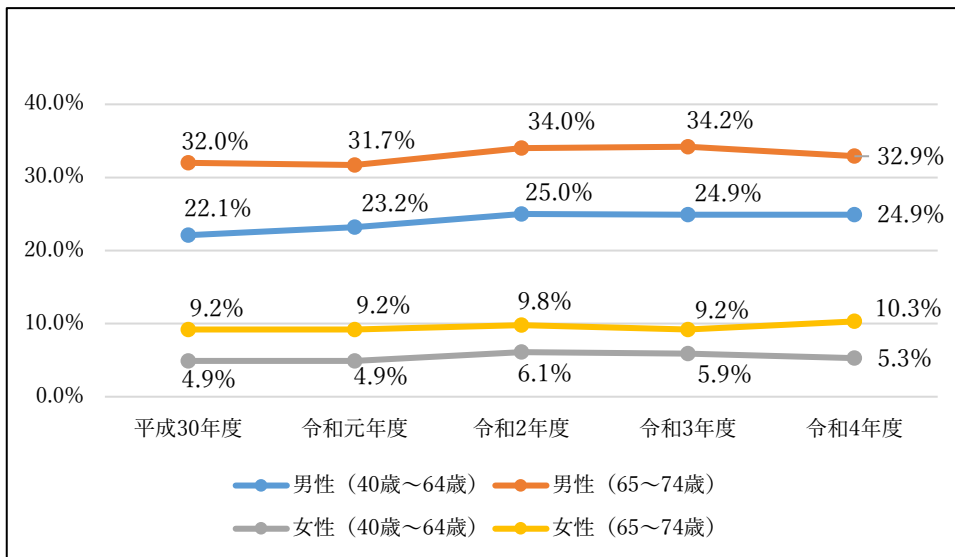
図表 104：メタボリックシンドローム該当者割合（令和4年度）



※国保データベース（KDB）システム 「地域の全体像の把握」より

性別年代別に経年変化で見ても、メタボリックシンドローム該当者の傾向に変化はありませんでした（図表 105 参照）。

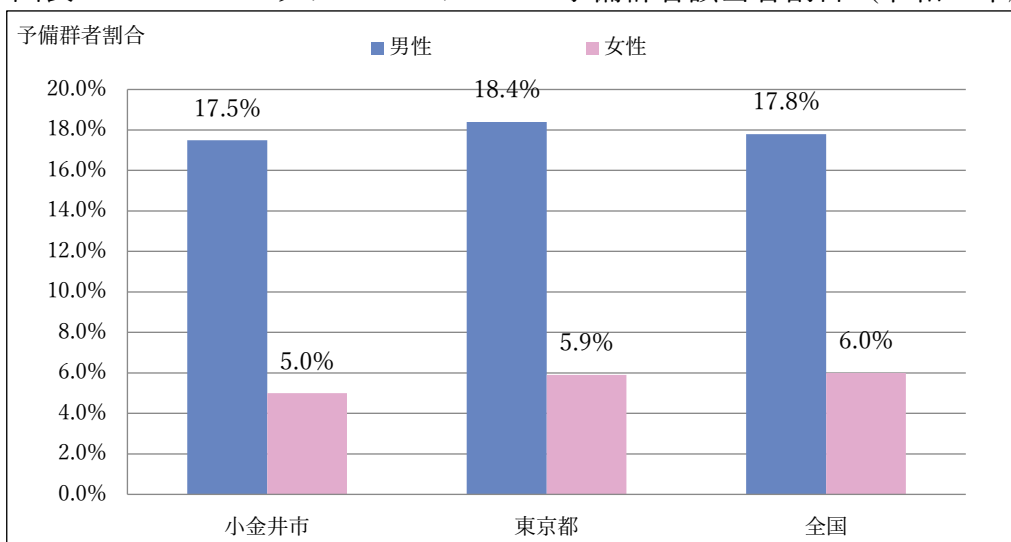
図表 105：性別年代別メタボリックシンドローム該当者割合経年変化



※sucoyaca システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より

また、メタボリックシンドローム予備群該当者割合をみると、本市は男女とも東京都、全国より低くなっています（図表 106 参照）。

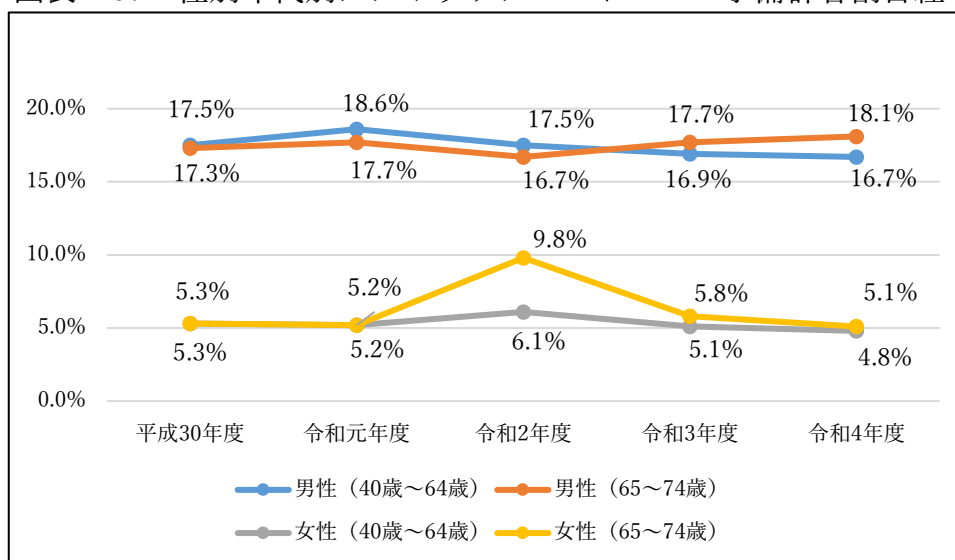
図表 106：メタボリックシンドローム予備群者該当者割合（令和4年度）



※国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」より

性別年代別に経年変化で見ると、男女間の傾向は同様ですが、年齢層別では男性に大きな違いがない一方、女性は令和2年度のみ65歳から74歳で4pt 弱の増加が見られ、他の年度は年齢層別にみても同等の傾向となっています（図表 107 参照）。

図表 107：性別年代別メタボリックシンドローム予備群者割合経年変化



※sucoyaca システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より

3 特定保健指導の実施状況、及び評価・考察

(1) 特定保健指導

- ・ 目標（令和5年度）

