

大河原町国民健康保険  
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

令和6年3月  
大河原町





-目次-

はじめに	3
第1部 第3期データヘルス計画	4
第1章 計画策定について	5
1. 計画の趣旨	5
2. 計画期間	5
3. 実施体制・関係者連携	6
4. データ分析期間	6
第2章 地域の概況	7
1. 地域の特性	7
2. 人口構成	8
第3章 過去の取り組みの考察	11
1. 第2期データヘルス計画の評価	11
第4章 健康・医療情報等の分析	25
1. 医療費の基礎集計	25
2. 平均余命と平均自立期間	31
3. 介護保険の状況	33
4. 死亡の状況	38
5. 生活習慣病に関する分析	41
6. 特定健康診査データによる分析	49
7. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析	66
8. ジェネリック医薬品普及率に係る分析	68
9. 受診行動適正化指導対象者に係る分析	71
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	73
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	73
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	75
第6章 その他	86
1. 計画の評価及び見直し	86
2. 計画の公表・周知	86
3. 個人情報の取扱い	86
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	87
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	88
第1章 計画策定にあたって	89
1. 特定健康診査・特定保健指導導入の趣旨	89
2. 特定健康診査・特定保健指導実施計画の基本的な考え方	89
3. 計画の位置づけ	89
4. 計画の期間	89
5. 特定健康診査・特定保健指導の対象となる生活習慣病	89
6. 生活習慣病対策の必要性	90
7. メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義	90
第2章 第3期計画期間の振り返り	92
第3章 達成しようとする目標	95

-目次-

第4章	特定健康診査の実施方法	96
	1. 特定健康診査実施の基本的な考え方	96
	2. 特定健康診査の対象者	96
	3. 特定健康診査の実施方法	96
第5章	特定保健指導の実施	99
	1. 基本的な考え方	99
	2. 特定保健指導の対象者	100
	3. 特定保健指導の実施方法	101
第6章	その他	105
	1. 個人情報の保護	105
	2. 特定健康診査実施計画の公表・周知	105
	3. 特定健康診査・特定保健指導実施計画の評価及び見直し	105
巻末資料		106
	1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方	107
	2. 用語解説集	108

## はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしている。またそのためには、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとある。健康寿命の延伸は社会全体の課題であるが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、目標達成に向けて地方自治体が担う役割は大きくなっている。

大河原町国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきた。「データヘルス計画」は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、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたものである。いずれも、健康寿命の延伸、医療費適正化に資することを目的としている。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定する。

## 計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部  
第3期データヘルス計画

# 第1章 計画策定について

## 1. 計画の趣旨

### (1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられた。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)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を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められた。市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代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、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。

### (2) 計画の位置づけ

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

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とする。また、第6次大河原町長期総合計画による「Well-beingなまちづくり」から幸福が実感でき、健康な日々が継続して送れることを目指すものである。

## 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年間とする。



### 3. 実施体制・関係者連携

#### (1) 保険者内の連携体制の確保

大河原町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保担当が主体となっていく。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が存在し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局等と連携してそれぞれの健康課題を共有し、保健事業を展開する。

国保担当は、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用を行う。

#### (2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となる。県や国民健康保険団体連合会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等と健康課題を共有し、連携強化に努める。

### 4. 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

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

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 (以降、「KDBシステム」とする。)

平成30年度～令和4年度(5年分)

#### ■介護データ(KDBシステム「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

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)

## 第2章 地域の概況

### 1. 地域の特性

#### (1) 地理的・社会的背景

大河原町は、宮城県南部のほぼ中央に位置し、東部から南部にかけては、館山を主峰としこれに連なる柴田・伊具郡界と、白石市白川にまたがる諸丘陵を望み、西部は蔵王町との境界をなす丘陵に囲まれ、北方の村田盆地へ続いている。西部から南部へ白石川が東流し、その支流松尾川は村田町から南流して葦神山東方で合流している。

国や県の出先機関が置かれ官庁の町として発達し、昭和31年9月30日に大河原町と金ヶ瀬村が合併して、現在の大河原町が誕生した。

#### (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ある。

##### 医療提供体制(令和4年度)

医療項目	大河原町	※ 県	国
千人当たり			
病院数	0.2	0.3	0.3
診療所数	3.9	3.8	4.2
病床数	71.7	56.7	61.1
医師数	27.5	13.6	13.8
外来患者数	735.7	749.2	706.0
入院患者数	20.1	19.4	18.7

※「県」は宮城県を指す。以下全ての表において同様である。  
出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

## 2. 人口構成

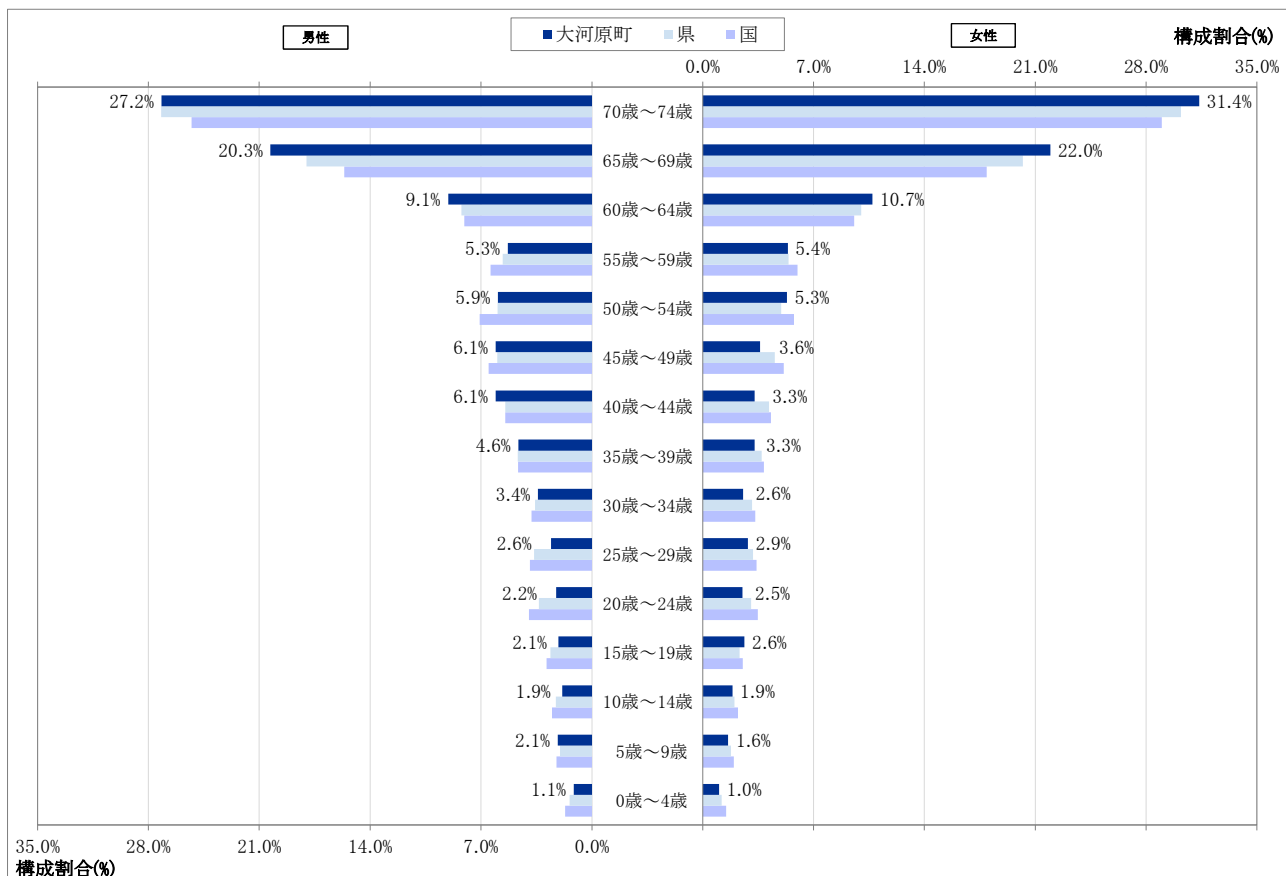
以下は、本町の令和4年度における人口構成概要を示したものである。高齢化率(65歳以上)は27.9%であり、県との比較でほぼ等倍となっている。また、国民健康保険被保険者数は4,326人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は18.5%である。国民健康保険被保険者平均年齢は56.2歳である。

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
大河原町	23,338	27.9%	4,326	18.5%	56.2	6.6	10.9
県	2,254,257	28.3%	438,664	19.5%	54.9	6.4	10.9
国	123,214,261	28.7%	24,687,234	20.0%	53.5	6.8	11.1

出典:KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

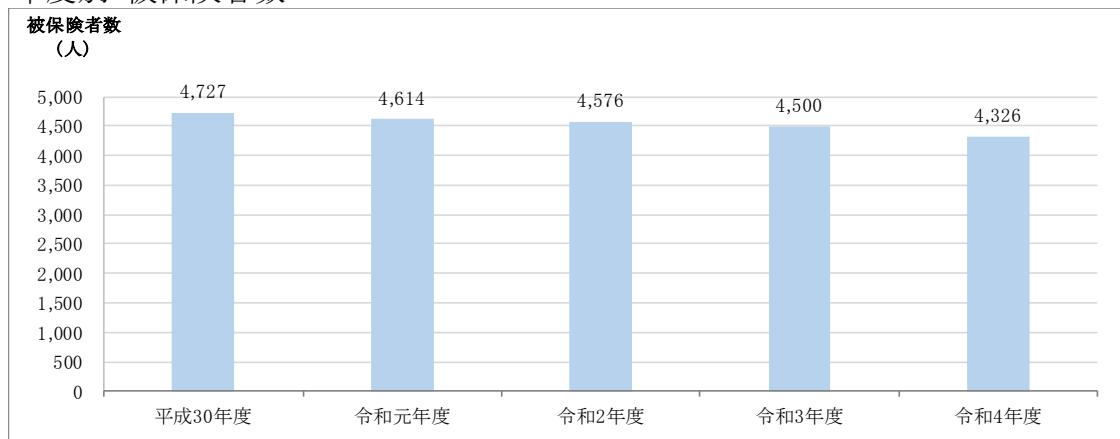
男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:KDBシステム「人口及び被保険者の状況」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、国民健康保険被保険者数を年度別に示したものである。令和4年度の4,326人は平成30年度4,727人より401人減少している。

### 年度別 被保険者数



出典:KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

以下は、男女・年齢階層別被保険者数を年度別に示したものである。

### 年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位:人

年齢階層	平成30年度			令和元年度			令和2年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	71	38	33	67	33	34	53	28	25
5歳～9歳	89	48	41	85	47	38	76	45	31
10歳～14歳	91	45	46	82	41	41	88	48	40
15歳～19歳	151	86	65	135	69	66	119	57	62
20歳～24歳	129	63	66	128	70	58	124	68	56
25歳～29歳	121	64	57	130	64	66	114	54	60
30歳～34歳	153	76	77	141	74	67	140	72	68
35歳～39歳	194	111	83	180	103	77	163	90	73
40歳～44歳	223	126	97	212	126	86	216	133	83
45歳～49歳	249	127	122	230	120	110	239	129	110
50歳～54歳	218	107	111	244	123	121	238	119	119
55歳～59歳	272	134	138	249	132	117	253	121	132
60歳～64歳	534	220	314	505	201	304	476	187	289
65歳～69歳	1,097	489	608	1,014	460	554	980	458	522
70歳～74歳	1,135	539	596	1,212	557	655	1,297	595	702
合計	4,727	2,273	2,454	4,614	2,220	2,394	4,576	2,204	2,372

単位:人

年齢階層	令和3年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	51	24	27	47	24	23
5歳～9歳	81	41	40	81	45	36
10歳～14歳	78	46	32	81	39	42
15歳～19歳	100	44	56	103	44	59
20歳～24歳	119	61	58	103	47	56
25歳～29歳	128	54	74	118	54	64
30歳～34歳	122	61	61	128	71	57
35歳～39歳	168	85	83	170	97	73
40歳～44歳	210	129	81	200	127	73
45歳～49歳	228	140	88	208	127	81
50歳～54歳	251	122	129	243	124	119
55歳～59歳	229	114	115	231	111	120
60歳～64歳	438	187	251	429	190	239
65歳～69歳	971	447	524	915	425	490
70歳～74歳	1,326	591	735	1,269	569	700
合計	4,500	2,146	2,354	4,326	2,094	2,232

出典:KDBシステム「人口及び被保険者の状況」

## 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の評価

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況と評価を示したものである。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健康診査受診勧奨事業	平成30年度 ～ 令和5年度	特定健康診査の受診率向上	特定健康診査を受診していない者を対象者とし特定健康診査の受診を促します。対象者を特定し、受診勧奨通知書を作成し、郵送する。通知後に対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認します。
特定保健指導事業	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病該当者及び予備群の減少	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話等で行います。指導対象者に対して適切な保健指導を行います。指導後に健康診査データより身体計測値の推移を確認します。
健診異常値放置者受診勧奨事業	平成30年度 ～ 令和5年度	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行います。健診異常値放置者に医療機関受診勧奨通知書を作成し、郵送します。通知後に医療機関受診があるか確認。受診がない対象者には再勧奨を行います。
糖尿病性腎症重症化予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病性腎症患者の重症化予防	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に電話指導等を行います。関係機関との連携を図り、指導対象者に対して適切な支援が行えるよう、支援体制の構築を図ります。
受診行動適正化指導事業 (重複・頻回受診、重複服薬)	平成30年度 ～ 令和5年度	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少	レセプトデータ等から、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、指導を行います。指導対象者に対して適切な保健指導を行います。指導後に対象者の受診行動が適切となっているかを確認します。
ジェネリック医薬品差額通知事業	平成30年度 ～ 令和5年度	ジェネリック医薬品の普及率向上	レセプトデータから、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定します。通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。ジェネリック医薬品差額通知書を作成し、郵送します。対象者特定方法や効果検証方法、実施後の効果を考慮し、継続を検討します。

5:目標達成  
4:改善している  
3:横ばい  
2:悪化している  
1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 平成28年度	目標値 令和5年度	達成状況 令和4年度	評価
対象者への通知率	—	100%	100%	3
①【短期】対象者の特定健康診査受診率 ②【中長期】特定健康診査受診率	②50.4%	①20.0% ②60.0%	①18.1% ②54.3%	
対象者への通知率	100%	100%	100%	3
①【短期】指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率 ②【中長期】対象者の指導実施率	①食習慣77.3%・ 運動習慣63.6% ②11.9%	①80.0% ②60.0%	①食習慣58.5%・ 運動習慣39.6% ②21.8%	
対象者への通知率	—	100%	100%	4
①【短期】対象者の医療機関受診率 ②【中長期】健診異常値放置者	①94.1% ②前年度より 減少	①100% ②前年度より 減少	①85.6% ②53人	
支援体制の構築	—	構築	みやぎ県南 中核病院との 連携体制構築	5
①【短期】支援体制(予防事業)への利用率(保健指導実施率) ②【中長期】事業後の参加者の生活習慣改善の確認が出来る	—	①30.0% ②改善	①5.1% ②100%改善	
対象者への通知率	—	100%以上	100%以上	1
①【短期】指導完了者の受診行動適正化の確認 ②【中長期】重複・頻回受診者、重複服薬者	—	①確認 ②50%減少	①100% ②86%減少	
対象者への通知率	—	100%	100%	5
①【短期】通知対象者のジェネリック医薬品普及率(数量ベース) ②【中長期】ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	①— ②67.5%	①70.0% ②80.0%	①未測定 ②85.1%	

## 特定健康診査受診勧奨事業

事業目的	特定健康診査の受診率向上
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査を受診していない者を対象者とし特定健康診査の受診を促します。対象者を特定し、受診勧奨通知書を作成し、郵送する。通知後に対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認します。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：【短期】対象者の特定健康診査受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
達成状況	—	4.6%	6.1%	5.1%	8.8%	18.1%	—

アウトカム：【中長期】特定健康診査受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	57.0%	52.0%	53.0%	55.0%	57.0%	58.0%	60.0%
達成状況	50.4%	52.1%	52.7%	49.5%	51.6%	54.3%	—



【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

対象者の抽出や国保の資格確認においては確実に行うことができた。受診勧奨後に医療機関で既に受診済である対象者から意見や問い合わせが毎年多いため、対象者の抽出や勧奨内容の検討が必要。

事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨後、受診できる日程が1日のみであったが令和4年度から2日へ変更したことによって受診率が上がった。</li> <li>・受診勧奨のタイミングについては、主に集団健診の日程に合わせてアプローチをしていた。</li> </ul>
	<p><b>今後の方向性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去3年間医療も健診も受診していない健康状態不明者に対し、健診受診前に別途受診勧奨通知を送付する。</li> <li>・広報において、集団健診だけではなく個別健診・人間ドック等の内容も含めて掲載し受診機会の周知を図る。</li> <li>・受診勧奨通知の内容を工夫し、医療機関で血液検査や血圧測定を既に受診しているかたへも勧奨できるような内容に変更する。</li> </ul>

## 特定保健指導事業

事業目的	生活習慣病該当者及び予備群の減少
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話等で行います。指導対象者に対して適切な保健指導を行います。 指導後に健康診査データより身体計測値の推移を確認します。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：【短期】指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	食習慣:77.3% 運動習慣 :63.6%	食習慣:77.8% 運動習慣 :55.6%	食習慣:57.3% 運動習慣 :49.3%	食習慣:53.3% 運動習慣 :28.0%	食習慣:63.5% 運動習慣 :43.5%	食習慣:58.5% 運動習慣 :39.6%	-

アウトカム：【中長期】対象者の指導実施率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	毎年5～10% 上昇	30.0%	35.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
達成状況	11.9%	14.8%	32.0%	45.1%	38.7%	21.8%	-

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・集団健診の初回面談を平成30年度から健診当日に健診会場で分割実施した。平成30年度は健診期間中に2日間実施し、令和元年度からは全日程で実施したことで指導実施率の増加に繋がった。
- ・個別健診受診者における特定保健指導の実施体制の構築を行った。

事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診の初回面談を健診当日に健診会場で分割実施した。平成30年度は健診期間中2回のみ、令和元年度からは全日程で実施したことにより、実施率が向上した。</li> <li>・集団健診当日に保健指導に該当するか否か判定できない者について、後日健診結果と合わせて保健指導の案内を送付し、実施した。</li> <li>・アウトカム（短期）は習慣よりもメタボが改善されたかどうかのほうを指標として適切だと考えられる。</li> <li>・アウトカム（中長期）の指導実施率はアウトプット指標と考えられる。</li> </ul>
	<p><b>今後の方向性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果票発送の際、特定保健指導対象者は必ず指導を受けることになっていることをお知らせするチラシを同封する。</li> <li>・後日特定保健指導を受ける対象者は、通知にて勧奨となる。返事がない場合は、若年・重症度の高いものから優先順位をつけて電話・訪問にて勧奨し特定保健指導につなげる。</li> <li>・目標を達成した対象者にインセンティブ事業を引き続き実施する。</li> <li>・アウトカム（短期）を、指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率に、（中長期）を健診受診者のメタボ該当・予備群割合へ見直す。</li> </ul>

## 健診異常値放置者受診勧奨事業

事業目的	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにもかかわらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行います。健診異常値放置者に医療機関受診勧奨通知書を作成し、郵送します。 通知後に医療機関受診があるか確認。受診がない対象者には再勧奨を行います。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：【短期】対象者の医療機関受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	94.1%	80.0%	78.7%	77.6%	87.7%	85.6%	—

アウトカム：【中長期】健診異常値放置者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	前年度より 減少	前年度より 減少	前年度より 減少	前年度より 減少	前年度より 減少	前年度より 減少	前年度より 減少
達成状況	61人	68人	64人	78人	49人	53人	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

・勧奨後、受診が確認できない者へ送付する再勧奨通知は糖尿病や脳血管疾患の今後の発症予測を記載したものを同封することができた。  
 ・実施内容には勧奨方法を記載していなかったが、対象者の状況に応じて通知による勧奨だけでなく訪問や電話による勧奨を行うことができた。

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨通知書を郵送後、受診が確認できない対象者へ電話で再勧奨を実施したことにより、医療機関受診率が増加した。</li> <li>・2年以上連続で未受診の者に対し、検査値が高い者から優先順位を決めて訪問による勧奨を行うことができた。一方で、優先順位は当時のマンパワーを加味した上で訪問による勧奨を行っていたため、年度により訪問する基準にばらつきがある。検査値の根拠を明確にした事業内容を決めることが必要であった。</li> <li>・アウトカム【中長期】健診異常値放置者数については、被保険者数や受診者数に左右される数値であるため、評価しづらい指標であった。</li> <li>・国保担当係と保健事業担当係間で受診勧奨対象者の情報共有がされていなかった。各種手続きに来庁した際受診勧奨対象者へアプローチできるよう、連携体制の構築が必要であった。</li> <li>・血清クレアチニン測定を令和元年度より導入しているが、受診勧奨の方法等について明記していなかった。毎年新規透析患者が発生していることから、血清クレアチニン及びeGFR及び尿蛋白値における異常値放置者対策も行う必要性がある。</li> </ul>
	4: 改善している		今後の方向性
	3: 横ばい		
	2: 悪化している		
	1: 評価できない		

## 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症患者の重症化予防
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に電話指導等を行います。関係機関との連携を図り、指導対象者に対して適切な支援が行えるよう、支援体制の構築を図ります。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：支援体制の構築

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	構築	構築	構築	構築	構築	構築
達成状況	—	未構築	医療機関との 連携体制構築	保健指導案内 体制構築	—	みやぎ県南 中核病院との 連携体制構築	—

アウトカム：【短期】支援体制(予防事業)への利用率 (保健指導実施率)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
達成状況	—	未実施	未実施	10.0%	4.5%	5.1%	—

アウトカム：【中長期】事業後の参加者の生活習慣改善の確認が出来る

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	—	改善	改善	改善	改善	改善
達成状況	—	未実施	未実施	100%改善	100%改善	100%改善	100%改善

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

支援体制の構築だけでなく、ニーズに合わせて医療機関との連携体制も構築することができた。

事業全体の評価	5: 目標達成	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム（短期）の予防事業の利用率が何を指すのか不明確である。また何を基準として目標30%と設定したのか不明確である。保健指導実施率だけでなく、受診勧奨の評価も必要である。</li> <li>・アウトカム（中長期）の生活習慣の改善状況については、自身が立てた目標を達成できた割合を評価対象とし、一つでも目標達成があれば、生活習慣改善と評価しているが、数値化された項目でないため評価困難であった。</li> <li>・アウトプット評価における支援体制の構築は3師会と連携をとりプログラム策定をしたため、達成とした。ただし、本目標自体ストラクチャー評価であるため、新たな評価指標の設定が必要である。</li> <li>・保健指導の参加率が低迷しているため案内通知文の内容を変更する必要がある。</li> </ul>
	4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<p><b>今後の方向性</b></p> <p>アウトカム（短期）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨と保健指導の評価指標を分けて設定する。</li> <li>・対象者を明確化する。</li> </ul> <p>アウトカム（中長期）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標を数値化する。</li> <li>・KDBシステム及びポテンシャル分析を確認し、評価可能な目標を設定する。</li> </ul> <p>アウトプット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨と保健指導の評価指標を分けて設定する。</li> <li>・上記各々の人数を把握し、現実的な目標を数値で設定する。</li> </ul>

## 受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)

事業目的	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	レセプトデータ等から、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、指導を行います。指導対象者に対して適切な保健指導を行います。指導後に対象者の受診行動が適切となっているかを確認します。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	100%以上	100%以上	100%以上	100%以上	100%以上	100%以上
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：【短期】指導完了者の受診行動適正化の確認

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	確認	確認	確認	確認	確認	確認
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：【中長期】重複・頻回受診者、重複服薬者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	50%減少	50%減少	50%減少	50%減少	50%減少	50%減少
達成状況	—	測定不可 (8名へ通知)	25%増加 (10名へ通知)	60%減少 (4名へ通知)	75%増加 (7名へ通知)	86%減少 (1名へ通知)	—



## 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

対象者の抽出とレセプトの確認はできたが指導対象者は重複服薬のかたのみであった。また、医師会・薬剤師会等との連携体制の構築についてはどのように進めれば効果的に行えるか不明確であった。

<b>事業全体の評価</b>	5: 目標達成	<b>考察</b> (成功・未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"><li>・KDBシステムの使用により、対象者を抽出することができた。</li><li>また、再度KDBシステムで抽出することにより、通知後受診行動が適正化されたか確認することができた。</li><li>・重複服薬者のみ実施していたが、令和3年度からは重複・頻回受診者の抽出、通知等を実施した。</li><li>・評価指標が不明確で抽出条件に関して具体的に決まっておらず、指導対象者はそのときの症状によって決まることが多い。</li></ul>
	4: 改善している		<b>今後の方向性</b>
3: 横ばい	2: 悪化している		
1: 評価できない			

## ジェネリック医薬品差額通知事業

事業目的	ジェネリック医薬品の普及率向上
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	レセプトデータから、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定します。通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。ジェネリック医薬品差額通知書を作成し、郵送します。対象者特定方法や効果検証方法、実施後の効果を考慮し、継続を検討します。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	—

アウトカム：【短期】通知対象者のジェネリック医薬品普及率(数量ベース)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
達成状況	—	未測定	未測定	未測定	未測定	未測定	—

アウトカム：【中長期】ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	67.5%	77.5%	80.9%	83.2%	83.8%	85.1%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

対象者の資格確認、レセプトの確認はできた。通知対象者の普及率確認の作業工程が不明であった。

事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中長期目標である数量ベースはすでに目標を達成した。推移をみても順調に増加している。</li> <li>・対象者への通知を年3回実施しており、通知率は100%となっている。また、ジェネリック医薬品普及促進リーフレットを国保加入手続きの際に配布し、ジェネリック医薬品利用希望シールを国保加入手続きと保険証更新時に配布している。地道ではあるが、こうした取り組みが実を結んでいると考えられる。</li> </ul>
	<p><b>今後の方向性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム（短期）の指標である通知対象者のジェネリック医薬品普及率は測定することが困難であった。アウトカム（短期）の指標を「差額通知対象者のジェネリック医薬品切り替えによる削減効果額」に変更する。</li> </ul>

