平塚市国民健康保険　第2期データヘルス計画

（第4期特定健康診査等実施計画）

令和6年度～令和 11 年度



市民の花：なでしこ

令和 6 年 3 月

平　　塚　　市

平塚市国民健康保険第2期データヘルス計画（第4期特定健康診査等実施計画）目次

第1章　データヘルス計画の基本的な考え方　…… 1
1 背景・目的　…… 1
2 計画の位置付けと基本的な考え方　…… 2
3 計画期間　…… 5
4 関係者が果たすべき役割と連携　…… 5
（1） 市町村国保の役割
（2） 関係機関との連携
（3） 被保険者の役割
5 保険者努力支援制度　…… 6
6 SDGs（持続可能な開発目標）に向けた取組　…… 7

第2章　第1期計画の評価及び第2期計画に向けた健康課題の明確化　…… 8
1 保険者の特性　…… 8
2 第1期計画の評価及び考察　…… 10
（1） 第1期計画の健康課題と取組
（2） 主な個別保健事業の評価と課題
（3） 第1期計画期間のデータ分析と課題
（4） 第1期計画の考察
3 第2期計画で取り組むべき健康課題と目標設定　…… 36
（1） 基本的な考え方
（2） 取り組むべき健康課題
（3） 目標の設定

第3章　特定健康診査・特定保健指導の実施　…… 41
1 第4期特定健康診査等実施計画について　…… 41
2 目標値の設定　…… 41
（1） 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の目標値
（2） 目標設定の考え方
3 対象者の見込み　…… 42
4 実施方法　…… 42
（1） 実施場所
（2） 実施内容
（3） 実施時期
（4） 外部委託
（5） 医療機関との適切な連携
（6） 特定健康診査・特定保健指導実施スケジュール

5 特定健康診査受診率向上・特定保健指導実施率向上の取組 …… 47
(1) 特定健康診査受診率向上事業
(2) 特定保健指導実施率向上事業
6 個人情報の保護 …… 49
(1) 基本的な考え方
(2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

第4章 課題解決するための個別保健事業 …… 50
1 保健事業の方向性 …… 50
2 生活習慣病重症化予防の取組(短期・中長期目標疾患の取組) …… 51
(1) 脳血管疾患重症化予防
(2) 虚血性心疾患重症化予防
(3) 肥満・メタボリックシンドローム対策
(4) 糖尿病性腎症重症化予防
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(中長期目標疾患の取組) …… 56
4 発症予防・ポピュレーションアプローチ(短期目標疾患の取組) …… 57
5 適正な医療のかかり方 …… 58
(1) 適正服薬・適正受診
(2) ジェネリック医薬品利用促進事業

第5章 地域包括ケア推進の取組 …… 60

第6章 計画の評価・見直し …… 61
1 評価の時期 …… 61
2 評価方法・体制 …… 61

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い …… 61
1 計画の公表・周知 …… 61
2 個人情報の取扱い …… 61

【資料編】
1 国・神奈川県・同規模市と比べてみた平塚市の位置 …… 63
2 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価 …… 66
3 特定健康診査結果の年次比較 …… 67
4 用語の解説 …… 70

第1章　データヘルス計画の基本的な考え方

1　背景・目的

平成 25 年6月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略※1」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル※2に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

また、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、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）※3」において、保険者のデータヘルス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・財政再生計画改革行程表※4 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「平塚市国民健康保険第2期データヘルス計画（第4期特定健康診査等実施計画）」を策定します。

※1　日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（平成 25 年6月閣議決定）。

※2　PDCA サイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し行うこと。

※3　経済財政運営と改革の基本方針：政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの。

※4　新経済・財政再生計画　改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。

2 計画の位置付けと基本的な考え方

データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1）

また、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診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）※5」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる人が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。（図表2、3）

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB※6）システムを活用して特定健診の結果やレセプトデータ、介護データの分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国民健康保険加入者の健康の保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

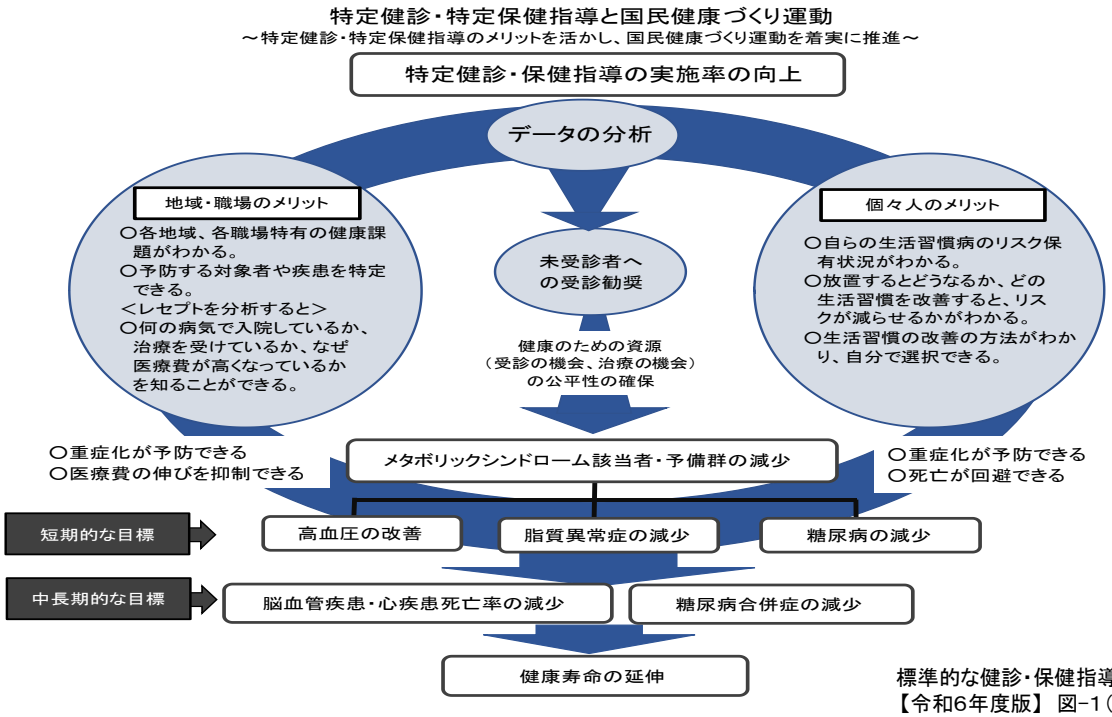
※5 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患、心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている（図表2参照）。
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指し、データヘルス計画においては虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
		※健康増進事業実施者とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「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の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用し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実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 （糖尿病性腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモーティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等（地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等（在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化（介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会（事務局：県、国保連合会）を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

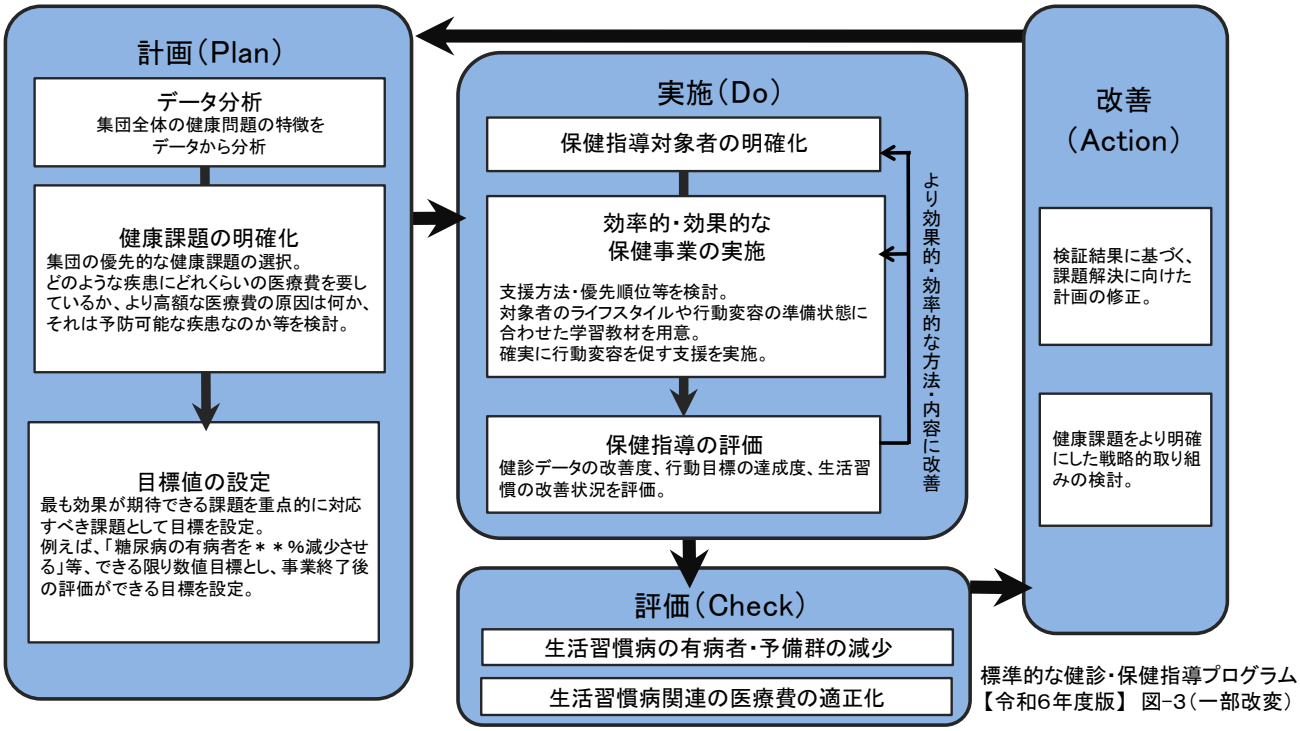
図表2　特定健診･特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診･保健指導プログラム【令和6年度版】 図-1（一部改変）

注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表3　保健事業（健診･保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診･保健指導プログラム【令和6年度版】 図-3（一部改変）

注）生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Actin））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

3 計画期間

データヘルス計画の期間については、国指針において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて、令和6年度から令和 11 年度までの6年間と設定します。

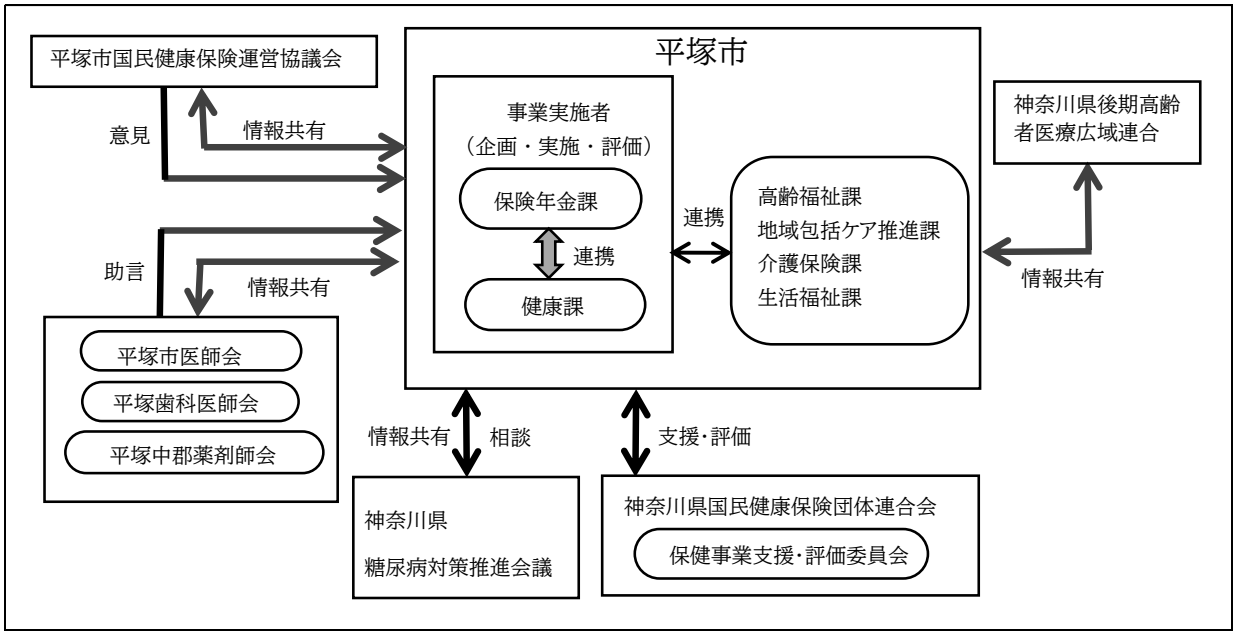
4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部署が中心となって、保健衛生部署等住民の健康の保持増進に関係する部署に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市が一体となって策定等を進めます。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者、チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表4)

図表4 平塚市の実施体制図



※令和6年3月現在の機構

（2） 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定及び保健事業の実施において、神奈川県、神奈川県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）や保健事業支援・評価委員会、平塚市医師会、平塚歯科医師会、平塚中郡薬剤師会等と連携、協力が重要となります。

また、本計画の策定を進めるにあたり、東海大学健康学部健康マネジメント学科と、重点対象者に関する共同研究の契約を締結し、分析した結果を計画に反映させています。

（3） 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、被保険者の代表として国民健康保険運営協議会の委員の意見を聴取したり、パブリックコメント手続を実施し意見を反映させています。

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度から本格的に実施されています。

国は、令和2年度から、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししています。

保険者努力支援制度（事業費分）では、データヘルス計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、制度を有効に活用し、計画に沿って効果的・効率的な保健事業を展開していきます。（図表5）

図表5　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			R3年度得点		R4年度得点		R5年度得点	
			平塚市	配点	平塚市	配点	平塚市	配点
交付額（万円）			8,461		9,614		10,819	
全国順位（1,741市町村中）			1,524位		1,200位		1,003位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	40	70	65	70	65	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	23	40	20	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	85	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	15	90	15	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	5	130	10	130	10	130
固有の指標	①	保険料（税）収納率	10	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	20	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	30	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	95	86	100	89	100
合計点			415	1,000	512	960	539	940

※令和5年度の得点及び交付金は令和5年度末に決定予定

6　SDGs（持続可能な開発目標）に向けた取組

SDGs（持続可能な開発目標）とは、平成 27 年9月に国連で採択された持続可能な世界を実現するための開発目標です。17 の目標、169 の個別目標から構成され、地球上の誰一人として取り残さないことを誓っています。

本計画では、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国民健康保険加入者の健康の保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指すことによって、SDGs※の達成につなげていきます。

※本計画との関連目標：目標3、目標4、目標 17



第2章　第1期計画の評価及び第2期計画に向けた健康課題の明確化

1　保険者の特性

本市は、人口約 25 万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で 28.7％でした。同規模市※、神奈川県と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 54 歳と同規模市、神奈川県、国と比べて高く、出生率は低い市です。産業においては、第2次産業が 28.8％と同規模市、神奈川県、国と比較して高い状況であり、第3次産業が約7割を占めています。（図表6）

国民健康保険加入率は 20.3％で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向です。年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 45％を占めています。（図表7）

また、市内には9の病院、189 の診療所があり、被保険者当たりの割合では同規模市、神奈川県と比較して同程度で、病床数は神奈川県と比較すると多い状況です。（図表8）

女性の平均余命は延びていますが、平均自立期間との差が開き、不健康な期間が延びています。（図表9）

標準化死亡比は、男女ともに脳出血、悪性新生物が高く、男性の心不全も高い状況です。（図表10）

図表6　同規模市・神奈川県・国と比較した平塚市の特性

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（人）（加入率%）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対%）	死亡率（人口千対%）	財政指数	第1次産業（%）	第2次産業（%）	第3次産業（%）
平塚市	252,936	28.7	51,235（20.3）	54.0	6.0	10.6	1.0	1.6	28.8	69.6
同規模市	--	27.8	19.6	53.6	6.8	10.5	0.9	2.2	27.9	69.9
神奈川県	--	25.6	20.0	51.6	6.7	9.4	0.9	0.9	22.4	76.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題年度累計

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、平塚市と同規模保険者（23市町村）の平均値を表す。

図表7　平塚市国民健康保険の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）
被保険者数（人）	58,928		57,143		56,052		54,324		51,235	
65～74歳	26,258	44.6	25,681	44.9	25,618	45.7	24,866	45.8	22,982	44.9
40～64歳	18,610	31.6	18,053	31.6	17,650	31.5	17,360	32.0	16,701	32.6
39歳以下	14,060	23.9	13,409	23.5	12,784	22.8	12,098	22.3	11,552	22.5
加入率（%）	23.0		22.3		21.9		21.2		20.3	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題年度累計

図表8　医療の状況(被保険者千人当たり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4年度)	
											同規模	県
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	割合	割合(%)
病院数	9	0.2	9	0.2	9	0.2	9	0.2	9	0.2	0.3	0.2
診療所数	184	3.1	185	3.2	192	3.4	195	3.6	189	3.7	3.8	3.8
病床数(床)	2,244	38.1	2,306	40.4	2,306	41.1	2,306	42.4	2,306	45.0	56.8	41.0
医師数(人)	344	5.8	344	6.0	476	8.5	476	8.8	510	10.0	12.0	11.9
外来患者数(人)	676.7		675.3		626.9		671.2		682.8		707.4	681.1
入院患者数(人)	17.5		17.2		15.6		16.5		16.0		17.3	15.1

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

図表9　平均余命と平均自立期間

	H30年度		R2年度		R4年度		県(R4年度)		国(R4年度)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
平均余命(年)	81.5	86.4	81.3	86.6	81.5	87.8	82.2	88.1	81.7	87.8
平均自立期間(年) (要介護2以上)	79.9	83.3	79.7	83.3	80.0	84.4	80.5	84.5	80.1	84.4
不健康な期間(年)	1.6	3.1	1.6	3.3	1.5	3.4	1.7	3.6	1.6	3.4

出典:KDBシステム　地域の全体像の把握

図表 10　標準化死亡比※

	疾患	心疾患(高血圧性を除く)						脳血管疾患						悪性新生物	
		総数		急性心筋梗塞		心不全		総数		脳内出血		脳梗塞			
	男女	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
	全国	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
H20-24	平塚市	95.1	92.2	93.4	78.3	115	85.4	94.1	97.5	116	105	87.4	88.3	103	108
H25-29	平塚市	87.6	88.2	79.2	77.9	118.4	98.1	100.1	93.0	119.4	111.4	84.9	79.5	101.3	106.5

厚生労働省　人口動態保健所・市区町村別統計の概況(H20-24、H25-29)

※標準化死亡比:人口構成の違いを除去して死亡比を比較するための指標。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断される。

2 第1期計画の評価及び考察

(1) 第1期計画の健康課題と取組

第1期計画では、次の健康課題を設定し、各個別保健事業を実施することで課題解決に向け取り組みました。

		保健事業							
		特定健康診査	特定保健指導	糖尿病性腎症重症化予防事業	健診異常値放置者受診勧奨事業	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	がん検診※	重複・頻回受診対策事業	ジェネリック医薬品促進事業
健康課題	悪性新生物や循環器系疾患、腎不全が医療費の上位を占めており、生活習慣病の重症化予防が必要。	●	●	●	●	●	●		
	人工透析患者の合併症は高血圧症、糖尿病が多いが、健診結果で受診勧奨値でも医療機関未受診者がいる。	●	●	●	●	●			
	特定健診、特定保健指導の実施率が低く、把握できていない生活習慣病リスク者が多い。	●	●		●	●			
	受診勧奨値以上の有所見者のうち、医療機関未受診となっている人が収縮期血圧で約4割、血糖値で15%以上存在する。	●	●	●	●				
	重複受診者等に対する受診行動適正化アプローチが少ない。							●	
	ジェネリック医薬品の広報が不足している。								●

※がん検診は、平塚市健康増進計画で進捗管理をします。

（2） 主な個別保健事業の評価と課題

ア 特定健診受診率向上の取組

（ア） 特定健診の実施状況

毎年特定健診を受け、自分の健康状態を確認することはとても重要です。より多くの人が特定健診を受診するために委託業者の AI 技術やナッジ理論を取り入れ、受診行動につながりやすい文面や読みやすさを工夫した勧奨通知を作成し、通知送付後は保健師による電話勧奨を行いました。

また、医師会には定期的に進捗状況を報告し、健康課題の共有と健診の必要性を理解していただくことで、通院中でも健診受診を勧めてもらえる医療機関が増えてきました。

比較的健診受診習慣のある社会保険加入者が、国民健康保険加入後も健診受診習慣を継続してもらうために、加入窓口での特定健診の案内や、速やかな受診券の送付を行うことで、新規加入者の受診率向上に努めました。

健診受診率は全ての年代で上昇し、特に40代の受診率の伸びが 4.6 ポイントで最も大きく、取組の効果があったと考えられ、平成30年度 34.3%だった健診受診率は、令和4年度 36.4%まで上がりましたが、目標値である41%には到達できませんでした。（図表11、12）

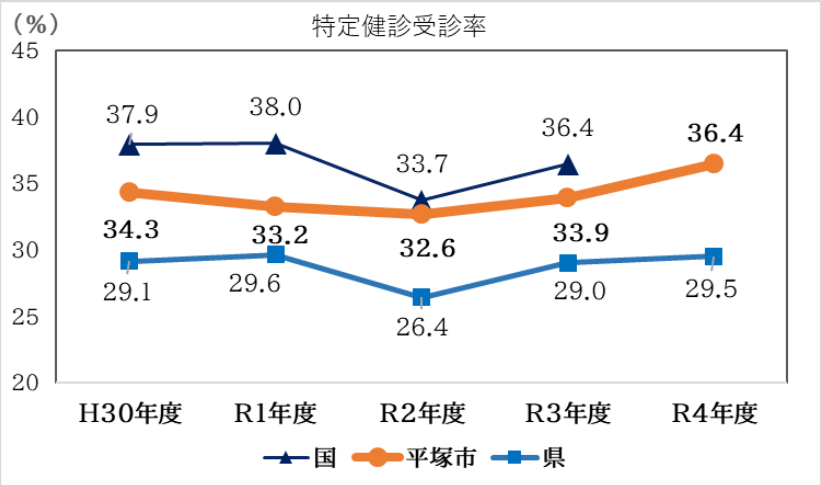
健診受診率が目標に達していない原因としては、健診未受診者の約6割を占める生活習慣病治療中の人が健診受診行動を起こしにくいことです。（図表13）他にも医療機関での健診受け入れ人数に限界があることが考えられます。今後、さらに受診率向上を目指していくためには、健診実施機会の拡大の検討が必要です。

また、特定健診継続受診率 80%を目標としていましたが、目標値には至りませんでした。（図表14）健診を継続して受診することは、生活習慣病の発症や重症化を予防することに役立つことから、健診結果の活用方法を日ごろの保健事業で伝え、継続した健診受診ができるように取り組みます。

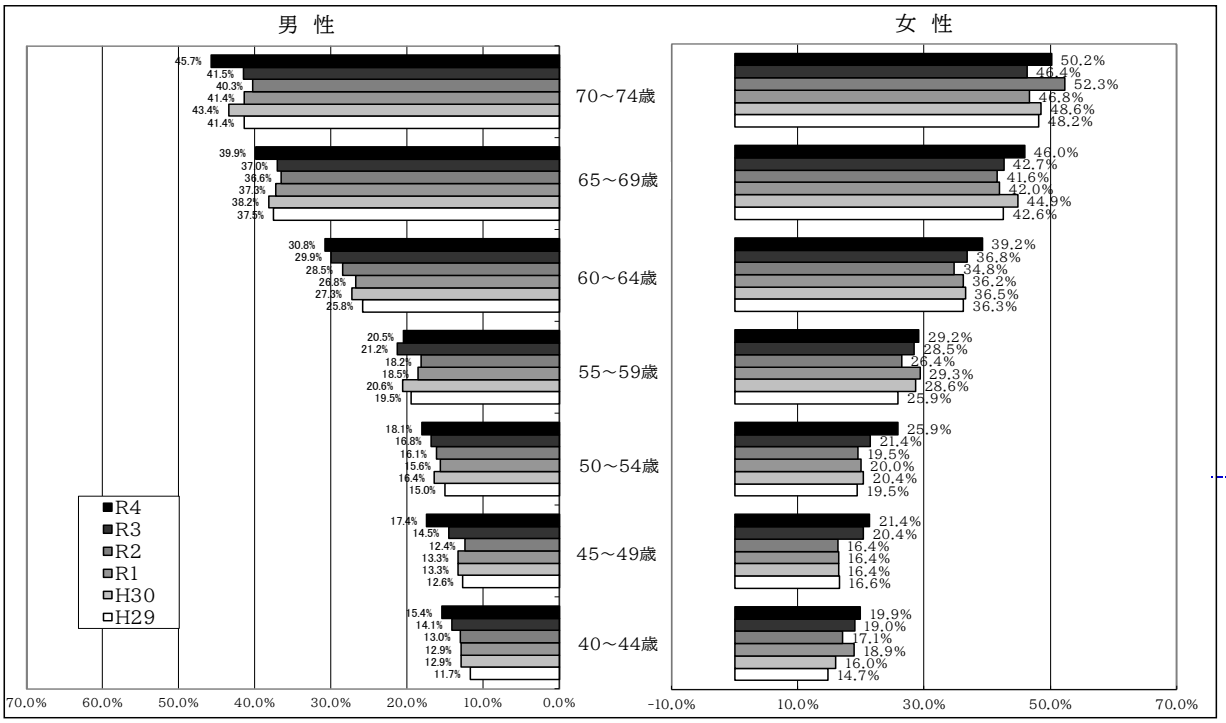
図表 11 特定健診受診率

	H30 年度	R1年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
平塚市（%）	34.3	33.2	32.6	33.9	36.4
目標値（%）	37.0	38.0	39.0	40.0	41.0
県（市町村国保）（%）	29.1	29.6	26.4	29.0	29.5
国（市町村国保）（%）	37.9	38.0	33.7	36.4	－

