

第2期
蔵王町国民健康保険
データヘルス計画



令和6年3月
蔵王町

はじめに



私たちの蔵王町は、国の動向と同様に、さらなる少子高齢化と人口減少が予測されています。町民の皆さまが高齢になっても、誇りと愛着ある蔵王町で、健康に暮らし続けることができるように、高齢期になる前からの健康づくりが重要です。

蔵王町国民健康保険においては「蔵王町国民健康保険データヘルス計画(第1期)」を策定し、計画に定める保健事業を実施してまいりました。「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や目標値を定めたもので、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ます。

このたび、令和5年度に前計画が満了を迎えるにあたり、過去の取り組みの達成状況と考察を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するため「第2期蔵王町国民健康保険データヘルス計画」を策定いたしました。今後は、本計画に基づき被保険者の皆さまとともに保健事業を推進してまいりますのでご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

結びに、本計画の策定に際しまして、貴重なご提言とご審議をいただきました蔵王町国民健康保険運営協議会の皆さま、ご協力いただきました町民の皆さま、関係者の皆さまに対しまして心から感謝申し上げます。

長期総合計画

健やかな
まちづくり

のために

令和6年3月

蔵王町長 村上 英人

はじめに	2
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	5
2. 計画期間	7
3. 策定体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 各種統計等	10
第3章 前期計画の事業分析考察	
1. 各事業の達成状況	21
2. 各事業の実施内容と考察	25
第4章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	39
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	42
第5章 評価等について	
1. 計画の評価及び見直し	53
2. 計画の公表・周知	53
3. 個人情報の取扱い	53
巻末資料	
1. 用語解説集	54
2. 蔵王町国民健康保険条例(抜粋)	57
3. 蔵王町国民健康保険運営協議会規則	58
4. 蔵王町国民健康保険運営協議会委員名簿	59
5. 策定の経緯	60

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。さらに、令和5年6月16日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2023」において、「健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第3期(当町第2期)データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業を推進する」との方針が示された。

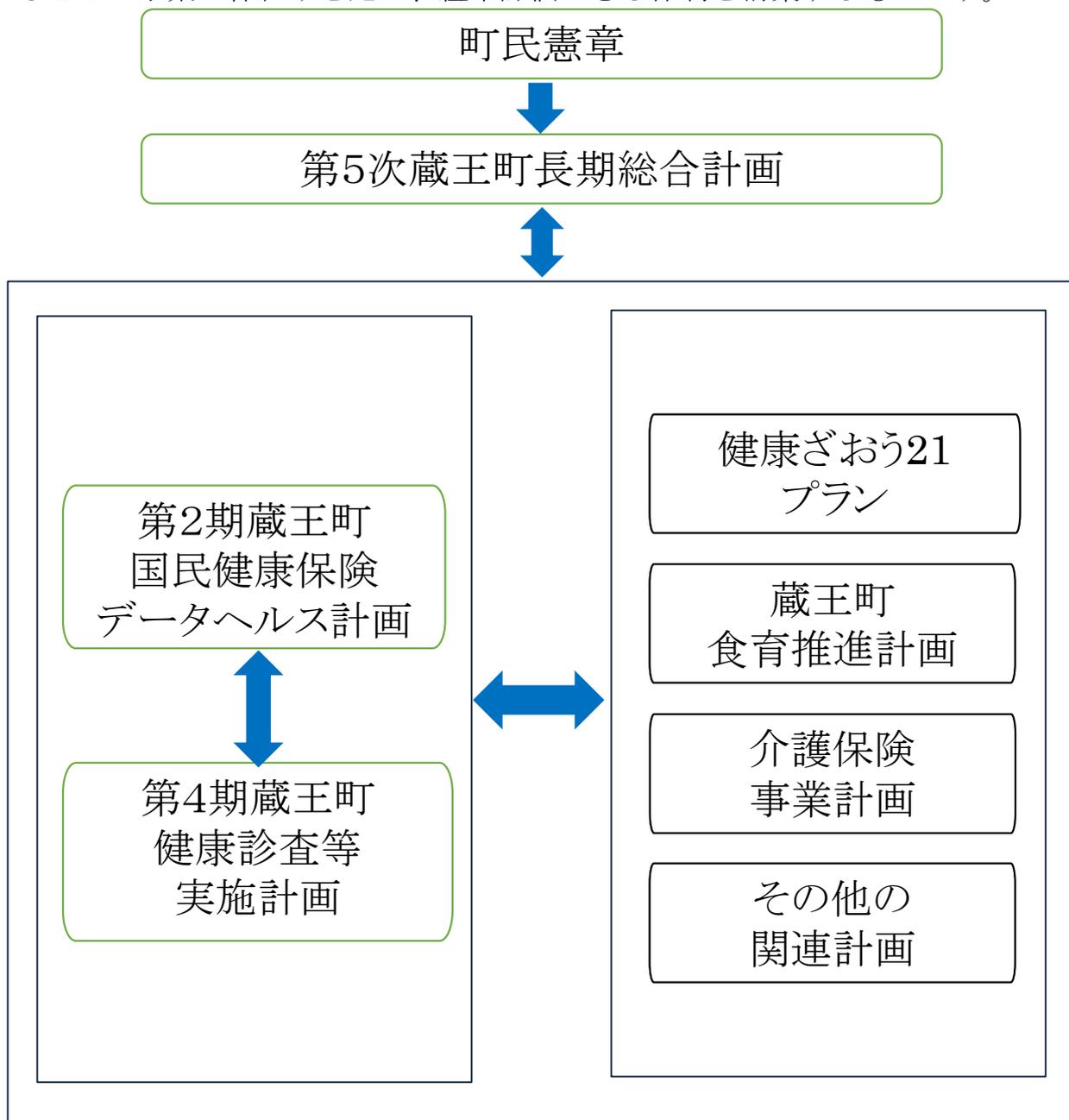
市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に応じたきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。

※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す。

本計画は、蔵王町町民憲章を基本として、「第5次蔵王町長期総合計画」を上位計画とした計画であり、町の各種保健計画等と整合を図り策定する。蔵王町国民健康保険に係る各種データと現状・現況を多角的に分析し、実施が必要な事業を決定するとともにストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの評価指標を定めることで事業の枠組みを定め、経年評価できる体制を構築するものです。



2. 計画期間

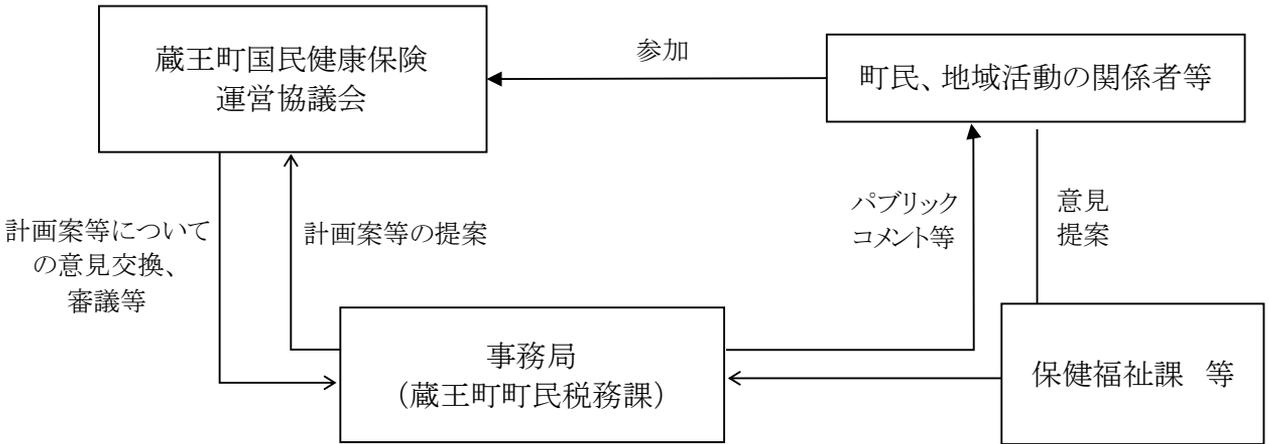
計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

計画名	令和5	令和6	令和7	令和8	令和9	令和10	令和11	令和12
第5次蔵王町長期総合計画	→					→		
第2期データヘルス計画	→	→						→
第4期特定健康診査等実施計画	→	→						→
第3期健康ざおう21プラン 第2期蔵王町食育推進計画	→					→		
蔵王町高齢者福祉計画・ 介護保険事業計画	→	→			→			



3. 策定体制・関係者連携

本計画の策定に当たっては、蔵王町国民健康保険運営協議会において、本計画の内容等について意見交換及び審議を行う。また、町民の意見を広く取り入れるため、計画案についてパブリックコメントを実施した。



4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ 令和5年3月31日時点データ

・平成30年度～令和4年度(5年分)

・「同規模」とは自治体の人口や被保険者数をもとに保険者規模を分類した区分

■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

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

注意)国に対する法定報告値等とKDB(国保データベースシステム)は一部算出方法が異なるため、数値が一致しない場合がある。

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

蔵王町は宮城県南西部に位置し、仙南地域に属している。東は村田町と大河原町、西は蔵王連峰を境に山形県、南は白石市と七ヶ宿町、北は川崎町と接している。海拔の最高は西端の屏風岳で1,825メートル、最低は東南部の松川と白石川の合流点で20メートル。町面積は152.83平方キロメートルで約60%は山林原野ですが、その割に耕地面積が広く、果樹生産では県下一の生産量を誇っている。一方西部は蔵王国定公園に含まれ、遠刈田温泉などが蔵王観光の基地となっている。

明治維新前は伊達藩に属し、宮、曲竹、矢附、円田、塩沢、平沢、小村崎の7村に分かれていたが明治22年4月1日から市町村制が施行されると、宮村は単独で自治体となり、そのほか6村は、合併して円田村になった。昭和30年4月1日、町制施行により宮村、円田村が合併。蔵王連峰の一部を有していることから、蔵王町(ざおうまち)という町名になった。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本町の令和4年度における、医療提供体制を示したものである。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	蔵王町	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.4	0.3	0.3	0.3
診療所数	2.5	3.9	2.7	4.2
病床数	13.0	56.8	40.8	61.1
医師数	2.2	13.6	5.0	13.8
外来患者数	715.4	752.2	708.1	709.6
入院患者数	18.8	19.5	22.2	18.8

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 各種統計等

以下は、本町の令和4年度における人口構成概要を示したものである。高齢化率(65歳以上)は38.3%であり、県との比較で1.4倍、同規模との比較でほぼ等倍となっている。また、国民健康保険被保険者数は2,775人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は24.3%である。国民健康保険被保険者平均年齢は56.9歳である。

