

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

令和6年3月
珠洲市

-目次-

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	7
3. 実施体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成	10
3. 医療基礎情報	12
4. 平均余命と平均自立期間	13
5. 介護保険の状況	15
6. 死亡の状況	19
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	21
2. 各事業の達成状況	22
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	34
2. 生活習慣病に関する分析	40
3. 健康診査データによる分析	44
4. 被保険者の階層化	46
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	49
2. 健康課題を解決するための個別の保険事業	51
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	61
2. 計画の公表・周知	61
3. 個人情報の取扱い	61
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	62
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	64
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	64
3. 計画期間	64
4. データ分析期間	64
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	65
2. 特定健康診査の受診状況	66
3. 特定保健指導の実施状況	69
4. メタボリックシンドローム該当状況	75
5. 第3期計画の評価と考察	77

-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	78
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	79
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	85
	2. 対象者数推計	85
	3. 実施方法	86
	4. 目標達成に向けての取り組み	90
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	91
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	91
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	91
	4. 他の健診との連携	92
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	92

はじめに

令和元年に厚生労働省が策定した「健康寿命延伸プラン」では、男女とも健康寿命を令和22年までに3年以上延伸(平成28年比)した75歳以上を目指すとし、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」「疾病・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むこととされており、目標達成には現状や地域特性を踏まえた施策の検討・推進が必要不可欠であり、基礎自治体が果たすべき役割は大きくなっています。

本市では「まちづくり総合指針」において、「日本一幸せを感じられる珠洲市を目指して安心して暮らせる活力ある珠洲市づくり」とし、その中の基本指針の1つ「だれもが生き活きと暮らせるまち」の達成に向け、健康寿命の延伸と介護予防の充実に取り組み、各種の政策、施策を体系的に展開しております。

計画の策定にあたり、近年の環境変化として、新型コロナウイルス感染症により生活様式等が変化し、受診控えや医療費の動向、疾病構造等に大きな影響があった一方で、オンラインによる診療・服薬指導、ICTを活用した保健指導等の普及が加速度的に進んでいます。

加えて、本年1月1日に発生した能登半島地震は未曾有の大災害をもたらし、一瞬にして街並みや景色が一変したばかりか、生活の基盤であるご自宅や勤務先も被災するなど、市民の皆様お一人お一人の日常が多く変わってしまいました。現在も多くの方々が応急仮設住宅等で生活されており、生活環境の変化や避難の長期化により、特に健康の管理と心のケアが重要であることから、昨年の震災を踏まえ「珠洲ささえあいセンター」の訪問による各種相談の機会を捉え、受診機会の確保や勧奨に取り組んでまいります。また、本計画で定めております個別事業につきましても、年度ごとに見直しを行うことを基本としておりますが、未曾有の大災害による劇的な環境変化等を考慮し、適宜、評価を実施し見直しを図るなど、きめ細やかに対応してまいります。

本市では、医療費データの分析に基づく各事業内容等を定めたデータヘルス計画並びに特定健康診査等実施計画を策定しており、市民の皆さんが自身の健康状態に関心を持ち、主体的な健康づくりを支援するなど、健康の保持増進に取り組んでまいりましたが、令和5年度に最終年度を迎えることから、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」を一体的に策定いたします。

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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組み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

珠洲市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、福祉課健康増進センターや石川県、石川県国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、市民課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、福祉課(高齢者支援、生活支援、地域包括ケア推進室)と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

市民課及び福祉課健康増進センターは、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である石川県のほか、石川県国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等、石川県保険者協議会、石川県後期高齢者医療広域連合や医療機関、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ことから、珠洲市国民健康保険運営協議会の協力を受け、被保険者の意見反映に努めます。

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)

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

本市は、能登半島の先端に位置し、県庁所在地である金沢市から北東に直線距離で約110キロメートル離れています。東・南・北の三方を海に面し、西は輪島市、鳳珠郡能登町に隣接しています。面積は247.20平方キロメートルあり、海岸線の総延長は約64キロメートルに及びます。年平均気温13℃、年間降水量2,100ミリと比較的暖かく、冬季に降水量が多い気候です。また、森林面積が市域の73%を占めており、緑豊かな自然が残されています。

公共交通については、平成15年ののと里山空港の開港、平成27年の北陸新幹線金沢開業により、広域的な交通網が整備されつつあります。しかし、地域内の公共交通については、平成17年にのと鉄道能登線が廃止されたことにより、路線バスが地域住民の足になっています。主な幹線道路については、海岸沿いに国道249号線、内陸部に珠洲道路が通っており、珠洲道路からのと里山海道に接続できます。

産業別就業人口では、第1次産業就業者の比率が石川県平均に比べて高い傾向にあります。豊かな里山里海の資源を背景に、農林漁業と観光業を中心とした経済基盤を有しています。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	珠洲市	県	国
千人当たり			
病院数	0.3	0.5	0.3
診療所数	3.2	4.4	4.2
病床数	51.9	84.1	61.1
医師数	7.6	17.5	13.8
外来患者数	671.6	710.0	709.6
入院患者数	23.2	24.6	18.8

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 人口構成

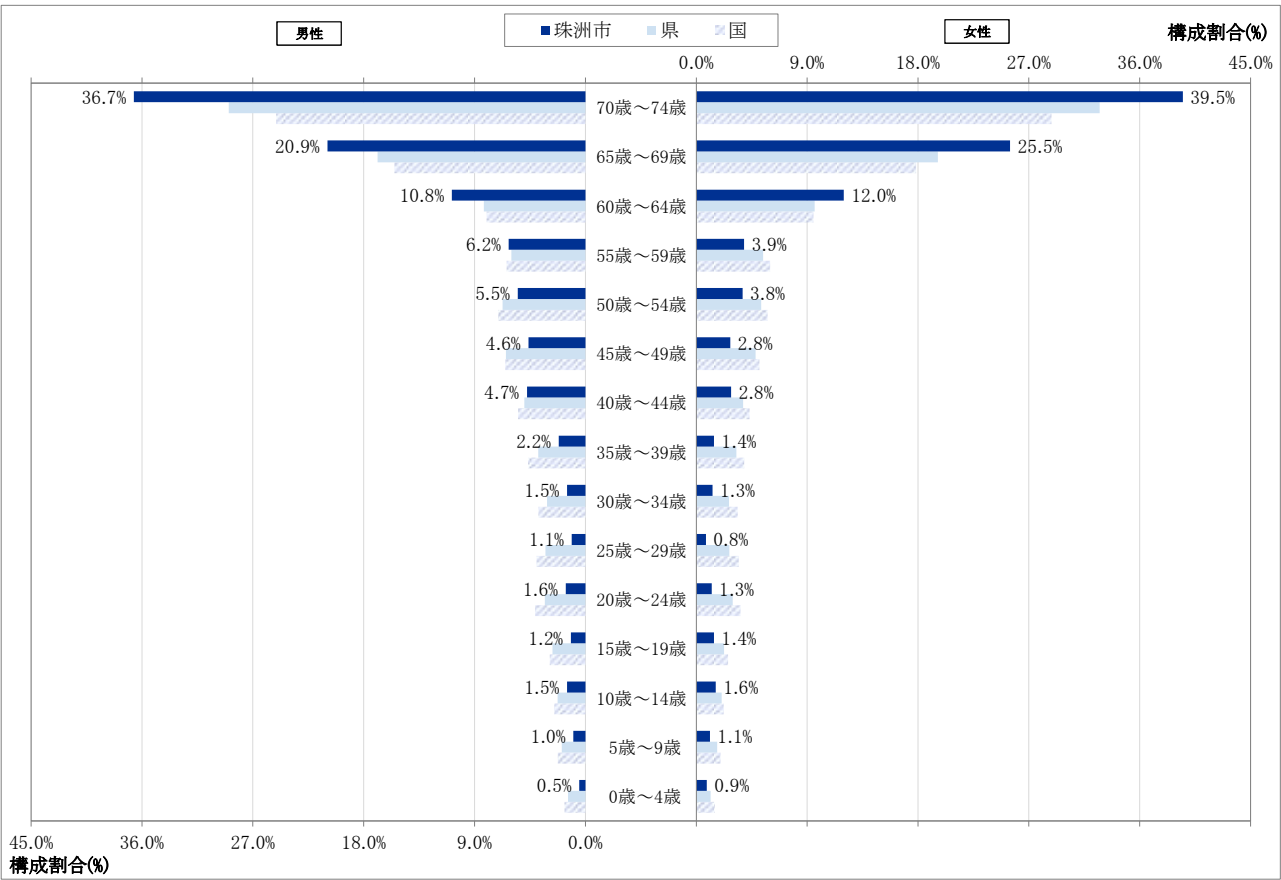
以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は51.7%であり、県との比較で約1.7倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は3,142人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は24.3%です。国民健康保険被保険者平均年齢は61.0歳です。

人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者 数(人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
珠洲市	12,908	51.7%	3,142	24.3%	61.0	3.3	20.1
県	1,112,139	30.0%	199,722	18.0%	55.6	6.9	11.4
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は石川県を指す。以下全ての表において同様である。
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

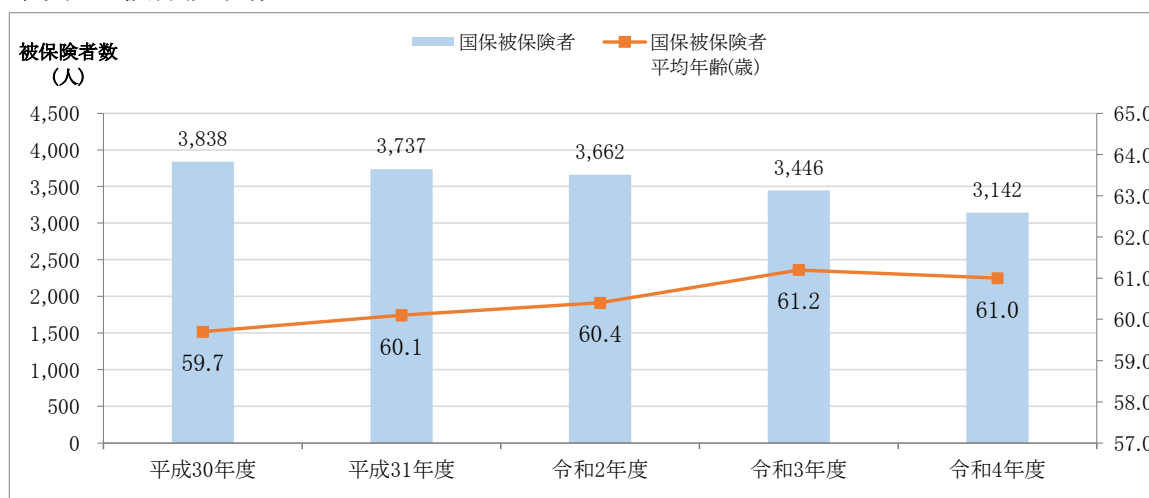
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数3,142人は平成30年度3,838人より696人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢61.0歳は平成30年度59.7歳より1.3歳上昇しています。

年度別 人口構成概要

区分	珠洲市		県		国	
	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
人口総数 (人)	14,615	12,908	1,138,038	1,112,139	125,640,987	123,214,261
高齢化率 (65歳以上)	46.6%	51.7%	27.9%	30.0%	26.6%	28.7%
国保被保険者数 (人)	3,838	3,142	228,162	199,722	28,039,851	24,660,500
国保加入率	26.3%	24.3%	20.0%	18.0%	22.3%	20.0%
国保被保険者 平均年齢(歳)	59.7	61.0	55.0	55.6	52.5	53.4
出生率	4.7	3.3	8.0	6.9	8.0	6.8
死亡率	20.1	20.1	10.8	11.4	10.3	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」

3. 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	珠洲市	県	国
受診率	694.8	734.6	728.4
一件当たり医療費(円)	48,270	44,690	39,870
一般(円)	48,270	44,690	39,870
退職(円)	0	0	67,230
外来			
外来費用の割合	57.5%	55.7%	59.9%
外来受診率	671.6	710.0	709.6
一件当たり医療費(円)	28,710	25,740	24,520
一人当たり医療費(円) ※	19,280	18,270	17,400
一日当たり医療費(円)	20,640	17,520	16,500
一件当たり受診回数	1.4	1.5	1.5
入院			
入院費用の割合	42.5%	44.3%	40.1%
入院率	23.2	24.6	18.8
一件当たり医療費(円)	613,500	590,640	619,090
一人当たり医療費(円) ※	14,260	14,560	11,650
一日当たり医療費(円)	40,240	34,480	38,730
一件当たり在院日数	15.2	17.1	16.0

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

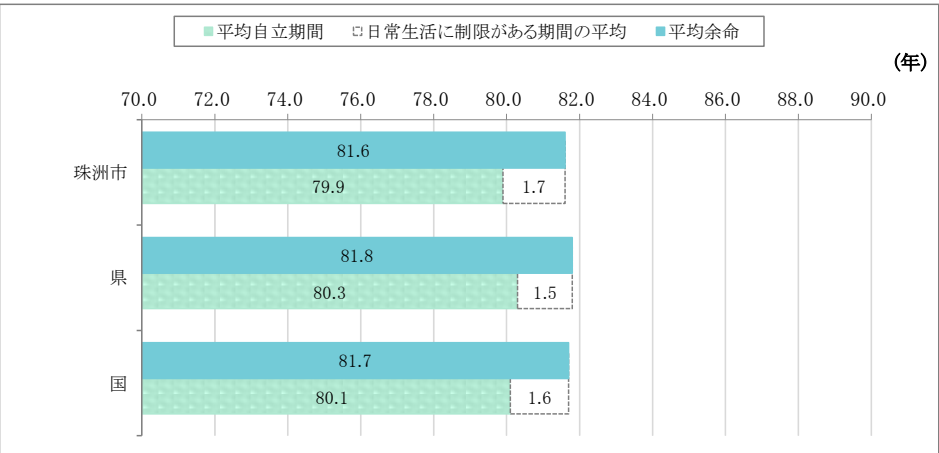
※一人当たり医療費…1カ月分相当。

4. 平均余命と平均自立期間

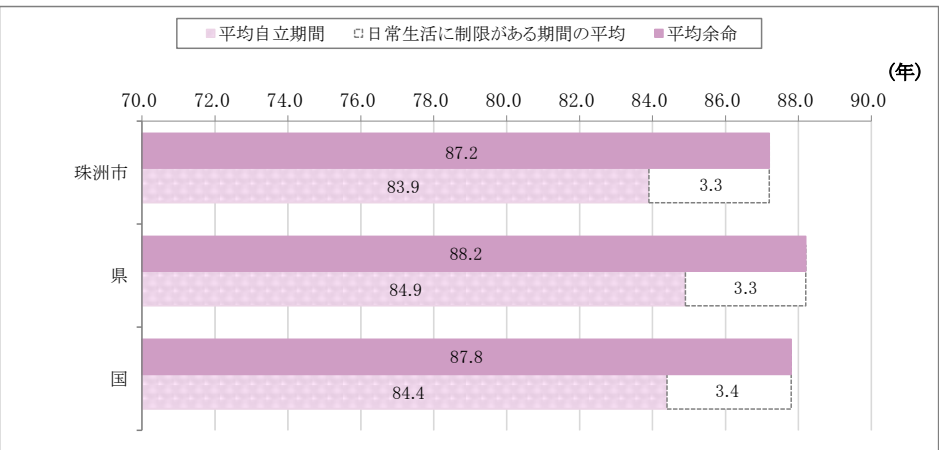
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均余命は81.6年、平均自立期間は79.9年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.7年で、国の1.6年よりも長いです。本市の女性の平均余命は87.2年、平均自立期間は83.9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年よりも短いです。

(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)



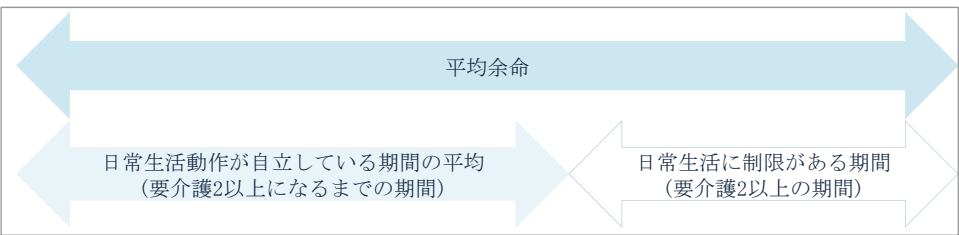
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

日常生活に制限がある期間の平均…平均余命と平均自立期間の差。

【参考】 平均余命と平均自立期間について



以下は、本市の平成30年度から令和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79.9年は平成30年度76.7年から3.2年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間83.9年は平成30年度84.3年から0.4年短縮しています。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	78.2	76.7	1.5	87.9	84.3	3.6
平成31年度	79.0	77.6	1.4	87.3	83.9	3.4
令和2年度	78.6	77.4	1.2	86.4	83.2	3.2
令和3年度	80.4	79.1	1.3	86.4	83.3	3.1
令和4年度	81.6	79.9	1.7	87.2	83.9	3.3

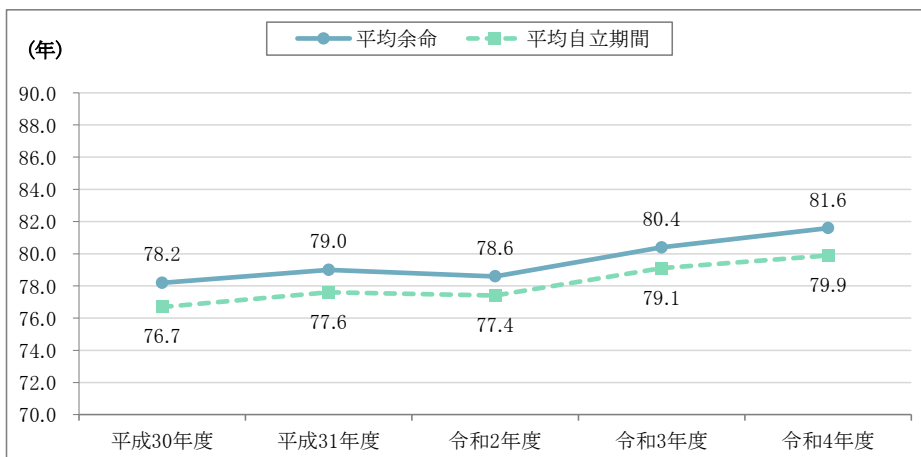
出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

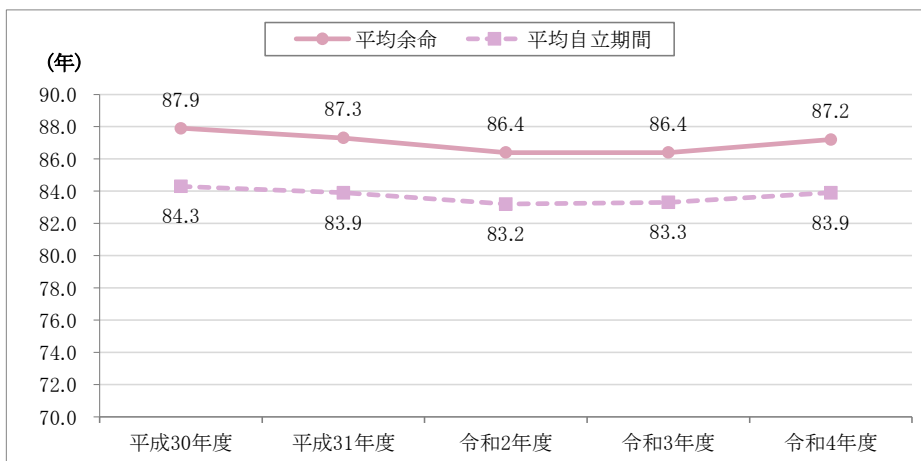
平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

