

# 富加町国民健康保険 第2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

2024年度～2029年度  
(令和6年度～令和11年度)



令和6年3月  
富加町



第1章 計画策定について	
1.計画の趣旨	3
2.計画の位置づけと基本的な考え方	4
3.計画期間	6
4.実施体制・関係者連携	6
第2期データヘルス計画	
第2章 地域の概況	
1.地域の特性	8
2.人口構成	9
3.特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	11
4.平均余命と平均自立期間	15
5.介護保険の状況	16
6.死亡の状況	20
第3章 過去の取り組みの考察	
前期データヘルス計画に係る考察	21
第4章 健康・医療情報等の分析	
1.医療費の基礎集計	28
2.生活習慣病に係る分析	33
3.特定健康診査に係る分析	38
4.特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析	41
5.重複・多剤投与者に係る分析	42
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1.計画全体	43
2.各事業の実施内容と評価方法	45
第4期特定健康診査等実施計画	
第6章 特定健康診査等実施計画	
1.目標	57
2.対象者数推計	58
3.実施方法	59
第7章 その他	
1.計画の評価及び見直し	64
2.計画の公表・周知	64
3.個人情報の取扱い	64
巻末資料	
1.「指導対象者群分析」のグループ分けの見方	66
2.用語解説集	67
3.疾病分類	69

# 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14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

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、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示されました。

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

### (2) 富加町国民健康保険の保健事業の目的

富加町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ます。



## 2.計画の位置づけと基本的な考え方

第2期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、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

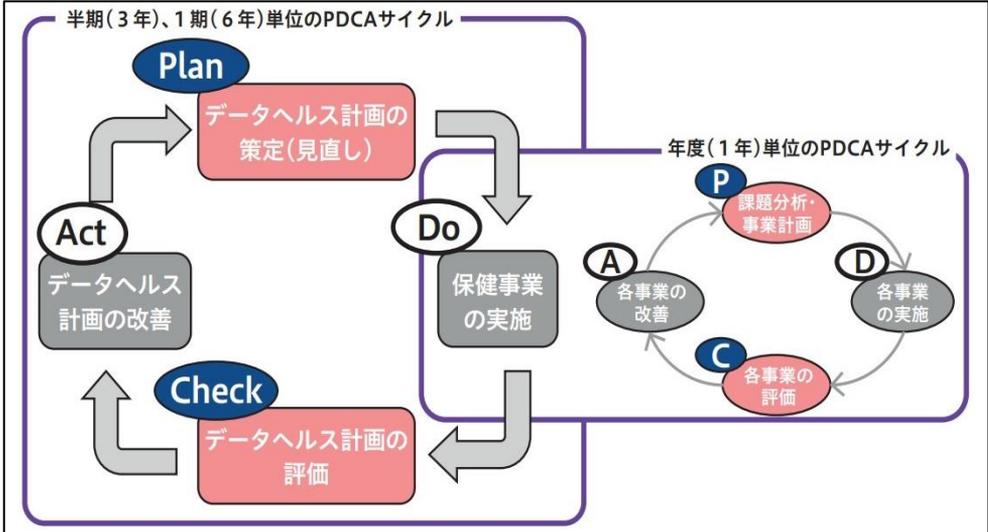
また、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)<sup>※1</sup>」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するに当たっての、健診・保健指導に関わる者(事務担当者を含む)が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、保健事業の実施に際しては、プログラムに準じて事業を展開することが求められています。

町では、以上のことを踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※2</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防を推進し、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費の適正化を目指します。

※1 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。  
※2 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

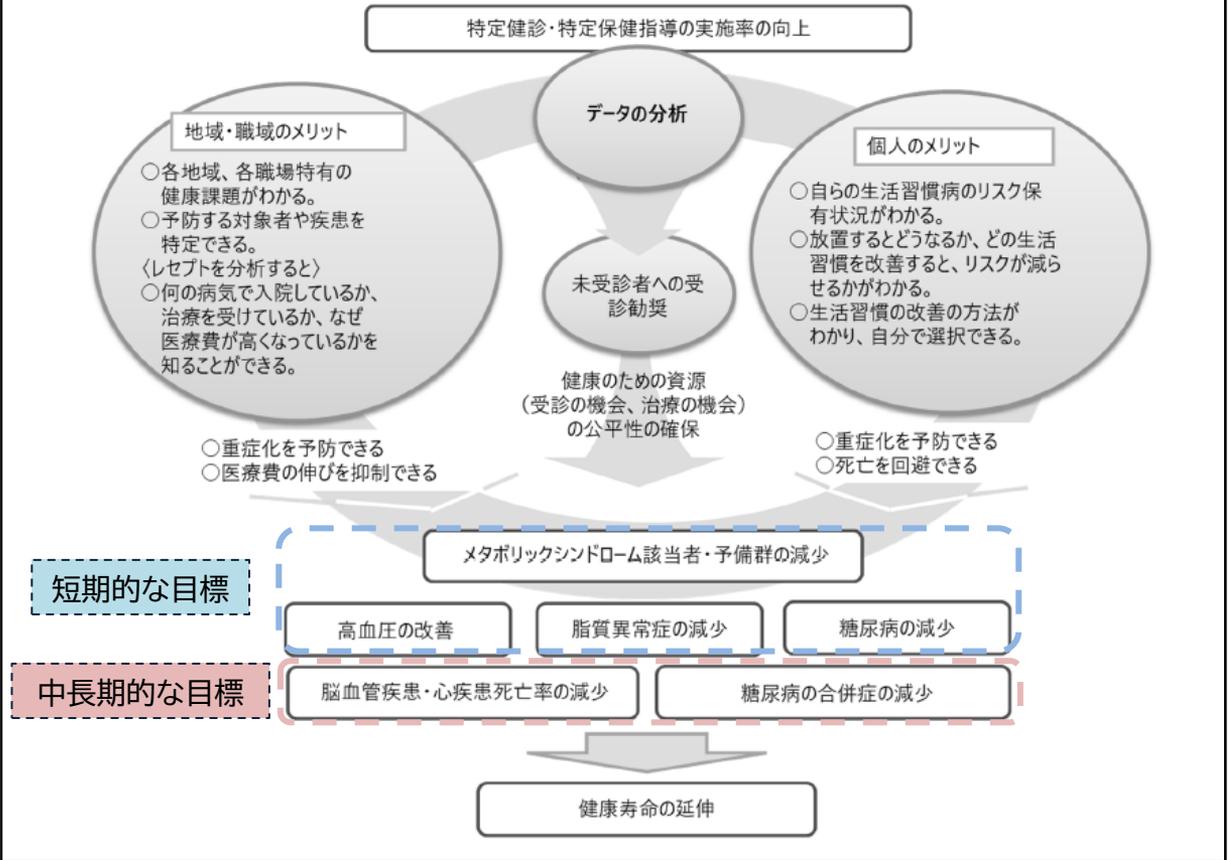
### データヘルス計画のPDCAサイクル



出典:厚生労働省「データヘルス計画作成の手引き(第3期改訂版)令和5年6月

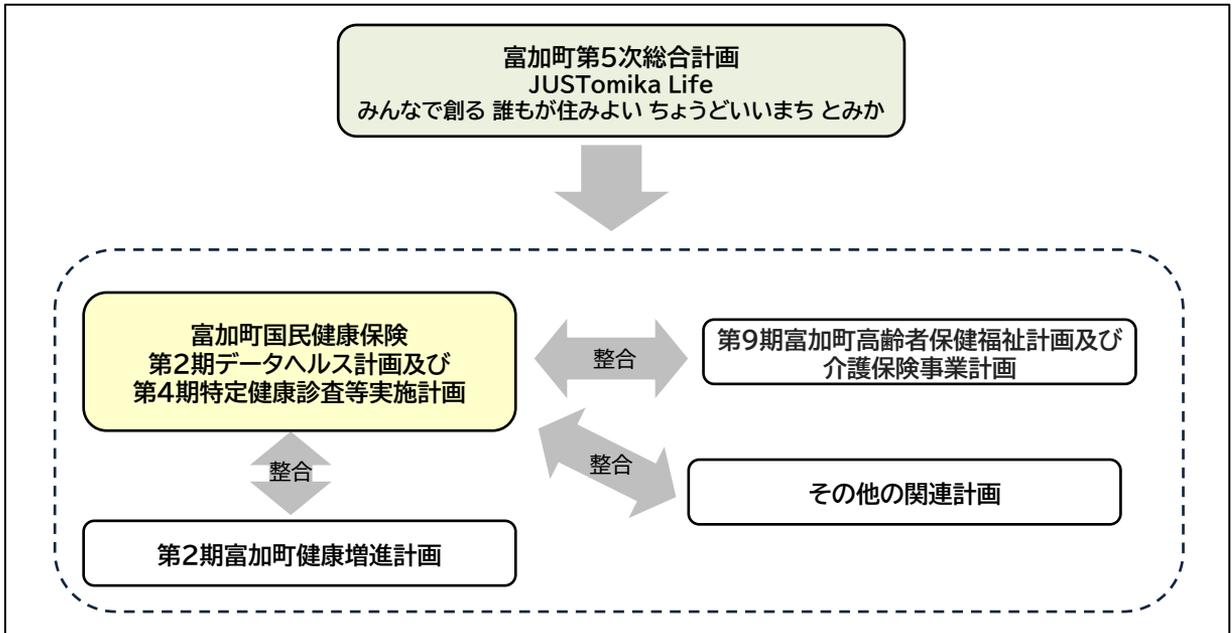
## 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—



標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」より抜粋

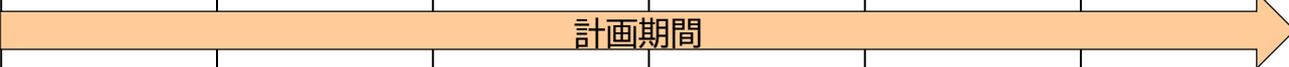
### 計画の位置づけ



### 3.計画期間

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

計画期間

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
計画期間 					
		中間評価 			

### 4.実施体制・関係者連携

保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、福祉保健課等住民の健康の保持増進に関する課に協力を求め、富加町一体となって、計画の策定等を進めます。具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する住民課、保健事業・介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する福祉保健課のほか、財政を所管する企画課とも十分に連携し、計画策定等を進めます。

特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、富加町健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるので、保健衛生部局である福祉保健課と連携していきます。

## 第2期データヘルス計画



# 第2章 地域の概況

## 1.地域の特性

### (1)地理的・社会的背景

富加町は岐阜県加茂郡の西部に位置し、東を美濃加茂市、西を関市に隣接した総面積16.82km<sup>2</sup>の町です。町内には東海環状自動車道と国道418号が整備され、都市圏や近隣市町村の医療機関への交通アクセスも良く、自然環境と利便性が調和したまちの特性を活かした取り組みを行っており、人口は近年増加傾向にあります。



### (2)医療アクセスの状況

以下は、本町の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。町内の診療所数は国、岐阜県と比較すると少ないですが、近隣の市町村に多くの医療機関があるため、外来患者数は国、岐阜県と比較して高い傾向にあります。

#### 医療提供体制(令和4年度)

医療項目	富加町		岐阜県	国
	実数	割合	割合	割合
病院数	0	0.0	0.2	0.3
診療所数	4	3.5	4.1	4.2
病床数	0	0.0	51.0	61.1
医師数	2	1.8	11.8	13.8
外来患者数		808.0	762.1	709.6
入院患者数		15.4	18.0	18.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」  
※割合は被保険者千人当たり

## 2.人口構成

本町の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は32.3%であり、岐阜県より1.06倍高く、国より1.13倍高くなっています。また、国民健康保険被保険者数は年々減少傾向であり、町の人口に占める国民健康保険加入率は20.1%です。国民健康保険被保険者平均年齢は55.7歳で、男女と共に65歳～74歳の前期高齢者が約半数を占めています。

### 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
富加町	5,625	32.3%	1,128	20.1%	55.7	6.9	10.8
岐阜県	1,939,486	30.6%	388,249	20.0%	54.7	6.2	11.7
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

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

### 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」

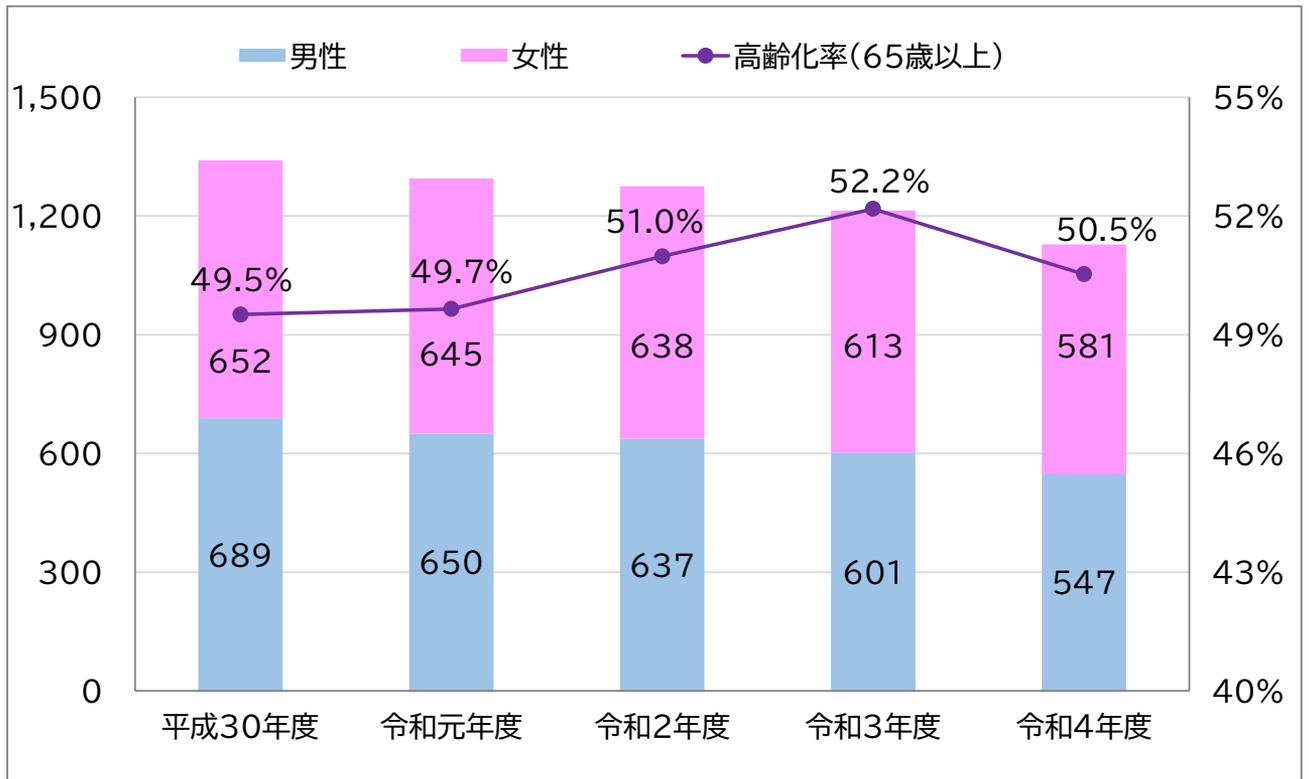
# 平成30年度～令和4年度の男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位:人

年齢階層	平成30年度			令和元年度			令和2年度			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	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	27	13	14	31	15	16	25	12	13	27	13	14	24	11	13
5歳～9歳	32	19	13	32	18	14	28	17	11	18	7	11	20	9	11
10歳～14歳	32	12	20	34	13	21	27	11	16	28	17	11	23	12	11
15歳～19歳	31	18	13	26	15	11	28	14	14	25	8	17	24	8	16
20歳～24歳	44	23	21	39	20	19	31	21	10	32	19	13	28	15	13
25歳～29歳	26	15	11	28	12	16	29	14	15	24	13	11	33	15	18
30歳～34歳	48	27	21	43	23	20	42	23	19	38	21	17	30	17	13
35歳～39歳	59	32	27	44	20	24	44	20	24	46	22	24	48	26	22
40歳～44歳	55	31	24	66	37	29	69	36	33	64	34	30	60	29	31
45歳～49歳	59	32	27	69	39	30	68	37	31	62	35	27	56	32	24
50歳～54歳	59	33	26	55	31	24	56	33	23	53	31	22	56	33	23
55歳～59歳	68	33	35	58	29	29	53	27	26	61	32	29	58	31	27
60歳～64歳	137	56	81	127	49	78	125	48	77	103	37	66	98	36	62
65歳～69歳	336	169	167	279	137	142	237	109	128	215	99	116	184	87	97
70歳～74歳	328	176	152	364	192	172	413	215	198	418	213	205	386	186	200
合計	1,341	689	652	1,295	650	645	1,275	637	638	1,214	601	613	1,128	547	581

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」

## 年度別 男女別被保険者数の状況



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. 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

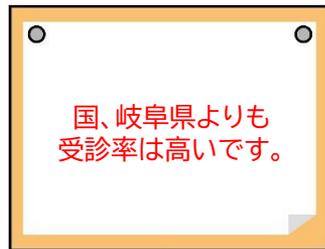
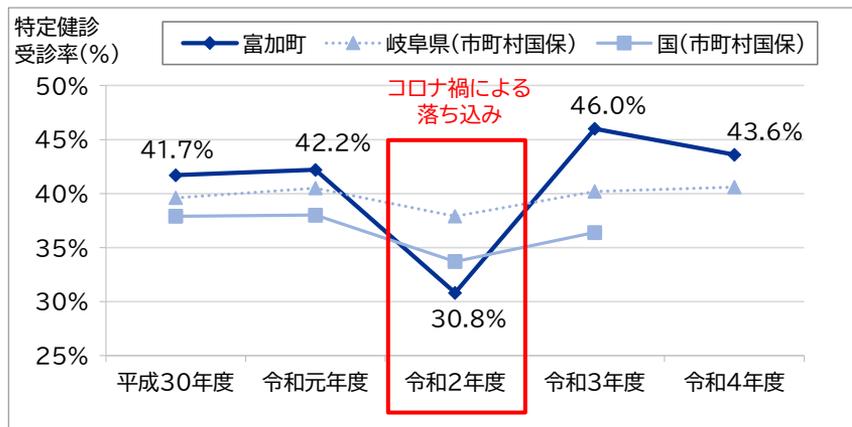
本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響により受診控えが発生し、受診率が大きく減少しましたが、元の水準に戻っています。しかし第3期特定健康診査等実施計画の目標値は達成できていません。

