

東松山市

第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画)
第4期 特定健康診査等実施計画
(令和6年度～令和11年度)



令和6年3月

目次

内 容		ページ	特定健康診 査等実施計 画に該当す る箇所
第1章	計画の基本的事項		
	1 基本的事項(計画の趣旨・期間)	1	○
	2 実施体制(関係者連携)	1	○
第2章	現状認識		
	1 基本情報	2	
	2 東松山市の特性	3	
	3 前期計画の評価	4	○
第3章	健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出		
	1 標準化死亡比・平均寿命・健康寿命	7	
	2 医療費の分析	9	
	3 特定健康診査・特定保健指導の状況	17	○
	4 介護に関する状況	26	
	5 循環器系疾患	28	
	6 分析のまとめ	29	
第4章	データヘルス計画(保健事業全体)の目的等		
	1 計画全体における目的	30	
	2 1を達成するための目的、目標、関連する個別保健事業	30	○
第5章	特定健康診査・特定保健指導の実施		
	1 実施目標	36	○
	2 特定健康診査等の対象者数	36	○
	3 特定健康診査の実施方法	36	○
	4 特定保健指導の実施方法	37	○
	5 年間スケジュール	38	○
	6 その他	38	○
第6章	健康課題を解決するための個別の保健事業		
	1 特定健康診査受診率向上事業	39	○
	2 特定保健指導利用率向上事業	41	○
	3 糖尿病性腎症重症化予防事業	43	
	4 生活習慣病重症化予防事業	46	
	5 医療適正化対策事業	50	
	6 地域包括ケア及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する取組	53	
第7章	その他		
	1 個別の保健事業及びデータヘルス計画(保健事業全体)の評価・見直し	55	○
	2 計画の公表・周知	55	○
	3 個人情報の取扱い	55	○

第1章 計画の基本的事項

1 基本的事項(計画の趣旨・期間)

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

更に、平成26年3月に発出された国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、市町村国保及び国民健康保険組合は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが示されました。

これらを受け、本市では、平成28年9月に第1期データヘルス計画を、平成30年3月には第2期データヘルス計画を策定し、当該計画に基づき、様々な保健事業を進めてきました。

この度、第2期データヘルス計画の対象期間が満了を迎えることから、これまでの取組の成果と課題を検証しつつ、国保被保険者の健康の保持増進のみでなく、後期高齢者医療被保険者の健康づくりも見据えた計画を策定しました。

なお、本計画は高齢者の医療の確保に関する法律第19条に規定する特定健康診査等実施計画を兼ねるものとしします。

また、本計画は、市の最上位計画である第五次東松山市総合計画を念頭に、健康増進法に基づく「健康日本21」に示された基本的な方針を踏まえるとともに、埼玉県健康長寿計画、埼玉県医療費適正化計画、埼玉県国民健康保険運営方針、埼玉県後期高齢者医療広域連合が策定する高齢者保健事業実施計画、第3次ひがしまつやま健康プラン21及び第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画と調和のとれたものとしします。

本計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度です。令和8年を中間年とし、社会経済情勢や計画の進捗状況を踏まえ、計画の見直しを行います。

2 実施体制(関係者連携)

本計画は、庁内の各部局横断的な実施体制を基盤とし、国保財政運営の責任主体である埼玉県をはじめ、地域の医療関係団体、埼玉県国民健康保険団体連合会等との協力・連携を図りながら、推進します。

第2章 現状認識

1 基本情報

(1) 人口及び国保被保険者数の推移

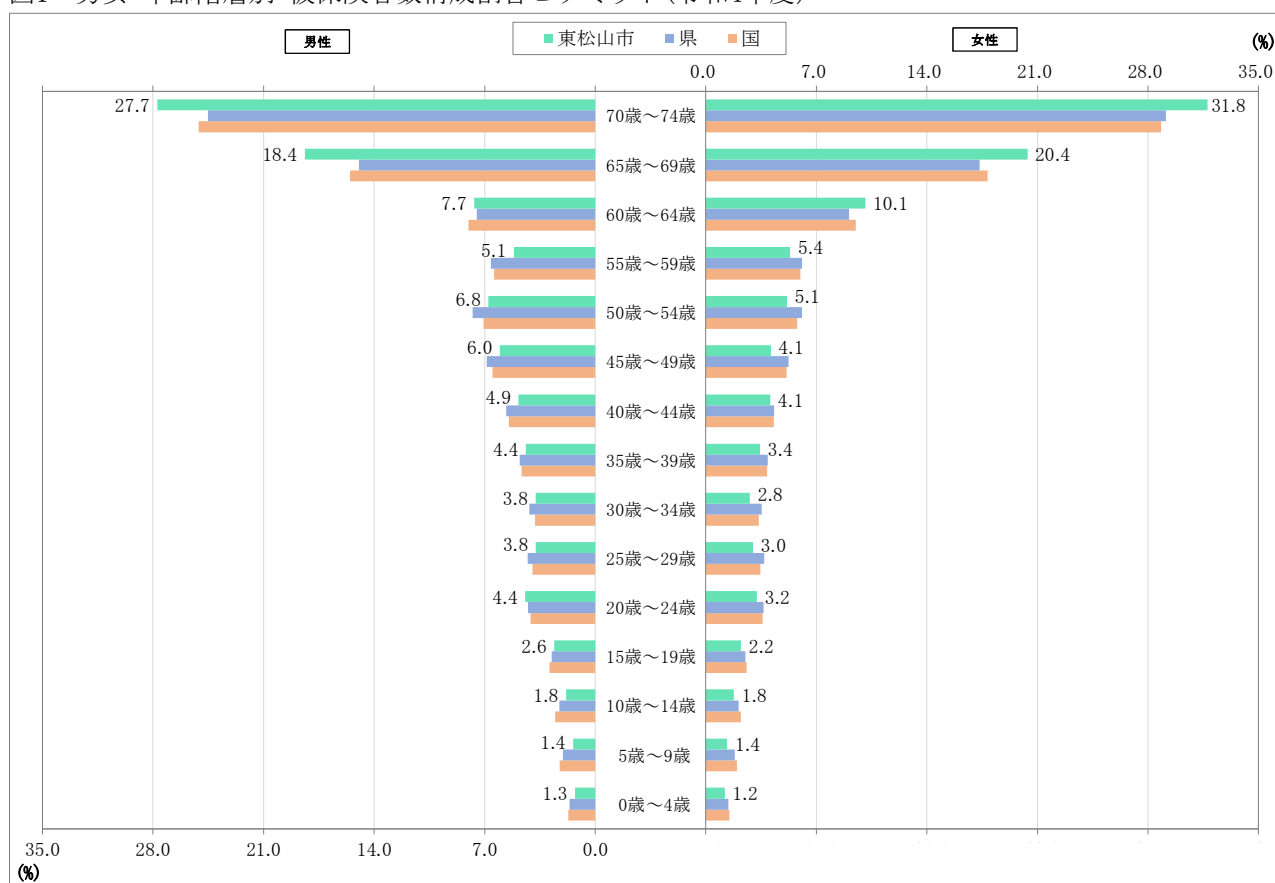
以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は29.1%であり、県との比較で1.1倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は19,241人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は21.2%、被保険者の平均年齢は55.4歳です。国民健康被保険者数は年々減少していますが、60歳以上75歳未満の加入者が全体の6割を占めています。

表1 人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(%) (65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率(%)	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率(%)	死亡率(%)
東松山市	90,659	29.1	19,241	21.2	55.4	5.9	10.2
県	7,128,566	27.1	1,423,841	20.0	53.2	6.6	9.9
国	123,214,261	28.7	24,660,500	20.0	53.4	6.8	11.1

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
住民基本台帳 10月1日基準

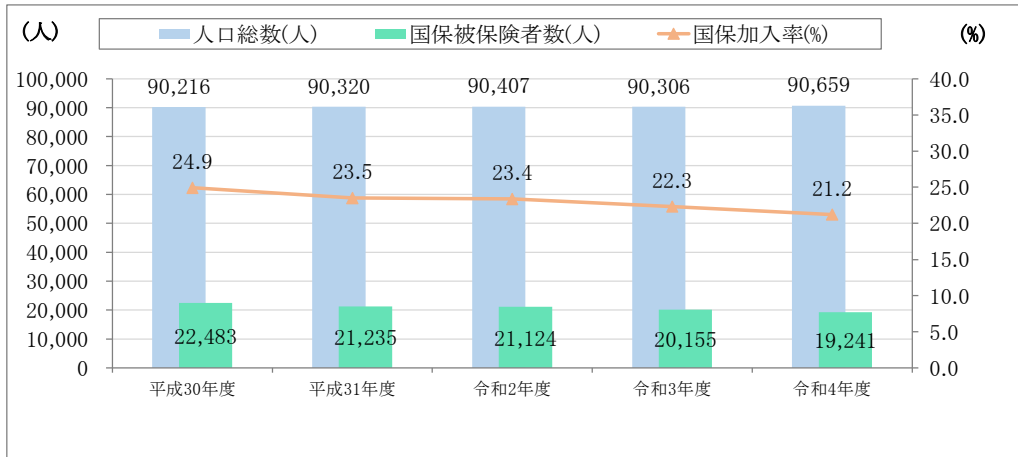
図1 男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数は平成30年度の22,483人より3,242人減少して19,241人となっています。

図2 年度別 被保険者数



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
住民基本台帳 各年度10月1日基準

2 東松山市の特性

(1) 地理的・社会的背景

本市は埼玉県のはぼ中央に位置し、比企丘陵の豊かな自然に囲まれた人口約9万人のまちです。比企丘陵の豊かな緑に囲まれながら、東武東上線池袋駅まで約50分という便利さで、関越自動車道東松山ICが市の中央に位置し、圏央道へのアクセスも良好です。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。千人当たりの病院数、病床数は県と比較すると多い一方、千人当たりの医師数は県より少ない状況です。

表2 医療提供体制(令和4年度)

医療項目	東松山市	県	国
千人当たり			
病院数(軒)	0.4	0.2	0.3
診療所数(軒)	3.2	3.1	4.2
病床数(床)	60.6	44.2	61.1
医師数(人)	8.1	9.6	13.8
外来患者数(人)	672.3	668.6	709.6
入院患者数(人)	16.0	15.4	18.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

3 前期計画の評価

ここでは、第2期データヘルス計画の評価の概要として、前期計画で掲げた目標に対する達成状況と、個別保健事業の評価のまとめを記載しています。

(1) 計画全体の評価

目的 生活習慣病の予防を促進し、健康寿命の延伸を図る

表3 計画全体の指標と評価

指標	目標	指標の変化	評価
平均寿命* (p. 8 参照)	延伸	男 H30年 80.80年 R 3年 81.87年 女 H30年 86.81年 R 3年 86.91年	達成
65歳健康寿命* (p. 8 参照)	延伸	男 H30年 17.64年 R 3年 18.15年 女 H30年 20.29年 R 3年 20.85年	達成
生活習慣病一人当たり 医療費** (p. 12 参照)	減少	H30年度 53,202円 R 4年度 51,583円	達成
特定健康診査受診率 (p. 17 参照)	39.0%	H30年度 37.7% R 4年度 41.3%	達成
特定保健指導実施率 (p. 19 参照)	18.5%	H30年度 12.0% R 4年度 17.6%	未達成

* 埼玉県健康寿命算出ソフト「健寿君」

** 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 個別保健事業の評価のまとめ

表4 個別保健事業の評価のまとめ

事業名	実施状況	成果と課題	今後の方向性
特定健康診査等 未受診者対策事業	受診勧奨者の選定に際して、AI分析を導入したことをはじめ、ハガキとショートメッセージサービス(以下、SMS)による受診勧奨の実施。更に、令和4年度から健診に係る自己負担金を無料としました。	感染症の流行により、対象者の受診控えが影響し、令和2年度に受診率が落ち込んだものの、令和4年度の法定報告では目標値を上回る41.3%まで向上しました。 更なる受診率向上のためには、健診体制の整備や医療機関を受診中であることを理由に未受診となっている者への対応が課題です。	実施方法を見直して 継続実施
特定保健指導 未利用者への 利用勧奨	保健指導の実施体制について毎年見直しを行いながら、ICT技術の活用や健診当日に保健指導を実施する体制を整備しました。	保健指導実施率は17.0%台で推移しており、目標は未達成となりました。 保健指導強化期間の日程と勧奨期間が短いと利用勧奨が難しくなるため、日程について再考する必要があります。 また、保健指導の対象者が自ら申し込むことが少なく、特に若い世代の利用率が低いことから、魅力的なインセンティブを取り入れるなど、新しい切り口を検討することも課題の一つです。	実施方法を見直して 継続実施
高血圧 未治療者対策	KDBシステムの構築により、対象者の健診結果や受診履歴の把握が容易になり、個別相談会の対象者の見直し等を通じて、重症化しやすい対象者へ直接アプローチを行うことができました。	医療機関の受診開始や生活改善につながるなど、より効果が高い事業となりました。 複数回受診勧奨をしても、受診に至らない者が一定数存在するため、それらへの対応が課題です。	実施方法を見直して 継続実施
生活習慣病 重症化予防対策 ①保健指導	保健指導の実施に当たり、相応の費用が生じるものの、利用希望者が少ない状況です。 感染症の流行により、医療機関の協力体制が得られにくかったことも一因と言えます。	目標は未達成となりました。評価指標である検査結果の提供にばらつきがあるため、同条件で比較することも困難でした。 保健指導の希望者が少ないことや、途中で辞退する者が発生する等への対応が課題です。	評価方法を見直して 継続実施
生活習慣病 重症化予防対策 ②受診勧奨	各年度によって実施方法・時期の見直しを行いながら、実施しています。 県事業との合同実施ですが、市独自の受診勧奨を追加することで、より重症化しやすい医療中断者に対しても勧奨を行いました。	目標は達成しており、中断者についても、市の保健師が訪問することで、受診状況の確認や受診勧奨をスムーズに行うことができました。	一定の効果あり、 継続実施

事業名	実施状況	成果と課題	今後の方向性
生活習慣病 重症化予防対策 ③腎臓病予防教室	感染症の影響を考慮し、実施方法等をその都度工夫しながら実施しました。	目標は達成しており、参加者が自身の事として、生活を見直す良い機会となっています。 一方で、開催時期により、対象者が限定されることが課題と言えます。	実施方法を見直して継続実施
医療費適正化対策 ①重複頻回受診者への訪問相談案内通知	対象者の抽出条件のうち、該当月を3か月連続している者とし、年2回の通知発送としていたところ、対象者が重複することから、年1回の発送に変更しました。 対象者自ら相談を希望することはなく、訪問により面談ができた者について状況確認をしました。	目標はおおむね達成できましたが、薬剤の処方日数を考慮し、対象者抽出の条件設定や実施方法の見直しが必要です。	実施方法を見直して継続実施
医療費適正化対策 ②重複服薬者への訪問相談案内通知	埼玉県国民健康保険団体連合会から提供される対象者リストを活用しながら、東松山薬剤師会の協力を得て、お薬相談会の開催、対象者選定時の相談等を行いました。	目標は達成していますが、より相談しやすい体制を整備するとともに、対象者の選定基準や選定方法の見直しが課題です。	実施方法を見直して継続実施
医療費適正化対策 ③後発医薬品利用差額通知	差額通知の送付や様々な媒体を通じた普及啓発等により、後発医薬品(以下、ジェネリック)の利用促進を図りました。	ジェネリックのシェア率は81.2%となり、目標値を達成できました。数量シェア率や切替割合の効果もわずかではあるものの、増加しています。	一定の効果あり、継続実施
医療費適正化対策 ④特定健康診査及びがん検診等の周知・啓発事業	感染症の流行により、周知啓発の場として活用していたイベントが軒並みに中止になった一方、新型コロナワクチンの接種会場で周知・啓発を行うなどの取組を実施しました。 また、がん検診と集団健診の同日実施の日程を増やしました。	目標は達成しましたが、通知物における当該事業の掲載内容や評価指標のそのもの見直しが必要と言えます。	実施方法を見直して継続実施

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1 標準化死亡率・平均寿命・健康寿命

(1) 標準化死亡率

以下は、本市の平成30年から令和3年における、標準化死亡率を年別に示したものです。本市は、県と比較し、低い傾向にあります。

表5 年別 標準化死亡率※

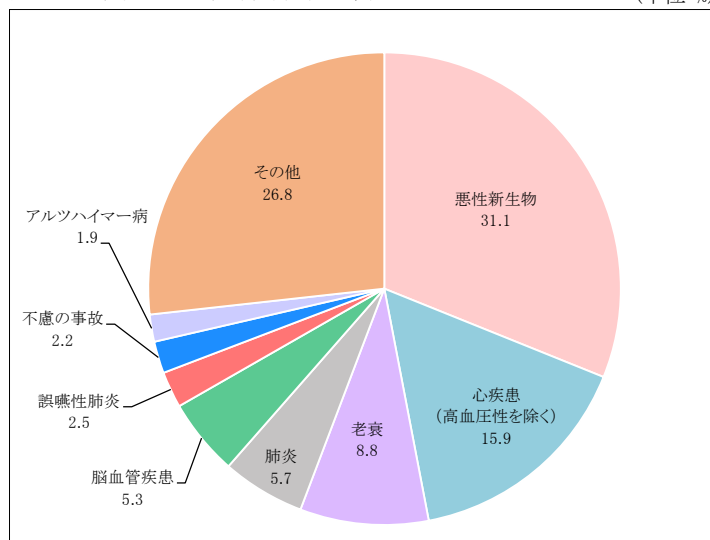
標準化死亡率	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年
男性 県	100	100	100	100
東松山市	102	97	97	100
女性 県	100	100	100	100
東松山市	92	101	99	98
総数 県	100	100	100	100
東松山市	98	99	98	99

出典：健康指標総合ソフト「経年変化」

※標準化死亡率とは、年齢構成が異なる市町村間において、死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出したものです。100より大きい場合は、平均より死亡率が高いことを示します。

