

伊豆の国市国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画（案）

令和6年1月
伊豆の国市

はじめに	4
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	6
2. 計画期間	8
3. 実施体制・関係者連携	8
4. データ分析期間	9
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	10
2. 人口構成	12
3. 医療基礎情報	15
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	16
5. 平均余命と平均自立期間	21
6. 介護保険の状況	23
7. 死亡の状況	29
第3章 過去の取り組みの考察	
1. 第2期データヘルス計画全体の評価	34
2. 各事業の達成状況	35
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	59
2. 生活習慣病に関する分析	68
3. 健康診査データによる分析	73
4. 被保険者の階層化	77
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく伊豆の国市の大きな健康課題	80
2. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	81
3. 健康課題を解決するための個別の保健事業	83
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	94
2. 計画の公表・周知	94
3. 個人情報の取扱い	94
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	95
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1. 計画策定の趣旨	97
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	97
3. 計画期間	97
4. データ分析期間	98
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 取り組みの実施内容	99
2. 特定健康診査の受診状況	100
3. 特定保健指導の実施状況	103
4. メタボリックシンドローム該当状況	109
5. 第3期計画の評価と考察	111

第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	112
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	113
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	119
	2. 対象者数推計	119
	3. 実施方法	121
	4. 目標達成に向けての取り組み	129
	5. 実施スケジュール	130
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	131
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	131
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	131
	4. 他の健診との連携	132
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	132
	6. 保健事業判定指標の抽出元	133
参考資料		
	1. 用語解説集	135
	2. 疾病分類	137
	3. 分析方法	141

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。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。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化した。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出た。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にある。

伊豆の国市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、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての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。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。

伊豆の国市国民健康保険においては、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、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、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。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

(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、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(第3次ふじのくに健康増進計画、第2次伊豆の国市総合計画、伊豆の国市健康づくりに関する計画等)と調和のとれた内容とする。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとする。

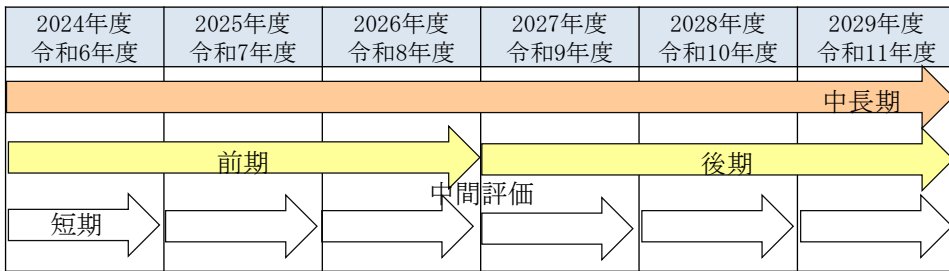
第2次伊豆の国市総合計画									
伊豆の国市健康づくりに関する計画									
第3期国民健康保険データヘルス計画							第3期 後期高齢者 データヘルス 計画		
				第4期特定健診等 実施計画					
0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～

年齢階層（歳）

- ※医療費分解技術(特許第4312757号) レセプトに記載されたすべての傷病名と診断行為(医薬品、検査、手術、処置、指導料等)を正しく結び付け、傷病名毎の医療費を算出する。
- ※傷病管理システム(特許第5203481号) レセプトに記載されている傷病識別情報、医薬品識別情報及び診療行為識別情報に基づき、傷病の重症度を判定する。
- ※レセプト分析システムおよび分析方法(特許第5992234号) 中長期にわたるレセプトから特定の患者についてアクティブな傷病名とノンアクティブな傷病名を識別する。

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

伊豆の国市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、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、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、生活保護部局(福祉事務所等)等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保する。

(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。共同保険者である静岡県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努める。

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努める。

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

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月診療分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月診療分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

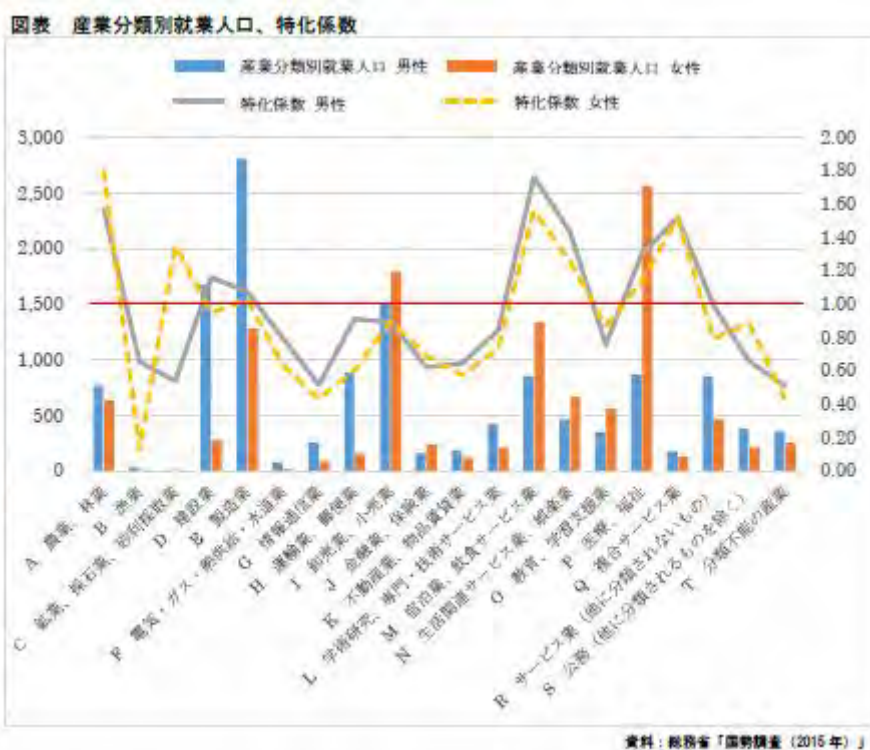
(1) 地理的・社会的背景

本市は、伊豆半島の北部、田方平野のほぼ中央に位置する。東は箱根山系の連山に、西は城山、葛城山などの山々に囲まれ豊かな自然環境を保っている。平野部は南北に狩野川が流れ、豊かな田園地帯が広がっている。

また、狩野川に沿うように国道136号、伊豆箱根鉄道が走り、周辺に市街地を形成している。

東京からは100km圏域にあり、東海道新幹線、東名高速道路を利用して2時間弱の所要時間であり、首都圏とのアクセスもよく、沼津市や三島市の静岡県東部の中心地に近く、交通の利便性に恵まれている。

就業者割合を全国と比較した特化係数(※)をみると、就業者数の最も多い製造業は全国と同じレベルだが、苺やトマト等の都市近郊型農業や、観光に深く関連する「宿泊業、飲食サービス業」の特化係数が男女ともに全国レベルを大きく上回っている。



※特化係数とは、地域のある産業が全国と比べてどれだけ特化しているかの係数であり、「当該市の〇〇業の就業率／全国の〇〇業の就業率」の数値。特化係数1.0は全国と同じレベル、1.0を上回る場合は全国と比べてその産業が特化しているといえる。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものである。本市は、静岡県と比べて、千人当たりの病院数・病床数・医師数は多いことを踏まえた考察が必要である。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	伊豆の国市	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.5	0.2	0.4	0.3
診療所数	2.6	3.6	3.5	3.7
病床数	93.1	48.8	67.7	54.8
医師数	27.4	11.0	9.7	12.4
外来患者数	699.4	735.3	728.3	687.8
入院患者数	16.2	16.5	23.6	17.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 人口構成

以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものである。国民健康保険被保険者数は11,250人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は24.2%である。国民健康保険被保険者平均年齢は54.4歳で、国51.9歳より2.5歳高く、静岡県54.7歳より0.3歳低い。

また、国民健康保険被保険者の高齢化率(65歳以上)は、46.1%となっている。国民健康保険被保険者の年齢構成は70-74歳が最も多く、次いで65-69歳となっており、高齢者の割合が高くなっている。

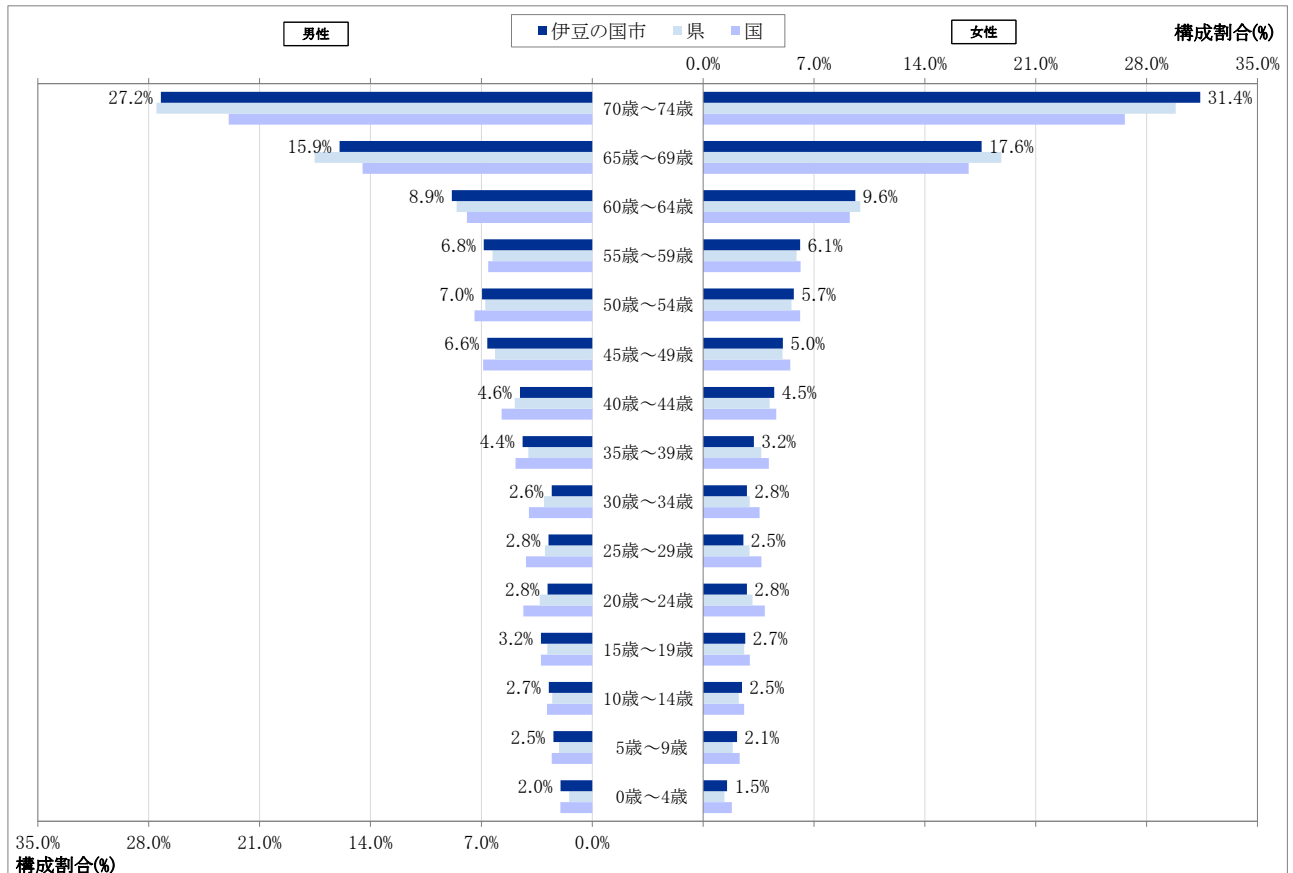
人口構成概要(令和4年度)

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
伊豆の国市	46,432	33.9%	11,250	24.2%	54.4	5.1	13.0
県	3,594,263	30.2%	751,113	20.9%	54.7	6.3	11.7
同規模	32,195	36.2%	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

※「県」は静岡県を指す。以下全ての表において同様である。

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

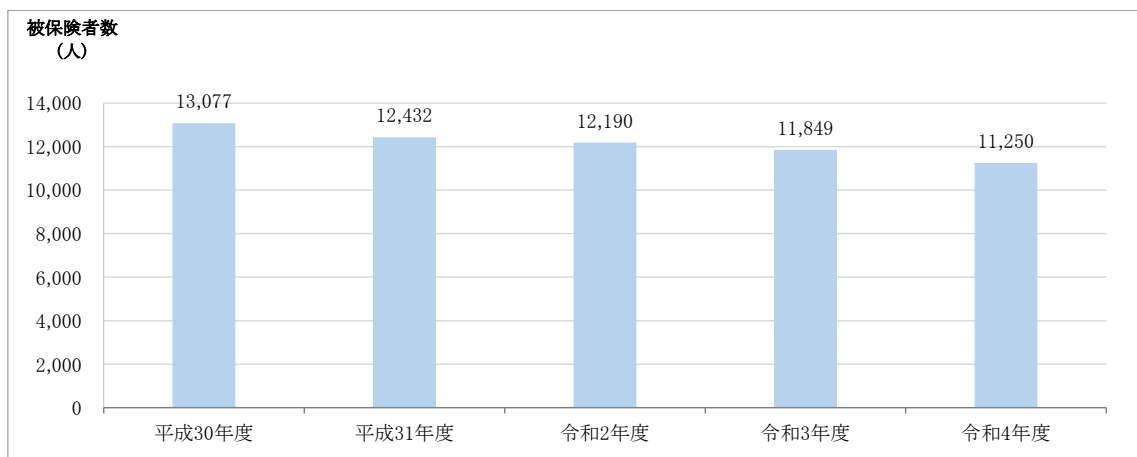
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数11,250人は平成30年度13,077人より1,827人、14.0%減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢54.4歳は平成30年度54.0歳より0.4歳上昇している。被保険者数が12.6%減少、平均年齢は1.0歳上昇している静岡県と比べて、平均年齢の上昇幅が小さい。

年度別 人口構成概要

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
伊豆の国市	平成30年度	48,011	30.8%	13,077	27.2%	54.0	6.8	11.2
	平成31年度	48,011	30.8%	12,432	25.9%	54.6	6.8	11.2
	令和2年度	48,011	30.8%	12,190	25.4%	55.0	6.8	11.2
	令和3年度	48,011	30.8%	11,849	24.7%	55.1	6.8	11.2
	令和4年度	46,432	33.9%	11,250	24.2%	54.4	5.1	13.0
県	平成30年度	3,674,371	27.8%	859,354	23.4%	53.7	7.7	10.8
	平成31年度	3,674,371	27.8%	830,729	22.6%	54.0	7.7	10.8
	令和2年度	3,674,371	27.8%	815,770	22.2%	54.5	7.7	10.8
	令和3年度	3,674,371	27.8%	792,307	21.6%	54.9	7.7	10.8
	令和4年度	3,594,263	30.2%	751,113	20.9%	54.7	6.3	11.7
同規模	平成30年度	33,668	32.9%	8,090	24.0%	54.9	6.6	14.2
	平成31年度	33,955	32.9%	7,918	23.3%	55.3	6.6	14.2
	令和2年度	34,072	32.9%	7,791	22.9%	55.9	6.6	14.2
	令和3年度	34,253	32.9%	7,576	22.1%	56.2	6.6	14.2
	令和4年度	32,195	36.2%	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1
国	平成30年度	125,640,987	26.6%	30,811,133	24.5%	51.3	8.0	10.3
	平成31年度	125,640,987	26.6%	29,893,491	23.8%	51.6	8.0	10.3
	令和2年度	125,640,987	26.6%	29,496,636	23.5%	52.0	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6%	28,705,575	22.9%	52.2	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

出典：国保データベース (KDB) システム 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

年度別 被保険者数



出典：国保データベース (KDB) システム 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

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			平成31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	246	116	130	199	92	107	187	90	97
5歳～9歳	321	161	160	275	130	145	270	128	142
10歳～14歳	315	167	148	323	180	143	303	155	148
15歳～19歳	411	228	183	364	199	165	342	188	154
20歳～24歳	370	178	192	329	184	145	325	169	156
25歳～29歳	322	158	164	294	139	155	292	139	153
30歳～34歳	398	211	187	359	193	166	354	189	165
35歳～39歳	503	272	231	471	263	208	435	247	188
40歳～44歳	650	352	298	566	303	263	535	272	263
45歳～49歳	770	418	352	759	419	340	721	400	321
50歳～54歳	684	363	321	690	367	323	711	377	334
55歳～59歳	741	365	376	733	370	363	750	391	359
60歳～64歳	1,256	562	694	1,163	522	641	1,085	482	603
65歳～69歳	2,916	1,351	1,565	2,529	1,151	1,378	2,318	1,081	1,237
70歳～74歳	3,174	1,482	1,692	3,378	1,570	1,808	3,562	1,657	1,905
合計	13,077	6,384	6,693	12,432	6,082	6,350	12,190	5,965	6,225

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	189	96	93	197	110	87
5歳～9歳	251	130	121	258	135	123
10歳～14歳	307	161	146	292	151	141
15歳～19歳	320	170	150	331	178	153
20歳～24歳	314	157	157	314	155	159
25歳～29歳	288	149	139	298	152	146
30歳～34歳	323	159	164	300	141	159
35歳～39歳	449	249	200	426	242	184
40歳～44歳	511	257	254	509	251	258
45歳～49歳	694	403	291	654	365	289
50歳～54歳	708	364	344	712	383	329
55歳～59歳	729	368	361	729	377	352
60歳～64歳	1,061	476	585	1,040	488	552
65歳～69歳	2,100	976	1,124	1,888	878	1,010
70歳～74歳	3,605	1,661	1,944	3,302	1,499	1,803
合計	11,849	5,776	6,073	11,250	5,505	5,745

出典：国保データベース (KDB) システム 「人口及び被保険者の状況」

3. 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものである。本市の受診率は715.6であり、静岡県と比較すると36.3ポイント低い。また、一件当たり医療費は39,520円であり、静岡県と比較すると5.0%高い。外来・入院別にみると、外来は受診率が静岡県より低く、一件当たり医療費は静岡県より高くなっている。また入院は入院率・一件当たり医療費いずれも静岡県より低くなっている。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	伊豆の国市	県	同規模	国
受診率	715.6	751.9	751.9	705.4
一件当たり医療費(円)	39,520	37,650	42,450	39,080
一般(円)	39,520	37,650	42,450	39,080
退職(円)	0	9,470	69,760	67,230
外来				
外来費用の割合	64.1%	63.0%	56.7%	60.4%
外来受診率	699.4	735.3	728.3	687.8
一件当たり医療費(円)	25,900	24,270	24,850	24,220
一人当たり医療費(円) ※	18,110	17,840	18,100	16,660
一日当たり医療費(円)	17,720	16,510	16,990	16,390
一件当たり受診回数	1.5	1.5	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	35.9%	37.0%	43.3%	39.6%
入院率	16.2	16.5	23.6	17.7
一件当たり医療費(円)	628,860	633,040	585,610	617,950
一人当たり医療費(円) ※	10,170	10,460	13,820	10,920
一日当たり医療費(円)	41,730	40,110	34,310	39,370
一件当たり在院日数	15.1	15.8	17.1	15.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

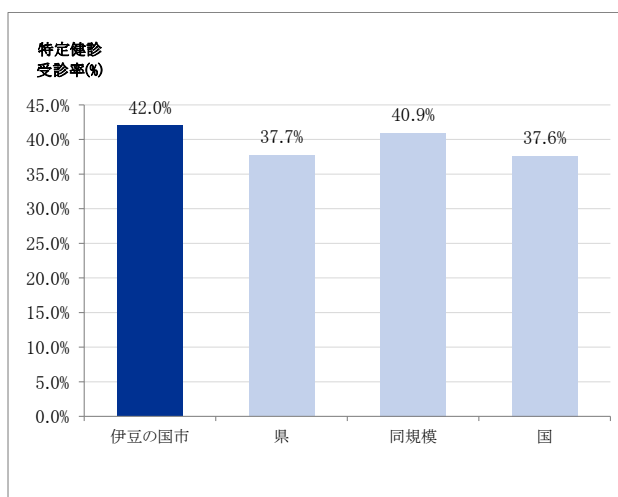
本市の令和4年度における40歳から74歳の特定健康診査の受診率は42.0%であり、静岡県より4.3ポイント高い。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
伊豆の国市	42.0%
県	37.7%
同規模	40.9%
国	37.6%

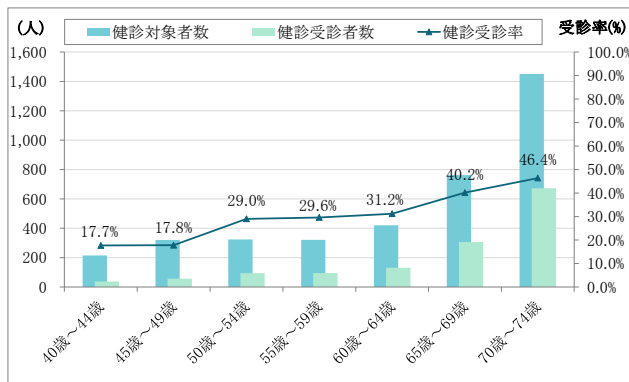
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



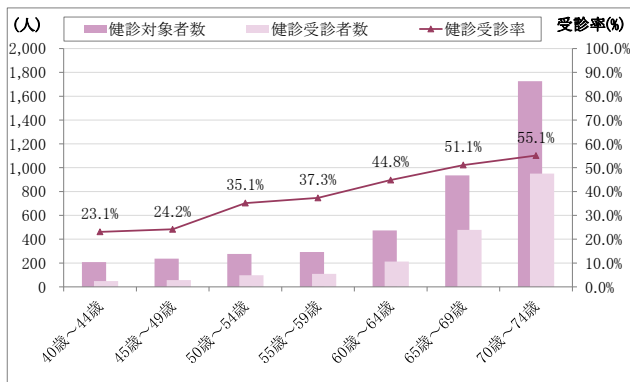
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性) 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(女性) 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



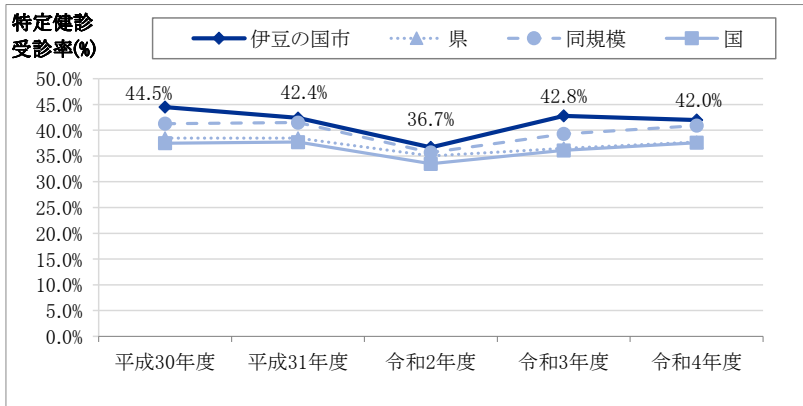
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率42.0%は、令和2年度のコロナの影響から回復しつつあるものの、平成30年度44.5%より2.5ポイント減少している。

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	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	44.5%	42.4%	36.7%	42.8%	42.0%
県	38.5%	38.5%	35.0%	36.5%	37.7%
同規模	41.3%	41.5%	35.7%	39.3%	40.9%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

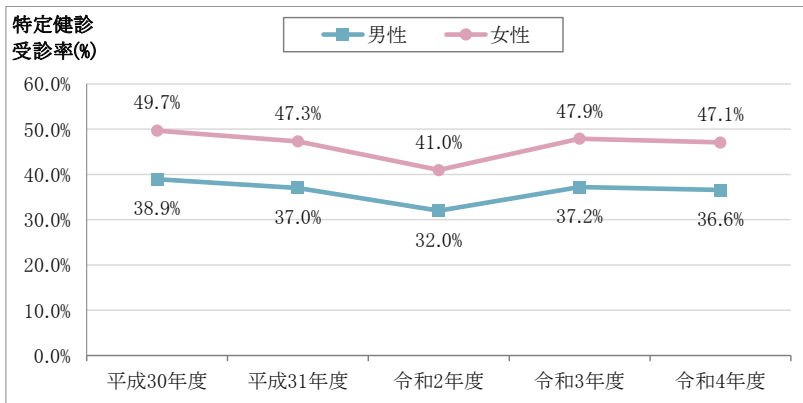
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、全ての年齢階層で女性の受診率が男性の受診率を上回っており、この傾向は平成30年度から続いている。男性の令和4年度受診率36.6%は平成30年度38.9%より2.3ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率47.1%は平成30年度49.7%より2.6ポイント減少している。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 特定保健指導

本市の令和4年度における、特定保健指導の実施率は9.2%であり、静岡県より27.0ポイント低い。

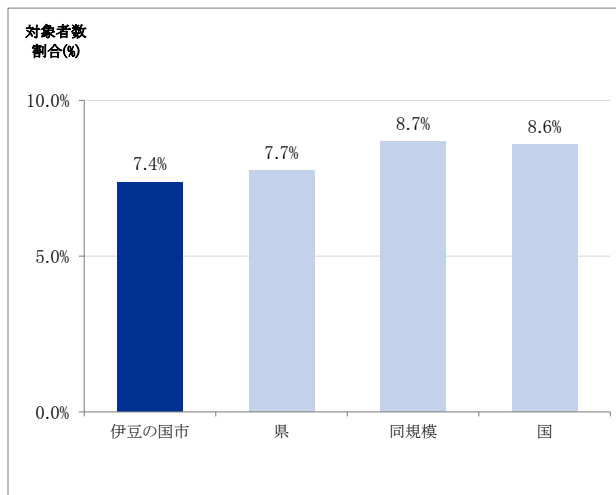
特定保健指導実施状況(令和4年度)

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	特定保健指導実施率
伊豆の国市	7.4%	3.0%	10.4%	9.2%
県	7.7%	2.4%	10.1%	36.2%
同規模	8.7%	2.7%	11.3%	42.2%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

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。
特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

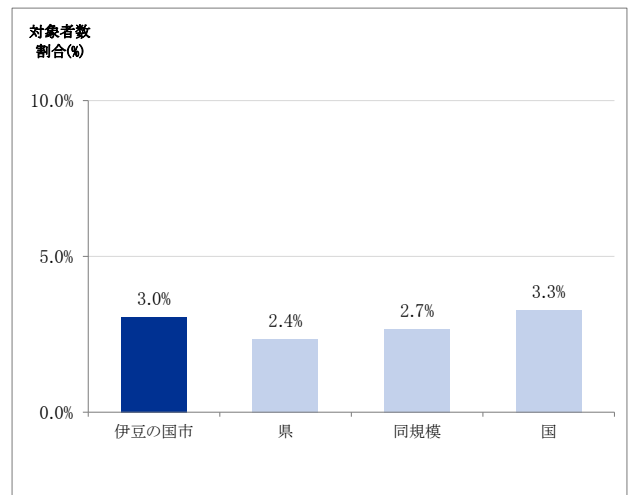
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



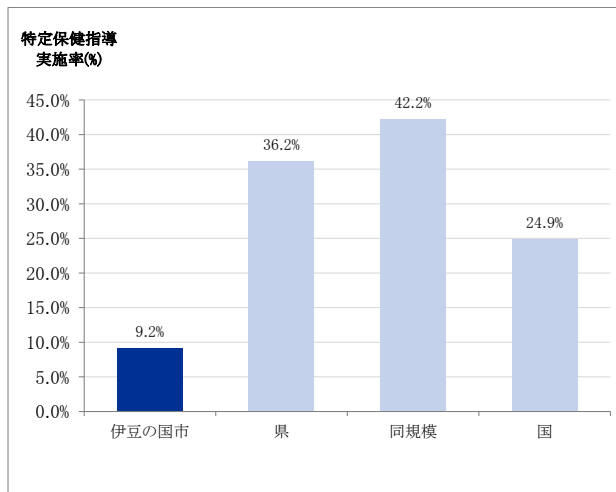
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導実施率9.2%は平成30年度35.1%より25.9ポイント減少している。また、令和4年度のデータは減少割合が非常に大きい為、データが不足している可能性がある。令和2年度にコロナの影響もあって実施率が減少し、その傾向が続いている。

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	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	7.4%	7.5%	6.5%	7.6%	7.4%
県	7.9%	7.9%	7.9%	7.9%	7.7%
同規模	9.2%	9.1%	9.0%	9.0%	8.7%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

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	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	2.8%	2.3%	2.0%	3.0%	3.0%
県	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.4%
同規模	2.9%	2.8%	2.6%	2.7%	2.7%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	3.3%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	10.1%	9.8%	8.5%	10.6%	10.4%
県	10.2%	10.2%	10.2%	10.3%	10.1%
同規模	12.0%	11.9%	11.6%	11.7%	11.3%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.9%

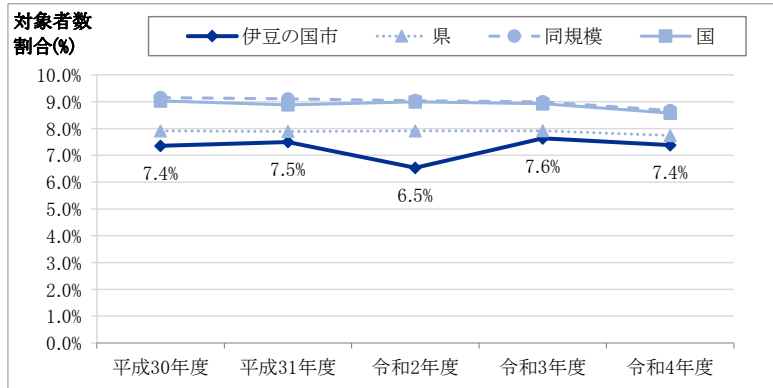
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	35.1%	34.6%	23.0%	14.5%	9.2%
県	31.9%	33.9%	34.2%	34.9%	36.2%
同規模	41.3%	41.8%	41.8%	41.8%	42.2%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%

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。
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

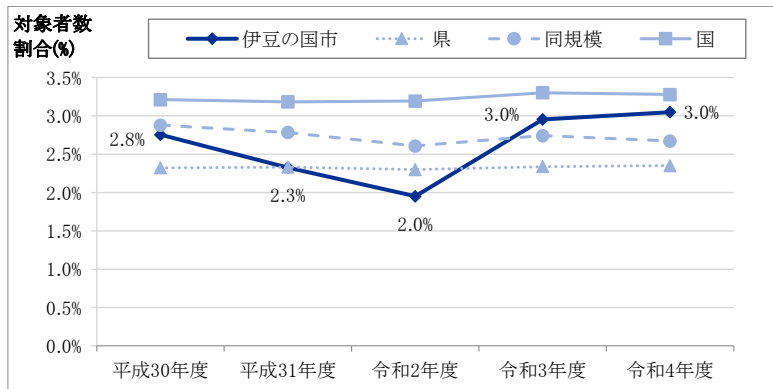
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



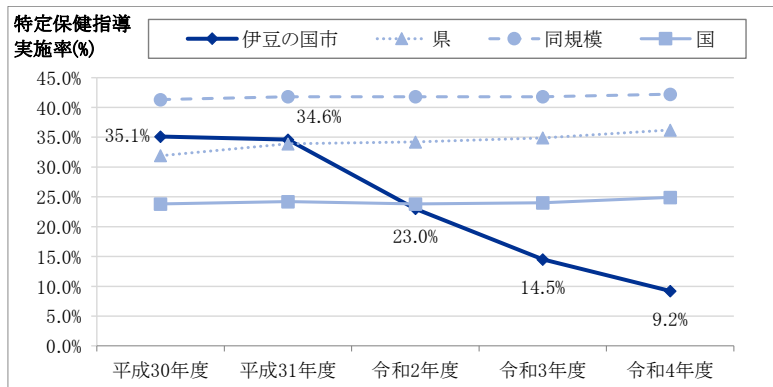
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