出典：特定健康診査等の実施状況（法定報告）より



図表 12　性別･年齢別受診率



出典：ヘルスサポートラボツール

図表13　生活習慣病で治療中の人の健診受診率（令和2年度）

	生活習慣病患者数※（人）	割合（%）
健診受診者	7,569	40.5
健診未受診者	11,123	59.5

出典：株式会社データホライゾン分析

※生活習慣病患者とは、糖尿病、高血圧、脂質異常症で投薬があった患者数。入院･外来の区分けはなく集計した実人数

図表 14　特定健診継続受診率

年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	目標値
継続受診率（%）	66.6	68.0	71.8	71.8	80.0

出典：保険年金課データ

（イ） 特定健診受診勧奨事業

ａ 対象者への通知･受診勧奨等

委託業者のノウハウを活用し、ナッジ理論に基づく内容で受診勧奨通知を送付しました。そのほかに、早期受診によるインセンティブの付与、保健師による電話勧奨、LINE 通知等による受診勧奨を実施しました。また、年度途中の国民健康保険新規加入者全員に特定健診受診券を送付しました。

ｂ 35 歳健診

令和3年度から 35 歳を対象に、健診受診の意識づけとなるように平塚市こくほ 35 歳健診を実施しました。令和4年度の対象者は355人、受診者は 47 人であり、受診率は 13.2%でした。また、健診結果で特定保健指導に該当した人に保健指導を実施し、生活習慣の改善や、適切な医療への受診行動につながるよう支援しました。

c 他健診結果受領事業

特定健診と同様の健診を勤務先等で受けた場合に健診結果を任意で提出してもらい、特定健診結果として受領しています。令和4年度から、提出者にインセンティブを付与するキャンペーンを実施し、受領数は増加しています。(図表 15)

d 特定健診未受診者診療情報活用事業

定期的に医療機関を通院している人においては、診療における検査項目が特定健診の基本項目を満たす場合、本人の同意のもと医療機関から特定健診結果として提出され、受領しています。(図表 15)

e 人間ドック費用助成事業

特定健診対象者が、人間ドックを受診した際に、費用の一部を助成しています。(図表 15)

図表15 c、d、e の事業実績

事業名	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
他健診結果受領事業(人)	58	48	80	84	97
特定健診未受診者診療情報活用事業(人)	26	101	71	48	49
人間ドック費用助成事業(人)	1,794	1,778	1,469	1,742	1,531

f 健診結果説明会

令和3年度から、健診受診者を対象に、自らの健康状態を自主的に考えるきっかけとなるよう知識供与を行い、継続受診を目的として健診結果説明会を開催しました。令和3年度は2回開催し、延べ112 人が参加しました。そのうち、令和4年度特定健診対象者は 97 人で、85 人(87.6%)が継続受診につながりました。

イ 特定保健指導実施率向上の取組

(ア) 特定保健指導の実施状況

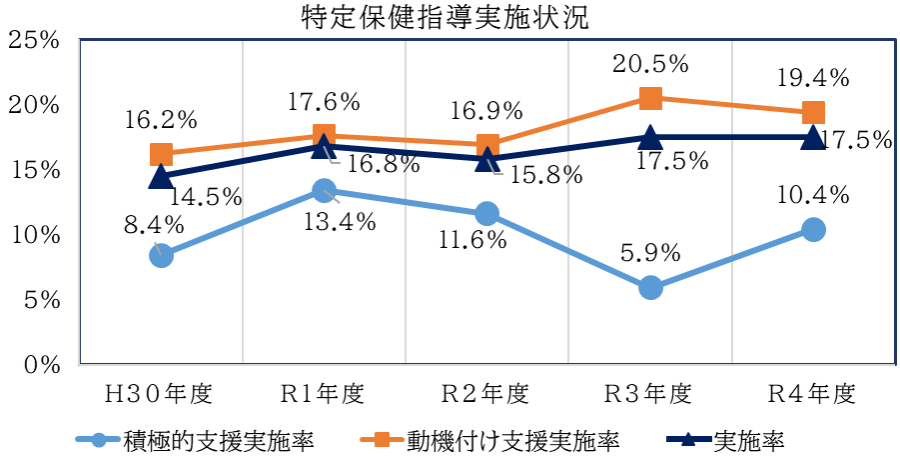
特定保健指導の利用を勧めるために積極的な利用勧奨と、場の拡充として ICT 面談及び家庭訪問での特定保健指導の実施や、人間ドック実施機関での実施をするようにしました。特定保健指導実施率は、平成30年度 14.5%、令和4年度 17.5%で、3ポイント上げることができましたが、目標値である 22%には到達できませんでした。(図表 16)

生活習慣病は自覚症状がないため、対象者が利用につながりにくいと考えられ、今後は、健診実施医療機関と連携していくとともに、利用しやすい実施機会の拡大の検討が必要です。

図表 16　特定保健指導実施状況

実績		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
特定保健指導対象者数(人)		1,548	1,330	1,314	1,320	1,317
特定保健指導対象者率(%)		10.6	9.6	9.8	9.8	9.7
実施者数(人)		224	223	208	231	230
実施率(%)		14.5	16.8	15.8	17.5	17.5
目標値(%)		18.0	19.0	20.0	21.0	22.0
県(市町村国保)(%)		11.2	11.7	11.4	10.8	11.5
国(市町村国保)※(%)		28.9	29.3	27.9	27.9	－
市(再掲)	積極的支援対象者(人)	335	261	258	273	288
	積極的支援対象者割合(%)	2.3	1.9	1.9	2.0	2.1
	積極的支援実施率(%)	8.4	13.4	11.6	5.9	10.4
	動機付け支援対象者(人)	1,213	1,069	1,056	1,047	1,029
	動機付け支援対象者割合(%)	8.3	7.8	7.9	7.7	7.6
	動機付け支援実施率(%)	16.2	17.6	16.9	20.5	19.4

出典:特定健康診査等の実施状況(法定報告)より



(イ)　特定保健指導利用勧奨事業

a　対象者への通知・利用勧奨等

対象者には、ナッジ理論を取り入れた分かりやすい特定保健指導利用勧奨通知を送付するとともに、通知発送後、利用勧奨電話やハガキにて繰り返し利用勧奨を行いました。また、インターネットでの申し込みを行うとともに、ICT 面談や家庭訪問による特定保健指導も選択できるように環境を整えました。

b　こくほ人間ドック実施医療機関での特定保健指導の実施

令和４年度から、こくほ人間ドック実施医療機関で特定保健指導が受けられる体制を整えました。令和５年度は、人間ドック実施医療機関 23 機関のうち、13 機関で人間ドック受診後に特定保健指導を実施しています。

ウ　生活習慣病重症化予防の取組

(ア)　糖尿病性腎症重症化予防事業

a 病診連携事業

令和2年度から、特定健診の結果で HbA1c6.5%以上かつ腎機能の低下(eGFR の低下、尿たんぱく)が見られた人を対象とし、平塚市医師会の協力を得て、糖尿病または腎臓病専門医療機関での診療や栄養指導を受けることで重症化を予防し、糖尿病性腎症悪化による人工透析への移行を抑えられるように病診連携のシステムを整えました。(図表 17)

糖尿病性腎症重症化リスクがある人が栄養指導等を受ける機会を持て、重症化を予防できるように、医療機関との連携を強化するなど、病診連携のシステムの充実を図っていくことが必要です。

図表 17 病診連携事業実施状況

	R2 年度	R3 年度	R4 年度
対象者数(人)	161	139	137
本人及び健診実施医療機関通知数(人)	119	95	92
専門医療機関受診人数(人)	41	24	21
専門医療機関受診後の HbA1c 改善率(%)	66.7	75.0	63.6
専門医療機関受診率(%)	34.5	25.3	22.8
目標値(%)	20.0	25.0	35.0

出典:保険年金課データ

b 糖尿病重症化予防のための健康相談

平成 28 年度から家庭訪問による保健指導及び集団指導を保健衛生部署所管で実施していましたが、令和3年度から糖尿病性腎症重症化予防に重点を置き、新型コロナウイルス感染症拡大に配慮し、個別の健康相談として国保部署所管で実施しました。

対象者には通知の他に保健師または管理栄養士から電話での利用勧奨及び保健指導を実施し、利用率の目標値に至り、利用者の6割以上は検査値の改善が見られ、糖尿病の重症化予防につながっていると考えられます。(図表 18)

健診有所見者の割合は減少していますが、HbA1c8%以上の割合は横ばいで推移しており、医療機関と情報共有しながら、適正な受診勧奨及び保健指導の充実が必要です。(図表 19)

図表 18 糖尿病重症化予防のための健康相談実施状況

	R3 年度	R4 年度
対象者数(人)	108	109
利用人数(人)	29	35
健康相談利用率(%)	26.9	32.1
目標値(%)	15.0	30.0
利用者の検査値の改善率(%)	62.1	80.0

出典:保険年金課データ

図表 19 特定健診受診者の HbA1c 受診勧奨判定値の割合

	H30 年度		R2 年度		R4 年度	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
HbA1c6.5%以上	1,178	8.1	1,100	8.2	1,045	7.7
HbA1c8.0%以上	126	0.86	125	0.94	116	0.86
HbA1c 実施者数(人)	14,599		13,360		13,564	

出典:ヘルスサポートラボツール (特定健診受診者全数を集計しているため、法定報告値とは異なる)

（イ） 健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

令和2年度から前年度の健診結果及びレセプトデータを分析し、高血圧、糖尿病、脂質異常症の発症や重症化を予防するために、リスクが高い人を対象に受診勧奨通知を送付しました。令和4年度からは、高血圧と糖尿病に重点をおき、保健師または管理栄養士が電話による受診勧奨及び保健指導を行う中で、受診状況や医師の判断など状況確認ができ、医療受診した率が上がっています。（図表 20、21）

令和4年度特定健診の結果、受診勧奨判定値で年度内に医療機関未受診の率は、高血圧、糖尿病、脂質異常症すべてで平成 28 年度と比べると下がっています。（図表 22）

医療機関未受診や治療中断者の中には、自覚症状がないことや自己判断で受診行動ができていない人がおり、引き続き適正な受診や生活習慣の見直しに取り組めるよう支援が必要です。また、医療機関との連携も重要で、対策を進めていく必要があります。

図表 20 健診異常値放置者受診勧奨状況

	R2年度	R3年度	R4年度
通知対象者（人）	500	500	309
通知後の分析時資格喪失者を除いた人数（人）	493	490	306
通知後に医療受診した人数（人）	62	80	106
医療受診した率（%）	12.6	16.3	34.6
目標値 医療受診した率（%）	10.0	20.0	20.0

出典：保険年金課データ

図表21 生活習慣病治療中断者受診勧奨状況

	R2年度	R3年度	R4年度
通知対象者（人）	247	220	187
通知後の分析時資格喪失者を除いた人数（人）	232	196	178
通知後に医療受診した人数（人）	107	88	115
医療受診した率（%）	46.1	44.9	64.6
目標値 医療受診した率（%）	20.0	50.0	50.0

出典：保険年金課データ

図表 22 令和4年度特定健診結果、受診勧奨判定値で年度内に医療機関未受診の率

	受診勧奨判定値（人）	未受診者（人）	未受診率（%）	H28年度 未受診率（%）
血圧	3,675	1,663	45.3	拡張期血圧 47.3
HbA1c	976	109	11.2	15.3
脂質異常症	3,229	2,028	62.8	LDLコレステロール 64.0

出典：保険年金課データ

エ 適正な医療のかかり方の取組

（ア） 重複・頻回受診者、重複投薬者対策事業

平成 30 年度から、薬剤の性質上、過剰な摂取により身体への影響がより大きく、転売等の可能性も問題とされる精神科領域に絞り込み、取組を始めました。

2医療機関以上で「催眠鎮静剤・抗不安薬」または、「精神神経用剤」の処方を受けている人に通

知や電話、対面による保健指導を行い、その後の受診行動が改善されているかを確認しました。

複数回の指導で改善が見られない人については医師会、薬剤師会、医療機関、調剤薬局に通知し、処方段階での調整を依頼するなど関係機関と連携し取組を行いました。(図表 23)

令和元年と令和4年5月の比較では「催眠鎮静剤・抗不安薬」の重複投薬者の割合は横ばいで、令和4年度は同一病名で5医療機関以上を受診する人もいることから引き続き取組が必要です。(図表24)

なお、頻回受診については、精神科領域では、診療上必要とされるデイケア等での利用であったため、頻回受診として指導する人はいませんでした。

図表 23　重複服薬者への指導実績

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
重複受診指導者(人)	16	10	3	40	19
改善あり*(人)	7	6	1	32	10
改善ありの割合(%)	43.8	60.0	33.3	77.5	52.6
改善なし(人)	9	0	2	7	5
改善なしの割合(%)	56.3	0	66.7	17.5	26.3
給付制限(人)	1	0	0	0	0
資格喪失(人)	0	4	0	1	4

＊改善ありとは、受診医療機関が減少した人　　出典:保険年金課データ

図表 24　令和元年と令和4年5月の催眠鎮静剤・抗不安薬の重複投薬状況

令和元年5月

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内) 重複処方を受けた人(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた人(人)	2医療機関以上	21	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

令和4年5月

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内) 重複処方を受けた人(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた人(人)	2医療機関以上	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

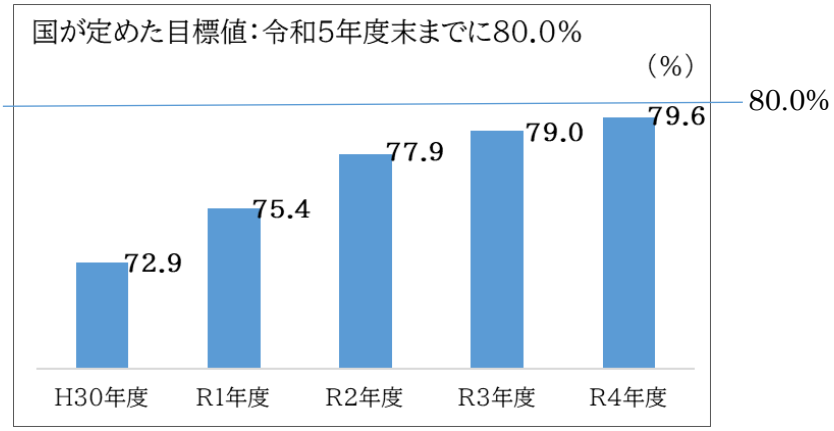
出典:KDB システム　介入支援対象者一覧(服薬管理)

（イ） ジェネリック医薬品利用促進事業

先発医薬品からジェネリック医薬品（後発医薬品）に切り替えた場合に 200 円以上差額が生じる人を対象に、ジェネリック医薬品差額通知を発送しています。ジェネリック医薬品の使用割合は毎年上昇していますが、国が定めた目標値には届いていません。（図表 25）

また、ジェネリック医薬品に関する周知は、ホームページや「国民健康保険のしおり」で行っていますが、今後さらに効果的な周知に取り組みます。

図表 25 ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）



出典：国保連合会

オ ポピュレーションアプローチ（市民への健康づくりの取組）

令和4年度から、高血圧対策として家庭血圧測定及び減塩を推奨するための取組を開始しました。普段の血圧を知り、健康状態への関心を高めるために、家庭血圧測定に関するチラシを作成し、市や関係団体等の事業で配布し、普及啓発しました。また、平塚市医師会及び健康づくり連携協定締結企業の協力により、高血圧に関する教材を作成し、市民への配布や企業での活用等を行いました。

さらに、平塚市食生活改善推進団体への委託による減塩普及事業や、市内スーパーにおける減塩食品の利用促進等を推進しました。塩分摂取量が多い場合、減塩を行うことで血圧を下げる効果が期待できます。

引き続き、健康に関心の薄い市民にも幅広くアプローチを行うことが重要で、地域団体や産学官と連携し市民一人一人が無理なく自然に健康な行動をとることができるような健康づくりに取り組みます。

（3） 第1期計画期間のデータ分析と課題

「図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動」を参考にして、生活習慣病が重症化したことによって起こす脳血管疾患、心疾患、糖尿病合併症と、基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームを中心に医療、健診等のデータを分析します。

ア　医療費の状況

本市は、国民健康保健加入者が減少しており、総医療費も減少していますが、1人当たり医療費は平成30年度と比較して2万 6,000 円増加しています。被保険者の年齢調整後地域差指数では、医療費は国、神奈川県より低く抑えられていることが分かります。後期高齢者になると1人当たり医療費は 73 万円を超え、国民健康保険の2倍以上も高い状況です。

また、入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか 2.3%にも関わらず、医療費全体の 37.3%を占めており、1件当たりの入院医療費も平成 30 年度と比較して7万 7,000 円増加しています。しかし、平成 30 年度と比較すると、外来のレセプト件数の割合や費用の割合は増加しており、入院医療費の割合が減少しています。（図表 26、27）

大分類別医療費割合の入院を見ると、悪性新生物、循環器系疾患が上位を占め、入院に至る疾患を防ぐために、予防可能な生活習慣病の重症化予防の取組に引き続き力を入れる必要があります。（図表 28）

中分類による疾患別の総医療費に占める割合は、腎不全、悪性新生物、糖尿病が上位を占めています。糖尿病等の重症化を予防し、腎不全への進行を防ぐことが重要です。また、悪性新生物対策については、健康増進計画で取り組んでいきます。（図表 29）

高額レセプトは、毎年約 3,000 件のレセプトが発生していますが、後期高齢者医療制度になると、約2倍に増えることが分かります。高額レセプトにおける疾病を見ると、虚血性心疾患が占める人数の割合や費用額の割合は減少しており、医療費を抑えることができています。一方、脳血管疾患は平成 30 年度と比較すると、高額レセプトに占める人数の割合や費用額も増加しています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。（図表 30、31、32）

図表 26　医療費の推移

			平塚市		同規模市	神奈川県	国	平塚市後期
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数（人）			58,928	51,235	--	--	--	39,231
前期高齢者 （%）			26,258人 （44.6%）	22,982人 （44.9%）	--	--	--	--
総医療費（万円）			187億9643	176億8355	--	--	--	289億1018
1人当たり医療費（円）			318,973 県内18位 同規模20位	345,146 県内15位 同規模12位	348,500	329,158	339,680	736,922
入院	1件当たり費用額（円）		571,130	648,630	626,760	649,390	617,950	656,111
入院		費用の割合（%）	38.6	37.3	38.6	36.8	39.6	47.9
入院		件数の割合（%）	2.53	2.30	2.39	2.17	2.50	3.60
外来	1件当たり費用額		23,530	25,590	24,410	24,770	24,220	26,886
外来		費用の割合（%）	61.4	62.7	61.4	63.2	60.4	52.1
外来		件数の割合（%）	97.5	97.7	97.6	97.8	97.5	96.4

※同規模順位は平塚市と同規模保険者23市町村の平均値を表す　　出典：ヘルスサポートラボツール

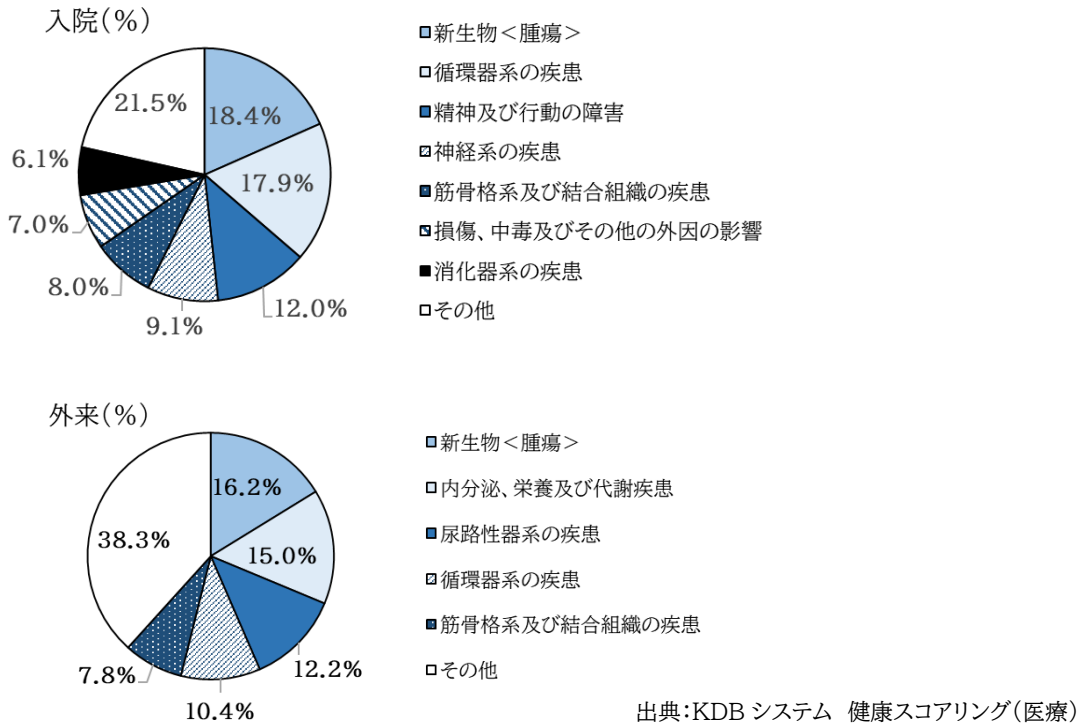
図表 27　1人当たり(年齢調整後)地域差指数※1の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		平塚市(県内市町村中順位※2)		県(47県中)	平塚市(県内市町村中順位※2)		県(47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.964	0.970	0.974	0.918	0.902	0.950
		(12位)	(15位)	(35位)	(19位)	(23位)	(30位)
	入院	0.893	0.911	0.891	0.890	0.843	0.853
		(16位)	(13位)	(42位)	(14位)	(19位)	(37位)
	外来	1.008	1.009	1.025	0.946	0.961	1.042
		(12位)	(13位)	(13位)	(24位)	(21位)	(9位)

出典:地域差分析(厚生労働省)

※1　医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。1より大きい場合は全国平均より高い。
※2　県内33市町村中の順位。1位が年齢調整後の医療費が最も高いことを表す。

図表 28　大分類別医療費割合(令和4年度入院、外来別)



出典:KDB システム　健康スコアリング(医療)

図表 29　中分類による疾患別の医療費総額に占める割合(令和2年度)

順位	疾病別分類(中分類)	医療費総額に占める割合(%)	患者数(人)
1位	腎不全	6.5	1,391
2位	その他の悪性新生物	6.2	6,183
3位	糖尿病	5.2	14,040
4位	その他の心疾患	4.2	7,893
5位	その他の神経系の疾患	4.2	10,192
6位	その他の消化器系疾患	4.0	14,209
7位	高血圧性疾患	3.8	16,209