#### 年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率					目標値
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
富加町	41.7%	42.2%	30.8%	46.0%	43.6%	60%
岐阜県(市町村国保)	39.6%	40.5%	37.9%	40.2%	40.6%	60%
国(市町村国保)	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%		60%

出典:法定報告値

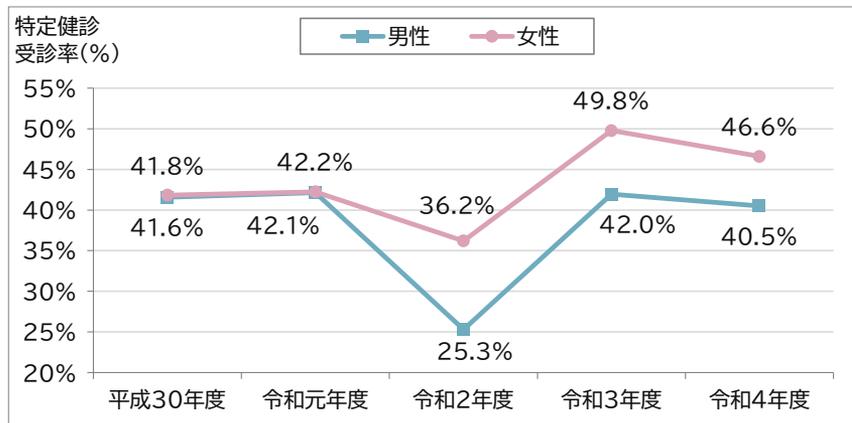
#### 年度別 特定健康診査受診率



出典:法定報告値

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率は平成30年度より1.1ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率は平成30年度より4.8ポイント増加しています。

#### 年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:法定報告値

## (2) 特定保健指導

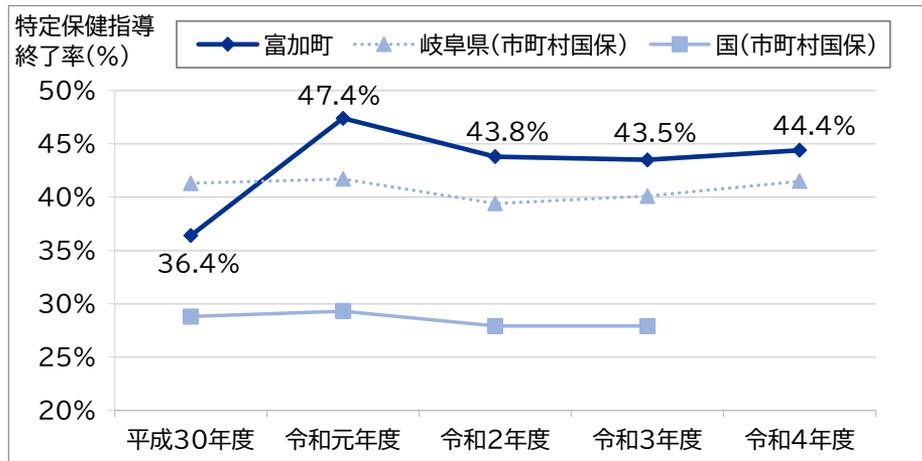
### ① 特定保健指導の実施状況

本町の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。特定保健指導終了率は国、岐阜県よりも高い水準で推移していますが、第3期特定健康診査等実施計画の目標値は達成できていません。

#### 年度別 特定保健指導終了率

区分	特定保健指導終了率					目標値
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
富加町	36.4%	47.4%	43.8%	43.5%	44.4%	70%
岐阜県(市町村国保)	41.3%	41.7%	39.4%	40.1%	41.5%	60%
国(市町村国保)	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%		60%

出典:法定報告値



出典:法定報告値

国、岐阜県よりも  
特定保健指導の  
終了率が高いです。

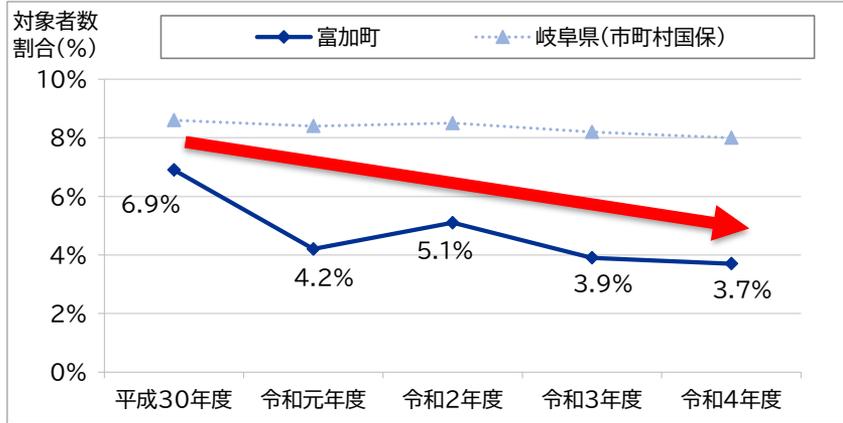


## ②動機付け支援の実施状況

### 年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	6.9%	4.2%	5.1%	3.9%	3.7%
岐阜県(市町村国保)	8.6%	8.4%	8.5%	8.2%	8.0%

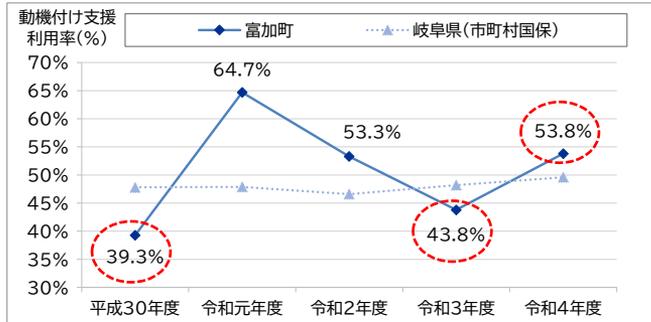
出典:法定報告値



出典:法定報告値

### 年度別 動機付け支援利用率

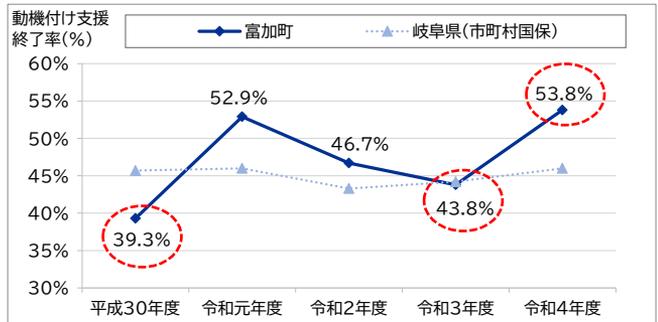
区分	動機付け支援利用率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	39.3%	64.7%	53.3%	43.8%	53.8%
岐阜県(市町村国保)	47.8%	47.9%	46.6%	48.2%	49.6%



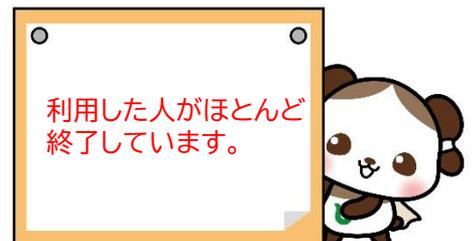
出典:法定報告値

### 年度別 動機付け支援終了率

区分	動機付け支援終了率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	39.3%	52.9%	46.7%	43.8%	53.8%
岐阜県(市町村国保)	45.7%	46.0%	43.3%	44.2%	46.0%



出典:法定報告値

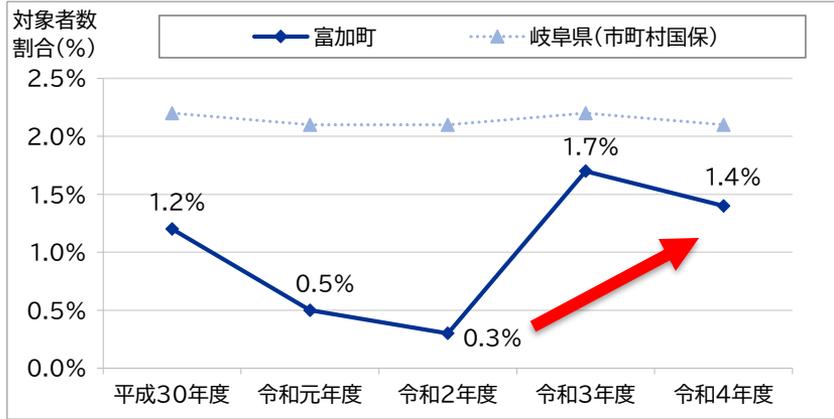


### ③積極的支援の実施状況

#### 年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	1.2%	0.5%	0.3%	1.7%	1.4%
岐阜県(市町村国保)	2.2%	2.1%	2.1%	2.2%	2.1%

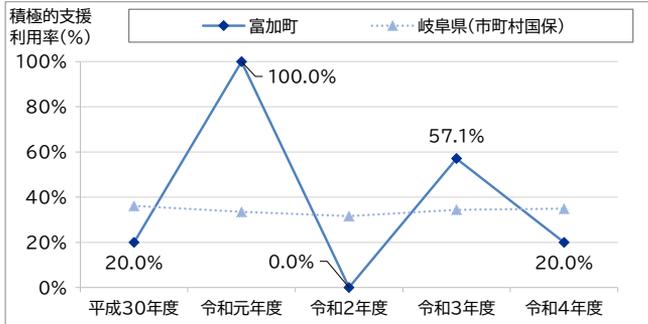
出典:法定報告値



出典:法定報告値

#### 年度別 積極的支援利用率

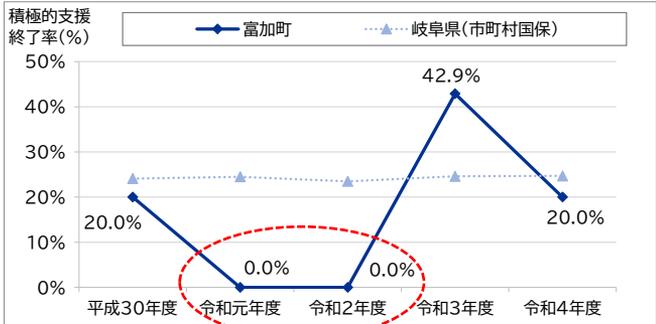
区分	積極的支援利用率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	20.0%	100.0%	0.0%	57.1%	20.0%
岐阜県(市町村国保)	36.1%	33.5%	31.6%	34.4%	34.9%



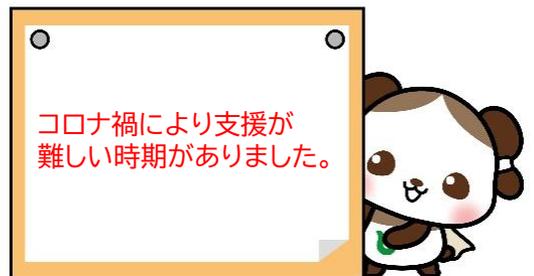
出典:法定報告値

#### 年度別 積極的支援終了率

区分	積極的支援終了率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	20.0%	0.0%	0.0%	42.9%	20.0%
岐阜県(市町村国保)	24.1%	24.5%	23.5%	24.6%	24.7%



出典:法定報告値



# 4.平均余命と平均自立期間

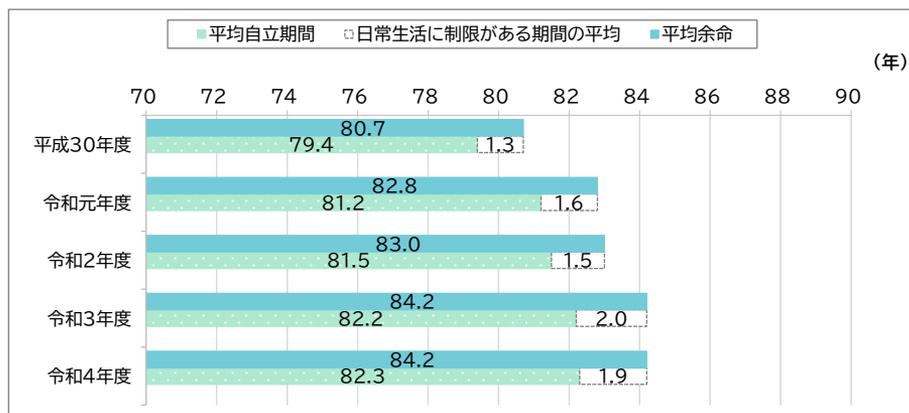
本町の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間82.3年は平成30年度79.4年から2.9年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間86.9年は平成30年度86.7年から0.2年延伸しています。

## 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)

区分	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)
富加町	84.2	82.3	1.9	91.1	86.9	4.2
岐阜県	82.4	80.8	1.6	87.8	84.5	3.3
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4

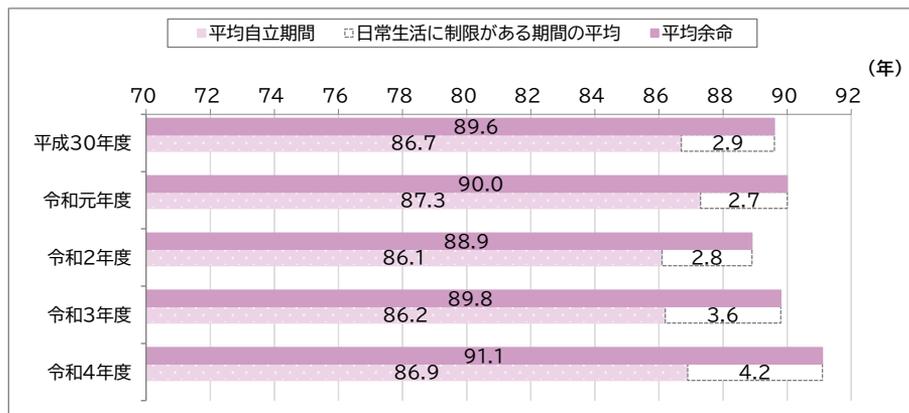
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 年度別(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



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(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



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



日常生活に制限がある期間の平均が男女ともに長くなっています。



# 5.介護保険の状況

## (1)要介護(支援)認定状況

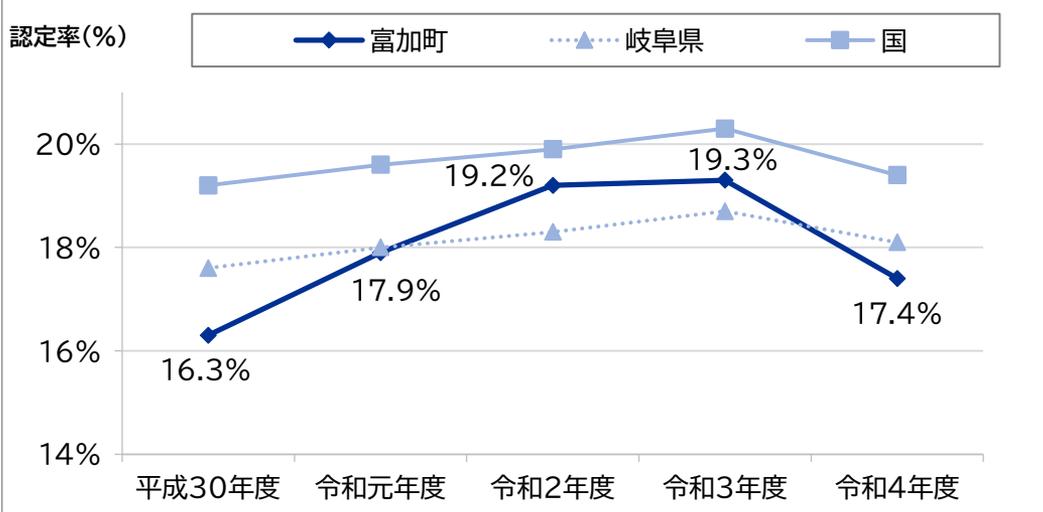
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率は平成30年度より1.1ポイント増加しており、令和4年度の認定者数は平成30年度より37人増加しています。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳~64歳)	
富加町	平成30年度	16.3%	277	271	6
	令和元年度	17.9%	317	310	7
	令和2年度	19.2%	322	315	7
	令和3年度	19.3%	322	314	8
	令和4年度	17.4%	314	309	5
岐阜県	平成30年度	17.6%	102,617	100,388	2,229
	令和元年度	18.0%	105,078	102,866	2,212
	令和2年度	18.3%	107,211	105,007	2,204
	令和3年度	18.7%	108,806	106,573	2,233
	令和4年度	18.1%	109,239	106,977	2,262
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	令和元年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## (2)要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数3.3疾病は平成30年度2.9疾病より増加しています。特に糖尿病と脂質異常症においては、平成30年度と令和4年度を比較すると有病率の増加が顕著に表れています。

