

穴水町国民健康保険  
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  
穴水町



-目次-

はじめに	4
<b>第1部 第3期データヘルス計画</b>	
<b>第1章 計画策定について</b>	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	7
3. 実施体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
<b>第2章 地域の概況</b>	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成	10
3. 医療基礎情報	12
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	13
5. 平均余命と平均自立期間	17
6. 介護保険の状況	19
7. 死亡の状況	23
<b>第3章 過去の取り組みの考察</b>	
1. 第2期データヘルス計画全体の評価	24
2. 各事業の達成状況	25
<b>第4章 健康・医療情報等の分析</b>	
1. 医療費の基礎集計	42
2. 生活習慣病に関する分析	50
3. 健康診査データによる分析	55
4. 被保険者の階層化	57
<b>第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容</b>	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	59
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	60
<b>第6章 その他</b>	
1. 計画の評価及び見直し	74
2. 計画の公表・周知	74
3. 個人情報の取扱い	74
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	75
<b>第2部 第4期特定健康診査等実施計画</b>	
<b>第1章 特定健康診査等実施計画について</b>	
1. 計画策定の趣旨	77
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	77
3. 計画期間	77
4. データ分析期間	78
<b>第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価</b>	
1. 取り組みの実施内容	79
2. 特定健康診査の受診状況	80
3. 特定保健指導の実施状況	83
4. メタボリックシンドローム該当状況	88
5. 第3期計画の評価と考察	90

-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	91
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	92
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	96
	2. 対象者数推計	96
	3. 実施方法	98
	4. 目標達成に向けての取り組み	102
	5. 実施スケジュール	103
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	104
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	104
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	104
	4. 他の健診との連携	105
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	105

## 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分野を中心に取り組み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。

穴水町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、過去の取り組みの成果・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り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI\*の設定を推進するとの方針が示されました。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、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。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…KeyPerformanceIndicator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・強化する取り組み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。

## 2. 計画期間

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

## 3. 実施体制・関係者連携

### (1) 保険者内の連携体制の確保

穴水町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行います。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や介護保険部局等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

国保部局は、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、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等、保険者協議会、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、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ある。

## 4. データ分析期間

### ■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

#### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

#### 年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月診療分(12カ月分)

平成31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)

平成31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)

平成31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) 地理的・社会的背景

穴水町は、県庁所在地である金沢市から北に約80キロメートルの位置にあります。面積は183.2平方キロメートル(石川県に占める割合面積の4.3%)です。年間を通して降雨量が多く、年間を通して様々な四季の変化を直接感じることができ、四季に応じた祭りや食のイベントにより町外からの注目を集めています。

道路・交通網においては、のと里山海道を主要道路とした加賀方面へのアクセスに優れ、能登空港や輪島市や珠洲市、能登町といった奥能登地区における玄関口としての機能を有しています。

産業においては、2,200haの田畑で収穫される米や野菜の農業や町の特産品で牡蠣貝や魚などの海産物を主軸とした第1次産業が盛んです。

#### (2) 医療アクセスの状況

以下は、本町の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	穴水町	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.6	0.5	0.4	0.3
診療所数	6.5	4.3	2.7	3.7
病床数	59.3	83.1	37.4	54.8
医師数	11.3	17.3	4.2	12.4
外来患者数	721.2	706.8	692.2	687.8
入院患者数	29.0	24.4	22.7	17.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 2. 人口構成

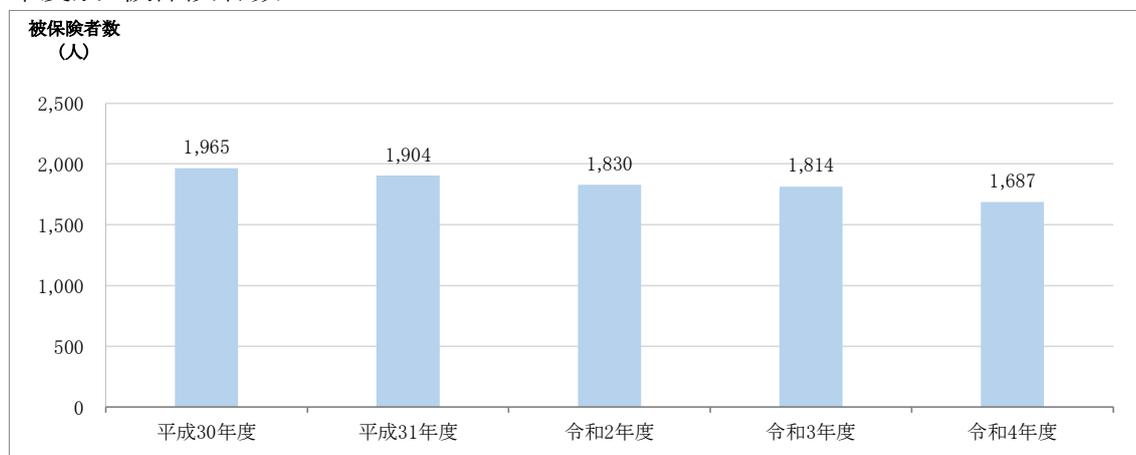
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数1,687人は平成30年度1,965人より278人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢60.6歳は平成30年度60.2歳より0.4歳上昇しています。

### 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
穴水町	平成30年度	8,062	44.7	1,965	22.4	60.2	2.1	19.7
	平成31年度	7,992	44.8	1,904	21.7	60.7	2.2	19.8
	令和2年度	7,836	45.0	1,830	20.9	61.2	2.2	20.1
	令和3年度	7,770	45.5	1,814	20.7	60.9	2.1	19.7
	令和4年度	7,664	49.5	1,687	21.6	60.6	3.8	22.9
県	平成30年度	1,138,038	27.9	230,796	20.3	54.9	8.0	10.8
	平成31年度	1,138,038	27.9	223,470	19.6	55.2	8.0	10.8
	令和2年度	1,138,038	27.9	220,891	19.4	55.8	8.0	10.8
	令和3年度	1,138,038	27.9	213,759	18.8	56.0	8.0	10.8
	令和4年度	1,112,139	30.0	202,031	18.2	55.5	6.9	11.4
同規模	平成30年度	6,978	35.6	1,955	27.3	54.1	6.1	16.1
	平成31年度	7,076	35.6	1,915	26.4	54.6	6.1	16.1
	令和2年度	7,108	35.6	1,881	25.8	55.2	6.1	16.1
	令和3年度	7,237	35.7	1,850	24.9	55.7	6.1	16.2
	令和4年度	6,774	39.4	1,780	25.6	55.7	4.9	17.2
国	平成30年度	125,640,987	26.6	30,811,133	24.5	51.3	8.0	10.3
	平成31年度	125,640,987	26.6	29,893,491	23.8	51.6	8.0	10.3
	令和2年度	125,640,987	26.6	29,496,636	23.5	52.0	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6	28,705,575	22.9	52.2	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7	27,488,882	22.3	51.9	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」

### 年度別 被保険者数



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			平成31年度			令和2年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	15	12	3	8	5	3	12	8	4
5歳～9歳	14	9	5	18	12	6	13	9	4
10歳～14歳	30	22	8	30	20	10	26	16	10
15歳～19歳	40	20	20	30	13	17	36	21	15
20歳～24歳	27	15	12	26	16	10	24	11	13
25歳～29歳	21	16	5	18	12	6	16	11	5
30歳～34歳	33	25	8	31	22	9	25	19	6
35歳～39歳	46	25	21	42	23	19	36	19	17
40歳～44歳	68	44	24	67	43	24	64	37	27
45歳～49歳	79	40	39	75	37	38	67	37	30
50歳～54歳	68	33	35	69	38	31	78	41	37
55歳～59歳	97	56	41	95	54	41	75	44	31
60歳～64歳	264	129	135	224	110	114	189	84	105
65歳～69歳	550	269	281	517	252	265	478	247	231
70歳～74歳	613	293	320	654	316	338	691	333	358
合計	1,965	1,008	957	1,904	973	931	1,830	937	893

年齢階層	令和3年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	15	8	7	11	6	5
5歳～9歳	17	11	6	18	12	6
10歳～14歳	23	11	12	21	11	10
15歳～19歳	36	24	12	38	25	13
20歳～24歳	25	13	12	27	10	17
25歳～29歳	16	9	7	17	8	9
30歳～34歳	33	24	9	26	20	6
35歳～39歳	35	23	12	37	22	15
40歳～44歳	61	31	30	56	28	28
45歳～49歳	77	49	28	78	52	26
50歳～54歳	80	40	40	77	37	40
55歳～59歳	73	35	38	82	40	42
60歳～64歳	176	87	89	140	81	59
65歳～69歳	448	238	210	417	220	197
70歳～74歳	699	325	374	642	305	337
合計	1,814	928	886	1,687	877	810

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、本町の令和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	穴水町	県	同規模	国
受診率	750.2	731.3	714.9	705.4
一件当たり医療費(円)	50,960	44,620	42,770	39,080
一般(円)	50,960	44,620	42,770	39,080
退職(円)	0	0	5,830	67,230
外来				
外来費用の割合(%)	52.8	55.7	56.3	60.4
外来受診率	721.2	706.8	692.2	687.8
一件当たり医療費(円)	28,010	25,730	24,870	24,220
一人当たり医療費(円) ※	20,200	18,190	17,220	16,660
一日当たり医療費(円)	20,450	17,520	17,520	16,390
一件当たり受診回数	1.4	1.5	1.4	1.5
入院				
入院費用の割合(%)	47.2	44.3	43.7	39.6
入院率	29.0	24.4	22.7	17.7
一件当たり医療費(円)	621,980	590,810	588,690	617,950
一人当たり医療費(円) ※	18,030	14,440	13,360	10,920
一日当たり医療費(円)	43,570	34,550	35,890	39,370
一件当たり在院日数	14.3	17.1	16.4	15.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

## 4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

### (1) 特定健康診査

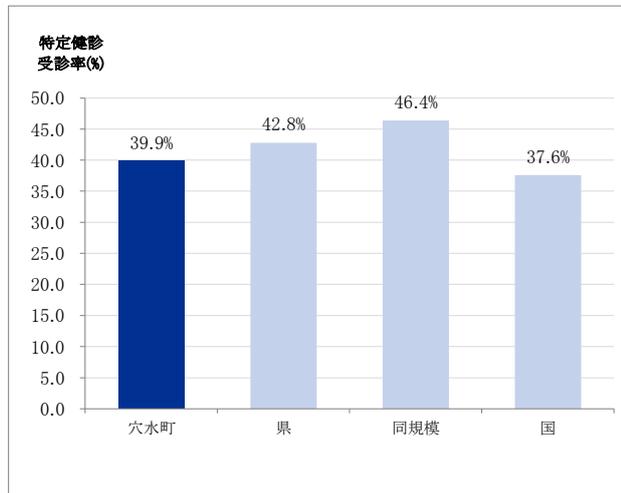
以下は、本町の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を示したものです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率(%)
穴水町	39.9
県	42.8
同規模	46.4
国	37.6

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



(女性)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、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率39.9%は平成30年度44.6%より4.7ポイント減少しています。

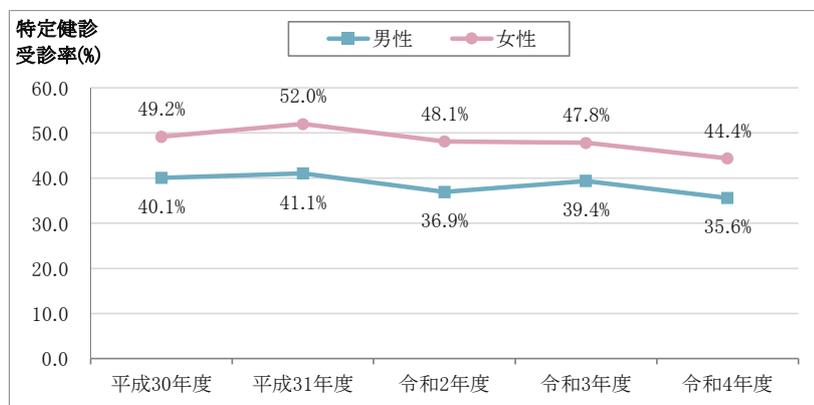
### 年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	44.6	46.5	42.5	43.6	39.9
県	46.1	47.0	40.2	42.1	42.8
同規模	45.5	46.1	40.7	44.7	46.4
国	37.5	37.7	33.5	36.1	37.6

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率35.6%は平成30年度40.1%より4.5ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率44.4%は平成30年度49.2%より4.8ポイント減少しています。

### 年度・男女別 特定健康診査受診率



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」

## (2) 特定保健指導

以下は、本町の令和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(%)
穴水町	8.1	1.9	10.0	67.9
県	8.1	2.2	10.3	48.9
同規模	8.8	3.2	12.0	46.4
国	8.6	3.3	11.9	24.9

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。  
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率67.9%は平成30年度81.6%より13.7ポイント減少しています。

#### 年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>10.4</b>	<b>8.8</b>	<b>8.6</b>	<b>9.0</b>	<b>8.1</b>
県	8.1	8.0	8.1	8.1	8.1
同規模	9.2	9.2	9.4	9.1	8.8
国	9.0	8.9	9.0	8.9	8.6

#### 年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>2.0</b>	<b>1.3</b>	<b>0.6</b>	<b>1.1</b>	<b>1.9</b>
県	2.2	2.1	2.1	2.2	2.2
同規模	3.5	3.3	3.2	3.2	3.2
国	3.2	3.2	3.2	3.3	3.3

#### 年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>12.4</b>	<b>10.1</b>	<b>9.3</b>	<b>10.2</b>	<b>10.0</b>
県	10.3	10.1	10.2	10.3	10.3
同規模	12.7	12.5	12.6	12.3	12.0
国	12.2	12.1	12.2	12.2	11.9

#### 年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>81.6</b>	<b>70.8</b>	<b>49.2</b>	<b>51.6</b>	<b>67.9</b>
県	57.6	54.6	46.3	46.2	48.9
同規模	45.8	46.5	47.1	46.3	46.4
国	23.8	24.2	23.8	24.0	24.9

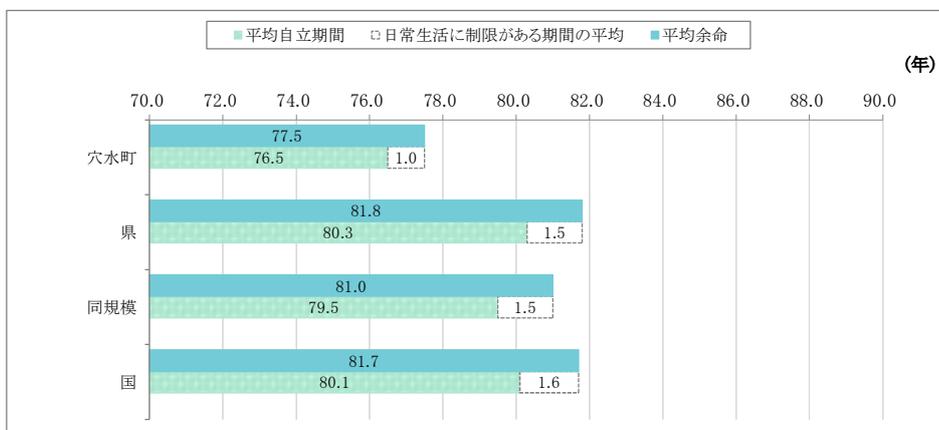
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。  
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 5. 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。

本町の男性の平均余命は77.5年、平均自立期間は76.5年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.0年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本町の女性の平均余命は87.1年、平均自立期間は83.8年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.3年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。

(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)

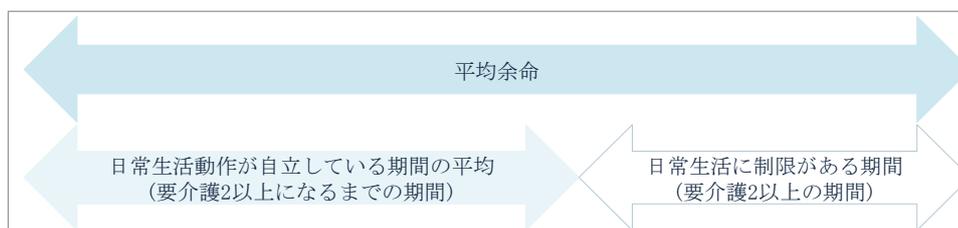


(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



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、本町の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間76.5年は平成30年度78.5年から2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83.8年は平成30年度81.2年から2.6年延長しています。

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	79.9	78.5	1.4	84.0	81.2	2.8
平成31年度	78.1	77.0	1.1	83.7	80.8	2.9
令和2年度	77.3	76.1	1.2	84.8	81.8	3.0
令和3年度	77.2	76.2	1.0	87.3	83.9	3.4
令和4年度	77.5	76.5	1.0	87.1	83.8	3.3

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 6. 介護保険の状況

### (1) 要介護(支援)認定状況

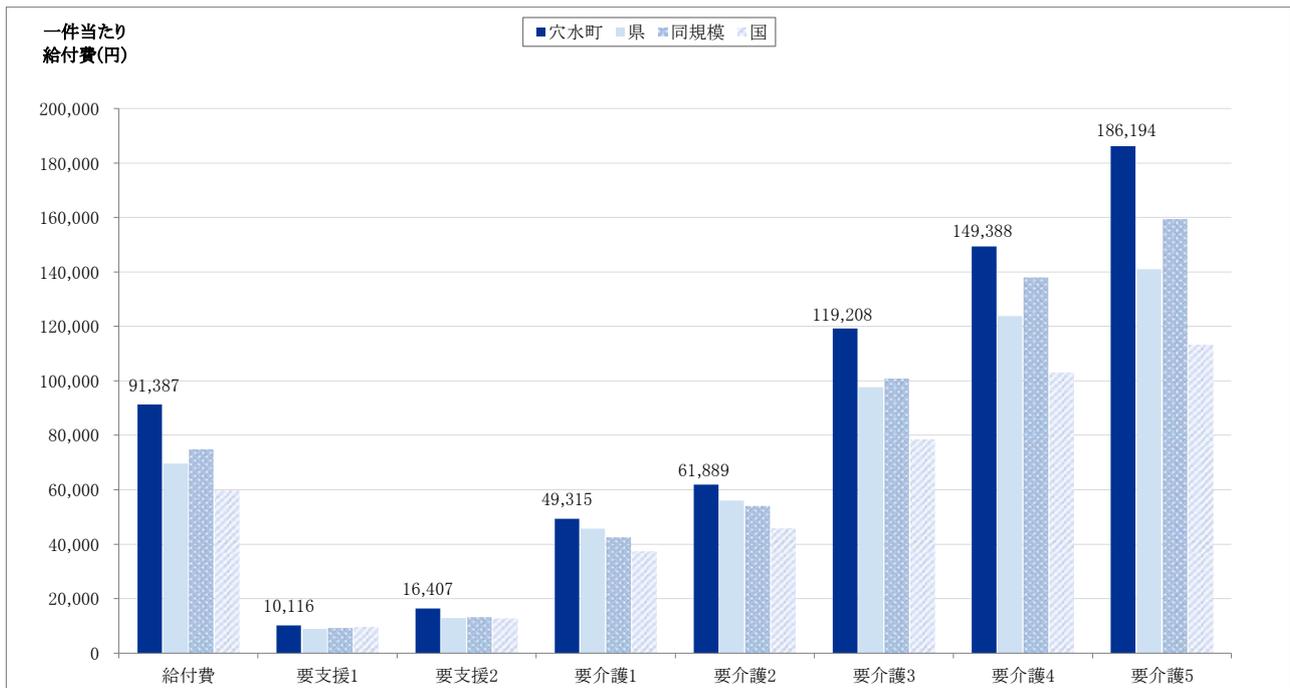
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