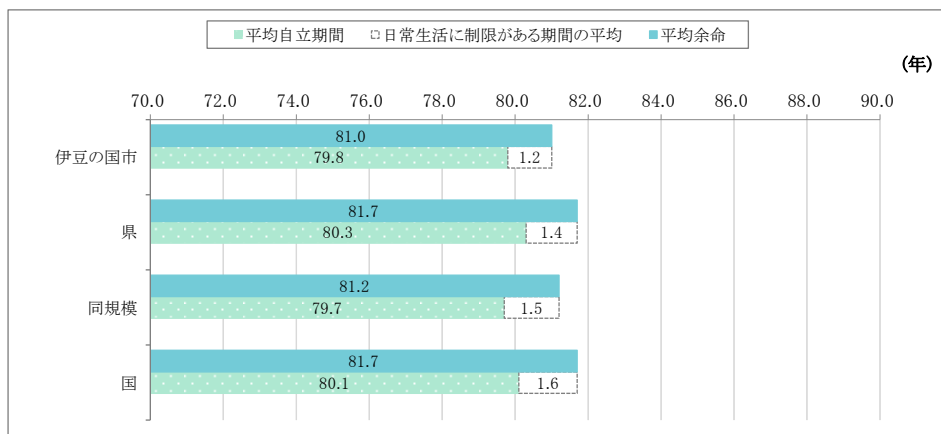
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

5. 平均余命と平均自立期間

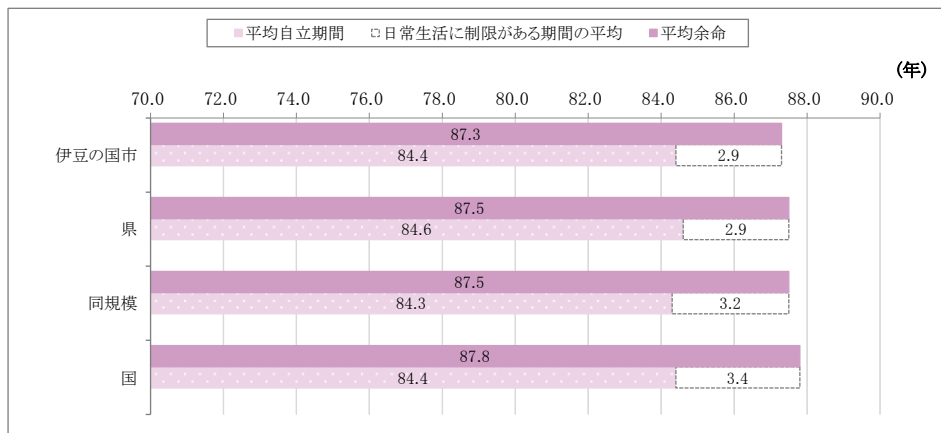
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示している。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つである。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味している。

本市の平均余命は男女共に静岡県より短い状況となっている。本市の男性の平均余命は81.0年、平均自立期間は79.8年で静岡県より0.5年短い。日常生活に制限がある期間の平均は1.2年で、静岡県の1.4年よりも短い。本市の女性の平均余命は87.3年、平均自立期間は84.4年で静岡県より0.2年短い。日常生活に制限がある期間の平均は2.9年で、静岡県の2.9年と同水準である。

(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)

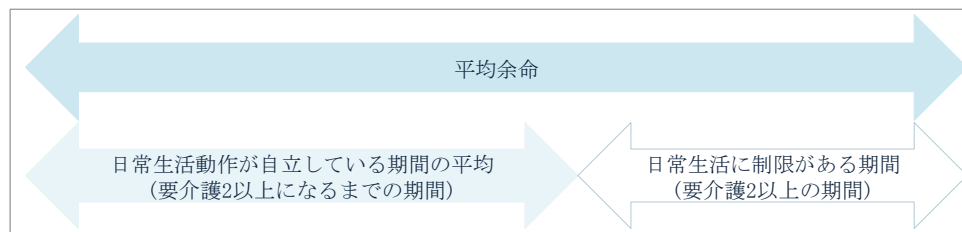


(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典: 国保データベース (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



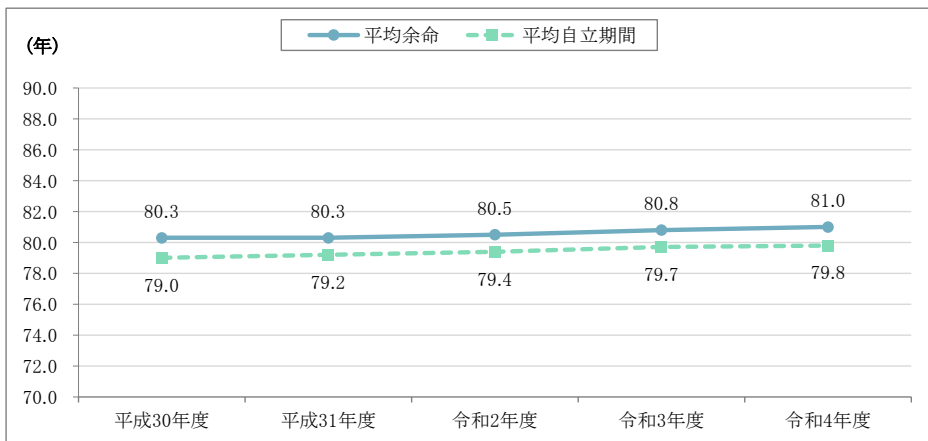
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。男性における令和4年度の平均自立期間79.8年は平成30年度79.0年から0.8年延伸している。女性における令和4年度の平均自立期間84.4年は平成30年度83.9年から0.5年延伸している。この影響もあって、男性の平均余命はこの間0.7年延伸し、女性の平均余命は0.5年延伸している。日常生活に制限がある期間の平均は、男性はやや短くなっており、女性は横ばいとなっている。

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

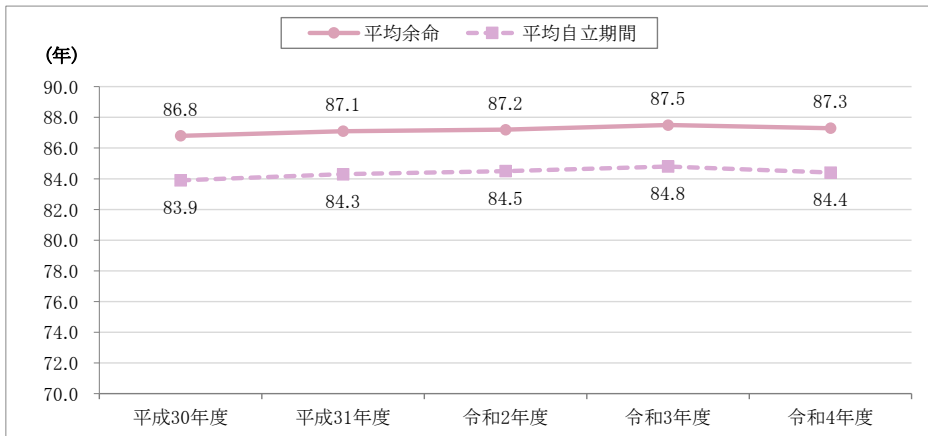
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	80.3	79.0	1.3	86.8	83.9	2.9
平成31年度	80.3	79.2	1.1	87.1	84.3	2.8
令和2年度	80.5	79.4	1.1	87.2	84.5	2.7
令和3年度	80.8	79.7	1.1	87.5	84.8	2.7
令和4年度	81.0	79.8	1.2	87.3	84.4	2.9

出典:国保データベース(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:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

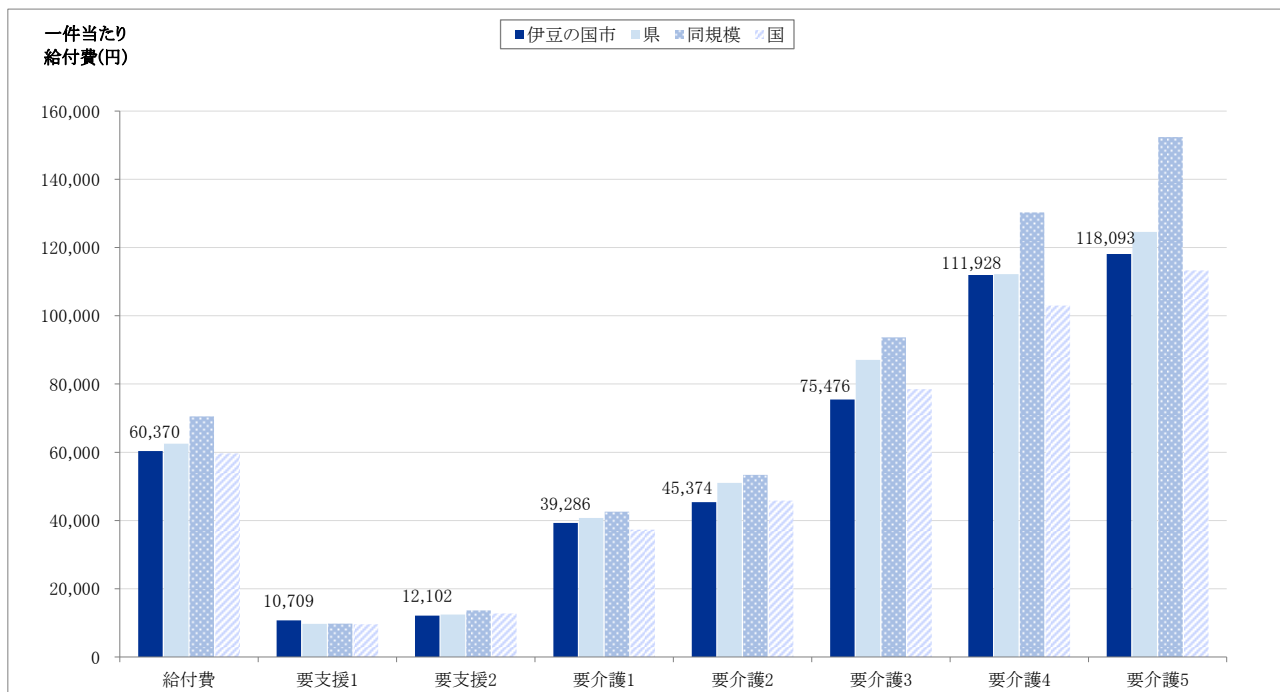
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものである。認定率16.3%は静岡県より1.0ポイント低く、一件当たり給付費60,370円は静岡県より3.4%低い。一件当たり給付費は、要支援1のみ本市が高くなっている。

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	伊豆の国市	県	同規模	国
認定率	16.3%	17.3%	19.1%	19.4%
認定者数(人)	2,617	191,151	630,569	6,880,137
第1号(65歳以上)	2,558	186,636	619,810	6,724,030
第2号(40～64歳)	59	4,515	10,759	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	60,370	62,506	70,503	59,662
要支援1	10,709	9,701	9,733	9,568
要支援2	12,102	12,407	13,649	12,723
要介護1	39,286	40,728	42,595	37,331
要介護2	45,374	51,016	53,391	45,837
要介護3	75,476	87,093	93,678	78,504
要介護4	111,928	112,235	130,313	103,025
要介護5	118,093	124,605	152,364	113,314

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

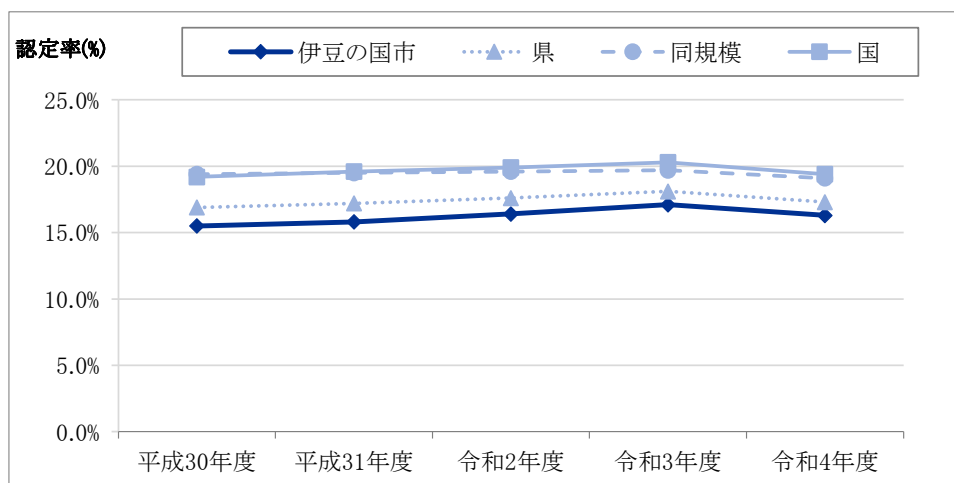
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものである。令和4年度認定率16.3%は平成30年度15.5%より0.8ポイント増加しており、0.4ポイント増加している静岡県が増加幅よりも高い為、静岡県の認定率との差分は縮小している。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分	年度	認定率	認定者数(人)		
			合計	第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
伊豆の国市	平成30年度	15.5%	2,330	2,289	41
	平成31年度	15.8%	2,427	2,377	50
	令和2年度	16.4%	2,523	2,468	55
	令和3年度	17.1%	2,594	2,539	55
	令和4年度	16.3%	2,617	2,558	59
県	平成30年度	16.9%	179,053	174,531	4,522
	平成31年度	17.2%	181,548	177,069	4,479
	令和2年度	17.6%	186,947	182,366	4,581
	令和3年度	18.1%	190,542	185,975	4,567
	令和4年度	17.3%	191,151	186,636	4,515
同規模	平成30年度	19.4%	584,451	573,606	10,845
	平成31年度	19.5%	606,045	595,070	10,975
	令和2年度	19.6%	614,438	603,658	10,780
	令和3年度	19.7%	625,835	615,011	10,824
	令和4年度	19.1%	630,569	619,810	10,759
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	平成31年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本市の令和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。心臓病62.0%が第1位、高血圧症55.5%が第2位、筋・骨格53.2%が第3位である。上位3疾病は静岡県と同一であり、有病率はいずれも静岡県よりやや高い。なお、KDB定義では心臓病に高血圧症が含まれていることに留意が必要である。

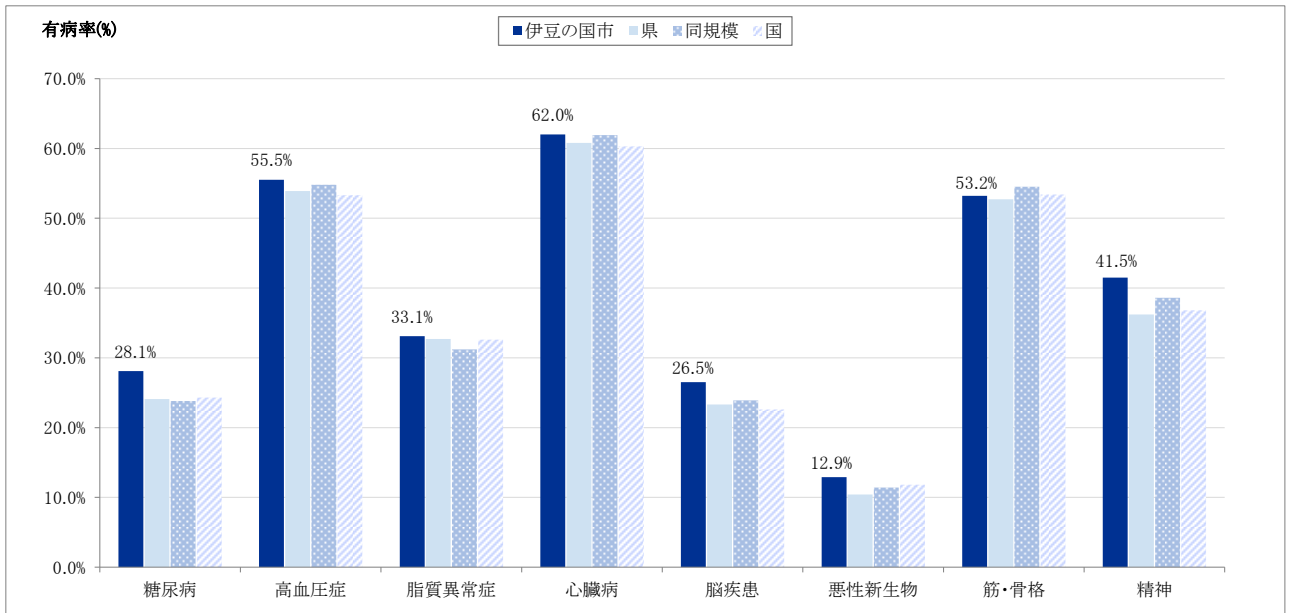
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	伊豆の国市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	2,617		191,151		630,569		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	761	47,262	6	154,694	6	1,712,613	6
	有病率	28.1%						
高血圧症	実人数(人)	1,493	105,312	2	352,398	2	3,744,672	3
	有病率	55.5%						
脂質異常症	実人数(人)	903	64,308	5	203,112	5	2,308,216	5
	有病率	33.1%						
心臓病	実人数(人)	1,672	118,655	1	397,324	1	4,224,628	1
	有病率	62.0%						
脳疾患	実人数(人)	695	45,067	7	151,330	7	1,568,292	7
	有病率	26.5%						
悪性新生物	実人数(人)	344	20,444	8	74,764	8	837,410	8
	有病率	12.9%						
筋・骨格	実人数(人)	1,427	103,053	3	350,465	3	3,748,372	2
	有病率	53.2%						
精神	実人数(人)	1,104	70,241	4	246,296	4	2,569,149	4
	有病率	41.5%						

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成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。本市の上位3疾病である心臓病、高血圧症、筋・骨格の有病率は、いずれも下降しており、静岡県との差が縮小している。

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

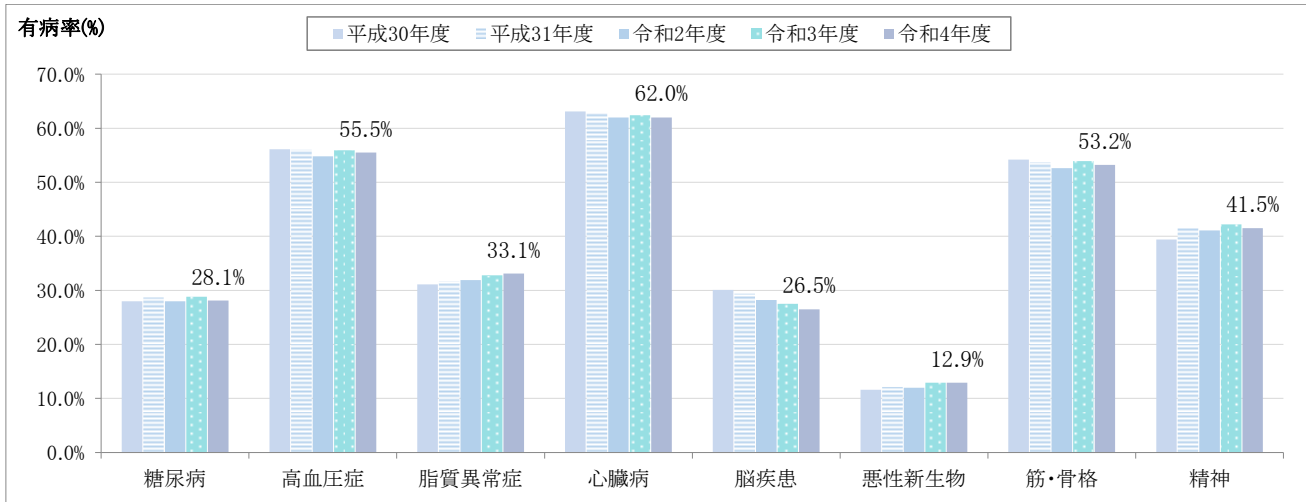
※各項目毎に上位5疾病を

網掛け 表示する。

区分	伊豆の国市										
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	
認定者数(人)	2,330		2,427		2,523		2,594		2,617		
糖尿病	実人数(人)	662	7	709	6	722	6	756	6	761	6
	有病率(%)	28.0%		28.7%		28.0%		28.8%		28.1%	
高血圧症	実人数(人)	1,300	2	1,355	2	1,412	2	1,467	2	1,493	2
	有病率(%)	56.1%		56.0%		54.8%		55.9%		55.5%	
脂質異常症	実人数(人)	734	5	797	5	823	5	880	5	903	5
	有病率(%)	31.1%		31.6%		31.9%		32.8%		33.1%	
心臓病	実人数(人)	1,465	1	1,531	1	1,593	1	1,640	1	1,672	1
	有病率(%)	63.1%		62.8%		62.0%		62.4%		62.0%	
脳疾患	実人数(人)	697	6	695	7	705	7	716	7	695	7
	有病率(%)	30.1%		29.4%		28.2%		27.5%		26.5%	
悪性新生物	実人数(人)	270	8	309	8	300	8	342	8	344	8
	有病率(%)	11.6%		12.1%		12.0%		12.9%		12.9%	
筋・骨格	実人数(人)	1,241	3	1,318	3	1,383	3	1,400	3	1,427	3
	有病率(%)	54.2%		53.7%		52.6%		53.9%		53.2%	
精神	実人数(人)	941	4	1,022	4	1,063	4	1,080	4	1,104	4
	有病率(%)	39.4%		41.7%		41.1%		42.2%		41.5%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 認定者の疾病別有病状況(県)

区分	県					伊豆の国市 (再掲)					
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	179,053	181,548	186,947	190,542	191,151	2,330	2,427	2,523	2,594	2,617	
糖尿病	実人数(人)	42,347	42,500	44,894	46,451	47,262	662	709	722	756	761
	有病率(%)	23.5%	23.5%	23.2%	23.8%	24.1%	28.0%	28.7%	28.0%	28.8%	28.1%
高血圧症	実人数(人)	96,427	97,640	101,871	104,316	105,312	1,300	1,355	1,412	1,467	1,493
	有病率(%)	53.7%	53.7%	53.1%	53.8%	53.9%	56.1%	56.0%	54.8%	55.9%	55.5%
脂質異常症	実人数(人)	54,903	56,532	60,081	62,798	64,308	734	797	823	880	903
	有病率(%)	30.3%	30.9%	31.0%	32.0%	32.7%	31.1%	31.6%	31.9%	32.8%	33.1%
心臓病	実人数(人)	109,456	110,604	115,120	117,704	118,655	1,465	1,531	1,593	1,640	1,672
	有病率(%)	60.9%	60.9%	60.1%	60.8%	60.8%	63.1%	62.8%	62.0%	62.4%	62.0%
脳疾患	実人数(人)	45,779	44,997	45,818	45,898	45,067	697	695	705	716	695
	有病率(%)	25.7%	25.1%	24.2%	23.9%	23.3%	30.1%	29.4%	28.2%	27.5%	26.5%
悪性新生物	実人数(人)	17,615	17,959	19,352	20,100	20,444	270	309	300	342	344
	有病率(%)	9.8%	9.9%	9.9%	10.2%	10.4%	11.6%	12.1%	12.0%	12.9%	12.9%
筋・骨格	実人数(人)	93,213	94,309	99,030	101,420	103,053	1,241	1,318	1,383	1,400	1,427
	有病率(%)	51.9%	52.1%	51.6%	52.4%	52.7%	54.2%	53.7%	52.6%	53.9%	53.2%
精神	実人数(人)	66,126	66,581	69,150	70,131	70,241	941	1,022	1,063	1,080	1,104
	有病率(%)	36.6%	36.8%	36.3%	36.4%	36.2%	39.4%	41.7%	41.1%	42.2%	41.5%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 認定者の疾病別有病状況(同規模)

区分	同規模					伊豆の国市 (再掲)					
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	584,451	606,045	614,438	625,835	630,569	2,330	2,427	2,523	2,594	2,617	
糖尿病	実人数(人)	134,265	139,887	145,502	149,851	154,694	662	709	722	756	761
	有病率(%)	22.9%	23.1%	22.9%	23.4%	23.8%	28.0%	28.7%	28.0%	28.8%	28.1%
高血圧症	実人数(人)	322,486	333,418	341,576	347,718	352,398	1,300	1,355	1,412	1,467	1,493
	有病率(%)	55.1%	54.9%	54.2%	54.7%	54.8%	56.1%	56.0%	54.8%	55.9%	55.5%
脂質異常症	実人数(人)	171,464	181,020	189,136	196,080	203,112	734	797	823	880	903
	有病率(%)	29.1%	29.7%	29.7%	30.5%	31.2%	31.1%	31.6%	31.9%	32.8%	33.1%
心臓病	実人数(人)	366,683	378,090	386,876	392,976	397,324	1,465	1,531	1,593	1,640	1,672
	有病率(%)	62.7%	62.4%	61.4%	61.9%	61.9%	63.1%	62.8%	62.0%	62.4%	62.0%
脳疾患	実人数(人)	155,413	155,845	156,541	154,880	151,330	697	695	705	716	695
	有病率(%)	26.9%	26.0%	25.1%	24.7%	23.9%	30.1%	29.4%	28.2%	27.5%	26.5%
悪性新生物	実人数(人)	63,977	67,192	70,665	72,651	74,764	270	309	300	342	344
	有病率(%)	10.8%	11.0%	11.0%	11.3%	11.4%	11.6%	12.1%	12.0%	12.9%	12.9%
筋・骨格	実人数(人)	319,815	330,145	338,553	344,525	350,465	1,241	1,318	1,383	1,400	1,427
	有病率(%)	54.6%	54.6%	53.8%	54.3%	54.5%	54.2%	53.7%	52.6%	53.9%	53.2%
精神	実人数(人)	231,263	238,440	244,121	246,532	246,296	941	1,022	1,063	1,080	1,104
	有病率(%)	39.2%	39.3%	38.8%	39.0%	38.6%	39.4%	41.7%	41.1%	42.2%	41.5%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 認定者の疾病別有病状況(国)

区分	国					伊豆の国市 (再掲)					
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	6,482,704	6,620,276	6,750,178	6,837,233	6,880,137	2,330	2,427	2,523	2,594	2,617	
糖尿病	実人数(人)	1,470,196	1,537,914	1,633,023	1,671,812	1,712,613	662	709	722	756	761
	有病率(%)	22.4%	23.0%	23.3%	24.0%	24.3%	28.0%	28.7%	28.0%	28.8%	28.1%
高血圧症	実人数(人)	3,318,793	3,472,146	3,642,081	3,690,454	3,744,672	1,300	1,355	1,412	1,467	1,493
	有病率(%)	50.8%	51.7%	52.4%	53.2%	53.3%	56.1%	56.0%	54.8%	55.9%	55.5%
脂質異常症	実人数(人)	1,915,551	2,036,238	2,170,776	2,236,475	2,308,216	734	797	823	880	903
	有病率(%)	29.2%	30.1%	30.9%	32.0%	32.6%	31.1%	31.6%	31.9%	32.8%	33.1%
心臓病	実人数(人)	3,770,674	3,939,115	4,126,341	4,172,696	4,224,628	1,465	1,531	1,593	1,640	1,672
	有病率(%)	57.8%	58.7%	59.5%	60.3%	60.3%	63.1%	62.8%	62.0%	62.4%	62.0%
脳疾患	実人数(人)	1,563,143	1,587,755	1,627,513	1,599,457	1,568,292	697	695	705	716	695
	有病率(%)	24.3%	24.0%	23.6%	23.4%	22.6%	30.1%	29.4%	28.2%	27.5%	26.5%
悪性新生物	実人数(人)	702,800	739,425	798,740	817,260	837,410	270	309	300	342	344
	有病率(%)	10.7%	11.0%	11.3%	11.6%	11.8%	11.6%	12.1%	12.0%	12.9%	12.9%
筋・骨格	実人数(人)	3,305,225	3,448,596	3,630,436	3,682,549	3,748,372	1,241	1,318	1,383	1,400	1,427
	有病率(%)	50.6%	51.6%	52.3%	53.2%	53.4%	54.2%	53.7%	52.6%	53.9%	53.2%
精神	実人数(人)	2,339,782	2,437,051	2,554,143	2,562,308	2,569,149	941	1,022	1,063	1,080	1,104
	有病率(%)	35.8%	36.4%	36.9%	37.2%	36.8%	39.4%	41.7%	41.1%	42.2%	41.5%

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

7. 死亡の状況

本市の令和4年度の標準化死亡比は、男性103.8、女性96.9となっており、男性は静岡県よりも5.1ポイント高く、女性は静岡県よりも2.7ポイント低くなっている。男女共に平均余命は静岡県より短い中で、女性の標準化死亡比は静岡県よりも低くなっている。

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	伊豆の国市	県	同規模	国
男性	103.8	98.7	103.4	100.0
女性	96.9	99.6	101.4	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

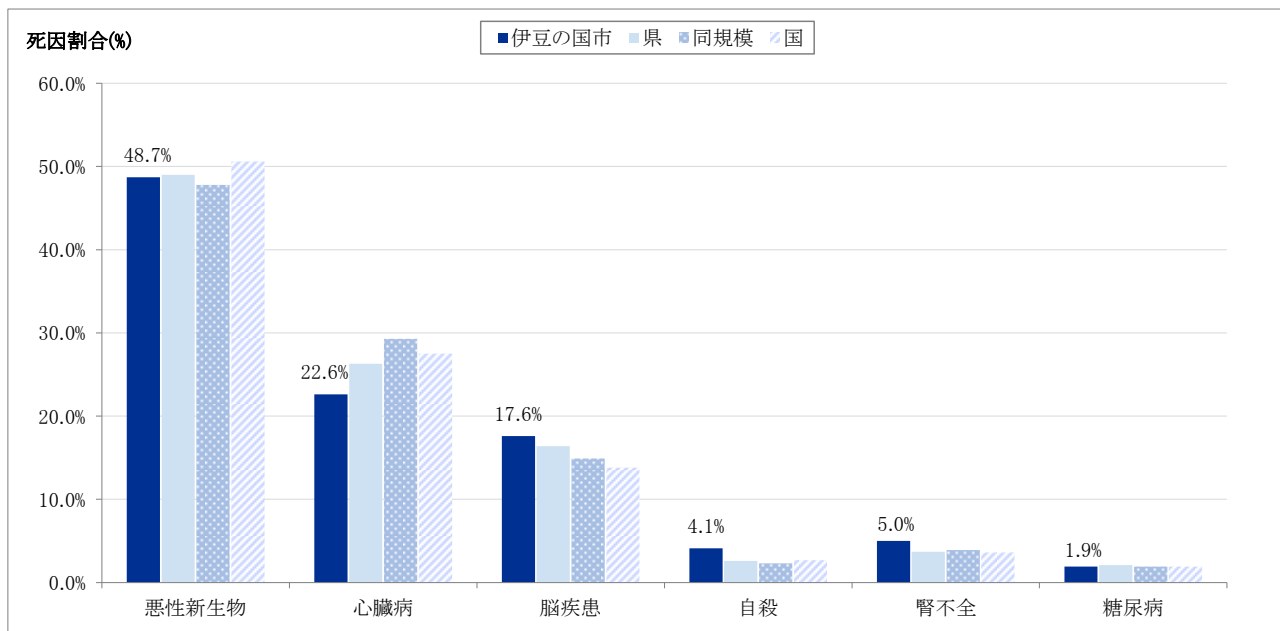
本市の令和4年度の主たる死因をみると、自殺の割合4.1%が静岡県より1.5ポイント、腎不全の割合5.0%が静岡県より1.3ポイント、脳疾患の割合17.6%が静岡県より1.2ポイント、それぞれ高くなっている。また、心臓病の割合22.6%は静岡県より3.7ポイント低くなっている。なお、死因はKDBで定義された6死因となっている。

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	伊豆の国市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	155	48.7%	49.0%	47.8%	50.6%
心臓病	72	22.6%	26.3%	29.3%	27.5%
脳疾患	56	17.6%	16.4%	14.9%	13.8%
自殺	13	4.1%	2.6%	2.3%	2.7%
腎不全	16	5.0%	3.7%	3.9%	3.6%
糖尿病	6	1.9%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	318				

出典:国保データベース(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:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の平成30年度から令和4年度における標準化死亡比は男性が減少傾向にあり、女性は増加傾向にある。

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性					女性				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	104.9	104.9	104.9	103.8	103.8	93.8	93.8	93.8	96.9	96.9
県	97.5	97.5	97.5	98.7	98.7	99.9	99.9	99.9	99.6	99.6
同規模	104.8	104.7	104.6	103.5	103.4	101.3	101.4	101.3	101.5	101.4
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