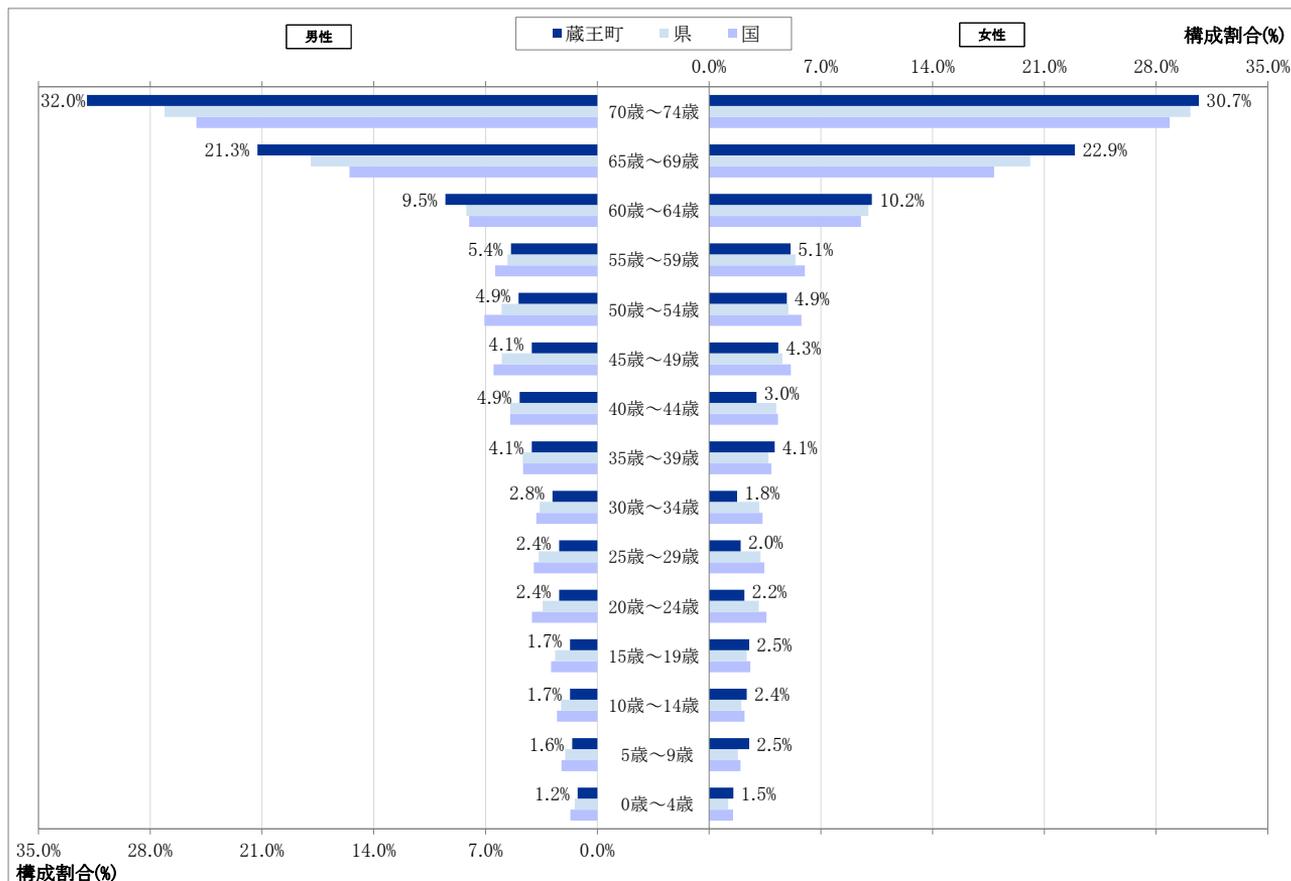
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
蔵王町	11,400	38.3%	2,775	24.3%	56.9	5.4	16.4
県	2,254,257	28.3%	437,688	19.4%	54.8	6.4	10.9
同規模	11,448	36.9%	2,897	24.3%	55.8	5.3	15.7
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は宮城県を指す。以下全ての表において同様である。

出典: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」

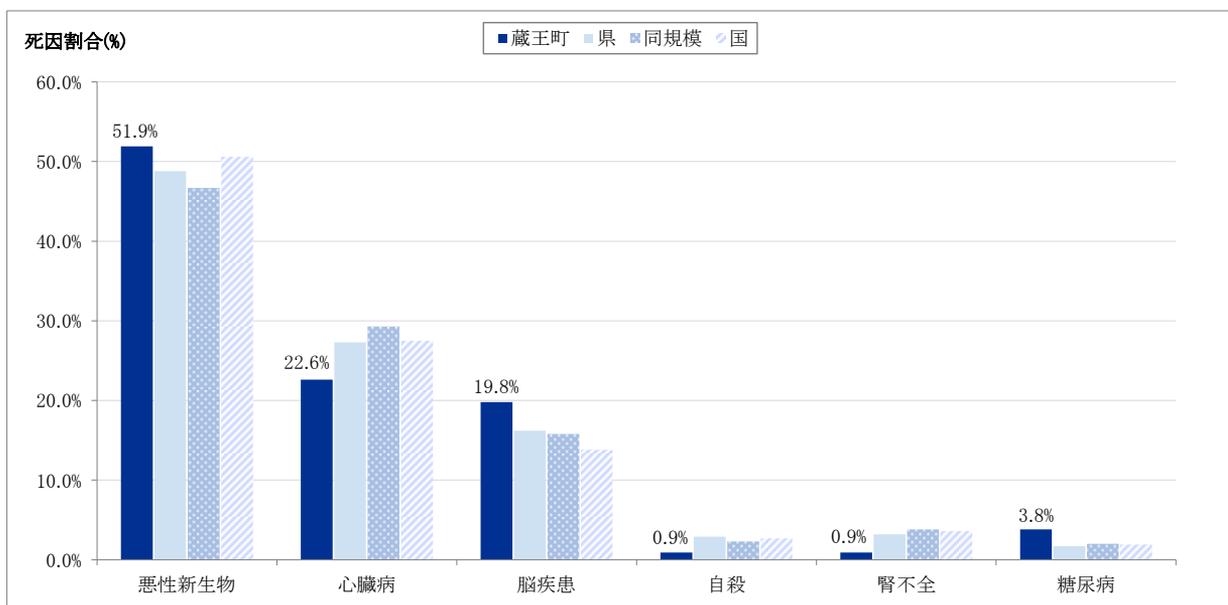
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数2,775人は平成30年度2,990人より215人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢56.9歳は平成30年度55.3歳より1.6歳上昇している。

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
蔵王町	平成30年度	12,313	33.2%	2,990	24.3%	55.3	7.5	15.8
	平成31年度	12,313	33.2%	2,871	23.3%	55.9	7.5	15.8
	令和2年度	12,313	33.2%	2,936	23.8%	56.4	7.5	15.8
	令和3年度	12,313	33.2%	2,880	23.4%	56.8	7.5	15.8
	令和4年度	11,400	38.3%	2,775	24.3%	56.9	5.4	16.4
県	平成30年度	2,284,565	25.7%	480,298	21.0%	53.5	7.9	10.1
	平成31年度	2,284,565	25.7%	467,131	20.4%	53.9	7.9	10.1
	令和2年度	2,284,565	25.7%	465,090	20.4%	54.4	7.9	10.1
	令和3年度	2,284,565	25.7%	454,694	19.9%	54.9	7.9	10.1
	令和4年度	2,254,257	28.3%	437,688	19.4%	54.8	6.4	10.9
同規模	平成30年度	11,584	33.4%	3,139	26.0%	54.6	6.4	14.8
	平成31年度	11,694	33.5%	3,056	25.1%	55.1	6.4	14.9
	令和2年度	11,778	33.4%	3,036	24.7%	55.7	6.4	14.9
	令和3年度	12,016	33.3%	2,988	23.9%	56.1	6.4	14.8
	令和4年度	11,448	36.9%	2,897	24.3%	55.8	5.3	15.7
国	平成30年度	125,640,987	26.6%	28,039,851	22.3%	52.5	8.0	10.3
	平成31年度	125,640,987	26.6%	27,083,475	21.6%	52.9	8.0	10.3
	令和2年度	125,640,987	26.6%	26,647,825	21.2%	53.4	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6%	25,855,400	20.6%	53.7	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

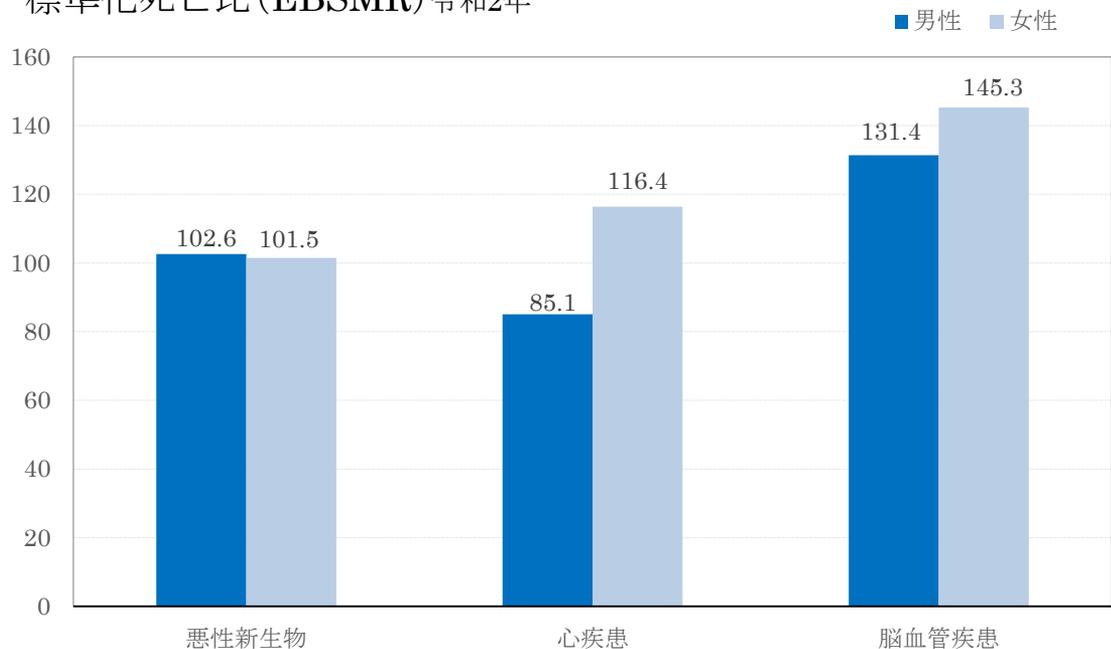
出典：国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」 人口は国勢調査値

以下は、本町の令和4年度における、死亡の状況を示したものである。
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」

標準化死亡比(EBSMR) 令和2年



出典:宮城県保健福祉部「データからみたみやぎの健康 令和4年度版」(全国平均=100)

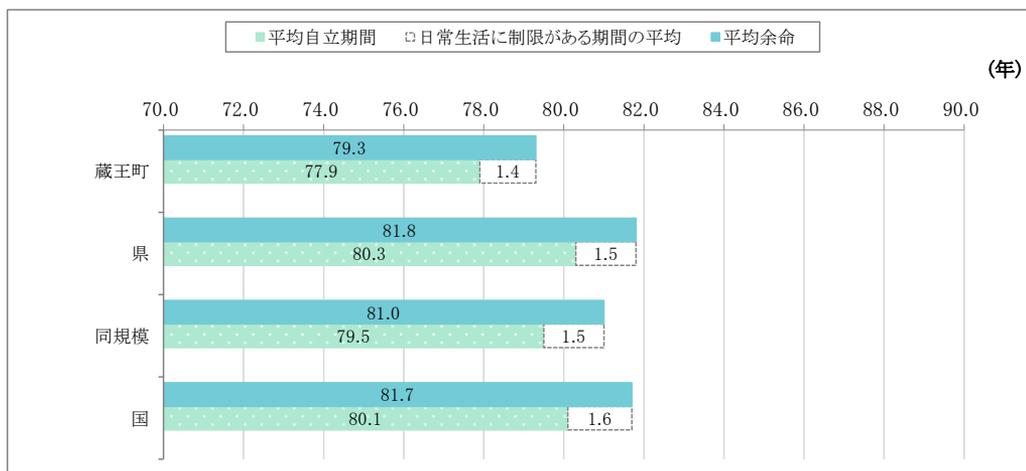
平均余命と平均自立期間

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。本町の男性の平均余命は79.3年、平均自立期間は77.9年である。日常生活に制限がある期間の平均は1.4年で、国の1.6年よりも短い傾向にある。本町の女性の平均余命は87.7年、平均自立期間は84.4年である。日常生活に制限がある期間の平均は3.3年で、国の3.4年よりも短い傾向にある。

【参考】平均余命と平均自立期間について



(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」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。男性における令和4年度の平均自立期間77.9年は平成30年度78.4年から0.5年短縮している。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84.2年から0.2年延伸している。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	79.6	78.4	1.2	86.7	84.2	2.5
平成31年度	79.7	78.4	1.3	88.0	84.9	3.1
令和2年度	79.4	78.0	1.4	88.3	85.1	3.2
令和3年度	78.8	77.4	1.4	87.4	84.4	3.0
令和4年度	79.3	77.9	1.4	87.7	84.4	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」