日常生活に制限がある期間の平均…平均余命と平均自立期間の差。

(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

5. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

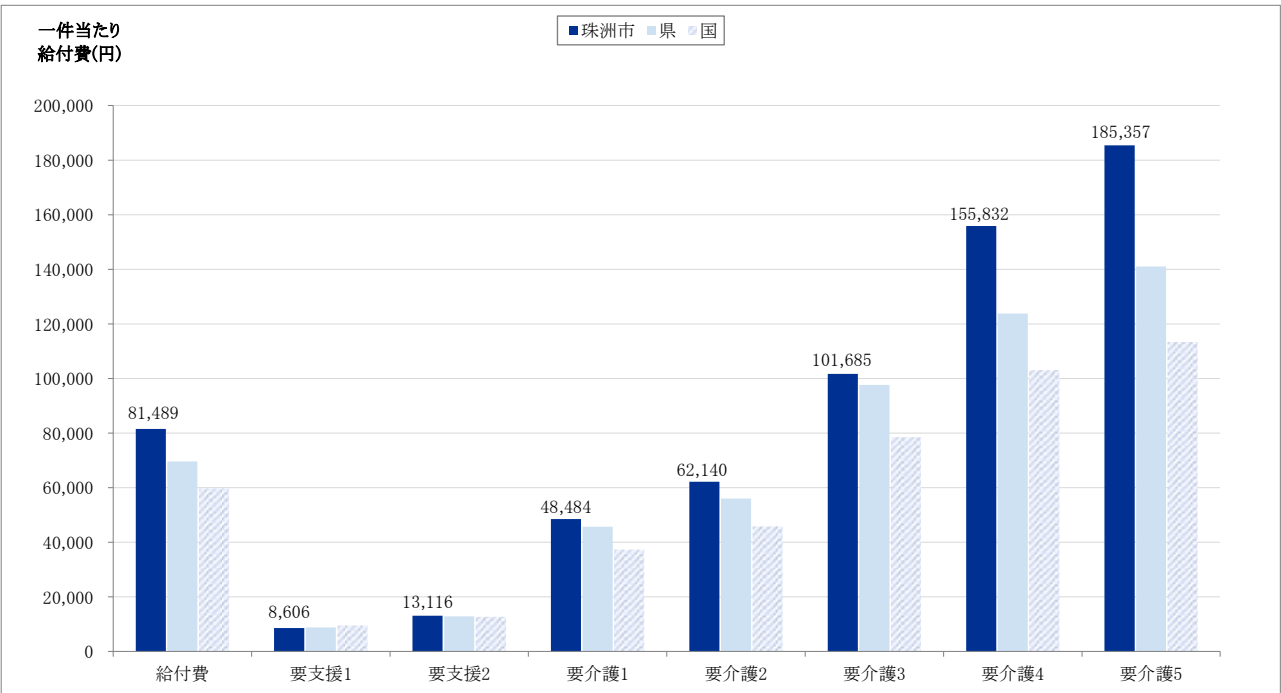
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	珠洲市	県	国
認定率	19.2%	18.3%	19.4%
認定者数(人)	1,250	61,701	6,880,137
第1号(65歳以上)	1,237	60,695	6,724,030
第2号(40～64歳)	13	1,006	156,107
一件当たり給付費(円)			
給付費	81,489	69,621	59,662
要支援1	8,606	8,834	9,568
要支援2	13,116	12,855	12,723
要介護1	48,484	45,718	37,331
要介護2	62,140	56,067	45,837
要介護3	101,685	97,661	78,504
要介護4	155,832	123,780	103,025
要介護5	185,357	141,054	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」

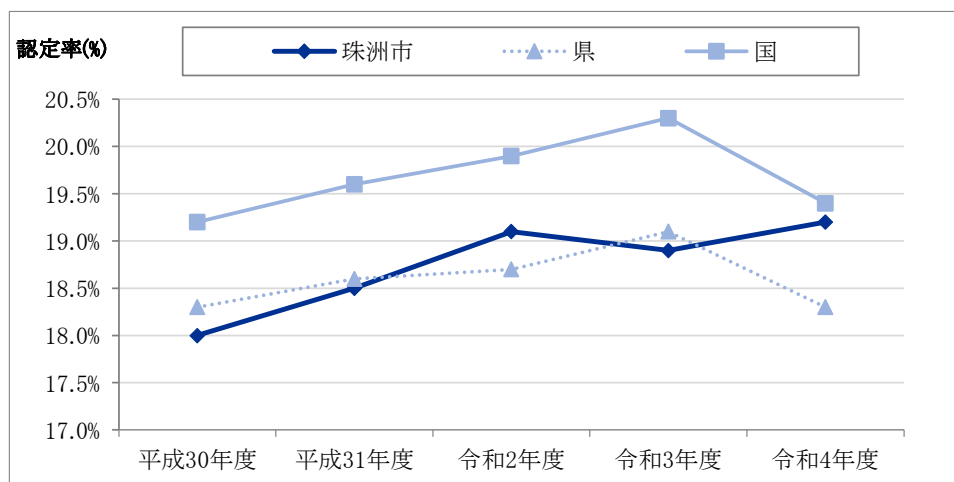
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率19.2%は平成30年度18.0%より1.2ポイント増加しており、令和4年度の認定者数1,250人は平成30年度1,253人より3人減少しています。

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)
珠洲市	平成30年度	18.0%	1,253	1,235	18
	平成31年度	18.5%	1,305	1,286	19
	令和2年度	19.1%	1,326	1,310	16
	令和3年度	18.9%	1,307	1,290	17
	令和4年度	19.2%	1,250	1,237	13
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
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、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると3,251人となり、これを認定者数の実数で除すと2.6となることから、認定者は平均2.6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)

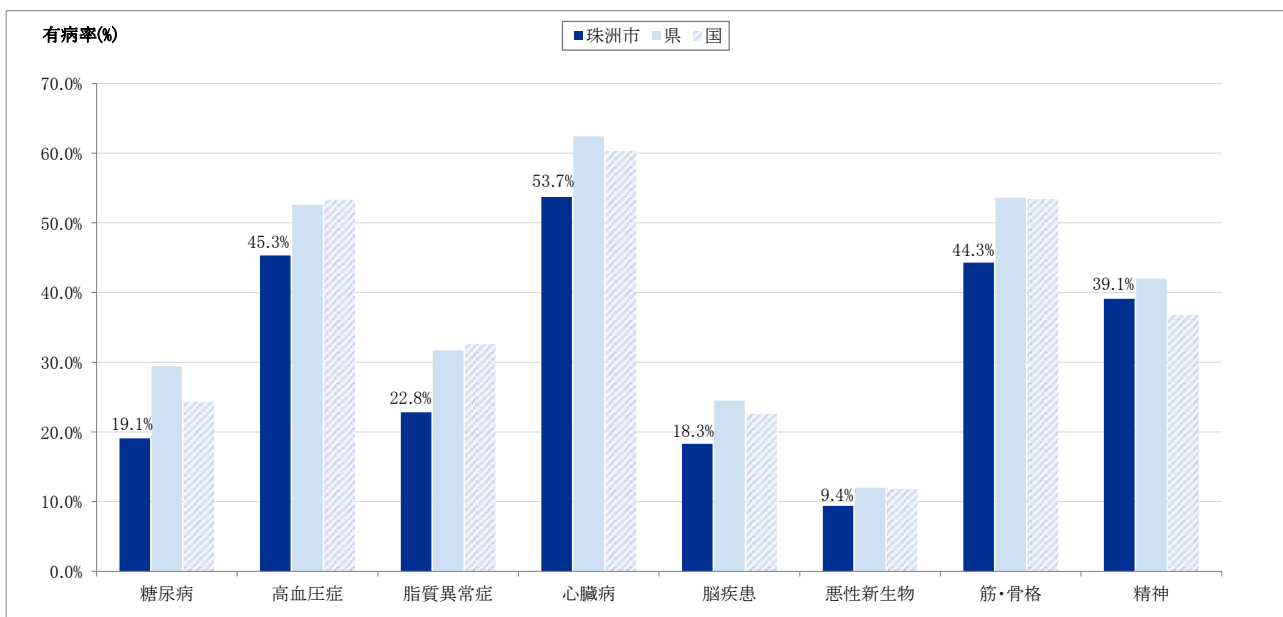
※各項目毎に上位5疾病を

網掛け表示する。

区分	珠洲市	順位	県	順位	国	順位
認定者数(人)	1,250		61,701		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	235	18,829		1,712,613	
	有病率	19.1%	29.4%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	587	33,308		3,744,672	
	有病率	45.3%	52.6%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	286	20,323		2,308,216	
	有病率	22.8%	31.7%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	700	39,445		4,224,628	
	有病率	53.7%	62.4%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	232	15,336		1,568,292	
	有病率	18.3%	24.5%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	118	7,719		837,410	
	有病率	9.4%	12.0%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	579	33,894		3,748,372	
	有病率	44.3%	53.6%		53.4%	
精神	実人数(人)	514	26,509		2,569,149	
	有病率	39.1%	42.0%		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」

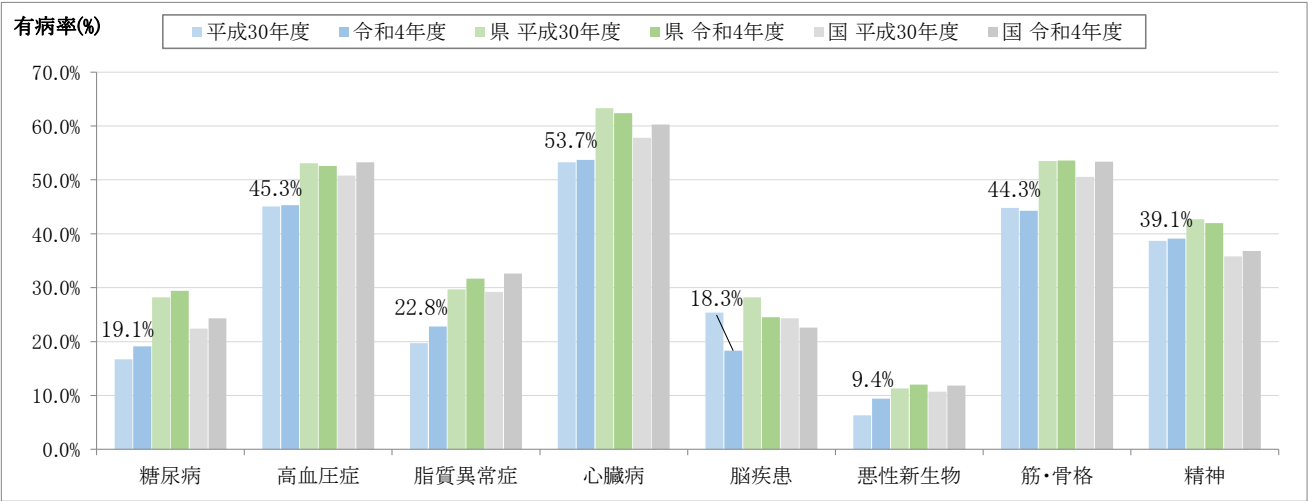
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数2.6疾病は平成30年度からほぼ横ばいとなっています。

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		珠洲市				県		国	
		平成30年度	順位	令和4年度	順位	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
認定者数(人)		1,253		1,250		59,255	61,701	6,482,704	6,880,137
糖尿病	実人数(人)	216	7	235	6	17,056	18,829	1,470,196	1,712,613
	有病率(%)	16.7%		19.1%		28.2%	29.4%	22.4%	24.3%
高血圧症	実人数(人)	571	3	587	2	31,708	33,308	3,318,793	3,744,672
	有病率(%)	45.1%		45.3%		53.1%	52.6%	50.8%	53.3%
脂質異常症	実人数(人)	250	6	286	5	17,738	20,323	1,915,551	2,308,216
	有病率(%)	19.7%		22.8%		29.7%	31.7%	29.2%	32.6%
心臓病	実人数(人)	682	1	700	1	37,708	39,445	3,770,674	4,224,628
	有病率(%)	53.3%		53.7%		63.3%	62.4%	57.8%	60.3%
脳疾患	実人数(人)	340	5	232	7	16,670	15,336	1,563,143	1,568,292
	有病率(%)	25.4%		18.3%		28.2%	24.5%	24.3%	22.6%
悪性新生物	実人数(人)	81	8	118	8	6,799	7,719	702,800	837,410
	有病率(%)	6.3%		9.4%		11.3%	12.0%	10.7%	11.8%
筋・骨格	実人数(人)	577	2	579	3	31,881	33,894	3,305,225	3,748,372
	有病率(%)	44.8%		44.3%		53.5%	53.6%	50.6%	53.4%
精神	実人数(人)	496	4	514	4	25,551	26,509	2,339,782	2,569,149
	有病率(%)	38.7%		39.1%		42.7%	42.0%	35.8%	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」

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」

6. 死亡の状況

以下は、本市の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。

男女別 標準化死亡比※(令和4年度)

	珠洲市	県	国
男性	109.8	98.6	100.0
女性	98.9	98.2	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」

※標準化死亡比とは、年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したもの。

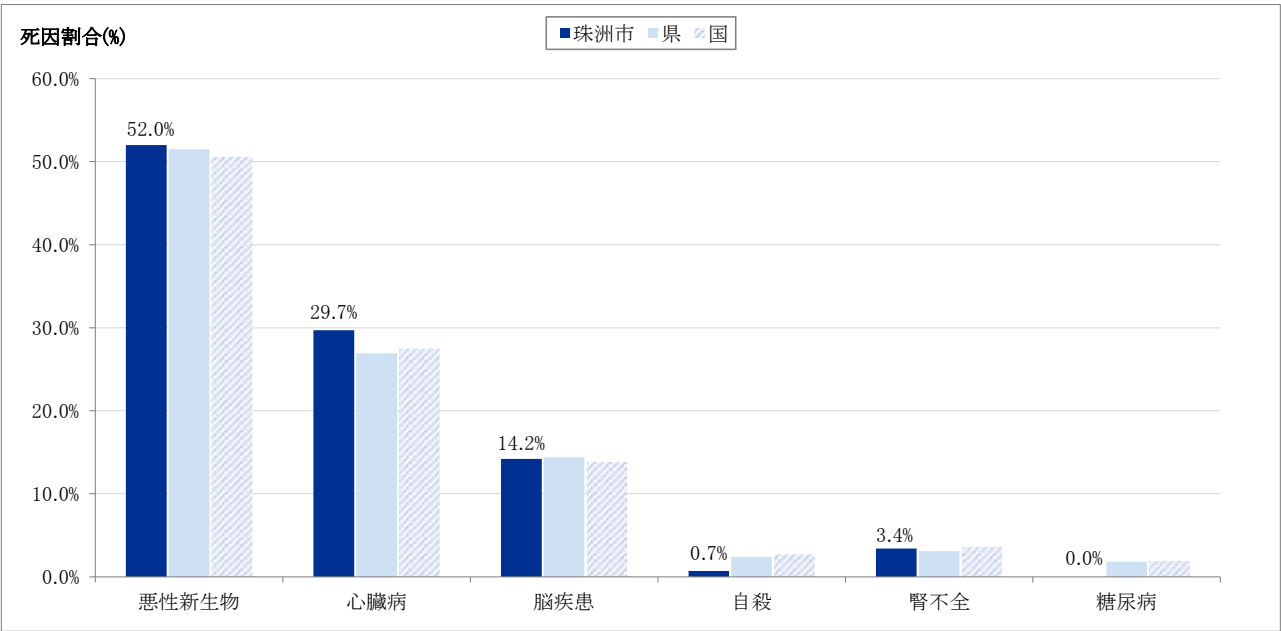
標準化死亡比が基準値(100)より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということを意味し、基準値より小さいということは、全国より良いということを意味する。

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	珠洲市	県	国
悪性新生物	52.0%	51.5%	50.6%
心臓病	29.7%	26.9%	27.5%
脳疾患	14.2%	14.4%	13.8%
自殺	0.7%	2.4%	2.7%
腎不全	3.4%	3.1%	3.6%
糖尿病	0.0%	1.8%	1.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性					女性				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4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
珠洲市	113.8	113.8	113.8	109.8	109.8	101.5	101.5	101.5	98.9	98.9
県	98.4	98.4	98.4	98.6	98.6	95.4	95.4	95.4	98.2	98.2
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

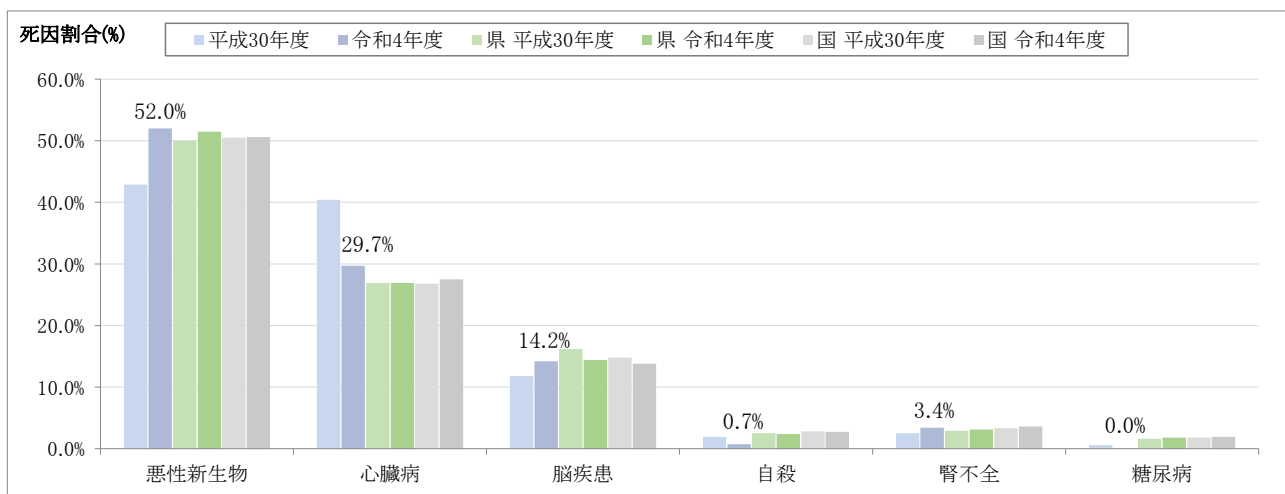
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする割合52.0%は平成30年度42.9%より9.1ポイント増加しており、心臓病を死因とする割合29.7%は平成30年度40.4%より10.7ポイント減少しています。また、脳疾患を死因とする割合14.2%は平成30年度11.8%より2.4ポイント増加しています。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	珠洲市		県		国	
	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
悪性新生物	42.9%	52.0%	50.0%	51.5%	50.5%	50.6%
心臓病	40.4%	29.7%	26.9%	26.9%	26.8%	27.5%
脳疾患	11.8%	14.2%	16.2%	14.4%	14.8%	13.8%
自殺	1.9%	0.7%	2.5%	2.4%	2.8%	2.7%
腎不全	2.5%	3.4%	2.9%	3.1%	3.3%	3.6%
糖尿病	0.6%	0.0%	1.6%	1.8%	1.8%	1.9%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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	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。 【中長期的な目標】 これまでの健診・医療費を分析した結果、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。			
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	1.97%	0.9%	1.6%	現状値は計画策定時実績からはやや減少しているが、中間評価時点からは増加傾向である。
虚血性心疾患の 総医療費に占める割合	2.58%	1.4%	1.8%	現状値は計画策定時実績からは減少しているが、中間評価時点からはやや増加傾向である。
慢性腎不全(透析あり)の 総医療費に占める割合	4.59%	4.2%	5.7%	中間評価時点ではやや減少傾向であったが、現状値は計画策定時点から増加している。