## 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

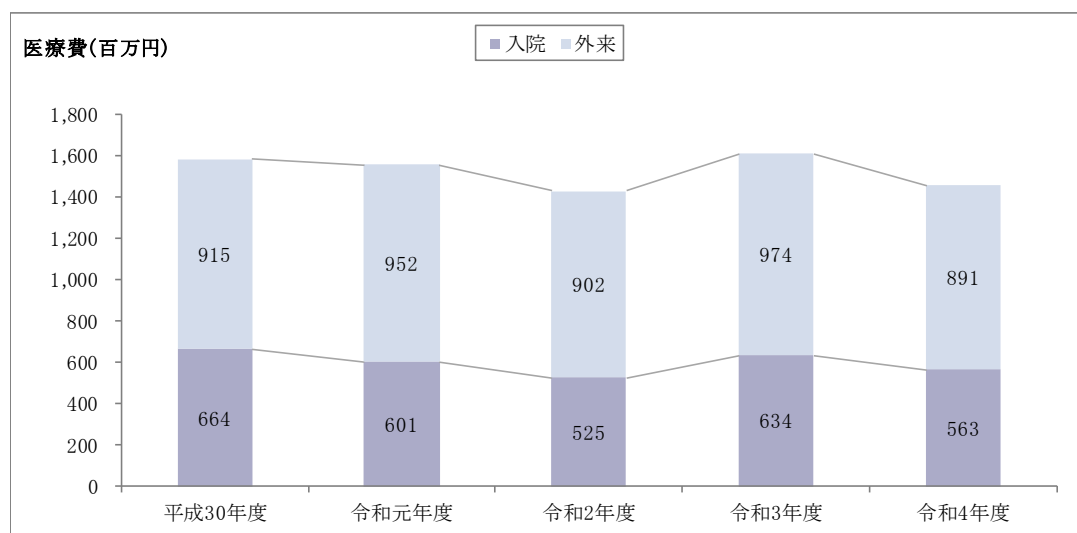
以下は、本町の医療費の状況を示したものである。

年度別 医療費の状況



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

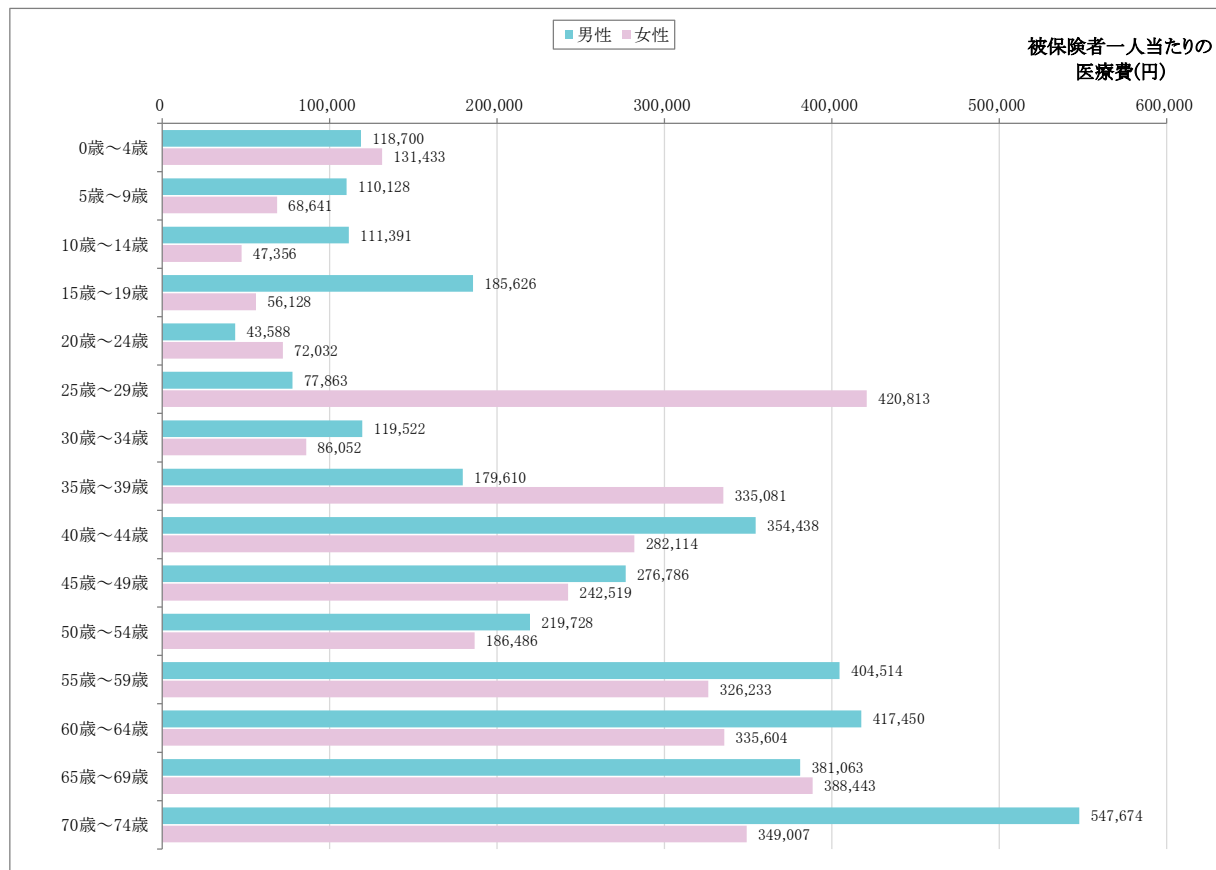
年度別 入院・外来別医療費



出典：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、本町の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものである。

### 男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典:KDBシステム「疾病別医療費分析(大分類)」

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものである。

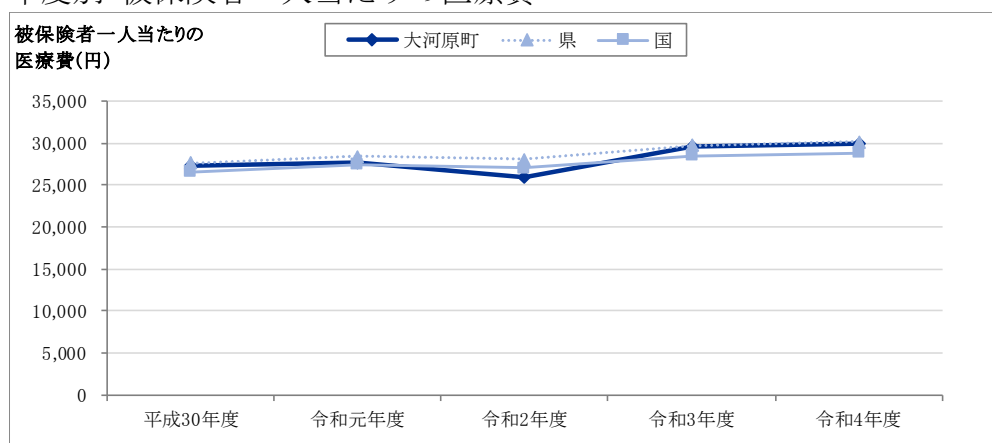
### 年度別 被保険者一人当たりの医療費

単位：円

年度	大河原町	県	国
平成30年度	27,336	27,584	26,555
令和元年度	27,739	28,405	27,475
令和2年度	25,955	28,032	26,961
令和3年度	29,491	29,710	28,469
令和4年度	29,828	30,119	28,808

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

### 年度別 被保険者一人当たりの医療費



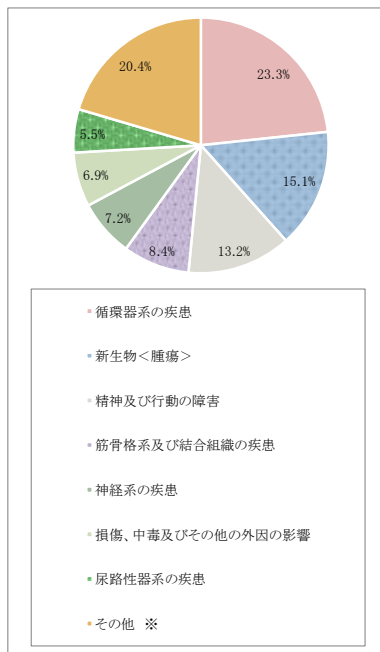
出典：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

## (2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、循環器系の疾患（心疾患・脳梗塞等）が最も高く、23.3%を占めている。

大分類別医療費構成比  
(入院) (令和4年度)

大・中・細小分類別分析  
(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。

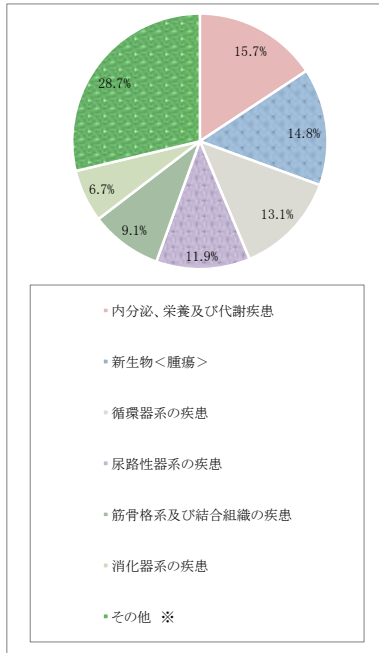
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	循環器系の疾患	23.3%	その他の心疾患	10.5%	心臓弁膜症	2.4%
			虚血性心疾患	4.0%	不整脈	1.8%
			脳梗塞	3.5%	狭心症	2.1%
					脳梗塞	3.5%
2	新生物<腫瘍>	15.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.2%	膀胱がん	1.6%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	3.1%	膵臓がん	0.9%
					前立腺がん	0.7%
					子宮筋腫	0.5%
3	精神及び行動の障害	13.2%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8.3%	統合失調症	8.3%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.5%	うつ病	2.5%
			精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0.8%		
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.4%	関節症	3.2%	関節疾患	3.2%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	2.2%		
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1.2%		

出典: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年度の外来医療費では、内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病・脂質異常症等）が最も高く、15.7%を占めている。

大分類別医療費構成比  
(外来) (令和4年度)



※その他…外来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	内分泌、栄養及び代謝疾患 15.7%	糖尿病	11.1%	糖尿病 10.1%
		脂質異常症	3.2%	糖尿病網膜症 1.0%
		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.9%	脂質異常症 3.2%
				痛風・高尿酸血症 0.1%
2	新生物<腫瘍> 14.8%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.3%	膀胱がん 1.4%
		乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.3%	前立腺がん 1.3%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	1.6%	脳腫瘍 0.6%
				乳がん 2.3%
3	循環器系の疾患 13.1%	高血圧性疾患	6.2%	肺がん 1.6%
		その他の心疾患	5.2%	高血圧症 6.2%
		虚血性心疾患	0.7%	不整脈 3.0%
4	尿路器系の疾患 11.9%	腎不全	9.9%	狭心症 0.5%
		その他の腎尿路系の疾患	0.6%	慢性腎臓病(透析あり) 7.6%
		前立腺肥大(症)	0.6%	慢性腎臓病(透析なし) 0.2%
			前立腺肥大 0.6%	

出典: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年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、6.4%を占めている。

#### 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	91,937,130	6.4%
2	慢性腎臓病(透析あり)	81,954,930	5.7%
3	統合失調症	63,577,210	4.4%
4	関節疾患	57,084,080	3.9%
5	高血圧症	56,639,540	3.9%
6	不整脈	36,961,350	2.6%
7	うつ病	31,476,280	2.2%
8	乳がん	30,491,400	2.1%
9	骨粗しょう症	29,792,370	2.1%
10	脂質異常症	28,180,810	1.9%

出典: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。

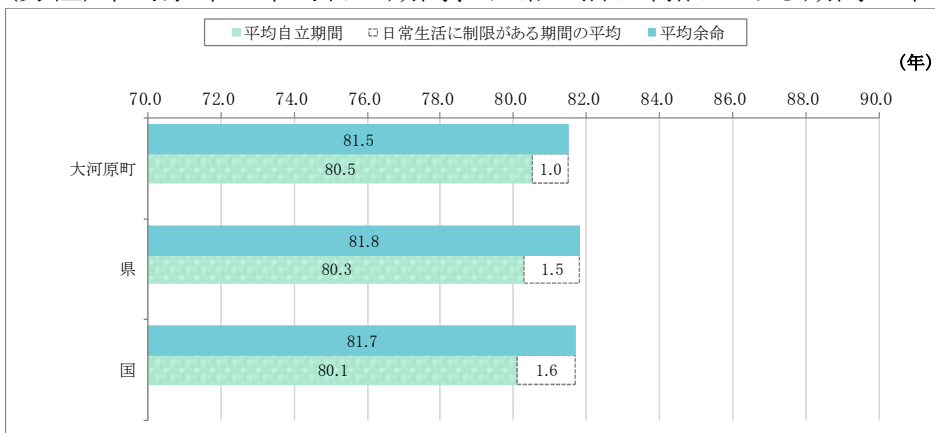
※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

## 2. 平均余命と平均自立期間

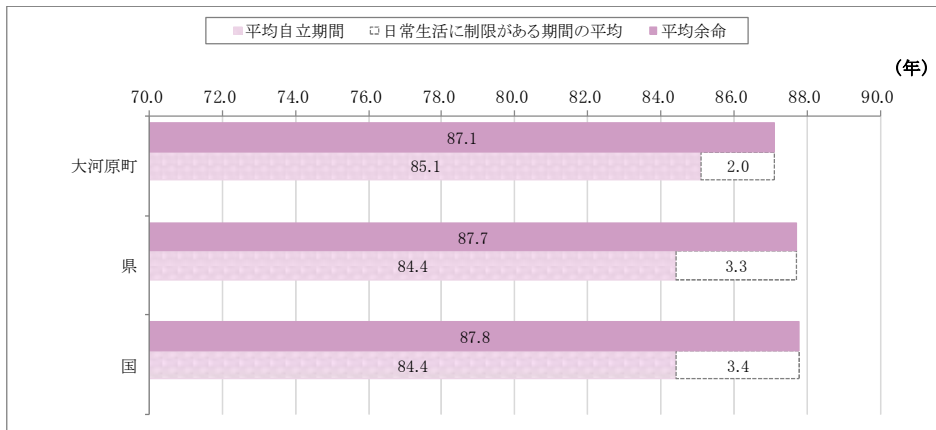
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。平均余命は、ある年齢の人々がある年齢から後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示している。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つである。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味している。

本町の男性の平均余命は81.5年、平均自立期間は80.5年である。日常生活に制限がある期間の平均は1.0年で、国の1.6年よりも短い傾向にある。本町の女性の平均余命は87.1年、平均自立期間は85.1年である。日常生活に制限がある期間の平均は2.0年で、国の3.4年よりも短い傾向にある。

(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)

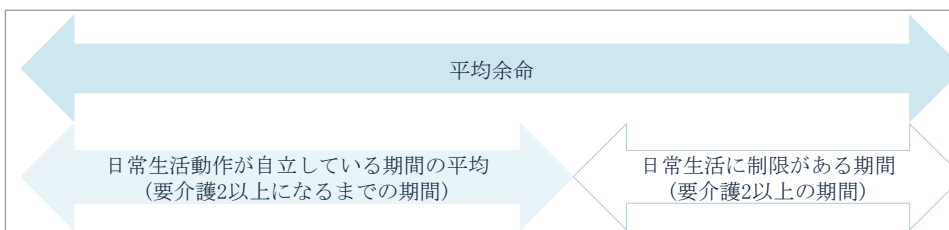


(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



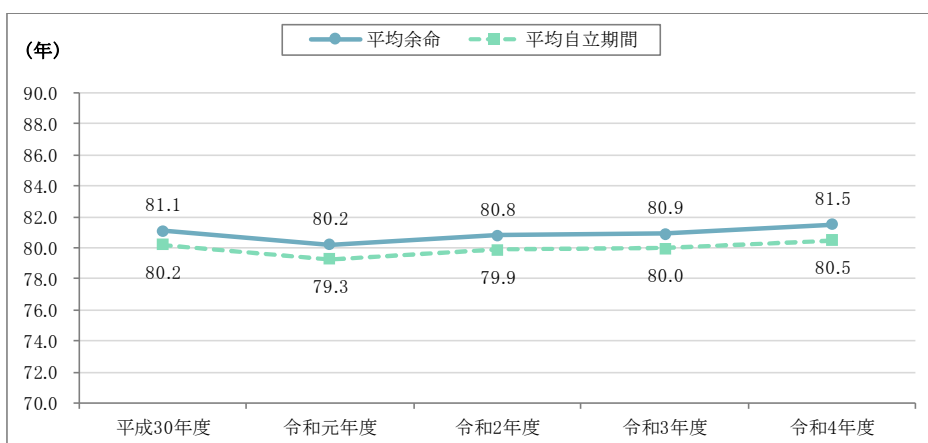
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。男性における令和4年度の平均自立期間80.5年は平成30年度80.2年から0.3年延伸している。女性における令和4年度の平均自立期間85.1年は平成30年度86.3年から1.2年短縮している。

### 年度・男女別 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

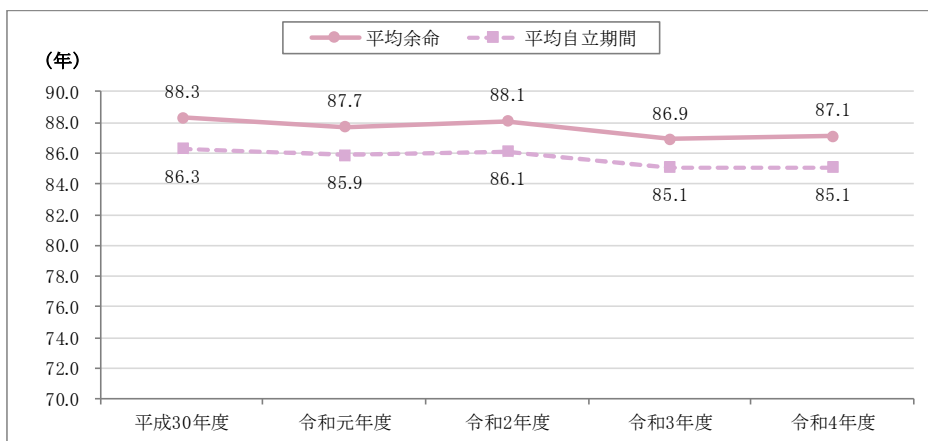
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	81.1	80.2	0.9	88.3	86.3	2.0
令和元年度	80.2	79.3	0.9	87.7	85.9	1.8
令和2年度	80.8	79.9	0.9	88.1	86.1	2.0
令和3年度	80.9	80.0	0.9	86.9	85.1	1.8
令和4年度	81.5	80.5	1.0	87.1	85.1	2.0

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### (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:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 3. 介護保険の状況

#### (1) 要介護(支援)認定状況

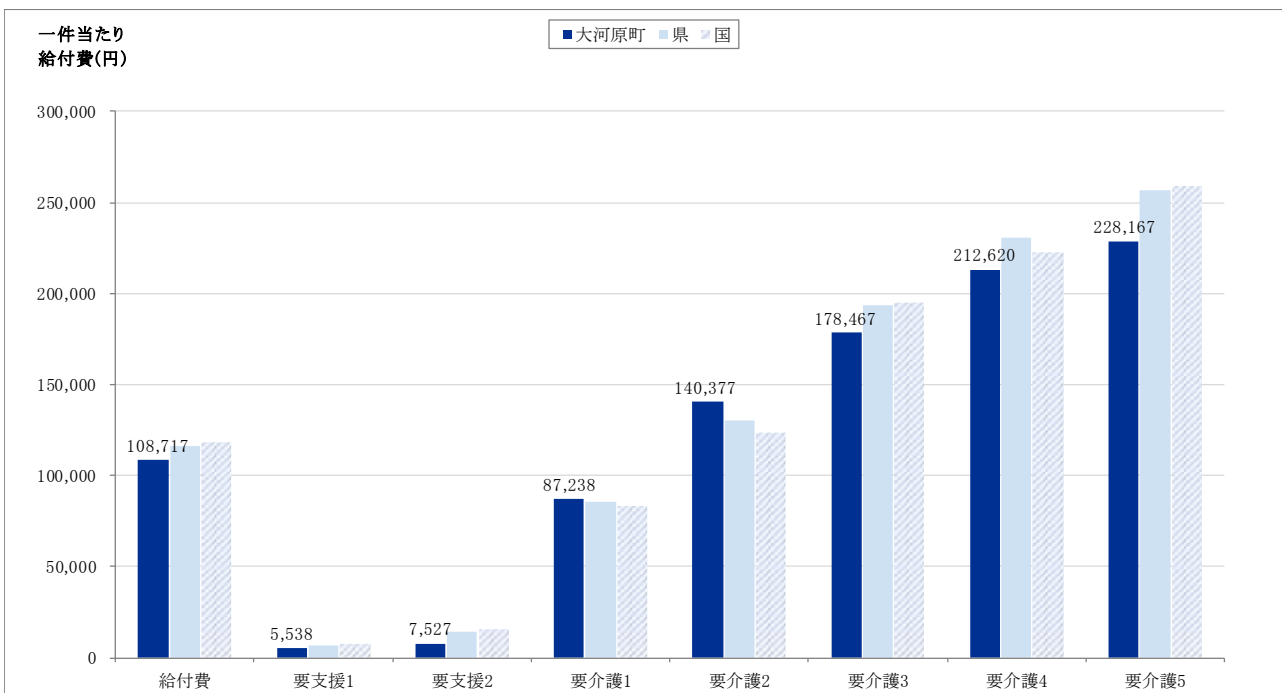
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものである。

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	大河原町	県	国
認定率(第1号被保険者に占める認定者の割合)	13.2%	18.6%	19.0%
認定者数(人)	901	124,083	6,944,377
第1号(65歳以上)	884	121,657	6,814,344
第2号(40～64歳)	17	2,426	130,033
一件当たり給付費(円)			
給付費	108,717	115,889	118,452
要支援1	5,538	6,633	7,663
要支援2	7,527	14,330	15,563
要介護1	87,238	85,564	83,355
要介護2	140,377	129,940	123,453
要介護3	178,467	193,805	194,974
要介護4	212,620	230,570	222,416
要介護5	228,167	256,477	259,261

出典:介護保険事業状況報告令和5年3月分(R5. 3月末時点)

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典:介護保険事業状況報告令和5年3月分(R5. 3月末時点)

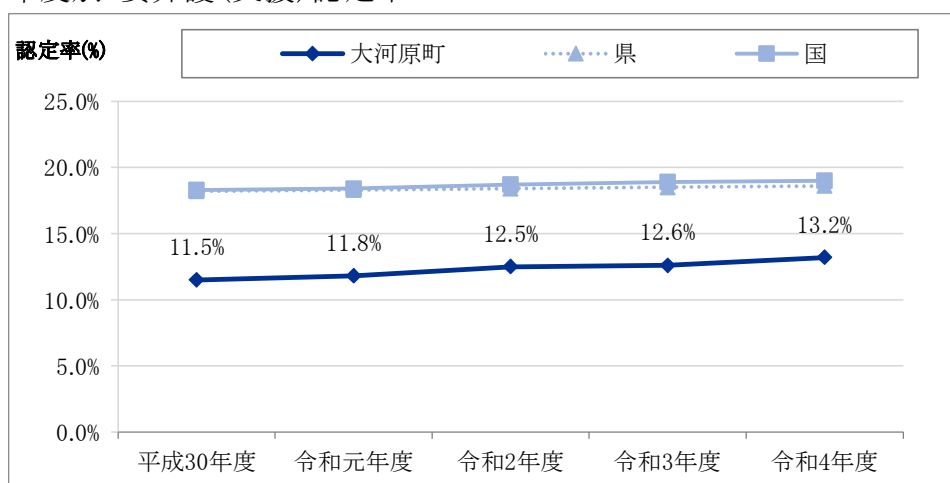
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものである。令和4年度認定率13.2%は平成30年度11.5%より1.7ポイント増加しており、令和4年度の認定者数901人は平成30年度746人より155人増加している。

### 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)	
大河原町	平成30年度	11.5%	746	730	16
	令和元年度	11.8%	779	758	21
	令和2年度	12.5%	840	820	20
	令和3年度	12.6%	862	841	21
	令和4年度	13.2%	901	884	17
県	平成30年度	18.2%	116,895	114,338	2,557
	令和元年度	18.3%	118,876	116,428	2,448
	令和2年度	18.4%	121,500	119,003	2,497
	令和3年度	18.5%	122,913	120,430	2,483
	令和4年度	18.6%	124,083	121,657	2,426
国	平成30年度	18.3%	6,582,416	6,452,585	129,831
	令和元年度	18.4%	6,686,282	6,558,324	127,958
	令和2年度	18.7%	6,818,244	6,688,653	129,591
	令和3年度	18.9%	6,895,735	6,765,995	129,740
	令和4年度	19.0%	6,944,377	6,814,344	130,033

出典:介護保険事業状況報告(年報)

### 年度別 要介護(支援)認定率



出典:介護保険事業状況報告(年報)

## (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)認定者の疾病別有病率を示したものである。疾病別の有病者数を合計すると2,255人となり、これを認定者数の実数で除すと2.5となることから、認定者は平均2.5疾病を有していることがわかる。

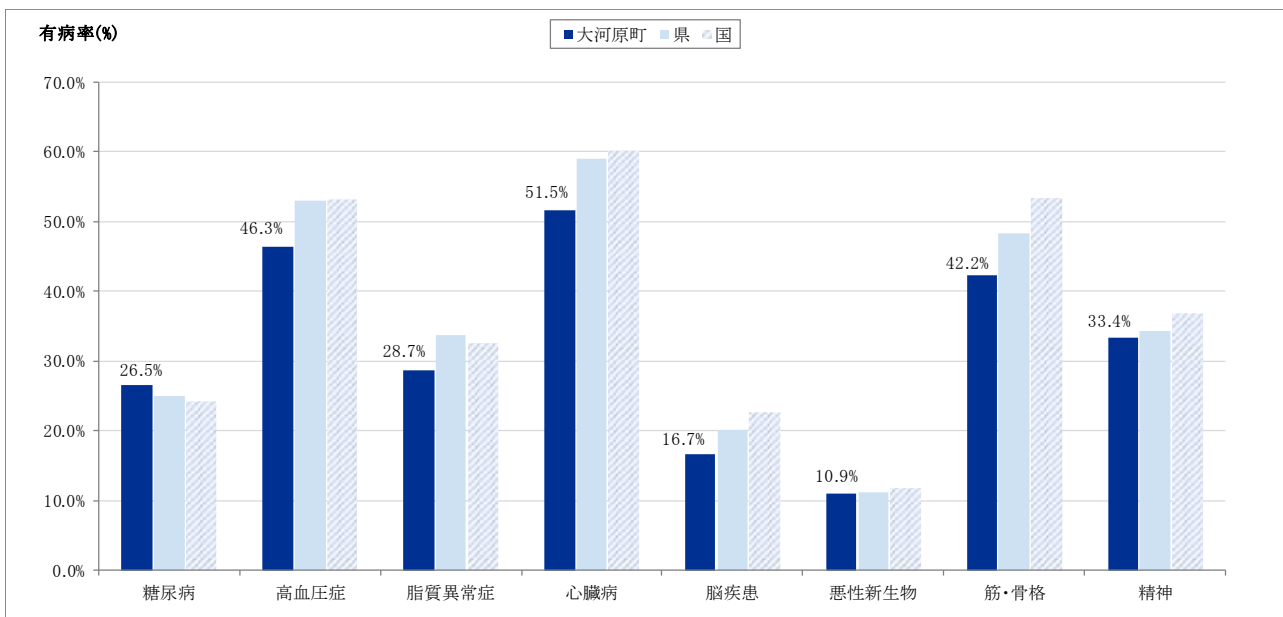
### 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	大河原町	順位	県	順位	国	順位
認定者数(人)	901		124,083		6,944,377	
糖尿病	実人数(人)	233	30,846	6	1,630,799	6
	有病率	26.5%	25.0%		24.2%	
高血圧症	実人数(人)	418	65,072	2	3,584,707	3
	有病率	46.3%	52.9%		53.2%	
脂質異常症	実人数(人)	260	41,587	5	2,194,035	5
	有病率	28.7%	33.7%		32.5%	
心臓病	実人数(人)	461	72,582	1	4,051,848	1
	有病率	51.5%	58.9%		60.2%	
脳疾患	実人数(人)	140	24,309	7	1,498,592	7
	有病率	16.7%	20.2%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	97	13,600	8	784,700	8
	有病率	10.9%	11.1%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	371	59,481	3	3,596,968	2
	有病率	42.2%	48.3%		53.3%	
精神	実人数(人)	275	42,068	4	2,472,603	4
	有病率	33.4%	34.3%		36.8%	

