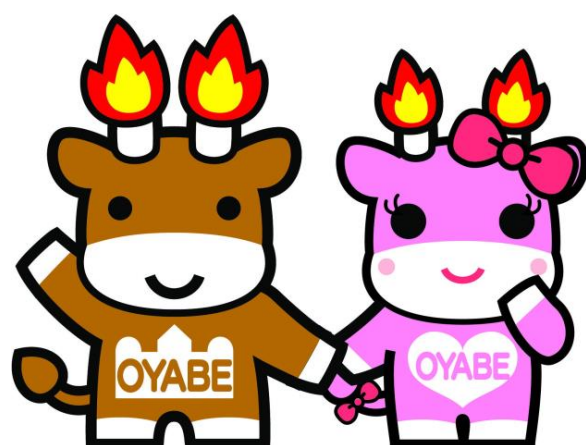


小矢部市国民健康保険 第3期保健事業実施計画 【データヘルス計画】

第4期小矢部市特定健康診査等実施計画

【令和6年度～令和11年度】
(2024年度～2029年度)



令和6年3月
小 矢 部 市

目次

I 基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
2 計画期間	2
3 実施体制・関係者連携	2
4 基本情報	2
5 現状の整理	3
II 健康・医療情報等の分析と課題	6
健康課題の抽出	6
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等	8
医療費の分析	10
特定健康診査・特定保健指導の分析	16
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	20
介護費関係の分析	21
その他	24
III 計画全体	26
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 保健事業の内容	28
1 特定健康診査事業	28
2 特定保健指導事業	29
3 糖尿病性腎症重症化予防事業	30
4 健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	31
5 重複多剤服薬者への適切な受診指導	32
6 後発薬品利用促進	33
V 第4期特定健康診査等実施計画	34
VI その他	38
1 データヘルス計画の評価・見直し	38
2 データヘルス計画の公表・周知	38
3 個人情報の取扱い	38
4 その他留意事項	38

I 基本的事項

1. 計画の趣旨

(1) 背景と目的

我が国は昭和 61 年に男女ともに平均寿命世界一を達成し、令和 3 年に高齢化率 29.1%の超高齢社会を迎えました。このことから、政策の目標は長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換され、21 世紀初頭から予防・健康づくりが重視されるようになりました。

平成 25 年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康づくりに資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなり、平成 26 年には「保険事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われました。保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するために「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うことになり、平成 27 年度から第 1 期計画（平成 29 年度までの 3 か年）がスタートし、平成 30 年度からの第 2 期計画（令和 5 年度までの 6 か年）が実施されております。

平成 30 年 4 月からは都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月には「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられました。

こうした背景を踏まえ、小矢部市では被保険者の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）の維持及び向上を図り、結果として、医療費の適正化にも資することを目的とし、第 3 期データヘルス計画を策定するものです。

(2) 計画の位置づけ

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」とデータヘルス計画策定の手引き（令和 5 年 5 月 18 日改正・厚生労働省）において定義されています。（以下、特定健康診査を「特定健診」とします。）

また、同手引きにおいて、「計画は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画、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ものとする」ことが求められています。

小矢部市においても、市の総合計画を上位計画とし、健康おやべプラン 21、砺波地方介護保険事業計画、小矢部市高齢者保健福祉計画、特定健康診査等実施計画（本計画で章単位により策定）などの関連計画における関連事項等を踏まえ、データヘルス計画を推進します。

2. 計画期間

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間

3. 実施体制・関係者連携

（1）市内組織

小矢部市では、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、市民課が主体となり関係部局の協力を得て、被保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。

計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を保健事業の推進役である健康福祉課と連携して実施し、個別の保健事業の計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

また、高齢者福祉事業を行う健康福祉課と連携し、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。

（2）地域の関係機関

計画の策定等に当たっては、共同保険者である富山県のほか、富山県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や小矢部市医師会・小矢部市歯科医師会・全砺波薬剤師会・富山県看護協会・富山県栄養士会等の保健医療関係者等、富山県保険者協議会、富山県後期高齢者医療広域連合、その他の社会資源等と連携、協力します。

4. 基本情報

（1）人口・被保険者

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	28,469		13,954		14,515	
国保加入者数（人） 合計	5,069	100	2,505	100	2,564	100
0～39 歳（人）	714	14.1	389	15.5	325	12.7
40～64 歳（人）	1,426	28.1	763	30.5	663	25.9
65～74 歳（人）	2,929	57.8	1,353	54.0	1,576	61.5
平均年齢（歳）	59.1		57.9		60.2	

（2023 年 3 月 31 日時点）

（2）地域の関係機関

	連携先・連携内容
保健医療関係団体	各保健事業について小矢部市医師会、小矢部市歯科医師会、富山県・全砺波薬剤師会、富山県栄養士会と連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。

5. 現状の整理

(1) 保険者の特性

被保険者の推移（表1）については、被保険者数及び国保加入割合ともに年々減少傾向にある。これは小矢部市の人口の減少に加え、令和4年度からの団塊世代の後期高齢者への移行、R4.10からの社会保険の適用拡大が要因と考えられる。

年齢別被保険者構成割合（表2）については、65～74歳の割合が県・国と比べて高く、39歳以下の割合は県・国と比べて低い。特に65～74歳の令和4年度の減少が大きく、これは団塊の世代の後期高齢者への移行が要因であると考えられる。

表1 被保険者の推移

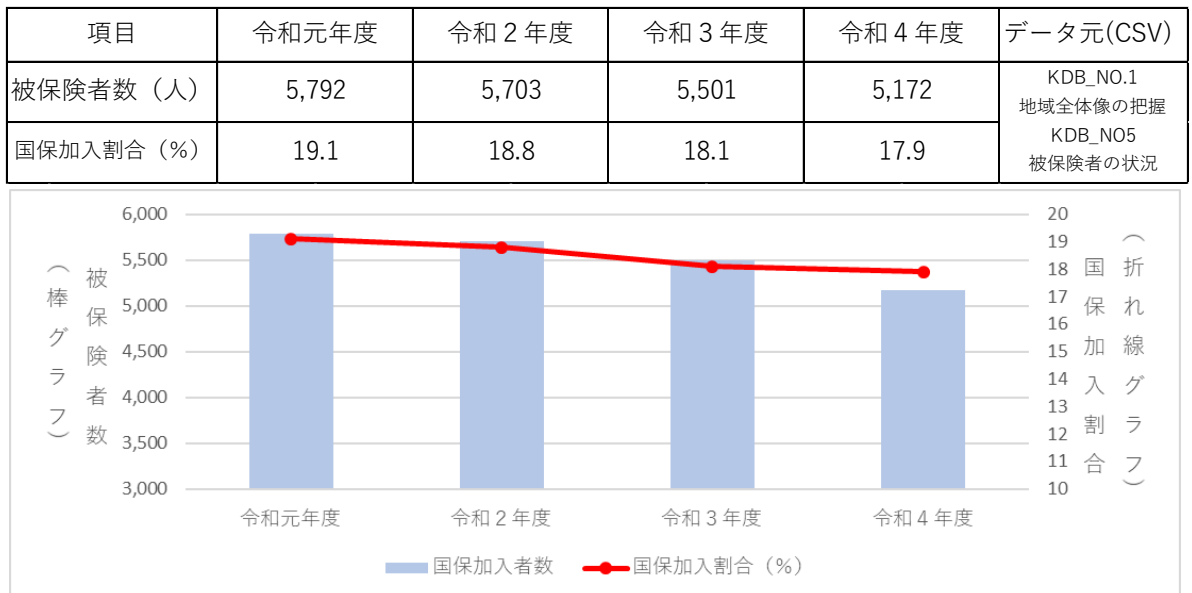
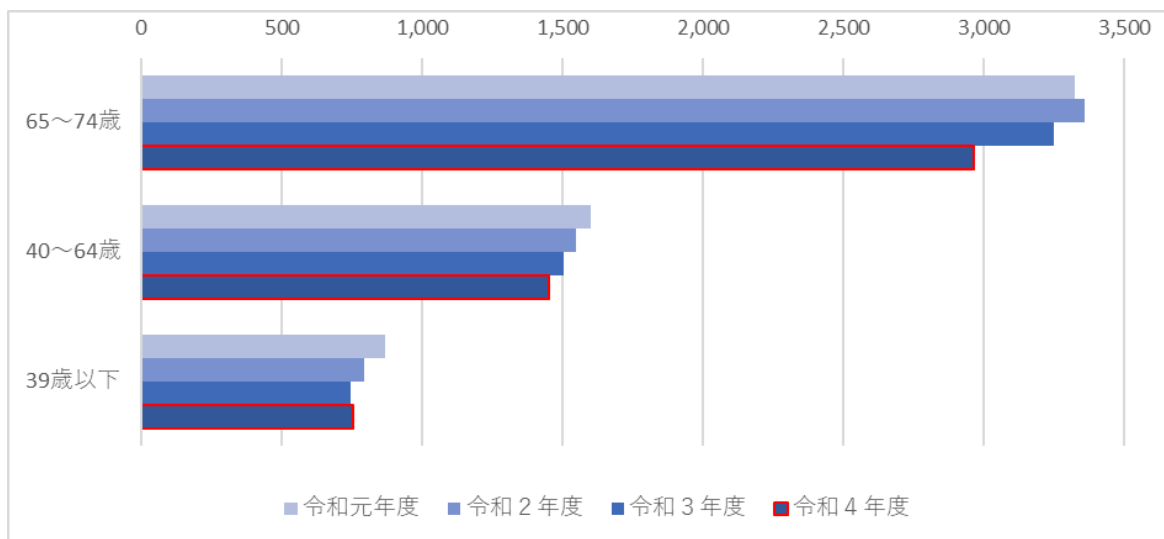


表2 年齢別被保険者構成割合

項目		小矢部市		県		国		データ元 (CSV)
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	
令和元年度	被保険者数（人）	5,792		202,152		29,893,491		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO5 被保険者の状況
	65～74歳	3,323	57.4	107,108	53.0	12,122,844	53.0	
	40～64歳	1,600	27.6	58,083	28.7	9,745,338	32.6	
	39歳以下	869	15.0	36,961	18.3	8,025,309	26.8	
令和2年度	被保険者数（人）	5,703		200,035		29,496,636		
	65～74歳	3,359	58.9	107,692	53.8	12,188,854	41.3	
	40～64歳	1,550	27.2	56,995	28.5	9,578,055	32.5	
	39歳以下	794	13.9	35,348	17.7	7,729,727	26.2	
令和3年度	被保険者数（人）	5,501		193,170		28,705,575		
	65～74歳	3,251	59.1	104,024	53.9	11,915,484	41.5	
	40～64歳	1,504	27.3	55,420	28.7	9,364,369	32.6	
	39歳以下	746	13.6	33,726	17.5	7,425,722	25.9	
令和4年度	被保険者数（人）	5,172		181,180		27,488,882		
	65～74歳	2,967	57.4	95,253	52.6	11,129,271	40.5	
	40～64歳	1,450	28.0	53,481	29.5	9,088,015	33.1	
	39歳以下	755	14.6	32,446	17.9	7,271,596	26.5	