特定保健指導実施率	60.0%
特定保健指導対象者の減少率	25.0%
- （各年度の目標値は図表 108 参照）

・ 実績

- 【事業評価】 B
- ・ 特定保健指導実施率 C
- ・ 特定保健指導対象者の減少率 A

特定保健指導実施率は、対象者のうち積極的支援レベル並びに動機付けレベルの指導を終了した人の割合で評価します。特定保健指導対象者の減少率は、利用者が翌年度に特定保健指導の対象者になった数の減少割合で評価します。実績は図表 108 の通りです。

図表 108：特定保健指導実施率・対象者の減少率の実績と評価

評価年度	特定保健指導実施率			特定保健指導対象者の減少率		
	目標	実績	評価	目標	実績	評価
平成 30 年度	32.0%	11.7%	未達成	20.0%	23.4%	達成
令和元年度	37.0%	5.3%		21.0%	26.7%	
令和 2 年度	42.0%	20.6%		22.0%	35.3%	
令和 3 年度	47.0%	16.0%		23.0%	31.0%	
令和 4 年度	52.0%	16.0%		24.0%	35.5%	

（ストラクチャー）

特定保健指導参加者を確実に指導するためには専門職を必要とするため、業務委託を行い、指導体制を整備しました。

（プロセス）

新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、令和 3 年度から WEB 面談を開始しました。

(アウトプット)

特定保健指導実施率は、目標 60%に対して 5.3%～20.6%と未達成の状態です (図表 108 参照)。これを積極的支援レベルと動機付け支援レベルに分けると、積極的支援レベルは 4.1%～13.4%、動機付け支援レベルは 5.6%～22.6%と積極的支援レベルの方が低い状況です (図表 109 参照)。