出典: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: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ある。令和4年度の認定者が有している平均疾病数2.5疾病は平成30年度2.6疾病より減少している。

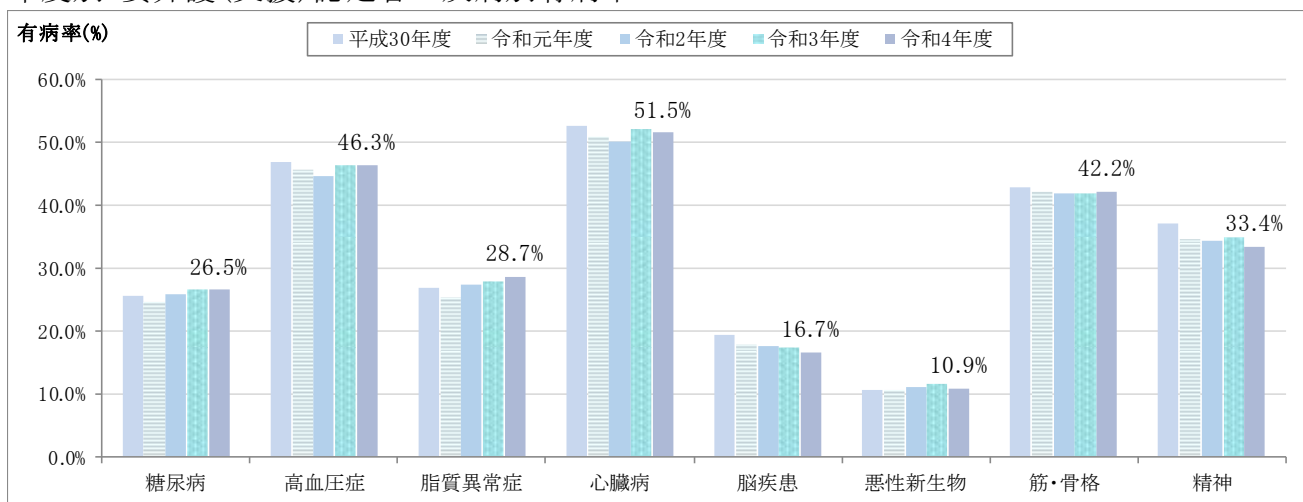
### 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	大河原町									
	平成30年度	順位	令和元年度	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)	746		779		840		862		901	
糖尿病	実人数(人)	179	204	233	233	233	233			
	有病率(%)	25.5%	24.6%	25.9%	26.6%	26.5%	26.5%			
高血圧症	実人数(人)	351	364	388	420	418	418			
	有病率(%)	46.8%	45.5%	44.6%	46.4%	46.3%	46.3%			
脂質異常症	実人数(人)	187	225	236	249	260	260			
	有病率(%)	26.9%	25.3%	27.3%	27.8%	28.7%	28.7%			
心臓病	実人数(人)	400	407	436	469	461	461			
	有病率(%)	52.5%	50.9%	50.1%	52.0%	51.5%	51.5%			
脳疾患	実人数(人)	146	143	158	149	140	140			
	有病率(%)	19.4%	17.8%	17.5%	17.3%	16.7%	16.7%			
悪性新生物	実人数(人)	84	85	92	109	97	97			
	有病率(%)	10.7%	10.5%	11.0%	11.5%	10.9%	10.9%			
筋・骨格	実人数(人)	319	344	367	388	371	371			
	有病率(%)	42.9%	42.2%	41.9%	41.8%	42.2%	42.2%			
精神	実人数(人)	276	268	288	320	275	275			
	有病率(%)	37.0%	34.6%	34.4%	34.8%	33.4%	33.4%			

出典: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:KDBシステム「地域の全体像の把握」

年度別 認定者の疾病別有病状況(県)

区分	県					大河原町 (再掲)					
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	118,797	120,788	123,568	125,116	126,102	746	779	840	862	901	
糖尿病	実人数(人)	29,696	29,960	31,031	31,607	30,846	179	204	233	233	233
	有病率(%)	24.9%	24.9%	24.4%	24.9%	25.0%	25.5%	24.6%	25.9%	26.6%	26.5%
高血圧症	実人数(人)	64,040	64,708	66,346	66,918	65,072	351	364	388	420	418
	有病率(%)	54.0%	53.7%	52.4%	52.9%	52.9%	46.8%	45.5%	44.6%	46.4%	46.3%
脂質異常症	実人数(人)	38,478	39,403	41,040	42,188	41,587	187	225	236	249	260
	有病率(%)	32.2%	32.6%	32.1%	33.1%	33.7%	26.9%	25.3%	27.3%	27.8%	28.7%
心臓病	実人数(人)	71,674	72,273	74,046	74,577	72,582	400	407	436	469	461
	有病率(%)	60.4%	60.1%	58.5%	59.1%	58.9%	52.5%	50.9%	50.1%	52.0%	51.5%
脳疾患	実人数(人)	27,635	26,863	26,978	26,125	24,309	146	143	158	149	140
	有病率(%)	23.7%	22.8%	21.4%	21.0%	20.2%	19.4%	17.8%	17.5%	17.3%	16.7%
悪性新生物	実人数(人)	12,858	12,986	13,699	14,072	13,600	84	85	92	109	97
	有病率(%)	10.7%	10.8%	10.7%	11.0%	11.1%	10.7%	10.5%	11.0%	11.5%	10.9%
筋・骨格	実人数(人)	58,012	58,412	60,215	60,922	59,481	319	344	367	388	371
	有病率(%)	48.9%	48.7%	47.6%	48.1%	48.3%	42.9%	42.2%	41.9%	41.8%	42.2%
精神	実人数(人)	42,520	42,967	43,942	43,776	42,068	276	268	288	320	275
	有病率(%)	36.0%	35.6%	34.7%	34.8%	34.3%	37.0%	34.6%	34.4%	34.8%	33.4%

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

年度別 認定者の疾病別有病状況(国)

区分	国					大河原町 (再掲)					
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	6,482,704	6,620,276	6,750,178	6,837,233	6,861,099	746	779	840	862	901	
糖尿病	実人数(人)	1,470,196	1,537,914	1,633,023	1,671,812	1,630,799	179	204	233	233	233
	有病率(%)	22.4%	23.0%	23.3%	24.0%	24.2%	25.5%	24.6%	25.9%	26.6%	26.5%
高血圧症	実人数(人)	3,318,793	3,472,146	3,642,081	3,690,454	3,584,707	351	364	388	420	418
	有病率(%)	50.8%	51.7%	52.4%	53.2%	53.2%	46.8%	45.5%	44.6%	46.4%	46.3%
脂質異常症	実人数(人)	1,915,551	2,036,238	2,170,776	2,236,475	2,194,035	187	225	236	249	260
	有病率(%)	29.2%	30.1%	30.9%	32.0%	32.5%	26.9%	25.3%	27.3%	27.8%	28.7%
心臓病	実人数(人)	3,770,674	3,939,115	4,126,341	4,172,696	4,051,848	400	407	436	469	461
	有病率(%)	57.8%	58.7%	59.5%	60.3%	60.2%	52.5%	50.9%	50.1%	52.0%	51.5%
脳疾患	実人数(人)	1,563,143	1,587,755	1,627,513	1,599,457	1,498,592	146	143	158	149	140
	有病率(%)	24.3%	24.0%	23.6%	23.4%	22.6%	19.4%	17.8%	17.5%	17.3%	16.7%
悪性新生物	実人数(人)	702,800	739,425	798,740	817,260	784,700	84	85	92	109	97
	有病率(%)	10.7%	11.0%	11.3%	11.6%	11.8%	10.7%	10.5%	11.0%	11.5%	10.9%
筋・骨格	実人数(人)	3,305,225	3,448,596	3,630,436	3,682,549	3,596,968	319	344	367	388	371
	有病率(%)	50.6%	51.6%	52.3%	53.2%	53.3%	42.9%	42.2%	41.9%	41.8%	42.2%
精神	実人数(人)	2,339,782	2,437,051	2,554,143	2,562,308	2,472,603	276	268	288	320	275
	有病率(%)	35.8%	36.4%	36.9%	37.2%	36.8%	37.0%	34.6%	34.4%	34.8%	33.4%

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」



## 4. 死亡の状況

以下は、本町の令和4年度における、死亡の状況を示したものである。

### 男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	大河原町	県	国
男性	90.6	96.4	100.0
女性	96.9	99.0	100.0

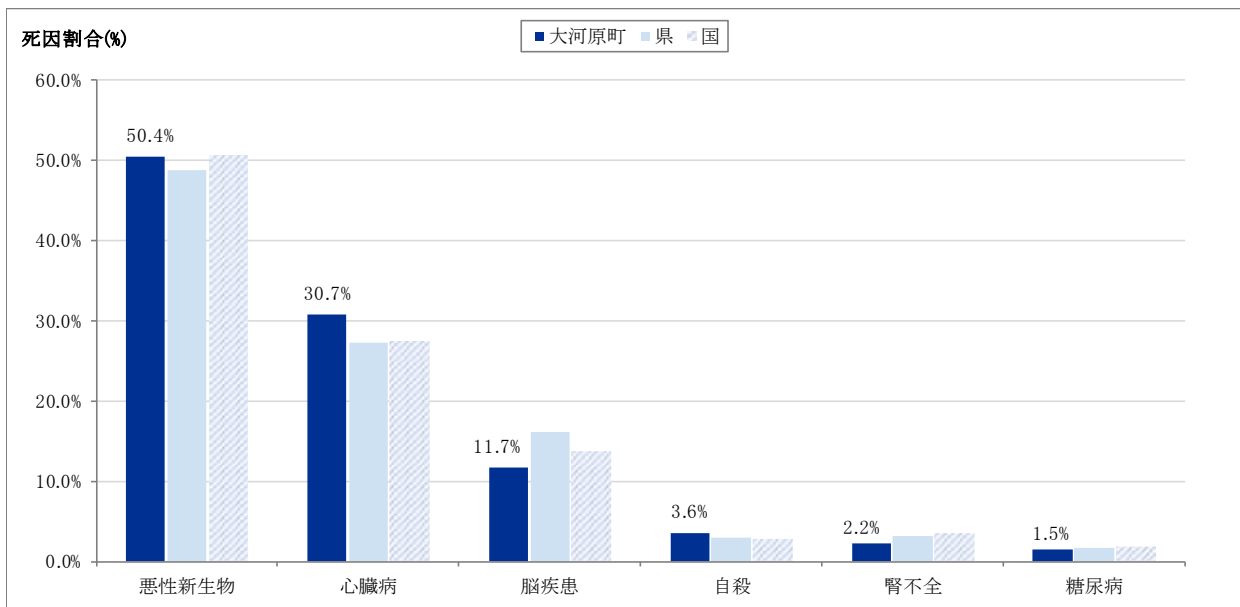
出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	大河原町		県	国
	人数(人)	割合(%)		
悪性新生物	69	50.4%	48.8%	50.6%
心臓病	42	30.7%	27.3%	27.5%
脳疾患	16	11.7%	16.2%	13.8%
自殺	5	3.6%	2.9%	2.7%
腎不全	3	2.2%	3.2%	3.6%
糖尿病	2	1.5%	1.7%	1.9%
合計	137			

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 主たる死因の割合(令和4年度)



出典: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、死亡の状況を年度別に示したものである。

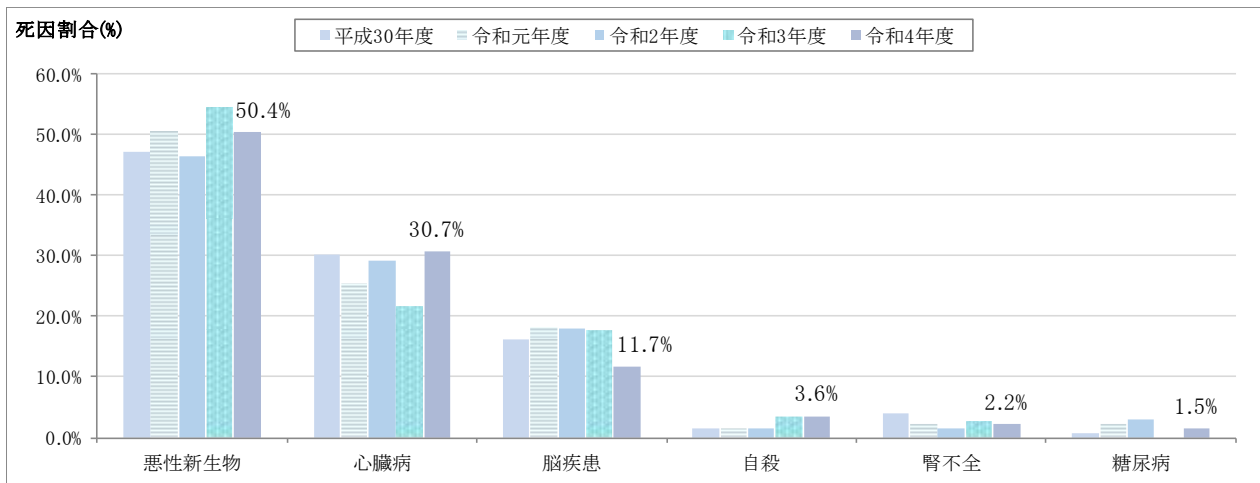
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数69人は平成30年度61人より8人増加しており、心臓病を死因とする人数42人は平成30年度39人より3人増加している。また、脳疾患を死因とする人数16人は平成30年度21人より5人減少している。

### 年度別 主たる死因の状況

疾病項目	大河原町									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	61	69	62	80	69	47.3%	50.4%	46.6%	54.4%	50.4%
心臓病	39	35	39	32	42	30.2%	25.5%	29.3%	21.8%	30.7%
脳疾患	21	25	24	26	16	16.3%	18.2%	18.0%	17.7%	11.7%
自殺	2	2	2	5	5	1.6%	1.5%	1.5%	3.4%	3.6%
腎不全	5	3	2	4	3	3.9%	2.2%	1.5%	2.7%	2.2%
糖尿病	1	3	4	0	2	0.8%	2.2%	3.0%	0.0%	1.5%
合計	129	137	133	147	137					

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 年度別 主たる死因の割合



出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(県)

疾病項目	県					大河原町 (再掲)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	48.7%	48.0%	47.3%	47.6%	48.8%	47.3%	50.4%	46.6%	54.4%	50.4%
心臓病	26.8%	27.8%	27.6%	27.7%	27.3%	30.2%	25.5%	29.3%	21.8%	30.7%
脳疾患	16.9%	16.9%	17.3%	17.2%	16.2%	16.3%	18.2%	18.0%	17.7%	11.7%
自殺	3.0%	2.8%	2.7%	2.8%	2.9%	1.6%	1.5%	1.5%	3.4%	3.6%
腎不全	2.9%	2.8%	3.4%	3.2%	3.2%	3.9%	2.2%	1.5%	2.7%	2.2%
糖尿病	1.6%	1.6%	1.7%	1.5%	1.7%	0.8%	2.2%	3.0%	0.0%	1.5%
合計										

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(国)

疾病項目	国					大河原町 (再掲)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	50.5%	49.9%	49.8%	50.2%	50.6%	47.3%	50.4%	46.6%	54.4%	50.4%
心臓病	26.8%	27.4%	27.8%	27.7%	27.5%	30.2%	25.5%	29.3%	21.8%	30.7%
脳疾患	14.8%	14.7%	14.4%	14.2%	13.8%	16.3%	18.2%	18.0%	17.7%	11.7%
自殺	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	1.6%	1.5%	1.5%	3.4%	3.6%
腎不全	3.3%	3.4%	3.5%	3.5%	3.6%	3.9%	2.2%	1.5%	2.7%	2.2%
糖尿病	1.8%	1.9%	1.9%	1.8%	1.9%	0.8%	2.2%	3.0%	0.0%	1.5%
合計										

出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

## 5. 生活習慣病に関する分析

### (1) 生活習慣病医療費の状況

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ある。

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	3,406,210	0.6%	8	11	1.1%	5	309,655	9
高血圧症	2,213,240	0.4%	9	10	1.0%	6	221,324	11
脂質異常症	167,960	0.0%	12	1	0.1%	10	167,960	12
高尿酸血症	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脂肪肝	277,670	0.0%	11	1	0.1%	10	277,670	10
動脈硬化症	1,660,310	0.3%	10	1	0.1%	10	1,660,310	2
脳出血	5,677,350	1.0%	7	5	0.5%	8	1,135,470	4
脳梗塞	19,527,510	3.5%	4	28	2.9%	4	697,411	6
狭心症	12,059,840	2.1%	5	10	1.0%	6	1,205,984	3
心筋梗塞	10,267,050	1.8%	6	5	0.5%	8	2,053,410	1
がん	84,928,000	15.1%	1	138	14.1%	2	615,420	7
筋・骨格	47,470,210	8.4%	3	63	6.4%	3	753,495	5
精神	74,337,120	13.2%	2	194	19.8%	1	383,181	8
その他(上記以外のもの)	301,353,900	53.5%		512	52.3%		588,582	
合計	563,346,370			979			575,430	

出典: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	97,127,020	11.0%	2	3,305	9.2%	3	29,388	3
高血圧症	54,426,300	6.2%	4	4,328	12.1%	1	12,575	12
脂質異常症	28,012,850	3.2%	6	2,208	6.2%	4	12,687	11
高尿酸血症	660,490	0.1%	12	56	0.2%	9	11,794	13
脂肪肝	1,141,810	0.1%	9	45	0.1%	10	25,374	4
動脈硬化症	754,760	0.1%	10	31	0.1%	11	24,347	5
脳出血	267,430	0.0%	13	13	0.0%	13	20,572	7
脳梗塞	2,195,820	0.2%	8	118	0.3%	8	18,609	9
狭心症	4,312,330	0.5%	7	193	0.5%	7	22,344	6
心筋梗塞	689,590	0.1%	11	23	0.1%	12	29,982	2
がん	130,912,440	14.8%	1	1,089	3.0%	6	120,213	1
筋・骨格	80,314,330	9.1%	3	4,024	11.2%	2	19,959	8
精神	40,660,640	4.6%	5	2,188	6.1%	5	18,583	10
その他(上記以外のもの)	440,418,310	49.9%		18,244	50.9%		24,140	
合計	881,894,120			35,865			24,589	

出典: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(入外合計)(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	100,533,230	7.0%	4	3,316	9.0%	3	30,318	10
高血圧症	56,639,540	3.9%	5	4,338	11.8%	1	13,057	11
脂質異常症	28,180,810	1.9%	6	2,209	6.0%	5	12,757	12
高尿酸血症	660,490	0.0%	13	56	0.2%	9	11,794	13
脂肪肝	1,419,480	0.1%	12	46	0.1%	10	30,858	9
動脈硬化症	2,415,070	0.2%	11	32	0.1%	11	75,471	6
脳出血	5,944,780	0.4%	10	18	0.0%	13	330,266	2
脳梗塞	21,723,330	1.5%	7	146	0.4%	8	148,790	4
狭心症	16,372,170	1.1%	8	203	0.6%	7	80,651	5
心筋梗塞	10,956,640	0.8%	9	28	0.1%	12	391,309	1
がん	215,840,440	14.9%	1	1,227	3.3%	6	175,909	3
筋・骨格	127,784,540	8.8%	2	4,087	11.1%	2	31,266	8
精神	114,997,760	8.0%	3	2,382	6.5%	4	48,278	7
その他(上記以外のもの)	741,772,210	51.3%		18,756	50.9%		39,549	
合計	1,445,240,490			36,844			39,226	

出典: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ある。

### 生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C	
20歳代以下	557	254	47	8.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	
30歳代	290	114	53	18.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	22.6%	2	3.8%	
40歳代	438	239	122	27.9%	8	6.6%	6	4.9%	4	3.3%	27	22.1%	2	1.6%	
50歳代	480	276	170	35.4%	9	5.3%	11	6.5%	6	3.5%	58	34.1%	6	3.5%	
60歳～64歳	438	356	206	47.0%	20	9.7%	20	9.7%	6	2.9%	84	40.8%	4	1.9%	
65歳～69歳	971	887	506	52.1%	42	8.3%	49	9.7%	6	1.2%	236	46.6%	13	2.6%	
70歳～74歳	1,326	1,416	813	61.3%	90	11.1%	92	11.3%	1	0.1%	397	48.8%	23	2.8%	
全体	4,500	3,542	1,917	42.6%	169	8.8%	178	9.3%	23	1.2%	815	42.5%	50	2.6%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	1,817	49.7%	169	9.3%	178	9.8%	23	1.3%	802	44.1%	48	2.6%
	65歳～74歳	2,297	2,303	1,319	57.4%	132	10.0%	141	10.7%	7	0.5%	633	48.0%	36	2.7%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	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(%)	人数(人)	割合(%)	
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.3%	0	0.0%	2	4.3%	
30歳代	1	1.9%	2	3.8%	1	1.9%	6	11.3%	4	7.5%	11	20.8%	
40歳代	2	1.6%	6	4.9%	1	0.8%	34	27.9%	10	8.2%	40	32.8%	
50歳代	7	4.1%	4	2.4%	2	1.2%	80	47.1%	19	11.2%	80	47.1%	
60歳～64歳	7	3.4%	3	1.5%	0	0.0%	129	62.6%	21	10.2%	120	58.3%	
65歳～69歳	12	2.4%	11	2.2%	5	1.0%	305	60.3%	76	15.0%	268	53.0%	
70歳～74歳	26	3.2%	20	2.5%	12	1.5%	522	64.2%	98	12.1%	493	60.6%	
全体	55	2.9%	46	2.4%	21	1.1%	1,078	56.2%	228	11.9%	1,014	52.9%	
再掲	40歳～74歳	54	3.0%	44	2.4%	20	1.1%	1,070	58.9%	224	12.3%	1,001	55.1%
	65歳～74歳	38	2.9%	31	2.4%	17	1.3%	827	62.7%	174	13.2%	761	57.7%

出典:KDBシステム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

### 糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			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	557	254	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	290	114	12	4.1%	2	16.7%	1	8.3%	2	16.7%	1	8.3%	
40歳代	438	239	27	6.2%	2	7.4%	2	7.4%	6	22.2%	1	3.7%	
50歳代	480	276	58	12.1%	6	10.3%	7	12.1%	4	6.9%	2	3.4%	
60歳～64歳	438	356	84	19.2%	4	4.8%	7	8.3%	3	3.6%	0	0.0%	
65歳～69歳	971	887	236	24.3%	13	5.5%	12	5.1%	11	4.7%	5	2.1%	
70歳～74歳	1,326	1,416	397	29.9%	23	5.8%	26	6.5%	20	5.0%	12	3.0%	
全体	4,500	3,542	815	18.1%	50	6.1%	55	6.7%	46	5.6%	21	2.6%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	802	22.0%	48	6.0%	54	6.7%	44	5.5%	20	2.5%
	65歳～74歳	2,297	2,303	633	27.6%	36	5.7%	38	6.0%	31	4.9%	17	2.7%

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	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(%)	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%	1	100.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	33.3%	2	16.7%	6	50.0%	
40歳代	4	14.8%	3	11.1%	3	11.1%	16	59.3%	5	18.5%	19	70.4%	
50歳代	2	3.4%	5	8.6%	4	6.9%	38	65.5%	12	20.7%	45	77.6%	
60歳～64歳	8	9.5%	12	14.3%	5	6.0%	66	78.6%	12	14.3%	69	82.1%	
65歳～69歳	26	11.0%	36	15.3%	4	1.7%	168	71.2%	51	21.6%	177	75.0%	
70歳～74歳	66	16.6%	64	16.1%	1	0.3%	311	78.3%	60	15.1%	330	83.1%	
全体	106	13.0%	120	14.7%	17	2.1%	603	74.0%	142	17.4%	647	79.4%	
再掲	40歳～74歳	106	13.2%	120	15.0%	17	2.1%	599	74.7%	140	17.5%	640	79.8%
	65歳～74歳	92	14.5%	100	15.8%	5	0.8%	479	75.7%	111	17.5%	507	80.1%

出典:KDBシステム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			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
20歳代以下	557	254	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	
30歳代	290	114	11	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	54.5%	
40歳代	438	239	40	9.1%	5	12.5%	4	10.0%	3	7.5%	19	47.5%	
50歳代	480	276	80	16.7%	6	7.5%	8	10.0%	4	5.0%	45	56.3%	
60歳～64歳	438	356	120	27.4%	10	8.3%	16	13.3%	4	3.3%	69	57.5%	
65歳～69歳	971	887	268	27.6%	25	9.3%	37	13.8%	1	0.4%	177	66.0%	
70歳～74歳	1,326	1,416	493	37.2%	70	14.2%	75	15.2%	1	0.2%	330	66.9%	
全体	4,500	3,542	1,014	22.5%	116	11.4%	140	13.8%	13	1.3%	647	63.8%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	1,001	27.4%	116	11.6%	140	14.0%	13	1.3%	640	63.9%
再掲	65歳～74歳	2,297	2,303	761	33.1%	95	12.5%	112	14.7%	2	0.3%	507	66.6%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		
	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(%)	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	1	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	18.2%	2	18.2%	
40歳代	2	5.0%	2	5.0%	5	12.5%	1	2.5%	18	45.0%	5	12.5%	
50歳代	4	5.0%	7	8.8%	2	2.5%	2	2.5%	52	65.0%	16	20.0%	
60歳～64歳	2	1.7%	7	5.8%	2	1.7%	0	0.0%	94	78.3%	15	12.5%	
65歳～69歳	10	3.7%	7	2.6%	7	2.6%	3	1.1%	190	70.9%	57	21.3%	
70歳～74歳	17	3.4%	22	4.5%	12	2.4%	12	2.4%	377	76.5%	76	15.4%	
全体	36	3.6%	46	4.5%	28	2.8%	18	1.8%	733	72.3%	171	16.9%	
再掲	40歳～74歳	35	3.5%	45	4.5%	28	2.8%	18	1.8%	731	73.0%	169	16.9%
再掲	65歳～74歳	27	3.5%	29	3.8%	19	2.5%	15	2.0%	567	74.5%	133	17.5%

出典:KDBシステム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			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
20歳代以下	557	254	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	290	114	6	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	66.7%	
40歳代	438	239	34	7.8%	6	17.6%	3	8.8%	3	8.8%	16	47.1%	
50歳代	480	276	80	16.7%	5	6.3%	7	8.8%	4	5.0%	38	47.5%	
60歳～64歳	438	356	129	29.5%	15	11.6%	16	12.4%	6	4.7%	66	51.2%	
65歳～69歳	971	887	305	31.4%	35	11.5%	40	13.1%	6	2.0%	168	55.1%	
70歳～74歳	1,326	1,416	522	39.4%	71	13.6%	78	14.9%	1	0.2%	311	59.6%	
全体	4,500	3,542	1,078	24.0%	132	12.2%	144	13.4%	20	1.9%	603	55.9%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	1,070	29.3%	132	12.3%	144	13.5%	20	1.9%	599	56.0%
再掲	65歳～74歳	2,297	2,303	827	36.0%	106	12.8%	118	14.3%	7	0.8%	479	57.9%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	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(%)	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	1	16.7%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	2	33.3%	
40歳代	2	5.9%	2	5.9%	5	14.7%	1	2.9%	6	17.6%	18	52.9%	
50歳代	3	3.8%	4	5.0%	3	3.8%	2	2.5%	17	21.3%	52	65.0%	
60歳～64歳	2	1.6%	7	5.4%	2	1.6%	0	0.0%	20	15.5%	94	72.9%	
65歳～69歳	10	3.3%	10	3.3%	8	2.6%	3	1.0%	66	21.6%	190	62.3%	
70歳～74歳	17	3.3%	23	4.4%	15	2.9%	11	2.1%	85	16.3%	377	72.2%	
全体	35	3.2%	47	4.4%	33	3.1%	17	1.6%	195	18.1%	733	68.0%	
再掲	40歳～74歳	34	3.2%	46	4.3%	33	3.1%	17	1.6%	194	18.1%	731	68.3%
再掲	65歳～74歳	27	3.3%	33	4.0%	23	2.8%	14	1.7%	151	18.3%	567	68.6%