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	穴水町	県	同規模	国
認定率(%)	18.2	18.3	19.4	19.4
認定者数(人)	681	61,701	129,234	6,880,137
第1号(65歳以上)	674	60,695	127,161	6,724,030
第2号(40～64歳)	7	1,006	2,073	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	91,387	69,621	74,986	59,662
要支援1	10,116	8,834	9,282	9,568
要支援2	16,407	12,855	13,272	12,723
要介護1	49,315	45,718	42,564	37,331
要介護2	61,889	56,067	54,114	45,837
要介護3	119,208	97,661	100,788	78,504
要介護4	149,388	123,780	137,990	103,025
要介護5	186,194	141,054	159,430	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」

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

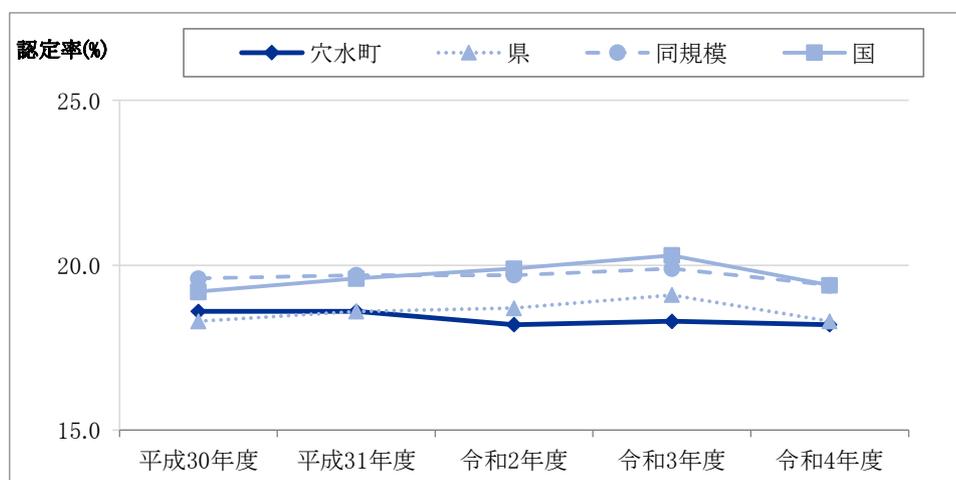
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率18.2%は平成30年度18.6%より0.4ポイント減少しており、令和4年度の認定者数681人は平成30年度755人より74人減少しています。

### 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)		
穴水町	平成30年度	18.6	755	745	10
	平成31年度	18.6	742	733	9
	令和2年度	18.2	744	737	7
	令和3年度	18.3	726	718	8
	令和4年度	18.2	681	674	7
県	平成30年度	18.3	59,255	58,222	1,033
	平成31年度	18.6	59,990	58,984	1,006
	令和2年度	18.7	60,974	60,000	974
	令和3年度	19.1	61,746	60,740	1,006
	令和4年度	18.3	61,701	60,695	1,006
同規模	平成30年度	19.6	124,250	122,022	2,228
	平成31年度	19.7	125,995	123,812	2,183
	令和2年度	19.7	128,259	126,095	2,164
	令和3年度	19.9	130,384	128,241	2,143
	令和4年度	19.4	129,234	127,161	2,073
国	平成30年度	19.2	6,482,704	6,329,312	153,392
	平成31年度	19.6	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## (2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本町の令和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2,221人となり、これを認定者数の実数で除すと3.3となることから、認定者は平均3.3疾病を有していることがわかります。

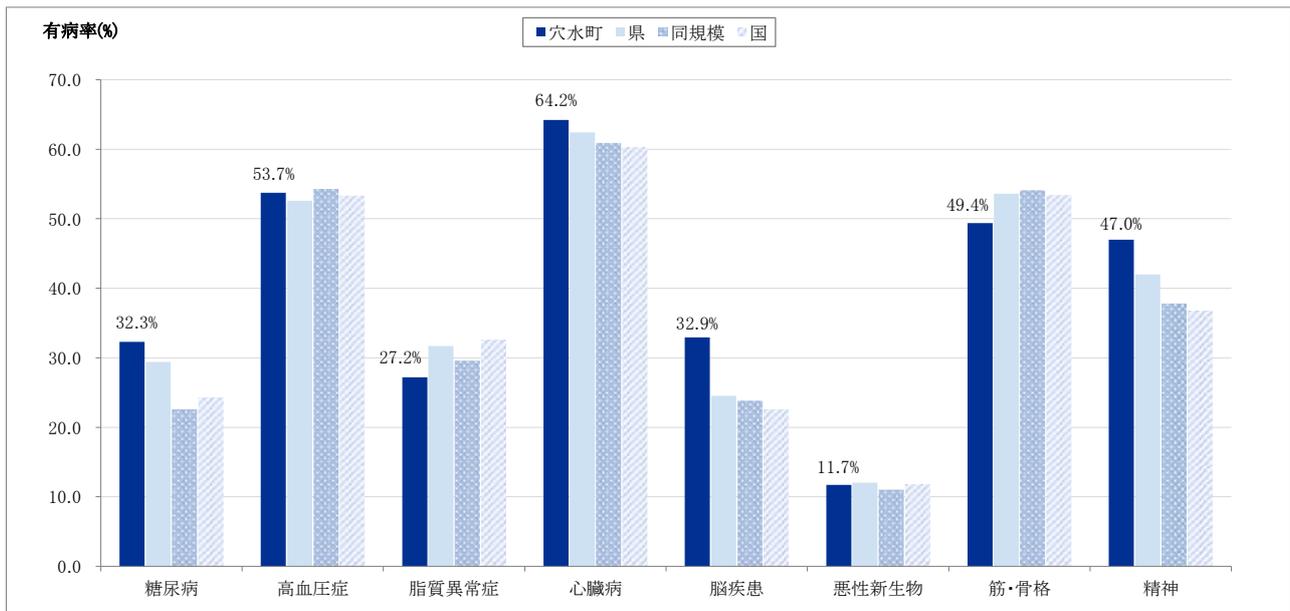
### 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	穴水町	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	681		61,701		129,234		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	228	18,829	6	30,162	7	1,712,613	6
	有病率(%)	32.3	29.4		22.6		24.3	
高血圧症	実人数(人)	380	33,308	3	71,773	2	3,744,672	3
	有病率(%)	53.7	52.6		54.3		53.3	
脂質異常症	実人数(人)	183	20,323	5	39,654	5	2,308,216	5
	有病率(%)	27.2	31.7		29.6		32.6	
心臓病	実人数(人)	452	39,445	1	80,304	1	4,224,628	1
	有病率(%)	64.2	62.4		60.9		60.3	
脳疾患	実人数(人)	220	15,336	7	30,910	6	1,568,292	7
	有病率(%)	32.9	24.5		23.8		22.6	
悪性新生物	実人数(人)	76	7,719	8	14,782	8	837,410	8
	有病率(%)	11.7	12.0		11.0		11.8	
筋・骨格	実人数(人)	361	33,894	2	71,540	3	3,748,372	2
	有病率(%)	49.4	53.6		54.1		53.4	
精神	実人数(人)	321	26,509	4	49,589	4	2,569,149	4
	有病率(%)	47.0	42.0		37.8		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」

### 要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数3.3疾病は平成30年度からほぼ横ばいとなっています。

### 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

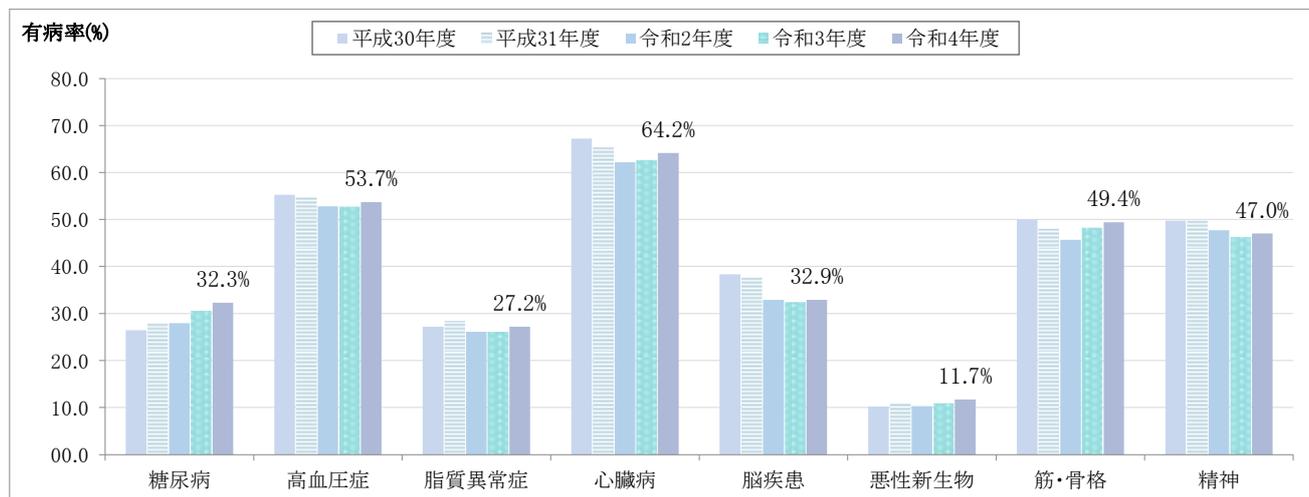
網掛け

表示する。

区分	穴水町									
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位
認定者数(人)	755		742		744		726		681	
糖尿病	実人数(人)	209	184	225	228	228	228			
	有病率(%)	26.5	27.9	28.0	30.6	32.3	32.3			
高血圧症	実人数(人)	412	353	414	385	380	380			
	有病率(%)	55.3	54.7	52.8	52.7	53.7	53.7			
脂質異常症	実人数(人)	213	187	203	198	183	183			
	有病率(%)	27.2	28.4	26.1	26.1	27.2	27.2			
心臓病	実人数(人)	511	418	487	465	452	452			
	有病率(%)	67.2	65.4	62.2	62.7	64.2	64.2			
脳疾患	実人数(人)	291	236	257	251	220	220			
	有病率(%)	38.4	37.7	32.9	32.4	32.9	32.9			
悪性新生物	実人数(人)	73	80	80	94	76	76			
	有病率(%)	10.2	11.0	10.3	10.9	11.7	11.7			
筋・骨格	実人数(人)	392	299	366	352	361	361			
	有病率(%)	50.0	48.1	45.7	48.3	49.4	49.4			
精神	実人数(人)	395	314	366	343	321	321			
	有病率(%)	49.8	49.8	47.7	46.3	47.0	47.0			

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 7. 死亡の状況

以下は、本町の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。

### 男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	穴水町	県	同規模	国
男性	104.7	98.6	103.1	100.0
女性	100.9	98.2	101.3	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	穴水町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	45	47.4	51.5	46.3	50.6
心臓病	25	26.3	26.9	29.8	27.5
脳疾患	21	22.1	14.4	15.7	13.8
自殺	2	2.1	2.4	2.3	2.7
腎不全	1	1.1	3.1	4.1	3.6
糖尿病	1	1.1	1.8	1.8	1.9
合計	95				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

## 第3章 過去の取り組みの考察

### 1. 第2期データヘルス計画全体の評価

以下は、第2期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	<p>生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指す。</p> <p><b>【中長期的な目標】</b>          これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6カ月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。          令和5年度には平成30年度と比較して、3疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ5%減少させることを目標とする。          今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。          しかし、医療受診の特徴として、普段は医療を受けず重症化して入院するという実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へ繋げるためにも、外来を伸ばし入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を令和5年度に国並みとすることを目指す。</p>
------	---

評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価 時点 2020年度 (R2)	現状値 2022年度 (R4)	
脳血管疾患の 総医療費に占める割合	4.5%	1.8%	3.1%	H28の計画策定時と比較すると現状値は-1.4%となっていて割合の減少が見られる。ただ依然として脳血管疾患に繋がる生活習慣病の該当割合が改善したような傾向も見られず、今後も引き続き原因になり得る項目について改善を目指す。
虚血性心疾患の 総医療費に占める割合	2.7%	2.6%	3.0%	虚血性心疾患についてはH28年度と比較して割合が増加している。穴水町はBMIや高血圧に該当する健診受診者の割合が高いこともあり、解決に向けてはリスクの高い対象者に対して積極的な保健指導を行っていく必要がある。
糖尿病性腎症による 新規透析導入者数の減少	1人	1人	0人	糖尿病性腎症から新規透析に至る導入の数が元々少ないので一概に事業の効果が出ているとは言えず、今後も0人を継続することができれば事業効果があると判断してもよいと思われる。

## 2. 各事業の達成状況

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。全10事業のうち、目標達成している事業は3事業です。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
糖尿病性腎症 重症化予防	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病性腎症の発症及び重症化を防ぐ	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の進捗管理               <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病管理台帳を作成し管理していく。</li> </ul> </li> <li>◆糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導               <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、肥満・脂質異常症、喫煙などは、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、それらの因子を管理することも重要となる。そのため、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材(糖尿病重症化予防の保健指導教材)を活用し行っていく。</li> </ul> </li> <li>◆二次健診等を活用した重症化予防対策               <ul style="list-style-type: none"> <li>・腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)者には、二次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指すことが必要となる。しかし、現在、二次健診は実施していないため、今後、実施の検討を行う。</li> </ul> </li> <li>◆医療との連携               <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した連絡票等を使用する。</li> <li>・治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。</li> </ul> </li> </ul>
虚血性心疾患 重症化予防	平成30年度 ～ 令和5年度	虚血性心疾患の発症及び重症化を防ぐ	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆保健指導の実施               <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨及び保健指導</li> </ul>               虚血性心疾患の予防には、               <ul style="list-style-type: none"> <li>*少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>*同じような状況で症状がある</li> <li>*「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>*首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>*冷汗や吐気を伴う</li> </ul>               といった症状、その症状の現れ方を問診することが重要である。               <ul style="list-style-type: none"> <li>・二次健診の実施</li> </ul>               重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。二次健診において、ブランクの画像診断と血管不全を評価する血管機能検査を実施していく事が望まれる。               <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の管理</li> </ul>               糖尿病管理台帳で行う。             </li> <li>◆医療との連携               <ul style="list-style-type: none"> <li>虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。</li> </ul> </li> </ul>

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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
医療機関受診率	34.6%	80.0%	66.7%	4
保健指導実施率	65.0%	70.0%	59.2%	
メタボリックシンドローム・予備群の割合	30.8%	25.0%	37.5%	2
健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5.6%	4.0%	4.3%	
健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	12.3%	10.5%	5.3%	
健診受診者の糖尿病患者の割合(HbA1c6.5%以上)	8.6%	7.5%	11.3%	
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	34.6%	80.0%	67.0%	

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
脳血管疾患 重症化予防	平成30年度 ～ 令和5年度	脳血管疾患の発症 及び重症化を防ぐ	<p>◆保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨及び保健指導</li> </ul> <p>保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・二次健診の実施</li> </ul> <p>重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。二次健診において、プラークの画像診断と血管不全を評価する血管機能検査を実施していく事が望まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の管理</li> </ul> <p>*高血圧者の管理 過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行う。</p> <p>*心房細動の管理台帳 健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。</p> <p>◆医療との連携 脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集する。</p>
その他	平成30年度 ～ 令和5年度	がんの早期発見、 早期治療	<p>進行がんの罹患率を減少させ、死亡を防ぐために最も重要なのは、早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効な検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。がん検診受診率向上と精検受診率向上を目指しつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。</p>
		歯科検診 (歯周疾患検診)	<p>歯の喪失原因で最も多いとされる歯周病の早期発見・早期治療を図る目的で歯周疾患検診を行い、町民の健康増進及び向上に努める。</p>

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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
メタボリックシンドローム・予備群の割合	30.8%	25.0%	37.5%	3
健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5.6%	4.0%	4.3%	
健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	12.3%	10.5%	5.3%	
健診受診者の糖尿病患者の割合(HbA1c6.5%以上)	8.6%	7.5%	11.3%	
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	34.6%	80.0%	67.0%	
胃がん検診受診率	7.2%	40.0%	7.1%	4
肺がん検診受診率	9.0%	40.0%	8.7%	
大腸がん検診受診率	9.2%	40.0%	11.8%	
子宮頸がん検診受診率	9.4%	50.0%	11.1%	
乳がん検診受診率	8.6%	50.0%	17.5%	
5つのがん検診の平均受診率	8.6%	44.0%	11.8%	
歯科検診(歯周病検診含む)の実施	-	実施	実施	5

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
その他	平成30年度 ～ 令和5年度	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。
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	診療報酬明細書等情報に基づき、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う。
		高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	健診・医療・介護の一体的な分析から、介護保険の認定率と肥満で重症化による介護予防(再発予防)の割合が高く、その背景には生活習慣病の影響があることがわかる。そのため、国保の保健事業で継続的に取り組む肥満・糖尿病・重症化予防を重点的に実施し、健康寿命の延伸を図り、高齢者の医療費の伸びの抑制や介護費用適正化を行う。
特定健診の実施	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防する	<p>①集団健診(保健センター他) ②個別健診(委託医療機関) ③人間ドック(公立穴水総合病院)</p> <p>内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(尿・尿潜血)を全数実施する。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合、Non-HDLコレステロールの測定に替えられる。(実施基準第4項)</p> <p>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する。 また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。</p>
特定保健指導の実施	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病の発症予防・重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆行動目標・計画の策定</li> <li>◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> <li>◆健診結果の見方について通知・説明</li> </ul>