図表 109：特定保健指導の種類別の指導の実施率

評価年度	積極的支援レベル			動機付け支援レベル		
	対象者	終了者	実施率	対象者	終了者	実施率
平成 30 年度	217 人	22 人	10.1%	697 人	85 人	12.2%
令和元年度	220 人	9 人	4.1%	655 人	37 人	5.6%
令和 2 年度	157 人	20 人	12.7%	615 人	139 人	22.6%
令和 3 年度	204 人	14 人	6.9%	619 人	118 人	19.1%
令和 4 年度	209 人	28 人	13.4%	560 人	95 人	17.0%

年代別性別に実施率を分析すると、女性と比べると男性の方が、60 歳代 70 歳代と比べると 40 歳代、50 歳代の方が低い傾向となりました (図表 110 参照)。

図表 110：特定保健指導の性別年代別の指導の実施率

評価年度	男性					女性				
	40 代	50 代	60 代	70 代	全体	40 代	50 代	60 代	70 代	全体
平成 30 年度	7.3%	8.2%	13.9%	13.4%	11.3%	13.8%	19.6%	27.2%	21.8%	22.8%
令和元年度	3.7%	4.6%	11.9%	11.6%	8.7%	9.1%	16.3%	13.8%	15.3%	14.3%
令和 2 年度	6.7%	11.9%	21.6%	17.6%	16.0%	11.1%	15.2%	25.0%	19.6%	20.0%
令和 3 年度	8.7%	8.4%	23.8%	16.0%	15.6%	9.7%	8.7%	29.3%	26.5%	22.4%
令和 4 年度	13.3%	18.6%	20.3%	20.9%	18.9%	13.3%	16.4%	23.8%	13.1%	17.3%

(アウトカム)

特定保健指導対象者の減少率は、平成 20 年の対象者 (1,193 人) と比較しての減少率で評価します。

目標値も達成し、減少傾向は続いています (図表 111 参照)。

図表 111：特定保健指導の対象者と減少率

評価年度	対象者	減少率
平成 30 年度	914 人	23.4%
令和元年度	875 人	26.7%
令和 2 年度	772 人	35.3%
令和 3 年度	823 人	31.0%
令和 4 年度	769 人	35.5%

(今後に向けた考察)

特定保健指導の実施率向上に向けては目標との乖離が大きいことから抜本的な対策を検討する必要があると考えます。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大を踏まえ、令和 3 年度から WEB 面談方法の採用も実施しましたが、利用状況を踏まえ、こうした面談方法の選択肢を増やしていく取組も有効であると考えます。保健事業の DX 化にも資する対応にもつながります。

更に、健幸チャレンジ事業のインセンティブ連携を図ることの実現可能性についても検討の余地があると考えます。

(2) 特定保健指導利用勧奨

・目標

アウトプット目標 全ての勧奨対象者に特定保健指導利用勧奨を実施

アウトカム目標 特定保健指導実施率の向上

今期の目標を設定した時点では目標を件数で設定していましたが、勧奨すべき件数が当初設定した目標より少なくなることがあったため、目標を「全ての勧奨対象者に特定保健指導利用勧奨を実施」に変更しました。

・実績

【事業評価】 A

本事業の評価は全ての勧奨対象者に特定保健指導利用勧奨を実施したかどうかで評価します。なお、令和元年度末～令和 2 年度当初は、新型コロナウイルス感染症拡大により特定保健指導の実施を見送っていました。そのため、令和 2 年 3

月に行う予定の勧奨を令和2年6月に行ったことにより、令和元年度の勧奨数が少なく、令和2年度が多くなっています（図表 112 参照）。

図表 112：特定保健指導利用勧奨の実績

評価年度	実績	評価
平成 30 年度	493 件	達成
令和元年度	368 件	
令和 2 年度	1,239 件	
令和 3 年度	629 件	
令和 4 年度	624 件	

