

那須町国民健康保険 第3期データヘルス計画

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
那須町

目次

第1章 基本的事項	
1.計画策定の背景	3
2.計画策定の趣旨	3
3.目的	3
4.計画の位置づけ	4
5.計画期間	4
6.実施体制・関係者連携	4
7.データ分析期間	4
第2章 現状の整理	
1. 保険者の特性	6
2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	8
1)標準化死亡比・平均自立期間	8
2)医療費の分析	11
3)特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	17
4)重症化予防	24
5)レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	26
6)介護費等関係の分析	27
第3章 前期計画の評価と課題	
1.データ分析から見た現状と課題のまとめ	29
2.前計画の評価と課題	30
3.保険者の健康課題（被保険者の健康に関する課題）	31
第4章 計画全体の整理	
1.データヘルス計画全体の目標	32
2.個別の保健事業	33
第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業	34
第6章 特定健康診査等実施計画	
1.対象者数等の推計	48
2.特定健康診査の実施方法	50
3.特定保健指導の実施方法	52

目次

第7章 その他

1.計画の評価・見直	54
2.計画の公表・周知	54
3.個人情報の取扱い	54
4.地域包括ケアに係る取組	55
基準	56
用語解説	57

第1章 基本的事項

1.計画策定の背景

保険者は平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下、「高確法」という。)により、40歳～74歳を対象にメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされました。また、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、「すべての健康保険組合に対し、診療報酬明細書(以下、「レセプト」という。)等のデータ分析、それに基づく被保険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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。その方針を踏まえ、厚生労働省は平成26年3月に保健事業の実施に関する指針の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画(データヘルス計画)を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。

2.計画策定の趣旨

那須町国民健康保険(以下、「国保」という。)では、平成20年度から「那須町特定健康診査等実施計画」(以下、「特定健診等実施計画」という。)を策定するとともに、平成28年度には、「那須町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」(以下、「データヘルス計画」という。)を策定しました。

この度、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健診等実施計画」(平成30年度～令和5年度)の終了に伴い、新たに「第3期データヘルス計画」及び「第4期特定健診等実施計画」を策定します。

3.目的

生活習慣病の発症予防と重症化予防及び介護予防による被保険者の「健康寿命の延伸」と「医療費適正化の推進」を目的とします。

4.計画の位置づけ

データヘルス計画は、国民健康保険法第82条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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」により、特定健診等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画として策定します。

特定健診等実施計画は、高確法第18条に基づいて実施する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す。

両計画の内容は重複する部分が多いことから、一体的に策定し運用します。

また、データヘルス計画は、「21世紀における国民の健康づくり運動（健康日本21（第3次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、栃木県の「栃木県健康増進計画とちぎ21健康プラン（第3期計画）」、本町の「那須町健康増進計画健康さらピカ21那須（第3期）」、「那須町第9期高齢者福祉・介護保険事業計画」など他の計画と整合性を図り策定します。

5.計画期間

令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間とします。

6.実施体制・関係者連携

計画の策定に当たっては、次のような体制により現状や課題を把握すると共に、計画の内容について協議を進めました。

○那須町国民健康保険運営協議会

町長の諮問機関である協議会では、被保険者代表、保険医及び保険薬剤師代表並びに公益代表等が委員として計画案を検討しました。

○栃木県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会

保健医療有識者及び県保健福祉部職員で構成する委員会から、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援・評価を受けました。

また、計画の事業実施に当たっては、住民生活課（医療保険係）と保健福祉課（健康づくり推進係、介護保険係、地域支援係）が連携し、保健師・管理栄養士等の専門職と共同で事業を推進します。

7.データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

年度分析

平成30年度 平成30年4月～平成31年3月診療分(12カ月分)

令和元年度 平成31年4月～令和 2年3月診療分(12カ月分)

令和 2年度 令和 2年4月～令和 3年3月診療分(12カ月分)

令和 3年度 令和 3年4月～令和 4年3月診療分(12カ月分)

令和 4年度 令和 4年4月～令和 5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和 4年4月～令和 5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度

平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

令和 元年度

平成31年4月～令和 2年3月健診分(12カ月分)

令和 2年度

令和 2年4月～令和 3年3月健診分(12カ月分)

令和 3年度

令和 3年4月～令和 4年3月健診分(12カ月分)

令和 4年度

令和 4年4月～令和 5年3月健診分(12カ月分)

第2章 現状の整理

1. 保険者の特性

人口構成・地図

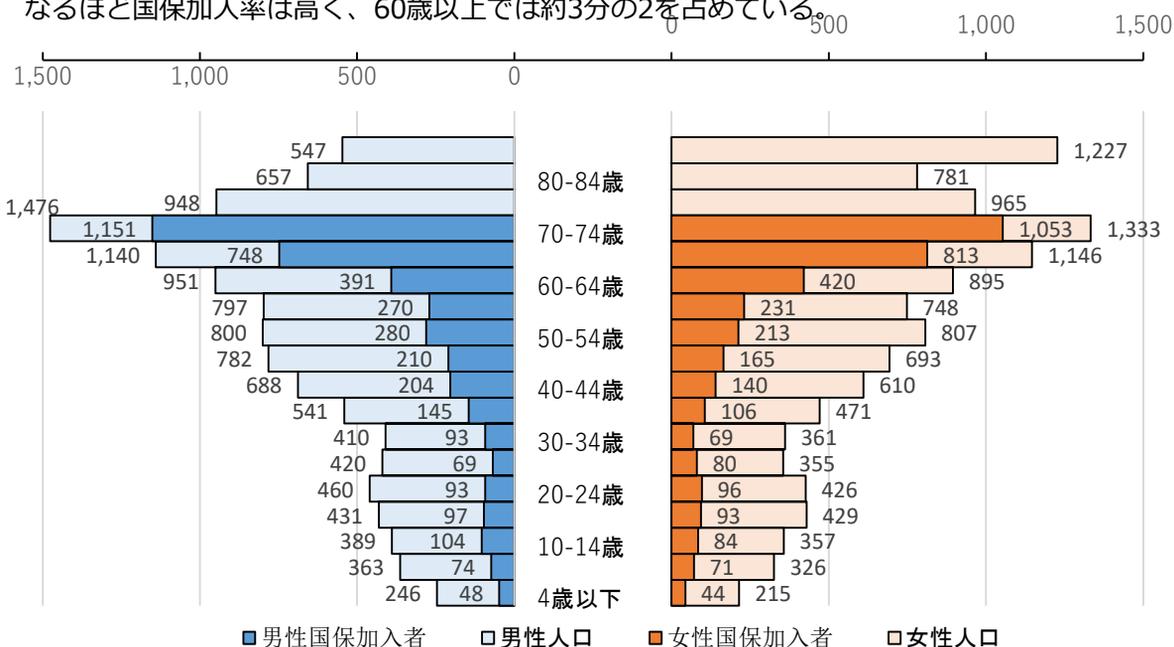
栃木県の北部に位置し、那須岳の麓に広がる那須町は、豊かな自然、歴史と食の資源に恵まれている。

面積	372.34	Km
総人口	24,191	人
高齢者数	10,220	人
高齢化率	42	%
国保被保険者数	7,655	人
後期被保険者数	5,136	人

出典：人口：住民基本台帳、加入者：那須町国民健康保険毎月事業状況報告書（事業月報）（令和5年4月1日）

年齢階級別人口・国保加入者数

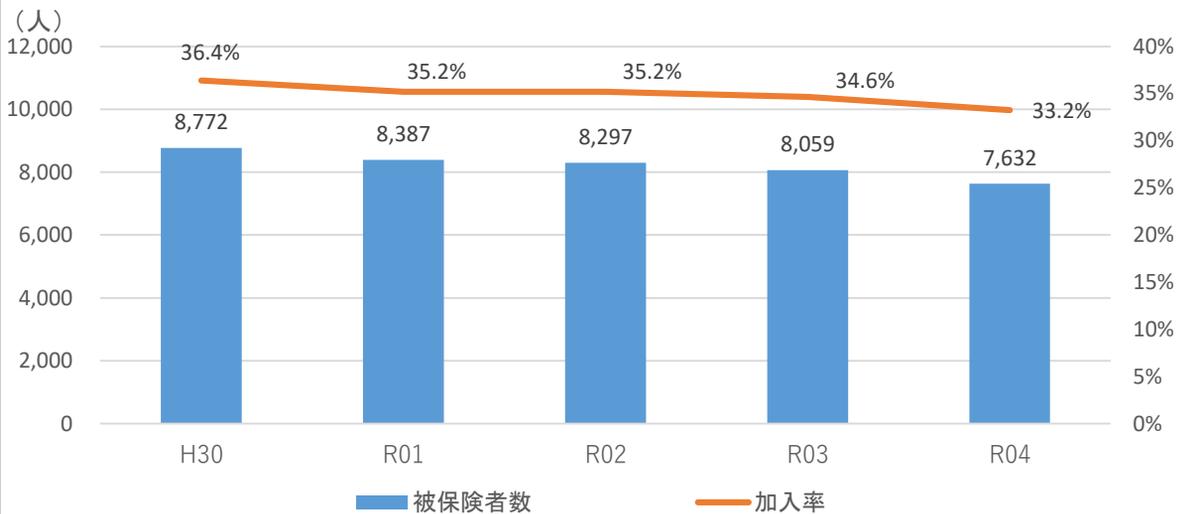
国保加入者（以下、「加入者」という。）は人口の約31.6%を占めている。年齢が高くなるほど国保加入率は高く、60歳以上では約3分の2を占めている。



出典：人口：住民基本台帳、加入者：那須町国民健康保険毎月事業状況報告書（事業月報）（令和5年4月1日）

被保険者数と加入率の推移

人口の多い世代が後期高齢者に移行するとともに、国保加入者は平成30年の8,772人から令和4年の7,632人まで減少している。加入者率は令和2年度まで35%を超えていたが、令和4年度は33%台まで低下した。



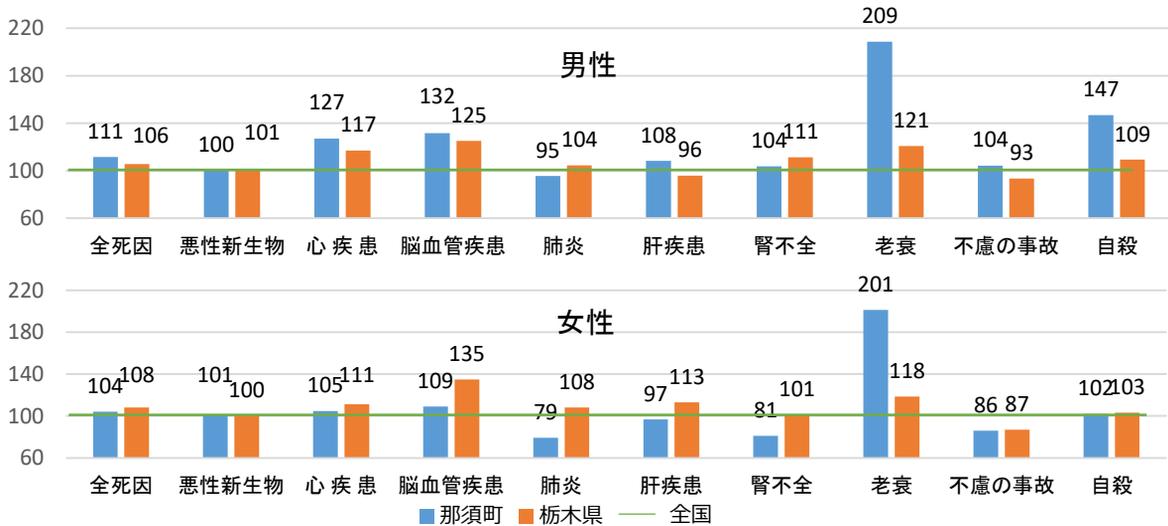
那須町：国民健康保険被保険者台帳

2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1) 標準化死亡比・平均自立期間

標準化死亡比から見た健康課題（全体）

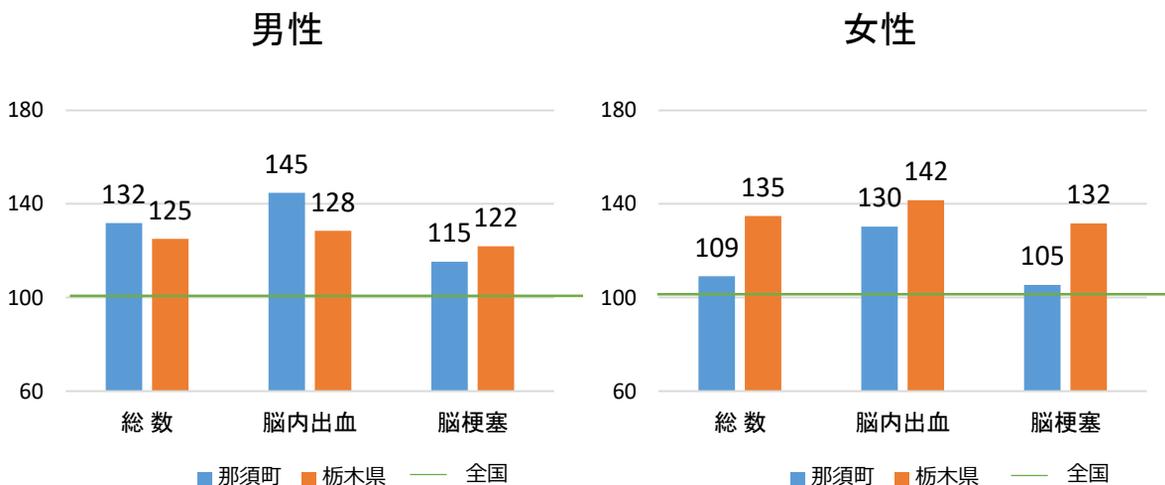
標準化死亡比（SMR:100が全国平均）は、全死因で男性が111と高い。死因別には脳血管疾患が最も高く男性で132、女性で109である。心疾患も高く男性で127、女性で105となっている。自殺は男性で147と高く、女性は全国とほぼ同じである。



出典：人口動態特殊統計（平成25年～平成29年）

標準化死亡比から見た健康課題（脳血管疾患）

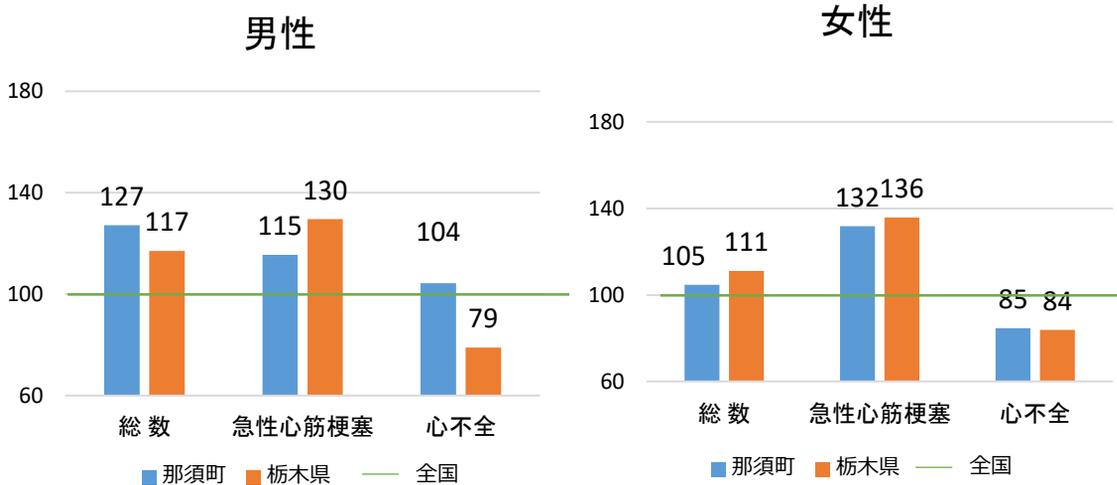
脳血管疾患では男女ともに脳内出血が多く、男性で145、女性で130と高い値である。脳梗塞は男性では115と高めだが、女性では105となっている。