以下は、本市の令和3年における、死因別死亡割合を示したものです。令和3年の死因別死亡割合において、悪性新生物が最も高く、31.1%を占めています。

図3 死因別死亡割合(令和3年) (単位:%)



出典：健康指標総合ソフト「現状」

小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合があります。

以下は、本市の平成26年から平成30年及び平成29年から令和3年の各5年間から算出した標準化死亡比を示したものです。特に、心疾患、虚血性心疾患等の生活習慣病に起因する疾患が県と比較して高くなっています。

表6 標準化死亡比(平成26年～平成30年)

	悪性新生物	心疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺	不慮の事故
男	99.5	102.6	119.7 **	105.6	111.8	110.9	97.3
女	106.7	104.5	118.8 *	98.5	102.0	75.1	113.8
総数	102.7	103.7	119.6 **	102.4	107.7	99.8	104.1

出典:健康指標総合ソフト「経年変化」

(SMR検定 * ; P<0.05、** ; P<0.01)

表7 標準化死亡比(平成29年～令和3年)

	悪性新生物	心疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺	不慮の事故
男	102.5	99.6	109.3	95.5	105.0	109.7	120.0
女	105.0	104.5	111.0	83.1 *	102.7	116.3	108.7
総数	103.9	102.2	110.3	89.8	104.2	112.1	115.6

出典:健康指標総合ソフト「経年変化」

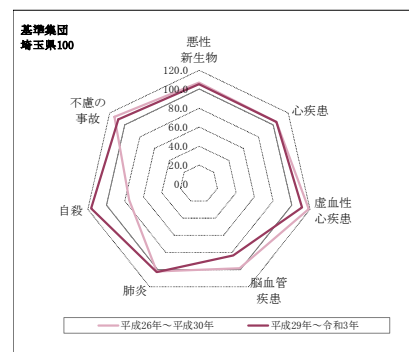
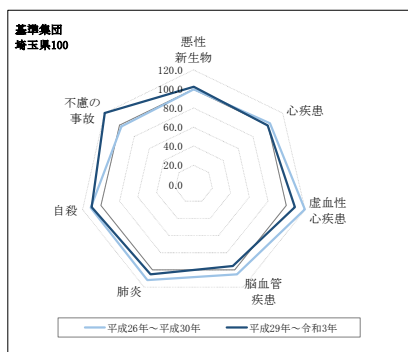
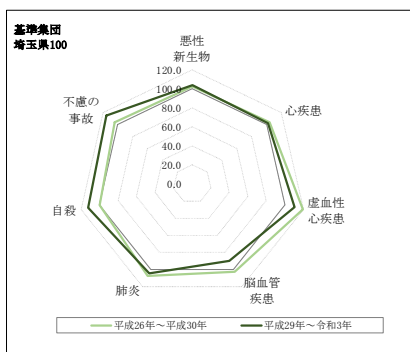
(SMR検定 * ; P<0.05、** ; P<0.01)

図4 標準化死亡比(平成26年～平成30年、平成29年～令和3年)

(東松山市全体)

(男性)

(女性)



出典:健康指標総合ソフト「経年変化」

(2) 平均寿命・健康寿命

以下は、令和3年までの平均寿命と健康寿命の状況を示したものです。平均寿命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命(平均寿命)を示しています。健康寿命は、65歳の人々が自立した生活を送ることができる期間を指し、具体的には65歳になった人が要介護2以上になるまでの平均的な期間を算出したものです。本市の平均寿命、健康寿命は、男女ともわずかながら伸びています。

表8 年別 平均寿命と健康寿命

項目	平均寿命(年)		健康寿命(年)	
	男性	女性	男性	女性
平成30年	80.80	86.81	17.64	20.29
平成31年	81.22	86.78	17.82	20.48
令和2年	81.80	86.67	18.21	20.77
令和3年	81.87	86.91	18.15	20.85

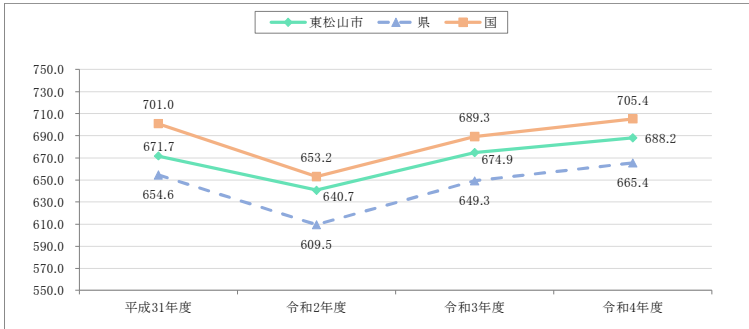
出典:埼玉県の健康寿命算出ソフト「健寿君」

2 医療費の分析

(1) 医療費の推移

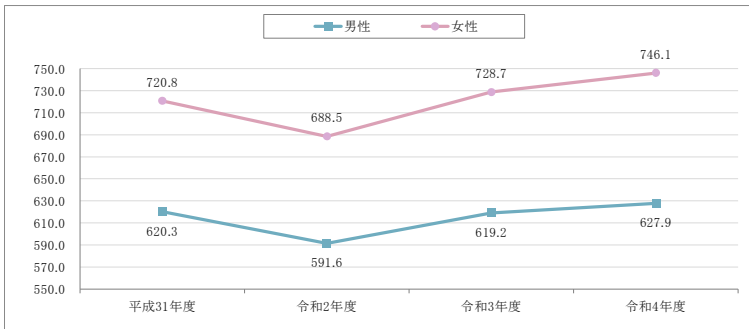
以下は、平成31年度から令和4年度における、医科受診率を示したものです。医科受診率とは、「(レセプト数 / 被保険者数) × 1,000」で算出しており、一月における、1,000人当たりの受診率を表しています。本市の医科の受診率は県と比較して高く、増加傾向にあります。

図5 年度別 医科受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析の経年比較」

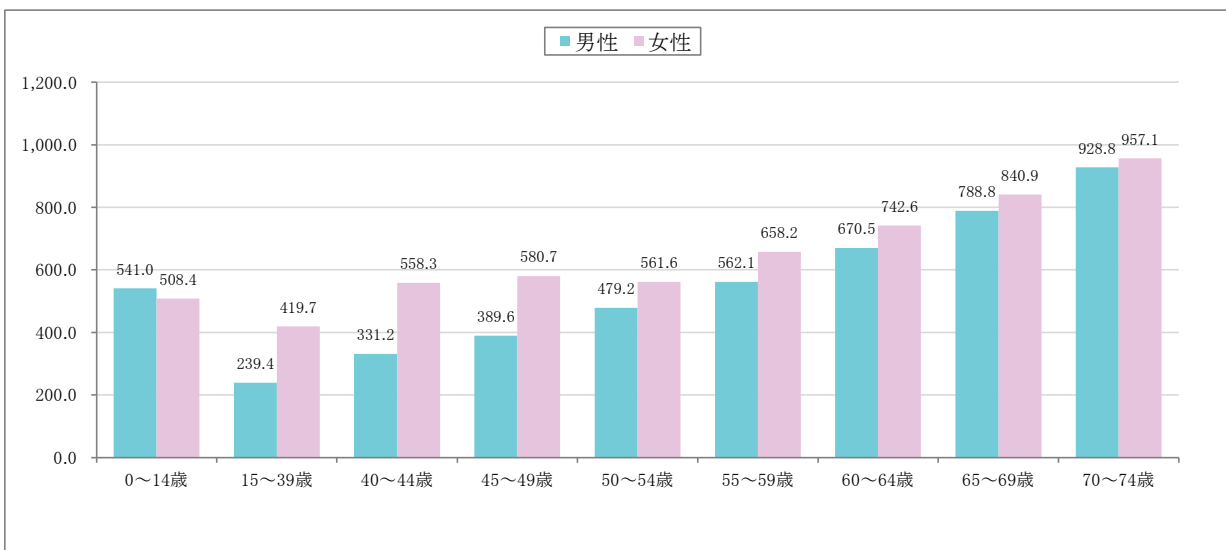
図6 年度・男女別 医科受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析の経年比較」

以下は、本市の令和4年度における、医科受診率を年齢階層別に示したものです。年齢が高くなるにつれ、医科の受診率も高い傾向にあります。

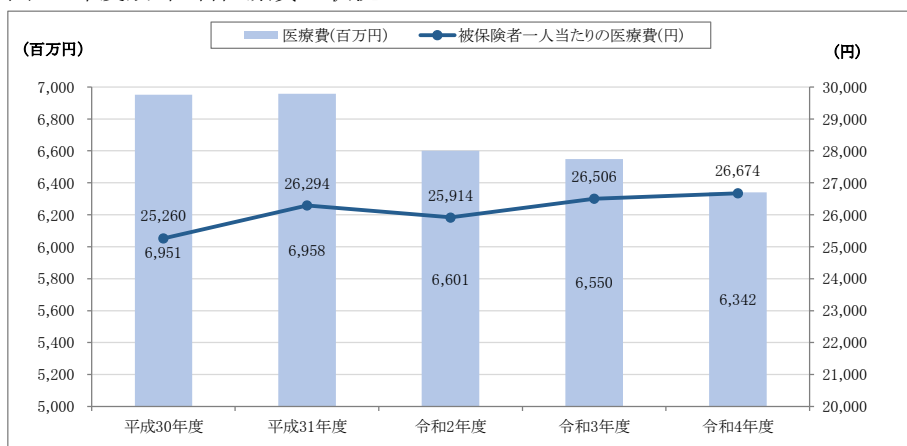
図7 男女・年齢階層別 医科受診率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析の経年比較」

以下は、本市の医科医療費の状況を示したものです。医療費の総額は減少していますが、被保険者一人当たり医療費は年々増加傾向にあります。

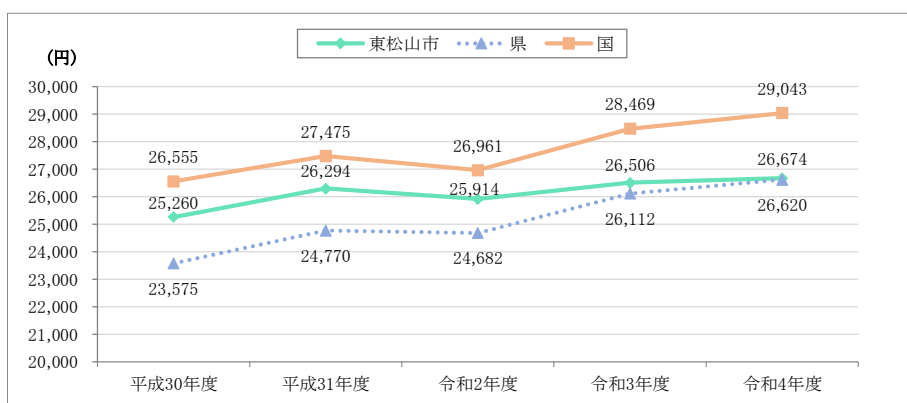
図8 年度別 医科医療費の状況



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

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医科医療費について、国と県との比較を示したものです。被保険者一人当たり医科医療費は国に比べていずれの年も低いものの、県との比較では令和4年度にほぼ同水準になっています。

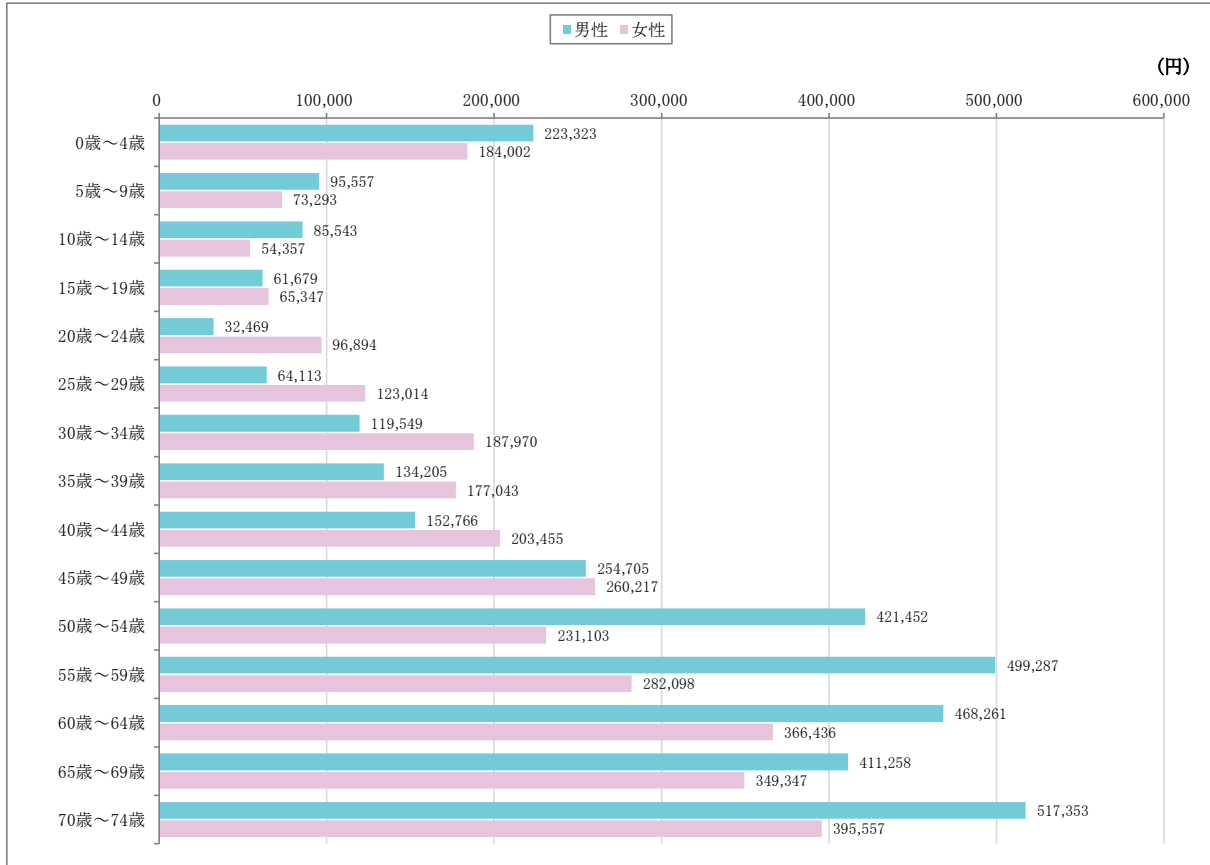
図9 年度別 被保険者一人当たりの医科医療費



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

以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医科医療費を男女年齢階層別に示したものです。20歳以降は年齢が高いほど被保険者一人当たりの医療費も高くなっています。特に、50歳以上では男女間の差が大きく、男性の一人当たり医療費が高くなっています。

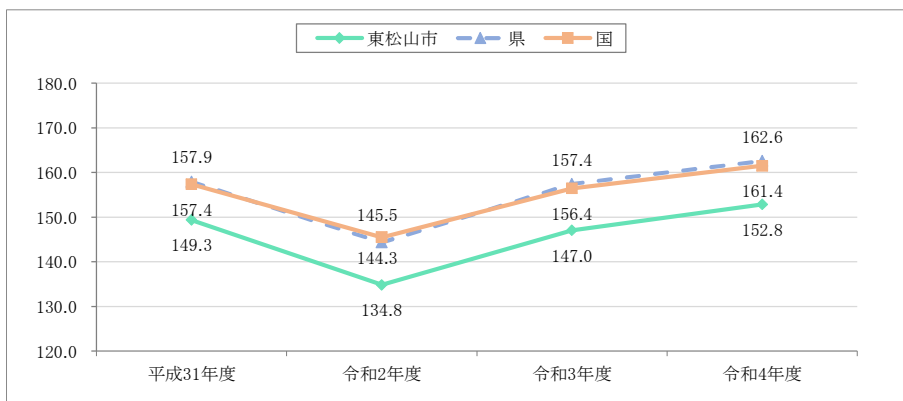
図10 男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医科医療費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

以下は、平成31年度から令和4年度における、歯科受診率を示したものです。歯科受診率とは「(レセプト数 / 被保険者数) × 1,000」で算出しており、一月における、1,000人当たりの受診率を表しています。本市の歯科の受診率は、県や国と比較して低いものの、増加傾向にあります。

図11 年度別 歯科受診率

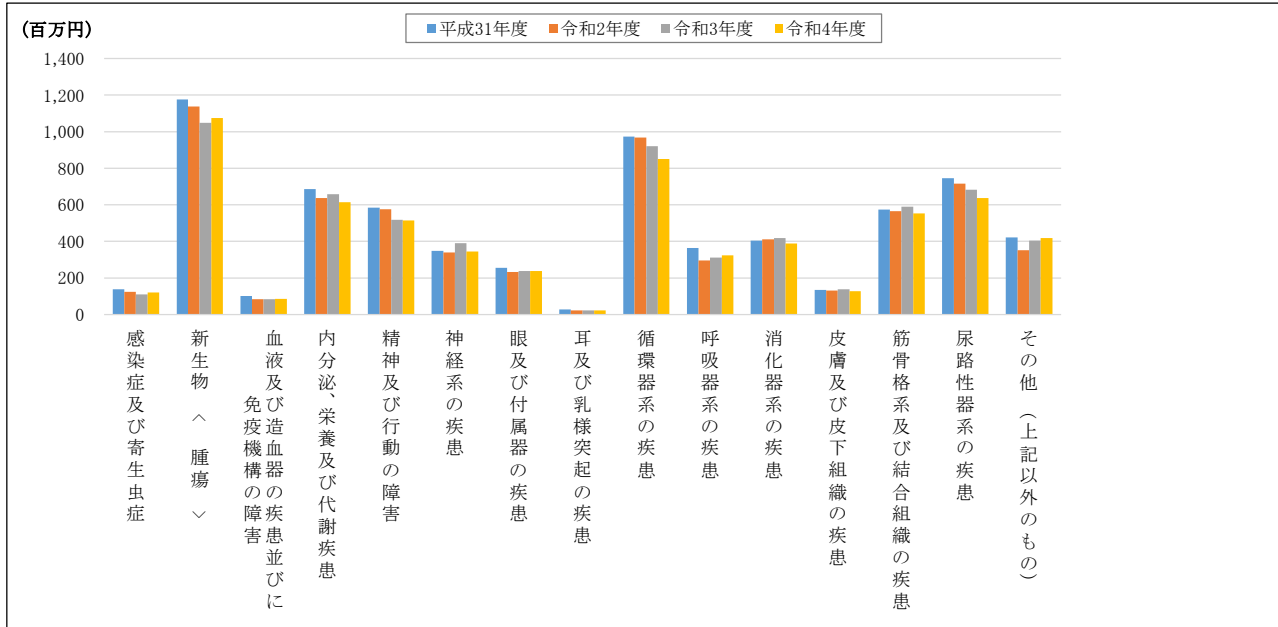


出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析の経年比較」

(2) 疾病別医療費

以下は、大分類による疾病別医療費を示したものです。令和4年度では「新生物<腫瘍>」、「循環器系の疾患」、「尿路性器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の順に医療費が高くなっています。