（ストラクチャー）

特定保健指導事業運営の効率性の観点から、特定保健指導実施業者の要件に加えて実施することで、利用勧奨からどの後の指導実施、結果報告までの一連の流れを円滑に実施できる体制を構築しました。

（プロセス）

毎年 10 月時点での特定保健指導の申し込み状況を元に利用勧奨通知を発送しました。利用勧奨通知の内容としては、会場と日程を明記することで、予約を取りやすく等の工夫を行いました、また、「生活習慣病の危険因子があるというリスク」について言及することで、特定保健指導実施に向けた行動変容を起こさせる工夫を行いました、更に、QR コードによる予約を可能にすることで対象者の利便性に配慮する等、限られた書面スペースを有効に活用することをしました。

この通知が来たということは、あなたは、**血糖・血圧・血脂・脂質（コレステロール）**の内2つ以上の項目で数値が高めということです。今、病院へ行っても「大丈夫」と言われるでしょう。なぜなら、まだ病気ではないからです。あなたは今「もう少し数値が悪化したら病気のリスクが上がる」というところにいます。今ならまだ間に合います。あなた自身の手で、健康を取り戻すことができます

無料です！

【小金井市特定保健指導】を受けましょう
あなたの健康を守るための制度です

【内容・所要時間】個別健康面談 40～50分程度
【お申込先】小金井市特定保健指導委託先(有)・ハイライフサポート
電話 0120-979-732(平日 9:00～17:00)
QRコードからもお申込み可能です。
WEB画面(別日程)も選べます。

会場	日程	備考
マロンホール (9時30分～16時30分)	10月23日(日)	大好評の血液年齢測定付き開催日もあり 是非しくはお聴き合ってください！
	10月24日(月)	
	11月25日(金)	
	11月26日(土)	
小金井市総合西庁舎 (9時30分～17時00分)	10月25日(火)	お申し込み時、予約日が満席となってしまう場合がございます。
本町町定庁舎 (9時30分～17時00分)	11月24日(木)	

令和4年度利用勧奨内容

今年度受診した特定健診の結果、**あなたは生活習慣病のリスクがあると判断されました。**
小金井市健康づくり個別健康面談1(特定保健指導)

今すぐ特定保健指導を受けてみませんか？

会場 東小金井駅前記念会館 (マロンホール)
10月25日(日)、10月26日(月)、11月29日(日)

会場 小金井市役所西庁舎第五会議室
11月25日(水)、11月26日(木)

会場 前原習志東会館
11月27日(金)、11月28日(土)



※日程等のご都合をお伺いしたいと思いますので、ご多用の折恐縮ですが、10月19日(月)までにご連絡ください。

令和2年度利用勧奨内容

(アウトプット)

特定保健指導利用勧奨を送付すべき方へ勧奨を行っております。

(今後に向けた考察)

勧奨方法として ICT の活用の実現可能性についても検討が必要と考えます。

なお、前期計画で「継続検討」としていた「インセンティブの導入事業」については実施には至っていません。

4 課題の明確化

本章で分析等を行った結果、各事業の事業課題を図表 113 にまとめました。

図表 113：第 4 期特定健康診査等実施事業の事業課題

項番	事業名	事業課題
1	特定健康診査	<ul style="list-style-type: none">・受診率の向上・受診勧奨方法の検討（公式 LINE の活用等）・受診機会の拡大の可能性検討（受診時間延長や土日対応等）
2	特定健診未受診者 勧奨	<ul style="list-style-type: none">・50 代等の比較的若い世代や男性の受診率向上・勧奨ハガキの内容の見直しや圧着ハガキ送付月の再検討・受診勧奨方法の検討（電話勧奨の可能性含む）
3	受診率の低い年代 へ丁寧な受診勧奨	<ul style="list-style-type: none">・受診勧奨方法の検討（電話勧奨の可能性含む）・ICT の活用等
4	公共施設・医療機 関等での受診啓発 強化	<ul style="list-style-type: none">・ポスター以外の啓発方法の検討・比較的若い対象者や将来の対象者向けに ICT や SNS を活用
5	特定保健指導	<ul style="list-style-type: none">・参加率の向上・勧奨方法の改善を含めた検討・DX 化の検討等・インセンティブ連携
6	特定保健指導利用 勧奨	<ul style="list-style-type: none">・ICT の活用の検討