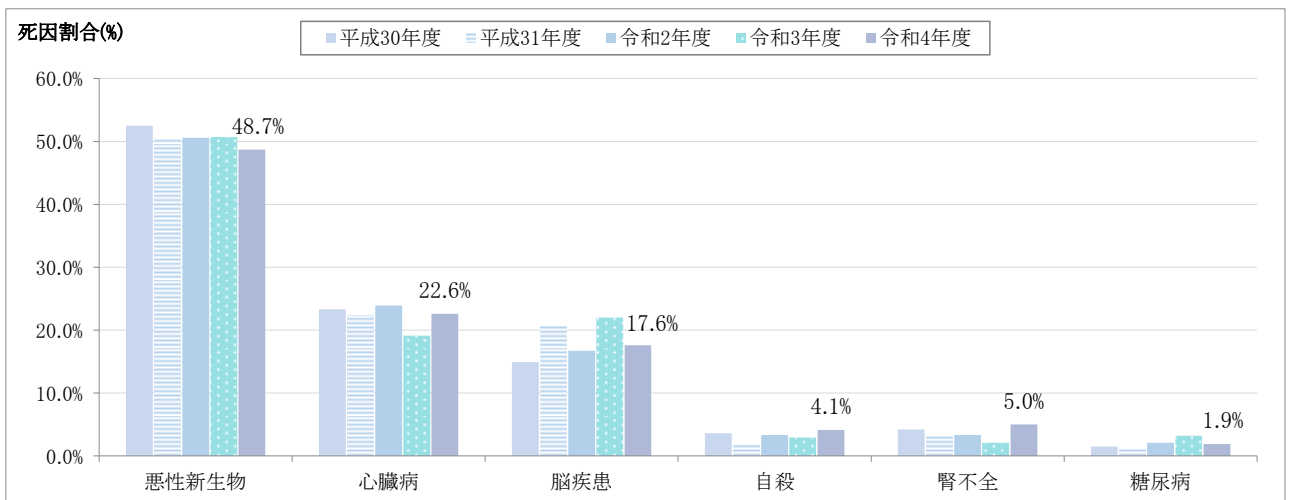
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、人口総数が3.3%減少している中、死亡者数は17人減少、5.1%減少しています。悪性新生物と心臓病を死因とする人数は減少している一方で、脳疾患、自殺、腎不全、糖尿病を死因とする人数は増加していることに注意が必要である。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	伊豆の国市									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	176	167	167	173	155	52.5%	50.5%	50.6%	50.7%	48.7%
心臓病	78	74	79	65	72	23.3%	22.4%	23.9%	19.1%	22.6%
脳疾患	50	69	55	75	56	14.9%	20.8%	16.7%	22.0%	17.6%
自殺	12	6	11	10	13	3.6%	1.8%	3.3%	2.9%	4.1%
腎不全	14	11	11	7	16	4.2%	3.3%	3.3%	2.1%	5.0%
糖尿病	5	4	7	11	6	1.5%	1.2%	2.1%	3.2%	1.9%
合計	335	331	330	341	318					

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(県)

疾病項目	県					伊豆の国市 (再掲)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	49.6%	47.7%	48.2%	48.5%	49.0%	52.5%	50.5%	50.6%	50.7%	48.7%
心臓病	25.1%	26.9%	26.6%	26.5%	26.3%	23.3%	22.4%	23.9%	19.1%	22.6%
脳疾患	16.7%	16.9%	16.6%	16.7%	16.4%	14.9%	20.8%	16.7%	22.0%	17.6%
自殺	2.8%	2.6%	2.6%	2.5%	2.6%	3.6%	1.8%	3.3%	2.9%	4.1%
腎不全	3.6%	3.7%	3.7%	3.7%	3.7%	4.2%	3.3%	3.3%	2.1%	5.0%
糖尿病	2.3%	2.1%	2.3%	2.0%	2.1%	1.5%	1.2%	2.1%	3.2%	1.9%
合計										

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(同規模)

疾病項目	同規模					伊豆の国市 (再掲)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	47.1%	46.6%	46.5%	46.8%	47.8%	52.5%	50.5%	50.6%	50.7%	48.7%
心臓病	28.3%	29.1%	29.6%	29.6%	29.3%	23.3%	22.4%	23.9%	19.1%	22.6%
脳疾患	16.5%	16.4%	15.8%	15.7%	14.9%	14.9%	20.8%	16.7%	22.0%	17.6%
自殺	2.5%	2.3%	2.3%	2.2%	2.3%	3.6%	1.8%	3.3%	2.9%	4.1%
腎不全	3.7%	3.8%	3.9%	3.9%	3.9%	4.2%	3.3%	3.3%	2.1%	5.0%
糖尿病	1.8%	1.8%	2.0%	1.9%	1.9%	1.5%	1.2%	2.1%	3.2%	1.9%
合計										

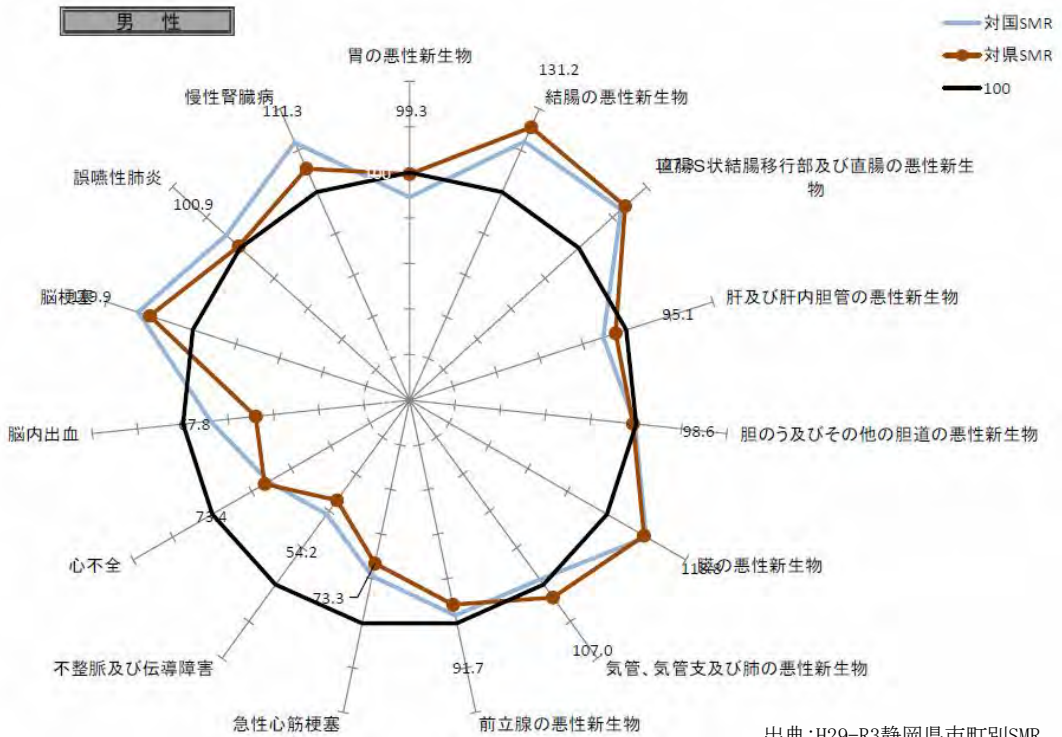
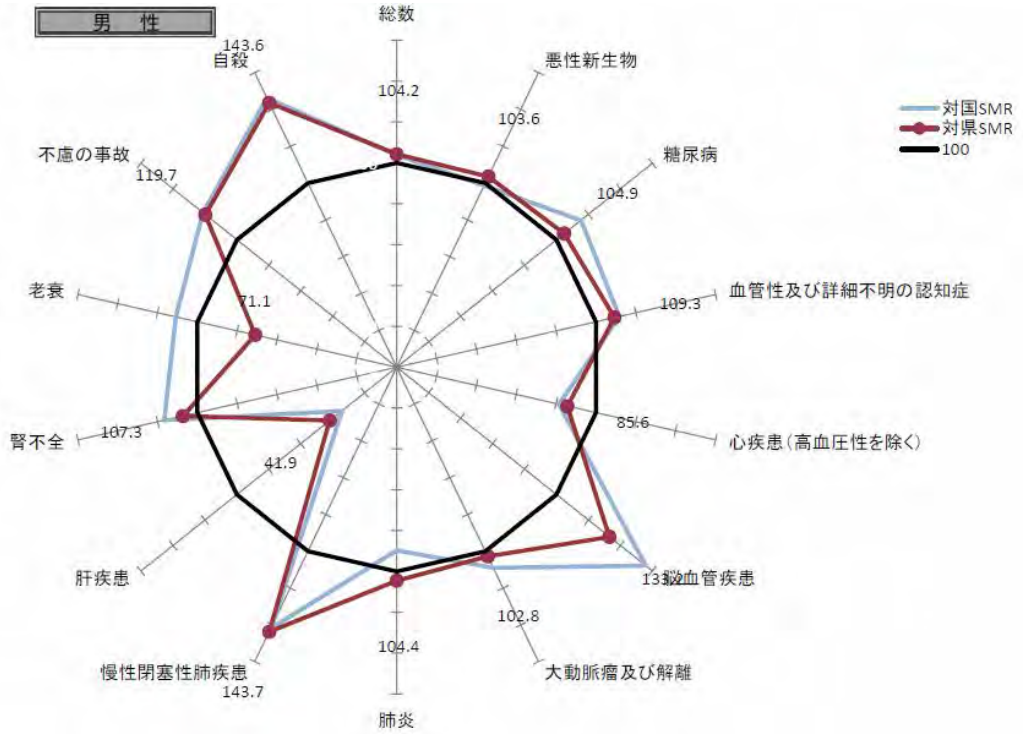
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(国)

疾病項目	国					伊豆の国市 (再掲)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	50.5%	49.9%	49.8%	50.2%	50.6%	52.5%	50.5%	50.6%	50.7%	48.7%
心臓病	26.8%	27.4%	27.8%	27.7%	27.5%	23.3%	22.4%	23.9%	19.1%	22.6%
脳疾患	14.8%	14.7%	14.4%	14.2%	13.8%	14.9%	20.8%	16.7%	22.0%	17.6%
自殺	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	3.6%	1.8%	3.3%	2.9%	4.1%
腎不全	3.3%	3.4%	3.5%	3.5%	3.6%	4.2%	3.3%	3.3%	2.1%	5.0%
糖尿病	1.8%	1.9%	1.9%	1.8%	1.9%	1.5%	1.2%	2.1%	3.2%	1.9%
合計										

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

伊豆の国市 SMR 分析 H29-R3

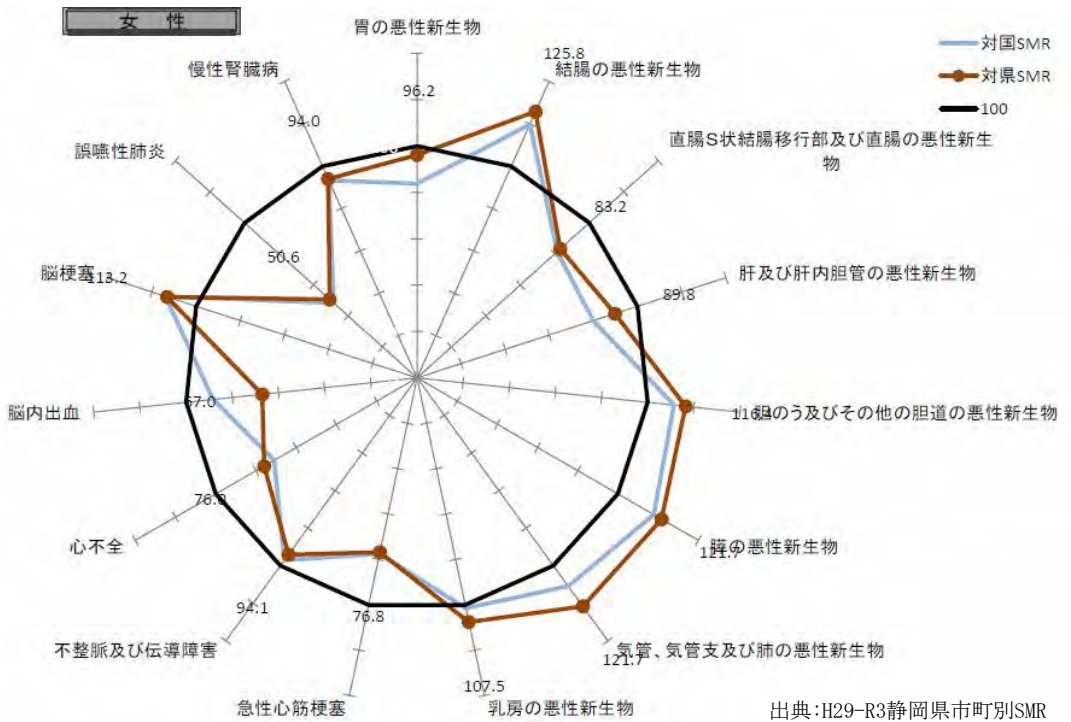
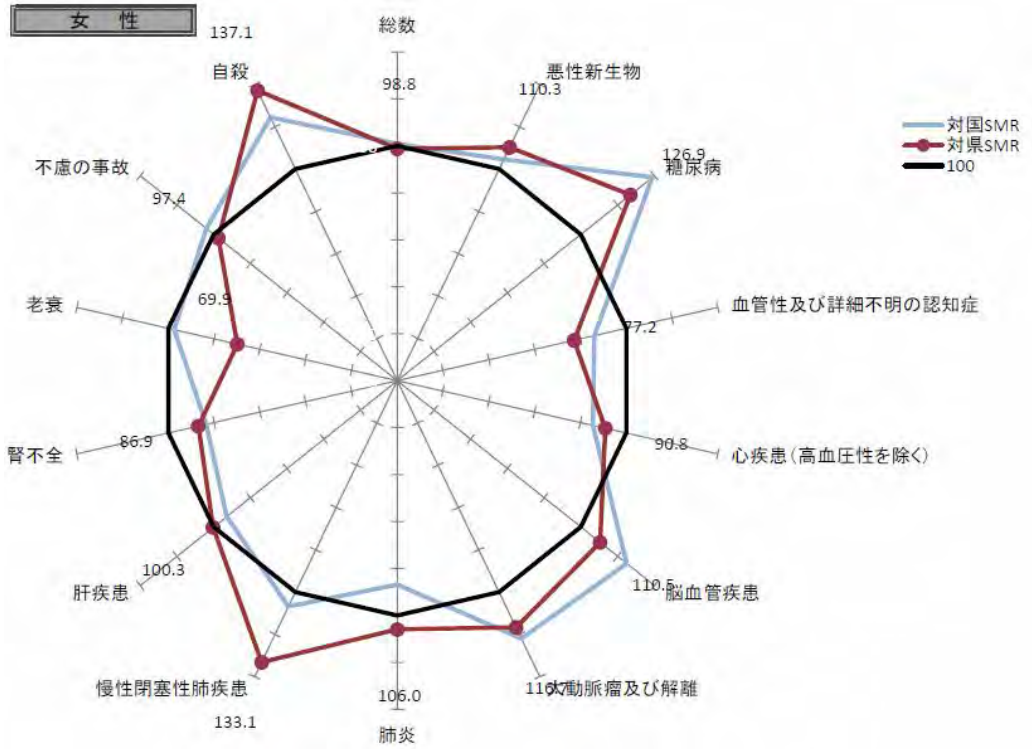


出典:H29-R3静岡県市町別SMR

※SMR(標準化死亡比)とは、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、揃えた死亡率のこと。

県を標準とした SMR =
$$\frac{\text{市町の5年間(死因別)死亡数}}{[\text{静岡県の5年間(死因別)粗死亡率} \times \text{市町の5年間当該年齢階級別人口}] \text{の総和}}$$

伊豆の国市SMR分析 H29-R3



※SMR(標準化死亡比)とは、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、揃えた死亡率のこと。

県を標準としたSMR =
$$\frac{\text{市町の5年間(死因別)死亡数}}{\text{[静岡県の5年間(死因別)粗死亡率} \times \text{市町の5年間当該年齢階級別人口]} \text{の総和}$$

第3章 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画全体の評価

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

全体目標	自らが健康管理ができる生活と健康寿命の延伸の実現
------	--------------------------

評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察
		中間評価時点 2020年度 (R2)	現状値 2022年度 (R4)	
自らが健康管理ができる生活 (平均自立期間)	—	男 79.4歳 女 84.5歳	男 79.8歳 女 84.4歳	平均自立期間は少しずつ伸びてきている。
健康寿命の延伸 (お達者度)	男17.74 女21.46	男18.38 女21.76 (R1まで)	男18.37 女21.44 (R2まで)	健康寿命が延びており、県同規模自治体と比べ、介護認定率が低い。

2. 各事業の達成状況

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を示したものである。全9事業のうち、目標達成している事業は2事業である。

実施年度：平成30年度～令和5年度

事業名	事業目的・実施内容
特定健診受診勧奨事業	<p>[事業目的] 特定健康診査の受診率向上により、被保険者の健康状態の把握</p> <p>[実施内容] 40～74歳の被保険者を対象とし、特定健診を実施する。特定健康診査を受診していない者を対象者とし、通知や電話などにより追加健診の受診を促す。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する。 健診を受け健康状態を把握することで、今後の保健指導や医療機関への受診勧奨に繋げる。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する。</p>
特定保健指導事業	<p>[事業目的] 被保険者の生活習慣病 該当者及び予備群の減少</p> <p>[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う。 被保険者が特定健診受診後、順次、特定保健指導対象者を特定し実施する。 指導後に健康診査データより検査値の推移を確認する</p>
糖尿病性腎症重症化 予防事業	<p>[事業目的] 糖尿病性腎症患者の重症化予防</p> <p>[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指導を行う。 指導後に健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。</p>
高血圧対策事業	<p>[事業目的] 適正血圧者の増加</p> <p>[実施内容] 市独自のパンフレットや健康教育媒体を作成し、血圧や減塩に対する正しい知識の普及を行う。県作成の「お塩のとりかたチェック表」を活用し、必要時には専門職より生活改善指導を行う。血圧に対する知識の普及啓発を市民に行う。 また健診結果により、高血圧該当者に対し健康教育を実施し、受診行動、生活習慣改善を促す。</p>

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 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への通知率 未受診者への勧奨通知率 電話勧奨率	100% 100% 58.6%	100% 100% 50%	100% 100% 0% (H30より未実施)	
特定健診受診率 40代：25% 50代：35% 男性：43% 特定健診継続受診率 特定健康診査受診率	45.5% 40代：23% 50代：31.9% 男性：40.1% 75.8% 45.5%	50.0% 40代：25% 50代：35% 男性：43% 80% 50%	42.1% 40代：20.5% 50代：32.5% 男性：36.6% 77.6%(R3-R4) 42.1%	2
対象者の指導実施率	指導実施率39.7%、 終了率41.3%	50%以上	9.1%	
指導完了者の生活習慣改善率 積極的支援及び 動機付け支援対象者割合	— 9.8%	食生活 52.5%、 身体活動 45% 1ポイント 減少	食生活 68.8%、 身体活動 58.3% 10.4%	2
対象者の受診勧奨率	糖 99.6% 腎 10%	100%	糖：77% 腎：74%	
対象者の医療機関受診率 指導完了者の検査値改善率 新規人工透析患者数の維持・ 減少	糖 84.6% 腎 82.7% 糖 63.1% 腎 35.5% 新規透析患者数 12人	糖 95% 腎 82% 糖 50% 腎 50% (対H27年17人)	糖 88.9% 腎 89.2% (R3-R4)糖 53.8% 腎 44.4% 10人	4
啓発チラシの配布 対象者への勧奨通知 対象者への指導実施率	— — —	17,000枚以上 100% 30%	血压リーフレット配布 31,153枚 (R1まで) R1までは普及啓発実施していた が、新型コロナで縮小となる。 100% 2.5%	
血压と減塩の正しい 知識をもつ人が増える。 適正血压の人の割合 増加 特定健診継続受診率	適正血压 40歳代：81 50歳代：69 60歳代：55.8 70歳代：41.1 75.8%	血压と減塩の正しい 知識をもつ人が増える。 40歳代50歳代:5ポイント増加 60歳代：3ポイント増加 70～75歳:2ポイント増加 80%	適正血压の人の割合 (R4) 40歳代：80.2 50歳代：66 60歳代：52.9 70歳代：46.1 77.6%(R3-R4)	1

実施年度：平成30年度～令和5年度

事業名	事業目的・実施内容
健診異常値放置者 受診勧奨事業	<p>[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</p> <p>[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う。 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フォローを行う。</p>
生活習慣病治療中断者 受診勧奨事業	<p>[事業目的] 生活習慣病治療中断者の減少</p> <p>[実施内容] レセプトデータから、かつて生活習慣病で定期受診をしていたが、その後定期受診を中断した対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。 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フォローを行う。</p>
受診行動適正化指導 事業	<p>[事業目的] 重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少</p> <p>[実施内容] レセプトデータから、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、専門職による指導を行う。 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する。</p>
ジェネリック医薬品 差額通知事業	<p>[事業目的] ジェネリック医薬品の普及率向上</p> <p>[実施内容] レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、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する。 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す。 通知後に効果検証を行い、削減効果があったかを確認する。</p>
薬剤併用禁忌防止事業	<p>[事業目的] 薬剤併用禁忌の発生件数減少</p> <p>[実施内容] レセプトデータから、薬剤併用禁忌の発生状況を把握し、お薬手帳の活用、普及啓発を行い、被保険者自身が医療に参加している自覚をもち、自己管理できるよう促す。 薬局へ薬剤併用禁忌情報の提供を行う。 情報提供後、薬剤併用禁忌の発生状況を確認する。</p>

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 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への通知率	100%	100%	100%	3
対象者の医療機関受診率 通知効果 健診異常値放置者割合の減少	17.50% 11.30% 5.00ポイント	20.0% 10.0%以上 1ポイント減少 (総被保険者)	10.30% 10.30% 0.76ポイント増加 (総被保険者)	
対象者への通知率	100%	100%	100%	
対象者の医療機関受診率 通知効果 生活習慣病治療中断者割合の減少	48.00% 20.00% 0.84ポイント	55.00% 15.%以上 0.1ポイント減少 (総被保険者)	41.70% 41.70% 0ポイント減少 (総被保険者)	3
対象者の指導実施率	—	50.%以上	50%以上	3
指導完了者の受診行動適正化率	—	3.00%	0%	
重複・頻回受診者、重複服薬者の減少	重複 0.40ポイント 頻回 0.82ポイント 服薬 2.02ポイント	3ポイント減少	重複 0.28ポイント増加 頻回 0.16ポイント減少 服薬 0.02ポイント増加	
対象者への通知率	100%	100%	100%	4
通知対象者のジェネリック医薬品普及率 (数量ベース) ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	57.00% 68.59%	80.00% 80.00%	72.10% 71.90% (数量ベース R4年11月診療確認分)	
お薬手帳活用の啓発 薬局等への情報提供	— —	— 100%	未実施 未実施	
薬剤併用禁忌発生件数	745件 358人	減少	301件 179人減少	5

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により生活習慣病の予防及び早期発見・早期治療。
対象者	特定健康診査を受診していない者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>①特定健康診査を受診していない者を特定（前年度未受診者のうち生活習慣病関連の受診がない者及び当該年度未受診者）</p> <p>②訴求力の高い通知書の送付及び電話勧奨</p> <p>【周知・案内の方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 周知の方法 <p>特定健診の受診率向上のためには、複数の媒体を活用して対象者に制度を認知してもらうことが不可欠である。</p> <p>次の方法により制度の周知を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 市広報誌への掲載 イ 市ホームページへの掲載 ウ ポスターの掲示（市内医療機関、公共機関等） <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診案内の方法 <p>毎年5月に健診対象者に受診券及び受診案内を普通郵便により送付する。対象者への送付物は、「健(検)診受診券兼受診票用シール・質問票」「受診案内・医療機関一覧表」とする。</p> <p>③特定健康診査の受診状況を確認</p>

【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（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトプット：未受診者への勧奨通知率（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトプット：電話勧奨率（実績値）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
達成状況	58.6%	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

アウトカム：対象者の特定健診受診率（法定報告）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	57.0%	51.4%	53.2%	54.9%	46.0%	48.0%	50.0%
達成状況	45.5%	44.4%	42.4%	36.6%	42.8%	42.1%	

アウトカム：特定健診継続受診率（しずおか茶っとシステム）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H29-H30)	2018年度 (H30-H31)	2019年度 (H31-R2)	2020年度 (R2-R3)	2022年度 (R3-R4)	2023年度 (R4-R5)
目標値	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	75.8%	76.8%	75.7%	69.9%	78.8%	77.6%	

アウトカム：特定健康診査受診率（法定報告）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	51.4% (40代25.0%、 50代35.0%、 男性43.0%)	53.2% (40代25.0%、 50代35.0%、 男性43.0%)	54.9% (40代25.0%、 50代35.0%、 男性43.0%)	46.0% (40代25.0%、 50代35.0%、 男性43.0%)	48.0% (40代25.0%、 50代35.0%、 男性43.0%)	50.0% (40代25.0%、 50代35.0%、 男性43.0%)
達成状況	45.5% (40代23.0%、 50代31.9%、 男性40.1%)	44.4% (40代20.1%、 50代33.2%、 男性38.8%)	42.4% (40代21.2%、 50代29.8%、 男性37.1%)	36.6% (40代16.2%、 50代24.5%、 男性31.9%)	42.8% (40代22.7%、 50代32.2%、 男性37.1%)	42.1% (40代20.5%、 50代32.5%、 男性36.6%)	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・特定健診対象者に対し、受診券及び資料を送付している。
- ・個別健診と集団健診のどちらも実施している。また集団健診では、特定健康診査とがん検診を同時に実施している。
- ・個別健診の結果説明は医療機関で個別に実施し、集団健診の結果説明は市で結果説明会を開催し、保健指導や栄養指導とともに結果を提供している。
- ・周知のため市広報誌、市ホームページの掲載だけでなく、庁舎内や医療機関及びコンビニに特定健康診査啓発ポスターを配布し掲示している。
- ・受診勧奨は外部委託により実施し、受診対象者に受診勧奨通知を送付している。
- ・新規40歳、及び過年度における不定期受診者を主な対象者として、年2回程度、受診勧奨通知を送付している。
- ・過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。
- ・人間ドック及び脳ドックは医療機関に委託して実施し、医療機関に健診結果等の情報提供を求めるチラシを配布している。

【評価】

- ・特定健康診査とがん検診を同時に実施しているため、受診者の利便性は高い。
- ・集団健診において、アクセスの良い菰山保健センターやアクセスかつらぎの予約が埋まるのが早く、受診者の希望に添えず受診しないことがあるため、日数を増やす必要がある。
- ・受診勧奨を効果的にできていないため、受診率が伸び悩んでいる。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・主管部門は国保年金課、連携部門は健康づくり課としている。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり課は実務支援を担当している。
- ・田方医師会への事業説明及び協力要請、静岡県国保連の保健事業支援を活用している。
- ・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している。

【評価】

- ・かかりつけ医があり、特定健康診査を受診しない対象者も多いため、田方医師会との連携を強化する必要がある。

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

考察
(成功・未達
要因)

- ・平成31年度より蔓延したコロナウィルスの影響で令和2年度に受診率が大きく低下した。
- ・若い世代である40代～50代への啓発も効果があまり見られなかった。若い世代の受診率を向上するために40歳未満の被保険者への受診勧奨を行ったが特定健診受診に結びつかなかった。
- ・かかりつけ医等医療機関受診者のうち、特定健診未受診者が56.7%おり、特定健診受診に結びつけられなかったことも要因と考えられる。

今後の
方向性

- ・未受診者対策としてAI分析を用いた受診勧奨を行い、より受診する可能性の高い層に対し効果的な通知を送付することで、受診率の向上を図る。
- ・健診ガイドをより分かりやすく作成し、健診受診までの流れを明確にすることで、対象者の健診受診への意欲を高める。

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。
対象者	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	①動機付け支援、積極的支援対象者の特定 【特定保健指導対象者の選定と階層化】 特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた人に対して、特定保健指導を実施する。 ②特定保健指導の実施 ③生活習慣、検査値の状況を確認

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への指導実施率（法定報告）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	55%以上	51.7%	53.5%	55.1%	46.0%	48.0%	50.0%
達成状況	41.3%	39.1%	38.6%	24.0%	14.2%	9.1%	

アウトカム：指導完了者の生活習慣改善率（国保総合システム）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		・食生活 52.5% ・身体活動 45.0%	・食生活 52.5% ・身体活動 45.0%	・食生活 52.5% ・身体活動 45.0%	・食生活 52.5% ・身体活動 45.0%	・食生活 52.5% ・身体活動 45.0%	・食生活 52.5% ・身体活動 45.0%
達成状況	未実施	・食生活 64.2% ・身体活動 49.4%	・食生活 67.2% ・身体活動 44.8%	・食生活 56.7% ・身体活動 40.0%	・食生活 64.8% ・身体活動 38.9%	・食生活 68.8% ・身体活動 58.3%	

アウトカム：積極的支援及び動機付け支援対象者割合（KDB）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		9.4%	9.4%	9.3%	9.3%	9.2%	減少
達成状況	10.4%	125人(43.7%) 34人(30.4%)	124人(44.8%) 26人(30.2%)	62人(32.3%) 21人(37.5%)	38人(14.3%) 5人(5.0%)	10.4%	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・特定健診の日程を増やすことで、集団健診にて保健指導ができる人が増加するようにしてきた。
- ・特定保健指導対象者には、利用券を通知している。
- ・個別健診の健診結果は医療機関より入手し、訪問にて保健指導を実施している。
- ・結果説明会不参加者に対しては、後日訪問している。

【評価】

- ・ウェルシア薬局に委託し、特定保健指導が実施できるようにしたが、参加者が少ない。
- ・保健指導を希望する人が増えるような利用券通知や広報の工夫が必要。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・主管部門は国保年金課、保健指導を実施できる健康づくり課の保健師・栄養士3名が担当している。
- ・集団健診受診者に対し、健診結果説明会を開催している。
- ・個別健康診査受診者に対し、健康相談会の実施や訪問指導を実施している。
- ・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している。

【評価】

- ・特定保健指導を医療機関で実施できる場所が少ない。
- ・特定保健指導実施委託業者や医療機関が少ない上、指導に重視するスタッフが不足しており、特定保健指導実施率が増加していない。
- ・集団健診の結果説明会にて特定保健指導の初回を実施することで、特定保健指導受診率アップにつながっている。
- ・運動習慣がない人への運動できる場の提供先が少ないため、運動を始めるきっかけの場を紹介できない。

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

考察

(成功・未達
要因)

- ・積極的支援実施者の母数が少ないため、明らかなことは言えないが、40・50歳代の若い方が特定保健指導を受けていない。日中は仕事をしているため、訪問しても不在であったり、連絡がついても保健指導を実施するまでに至らない方が多いためと思われる。
- ・食生活の方が身体活動より改善率が高い。食生活の方が取り組みやすさがある様子。しかし、特定保健指導の実施率が低下しているため、はっきりと評価できない。
- ・通知方法について見直しを行う。

今後の 方向性

- ・脳血管疾患のリスク因子が高い積極的支援対象者で、高血圧、高血糖、脂質異常の3つを併せ持つ人を優先に訪問し、早期に関わり、意識した生活習慣を送ることができるようにしていく。
- ・積極的支援対象者で男性の50、60歳代、女性の指導率を上げるため、予約方法や通知方法を工夫する。
- ・運動習慣が無い人でも取り組めるようにしていけるように、市内で運動できる場について情報提供していく。

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病等の疾病管理と腎機能低下の予防。
対象者	I 健康診査データでe-GFR45未満、HbA1c6.5%以上で病院未受診者 II 重症化予防プログラム対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>対象者に医療機関への受診勧奨及び、保健指導・栄養指導等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指導を行う。</p> <p>I 新規透析</p> <p>①健康診査データ及びレセプトデータから対象者を特定 (e-GFR45未満、HbA1c6.5%以上で病院未受診者)</p> <p>②抽出対象者の健診データ、レセプト、過去のかかわり等を用いて健康づくり課保健師が検討会にて優先度及び指導方法(訪問、電話、各種教室・講演会の通知、文書)を振り分ける。</p> <p>③専門職が対象者に、訪問、教室、電話等で指導を行う。</p> <p>④生活習慣、検査値の改善状況を確認</p> <p>【指導の評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データ管理 ・結果分析 ・健診結果推移 ・医療機関につながった人 <p>II 糖尿病性腎症重症化予防プログラム</p> <p>①健康診査データ及びレセプトデータから対象者を特定 (医療機関未受診者・糖尿病治療中断者・ハイリスク者)</p> <p>②主治医の指示のもと、プログラム実施者に保健指導を開始する。(プログラムの流れに沿って実施)</p>