(2) 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。虚血性心疾患及び脳血管疾患重症化予防事業では、令和4年度より健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨事業を開始し、受診勧奨と保健指導を行うことで生活習慣病未治療者割合の減少がみられた。糖尿病性腎症重症化予防事業では、医療機関と連携して保健指導を実施しており、受診勧奨後の受診率や保健指導実施数は上昇した。

特定健康診査受診率は県と比較して高いが、国が目標とする60%は達成することができなかった。特定保健指導実施率は県と比較して低い状況が続いていたが、利用勧奨や訪問指導等を行うことで、令和4年度には県を上回ることができた。しかし、国が目標とする60%は達成することができなかった。

また、第2期は庁内関係部署をはじめとした関係機関との連携し事業を行ったが、各保健事業間の連動が不十分であったため、保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

中間評価の判定区分

	【指標判定】	【事業判定】
判定区分	A：既に目標を達成 B：目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C：目標の達成は難しいが、ある程度の効果がある D：目標の達成は困難で、効果が少ない E：評価困難	A：うまくいっている B：まあ、うまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない

第2期データヘルス計画：個別事業評価

事業名	目的	評価指標	目標値	策定時 H28	中間値 R1	実績値 R4	指標 判定	事業 判定
特定健康診査	現在の健康状態をチェックし、生活習慣病などの病気を早期発見、早期治療につなげるとともに、受診結果を参考に生活習慣を改善につなげる。	【アウトカム】 特定健康診査の受診率	60%	53.7%	56.7%	55.8%	B	B
		【アウトプット】 受診勧奨数	1,500件 (ハガキ+電話)	1,447件	2,850件	4,000件	A	
特定保健指導	健康の保持増進のため、生活習慣病の発症予防や重症化予防、医療費の適正化を図る。	【アウトカム】 メタボ該当者割合（減少）	減少	23.3%	23.9%	23.9%	B	B
		【アウトプット】 特定保健指導実施率	60%	24.3%	29.8%	43.2%	B	
人間ドック費用 助成事業	国民健康保険の保健事業の一環として、疾病の早期発見や予防など、健康管理に努めていただく事を目的に、人間ドック受診に係る費用の一部を助成する。また、健診の結果により特定保健指導を実施する。	【アウトカム】 脳血管疾患の医療費 (6か月以上の長期入院)	減少	3,420万円	2,967万円	666万円	A	A
		【アウトプット】 人間ドックの利用者数	増加	225人	297人	245人	A	
レセプト点検	医療機関等から提出される診療報酬請求書等の点検を行い、適正な請求となるよう是正を図る。	【アウトカム】 レセプト点検による 被保険者一人当たり財政効果額	増加	1,567円	1,730円	970円	B	B
		【アウトプット】 点検数	全件	97,837件	92,678件	83,885件	A	
がん検診	健康の保持増進のため、がんの早期発見、早期治療により被保険者の罹患率や死亡率低下、医療費の適正化を図る。	【アウトプット】						C
		がん検診受診率-胃がん	30.0%	19.7%	19.9%	16.8%	C	
		がん検診受診率-肺がん	50.0%	41.9%	40.2%	41.8%	C	
		がん検診受診率-大腸がん	40.0%	33.5%	34.5%	32.1%	C	
		がん検診受診率-子宮がん	40.0%	35.7%	35.4%	30.5%	C	
		がん検診受診率-乳がん	40.0%	35.5%	37.0%	34.5%	C	
重複受診者への 適切な受診指導	受診・服薬状況の確認・改善を行い、ポリファーマシーによる健康被害を防ぐとともに、医療費の適正化を図る。	【アウトカム】 重複頻回受診・重複服薬者の 減少率	前年比5% 減少	—	前年比 10.2%減	—	E	E
		【アウトプット】 重複頻回受診・重複服薬者 への保健指導実施数	100人	—	15人	24人	C	
後発医薬品の使用 促進	先発医薬品から後発医薬品への切り替えを促進することにより、患者負担の軽減や医療保険財政の改善を図る。	【アウトカム】 後発医薬品使用率	80%	68.2%	78.4%	82.6%	A	A
		【アウトプット】 差額通知数	対象者全員	全員 367通	全員 205通	全員 118通	A	
糖尿病性腎症重症化 予防事業	糖尿病重症化のリスクが高い者を対象に、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防ぐことを目的に、重症化予防を図る	【アウトカム】 受診勧奨後の受診率	100%	74.2%	88.5%	93.0%	B	B
		【アウトプット】 保健指導実施数	実施数の 増加	—	8人	5人	A	
虚血性心疾患及び 脳血管疾患予防 事業	高血圧、脂質異常症の重症化を予防し、脳血管疾患、虚血性心疾患の発症を防ぐ。	【アウトカム】 Ⅱ度以上高血圧未治療者割合の減少	Ⅱ度以上高血圧未治療者割合の減少	65.8%	58.8%	45.7%	A	A
		【アウトカム】 LDL160以上未治療者割合の減少	LDL160以上未治療者割合の減少	84.5%	88.9%	77.7%	A	
		【アウトプット】 受診勧奨実施率 高血圧受診勧奨実施率	100%	—	—	100%	A	
		【アウトプット】 受診勧奨実施率 脂質異常受診勧奨実施率	100%	—	—	100%	A	

Ⅱ 健康・医療情報等の分析と課題

健康課題の抽出

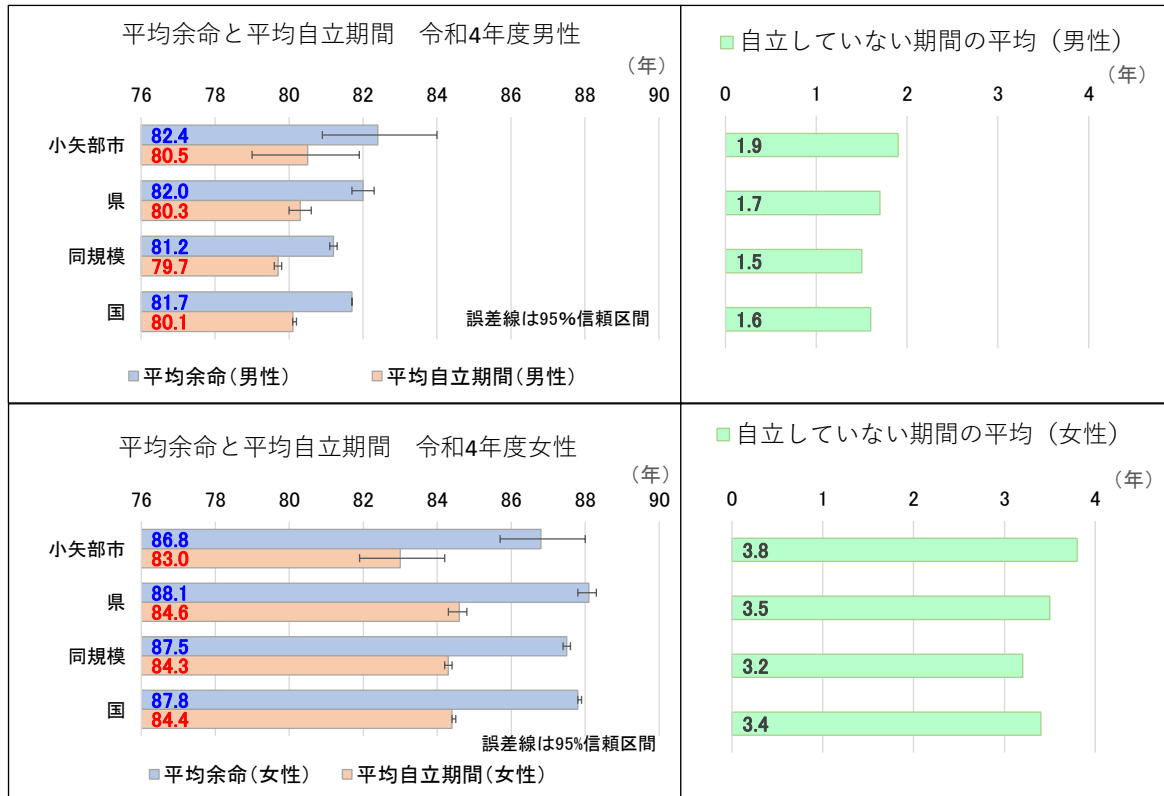
分類		健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率等		●平均余命は男性は82.4歳と県、国を上回っており、女性は86.8歳と県、国を下回っている。 ●平均余命と平均自立期間との差をみると、男性1.9年、女性3.8年と、ともに県（男性1.7年、女性3.5年）、国（男性1.6年、女性3.4年）より長い。 ●標準化死亡率は男女ともに国よりやや低いが、令和2年度から経年的にみると上昇傾向にある。 ●標準化死亡率を主要な死因別でみると、男性は100を下回っているが、県を上回っている死因は、肺がん、心臓病である。女性では、胃がん、心臓病、大腸がんが国を上回っており、胃がん、心臓病は県と比較しても高い。	●図表1 ●図表2 ●図表3	A
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	●総医療費、生活習慣病（10疾患）総医療費ともに増減しながら増加傾向がみられたが、令和4年度は減少した。 ●生活習慣病（10疾患）総医療費の総医療費に占める割合は、約6割のまま推移している。 ●一人当たり医療費は増加傾向がみられ、県、国より高い水準で推移しているが、令和4年度は減少し県と同水準であった。 ●一人当たり医療費（歯科）は増加傾向である。	●図表4 ●図表5	B
	疾病分類別の医療費	●疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（入院） ・男女ともに全傷病計が国より高値である。 ・国を上回っている傷病名を高い順でみると、男性では「13精神」、「3脂質異常症」、「7脳出血」、「2高血圧症」、女性では「6動脈硬化症」、「13精神」、「1糖尿病」、「9狭心症」、「2高血圧症」である。 ●疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（外来） ・全傷病計は国を下回っている。 ・国を上回っている傷病名を高い順でみると、男性では「13精神」、「6動脈硬化症」、「11がん」、「1糖尿病」、「8脳梗塞」、女性では「10心筋梗塞」、「13精神」である。 ●生活習慣病等疾患総医療費（入院） ・精神、高血圧症、糖尿病の順で高い。 ・増加傾向がみられるのは糖尿病、脂質異常症、心疾患であるが、令和4年度はレセプト件数の減少がみられ、総医療費も減少した。 ・減少傾向がみられるのは、高血圧症、脳血管疾患、悪性新生物で、レセプト件数も減少傾向にある。 ●生活習慣病等疾患総医療費（外来） ・高血圧症、糖尿病、脂質異常症の順で高い。 ・増加傾向がみられるのは、高血圧症、脂質異常症、心疾患、悪性新生物である。 ●生活習慣病等レセプト件数（外来）は、経年変化は少ないが、令和4年度は糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心疾患の件数が減少した。 ●生活習慣病等疾患一件当たり医療費（入院）は、心疾患、悪性新生物の順で高い。 ●生活習慣病等疾患一件当たり医療費（外来）は、腎不全、悪性新生物の順で高い。	●図表6 ●図表7 ●図表8 ●図表9	B
	後発医薬品の使用割合	●後発医薬品の普及状況（数量シェア）は微増し、80%以上を推移している。	●図表10	—
医療費の分析	重複・頻回受診、重複服薬者割合	●重複・頻回受診状況では、被保険者の約6割は医療機関を受診しており、2医療機関以上を受診する者は2割みられる。 ●重複処方の状況では、2医療機関で1剤以上の重複処方がある人数は10～20人台と横ばいで推移している。 ●多剤処方の状況では、6剤以上の薬剤を15日以上処方を受けている者は、被保険者の10～13%の割合で横ばいで推移している。	●図表11 ●図表12 ●図表13	—

