

第3期八百津町保健事業実施計画

(データヘルス計画)

八百津町国民健康保険

第4期特定健康診査等実施計画

令和7年度～令和11年度



令和7年3月

八百津町

目 次

第1章 データヘルス計画の基本事項.....	1
1. 計画の趣旨.....	1
2. 計画の期間.....	2
3. 計画の位置付け.....	3
4. 実施体制	4
第2章 現状の整理	5
1. 基本情報	5
(1) 人口と被保険者の推移	5
(2) 平均余命および平均自立期間.....	8
(3) 標準化死亡比	10
2. 前期計画の評価	12
第3章 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	15
1. 医療費の状況.....	15
(1) 総医療費の推移	15
(2) 被保険者1人当たり医療費	16
(3) 年齢階層別1人当たり医療費	17
(4) 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)	18
(5) 入院・外来別医療費の状況.....	19
(6) 生活習慣病の状況	21
(7) 重複・多剤の受診状況.....	24
(8) 後発医薬品普及率	25

2. 特定健康診査・特定保健指導の状況	26
(1) 特定健康診査受診率	26
(2) 特定保健指導実施率	28
(3) メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合	30
(4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	32
(5) 各種検査項目の有所見率	34
(6) 健康状態、生活習慣の状況	36
(7) 未治療者の状況	37
3. 個別の保健事業等の事業評価（レセプトと健診データからの考察）	39
(1) 特定健康診査受診勧奨の事業評価	39
(2) 特定保健指導の事業評価	39
(3) 糖尿病等重症化の事業評価	40
4. 介護の状況	42
(1) 介護給付費の状況	42
(2) 介護認定の状況	43
(3) 介護認定者と有病状況	43
5. 健康課題	45
第4章 データヘルス計画	48
1. 計画全体における目的	48
2. 健康課題を解決するための個別保健事業	49
(1) 特定健康診査受診勧奨事業	50
(2) 特定保健指導	51
(3) -1糖尿病重症化予防事業（受診勧奨）	52
(3) -2糖尿病重症化予防事業（保健指導）	53

(3) -3糖尿病重症化予防事業(75g糖負荷検査)	54
(4) 高血圧症の重症化予防事業(受診勧奨)	55
(5) 腎機能低下の重症化予防事業(受診勧奨)	56
(6) -1適正受診・適正服薬事業(重複投与者に対する取組)	57
(6) -2適正受診・適正服薬事業(多剤投与者に対する取組)	58
(6) -3適正受診・適正服薬事業(薬剤の適正使用の推進に対する取組)	59
(7) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	60
 第5章 第4期特定健康診査等実施計画	61
1. 計画作成の背景・趣旨	61
2. 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方	62
3. メタボリックシンドローム	62
4. 計画の位置付け	63
5. 計画策定にあたって重要となる視点	64
6. 特定健康診査・特定保健指導にかかる目標	64
7. 特定健康診査等の実施方法	66
8. 特定健康診査	67
(1) 対象者	67
(2) 実施場所および実施時期	67
(3) 外部委託	67
(4) 検査項目	67
(5) 特定健康診査検査項目の判定値	69
(6) 対象者への案内・周知方法	70
(7) 受診方法	70

(8) 未受診者への対応.....	70
(9) 結果の通知方法	70
(10) データの管理・保管	71
9. 特定保健指導の実施方法	71
(1) 実施場所および実施時期	71
(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化.....	71
(3) 実施内容	73
(4) 対象者への周知.....	75
(5) 被保険者負担額(自己負担額)	75
(6) 特定保健指導を受けない者や途中脱落者への対応	75
(7) データの管理・保管	76
10. 特定健康診査および特定保健指導実施率向上に向けた取組	77
(1) 特定健康診査の受診率向上に向けた取組.....	77
(2) 特定保健指導の利用率向上に向けた取組.....	78
(3) 重症化予防に向けた取組	78
11. ポピュレーションアプローチの推進.....	79
12. 個人情報の保護	79
13. 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール	80
14. 特定健康診査等実施計画の公表・周知および計画の評価・見直し	81
(1) 計画の公表と周知の方法	81
(2) 計画の進行管理	81
(3) 特定健康診査等のデータ管理システム	81
(4) 計画の評価の視点.....	81

第6章 個別の保健事業およびデータヘルス計画の評価・見直し	82
1. 個別の保健事業の評価・見直し	82
2. データヘルス計画全体の評価・見直し	82
(1) 評価の時期	82
(2) 評価方法・体制	82
第7章 計画の公表・周知	83
第8章 個人情報の取扱い	83
第9章 地域包括ケアに係る取組およびその他の留意事項	84

第1章 データヘルス計画の基本事項

1. 計画の趣旨

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト^{※1}等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画^{※2}』の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※3}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカム^{※4}ベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する」と示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

特定健康診査および特定保健指導については、保険者が高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という）第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に則して、特定健康診査等実施計画

※1 レセプト：診療報酬明細書の通称で、医療機関が「医療」という商品を買った対価としての費用請求書。診療の種類（入院・入院外）、診療月、医療機関コード、傷病名や診療行為等が書かれている。

※2 データヘルス計画：健康・医療情報等のデータを活用し、集団の特性や健康課題を把握し、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持および向上を図り、結果として医療費の適正化に資することを目指した保健事業を実施するための計画。

※3 PDCAサイクル：Plan（計画）、Do（実施）、Check（評価）、Act（改善）の頭文字をとったもので、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法のひとつ。ここでは、事業活動として保健事業（健診・保健指導）にこの手法を適用している。

※4 アウトカム：事業を実施したことによる成果を達成度で評価すること。

（以下「実施計画」という）を定め、実施することとされています。実施計画は保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に作成できることから、第4期特定健康診査等実施計画は、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定します。

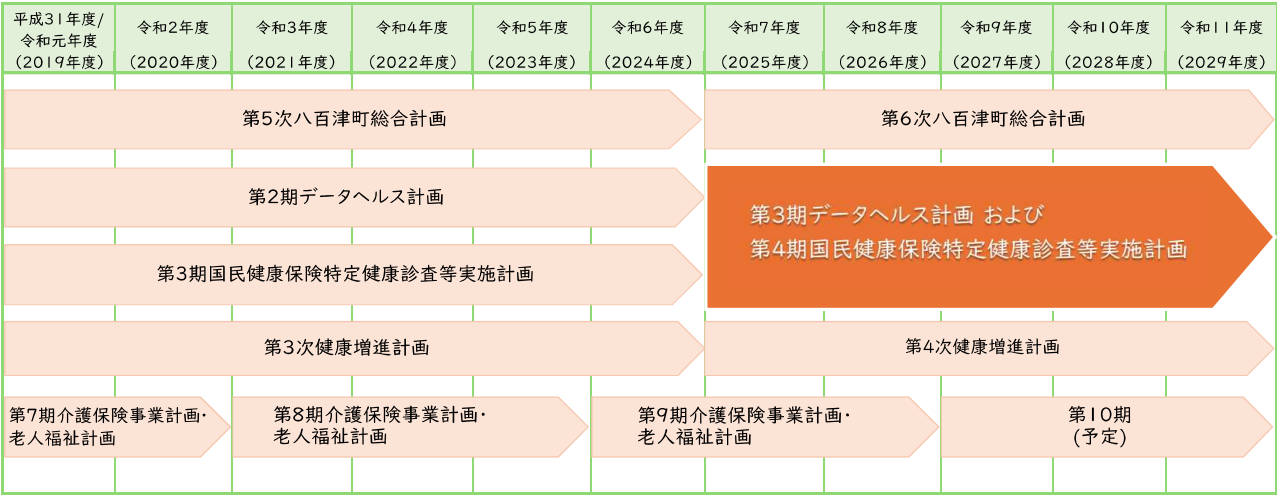
（市町村国保および国民健康保険組合の保健事業の目的）

市町村国保および国民健康保険組合（以下「市町村国保」および「国保組合」を併せて「保険者」という）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）の維持および向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資することを目的とします。

2. 計画の期間

令和7年度から令和11年度までとし、令和9年度に中間評価を行います。

図表 Ⅰ 計画の期間



3. 計画の位置付け

データヘルス計画は、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実施計画です。計画の策定および計画に基づく事業の評価にあたって、特定健康診査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サイクルに沿って運用を行います。

また、本計画は、第6次八百津町総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画・老人福祉計画、その他関連計画と調和を図りながら推進します。

