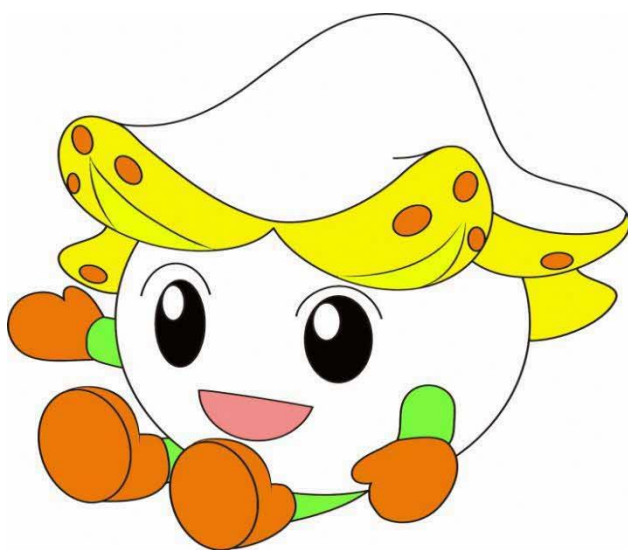


塩谷町国民健康保険  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査等実施計画  
(案)



令和6年 月  
塩谷町

はじめに	
第1章 計画策定について	
1.計画の趣旨	2
2.計画期間	4
3.実施体制・関係者連携	4
第2章 地域の現状	
1.地域の特性	5
2.保険者の特性	6
3.医療基礎情報	9
4.平均余命と平均自立期間	10
5.介護保険の状況	12
6.死亡の状況	16
第3章 過去の取り組みの考察	
1.第2期データヘルス計画全体の評価	18
2.各事業の達成状況	19
第4章 健康・医療情報等の分析	
1.医療費の基礎集計	22
2.生活習慣病に関する分析	30
3.受診行動適正化指導対象者に係る分析	35
4.ジェネリック医薬品普及率に係る分析	36
第5章 特定健康診査・特定保健指導等の分析	
1.特定健診に係る分析	37
2.特定保健指導に係る分析	44
第6章 健康課題の抽出と個別保健事業	
1.分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	50
2.健康課題を解決するための個別の保健事業	54
第7章 その他	
1.計画の評価及び見直し	68
2.計画の公表・周知	68
3.個人情報の取扱い	68
参考資料	
1.用語解説集	70
2.疾病分類	72
3.データ分析期間	76
4.分析方法	77

# 第1章 計画策定について

## 1. 計画の趣旨

### (1) 背景

国民健康保険の保険者は、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第82条第1項並びに高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第20条及び第24条の規定の基づき、特定健康診査(以下「特定健診」という。)や特定保健指導を始め、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業(以下「保健事業」という。)を行うよう努めなければならないとされています。

塩谷町国民健康保険では、国の動向(下表)を踏まえ、「第1期塩谷町データヘルス計画(平成28年～平成29年度計画)」、「第2期塩谷町データヘルス計画(平成30年～令和5年度計画)」を策定し、データ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を提示するとともに、「塩谷町特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)」において保健事業の中核をなす特定健診・特定保健指導の実施方法や目標等を定め、保健事業の実施、評価、改善等に取り組んでまいりました。

今般、「第2期塩谷町データヘルス計画(平成30年～令和5年度計画)」の計画期間が終了することから、幅広い年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図るため、「第3期塩谷町データヘルス計画(令和6年～令和11年度計画)」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

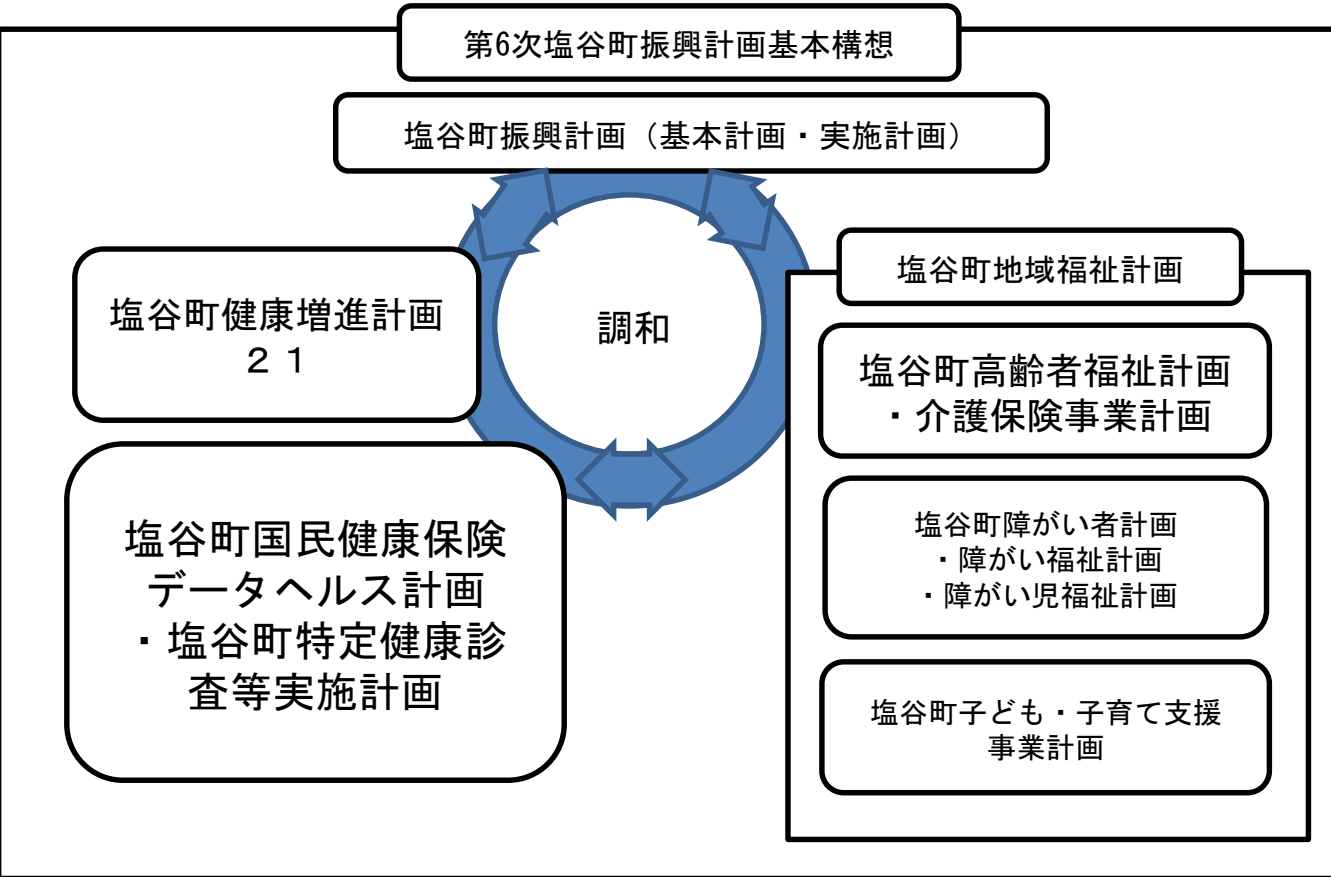
### 【国の動向】

平成25年6月14日	「日本再興戦略」閣議決定
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
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)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。	
平成30年4月	国民健康保険制度改革
都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等、国民健康保険の運営に中心的な役割を担うこととなった。	
令和2年7月	「経済財政運営と改革の基本計画2020(骨太方針2020)」
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た。	
令和4年12月	「新経済・財政再生計画改革工程表2022」
保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する」と示された。	

## (2)計画の位置づけ

本計画は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示第307号)」に基づき策定するものです。策定にあたっては、「塩谷町振興計画」を上位計画とし、「塩谷町健康増進計画21計画－第2期－(改訂版)」及び「塩谷町高齢者福祉計画・塩谷町介護保健事業計画」との整合性を図ります。また、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第19条に基づく特定健康診査等実施計画における当該事業は、データヘルス計画の中核事業であることから、本計画と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

本計画と関連計画との関係



## 特定健康診査等実施計画との関係

第4期特定健康診査等実施計画に記載すべき事項	本計画における記載箇所
①達成しようとする目標	第6章 健康課題の抽出と個別保健事業 事業番号1.特定健康診査* 事業番号2.特定保健指導*
②特定健康診査等の対象者数	
③特定健康診査等の実施方法	
④個人情報の保護	第7章 その他 3.個人情報の取扱い
⑤特定健康診査等実施計画の公表及び周知	第7章 その他 2.計画の公表・周知
⑥特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	第7章 その他 1.計画の評価・見直し
⑦その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項	第6章 健康課題の抽出と個別保健事業 事業番号1.特定健康診査* 事業番号2.特定保健指導*

## 2.計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

## 3.実施体制・関係者連携

### (1)実施体制

本計画における分析や策定においては、住民課が主体となり、保健事業の実施、評価等は、健康生活課を始めとする関係所管と連携して行います。

### (2)関係機関との連携

計画を推進するために、共同保険者である栃木県のほか、国民健康保険団体連合会や塩谷町医師会、塩谷町歯科医師会、後期高齢者医療広域連合その他関係団体と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

# 第2章 地域の現状

## 1.地域の特性

### (1)地理的・社会的背景

本町は、面積の約60%が山林原野で構成され、東西18km、南北21kmの三角形をしており、北部は、日光国立公園の一部である高原山(活火山)で、林産資源に富み、河川はいずれも一級河川である荒川(東側)と鬼怒川(西側)が町の両側を囲みながら南流し、中部から南部にかけては肥沃な農業地帯となっています。

町中央を東西の国道461号線と南北の主要地方道藤原宇都宮線が交差しており、矢板市、日光市、宇都宮市、さくら市、那須塩原市と隣接しています。

県内において農林業に特化した産業構造を有しています。

### (2)医療アクセスの状況

以下は、本町の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。本町は、栃木県と比べて、千人当たりの診療所数が少ないうえ、病床は0であり、医師数がかなり少ないことを踏まえた考察が必要となります。

#### 医療提供体制(令和4年度)

医療項目	塩谷町	県	国
千人当たり			
病院数	0.0	0.3	0.3
診療所数	2.6	3.6	4.2
病床数	0.0	50.4	61.1
医師数	1.9	11.7	13.8
外来患者数	720.3	717.1	709.6
入院患者数	19.0	17.6	18.8

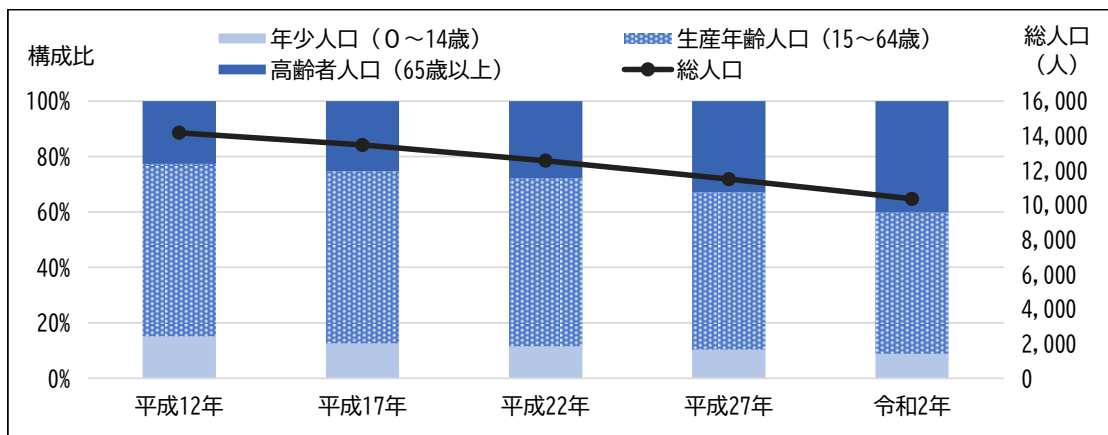
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 2. 保険者の特性

### (1) 人口構成

本町における令和2年度の総人口は、1万353人で、年少人口、生産人口が、年々減少しており、対して高齢者人口が増加傾向にあります。高齢者の割合は、令和2年度時点で40.2%です。

### 人口の推移



		平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
総人口	実数 (人)	14,171	13,462	12,560	11,490	10,353
年少人口 (0~14歳)	実数 (人)	2,127	1,689	1,437	1,177	914
	構成比 (%)	15.0	12.5	11.4	10.2	8.8
生産年齢人口 (15~64歳)	実数 (人)	8,832	8,358	7,634	6,522	5,282
	構成比 (%)	62.3	62.1	60.8	56.8	51.0
高齢者人口 (65歳以上)	実数 (人)	3,211	3,415	3,489	3,791	4,157
	構成比 (%)	22.7	25.4	27.8	33.0	40.2

出典: 国勢調査

県平均と比較すると、高齢者の割合が11ポイントも高い状況です。

### 人口構成 (令和2年)

		塩谷町	県	国
総人口	実数 (人)	10,353	1,897,545	123,214,261
年少人口 (0~14歳)	実数 (人)	914	227,553	14,955,692
	構成比 (%)	8.8	12.0%	12.1%
生産年齢人口 (15~64歳)	実数 (人)	5,282	1,115,611	72,922,764
	構成比 (%)	51	58.8%	59.2%
高齢者人口 (65歳以上)	実数 (人)	4,157	554,381	35,335,805
	構成比 (%)	40.2	29.2%	28.7%

出典: 国勢調査

本町における出生率は栃木県・国より低く、死亡率は栃木県・国より高い状況です。

## 令和4年度 人口構成概要

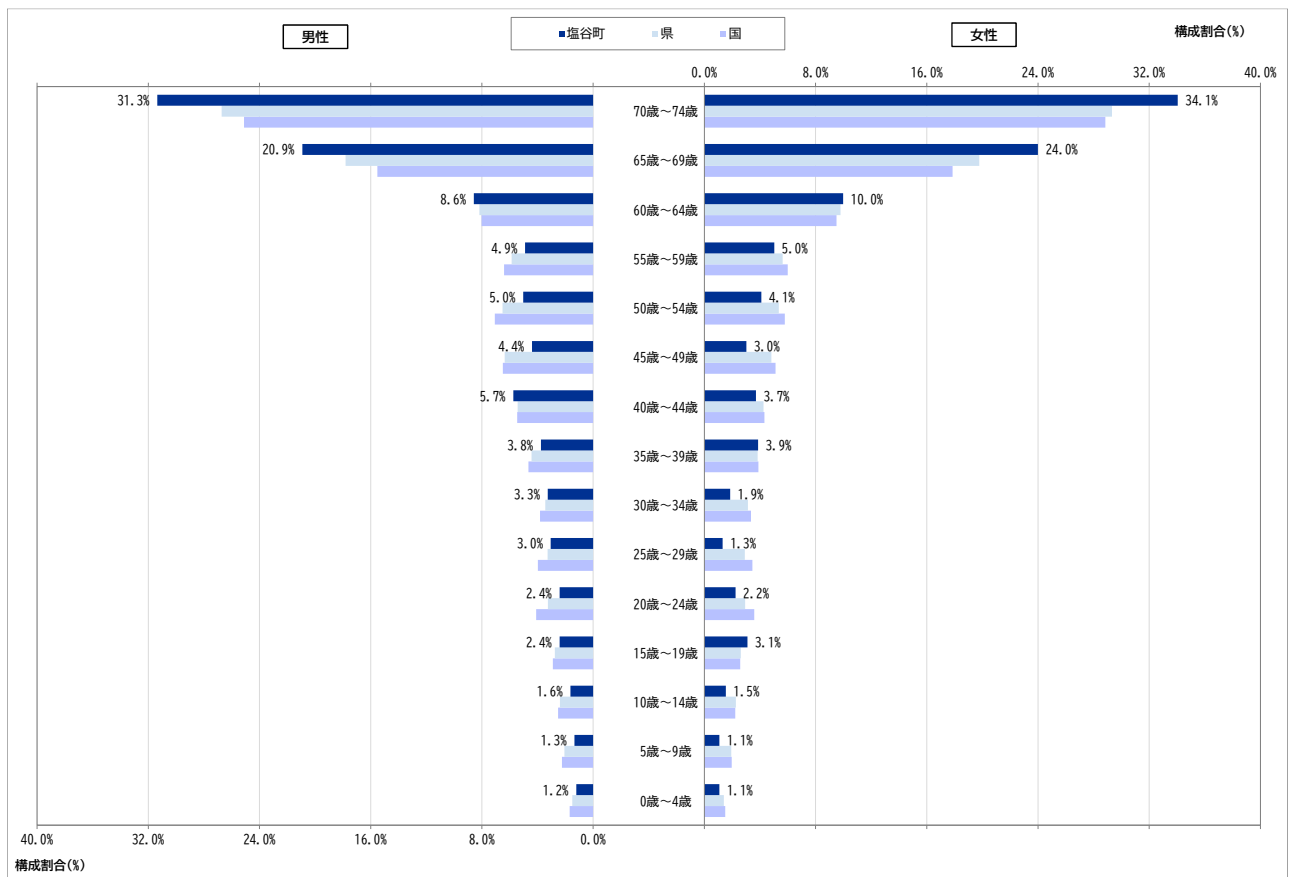
区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	出生率	死亡率
塩谷町	10,353	40.2%	3.2	17.4
県	1,897,545	29.2%	6.2	11.4
国	123,214,261	28.7%	6.8	11.1

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」

## (2) 国民健康保険被保険者の構成

被保険者数構成割合を男女・年齢階層別にみると、男性、女性ともに、前期高齢者の構成比が高く、平均年齢を引き上げている要因となっています。

## 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)

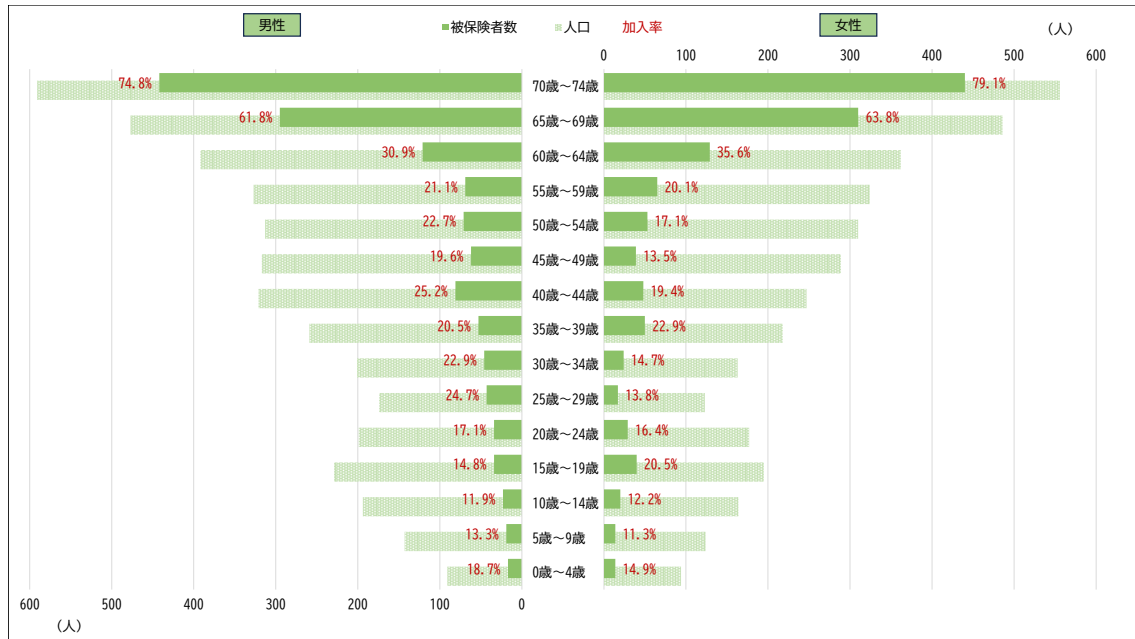


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」



以下は、人口及び被保険者の構成を男女・年齢階層別に示したものです。加入率をみると、65歳未満は10%～35%である一方、65歳以上は男女共に60%以上と大幅に高いです。

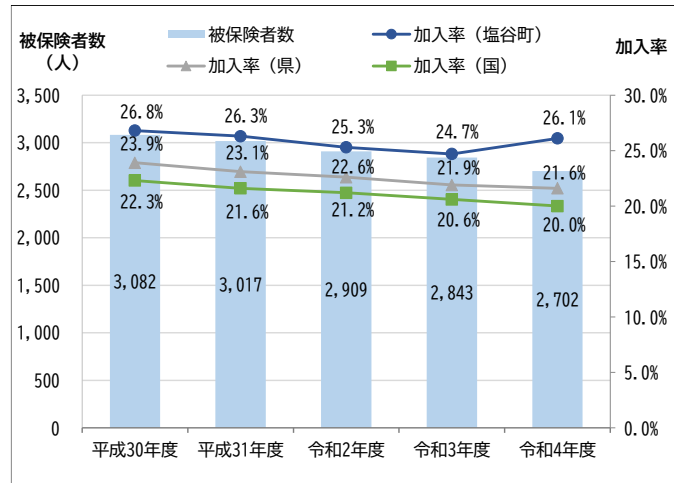
### 男女・年齢階層別 人口及び被保険者構成



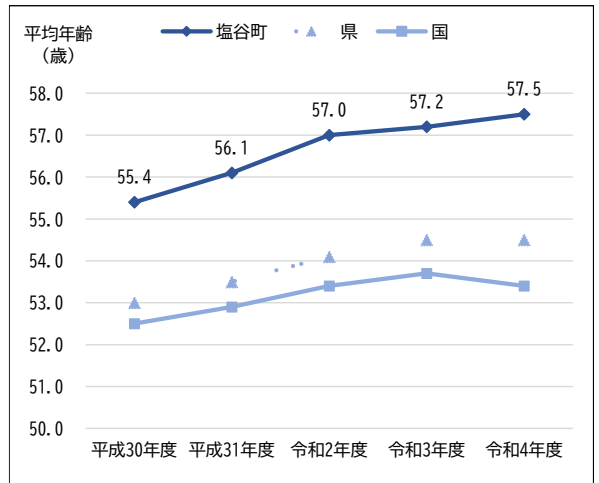
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」、住基システム年齢別人口統計表

以下は、被保険者数と加入率、国保被保険者の平均年齢を年度別に示したものです。令和3年度から令和4年度において、加入率及び平均年齢が栃木県・国は下降傾向であるものの、本町は上昇しています。

### 年度別 被保険者数及び加入率



### 年度別 国保被保険者平均年齢



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」

### 3.医療基礎情報

以下は、本町の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

本町の令和4年度の受診率は739.3で、栃木県と比べて受診率は4.6高く、一件当たり医療費は40,560円と7.1%高いです。外来・入院別にみると、外来の受診率、一件当たり医療費ともに栃木県より高いです。入院においては、入院率は栃木県より高いですが、一件当たり医療費は低いです。