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8事業のうち、目標達成している事業は2事業です。

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

事業名	評価指標 (アウトプット、 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
生活習慣病 重症化予防	メタボリックシンドローム 該当者の割合	23.9%	21.0%	26.2%	3
	メタボリックシンドローム の3項目全てに該当する者 の割合	9.7%	8.5%	10.5%	
	糖尿病重症化予防対象者の 割合	15.4%	15.5%	15.7%	
	健診受診者の糖尿病有病者 (HbA1c6.5以上)の割合	13.5%	11.0%	12.7%	
	健診受診者のうちHbA1cが8 以上であった糖尿病未治療 者数	—	1人	2人	
	糖尿病の未治療者を治療に 結びつける割合	—	70.0%	46.1%	
	糖尿病腎症重症化予防対象 者への保健指導実施率	—	25.0%	17.4%	

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

事業名	評価指標 (アウトプット、 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
特定健診の実施	特定健診受診率	52.7%	60.0%	53.7%	3
特定保健指導の 実施	特定保健指導実施率	65.9%	70.0%	43.7%	2
	特定保健指導対象者の割合	9.9%	9.0%	9.9%	
その他	胃がん検診受診率	9.2%	14.0%	11.6%	3
	肺がん検診受診率	11.8%	13.0%	11.1%	
	大腸がん検診受診率	12.2%	13.0%	12.3%	
	子宮頸がん検診受診率	14.9%	19.0%	11.2%	
	乳がん検診受診率	17.2%	20.0%	15.6%	
	5つのがんの平均受診率	—	15.8%	12.3%	
	胃がん検診精密検査受診率	79.8%	90%以上	72.2%	
	肺がん検診精密検査受診率	85.4%	90%以上	87.5%	
	大腸がん検診精密検査 受診率	82.4%	90%以上	60.9%	
	子宮頸がん検診精密検査 受診率	100%	90%以上	66.7%	
	乳がん検診精密検査受診率	100%	90%以上	88.5%	

事業名	評価指標 (アウトプット、 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
その他	歯科健診(歯周病検診含む) 受診率	—	15.0%	10.96%	4
	すず健やか事業参加者数	976人	1,500人	1,546人	5
	後発医薬品の使用割合	42.3%	80.0%	68.8%	4
	高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施	—	実施	実施	5

生活習慣病重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす
対象者	◆医療機関未受診者 ◆医療機関受診中断者 ◆糖尿病治療中者で下記に当てはまる者 ・HbA1c7.0%以上 ・尿蛋白±以上 ・eGFR60未満
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	◆対象者の進捗管理 ・糖尿病管理台帳を作成し管理していく。 ◆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 ・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行う。また、対象者への保健指導にあたり糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。 ◆医療との連携 ・医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、すず糖尿病予防対策紹介状等を使用する。 ・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、保健指導への助言などの連携を図る。

虚血性心疾患重症化予防事業

事業目的	高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす
対象者	受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準については、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートをもとに考えていく。 ◆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	◆保健指導の実施 ・受診勧奨及び保健指導 虚血性心疾患の予防には、 *少なくとも15秒以上症状が持続する *同じような状況で症状がある *「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 *首や肩、歯へ放散する痛みがある *冷汗や吐気を伴う 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。 ・対象者の管理 糖尿病管理台帳で行う。 ◆医療との連携 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等を活用しデータ化を図る。

脳血管疾患重症化予防事業

事業目的	高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす
対象者	「特定健診受診者における重症化予防対象者」「血圧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により実態を把握し、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	◆保健指導の実施 ・受診勧奨及び保健指導 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。 ・対象者の管理 *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っていく。 ◆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する。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータの収集を図る。

【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該当者の割合

	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)
目標値			22.0%	23.0%	22.5%	22.0%
達成状況	23.9%		24.0%	23.5%	24.0%	26.2%

メタボリックシンドロームの3項目全てに該当する者の割合

	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)
目標値			8.2%	9.1%	8.9%	8.7%
達成状況	9.7%		9.5%	9.6%	9.4%	10.5%

糖尿病重症化予防対象者の割合

	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)
目標値			16.8%	16.5%	16.2%	15.9%
達成状況	15.4%		17.2%	12.6%	9.3%	15.7%

健診受診者の糖尿病有病者(HbA1c6.5以上)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)
目標値			11.0%	12.0%	11.5%	11.3%
達成状況	13.5%		13.0%	13.7%	13.2%	12.7%

健診受診者のうちHbA1cが8以上であった糖尿病未治療者数

	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)
目標値				1人	1人	1人
達成状況			2人	1人	2人	2人

糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合

	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)
目標値				55.0%	60.0%	65.0%
達成状況			50.0%	72.5%	66.6%	46.1%

糖尿病腎症重症化予防対象者への保健指導実施率

	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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況		17.7%	15.2%	23.3%	9.2%	17.4%

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因)	・平成29年度から、珠洲市特定健診結果連絡票を用いた医療連携体制を構築し、受診勧奨及び医療と連携した保健指導を実施してきたが、メタボリックシンドローム該当者や糖尿病重症化予防対象者の割合は計画策定時実績と比較し、ほぼ横ばいである。 ・保健指導実施率は中間評価時点からは上昇しているが、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響により、保健指導利用勧奨の縮小や、重症化予防の保健指導に係る職員の不足により、実施率が落ち込んでいる年がある。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	限られた人数で効果的な受診勧奨や保健指導を行うために、対象者の優先順位を明確にし、引き続き糖尿病管理台帳やKDB等を活用して未治療者や中断者の把握に努めていく。また、「珠洲市特定健診結果連絡票」や「すずかけカンファレンス(糖尿病予防対策検討会)」等を通じて、医療との連携を強化していく。
	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	①集団健診(珠洲市健康増進センター他) ②個別健診(委託医療機関) 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(貧血検査・心電図検査・HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・総コレステロール)を実施する。 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。

【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)
目標値	58.0%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%
達成状況	52.7%	56.0%	54.7%	51.6%	51.1%	53.7%

【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

平成30年度から県内医療機関で受診した人間ドックの助成を行った。また、平成31年度に検査データを特定健診データとして活用する事業を県に委託したことで、受診率の向上を図った。

事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	令和2年度から新型コロナウイルス感染症が流行したことにより、受診控えがあった。また、健診委託医療機関がコロナワクチン接種を優先し、健診業務の対応が難しかったため、令和2年度、3年度の受診率が低下したと考えられる。
	今後の方向性	健診体制は変更せず、このままの体制で引き続き実施する。

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	健診結果に基づき、予防のターゲットを抽出した対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ◆健診結果の見方について通知・説明

【アウトプット・アウトカム評価】

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)
目標値		72.0%	74.0%	62.0%	64.0%	67.0%
達成状況	65.9%	54.7%	61.1%	44.9%	31.9%	43.7%

特定保健指導対象者の割合

	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)
目標値		減少傾向へ		9.5%	9.3%	9.1%
達成状況	9.9%	9.9%	9.6%	9.1%	9.9%	9.9%

事業全体の評価	5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因)	電話や訪問による保健指導利用勧奨、集団での結果説明会を実施していたが、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響を受け、利用勧奨を実施できなかった令和2年度には保健指導実施率は落ち込んでいる。その後、個別での利用勧奨を再開し、実施率はやや回復したが、国が定める保健指導実施率の目標60%には達していない。 保健指導対象者の割合は横這いである。
		今後の方向性	・電話や訪問での個別の保健指導利用勧奨による継続、集団での結果説明会を再開させ、保健指導実施率を向上させる。 ・特定健診の実施から特定保健指導開始までの期間を短縮し、早期に特定保健指導を実施する。

その他

事業目的	①がんの早期発見、早期治療 ②歯科健診(歯周病検診) 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	珠洲市民、珠洲市国民健康保険被保険者
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、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効ながん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。がん検診の受診率と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。 ②歯科健診(歯周病検診) ③すず健やか事業の参加 ④診療報酬等情報に基づき、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・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行う。 ・健康状態が不明である高齢者や健診結果等から重症化予防が必要な高齢者を抽出し、個別的支援を行う。75歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病管理台帳をもとに重症化予防を継続して行う。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していく。

【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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況	9.2%	15.1%	12.4%	12.4%	11.8%	11.6%

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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況	11.8%	19.5%	10.8%	10.8%	10.2%	11.1%

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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況	12.2%	20.4%	11.5%	11.5%	11.0%	12.3%

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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況	14.9%	37.4%	17.1%	15.5%	13.1%	11.2%

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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況	17.2%	38.5%	18.0%	18.1%	17.5%	15.6%

5つのがんの平均受診率

	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)
目標値		増加傾向へ				
達成状況		26.1%	13.9%	13.6%	12.7%	12.3%

胃がん検診精密検査受診率

	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)
目標値		増加傾向(現状維持)へ				
達成状況	79.8%	76.7%	87.5%	68.0%	81.4%	72.2%

肺がん検診精密検査受診率

	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)
目標値		増加傾向(現状維持)へ				
達成状況	85.4%	72.7%	83.3%	100%	61.1%	87.5%

大腸がん検診精密検査受診率

	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)
目標値		増加傾向(現状維持)へ				
達成状況	82.4%	74.5%	77.1%	73.2%	83.1%	60.9%

子宮頸がん検診精密検査受診率

	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)
目標値		増加傾向(現状維持)へ				
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	66.7%

乳がん検診精密検査受診率

	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)
目標値		増加傾向(現状維持)へ				
達成状況	100%	80.0%	95.8%	94.4%	85.7%	88.5%

【②歯科健診(歯周病検診)】

歯科健診(歯周病検診含む)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)
目標値				9.0%	11.0%	13.0%
達成状況			6.37%	8.38%	11.14%	10.96%

【③すず健やか事業の参加】

すず健やか事業参加者数

	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)
目標値			1,200人	1,460人	1,470人	1,480人
達成状況	976人		1,408人	1,467人	1,522人	1,546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)
目標値		60.0%	70.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	42.3%	51.9%	53.8%	66.6%	66.2%	68.8%

【⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

高齢者の保健事業と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)
目標値				実施	実施	実施
達成状況				実施	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

④平成31年度から送付する差額通知について、通知対象とする差額を200円から100円に、投与期間を14日以上から1日以上に変更したことにより対象となる被保険者が増加。ジェネリック医薬品の普及・啓発を図った。

①の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因) ①がん検診無料クーポンの配布、未受診者勧奨、レディース健診日の設置等実施してきたが、受診率は横ばいである。 ②歯周疾患検診は広報や個別通知による受診勧奨・未受診者への再勧奨等を実施し、近年緩やかに上昇傾向である。検診受診者の結果、要治療となる者が多く、治療が必要となつてから受診する傾向がある。歯科医院への定期的な検診が重要であることや、歯周病予防への普及啓発を強化していく必要がある。 ③さまざまなイベントや教室の企画、広報活動等を実施し、すず健やか事業の参加者数は増加傾向であり、目標値を達成している。今後は、若年層の取り込みや、活用者の増加を目指していく。 ④ジェネリック医薬品については普及が広がっていることもあり、年々使用割合は増加しているが、目標である80%には届いていない。院内処方医療機関が市内にないことは要因の1つと考えられる。
②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	
③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	
④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	今後の方向性 ①検診の受診手続きの簡素化、効果的な受診勧奨、職域での受診機会のない者に対する受診体制の整備、個別受診勧奨・再勧奨、がん検診と特定健診の同時実施の増加等、受診者の利便性の向上に努める。 ②歯周疾患検診の必要性についての普及啓発や、個別通知・再勧奨の実施の強化を行う。また、乳幼児期からの歯科保健対策の啓発を図るとともに、正しい知識の普及と生活習慣改善のための支援を行う。 ③幅広い年代に対する健康維持増進、健康づくり意識向上のため、すず健やか事業における若年層の取り込みを推進する運動・健康イベントの企画を実施する。 ④ジェネリック医薬品差額通知は引き続き実施する。
⑤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	

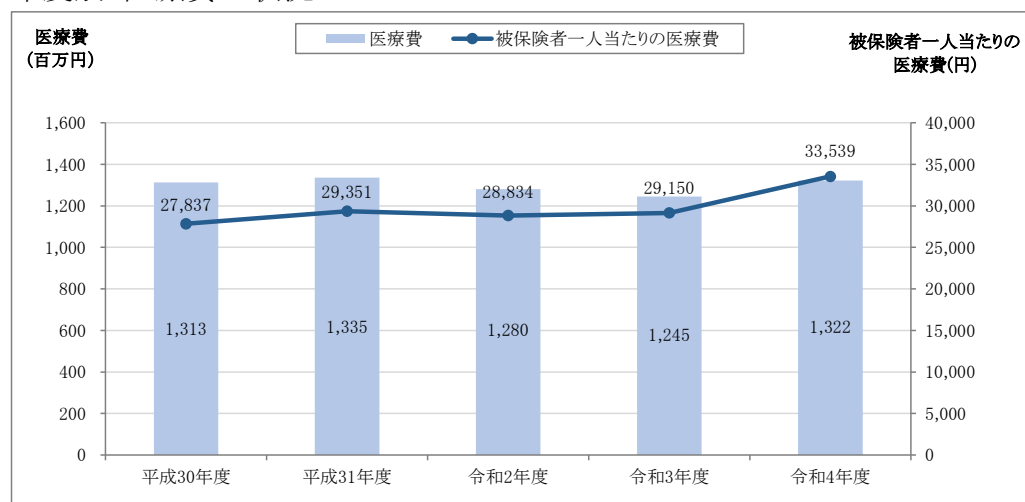
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

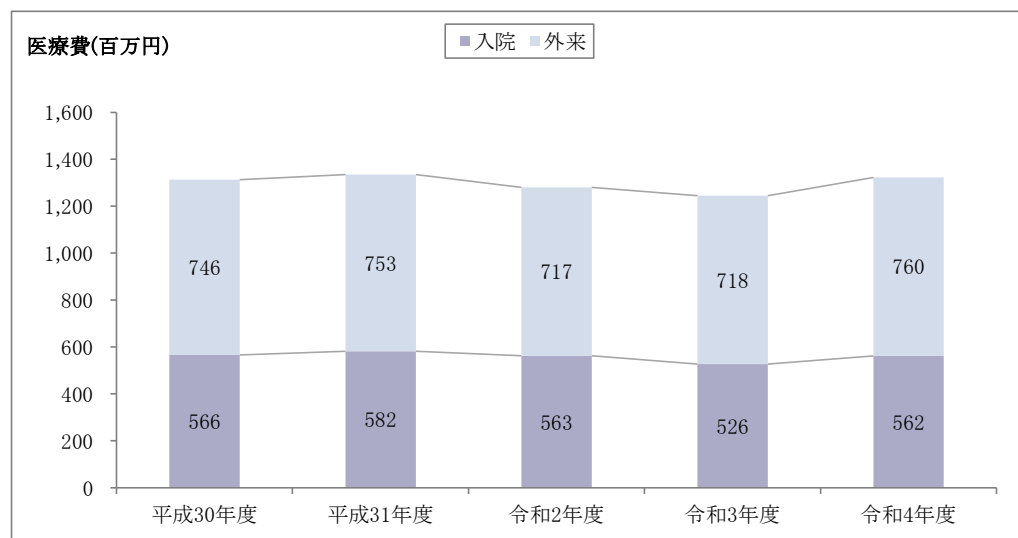
以下は、本市の医療費の状況を示したものです。

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。

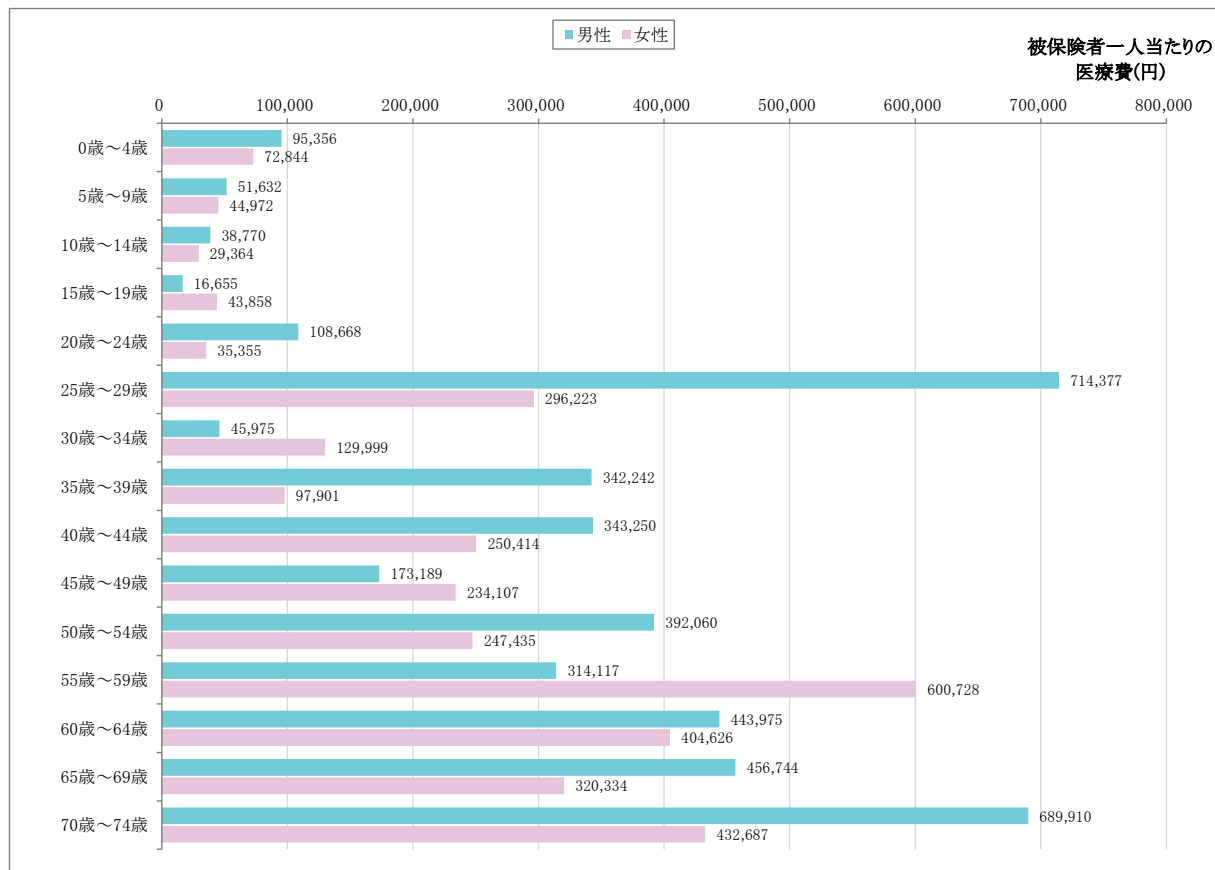
年度別 入院・外来別医療費



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、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」

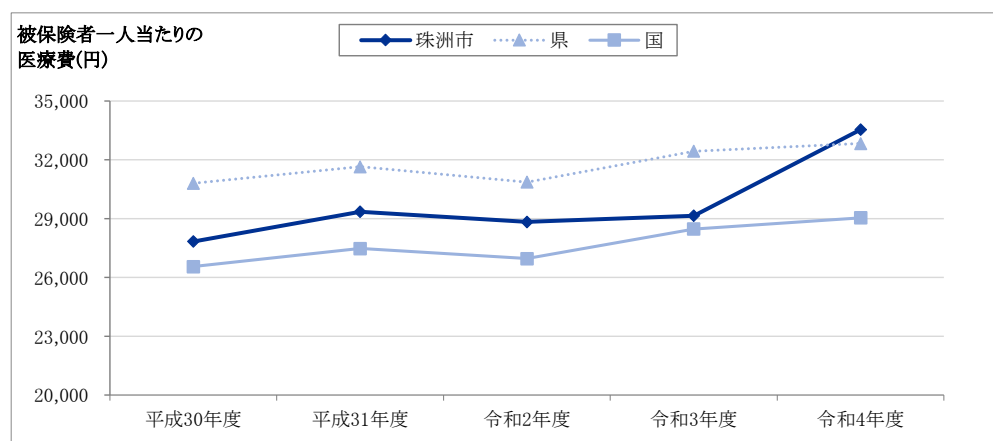
以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。

