

羽咋市国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
羽咋市

-目次-

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	9
3. 実施体制・関係者連携	9
4. 保険者努力支援制度	11
5. データ分析期間	12
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	13
2. 人口構成	15
3. 医療基礎情報	17
4. 平均余命と平均自立期間	18
5. 介護保険の状況	20
6. 死亡の状況	23
第3章 過去の実施の考察	
1. 保健事業の実施状況	25
2. 第2期データヘルス計画全体の達成状況	26
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	27
2. 生活習慣病に関する分析	32
3. 健康診査データによる分析	37
4. 被保険者の階層化	40
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 個別保健事業の方向性	42
2. 各事業の実施内容と評価方法	43
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	49
2. 計画の公表・周知	49
3. 個人情報の取扱い	49
4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	50
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1. 計画策定の趣旨	52
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	52
3. 計画期間	52
4. データ分析期間	52
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 特定健康診査の受診状況	53
2. 特定保健指導の実施状況	56
3. メタボリックシンドローム該当状況	58
4. 第3期計画の評価と考察	60

-目次-

第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	61
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	62
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	67
	2. 対象者数推計	67
	3. 実施方法	69
	4. 目標達成に向けての取組	74
	5. 実施スケジュール	75
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	76
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	76
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	76
	4. 他の健診との連携	77
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	77

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取組を推進することとあります。健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

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

羽咋市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「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・目標を、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の実施成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。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、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。

羽咋市の国保においては、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ます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※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。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画（健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画）と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取組等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

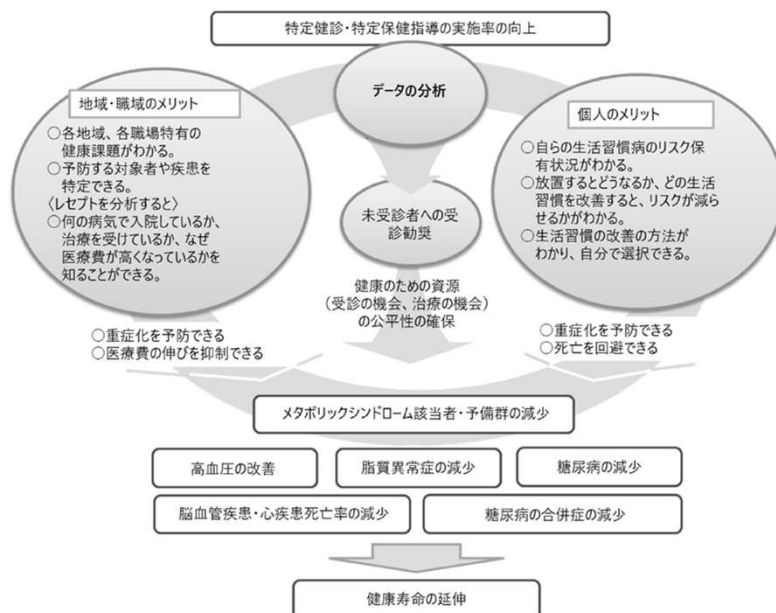
計画の位置づけ

※「健康増進事業実施要綱」とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			健康増進計画		データヘルス計画		特定健康診査等実施計画		医療費適正化計画		介護保険事業(支援)計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	介護保険法 第116条、第117条、第118条						
基本的な指針	国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 令和5年4月改正	「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改正 令和2年5月改正	特定健康診査及び特定保健指導の適切な有効な実施を図るための基本的な指針 令和5年3月改正	特定健康診査及び特定保健指導の適切な有効な実施を図るための基本的な指針 令和5年3月改正	医療費適正化に関する施策 についての基本指針 令和5年改正予定	介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針 令和5年改正予定						
期間	令和6～17年(12年)2024～2035年	令和6～11年(6年)2024～2029年	令和6～11年(6年)2024～2029年	令和6～11年(6年)2024～2029年	令和6～11年(6年)2024～2029年	令和6～8年(3年)2024～2026年						
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	市町村：義務、都道府県：義務						
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指し国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに合った効果的かつ効果的な保健事業の実施を図る。	特定健康診査の効率化かつ効果的に実施するため の計画を作成。	特定健康診査の効率化かつ効果的に実施するため の計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、住民の健康保持・医療の効率的な提供の増進に向けた取り組みを進める。	介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。						
対象年齢	ライフステージ(現役期、育壮期、高齢期) ライフコース(アブロード(他国)から若年期まで(継続的))	被保険者全員 特に高齢者、低所得者、高齢期に高齢者を迎える世帯、生活習慣病の発症率が高い世帯、生活習慣病の発症率が高い世帯の健康な生活習慣作りにも配慮	40歳～74歳	特定健康診査の対象者	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、車老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患						
対象疾病	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器疾患 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患						
慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)						
評価	51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病(NCDs)の発症予防、重症化予防 3 生活習慣病の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり、心の健康の維持・向上 2 自然に健康になれる環境づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保険事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例、全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム：メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8%以上者の割合 アウトプット：特定健康診査率 特定保健指導実施率	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	【人財医療費】 ・医療計画(地域医療情報)に基づく病床機能の分化・連携推進 【外資医療費】 ①特定健康診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	【人財医療費】 ・医療計画(地域医療情報)に基づく病床機能の分化・連携推進 【外資医療費】 ①特定健康診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①PDCAサイクルの活用に関する保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重症化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険給付の適正化、人材の確保(介護給付の適正化、人材の確保)						

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

【図1】

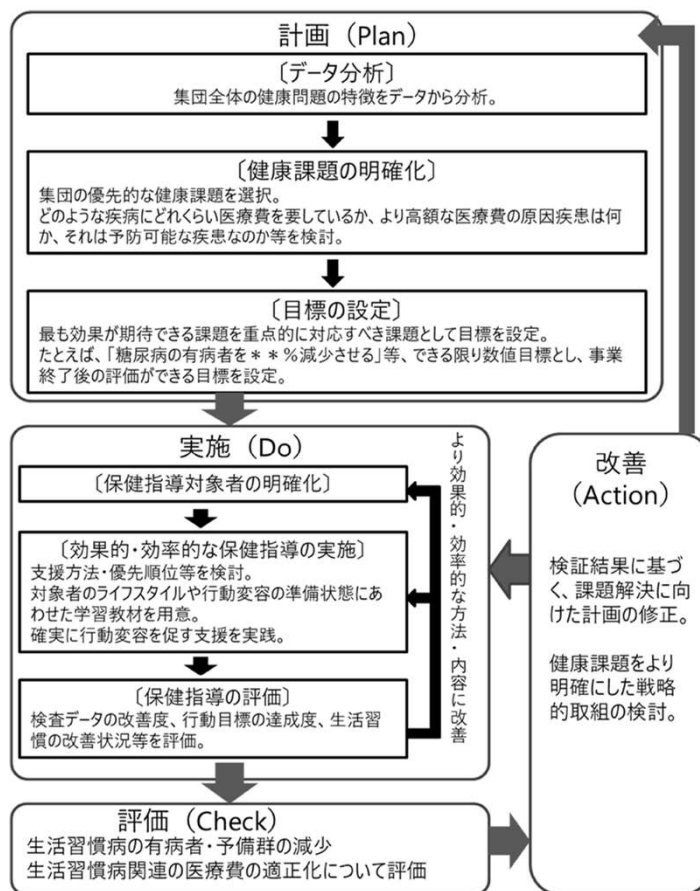
ー特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進ー



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル

【図2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

2. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

計画は、国保部局（市民窓口課）が主体となり策定します。ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている保健衛生部局（健康福祉課）の保健師・管理栄養士等の専門職と連携し計画策定を進めます。

また、国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局（市民窓口課）や介護保険部局（地域包括ケア推進室）、企画部局（企画財政課）、生活保護部局（健康福祉課）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

国保部局（市民窓口課）は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

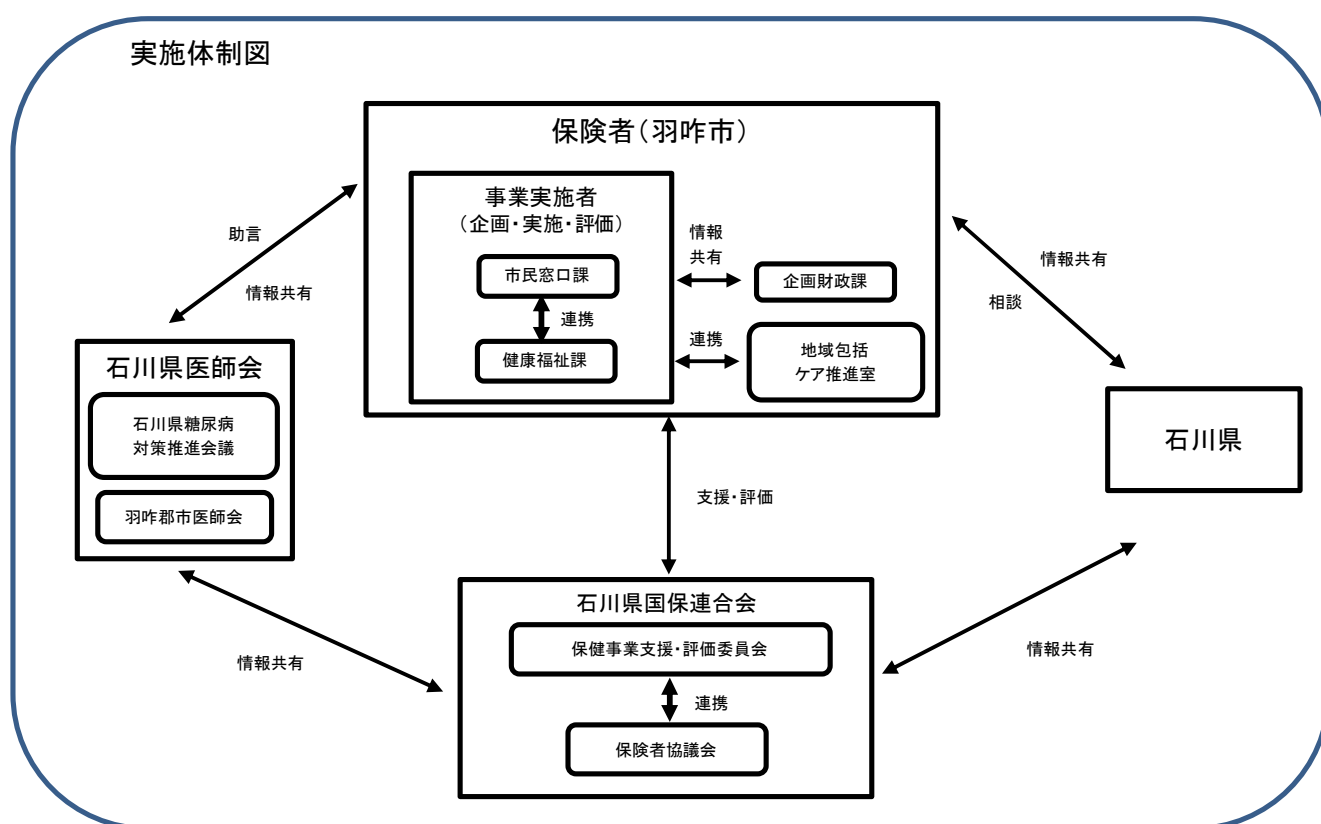
計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である石川県のほか、石川県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連内に設置される支援・評価委員会、羽咋郡市医師会、羽咋歯科医師会、石川県薬剤師会、石川県栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、石川県後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

また、高齢者の保健事業の実施にあたっては、「保健事業と介護予防の一体的実施」を踏まえた取組が必要であることから、石川県後期高齢者医療広域連合との連携した取組を行います。

(3) 被保険者の役割、地区組織等との連携

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要です。このため、計画の内容や進捗について健康づくり推進員や食生活改善推進員、町内会等の地区組織等への説明・意見交換等により、被保険者の意見反映に努めます。

【 図3 】



4. 保険者努力支援制度

保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施されています。（表1）

交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として住民の保険料の軽減、国保財政の安定化に寄与することから、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取組を進めます。

【表1】 保険者努力支援制度

努力支援制度（市町村分）			平成30年度		令和4年度		令和5年度	
交付総額			9,860千円		10,108千円		12,189千円	
一人当たり交付額			1,855円		2,252円		2,853円	
全国平均			1,688円		1,895円		1,955円	
評 価 指 標			配点	得点	配点	得点	配点	得点
共通の指標	(1)	特定健診受診率	50	25	70	45	70	55
		特定保健指導実施率	50	30	70	50	70	50
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	0	50	0	50	0
	(2)	がん検診受診率	30	0	40	30	40	30
		歯周疾患（病）検診の受診率	25	25	30	28	35	30
	(3)	糖尿病等重症化予防の取組	100	100	120	120	100	100
	(4)	個人インセンティブ提供	70	0	45	45	45	45
		個人へのわかりやすい情報提供	25	25	15	15	20	20
	(5)	重複・多剤服薬者に対する取組	35	0	50	50	50	50
	(6)	後発医薬品の促進の取組	35	35	130	110	130	110
		後発医薬品の使用割合	40	15				
固有の指標	(1)	収納率向上に関する取組	100	75	100	55	100	55
	(2)	データヘルス計画の取組	40	40	30	30	25	25
	(3)	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	(4)	地域包括ケアの推進・一体的実施の取組	25	13	40	40	40	40
	(5)	第三者求償の取組	40	34	50	45	50	50
	(6)	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	36	100	85	100	89
体制構築加点			60	60	—	—	—	—
合計点			850	538	960	768	940	764