医療基礎情報

以下は、本町の令和4年度における、医療基礎情報を示したものである。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	歳王町	県	同規模	国
受診率(千人当たり)	734.2	761.0	730.3	705.4
一件当たり医療費(円)	39,730	38,930	41,970	39,080
一般(円)	39,730	38,930	41,970	39,080
退職(円)	0	53,360	21,200	67,230
外来				
外来費用の割合	64.0%	61.0%	57.0%	60.4%
外来受診率(千人当たり)	715.4	742.1	708.1	705.4
一件当たり医療費(円)	26,080	24,460	24,690	24,220
一人当たり医療費(円) ※	18,660	18,510	17,480	16,660
一日当たり医療費(円)	19,160	17,410	17,320	16,390
一件当たり受診回数	1.4	1.4	1.4	1.5
入院				
入院費用の割合	36.0%	38.7%	43.0%	39.6%
入院率(千人当たり)	18.8	19.0	22.2	17.7
一件当たり医療費(円)	560,550	604,740	592,330	617,950
一人当たり医療費(円) ※	10,510	11,480	13,170	10,920
一日当たり医療費(円)	39,990	39,180	35,450	39,370
一件当たり在院日数	14.0	15.4	16.7	15.7

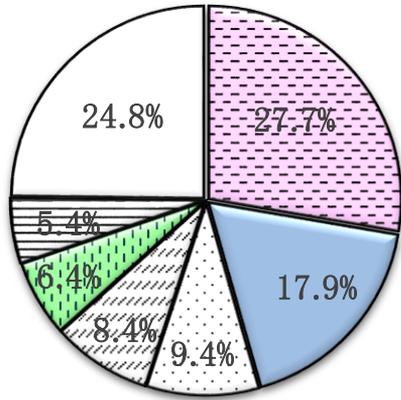
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「新生物」が最も高く、27.7%を占めている。

大分類別医療費構成比 (入院) (令和4年度)



- 新生物<腫瘍>
- 循環器系の疾患
- 精神及び行動の障害
- 消化器系の疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 神経系の疾患
- その他

※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	
	大分類	構成比 (%)	中分類	構成比 (%)	細小分類	構成比 (%)
1	新生物<腫瘍>	27.7%	その他の悪性新生物<腫瘍>	13.4%	卵巣腫瘍(悪性)	2.5%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.7%	前立腺がん	2.2%
			膀胱がん	2.0%		
			肺がん	4.7%		
	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.1%				
2	循環器系の疾患	17.9%	その他の心疾患	8.2%	不整脈	3.7%
			その他の循環器系の疾患	3.5%	心臓弁膜症	1.5%
			虚血性心疾患	2.4%	大動脈瘤	1.2%
					心筋梗塞	1.6%
3	精神及び行動の障害	9.4%	統合失調病、統合失調病型障害及び妄想性障害	7.1%	統合失調病	7.1%
			気分(感情)障害	2.3%		
			神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.1%		
					うつ病	2.3%
4	消化器系の疾患	8.4%	その他の消化器系の疾患	3.3%	逆流性食道炎	0.4%
					腸閉塞	0.3%
			胆石症及び胆のう炎	2.3%	大腸ポリープ	0.2%
					胆石症	1.8%
			1.6%	慢性膵炎	0.7%	

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

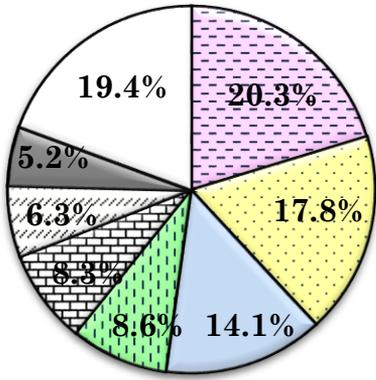
生活習慣病等疾病別医療費統計(入院) (令和4年度)

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	5,119,820	1.4%	5	12	1.9%	4	426,652	7
高血圧症	722,500	0.2%	9	6	0.9%	6	120,417	10
脂質異常症	127,730	0.0%	11	2	0.3%	9	63,865	11
高尿酸血症	0	0.0%	12	0	0.0%	12	0	12
脂肪肝	347,860	0.1%	10	1	0.2%	11	347,860	9
動脈硬化症	0	0.0%	12	0	0.0%	12	0	12
脳出血	1,311,910	0.4%	8	2	0.3%	9	655,955	4
脳梗塞	3,925,040	1.1%	6	9	1.4%	5	436,116	6
狭心症	1,926,700	0.5%	7	3	0.5%	8	642,233	5
心筋梗塞	5,916,120	1.6%	4	5	0.8%	7	1,183,224	1
がん	99,760,190	27.7%	1	152	23.6%	1	656,317	3
筋・骨格	23,164,560	6.4%	3	30	4.7%	3	772,152	2
精神	34,054,440	9.4%	2	85	13.2%	2	400,640	8
その他(上記以外のもの)	184,058,850	51.1%		336	52.3%		547,794	
合計	360,435,720			643			560,553	

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)」

令和4年度の外来医療費では、「新生物」が最も高く、20.3%を占めている。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



- 新生物<腫瘍>
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 循環器系の疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 尿路性器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- その他

※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	20.3%	その他の悪性新生物	11.6%	喉頭がん	2.6%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.6%	前立腺がん	1.5%
					腎臓がん	1.3%
					肺がん	2.6%
乳房の悪性新生物	1.7%	乳がん	1.7%			
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	17.8%	糖尿病	12.7%	糖尿病	12.2%
					糖尿病網膜症	0.5%
			脂質異常症	3.6%	脂質異常症	3.6%
					その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.9%
3	循環器系の疾患	14.1%	高血圧性疾患	7.7%	高血圧症	7.7%
					その他の心疾患	4.9%
			虚血性心疾患	0.7%	狭心症	0.4%
					関節疾患	3.6%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.6%	炎症性多発性関節障害	3.7%	痛風・高尿酸血症	0.1%
					骨の密度及び構造の障害	1.4%
			関節症	1.4%	関節疾患	1.4%

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」

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	79,321,660	12.5%	2	2,740	11.2%	2	28,950	3
高血圧症	48,590,280	7.7%	4	3,549	14.5%	1	13,691	11
脂質異常症	22,964,950	3.6%	5	1,702	6.9%	4	13,493	12
高尿酸血症	608,170	0.1%	10	55	0.2%	9	11,058	13
脂肪肝	958,060	0.2%	9	53	0.2%	10	18,077	9
動脈硬化症	413,420	0.1%	12	24	0.1%	11	17,226	10
脳出血	40,880	0.0%	13	2	0.0%	13	20,440	7
脳梗塞	1,620,090	0.3%	8	73	0.3%	8	22,193	5
狭心症	2,775,940	0.4%	7	125	0.5%	7	22,208	4
心筋梗塞	522,680	0.1%	11	18	0.1%	12	29,038	2
がん	128,800,790	20.3%	1	922	3.8%	6	139,697	1
筋・骨格	54,278,390	8.6%	3	2,587	10.6%	3	20,981	6
精神	21,477,960	3.4%	6	1,119	4.6%	5	19,194	8
その他(上記以外のもの)	271,536,660	42.8%		11,552	47.1%		23,506	
合計	633,909,930			24,521			25,852	

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	84,441,480	8.5%	2	2,752	10.9%	2	30,684	7
高血圧症	49,312,780	5.0%	5	3,555	14.1%	1	13,871	11
脂質異常症	23,092,680	2.3%	6	1,704	6.8%	4	13,552	12
高尿酸血症	608,170	0.1%	12	55	0.2%	9	11,058	13
脂肪肝	1,305,920	0.1%	11	54	0.2%	10	24,184	9
動脈硬化症	413,420	0.0%	13	24	0.1%	11	17,226	10
脳出血	1,352,790	0.1%	10	4	0.0%	13	338,198	1
脳梗塞	5,545,130	0.6%	8	82	0.3%	8	67,624	4
狭心症	4,702,640	0.5%	9	128	0.5%	7	36,739	6
心筋梗塞	6,438,800	0.6%	7	23	0.1%	12	279,948	2
がん	228,560,980	23.0%	1	1,074	4.3%	6	212,813	3
筋・骨格	77,442,950	7.8%	3	2,617	10.4%	3	29,592	8
精神	55,532,400	5.6%	4	1,204	4.8%	5	46,123	5
その他(上記以外のもの)	455,595,510	45.8%		11,888	47.2%		38,324	
合計	994,345,650			25,164			39,515	

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)」

要介護認定状況に係る分析

(1) 要介護度別被保険者数

以下は、蔵王町国民健康保険における、要介護度別被保険者数を示したものである。要介護認定者数は50人で、要介護認定状況が確認できた40歳以上の被保険者の1.9%を占めている。

年齢階層別 要介護度別被保険者数

年齢階層	非該当	要介護認定	要介護認定							不明	合計
			要支援		要介護						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
40歳～44歳	134	1	0	0	0	0	0	1	0	0	135
45歳～49歳	137	1	0	0	0	0	0	1	0	0	138
50歳～54歳	146	1	0	1	0	0	0	0	0	0	147
55歳～59歳	169	1	0	0	1	0	0	0	0	0	170
60歳～64歳	291	2	0	2	0	0	0	0	0	0	293
65歳～69歳	614	17	1	1	4	2	5	2	2	0	631
70歳～	1,072	27	0	4	7	5	6	2	3	0	1,099
合計	2,563	50	1	8	12	7	11	6	5	0	2,613

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。対象年齢は40歳以上。

被保険者の資格情報は令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

介護データの期間内で資格が確認できた最終年月の要介護度で集計している(介護データの期間内で資格が確認できた最終年月において、要介護認定者ではない被保険者は「非該当」とする。以下同じ。)。介護データの期間内に資格が確認できない被保険者が存在した場合、その要介護度は「不明」とする。

(2) 要介護度別医療費の状況

以下は、要介護度別医療費の状況について示したものである。

要介護度別 医療費統計

要介護度	被保険者数(人) ※	医療費(円) ※	患者数(人) ※	被保険者一人当たりの医療費(円)	患者一人当たりの医療費(円)
非該当	2,575	858,266,270	2,120	333,307	404,843
該当	76	49,963,510	73	657,415	684,432
要支援	要支援1	1	95,470	1	95,470
	要支援2	18	6,305,550	17	350,308
要介護	要介護1	16	9,364,440	16	585,278
	要介護2	14	9,233,360	13	659,526
	要介護3	17	8,956,120	16	526,831
	要介護4	12	14,063,100	11	1,171,925
	要介護5	8	1,945,470	8	243,184
不明		0	0		
合計	2,613	908,229,780	2,161	347,581	420,282

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)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※被保険者数…要介護度別延べ人数。各人が介護データの期間内に該当した全ての要介護度において、それぞれ一人として集計する(介護データの期間内で要介護認定者ではない年月が存在した場合、当該年月の要介護度を「非該当」とする。以下同じ。)。要介護度の変更により、一人の被保険者が複数の要介護度に該当するため、要介護度別の被保険者数の和は、被保険者数合計とは必ずしも一致しない。

※医療費…診療年月時点の要介護度で集計している。介護データの期間外に発生したレセプトの集計結果は「不明」に分類する。

※患者数…診療年月時点の要介護度で集計している。介護データの期間外に発生したレセプトの集計結果は「不明」に分類する。要介護度の変更により、一人の患者が複数の要介護度に該当するため、要介護度別の患者数の和は、患者数合計とは必ずしも一致しない。

(3) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものである。疾病では心臓病60.2%、高血圧症55.5%と多くなっている。