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

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
健康ポイントの取組みを行う実施者（健康マイレージ事業達成者実人数）	367人	550人	268人	2
後発医薬品の使用割合	46.3%	55.0%	45.5%	3
高齢者の保健事業介護予防の一体的実施	-	実施	実施	5
特定健診受診率	44.1%	56.0%	39.8%	2
特定保健指導対象者の減少率	23.7%	25.0%	19.8%	2
特定保健指導実施率	74.1%	80.0%	67.9%	
糖尿病の保健指導を実施した割合	65.0%	70.0%	59.2%	

## 糖尿病性腎症重症化予防

事業目的	糖尿病性腎症の発症及び重症化を防ぐ
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関未受診者</li> <li>◆医療機関受診中断者</li> <li>◆糖尿病治療中者             <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症で通院している者</li> <li>・糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボ該当者等リスクを有する者</li> </ul> </li> </ul>
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の進捗管理             <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病管理台帳を作成し管理していく。</li> </ul> </li> <li>◆糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導             <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、肥満・脂質異常症、喫煙などは、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、それらの因子を管理することも重要となる。そのため、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材（糖尿病重症化予防の保健指導教材）を活用し行っていく。</li> </ul> </li> <li>◆二次健診等を活用した重症化予防対策             <ul style="list-style-type: none"> <li>・腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)者には、二次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指すことが必要となる。しかし、現在、二次健診は実施していないため、今後、実施の検討を行う。</li> </ul> </li> <li>◆医療との連携             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した連絡票等を使用する。</li> <li>・治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。</li> </ul> </li> </ul>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

#### 医療機関受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	50%	55%	60%	65%	70%	80.0%
達成状況	34.6%				65%	66.7%	

#### 保健指導実施率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	65.0%	65.8%	66.7%	67.5%	68.3%	69.1%	70.0%
達成状況	65.0%	50.0%	50.3%	37.3%	46.0%	59.2%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・マンパワー不足などにより対象者に対して十分に保健指導を実施できるような体制作りができていない。
- ・保健指導を担う保健師・管理栄養士の情報共有が十分でない。
- ・糖尿病管理台帳を地区担当が状況に応じて確認できる状況を作る。

事業全体の評価	5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p> <p>新型コロナウイルス感染症の流行により令和2年度から保健指導の実施がしにくい時期があった。またこの時期は新型コロナウイルスの流行によって集団健診会場や病院での受診控えが起こったことにより、例年健診を受診していた人たちの状況を把握できなくなった。しかし令和4年度には感染症の流行もある程度落ち着いてきたことで従来通りの訪問指導なども可能となっており、保健指導率も向上している。</p>
		<p><b>今後の方向性</b></p> <p>糖尿病管理台帳で管理対象となっている人のほとんどはすでに通院中だが、糖尿病重症化予防のためにも対象者の現状確認や必要な情報提供ができるよう定期的な関わりを持てるようにしていく。 また例年、新規の台帳管理対象者も増えているため、そのような場合は確実に現状確認等できるようにする。</p>

## 虚血性心疾患重症化予防

事業目的	虚血性心疾患の発症及び重症化を防ぐ
対象者	受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づく。 ◆心電図検査結果でST所見があった者 ◆心電図以外からの把握した、メタボ該当者及びLDL数値が高い者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>◆保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨及び保健指導</li> </ul> <p>虚血性心疾患の予防には、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>*同じような状況で症状がある</li> <li>*「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>*首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>*冷汗や吐気を伴う</li> </ul> <p>といった症状、その症状の現れ方を問診することが重要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・二次健診の実施</li> </ul> <p>重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。二次健診において、プラークの画像診断と血管不全を評価する血管機能検査を実施していく事が望まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の管理</li> </ul> <p>心房細動管理台帳で行う。</p> <p>◆医療との連携</p> <p>虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。</p>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

#### メタボリックシンドローム・予備群の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	30.8%	29.8%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%
達成状況	30.8%	32.2%	30.7%	34.4%	42.1%	37.5%	

#### 健診受診者の高血圧者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	5.6%	5.3%	5.0%	4.8%	4.5%	4.2%	4.0%
達成状況	5.6%	5.6%	5.0%	5.5%	5.0%	4.3%	

### 健診受診者の脂質異常者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	12.3%	12.0%	11.7%	11.4%	11.1%	10.8%	10.5%
達成状況	12.3%	10.8%	6.1%	7.1%	7.0%	5.3%	

### 健診受診者の糖尿病患者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	8.6%	8.5%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%	7.5%
達成状況	8.6%	10.6%	12.6%	10.4%	12.6%	11.3%	

### 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	34.6%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	80.0%
達成状況	34.6%	93.1%	83.0%	50.0%	17.0%	67.0%	

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・マンパワー不足などにより対象者に対して十分に保健指導を実施できるような体制作りができていない。
- ・保健指導を担う保健師・管理栄養士の情報共有が十分でない。

<b>事業全体の評価</b> 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<b>考察</b> (成功・未達要因)	メタボリックシンドロームの割合がH28年度からR4年度にかけて徐々に増加しており、R3、R4年度にいたっては目標値に対して10%以上増加している。著しい増加が見られたタイミングはR3年度であり、この年度は新型コロナウイルス感染症が最も流行した時期で、不要不急の外出制限等により身体を動かす事に制限がかかった時期に該当する。血圧・糖・脂質のすべての検査データにおいて肥満が及ぼす影響はよく知られているところである。
	<b>今後の方向性</b>	感染症による諸々の制限がなくなったことで保健指導がR2年度以前のように実施できるようになったので、今後はさらに積極的に保健指導を実施していく。虚血性心疾患は高血圧、高血糖、脂質異常等の生活習慣病が重症化することで発症する場合も多く、深い関わりがあるため、普段からの保健指導をしっかりと実施し、生活習慣病が重症化しないように関わっていく。

## 脳血管疾患重症化予防

事業目的	脳血管疾患の発症及び重症化を防ぐ
対象者	「特定健診受診者における重症化予防対象者」「血压に基づいた脳心血管リスク層別化」図表に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握し、治療の有無の視点も加えて分析、抽出した受診勧奨対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>◆保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨及び保健指導</li> </ul> <p>保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>二次健診の実施</li> </ul> <p>重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。二次健診において、プラークの画像診断と血管不全を評価する血管機能検査を実施していく事が望まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の管理</li> </ul> <p>*高血圧者の管理 過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行う。</p> <p>*心房細動の管理台帳 健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。</p> <p>◆医療との連携 脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集する。</p>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

#### メタボリックシンドローム・予備群の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	30.8%	29.8%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%
達成状況	30.8%	32.2%	30.7%	34.4%	42.1%	37.5%	

#### 健診受診者の高血圧者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	5.6%	5.3%	5.0%	4.8%	4.5%	4.2%	4.0%
達成状況	5.6%	5.6%	5.0%	5.5%	5.0%	4.3%	

### 健診受診者の脂質異常者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	12.3%	12.0%	11.7%	11.4%	11.1%	10.8%	10.5%
達成状況	12.3%	10.8%	6.1%	7.1%	7.0%	5.3%	

### 健診受診者の糖尿病患者の割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	8.6%	8.5%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%	7.5%
達成状況	8.6%	10.6%	12.6%	10.4%	12.6%	11.3%	

### 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	34.6%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	80.0%
達成状況	34.6%	93.1%	83.0%	50.0%	17.0%	67.0%	

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・マンパワー不足などにより対象者に対して十分に保健指導を実施できるような体制作りができていない。
- ・保健指導を担う保健師・管理栄養士の情報共有が十分でない。

<b>事業全体の評価</b> 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<b>考察</b> (成功・未達要因) メタボリックシンドロームの割合がH28年度からR4年度にかけて徐々に増加しており、R3、R4年度にいたっては目標値に対して10%以上増加している。著しい増加が見られたタイミングはR3年度であり、この年度は新型コロナウイルス感染症が最も流行した時期で、不要不急の外出制限等により身体を動かす事に制限がかかった時期に該当する。血圧・糖・脂質のすべての検査データにおいて肥満が及ぼす影響はよく知られているところである。
	<b>今後の方向性</b> 感染症による諸々の制限がなくなったことで保健指導がR2年度以前のように実施できるようになったので、今後はさらに積極的に保健指導を実施していく。脳血管疾患は高血圧、高血糖、脂質異常等の生活習慣病が重症化することで発症する場合も多く、深い関わりがあるため、普段からの保健指導をしっかりと実施し、生活習慣病が重症化しないように関わっていく。

## その他

事業目的	①がんの早期発見、早期治療 ②歯科検診(歯周疾患検診) ③自己の健康に関心を持つ住民が増える ④後発医薬品の使用により、医療費の削減 ⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
対象者	町民
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	①進行がんの罹患率を減少させ、死亡を防ぐために最も重要なのは、早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効な検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。がん検診受診率向上と精検受診率向上を目指しつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。 ②歯の喪失原因で最も多いとされる歯周病の早期発見・早期治療を図る目的で歯周疾患検診を行い、町民の健康増進及び向上に努める。 ③健康ポイントの取り組みを行う。 ④診療報酬明細書等情報に基づき、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う。 ⑤健診・医療・介護の一体的な分析から、介護保険の認定率と肥満で重症化による介護予防(再発予防)の割合が高く、その背景には生活習慣病の影響があることがわかる。そのため、国保の保健事業で継続的に取り組む肥満・糖尿病・重症化予防を重点的に実施し、健康寿命の延伸を図り、高齢者の医療費の伸びの抑制や介護費用適正化を行う。

### 【①がんの早期発見、早期治療】

#### 胃がん検診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	7.2%	9.4%	16.0%	22.0%	28.0%	34.0%	40.0%
達成状況	7.2%	8.7%	7.4%	10.1%	8.6%	7.1%	

#### 肺がん検診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	9.0%	12.0%	17.5%	23.0%	28.5%	34.0%	40.0%
達成状況	9.0%	11.3%	10.3%	7.6%	8.3%	8.7%	

### 大腸がん検診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	10.3%	12.0%	17.5%	23.0%	28.5%	34.0%	40.0%
達成状況	9.2%	10.9%	10.4%	9.0%	9.9%	11.8%	

### 子宮頸がん検診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	16.2%	20.0%	26.0%	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%
達成状況	9.4%	10.6%	9.0%	9.1%	11.7%	11.1%	

### 乳がん検診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	14.7%	17.0%	23.6%	30.2%	36.8%	43.4%	50.0%
達成状況	8.6%	10.9%	8.1%	12.5%	14.9%	17.5%	

### 【②歯科検診(歯周病検診)】

歯科検診(歯周疾患検診含む)の実施 ※H29年開始

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施
達成状況	-	34人	78人	72人	49人	46人	

### 【③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(健康マイレージ事業達成者実人数)

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				475人	500人	525人	550人
達成状況	367人	411人	383人	234人	218人	268人	

### 【④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

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	46.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%
達成状況	46.3%	48.8%	52.9%	48.1%	43.1%	45.5%	

### 【⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

#### 高齢者の保健事業介護予防の一体的実施

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値						実施	実施
達成状況						実施	実施

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

がん検診の受診しやすさ向上のため、保健センターにおいて特定健康診査との同日受診を可としている。またがん検診における特定の対象者への無料クーポンの発行等により、がん検診を受けたことがない方も気軽に受診しやすい機会を設けている。

<b>事業全体の評価</b>	5: 目標達成	<b>考察</b> (成功・未達要因)	がん検診については指定年齢及び年代における無料クーポンの発行等、住民が積極的に検診を利用できるような工夫をしたことで、大腸・子宮・乳がんの受診率については目標値には届かないものの、初期値と比較して徐々に上向いている。しかし目標にはまだまだ遠く、がん検診の受診しやすさがまだ足りないのではないかとと思われる。健康マイレージ事業についてはコロナ禍を機に参加実人数は減少しており、新規参加者の獲得もうまくできていないことが考えられる。
	4: 改善している		
3: 横ばい	<b>今後の方向性</b>	がん検診については今後もクーポンなどの工夫をこらして町民ががん検診を受けやすい環境を作っていく。また、がん検診の大切さをさらに周知していく必要がある。健康マイレージ事業については参加者が毎年固定気味であるため、新規の町民に参加してもらえるよう工夫が必要である。また若年者が参加できるマイレージ対象事業が少ないことから全年代の町民に対して参加可能でマイレージポイントを獲得できる機会を設けていく。	
2: 悪化している			
1: 評価できない			

## 特定健診の実施

事業目的	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防する
対象者	40歳～74歳
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>①集団健診(保健センター他) ②個別健診(委託医療機関) ③人間ドック(公立穴水総合病院)</p> <p>内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(尿・尿潜血)を全数実施する。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl 以上または食後採血の場合、Non-HDL コレステロールの測定に替えられる。(実施基準第4項)。</p> <p>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する。 また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。</p>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

#### 特定健診受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		47.5%	49.2%	50.9%	52.6%	54.3%	56.0%
達成状況	44.1%	44.6%	46.1%	42.2%	40.5%	39.8%	

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

計画策定時点当初に定めた目標値と比較すると、達成状況との差が年々開いている状況である。  
R3年度からはAIを活用した未受診者のタイプに合わせたセグメント別未受診者勧奨事業も行っているが、コロナ禍との時期被り等の理由により大きな成果が出ていない状況である。

事業全体の評価	5: 目標達成	<b>考察</b> (成功・未達要因)  <b>今後の方向性</b>	2019年までは目標値より達成率は低いものの受診率は徐々に上がっていた。しかし令和元年度末からの世界的な新型コロナウイルス感染症の流行で受診率が大幅に低下し、そのまま持ち直せていない状況がある。  受診率をまずは40%代に戻すことから開始し、第三次データヘルス計画の評価時には受診率60%を目指す。未受診者勧奨について、現在受診率の低い40・50代の対象者への勧奨を強化する。 また普段から医療機関で定期検査等を実施している方について、健診相当の診療時検査データ提供に協力して頂くことで受診率の向上につなげたい。
	4: 改善している		
	3: 横ばい		
	2: 悪化している		
	1: 評価できない		

## 特定保健指導の実施

事業目的	生活習慣病の発症予防・重症化予防
対象者	特定健診の結果においてメタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とされた者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆行動目標・計画の策定</li> <li>◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> <li>◆健診結果の見方について通知・説明</li> </ul>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

特定保健指導対象者の減少率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
達成状況	23.7%	10.7%	9.8%	23.1%	14.9%	19.8%	

特定保健指導実施率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	23.7%	24.0%	24.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%
達成状況	74.1%	80.5%	72.2%	49.2%	48.3%	67.9%	

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・マンパワー不足などにより対象者に対して十分に保健指導を実施できるような体制作りができていない。
- ・保健指導を担う保健師・管理栄養士の情報共有が十分でない。

<b>事業全体の評価</b> 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<b>考察</b> (成功・未達要因)	R2年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えが起こった年であり、特定健診を受ける人も減少したことで、特定保健指導対象者が少なくなったと考えられる。また特定保健指導についても同様に、コロナ禍の影響により積極的な訪問指導等がしにくい状況にあった。
	<b>今後の方向性</b>	今後はコロナ禍以前の状況に戻していくために、積極的な訪問指導等に取り組みたい。そのためにも保健指導担当課に保健師・管理栄養士の配置を充実させることが必要。