図12 年度別 大分類による疾病別医療費



以下は、生活習慣病一人当たり医療費を示したものです。糖尿病の一人当たり医療費は高い水準で推移しています。高血圧症の一人当たり医療費は横ばいであるのに対し、重症化疾患である脳梗塞は増加傾向にあります。

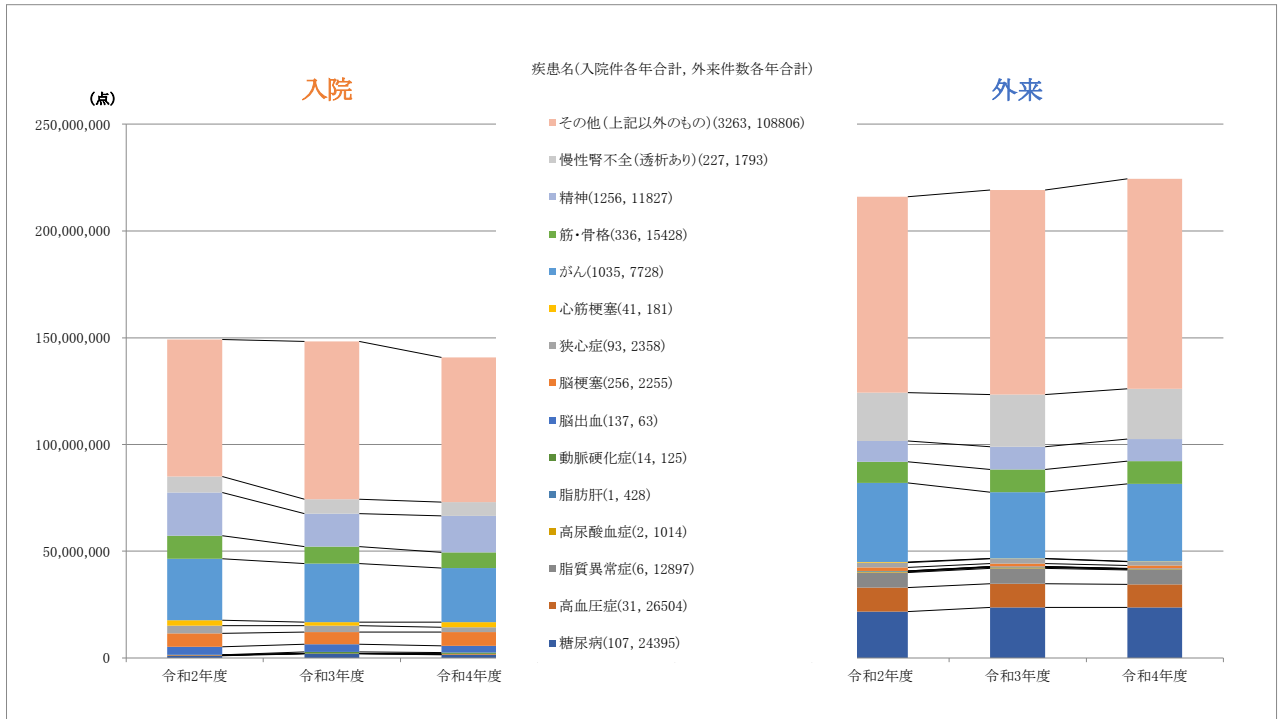
表9 生活習慣病一人当たり医療費

(単位:円)

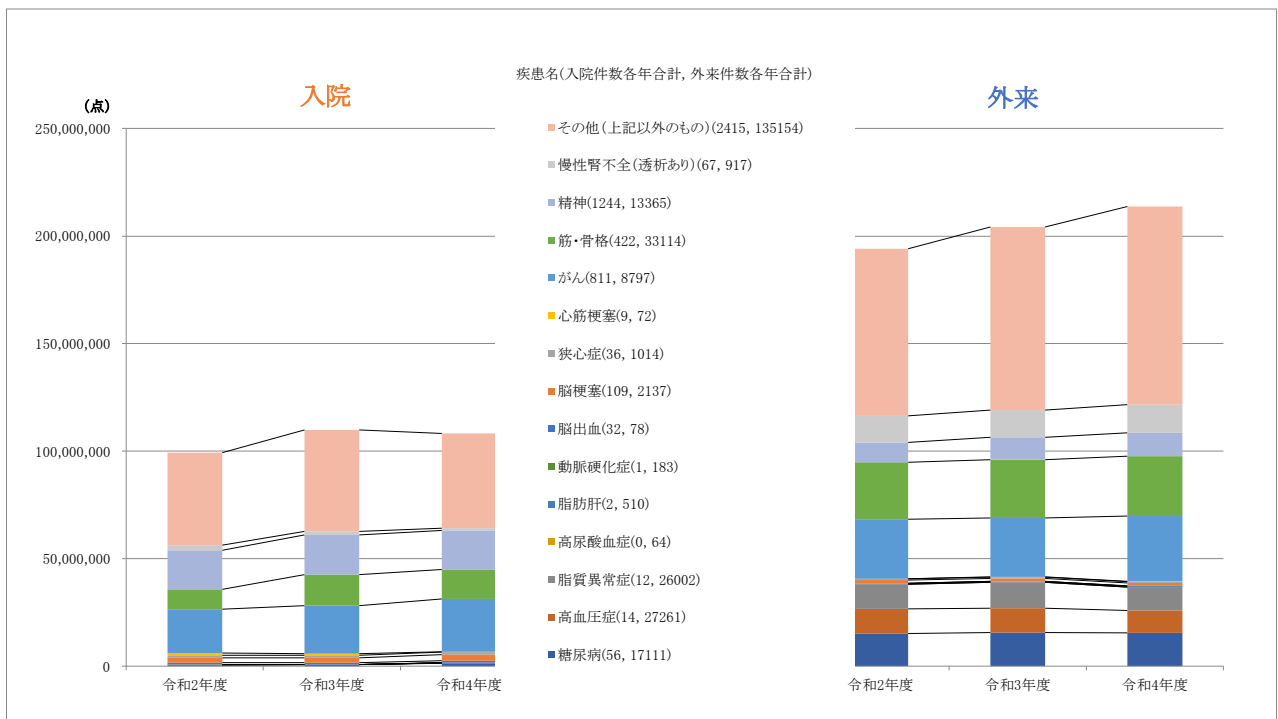
疾病名		平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
基礎疾患	糖尿病	17,536	18,891	18,081	20,006	19,831
	高血圧症	11,663	11,646	10,898	10,970	10,414
	脂質異常症	9,690	9,792	8,920	9,196	8,440
	高尿酸血症	154	194	176	219	195
	脂肪肝	229	220	279	290	393
	動脈硬化症	578	277	218	428	328
重症化	脳出血	1,835	1,836	2,253	2,189	1,999
	脳梗塞	5,711	5,214	5,444	5,131	5,866
	狭心症	3,628	3,532	3,679	3,363	2,826
	心筋梗塞	2,178	1,589	1,811	1,276	1,290
合計		53,202	53,191	51,759	53,068	51,583

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図13 年度別 生活習慣病疾病別標準化医療費
(男性)



(女性)



透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。本市の被保険者に占める透析患者の割合は、県や国と比較して高くなっています。

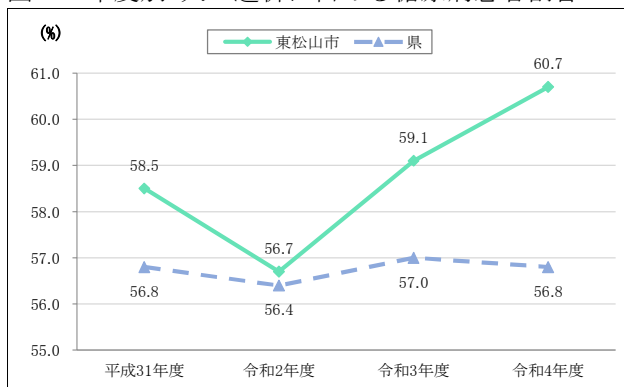
表10 被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者に占める透析患者の割合(%)
東松山市	0.45
県	0.40
国	0.35

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

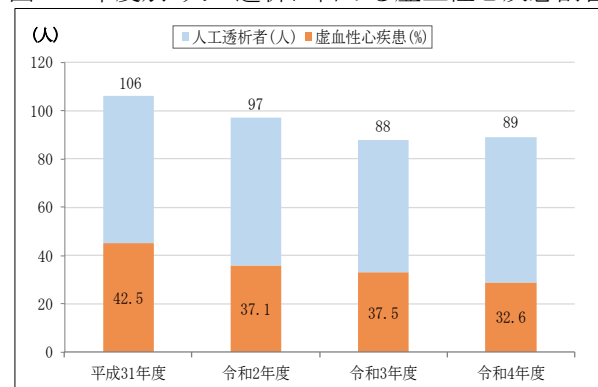
以下は、年度別の人工透析に占める糖尿病患者割合、虚血性心疾患割合をそれぞれ示したものです。虚血性心疾患割合は、減少傾向にあるものの、糖尿病患者割合は、県と比較して高く推移しており、増加傾向にあります。

図14 年度別 人工透析に占める糖尿病患者割合



出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」

図15 年度別 人工透析に占める虚血性心疾患割合



以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。透析患者数は減少傾向にあります。

表11 年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	108	667,546,250	6,180,984
平成31年度	85	570,246,230	6,708,779
令和2年度	91	594,899,160	6,537,353
令和3年度	94	574,103,700	6,107,486
令和4年度	87	535,427,470	6,154,339

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものの。

(3) その他(重複多剤・重複頻回受診の状況など)

以下は、重複処方者、多剤処方者の状況を示したものです。医療費増大要因となる、重複処方者、多剤処方者が一定数存在しています。

表12 重複・多剤処方者数(令和4年度)

	被保険者数 (人)	重複処方者数 (人)	多剤処方者数 (人)
令和4年4月	20,146	9	128
令和4年5月	20,036	12	141
令和4年6月	20,015	14	130
令和4年7月	19,926	13	128
令和4年8月	19,825	11	126
令和4年9月	19,766	12	132
令和4年10月	19,592	14	151
令和4年11月	19,395	9	145
令和4年12月	19,246	12	137
令和5年1月	19,135	16	138
令和5年2月	18,997	9	116
令和5年3月	18,963	12	162
重複・多剤処方者数(人) (対被保険者1万人)		6	70

表13 年度別 重複処方者割合

(単位:%)

他医療機関と 重複処方の発生した 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 数または薬効数 (同一月内)		(処方を受けた者の割合 (処方を受けた者/被保険者数) × 100)				
			平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
3医療機関以上	3以上	県	0.006	0.005	0.005	0.006	0.007
		東松山市	0.004	0.009	0.004	0.009	0.004

※各年度4月基準

表14 年度別 多剤処方者割合

(単位:%)

同一薬剤に関する 処方日数 (同一月内)	処方薬剤数 または処方薬効数 (同一月内)		(処方を受けた者の割合 (処方を受けた者/被保険者数) × 100)				
			平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
30日以上	10以上	県	3.219	2.831	3.125	3.204	3.222
		東松山市	3.110	2.802	3.028	3.175	3.287

※各年度4月基準

以下は、重複・頻回受診者の状況を示したものです。医療費増大要因となる、重複・頻回受診者が一定数存在しています。

表15 重複・頻回受診者数(令和4年度)

	被保険者数 (人)	重複受診者数 (人)	頻回受診者数 (人)
令和4年4月	20,146	208	39
令和4年5月	20,036	207	35
令和4年6月	20,015	256	55
令和4年7月	19,926	221	43
令和4年8月	19,825	207	48
令和4年9月	19,766	220	42
令和4年10月	19,592	235	43
令和4年11月	19,395	247	42
令和4年12月	19,246	252	42
令和5年1月	19,135	221	35
令和5年2月	18,997	206	34
令和5年3月	18,963	309	46
重複・頻回受診数(人) (対被保険者1万人)		119	21

表16 年度別 重複・頻回受診者割合

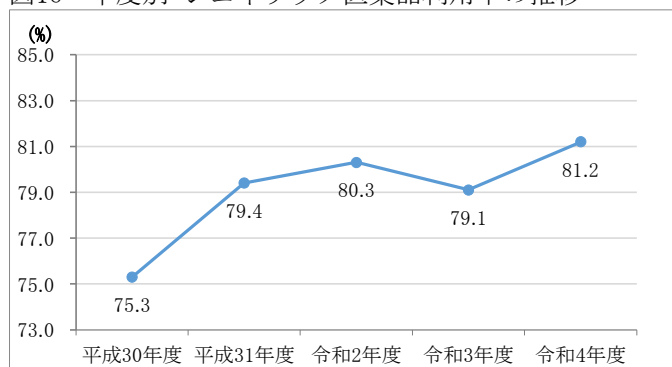
(単位:%)

		(受診した者の割合(受診した者/被保険者数)×100)				
		平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
重複受診 (4医療機関1日以上)	県	1.687	0.893	1.542	1.643	1.692
	東松山市	1.170	1.188	1.082	0.673	1.337
頻回受診 (1医療機関15日以上)	県	0.174	0.129	0.181	0.159	0.141
	東松山市	0.180	0.216	0.255	0.158	0.264

※各年度4月基準

以下は、年度別のジェネリック医薬品利用率を示したものです。増加傾向にあり、令和4年度は81.2%となっています。

図16 年度別 ジェネリック医薬品利用率の推移

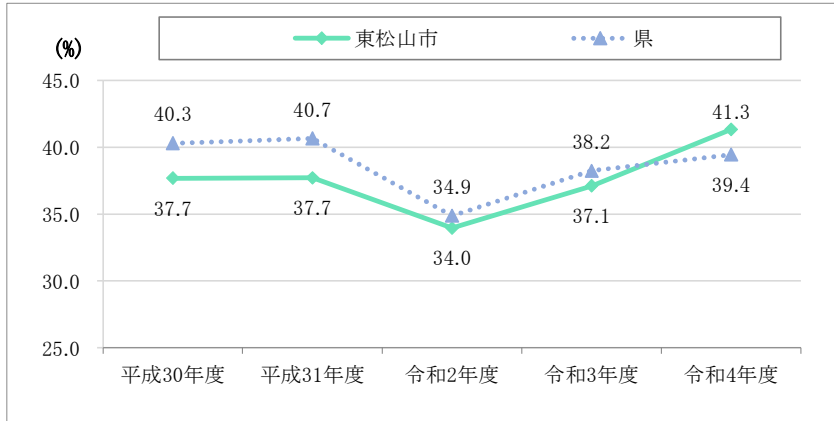


3 特定健康診査・特定保健指導の状況

(1) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の推移

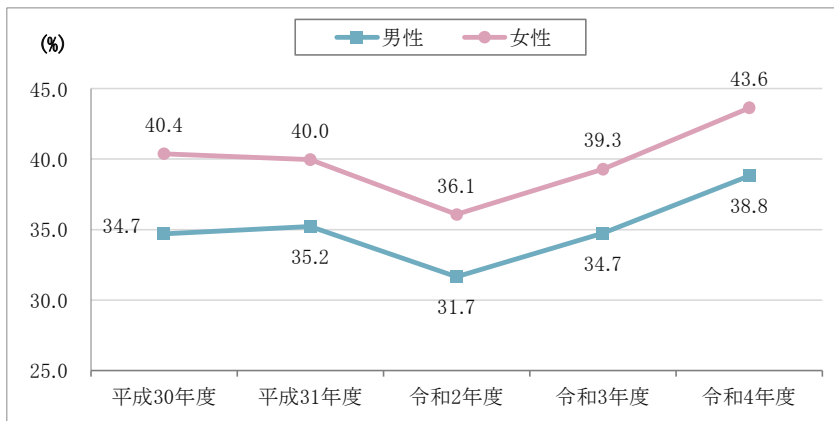
以下は、特定健康診査の受診率を示したものです。特定健康診査受診率は、県より低く推移しており、伸び悩んでいましたが、令和4年度は41.3%と県平均を上回っています。

図17 年度別 特定健康診査受診率



出典:法定報告値

図18 年度・男女別 特定健康診査受診率

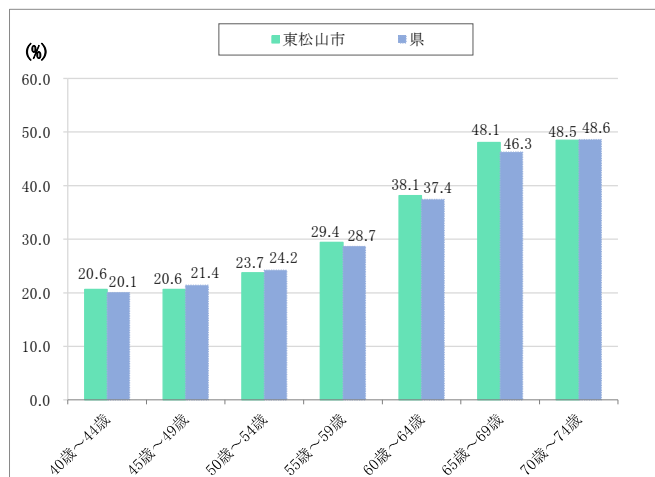


出典:法定報告値

令和4年度における、年齢階層別の特定健康診査受診率は以下のとおりです。60歳未満、特に40歳代の受診率が低迷しています。また、65～69歳を除いて男性より女性の方が高くなっています。