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：：対象者の受診勧奨率（保健事業報告）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	腎82.7% 糖84.6%	75.6% 76.5%	91.5% 87.2%	51.2% 62.1%	61.9% 72.9%	74.0% 77.1%	

アウトカム：対象者の医療機関受診率（保健事業報告）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		糖95.0% 腎82.0%	糖95.0% 腎82.0%	糖95.0% 腎82.0%	糖95.0% 腎82.0%	糖95.0% 腎82.0%	糖95.0% 腎82.0%
達成状況	糖 84.6% 腎 82.7%	糖67.0% 腎74.2%	糖81.1% 腎74.6%	糖77.8% 腎90.7%	糖75.5% 腎82.9%	糖88.9% 腎89.2%	

アウトカム：指導完了者の検査値改善率（効果測定）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30-H31)	2019年度 (H31-R2)	2020年度 (R2-R3)	2021年度 (R3-R4)	2022年度 (R4-R5)	2023年度 (R5)
目標値	腎糖	69.2% 61.4%	58.7% 72.2%	56.3% 63.3%	70.4% 80.0%		50.0%
HbA1c値	63.1%	40.4%	47.0%	45.0%	53.8%		
eGFR値	35.5%	21.2%	26.1%	21.9%	44.4%		
尿酸値	13.1%	17.0%	19.2%	12.8%	13.9%		
LDLコレステロール値	19.8%	28.9%	16.5%	18.4%	27.2%		
収縮期血圧	17.9%	19.7%	21.5%	34.0%	25.9%		
拡張期血圧	7.1%	9.2%	9.1%	12.1%	13.9%		

アウトカム：新規人工透析患者数の維持・減少（障害者手帳申請情報）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	12人	17人	17人	17人	17人	17人	17人 (対H27年)
達成状況	12人	12人	24人	12人	18人	10人	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・講演会を通じて疾病予防、重症化予防について理解を深め、市民自らの生活習慣改善の機会となるようにした。
- ・健診データと併せてレセプトデータを活用して対象者を抽出する。
- ・対象者を訪問し、病院への受診勧奨を実施した。
- ・対象者に会えるまで何度か訪問したり、不在票を置いて痕跡を残した。何とか連絡がとれるように工夫していった。資料を活用し、受診することや行動変容の必要性について伝えた。
- ・訪問者のスキルアップのため、研修に参加している。

【評価】

- ・訪問指導を実施していることで、新規人工透析患者数の増加は予防できている。
- ・対象者の2～3割は、次年度に特定健診未受診や病院未受診となっている。継続受診できるように必要性を伝えていく必要がある。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・医師会には、健診実施前に説明会を実施した。
- ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・管理栄養士が6カ月間の保健指導を実施した。

【評価】

- ・主治医から専門医への紹介基準等、体制整備が必要。
- ・訪問者のスキルアップとして、研修に参加する。

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	考察 (成功・未達要因) <ul style="list-style-type: none"> ・アプローチした人の8割～9割の人が医療機関への受診をしている。また、アプローチした人の約5割が次年度HbA1c値・eGFR値が維持している。一定の効果は出ているため、今後も実施していく。 しかし、3割の人は次年度、特定健診未受診者となっているため、フォローから外れてしまうため、対応策を検討する必要がある。また、特定健診継続受診者を増やしていくための方策を検討する必要がある。 ・重症化予防の取り組みを行政と医療機関等の関係機関が必要と感じ、連携して実施できるようにしていく必要がある。 ・対象者で次年度未受診者の健診受診勧奨を実施していく必要がある。
	今後の方向性 <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防検討会を設置し、関係機関と話し合いを設け、主治医から専門医への紹介基準等の体制を整備する。 ・特定健診継続未受診者に対してのフォローを行う。 	

高血圧対策事業

事業目的	適正血圧者の増加。
対象者	国民健康保険加入者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	①啓発資料作成（チラシ、ポスター等） ②啓発活動 <ul style="list-style-type: none"> ・「お塩のとりかたチェック」を用いて生活改善指導。 ・啓発チラシの配布 ・健康教育 ③特定健診結果から検査値の改善状況を確認。 市民の塩分摂取傾向を分析し、市民の現状にあった生活指導を実施。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：啓発チラシの配布数(事業報告)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	-	-	-	-	-	17000枚以上
達成状況	-	6000枚	1857枚	-	-	955枚	31153枚

アウトプット：対象者への勧奨通知(実績値)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	-	未実施	未実施	未実施	未実施	100%	未実施

アウトプット：対象者への指導実施率(指導実施者数/通知対象者数)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
達成状況	-	未実施	未実施	未実施	未実施	2.5%	未実施

アウトカム：適正血圧の人の割合(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							40歳代:84.6% 50歳代:74.3% 60歳代:57.8% 70-75歳:51.8%
達成状況	40歳代:79.6% 50歳代:69.3% 60歳代:54.8% 70-75歳:49.8%	40歳代:76.3% 50歳代:69.3% 60歳代:58.0% 70-75歳:50.7%		40歳代:77.9% 50歳代:67.1% 60歳代:52.8% 70-75歳:47.1%		40歳代:80.2% 50歳代:66.0% 60歳代:52.9% 70-75歳:46.1%	

アウトカム：特定健診継続受診率(評価指標) (しずおか茶っとシステム)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H29-H30)	2018年度 (H30-H31)	2019年度 (H31-R2)	2020年度 (R2-R3)	2022年度 (R3-R4)	2023年度 (R4-R5)
目標値		80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	75.8%	76.8%	75.7%	69.9%	78.8%	77.6%	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・リーフレットの活用、FMラジオ等の普及啓発活動を実施。
- ・特定健診の未受診者勧奨強化(国保)
- ・高血圧予防に関するアンケート調査を実施。
- ・ハイリスクアプローチの実施。

【評価】

- ・普及啓発の実施方法については、効果的な対象者を選定し活動していく必要がある。
- ・協力事業所や病院、薬局に依頼し、高血圧の重症化予防に取り組む体制を取ることができなかった。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・市の国保年金課と健康づくり課が主に高血圧対策を実施。

【評価】

- ・市だけでなく、地区組織や保健医療機関、職域等と連携し、事業展開できるような体制整備をしていくことが課題。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	・感染症予防を重視した生活習慣を優先したため、受診控えがあった。
	4：改善している		・若年層の生活習慣病予防に対する意識が低いことから、健診受診率が低い状況。また、60歳以降の適正血圧者が低い要因につながっている。
	3：横ばい	今後の方向性	・全市民に高血圧に関するポピュレーションアプローチの強化していく。
	2：悪化している		・特定健診結果で異常値の人が継続受診するよう、未受診者勧奨を強化していく。(国民健康保険)
	1：評価できない		・ハイリスクアプローチも同時に行う。高血圧対策の必要性を普及啓発していく。
			・子育て世代に向け、血圧について意識を持ってもらえるよう普及啓発を行う。また、減塩や野菜摂取促進の取り組みを各関係機関と協力し実施する。

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。
対象者	健康診査データ及びレセプトデータから対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>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う。</p> <p>①健康診査データ及びレセプトデータから対象者を特定 (※)厚生労働省の定める受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)を用いた結果、異常が認められ、かつ生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)に対するレセプトが発生していない対象者を特定する</p> <p>②訴求力の高い通知書の作成及び送付</p> <p>③医療機関受診状況を確認</p>

【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（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：対象者の医療機関受診率（ポテンシャル分析）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	20%以上	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
達成状況	17.5%	18.7%	15.0%	10.6%	14.3%	10.3%	

アウトカム：通知効果（ポテンシャル分析）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	10%以上	10%以上	10%以上	10%以上	10%以上	10%以上
達成状況	11.3%	7.2%	15.0%	6.6%	14.3%	10.3%	

アウトカム：健診異常値放置者割合の減少（候補者数/被保険者数（40歳以上））

（2018年度の人数は、対象者抽出に2018年度のレセプト・健診を使用） アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	1ポイント 減少	1ポイント 減少	1ポイント 減少	1ポイント 減少	1ポイント 減少	1ポイント 減少
達成状況	5.00	6.66	5.77	4.47	5.86	5.76	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。
- 当該対象者に医療機関への定期受診を促す受診勧奨通知を年1回郵送している。
- 受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

【評価】

- 医療機関への受診をより効果的に促すため、SNS等を活用し啓発の機会を増やす必要がある。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- 主管部門は国保年金課としている。
- 受診勧奨は外部委託により実施している。
- 国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
- 静岡県国保連の保健事業支援を活用している。
- 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している。

【評価】

- 保健指導や重症化予防の対象となる可能性が高いため、健康づくり課とも連携する必要がある。

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

事業全体の評価

考察

(成功・未達要因)

- 対象者の中には当事者意識が低く、受診の意思がない者が多くいるため、医療機関の受診を促すことができなかった。
- 健診異常値を放置することの弊害がうまく伝えられなかった。

今後の方向性

- 重症化を防ぐためにも、健診異常値を放置することの危険性を理解できるような通知を作成し、受診を促す。

生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

事業目的	生活習慣病治療中断者の減少。
対象者	かつて生活習慣病で定期受診をしていたがその後定期受診を中断した者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	かつて生活習慣病で定期受診をしていたがその後定期受診を中断した対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。 ①レセプトデータから対象者を特定 (※)過去のレセプトデータから医療機関への受診頻度を確認し、その受診頻度に応じた期間を超えて、医療機関への受診が確認されない患者を特定する。 ②訴求力の高い通知書の作成及び送付 ③医療機関受診状況を確認

【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（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：対象者の医療機関受診率（ポテンシャル分析）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	20%以上	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
達成状況	48.0%	51.4%	35.9%	46.4%	22.2%	41.7%	

アウトカム：通知効果（ポテンシャル分析）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	15%以上	15%以上	15%以上	15%以上	15%以上	15%以上
達成状況	20.0%	0.0%	10.3%	46.4%	22.2%	41.7%	

アウトカム：生活習慣病治療中断者割合の減少（候補者数/被保険者数（40歳以上））

（2018年度の人数は、対象者抽出に2018年度のレセプトを使用）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	0.1ポイント 減少	0.1ポイント 減少	0.1ポイント 減少	0.1ポイント 減少	0.1ポイント 減少	0.1ポイント 減少
達成状況	0.84	0.85	0.76	0.63	0.74	0.84	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。
- ・当該対象者に生活習慣病治療の受診を促す受診勧奨通知を年1回郵送している。
- ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

【評価】

- ・生活習慣病治療の受診をより効果的に促すため、SNS等を活用し啓発の機会を増やす必要がある。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・主管部門は国保年金課としている。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
- ・静岡県国保連の保健事業支援を活用している。
- ・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している。

【評価】

- ・保健指導や重症化予防の対象となる可能性が高いため、健康づくり課とも連携する必要がある。

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	考察 （成功・未達 要因）	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の中には当事者意識が低く、受診の意思がない者が多くいるため、医療機関の受診を促すことができなかった。 ・生活習慣病を治療中断することの弊害がうまく伝えられなかった。
	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・重症化を防ぐためにも、生活習慣病の治療を中断することの危険性を理解できるような通知を作成し、受診を促す。

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。
対象者	医療機関への不適切な受診が確認できる者、また重複して服薬している者
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、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、専門職による指導を行う。 指導対象者に対して適切な保健指導を行う。 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する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者の指導実施率（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
達成状況	—	0%	25%	100%	75%	100%	

アウトカム：指導完了者の受診行動適正化率（実績値）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%
達成状況	—	0.0%	0.0%	100%	25.0%	0.0%	

アウトカム：重複・頻回受診者、重複服薬者割合の減少（候補者数/被保険者数（全年齢））

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	3ポイント 減少	3ポイント 減少	3ポイント 減少	3ポイント 減少	3ポイント 減少	3ポイント 減少
達成状況	重複 0.40 頻回 0.82 服薬 2.02	重複 0.62 頻回 0.77 服薬 1.57	重複 0.56 頻回 0.73 服薬 1.53	重複 0.62 頻回 0.58 服薬 1.71	重複 0.62 頻回 0.71 服薬 1.94	重複 0.68 頻回 0.66 服薬 2.04	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。対象者に健康づくり課保健師が訪問を行っている。
- ・当該対象者に、適正な服薬の重要性や薬局で開催されるくすりの相談会に関する通知を年1回郵送している。
- ・指導実施後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

【評価】

- ・通知を送ることで、くすりの相談会に参加する対象者もおり、自ら適正化する者もいる。
- ・体調不良により一時的に適正化できていない者もいるため、それが常態化しないように指導を進める必要がある。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・主管部門は国保年金課とし、連携部門は健康づくり課としている。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当し、健康づくり課は実務支援を担当している。
- ・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している。

【評価】

- ・薬局だけでなく、医療機関とも連携し、改善していく体制を作る必要がある。

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

考察

(成功・未達要因)

- ・リハビリに通う、精神のデイケアに通う等、やむを得ない頻回受診者が多かった。
- ・重複服薬しているとわかっている人が多く、指導はするものの受診行動が適正に行われていない状況であった。
- ・重複服薬者への指導後のフォローをしていく必要がある。

今後の方向性

- ・啓発方法や指導方法を検討し、指導を実施する。
- ・やむを得ない対象者を除くため、選定方法を検討する必要がある。

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。
対象者	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の者
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の使用率が低く、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する。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す。 ジェネリック医薬品差額通知書を作成し、郵送する。 対象者特定方法や効果検証方法、実施後の効果を考慮し、継続を検討する。

【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（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトプット…実施量、実施率を評価

アウトプット：通知対象者のジェネリック医薬品普及率(数量ベース)（ポテンシャル分析）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%
達成状況	57.00%	65.70%	68.30%	71.00%	70.90%	72.10%	

アウトカム：ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)（ポテンシャル分析）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%
達成状況	63.59% (2018/03)	67.94% (2019/03)	70.38% (2020/04)	71.78% (2021/03)	71.43% (2022/03)	71.90% (2022/11)	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- ・国保連合会のシステムから作成する対象者リストや委託業者による分析で作成されたリストを基に対象者を選定して、職員もしくは委託業者により差額通知を発送している。
- ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより差額が発生する可能性のある被保険者を選定している。
- ・通知は年6回実施している。
- ・効果検証は通知送付後、送付対象者がジェネリック医薬品に切り替えたかを確認している。

【評価】

- ・通知を送ることで、普及率の向上が見られる。
- ・継続し行うことで、目標を達成できる見込みがある。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- ・主管部門は国保年金課としている。
- ・国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
- ・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している。

【評価】

- ・医療機関や薬局とも連携し、啓発を進めていく必要がある。

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"> ・啓発等により、ジェネリック医薬品の普及率は徐々に向上している。 ・ジェネリック医薬品の供給不足により、目標を達成できなかった。
	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	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・徐々に普及率は向上しているため、引き続きジェネリック医薬品についての啓発を行う。

薬剤併用禁忌防止事業

事業目的	薬剤併用禁忌の発生件数減少。
対象者	薬剤併用禁忌医薬品を併用し調剤されている者
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、薬剤併用禁忌の発生状況を把握し、お薬手帳の活用、普及啓発を行い、被保険者自身が医療に参加している自覚をもち、自己管理できるよう促す。 薬局へ薬剤併用禁忌情報の提供を行う。情報提供後、薬剤併用禁忌の発生状況を確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：お薬手帳活用の啓発薬局等への情報提供（実績値）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	—	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

アウトカム：薬剤併用禁忌発生件数（ポテンシャル分析）

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	減少	減少	減少	減少	減少	減少
達成状況	745件 358人	591件 344人	570件 314人	201件 87人	222件 107人	444件 179人	

【現在までのプロセスとその評価】

プロセス…実施方法を評価

【プロセス】

- 静岡県や静岡県薬剤師会から啓発ポスターやパンフレットが配られており、市内医療機関や薬局に啓発物があるのを確認している。
- 効果検証は調剤レセプトで確認し、対象者の人数を確認している。

【評価】

- 県や薬剤師会からの啓発物が多く、医療機関や薬局にも掲示、配架されているのを確認するのみであったが、薬剤禁忌発生件数は減少傾向にある。

【現在までのストラクチャーとその評価】

ストラクチャー…実施体制を評価

【ストラクチャー】

- 主管部門は国保年金課としている。
- 国保年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
- 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している。

【評価】

- 薬剤併用禁忌発生数は計画策定時点と比べ減少傾向であるが、医療機関や薬局と積極的に連携してはいなかった。

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

考察
(成功・未達
要因)

・市より特別な啓発は行っていないが、薬局等に静岡県薬剤師会の啓発ポスター、厚労省や静岡県の薬剤の正しい使用を促すポスターやパンフレットがあり、結果としてお薬手帳の啓発、薬剤併用禁忌発生件数減少の効果が出ている。

今後の
方向性

・目標達成しているが、レセプトの確認と人数の把握は続けていき、薬剤併用禁忌発生件数が増加するようなら、対象者に通知や指導を行うようにする。

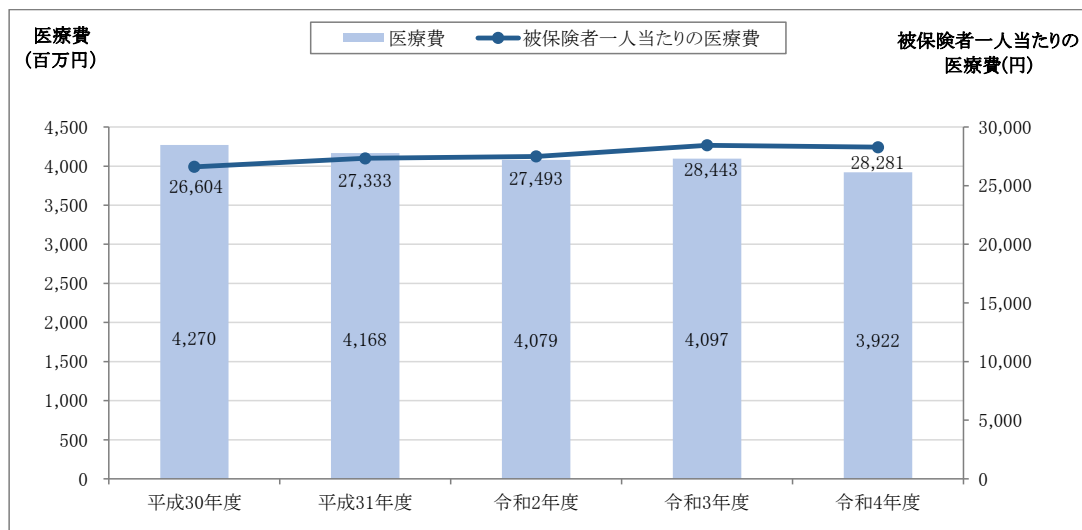
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

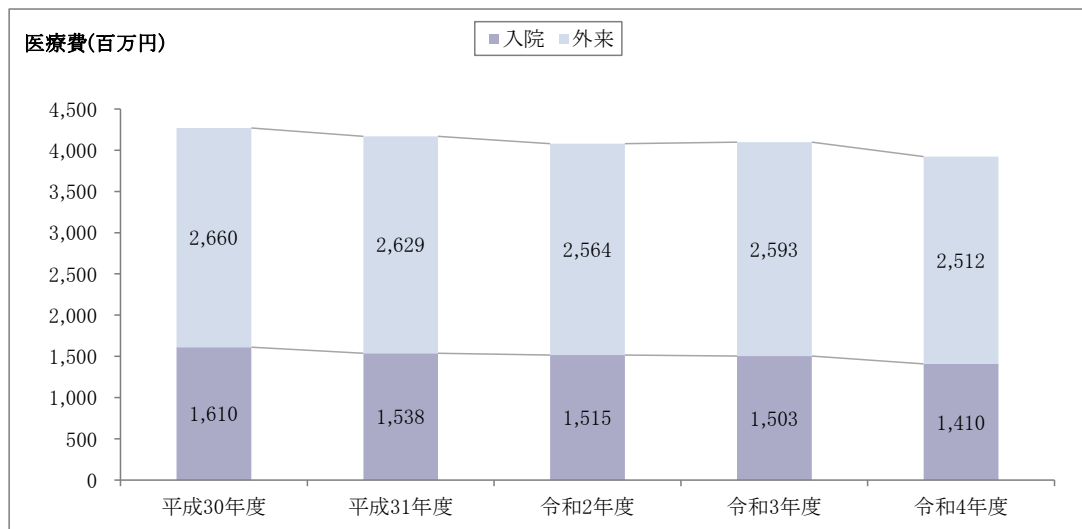
以下は、本市の医療費の状況を示したものである。被保険者数が減少する中、令和4年度の医療費3,922百万円は平成30年度4,270百万円と比較すると8.1%減少しているが、被保険者一人当たりの医療費は6.3%増加している。

年度別 医療費の状況



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

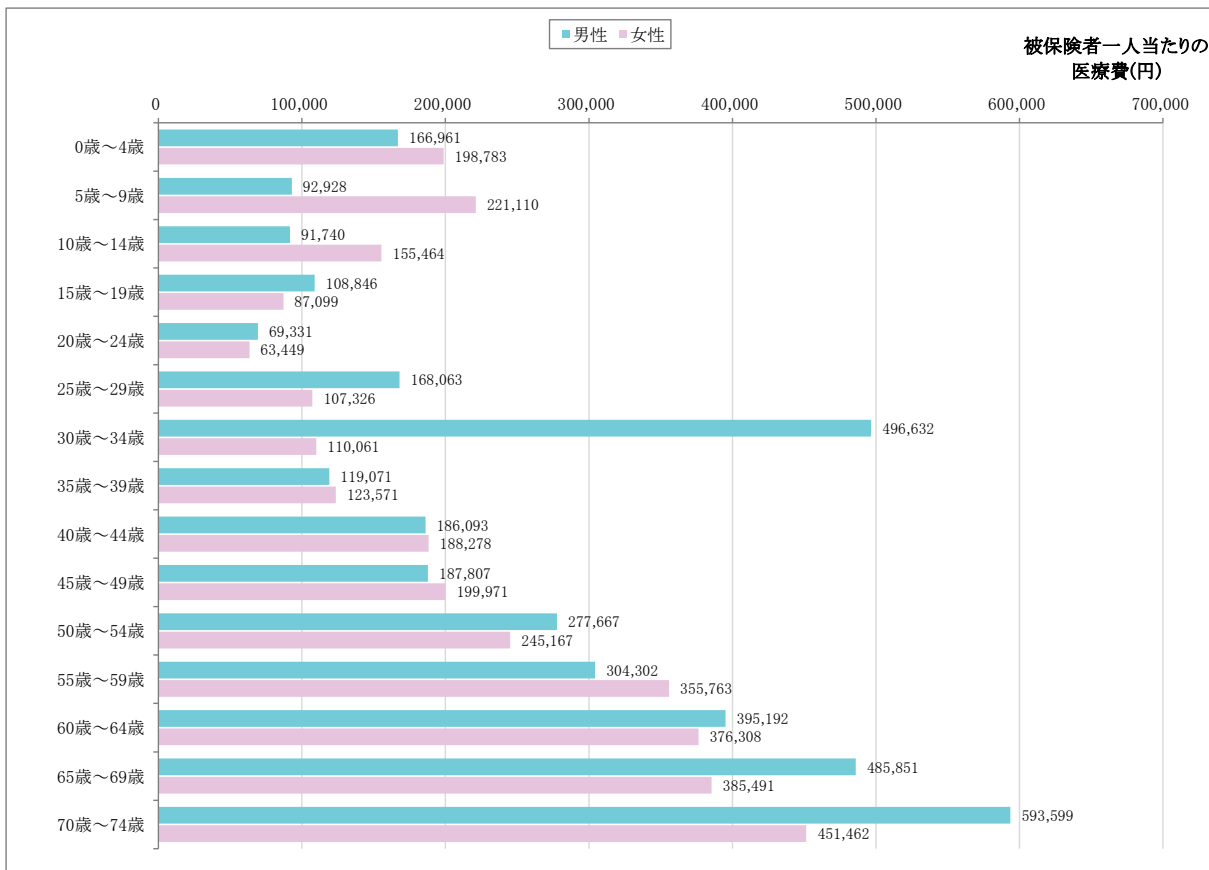
年度別 入院・外来別医療費



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度における、本市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。55歳～59歳では女性が男性より高く、60歳～74歳では男性が女性より高くなっている。

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: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」

本市の令和4年度の被保険者一人当たりの医療費28,281円は、静岡県より0.1%低い。これは、本市の年度別の被保険者一人当たりの医療費は平成30年度から令和4年度で6.3%増加しており、9.2%増加した静岡県よりも増加割合はやや少ないことが影響している。

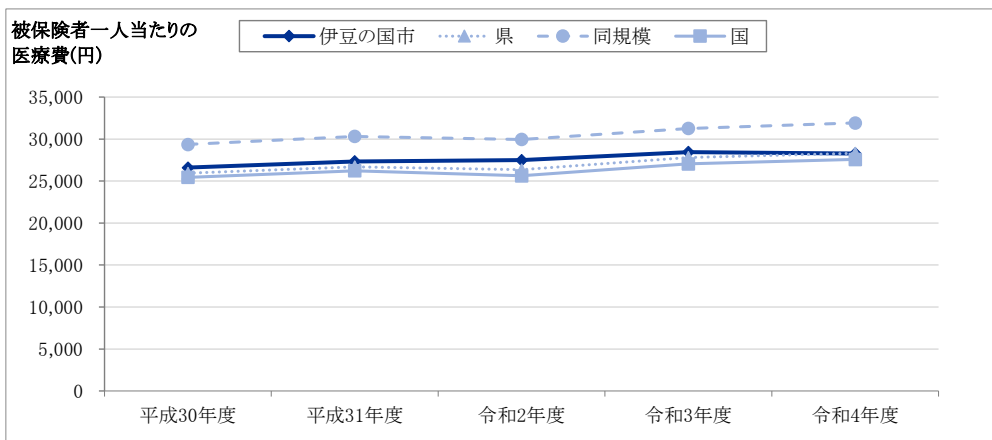
年度別 被保険者一人当たりの医療費

単位：円

年度	伊豆の国市	県	同規模	国
平成30年度	26,604	25,925	29,348	25,437
平成31年度	27,333	26,691	30,311	26,225
令和2年度	27,493	26,354	29,958	25,629
令和3年度	28,443	27,805	31,258	27,039
令和4年度	28,281	28,304	31,918	27,570

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

年度別 被保険者一人当たりの医療費

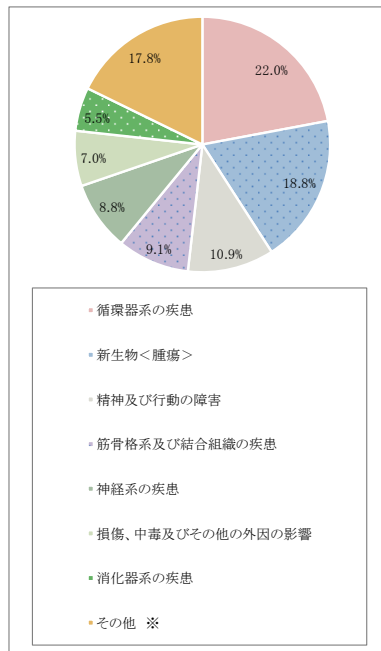


出典：国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「循環器系の疾患」が最も高く、22.0%を占めている。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(入院) (令和4年度)

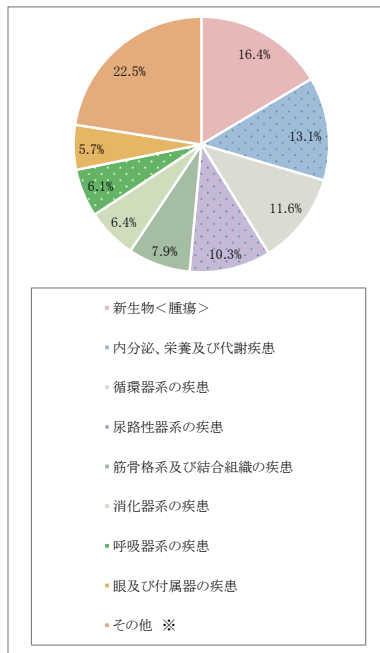
順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
		割合	割合	割合	割合	
1	循環器系の疾患	22.0%	その他の心疾患	8.9%	不整脈	4.3%
			脳梗塞	4.3%	心臓弁膜症	0.0%
			虚血性心疾患	2.5%	脳梗塞	4.3%
					狭心症	1.3%
2	新生物<腫瘍>	18.8%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.0%	膵臓がん	1.1%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.5%	膀胱がん	0.6%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.2%	前立腺がん	0.5%
					肺がん	2.5%
3	精神及び行動の障害	10.9%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6.5%	子宮筋腫	0.2%
			その他の精神及び行動の障害	2.4%	統合失調症	6.5%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	0.7%		
					うつ病	0.7%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.1%	関節症	3.2%	関節疾患	3.2%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	2.1%		
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1.9%		

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の外来医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、16.4%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		
		割合	割合	割合	割合	
1	新生物<腫瘍>	16.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.5%	前立腺がん	1.2%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.5%	膵臓がん	0.7%
					腎臓がん	0.6%
			肺がん	2.5%		
乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.4%	乳がん	2.4%			
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.1%	糖尿病	8.5%	糖尿病	7.4%
			脂質異常症	3.6%	糖尿病網膜症	1.1%
					脂質異常症	3.6%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.6%	痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患	11.6%	高血圧性疾患	5.1%	高血圧症	5.1%
			その他の心疾患	4.8%	不整脈	2.9%
					虚血性心疾患	0.8%
			腎不全	8.1%	慢性腎臓病(透析あり)	7.2%
4	泌尿器系の疾患	10.3%	その他の腎尿路系の疾患	0.7%	慢性腎臓病(透析なし)	0.3%
			前立腺肥大(症)	0.5%	前立腺肥大	0.5%

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

※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「慢性腎臓病(透析あり)」で、5.2%を占めており、第2位は「糖尿病」で、5.1%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)(入院、外来)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	慢性腎臓病(透析あり)	202,345,800	5.2%
2	糖尿病	198,409,650	5.1%
3	関節疾患	156,656,130	4.0%
4	統合失調症	142,322,440	3.6%
5	高血圧症	133,188,530	3.4%
6	不整脈	132,686,510	3.4%
7	肺がん	98,383,160	2.5%
8	脂質異常症	90,729,940	2.3%
9	骨折	76,744,000	2.0%
10	乳がん	75,725,430	1.9%

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

※割合…総医療費に占める割合。

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

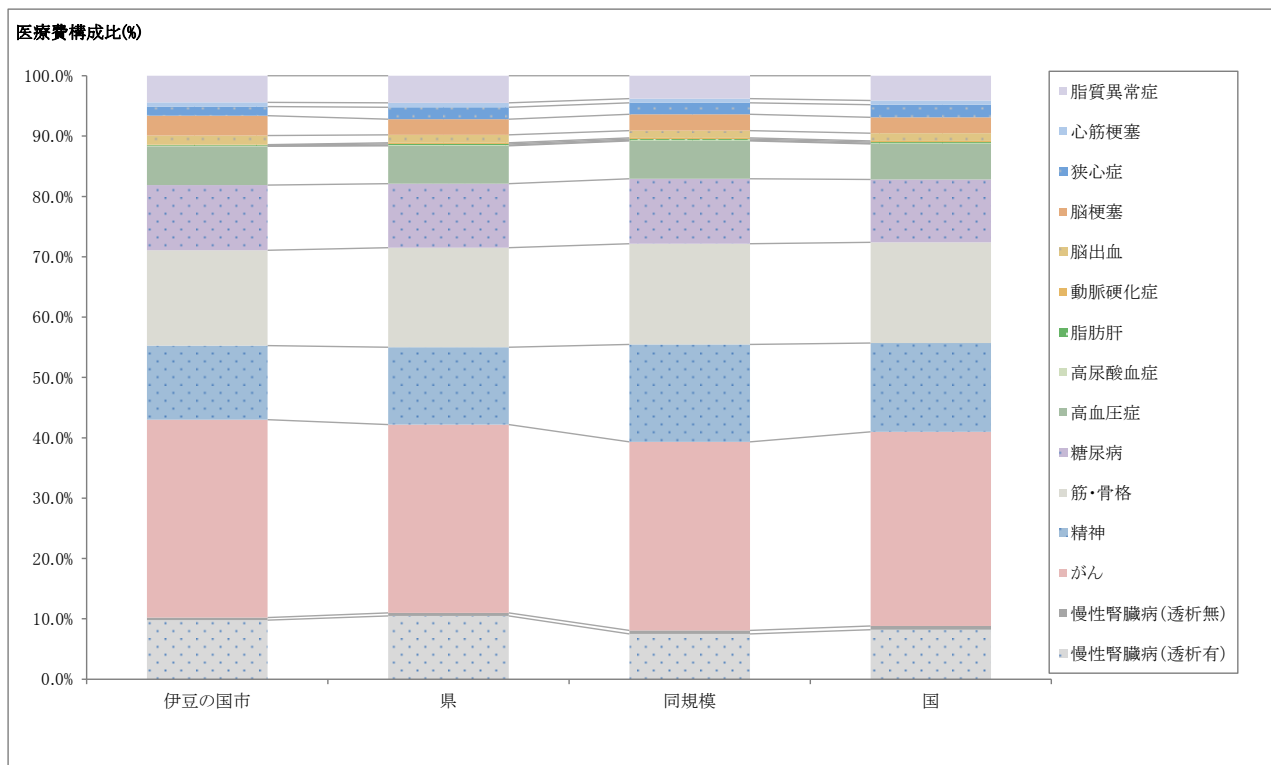
以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものである。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	伊豆の国市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	9.8%	10.5%	7.5%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	0.4%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	32.8%	31.2%	31.3%	32.2%
精神	12.3%	12.8%	16.2%	14.7%
筋・骨格	15.8%	16.5%	16.7%	16.7%
糖尿病	10.8%	10.6%	10.8%	10.4%
高血圧症	6.4%	6.3%	6.3%	5.9%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.5%	1.3%	1.2%	1.3%
脳梗塞	3.3%	2.6%	2.7%	2.6%
狭心症	1.5%	2.0%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
脂質異常症	4.4%	4.5%	3.8%	4.1%