図表 2 データヘルス関連計画

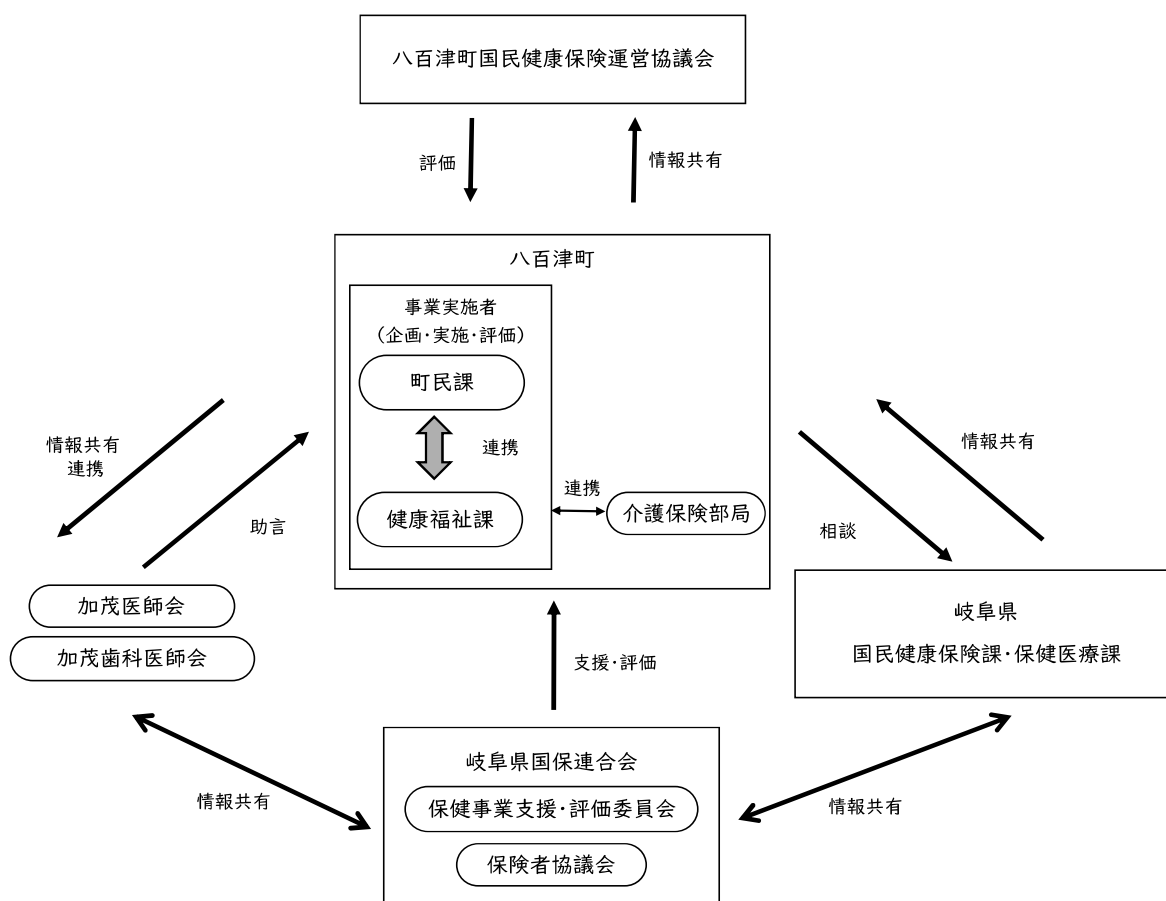


4. 実施体制

計画策定や保健事業の実施、評価等にあたっては、八百津町健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があることから、関係各課に協力を求め、本町が一体となって、計画の策定等を進める必要があります。

具体的には、後期高齢者医療制度（以下「後期」という）における保健事業を所管する町民課、市町村において保健事業および介護予防事業をはじめとする地域支援事業、生活保護等を担当する健康福祉課とが十分に連携し、計画策定等を進めます。

図表 3 実施体制



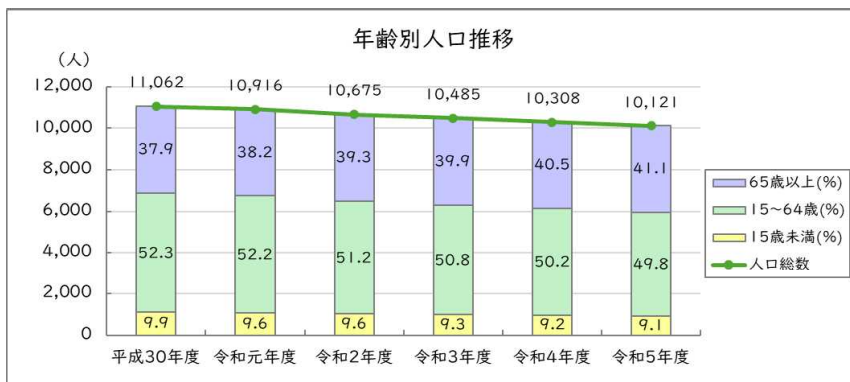
第2章 現状の整理

1. 基本情報

(1) 人口と被保険者の推移

- 令和5年10月1日現在の本町の総人口は10,121人で、減少が続いています。(図表4)
- 年齢階層別にみると、年少人口(0～14歳)、生産年齢人口(15～64歳)は年々減少し、老年人口(65歳以上)は増加しています。(図表4)
- 出生率(人口千対)^{※5}は年々低下しており、令和4年度は4.1で県・国よりも低いです。(図表5)
- 死亡率(人口千対)^{※6}は年々上昇しており、令和4年度は18.1で県・国よりも高いです。(図表6)
- 高齢化率^{※7}は年々増加し、令和4年度は41.4%で県・国よりも高く、およそ2人に1人が高齢者です。(図表7)
- 国民健康保険(以下「国保」という)の被保険者数は減少傾向にありますが、被保険者の半分以上を65歳以上が占めています。(図表8・9)これは、県と比べて第2次産業^{※8}が多く、定年退職後に国保の被保険者になる者が多いため、被保険者の平均年齢が高くなっています。(図表8・10)

図表 4 人口推移



資料:住民基本台帳(各年10月1日)

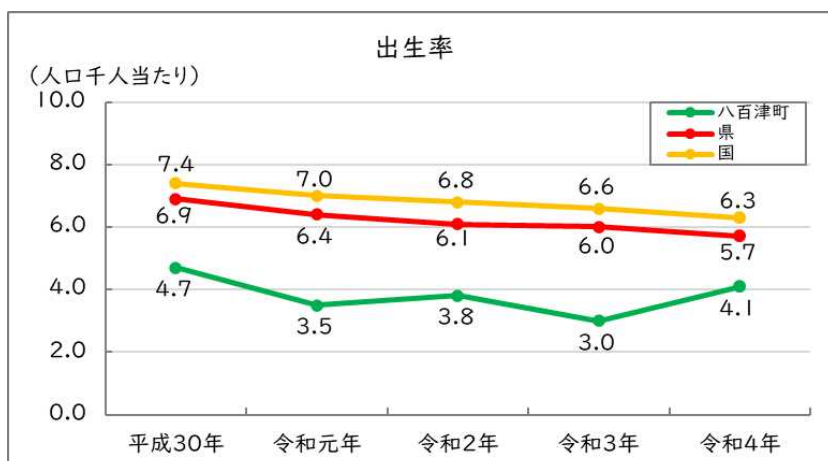
※5 出生率:一定期間の出生数の、人口に対する割合。一般に、人口千人当たりの、1年間の出生児数の割合で表す。

※6 死亡率:一定期間中に死亡した人の、総人口に対する割合。通常人口千人当たりの人数で表す。

※7 高齢化率:65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合を表す。

※8 第2次産業:産業別に、第1次産業〔農業、林業、漁業〕、第2次産業〔鉱業、建設業、製造業〕、第3次産業〔電気・ガス・熱供給・水道業、運輸・通信業、卸売・小売業、飲食店、金融・保険業、不動産業、サービス業、公務(他に分類されないもの)〕に区分される。

図表 5 出生率の推移



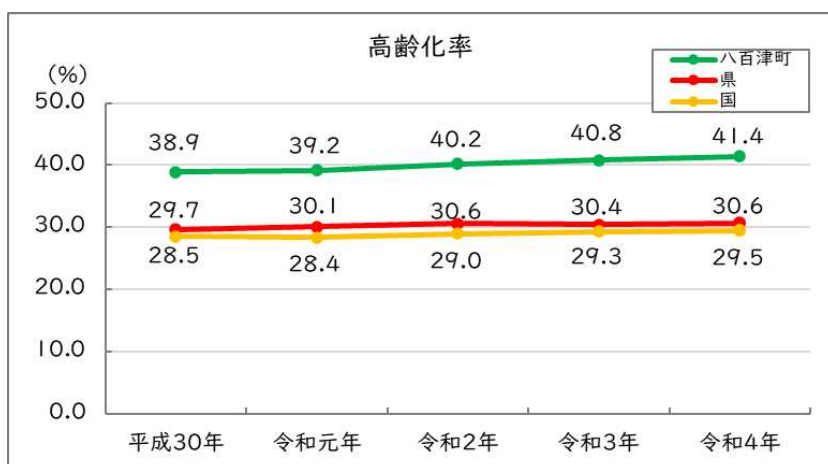
資料:可茂地区の公衆衛生

図表 6 死亡率の推移



資料:可茂地区の公衆衛生

図表 7 高齢化率の推移



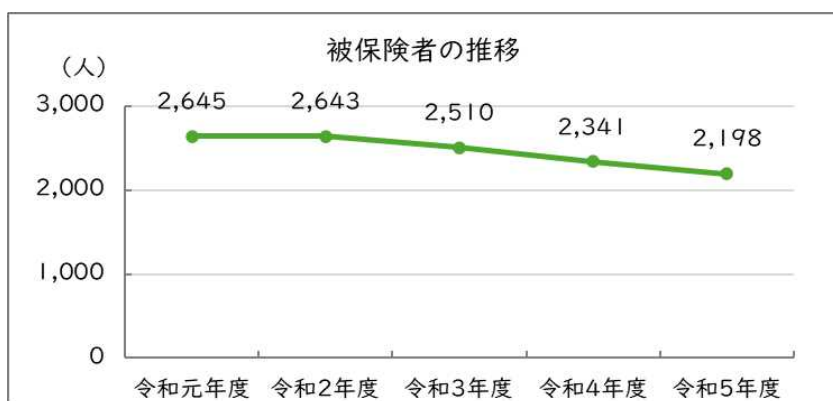
資料:可茂地区の公衆衛生

図表 8 国保被保険者の状況

	八百津町	県	国
39歳以下(%)	16.1	23.3	26.7
40～64歳(%)	28.8	31.9	33.6
65～74歳(%)	55.1	44.8	39.7
国保加入率(%)	21.6	20.0	21.4
被保険者平均年齢(歳)	57.9	53.6	51.7