#### 医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	塩谷町	県	国
受診率	739.3	734.7	728.4
一件当たり医療費(円)	40,560	37,880	39,870
一般(円)	40,560	37,880	39,870
退職(円)	0	15,210	67,230
外来			
外来費用の割合	63.1%	61.4%	59.9%
外来受診率	720.3	717.1	709.6
一件当たり医療費(円)	26,260	23,840	24,520
一人当たり医療費(円) ※	18,910	17,090	17,400
一日当たり医療費(円)	17,450	16,510	16,500
一件当たり受診回数	1.5	1.4	1.5
入院			
入院費用の割合	36.9%	38.6%	40.1%
入院率	19.0	17.6	18.8
一件当たり医療費(円)	582,180	611,140	619,090
一人当たり医療費(円) ※	11,070	10,740	11,650
一日当たり医療費(円)	36,950	37,300	38,730
一件当たり在院日数	15.8	16.4	16.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

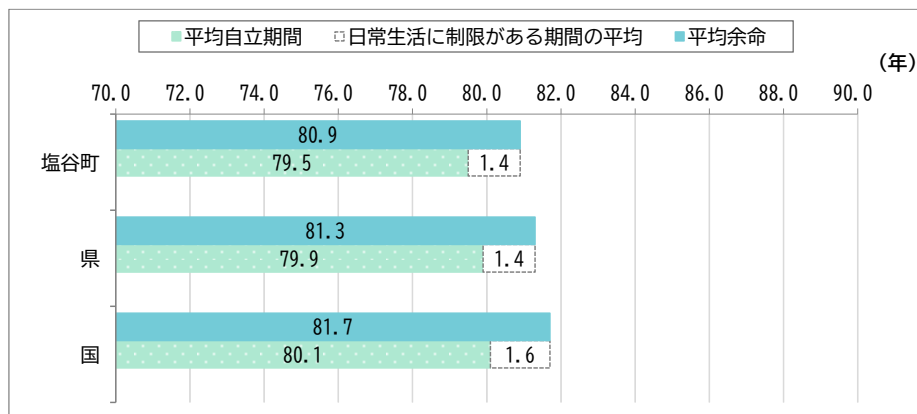
※一人当たり医療費…1カ月分相当。

## 4. 平均余命と平均自立期間

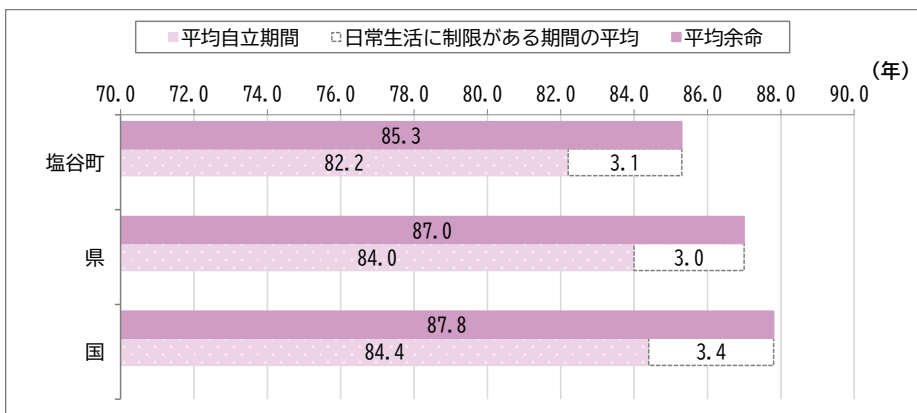
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がある年齢の後に何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本町の男性の平均余命は80.9年で栃木県より0.4年短く、平均自立期間は79.5年で栃木県より0.4年短いです。日常生活に制限がある期間の平均は1.4年で、栃木県と同水準です。本町の女性の平均余命は85.3年で栃木県より1.7年短く、平均自立期間は82.2年で栃木県より1.8年短いです。日常生活に制限がある期間の平均は3.1年で、栃木県の3.0年よりも長いです。

### (男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



### (女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



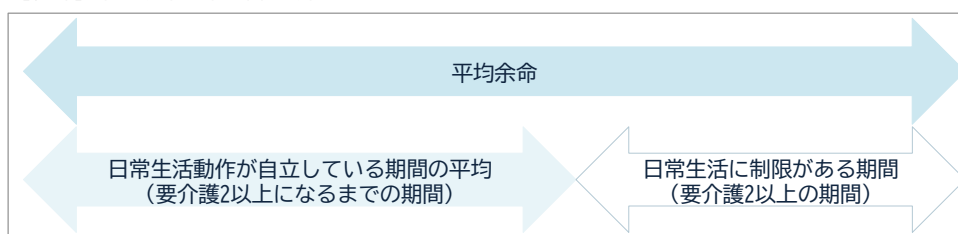
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

日常生活に制限がある期間の平均…平均余命と平均自立期間の差。

#### 【参考】平均余命と平均自立期間について



以下は、平成30年度から令和4年度における推移を示したものです。男性においては平均余命・平均自立期間ともに横ばい傾向となっています。女性は平均余命及び平均自立期間が短縮傾向にあり、日常生活に制限がある期間が短くなっている反面、平成30年度と令和4年度を比較すると平均余命が2.5年(87.8年→85.3年)と、平均自立期間が2.3年(84.2年→82.2年)と短くなっています。

## 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均の推移

年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	80.6	79.2	1.4	87.8	84.5	3.3
平成31年度	80.8	79.2	1.6	87.5	83.9	3.6
令和2年度	80.3	78.8	1.5	87.2	83.6	3.6
令和3年度	80.1	78.7	1.4	86.3	83.1	3.2
令和4年度	80.9	79.5	1.4	85.3	82.2	3.1

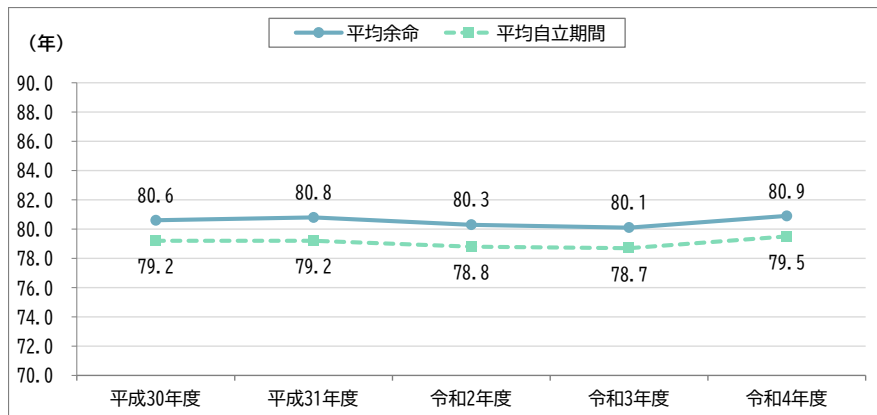
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

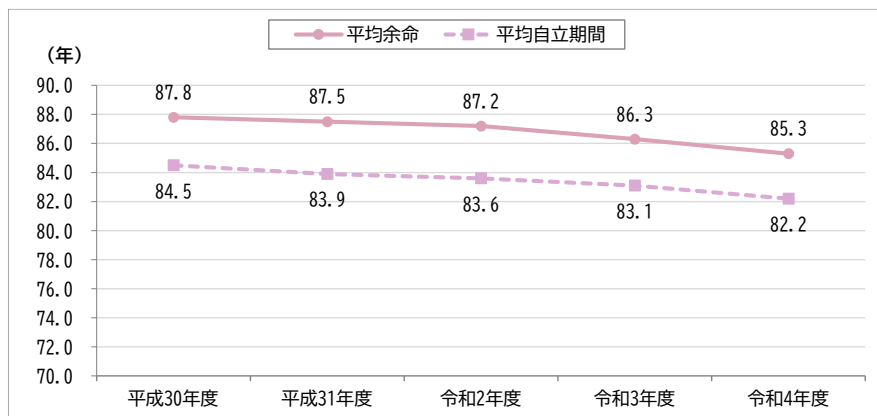
平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

日常生活に制限がある期間の平均…平均余命と平均自立期間の差。

### (男性)年度別 平均余命と平均自立期間



### (女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

## 5.介護保険の状況

### (1)要介護(支援)認定状況

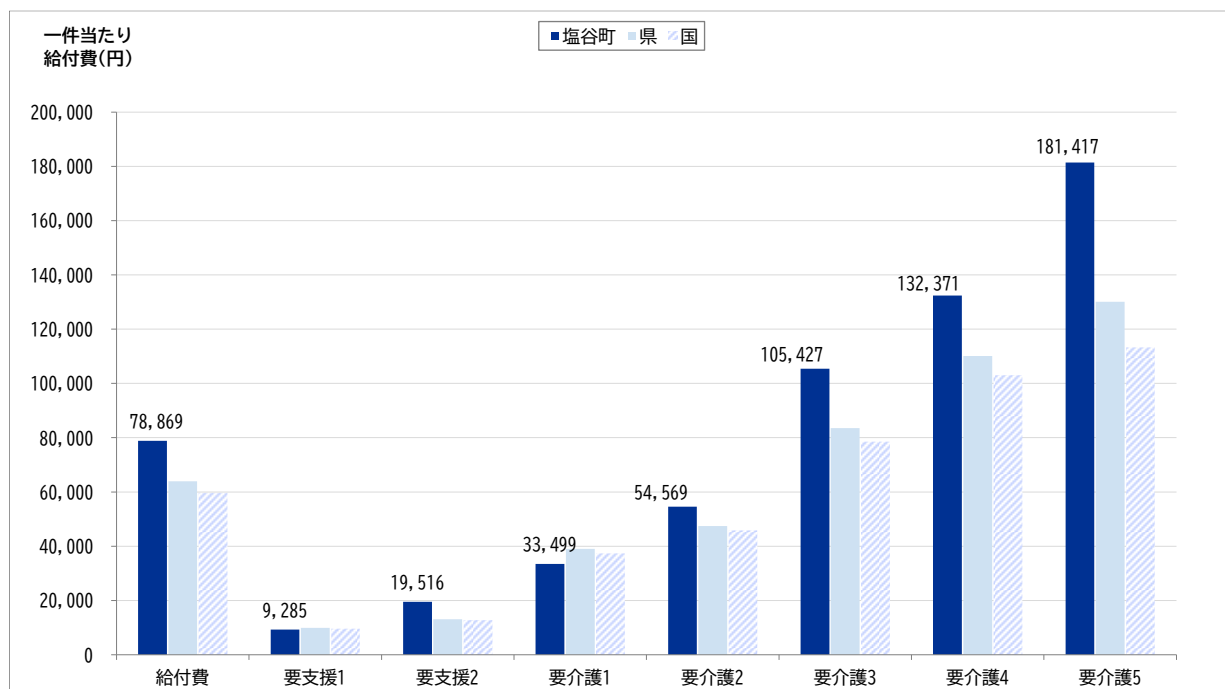
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。認定率16.1%は栃木県より0.7ポイント低く、一件当たり給付費78,869円は栃木県より高いです。また区分ごとの給付費は、要支援1、要介護1を除いて、本町が栃木県より高くなっています。

### 要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	塩谷町	県	国
認定率	16.1%	16.8%	19.4%
認定者数(人)	686	95,235	6,880,137
第1号(65歳以上)	678	92,678	6,724,030
第2号(40～64歳)	8	2,557	156,107
一件当たり給付費(円)			
給付費	78,869	63,960	59,662
要支援1	9,285	9,878	9,568
要支援2	19,516	13,094	12,723
要介護1	33,499	38,988	37,331
要介護2	54,569	47,441	45,837
要介護3	105,427	83,518	78,504
要介護4	132,371	110,096	103,025
要介護5	181,417	130,082	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

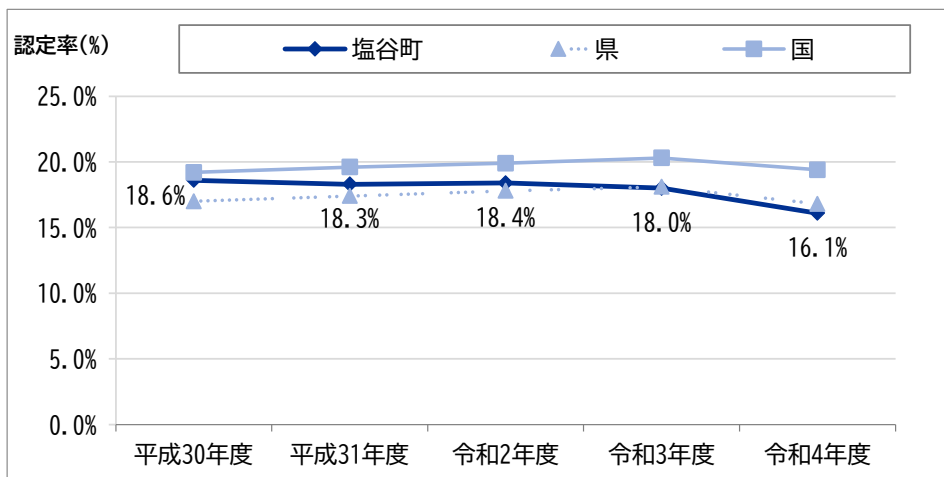
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率16.1%は平成30年度18.6%より2.5ポイント減少しており、令和3年度に栃木県を下回る水準となり、令和4年度にその差が拡大しています。

### 年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)	
塩谷町	平成30年度	18.6%	709	694	15
	平成31年度	18.3%	720	704	16
	令和2年度	18.4%	694	684	10
	令和3年度	18.0%	679	669	10
	令和4年度	16.1%	686	678	8
県	平成30年度	17.0%	89,749	87,275	2,474
	平成31年度	17.4%	91,559	89,127	2,432
	令和2年度	17.8%	93,746	91,239	2,507
	令和3年度	18.1%	95,008	92,499	2,509
	令和4年度	16.8%	95,235	92,678	2,557
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	平成31年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## (2)要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

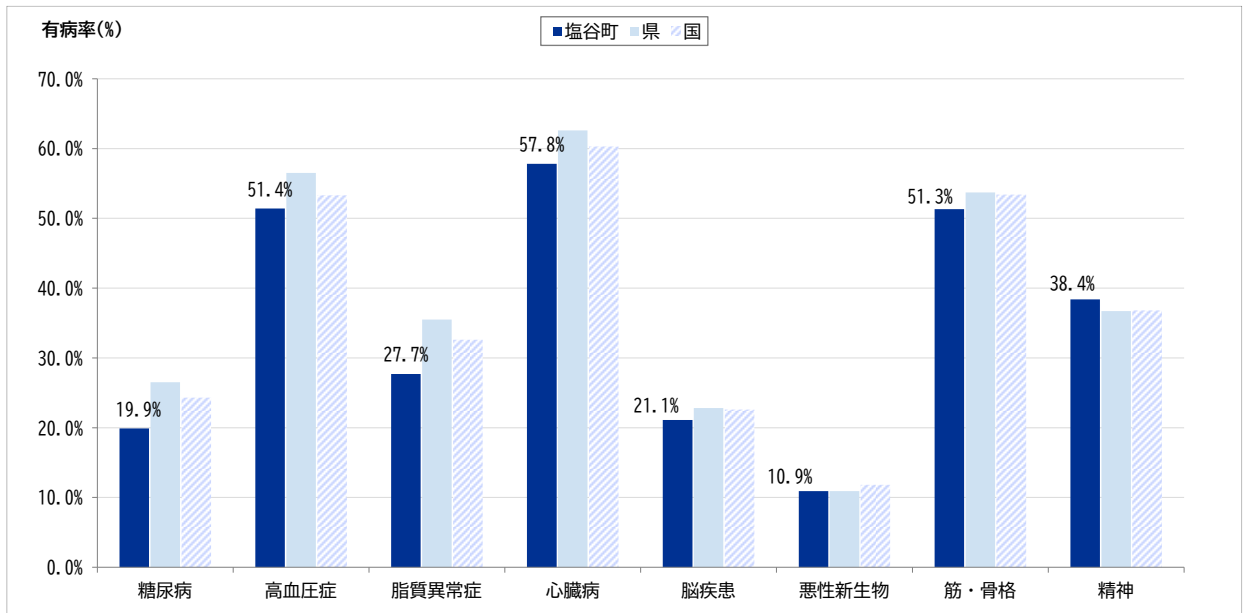
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別実人数を示したものです。心臓病393人が第1位、筋・骨格355人が第2位、高血圧症349人が第3位です。上位3疾病は栃木県と同一であり、3疾病いずれも有病率が栃木県より低い状況にあります。なお、KDB定義では心臓病に高血圧症が含まれており、この点について留意する必要があります。

### 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度) ※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	塩谷町	順位	県	順位	国	順位
認定者数(人)	686		95,235		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	134	25,711	6	1,712,613	6
	有病率	19.9%	26.5%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	349	54,550	2	3,744,672	3
	有病率	51.4%	56.5%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	181	34,603	5	2,308,216	5
	有病率	27.7%	35.5%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	393	60,396	1	4,224,628	1
	有病率	57.8%	62.6%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	146	21,778	7	1,568,292	7
	有病率	21.1%	22.8%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	72	10,630	8	837,410	8
	有病率	10.9%	10.9%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	355	52,071	3	3,748,372	2
	有病率	51.3%	53.7%		53.4%	
精神	実人数(人)	249	35,266	4	2,569,149	4
	有病率	38.4%	36.7%		36.8%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



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、本町の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。

心臓病、筋・骨格、高血圧症がいずれの年度においても上位3疾病となっています。順位は7位と高くありませんが糖尿病の割合が16.6%から19.9%と増加傾向にあります。なお、KDB定義では心臓病に高血圧症が含まれています。

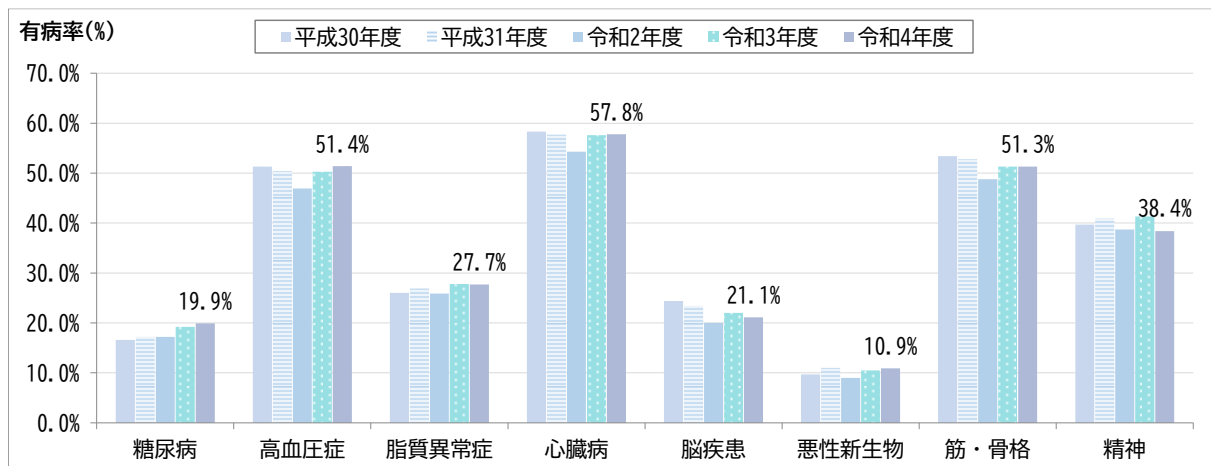
### 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	塩谷町									
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位
認定者数(人)	709		720		694		679		686	
糖尿病	実人数(人)	118	129	125	130	134				
	有病率(%)	16.6%	17.2%	17.2%	19.2%	19.9%				
高血圧症	実人数(人)	372	355	335	351	349				
	有病率(%)	51.3%	50.4%	46.9%	50.3%	51.4%				
脂質異常症	実人数(人)	191	197	190	197	181				
	有病率(%)	26.0%	26.9%	25.9%	27.8%	27.7%				
心臓病	実人数(人)	421	411	384	401	393				
	有病率(%)	58.3%	57.7%	54.3%	57.6%	57.8%				
脳疾患	実人数(人)	176	156	151	148	146				
	有病率(%)	24.4%	23.4%	20.0%	22.0%	21.1%				
悪性新生物	実人数(人)	74	75	62	87	72				
	有病率(%)	9.7%	11.0%	9.0%	10.5%	10.9%				
筋・骨格	実人数(人)	380	372	350	350	355				
	有病率(%)	53.4%	52.8%	48.8%	51.3%	51.3%				
精神	実人数(人)	305	290	271	279	249				
	有病率(%)	39.7%	40.9%	38.7%	41.3%	38.4%				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率