出典:株式会社データホライゾン分析

図表 30　高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度
高額レセプト(80万円以上/件)	人数	A(人)	1,731	1,631	1,595	1,759	1,645	3,432
	件数	B(件)	2,873	2,666	2,869	3,182	2,938	6,020
		B/総件数(%)	0.57	0.55	0.66	0.70	0.66	1.04
	費用額	C(万円)	40億5634	37億6425	40億8448	46億5534	43億7457	78億7339
		C/総費用(%)	21.6	20.4	23.4	25.2	24.7	27.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 31　高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
脳血管疾患	人数	D(人)	77		90		104		106		96		244		
		D/A(%)	4.4		5.5		6.5		6		5.8		7.1		
	件数	E(件)	155		150		223		205		158		441		
		E/B(%)	5.4		5.6		7.8		6.4		5.4		7.3		
	年代別	40歳未満	2人	1.3%	0人	0.0%	3人	1.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	65-69歳	0人	0.0%
		40代	9人	5.8%	4人	2.7%	9人	4.0%	22人	10.7%	9人	5.7%	70-74歳	8人	1.8%
		50代	20人	12.9%	15人	10.0%	28人	12.6%	19人	9.3%	27人	17.1%	75-80歳	110人	24.9%
		60代	70人	45.2%	42人	28.0%	101人	45.3%	77人	37.6%	55人	34.8%	80代	272人	61.7%
		70-74歳	54人	34.8%	89人	59.3%	82人	36.8%	87人	42.4%	67人	42.4%	90歳以上	51人	11.6%
	費用額	F(万円)	1億9463		1億8288		2億9386		2億7985		2億1539		5億6837		
		F/C(%)	4.8		4.9		7.2		6.0		4.9		7.2		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 32　高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
虚血性心疾患	人数	G(人)	120		105		82		96		76		140		
		G/A(%)	6.9		6.4		5.1		5.5		4.6		4.1		
	件数	H(件)	138		118		96		110		82		150		
		H/B(%)	4.8		4.4		3.3		3.5		2.8		2.5		
	年代別	40歳未満	1人	0.7%	0人	0.0%	1人	1.0%	1人	0.9%	0人	0.0%	65-69歳	0人	0.0%
		40代	3人	2.2%	5人	4.2%	8人	8.3%	3人	2.7%	2人	2.4%	70-74歳	2人	1.3%
		50代	8人	5.8%	10人	8.5%	8人	8.3%	13人	11.8%	12人	14.6%	75-80歳	61人	40.7%
		60代	63人	45.7%	48人	40.7%	31人	32.3%	47人	42.7%	31人	37.8%	80代	73人	48.7%
		70-74歳	63人	45.7%	55人	46.6%	48人	50.0%	46人	41.8%	37人	45.1%	90歳以上	14人	9.3%
	費用額	I(万円)	2億1571		1億8650		1億5178		1億7710		1億5133		2億2408		
		I/C(%)	5.3		5.0		3.7		3.8		3.5		2.8		

出典:ヘルスサポートラボツール

イ　重症化した疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎疾患)の医療状況

総医療費に占める割合をみると、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎疾患の医療費の合計は、平成 30 年度と比較すると減少しています。しかし、慢性腎不全の総医療費に占める割合は同規模市、国と比べると高いです。(図表 33)

患者数の視点で治療状況を平成 30 年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の患者割合は増加しています。(図表 34)

図表 33　脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎疾患の医療費の推移

			平塚市		同規模市	神奈川県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(万円)			187億9643	176億83551	--	--	--
脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費合計(万円)			18億1198	15億6969	--	--	--
		(%)	9.64	8.88	8.55	9.17	8.03
内訳	脳	脳梗塞・脳出血(%)	1.93	1.77	2.07	1.98	2.03
	心	狭心症・心筋梗塞(%)	1.81	1.48	1.45	1.53	1.45
	腎	慢性腎不全(透析有)(%)	5.64	5.29	4.76	5.35	4.26
		慢性腎不全(透析無)(%)	0.27	0.34	0.27	0.31	0.29
その他の疾患	悪性新生物(%)		15.28	16.92	16.35	16.12	16.69
	筋・骨疾患(%)		8.07	7.83	8.62	8.61	8.68
	精神疾患(%)		7.74	7.47	7.75	7.09	7.63

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果
（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）
注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表34　脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
40歳以上		人数(人)	38,866	39,155	2,474	2,683	2,488	2,653	1,894	2,164
		割合(%)	-	-	6.4	6.9	6.4	6.8	4.9	5.5
再掲	40～64歳	人数(人)	16,694	16,413	559	581	561	500	588	590
		割合(%)	-	-	3.3	3.5	3.4	3.1	3.5	3.6
	65～74歳	人数(人)	22,172	22,742	1,915	2,101	1,927	2,153	1,306	1,574
		割合(%)	-	-	8.6	9.2	8.7	9.5	5.9	6.9

出典:ヘルスサポートラボツール

ウ　新規脳血管疾患患者、新規虚血性心疾患患者※の状況（令和2年度～令和4年度）
（※前年度に該当疾患のレセプトがなく、当該年度に受療している人を新規患者とします。）

新規脳血管疾患患者のうち入院に至った人では、発症前に基礎疾患の受診歴がない人が52.4%を占め、発症前に基礎疾患の受診歴がなく特定健診未受診者は 45.9%を占めています。新規虚血性心疾患患者のうち入院に至った人では、発症前に基礎疾患の受診歴がない人が40.6%を占め、発症前に基礎疾患の受診歴がなく特定健診未受診者は 33.2%を占めています。（図表 35、36、37）

基礎疾患の受診歴がある人の新規患者の占める割合は脳血管疾患で 47.6%、虚血性心疾患で59.4%を占めており、医療機関と課題の共有や連携を図っていく必要があります。（図表36、37）

新規患者の発症前の基礎疾患ごとの受診率は2～4割程度に留まり、危険因子とされる基礎疾患の適正受診や疾患の管理ができるよう対策が必要です。（図表 38、39、40）

新規患者のうち、健診項目が基準値を超えるハイリスク者の特徴として、入院に至った人は、外来通院者に比べ、腹囲、高血圧、BMI の割合が高いことが目立ち、外来通院者では脂質異常症が高率で見られ、内臓脂肪の蓄積が要因になっていることが考えられます。（図表 41）

新規脳血管疾患患者、新規虚血性心疾患患者の状況から、健診未受診者の発症が目立ち、まずは健診受診率を上げ、健康状態未把握者を減らし、早期介入、行動変容を促すことが重要です。また、健診受診者のうち、健診項目が基準値を超えるハイリスク者に対しては、適正な医療受診の勧奨や、生活習慣を見直す保健指導の実施による重症化予防が必要です。医療機関で管理中の人については、服薬の管理や生活習慣の見直しが必要な人がいると思われ、医師会と課題の共有を図り対策を検討していく必要があります。さらに、ローリスクの人を含め、広く一般に健康づくりの普及啓発が必要です。(図表 42)

(東海大学健康学部健康マネジメント学科　准教授　古城隆雄氏によるデータ分析より)

<用語について>
受診歴:脳血管疾患、虚血性心疾患の受診初月よりも前にいずれかの基礎疾患の受診歴があること
基礎疾患:高血圧、糖尿病、脂質異常症
ハイリスク:基礎疾患に関わる特定健診の項目が1つ以上基準値を超える人
高血圧:収縮血圧≧140mmHg、拡張期血圧＞90mmHg
糖尿病:HbA1c≧6.5%
脂質異常症:LDL≧140ml/dL、HDL<40mg/dL、TG＞=150mg/dLのいずれかに当てはまる人

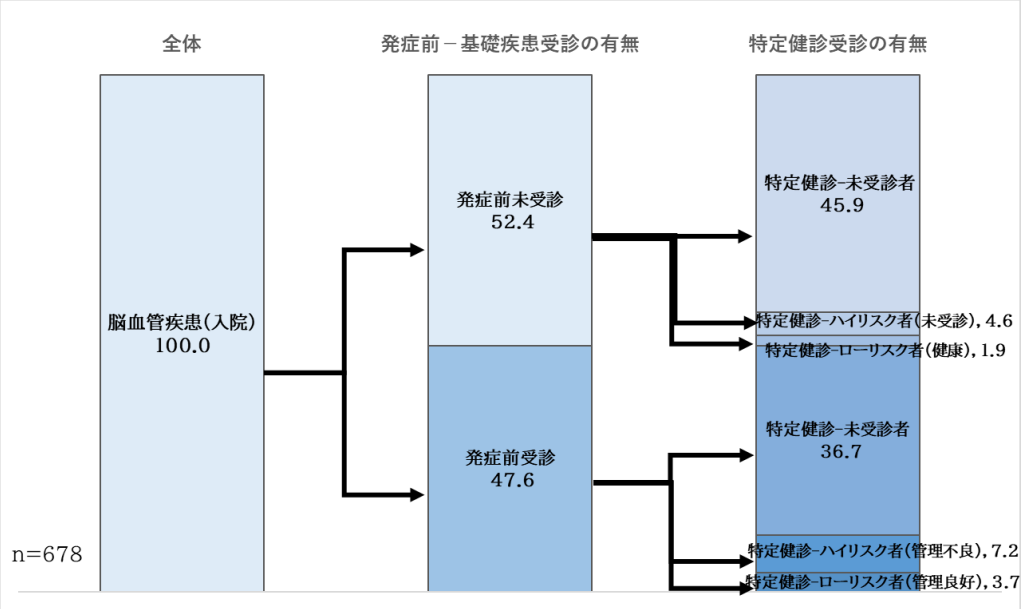
ローリスク(健康)　　:健診受診者で、基礎疾患に関わる全ての項目が基準値未満であり、発症前の受診がない人
ローリスク(受診管理良好):健診受診者で、いずれかの基礎疾患の受診歴がある人で、基礎疾患の全ての項目が基準値未満の人
ハイリスク(受診管理不良):健診受診者で、いずれかの基礎疾患の受診歴がある人で、基礎疾患の項目が基準値を超える人
ハイリスク(未受診)　　:健診受診者で、基礎疾患の受診歴が全くない人で、基礎疾患の項目が基準値を超える人
健診未受診で受診歴(あり):健診未受診者で、いずれかの基礎疾患の受診歴がある人
健診未受診で受診歴(なし):健診未受診者で、いずれかの基礎疾患の受診歴がない人
発症前受診歴(あり)　:脳血管疾患、虚血性心疾患の初診月前にいずれかの基礎疾患の受診歴がある人
発症前受診歴(なし)　:脳血管疾患、虚血性心疾患の初診月前の基礎疾患の受診歴がない人

図表 35　令和 2 年度～令和 4 年度新規患者(脳血管疾患、虚血性心疾患)の状況

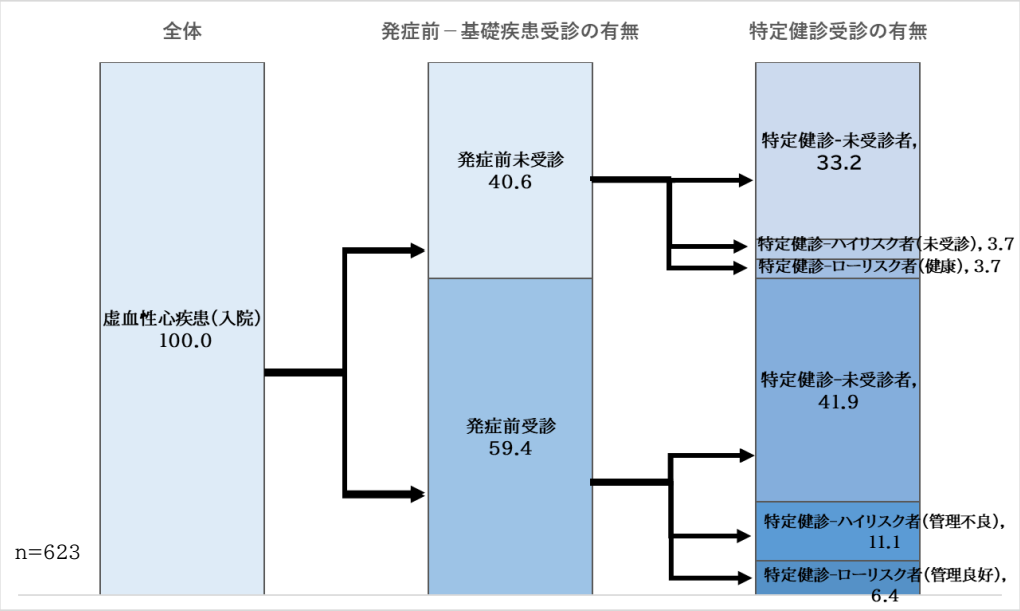
	脳血管疾患(人)		虚血性心疾患(人)		脳血管疾患(%)		虚血性心疾患(%)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
合計	678	1,466	623	1,282	100.0	100.0	100.0	100.0
ハイリスク(未受診)	31	144	23	109	4.6	9.8	3.7	8.5
健診未受診で受診歴(なし)	310	499	207	539	45.7	34.0	33.2	42.0
ハイリスク(受診管理不良)	49	223	69	173	7.2	15.2	11.1	13.5
健診未受診で受診歴(あり)	249	397	261	262	36.7	27.1	41.9	20.4
ローリスク(受診管理良好)	25	113	40	126	3.7	7.7	6.4	9.8
ローリスク(健康)	14	90	23	73	2.1	6.1	3.7	5.7
健診受診の有無								
健診受診者	119	570	155	481	17.6	38.9	24.9	37.5
健診未受診者	559	896	468	801	82.4	61.1	75.1	62.5
発症前受診								
発症前受診歴(あり)	323	733	370	561	47.6	50.0	59.4	43.8
発症前受診歴(なし)	355	733	253	721	52.4	50.0	40.6	56.2

※基礎疾患のいずれかの検査項目が基準値以上の人をハイリスクと分類

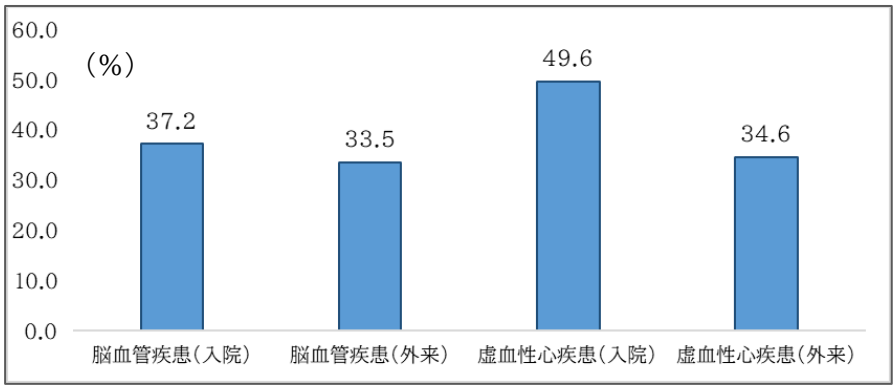
図表 36　脳血管疾患（入院）の分類（%）



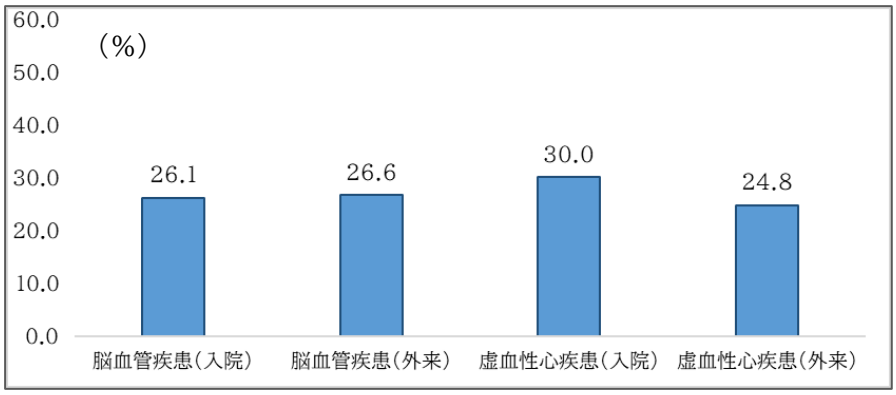
図表 37　虚血性心疾患（入院）の分類（%）



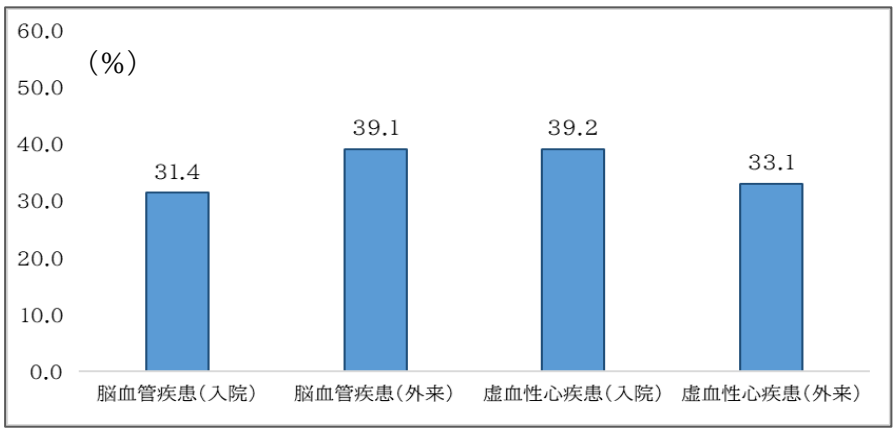
図表38　新規患者の発症前における高血圧の医療機関受診率（%）



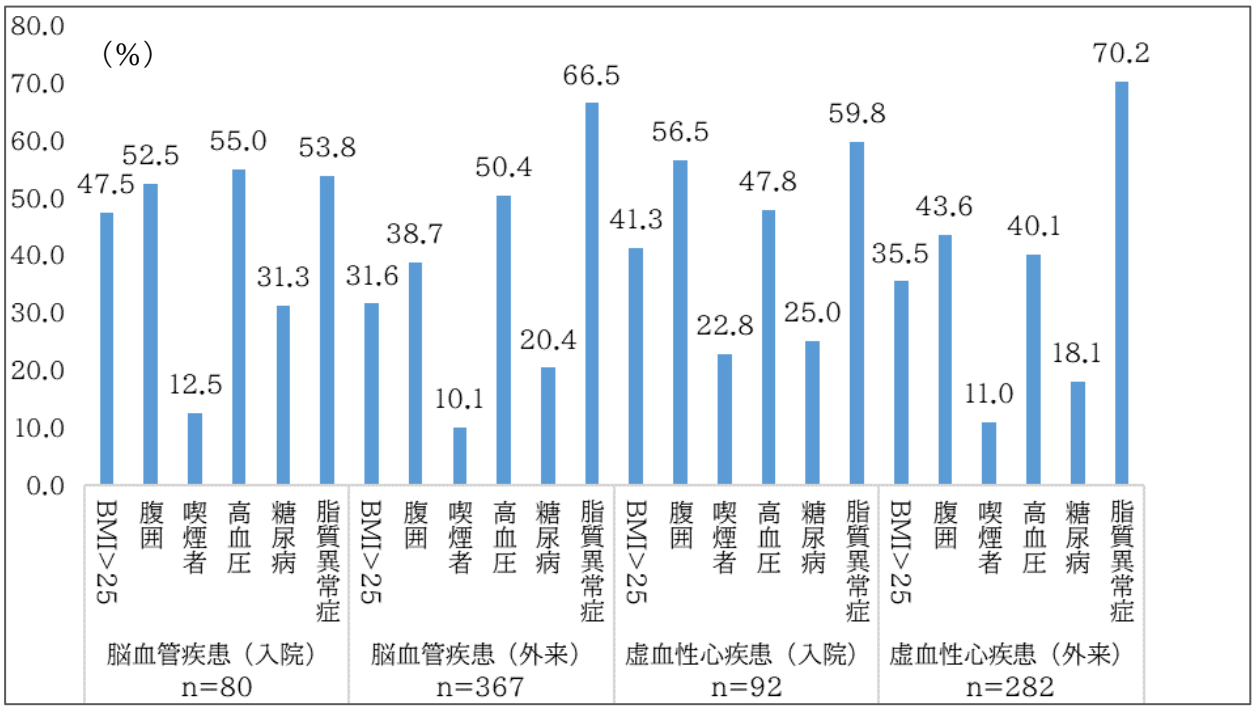
図表39　新規患者の発症前における糖尿病の医療機関受診率（%）



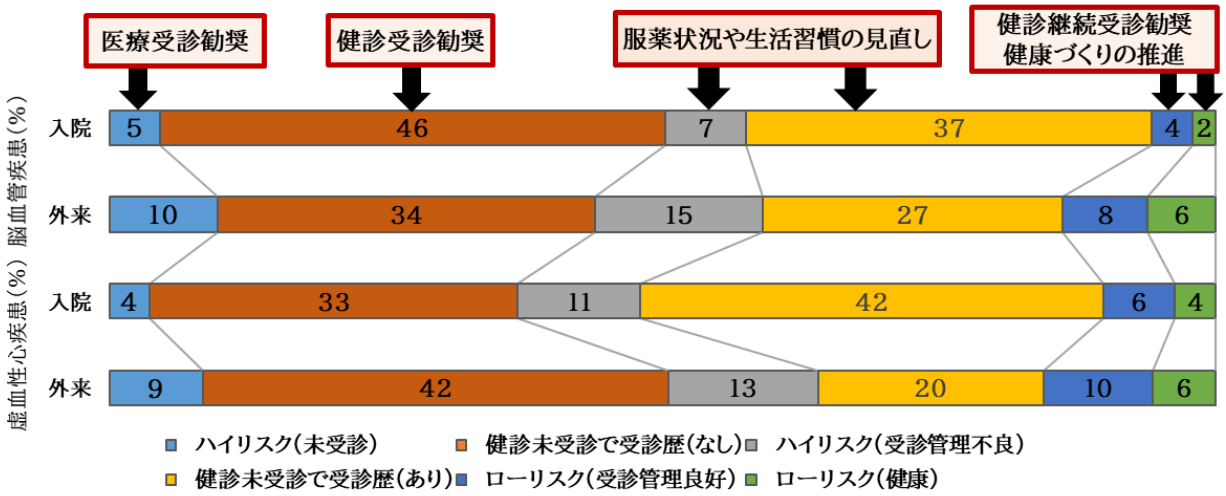
図表 40　新規患者の発症前における脂質異常症の医療機関受診率（%）



図表 41　新規患者のうちハイリスク者（医療未受診・受診管理不良）の特徴　（%）



図表 42　新規患者の内訳と対策



エ　人工透析患者の状況

新規透析導入者数は横ばいで推移しています。人工透析は時間や生活を束縛するだけでなく、年間の医療費は600万円ほど要します。人工透析が必要となる原因はさまざまですが、近年生活習慣病が関与している疾患が増加し、特に糖尿病の合併症が多いです。本市でも、新規透析導入者に占める糖尿病有病者の割合は増加傾向です。（図表43）

また、新規透析導入者の経過をみると、過去に1回でも特定健診を受けたことのある人は14．8％で、8割以上が健診未受診者でした。（図表44）

糖尿病性腎症は、糖尿病が進行すると末期腎不全に至り、透析療法が必要となります。本市で令和3年度新規透析導入者 23 人の経緯をみると、糖尿病治療歴が5年未満は43．8％、うち1年未満は18．8％でした。健診を毎年受け、自分の健康状態やその変化を知り、適正にコントロールすることで重症化を防ぐことが必要です。（図表45）

図表 43　人工透析患者数の推移

年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
透析患者数	288	291	276	292	281	283
うち糖尿病有病者（人）	147	154	156	163	145	149
透析患者数に占める割合（%）	(51.0)	(52.9)	(56.5)	(55.8)	(51.6)	(52.7)
新規透析患者数（人）	40	27	23	24	25	26
うち糖尿病有病者（人）	24	17	13	12	16	20
新規透析患者数に占める割合（%）	(60.0)	(63.0)	(56.5)	(50.0)	(64.0)	(77.0)
糖尿病有病者の平均年齢（歳）	63.5	63.9	63.0	58.2	65.4	67.7

出典：保険年金課データ

図表44　令和3年度新規透析導入者の特定健診受診の有無（国保に1年以上加入歴のある人）

特定健診受診歴	割合（%）
あり	14.3
なし	85.7

出典：保険年金課データ

図表 45　令和3年度新規透析導入者で糖尿病が診断されてから透析導入までの期間

透析導入までの期間	割合(%)
1年未満	18.8
1～5年未満	25.0
5～10年未満	37.5
10年以上	18.8

出典:保険年金課データ

オ　適正な医療のかかり方の取組

重複・頻回受診、重複・多剤服薬は不要な医療給付費を生じさせるだけでなく、重複投薬では同じ効能の医薬品の処方が繰り返されることで過剰な医薬品の摂取による健康被害や譲り渡し、転売の恐れにつながります。また、6剤以上の多剤服薬は薬物相互作用や飲み間違い、飲み忘れによる健康被害の発生率が上がると言われています。かかりつけ医やかかりつけ薬局を複数持っていると、このような服薬管理を処方医、調剤薬局が完全に管理することは難しいため保険者が横断的に管理する必要があります。