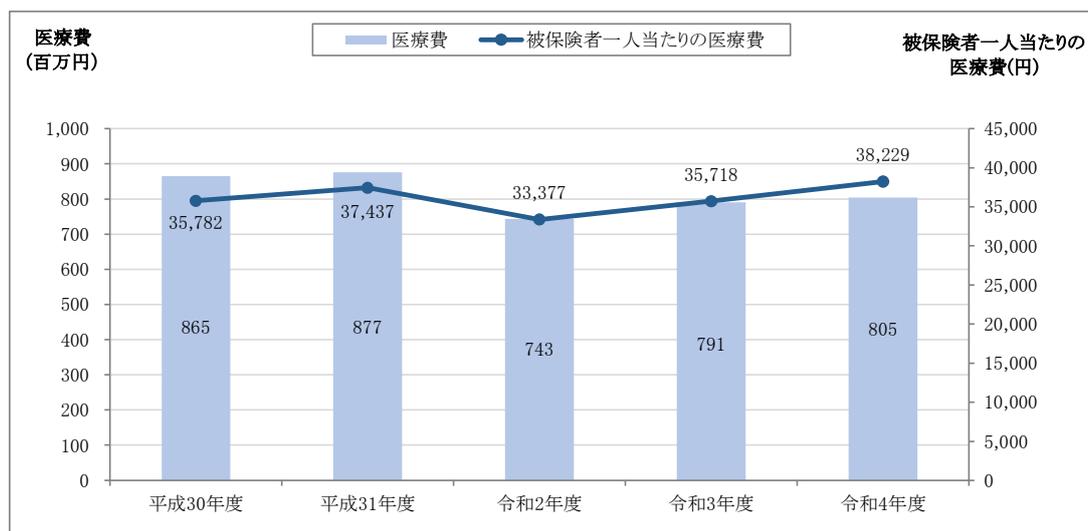
## 第4章 健康・医療情報等の分析

### 1. 医療費の基礎集計

#### (1) 医療費の状況

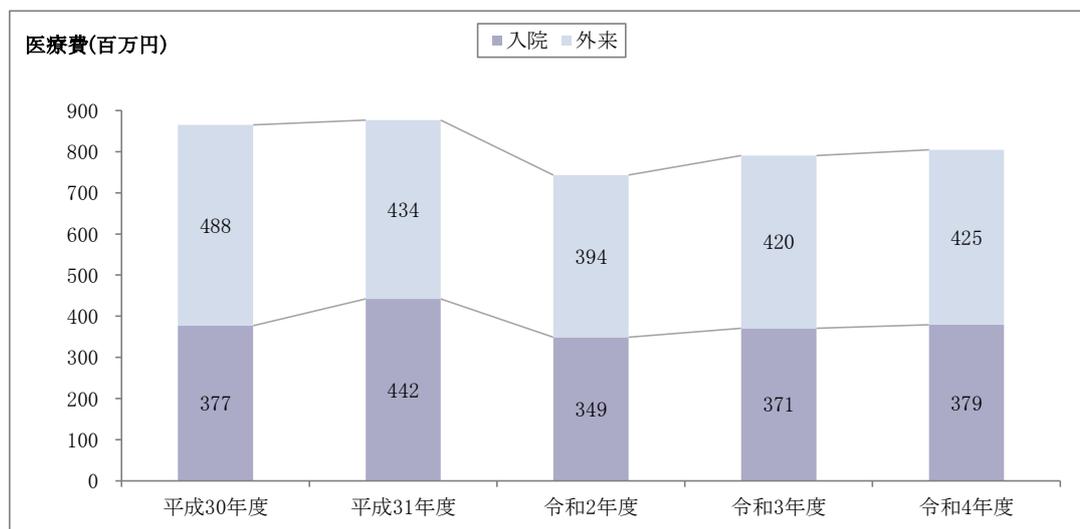
以下は、本町の医療費の状況を示したものです。

#### 年度別 医療費の状況



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。

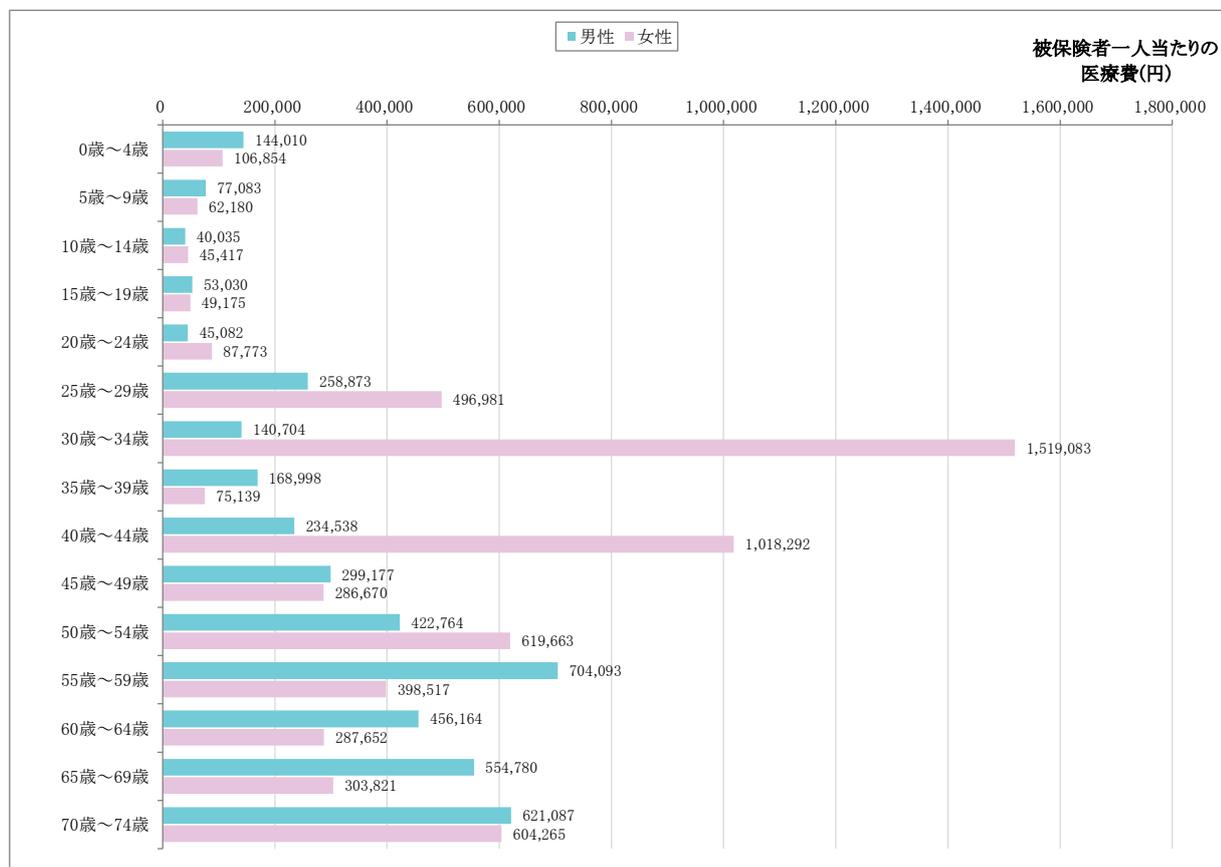
#### 年度別 入院・外来別医療費



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年度における、本町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)」

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。

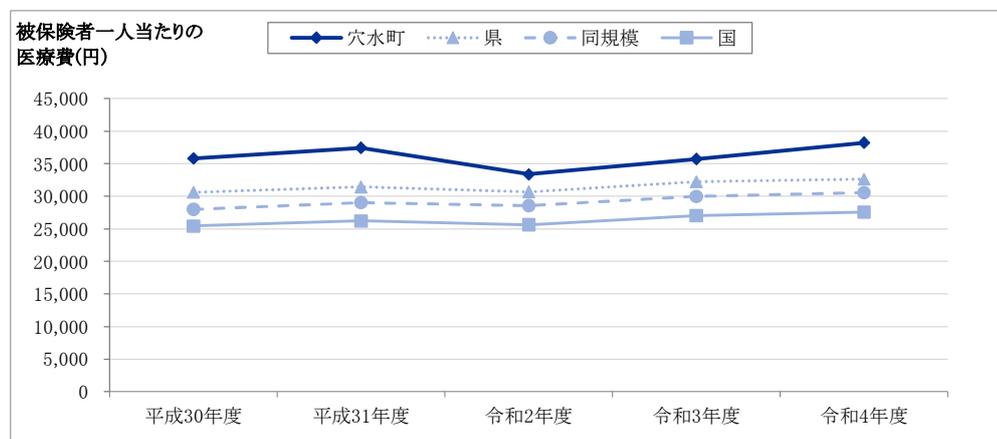
### 年度別 被保険者一人当たりの医療費

単位：円

年度	穴水町	県	同規模	国
平成30年度	35,782	30,607	27,986	25,437
平成31年度	37,437	31,444	29,020	26,225
令和2年度	33,377	30,677	28,570	25,629
令和3年度	35,718	32,229	29,970	27,039
令和4年度	38,229	32,632	30,571	27,570

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。

### 年度別 被保険者一人当たりの医療費



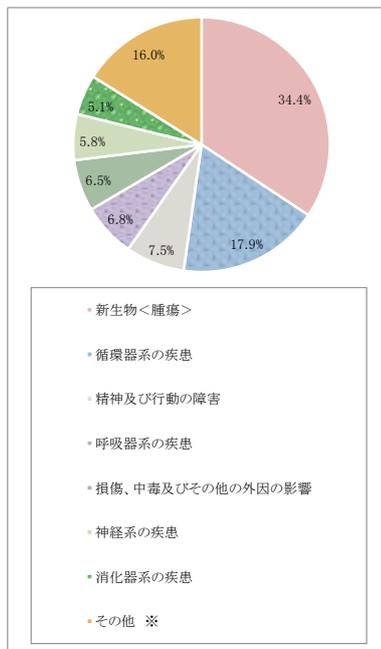
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

## (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、34.4%を占めています。

大分類別医療費構成比  
(入院) (令和4年度)

大・中・細小分類別分析  
(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。

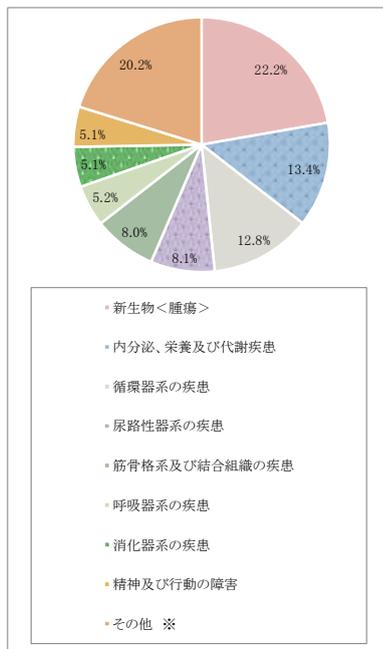
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	34.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	脳腫瘍	2.2%	
			前立腺がん	2.1%		
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	膵臓がん	0.8%	
			胃がん	2.6%		
			胃の悪性新生物<腫瘍>	2.0%	胃がん	2.0%
2	循環器系の疾患	17.9%	その他の心疾患	不整脈	2.7%	
			虚血性心疾患	0.1%	心臓弁膜症	0.1%
				狭心症	1.5%	
			脳梗塞	2.4%	脳梗塞	2.4%
3	精神及び行動の障害	7.5%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	6.1%	
			その他の精神及び行動の障害			
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	うつ病	0.1%	
4	呼吸器系の疾患	6.8%	その他の呼吸器系の疾患	気胸	0.2%	
			肺炎	肺炎	1.2%	
			慢性閉塞性肺疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.4%	

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」  
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の外来医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、22.2%を占めています。

大分類別医療費構成比  
(外来) (令和4年度)

大・中・細小分類別分析  
(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。

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	22.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.7%	前立腺がん	1.9%
			膵臓がん	1.8%		
			肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	6.5%	甲状腺がん	0.6%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.3%	肝がん	6.5%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.4%	糖尿病	8.7%	肺がん	2.3%
			糖尿病網膜症	0.4%		
			脂質異常症	3.5%	糖尿病	8.3%
			脂質異常症	3.5%	糖尿病網膜症	0.4%
3	循環器系の疾患	12.8%	その他の心疾患	5.7%	脂質異常症	3.5%
			高血圧性疾患	5.0%	甲状腺機能低下症	0.4%
			虚血性心疾患	1.0%	不整脈	2.7%
			心臓弁膜症	0.1%		
4	尿路器系の疾患	8.1%	腎不全	6.4%	高血圧症	5.0%
			その他の腎尿路系の疾患	0.8%	狭心症	0.6%
			前立腺肥大(症)	0.3%	慢性腎臓病(透析あり)	4.7%
			前立腺肥大(症)	0.3%	慢性腎臓病(透析なし)	0.2%

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」  
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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、4.6%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	36,885,870	4.6
2	統合失調症	35,828,010	4.5
3	肝がん	32,552,430	4.1
4	関節疾患	27,520,280	3.4
5	骨折	23,288,220	2.9
6	不整脈	21,778,950	2.7
7	高血圧症	21,550,850	2.7
8	慢性腎臓病(透析あり)	19,930,280	2.5
9	肺がん	19,735,250	2.5
10	大腸がん	19,233,420	2.4

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

※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	556,650	0.1	8	3	0.5	7	185,550	10
高血圧症	400,540	0.1	10	2	0.3	9	200,270	9
脂質異常症	0	0.0	11	0	0.0	11	0	11
高尿酸血症	0	0.0	11	0	0.0	11	0	11
脂肪肝	0	0.0	11	0	0.0	11	0	11
動脈硬化症	531,110	0.1	9	1	0.2	10	531,110	6
脳出血	3,145,700	0.8	7	5	0.8	5	629,140	5
脳梗塞	8,949,440	2.4	4	17	2.8	4	526,438	7
狭心症	5,588,140	1.5	5	5	0.8	5	1,117,628	2
心筋梗塞	5,329,880	1.4	6	3	0.5	7	1,776,627	1
がん	130,360,000	34.4	1	132	21.6	1	987,576	3
筋・骨格	18,414,130	4.9	3	23	3.8	3	800,614	4
精神	28,280,970	7.5	2	66	10.8	2	428,500	8
その他(上記以外のもの)	177,852,470	46.9		353	57.9		503,831	
合計	379,409,030			610			621,982	

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	36,064,850	8.5	2	1,272	8.4	3	28,353	2
高血圧症	21,150,310	5.0	5	1,895	12.5	1	11,161	11
脂質異常症	14,972,100	3.5	6	1,250	8.2	4	11,978	10
高尿酸血症	162,300	0.0	11	17	0.1	11	9,547	13
脂肪肝	1,123,880	0.3	9	48	0.3	9	23,414	5
動脈硬化症	253,190	0.1	10	24	0.2	10	10,550	12
脳出血	39,440	0.0	13	2	0.0	13	19,720	8
脳梗塞	2,086,200	0.5	8	90	0.6	8	23,180	6
狭心症	2,706,110	0.6	7	106	0.7	7	25,529	3
心筋梗塞	94,440	0.0	12	6	0.0	12	15,740	9
がん	94,121,930	22.2	1	580	3.8	6	162,279	1
筋・骨格	33,783,460	8.0	3	1,364	9.0	2	24,768	4
精神	21,502,560	5.1	4	1,036	6.8	5	20,755	7
その他(上記以外のもの)	195,660,420	46.2		7,487	49.3		26,133	
合計	423,721,190			15,177			27,919	

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	36,621,500	4.6	4	1,275	8.1	3	28,723	9
高血圧症	21,550,850	2.7	5	1,897	12.0	1	11,360	12
脂質異常症	14,972,100	1.9	6	1,250	7.9	4	11,978	11
高尿酸血症	162,300	0.0	13	17	0.1	11	9,547	13
脂肪肝	1,123,880	0.1	11	48	0.3	9	23,414	10
動脈硬化症	784,300	0.1	12	25	0.2	10	31,372	8
脳出血	3,185,140	0.4	10	7	0.0	13	455,020	2
脳梗塞	11,035,640	1.4	7	107	0.7	8	103,137	4
狭心症	8,294,250	1.0	8	111	0.7	7	74,723	5
心筋梗塞	5,424,320	0.7	9	9	0.1	12	602,702	1
がん	224,481,930	28.0	1	712	4.5	6	315,284	3
筋・骨格	52,197,590	6.5	2	1,387	8.8	2	37,633	7
精神	49,783,530	6.2	3	1,102	7.0	5	45,176	6
その他(上記以外のもの)	373,512,890	46.5		7,840	49.7		47,642	
合計	803,130,220			15,787			50,873	

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		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C	
20歳代以下	132	55	13	9.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	15.4	0	0.0	
30歳代	68	29	18	26.5	2	11.1	0	0.0	0	0.0	4	22.2	0	0.0	
40歳代	138	64	32	23.2	2	6.3	1	3.1	2	6.3	5	15.6	0	0.0	
50歳代	153	106	62	40.5	2	3.2	4	6.5	0	0.0	14	22.6	3	4.8	
60歳～64歳	176	142	89	50.6	12	13.5	13	14.6	2	2.2	28	31.5	3	3.4	
65歳～69歳	448	343	239	53.3	32	13.4	38	15.9	1	0.4	89	37.2	7	2.9	
70歳～74歳	699	664	456	65.2	81	17.8	95	20.8	0	0.0	181	39.7	4	0.9	
全体	1,814	1,403	909	50.1	131	14.4	151	16.6	5	0.6	323	35.5	17	1.9	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	878	54.4	129	14.7	151	17.2	5	0.6	317	36.1	17	1.9
再掲	65歳～74歳	1,147	1,007	695	60.6	113	16.3	133	19.1	1	0.1	270	38.8	11	1.6

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	0	0.0	0	0.0	1	7.7	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.1	1	5.6	4	22.2	
40歳代	0	0.0	1	3.1	0	0.0	6	18.8	0	0.0	5	15.6	
50歳代	0	0.0	2	3.2	0	0.0	23	37.1	3	4.8	14	22.6	
60歳～64歳	5	5.6	1	1.1	2	2.2	44	49.4	14	15.7	37	41.6	
65歳～69歳	7	2.9	2	0.8	2	0.8	147	61.5	27	11.3	110	46.0	
70歳～74歳	7	1.5	3	0.7	10	2.2	300	65.8	73	16.0	242	53.1	
全体	19	2.1	9	1.0	14	1.5	522	57.4	118	13.0	413	45.4	
再掲	40歳～74歳	19	2.2	9	1.0	14	1.6	520	59.2	117	13.3	408	46.5
再掲	65歳～74歳	14	2.0	5	0.7	12	1.7	447	64.3	100	14.4	352	50.6

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3月診療分)

#### 糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	132	55	2	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	68	29	4	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	138	64	5	3.6	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	
50歳代	153	106	14	9.2	3	21.4	0	0.0	2	14.3	0	0.0	
60歳～64歳	176	142	28	15.9	3	10.7	5	17.9	1	3.6	2	7.1	
65歳～69歳	448	343	89	19.9	7	7.9	7	7.9	2	2.2	2	2.2	
70歳～74歳	699	664	181	25.9	4	2.2	7	3.9	3	1.7	10	5.5	
全体	1,814	1,403	323	17.8	17	5.3	19	5.9	9	2.8	14	4.3	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	317	19.6	17	5.4	19	6.0	9	2.8	14	4.4
再掲	65歳～74歳	1,147	1,007	270	23.5	11	4.1	14	5.2	5	1.9	12	4.4

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	2	50.0	
40歳代	1	20.0	1	20.0	1	20.0	2	40.0	0	0.0	3	60.0	
50歳代	0	0.0	1	7.1	0	0.0	10	71.4	2	14.3	7	50.0	
60歳～64歳	4	14.3	9	32.1	2	7.1	18	64.3	6	21.4	16	57.1	
65歳～69歳	14	15.7	18	20.2	0	0.0	61	68.5	17	19.1	52	58.4	
70歳～74歳	53	29.3	53	29.3	0	0.0	128	70.7	46	25.4	112	61.9	
全体	72	22.3	82	25.4	3	0.9	220	68.1	71	22.0	193	59.8	
再掲	40歳～74歳	72	22.7	82	25.9	3	0.9	219	69.1	71	22.4	190	59.9
再掲	65歳～74歳	67	24.8	71	26.3	0	0.0	189	70.0	63	23.3	164	60.7

出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	132	55	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
30歳代	68	29	4	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	
40歳代	138	64	5	3.6	1	20.0	1	20.0	1	20.0	3	60.0	
50歳代	153	106	14	9.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	50.0	
60歳～64歳	176	142	37	21.0	8	21.6	10	27.0	2	5.4	16	43.2	
65歳～69歳	448	343	110	24.6	18	16.4	25	22.7	0	0.0	52	47.3	
70歳～74歳	699	664	242	34.6	54	22.3	63	26.0	0	0.0	112	46.3	
全体	1,814	1,403	413	22.8	81	19.6	99	24.0	3	0.7	193	46.7	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	408	25.3	81	19.9	99	24.3	3	0.7	190	46.6
再掲	65歳～74歳	1,147	1,007	352	30.7	72	20.5	88	25.0	0	0.0	164	46.6