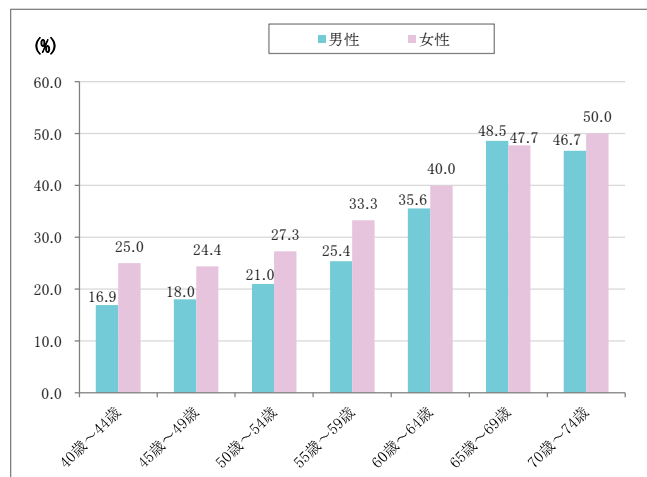
なお、月・年齢階層別 特定健康診査受診者数について、1月～5月は人間ドック受診者を含みます。

図19 年齢階層別 特定健康診査受診率(令和4年度)



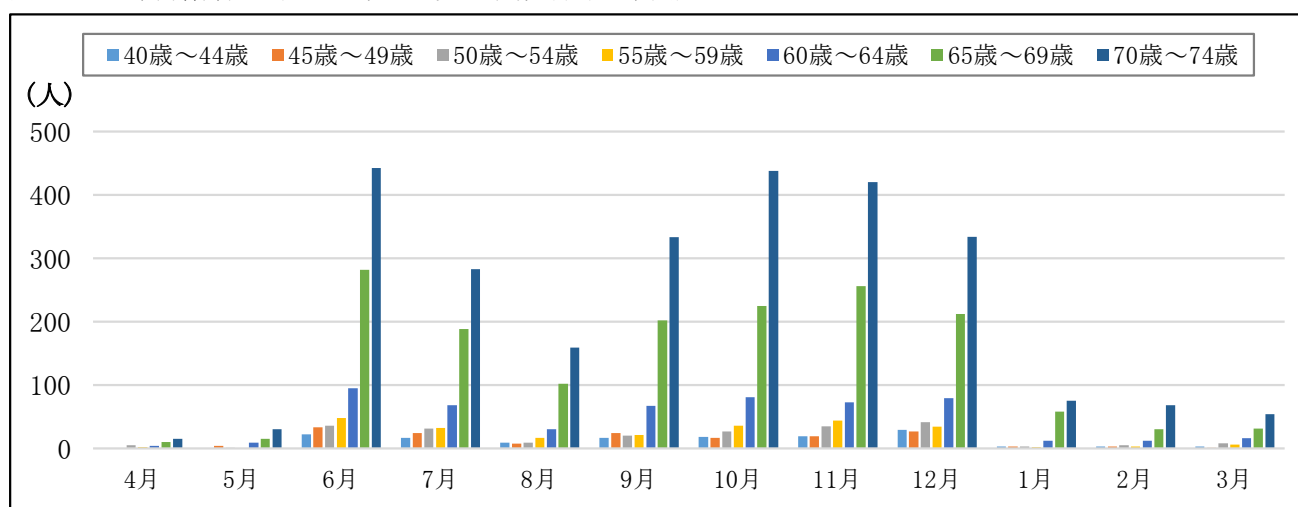
出典:法定報告値

図20 男女別 特定健康診査受診率(令和4年度)



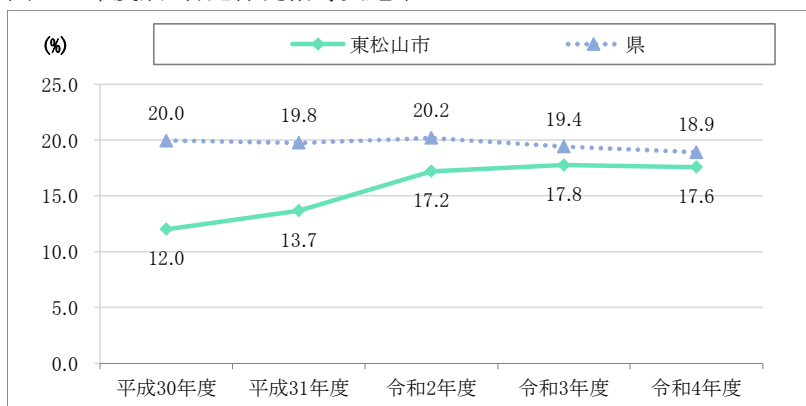
出典:法定報告値

図21 月・年齢階層別 特定健康診査受診者数(令和4年度)



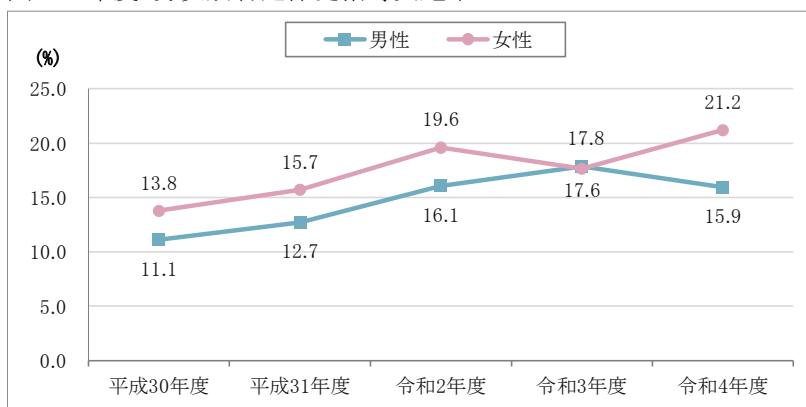
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率は17.6%で、平成30年度の12.0%より5.6ポイント増加しています。

図22 年度別 特定保健指導実施率



出典：法定報告値

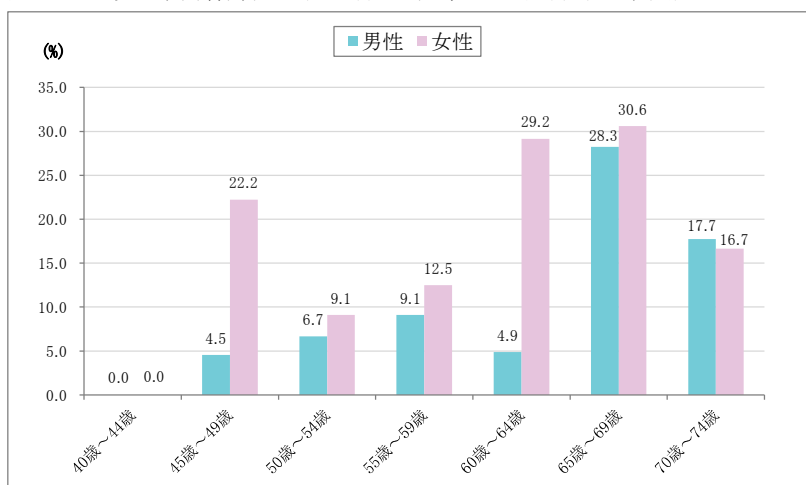
図23 年度・男女別特定保健指導実施率



出典：法定報告値

令和4年度における、年齢階層別の特定保健指導実施率は以下のとおりです。

図24 男女・年齢階層別 特定保健指導実施率(令和4年度)

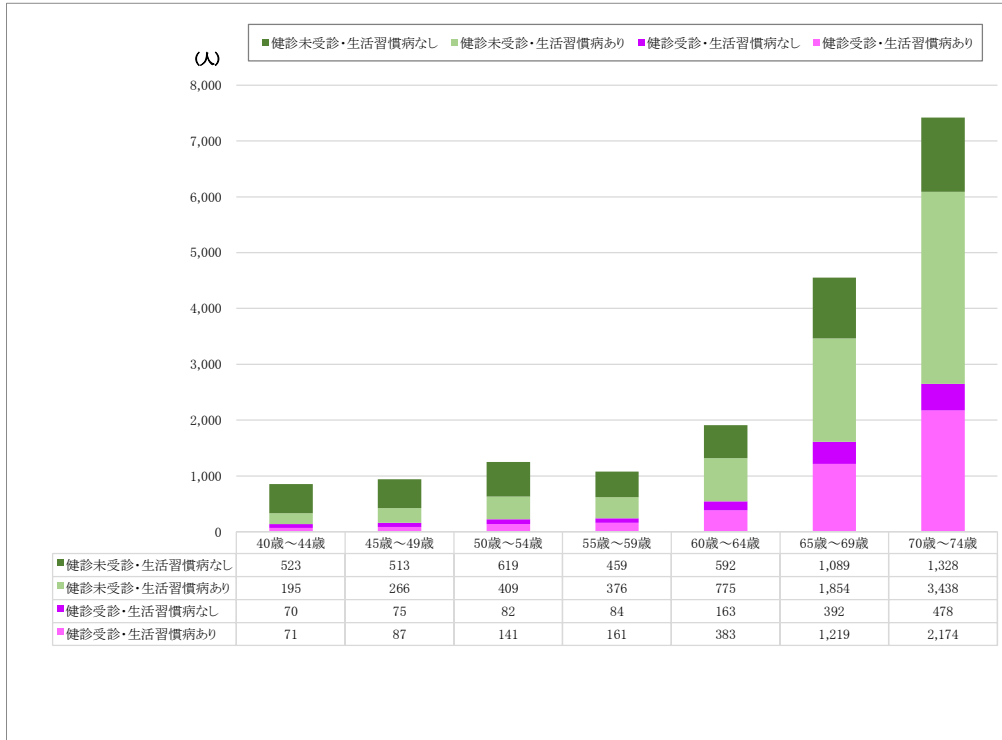


出典：法定報告値

(2) 年齢階層別 生活習慣病レセプト有無別の健診受診状況

以下は、40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の医療機関受診状況を示したものです。特定健診未受診者のうち、65歳以上では生活習慣病で医療機関を受診している被保険者が多く存在しています。

図25 年齢階層別・健診有無と生活習慣病医療受診有無



以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が高く、健診受診者の55.9%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。

表17 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
東松山市	40歳～64歳	割合(%)	28.1	34.3	19.7	16.4	3.2	22.8	44.1	7.2
	65歳～74歳	割合(%)	25.7	36.0	19.5	10.4	3.5	29.2	59.6	6.1
	全体 (40歳～74歳)	割合(%)	26.3	35.6	19.6	11.8	3.4	27.7	55.9	6.4
県		割合(%)	27.0	35.4	20.1	13.6	3.8	22.1	60.4	7.3
国		割合(%)	26.8	34.9	21.2	14.0	3.9	24.7	58.3	6.7

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	Non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
東松山市	40歳～64歳	割合(%)	38.8	23.2	57.7	0.7	24.5	16.6	8.8	11.8
	65歳～74歳	割合(%)	58.1	20.8	52.9	1.8	32.6	15.6	7.5	27.1
	全体 (40歳～74歳)	割合(%)	53.6	21.4	54.0	1.5	30.7	15.8	7.8	23.5
県		割合(%)	50.9	22.5	51.8	1.3	27.4	9.8	1.4	22.2
国		割合(%)	48.2	20.7	50.0	1.3	21.7	18.7	5.2	21.9

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

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は12.2%、該当者は20.6%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は6.0%です。

表18 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	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(%)
40歳～64歳	1,326	27.9	62	4.7	180	13.6	13	1.0	114	8.6	53	4.0
65歳～74歳	4,265	48.2	98	2.3	501	11.7	22	0.5	386	9.1	93	2.2
全体(40歳～74歳)	5,591	41.1	160	2.9	681	12.2	35	0.6	500	8.9	146	2.6

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	213	16.1	40	3.0	7	0.5	112	8.4	54	4.1
65歳～74歳	937	22.0	180	4.2	32	0.8	442	10.4	283	6.6
全体(40歳～74歳)	1,150	20.6	220	3.9	39	0.7	554	9.9	337	6.0

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

※国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」を参照のため、法定報告値とは異なります。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりです。

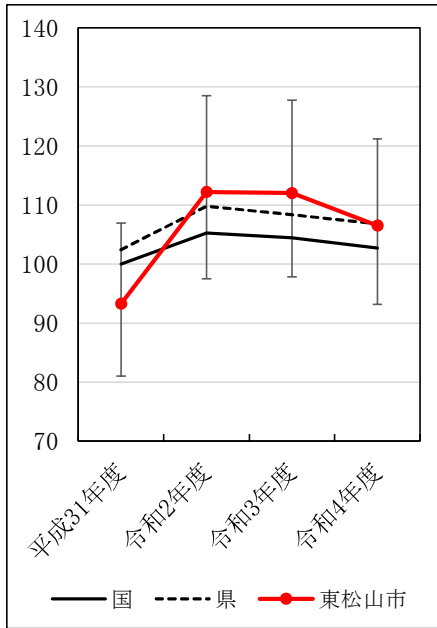
- ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

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

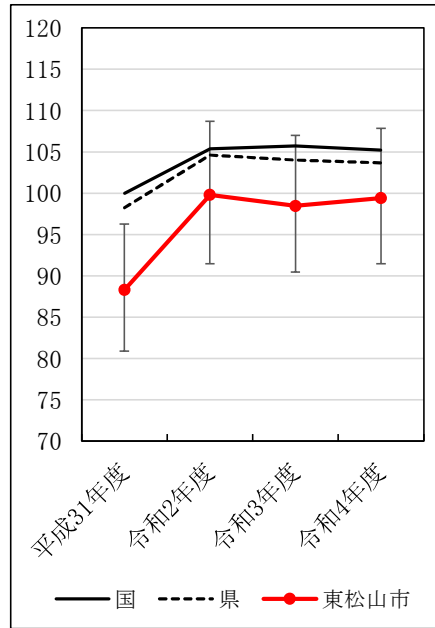
BMI25以上の該当者は男性40歳～64歳で国・県と比較して高いですが、65歳～74歳では国・県と比較して低くなっています。女性では40歳～64歳では国とほぼ同水準ですが、令和4年度は国・県よりも低くなっています。

図26 BMI25以上 標準化該当比

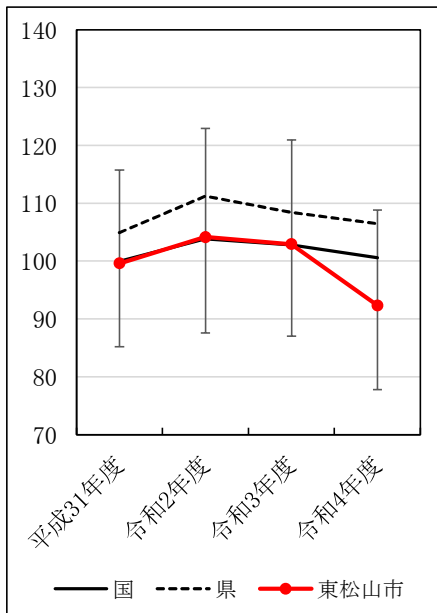
(男性) 40歳～64歳



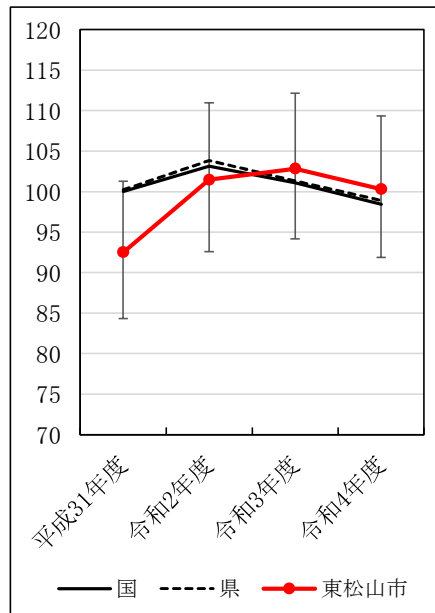
(男性) 65歳～74歳



(女性) 40歳～64歳



(女性) 65歳～74歳



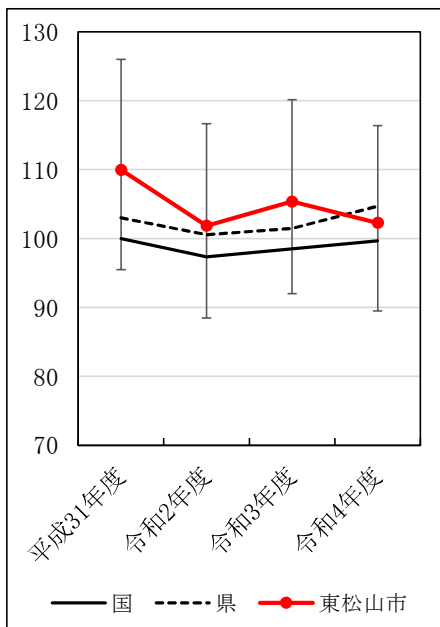
※標準化該当比とは、年齢構成が異なる市町村間において、特定健康診査での有所見率を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した該当比(標準を100とする)を指します。例えば、標準化該当比が120だったとすると、B市はA県全体に比べて1.20倍、有所見率が高いことを意味します。