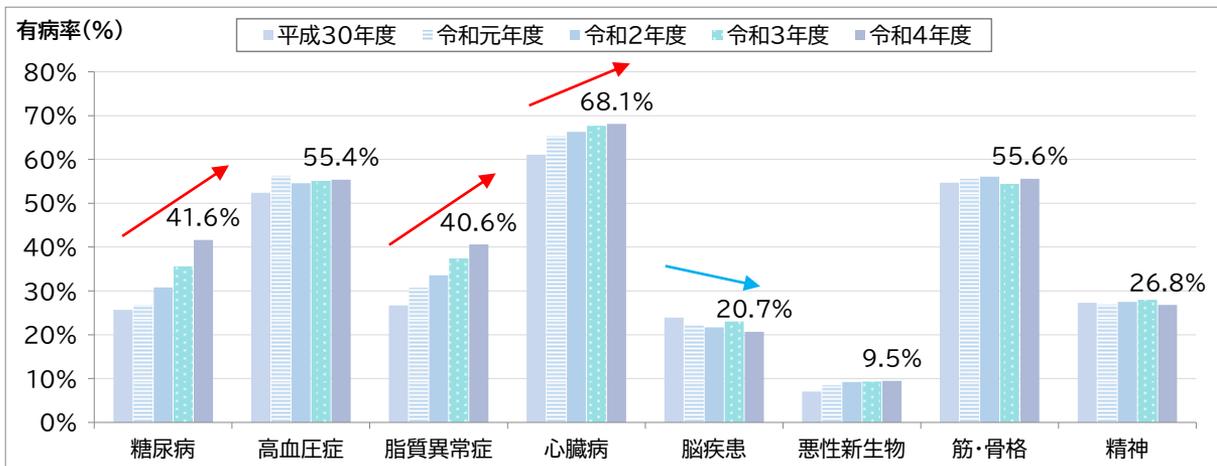
### 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分		富加町									
		平成30年度	順位	令和元年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位
認定者数(人):A		277		317		322		322		314	
糖尿病	実人数(人)	75	6	90	5	106	5	119	5	139	4
	有病率(%)	25.7%		26.8%		30.8%		35.6%		41.6%	
高血圧症	実人数(人)	152	3	173	3	172	3	181	2	181	2
	有病率(%)	52.4%		56.3%		54.6%		55.1%		55.4%	
脂質異常症	実人数(人)	84	4	105	4	111	4	129	4	134	5
	有病率(%)	26.7%		30.7%		33.6%		37.4%		40.6%	
心臓病	実人数(人)	180	1	206	1	212	1	224	1	220	1
	有病率(%)	61.1%		65.3%		66.3%		67.7%		68.1%	
脳疾患	実人数(人)	61	7	66	7	69	7	72	7	69	7
	有病率(%)	23.9%		22.2%		21.7%		23.0%		20.7%	
悪性新生物	実人数(人)	18	8	32	8	28	8	27	8	30	8
	有病率(%)	7.0%		8.5%		9.2%		9.3%		9.5%	
筋・骨格	実人数(人)	156	2	175	2	174	2	176	3	181	2
	有病率(%)	54.7%		55.6%		56.1%		54.4%		55.6%	
精神	実人数(人)	79	5	85	6	87	6	91	6	78	6
	有病率(%)	27.3%		26.9%		27.5%		28.0%		26.8%	
各疾病の実人数計(人):B		805		932		959		1,019		1,032	
認定者が有している疾病数の平均:B/A		2.9		2.9		3.0		3.2		3.3	

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 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」

### (3)要介護(支援)認定者と疾病有病状況

#### 要介護度別医療費上位5疾病

要介護度別医療費の上位5疾病を示したものです。

#### 要介護度別 医療費上位5疾病

単位:円

要介護度		1位	2位	3位	4位	5位	
非該当		0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 23,229,285	0402 糖尿病 21,895,275	1402 腎不全 20,757,696	1113 その他の消化器系の疾患 16,901,735	0606 その他の神経系の疾患 16,635,319	
要支援	要支援1	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 5,054,162	1406 その他の男性生殖器の疾患 558,103	0107 真菌症 78,558	0403 脂質異常症 69,026	1309 骨の密度及び構造の障害 63,215	
		0201 胃の悪性新生物<腫瘍> 3,900,016	1113 その他の消化器系の疾患 310,032	0903 その他の心疾患 217,504	0901 高血圧性疾患 108,191	1402 腎不全 107,759	
	要介護	要介護1	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 4,528,189	0903 その他の心疾患 2,956,393	1004 肺炎 516,463	1901 骨折 140,418	1113 その他の消化器系の疾患 110,786
			1402 腎不全 2,994,067	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 2,750,966	0201 胃の悪性新生物<腫瘍> 2,093,461	1905 その他の損傷及びその他の外因の影響 517,736	1404 その他の腎尿路系の疾患 292,528
要介護3		0905 脳内出血 742,860	0601 パーキンソン病 292,061	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 231,409	0901 高血圧性疾患 127,061	0603 てんかん 98,482	
要介護4		0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 16,316,354	0603 てんかん 461,922	1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 190,168	0402 糖尿病 96,135	0704 その他の眼及び付属器の疾患 52,907	
		0202 結腸の悪性新生物<腫瘍> 875,988	0903 その他の心疾患 438,574	0603 てんかん 299,456	1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 247,971	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 231,960	
全体		0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 52,256,824	1402 腎不全 23,897,618	0402 糖尿病 22,180,134	1113 その他の消化器系の疾患 17,665,892	0903 その他の心疾患 17,263,578	

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。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年3月～令和5年2月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。全体は要介護度「不明」を集計に含む。

    …生活習慣病の疾病に色付け

要介護度別患者数上位5疾病

要介護度別患者数の上位5疾病を示したものです。

要介護度別 患者数上位5疾病

単位:人

要介護度		1位	2位	3位	4位	5位
非該当		0402 糖尿病 477	0901 高血圧性疾患 382	0403 脂質異常症 380	1113 その他の消化器系の疾患 347	0703 屈折及び調節の障害 260
要支援	要支援1	1113 その他の消化器系の疾患 3	1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 3	0107 真菌症 2	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 2	0403 脂質異常症 2
	要支援2	0403 脂質異常症 3	0606 その他の神経系の疾患 3	0901 高血圧性疾患 3	1113 その他の消化器系の疾患 3	0201 胃の悪性新生物<腫瘍> 2
要介護	要介護1	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 3	2220 その他の特殊目的用コード 3	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 2	0402 糖尿病 2	0901 高血圧性疾患 2
	要介護2	1113 その他の消化器系の疾患 4	0109 その他の感染症及び寄生虫症 3	0402 糖尿病 3	0404 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 3	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 3
	要介護3	1113 その他の消化器系の疾患 4	0210 その他の悪性新生物<腫瘍> 2	0402 糖尿病 2	0403 脂質異常症 2	0404 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 2
	要介護4	0101 腸管感染症 2	0107 真菌症 2	0402 糖尿病 2	0901 高血圧性疾患 2	1113 その他の消化器系の疾患 2
	要介護5	0402 糖尿病 3	0107 真菌症 2	0403 脂質異常症 2	0704 その他の眼及び付属器の疾患 2	0903 その他の心疾患 2
全体		0402 糖尿病 487	0901 高血圧性疾患 392	0403 脂質異常症 388	1113 その他の消化器系の疾患 359	0703 屈折及び調節の障害 262

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。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年3月～令和5年2月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。全体は要介護度「不明」を集計に含む。

…生活習慣病の疾病に色付け

# 6.死亡の状況

本町の平成30年度から令和4年度における、死亡の状況を年度別に示したものです。

## 年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性					女性				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富加町	82.5	82.5	82.5	96.3	96.3	93.0	93.0	93.0	91.4	91.4
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」

**【標準化死亡比とは】**  
 年齢の差を補正して死亡率を計算し、全国平均を100に換算したものです。100より高ければ年齢構成の差を考慮しても全国平均より死亡率が高いと言えます。

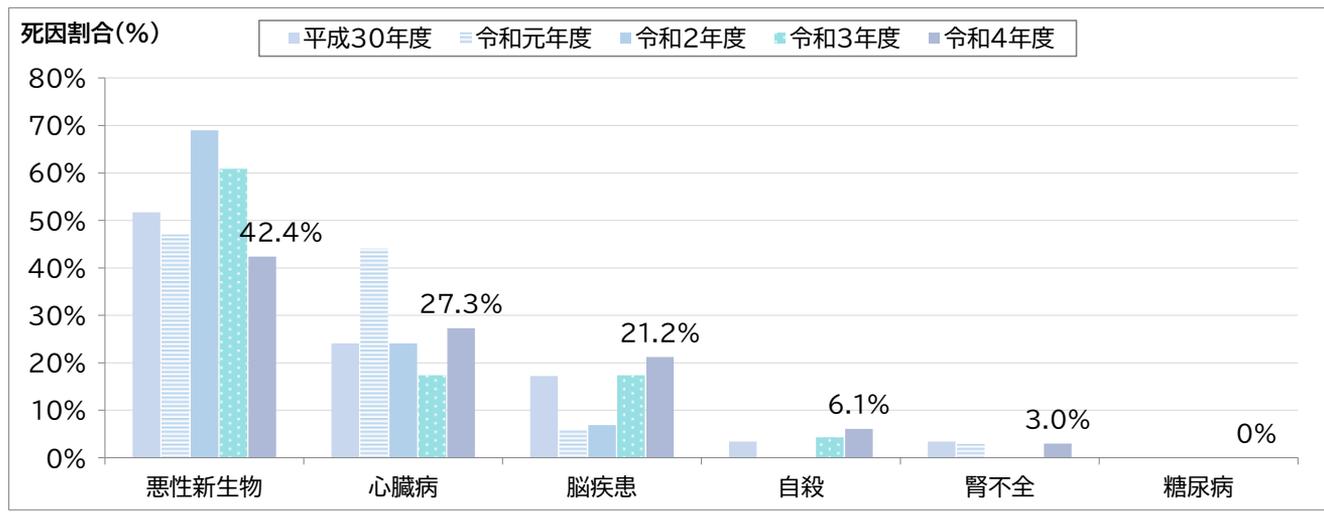
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数は平成30年度より1人減少しており、心臓病を死因とする人数は平成30年度より2人増加しています。また、脳疾患を死因とする人数は平成30年度より2人増加しています。

## 年度別 主たる死因の状況

疾病項目	富加町									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	15	16	20	14	14	51.7%	47.1%	69.0%	60.9%	42.4%
心臓病	7	15	7	4	9	24.1%	44.1%	24.1%	17.4%	27.3%
脳疾患	5	2	2	4	7	17.2%	5.9%	6.9%	17.4%	21.2%
自殺	1	0	0	1	2	3.4%	0%	0%	4.3%	6.1%
腎不全	1	1	0	0	1	3.4%	2.9%	0%	0%	3.0%
糖尿病	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
合計	29	34	29	23	33					

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」

# 第3章 過去の取り組みの考察

## 前期データヘルス計画に係る考察

以下は、前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す。

### 特定健康診査受診促進事業【1-2】

事業目的	特定健康診査を受診するようになる。
対象者	40歳～54歳の国民健康保険加入者
事業実施年度	平成28年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康診査、各種検診申込書を送付。集団健診での特定健康診査は、各種がん検診等と同日受診できるように利便性を図っている。また、特定健康診査のみ、加茂医師会管内の医療機関において個別受診できるようにしている。</li> <li>広報・ホームページ・メール配信サービスによる啓発。</li> <li>生命保険会社、JAめぐみの、近隣の大型スーパー、近隣医療機関でのチラシやポスターによる啓発。</li> <li>特定健康診査等を受診することで、ポイントカードへのポイントを押印し、30ポイント貯まると商品券などが当たる抽選へ応募することができる「健康チャレンジ事業」も同時に行っている。</li> <li>夏の集団健診実施後に、未受診者に対してハガキを個別郵送し、受診勧奨を行う。</li> <li>コールセンターによる受診勧奨、未受診理由の把握。</li> <li>転入時、国民健康保険加入時に、特定健康診査についての案内を積極的に行う。</li> </ul>

### 【評価指標】

・40歳～54歳の特定健診受診率

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	-	40歳～44歳 30%以上	45歳～49歳 23%以上 50歳～54歳 25%以上	45歳～49歳 25%以上 50歳～54歳 26%以上	45歳～49歳 27%以上 50歳～54歳 27%以上	45歳～49歳 29%以上 50歳～54歳 28%以上
達成状況	40歳～44歳 29.1% 45歳～49歳 21.1% 50歳～54歳 23.9%	40歳～44歳 36.2%	45歳～49歳 26.7% 50歳～54歳 25.0%	45歳～49歳 13.3% 50歳～54歳 21.3%	45歳～49歳 42.6% 50歳～54歳 22.4%	45歳～49歳 36.7% 50歳～54歳 24.0%

・被保険者一人当たり医療費(入院)

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	-	138,000円	138,000円	137,000円	137,000円	137,000円
達成状況	138,000円	158,474円	141,180円	145,931円	146,924円	149,805円

※目標を達成した項目については赤字にて記載

## 特定健康診査受診勧奨事業【2-2】

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

受診率向上のため、下記の事業を実施。

- ・令和3年度よりレセプト情報や過去の受診状況等を分析し、それぞれに合った受診勧奨通知を送付。
- ・広報・ホームページ・メール配信サービスによる啓発。
- ・生命保険会社、JAめぐみの、近隣の大型スーパー、近隣医療機関でのチラシやポスターによる啓発。
- ・特定健康診査等を受診することで、ポイントカードへのポイントを押印し、30ポイント貯まると商品券などが当たる抽選へ応募することができる「健康チャレンジ事業」を実施。
- ・国保加入者にチラシ配布。
- ・令和4年度より30代を対象としたヤング健診を実施。

<p>事業全体の評価</p> <p>5:目標達成</p> <p>4:改善している</p> <p>3:横ばい</p> <p>2:悪化している</p> <p>1:評価できない</p>	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <p>令和3年度よりレセプト情報や過去の受診状況等を分析し、それぞれに合った受診勧奨通知を送付する事業を開始した結果、受診率の向上につながった。</p> <p>40歳～44歳、45歳～49歳の受診率は概ね目標を達成できたが、50歳～54歳は未達成。</p> <p>令和2年度より、男女の受診率に差が生じており、男性の受診率が低くなっていることから、受診離れが考えられる。</p> <p>男性の受診離れ対策を検討しながら、各年齢層の受診率向上を図っていく必要がある。</p>
	<p><b>今後の方向性</b></p> <p>引き続き受診勧奨に注力する。 ヤング健診も実施を続けて若年層の健診受診の習慣づけを目指すことで、40歳～45歳の受診率向上を図っていく。 更に、男性をターゲットにした受診勧奨を実施し、50歳～54歳の受診率向上を図っていくことで、全体の受診率向上につなげていく。</p>

## いきいきトレーニングプラザの中老年への開放【1-3】

事業目的	運動が習慣化することにより、腹囲の有所見率が改善する。
対象者	特定健康診査受診者のうち、40歳～64歳の腹囲有所見かつ質問票の「1日1時間以上の身体活動なし」の方
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民課の窓口や特定健診結果郵送時、特定保健指導時等でトレーニングプラザをPRし、周知を図る。</li> <li>○福祉保健課の事務</li> <li>・事業全体のPDCA</li> <li>・施設、マシンの維持管理</li> <li>・券売機の管理</li> <li>・広報</li> <li>○町社会福祉協議会に運営委託する業務</li> <li>・マシン取り扱い講習会の開催(講師は社協職員 1名、アシスタント1名)</li> <li>・マシン取り扱い講習会申込者の取りまとめ</li> <li>・トレーニング相談の開催</li> <li>・管理人(シルバー人材センター)の業務管理</li> <li>・けが人発生等の緊急時の対応</li> <li>○管理人は社協よりシルバー人材センターへ委託 開館時間:火～土(18:00～21:00) 土日祝(9:00～12:00)</li> <li>○管理人の業務 施設の開錠と施錠、緊急時の対応(関係機関への連絡)、使用券の受け取りと回数券の管理、施設清掃、マシンの簡単な取り扱いの説明、ランニングマシンの使用時間管理、その他</li> <li>○いきいきトレーニングの利用には、1時間程度のマシン取り扱い講習会の受講を必須とする。受講者には受講修了証を発行する。受講者は、以後自由にトレーニングマシンを使用しての筋トレをすることができる。</li> <li>○マシン取り扱い講習会は、事業開始後3か月は月2回、以後は月1回開催する。 ※平日夜間と土日昼間に順次開催するよう配慮する。</li> <li>○講習会以外に、月3回程度講師が使用者の相談・指導に対応する。 ※平日夜間は2時間程度、土・日・祝日は午前又は午後の3時間程度。</li> <li>・施設利用者の健康状態の効果について、町民へPR(周知)し利用促進を図る。</li> </ul>

## いきいきトレーニングプラザの中老年への開放【2-3】

### 【評価指標・目標値】

・登録者：講習受講者

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	350人	350人	350人	350人	350人
達成状況	215人 (うち町民196人)	299人 (うち町民277人)	実施なし	321人 (うち町民298人)	351人 (うち町民310人)

・利用状況を見ながら事業の改善を図り、利用率の向上を目指す(中期目標)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績	年間利用者数949人 /開館日数289日 講習会参加者数58人/年	年間利用者数5,328人 /開館日数209日 講習会参加者数84人/年	実施なし	年間利用者数339人 /開館日数175日 講習会参加者数22人/年	年間利用者数750人/ 開館日数279日 講習会参加者数30人/年

・国保加入者の施設利用率(中期目標：3年 長期目標：6年)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	中期10%	中期10%	中期10%	長期20%	長期20%
達成状況	3.1%	5.0%	実施なし	7.0%	8.8%

・特定健診の質問項目「日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している」で、「いいえ」と回答した人数(中期目標：3年 長期目標：6年)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	男性50%以下 女性55%以下	男性50%以下 女性55%以下	男性50%以下 女性55%以下	男女50%以下	男女50%以下
達成状況	53.9%	57.8%	56.6%	51.0%	49.9%

・腹囲の有所見率(中期目標：3年 長期目標：6年)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	男性43%以下 女性17%以下	男性43%以下 女性17%以下	男性43%以下 女性17%以下	男性40%以下 女性15%以下	男性40%以下 女性15%以下
達成状況	男性50.0% 女性15.2%	男性46.6% 女性18.4%	男性58.7% 女性25.0%	男性49.7% 女性17.9%	男性46.8% 女性15.1%