年度別 被保険者一人当たりの医療費 単位:円

年度	珠洲市	県	国
平成30年度	27,837	30,800	26,555
平成31年度	29,351	31,652	27,475
令和2年度	28,834	30,867	26,961
令和3年度	29,150	32,441	28,469
令和4年度	33,539	32,833	29,043

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

年度別 被保険者一人当たりの医療費

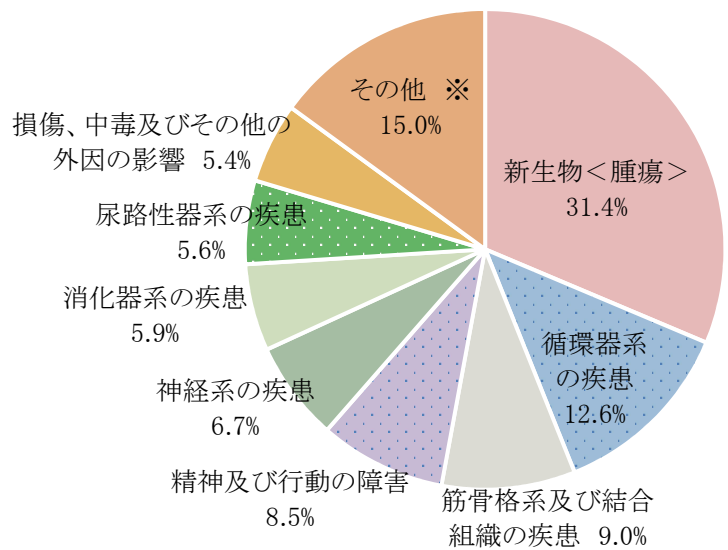


出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

(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、31.4%を占めています。

大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

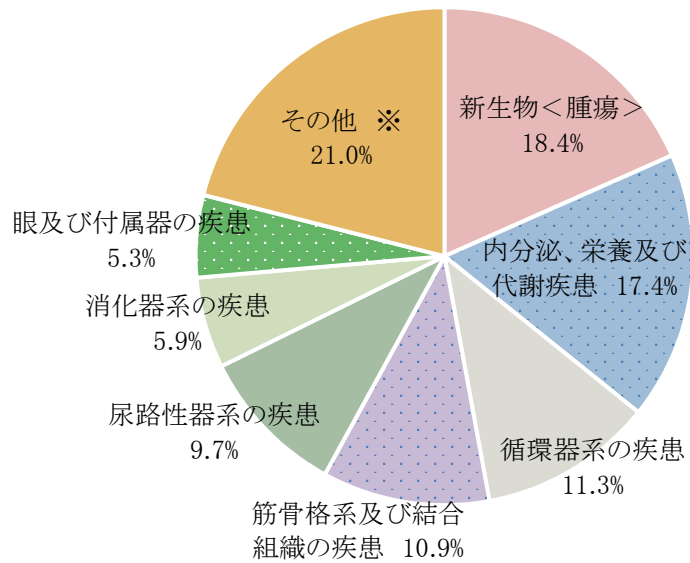
大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析			細小分類分析	
1	新生物＜腫瘍＞	31.4%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	11.4%		前立腺がん	2.1%
			悪性リンパ腫	7.9%		膵臓がん	1.0%
						食道がん	0.8%
					気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	4.8%	肺がん
2	循環器系の疾患	12.6%	その他の心疾患	4.6%		不整脈	3.3%
			虚血性心疾患	3.2%		心臓弁膜症	0.3%
						心筋梗塞	1.5%
					その他の脳血管疾患	1.7%	
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.0%	関節症	2.3%		関節疾患	2.3%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	1.5%			
					その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1.4%	
4	精神及び行動の障害	8.5%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.2%		統合失調症	7.2%
			血管性及び詳細不明の認知症	0.8%			
						認知症	0.8%
					気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	0.4%	うつ病

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、18.4%を占めています。
大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物＜腫瘍＞	18.4%	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	8.2%	肺がん	8.2%
			その他の悪性新生物＜腫瘍＞	4.2%	前立腺がん	1.5%
			良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	1.6%	子宮筋腫	0.0%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	17.4%	糖尿病	10.7%	糖尿病	9.9%
					糖尿病網膜症	0.7%
			脂質異常症	4.6%	脂質異常症	4.6%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.6%	痛風・高尿酸血症	0.0%
3	循環器系の疾患	11.3%	高血圧性疾患	5.5%	高血圧症	5.5%
			その他の心疾患	4.0%	不整脈	2.7%
			虚血性心疾患	0.9%	狭心症	0.6%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.9%	炎症性多発性関節障害	3.2%	関節疾患	3.2%
					痛風・高尿酸血症	0.0%
			骨の密度及び構造の障害	2.8%		
			脊椎障害（脊椎症を含む）	1.7%		

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

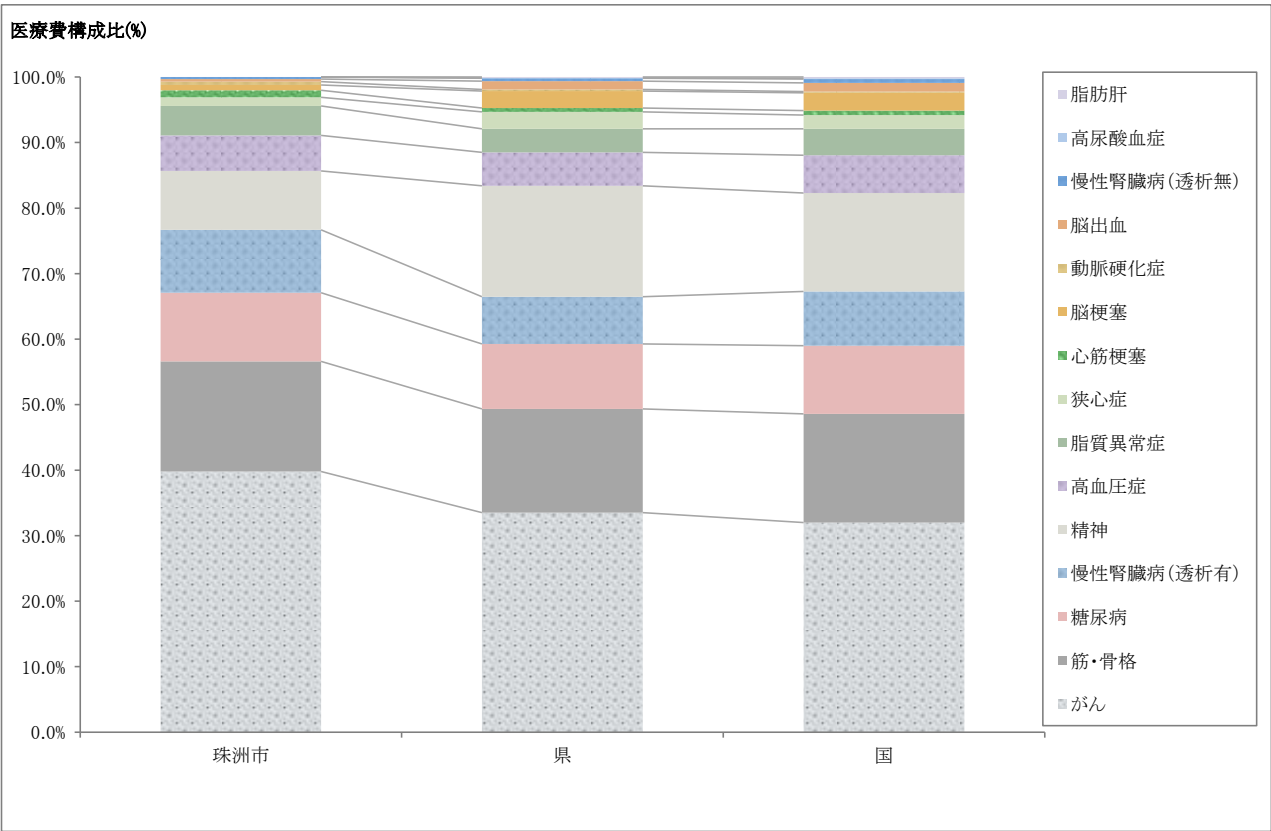
以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものです。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	珠洲市	県	国
がん	39.8%	33.5%	32.0%
筋・骨格	16.8%	15.8%	16.6%
糖尿病	10.5%	9.9%	10.4%
慢性腎臓病(透析有)	9.6%	7.2%	8.3%
精神	9.0%	16.9%	15.0%
高血圧症	5.4%	5.1%	5.8%
脂質異常症	4.5%	3.6%	4.0%
狭心症	1.3%	2.6%	2.1%
心筋梗塞	1.1%	0.6%	0.7%
脳梗塞	0.8%	2.6%	2.7%
動脈硬化症	0.5%	0.2%	0.2%
脳出血	0.4%	1.3%	1.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.3%	0.4%	0.6%
高尿酸血症	0.0%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.0%	0.1%	0.2%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

最大医療資源傷病名別医療費構成比(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」

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
全体	3,437	2,340	1,553	45.2%	118	7.6%	164	10.6%	14	0.9%	462	29.7%	36	2.3%
64歳以下	1,295	600	360	27.8%	21	5.8%	25	6.9%	12	3.3%	100	27.8%	12	3.3%
65歳以上	2,142	1,740	1,193	55.7%	97	8.1%	139	11.7%	2	0.2%	362	30.3%	24	2.0%

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
全体	27	1.7%	27	1.7%	20	1.3%	947	61.0%	151	9.7%	722	46.5%
64歳以下	7	1.9%	7	1.9%	6	1.7%	173	48.1%	38	10.6%	129	35.8%
65歳以上	20	1.7%	20	1.7%	14	1.2%	774	64.9%	113	9.5%	593	49.7%

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

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
全体	3,437	2,340	462	13.4%	36	7.8%	27	5.8%	27	5.8%	20	4.3%
64歳以下	1,295	600	100	7.7%	12	12.0%	7	7.0%	7	7.0%	6	6.0%
65歳以上	2,142	1,740	362	16.9%	24	6.6%	20	5.5%	20	5.5%	14	3.9%

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
全体	52	11.3%	75	16.2%	10	2.2%	336	72.7%	68	14.7%	295	63.9%
64歳以下	10	10.0%	11	11.0%	8	8.0%	60	60.0%	12	12.0%	55	55.0%
65歳以上	42	11.6%	64	17.7%	2	0.6%	276	76.2%	56	15.5%	240	66.3%

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5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(%)
			C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C
全体	3,437	2,340	722	21.0%	57	7.9%	121	16.8%	8	1.1%	295	40.9%
64歳以下	1,295	600	129	10.0%	8	6.2%	19	14.7%	6	4.7%	55	42.6%
65歳以上	2,142	1,740	593	27.7%	49	8.3%	102	17.2%	2	0.3%	240	40.5%

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
全体	27	3.7%	20	2.8%	11	1.5%	15	2.1%	504	69.8%	82	11.4%
64歳以下	9	7.0%	6	4.7%	2	1.6%	5	3.9%	79	61.2%	20	15.5%
65歳以上	18	3.0%	14	2.4%	9	1.5%	10	1.7%	425	71.7%	62	10.5%

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5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(%)
			C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C
全体	3,437	2,340	947	27.6%	97	10.2%	128	13.5%	12	1.3%	336	35.5%
64歳以下	1,295	600	173	13.4%	17	9.8%	17	9.8%	10	5.8%	60	34.7%
65歳以上	2,142	1,740	774	36.1%	80	10.3%	111	14.3%	2	0.3%	276	35.7%

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
全体	29	3.1%	23	2.4%	18	1.9%	16	1.7%	128	13.5%	504	53.2%
64歳以下	9	5.2%	4	2.3%	3	1.7%	2	1.2%	27	15.6%	79	45.7%
65歳以上	20	2.6%	19	2.5%	15	1.9%	14	1.8%	101	13.0%	425	54.9%

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5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	G/C
全体	3,437	2,340	164	4.8%	21	12.8%	5	3.0%	75	45.7%	8	4.9%
64歳以下	1,295	600	25	1.9%	2	8.0%	4	16.0%	11	44.0%	1	4.0%
65歳以上	2,142	1,740	139	6.5%	19	13.7%	1	0.7%	64	46.0%	7	5.0%

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
全体	11	6.7%	3	1.8%	4	2.4%	128	78.0%	21	12.8%	121	73.8%
64歳以下	3	12.0%	0	0.0%	1	4.0%	17	68.0%	1	4.0%	19	76.0%
65歳以上	8	5.8%	3	2.2%	3	2.2%	111	79.9%	20	14.4%	102	73.4%

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5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	G/C
全体	3,437	2,340	118	3.4%	21	17.8%	3	2.5%	52	44.1%	10	8.5%
64歳以下	1,295	600	21	1.6%	2	9.5%	2	9.5%	10	47.6%	4	19.0%
65歳以上	2,142	1,740	97	4.5%	19	19.6%	1	1.0%	42	43.3%	6	6.2%

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
全体	6	5.1%	4	3.4%	6	5.1%	97	82.2%	14	11.9%	57	48.3%
64歳以下	1	4.8%	1	4.8%	2	9.5%	17	81.0%	2	9.5%	8	38.1%
65歳以上	5	5.2%	3	3.1%	4	4.1%	80	82.5%	12	12.4%	49	50.5%

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5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(%)
珠洲市	3,142	14	0.45%
県	199,722	656	0.33%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典：国保データベース（KDB）システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成31年度	10	61,340,480	6,134,048
令和2年度	13	76,761,220	5,904,709
令和3年度	12	77,867,710	6,488,976
令和4年度	14	82,113,890	5,865,278

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の。

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
全体	3,437	2,340	14	0.4%	10	71.4%	3	21.4%	3	21.4%	1	7.1%
64歳以下	1,295	600	12	0.9%	8	66.7%	3	25.0%	2	16.7%	1	8.3%
65歳以上	2,142	1,740	2	0.1%	2	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	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
全体	0	0.0%	12	85.7%	4	28.6%	8	57.1%	3	21.4%	5	35.7%
64歳以下	0	0.0%	10	83.3%	2	16.7%	6	50.0%	2	16.7%	4	33.3%
65歳以上	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%

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5月診療分）

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の74.3%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
珠洲市	40歳～64歳	人数(人)	83	113	75	51	16	50	164	33
		割合(%)	29.9%	40.6%	27.0%	18.3%	5.8%	18.0%	59.0%	11.9%
	65歳～74歳	人数(人)	305	429	299	133	59	254	850	89
		割合(%)	28.1%	39.5%	27.5%	12.2%	5.4%	23.4%	78.2%	8.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	388	542	374	184	75	304	1,014	122
		割合(%)	28.4%	39.7%	27.4%	13.5%	5.5%	22.3%	74.3%	8.9%
県		割合(%)	27.3%	36.7%	24.9%	14.7%	5.0%	17.3%	65.6%	7.4%
国		割合(%)	26.9%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.9%	58.2%	6.6%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
珠洲市	40歳～64歳	人数(人)	100	48	126	2	92	51	110	44
		割合(%)	36.0%	17.3%	45.3%	0.7%	33.1%	18.3%	39.6%	15.8%
	65歳～74歳	人数(人)	525	172	419	29	510	215	349	294
		割合(%)	48.3%	15.8%	38.5%	2.7%	46.9%	19.8%	32.1%	27.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	625	220	545	31	602	266	459	338
		割合(%)	45.8%	16.1%	39.9%	2.3%	44.1%	19.5%	33.6%	24.8%
県		割合(%)	46.9%	18.3%	43.9%	1.5%	27.4%	12.5%	35.1%	25.3%
国		割合(%)	48.3%	20.8%	50.1%	1.3%	21.4%	18.4%	5.2%	21.8%

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

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は10.6%、該当者は26.2%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10.5%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
							人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)						
40歳～64歳	278	36.6%	16	5.8%	38	13.7%	2	0.7%	20	7.2%	16	5.8%
65歳～74歳	1,087	59.9%	24	2.2%	107	9.8%	8	0.7%	69	6.3%	30	2.8%
全体(40歳～74歳)	1,365	53.0%	40	2.9%	145	10.6%	10	0.7%	89	6.5%	46	3.4%

年齢階層	該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	59	21.2%	14	5.0%	2	0.7%	24	8.6%	19	6.8%
65歳～74歳	298	27.4%	51	4.7%	11	1.0%	111	10.2%	125	11.5%
全体(40歳～74歳)	357	26.2%	65	4.8%	13	1.0%	135	9.9%	144	10.5%