第2章 本計画の目標と戦略

1 本計画の目標の設定

特定健診受診率及び、特定保健指導実施率は、国が定める目標値がそれぞれ60%以上となっていることから、本市の実情を踏まえ、目標値を図表114の通りとします。

また、その他の事業の目標値は図表115の通りです。

図表 114：特定健診、特定保健指導事業の目標値

評価年度	特定健康診査	特定保健指導
令和6年度	53%	25%
令和7年度	54%	35%
令和8年度	56%	45%
令和9年度	58%	50%
令和10年度	59%	55%
令和11年度	60%	60%

図表 115：特定健診、特定保健指導に関連する各事業の目標値

項番	事業名	目標値
1	特定健診未受診者 勧奨	【評価指標】 特定健診受診勧奨通知を送付 【評価対象・方法】 通知送付実績 【目標値】 全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付
2	受診率の低い年代 へ丁寧な受診勧奨	【評価指標】 特定健診受診勧奨通知を送付 【評価対象・方法】 通知送付実績 【目標値】 全ての送付対象者に特定健診受診勧奨通知を送付
3	公共施設・医療機関 等での受診啓発強 化	【評価指標】 公共施設や医療機関等でのポスター配布先の件 数 【評価対象・方法】 公共施設や医療機関等でのポスター配布 先 の実績値 【目標値】 広報実施件数 85件
4	特定保健指導利用 勧奨	【評価指標】 特定保健指導利用勧奨を送付 【評価対象・方法】 通知送付実績 【目標値】 全ての送付対象者に特定保健指導利用勧奨を実施

2 目標達成のための戦略と実施施策

特定健診事業、特定保健指導事業は、抽出した事業課題の達成に向けた施策を検討、実施、改善といったPDCAサイクルを確実に回すことで、国が定めた目標値達成を目指すこととします。

そのためには、保険者として事業運営を行う上で、予算措置とのタイミングを意識する必要があります。そこで、「第4章特定健康診査等実施計画の評価及び見直し」のスキームを意識して対応を行うこととします。

更に、前述までの分析・考察を踏まえ、各実施施策案について、図表116に示します。実施施策案については、本計画の実施期間の中で実現可能性検討を行うこととします。

また、「継続検討」とした取組みについては、実施に向けて検討します。

図表 116：各事業の実実施策案

項番	事業名	実施施策案
1	特定健康診査	・受診機会の拡大 時間の延長や土日対応など受診しやすい環境づくり
2	特定健診未受診者勧奨	・勧奨内容の見直し（リスクを具体的に伝える等の工夫、AIリスク予測の活用、今後の医療費負担シミュレーション等を含む）。 ・開封率が高いとされる圧着ハガキの利用月の再検討 ・勧奨方法の再検討（電話勧奨やICTの活用（公式LINE等）
3	受診率の低い年代へ丁寧な受診勧奨	・勧奨内容の見直し（リスクを具体的に伝える等の工夫、AIリスク予測の活用、今後の医療費負担シミュレーション等を含む）。 ・勧奨方法の再検討（電話勧奨やICTの活用（公式LINE等）
4	公共施設・医療機関等での受診啓発強化	・啓発方法の検討（ICTやSNSを活用した情報周知方法の検討等）
5	特定保健指導	・参加者と不参加の傾向把握分析を行い、不参加者対策の検討を行う。
6	特定保健指導利用勧奨	・勧奨内容の見直し（リスクを具体的に伝える等の工夫、AIリスク予測の活用、今後の医療費負担シミュレーション等を含む）。

第3章 特定健康診査等の実施方法

1 特定健康診査

(1) 特定健康診査の対象者

特定健康診査の対象者は、特定健康診査の実施年度の1年間を通じ小金井市国民健康保険に加入している（年度途中での加入・脱退等異動のない者）40歳から74歳までの者です。