出典：人口動態特殊統計（平成25年～平成29年）

標準化死亡比から見た健康課題（心疾患）

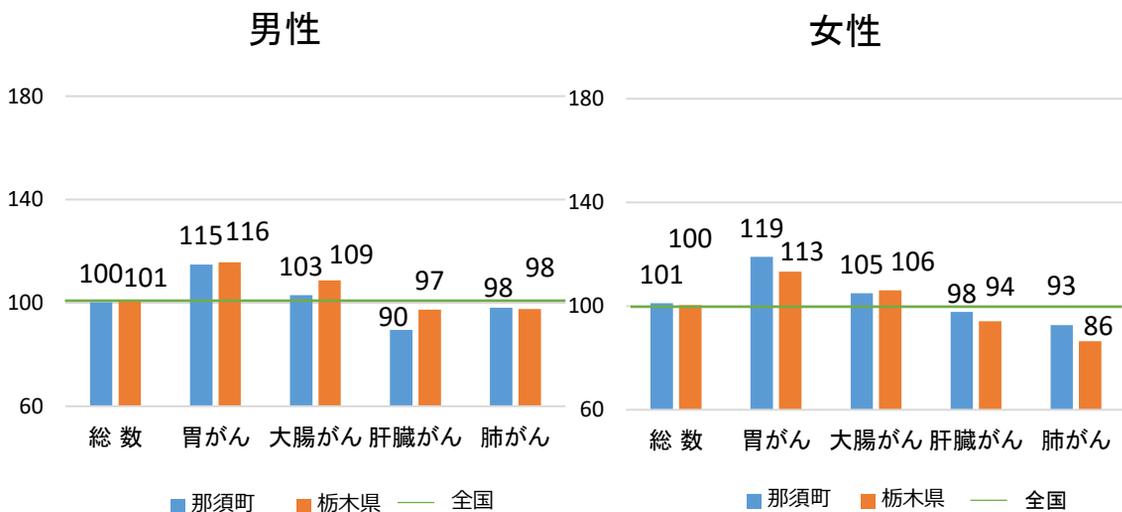
男性の心疾患全体の標準化死亡比が127と高く、急性心筋梗塞が115と高い。女性でも急性心筋梗塞が132と高い。心不全は男性は104と平均的、女性は85と低い。



出典：人口動態特殊統計（平成25年～平成29年）

標準化死亡比から見た健康課題（悪性新生物）

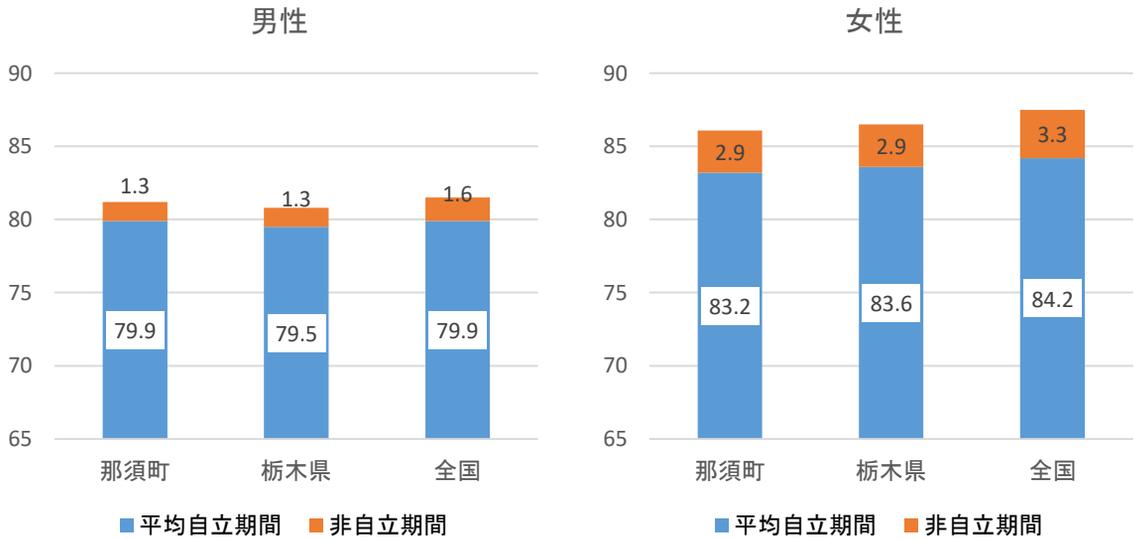
悪性新生物全体では男女ともに全国平均と同程度であるが、胃がんでは男性で115、女性で119と高い傾向を示している。大腸がんもやや高めで男性で103、女性で105となっている。



出典：人口動態特殊統計（平成25年～平成29年）

平均自立期間からみた健康課題

要介護2以上でない男性の自立期間は79.9年で栃木県や全国とほぼ同じ水準で、非自立期間は全国よりも0.3年短くなっている。女性では自立期間が県や全国よりやや短く、非自立期間は全国よりも0.4年短くなっている。

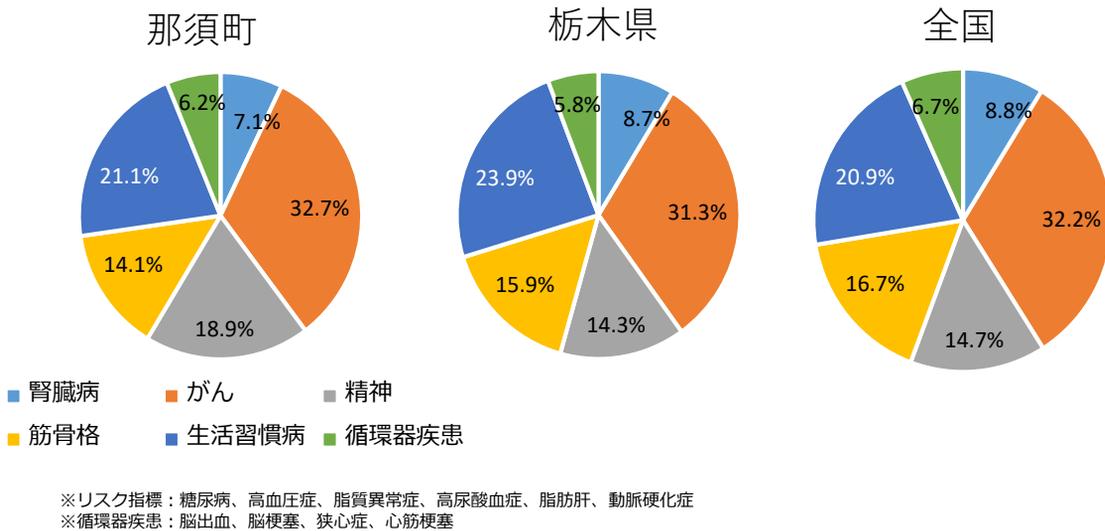


出典：KDB地域の全体像の把握（令和3年度）

2) 医療費分析

医療費から見た健康課題①

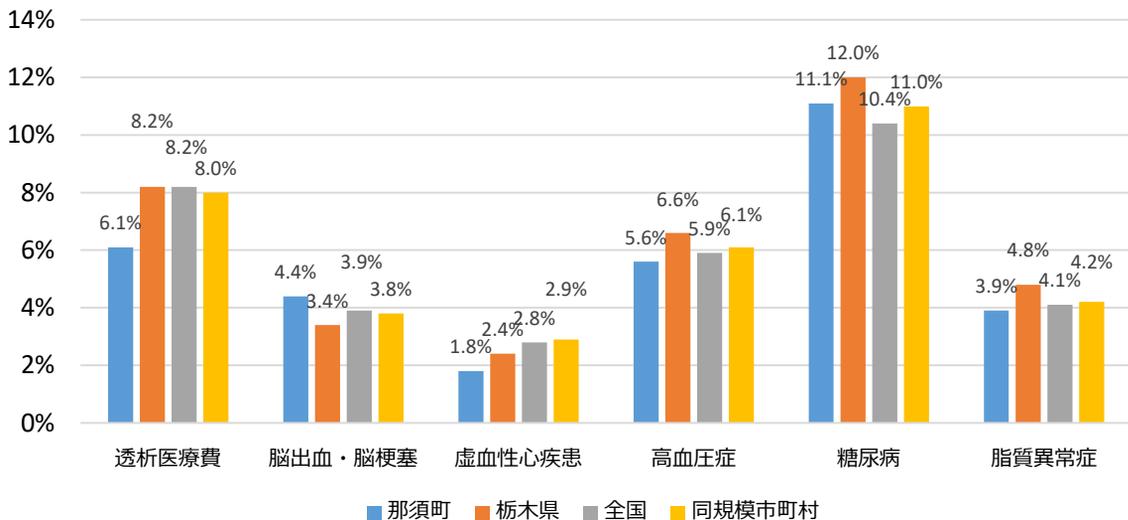
生活習慣病医療費のうちリスク指標の占める割合（21.1%）は栃木県（23.9%）より低いが、全国（20.9%）よりやや高い傾向がある。循環器疾患の医療費割合（6.2%）は全国（6.7%）より低く栃木県（5.8%）よりやや高めとなっている。



出典：KDB地域の全体像の把握（令和4年度）

医療費から見た健康課題②

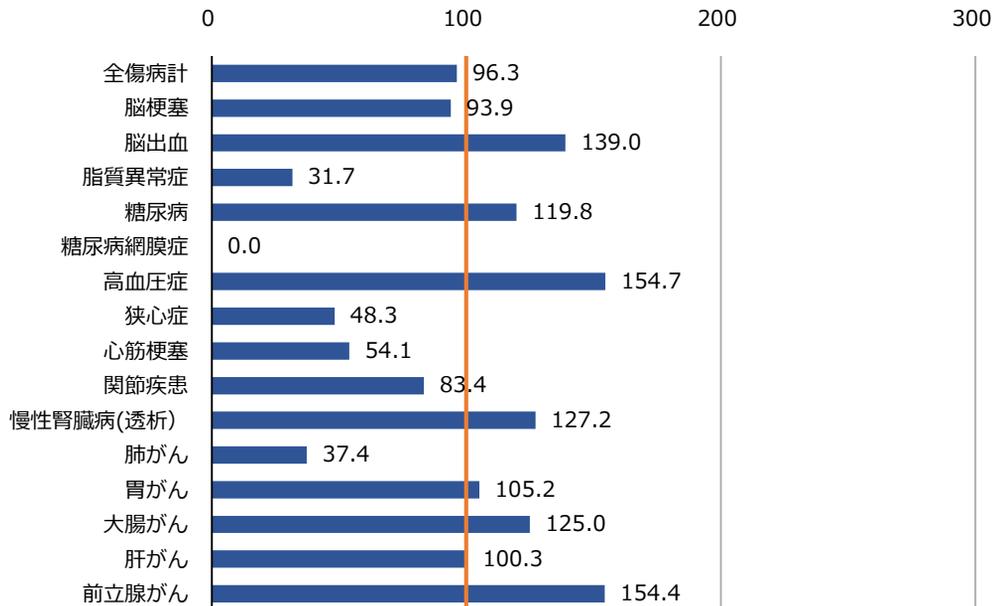
医療費のうち、脳出血・脳梗塞の占める割合（4.4%）が全国（3.9%）と比較してやや高い。一方、虚血性心疾患（1.8%）が全国（2.8%）や栃木県（2.4%）、同規模市町村（2.9%）と比較して低くなっている。高血圧症（5.6%）、糖尿病（11.1%）、脂質異常症（3.9%）は栃木県より低いが全国とほぼ同じである。透析医療費は栃木県、全国より低い状況である。



出典：KDB地域の全体像の把握（令和4年度）

医療費から見た健康課題 入院・標準化比（医療費：国保男性）

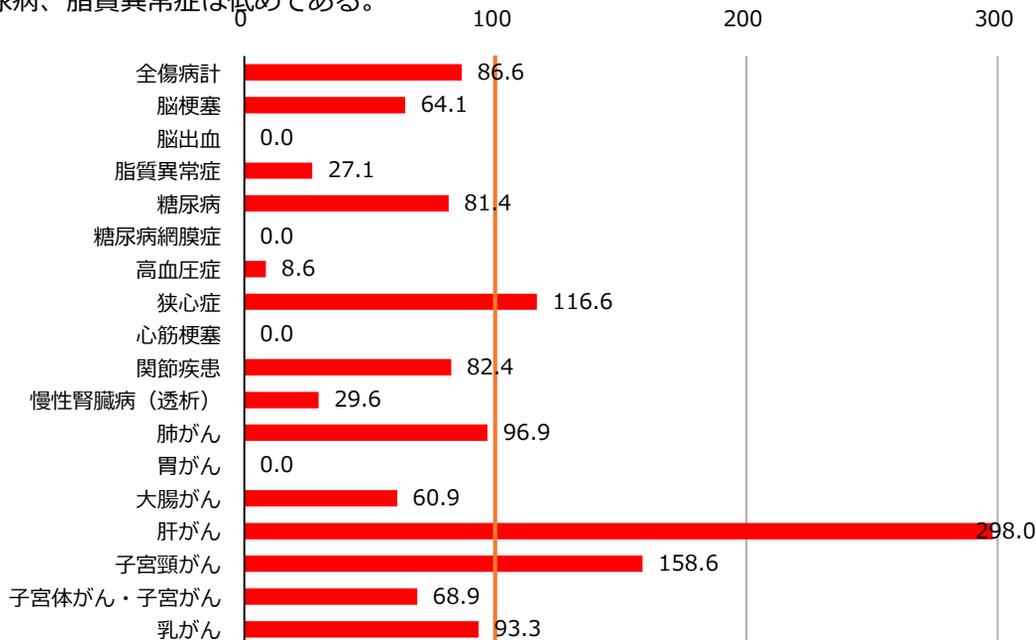
男性は前立腺がん、高血圧症が高く、慢性腎臓病、大腸がん、脳出血がやや高めである。脂質異常症、狭心症、心筋梗塞は低めとなっている。



出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

医療費から見た健康課題 入院・標準化比（医療費：国保女性）

女性は全体では低めで、肝がん、子宮頸がんが県より高い傾向がみられる。高血圧症、糖尿病、脂質異常症は低めである。



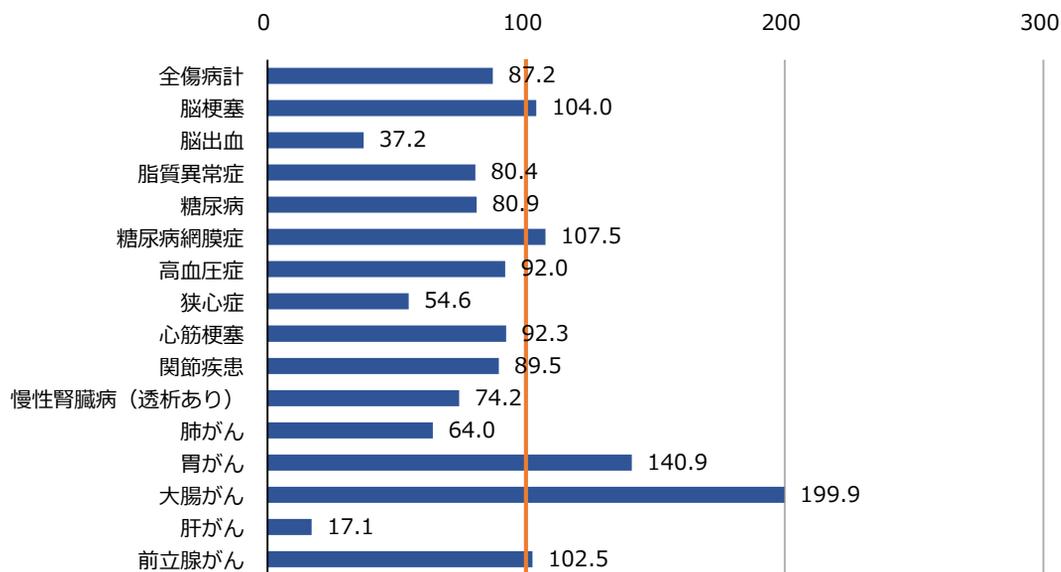
出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