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	
40歳代	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	
50歳代	1	7.1	0	0.0	1	7.1	0	0.0	7	50.0	1	7.1	
60歳～64歳	3	8.1	4	10.8	0	0.0	2	5.4	23	62.2	5	13.5	
65歳～69歳	4	3.6	6	5.5	1	0.9	1	0.9	75	68.2	17	15.5	
70歳～74歳	3	1.2	6	2.5	2	0.8	7	2.9	178	73.6	50	20.7	
全体	11	2.7	16	3.9	5	1.2	10	2.4	285	69.0	74	17.9	
再掲	40歳～74歳	11	2.7	16	3.9	5	1.2	10	2.5	285	69.9	73	17.9
再掲	65歳～74歳	7	2.0	12	3.4	3	0.9	8	2.3	253	71.9	67	19.0

出典:国保データベース(KDB)システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	132	55	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	68	29	2	2.9	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	
40歳代	138	64	6	4.3	1	16.7	1	16.7	2	33.3	2	33.3	
50歳代	153	106	23	15.0	1	4.3	4	17.4	0	0.0	10	43.5	
60歳～64歳	176	142	44	25.0	9	20.5	10	22.7	2	4.5	18	40.9	
65歳～69歳	448	343	147	32.8	28	19.0	31	21.1	1	0.7	61	41.5	
70歳～74歳	699	664	300	42.9	62	20.7	82	27.3	0	0.0	128	42.7	
全体	1,814	1,403	522	28.8	102	19.5	128	24.5	5	1.0	220	42.1	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	520	32.2	101	19.4	128	24.6	5	1.0	219	42.1
再掲	65歳～74歳	1,147	1,007	447	39.0	90	20.1	113	25.3	1	0.2	189	42.3

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	2	33.3	
50歳代	3	13.0	0	0.0	2	8.7	0	0.0	3	13.0	7	30.4	
60歳～64歳	3	6.8	5	11.4	0	0.0	2	4.5	9	20.5	23	52.3	
65歳～69歳	5	3.4	6	4.1	1	0.7	0	0.0	20	13.6	75	51.0	
70歳～74歳	3	1.0	7	2.3	1	0.3	8	2.7	60	20.0	178	59.3	
全体	14	2.7	18	3.4	5	1.0	10	1.9	92	17.6	285	54.6	
再掲	40歳～74歳	14	2.7	18	3.5	5	1.0	10	1.9	92	17.7	285	54.8
再掲	65歳～74歳	8	1.8	13	2.9	2	0.4	8	1.8	80	17.9	253	56.6

出典:国保データベース(KDB)システム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 虚血性心疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	132	55	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	68	29	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	138	64	1	0.7	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	
50歳代	153	106	4	2.6	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	
60歳～64歳	176	142	13	7.4	1	7.7	2	15.4	9	69.2	3	23.1	
65歳～69歳	448	343	38	8.5	9	23.7	1	2.6	18	47.4	2	5.3	
70歳～74歳	699	664	95	13.6	25	26.3	0	0.0	53	55.8	1	1.1	
全体	1,814	1,403	151	8.3	36	23.8	4	2.6	82	54.3	6	4.0	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	151	9.4	36	23.8	4	2.6	82	54.3	6	4.0
再掲	65歳～74歳	1,147	1,007	133	11.6	34	25.6	1	0.8	71	53.4	3	2.3

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(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
50歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0	1	25.0	0	0.0	
60歳～64歳	4	30.8	0	0.0	2	15.4	10	76.9	2	15.4	10	76.9	
65歳～69歳	3	7.9	0	0.0	1	2.6	31	81.6	5	13.2	25	65.8	
70歳～74歳	2	2.1	0	0.0	4	4.2	82	86.3	26	27.4	63	66.3	
全体	9	6.0	1	0.7	7	4.6	128	84.8	34	22.5	99	65.6	
再掲	40歳～74歳	9	6.0	1	0.7	7	4.6	128	84.8	34	22.5	99	65.6
再掲	65歳～74歳	5	3.8	0	0.0	5	3.8	113	85.0	31	23.3	88	66.2

出典:国保データベース(KDB)システム「虚血性心疾患のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## 脳血管疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	132	55	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	68	29	2	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	138	64	2	1.4	1	50.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	
50歳代	153	106	2	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
60歳～64歳	176	142	12	6.8	1	8.3	0	0.0	4	33.3	1	8.3	
65歳～69歳	448	343	32	7.1	9	28.1	0	0.0	14	43.8	1	3.1	
70歳～74歳	699	664	81	11.6	25	30.9	0	0.0	53	65.4	0	0.0	
全体	1,814	1,403	131	7.2	36	27.5	1	0.8	72	55.0	2	1.5	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	129	8.0	36	27.9	1	0.8	72	55.8	2	1.6
再掲	65歳～74歳	1,147	1,007	113	9.9	34	30.1	0	0.0	67	59.3	1	0.9

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(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	
50歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	
60歳～64歳	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	75.0	5	41.7	8	66.7	
65歳～69歳	3	9.4	0	0.0	1	3.1	28	87.5	4	12.5	18	56.3	
70歳～74歳	2	2.5	0	0.0	3	3.7	62	76.5	30	37.0	54	66.7	
全体	5	3.8	1	0.8	4	3.1	102	77.9	39	29.8	81	61.8	
再掲	40歳～74歳	5	3.9	1	0.8	4	3.1	101	78.3	39	30.2	81	62.8
再掲	65歳～74歳	5	4.4	0	0.0	4	3.5	90	79.6	34	30.1	72	63.7

出典:国保データベース(KDB)システム「脳血管疾患のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

## (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(%)
穴水町	1,687	5	0.30
県	202,031	660	0.33
同規模	427,153	1,486	0.35
国	27,488,882	89,397	0.33

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、本町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	5	45,049,180	9,009,836
平成31年度	4	27,828,370	6,957,093
令和2年度	4	23,916,160	5,979,040
令和3年度	5	30,806,300	6,161,260
令和4年度	5	30,858,290	6,171,658

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～4歳	15	0	0.00	8	0	0.00	7	0	0.00
5歳～9歳	17	0	0.00	11	0	0.00	6	0	0.00
10歳～14歳	23	0	0.00	11	0	0.00	12	0	0.00
15歳～19歳	36	0	0.00	24	0	0.00	12	0	0.00
20歳～24歳	25	0	0.00	13	0	0.00	12	0	0.00
25歳～29歳	16	0	0.00	9	0	0.00	7	0	0.00
30歳～34歳	33	0	0.00	24	0	0.00	9	0	0.00
35歳～39歳	35	0	0.00	23	0	0.00	12	0	0.00
40歳～44歳	61	0	0.00	31	0	0.00	30	0	0.00
45歳～49歳	77	2	2.60	49	1	2.04	28	1	3.57
50歳～54歳	80	0	0.00	40	0	0.00	40	0	0.00
55歳～59歳	73	0	0.00	35	0	0.00	38	0	0.00
60歳～64歳	176	2	1.14	87	2	2.30	89	0	0.00
65歳～69歳	448	1	0.22	238	1	0.42	210	0	0.00
70歳～74歳	699	0	0.00	325	0	0.00	374	0	0.00
全体	1,814	5	0.28	928	4	0.43	886	1	0.11

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3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	
20歳代以下	132	55	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	68	29	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	138	64	2	1.4	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	
50歳代	153	106	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
60歳～64歳	176	142	2	1.1	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	
65歳～69歳	448	343	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
70歳～74歳	699	664	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
全体	1,814	1,403	5	0.3	3	60.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0	
再掲	40歳～74歳	1,614	1,319	5	0.3	3	60.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0
	65歳～74歳	1,147	1,007	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	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	
20歳代以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
30歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
40歳代	0	0.0	2	100.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0	
50歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
60歳～64歳	2	100.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0	
65歳～69歳	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
70歳～74歳	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
全体	2	40.0	5	100.0	0	0.0	3	60.0	1	20.0	4	80.0	
再掲	40歳～74歳	2	40.0	5	100.0	0	0.0	3	60.0	1	20.0	4	80.0
	65歳～74歳	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0

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3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69.2%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳、65歳～74歳ともに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	
穴水町	40歳～64歳	人数(人)	26	32	26	18	6	14	51	10
		割合(%)	28.9	35.6	28.9	20.0	6.7	15.6	56.7	11.1
	65歳～74歳	人数(人)	148	161	119	77	21	78	317	37
		割合(%)	33.5	36.4	26.9	17.4	4.8	17.6	71.7	8.4
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	174	193	145	95	27	92	368	47
		割合(%)	32.7	36.3	27.3	17.9	5.1	17.3	69.2	8.8
県		割合(%)	27.1	36.5	24.8	14.6	5.0	17.3	65.4	7.4
国		割合(%)	27.1	35.0	21.1	14.5	3.8	24.8	57.1	6.5
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	
穴水町	40歳～64歳	人数(人)	34	24	35	0	26	15	35	10
		割合(%)	37.8	26.7	38.9	0.0	28.9	16.7	38.9	11.1
	65歳～74歳	人数(人)	262	93	177	10	177	60	162	126
		割合(%)	59.3	21.0	40.0	2.3	40.0	13.6	36.7	28.5
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	296	117	212	10	203	75	197	136
		割合(%)	55.6	22.0	39.8	1.9	38.2	14.1	37.0	25.6
県		割合(%)	46.7	18.3	44.0	1.5	27.2	12.5	35.0	25.1
国		割合(%)	47.5	21.1	50.3	1.2	21.0	18.0	5.6	20.6

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10.3%、該当者は23.8%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8.2%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(%)										
40歳～64歳	92	27.0	1	1.1	14	15.2	2	2.2	6	6.5	6	6.5
65歳～74歳	442	44.1	11	2.5	41	9.3	2	0.5	36	8.1	3	0.7
全体(40歳～74歳)	534	39.8	12	2.2	55	10.3	4	0.7	42	7.9	9	1.7

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(%)								
40歳～64歳	18	19.6	2	2.2	2	2.2	12	13.0	2	2.2
65歳～74歳	109	24.7	15	3.4	4	0.9	48	10.9	42	9.5
全体(40歳～74歳)	127	23.8	17	3.2	6	1.1	60	11.2	44	8.2

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。

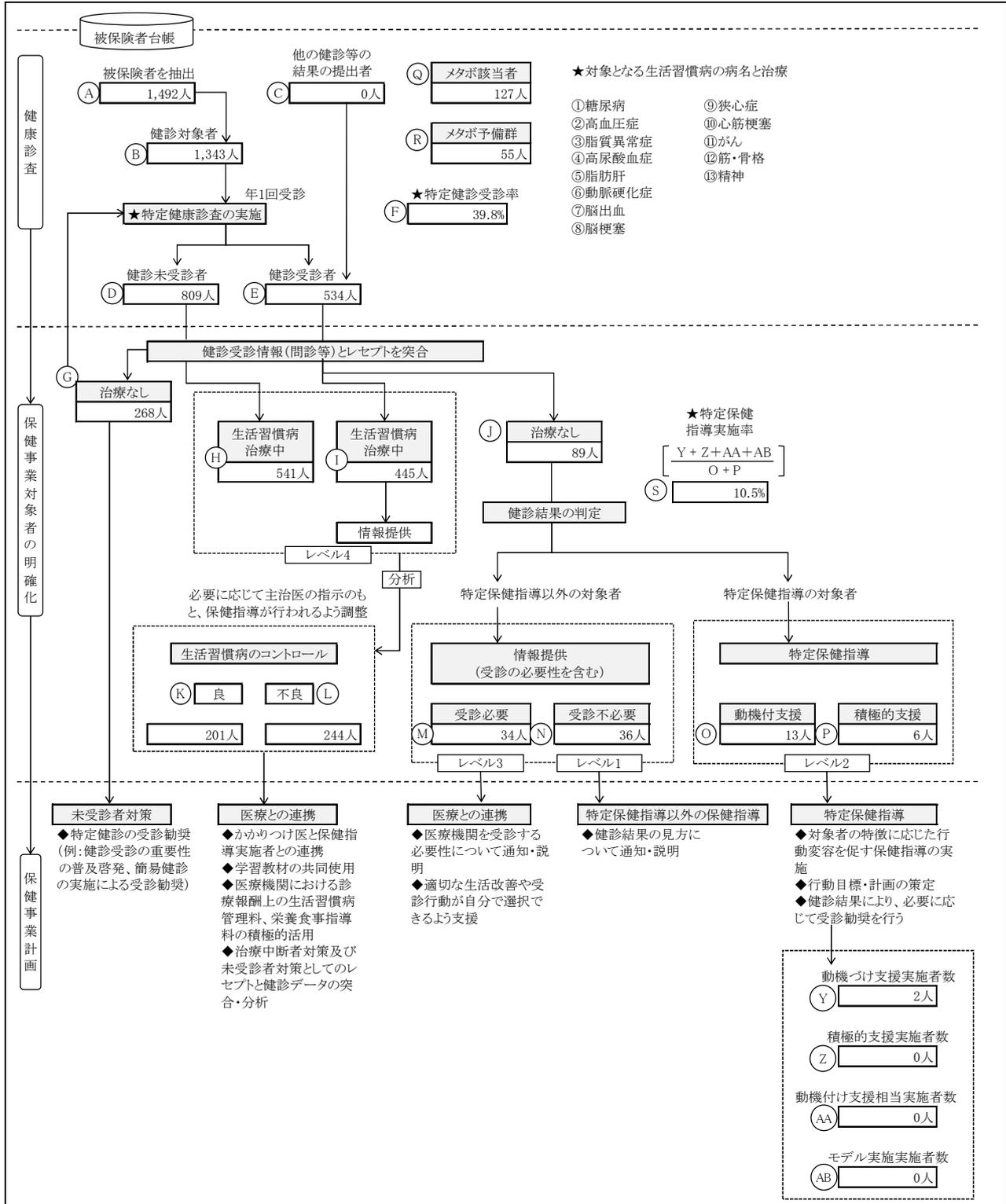
- ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

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

## 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。

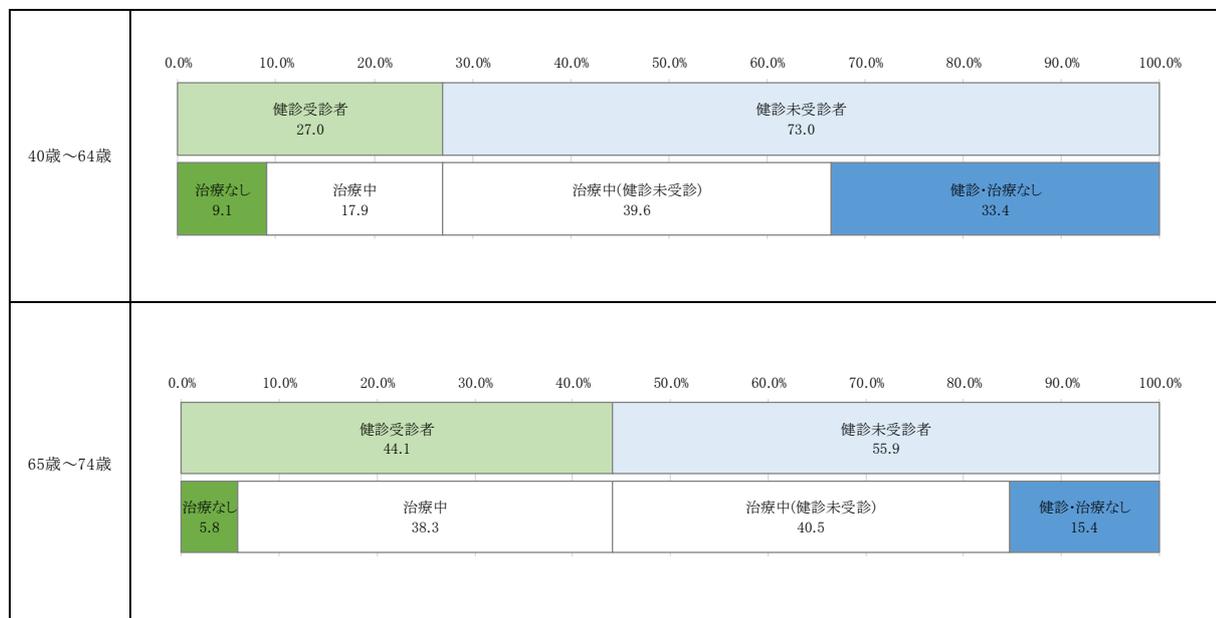
被保険者の階層化(令和4年度)



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診・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. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	<b>生活習慣病</b> ・健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が高い項目がある。 ・医療費及び患者数上位において、生活習慣に關係する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。	1	①、②、③、④	<b>生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防</b> レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。
B	<b>医療費、受診行動</b> ・後発医薬品の使用割合は22.5%である。 ・受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者が存在する。 ・薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在する。	2	⑤、⑥	<b>医療費適正化と適正受診・適正服薬</b> 後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。
C	<b>介護、高齢者支援</b> ・健康診査の質問票より、口腔機能の低下が懸念される割合は1.9%である。 ・要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。	3	⑦、⑧	<b>健康寿命延伸と高齢者支援の充実</b> 医療・介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。
D	<b>被保険者の健康意識</b> ・健康診査の質問票より、運動習慣がないと回答した割合は60.8%、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は33.5%である。	4	⑨	<b>被保険者の健康意識の向上</b> 被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりサポートを行う。