5. 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)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月分(12カ月分)

令和元年度…平成31年4月～令和2年3月分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 保険者の特性

羽咋市の人口は20,004人(令和4年度末)であり、年々減少傾向です。

令和2年国勢調査における年齢3区分別人口の状況は、15歳未満の年少人口が9.4%(1,928人)、15歳から64歳の生産年齢人口が50.2%(10,242人)、65歳以上の高齢人口が40.4%(8,237人)であり、年々、年少人口及び生産年齢人口は減少し、老年人口は増加しており、少子・高齢化が顕著となっています。

産業構成をみると令和2年国勢調査における産業分類別就業者人口は、農林漁業等に従事する第1次産業就業者人口は598人(5.9%)、鉱業・建設業、製造業等に従事する第2次産業就業者人口は3,230人(32.1%)、卸売業、小売業やサービス業等に従事する第3次産業就業者人口は6,242人(62.0%)となっています。

令和4年度の国保の加入率は20.0%ですが、高齢化により後期高齢者医療制度に移行する人が多く減少傾向にあります。

年齢3区分別人口

	年少年齢人口		生産年齢人口		老年人口	
	(0～14歳)		(15～64歳)		(65歳以上)	
平成27年度	2,272人	10.5%	11,340人	52.7%	7,922人	36.8%
令和2年度	1,928人	9.4%	10,242人	50.2%	8,237人	40.4%

産業構成

	第1次産業		第2次産業		第3次産業	
平成27年度	601人	5.9%	3,260人	32.2%	6,282人	61.9%
令和2年度	598人	5.9%	3,230人	32.1%	6,242人	62.0%

国保加入率

		令和元年度		令和4年度	
被保険者数		4,634人		4,066人	
	65～74歳	2,731人	58.9%	2,374人	58.4%
	40～64歳	1,304人	28.2%	1,192人	29.3%
	39歳以下	599人	12.9%	500人	12.3%
加入率		21.5%		20.0%	

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	羽咋市	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.2	0.5	0.4	0.3
診療所数	4.7	4.4	3.5	4.2
病床数	42.8	84.1	67.7	61.1
医師数	9.6	17.5	9.7	13.8
外来患者数	692.6	710.0	728.3	709.6
入院患者数	26.6	24.6	23.6	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. 人口構成

以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は40.5%であり、県との比較で1.4倍、同規模との比較で1.1倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は4,066人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は20.0%です。国民健康保険被保険者平均年齢は59.8歳です。

人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
羽咋市	20,348	40.5%	4,066	20.0%	59.8	4.9	17.3
県	1,112,139	30.0%	199,722	18.0%	55.6	6.9	11.4
同規模	32,195	36.2%	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は石川県を指す。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」

以下は、本市の平成30年度と令和4年度における、人口構成概要を示したものです。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4,066人は平成30年度4,841人より775人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢59.8歳は平成30年度59.1歳より0.7歳上昇しています。

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
羽咋市	平成30年度	21,534	36.8%	4,841	22.5%	59.1	5.3	14.5
	令和4年度	20,348	40.5%	4,066	20.0%	59.8	4.9	17.3
県	平成30年度	1,138,038	27.9%	228,162	20.0%	55.0	8.0	10.8
	令和4年度	1,112,139	30.0%	199,722	18.0%	55.6	6.9	11.4
同規模	平成30年度	33,668	32.9%	8,090	24.0%	54.9	6.6	14.2
	令和4年度	32,195	36.2%	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1
国	平成30年度	125,640,987	26.6%	28,039,851	22.3%	52.5	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」

以下は、男女・年齢階層別被保険者数を年度別に示したものです。

年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位:人

年齢階層	平成30年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～39歳	648	335	313	500	253	247
40歳～64歳	1,412	691	721	1,192	614	578
65歳～74歳	2,781	1,352	1,429	2,374	1,104	1,270
合計	4,841	2,378	2,463	4,066	1,971	2,095

出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

3. 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	羽咋市	県	同規模	国
受診率	719.2	734.6	751.9	728.4
一件当たり医療費(円)	47,420	44,690	42,450	39,870
一般(円)	47,420	44,690	42,450	39,870
退職(円)	0	0	69,760	67,230
外来				
外来費用の割合	52.3%	55.7%	56.7%	59.9%
外来受診率	692.6	710.0	728.3	709.6
一件当たり医療費(円)	25,730	25,740	24,850	24,520
一人当たり医療費(円) ※	17,820	18,270	18,100	17,400
一日当たり医療費(円)	17,720	17,520	16,990	16,500
一件当たり受診回数	1.5	1.5	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	47.7%	44.3%	43.3%	40.1%
入院率	26.6	24.6	23.6	18.8
一件当たり医療費(円)	611,680	590,640	585,610	619,090
一人当たり医療費(円) ※	16,290	14,560	13,820	11,650
一日当たり医療費(円)	35,820	34,480	34,310	38,730
一件当たり在院日数	17.1	17.1	17.1	16.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

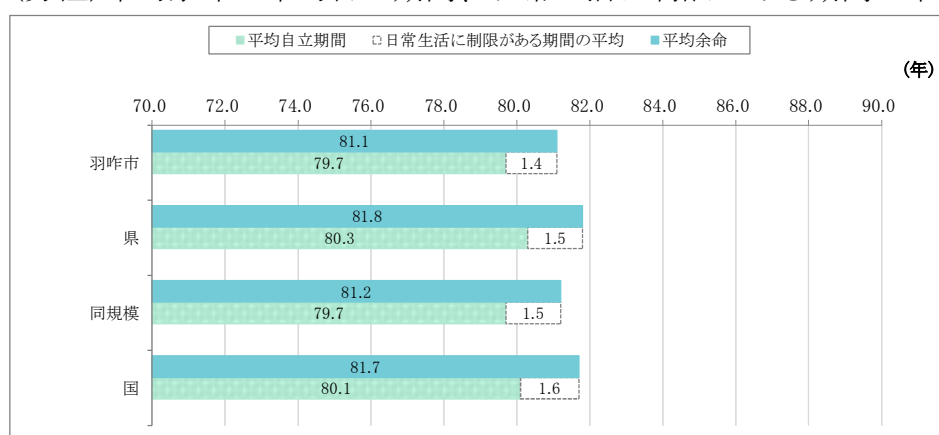
※受診率・外来受診率・入院率は被保険者千人当たりの割合。

4. 平均余命と平均自立期間

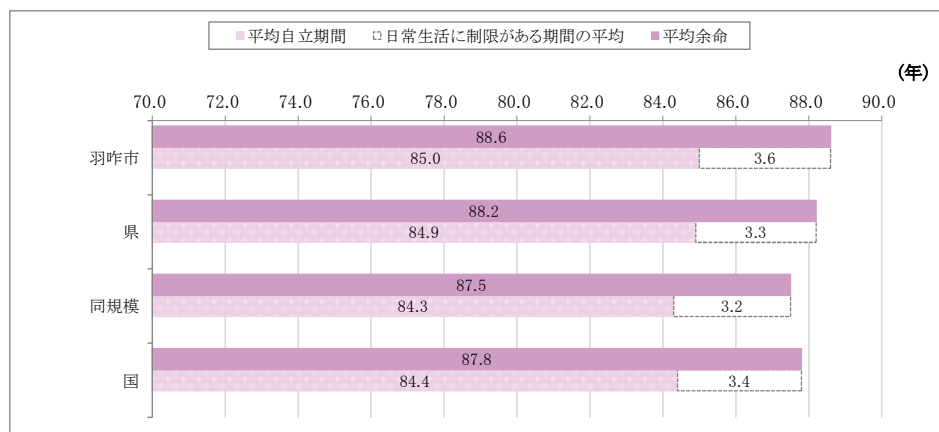
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均余命は81.1年、平均自立期間は79.7年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.4年で、国の1.6年から横ばい傾向にあります。本市の女性の平均余命は88.6年、平均自立期間は85.0年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.6年で、国の3.4年から横ばい傾向にあります。

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

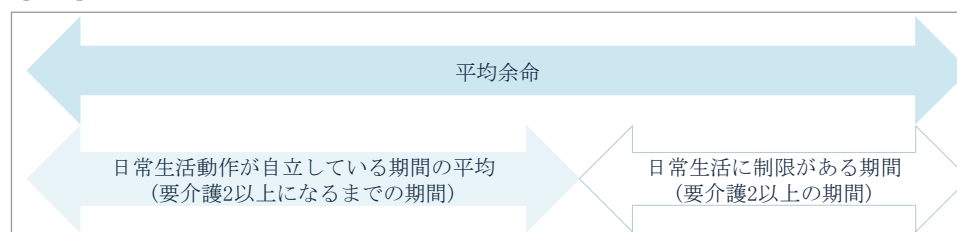


(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

【参考】 平均余命と平均自立期間について



以下は、本市の平成30年度と令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間79.7年は平成30年度81.0年から1.3年短縮しています。女性における令和4年度の平均自立期間85.0年は平成30年度85.2年から0.2年短縮しています。

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	82.4	81.0	1.4	88.2	85.2	3.0
令和4年度	81.1	79.7	1.4	88.6	85.0	3.6

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

5. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	羽咋市	県	同規模	国
認定率	18.7%	18.3%	19.1%	19.4%
認定者数(人)	1,544	61,701	630,569	6,880,137
第1号(65歳以上)	1,515	60,695	619,810	6,724,030
第2号(40～64歳)	29	1,006	10,759	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	81,899	69,621	70,503	59,662
要支援1	11,034	8,834	9,733	9,568
要支援2	16,409	12,855	13,649	12,723
要介護1	48,444	45,718	42,595	37,331
要介護2	72,715	56,067	53,391	45,837
要介護3	109,380	97,661	93,678	78,504
要介護4	132,419	123,780	130,313	103,025
要介護5	152,153	141,054	152,364	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、平成30年度と令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率18.7%は平成30年度19.3%より0.6ポイント減少しており、令和4年度の認定者数1,544人は平成30年度1,549人より5人減少しています。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
				第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
羽咋市	平成30年度	19.3%	1,549	1,535	14
	令和4年度	18.7%	1,544	1,515	29
県	平成30年度	18.3%	59,255	58,222	1,033
	令和4年度	18.3%	61,701	60,695	1,006
同規模	平成30年度	19.4%	584,451	573,606	10,845
	令和4年度	19.1%	630,569	619,810	10,759
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると4,570人となり、これを認定者数の実数で除すと3となることから、認定者は平均3疾病を有していることがわかります。

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	認定者数(人)		糖尿病	順位	高血圧症	順位	脂質異常症	順位
羽咋市	1,544	実人数(人)	516	5	789	3	418	6
		有病率	29.9%		49.0%		26.1%	
県	61,701	実人数(人)	18,829	6	33,308	3	20,323	5
		有病率	29.4%		52.6%		31.7%	
同規模	630,569	実人数(人)	154,694	6	352,398	2	203,112	5
		有病率	23.8%		54.8%		31.2%	
国	6,880,137	実人数(人)	1,712,613	6	3,744,672	3	2,308,216	5
		有病率	24.3%		53.3%		32.6%	

区分	心臓病	順位	脳疾患	順位	悪性新生物	順位	筋・骨格	順位	精神	順位
羽咋市	953	1	375	7	171	8	795	2	553	4
	57.7%		23.0%		10.9%		49.8%		34.6%	
県	39,445	1	15,336	7	7,719	8	33,894	2	26,509	4
	62.4%		24.5%		12.0%		53.6%		42.0%	
同規模	397,324	1	151,330	7	74,764	8	350,465	3	246,296	4
	61.9%		23.9%		11.4%		54.5%		38.6%	
国	4,224,628	1	1,568,292	7	837,410	8	3,748,372	2	2,569,149	4
	60.3%		22.6%		11.8%		53.4%		36.8%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度と令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数3疾病は平成30年度2.8疾病より増加しています。

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況 ※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分		認定者数(人)	糖尿病			高血圧症			脂質異常症			心臓病		
			実人数(人)	有病率(%)	順位	実人数(人)	有病率(%)	順位	実人数(人)	有病率(%)	順位	実人数(人)	有病率(%)	順位
羽咋市	平成30年度	1,549	443	26.0	5	779	50.2	2	375	24.6	7	914	59.5	1
	令和4年度	1,544	516	29.9	5	789	49.0	3	418	26.1	6	953	57.7	1
県	平成30年度	59,255	17,056	28.2		31,708	53.1		17,738	29.7		37,708	63.3	
	令和4年度	61,701	18,829	29.4		33,308	52.6		20,323	31.7		39,445	62.4	
同規模	平成30年度	584,451	134,265	22.9		322,486	55.1		171,464	29.1		366,683	62.7	
	令和4年度	630,569	154,694	23.8		352,398	54.8		203,112	31.2		397,324	61.9	
国	平成30年度	6,482,704	1,470,196	22.4		3,318,793	50.8		1,915,551	29.2		3,770,674	57.8	
	令和4年度	6,880,137	1,712,613	24.3		3,744,672	53.3		2,308,216	32.6		4,224,628	60.3	