資料：KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和5年度累計）、KDB人口及び被保険者の状況（令和5年度）

図表 9 国保被保険者の状況（経年）



資料：KDB人口及び被保険者の状況（令和元年度～令和5年度）

図表 10 産業構成

単位：%

	第1次産業構成	第2次産業構成	第3次産業構成
八百津町	2.9	41.7	55.4
県	2.8	32.7	64.4
国	3.2	23.4	73.4

資料：KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和5年度累計）

(2) 平均余命および平均自立期間

- 令和5年度の平均自立期間※⁹は同規模市町村平均、国と比べて長く、特に女性が長くなっています。
(図表11・12①)
- 男女ともに、令和5年度の平均余命※¹⁰、平均自立期間は令和元年度と比べて延伸しており、特に男性においては、平均余命は1.3歳、平均自立期間は1.4歳伸びています。(図表11・12②)
- 経年的に見ると、男性の平均余命と平均自立期間の伸びは同様のため、この差を示す自立していない期間は横ばいで推移しています。一方、女性は平均余命と平均自立期間の差が短縮し、自立して過ごせる期間が伸びています。男女別でみると、女性よりも男性の方が自立して過ごせる期間が長くなっています。(図表11・12②・④)

図表 11 平均余命と平均自立期間(男性)



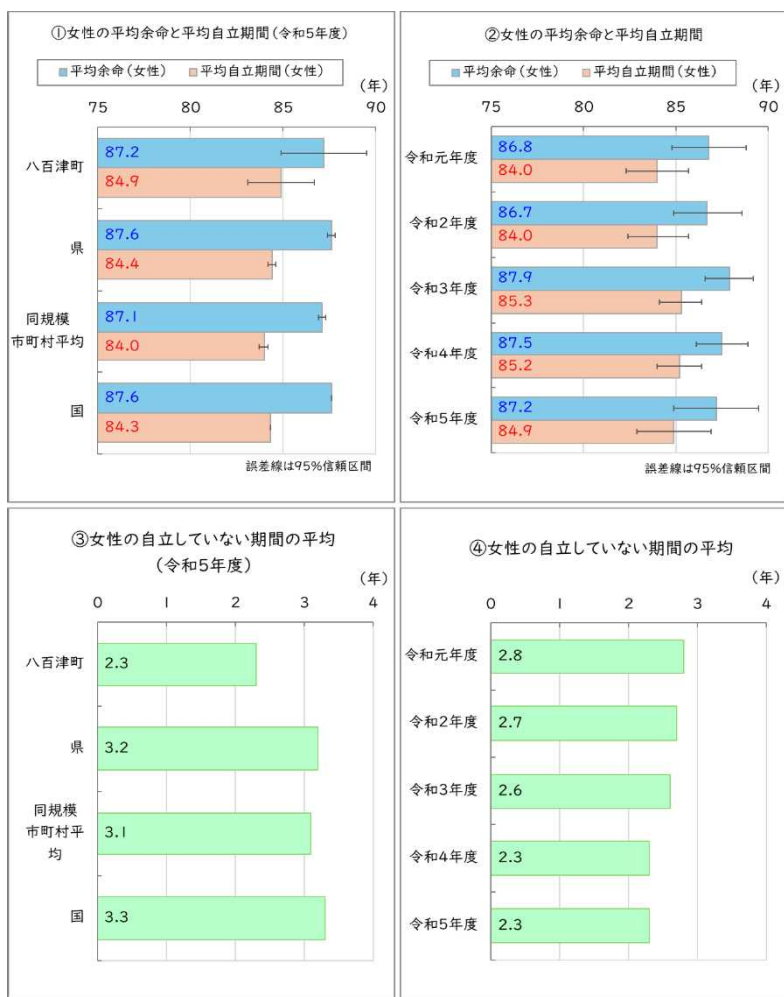
資料:KDB地域の全体像の把握(令和元年度~令和5年度累計)

※⁹ 平均自立期間:国保データベース(KDB)システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。

※¹⁰ 平均余命:各年齢の人が平均であと何年生きられるかという期待値を表す指標。

※¹¹ 誤差線:平均値からの隔たりの大きさを示したもの。

図表 12 平均余命と平均自立期間(女性)

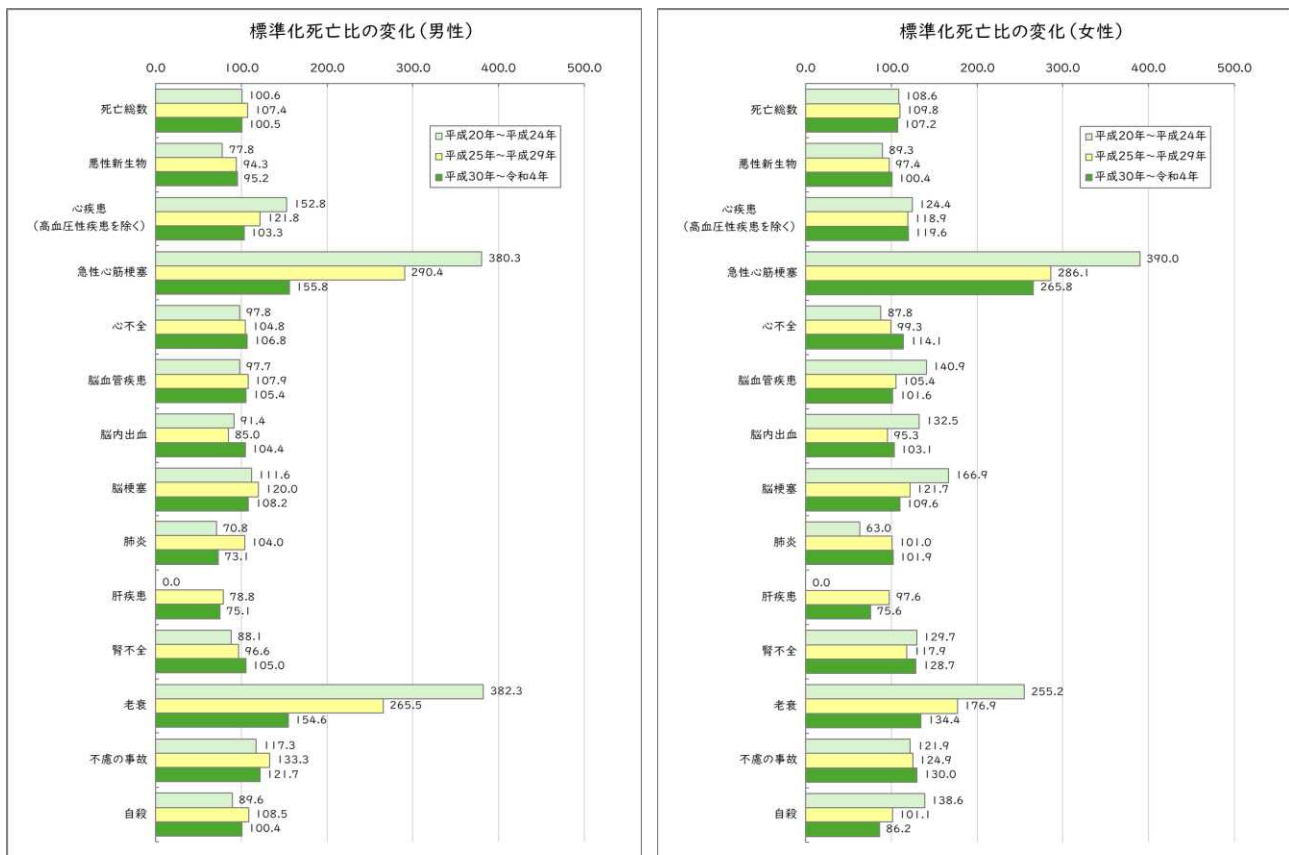


資料:KDB地域の全体像の把握(令和元年度~令和5年度累計)