※目標を達成した項目については赤字にて記載

# いきいきトレーニングプラザの中老年への開放【3-3】

## 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

コロナ禍を受け、いきいきトレーニングプラザの事業中止等もありながら、現在は通常どおりの運営を実施中である。社会福祉協議会に運営を委託し町内30歳以上を対象とし、毎週火曜日～日曜日に開館している。

<p><b>事業全体の評価</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>5:目標達成</li><li>4:改善している</li><li>3:横ばい</li><li>2:悪化している</li><li>1:評価できない</li></ul>	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <p>広報誌への掲載やチラシ配布等の効果により、施設利用者は増加傾向にあるが、目標の利用率には達成できなかった。運動習慣づけや腹囲における有所見率についても年々改善がみられたが、トレーニングプラザ利用者全てが特定健診を受診しているわけではないことから、事業評価につなげることが難しい。</p>
	<p><b>今後の方向性</b></p> <p>日中は高齢者が利用している施設であり、中老年に開放できる時間帯がどうしても限られてしまうため、利用者も限定的になりやすく、事業拡大も困難である。運動習慣づけにつながる事業ではある為、今後も継続して実施していくが、事業評価が困難であることから、重点事業とはしないこととする。</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防事業【1-2】

事業目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導等を行い人工透析への移行を防止することによって、町民の健康増進と医療費の適正化を図る。
対象者	【受診勧奨】 ①特定健診の血糖結果にて、受診勧奨値であるが未治療の者 ②レセプトデータ(KDB)より、糖尿病の投薬歴があるが直近1年間治療歴がない者 【保健指導】 ③治療中であるが腎症重症化リスクが高い者
事業実施年度	令和2年度～令和5年度
実施内容	【受診勧奨】 ①電話による受診勧奨後、連絡票を郵送 ②電話による受診勧奨(必要時連絡票を郵送) ③面談による保健指導

### 【評価指標・目標値】

#### ・医療機関未受診者の医療機関受診率

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	80%	80%	80%
達成状況	85.7%	100%	100%

#### ・糖尿病治療中断者の医療機関受診率

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	50%	50%	50%
達成状況	0%	25%	95%

#### ・糖尿病治療中で腎症重症化リスクの高い者への保健指導実施率

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	30%	30%	30%
達成状況	20%	91%	0%

#### ・新規人工透析患者数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	減少	減少	減少
達成状況	1名	2名	0名

※目標を達成した項目については赤字にて記載

## 糖尿病性腎症重症化予防【2-2】

### ・健診受診者の高血糖者の割合の減少

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	50%	50%	50%
達成状況	36.9%	33.5%	28.9%

### ・医療費に占める人工透析医療費の割合

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	減少	減少	減少
達成状況	4%	3.7%	4%

※目標を達成した項目については赤字にて記載

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・受診結果を確認後、1か月以内に電話による受診勧奨後、連絡票を郵送。
- ・1月に該当者を抽出して、1か月以内に電話による受診勧奨(必要時連絡票を郵送)を実施。
- ・結果を確認後本人へ説明。本人の同意があれば面談による保健指導を実施。

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因)	糖尿病治療中高リスク者の保健指導がなかなか実施できない状況である。本人の同意が必要であったり、医師から不要との回答があることから、実施方法の見直しや医療機関への説明を実施していくこととする。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	糖尿病性腎症重症化予防事業の中に、CKDに関する内容を追加し、重症化予防を強化していく。保健指導依頼書の同意欄は排除し、主治医からの回答を持って同意があったものとみなす形にすることで、主治医が同意の確認をする手間を省き、実施率向上を図っていく。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

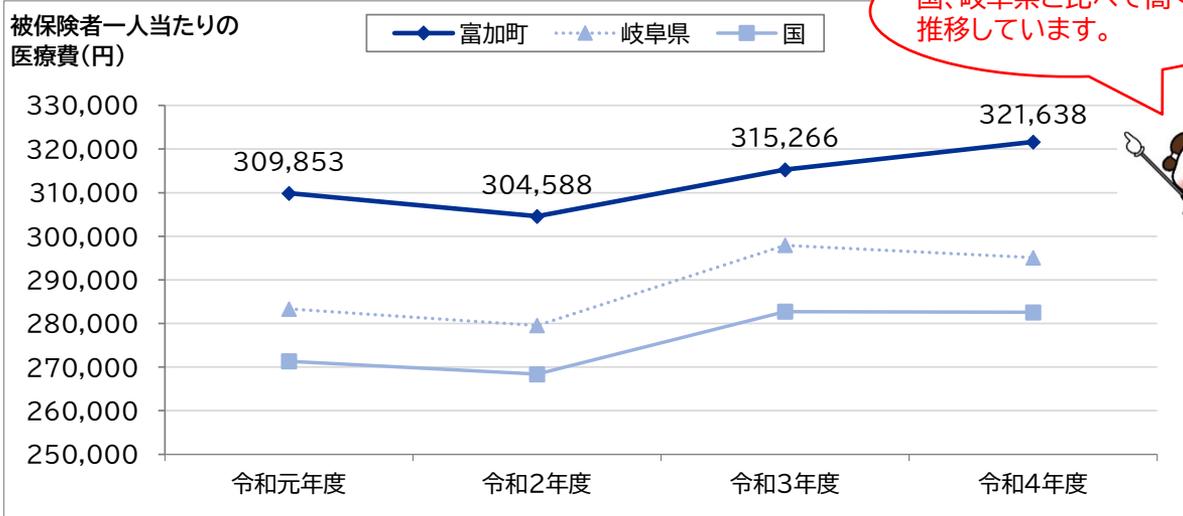
# 第4章 健康・医療情報等の分析

## 1. 医療費の基礎集計

### (1) 医療費の状況

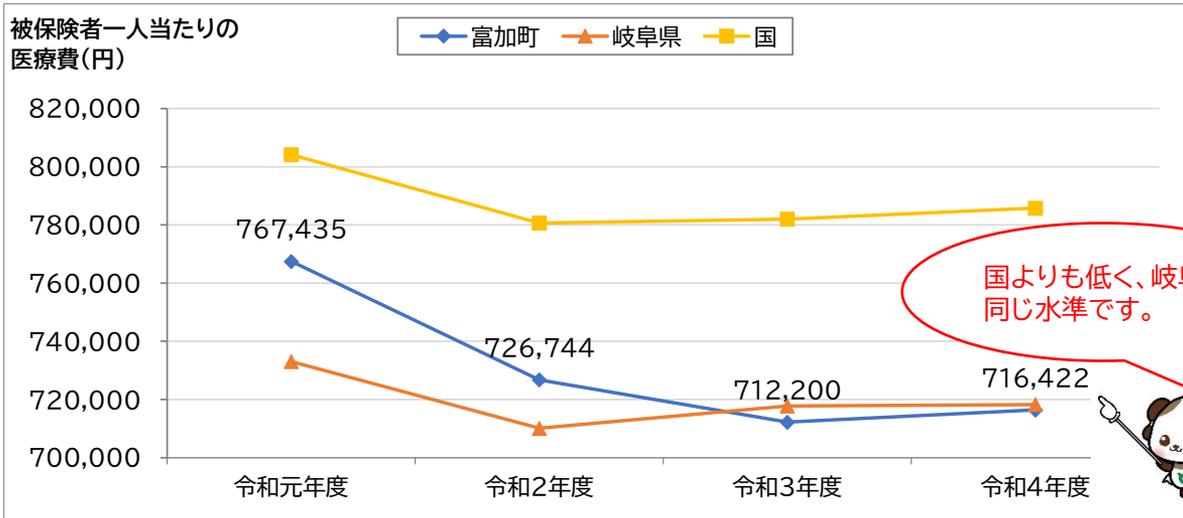
本町の医療費の状況を示したものです。

#### 年度別 被保険者一人当たりの医療費(国保)



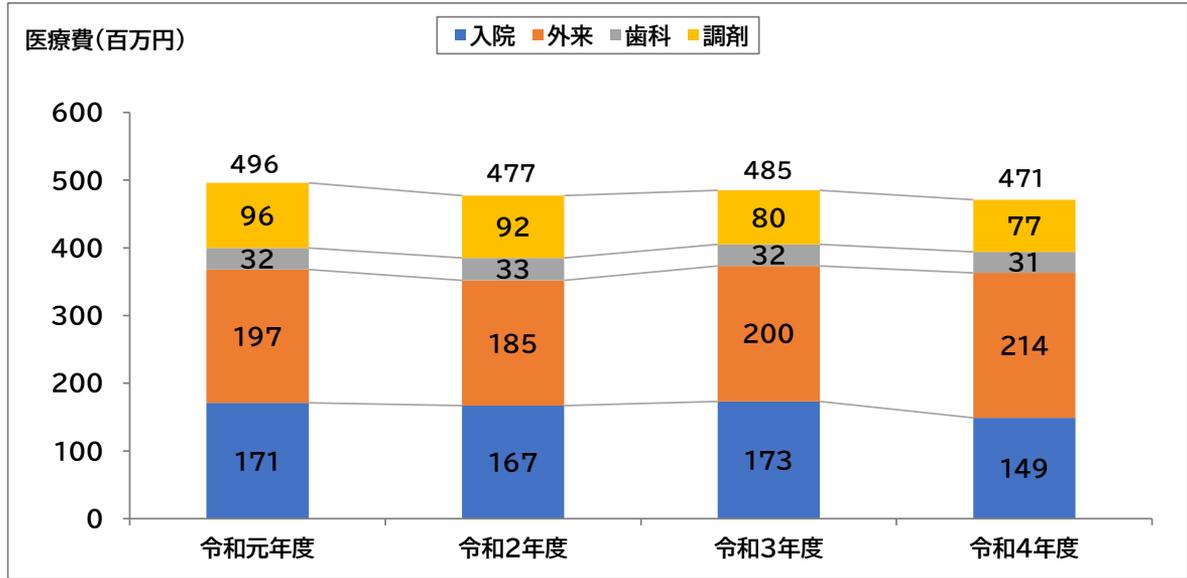
出典:健康スコアリング(医療)  
被保険者一人当たりの医療費…1年分相当。

#### 年度別 被保険者一人当たりの医療費(後期)

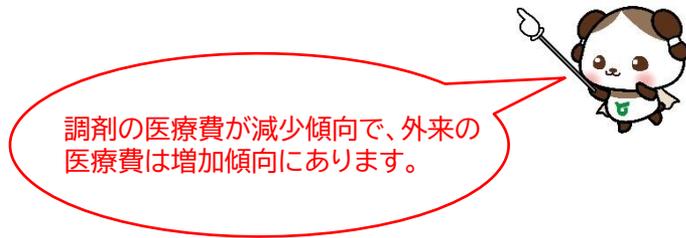


出典:健康スコアリング(医療)  
被保険者一人当たりの医療費…1年分相当。

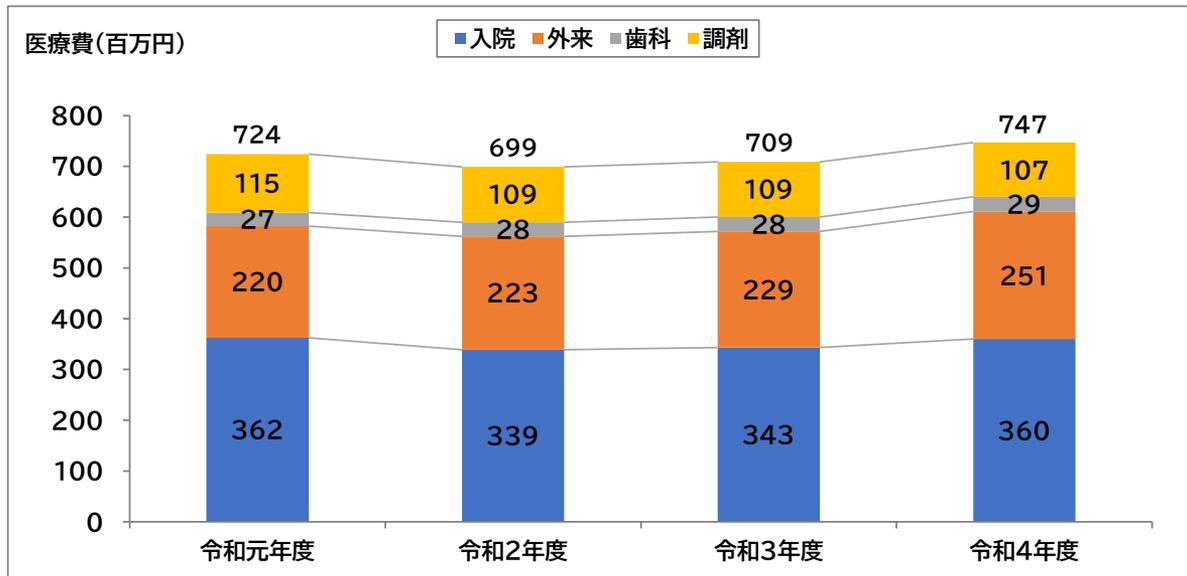
## 年度別 医療費の推移(国保)



出典:健康スコアリング(医療)



## 年度別 医療費の推移(後期)



出典:健康スコアリング(医療)



当医療費統計は、令和4年3月から令和5年2月診療分(12か月分)のレセプトデータを対象とし分析したものです。被保険者数、レセプト件数、医療費、患者数等は以下のとおりです。

## 基礎統計

		1か月平均	年間
A	被保険者数(人)	1,158	
B	レセプト件数(件)	入院外	948
		入院	18
		調剤	600
		合計	1,566
C	医療費(円) ※	37,069,413	444,832,960
D	患者数(人) ※	666	7,992
C/A	被保険者一人当たりの医療費(円)	32,007	
C/B	レセプト一件当たりの医療費(円)	23,666	
C/D	患者一人当たりの医療費(円)	55,660	
D/A	有病率(%)	57.5%	

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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費…レセプトに記載されている請求点数を集計し、金額にするために10倍にして表示。

※患者数…同診療年月で一人の方に複数のレセプトが発行された場合は、一人として集計。

## (2)高額レセプトの件数及び割合

令和4年3月から令和5年2月診療分(12か月分)に発生しているレセプトのうち、診療点数が5万点以上のものを高額レセプトとし、以下のとおり集計しました。高額レセプトはレセプト件数全体の0.8%ですが、高額レセプトの医療費は医療費全体の37.1%を占めています。

### 高額(5万点以上)レセプト件数及び割合

		年間
A	レセプト件数(件)	18,796
B	高額レセプト件数(件)	151
B/A	総レセプト件数に占める高額レセプトの割合(%)	0.8%
C	医療費全体(円) ※	444,832,960
D	高額レセプトの医療費(円) ※	165,043,550
E	その他レセプトの医療費(円) ※	279,789,410
D/C	総医療費に占める高額レセプトの割合(%)	37.1%

生活習慣病など、対策可能な高額レセプトの発生を防ぐ対策が必要となります。



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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費全体…データ化範囲(分析対象)全体での医療費を算出。

※高額レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプトの医療費。

※その他レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプト以外の医療費。

### (3)高額レセプト発生患者の疾病傾向

以下は、令和4年3月から令和5年2月診療分(12か月分)の高額レセプト発生患者の疾病傾向を患者数順に示したものです。高額レセプト発生患者を主要傷病名で中分類毎に分類した結果、高額レセプト発生患者数が多い疾病分類は「その他の悪性新生物<腫瘍>」「胃の悪性新生物<腫瘍>」「関節症」等となっています。

#### 高額(5万点以上)レセプト発生患者の疾病傾向(患者数順)

順位	疾病分類(中分類)	主要傷病名 ※ (上位3疾病まで記載)	患者一人当たりの医療費(円) ※
1	0210 その他の悪性新生物<腫瘍>	多発性骨髄腫, 卵巣癌, 膵頭部癌	5,377,881
2	0201 胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌, 胃体部癌, 胃前庭部癌	3,435,740
3	1302 関節症	形成不全性股関節症, 両側性形成不全性股関節症, 変形性膝関節症	2,027,603
4	0902 虚血性心疾患	急性心筋梗塞後心破裂, 労作性狭心症, 急性下壁心筋梗塞	5,325,520
5	0205 気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	上葉肺腺癌, 上葉肺扁平上皮癌	7,576,345
5	0211 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	膵神経内分泌腫瘍, 卵巣腫瘍	5,840,075
5	0606 その他の神経系の疾患	筋強直性ジストロフィー, 肘部管症候群	5,039,160
5	0903 その他の心疾患	うっ血性心不全, 感染性心内膜炎	3,358,900
5	1110 その他の肝疾患	肝腫瘍, 自己免疫性肝炎	1,056,545
5	1113 その他の消化器系の疾患	潰瘍性大腸炎, 術後癒着性イレウス	3,251,555
5	1402 腎不全	慢性腎不全, 末期腎不全	6,395,130
5	1901 骨折	橈骨遠位端骨折, 大腿骨転子部骨折	1,935,225
5	1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷	急性硬膜下血腫・頭蓋内に達する開放創合併なし, 外傷性慢性硬膜下血腫	3,419,585
14	0202 結腸の悪性新生物<腫瘍>	下行結腸癌	5,414,920
14	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	3,960,210
14	0208 悪性リンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	6,040,560
14	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	特発性血小板減少性紫斑病	2,990,410
14	0402 糖尿病	2型糖尿病性壊疽	1,735,510
14	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	5,008,650
14	0506 知的障害<精神遅滞>	知的障害	4,459,320

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

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※主要傷病名…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトを医療費分解後、患者毎に最も医療費が高額となった疾病。

※患者一人当たりの医療費…高額レセプト発生患者の分析期間中の患者一人当たり医療費。

…生活習慣病の疾病に色付け

#### (4)中分類による疾病別医療費統計

以下は、令和4年3月から令和5年2月診療分(12か月分)に発生しているレセプトより、疾病中分類毎に集計し、医療費、患者数、患者一人当たりの医療費、各項目の上位10疾病を示したものです。