区分		脳疾患			悪性新生物			筋・骨格			精神		
		実人数(人)	有病率(%)	順位	実人数(人)	有病率(%)	順位	実人数(人)	有病率(%)	順位	実人数(人)	有病率(%)	順位
羽咋市	平成30年度	399	25.5	6	154	11.5	8	750	48.7	3	586	38.3	4
	令和4年度	375	23.0	7	171	10.9	8	795	49.8	2	553	34.6	4
県	平成30年度	16,670	28.2		6,799	11.3		31,881	53.5		25,551	42.7	
	令和4年度	15,336	24.5		7,719	12.0		33,894	53.6		26,509	42.0	
同規模	平成30年度	155,413	26.9		63,977	10.8		319,815	54.6		231,263	39.2	
	令和4年度	151,330	23.9		74,764	11.4		350,465	54.5		246,296	38.6	
国	平成30年度	1,563,143	24.3		702,800	10.7		3,305,225	50.6		2,339,782	35.8	
	令和4年度	1,568,292	22.6		837,410	11.8		3,748,372	53.4		2,569,149	36.8	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6. 死亡の状況

以下は、本市の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	羽咋市	県	同規模	国
男性	97.1	98.6	103.4	100.0
女性	95.1	98.2	101.4	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	羽咋市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	82	43.6	51.5%	47.8%	50.6%
心臓病	70	37.2	26.9%	29.3%	27.5%
脳疾患	23	12.2	14.4%	14.9%	13.8%
自殺	4	2.1	2.4%	2.3%	2.7%
腎不全	5	2.7	3.1%	3.9%	3.6%
糖尿病	4	2.1	1.8%	1.9%	1.9%
合計	188				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度と令和4年度における、死亡の状況を年度別に示したものです。

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性		女性	
	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
羽咋市	98.1	97.1	96.2	95.1
県	98.4	98.6	95.4	98.2
同規模	104.8	103.4	101.3	101.4
国	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数82人は平成30年度84人より2人減少しており、心臓病を死因とする人数70人は平成30年度44人より26人増加しています。また、脳疾患を死因とする人数23人は平成30年度30人より7人減少しています。

年度別 主たる死因の状況

区分		悪性新生物		心臓病		脳疾患	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
羽咋市	平成30年度	84	51.2	44	26.8	30	18.3
	令和4年度	82	43.6	70	37.2	23	12.2
県	平成30年度		50.0		26.9		16.2
	令和4年度		51.5		26.9		14.4
同規模	平成30年度		47.1		28.3		16.5
	令和4年度		47.8		29.3		14.9
国	平成30年度		50.5		26.8		14.8
	令和4年度		50.6		27.5		13.8

区分		自殺		腎不全		糖尿病		合計
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
羽咋市	平成30年度	3	1.8	2	1.2	1	0.6	164
	令和4年度	4	2.1	5	2.7	4	2.1	188
県	平成30年度		2.5		2.9		1.6	
	令和4年度		2.4		3.1		1.8	
同規模	平成30年度		2.5		3.7		1.8	
	令和4年度		2.3		3.9		1.9	
国	平成30年度		2.8		3.3		1.8	
	令和4年度		2.7		3.6		1.9	

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

第3章 過去の取組の考察

1. 保健事業の実施状況

これまでの主な取組は表2のとおりです。特定健診の結果から発症予防、重症化予防の対象者を抽出し、個別の保健指導を重点的に実施してきました。特に、糖尿病の重症化予防対策を中心に保健指導を実施し、治療中で血糖管理が不十分な方に対しては、かかりつけ医と連携した保健指導を実施しました。

【表2】保健事業の実施状況

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	実績（R4年度）	
					実施状況	成果・課題等
健康診査	特定健診	40～75歳未満 羽咋市国保 自己負担なし	40～74歳	集団健診 1か所20回	722人 受診者の48.2%	若い年代の受診率が低い
				指定医療機関 10か所	777人 受診者の51.8%	
	若者健診	19～39歳の希望者 羽咋市国保 自己負担なし 社会保険 2,000円	39歳以下 希望者	集団健診 1か所20回	33人	受診者は横ばい
	人間ドック	日帰りの人間ドックに係る 費用を助成	30歳以上 羽咋市国民健康保険・後期高齢者医療 保険加入者	市に申請書提出後 対象医療機関受診	申請者 国保33人 後期14人	ドック受診へ つなげるためには 継続が必要
	脳ドック	日帰りの脳ドックに係る 費用を助成	40歳以上 羽咋市国民健康保険・後期高齢者医療 保険加入者			
未受診者 対策	未受診者案内 送付	9月を目途に未受診者案内を 送付	特定健診未受診者	案内チラシを送付	対象者 2,245人	健診受診率へは つながりにくい
	未受診者への 個別受診勧奨	地区担当保健師等による 電話	①過去2年間健診未 受診者 ②40～74歳の健診未 受診者	電話	①対象 1,050人 実施 507人 ②対象 548人 実施 380人	実施率が低く受診に つながりにくい
	かかりつけ医か らのデータ受領	健診未受診者のうち医療機 関受診者を抽出、医療機関 に協力依頼	特定健診対象者のう ち未受診の者、かつ、 生活習慣病に関係す る疾患で治療中の者	医療機関への協力依 頼	対象 169人 データ受領 21人	データ受領数が 少ない
保健指導 ・集団健康 教育	特定保健指導	特定健診の結果動機付け支 援、積極的支援者への保健 指導	動機付け支援、積極 的支援に該当する者	個別面接	対象者 178人 終了者 153人	実施率 86.0%
	糖尿病等重症化 予防の保健指導	血圧、糖、脂質値が高値で 未治療者を中心に保健指導 を実施。治療中でも必要な 場合は主治医と連携し保健 指導を実施	40歳～ 後期高齢者に 異動後も継続	個別面接	実施 55人	長期的な改善には継 続が必要
	健診結果説明会	健診受診者を対象に、健診 結果の意味、データと生活 の関連等について個別健康 教育を実施	集団健診受診者	来所による 個別面接	実施 755人	生活習慣への気づき を持ってもらえる機 会となっている
	栄養運動教室	特定健診を受けた方、健康 づくりに興味がある方を対 象に、運動指導士による運 動指導や食事、生活につ いて教室を開催	希望者	羽咋すこやかセン ターのホールで月に 1回実施	参加者 275人	参加者が固定化
健康情報	健康情報等の 提供	健康維持や疾病予防に効果 のある情報提供として、広 報の利用、パンフレット、 ポスター配布等	全員	来所者が目にする場 所にパンフレット等 を配置		
その他	健康ポイントの 実施	健診結果情報提供、栄養運 動教室に参加した場合にポ イント付与、貯まったポイ ントは商工会が運営するポ イントとして利用できる	希望者	健診結果情報提供者 に100P、栄養運動教 室参加者に50Pを付 与	231人に付与	教室等の参加者増加 が期待できる

2. 第2期データヘルス計画全体の達成状況

第2期計画に掲げた数値目標の達成状況は表3のとおりです。中長期目標である、虚血性心疾患の医療費に占める割合、糖尿病性腎症による新規透析患者割合は減少し、目標を達成しましたが、脳血管疾患の医療費に占める割合が増加しました。

また、短期目標であるメタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病有病者の割合が悪化しており、取組の強化が求められています。

【表3】第2期データヘルス計画の目標管理一覧表【中間評価後の見直し版】

R5. 10. 20現在

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	実績		目標値			現状値の把握方法		
					H28	R01 【中間評価】	R04	R01 【中間評価】	R04	R05 【最終評価】			
特定健診等計画		・新規透析者は、糖尿病性腎症を原因とする者が8割を占めているため、糖尿病重症化予防を優先する。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	49.6%	54.1%	46.6%	54.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導実施結果報告 (法定報告)		
				特定保健指導実施率60%以上	81.8%	86.8%	86.0%	80.0%	88.0%	88.0%			
				特定保健指導対象者の減少率25%	20.7%	13.9%	13.9%	22.5%	24.0%	25.0%			
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%以上減少	2.0%	2.6%	2.8%	1.8%	—	1.8%以下	KDBシステム		
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%以上減少	2.0%	1.2%	1.6%	1.8%	—	1.8%以下			
				新規透析導入者のうち糖尿病性腎症が原因の割合10%以上減少	100.0%	66.7%	40.0%	90.0%	—	90%以下			
	短期		がんの早期発見、早期治療	・肺がんによる死亡率が110%(人口10万対)であり、県と比較して高い。	メタボリックシンドローム・予備群の減少	29.5%	34.1%	32.4%	25.0%	25.0%	25.0%	特定健診・特定保健指導実施結果報告 (法定報告)	
					健診受診者の高血圧の改善(140/90以上)	22.1%	21.8%	24.8%	21.0%	20.0%	20.0%		
					健診受診者の脂質異常の減少(LDL160以上)	7.9%	7.2%	6.7%	7.5%	7.0%	7.0%		
		健診受診者の糖尿病有病者の減少(HbA1c6.5%以上)			10.5%	12.3%	12.4%	9.0%	8.8%	8.7%			
		糖尿病の治療継続者の増加(HbA1c6.5%以上で服薬あり)			56.0%	57.9%	72.2%	65.0%	70.0%	75.0%			
		糖尿病の血糖コントロール不良者の減少(HbA1c8.0%以上)			1.0%	1.1%	1.4%	1.0%	0.8%	0.8%			
		【再掲】健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の減少			0.3%	0.3%	0.4%	—	0.2%	0.2%			
		がん検診受診率 胃がん検診 10%以上			6.9%	6.2%	5.9%	7.2%	10.0%	10.0%	地域保健・健康増進事業報告		
		肺がん検診 15%以上			10.7%	9.4%	6.9%	13.0%	14.5%	15.0%			
		大腸がん検診 15%以上			11.6%	9.4%	8.4%	13.0%	14.5%	15.0%			
		子宮頸がん検診 20%以上			15.5%	19.4%	19.0%	18.0%	19.5%	20.0%			
		乳がん検診 12%以上			22.6%	25.5%	22.4%	9.5%	11.5%	12.0%			
		5つのがん検診の平均受診率の増加			13.5%	14.0%	12.5%	—	14.0%	14.4%			
		・歯周病検診受診率が低い。			歯科健診(歯周病検診)	歯周病検診受診率の増加	2.2%	2.5%	6.1%	7.5%	9.0%	9.5%	保険者努力支援制度実績調査
					自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の増加率10%	0.0%	1.9%		5.0%	9.0%	10.0%	
		・数量シェアの増加。			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合67%以上	67.0%	76.0%	81.4%	68.5%	79.0%	80.0%	
						高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	—	—	—	—	実施準備	実施開始

第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。

年度別 被保険者一人当たりの医療費

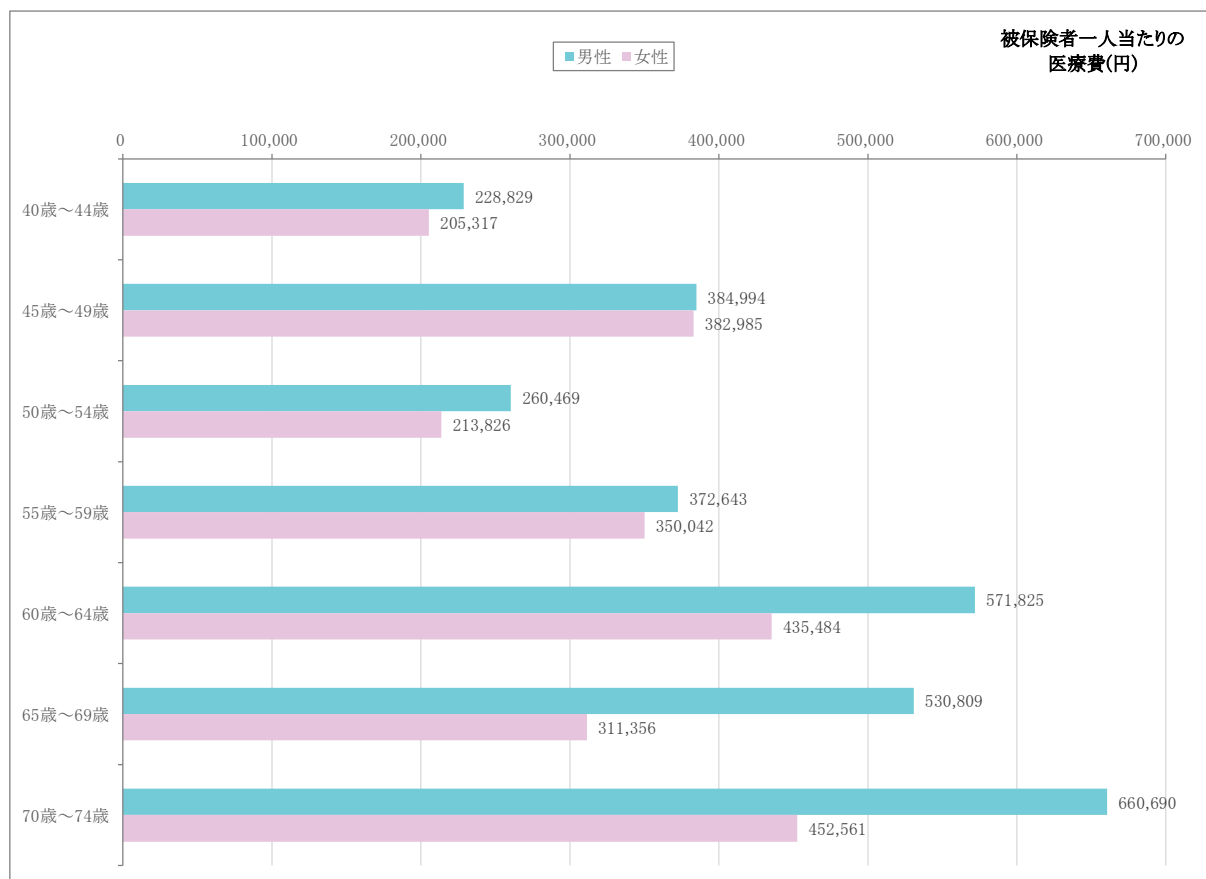
単位：円

年度	羽咋市	県	同規模	国
平成30年度	30,961	30,800	29,348	26,555
令和4年度	34,108	32,833	31,918	29,043