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、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。上位5疾病をみると、がん、筋・骨格、精神は入院・外来共通であるが、入院では、脳出血と脳梗塞、外来では糖尿病と高血圧症が上位となっている。

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	13,429,000	1.0%	8	36	1.6%	6	373,028	9
高血圧症	5,446,190	0.4%	9	13	0.6%	8	418,938	8
脂質異常症	312,600	0.0%	10	2	0.1%	10	156,300	10
高尿酸血症	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
脂肪肝	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
動脈硬化症	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
脳出血	31,253,230	2.2%	5	45	2.0%	5	694,516	6
脳梗塞	60,218,840	4.3%	4	79	3.5%	4	762,264	4
狭心症	17,941,700	1.3%	6	22	1.0%	7	815,532	2
心筋梗塞	14,236,320	1.0%	7	10	0.4%	9	1,423,632	1
がん	265,674,860	18.9%	1	330	14.7%	2	805,075	3
筋・骨格	128,802,060	9.2%	3	169	7.5%	3	762,142	5
精神	154,113,110	10.9%	2	347	15.5%	1	444,130	7
その他(上記以外のもの)	716,241,620	50.9%		1,187	53.0%		603,405	
合計	1,407,669,530			2,240			628,424	

出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	210,969,040	8.4%	2	7,772	8.0%	3	27,145	2
高血圧症	127,738,280	5.1%	4	11,198	11.5%	1	11,407	12
脂質異常症	90,427,690	3.6%	6	7,352	7.6%	4	12,300	11
高尿酸血症	2,046,750	0.1%	10	295	0.3%	9	6,938	13
脂肪肝	1,163,770	0.0%	11	74	0.1%	11	15,727	10
動脈硬化症	2,211,290	0.1%	9	115	0.1%	10	19,229	6
脳出血	730,480	0.0%	12	27	0.0%	12	27,055	3
脳梗塞	7,769,380	0.3%	8	419	0.4%	8	18,543	8
狭心症	12,925,020	0.5%	7	700	0.7%	7	18,464	9
心筋梗塞	154,190	0.0%	13	7	0.0%	13	22,027	5
がん	412,088,950	16.4%	1	3,429	3.5%	6	120,178	1
筋・骨格	197,845,100	7.9%	3	10,306	10.6%	2	19,197	7
精神	99,815,560	4.0%	5	4,396	4.5%	5	22,706	4
その他(上記以外のもの)	1,340,320,970	53.5%		50,902	52.5%		26,331	
合計	2,506,206,470			96,992			25,839	

出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(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	224,398,040	5.7%	4	7,808	7.9%	3	28,740	8
高血圧症	133,184,470	3.4%	5	11,211	11.3%	1	11,880	12
脂質異常症	90,740,290	2.3%	6	7,354	7.4%	4	12,339	11
高尿酸血症	2,046,750	0.1%	12	295	0.3%	9	6,938	13
脂肪肝	1,163,770	0.0%	13	74	0.1%	11	15,727	10
動脈硬化症	2,211,290	0.1%	11	115	0.1%	10	19,229	9
脳出血	31,983,710	0.8%	8	72	0.1%	12	444,218	2
脳梗塞	67,988,220	1.7%	7	498	0.5%	8	136,523	4
狭心症	30,866,720	0.8%	9	722	0.7%	7	42,752	6
心筋梗塞	14,390,510	0.4%	10	17	0.0%	13	846,501	1
がん	677,763,810	17.3%	1	3,759	3.8%	6	180,304	3
筋・骨格	326,647,160	8.3%	2	10,475	10.6%	2	31,183	7
精神	253,928,670	6.5%	3	4,743	4.8%	5	53,538	5
その他(上記以外のもの)	2,056,562,590	52.5%		52,089	52.5%		39,482	
合計	3,913,876,000			99,232			39,442	

出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 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。高血圧症59.6%、脂質異常症52.0%、糖尿病35.5%が上位3疾病である。

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	1,690	815	115	6.8%	0	0.0%	1	0.9%	0	0.0%	4	3.5%	0	0.0%	
30歳代	726	307	122	16.8%	2	1.6%	2	1.6%	0	0.0%	24	19.7%	1	0.8%	
40歳代	1,163	537	257	22.1%	9	3.5%	17	6.6%	3	1.2%	56	21.8%	11	4.3%	
50歳代	1,441	884	517	35.9%	38	7.4%	49	9.5%	6	1.2%	164	31.7%	11	2.1%	
60歳～64歳	1,040	820	476	45.8%	53	11.1%	49	10.3%	5	1.1%	171	35.9%	19	4.0%	
65歳～69歳	1,888	1,691	1,015	53.8%	104	10.2%	161	15.9%	13	1.3%	390	38.4%	32	3.2%	
70歳～74歳	3,302	3,436	2,068	62.6%	278	13.4%	307	14.8%	11	0.5%	814	39.4%	35	1.7%	
全体	11,250	8,490	4,570	40.6%	484	10.6%	586	12.8%	38	0.8%	1,623	35.5%	109	2.4%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	4,333	49.0%	482	11.1%	583	13.5%	38	0.9%	1,595	36.8%	108	2.5%
	65歳～74歳	5,190	5,127	3,083	59.4%	382	12.4%	468	15.2%	24	0.8%	1,204	39.1%	67	2.2%

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%	3	2.6%	2	1.7%	4	3.5%	
30歳代	0	0.0%	4	3.3%	1	0.8%	15	12.3%	7	5.7%	22	18.0%	
40歳代	4	1.6%	6	2.3%	4	1.6%	77	30.0%	23	8.9%	70	27.2%	
50歳代	17	3.3%	19	3.7%	5	1.0%	238	46.0%	78	15.1%	215	41.6%	
60歳～64歳	21	4.4%	19	4.0%	6	1.3%	270	56.7%	70	14.7%	233	48.9%	
65歳～69歳	26	2.6%	43	4.2%	7	0.7%	681	67.1%	151	14.9%	615	60.6%	
70歳～74歳	47	2.3%	63	3.0%	23	1.1%	1,441	69.7%	274	13.2%	1,216	58.8%	
全体	115	2.5%	154	3.4%	46	1.0%	2,725	59.6%	605	13.2%	2,375	52.0%	
再掲	40歳～74歳	115	2.7%	150	3.5%	45	1.0%	2,707	62.5%	596	13.8%	2,349	54.2%
	65歳～74歳	73	2.4%	106	3.4%	30	1.0%	2,122	68.8%	425	13.8%	1,831	59.4%

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

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	1,690	815	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	726	307	24	3.3%	1	4.2%	0	0.0%	4	16.7%	1	4.2%	
40歳代	1,163	537	56	4.8%	11	19.6%	4	7.1%	6	10.7%	4	7.1%	
50歳代	1,441	884	164	11.4%	11	6.7%	17	10.4%	19	11.6%	5	3.0%	
60歳～64歳	1,040	820	171	16.4%	19	11.1%	21	12.3%	19	11.1%	6	3.5%	
65歳～69歳	1,888	1,691	390	20.7%	32	8.2%	26	6.7%	43	11.0%	7	1.8%	
70歳～74歳	3,302	3,436	814	24.7%	35	4.3%	47	5.8%	63	7.7%	23	2.8%	
全体	11,250	8,490	1,623	14.4%	109	6.7%	115	7.1%	154	9.5%	46	2.8%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	1,595	18.1%	108	6.8%	115	7.2%	150	9.4%	45	2.8%
	65歳～74歳	5,190	5,127	1,204	23.2%	67	5.6%	73	6.1%	106	8.8%	30	2.5%

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	25.0%	
30歳代	1	4.2%	1	4.2%	0	0.0%	7	29.2%	4	16.7%	12	50.0%	
40歳代	4	7.1%	11	19.6%	2	3.6%	28	50.0%	9	16.1%	31	55.4%	
50歳代	20	12.2%	31	18.9%	3	1.8%	104	63.4%	32	19.5%	97	59.1%	
60歳～64歳	27	15.8%	36	21.1%	3	1.8%	127	74.3%	35	20.5%	116	67.8%	
65歳～69歳	65	16.7%	94	24.1%	7	1.8%	308	79.0%	70	17.9%	298	76.4%	
70歳～74歳	157	19.3%	207	25.4%	6	0.7%	649	79.7%	149	18.3%	586	72.0%	
全体	274	16.9%	380	23.4%	21	1.3%	1,223	75.4%	299	18.4%	1,141	70.3%	
再掲	40歳～74歳	273	17.1%	379	23.8%	21	1.3%	1,216	76.2%	295	18.5%	1,128	70.7%
	65歳～74歳	222	18.4%	301	25.0%	13	1.1%	957	79.5%	219	18.2%	884	73.4%

出典：国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和5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	1,690	815	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	
30歳代	726	307	22	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	54.5%	
40歳代	1,163	537	70	6.0%	4	5.7%	10	14.3%	2	2.9%	31	44.3%	
50歳代	1,441	884	215	14.9%	25	11.6%	32	14.9%	3	1.4%	97	45.1%	
60歳～64歳	1,040	820	233	22.4%	34	14.6%	35	15.0%	3	1.3%	116	49.8%	
65歳～69歳	1,888	1,691	615	32.6%	85	13.8%	129	21.0%	8	1.3%	298	48.5%	
70歳～74歳	3,302	3,436	1,216	36.8%	211	17.4%	247	20.3%	5	0.4%	586	48.2%	
全体	11,250	8,490	2,375	21.1%	359	15.1%	453	19.1%	21	0.9%	1,141	48.0%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	2,349	26.6%	359	15.3%	453	19.3%	21	0.9%	1,128	48.0%
再掲	65歳～74歳	5,190	5,127	1,831	35.3%	296	16.2%	376	20.5%	13	0.7%	884	48.3%

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%	1	25.0%	
30歳代	1	4.5%	0	0.0%	2	9.1%	1	4.5%	5	22.7%	2	9.1%	
40歳代	8	11.4%	3	4.3%	4	5.7%	3	4.3%	41	58.6%	11	15.7%	
50歳代	7	3.3%	8	3.7%	11	5.1%	4	1.9%	132	61.4%	51	23.7%	
60歳～64歳	12	5.2%	16	6.9%	12	5.2%	5	2.1%	157	67.4%	46	19.7%	
65歳～69歳	29	4.7%	22	3.6%	31	5.0%	6	1.0%	469	76.3%	114	18.5%	
70歳～74歳	26	2.1%	36	3.0%	40	3.3%	18	1.5%	970	79.8%	192	15.8%	
全体	83	3.5%	85	3.6%	100	4.2%	37	1.6%	1,774	74.7%	417	17.6%	
再掲	40歳～74歳	82	3.5%	85	3.6%	98	4.2%	36	1.5%	1,769	75.3%	414	17.6%
再掲	65歳～74歳	55	3.0%	58	3.2%	71	3.9%	24	1.3%	1,439	78.6%	306	16.7%

出典：国保データベース (KDB) システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和5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	1,690	815	3	0.2%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	726	307	15	2.1%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	7	46.7%	
40歳代	1,163	537	77	6.6%	8	10.4%	13	16.9%	3	3.9%	28	36.4%	
50歳代	1,441	884	238	16.5%	31	13.0%	41	17.2%	6	2.5%	104	43.7%	
60歳～64歳	1,040	820	270	26.0%	44	16.3%	39	14.4%	5	1.9%	127	47.0%	
65歳～69歳	1,888	1,691	681	36.1%	88	12.9%	133	19.5%	13	1.9%	308	45.2%	
70歳～74歳	3,302	3,436	1,441	43.6%	244	16.9%	273	18.9%	11	0.8%	649	45.0%	
全体	11,250	8,490	2,725	24.2%	415	15.2%	501	18.4%	38	1.4%	1,223	44.9%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	2,707	30.6%	415	15.3%	499	18.4%	38	1.4%	1,216	44.9%
再掲	65歳～74歳	5,190	5,127	2,122	40.9%	332	15.6%	406	19.1%	24	1.1%	957	45.1%

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	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	20.0%	5	33.3%	
40歳代	9	11.7%	3	3.9%	4	5.2%	4	5.2%	15	19.5%	41	53.2%	
50歳代	8	3.4%	13	5.5%	11	4.6%	4	1.7%	60	25.2%	132	55.5%	
60歳～64歳	14	5.2%	17	6.3%	12	4.4%	3	1.1%	52	19.3%	157	58.1%	
65歳～69歳	25	3.7%	23	3.4%	31	4.6%	5	0.7%	129	18.9%	469	68.9%	
70歳～74歳	25	1.7%	42	2.9%	52	3.6%	18	1.2%	247	17.1%	970	67.3%	
全体	81	3.0%	98	3.6%	110	4.0%	34	1.2%	506	18.6%	1,774	65.1%	
再掲	40歳～74歳	81	3.0%	98	3.6%	110	4.1%	34	1.3%	503	18.6%	1,769	65.3%
再掲	65歳～74歳	50	2.4%	65	3.1%	83	3.9%	23	1.1%	376	17.7%	1,439	67.8%

出典：国保データベース (KDB) システム「高血圧症のレセプト分析」(令和5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	1,690	815	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	726	307	2	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	
40歳代	1,163	537	17	1.5%	1	5.9%	2	11.8%	11	64.7%	3	17.6%	
50歳代	1,441	884	49	3.4%	7	14.3%	3	6.1%	31	63.3%	2	4.1%	
60歳～64歳	1,040	820	49	4.7%	14	28.6%	2	4.1%	36	73.5%	3	6.1%	
65歳～69歳	1,888	1,691	161	8.5%	37	23.0%	3	1.9%	94	58.4%	7	4.3%	
70歳～74歳	3,302	3,436	307	9.3%	74	24.1%	2	0.7%	207	67.4%	15	4.9%	
全体	11,250	8,490	586	5.2%	133	22.7%	12	2.0%	380	64.8%	30	5.1%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	583	6.6%	133	22.8%	12	2.1%	379	65.0%	30	5.1%
	65歳～74歳	5,190	5,127	468	9.0%	111	23.7%	5	1.1%	301	64.3%	22	4.7%

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(%)	
	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%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	
40歳代	2	11.8%	2	11.8%	1	5.9%	13	76.5%	5	29.4%	10	58.8%	
50歳代	6	12.2%	5	10.2%	3	6.1%	41	83.7%	18	36.7%	32	65.3%	
60歳～64歳	5	10.2%	5	10.2%	1	2.0%	39	79.6%	13	26.5%	35	71.4%	
65歳～69歳	13	8.1%	12	7.5%	4	2.5%	133	82.6%	31	19.3%	129	80.1%	
70歳～74歳	21	6.8%	24	7.8%	10	3.3%	273	88.9%	57	18.6%	247	80.5%	
全体	47	8.0%	48	8.2%	19	3.2%	501	85.5%	125	21.3%	453	77.3%	
再掲	40歳～74歳	47	8.1%	48	8.2%	19	3.3%	499	85.6%	124	21.3%	453	77.7%
	65歳～74歳	34	7.3%	36	7.7%	14	3.0%	406	86.8%	88	18.8%	376	80.3%

出典：国保データベース (KDB) システム「虚血性心疾患のレセプト分析」(令和5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	1,690	815	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	726	307	2	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	
40歳代	1,163	537	9	0.8%	1	11.1%	1	11.1%	4	44.4%	1	11.1%	
50歳代	1,441	884	38	2.6%	7	18.4%	0	0.0%	20	52.6%	1	2.6%	
60歳～64歳	1,040	820	53	5.1%	14	26.4%	0	0.0%	27	50.9%	3	5.7%	
65歳～69歳	1,888	1,691	104	5.5%	37	35.6%	2	1.9%	65	62.5%	6	5.8%	
70歳～74歳	3,302	3,436	278	8.4%	74	26.6%	3	1.1%	157	56.5%	7	2.5%	
全体	11,250	8,490	484	4.3%	133	27.5%	6	1.2%	274	56.6%	18	3.7%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	482	5.5%	133	27.6%	6	1.2%	273	56.6%	18	3.7%
	65歳～74歳	5,190	5,127	382	7.4%	111	29.1%	5	1.3%	222	58.1%	13	3.4%

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%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	8	88.9%	3	33.3%	4	44.4%	
50歳代	5	13.2%	4	10.5%	3	7.9%	31	81.6%	12	31.6%	25	65.8%	
60歳～64歳	4	7.5%	2	3.8%	0	0.0%	44	83.0%	14	26.4%	34	64.2%	
65歳～69歳	9	8.7%	10	9.6%	2	1.9%	88	84.6%	14	13.5%	85	81.7%	
70歳～74歳	13	4.7%	16	5.8%	3	1.1%	244	87.8%	44	15.8%	211	75.9%	
全体	31	6.4%	33	6.8%	9	1.9%	415	85.7%	88	18.2%	359	74.2%	
再掲	40歳～74歳	31	6.4%	32	6.6%	9	1.9%	415	86.1%	87	18.0%	359	74.5%
	65歳～74歳	22	5.8%	26	6.8%	5	1.3%	332	86.9%	58	15.2%	296	77.5%

出典：国保データベース (KDB) システム「脳血管疾患のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行う。本市の令和4年度における被保険者に占める透析患者の割合は0.34%で静岡県より0.11ポイント低い。

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(%)
伊豆の国市	11,250	38	0.34%
県	751,113	3,385	0.45%
同規模	2,020,054	7,840	0.39%
国	27,488,882	89,397	0.33%

出典: 国保データベース (KDB) システム「医療費分析(1)細小分類」

令和4年度における本市の年度別の透析患者数は、被保険者数が14.0%減少している中で、平成30年度60人より22人減少、36.7%減少となっており、透析患者数及び透析医療費は大きく減少している。また、患者一人当たりの透析医療費はやや増加している。

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	60	342,339,160	5,705,653
平成31年度	54	273,017,470	5,055,879
令和2年度	47	280,540,080	5,968,938
令和3年度	49	280,460,750	5,723,689
令和4年度	38	230,297,200	6,060,453

出典: 国保データベース (KDB) システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

年度別 新規人工透析患者数 (障害者手帳申請数)

年度	新規人工透析患者数(人)
平成30年度	12
平成31年度	24
令和2年度	12
令和3年度	18
令和4年度	10

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。男性0.47%は女性0.21%より非常に高く、特に45歳～69歳の男性は0.5%を超えている。また、男性は40歳～44歳の年齢階層から透析患者が存在しており、若い世代からの重症化予防の実施が求められる。また、65歳以上で急増している。

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	197	0	0.00%	110	0	0.00%	87	0	0.00%
5歳～9歳	258	0	0.00%	135	0	0.00%	123	0	0.00%
10歳～14歳	292	0	0.00%	151	0	0.00%	141	0	0.00%
15歳～19歳	331	0	0.00%	178	0	0.00%	153	0	0.00%
20歳～24歳	314	0	0.00%	155	0	0.00%	159	0	0.00%
25歳～29歳	298	0	0.00%	152	0	0.00%	146	0	0.00%
30歳～34歳	300	0	0.00%	141	0	0.00%	159	0	0.00%
35歳～39歳	426	0	0.00%	242	0	0.00%	184	0	0.00%
40歳～44歳	509	1	0.20%	251	1	0.40%	258	0	0.00%
45歳～49歳	654	2	0.31%	365	2	0.55%	289	0	0.00%
50歳～54歳	712	3	0.42%	383	3	0.78%	329	0	0.00%
55歳～59歳	729	3	0.41%	377	2	0.53%	352	1	0.28%
60歳～64歳	1,040	5	0.48%	488	4	0.82%	552	1	0.18%
65歳～69歳	1,888	13	0.69%	878	7	0.80%	1,010	6	0.59%
70歳～74歳	3,302	11	0.33%	1,499	7	0.47%	1,803	4	0.22%
全体	11,250	38	0.34%	5,505	26	0.47%	5,745	12	0.21%

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

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

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	1,690	815	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	726	307	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	1,163	537	3	0.3%	2	66.7%	2	66.7%	2	66.7%	2	66.7%	
50歳代	1,441	884	6	0.4%	3	50.0%	2	33.3%	1	16.7%	0	0.0%	
60歳～64歳	1,040	820	5	0.5%	3	60.0%	1	20.0%	0	0.0%	2	40.0%	
65歳～69歳	1,888	1,691	13	0.7%	7	53.8%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	
70歳～74歳	3,302	3,436	11	0.3%	6	54.5%	0	0.0%	1	9.1%	1	9.1%	
全体	11,250	8,490	38	0.3%	21	55.3%	6	15.8%	5	13.2%	5	13.2%	
再掲	40歳～74歳	8,834	7,368	38	0.4%	21	55.3%	6	15.8%	5	13.2%	5	13.2%
再掲	65歳～74歳	5,190	5,127	24	0.5%	13	54.2%	1	4.2%	2	8.3%	1	4.2%

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	33.3%	3	100.0%	3	100.0%	2	66.7%	1	33.3%	2	66.7%	
50歳代	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%	3	50.0%	0	0.0%	3	50.0%	
60歳～64歳	1	20.0%	5	100.0%	5	100.0%	3	60.0%	0	0.0%	2	40.0%	
65歳～69歳	0	0.0%	13	100.0%	10	76.9%	8	61.5%	2	15.4%	3	23.1%	
70歳～74歳	2	18.2%	11	100.0%	10	90.9%	5	45.5%	3	27.3%	2	18.2%	
全体	4	10.5%	38	100.0%	34	89.5%	21	55.3%	6	15.8%	12	31.6%	
再掲	40歳～74歳	4	10.5%	38	100.0%	34	89.5%	21	55.3%	6	15.8%	12	31.6%
再掲	65歳～74歳	2	8.3%	24	100.0%	20	83.3%	13	54.2%	5	20.8%	5	20.8%

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

3. 健康診査データによる分析

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56.2%を占めている。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっている。

16検査項目中10項目が静岡県の有所見者割合より低くなっているが、平均年齢が静岡県より低いにも関わらず、BMI、中性脂肪、尿酸、クレアチニン、eGFRの5項目は静岡県より高くなっている。また、non-HDLの割合が0.0%となっており、データが不足している可能性、あるいは検査が未実施である可能性がある。

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	
伊豆の国市	40歳～64歳	人数(人)	275	297	214	175	36	12	419	105
		割合(%)	29.3%	31.7%	22.8%	18.7%	3.8%	1.3%	44.7%	11.2%
	65歳～74歳	人数(人)	637	757	513	256	79	22	1,462	181
		割合(%)	26.5%	31.4%	21.3%	10.6%	3.3%	0.9%	60.7%	7.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	912	1,054	727	431	115	34	1,881	286
		割合(%)	27.3%	31.5%	21.7%	12.9%	3.4%	1.0%	56.2%	8.5%
県	割合(%)	24.4%	32.2%	19.0%	12.9%	3.6%	22.3%	58.9%	7.3%	
国	割合(%)	27.1%	35.0%	21.1%	14.5%	3.8%	24.8%	57.1%	6.5%	
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	
伊豆の国市	40歳～64歳	人数(人)	318	172	480	7	85	28	0	151
		割合(%)	33.9%	18.3%	51.2%	0.7%	9.1%	3.0%	0.0%	16.1%
	65歳～74歳	人数(人)	1,245	399	1,111	62	424	101	0	823
		割合(%)	51.7%	16.6%	46.1%	2.6%	17.6%	4.2%	0.0%	34.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,563	571	1,591	69	509	129	0	974
		割合(%)	46.7%	17.1%	47.5%	2.1%	15.2%	3.9%	0.0%	29.1%
県	割合(%)	48.8%	20.4%	50.0%	1.5%	22.4%	11.8%	9.9%	24.6%	
国	割合(%)	47.5%	21.1%	50.3%	1.2%	21.0%	18.0%	5.6%	20.6%	

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

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。健診受診者全体では、予備群は8.9%、該当者は20.2%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6.8%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	938	30.4%	44	4.7%	96	10.2%	7	0.7%	60	6.4%	29	3.1%
65歳～74歳	2,408	49.4%	37	1.5%	202	8.4%	12	0.5%	161	6.7%	29	1.2%
全体(40歳～74歳)	3,346	42.0%	81	2.4%	298	8.9%	19	0.6%	221	6.6%	58	1.7%

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	157	16.7%	14	1.5%	21	2.2%	86	9.2%	36	3.8%
65歳～74歳	518	21.5%	65	2.7%	27	1.1%	236	9.8%	190	7.9%
全体(40歳～74歳)	675	20.2%	79	2.4%	48	1.4%	322	9.6%	226	6.8%

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

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②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質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものである。全体（40歳～74歳）では、分類「服薬」・「既往歴」・「喫煙」・「体重増加」・「食事」・「咀嚼」の割合が静岡県より高い為、この点は注意が必要である。また分類「生活習慣改善意欲」の質問事項「改善意欲なし」の割合が高い点も注意が必要である。また、分類「飲酒」の1日飲酒量と分類「睡眠」の睡眠不足の割合は静岡県より低くなっている。

質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		伊豆の国市	県	同規模	国	伊豆の国市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	22.1%	19.6%	22.4%	19.2%	50.5%	43.0%	45.4%	43.7%
	服薬_糖尿病	5.9%	4.8%	6.1%	5.0%	11.1%	9.7%	11.4%	10.5%
	服薬_脂質異常症	19.3%	17.3%	17.3%	15.3%	42.0%	35.9%	33.7%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.3%	1.9%	1.9%	1.8%	3.7%	3.6%	3.8%	3.8%
	既往歴_心臓病	2.9%	2.8%	3.2%	2.8%	7.5%	6.6%	7.0%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.5%	0.5%	0.7%	0.6%	2.0%	1.0%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	17.0%	14.2%	12.9%	13.5%	12.7%	9.2%	8.9%	9.2%
喫煙	喫煙	18.7%	16.7%	19.3%	20.8%	11.0%	9.3%	10.5%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	39.0%	35.3%	38.9%	38.2%	34.1%	31.2%	33.2%	33.4%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	70.5%	69.1%	71.2%	69.8%	55.1%	54.9%	59.5%	55.8%
	1日1時間以上運動なし	49.3%	52.3%	48.1%	50.0%	48.8%	49.5%	47.0%	47.0%
	歩行速度遅い	54.5%	59.9%	57.1%	53.5%	51.5%	54.8%	53.3%	49.5%
食事	食べる速度が速い	28.9%	29.4%	31.4%	31.2%	24.2%	23.1%	25.1%	24.6%
	食べる速度が普通	62.9%	63.1%	60.9%	60.9%	68.2%	69.4%	66.6%	67.6%
	食べる速度が遅い	8.2%	7.5%	7.7%	7.8%	7.6%	7.5%	8.3%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	18.7%	17.9%	19.7%	22.7%	10.2%	8.6%	13.2%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	18.8%	15.9%	15.6%	19.4%	5.9%	4.8%	5.0%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	24.6%	21.4%	25.2%	26.4%	23.5%	22.6%	25.5%	25.1%
	時々飲酒	25.6%	25.7%	23.6%	25.5%	20.8%	20.6%	19.4%	21.1%
	飲まない	49.8%	52.9%	51.2%	48.2%	55.6%	56.8%	55.2%	53.8%
	1日飲酒量(1合未満)	72.1%	63.3%	58.1%	58.2%	77.0%	69.4%	64.7%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	16.2%	21.2%	25.1%	24.5%	17.8%	21.1%	25.2%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	7.7%	11.1%	12.2%	12.1%	4.4%	8.1%	8.5%	7.9%
睡眠	1日飲酒量(3合以上)	4.1%	4.3%	4.6%	5.2%	0.8%	1.4%	1.7%	1.5%
	睡眠不足	30.5%	34.6%	28.0%	29.6%	26.2%	30.6%	23.9%	23.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	22.7%	20.5%	26.6%	23.8%	29.6%	26.9%	31.9%	29.5%
	改善意欲あり	35.5%	34.1%	33.1%	33.7%	29.8%	26.0%	27.0%	26.1%
	改善意欲ありかつ始めている	15.6%	16.0%	14.0%	16.0%	13.0%	12.5%	11.5%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	10.6%	10.5%	9.4%	9.8%	9.5%	9.3%	8.0%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	15.7%	18.8%	17.0%	16.8%	18.2%	25.3%	21.5%	22.9%
	保健指導利用しない	67.2%	63.8%	67.9%	63.9%	66.5%	64.4%	65.2%	63.0%
咀嚼	咀嚼_何でも	82.4%	84.7%	82.7%	83.9%	72.1%	77.1%	74.7%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	17.1%	14.7%	16.5%	15.3%	27.0%	22.2%	24.3%	22.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.6%	0.8%	0.7%	0.9%	0.7%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	22.2%	21.9%	24.5%	23.4%	18.1%	17.2%	21.0%	20.7%
	3食以外間食_時々	56.5%	57.2%	55.6%	55.2%	59.8%	60.4%	58.8%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	21.3%	20.8%	19.9%	21.4%	22.1%	22.4%	20.2%	20.9%