なお、以下に該当する者は、特定健康診査の対象外とします。

- ①妊産婦
- ②刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- ③国内に住所を有しない者
- ④病院または診療所に6か月以上継続して入院している者
- ⑤障がい者施設、養護老人ホーム及び介護保険施設等に入所または入居している者
- ⑥当該年度に、市の日帰り人間ドック補助を利用した者

(2) 実施場所

小金井市医師会会員の医療機関

(3) 実施時期

毎年度6月～12月

(4) 案内・周知方法

- ①特定健康診査受診対象者に、5月下旬に特定健康診査受診券・案内等を送付します。
- ②市報及びホームページへの掲載、市内の公共施設・医療機関等にてポスターの掲示により周知していきます。

(5) 受診方法

- ①特定健康診査受診対象者は、実施期間内に国民健康保険証と特定健康診査受診券を、特定健康診査受診医療機関の窓口に掲示します。
- ②特定健康診査受診医療機関は国民健康保険の資格を確認の上、特定健康診査を

実施します（自己負担なし）。

(6) 実施項目

図表 117：特定健康診査の実施項目

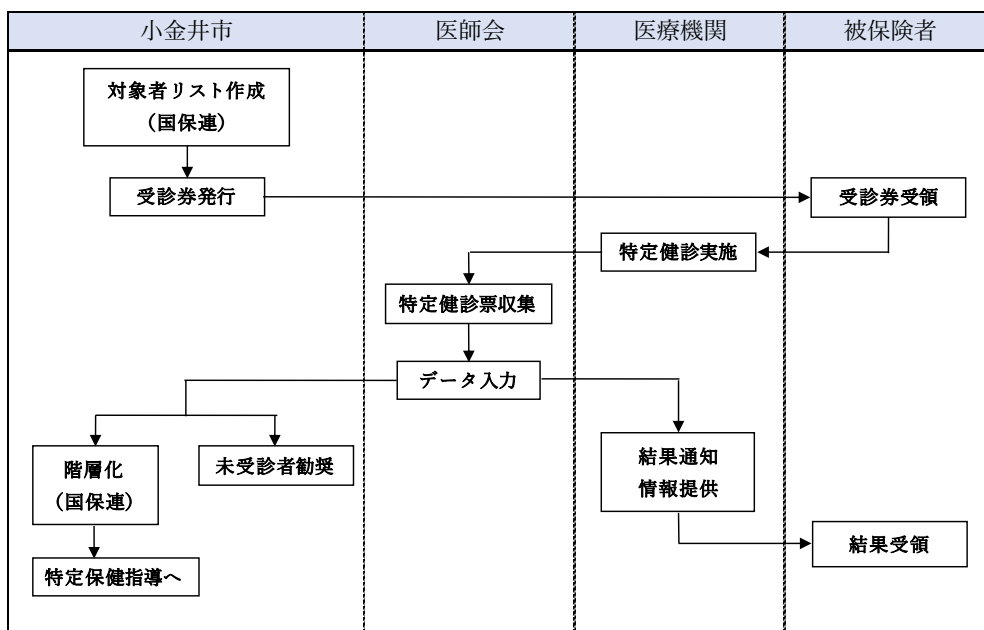
区分	項目内容	
基本的な健診 項目	問診	既往歴、服薬歴、喫煙習慣等
	理化学的検査	身体診察（視診、打診器、触診）
	身体測定	身長、体重、BMI、腹囲
	血圧測定	収縮期血圧、
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP
	血中脂質検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール
	血糖検査	空腹時血糖値、HbA1c
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細な健診 項目※	生化学検査	血清クレアチニン
	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
	心電図検査	
	眼底検査	