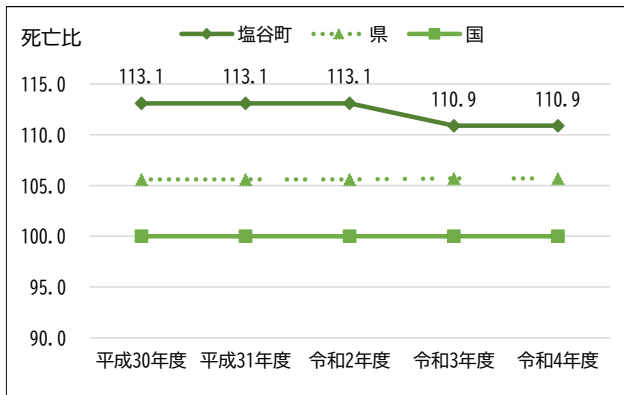


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

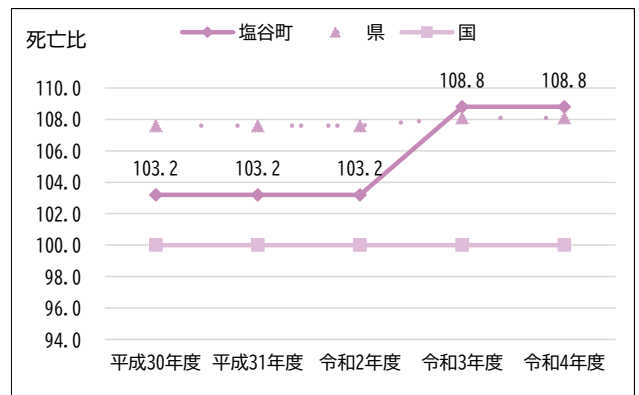


# 6.死亡の状況

## 年度別 標準化死亡比（男性）



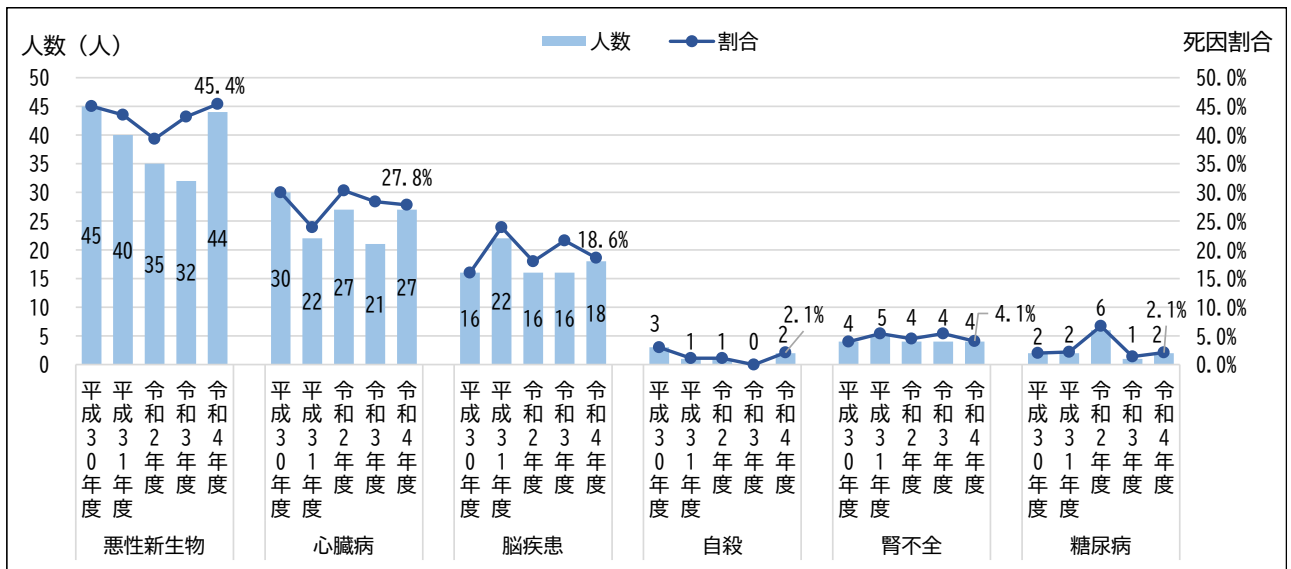
## 年度別 標準化死亡比（女性）



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

標準化死亡比とは、国の死亡率を100とした場合の比較です。本町の平成30年度から令和4年度における標準化死亡比は、男性は国よりかなり高く推移しておりますが、近年減少しています。女性も国より高く、県よりは低い比率でしたが、近年増加し、県より高く推移しています。

## 年度別 主たる死因の状況



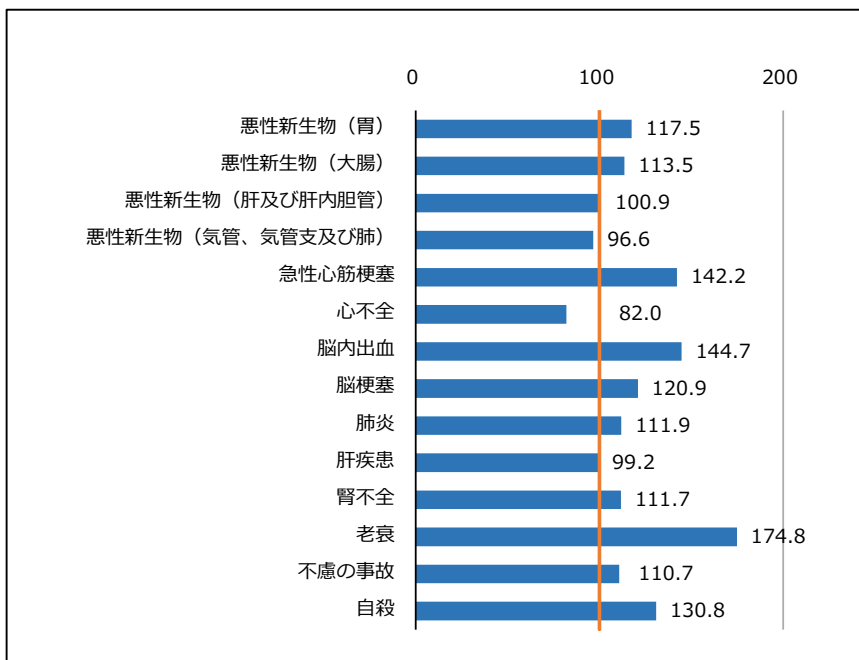
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

当町の人口規模では母数自体が少ないため年度によるばらつきがありますが、どの年度も悪性新生物が40%越えと高い割合を占めています。

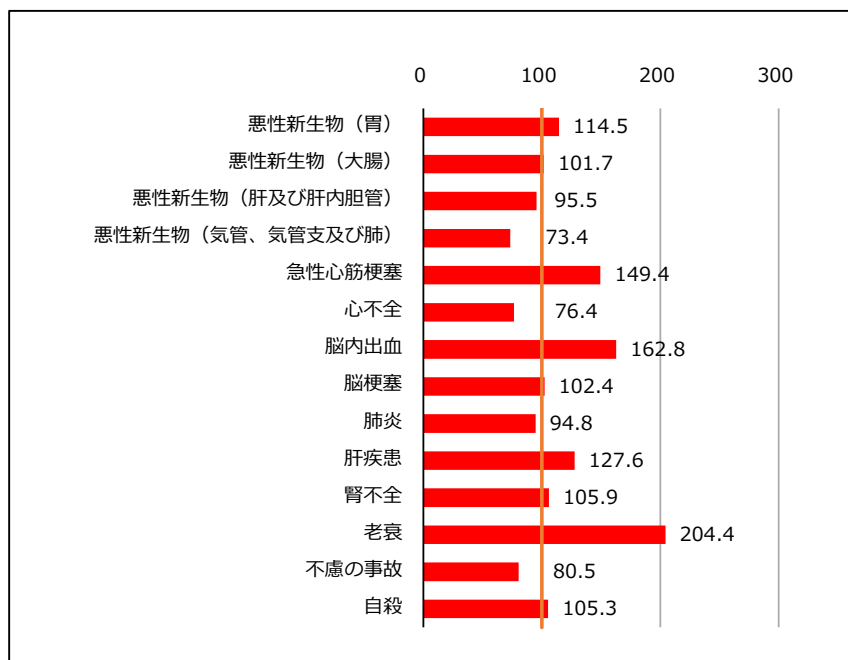
このことから「がん検診」の重要性が浮かび上がってくるとともに、悪性新生物の予防としての生活習慣病対策が課題であると考えます。

以下は、主要死因別標準化死亡比を、栃木県を100として男女別に示したものです。死亡比が高い上位3死因は、男女共に老衰、脳内出血、急性心筋梗塞です。

### 主要死因別 標準化死亡比(男性)



### 主要死因別 標準化死亡比(女性)



出典：人口動態特殊報告「平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別」統計第5表

# 第3章 過去の取り組みの考察

## 1. 第2期データヘルス計画全体の評価

以下は、第2期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

### ○計画全体の目的

計画全体の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自身の健康状態を正しく理解し、生活習慣病を予防するための行動をとれるようになる</li> <li>・医療費の伸びの抑制</li> </ul>
---------	--

### ○計画全体の指標と評価

指標	標の変化			改善や悪化等の要因
	(H30)	(R2)	(R4)	
<b>【中長期目標】</b> 一人当たり医療費の減少	382,372円	376,728円	404,243円	新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度の受診控えによる減少と受診行動の回復による令和3年度以降の増加、及び被保険者の高齢化に伴う増加
<b>【中長期目標】</b> 慢性腎臓病を重症化させる人の減少  KDB厚生労働省様式 様式3-6脳血管疾患のレセプト分析「人工透析」	2.8%	4.6%	2.5%	被保険者数の減少による減少、後期高齢者医療への移行による減少
<b>【中長期目標】</b> 脳血管疾患を発症する人の減少  KDB厚生労働省様式 様式3-6脳血管疾患のレセプト分析「脳血管疾患」	4.4%	4.3%	4.2%	被保険者数の減少による減少、後期高齢者医療への移行による減少
<b>【中長期目標】</b> 虚血性心疾患を発症する人の減少  KDB厚生労働省様式 様式3-6脳血管疾患のレセプト分析「虚血性心疾患」	27.5%	33.1%	33.9%	被保険者数の減少による減少、後期高齢者医療への移行による減少 令和3年度の増加は、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えからの重症化が考えられる

※KDBデータ「厚生労働省様式 様式3-6」

## 2. 各事業の達成状況

事業名	指標	目標値	ベースライン(H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4	評価	概要	成果と課題
特定健診	通知実施率	100%	100	100	100	100	100	100	100	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態の把握や高リスク者を抽出し保健指導の実施につなげる。</li> <li>・集団健診方式</li> <li>・実施期間：5月頃～12月頃</li> <li>・対象者：40歳～74歳の国保被保険者</li> </ul>	<b>【成果】</b> WEB申し込み導入や、個別通知や訪問による受診勧奨、国保加入者全数に健診キット送付等により、受診率は向上している。 <b>【課題】</b> 定期通院者への受診勧奨 小規模事業所の人への受診勧奨
	実施回数(回)	14回	14	14	14	14	14	14	14	b		
	受診率	60%	41.4	43	43.6	44.3	39.3	47.7	48.5	a*		
健診結果報告会	実施回数(回)	14回	14	14	14	14	14	14	14	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診1か月から1か月半後に健診と同会場で実施。</li> <li>・保健師・管理栄養士からの説明及び指導を個別実施。</li> <li>・待ち時間を利用し、歯科集団指導を実施</li> <li>・令和2年度は、新型コロナウイルス感染症予防のため、要精密検査者のみの対応とした。</li> <li>・対象者：要精密検査者等</li> </ul>	<b>【成果】</b> 基本対面での報告会を実施しており、個々に応じた指導ができています。 <b>【課題】</b> 特定健診有所見者の状況に改善が見られない。
	電話指導者数(人)	20人	—	—	—	—	210	266	119	d		
	BMI 25以上の対象者の割合	20.5%	25.6	—	26.2	25.3	25.6	27.7	26.7	c		
	LDLコレステロール(120以上)の有所見率	49.5%	54.5	—	51.8	50.7	52.5	51.2	51.5	a		
	HbA1c(5.6%以上)の有所見率	55.2%	60.2	—	60.4	57.0	61.3	66.8	74.1	c		
特定保健指導	通知実施率	100%	100	100	100	100	100	100	100	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外部委託による実施。</li> <li>・初回・継続支援は基本的に個別指導とし支援を受けやすい体制とする。</li> <li>・対象者：特定保健指導該当者</li> </ul>	<b>【成果】</b> 保健指導実施率が上昇した。 <b>【課題】</b> 指導終了後、変化に乏しい。 特定健診有所見者の状況に改善が見られない。
	実施率	60%	58.9	57.5	50.4	65.2	75.8	76	88.3	a		
	メタボ該当者の割合の減少	15%	17.9	—	17.1	18.5	21.1	22.7	22.5	c		
	メタボ予備群該当者割合の減少	10%	11.1	—	12.2	11.7	11.4	12.7	11.4	b		
	患者千人当たりの人工透析患者の割合	6.0%	9.9	—	12.2	12.6	10.9	11.7	10.9	c		
特定健診未受診者対策	勧奨通知送付率	100%	100	100	100	100	100	100	100	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>・追加健診を引続き実施するとともに、勧奨通知(ハガキ)を送付。</li> <li>・平行して電話勧奨を実施する。</li> <li>・対象者：特定健診未受診者</li> </ul>	<b>【成果】</b> 特定健診受診率の上昇に寄与した。 <b>【課題】</b> 未受診者の一定数は家庭状況や心身に問題があり健診受診につながらない。
	過去3年間未受診率50%削減	△50%	—	—	—	—	52.6	56.5	53.9	d		

事業名	指標	目標値	ベースライン(H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4	評価	概要	成果と課題
糖尿病重症化予防	情報提供者数	受診者総数(人)	969	843	949	906	171	266	712	d	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病重症化予防プログラムに基づき情報提供、受診勧奨、保健指導を実施。</li> <li>・令和2年度から令和4年度は業務委託により実施。</li> <li>・対象者：特定健診の結果、医療機関受診勧奨・保健指導値に該当する者</li> </ul>	<p>【成果】</p> 一定数の対象者には指導を実施できたが、健診結果の数値改善につながらない。 <p>【課題】</p> 保健指導実施者の継続的なフォロー。保健指導実施者の数値の維持改善。
	医療機関受診勧奨実施者数	5人	—	5	28	8	123	124	126			
	受診勧奨者受診率	50%	—	—	—	—	—	15	6.3			
	保健指導実施者数	—(人)	—	3	7	1	4	5	5			
	新規透析患者数	1(人)	—	—	0.30	0.21	0.23	0.22	0.00			
ジェネリック医薬品差額通知	通知実施率	100%	100	100	100	100	100	100	100	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象月に処方を受けた調剤を、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を作成し送付する</li> <li>・対象者：対象月に調剤のある被保険者</li> </ul>	<p>【成果】</p> 継続して通知することで利用率が上昇傾向。 <p>【課題】</p> 患者の症状により処方が行われるため、一概に後発医薬品にすることは難しく、利用率を上げることは困難。
	利用率	80%	68.2	70.7	75.1	76.7	79.9	79.8	78.5			
重複・多受診者保健指導	訪問指導件数	5件	2	2	1	0	1	2	0	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重複・多受診者に対し、保健師による訪問指導を行う。</li> <li>・対象者：柔道整復師の受診が月15日以上かつ3か月以上継続中の被保険者</li> </ul>	<p>【成果】</p> 指導直後は改善が見られる。 <p>【課題】</p> 当町の規模では、毎年同じ方が該当となり、指導の効果が得られてない。
	改善者数	5人	2	2	1	0	1	2	0			
重複・多剤服薬者等保健指導	訪問指導件数	6件	—	—	—	—	6	7	6	d	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者に対して、薬剤師・保健師の訪問指導を行う。</li> <li>・対象者：3か月連続して3箇所以上の医療機関より同一薬効の薬剤の投与を受けている者</li> </ul>	<p>【成果】</p> 指導後は改善が見られる。 <p>【課題】</p> 基準で抽出すると対象者がいない。条件を下げても事業対象者を抽出する必要があるか。対象者なしとして、周知広報にとどめてもよいのではないか。
	行動変容ステージの変化率	60%	—	—	—	—	40	100	50			

事業名	指標	目標値	ベースライン(H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4	評価	概要	成果と課題
高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業	健康相談・健康教室参加者	— (人)	—	—	—	—	280	292	329	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和2年度より開始</li> <li>・1 高齢者に対する個別的支援</li> <li>・2 通いの場等への積極的な関与等</li> <li>・対象者：後期高齢者医療制度被保険者</li> </ul>	<p>【成果】 高齢者の健康維持に寄与。</p> <p>【課題】 対象者の健康状態により効果が期待できない事業や継続困難な場合がある。効果を考慮し事業を選定してもいいか。</p>
	ハイリスクアプローチ対象者	— (人)	—	—	—	—	45	33	70			
	対象者保健指導実施回数(1人あたり)	2回	—	—	—	—	3	4	5			
	参加者の満足度(%)	70%	—	—	—	—	—	—	100			
	庁内連携会議開催数	— (回)	—	—	—	—	8	7	5			
特定健診受診者フォローアップ(異常値放置)	対象者数	—	—	—	—	—	125	75	101	d	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度の健診結果とレセプトから対象者を選定し、医療機関への受診勧奨通知を送付する。</li> <li>・対象者：受診勧奨判定値以上の者</li> </ul>	<p>【成果】 多くの受診にはつながらない。</p> <p>【課題】 対象者の受診勧奨後のアプローチ方法事業効果の判定方法として受診確認は時点の問題で困難。</p>
	通知実施率	100%	—	—	—	—	100	100	100			
	通知後受診率	— (%)	—	—	—	—	28	15	—			
健康ポイント	健活ポイント参加者数	500人	—	—	—	—	200	350	500	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和2年度からの事業。</li> <li>・参加者に歩数計を配布し、歩数によってポイントが付与される。</li> <li>・対象者：町内在住の健康状態や医療費などのデータを町に提供できる20歳以上の者</li> </ul>	<p>【成果】 健康志向により参加者は増えている。</p> <p>【課題】 参加者が限られてしまうため、全健診受診者への影響が出にくい。</p>
	1日30分以上の軽い運動週2回以上1年以上継続者率	41.2%	—	—	—	—	36.3	36.5	35.4			

\*1：実績値：計画期間により、列を削除又は追加

\*2：評価：ベースラインと実績値を見比べて、下記の4段階で評価

a：改善している / b：変わらない / c：悪化している / d：評価困難

「a：改善している」のうち、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれるものは「a\*」と記載する

# 第4章 健康・医療情報等の分析

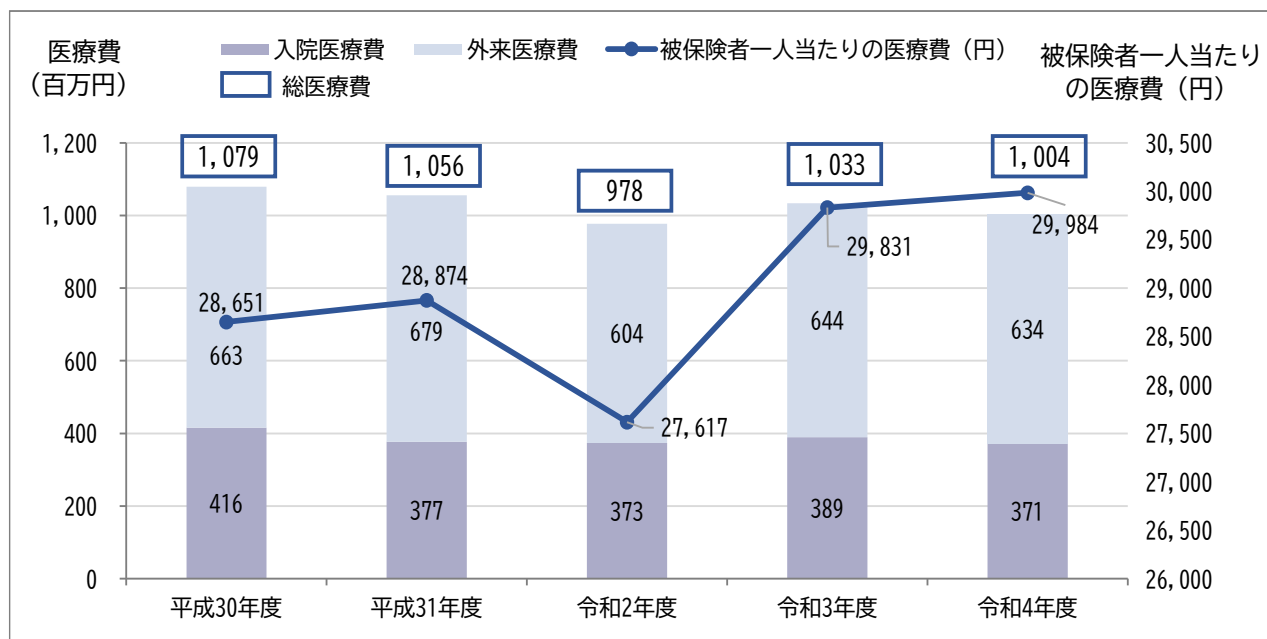
## 1. 医療費の基礎集計

### (1) 医療費の状況

以下は、本町の医療費の状況を示したものです。被保険者数の減少に伴い、令和4年度の医療費1,004百万円は平成30年度1,079百万円と比べて7.0%減少しています。しかしながら、被保険者一人当たりの医療費は、平成30年度28,651円と比べ令和4年度29,984円と4.7%増加しています。

また、入院・外来別にみると、平成30年度から令和4年度にかけて、入院医療費は10.8%減少、外来医療費は4.4%減少しています。

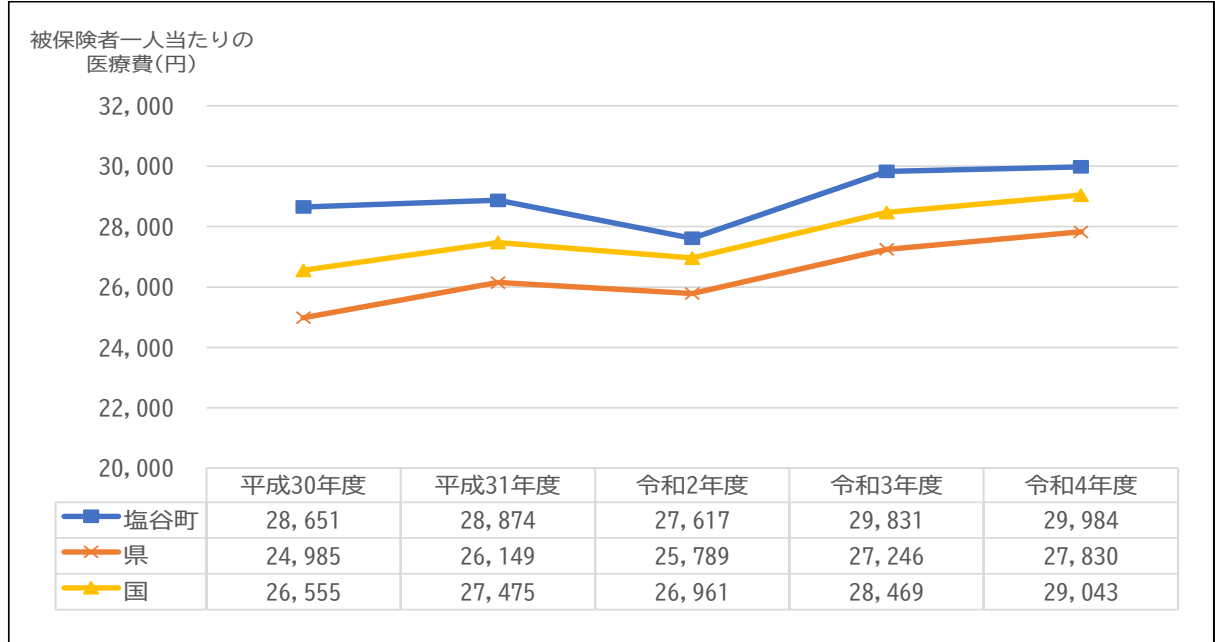
### 年度別 医療費の状況



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」、「地域の全体像の把握」  
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

年度別の被保険者一人当たりの医療費は、県より高く、令和4年度においては県より7.7%高くなっています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えにより減少して、令和3年度以降は平成31(令和1)年度より増加傾向となっています。これは国に及び県においても同様の傾向にあります。

## 年度別 被保険者一人当たりの医療費



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カ月分相当。

## (2) 疾病別医療費

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、第1位は「糖尿病」で、7.2%を占めています。

### 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	72,189,960	7.2%
2	慢性腎臓病(透析あり)	66,332,430	6.6%
3	統合失調症	46,385,120	4.6%
4	関節疾患	37,699,950	3.8%
5	高血圧症	32,931,390	3.3%
6	不整脈	28,120,710	2.8%
7	脂質異常症	19,355,850	1.9%
8	膵臓がん	17,276,500	1.7%
9	大腸がん	16,322,880	1.6%
10	うつ病	14,921,830	1.5%