※標準化比：県を基準（県＝100）

※複数の疾病を有する場合、主病名の医療費として計上している（P12～15）

医療費から見た健康課題 入院外・標準化比（医療費：国保男性）

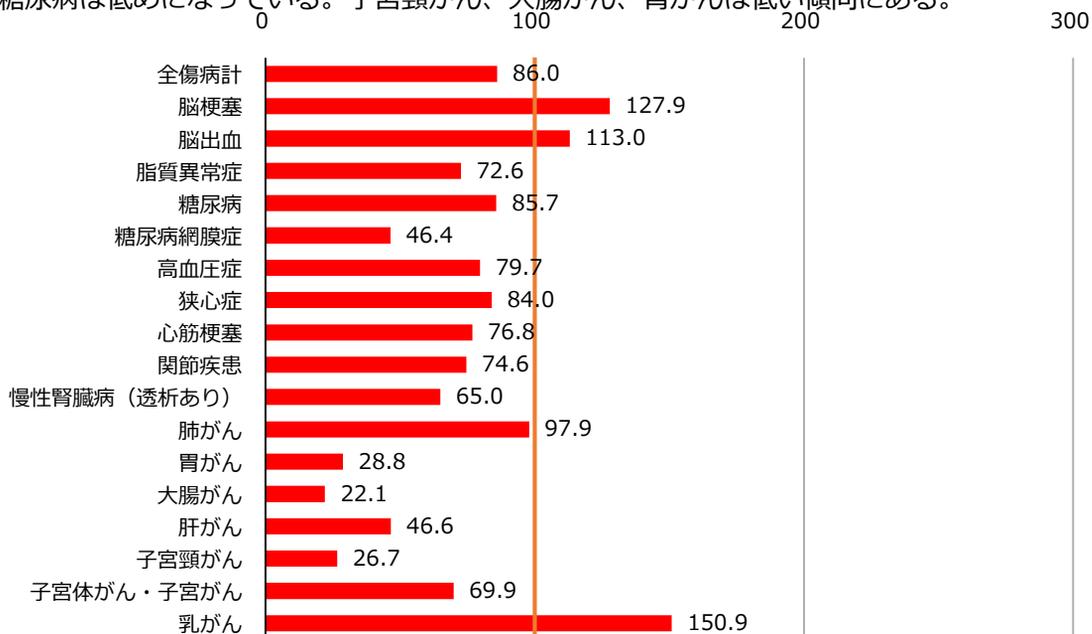
男性は全体に低めで、大腸がん、胃がんが高く、糖尿病性網膜症はやや高い。脳出血、狭心症は、肺がん、慢性腎臓病（透析あり）は低めになっている。



出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

医療費から見た健康課題 入院外・標準化比（医療費：国保女性）

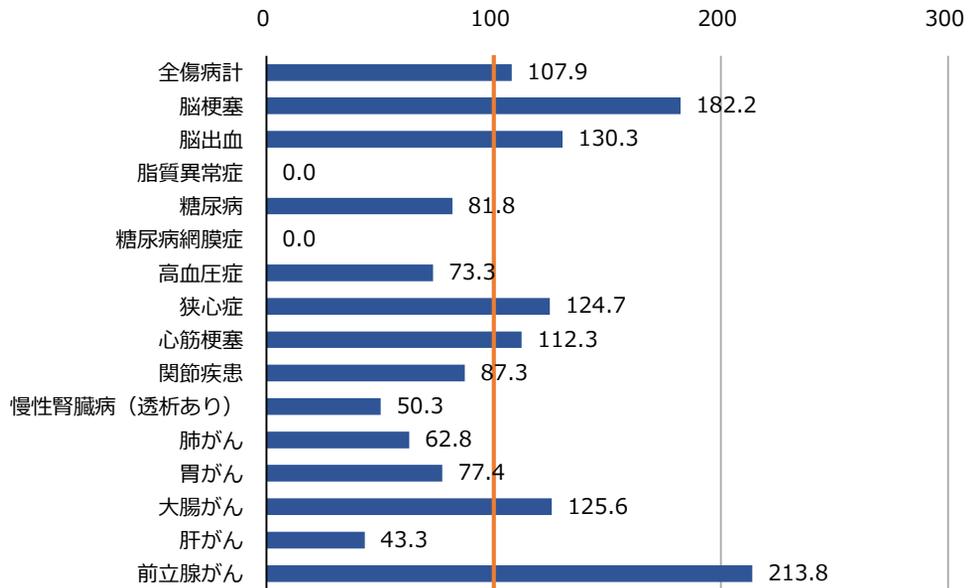
女性は全体に低めで乳がん、脳梗塞が県より高く、脳出血がやや高い。脂質異常、高血圧、糖尿病は低めになっている。子宮頸がん、大腸がん、胃がんは低い傾向にある。



出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

医療費から見た健康課題 入院・標準化比（医療費：後期男性）

男性は前立腺がん、脳梗塞、脳出血の医療費が高く、狭心症や大腸がんの医療費も高めである。肺がん、胃がんや肝がんは低めである。



出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

医療費から見た健康課題 入院・標準化比（医療費：後期女性）

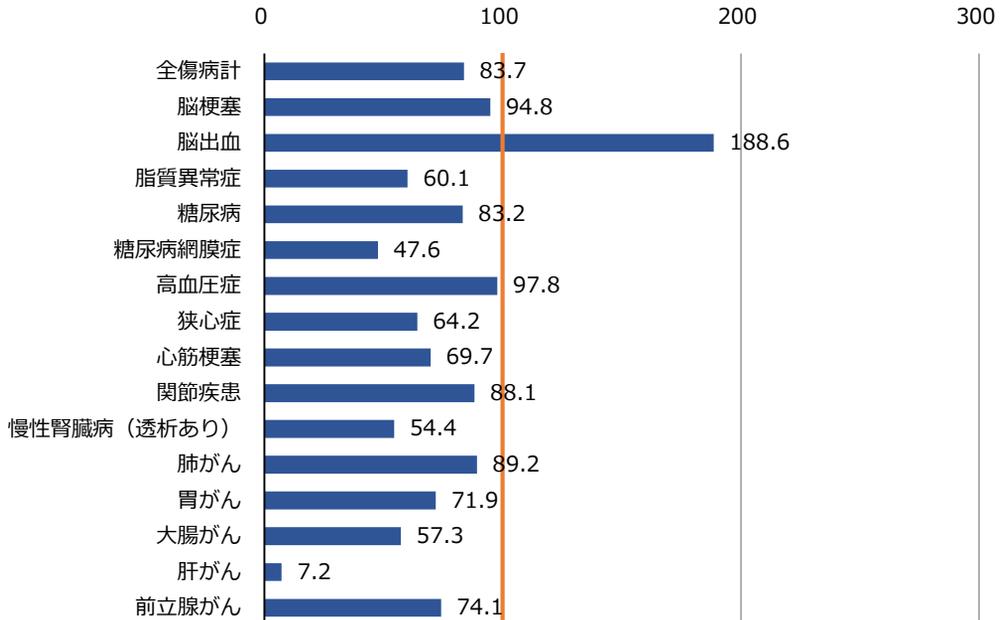
女性では糖尿病が高く、肺がん、胃がん、肝がんは低く、子宮頸がんは低めである。



出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

医療費から見た健康課題 入院外・標準化（医療費：後期男性）

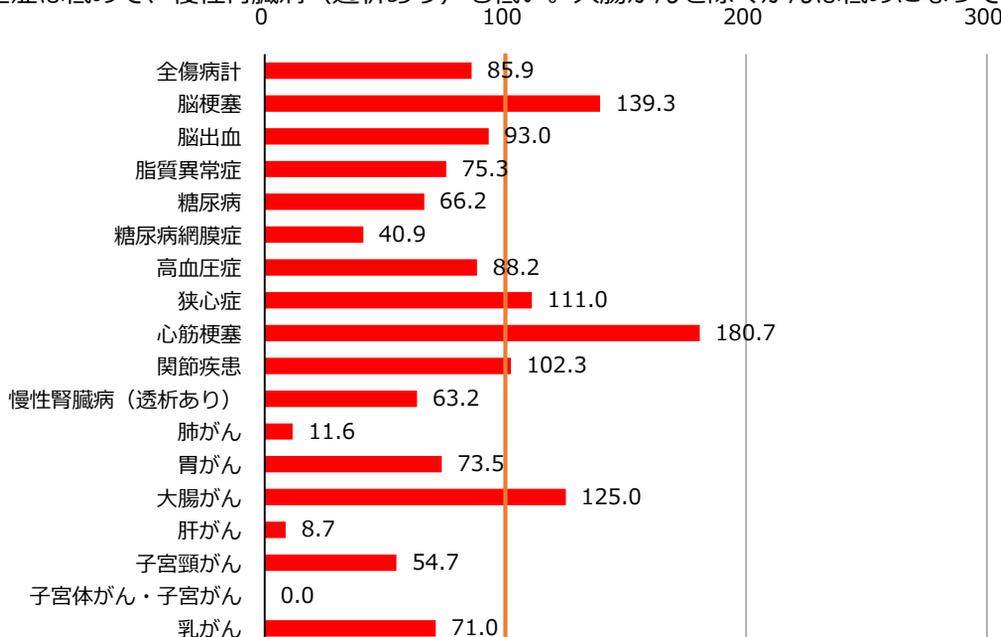
男性は全体に低めで、脳出血が高く、糖尿病、脂質異常は低めで、高血圧は県とほぼ同じである。慢性腎臓病（透析あり）、狭心症及び心筋梗塞も低い。



出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

医療費から見た健康課題 入院外・標準化比（医療費：後期女性）

全体では低めで、脳梗塞、心筋梗塞、大腸がんが高めとなっている。脂質異常、糖尿病、高血圧症は低めで、慢性腎臓病（透析あり）も低い。大腸がんを除くがんは低めになっている。

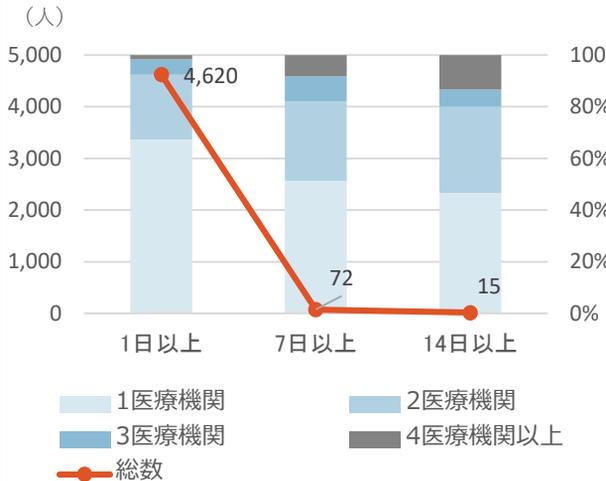


出典：KDB疾病別医療費分析（細小82分類）（令和3年度）

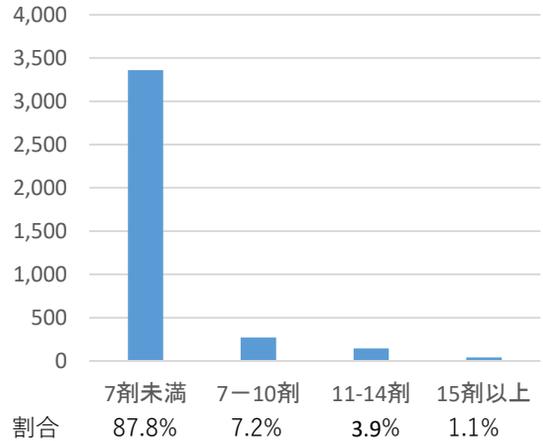
重複受診・多剤服用者

外来重複受診では一カ月間に7日以上が72件（1.5%）、14日以上が15件で（0.3%）みられ日数が多いほど医療機関数が多い。処方から見た多剤服用者では7剤以上が約1割、11剤以上が5%を占め、15剤以上が1.1%を占める。処方日数では121日以上が全体の約3分の1を占めている。

外来の重複頻回受診の状況



多剤服用者の状況

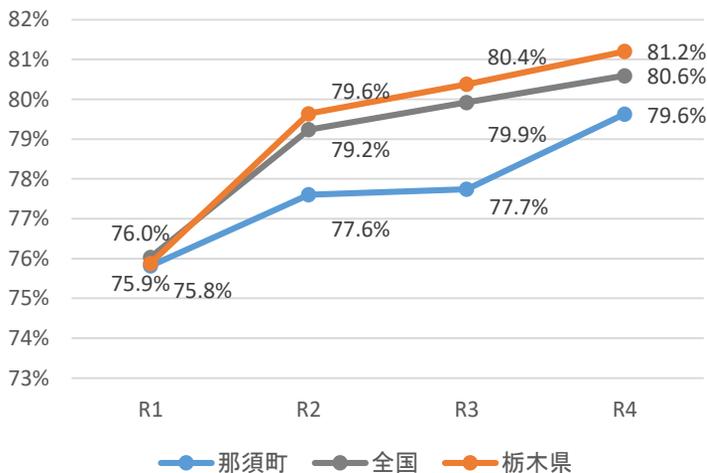


出典：KDB重複・多剤処方の状況（令和4年3月）

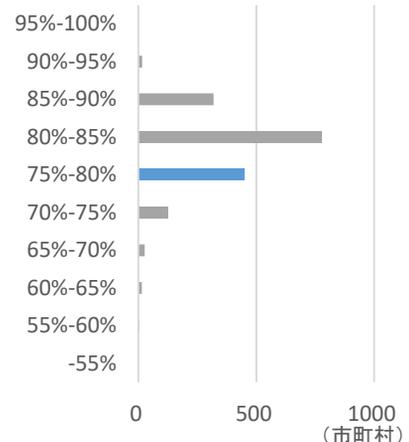
ジェネリック医薬品の使用

ジェネリック医薬品使用割合は令和4年9月現在で79.6%であり、全国平均（80.6%）や栃木県全体（81.2%）と比べて5%程度低く、全国平均でもやや下位にあるが、栃木県や全国と同じく上昇傾向にある。