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

以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費（令和4年度）



出典：国保データベース（KDB）システム「疾病別医療費分析（大分類）」

年度別 入院・外来別医療費

年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成30年度	867,595,120	975,266,120	1,842,861,240
令和4年度	822,104,310	899,639,800	1,721,744,110

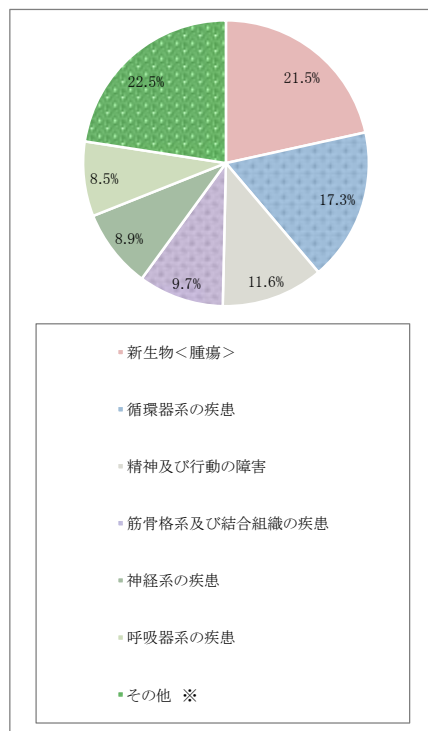
出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「新生物＜腫瘍＞」が最も高く、21.5%を占めています。

令和4年度の外来医療費では、「新生物＜腫瘍＞」が最も高く、15.9%を占めています。

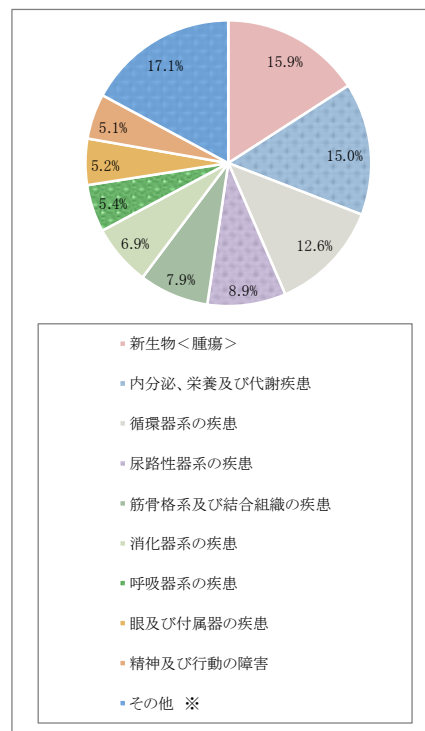
大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

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」

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、5.3%を占めています。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	91,342,250	5.3
2	関節疾患	67,391,720	3.9
3	統合失調症	57,208,240	3.3
4	慢性腎臓病(透析あり)	54,843,990	3.2
5	高血圧症	54,390,470	3.2
6	うつ病	53,722,630	3.1
7	胃がん	48,299,000	2.8
8	肺がん	41,976,600	2.4
9	脳梗塞	34,593,510	2.0
10	不整脈	30,142,880	1.8

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

※割合…総医療費に占める割合。

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

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

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	羽咋市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	5.9%	7.2%	7.5%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.3%	0.4%	0.6%	0.6%
がん	34.4%	33.5%	31.3%	32.0%
精神	15.2%	16.9%	16.2%	15.0%
筋・骨格	16.2%	15.8%	16.7%	16.6%
糖尿病	10.2%	9.9%	10.8%	10.4%
高血圧症	5.9%	5.1%	6.3%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.6%	1.3%	1.2%	1.3%
脳梗塞	3.7%	2.6%	2.7%	2.7%
狭心症	2.5%	2.6%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	3.2%	3.6%	3.8%	4.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものです。

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	4,260,480	0.5	8	12	0.9	7	355,040	8
高血圧症	155,030	0.0	10	2	0.1	9	77,515	10
脂質異常症	0	0.0	12	0	0.0	12	0	12
高尿酸血症	0	0.0	12	0	0.0	12	0	12
脂肪肝	392,260	0.0	9	2	0.1	9	196,130	9
動脈硬化症	43,610	0.0	11	1	0.1	11	43,610	11
脳出血	14,309,070	1.8	6	26	1.9	5	550,349	6
脳梗塞	30,658,010	3.8	4	39	2.9	4	786,103	2
狭心症	16,177,790	2.0	5	26	1.9	5	622,223	5
心筋梗塞	5,193,320	0.6	7	4	0.3	8	1,298,330	1
がん	177,013,600	21.7	1	226	16.9	1	783,246	3
筋・骨格	79,653,890	9.7	3	105	7.8	3	758,608	4
精神	94,977,620	11.6	2	205	15.3	2	463,305	7
その他(上記以外のもの)	394,593,600	48.3		693	51.7		569,399	
合計	817,428,280			1,341			609,566	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	90,450,170	10.1	2	2,967	8.5	3	30,485	4
高血圧症	54,235,440	6.1	4	4,128	11.8	1	13,138	11
脂質異常症	29,945,550	3.3	6	2,324	6.6	4	12,885	12
高尿酸血症	614,790	0.1	12	71	0.2	9	8,659	13
脂肪肝	655,580	0.1	11	30	0.1	10	21,853	8
動脈硬化症	736,440	0.1	9	22	0.1	11	33,475	3
脳出血	658,750	0.1	10	18	0.1	12	36,597	2
脳梗塞	3,935,500	0.4	8	249	0.7	8	15,805	10
狭心症	6,758,010	0.8	7	274	0.8	7	24,664	7
心筋梗塞	56,240	0.0	13	2	0.0	13	28,120	5
がん	142,114,330	15.9	1	1,115	3.2	6	127,457	1
筋・骨格	70,676,880	7.9	3	3,881	11.1	2	18,211	9
精神	45,964,080	5.1	5	1,820	5.2	5	25,255	6
その他(上記以外のもの)	448,922,910	50.1		18,057	51.7		24,861	
合計	895,724,670			34,958			25,623	

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	94,710,650	5.5	4	2,979	8.2	3	31,793	10
高血圧症	54,390,470	3.2	5	4,130	11.4	1	13,170	11
脂質異常症	29,945,550	1.7	7	2,324	6.4	4	12,885	12
高尿酸血症	614,790	0.0	13	71	0.2	9	8,659	13
脂肪肝	1,047,840	0.1	11	32	0.1	11	32,745	9
動脈硬化症	780,050	0.0	12	23	0.1	12	33,915	8
脳出血	14,967,820	0.9	9	44	0.1	10	340,178	2
脳梗塞	34,593,510	2.0	6	288	0.8	8	120,116	4
狭心症	22,935,800	1.3	8	300	0.8	7	76,453	5
心筋梗塞	5,249,560	0.3	10	6	0.0	13	874,927	1
がん	319,127,930	18.6	1	1,341	3.7	6	237,978	3
筋・骨格	150,330,770	8.8	2	3,986	11.0	2	37,715	7
精神	140,941,700	8.2	3	2,025	5.6	5	69,601	6
その他(上記以外のもの)	843,516,510	49.2		18,750	51.7		44,988	
合計	1,713,152,950			36,299			47,196	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法	
	A	B	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(%)
			C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C
20歳代以下	335	133	28	8.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30歳代	166	60	28	16.9	0	0.0	1	3.6	1	3.6	5	17.9	1	3.6
40歳代	357	147	90	25.2	1	1.1	3	3.3	1	1.1	24	26.7	2	2.2
50歳代	444	242	142	32.0	7	4.9	9	6.3	2	1.4	44	31.0	7	4.9
60歳～64歳	439	327	197	44.9	13	6.6	23	11.7	5	2.5	65	33.0	3	1.5
65歳～69歳	970	723	463	47.7	36	7.8	50	10.8	3	0.6	175	37.8	12	2.6
70歳～74歳	1,624	1,396	873	53.8	100	11.5	115	13.2	1	0.1	342	39.2	27	3.1
全体	4,335	3,028	1,821	42.0	157	8.6	201	11.0	13	0.7	655	36.0	52	2.9
再掲	40歳～74歳	3,834	2,835	74.0	157	8.9	200	11.3	12	0.7	650	36.8	51	2.9
	65歳～74歳	2,594	2,119	81.7	136	10.2	165	12.4	4	0.3	517	38.7	39	2.9

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	3.6	
30歳代	0	0.0	1	3.6	1	3.6	8	28.6	2	7.1	4	14.3	
40歳代	3	3.3	1	1.1	4	4.4	27	30.0	7	7.8	23	25.6	
50歳代	7	4.9	4	2.8	4	2.8	65	45.8	15	10.6	52	36.6	
60歳～64歳	5	2.5	3	1.5	3	1.5	112	56.9	18	9.1	90	45.7	
65歳～69歳	14	3.0	7	1.5	10	2.2	262	56.6	48	10.4	222	47.9	
70歳～74歳	43	4.9	16	1.8	30	3.4	528	60.5	83	9.5	440	50.4	
全体	72	4.0	32	1.8	52	2.9	1,003	55.1	173	9.5	832	45.7	
再掲	40歳～74歳	72	4.1	31	1.8	51	2.9	994	56.3	171	9.7	827	46.9
	65歳～74歳	57	4.3	23	1.7	40	3.0	790	59.1	131	9.8	662	49.6

出典: 国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

また、参考として各疾病ごとに併存している疾患の状況を以下にまとめました。

【糖尿病のレセプト分析 (参考)】

- ①「糖尿病」の全体の対象者割合は15.1%と低いですが、60歳以上の対象者割合は15%近くに達する。以降、加齢とともに上昇し70歳以上で21.1%と、5人に1人が発症。
- ②「糖尿病」発症者の「糖尿病性腎症」は40歳以降10%前後を確認できるが、40歳代で「人工透析」に移行した対象者はおらず、「人工透析」移行は50歳代以降である。さらに、50歳以上では大血管合併症である「脳血管疾患」「虚血性心疾患」対象者も急増。以降は、加齢とともに増加。
- ③70歳以上で「糖尿病」発症者の「脳血管疾患」「虚血性心疾患」合併発症者は15%以上の高い割合を示している。
- ④「糖尿病」発症者の「高血圧症」併存は全体平均で68.9%、「脂質異常症」は64.4%と基礎疾患の合併が推測できる。



- ✓「糖尿病」の全体の対象者割合は低いですが「糖尿病」発症者の「高血圧症」「脂質異常症」の併存割合は高い。
加齢による血管老化に加え、高血糖や高血圧による腎機能の悪化や大血管への侵襲が要因となり、重症化疾患合併が50歳以降は増加傾向にあると考える。

【脂質異常症のレセプト分析（参考）】

- ①「脂質異常症」の全体の対象者割合は19.2%と低いが、60歳以上の対象者割合では、20%以上の5人に1人が発症し、70歳以上では27.1%、4人に1人以上の発症に増加。
- ②脂質異常症は脳心血管疾患発症リスク要因である。
「虚血性心疾患」合併は50歳以上で10%以上となり、60歳～64歳では21.1%と「脂質異常症」発症者の「虚血性心疾患」合併は5人に1人発症していることが示されている。
「脳血管疾患」は65歳以上で10%以上となり「虚血性心疾患」より合併発症リスクは低い。
- ③「脂質異常症」の「糖尿病」合併者は平均で50.7%、「高血圧症」合併者は平均で70.3%、「高血圧症」と「脂質異常症」の併存率が高く、特に50歳からの「高血圧症」併存割合の増加が著しい。