出典:KDBシステム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 虚血性心疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			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
20歳代以下	557	254	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	290	114	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	438	239	6	1.4%	1	16.7%	2	33.3%	3	50.0%	0	0.0%	
50歳代	480	276	11	2.3%	2	18.2%	3	27.3%	5	45.5%	0	0.0%	
60歳～64歳	438	356	20	4.6%	2	5.0%	2	10.0%	12	60.0%	1	5.0%	
65歳～69歳	971	887	49	5.0%	9	18.4%	2	4.1%	36	73.5%	3	6.1%	
70歳～74歳	1,326	1,416	92	6.9%	15	16.3%	1	1.1%	64	69.6%	8	8.7%	
全体	4,500	3,542	178	4.0%	28	15.7%	10	5.6%	120	67.4%	12	6.7%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	178	4.9%	28	15.7%	10	5.6%	120	67.4%	12	6.7%
再掲	65歳～74歳	2,297	2,303	141	6.1%	24	17.0%	3	2.1%	100	70.9%	11	7.8%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	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(%)	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	2	33.3%	2	33.3%	1	16.7%	3	50.0%	2	33.3%	4	66.7%	
50歳代	2	18.2%	0	0.0%	2	18.2%	7	63.6%	2	18.2%	8	72.7%	
60歳～64歳	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	16	80.0%	2	10.0%	16	80.0%	
65歳～69歳	2	4.1%	3	6.1%	2	4.1%	40	81.6%	16	32.7%	37	75.5%	
70歳～74歳	8	8.7%	3	3.3%	4	4.3%	78	84.8%	21	22.8%	75	81.5%	
全体	14	7.9%	9	5.1%	9	5.1%	144	80.9%	43	24.2%	140	78.7%	
再掲	40歳～74歳	14	7.9%	9	5.1%	9	5.1%	144	80.9%	43	24.2%	140	78.7%
再掲	65歳～74歳	10	7.1%	6	4.3%	6	4.3%	118	83.7%	37	26.2%	112	79.4%

出典:KDBシステム「虚血性心疾患のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 脳血管疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			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
20歳代以下	557	254	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	290	114	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	438	239	8	1.8%	1	12.5%	0	0.0%	4	50.0%	2	25.0%	
50歳代	480	276	9	1.9%	2	22.2%	2	22.2%	2	22.2%	0	0.0%	
60歳～64歳	438	356	20	4.6%	1	5.0%	2	10.0%	8	40.0%	0	0.0%	
65歳～69歳	971	887	42	4.3%	9	21.4%	4	9.5%	26	61.9%	2	4.8%	
70歳～74歳	1,326	1,416	90	6.8%	15	16.7%	0	0.0%	66	73.3%	7	7.8%	
全体	4,500	3,542	169	3.8%	28	16.6%	8	4.7%	106	62.7%	11	6.5%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	169	4.6%	28	16.6%	8	4.7%	106	62.7%	11	6.5%
再掲	65歳～74歳	2,297	2,303	132	5.7%	24	18.2%	4	3.0%	92	69.7%	9	6.8%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	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(%)	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%	1	12.5%	0	0.0%	6	75.0%	1	12.5%	5	62.5%	
50歳代	1	11.1%	1	11.1%	0	0.0%	5	55.6%	0	0.0%	6	66.7%	
60歳～64歳	2	10.0%	1	5.0%	0	0.0%	15	75.0%	1	5.0%	10	50.0%	
65歳～69歳	4	9.5%	5	11.9%	1	2.4%	35	83.3%	11	26.2%	25	59.5%	
70歳～74歳	9	10.0%	4	4.4%	5	5.6%	71	78.9%	23	25.6%	70	77.8%	
全体	16	9.5%	12	7.1%	6	3.6%	132	78.1%	36	21.3%	116	68.6%	
再掲	40歳～74歳	16	9.5%	12	7.1%	6	3.6%	132	78.1%	36	21.3%	116	68.6%
再掲	65歳～74歳	13	9.8%	9	6.8%	6	4.5%	106	80.3%	34	25.8%	95	72.0%

出典:KDBシステム「脳血管疾患のレセプト分析」(令和4年3月診療分)



### (3) 透析患者の状況

以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものである。

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(%)
大河原町	4,326	20	0.46%
県	438,664	1,947	0.44%
国	24,687,234	86,884	0.35%

出典: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ある。

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	12	74,506,660	6,208,888
令和元年度	17	125,252,650	7,367,803
令和2年度	20	102,220,580	5,111,029
令和3年度	23	124,150,410	5,397,844
令和4年度	20	110,179,290	5,508,965

出典: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、令和4年4月～令和5年3月診療分（12ヶ月）における新規透析患者数である。

新規透析患者数

単位：人

透析に至った起因	A		B		Aにおいて透析患者ではなく Bにおいて透析患者となった人数	
	令和3年4月～令和4年3月 診療分(12カ月分)	割合 (%)	令和4年4月～令和5年3月 診療分(12カ月分)	割合 (%)	新規透析患者 ※1	※2
① 糖尿病性腎症 I型糖尿病	0	0.0%	0	0.0%		0
② 糖尿病性腎症 II型糖尿病	18	72.0%	19	79.2%		3
③ 糸球体腎炎 IgA腎症	0	0.0%	0	0.0%		0
④ 糸球体腎炎 その他	1	4.0%	0	0.0%		0
⑤ 腎硬化症 本態性高血圧	0	0.0%	0	0.0%		0
⑥ 腎硬化症 その他	0	0.0%	0	0.0%		0
⑦ 痛風腎	0	0.0%	0	0.0%		0
⑧ 起因が特定できない患者 ※	6	24.0%	5	20.8%		1
透析患者合計	25		24			4

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3年4月～令和5年3月診療分(24カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※1 新規透析患者の定義…Aの期間に透析患者ではなく、Bの期間に透析患者となった患者。

※2 Aの期間とBの期間で起因となる傷病名が違う場合、該当の欄に集計される。そのため、B-Aは一致しない場合がある。

※⑧起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者。

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ある。

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	51	0	0.00%	24	0	0.00%	27	0	0.00%
5歳～9歳	81	0	0.00%	41	0	0.00%	40	0	0.00%
10歳～14歳	78	0	0.00%	46	0	0.00%	32	0	0.00%
15歳～19歳	100	0	0.00%	44	0	0.00%	56	0	0.00%
20歳～24歳	119	0	0.00%	61	0	0.00%	58	0	0.00%
25歳～29歳	128	0	0.00%	54	0	0.00%	74	0	0.00%
30歳～34歳	122	0	0.00%	61	0	0.00%	61	0	0.00%
35歳～39歳	168	0	0.00%	85	0	0.00%	83	0	0.00%
40歳～44歳	210	3	1.43%	129	2	1.55%	81	1	1.23%
45歳～49歳	228	1	0.44%	140	1	0.71%	88	0	0.00%
50歳～54歳	251	2	0.80%	122	2	1.64%	129	0	0.00%
55歳～59歳	229	4	1.75%	114	3	2.63%	115	1	0.87%
60歳～64歳	438	6	1.37%	187	4	2.14%	251	2	0.80%
65歳～69歳	971	6	0.62%	447	4	0.89%	524	2	0.38%
70歳～74歳	1,326	1	0.08%	591	0	0.00%	735	1	0.14%
全体	4,500	23	0.51%	2,146	16	0.75%	2,354	7	0.30%

出典：KDBシステム「人工透析のレセプト分析」(令和4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ある。

### 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	557	254	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	290	114	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	438	239	4	0.9%	3	75.0%	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	
50歳代	480	276	6	1.3%	4	66.7%	1	16.7%	3	50.0%	1	16.7%	
60歳～64歳	438	356	6	1.4%	5	83.3%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%	
65歳～69歳	971	887	6	0.6%	4	66.7%	1	16.7%	0	0.0%	1	16.7%	
70歳～74歳	1,326	1,416	1	0.1%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	
全体	4,500	3,542	23	0.5%	17	73.9%	2	8.7%	8	34.8%	4	17.4%	
再掲	40歳～74歳	3,653	3,174	23	0.6%	17	73.9%	2	8.7%	8	34.8%	4	17.4%
	65歳～74歳	2,297	2,303	7	0.3%	5	71.4%	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%

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	1	25.0%	3	75.0%	3	75.0%	3	75.0%	0	0.0%	2	50.0%	
50歳代	1	16.7%	4	66.7%	4	66.7%	4	66.7%	2	33.3%	3	50.0%	
60歳～64歳	0	0.0%	6	100.0%	4	66.7%	4	66.7%	2	33.3%	2	33.3%	
65歳～69歳	0	0.0%	6	100.0%	4	66.7%	1	16.7%	4	66.7%	2	33.3%	
70歳～74歳	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
全体	2	8.7%	20	87.0%	16	69.6%	13	56.5%	8	34.8%	10	43.5%	
再掲	40歳～74歳	2	8.7%	20	87.0%	16	69.6%	13	56.5%	8	34.8%	10	43.5%
	65歳～74歳	0	0.0%	7	100.0%	5	71.4%	2	28.6%	4	57.1%	3	42.9%

出典:KDBシステム「人工透析のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 6. 特定健康診査データによる分析

### (1) 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

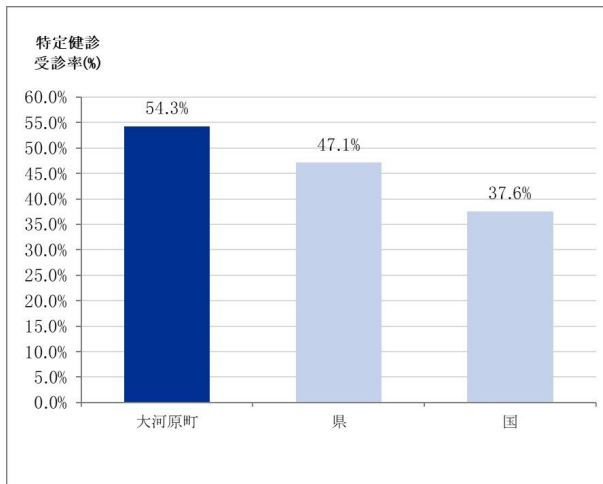
本町の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率は以下のとおりである。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
大河原町	54.3%
県	47.1%
国	37.6%

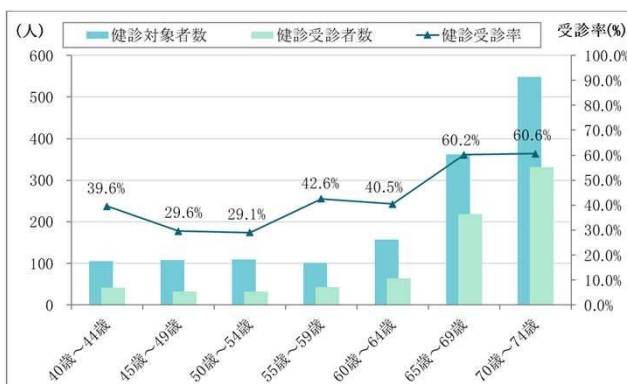
出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典：特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



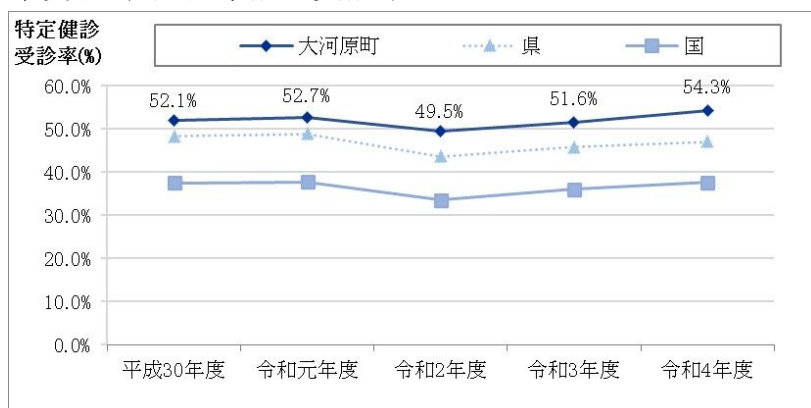
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率54.3%は平成30年度52.1%より2.2ポイント増加している。

### 年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大河原町	52.1%	52.7%	49.5%	51.6%	54.3%
県	48.3%	48.9%	43.7%	45.8%	47.1%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.6%

出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

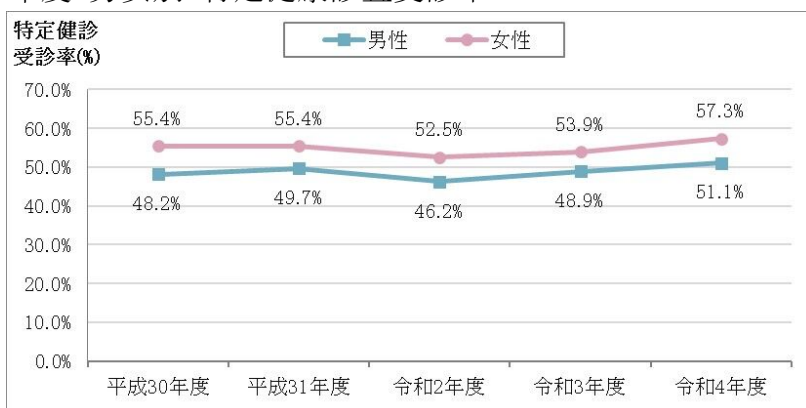
### 年度別 特定健康診査受診率



出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率51.1%は平成30年度48.2%より2.9ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率57.3%は平成30年度55.4%より1.9ポイント増加している。

### 年度・男女別 特定健康診査受診率



出典：特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧

本町の令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりである。

### 特定保健指導実施状況(令和4年度)

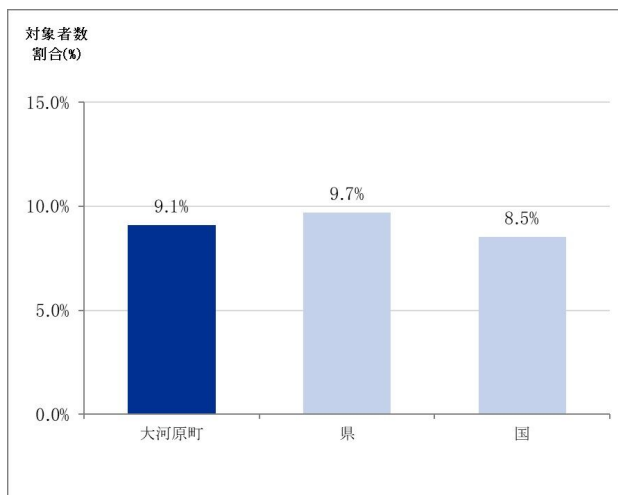
区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導終了率
大河原町	9.1%	3.5%	12.6%	21.8%
県	9.7%	3.5%	13.1%	21.8%
国	8.5%	2.6%	11.2%	7.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧

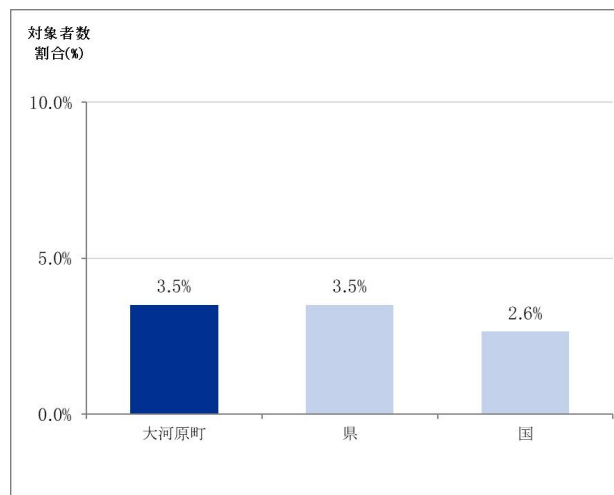
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



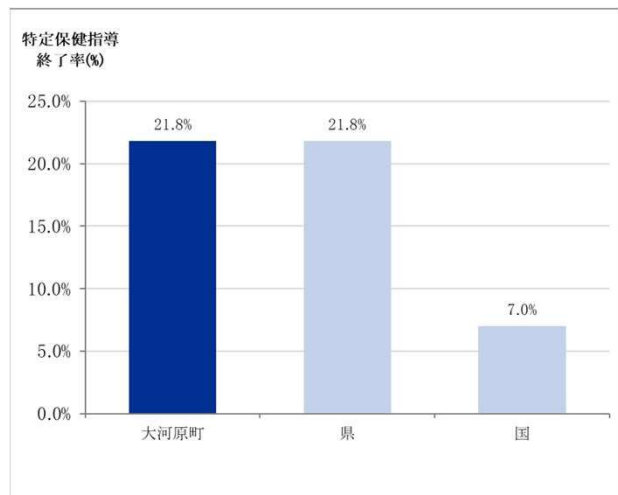
出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 特定保健指導終了率(令和4年度)



出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧  
(国) 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、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導終了率21.8%は平成30年度14.8%より7ポイント増加している。

#### 年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大河原町	11.3%	11.5%	11.2%	10.2%	9.1%
県	10.3%	10.4%	10.7%	10.2%	9.7%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.5%

#### 年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大河原町	3.2%	4.0%	3.7%	3.7%	3.5%
県	3.6%	3.5%	3.4%	3.5%	3.3%
国	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.6%

#### 年度別 支援対象者数割合

区分	特定保健指導終了率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大河原町	14.8%	32.0%	45.1%	38.7%	21.8%
県	18.1%	19.4%	20.1%	21.4%	9.1%
国	25.8%	26.3%	25.9%	25.9%	7.0%

#### 年度別 特定保健指導実施率

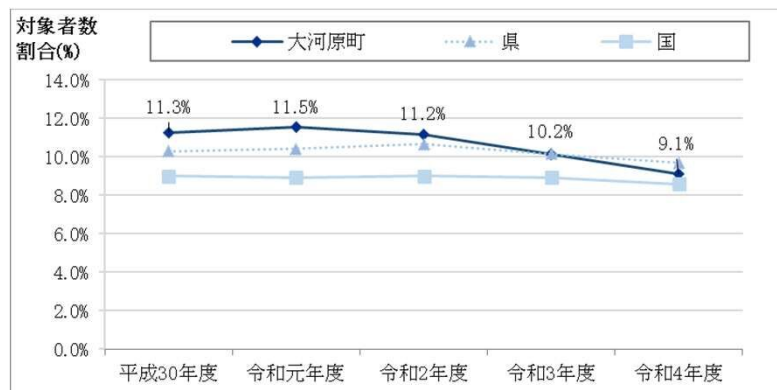
区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大河原町	14.8%	32.0%	45.1%	38.7%	21.8%
県	18.1%	19.4%	20.1%	21.4%	9.1%
国	25.8%	26.3%	25.9%	25.9%	7.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

出典：(大河原町・県) 特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧

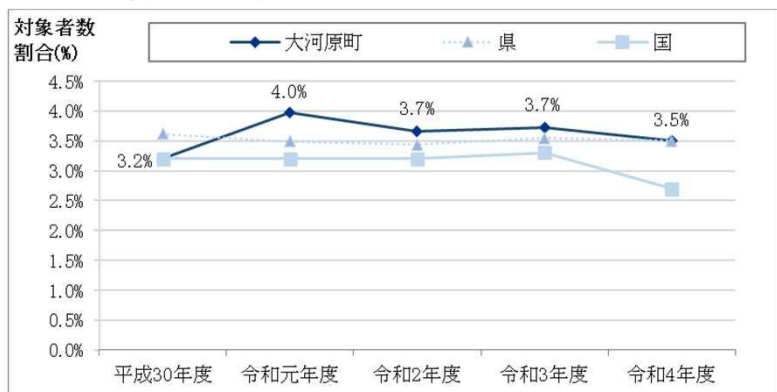
(国) KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 年度別 動機付け支援対象者数割合



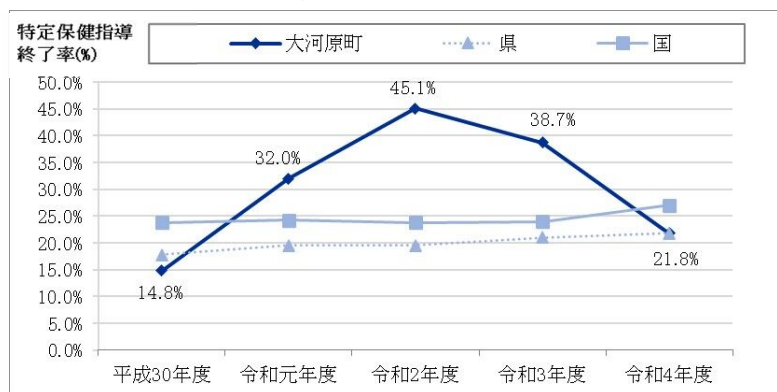
出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 年度別 積極的支援対象者数割合



出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」

### 年度別 特定保健指導終了率



出典:KDBシステム「地域の全体像の把握」



## (2) 検査項目別の有所見者の状況

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ある。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の73.1%を占めている。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではHbA1c、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっている。

### 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	
大河原町	40歳～64歳	人数(人)	153	164	119	93	34	0	249	52
		割合(%)	36.7%	39.3%	28.5%	22.3%	8.2%	0.0%	59.7%	12.5%
	65歳～74歳	人数(人)	337	450	316	159	70	0	843	88
		割合(%)	31.3%	41.8%	29.4%	14.8%	6.5%	0.0%	78.3%	8.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	490	614	435	252	104	0	1,092	140
		割合(%)	32.8%	41.1%	29.1%	16.9%	7.0%	0.0%	73.1%	9.4%
県		割合(%)	30.9%	38.2%	22.4%	14.8%	4.4%	4.5%	75.1%	6.4%
国		割合(%)	26.7%	34.9%	21.2%	14.0%	3.9%	24.4%	58.2%	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	
大河原町	40歳～64歳	人数(人)	140	87	222	5	82	38	0	45
		割合(%)	33.6%	20.9%	53.2%	1.2%	19.7%	9.1%	0.0%	10.8%
	65歳～74歳	人数(人)	471	186	505	19	310	99	0	248
		割合(%)	43.8%	17.3%	46.9%	1.8%	28.8%	9.2%	0.0%	23.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	611	273	727	24	392	137	0	293
		割合(%)	40.9%	18.3%	48.7%	1.6%	26.3%	9.2%	0.0%	19.6%
県		割合(%)	48.2%	21.2%	47.7%	1.3%	18.7%	41.7%	0.4%	21.7%
国		割合(%)	48.1%	20.6%	49.7%	1.3%	21.8%	19.2%	5.2%	22.0%

出典：KDBシステム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

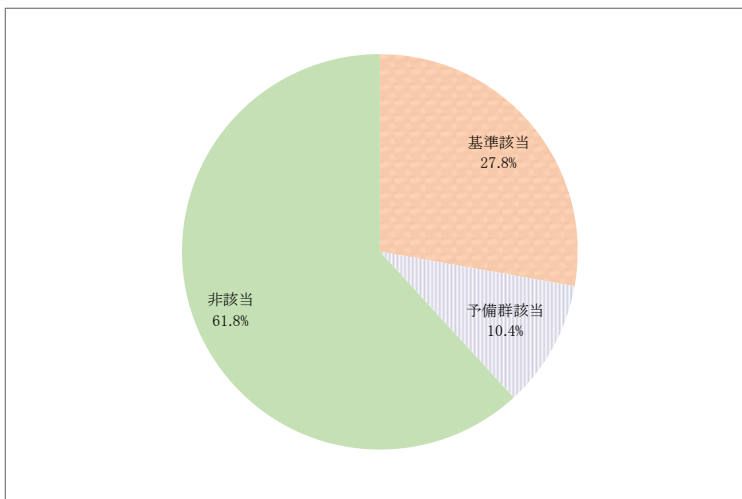
### (3) メタボリックシンドローム該当状況

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ある。健診受診者全体では、予備群は10.4%、該当者は27.8%である。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12.7%である。

#### 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	417	36.8%	16	3.8%	59	14.1%	4	1.0%	29	7.0%	26	6.2%
65歳～74歳	1,076	53.1%	28	2.6%	96	8.9%	7	0.7%	69	6.4%	20	1.9%
全体(40歳～74歳)	1,493	47.2%	44	2.9%	155	10.4%	11	0.7%	98	6.6%	46	3.1%

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	89	21.3%	11	2.6%	7	1.7%	40	9.6%	31	7.4%
65歳～74歳	326	30.3%	40	3.7%	25	2.3%	103	9.6%	158	14.7%
全体(40歳～74歳)	415	27.8%	51	3.4%	32	2.1%	143	9.6%	189	12.7%



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。

#### ※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40歳から74歳までの質問票調査の状況について示したものである。

### 質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	全体(40歳～74歳)		
		大河原町	県	国
服薬	服薬_高血圧症	42.5%	39.8%	36.9%
	服薬_糖尿病	11.2%	10.3%	9.0%
	服薬_脂質異常症	29.1%	30.8%	29.2%
既往歴	既往歴_脳卒中	4.5%	3.2%	3.3%
	既往歴_心臓病	9.8%	6.9%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.3%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	15.3%	12.2%	10.7%
喫煙	喫煙	16.5%	14.1%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	36.8%	35.5%	34.4%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	62.1%	61.9%	59.0%
	1日1時間以上運動なし	57.2%	45.3%	47.3%
	歩行速度遅い	67.3%	55.1%	50.7%
食事	食べる速度が速い	20.6%	24.5%	26.4%
	食べる速度が普通	71.1%	67.7%	65.8%
	食べる速度が遅い	8.4%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	12.9%	14.7%	14.6%
	週3回以上朝食を抜く	8.2%	8.3%	9.4%
飲酒	毎日飲酒	24.2%	24.8%	24.6%
	時々飲酒	20.6%	23.2%	22.1%
	飲まない	55.2%	52.0%	53.3%
	1日飲酒量(1合未満)	48.3%	60.2%	65.7%
	1日飲酒量(1～2合)	33.0%	26.4%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	15.9%	11.1%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	2.8%	2.3%	2.5%
睡眠	睡眠不足	34.5%	26.1%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	32.2%	27.1%	27.9%
	改善意欲あり	20.2%	25.4%	27.7%
	改善意欲ありかつ始めている	12.1%	13.4%	13.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	7.8%	9.8%	8.9%
	取り組み済み6ヶ月以上	27.8%	24.3%	21.6%
	保健指導利用しない	80.5%	66.0%	63.1%
咀嚼	咀嚼_何でも	77.1%	77.2%	78.9%
	咀嚼_かみにくい	22.5%	22.1%	20.3%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.4%	0.7%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	15.1%	19.7%	21.4%
	3食以外間食_時々	61.3%	59.4%	57.6%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	23.6%	20.9%	21.0%