(3) 標準化死亡比

- 標準化死亡比※12は、男性が100.5と国と同水準であり、女性が107.2と国より高いです。(図表13)
- 標準化死亡比を死因別にみると、男女ともに悪性新生物・心不全が増加しています。また、男性では脳内出血・腎不全、女性では肺炎が増加しています。(図表13)
- 男女ともに急性心筋梗塞が減少傾向にはあるものの、150を超え高い値です。(図表13)

図表 13 死因別標準化死亡比の変化

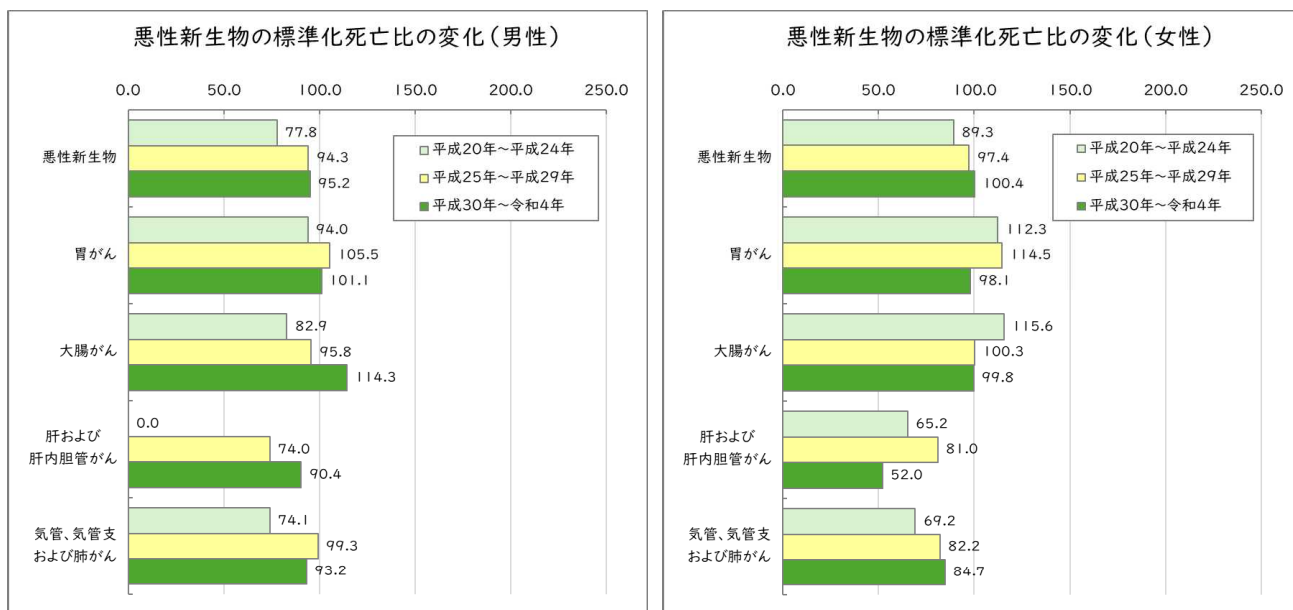


資料：人口動態保健所・市区町村別統計(平成20～24年度、平成25～29年度、平成30～令和4年度)

※12 標準化死亡比：全国の年齢別死亡率から町の年齢別人口だと何人死亡するかを計算し、実際の死亡数と比較した数値。
全国を100とするので、100以下であれば平均以下を表す。

- ❑ 悪性新生物の標準化死亡比は、男性が95.2と国より低い値であり、女性が100.4と国と同水準の値です。(図表14)
- ❑ 悪性新生物の分類別死亡比でみると、男性では、大腸がん、肝および肝内胆管がんが増加しており、女性では、気管、気管支および肺がんが増加しています。(図表14)

図表 14 悪性新生物 標準化死亡比の変化



資料：人口動態保健所・市区町村別統計（平成20～24年度、平成25～29年度、平成30～令和4年度）

2. 前期計画の評価

前期計画の評価の詳細は、39ページ以降に掲載しています。

【特定健康診査受診勧奨事業】

特定健康診査受診率^{※13}について、ベースライン（平成29年度）と比べると向上しているものの、目標値には至りませんでした。

受診勧奨数、受診勧奨率について、新型コロナウイルス感染症拡大のため、令和2年度は受診勧奨事業を実施できませんでしたが、令和4年度、令和5年度には、対象者全員に対して実施することができました。しかしながら、目標値が設定されていなかったことから、評価不可とし、今期計画では、事業評価をするための目標値を設定することとします。

【特定保健指導】

特定保健指導利用率について、平成30年度、令和2年度、令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度および令和5年度に低下しました。

特定保健指導実施率は、令和2年度と令和3年度に80.0%を超えましたが、令和4年度および令和5年度は低下しました。

メタボリックシンドローム該当者の減少率およびメタボリックシンドローム予備群の減少率については、年度ごとに対象者数が異なることと該当者が少人数であることから、減少率は年度ごとで大きく変動しました。

これらのことから、特定保健指導に係る指標について、各年度の実績値を一定水準とした目標値には至りませんでした。よって、今期計画では、実現可能な範囲での目標値の設定することとします。

※13 特定健康診査受診率：資料によって表記は異なるが、特定健康診査受診率と特定健康診査実施率は同義である。

【糖尿病等重症化予防】

平成30年度から事業の取組を開始しており、前年度の評価をもとに事業内容の検討・見直しを行っています。

訪問実施率について、各年度の対象者全員に対して実施しているため、目標は達成しています。しかしながら、年度ごとで対象者が変わっていることから、経年で比較、評価することが難しく、今期計画では事業評価をするための目標値を設定することとします。

今回評価するにあたり、今期計画の評価に用いる指標を参考値として示します。(図表15の灰色箇所)

訪問した者のうち、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(+)の者、HbA1c6.5%以上かつeGFR30mL/min/1.73m²以上45mL/min/1.73m²未満の者、HbA1c6.5%以上かつeGFR30mL/min/1.73m²未満の者は減少していることから、介入したことで検査数値の改善がみられたと評価できます。しかしながら、目標値が設定されていなかったことから、評価不可とします。

また、健診結果で医療受診を勧めた者へ保健師が訪問、受診状況の聞き取り等について、各年度の対象者全員に対して実施していますが、目標値が設定されていなかったことから、評価不可とし、今期計画では、事業評価をするための目標値の設定することとします。

OGTTを勧めた者へ保健師が訪問、結果の読み方の説明や受診状況の確認、生活指導等について、平成30年度と令和元年度には対象者全員に実施していたものの、令和2年度より病院から町での保健指導を依頼された場合のみ実施したため、実施者数が減少しました。よって、経年で比較、評価することが困難であり、さらには目標値が設定されていなかったことから評価不可とし、今期計画では、事業評価をするための目標値の設定することとします。

図表 15 前期計画の評価指標一覧

前期計画の指標

●:アウトカム ■:アウトプット ◎:達成 ○:実績値から改善 △:悪化またはその他

□:今期計画の評価に用いるデータのため、参考値として掲載

中長期目標・評価指標				目標値	ベースライン (平成29年度)	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	評価
特定健康 診査受診 勧奨事業	●	特定健康診査受診率 (%)		60.0	42.4	43.2	43.4	43.6	46.1	51.7	51.6	○
	●	受診勧奨数		-	-	415	493	0※1	404	1,382	1,282	△
	●	受診勧奨率(%)		-	-	70.6	75.5	0.0※1	72.0	100.0	100.0	△
特定保健 指導	●	特定保健指導利用率の 向上(%)		各年度 2.0%の 増加	71.0	83.1	75.0	80.2	82.1	25.6	53.5	△
	●	特定保健指導実施率の 向上(%)		各年度 2.0%の 増加	19.4	37.1	35.7	84.6	87.4	25.6	26.7	△
	●	メタボリックシンドローム 該当者の減少率(%)		各年度 2.0%の 向上	14.7	19.5	27.0	30.4	23.8	17.3	25.3	△
	●	メタボリックシンドローム 予備群の減少率(%)		各年度 2.0%の 向上	10.5	18.7	23.2	17.9	22.7	26.7	15.3	△
糖尿病等 重症化 予防	●	訪問実施率の向上(%)		前年度 対比	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	◎
	●	特定健康 診査結果 より要フォ ロー者数の 減少(人)	HbA1c6.5 %以上かつ 尿蛋白(+)	前年度 対比	-	9	9	14	6	8	8	△
			HbA1c6.5 %以上かつ eGFR30mL /min/1.73 ㎡以上 45mL/min/ 1.73㎡未満		-	3	4	3	7	2	2	△
			HbA1c6.5 %以上かつ eGFR30mL /min/1.73 ㎡未満		-	2	1	3	0	0	0	△
	■	健診結果で医療受診を 勧めた者へ保健師が訪 問、受診状況の確認等 聞き取り(%)		-	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	△
■	OGTTを勧めた者へ保 健師が訪問、結果の読 み方の説明や受診状況 の確認、生活指導等 (人)		-	-	18※2	22※2	1	0	0	1	△	