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。

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

質問票調査の状況（令和4年度）

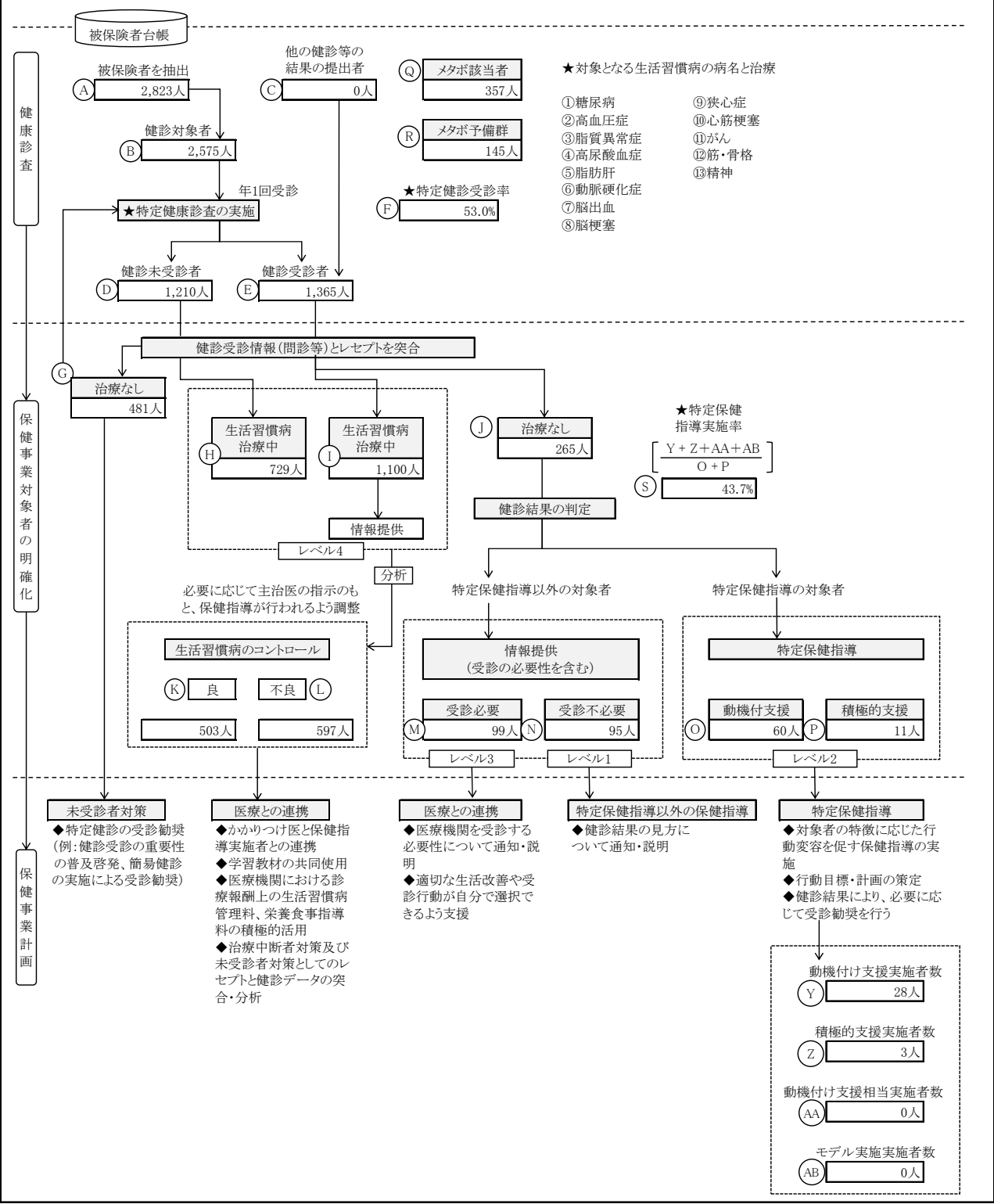
分類	質問項目	40歳～64歳		65歳～74歳		全体(40歳～74歳)	
		珠洲市	県	珠洲市	県	珠洲市	県
服薬	服薬_高血圧症	29.5%	21.7%	50.5%	45.8%	46.2%	39.7%
	服薬_糖尿病	9.4%	6.3%	15.2%	12.5%	14.0%	10.9%
	服薬_脂質異常症	17.6%	18.3%	36.6%	37.9%	32.7%	33.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.8%	2.3%	4.4%	4.1%	4.3%	3.7%
	既往歴_心臓病	5.7%	2.9%	6.5%	6.8%	6.4%	5.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.0%	0.7%	0.5%	1.0%	0.4%	0.9%
	既往歴_貧血	14.2%	16.1%	10.4%	11.1%	11.2%	12.4%
	喫煙	23.4%	18.4%	12.5%	10.4%	14.7%	12.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	39.3%	36.6%	32.3%	33.0%	33.7%	33.9%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	72.5%	70.7%	61.5%	56.8%	63.7%	60.3%
	1日1時間以上運動なし	59.5%	49.0%	52.9%	46.3%	54.3%	47.0%
	歩行速度遅い	60.2%	57.6%	60.7%	54.0%	60.6%	54.9%
食事	食べる速度が速い	27.9%	33.5%	24.3%	28.6%	25.0%	29.8%
	食べる速度が普通	63.4%	58.9%	67.0%	63.1%	66.2%	62.1%
	食べる速度が遅い	8.8%	7.6%	8.8%	8.3%	8.8%	8.1%
	週3回以上就寝前夕食	24.5%	23.8%	22.4%	16.1%	22.8%	18.0%
	週3回以上朝食を抜く	14.9%	19.0%	4.3%	5.7%	6.4%	9.1%
飲酒	毎日飲酒	30.2%	25.9%	31.4%	25.6%	31.1%	25.7%
	時々飲酒	21.3%	22.8%	19.7%	18.9%	20.0%	19.9%
	飲まない	48.5%	51.2%	48.9%	55.5%	48.9%	54.4%
	1日飲酒量(1合未満)	57.4%	60.9%	60.9%	66.8%	60.2%	65.2%
	1日飲酒量(1～2合)	26.2%	23.6%	26.6%	23.9%	26.5%	23.8%
	1日飲酒量(2～3合)	12.0%	11.1%	11.1%	8.0%	11.3%	8.9%
	1日飲酒量(3合以上)	4.4%	4.4%	1.4%	1.3%	2.0%	2.1%
	睡眠	22.8%	25.5%	20.8%	22.3%	21.2%	23.1%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	30.9%	22.9%	32.8%	31.3%	32.4%	29.1%
	改善意欲あり	34.7%	40.7%	35.1%	34.5%	35.0%	36.1%
	改善意欲ありかつ始めている	10.3%	12.8%	9.2%	8.6%	9.4%	9.7%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.5%	9.3%	7.0%	7.4%	7.5%	7.9%
	取り組み済み6ヶ月以上	14.5%	14.2%	16.0%	18.3%	15.7%	17.2%
	保健指導利用しない	60.5%	67.3%	62.8%	70.5%	62.4%	69.7%
咀嚼	咀嚼_何でも	73.3%	85.0%	68.3%	76.0%	69.3%	78.3%
	咀嚼_かみにくい	25.2%	14.2%	30.8%	22.9%	29.7%	20.7%
	咀嚼_ほとんどかめない	1.5%	0.8%	0.9%	1.1%	1.0%	1.0%
間食	3食以外間食_毎日	22.1%	25.2%	18.1%	23.1%	18.9%	23.6%
	3食以外間食_時々	57.6%	53.3%	60.6%	56.0%	60.0%	55.3%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	20.2%	21.5%	21.3%	20.9%	21.1%	21.1%

出典：国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

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

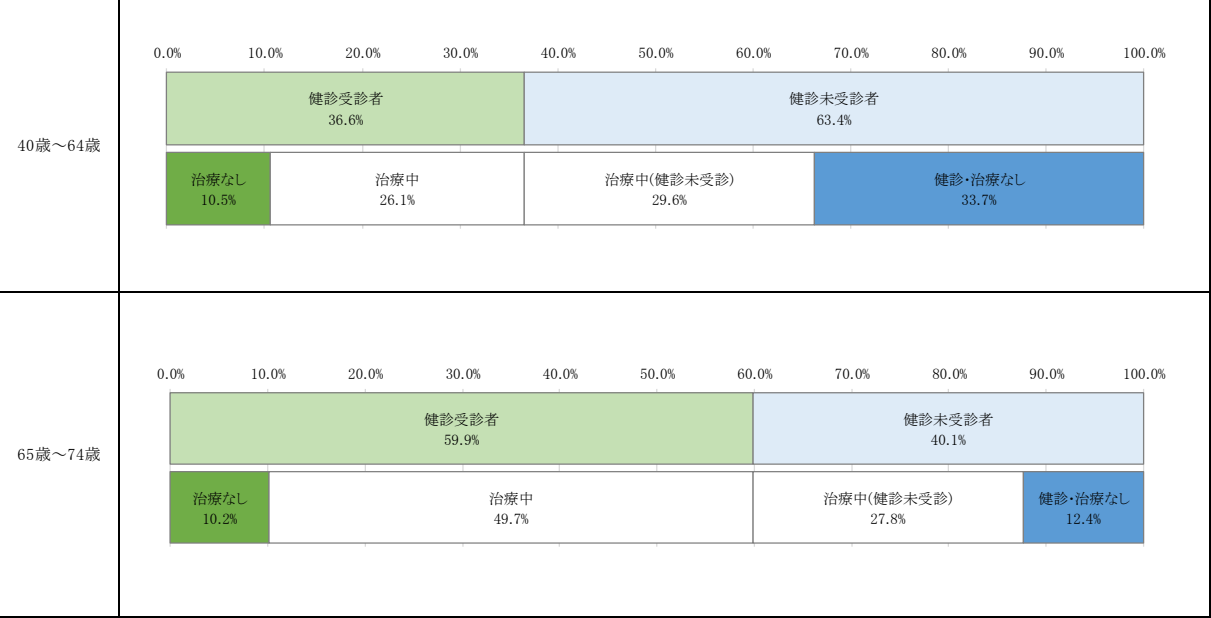
被保険者の階層化(令和4年度)



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

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

特定健診対象者の生活習慣病治療状況（令和4年度）



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

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 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	生活習慣病 - 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。 - 透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。	1	①、②、③、④	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 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	医療費、受診行動 - 後発医薬品の使用割合は68.8%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	医療費適正化と適正受診・適正服薬 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	介護、高齢者支援 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	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 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	被保険者の健康意識 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63.7%、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は32.4%である。	4	⑧	被保険者の健康意識の向上 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

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	53.7%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定保健指導対象者の減少率	14.8%	15.1%	15.5%	15.9%	16.2%	16.6%	17.0%
健診異常値放置者の 医療機関受診率	47.7%	49.7%	51.7%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
糖尿病性腎症による 新規人工透析患者数	3人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
健診受診者のHbA1c8.0% 以上者の割合	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
後発医薬品使用割合	68.8%	72.0%	73.5%	75.0%	76.5%	78.0%	80.0%
通知対象者の服薬状況の 改善割合	—	—	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
調整済み重度認定率	5.6%	5.6%	5.6%	5.5%	5.4%	5.4%	5.3%
健診質問票の 「運動習慣あり」の回答割合	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%	41.5%	43.0%	44.5%
健康管理アプリ登録者の データ送信率	45.5%	47.9%	50.3%	52.7%	55.1%	57.5%	60.0%

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	事業分類	事業概要	区分	重点
A-①	特定健康診査 受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群に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	✓
A-②	特定保健指導事業	特定健診の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、保健師・管理栄養士等による支援を実施する。	継続	✓
A-③	生活習慣病重症化予防事業	特定健診の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に、医療機関への定期的な通院を促す受診勧奨を実施する。医療機関からの保健指導の依頼を受け、保健指導を実施する。	継続	✓
A-④	糖尿病性腎症 重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健診の結果から、糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者を治療に結びつける。かかりつけ医からの保健指導の指示を受け、保健指導を実施する。	継続	✓
B-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	
B-⑥	服薬情報通知事業	多くの種類の薬剤を長期で服用している者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する。	新規	
C-⑦	高齢者の保健事業と介護 予防の一体的な実施事業	フレイル対策が必要と思われる高齢者を対象に、専門職による運動指導や保健指導が盛り込まれたプログラムを実施する。	継続	✓
D-⑧	健康管理アプリを活用した 健康づくり事業	健康管理アプリの登録を被保険者に促す。登録者に対しては、特定健診の受診やウォーキング等に係る健康ポイント等のインセンティブを有効活用することで、健康意識の向上、健康行動の促進を図る。	継続	

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号:A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	特定健康診査対象者のうち、特定健診または人間ドック等を受診していない者
現在までの事業結果	未受診者勧奨通知作成業務、電話勧奨は石川県国民健康保険団体連合会に委託し実施してきた。平成30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、平成31年度から3年度は落ち込んだ。コロナ禍でも受診勧奨は継続し、受診率はコロナ前の数値に回復しつつある。

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	特定健康診査受診率	53.7%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託を検討し、実施する。 ・委託業務は、対象者選定、勧奨業務全般、効果測定とする(予定)。 ・対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。 ・電話による受診勧奨は石川県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。 ・珠洲市総合病院や能登北部医師会と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

・7月末までの未受診者全員を対象として、年1回(9月頃)に勧奨はがきを送付している。 ・過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。 ・電話による受診勧奨は石川県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用している。電話勧奨の対象者は未受診者のうち、3年連続受診者を除いた者。40歳到達者や60歳以上で社保離脱後初めて国保の特定健診対象となった者など毎年対象者を変えている。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・7月末までの未受診者全員を対象として、年1回(9月頃)に勧奨はがきを送付する。 ・電話による受診勧奨は石川県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。 ・電話勧奨のため、過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用する。 ・電話勧奨のため、対象者の特性別にグループ化について、過年度の医療機関受診状況を把握するために、レセプトデータも活用する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は市民課、連携部門は福祉課健康増進センターとする。 ・市民課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、福祉課健康増進センターは実務支援を担当する。 ・石川県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は市民課、連携部門は福祉課健康増進センターとする。 ・市民課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、福祉課健康増進センターは実務支援を担当する。 ・石川県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。
--

評価計画

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の意味する。
--

事業番号:A-② 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	特定保健指導対象者の減少
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者
現在までの事業結果	電話や訪問による保健指導利用勧奨、集団での結果説明会を実施していたが、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響を受け、利用勧奨を実施できなかった令和2年度には保健指導実施率は落ち込んでいる。その後、個別面接での利用勧奨を再開し実施率はやや回復したが、国が定める目標60%には達していない。

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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	14.8%	15.1%	15.5%	15.9%	16.2%	16.6%	17.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	43.7%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

目標を達成するための主な戦略	・特定保健指導判定値の該当者に対して、結果説明会または面接を実施する。 ・特定健康診査の結果は事前に郵送せず、結果説明会または面接でお渡しする。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・特定保健指導判定値の該当者には、電話で利用勧奨を実施し、面接の予約をしている。 ・特定健診結果返却時に、特定保健指導の面接を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・結果説明会を実施し、説明会実施時に対象者には特定保健指導を実施する。 ・結果説明会不参加者に対しては、次回の結果説明または個人面接に向けて電話による利用勧奨を実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は健康増進センターとし、保健師、管理栄養士が業務を担当している。 ・健康増進センターは、関係機関との連携調整、事業計画、案内文書作成・結果説明会開催等の事業実務を担当している。 ・市民課は、予算編成を担当している。 ・保健指導は地区担当制で実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・地区担当者は実施状況を主担当と定期的に情報共有し、事業を進めていく。 ・特定健診の実施から特定保健指導開始までの期間を短縮し、早期に特定保健指導を実施する。
--

評価計画

アウトカム指標「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」は、法定報告における値を確認する。割合が減少すれば、特定保健指導の実施体制や保健指導の技術的な面等が適切だったことを意味する。
--

事業番号:A-③ 生活習慣病重症化予防事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者 (判定値) 血圧:収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上 脂質:LDLコレステロール180mg/dl以上 血糖:HbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖値126mg/dl以上もしくは随時血糖200mg/dl以上 慢性腎不全:尿蛋白+以上、尿蛋白±でGFR60未満、尿蛋白±で尿潜血、GFR45未満、GFR60未満で40歳未満
現在までの事業結果	健診結果と併せてレセプトデータを確認し、対象者へ受診勧奨を実施してきた。面接及び通知文書の送付により、受診勧奨は100%の実施率であるが、受診勧奨による医療機関受診率は50%前後を推移している。

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	健診異常値放置者の医療機関受診率	47.7%	49.7%	51.7%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	健診異常値放置者の受診勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	・勧奨業務は、通知文書の郵送及び面接による受診勧奨とする。 ・連絡票を通して、医療機関と受診状況や検査結果等の情報共有を図る。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- ① レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。
- ② 対象者に医療機関への受診を促す連絡票を渡し、受診勧奨を実施する。
- ③ 対象者は連絡票を持って医療機関を受診し、医療機関は連絡票を通して検査結果を市へ報告する。
- ④ 受診医療機関から保健指導の依頼があった場合は、保健指導を実施し、指導内容を医療機関へ報告する。
- ⑤ 連絡票の返送がない場合、レセプトにて、受診状況を確認する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・連絡票の返信がなく、レセプトでも受診が確認できない対象者には、電話による受診勧奨を実施する。
- ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は健康増進センターとし、保健師、管理栄養士が担当している。
- ・地区担当制で実施している。
- ・市内医療機関に事業説明し、協力を得て実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・地区担当は実施状況を主担当と定期的に情報共有し、事業を進めていく。
- ・担当者の保健指導計画について、スタッフ間で情報共有や検討を行い、保健指導の質の向上を図る。

評価計画

アウトプット指標「健診異常値放置者の割合」は、健康増進センターが管理している対象者リストから、分子「受診勧奨判定値に達している健診受診者のうち、3月末時点で医療機関受診がない者」を分母「受診勧奨判定値に達している健診受診者数」で除して求める。割合が低ければ、特定健康診査の結果に基づき、医療機関への受診が必要な者に、生活習慣病の早期治療の動機づけができるため、生活習慣病の重症化を抑制することを意味する。

事業番号:A-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症による人工透析患者の減少 健診受診者の重度の高血糖者の減少
対象者	特定健康診査受診者で糖尿病管理台帳に記載のある下記の者 (1)未治療者・中断者 ・直近の健診結果がHbA1c6.5%以上で未治療の者 ・糖尿病治療が6カ月間中断している者 (2)ハイリスク者 前年度特定健診受診者のうち糖尿病治療中で下記の者 ・直近の健診結果がHbA1c7.0%以上の者(特に8.0%以上の者に重点的に関わる) ・尿蛋白±以上の者 ・eGFR60未満の者
現在までの事業結果	当該対象者への保健指導実施率は、約20%前後で推移しているが、マンパワー不足の年は実施率は落ち込んでいる。糖尿病管理台帳等を活用し、単年の健診結果のみではなく、経年変化や個々の状況の変化等から優先順位づけをし、効果的に事業を実施していく必要がある。

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	糖尿病性腎症による新規人工透析患者数	3人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
	健診受診者のHbA1c8.0%以上者の割合	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	17.4%	増加傾向へ		21.0%	増加傾向へ		25.0%

目標を達成するための 主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・いしかわ糖尿病重症化予防プログラムに基づき実施する。 ・能登北部糖尿病重症化予防連携部会で取り組み内容の共有を図る。 ・すず糖尿病予防対策検討会やすずかけカンファレンスで多職種による情報共有、意見交換を実施する。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

① レセプトと健診データに基づき対象者を抽出し、糖尿病管理台帳を作成 ② 受診勧奨、保健指導の実施 【未治療者・中断者に対する受診勧奨】 結果連絡票を作成し、電話・面接・訪問等にて、受診勧奨を実施する。治療状況をレセプト等で確認する。 【ハイリスク者に対する保健指導】 ・保健師、管理栄養士が、電話・面接・訪問等にて保健指導を実施 ・かかりつけ医との連携 糖尿病連携手帳に基本情報、健診結果などを記入のうえ、情報提供書をお渡しし医療機関受診を勧める。 かかりつけ医から保健指導の依頼を受けて保健・栄養指導を実施するとともに、その内容をかかりつけ医に報告する。 ハイリスク者のうち珠洲市総合病院を受診しているHbA1c7.5%以上の者については、珠洲市総合病院と健康増進センターで連携し、データ等を共有する。その情報をもとに多職種で定期的にカンファレンスを開催する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・単年の健診結果のみではなく、経年の状況、個々の数値の変化等から優先順位を決定していく。 ・指導完了者に対して、担当者が定期的にフォロー電話を実施する。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は健康増進センターとし、保健師、管理栄養士が業務を担当している。 ・地区担当制で実施している。 ・医療機関と連携し実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・地区担当者は実施状況を業務担当者と定期的に情報共有し、事業を進めていく。
- ・担当者の保健指導計画について、スタッフ間で情報共有や検討を行い、保健指導の質の向上を図る。

評価計画

アウトカム指標「健診受診者のHbA1c8.0%以上者の割合」はKDBシステムを活用し、分子「HbA1c8.0以上の者の数」を分母「特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数」で除して求める。血糖コントロール不良者数の状況を測る指標であり、重症化予防の取り組みが適切であったかを確認する。「糖尿病性腎症による新規人口透析患者」は、生活支援係からのデータにより、当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。また、人工透析に至った起因疾患や、当該患者への保健指導の実施状況等も確認し、保健事業との相関を分析する。新規患者数が少なければ、健康寿命の延伸はもちろん、1人当たり500万円程度の医療費を抑制していることを意味する。

事業番号:B-⑤ 後発医薬品 使用促進通知事業【継続】

事業の目的	後発医薬品使用割合の向上
対象者	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者
現在までの事業結果	平成29年度から石川県国民健康保険団体連合会に委託して実施。後発医薬品使用割合は県内で最も低い、年々緩やかに上昇している。