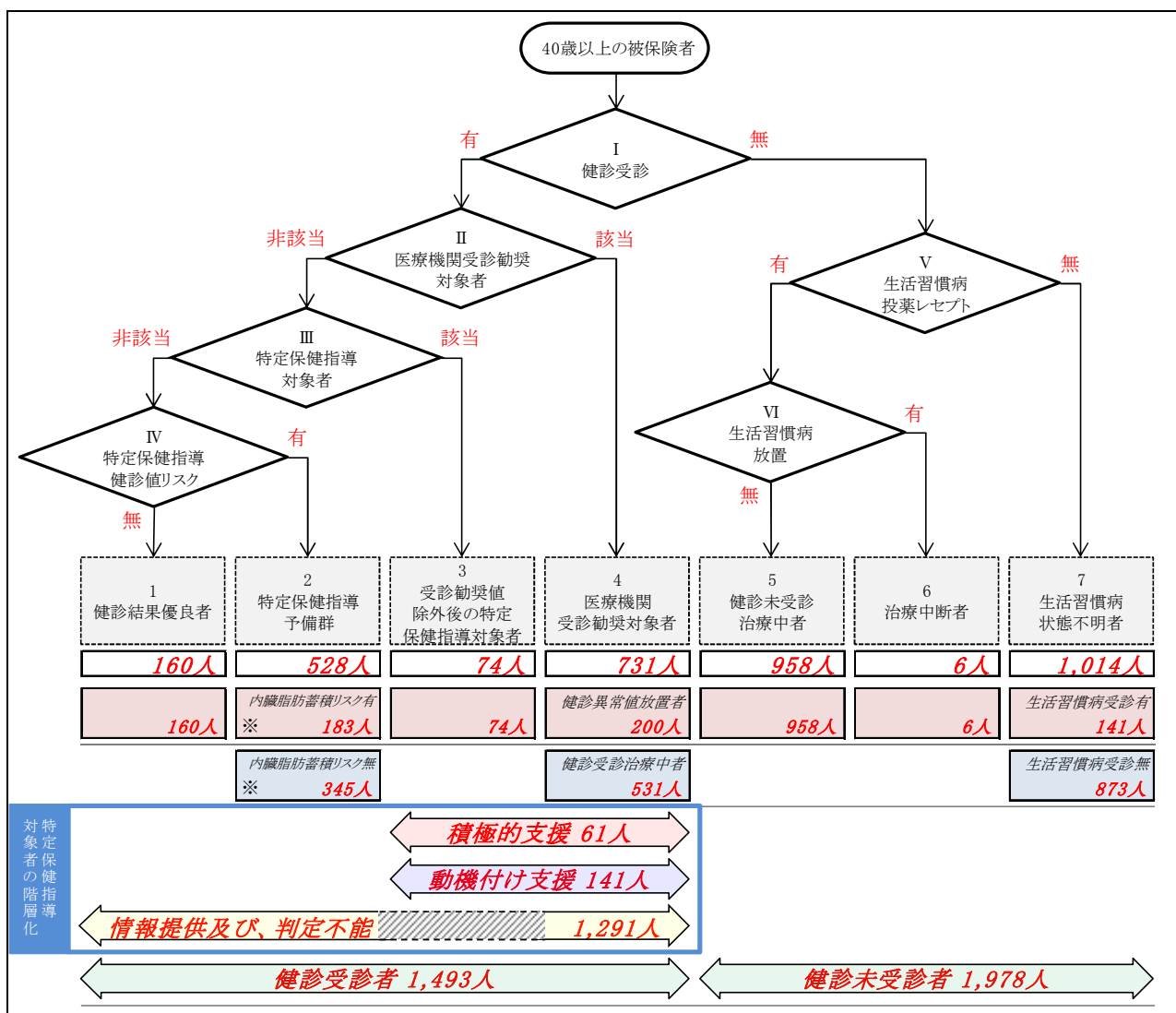
出典:KDBシステム「質問票調査の状況」

#### (4) 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群

以下は、40歳以上の被保険者について、特定健康診査データの有無や異常値の有無、生活習慣病にかかわるレセプトの有無等を判定し、7つのグループに分類し、分析したものである。

左端の「1. 健診結果優良者」から「6. 治療中断者」まで順に健康状態が悪くなっており、「7. 生活習慣病状態不明者」は特定健康診査データ・レセプトデータから生活習慣病状態が確認できないグループである。

#### 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



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。  
 各フローの詳細については巻末資料「1. 指導対象者群分析」のグループ分けの見方を参照。  
 ※内臓脂肪蓄積リスク…腹囲・BMIにより内臓脂肪蓄積リスクを判定し階層化。

## (5) 特定健康診査データにおける高血圧該当状況

以下は、特定健康診査受診者における高血圧該当状況及び降圧薬服薬状況について示したものである。特定健康診査受診者の16.7%に当たる249人が高血圧に該当し、そのうち141人に高血圧症の投薬レセプトがある。特定健康診査受診者の83.3%に当たる1,244人が正常域血圧に該当し、そのうち532人に高血圧症の投薬レセプトがある。

### 健診及びレセプトによる高血圧該当状況

血圧値の分類	検査値範囲		該当者数 (人)	高血圧症 ※ 投薬レセプト有	高血圧症 ※ 投薬レセプト無	高血圧症及び 関連疾病 ※ レセプト無
	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)				
高血圧			249	141	26	82
Ⅲ度高血圧	180～	かつ/または 110～	7	5	1	1
Ⅱ度高血圧	160～179	かつ/または 100～109	44	23	3	18
Ⅰ度高血圧	140～159	かつ/または 90～99	198	113	22	63
正常域血圧			1,244	532	127	585
正常高値血圧	130～139	かつ/または 85～89	266	127	27	112
正常値血圧	120～129	かつ/または 80～84	376	186	37	153
至適血圧	～119	かつ ～79	602	219	63	320

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。

※高血圧症…ICD10により、次の疾病を対象に集計。I10「本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)」、I15「二次性<続発性>高血圧(症)」

※関連疾病…中分類または、ICD10により、以下の疾病を対象に集計。

脳血管障害…0904「くも膜下出血」、0905「脳内出血」、0906「脳梗塞」、0907「脳動脈硬化(症)」、0908「その他の脳血管疾患」

心疾患…0902「虚血性心疾患」、0903「その他の心疾患」、I11「高血圧性心疾患」、I13「高血圧性心腎疾患」

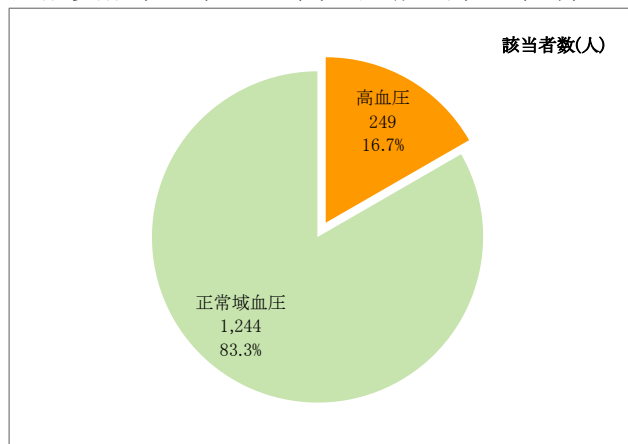
腎疾患…1401「糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患」、1402「腎不全」、I12「高血圧性腎疾患」

血管疾患…0909「動脈硬化(症)」、0912「その他の循環器系の疾患」(一部)

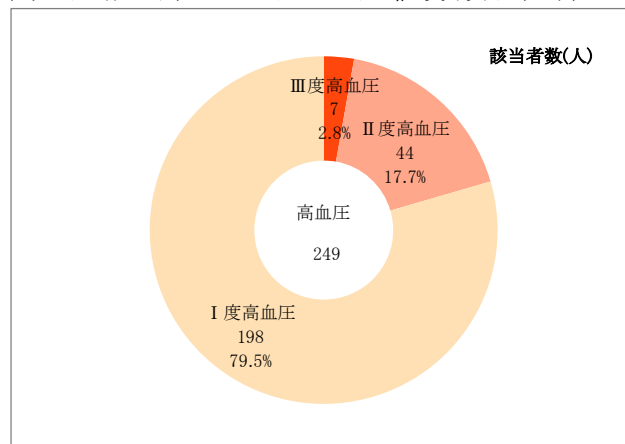
株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

### 健診受診者に占める高血圧該当者の割合



### 高血圧該当者における血圧値分類別割合

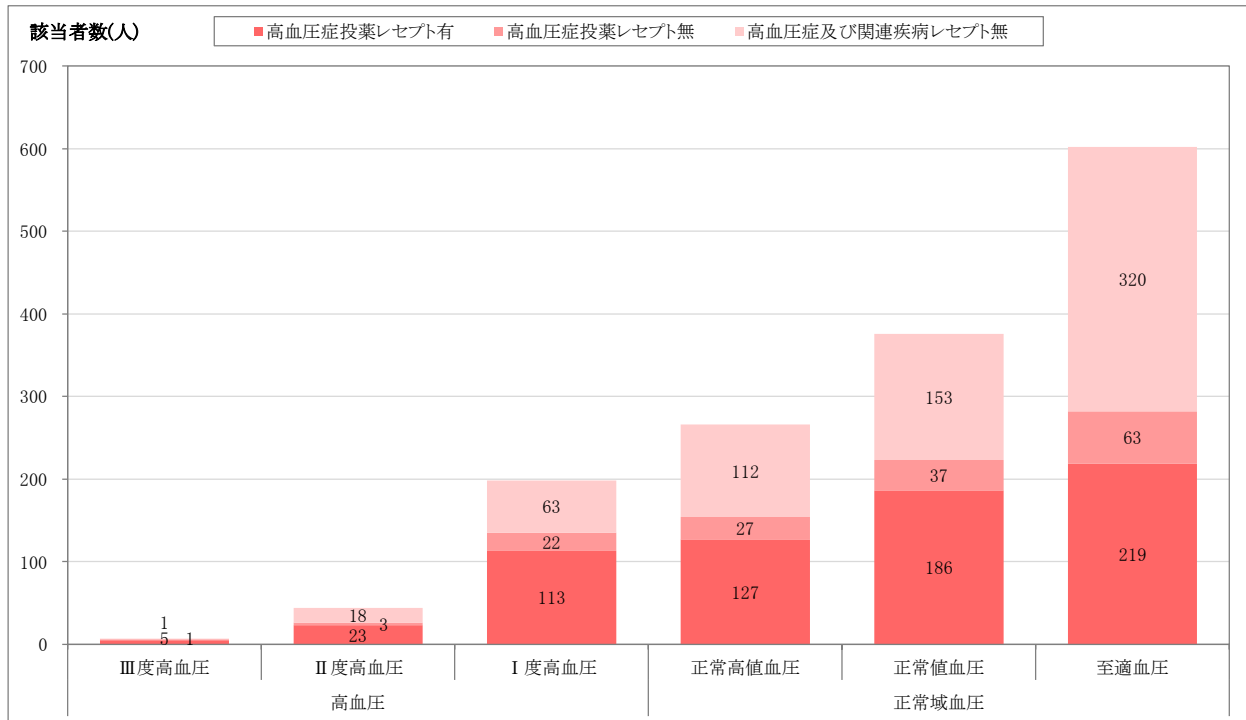


データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

## 健診及びレセプトによる血圧値の分類別該当状況



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。

※高血圧症…ICD10により、次の疾病を対象に集計。I10「本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)」、I15「二次性<続発性>高血圧(症)」

※関連疾病…中分類または、ICD10により、以下の疾病を対象に集計。

脳血管障害…0904「くも膜下出血」、0905「脳内出血」、0906「脳梗塞」、0907「脳動脈硬化(症)」、0908「その他の脳血管疾患」

心疾患…0902「虚血性心疾患」、0903「その他の心疾患」、I11「高血圧性心疾患」、I13「高血圧性心腎疾患」

腎疾患…1401「糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患」、1402「腎不全」、I12「高血圧性腎疾患」

血管疾患…0909「動脈硬化(症)」、0912「その他の循環器系の疾患」(一部)

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。

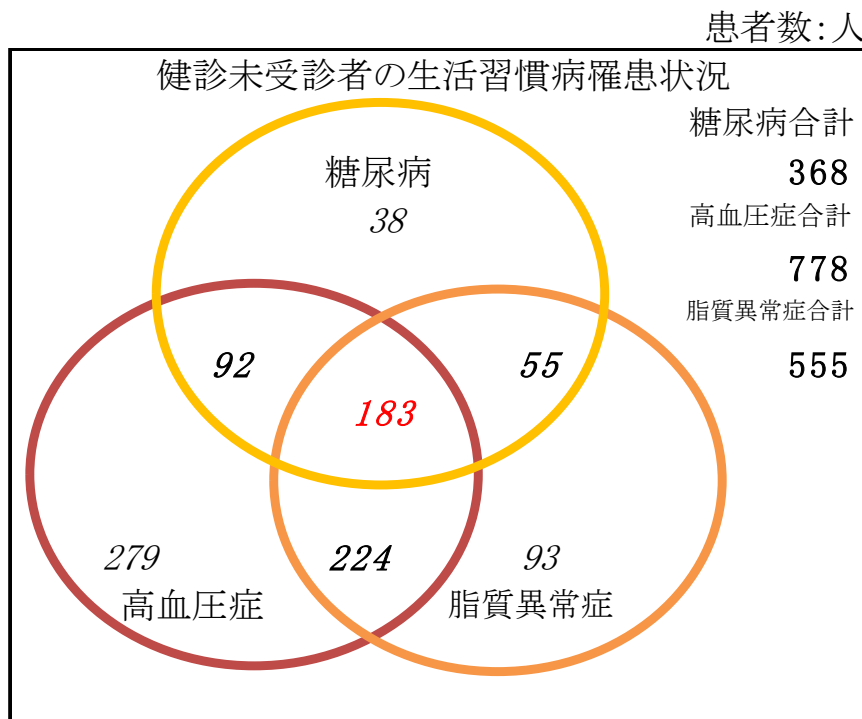
参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

グラフの見方

	高血圧該当者	正常域血圧該当者
高血圧症及び関連疾病 レセプト無	高血圧に該当するにもかかわらず、高血圧症及び関連疾病で医療機関を受診していない。	血圧値は安定しており、高血圧症及び関連疾病で医療機関を受診していない。
高血圧症投薬レセプト無	高血圧症または関連疾病で医療機関を受診しているが、高血圧症の投薬治療は行っておらず、血圧値はコントロール不良の状態にある。	高血圧症または関連疾病で医療機関を受診しているが、高血圧症の投薬治療は行っておらず、血圧値は安定している(コントロール良)。
高血圧症投薬レセプト有	高血圧症で投薬治療を受けているが、血圧値はコントロール不良の状態にある。	高血圧症で投薬治療を受けており、血圧値は安定している(コントロール良)。

### (6) 生活習慣病患者の健康診査受診状況別罹患状況と医療費

以下は、生活習慣病患者のうち特定健診未受診者の罹患状況と医療費を示したものである。



### 生活習慣病患者のうち健診未受診者の罹患状況と医療費

罹患状況 (投薬のある患者)	患者数(人) ※	医療費(円) ※		医療費合計 (円)	一人当たり 医療費(円)	
		入院	入院外			
<b>3疾病併存患者</b>	合計	183	47,101,600	97,152,080	144,253,680	788,271
<b>2疾病併存患者</b>	糖尿病・高血圧症	92	21,821,670	44,329,820	66,151,490	719,038
	糖尿病・脂質異常症	55	9,830,140	23,475,850	33,305,990	605,563
	高血圧症・脂質異常症	224	35,488,250	67,599,000	103,087,250	460,211
	合計	371	67,140,060	135,404,670	202,544,730	545,943
<b>1疾病患者</b>	糖尿病	38	5,175,640	13,880,450	19,056,090	501,476
	高血圧症	279	47,123,280	93,768,340	140,891,620	504,988
	脂質異常症	93	19,462,780	26,722,000	46,184,780	496,611
	合計	410	71,761,700	134,370,790	206,132,490	502,762

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)。

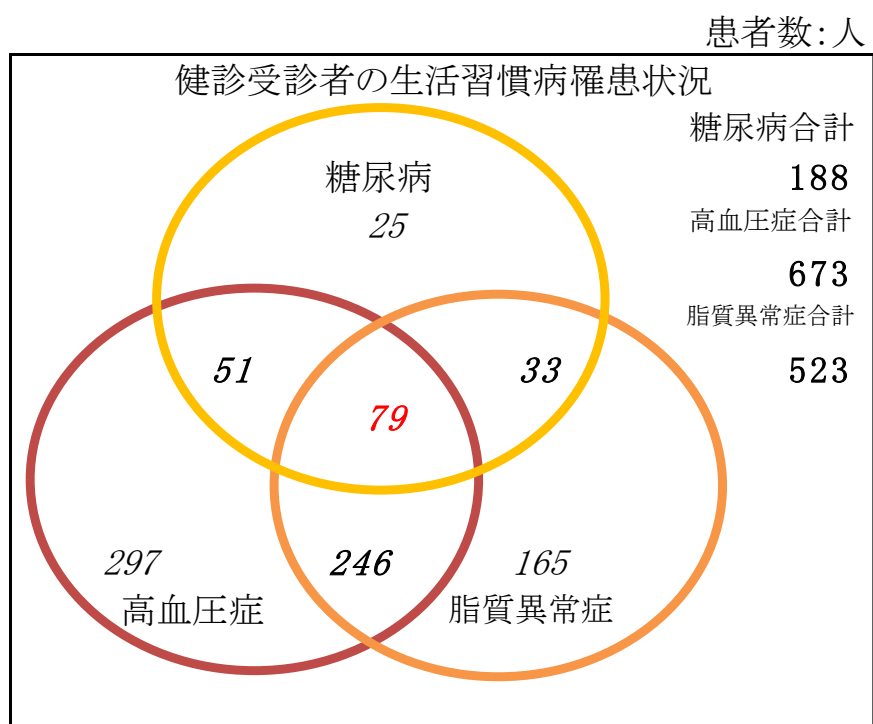
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※患者数…該当傷病名で投薬のある患者のみ集計する。

※医療費…データ化範囲内における該当患者の医療費全体。生活習慣病に関する医療費に限らない。

以下は、生活習慣病患者のうち特定健診受診者の罹患状況と医療費を示したものである。



### 生活習慣病患者のうち健診受診者の罹患状況と医療費

罹患状況 (投薬のある患者)	患者数(人) ※	医療費(円) ※		医療費合計 (円)	一人当たり 医療費(円)	
		入院	入院外			
<b>3疾病併存患者</b>	合計	79	16,692,670	38,874,830	55,567,500	703,386
<b>2疾病併存患者</b>	糖尿病・高血圧症	51	2,398,060	23,441,670	25,839,730	506,661
	糖尿病・脂質異常症	33	4,685,480	10,389,690	15,075,170	456,823
	高血圧症・脂質異常症	246	17,025,910	55,758,170	72,784,080	295,870
	合計	330	24,109,450	89,589,530	113,698,980	344,542
<b>1疾病患者</b>	糖尿病	25	1,207,140	5,955,410	7,162,550	286,502
	高血圧症	297	19,342,090	69,935,530	89,277,620	300,598
	脂質異常症	165	14,460,560	46,244,970	60,705,530	367,912
	合計	487	35,009,790	122,135,910	157,145,700	322,681

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。

※患者数…該当傷病名で投薬のある患者のみ集計する。

※医療費…データ化範囲内における該当患者の医療費全体。生活習慣病に関する医療費に限らない。



## (7) 特定健康診査受診者におけるHbA1cと血圧の検査数値別階層化状況

以下は、特定健康診査受診者におけるHbA1cについて、検査数値別に階層化したものである。男女ともに検査数値が「5.6～6.4%」である者の割合が1番高く、特に女性については、各年度70%以上を占めていることがわかる。

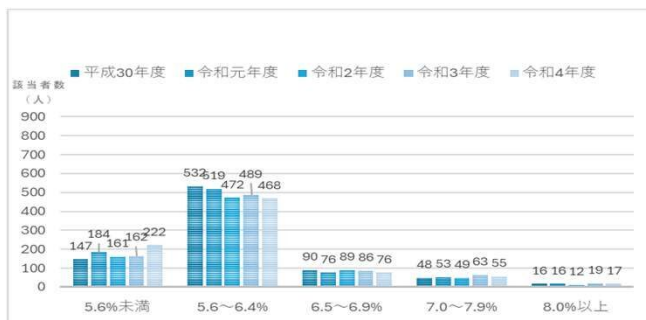
### HbA1c 検査数値別階層化

性別	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	該当者数 (人)	割合 (%)	該当者数 (人)	割合 (%)	該当者数 (人)	割合 (%)	該当者数 (人)	割合 (%)	該当者数 (人)	割合 (%)	
男性	5.6%未満	147	17.6%	184	21.7%	161	20.6%	162	19.8%	222	26.5%
	5.6～6.4%	532	63.9%	519	61.2%	472	60.3%	489	59.7%	468	55.8%
	6.5～6.9%	90	10.8%	76	9.0%	89	11.4%	86	10.5%	76	9.1%
	7.0～7.9%	48	5.8%	53	6.3%	49	6.3%	63	7.7%	55	6.6%
	8.0%以上	16	1.9%	16	1.9%	12	1.5%	19	2.3%	17	2.0%
	合計	833		848		783		819		838	
女性	5.6%未満	177	16.0%	212	19.9%	179	17.8%	148	14.5%	249	14.5%
	5.6～6.4%	821	74.1%	764	71.7%	720	71.8%	763	74.5%	723	74.5%
	6.5～6.9%	59	5.3%	50	4.7%	63	6.3%	67	6.5%	37	6.5%
	7.0～7.9%	41	3.7%	31	2.9%	30	3.0%	37	3.6%	39	3.6%
	8.0%以上	10	0.9%	9	0.8%	11	1.1%	9	0.9%	4	0.9%
	合計	1,108		1,066		1,003		1,024		1,052	

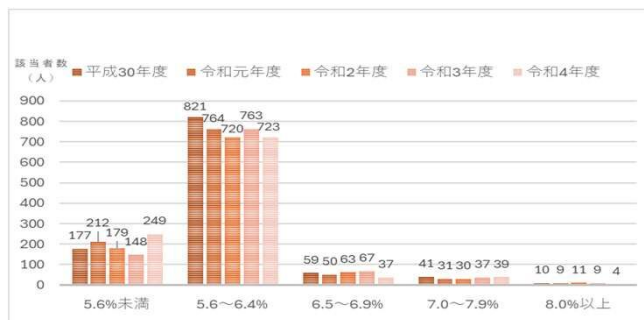
※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

### HbA1c 検査数値別階層化

(男性)



(女性)



※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

以下は、令和4年度におけるHbA1cの検査数値を年代別に階層化したものである。

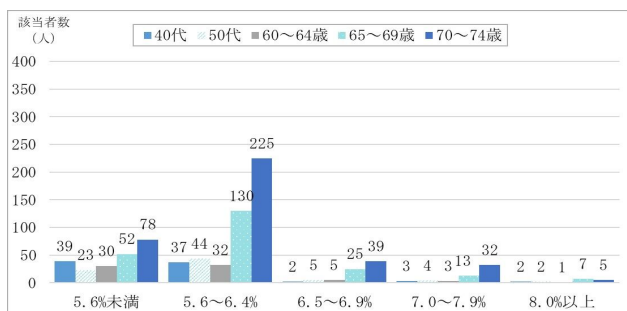
### HbA1c 検査数値・年代別階層化(令和4年度)

性別	令和4年度 該当者数 (人)					
	40代	50代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	
男性	5.6%未満	39	23	30	52	78
	5.6～6.4%	37	44	32	130	225
	6.5～6.9%	2	5	5	25	39
	7.0～7.9%	3	4	3	13	32
	8.0%以上	2	2	1	7	5
	合計	83	78	71	227	379
女性	5.6%未満	35	39	25	60	90
	5.6～6.4%	17	57	84	224	341
	6.5～6.9%	0	0	1	13	23
	7.0～7.9%	0	2	2	10	25
	8.0%以上	0	1	0	1	2
	合計	52	99	112	308	481

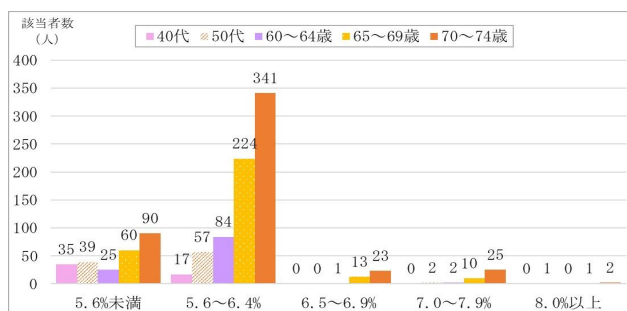
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

## HbA1c 検査数値・年代別階層化(令和4年度)

(男性)



(女性)



※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

以下は、令和4年度におけるHbA1cの検査数値を糖尿病レセプトの有無で示したものである。男女ともに検査数値が「5.6~6.4%」であり、かつ糖尿病レセプト無である割合が最も高いことがわかる。

## HbA1c 検査数値別糖尿病レセプトの有無(令和4年度)

性別	糖尿病レセプト有		糖尿病レセプト無		
	人数	割合	人数	割合	
男性	5.6%未満	34	10.1%	188	37.4%
	5.6~6.4%	117	34.9%	291	57.9%
	6.5~6.9%	61	18.2%	15	3.0%
	7.0~7.9%	50	14.9%	5	1.0%
	8.0%以上	13	3.9%	4	0.8%
	合計	335		503	
女性	5.6%未満	38	7.6%	211	30.4%
	5.6~6.4%	245	48.7%	478	68.8%
	6.5~6.9%	32	6.4%	5	0.7%
	7.0~7.9%	38	7.6%	1	0.1%
	8.0%以上	4	0.8%	0	0.0%
	合計	357		695	

※HbA1c6.5%以上かつ糖尿病レセプト無			
HbA1c検査数値	レセプト無	割合	
6.5%以上	148	24	16.2%

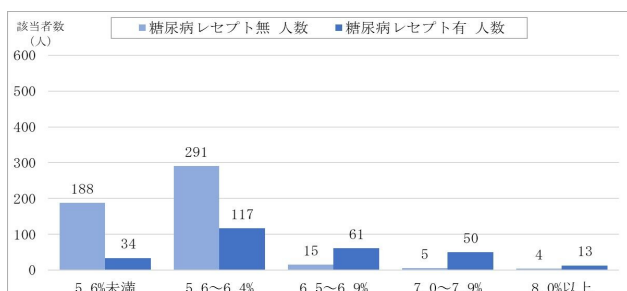
  

※HbA1c6.5%以上かつ糖尿病レセプト有			
HbA1c検査数値	レセプト有	割合	
6.5%以上	80	6	7.5%

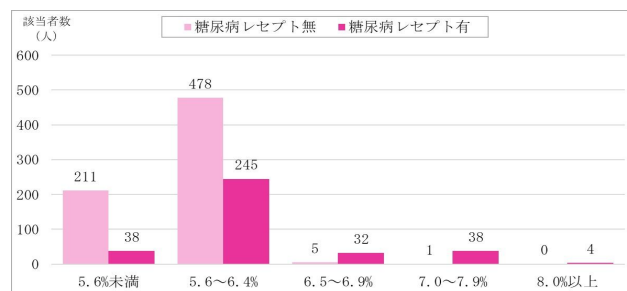
※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

## HbA1c 検査数値別糖尿病レセプトの有無(令和4年度)

(男性)



(女性)