ジェネリック医薬品使用割合の推移



全国市町村の分布

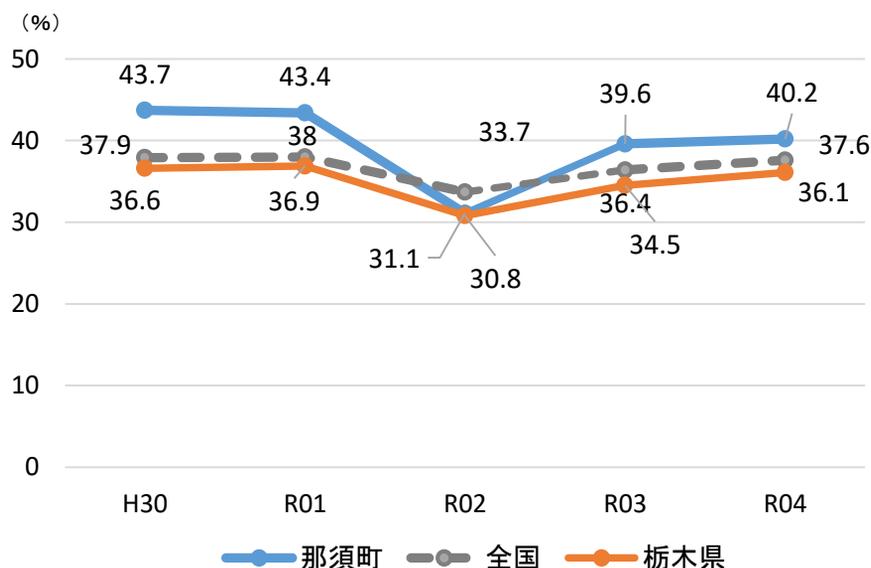


出典：厚労省保険者別の後発医薬品の使用割合（令和元年～令和4年）

3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析

特定健診受診率

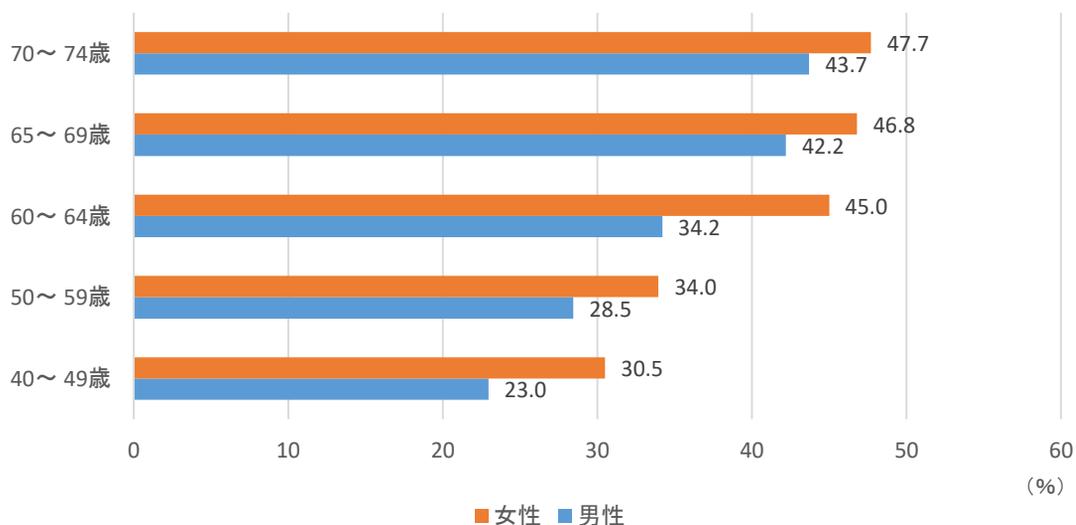
特定健診受診率は平成30年度に43.7%となったのが最高で令和2年には31.1%まで低下したが、その後増加し40.2%となっている。全国や栃木県と比較しほぼ同じ水準である。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

特定健診年齢階級別受診率

受診率はすべての年齢階級で女性が男性より高く、年齢が高くなるほど高い。男女ともに60歳以上ではそれ以下と比較して受診率が大幅に高くなっている。

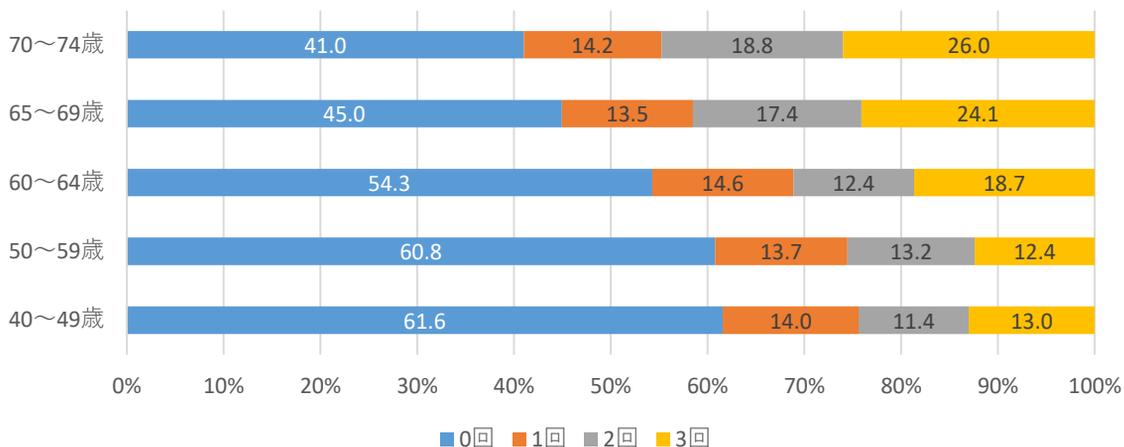


出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

3年間連続受診割合

3年間国保に加入している者の受診回数別構成をみると、全体では21.5%が毎年受診し、3年間で1～2回受診者の割合が30%を占めている。年齢が高いほど毎年受診者の割合は高くなっており、65-69歳で約24%、70-74歳26%を占めている。

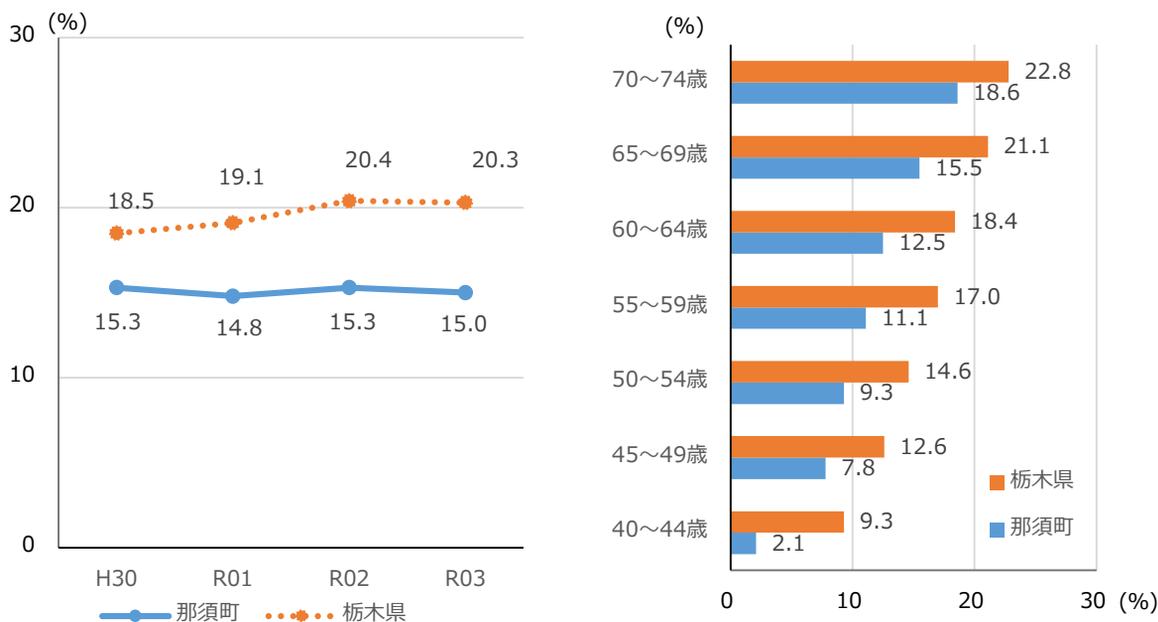
年齢階級別の3年間通算受診回数



出典：独自解析特定健診結果（令和元年度～令和3年度）

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当率

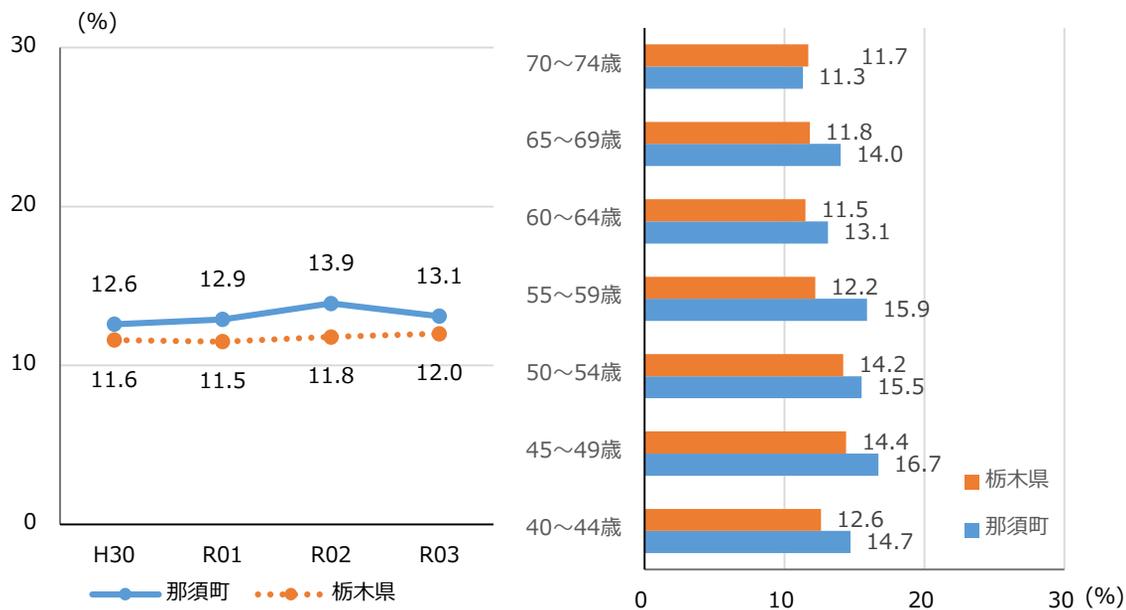
メタボリックシンドロームの該当率は栃木県より低く、ほぼ横ばいで推移している。年齢別にみると年齢が高くなるほど該当率は高めとなっている。



出典：法定報告データ（令和3年度）

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予備群の該当率

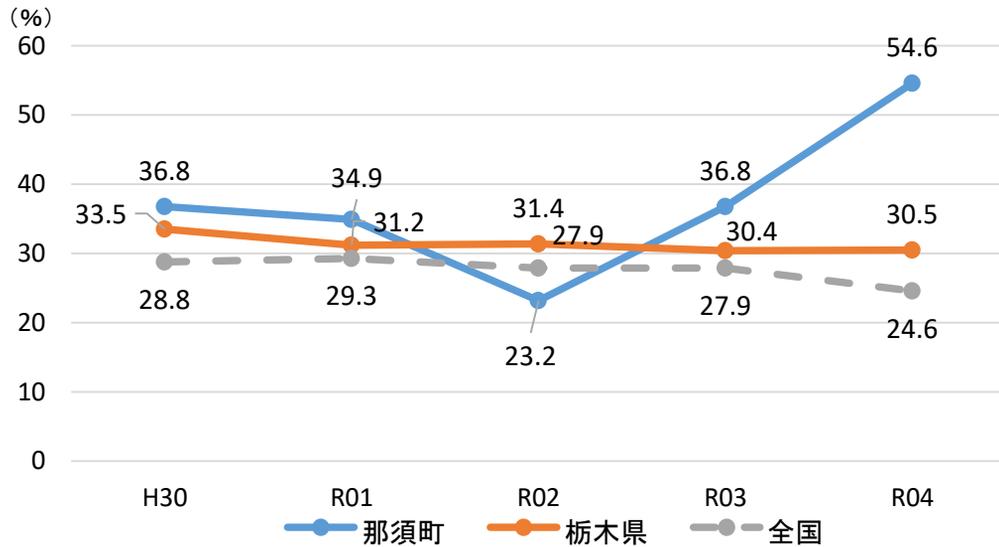
メタボリックシンドローム予備群の該当率は栃木県より高く、ほぼ横ばいで推移している。
年齢別にみると45-49歳が最も多い。



出典：法定報告データ（令和3年度）

特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は令和2年度に23.2%まで低下したが、令和4年度は54.6%まで上昇し、全国や栃木県よりもかなり高い状況である。

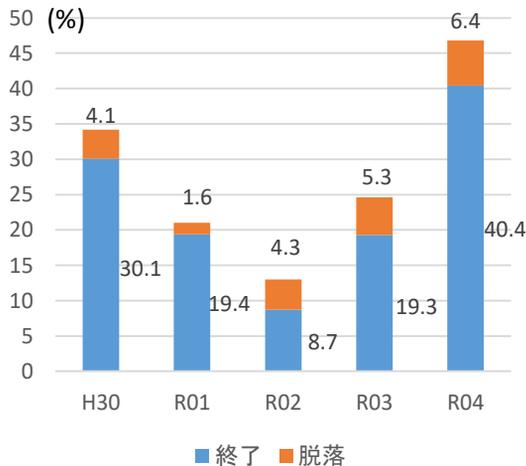


出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

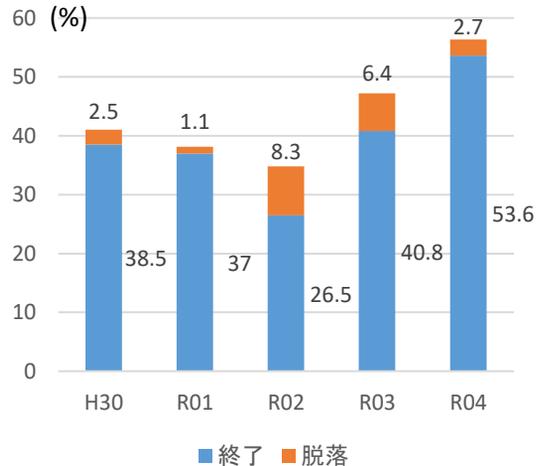
特定保健指導 積極的と動機付け支援別推移

積極的支援は令和2年度に8.7%まで低下したが、令和4年度には40.4%に増加し脱落者は6.4%を占めた。動機付け支援も令和2年度に26.5%まで低下したが、令和4年度には53.6%に増加し、脱落者は2.7%にとどまった。

積極的支援



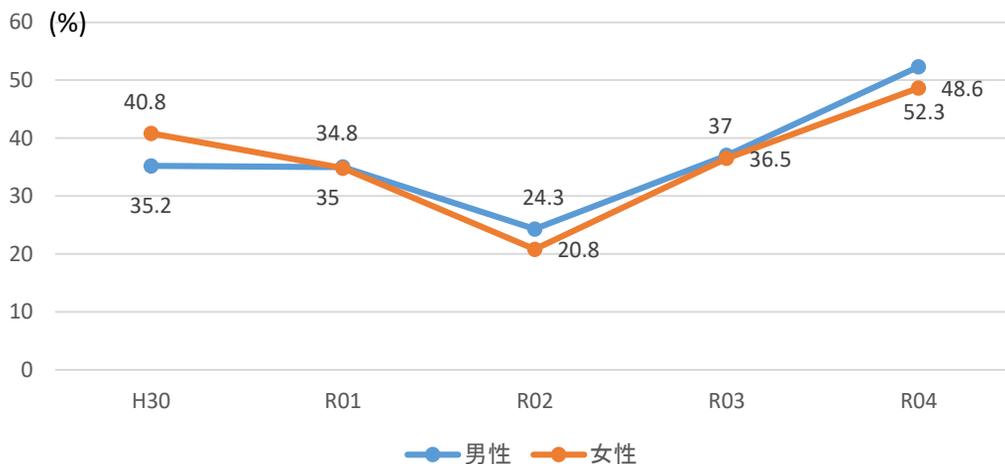
動機付け支援



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

特定保健指導 男女別

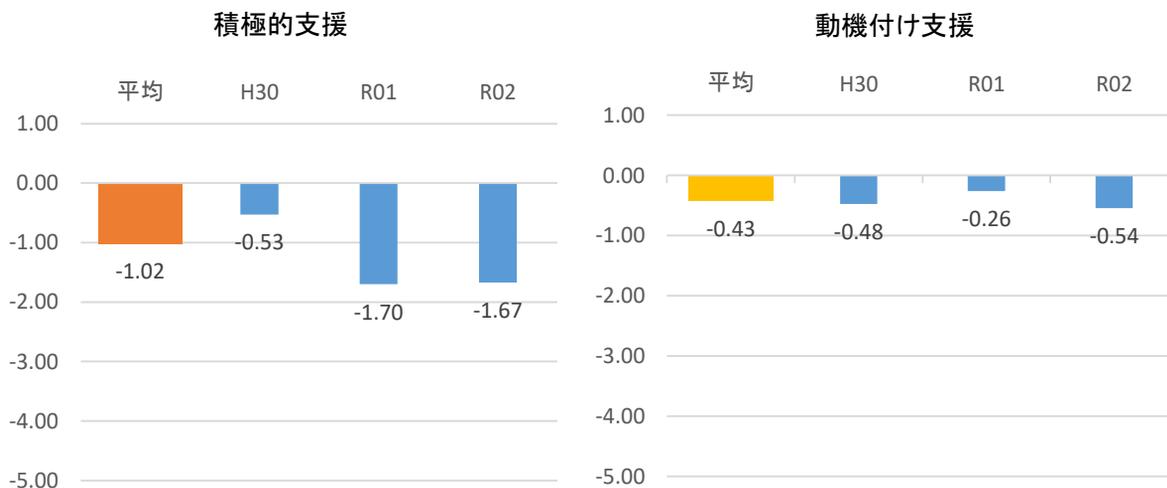
特定保健指導の実施率を男女別にみるとほとんど差がみられない。令和2年度は実施率が最も低い。男性の実施率の方が高く、令和4年度も実施率は男性の方が高かった。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