##### 中分類による疾病別統計(医療費上位10疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円) ※	構成比(%) (医療費総計全体に対して占める割合)	患者一人当たりの医療費(円)
1	0210 その他の悪性新生物<腫瘍>	52,303,441	11.8%	353,402
2	1402 腎不全	23,917,138	5.4%	683,347
3	0402 糖尿病	22,545,967	5.1%	44,645
4	0606 その他の神経系の疾患	18,081,909	4.1%	64,120
5	1113 その他の消化器系の疾患	18,064,559	4.1%	45,849
6	0903 その他の心疾患	17,567,875	4.0%	72,896
7	0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	15,211,644	3.4%	400,306
8	0901 高血圧性疾患	15,111,102	3.4%	38,451
9	0902 虚血性心疾患	15,073,286	3.4%	124,573
10	0201 胃の悪性新生物<腫瘍>	14,235,471	3.2%	159,949

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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

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

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

…生活習慣病の疾病に色付け

##### 中分類による疾病別統計(患者数上位10疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	患者数(人) ※	構成比(%) (患者数全体に対して占める割合)
1	0402 糖尿病	22,545,967	505	45.2%
2	1113 その他の消化器系の疾患	18,064,559	394	35.3%
3	0901 高血圧性疾患	15,111,102	393	35.2%
4	0403 脂質異常症	12,761,845	392	35.1%
5	2220 その他の特殊目的用コード	8,787,328	361	32.3%
6	1202 皮膚炎及び湿疹	3,629,383	326	29.2%
7	1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎	2,345,190	312	27.9%
8	1006 アレルギー性鼻炎	3,781,254	311	27.8%
9	0703 屈折及び調節の障害	1,181,370	310	27.8%
10	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	6,921,467	292	26.1%

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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

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

※患者数…中分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

…生活習慣病の疾病に色付け

## 2.生活習慣病に係る分析

### (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す。40歳代は「脂質異常症」30.8%、次いで「糖尿病」、「高血圧症」が19.2%です。65歳以上からは「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」がそれぞれ50%を超え、多くの方が生活習慣病の治療を行っている状況を確認できます。

### 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	154	73	8	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%
30歳代	89	33	10	11.2%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	2	20.0%	0	0.0%
40歳代	129	55	26	20.2%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	5	19.2%	0	0.0%
50歳代	115	71	46	40.0%	4	8.7%	0	0.0%	1	2.2%	8	17.4%	1	2.2%
60歳～64歳	105	77	48	45.7%	2	4.2%	7	14.6%	1	2.1%	16	33.3%	0	0.0%
65歳～69歳	212	201	120	56.6%	3	2.5%	12	10.0%	1	0.8%	66	55.0%	4	3.3%
70歳～74歳	417	442	264	63.3%	21	8.0%	35	13.3%	2	0.8%	156	59.1%	4	1.5%
全体	1,221	952	522	42.8%	30	5.7%	56	10.7%	5	1.0%	255	48.9%	9	1.7%
再掲														
40歳～74歳	978	846	504	51.5%	30	6.0%	55	10.9%	5	1.0%	251	49.8%	9	1.8%
65歳～74歳	629	643	384	61.0%	24	6.3%	47	12.2%	3	0.8%	222	57.8%	8	2.1%

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%	1	12.5%	0	0.0%	1	12.5%
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	20.0%
40歳代	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	5	19.2%	1	3.8%	8	30.8%
50歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	26.1%	4	8.7%	16	34.8%
60歳～64歳	2	4.2%	1	2.1%	1	2.1%	24	50.0%	4	8.3%	28	58.3%
65歳～69歳	4	3.3%	1	0.8%	1	0.8%	67	55.8%	6	5.0%	71	59.2%
70歳～74歳	10	3.8%	10	3.8%	2	0.8%	164	62.1%	28	10.6%	177	67.0%
全体	17	3.3%	12	2.3%	4	0.8%	273	52.3%	43	8.2%	303	58.0%
再掲												
40歳～74歳	17	3.4%	12	2.4%	4	0.8%	272	54.0%	43	8.5%	300	59.5%
65歳～74歳	14	3.6%	11	2.9%	3	0.8%	231	60.2%	34	8.9%	248	64.6%

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4年5月診療分)

## (2)糖尿病重症化予防に係る分析

以下は、糖尿病レセプトデータを男女別に分析したものです。65歳から74歳において女性の方が男性よりも多くのレセプトが発生しています。

### 糖尿病のレセプト分析(男性)

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
20歳代以下	74	39	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	45	17	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	71	23	2	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	65	39	4	6.2%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	39	31	8	20.5%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%	1	12.5%	
65歳～69歳	96	75	27	28.1%	2	7.4%	1	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	
70歳～74歳	214	216	70	32.7%	3	4.3%	6	8.6%	5	7.1%	2	2.9%	
全体	604	440	113	18.7%	6	5.3%	9	8.0%	5	4.4%	3	2.7%	
再掲	40歳～74歳	485	384	111	22.9%	6	5.4%	9	8.1%	5	4.5%	3	2.7%
掲	65歳～74歳	310	291	97	31.3%	5	5.2%	7	7.2%	5	5.2%	2	2.1%

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%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	
50歳代	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	1	25.0%	3	75.0%	
60歳～64歳	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	5	62.5%	0	0.0%	7	87.5%	
65歳～69歳	0	0.0%	4	14.8%	1	3.7%	18	66.7%	5	18.5%	17	63.0%	
70歳～74歳	11	15.7%	16	22.9%	2	2.9%	51	72.9%	17	24.3%	51	72.9%	
全体	12	10.6%	22	19.5%	3	2.7%	78	69.0%	23	20.4%	80	70.8%	
再掲	40歳～74歳	12	10.8%	22	19.8%	3	2.7%	77	69.4%	23	20.7%	80	72.1%
掲	65歳～74歳	11	11.3%	20	20.6%	3	3.1%	69	71.1%	22	22.7%	68	70.1%

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4年5月診療分)

### 糖尿病のレセプト分析(女性)

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
20歳代以下	80	34	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	44	16	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	58	32	3	5.2%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	50	32	4	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	66	46	8	12.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	
65歳～69歳	116	126	39	33.6%	2	5.1%	3	7.7%	1	2.6%	1	2.6%	
70歳～74歳	203	226	86	42.4%	1	1.2%	4	4.7%	5	5.8%	0	0.0%	
全体	617	512	142	23.0%	3	2.1%	8	5.6%	7	4.9%	1	0.7%	
再掲	40歳～74歳	493	462	140	28.4%	3	2.1%	8	5.7%	7	5.0%	1	0.7%
掲	65歳～74歳	319	352	125	39.2%	3	2.4%	7	5.6%	6	4.8%	1	0.8%

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	2	66.7%	
50歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	
60歳～64歳	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	6	75.0%	1	12.5%	7	87.5%	
65歳～69歳	1	2.6%	5	12.8%	0	0.0%	24	61.5%	0	0.0%	32	82.1%	
70歳～74歳	7	8.1%	9	10.5%	0	0.0%	62	72.1%	1	1.2%	73	84.9%	
全体	8	5.6%	15	10.6%	0	0.0%	96	67.6%	2	1.4%	117	82.4%	
再掲	40歳～74歳	8	5.7%	15	10.7%	0	0.0%	96	68.6%	2	1.4%	116	82.9%
掲	65歳～74歳	8	6.4%	14	11.2%	0	0.0%	86	68.8%	1	0.8%	105	84.0%

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4年5月診療分)

### (3) 高血圧重症化予防に係る分析

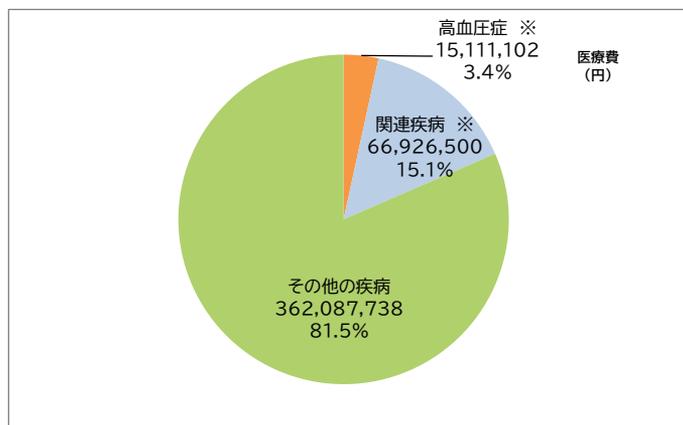
#### ① 高血圧症及び関連疾病の医療費等分析

高血圧症、及び高血圧により発症や重症化のリスクが高まる脳心血管病、腎疾患等の重篤な疾病(以下、「関連疾病」という)に係る医療費等の状況について分析を行いました。

#### 高血圧症及び関連疾病の医療費等の状況

疾病項目	医療費(円)	構成比(%)	患者数(人)
高血圧症及び関連疾病	82,037,602	18.5%	557
高血圧症 ※	15,111,102	3.4%	393
関連疾病 ※	66,926,500	15.1%	389
脳血管障害	5,324,676	1.2%	77
心疾患	32,641,161	7.3%	279
腎疾患	25,473,977	5.7%	69
血管疾患	3,486,686	0.8%	107
その他の疾病	362,087,738	81.5%	1,112
合計	444,125,340		1,117

#### 医療費全体に占める高血圧症及び関連疾病の医療費割合



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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

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

※関連疾病…中分類または、ICD10により、以下の疾病を対象に集計。

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

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

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

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

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

## ②健康診査データによる高血圧該当状況分析

40歳以上の被保険者を対象として、特定健康診査受診者における高血圧該当状況及び降圧薬服薬状況について示したものです。特定健康診査受診者の22.7%に当たる80人が高血圧に該当し、そのうち42人に高血圧症の投薬レセプトが有り、特定健康診査受診者の77.3%に当たる272人が正常域血圧に該当し、そのうち96人に高血圧症の投薬レセプトがあります。

### 健診及びレセプトによる高血圧該当状況

血圧値の分類	検査値範囲		該当者数 (人)	高血圧症治療中 ※ 投薬レセプト有	高血圧症治療中 ※ 投薬レセプト無	高血圧症及び 関連疾病 ※ レセプト無
	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)				
高血圧			80	42	10	28
Ⅲ度高血圧	180～	かつ/または 110～	5	3 ※1	0	2 ※2
Ⅱ度高血圧	160～179	かつ/または 100～109	15	9	1	5
Ⅰ度高血圧	140～159	かつ/または 90～99	60	30	9	21
正常域血圧			272	96	49	127
正常高値血圧	130～139	かつ/または 85～89	82	42	14	26
正常値血圧	120～129	かつ/または 80～84	108	46	14	48
至適血圧	～119	かつ ～79	82	8	21	53

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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年3月～令和5年2月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年2月28日時点。

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

※関連疾病…中分類または、ICD10により、以下の疾病を対象に集計。

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

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

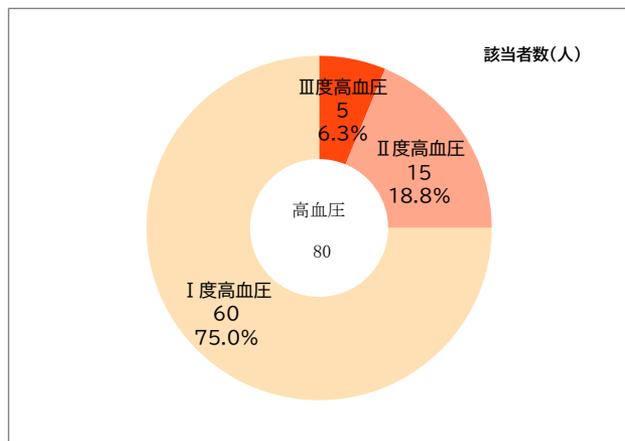
腎疾患…1401「糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患」、1402「腎不全」、I12「高血圧性腎疾患」

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

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

参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

### 高血圧該当者における血圧値分類別割合



※1はコントロール不良者、  
※2は異常値放置者です。



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年3月～令和5年2月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年2月28日時点。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

## (4) 慢性腎臓病重症化予防に係る分析

### 人工透析患者の実態

人工透析患者の分析結果を以下に示します。「透析」は傷病名ではないため、「透析」に当たる診療行為が行われている患者を特定し、集計しました。

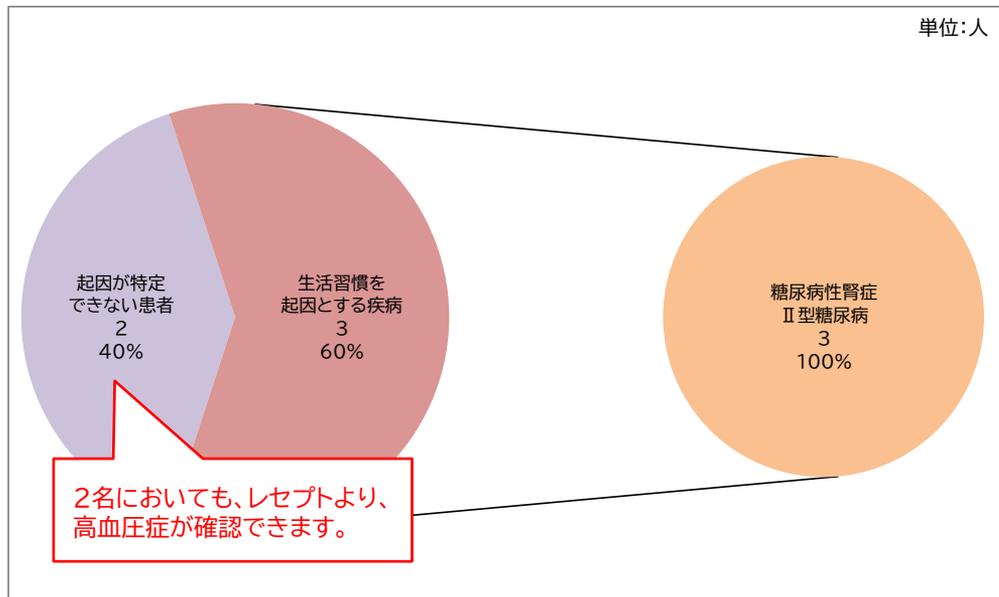
分析の結果、起因が明らかとなった患者のうち、60.0%が生活習慣を起因とするものであり、そのうち全員がⅡ型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症であることが分かりました。

### 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(%)
富加町	1,128	5	0.44%
岐阜県	388,249	1,495	0.39%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

### 透析患者の起因



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

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

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

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

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

### 透析患者の医療費

	透析患者数(人)	割合(%)	医療費(円)			医療費(円) 【一人当たり】			医療費(円) 【一人当たりひと月当たり】		
			透析関連	透析関連以外	合計	透析関連	透析関連以外	合計	透析関連	透析関連以外	合計
糖尿病性腎症 Ⅱ型糖尿病	3	60.0%	16,903,500	1,296,400	18,199,900	5,634,500	432,133	6,066,633	469,542	36,011	505,553
起因が特定できない患者	2	40.0%	11,324,670	1,009,220	12,333,890	5,662,335	504,610	6,166,945	471,861	42,051	513,912

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3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

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

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



### 3. 特定健康診査に係る分析

#### (1) メタボリックシンドローム該当状況

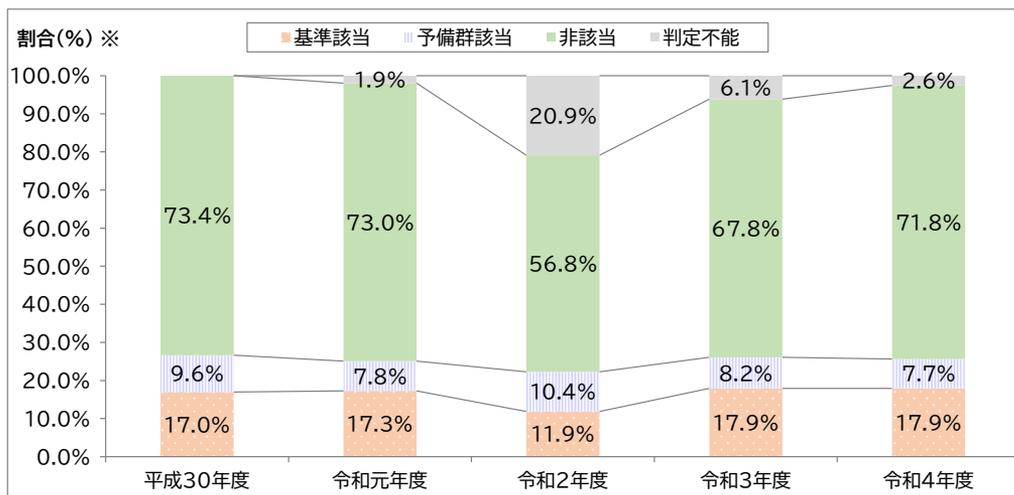
平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当17.9%は平成30年度17.0%より0.9ポイント増加しており、予備群該当7.7%は平成30年度9.6%より1.9ポイント減少しています。

#### 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	353
令和元年度	359
令和2年度	278
令和3年度	391
令和4年度	351

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※						
平成30年度	60	17.0%	34	9.6%	259	73.4%	0	0.0%
令和元年度	62	17.3%	28	7.8%	262	73.0%	7	1.9%
令和2年度	33	11.9%	29	10.4%	158	56.8%	58	20.9%
令和3年度	70	17.9%	32	8.2%	265	67.8%	24	6.1%
令和4年度	63	17.9%	27	7.7%	252	71.8%	9	2.6%

#### 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か月分)。

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。

#### ※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。

## (2) 有所見者の状況

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、収縮期血圧の有所見者割合が最も高く、健診受診者の43.1%を占めています。年齢階層別にみると、40歳から64歳ではLDLコレステロール、65歳から74歳では収縮期血圧の有所見者割合が最も高くなっています。