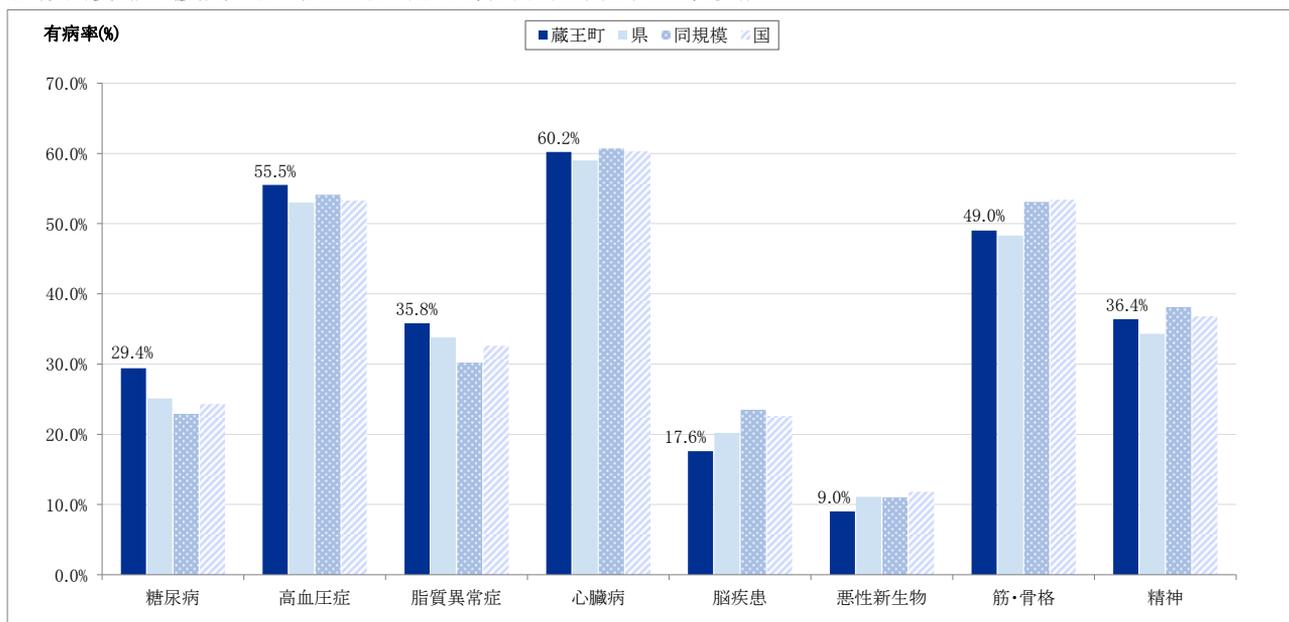
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	蔵王町	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	792		126,301		125,270		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	250	32,641	6	29,521	7	1,712,613	6
	有病率	29.4%	25.1%	6	22.9%	7	24.3%	6
高血圧症	実人数(人)	451	68,483	2	69,159	2	3,744,672	3
	有病率	55.5%	53.0%	2	54.1%	2	53.3%	3
脂質異常症	実人数(人)	287	43,919	5	39,076	5	2,308,216	5
	有病率	35.8%	33.8%	5	30.2%	5	32.6%	5
心臓病	実人数(人)	492	76,256	1	77,477	1	4,224,628	1
	有病率	60.2%	59.0%	1	60.7%	1	60.3%	1
脳疾患	実人数(人)	131	25,789	7	29,613	6	1,568,292	7
	有病率	17.6%	20.2%	7	23.5%	6	22.6%	7
悪性新生物	実人数(人)	74	14,584	8	14,238	8	837,410	8
	有病率	9.0%	11.1%	8	11.0%	8	11.8%	8
筋・骨格	実人数(人)	415	62,389	3	67,887	3	3,748,372	2
	有病率	49.0%	48.3%	3	53.1%	3	53.4%	2
精神	実人数(人)	305	44,118	4	48,712	4	2,569,149	4
	有病率	36.4%	34.3%	4	38.1%	4	36.8%	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」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものである。糖尿病は割合が増加傾向であるが、他は概ね低下傾向である。

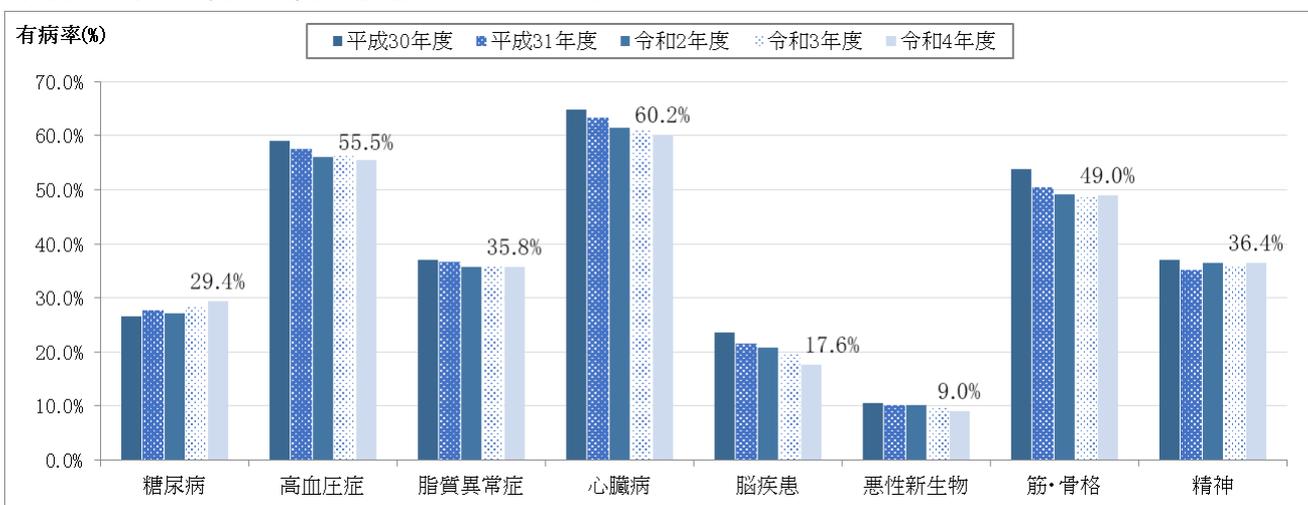
年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	蔵王町									
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位
認定者数(人)	725		748		780		787		792	
糖尿病	実人数(人)	187	200	225	223	250				
	有病率(%)	26.6%	27.6%	27.2%	28.4%	29.4%				
高血圧症	実人数(人)	428	422	453	448	451				
	有病率(%)	59.1%	57.6%	56.1%	56.2%	55.5%				
脂質異常症	実人数(人)	264	276	290	282	287				
	有病率(%)	37.0%	36.6%	35.8%	35.8%	35.8%				
心臓病	実人数(人)	469	465	489	487	492				
	有病率(%)	64.8%	63.3%	61.5%	60.9%	60.2%				
脳疾患	実人数(人)	168	165	170	152	131				
	有病率(%)	23.6%	21.6%	20.7%	19.6%	17.6%				
悪性新生物	実人数(人)	74	74	86	78	74				
	有病率(%)	10.5%	10.2%	10.1%	9.6%	9.0%				
筋・骨格	実人数(人)	377	365	391	381	415				
	有病率(%)	53.8%	50.5%	49.2%	48.5%	49.0%				
精神	実人数(人)	264	266	298	293	305				
	有病率(%)	37.0%	35.1%	36.4%	35.7%	36.4%				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

第3章 前期計画の事業分析考察

1. 各事業の達成状況

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ある。

No	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
1	特定健康診査受診勧奨事業	H30～R5	特定健康診査の受診率向上	特定健康診査を受けていない者を対象者とし、特定健康診査の受診を促す。対象者を特定し、受診勧奨通知書を作成し、郵送する。通知後に対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認する。
2	特定保健指導事業	H30～R5	生活習慣病該当者及び予備群の減少	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を家庭訪問や面接、電話等で行う。指導対象者に対して適切な保健指導を行う。指導後に健康診査データより検査値の推移を確認する。
3	健診異常値放置者受診勧奨事業	H30～R5	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。健診異常値放置者に医療機関受診勧奨通知書を作成し、郵送する。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。
4	糖尿病性腎症重症化予防事業	未実施	糖尿病性腎症患者及び初期患者の病期進行阻止	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6カ月間の面接指導と電話指導を行う。発症予防として血糖値改善のための健康相談や健康教育の機会を提供する。指導対象者に対して適切な保健指導を行う。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。生活習慣について学習する機会を提供する。

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

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%	4
対象者の特定健康診査受診率 特定健康診査受診率	未実施 40.9%	42% 45%	未実施 43.2%	
対象者の指導実施率	11.3%	25% 以上	52.7%	5
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	不明 8.3%減少	70% 5% 減少	58.7% (食習慣) 9.9%減少	
対象者への通知率	不明	100%	100%	4
対象者の医療機関受診率 健診異常値放置者	68.7% 不明	50% 10% 減少	73.7% 5.4% 減少	
指導対象者の指導実施率	未実施	10%	未実施	1
指導完了者の生活習慣改善率	未実施	50%	未実施	
指導完了者の検査値改善率 指導完了者の新規人口透折患者割合	未実施 未実施	50% 50%	未実施 未実施	

No	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
5	受診行動適正化 指導事業 (重複・頻回受診、 重複服薬)	R5(重複 服薬)	重複・頻回受診者数、 重複服薬者数の減少	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ための通知を送付する。指導対象者に対して適切な保健指導を行うための通知書を作成し、郵送する。通知後に指導対象者に対して適切な保健指導を行う。
6	ジェネリック医薬品 差額通知事業	H30～R5	ジェネリック医薬品 の普及率向上	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、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。

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
対象者への指導実施率	未実施	50%	未実施	1
指導完了者の受診行動適正化 重複・頻回受診者、重複服薬者	未実施 未実施	50% 25%減少	未実施 未実施	
対象者への通知率	100%	100%	100%	3
通知対象者のジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	(数量ベース) 不明	(数量ベース) 15%向上	(人数ベース) 5.7%向上	
ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	(数量ベース) 66.5%	(数量ベース) 80%	(数量ベース) 83.9%	

2. 各事業の実施内容と考察

①特定健康診査受診勧奨事業

事業目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	特定健康診査(集団)の未受診者
事業実施年度	平成30年～令和5年度
実施内容	特定健康診査(集団)の未受診者に対して、追加健診案内の通知を送付

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 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%	100%

アウトカム：特定健康診査受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 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		45%	45%	45%	45%	45%	45%
達成状況	40.9%	42.3%	42.7%	41.8%	43.4%	43.2%	

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)	特定健診未受診者への通知率は100%である。
	特定健診受診率は、微増しており、近年は維持状態にある。未受診者に対し、ナッジ理論を活用したハガキを送付しているが、今後は、更に未受診者の特性に合わせた内容での送付を検討している。
	また、健診対象者が国で定める対象者であるかを改めて確認し、対象者を絞り込み受診率が向上するように事務処理を行う。
	未受診者の中には、車いすを利用される方もいるため、令和5年度は、会場を蔵王町ふるさと文化会館に変更し、なおかつ、結核肺がん検診と同会場を実施することで、会場の往復や移動を最小限に抑え、受診率の向上を目指した。また、病院バス保有の医療機関では、病院バスを利用した健診も実施した。
	検査結果は、HbA1c有所見者が国と比較し多い状況が続いているため、保健事業として対策が必要である。

[参考資料]

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	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
特定健康診査対象者数(人)	2,834	2,896	2,842	2,652	2,650	2,597	2,556	2,495
特定健康診査受診者数(人)	1,325	1,222	1,092	1,025	1,037	1,030	1,094	1,077
特定健康診査受診率(%)※	46.8%	42.2%	38.4%	38.7%	39.1%	39.7%	42.8%	43.2%
受診率目標値(%)								

	平成28年度	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
特定健康診査対象者数(人)	2,390	2,308	2,186	2,142	2,161	2,156	2,052	
特定健康診査受診者数(人)	978	998	925	915	903	935	886	
特定健康診査受診率(%)※	40.9%	43.2%	42.3%	42.7%	41.8%	43.4%	43.2%	
受診率目標値(%)			45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%

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。

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	LDL	HDL	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	eGFR	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	120以上	40未満	5.6以上	130以上	85以上	60未満	
蔵王町	40歳～64歳	人数(人)	78	80	70	49	119	12	170	62	46	41
		割合(%)	31.1	31.9	27.9	19.5	47.4	4.8	67.7	24.7	18.3	16.3
	65歳～74歳	人数(人)	175	248	177	84	262	30	534	255	133	164
		割合(%)	27.6	39.1	27.9	13.2	41.4	4.7	84.1	40.1	20.9	25.9
	全体 40歳～74歳	人数(人)	253	328	247	133	381	42	704	317	179	205
		割合(%)	28.6	37.1	27.9	15.0	43.0	4.7	79.5	35.8	20.2	23.1
県	割合(%)	30.9	38.2	22.3	14.8	47.7	4.4	75.1	48.2	21.2	21.6	
国	割合(%)	26.9	34.9	21.1	14.0	50.1	3.8	58.2	48.3	20.7	21.8	

糖尿病の診断基準に用いるHbA1cの健診有所見者割合は、平成28年度も国と比較し高かったが、令和4年度も79.5%で、県75.1%や国58.2%と比較し高かった。令和4年度は非肥満高血糖は17.0%で、県15.1%、国9.0%と比較し多い状況が継続している。

人工透析導入の判断基準の1つであるeGFRの健診有所見者割合も23.1%で、県21.6%、国21.8%と比較し高かった。

質問票調査の状況等(令和4年度)