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

## 2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

### (1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点
①	特定健康診査受診勧奨事業	特定健康診査の受診率向上のために未受診者受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	✓
②	受診勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	✓
③	生活習慣病未治療者・中断者等医療機関受診勧奨事業	生活習慣病患者(疑い含む)に対して、定期的な医療機関への通院を促す受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	✓
④	糖尿病性腎症重症化予防事業	いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づきPDCAサイクルに沿って実施。糖尿病の重症化予防、腎不全や透析への移行を防ぐ。	継続	✓
⑤	後発医薬品使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。	継続	
⑥	重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導	診療報酬明細等情報を活用して、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う。また重複受診者については電話・文書等で通知を行い服薬指導を実施していく。	継続	
⑦	糖尿病性腎症重症化予防に関する取組(高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施)	KDBにより生活習慣病重症化に関する対象者を抽出し、保健師と管理栄養士が訪問指導等を実施し、対象者に対して生活改善ができるよう支援する。健診結果や健診の間診票、レセプト情報をもとに健康状態や心身機能を把握し、生活習慣との関連や改善に向けた保健指導を行う。必要に応じて、未治療者や中断者への受診勧奨や通いの場等への参加勧奨、医療機関連絡票の作成、糖尿病連携手帳等の配布など、医療や介護予防サービスとの連携を図る。	継続	✓
⑧	健康状態不明者対策に関する取組(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施)	KDBシステムや県の「お達者ですか訪問事業」の名簿より、健康状態不明者を抽出し、地域包括支援センターにおいても実態が把握されていない者に対して、保健師等による訪問、電話、郵送などで健康状態や心身・生活状況などアセスメントし、健診や医療、介護サービス等必要な支援につなげる。	継続	
⑨	フレイル予防に関する取組(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施)	通いの場における医療専門職(保健師、管理栄養士、リハビリ専門職等)の介入による栄養や運動からの健康課題におけるフレイル予防を含む生活習慣病予防のため健康教育や健康相談等を実施する。個別で支援している対象者で通いの場に来ることが適切だと思われる方については参加を勧奨する他、必要な健診・医療・介護サービス等に繋ぐ。	継続	

## (2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

### 事業番号：① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の実施
対象者	40歳～74歳で国民健康保険に加入中の町民
現在までの事業結果	平成31年度までは順調に受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んでいる。その後も令和3年度より未受診者勧奨を業者委託するなどして工夫しているが、受診率の低下に歯止めはかかっていない。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	39.9%	42.0%	45.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨実施割合	70.2%	70.0%	70.0%	70.0%	80.0%	80.0%	80.0%

目標を達成するための主な戦略	未受診者勧奨においてどのような方法をとるのが一番効果的であるか検証する必要がある。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

令和3年度からは業者委託を実施し、対象者のタイプや年代ごとにセグメント分けして年2回の通知を実施。
---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨することで受診率の向上が見込まれる特定健康診査対象者（70%程度）に対し電話による勧奨を実施する。</li> <li>・レセあり未受診者への受診勧奨が最も効果を見込めるため、集中的に勧奨を実施していく。</li> <li>・医療機関に通院していて且つ特定健診を未受診の者(レセあり未受診者)に対して医療機関での検査データを提供していただくための勧奨を行う。</li> <li>・未受診者勧奨における通知回数は年2回を継続とする。</li> <li>・広報を利用し特定健診の受診を呼びかける。</li> </ul>
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>主管課は住民福祉課とし、健康診査実施にあたっての各医療機関等との契約事務や受診券の作成及び未受診者勧奨について担当している。</p> <p>連携課である子育て健康課は実務支援を担当している。</p>
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>未受診者勧奨についての対象者選別時には、子育て健康課の保健指導担当者等の協力を得ることが望ましい。(電話勧奨及び勧奨通知送付リストの確認など)</p>
--

評価計画

<p>アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。受診率が高ければ、特定健康診査でメタボリックシンドローム該当者等の早期発見ができるため、特定健康診査の効果が上がることを意味する。</p>
---

## 事業番号：② 受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査にて特定保健指導対象者となった者への指導
対象者	特定健康診査受診者のうち特定保健指導対象者となった者
現在までの事業結果	特定保健指導実施率は新型コロナウイルス感染症が流行したR2年度に落ち込み、R4年度にまた上向き始めた

### 今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率	73.6%	64.0%	68.0%	72.0%	76.0%	78.0%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導対象者の減少率	9.7%	15.0%	15.0%	15.0%	20.0%	20.0%	20.0%

目標を達成するための主な戦略	地区担当制を正しく機能させること。健診結果から保健指導対象者の明確化、実践評価を行う。
----------------	---

### 現在までの実施方法(プロセス)

特定健診受診者のデータ管理は子育て健康課の保健指導担当が実施、個人ファイルの準備も合わせて行い、完成したファイルを各地区担当に配布する。

### 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

現行通りでよい

### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

地区担当制を実装しており、保健師または管理栄養士が穴水・住吉・兜・諸橋の4地区をそれぞれ担当地区として持っている。

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

地区担当制は実施しているが、マンパワー不足や他業務との兼ね合いもあり地区によって保健指導に当てる時間の確保が難しい状況である。他地区に比べて対象者数が多い地区もあり、その場合の地区担当はさらに細分化できるのが理想。実務担当の子育て健康課に地区担当を当てられるだけの保健師及び管理栄養士を確保する。

### 評価計画

アウトカム指標の「特定保健指導実施率」は法廷報告値を参照する。特定保健指導実施率に対して特定保健指導対象者数の減少率が高ければ特定保健指導の効果が出ていると判断できる。

事業番号：③ 生活習慣病治療未治療者・中断者等医療機関受診勧奨事業【継続】

事業の目的	生活習慣病の治療が必要な者や、治療が中断している者を医療につなげる。
対象者	健康診査データが治療の基準に達している者
現在までの事業結果	例年、治療が必要な者について受診勧奨を行い、令和4年度には医療の受診まで繋がった者が44.4%となっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	勧奨後に医療受診に繋がった者の割合	44.4%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%	56.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	未受診者・中断者医療機関受診勧奨実施率	88.9%	89.0%	92.0%	94.0%	96.0%	98.0%	100.0%

目標を達成するための主な戦略	医療機関受診勧奨を行っても医療に繋がらない場合について、なぜ医療機関への受診が必要なのかを対象者へ明確に伝えることを徹底する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関受診勧奨対象者であっても、それ以前の年度の受診勧奨によって医師より治療不要であると判断されている場合は、検査値に大きな変動がない場合は受診勧奨連絡票を発行しない場合もある。また受診勧奨値であっても普段から医療機関に通院している場合も同様に対応する。</li> <li>医療機関受診勧奨を行った後に医療機関からの受診勧奨連絡票の返送がなかった場合やレセプト等で受診したことが確認できない場合は再び電話もしくは訪問等で1回以上受診勧奨を行う。</li> <li>医療機関に繋がったことが確認できた場合はその後のフォローとして対象者に訪問もしくは電話や手紙を用いて保健指導を実施する。</li> </ul>
---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の対応をそのまま継続。ただし受診勧奨対象者を医療につなぐためにレセプト等での受診状況確認、本人への再度の受診勧奨を徹底する。</li> </ul>
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

受診勧奨対象者の居住地区ごとに地区担当である保健師・管理栄養士によって訪問もしくは電話等で実施。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の対応を続ける。</li> </ul>
--

評価計画

受診勧奨によって受診に繋がった対象者の割合が増えた場合に効果が上がったと判断する。
---

## 事業番号：④ 糖尿病性腎症・重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づきPDCAに沿って実施する。
対象者	【受診勧奨】糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 【保健指導】糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→糖尿病管理台帳）
現在までの事業結果	特定健診受診者のうち、対象者で糖尿病性腎症の重症化の可能性が高い方は、治療中の場合がほとんどである。

### 今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 0.2%減少	3.1%	2.9%	2.7%	2.5%	2.3%	2.1%	1.8%
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 0.2%減少	3.0%	2.9%	2.8%	2.6%	2.4%	2.2%	2.0%
	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少 25%以下	37.5%	35.0%	33.0%	31.0%	29.0%	27.0%	25.0%
	健診受診者の脂質異常者の割合減少 1%減少	5.3%	5.1%	4.9%	4.7%	4.5%	4.4%	4.3%
	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 3%減少	11.3%	10.8%	10.3%	9.8%	9.3%	8.8%	8.3%
	糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合80%	67.0%	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%
	糖尿病の保健指導を実施した割合 70%	59.2%	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

目標を達成するための主な戦略	糖尿病を重症化させないためには、治療のために医療機関に通っていても、普段の生活習慣にも注意が必要であることを対象者に伝えること。
----------------	--

### 現在までの実施方法(プロセス)

特定健診を受けたことがあり、HbA1cが6.5以上になったことがある者を糖尿病管理台帳にて経年的に状態を確認できるようにしている。年度ごとに健診の結果を反映させて、コントロール不良が顕著である者から優先順位をつけて保健指導を実施。また糖尿病管理台帳に掲載しているが年度によって健診を受けていない者で、コントロール不良である可能性が高い場合は受診勧奨を兼ねて訪問指導等を実施。
---

#### 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

現行通りでよい。

#### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

現在は糖尿病重症化予防の担当者が糖尿病管理台帳を管理して健診受診状況や受診結果を参考に地区担当ごとに対象者を振り分けている。

#### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

地区担当が自身の担当地区を各々で管理できるように管理台帳の機能を整備していく。

#### 評価計画

糖尿病管理台帳にて管理する対象者への指導実施割合が上がった場合に糖尿病の重症化と関わりの深い脳血管疾患や虚血性心疾患の総医療費に占める割合が低下していれば効果が上がったと判断する。

事業番号：⑤ 後発医薬品使用促進通知事業【継続】

事業の目的	診療報酬明細書等情報に基づき、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することで、1人あたりの医療負担の軽減に繋げる。
対象者	月額300円以上の差額が見込まれる者、ジェネリックに切替え可能な者
現在までの事業結果	毎年度、年3回の差額通知の送付を行っている。また国民健康保険被保険者証一斉更新時においても、ジェネリック希望シールも同封している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	後発医薬品への切替による削減金額	364千円	380千円	395千円	410千円	425千円	440千円	455千円
アウトプット(実施量・率)指標	後発医薬品への切替率	21.6%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%

目標を達成するための主な戦略	引き続き、差額通知による勧奨を実施し、対象者に後発医薬品への理解を促す。
----------------	--------------------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

国保連合会に委託して対象者の抽出を実施し、年3回の差額通知の送付を行っている。また国民健康保険被保険者証一斉更新時においても、ジェネリック希望シールも同封している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

往年の差額通知やジェネリック希望シールの他に、リフィル処方箋に関するお知らせのリーフレットを窓口配置するなど更なる普及啓発等を検討する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

対象者抽出は国保連合会に委託しており、主管部門は住民福祉課とし、職員1名が担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民福祉課、子育て健康課とも連携し、各課より職員1名が担当する。
---------------------------------------

評価計画

アウトカム指標「削減金額」及びアウトプット「切替率」は、国保連合会より提供される保健者別医薬品利用実態により判定する。
---

事業番号：⑥ 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導【継続】

事業の目的	診療報酬明細等情報を活用して、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う。また重複受診者については電話・文書等で通知を行い服薬指導を実施していく。
対象者	重複受診者・重複投薬者
現在までの事業結果	対象者の抽出及び選定を行い、必要なものには電話や文書での通知を行うなどした。また直接の指導が必要な対象者については訪問指導を行った。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	通知・指導により服薬状況の改善が見られた割合	11.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%
アウトプット(実施量・率)指標	重複受診及び重複多剤処方にかかる通知及び指導実施	9件	10件	10件	10件	10件	10件	10件

目標を達成するための主な戦略	KDBシステムを利用して対象者の絞込を行う際には、状況に応じて絞込条件を変えるなどしてできるだけ医療費削減につなげる。また指導を行う際には健診受診のデータ等とも照らし合わせて状況を把握する必要があるため、関係課との協力が不可欠である。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

抽出した対象者についてKDBシステム等を使い薬剤情報等の確認を行い、適切な受診指導や服薬指導が必要な者について電話や文書での通知、また場合によっては訪問指導を行う。R3年度からは町内薬剤師との連携体制ができ、より詳細に重複多剤対象者を選定できるようになった。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

町内薬剤師とは今後も適切な薬剤の処方のために連携していく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門は住民福祉課とし、職員1名が担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

主管部門は住民福祉課、子育て健康課とも連携し、各課より職員1名が担当する。

評価計画

アウトカム指標「服薬状況改善率」及びアウトプット「通知及び指導実施率」は、穴水町の当該実施状況から算出する。

事業番号：⑦ 糖尿病性腎症重症化予防に関する取組（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施）【継続】

事業の目的	KDBにより生活習慣病重症化に関する対象者を抽出し、保健師と管理栄養士が訪問指導等を実施し、対象者に対して生活改善ができるよう支援する。健診結果や健診の問診票、レセプト情報をもとに健康状態や心身機能を把握し、生活習慣との関連や改善に向けた保健指導を行う。必要に応じて、未治療者や中断者への受診勧奨や通いの場等への参加勧奨、医療機関連絡票の作成、糖尿病連携手帳等の配布など、医療や介護予防サービスとの連携を図る。
対象者	75歳以上の被保険者で、以下の該当者（79歳までの方を重点的に実施する） ①後期高齢者健診受診者で空腹時血糖126mg/dl以上または随時血糖200mg/dl、またはHbA1c7.0%以上で糖尿病医療機関未受診者、治療中断者 ②Ⅱ度高血圧以上 ③尿蛋白+以上またはeGFR40未満 ④心房細動 ⑤糖尿病の治療者で、国保からの継続訪問者
現在までの事業結果	対象者の抽出及び選定を行い、訪問等による保健指導を実施。必要に応じて医療等との連携も実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	HbA1c 改善	50.0%	52.0%	54.0%	55.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	HbA1c 維持	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	20.0%
	HbA1c 悪化	38.0%	30.0%	28.0%	26.0%	24.0%	22.0%	20.0%
	血圧 改善	—	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	血圧 維持	—	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	血圧 悪化	—	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	生活習慣 食事 改善	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%
	生活習慣 食事 悪化	50.0%	45.0%	40.0%	35.0%	30.0%	25.0%	20.0%
	生活習慣 運動 改善	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%
	生活習慣 運動 改善	50.0%	45.0%	40.0%	35.0%	30.0%	25.0%	20.0%
	介入者における健診受診率	62.5%	66.0%	69.0%	72.0%	75.0%	77.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	介入率	72.7%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する優先度の高い対象者の抽出</li> <li>・個別訪問等でアセスメント、支援計画立案（健康課題へのアプローチ）、健診受診勧奨</li> <li>・かかりつけ医療機関、薬局との連携による支援体制の強化</li> </ul>
----------------	--

#### 現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBなどで、優先度の高い対象者の抽出</li> <li>・保健師、管理栄養士が個別にハイリスク者へのアプローチを実施</li> <li>・町内医療機関に事業説明及び協力要請、石川県後期高齢者医療広域連合との連携・協働及び石川県国民健康保険団体連合会との連携。</li> </ul>
---

#### 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診実施期間前から初回支援・行動変容へのアプローチを行い、健診受診につなげ、支援体制を強化する。</li> <li>・健診結果より改善の確認などの評価を行う。健診結果の悪化の状況があれば、さらに継続支援を行い、行動変容につなげる。</li> </ul>
--

#### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民福祉課を主管課とし、保健師1名（企画・調整等）、管理栄養士1名（地区）が担当する。</li> <li>・主管課は、医療専門職が配置された部署との連携体制で実施している。</li> </ul>
---

#### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・主管課は、医療専門職が配置された課と連携し事業の推進を図る。</li> <li>・事業実施にあたり、医療専門職の確保を行う。</li> <li>・町内医療機関に事業説明及び協力要請、石川県後期高齢者医療広域連合との連携・協働及び石川県国民健康保険団体連合会との連携を図る。</li> </ul>
---

#### 評価計画

<p>年度内で評価するスケジュールで実施する。</p>
-----------------------------

事業番号：⑧健康状態不明者対策に関する取組（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）【継続】

事業の目的	KDBシステムや県の「お達者ですか訪問事業」の名簿より、健康状態不明者を抽出し、地域包括支援センターにおいても実態が把握されていない者に対して、保健師等による訪問、電話、郵送などで健康状態や心身・生活状況などアセスメントし、健診や医療、介護サービス等必要な支援につなげる。
対象者	①KDB（E票）における健康状態不明者 ②県の「お達者ですか訪問事業」の該当者 ③上記の者のうち、地域包括支援センター等において実態未把握者
現在までの事業結果	令和5年度より開始事業

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)
アウトカム(成果)指標	健診受診した者の割合	実績なし	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	医療につながった者の割合	実績なし	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	介護につながった者の割合	実績なし	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	集いの場につながった者の人数	実績なし	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
アウトプット(実施量・率)指標	介入率	実績なし	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する優先度の高い対象者の抽出</li> <li>・個別訪問等でアセスメント、支援計画立案（健康課題へのアプローチ）、健診受診勧奨</li> </ul>
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBや県の「お達者ですか訪問事業」などで、健康状態不明者の対象者の抽出</li> <li>・地域包括支援センターとの情報を共有し、実態未把握者を確認し対象者をさらに絞り出す</li> <li>・対象者に健康状態確認アンケートを送付し、未返信者やアンケート結果より訪問が必要と思われる者に訪問支援を行う</li> </ul>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターとの連携を図り、健康状態不明者の健康状態の把握の徹底を図る</li> <li>・健診受診勧奨、地域のサロンなど集い場の紹介、必要に応じ、医療や介護サービスにつなげる。</li> <li>・地域の見守りネットワーク体制の強化</li> </ul>
--

#### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・住民福祉課を主管課とし、保健師1名（企画・調整等）、管理栄養士1名（地区）が担当する。
- ・主管課は、医療専門職が配置された部署との連携体制で実施している。
- ・地域包括支援センターとの情報共有、連携

#### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管課は、医療専門職が配置された課と連携し事業の推進を図る。
- ・事業実施にあたり、医療専門職の確保を行う。
- ・地域包括支援センターと定期的に情報共有の場を設ける。

#### 評価計画

年度内評価するスケジュールで実施する。

事業番号：⑨フレイル予防に関する取組（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）  
【継続】

事業の目的	通いの場における医療専門職（保健師、管理栄養士、リハビリ専門職等）の介入による栄養や運動からの健康課題におけるフレイル予防を含む生活習慣病予防のため健康教育や健康相談等を実施する。 個別で支援している対象者で通いの場に来ることが適切だと思われる方については参加を勧奨する他、必要な健診・医療・介護サービス等に繋ぐ。
対象者	高齢者（前期高齢者含む）
現在までの事業結果	令和4年度より実施

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	健診受診した者の割合	30.8%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%
	医療につながった者の割合	-	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	介護につながった者の割合	-	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	集いの場につながった者の人数	100.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	介護認定者参加状況	15.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	修了率	92.3%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%

目標を達成するための主な戦略	住民への周知と個別に声かけし、参加者を募る。 医療専門職の確保を行い、教室内容の充実を図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報折込チラシ及び個別の声かけで参加者の募集</li> <li>・医療専門職との事前カンファレンス（教室運営や内容の確認など）や参加者の健康状態や体力測定等の前後の評価</li> <li>・教室卒業に向けて、今後どのように体力・筋力の維持・増進を行っていくか、考えてもらう</li> </ul>
---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療専門職の確保</li> <li>・教室卒業後、体力などの維持、増進のための継続した取組みにつなげる</li> <li>・卒業生が新たに集いの場を立ち上げるなど、活動の場を支援する</li> </ul>
--

#### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・医療専門職等のマンパワーを確保し、事業計画、実施、評価を実施
- ・地域包括支援センターとの協働・連携

#### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・次年度の事業計画を検討し、予算の確保を行う
- ・年度初めには、事業計画が遂行できるか、医療専門職等のマンパワー確保から検討する
- ・マンパワーの確保が困難な場合、事業内容の変更など実施に向けて検討
- ・町内医療機関に事業説明及び協力要請、石川県後期高齢者医療広域連合との連携・協働及び石川県国民健康保険団体連合会との連携を図る。

#### 評価計画

- ・年度内で評価するスケジュールで実施する。

## 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、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

##### ② 評価方法・体制

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

### 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、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り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、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、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

- ① 地域で被保険者を支える連携の促進
  - ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画
- ② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施
  - ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施
- ③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用
  - ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

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。

穴水町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)

平成31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. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものです。

#### 【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査の周知・啓発	特定健康診査受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診会場である保健センターにポスターを掲示、また保健センター及び庁舎には検診ガイドブックや健診受診促進のためのチラシを配置した。</li> <li>・年に1～2回は広報で健診についての周知、集団健診の前日には町内放送等で積極的な受診を呼びかけた。</li> <li>・定期的に医療機関で検査をしているために健診を受診しない対象者に対して健診相当の診療データの提供を呼びかけた。</li> </ul>
	特定健康診査未受診者受診勧奨	特定健診を未受診の者を対象に未受診者受診勧奨を実施。R3年度からはAI分析によるタイプ別セグメントの受診勧奨等に取り組んだ。

#### 【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導	重症化予防のための保健指導	健診結果で特定保健指導対象者となった者に対し、生活習慣病の改善のための脳・心・腎を守るための保健指導を訪問、健診結果説明会等により実施。
	医療機関受診勧奨	特定健診を受け各検査値が受診勧奨規定値に達した場合は医療機関受診勧奨を行い、定期検査や服薬管理につなげる。
糖尿病性腎症重症化予防	対象者の進捗管理	(1) 糖尿病管理台帳を作成し、対象者の進捗管理を行った。糖尿病管理台帳には治療の有無に関わらずHbA1c6.5以上のものを記載する。
	糖尿病未治療者への指導及び受診勧奨	<p>いしかわ糖尿病重症化予防プログラムに準じ、下記の該当者に対し指導及び受診勧奨を行った。糖尿病性腎症の病期が第2期から第4期と思われる者</p> <p>特定健診等の結果から抽出する場合は、以下のいずれかに該当する者</p> <p>a 尿蛋白±以上</p> <p>b eGFR 60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満</p> <p>(ア) 糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者</p> <p>a HbA1c 7.0%以上</p> <p>b I度高血圧 (140-159/90-99mmHg) 以上</p> <p>c メタボリックシンドローム該当者</p> <p>(イ) その他、保険者が必要と認める者</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脂質異常症 (LDL コレステロール 120mg/dL 以上)、高尿酸血症 (7.1mg/dL 以上) 等を認める者</li> <li>・BMI:25 以上の者</li> <li>・生活習慣の改善が困難な者(減塩、禁煙等)</li> <li>・腎機能が低下(eGFR 低下速度等)</li> <li>・レセプトデータ等により糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等がある者、健診結果でHbA1cが6.5以上の者</li> </ul>

## 2. 特定健康診査の受診状況

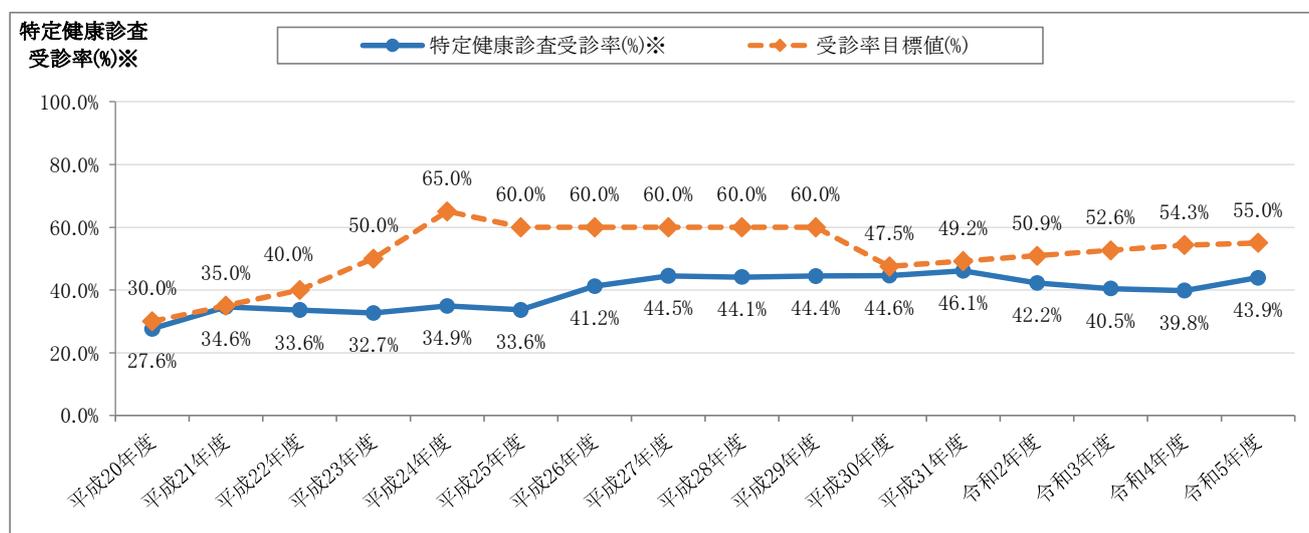
以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

### 特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	2,138	2,134	2,059	2,061	2,012	1,950	1,868	1,782
特定健康診査受診者数(人)	591	738	692	673	702	656	770	793
特定健康診査受診率(%)※	27.6	34.6	33.6	32.7	34.9	33.6	41.2	44.5
受診率目標値(%)	30.0	35.0	40.0	50.0	65.0	60.0	60.0	60.0
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	1,716	1,654	1,579	1,534	1,499	1,446	1,334	1,336
特定健康診査受診者数(人)	757	735	704	707	633	585	531	587
特定健康診査受診率(%)※	44.1	44.4	44.6	46.1	42.2	40.5	39.8	43.9
受診率目標値(%)	60.0	60.0	47.5	49.2	50.9	52.6	54.3	55.0

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)

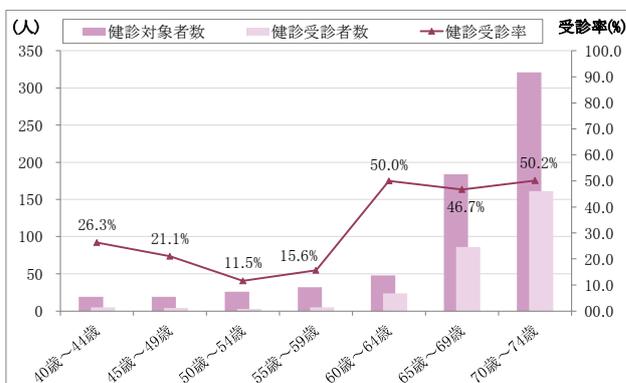
区分	特定健診受診率(%)
穴水町	39.9
県	42.8
同規模	46.4
国	37.6

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### (男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



### (女性)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、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率39.9%は平成30年度44.6%より4.7ポイント減少しています。

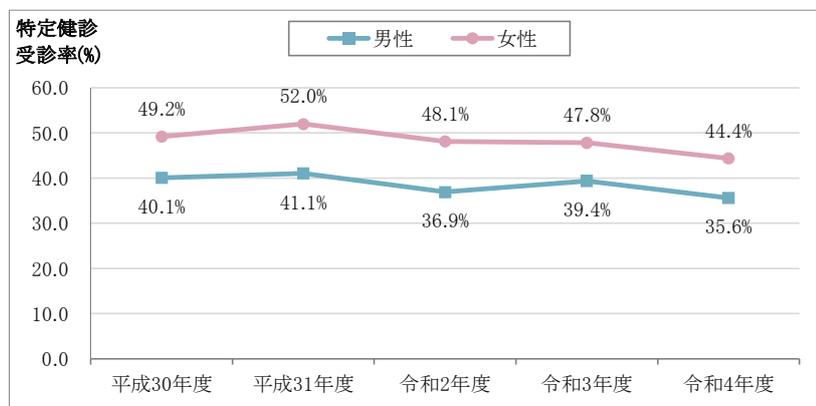
### 年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	44.6	46.5	42.5	43.6	39.9
県	46.1	47.0	40.2	42.1	42.8
同規模	45.5	46.1	40.7	44.7	46.4
国	37.5	37.7	33.5	36.1	37.6

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率35.6%は平成30年度40.1%より4.5ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率44.4%は平成30年度49.2%より4.8ポイント減少しています。

### 年度・男女別 特定健康診査受診率



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」

### 3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)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

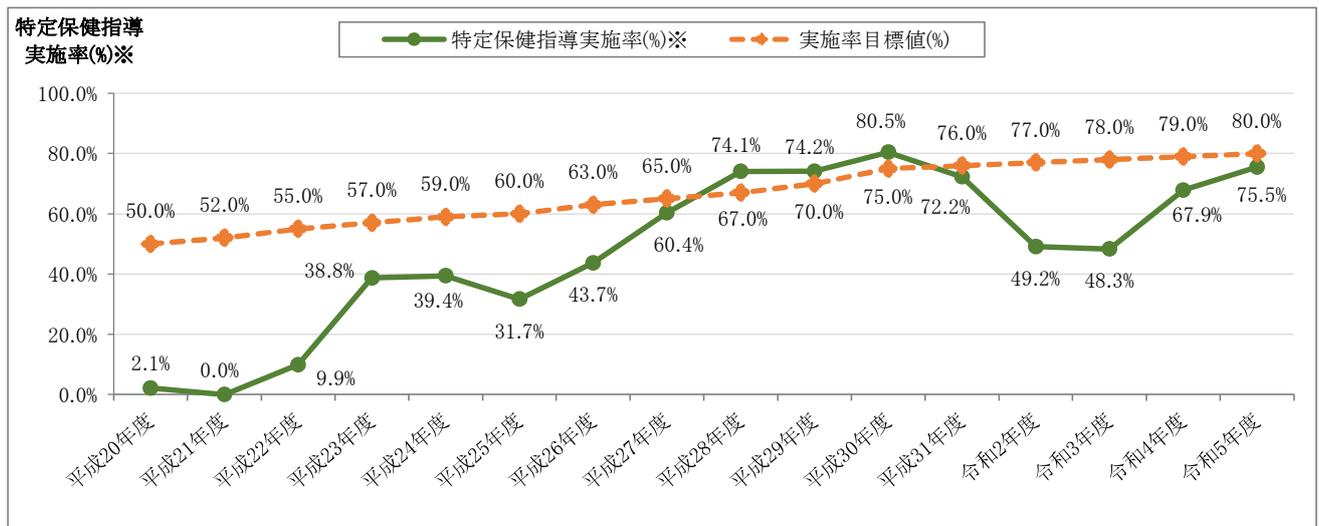
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	94	106	81	80	71	60	103	101
特定保健指導利用者数(人)	73	20	16	30	31	19	48	63
特定保健指導実施者数(人)※	2	0	8	31	28	19	45	61
特定保健指導実施率(%)※	2.1	0.0	9.9	38.8	39.4	31.7	43.7	60.4
実施率目標値(%)	50.0	52.0	55.0	57.0	59.0	60.0	63.0	65.0
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	85	89	87	72	59	60	53	53
特定保健指導利用者数(人)	63	66	76	58	33	34	43	40
特定保健指導実施者数(人)※	63	66	70	52	29	29	36	40
特定保健指導実施率(%)※	74.1	74.2	80.5	72.2	49.2	48.3	67.9	75.5
実施率目標値(%)	67.0	70.0	75.0	76.0	77.0	78.0	79.0	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。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※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終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

### 積極的支援実施状況

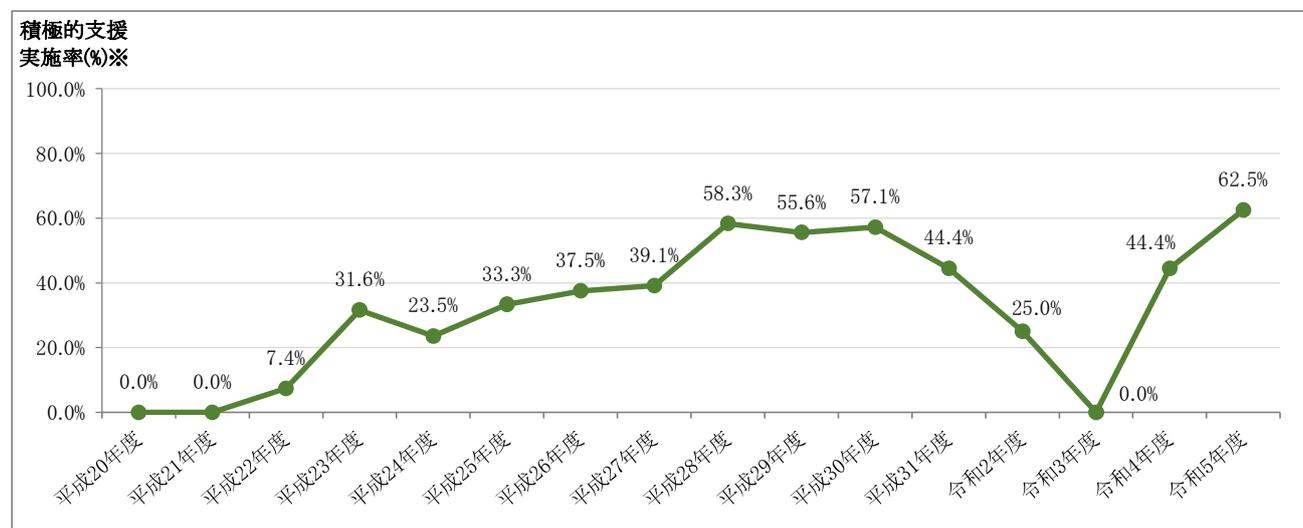
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	19	29	27	19	17	9	24	23
積極的支援利用者数(人)	10	8	6	6	7	3	12	11
積極的支援実施者数(人)※	0	0	2	6	4	3	9	9
積極的支援実施率(%)※	0.0	0.0	7.4	31.6	23.5	33.3	37.5	39.1
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	12	18	14	9	4	7	9	8
積極的支援利用者数(人)	7	10	14	6	1	0	6	5
積極的支援実施者数(人)※	7	10	8	4	1	0	4	5
積極的支援実施率(%)※	58.3	55.6	57.1	44.4	25.0	0.0	44.4	62.5

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

### 積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

## 動機付け支援実施状況

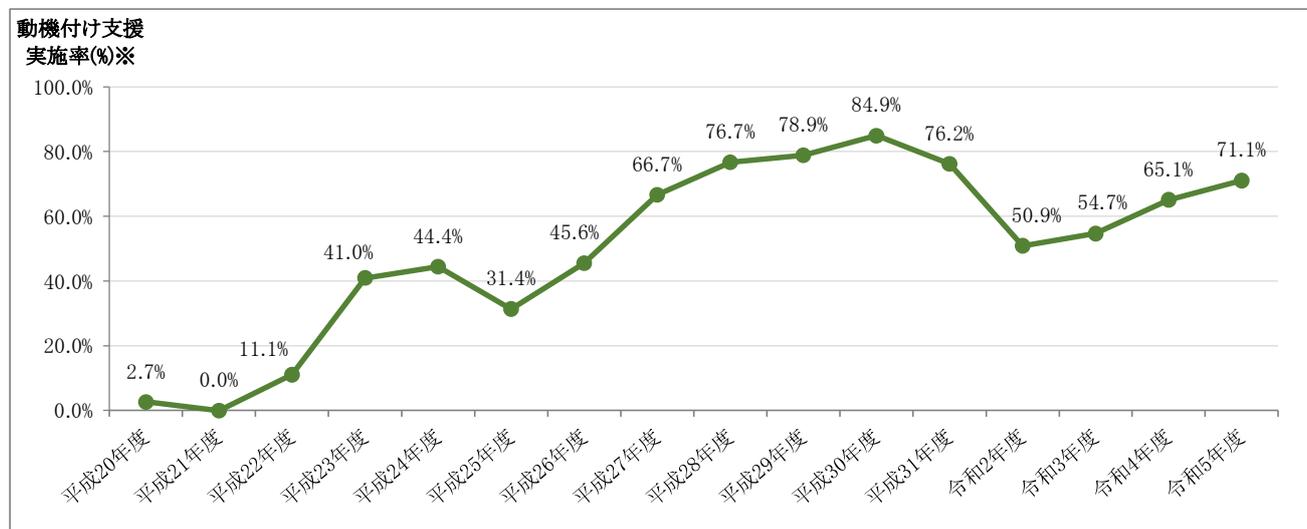
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	75	77	54	61	54	51	79	78
動機付け支援利用者数(人)	63	12	10	24	24	16	36	52
動機付け支援実施者数(人)※	2	0	6	25	24	16	36	52
動機付け支援実施率(%)※	2.7	0.0	11.1	41.0	44.4	31.4	45.6	66.7
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	73	71	73	63	55	53	43	45
動機付け支援利用者数(人)	56	56	62	52	32	34	37	32
動機付け支援実施者数(人)※	56	56	62	48	28	29	28	32
動機付け支援実施率(%)※	76.7	78.9	84.9	76.2	50.9	54.7	65.1	71.1

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。

## 動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※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 (%)
穴水町	8.1	1.9	10.0	67.9
県	8.1	2.2	10.3	48.9
同規模	8.8	3.2	12.0	46.4
国	8.6	3.3	11.9	24.9

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。  
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率67.9%は平成30年度81.6%より13.7ポイント減少しています。

#### 年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>10.4</b>	<b>8.8</b>	<b>8.6</b>	<b>9.0</b>	<b>8.1</b>
県	8.1	8.0	8.1	8.1	8.1
同規模	9.2	9.2	9.4	9.1	8.8
国	9.0	8.9	9.0	8.9	8.6