※誤差線は、95%信頼区間です。

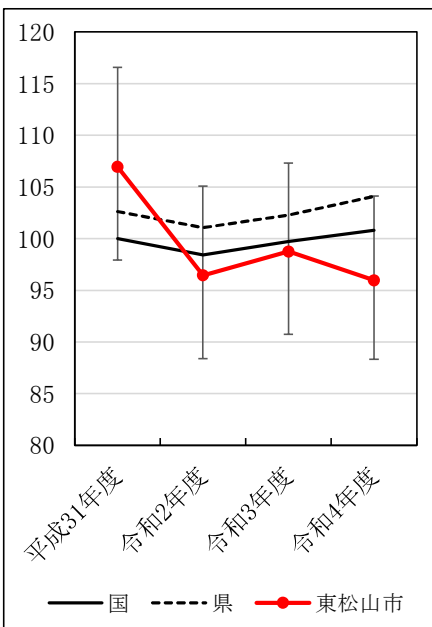
HbA1c5.6以上の該当者は男性40歳～64歳で国・県と比較して高い傾向にあります。65歳～74歳では国・県と比較して低くなっています。女性では65歳～74歳で国・県よりも低くなっています。

図27 HbA1c5.6以上 標準化該当比

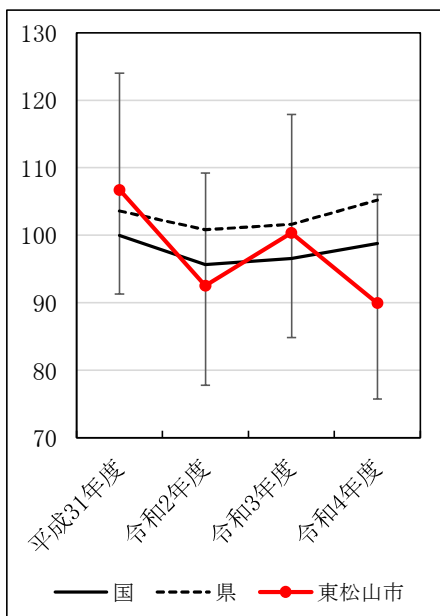
(男性)40歳～64歳



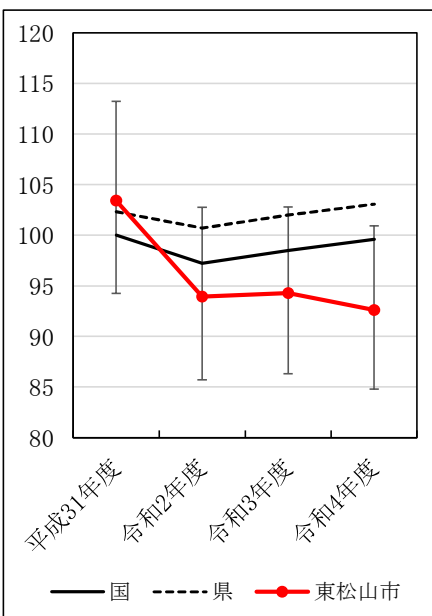
(男性)65歳～74歳



(女性)40歳～64歳



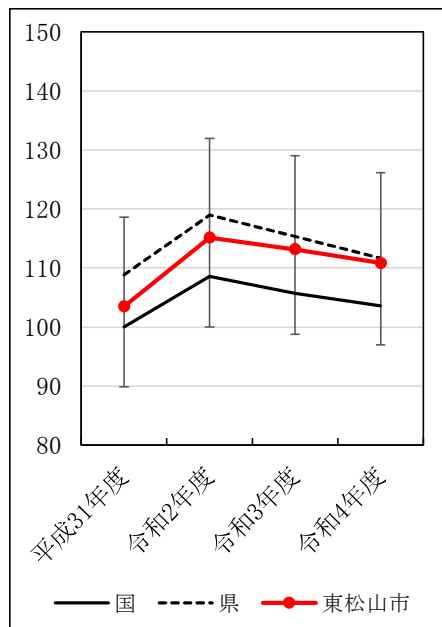
(女性)65歳～74歳



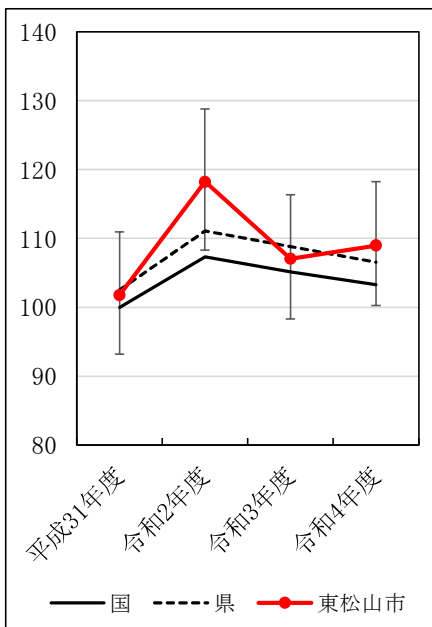
収縮期血圧130以上の該当者は男性40歳～64歳は国よりも高く、県とほぼ同水準となっています。65歳～74歳では国よりも高い水準になっています。女性は国・県よりも高い傾向にあります。

図28 収縮期血圧130以上 標準化該当比

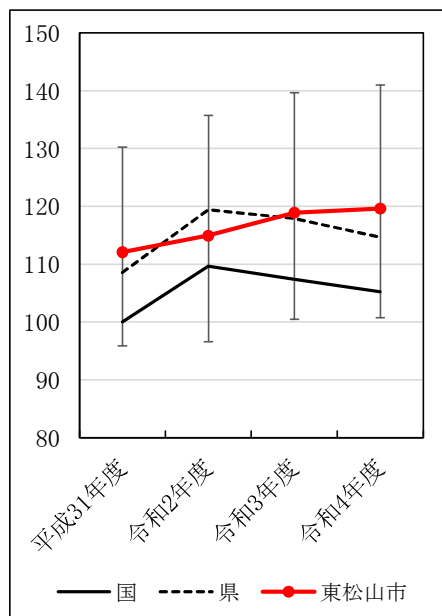
(男性)40歳～64歳



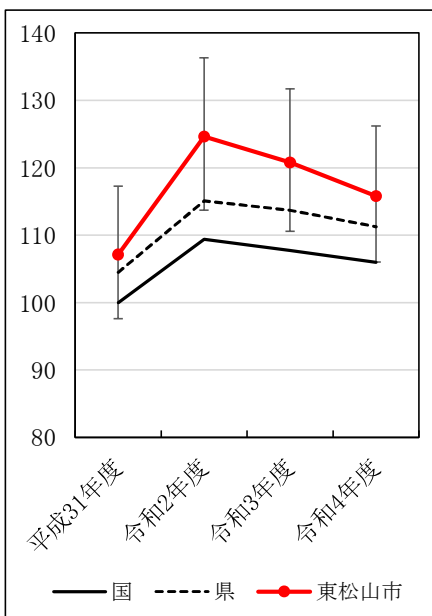
(男性)65歳～74歳



(女性)40歳～64歳



(女性)65歳～74歳



(3) 質問票(生活習慣)の状況

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。生活習慣の改善意欲「取り組み済み6か月以上」と回答した人の割合は22.8%であり、県を上回っています。また、「20歳時体重から10kg以上増加」と回答した人の割合は35.2%であり、県・国と比較し上回っています。

表19 質問票調査の状況(令和4年度)

(単位:%)

分類	質問項目	40歳～64歳			65歳～74歳			全体(40歳～74歳)		
		東松山市	県	国	東松山市	県	国	東松山市	県	国
服薬	服薬_高血圧症	20.1	19.9	20.2	41.3	42.7	43.7	36.3	36.2	36.9
	服薬_糖尿病	5.1	5.1	5.3	10.1	9.7	10.4	8.9	8.4	8.9
	服薬_脂質異常症	15.5	16.1	16.6	30.9	33.2	34.3	27.2	28.3	29.2
既往歴	既往歴_脳卒中	1.8	2.1	2.0	3.8	3.7	3.8	3.3	3.3	3.3
	既往歴_心臓病	3.3	2.7	3.0	6.0	6.2	6.8	5.4	5.2	5.7
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.6	0.5	0.6	0.8	0.7	0.9	0.7	0.7	0.8
	既往歴_貧血	14.7	13.7	14.2	8.2	8.9	9.3	9.7	10.3	10.7
喫煙	喫煙	16.5	18.9	18.9	8.6	10.2	10.2	10.4	12.7	12.7
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	35.9	38.8	37.8	35.0	33.6	33.2	35.2	35.1	34.5
運動	1回30分以上の運動習慣なし	64.0	67.9	68.7	49.8	51.8	55.3	53.2	56.4	59.2
	1日1時間以上運動なし	54.1	50.3	49.3	46.4	45.7	46.7	48.2	47.0	47.4
	歩行速度遅い	52.2	53.5	53.3	45.5	48.9	49.5	47.1	50.2	50.6
食事	食べる速度が速い	27.1	28.8	30.8	22.8	23.0	24.6	23.8	24.6	26.4
	食べる速度が普通	64.5	63.1	61.1	69.8	69.6	67.6	68.5	67.7	65.7
	食べる速度が遅い	8.3	8.2	8.2	7.5	7.4	7.8	7.7	7.6	7.9
	週3回以上就寝前夕食	20.4	21.9	21.0	12.7	12.4	12.1	14.6	15.1	14.7
	週3回以上朝食を抜く	18.3	19.5	18.8	5.9	6.0	5.8	8.8	9.9	9.6
飲酒	毎日飲酒	20.3	23.2	24.3	23.1	24.6	24.7	22.5	24.2	24.6
	時々飲酒	28.0	24.9	25.2	22.9	21.1	21.0	24.1	22.2	22.2
	飲まない	51.7	51.9	50.5	54.0	54.3	54.3	53.4	53.6	53.2
	1日飲酒量(1合未満)	72.8	66.2	61.0	76.3	71.6	67.6	75.4	70.0	65.6
	1日飲酒量(1～2合)	16.7	19.3	23.0	17.3	19.9	23.1	17.2	19.7	23.1
	1日飲酒量(2～3合)	7.4	10.4	11.2	5.5	7.3	7.8	5.9	8.2	8.8
1日飲酒量(3合以上)	3.1	4.1	4.8	0.9	1.2	1.5	1.5	2.1	2.5	
睡眠	睡眠不足	27.9	29.9	28.4	21.8	23.8	23.5	23.2	25.5	24.9
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	18.9	25.1	23.2	24.1	31.9	29.4	22.9	29.9	27.6
	改善意欲あり	32.5	27.4	32.8	25.5	21.0	25.9	27.2	22.8	27.9
	改善意欲ありかつ始めている	20.6	22.0	16.3	16.9	17.0	12.9	17.8	18.4	13.9
	取り組み済み6か月未満	9.9	9.3	10.0	9.3	8.0	8.5	9.4	8.4	9.0
	取り組み済み6か月以上	18.1	16.2	17.8	24.3	22.1	23.1	22.8	20.4	21.6
咀嚼	保健指導利用しない	56.0	62.4	62.6	56.8	63.4	63.0	56.6	63.1	62.9
	咀嚼_何でも	84.3	85.1	83.8	79.1	79.0	77.0	80.4	80.7	79.0
	咀嚼_かみにくい	15.2	14.1	15.5	20.2	20.2	22.2	19.0	18.5	20.2
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.5	0.8	0.7	0.7	0.8	0.8	0.6	0.8	0.8
	3食以外間食_毎日	22.2	21.9	23.7	17.9	18.2	20.7	18.9	19.2	21.6
	3食以外間食_時々	57.0	55.7	55.4	61.4	59.6	58.5	60.4	58.5	57.6
3食以外間食_ほとんど摂取しない	20.8	22.4	20.9	20.7	22.2	20.8	20.7	22.3	20.9	

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

4 介護に関する状況

以下は、本市の要介護認定等の状況を示したものです。

表20 要介護認定状況

介護保険		令和2年度	令和3年度	令和4年度
認定率 (%)	1号	17.1	17.6	16.2
	2号	0.4	0.4	0.5
有病状況 (1号) (%)	糖尿病	26.3	27.1	27.9
	高血圧症	50.7	51.5	53.4
	脂質異常症	27.8	28.8	30.7
	心臓病	57.3	58.1	60.3
	脳疾患	24.1	23.8	23.6
	がん	11.0	11.3	11.6
	筋・骨格	48.6	49.8	51.8
	精神	35.2	35.8	36.5
一人当たり給付費(居宅)(円)		65,958	68,938	71,123
一人当たり給付費(施設)(円)		41,509	42,416	40,911
千人当たり事業所数(居宅)(軒)		2.18	2.24	2.19
千人当たり事業所数(施設)(軒)		0.11	0.15	0.14

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和2年度から令和4年度における、新規認定状況を示したものです。令和4年度における新規認定率0.29%は、令和2年度の0.21%より0.08ポイント増加しています。

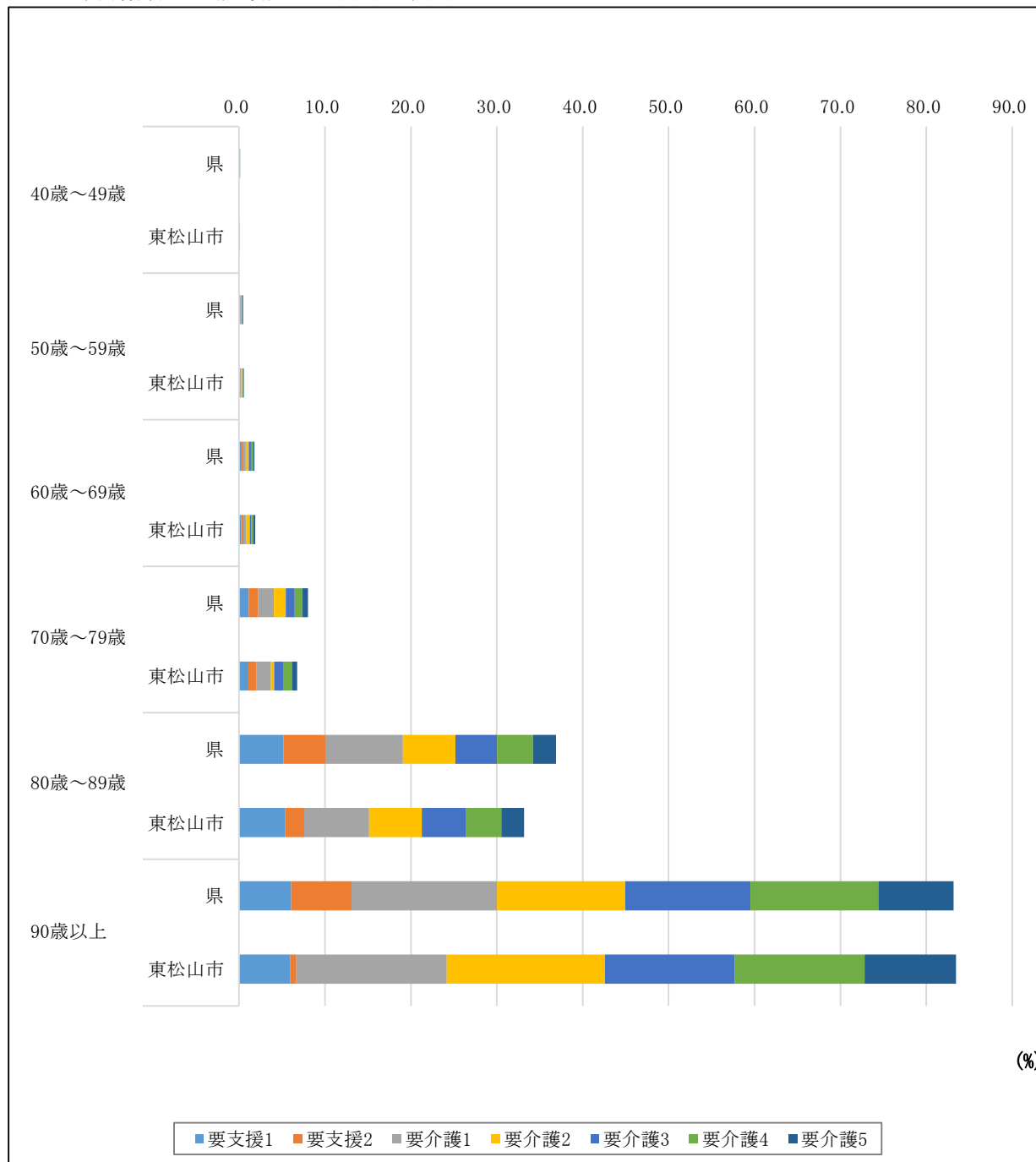
表21 年度別 新規認定状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規認定者数(1号)(人)	54	78	77
新規認定率(%)	0.21	0.29	0.29

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度における年齢階層別の要介護認定率を示したものです。年齢が高くなるにつれ、認定率も上がっており、特に80歳以降の認定率が高くなっています。また、90歳以上において、要介護2以上の認定率が県に比べて高くなっています。