(%)

分類	質問内容	蔵王町	県	同規模	国
服 薬	服薬.高血圧症	38.3	39.9	39.5	36.8
	服薬.糖尿病	11.6	10.3	10.1	8.9
	服薬.脂質異常症	28.8	30.8	28.1	29.2
既往歴	既往歴.脳卒中	2.0	3.2	3.1	3.3
	既往歴.心臓病	4.5	6.9	6.0	5.7
	既往歴.慢性腎疾患・腎不全	0.5	0.9	0.9	0.8
	既往歴.貧血	11.4	12.2	8.9	10.7
喫 煙	喫煙	15.9	14.1	13.8	12.7
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.8	35.5	34.9	34.6
運 動	1回30分以上の運動習慣なし	62.1	61.9	64.7	59.3
	1日1時間以上運動なし	32.7	45.3	48.8	47.5
	歩行速度遅い	54.2	55.1	54.9	50.4
食 事	食べる速度が速い	24.5	24.1	26.2	26.4
	食べる速度が普通	68.4	67.7	65.8	65.7
	食べる速度が遅い	7.1	7.8	8.1	7.9
	週3回以上就寝前夕食	18.8	14.7	15.5	14.7
	週3回以上朝食を抜く	9.2	8.2	8.0	9.7
飲 酒	毎日飲酒	27.5	24.9	25.0	24.6
	時々飲酒	20.0	23.2	25.8	22.3
	飲まない	52.5	51.9	53.2	53.1
	1日飲酒量(1合未満)	51.8	60.2	60.4	65.6
	1日飲酒量(1~2合)	33.6	26.4	26.4	23.1
	1日飲酒量(2~3合)	12.6	11.1	10.3	8.8
	1日飲酒量(3合以上)	2.0	2.3	2.9	2.5
睡 眠	睡眠不足	28.5	26.1	24.5	24.9
生活習慣 改善意欲	改善意欲なし	28.1	27.0	32.0	27.5
	改善意欲あり	30.9	25.5	28.3	28.0
	改善意欲ありかつ始めている	13.9	13.4	12.5	14.0
	取り組み済み6ヶ月未満	9.3	9.8	8.2	9.0
	取り組み済み6ヶ月以上	17.9	24.3	19.1	21.6
	保健指導利用しない	62.8	66.1	64.7	62.7
咀 嚼	咀嚼.何でも	73.1	77.2	76.9	79.0
	咀嚼.かみにくい	26.0	22.1	22.2	20.2
	咀嚼.ほとんどかめない	0.9	0.7	0.9	0.8
間 食	3食以外間食.毎日	15.3	19.7	21.7	21.7
	3食以外間食.時々	63.6	59.1	57.3	57.5
	3食以外間食.ほとんど摂取しない	21.1	20.9	21.1	20.8
健 診	HbA1c6.5%以上(R3年度)	12.9	12.2	—	—
	非肥満高血糖	17.0	15.1	11.0	9.0
	受診勧奨者医療機関受診率	44.8	50.0	52.6	52.0
	未治療率	7.6	7.0	7.6	5.7

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」等

②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	国が定める特定保健指導対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を家庭訪問や面接、電話等で行う。指導対象者に対して適切な保健指導を行う。指導後に健康診査データより検査値の推移を確認する。

【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（評価指標）

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		25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上
達成状況	11.3%	57.7%	59.2%	67.2%	60.7%	52.7%	

アウトカム：指導完了者の生活習慣改善率（評価指標）食習慣で記載

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		70%	70%	70%	70%	70%	70%
達成状況	不明	55.8%	60.0%	62.2%	70.3%	58.7%	

アウトカム：積極的支援及び動機付け支援対象者（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		5%減少	5%減少	5%減少	5%減少	5%減少	5%減少
達成状況	8.3%減少	13.3%減少	5.1%減少	9.2%減少	1.7%減少	9.9%減少	

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）

対象者に対する実施率は常に県内上位で令和2年度は県内2位であった。要因として健診当日に特定保健指導の初回面接の一部を実施したことや、実績ある業者に委託したことが考えられる。また、委託の際に専門職を保健師と管理栄養士に限定したり、参加者が支援方法を選ぶことができるように、家庭訪問や面接や集団指導や電話支援を用意することで、参加者増加に繋がったと分析した。しかし、申ししながら仕事が忙しく参加できない方、参加途中で仕事に呼ばれる方もおり、忙しい方に参加いただくために環境を整えることが課題である。忙しい方に参加いただきやすいように、ICTを支援ツールに取り入れ、リモートでの面接等を取り入れていくことも検討していく。

[参考資料]

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	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
特定保健指導対象者数(人)	308	265	233	231	233	211	213	193
特定保健指導利用者数(人)	64	50	34	39	54	63	48	25
特定保健指導実施者数(人) ※	64	49	34	31	46	58	48	25
特定保健指導実施率(%)※	20.8%	18.5%	14.6%	13.4%	19.7%	27.5%	22.5%	13.0%
実施率目標値(%)								
	平成28年度	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
特定保健指導対象者数(人)	177	158	137	130	119	117	112	
特定保健指導利用者数(人)	23	67	89	76	81	72	61	
特定保健指導実施者数(人) ※	20	65	79	77	80	71	59	
特定保健指導実施率(%)※	11.3%	41.1%	57.7%	59.2%	67.2%	60.7%	52.7%	
実施率目標値(%)			25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

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。

積極的支援実施状況

	平成20年度	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
積極的支援対象者数(人)	142	120	114	94	95	77	69	60
積極的支援利用者数(人)	18	16	11	11	22	17	7	3
積極的支援実施者数(人)※	18	15	11	3	14	15	7	3
積極的支援実施率(%)※	12.7%	12.5%	9.6%	3.2%	14.7%	19.5%	10.1%	5.0%

	平成28年度	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
積極的支援対象者数(人)	54	52	43	37	25	33	31	
積極的支援利用者数(人)	4	18	24	14	13	19	13	
積極的支援実施者数(人)※	3	16	18	13	12	18	11	
積極的支援実施率(%)※	5.6%	30.8%	41.9%	35.1%	48.0%	54.5%	35.5%	

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。

動機付け支援実施状況

	平成20年度	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
動機付け支援対象者数(人)	166	145	119	137	138	134	144	133
動機付け支援利用者数(人)	46	34	23	28	32	46	41	22
動機付け支援実施者数(人)※	46	34	23	28	32	43	41	22
動機付け支援実施率(%)※	27.7%	23.4%	19.3%	20.4%	23.2%	32.1%	28.5%	16.5%

	平成28年度	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
動機付け支援対象者数(人)	123	106	94	93	94	84	81	
動機付け支援利用者数(人)	19	49	65	62	68	53	48	
動機付け支援実施者数(人)※	17	49	61	64	68	53	48	
動機付け支援実施率(%)※	13.8%	46.2%	64.9%	68.8%	72.3%	63.1%	59.3%	

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。

③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	特定健康診査(集団)で血圧(収縮期血圧 ≥ 160 mmHgまたは拡張期血圧 ≥ 100 mmHg)、血糖(HbA1c6.5%以上)、脂質異常(LDLコレステロール ≥ 180 mg/dL以上または中性脂肪 $\geq 1,000$ mg/dL以上)
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の結果により仙南地域医療対策委員会作成の受診勧奨通知を健診結果に同封する。通知後に医療機関受診状況を確認。受診しない対象者に面接を行う。

【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(評価指標)

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	不明	100%	100%	100%	100%	100%	/

アウトカム：対象者の医療機関受診率(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	/	50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	68.7%	83.5%	67.1%	75.1%	66.0%	73.7%	/

アウトカム：健診異常値放置者(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	/	10%減少	10%減少	10%減少	10%減少	10%減少	10%減少
達成状況	不明	不明	5.6%減少	6.9%減少	7.7%減少	5.4%減少	/

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

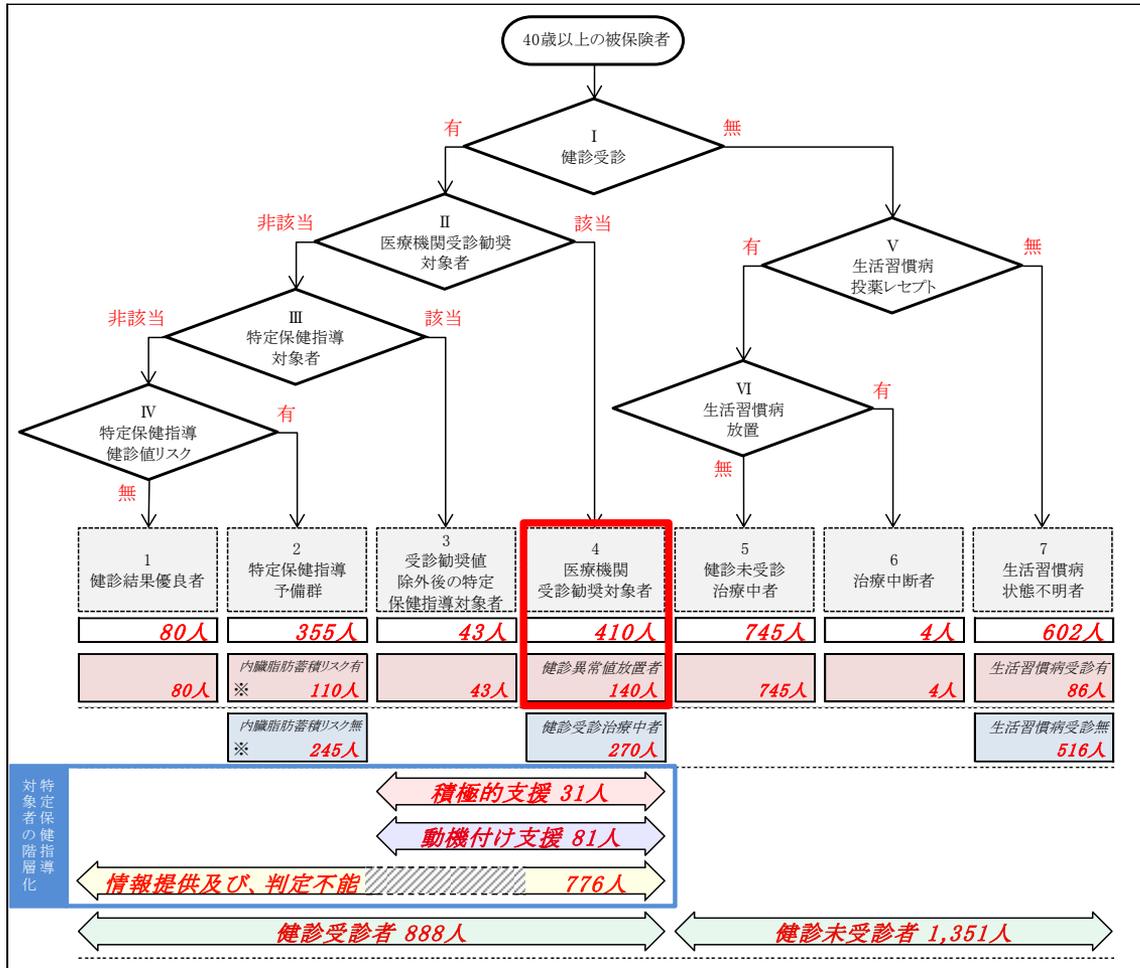
(成功・未達
要因)

仙南地域医療対策委員会作成の受診勧奨通知を特定健康診査結果通知に同封し、受診状況をレセプトで調べることで、必要な医療に繋がった方が7割程度いたことが確認できた。これにより、健診異常値放置者が減少しているものと推測される。さらに、令和5年度は面接も実施し、受診しなかった理由を分析し、本人が受診が必要であることを認識していなかった現状が浮き彫りになった。

仙南地域医療対策委員会作成の通知はこのまま継続する。通知後、医療機関未受診の方に、次年度の特定健康診査会場で医療専門職(管理栄養士・保健師等)が個別面接し、医療機関へ受診勧奨を行う。

[参考資料]

健康診査及びレセプトによる指導対象者群分析



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 各フローの詳細については巻末資料「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。