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	後発医薬品使用割合	68.8%	72.0%	73.5%	75.0%	76.5%	78.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	- 国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用し、石川県国民健康保険団体連合会への委託により実施する。 - 委託業務は、後発医薬品利用差額通知の作成、差額通知コールセンターとする。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- ・石川県国民健康保険団体連合会に後発医薬品利用差額通知の作成、差額通知コールセンター業務を委託している。
- ・対象者は、後発医薬品に切り替わるにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者。
- ・通知は、年3回実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・石川県国民健康保険団体連合会に後発医薬品利用差額通知の作成、差額通知コールセンター業務を委託する。
- ・対象者は、後発医薬品に切り替わるにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者とする。
- ・通知は、年3回実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管課は市民課とする。
- ・市民課は予算編成、関係機関との連携調整、事業計画作成を担当する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管課は市民課とする。
- ・市民課は予算編成、関係機関との連携調整、事業計画作成を担当する。

評価計画

アウトカム指標「後発医薬品使用割合」は、石川県国民健康保険団体連合会から提供される帳票等を活用し、厚生労働省が保険者別の後発医薬品使用割合を毎年度2回(毎年9月診療分と3月診療分)公表することを踏まえ、9月診療分の結果を確認する。後発医薬品使用割合が高ければ、様々な臨床試験を通して先発医薬品と同等の安全性が確保されていることや後発医薬品の利用によって本市の財政運営に寄与することが周知できていることを意味する。

事業番号:B-⑥ 服薬情報通知事業【新規】

事業の目的	薬物有害事象の発生防止 服薬適正化
対象者	60歳以上の高齢者のうち、多くの種類の薬剤を長期で服用している者
現在までの事業結果	石川県が国保ヘルスアップ事業で石川県薬剤師会と委託し、石川県薬剤師会が県内市町に担当薬剤師を配置することで服薬情報通知等事業の協力をしている。しかし、市内に院外処方の医療機関がなく、調剤薬局は1件のみという現状もあり、服薬通知の発送までに至っていない。

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	通知対象者の服薬状況の改善割合	-	-	10%	10%	10%	10%	10%
アウトプット(実施量・率)指標	事業対象者に対する通知割合	-	-	80%	80%	80%	80%	80%
目標を達成するための主な戦略	・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、対象者選定、服薬情報通知の作成、サポートデスク、効果測定とする。 ・珠洲市総合病院、能登北部医師会、石川県薬剤師会と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。							

現在までの実施方法(プロセス)

令和7年度からの新規事業のため非該当

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ医やかかりつけ薬局への相談を促す通知書を年1回郵送する。 ・通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

令和7年度からの新規事業のため非該当

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・主管部門は市民課とする。 ・市民課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当する。
--

評価計画

アウトカム指標「通知対象者の服薬状況の改善割合」は、委託した民間事業者から提供される効果測定報告書を活用し、対象者の通知前後の服薬状況を比較し、改善している者の割合を確認する。服薬状況の改善割合が高ければ、多くの薬を飲んでいることにより、薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れ等により引き起こされる有害事象(ポリファーマシー)のリスクが軽減できたことを意味する。
--

事業番号:C-⑦ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【継続】

事業の目的	複数の疾患をもちフレイル状態(加齢により心身の機能が低下した状態)に陥りやすい高齢者に対し、一人一人の状況に応じたきめ細かな支援を医療専門職が積極的に関わり、高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施することで、高齢者が住み慣れた地域で可能な限り、自立した生活と社会参加ができるよう目指す。
対象者	75歳以上の市民
現在までの事業結果	企画・調整の医療専門職を配置し、珠洲市の健康課題を分析し、課題解決に向けた取り組みを実施する。取り組みにはハイリスクアプローチ(健康状態不明者の把握、生活習慣病等の重症化予防)とポピュレーションアプローチ(フレイル予防等の健康教育・健康相談、シルバーリハビリ体操普及啓発事業)がある。

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	調整済み重度認定率	5.6%	5.6%	5.5%	5.5%	5.4%	5.4%	5.3%
アウトプット(実施量・率)指標	通いの場での健康教育参加延人数(人)	—	250	275	300	325	350	350

目標を達成するための主な戦略	・国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用し実施する。 ・介護予防部門、保健部門、医療保険部門が適宜協力して実施する。 ・都市医師会等の地域の関係機関と連携を図る。 ・公益社団法人 石川県理学療法士会に一部業務を委託し、シルバーリハビリ体操の普及啓発事業を展開する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

健康状態不明者に対して、地域包括支援センター職員、市福祉課職員が訪問。気になるケースは定例会で情報共有することにより継続支援につなげることができている。健診結果・通いの場での血圧測定値を用い、訪問にて保健指導を実施。健康教育・健康相談は、介護予防教室等で実施。シルバーリハビリ体操普及啓発事業では、住民自らが地域の健康づくりのリーダーとなれるよう取り組んでいる。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・健康状態不明者について、健診受診につながりにくいため、前年度対象者に対し健診開始初期に受診勧奨を行う。
- ・健康教育実施時には、基本チェックリスト等を用いて評価を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

企画・調整担当の医療専門職を専従で配置し地域での実施時には介護予防部門・保健部門・医療保険部門が適宜連携できており、実施体制は十分であった。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は市民課、連携部門は福祉課(地域包括ケア推進室、健康増進センター)
- ・適宜、連携推進会議を開催し、情報共有を図る。

評価計画

アウトカム指標「調整済み重度認定率」は、地域包括ケア「見える化」システムの値を使用。「重度認定率」は、要介護3以上の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味している。

事業番号:D-⑧ 健康管理アプリを活用した健康づくり事業【継続】

事業の目的	健康意識の向上、及びICTを活用した保健事業の環境整備
対象者	市民
現在までの事業結果	平成28年度より、民間事業者に委託して実施。健康管理アプリ登録者は、活動量計又はスマートフォンを活用し、歩数や体組成データを記録する。アプリの登録者は年々増加傾向であるが、登録後にデータの送信や記録などを行い、活用できている者は約半数であり、活用者が増加するよう企画やインセンティブ等について検討が必要である。

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	健診質問票の「運動習慣あり」の回答割合	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%	41.5%	43.0%	44.5%
	健康管理アプリ登録者のデータ送信率	45.5%	47.9%	50.3%	52.7%	55.1%	57.5%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	健康管理アプリ登録者数	1,546人	1,571人	1,596人	1,621人	1,646人	1,671人	1,700人

目標を達成するための主な戦略	・民間企業への委託により、イベントの支援や健康管理サイトの提供及び管理、測定機器等の管理を実施する。 ・商工会議所と連携し、協力企業を増やす。 ・対象者の登録状況をモニタリングし、登録者の特性を分析したうえで、登録促進すべき層を検討し、実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・健康管理アプリ登録者は、活動量計又はスマートフォンにより活動量等のデータを測定、記録している。 ・市役所、公民館、健民体育館、健康増進センター等にデータ送信機を設置している。 ・当該事業参加者向けのイベントや教室を企画・開催している。 ・歩数、特定健診受診、健診結果数値の改善、運動教室やイベントの参加等へ健康ポイントのインセンティブを付与している。 ・委託事業者は、アプリ登録者の活動量や体組成等の評価分析報告書を作成している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・効果的かつ効率的な登録勧奨、健康意識の向上に資する企画等を検討する。 ・健康ポイント等インセンティブを整理し、地域経済の発展にも寄与するために、協力企業を増やす。 ・対象者の登録状況をモニタリングし、登録者の特性(性別、年代別、地区別等)を分析したうえで、登録促進すべき層を検討する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・主管部門は健康増進センターとし、予算編成、事業計画書作成、関係機関との連携調整、実務を実施する。 ・民間委託業者は、イベントの支援、健康管理サイトの提供及び管理、測定機器等の管理を実施する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・貯まった健康ポイントを商品券だけでなく、デジタル地域通貨に交換できるようにし、地域経済の活性化も図る。
--

評価計画

アウトカム指標「健診質問票の「運動習慣あり」の回答割合」は、分子「健診質問票の「運動習慣あり」の回答者数」を分母「特定健診受診者数」で除して求める。割合が高くなれば、被保険者の健康意識が向上していることを意味する。

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取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 令和6年能登半島地震による影響

令和6年1月1日に発生した能登半島地震により、多数の住宅が被害を受け、多くの被保険者が市外へ避難または仮設住宅等の入居を余儀なくされています。今後これらの被保険者に対し、「通いの場」として応急仮設住宅の集会所を利用するなど、現状に応じた様々な保健事業を実施する予定です。

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。

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

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

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	市広報誌、市ホームページ、CATVでの情報提供	- 市広報誌(6月～11月号)やホームページで受診方法、受診期間、受診できる医療機関等の情報提供を行った。 - 石川県国民健康保険団体連合会から提供されたCMをCATVに放映し、啓発を行った。
	未受診者への受診勧奨	7月末時点で受診していない被保険者に対し、ハガキを送付し受診勧奨を行った。 - 電話でも未受診者に対し、特定健診の受診勧奨を行い受診率向上を図った。
健診体制の整備	土日祝日健診の実施	集団検診で土日祝日に健診を実施しており、受診機会の拡大を図った。
	がん検診との連携	集団検診でがん検診と特定健診の同日受診を実施した。
	人間ドック・脳ドックの費用助成	県内医療機関で人間ドック等を受診した場合、費用の9割(上限額は珠洲市総合病院で受診した場合の助成額と同額)の助成を行った。
関係機関との連携	診療検査データを特定健診データとして活用	生活習慣病治療中の被保険者のうち特定健診未受診者に対し、検査データ提供に関する同意書を送付。同意があった被保険者の検査データを医療機関から提供を受け、特定健診データとして活用した。
	事業主健診(定期健康診断)の健診データ活用	石川県国民健康保険団体連合会に委任し、一般財団法人石川県予防医学協会が実施する事業主健診の健診データを特定健診データとして活用した。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導の利用勧奨	電話による利用勧奨	対象者へ電話による利用勧奨を実施した。
	訪問による利用勧奨	対象者の自宅に訪問し利用勧奨を実施した。

2. 特定健康診査の受診状況

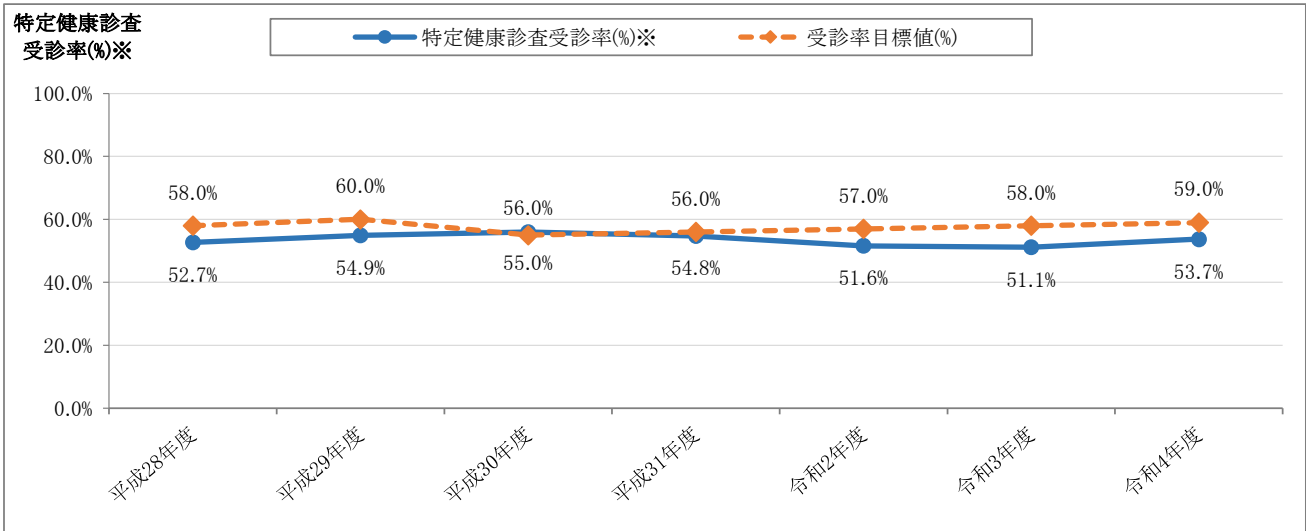
以下は、平成28年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査対象者数(人)	3,310	3,186	3,046	2,978	2,923	2,761	2,534
特定健康診査受診者数(人)	1,744	1,750	1,705	1,631	1,509	1,412	1,361
特定健康診査受診率(%)※	52.7%	54.9%	56.0%	54.8%	51.6%	51.1%	53.7%
受診率目標値(%)	58.0%	60.0%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%

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。

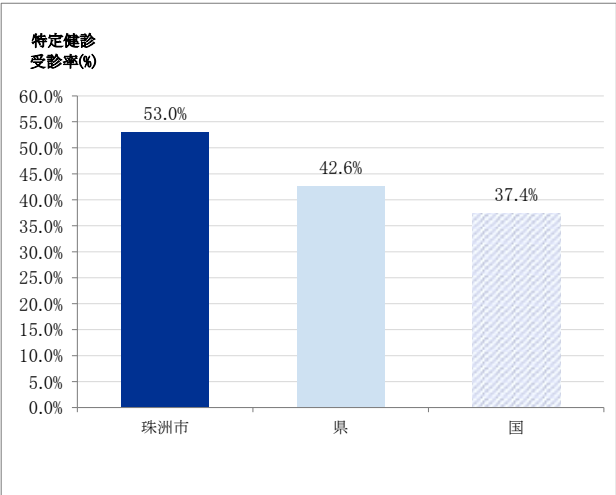
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
珠洲市	53.0%
県	42.6%
国	37.4%

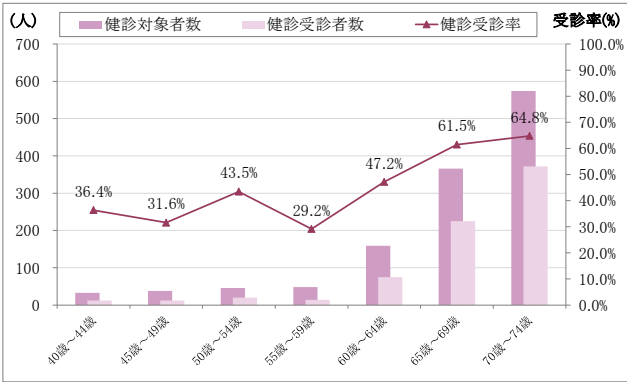
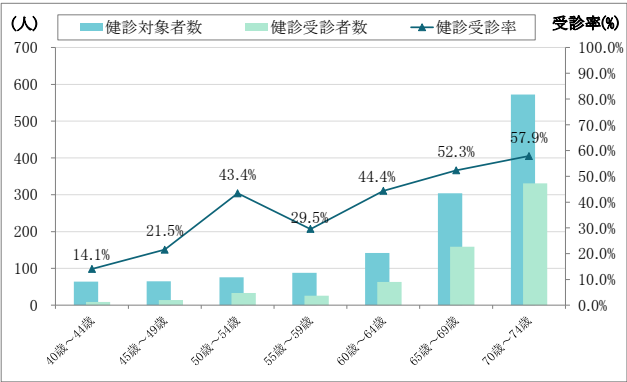
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

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)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度) (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

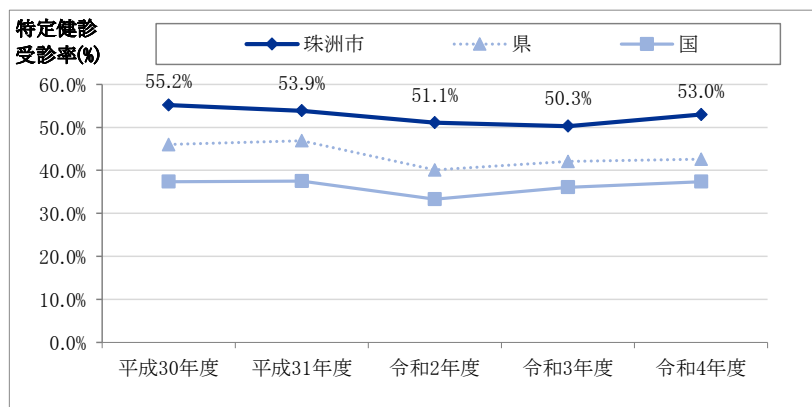
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率53.0%は平成30年度55.2%より2.2ポイント減少しています。

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
珠洲市	55.2%	53.9%	51.1%	50.3%	53.0%
県	46.0%	46.9%	40.1%	42.1%	42.6%
国	37.4%	37.5%	33.3%	36.1%	37.4%

出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

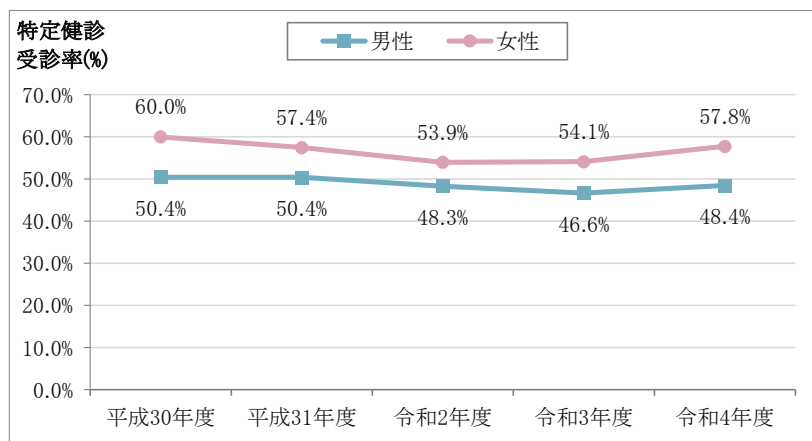
年度別 特定健康診査受診率



出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

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48.4%は平成30年度50.4%より2.0ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率57.8%は平成30年度60.0%より2.2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28年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

特定保健指導実施率及び目標値

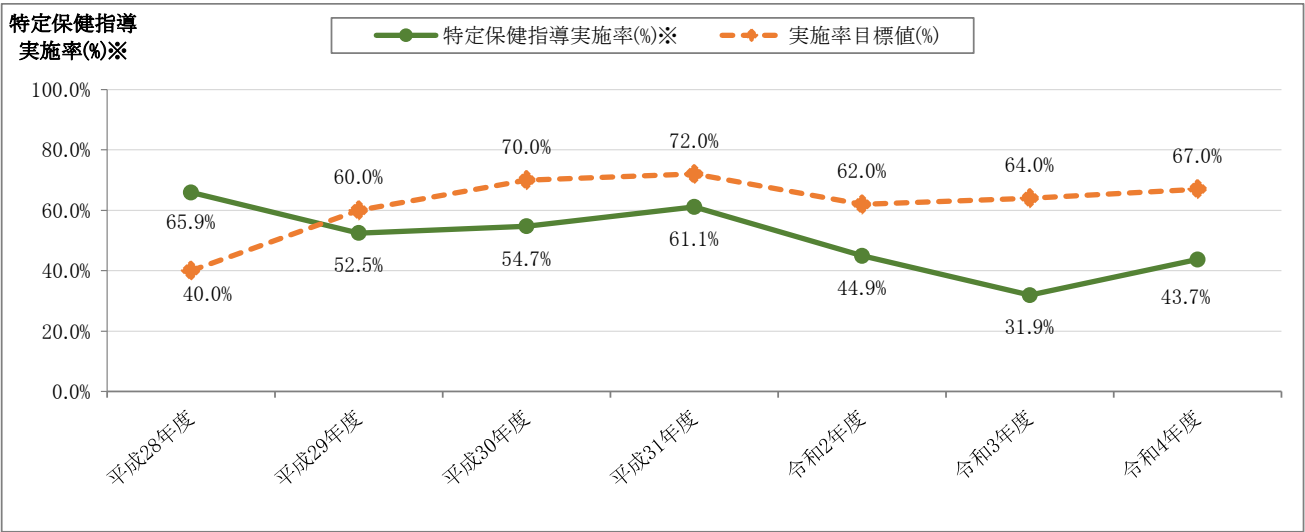
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	173	181	170	157	138	141	135
特定保健指導利用者数(人)	114	99	96	103	69	60	78
特定保健指導実施者数(人)※	114	95	93	96	62	45	59
特定保健指導実施率(%)※	65.9%	52.5%	54.7%	61.1%	44.9%	31.9%	43.7%
実施率目標値(%)	40.0%	60.0%	70.0%	72.0%	62.0%	64.0%	67.0%