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	●特定健康診査受診率は、県、国より高く推移している。令和4年度の受診率は55.8%であり、令和2年度から2.5ポイント上昇した。 ●男女別・年齢階層別特定健診受診率では、市、県、国ともに年齢が上がるにつれて受診率が高まる傾向がみられる。どの年齢も女性の方が受診率が高く、市の受診率全体では13.4ポイント高い。年齢階級ごとの受診率では、市、県では55-59歳から60-64歳への伸び率が最も高い。 ●保健指導率実施率は、県、国より低く推移していたが、令和4年度は43.2%と県、国を上回った。	●図表14 ●図表15 ●図表16	C
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	●非肥満高血糖者の割合（22.0%）が、県（13.4%）、国（9.0%）より高い。 ●メタボリックシンドローム該当者割合は、23.8%と県と同等であるが国（20.3%）より高い。男女別には、男性の該当者割合が40.6%と県（35.8%）、国（32.0%）より高い。 ●メタボリックシンドローム該当者及び予備群者のうち、血糖値、血圧、脂質全てに該当する割合が11.3%と県（8.7%）、国（6.6%）より高い。 ●特定健診有所見者の状況 ・男女ともに国より有意に高いのは、中性脂肪、HDLコレステロール、HbA1cであり、中性脂肪とHbA1cはどの年代でも高い。総数では、男女ともに県と比較しても有意に高い。 ・40～64歳女性では、収縮期血圧が国より有意に高い。 ●特定健診受診者の受診勧奨者割合の推移（検査項目別）では、受診勧奨値の者の割合は血糖、血圧、脂質の順となっている。どの検査項目も令和2年度に上昇したが、それ以降は減少傾向がみられる。 ●特定健診受診者の受診勧奨者割合の推移（該当検査項目別）では、血糖＋血圧＋脂質を併せ持つ者の割合が最も高く、次いで血糖＋血圧を併せ持つ者となっている。	●図表17 ●図表18 ●図表19 ●図表20	C
	質問票調査の状況（生活習慣）	●1日30分以上の運動習慣のない者の割合が県、国より高い。 ●週3回以上就寝2時間前に夕食を食べる者の割合が県、国より高い。 ●生活習慣の改善意欲のない者の割合が県、国より高く、保健指導利用を希望しない者の割合も県、国より高い。 ●咀嚼しにくい者の割合が県、国より高い。	●図表21	D
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		●令和4年度の特定健診受診者の75.8%は生活習慣病での医療機関受診をしている。健診未受診者のうち、医療機関の受診もない者は23.0%（健診対象者の10.3%）である。 ●特定健診で受診勧奨値のうち未治療者の割合を、腹囲等のリスクの有無別にみると、腹囲等のリスクがない者の方が未治療者の割合が高い。特に血圧または血糖のみの受診勧奨値の者、血糖と血圧の受診勧奨値を併せ持つ者の割合が高い。	●図表22 ●図表23	B、C
介護費関係の分析		●要介護（支援）認定者数及び認定率は横ばいで推移している。 ●1号被保険者の要介護（支援）認定率は、県、国と同水準で横ばいで推移している。 ●1号被保険者の要介護（支援）認定者の内訳では、県、国と比較して要支援1・2の認定率が低く、要介護2～4の認定率が高い。 ●要介護（支援）認定者の疾病別有病率（令和4年度）は、県、国と同様の水準であり、心臓病、高血圧症、筋・骨格の順となっている。脂質異常症と筋・骨格の有病率は県、国より低い。 ●年度別要介護（支援）認定者の疾病別有病率は、概ね横ばいで推移しているが、脳疾患は減少傾向がみられる。	●図表24 ●図表25 ●図表26 ●図表27 ●図表28	B、C
その他		●がん検診受診率の推移（小矢部市）では、肺がんは増加傾向がみられるが、胃がん、大腸がん、子宮がん、乳がんは減少傾向がみられる。 ●がん検診受診率（国民健康保険被保険者）を県、国と比較すると、肺がん、大腸がん、乳がんは県、国を上回っており、胃がん、子宮頸がんは県と同等である。	●図表29 ●図表30	—

参照データ

同規模保険者、県、国と比較した小矢部市の位置及び特性を把握するため、KDBシステム等データから読み取りを行った。
※同規模保険者：人口50,000人未満の一般市

図表1	平均余命と平均自立期間 ※平均余命：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。 ※平均自立期間：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。 ここでは要介護度2以上を自立していない状態とし、それ以外を自立している状態として算出。 ※平均寿命は、平均余命・平均自立期間と算出方法が異なるため比較できない。	出典	KDBシステム「地域の全体像の把握」等より、平均余命と平均自立期間の見える化ツール ver.2.0を用いて作成
データ分析の結果	●平均余命は男性は82.4歳と県、国を上回っており、女性は86.8歳と県、国を下回っている。 ●平均余命と平均自立期間との差を見ると、男性1.9年、女性3.8年と、ともに県（男性1.7年、女性3.5年）、国（男性1.6年、女性3.4年）より長い状況である。		



図表2	男女別標準化死亡比の推移・死因の状況の推移	出典	KDBシステム「地域の全体像の把握」
データ分析の結果	●標準化死亡比は男女ともに国よりやや低いが、令和2年度から経年的にみると上昇傾向にある。		

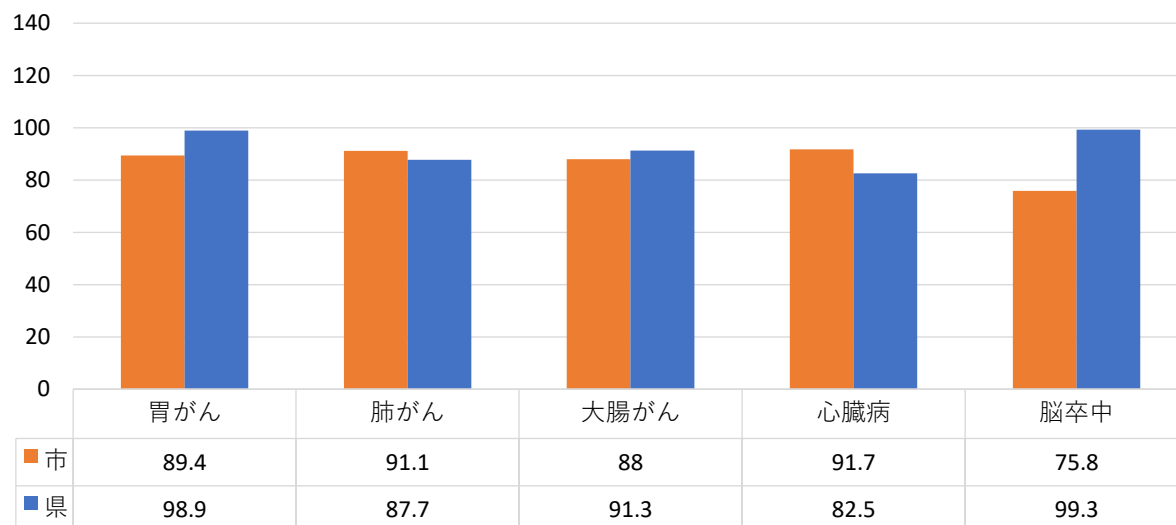
男女別標準化死亡比(SMR)の推移

	男性			女性		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
小矢部市	94.5	98.2	98.2	87.1	91.3	91.3
県	99.3	101.4	101.4	96	96.5	96.5
同規模	104.6	103.5	103.4	101.3	101.5	101.4

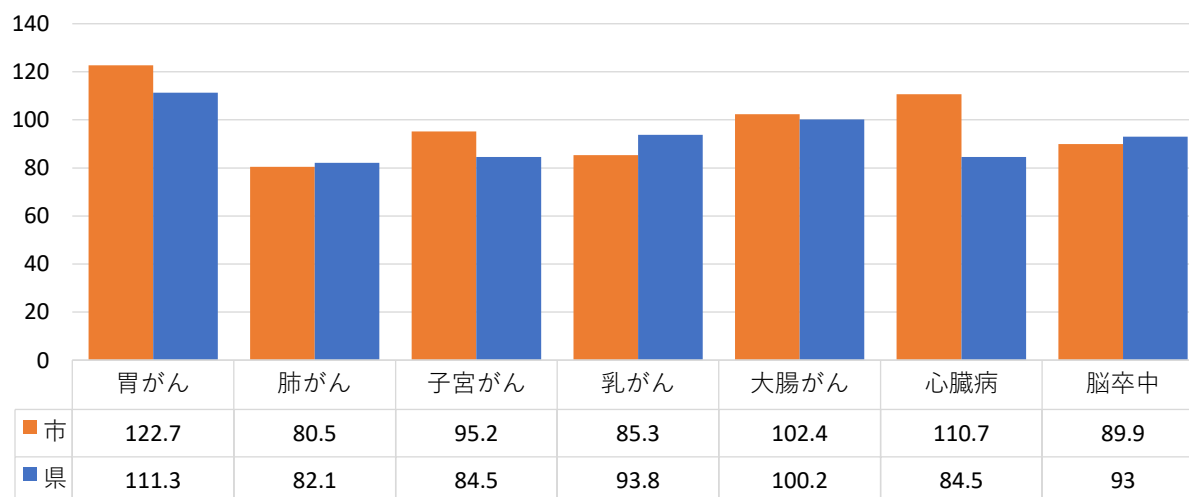
※標準化死亡比：死亡率はその地域の人口の年齢構成に大きく影響を受けるため、年齢構成の差を取り除いて比較する際に使用される。国の平均を100として、標準化死亡比が100より大きい場合は、その地域の死亡率は全国より高く、100より小さい場合は全国より低いと判断される。

図表3	死因別標準化死亡比（平成28年～令和2年平均）	出典	富山県的生活習慣病 その推移の現状
データ分析の結果	●標準化死亡比を主要な死因別でみると、男性は100を下回っているが、県を上回っている死因は、肺がん、心臓病である。女性では、胃がん、心臓病、大腸がんを国を上回っており、胃がん、心臓病は県と比較しても高い。		