I. 条件設定による指導対象者の特定		条件設定による指導対象者の特定(健診異常値放置)	
・健診異常値放置者 …健診受診後、医療機関へ受診していない人 厚生労働省受診勧奨判定値以上の検査数値のある人を対象とする			
条件設定により対象となった候補者数		140人	
II. 除外設定			
除外設定(健診異常値放置)		除外理由別人数	
除外	がん、精神疾患、難病、認知症 ※ 人工透析	32人	
除外患者を除いた候補者数		108人	

④糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症患者及び初期患者の病期進行阻止
対象者	未検討
事業実施年度	未実施
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6カ月間の面接指導と電話指導を行う。発症予防として血糖値改善のための健康相談や健康教育の機会を提供する。指導対象者に対して適切な保健指導を行う。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、定期的な通院等を確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：指導対象者の指導実施率(評価指標)

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		10%	10%	10%	10%	10%	10%
達成状況	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

アウトカム：①指導完了者の生活習慣改善率②指導完了者の検査値改善率(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		50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

アウトカム：指導完了者の新規人口透析患者割合(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		0%	0%	0%	0%	0%	0%
達成状況	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

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)	<p>事業は実施できなかった。要因は計画どおりの内容を委託すると多くの経費がかかり事業を予算化できなかったことによる。しかし、保健福祉課の一般住民向け（ポピュレーションアプローチ）事業として、運動セミナー等を実施できた。結果、人工透析者はH28年度12名(町民全体30名)から令和4年度8名に減少し、医療費は一人年間500万円とした場合、1年で2,000万円の削減となった。引き続き、糖尿病対策を重要項目とし重症化予防事業として展開する必要がある。</p> <p>指導よりも治療中断者対策に着目し事業を展開することで、少ない予算と従事者数で実施できるのではないかと検討している。</p>
------------------------	---

[参考資料]

透析のレセプト分析(併存している疾患の状況)

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
20歳代以下	333	164	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	178	79	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	227	104	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	282	160	1	0.4%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
60歳～64歳	273	193	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
65歳～69歳	612	564	4	0.7%	4	100.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%	
70歳～74歳	870	876	3	0.3%	3	100.0%	2	66.7%	2	66.7%	1	33.3%	
全体	2,775	2,140	8	0.3%	8	100.0%	3	37.5%	3	37.5%	3	37.5%	
再掲	40歳～74歳	2,264	1,897	8	0.4%	8	100.0%	3	37.5%	3	37.5%	3	37.5%
再掲	65歳～74歳	1,482	1,440	7	0.5%	7	100.0%	3	42.9%	2	28.6%	2	28.6%

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
65歳～69歳	1	25.0%	4	100.0%	2	50.0%	4	100.0%	3	75.0%	3	75.0%	
70歳～74歳	1	33.3%	3	100.0%	1	33.3%	3	100.0%	1	33.3%	1	33.3%	
全体	2	25.0%	8	100.0%	3	37.5%	8	100.0%	4	50.0%	4	50.0%	
再掲	40歳～74歳	2	25.0%	8	100.0%	3	37.5%	8	100.0%	4	50.0%	4	50.0%
再掲	65歳～74歳	2	28.6%	7	100.0%	3	42.9%	7	100.0%	4	57.1%	4	57.1%

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)

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(%)
蔵王町	2,775	8	0.29%
県	437,688	1,929	0.44%
同規模	440,282	1,701	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」

年度別 透析患者数及び医療費の状況等

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	9	69,102,200	7,678,022
平成31年度	11	65,555,530	5,959,594
令和2年度	11	80,224,870	7,293,170
令和3年度	11	74,373,530	6,761,230
令和4年度	8	45,062,090	5,632,761

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。

⑤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	(重複服薬者)6剤以上重複服薬者中、がん、精神疾患、難病、認知症を除いた方
事業実施年度	(重複服薬者)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、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ための通知を送付する。指導対象者に対して適切な保健指導を行うための通知書を作成し郵送する。通知後に指導対象者に対して適切な保健指導を行う。

【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(評価指標)

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%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

アウトカム：指導完了者の受診行動適正化(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		50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

アウトカム：重複・頻回受診者、重複服薬者(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		25%減少	25%減少	25%減少	25%減少	25%減少	25%減少
達成状況	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	

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)	令和4年度までは実施できなかったが、令和5年度のみ多剤重複服薬者149名中、がん、精神疾患、難病、認知症を除いた方に通知を送付したが、保健指導は実施しなかった。
	指導する専門職の確保が難しいため、指導よりも重複多剤服薬者に対する通知に特化し「お薬手帳を1冊にまとめる」「お薬手帳を病院や薬局で見せる」ことを周知することで、少ない予算で実施できるのではないかと検討している。
	頻回受診要因の上位疾患は「筋骨格系及び結合組織の疾患、精神及び行動の障害、新生物」の分類の疾患が多く、事業を展開しても効果が少ないと想定される。

[参考資料]

以下のとおり頻回受診者数を集計した。ひと月平均6人程度の頻回受診者が確認できる。12カ月間の延べ人数は68人、実人数は24人である

頻回受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
頻回受診者数(人) ※	4	5	6	3	5	4	6	4	6	6	7	12
データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。 資格確認日…令和5年3月31日時点。 ※頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を 対象とする。透析患者は対象外とする。										12カ月間の延べ人数	68人	
										12カ月間の実人数	24人	

以下のとおり重複服薬者数を集計した。ひと月平均7人程度の重複服薬者が確認できる。12カ月間の延べ人数は80人、実人数は41人である。重複処方是对被保険者1万人当たり53人、多剤処方は対被保険者1万人当たり12人である。

重複服薬者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人) ※	7	5	3	7	4	6	9	9	9	5	8	8
データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。 資格確認日…令和5年3月31日時点。 ※重複服薬者数…1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、 同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。										12カ月間の延べ人数	80人	
										12カ月間の実人数	41人	

頻回受診要因別主な上位疾病

順位	病名	分類	割合(%)
1	腰部脊柱管狭窄症	筋骨格系及び結合組織の疾患	30.9%
2	変形性膝関節症	筋骨格系及び結合組織の疾患	20.6%
3	統合失調感情障害	精神及び行動の障害	8.8%
4	統合失調症	精神及び行動の障害	7.4%
5	腰部神経根炎	筋骨格系及び結合組織の疾患	4.4%
6	乳癌	新生物<腫瘍>	2.9%
7	前立腺癌	新生物<腫瘍>	2.9%
8	器質性精神障害	精神及び行動の障害	2.9%
9	うつ病	精神及び行動の障害	2.9%
10	腰椎症	筋骨格系及び結合組織の疾患	2.9%

重複服薬要因別主な上位薬品

順位	薬品名 ※	効能	割合(%)
1	デバマス錠1mg	精神神経用剤	11.5%
2	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	高脂血症用剤	7.9%
3	クラリス錠200 200mg	主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	4.6%
4	フェブリック錠10mg	痛風治療剤	4.1%
5	オングリザ錠5mg	糖尿病用剤	4.1%
6	フォシーガ錠5mg	糖尿病用剤	3.6%
7	トラムセット配合錠	解熱鎮痛消炎剤	3.1%
8	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	その他のアレルギー用薬	2.8%
9	カロナル錠500 500mg	解熱鎮痛消炎剤	2.5%
10	ザクルス配合錠HD	血圧降下剤	2.5%

※薬品名…重複服薬と判定された同系の医薬品の中で、最も多く処方された薬品名。

⑥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	35歳以上で1薬剤あたり300円以上差額が出る方か、1被保険者あたり300円以上差額がでる方。
事業実施年度	平成30年～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(評価指標)

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%	100%

アウトカム：通知対象者のジェネリック医薬品(評価指標)数量ベースでなく人数ベースで評価

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	/	普及率(数量ベース)15%向上	普及率(数量ベース)15%向上	普及率(数量ベース)15%向上	普及率(人数ベース)	普及率(人数ベース)	普及率(数量ベース)15%向上
達成状況	未実施	不明	不明	不明	1.41%	5.71%	/

アウトカム：ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)(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	/	80%	80%	80%	80%	80%	80%
達成状況	66.5%(数量)	不明	不明	82.7%	82.9%	83.9%	/

事業全体の評価

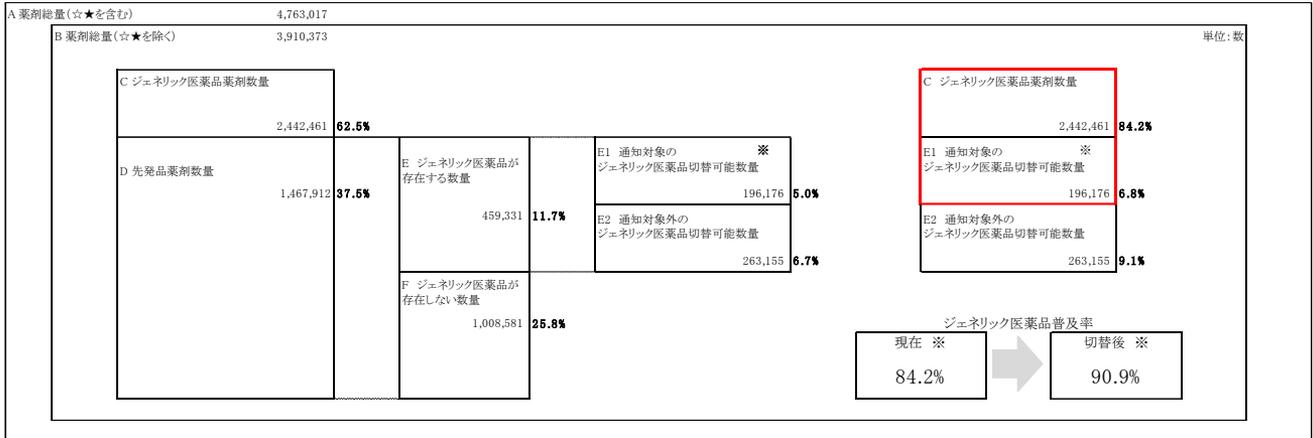
- 5: 目標達成
- 4: 改善している
- 3: 横ばい
- 2: 悪化している
- 1: 評価できない

考察
(成功・未達要因)

国保連主導で通知を年2回行った。ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)では目標を達成できた。しかし、達成通知対象者の普及率を数量ベースで評価できなかったため、国に報告する人数ベースで記載した。
評価指標を、国に報告する値を採用し、継続実施する。

[参考資料]

ジェネリック医薬品への切り替えポテンシャル(数量ベース)



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

☆…厚生労働省指定薬剤のうち、後発医薬品がある先発医薬品で後発医薬品と同額または薬価が低いもの。

★…厚生労働省指定薬剤のうち、後発医薬品で先発医薬品と同額または薬価が高いもの。

※Eのうち通知対象のジェネリック医薬品切替可能数量…株式会社データホライゾン通知対象薬剤基準による(ジェネリック医薬品が存在しても、入院、処置に使用した医薬品及び、がん・精神疾患・短期処方等、通知対象として不適切な場合は含まない)。

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

※切替後のジェネリック医薬品普及率…(C ジェネリック医薬品薬剤数量+E1 通知対象のジェネリック医薬品切替可能数量)/(C ジェネリック医薬品薬剤数量+E 先発品薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在する数量)

第4章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題に対する目的目標を示したものである。

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
健康改善意識が低い <ul style="list-style-type: none"> 健康診査の質問票より、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は28.1%。 メタボとメタボ予備群の該当者は年々増加し令和4年度は35.1%。 	5	①
生活習慣病等・健康状態確認機会が少ない(特定健康診査受診率が低い) <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の受診率は横ばいであり令和4年度は43.2%で、県内35市町村中で29位と平均を下回っている。 特定健康診査でHbA1c有所見者割合は79.5%となっているおり、県75.1%、国58.2%と比較し高い。 	4	②③④
糖尿病の医療費割合が高く、特定健康診査での受診勧奨者も多い <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の医療費割合が8.5%(2位)。 特定健康診査でのHbA1c6.5以上12.9%。 	3	②⑥
生活習慣病等の病院未受診者・治療中断者が多い <ul style="list-style-type: none"> 健診で受診勧奨になった方の医療機関受診率は44.8%で県50.0%、国52.7%よりも低い。 糖尿病性腎症の治療中断者26名。人工透析者8名中7名が糖尿病患者。人工透析患者一人当たりの医療費は年5,632,761円。 	2	⑤⑥
脳血管疾患の死亡率が高く、レセプト1件当たりの医療費も高い <ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患の標準化死亡比(SMR) 男性131.4 女性145.3(R2)。 脳出血の医療費はレセプト1件当たり338,198円(1位)。 	1	⑦
適正服薬できていない患者がいる <ul style="list-style-type: none"> 重複処方(対被保険者1万人)53人。 多剤処方(対被保険者1万人)12人。 ジェネリック医薬品普及率83.9%。 	6	⑧⑨