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

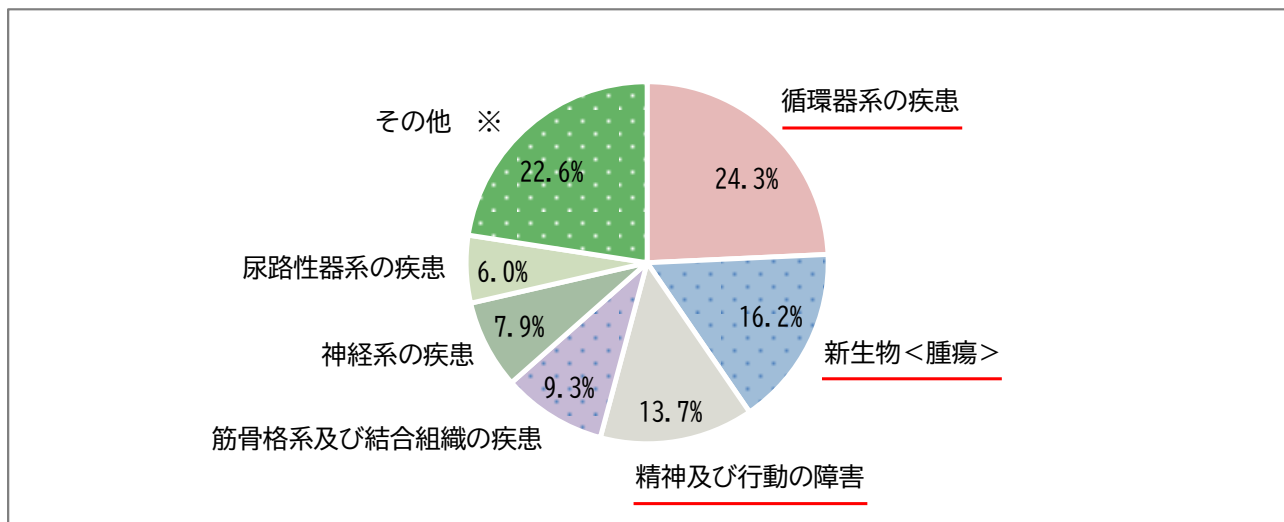
※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。



令和4年度の入院医療費では、「循環器系の疾患」が最も高く、24.3%を占めています。

## 大分類別医療費構成比 (入院)(令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

## 大・中・細小分類別分析 (入院)(令和4年度)

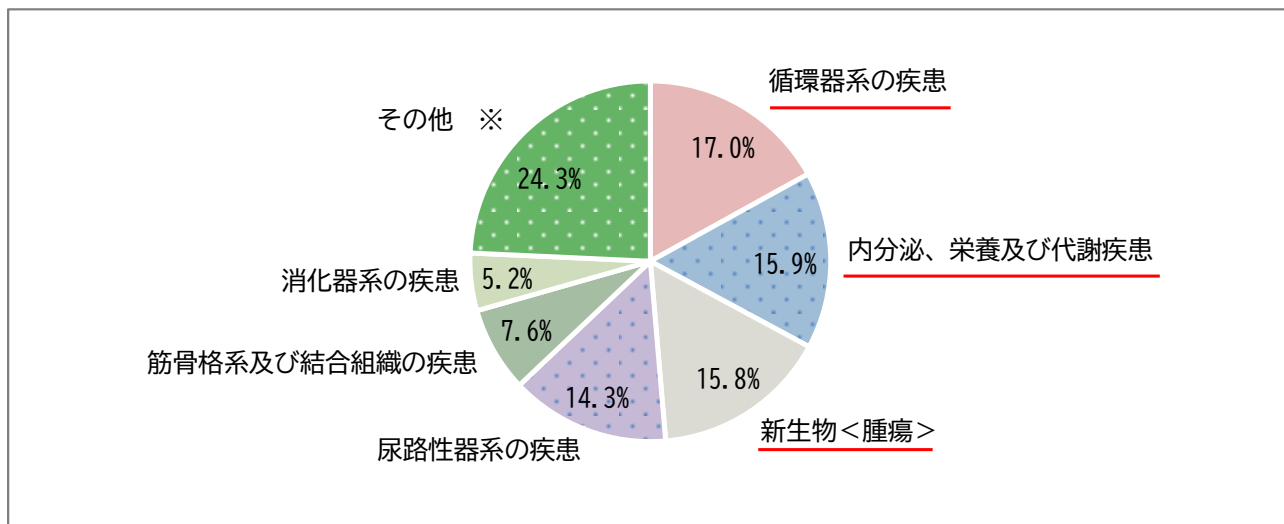
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析
1	循環器系の疾患 24.3%	その他の心疾患 12.2%	不整脈 3.0%
		その他の循環器系の疾患 3.1%	心臓弁膜症 1.3%
		脳梗塞 2.9%	大動脈瘤 1.4%
			脳梗塞 2.9%
2	新生物<腫瘍> 16.2%	その他の悪性新生物<腫瘍> 7.8%	膵臓がん 1.7%
		胃の悪性新生物<腫瘍> 1.9%	前立腺がん 1.7%
		結腸の悪性新生物<腫瘍> 1.8%	食道がん 0.8%
			胃がん 1.9%
3	精神及び行動の障害 13.7%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 9.3%	統合失調症 9.3%
		気分(感情)障害(躁うつ病を含む) 1.5%	うつ病 1.5%
		その他の精神及び行動の障害 1.3%	
4	筋骨格系及び結合組織の疾患 9.3%	関節症 3.1%	関節疾患 3.1%
		脊椎障害(脊椎症を含む) 2.8%	
		その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 2.7%	

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の外来医療費も、「循環器系の疾患」が最も高く、17.0%を占めています。

## 大分類別医療費構成比 (外来)(令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

## 大・中・細小分類別分析 (外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	循環器系の疾患	17.0%	その他の心疾患	9.7%	不整脈	2.7%
			高血圧性疾患	5.2%	心臓弁膜症	0.2%
			虚血性心疾患	0.8%	高血圧症	5.2%
					狭心症	0.6%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	15.9%	糖尿病	12.2%	糖尿病	11.2%
			脂質異常症	3.1%	糖尿病網膜症	1.0%
			甲状腺障害	0.4%	脂質異常症	3.1%
					甲状腺機能亢進症	0.2%
3	新生物<腫瘍>	15.8%	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.5%	膵臓がん	1.7%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	1.3%	前立腺がん	1.1%
			乳房の悪性新生物<腫瘍>	1.0%	卵巣腫瘍(悪性)	0.4%
					肺がん	1.3%
4	尿路性器系の疾患	14.3%	腎不全	12.6%	乳がん	1.0%
			その他の腎尿路系の疾患	0.6%	慢性腎臓病(透析あり)	9.2%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.3%
			前立腺肥大(症)	0.3%	前立腺肥大	0.3%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

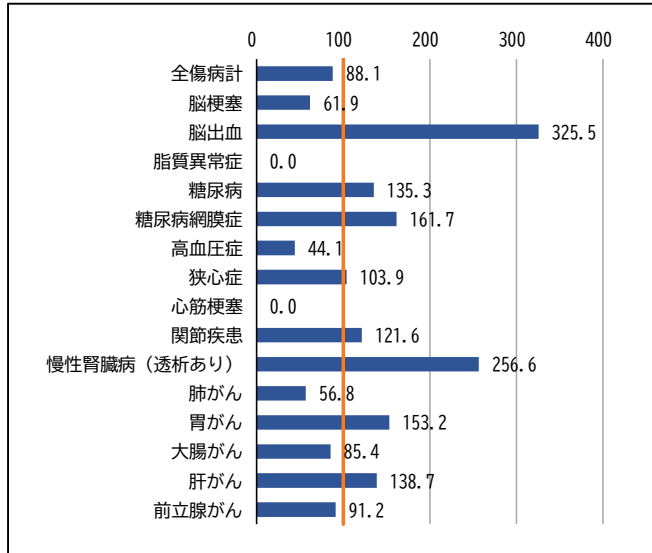
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

### (3) 標準化比医療費

以下は、疾病別の医療費について、栃木県を100とした標準化比を男女別、入院・入院外別に国保、後期をそれぞれ示したものです。

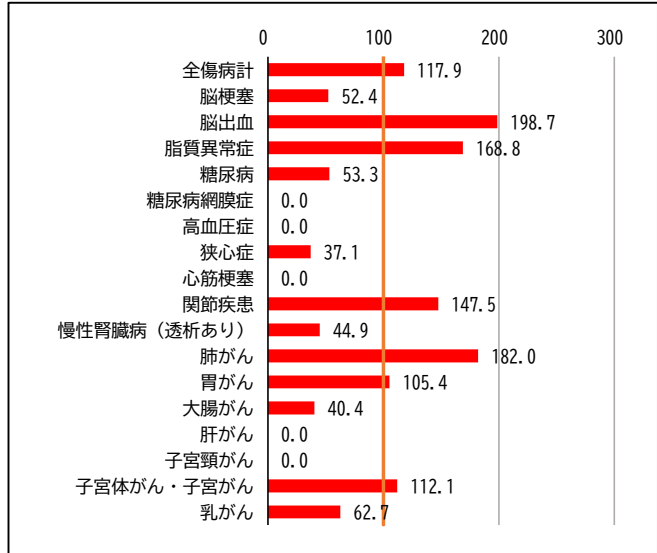
#### ○国民健康保険：入院

入院・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（男性：国保）



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

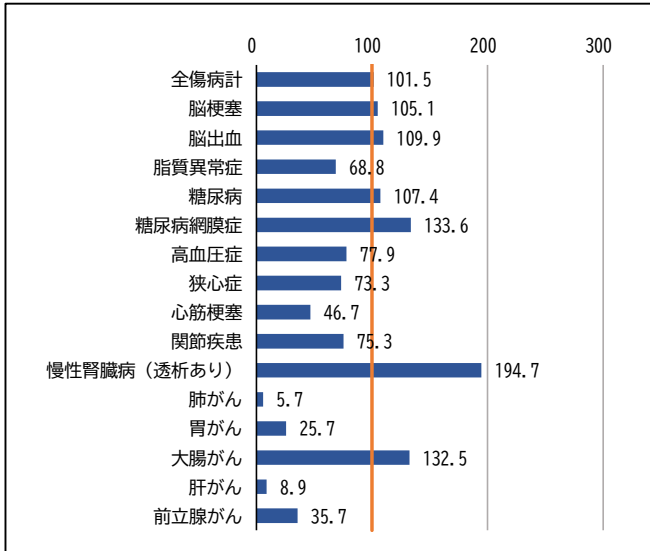
入院・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（女性：国保）



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

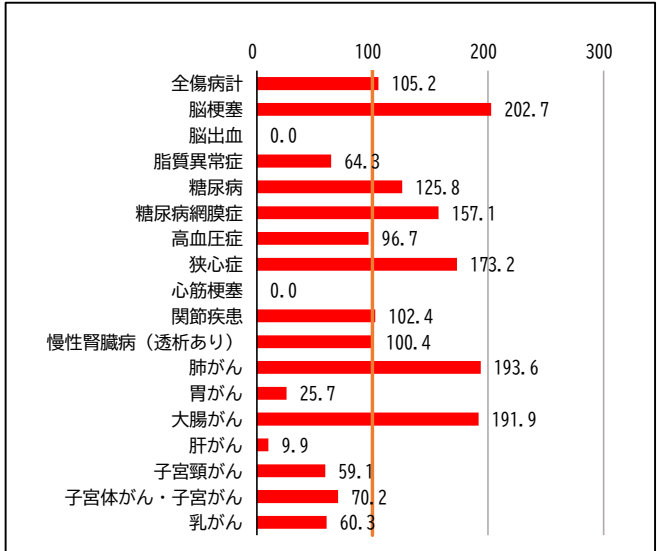
#### ○国民健康保険：入院外

入院外・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（男性：国保）



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

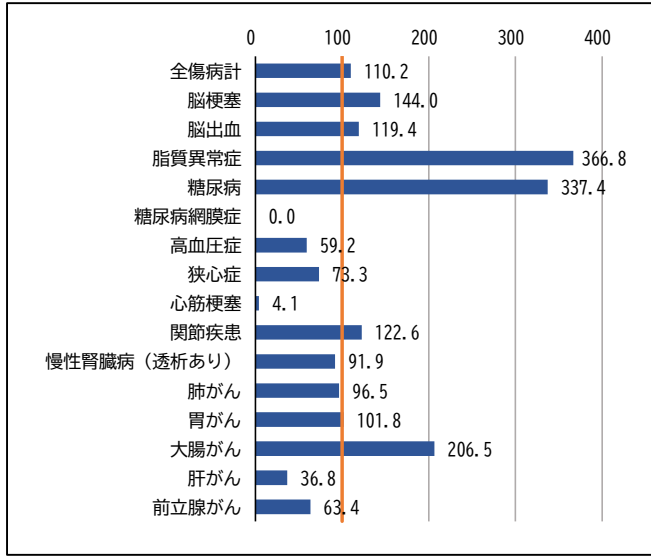
入院外・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（女性：国保）



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

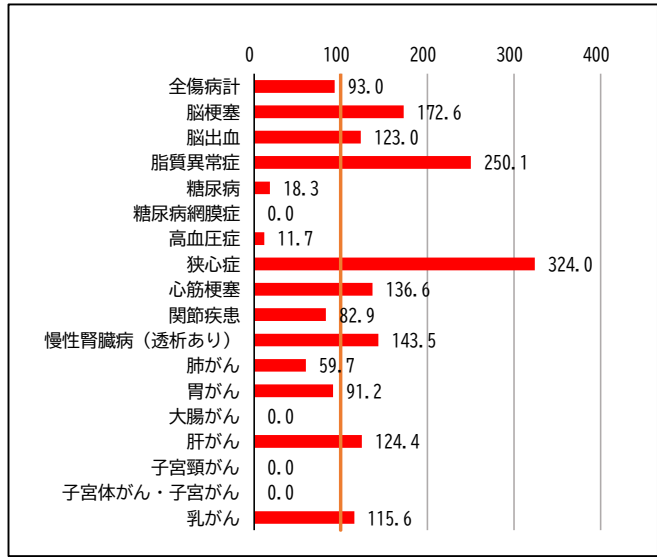
## ○後期高齢者医療：入院

入院・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（男性：後期）



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

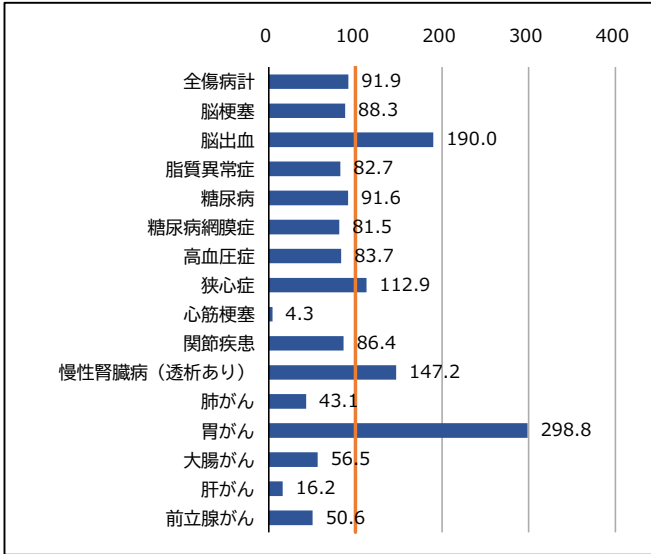
入院・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（女性：後期）



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

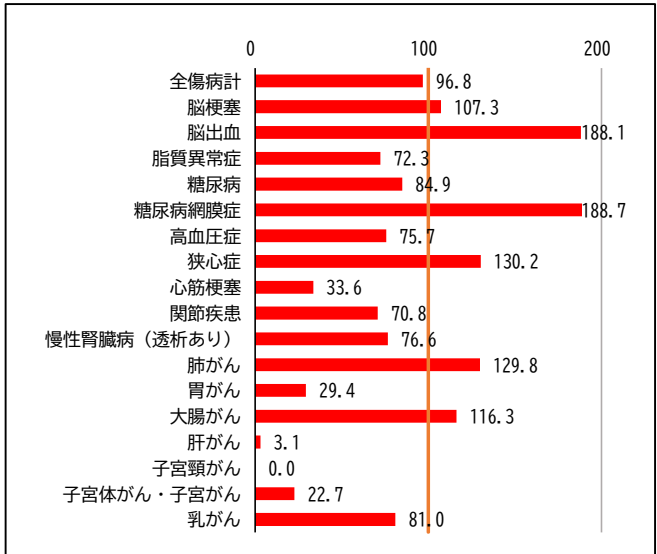
## ○後期高齢者医療：入院外

入院外・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（男性：後期）



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

入院外・標準化比（令和3年度 医療費）（県=100）（女性：後期）



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析（細小82分類）」  
※標準化比（医療費）は、県を基準とした間接法により算出。

男性の入院医療費では、国保は糖尿病に起因するものと肝がんが高く、後期では胃がんの医療費が高くなる傾向があります。女性においては、国保は糖尿病に起因するものと関節疾患が高く、後期では循環器系の疾患が高くなる傾向があります。

入院外医療費では、男女ともに、糖尿病に起因する疾患が高いです。

以下は、疾病別医療費の経年データです。

対象被保険者数が少ないため、ばらつきがありますが、男性は、入院・入院外とも、慢性腎臓病(透析あり)、糖尿病に起因するものが高く、女性は、入院については関節疾患が、入院外は、糖尿病に起因するものが高くなっています。

### 入院・標準化比（経年データ 医療費）（県=100）（男性：国保）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	105.2	86.3	86.6	88.1
脳梗塞	93.2	61.8	66.4	61.9
脳出血	0.0	64.6	14.0	325.5
脂質異常症	0.0	0.0	0.0	0.0
糖尿病	144.7	125.6	36.9	135.3
糖尿病網膜症	89.8	0.0	63.1	161.7
高血圧症	14.4	42.4	377.4	44.1
狭心症	101.5	89.0	70.0	103.9
心筋梗塞	180.0	49.2	108.6	0.0
関節疾患	155.8	97.5	0.0	121.6
慢性腎臓病（透析あり）	152.1	286.8	133.6	256.6
肺がん	0.0	147.0	72.2	56.8
胃がん	202.6	82.0	0.0	153.2
大腸がん	191.9	59.6	48.5	85.4
肝がん	5.1	0.0	294.6	138.7
前立腺がん	93.1	0.0	33.8	91.2

### 入院・標準化比（経年データ 医療費）（県=100）（女性：国保）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	110.4	108.4	115.3	117.9
脳梗塞	189.5	0.0	238.8	52.4
脳出血	40.0	0.0	0.0	198.7
脂質異常症	0.0	0.0	76.8	168.8
糖尿病	38.8	57.6	33.5	53.3
糖尿病網膜症	18.4	0.0	0.0	0.0
高血圧症	254.7	210.7	766.9	0.0
狭心症	138.3	452.9	110.5	37.1
心筋梗塞	0.0	313.5	0.0	0.0
関節疾患	114.6	160.2	154.9	147.5
慢性腎臓病（透析あり）	43.6	44.8	80.8	44.9
肺がん	15.9	36.1	37.3	182.0
胃がん	276.0	116.9	28.5	105.4
大腸がん	72.2	117.7	100.7	40.4
肝がん	0.0	267.3	0.0	0.0
子宮頸がん	39.4	0.0	0.0	0.0
子宮体がん・子宮がん	288.4	0.0	0.0	112.1
乳がん	98.8	239.2	66.7	62.7

入院外・標準化比（経年データ 医療費）（県=100）（男性：国保）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	100.6	99.6	94.0	101.5
脳梗塞	98.7	94.9	103.4	105.1
脳出血	20.1	79.3	28.2	109.9
脂質異常症	77.4	66.4	68.2	68.8
糖尿病	103.5	99.3	100.7	107.4
糖尿病網膜症	108.4	104.8	166.7	133.6
高血圧症	90.2	87.5	81.8	77.9
狭心症	104.9	117.8	82.6	73.3
心筋梗塞	104.6	27.7	107.1	46.7
関節疾患	88.3	83.6	78.1	75.3
慢性腎臓病（透析あり）	179.6	191.9	168.8	194.7
肺がん	15.5	14.5	28.1	5.7
胃がん	177.6	63.3	24.1	25.7
大腸がん	75.2	126.0	227.1	132.5
肝がん	0.0	6.5	9.8	8.9
前立腺がん	47.7	49.9	27.6	35.7

入院外・標準化比（経年データ 医療費）（県=100）（女性：国保）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	107.4	110.0	107.6	105.2
脳梗塞	206.4	223.1	259.3	202.7
脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0
脂質異常症	77.4	71.8	63.2	64.3
糖尿病	123.2	136.2	130.9	125.8
糖尿病網膜症	178.8	167.3	167.5	157.1
高血圧症	105.0	100.3	95.2	96.7
狭心症	195.4	193.8	131.1	173.2
心筋梗塞	144.5	146.0	0.0	0.0
関節疾患	69.8	105.7	98.5	102.4
慢性腎臓病（透析あり）	194.1	142.5	121.0	100.4
肺がん	84.5	71.1	76.6	193.6
胃がん	81.6	38.6	26.3	25.7
大腸がん	168.4	32.1	135.2	191.9
肝がん	61.5	0.0	39.6	9.9
子宮頸がん	16.3	16.0	12.9	59.1
子宮体がん・子宮がん	227.3	107.0	43.5	70.2
乳がん	67.2	124.6	130.8	60.3

## 2.生活習慣病に関する分析

### (1)生活習慣病医療費統計

以下は、令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものです。上位5疾病をみると、がん、精神、筋・骨格は入院・外来共通ですが、入院では、脳梗塞と脳出血、外来では糖尿病と高血圧症が上位となっています。

#### 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	1,320,020	0.4%	8	7	1.1%	6	188,574	8
高血圧症	106,310	0.0%	9	2	0.3%	8	53,155	9
脂質異常症	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
高尿酸血症	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
脂肪肝	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
動脈硬化症	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
脳出血	10,493,680	2.8%	5	11	1.7%	5	953,971	3
脳梗塞	10,795,370	2.9%	4	14	2.2%	4	771,098	4
狭心症	2,367,100	0.6%	6	7	1.1%	6	338,157	7
心筋梗塞	1,987,490	0.5%	7	1	0.2%	9	1,987,490	1
がん	59,946,870	16.2%	1	82	12.9%	2	731,059	5
筋・骨格	34,536,760	9.3%	3	35	5.5%	3	986,765	2
精神	50,935,130	13.7%	2	126	19.8%	1	404,247	6
その他(上記以外のもの)	198,358,350	53.5%		352	55.3%		563,518	
合計	370,847,080			637			582,178	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