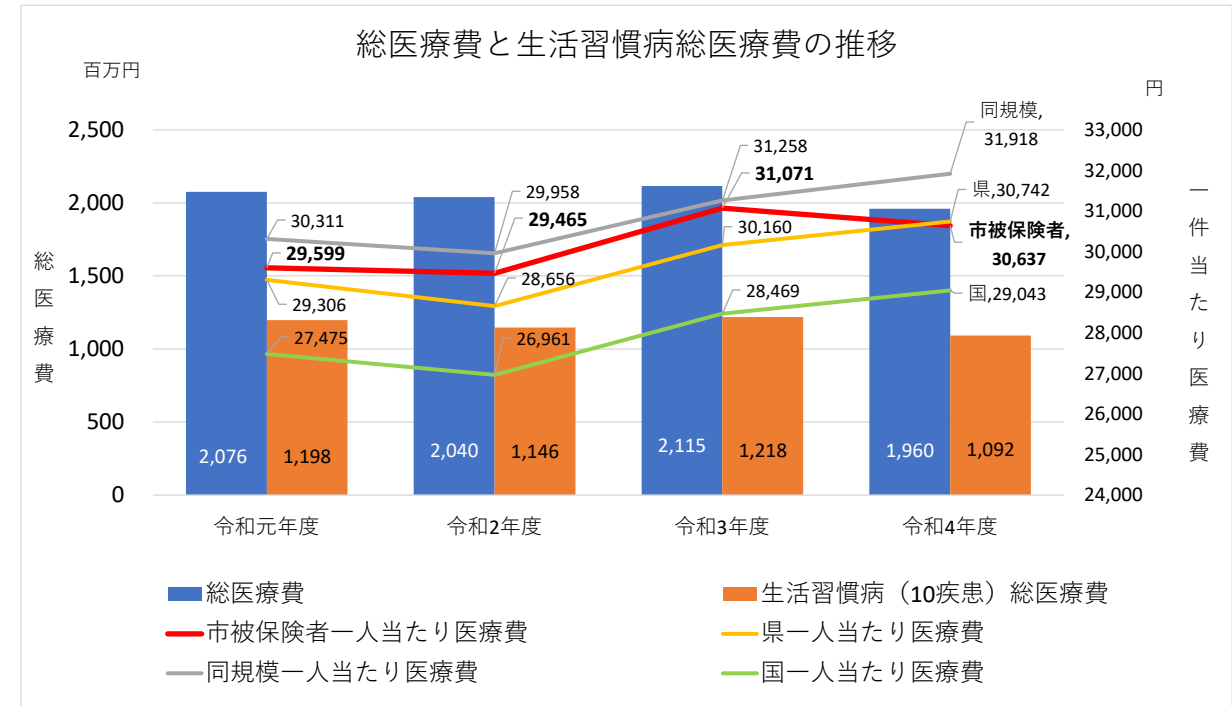
死因別標準化死亡比（平成28年～令和2年平均）男性 全国 = 100



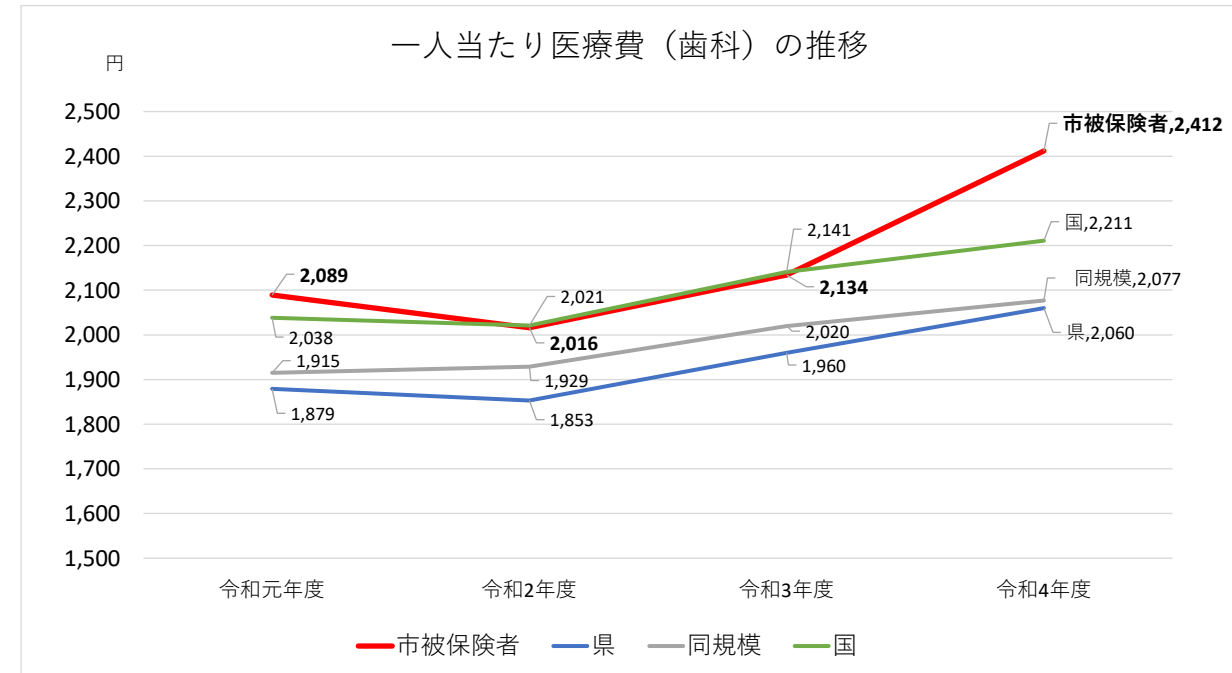
死因別標準化死亡比（平成28年～令和2年平均）女性 全国 = 100



図表4	総医療費と生活習慣病総医療費の推移	出典 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」
データ分析の結果	●総医療費、生活習慣病（10疾患）総医療費ともに増減しながら増加傾向がみられたが、令和4年度は減少した。 ●生活習慣病（10疾患）総医療費の総医療費に占める割合は約6割のまま推移している。 ●一人当たりの医療費は増加傾向がみられ、県、国より高い水準で推移しているが、令和4年度は減少し県と同水準であった。	



図表5	一人当たり医療費の推移（歯科）	出典 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」
データ分析の結果	●一人当たり医療費（歯科）は増加傾向である。	



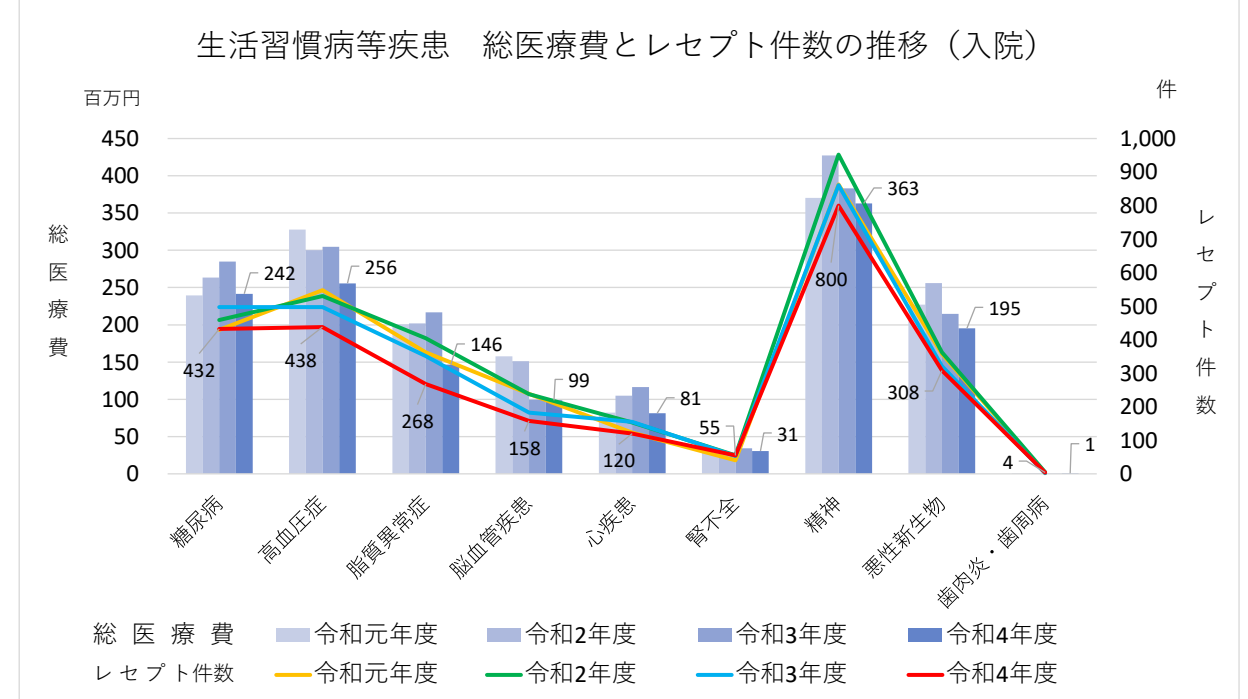
図表6	男女別疾病別医療費（生活習慣病）標準化比	出典 KDBシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」から「医療費の疾病別内訳見える化ツール」を用いて作成
データ分析の結果	●疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（入院）では、男女ともに全傷病計が国より高値である。 ●疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（入院）で国を上回っている傷病名を高い順でみると、男性は「13精神」、「3脂質異常症」、「7脳出血」、「2高血圧症」の順に高く、女性は「6動脈硬化症」、「13精神」、「1糖尿病」、「9狭心症」、「2高血圧症」である。 ●疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（外来費）では全傷病計は国を下回っているが、国を上回っている傷病名を高い順でみると、男性は「13精神」、「6動脈硬化症」、「11がん」、「1糖尿病」、「8脳梗塞」の順に高く、女性では「10心筋梗塞」、「13精神」である。	