※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

以下は、特定健康診査受診者における血圧について、検査数値別に階層化したものである。検査数値が「140-159mmHg/90-99mmHg」である者が、毎年約20%前後で推移していることがわかる。

### 血圧 検査数値別階層化

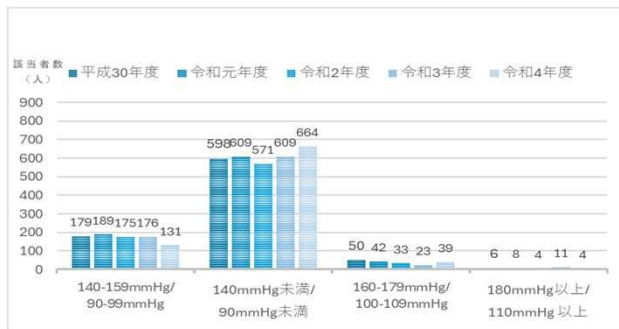
男性	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)
140-159mmHg/ 90-99mmHg	179	21.5%	189	22.3%	175	22.3%	176	21.5%	131	15.6%
140mmHg未満/ 90mmHg未満	598	71.8%	609	71.8%	571	72.9%	609	74.4%	664	79.2%
160-179mmHg/ 100-109mmHg	50	6.0%	42	5.0%	33	4.2%	23	2.8%	39	4.7%
180mmHg以上/ 110mmHg以上	6	0.7%	8	0.9%	4	0.5%	11	1.3%	4	0.5%
合計	833		848		783		819		838	

女性	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)
140-159mmHg/ 90-99mmHg	208	18.8%	223	20.9%	202	20.1%	182	17.8%	181	17.2%
140mmHg未満/ 90mmHg未満	833	75.2%	772	72.4%	758	75.6%	780	76.2%	820	77.9%
160-179mmHg/ 100-109mmHg	55	5.0%	62	5.8%	36	3.6%	54	5.3%	40	3.8%
180mmHg以上/ 110mmHg以上	12	1.1%	9	0.8%	7	0.7%	8	0.8%	11	1.0%
合計	1,108		1,066		1,003		1,024		1,052	

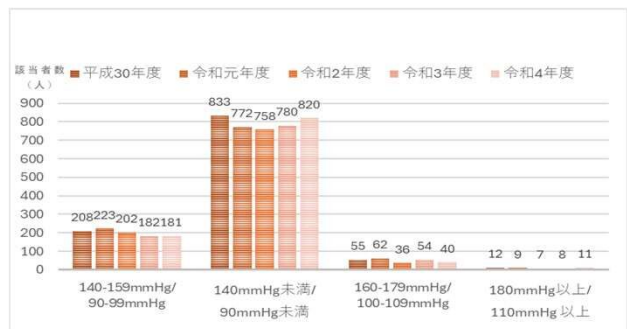
※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

### 血圧 検査数値別階層化

(男性)



(女性)



※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

以下は、令和4年度における、血圧の検査数値を年代別に階層化したものである。

### 血圧 検査数値・年代別階層化(令和4年度)

男性	令和4年度 該当者数(人)				
	40代	50代	60~64歳	65~69歳	70~74歳
140-159mmHg/ 90-99mmHg	4	16	10	38	63
140mmHg未満/ 90mmHg未満	75	55	58	176	300
160-179mmHg/ 100-109mmHg	3	6	2	12	16
180mmHg以上/ 110mmHg以上	1	1	1	1	0
合計	83	78	71	227	379

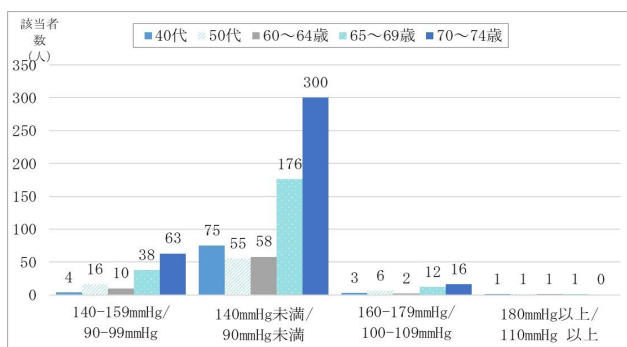
  

女性	令和4年度 該当者数(人)				
	40代	50代	60~64歳	65~69歳	70~74歳
140-159mmHg/ 90-99mmHg	5	18	16	55	87
140mmHg未満/ 90mmHg未満	47	79	91	240	363
160-179mmHg/ 100-109mmHg	0	2	4	11	23
180mmHg以上/ 110mmHg以上	0	0	1	2	8
合計	52	99	112	308	481

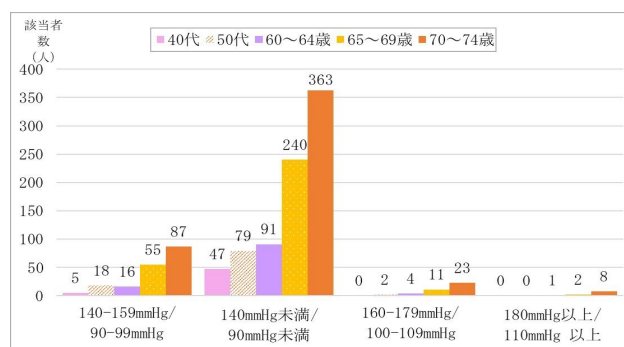
※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

## 血圧 検査数値・年代別階層化(令和4年度)

### (男性)



### (女性)



※「割合」は、「健診受診者のうち、その検査結果がある者」に対する「該当者数」の割合を表示している。端数は合わないことがある。  
出典:KDBシステム「保健事業介入支援管理」

## 7. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析

以下は、令和4年度における人工透析患者の分析を示したものである。「透析」は傷病名ではないため、「透析」に当たる診療行為が行われている患者を特定し集計した。

分析の結果、起因が明らかとなった患者のうち、79.2%が生活習慣を起因とするものであり、79.2%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症であることが分かる。

対象レセプト期間内で「透析」に関する診療行為が行われている患者数

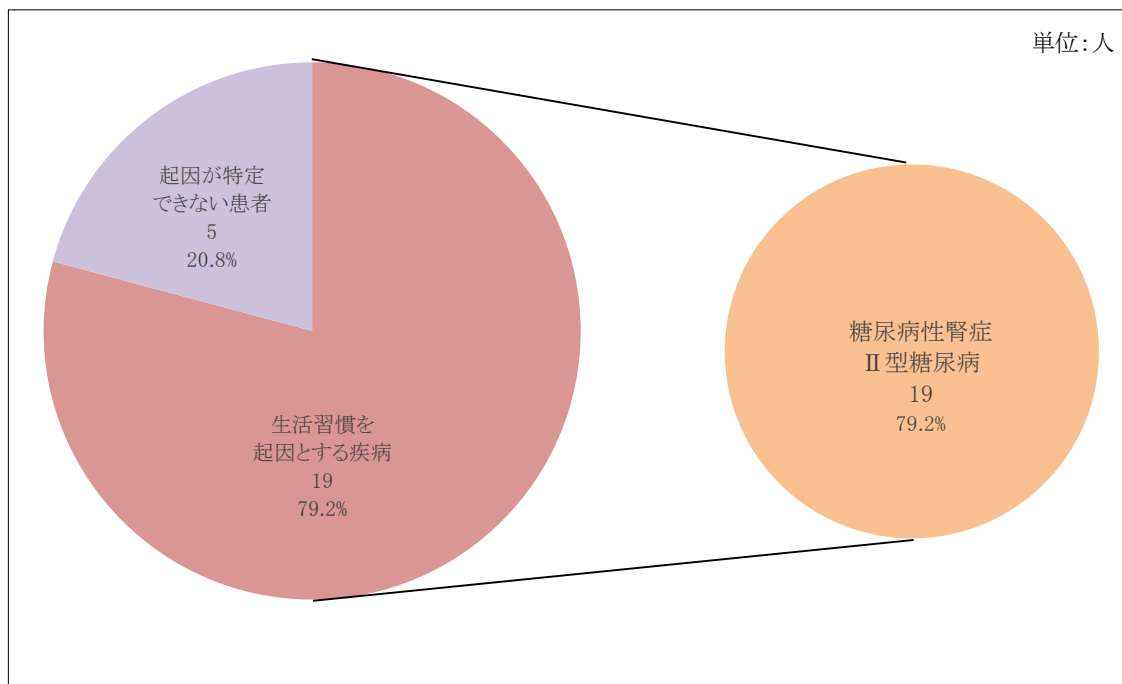
透析療法の種類	透析患者数 (人)
血液透析のみ	24
腹膜透析のみ	0
血液透析及び腹膜透析	0
透析患者合計	24

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)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

透析患者の起因



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)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※割合…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。

以下は、令和3年4月～令和4年3月診療分のレセプトにおける人工透析患者と、令和4年4月～令和5年3月診療分のレセプトにおける人工透析患者を比較し、後者の期間の新規透析患者数を集計したものである。

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)における新規透析患者数は4人である。

### 新規透析患者数

単位:人

透析に至った起因	A		B		Aにおいて透析患者ではなく Bにおいて透析患者となった人数  新規透析患者 ※1 ※2
	令和3年4月～令和4年3月 診療分(12カ月分)	割合 (%)	令和4年4月～令和5年3月 診療分(12カ月分)	割合 (%)	
① 糖尿病性腎症 I型糖尿病	0	0.0%	0	0.0%	0
② 糖尿病性腎症 II型糖尿病	18	72.0%	19	79.2%	3
③ 糸球体腎炎 IgA腎症	0	0.0%	0	0.0%	0
④ 糸球体腎炎 その他	1	4.0%	0	0.0%	0
⑤ 腎硬化症 本態性高血圧	0	0.0%	0	0.0%	0
⑥ 腎硬化症 その他	0	0.0%	0	0.0%	0
⑦ 痛風腎	0	0.0%	0	0.0%	0
⑧ 起因が特定できない患者 ※	6	24.0%	5	20.8%	1
透析患者合計	25		24		4

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3年4月～令和5年3月診療分(24カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※1 新規透析患者の定義…Aの期間に透析患者ではなく、Bの期間に透析患者となった患者。

※2 Aの期間とBの期間で起因となる傷病名が違う場合、該当の欄に集計される。そのため、B-Aは一致しない場合がある。

※⑧起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者。

### [参考資料] 宮城県における人工透析新規導入患者数の推移(人)

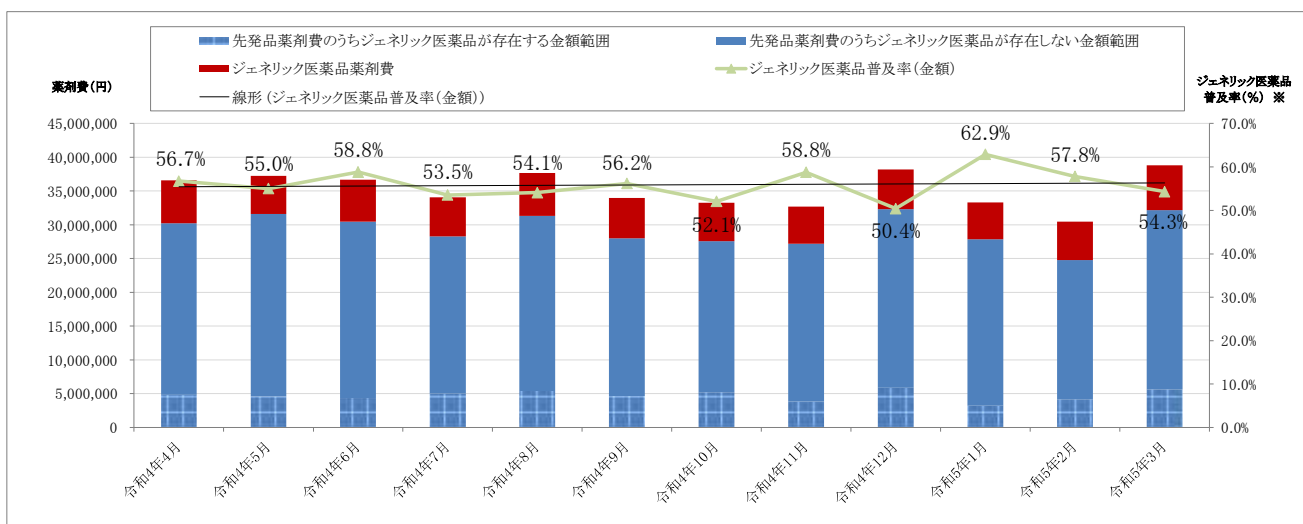


出典:一般社団法人 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2021年12月31日現在)」 施設調査による集計

## 8. ジェネリック医薬品普及率に係る分析

以下は、診療年月毎の状況について示したものである。令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)での平均ジェネリック医薬品普及率は、金額ベースでは55.9%、数量ベースでは85.1%である。

### ジェネリック医薬品普及率(金額ベース)



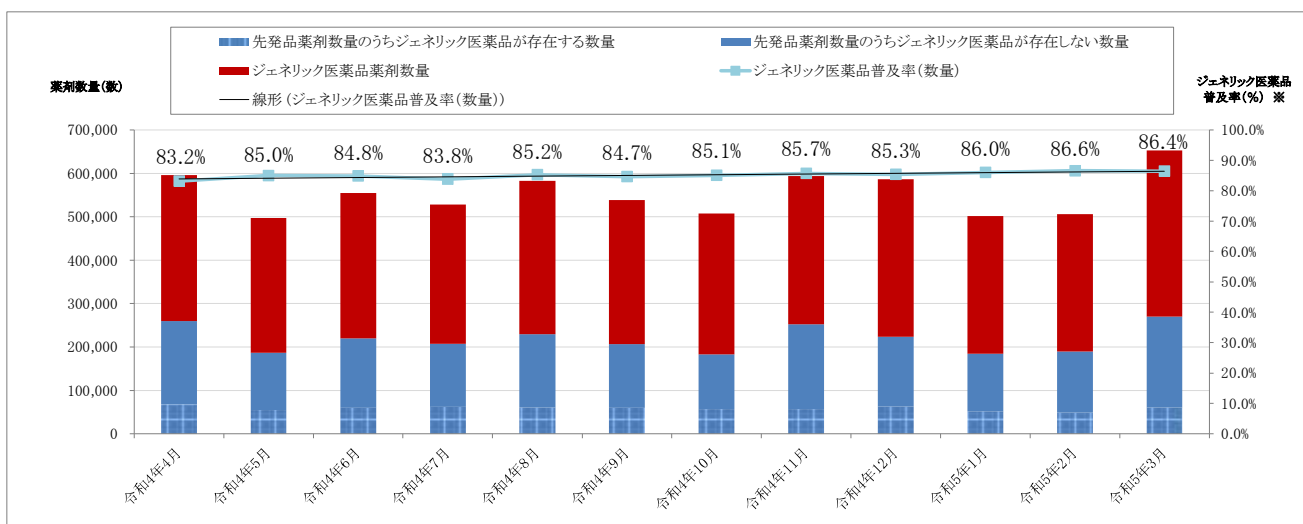
データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12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費/(ジェネリック医薬品薬剤費+先発品薬剤費のうちジェネリック医薬品が存在する金額範囲)

### 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。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

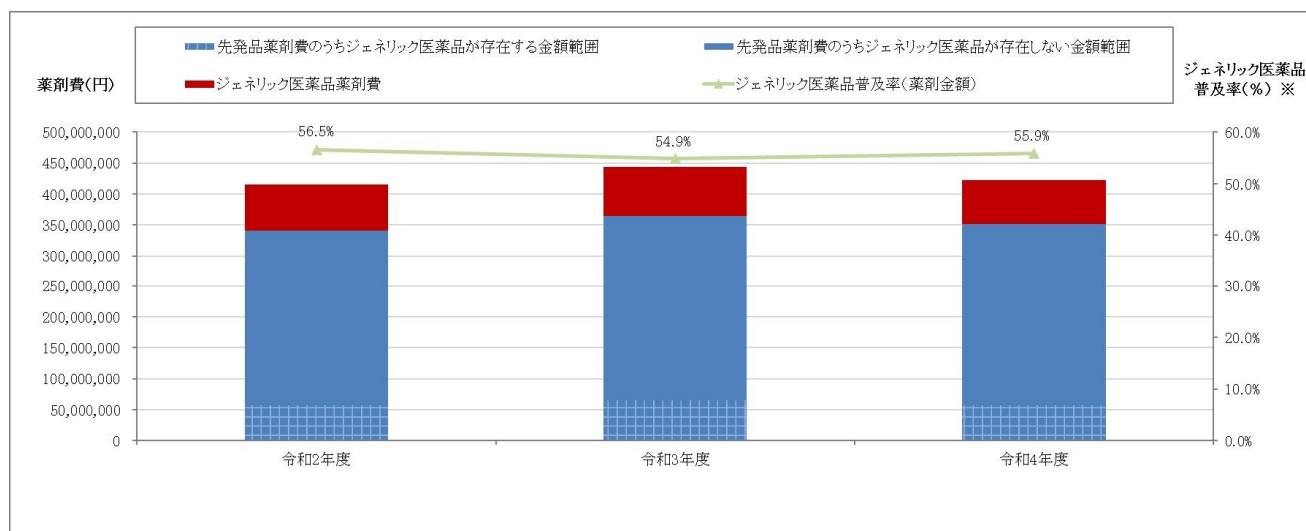
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※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)



以下は、令和2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(金額ベース・数量ベース)を年度別に示したものである。令和4年度を令和2年度と比較すると、ジェネリック医薬品普及率(金額ベース)55.9%は、令和2年度56.5%より0.6ポイント減少しており、ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)85.1%は、令和2年度83.2%より1.9ポイント増加している。

### 年度別 ジェネリック医薬品普及率(金額ベース)

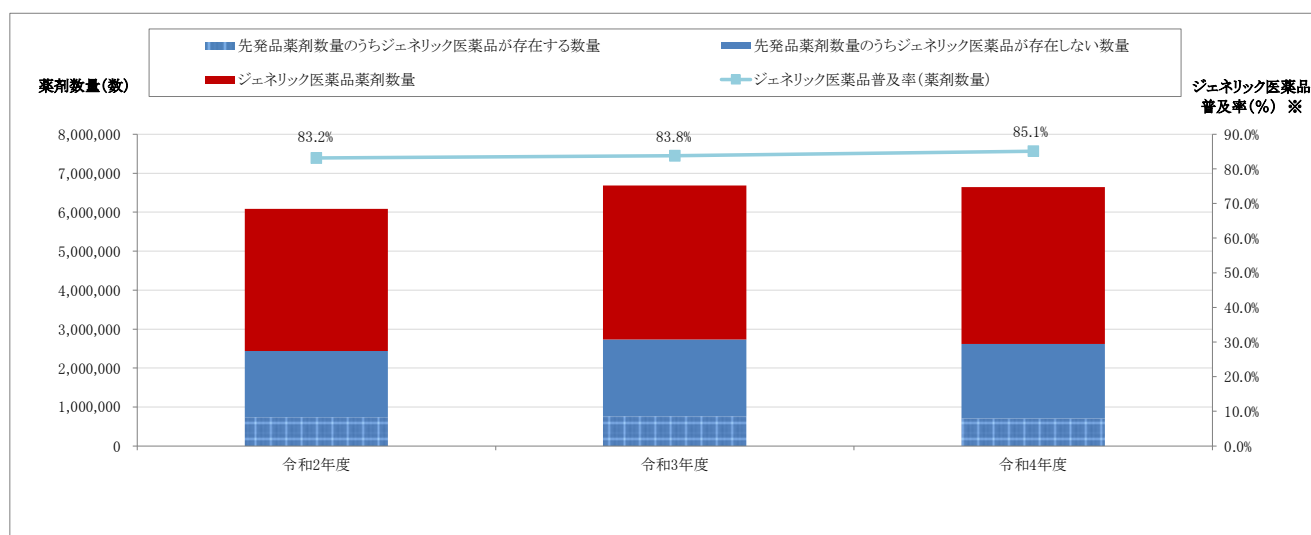


データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。  
対象診療年月は令和2年4月～令和5年3月診療分(36カ月分)。

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費/(ジェネリック医薬品薬剤費+先発品薬剤費のうちジェネリック医薬品が存在する金額範囲)

### 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。  
対象診療年月は令和2年4月～令和5年3月診療分(36カ月分)。

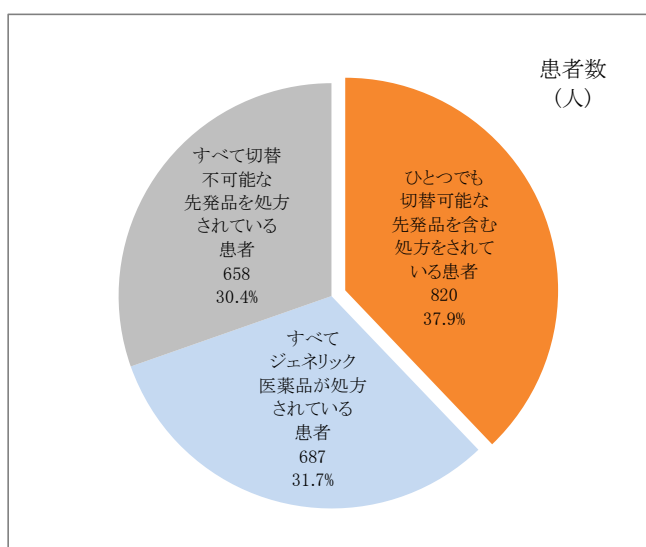
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※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)

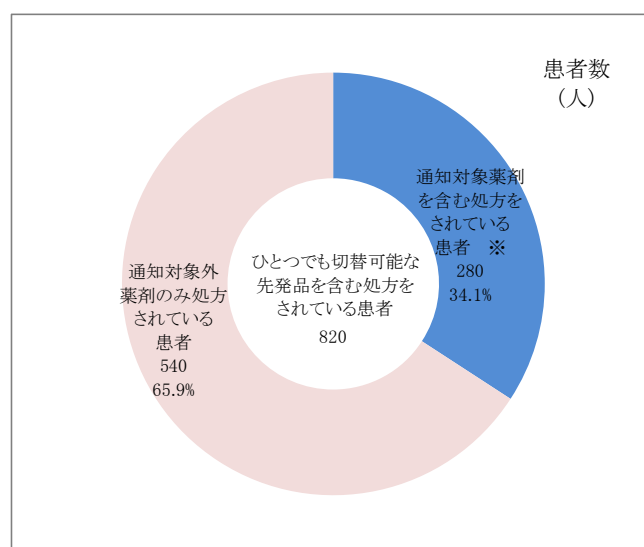


以下は、令和5年3月診療分のレセプトデータから、薬剤処方状況別の患者数を示したものである。患者数は2,165人(入院レセプトのみの患者は除く)で、このうちひとつでもジェネリック医薬品に切り替え可能な先発品を含む処方をされている患者は820人で患者数全体の37.9%を占める。さらにこのうち株式会社データホライゾン基準の通知対象薬剤のみに絞り込むと、280人がジェネリック医薬品切り替え可能な薬剤を含む処方をされている患者となり、ひとつでもジェネリック医薬品に切り替え可能な先発品を含む処方をされている患者の34.1%を占める。

### 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ゾ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・短期処方のみは含まない)。

※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。

## 9. 受診行動適正化指導対象者に係る分析

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」、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分析したものである。

### 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) ※	4	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	2
											12カ月間の延べ人数	27人
											12カ月間の実人数	12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) ※	3	4	5	7	5	5	4	3	2	2	3	7
											12カ月間の延べ人数	50人
											12カ月間の実人数	20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) ※	12	10	6	11	10	5	5	12	16	11	12	19
											12カ月間の延べ人数	129人
											12カ月間の実人数	76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。



## 第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

### 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

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものである。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	<p><b>生活習慣病</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療費及び患者数上位において、生活習慣に關係する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。</li> <li>透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。</li> </ul>	1	①、②、③、④、⑤	<p><b>糖尿病性腎症重症化による患者数・医療費の減少</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。</li> <li>新規透析患者を防ぐため、糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる支援を行う。</li> </ul>
B	<p><b>医療費、受診行動</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の使用割合は85.1%である。</li> <li>受診行動の適正化が必要な、重複服薬に該当する被保険者が存在する。</li> <li>薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在する。</li> </ul>	2	⑥、⑦	<p><b>医療費適正化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発や服薬指導により、医療費の適正化を図る。</li> </ul>

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

評価指標	計画策定 時実績 令和4年度	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10 年度	令和11 年度
新規透析患者数	4人	3人	3人	2人	2人	1人	0人
特定健康診査受診率	54.3%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
未受診者の特定健康診査受診率	18.1%	20%	21%	23%	24%	24%	25%
特定健康診査異常値者で医療機関受診勧奨優先対象者の医療機関受診率	60%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
特定保健指導終了率	21.8%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定健康診査受診者のメタボ該当・予備群割合	メタボ該当 保留 予備群該当 保留	メタボ該当 25.0% 予備群該当 9.5%	メタボ該当 24.0% 予備群該当 9.0%	メタボ該当 23.0% 予備群該当 8.5%	メタボ該当 22.0% 予備群該当 8.0%	メタボ該当 21.0% 予備群該当 7.5%	メタボ該当 20.0% 予備群該当 7.0%
健康教育参加者の翌年度特定健康診査結果における血圧値の維持または改善割合	81.8%	82%	83%	83%	84%	84%	85%
健康教育参加者の翌年度特定健康診査結果におけるHbA1c値の維持または改善割合	90.9%	91%	91%	92%	93%	94%	95%
後発医薬品使用割合 (数量ベース)	85.1%	85.5%	86.0%	86.3%	86.5%	86.8%	87.0%
適正服薬通知対象者の減少	—%	—%	25%	25%	40%	45%	50%

## 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ある。

事業番号 (優先度)	事業名称	事業目的	区分
①	糖尿病性腎症 重症化予防事業	糖尿病性腎症の重症化を予防し、人工透析への移行を阻止する。	継続
②	特定健康診査 受診勧奨事業	特定健康診査未受診者の受診率向上	継続
③	健診異常値者 受診勧奨事業	健診異常値を放置している対象者(血圧、HbA1c、中性脂肪、LDLコレステロール、血清クレアチニンeGFR、尿蛋白)の医療機関受診を勧奨し、生活習慣病の重症化を予防する。	継続
④	特定保健指導事業	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	継続
⑤	疾病予防健康教育事業	特定健康診査結果において血圧またはHbA1c値が一定基準を超える者に食事や運動の健康教育を実施することで、自身の生活習慣を見直し生活習慣病の発症を予防する。	新規
⑥	ジェネリック医薬品 普及促進事業	ジェネリック医薬品の普及率を向上させ、医薬品に係る医療費の削減を図る。	継続
⑦	適正服薬推進事業 (重複・多剤投与)	対象者の重複服薬・多剤投与を確認し、受診行動の適正化を図る。	継続