本市の重複・頻回受診、重複・多剤服薬の状況は図表46 の通りで、これまで取り組んできた精神科領域のみならず、他の診療分野の状況把握も必要です。今後は、委託業者を活用して対象者を拡大するとともに、医師会、薬剤師会と連携して医療費適正化に取り組みます。

図表 46　重複・頻回受診、重複・多剤服薬の状況

		R1年度	R4年度
被保険者数	人	58,012	52,817
重複受診	人	3,706	3,493
	%	6.39	6.61
頻回受診	人	81	71
	%	0.14	0.13
重複服薬	人	282	214
	%	0.49	0.41
多剤服薬	人	7,438	6,848
	%	12.8	13.0

出典:KDB システム　保健事業介入支援管理　重複・頻回受診の状況、重複・多剤処方の状況

重複受診:同一月に同一疾病により受診した医療機関が3か所以上ある人
頻回受診:同一月に同一医療機関での受診が 15 回以上ある人
重複服薬:同一月に同一成分または同種同効の薬剤を2医療機関以上から処方されている人
多剤服薬:同一月に6種以上の薬剤処方されている人

カ　介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号被保険者（40～64 歳）では 373 人（認定率 0.42%）で、同規模市、神奈川県、国と比較すると高く、平成 30 年度と比べても伸びています。1号被保険者（65 歳以上）では 12,545 人（認定率 17.3%）と同規模市、神奈川県、国と比べて低いですが、平成 30 年度と比べると伸びています。（図表 47）

団塊の世代が後期高齢者医療制度へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が増加しており、介護給費費は、約 29 億円増加しています。（図表 48）

また、介護認定者と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、脳血管疾患、心不全の有病者はそれぞれ3割ほどです。また、基礎疾患である高血圧の有病者は 73.5%、糖尿病は 39.5%、脂質異常症は 51.5%と高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表 49）

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、退院後の介護費がかかり、また患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 47　要介護認定者の状況

			平塚市				同規模市	神奈川県	国
			H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
			人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）	割合（%）	割合（%）	割合（%）
高齢化率			66,456	25.9	72,510	28.7	27.8	25.6	28.7
2号認定者			314	0.36	373	0.42	0.38	0.41	0.38
1号認定者			11,157	16.7	12,545	17.1	18.2	19.1	19.4
	再掲	65～74歳	1,402	3.8	1,394	3.9	--	--	--
		75歳以上	9,755	32.9	11,151	30.2	--	--	--

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 48　介護給付費の変化

	平塚市		同規模市	神奈川県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費（万円）	164億6226	193億7610	--	--	--
1人当たり給付費（円）	247,717	267,220	270,595	286,178	290,668
1件当たり給付費　全体（円）	55,510	54,484	56,514	54,139	59,662
居宅サービス1件当たり給付費	39,931	40,193	40,217	39,383	41,272
施設サービス1件当たり給付費	286,010	295,087	295,032	299,527	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 49　後期高齢者の介護認定者の有病率

	介護認定者全数	高血圧	糖尿病	脂質異常症	脳血管疾患	心不全	虚血性心疾患	腎不全	骨折	認知症	がん
人数（人）	10,877	7,997	4,294	5,598	3,168	4,194	2,220	1,564	2,799	3,752	1,640
介護認定者に占める割合（%）		73.5	39.5	51.5	29.1	38.6	20.4	14.4	25.7	34.5	15.1

出典：KDB システム　介入支援対象者一覧

キ　基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム）の状況

（ア）　高血圧・糖尿病・脂質異常症の医療費、患者数と合併症の状況

糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模市、神奈川県、国と比べて高く、腎不全の医療費に占める割合も高い状況で、糖尿病重症化予防の強化が必要です。（図表 50）

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患の割合は減っています。（図表 51、52、53）

本市では、特定健診の結果から、治療が必要な値の人に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施していますが、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理ができるよう引き続き重症化予防に取り組みます。

図表 50　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費（万円）	重症化した疾患				基礎疾患			重症化した疾患・基礎疾患の医療費合計（万円）	総医療費に占める割合(%)	新生物（%）	精神（%）	筋・骨疾患（%）
			腎		脳	心								
			慢性腎不全（透析有）（%）	慢性腎不全（透析無）（%）	脳梗塞脳出血（%）	狭心症心筋梗塞（%）	糖尿病（%）	高血圧（%）	脂質異常症（%）					
国保	平塚市	176億8355	5.29	0.34	1.77	1.48	5.94	2.96	2.44	35億7549	20.22	16.92	7.47	7.83
	同規模市	--	4.76	0.27	2.07	1.45	5.59	3.08	2.27	--	19.48	16.35	7.75	8.62
	神奈川県	--	5.35	0.31	1.98	1.53	5.19	2.80	2.33	--	19.49	16.12	7.09	8.61
	国	--	4.26	0.29	2.03	1.45	5.41	3.06	2.10	--	18.60	16.69	7.63	8.68
後期	平塚市	289億1018	4.60	0.40	3.79	1.52	4.79	3.22	1.77	58億0777	20.09	11.55	4.55	10.85
	同規模市	--	4.71	0.42	3.85	1.64	4.32	3.12	1.61	--	19.67	11.29	3.72	12.12
	神奈川県	--	4.24	0.43	3.57	1.89	4.21	3.03	1.84	--	19.20	11.94	2.86	11.82
	国	--	4.59	0.47	3.86	1.65	4.11	3.00	1.45	--	19.12	11.17	3.55	12.41

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病※による分類結果

※「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 51　高血圧症治療者の経年変化

高血圧症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者（人）		A（人）	16,352	15,159	3,877	3,684	12,475	11,475
		A/被保数（%）	36.4	38.2	20.8	22.1	47.5	49.9
合併症	脳血管疾患	B（人）	1,854	1,569	345	348	1,509	1,221
		B/A（%）	11.3	10.4	8.9	9.4	12.1	10.6
	虚血性心疾患	C（人）	2,509	2,293	488	443	2,021	1,850
		C/A（%）	15.3	15.1	12.6	12.0	16.2	16.1
	人工透析	D（人）	248	234	100	105	148	129
		D/A（%）	1.52	1.54	2.58	2.85	1.19	1.12

出典：KDBシステム　疾病管理一覧（高血圧症）、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

図表 52　糖尿病治療者の経年変化

糖尿病（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者		A(人)	9,885	9,218	2,525	2,453	7,360	6,765
		A/被保数(%)	22.0	23.2	13.6	14.7	28.0	29.4
合併症	脳血管疾患	B(人)	1,204	980	193	199	1,011	781
		B/A(%)	12.2	10.6	7.6	8.1	13.7	11.5
	虚血性心疾患	C(人)	1,801	1,700	345	335	1,456	1,365
		C/A(%)	18.2	18.4	13.7	13.7	19.8	20.2
	人工透析	D(人)	169	164	63	77	106	87
		D/A(%)	1.71	1.78	2.50	3.14	1.44	1.29
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E(人)	879	916	228	255	651	661
		E/A(%)	8.9	9.9	9.0	10.4	8.8	9.8
	糖尿病性網膜症	F(人)	1,862	1,644	433	394	1,429	1,250
		F/A(%)	18.8	17.8	17.1	16.1	19.4	18.5
	糖尿病性神経障害	G(人)	437	317	137	87	300	230
		G/A(%)	4.4	3.4	5.4	3.5	4.1	3.4

出典:KDBシステム　疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 53　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
脂質異常症治療者		A(人)	15,853	14,770	4,115	3,851	11,738	10,919
		A/被保数(%)	35.3	37.2	22.1	23.1	44.7	47.5
合併症	脳血管疾患	B(人)	1,497	1,359	267	279	1,230	1,080
		B/A(%)	9.4	9.2	6.5	7.2	10.5	9.9
	虚血性心疾患	C(人)	2,316	2,173	445	412	1,871	1,761
		C/A(%)	14.6	14.7	10.8	10.7	15.9	16.1
	人工透析	D(人)	152	154	57	68	95	86
		D/A(%)	0.96	1.04	1.39	1.77	0.81	0.79

出典:KDBシステム　疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(イ)　高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

特定健診結果からⅡ度高血圧、HbA1c7%以上を平成 30 年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合が伸びています。また、未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている人が高血圧で 41.7%、糖尿病で 7.5%おり、その割合は同規模市と比較しても高くなっています。(図表 54)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の人には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 54　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率		高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
			Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度	R3年度	H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
					未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	受診者A(人)	受診者B(人)	C(人)	C/A(%)	D(人)	D/C(%)	E(人)	E/B(%)	F(人)	F/E(%)	G(人)	G/E(%)	H(人)	H/E(%)
平塚市	14,620	13,501	828	5.7	484	58.5	949	7.0	560	59.0	396	41.7	78	8.2
同規模市合計	340,789	314,510	17,704	5.2	10,325	58.3	18,640	5.9	11,012	59.1	6,769	36.3	884	4.7

	健診受診率		糖尿病__HbA1c7%以上の推移											
			HbA1c7%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度	R3年度	H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
					未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	HbA1c実施者A(人)	HbA1c実施者B(人)	I(人)	I/実施者A(%)	J(人)	J/I(%)	K(人)	K/実施者B(%)	L(人)	L/K(%)	M(人)	M/K(%)	N(人)	N/K(%)
平塚市	14,599	13,480	509	3.5	180	35.4	483	3.6	173	35.8	36	7.5	41	8.5
同規模市合計	333,172	313,516	16,325	4.9	5,169	31.7	15,989	5.1	4,850	30.3	1,037	6.5	485	3.0

出典:ヘルスサポートラボツール

未治療…12 か月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない人
中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある人のうち、直近(年度末の 3 月を基点として)3 か月以上レセプトがない人

ク　健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30 年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、1.8 ポイント、予備群は 1.4 ポイント伸びています。男女別でみると、男性の伸びが高いことが分かります。(図表 55)

また、重症化予防の観点から有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上及び LDL コレステロール160mg/dl 以上は減っていますが、Ⅱ度高血圧以上の割合が高くなっています。翌年度の健診結果から改善率を見ると、Ⅱ度高血圧以上及び LDL コレステロール 160mg/dl 以上では、改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない人が3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表 56、57、58)

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、健診の継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 55　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者(人)	該当者(人) 割合(%)			予備群(人) 割合(%)
			3項目該当	2項目該当	
H30年度	14,620	2,629 (18.0)	870 (6.0)	1,759 (12.0)	1,433 (9.8)
R4年度	13,589	2,689 (19.8)	830 (6.1)	1,859 (13.7)	1,519 (11.2)

出典:ヘルスサポートラボツール

		H30年度(%)	R2年度(%)	R4年度(%)
男性	該当者	30.1	32.7	33.4
	予備群	15.9	17.1	18.2
女性	該当者	9.0	10.1	9.8
	予備群	5.2	5.4	5.7

出典:KDBシステム 厚生労働省様式5-3

図表 56　HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度		HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	人数(人)	1,178	330	330	115	403
	割合(%)	(8.1)	(28.0)	(28.0)	(9.8)	(34.2)
R3→R4	人数(人)	1,042	289	337	109	307
	割合(%)	(7.7)	(27.7)	(32.3)	(10.5)	(29.5)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 57　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度		Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	人数(人)	828	343	150	29	306
	割合(%)	(5.7)	(41.4)	(18.1)	(3.5)	(37.0)
R3→R4	人数(人)	949	477	181	32	259
	割合(%)	(7.0)	(50.3)	(19.1)	(3.4)	(27.3)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 58　LDL コレステロール 160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度		LDLコレステロール160以上	翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	人数(人)	2,047	754	457	111	725
	割合(%)	(14.0)	(36.8)	(22.3)	(5.4)	(35.4)
R3→R4	人数(人)	1,569	721	327	69	452
	割合(%)	(11.6)	(46.0)	(20.8)	(4.4)	(28.8)

出典:ヘルスサポートラボツール

ケ　健診・医療・介護の一体的な分析

健診・医療・介護のデータを一体的に分析するために、全体像として図表 59 を作成しました。さらに、図表 59-1 から図表 59-5 に数値を抜き出し平成 30 年度と令和4年度を比較しました。

被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65 歳以上では約 5,000 人増え、高齢者が確実に増えていることが分かります。(図表 59-1)

体格をみると、40～64 歳、65 歳～74 歳では、BMI25 以上の人が増えており、肥満による生活習慣病の発症のリスクがあります。一方で BMI18.5 未満のやせの人も増えており、高齢者の低栄養は要介護のリスクとなるため、若い世代からの適正体重の管理が大切です。(図表 59-1)

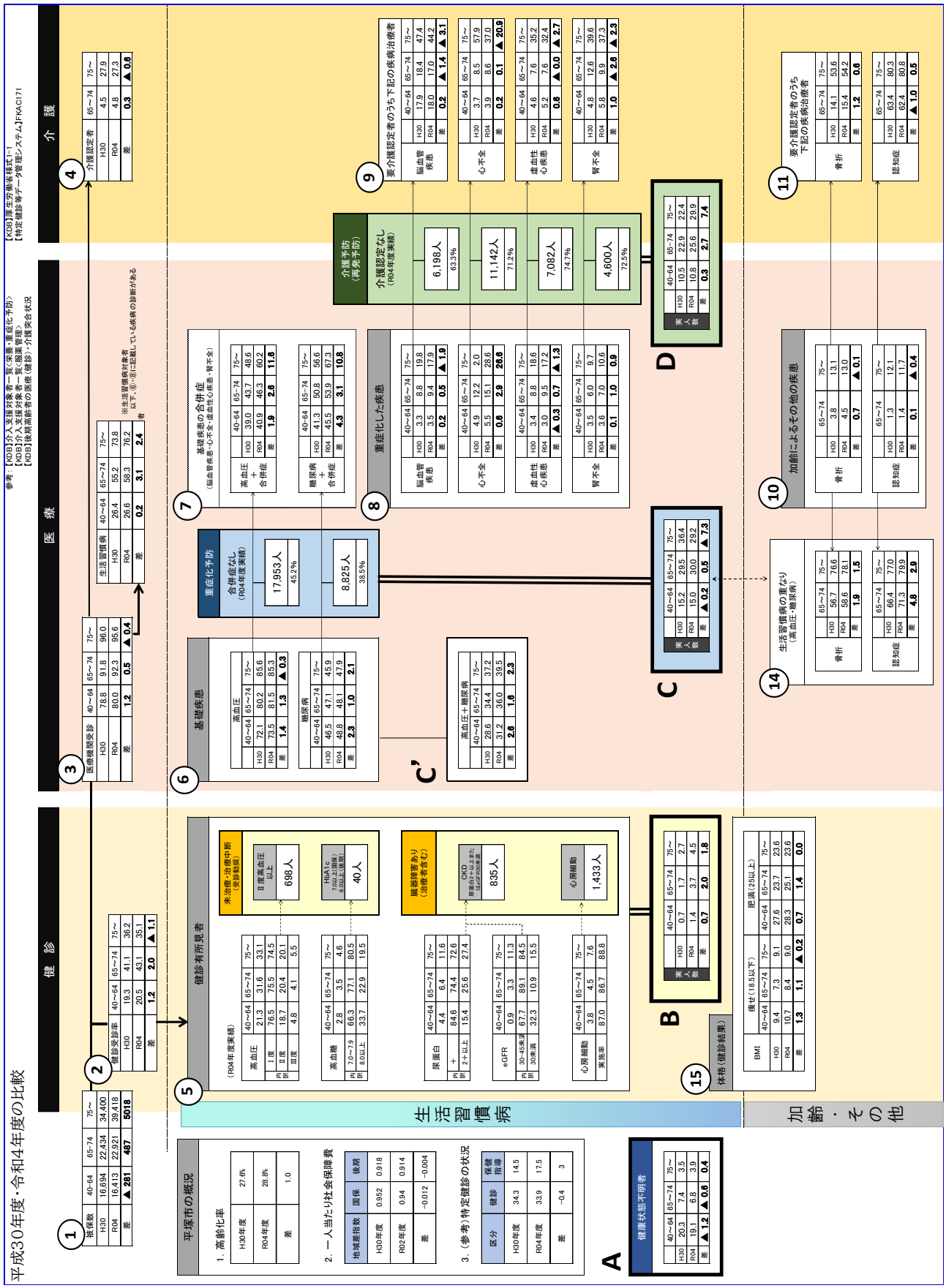
健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上は各年代で増えており、CKD(慢性腎臓病)該当者は 65 歳～74 歳で増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の取組が重要です。(図表 59-2)

基礎疾患(高血圧・糖尿病)の合併症(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)を見ると、高血圧、糖尿病とも各年代で増えています。(図表 59-3)

重症化した疾患(脳血管・虚血性心疾患・腎不全)において、平成 30 年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患は、40～64 歳、65 歳～74 歳で増えており、虚血性心疾患は 65 歳～74 歳で増えています。心不全、腎不全は各年代で増えています。また、重症化した疾患のうち介護認定の状況をみると、75 歳以上では脳血管疾患で4割以上、虚血性心疾患、心不全、腎不全で3割以上が介護認定者です。(図表 59-4)

75 歳以上では、骨折、認知症を発症している人の8割近くが高血圧や糖尿病を基礎疾患にもっていることが分かります。生活習慣病は、骨代謝に影響し骨質劣化による骨折を起こしやすくしたり、脳血管性認知症やアルツハイマー型認知症の発症に大きく関与していると言われており、若い世代からの生活習慣病対策が必要です。(図表 59-5)

図表 59　健診・医療・介護の一体的な分析



図表 59-1　被保険者数と健診受診状況

図表59	①			②			⑮					
	被保険者数(人)			健診受診率(%)			体格(健診結果)(%)					
				特定健診		後期	BMI18.5未満			BMI25以上		
年齢	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	16,694	22,434	34,400	19.3	41.1	36.2	9.4	7.3	9.1	27.6	23.7	23.6
R4	16,413	22,921	39,418	20.5	43.1	35.1	10.7	8.4	9.0	28.3	25.1	23.6

図表 59-2　健診有所見状況

図表59	⑤																							
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7%以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0%以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満					
年齢	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%
H30	140	4.4	(70)	547	5.9	(202)	817	6.6	(243)	88	2.7	(14)	330	3.6	(22)	115	0.9	(7)	38	1.2	152	1.6	623	5.0
R4	168	5.0	(85)	765	7.7	(295)	1172	8.5	(318)	95	2.8	(11)	349	3.5	(19)	123	0.9	(10)	31	0.9	187	1.9	617	4.5

図表 59-3　基礎疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

図表59	③						⑥									⑦					
	医療機関受診(%)			生活習慣病対象者(生活習慣病の医療機関受診者)(%)			基礎疾患(生活習慣病受診者のうち)(%)									基礎疾患+合併症(%)					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
年齢	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	78.8	91.8	96.0	26.4	55.2	75.3	72.1	80.2	83.9	46.5	47.1	45.0	28.6	34.4	36.5	39.0	43.8	59.4	41.3	50.9	65.5
R4	80.0	92.3	95.6	26.6	58.3	76.2	73.5	81.5	85.3	48.8	48.1	47.9	31.2	36.0	39.5	40.9	46.3	60.2	45.5	53.9	67.3

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 59-4　重症化した疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

図表59	⑧												⑨											
	重症化した疾患(被保数割)(%)												重症化した疾患のうち介護認定者(%)											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年齢	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.3	8.8	19.8	3.4	8.8	18.6	4.9	12.4	24.7	3.5	6.0	9.7	17.9	18.4	47.4	4.6	7.6	35.2	3.7	9.3	37.2	4.8	12.6	39.6
R4	3.5	9.4	17.9	3.0	9.5	17.2	5.5	15.1	28.6	3.6	7.0	10.6	18.0	17.0	44.2	5.2	7.6	32.4	3.9	8.6	37.0	5.8	9.9	37.3

図表 59-5　骨折・認知症の状況

図表59	④	⑭				⑩				⑪			
	介護認定率%	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）（%）				加齢による その他の疾患（被保数割）（%）				加齢による疾患のうち要介護認定者（%）			
		骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年齢	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	27.9	56.7	76.6	66.4	77.0	3.8	13.1	1.3	12.1	14.1	53.6	63.4	80.3
R4	27.3	58.6	78.1	71.3	79.9	4.5	13.0	1.4	11.7	15.4	54.2	62.4	80.8

（4） 第1期計画の考察

医療費は、悪性新生物、循環器系疾患、腎不全が変わらずに上位を占めていますが、年齢調整後地域差指数では、医療費は国、神奈川県より低く抑えられています。外来と入院別に見ると、外来のレセプト件数の割合や費用の割合は増加しており、入院医療費の割合が減少しています。これは入院に至らずに外来通院で管理できていると考えられます。

また、高額レセプトに占める虚血性心疾患の人数の割合や費用額の割合は減少しており、医療費を抑えることができています。一方、脳血管疾患は患者割合が増加し、高額レセプトに占める人数の割合や費用額も増加しています。さらに、標準化死亡比では、男女とも脳内出血が国より高いことが分かります。本市の重点課題として、脳血管疾患の対策が重要と言えます。

新規透析患者数は横ばいで推移していますが、総医療費に占める慢性腎不全の医療費の割合は国と比較して高く、引き続き重症化予防の対策が必要です。

特定健診の結果でⅡ度高血圧以上及び HbA1c7%以上の有所見者の割合は増加しています。未治療のまま放置されている人がⅡ度高血圧以上で41．7%、HbA1c7%以上で7．5%を占めます。また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合も増加しています。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、保健衛生部署と連携した健康づくりの取組も必要です。また、健診結果で必要に応じた適正な医療受診や生活習慣病の見直しにより、生活習慣病の発症や進行を予防し、脳血管疾患等への重症化を防ぐことが重要です。

特定健診受診率及び特定保健指導実施率は上昇傾向ですが、目標値には至っていません。今後、集団健診等健診の機会の拡大や、利用しやすい体制を検討していく必要があります。

適正な医療のかかり方として、より身体への負担が大きく、転売等の可能性も問題とされる精神科領域の重複服薬に取り組みました。重複服薬者数は横ばいであり、精神科領域のみならず他の診療分野においても取組を広げて医療費適正化に努める必要があります。

ジェネリック医薬品利用促進の広報活動を継続した結果、使用率は 79.6%まで上昇し、目標値に近づくことができました。引き続き事業を継続し目標達成を目指します。

3　第2期計画で取り組むべき健康課題と目標設定

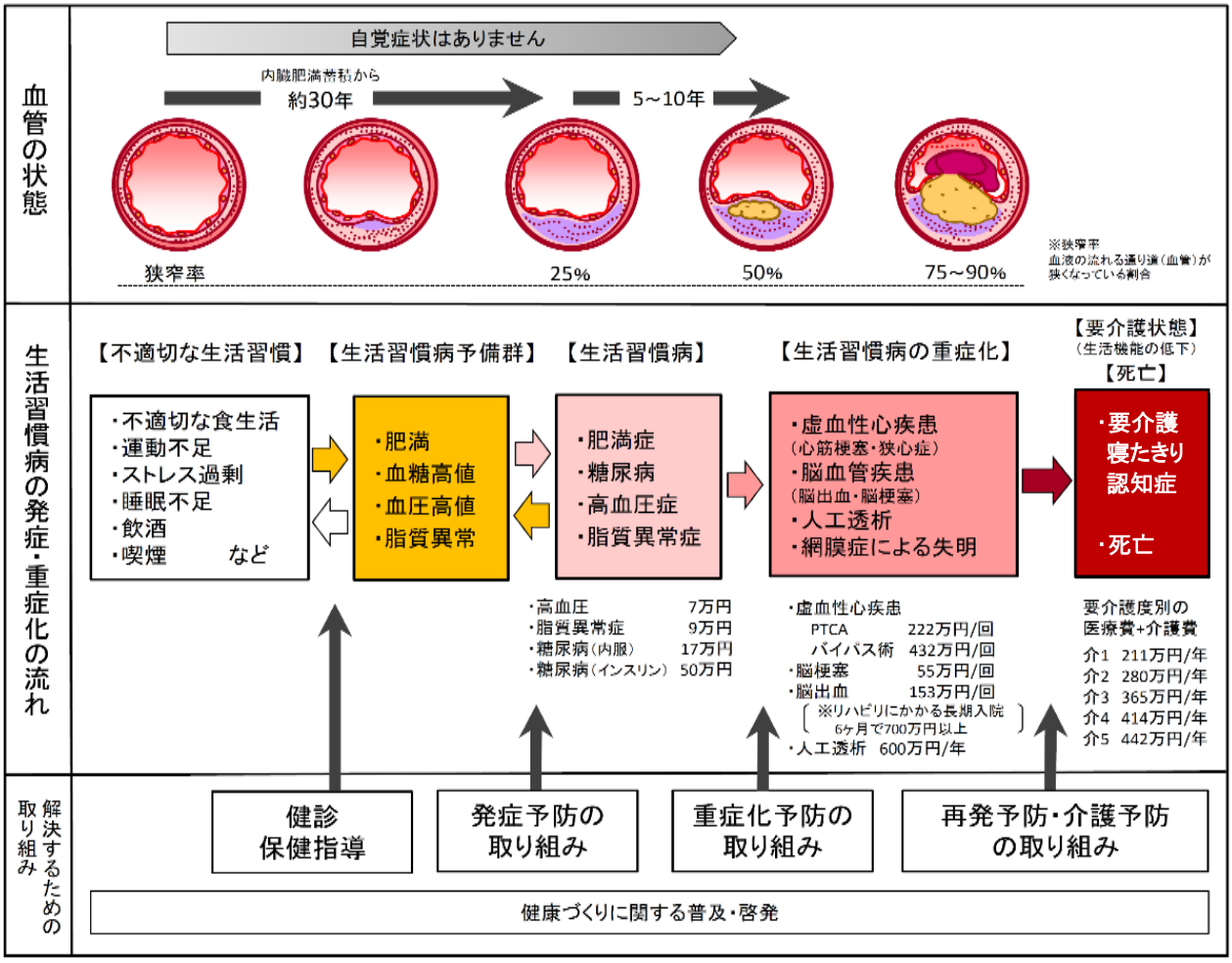
(1)　基本的な考え方

生活習慣病の発症、重症化を予防するためには、不健康な生活習慣の蓄積から生活習慣病予備群、生活習慣病への進展を防ぎ、さらには重症化へと悪化する人を減少させることが必要となります。そのために、短期目標疾患として高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの対策に取り組み、中長期目標疾患として脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の対策に取り組むことで、医療費適正化や介護予防、健康寿命の延伸につなげます。