※詳細な健診項目：一定の判断基準の下に医師が必要と認めた場合に実施する健診項目

(7) 結果通知方法

特定健康診査受診者には特定健康診査受診医療機関から結果の説明を受けるとともに、結果通知を受領します。

(8) 全体の流れ



2 特定保健指導

(1) 特定保健指導の対象者

特定健康診査の結果を用いて、以下の基準により「積極的支援対象者」、「動機付け支援対象者」の選定を行い、特定保健指導を実施します。

図表 118：特定保健指導階層化判定基準

	追加リスク			④喫煙歴	対象者年齢	
	①血糖高値	②脂質異常	③血圧高値		40～64歳	65～74歳
(ア) 腹囲が 男性：85cm以上 女性：90cm以上 ※治療中の者は(ウ)へ	2つ以上該当			/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			あり なし		
(イ) 上記以外でBMIが 25kg/m ² 以上 ※治療中の者は(ウ)へ	3つ該当			/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			あり なし		
	1つ該当			/		
(ウ) (ア)・(イ)に 該当しない者 又は治療中の者	/			/	情報提供	

(追加リスク)

- ①血糖高値 空腹時血糖 100mg/dL以上 又は HbA1c (NGSP値) 5.6%以上
- ②脂質異常 中性脂肪 150mg/dL以上 又は HDLコレステロール 40mg/dL未満
- ③血圧高値 収縮期血圧 130mmHg以上 又は 拡張期血圧 85mmHg以上

(2) 実施体制

民間事業者に外部委託

(3) 実施場所

<初回面接・中間評価・最終評価>

市内の公共施設で実施

<2回目以降>

面接、電話、オンライン面談などにより実施

(4) 実施時期

毎年度9月～翌年3月（いずれも特定保健指導開始月）

(5) 案内・周知方法

- ①特定保健指導実施対象者に、特定健康診査受診後の翌々月を目途に、特定保健指導利用券・案内等を送付します。
- ②市報及びホームページへの掲載により周知していきます。

(6) 利用方法

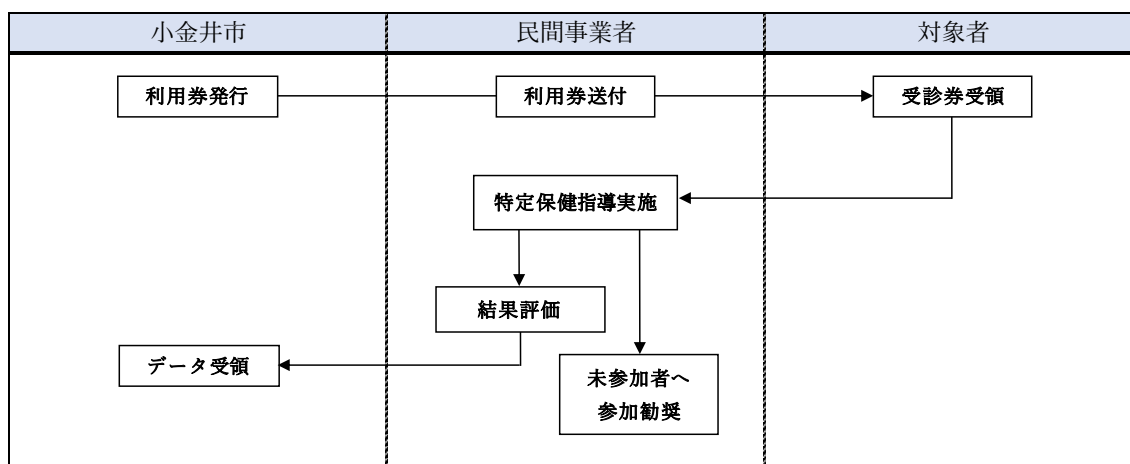
- ①特定保健指導対象者は、国民健康保険証と特定保健指導利用券を、特定保健指導実施機関の窓口へ提示します。
- ②特定保健指導実施機関は国民健康保険の資格を確認の上、特定保健指導を実施します。

(7) 利用方法

生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解した上で体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定します。併せて対象者が自ら実践できるよう支援することで、健康に関するセルフケア（自己管理）が実現することを目的とします。

そのために、身につける必要がある生活習慣・課題・目標を特定保健指導実施者と対象者が共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援できるプログラムを導入し、個別面接や小集団のグループワーク等を活用した行動変容のきっかけづくりを実施します。