※1 令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大のため、受診勧奨事業は実施せず

※2 平成30年度、令和元年度は、受診者全員に訪問による個別指導を実施。令和2年度より病院から、町での保健指導を依頼された場合のみ実施

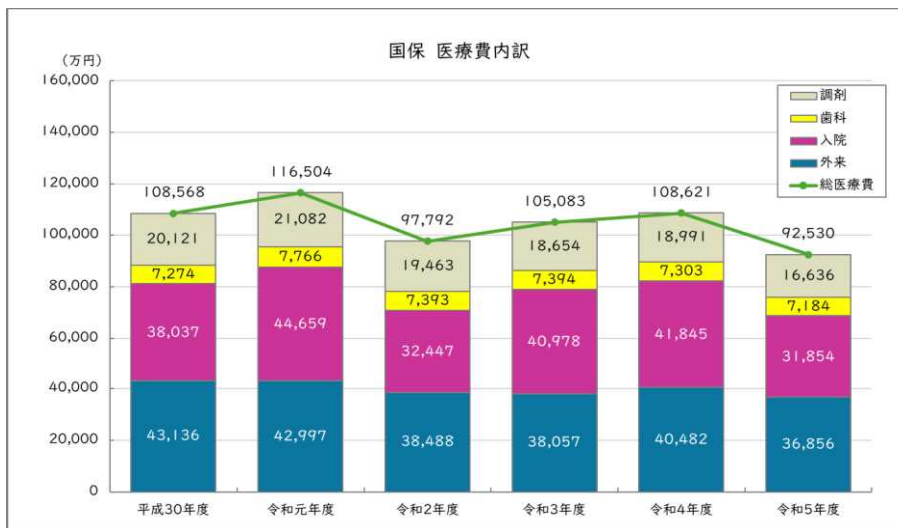
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 医療費の状況

(1) 総医療費の推移

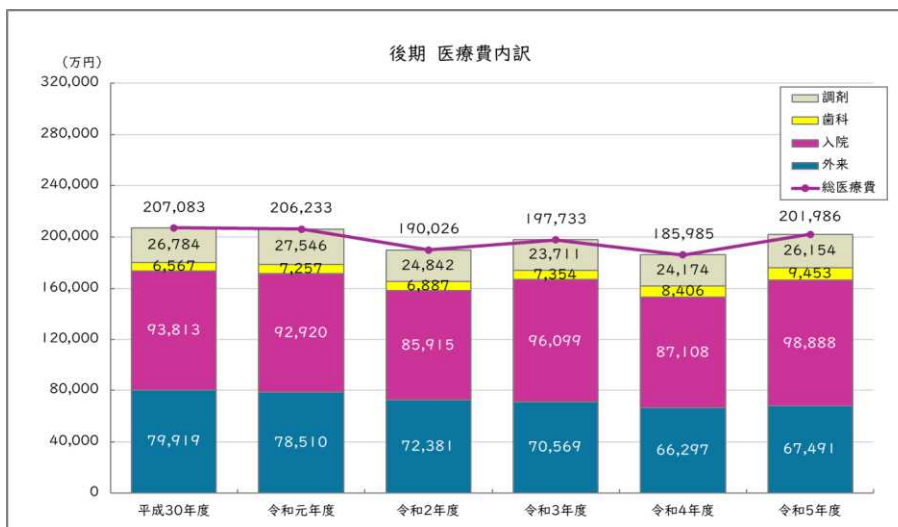
- 国保の総医療費は、減少傾向で、平成30年度と令和5年度を比べると、約1億6000万円減少しています。医療費内訳をみると、すべての医療費で減少しています。(図表16)
- 後期の総医療費は、横ばいで推移しています。医療費内訳をみると、調剤医療費および外来医療費は減少していますが、歯科医療費および入院医療費は増加しています。(図表17)

図表 16 国保 総医療費の推移



資料：KDB健康スコアリング(医療)_国保(平成30年度～令和5年度)

図表 17 後期 総医療費の推移

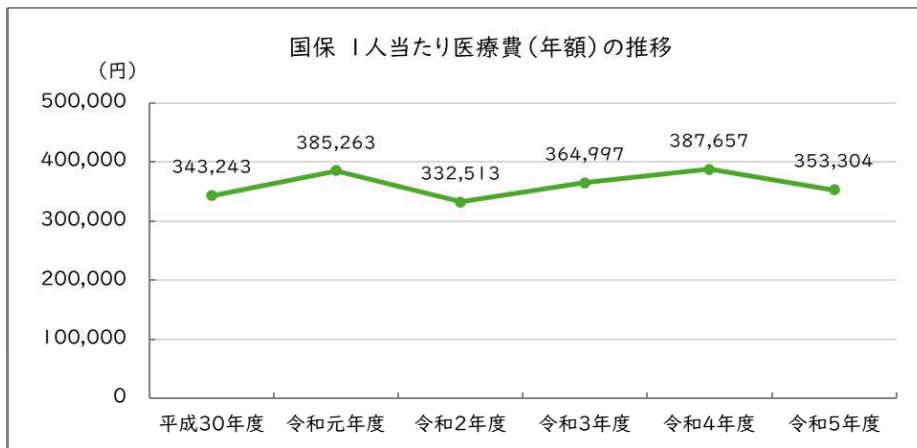


資料：KDB健康スコアリング(医療)_後期(平成30年度～令和5年度)

(2) 被保険者1人当たり医療費

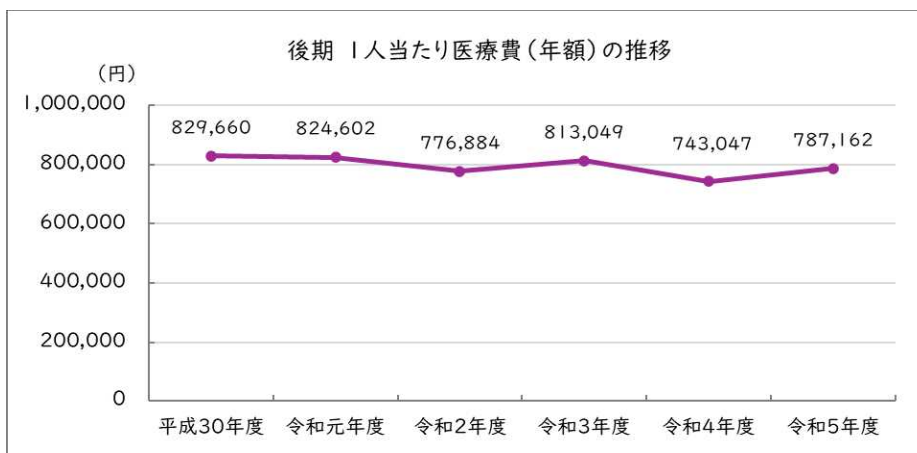
- 令和5年度の国保被保険者1人当たりの医療費は353,304円となっており、平成30年度と比べて微増傾向です。(図表18)
- 令和5年度の後期被保険者1人当たりの医療費は787,162円となっており、平成30年度と比べて減少しています。(図表19)

図表 18 国保 1人当たり医療費(年額)の推移



資料:KDB健康スコアリング(医療)_国保(平成30年度~令和5年度)

図表 19 後期 1人当たり医療費(年額)の推移

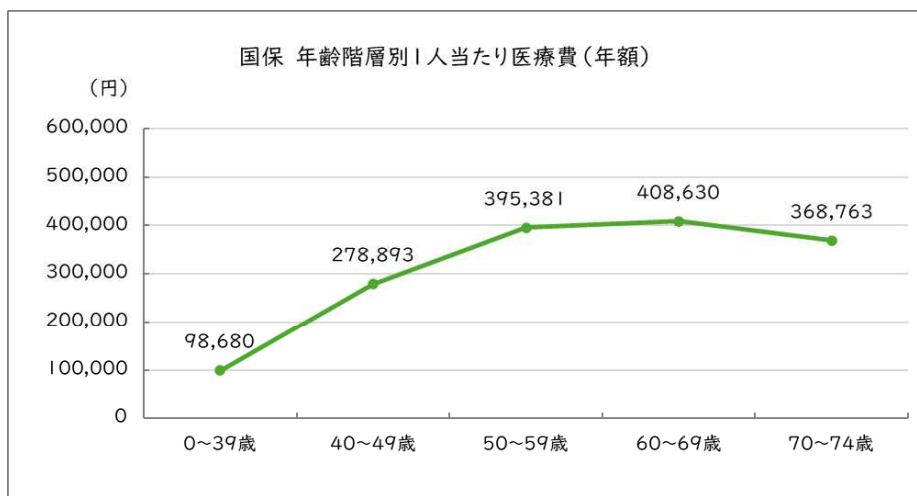


資料:KDB健康スコアリング(医療)_後期(平成30年度~令和5年度)