- ✓「脂質異常症」の全体の対象者割合は19.2%であるが「脂質異常症」発症者の「高血圧症」併存割合は高く、50歳以降は急増する。
「虚血性心疾患」の併存率も50歳代より、「脳血管疾患」は65歳以降急激に上昇し、加齢による血管老化に加え、高脂質や高血圧による大血管への侵襲が要因となり重症化疾患合併が50歳以降は増加傾向にあると考える。

【高血圧症のレセプト分析（参考）】

- ①「高血圧症」の全体の対象者割合は23.1%であるが、60歳以上の対象者割合は25%以上と急増し、4人に1人の割合で発症している。
- ②高血圧は脳心血管疾患発症リスク要因である。
「虚血性心疾患」合併については、30歳以上では10%以上をほぼ維持し、70歳以上では17.2%となっており、比較的早期に重症化合併症を発症するものが多い傾向にあるといえる。
「脳血管疾患」は65歳以上で10%以上となり「虚血性心疾患」より合併発症リスクは低い。
- ③「高血圧症」の「糖尿病」合併者は平均で45.0%、「脂質異常症」合併者は平均で58.3%と、「糖尿病」や「脂質異常症」発症者の基礎疾患併存率よりは低く、単発の発症者が多いことも推測される。



- ✓「高血圧症」の全体の対象者割合は、23.1%と基礎疾患の中では一番高い割合を示す。
「虚血性心疾患」の併存率は「高血圧症」の患者割合が低い30歳代より10%以上と高く、若年層の「高血圧症」においても血圧コントロールへの介入は必須であり、40歳以前の健康診査の必要性も示唆されている。
「脳血管疾患」は65歳以降急激に上昇し、加齢による血管老化に加え、高血圧による動脈硬化、高脂質や高血糖による大血管への侵襲が要因となり、重症化疾患合併が50歳以降は増加傾向にあると考える。

【虚血性心疾患のレセプト分析（参考）】

- ①「虚血性心疾患」の全体の対象者割合は4.6%であるが、60歳以上の対象者割合は5%以上と急増している。
- ②30歳代の発症者1人は「人工透析」や「高血圧症」「高尿酸血症」の合併が確認でき、「糖尿病」の診断はついていないことより「糖尿病性腎症」ではなく「腎硬化症」「尿酸腎」などが推測されるが、すでに透析治療に至っていることから、循環器管理が困難であり「虚血性心疾患」の発症リスクが高くなったと考える。
- ③40歳代の発症者3人すべてに「高血圧症」が併存し、そのうち一人は「脳血管疾患」も発症。
- ④50歳以降の発症者には「糖尿病」や「高血圧症」に加え「脂質異常症」の高い併存率が確認でき、高齢者においては基礎疾患の併存が「虚血性心疾患」の一要因であると推測する。



- ✓「虚血性心疾患」の全体の対象者割合は4.6%と低いが、30歳から40歳代の発症も確認でき、「高血圧症」は存在するが、リスク因子となる「脂質異常症」の合併は認められていないことより、若年層の血圧上昇については他の要因も追及していきたい。
しかし、血圧コントロールは必須であり、被保険者の血圧状態の把握が必要と考える。
50歳以降は明らかに基礎疾患の併存の要因が示唆される。

【脳血管疾患のレセプト分析（参考）】

- ①「脳血管疾患」の全体の対象者割合は3.6%であるが、65歳以上の対象者割合は3.7%、70歳以上では6.2%と急増している。
- ②40歳代の発症者1人は「虚血性心疾患」の発症、「糖尿病」による「インスリン療法」、「高血圧」の合併が確認できる。
- ③50歳以上の発症者は「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の併存率が50%以上となり、65歳以上で「高血圧」の併存が75%を超え「高血圧」が最大の発症要因といえる。
- ④「脳血管疾患」発症者の「虚血性疾患」の発症も60歳～69歳で30%前後となっている。



- ✓「脳血管疾患」の全体の対象者割合は3.6%と低いが、50歳以上は基礎疾患の併存が、65歳以上は「高血圧症」が発症の最大要因であると推測する。
重症化疾患である「虚血性心疾患」の合併発症割合も高く、大血管合併症においては血圧管理の重要性が結果より示されている。

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。

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(%)
羽咋市	4,066	12	0.30
県	199,722	656	0.33
同規模	2,020,054	7,840	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」

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	11	77,327,650	7,029,786
令和4年度	12	73,344,250	6,112,021

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。

以下は、透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものです。

男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～39歳	501	1	0.20	249	1	0.40	252	0	0.00
40歳～64歳	1,240	8	0.65	627	6	0.96	613	2	0.33
65歳～74歳	2,594	4	0.15	1,231	4	0.32	1,363	0	0.00
全体	4,335	13	0.30	2,107	11	0.52	2,228	2	0.09

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4年5月診療分)

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

透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C
0歳～39歳	501	193	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40歳～64歳	1,240	716	8	0.6	4	50.0	1	12.5	2	25.0	0	0.0
65歳～74歳	2,594	2,119	4	0.2	3	75.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0
全体	4,335	3,028	13	0.3	7	53.8	1	7.7	3	23.1	0	0.0

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
0歳～39歳	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
40歳～64歳	0	0.0	8	100.0	6	75.0	5	62.5	1	12.5	3	37.5
65歳～74歳	0	0.0	4	100.0	2	50.0	4	100.0	0	0.0	2	50.0
全体	0	0.0	13	100.0	9	69.2	9	69.2	1	7.7	6	46.2

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4年5月診療分)

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の69.3%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではHbA1c、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
羽咋市	40歳～64歳	人数(人)	96	103	88	61	22	34	165	40
		割合(%)	32.0	34.3	29.3	20.3	7.3	11.3	55.0	13.3
	65歳～74歳	人数(人)	314	432	395	169	84	166	879	89
		割合(%)	26.0	35.8	32.8	14.0	7.0	13.8	72.9	7.4
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	410	535	483	230	106	200	1,044	129
		割合(%)	27.2	35.5	32.1	15.3	7.0	13.3	69.3	8.6
県		割合(%)	27.3	36.7	24.9	14.7	5.0	17.3	65.6	7.4
国		割合(%)	26.9	34.9	21.1	14.0	3.8	24.9	58.2	6.6

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
羽咋市	40歳～64歳	人数(人)	93	62	147	0	82	19	129	35
		割合(%)	31.0	20.7	49.0	0.0	27.3	6.3	43.0	11.7
	65歳～74歳	人数(人)	623	202	492	25	396	104	422	372
		割合(%)	51.7	16.7	40.8	2.1	32.8	8.6	35.0	30.8
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	716	264	639	25	478	123	551	407
		割合(%)	47.5	17.5	42.4	1.7	31.7	8.2	36.6	27.0
県		割合(%)	46.9	18.3	43.9	1.5	27.4	12.5	35.1	25.3
国		割合(%)	48.3	20.7	50.1	1.3	21.4	18.4	5.2	21.8

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

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は8.6%、該当者は23.9%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は9.4%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	300	30.1	15	5.0	28	9.3	2	0.7	10	3.3	16	5.3
65歳～74歳	1,206	54.0	31	2.6	101	8.4	5	0.4	71	5.9	25	2.1
全体(40歳～74歳)	1,506	46.6	46	3.1	129	8.6	7	0.5	81	5.4	41	2.7

年齢階層	該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	60	20.0	6	2.0	5	1.7	34	11.3	15	5.0
65歳～74歳	300	24.9	28	2.3	22	1.8	123	10.2	127	10.5
全体(40歳～74歳)	360	23.9	34	2.3	27	1.8	157	10.4	142	9.4

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

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク（①血糖 ②血圧 ③脂質）	該当状況
≥85cm（男性）	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm（女性）	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質：中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。

質問票調査の状況(令和4年度)

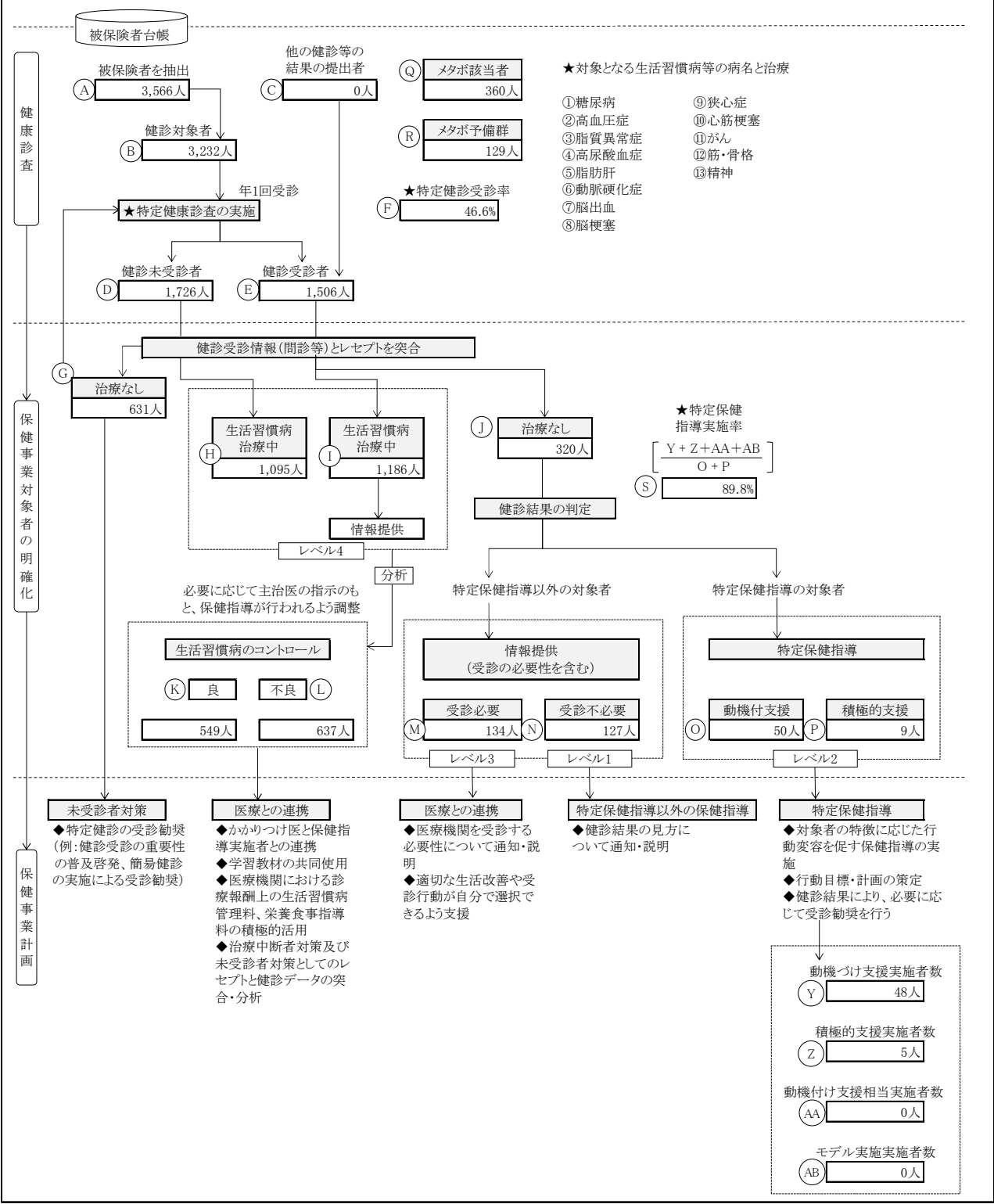
分類	質問項目	40歳～64歳					65歳～74歳				
		羽咋市 (平成31年度)	羽咋市	県	同規模	国	羽咋市 (平成31年度)	羽咋市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	21.1%	23.7%	21.7%	22.4%	20.2%	41.8%	43.0%	45.8%	45.4%	43.7%
	服薬_糖尿病	7.0%	5.7%	6.3%	6.1%	5.3%	10.9%	12.3%	12.5%	11.4%	10.4%
	服薬_脂質異常症	18.7%	20.3%	18.3%	17.3%	16.6%	34.1%	36.2%	37.9%	33.7%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.5%	2.4%	2.3%	1.9%	2.0%	3.7%	2.7%	4.1%	3.8%	3.8%
	既往歴_心臓病	1.5%	3.8%	2.9%	3.2%	3.0%	5.9%	5.4%	6.8%	7.0%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.0%	1.0%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	1.0%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	18.5%	19.9%	16.1%	12.9%	14.2%	13.5%	12.0%	11.1%	8.9%	9.3%
喫煙	喫煙	15.7%	17.0%	18.4%	19.3%	18.9%	12.3%	11.3%	10.4%	10.5%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	35.0%	38.0%	36.6%	38.9%	37.8%	28.8%	30.5%	33.0%	33.2%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	72.8%	73.2%	70.7%	71.2%	68.8%	56.8%	57.1%	56.8%	59.5%	55.4%
	1日1時間以上運動なし	58.8%	53.0%	49.0%	48.1%	49.3%	52.7%	49.7%	46.3%	47.0%	46.7%
	歩行速度遅い	61.4%	59.9%	57.6%	57.1%	53.0%	57.6%	57.8%	54.0%	53.3%	49.4%
食事	食べる速度が速い	33.0%	31.7%	33.5%	31.4%	30.7%	27.5%	30.4%	28.6%	25.1%	24.6%
	食べる速度が普通	58.8%	61.0%	58.9%	60.9%	61.1%	63.8%	62.0%	63.1%	66.6%	67.6%
	食べる速度が遅い	8.2%	7.3%	7.6%	7.7%	8.2%	8.6%	7.7%	8.3%	8.3%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	22.5%	23.0%	23.8%	19.7%	21.1%	15.4%	14.8%	16.1%	13.2%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	13.4%	16.1%	19.0%	15.6%	19.0%	5.7%	4.5%	5.7%	5.0%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	21.5%	23.0%	25.9%	25.2%	24.3%	21.1%	21.0%	25.6%	25.5%	24.7%
	時々飲酒	22.6%	21.3%	22.8%	23.6%	25.3%	19.7%	18.2%	18.9%	19.4%	21.1%
	飲まない	55.9%	55.7%	51.2%	51.2%	50.4%	59.2%	60.8%	55.5%	55.2%	54.2%
	1日飲酒量(1合未満)	62.0%	63.5%	60.9%	58.1%	60.9%	66.3%	69.4%	66.8%	64.7%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	24.4%	23.9%	23.6%	25.1%	23.1%	24.9%	24.1%	23.9%	25.2%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	11.1%	11.3%	11.1%	12.2%	11.2%	7.2%	6.1%	8.0%	8.5%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	2.6%	1.3%	4.4%	4.6%	4.8%	1.6%	0.5%	1.3%	1.7%	1.5%
睡眠	睡眠不足	31.5%	25.4%	25.5%	28.0%	28.4%	23.5%	25.3%	22.3%	23.9%	23.4%
生活習慣 改善意欲	改善意欲なし	22.5%	23.3%	22.9%	26.6%	23.0%	31.0%	30.5%	31.3%	31.9%	29.3%
	改善意欲あり	38.4%	36.6%	40.7%	33.1%	32.9%	29.6%	30.6%	34.5%	27.0%	26.0%
	改善意欲ありかつ始めている	14.3%	15.0%	12.8%	14.0%	16.4%	9.6%	9.8%	8.6%	11.5%	13.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.7%	9.1%	9.3%	9.4%	10.0%	7.7%	9.1%	7.4%	8.0%	8.6%
	取り組み済み6ヶ月以上	15.1%	16.0%	14.2%	17.0%	17.8%	22.1%	20.0%	18.3%	21.5%	23.2%
	保健指導利用しない	63.2%	66.2%	67.3%	67.9%	62.4%	68.6%	69.9%	70.5%	65.2%	62.9%
咀嚼	咀嚼_何でも	79.8%	83.6%	85.0%	82.7%	83.8%	70.2%	68.5%	76.0%	74.7%	77.1%
	咀嚼_かみにくい	19.4%	15.7%	14.2%	16.5%	15.4%	28.6%	30.3%	23.0%	24.3%	22.1%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.8%	0.7%	0.8%	0.8%	0.7%	1.2%	1.2%	1.1%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	23.8%	27.2%	25.2%	24.5%	23.8%	20.3%	22.3%	23.1%	21.0%	20.8%
	3食以外間食_時々	59.6%	55.4%	53.3%	55.6%	55.3%	61.1%	61.1%	56.0%	58.8%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	16.6%	17.4%	21.5%	19.9%	20.9%	18.6%	16.6%	20.9%	20.2%	20.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