特定保健指導 質的評価①

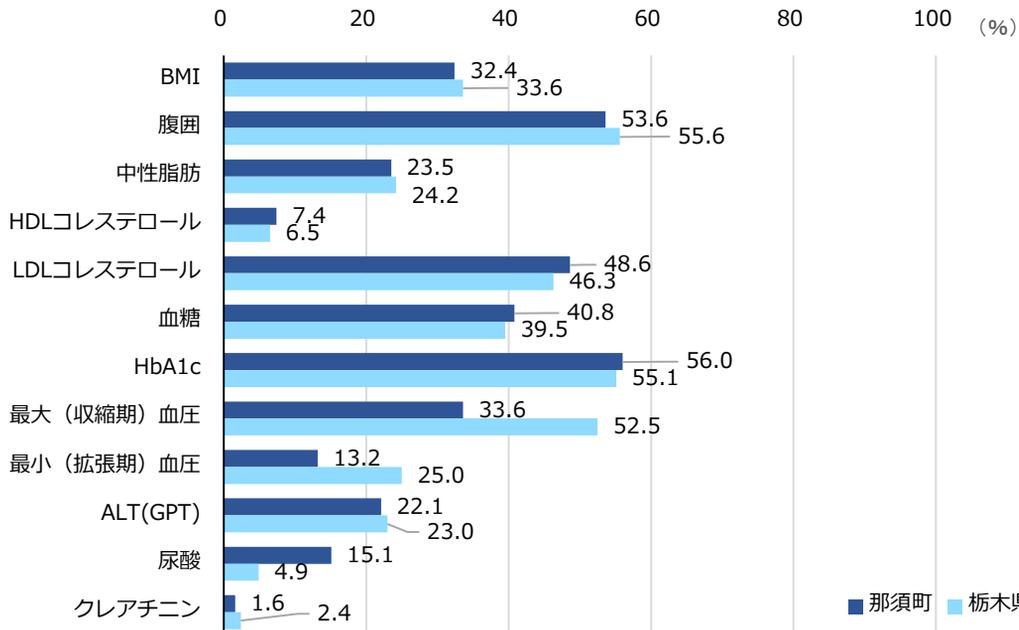
積極的支援の体重低下は平均で1.02kgとなっており、経年的にみると値が大きくなっている。動機付け支援の体重低下は平均で0.43kgにとどまっている。



出典：独自解析特定健診結果（平成30年度～令和2年度）

健診検査結果の有所見状況（男性）

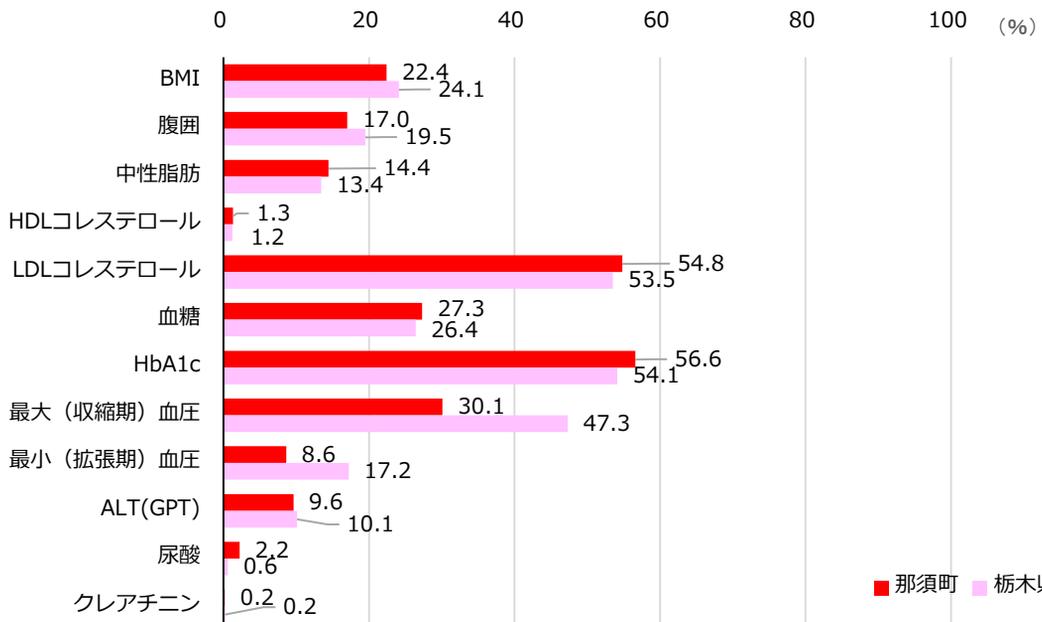
男性は栃木県と比較するとHbA1cと血糖、LDLコレステロール、HDLコレステロール、尿酸の有所見率が高く、血圧は最大、最小ともに低めである。



出典：KDB厚生労働省様式（様式5-2）（令和3年度）

健診検査結果の有所見状況（女性）

女性も同様にLDLコレステロール、HbA1c、血糖の有所見率が高めである。BMI、腹囲や血圧は栃木県と比較して低めとなっている。



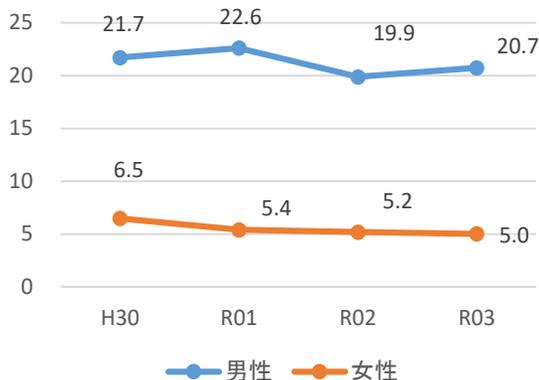
出典：KDB厚生労働省様式（様式5-2）（令和3年度）

喫煙率・2合以上飲酒率

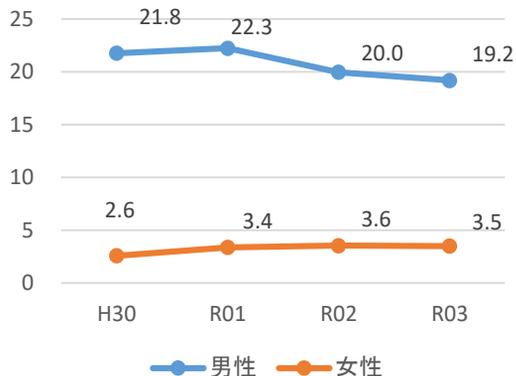
喫煙率は男性で20～22%で全国平均（27.1%：国民栄養調査R1年）と比べてやや低めである。女性では5%程度が喫煙していた。

1回2合以上の飲酒率は男性で21.8%から19.2%とやや低下傾向となっている。女性では3%程度である。

男女別喫煙率の推移



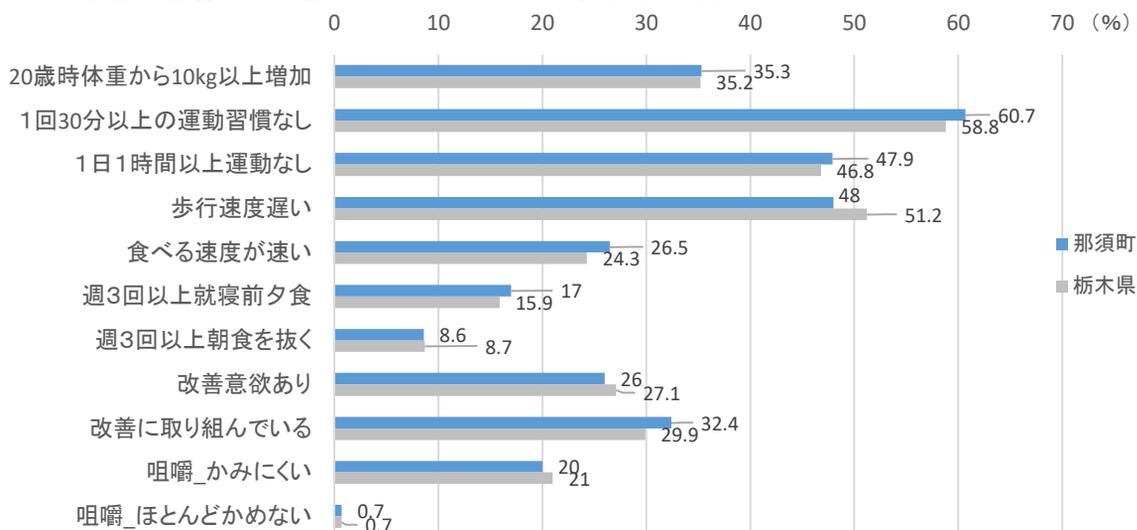
2合以上の飲酒率の推移



出典：独自解析特定健診結果（平成30年度～令和3年度）

生活習慣の特徴

体重が20歳時と比較して10kg以上増加した人は35.3%、運動習慣のない人は60.7%となっている。日常生活で1時間以上運動をしていない人は47.9%であった。食べる速度の速い人は26.5%であった。すでに改善に取り組んでいる人の割合は32.4%で、咀嚼では噛みにくい、ほとんどかめないを合わせ約20.7%に問題があった。



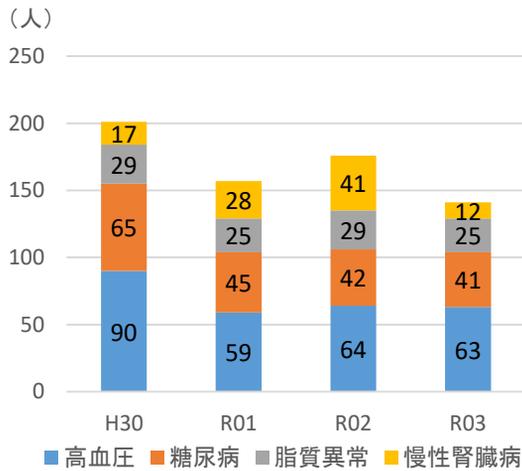
出典：KDB地域の全体像の把握（令和4年度）

4) 重症化予防

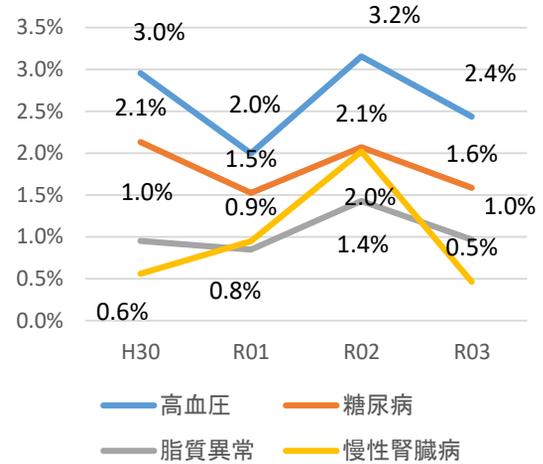
重症化予防 未治療者対策①

高血圧では治療勧奨域の者が90人から63人に減少している。糖尿病も65名から41名に減少している。脂質異常、慢性腎臓病はほぼ横ばいとなっている。

治療勧奨域対象者数



有病率

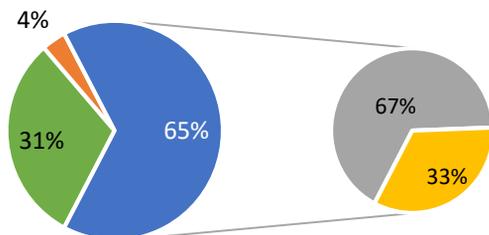


出典：独自解析特定健診結果（平成30年度～令和3年度）

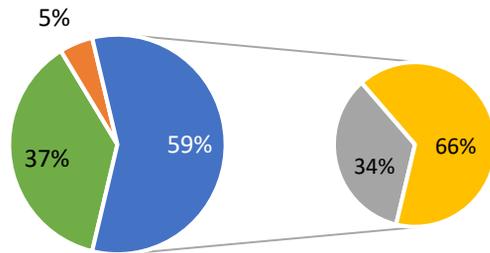
重症化予防 未治療者対策②

令和2年度の治療勧奨対象者を令和3年度の健診結果から見ると、高血圧では33%、糖尿病では66%が治療に結び付いており、特に糖尿病で勧奨効果が高くなっている。一方で翌年の健診未受診者が多く、高血圧・糖尿病の対象者のうち3割強を占めている。

高血圧



糖尿病



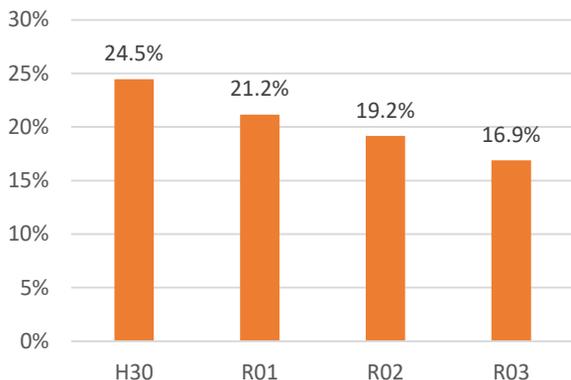
■ 翌年健診未受診者 ■ 正常範囲 ■ 要治療 ■ 治療中 ■ 翌年健診未受診者 ■ 正常範囲 ■ 要治療 ■ 治療中

出典：独自解析特定健診結果（令和2年度～令和3年度）

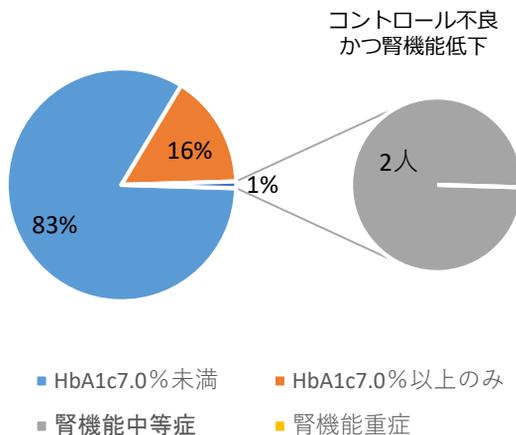
重症化予防 治療中者対策①

糖尿病治療中者のHbA1c7.0%以上の割合は持続的に低下傾向にあるが、そのうち1%に腎機能低下がみられるが、重症な人はいなかった。

糖尿病治療中者に占める
HbA1c 7.0%以上の推移



治療中者の腎機能 (R03)