#### 生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

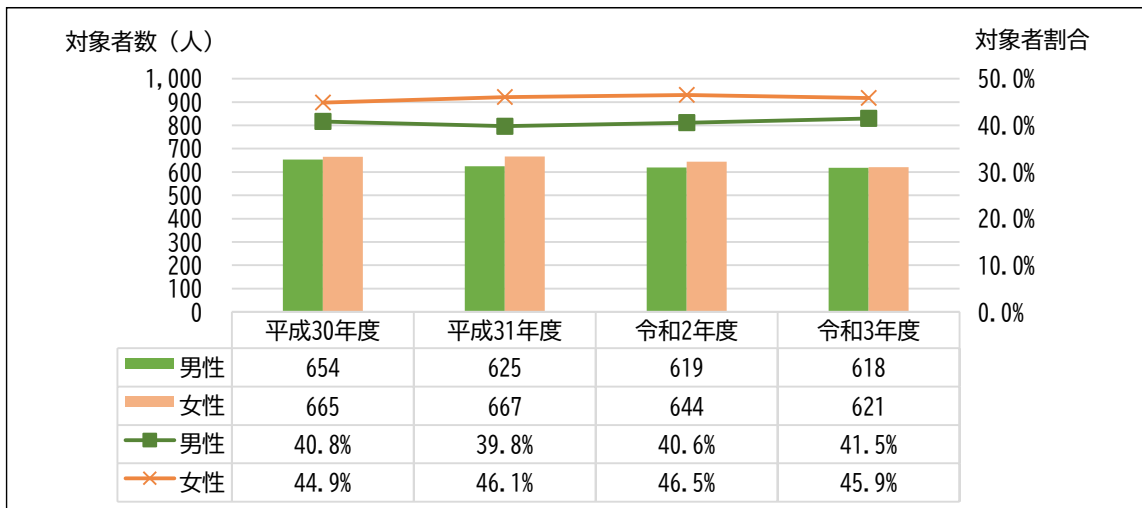
疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	75,839,540	12.0%	2	2,606	10.8%	3	29,102	3
高血圧症	32,825,080	5.2%	4	3,120	12.9%	1	10,521	12
脂質異常症	19,355,850	3.1%	6	1,665	6.9%	4	11,625	10
高尿酸血症	638,990	0.1%	10	60	0.2%	9	10,650	11
脂肪肝	829,060	0.1%	9	41	0.2%	10	20,221	6
動脈硬化症	580,720	0.1%	11	30	0.1%	11	19,357	7
脳出血	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脳梗塞	3,408,670	0.5%	8	162	0.7%	8	21,041	5
狭心症	3,940,800	0.6%	7	217	0.9%	7	18,160	9
心筋梗塞	62,700	0.0%	12	2	0.0%	12	31,350	2
がん	99,771,640	15.8%	1	872	3.6%	6	114,417	1
筋・骨格	48,346,380	7.6%	3	2,610	10.8%	2	18,524	8
精神	23,526,980	3.7%	5	1,034	4.3%	5	22,753	4
その他(上記以外のもの)	323,160,830	51.1%		11,712	48.5%		27,592	
合計	632,287,240			24,131			26,202	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

## (2)生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病対象者の推移を男女別に示したものです。男女ともに対象者の割合が高い状況が続いています。

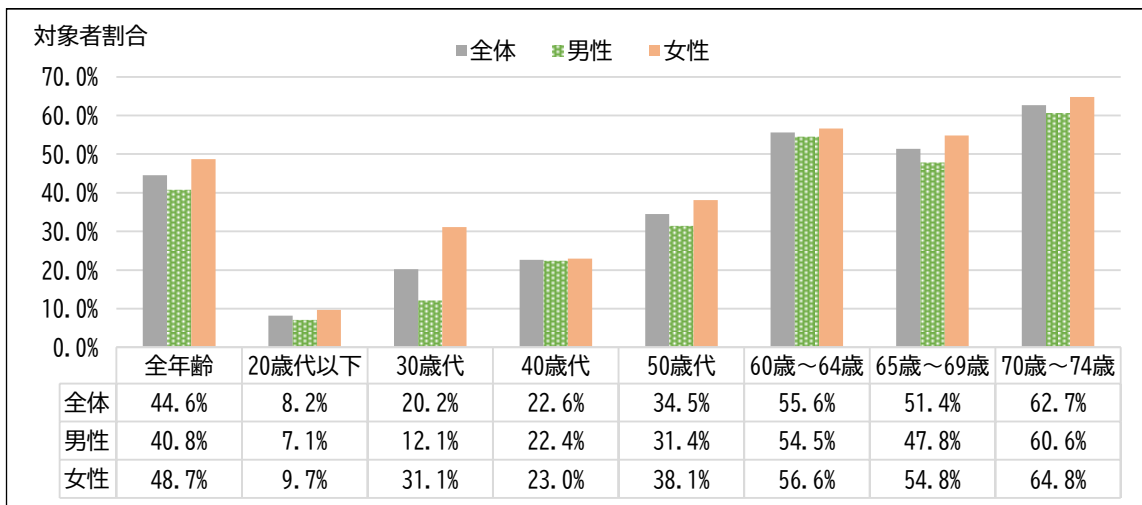
### 生活習慣病対象者の推移



出典:国保データベース(KDB)システム「生活習慣病全体のレセプト分析」

生活習慣病対象者割合を年齢階層別にみると、70歳～74歳、次いで60歳～64歳が高く、どの年齢階層においても男性より女性の割合が高いです。

### 男女・年齢階層別 生活習慣病対象者の状況

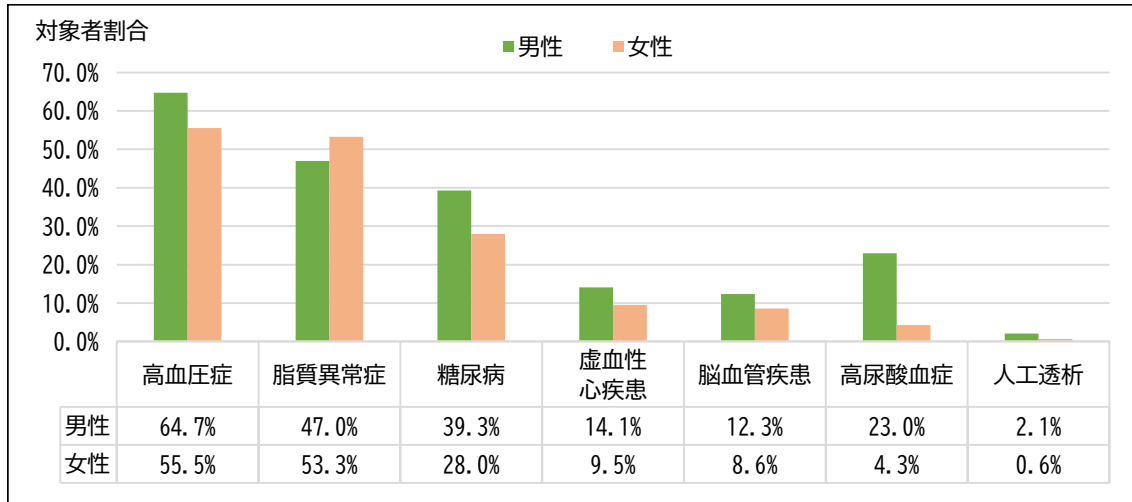


出典:国保データベース(KDB)システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和5年3月診療分)



以下は、生活習慣病対象者の併存している疾患について男女別に示したものです。男女ともに高血圧症の対象者割合が最も高く、女性は脂質異常症の割合も高血圧症と同等に高いです。

## 男女別 生活習慣病全体のレセプト分析



出典：国保データベース(KDB)システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

### (3)透析患者の状況

令和4年度における被保険者に占める透析患者の割合は0.59%で栃木県より0.23ポイント高いです。

#### 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
塩谷町	2,702	16	0.59%
県	409,460	1,465	0.36%
国	24,660,500	86,890	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、本町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。平成30年度22人から令和4年度16人と6人、27.3%減少しています。

#### 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	22	130,816,660	5,946,212
平成31年度	20	139,113,490	6,955,675
令和2年度	17	93,574,450	5,504,379
令和3年度	17	107,228,440	6,307,555
令和4年度	16	98,013,080	6,125,818

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。

以下は、透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものです。

男性0.85%は女性0.31%より非常に高く、特に60歳～64歳の男性は2.48%と高い割合となっています。

## 男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～4歳	31	0	0.00%	17	0	0.00%	14	0	0.00%
5歳～9歳	33	0	0.00%	19	0	0.00%	14	0	0.00%
10歳～14歳	43	0	0.00%	23	0	0.00%	20	0	0.00%
15歳～19歳	74	0	0.00%	34	0	0.00%	40	0	0.00%
20歳～24歳	63	0	0.00%	34	0	0.00%	29	0	0.00%
25歳～29歳	60	0	0.00%	43	0	0.00%	17	0	0.00%
30歳～34歳	70	0	0.00%	46	0	0.00%	24	0	0.00%
35歳～39歳	103	0	0.00%	53	0	0.00%	50	0	0.00%
40歳～44歳	129	0	0.00%	81	0	0.00%	48	0	0.00%
45歳～49歳	101	0	0.00%	62	0	0.00%	39	0	0.00%
50歳～54歳	124	1	0.81%	71	1	1.41%	53	0	0.00%
55歳～59歳	134	1	0.75%	69	1	1.45%	65	0	0.00%
60歳～64歳	250	5	2.00%	121	3	2.48%	129	2	1.55%
65歳～69歳	605	1	0.17%	295	1	0.34%	310	0	0.00%
70歳～74歳	882	8	0.91%	442	6	1.36%	440	2	0.45%
全体	2,702	16	0.59%	1,410	12	0.85%	1,292	4	0.31%

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」(令和5年3月診療分)

以下は、透析患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

## 透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			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	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	304	160	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	173	87	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	230	100	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	258	158	2	0.8%	2	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	250	205	5	2.0%	3	60.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	
65歳～69歳	605	519	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
70歳～74歳	882	896	8	0.9%	4	50.0%	0	0.0%	1	12.5%	1	12.5%	
全体	2,702	2,125	16	0.6%	9	56.3%	0	0.0%	2	12.5%	2	12.5%	
再掲	40歳～74歳	2,225	1,878	16	0.7%	9	56.3%	0	0.0%	2	12.5%	2	12.5%
掲	65歳～74歳	1,487	1,415	9	0.6%	4	44.4%	0	0.0%	1	11.1%	1	11.1%

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	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(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	0	0.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	
60歳～64歳	0	0.0%	5	100.0%	4	80.0%	4	80.0%	1	20.0%	4	80.0%	
65歳～69歳	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
70歳～74歳	0	0.0%	7	87.5%	2	25.0%	5	62.5%	2	25.0%	7	87.5%	
全体	0	0.0%	15	93.8%	8	50.0%	10	62.5%	3	18.8%	12	75.0%	
再掲	40歳～74歳	0	0.0%	15	93.8%	8	50.0%	10	62.5%	3	18.8%	12	75.0%
掲	65歳～74歳	0	0.0%	8	88.9%	3	33.3%	5	55.6%	2	22.2%	7	77.8%

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」(令和5年3月診療分)

### 3.受診行動適正化指導対象者に係る分析

多受診(重複受診、頻回受診、重複服薬)は、不適切な受診行動も含まれているため、これらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要となります。以下は、ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関に受診している「重複受診者」や、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」、ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上の「重複服薬者」について令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)のレセプトデータを用いて指導対象者数の分析結果を示したものです。

#### 重複受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複受診者数(人) ※	3	1	3	4	6	5	2	5	7	2	2	1
12カ月間の延べ人数											41人	
12カ月間の実人数											24人	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。  
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※重複受診者数…1カ月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者を対象とする。透析中、治療行為を行っていないレセプトは対象外とする。

#### 頻回受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
頻回受診者数(人) ※	7	7	9	6	7	8	10	9	8	7	7	6
12カ月間の延べ人数											91人	
12カ月間の実人数											33人	

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。  
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

#### 重複服薬者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人) ※	6	9	9	11	5	9	6	10	9	14	13	11
12カ月間の延べ人数											112人	
12カ月間の実人数											63人	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。  
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

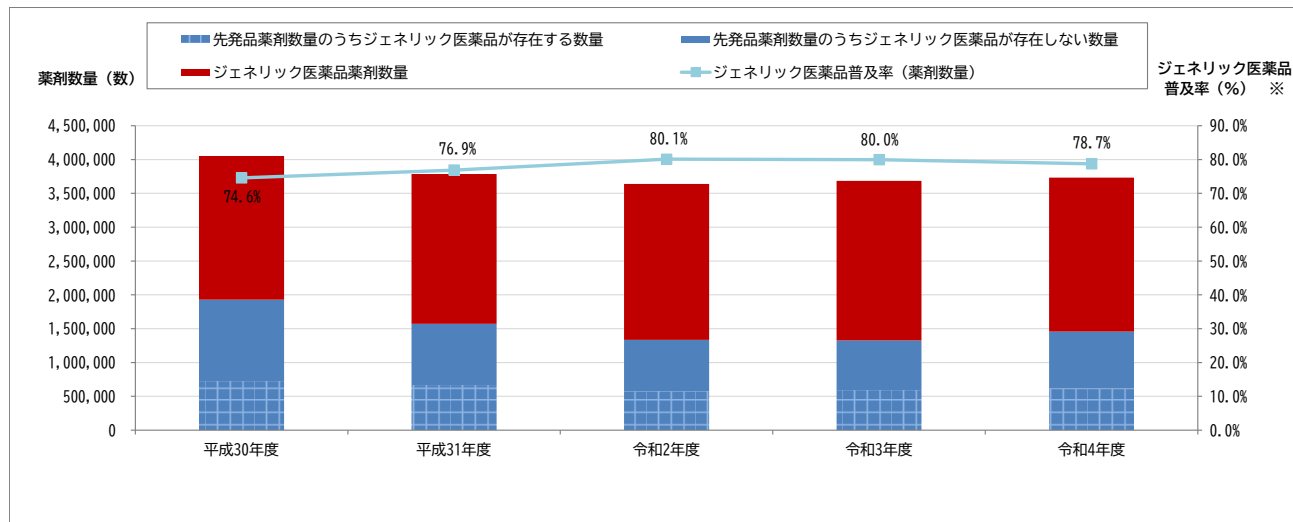
※重複服薬者数…1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。

## 4.ジェネリック医薬品普及率に係る分析

以下は、平成30年度から令和4年度における、ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)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、ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)78.7%は、平成30年度74.6%より4.1ポイント増加しています。

円グラフは令和5年3月診療分のレセプトデータから、薬剤処方状況別の患者数を示したものです。患者数は1,356人で、このうちひとつでもジェネリック医薬品に切り替え可能な先発品を含む処方をされている患者は588人で患者数全体の43.4%を占めています。

### 年度別 ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)

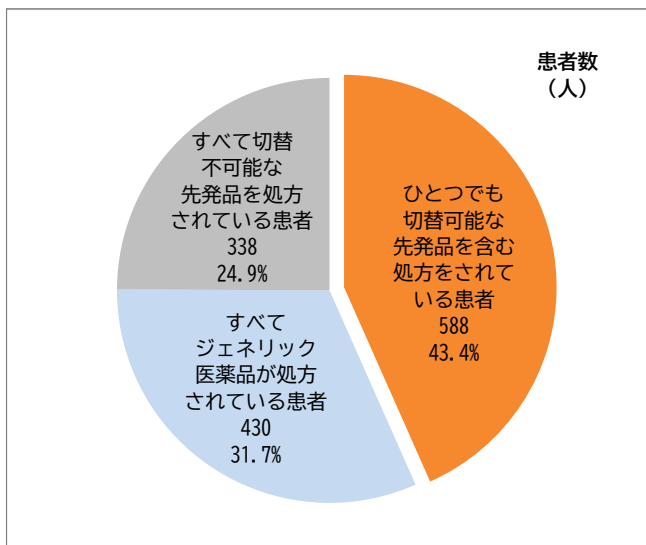


データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。  
対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60カ月分)。

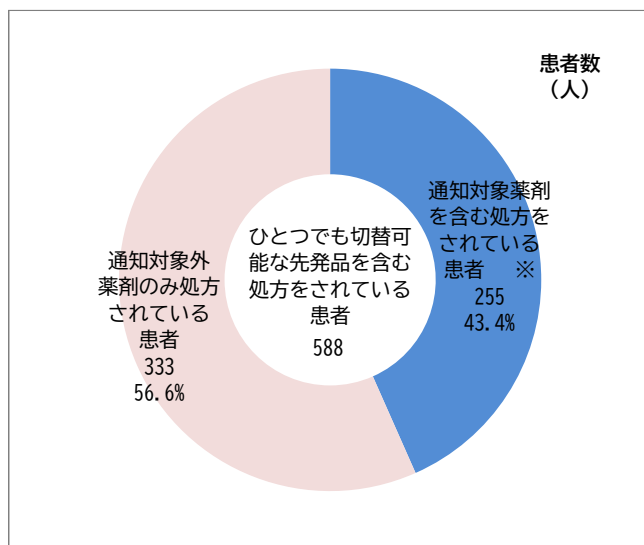
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※ジェネリック医薬品普及率…ジェネリック医薬品薬剤数量/(ジェネリック医薬品薬剤数量+先発品薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在する数量)

### ジェネリック医薬品への切り替えポテンシャル(患者数ベース)



### 「ひとつでも切替可能な先発品を含む処方をされている患者」の内訳



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。  
対象診療年月は令和5年3月診療分(1カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※通知対象薬剤を含む処方をされている患者…株式会社データホライズン通知対象薬剤基準による(ジェネリック医薬品が存在しても、入院、処置に使用した医薬品及び、がん・精神疾患・短期処方ものは含まない)。

※構成比…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る。

# 第5章 特定健康診査・特定保健指導等の分析

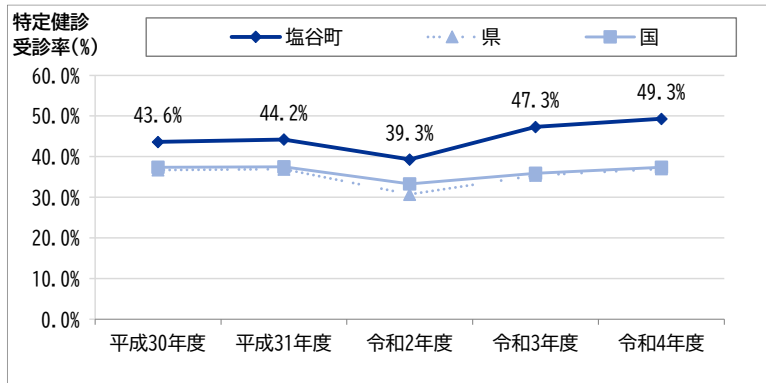
## 1. 特定健診についての分析

### (1) 特定健診についての分析

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を「年度別」および「男女別」に示したものです。年度別では新型コロナウイルス感染症の影響が出た令和2年度から回復し、いずれの年度も栃木県の受診率を大きく上回っています。

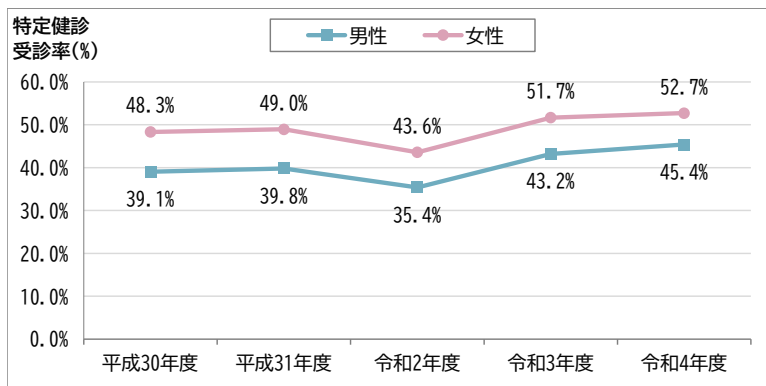
また、男女別では全ての年齢階層で女性の受診率が男性を上回っています。

#### 年度別 特定健康診査受診率

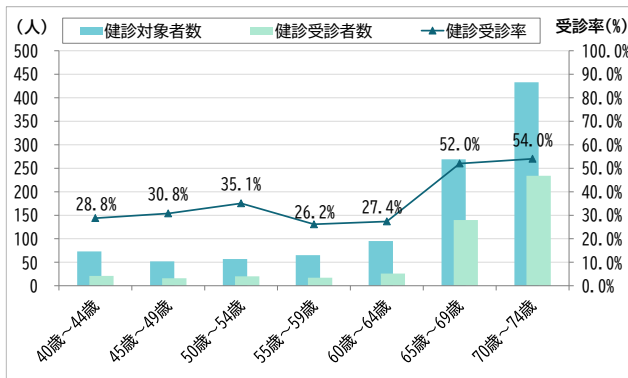


出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

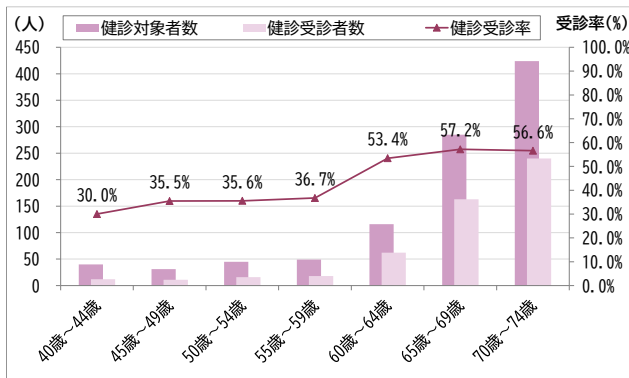
#### 年度・男女別 特定健康診査受診率



#### (男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



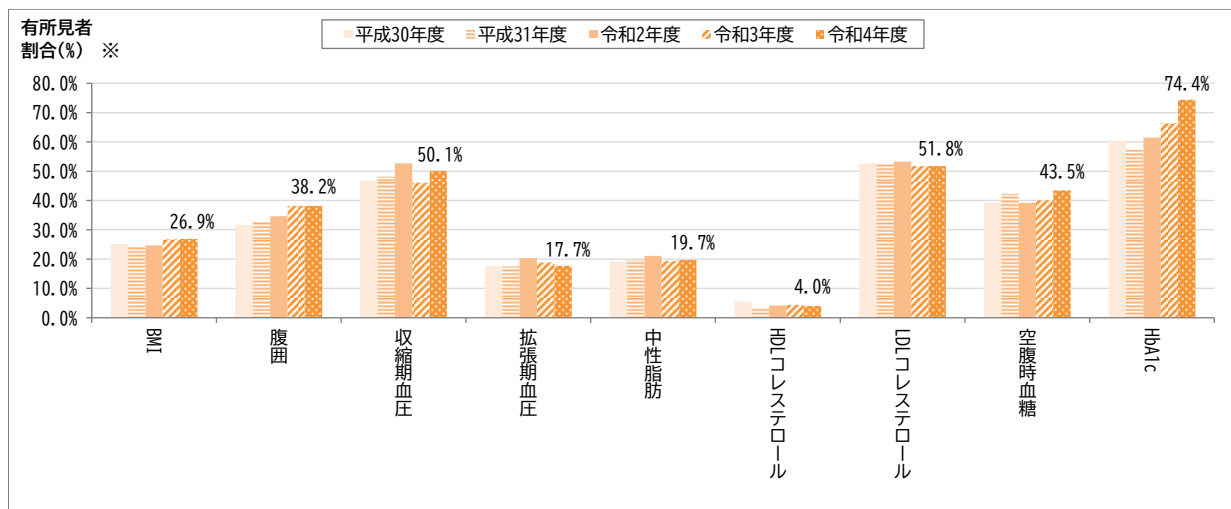
#### (女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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」