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

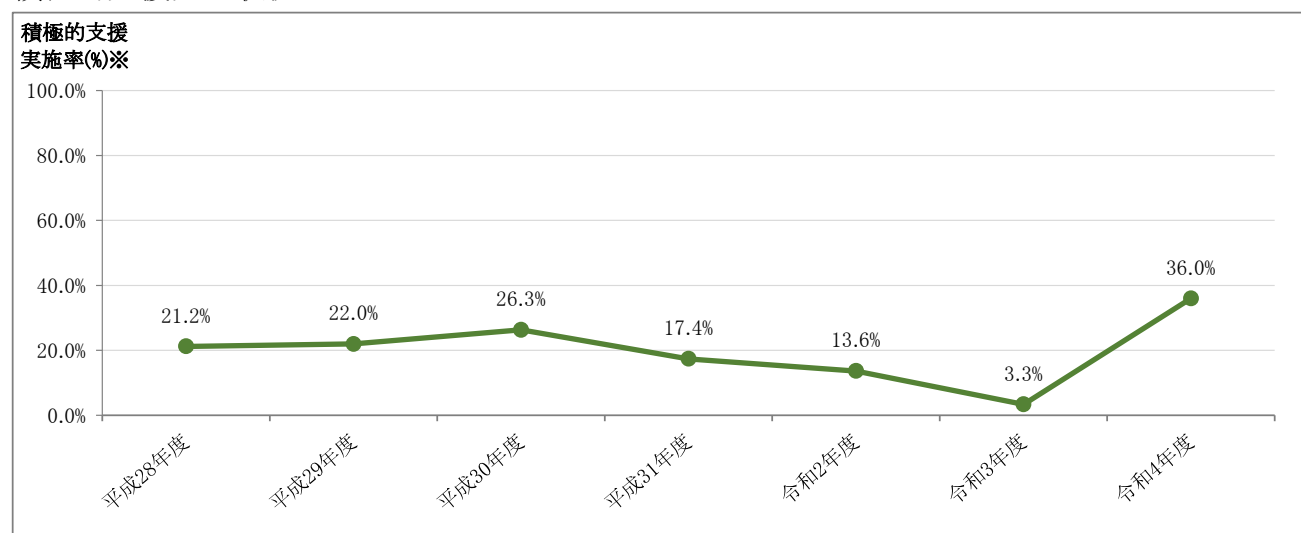
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	33	41	38	23	22	30	25
積極的支援利用者数(人)	7	13	13	8	7	14	18
積極的支援実施者数(人)※	7	9	10	4	3	1	9
積極的支援実施率(%)※	21.2%	22.0%	26.3%	17.4%	13.6%	3.3%	36.0%

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

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

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

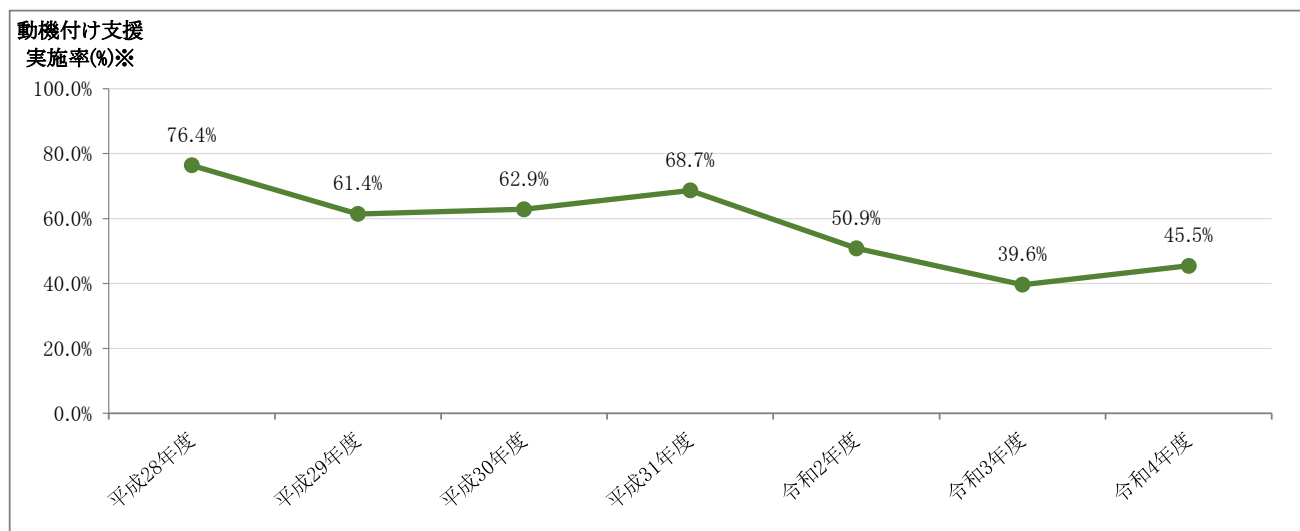
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	140	140	132	134	116	111	110
動機付け支援利用者数(人)	107	86	83	95	62	46	60
動機付け支援実施者数(人)※	107	86	83	92	59	44	50
動機付け支援実施率(%)※	76.4%	61.4%	62.9%	68.7%	50.9%	39.6%	45.5%

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。

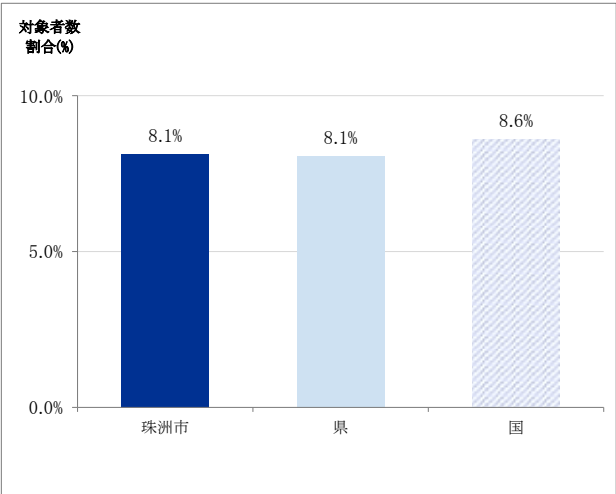
特定保健指導実施状況 (令和4年度)

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
珠洲市	8.1%	1.8%	10.0%	44.1%
県	8.1%	2.2%	10.3%	49.6%
国	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

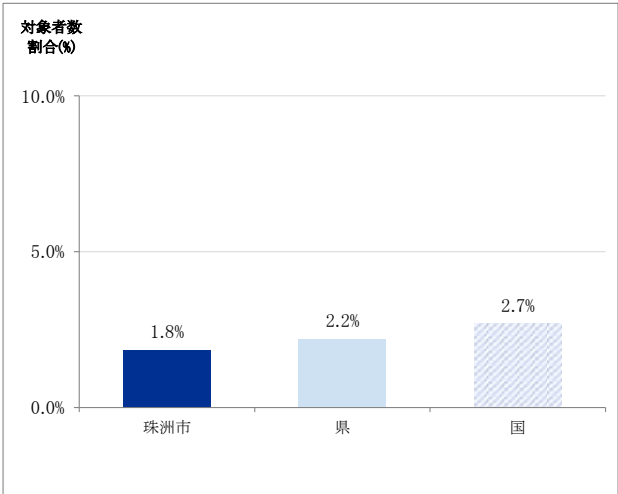
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



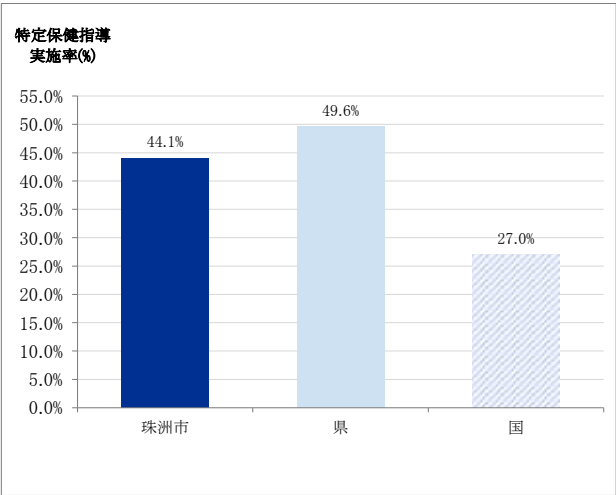
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率 (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、本市の平成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44.1%は平成30年度54.1%より10.0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
珠洲市	7.8%	8.3%	7.8%	8.0%	8.1%
県	8.2%	8.0%	8.1%	8.1%	8.1%
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
珠洲市	2.3%	1.4%	1.5%	2.1%	1.8%
県	2.2%	2.1%	2.0%	2.2%	2.2%
国	2.7%	2.7%	2.6%	3.3%	2.7%

年度別 支援対象者数割合

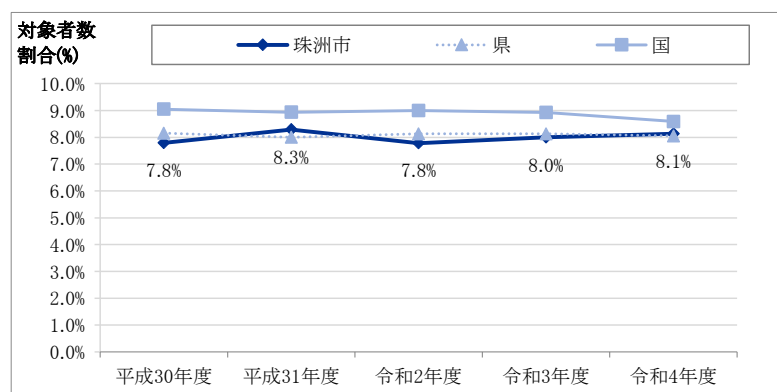
区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
珠洲市	10.1%	9.7%	9.3%	10.1%	10.0%
県	10.3%	10.1%	10.2%	10.3%	10.3%
国	11.8%	11.6%	11.6%	12.2%	11.3%

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
珠洲市	54.1%	62.0%	46.1%	32.9%	44.1%
県	58.2%	55.3%	46.9%	46.2%	49.6%
国	25.8%	26.3%	25.9%	24.0%	27.0%

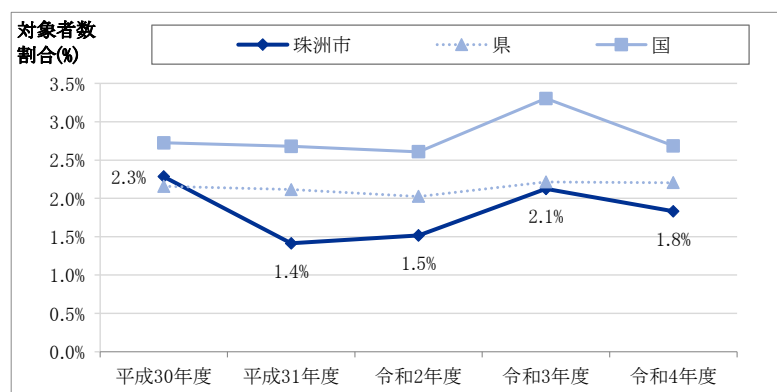
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
 出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



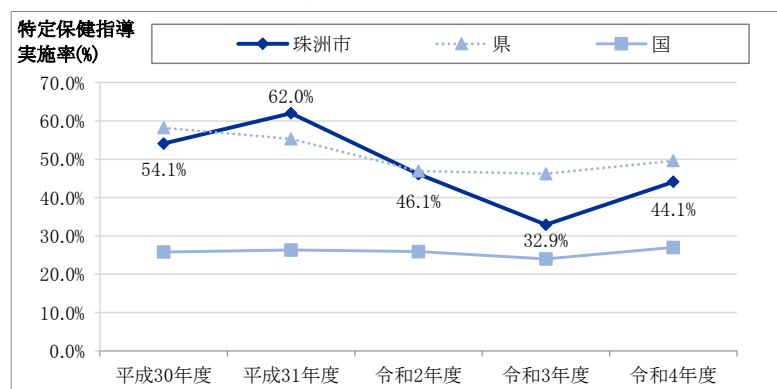
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

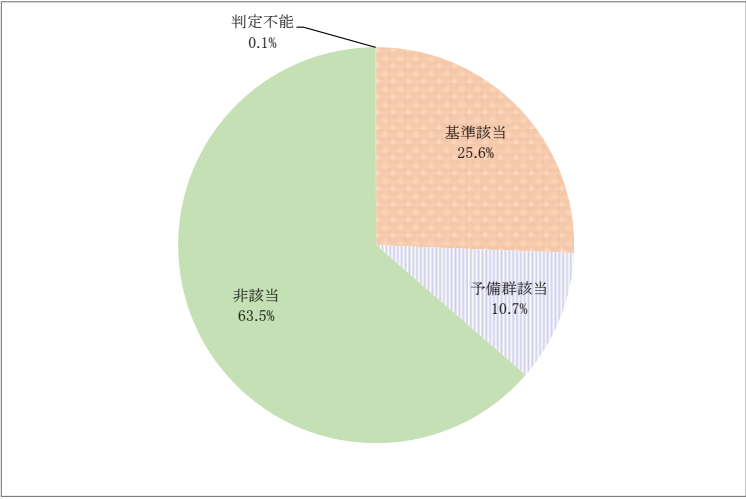
以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は25.6%、予備群該当は10.7%です。

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)	1,303	334	140	828	1
割合(%) ※	-	25.6%	10.7%	63.5%	0.1%

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。

メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。
①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 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。

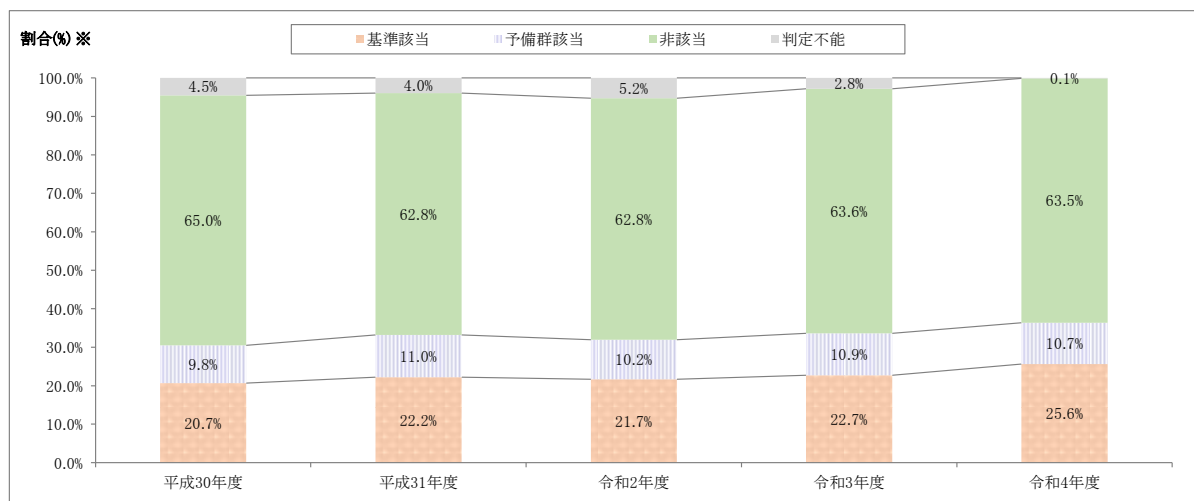
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当25.6%は平成30年度20.7%より4.9ポイント増加しており、予備群該当10.7%は平成30年度9.8%より0.9ポイント増加しています。

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	1,718
平成31年度	1,633
令和2年度	1,525
令和3年度	1,417
令和4年度	1,303

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	355	20.7%	169	9.8%	1,117	65.0%	77	4.5%
平成31年度	363	22.2%	179	11.0%	1,026	62.8%	65	4.0%
令和2年度	331	21.7%	156	10.2%	958	62.8%	80	5.2%
令和3年度	322	22.7%	154	10.9%	901	63.6%	40	2.8%
令和4年度	334	25.6%	140	10.7%	828	63.5%	1	0.1%

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

分類	指標	状況
特定健康診査	特定健診受診率実績値	平成30年度の受診率が最も高く56.0%。その後はコロナ禍もあり受診率は約51%と低迷。令和4年度の受診率は53.7%となり、コロナ前の受診率に戻りつつある。いずれの年度も目標を下回った。男女別の年齢階層別受診率をみると、男性は70歳以上、女性は65歳以上の受診率が高く、40歳代、50歳代の受診率が低い。
	特定健診受診率の伸び率	計画策定時点(平成29年度)実績54.9%と比較すると、令和4年度は1.2ポイント減少している。
特定保健指導	特定保健指導実施率	令和4年度の実績は43.7%で、目標としていた67.0%を下回っている。
	特定保健指導対象者の割合の減少	令和4年度の実績は9.9%で、目標の9.1%を上回っている。計画策定時点(H28年度)実績9.9%と比較すると、横ばいである。
メタボリックシンドローム該当者割合	メタボリックシンドローム該当者割合の実績値	令和4年度の健診受診者における、基準該当と予備群該当を合わせた該当者割合は36.3%である。
	メタボリックシンドローム該当者割合の減少率	計画策定時点(H28)実績34.9%と比較すると、1.4ポイント増加している。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
関係機関・部門との連携	平成29年度から市内医療機関から検査データを取得し、検査結果を特定健診結果とする事業を開始。平成31年度からは石川県に委託することで、県内医療機関から検査データを取得できるようになり、受診率の向上につながった。 適宜情報共有を行うことができ、連携は十分であった。
実施体制	平成30年度から珠洲市総合病院だけでなく、県内医療機関で人間ドック等を受診した場合にも費用の9割(上限額は珠洲市総合病院で受診した場合の助成額と同額)の助成を行ったことで、受診率の向上につながった。
職員体制	新型コロナウイルス感染症の拡大期間は関連業務のため、特定保健指導に係る職員が不足していた。

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64.1%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46.7%です。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	1,303	47.6%	1,039,025	66,999,430	68,038,455
健診未受診者	1,434	52.4%	5,443,908	59,838,472	65,282,380
合計	2,737		6,482,933	126,837,902	133,320,835

	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	63	4.8%	835	64.1%	835	64.1%	16,492	80,239	81,483
健診未受診者	86	6.0%	665	46.4%	669	46.7%	63,301	89,983	97,582
合計	149	5.4%	1,500	54.8%	1,504	55.0%	43,510	84,559	88,644