また、国、岐阜県と比べてeGFRの有所見者割合が高く、今後、腎機能低下による透析患者の増加が危惧されます。

### 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
富加町	40歳～64歳	人数(人)	18	17	22	13	3	12	22	6
		割合(%)	20.2%	19.1%	24.7%	14.6%	3.4%	13.5%	24.7%	6.7%
	65歳～74歳	人数(人)	60	86	46	14	15	67	128	26
		割合(%)	23.0%	33.0%	17.6%	5.4%	5.7%	25.7%	49.0%	10.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	78	103	68	27	18	79	150	32
		割合(%)	22.3%	29.4%	19.4%	7.7%	5.1%	22.6%	42.9%	9.1%
岐阜県		割合(%)	25.1%	33.6%	23.7%	13.1%	5.0%	19.3%	61.2%	7.0%
国		割合(%)	26.8%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.8%	58.2%	6.7%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
富加町	40歳～64歳	人数(人)	22	10	35	0	5	7	0	7
		割合(%)	24.7%	11.2%	39.3%	0.0%	5.6%	7.9%	0.0%	7.9%
	65歳～74歳	人数(人)	129	59	106	8	25	65	2	75
		割合(%)	49.4%	22.6%	40.6%	3.1%	9.6%	24.9%	0.8%	28.7%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	151	69	141	8	30	72	2	82
		割合(%)	43.1%	19.7%	40.3%	2.3%	8.6%	20.6%	0.6%	23.4%
岐阜県		割合(%)	48.1%	19.1%	48.7%	1.3%	18.8%	13.6%	5.1%	21.4%
国		割合(%)	48.3%	20.7%	50.1%	1.3%	21.5%	18.4%	5.2%	21.8%

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eGFR60未満に該当する82人を数値毎にさらに分類したものです。G3aからG5へステージが上がるにつれ、死亡・末期腎不全・心血管死亡発症のリスクが上昇します。

eGFR区分			該当者数	有所見者全体に対する割合
G3a	軽度～ 中等度低下	45～59	72人	20.6%
G3b	中等度～ 高度低下	30～44	6人	1.7%
G4	高度低下	15～29	4人	1.1%
G5	末期腎不全	<15	0人	0%

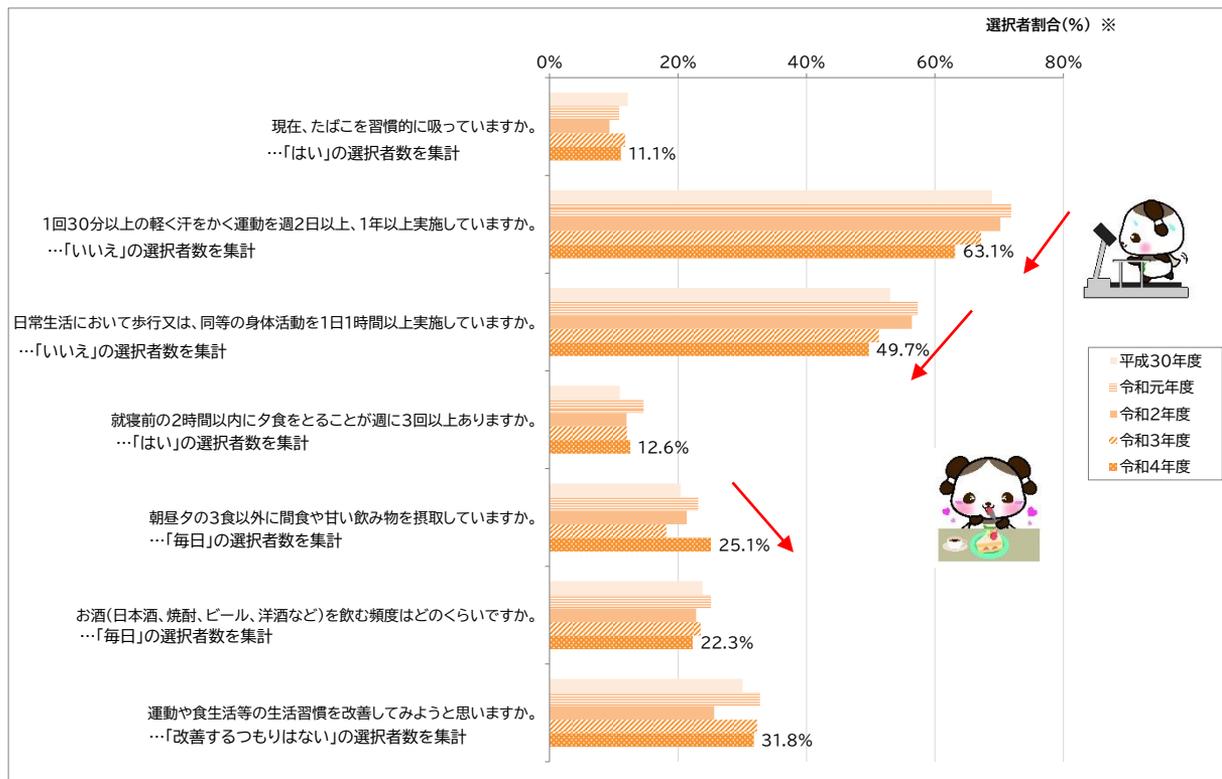
### (3) 質問別回答状況

平成30年度から令和4年度における、特定健康診査の喫煙・運動・口腔機能・食習慣・飲酒・生活習慣の改善に関する各質問において、対応の考慮が必要な選択肢を選択した者の割合を年度別に示したものです。

#### 年度別 対応の考慮が必要な選択肢の選択状況

類型名	質問文	質問の選択肢		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	「はい」	質問回答者数(人) ※	353	359	278	391	351
			選択者数(人) ※	43	39	26	46	39
			選択者割合(%) ※	12.2%	10.9%	9.4%	11.8%	11.1%
運動	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	「いいえ」	質問回答者数(人) ※	347	352	275	390	350
			選択者数(人) ※	239	253	193	262	221
			選択者割合(%) ※	68.9%	71.9%	70.2%	67.2%	63.1%
	日常生活において歩行又は、同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	「いいえ」	質問回答者数(人) ※	347	354	273	388	350
			選択者数(人) ※	184	203	154	199	174
			選択者割合(%) ※	53.0%	57.3%	56.4%	51.3%	49.7%
食習慣	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	「はい」	質問回答者数(人) ※	347	355	275	390	350
			選択者数(人) ※	38	52	33	47	44
			選択者割合(%) ※	11.0%	14.6%	12.0%	12.1%	12.6%
	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	「毎日」	質問回答者数(人) ※	348	354	276	390	350
			選択者数(人) ※	71	82	59	71	88
			選択者割合(%) ※	20.4%	23.2%	21.4%	18.2%	25.1%
飲酒	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	「毎日」	質問回答者数(人) ※	348	358	276	391	350
			選択者数(人) ※	83	90	63	92	78
			選択者割合(%) ※	23.9%	25.1%	22.8%	23.5%	22.3%
生活習慣の改善	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	「改善するつもりはない」	質問回答者数(人) ※	346	357	273	390	349
			選択者数(人) ※	104	117	70	126	111
			選択者割合(%) ※	30.1%	32.8%	25.6%	32.3%	31.8%

#### 年度別 対応の考慮が必要な選択肢の選択者割合



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か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※質問回答者数…質問に回答した人数。

※選択者数…該当の選択肢を選択した人数。

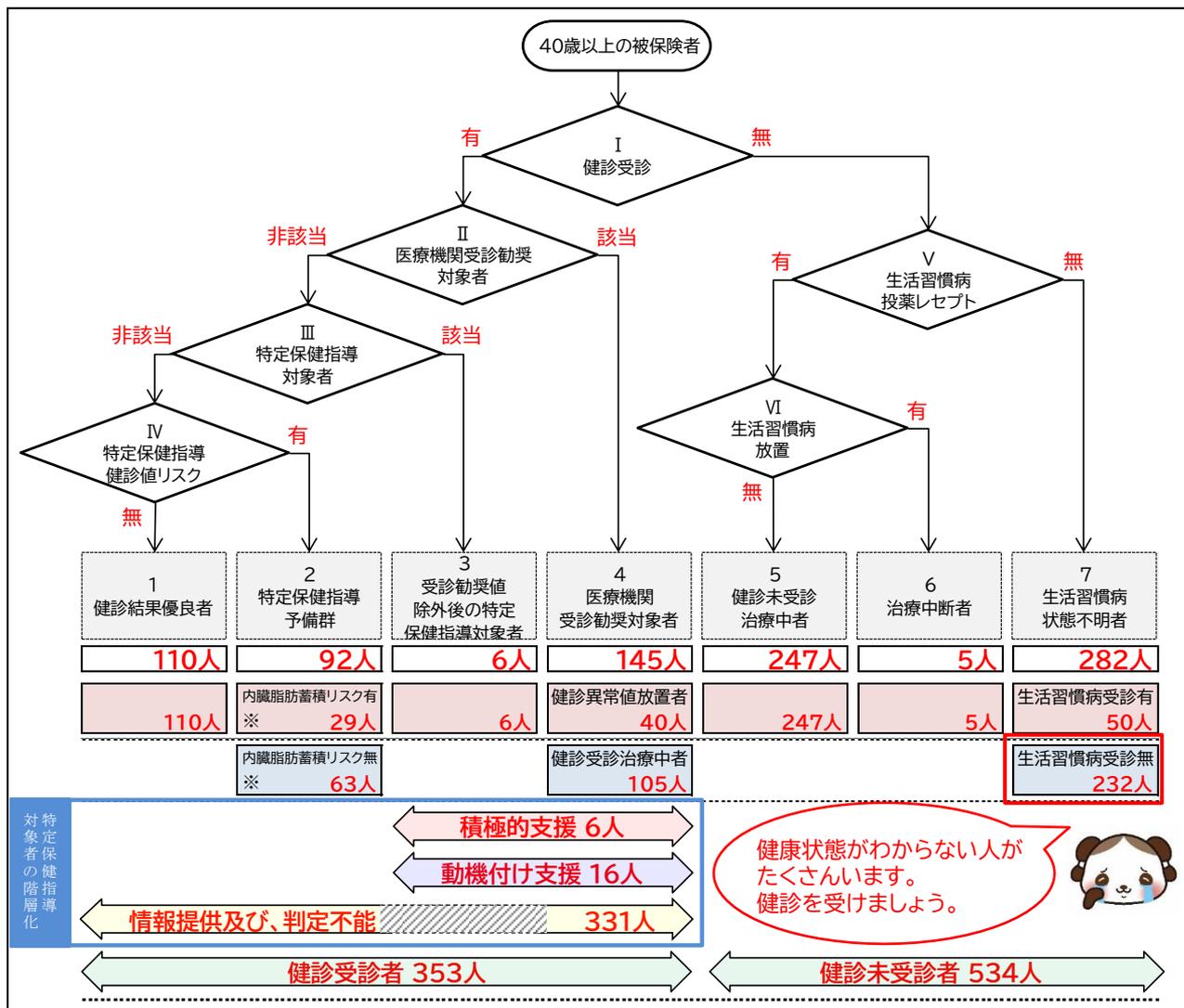
※選択者割合…質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合。

# 4. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析

特定健康診査データとレセプトデータを組み合わせた分析を行います。以下は、40歳以上の被保険者について、特定健康診査データの有無や異常値の有無、生活習慣病にかかわるレセプトの有無等を判定し、7つのグループに分類した結果を示したものです。

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

## 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。  
 対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。  
 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か月分)。  
 資格確認日…令和5年2月28日時点。  
 各フローの詳細については巻末資料「1.「指導対象者群分析」のグループ分けの見方」を参照。  
 ※内臓脂肪蓄積リスク…腹囲・BMIにより内臓脂肪蓄積リスクを判定し階層化。

# 5.重複・多剤投与者に係る分析

医薬品の重複・多剤服薬は、薬の飲み忘れ、飲み間違い等の服薬過誤や、副作用等の薬物有害事象発生につながるおそれがあります。高齢者に起こりやすい副作用にはふらつき・転倒、物忘れ、うつ、せん妄、食欲低下、便秘、排尿障害等があります。複数疾病を有する高齢者においては特に注意が必要です。

## 重複処方該当者数(令和4年度)

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
被保険者数(人)	1,201	1,201	1,192	1,184	1,172	1,157	1,145	1,136	1,127	1,120	1,118	1,110
重複処方該当者数(人)※	10	11	15	19	10	12	11	12	19	13	11	17
重複投与者数 (対被保険者1万人)											115人	

※各月の「重複処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、  
 ア)【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、次の条件(イ・ウ)に該当する人数を加算した数と「重複処方該当者数」とする。  
 イ)「重複処方を受けた者(人)の【3医療期間以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1以上】  
 ウ)「重複処方を受けた者(人)の【2医療期間以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2以上】

## 多剤処方該当者数(令和4年度)

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
被保険者数(人)	1,201	1,201	1,192	1,184	1,172	1,157	1,145	1,136	1,127	1,120	1,118	1,110
多剤処方該当者数(人)※	4	7	4	4	6	2	5	5	7	5	5	5
多剤投与者数 (対被保険者1万人)											43人	

※各月の「多剤処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる多剤処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、同一薬剤に関する処方日数、「処方を受けた者(人)」の【1日以上】、処方薬剤数(同一月内)【15剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。

お薬手帳を1冊にまとめて  
しっかり管理してください。



# 第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

## 1. 計画全体

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目的、その目的を達成するための目標を示したものです。

保険者の健康課題	被保険者の健康に関する課題		
① 課題項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	当町の特定健診受診率は4割程度であり、低い状況である。1人当たり医療費は年齢とともに増加傾向であり、疾病別にみると糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症などの生活習慣病が上位となっていることから、被保険者が定期的に特定健診を受診し、生活習慣の見直しや疾病予防に努めることで、医療費の適正化につながるよう支援していく必要がある。	○	1
B	特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者は約18%であり、5人に1人が該当している状態である。動機付け支援及び積極的支援対象者数は、国や岐阜県と比較して少ないが、特定保健指導実施率は44.4%となっている。中分類による疾病別統計の医療費及び患者数の上位を生活習慣に関する疾病が占めていることから、被保険者が自ら生活習慣の改善に努めることでメタボリックシンドローム該当者を減少できるように、特定保健指導の効果をあげていく必要がある。	○	2
C	中分類による疾病別統計の医療費をみると、腎不全と糖尿病が高い割合となっており、起因が明らかである人工透析患者の60%が2型糖尿病を起因とした糖尿病性腎症であることから、定期的な特定健診の受診を勧めていくとともに、健診受診者のうち高血糖者に対して、医療管理に繋げていく関わりや、糖尿病治療中者が適切な管理ができるような支援をしていく必要がある。	◎	3・4・5
D	中分類による疾病別統計の医療費をみると、腎不全と糖尿病に次いで、高血圧性疾患、虚血性心疾患が高い割合となっており、高額レセプト発生患者の疾病傾向では、虚血性心疾患が1人当たりの医療費5,325,520円で第4位となっている。健診結果で高血圧該当となった者のうち、約半数が医療機関未受診であることから、積極的な受診勧奨を行い、適切な医療管理につなげていく必要がある。	◎	3・5
E	中分類による疾病別統計の医療費をみると、腎不全と糖尿病が高い割合となっている。また、令和4年度の特定健診の有所見者の状況において、eGFR60未満の割合が県よりも高くなっている。1件当たりの医療費が高く、介護につながりやすい人工透析への移行の期間を延ばすとともに、糖尿病・高血圧の重症化予防に加え腎機能低下の取り組みも実施する必要がある。	◎	3・5
F	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	△	6
G	富加町は高齢化率が32.3%(岐阜県:30.6%)、被保険者平均年齢が55.7歳(岐阜県:53.9歳)となっており、ともに岐阜県との比較で高くなっている。国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。	△	7

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的	大目的	健康寿命を延伸させる 医療費を適正化する
------------------	-----	-------------------------

⑤項目 (=①)	中目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
A・B	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(法定報告※)	46%	48%	50%	52%	54%	57%	60%
		特定保健指導実施率(法定報告※)	43.5%	45%	48%	51%	54%	57%	60%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.7%	16.7%	16.7%	16.7%	16.7%	16.7%	16.7%
C	糖尿病の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%
D	高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
		拡張期血圧維持・改善者割合	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
F	重複多剤服用者の減少	重複投与者数(対被保険者1万人)	115	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
		多剤投与者数(対被保険者1万人)	43	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
G	地域包括ケア推進・一体的実施の取組	KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題の共有地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
		KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等の抽出国保部局として当該ターゲット層に対する支援実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

※法定報告対象者…年度末年齢が40～74歳であり、年度間を通して資格がある者。(年度途中の資格取得者、資格喪失者は含まない。)

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診勧奨事業	○
2	特定保健指導	○
3	生活習慣病等重症化予防事業(医療機関未受診者受診勧奨事業)	◎
4	生活習慣病等重症化予防事業(医療機関受診中断者受診勧奨事業)	◎
5	生活習慣病等重症化予防事業(ハイリスク者保健指導)	◎
6	適正受診・適正服薬	△
7	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	△

## 2.各事業の実施内容と評価方法

### 事業番号1:特定健康診査受診勧奨事業

事業の目的	特定健診の受診勧奨を行うことで、特定健診の受診率を向上させ、生活習慣病の早期発見・早期治療につなげることを目的とする。
-------	---

#### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・特定健診未受診者 ②情報提供事業 ・生活習慣病(糖尿病)を医療機関にて治療中の者
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付:5月～ ②情報提供事業:12月～2月
方法	①過去の健診状況やレセプトデータを分析しグループ分類し、その人にあった勧奨ハガキを送付 ②生活習慣病(糖尿病)を医療機関にて治療中の者を抽出し、検査結果の提供依頼を送付し、データの提供を受ける
実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・年2回程度 ②情報提供事業 ・年1回実施(実施時期12月～2月)
連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・住民課、福祉保健課 ②情報提供事業 ・美濃加茂市、加茂郡内の医療機関