男女別疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（令和元年度～4年度平均）

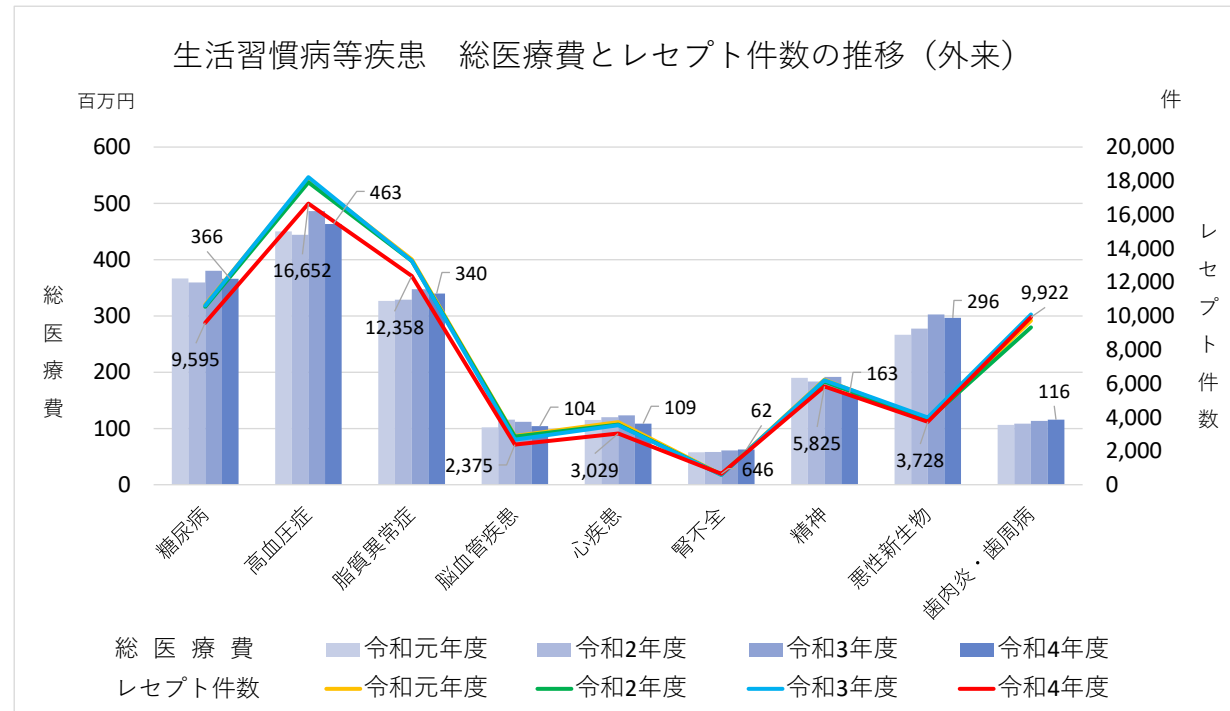
全国＝100

No.	傷病名 （最大医療資源傷病名）	市被保険者（男性）			市被保険者（女性）		
		入院	外来	入院・外来計	入院	外来	入院・外来計
0	全傷病計	105.2	88.0	95.6	105.4	86.7	93.6
1	糖尿病	100.9	109.8	109.2	133.6	95.3	97.5
2	高血圧症	115.2	88.7	89.4	105.9	88.9	89.2
3	脂質異常症	166.5	76.0	77.1	56.7	81.3	81.1
4	高尿酸血症	0.0	91.8	86.2	59.2	83.4	79.4
5	脂肪肝	94.1	62.5	65.1	0.0	39.0	36.9
6	動脈硬化症	51.2	125.6	78.6	275.4	62.7	148.5
7	脳出血	139.4	66.9	137.5	72.6	64.4	72.4
8	脳梗塞	79.1	107.1	83.5	90.2	88.7	89.9
9	狭心症	88.1	90.5	88.8	129.2	107.0	119.7
10	心筋梗塞	59.7	51.2	58.9	9.1	540.2	63.0
11	がん	85.3	117.4	102.0	95.9	81.0	87.6
12	筋・骨格	96.6	92.8	94.8	97.2	87.3	90.9
13	精神	212.9	130.7	187.2	135.3	180.0	151.4
14	その他（上記以外のもの）	95.5	70.1	81.3	105.2	79.1	88.9

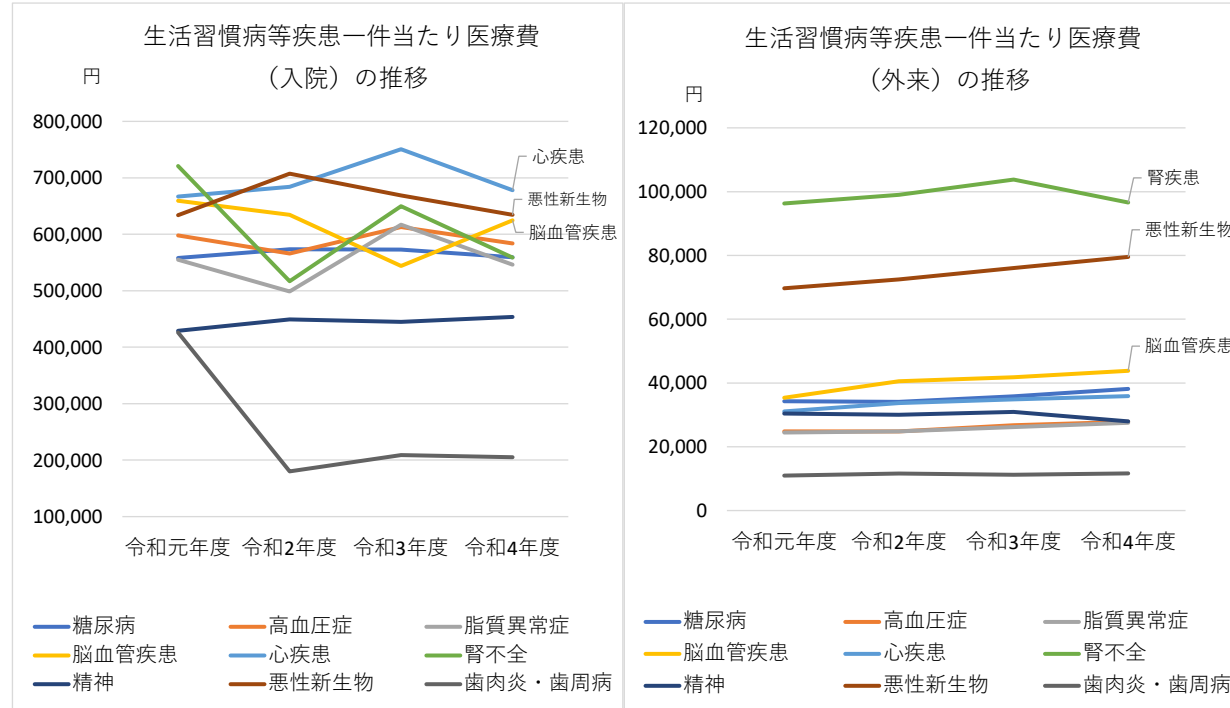
図表7	生活習慣病等疾患　総医療費とレセプト件数の推移（入院）	出典 KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
データ分析の結果	●生活習慣病等疾患総医療費（入院）では、精神、高血圧症、糖尿病の順で高い。 ●生活習慣病等疾患総医療費（入院）の経年変化では、増加傾向がみられるのは糖尿病、脂質異常症、心疾患であるが、令和4年度はレセプト件数の減少がみられ、減少した。また、減少傾向がみられるのは、高血圧症、脳血管疾患、悪性新生物で、レセプト件数も減少傾向にある。	



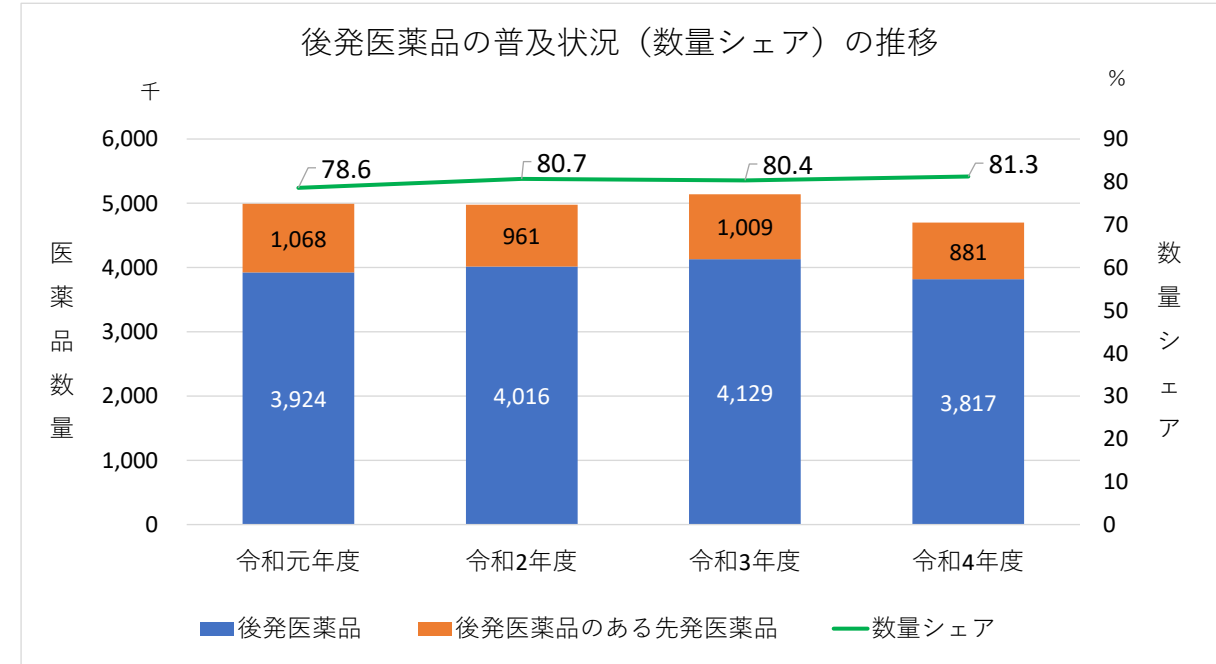
図表8	生活習慣病等疾患総医療費とレセプト件数の推移（外来）	出典 KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
データ分析の結果	●生活習慣病等疾患総医療費（外来）は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の順で高い。 ●生活習慣病等疾患総医療費（外来）の経年変化では、増加傾向がみられるのは、高血圧症、脂質異常症、心疾患、悪性新生物である。 ●レセプト件数は経年変化は少ないが、令和4年度は糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心疾患の件数が減少した。	



図表9	生活習慣病等疾患一件当たり医療費（入院・外来）の推移	出典 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」
データ分析の結果	●生活習慣病等疾患一件当たり医療費（入院）では、心疾患、悪性新生物の順で高い。 ●生活習慣病等疾患一件当たり医療費（外来）では、腎不全、悪性新生物の順で高い。	



図表10	後発医薬品の普及状況（数量シェア）の推移	出典	電子帳票システム「数量シェア集計表」より
データ分析の結果	●後発医薬品の普及状況（数量シェア）は微増し、80%以上を推移している。		



※後発医薬品の普及状況（数量シェア）＝後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）×100
 ※後発品のある先発医薬品：後発医薬品と同額又は低額な先発医薬品を除く後発医薬品のある先発医薬品
 ※後発医薬品：先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品を除く後発医薬品

図表11	重複・頻回受診状況	出典	KDBシステムデータを「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」を用いて作成
データ分析の結果	●重複・頻回受診状況では、被保険者の約6割は医療機関を受診しており、2医療機関以上を受診する者は2割みられる。		