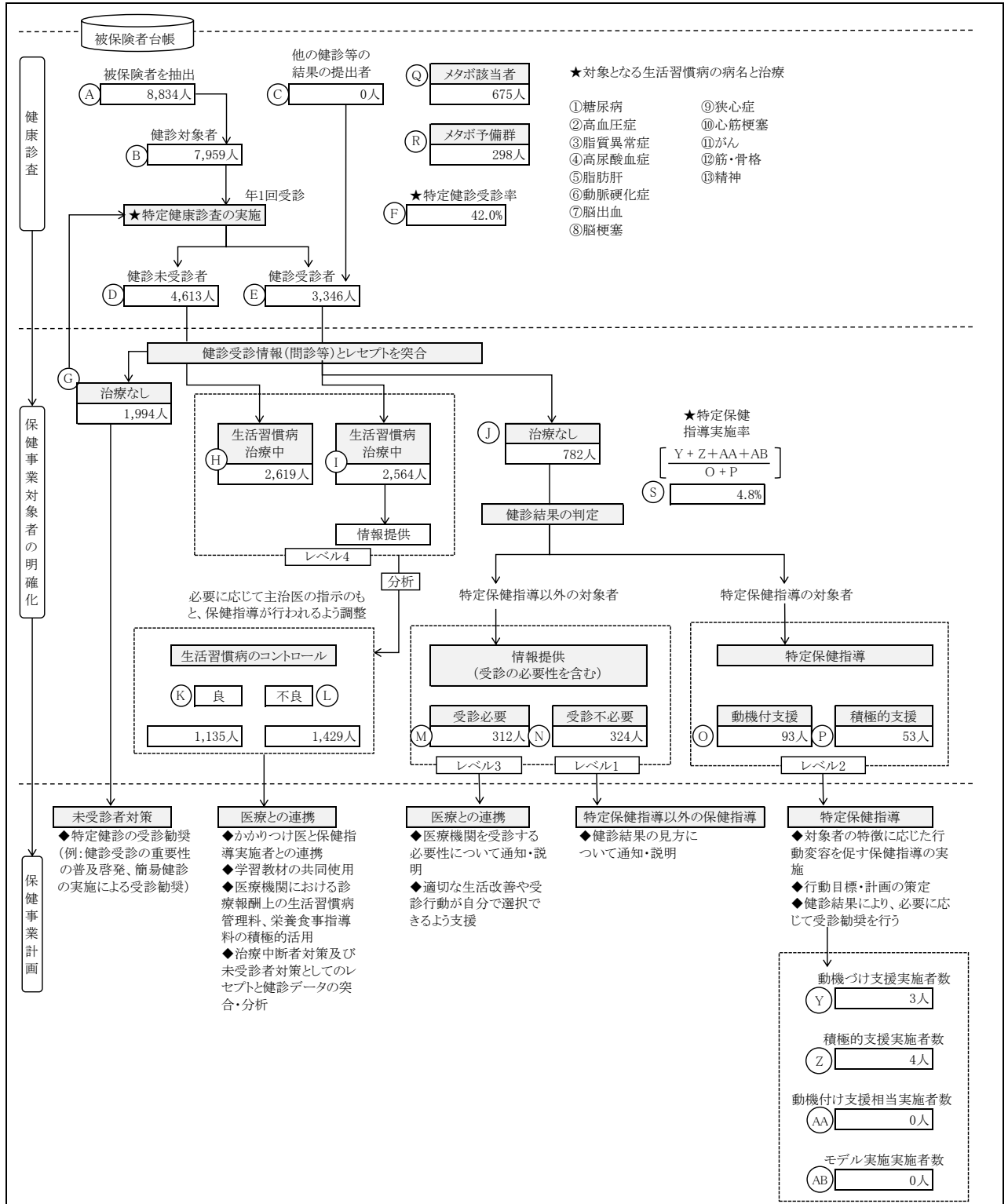
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		伊豆の国市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	42.6%	36.3%	39.2%	35.6%
	服薬_糖尿病	9.6%	8.3%	10.0%	8.7%
	服薬_脂質異常症	35.6%	30.5%	29.2%	27.9%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.3%	3.1%	3.3%	3.1%
	既往歴_心臓病	6.2%	5.5%	5.9%	5.5%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.6%	0.8%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	13.9%	10.6%	10.0%	10.7%
喫煙	喫煙	13.2%	11.4%	12.9%	13.8%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	35.4%	32.3%	34.7%	35.0%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	59.4%	59.1%	62.7%	60.4%
	1日1時間以上運動なし	49.0%	50.3%	47.3%	48.0%
	歩行速度遅い	52.4%	56.3%	54.4%	50.8%
食事	食べる速度が速い	25.5%	24.9%	26.8%	26.8%
	食べる速度が普通	66.7%	67.5%	65.1%	65.4%
	食べる速度が遅い	7.8%	7.5%	8.2%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	12.6%	11.3%	15.0%	15.8%
	週3回以上朝食を抜く	9.5%	8.1%	7.9%	10.4%
飲酒	毎日飲酒	23.8%	22.2%	25.4%	25.5%
	時々飲酒	22.2%	22.1%	20.5%	22.5%
	飲まない	54.0%	55.7%	54.1%	52.0%
	1日飲酒量(1合未満)	75.6%	67.6%	62.8%	64.1%
	1日飲酒量(1～2合)	17.4%	21.1%	25.1%	23.7%
	1日飲酒量(2～3合)	5.3%	9.0%	9.5%	9.4%
	1日飲酒量(3合以上)	1.7%	2.3%	2.5%	2.8%
睡眠	睡眠不足	27.4%	31.8%	25.0%	25.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	27.6%	25.1%	30.5%	27.6%
	改善意欲あり	31.4%	28.3%	28.7%	28.6%
	改善意欲ありかつ始めている	13.7%	13.5%	12.2%	13.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.8%	9.6%	8.4%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	17.5%	23.4%	20.3%	20.9%
	保健指導利用しない	66.7%	64.2%	66.0%	63.3%
咀嚼	咀嚼_何でも	75.0%	79.4%	76.9%	79.3%
	咀嚼_かみにくい	24.2%	20.0%	22.2%	19.9%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.8%	0.6%	0.9%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	19.2%	18.6%	21.9%	21.6%
	3食以外間食_時々	58.9%	59.5%	57.9%	57.3%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	21.9%	21.9%	20.1%	21.0%

出典：国保データベース (KDB) システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

以下は、令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものである。

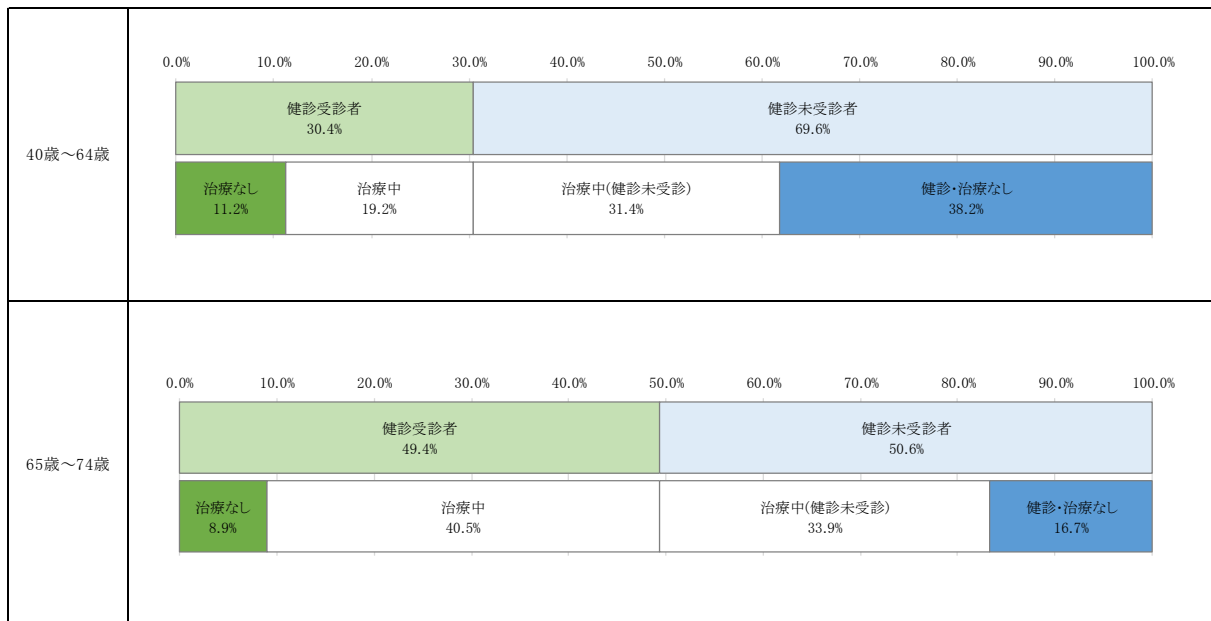
被保険者の階層化(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものである。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



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

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく伊豆の国市の大きな健康課題

大きな健康課題の把握と保健事業の柱



保健事業の柱

1. 高血圧対策の強化
 - ・生活習慣リスクが多い人を対象にしたハイリスクアプローチ
 - ・高血圧と減塩のポピュレーションアプローチ
2. 重症化予防対策
 - ・生活習慣病の重症化リスクのある者への重症化予防(ハイリスクアプローチ)
3. 健(検)診の強化
 - ・特定健診特定保健指導を基盤とした生活習慣病予防
 - ・がん検診の推進
4. 医療費適正化対策
 - ・早期医療機関受診、継続受診等適正受診勧奨
5. 健康相談の実施と各年代に応じた生活習慣病支援
 - ・子育て世代の女性へのアプローチ
 - ・企業とのコラボイベント開催
6. 高齢者のフレイル対策
 - ・運動指導や保健指導の実施
 - ・体操教室の開催

目指す姿

自らが健康管理ができる生活と健康寿命の延伸の実現

2. 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	生活習慣病の医療費・有病率が高い <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症の医療費が高い。 ・主たる死因では、高血圧症の関連疾病である脳疾患、腎不全が県平均よりも高い。 ・糖尿病と腎不全の割合が多く、透析者が多く、患者一人当たりの透析医療費が上昇している。 ・要介護(支援)認定者の有病率では、高血圧症、心臓病、脳梗塞、糖尿病が県より高く、生活習慣病の重症化により、要介護(支援)認定に至っている。 (参照 P 25, P 29, P 56, P 57, P 59, P 65)	1	①、②、③	生活習慣病の重症化を予防する。 <p>レセプトデータや健診結果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。</p>
B	生活習慣リスク保有者の割合が高い <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の積極的支援対象者割合が多い。 ・肥満傾向と腎機能の低下が見られる。(検査項目の有所見状況：BMI、腹囲、LDLコレステロール、eGFRが高い) ・リスク保有者で生活改善が必要な人が多い。(体重増加、喫煙、飲酒、欠食、咀嚼等) (参照 P 16, P 70, P 172)	2	①、②、③、⑩	生活習慣を改善する <p>特定保健指導を通じて、被保険者の生活習慣に積極的に向き合うことで、健康に対する。</p>
C	健康に対する関心が低い <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は、令和2年度から回復傾向であるが、コロナ前水準を下回っている。 ・若年層(働き世代)の特定健診受診率が低い。 ・健診受診対象者のうち、「健康状態不明者」(特定健診未受診かつ医療機関での治療がない)が25%を超えている。 ・外来の一人当たり医療費も県平均より高く、症状が悪化してから受診している傾向がある。 (参照 P 15, P 13, P 14, P 71)	3	④、⑥、⑦	健康意識を高める <p>被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりサポートを行う。</p>
D	日常生活に制限がある期間が上昇している <ul style="list-style-type: none"> ・平均余命・平均自立期間は、男女共に県平均を下回っている。 ・日常生活に制限がある人が上昇している。 (参照 P 19, P 20)	4	⑤	被保険者の健康意識の向上 <p>地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりを通じて健康寿命を延伸を目指す。</p>

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

事業 番号	評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
A-①	高血圧症有病者の割合 (高血圧Ⅰ度以上の割合)	55.9%	55.8%	55.6%	55.5%	55.4%	55.2%	55.0%
A-①	高血圧予備群の割合	14.0%	13.0%	12.5%	12.0%	11.0%	10.0%	10.7%
A-②	HbA1c8.0以上の者の割合	1.30%	1.25%	1.20%	1.15%	1.10%	1.05%	1.00%
A-③	内臓脂肪症候群の該当率の 割合	20.2%	20.1%	20.0%	19.5%	19.3%	19.1%	19.0%
A-③	特定保健指導実施率	9.1%	16.6% (11.4%)	25.1% (13.7%)	33.6% (16.0%)	42.1% (18.3%)	50.6% (20.6%)	60.0% (23.0%)
A-③	特定保健指導による特定 保健指導対象者の減少率	24.5%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%	19.0%
A-①	特定健康診査受診者のうち、 喫煙のある者の割合	10.3%	10.2%	10.2%	10.1%	10.1%	10.0%	10.0%
A-①	特定健康診査受診者のうち、 毎日飲酒のある者の割合	24.4%	24.2%	24.0%	23.8%	23.7%	23.6%	23.5%
A-④	特定健康診査受診率	42.1%	44.8%	47.8%	50.9%	53.9%	56.9%	60.0%
B-⑤	平均自立期間	男79.8% 女84.4%	男80.0% 女84.5%	男80.0% 女84.5%	男80.5% 女85.0%	男80.5% 女85.0%	男80.5% 女85.5%	男80.5% 女85.5%

3. 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	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	高血圧対策事業	特定健康診査の結果、高血圧症の異常値があり且つ医療機関の受診が確認できない対象者に、受診勧奨や保健師等の専門職による保健指導等を実施する。	継続	1
A-②	糖尿病腎症重症化予防事業	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、医療機関への受診勧奨や保健師等の専門職による保健指導等を実施する。	継続	2
A-③	特定保健指導事業	特定健康診査の結果を受けて、保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援対象者と動機付け支援対象者に対して、保健師等の専門職による保健指導等を実施する。	継続	3
A-④	特定健康診査事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、対象者の特性に合わせた効果的な受診勧奨を行い受診率向上を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	4
B-⑤	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業	フレイル対策が必要と思われる高齢者を対象に、専門職による運動指導や保健指導が盛り込まれたプログラムを実施する。	新規	5
B-⑥	健診異常値放置者受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に、医療機関への定期的な通院を促す受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	6
C-⑦	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	生活習慣病の疾患があり且つ治療を中断してしまった対象者に、医療機関への定期的な通院を促す受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	7
C-⑧	受診行動適正化指導事業	医療機関への適切な受診を促すことを目的とし、レセプトデータから重複受診・頻回受診・重複服薬の対象者を特定し、医療機関へのかかり方について保健師等の専門職による指導を行う。	継続	8
D-⑨	ジェネリック医薬品差額通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。	継続	9
⑩	生活習慣病予防事業 (がん・歯・その他生活習慣)	がん検診の受診率向上により 早期発見・治療に結び付ける。また、虫歯や歯周病の予防・早期発見・早期治療を進めていくことで、健康教育を実施する。	継続	10

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりである。

事業番号：A-① 高血圧対策事業【継続】

事業の目的	適正血圧者の増加
対象者	①全市民 ②特定健診受診者のうち、Ⅲ度高血圧（収縮期血圧160以上かつ拡張期血圧100以上）で高血圧症及び関連疾患レセプトがない人 ③特定健診受診者のうち、非肥満者でⅢ度高血圧の人
現在までの事業結果	令和1年までは実施していたが、コロナウィルスの影響があり、高血圧対策事業が停滞となった。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	高血圧症有病者の割合	55.9%	55.8%	55.6%	55.5%	55.4%	55.2%	55.0%
	高血圧予備軍の割合	14.0%	13.0%	12.5%	12.0%	11.0%	10.0%	10.7%
	特定健診の継続受診率	R3-4 77.6%	R5-6 80.0%	R6-7 80.0%	R7-8 80.0%	R8-9 80.0%	R9-10 80.0%	R10-11 80.0%
	正常血圧者(120/80未満)	23.0%	22.4%	21.8%	21.2%	20.6%	20.3%	20.0%
	喫煙のある者の割合	10.3%	10.2%	10.2%	10.1%	10.1%	10.0%	10.0%
	毎日飲酒のある者の割合	24.4%	24.2%	24.0%	23.8%	23.7%	23.6%	23.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	アンケート実施人数	600人	1200人	1800人	2400人	3000人	3600人	4000人
	減塩チラシ配布数	31153枚	5000枚	10000枚	15000枚	20000枚	25000枚	30000枚

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関（医師会・薬剤師会等）と市の課題を共有し解決に向け協力依頼を実施していく。 ・職域と連携し高血圧予防を働きかけていく。 ・商工会や調理師会と協同で、減塩や野菜マシマシの取り組みを実施していく。 ・SNSを活用した情報発信を実施していく。
----------------	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な普及啓発活動内容や方法の検討。 ・子育て世代に向け、血圧について意識を持ってもらえるよう普及啓発を実施。 ・地区組織や職域に情報提供を実施。 ・視覚に訴えるわかりやすい資料を用いた説明。 ・順天堂市民公開講座とのコラボ。（継続） ・高血圧予防に関するアンケート調査を実施。（継続） ・お塩の取り方チェックを実施。（継続）

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国保年金課と健康づくり課等の関係機関が協力して事業に取り組めるような体制整備を行う。（継続） ・オンライン面談の活用。 ・保健委員の活用。 ・保健指導実施者のスキルアップ。
--

事業番号：A-② 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	重症化予防対策を図り、糖尿病性腎症患者の重症化予防対策を行う。
対象者	①新規透析対象者：eGFR45未満、HbA1c6.5%以上で病院未受診者 ②糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者：前年度の特定健診結果で医療機関未受診者、糖尿病治療中断者、ハイリスク者
現在までの事業結果	平成29年度から取り組みを開始している。事業開始から6年が経過し、透析者数は増加していない。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	新規人工透析患者の維持・減少	10人	10人	10人	10人	10人	10人	10人
	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.3%	1.25%	1.2%	1.15%	1.1%	1.05%	1.0%
アウトプット(実施量・率)指標	重症化予防訪問者への指導実施率(糖)	77%	81%	85%	89%	93%	97%	100%
	重症化予防訪問者への指導実施率(腎)	74%	79%	84%	89%	94%	97%	100%
	受診勧奨後の医療機関受診率(糖)	88.9%	89.1%	89.3%	89.5%	89.7%	89.9%	90%
	受診勧奨後の医療機関受診率(腎)	89.2%	89.3%	89.4%	89.5%	89.7%	89.9%	90%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や薬局に対して重症化予防に関する必要性を理解していただけるように説明する。 ・かかりつけ医と専門医の連携について体制整備を行う。 ・訪問時に、受診勧奨を行うだけでなく、保健指導を合わせて行う。
----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防プログラムに参加する人が少ないため、多くの方が参加できるように利用したいと思えるような内容を検討していく。 ・対象者全員に訪問し、受診勧奨と保健指導を実施していく。 ・対象者が翌年特定保健指導を受診するように伝え、継続して健診を受けるようにしていく。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防について、医師・薬剤師との重症化予防検討会を設置し、方向性について協議する。 ・国保年金課と健康づくり課等の関係機関が協力して事業に取り組む。 ・働き盛り世代に対し、CKDに対する情報提供やアプローチ方法の検討が必要。 ・かかりつけ医と専門医との連携方法について体制整備が必要。
--

事業番号：A-③ 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	特定保健指導対象者に対して、特定保健指導を行う事で、メタボの改善を行う事で該当者、予備軍を減少。
対象者	特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機づけ支援とされた人。
現在までの事業結果	健康づくり課にて、集団健康診査結果説明会、訪問により特定保健指導を実施していた。実施率は、平成30年度までは緩やかに伸長したが、新型コロナウイルスの影響を受け、利用勧奨を実施しなかった令和2年度には落ち込んでいる。その後、利用勧奨を再開し実施率は回復したが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	内臓脂肪症候群の該当率の割合	20.2%	20.1%	20.0%	19.5%	19.3%	19.1%	19.0%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(共通評価指標)	24.5%	24.6%	24.7%	24.8%	24.9%	25.0%	25.0%
	指導勧奨者の生活改善習慣改善 食生活 身体活動	68.8% 58.3%	68.9% 58.5%	68.9% 59.0%	69.0% 59.0%	69.5% 59.5%	69.5% 59.5%	70.0% 60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	9.1%	11.4%	13.7%	16.0%	18.3%	20.6%	23.0%
	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	結果説明会実施回数	年8回	年9回	年9回	年10回	年10回	年10回	年11回

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会の不参加者に対しては、後日訪問している。 ウェルシア薬局だけでなく、土日曜日や夜間に特定保健指導が実施できる場を開拓していく。 SNSを活用し、40～50歳代に働きかけていく。
----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導判定値の該当者に対しては、特定健康診査結果の郵送はせず、結果説明会でお渡しする。(継続) 結果説明会不参加者に対しては、次回の結果説明会に向けて電話による参加勧奨を実施する。(継続) セット健診を増やし、特定健診の受診が必要であることを普及啓発していく。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査及びがん検診の説明会を医療機関に実施し、特定保健指導の実施依頼を行う。 結果説明会では、結果説明と併せて特定保健指導の面接も実施する。(継続) 特定保健指導を仕事をしている人でも受けられるように、土日や夜間に実施できる場所の確保をする。 運動習慣がない人が取り組みやすい場を見つけ情報提供することで、身体活動改善者が増加するようにする。 SNSで予約を取れるようにしていく。

事業番号：A-④ 特定健康診査事業【継続】

事業の目的	特定健康診査受診率を高め、生活習慣病の予防及び早期発見・早期治療。
対象者	40歳～74歳の国民健康保険被保険者
現在までの事業結果	平成31年度より蔓延した新型コロナウイルスの影響で令和2年度に受診率が大きく低下した。また若い世代である40代～50代への啓発も効果があり見られなかった。若い世代の受診率を向上するために新規40歳への受診勧奨を行った。令和4年度受診率に関しては、新型コロナウイルス感染拡大以前に戻りつつある。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率 ・40代 ・50代 ・男性	42.1% ・20.5% ・32.5% ・36.6%	44.8% ・25.0% ・35.0% ・43.0%	47.8% ・25.0% ・35.0% ・43.0%	50.9% ・25.0% ・35.0% ・43.0%	53.9% ・25.0% ・35.0% ・43.0%	56.9% ・25.0% ・35.0% ・43.0%	60.0% ・25.0% ・35.0% ・43.0%
	特定健康診査継続受診率	R3-4 77.6%	R5-6 80.0%	R6-7 80.0%	R7-8 80.0%	R8-9 80.0%	R9-10 80.0%	R10-11 80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査受診勧奨通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査は、厚生労働省が定める特定健康診査基準を満たす事業者へ委託し実施する。 ・市広報誌、ホームページ及びSNSを活用し特定健康診査の重要性を広く周知する。 ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨の対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な受診勧奨を実施する。 ・積極的に地域の社会資源を活用する。
----------------	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上のため、集団健診の実施日数や定員を増やし、電話予約だけでなく市公式LINEを利用した集団健診予約を実施する。 ・通知による受診勧奨だけでなく、SNSを活用した受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨することで受診率の向上が見込まれる特定健康診査対象者を対象者とする。 ・対象者の特性別のグループ化において、過年度の医療機関受診状況を把握するために、レセプトデータも活用する。 ・通知による受診勧奨は年2回程度とし、SNSを活用した受診勧奨は随時実施する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり課との連携を継続し、高齢者の未受診者対策として長寿介護課と連携する。 ・受診機会を増やすため、人間ドック及び脳ドックの請負機関を増やす。 ・受診率向上のため、田方医師会への事業説明及び協力要請を行い、受診勧奨を行う。
--

事業番号：B-⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【新規】

事業の目的	介護予防のための体操教室等の通いの場に参加する市民が増加することで、お達者度を延伸する。
対象者	65歳以上の市民
現在までの事業結果	新規事業。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	平均自立期間 (要介護2以上になるまでの期間)	-	男79.7 女84.1	男79.7 女84.1	男79.9 女84.3	男79.9 女84.3	男79.9 女84.3	男80.1 女84.5
アウトプット(実施量・率)指標	通いの場等の参加者数	-	250人	250人	250人	300人	300人	300人

目標を達成するための主な戦略	通いの場に出向き、専門職による健康に関する講話を実施する。 医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、心理士、保健師などの専門職を活用する。
----------------	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、後期高齢者健診を活用してフレイルが疑われる市民を抽出する。 ・保健事業対象者として適切でない者、すでに楽だら体操教室に参加している者を除外した「対象者リスト」を作成する。 ・「対象者リスト」に沿って参加勧奨通知を送付する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は長寿介護課、連携部門は国保年金課、健康づくり課とする。 ・長寿介護課は事業計画書作成、関係機関との連携調整、実務支援、国保年金課は予算編成、健康づくり課は実務支援の一部を実施とする。 ・課同士は、適宜連携に努める。

事業番号：B-⑥ 健診異常値放置者受診勧奨事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少。
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値（厚生労働省の定める受診勧奨判定値（血圧、血糖、脂質））に達しているが、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症）に対するレセプトが発生していない者
現在までの事業結果	対象者に受診勧奨を実施することにより、一定の効果は見られるものの、対象者の中には当事者意識が低く、受診の意思がない者や新型コロナウイルスによる受診控えとなった。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	対象者の医療機関受診率	10.3%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	健診異常値放置者数の減少	349人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット (実施量・率) 指標	健診異常値放置者受診勧奨通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨は、通知の郵送及び市公式LINE等のSNSを活用し実施する。 ・積極的に地域の社会資源を活用する。
----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・当該対象者に医療機関への定期受診を促す受診勧奨通知を年1回郵送する。 ・市公式LINE等のSNSを活用した受診勧奨を適宜行う。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり課との連携を継続し、高齢者の健診異常値放置対策として長寿介護課と連携する。 ・異常値部分の治療以外の通院もあるため、田方医師会への事業説明及び協力要請を行い、受診勧奨を行う。
--

事業番号：C-⑦ 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業【継続】

事業の目的	生活習慣病治療中断者の減少。
対象者	かつて生活習慣病で定期受診をしていたが、その後6か月以上生活習慣病の受診をしていない者。
現在までの事業結果	対象者に受診勧奨を実施することにより、一定の効果は見られるものの、対象者の中には当事者意識が低く、受診の意思がない者やコロナウイルスによる受診控えとなった。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	対象者の医療機関受診率	41.7%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
	通知効果	41.7%	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上
	生活習慣病治療中断者数の減少	70人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
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%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨は、通知の郵送及び市公式LINE等のSNSを活用し実施する。 ・積極的に地域の社会資源を活用する。
----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・当該対象者に生活習慣病治療の受診を促す通知文書を年1回郵送する。 ・市公式LINE等のSNSを活用した受診勧奨を適宜行う。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり課との連携を継続し、高齢者の生活習慣病治療中断対策として長寿介護課と連携する。 ・生活習慣病治療以外の通院もあるため、田方医師会への事業説明及び協力要請を行い、受診勧奨を行う。

事業番号：C-⑧ 受診行動適正化指導事業【継続】

事業の目的	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少。
対象者	重複受診（1か月間に同系の疾病を理由に3医療機関以上受診） 頻回受診（1か月間に同一医療機関に12回以上受診） 重複服薬（1か月間に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、投与日数合計が60日を超える）に該当する者
現在までの事業結果	レセプトから重複受診・頻回受診・重複服薬の対象者を特定し、医療機関への適切な受診を促すほか、医療機関へのかかり方について保健師等の専門職による指導を行っており、重複受診者以外は減少傾向にあるため、保健指導の効果は見られる。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	指導完了者の受診行動適正化率	0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%
	重複・頻回受診者、重複服薬者数の減少	重複 76人 頻回 74人 服薬 229人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット(実施量・率)指標	対象者の指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託及び保健師との連携により実施する。 積極的に地域の社会資源を活用する。
----------------	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 当該対象者に、適正な服薬の重要性や薬局で開催される「くすりの相談会」に関する通知を年1回郵送する。 指導実施後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり課との連携を継続し、高齢者の受診行動適正化を図るため、長寿介護課と連携する。 田方医師会への事業説明及び協力要請を行い、受診行動適正化を促す指導を依頼する。
--

事業番号：D-⑨ 後発医薬品差額通知事業【継続】

事業の目的	後発医薬品普及率の向上。
対象者	先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、自己負担額の軽減が見込まれる者
現在までの事業結果	啓発等により、後発医薬品の普及率は徐々に向上しているものの、後発医薬品の供給不足により普及率が伸び悩んでいる。ただ啓発の効果はあるため、継続して行うほど普及率は高まることは確認できた。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	後発医薬品普及率(数量ベース)	71.9%	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%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、静岡県県国保連合会や民間業者への委託により実施する。 ・積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会のシステムから作成する対象者リストや委託業者による分析で作成されたリストを基に、職員が対象者を選定して、差額通知を送付する。 ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより差額が発生する可能性のある被保険者を選定する。 ・通知は年6回程度実施する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・田方医師会への事業説明及び協力要請を行い、可能な限り後発医薬品への変更を依頼する。 ・ウエルシア薬局だけでなく、他薬局と連携し後発医薬品を周知する。
--

【年間スケジュール】

実施事業	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
高血圧 対策事業	D(実行)	対象者特定、準備		←→										
		指導実施				←→								
	C(効果測定)	効果測定				←→								
		効果確認												←→
	A(改善)	改善計画												←→
P(計画)	実施計画策定												←→	
糖尿病性 腎症 重症化 予防 事業	D(実行)	対象者特定、準備		←→										
		指導実施				←→								
	C(効果測定)	効果測定				←→								
		効果確認												←→
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定												←→	
特定保 健指 導 事業	D(実行)	対象者特定、準備			←→									
		指導実施	←			←→								
	C(効果測定)	効果測定				←→								
		効果確認												←→
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		
特定健 康診 査 事業	D(実行)	対象者特定、準備	←→						←→					
		指導実施			←→									
	C(効果測定)	効果測定				←→								
		効果確認							←→					
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		
高齢者 の保 健 事業と 介護予 防等 の 一 体 的 な 実 施 事業	D(実行)	対象者特定、準備	←→											
		指導実施	←			←→								
	C(効果測定)	効果測定			←→									
		効果確認									←→			
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		
健診異 常値放 置者受 診勧奨 事業	D(実行)	対象者特定、準備		←→										
		指導実施				←→								
	C(効果測定)	効果測定					←→							
		効果確認											←→	
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		
生活習 慣病 治療中 断者 受診勧 奨事業	D(実行)	対象者特定、準備		←→										
		指導実施				←→								
	C(効果測定)	効果測定					←→							
		効果確認											←→	
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		
受診行 動 適正化 指 導 事業	D(実行)	対象者特定、準備		←→										
		指導実施				←→								
	C(効果測定)	効果測定				←→								
		効果確認												←→
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		
ジェネ リック 医薬品 差額通 知事業	D(実行)	対象者特定、準備	←		←→									
		指導実施			←	←→								
	C(効果測定)	効果測定				←→								
		効果確認							←	←→				
	A(改善)	改善計画											←→	
P(計画)	実施計画策定											←→		

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認し、必要に応じて次年度の保健事業の実施や計画の見直しを行う。

(2) データヘルス計画・特定健康診査等実施計画の評価・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。

評価に当たっては、他保険者等との連携・協力体制の整備に努める。また、把握された健康状況や健康課題などを伊豆の国市国民健康保険運営協議会等に報告する。

2. 計画の公表・周知

本計画は、市広報、市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、地域支援事業に国保部局として参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

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

③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

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 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされた。

伊豆の国市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきた。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとする。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

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)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

分類	取り組み	実施内容
特定健診受診率の向上	健診機会の確保	受診者の利便性を高めるために、集団健診では健診受診人数の拡充や各種がん検診等を同時に行い、受診しやすい環境整備に努める。また、平日受診が難しい方への対策として、直接医療機関で土曜日でも受診できる個別健診や人間ドック助成についても、市の広報誌やHP、市公式LINEを使用し積極的に情報発信することで受診機会の拡充を図った。
	受診勧奨の充実	特定健診を忘れていた方、知らなかった方への対策として、広報誌、HP、市公式LINE等により健診情報を定期的に発信した。また、未受診者勧奨通知については、AI分析を用いることで、対象者ごとにより受診意識が高まるデザインを作成し、適切な勧奨通知を実施した。また次年度受診対象となる39歳の被保険者に対し、特定健診を受けるメリットや、0円で受診できることを記載した通知を発送した。
	継続受診の推進	集団検診後の結果説明会にて、保健師や栄養士による指導を行いつつ、口頭にて継続受診の重要性を伝えた。

【特定保健指導】

分類	取り組み	実施内容
特定保健指導率の利用勧奨	参加者へのインセンティブ付与	特定保健指導利用者に対し、健康ポイント付与をしている。
	集団健診にて利用勧奨実施	集団健診実施後に結果説明会を実施し、効率的に特定保健指導対象者に保健指導を勧め利用率につなげている。
保健指導の実施体制	生活習慣改善へのアプローチ	対象者が減少するように、食生活・身体活動の指導を行い、生活改善につなげている。
	外部委託機関の確保と連携	病院・外部委託機関に保健指導実施を依頼した。

2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成21年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものである。