(8) 全体の流れ



3 代行機関

代行機関は医療保険者の負担を軽減するため、特定健康診査・特定保健指導の決済及びデータを管理・保管する機関を指します。

本市国民健康保険にかかる代行機関は、東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）とします。

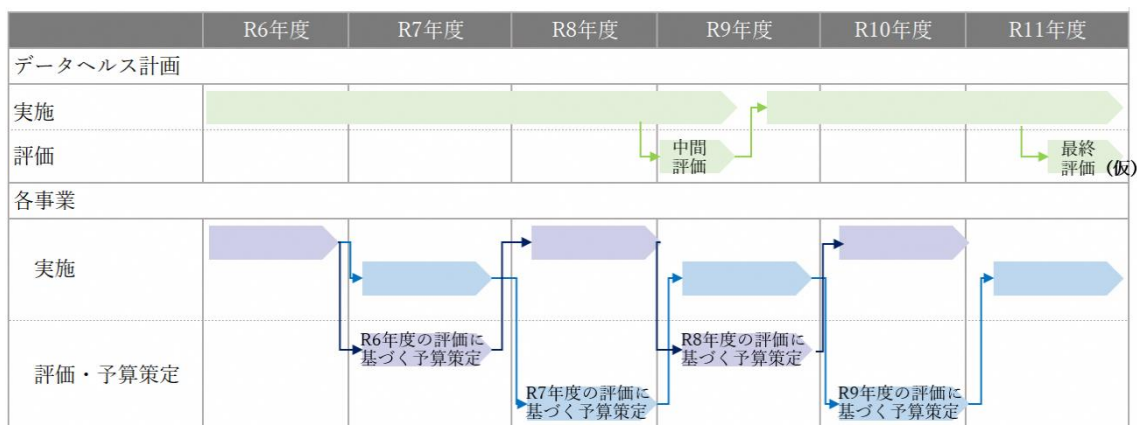
第4章 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

生活習慣病有病者及びその予備群の減少を図るためには、本計画に基づき、事業内容の充実・改善に向けた継続的な取組みが不可欠です。

そのため、具体的な評価内容を設定し、事業の実施状況及び成果に関する評価を毎年度実施するとともに、経年的な分析・評価を行います。

また、本計画をより実効性の高いものとするために、達成状況の点検・評価だけで終わるのではなく、点検・評価の結果を活用し、必要に応じて計画の記載内容を効果的なものに見直します。

図表 119：評価サイクル



第5章 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

本計画の公表・周知については、市報及びホームページに掲載するとともに、情報公開コーナーや図書館等における閲覧により周知します。

第6章 個人情報の取り扱い

特定健診・特定保健指導で取り扱う個人情報は、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、市の個人情報保護規定等を踏まえた対応を行います。その際には、個人情報の管理・保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な特定健康診査と特定保健指導を実施します。

特定健康診査・特定保健指導結果の取り扱いについては以下のとおりとします。

- ①医師会、健診機関、事業所等から提出された特定健康診査・特定保健指導結果のデータは、代行機関である国保連合会に管理・保管を委託します。
- ②医師会、健診機関、事業所等が他の代行機関へ委託する場合は個人結果データについての守秘義務等に十分注意することを契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。
- ③個人が医療保険者に特定健診結果を提出した場合は医療保険者がデータ化し、保存します。
- ④医療保険者間のデータ移動については「高齢者の医療の確保に関する法律」第27条に規定されているとおり、新保険者が旧保険者に求めることができますが、請求の際は受診者からの同意をとります（本来は保険者が変わっても、個人が経年的に管理していることが望ましいので、個人管理の普及啓発にも努めます。）。
- ⑤代行機関である国保連合会から受領したデータは、国への実績報告のため、国が示す標準様式に準じ、電子化して医療保険者が保管年限を5年とし保管します。途中資格喪失等で加入者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管することとします。
- ⑥医師会、健診機関、事業所等委託契約に際し、個人情報への厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

第3期小金井市国民健康保険データヘルス計画
及び第4期小金井市国民健康保険特定健康診査等実施計画（案）

令和6年3月発行

小金井市 市民部 保険年金課

〒184-8504 東京都小金井市本町六丁目6番3号



古紙パルプを配合しています。