(3) 年齢階層別1人当たり医療費

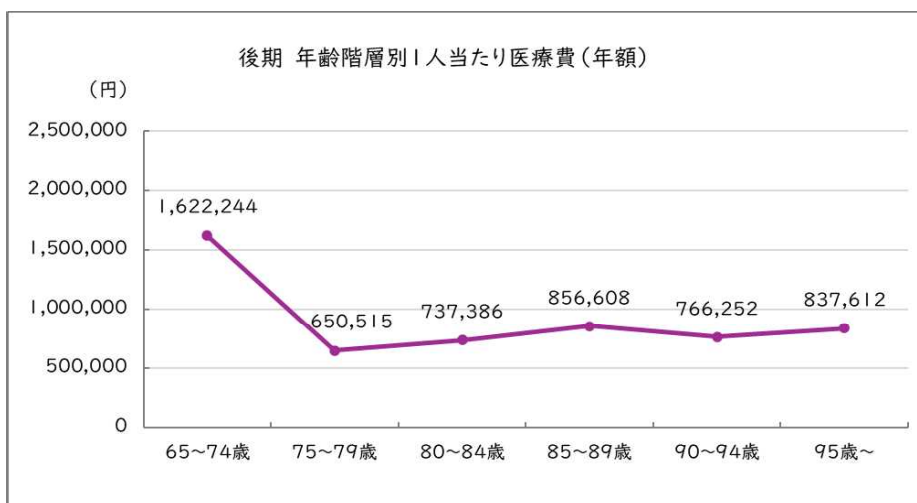
- ❑ 年齢階層に比例して医療費が増加しています。国保の被保険者のうち、60～69歳が最も高い医療費となっています。(図表20)
- ❑ 60歳以降、社会保険加入者が定年退職を迎え、国保の被保険者数が増えることから、1人当たり医療費も増加しています。(図表20)
- ❑ 後期では、75歳以上の後期高齢者に加え、65歳以上の一定の障害のある者が対象に含まれます。65～74歳は一定の障害のある者が被保険者であることから、医療費が最も高くなっています。(図表21)

図表 20 国保 年齢階層別1人当たり医療費(年額)の推移



資料:KDB健康スコアリング(医療)_国保(令和5年度)

図表 21 後期 年齢階層別1人当たり医療費(年額)の推移

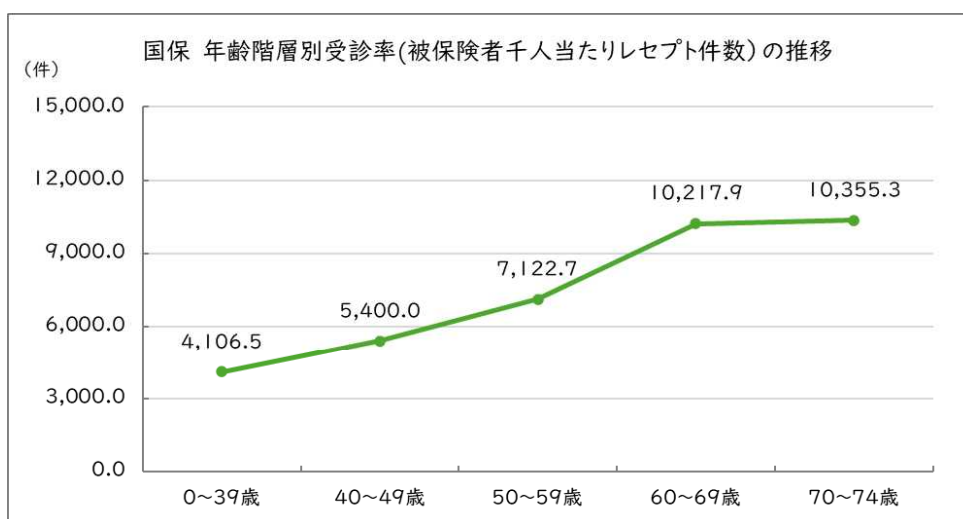


資料:KDB健康スコアリング(医療)_後期(令和5年度)

(4) 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)

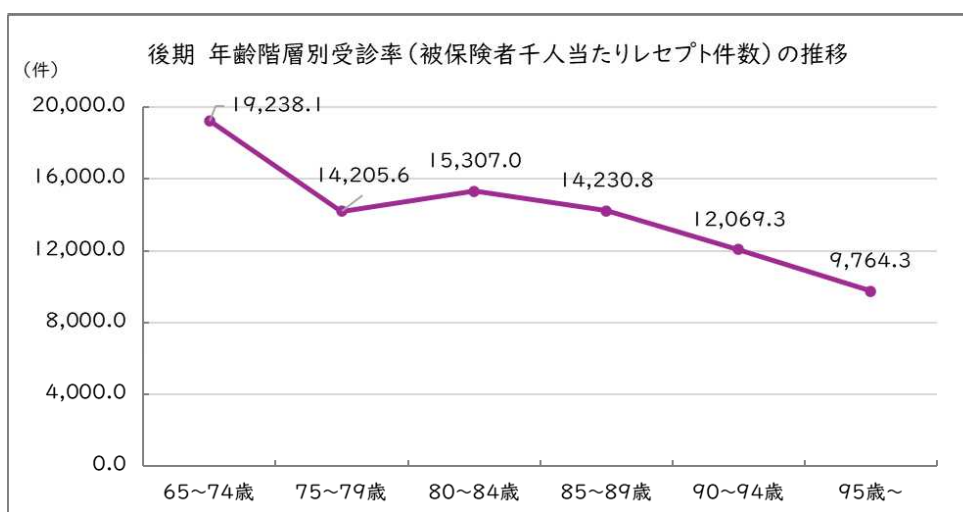
- 国保被保険者の医療受診率は、被保険者の年齢が上がるとともに高くなり、70～74歳が最も高いです。(図表22)
- 後期被保険者の医療受診率は、65～74歳が最も高いですが、これは一定の障害を持っている者の受診率が高くなっているためです。(図表23)
- 後期被保険者の医療受診率は、年齢とともに低下する傾向があり、95歳以上が最も低いです。(図表23)

図表 22 国保 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)



資料:KDB 健康スコアリング(医療)_国保(令和5年度)

図表 23 後期 年齢階層別医療の受診率(被保険者千人当たりレセプト件数)

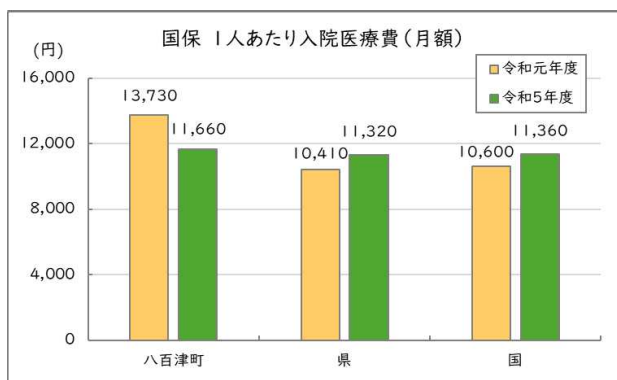


資料:KDB 健康スコアリング(医療)_後期(令和5年度)

(5) 入院・外来別医療費の状況

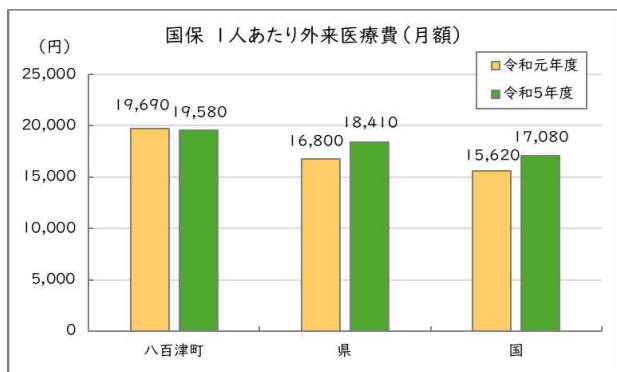
- ❑ 令和5年度の国保被保険者1人当たり入院医療費は、県・国と同水準ですが、外来医療費は県・国と比べて高いです。(図表24・25)
- ❑ 入院、外来ともに医療費で最も高いのは、国保が新生物(腫瘍)、後期が循環器系の疾患となっています。(図表26・27)
- ❑ 循環器系の疾患は、国保においても入院、外来とも上位に入っており、全体として多くの医療費がかかっています。(図表26)
- ❑ 後期では、入院、外来ともに筋骨格系および結合組織の疾患が2位となっています。(図表27)
- ❑ 外来医療費では、国保、後期ともに内分泌・栄養および代謝疾患が上位となっています。(図表26・27)
- ❑ 令和5年度の入院医療費は、0~9歳を除くすべての年齢で令和元年度と比べて減少しています。(図表28)
- ❑ 令和5年度の外来医療費は、30~39歳、70~74歳を除くすべての年齢で令和元年度と比べて増加しています。(図表29)

図表 24 国保 1人当たり入院医療費(月額)



資料:KDB 地域の全体像の把握(令和5年度累計)

図表 25 国保 1人当たり外来医療費(月額)



資料:KDB 地域の全体像の把握(令和5年度累計)