また、生活習慣病から予備群へ、さらには健康な状態へ改善する人を増加させることも必要です。そのために、健診受診率を向上させ早期介入、行動変容を促す対策が重要です。(図表 60)

第1期計画の考察を踏まえて、第2期計画で取り組むべき健康課題を明確化し、目標の設定とそれに向けた保健事業を実施します。

図表 60　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



（2） 取り組むべき健康課題

	分類	第1期計画期間の分析結果
中長期目標	医療費の状況	・大分類における医療費割合のうち、入院、外来とも1位は悪性新生物であり、中分類による疾患別の総医療費に占める割合は、腎不全、悪性新生物、糖尿病が上位を占め、第1期データヘルス計画策定時と同じ状況。 ・年齢調整後地域差指数では、医療費を国、県よりも低く抑えられている。 ・入院医療費は、総レセプト件数の 2.3%、総医療費の 37.3%を占めているが、平成30年度と比較すると割合は減少。 ・1件当たりの入院医療費は、平成 30 年度と比較して増加。 ・80 万円以上の高額レセプトは、総レセプト件数の 0.66%だが、総医療費の約 25%を占めている。 ・高額レセプトに占める脳血管疾患は人数や費用額の割合が増加。
	中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患）の状況	・総医療費に占める割合は 8.88%で減少しているが、患者割合は脳血管疾患 6.9%、虚血性心疾患 6.8%、腎不全 5.5%で増加。 ・慢性腎不全の総医療費に占める割合は 5.63%で、国と比べると高い。 ・新規透析導入患者数は横ばい。 ・新規透析導入患者のうち8割以上が特定健診未受診者。糖尿病有病者の割合は増加傾向。 ・標準化死亡比では、男女とも脳内出血が国より高い。
	介護給付費の状況	・総給付費は約29億円、1人当たり介護給付費は約 1 万 9,000 円増加。 ・介護認定を受けている後期高齢者の高血圧有病率は73.5%。
短期目標	短期目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の状況	・被保険者に占める治療者の割合は、高血圧 38.2%、糖尿病 23.2%、脂質異常症 37.2%で 3 疾患とも増加。 ・糖尿病の総医療費に占める割合は 5.94%で、神奈川県 5.19%、国 5.41%と比べて高い。
	特定健診の結果	・メタボリックシンドロームの該当者は 1.8 ポイント、予備群は 1.4 ポイント増加。 ・BMI25 以上の割合は、40～64 歳で 0.7 ポイント、65～74 歳で1. 4ポイント増加。 ・Ⅱ度高血圧以上の割合は 1.3 ポイント増加。 ・未治療者は、Ⅱ度高血圧以上者 41.7%、HbA1c7.0%以上者 7.5%で減少。
	特定健診受診率及び保健指導実施率の推移	・特定健診受診率は上昇傾向だが、目標値は未達成。 ・年代別の特定健診受診率は、40～50歳代は低い状況だが受診勧奨等の対策により上昇傾向。 ・特定保健指導実施率は上昇傾向だが、目標値は未達成。
適正な医療のかかり方	適正な受診行動の状況	・重複・頻回受診、重複・多剤服薬については、精神科をはじめ他の診療分野においても適正な受診行動がとれていない人が多くいる。 ・ジェネリック医薬品のシェア率が国の目標値を達成していない。

第2期計画で取り組むべき健康課題	個別保健事業
大分類における総医療費に占める割合の1位は悪性新生物であり、引き続き健康増進計画で取り組むことが必要。	（1） 特定健診受診率向上・特定保健指導実施率向上の取組 ・特定健診受診率向上事業 ・特定保健指導実施率向上事業
入院や高額レセプトは総医療費の増加の要因となる。 予防可能な生活習慣病の重症化である中長期目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）の対策が必要。	（2） 生活習慣病重症化予防の取組 ・脳血管疾患重症化予防 ・虚血性心疾患重症化予防 ・肥満・メタボリックシンドローム対策 ・糖尿病性腎症重症化予防
脳血管疾患は標準化死亡比や高額レセプト、患者数の増加等から大きな課題であり、予防として高血圧対策が重要。	
中長期目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）の共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの減少を目指すことが必要。	（3） 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組
生活習慣病の発症予防、重症化予防は介護予防につながるため、壮年期から高齢者まで継続した取組を一体的に実施することが必要。	（4） 発症予防・ポピュレーションアプローチ
生活習慣病は自覚症状がないため、早期発見、早期介入のために、健診受診率の向上を図り、生活習慣病のリスクを抱える人を把握し必要な指導につなげることが必要。	（5） 適正な医療のかかり方 ・適正服薬・適正受診 ・ジェネリック医薬品利用促進事業
生活習慣病と関連が明らかな肥満に対して若い世代からの適正体重の普及・啓発が必要。	
重複・頻回受診、重複・多剤服薬は医療費の増加のみならず、過剰な服薬は身体への負担となるため適正な受診行動がとれるよう関係機関と連携した取組が必要。	
ジェネリック医薬品のシェア率を国の目標値まで上げることが必要。	

個別保健事業の詳細については、特定健診受診率向上事業及び特定保健指導実施率向上事業を第3章に、その他の個別保健事業については第4章に記載します。

（3） 目標の設定

ア 成果目標

（ア） データヘルス計画の目的、目標を達成するための方策

保険者は、健診・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ことが求められています。そのため、評価の方法や基準等を、計画の段階から明確にし、評価指標として、神奈川県の共通指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定します。（図表 61）

（イ） 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患及び介護につながる脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の被保険者に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する中では、患者数を抑えることが厳しいことから、伸びを抑えることを目標とします。

また、軽症時に通院せずに重症化して入院することから、重症化を予防し、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院にかかる医療費を抑えることを目指します。

（ウ） 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要です。

イ 管理目標の設定

図表 61 第2期データヘルス計画目標管理一覧

★神奈川県共通指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標			目標値 計画策定時実績（R4）	目標値 中間評価年R8（R7）	目標値 最終評価年R11（R10）	データの把握方法（活用データ）
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、人工透析患者の割合を減らす。	脳血管疾患患者の割合の減少（%）	40～64歳		3.5	3.5	3.4	KDBシステム ヘルスサポートラボツール E表
			65～74歳		9.2	9.2	9.1	
			後期高齢		18.0	18.0	18.0	
		虚血性心疾患患者の割合の減少（%）	40～64歳		3.1	3.1	3.0	
			65～74歳		9.5	9.5	9.4	
			後期高齢		17.2	17.2	17.2	
		腎不全患者の割合の減少（%）	40～64歳		3.6	3.6	3.5	
			65～74歳		6.9	6.9	6.8	
			後期高齢		10.6	10.6	10.6	
		新規人工透析導入者数の減少（人）	40～64歳		7	減少	減少	KDBシステム 厚生労働様式2-2
			65～74歳		19	減少	減少	
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす。	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少（%）	男性	該当者	33.4	32.4	30.6	KDBシステム 厚生労働様式5-3
				予備群	18.2	17.4	16.4	
			女性	該当者	9.8	9.3	8.6	
				予備群	5.7	5.6	5.4	
		特定健診受診者のうちの高血圧者の割合の減少 （%）	Ⅰ度高血圧以上		28.9	28.3	27.3	KDBシステム ヘルスサポートラボツール E表、LDLフローチャート
			Ⅱ度高血圧以上		7.0	6.6	6.0	
		特定健診受診者のうち脂質異常者（LDLコレステロール140mg/dl以上）の割合の減少 （%）			23.0	22.5	21.5	
		特定健診受診者のうち血糖異常者の割合の減少 （%）	HbA1c6.5%以上		7.7	7.6	7.5	
			★HbA1c8.0%以上		0.83	0.78	0.70	特定健診等データ管理システム 特定健康診査等の実施状況（法定報告）
		★特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している人の割合の減少 （%）			1.28	1.16	1.04	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす。	★特定健診受診率の増加 （%）			36.4	39.4	42.4	
		★特定健診受診率（40～49歳）の増加 （%）			16.2	16.8	17.8	
		★特定保健指導実施率の増加 （%）			17.5	19.3	21.7	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の促進 （%） ※			29.4	31.0	32.5	
適正な医療のかかり方	適正な医療受診行動がとれる。	重複受診者割合を増加させない （%）			6.61	6.60	6.60	KDBシステム 保健事業介入支援管理 重複・頻回受診の状況 重複・多剤処方の状況
		頻回受診者割合を増加させない （%）			0.13	0.13	0.13	
		重複服薬者割合を増加させない （%）			0.41	0.40	0.40	
		多剤服薬者割合を増加させない （%）			13.0	13.0	13.0	
		ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）の増加 （%）			79.6	82.0	85.0	国保連合会

※前年度の特定保健指導利用者数を分母とし、分母のうち当該年度は特定保健指導の対象者ではなくなった人の数を分子とする。

第3章　特定健康診査･特定保健指導の実施

1　第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

2　目標値の設定

(1)　特定健康診査受診率･特定保健指導実施率の目標値

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診受診率(%)	38.4	39.4	40.4	41.4	42.4	43.4
特定保健指導実施率(%)	18.5	19.3	20.1	20.9	21.7	22.5

(2)　目標設定の考え方

ア　特定健診受診率

市町村国保における特定健診について、国は令和 11 年度までに対象者である 40 歳から 74 歳までの 60%以上が特定健診を受診することを目標として定めています。本市の令和 11 年度目標値は、これまでの実績等から 43.4%とします。これは、主に次の考えに基づくものです。

(ア)　令和4年度の本市の受診率は36．4%です。同年の神奈川県(市町村国保)の平均は 29.5%、令和 3 年度の同規模市(市町村国保)の平均は 37.6%、国(市町村国保)の平均は36.4%でした。これらを参考にします。

(イ)　本市の平成 30 年度から令和4年度までの5年間で実施率は 2.1 ポイントの上昇ですが、令和2年度から令和3年度では実施率が1ポイント、令和3年度から令和4年度で 2.8 ポイント上昇しています。近年は実施率が上昇していることから、令和 11 年までの6年間で5ポイントの上昇を目指します。

イ　特定保健指導実施率

市町村国保における特定保健指導について、国は令和 11 年度までに対象者である 40 歳から 74 歳までの 60%以上が特定保健指導を利用することを目標として定めています。本市の令和 11 年度目標値は、これまでの実績等から 22.5%とします。これは、主に次の考えに基づくものです。

(ア)　令和４年度の市の実施率は17.5%です。同年の神奈川県(市町村国保)の平均は11.5%、令和 3 年度の同規模市(市町村国保)の平均は 27.7%、国(市町村国保)の平均は 27.9%でした。これらを参考にします。

(イ)　本市の平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 年間で実施率は3ポイント上昇しました。令和 11 年までの6年間で4ポイントの上昇を目指します。

3 対象者の見込み

被保険者の減少に伴い、特定健診対象者は減少傾向ですが、目標値の上昇に伴い、健診受診者、特定保健指導利用者の増加を見込んでいます。

		R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	対象者数(人)	34,000	33,000	32,000	31,000	30,000	29,000
	受診者数(人)	13,056	13,002	12,928	12,834	12,720	12,586
特定保健指導	対象者数(人)	1,306	1,300	1,293	1,283	1,272	1,259
	利用者数(人)	242	251	260	268	276	283

4 実施方法

(1) 実施場所

ア 特定健診

特定健診実施機関に委託し、個別健診として実施します。健診実施機関は平塚市ホームページに掲載し、健診案内通知に明記します。今後、受診率向上のために、集団健診の実施等、体制の整備を進めます。

イ 特定保健指導

(ア) 特定保健指導実施機関に委託して実施します。

(イ) こくほ人間ドック実施医療機関のうち特定保健指導実施可能な医療機関と契約し実施します。

（2）実施内容

ア 特定健診検査項目

○…国の必須項目 △…平塚市の必須項目 ●…いずれの項目の実施で可

◆…医師の判断に基づき選択的に実施する項目（詳細な健診項目に該当）

健康診査項目		平塚市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○
	ALT（GPT）	○	○
	γ－GT（γ－GTP）	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●※1	●※1
	随時中性脂肪	●※1	●※1
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	（non－HDLコレステロール）	○※2	○※2
血糖検査	空腹時血糖	●※3	●※4
	HbA1c	○	●※4
	随時血糖	●※3	●※4
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値	◆	◆
	血色素量	◆	◆
	赤血球数	◆	◆
その他	心電図	◆	◆
	眼底検査	◆	◆
	血清クレアチニン（eGFR）	△	◆
	尿酸	△	－

※1･3･4 同じ検査内容のうち、いずれの項目の実施で可

※2 血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条第4項）

イ 特定保健指導

「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」（令和6年厚生労働省健康局）に沿って図表 62 特定保健指導方法のとおり実施します。

図表62 特定保健指導方法

区分	面接方法		
動機付け支援	Ⅰ 初回面接	①個別面接1回20分以上 ②グループ面接（概ね8名以下）概ね80分以上 初回面接を分割実施した場合、2回目の面接は、この時間にとらわれない。	
	Ⅱ 実績評価	面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）で実施 電子メールや手紙の場合は評価に必要な情報を得るため利用者からの返信が必須 初回面接から3か月以上経過後に実施	
積極的支援	Ⅰ 初回面接	①個別面接1回20分以上 ②グループ面接（概ね8名以下）概ね80分以上 初回面接を分割実施した場合、2回目の面接は、この時間にとらわれない。	
	Ⅱ 3か月以上の継続的な支援	実施ポイント	アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施することが条 件
		実施形態	個別面接、グループ面接、電話、電子メール等のいずれか又は組み合わせて実施
	Ⅲ 実績評価（継続的な支援の最終回と一緒に実施可）	面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）で実施 電子メールや手紙の場合は評価に必要な情報を得るため利用者からの返信が必須	

厚生労働省 健康局「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」抜粋

※具体的に実施すべき内容については、特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）参照

（3） 実施時期

ア 特定健診

6月から12月末まで実施します。

実施方法の変更や健診実施状況等に伴い、実施期間を見直します。

イ 特定保健指導

特定保健指導の初回面接から実績評価（初回面接から3か月以上経過後）を行うまでの期間。

（4） 外部委託

ア 特定健診

委託基準は高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

平塚市医師会に委託して実施します。

イ 特定保健指導

委託基準は高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示（平成 25 年厚生労働省告示第 92 号）において定められています。

特定保健指導委託業者及びこくほ人間ドック委託医療機関のうち、特定保健指導実施可能な医療機関に委託して実施します。

（5） 医療機関との適切な連携

ア 特定健診

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

イ 特定保健指導

特定健診受診後、健康への関心の高い特定健診の結果説明のタイミングで、対象者にとって身近で、信頼の厚い医療機関から保健指導の利用を推奨してもらうことは、効果的だと考えられます。健診実施医療機関の協力のもと、実施率向上につながるよう医療機関と連携強化を図ります。

（6） 特定健康診査・特定保健指導実施スケジュール

	特定健診	特定保健指導	その他
4 月	◎実施医療機関と契約	◎委託業者と契約 ◎特定保健指導実施医療機関と契約	◎がん検診・結核健診の開始（年間）
5 月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎実施医療機関にマニュアルの送付		
6 月	◎平塚市こくほ特定健康診査開始 ◎平塚市こくほ人間ドックの開始 ◎庁内外関係機関に周知チラシ配布 ◎医療機関向け周知チラシ配布	◎人間ドック医療機関での特定保健指導開始	◎後期高齢者健康診査開始
7 月	◎受診勧奨通知発送（1回目） ◎電話による受診勧奨開始 ◎LINE 通知による受診勧奨開始	◎医療機関での特定保健指導利用勧奨事業開始	
8 月	◎健診結果送付開始 ◎他健診結果受領依頼開始	◎対象者の抽出 ◎利用勧奨	
9 月	◎受診勧奨通知発送（2回目）	◎対象者に案内発送開始 ◎利用勧奨架電開始	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告
10 月		◎委託業者での特定保健指導開始	
11 月	◎電話勧奨終了	◎特定保健指導データ確認	◎健診結果説明会開始
12 月	◎平塚市こくほ特定健診終了		◎後期高齢者健康診査終了
1 月			
2 月			
3 月	◎平塚市こくほ人間ドック終了		

5 特定健康診査受診率向上・特定保健指導実施率向上の取組

(1) 特定健康診査受診率向上事業

ア 基本的な考え方

特定健診受診率向上に向けた取組は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定に基づき、「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」に基づき、PDCA サイクルに沿って実施していきます。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

イ 事業の実施

事業の目的	健診受診率向上
対象者	4月1日時点で国保加入者の40～74歳の人(妊娠中、産後1年未満、病院等6か月以上継続入院中、障がい者施設入所中、該当の介護保険施設等に入所中を除く。)
現在までの事業結果	受診率は平成30年度から2.1ポイント上昇し、受診率速報値が36.4%となったが、第3期特定健診・特定保健指導実施計画の目標値41%は未達成

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム(成果)指標	特定健診受診率 (%)	36.4	38.4	39.4	40.4	41.4	42.4	43.4
	40～49歳特定健診受診率 (%)	16.2	16.5	16.8	17.2	17.5	17.8	18.2
	継続受診率 (%)	71.7	72.0	73.0	74.0	76.0	78.0	80.0
アウトプット(実施量・率)指標	通知勧奨後健診受診率 (%)	24.8	25.8	26.8	27.8	28.8	29.8	30.8

目標を達成するための主な戦略	委託業者の活用による効果的な受診勧奨者の選定及び通知をする。 健診実施体制の拡充を図る。

実施方法(プロセス)、改善案、目標

・集団健診実施等、健診受診機会の拡大に向け医師会や関係機関と調整する。
・効果的な受診勧奨方法について、民間委託業者を活用する。
・生活習慣病で通院中の人の受診率向上に向け医師会と連携して取り組む。

実施体制(ストラクチャー)、改善案、目標

・効果的な実施が期待できる委託業者の選定及び委託業者との調整を図る。
・集団健診等体制を整備する。
・受診勧奨等の人材を確保する。
・若年層や日頃医療機関を利用しない人が健診を受けやすい体制を整備する。
・庁内外関係機関との連携を図る。

評価計画

・受診勧奨の取り組み時期と受診者数の月推移の関連で効果を検証する。

（2） 特定保健指導実施率向上事業

ア 基本的な考え方

特定保健指導実施率向上に向けた取組は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）の規定に基づき、「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」に基づき、PDCA サイクルに沿って実施していきます。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

イ 事業の実施

事業の目的	特定保健指導実施率の向上により生活習慣病の発症・重症化予防を図る。
対象者	平塚市こくほ特定健診受診者のうち、特定保健指導対象者となった人
現在までの事業結果	令和4年度の、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（アウトカム）は29.4%、特定保健指導実施率は17.5%である。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）	29.4	30.5	31.0	31.5	32.0	32.5	33.0
	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少（男性）（%）	33.4	32.9	32.4	32.0	31.3	30.6	30.0
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少（男性）（%）	18.2	17.8	17.4	17.0	16.7	16.4	16.0
	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少（女性）（%）	9.8	9.5	9.3	9.1	8.8	8.6	8.4
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少（女性）（%）	5.7	5.6	5.6	5.5	5.4	5.4	5.3
アウトプット（実施量・率）指標	特定保健指導実施率（%）	17.5	18.5	19.3	20.1	20.9	21.7	22.5

目標を達成するための主な戦略	委託業者の活用による効果的な利用勧奨通知をする。 医療機関とさらなる連携を図り、特定保健指導に対する理解を深め利用を促進する。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

・分かりやすい利用勧奨案内を作成する。
・委託事業者と協力した利用勧奨を実施する。
・集団健診実施により、特定保健指導の同時実施を医師会や関係機関と調整する。

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

・医療機関の実情を把握し、医療機関と連携した利用率向上につながる対策を検討する。
・効果的な実施が期待できる委託業者を選定する。
・集団健診が開催される際は、特定保健指導の同時実施の体制を整備する。
・利用勧奨のための人材を確保する。

評価計画

・介入群と、非介入群で次年度の健診結果（体重・腹囲・BMI）の変化を比較する。

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び関連法令を踏まえた対応を行います。

また、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行います。

第4章　課題解決するための個別保健事業

1　保健事業の方向性

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、「第3章　特定健康診査・特定保健指導の実施」に準ずるものとします。

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症、進展抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防、虚血性心疾患重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防等の取組を行います。具体的には、医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨や保健指導を、治療中の人には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

また、生活習慣病と関連するとされる歯周病疾患や眼科疾患等の視点も併せて考える必要があります。歯と口腔の健康については、健康増進計画や食育推進計画で進捗管理していきます。

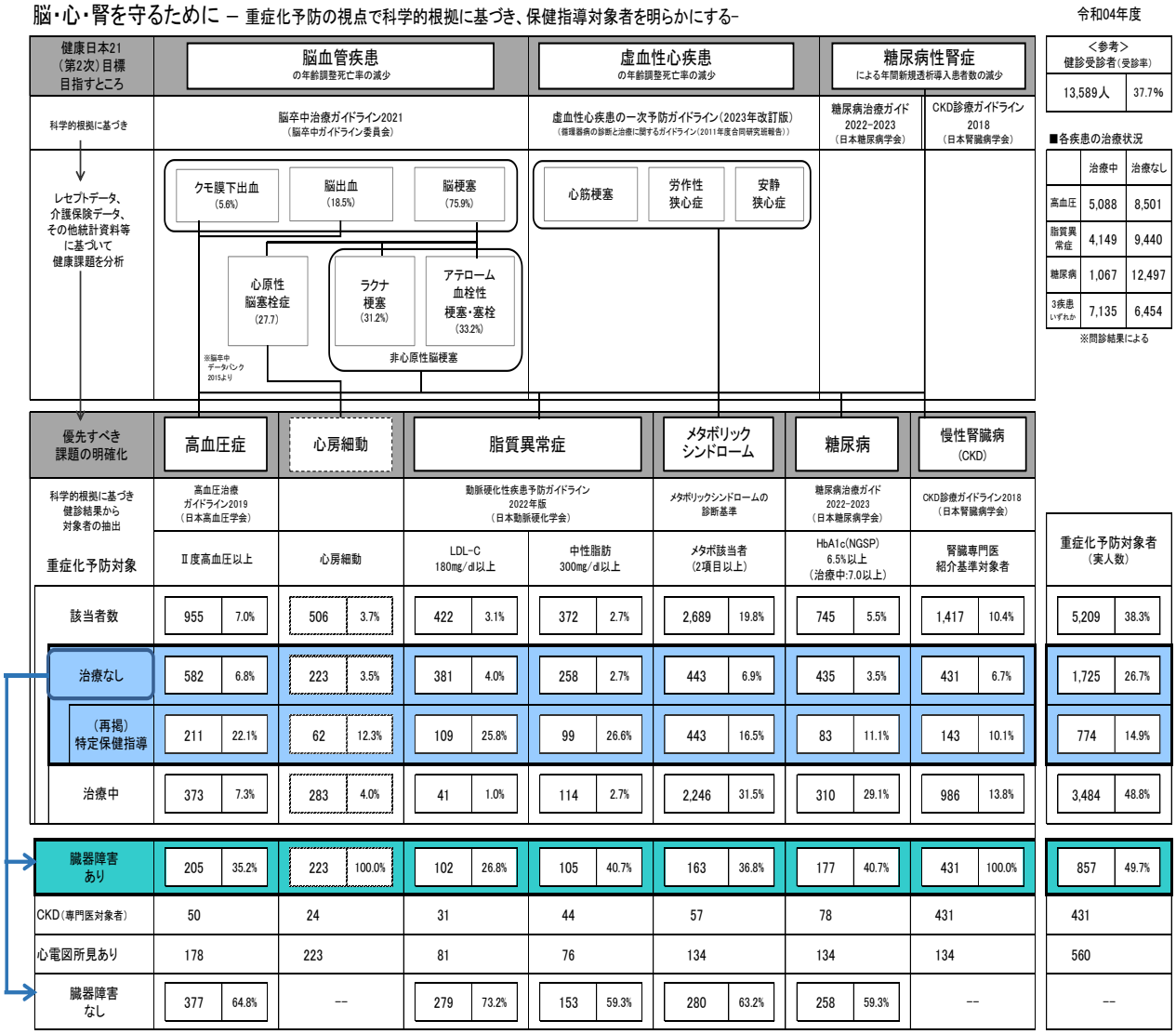
ポピュレーションアプローチとしては、本市の健康課題として取り組んでいる高血圧対策の普及啓発の充実を図ります。