#### 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)
アウトカム(成果)指標	受診勧奨ハガキ送付者の特定健診実施率(実績値)	28.1%	29%	30%	31%	32%	33%	34%
アウトプット(実施量・率)指標	①特定健診受診勧奨ハガキ送付率 ②情報提供票の回収率	①100% ②20.9%	①100% ②21%	①100% ②22%	①100% ②23%	①100% ②24%	①100% ②25%	①100% ②26%

## 事業番号2-1:特定保健指導利用勧奨事業

事業の目的	対象者が、自身の生活習慣病発症リスクが高いことを理解し、改善のために特定保健指導を利用することができる
令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)	
対象者	特定保健指導の基準に該当するもの
時期	集団健診:保健師からの健診結果説明会案内時 個別健診:医師からの健診結果説明時
方法	<p>&lt;見直した内容&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健診受診者にも事前に特定保健指導の必要性を理解してもらうため、特定保健指導のチラシを作成し近隣の医療機関へ配布。結果説明の際に渡しながら勧奨してもらう。</li> <li>・初回面談に集団結果説明会を導入し、少ない保健師で多くの対象者に対して保健指導を実施できる仕組みにする。</li> </ul>
実施回数・量	集団健診:電話や訪問で結果説明会参加勧奨1回、参加予定者へハガキにて案内実施1回 個別健診:委託医療機関の医師より結果説明を行う際の1回
連携体制・予算・人員	結果説明会参加勧奨:保健師1名 特定保健指導利用勧奨:美濃加茂市、加茂管内の医療機関

### 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	①特定保健指導利用率	①50%	①70%	①70%	①70%	①70%	①70%	①70%
アウトプット(実施量・率)指標	①保健指導利用勧奨実施率	①100%	①100%	①100%	①100%	①100%	①100%	①100%

## 事業番号2-2:特定保健指導

事業の目的	対象者が、自身が生活習慣病発症リスクが高いことを理解し、保健師や管理栄養士と一緒に生活習慣を振り返りながら、自ら目標を設定し、改善に向けて取り組み、リスク軽減につなげることができる。
-------	---

### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	特定健診結果により特定保健指導対象者となった者 (高血圧症・脂質異常症・糖尿病にて内服治療が開始となった者を除く)
時期	特定健診結果を把握した時点から2か月以内に初回面談を保健師が実施。約1か月後に食事内容に関する指導を管理栄養士が実施する。積極的支援者については、初回面談から3か月後に中間評価を実施。初回面談から6か月後に最終評価を対象者全員に対して実施。
方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診 受診者のうちBMI/腹囲/血圧の項目が基準値に該当する者に対して、最終確認にて特定保健指導の説明と結果説明会(初回面談)の案内を実施。</li> <li>・個別健診 医療機関に特定保健指導の案内チラシを配布し、結果説明の際受診者に医師より勧奨してもらう。</li> <li>・流れ 特定保健指導対象者には電話や面談などで説明し、結果説明会または個別で初回面談を実施。対象者全員に、食事記録表を提出してもらいそれに沿って管理栄養士は栄養指導を実施する。6ヶ月後に最終評価を実施するが、積極的支援の場合は3か月後に中間評価も実施する。</li> </ul>
実施回数・量	積極的支援:初回面談1回、食事内容に関する栄養指導1回、中間評価1回、最終評価1回 動機付け支援:初回面談1回、食事内容に関する栄養指導1回、最終評価1回
連携体制・予算・人員	保健師(保健師1名につき前半・後半それぞれ10名まで保健指導を実施)、 管理栄養士1名(食事内容に関する栄養指導を全員に実施)

### 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	①保健指導レベルの改善割合	①45.5%	①46%	①47%	①48%	①49%	①50%	①50%
	②利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	②18.2%	②20%	②21%	②22%	②23%	②24%	②25%
アウトプット (実施量・率) 指標	①特定保健指導利用率	①50%	①70%	①70%	①70%	①70%	①70%	①70%
	②次年度継続受診率	②72.7%	②80%	②80%	②80%	②80%	②80%	②80%

## 事業番号3:生活習慣病等重症化予防事業(医療機関未受診者受診勧奨事業)

事業の目的	生活習慣病の疑いがある人が、医師のもと詳しい検査を受けることで、生活習慣病の早期発見・早期治療につなげることができる。
-------	---

令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)	
対象者	<b>糖尿病</b> ・健診結果とレセプトデータより、糖尿病が疑われるが医療機関未受診である者を抽出 ①空腹時血糖126mg/dl以上 ②随時血糖200mg/dl以上 ③HbA1c6.5%以上のいずれかに該当し、糖尿病のレセプト情報がない者
	<b>高血圧症</b> ・健診結果とレセプトデータより、高血圧症が疑われるが医療機関未受診である者を抽出 収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の基準に該当し、高血圧症のレセプト情報がない者
	<b>腎臓病</b> ・健診結果とレセプトデータより、慢性腎臓病が疑われるが医療機関未受診である者を抽出 ①eGFR45mL/min/1.73㎡未満 ②eGFR60mL/min/1.73㎡未満かつ尿蛋白を認める者のいずれかに該当し、慢性腎臓病のレセプト情報がない者
時期方法	健診結果より対象者を抽出し、電話連絡後、連絡票を同封して郵送する。郵送後、3ヶ月が経過しても連絡票の返信がない場合は、再度電話連絡して状況を確認、または連絡票を再発行して郵送する。受診の有無の確認をレセプトでも実施しながら、継続的に受診勧奨していく。
実施回数・量	電話:2回(連絡票郵送時、3か月後) 訪問:必要時
連携体制・予算・人員	保健師1名

### 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)	
糖尿病	アウトカム(成果)指標 HbA1c値維持・改善者割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	アウトプット(実施量・率)指標 ①医療機関受診勧奨率 ②医療機関受診率	①100% ②100%							
高血圧症	アウトカム(成果)指標 ①収縮期血圧維持・改善者割合 ②拡張期血圧維持・改善者割合	①－ ②－	①60% ②60%						
	アウトプット(実施量・率)指標 ①医療機関受診勧奨率 ②医療機関受診率	①－ ②－	①100% ②100%						
腎症病	アウトカム(成果)指標 ①eGFR値維持・改善者割合 ②CKD重症度分類の変化	①－ ②－	①60% ②30%						
	アウトプット(実施量・率)指標 ①医療機関受診勧奨率	①－	①90%	①90%	①90%	①90%	①90%	①90%	①90%

## 事業番号4:生活習慣病等重症化予防(医療機関受診中断者受診勧奨事業)

事業の目的	糖尿病の治療中断者が、必要時医療機関での治療を早期に再開することで、適切な血糖コントロールにつなげることができる。
-------	---

### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	健診結果とレセプトより過去糖尿病治療歴がある、または糖尿病を疑われた者で糖尿病治療中断が疑われる者を抽出 過去に糖尿病治療歴がある、または過去3年間の健診結果にてHbA1c6.5%以上であるものの、最近1年間健診受診歴や糖尿病受診歴がない者
時期	対象者の抽出:1月～2月 受診状況の確認:2月～3月
方法	KDBシステムより治療中断の可能性があると判断された者のうち、該当年度の特定健診結果で血糖値に異常がなかった者を除いた対象者について、電話で受診状況を確認。電話番号不明または連絡がない場合は、レセプトにて受診の有無を確認し医療機関管理へつなげる。
実施回数・量	電話連絡:1回 訪問:必要時
連携体制・予算・人員	保健師1名

### 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	HbA1c値維持・改善者割合	0.0%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
アウトプット(実施量・率)指標	①医療機関受診勧奨率 ②医療機関受診率	①100% ②25.05	①100% ②26%	①100% ②27%	①100% ②28%	①100% ②29%	①100% ②30%	①100% ②30%

## 事業番号5:生活習慣病等重症化予防事業(ハイリスク者保健指導)

事業の目的	糖尿病や高血圧で治療中の者が、保健師や管理栄養士のもと生活習慣を見直すことにより、重症化予防及び慢性腎臓病予防につなげることができる。
-------	---

### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	①保険者が健診データの分析から抽出 ・腎症の病期が第2～4期相当と思われる者 ・腎症は発症していないが、そのリスク要因のある者 ②医療機関から保険者への情報提供 ・糖尿病や高血圧症にて治療中であり、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎機能低下が判明し、保険者による保健指導が必要とわかりつけ医が判断した者
時期方法	健診結果より、対象者を抽出し、電話連絡後、保健指導依頼票を郵送する。主治医からの依頼票を参考に保健指導・栄養指導を実施。指導内容については、糖尿病連携手帳に記載し主治医に情報提供する。郵送後、3ヶ月が経過しても依頼票の返信がない場合は、再度電話連絡して状況を確認、または依頼票を再発行して郵送する。
実施回数・量	電話:2回(依頼票郵送時、3か月後) 訪問:1回
連携体制・予算・人員	保健師1名、管理栄養士1名

### 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	①eGFR値維持・改善者割合 ②CKD重症度分類の変化	①60% ②30%						
アウトプット(実施量・率)指標	①保健指導実施率	①90%	①90%	①90%	①90%	①90%	①90%	①90%

## 事業番号6-1:重複投与者に対する取組

事業の目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。
-------	--

### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	同一月に同一薬剤の処方を受診を3医療機関以上から受けており、2ヶ月以上継続している者 ただし、「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名を持つ者は除外する
時期	随時
方法	KDBシステムにて対象者を抽出し、抽出条件に該当した全ての対象者に対して電話・訪問を行い、現在の健康状態や服薬状況、今回の受診に至った経緯・体調不良・副作用の有無などを聞き取り、要因に対して対応する。
実施回数・量	随時
連携体制・予算・人員	運営協議会(加茂医師会所属の医師含む)にて情報連携を行う。

### 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	重複処方3医療機関以上で薬効数1以上+重複処方2医療機関以上で薬効数2以上の者の年間累計(对被保険者1万人)  ※『保険者努力支援制度(取組評価分)共通指標⑤(1)重複投与者に対する取組③重複投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少していること』の数	115	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
アウトプット(実施量・率)指標	①対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む) ②取組実施前後の評価 ③医師会・薬剤師会への相談	①1回以上 ②1回 ③1回以上						

## 事業番号6-2:多剤投与者に対する取組

事業の目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。
-------	---

### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	3か月連続して同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者 ただし、「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名を持つ者は除外する
時期	随時
方法	KDBシステムにて対象者を抽出し、抽出条件に該当した全ての対象者に対して電話・訪問を行い、現在の健康状態や服薬状況、今回の受診に至った経緯・体調不良・副作用の有無などを聞き取り、要因に対して対応する。
実施回数・量	随時
連携体制・予算・人員	運営協議会(加茂医師会所属の医師含む)にて情報連携を行う。

### 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	同一薬剤に関する処方日数1日以上で処方薬剤数(同一月内)15剤以上の者の年間累計(対被保険者1万人)  ※『保険者努力支援制度(取組評価分)共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組③多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること』の数	43	前年より減少						
アウトプット(実施量・率)指標	①対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む) ②取組実施前後の評価 ③医師会・薬剤師会への相談	①1回以上 ②1回 ③1回以上							

## 事業番号6-3:薬剤の適正使用の推進に対する取組

事業の目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。
-------	--

### 令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)

対象者	国民健康保険被保険者
時期	随時
方法	「多剤服用(ポリファーマシー)」「重複服用による問題点」「お薬手帳を1冊にまとめる」「かかりつけ薬局を持つ」「セルフメディケーションの概要」「OTC医薬品の普及」等についての内容が記載されたチラシを窓口等で配布し啓発する。
実施回数・量	随時
連携体制・予算・人員	運営協議会(加茂医師会所属の医師含む)にて情報連携を行う。

### 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)
アウトプット (実施量・率) 指標	①お薬手帳を1冊にまとめること やポリファーマシーに関する周 知・啓発 ②セルフメディケーションの推進 のための周知・啓発	①1回以上 ②1回以上						

## 事業番号7-1:地域包括ケアに対する取組

事業の目的	富加町は高齢化率が32.3%(県:30.6%)、被保険者平均年齢が55.7歳(県:53.9歳)となっており、ともに県との比較で高くなっている。 国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。
-------	---

令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)		
時期	①地域支援事業に 国保部局として 参画	県が都道府県ヘルスアップ事業で行っている「医療費水準地域差要因分析等事業」において作成した「Re:ヘルス」を活用し、居宅介護を進めるための在宅医療の状況や介護につながる疾患の状況など、KDBシステムの「健康スコアリング・介護」等も活用し、介護と医療のクロス分析や要介護区分別人数前年比などから地域の特徴や課題について分析する。
方法		
実施回数・量		
対象者	②ハイリスク アプローチ	特定健診の結果において「1日30分以上の運動習慣なし」と回答した者に対し、中高年筋力トレーニング等への参加勧奨を実施し、運動習慣の改善を目指す。 「要介護(支援)者有病状況」(後期高齢と国保の医療・介護データ)において要支援1・2で多い疾患は心臓病とほぼ同値の筋・骨疾患であり、運動習慣をつけることが介護予防につながると考えている。
時期		
方法		
実施回数・量		
対象者	③医療・介護関係 の連携による 地域包括ケアの 推進に向けた取組	「Re:ヘルス」にて分析された「データを活用した医療・介護における地域の特徴と課題」を県から提供を受け、その結果を自町の地域包括ケア関係職員に提供、継続的に対応が必要な課題の検討と意見の集約を行う。
時期		
方法		
実施回数・量		
連携体制・予算・人員		国保・後期高齢者医療・介護保険の各担当者

### 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	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施有						
アウトプット(実施量・率)指標	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により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 ②KDB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、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施(お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等) ③医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	①実施有 ②実施有 ③実施有						

# 事業番号7-2:高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組

事業の目的	国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。
-------	--

令和6年度以降の取組(前期計画の評価を受けて追加修正を行った内容)		
対象者	①ハイリスク アプローチ	健診結果から生活習慣病のリスクが高いと思われる方に、医療機関への受診勧奨、生活改善のための保健指導、筋力アップのための運動の必要性などを伝える。
時期		
方法		
実施回数・量		
対象者	②ポピュレーション アプローチ	町内の方を対象に、要支援の利用開始や介護度が進むことを遅らせることを目的に、身体機能改善・生活習慣病予防に関する「楽楽健康教室」を実施する。
時期		
方法		
実施回数・量		
対象者	③事業の実施 根拠になる データの分析	令和4年度のKDBシステムの「地域の全体像の把握」(介護データ)において、富加町は要支援1・2の給付費が要支援1が5,706円(岐阜県8,192円)、要支援2が10,433円(岐阜県11,083円)となっており、要支援1・2共に岐阜県と比較すると低くなっている。「要介護(支援)者有病状況」(後期高齢と国保の医療・介護データ)において要支援1・2にて多い疾患は心臓病とほぼ同値の筋・骨疾患で、要支援1は73.1%、要支援2は79.1%と全体の7割以上の人が保有している。「医療費分析(2)大、中、細小分類」において、国保医療費は全体の医療費(入院と外来の合算)の割合の高いものに糖尿病の次に慢性腎臓病、関節疾患があがり、後期高齢者医療では骨折が1位、不整脈が2位となっている。富加町は国保「地域の全体像の把握」の生活習慣において、「1日30分以上の運動習慣なし」が町63.0%、岐阜県62.6%と高く、運動不足の人の割合が高い。以上のことより富加町では、要支援の利用開始や介護度が進むことを遅らせるため、一般的な健康教育・相談事業だけでなく、生活習慣病予防に関する教室を行う。
時期		
方法		
実施回数・量		
連携体制・予算・人員	国保・後期高齢者医療・介護保険の各担当者	

## 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	①②後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施 ③事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有						
アウトプット(実施量・率)指標	①後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ハイリスクアプローチ)							
	②介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ポピュレーションアプローチ)	①実施有 ②実施有 ③実施有						
	③事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施							

## 第4期特定健康診査等実施計画



# 第6章 特定健康診査等実施計画

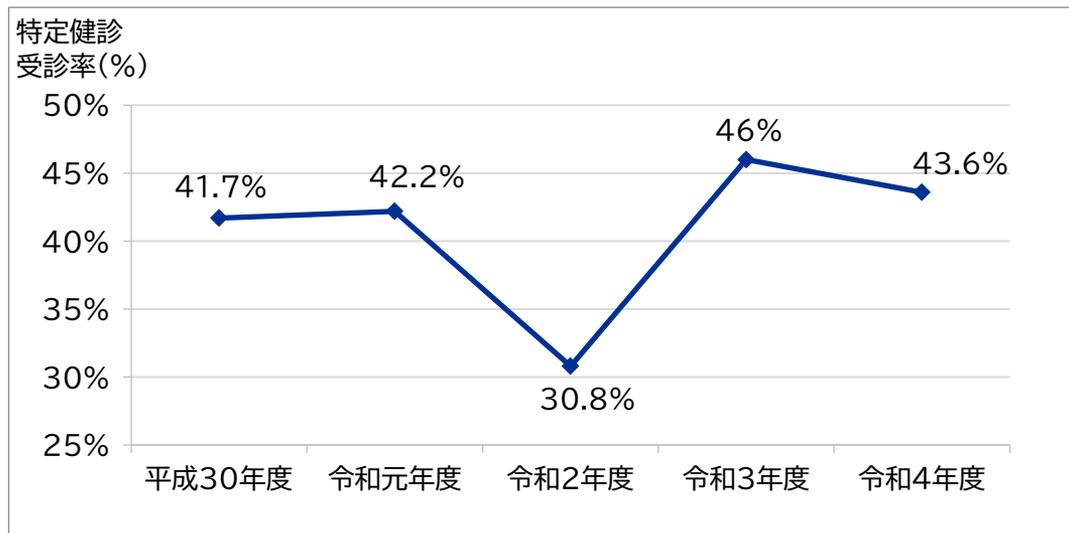
## 1. 目標

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、本町においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