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

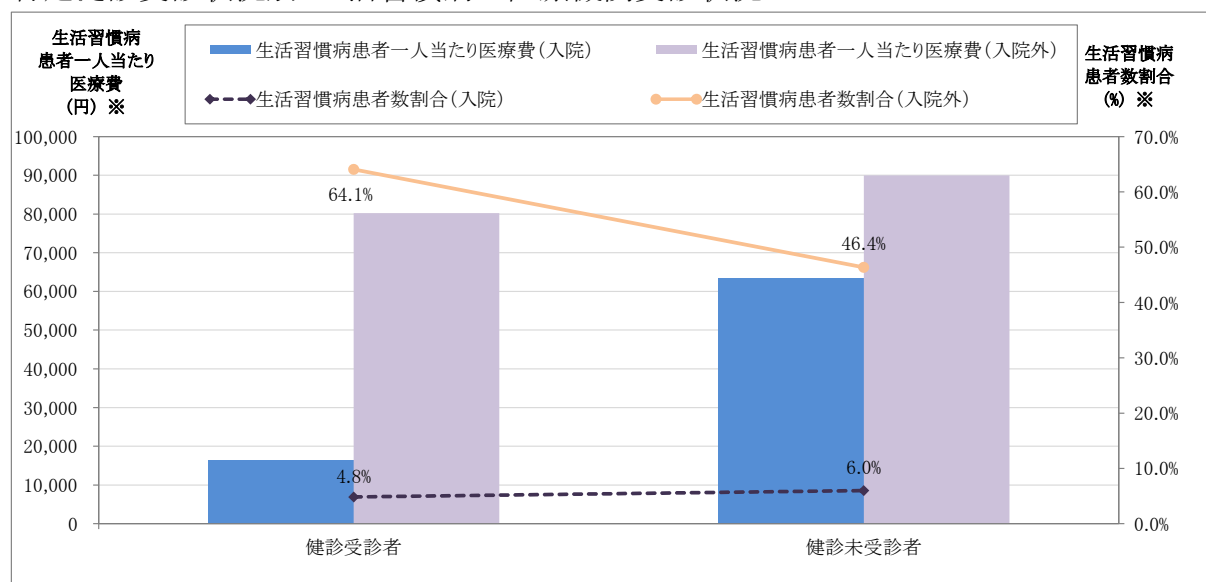
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.1%、動機付け支援対象者割合は8.5%です。

保健指導レベル該当状況

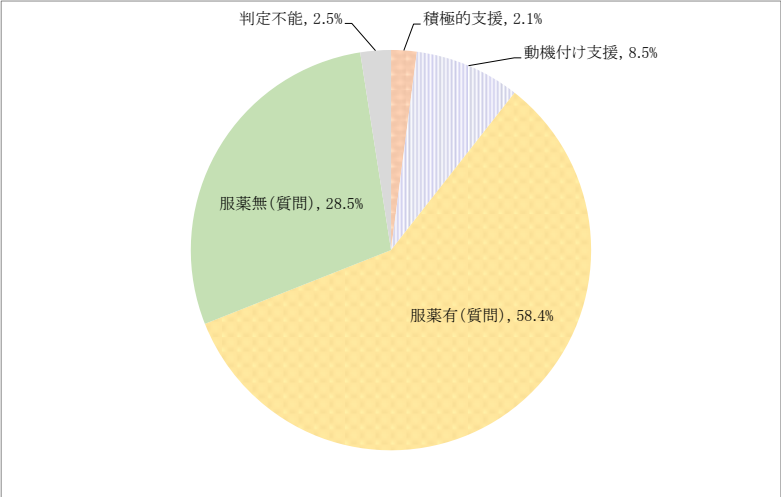
	健診受診者数 (人)	該当レベル					
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		判定不能
					服薬有(質問)	服薬無(質問)	
			積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)	
該当者数(人)	1,303	138	27	111	761	372	32
割合(%) ※	－	10.6%	2.1%	8.5%	58.4%	28.5%	2.5%

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。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上 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。

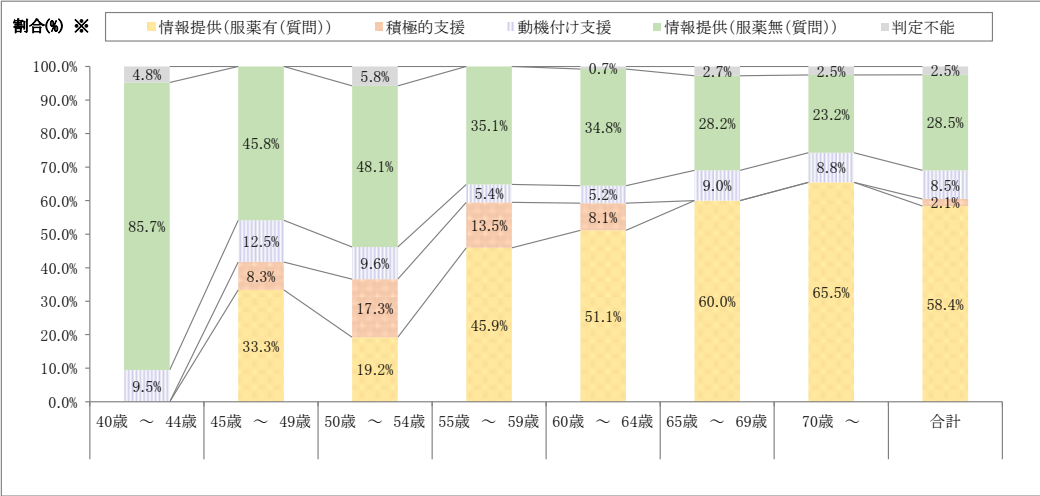
年齢階層別 保健指導レベル該当状況

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	21	2	0	0.0%	2	9.5%
45歳 ～ 49歳	24	5	2	8.3%	3	12.5%
50歳 ～ 54歳	52	14	9	17.3%	5	9.6%
55歳 ～ 59歳	37	7	5	13.5%	2	5.4%
60歳 ～ 64歳	135	18	11	8.1%	7	5.2%
65歳 ～ 69歳	365	33	0	0.0%	33	9.0%
70歳 ～	669	59	0	0.0%	59	8.8%
合計	1,303	138	27	2.1%	111	8.5%

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	21	0	0.0%	18	85.7%	1	4.8%
45歳 ～ 49歳	24	8	33.3%	11	45.8%	0	0.0%
50歳 ～ 54歳	52	10	19.2%	25	48.1%	3	5.8%
55歳 ～ 59歳	37	17	45.9%	13	35.1%	0	0.0%
60歳 ～ 64歳	135	69	51.1%	47	34.8%	1	0.7%
65歳 ～ 69歳	365	219	60.0%	103	28.2%	10	2.7%
70歳 ～	669	438	65.5%	155	23.2%	17	2.5%
合計	1,303	761	58.4%	372	28.5%	32	2.5%

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。

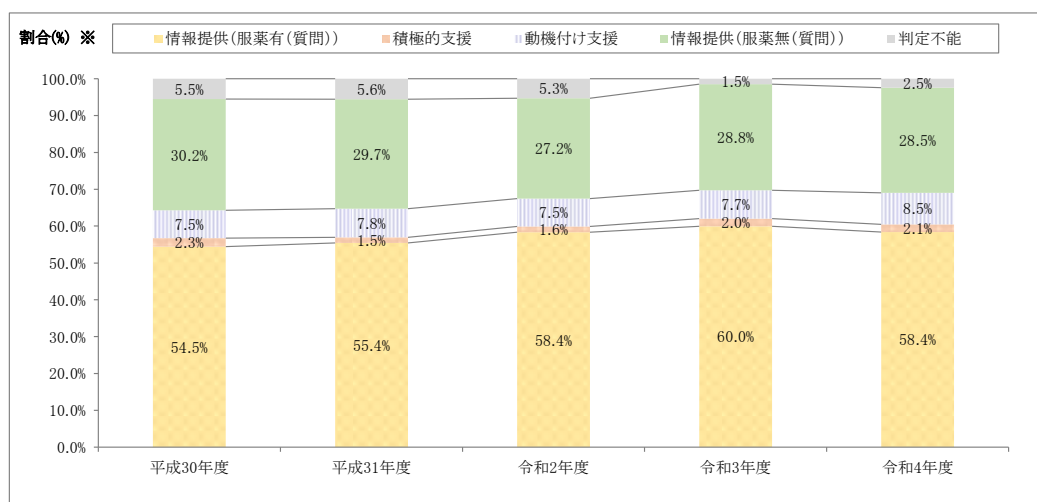
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.1%は平成30年度2.3%から0.2ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合8.5%は平成30年度7.5%から1.0ポイント増加しています。

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	1,718	168	39	2.3%	129	7.5%
平成31年度	1,633	152	25	1.5%	127	7.8%
令和2年度	1,525	139	24	1.6%	115	7.5%
令和3年度	1,417	138	29	2.0%	109	7.7%
令和4年度	1,303	138	27	2.1%	111	8.5%

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	1,718	936	54.5%	519	30.2%	95	5.5%
平成31年度	1,633	905	55.4%	485	29.7%	91	5.6%
令和2年度	1,525	890	58.4%	415	27.2%	81	5.3%
令和3年度	1,417	850	60.0%	408	28.8%	21	1.5%
令和4年度	1,303	761	58.4%	372	28.5%	32	2.5%

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のリスク因子別該当状況

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

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者				
	① 血 糖	② 血 圧	③ 脂 質	④ 喫 煙			138人				
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	1人	27人	20%		
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	4人				
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	2人				
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	2人				
		●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	1人			因子数2	血糖＋血圧
	●	●			血糖＋脂質	2人					
		●	●		血圧＋脂質	6人					
	●			●	血糖＋喫煙	1人					
		●		●	血圧＋喫煙	1人					
			●	●	脂質＋喫煙	3人					
	●				因子数1	血糖	0人				
		●				血圧	0人				
			●			脂質	0人				
				●		喫煙	0人				
					因子数0	なし	0人				
	動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙			6人	111人
●		●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	13人				
●		●		●		血糖＋血圧＋喫煙	3人				
●			●	●		血糖＋脂質＋喫煙	3人				
		●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	0人	因子数2	血糖＋血圧	20人	
●		●			血糖＋脂質	5人					
		●	●		血圧＋脂質	8人					
●				●	血糖＋喫煙	2人					
		●		●	血圧＋喫煙	5人					
			●	●	脂質＋喫煙	0人					
●					因子数1	血糖	17人				
		●				血圧	19人				
			●			脂質	10人				
				●		喫煙	0人				
					因子数0	なし	0人				

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

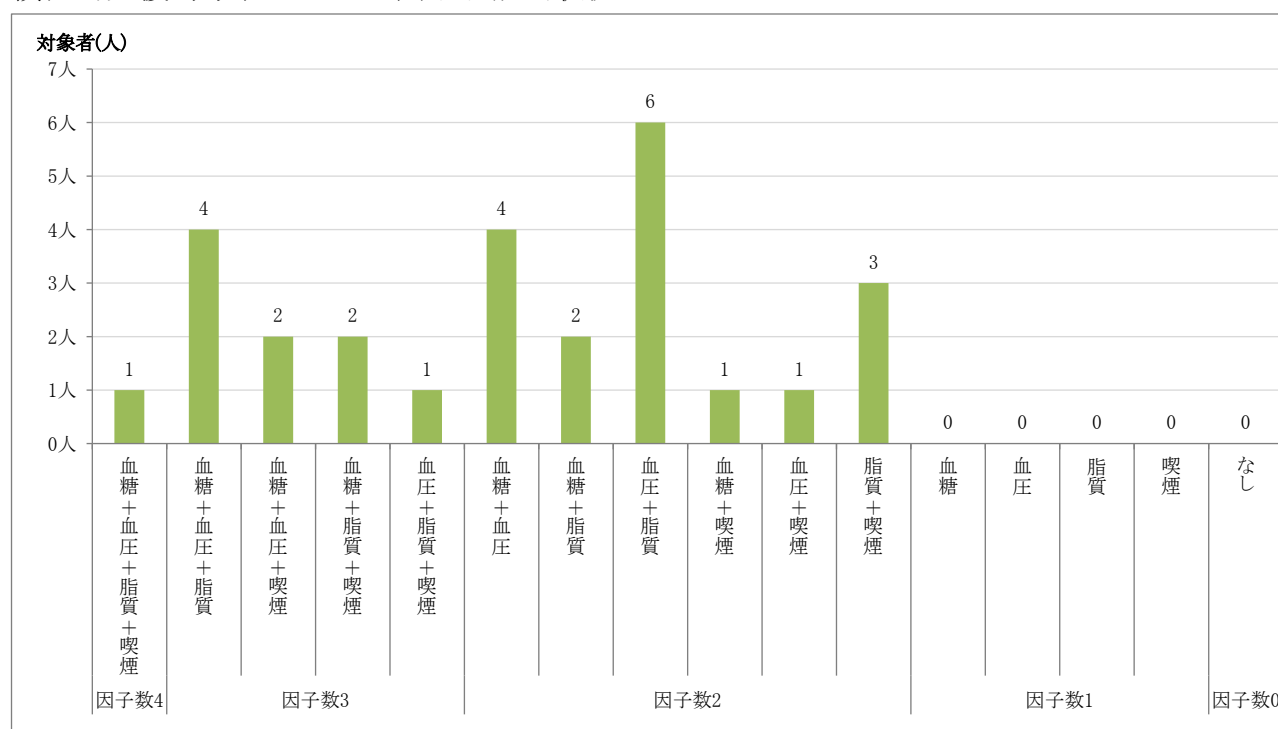
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

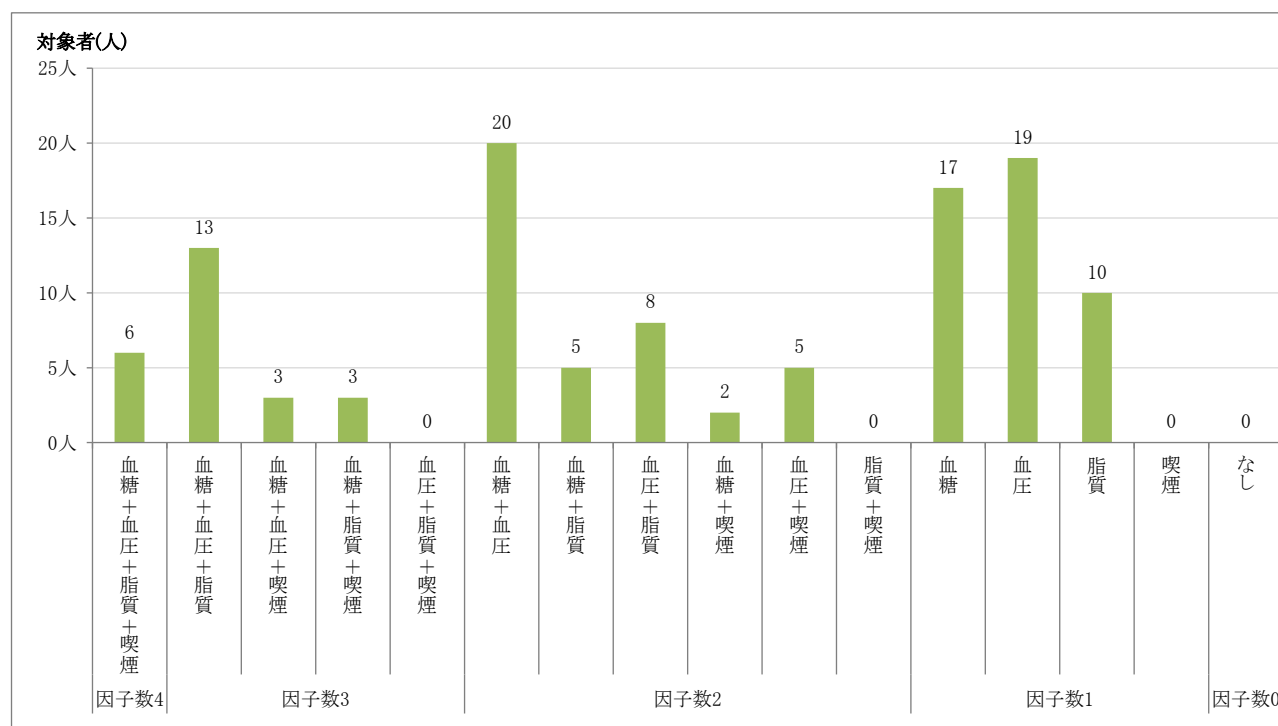
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

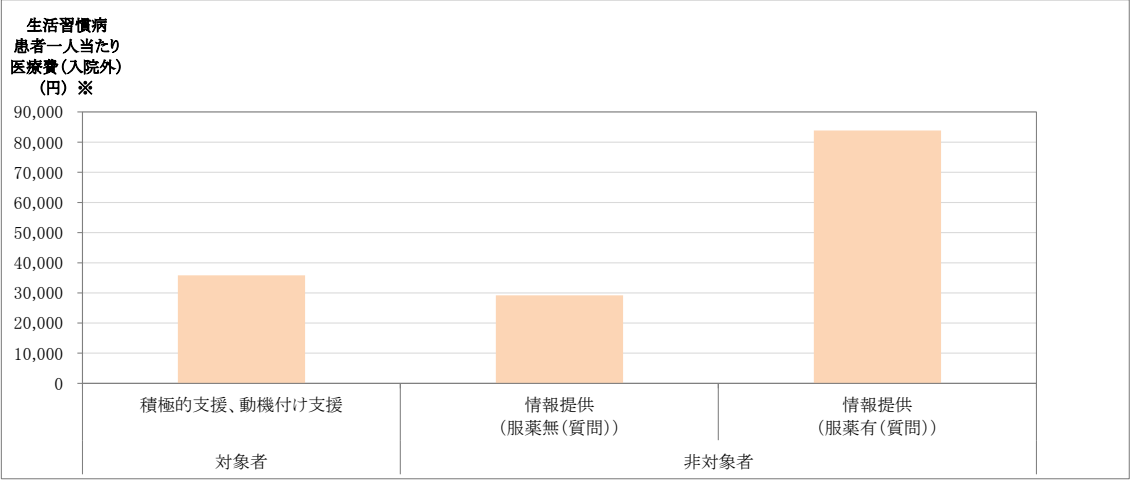
特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	138	53,091	859,551	912,642	4	24	24
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	372	21,791	1,109,600	1,131,391	4	38	38
	情報提供 (服薬有(質問))	761	891,976	63,188,171	64,080,147	50	753	753

		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	138	13,273	35,815	38,027
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	372	5,448	29,200	29,773
	情報提供 (服薬有(質問))	761	17,840	83,915	85,100

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。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	48.0%	51.0%	53.0%	55.0%	58.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	2,118	1,963	1,805	1,636	1,491	1,336
特定健康診査受診率(%) (目標値)	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	1,165	1,099	1,029	949	880	802

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	692	640	599	554	516	482
	65歳～74歳	1,426	1,323	1,206	1,082	975	854
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	284	270	263	252	242	236
	65歳～74歳	881	829	766	697	638	566

(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)	127	120	114	109	102	97
特定保健指導実施率(%) (目標値)	48.0%	51.0%	53.0%	55.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	61	61	60	60	59	58

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	28	26	25	26	24	25
	実施者数(人)	40歳～64歳	14	13	13	15	13	15
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	22	22	22	22	21	21
		65歳～74歳	77	72	67	61	57	51
	実施者数(人)	40歳～64歳	6	7	8	8	9	9
		65歳～74歳	41	41	39	37	37	34

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)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

委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

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)、 γ -GT(γ -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

6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
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥ 25	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり 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

健康増進センター

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

ウ. 実施時期

特定保健指導の実施期間は、通年とします。

エ. 案内方法

対象者に対して、電話による利用勧奨を実施します。

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
特定健康診査の周知・啓発	市広報誌、市ホームページ、CATVでの情報提供
	未受診者への受診勧奨
健診体制の整備	土日祝日健診の実施
	がん検診との連携
	人間ドック・脳ドックの費用助成
関係機関との連携	診療検査データを特定健診データとして活用
	事業主健診(定期健康診断)の健診データ活用

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
特定保健指導の利用勧奨	電話、訪問による利用勧奨を実施する。
	集団での結果説明会を実施し、説明会時に保健指導を実施する。
特定保健指導の早期実施	特定健診実施から特定保健指導開始までの期間を短くし、早期の保健指導を実施する。

第5章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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

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

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、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

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