#### 年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>2.0</b>	<b>1.3</b>	<b>0.6</b>	<b>1.1</b>	<b>1.9</b>
県	2.2	2.1	2.1	2.2	2.2
同規模	3.5	3.3	3.2	3.2	3.2
国	3.2	3.2	3.2	3.3	3.3

#### 年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>12.4</b>	<b>10.1</b>	<b>9.3</b>	<b>10.2</b>	<b>10.0</b>
県	10.3	10.1	10.2	10.3	10.3
同規模	12.7	12.5	12.6	12.3	12.0
国	12.2	12.1	12.2	12.2	11.9

#### 年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
穴水町	<b>81.6</b>	<b>70.8</b>	<b>49.2</b>	<b>51.6</b>	<b>67.9</b>
県	57.6	54.6	46.3	46.2	48.9
同規模	45.8	46.5	47.1	46.3	46.4
国	23.8	24.2	23.8	24.0	24.9

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(令和4年度)…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」

## 4. 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24.2%、予備群該当は9.9%です。

### メタボリックシンドローム該当状況

	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	537	130	53	353	1
割合(%) ※	-	24.2	9.9	65.7	0.2

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 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

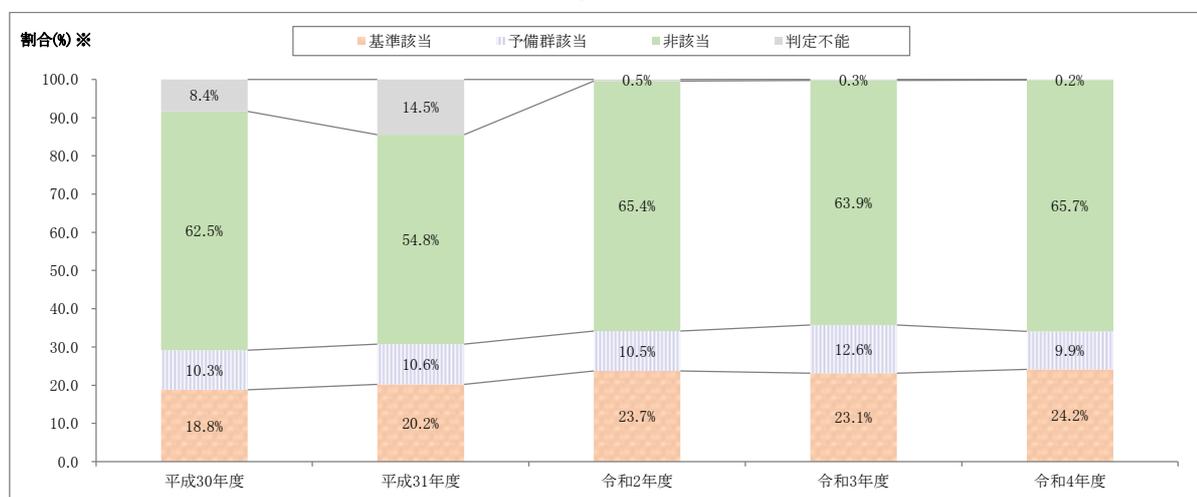
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当24.2%は平成30年度18.8%より5.4ポイント増加しており、予備群該当9.9%は平成30年度10.3%より0.4ポイント減少しています。

### 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	706
平成31年度	719
令和2年度	641
令和3年度	635
令和4年度	537

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※						
平成30年度	133	18.8	73	10.3	441	62.5	59	8.4
平成31年度	145	20.2	76	10.6	394	54.8	104	14.5
令和2年度	152	23.7	67	10.5	419	65.4	3	0.5
令和3年度	147	23.1	80	12.6	406	63.9	2	0.3
令和4年度	130	24.2	53	9.9	353	65.7	1	0.2

### 年度別 メタボリックシンドローム該当状況



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

## 5. 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

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査・ 受診勧奨	特定健康診査受診率向上・未受診者勧奨	令和2年度まで実施していた電話とハガキによる未受診者勧奨については大きな効果が見込めないということで令和3年度よりAI分析を利用した受診勧奨に切り替えた。しかし新型コロナウイルス感染症の流行などあり受診率の低迷が顕著となっており、令和4年度は国の目標値である70%を大幅に下回る39.9%となっている。今後も様子を見ながら受診率向上に効果的な勧奨方法を実践する必要がある。
特定保健指導	特定保健指導実施率について	特定保健指導率は平成30年度には80.5%、平成31年度には72.2%と高い実施率を保持していたが、新型コロナウイルス感染症が流行しはじめた令和2年度に49.2%と大幅に減少した。令和4年度には感染症も落ち着き始めたことで67.9%まで回復したが、生活習慣病を始めとした健康問題の解決のためにも、指導率80%を目標に今後も指導を実施する必要がある。

### (2) 事業実施体制の評価

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導	特定保健指導	穴水町では地区担当制を導入しているが、他業務との兼ね合いやマンパワーの関係でまだ機能しきっていない。地区分担制を機能させ、担当者が自身の当てられた地区の健康問題の解決に責任を持って取り組むためには保健師や管理栄養士の保健指導主管課への集中的配置が必要である。

## 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63.9%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46.5%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	537	36.3	776,094	24,115,209	24,891,303
健診未受診者	941	63.7	1,404,845	35,619,781	37,024,626
合計	1,478		2,180,939	59,734,990	61,915,929

	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	27	5.0	343	63.9	343	63.9	28,744	70,307	72,569
健診未受診者	51	5.4	435	46.2	438	46.5	27,546	81,885	84,531
合計	78	5.3	778	52.6	781	52.8	27,961	76,780	79,278

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)。

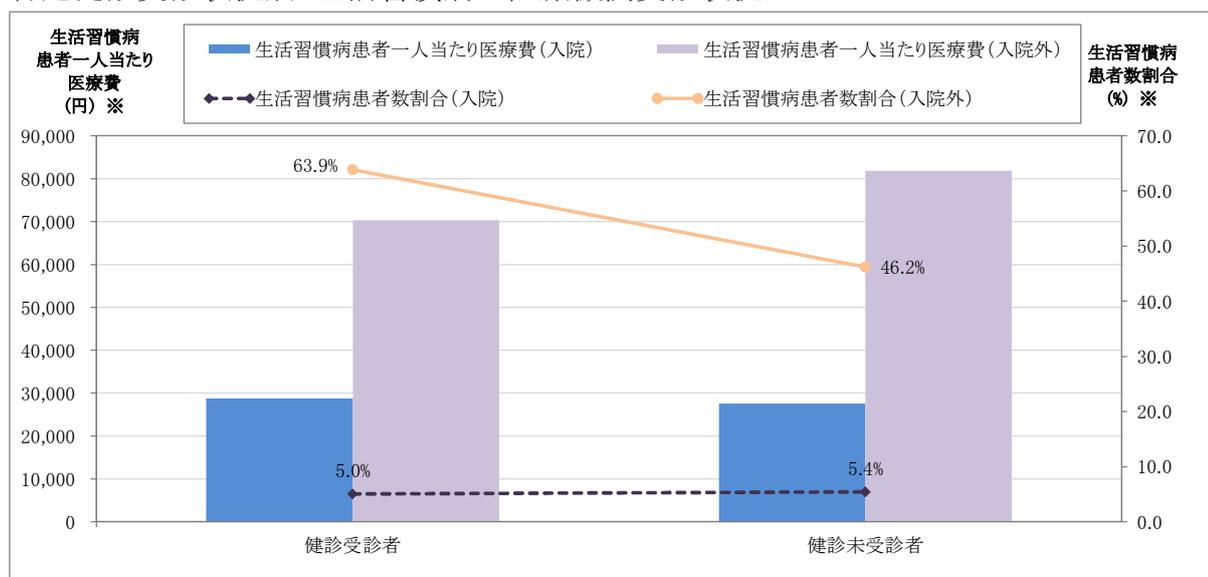
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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、入院外の区別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1.9%、動機付け支援対象者割合は8.6%です。

#### 保健指導レベル該当状況

	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	537	56	10	46	293	155	33
割合(%) ※	-	10.4	1.9	8.6	54.6	28.9	6.1

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	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が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、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	11	3	1	9.1	2	18.2
45歳～49歳	13	3	2	15.4	1	7.7
50歳～54歳	4	1	1	25.0	0	0.0
55歳～59歳	17	3	2	11.8	1	5.9
60歳～64歳	47	7	4	8.5	3	6.4
65歳～69歳	151	16	0	0.0	16	10.6
70歳～	294	23	0	0.0	23	7.8
合計	537	56	10	1.9	46	8.6

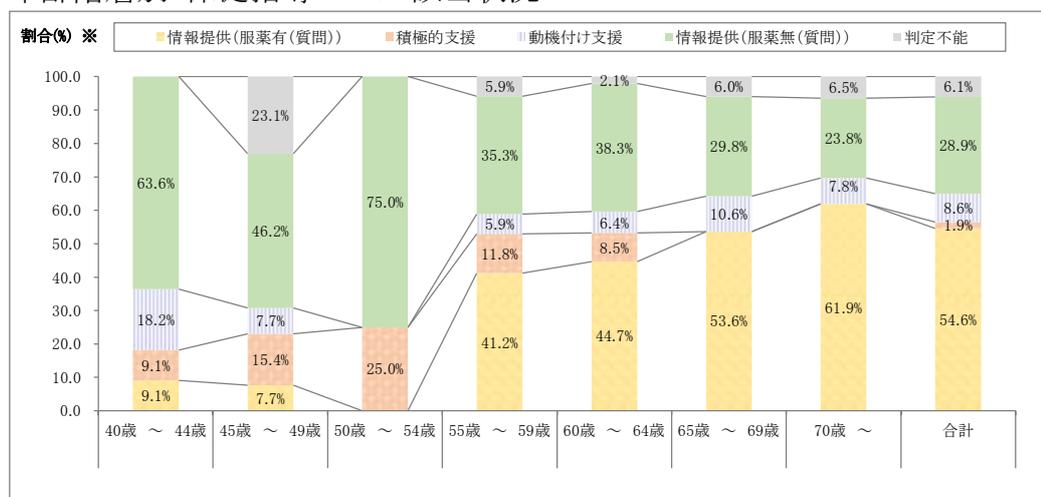
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	11	1	9.1	7	63.6	0	0.0
45歳～49歳	13	1	7.7	6	46.2	3	23.1
50歳～54歳	4	0	0.0	3	75.0	0	0.0
55歳～59歳	17	7	41.2	6	35.3	1	5.9
60歳～64歳	47	21	44.7	18	38.3	1	2.1
65歳～69歳	151	81	53.6	45	29.8	9	6.0
70歳～	294	182	61.9	70	23.8	19	6.5
合計	537	293	54.6	155	28.9	33	6.1

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。

### 年齢階層別 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。

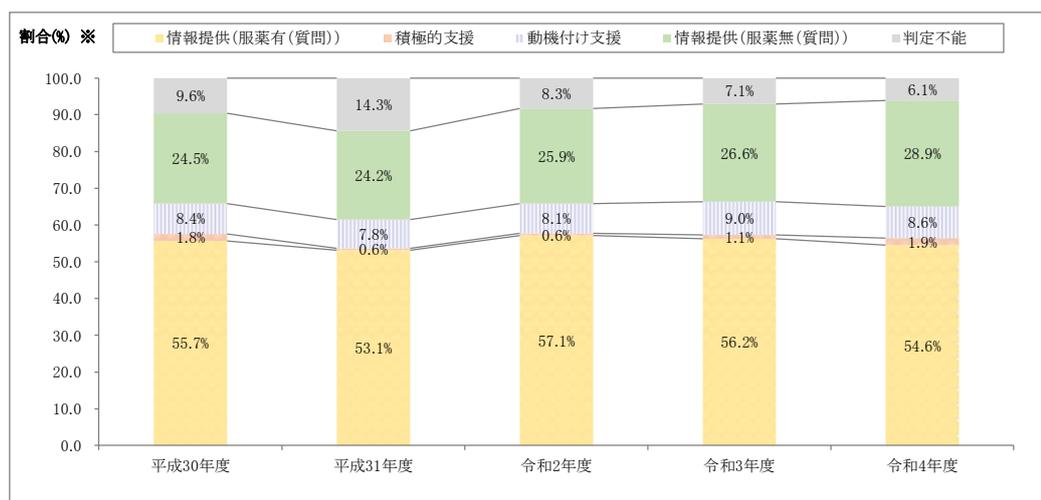
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合1.9%は平成30年度1.8%から0.1ポイント増加しており、動機付け支援対象者割合8.6%は平成30年度8.4%から0.2ポイント増加しています。

### 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	706	72	13	1.8	59	8.4
平成31年度	719	60	4	0.6	56	7.8
令和2年度	641	56	4	0.6	52	8.1
令和3年度	635	64	7	1.1	57	9.0
令和4年度	537	56	10	1.9	46	8.6

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	706	393	55.7	173	24.5	68	9.6
平成31年度	719	382	53.1	174	24.2	103	14.3
令和2年度	641	366	57.1	166	25.9	53	8.3
令和3年度	635	357	56.2	169	26.6	45	7.1
令和4年度	537	293	54.6	155	28.9	33	6.1

### 年度別 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	56	8,795	336,632	345,427	2	7	7
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	155	8,440	530,133	538,573	3	23	23
	情報提供 (服薬有(質問))	293	741,642	21,590,713	22,332,355	18	291	291

		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	56	4,398	48,090	49,347
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	155	2,813	23,049	23,416
	情報提供 (服薬有(質問))	293	41,202	74,195	76,743

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。

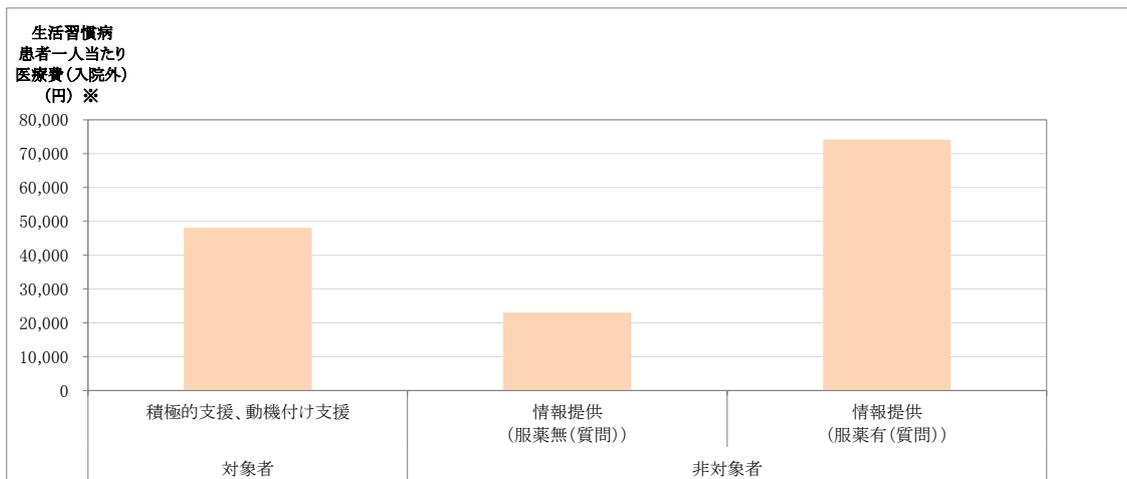
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※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。

### 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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(入院外)…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入院外生活習慣病医療費。

## 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。本町においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

#### 目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	46.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0	60.0
特定保健指導実施率(%)	61.0	61.0	61.6	62.0	64.0	66.0	60.0
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	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)	1,149	1,069	997	937	872	809
特定健康診査受診率(%) (目標値)	46.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
特定健康診査受診者数(人)	529	513	508	506	497	485

#### 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	362	360	360	371	375	371
	65歳～74歳	787	709	637	566	497	438
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	121	129	143	163	182	197
	65歳～74歳	408	384	365	343	315	288

## (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)	64	67	73	79	81	80
特定保健指導実施率(%)(目標値)	61.0	61.0	61.6	62.0	64.0	66.0
特定保健指導実施者数(人)	39	41	45	49	52	53

### 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	20	25	32	39	42	42
	実施者数(人)	40歳～64歳	13	16	21	23	27	28
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	9	9	9	10	11	12
		65歳～74歳	35	33	32	30	28	26
	実施者数(人)	40歳～64歳	4	5	5	7	8	9
		65歳～74歳	22	20	19	19	17	16

### 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

###### ア. 実施場所

保健センター、受診者宅等で実施します。

###### イ. 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」に基づき実施します。

##### ■ 基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

##### ■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、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

## ウ. 実施時期

7月から11月に実施します。

## エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内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。

## (2) 特定保健指導

### ① 対象者

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

#### 特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

### ② 実施方法

#### ア. 実施場所

保健センター及び訪問にて実施。

#### 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。  <b>アウトカム評価</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">主要達成目標</td> <td>・ 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</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 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)</td> </tr> </table> <b>プロセス評価</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul> </td> </tr> </table>	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>
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)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>						

ウ. 実施時期

8月から7月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導利用券を発送します。

## 4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

### 【特定健康診査】

事業分類	取り組み
特定健診受診率向上	<p>穴水町の特定健診未受診者の中では、医療機関の定期受診はしているが健診を受診しない“レセあり未受診者”の割合が高くなっており、この層の医療機関の検査データを受領できる環境作りを行うことで効率的に受診率向上が見込めると考えられる。そのため、ハガキや電話等による集中的な受診勧奨によって受診を促す必要がある。</p> <p>特定健診対象者が健診相当の診療時検査データを持っている場合、データを提供していただくことで特定健診を受診したとみなすことができるため、これによって受診率の向上を目指す。</p> <p>また健診委託先医療機関から特定健診対象者に対して積極的に受診勧奨を実施する。</p>

### 【特定保健指導】

事業分類	取り組み
特定保健指導	<p>国の特定保健指導にかかるアウトカム評価基準の変更に伴い、対象者の腹囲2cm減または体重2kg減の達成のために、継続的な関わりが持てるような体制作りを行う。地区担当制が機能するために保健指導担当者を中心に、その他の保健指導に携わる専門職間で定期的な情報共有、保健指導に取り組むに当たっての目的共有を行う。</p>

## 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				↔												
	利用券送付				↔												
	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重な管理や、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、また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、計画期間中の取り組み方針を示し、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

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。