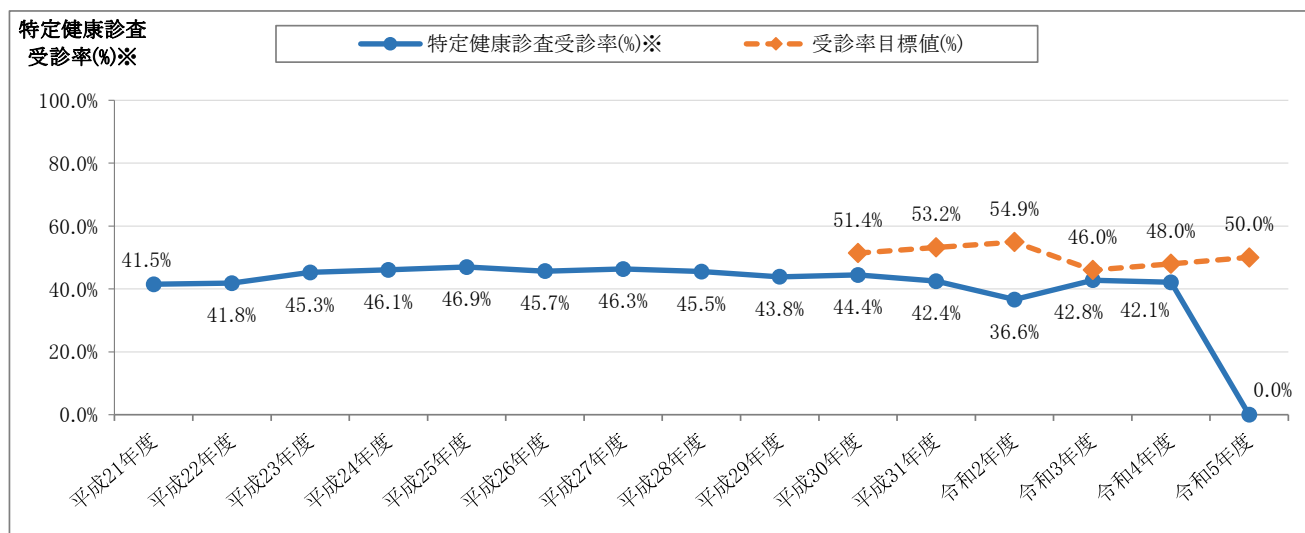
特定健康診査受診率及び目標値

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定健康診査対象者数(人)	11,047	10,958	10,973	10,971	10,913	10,753	10,505	10,088
特定健康診査受診者数(人)	4,581	4,583	4,966	5,053	5,122	4,910	4,867	4,589
特定健康診査受診率(%)※	41.5%	41.8%	45.3%	46.1%	46.9%	45.7%	46.3%	45.5%
受診率目標値(%)	—	—	—	—	—	—	—	—

	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	9,684	9,367	9,006	8,794	8,527	7,941	
特定健康診査受診者数(人)	4,246	4,163	3,823	3,221	3,646	3,342	
特定健康診査受診率(%)※	43.8%	44.4%	42.4%	36.6%	42.8%	42.1%	
受診率目標値(%)	—	51.4%	53.2%	54.9%	46.0%	48.0%	50.0%

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

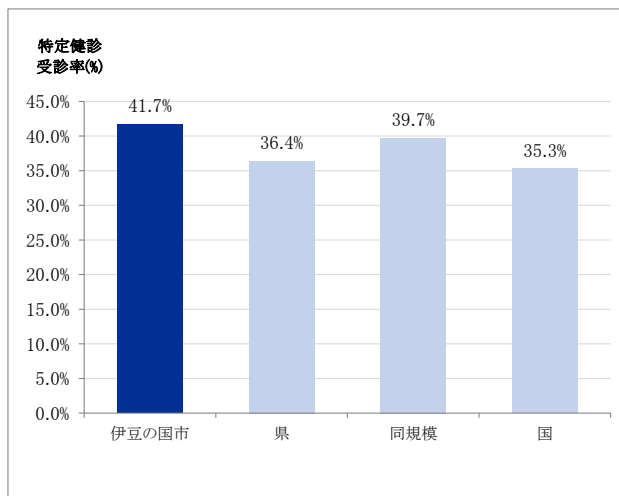
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査受診率は以下のとおりである。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
伊豆の国市	41.7%
県	36.4%
同規模	39.7%
国	35.3%

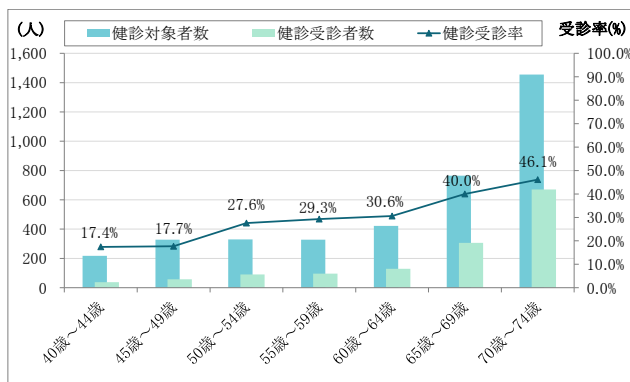
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



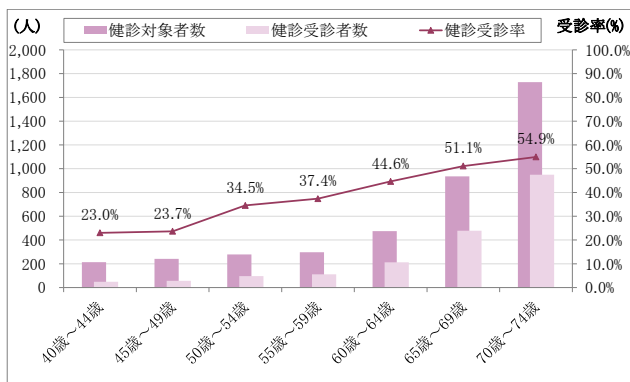
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



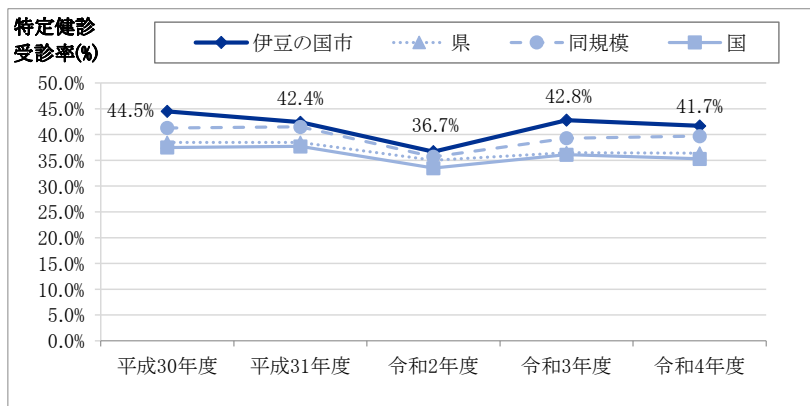
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率41.7%は平成30年度44.5%より2.8ポイント減少している。

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	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	44.5%	42.4%	36.7%	42.8%	41.7%
県	38.5%	38.5%	35.0%	36.5%	36.4%
同規模	41.3%	41.5%	35.7%	39.3%	39.7%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	35.3%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

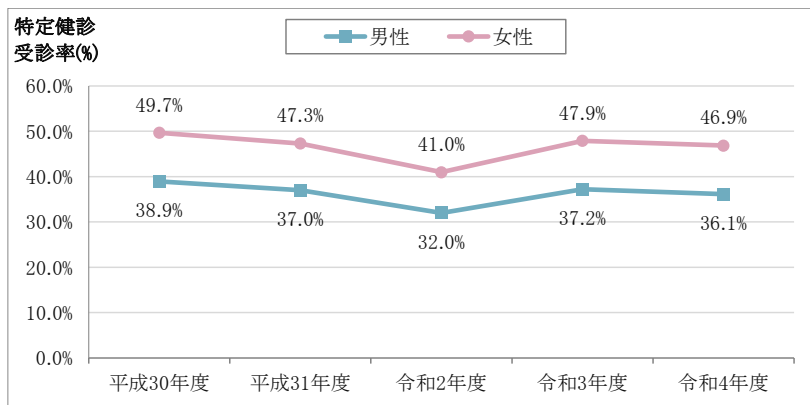
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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36.1%は平成30年度38.9%より2.8ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率46.9%は平成30年度49.7%より2.8ポイント減少している。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成21年度から令和5年度(見込み値)における、特定保健指導の実施状況を示したものである。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定保健指導対象者数(人)	566	428	491	502	496	468	463	448
特定保健指導利用者数(人)	68	112	83	114	168	269	187	178
特定保健指導実施者数(人)※	38	47	40	90	170	159	216	185
特定保健指導実施率(%)※	6.7%	11.0%	8.1%	17.9%	34.3%	34.0%	46.7%	41.3%
実施率目標値(%)	—	—	—	—	—	—	—	—

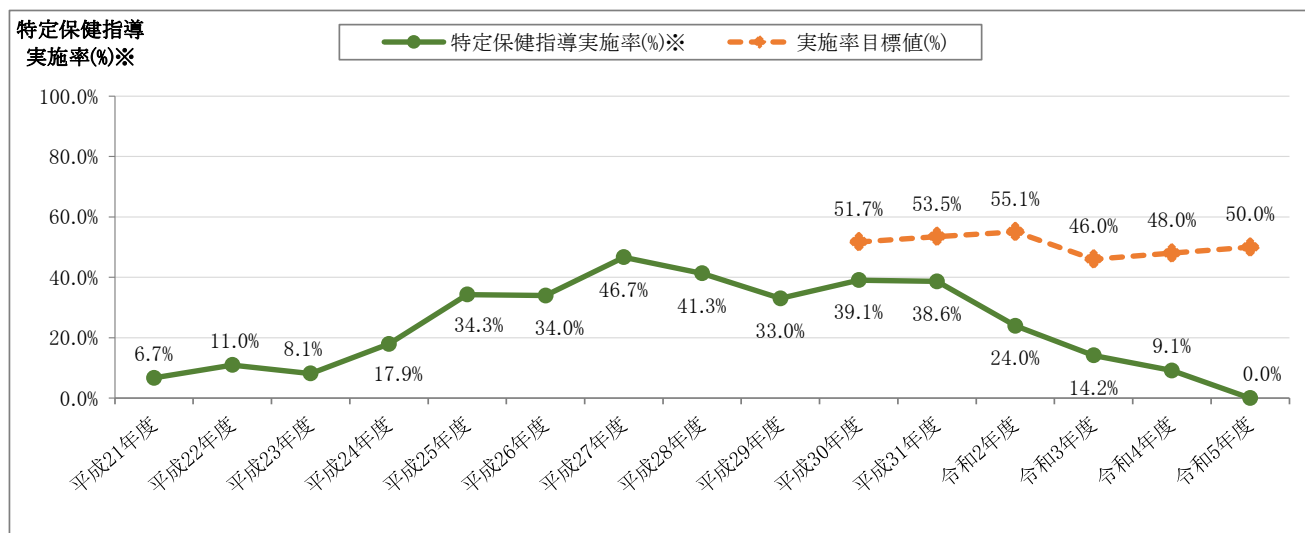
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	424	407	365	263	367	328	
特定保健指導利用者数(人)	151	184	157	87	75	49	
特定保健指導実施者数(人)※	140	159	141	63	52	30	
特定保健指導実施率(%)※	33.0%	39.1%	38.6%	24.0%	14.2%	9.1%	
実施率目標値(%)	—	51.7%	53.5%	55.1%	46.0%	48.0%	50.0%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものである。

積極的支援実施状況

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
積極的支援対象者数(人)	172	127	148	160	133	122	113	110
積極的支援利用者数(人)	7	25	26	29	30	57	37	28
積極的支援実施者数(人)※	4	3	11	21	33	29	27	29
積極的支援実施率(%)※	2.3%	2.4%	7.4%	13.1%	24.8%	23.8%	23.9%	26.4%

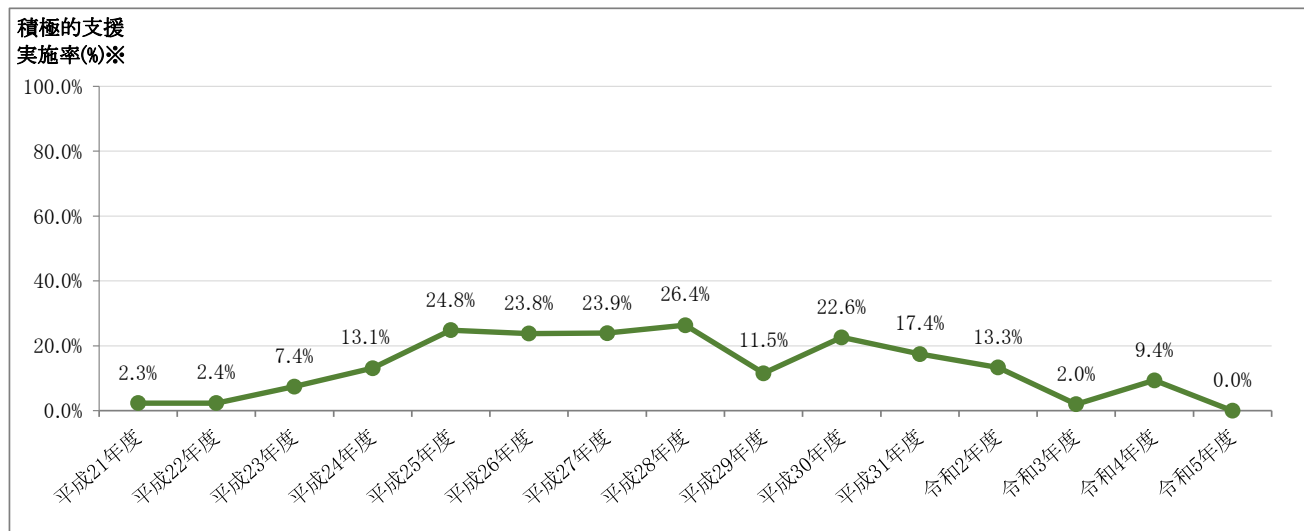
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	104	115	86	60	101	96	
積極的支援利用者数(人)	30	41	23	21	10	15	
積極的支援実施者数(人)※	12	26	15	8	2	9	
積極的支援実施率(%)※	11.5%	22.6%	17.4%	13.3%	2.0%	9.4%	

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
動機付け支援対象者数(人)	394	301	343	342	363	346	350	338
動機付け支援利用者数(人)	61	87	57	85	138	212	150	150
動機付け支援実施者数(人)※	34	44	29	69	137	130	189	156
動機付け支援実施率(%)※	8.6%	14.6%	8.5%	20.2%	37.7%	37.6%	54.0%	46.2%

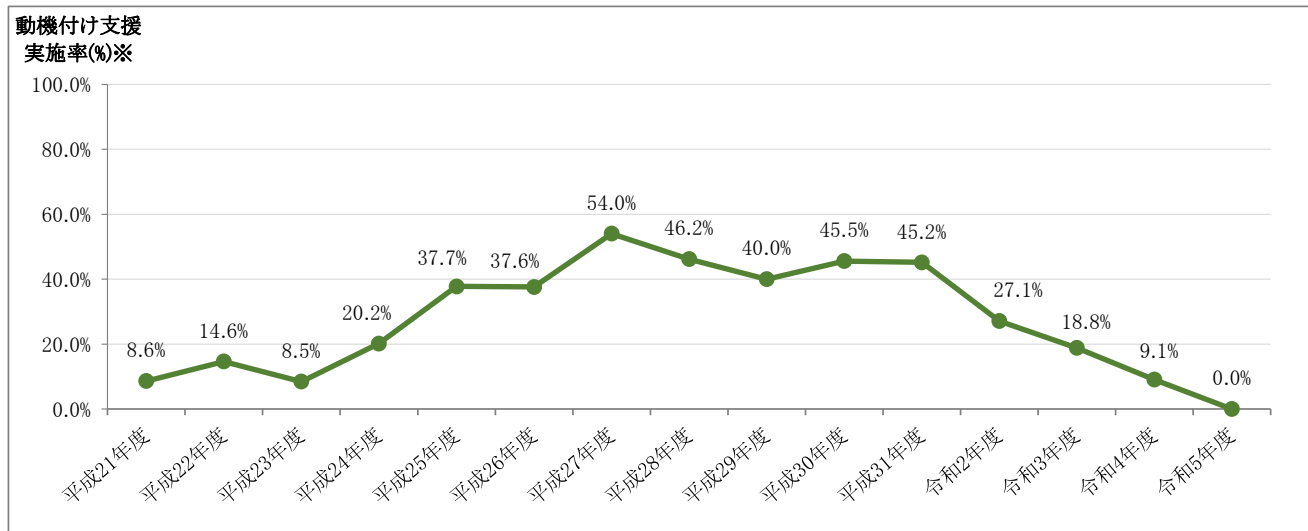
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	320	292	279	203	266	232	
動機付け支援利用者数(人)	121	143	134	66	65	34	
動機付け支援実施者数(人)※	128	133	126	55	50	21	
動機付け支援実施率(%)※	40.0%	45.5%	45.2%	27.1%	18.8%	9.1%	

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

国保データベース (KDB) システムより集計した、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。

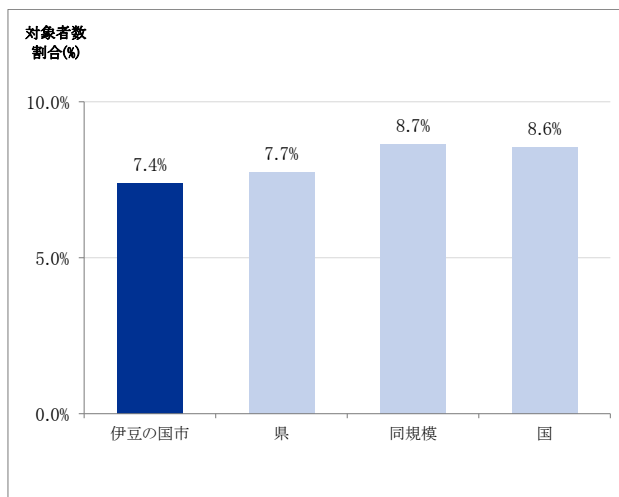
特定保健指導実施状況 (令和4年度)

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	特定保健指導実施率
伊豆の国市	7.4%	3.0%	10.4%	5.2%
県	7.7%	2.3%	10.1%	5.7%
同規模	8.7%	2.7%	11.3%	16.7%
国	8.6%	3.2%	11.8%	9.0%

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。
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

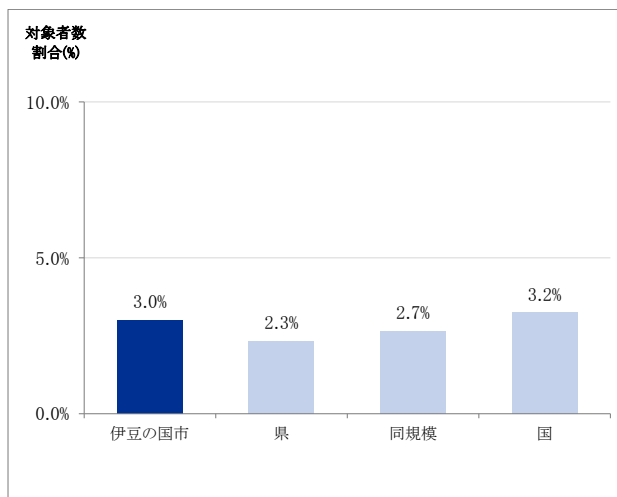
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



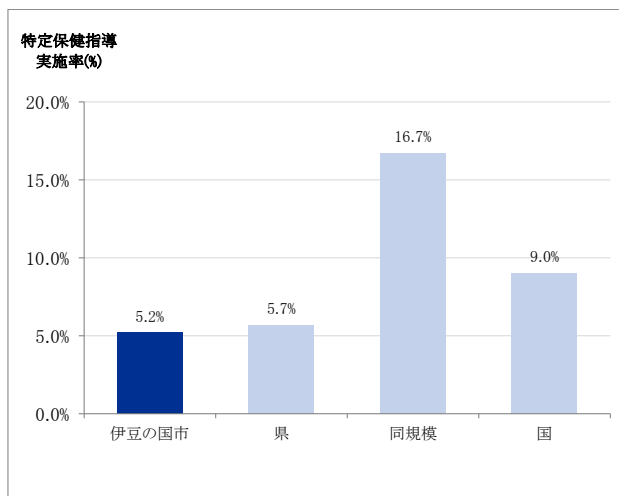
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導実施率5.2%は平成30年度35.1%より29.9ポイント減少している。

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	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	7.4%	7.5%	6.5%	7.6%	7.4%
県	7.9%	7.9%	7.9%	7.9%	7.7%
同規模	9.2%	9.1%	9.0%	9.0%	8.7%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

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	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	2.8%	2.3%	2.0%	3.0%	3.0%
県	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%
同規模	2.9%	2.8%	2.6%	2.7%	2.7%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	3.2%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	10.1%	9.8%	8.5%	10.6%	10.4%
県	10.2%	10.2%	10.2%	10.3%	10.1%
同規模	12.0%	11.9%	11.6%	11.7%	11.3%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.8%

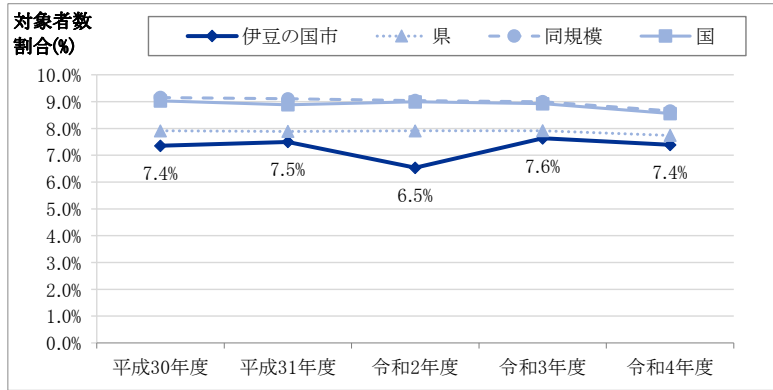
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
伊豆の国市	35.1%	34.6%	23.0%	14.5%	5.2%
県	31.9%	33.9%	34.2%	34.9%	5.7%
同規模	41.3%	41.8%	41.8%	41.8%	16.7%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	9.0%

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。特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

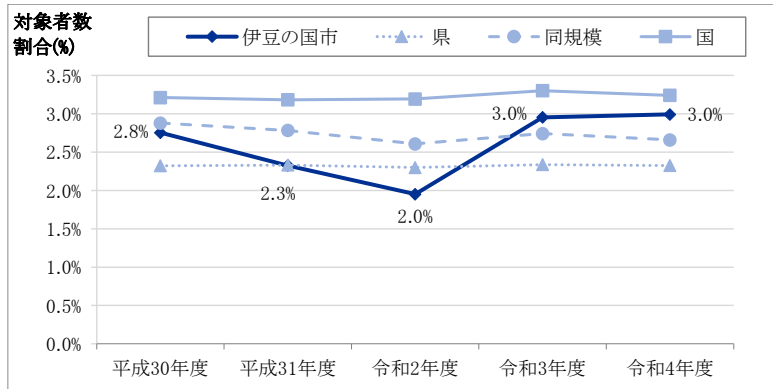
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



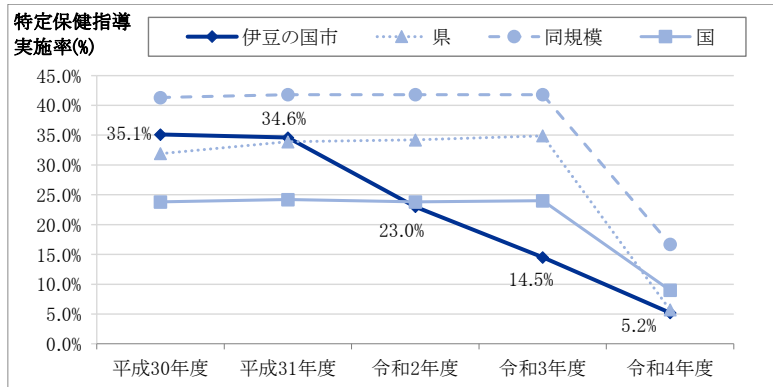
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者の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。基準該当は20.1%、予備群該当は10.1%である。

メタボリックシンドローム該当状況

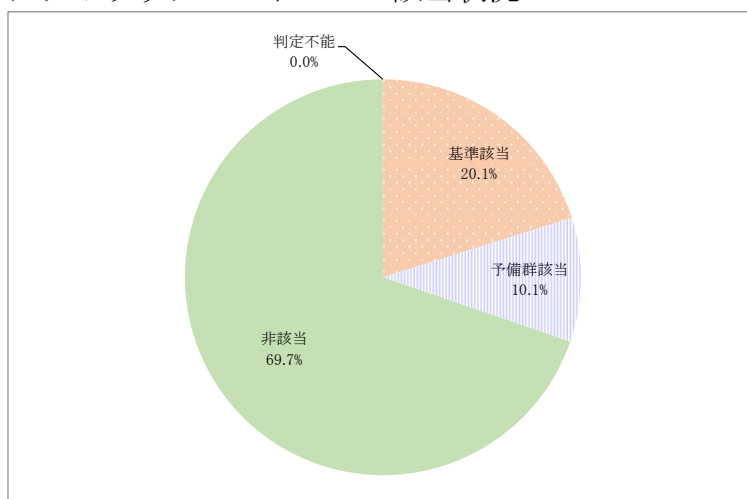
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	3,405	686	345	2,373	1
割合(%) ※	-	20.1%	10.1%	69.7%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	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脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※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。

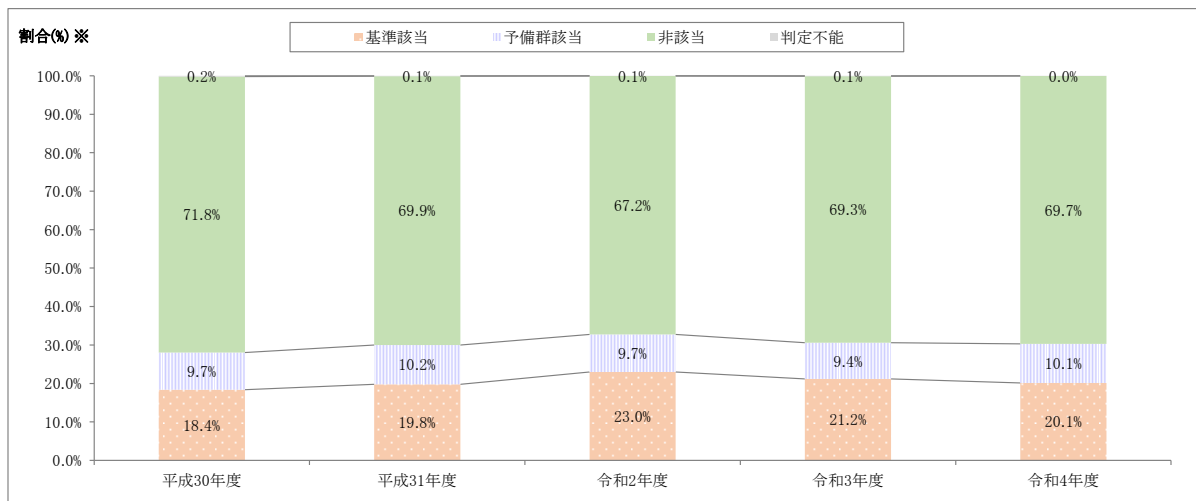
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当20.1%は平成30年度18.4%より1.7ポイント増加しており、予備群該当10.1%は平成30年度9.7%より0.4ポイント増加している。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	3,778
平成31年度	3,846
令和2年度	3,287
令和3年度	3,717
令和4年度	3,405

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	695	18.4%	365	9.7%	2,711	71.8%	7	0.2%
平成31年度	761	19.8%	393	10.2%	2,689	69.9%	3	0.1%
令和2年度	756	23.0%	320	9.7%	2,209	67.2%	2	0.1%
令和3年度	788	21.2%	349	9.4%	2,577	69.3%	3	0.1%
令和4年度	686	20.1%	345	10.1%	2,373	69.7%	1	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	取り組み	実施内容
特定健診受診率の向上	健診機会の確保	受診者の利便性を高まったものの、まだ新型コロナウイルス感染拡大前の受診率に戻ってはいないため、今後はより受診環境を整える必要がある。
	受診勧奨の充実	40代～50代の若い世代の受診率が高齢世代に比べ低いことから、若い世代への受診勧奨をもっと効果的に行う必要がある。
	継続受診の推進	継続受診率は、目標値には届いていないものの、このまま継続していけば達成できる見込みはあるため、今後は継続受診勧奨の機会を増やし、目標達成を図る。
特定保健指導	対象者の指導実施率	特定保健指導を実施できる人材不足のため、指導実施率が低下し達成できていない。
	指導完了者の生活習慣改善率	食生活の方が身体活動より改善率が高い。食生活の方が取り組みやすさがある様子。しかし、特定保健指導の実施率が低下しているため、はっきりと評価できない。
	積極的支援及び動機づけ支援対象者割合	達成できていない。

(2) 事業実施体制の評価

分類	取り組み	実施内容
特定健診受診率の向上	健診機会の確保	国保年金課、健康づくり課と連携し、集団健診での健診受診人数の拡充や各種がん検診等を同時に行い、受診しやすい環境整備に努めた。
	高齢者に対する受診勧奨	シルバー人材センターと連携し、センターの会員に受診勧奨のチラシ配ってもらうことで、高齢者の受診率を高めた。
保健指導の実施体制	職員体制	健康づくり課に保健師と管理栄養士を配置している。特定保健指導の研修会に参加し、保健指導の質的向上に努めた。
	関係機関・部門との連携	地域の医療機関との連携を強化し、かかりつけ医から特定健診受診勧奨を依頼している。
	家族体制	特定保健指導の外部委託により、休日夜間の保健指導が実現し、利用者の利便性は高まったが、保健指導実施率向上にはつながっていない。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものである。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の61.8%である。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の40.0%である。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	3,405	39.1%	1,377,596	161,084,693	162,462,289
健診未受診者	5,296	60.9%	11,633,164	205,907,555	217,540,719
合計	8,701		13,010,760	366,992,248	380,003,008

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	72	2.1%	2,103	61.8%	2,104	61.8%	19,133	76,598	77,216
健診未受診者	189	3.6%	2,112	39.9%	2,121	40.0%	61,551	97,494	102,565
合計	261	3.0%	4,215	48.4%	4,225	48.6%	49,850	87,068	89,942

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

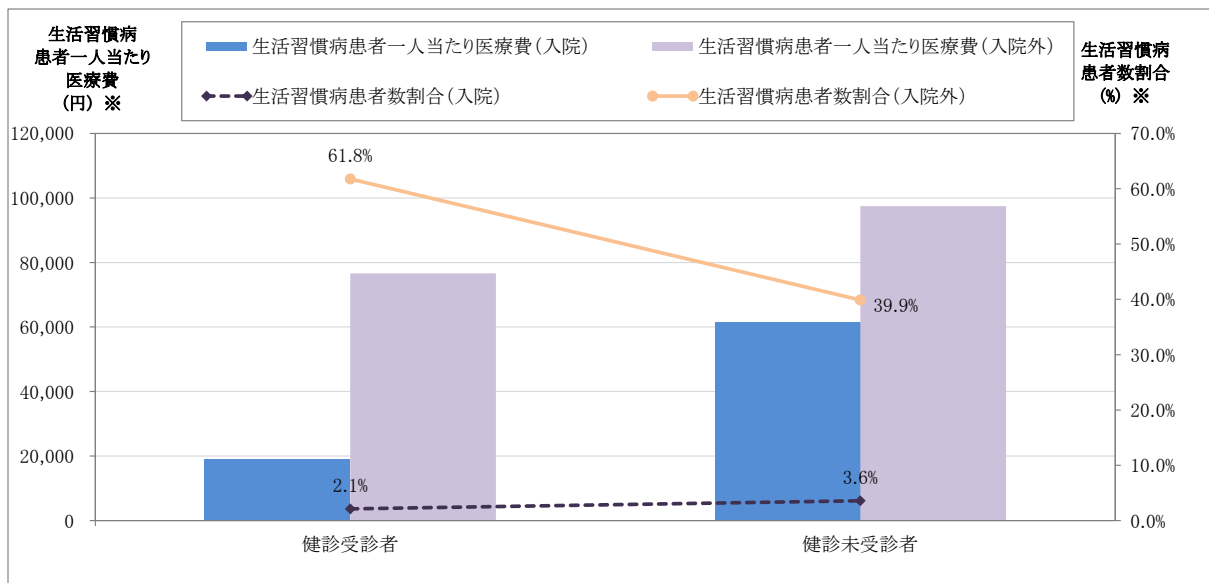
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものである。積極的支援対象者割合は2.6%、動機付け支援対象者割合は6.8%である。