2　生活習慣病重症化予防の取組（短期・中長期目標疾患の取組）

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、5,209 人（38.3%）です。そのうち治療なしが 1,725 人（26.7%）で、さらに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が 857 人です。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる人が、1,725 人中、774 人（14.9%）で特定保健指導の徹底も併せて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表 63）

図表 63　脳・心・腎を守るために



(1)脳血管疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患の危険因子として高血圧が最も影響するとされています(図表64)が、令和4年度特定健診で受診勧奨判定値のうち未受診者は 45.3%でした。また、令和4年度に高血圧の治療を中断したと思われる人は 407 人でした。健診受診後に必要な治療を受け、また、治療中断による悪化を防ぐために、受診勧奨及び保健指導を実施し、高血圧の重症化による脳血管疾患を予防します。

健診未受診で医療受診もない人の発症を防ぐためには、家庭血圧測定の普及等、高血圧対策の啓発や健診受診率向上を図る必要があります。また、高血圧治療中でもコントロール不良者については、医療機関と課題の共有や連携を図る必要があります。さらに、心房細動は脳梗塞のリスクであり、心電図検査によって発見することができるため、対策を検討します。

図表 64 血管疾患とリスク因子

リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧	糖尿病	脂質異常（高LDL）	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病（CKD）
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

イ 事業の実施

事業の目的	高血圧の重症化による脳血管疾患を予防する。
対象者	特定健診受診結果でⅡ度高血圧以上の者及び高血圧治療中断者
現在までの事業結果	・令和4年度特定健診結果で受診勧奨判定値のうち未治療者の率は、平成28年度に比べて減少した。 ・令和3年度中の高血圧治療中断者のうち、67.7%が受診または医療状況の把握ができた。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	脳血管疾患患者の割合の減少（40～64歳）（%）	3.5	3.5	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3
	脳血管疾患患者の割合の減少（65歳～74歳）（%）	9.2	9.2	9.2	9.1	9.1	9.1	9.0
	特定健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合 （%）	7.0	6.8	6.6	6.4	6.2	6.0	5.7
	特定健診受診者のⅠ度高血圧以上の割合 （%）	28.9	28.6	28.3	27.9	27.6	27.3	26.9
アウトプット（実施量・率）指標	高血圧未治療者のうち受診勧奨後に医療受診につながった率 （%）	43.3	44.0	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0
	高血圧治療中断者のうち受診勧奨後に医療受診につながった率 （%）	67.7	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0

目標を達成するための主な戦略	委託を活用した受診勧奨通知の他に家庭訪問等の保健指導を充実する。

実施方法(プロセス)、改善案、目標

・ナッジ理論を活用した受診勧奨通知の見直しにより、受診勧奨効果を高める。
・保健指導の充実により、受診行動や生活習慣の改善に向けた行動変容につなげる。

実施体制(ストラクチャー)、改善案、目標

・関係課との連携により、高血圧の発症予防、重症化予防を庁内で進める。
・医師会と課題を共有し、対策に取り組む体制を整える。

評価計画

・Ⅱ度高血圧以上の対象者の翌年度の健診結果の推移で評価する。

（2） 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患はLDLコレステロール、メタボリックシンドローム、高血圧等が危険因子です。令和4年度特定健診でLDLコレステロール、中性脂肪が受診勧奨判定値のうち未受診者は62.8%でした。また、令和4年度に高血圧の治療を中断したと思われる人は 347 人いました。健診受診後に必要な治療を受け、また、治療中断による悪化を防ぐために受診勧奨し、脂質異常症の重症化による虚血性心疾患を予防します。

イ 事業の実施

事業の目的	脂質異常症の重症化による虚血性心疾患の発症を予防する。
対象者	・特定健診受診結果でLDLコレステロールが受診勧奨判定値以上でリスクが高い人 ・脂質異常症の治療中断者
現在までの事業結果	－

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	虚血性心疾患患者の割合の減少（40～64歳）（%）	3.1	3.1	3.1	3.0	3.0	3.0	2.9
	虚血性心疾患患者の割合の減少（65歳～74歳）（%）	9.5	9.5	9.5	9.4	9.4	9.4	9.3
	特定健診受診者のLDLコレステロール受診勧奨判定値以上の割合の減少（%）	23.0	23.0	22.5	22.0	22.0	21.5	21.0
アウトプット（実施量・率）指標	脂質異常症未治療者のうち受診勧奨後に医療受診につながった率（%）	ー	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0
	脂質異常症治療中断者のうち受診勧奨後に医療受診につながった率（%）	ー	40.0	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0

目標を達成するための主な戦略	委託を活用した受診勧奨をする。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

・ナッジ理論を活用した受診勧奨通知の見直しにより、受診勧奨効果を高める。
・保健指導の充実により、受診行動や生活習慣の改善に向けた行動変容につなげる。

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

・医師会と課題を共有し、対策に取り組む体制を整える。

評価計画

・LDLコレステロール受診勧奨判定値以上の対象者の翌年度の健診結果の推移で評価する。

（3） 肥満・メタボリックシンドローム対策

ア 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、高血圧や糖尿病等が重複していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、肥満、メタボリックシンドローム対策が中長期的疾患の予防につながります。メタボリックシンドローム対策としては、特定保健指導や肥満予防・改善事業の充実を図ります。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

イ 事業の実施

事業の目的	メタボリックシンドロームの対策のうち、肥満予防・改善を重点に生活習慣を改善することを目指す。
対象者	市内在住・在勤で、30～50代の腹囲基準値以上又はBMI25以上の人
現在までの事業結果	令和4年度は、40～50代の対象者に3か月間の集団健康教育を開催し、参加者の73.3%が体重減少した。さらに、参加者のおよそ40%に食習慣や運動習慣の改善が見られた。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少（男性）（%）	33.4	32.9	32.4	32.0	31.3	30.6	30.0
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少（男性）（%）	18.2	17.8	17.4	17.0	16.7	16.4	16.0
	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少（女性）（%）	9.8	9.5	9.3	9.1	8.8	8.6	8.4
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少（女性）（%）	5.7	5.6	5.6	5.5	5.4	5.4	5.3
	肥満予防・改善教室終了時の体重減少者の割合（%）	73.3	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
アウトプット（実施量・率）指標	肥満予防・改善教室の終了者の割合（%）	65.2	67.5	70.0	72.5	75.0	77.5	80.0

目標を達成するための主な戦略	3か月間の集団健康教育による肥満予防・改善に取り組む。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

・アセスメントや課題の把握のため、参加者のデータ分析を実施する。
・参加者の個別性に合わせた目標設定と修正を行う。
・テキスト、体重記録表の活用や希望者への血圧計の貸出等を行い、支援を充実する。
・参加者の意欲向上のため、グループワーク等を実施し、参加者同士の取組を共有する。

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

・対象者への周知方法として関係課と連携し、特定健診受診者への周知を行う。さらに、健康づくり連携協定締結企業等との連携を図り、就労世代への周知に努める。周知内容の工夫としては、市のホームページ等で集団健康教育の効果を伝える。
・社会資源の活用として外部講師（専門講師）との連携により、質の高いプログラムの提供を行う。
・他の保健事業の活用として、健康不安等がある参加者には、健康相談等の保健サービスに繋げる。また、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行う。

評価計画

・事業実施前後及び事業終了3か月後にアンケートを実施して肥満予防・改善の継続率等を確認し、事業の効果を検証する。

（4） 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成 31 年4月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び神奈川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、PDCAに沿って実施します。

また、平塚市医師会の協力のもと、対象者の選定や病診連携事業等を推進します。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

イ 事業の実施

事業の目的	特定健診の結果から、専門医による治療および栄養指導や生活指導を行うことで糖尿病性腎症重症化を防ぎ、人工透析への移行を遅らせる取り組みを行う。
対象者	・健康相談：HbA1c7％以上で未治療者、またはHbA1c6.5％以上かつ尿蛋白（±）で未治療者 ・病診連携：腎機能中等度低下群（G3aA2,G3aA3,G2A3,G1A3），腎機能重度低下群（G3b以下）
現在までの事業結果	平成28年度から糖尿病性腎症重症化予防を目的に家庭訪問による保健指導及び集団指導を実施し、令和2年度から腎機能低下がみられた方を対象として平塚市医師会の協力を得て、市内の糖尿病または腎臓専門医療機関での診療や栄養指導を受けられるように病診連携システムを整えた。結果、国保加入者の新規透析患者者数は増加せず、横ばいを維持することができている。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	健診受診者の血糖異常者の割合の減少 HbA1c6.5％以上 （％）	7.7	7.7	7.6	7.6	7.6	7.5	7.5
	健診受診者の血糖異常者の割合の減少 HbA1c8.0％以上 （％）	0.83	0.80	0.78	0.76	0.74	0.72	0.70
	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療を中断している人の割合 （％）	1.28	1.20	1.16	1.12	1.08	1.04	1.00
	腎不全患者の割合の減少（40～64歳）（％）	3.6	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4
	腎不全患者の割合の減少（65～74歳）（％）	6.9	6.9	6.9	6.8	6.8	6.8	6.7
	新規人工透析導入者数の減少（40～65歳） （人）	7	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	新規人工透析導入者数の減少（65～74歳） （人）	19	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット（実施量・率）指標	健康相談 保健指導率 （％）	32.1	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0
	病診連携 保健指導率 （％）	22.8	25.0	27.0	29.0	31.0	33.0	35.0

目標を達成するための主な戦略	地域資源を活用する。 ・特定健診の結果、高血糖や腎機能低下が認められるが未治療および中断している対象者が、平塚市内の医療機関（専門医療機関を含め）を受診することで糖尿病性腎症重症化を防ぎ、人工透析への移行を遅らせる。また、平塚市医師会と複数の糖尿病専門医の協力により、平塚市内の医療機関が本事業を理解することで、連携の強化を図る。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

【健康相談】
・対象者を未治療者（中断者も含む）へ特化したことから、対象者の健康の危機意識は低いことが考えられ事業参加率が低くなる可能性がある。架電し、連絡の取れない対象者には訪問し、行動変容に結びつくように保健指導を実施する。
【病診連携】
・専門医療機関の指導終了後も、対象者の健康状態が維持できるように市の保健師から架電等で保健指導を実施する。
・専門医療機関受診困難者に対して、管理栄養士とともに状況把握及び保健指導を実施する体制を整える。

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

【健康相談】
・対象者に応じて適切な保健指導ができるように教育媒体を充実させることで、対象者の保健指導の満足度の向上や専門職の人材育成を図る。
【病診連携】
・平塚市医師会と複数の糖尿病専門医の協力により、平塚市内の医療機関が本事業を理解し、連携を強化する。

評価計画

・事業実施群と非実施群を今年度と翌年の健診結果（HbA1c、eGFR、尿蛋白）の変化を比較する。

3　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（中長期目標疾患の取組）

（1） 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

（2） 事業の実施

事業の目的	生活習慣病の重症化を予防することで、フレイルの進行を防ぐ。
対象者	75歳以上の後期高齢者 ・糖尿病性腎症重症化予防：HbA1c7.0％以上、腎機能中等度低下群（G3aA2,G3aA3,G2A3,G1A3），腎機能重度低下群（G3b以下） ・生活習慣病重症化予防：後期高齢者健診において、Ⅱ度高血圧以上またはHbA1c8％以上の未治療者
現在までの事業結果	―

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	脳血管疾患患者数の割合（％）	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0
	虚血性心疾患事業の割合（％）	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
	腎不全患者数の割合（％）	10.6	10.6	10.6	10.6	10.6	10.6	10.6
	新規透析導入者数（国保連合会データ）（人）	43	43	43	43	43	43	43
アウトプット（実施量・率）指標	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち保健指導実施率（％）	56.2	57.5	58.8	60.0	60.0	60.0	60.0
	高血圧未治療者のうち治療につながった人の割合 （％）	10.4	12.0	14.0	15.0	17.0	19.0	20.0
	高血糖未治療者のうち治療につながった人の割合 （％）	66.6	67.4	68.2	70.0	70.0	70.0	70.0

目標を達成するための主な戦略	かかりつけ医と専門医療機関との連携した取り組みを行うことで、生活習慣病の重症化を防ぐとともに、市の栄養指導の体制も強化する。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

・高齢者の特性に合わせた個別支援を行うためにできるだけ家庭訪問を行い、生活状況や病識（医師からの説明の認識）を確認し保健指導を実施する。（ハイリスクアプローチ）
・対象者と目標を設定し、達成に向けての行動変容を一緒に考える支援を実施する。（ハイリスクアプローチ）
・健康教育の場においても、生活習慣病のコントロールが大事であることを周知する。（ポピュレーションアプローチ）

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

・地域を担当する保健師、管理栄養士を配置し、個別支援（ハイリスクアプローチ）と、集いの場等での健康教育（ポピュレーションアプローチ）を行う。
・医師会との連携を図るため、定期的な報告を行い協力を仰ぐ。

評価計画

・糖尿病性腎症重症化予防：翌年度の健診でCDK分類、HbA1c、尿たんぱくが改善する率
　未治療者、治療中断者の医療機関受診率
・生活習慣病重症化予防：翌年度の健診受診率
　高血圧の改善率、受診勧奨後医療機関受診者と医療機関未受診者の血圧値の比較
　HbA1c値の改善率、受診勧奨後医療機関受診者と医療機関未受診者のHbA1c値の比較

4 発症予防・ポピュレーションアプローチ（短期目標疾患の取組）

（1） 基本的な考え方

肥満・メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症（特に高LDLコレステロール）等は、動脈硬化をもたらします。心臓や脳、腎臓などの動脈硬化が進行すると、心疾患や脳血管疾患、腎臓病等の危険因子となります。これらの疾患を予防するためには、市民一人一人が定期的に血圧や体重を測定するなど、自分の体の状態に関心を持ち、食生活や運動、睡眠などの適切な生活習慣を継続していくことが大切です。特に、市の優先課題として取り組んでいる高血圧予防対策では、普及啓発の充実を図る必要があります。

（2） 事業の実施

事業の目的	生活習慣病予防対策のうち、市の健康課題である高血圧予防の普及啓発に優先的に取り組む。
対象者	市内在住・在勤者
現在までの事業結果	・令和4年度に高血圧の発症予防・重症化予防に関する市のホームページを開設 ・血圧計を設置している公共機関と家庭血圧測定方法を掲載したチラシを作成し、医療機関や市民へ配布 ・医師会及び健康づくり連携協定締結企業との協力により血圧に関する教材を作成し、市の保健事業や企業等で活用

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	特定健診受診者のⅠ度高血圧以上の割合 （%）	28.9	28.6	28.3	27.9	27.6	27.3	26.9
	食塩を摂り過ぎないよう心がけている人の割合（20～40代） （%）	54.0	54.5	55.0	55.5	56.0	56.5	57.0
	1日30分以上の軽く汗をかく運動を週に2回以上、1年以上実施していない人の割合（特定健診 40～50代）（%）	68.3	68.0	67.5	67.0	66.5	66.0	65.5
アウトプット（実施量・率）指標	市事業や地域における高血圧予防の普及回数（回）	87	91	93	95	97	99	101

目標を達成するための主な戦略	企業・市民ボランティアとの連携を図り、デジタル媒体を活用した普及啓発を拡充する。

現在までの実施方法（プロセス）

・高血圧に関連がある生活習慣病予防に関する各種教室（健康講話、集団健康教室等）を開催する。
・スーパーや薬局等、市民の生活の場における地域での普及啓発を実施する。
・市のホームページやLINE等のデジタル技術を活用する。
・医師会や健康づくり連携協定締結企業等の協力による就労世代への周知を実施する。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

・若い世代を対象にした生活習慣病予防教室や母子保健事業と連携した子育て世代保護者への普及啓発を行う。
・企業やスーパー、薬局等、市民の生活の場での地域における普及啓発の充実を図る。
・デジタル技術の活用として、市のホームページやLINE等の充実を図る。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・関係課で高血圧予防に関する普及啓発方法について検討会を開催する。
・関係課と連携し、特定健診受診者や関係団体へ高血圧予防を周知する。
・幅広い知識を提供するために、外部講師（専門家）を活用する。
・食生活改善推進員及び健康推進員による地域での普及啓発の充実のため、各団体への育成講座等を実施する。
・医師会や健康づくり連携協定締結企業等への情報提供を実施する。

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

・関係課及び関係機関との連携により市民に届きやすい普及啓発方法を検討し、対策を進める。

評価計画

・最終的な評価は健康増進計画・食育推進計画と連動し実施する。（R11中間評価、R15最終評価）
・経年評価は、事業の実施内容・回数、母子保健事業来所者へのアンケート調査や特定健診結果をもとに実施する。

5 適正な医療のかかり方

(1) 適正服薬・適正受診

ア 基本的な考え方

重複・頻回受診、重複服薬は不要な医療給付費を生じさせるだけでなく、過剰な医薬品の摂取による健康被害や不正な譲り渡し、転売等に該当する恐れもあります。多剤服薬は薬物相互作用及び飲み間違いや飲み忘れによる健康被害の発生率を上げると言われていることから、保険者としてその対策に取り組むことが必要です。また、医療の正しいかかり方、お薬手帳の活用を周知するとともに、マイナンバーカードの保険証利用も有効な対策であるため、その普及も推進していきます。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

イ 事業の実施

事業の目的	薬の有効性の確保や副作用を防止し、被保険者の健康の保持および医療費の適正化を図る。
対象者	【重複受診】 ・同一月に同一疾病により受診した医療機関が3か所以上ある人 【頻回受診】 ・同一月に同一医療機関での受診が15回以上ある人 【重複服薬】 ・同一月に同一成分または同種同効の薬剤を2医療機関以上から処方されている人 【多剤服薬】 ・同一月に6種以上の薬剤処方されている人 【併用禁忌】 ・同一月に複数の医療機関から処方されている薬剤において、併用禁忌にあたる組み合わせの薬剤がある人
現在までの事業結果	R4年度までは、重複服薬者を中心にレセプト疾患分類を精神疾患や関連の薬剤に絞り込んで実施。おおよそ4割程度の改善率で経過していたが、市直営では抽出から確認作業の手間から実施できる数に限りがあった。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	重複受診者割合(%)	6.61	6.70	6.70	6.70	6.70	6.70	6.70
	頻回受診者割合(%)	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13
	重複服薬者割合(%)	0.41	0.40	0.40	0.40	0.40	0.40	0.40
	多剤服薬者割合(%)	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0
アウトプット（実施量・率）指標	重複受診改善率(%)	ー	40.0	40.0	40.0	41.0	41.5	42.0
	頻回受診改善率(%)	ー	50.0	50.0	50.0	51.0	51.5	52.0
	重複服薬改善率(%)	47.3	60.0	60.0	60.0	61.0	61.5	62.0
	併用禁忌改善率(%)	ー	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	多剤服薬改善率(%)	ー	40.0	40.0	40.0	41.0	41.5	42.0

目標を達成するための主な戦略	委託事業者を使うことで対象者を効果的に選定するとともに、医師会、薬剤師会等関係する機関と課題を共有し、連携して取り組むことで医療費適正化を目指す。

実施方法(プロセス)、改善案、目標

・市直営実施では、対象者の選定をする作業に限界があり限られた者への指導に留まった。
・委託業者を利用することで、精神疾患の重複服薬だけでなくこれまで抽出できなかった精神疾患以外の重複服薬、重複受診、頻回受診、併用禁忌、多剤服薬への指導を実施する。

実施体制(ストラクチャー)、改善案、目標

・医師会及び薬剤師会と課題を共有し、医療費適正化に取り組む。

評価計画

・通知発送後の服薬状況の推移で評価する。
・改善群と未改善群で対象者の性質(年代、性別、服薬内容、通院状況等)を比較分析し、対象者数や選定方法を検証する。
・薬剤費削減見込みの抽出し、対象者数や選定方法を検証する。

（2） ジェネリック医薬品利用促進事業

ア 基本的な考え方

ジェネリック医薬品は、新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に、効き目や安全性などが新薬と同等であると承認される後発医薬品です。開発コストがかかっていないため新薬と比べて低価格です。ジェネリック医薬品に変えることで患者自身の医療費の負担が減るだけでなく、市全体の医療費の節約にもつながるため、ジェネリック医薬品差額通知書の送付により積極的な利用を呼びかけます。

※保険者努力支援制度評価指標関連事業

イ 事業の実施

事業の目的	ジェネリック医薬品への理解度を高め、利用を促進し、医療費を削減することを目的とする。
対象者	先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した場合に200円以上の差額が生じる人
現在までの事業結果	令和4年度におけるジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）は79.6％であり、国の目標値に届いていない。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム（成果）指標	ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）（%）	79.6	81.0	82.0	83.0	84.0	85.0	86.0
アウトプット（実施量・率）指標	対象者への差額通知発送数 （%）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

目標を達成するための主な戦略	差額通知書の発送及び広報活動により、ジェネリック医薬品に対する理解を深め、利用を促進する。

実施方法（プロセス）、改善案、目標

事業対象者以外にも広く啓発することで、ジェネリック医薬品の使用を促進する。

実施体制（ストラクチャー）、改善案、目標

効果的な周知ができるように媒体及び方法を検討する。

評価計画

効果的な普及啓発を進めることにより、使用割合の推移をみる。

第5章　地域包括ケア推進の取組

高齢者数がピークを迎える 2040 年(令和 22 年)には、現役世代の急激な減少、高齢者の介護・医療ニーズの増大が見込まれています。そうした将来を見据え、介護や医療のサービス提供者、地域活動等の地域資源の状況等、地域の実態に応じた「地域包括ケアシステム」の深化と推進が重要となっています。

高齢期を、生きがいを持って楽しみ、安心して暮らすためには、地域において、介護保険事業に係る介護給付の円滑な実施や各種の生活支援・介護予防、医療、介護等の活動の持続可能性を高めていく必要があり、平塚市高齢者福祉計画（介護保険事業計画[第9期]）を策定しています。

国保部署では KDB システム等を活用し、国保、後期の健診・医療・介護データについて総合的に現状分析や課題抽出を実施し、 定期的に各部署の専門職で共有するとともに、地域包括ケアシステムに関する会議等に参加していきます。

また、リスクがある対象者の健康課題を部署間で連動して保健事業や適切な支援、医療等につなげられるよう取り組みます。

第6章　計画の評価・見直し

1　評価の時期

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、年度ごとに評価し、中間時点の令和8年度に進捗確認・中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2　評価方法・体制

保険者は、健診・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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価※が求められています。

※評価における4つの指標

アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか。 （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導率。 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など。
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置。 ・KDB システム活用環境の確保。

第7章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1　計画の公表・周知

市のホームページや広報紙を通じた周知のほか、医師会等を通じて医療機関等に周知します。

2　個人情報の取扱い

保険者においては、個人情報の保護に関する法律及び関連法令、ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