図表 26 国保 入院・外来別医療費 点数の高い疾病名

	入院	外来
1位	新生物(腫瘍)	新生物(腫瘍)
2位	精神および行動の障害	内分泌・栄養および代謝疾患
3位	循環器系の疾患	循環器系の疾患

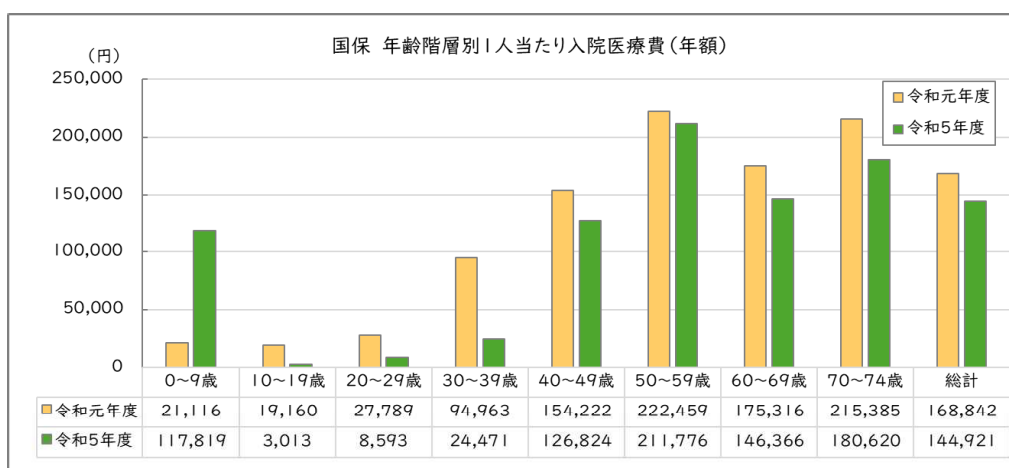
資料:KDB疾病別医療費分析(国保)(令和5年度累計)

図表 27 後期 入院と外来別医療費 点数の高い疾病名

	入院	外来
1位	循環器系の疾患	循環器系の疾患
2位	筋骨格系および結合組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患
3位	損傷、中毒およびその他の外因の影響	内分泌・栄養および代謝疾患

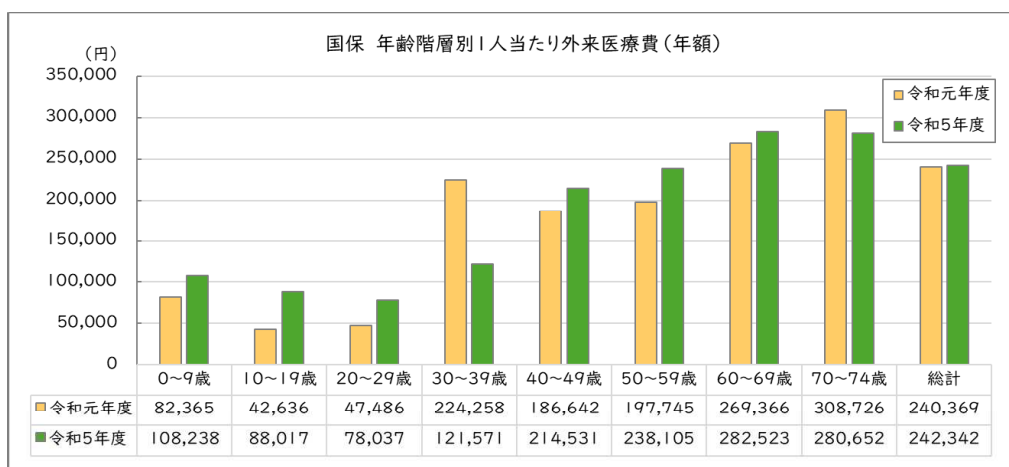
資料:KDB疾病別医療費分析(後期)(令和5年度累計)

図表 28 年齢階層別1人当たり入院医療費(年額)



資料:KDB疾病別医療費分析(国保)(令和元年度、令和5年度累計)

図表 29 年齢階層別1人当たり外来医療費(年額)



資料:KDB疾病別医療費分析(国保)(令和元年度、令和5年度累計)

(6) 生活習慣病の状況

- 生活習慣病患者割合は県の53.0%（令和5年度）よりも3.8ポイント高く、県内15位となっています。（図表30）
- 生活習慣病医療費割合は県の57.4%（令和5年度）よりも1.3ポイント低く、県内29位となっています。（図表30）
- 経年的にみると、生活習慣病患者割合は横ばいですが、生活習慣病医療費割合は減少しています。（図表30）
- 生活習慣病の医療費の中で多くを占めるのは、がん、次いで精神疾患となっています。（図表31）
- 令和5年度の生活習慣病別医療費割合は、令和元年度と比べてがん、精神疾患、糖尿病が増加しています。（図表31）
- 年齢階層別受診率をみると、高血圧症が最も高いですが、経年的に低下しており、重症化疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の受診率についても増加していません。（図表32・33）
- 令和5年度の年齢階層別受診率は、令和元年度と比べて脂質異常症がわずかに増加しています。特に40～64歳で増加しています。（図表32）
- 令和5年度の新規人工透析患者数は令和元年度と比較して横ばいであり、1人となっています。（図表34）

図表 30 生活習慣病費用割合と患者割合

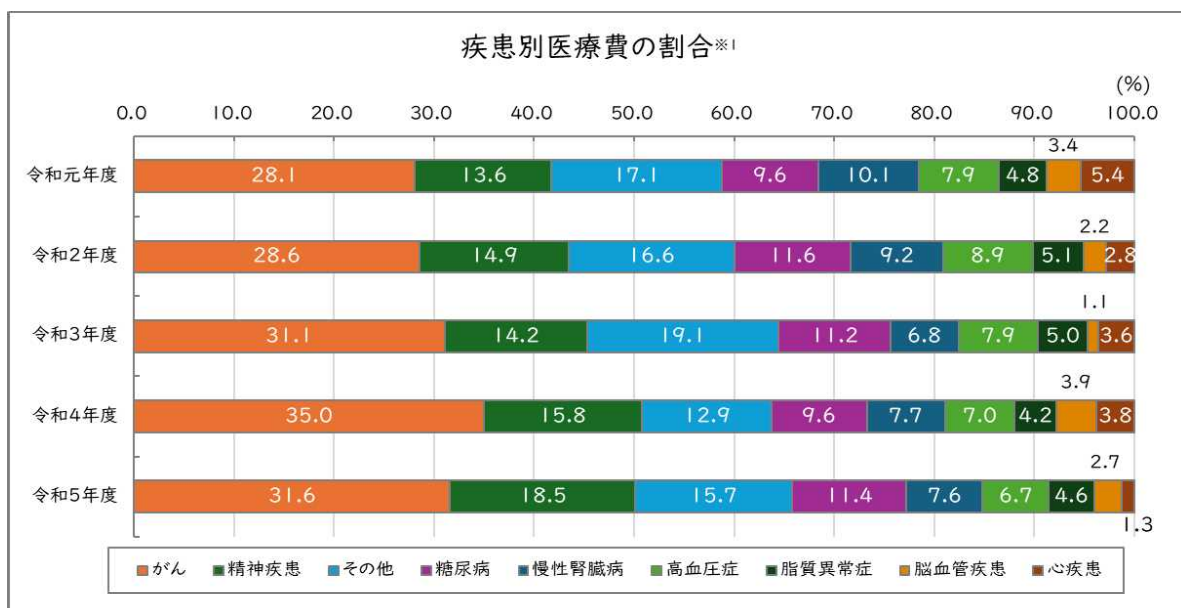
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活習慣病患者割合（%）	八百津町	56.1	54.6	57.2	58.0	56.8
	県	50.0	49.5	52.1	53.7	53.0
	県内順位※1	4位	7位	8位	14位	15位
生活習慣病医療費割合（%）	八百津町	60.6	58.5	58.8	55.6	56.1
	県	58.4	59.8	59.6	58.2	57.4
	県内順位※2	9位	28位	29位	38位	29位

※1 県内42市町村中の順位を表す。県内順位が下がるほど生活習慣病患者割合が減少していることを表す

※2 県内42市町村中の順位を表す。県内順位が下がるほど生活習慣病費用割合が減少していることを表す

資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】

図表 31 生活習慣病別医療費割合

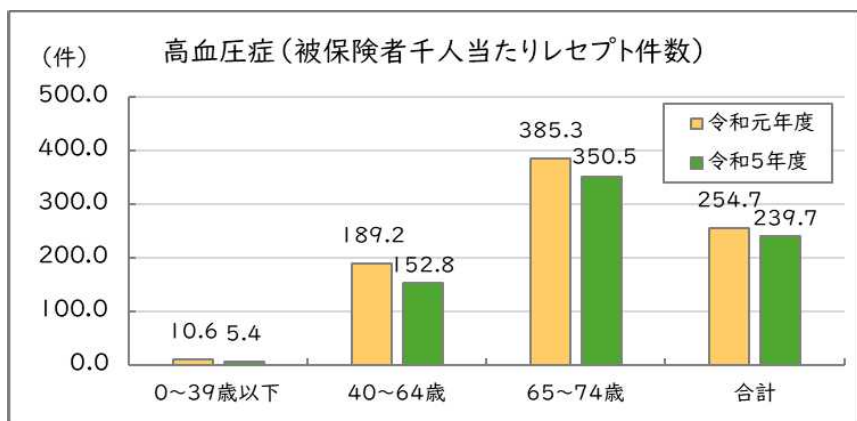


※1 その他には筋・骨格と高尿酸血症と脂肪肝と動脈硬化症、慢性腎臓病には慢性腎臓病（透有）と慢性腎臓病（透無）、脳血管疾患には脳出血と脳梗塞、心疾患には狭心症と心筋梗塞が含まれる