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

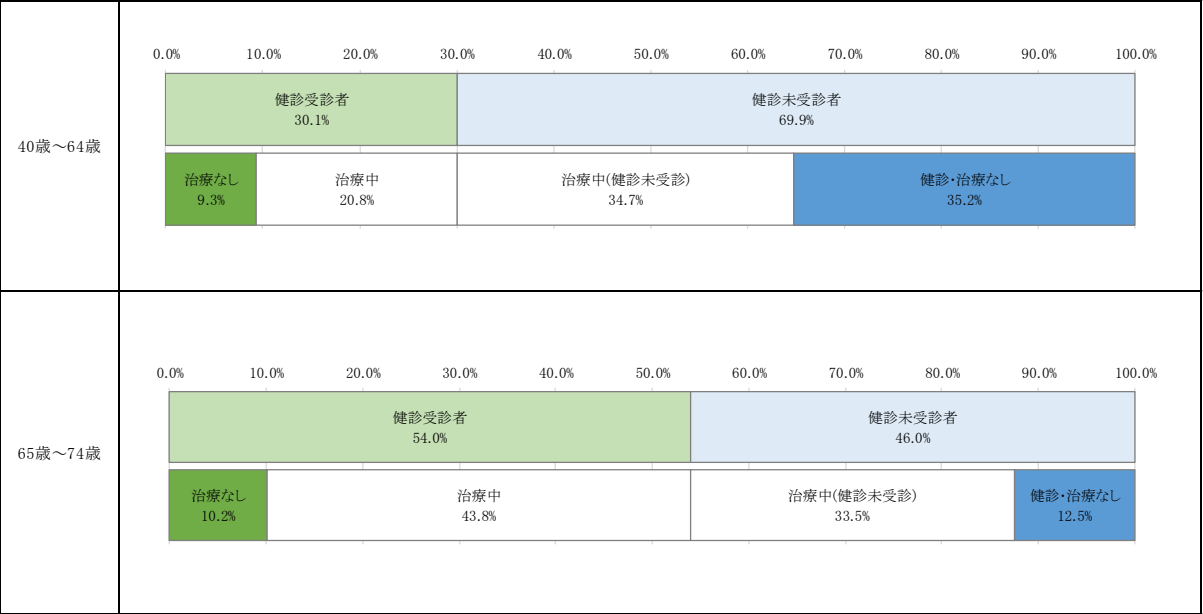
被保険者の階層化(令和4年度)



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

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

特定健診対象者の生活習慣病治療状況（令和4年度）



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

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 個別保健事業の方向性

(1) 優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別の保健事業として以下の事業を優先的に実施します。

- 【重症化予防】 ①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
②虚血性心疾患の早期発見、予防（心電図検査異常者に対する保健指導）
③脳血管疾患予防事業（心房細動、高血圧者への保健指導）
- 【発症予防】 ④特定健診・特定保健指導
⑤生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
- 【その他】 ⑥高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
⑦重複受診者・重複服薬者への適切な受診指導
⑧後発医薬品の使用促進
⑨保険者努力支援制度

なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施していきます。

また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病予防の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有化を図り、連携した取組を検討していきます。

(2) 個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、表4「第3期データヘルス計画の目標管理一覧表」のとおりです。

(3) 事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行います。

2. 各事業の実施内容と評価方法

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

事業の目的	【中長期】 糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する 【短期】 糖尿病性腎症による新規透析導入患者を減らす
対象者	・医療機関未受診者 ・糖尿病治療中断者 ・糖尿病治療中のうちハイリスク者 ・糖尿病治療中でかかりつけ医等から保健指導の依頼があった者
現在までの事業結果	糖尿病未治療でHbA1c6.5%以上の者、糖尿病治療中断者、糖尿病治療中のうち糖尿病性腎症第2～4期の者・HbA1c7%以上・I度高血圧者・メタボ該当者に対して以下を実施。 ・対象者の進捗管理 ・保健指導の実施 ・医療との連携

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)
新規透析導入者のうち糖尿病性腎症が原因の割合10%減少	40.0%	39.0%	38.5%	38.0%	37.5%	37.0%	36%以下
健診受診者の糖尿病有病者の減少(HbA1c6.5%以上)	12.4%	12.2%	12.0%	11.8%	11.6%	11.3%	11.1%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	取組に当たっては「石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(令和5年3月改定)に基づき実施する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

①対象者の選定 ②実態把握 ③保健指導計画 ④保健指導の実施 ⑤必要時、医療との連携 ⑥結果確認、継続支援
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・対象者の健診結果経年表やKDB・DHPデータ、保健指導教材等を積極的に活用し、生活改善につながる保健指導を実施する。 ・糖尿病管理台帳の有効活用を図る。 ・かかりつけ医との連携強化を図る。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・健康福祉課健康推進係の保健師3名、管理栄養士1名が地区担当制で保健指導を実施。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・保健指導の力量形成のために積極的に研修会に参加できる体制整備 ・事例検討会の実施 ・運営体制、予算の確保

評価計画

データヘルス計画評価と合わせて、個別事業についても、毎年度、事業の進捗状況等を把握し、評価を行う。 アウトカム・アウトプット評価を中心とし、事業が計画通りに進んでいない場合や中間評価・最終評価時にはプロセスやストラクチャーの視点でも評価を行う。

(2) 虚血性心疾患重症化予防

事業の目的	【中長期】 虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制する 【短期】 虚血性心疾患の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす
対象者	- 心電図検査異常者 - 高コレステロール未治療者 - 高コレステロール治療中断者 - 高コレステロールに加え、高血圧、高血糖、メタボリックシンドローム該当者、予備群等リスクの重なりがある者
現在までの事業結果	- 心電図検査で虚血性心疾患が疑われる所見のある人への保健指導の実施および、必要時医療機関受診につなげた。 - 高コレステロールかつメタボリックシンドローム該当者への保健指導を実施し、医療機関受診につなげた。 - 治療中で高コレステロールの者は、連絡票を渡し、かかりつけ医に保健指導の指示をもらった。 - 保健指導対象者に頸動脈エコーの二次検査を実施した。

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)
虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%以上減少	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.4%以下
メタボリックシンドローム・予備群の割合20%減少	32.4%	31.0%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	25.9%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドラインなど各学会ガイドライン等に基づき対策を進める。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

①対象者の選定 ②実態把握 ③保健指導計画 ④保健指導の実施 ⑤必要時、医療との連携 ⑥結果確認、継続支援
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- 対象者の健診結果経年表やKDB・DHPデータ、保健指導教材等を積極的に活用し、生活改善につながる保健指導を実施する。 - 引き続き、二次検査の頸動脈エコー検査や血液検査を実施して動脈硬化の進捗度を評価し、必要に応じて医療機関につなぐ。 - かかりつけ医との連携強化を図る。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康福祉課健康推進係の保健師3名、管理栄養士1名が地区担当制で保健指導を実施。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- 保健指導の力量形成のために積極的に研修会に参加できる体制整備 - 事例検討会の実施 - 運営体制、予算の確保
--

評価計画

データヘルス計画評価と合わせて、個別事業についても、毎年度、事業の進捗状況等を把握し、評価を行う。 アウトカム・アウトプット評価を中心とし、事業が計画通りに進んでいない場合や中間評価・最終評価時にはプロセスやストラクチャーの視点でも評価を行う。

(3)脳血管疾患重症化予防

事業の目的	【中長期】 脳血管疾患による医療費の伸びを抑制する 【短期】 脳血管疾患の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす
対象者	・高血圧未治療者 ・高血圧治療中断者 ・治療中だが、血圧管理が不十分な者 ・高血圧に加え、メタボリックシンドローム、高血糖、LDLコレステロール高値などリスクの重なりのある者（高血圧に基づいたリスク階層参照：高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会） ・高血圧に喫煙や飲酒習慣のある者 ・心電図所見で心房細動がある者
現在までの事業結果	・糖尿病治療中のⅠ度高血圧以上かつメタボリックシンドローム該当者へ連絡票を渡し、かかりつけ医に保健指導の指示をもらう。 ・Ⅱ度高血圧以上者および心電図所見で心房細動がある者に保健指導を実施し、医療機関受診につなげた。 ・保健指導対象者に頸動脈エコーの二次検査を実施した。

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)
脳血管疾患の総医療費に占める割合10%以上減少	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.6%	2.6%	2.5%以下
健診受診者の高血圧者の割合20%減少 (140/90以上)	24.8%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.5%	19.8%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための 主な戦略	脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進める。
--------------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

①対象者の選定 ②実態把握 ③保健指導計画 ④保健指導の実施 ⑤必要時、医療との連携 ⑥結果確認、継続支援
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・対象者の健診結果経年表やKDB・DHPデータ、保健指導教材等を積極的に活用し、生活改善につながる保健指導を実施する。 ・引き続き、二次検査の頸動脈エコー検査や血液検査を実施して動脈硬化の進捗度を評価し、必要に応じて医療機関につなぐ。 ・かかりつけ医との連携強化を図る。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・健康福祉課健康推進係の保健師3名、管理栄養士1名が地区担当制で保健指導を実施。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・保健指導の力量形成のために積極的に研修会に参加できる体制整備 ・事例検討会の実施 ・運営体制、予算の確保

評価計画

データヘルス計画評価と合わせて、個別事業についても、毎年度、事業の進捗状況等を把握し、評価を行う。 アウトカム・アウトプット評価を中心とし、事業が計画通りに進んでいない場合や中間評価・最終評価時にはプロセスやストラクチャーの視点でも評価を行う。