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者の主な検査項目の有所見者割合を年度別に示したものです。HbA1cの有所見者割合が令和4年度74.4%と高く平成31年度以降上昇傾向です。

## 年度別 有所見者割合



		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
BMI	対象者数(人) ※	939	963	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	236	235	207	270	273
	有所見者割合(%) ※	25.1%	24.4%	24.7%	26.8%	26.9%
腹囲	対象者数(人) ※	938	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	297	316	291	385	388
	有所見者割合(%) ※	31.7%	32.8%	34.7%	38.2%	38.2%
収縮期血圧	対象者数(人) ※	939	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	440	464	442	465	509
	有所見者割合(%) ※	46.9%	48.1%	52.7%	46.1%	50.1%
拡張期血圧	対象者数(人) ※	939	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	165	169	171	190	180
	有所見者割合(%) ※	17.6%	17.5%	20.4%	18.8%	17.7%
中性脂肪	対象者数(人) ※	939	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	181	190	177	195	200
	有所見者割合(%) ※	19.3%	19.7%	21.1%	19.3%	19.7%
HDLコレステロール	対象者数(人) ※	939	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	52	32	35	44	41
	有所見者割合(%) ※	5.5%	3.3%	4.2%	4.4%	4.0%
LDLコレステロール	対象者数(人) ※	939	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	495	505	447	522	526
	有所見者割合(%) ※	52.7%	52.4%	53.3%	51.7%	51.8%
空腹時血糖	対象者数(人) ※	894	899	786	925	943
	有所見者数(人) ※	351	380	308	371	410
	有所見者割合(%) ※	39.3%	42.3%	39.2%	40.1%	43.5%
HbA1c	対象者数(人) ※	938	964	839	1,009	1,016
	有所見者数(人) ※	567	553	516	669	756
	有所見者割合(%) ※	60.4%	57.4%	61.5%	66.3%	74.4%

※データ分析条件 次ページ「有所見者割合分析条件」参照

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※対象者数 …健診検査値が記録されている人数。

※有所見者数 …保健指導判定値を超えている人数。

※有所見者割合…健診検査値が記録されている人のうち、保健指導判定値を超えている人の割合。

保健指導判定値

BMI:25以上、 腹囲:男性85cm以上、 女性90cm以上、

収縮期血圧:130mmHg以上、 拡張期血圧:85mmHg以上、

中性脂肪:150mg/dl以上、 HDLコレステロール:39mg/dl以下、 LDLコレステロール:120mg/dl以上、

空腹時血糖値:100mg/dl以上、 HbA1c:5.6%以上

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。16検査項目中、腹囲、中性脂肪、血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧、クレアチニン、心電図、眼底検査の9項目は栃木県より高く、注意が必要です。全体として「血管を傷つける」「臓器障害」の要因を持つ人の割合が多い状況です。

### 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分			摂取エネルギーの過剰					内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	
			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	LDL	non-HDL
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	120以上	150以上
塩谷町	40歳～64歳	人数(人)	61	76	53	42	10	115	4
		割合(%)	27.9%	34.7%	24.2%	19.2%	4.6%	52.5%	1.8%
	65歳～74歳	人数(人)	205	303	141	78	29	398	19
		割合(%)	26.4%	39.0%	18.1%	10.0%	3.7%	51.2%	2.4%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	266	379	194	120	39	513	23
		割合(%)	26.7%	38.1%	19.5%	12.0%	3.9%	51.5%	2.3%
県		割合(%)	27.7%	35.4%	18.2%	14.8%	3.7%	47.6%	2.0%
国		割合(%)	26.9%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	50.1%	5.2%

区分			血管を傷つける					臓器障害			
			血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	クレアチニン	eGFR	心電図	眼底検査
			100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	1.3以上	60未満	所見あり	検査あり
塩谷町	40歳～64歳	人数(人)	61	130	23	78	41	0	16	52	202
		割合(%)	27.9%	59.4%	10.5%	35.6%	18.7%	0.0%	7.3%	23.7%	92.2%
	65歳～74歳	人数(人)	343	608	67	433	141	16	182	269	609
		割合(%)	44.1%	78.2%	8.6%	55.7%	18.1%	2.1%	23.4%	34.6%	78.4%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	404	738	90	511	182	16	198	321	811
		割合(%)	40.6%	74.1%	9.0%	51.3%	18.3%	1.6%	19.9%	32.2%	81.4%
県		割合(%)	32.1%	57.4%	2.4%	49.3%	21.0%	1.2%	20.3%	26.9%	31.7%
国		割合(%)	24.9%	58.2%	6.6%	48.3%	20.8%	1.3%	21.8%	21.4%	18.4%



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11.4%、該当者は22.5%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8.4%です。

## 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	219	35.2%	15	6.8%	26	11.9%	0	0.0%	18	8.2%	8	3.7%
65歳～74歳	777	55.1%	26	3.3%	88	11.3%	9	1.2%	67	8.6%	12	1.5%
全体(40歳～74歳)	996	49.0%	41	4.1%	114	11.4%	9	0.9%	85	8.5%	20	2.0%

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	35	16.0%	1	0.5%	2	0.9%	18	8.2%	14	6.4%
65歳～74歳	189	24.3%	29	3.7%	3	0.4%	87	11.2%	70	9.0%
全体(40歳～74歳)	224	22.5%	30	3.0%	5	0.5%	105	10.5%	84	8.4%

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」

### ※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脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	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ある。

- 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る。

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。

全体（40歳～74歳）では、「体重増加」「食事」の2分類で本町は良い回答となっている中、「喫煙」「運動」「飲酒」「睡眠」「生活習慣改善意欲」「咀嚼」「間食」の7分類の各項目の割合が栃木県よりも高く、個人の健康意識や行動に問題があります。

## 質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳			65歳～74歳			全体(40歳～74歳)		
		塩谷町	県	国	塩谷町	県	国	塩谷町	県	国
服薬	服薬_高血圧症	22.8%	20.1%	20.2%	43.4%	44.4%	43.7%	38.9%	37.7%	36.8%
	服薬_糖尿病	6.8%	5.5%	5.3%	13.3%	10.7%	10.4%	11.8%	9.3%	8.9%
	服薬_脂質異常症	14.6%	17.3%	16.6%	33.2%	34.9%	34.3%	29.1%	30.0%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	0.9%	1.6%	2.0%	3.5%	3.3%	3.8%	2.9%	2.8%	3.3%
	既往歴_心臓病	4.6%	2.9%	3.0%	9.7%	6.6%	6.8%	8.5%	5.6%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.9%	0.7%	0.6%	1.8%	1.0%	0.9%	1.6%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	10.0%	10.5%	14.2%	6.9%	6.7%	9.3%	7.6%	7.8%	10.7%
喫煙	喫煙	20.5%	19.4%	18.9%	11.2%	9.8%	10.2%	13.3%	12.4%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	42.0%	39.5%	37.8%	33.3%	34.3%	33.2%	35.2%	35.8%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	75.3%	69.6%	68.8%	61.5%	52.7%	55.4%	64.6%	57.3%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	45.2%	48.1%	49.3%	42.2%	44.4%	46.7%	42.9%	45.4%	47.5%
	歩行速度遅い	53.0%	54.2%	53.0%	55.5%	49.7%	49.4%	54.9%	50.9%	50.4%
食事	食べる速度が速い	27.9%	29.1%	30.7%	21.9%	21.6%	24.6%	23.2%	23.7%	26.4%
	食べる速度が普通	66.2%	63.2%	61.1%	70.5%	70.8%	67.6%	69.6%	68.7%	65.7%
	食べる速度が遅い	5.9%	7.7%	8.2%	7.6%	7.5%	7.8%	7.2%	7.6%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	21.0%	20.6%	21.1%	15.7%	13.4%	12.1%	16.9%	15.4%	14.7%
飲酒	週3回以上朝食を抜く	13.2%	17.0%	19.0%	5.0%	5.0%	5.9%	6.8%	8.3%	9.7%
	毎日飲酒	20.5%	20.7%	24.3%	22.7%	22.0%	24.7%	22.2%	21.6%	24.6%
	時々飲酒	20.1%	23.7%	25.3%	15.7%	19.6%	21.1%	16.7%	20.8%	22.3%
	飲まない	59.4%	55.6%	50.4%	61.6%	58.4%	54.2%	61.1%	57.6%	53.1%
	1日飲酒量（1合未満）	64.0%	54.6%	60.9%	53.1%	62.4%	67.6%	55.5%	60.2%	65.6%
	1日飲酒量（1～2合）	29.2%	29.8%	23.1%	37.8%	28.5%	23.1%	35.9%	28.9%	23.1%
	1日飲酒量（2～3合）	4.5%	11.3%	11.2%	7.5%	7.8%	7.8%	6.8%	8.7%	8.8%
睡眠	1日飲酒量（3合以上）	2.2%	4.3%	4.8%	1.6%	1.4%	1.5%	1.7%	2.2%	2.5%
	睡眠不足	29.7%	27.1%	28.4%	26.1%	21.1%	23.4%	26.9%	22.8%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	21.5%	19.1%	23.0%	24.2%	23.2%	29.3%	23.6%	22.1%	27.5%
	改善意欲あり	28.3%	31.8%	32.8%	21.9%	24.3%	26.0%	23.3%	26.3%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	32.4%	23.6%	16.4%	27.7%	20.8%	13.0%	28.7%	21.6%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	5.9%	8.2%	10.0%	6.7%	7.2%	8.6%	6.5%	7.5%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	11.9%	17.3%	17.8%	19.6%	24.5%	23.2%	17.9%	22.5%	21.6%
咀嚼	保健指導利用しない	63.0%	64.7%	62.4%	56.2%	63.8%	62.9%	57.4%	64.0%	62.7%
	咀嚼_何でも	79.0%	82.5%	83.8%	68.0%	74.8%	77.1%	70.4%	76.9%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	21.0%	16.9%	15.4%	30.8%	24.5%	22.1%	28.6%	22.4%	20.2%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.7%	0.7%	1.3%	0.8%	0.8%	1.0%	0.7%	0.8%
	3食以外間食_毎日	27.4%	21.8%	23.8%	16.7%	17.1%	20.8%	19.1%	18.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	54.3%	56.8%	55.3%	60.1%	60.4%	58.4%	58.8%	59.4%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	18.3%	21.4%	20.9%	23.2%	22.5%	20.8%	22.1%	22.2%	20.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

## (2) 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の57.3%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の50.7%です。1人当たり医療費で比較すると、健診受診者の方が、入院・入院外ともに、医療費が低いです。

### 特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	1,016	46.3%	232,664	45,397,712	45,630,376
健診未受診者	1,178	53.7%	1,235,892	57,720,842	58,956,734
合計	2,194		1,468,556	103,118,554	104,587,110

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	22	2.2%	582	57.3%	582	57.3%	10,576	78,003	78,403
健診未受診者	53	4.5%	595	50.5%	597	50.7%	23,319	97,010	98,755
合計	75	3.4%	1,177	53.6%	1,179	53.7%	19,581	87,611	88,708

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

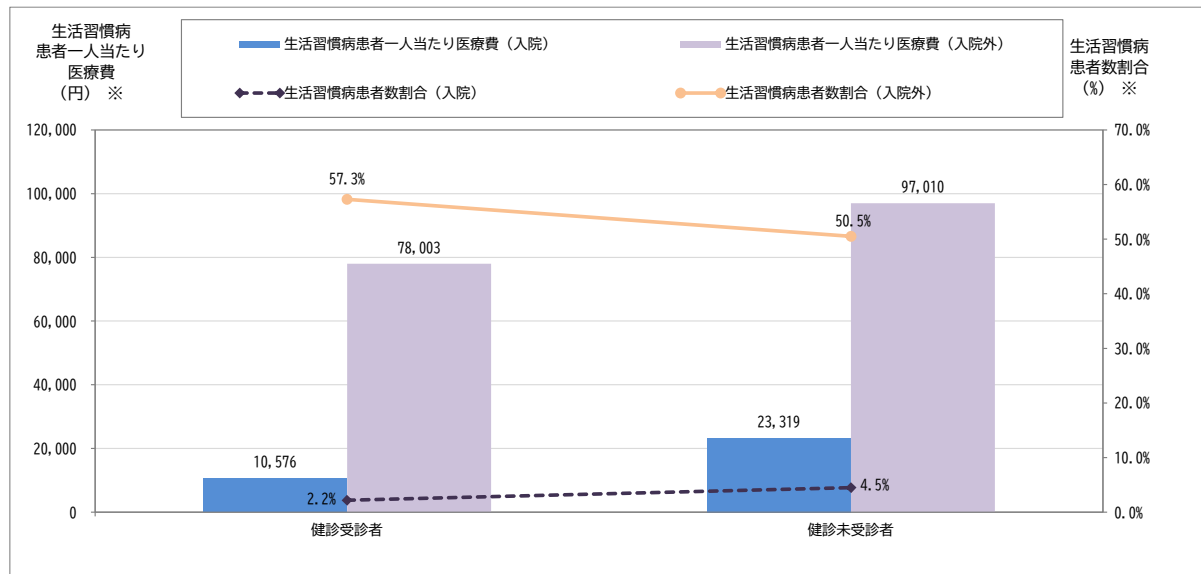
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

### 特定健診受診状況別 生活習慣病の1人当たりの医療費の状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

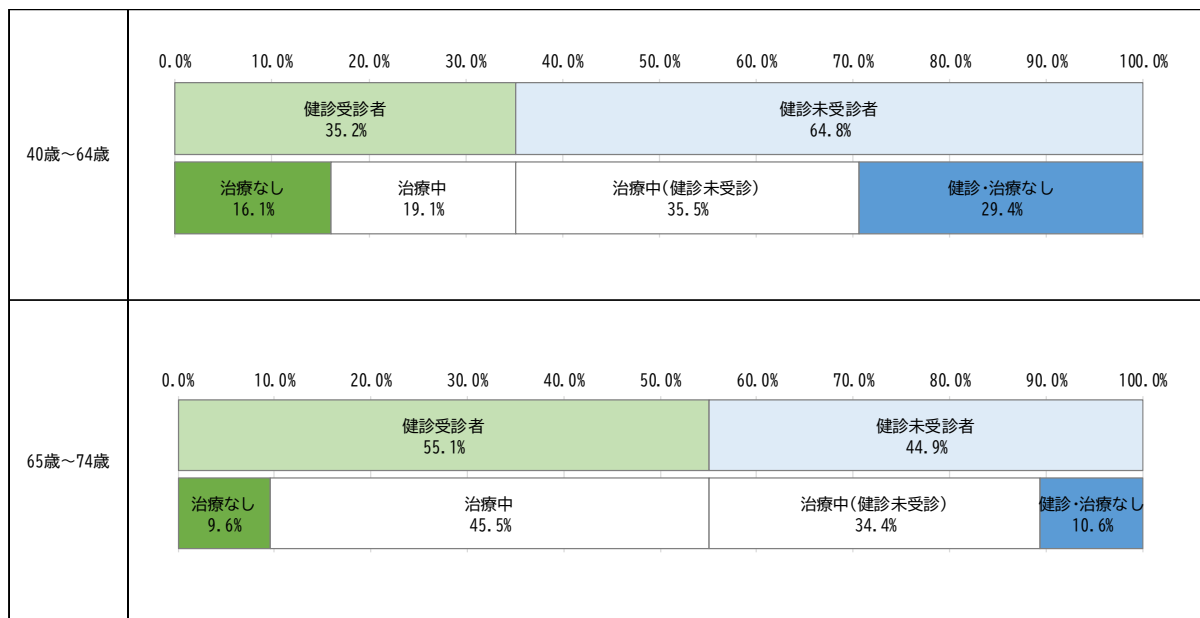
※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

以下は、令和4年度における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治療状況を示したものです。

65歳から74歳までの検診受診割合と比較すると、40歳から64歳までの健診受診割合が35.2%と低いです。

### 特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」  
 ※「治療中」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

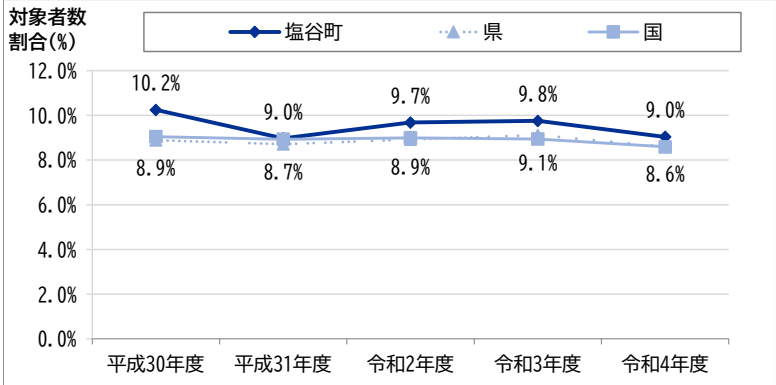
## 2. 特定保健指導対象者に係る分析

### (1) 特定保健指導実施状況

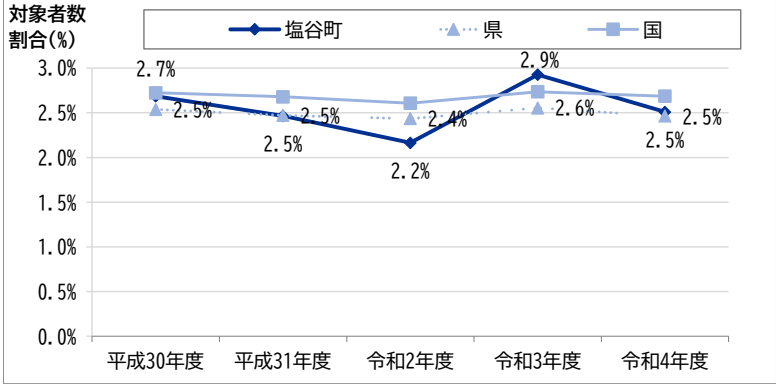
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。

令和3年度の実施率70.0%は、平成30年度49.2%に比べて20.8ポイント増加し、平成30年度から令和3年度までの実施率はいずれの年度も栃木県を大きく上回っています。平成31年度に実施率は急激に増加し、それ以降高い水準を保っており、国が定めた市町村国保の目標値60.0%を大きく上回っています。

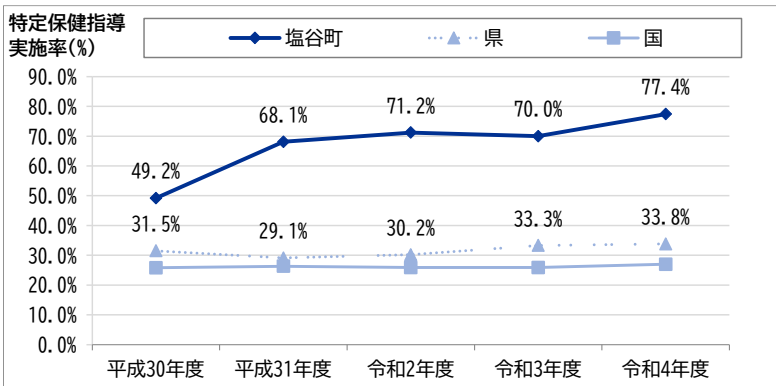
### 年度別 動機付け支援対象者数割合



### 年度別 積極的支援対象者数割合



### 年度別 特定保健指導実施率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## (2)保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.7%、動機付け支援対象者割合は9.1%です。

### 保健指導レベル該当状況

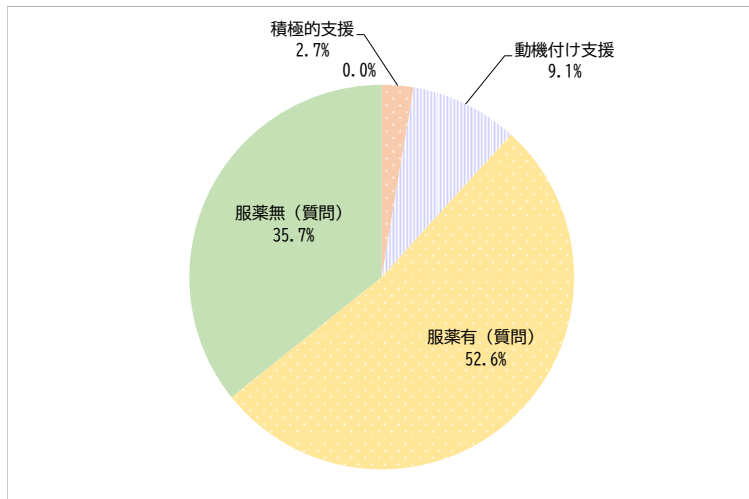
	健診受診者数 (人)	該当レベル					
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		判定不能
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	1,016	119	27	92	534	363	0
割合(%) ※	-	11.7%	2.7%	9.1%	52.6%	35.7%	0.0%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

### 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

#### ※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上  
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②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
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、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については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別・年度別に示したものです。

## 年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	35	11	7	20.0%	4	11.4%
45歳～49歳	28	5	5	17.9%	0	0.0%
50歳～54歳	38	5	4	10.5%	1	2.6%
55歳～59歳	37	9	3	8.1%	6	16.2%
60歳～64歳	94	14	7	7.4%	7	7.4%
65歳～69歳	310	38	1	0.3%	37	11.9%
70歳～	474	37	0	0.0%	37	7.8%
合計	1,016	119	27	2.7%	92	9.1%