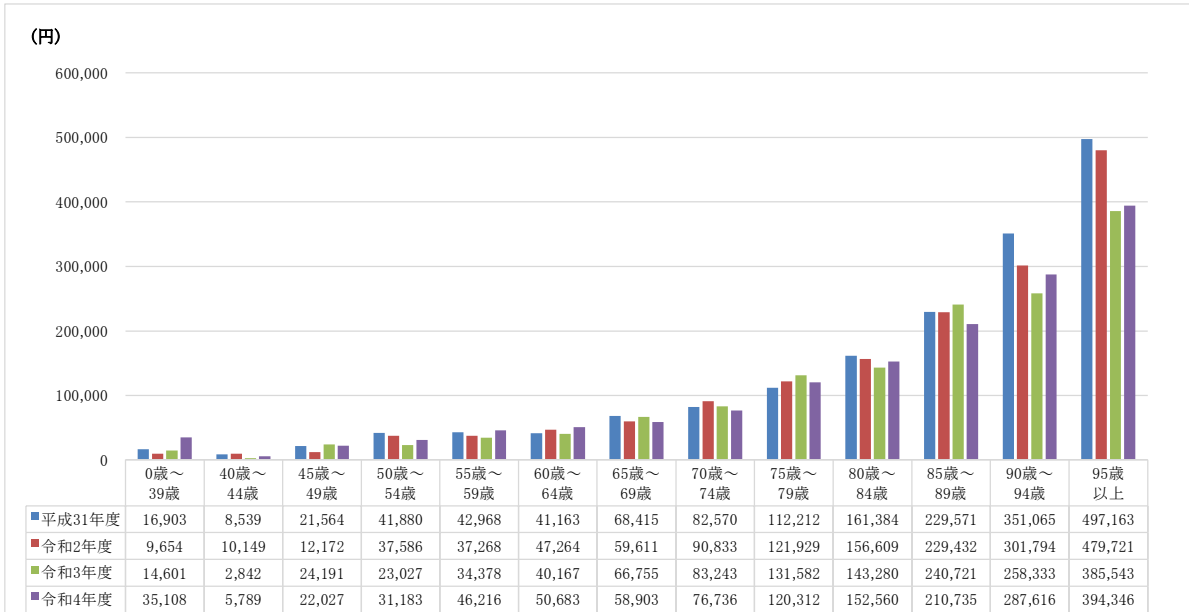
図29 年齢階層別 要介護認定率(令和4年度)



5 循環器系疾患

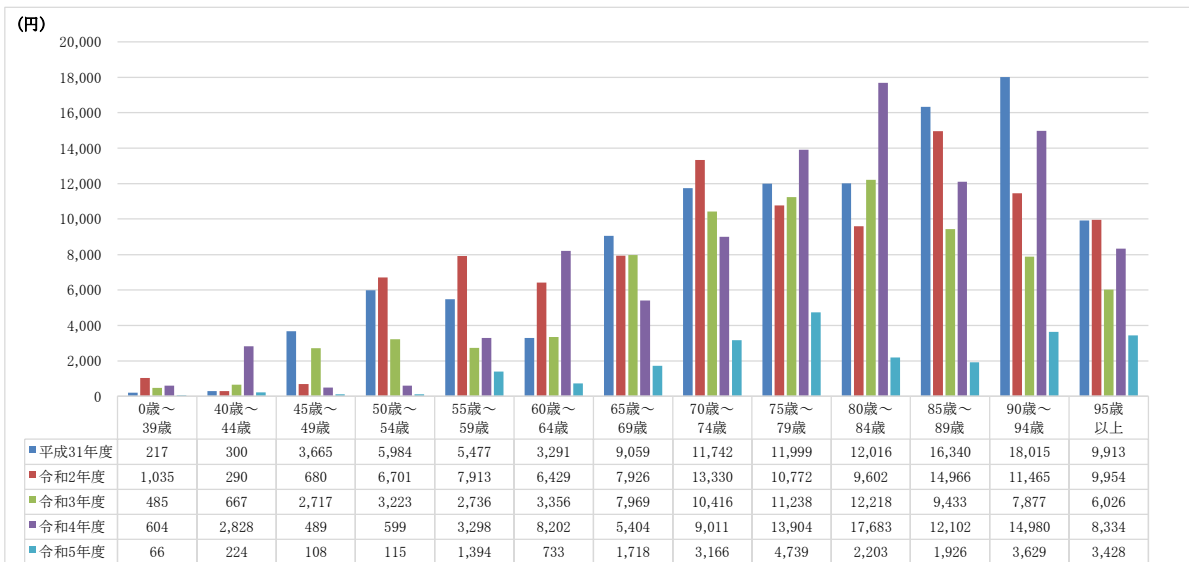
以下は、循環器系の疾患における年齢階層別の一人当たり医療費を示したものです。

図30 年齢階層別 循環器系の疾患一人当たり医療費



以下は、虚血性心疾患における年齢階層別の一人当たり医療費を示したものです。

図31 年齢階層別 虚血性心疾患一人当たり医療費



6 分析のまとめ

表22 分析結果

健康・医療情報等の大分類	健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照データ
1 標準化死亡比・平均寿命・健康寿命	<p>男性の総死亡の標準化死亡比(以下、SMR)は全国と比較して高くありませんが、女性総死亡のSMRは全国と比較して高くなっています。男女ともに虚血性心疾患による死亡が高くなっている一方で、脳血管疾患のSMRは減少しています。</p> <p>また、男性の平均寿命は全国と同レベルですが、女性の平均余命は全国・埼玉県よりも低いです。健康寿命が国・県に比べて男性がやや高く、女性は低くなっています。この傾向は第2期データヘルス計画時点と同様です。</p>	p. 7, 8
2 医療費の分析	<p>医科の受診率は埼玉県と比較して増加傾向にあり、年齢が高くなるにつれ、医科の受診率も高くなる傾向にあります。一人当たり医療費は全国と比較すると低いです。埼玉県と比較するとほぼ同水準です。大分類別医療費で最も高いのは、悪性新生物で次いで循環器疾患、尿路器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患となっています。年齢階層別虚血性心疾患の一人当たり医療費は50歳代から上がり始めることがわかります。また、入院外合計における生活習慣病のレセプト1件当たりの医療費は重症化疾患である脳出血、心筋梗塞が上位を占めています。</p> <p>被保険者の透析患者の割合は埼玉県・全国と比較して高く、一人当たりの医療費も600万円を超えています。人工透析患者数の多くは糖尿病患者であるため糖尿病の重症化予防がそれを減らす鍵になります。</p> <p>後発医薬品(ジェネリック医薬品)数量シェアは県に比べて低くなっています。医療費増大要因となる、重複処方者・多剤服薬処方者及び重複・頻回受診者は一定数存在しています。頻回受診者は埼玉県よりも受診者の割合が高く、重複受診者は埼玉県よりも低く推移しています。</p>	p. 9～16
3 特定健康診査・特定保健指導の状況	<p>特定健康診査受診率・特定保健指導実施率は横ばい状態でしたが、特定健康診査受診率については、第2期計画の目標値を令和4年度に達成できました。第2期計画期間は新型コロナウイルス感染症の影響も考慮する必要があります。健診受診率を高めるには、65歳～74歳の生活習慣病のレセプトを持つものの健診受診を促すこと、若年者の受診率を高めることが課題であり、この点も第2期計画と同様です。また、後期高齢者のうち、生活習慣病のレセプトなし、健診なしの者も一定数おり、健康状態の把握も課題となります。</p> <p>健診有所見率ではBMI25以上の年齢調整した該当者は国・県と比較して低いです。血糖値は100以上の該当者や収縮期血圧が保健指導判定値以上の該当者が年齢調整をした結果から、埼玉県・全国より高いことがわかります。</p>	p. 17～25
4 介護に関する状況	<p>要介護認定率は年々高くなっていましたが、令和4年度の認定率が減少しています。また、要介護認定者の有病状況では、糖尿病や心臓病が高くなっており、その割合も年々増加しています。前期高齢期からの予防の取組が必要です。</p>	p. 26～27

第4章 データヘルス計画(保健事業全体)の目的等

1 計画全体における目的

健康・医療・介護の情報を活用し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を展開し、東松山市国民健康保険に加入している被保険者の健康増進を図ることで、健康寿命の延伸及び医療費適正化を目指します。

指標	実績	目標値					
	R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
65歳健康寿命	男性 18.15年 女性 20.85年	延伸					
指標	実績	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
生活習慣病一人当たり 医療費	51,583円	減少					

2 1を達成するための目的、目標、関連する個別保健事業

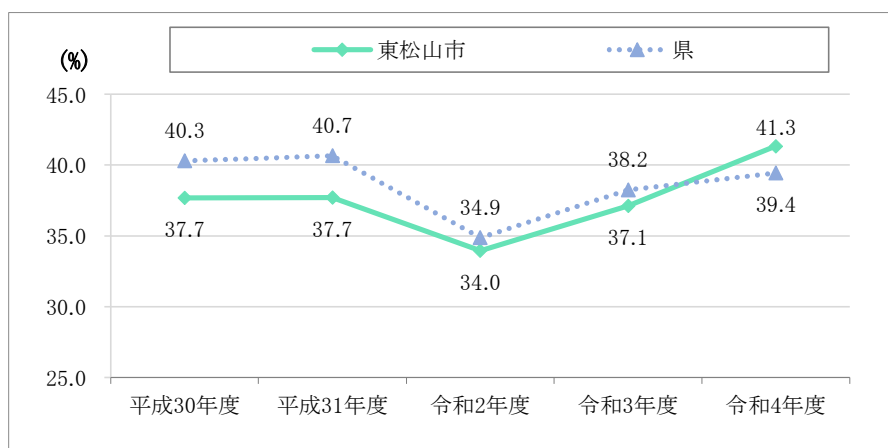
★すべての都道府県で設定する指標

☆地域の実情に応じて都道府県が設定した指標(埼玉県版)

目的: 特定健康診査受診率を向上させ、異常の早期発見を促す

目標	評価指標	実績	目標値						関連する 個別保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定健診受診率 を60%とします。	特定健診受診率★	41.3%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	・特定健康診査受診 率向上対策

(再掲)図17 年度別 特定健康診査受診率

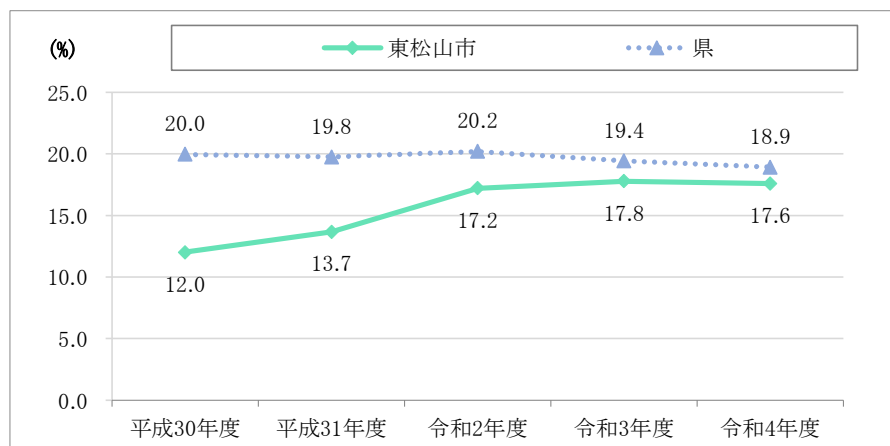


出典: 法定報告値

目的: 特定保健指導の実施率を向上させ、生活習慣の改善を促す

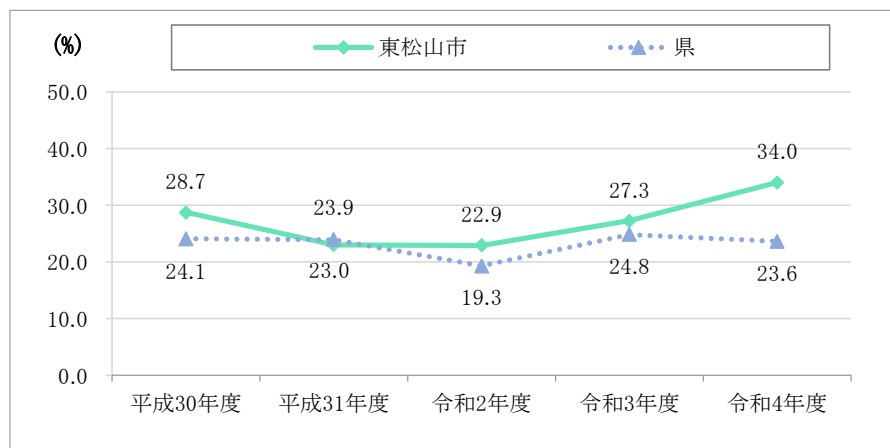
目標	評価指標	実績	目標値						関連する 個別保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定保健指導実施率を60%とします。	特定保健指導実施率★	17.6%	23.0%	30.4%	37.8%	45.2%	52.6%	60.0%	・特定保健指導実施率向上対策
	特定保健指導実施者数	-	130人	177人	226人	277人	329人	384人	
特定保健指導により特定保健指導対象者を減少させます。	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★☆	34.0%	維持						

(再掲) 図22 年度別 特定保健指導実施率



出典: 法定報告値

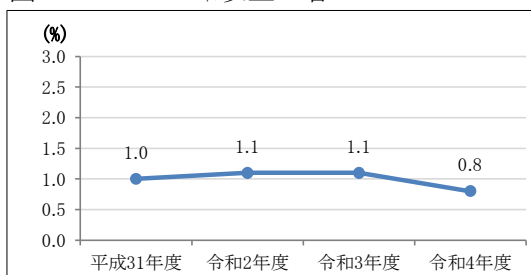
図32 年度別 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



目的:糖尿病の適正受診、重症化予防を促す

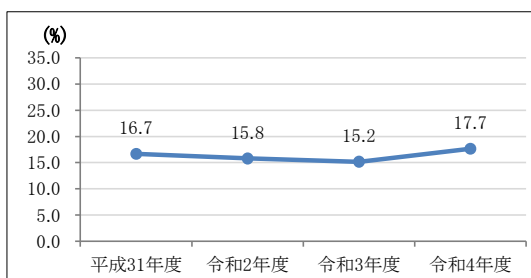
目標	評価指標	実績	目標値						関連する 個別保健事業
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	
血糖コントロール不良者の割合を減らします。	HbA1c8.0%以上の割合★	0.8%	各年度R4より維持または減少						<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防対策事業(受診勧奨事業/保健指導) ・生活習慣病重症化予防事業(慢性腎臓病予防)
糖尿病の未治療者や治療中断者を減らします。	HbA1c6.5%以上かつ糖尿病レセプトなしの者の割合☆	17.7%	各年度R4より減少						
高血糖者の割合を減らします。	高血糖(HbA1c6.5%以上)者の割合☆	8.9%	各年度R4より維持または減少						

図33 HbA1c8.0%以上の者



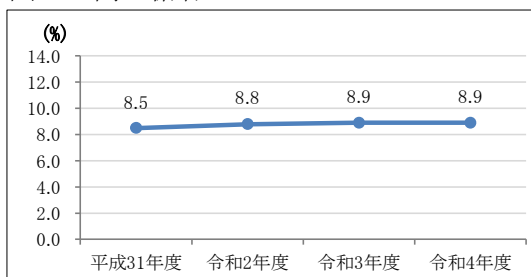
出典:国保データベース(KDB)システム「集計対象者一覧」

図34 HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病のレセプトがない者



出典:国保データベース(KDB)システム「集計対象者一覧」

図35 高血糖者

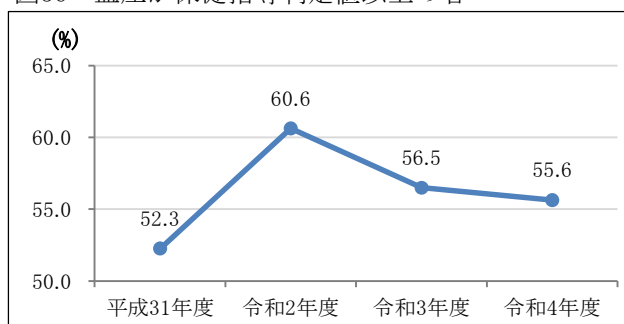


出典:国保データベース(KDB)システム「集計対象者一覧」

目的:血圧のコントロール良好者を増やす

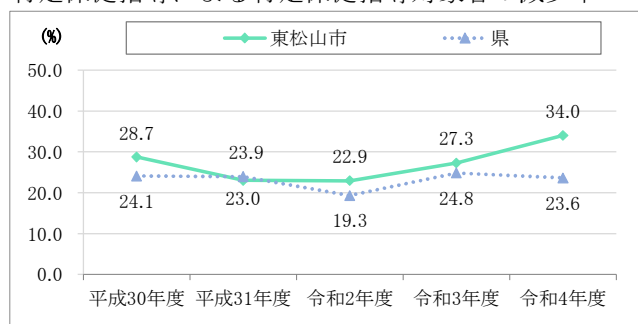
目標	評価指標	実績	目標値						関連する 個別保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
保健指導判定値以上の割合を減らします。	血圧保健指導判定値以上の者の割合☆	55.6%	各年度R4より減少						<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病重症化予防事業(高血圧疾患/慢性腎臓病予防) 地域包括ケア・一体的実施に関する取組
特定保健指導による特定保健指導対象者を減少させます。	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★☆☆	34.0%	維持						<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率向上対策

図36 血圧が保健指導判定値以上の者



出典:国保データベース(KDB)システム「集計対象者一覧」

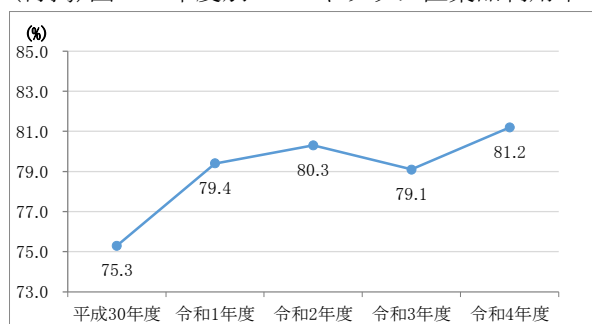
(再掲)図32 年度別
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



目的:後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を促す

目標	評価指標	実績	目標値						関連する 個別保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
令和11年の後発医薬品(ジェネリック医薬品)の数量シェアを80%とします。	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の数量シェア	81.2%	各年度R4より維持または増加						<ul style="list-style-type: none"> 医療費適正化事業①後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進