保健指導レベル該当状況

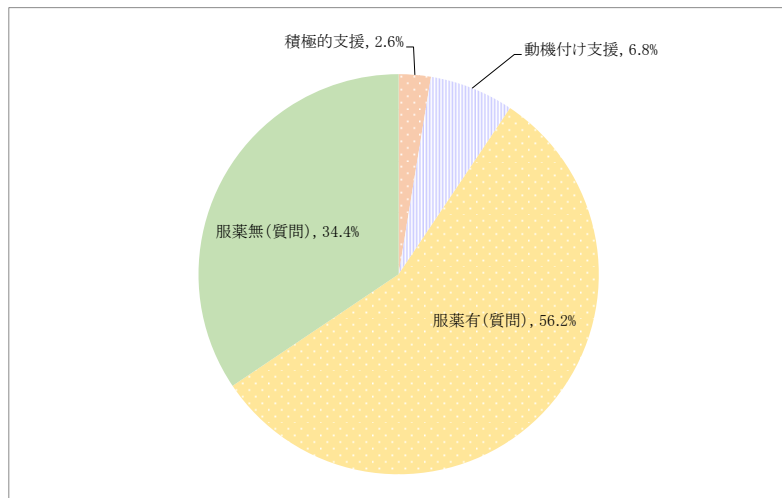
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	3,405	320	88	232	1,913	1,172	0
割合(%) ※	-	9.4%	2.6%	6.8%	56.2%	34.4%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

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

また、年齢階層別保健指導レベル該当状況は以下のとおりである。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	89	17	10	11.2%	7	7.9%
45歳～49歳	113	21	15	13.3%	6	5.3%
50歳～54歳	192	37	24	12.5%	13	6.8%
55歳～59歳	217	27	15	6.9%	12	5.5%
60歳～64歳	354	39	24	6.8%	15	4.2%
65歳～69歳	803	63	0	0.0%	63	7.8%
70歳～	1,637	116	0	0.0%	116	7.1%
合計	3,405	320	88	2.6%	232	6.8%

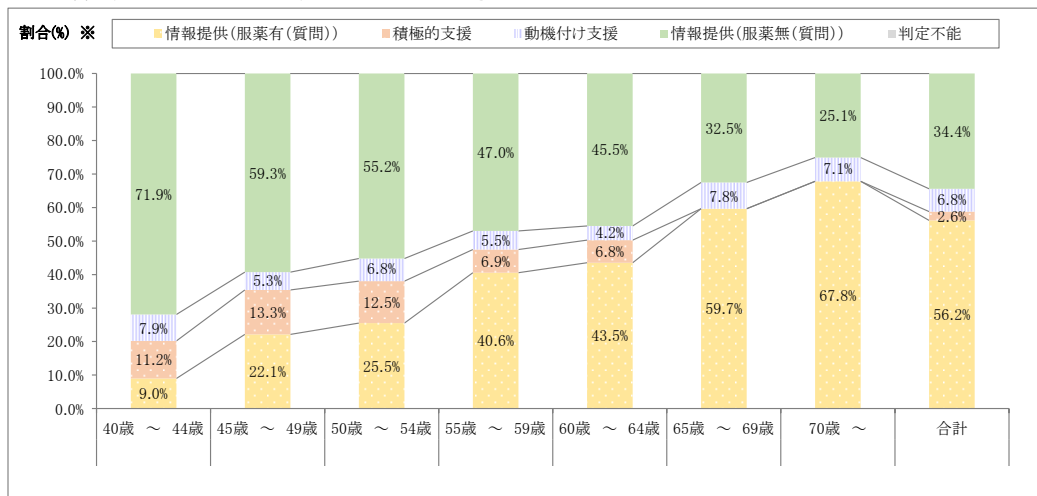
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	89	8	9.0%	64	71.9%	0	0.0%
45歳～49歳	113	25	22.1%	67	59.3%	0	0.0%
50歳～54歳	192	49	25.5%	106	55.2%	0	0.0%
55歳～59歳	217	88	40.6%	102	47.0%	0	0.0%
60歳～64歳	354	154	43.5%	161	45.5%	0	0.0%
65歳～69歳	803	479	59.7%	261	32.5%	0	0.0%
70歳～	1,637	1,110	67.8%	411	25.1%	0	0.0%
合計	3,405	1,913	56.2%	1,172	34.4%	0	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

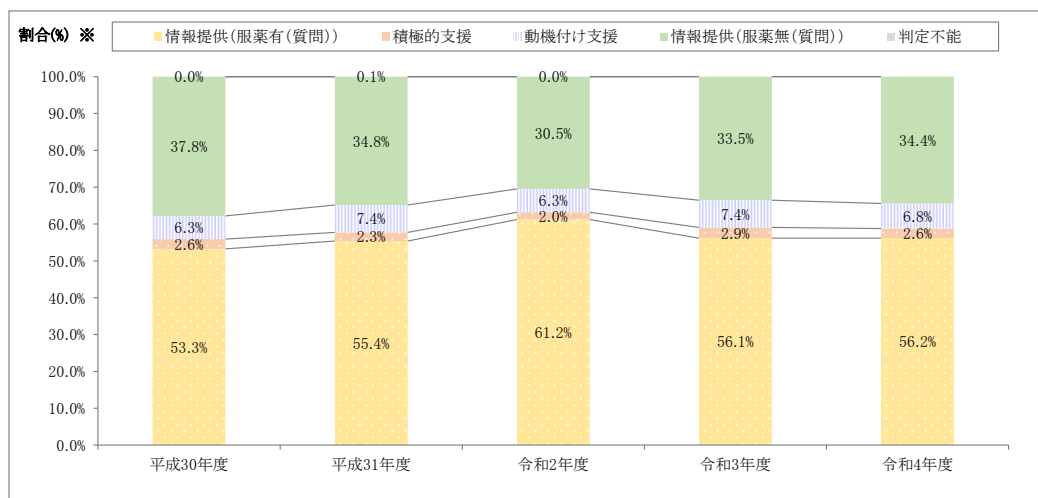
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.6%は平成30年度からほぼ横ばいとなっており、動機付け支援対象者割合6.8%は平成30年度6.3%から0.5ポイント増加している。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	3,778	338	100	2.6%	238	6.3%
平成31年度	3,846	375	90	2.3%	285	7.4%
令和2年度	3,287	273	65	2.0%	208	6.3%
令和3年度	3,717	384	109	2.9%	275	7.4%
令和4年度	3,405	320	88	2.6%	232	6.8%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	3,778	2,012	53.3%	1,427	37.8%	1	0.0%
平成31年度	3,846	2,131	55.4%	1,338	34.8%	2	0.1%
令和2年度	3,287	2,012	61.2%	1,001	30.5%	1	0.0%
令和3年度	3,717	2,087	56.1%	1,246	33.5%	0	0.0%
令和4年度	3,405	1,913	56.2%	1,172	34.4%	0	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			320人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	10人	88人 28%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	16人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	5人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	5人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	5人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	13人	
	●		●			血糖＋脂質	10人	
	●	●	●			血圧＋脂質	8人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	7人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	5人	
			●	●		脂質＋喫煙	4人	
	●			●		血糖	0人	
		●			因子数0	血圧	0人	
			●			脂質	0人	
			●	喫煙		0人		
				なし	0人			
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	1人	232人 73%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	26人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	8人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	5人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	41人	
	●		●			血糖＋脂質	11人	
	●	●	●			血圧＋脂質	15人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	5人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	8人	
			●	●		脂質＋喫煙	2人	
	●			●		血糖	43人	
		●			因子数0	血圧	47人	
			●			脂質	16人	
			●	喫煙		0人		
				なし	0人			

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

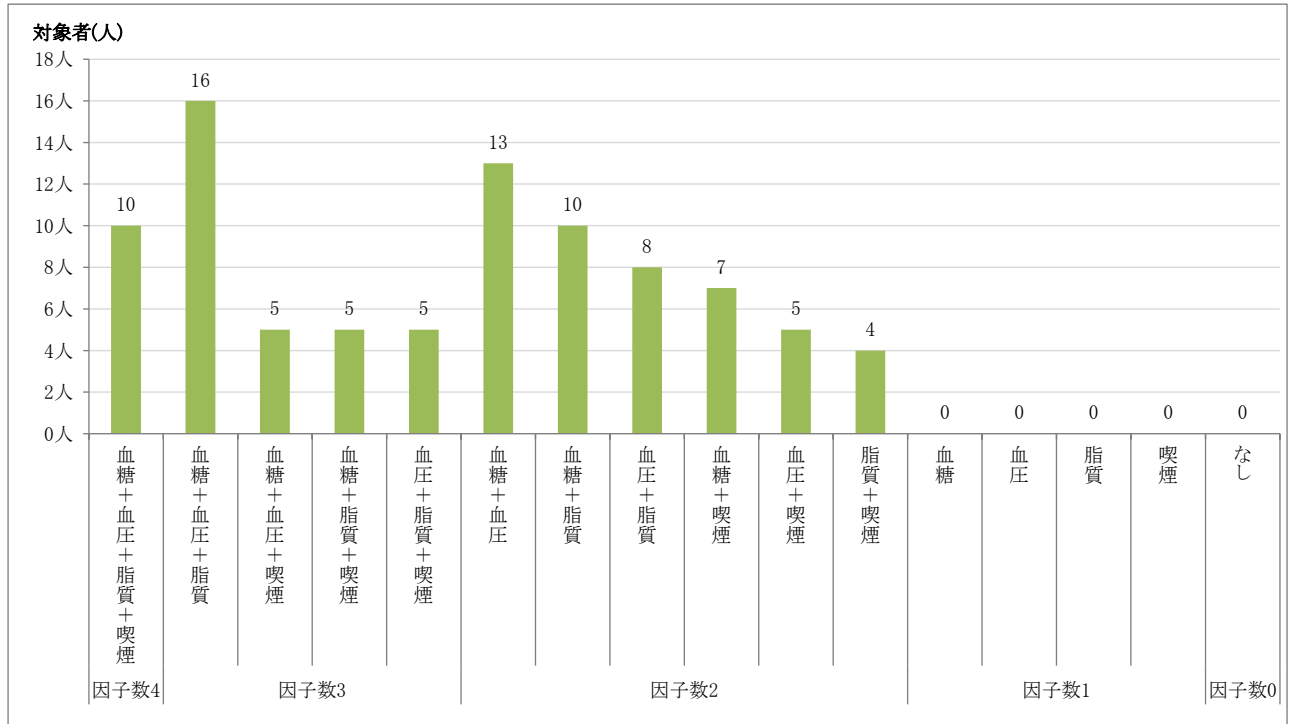
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

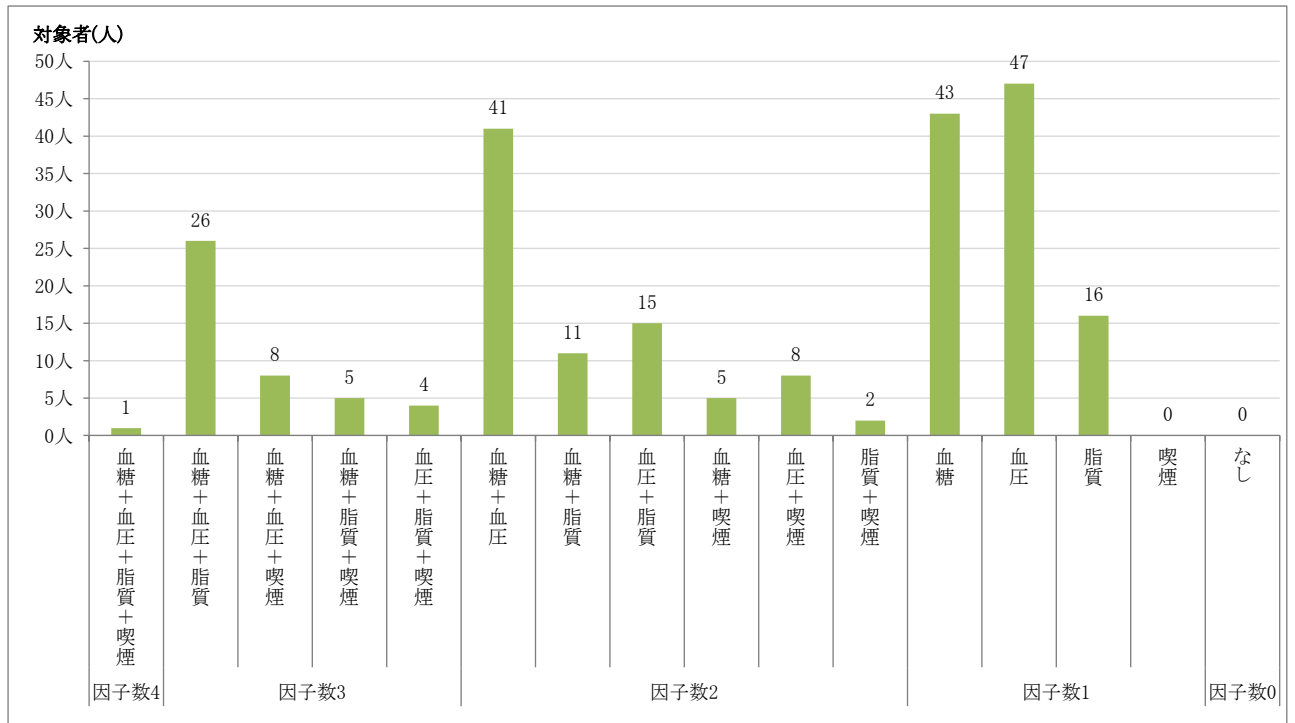
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	320	14,853	2,795,507	2,810,360	2	72	72
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,172	145,562	4,251,735	4,397,297	8	132	133
	情報提供 (服薬有(質問))	1,913	1,217,181	154,037,451	155,254,632	62	1,899	1,899

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	320	7,427	38,826	39,033
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,172	18,195	32,210	33,062
	情報提供 (服薬有(質問))	1,913	19,632	81,115	81,756

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

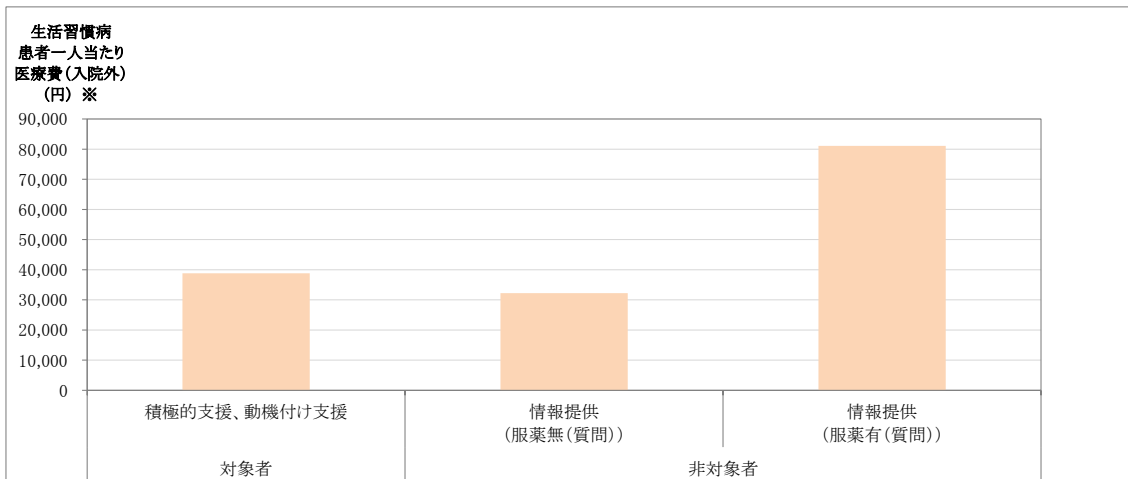
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしている。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

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	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	44.8%	47.8%	50.9%	53.9%	56.9%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	16.6%	25.1%	33.6%	42.1%	50.6%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	7,078	6,724	6,398	6,122	5,888	5,742
特定健康診査受診率(%) (目標値)	44.8%	47.8%	50.9%	53.9%	56.9%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	3,171	3,214	3,257	3,300	3,350	3,445

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	3,192	3,141	3,085	3,033	2,990	2,914
	65歳～74歳	3,886	3,583	3,313	3,089	2,898	2,828
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,144	1,246	1,345	1,437	1,526	1,592
	65歳～74歳	2,027	1,968	1,912	1,863	1,824	1,853

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	366	378	391	404	414	427
特定保健指導実施率(%) (目標値)	16.6%	25.1%	33.6%	42.1%	50.6%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	61	95	131	170	209	256

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	144	155	167	178	186	192
	実施者数(人)	40歳～64歳	24	38	57	75	93	115
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	62	67	72	77	81	84
		65歳～74歳	160	156	152	149	147	151
	実施者数(人)	40歳～64歳	10	17	23	31	41	50
		65歳～74歳	27	40	51	64	75	91

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とする。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

② 実施方法

ア. 実施場所

(1) 集団健診

受診者の居住地域内に健診機関のない山間地域での利便性向上及び受診者ががん検診と同時に特定健診を受診できる機会を設けるため、集団健診を実施する。集団健診会場は下表のとおりとする。なお、集団健診は(財)伊豆保健医療センターへの委託により行う。

集団健診実施場所

ア アクシスカつらぎ	イ 韮山福祉・保健センター	ウ エメラルドタウン管理組合
エ 浮橋公民館	オ 田中山公民館	

※ ウ～オの会場については、前年度集団健診の利用者数等を鑑み、実施の可否を委託先と協議の上、決定するものとする。

(2) 個別健診

受診者が居住地に近い医療機関またはかかりつけの医療機関で特定健診を受診できる機会を設けるため、個別健診を実施する。個別健診は(社)田方医師会と集合契約を締結し、(社)田方医師会の会員となっている医療機関のうち実施を希望する医療機関で実施する。

(3) 人間ドック・脳ドック

国民健康保険税の未納がなく、伊豆の国市の国民健康保険に加入後1年以上経過している者については、特定健診の検査項目を含有する人間ドックまたは脳ドックを特定健診に代わり受診することができる。人間ドック(または脳ドック)の受診を希望する場合は事前の申請を必要とする。

人間ドック・脳ドック実施検査機関

(令和6年4月1日現在)

検査機関名	住所	人間ドック	脳ドック
伊豆保健医療センター	伊豆の国市田京270-1	○	○
長岡リハビリテーション病院	伊豆の国市長岡946	○	
中伊豆温泉病院	伊豆市下白岩75	○	○
伊豆赤十字病院	伊豆市小立野100	○	
東部メディカル健康管理センター	函南町仁田777-4	○	○
国際医療福祉大学熱海病院	熱海市東海岸町13-1	○	○
NTT東日本伊豆病院	函南町平井750	○	○
聖隷沼津健康診断センター	沼津市本字下一丁田895-1	○	○
三島中央病院	三島市緑町1-3	○	
芹沢病院	三島市幸原町2丁目3-1	○	
三島共立病院	三島市八反畑 120-7	○	
三島総合病院	三島市谷田字藤久保2276	○	
西島病院	沼津市大岡2835-7		○

※実施機関未確定

イ. 実施期間

実施形態	実施期間
集団健診	集団健診の実施期間はがん検診の実施時期に合わせ、6月、12月とする。ただし、(財)伊豆保健医療センターとの協議の上、(社)田方医師会の承諾を得た場合には、前記以外の期間においても集団健診を実施することができるものとする。
個別健診	6月から9月まで、12月を実施期間とする。
人間(脳)ドック	1年を通じて実施する。

【特定健診・特定保健指導の年間スケジュール】

月	前年度	当該年度	翌年度
4月		契 約	特定保健指導
5月		医療機関向け事務説明会 受診券一斉送付 広報誌掲載	
6月		個別健診 集団健診	
7月			
8月			
9月			
10月		受診勧奨	法定報告
11月		特定健診等運営協議会開催 受診勧奨、未受診者受診券送付	
12月		追加健診(個別・集団)	
1月			
2月		国民健康保険運営協議会	
3月	契約・案内通知準備	事業評価	

【健診の実施方法】

① 基本的な健診項目

基本的な健診の項目は次の通りとする。

		検査項目	備考	
基本的な健診の項目	診察等	問診	薬剤の服用の有無、喫煙習慣の調査	
		身体計測	身長	
			体重	
			腹囲	軽呼気時に、臍の高さで測定
		肥満度(BMI)		
	理学的検査	身体診察		
	血圧測定	原則2回の測定値の平均値(状況により1回でも可)		
	脂質検査	中性脂肪		
		HDL-コレステロール		
		LDL-コレステロール		
	肝機能検査	GOT		
		GPT		
		γ-GTP		
血糖検査	ヘモグロビンA1c	NGSP値		
尿検査	尿糖	半定量	中間尿を採取	
	尿蛋白	半定量		
追加項目※	貧血検査	赤血球数		
		血色素量		
		ヘマトクリット値		
	尿検査	尿潜血		
	代謝系検査	尿酸		
腎検査	血清クレアチニン(e-GFR)			

※法定項目に加え、市独自で実施する健診として医師の判断にて追加項目を実施する。

② 詳細な健診項目

詳細な健診項目は、一定の基準に該当する者で医師が必要と認めた者について実施する。ただし、前年の検査結果が不明な場合や健診時の健康状態が著しく前年と異なる場合等もあることから、詳細な健診を実施するかどうかは医師の判断によるものとする。

		検査項目	備考(一定の基準)
項目 詳細な健診の	心電図検査(12誘導) ※1、※2		当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧が下表の基準に該当した者又は、問診等で不整脈が疑われる者
	眼底検査 ※1、※3		当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が下表の基準に該当した者ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することが出来ない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。

※1 令和6年度における経過措置として、心電図検査と眼底検査は、令和5年度に実施した特定健康診査の結果に基づき第三期の判断基準に該当した者も、令和6年度に詳細な健診として実施する。

※2 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととすることができる。

※3 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととすることができる。

詳細な健診項目の判定基準

項目	判定基準
血圧	収縮期130mmHg以上 又は 拡張期 85mmHg以上
脂質	中性脂肪150mg/dℓ以上 又は HDLコレステロール40mg/dℓ未満
血糖	空腹時血糖100mg/dℓ以上 又は HbA1c(NGSP値)5.6%以上
肥満	腹囲 男85cm以上、女90cm以上 又は BMI25以上

外部委託

前述のとおり、特定健診は外部委託により実施する。
委託先は厚生労働省の基準を満たす事業者とし、下表の通りとする。

特定健診の委託先 (令和6年4月1日現在)

健診方法	委託先	契約形態	費用決済方法
集団健診	伊豆保健医療センター	集合契約 (田方医師会)	国保連合会経由で 費用決済
個別健診	田方医師会	集合契約	直接払い
人間ドック 脳ドック	長岡リハビリテーション病院	個別契約	直接払い
	伊豆保健医療センター	個別契約	直接払い
	東部メディカル健康管理センター	個別契約	直接払い
	リハビリテーション中伊豆温泉病院	個別契約	直接払い
	国際医療福祉大学熱海病院	個別契約	直接払い
	伊豆赤十字病院	個別契約	直接払い
	西島病院	個別契約	直接払い
	NTT東日本伊豆病院	個別契約	直接払い
	聖隷沼津健康診断センター	個別契約	直接払い
	三島中央病院	個別契約	直接払い
	芹沢病院	個別契約	直接払い
	三島共立病院	個別契約	直接払い
三島総合病院	個別契約	直接払い	

※実施機関未確定

【周知・案内の方法】

① 周知の方法

特定健診の受診率向上のためには、複数の媒体を活用して対象者に制度を認知してもらわなければならない。次の方法により制度の周知を図る。

- ア 市広報誌への掲載
- イ 市ホームページへの掲載
- ウ 市公式LINEによる通知
- エ ポスターの掲示（市内医療機関、公共機関等）

② 受診案内の方法

毎年5月に健診対象者に受診券及び受診案内を普通郵便により送付する。対象者への送付物は、「受診券・質問票」「受診案内・医療機関一覧表」とする。

【受診券】

受診券はA4版シールとし、がん検診等の受診票用シールと一体化したものとする。受診券に記載する項目は下記の通りとする。

特定健診受診券に記載する事項

ア 受診券番号	イ 保険者番号	ウ 被保険者番号	エ 受診者住所
オ 受診者氏名カナ	カ 受診者生年月日	キ 受診者性別	ク 有効期限

【自己負担額】

特定健診受診時における窓口での自己負担額は無料とする。

人間ドック・脳ドック受診者については、委託料の額から一部助成金を差し引いた額を自己負担額とする。

【事業主健診受診者への対応】

国民健康保険加入者であって、職場で健診を受ける機会のある者については、その結果を把握することで、保険者として健診を実施すべき者から除外することができる。

関係機関と連携を図り、健診データの授受に関する体制を整える。

【健診結果の返却方法】

健診結果については健診機関が受診者の健診結果票を作成する。健診結果票の書式は特定健診運営協議会で定める。健診結果票の返却方法については、次のとおりとする。

集団健診	集団健診実施後2か月以内に健診結果説明会を開催し、健診結果票を返却する。その際、保健師等が健診結果について説明し、必要に応じて健康相談、医療機関への受診勧奨、保健指導等行う。
個別健診	特定健診受診後、受診者は健診を受けた医療機関に健診結果票を取りに行く。その際、医師等が健診結果の説明を行う。
人間ドック・脳ドック受診者	人間ドック・脳ドックについては、特定健診と検査項目が異なるため、各健診機関で定める健診結果票により健診結果を受診者に返却する。
郵送による送付	集団健診・個別健診で特定健診を受診したが、健診結果票の受け取りに来ない者については、郵送により健診結果票を送付する。その際、医療機関への受診または特定保健指導が必要な者については、勧奨を行う。

【記録の保存方法等】

(1) 保存方法

健診等実施機関から提出された健診結果票等のデータは、静岡県国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診等データ管理システム」に磁気的に記録し、保管する。また、データ管理システムに記録した後の紙媒体の健診結果票等は、健診を受けた日の属する年度ごとに保存する。

(2) 保存期間

国民健康保険の被保険者は、他の保険者の加入者となった後に再び国民健康保険に加入する場合も多いことから、保存期間は原則として記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年間とする。健診結果を活用して、生涯にわたる健康づくりの支援を行えるようにできるだけ長期間保存する。

(2) 特定保健指導

①対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととする。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施する。

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	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	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)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

②実施方法

ア.実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する。

イ.実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施する。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されている。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとする。

動機付け支援

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

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価) を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価) も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="257 1207 1310 1491"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="257 1551 1310 1696"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 						

ウ. 実施時期

4月から3月に実施する。

エ. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導利用券を発送する。

4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

分類	取り組み
特定健康診査受診率の向上	集団健診の日数を増やしたり、市公式LINEによる特定健診予約や人間ドック予約を行うことで、さらに利便性を高め受診率の向上を図る。
	特定健診を忘れていた方、知らなかった方への対策として、広報誌、HP、市公式LINE等により健診情報を定期的に発信する。また、未受診者勧奨通知については、AI分析を用いることで、対象者ごとにより受診意識が高まるデザインを作成し、適切な勧奨通知を実施する。
医療機関との連携強化	田方医師会に対し、かかりつけ医から患者に対し特定健診の受診勧奨を行ってもらうよう依頼する。

【特定保健指導】

分類	取り組み
特定保健指導の利用勧奨	利用者へのインセンティブ（健康ポイント）制度の強化及びPRを行う。
	対象者の特性に応じた利用案内やちらしの作成する。
保健指導の実施体制	ICTを活用した特定保健指導を実施する。

5. 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
特定健康診査	対象者抽出	↔															
	受診券送付		↔														
	特定健康診査実施			←————→							↔						
	未受診者受診勧奨				←————→												
特定保健指導	対象者抽出			←————→													
	利用券送付			←————→													
	特定保健指導実施			←————→													
	未利用者利用勧奨			←————→													
	前年度の評価												↔				
	次年度の計画												↔				

1. 個人情報保護の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行う。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄する。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とある。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、市広報、市ホームページ等で公表し、広く周知を図る。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行う。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとする。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努める。

(2) 実施方法の改善

①アウトカム評価による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進する。

②ICTを活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。ICT活用の推進に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとする。

6. 保健事業判定指標の抽出元

事業番号	事業名称	指標	評価指標	抽出元
A-①	高血圧対策事業	アウトカム (成果)	高血圧症有病者の割合 (高血圧Ⅰ度以上の割合)	静岡県共通評価指標⑦参照
			高血圧予備軍の割合	静岡県共通評価指標⑧参照
			特定健診の継続受診率	しずおか茶っとシステム：「特定健診・階層化結果<2ヶ年継続受診者状況>」キャビネット/ダウンロード/特定健診帳票（全保険者共通分）
			正常血圧者（130/80未満）	しずおか茶っとシステム：特定健診受診者で正常血圧者（130/90）を抽出
			喫煙のある者の割合	TKAC003 特定健診リスクパターン別集計表
		毎日飲酒のある者の割合	TKAC003 特定健診リスクパターン別集計表	
		アウトプット (実施量・率)	アンケート実施人数	高血圧予防に關してのアンケート調査実施者数
A-②	糖尿病腎症重症化予防事業	アウトカム (成果)	新規人工透析患者の維持・減少	腎機能障害1級の者（障がい福祉課）
			HbA1c8.0%以上の者の割合	KDB 静岡県共通評価指標④参照
		アウトプット (実施量・率)	重症化予防訪問者への指導実施率（糖） 重症化予防訪問者への指導実施率（腎）	伊豆の国市保健事業報告：重症化予防（腎・糖）対象者の訪問実施状況
			受診勧奨後の医療機関受診率（糖） 受診勧奨後の医療機関受診率（腎）	伊豆の国市保健事業報告：重症化予防（腎・糖）訪問者への病院受診勧奨結果
A-③	特定保健指導事業	アウトカム (成果)	内臓脂肪症候群の該当率の割合	KDB 静岡県共通評価指標⑥参照
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（共通評価指標）	KDB 静岡県共通評価指標③参照
			指導勧奨者の生活改善習慣改善 食生活 身体活動	FKAC172（全保健指導結果情報ファイル）から食生活及び身体活動改善者をフィルターにかけ人数を抽出し分子とし、分母「特定保健指導完了者数（人）」で除して求める。
		アウトプット (実施量・率)	特定保健指導実施率	法定報告における分子「特定保健指導終了者数」を分母「特定保健静岡県共通評価指標②参照
			対象者への通知率	実績値
A-④	特定健康診査事業	アウトカム (成果)	特定健康診査受診率 ・40代 ・50代 ・男性	法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。 特定保健静岡県共通評価指標①参照
			特定健康診査継続受診率	しずおか茶っとシステム/キャビネット/特定健診帳票（全保険者共通分）をダウンロード/特定健診・階層化結果<2ヶ年継続受診者状況>
		アウトプット (実施量・率)	特定健康診査受診勧奨通知率	実績値
B-⑤	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業	アウトカム (成果)	平均自立期間 (要介護2以上になるまでの期間)	KDB 静岡県共通評価指標⑤参照
		アウトプット (実施量・率)	通いの場等の参加者数	実績値
B-⑥	健診異常値放置者受診勧奨事業	アウトカム (成果)	対象者の医療機関受診率 健診異常値放置者数の減少	ポテンシャル分析 ポテンシャル分析
		アウトプット (実施量・率)	健診異常値放置者受診勧奨通知率	実績値
C-⑦	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	アウトカム (成果)	対象者の医療機関受診率	ポテンシャル分析
			通知効果	ポテンシャル分析
		アウトプット (実施量・率)	生活習慣病治療中断者数の減少	候補者数/被保険者数（40歳以上）
C-⑧	受診行動適正化指導事業	アウトカム (成果)	指導完了者の受診行動適正化率 重複・頻回受診者、重複服薬者数の減少	実績値 ポテンシャル分析
		アウトプット (実施量・率)	対象者の指導実施率	実績値
D-⑨	ジェネリック医薬品差額通知事業	アウトカム (成果)	後発医薬品普及率（数量ベース）	ポテンシャル分析
		アウトプット (実施量・率)	対象者への通知率	実績値
⑩	生活習慣病予防事業 (がん・歯・その他生活習慣)	健康増進計画・歯科保健計画参照		

※静岡県共通評価指標：しずおか茶っとシステム / キャビネット

參考資料

1. 用語解説集

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

2. 疾病分類

疾病分類表 (2013年版)

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

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Y a h r 3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び靭様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び慢性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

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

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

3. 分析方法

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

●医療費分解技術(特許第4312757号)

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

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

●未コード化傷病名のコード化

レセプトに記載されている未コード化傷病名を、可能な限りコード化する。

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

医科レセプト

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

①未コード化傷病名のコード化

未コード化傷病名を株式会社データホライゾン独自の辞書情報と突合検索処理しコード化する。

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

②医療費分解後グルーピング

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

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

●傷病管理システム(特許第5203481号)

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

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

●レセプト分析システムおよび分析方法(特許第5992234号)

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

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

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

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

●マスタの整備

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