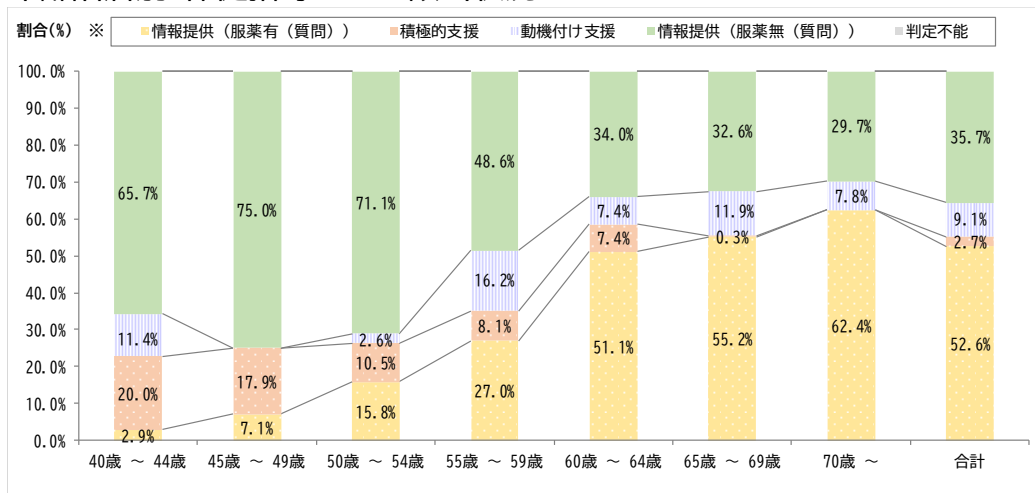
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	35	1	2.9%	23	65.7%	0	0.0%
45歳～49歳	28	2	7.1%	21	75.0%	0	0.0%
50歳～54歳	38	6	15.8%	27	71.1%	0	0.0%
55歳～59歳	37	10	27.0%	18	48.6%	0	0.0%
60歳～64歳	94	48	51.1%	32	34.0%	0	0.0%
65歳～69歳	310	171	55.2%	101	32.6%	0	0.0%
70歳～	474	296	62.4%	141	29.7%	0	0.0%
合計	1,016	534	52.6%	363	35.7%	0	0.0%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

## 年齢階層別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

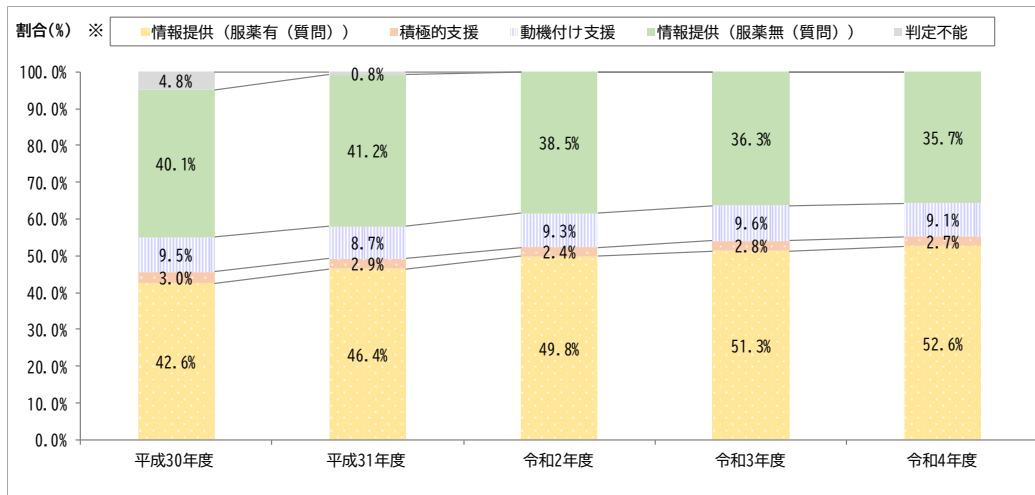
※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

## 年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	939	117	28	3.0%	89	9.5%
平成31年度	964	112	28	2.9%	84	8.7%
令和2年度	839	98	20	2.4%	78	9.3%
令和3年度	1,009	125	28	2.8%	97	9.6%
令和4年度	1,016	119	27	2.7%	92	9.1%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)		人数(人)	割合(%) ※
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※		
平成30年度	939	400	42.6%	377	40.1%	45	4.8%
平成31年度	964	447	46.4%	397	41.2%	8	0.8%
令和2年度	839	418	49.8%	323	38.5%	0	0.0%
令和3年度	1,009	518	51.3%	366	36.3%	0	0.0%
令和4年度	1,016	534	52.6%	363	35.7%	0	0.0%

## 年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年度別では令和4年度と平成30年度を比較すると、積極的支援対象者割合2.7%は平成30年度3.0%から0.3ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合9.1%は平成30年度9.5%から0.4ポイント減少しています。



### (3)特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものです。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要です。

#### 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	119	0	478,870	478,870	0	23	23
非対象者	情報提供(服薬無(質問))	363	0	1,411,436	1,411,436	0	31	31
	情報提供(服薬有(質問))	534	232,664	43,507,406	43,740,070	22	528	528

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	119	0	20,820	20,820
非対象者	情報提供(服薬無(質問))	363	0	45,530	45,530
	情報提供(服薬有(質問))	534	10,576	82,400	82,841

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

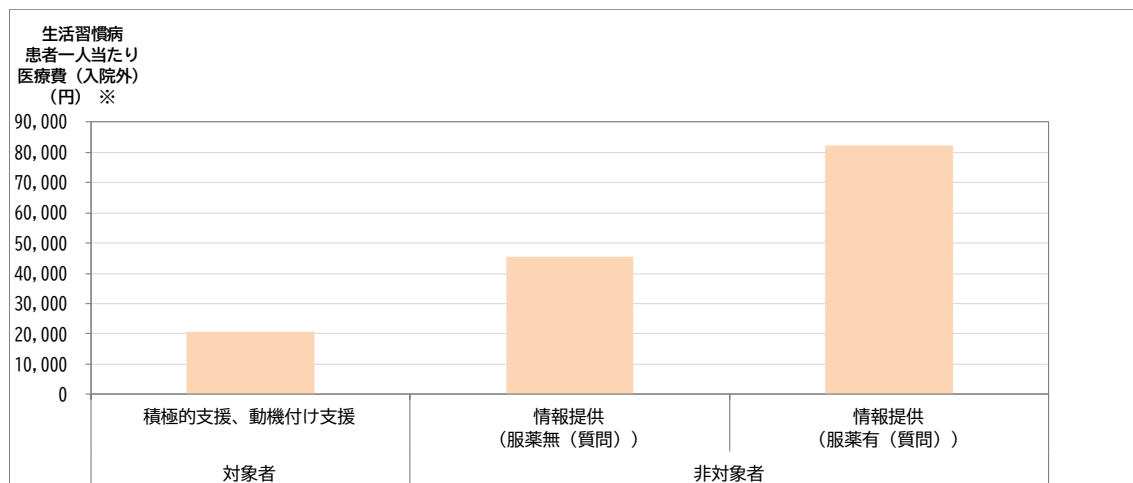
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

#### 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

#### (4)特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものです。

#### 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者		
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			119人		
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	5人	27人	23%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	4人		
	●	●	●	●		血糖+血圧+喫煙	0人		
	●		●	●	因子数2	血糖+脂質+喫煙	1人		
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	1人		
	●	●			因子数1	血糖+血圧	2人		
	●		●			血糖+脂質	2人		
		●	●			血圧+脂質	7人		
		●		●	因子数0	血糖+喫煙	0人		
			●	●		血圧+喫煙	2人		
	●					脂質+喫煙	3人		
		●				血糖	0人		
	動機付け支援		●			因子数1	血圧		
			●		脂質		0人		
				●	喫煙	0人			
				●	なし	0人			
●		●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	2人		
●		●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	13人		
●		●	●	●		血糖+血圧+喫煙	2人		
●			●	●	因子数2	血糖+脂質+喫煙	1人		
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	0人		
●		●			因子数1	血糖+血圧	17人		
●			●			血糖+脂質	5人		
		●	●			血圧+脂質	3人		
		●		●	因子数0	血糖+喫煙	2人		
		●	●	血圧+喫煙		2人			
●				脂質+喫煙		0人			
	●			血糖		11人			
		●		血圧	26人				
			●	脂質	8人				
			●	喫煙	0人				
			●	なし	0人				

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)  
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

# 第6章 健康課題の抽出と個別保健事業

## 1.分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

前期計画期間における特定健診受診率は最終目標値には達しなかったものの、コロナ禍の令和2年度以外の年度では上昇しており、特定保健指導実施率では国の定める目標値を超える数値を維持できています。

しかし健診受診者の各有所見率は上昇（状態悪化）の傾向にあり、医療費においても増加が続いています。

状態の悪化は新型コロナウイルス感染症による行動制限時の受診控えの影響も考えられますが、個人の病識の不足から適正受診や生活習慣の改善を実行できない被保険者が少なからずいるものと考えます。

このため本計画期間においては、生活習慣病重症化予防及び異常値放置者対策を緊急かつ重要な課題とし、被保険者の行動変容に結びつけるべく事業内容の強化・再検討を行い各保健事業を展開していくものとします。

以上を踏まえ健康課題および本計画で目指す目的・目標を以下のとおりまとめました。

### (1)健康課題

保険者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)	
①健康課題番号	②健康課題 (優先順位付け)
I	標準化死亡比で心疾患・脳疾患が県と比較して高値
II	医療費では外来入院ともに男女とも糖尿病に起因する疾患が高い
III	特定健診有所見者状況での「血管を傷つける」「臓器障害」に係る有所見率が有意に高い
IV	患者千人当たり糖尿病合併症患者数が有意に多い
V	医療機関受診勧奨者のうち未受診者や未治療者が県と比較し高い
VI	食事をかんで食べるときの、噛みにくい者の標準化該当比が高い
VII	大腸がん・胃がんの標準化死亡比が高い

## (2)計画の目的及び目標

<b>③データヘルス計画全体の目的</b> 抽出した健康課題に対して、 {この計画によって目指す姿}	被保険者が自身の健康状態を正しく理解し、危機感をもって生活習慣病の進行の抑制や予防のための行動がとれるようになり、適正な医療受診により医療費の伸びを抑制する
--	--

データヘルス計画全体の目標（データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標）											
①健康課題番号	④評価指標番号	⑤評価指標	⑥ベースライン 2019年度 (R1)	⑧目標値							
				の計画策定時 実績	2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
I-IV VII	1	特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比) 【年齢調整】	-	0.99	-1.01	-2.01	-3.01	-4.01	-5.01	-6.01	
I~III	2	収縮期 (130mmHg以上)	-	2.17	0.17	-0.83	-1.83	-2.83	-3.83	-4.83	
	3		拡張期 (85mmHg以上)	-	1.60	-0.40	-1.40	-2.40	-3.40	-4.40	-5.40
II-IV	4	特定健診受診者の有所見者の割合の増加率 (令和元(2019)年度比) 【年齢調整】	-	33.72	31.72	30.72	29.72	28.72	27.72	26.72	
	5		HbA1c (5.6%以上)	-	33.72	31.72	30.72	29.72	28.72	27.72	26.72
I-IV	6	空腹時血糖 (100mg/dl以上)	-	-0.61	-2.61	-3.61	-4.61	-5.61	-6.61	-7.61	
	7		中性脂肪 (150mg/dl以上)	-	3.71	1.71	0.71	-0.29	-1.29	-2.29	-3.29
	8		HDL (40mg/dl未満)	-	15.79	13.79	12.79	11.79	10.79	9.79	8.79
I~IV, VII	9	LDL (120mg/dl以上)	-	1.78	-0.22	-1.22	-2.22	-3.22	-4.22	-5.22	
	10		特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(令和元(2019)年度比) 【年齢調整】	-	8.86	6.86	5.86	4.86	3.86	2.86	1.86
I-IV, VII	11	特定健診受診者の運動習慣のある者の割合 (1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)	32.74 (2019)	35.44	36.00	36.50	37.00	37.50	38.00	38.55	
II-IV	12	特定健診受診者の血糖 ハイリスク者の割合	1.18 (2019)	1.00	0.99	0.98	0.97	0.96	0.95	0.94	
	13		HbA1c (8.0%以上)	1.80 (2019)	1.84	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.78
V	14	特定健診受診者のフレイルハイリスク者等の割合	14.63 (2019)	15.70	15.50	15.30	15.10	14.90	14.70	14.50	
V-VI	15		前期高齢者(65~74歳)のうちBMIが20kg/n以下	74.00 (2019)	74.84	75.34	75.84	76.34	76.84	77.34	77.84
	16		50歳以上64歳以下における咀嚼良好	71.14 (2019)	67.95	68.25	68.55	68.85	69.15	69.45	69.75
III	17	特定健診受診者の有所見者の割合	9.00 (2022)	9.00	8.80	8.60	8.40	8.20	8.00	7.80	
	18		尿酸 (7.0超過)	32.2 (2022)	32.20	31.70	31.20	30.70	30.20	29.70	29.20
	19		心電図 (所見あり)	19.9 (2022)	19.90	19.55	19.20	18.85	18.50	18.15	17.80
I~VII	19	eGFR (60以下)	53.90 (2022)	53.90	53.00	52.50	52.00	51.50	51.00	50.00	
I~VII	19	3年間特定健診及び医療機関未受診者の割合	53.90 (2022)	53.90	53.00	52.50	52.00	51.50	51.00	50.00	

(注1)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(注2)実績年度が異なる場合には、欄外に注釈を記載

(注3)目標値は、必要な年度に記載

個別の保健事業（データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法）

④評価 指標番号	⑨事業名称	⑩個別保健事業の評価指標	⑪ベース ライン 2019年度 (R1)	⑫個別保険事 業の計画決定 時実績 2022年度 (R4)	⑬個別保健事業の目標値						⑭重点・ 優先度
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
1-12 16-18	特定健康診査	◎受診率	44.3	49.3	51.0	53.0	55.0	57.0	59.0	60.0	1
		◎40歳代受診率	29.9	31.6	32.1	32.6	33.1	33.6	34.1	34.6	
		◎50歳代受診率	25.1	32.9	33.0	33.2	33.4	33.6	33.8	34.0	
		健診結果書の対面返却率	71.36 (2022)	71.36	71.86	72.36	72.86	73.26	73.36	73.86	
	特定保健指導	◎実施率	65.2 (2019)	78.8	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	4
		利用者の終了割合	65.2 (2019)	71.0	72.3	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	
		◎特定保健指導による特定保 健指導対象者の減少率	18.92 (2019)	20.5	20.5	21.5	22.5	23.5	24.5	25.5	
	異常値放置者フォ ローアップ	対象者通知率	100 (2022)	100	100	100	100	100	100	100	3
		勧奨後受診者の割合の増加	15.0 (2018)	0	21.5	24.5	27.5	30.5	33.5	36.5	
1-12	糖尿病重症化 予防事業	情報提供の対面実施率	71.36 (2022)	71.36	71.86	72.36	72.86	73.26	73.36	73.86	2
		◎受診勧奨対象者（未治療 者）への受診勧奨実施率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100	
		◎受診勧奨対象者（未治療 者）の医療機関受診率	41.7 (2019)	14.29	30.00	35.00	42.50	50.00	57.50	60.00	
		◎保健指導対象者への保健指 導実施率	35.7 (2019)	3.97	4.16	4.16	4.35	4.54	4.76	5.00	
10	健活ポイント事業	参加者数	500 (2022)	500	500	500	500	500	500	500	7
		運動目標（1日5,000歩）達成 者の割合	79.6 (2022)	79.6	79.8	80	80.2	80.4	80.6	80.8	
1-19	健診未受診者（状態 不明者）勧奨事業	対象者の割合の減少（対象者 /被保険者）	11.83 (2022)	11.83	11.45	11.08	10.70	10.32	9.94	9.56	5
11・12	後発医薬品の 使用促進	後発医薬品使用割合	76.7 (2019)	78.50	78.55	78.60	78.65	78.70	78.75	78.80	6

◎は県の共通指標

①健康課題番号	⑮データヘルス計画の目標を達成するための戦略
I～VII	・特定健診受診向上のための町医師会との連携強化 ・訪問やICT活用等による特定保健指導実施委託機関の活用
II～IV	糖尿病重症化予防事業推進のため、業務委託等を活用した事業の強化
VI	結果報告会場において歯科衛生士によるオーラルフレイル予防の説明を実施
VII	がんの一次予防となる生活習慣改善について、特定健診や特定保健指導等での 周知強化

## (2)計画全体の整理

目的（上位）	指標
被保険者が自身の健康状態を正しく理解し、危機感をもって生活習慣病の進行の抑制や予防のための行動がとれるようになり、適正な医療受診により医療費の伸びを抑制する	特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合 1人当たりの医療費の減少

目的（下位）	指標	関連する個別保健事業
【中長期目標】 血糖ハイリスク者の割合の減少	血糖ハイリスク者の割合 (HbA1c 8.0%以上・空腹時血糖 160mg/dl以上)	【短期目標】 1 特定健診の受診を習慣化し自身の健康状態を把握できる 2 特定健診受診者の有所見者の減少 3 特定健診未受診者かつ医療機関未治療者の減少
【中長期目標】 1人当たりの医療費（入院）の減少	1人当たりの医療費（入院）の減少	
特定健診の受診を習慣化し自身の健康状態を把握できる	・ 特定健診受診率	特定健診 特定保健指導 異常値放置者受診勧奨 糖尿病重症化予防事業 重複服薬等対策 後発医薬品の使用促進
特定健診受診者の有所見者の減少	・ 特定健診受診者の有所見者減少の割合の増加率	特定健診 特定保健指導 異常値放置者受診勧奨 糖尿病重症化予防事業 重複服薬等対策 後発医薬品の使用促進
特定健診未受診者かつ医療機関未受診者の減少	・ 3年間特定健診未受診かつ医療機関未受診者の割合	特定健診

## 2.健康課題を解決するための個別の保健事業

### (1)保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業分類	事業概要	区分	重点
1	特定健康診査事業	特定健康診査の受診結果から、健康状態の把握や、高リスク者を抽出し保健指導の実施につなげるため、特定健康診査の受診を勧奨する。健診結果報告会において健康状態の把握と健康について意識啓発を行う。	継続	✓
2	特定保健指導事業	生活習慣病リスク保有者に対して、生活習慣や健康状態の改善を図るため、保健指導を実施する。	継続	✓
3	異常値放置者フォローアップ事業	特定健診の結果、受診勧奨判定値以上であり医療機関を受診していない者について、医療機関を受診するよう勧奨を実施する。異常値のレベルが高い者について、電話又は訪問により勧奨を行う。	継続	✓
4	糖尿病重症化予防事業	糖尿病重症化リスクがありながら未治療である者に対して、医療機関と連携し適切な保健指導を行うことで糖尿病の重症化を予防する。	継続	✓
5	健診未受診（状態不明者）勧奨事業	追加健診受診勧奨通知を当該年度特定健診未受診者に対し送付。3年間特定健診未受診で医療機関未受診である者には、特定健診受診勧奨通知の送付、電話又は訪問による状況確認を実施。	継続	
6	後発医薬品使用促進事業	対象月に処方を受けた調剤について、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を作成し対象者に送付する。	継続	
7	重複・多剤服薬者及び頻回受診者等保健指導	重複・多剤：3か月連続して3箇所以上の医療機関より同一薬効の薬剤の投与を受けている者 頻回：同一医療機関で月15日以上を受診が3か月以上続いている者 上記を対象に訪問指導を行う。	継続	
8	健活ポイント事業	参加者に歩数計を配布し、歩数等によってポイントを付与。運動不足による生活習慣病の発症を予防する。	継続	
9	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	地域の通いの場等での活動を通して、高齢者の健康維持・介護予防を図る。	継続	

## (2)各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

### 事業番号1：特定健康診査事業

②事業の目的	内臓脂肪型肥満に着目した特定健診の受診を習慣化させることで、被保険者の糖尿病、高血圧、脂質異常症等の予防を図る。健診結果から、現在の健康状態や生活習慣病リスクの正しい理解をすすめるとともに必要な生活習慣の改善を促す。
③対象者	実施年度中に40歳から74歳になる被保険者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）
④現在までの事業結果	集団健診方式で実施している。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で受診率は落ち込んだが、その後は回復し、受診率は増加傾向である。

#### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査 受診率	44.3	49.3	51.0	53.0	55.0	57.0	59.0	60.0
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への 通知実施率	100	100	100	100	100	100	100	100

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための 主な戦略	集団健診方式の継続実施 効果的な受診勧奨 特定健診受診向上のための町医師会との連携強化
---------------------	---

#### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

- 1 集団健診の日程等を、各戸回覧、広報、ホームページ、対象者へのお知らせ通知により周知
- 2 健診対象者全員に、受診券・健診キットを送付

#### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・40歳代、50歳代の対象者に、ICTを活用した申込方法の周知及び小規模事業所等で受診している場合のデータ提供勧奨し、40歳代、50歳代の受診率向上
- ・健診結果を知ってもらうため、町医師会に、受診の際の健診結果の提示について協力依頼

#### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・健康生活課と住民課で連携し、各課それぞれ職員1名が兼務で担当
- ・住民課は、予算編成を担当し、健康生活課は、事業計画書作成、関係機関との連携調整、健診事業の実務監督を担当（令和5年度は、健康生活課が担当、予算編成、事業計画書作成、健診事業の実務監督を担当）

#### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・健康生活課と住民課で連携し、各課それぞれ職員1名が兼務で担当
- ・住民課は、予算編成を担当し、健康生活課は、事業計画書作成、関係機関との連携調整、健診事業の実務監督を担当
- ・塩谷町医師会への事業説明及び協力要請

#### ⑮評価計画

アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができるため、特定健康診査の効果が上がることを意味する。



## ア.対象者数推計

### 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	1,773	1,652	1,551	1,442	1,340	1,258
特定健康診査受診率(%)(目標値)	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	59.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	904	876	853	822	791	755

### 年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	40歳～64歳	618	603	568	552	542	520
	65歳～74歳	1,155	1,049	983	890	798	738
特定健康診査受診者数(人)	40歳～64歳	229	242	242	252	265	262
	65歳～74歳	675	634	611	570	526	493

## イ.実施方法

### ■基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、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
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

### ■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ハマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

## 事業番号2：特定保健指導事業

②事業の目的	生活習慣病リスク保有者に対して、保健指導を実施することで、生活習慣や健康状態の改善を図る。
③対象者	特定保健指導基準該当者
④現在までの事業結果	業務委託により実施。丁寧な受診勧奨と委託業者の一本化により、年々受診率が向上した。

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定時実績 2022年度 (R4)	⑨目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】	-	0.99	-1.01	-2.01	-3.01	-4.01	-5.01	-6.01
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	65.2 (2019)	81.7	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	健診結果報告会に合わせ初回を実施 初回・継続支援は基本的に個別指導とし、支援を受けやすい体制を維持継続
-----------------	--

### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

- 1 対象者に通知を送付(日時指定)、日程調整
- 2 委託業者に対象者を連絡、指定日に初回面談後、対象者毎に保健指導を実施
- 3 委託業者より、指導報告書の提出、委託料請求、請求内容確認し支払

### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

健診結果報告会に合わせ初回面談を実施し、初回・継続支援は基本的に個別指導とし、支援を受けやすい体制を継続。広報誌で、塩谷町被保険者の健康状態の特徴を掲載するなど、健康に対する意識啓発と周知を実施し、特定保健指導による特定保健指導対象者減少を図る。  
健診結果報告会において、歯科衛生士によるオーラルフレイル予防の説明等を実施。

### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門は住民課、連携部門は健康生活課で、保健指導は、委託業者により実施。  
(令和5年度は、主管部門が健康生活課、保健指導は、委託業者により実施。)

### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民課、連携部門は健康生活課で、保健指導は、委託業者により実施を継続。

### ⑮評価計画

アウトカム指標「特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】」は分子「当該年度特定保健指導対象者推定数(=当該年度国保被保険者数×当該年度特定保健指導対象者割合(特定保健指導対象者数÷健診受診者数)) - 令和元年度特定保健指導対象者推定数(=当該年度国保被保険者数×令和元年度特定保健指導対象者割合(特定保健指導対象者数÷健診受診者数))」を分母「令和元年度特定保健指導対象者推定数」で除して求める。令和元年度特定保健指導対象者の割合よりマイナスとなることで、特定保健指導対象者の割合が減少していることを意味する。

ア.対象者数推計

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	105	103	100	97	94	91
特定保健指導実施率(% (目標値))	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
特定保健指導実施者数(人)	84	82	80	78	75	73

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	27	29	29	29	31	31
	実施者数(人)	40歳～64歳	22	23	23	25	25	25
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	18	19	18	18	17	17
		65歳～74歳	60	55	53	50	46	43
	実施者数(人)	40歳～64歳	16	17	16	16	16	16
		65歳～74歳	46	42	41	37	34	32

## イ.実施方法

### 動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

### 積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。  <b>アウトカム評価</b> <table border="1" data-bbox="234 1238 1286 1522"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> <b>プロセス評価</b> <table border="1" data-bbox="234 1582 1286 1725"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul> </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>						

### 事業番号3：特定健診受診者の異常値放置者フォローアップ事業

②事業の目的	特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者について、医療機関への適切な受診勧奨を行う。
③対象者	前年度の健診結果、受診勧奨判定値以上で医療機関未受診の者
④現在までの事業結果	対象者は年度により変動し、重複している者もいる。勧奨通知率は100%。医療機関受診状況は確認時期がばらばらのため、判定困難。

#### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	勧奨後医療機関受診者の割合の増加率	15.0 (2018)	0	21.5	24.5	27.5	30.5	33.5	36.5
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者通知率	100 (2022)	100	100	100	100	100	100	100

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための 主な戦略	通知送付時期や受診確認時期を明確にし、電話等による受診勧奨を実施
---------------------	----------------------------------

#### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

- 1 前年度の健診結果とレセプトから対象者を選定し、医療機関への受診勧奨通知を送付
- 2 医療機関受診状況を確認する

#### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

受診勧奨通知を7月中に送付。その時点で医療機関受診者を確認。10月に医療機関受診状況を確認。11月中に、未受診者のうち、当該年度の特定健康診査の結果も高値、又は医療機関未受診の者に、電話等による受診勧奨実施。2月に医療機関受診状況を確認。

#### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門は住民課で、上位20人は委託業者により勧奨通知を実施し、上位以外は住民課より勧奨通知を送付。  
(令和5年度は、主管部門が健康生活課で、勧奨通知を実施。)

#### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民課、連携部門は健康生活課で実施。

#### ⑮評価計画

アウトカム指標「勧奨後医療機関受診者の割合の増加率」は、分子「前年度特定健診結果が異常値で医療機関未受診者のうち通知後6ヶ月以内の医療機関受診者数」を分母「通知時点の前年度特定健診結果が異常値で医療機関未受診者数」で除して求める。

## 事業番号4：糖尿病重症化予防事業

②事業の目的	糖尿病重症化リスクがありながら未治療である者に対して、早期治療につなげるほか、医療機関と連携し適切な保健指導を行うことで糖尿病の重症化を予防する。
③対象者	特定健診の結果、医療機関受診勧奨・保健指導値に該当する者
④現在までの事業結果	業務委託により実施。腎症重症化予防事業の指導実施率が低い。

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診者の血糖 ハイリスク者の割合(HbA1c 8.0%以上)	1.18 (2019)	1.00	0.99	0.98	0.97	0.96	0.95	0.94
	特定健診受診者の血糖 ハイリスク者の割合(空腹 時血糖160mg/dl以上)	1.80 (2019)	1.84	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.78
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導対象者への保健 指導実施率	35.70 (2019)	3.97	4.16	4.16	4.35	4.54	4.54	5.00
	受診勧奨対象者の医療機 関受診率	41.70 (2019)	14.29	30.00	35.00	42.50	50.00	57.50	60.00

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための 主な戦略	保健指導事業には業務委託を導入 健診結果報告会での保健指導参加勧奨、医療機関の受診勧奨を実施
---------------------	---

### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

【保健指導事業】1 レセプト分析による重症化リスク対象者のリストより、勧奨対象者抽出、2 対象者に通知、申込受付、3 申込者に対し、業務委託により保健指導実施、4 保健指導報告書の提出、報告内容確認し支払 【医療機関受診勧奨事業】保健指導実施者以外の方に、医療機関受診勧奨通知を送付
--

### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

【保健指導事業】1 レセプト分析による重症化リスク対象者のリストより、保健指導対象者抽出、通知、2 健診結果報告会時に申込書、かかりつけ医同意書の提出、3 申込者に対し、業務委託により保健指導実施、4 保健指導報告書の提出、報告内容確認し支払 【医療機関受診勧奨事業】保健指導実施者以外の方に、医療機関受診勧奨通知を送付
---

### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門は住民課で、上位50人は委託業者により勧奨通知を送付し、上位以外は住民課より勧奨通知を送付。保健指導申込者については、かかりつけ医の同意書に基づき事業を実施。 (令和5年度は、主管部門が健康生活課で勧奨通知、保健指導を実施。)
--

### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民課、連携部門は健康生活課で、共同で事業を実施。保健指導には業務委託を導入。
--

### ⑮評価計画

アウトカム指標「特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合(HbA1c8.0%以上・空腹時血糖160mg/dl以上)」は、分子「特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上・空腹時血糖160mg/dl以上の該当者数」を分母「特定健診受診者数」で除して求める。特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合が減少することで、糖尿病に係る因子を持つ重症化リスク者の減少を意味する。
---

## 事業番号5：特定健診未受診者（状態不明者）勧奨事業

②事業の目的	特定健診未受診者で医療機関未受診者に対し、特定健診の受診勧奨通知を送付すること等により受診を促進する。
③対象者	特定健診未受診者
④現在までの事業結果	追加健診受診勧奨通知を当該年度特定健診未受診者に対し送付。3年間特定健診未受診で医療機関未受診である者に対し、特定健診受診勧奨通知の送付、電話又は訪問による状況確認を実施。

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
				2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	3年間特定健診及び医療機関未受診者の割合の減少	53.9 (2022)	53.9	53.0	52.5	52.0	51.5	51.0	50.0
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診未受診者の割合の減少	11.83 (2022)	11.83	11.45	11.08	10.70	10.32	9.94	9.56

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	当該年度特定健診未受診者に対し、受診勧奨通知を送付 3年に一度、状態不明者について、特定健診受診勧奨通知と訪問等勧奨を実施
-----------------	--

### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

追加健診を引続き実施するとともに、追加健診受診勧奨通知を当該年度特定健診未受診者に対し送付。
--

### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

追加健診を引続き実施 追加健診受診勧奨通知を当該年度特定健診未受診者に対し送付（事業所健診等を受診している場合は、健診結果の写しを提出することで受診に代えられることを周知） 令和7年度と令和10年度に、3年間未受診で医療機関未受診の者に対し、特定健診受診勧奨通知と訪問等勧奨を実施
--

### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門は住民課、連携部門は健康生活課により実施。 (令和5年度は、主管部門が健康生活課で実施。)
--

### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民課、連携部門は健康生活課により実施。
---------------------------

### ⑮評価計画

アウトカム指標「3年間特定健診及び医療機関未受診者の割合の減少」は、分子「3年間特定健診及び医療機関未受診者」を分母「3年間特定健診対象者数」で除して求める。特定健診及び医療機関未受診者の割合が減少することで、状態不明者の減少につながる。
---

## 事業番号6：後発医薬品使用促進事業

②事業の目的	ジェネリック医薬品利用差額通知を送付し、利用の促進、医療費の適正化を図る。
③対象者	対象月に調剤のある被保険者
④現在までの事業結果	継続して通知することで利用率の改善に繋がっている

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン(年度)	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
				2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)
アウトカム(成果)指標	後発医薬品使用割合	76.7(2019)	78.5	78.55	78.6	78.65	78.7	78.75	78.8
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への通知実施率	100	100	100	100	100	100	100	100

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	ジェネリック医薬品の利用率が高いことが一概によいとはいえない。後発医薬品が症状に適應することが前提であるため、選択肢のひとつとして周知を継続。
-----------------	---

### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

対象月に処方を受けた調剤を、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を作成し送付(国保連に通知作成委託、発送は町)
---

### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

対象月に処方を受けた調剤を、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を作成し送付(国保連に通知作成委託、発送は町)を継続
--

### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門は住民課、栃木県国民健康保険団体連合会に通知作成を委託し、住民課で通知を送付
--

### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民課、栃木県国民健康保険団体連合会に通知作成を委託し、住民課で通知を送付
--

### ⑮評価計画

アウトカム指標「後発医薬品使用割合」は、流通事情等により率の変動が大きいため、当該年度(4月から3月分)の「保険者別後発医薬品利用率一覧表」より平均値を求める。 ※ジェネリック医薬品の利用率が高いことが一概によいとはいえない。ジェネリック医薬品が症状に適應することが前提であるため、選択肢のひとつとして周知を継続する。
--



## 事業番号7：重複・多剤服薬者及び頻回受診者等保健指導事業

②事業の目的	保健指導の実施により、健康の保持増進と疾病の早期回復を図り、更に医療費の適正化を目指す。
③対象者	重複・多剤:3か月連続して3箇所以上の医療機関より同一薬効の薬剤の投与を受けている者 頻回：同一医療機関で月15日以上を受診が3か月以上続いている者
④現在までの事業結果	薬剤師・保健師が対象者宅に訪問することにより、身体の状態、残薬などの状況を把握し適切な指導をすることができ、服薬・受診等の改善に繋がっている。

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン(年度)	⑧計画策定時実績	⑨目標値						
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム(成果)指標	重複・多剤：行動変容ステージの変化率又は対象者なし	60(2022)	60	60	60	60	60	60	60	60
アウトカム(成果)指標	頻回：行動変容ステージの変化率	0(2022)	0	50	50	100	100	100	100	100
アウトプット(実施量・率)指標	訪問指導件数	6件以下(2022)	6件以下	6件以下	6件以下	6件以下	6件以下	6件以下	6件以下	6件以下

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	基準で抽出しても対象者がなく、条件を下げても抽出しても対象者がいない場合、対象者がなく良好な状況と捉える。
-----------------	---

### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

対象者に対して、栃木県国民健康保険団体連合会の支援事業を活用し、薬剤師・保健師の訪問指導を行う。 頻回受診においては柔整適正化システムから抽出された対象者に保健師が訪問指導を実施する。
---

### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

重複・多剤は対象者に対して、国保連の支援事業を活用し、薬剤師・保健師の訪問指導を行う。基準で抽出しても対象者がなく、条件を下げても抽出しても対象者がいない場合、対象者がなく良好な状況と捉える。
--

### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

事務部門は住民課、実施部門は健康生活課、重複・多剤は栃木県国民健康保険団体連合会の支援事業を活用し、委託により事業を実施。頻回については直営保健師による訪問指導を実施する。
--

### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

事務部門は住民課、実施部門は健康生活課、重複・多剤は栃木県国民健康保険団体連合会の支援事業を活用し、委託により事業を実施。頻回については直営保健師による訪問指導を実施する。
--

### ⑮評価計画

重複・多剤のアウトカム指標「行動変容ステージの変化率」は、栃木県国民健康保険団体連合会の支援事業の報告書による。訪問指導対象者がいない場合は、「対象者なし」とする。 頻回受診のアウトカム指標「行動変容のあった対象者の割合」は訪問指導3か月後にレセプトを確認し受診状況を評価する。
--

## 事業番号8：健活ポイント事業

②事業の目的	参加者に対し、運動不足による生活習慣病の発症を予防する。
③対象者	町内在住の健康状態や医療費などのデータを町に提供できる20歳以上の者
④現在までの事業結果	参加者 500人、1日30分以上の軽い運動を週2回以上、1年以上継続者率 35.4%（令和4年度）

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
				2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診者の運動習慣のある者の割合（1回30分以上、週2回以上、1年以上実績の運動有り）	32.74 (2019)	35.44	36.00	36.50	37.00	37.50	38.00	38.55
アウトプット (実施量・率) 指標	運動目標（1日5,000歩以上）達成者の割合	79.6 (2022)	79.6	79.8	80.0	80.2	80.4	80.6	80.8

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	前年度の保健指導対象者に事業を周知し参加を促す。
-----------------	--------------------------

### ⑪現在までの実施方法（プロセス）

参加者を募集し、説明会を実施。参加者に歩数計を配布し、歩数によってポイントが付与される。
--

### ⑫今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

参加者募集周知時に、前年度の特定保健指導者に、参加の勧奨通知を送付。
------------------------------------

### ⑬現在までの実施体制（ストラクチャー）

主管部門は健康生活課。
-------------

### ⑭今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

主管部門は健康生活課、連携部門は住民課で、住民課で前年度の特定保健指導者に参加の勧奨通知を送付。
--

### ⑮評価計画

アウトカム指標「特定健診受診者の運動習慣のある者の割合（1回30分以上、週2回以上、1年以上実績の運動有り）」は、特定健診の問診で、分子「運動習慣のある者の割合」を分母「運動習慣の質問回答者数」で除して求める。
---

## 事業番号9：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業 ※

②事業の目的	高齢者の身体的・精神的及び社会的な特性を踏まえ、きめ細やかな支援を実施するため、栃木県後期高齢者医療広域連合と連携をとり、高齢者保健事業・国民健康保険保健事業及び介護保険制度の地域事業を一体的に実施する。
③対象者	後期高齢者医療制度被保険者
④現在までの事業結果	令和2年度より事業実施。既存の地域サロンを活用し一定の参加者増に繋がった。

### ⑤今後の目標

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑧計画策定時実績 2022年度 (R4)	⑨目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	要介護認定率 (1号被保険者)	15.3 (2022)	15.3	15.9	16.1	16.1	-	-	17.0 (2030)
アウトプット (実施量・率) 指標	健康相談・健康教室参加者の割合	7.7 (2022)	7.7	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	地域の健康課題を整理分析し、効果的な保健事業を実施する。
-----------------	------------------------------

### ⑪現在までの実施方法(プロセス)

<p>ハイリスクアプローチ 低栄養、糖尿病性腎症、健康状態不明者対策 ポピュレーションアプローチ 健康教育・健康相談、フレイル状態の把握</p>
--

### ⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>健康相談・健康教室(ポピュレーションアプローチ)は、継続。 ハイリスクアプローチは、高齢者の健康維持の視点から、対象事業の見直しを行い、対象者の多い「健康状態不明者」と「糖尿病性腎症重症化予防」に取り組む。</p>
--

### ⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

福祉課(高齢者支援課)・健康生活課(保健福祉課)・住民課
------------------------------

### ⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>高齢者に対する個別的支援【健康生活課】 通いの場等への積極的な関与等【福祉課】 後期高齢者医療広域連合との連絡調整及び予算措置【住民課】</p>
---

### ⑮評価計画

<p>健康相談・健康教室参加者の割合を当該年度参加者数を10月1日現在の介護保険被保険者数で除する。 アウトカムの要介護認定率は介護保険事業計画に定める数値を使用する。</p>
--

## ※地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

### ① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

### ② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

## 1. 計画の評価及び見直し

### (1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、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確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

### (2) データヘルス計画全体の評価・見直し

#### ① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

#### ② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

## 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

## 3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

## 參考資料

# 1.用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	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。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごしていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー／情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。



# 2. 疾病分類

## 疾病分類表(2013年版)

コード	疾病分類	主な疾病		
<b>I. 感染症及び寄生虫症</b>				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	RSウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻痺後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
<b>II. 新生物&lt;腫瘍&gt;</b>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	膀胱癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
<b>III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</b>				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
<b>IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患</b>				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
<b>V. 精神及び行動の障害</b>				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
<b>VI. 神経系の疾患</b>				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Yahr3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
<b>VII. 眼及び付属器の疾患</b>				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
<b>VIII. 耳及び乳様突起の疾患</b>				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳癭孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
<b>IX. 循環器系の疾患</b>				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
<b>X. 呼吸器系の疾患</b>				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿疱疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV. 腎尿路生殖系系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性膣炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性膣炎	膣炎
X V. 妊娠，分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠，分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	A B O 因子不適合
X VII. 先天奇形，変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形，変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷，中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		

### 3. データ分析期間

#### ■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

##### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

##### 年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月診療分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月診療分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

#### ■健康診査データ

##### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

##### 年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

#### ■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

#### ■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

##### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

##### 年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

【注】分析内容によって使用するデータが異なるため、同一項目であっても分析結果が異なる場合があります。

# 4.分析方法

データベースの作成方法及び分析方法は、株式会社データホライズンの特許技術及び独自技術を用います。

## ●医療費分解技術(特許第4312757号)

レセプトに記載された全ての傷病名と診療行為(医薬品、検査、手術、処置、指導料等)を正しく結び付け、傷病名毎の医療費を算出します。

レセプトは傷病名毎に点数が振り分けられておらず、通常の統計資料は主傷病名で点数集計されており、また、治療中の傷病と治療済の傷病が併記されています。そのまま分析に使用すると「主傷病以外の傷病の医療費がゼロとなり、傷病名毎の医療費が正確には把握できない」「現在治療中の疾病が把握できない」等の問題があります。医療費分解技術を用いることで、これらの問題を解決し、疾病別に係る医療費を正確に把握できます。

## ●未コード化傷病名のコード化

レセプトに記載されている未コード化傷病名を、可能な限りコード化します。

レセプトは請求情報のため、傷病名が正確でない場合があります、現状10%程度の未コード化傷病名が含まれています。この問題を解決するため、株式会社データホライズン独自の辞書情報と突合検索処理を行い、可能な限りコード化を行うことで、集計漏れを極力減らします。

### 医科レセプト

傷病名	(1) 本態性高血圧(主)	調剤レセプト	No.	医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位	数量	薬価	診療	点数
	(2) 狭心症								
	(3) うつ病								
	(4) 高コレステロール血症								
	(5) 2型糖尿病								
	(6) 急性上気道炎								
	(7) アレルギー性鼻炎								
12 再診									
13 時									
13 明									
13 外									
60 糖	1	アラビックス錠75mg	1錠	66	28				
		カルネート錠2.5mg	1錠						
		カデュエット配合錠4番	1錠						
		トラゼンタ錠5mg	1錠						
60 Hb		グリメシド錠1mg「NP」	1錠						
		【内服】1日1回朝食後服用							
		2	ニコチンマト錠5mg	3錠	2	28			
		【内服】1日3回食後服用							
80 尿		3	エチガム錠0.5mg	2錠	1	28			
		【内服】1日1回就寝前服用							
80 外		4	スルピリド錠50mg「デメレ」	2錠	27	28			
		エバデルS900 900mg	2包						
80 血			安全性のため別包						
		【内服】1日2回朝夕食後服用							
80 生									
80 短									
80 角									
80 長									
決定点数							2,688		

### ①未コード化傷病名のコード化

未コード化傷病名を株式会社データホライズン独自の辞書情報と突合検索処理しコード化します。

医科レセプトの記載		コード化
(1)	本態性高血圧(主)	未コード化傷病名 ⇒ 8840107 本態性高血圧症
(2)	狭心症	4139007 狭心症
(3)	うつ病	2961003 うつ病
(4)	高コレステロール血症	2720004 高コレステロール血症
(5)	2型糖尿病	2500015 2型糖尿病
(6)	急性上気道炎	4659007 急性上気道炎
(7)	アレルギー性鼻炎	4779004 アレルギー性鼻炎

### ②医療費分解後グルーピング

レセプトに記載された全傷病名に対し、適応のある医薬品や診療行為を関連付け、医療費を分解後、傷病毎にグルーピングします。

医科レセプトの記載		薬品	検査	診療行為	合計点数
(1)	本態性高血圧症(主)	184.3	25.2	266.5	476.0
(2)	狭心症	963.6	4.7	61.0	1,029.3
(3)	うつ病	63.7	0.3	11.0	75.0
(4)	高コレステロール血症	858.1	4.1	57.2	919.4
(5)	2型糖尿病	618.3	356.7	61.3	1,036.3
(6)	急性上気道炎	0.0	0.0	0.0	0.0
(7)	アレルギー性鼻炎	0.0	0.0	0.0	0.0
合計					3,536.0

### ●傷病管理システム(特許第5203481号)

レセプトに記載されている傷病識別情報、医薬品識別情報及び診療行為識別情報に基づき、傷病の重症度を判定します。

例えば糖尿病の重症度を判定することで、将来の重症化予測や特定した対象患者の病期に合わせた的確な指導を行うことが可能となります。株式会社データホライズンにおいて開発した傷病管理システムを用いて、糖尿病患者を階層化し特定します。

### ●レセプト分析システムおよび分析方法(特許第5992234号)

中長期にわたるレセプトから特定の患者についてアクティブな傷病名とノンアクティブな傷病名を識別します。

レセプトに記載されている傷病名は、追記式のため、過去から現在までの傷病名が記載されており、そのうち、約4割が現在治療中でない傷病名といわれています。重症化予防や受診勧奨等、個別の保健事業の実施に当たっては、現在治療中の傷病名のみを取り出し、該当者を抽出する必要があります。前述の「医療費分解技術」では、当月の傷病名別にどのような医薬品や診療行為が使用されたのかは把握できました。しかし、傷病の種類によっては、中長期にわたる投薬や診療がなされるため、必ずしもその傷病名がアクティブかノンアクティブかを識別することが困難でしたが、当特許技術で解決しました。

### ●服薬情報提供装置、服薬情報提供方法、およびコンピュータプログラム (特許第6409113号)

多剤併用による薬物有害事象(ポリファーマシー)が大きな社会問題となるなか、お薬手帳が実現できなかった患者の全服薬情報を一元的に管理することが求められています。本特許を活用することで、今まで実現できなかった、医科・調剤レセプトから取得した患者毎の全服薬情報を一元的に把握し、患者本人への啓発を促し、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師への服薬情報提供を通してポリファーマシー解消のための服薬指導を支援することが可能となります。

### ●マスタの整備

マスタ(傷病名、医薬品、診療行為等レセプトに記載される全てを網羅したデータベース)を定期的にメンテナンスし最新状態に保ちます。