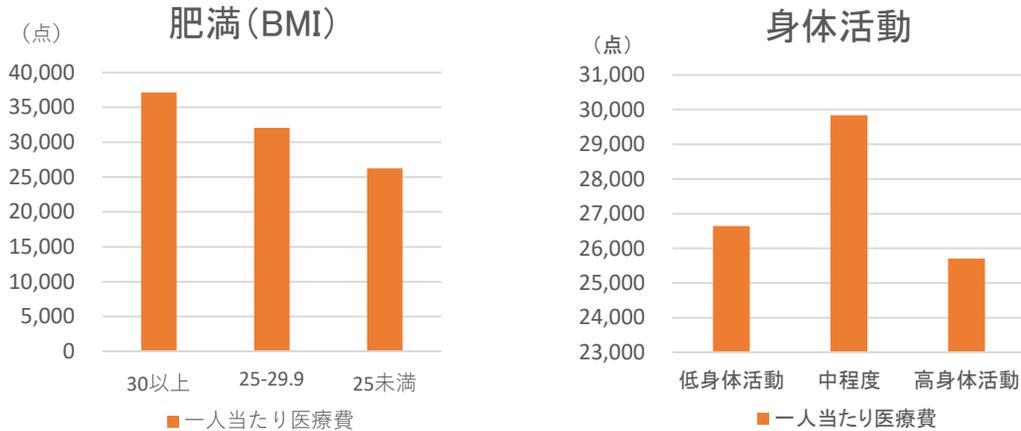


出典：独自解析特定健診結果（平成30年度～令和3年度）

5) レセプト・健診データを組み合わせた分析

健診結果と医療費

BMI25以上の肥満者は医療費が高い傾向にあり、BMIが30以上の肥満者は有所見率が4%と低いがBMI25未満と比較して年間で約12,000点程度高い。低身体活動者は高身体活動者と比較して2,000点程度医療費が高い。

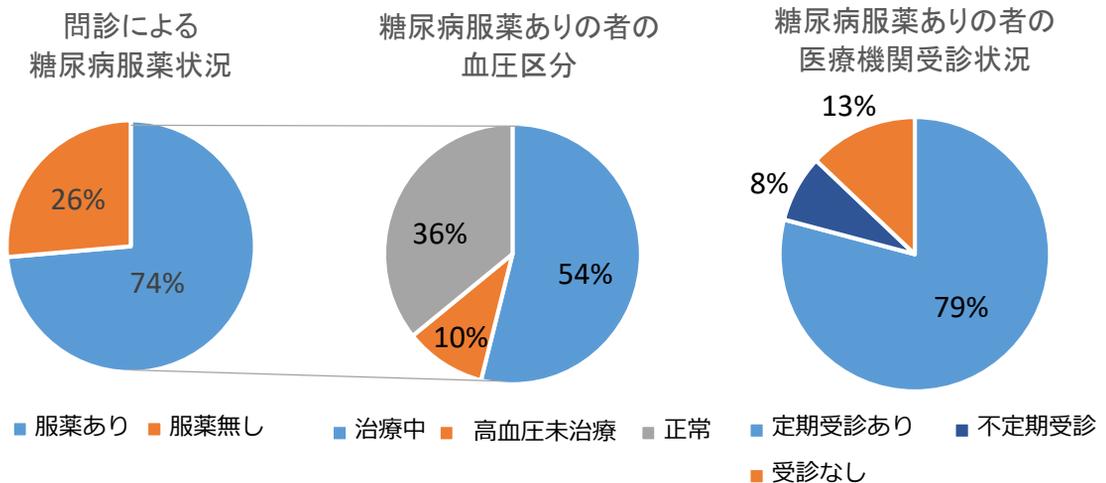


※低身体活動：1回30分以上の運動習慣がないかつ1日1時間以上の身体活動がない者
 中程度：上記のうち、どちらか1項目が該当する者
 高身体活動：上記の2項目とも該当しない者

出典：独自解析特定健診結果・医療情報（令和3年度）

重症化予防 治療中者対策②

健診で糖尿病域にあった人の治療率は74%で、そのうち54%が高血圧を治療していたが、未治療者も10%みられた。糖尿病レセプトがない者（受診なし）が13%、年に2回以下の不定期受診が8%みられた。



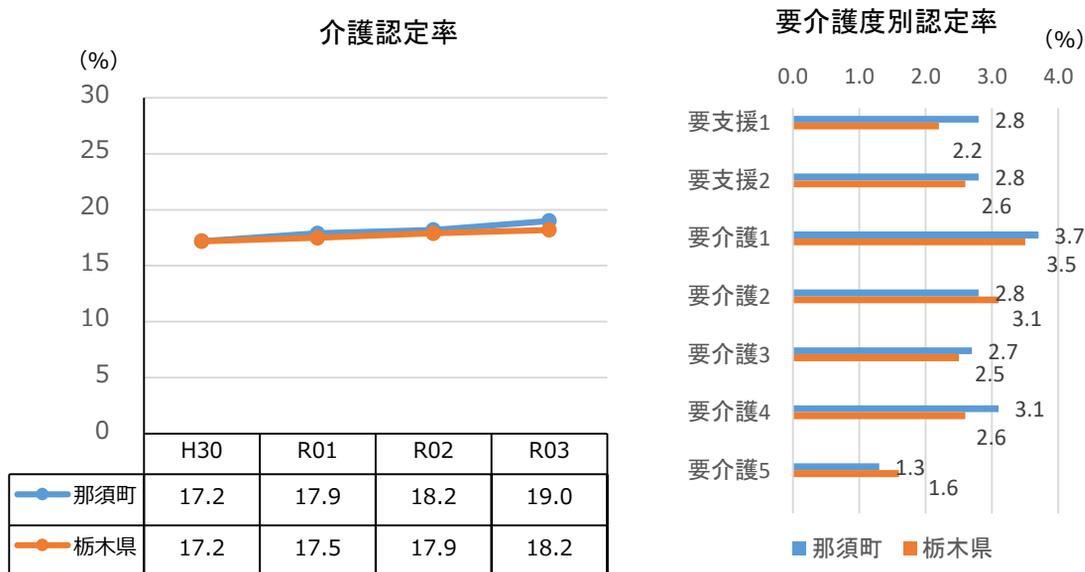
※定期受診あり：年3回以上受診、不定期受診：年1-2回受診、受診無し：年0回

出典：独自解析特定健診結果・医療情報（平成30年度～令和4年度）

6) 介護費関係の分析

介護から見た健康課題 ①

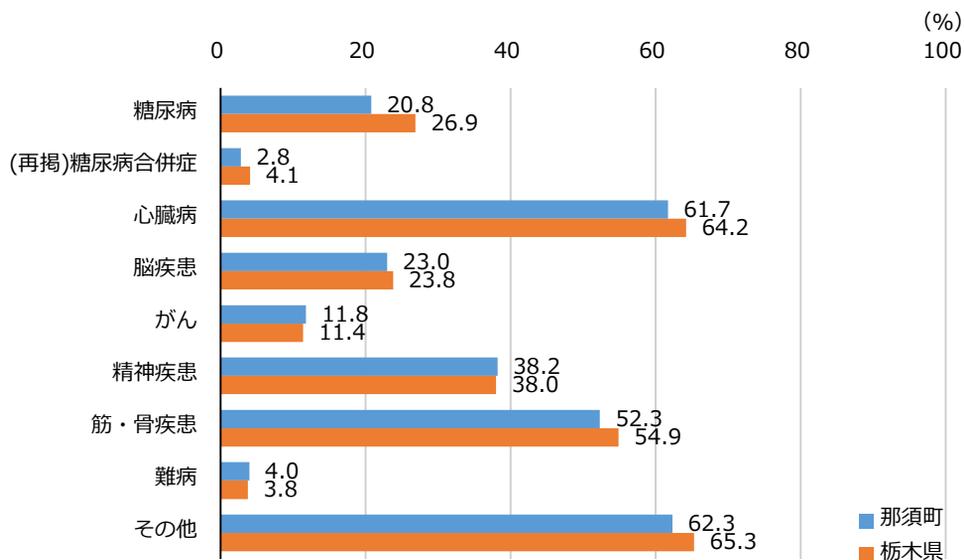
介護認定率は19.0%と栃木県よりやや高め推移している。要支援・要介護度別にみると要支援から要介護1で認定率が高く。要介護3、4でも高い傾向がみられた。要介護2、要介護5はやや低めであった。



出典：KDB要介護（支援）者認定状況（平成30年～令和3年度）

介護から見た健康課題 ② 要介護認定者の有病状況

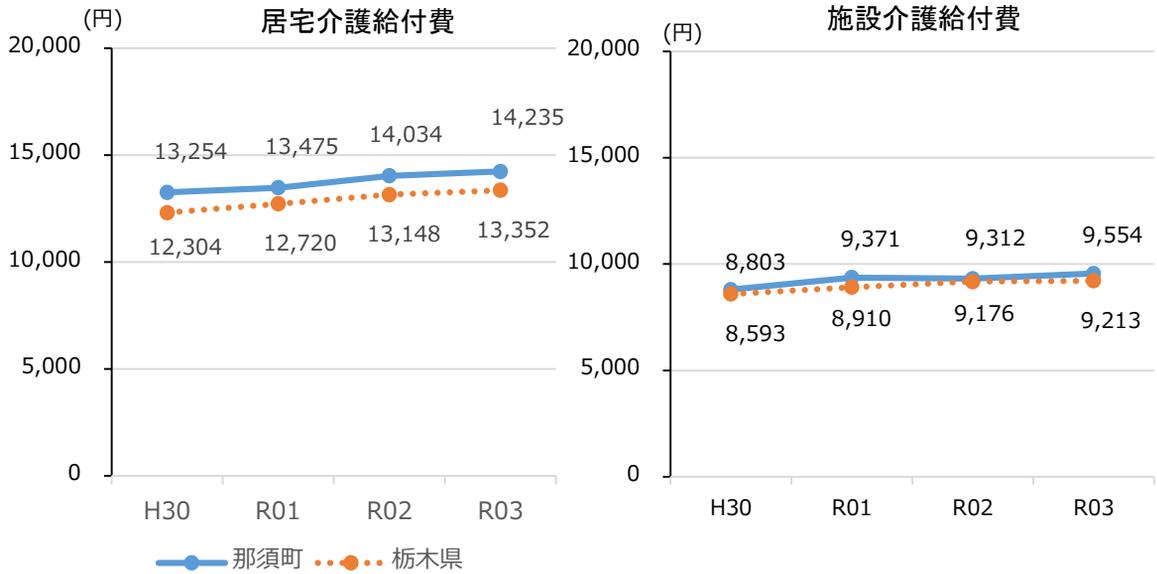
要介護認定者の有病状況で最も頻度が多いのは心臓病で、次いで筋・骨疾患、精神疾患の順であった。県と比較するとがん、精神疾患、難病を除くすべての疾患で有病状況が低かった。



出典：KDB要介護（支援）者認定状況（令和3年度）

介護から見た健康課題 ③

加入者一人当たりの居宅介護給付費は県より高めで推移しており、施設介護給付費は県とほぼ同じ水準となっている。居宅、施設ともに徐々に増加傾向にある。



出典：KDB医療・介護の突合の経年比較（平成30年～令和3年度）

第3章 前期計画の評価と課題

1. データ分析から見た現状と課題のまとめ

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要となる各種データ等の分析結果	参照データ	③健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡率等	<p>【平均寿命・健康寿命】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性は、平均寿命(81.2年)、健康寿命(79.9年)は県を上回るが、女性は平均寿命(86.1年)、健康寿命(83.2年)ともに県を下回る。 ・平均寿命と健康寿命の差では、男(1.3年)女(2.9年)とも県と同じ。 <p>【標準化死亡率】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男女ともに急性心筋梗塞(男性：115.4、女性：131.8)、脳内出血(男性：144.7、女性：130.1)、悪性新生物(胃)(男性：114.9、女性：118.9)の標準化死亡率が県より高く、男性は、脳梗塞(115.2)も高い。 	令和4年度国保データベースシステムデータ分析結果報告書	I・II
医療費の分析	<p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療費では男性は前立腺がん、高血圧症が高く、慢性腎臓病、大腸がん脳出血がやや高めである。女性は、肝がん、子宮頸がんが県より高い傾向がみられる。 ・入院外医療費では、男性は大腸がん、胃がん、糖尿病性網膜症が、女性は乳がん、脳梗塞が県より高い傾向がみられる。 ・入院外医療費では、糖尿病、脂質異常症は県より低い傾向がみられる。 <p>【後期高齢】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療費では、男性は前立腺がん、脳梗塞、脳出血の医療費が高く、狭心症や大腸がんの医療費も高めである。女性では糖尿病が高い。 ・入院外医療費では、男性は脳出血、女性は脳梗塞、心筋梗塞が県より高い傾向がある。 	令和4年度国保データベースシステムデータ分析結果報告書	VII
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票を含む)の分析	<p>【特定健診・特定保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は令和4年度40.2%、特定保健指導実施率は54.6%で県の平均より高い。しかし、特定保健指導では、40歳~59歳の実施率が県より低い。 <p>【健診データ等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当率(15.0%)は県を下回るが、メタボリックシンドローム予備軍の該当率(13.1%)では県を上回る。 ・特定健診における有所見率は、男女ともにLDLコレステロール、血糖、HbA1cが県より高い傾向がある。 ・生活習慣における有所見率では、「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」が県より高い傾向がある。 	令和4年度国保データベースシステムデータ分析結果報告書	III~VI・VIII
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	肥満者は医療費が多い傾向にあり、BMI30以上の肥満者では非肥満者と比較して年間で約12,000点程度高い。低身体活動者は高身体活動者に比較して2,000点程度医療費が高い。	独自解析令和3年度特定健診結果・医療情報	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定率は、令和元年度以降経年的に県より高く、要支援1と要介護4の認定率は県より高い。 ・要介護認定者の有病率割合では、がんが県より高い傾向がある。 ・1人当たりの居宅介護給付費及び1人当たり施設介護給付費は経年的に県を上回る。 	令和4年度国保データベースシステムデータ分析結果報告書	VIII・IX
その他			

2. 前計画の評価と課題

前期計画での課題	前計画での目標値	R4年度の実績	達成状況	対策事業
特定健康診査受診率向上	50.0%	40.1%	C	特定健康診査の受診勧奨
特定保健指導実施率	60.0%	54.6%	B	特定保健指導の利用勧奨
特定保健指導における積極的支援及び動機づけ支援対象者の減少	30.0%	18.3%	C	特定保健指導の質向上
ハッスル年代健康チェック事業対象者の受診率	25.0%	20.0%	C	ハッスル年代健康チェック事業の受診勧奨及び受診しやすい体制整備
人間ドック受診者数	250人	292人	S	保険切り替え時の新規加入者への周知や、関係部署の連携により、効果的な周知を継続
人間ドック受診者の要精密検査者の受診率	15.5%	52.8%	S	未受診者に対して受診勧奨を行う体制整備
糖尿病予防として、受診の有無に関わらず選定基準を満たす対象者への保健指導の実施率	15.0%	16.3%	A	糖尿病性腎症重症化予防
糖尿病予防プログラムにおける糖尿病性腎症予防段階の該当者の減少	20件	24件	A	糖尿病治療中者腎症予防事業
ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	80.0%	79.6%	B	ジェネリック医薬品の使用促進

S:目標を大きく上回る

A:目標をやや上回る

B:概ね目標達成

C:目標をやや下回る

D:目標を大きく下回る

3. 保険者の健康課題（被保険者の健康に関する課題）

①健康課題番号	②健康課題(優先順位付け)
I	脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の標準化死亡比が高い
II	虚血性心疾患(急性心筋梗塞)の標準化死亡比が高い
III	LDLコレステロールの有所見率が県より高い
IV	HbA1c、血糖の有所見率が県より高い
V	要介護認定率が県より高い
VI	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当割合が県より低く、予備群の該当割合が高い
VII	国保加入者の脳梗塞外来医療費(標準化比)が男女ともに高い
VIII	「食べる速度が速い」の該当率が県より高い
IX	胃がんの標準化死亡比が高い

①健康課題番号	⑤データヘルス計画の目標を達成するための戦略
I～VI	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の個別健診受診向上のための郡市医師会との連携強化 ・ 特定健診の受診予約のオンライン化 ・ ICT活用等による特定保健指導実施委託機関の活用
I～VI	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県糖尿病重症化予防プログラムの推進のために郡市医師会・かかりつけ医との連携強化
I～VI VIII	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診者の結果説明会等で低栄養やオーラルフレイル等フレイル予防の視点での支援の強化
III～VI IX	<ul style="list-style-type: none"> ・ がんの一次予防となる生活習慣改善については、特定健診の結果説明会や特定保健指導等での取組強化 (科学的根拠に根ざした予防ガイドライン「日本人のためのがん予防法」のがんリスクを減らす健康習慣①禁煙する②節酒する③身体を動かす④適正体重を維持する⑤食生活を見直す(出典：国立がん研究センターがん情報サービス) ・ がんの早期発見のため、若い内からがん検診受診を習慣化させることを目指し、40歳の者に受診勧奨を実施