【資料編】

1 国・神奈川県・同規模市と比べてみた平塚市の位置

項目					平塚市										同規模市平均		神奈川県		国		データ元（CSV）
					H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度		
					実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
1 概況			総人口(人)			256,405		256,405		256,405		256,405		252,936	5,381,827		9,023,259		123,214,261		
	①	人口構成		65歳以上(高齢化率)	66,456	25.9	66,456	25.9	66,456	25.9	66,456	25.9	72,510	28.7	1,495,510	27.8	2,308,578	25.6	35,335,805	28.7	KDBシステム 人口の状況 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				75歳以上	29,625	11.6	29,625	11.6	29,625	11.6	29,625	11.6	36,945	14.6	--	--	1,201,665	13.3	18,248,742	14.8	
				65～74歳	36,831	14.4	36,831	14.4	36,831	14.4	36,831	14.4	35,565	14.1	--	--	1,106,913	12.3	17,087,063	13.9	
				40～64歳	88,214	34.4	88,214	34.4	88,214	34.4	88,214	34.4	87,766	34.7	--	--	3,200,990	35.5	41,545,893	33.7	
				39歳以下	101,735	39.7	101,735	39.7	101,735	39.7	101,735	39.7	92,660	36.6	--	--	3,513,691	38.9	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業(%)			1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		2.2		0.9		4.0	KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業(%)			28.8		28.8		28.8		28.8		28.8		27.9		22.4		25.0	
			第3次産業(%)			69.6		69.6		69.6		69.6		69.6		69.9		76.7		71.0	
	③	平均寿命	男性(年)			81.2		81.2		81.2		81.2		81.2		80.9		81.3		80.8	KDBシステム 地域全体像の把握
			女性(年)			87.1		87.1		87.1		87.1		87.1		86.9		87.3		87.0	
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性(年)			79.9		79.7		79.7		79.5		80.0		80.1		80.5		80.1	
			女性(年)			83.3		83.2		83.3		83.4		84.4		84.3		84.5		84.4	
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性		97.1		97.1		97.1		96.6		96.6		99.1		95.2		100.0	KDBシステム 地域全体像の把握
				女性		100.7		100.7		100.7		98.2		98.2		101.6		97.0		100.0	
			死因	がん	772	54.3	765	53.5	805	53.3	749	51.2	828	55.7	15,875	50.9	24,538	52.9	378,272	50.6	
				心臓病	333	23.4	334	23.4	402	26.6	383	26.2	374	25.2	8,506	27.3	12,549	27.0	205,485	27.5	
				脳疾患	207	14.6	231	16.2	192	12.7	220	15.0	192	12.9	4,288	13.8	5,839	12.6	102,900	13.8	
				糖尿病	34	2.4	14	1.0	34	2.3	22	1.5	18	1.2	542	1.7	693	1.5	13,896	1.9	
				腎不全	37	2.6	34	2.4	32	2.1	46	3.1	36	2.4	1,033	3.3	1,406	3.0	26,946	3.6	
				自殺	39	2.7	51	3.6	45	3.0	44	3.0	38	2.6	915	2.9	1,402	3.0	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計(人)		299	11.6	269	10.0	277	10.3	247	8.9	285	9.4	-	-	9,430	9.5	129,016	8.2	厚労省ホームページ 人口動態調査
				男性	192	13.9	174	12.0	197	13.6	161	11.4	182	11.3	-	-	6,201	11.8	84,891	10.6	
				女性	107	8.9	95	7.7	80	6.5	86	6.3	103	7.2	-	-	3,229	7.0	44,125	5.7	
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		11,157	16.7	11,530	17.1	11,877	17.6	12,192	18.2	12,545	17.1	273,458	18.2	443,003	19.1	6,724,030	19.4	KDBシステム 地域全体像の把握
				新規認定者	212	0.3	179	0.3	227	0.3	208	0.3	270	0.3	4,687	0.3	8,217	0.3	110,289	0.3	
			介護度別総件数	要支援1.2	24,513	8.3	26,451	8.4	28,740	8.9	30,999	9.1	32,280	9.1	950,322	13.3	1,240,613	10.2	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	141,994	47.9	149,327	47.6	153,068	47.2	162,333	47.6	168,804	47.5	3,279,694	45.8	5,641,528	46.2	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	130,059	43.9	137,818	43.9	142,175	43.9	147,771	43.3	154,548	43.5	2,930,631	40.9	5,320,977	43.6	68,963,503	40.8	
			2号認定者		314	0.4	344	0.4	352	0.4	365	0.4	373	0.4	7,106	0.4	13,204	0.4	156,107	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		2,525	22.3	2,584	22.1	2,720	21.5	2,911	22.2	3,254	23.6	70,399	24.3	111,479	23.9	1,712,613	24.3	
			高血圧症		5,787	49.9	5,791	49.7	6,090	48.1	6,369	49.3	6,573	49.8	152,682	53.4	241,321	51.8	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		3,453	29.5	3,549	30.2	3,770	29.3	3,947	30.7	4,271	31.7	93,729	32.4	156,034	33.3	2,308,216	32.6	
			心臓病		6,498	55.9	6,553	55.9	6,885	54.3	7,145	55.6	7,373	55.7	171,869	60.1	271,003	58.3	4,224,628	60.3	
			脳疾患		2,380	21.5	2,415	20.5	2,467	19.5	2,435	19.4	2,448	18.8	63,721	22.6	96,861	21.1	1,568,292	22.6	
			がん		1,112	10.0	1,186	9.8	1,225	9.7	1,298	9.9	1,348	10.1	32,892	11.4	56,482	12.0	837,410	11.8	
			筋・骨格		5,409	46.4	5,500	47.1	5,855	45.8	6,077	47.3	6,405	48.2	151,296	52.8	238,420	51.2	3,748,372	53.4	
			精神		4,168	35.7	4,206	36.1	4,556	35.4	4,546	36.0	4,566	35.1	104,082	36.5	163,868	35.5	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	1人当たり給付費/総給付費(円)		247,717	16,462,262,395	264,023	17,545,914,742	273,390	18,168,415,787	281,638	18,716,541,480	267,220	19,376,101,343	270,595		286,178		290,668		
			1件当たり給付費(全体)(円)			55,510		55,951		56,078		54,871		54,484	56,514		54,139		59,662		
				居宅サービス(円)		39,931		40,466		40,885		40,524		40,193	40,217		39,383		41,272		
				施設サービス(円)		286,010		292,164		297,916		295,767		295,087	295,032		299,527		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり(円)		7,975		8,200		8,261		8,171		8,077	8,272		8,132		8,610		
				認定なし(円)		3,703		3,786		3,896		3,826		3,843	3,828		3,706		4,020		

項目					平塚市										同規模市平均		神奈川県		国		データ元（CSV）
					H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度		
					実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	
4 医療	①	国保の状況	被保険者数（人）			58,928		57,143		56,052		54,324		51,235	1,054,527		1,802,424		27,488,882		
				65～74歳	26,258	44.6	25,681	44.9	25,618	45.7	24,866	45.8	22,982	44.9	--	--	696,077	38.6	11,129,271	40.5	
				40～64歳	18,610	31.6	18,053	31.6	17,650	31.5	17,360	32.0	16,701	32.6	--	--	621,740	34.5	9,088,015	33.1	
				39歳以下	14,060	23.9	13,409	23.5	12,784	22.8	12,098	22.3	11,552	22.5	--	--	484,607	26.9	7,271,596	26.5	
			加入率（%）			23.0		22.3		21.9		21.2		20.3		19.6		20.0		22.3	KDBシステム 地域全体像の把握 被保険者の状況
	②	医療の概況（人口千対%）	病院数		9	0.2	9	0.2	9	0.2	9	0.2	9	0.2	285	0.3	336	0.2	8,237	0.3	
			診療所数		184	3.1	185	3.2	192	3.4	195	3.6	189	3.7	4,054	3.8	6,907	3.8	102,599	3.7	
			病床数（床）		2,244	38.1	2,306	40.4	2,306	41.1	2,306	42.4	2,306	45.0	59,920	56.8	73,972	41.0	1,507,471	54.8	
			医師数（人）		344	5.8	344	6.0	476	8.5	476	8.8	510	10.0	12,660	12.0	21,377	11.9	339,611	12.4	
			外来患者数（人）			676.7		675.3		626.9		671.2		682.8		707.4		681.1		687.8	
			入院患者数（人）			17.5		17.2		15.6		16.5		16.0		17.3		15.1		17.7	
	③	医療費の状況	1人当たり医療費（円）		318,973	県内18位 同規模20位	322,822	県内17位 同規模17位	311,233	県内20位 同規模17位	339,957	県内16位 同規模13位	345,146	県内15位 同規模12位	348,500		329,158		339,680		
			受診率（%）			694.2		692.4		642.5		687.7		698.8		724.7		696.2		705.4	KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 地域全体像の把握
			外来	費用の割合（%）		61.4		62.2		62.4		62.0		62.7		61.4		63.2		60.4	
			外来	件数の割合（%）		97.5		97.5		97.6		97.6		97.7		97.6		97.8		97.5	
			入院	費用の割合（%）		38.6		37.8		37.6		38.0		37.3		38.6		36.8		39.6	
			入院	件数の割合（%）		2.5		2.5		2.4		2.4		2.3		2.4		2.2		2.5	
			1件あたり在院日数（日）			15.6		15.5		16.3		16.1		16.1		15.9		14.6		15.7	
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合（円）/（%） 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		2,872,198,910	28.7	2,841,422,480	29.0	2,817,911,490	30.1	3,000,937,760	30.5	2,992,559,100	32.2		31.2		31.3		32.2	KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			慢性腎不全（透析あり）		1,060,061,700	10.6	1,064,949,450	10.9	955,265,270	10.2	949,319,790	9.6	935,388,610	10.1		9.1		10.4		8.2	
			糖尿病		1,060,750,900	10.6	1,055,843,810	10.8	1,063,767,700	11.4	1,086,467,450	11.0	1,049,842,140	11.3		10.7		10.1		10.4	
			高血圧症		697,397,270	7.0	641,690,480	6.5	604,116,790	6.5	586,298,960	6.0	524,104,070	5.6		5.9		5.4		5.9	
			脂質異常症		541,835,750	5.4	547,111,330	5.6	487,319,570	5.2	492,973,870	5.0	431,854,310	4.6		4.3		4.5		4.1	
			脳梗塞・脳出血		362,139,210	3.7	387,473,230	3.9	426,274,500	4.6	424,075,470	4.3	313,326,930	3.3		3.9		3.8		3.9	
			狭心症・心筋梗塞		339,721,760	3.4	308,459,010	3.2	265,000,430	2.8	281,521,780	2.9	260,935,120	2.8		2.8		3.0		2.8	
			精神		1,455,153,980	14.6	1,418,684,980	14.5	1,329,074,900	14.2	1,443,770,160	14.7	1,320,367,360	14.2		14.8		13.8		14.7	
			筋・骨格		1,516,195,670	15.2	1,458,763,060	14.9	1,322,280,830	14.1	1,498,053,000	15.2	1,383,983,500	14.9		16.4		16.7		16.7	
	⑤	医療費分析 1人当たり医療費（円）/入院医療費に占める割合（%）	入院	高血圧症	248	0.2	307	0.3	246	0.2	184	0.1	116	0.1	209	0.2	185	0.2	256	0.2	KDBシステム 疾病別医療費分析（中分類）
			入院	糖尿病	1,221	1.0	1,206	1.0	1,226	1.0	893	0.7	1,018	0.8	1,025	0.8	1,007	0.8	1,144	0.9	
			入院	脂質異常症	76	0.1	85	0.1	46	0.0	16	0.0	24	0.0	33	0.0	42	0.0	53	0.0	
			入院	脳梗塞・脳出血	5,399	4.4	6,126	5.0	6,929	5.9	7,228	5.6	5,511	4.3	6,251	4.6	5,694	4.7	5,993	4.5	
			入院	虚血性心疾患	4,661	3.8	4,375	3.6	3,473	3.0	3,997	3.1	3,764	2.9	4,045	3.0	4,044	3.3	3,942	2.9	
			入院	腎不全	4,304	3.5	4,451	3.6	4,583	3.9	3,843	3.0	4,207	3.3	4,145	3.1	4,667	3.9	4,051	3.0	
		医療費分析 1人当たり医療費（円）/外来医療費に占める割合（%）	外来	高血圧症	11,586	5.9	10,923	5.4	10,532	5.4	10,608	5.0	10,114	4.7	10,524	4.9	9,032	4.3	10,143	4.9	
			外来	糖尿病	17,287	8.8	17,810	8.9	18,347	9.4	19,651	9.3	20,056	9.3	18,922	8.8	16,564	8.0	17,720	8.6	
			外来	脂質異常症	9,116	4.7	9,487	4.7	8,648	4.5	9,059	4.3	8,405	3.9	7,866	3.7	7,623	3.7	7,092	3.5	
			外来	脳梗塞・脳出血	695	0.4	647	0.3	608	0.3	578	0.3	605	0.3	877	0.4	753	0.4	825	0.4	
			外来	虚血性心疾患	1,989	1.0	1,836	0.9	1,794	0.9	1,868	0.9	1,688	0.8	1,755	0.8	1,696	0.8	1,722	0.8	
			外来	腎不全	19,739	10.1	20,508	10.2	19,347	10.0	20,359	9.7	20,841	9.6	18,327	8.6	17,499	8.4	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別1人当たり点数（点）	健診対象者1人当たり	健診受診者		1,505		1,762		1,702		1,891		1,905		2,096		1,332		2,031	KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			健診対象者1人当たり	健診未受診者		12,734		12,499		12,106		13,177		13,016		13,113		13,115		13,295	
			生活習慣病対象者1人当たり	健診受診者		4,450		5,193		5,211		5,531		5,651		6,261		4,324		6,142	
			生活習慣病対象者1人当たり	健診未受診者		37,638		36,833		37,065		38,533		38,611		39,174		42,591		40,210	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		8,424	59.3	7,711	58.2	7,628	59.4	7,563	58.4	7,254	55.8	155,300	57.5	202,286	56.2	3,916,059	57.0	KDBシステム 地域全体像の把握
				医療機関受診率	7,894	55.6	7,258	54.8	7,088	55.2	7,080	54.7	6,787	52.2	143,094	52.9	187,291	52.0	3,574,558	52.0	
				医療機関非受診率	530	3.7	453	3.4	540	4.2	483	3.7	467	3.6	12,206	4.5	14,995	4.2	341,501	5.0	

項目					平塚市										同規模市平均		神奈川県		国		データ元(CSV)
					H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度		
					実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
5健診	①	特定健診の状況	健診受診者(人)			14,195		13,246		12,835		12,953		12,995		270,302		359,840		6,875,056	KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 地域全体像の把握
	②		受診率(%)		34.4	県内15位 同規模24位	33.1	県内20位 同規模26位	32.5	県内12位 同規模14位	33.8	県内16位 同規模13位	36.3	県内14位 同規模11位		37.1	30.4	全国46位		37.6	
	③		特定保健指導終了者(実施率)		125	8.1	86	6.4	192	14.5	225	16.3	240	17.7	6,697	22.6	3,603	8.3	203,239	24.9	
	④		非肥満高血糖		1,618	11.4	1,455	11.0	1,333	10.4	1,158	8.9	1,100	8.5	25,236	9.3	28,693	8.0	620,953	9.0	
	⑤		メタボリックシンドローム	該当者	2,566	18.1	2,448	18.5	2,522	19.6	2,558	19.7	2,585	19.9	55,551	20.6	68,854	19.1	1,394,769	20.3	
				男性	1,831	30.2	1,709	30.4	1,778	32.6	1,840	33.3	1,858	33.5	37,844	33.0	48,959	31.4	974,828	32.0	
				女性	735	9.0	739	9.7	744	10.1	718	9.7	727	9.8	17,707	11.4	19,895	9.8	419,941	11.0	
	⑥			予備群	1,388	9.8	1,311	9.9	1,323	10.3	1,363	10.5	1,435	11.0	29,710	11.0	41,041	11.4	772,619	11.2	
				男性	962	15.9	918	16.3	926	17.0	934	16.9	1,008	18.2	20,477	17.9	29,292	18.8	545,330	17.9	
		県内市町村数		女性	426	5.2	393	5.2	397	5.4	429	5.8	427	5.7	9,233	5.9	11,749	5.8	227,289	5.9	
	⑦	39市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	4,317	30.4	4,080	30.8	4,176	32.5	4,223	32.6	4,378	33.7	93,388	34.5	122,794	34.1	2,402,902	35.0	
	⑧			男性	3,045	50.2	2,832	50.4	2,931	53.8	2,974	53.9	3,108	56.0	63,770	55.6	87,256	55.9	1,683,473	55.3	
	⑨			女性	1,272	15.6	1,248	16.4	1,245	16.9	1,249	16.8	1,270	17.1	29,618	19.0	35,538	17.4	719,429	18.8	
	⑩	同規模市区町村数		BMI 総数	843	5.9	706	5.3	695	5.4	688	5.3	635	4.9	12,604	4.7	15,545	4.3	323,057	4.7	
	⑪			男性	106	1.7	94	1.7	75	1.4	98	1.8	77	1.4	1,750	1.5	2,607	1.7	51,841	1.7	
	⑫	23市町村		女性	737	9.1	612	8.0	620	8.4	590	7.9	558	7.5	10,854	7.0	12,938	6.3	271,216	7.1	
	⑬			血糖のみ	64	0.5	68	0.5	60	0.5	47	0.4	46	0.4	1,600	0.6	2,105	0.6	43,987	0.6	
	⑭			血圧のみ	1,037	7.3	965	7.3	995	7.8	1,020	7.9	1,069	8.2	20,911	7.7	29,208	8.1	544,518	7.9	
	⑮			脂質のみ	287	2.0	278	2.1	268	2.1	296	2.3	320	2.5	7,199	2.7	9,728	2.7	184,114	2.7	
	⑯			血糖・血圧	343	2.4	319	2.4	345	2.7	375	2.9	358	2.8	7,768	2.9	9,741	2.7	205,065	3.0	
	⑰			血糖・脂質	125	0.9	120	0.9	121	0.9	92	0.7	111	0.9	2,756	1.0	3,339	0.9	70,937	1.0	
	⑱			血圧・脂質	1,248	8.8	1,172	8.8	1,160	9.0	1,291	10.0	1,317	10.1	26,882	9.9	34,464	9.6	664,878	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質	850	6.0	837	6.3	896	7.0	800	6.2	799	6.1	18,145	6.7	21,310	5.9	453,889	6.6	
6問診	①	問診の状況	服薬	高血圧	5,355	37.7	5,074	38.3	5,045	39.3	4,899	37.8	4,904	37.7	100,318	37.1	119,369	33.2	2,447,146	35.6	KDBシステム 地域全体像の把握
				糖尿病	1,050	7.4	1,068	8.1	1,042	8.1	996	7.7	1,024	7.9	23,750	8.8	25,373	7.1	594,927	8.7	
				脂質異常症	3,987	28.1	3,907	29.5	3,962	30.9	4,030	31.1	4,033	31.0	82,128	30.4	101,086	28.1	1,914,847	27.9	
	②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	447	3.1	434	3.3	431	3.4	397	3.1	408	3.2	8,255	3.2	10,877	3.0	208,635	3.1	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	841	5.9	828	6.3	819	6.4	756	5.9	746	5.8	13,760	5.3	18,764	5.2	367,822	5.5	
				腎不全	77	0.5	92	0.7	97	0.8	107	0.8	113	0.9	2,091	0.8	2,364	0.7	54,302	0.8	
				貧血	1,577	11.1	1,573	11.9	1,450	11.3	1,490	11.6	1,431	11.1	27,341	10.6	43,210	12.1	706,680	10.7	
	③	生活習慣の状況	喫煙		1,718	12.1	1,563	11.8	1,519	11.8	1,541	11.9	1,562	12.0	32,591	12.1	49,203	13.7	948,575	13.8	KDBシステム 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く		1,057	7.5	1,018	7.7	980	7.7	1,157	9.0	1,203	9.4	21,183	8.9	41,935	11.7	648,865	10.4	
	⑤		週3回以上就寝前夕食		2,049	14.5	1,880	14.2	1,800	14.1	1,812	14.1	1,799	14.0	34,130	13.8	56,923	15.9	985,252	15.8	
	⑥		食べる速度が速い		3,478	26.1	3,229	24.4	3,207	25.1	3,165	24.6	3,111	24.2	59,975	25.1	92,980	26.0	1,672,168	26.8	
	⑦		20歳時体重から10kg以上増加		4,587	32.4	4,335	32.8	4,314	33.7	4,416	34.3	4,358	34.0	84,942	34.3	121,718	34.0	2,191,006	35.0	
	⑧		1回30分以上運動習慣なし		7,735	54.6	7,199	54.5	6,910	54.1	7,031	54.6	6,968	54.3	136,345	57.1	205,127	57.3	3,777,161	60.4	
	⑨		1日1時間以上運動なし		6,645	46.9	6,252	47.3	6,213	48.7	6,117	47.5	6,098	47.5	112,637	45.4	161,991	45.2	3,004,820	48.0	
	⑩		睡眠不足		3,239	22.9	2,933	22.3	2,740	21.6	2,890	22.7	3,027	23.8	64,798	26.2	85,482	24.0	1,599,841	25.6	
	⑪		毎日飲酒		3,350	23.6	3,133	23.7	3,024	23.7	2,938	22.8	2,972	23.1	60,456	24.3	91,126	25.5	1,671,521	25.5	
	⑫		時々飲酒		3,366	23.8	3,076	23.3	2,895	22.7	2,949	22.9	2,941	22.9	53,919	21.6	90,236	25.2	1,475,568	22.5	
	⑬		一日飲酒量	1合未満	9,729	73.9	8,923	73.8	8,779	75.4	8,652	75.3	8,517	74.3	137,808	70.3	215,452	66.4	2,997,543	64.1	
				1~2合	2,358	17.9	2,136	17.7	1,938	16.7	1,941	16.9	1,985	17.3	40,114	20.5	74,237	22.9	1,110,600	23.7	
				2~3合	868	6.6	845	7.0	751	6.5	734	6.4	767	6.7	14,379	7.3	26,731	8.2	438,425	9.4	
				3合以上	219	1.7	192	1.6	171	1.5	166	1.4	196	1.7	3,607	1.8	8,044	2.5	130,129	2.8	