### 目標値

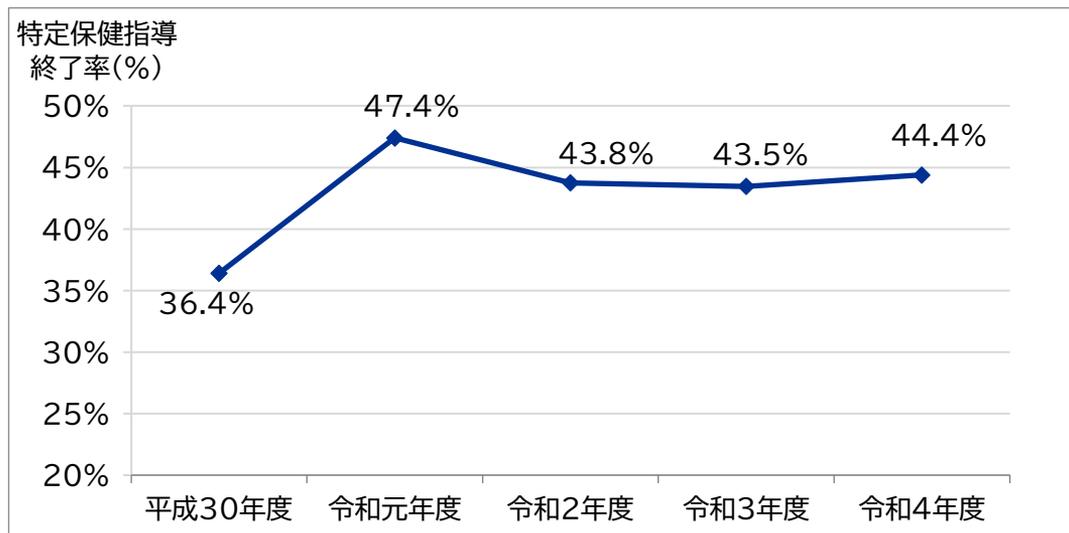
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和5年度 (国の目標値)
特定健康診査受診率(%)	48%	50%	52%	54%	57%	60%	60%以上
特定保健指導実施率(%)	45%	48%	51%	54%	57%	60%	60%以上

### 年度別 特定健康診査受診率



出典:法定報告値

### 年度別 特定保健指導終了率



出典:法定報告値

## 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す。

#### 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)	770	755	740	725	710	696
特定健康診査受診率(%) (目標値)	48%	50%	52%	54%	57%	60%
特定健康診査受診者数(人)	370	377	385	391	405	418

#### 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	254	249	244	239	234	230
	65歳～74歳	516	506	496	486	476	466
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	122	124	127	129	134	138
	65歳～74歳	248	253	258	262	271	280

### (2)特定保健指導対象者数及び終了者数の見込み

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終了者数について、各年度の見込みを示したものです。

#### 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5年度 (国の目標値)
特定保健指導実施率(%)	45%	48%	51%	54%	57%	60%	60%以上

#### 特定保健指導対象者数の見込み

	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
保健指導対象者(40～64歳) 動機付け支援	6	6	6	6	6	7
保健指導対象者(65～74歳) 動機付け支援	15	15	15	15	16	16
保健指導対象者(40～64歳) 積極的支援	1	1	1	1	1	1

#### 特定保健指導終了者数の見込み

	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
保健指導終了者(40～64歳) 動機付け支援	3	3	3	3	3	4
保健指導終了者(65～74歳) 動機付け支援	6	7	7	8	9	10
保健指導終了者(40～64歳) 積極的支援	1	1	1	1	1	1

### 3.実施方法

#### (1)特定健康診査

##### ①対象者

実施年度中に40歳から74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。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します。

##### ②実施方法

###### ア.実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に加え、HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血を追加項目として実施します。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dL以上または食後採血の場合は、non-HDLコレステロールの測定に代えることができます。

##### ■富加町特定健診検査項目

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

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施でも可

## イ.実施場所

加茂医師会に委託し、集団健診及び個別健診により実施します。

- ①集団健診(タウンホールとみか他)
- ②個別健診(委託医療機関)

## ウ.実施時期

毎年約7カ月間実施します。

## エ.医療機関との適切な関係

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

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

## オ.代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、岐阜県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

## カ.健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。また、計画的に保健事業を実施します。

### 特定健診実施スケジュール(富加町)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出	(特定保健指導の実施)
5月		健診票の印刷・送付 特定健診の開始	
6月		健診結果受取 → 保健指導対象者の抽出 特定保健指導の開始	実績の分析、実施方法の検討等
7月			
8月			
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる予算手続き		支払基金(連合会)への報告
12月			(ファイル作成・送付)
1月			
2月		健診データ抽出(システムより)	
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

## (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、対象者を抽出します。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します。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します。

#### 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(やむを得ない場合は随時血糖)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。

### ア.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します。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ます。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します。

### イ.案内方法

#### <集団健診>

・町保健師が電話か文書郵送にて、対象者に案内します。

#### <個別健診>

・健診結果説明時、医師より利用勧奨を実施します。その後、役場に結果が届き次第、町保健師が電話か文書郵送にて、対象者に案内します。

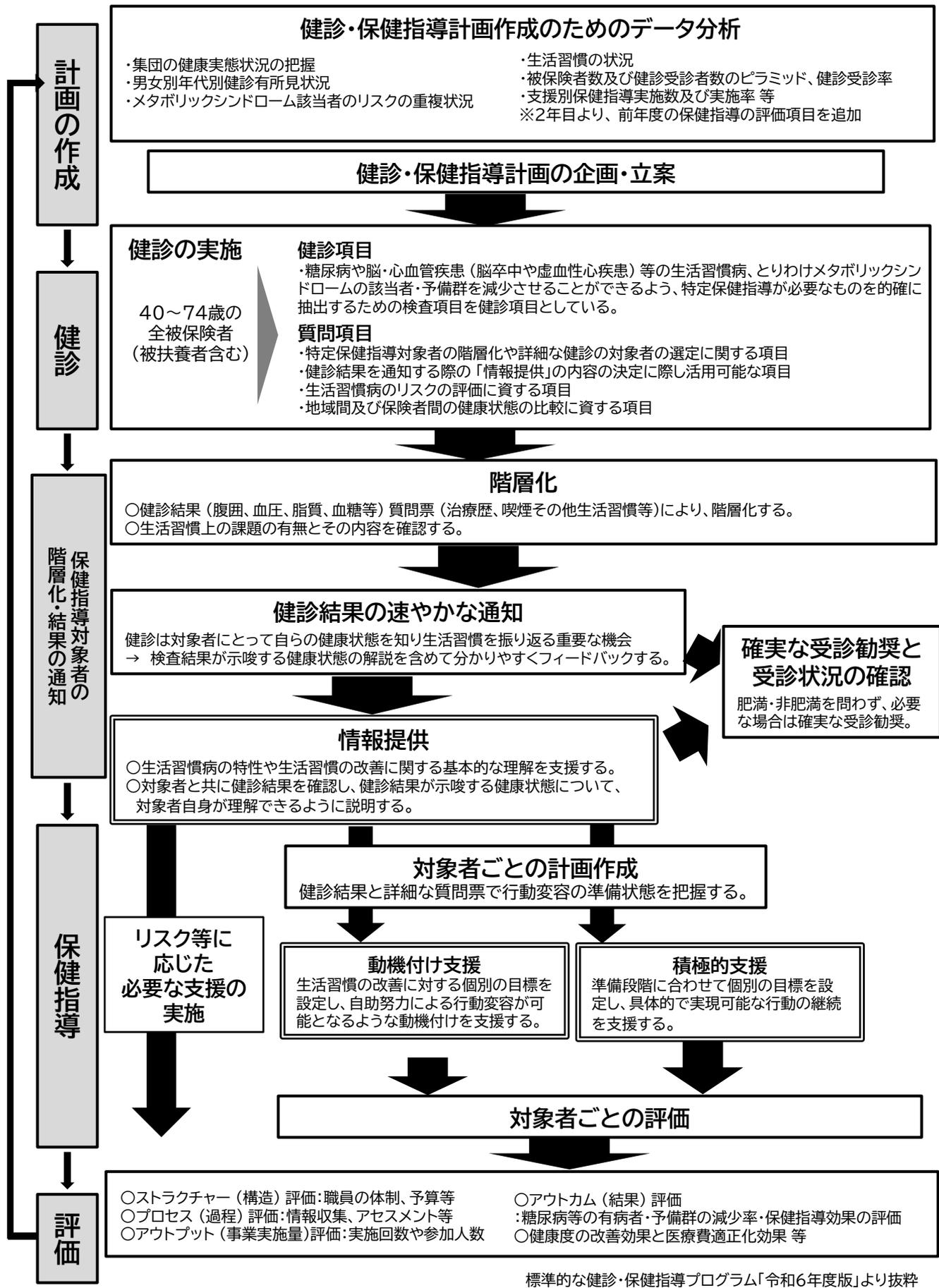
## 動機付け支援

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、対象者の個別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か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。

## 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か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か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か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。  ①アウトカム評価 (初回面接から3ヶ月以上経過後の実績評価時に一度評価する) <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>主要達成目標</p> <p>◆ 2cm・2kg*・・・180p</p> <p><small>*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)以上減少している</small></p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p>2cm,2kg未達成の場合、対象者の行動変容等を評価</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>・1cm・1kg</td><td>・・・</td><td>20p</td></tr> <tr><td>・食習慣の改善</td><td>・・・</td><td>20p</td></tr> <tr><td>・運動習慣の改善</td><td>・・・</td><td>20p</td></tr> <tr><td>・喫煙習慣の改善(禁煙)</td><td>・・・</td><td>30p</td></tr> <tr><td>・休養習慣の改善</td><td>・・・</td><td>20p</td></tr> <tr><td>・その他の生活習慣の改善</td><td>・・・</td><td>20p</td></tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p>②プロセス評価</p> <p>○継続的支援の介入方法 ( )内は最低時間等</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>・個別(ICT含む)</td><td>・・・</td><td>70p(10分)</td></tr> <tr><td>・グループ(ICT含む)</td><td>・・・</td><td>70p(40分)</td></tr> <tr><td>・電話</td><td>・・・</td><td>30p(5分)</td></tr> <tr><td>・電子メール・チャット等</td><td>・・・</td><td>30p (1往復以上)</td></tr> <tr><td colspan="3">○健診後早期の保健指導(分割実施含む)</td></tr> <tr><td>・健診当日の初回面接</td><td>・・・</td><td>20p</td></tr> <tr><td>・健診後1週間以内の初回面接</td><td>・・・</td><td>10p</td></tr> </table> </div> </div> <p>出展:特定健診・特定保健指導の効率的・効果的な実施方法等について(議論のまとめ)</p>	・1cm・1kg	・・・	20p	・食習慣の改善	・・・	20p	・運動習慣の改善	・・・	20p	・喫煙習慣の改善(禁煙)	・・・	30p	・休養習慣の改善	・・・	20p	・その他の生活習慣の改善	・・・	20p	・個別(ICT含む)	・・・	70p(10分)	・グループ(ICT含む)	・・・	70p(40分)	・電話	・・・	30p(5分)	・電子メール・チャット等	・・・	30p (1往復以上)	○健診後早期の保健指導(分割実施含む)			・健診当日の初回面接	・・・	20p	・健診後1週間以内の初回面接	・・・	10p
・1cm・1kg	・・・	20p																																						
・食習慣の改善	・・・	20p																																						
・運動習慣の改善	・・・	20p																																						
・喫煙習慣の改善(禁煙)	・・・	30p																																						
・休養習慣の改善	・・・	20p																																						
・その他の生活習慣の改善	・・・	20p																																						
・個別(ICT含む)	・・・	70p(10分)																																						
・グループ(ICT含む)	・・・	70p(40分)																																						
・電話	・・・	30p(5分)																																						
・電子メール・チャット等	・・・	30p (1往復以上)																																						
○健診後早期の保健指導(分割実施含む)																																								
・健診当日の初回面接	・・・	20p																																						
・健診後1週間以内の初回面接	・・・	10p																																						

# 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)



## 健診・保健指導計画作成のためのデータ分析

- ・集団の健康実態状況の把握
- ・男女別年代別健診有所見状況
- ・メタボリックシンドローム該当者のリスクの重複状況
- ・生活習慣の状況
- ・被保険者数及び健診受診者数のピラミッド、健診受診率
- ・支援別保健指導実施数及び実施率等
- ※2年目より、前年度の保健指導の評価項目を追加

## 健診・保健指導計画の企画・立案

### 健診の実施

40～74歳の  
全被保険者  
(被扶養者含む)

#### 健診項目

・糖尿病や脳・心血管疾患(脳卒中や虚血性心疾患)等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、特定保健指導が必要なものを的確に抽出するための検査項目を健診項目としている。

#### 質問項目

- ・特定保健指導対象者の階層化や詳細な健診の対象者の選定に関する項目
- ・健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し活用可能な項目
- ・生活習慣病のリスクの評価に資する項目
- ・地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目

### 階層化

- 健診結果(腹囲、血圧、脂質、血糖等)質問票(治療歴、喫煙その他生活習慣等)により、階層化する。
- 生活習慣上の課題の有無とその内容を確認する。

### 健診結果の速やかな通知

健診は対象者にとって自らの健康状態を知り生活習慣を振り返る重要な機会  
→ 検査結果が示唆する健康状態の解説を含めて分かりやすくフィードバックする。

### 確実な受診勧奨と 受診状況の確認

肥満・非肥満を問わず、必要な場合は確実な受診勧奨。

### 情報提供

- 生活習慣病の特性や生活習慣の改善に関する基本的な理解を支援する。
- 対象者と共に健診結果を確認し、健診結果が示唆する健康状態について、対象者自身が理解できるように説明する。

### 対象者ごとの計画作成

健診結果と詳細な質問票で行動変容の準備状態を把握する。

### リスク等に応じた 必要な支援の 実施

#### 動機付け支援

生活習慣の改善に対する個別の目標を設定し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援する。

#### 積極的支援

準備段階に合わせて個別の目標を設定し、具体的に実現可能な行動の継続を支援する。

### 対象者ごとの評価

- ストラクチャー(構造)評価: 職員の体制、予算等
- プロセス(過程)評価: 情報収集、アセスメント等
- アウトプット(事業実施量)評価: 実施回数や参加人数
- アウトカム(結果)評価: 糖尿病等の有病者・予備群の減少率・保健指導効果の評価
- 健康度の改善効果と医療費適正化効果等

# 第7章 その他

## 1.計画の評価及び見直し

---

### (1)個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

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

### (2)計画全体の評価・見直し

#### ①評価の時期

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

#### ②評価方法・体制

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

## 2.計画の公表・周知

---

本計画は、広報、ホームページ等で公表し、周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

## 3.個人情報の取扱い

---

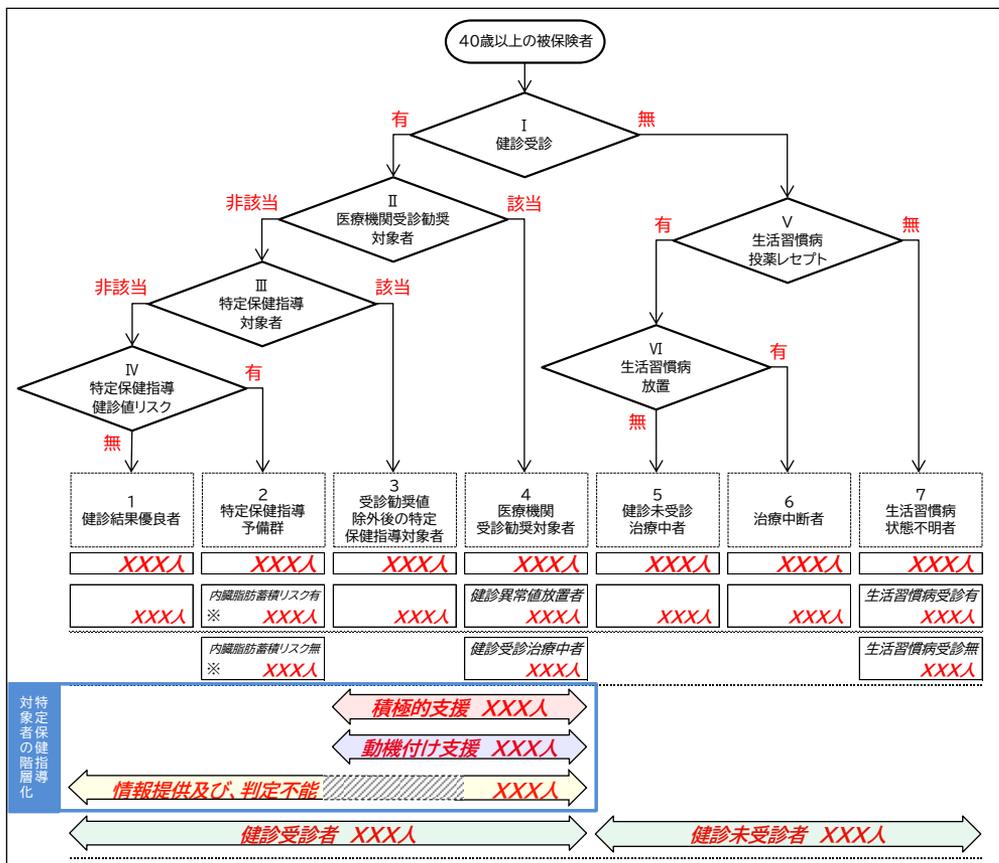
個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。



## 卷末資料

# 1.「指導対象者群分析」のグループ分けの見方

## 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



### 【フロー説明】

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

### 【グループ別説明】

#### 健診受診あり

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

#### 健診受診なし

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

## 2.用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	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。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・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か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチン値を性別、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か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。

# 3. 疾病分類

## 疾病分類表(2013年版)

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

コード	疾病分類	主な疾病		
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Yahr3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
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	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	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	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変(アルコール性のものを除く)	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿痂疹性湿疹
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	ABO因子不適合
X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置(歯の補てつを除く)及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群[SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		