第4章 計画全体の整理

1. データヘルス計画全体の目標（データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標）

生活習慣病の発症予防と重症化予防及び介護予防による
被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化の推進

① 健康課題 番号	データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)										
	④評価 指標番 号	⑤評価指標	⑥ベースラ イン 2019年度 (R元)	⑦計画策定 時実績 2022年度 (R4)	⑧目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
I-IV VI IX	1	特定保健指導対象者の割合の増加率 (令和元(2019)年度比) 【年齢調整】	-	-2.24	-4.24	-5.24	-6.24	-7.24	-8.24	-9.24	
I~ II VII	2	特定健診受診者の有所見者の割合の増加率 (令和元(2019)年度比) 【年齢調整】	収縮期 (130mmHg以上)	-	7.80	5.80	4.80	3.80	2.80	1.80	0.80
	3		拡張期 (85mmHg以上)	-	-3.14	-5.14	-6.14	-7.14	-8.14	-9.14	-10.14
I~ II IV	4		H b A 1 c (5.6%以上)	-	4.58	2.58	1.58	0.58	-1.58	-2.58	-3.58
	5		空腹時血糖 (100mg/dl以上)	-	-2.50	-4.50	-5.50	-6.50	-7.50	-8.50	-9.50
I~ III VI	6		中性脂肪 (150mg/dl以上)	-	-0.83	-2.83	-3.83	-4.83	-5.83	-6.83	-7.83
	7		H D L (40mg/dl未満)	-	-19.82	-21.82	-22.82	-23.82	-24.82	-25.82	-26.82
	8		L D L (120mg/dl以上)	-	-8.53	-10.53	-11.53	-12.53	-13.53	-14.53	-15.53
I~ IVVII IX	9		特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(令和元(2019)年度比) 【年齢調整】	-	-1.35	-3.35	-4.35	-5.35	-6.35	-7.35	-8.35
I-VI IX	10	特定健診受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)	39.89	39.21	39.60	39.90	40.20	40.50	40.08	41.10	
I~ II IV VI	11	特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合	H b A 1 c (8.0%以上)	1.52	1.46	1.44	1.42	1.40	1.38	1.36	1.34
	12		空腹時血糖 (160mg/dl以上)	1.83	1.43	1.40	1.38	1.36	1.34	1.32	1.30
V VIII	13	特定健診受診者のフレイルハイリスク者等の割合	前期高齢者(65~74歳)のうちBMIが20kg/m ² 以下	16.78	19.33	19.25	19.20	19.15	19.10	19.05	19.00
	14		50歳以上64歳以下における咀嚼良好	80.06	79.96	80.00	80.05	80.10	80.15	80.20	80.25
	15		65歳以上74歳以下における咀嚼良好	78.35	78.12	78.25	78.30	78.35	78.40	78.45	78.50

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

④評価指標番号	⑨事業名称	⑩個別保健事業の評価指標	⑪ベースライン (年度)	⑫個別保健事業の計画 策定時年度	⑬個別保健事業の目標値						⑭重点・ 優先度
				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)	
1～12	特定健康診査	受診率	43.4 (2019)	40.2	40.5	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0	1
		40歳代受診率	30.1 (2019)	26.0	28	28	29	29	29	29	
		50歳代受診率	31.8 (2019)	30.8	30	30	30	32	32	32	
1～12	ハッスル年代 健康チェック事業 (25歳～39歳)	健康診査受診率	19.8 (2019)	20	25	25	25	30	30	30	2
		特定保健指導項目の対象者・予備群 に対する保健指導実施率	38.4 (2019)	30	30	30	33	35	35	35	
		健診後の医療機関受診勧奨対象者の 医療機関受診率	12.8 (2019)	12.9	15	15	15	20	20	20	
1～12	特定保健指導	実施率	34.9 (2019)	54.6	55	55	55	56	56	56	3
		特定保健指導による特定保健指導対 象者の減少率	28.8 (2019)	22.2	23	23	23	24	24	24	
1～12	生活習慣病重症化予防 事業（結果説明会）	40歳以上の呼び出し基準該当者に 対する指導実施率	49.2 (2022)	49.2	50	50	50	55	55	55	4
		特定健診後の医療機関受診勧奨対象 者（未治療者）の医療機関受診率 （脂質・血圧）	—	—	20	20	20	25	25	25	
1 4～5 9～12	糖尿病重症化予防事業	受診勧奨対象者（未治療者）への受 診勧奨実施率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100	5
		受診勧奨対象者（未治療者）の医療 機関受診率	40.7 (2019)	46.8	47	47	48	49	49	50	
		保健指導対象者への保健指導実施率	0.0 (2019)	16.3	17	17	17	18	18	18	
		終了者のHbA1cが改善した者の割 合	57.1 (2022)	57.1	58	58	58	59	59	60	
1～12	健康運動教室 （ファットレスクラ ブ：講話、実技）	教室へ10回以上参加している者の割 合	55 (2019)	61.1	62	63.5	65	66.5	68.5	70	6
		体力チェック結果が維持又は改善し た者の割合	27 (2019)	28	28	28.5	29	29	29.5	30	
13～15	高齢者いきいき事業	実施回数	21 (2019)	12	15	15	16	18	18	20	7
		参加延人数	268 (2019)	138	200	200	230	270	270	300	
11・12	重複服薬等対策	該当者への保健指導実施率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100	8
11・12	ジェネリックの 使用促進	ジェネリック医薬品利用率（数量 シェア）	80.1 (2023)	80.1	80.5	80.9	81.3	81.7	82.1	82.5	9

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

事業番号 1 ①事業名称 特定健康診査

②事業の目的	健診を受診することで自分自身の健康状態を知り、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。
③対象者	40～74歳の国保加入者
④現在までの事業結果	<p>【評価】C（目標をやや下回る）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率の伸びが少なく、計画値には達していない。 ・受診率向上を目指し、R5年度より電話勧奨を開始した。 ・40-59歳の中途加入者の受診率が元々の加入者とほぼ変わらず低めである。 ・全体の受診率（40.2%）に対し、若年者では受診率が32.4%で、65歳以上の高齢者の受診率は45.2%である。 ・男性と女性の受診率の差が各年齢層で10%ある。 ・受診予約のオンライン化が進んでいない

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2019年度 (R1)	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	受診率	43.4	40.2	40.5	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0
アウトカム (成果) 指標	40歳代受診率	30.1	26	28	28	28	29	29	29
アウトカム (成果) 指標	50歳代受診率	31.8	30.8	30	30	30	32	32	32

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・効果の出やすい対象の選定方法を整備し、特性に応じた勧奨方法を検討する。 ・加入翌年の受診率は60～64歳を除くと低めであるため、加入翌年の受診率向上を目指す。 ●特定健診における個別健診の受診率向上のため、都市医師会との連携強化を図る。 ●若年者対策として特定健診の受診予約のオンライン化を検討する。
-----------------	--

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法(プロセス)

受診率向上を目指し、未受診者に対して過去の受診状況に合わせた勧奨ハガキを送付した。さらに令和5年度より電話勧奨を開始した。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・加入履歴、年齢、健診の受診歴や医療機関受診状況などから対象者をセグメント化する。
- ・受診勧奨対象者を過去の受診歴でセグメント化して、過去受診者などの電話勧奨効果の最も大きい対象者に絞った実施を行う。前年度加入者についても重点的な受診勧奨を実施する。
- ・加入時の情報収集と、健診勧奨を行う。
- ・40歳等若い時から受診する習慣を目指し重点的な取り組みを行う。また予約のオンライン化を推進する。(令和7以降の実施を目指す。)
- ・高齢者に多い、医療機関通院中で健診を受診していない人へのより効果的な受診勧奨方法を検討する。
- ・がんの早期発見のため、若いうちからがん検診受診を習慣化させることを目指し、40歳の者に受診勧奨を実施する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

集団健診と個別健診、人間ドックの3種類の健診を実施している。
集団健診は委託し、5月～2月までの間で45日間実施、個別健診は那須郡市医師会24医療機関と契約し5月～3月までの間で実施している。
人間ドックは7医療機関と契約している。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・実績評価により電話勧奨の対象や方法を見直す仕組み整備を目指す。
- ・効果を評価し費用対効果の高い受診勧奨を図る。
- ・医療関係者との連携を図る。
- ・個別健診の契約医療機関を増やし、かかりつけで受診できる体制を推進する。

⑮評価計画

法定報告値により評価する。

事業番号 2 ①事業名称 ハッスル年代健康チェック事業（25歳～39歳）

②事業の目的	25歳以上39歳までの国民健康保険加入者の健康増進として、自分の健康に関心を持ち、壮年期からの健康管理の習慣を身につける。
③対象者	25歳以上39歳までの国民健康保険加入者
④現在までの事業結果	<p>【評価】 C（目標をやや下回る）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者全員への通知や土日健診の実施によって受診率は徐々に増加してきたが、目標に達していない。 受診予約のオンライン化が進んでいない。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2019年度 (R1)	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	健康診査受診率	19.8	20	25	25	25	30	30	30
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導項目の対象者・予備群に対する保健指導実施率	38.4	30	30	30	33	35	35	35
アウトカム (成果) 指標	健診後の医療機関受診勧奨対象者の医療機関受診率	12.8	12.9	15	15	15	20	20	20

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 若い世代の健康意識の向上を図る。 ●受診しやすい体制整備（ICT化等）を整備する。 生活習慣病予備群へ早期に介入する。 特定健診の受診勧奨との連携を図り、健診日程を事前に記入するなど受診勧奨方法の改善を目指す。
-----------------	--

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- ・対象者を抽出し案内を送付、健診の実施、受診状況を確認している。
- ・受診しやすいよう、健診回数の増加、土日健診を実施した。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・未受診者勧奨を実施する。
- ・SNSを活用した受診勧奨を実施する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・特定健診と同様に集団健診で実施している。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・受診状況等の確認及び必要に応じたフォロー体制の整備を検討する。

⑮評価計画

事業報告により評価する。健診後の医療機関受診勧奨対象者の医療機関受診率については、医療機関から提供される精密検査結果連絡票を確認して評価する。

事業番号 3 ①事業名称 特定保健指導

②事業の目的	健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対し、生活習慣の振り返りを行い、行動変容により生活習慣を改善する。
③対象者	特定保健指導該当者
④現在までの事業結果	<p>【評価】B（概ね目標達成）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・那須町での実施（直営）と委託で実施し、高い実施率を維持できているが、若年層の実施率は低い。 ・プログラムの途中脱落率は低く、毎年対象となる者の割合（リピーター率）も低い。 ・就業者が参加しやすい方法が現時点ではない。 ・特定保健指導の効果指標である特定保健指導対象者率、メタボリックシンドローム有所見率には変化が見られなかった。 ・特定保健指導積極的支援の体重低下は平均で-1.02kgとなっている。動機付け支援の体重低下（-0.43kg）は階層化のみ（-0.41kg）とほとんど同じにとどまっている。 ・特定保健指導の対象者に占める治療勧奨域の重症者は全体の20%を占めた。 ・重症者の約半分は2年連続で抽出されていた。 ・個々に応じた指導内容を実施したことで継続率が増えた。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2019年度 (R1)	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	実施率	34.9	54.6	55	55	55	56	56	56
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	28.8	22.2	23	23	23	24	24	24

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ● ICT活用等について特定保健指導実施委託機関を活用する。 ・実施勧奨の業務効率化を目指す。 ・メタボリックシンドローム予備群の率、該当率以外にも、保健指導実施者に関する評価指標を設定し効果評価を行って事業効果を高める取り組みを目指す。 ・医療機関健診・人間ドック受診者への保健指導の実施体制を整える。
-----------------	---

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- ・ 集団健診受診者に対し、健診機関に委託して実施した。
- ・ 実施勸奨は直営で行っている。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・ 集団健診の委託健診機関と協議して健診当日に特定保健指導をはじめ保健事業の対象者への情報提供を行い、希望者を募集する仕組みを整備する。
- ・ 評価目標として当該年度健診と保健指導終了時の差で2kg減った人の割合や特定保健指導対象者の減少率を設定する。
- ・ 効果を意識したプログラムとその運用を働きかける。
- ・ 特定保健指導の質の向上を継続的に図る。
- ・ 特定保健指導対象者について重症度に応じて指導方針を整理する。
- ・ 治療勸奨が必要な人には、治療勸奨を優先的に提供するなど重症化予防と統一的な実施を目指す。
- ・ 業者も参加しやすい仕組みづくりとして保健指導のICT化、休日の特定保健指導体制を実施する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・ 特定保健指導は、集団健診受診者は健診機関への委託を行っており、一部を直営で行っている。個別健診、人間ドックは4医療機関へ委託しており、実施率を維持している。
- ・ 実施勸奨は直営で実施している。
- ・ 特定保健指導の質向上について委託先と定期的な協議を行っている。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・ 実施体制はこれまでと変更なしとするが、勸奨の一部を委託できるか検討・協議する。
- ・ 集団健診当日の特定保健指導の実施については集団健診委託機関で実施体制を調整している。
- ・ 委託仕様書の整備を行って指導終了時の報告書等の情報収集が可能な仕組みを整備する。
- ・ 委託機関との定期的な打ち合わせを継続する。

⑮評価計画

法定報告値により評価する。

事業番号 4 ①事業名称 生活習慣病重症化予防事業（結果説明会）

②事業の目的	生活習慣病（高血圧症、脂質異常症）の悪化予防として、現在実施している糖尿病未治療者以外にも基準を定めて取り組み事業効果を高める。未治療者対策のさらなる推進と、治療中者への保健指導体制の整備を目指す。
③対象者	集団健診受診者のうち、要指導・要医療者
④現在までの事業結果	<p>【評価】B（概ね目標達成）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の未治療者、中断者には受診勧奨及び生活習慣の振り返りを主に実施してきた。 ・高血圧・脂質異常の未治療者には対面での受診勧奨及び要指導・要医療者への保健指導を実施してきた。 ・毎年健康課題の優先順位から対象者を決め実施してきた。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	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)
アウトプット (実施量・率) 指標	40歳以上の呼び出し基準該当者に対する指導実施率	49.2	49.2	50	50	50	55	55	55
アウトカム (成果) 指標	特定健診後の医療機関受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率（脂質・血圧）	—	—	20	20	20	25	25	25

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<p>●脳血管疾患対策を推進するために高血圧及び脂質異常未治療者への対策を強化する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未治療者及び指導対象者の減少を通じて、脳血管疾患などの発症を予防する。
-----------------	---

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- ・健康診査データから対象者を特定
- ・結果説明会への案内通知を郵送、対面にて保健指導を実施
- ・生活習慣、検査値の改善状況を確認
- ・前期計画後半は糖尿病重症化予防を優先事業とし、要医療者への受診勧奨や保健指導等を行った。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・他の保健事業との整合性を考慮したうえで、未治療者に対して受療勧奨を行う。
- ・結果説明会への呼び出し基準を設定しており、それに基づいて受診勧奨を実施している。
今後は糖尿病以外（高血圧・脂質異常症）の未受診者へ受診勧奨通知の発送も検討する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・結果説明会は直営で実施している。年間20回程度実施し出席率も高い。
- ・かかりつけ医と連携している。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・結果説明会不参加者へのフォローの強化を図る。
- ・結果説明会実施後の受診状況等の確認及び必要に応じたフォロー体制の整備を検討する。

⑮評価計画

事業報告により評価する。特定健診後の医療機関受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率（脂質・血圧）については、本人あての照会文書及びレセプトデータで受診状況を確認して評価する。