データヘルス計画全体における目標	項目
健康づくりの推進 被保険者が、健診周知リーフレットや健診会場で蔵王町の健康特性に沿った健康情報を知ることができる。また、国保加入前の若い世代も健康情報を知ることができる。	A
特定健康診査の受診率向上、特定保健指導の終了率向上 被保険者が健康診査を受診し、自己の健康状態を知ることができる。被保険者が健診データ等から自分に必要な生活習慣改善の方法を知り、実践することができる。	B
重症化予防の推進 <ul style="list-style-type: none"> 健診で受診勧奨者になった方が、受診することができる。 医療を中断した方が必要な医療(治療)を再開できる。 	C
高齢者保健事業・介護予防一体的実施事業の推進 <ul style="list-style-type: none"> 国保被保険者は将来の後期高齢者医療被保険者であるので、切れ目ない保健事業を展開する。 	D
適正服薬の推進 <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。 	E

→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

データヘルス計画全体における目的	データヘルス計画全体における指標
<p>I. 被保険者が生活や仕事に生きがいや楽しみを持ちながら、人も自然も豊かな蔵王で暮らし続けるため、自らが疾病早期発見、疾病コントロールできることを目指す。</p> <p>II. 蔵王町国民健康保険として被保険者の健康を支えるため、安定した財政経営を支える歳出(医療費)の適正化、歳入(交付金等)の増加を図る。</p> <p>III. 後期高齢者医療の安定化を図るために、前期高齢者を含む国保健康事業と一体的に事業を展開するための調整を図る。</p>	<p>健康寿命延伸 (=平均自立期間延伸) 男性：77.9歳 女性：84.4歳 (R4：KDB)</p> <p>一人当たり医療費の縮小 382,689円 (R4)</p>

項目	アウトカム指標	計画策定時実績 2022年度(R4)	目標値	交付金等の 報告指標 (R5)
A	生活習慣の改善意欲がないと回答した割合(KDB)	28.1%	27.0%以下	—
B	特定健康診査受診率(法定報告)	43.2%	45%以上	○
B	特定保健指導終了率(法定報告)	52.7%	60%以上	○
A B	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(法定報告)	35.1%	32.0%以下 (長期総合計画値)	○
C	健診異常値(要医療)の受診者割合(仙南地对基準)	73.7%	75.0%以上	仙南地对指標
C	HbA1c7.0以上の割合(健診等データ管理システムから算出)	5.4%	5.0%以下	仙南地对指標 HbA1c6.5%
C	血圧160/100以上の割合(健診等データ管理システムから算出)	5.6%	5.6%以下	仙南地对指標
C	糖尿病性腎症の治療中断者の人(KDB)	26人	20人以下	○
C	2型糖尿病からの新規人工透析患者	令和4年度単年0人	令和6～10年 累計3名以下	—
C D	脳血管疾患標準化死亡比(SMR)	男性131.4(R2) 女性145.3(R2)	男性130未満 女性140未満	一体的実施事業 実施根拠
E	後発医薬品使用割合(数量) (国保総合システム)	83.9%	84.0%以上	○
E	重複投与者数(対被保険者1万人) (KDB)	53人	53人以下	○
E	多剤投与者数(対被保険者1万人) (KDB)	12人	12人以下	○

仙南地对＝仙南地域医療対策委員会



2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第2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
A-①	健康教育及び保健指導の動機付け事業	健診受診者に蔵王町の健康情報を提供し考える機会を提供する。腹囲又は体重が基準を超えている、メタボ予備群に生活習慣を考える機会を提供する。	継続
B-②	特定健康診査事業	特定健康診査事業実施し、自身の健康状態を確認する機会を提供する。	継続
B-③	特定健康診査未受診者対策事業	特定健康診査の集団健診未受診者に対して、受診勧奨を実施する。	継続
B-④	特定保健指導事業	特定健康診査の結果、国が定める特定保健指導の対象者に、国が定めるプログラムによる支援を実施する。	継続
C-⑤	受診勧奨判定者対策事業	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、医療機関への受診勧奨を実施する。	継続
C-⑥	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症リスク者の内、治療中断者に受診勧奨を行う。	新規
D-⑦	高齢者保健事業・介護予防一体的実施事業	国保被保険者と後期高齢者医療被保険者の健康問題を分析し、一体的に予防事業に取り組むことで、様々健康問題を早期に、各年代に則した事業を展開する。	新規
E-⑧	後発医薬品利用差額通知事業	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
E-⑨	適正服薬事業	重複多剤服用者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する。	継続

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりである。

事業番号：A-① 健康教育及び保健指導の動機付け事業【継続】

事業の目的	健診受診者(将来の国保加入者予備群の社保の方も含む)に蔵王町の健康情報を提供し考える機会を提供する。腹囲又は体重が基準を超えている、メタボ予備群に生活習慣を考える機会を提供する。
事業の目標	生活習慣の改善意欲がないと回答した割合の減少する。 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少する。
対象者	【情報提供】健康診査受診者。 【メタボ予防】特定健康診査で腹囲又は体重が基準を超えている方。
現在までの事業結果	外部委託にて実施。情報提供については令和5年度よりKDB分析結果をまとめたものを作成。

今後の目標

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)
プロセス	事業内容を網羅した委託契約と履行確認実施率	100%	100%					
ストラクチャー	契約内容と日程調整を含んだ打合せ記録作成率	100%	100%					
アウトプット(実施量・率)指標	対象者に対する実施割合	100%	100%					
アウトカム(成果)指標	生活習慣の改善意欲がないと回答した割合の減少	28.1%	27.0%以下					
アウトカム(成果)指標	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	35.1%	32.0%以下					

現在までの実施方法や実施体制

- ・委託にて実施。
- ・【情報提供】 集団健診受診者に健診会場で健康に関する資料を配布した。
- ・【メタボ予防】 特定健康診査(集団)受診者で腹囲又は体重が基準を超えている方に、健診当日動機付け指導を行った。

今後の実施方法や実施体制

- ・委託にて実施。
- ・【情報提供】 KDB分析を毎年実施し、その年度に情報提供したい内容を精査し資料作成を行う。資料配布対象者を特定健康診査のみならず、基本健康診査(19～39歳)の方も含め、広い世代に啓発普及を行う。
- ・【メタボ予防】 集団健康診査当日、特定保健指導の初回面接の一部として実施し、後日、特定保健指導対象外者を事業対象者として整理する。次年度特定保健指導の対象者とならないように、生活習慣を考える機会とする。

評価計画

- ・アウトカム指標「生活習慣の改善意欲がないと回答した割合の減少」は、特定健康診査の問診項目であり、KDBより確認する。
- ・アウトカム指標「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合」は法定報告値。指標は蔵王町長期総合計画と連動。

事業番号：B-② 特定健康診査事業【継続】

事業の目的	特定健康診査事業実施し、自身の健康状態を確認する機会を提供する。
事業の目標	特定健康診査受診率が向上する。
対象者	国が定める特定健康診査対象者。
現在までの事業結果	平成20年度より国が定める基準に沿って実施。

今後の目標

指標	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)
プロセス	事業内容を網羅した委託契約と履行確認実施率	100%	100%				
ストラクチャー	契約内容と日程調整を含んだ打合せ記録作成率	100%	100%				
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者に対する受診票発送率	100%	100%				
アウトカム (成果)指標	特定健康診査受診率	43.2%	45.0%以上				

現在までの実施方法や実施体制

- ・平成20年度から国が定める基準に沿って実施。会場は令和元年度まで小学校単位5地区で実施。令和2年度から新型コロナウイルス感染拡大のため地域福祉センターで実施(同日開催の結核肺がん検診は東庁舎で実施)。令和5年度から同日開催の結核肺がん検診も含めて同一会場の蔵王町ふるさと文化会館で実施。

今後の実施方法や実施体制

- ・実施方法は国の基準に準じる。
- ・委託にて実施。
- ・受診しやすいよう、土日祝日及び夜間健診、追加健診を実施する。また、集団健診と個別健診の両方を実施する。
- ・受診者の負担感を少なくするよう、健康診査の時期、場所等を毎年検討調整する。

評価計画

- ・アウトプット指標「対象者に対する受診票発送率」に国が定める対象外者は母数に含めない。
- ・アウトカム指標「特定健康診査受診率」は法定報告値。

事業番号：B-③ 特定健康診査未受診者対策事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の集団健診未受診者に対して、受診勧奨を実施する。
事業の目標	特定健康診査受診率が向上する。
対象者	国が定める特定健康診査対象者の内、特定健康診査の集団健診未受診者。
現在までの事業結果	毎年、追加健診案内の通知を送付。

今後の目標

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)
プロセス	事業内容を網羅した委託契約と履行確認実施率	100%	100%				
ストラクチャー	契約内容と日程調整を含んだ打合せ記録作成率	100%	100%				
アウトプット(実施量・率)指標	対象者に対する発送率	100%	100%				
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	43.2%	45.0%以上				

現在までの実施方法や実施体制

- ・毎年、特定健康診査の未受診者に追加健診の通知を送付。令和5年度は過去3年間特定健康診査を受診しなかった方に受診勧奨通知を送付。

今後の実施方法や実施体制

- ・対象者抽出等は委託にて実施。
- ・対象者に一律に通知するのではなく、特性に合わせて通知する。

評価計画

- ・アウトカム指標「対象者に対する発送率」に国が定める対象外者は母数に含めない。
- ・アウトカム指標「特定健康診査受診率」は法定報告値。

事業番号：B-④ 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の結果、国が定める特定保健指導の対象者に、国が定めるプログラムによる指導を実施する。
事業の目標	特定保健指導終了率が向上する。 メタボリックシンドローム該当者及び予備群が減少する。
対象者	国が定める特定保健指導の対象者。
現在までの事業結果	平成20年度から実施。

今後の目標

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)
プロセス	事業内容を網羅した委託契約と履行確認実施率	100%	100%				
ストラクチャー	契約内容と日程調整を含んだ打合せ記録作成率	100%	100%				
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導終了率	52.7%	60.0%以上				
アウトカム (成果)指標	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	35.1%	32.0%以下				

現在までの実施方法や実施体制

- ・対象者に対する実施率は常に県内上位で令和2年度は県内2位であった。要因として集団健診当日に特定保健指導の初回面接の一部を実施したことや、実績ある業者に委託したことが考えられる。

今後の実施方法や実施体制

- ・実施方法は国の基準に準じる。
- ・委託にて実施。
- ・集団健診当日に特定保健指導の初回面接の一部の実施を継続する。

評価計画

- ・アウトプット指標「特定保健指導終了率」は法定報告値。
- ・アウトカム指標「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合」は法定報告値。指標は蔵王町長期総合計画と連動。

事業番号：C-⑤ 受診勧奨判定者対策事業【継続】

事業の目的	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が、医療に繋がるように受診勧奨を実施する。
事業の目標	受診勧奨者の医療機関受診割合が増加する。
対象者	通知対象者は特定健康診査の検査値が、仙南地域医療対策委員会で定めた受診勧奨値の方。面接対象者は高齢者保健事業・介護予防一体的実施事業の基準に準じる。
現在までの事業結果	通知は毎年実施。令和5年度から前年度医療機関を受診をしない方に面接を実施。

今後の目標

	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)
プロセス	仙南地域医療対策委員会の対象者基準に沿って抽出できたか。	100%	100%					
ストラクチャー	契約内容と日程調整を含んだ打合せ記録作成率	100%	100%					
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者に対する通知率	100%	100%					
アウトプット (実施量・率) 指標	通知者で医療機関未受診者に対する面接実施率	未実施	50%以上					
アウトプット (実施量・率) 指標	通知対象者の受診率	73.7%	75%以上					
アウトプット (実施量・率) 指標	面接実施者の受診率	未実施	50%以上					
アウトカム (成果)指標	HbA1c7.0以上の割合	5.4%	5.0%以下					
アウトカム (成果)指標	血圧160/100以上の割合	5.6%	5.6%以下					