資料：KDB地域の全体像の把握（令和5年度累計）

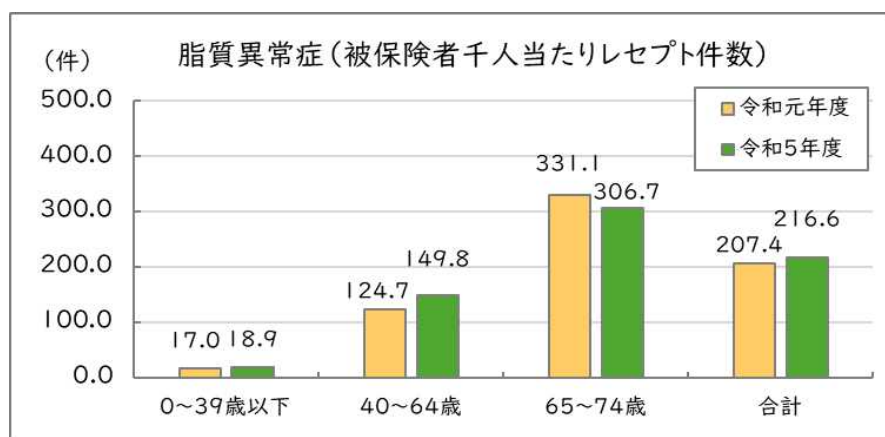
図表 32 年齢階層別受診率（基礎疾患）

【高血圧症】



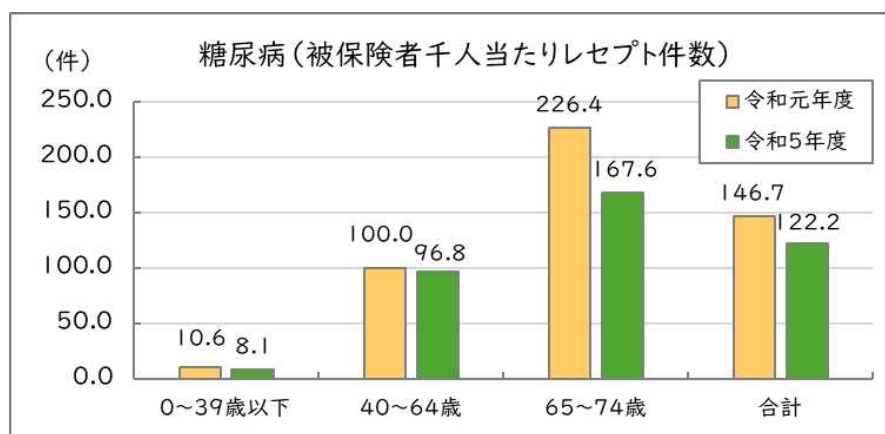
資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-3）（令和元年度、令和5年度）

【脂質異常症】



資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-4）（令和元年度、令和5年度）

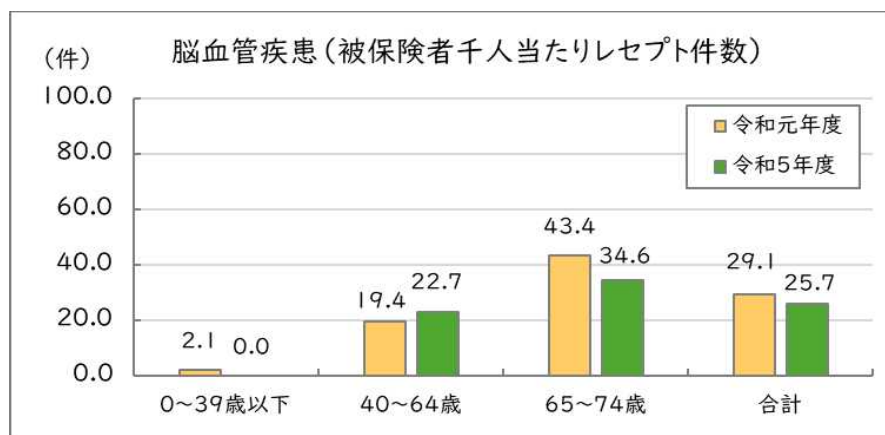
【糖尿病】



資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-2）（令和元年度、令和5年度）

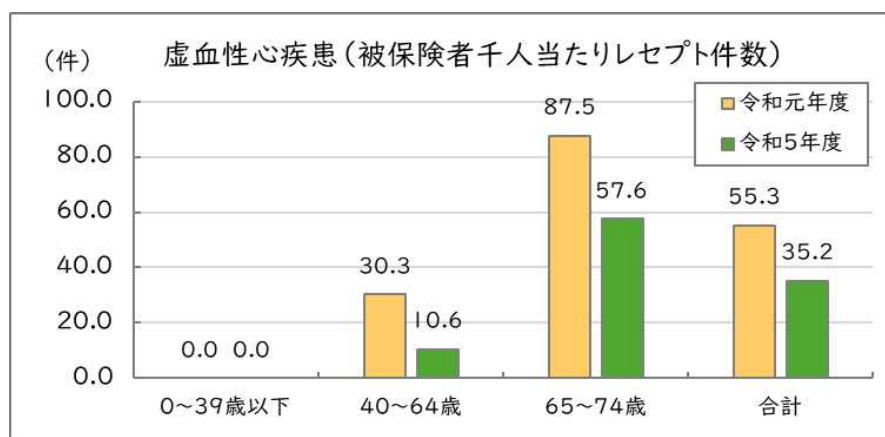
図表 33 年齢階層別受診率（重症化疾患）

【脳血管疾患】



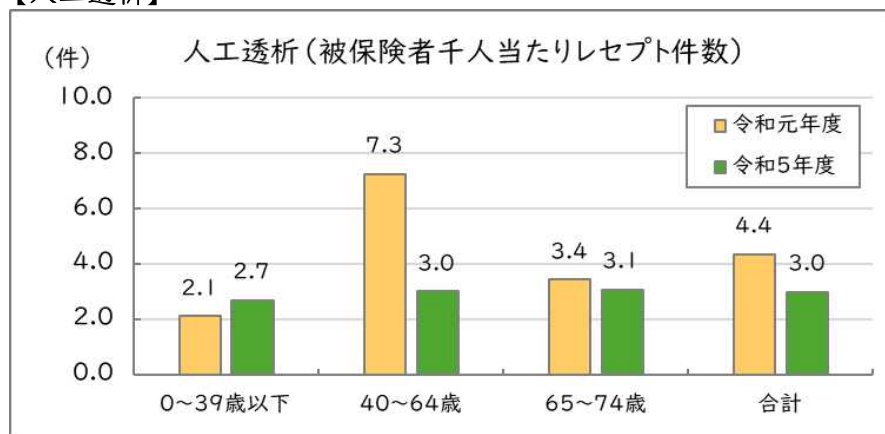
資料：KDBシステム厚生労働省（様式3-6）（令和元年度、令和5年度）

【虚血性心疾患】



資料:KDBシステム厚生労働省(様式3-5)(令和元年度、令和5年度)

【人工透析】



資料:KDBシステム厚生労働省(様式3-7)(令和元年度、令和5年度)

図表 34 新規人工透析患者数

単位:人

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
新規人工透析患者数	3	0	1	4	1

資料:KDB(令和元年度～令和5年度)

(7) 重複・多剤の受診状況

- 令和3年度から精神疾患や要介護者を除く、処方薬剤数(同一月内)が20錠、同一薬剤に関する処方日数が30日以上を対象に、保健指導を実施しています。(令和4年度実績:1人)
- 重複および多剤服薬両方に該当する対象者は、全期間を通して少ないため、個々の状況に合わせた介入を実施しています。

(8) 後発医薬品普及率

- 後発医薬品の差額通知は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、消化性潰瘍に関する薬剤を服薬している者が後発医薬品に変更した場合に生じる差額を通知するものとして、平成25年度から実施しています。
- 後発医薬品の数量シェア率は国が示す目標値である80.0%前後を維持しており、令和2年度、令和5年度には、80.0%を超えています。(図表35)

図表 35 後発医薬品の数量シェア率および差額通知数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
数量シェア率 (使用割合)(%)※1	79.5	81.3	77.7	78.2	80.1
差額通知数(通)※2	67	62	58	65	48

※1 数量シェア率は各年度の3月診療分の割合を表記

※2 差額通知の対象医薬品は、血圧降下剤、高脂血症用剤、消化性潰瘍用剤、糖尿病用剤である。40歳以上を対象に、1被保険者当たり200円以上の差額となる場合かつ投与期間(調剤数量)が28日以上の場合に実施

資料:厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)(令和元年度～令和5年度)