重複・頻回受診状況

単位：人（％）

受診医療機関数 (同一月内)	同一医療機関への 受診日数(同一月内)	受診者数（受診者の割合：(受診者数 / 被保険者数) × 100）									
		平成30年5月		令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
1医療機関以上	1日以上	3,634	(60.0)	3,521	(59.7)	3,037	(52.1)	3,365	(58.5)	3,265	(59.4)
	5日以上	181	(3.0)	127	(2.2)	101	(1.7)	91	(1.6)	116	(2.1)
	10日以上	51	(0.8)	40	(0.7)	31	(0.5)	29	(0.5)	32	(0.6)
	15日以上	21	(0.3)	21	(0.4)	4	(0.1)	16	(0.3)	15	(0.3)
	20日以上	12	(0.2)	13	(0.2)	2	(0.0)	1	(0.0)	5	(0.1)
2医療機関以上	1日以上	1,399	(23.1)	1,324	(22.4)	971	(16.7)	1,231	(21.4)	1,158	(21.1)
	5日以上	109	(1.8)	79	(1.3)	47	(0.8)	53	(0.9)	73	(1.3)
	10日以上	28	(0.5)	19	(0.3)	12	(0.2)	13	(0.2)	12	(0.2)
	15日以上	8	(0.1)	8	(0.1)	2	(0.0)	7	(0.1)	2	(0.0)
	20日以上	3	(0.0)	3	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
3医療機関以上	1日以上	409	(6.8)	347	(5.9)	244	(4.2)	326	(5.7)	307	(5.6)
	5日以上	56	(0.9)	24	(0.4)	22	(0.4)	22	(0.4)	34	(0.6)
	10日以上	13	(0.2)	7	(0.1)	7	(0.1)	6	(0.1)	6	(0.1)
	15日以上	5	(0.1)	4	(0.1)	1	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)
	20日以上	2	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
4医療機関以上	1日以上	108	(1.8)	81	(1.4)	42	(0.7)	66	(1.1)	76	(1.4)
	5日以上	14	(0.2)	8	(0.1)	6	(0.1)	7	(0.1)	13	(0.2)
	10日以上	5	(0.1)	2	(0.0)	2	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.0)
	15日以上	1	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	20日以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
5医療機関以上	1日以上	21	(0.3)	19	(0.3)	10	(0.2)	15	(0.3)	16	(0.3)
	5日以上	2	(0.0)	3	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.0)	5	(0.1)
	10日以上	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)
	15日以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	20日以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)

図表12	重複処方の状況	出典	KDBシステムデータを「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」を用いて作成
データ分析の結果	●重複処方の状況では、2医療機関で1剤以上の重複処方がある人数は10～20人台と横ばいで推移している。		

重複処方の状況

単位：人（％）

他医療機関と重複処方の発生した医療機関数 （同一月内）	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数（または薬効数） （同一月内）	処方を受けた者（処方を受けた者の割合：（処方を受けた者 / 被保険者数）× 100）									
		平成30年5月		令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
2医療機関以上	1以上	17	(0.3)	25	(0.4)	15	(0.3)	11	(0.2)	14	(0.3)
	2以上	3	(0.0)	3	(0.1)	2	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)
	3以上	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)
	4以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)
	5以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)
	6以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)
	7以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	8以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	9以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	10以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
3医療機関以上	1以上	0	(0.0)	2	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)
	2以上	0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	3以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	4以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	5以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	6以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	7以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	8以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	9以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	10以上	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)

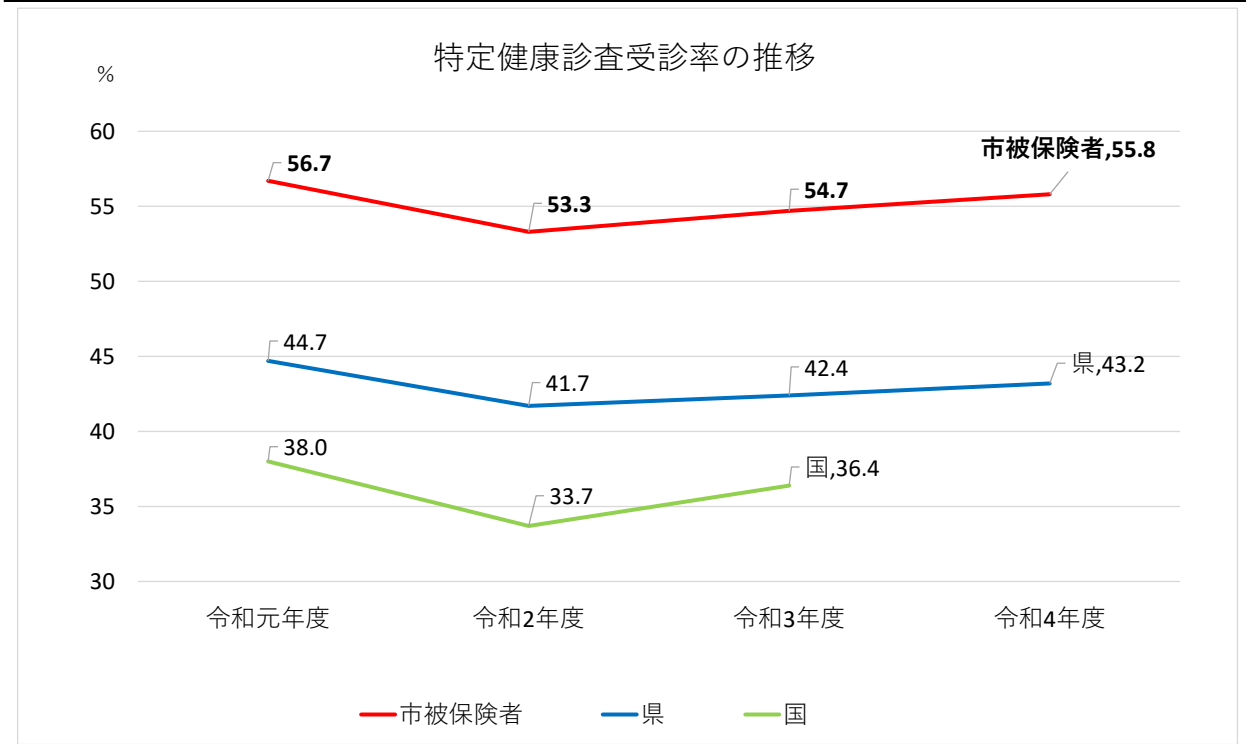
図表13	多剤処方の状況	出典	KDBシステムデータを「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」を用いて作成
データ分析の結果	●多剤処方の状況では、6剤以上の薬剤を15日以上処方を受けている者は、被保険者の10～13%の割合で横ばいで推移している。		