事業番号：① 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化を予防し、人工透析への移行を阻止する。								
対象者	<b>【受診勧奨】</b> (1) 健診結果において、各々の基準に該当し、最終の受診日から6か月受診記録の無い者								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療機関未受診者</td> <td> <b>【①かつ②または③に該当】</b>                      ①HbA1c6.5%以上 ②尿蛋白を認める ③血清クレアチニンeGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満                 </td> </tr> <tr> <td>みやぎ県南中核病院腎臓外来への受診勧奨</td> <td> <b>【①または②に該当】</b>                      ①血清クレアチニンeGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満 ②尿蛋白2+以上                 </td> </tr> <tr> <td>みやぎ県南中核病院糖尿病科への受診勧奨</td> <td> <b>【①かつ②に該当し糖尿病科医師により受診勧奨が必要と判断した者】</b>                      ①HbA1c6.5%以上 ②糖尿病の服薬が無い                 </td> </tr> </tbody> </table>		基準	医療機関未受診者	<b>【①かつ②または③に該当】</b> ①HbA1c6.5%以上 ②尿蛋白を認める ③血清クレアチニンeGFR60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	みやぎ県南中核病院腎臓外来への受診勧奨	<b>【①または②に該当】</b> ①血清クレアチニンeGFR45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 ②尿蛋白2+以上	みやぎ県南中核病院糖尿病科への受診勧奨	<b>【①かつ②に該当し糖尿病科医師により受診勧奨が必要と判断した者】</b> ①HbA1c6.5%以上 ②糖尿病の服薬が無い
		基準							
	医療機関未受診者	<b>【①かつ②または③に該当】</b> ①HbA1c6.5%以上 ②尿蛋白を認める ③血清クレアチニンeGFR60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満							
みやぎ県南中核病院腎臓外来への受診勧奨	<b>【①または②に該当】</b> ①血清クレアチニンeGFR45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 ②尿蛋白2+以上								
みやぎ県南中核病院糖尿病科への受診勧奨	<b>【①かつ②に該当し糖尿病科医師により受診勧奨が必要と判断した者】</b> ①HbA1c6.5%以上 ②糖尿病の服薬が無い								
(2) 糖尿病治療中断者 糖尿病治療薬やインスリンを使用していた者のうち、以下のいずれかに該当し、最終の受診日から6か月以上受診記録の無い者 ①KDBシステムにより抽出した対象者 ②かかりつけ医が治療を中断したと判断し、受診勧奨が必要と認める者									
<b>【保健指導】</b> (1) または (2) のうち、保健指導への参加について、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者 (1) 糖尿病治療中で、以下のいずれかに該当する者 ①尿蛋白を認める ②血清クレアチニンeGFR60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 ③HbA1c8.0%以上 ④Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上 ⑤脂質異常症等(LDLコレステロール180mg/dl以上または中性脂肪500mg/dl以上) (2) その他保健指導が必要と認める者									
現在までの事業結果	令和元年度より本事業を実施。令和元年度に支援体制を構築し、令和2年度に保健指導案内体制を構築、令和4年度にプログラムを改定し、みやぎ県南中核病院への受診ができる仕組みを構築した。被保険者数における糖尿病患者割合は20%前後で推移しており、新規人工透析患者が毎年いる。								

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム(短期)	<b>【受診勧奨】</b> 受診勧奨者の医療機関受診率	61.5%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	<b>【保健指導】</b> 翌年の腎症病期が維持または改善した割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>【保健指導】</b> 翌年の健診結果におけるHbA1cが維持または改善した割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム(中長期)	新規透析患者数	4人	3人	3人	2人	2人	1人	0人
アウトプット	<b>【受診勧奨】</b> 未受診者・治療中断者への勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>【保健指導】</b> 保健指導勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>【保健指導】</b> 保健指導参加率	5.0%	20%	20%	20%	20%	20%	20%

### 実施方法(プロセス)

<p><b>【受診勧奨】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の結果及びレセプト情報やKDBシステムを活用し対象者を抽出する。</li> <li>・みやぎ県南中核病院の糖尿病科及び腎臓外来と連携し、受診勧奨を行う。</li> <li>・受診に繋がらない対象者については、本人と接点を取り、受診の必要性を説明する。</li> <li>・3か月ごと対象者のレセプト情報を確認し、受診が継続できているか確認する。</li> </ul> <p><b>【保健指導】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の結果及びレセプト情報やKDBシステムを活用し対象者を抽出する。</li> <li>・保健指導の候補者名簿を作成し、ナッジ理論を活用した保健指導案内を送付する。</li> <li>・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健事業担当が6か月間の保健指導(面談、電話、訪問等)を実施する。</li> <li>・保健指導中は糖尿病連携手帳や保健指導実施報告書を用いてかかりつけ医と情報共有する。</li> <li>・対象者の翌年の健診結果を確認し、効果確認を行う。</li> </ul>
---

### 実施体制(ストラクチャー)

<p><b>【受診勧奨】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業担当が受診勧奨を行う。</li> <li>・みやぎ県南中核病院等の関係機関と連携し、対象者を適切に受診に繋げる。</li> </ul> <p><b>【保健指導】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導参加率に応じて、保健指導案内の内容を修正し、保健指導の参加率向上を図る。</li> <li>・保健事業担当はかかりつけ医と連携したうえで保健指導を行う。</li> </ul>
---

### 評価方法

<p><b>【アウトカム指標】</b></p> <p>受診勧奨者の医療機関受診率：          年度末時点で対象者（糖尿病科、腎臓外来含む）が医療機関を受診した数/対象者（糖尿病科、腎臓外来含む）×100          翌年の腎症病期が維持または改善した割合：          保健指導指示書の値と翌年の健診結果の値を比較し、維持または改善した者/保健指導参加者×100          翌年の健診結果におけるHbA1cが維持または改善した割合：          保健指導指示書の値と翌年の健診結果の値を比較し、維持または改善した者/保健指導参加者×100</p> <p>新規透析患者数：          KDBシステムの人工透析患者一覧表を用いて、昨年度末の対象者との比較</p> <p><b>【アウトプット指標】</b></p> <p>保健指導参加率：参加者/対象者×100</p>
--

### 年間スケジュール

PDCA		実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
保健指導	D(実行)	保健指導	←→							←→				
		健診結果から保健指導対象者を抽出し通知							←→					
	C(効果測定)	効果確認								←→				
	A(改善)	改善計画・予算作成								←→				
	P(計画)	実施計画策定(保健事業計画作成)	←→										←→	
		健診結果から医療機関未受診者を抽出し受診勧奨							←→					
		治療中断者の受診勧奨					←→						←→	
	C(効果測定)	レセプトから受診状況確認		←→			←→			←→			←→	
	A(改善)	改善計画・予算作成								←→				
	P(計画)	実施計画策定(保健事業計画作成)	←→										←→	



## 事業番号：② 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査未受診者の受診率向上
対象者	特定健康診査未受診者
現在までの事業結果	平成30年度より特定健康診査受診勧奨を外部委託で実施し、未受診者へ勧奨を行ったが、目標値は達成しなかった。受診勧奨後に医療機関を受診している対象者から意見や問い合わせが多いため、勧奨内容の検討が必要である。

### 今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム(成果)【短期】	未受診者の特定健康診査受診率	18.1%	20%	21%	23%	24%	24%	25%
アウトカム(成果)【中長期】	特定健康診査受診率	54.3%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査(集団健診)未受診者を対象者とし、年2回、受診勧奨通知を送付する。
- ・受診勧奨通知の内容を工夫し、医療機関を受診している対象者へもアプローチできる内容に変更する。
- ・広報等において、年間を通して実施される特定健康診査(集団健診・個別健診・人間ドック)について周知する。
- ・過去3年間、医療機関及び特定健康診査を受診していない健康状態不明者に対し、集団健診前に別途受診勧奨通知を送付する。

### 実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は国保担当とし、予算編成や関係機関との連携調整を行う。

### 評価方法

- ・アウトカム(成果)【短期】「未受診者の特定健康診査受診率」は、(受診勧奨対象の特定健康診査受診者数/受診勧奨対象者数)×100とする。
- ・アウトカム(成果)【中長期】「特定健康診査受診率」は、法定報告の数値を用いる。(特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数)×100とする。

### 年間スケジュール

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	健診日程等の周知	⇔											
	対象者の抽出					⇔							
	勧奨通知の送付					⇔							
C(効果測定)	未受診者の健診受診率								⇔				
	健診受診率										⇔		
A(改善)	改善計画								⇔				
P(計画)	実施計画策定(令和7年度)								⇔				

## 事業番号：③ 健診異常値者受診勧奨事業【継続】

事業の目的	健診異常値を放置している対象者（血圧、HbA1c、中性脂肪、LDLコレステロール、血清クレアチニンeGFR、尿蛋白）の医療機関受診を勧奨し、生活習慣病の重症化を予防する
対象者	<p>特定健診受診者のうち、下記のいずれかの受診勧奨値に達している者</p> <p>①収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上（Ⅱ度高血圧以上）                  ②HbA1c6.5%以上                  ③中性脂肪500mg/dl以上                  ④LDLコレステロール180mg/dl以上                  ⑤血清クレアチニンeGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満または尿蛋白2+以上</p> <p>&lt;優先対象者&gt;</p> <p>1：収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上（Ⅲ度高血圧以上）                  2：HbA1c8.0%以上                  3：①～⑤の対象者のうち、2年連続未受診者                  上記1～3のうち、6か月以上内科受診が確認できない者</p>
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通知による受診勧奨後も未受診者に対し、電話で再勧奨したことにより医療機関受診率が増加した。</li> <li>・2年連続未受診者に対し、優先順位を決めて訪問による勧奨を行ったこともあり、更に受診率が増加した。</li> <li>・令和4年度より血清クレアチニンeGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満または尿蛋白2+以上の者に対し受診勧奨を実施している。</li> <li>・令和3年度より健診当日における特定保健指導該当者のうち、Ⅱ度高血圧以上で未受診の方は、特定保健指導会場にて特定保健指導委託業者による受診勧奨を行った。</li> </ul>

### 今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム (成果) 指標	<短期> 対象者の医療機関受診率	85.6%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	<中長期> 優先対象者の医療機関受診率	60.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	優先対象者への訪問・面接・電話による勧奨率	93.3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 今後の実施方法(プロセス)

<p>&lt;集団健診&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1：特定保健指導委託業者と連携し、健診当日における特定保健指導該当者のうちⅡ度高血圧以上で未受診者は、特定保健指導会場にて受診勧奨が実施できるよう打合せを行う。</li> <li>2：健診当日における特定保健指導該当者のうちⅡ度高血圧以上で未受診の方は、特定保健指導会場にて特定保健指導委託業者による受診勧奨を行う。</li> <li>3：特定健康診査の受診後、その結果で上記受診勧奨値①～⑤に該当している対象者全員に医療機関受診勧奨通知書を送付する。</li> <li>4：優先対象者についてリストを作成し、国保担当係と健診結果担当係間で共有する。</li> <li>5：優先対象者には、訪問・面接・電話により実態を把握した上で健診結果について伝え、受診勧奨を行う。</li> <li>6：各種手続きで来庁の際に、受診勧奨が行えるよう調整する。</li> <li>7：勧奨した対象者が受診行動に結びついているか、レセプトデータ等を確認する。</li> <li>8：未受診者について、糖尿病や脳血管疾患の今後の発症予測を記載した再勧奨通知書を送付する。</li> <li>9：確認後も未受診者について、対象者の実態に合わせた再勧奨（通知・訪問・面接・電話等）を行う。</li> <li>10：受診勧奨後のレセプトデータ等を確認し、効果を検証する。</li> </ol> <p>&lt;個別健診&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1：特定健康診査の結果が国保担当に届き次第、保健事業担当がレセプトデータ等を確認する。</li> <li>2：対象者のうち、6か月以上内科受診が確認できない者を確認する。</li> <li>3：集団健診8～10と同様の方法を実施。</li> </ol>
---

### 今後の実施体制(ストラクチャー)

- ・国保担当が予算編成や特定保健指導委託業者との連絡調整等を行う。
- ・保健事業担当が事業実施・効果測定・効果確認を行う。
- ・改善計画や翌年度計画の反映については、国保担当及び保健事業担当が連携をとり行う。

評価計画

評価指標を下記のように設定する。

アウトプット：

対象者への通知率（対象者のうち通知により勧奨した数/対象者数×100）

優先対象者へ訪問・面接・電話による勧奨率（優先対象者のうち訪問・面接・電話により勧奨した数/優先対象者数×100）

アウトカム：

対象者の医療機関受診率（年度末時点で対象者が医療機関を受診した数/対象者数×100）

優先対象者の医療機関受診率（年度末時点で優先対象者が医療機関を受診した数/優先対象者数×100）

優先対象者は、各項目毎で把握しておき、その年度毎に効果的な勧奨方法について振り返る。

【実施スケジュール】

令和6年度～令和11年度に実施することとする。

<集団健診>

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	特定保健指導委託業者と打合せ				↔								
	健診当日の受診勧奨					↔	↔	↔	↔				
	通知による受診勧奨						↔	↔	↔	↔			
	優先対象者リスト作成・共有						↔	↔	↔				
	訪問・面接・電話による受診勧奨						↔	↔	↔	↔	↔	↔	
	未受診者への再勧奨											↔	↔
C(効果測定)	レセプト等データ確認										↔	↔	
	効果検証												↔
A(改善)	改善計画												↔
P(計画)	翌年度計画策定												↔

<個別健診>

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	健診結果から未受診者確認										↔		
	通知による受診勧奨											↔	
	訪問・面接・電話による勧奨												↔
C(効果測定)	レセプト等データ確認											↔	
	効果検証											↔	
A(改善)	改善計画												↔
P(計画)	翌年度計画策定												↔

## 事業番号：④ 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者。
現在までの事業結果	平成30年度より健診会場にて初回分割実施を開始。平成30年度は健診期間中2日間のみ、令和元年度から全日程で実施した。後日保健指導も実施し、対象者には保健事業担当が電話による利用勧奨を行い、平成30年度から実施率は伸長したが、令和3年度から減少している。目標値である毎年5～10%上昇に乖離している。個別健診受診者における特定保健指導の実施体制の構築も行い、利用勧奨を行ったが実施者がいない。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム (成果)指標	(短期) 指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率	食習慣 58.5%	食習慣 60.0%	食習慣 60.0%	食習慣 60.0%	食習慣 60.0%	食習慣 60.0%	食習慣 60.0%
		運動習慣 39.6%	運動習慣 45.0%	運動習慣 45.0%	運動習慣 45.0%	運動習慣 45.0%	運動習慣 45.0%	運動習慣 45.0%
アウトカム (成果)指標	(中長期) 健診受診者のメタボ該当・予備群割合	メタボ該当 保留 予備群該当 保留	メタボ該当25.0% 予備群該当9.5%	メタボ該当24.0% 予備群該当9.0%	メタボ該当23.0% 予備群該当8.5%	メタボ該当22.0% 予備群該当8.0%	メタボ該当21.0% 予備群該当7.5%	メタボ該当20.0% 予備群該当7.0%
		アウトプット (実施量・率)指標	対象者への指導終了率	30.8%	45%	48%	51%	54%
アウトプット (実施量・率)指標	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診全日程で初回分割実施を行う。</li> <li>・特定保健指導判定値の該当者には特定健康診査結果に後日保健指導の利用勧奨案内文書を送付している</li> <li>・後日保健指導を受ける対象者に利用勧奨をし、返事がない場合は、電話等により利用勧奨をし、特定保健指導に繋げる。</li> <li>・個別健診の健診結果は委託先より入手し、特定保健指導該当者に利用勧奨案内文書を送付している。</li> <li>・個別健診による特定保健指導該当者で利用申込みがない者には電話にて勧奨する。</li> </ul>
---

実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診及び人間ドッグにおける受診者の保健指導を健診団体へ、個別健診受診者の保健指導は保健事業担当が行う。</li> <li>・保健指導前に委託業者と打合せを行う。</li> <li>・保健事業担当は、後日保健指導該当者へ案内文書作成・郵送、電話による利用勧奨を担当する。</li> <li>・国保担当は、予算編成、委託業者との委託契約を担当する。</li> </ul>
---

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム【短期】指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率は、食習慣、生活習慣に「改善」を選択した者/指導完了者数×100で求める。集団健診受診者は最終評価時生活習慣質問票で、個別健診受診者最終面談で確認する。</li> <li>・アウトカム【中長期】健診受診者のメタボ該当・予備群の割合は、翌年度法定報告値で確認する。</li> </ul>
---

## 年間スケジュール

PDCA		実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診対象者	D(実行)	委託業者との打合せ・実施準備				⇔								
		保健指導						⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔
		後日保健指導案内通知郵送・電話勧奨							⇔	⇔				
	C(効果測定)	指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率の確認				⇔								
		健診受診者のメタボ該当・予備群の改善率の割合											⇔	⇔
	A(改善)	改善計画								⇔				
P(計画)	実施計画策定(保健事業計画策定)	⇔											⇔	
PDCA		実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
個別健診対象者	D(実行)	健診結果入手・対象者抽出										⇔		
		保健指導案内通知郵送・電話勧奨											⇔	
		保健指導	⇔	⇔	⇔									⇔
	C(効果測定)	指導完了者の食習慣・運動習慣の改善率の確認				⇔								
		健診受診者のメタボ該当・予備群の改善率の割合											⇔	⇔
	A(改善)	改善計画								⇔				
P(計画)	実施計画策定(保健事業計画策定)	⇔										⇔	⇔	

## 事業番号：⑤ 疾病予防健康教育事業【新規】

事業の目的	特定健康診査結果において血圧またはHbA1c値が次の①または②である者に食事や運動の健康教育を実施することで、自身の生活習慣を見直し生活習慣病の発症を予防する。
対象者	特定健康診査結果において血糖や血圧の薬を内服していない以下のいずれかに該当する者 ①血圧130/85～159/99mmHg未満 ②HbA1c5.6～6.5%未満
現在までの事業結果	令和3年度から健康教育を実施した。2グループ50人定員としていたが、案内方法や実施内容が毎年同様であったため、健康状態無関心層へのアプローチが足りず令和4年度は令和3年度より申込人数が減った。令和5年度から、1グループ30人定員とし、運動教室を1回増やした。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム (成果) 【短期】	本人目標達成割合	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
アウトカム (成果) 【短期】	事後アンケートで生活の振り返りができたと答える割合	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム (成果) 【中長期】	健康教育参加者の翌年度健診結果における血圧値の維持または改善割合	81.8%	82%	83%	83%	84%	84%	85%
アウトカム (成果) 【中長期】	健康教育参加者の翌年度健診結果におけるHbA1c値の維持または改善割合	90.9%	91%	91%	92%	93%	94%	95%
アウトプット (実施量・率)	事業対象者への案内率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

実施方法(プロセス)

案内については、案内文書のほか教室の内容詳細や健診結果の数値の悪化により、どのようなリスクがあるかを盛り込んだチラシ等を同封する。

教室については、開催方法は昨年の参加状況に合わせて検討する。内容については、

①初回面接を行い、健診結果の確認・生活習慣の振り返り・目標設定等を行う。

②家庭でも気軽にできる運動教室を行う。

③教室で学んだ運動の継続実施結果や目標の達成状況の確認を行う。

次年度以降の健診結果が改善されているか、長期間に渡り推移を確認していく。

実施体制(ストラクチャー)

- ・ 主管部門は国保担当とし、保健事業担当と連携しながら行う。
- ・ 国保担当は、予算編成、事業計画、事業運営を行う。
- ・ 保健事業担当は、対象者の抽出、健康教育を行う。
- ・ 国保運営協議会で年1回、被保険者代表、保険医代表等に報告する。

評価方法

アウトカム【短期】指標は、健康教育終了後に参加者からのアンケート回答結果をもとに計測する。アンケートで「できた、まあまあできた」と回答した者とする。アウトカム【中長期】指標は、前年度と比較する。

年間スケジュール

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	対象者抽出							←→					
	案内の送付							←→					
	健康教育実施								←→	←→	←→	←→	←→
C(効果測定)	アンケート結果集計											←→	
A(改善)	改善計画								←→	←→	←→	←→	
P(計画)	次年度実施計画策定								←→	←→	←→	←→	

## 事業番号：⑥ ジェネリック医薬品普及促進事業【継続】

事業の目的	ジェネリック医薬品の普及率を向上させ、医薬品に係る医療費の削減を図る
対象者	国民健康保険被保険者全員
現在までの事業結果	第1期、第2期データヘルス計画でジェネリック医薬品普及促進事業を展開し、数量ベースでのジェネリック医薬品は国での目標値である80%を超え、令和4年度末は85.1%であった。更なる普及率向上のため、引き続き事業を行う。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム (成果) 【短期】	ジェネリック医薬品差額通知対象者の切り替え率（数量ベース）	14.7%	15%	15.5%	16%	16.5%	16.8%	17%
アウトカム (成果) 【短期】	ジェネリック医薬品差額通知対象者の切り替えによる削減効果額	79,964円	80,000円	82,000円	84,000円	86,000円	88,000円	90,000円
アウトカム (成果) 【中長期】	ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	85.1%	85.5%	86.0%	86.3%	86.5%	86.8%	87.0%
アウトプット (実施量・率)	ジェネリック医薬品差額通知対象者の通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

実施方法（プロセス）

- ・ジェネリック医薬品差額通知は国保連合会へ委託する。システムから対象者リストを抽出後、職員が対象者を確認し、差額通知を送付する。通知は年3回実施する。
- ・ジェネリック医薬品使用普及パンフレットは、新規国保加入者へ配付する。
- ・毎月行う新規70歳への高齢受給者証交付説明会では、医療費が高額になりやすいこと等を理由に、ジェネリック医薬品の使用を促す説明をする。

実施体制（ストラクチャー）

- ・主管部門は国保担当とし、予算編成、関係機関との連携調整を行う。
- ・国保運営協議会で年1回、被保険者代表、保険医代表等に報告する。

評価方法

アウトカム指標は、国保総合システムで作成されるデータをもとに計測する。差額通知対象者の切り替え率は、その年度に通知した者が、通知後6か月間で切り替えたかを計測する。通知対象者が同薬で重複している場合は、1件として計測する。

年間スケジュール

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	ジェネリック医薬品使用普及パンフレット配付	←————→											
	ジェネリック差額通知発送			↔				↔				↔	
	高齢受給者証交付説明会	←————→											
C(効果測定)	ジェネリック差額通知対象者の切り替え・削減額確認	←————→											
	ジェネリック医薬品普及率（金額ベース）確認	←————→											
A(改善)	改善計画								↔	↔			
P(計画)	次年度実施計画策定								↔	↔			

事業番号：⑦ 適正服薬推進事業（重複・多剤投与）【継続】

事業の目的	対象者の重複服薬・多剤投与を確認し、受診行動の適正化を図る
対象者	(重複服薬) 同一薬効の薬剤1剤以上を3以上の医療機関より同一月内に処方されている者 (多剤投与) 同一月内に2以上の医療機関より7剤以上、処方日数8日以上薬剤を服薬している者
現在までの事業結果	平成30年度より重複服薬者、令和3年度からは頻回受診者の抽出を行い、対象者へ医療費適正化に関するパンフレットを送付。受診行動に変容があるか確認した。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム(成果)【短期】	通知対象者数の減少(前年度比)	－%	－%	25%	25%	40%	45%	50%
アウトカム(成果)【中長期】	通知対象者数の薬剤数の減少(前年度比)	－%	－%	10%	12%	13%	14%	15%
アウトプット(実施量・率)	事業対象者に対する通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステムより対象者を抽出し、対象者として適切でない者を除外する。(国保資格喪失者、がん、透析患者等)</li> <li>・当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促すパンフレット等を送付する。</li> <li>・事業周知のため、町内薬局のカウンターに設置していただけるようなパンフレットの作成する。</li> <li>・パンフレット送付後のレセプトデータ等を確認し、効果を検証をする。</li> </ul>
--

実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業は国保担当が行い、予算編成、関係機関との連携調整等を担当する。</li> <li>・国保運営協議会で年1回、被保険者代表、保険医代表等に報告する。</li> </ul>
--

評価方法

<p>アウトカム(成果)【短期】指標「通知対象者の減少」は、KDBシステムから抽出し、前年度対象者と比較するものとする。</p> <p>アウトカム(成果)【中長期】指標「通知対象者の薬剤数の減少」は、KDBシステムから抽出し、対象者の薬剤費を毎年比較するものとする。</p>
---

年間スケジュール

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	対象者抽出								↔				
	対象者へのパンフレットの送付								↔	↔			
	町内薬局へパンフレット作成、配置依頼								↔	↔			
C(効果測定)	対象者の服薬状況変容確認			↔	↔								
	通知対象者数減少確認			↔	↔								
A(改善)	改善計画								↔	↔			
P(計画)	実施計画策定(令和7年度)								↔	↔			



## 第6章 その他

### 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する。

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る。

#### (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う。

##### 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う。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、他保険者との連携・協力体制の整備に努める。

### 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・啓発を図る。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する。

### 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する。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する。

## 4. 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る。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)のことである。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する。

### 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する。

第2部  
第4期特定健康診査等実施計画

# 第1章 計画策定にあたって

## 1. 特定健康診査・特定保健指導導入の趣旨

平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」の施行により40歳から74歳の加入者を対象に医療保険者（以下「保険者」という。）に加入者の特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられた。

大河原町では、平成20年3月に「大河原町特定健康診査・特定保健指導実施計画」を策定し、生活習慣病に関する特定健康診査及びその結果に基づき生活習慣病改善の定着を目指す特定保健指導を実施してきた。

本計画は第3期（平成30年度～令和5年度）の計画期間が終了することに伴い、第4期（令和6年度～令和11年度）の計画として策定するものである。

## 2. 特定健康診査・特定保健指導実施計画の基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出する。対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的とするものである。

## 3. 計画の位置づけ

大河原町では、これまで「第3期大河原町特定健康診査・特定保健指導実施計画」に基づき特定健康診査事業に取り組んできたが、この度、新たに令和6年度から令和11年度までの第4期計画を策定する。

この計画は国の特定健康診査等基本指針（法第18条）に基づき、大河原町が策定する計画であり、宮城県医療費適正化計画と十分な整合性を図るものとする。

## 4. 計画の期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度とする。

## 5. 特定健康診査・特定保健指導の対象となる生活習慣病

特定健康診査・特定保健指導の対象となる生活習慣病は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群とする。

## 6. 生活習慣病対策の必要性

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因するケースが多く、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の改善がないままに、その後重症化し、虚血性心疾患や脳卒中の発症に至るといった経過を辿ることになる。