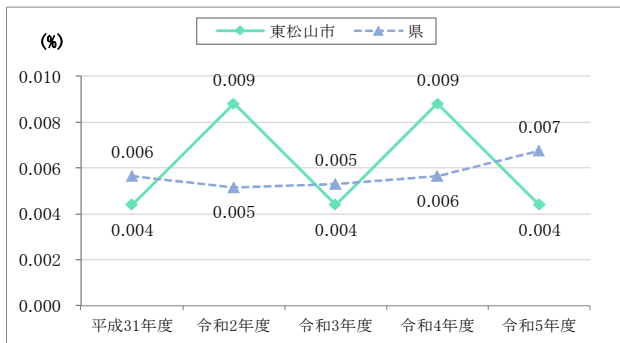
(再掲)図16 年度別 ジェネリック医薬品利用率の推移



目的:適正服薬・適正受診を促す

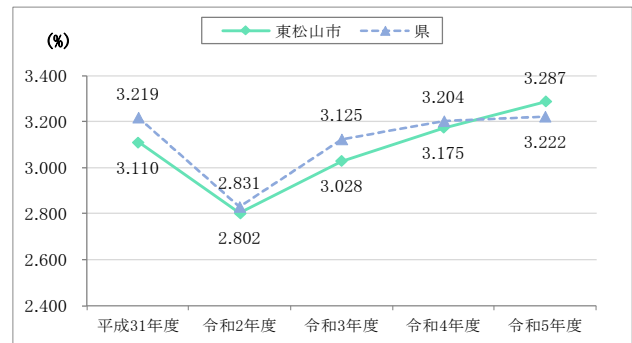
目標	評価指標	実績	目標値							関連する 個別保健事業
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
令和11年の重複服薬者数を減らします。	重複服薬者数(被保険者1万人当たり)	6人	各年度R4より減少							・医療費適正化事業 ②適正服薬・適正受診の促進
令和11年の多剤服薬者数を減らします。	多剤服薬者数(被保険者1万人当たり)	70人	各年度R4より減少							
令和11年の重複受診者数を減らします。	重複受診者数(被保険者1万人当たり)	119人	各年度R4より減少							
令和11年の頻回受診者数を減らします。	頻回受診者数(被保険者1万人当たり)	21人	各年度R4より減少							

図37 重複処方者割合



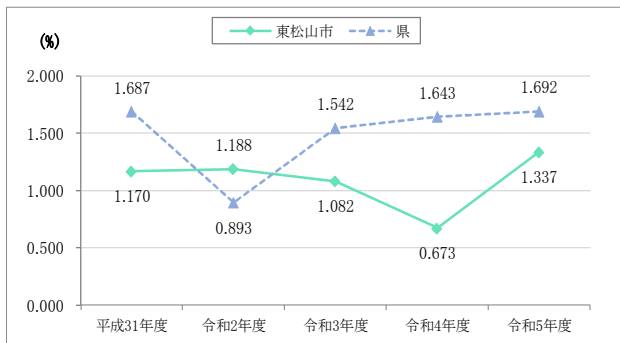
※4月基準

図38 多剤処方者割合



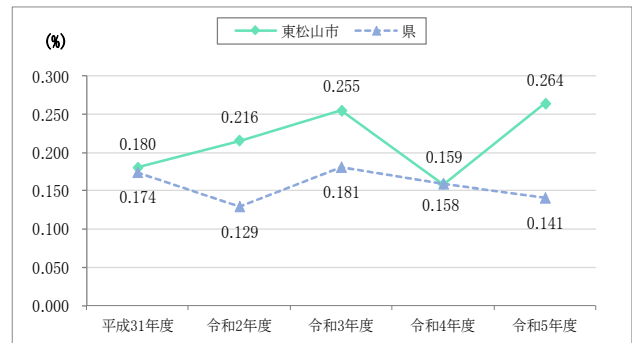
※4月基準

図39 重複受診者割合



※4月基準

図40 頻回受診者割合

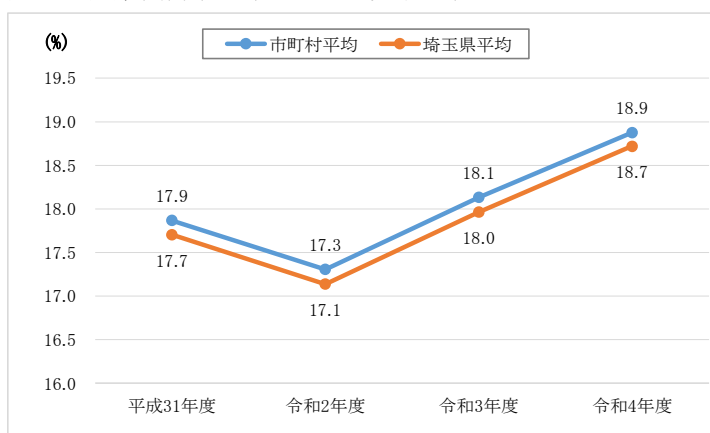


※4月基準

目的:フレイルのリスクを持つ高齢者を減らす

目標	評価指標	実績	目標値						関連する 個別保健事業
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	
低栄養のリスク 保有者を減ら します。	前期高齢者のうち、 BMI20以下の割合	18.4%	各年度R4より減少						・地域包括ケア・ 一体的実施に関する 取組
口腔機能低下の リスク保有者を 減らします。	50歳以上74歳以下 における咀嚼良好 者の割合	79.2%	各年度R4より増加						

図41 前期高齢者のうちBMI20以下の者



出典:国保連FAQ資料

第5章 特定健康診査・特定保健指導の実施

1 実施目標

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査受診率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	23.0%	30.4%	37.8%	45.2%	52.6%	60.0%

2 特定健康診査等の対象者数

(1) 特定健康診査

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数	12,105人	11,527人	10,913人	10,367人	9,887人	9,502人
受診者数	5,447人	5,533人	5,566人	5,598人	5,636人	5,701人

(2) 特定保健指導

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数	564人	583人	597人	613人	625人	640人
受診者数	130人	177人	226人	277人	329人	384人

3 特定健康診査の実施方法

(1) 基本的な考え方

特定健康診査の基本項目に加え、心疾患対策を充実させるため、心電図を追加項目とし、実施します。対象者の利便性を確保するため、特定健康診査の委託基準を満たす医療機関で健診を受診できるよう環境を整えます。

実施時期	6月～12月	
実施場所	東松山市が委託する健診実施医療機関	
実施形態	セット健診(集団:特定健診+がん検診)・個別健診	
実施項目	基本的な特定健康診査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣等) ・自覚症状及び他覚症状の有無、理学的検査(身体診察) ・身長、体重及び腹囲の検査 ・BMIの測定 (BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗) ・血圧の測定 ・肝機能検査(AST・ALT・γ-GT) ・血中脂質検査(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール) ・血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c) ・尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無)
	詳細な健康診査の項目	一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施します。 <ul style="list-style-type: none"> ・眼底検査
	市の独自検査項目等	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・血清クレアチニン検査(eGFR) ・貧血検査 ・血清尿酸 ・尿検査(尿中の潜血の有無)
受診券送付時期	5月 5月～11月の年度内途中加入者受診勧奨案内通知を送付	
費用	無料	
他の健診受診者データの取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者健診 ・人間ドック ・診療情報提供 	

5 年間スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
特定健康診査			健診実施期間										
特定保健指導			保健指導初回実施期間										

6 その他

(1) 外部委託の基準

国が定める基準及び東松山市委託基準を満たす団体に委託します。

(2) 周知・案内の方法

特定健康診査受診対象者に、特定健康診査受診券と受診方法等を記載した受診案内を送付します。特定保健指導対象者には特定健康診査受診後に利用券と保健指導の利用方法等を記載した利用案内を送付します。

また、市広報やホームページ等で周知を図ります。

第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業

1 特定健康診査受診率向上事業

背景	<p>平成20年度から、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・保健指導が義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、保健指導が必要とされた者(積極的支援及び動機付け支援)に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。</p> <p>東松山市では、制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に、様々な取組を行ってきました。</p>
前期計画からの考察	<p>特定健康診査の受診率は令和4年度には41.3%となったものの、国の目標(60.0%)を下回っており、受診率の更なる向上を図る必要があります。40歳～50歳代の受診率は他の世代と比較して低いため、SMSをはじめとした様々な媒体を利用した受診勧奨を行う等の対策が必要です。また、60歳代以上は生活習慣病による通院をしていることを理由に未受診となっていることから、健診情報の提供を呼び掛ける等の対策を行っていく必要があります。</p>
目的	<p>メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・保健指導を進めるため、広報・受診勧奨・再勧奨等の取組を行うことで、特定健康診査の受診率の向上を目的とします。</p>
具体的内容	<p>【対象者】【実施機関】【健診項目】【費用】【実施スケジュール】【周知】については「第5章 特定健康診査・特定保健指導の実施」にて記述しています。</p> <p>【受診勧奨】 7月末時点での未受診者に対して、性別・年齢・前年度以前の受診状況等から未受診者を分類し、その特性に応じたハガキ・SMSによる受診勧奨を行います。</p> <p>【受診再勧奨】 9月末時点での未受診者に対して、ハガキ・SMSによる再勧奨を行います。</p> <p>【重点地区受診勧奨】 年度毎に重点地区を定め、対象地区かつ8月上旬時点での未受診者を性別・年齢毎に分類し、勧奨ハガキにより通知します。更に、電話番号を把握している対象者には、電話での再勧奨を行います。 対象者:対象地区かつ8月時点での受診が確認できない者 対象年度:R6 高坂丘陵地区・R7 唐子地区・R8 平野地区・R9 野本地区 R10 松山地区・R11 高坂・大岡地区</p> <p>【みなし健診】 市の特定健診を受けていない者のうち、職場の健診を受けている者へ健診データの提供を依頼することで、健診情報の把握に繋がります。また、生活習慣病で定期受診中の者には、11月頃に診療情報提供用紙を送付し、データ提供の収集に努めます。</p> <p>【40歳～50歳代への対策】 ハガキやSMSによる勧奨時に、医療機関の地図情報や土・日曜日の実施状況を掲載することで、健診予約等に係る工程の簡素化を図ります。また、4月～10月の国保新規加入者に対して、健診案内通知を送付し、受診意欲を高めます。更に、受診券の発行申請や健診予約について二次元コードを活用することで、利便性の向上を図ります。</p> <p>【40歳前健診案内】 次年度40歳になる被保険者を対象とし、2月～3月頃に健診に関する案内通知を送付し、健診受診の習慣化を促します。</p>

		指標	現状値 (R4)	目標値						
				R6	R7	R8	R9	R10	R11	
評価指標 目標値	アウトカム	特定健康診査 受診率★	41.3%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	
		40歳～50歳受 診率	22.0%	26.0%	29.8%	33.6%	37.4%	41.2%	45.0%	
	アウトプット	みなし健診受 診数のうち有 効数	35件	各年度100%						
		受診勧奨通知 率	100%	各年度100%						
	プロセス	特定健診受診の時期の適切さ・勧奨方法の適切さ(方法・時期・内容等)の見直し								
	ストラク チャー	受診勧奨の一部について、業務を委託								

2 特定保健指導利用率向上事業

<p>背 景</p>	<p>平成20年度から、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・保健指導が義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、保健指導が必要とされた者(積極的支援及び動機付け支援)に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。 東松山市では、制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に、様々な取組を行ってきました。</p>
<p>前期計画からの考察</p>	<p>保健指導実施率は17.6%と国の目標(60.0%)を下回っており、更なる利用率の向上を図る必要があります。利用者の8割は利用勧奨や健康診査当日の保健指導実施者となっており、特定保健指導を自ら申込みする者が少ない状況です。特に40歳～50歳代の保健指導利用者が少ないこと、継続して保健指導対象となる人が継続利用をあまり利用しないことが課題です。魅力的なインセンティブの付与や保健指導のハードルを下げる等の取組を行っていく必要があります。</p>
<p>目 的</p>	<p>特定保健指導対象者に対して、特定保健指導(積極的支援及び動機付け支援)を行うことで、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させることを目的とします。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>【対象者】【実施機関】【実施方法】【実施スケジュール】【周知】に関しては「第5章 特定健康診査・特定保健指導の実施」にて記述しています。</p> <p>【利用勧奨】 保健指導強化期間を設定し(年3回、9月・11月・翌年2月)未利用者を抽出し、勧奨通知や利用勧奨を電話で実施します。また、保健指導強化期間中はインセンティブの付与として、健康測定会を合わせて実施します。</p> <p>【40歳～50歳代への対策】 指導実施までの期間の短縮を図ることで、健康意欲の高いうちに指導を受けられる体制を整備します。 また、セット健診や人間ドック当日の保健指導の実施やICTを活用した保健指導の利用勧奨の体制を整えます。</p> <p>【継続特定保健指導の参加率の向上】 1対1の面談指導の心理的ハードルを下げるため、興味を引く企画を計画し単発の集団セミナーを実施し、リピーターや新規対象者の獲得を目指します。予約は二次元コードを活用し、利用申込みの簡素化を図ります。 70歳代には、家庭訪問による特定保健指導を実施します。</p>

		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
評価指標 目標値	アウトカム	特定保健指導 対象者の減少 率★☆☆	34.0%	維持					
	アウトプット	保健指導実施 率★	17.6%	23.0%	30.4%	37.8%	45.2%	52.6%	60.0%
		健診当日の初 回面接実施者 (割合)	28.8%	前年度比よりも増加					
		保健指導利用 者数	104人	前年度比よりも増加					
		保健指導完了 率	93.2%	100%					
	プロセス	特定保健指導の機会、時期、内容の適切さ							
	ストラク チャー	保健指導の一部について、業務を委託							

3 糖尿病性腎症重症化予防事業 ①受診勧奨

背景	<p>糖尿病等から生じる慢性腎臓病(以下、CKD)による人工透析は医療費が高額となり、医療費適正化の観点からも予防が重要です。糖尿病患者の増加、特に腎症の悪化による人工透析導入者の増加への対策が課題となっているため、平成26年度に埼玉県医師会・埼玉県糖尿病対策推進会議・埼玉県の3者連携によるプログラムが策定され、国民健康保険被保険者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防事業が始まりました。東松山市は平成27年度から共同実施事業として参加しています。</p>								
前期計画からの考察	<p>腎症の重症化を防ぐことは最重要施策の一つであり、事業の継続が必須です。県事業との合同実施ですが、市独自の受診勧奨を追加し、中断者を医療受診につなげることや、受診状況を把握できる等の効果が見られました。放置することによって重症化しやすい医療中断者に対する勧奨は、今後も継続していくべき事業です。</p>								
目的	<p>国・県の標準的な手順に従い、将来糖尿病性腎症の悪化及びCKDに進行する可能性のある者に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とします。</p>								
具体的内容	<p>【対象者】 20歳以上75歳未満の被保険者 (未受診者) ①②に該当する者で、特定健康診査受診後に医療機関への受診が確認できない者 ①特定健康診査の結果において、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上 またはHbA1cが6.5%以上 ②①かつeGFRが基準値(60ml/分/1.73m²)未満 (中断者) 前年度1月～6月診療分において、①または②のいずれかに該当する者で、7月～12月診療分に内科標榜医療機関において、糖尿病の傷病名が確認できない者 ①糖尿病の傷病名かつ投薬の通院歴のある者(前年度1月～6月診療分) ②糖尿病の傷病名かつ投薬があり、糖尿病性腎症の通院歴のある者 ※強めの勧奨(専門職による電話勧奨)上記未受診者・治療中断者の条件に該当し、検査値が下記のいずれかに該当する者 →①蛋白尿2+以上またはeGFR30ml/分/1.73m²未満 ②3年連続eGFR5以上低下</p> <p>【方法】 ・医療機関への受診勧奨通知を送付します。 ・電話勧奨を実施します。 ・中断者の受診勧奨は通知発送後、3か月以内に市の保健師が家庭訪問等を行い、受診状況の確認や受診勧奨を実施します。</p>								
評価指標 目標値		指標	現状値 (R4)	目標値					
		HbA1c8.0%以上の割合★	0.8%	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	アウトカム	HbA1c6.5%以上の割合☆	8.9%	維持または減少					
		利用者のうち医療機関受診割合	25.0%	20.0%以上					

		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
評価指標 目標値	アウトプット	HbA1c6.5%以上 かつ糖尿病レ セプトなし者 の割合☆	17.7%	減少					
		医療機関受診 勧奨実施者	50通 (100%)	100%					
	プロセス	対象者の選定基準の明確化及び見直し 勧奨方法の適切さ(方法・時期・内容等)及び見直し							
	ストラク チャー	比企管内町村との連携体制を整備 比企医師会会員への協力依頼体制を整備							

3 糖尿病性腎症重症化予防事業 ②保健指導

背景	<p>糖尿病等から生じるCKDによる人工透析は医療費が高額となり、医療費適正化の観点からも予防が重要です。糖尿病患者の増加、特に腎症の悪化による人工透析導入者の増加への対策が課題となっているため、平成26年度に埼玉県医師会・埼玉県糖尿病対策推進会議・埼玉県の3者連携によるプログラムが策定され、国民健康保険被保険者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防事業が始まりました。東松山市は平成27年度から共同実施事業として参加しています。</p>								
前期計画からの考察	<p>腎症の重症化を防ぐことは最重要施策の一つであり、事業の継続が必須です。しかし、保健指導利用希望者が少ない、中断者が出る等の課題もあります。また、感染症の流行を契機に、医療機関の当該事業への協力に関して二極化が進み、不協力医療機関に対して協力体制への理解を得る等の対策が必要です。</p>								
目的	<p>国・県の標準的な手順に従い、将来糖尿病性腎症の悪化及びCKDに進行する可能性のある者に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とします。</p>								
具体的内容	<p>【対象者】20歳以上75歳未満の者で①②に該当する被保険者 ①傷病名欄に「糖尿病」「糖尿病性腎症」の記載があり、投薬等の治療行為がある者 ②糖尿病性腎症病期Ⅱ～Ⅳ期と推定される者 ※対象者②の判定をする際、特定健康診査の結果も活用します。 (活用する項目:血清クレアチニン値、尿蛋白、eGFR)</p> <p>【内容】 ・糖尿病性腎症病期Ⅱ期に該当する者は、4か月間の保健指導(面談1回・電話3回)を実施します。 ・糖尿病性腎症病期Ⅲ期またはⅣ期に該当する者は、4か月間の保健指導(面談2回・電話2回)を実施します。</p>								
評価指標 目標値		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
	アウトカム	HbA1c8.0%以上の割合★	0.8%	維持または減少					
		HbA1c6.5%以上の割合☆	8.9%	維持または減少					
		利用者の検査値(HbA1c)改善割合	60.1%	増加					
	アウトプット	参加者数	15人 (7.5%)	維持または増加					
		完了者数	11人 (73.3%)	100%					
プロセス	対象者の選定基準の明確化及び見直し、勧奨方法の適切さ(方法・時期・内容等)及び見直し								
ストラクチャー	比企管内町村との連携体制を整備 比企医師会会員への協力依頼体制を整備								