多剤処方の状況

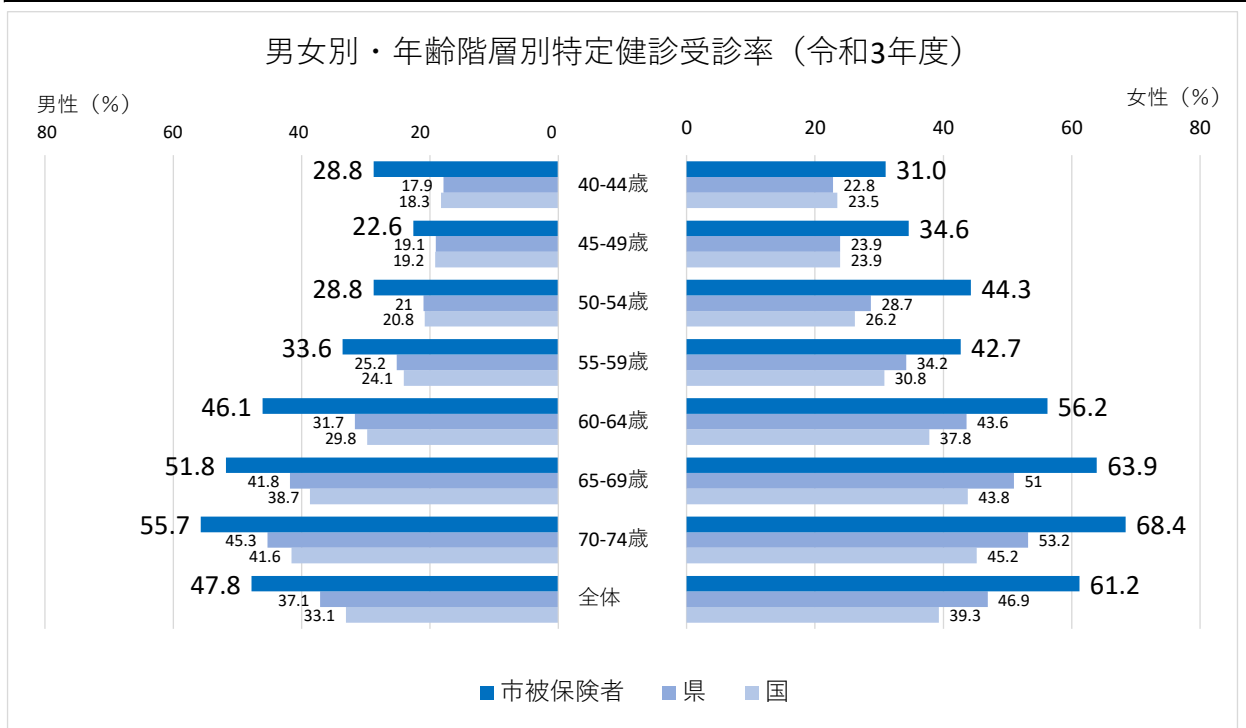
単位：人（％）

同一薬剤に関する 処方日数（同一月内）	処方薬剤数（又は処方 薬効数）（同一月内）	処方を受けた者（処方を受けた者の割合：（処方を受けた者 / 被保険者数）×100）				
		平成30年5月	令和元年5月	令和2年5月	令和3年5月	令和4年5月
1日以上	1以上	3,056 (50.5)	2,904 (49.2)	2,557 (43.9)	2,764 (48.0)	2,689 (49.0)
	2以上	2,542 (42.0)	2,432 (41.2)	2,068 (35.5)	2,259 (39.3)	2,182 (39.7)
	3以上	2,011 (33.2)	1,925 (32.6)	1,556 (26.7)	1,750 (30.4)	1,683 (30.6)
	4以上	1,544 (25.5)	1,491 (25.3)	1,152 (19.8)	1,312 (22.8)	1,289 (23.5)
	5以上	1,167 (19.3)	1,123 (19.0)	880 (15.1)	980 (17.0)	977 (17.8)
	6以上	878 (14.5)	848 (14.4)	629 (10.8)	721 (12.5)	698 (12.7)
	7以上	652 (10.8)	636 (10.8)	473 (8.1)	528 (9.2)	492 (9.0)
	8以上	476 (7.9)	464 (7.9)	333 (5.7)	372 (6.5)	356 (6.5)
	9以上	316 (5.2)	325 (5.5)	240 (4.1)	262 (4.6)	250 (4.6)
	10以上	229 (3.8)	240 (4.1)	156 (2.7)	186 (3.2)	170 (3.1)
	15以上	47 (0.8)	45 (0.8)	26 (0.4)	30 (0.5)	26 (0.5)
	20以上	8 (0.1)	8 (0.1)	7 (0.1)	5 (0.1)	5 (0.1)
15日以上	1以上	2,386 (39.4)	2,272 (38.5)	2,075 (35.6)	2,269 (39.4)	2,126 (38.7)
	2以上	2,069 (34.2)	1,982 (33.6)	1,767 (30.3)	1,965 (34.2)	1,847 (33.6)
	3以上	1,695 (28.0)	1,627 (27.6)	1,409 (24.2)	1,591 (27.7)	1,497 (27.3)
	4以上	1,347 (22.3)	1,295 (22.0)	1,080 (18.5)	1,225 (21.3)	1,181 (21.5)
	5以上	1,042 (17.2)	999 (16.9)	844 (14.5)	942 (16.4)	918 (16.7)
	6以上	798 (13.2)	772 (13.1)	613 (10.5)	699 (12.1)	679 (12.4)
	7以上	598 (9.9)	584 (9.9)	465 (8.0)	517 (9.0)	484 (8.8)
	8以上	447 (7.4)	432 (7.3)	331 (5.7)	367 (6.4)	349 (6.4)
	9以上	301 (5.0)	309 (5.2)	238 (4.1)	259 (4.5)	245 (4.5)
	10以上	219 (3.6)	232 (3.9)	155 (2.7)	184 (3.2)	167 (3.0)
	15以上	46 (0.8)	45 (0.8)	26 (0.4)	30 (0.5)	26 (0.5)
	20以上	8 (0.1)	8 (0.1)	7 (0.1)	5 (0.1)	5 (0.1)
30日以上	1以上	1,627 (26.9)	1,522 (25.8)	1,427 (24.5)	1,521 (26.4)	1,463 (26.6)
	2以上	1,414 (23.4)	1,342 (22.8)	1,221 (21.0)	1,323 (23.0)	1,271 (23.1)
	3以上	1,164 (19.2)	1,102 (18.7)	981 (16.8)	1,071 (18.6)	1,032 (18.8)
	4以上	944 (15.6)	894 (15.2)	755 (13.0)	821 (14.3)	806 (14.7)
	5以上	744 (12.3)	691 (11.7)	610 (10.5)	633 (11.0)	626 (11.4)
	6以上	567 (9.4)	540 (9.2)	443 (7.6)	468 (8.1)	468 (8.5)
	7以上	423 (7.0)	409 (6.9)	334 (5.7)	344 (6.0)	335 (6.1)
	8以上	322 (5.3)	310 (5.3)	238 (4.1)	235 (4.1)	239 (4.4)
	9以上	225 (3.7)	222 (3.8)	173 (3.0)	164 (2.9)	167 (3.0)
	10以上	165 (2.7)	164 (2.8)	109 (1.9)	114 (2.0)	115 (2.1)
	15以上	36 (0.6)	33 (0.6)	21 (0.4)	18 (0.3)	18 (0.3)
	20以上	5 (0.1)	8 (0.1)	5 (0.1)	3 (0.1)	2 (0.0)
60日以上	1以上	464 (7.7)	473 (8.0)	484 (8.3)	540 (9.4)	495 (9.0)
	2以上	400 (6.6)	401 (6.8)	406 (7.0)	473 (8.2)	424 (7.7)
	3以上	317 (5.2)	322 (5.5)	312 (5.4)	378 (6.6)	336 (6.1)
	4以上	257 (4.2)	252 (4.3)	237 (4.1)	283 (4.9)	255 (4.6)
	5以上	197 (3.3)	182 (3.1)	183 (3.1)	217 (3.8)	201 (3.7)
	6以上	153 (2.5)	143 (2.4)	126 (2.2)	164 (2.9)	148 (2.7)
	7以上	123 (2.0)	110 (1.9)	94 (1.6)	111 (1.9)	98 (1.8)
	8以上	95 (1.6)	87 (1.5)	68 (1.2)	73 (1.3)	70 (1.3)
	9以上	69 (1.1)	65 (1.1)	53 (0.9)	52 (0.9)	48 (0.9)
	10以上	47 (0.8)	46 (0.8)	34 (0.6)	36 (0.6)	37 (0.7)
	15以上	13 (0.2)	11 (0.2)	9 (0.2)	8 (0.1)	7 (0.1)
	20以上	1 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)
90日以上	1以上	82 (1.4)	84 (1.4)	114 (2.0)	128 (2.2)	128 (2.3)
	2以上	72 (1.2)	69 (1.2)	95 (1.6)	112 (1.9)	107 (1.9)
	3以上	62 (1.0)	53 (0.9)	71 (1.2)	84 (1.5)	77 (1.4)
	4以上	50 (0.8)	39 (0.7)	52 (0.9)	57 (1.0)	56 (1.0)
	5以上	37 (0.6)	30 (0.5)	38 (0.7)	43 (0.7)	42 (0.8)
	6以上	33 (0.5)	24 (0.3)	29 (0.4)	32 (0.6)	29 (0.5)
	7以上	27 (0.4)	17 (0.2)	22 (0.3)	26 (0.5)	22 (0.4)
	8以上	22 (0.4)	11 (0.2)	17 (0.2)	16 (0.3)	17 (0.3)
	9以上	12 (0.2)	6 (0.1)	9 (0.1)	11 (0.2)	9 (0.2)
	10以上	8 (0.1)	3 (0.1)	9 (0.1)	6 (0.1)	9 (0.2)
	15以上	1 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.0)	3 (0.1)	3 (0.1)
	20以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

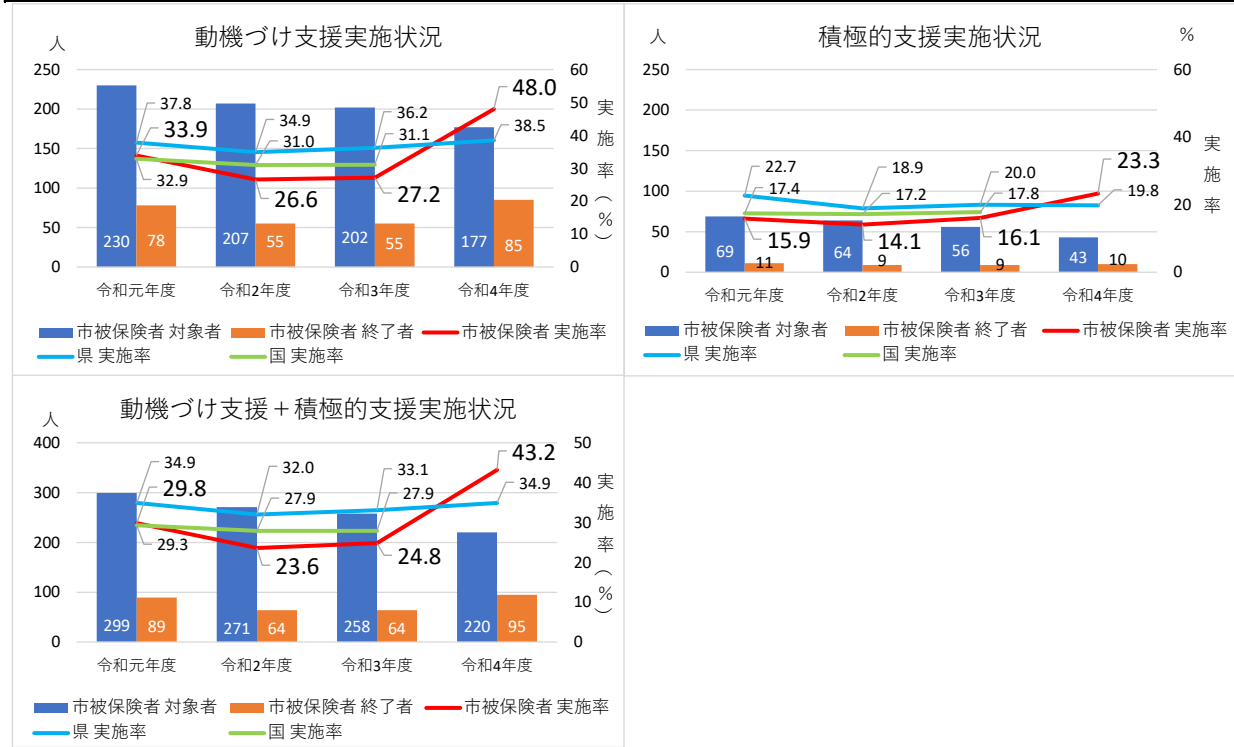
図表14	特定健康診査受診率の推移	出典	法定報告値（速報値）
データ分析の結果	●特定健康診査受診率は、県、国より高く推移している。令和4年度の受診率は55.8%であり、令和2年度から2.5ポイント上昇した。		



図表15	男女別・年齢階層別特定健診受診率（令和3年度）	出典	法定報告値（速報値）
データ分析の結果	●男女別・年齢階層別特定健診受診率では、市、県、国ともに年齢が上がるにつれて受診率が高まる傾向がみられる。どの年齢層も女性の方が受診率が高く、市の受診率全体では13.4ポイント高い。年齢階級ごとの受診率では、市、県では55-59歳から60-64歳への伸び率が最も高い。		



図表16	特定保健指導の実施状況	出典	法定報告値（速報値）
データ分析の結果	●特定保健指導率実施率は、県、国より低く推移していたが、令和4年度は43.2%と県、国を上回った。		



図表17	メタボリックシンドローム該当者・予備群者の状況	出典	KDBシステムデータから「データヘルス計画作成・評価支援ツール」を用いて作成
データ分析の結果	●非肥満高血糖の割合が2割であり、県（約1割）、国（1割未満）と比べて高く推移している。 ●令和4年度では、メタボリックシンドローム該当者は県と同程度であるが、国よりは3.8ポイント高い。また、男女別にみると、男性該当者は増加傾向がみられ、令和4年度では4割を占めており、県、国よりも割合が高い。 ●令和4年度のメタボリックシンドローム該当・予備群のうち、血糖値・血圧・脂質の項目全てに該当する人の割合は県、国より高い。		

メタボリックシンドローム該当者・予備軍者の状況																
項目		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度								
		市被保険者		市被保険者		市被保険者		市被保険者		同規模平均		県		国		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
非肥満高血糖		575	22.8	506	21.2	545	23.2	485	22.0	65,018	10.7	7,859	13.4	620,920	9.0	
メタボ	該当者	602	23.9	574	24.0	584	24.9	525	23.8	129,545	21.3	13,635	23.3	1,394,679	20.3	
	男性	385	36.3	389	38.2	403	40.5	382	40.6	89,587	32.7	8,829	35.8	974,740	32.0	
	女性	217	14.8	185	13.5	181	13.4	143	11.3	39,958	12.0	4,806	14.2	419,939	11.0	
	予備群	219	8.7	206	8.6	176	7.5	170	7.7	65,857	10.8	6,181	10.5	772,552	11.2	
	男性	144	13.6	132	13.0	113	11.3	119	12.6	46,102	16.8	4,116	16.7	545,269	17.9	
	女性	75	5.1	74	5.4	63	4.7	51	4.0	19,755	5.9	2,065	6.1	227,283	5.9	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	863	34.2	819	34.3	803	34.2	731	33.2	213,414	35.1	21,439	36.6	2,402,739	35.0
		男性	553	52.1	549	53.9	545	54.7	525	55.7	147,964	54.0	14,061	57.0	1,683,310	55.3
		女性	310	21.2	270	19.7	258	19.1	206	16.3	65,450	19.6	7,378	21.7	719,429	18.8
	BMI	総数	139	5.5	144	6.0	151	6.4	146	6.6	32,126	5.3	2,386	4.1	323,039	4.7
		男性	23	2.2	21	2.1	27	2.7	23	2.4	5,023	1.8	348	1.4	51,832	1.7
		女性	116	7.9	123	9.0	124	9.2	123	9.8	27,103	8.1	2,038	6.0	271,207	7.1
	血糖のみ	23	0.9	21	0.9	19	0.8	22	1.0	4,054	0.7	481	0.8	43,981	0.6	
	血圧のみ	127	5.0	133	5.6	109	4.6	98	4.4	47,186	7.8	4,143	7.1	544,462	7.9	
	脂質のみ	69	2.7	52	2.2	48	2.0	50	2.3	14,617	2.4	1,557	2.7	184,109	2.7	
	血糖・血圧	94	3.7	90	3.8	87	3.7	70	3.2	20,231	3.3	1,921	3.3	205,051	3.0	
	血糖・脂質	47	1.9	34	1.4	47	2.0	27	1.2	6,682	1.1	838	1.4	70,941	1.0	
	血圧・脂質	179	7.1	188	7.9	182	7.7	178	8.1	58,708	9.7	5,752	9.8	664,823	9.7	
血糖・血圧・脂質	282	11.2	262	11.0	268	11.4	250	11.3	43,924	7.2	5,124	8.7	453,864	6.6		