(4) 特定健診・特定保健指導

特定健診・特定保健指導は69頁～77頁の「特定健康診査等実施計画」のとおりです。

(5) 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

① 妊娠中、子どもの頃からの肥満・生活習慣病予防

小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、羽咋市健康増進計画や食育計画と連携し、行政の枠組みを通じ保育所・学校・商工会等と連携した取組を進める必要があります。

具体的には、生涯を通じた生活習慣病の予防につながる「食の基本、基準量」を学ぶなどの取組を検討し、広く住民に羽咋市の健康実態を周知するとともに、その対策について、各地区・組織活動を通じて普及啓発を行っていきます。

また、妊娠中は尿糖に加え血糖検査等が実施されています。妊娠中の健康管理は出生児の安全のために早期発見、適正管理が重要ですが、妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群等があると出産後に状態が改善しても、将来の糖尿病等の生活を発症しやすく、出産後の健康管理も重要となっています。このため、妊娠糖尿病等の異常があった方に対しては、こども課等と連携し、継続的な保健指導の実施を検討していきます。

② ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障費の増大につながっている実態や、メタボリックシンドロームや糖尿病増加の背景にある食や生活の変化など、生活習慣病予防のための取組について住民が学習できる場の提供など、地区組織や関係団体、関係機関と連携し、広く住民への周知に努めていきます。

(6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

国保加入者の約7割が65歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取組の双方が必要となります。また、75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要があります。

羽咋市は、令和5年度から石川県後期高齢者広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託し、その取組を開始しており、今後さらにその取組を進めていきます。具体的な事業内容については、以下の①～③を実施していきます。

①地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整を担当する医療専門職(保健師)を配置し、DHP(KDBシステムの補完システム)を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行います。

②個別保健指導（ハイリスクアプローチ）

地域を担当する保健師や管理栄養士を配置し、糖尿病重症化予防事業や健康状態不明者等把握事業を通じて、個別的支援を実施します。

③ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施します。

(7)重複受診者・重複服薬者への適切な受診指導

診療報酬明細書等情報を活用し、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行います。

また、重複服薬者については、石川県薬剤師会の協力を得ながら、電話・文書等で指導を行い、服薬指導を実施します。

(8)後発医薬品の使用促進

診療報酬情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行います。

(9)保険者努力支援制度

第1章4のとおり、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取組についても進めていきます。

【表4】第3期データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	区分	達成すべき目的	課題を解決するための目標	計画策定時	目標値						現状値の把握方法
				R4	R6	R7	R8 【中間評価】	R9	R10	R11 【最終評価】	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%以上減少	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.6%	2.6%	2.5%以下	KDB/ナマ
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%以上減少	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.4%以下	
			新規透析導入者のうち糖尿病性腎症が原因の割合10%以上減少	40.0%	39.0%	38.5%	38.0%	37.5%	37.0%	36%以下	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合20%減少	32.4%	31.0%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	25.9%	特定健診・特定保健指導実施結果報告(法定報告) ヘルスサポートラボツール 羽咋市健康増進計画
			健診受診者の高血圧者の割合20%減少(140/90以上)	24.8%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.5%	19.8%	
			健診受診者の脂質異常者の割合10%減少(LDL160以上)	6.7%	6.6%	6.5%	6.4%	6.3%	6.2%	6.0%	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合10%減少(HbA1c6.5%以上)	12.4%	12.2%	12.0%	11.8%	11.6%	11.3%	11.1%	
			糖尿病の治療継続者の割合5%増加(HbA1c6.5%以上で服薬あり)	72.2%	73.0%	74.0%	74.5%	75.0%	75.5%	76.0%	
			糖尿病の血糖コントロール不良者の割合20%減少(HbA1c8.0%以上)	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	
			【再掲】健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合20%減少	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	
	短期目標	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	46.6%	49.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導実施結果報告(法定報告)
			特定保健指導実施率60%以上	86.0%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	
			特定保健指導対象者の減少率20%	13.9%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	
		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 7%以上	5.9%	6.0%	6.2%	6.4%	6.6%	6.8%	7.0%	地域保健・健康増進事業報告 保険者努力支援制度実績調査
			肺がん検診 10%以上	6.9%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%	10.0%	
			大腸がん検診 15%以上	8.4%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	
			子宮頸がん検診 25%以上	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	
			乳がん検診 12%以上	22.4%	23.0%	24.5%	26.0%	27.5%	29.0%	30.0%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	12.5%	13.3%	14.1%	15.0%	15.8%	16.7%	17.4%	
		歯科健診(歯周病検診)	歯周病検診受診率の増加	6.1%	6.4%	6.7%	7.0%	7.3%	7.6%	8.0%	保険者努力支援制度実績調査 厚生労働省公表結果
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合10%以上	3.0%	4.0%	4.5%	6.0%	7.5%	9.0%	10%以上	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	81.4%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	

第6章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

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

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

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行います。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

2. 計画の公表・周知

本計画は、ホームページや広報誌に掲載し、市民、関係者に周知します。

周知にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

3. 個人情報の取扱い

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

4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

本市は高齢化が進んでおり、被保険者の中には高齢で一人暮らしや障害を持つ方も少なくありません。発症予防、重症化予防の視点に加え、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、医療や保健、介護関係者との連携だけでなく、高齢福祉、障害福祉や生活困窮者、生活保護担当部署とも連携するとともに、必要な場合は地域ケア会議の場を積極的に活用するなど、包括ケアの取組を推進します。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

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

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

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

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

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)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率46.6%は平成30年度52.9%より6.3ポイント減少しています。

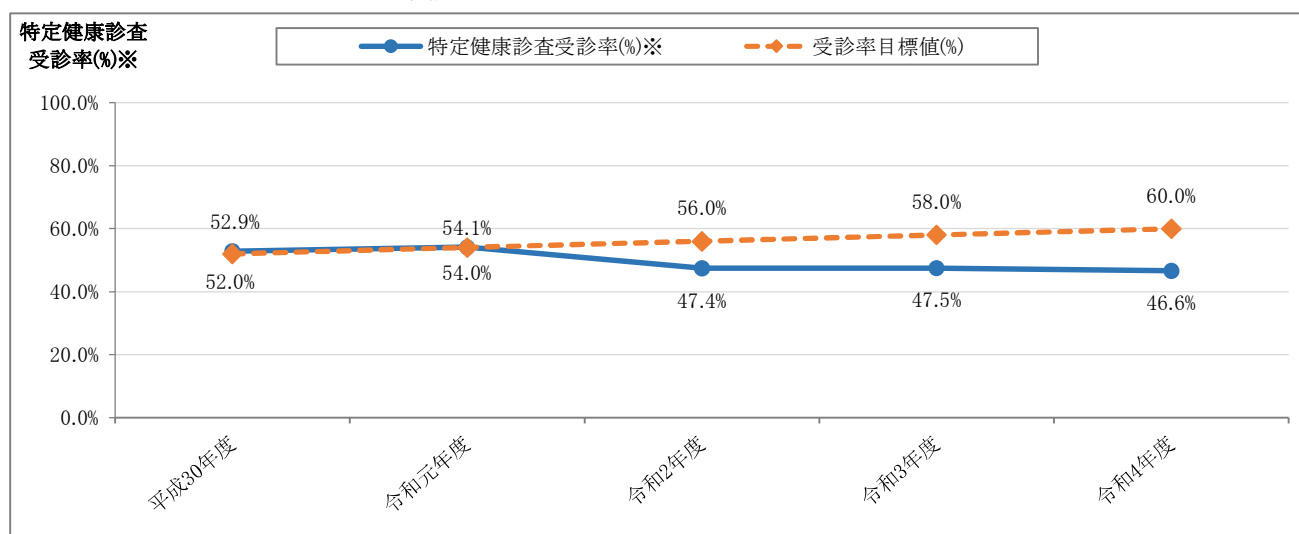
特定健康診査受診率及び目標値

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査対象者数(人)	3,883	3,744	3,663	3,505	3,226
特定健康診査受診者数(人)	2,054	2,026	1,738	1,665	1,504
特定健康診査受診率(%)※	52.9	54.1	47.4	47.5	46.6
受診率目標値(%)	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。

※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。

※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

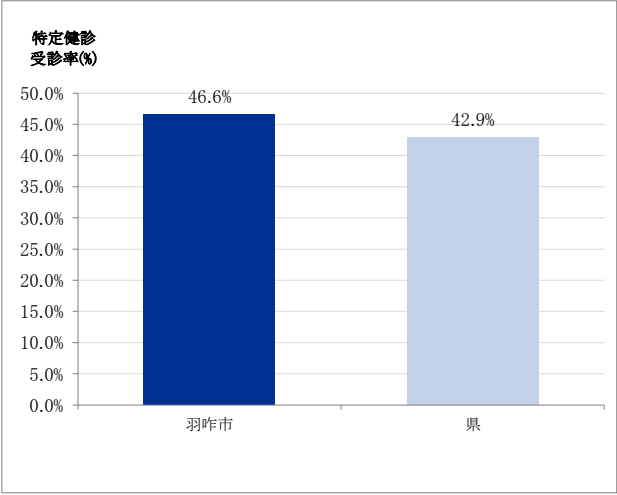
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率 (令和4年度)

区分	特定健診受診率
羽咋市	46.6%
県	42.9%

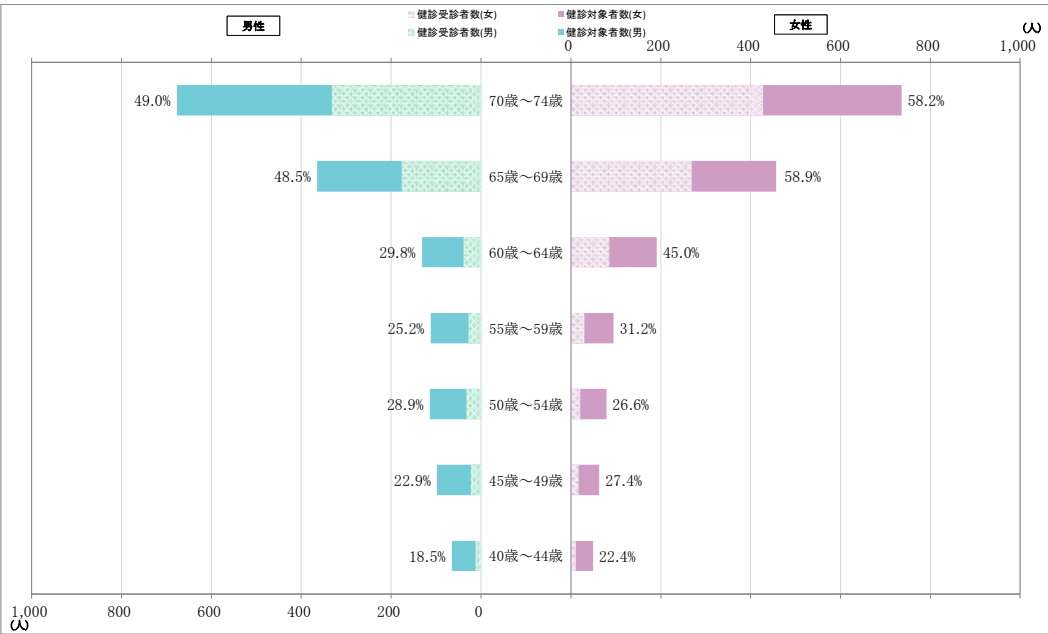
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年齢別特定健康診査受診率 (令和4年度)



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

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
羽咋市	52.9%	54.2%	47.4%	47.6%	46.6%
県	46.0%	46.9%	40.1%	41.9%	42.9%

出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

2. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	249	257	198	188	178
特定保健指導利用者数(人)	228	239	176	159	162
特定保健指導実施者数(人)※	223	223	172	151	153
特定保健指導実施率(%)※	89.6	86.8	86.9	80.3	86.0
実施率目標値(%)	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0

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30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	40	45	39	37	25
積極的支援利用者数(人)	37	42	32	26	24
積極的支援実施者数(人)※	32	27	28	18	15
積極的支援実施率(%)※	80.0	60.0	71.8	48.6	60.0

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30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	209	212	159	151	153
動機付け支援利用者数(人)	191	197	144	133	138
動機付け支援実施者数(人)※	191	196	144	133	138
動機付け支援実施率(%)※	91.4	92.5	90.6	88.1	90.2

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。

国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりです。

特定保健指導実施状況 (令和4年度)

区分	動機付け支援 対象者数割合	積極的支援 対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導 実施率
羽咋市	10.2%	1.7%	11.8%	86.0%
県	8.0%	2.2%	10.2%	47.9%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

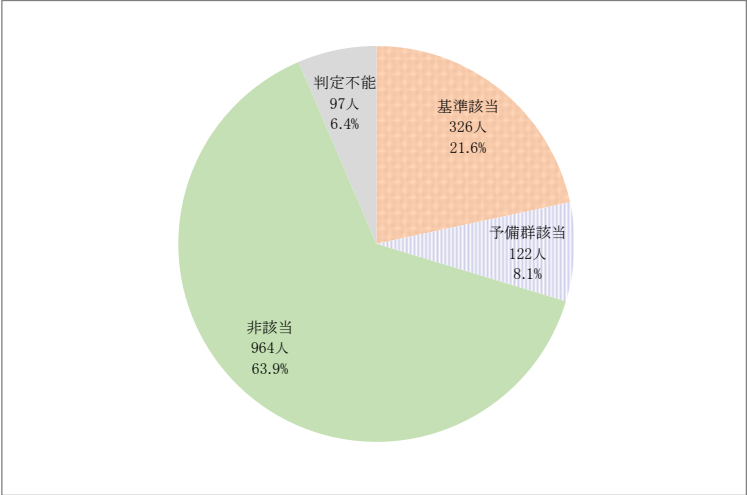
特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

3. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は21.6%、予備群該当は8.1%です。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当21.6%は平成30年度19.9%より1.7ポイント増加しており、予備群該当8.1%は平成30年度9.9%より1.8ポイント減少しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	2,057
令和4年度	1,509

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	410	19.9	204	9.9	1,255	61.0	188	9.1
令和4年度	326	21.6	122	8.1	964	63.9	97	6.4

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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

4. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査	特定健診受診率	令和4年度は46.6%で、目標値を下回っている。男女別の年齢階層別受診率をみると、男女ともに60歳代以降の受診率が高く、40～50歳代の受診率が低い。
特定保健指導	特定保健指導実施率	令和4年度は86.0%で常に80%以上を維持できている。
メタボリックシンドローム該当者	メタボリックシンドローム該当者割合	令和4年度のメタボリックシンドローム基準該当者割合は21.6%、予備群該当者割合は8.1%、非該当者割合は63.9%で、基準該当者が増加している。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	健康福祉課健康推進係の専門職(保健師、管理栄養士)を市民窓口課国保年金係の兼務とし、連携して保健事業を実施した。また、特定健診・特定保健指導の研修等に積極的に参加し、保健指導の質的向上に努めた。
関係機関との連携	羽咋郡市医師会との連携の強化に努めた。かかりつけ医からの健診の受診勧奨、診療データの受領調査への協力や、重症化予防として医療と連携することで、健診の受診率向上や保健指導の質的向上を図った。
実施体制	感染症の流行により、健診を予約制とし受診人数を制限したことにより、健診受診率が低下した。集団健診の受診者数は増やせないため、それ以外の方法で受診率の向上に努める必要がある。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の59.6%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の44.5%です。

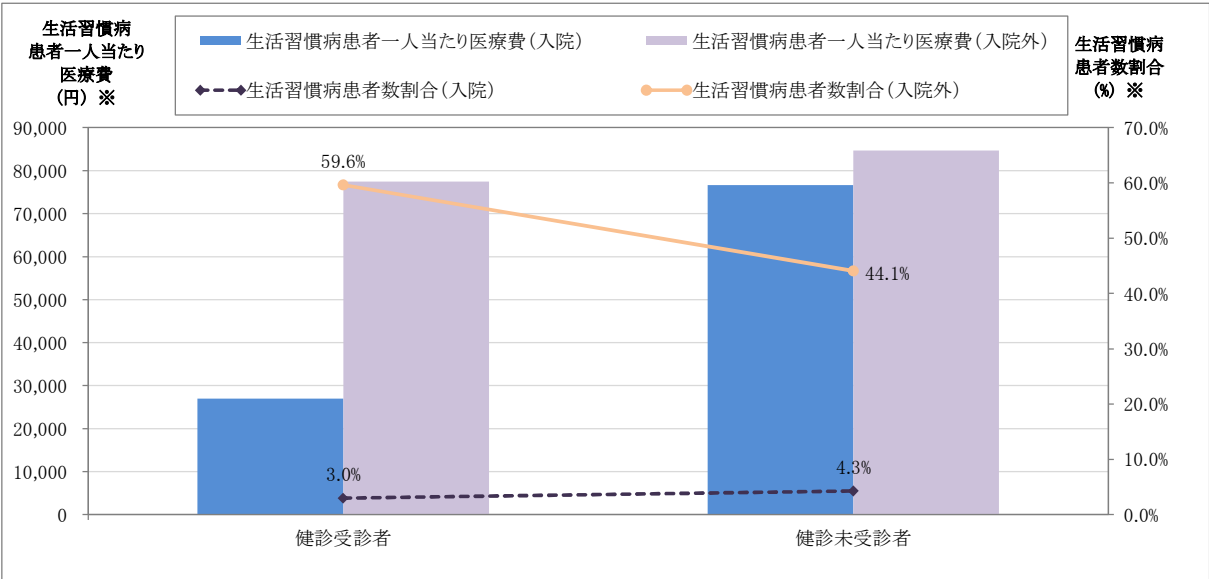
特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	1,509	42.9	1,216,022	69,721,760	70,937,782
健診未受診者	2,005	57.1	6,589,115	74,870,574	81,459,689
合計	3,514		7,805,137	144,592,334	152,397,471

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	45	3.0	900	59.6	900	59.6	27,023	77,469	78,820
健診未受診者	86	4.3	884	44.1	893	44.5	76,618	84,695	91,220
合計	131	3.7	1,784	50.8	1,793	51.0	59,581	81,050	84,996

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。
※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。
※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



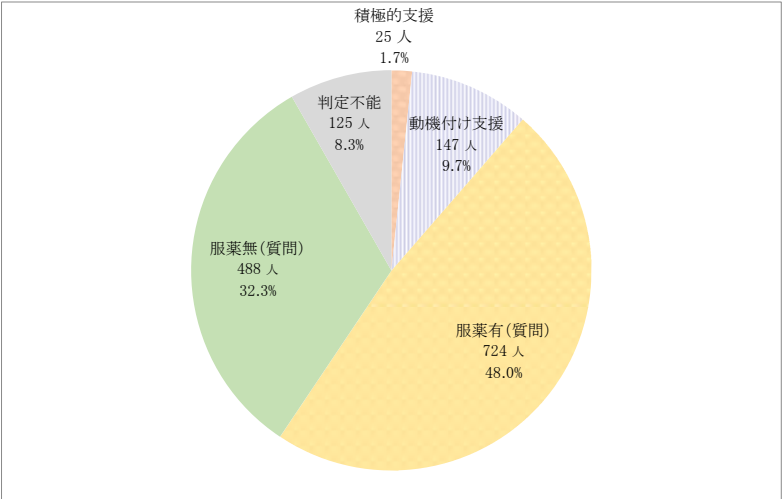
データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。
※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は1.7%、動機付け支援対象者割合は9.7%です。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 又は 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 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

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

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

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)			
		積極的支援		動機付け支援	
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳 ～ 44歳	25	5	0	5	20.0
45歳 ～ 49歳	39	6	5	1	2.6
50歳 ～ 54歳	54	13	7	6	11.1
55歳 ～ 59歳	58	10	6	4	6.9
60歳 ～ 64歳	125	12	7	5	4.0
65歳 ～ 69歳	447	49	0	49	11.0
70歳 ～	761	77	0	77	10.1
合計	1,509	172	25	147	9.7

年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳 ～ 44歳	25	1	4.0	19	76.0	0	0.0
45歳 ～ 49歳	39	9	23.1	22	56.4	2	5.1
50歳 ～ 54歳	54	13	24.1	27	50.0	1	1.9
55歳 ～ 59歳	58	20	34.5	27	46.6	1	1.7
60歳 ～ 64歳	125	56	44.8	46	36.8	11	8.8
65歳 ～ 69歳	447	203	45.4	153	34.2	42	9.4
70歳 ～	761	422	55.5	194	25.5	68	8.9
合計	1,509	724	48.0	488	32.3	125	8.3

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合1.7%は平成30年度1.9%から0.2ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合9.7%は平成30年度からほぼ横ばいとなっています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)		特定保健指導対象者数(人)			
			積極的支援		動機付け支援	
			人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	2,057	239	39	1.9	200	9.7
令和4年度	1,509	172	25	1.7	147	9.7

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	2,057	921	44.8	709	34.5	188	9.1
令和4年度	1,509	724	48.0	488	32.3	125	8.3

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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血 糖	② 血 圧	③ 脂 質	④ 喫 煙			172人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	2人	25人 15%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	4人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	0人	
		●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	2人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	1人	
	●		●			血糖＋脂質	5人	
		●	●			血圧＋脂質	4人	
	●			●		血糖＋喫煙	3人	
		●		●		血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		脂質＋喫煙	2人	
		●			因子数1	血糖	0人	
			●			血圧	0人	
				●		脂質	0人	
				●	因子数0	喫煙	0人	
						なし	0人	
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	5人	147人 85%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	21人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	6人	
		●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	3人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	19人	
	●		●			血糖＋脂質	11人	
		●	●			血圧＋脂質	9人	
	●			●		血糖＋喫煙	1人	
		●		●		血圧＋喫煙	0人	
			●	●		脂質＋喫煙	2人	
	●				因子数1	血糖	24人	
		●				血圧	33人	
			●			脂質	12人	
				●		喫煙	0人	
					因子数0	なし	0人	

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

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

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	172	14,132	1,625,436	1,639,568	2	37	37
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	488	343,298	1,477,899	1,821,197	4	37	37
	情報提供 (服薬有(質問))	724	819,854	57,190,185	58,010,039	32	719	719

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	172	7,066	43,931	44,313
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	488	85,825	39,943	49,222
	情報提供 (服薬有(質問))	724	25,620	79,541	80,682

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

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

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0	60.0
特定保健指導実施率(%)	79.0	75.0	71.0	67.0	64.0	60.0	60.0
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0	25.0

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

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)	2,932	2,800	2,680	2,581	2,486	2,379
特定健康診査受診率(%) (目標値)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
特定健康診査受診者数(人)	1,466	1,456	1,447	1,445	1,442	1,427

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	1,042	1,046	1,055	1,045	1,052	1,033
	65歳～74歳	1,890	1,754	1,625	1,536	1,434	1,346
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	382	415	450	475	507	527
	65歳～74歳	1,084	1,041	997	970	935	900

(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実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	187	188	189	189	190	190
特定保健指導実施率(%) (目標値)	79.0	75.0	71.0	67.0	64.0	60.0
特定保健指導実施者数(人)	148	141	134	127	122	114

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	35	38	41	42	45	47
	実施者数(人)	40歳～64歳	28	30	28	29	28	28
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	32	35	38	40	43	44
		65歳～74歳	120	115	110	107	102	99
	実施者数(人)	40歳～64歳	29	31	34	35	37	37
		65歳～74歳	91	80	72	63	57	49

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

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

②実施方法

集団健診及び個別健診を医療機関等へ委託し実施します。契約は個別契約とします。

ア. 実施場所

(ア) 集団健診(羽咋すこやかセンター)

(イ) 個別健診(委託医療機関)

イ. 実施項目

		法定	市
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○	○
肝機能	AST(GOT)	○	○
	ALT(GTP)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(non-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	ヘモグロビンA1C(HbA1c)	●	○
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血		○
血液学検査 (貧血検査) その他	ヘマトクリット値(Ht)	□	○
	血色素量(ヘモグロビン値)	□	○
	赤血球数(RBC)	□	○
	12誘導心電図	□	○
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	□	○
	尿酸		○

○必須項目、●いずれかの項目で実施可、□医師の判断に基づき選択的に実施する項目

ウ. 実施時期

6月から12月に実施します。

エ. 案内方法・健診の実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、健診の案内冊子を全戸配布し、対象者に、特定健康診査受診券を個別に発送します。

また、広報やホームページ等で周知を図ります。

オ. 医療機関との適切な連携

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

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

カ. 代行機関

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

(2) 特定保健指導

① 対象者

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

特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

②実施方法

ア. 実施体制・方法

特定保健指導の実施については、直接実施であり、保健部門への執行委任の形態で行います。

実施方法は、家庭訪問、または来所面接による対面での個別保健指導を実施します。

イ. 実施内容

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

動機付け支援

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

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。	
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。	
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。	
	アウトカム評価	
	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少
	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)
	プロセス評価	
	・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価	

ウ. 実施時期

7月から翌年1月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に対して、案内はがきを発送します。

4. 目標達成に向けての取組

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取組を示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取組
健診体制の整備	・ 土日、夜間健診の実施 ・ 健診案内冊子や市ホームページによる周知、啓発 ・ 39歳以下の生活習慣病健診の実施 ・ がん検診等との同時受診など受診者の利便性向上を図る
未受診者対策	・ 未受診者への受診勧奨(通知、電話、訪問等) ・ 定期受診者や職場健診等の結果の情報提供の呼びかけ ・ かかりつけ医からのデータ受領
医療機関との連携強化	・ かかりつけ医からの受診勧奨 ・ かかりつけ医からのデータ受領

【特定保健指導】

事業分類	取組
実施体制	・ 健診結果説明会の実施 ・ 二次検査(血液検査、糖負荷検査、動脈超音波検査・血圧脈波検査等)の実施 ・ 栄養・運動教室の実施 ・ 利用者へのインセンティブ制度の強化
医療機関との連携強化	・ 受診勧奨値(精密検査)のある対象者への治療状況・治療方針等の把握等 ・ 治療中断者や治療中の者への連携した指導の実施

5. 実施スケジュール

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

第5章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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

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

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

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

4. 他の健診との連携

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

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

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

②ICTを活用した特定保健指導の推進

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