事業番号 5 ①事業名称 糖尿病治療中者腎症予防事業

②事業の目的	糖尿病性腎症の予防のために、糖尿病治療中でコントロールが不良な人に保健指導を行う。必要に応じ長期のフォロー体制を整備する。
③対象者	栃木県糖尿病性腎症重症化予防事業の基準値に該当した方
④現在までの事業結果	<p>【評価】B（概ね目標達成）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和3年度から糖尿病性腎症重症化予防事業の治療中者対策を実施してきた。プログラムは栃木県の基準で実施している。 毎年6～7名の保健指導に取り組んでいる。 糖尿病の治療コントロール不良者の割合は平成30年の24.5%から令和3年の16.5%へ減少傾向にある。 治療中断者の医療機関の結び付けが不十分である

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	100(2019)	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム(成果)指標	受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	40.7(2019)	46.8	47	47	48	49	49	50
アウトプット(実施量・率)指標	保健指導対象者への保健指導実施率	0.0(2019)	16.3	17	17	17	18	18	18
アウトカム(成果)指標	終了者のHbA1cが改善した者の割合	57.1(2022)	57.1	58	58	58	59	59	60

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ●栃木県糖尿病重症化予防プログラムに沿って事業を実施する。 ・栃木県糖尿病重症化予防プログラムの推進のために郡市医師会・かかりつけ医との連携を強化する。 ・糖尿病治療中者支援の仕組みを継続し、糖尿病による慢性腎臓病の減少を図る。
-----------------	--

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- ・かかりつけ医との連携で、対象者は参加同意のうえ医師から紹介。
- ・プログラムへの参加案内通知を送付して、同意を得られた人に実施。
- ・個性のある6カ月間の集中支援を実施している。
- ・継続フォロー期間も設定し、体制は整備できている。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・年度ごとの評価を行い、定期的に振り返りを行う。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

抽出、案内発送、医療機関との連携、治療中者支援等は全て直営で行っている。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・支援した対象者の台帳管理を行い長期の支援の仕組み構築を図る。

⑮評価計画

受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率は、レセプトデータで受診状況を確認して評価する。
終了者のHbA1cが改善した者の割合は、かかりつけ医から提供される検査データを確認して評価する。

事業番号 6 ①事業名称 健康運動教室（ファットレスクラブ：講話、実技）

②事業の目的	教室を通して運動習慣を身につけ、生活習慣病の予防と改善を図る。住民への情報提供の場として健診現場などを活用し、最新情報を提供する。
③対象者	運動習慣を身につけたい町民
④現在までの事業結果	<p>【評価】B（概ね目標達成）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団で実施しており、多彩なメニューを紹介しているため、運動定着率は高い。 ・ 地域の特性として、冬季の参加率が低くなる傾向がある。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2019年度 (R1)	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)
アウトプット (実施量・率) 指標	教室へ10回以上参加している者の割合	55	61.1	62	63.5	65	66.5	68.5	70
アウトカム (成果) 指標	体カチェック結果が維持又は改善した者の割合	27	28	28	28.5	29	29	29.5	30

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康運動教室の活用の仕組みをつくる ● 事業の周知等参加者の確保や継続参加につながる支援体制を強化する
-----------------	--

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報紙や事業予定表、結果説明会などで周知 ・ 健康運動指導士に委託し、健康運動教室の実施 ・ 参加状況や運動の定着状況を確認 ・ 健康運動指導士等とプログラムの確認や調整を行う ・ 教室卒業後の継続グループの支援及び健康運動教室サポーターの育成
--

⑫今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康運動指導士等と連携を取りながら実施する。 ・ 運動習慣の定着状況や参加者個人の目標を定期的に確認し、運動定着率の増加を目指す。 ・ 運動教室サポーターの積極的な活動を促し、支援する
--

⑬現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康運動指導士に委託し連携を図りながら運動教室を運営する。 ・ 広報、募集、定着状況の確認は直営で行う。

⑭今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<p>健診現場は住民への情報提供として最適な場所であり、健診の場を活用することで幅広い層に情報提供が可能となるため、健診現場での広報、募集等活用の仕組みを整備する。</p>
--

⑮評価計画

<p>事業報告により評価する。</p>

事業番号 7 ①事業名称 高齢者いきいき事業

②事業の目的	65歳以上が集う場所に出向いて健康相談及び健康教室を行い、高齢者の健康増進を図る。
③対象者	65歳以上の町民
④現在までの事業結果	<p>【評価】C（目標をやや下回る）</p> <p>【評価理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の団体を対象に、歯科衛生士や健康運動指導士、管理栄養士、保健師等の専門職を派遣し、健康づくりに関する健康教室や健康相談を行っている。 ・R2年度以降、新型コロナの影響でシニアクラブが活動できていなかった。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2019年度(R1)	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	実施回数	21	12	15	15	16	18	18	20
アウトプット(実施量・率)指標	参加延人数	268	138	200	200	230	270	270	300

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ● 広報、保健センター事業予定表等で事業を周知をする ・ 実施希望団体における参加者の募集方法の検討をする ・ 感染対策を実施したうえで継続して実施する
-----------------	--

※●は中間評価までの戦略とする

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- ・ 広報や事業予定表、シニアクラブ連合会等への案内等で周知
- ・ 高齢者の団体が活動する地域にて健康相談、健康教育を実施
- ・ 個別に相談等があった場合は、必要な支援につなぐ

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・ これまでと同様の実施方法で行う。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・ 歯科衛生士や健康運動指導士と連携している。
- ・ 直営の保健師、管理栄養士も訪問し、実施している。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・ 地域における健康課題を歯科衛生士や健康運動指導士等と共有し、課題の解決につながる健康教育等を実施する。

⑮評価計画

事業報告により評価する。

事業番号 8 ①事業名称 重複服薬等対策

②事業の目的	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少のために、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。
③対象者	重複・頻回受診者、多剤服用者
④現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ・1ヶ月に7日以上レセプトが発生する人が全体の1.5%を占める。 ・15剤以上の多剤服用者が全体の1.1%を占める。 ・保健指導は100%実施している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2019年度 (R1)	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	該当者への保健指導実施率	100	100	100	100	100	100	100	100

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	多剤服用者に対する効果的な働きかけを行う。
-----------------	-----------------------

⑪現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータから対象者を特定 ・案内文書の送付、電話により詳細説明、同意が得られた対象者に指導を実施 ・受診行動の改善状況を確認
--

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

重複頻回と多剤服用者の抽出と通知の仕組みを分割する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

抽出、案内発送、医療機関との連携、治療中者支援等は全て直営で行っている。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

特性に応じた対象者への通知を行って、訪問等により保健指導を実施する。

⑮評価計画

事業報告及び保健指導後のレセプトデータを確認し、服薬状況を評価する。

事業番号 9 ①事業名称 ジェネリック医薬品の使用促進

②事業の目的	ジェネリック医薬品の普及率向上
③対象者	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、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
④現在までの事業結果	ジェネリック医薬品の置換率は徐々に増加し令和4年9月現在で79.6%とほぼ全国平均(80.6%)と同じである。 県内では最も頻度の高いグループだが、全国的には低めとなっている。 通知は100%実施している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2023年度(R5)	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	ジェネリック医薬品利用率(数量シェア)	80.1	80.1	80.5	80.9	81.3	81.7	82.1	82.5

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	さらなる利用率の上昇を図る。
-----------------	----------------

⑪現在までの実施方法(プロセス)

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。

- ①レセプトデータから対象者を特定
- ②通知書の作成及び送付
- ③ジェネリック医薬品利用率の確認

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

現在実施しているジェネリック医薬品通知事業を継続する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

抽出、案内発送、普及率の確認は全て直営で行っている。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

国の動きを把握するなどの情報収集を通じて、より効果の高い方法の導入を検討する。

⑮評価計画

通知後の利用率を確認して評価する。

第6章 特定健康診査等実施計画

1. 対象者数の推計

(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)	5,412	5,196	4,988	4,738	4,502	4,276
特定健康診査受診率(%) (目標値)	40.5	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0
特定健康診査受診者数(人)	2,192	2,130	2,095	2,037	1,981	1,924

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	2,172	2,085	2,002	1,902	1,891	1,796
	65歳～74歳	3,240	3,111	2,986	2,836	2,611	2,480
特定健康診査受診者数 (人)	40歳～64歳	880	855	841	818	832	808
	65歳～74歳	1,312	1,275	1,254	1,220	1,149	1,116

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

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

特定保健指導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
特定保健指導対象者数(人)	243	231	219	207	196	186
特定保健指導実施率(%) (目標値)	55	55	55	56	56	56
特定保健指導受診者数(人)	134	127	121	116	110	104

特定保健指導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
積極的支援	対象者数 (人)	40歳～64歳	42	40	38	36	34	32
	実施者数 (人)	40歳～64歳	23	22	21	20	19	18
動機付け 支援	対象者数 (人)	40歳～64歳	51	48	46	43	40	38
		65歳～74歳	150	142	135	128	122	116
	実施者数 (人)	40歳～64歳	28	26	25	24	23	21
		65歳～74歳	82	78	74	72	68	65

2. 特定健診の実施方法

(1) 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)。ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

(2) 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する。

(3) 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」に基づき実施する。

■基本的な健診項目（全員に実施）

○質問票（服薬歴・喫煙歴等）

○身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）

○血圧測定

○理学的検査（身体診察）

○尿検査（尿糖、尿蛋白）

○血液検査

・脂質検査（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合は随時中性脂肪、

HDLコレステロール、LDLコレステロール）

・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖）

・肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT (γ-GTP)

■詳細な健診項目（医師が必要と判断した場合に実施）

○心電図 ○眼底検査 ○貧血検査（赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値）

○血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）

■追加項目

○尿酸

(4) 実施時期

5月から3月に実施する。

(5) 周知・案内方法

1) 集団健診・個別健診

対象者に受診案内を世帯別に発送する。また、広報紙やホームページ等で周知を図る。

2) 人間ドック

集団健診・個別健診の受診案内とあわせて世帯別に発送する。また、広報紙やホームページ等で周知を図る。

(6) 実施勸奨

P 34～35の実施方法、今後の実施体制参照。

(7) 特定健診年間スケジュール

時 期	内 容
1月中旬	次年度健診申込書発送
2月中旬	次年度健診申込書返信締切
4月中旬	集団健診希望者に問診票（5月健診分）発送
4月下旬	個別健診希望者に受診券発送
5月上旬～	集団健診開始
5月中旬～	個別健診開始
6月中旬～	集団健診結果説明会・特定保健指導
8月	特定健診受診勸奨（通知）①
9月	肝炎（40～65歳未受診者）受診勸奨 ハッスル年代健診受診勸奨
10月	特定健診受診勸奨（通知）②
11月	特定健診受診勸奨（電話）

3. 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者

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

特定保健指導対象者の選定基準

	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
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (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		
		1つ該当	なし	

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

※追加リスクの基準値は以下の通りである。

①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c (NGSP値) 5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c (NGSP値) の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

(2) 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する。

(3) 実施項目

保健指導レベルに応じた内容の保健指導を実施する。

保健指導の内容

	支援形態	支援内容
積極的支援	a.初回面接 一人当たり20分以上の個別支援、 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。 b.3カ月以上の継続支援 個別支援、グループ支援の他、 電話、e-mail等の通信手段を組み合わせ て行う。 c.3カ月経過後の評価 面接または通信手段を利用して行う。	特定健康診査の結果から、対象者自らが 自分の身体に起こっている変化を理 解し、 生活習慣改善の必要性を実感できるよ うな働きかけを行う。また、具 体的に実践 可能な行動目標を対象者が 選択できる ように支援する。支援者は目標達成のた 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・継続的に介入す る。
動機付け支援	a.初回面接 一人当たり20分以上の個別支援、 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。 b.3カ月経過後の評価 面接または通信手段を利用して行 う。	対象者自らが、自分の生活習慣の改善 すべき点を自覚することで行動目標を 設 定し、目標達成に向けた取り組みが 継 続できるように動機付け支援を行う。

(4) 実施時期

6月から3月に実施する。

(5) 案内方法

対象者に対して、特定保健指導案内を発送する。

(6) 利用勧奨

P 38～29の今後の実施方法、今後の実施体制参照。

第7章 その他

1. 計画の評価・見直し

(1) 評価方法

被保険者代表、保険医及び保健薬剤師代表並びに公益代表等により構成される「那須町国民健康保険運営協議会」において評価を実施します。

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。

目標の達成状況が目標値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、その原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) 計画の見直し

本計画の評価については、各事業のスケジュールに基づき実施します。また、令和8年度に中間評価を行い、計画取組の進捗状況を確認し、必要に応じて実施方法や数値目標の見直しを行います。

2. 計画の公表・周知

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

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「那須町個人情報の保護に関する法律施行条例」「情報セキュリティポリシー」に基づき管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取扱いされるよう委託契約書に定めるものとします。

4. 地域包括ケアに係る取組

令和5年3月末現在、本町の総人口は24,191人で、高齢化率は42%となっています。また、国民健康保険被保険者は7,655人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は31.6%であり、うち65歳以上の前期高齢者の占める割合は49.1%となっています。

高齢者が、医療サービス・介護サービスをできるだけ必要としない期間（平均自立期間）を延ばし、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるようにするための取り組みは、国民健康保険にとっても町全体にとっても非常に重要です。

住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるよう、庁内関係部署及び関係機関と共に国民健康保険部局も参画しております。

また、保健事業においては、特定健康診査並びに後期高齢者の基本健康診査の推進や関係課と連携した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取り組みを行い、高齢者の健康増進を図っています。今後も地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握・課題分析を被保険者も含めた関係者間で共有し、連携して事業に取り組みます。

「基準」

1. 医療費
 - ・ 生活習慣病医療費：KDB「疾病別医療費分析（生活習慣病）」における「糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神」の医療費
2. 特定健診

検査結果判定

血圧	保健指導判定値	収縮期130mmHg以上140mmHg未満又は
		拡張期85mmHg以上90mmHg未満
	要治療判定値	収縮期140mmHg以上160mmHg未満又は
		拡張期90mmHg以上100mmHg未満
受療勧奨判定値	収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上	
血糖	保健指導判定値	空腹時血糖100mg/dl以上空腹時血糖126mg/dl未満
		又はHbA1c5.6%以上HbA1c6.5未満
	要治療判定値	HbA1c6.5%以上7.0%未満
	受療勧奨判定値	空腹時血糖140mg/dl以上又はHbA1c7.0%以上
脂質	保健指導判定値	中性脂肪150mg/dl以上300mg/dl未満又は
		LDL120mg/dl以上140mg/dl未満又は
		HDL40mg/dl未満
	要治療判定値	中性脂肪300mg/dl以上500mg/dl未満又は
		LDL140mg/dl以上180mg/dl未満
受療勧奨判定値	LDL180mg/dl以上の男性	
肥満(BMI)	肥満(BMI)判定値	全年齢25kg/m ² 以上
腎機能	要医療勧奨判定値	eGFR30ml/分/1.73m ² 以上45ml/分/1.73m ² 未満
	受療勧奨判定値	eGFR30ml/分/1.73m ² 未満 または 尿蛋白(2+)以上

3. 質問票
 - ・ 各質問項目ごと、各回答ごとの該当率
 - ・ 特定健診受診者の運動習慣のある者の割合
(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)
 - ・ 行動変容の段階が取組済以上である者の割合
 - ・ 2合以上飲酒率：日本酒換算で一回2合以上と回答したもの

「用語解説」

用語		説明
ア行	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。
	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。
カ行	空腹時血糖	空腹時に血液中にあるブドウ糖の量を示している。検査値が高いと糖尿病の疑いがある。
	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。
	高齢化率	65歳以上の高齢者が総人口に占める割合。
サ行	ジェネリック医薬品	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。
	腎不全	腎臓の機能が低下し、老廃物を十分排泄できなくなったり、体内に不要なものや体にとって有害なものがたまっている状態。
	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。
タ行	中性脂肪	体を動かすエネルギー源となる物質であるが、蓄積することにより、肥満の原因になる。
	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。
	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。
ハ行	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。
マ行	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ったり、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。
ヤ行	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。
ラ行	リスク指標	糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症のこと。
	レセプト	診療報酬請求明細書の通称。