2 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目					平塚市										データ元
					H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		
					実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
1	①	被保険者数(人)			61,539		59,058		58,359		56,289		54,347		KDBシステム 厚生労働省様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(人)			46,837		45,104		44,475		43,690		42,289		
2	①	特定健診	対象者数(人)		41,294		39,788		39,287		38,192		35,708		特定健康診査等の実施状況(法定報告)
	②		受診者数(人)		14,184		13,218		12,810		12,940		12,984		
	③		受診率(%)		34.3		33.2		32.6		33.9		36.4		
3	①	特定保健指導	対象者数(人)		1,548		1,330		1,314		1,359		1,317		
	②		実施率(%)		14.5		16.8		15.8		17.5		17.5		
4	①	健診データ	糖尿病型		1,638	11.2	1,586	11.5	1,581	11.8	1,623	12.3	1,668	12.3	特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		556	33.9	486	30.6	501	31.7	609	37.5	599	35.9	
	③		治療中(質問票 服薬あり)		1,082	66.1	1,100	69.4	1,080	68.3	1,014	62.5	1,069	64.1	
	④			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	364	33.6	361	32.8	382	35.4	435	42.9	443	41.4	
	⑤			血圧 130/80以上	243	66.8	220	60.9	274	71.7	293	67.4	313	70.7	
	⑥			肥満 BMI25以上	167	45.9	162	44.9	166	43.5	205	47.1	191	43.1	
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	718	66.4	739	67.2	698	64.6	579	57.1	626	58.6	
	⑧		第1期	尿蛋白(－)	1,164	71.1	1,131	71.3	1,143	72.3	1,194	73.6	1,213	72.7	
	⑨		第2期	尿蛋白(±)	269	16.4	244	15.4	233	14.7	226	13.9	235	14.1	
	⑩		第3期	尿蛋白(＋)以上	183	11.2	193	12.2	187	11.8	193	11.9	209	12.5	
	⑪		第4期	eGFR30未満	9	0.55	10	0.63	17	1.08	9	0.55	10	0.60	
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保数千対)		101.7		101.0		89.7		103.7		105.4		KDBシステム 厚生労働省様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保数千対)		131.6		130.4		116.1		131.7		133.2		
	③		レセプト件数(40-74歳)( )内は被保数千対	入院外(件数)	33,514	746.9	32,727	748.3	32,183	743.8	34,160	809.0	32,724	824.6	KDBシステム 疾病別医療費分析(生活習慣病)
	④			入院(件数)	177	3.9	171	3.9	144	3.3	113	2.7	111	2.8	
	⑤		糖尿病治療中		6,258	10.2	5,965	10.1	5,233	9.0	5,838	10.4	5,726	10.5	KDBシステム 厚生労働省様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳		6,162	13.2	5,883	13.0	5,162	11.6	5,754	13.2	5,631	13.3	
	⑦		健診未受診者		5,080	82.4	4,801	81.6	4,082	79.1	4,740	82.4	4,562	81.0	
	⑧		インスリン治療		628	10.0	551	9.2	533	10.2	599	10.3	571	10.0	
	⑨		(再掲)40-74歳		616	10.0	537	9.1	517	10.0	583	10.1	549	9.7	
	⑩		糖尿病性腎症		401	6.4	440	7.4	383	7.3	407	7.0	411	7.2	
	⑪		(再掲)40-74歳		397	6.4	435	7.4	380	7.4	402	7.0	408	7.2	
	⑫		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		124	2.0	139	2.3	131	2.5	122	2.1	128	2.2	
	⑬		(再掲)40-74歳		123	2.0	138	2.3	130	2.5	121	2.1	128	2.3	
	⑭		新規透析患者数		27		23		24		25		26		KDBシステム 厚生労働省様式2-2
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		110	1.5	120	1.5	129	1.8	127	1.5	137	1.5	KDBシステム※後期 厚生労働省様式3-2
6	①	医療費	総医療費		187億9643万円		184億4702万円		174億4523万円		184億6783万円		176億8355万円		KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		99億9544万円		98億1378万円		93億5844万円		98億5328万円		93億0659万円		
	③		(総医療費に占める割合)(%)		53.2		53.2		53.6		53.4		52.6		
	④		生活習慣病対象者1人当たり	健診受診者(円)	4,450		5,193		5,211		5,531		5,651		
	⑤			健診未受診者(円)	37,638		36,833		37,065		38,533		38,611		
	⑥		糖尿病医療費		10億6075万円		10億5584万円		10億6377万円		10億8647万円		10億4984万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)(%)		10.6		10.8		11.4		11.0		11.3		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		31億5916万円		32億3985万円		31億4131万円		32億3535万円		31億0833万円		
	⑨		1件当たり(円)		38,946		41,408		42,142		41,864		41,293		
	⑩		糖尿病入院総医療費		15億3835万円		14億2526万円		14億0319万円		13億9492万円		13億6926万円		
	⑪		1件当たり(円)		645,010		640,854		683,152		724,635		711,675		
	⑫		在院日数(日)		16		16		16		16		15		
	⑬		慢性腎不全医療費		11億1012万円		11億1738万円		10億0904万円		10億0609万円		9億9543万円		
	⑭		透析あり		10億6006万円		10億6495万円		9億5527万円		9億4932万円		9億3539万円		
	⑮		透析なし		5005万円		5243万円		5377万円		5677万円		6004万円		
7	①	介護	介護給付費		164億6226万円		175億4591万円		181億6842万円		187億1654万円		193億7610万円		
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		34	1.5	14	0.6	34	1.5	22	0.9	18	0.7	

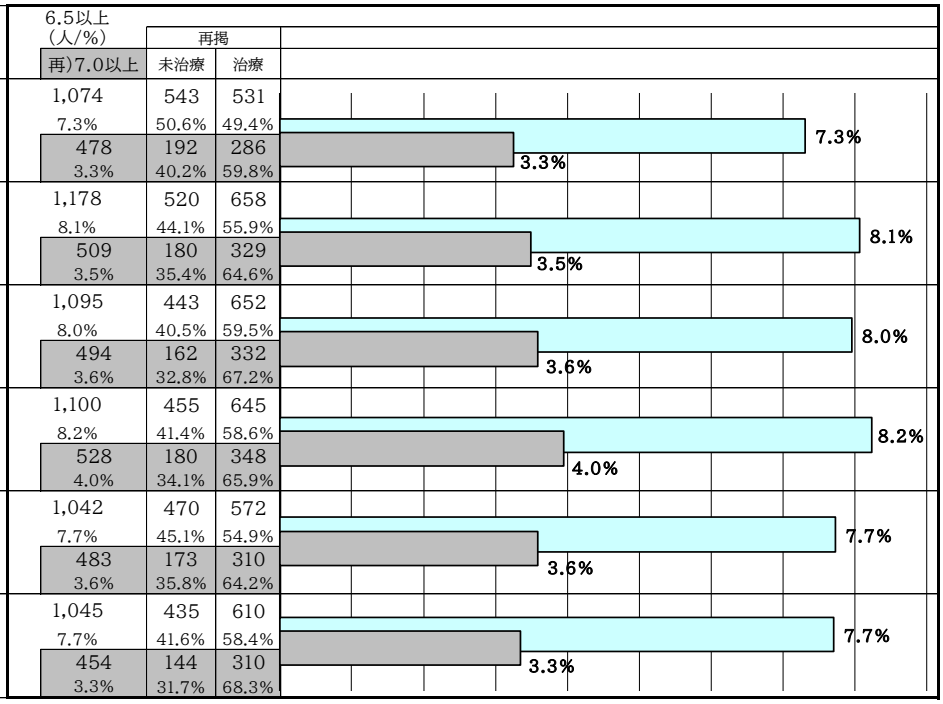
3 特定健康診査結果の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定（人）	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病 合併症予防のための目標		糖尿病 最低限達成が望ましい目標		糖尿病 合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5%以下		5.6～5.9%		6.0～6.4%		6.5～6.9%		7.0～7.9%		8.0%以上		7.4%以上		8.4%以上	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	14,694	7,216	49.1	4,601	31.3	1,803	12.3	596	4.1	343	2.3	135	0.92	275	1.9	90	0.61
H30	14,599	6,753	46.3	4,810	33.0	1,858	12.7	669	4.6	383	2.6	126	0.86	277	1.9	87	0.60
R1	13,767	6,472	47.0	4,449	32.3	1,751	12.7	601	4.4	377	2.7	117	0.85	265	1.9	70	0.51
R2	13,360	6,253	46.8	4,323	32.4	1,684	12.6	572	4.3	403	3.0	125	0.94	277	2.1	83	0.62
R3	13,480	6,561	48.7	4,293	31.9	1,584	11.8	559	4.2	365	2.7	118	0.88	276	2.1	73	0.54
R4	13,564	6,540	48.2	4,297	31.7	1,682	12.4	591	4.4	338	2.5	116	0.86	251	1.9	71	0.52

重症化しやすいHbA1c6.5%以上の人の推移

年度	HbA1c測定（人）	5.5以下（人/%）	5.6～5.9（人/%）	6.0～6.4（人/%）	6.5以上（人/%）	再掲 再)7.0以上	再掲 未治療	再掲 治療
H29	14,694	7,216 49.1%	4,601 31.3%	1,803 12.3%	1,074 7.3%	478 3.3%	192 40.2%	286 59.8%
H30	14,599	6,753 46.3%	4,810 32.9%	1,858 12.7%	1,178 8.1%	509 3.5%	180 35.4%	329 64.6%
R1	13,767	6,472 47.0%	4,449 32.3%	1,751 12.7%	1,095 8.0%	494 3.6%	162 32.8%	332 67.2%
R2	13,360	6,253 46.8%	4,323 32.4%	1,684 12.6%	1,100 8.2%	528 4.0%	180 34.1%	348 65.9%
R3	13,480	6,561 48.7%	4,293 31.8%	1,584 11.8%	1,042 7.7%	483 3.6%	173 35.8%	310 64.2%
R4	13,564	6,540 48.2%	4,297 31.7%	1,682 12.4%	1,045 7.7%	454 3.3%	144 31.7%	310 68.3%



HbA1c測定者の判定値ごとの治療の有無

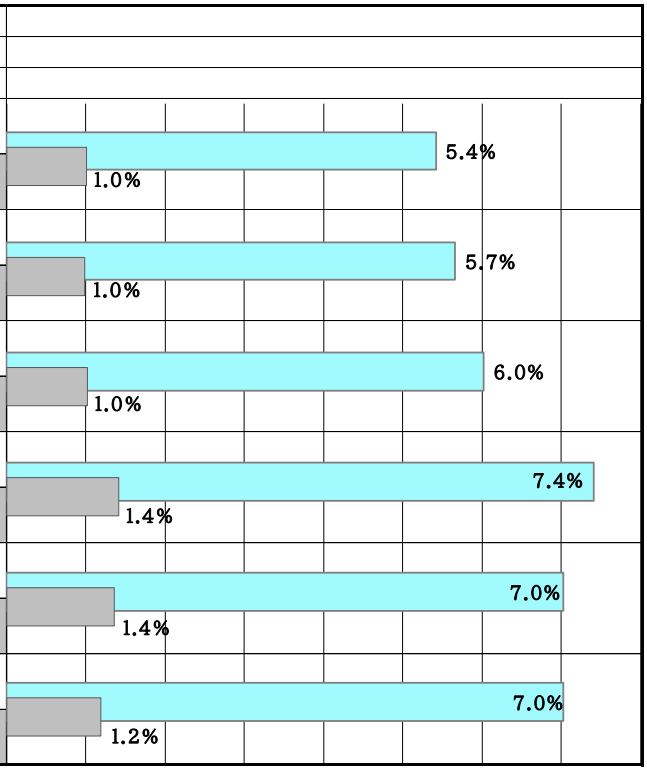
		HbA1c測定者		正常		保健指導判定値 正常高値		保健指導判定値 糖尿病の可能性が否定できない		受診勧奨判定値 糖尿病 合併症予防のための目標		受診勧奨判定値 糖尿病 最低限達成が望ましい目標		受診勧奨判定値 糖尿病 合併症の危険が更に大きくなる		再掲 7.4%以上		再掲 8.4%以上	
		5.5%以下		5.6～5.9%		6.0～6.4%		6.5～6.9%		7.0～7.9%		8.0%以上							
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	961	6.5	48	5.0	106	11.0	276	28.7	245	25.5	213	22.2	73	7.6	165	17.2	45	4.7
	H30	1,080	7.4	56	5.2	105	9.7	261	24.2	329	30.5	250	23.2	79	7.3	187	17.3	51	4.7
	R1	1,100	8.0	48	4.4	112	10.2	288	26.2	320	29.1	267	24.3	65	5.9	175	15.9	34	3.1
	R2	1,079	8.1	57	5.3	110	10.2	267	24.8	297	27.5	275	25.5	73	6.8	180	16.7	43	4.0
	R3	1,032	7.7	52	5.0	125	12.1	283	27.4	262	25.4	246	23.8	64	6.2	178	17.3	30	2.9
	R4	1,067	7.9	59	5.5	118	11.1	280	26.2	300	28.1	249	23.3	61	5.7	163	15.3	32	3.0
治療なし	H29	13,733	93.5	7,168	52.2	4,495	32.7	1,527	11.1	351	2.6	130	0.95	62	0.45	110	0.80	45	0.33
	H30	13,519	92.6	6,697	49.5	4,705	34.8	1,597	11.8	340	2.5	133	0.98	47	0.35	90	0.67	36	0.27
	R1	12,667	92.0	6,424	50.7	4,337	34.2	1,463	11.6	281	2.2	110	0.87	52	0.41	90	0.71	36	0.28
	R2	12,281	91.9	6,196	50.5	4,213	34.3	1,417	11.5	275	2.2	128	1.04	52	0.42	97	0.79	40	0.33
	R3	12,448	92.3	6,509	52.3	4,168	33.5	1,301	10.5	297	2.4	119	0.96	54	0.43	98	0.87	43	0.35
	R4	12,497	92.1	6,481	51.9	4,179	33.4	1,402	11.2	291	2.3	89	0.71	55	0.44	88	0.70	39	0.31

血圧の年次比較

	血圧測定者（人）	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	14,696	3,298	22.4	2,770	18.8	4,815	32.8	3,017	20.5	647	4.4	149	1.0
H30	14,620	3,129	21.4	2,734	18.7	4,833	33.1	3,096	21.2	684	4.7	144	1.0
R1	13,784	3,195	23.2	2,637	19.1	4,321	31.3	2,801	20.3	689	5.0	141	1.0
R2	13,390	2,560	19.1	2,454	18.3	4,362	32.6	3,022	22.6	802	6.0	190	1.4
R3	13,501	2,703	20.0	2,404	17.8	4,444	32.9	3,001	22.2	766	5.7	183	1.4
R4	13,589	2,843	20.9	2,561	18.8	4,259	31.3	2,971	21.9	793	5.8	162	1.2

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の人の推移

年度	健診受診者（人）	正常 正常高値（人/%）	高値（人/%）	Ⅰ度高血圧（人/%）	Ⅱ度高血圧以上（人/%）	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	14,696	6,068 41.3%	4,815 32.8%	3,017 20.5%	796 5.4%	440 55.3%	356 44.7%
					149 1.0%	96 64.4%	53 35.6%
H30	14,620	5,863 40.1%	4,833 33.1%	3,096 21.2%	828 5.7%	484 58.5%	344 41.5%
					144 1.0%	97 67.4%	47 32.6%
R1	13,784	5,832 42.3%	4,321 31.3%	2,801 20.3%	830 6.0%	477 57.5%	353 42.5%
					141 1.0%	91 64.5%	50 35.5%
R2	13,390	5,014 37.4%	4,362 32.6%	3,022 22.6%	992 7.4%	569 57.4%	423 42.6%
					190 1.4%	119 62.6%	71 37.4%
R3	13,501	5,107 37.8%	4,444 32.9%	3,001 22.2%	949 7.0%	560 59.0%	389 41.0%
					183 1.4%	123 67.2%	60 32.8%
R4	13,589	5,404 39.8%	4,259 31.3%	2,971 21.9%	955 7.0%	582 60.9%	373 39.1%
					162 1.2%	108 66.7%	54 33.3%



血圧測定者の判定値ごとの治療の有無

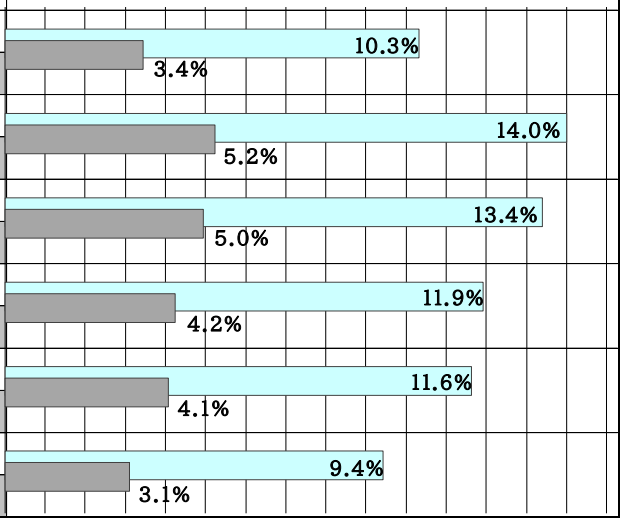
		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	5,558	37.8	623	11.2	964	17.3	2,143	38.6	1,472	26.5	303	5.5	53	1.0
	H30	5,469	37.4	552	10.1	992	18.1	2,119	38.7	1,462	26.7	297	5.4	47	0.9
	R1	5,205	37.8	590	11.3	955	18.3	1,962	37.7	1,345	25.8	303	5.8	50	1.0
	R2	5,191	38.8	491	9.5	888	17.1	1,943	37.4	1,446	27.9	352	6.8	71	1.4
	R3	5,064	37.5	523	10.3	904	17.9	1,913	37.8	1,335	26.4	329	6.5	60	1.2
	R4	5,088	37.4	560	11.0	942	18.5	1,884	37.0	1,329	26.1	319	6.3	54	1.1
治療なし	H29	9,138	62.2	2,675	29.3	1,806	19.8	2,672	29.2	1,545	16.9	344	3.8	96	1.1
	H30	9,151	62.6	2,577	28.2	1,742	19.0	2,714	29.7	1,634	17.9	387	4.2	97	1.1
	R1	8,579	62.2	2,605	30.4	1,682	19.6	2,359	27.5	1,456	17.0	386	4.5	91	1.1
	R2	8,199	61.2	2,069	25.2	1,566	19.1	2,419	29.5	1,576	19.2	450	5.5	119	1.5
	R3	8,437	62.5	2,180	25.8	1,500	17.8	2,531	30.0	1,666	19.7	437	5.2	123	1.5
	R4	8,501	62.6	2,283	26.9	1,619	19.0	2,375	27.9	1,642	19.3	474	5.6	108	1.3

LDLコレステロールの年次比較

		LDL測定者（人）	正常 120未満		保健指導判定値 120～139		受診勧奨判定値 140～159		160～179		180以上	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	14,698	7,106	48.3	3,742	25.5	2,333	15.9	1,011	6.9	506	3.4
	H30	14,617	6,310	43.2	3,630	24.8	2,630	18.0	1,283	8.8	764	5.2
	R1	13,784	6,110	44.3	3,456	25.1	2,370	17.2	1,165	8.5	683	5.0
	R2	13,387	6,278	46.9	3,254	24.3	2,260	16.9	1,027	7.7	568	4.2
	R3	13,499	6,530	48.4	3,238	24.0	2,162	16.0	1,018	7.5	551	4.1
	R4	13,589	7,195	52.9	3,260	24.0	1,852	13.6	860	6.3	422	3.1
男性	H29	6,249	3,445	55.1	1,497	24.0	833	13.3	331	5.3	143	2.3
	H30	6,247	3,166	50.7	1,468	23.5	973	15.6	399	6.4	241	3.9
	R1	5,849	3,006	51.4	1,404	24.0	858	14.7	377	6.4	204	3.5
	R2	5,701	3,040	53.3	1,299	22.8	838	14.7	349	6.1	175	3.1
	R3	5,766	3,176	55.1	1,287	22.3	804	13.9	347	6.0	152	2.6
	R4	5,819	3,423	58.8	1,286	22.1	696	12.0	284	4.9	130	2.2
女性	H29	8,449	3,661	43.3	2,245	26.6	1,500	17.8	680	8.0	363	4.3
	H30	8,370	3,144	37.6	2,162	25.8	1,657	19.8	884	10.6	523	6.2
	R1	7,935	3,104	39.1	2,052	25.9	1,512	19.1	788	9.9	479	6.0
	R2	7,686	3,238	42.1	1,955	25.4	1,422	18.5	678	8.8	393	5.1
	R3	7,733	3,354	43.4	1,951	25.2	1,358	17.6	671	8.7	399	5.2
	R4	7,770	3,772	48.5	1,974	25.4	1,156	14.9	576	7.4	292	3.8

重症化しやすいLDLコレステロール160mg/dl以上の人の推移

年度	健診受診者（人）	120未満（人/%）	120～139（人/%）	140～159（人/%）	160以上（人/%）	再掲 再)180以上	再掲 未治療	再掲 治療
H29	14,698	7,106 48.3%	3,742 25.5%	2,333 15.9%	1,517 10.3%	506 3.4%	1,385 91.3%	132 8.7%
							469 92.7%	37 7.3%
H30	14,617	6,310 43.2%	3,630 24.8%	2,630 18.0%	2,047 14.0%	764 5.2%	1,845 90.1%	202 9.9%
							693 90.7%	71 9.3%
R1	13,784	6,110 44.3%	3,456 25.1%	2,370 17.2%	1,848 13.4%	683 5.0%	1,655 89.6%	193 10.4%
							624 91.4%	59 8.6%
R2	13,387	6,278 46.9%	3,254 24.3%	2,260 16.9%	1,595 11.9%	568 4.2%	1,439 90.2%	156 9.8%
							509 89.6%	59 10.4%
R3	13,499	6,530 48.4%	3,238 24.0%	2,162 16.0%	1,569 11.6%	551 4.1%	1,442 91.9%	127 8.1%
							506 91.8%	45 8.2%
R4	13,589	7,195 52.9%	3,260 24.0%	1,852 13.6%	1,282 9.4%	422 3.1%	1,166 91.0%	116 9.0%
							381 90.3%	41 9.7%



LDLコレステロール測定者の判定値ごとの治療の有無

		LDL測定者		正常 120未満		保健指導判定値 120～139		受診勧奨判定値 140～159		160～179		180以上	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	3,941	26.8	2,643	67.1	849	21.5	317	8.0	95	2.4	37	0.9
	H30	4,067	27.8	2,528	62.2	905	22.3	432	10.6	131	3.2	71	1.7
	R1	4,011	29.1	2,500	62.3	931	23.2	387	9.6	134	3.3	59	1.5
	R2	4,080	30.5	2,751	67.4	857	21.0	316	7.7	97	2.4	59	1.4
	R3	4,146	30.7	2,899	69.9	807	19.5	313	7.5	82	2.0	45	1.1
	R4	4,149	30.5	3,058	73.7	745	18.0	230	5.5	75	1.8	41	1.0
治療なし	H29	10,757	73.2	4,463	41.5	2,893	26.9	2,016	18.7	916	8.5	469	4.4
	H30	10,550	72.2	3,782	35.8	2,725	25.8	2,198	20.8	1,152	10.9	693	6.6
	R1	9,773	70.9	3,610	36.9	2,525	25.8	1,983	20.3	1,031	10.5	624	6.4
	R2	9,307	69.5	3,527	37.9	2,397	25.8	1,944	20.9	930	10.0	509	5.5
	R3	9,353	69.3	3,631	38.8	2,431	26.0	1,849	19.8	936	10.0	506	5.4
	R4	9,440	69.5	4,137	43.8	2,515	26.6	1,622	17.2	785	8.3	381	4.0

4 用語の解説

用語	解説
高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者の適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査などの実施に関する措置を講ずることなどを定めています。
特定健康診査	平成 20 年(2008 年)4 月から、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき導入された健康診査です。生活習慣病の予防や重症化を防ぐために、保険者が 40 歳から 74 歳までの医療保険の加入者を対象に、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目して行われます。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、運動習慣や食生活、喫煙といった生活習慣を見直すために行う保健指導です。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があります。
生活習慣病	食生活、運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣がその発症・進行に関与する疾患の総称です。代表的な病気としては、悪性新生物(がん)、心臓病、脳卒中、高血圧、脂質異常症、肥満、糖尿病などがあります。
レセプト	医療機関が診療を行ったときの医療費を保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書のことです。「診療報酬」は、診察・治療・処方などの医療行為について、個々の技術・サービスを点数化した診療報酬点数表をもとに算出されます。
健康寿命	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です。
神奈川県国民健康保険団体連合会	国民健康保険団体連合会は国民健康保険法第83条に基づき、会員である保険者(市町村及び国民健康保険組合)が共同でその目的を達成するため必要な事業を行うことを目的に設立された公法人で、設立に当たっては都道府県知事の認可を必要とし、全国 47 都道府県にそれぞれ設立されています。
メタボリックシンドローム	内臓脂肪の蓄積に加えて、高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指します。
平均自立期間	日常生活動作が自立している期間の平均とし、要介護認定における要介護 2 以上になるまでの期間を指します。
ナッジ理論	ナッジ(nudge)とは、「そっと後押しする」という意味で、行動経済学を活用し、対象者に選択の余地を残しながらもより良い方向に誘導する手法のことです。

用語	解説
HbA1c（ヘモグロビンエーワンシ―）	HbA1cの検査値は、過去1～2か月間の平均の血糖値を反映するため、糖尿病の疑いがないか調べることができます。
ジェネリック医薬品（後発医薬品）	先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に製造・販売される、「先発医薬品と同じ有効成分を同量含んでおり、先発医薬品と同等の効き目がある」と認められた医薬品です。先発医薬品に比べ開発費が少ないために、価格を低く抑えることができます。
ヘルスサポートラボツール	合同会社ヘルスサポートラボが作成している KDB システムからのデータを加工し分析するためのツールです。特定健診のデータは、健診受診者全数を用いているため、特定健康診査等の実施状況（法定報告）の値とは異なります。
特定健康診査等の実施状況（法定報告）	保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、毎年度、特定健康診査等の実施状況に関する結果を報告することとされています。特定健康診査等の実施状況（法定報告）の確定は翌年度の 11 月です。特定健康診査対象者は当該年度の 1 年間を通じて加入している人で、妊産婦その他厚生労働大臣が定める人を除くため、健診受診者全数とは異なります。

平塚市国民健康保険
第2期データヘルス計画（第4期特定健康診査等実施計画）
令和6年度～令和11年度

令和6年3月発行

編集・発行　　平塚市健康・こども部保険年金課
〒254-8686　神奈川県平塚市浅間町9番1号
電　話　0463-23-1111（代表）
F A X　0463-21-9742
e-mail　honen@city.hiratsuka.kanagawa.jp