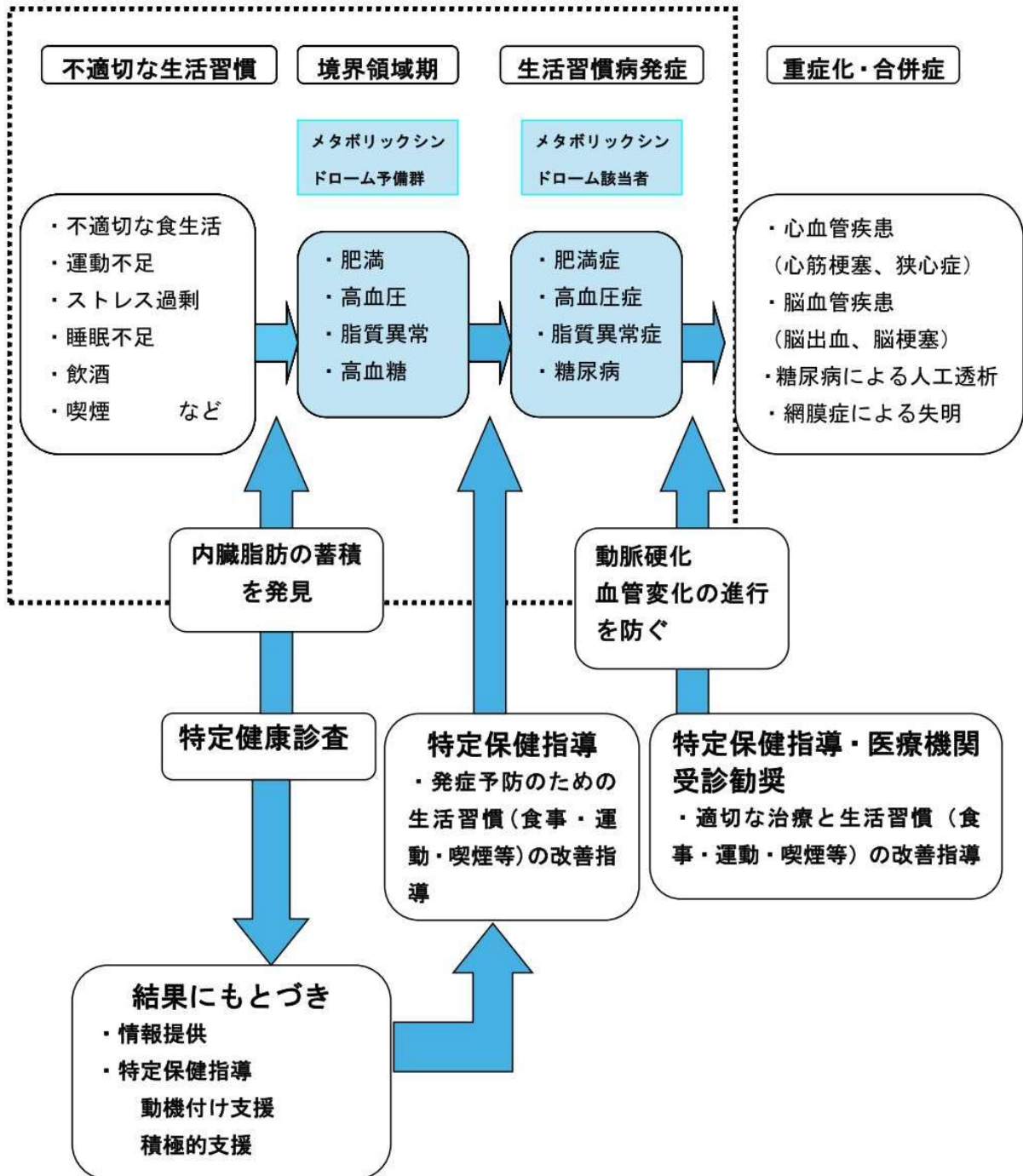
このため、生活習慣の改善により、若いときからの生活習慣病予防対策を進め、生活習慣病を発症しない境界域の段階で止めることができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、被保険者の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の抑制を実現することが可能となる。

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）とは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることで、それらのリスクの低減が図られるという考え方を基本としている。（図表1メタボリックシンドロームのメカニズムと特定健康診査・特定保健指導のあり方）

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は予防可能であり、また発症後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする慢性腎不全などへの進行や重症化を予防することが可能であるという考え方である。

内臓脂肪症候群の概念を導入することにより、心血管疾患・脳血管疾患・人工透析の必要な慢性腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診の結果や疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機付けができるようになると考えられる。

図表1：メタボリックシンドロームのメカニズムと特定健康診査・特定保健指導のあり方



## 第2章 第3期計画期間の振り返り

### (1) 特定健康診査

令和4年度の本町における特定健康診査受診率は54.3%となっており、第3期計画最終年目標値である60%を下回っている。未受診理由として「通院中」であるとの理由もあり、受診勧奨を行う際には未受診理由に応じた勧奨が必要となる。

#### 【第3期計画における目標値(個別健診、人間ドック含む)】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
受診率 (%)	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0

#### 【第3期計画における実績値(個別健診、人間ドック含む)】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
受診率 (%)	52.1	52.7	49.5	51.6	54.3

※各年度における特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧表より

### (2) 特定保健指導

令和4年度の本町における特定保健指導終了率は積極的支援が25.0%、動機付け支援が20.5%となっており、国が示す第3期計画最終年目標値である60%を大きく下回っている。特定保健指導対象者については、毎年対象となる者が特定保健指導を利用しない者も多いことから、毎年度実施体制について検討し、対象者が利用しやすい体制づくり等の施策が必要となる。

#### 【第3期計画における実績(積極的支援)】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
該当者(人)	57	70	60	63	60
指導終了者 数(人)	9	17	23	21	15
指導終了率(%)	15.8	24.3	38.3	33.3	25.0

※各年度における特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧表より

#### 【第3期計画における実績(動機付け支援)】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
該当者(人)	199	202	184	172	156
指導終了者 数(人)	29	70	87	70	32
指導終了率(%)	14.6	34.7	47.3	40.7	20.5

※各年度における特定健診・特定保健指導法定報告結果一覧表より

### (3) 生活習慣病対象者の推移について

第3期計画中の生活習慣病対象者の推移は以下のとおりで、被保険者数は男女共に、年々減少傾向にあるのに対し、生活習慣病対象者の割合は増加傾向にある。

#### 【生活習慣病対象者の推移】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数 (人)	4,758	4,620	4,549	4,519	4,341
生活習慣病 対象者数 (人)	1,868	1,791	1,724	1,848	1,834
割合(%)	39.3	38.8	37.9	40.9	42.2

※KDBシステム 厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析より

#### 【生活習慣病対象者の男女の推移】

##### 1) 男性

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数 (人)	2,291	2,229	2,191	2,156	2,097
生活習慣病 対象者数 (人)	878	823	785	824	835
割合 (%)	38.3	36.9	35.8	38.2	39.8

※KDBシステム 厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析より

##### 2) 女性

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数 (人)	2,467	2,391	2,358	2,363	2,244
生活習慣病 対象者数 (人)	990	968	939	1,024	999
割合 (%)	40.1	40.5	39.8	43.3	44.5

※KDBシステム 厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析より



【生活習慣病対象者の推移】

(単位：人、%)

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	被保数	対象者	被保数	対象者	被保数	対象者	被保数	対象者	被保数	対象者
40歳代	469	104	445	86	465	113	451	124	408	119
割合	22.2		19.3		24.3		27.5		29.2	
50歳代	504	177	494	162	488	152	469	160	479	161
割合	35.1		32.8		31.1		34.1		33.6	
60歳代	1,670	828	1,551	749	1,465	654	1,443	685	1,349	677
割合	49.6		48.3		44.6		45.3		50.2	
70歳～74歳	1,114	663	1,192	697	1,272	719	1,321	779	1,279	770
割合	59.5		58.5		56.5		59.0		60.2	

※KDBシステム 厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析より

年代別では、すべての年度において年齢が上がるほど生活習慣病対象者が増加していることが分かる。

【主な生活習慣病疾患の推移(重複での疾患を含む)】

(単位：人)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高血圧症	1,053	1,021	956	1,014	1,093
脂質異常症	984	928	870	977	981
糖尿病	797	758	696	744	740
虚血性心疾患	158	145	148	155	173
脳血管疾患	165	165	155	165	158

※KDBシステム 厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析より

各生活習慣病疾患の順位にほぼ変化はないが、全体的に生活習慣病疾患の割合は増加傾向にある。

## 第3章 達成しようとする目標

国の目標値は、基本指針において、令和11年度時点における目標値を掲げている。各保険者の目標値は、その値を踏まえて設定することとなる。

本町の目標は、国の目標値を参酌しながら目標値を設定する。

### 【第4期計画の保険者種別毎の目標】

	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健保 (船保)	単一健保	総合健保
特定健康診査の 受診率	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上 (70%以上)	90%以上	85%以上
特定保健指導の 実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	60%以上	30%以上

### 特定健康診査における目標

国の指針で示されている第4期計画における市町村国保の特定健康診査受診率の目標値は60%以上、特定保健指導実施率の目標値は60%以上となっている。

本町においては現在の実施状況を勘案し目標達成に向けて各年度の目標値を次のとおり設定する。

### 第4期計画における目標値

#### 【特定健康診査受診率】

	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
受診率 (%)	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0

#### 【特定保健指導終了率】

	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
実施率 (%)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0

## 第4章 特定健康診査の実施方法

### 1. 特定健康診査実施の基本的な考え方

生活習慣病の予防に着目した効果的・効率的な特定健康診査・特定保健指導実施のための取り組みを強化する。

- (1) 特定健康診査未受診者の確実な把握
- (2) 特定健康診査結果からの必要な保健指導の徹底
- (3) 医療費適正化効果まで含めたデータの蓄積と評価

### 2. 特定健康診査の対象者

大河原町の被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中に40歳～74歳となる者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者が対象者となる。

### 3. 特定健康診査の実施方法

#### (1) 実施方法・場所

特定健康診査は、受診者の利便性を考慮し、大河原町保健センター及び金ヶ瀬公民館を会場としての集団健診と、町内指定医療機関等での個別健診を毎年度検討しながら実施する。

#### (2) 自己負担額

自己負担額については、無料とする。

#### (3) 案内・周知方法

特定健康診査対象者には、受診日の3週間前までに特定健康診査の受診票を送付する。

なお、健診受診率向上につながるよう実施場所・実施期間等を広報誌やホームページに掲載するとともにあらゆる機会を設け周知し、特定健康診査未受診者へは受診勧奨通知を送付する。

#### (4) 実施機関

健診団体との委託契約により集団健診を実施し、医師会等との委託契約により個別健診を実施する。

## (5) 実施項目

厚生労働省保険局「標準的な健診・保健指導プログラム 令和6年度版」に準じ、生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備軍を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。

特定健診の項目として健診対象者全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診項目」等については、以下のとおりとする。

### ①基本的な項目（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（空腹時（絶食10時間以上）以外に採血を行う）、HDLコレステロール、LDLコレステロール又は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
血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

### ②詳細な検査の項目（一定の基準の下、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、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

### ③追加項目

心電図検査	上記詳細な健診項目の心電図検査の条件を満たさない者
血清クレアチニン	上記詳細な健診項目の血清クレアチニンの条件を満たさない者
血清尿酸	

## (6) 特定健康診査委託基準

特定健康診査を委託するにあたり、次の具体的な基準を定める。

- ①国が定める内容の健診を適切に実施するために必要な医師、看護師等が確保されていること。また、常勤の管理者が置かれていること。
- ②国の定める内容の健診を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。
- ③検査や診察を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される設備が確保されていること。
- ④救急時における応急処置のための設備を有していること。
- ⑤国の定める検査項目では、標準物質による内部精度管理が適切に行われ、検査値の精度が保証されていること。また、外部精度管理調査を定期的に受け、検査値の精度が保証されている結果であるとともに精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられること。
- ⑥受診者の健診記録が適切に保存・管理されているとともに、個人情報取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を遵守していること。
- ⑦利用者の利便性に考慮した健診を実施すること。また、大河原町の求めに応じ、適切な健診の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行えること。
- ⑧健診実施者に必要な研修を定期的に行うことにより、当該健診実施者の資質向上に努めること。
- ⑨国の定める内容の健診を適切かつ継続的に実施することができる財政基盤を有していること。

その他、高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき厚生労働大臣の告示により定めた基準を満たすものとする。

## (7) 委託契約の方法

特定健康診査の実施については、健診団体・医師会と年度当初に単価契約をする。

## (8) データの提出及び管理方法

特定健診に関するデータの取り扱いについては、以下のとおりとする。

- ・受診者及び健康診査機関等のデータの提出
- ①委託事業者は、データの提出にあたっては、原則磁気媒体とする。
    - ・町のデータ管理
  - ②特定健康診査に関するデータの管理は5年間保存とし、宮城県国民健康保険団体連合会に委託するものとする。

## 第5章 特定保健指導の実施

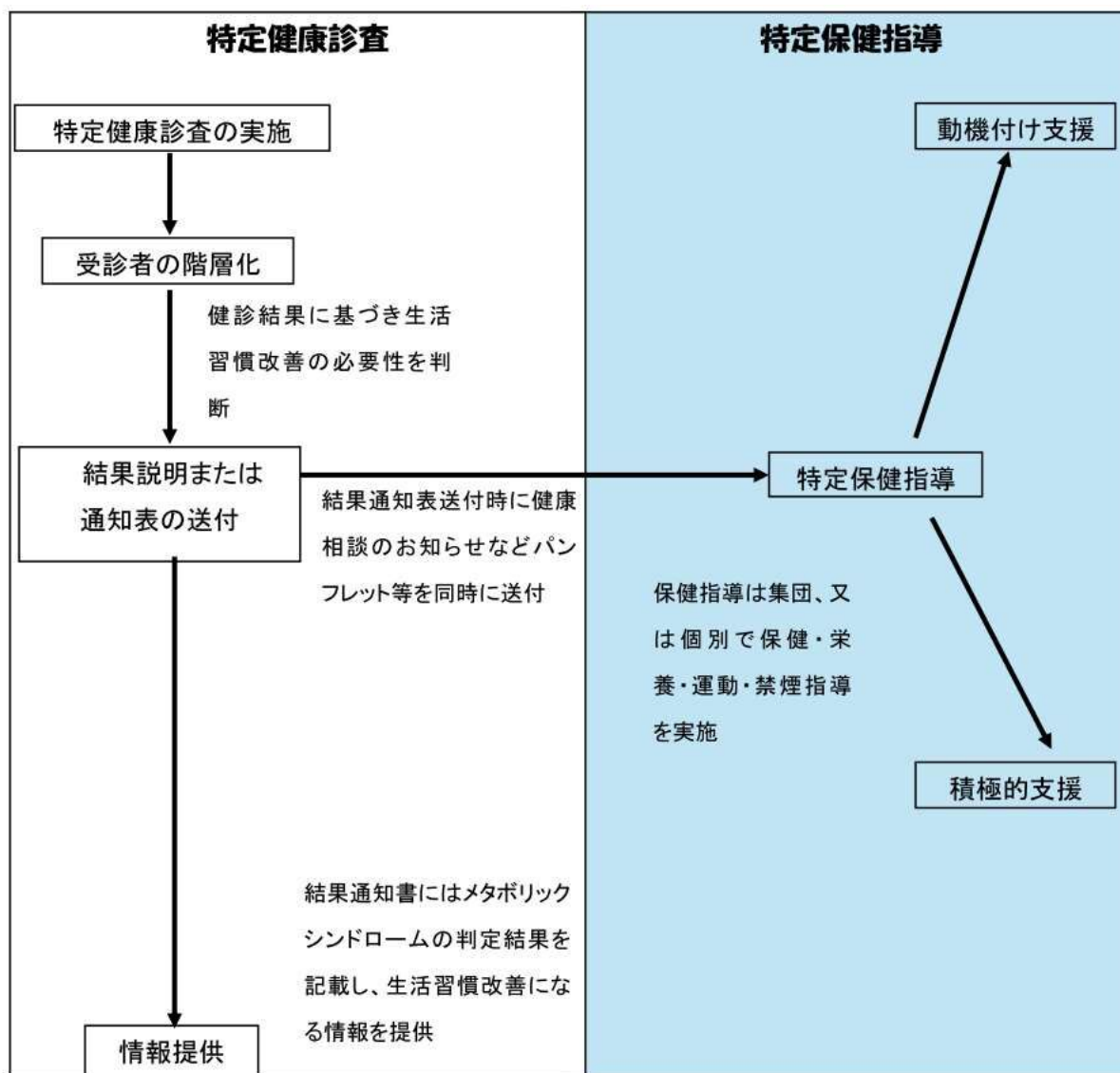
### 1. 基本的な考え方

特定保健指導は、生活習慣病に移行させないことを目的に実施し、対象者自身が健診結果を理解し、自らの生活習慣を振り返ることで、生活習慣を改善するための行動ができるよう支援する。これにより、対象者が健康に関して自己管理できるようになることを目的とする。

対象者に対し、個別面接や小集団のグループワークを活用しながら、どのような生活習慣を身につける必要があるかを学ぶ事業を開催する。また、実行可能な行動目標を支援者と共に考え、生活改善を実践することで、生活習慣の変容を目指す。

また、医療が必要となる緊急性の高い対象者への指導は、特定保健指導対象者に含まず、医療機関への受診勧奨を行う。

特定健康診査から特定保健指導実施までの流れ



## 2. 特定保健指導の対象者

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要のある者であり、腹囲が85cm以上（男性）・90cm以上（女性）の者、または腹囲が85cm未満（男性）・90cm未満（女性）の者でBMIが25kg/m<sup>2</sup>以上の者のうち、HbA1cが5.6%以上）・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）・血圧（収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上）に該当する者（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を除く）。

次の図にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付けが必要な者（動機付け支援）と継続して支援が必要な者（積極的支援）のいずれかになる。

### 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25 kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

### 3. 特定保健指導の実施方法

#### (1) 対象者の選定

厚生労働省保険局「標準的な健診・保健指導プログラム 令和6年度版」に準じ、腹囲・脂質・血圧の検査値が一定の基準を超えた者に対して、メタボリックシンドローム予防のための特定保健指導を実施する。ただし、すでに治療を受けている者は除くこととする。また、上記に該当しない者については、健診結果と同時に生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供する。

#### (2) 自己負担額

自己負担額については、無料とする。

#### (3) 案内・周知方法

保健指導に該当する者に対しては、案内を送付する。また、特定健康診査受診当日に全ての検査結果が判明しない場合でも、初回面接の分割実施を可能とすることから、該当する者へ特定保健指導の案内を行う。

#### (4) 実施機関

保健センター等において保健指導をおこなうにあたり、十分な空間が確保できる施設で実施する。

#### (5) 支援期間

特定健康診査の結果に基づき特定保健指導の階層化を行う。

「動機付け支援」対象者は、原則1回の支援を行い、3か月経過後に評価を行う。

「積極的支援」対象者は、初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行い、支援後に評価を行う。

#### (6) 実施内容

厚生労働省保険局「標準的な特定健診・保健指導プログラム 令和6年度版」に準じ、「動機付け支援」と「積極的支援」を実施する。

##### 【動機付け支援】

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。また、詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、対象者の生活習慣改善を動機づけるために初回時の面接による支援及び評価を行う。



## ①支援形態

初回面接による支援は原則1回とする。

1人20分以上の個別支援、又は1グループおおむね80分以上のグループ支援（1グループはおおむね8名以下とする）。

## ②実績評価

実績評価は、初回面接から3か月以上経過後となり、面接又は通信等を利用して行う。

### 【積極的支援】

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標（対象者にできること）について優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画を立て、行動が継続できるよう定期的・継続的に介入する。

積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するよう意識づけを行う必要がある。

2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者について、2年目の積極的支援は、動機付け支援相当の支援を実施した場合でも、特定保健指導を実施したと位置づける。

## ①支援形態

### a. 初回時の面接による支援

動機付け支援と同様の支援とする。ただし初回面接を分割実施した場合、初回面接2回目の支援として「1人20分以上の個別支援、1グループおおむね80分以上のグループ支援」を行う必要はなく、対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて実施する。

### b. 3か月以上の継続的な支援

アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施することを条件とする。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととなる。

## ②評価方法と各支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ 体重2.0kg以上減少 ※	180ポイント	
	腹囲1.0cm以上かつ 体重1.0kg以上減少	20ポイント	
	食習慣の改善	20ポイント	
	運動習慣の改善	20ポイント	
	喫煙習慣の改善 (禁煙)	30ポイント	
	休養習慣の改善	20ポイント	
	その他生活習慣の 改善	20ポイント	
プロセス評価	支援 種別	個別支援	支援1回当たり70ポイント 支援1回当たり最低10分以上
		グループ支援	支援1回当たり70ポイント 支援1回当たり最低40分以上
		電話	支援1回当たり30ポイント 支援1回当たり最低5分以上
		電子メール等	支援1往復当たり30ポイント 1往復=特定保健指導実施者と積極的支援 対象者の間で支援に必要な情報の共有を図 ることにより支援を完了したと当該特定保 健指導実施者が判断するまで、電子メール 等を通じて支援に必要な情報のやりとりを 行うことをいう。
	早期 実施	健診当日の初回面接	20ポイント
		健診後1週間以内の初回面接	10ポイント

※当該年度の特定健康診査の結果に比べて、腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している場合（又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重以上かつ同体重と同じ値の腹囲以上減少している場合）。

## ③実績評価

面接又は通信等を利用して行う。

## (7) 特定保健指導委託基準

特定保健指導にあたり、次の具体的な基準を定める。

- ①保健指導に携わる保健指導実施者は、保健指導を行うための十分な知識を持ち、技術を身につけた保健師・管理栄養士とすること。
- ②委託事業者は、町の事業担当者と打合せを綿密に行い、町の特性に応じた指導内容となるようにすること。
- ③受診者の身体計測結果や参加記録等の記録が適切に保存・管理されているとともに、個人情報保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を遵守していること。
- ④町の求めに応じ、適切な保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出を速やかに行うこと。
- ⑤保健指導実施者に各種研修会への参加や委託事業者内での研修を定期的に行い、当該保健指導実施者の資質の向上に努めていくこと。
- ⑥国の定める内容の保健指導を適切かつ継続的に実施できる財務基盤を有していること。

その他、高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき厚生労働大臣の告示により定めた基準を満たすものとする。

## (8) 委託契約の方法

特定保健指導については、年度当初に契約する。

## (9) データの管理

特定保健指導のデータは原則5年間保存とする。

## 第6章 その他

### 1. 個人情報の保護

特定健診等の個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」に基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び「大河原町個人情報保護法施行条例」等に基づいて、個人情報の厳正な保護を図る。

特定健康診査・特定保健指導を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約に定め、委託先の契約遵守状況を管理する。

また、特定健康診査等の実施にあたっては、「国民健康保険法」及び「高齢者の医療の確保に関する法律」の守秘義務規定を遵守するものとする。

### 2. 特定健康診査実施計画の公表・周知

この計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、町の広報誌及びホームページ等に掲載し公表する。また、保健事業関係の会議等あらゆる機会をとらえ周知を図る。

### 3. 特定健康診査・特定保健指導実施計画の評価及び見直し

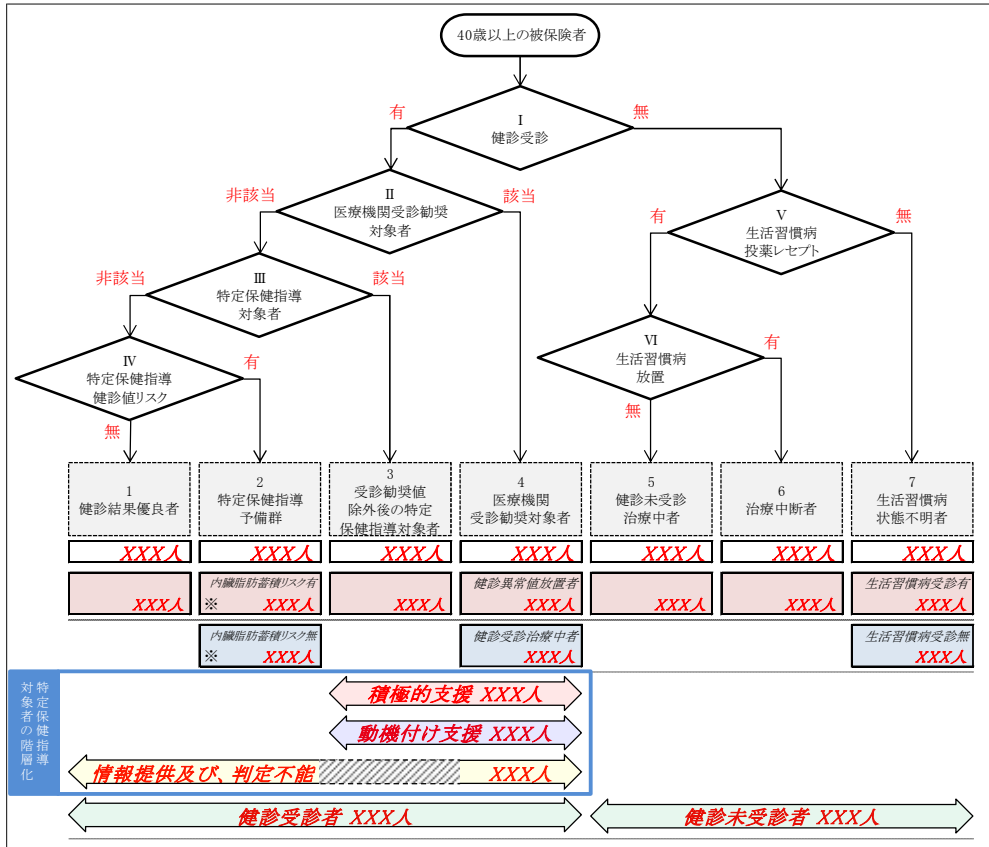
評価は、特定健康診査・特定保健指導の方法、内容、結果等について、生活習慣病・予備群の減少や医療費適正化への効果、目標数値を考慮し、下記の事項に基づき実施する。

- ①健診実施体制等
- ②保健指導の指導内容及び実施体制
- ③健診の受診率
- ④健診受診者における内臓脂肪症候群該当者数の割合
- ⑤健診後における階層化
- ⑥保健指導の実施率
- ⑦生活習慣の改善への効果度

## 卷末資料

# 1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方

特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



## 【フロー説明】

- I 健診受診 …健診受診の有無を判定。
- II 医療機関受診勧奨対象者 …健診値(血糖、血圧、脂質)のいずれかが、厚生労働省が定めた受診勧奨判定値を超えて受診勧奨対象者に該当するか判定。
- III 特定保健指導対象者 …厚生労働省が定めた「標準的な健診・保健指導プログラム」に沿って、特定保健指導対象者に該当するか判定。
- IV 特定保健指導健診値リスク …厚生労働省が定めた保健指導判定値により、健診値(血糖、血圧、脂質)のリスクの有無を判定。判定に喫煙は含めない。
- V 生活習慣病投薬レセプト …生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)に関する、投薬の有無を判定。
- VI 生活習慣病放置 …生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)を治療している患者で、一定期間の受診状況により生活習慣病放置の有無を判定。

## 【グループ別説明】

### 健診受診あり

- 1. 健診結果優良者 …保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しない者。
- 2. 特定保健指導予備群 …保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しているが、その他の条件(服薬有り等)により保健指導対象者でない者。  
内臓脂肪蓄積リスク有 …「2. 特定保健指導予備群」のうち、服薬が有るため特定保健指導対象者にならなかった者。  
内臓脂肪蓄積リスク無 …「2. 特定保健指導予備群」のうち、内臓脂肪蓄積リスク(腹囲・BMI)がないため特定保健指導対象者にならなかった者。
- 3. 受診勧奨値除外後の特定保健指導対象者 …受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当していない特定保健指導対象者。
- 4. 医療機関受診勧奨対象者 …受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当する者。  
健診異常値放置者 …「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がない者。  
健診受診治療中者 …「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がある者。または健診受診後生活習慣病に関する医療機関受診はないが、健診受診後間もないため病院受診の意志がない「健診異常値放置者」と判断できない者。

### 健診受診なし

- 5. 健診未受診治療中者 …生活習慣病治療中の者。
- 6. 治療中断者 …過去に生活習慣病の治療をしていたが、生活習慣病に関する医療機関受診が一定期間ない者。
- 7. 生活習慣病状態不明者 …生活習慣病の投薬治療をしていない者。  
生活習慣病受診有 …「7. 生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がある者。  
生活習慣病受診無 …「7. 生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がない者。

## 2. 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。
	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。
	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。
	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。先発医薬品と治療学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がわかる。 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、生活習慣病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せていた状態から、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システム	「国保データベースシステム」のこと。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。
	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。





大河原町国民健康保険  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画

令和6年3月

発行 宮城県大河原町  
編集 大河原町健康推進課  
〒989-1295 宮城県柴田郡大河原町字新南19番地  
TEL 0224-51-8623  
FAX 0224-53-3818