4 生活習慣病重症化予防事業 ①慢性腎臓病予防

背景	健康課題の中の一つとして、慢性腎不全(透析)に係る医療費が県内平均より高いことが挙げられます。糖尿病の合併症である腎症の他、動脈硬化を進行させる危険因子である高血圧・脂質異常等の生活習慣病により腎機能低下が進行するため、優先課題として重症化予防対策を実施しています。
前期計画からの考察	腎臓病予防教室参加後の意識の変化について、改善したと回答した者が80.0%以上と非常に高い結果となっています。一方で、対象者の絞り込みを当該年度の特定健康診査の結果から行うため、年度の前半に特定健康診査を受けた方のみが対象となることが課題となっています。また、CKDに関する知識を深めることも重要であるため、普及啓発に関する取組が必要です。
目的	糖尿病の治療の有無に関係なく、腎機能低下の危険性がある者に対して、腎臓病予防のための知識の啓発と生活習慣改善の提案を行うことで、重症化を予防することを目標とします。
具体的内容	<p>《健康教育：腎臓病予防教室》</p> <p>【対象者】 特定健康診査等の結果より、腎機能が低下(eGFR区分がステージ2または3に該当)している被保険者を抽出します(過去に参加した者は除く)。</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腎臓病予防のための病態、食事、日常生活の注意点に関する講話や相談を主とした教室を開催します。教室参加後、日常生活及びの意識の変化をアンケート等で確認します。 ・教室の案内通知へCKDに関する内容のリーフレットを同封し、不参加となった者への生活改善の動機付けを図ります。 <p>《CKDに関する知識の普及啓発》</p> <p>特定健康診査を受けても健診結果に無関心な者や具体的な改善方法がわからない者がいる可能性があることから、健診結果に関する説明会・個別相談会を開催し、生活習慣病予防や改善に関する実践的な知識の普及啓発に努めます。また、健診結果説明会に参加しない者に対しても、健診の結果に関する情報としてCKDに関する内容のリーフレットを提供します。</p>

		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
評価指標 目標値	アウトカム	血圧保健指導 判定値以上の 者の割合☆	55.6%	減少					
		教室参加後の 意識の変化が 改善する割合	97.5%	維持または上昇					
	アウトプット	勸奨通知	100%	100%					
		参加者数	44人 (100%)	100%					
		リーフレットの 配布数	5,898 枚 (100%)	100%					
	プロセス	参加者属性(検査値、腎症のステージ等)の把握、参加者の満足度							
	ストラクチャー	専門職の確保、支援体制の整備							

4 生活習慣病重症化予防事業 ②高血圧疾患

<p>背景</p>	<p>第1期データヘルス計画評価において、特定健康診査結果から高血圧該当者のうち、特定保健指導の該当にならない非肥満者が約2,000人以上おり、約45%の者が服薬をしていないことが課題となっていました。高血圧疾患で医科入院外に係る一人当たりの医療費及びレセプト件数は県平均よりも高く、脳血管疾患・心疾患も県平均よりも高くなっています。そのため、優先課題として平成28年度から非肥満者高血圧者を対象とする事業を開始しました。</p>
<p>前期計画からの考察</p>	<p>非肥満者を対象とした高血圧者受診勧奨事業では、再勧奨後に個別相談会等を行うことで、27.3%が医療機関を受診しました。また、受診に至らない者でも、受診勧奨や生活改善を行う等効果が得られています。しかし、複数回にわたり、受診勧奨をしても受診に至らない者が一定数いることが課題となっています。また、問診票結果より高血圧者のうちフレイル予防の該当者が含まれていることから、重症化予防の視点で対応していく必要があります。</p>
<p>目的</p>	<p>高血圧症は動脈硬化を進行させ、脳血管疾患や心疾患、CKD等につながることから、医療機関への受診勧奨及び生活習慣改善を行うことで、重症化を予防することを目標とします。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>《非肥満高血圧者の受診勧奨》 【対象者】 非肥満者で中等度高血圧(収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上)の受診勧奨判定値で未治療の被保険者</p> <p>【方法】 ・4月～翌年3月の通年で、対象者へ受診勧奨を促す通知を発送します。 喫煙者には通知後、電話で受診勧奨を行います。 ・通知後、受診確認ができない者へ個別相談会を開催し、生活習慣改善への動機付けを図ります。</p> <p>《高血圧者のフレイル対策》 【対象者】 非肥満高血圧者のうち、健診の問診票で口腔機能低下及び前年度比較で体重が3kg減少した前期高齢者を抽出します。</p> <p>【方法】 ・4月～翌年3月の通年、対象者へ受診勧奨を促す通知を発送します。 該当者へフレイル予防のリーフレットを同封します。 ・上記のうち、個別での支援を要する者に対しては、個人に応じた支援先(健康推進課のファミリー歯科健診や高齢介護課の低栄養者への訪問事業、個別相談事業等)へつなげます。</p> <p>《周知》 健康推進課と連携し、特定健康診査の結果返却等に際して、減塩に関するリーフレットを配布します。また、個別相談や結果説明会等で減塩に関する具体的な方法や血圧測定・受診勧奨に関する知識の普及啓発を図ります。</p>

		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
評価指標 目標値	アウトカム	血圧保健指導 判定値以上の 者の割合☆	55.7%	減少					
		医療機関受診 者の割合	27.3%	維持または増加					
		フレイル該当 者の個別相談 来所者数	-	増加					
	アウトプット	医療機関受診 勧奨通知数	149通 (100%)	100%					
		個別相談参加 者数	18人 (15.8%)	維持または増加					
		フレイル該当 者への通知数	-	増加					
	プロセス	受診勧奨基準の妥当性の検討、受診勧奨方法の適切さ、勧奨後の受診状況の把握の有無							
	ストラクチャー	庁内連携及び他課の既存事業を活用							

5 医療適正化対策事業 ①後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進

背景	東松山市国民健康保険では高齢化が進むにつれ、一人当たり医療費も増加しています。そのため、医療費の適正化が課題となっています。医療費の多くを占める薬剤費の伸びを抑制するために後発医薬品(以下、ジェネリック医薬品)の利用向上のために、平成24年から事業開始となりました。								
前期計画からの考察	ジェネリック医薬品の使用率は81.2%となり目標は達成できました。通知書発送以外にもジェネリックに関するリーフレットの配架等も行い安全性や品質に関する周知も図っていますが、通知対象者も重複者が多くなり切替率等の効果が出にくく課題となっています。対象者の選定方法の見直し等を含め検討する必要があります。								
目的	医療費適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、ジェネリック医薬品の使用を促進し、その利用率を高めます。								
具体的内容	<p>【対象者】 代替可能先発品を利用している被保険者</p> <p>【方法】 ・代替可能先発品を利用している被保険者を抽出し、ジェネリック医薬品差額通知を送付します。(年2回) ・通知発送6か月後、差額通知書別集計表にて切替割合を確認します。</p> <p>【後発薬利用への周知啓発】 毎年の保険証発送時に同封している東松山市国民健康保険の事業案内にジェネリック医薬品希望シールを同封します。また、ジェネリック医薬品に関する安全性や品質に関する通知やリーフレットの配架を行い、意識の向上を図ります。</p>								
評価指標 目標値		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
	アウトカム	ジェネリック医薬品の数量シェア	81.2%	維持または増加					
		ジェネリック医薬品差額通知後、切替割合	12.3%	維持					
	アウトプット	差額通知発送数	100%	維持					
	プロセス	差額通知等における後発医薬品の品質等に関する情報提供の有無							
	ストラクチャー	通知の印刷について、業務を委託							

5 医療適正化対策事業 ②適正服薬・適正受診の促進

<p>背景</p>	<p>東松山市国民健康保険では高齢化が進むにつれ、一人当たり医療費も増加しており、医療費の適正化が課題となっています。国の保険者努力支援においても、適正服薬の取組及び重複服薬・多剤服薬への対応が重要視されています。更に、重複服薬・多剤服薬への対応は医療費の適正化の観点だけでなく、薬剤の副作用を予防する点からも重要です。</p> <p>東松山市では平成30年から適正受診事業(重複・頻回受診)を、令和元年から重複服薬者・多剤服薬者への相談事業を開始しています。重複・頻回受診、重複・多剤服薬についても、市町村ヘルスアップ事業において補助金対象事業となっており、引き続き対策を講じていく必要があります。</p>
<p>前期計画からの考察</p>	<p>年度により対象者数が変動し、訪問件数等のばらつきも出ているため、評価が行いづらく、重複する対象者を抽出することになってしまう等の課題があります。対象者の絞り込み方法や評価指標を再検討しながら実施していきます。</p>
<p>目的</p>	<p>医療費適正化に向け、重複・多剤服薬者に対する適正服薬の促進、重複・頻回受診に対する適正受診を促進していきます。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>《適正服薬の促進》</p> <p>■重複服薬者への訪問相談案内通知</p> <p>【対象者】</p> <p>①重複服薬者:同一月内に同一薬効を持つ医薬品が複数の医療機関から処方されている状態が直近3か月のうち2回以上の者</p> <p>②多剤服薬者:医薬品の処方数が10種類以上処方されている状態が直近3か月のうち2回以上の者</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月～6月の受診者に対して、上記対象条件を基に対象者を抽出し、服薬状況の改善を促す通知文を送付します。 ・希望により、保健師または薬剤師による相談(家庭訪問・電話等)を行います。 <p>【周知】</p> <p>保険証発送時に同封している東松山市国民健康保険の事業案内に、適正服薬に関する記事を掲載します。</p> <p>《適正受診の促進》</p> <p>■重複頻回受診者への通知・相談事業</p> <p>【対象者】</p> <p>①重複受診者:同一月内に同一疾病での受診医療機関が3か所以上受診している状態が3か月以上連続している者</p> <p>②頻回受診者:同一月内に同一医療機関の受診が15回以上受診している状態が3か月以上連続している者</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月～6月の受診者に対して、KDBシステムから上記対象条件を基に対象者を抽出し、受診状況の改善を促す通知文を送付します。 ・希望により、保健師または薬剤師による相談(家庭訪問・電話等)を行います。 <p>【周知】</p> <p>保険証発送時に同封している東松山市国民健康保険の事業案内に、適正服薬に関する記事を掲載します。</p>

		指標	現状値 (R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
評価指標 目標値	アウトカム	重複服薬者数 (被保険者1万人当たり)	6人	各年度R4より減少					
		多剤服薬者数 (被保険者1万人当たり)	70人	各年度R4より減少					
		重複受診者数 (被保険者1万人当たり)	119人	各年度R4より減少					
		頻回受診者数 (被保険者1万人当たり)	21人	各年度R4より減少					
		【重複服薬】 通知後改善した割合	100%	各年度R4より減少					
		【多剤服薬】 通知後改善した割合	60.0%	各年度R4より減少					
		【重複受診】 通知後改善した割合	66.7%	各年度R4より減少					
		【頻回受診】 通知後改善した割合	100%	各年度R4より減少					
	アウトプット	【重複服薬】 服薬指導実施者(訪問・電話等)数	1人	増加					
		【多剤服薬】 服薬指導実施者(訪問・電話等)	3人	増加					
		【重複受診】 指導実施者(訪問・電話等)数	4人	増加					
		【頻回受診】 指導実施者(訪問・電話等)数	2人	増加					
		プロセス	東松山市医師会・東松山薬剤師会との打ち合わせ、お薬手帳の活用に関する普及・啓発の実施						
		ストラクチャー	東松山市医師会及び東松山薬剤師会との連携体制を整備						

6 地域包括ケア及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する取組

<p>背景</p>	<p>高齢化が進み、人生100年時代と言われる中、誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)を構築し推進しています。</p> <p>また、健康寿命の延伸を目指し、高齢者の生活習慣病予防や重症化予防のための保健事業とフレイル状態に陥らないための介護予防を高齢介護課等と連携し、令和3年度から開始しています。</p>
<p>前期計画からの考察</p>	<p>高齢介護課が中心となり地域包括ケアシステムを推進しています。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、保険年金課が主管となり事業を進めています。それぞれの課で共通の目標である「健康寿命の延伸」を掲げ、事業を実施していることから、本計画にも地域包括ケアシステムの推進を位置付ける必要があります。また、KDBシステムを活用し、庁内関係課等と地域課題の共有が図れる体制づくりに取り組む必要があります。</p>
<p>目的</p>	<p>関係部局・機関との横断的な連携による高齢者のフレイル予防、生活習慣病の予防や重症化予防を行うことにより、健康の保持・増進を図ります。また、地域包括ケアシステムの推進を目的とします。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>国民健康保険、後期高齢者医療制度、介護保険から得られるデータ等の総合的な分析をし、地域包括ケアシステムの推進や高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を進めます。</p> <p>【地域包括ケアシステムの推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議に国保部門として参画し、KDBシステム等を活用したデータを提供し、地域の課題を共有し対応策を検討します。 ・地域支援事業に国保部門として参画します。例えば、特定健康診査質問票で「ほとんどかめない」「体重減少」と回答した前期高齢者に対し、いきいき生活教室を案内します。 <p>【フレイル予防の普及啓発】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護部門との連携を行い、特定健康診査を受けた前期高齢者へ、フレイル予防講座の開催通知を配布します。また、特定健診の結果説明会でフレイル予防についても説明を行います。 <p>【個別相談会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果だけではなく、健康に関する不安や悩み等について気軽に相談できる体制を整えます。 <p>【適正服薬・適正受診の促進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前期高齢者に対し、医療費適正化事業を実施します。 対象や実施方法等は、医療費適正化事業(p. 51, 52)を参照ください。 <p>【糖尿病性腎症重症化予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前期高齢者に対し、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施します。 対象や実施方法等は、糖尿病性腎症重症化予防事業(p. 43～45)を参照ください。 <p>【生活習慣病重症化予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前期高齢者に対し、生活習慣病重症化予防事業を実施します。 対象や実施方法等は、生活習慣病重症化予防事業(p. 46～49)を参照ください。

<p>具体的 内容</p>	<p>【低栄養対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前期高齢者でBMI20未満かつ前年度体重から3kg減の者を対象に、栄養相談を実施します。年6回、個別相談会を開催します。 希望により、高齢介護課で実施している栄養士による訪問事業やいきいき生活教室へつなげます。 <p>【口腔機能の向上】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査質問票で「ほとんどかめない」と回答した前期高齢者対し、歯科相談を実施します。年6回、個別相談会を開催します。 希望により、健康推進課で実施しているファミリー歯科健診や高齢介護課で実施しているいきいき生活教室へつなげます。 								
<p>評価指標 目標値</p>		<p>指標</p>	<p>現状値 (R4)</p>	<p>目標値</p>					
				<p>R6</p>	<p>R7</p>	<p>R8</p>	<p>R9</p>	<p>R10</p>	<p>R11</p>
	<p>アウトカム</p>	<p>前期高齢者のうちBMI20以下の割合</p>	<p>18.4%</p>	<p>減少</p>					
		<p>50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合</p>	<p>79.2%</p>	<p>増加</p>					
		<p>栄養や口腔機能に関する各種事業へつなげた人数</p>	<p>-</p>	<p>維持及び増加</p>					
	<p>アウトプット</p>	<p>低栄養・及び口腔機能に関する個別相談の実施回数</p>	<p>-</p>	<p>各年度100%</p>					
		<p>個別相談対象者(栄養・口腔)への各通知数</p>	<p>-</p>	<p>各年度100%</p>					
	<p>プロセス</p>	<p>地域ケア会議へ国保部門として参画、地域課題を共有、対策を検討、国民健康保険、後期高齢者医療、介護データ等の総合的な分析の実施</p>							
	<p>ストラクチャー</p>	<p>専門職の確保 庁内の連携体制を強化</p>							

第7章 その他

1 個別の保健事業及びデータヘルス計画(保健事業全体)の評価・見直し

個別の保健事業は、毎年度計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を評価します。その結果から必要に応じて計画を見直します。

データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画の評価については、特定健診の結果、レセプト、KDBシステム等を活用して行うとともに、計画3年目に中間評価を実施します。目標の達成状況が想定に達していない場合は、達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、データヘルス計画等の見直しを実施します。最終評価については、計画6年目に実施します。

更に、適切かつ健全な事業運営を図る観点から適宜、東松山市国民健康保険運営協議会へ計画の進捗状況を報告します。

2 計画の公表・周知

策定した計画は、東松山市ホームページに掲載します。

3 個人情報の取扱い

(1) 基本的な考え方

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

また、効果的な保健事業を実施する観点から、対象者の利益が最大限となるよう、個人情報の保護に十分配慮しつつ、保有している情報を有効に活用します。

(2) 具体的な方法

個人情報の取扱いに関しては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」や「東松山市個人情報の保護に関する法律施行条例」などの関係諸法令等に基づき行います。

また、保健事業を外部に委託する際は、個人情報の管理方法、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の履行状況を管理します。

(3) 特定健康診査・特定保健指導に係る情報等の保管及び管理

特定健診結果データ、レセプトデータ等は、埼玉県国民健康保険団体連合会が原則5年間、保管と管理を行います。

(4) その他の留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた事業を立案するため、埼玉県国民健康保険団体連合会等が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者(国保、衛生、介護部門等)は積極的に参加するとともに、国保部門と衛生部門、介護部門等の連携を強化します。

東松山市
第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画)
第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年3月

東松山市 保険年金課