現在までの実施方法や実施体制

- ・仙南地域医療対策委員会の基準に基づき、特定健康診査で基準値を超えた方に対して、特定健康診査結果通知表に受診勧奨の通知を同封する。後日、医療機関受診状況をレセプトで確認する。医療機関を受診しなかった方に、翌年度の特定健康診査受診票に印を付けて送付し、特定健康診査(集団)会場で、今年度も基準値を超えた際に受診するように提案するとともに、生活改善指導を行う。後日受診状況をレセプトで確認する(特定健康診査で検査値が正常化した方を除く)。

今後の実施方法や実施体制

- ・委託にて実施。
- ・実施方法や実施体制を継続。

評価計画

- ・アウトプット指標「対象者に対する通知率」の対象者は仙南地域医療対策委員会基準。
- ・アウトプット指標「通知者で医療機関未受診者に対する面接実施率」は通知者の内、面接を実施できた割合。
- ・アウトカム指標「通知対象者の受診率」は、通知者の内レセプトで医療機関受診が確認できた者の割合。
- ・アウトカム指標「面接実施者の受診率」は、面接者の内レセプトで医療機関受診が確認できた者の割合。
(なお、健診で検査値が基準値になった者を除く)
- ・アウトカム指標「HbA1c7.0以上の割合」はKDB上の特定健康診査受診者数からHbA1c7.0以上の割合を算出。
- ・アウトカム指標「血圧160/100以上の割合」はKDB上の特定健康診査受診者数から収縮期血圧160以上、拡張期血圧100以上(重複を調整)の割合を算出。

事業番号：C-⑥ 糖尿病性腎症重症化予防事業【新規】

事業の目的	糖尿病性腎症者リスク者の内、治療中断者に受診勧奨を行う。
事業の目標	糖尿病性腎症の治療中断者が減少する。 HbA1c7.0%以上の割合が減少する。 2型糖尿病からの新規人工透析患者が令和6～10年度累計3人以下。
対象者	糖尿病性腎症者リスク者の内、治療中断者に受診勧奨を行う。
現在までの事業結果	前期データヘルス計画内に計画があるが、保健福祉課事業としてのポピュレーションアプローチを実施し、ハイリスクアプローチは実施できず。

今後の目標

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)
プロセス	対象者抽出が宮城県国民健康保険団体連合会の手順に沿った対象者の抽出率	未実施	100%					
ストラクチャー	日程表および記録作成率	未実施	100%					
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者に対する通知率	未実施	100%					
アウトカム (成果)指標	糖尿病性腎症の治療中断者数	26名	20人以下					
アウトカム (成果)指標	HbA1c7.0%以上の割合	5.4%	5.0%以下					
アウトカム (成果)指標	2型糖尿病からの新規人工透析患者数	R4年度 0人	R6～10年度の5年間で3人以下					

現在までの実施方法や実施体制

- ・前期データヘルス計画内に計画があるが実施できず。

今後の実施方法や実施体制

- ・対象者を抽出後、受診勧奨通知を送付。

評価計画

- ・アウトプット指標「対象者に対する通知率」の対象者は宮城県国民健康保険団体連合会の基準に沿って抽出。
- ・アウトカム指標「糖尿病性腎症の治療中断数」は、KDBで治療の中断を確認した者の割合。
(保険者努力支援報告算出方法)
- ・アウトカム指標「HbA1c7.0%以上の割合」は、特定健診等管理システムで確認。
- ・アウトカム指標「2型糖尿病からの新規人工透析患者」は、KDBで新規人工透析を確認し、レセプトで原疾患を確認。

事業番号：D-⑦ 高齢者保健事業・介護予防一体的実施事業【新規】

事業の目的	国保被保険者と後期高齢者医療被保険者の健康問題を分析し、一体的に予防事業に取り組むことで、様々な健康問題を早期に、各年代に則した事業を展開する。
事業の目標	脳血管疾患標準化死亡比が低下する。
対象者	【国保対象者＝受診勧奨判定者対策事業(C-⑤)として実施】 HbA1c7.0%以上またはⅠ度高血圧症140/100mmHg以上またはLDLコレステロール160mg/dℓ以上 【75歳以上＝高齢者保健事業・介護予防一体的実施事業として実施】 HbA1c8.0%以上またはⅠ度高血圧症140/100mmHg以上またはLDLコレステロール160mg/dℓ以上
現在までの事業結果	新規事業

今後の目標

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)
プロセス	事業内容を網羅した委託契約と履行確認実施率		未実施	100%				
ストラクチャー	契約内容と日程調整を含んだ打合せ記録作成率		未実施	100%				
アウトプット(実施量・率)指標	実施率	国保(前期高齢者)	未実施	50%以上				
		後期高齢者	未実施	50%以上				
アウトカム(成果)指標	脳血管疾患標準化死亡比が低下する(全国=100)		(R2) 男131.4 女145.3	男130.0未満 女140.0未満				

現在までの実施方法や実施体制

・未実施

今後の実施方法や実施体制

・保健福祉課と協働で令和6年度より実施。

評価計画

・アウトプット指標「参加率」で確認(転出・施設等入所・死亡等を除く)。更に、74歳以下と75歳以上別に集計。
・アウトカム指標「脳血管疾患標準化死亡比」は、「データからみたみやぎの健康」で確認。

事業番号：E-⑧ 後発医薬品利用差額通知事業【継続】

事業の目的	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。
事業の目標	後発医薬品使用割合が増加する。
対象者	35歳以上で1薬剤あたり300円以上差額が出る方か、1被保険者あたり300円以上差額がでる方。
現在までの事業結果	数量ベースで令和4年度83.9%であった。

今後の目標

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)
プロセス	事業内容を網羅した委託契約と履行確認実施率	未実施	100%					
ストラクチャー	発送予定日に発送できたか。	未実施	100%					
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者に対する通知率	100%	100%					
アウトカム (成果)指標	後発医薬品使用割合(数量)	83.9%	84.0%以上					

現在までの実施方法や実施体制

- ・毎年実施。年2回通知。
- ・宮城県国民健康保険団体連合会事業内で実施。

今後の実施方法や実施体制

- ・委託にて、対象者を抽出後、差額通知を送付。

評価計画

- ・アウトプット指標「対象者に対する通知率」の対象者に対する通知割合。
- ・アウトカム指標「後発医薬品使用割合(数量)」は、保険者努力支援制度の算出方法に基づき国保総合システムより算出。

事業番号：E-⑨ 適正服薬事業【継続】

事業の目的	重複・多剤服薬の被保険者に対し、適正服薬等について通知する。
事業の目標	重複投与者数(対被保険者1万人)及び多剤投与者数(対被保険者1万人)が減少する。
対象者	重複・多剤服薬の被保険者。
現在までの事業結果	令和5年度に通知を実施。

今後の目標

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)
プロセス	対象者を適切に抽出できたか	未実施	100%				
ストラクチャー	発送予定日に発送できたか	未実施	100%				
アウトプット(実施量・率)指標	対象者に対する通知率	未実施	100%				
アウトカム(成果)指標	重複投与者数(対被保険者1万人)	53人	53人以下				
アウトカム(成果)指標	多剤投与者数(対被保険者1万人)	12人	12人以下				

現在までの実施方法や実施体制

- ・令和5年度のみ多剤重複服薬者149名中、がん、精神疾患、難病、認知症を除いた方に通知を送付。

今後の実施方法や実施体制

- ・対象者を抽出後、通知を送付し、後日改善状況をレセプトで確認。「お薬手帳を1冊にまとめる」等を周知する。

評価計画

- ・アウトプット指標「対象者に対する通知率」の対象者に対する通知割合。
- ・アウトカム指標「重複投与者数(対被保険者1万人)」「多剤投与者数(対被保険者1万人)」は、保険者努力支援制度の算出方法に基づきKDBより算出。

第5章 評価等について

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蔵王町国民健康保険運営協議会に報告をする。

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

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

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年度に令和10年度までの実績で評価を行う。

② 評価方法・体制

設定した評価指標に基づき評価を行う。また、対象者の基準値の変更や指標の変更が必要になった際には、蔵王町国民健康保険運営協議会に報告をする。

2. 計画の公表・周知

本計画が、被保険者の健康増進に資するものとなるよう、ホームページ等で公表し、周知・啓発を行い、本計画の趣旨や内容が町民に十分に理解されるように努める。

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及びガイドライン、「蔵王町個人情報保護法施行条例」等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ら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。

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
疾病分類		「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
人工透析		機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
心電図		心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
生活習慣病		食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
積極的支援		特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行		中性脂肪
	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。初回の保健指導修了後、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。

用語		説明
	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以下の場合には死亡率が低いと判断される。
	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。

用語		説明
	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. 蔵王町国民健康保険条例(抜粋)

昭和34年3月23日

条例第14号

第2章 町の国民健康保険事業の運営に関する協議会

(町の国民健康保険事業の運営に関する協議会の名称及び委員の定数)

第2条 町の国民健康保険事業の運営に関する協議会の名称は、蔵王町国民健康保険運営協議会(以下「協議会」という。)とする。

2 協議会の委員の定数は、次の各号に定めるところによる。

(1)被保険者を代表する委員 3人

(2)保険医又は保険薬剤師を代表する委員 3人

(3)公益を代表する委員 3人

(規則への委任)

第3条 前条に定めるもののほか協議会に関して必要な事項は、規則で定める。

3. 蔵王町国民健康保険運営協議会規則

昭和40年4月1日

規則第10号

改正 平成3年12月18日規則第25号

平成18年2月24日規則第1号

平成30年3月16日規則第4号

第1条 蔵王町国民健康保険運営協議会(以下「協議会」という。)の事務については、法令及び条例に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

第2条 協議会は、会長が開会の日前3日までに招集するとともに、町長に通知しなければならない。

第3条 協議会は、必要のつどこれを開催するほか、委員定数の半数以上の者から招集の請求があつた場合も同様とする。

第4条 協議会は、委員の半数以上が出席しなければ開会することができない。

第5条 会議の議長は、会長又はその職務代理者をもってこれにあてる。

2 議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第6条 議長は、協議会開催のつど会議録を作成し、議長の指名した者とともに署名しなければならない。

第7条 前条に定める会議録には、次の事項を記載する。

- (1) 招集年月日、場所及び事件の題名
- (2) 出席及び欠席委員の氏名
- (3) 開会及び閉会等に関する事項及びその日時
- (4) 議題となつた動議及びその提出者氏名
- (5) 議決及び選挙のてん末
- (6) 前各号のほか重要な事項

第8条 この協議会の庶務は、町民税務課で所掌する。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和40年4月1日から適用する。

附 則(平成3年規則第25号)

この規則は、平成4年4月1日から施行する。

附 則(平成18年規則第1号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成30年規則第4号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

4. 蔵王町国民健康保険運営協議会委員名簿

令和5年4月1日現在

代表区分	氏名	備考	職名
第1号委員	八島敏次		
第1号委員	玉根可奈		
第1号委員	渡邊長子		
第2号委員	佐藤秀一	内方医院 院長	
第2号委員	眞壁秀幸	眞壁歯科医院 院長	
第2号委員	伊妻壮晃	蔵王町国保蔵王病院 院長	
第3号委員	佐藤良彦	町行政区長	会長
第3号委員	日下昌宜	町行政区長	職務代理者
第3号委員	大谷和代	民生児童委員	

【委嘱期間】 令和4年5月1日～令和7年4月30日

第1号委員：被保険者を代表する委員

第2号委員：保険医又は保険薬剤師を代表する委員

第3号委員：公益を代表する委員

(蔵王町国民健康保険条例に基づく)

5. 策定の経緯

月 日	内 容
令和5年 8月 8日	国保運営協議会① ・ 計画の概要の審議等
令和5年10月31日	国保運営協議会② ・ 計画案の審議等 計画素案への意見の反映、検討
令和5年12月18日～ 令和6年 1月12日	国保運営協議会③ ・ 計画案の審議等 計画素案への意見の反映、検討
令和5年12月22日～ 令和6年 1月12日	意見聴収（パブリックコメント）の実施
令和6年 2月13日	国保運営協議会④ ・ 計画案の審議等 計画の内容確定

第2期蔵王町国民健康保険データヘルス計画

発行：蔵王町

〒989-0892 宮城県刈田郡蔵王町大字円田字西浦北10
TEL 0224-33-3001（町民税務課）