図表18	特定健診有所見者状況	出典	KDBシステム「厚労省様式5-2」から「年齢調整・厚生労働省様式(様式5-2) ツール」を用いて作成
データ分析の結果	●特定健診有所見者の状況は、男女ともに国より有意に高いのは、中性脂肪、HDLコレステロール、HbA1cであり、中性脂肪とHbA1cはどの階級でも高い。総数では、男女ともに県と比較しても有意に高い。 ●40～64歳女性では、収縮期血圧が国より有意に高い。		

特定健診有所見者状況(男女別・年齢調整) 全国=100 *基準に比べて有意な差(p<0.05)がみられるもの 令和4年度

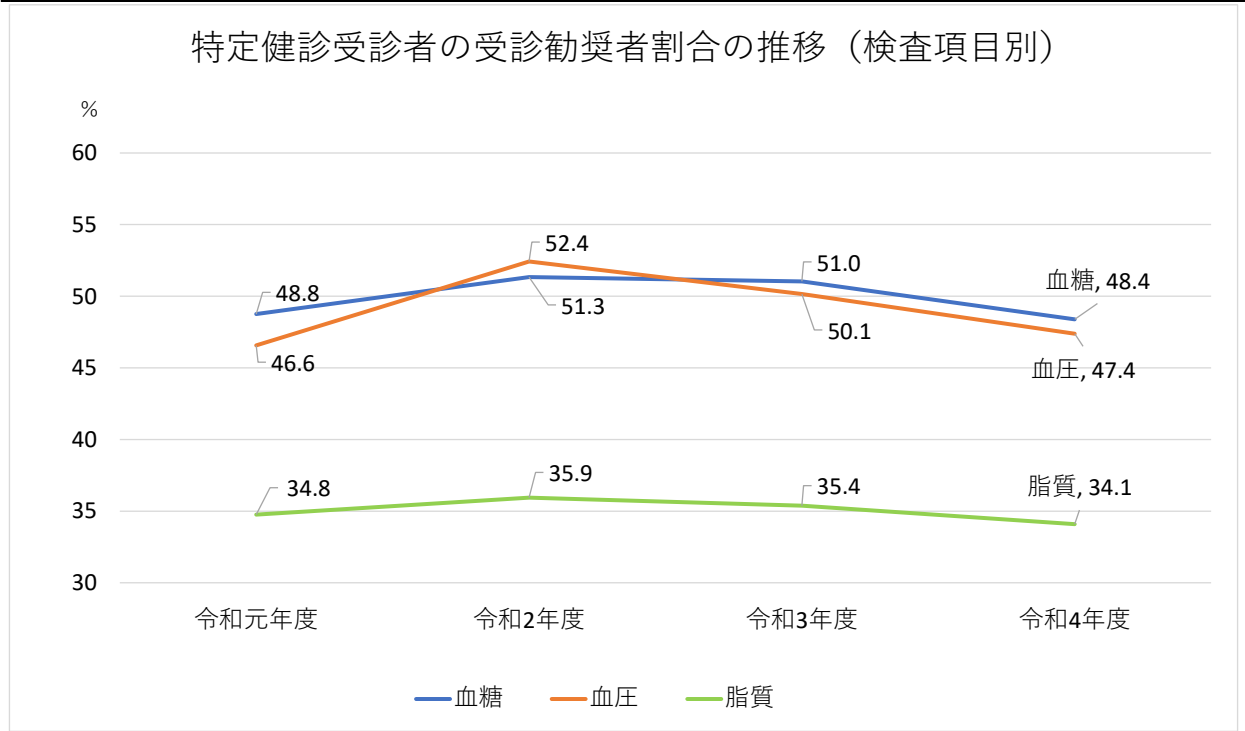
男性		摂取エネルギーの過剰									
		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満	
		標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)
40～64歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	101.9	100(基準)	*104.1	100(基準)	*113.0	100(基準)	101.1	100(基準)	101.6	100(基準)
	地域(地区)	103.3	101.4	109.9	105.7	*153.0	*134.6	88.7	88.0	104.2	101.7
65～74歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	101.7	100(基準)	*103.8	100(基準)	*123.0	100(基準)	100.1	100(基準)	*111.3	100(基準)
	地域(地区)	103.9	102.2	96.6	93.0	*144.9	*117.8	85.6	85.5	*153.4	*137.7
総数	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	101.8	100(基準)	*103.9	100(基準)	*120.3	100(基準)	100.4	100(基準)	*108.9	100(基準)
	地域(地区)	103.7	102.0	99.7	96.0	*147.1	*122.2	86.7	86.3	*140.8	*129.0

女性		摂取エネルギーの過剰									
		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満	
		標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)
40～64歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	100.2	100(基準)	*108.7	100(基準)	*128.2	100(基準)	101.9	100(基準)	87.8	100(基準)
	地域(地区)	96.4	96.1	78.5	71.9	*163.4	126.6	118.8	115.8	144.6	165.4
65～74歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	101.6	100(基準)	*114.2	100(基準)	*132.0	100(基準)	98.8	100(基準)	*121.3	100(基準)
	地域(地区)	103.9	102.1	*84.9	*74.3	*194.4	*147.2	117.6	119.0	*181.6	149.9
総数	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	101.3	100(基準)	*113.2	100(基準)	*131.3	100(基準)	99.6	100(基準)	*114.8	100(基準)
	地域(地区)	102.4	101.0	*83.8	*73.9	*189.1	*143.8	117.9	118.3	*175.2	*151.9

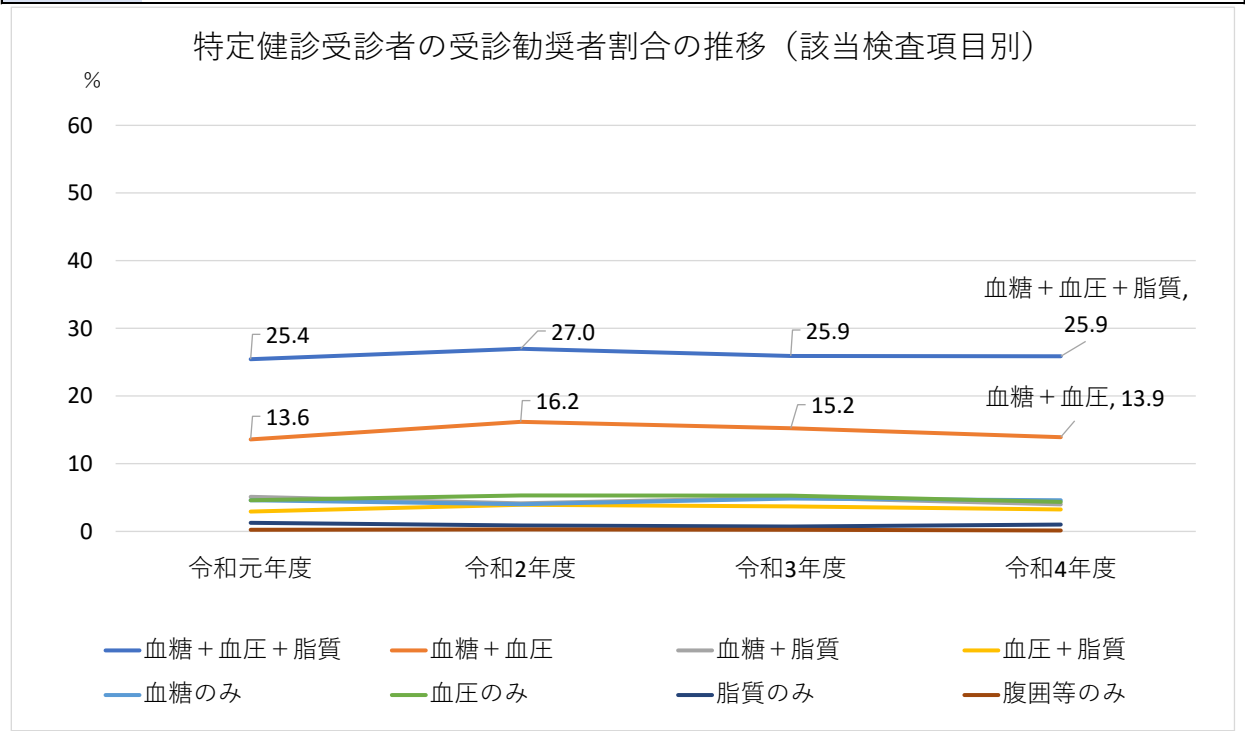
男性		血管を傷つける						内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	
		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	
		5.6以上		130以上		85以上		120以上	
		標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)
40～64歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	*105.7	100(基準)	96.4	100(基準)	98.1	100(基準)	101.1	100(基準)
	地域(地区)	*123.7	117.1	109.3	113.1	83.4	84.9	90.8	89.7
65～74歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	*106.5	100(基準)	*96.6	100(基準)	*95.3	100(基準)	101.7	100(基準)
	地域(地区)	*128.0	*120.2	95.2	98.5	*77.3	*81.1	*81.3	*79.9
総数	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	*106.3	100(基準)	*96.5	100(基準)	*96.1	100(基準)	101.6	100(基準)
	地域(地区)	*127.1	*119.6	97.8	101.3	*79.0	*82.2	*83.9	*82.6

女性		血管を傷つける						内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	
		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	
		5.6以上		130以上		85以上		120以上	
		標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)	標準化比 (全国)	標準化比 (県)
40～64歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	*108.6	100(基準)	103.6	100(基準)	*110.0	100(基準)	100.9	100(基準)
	地域(地区)	*155.2	*142.7	*125.5	120.9	98.6	89.7	93.5	92.4
65～74歳	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	*106.5	100(基準)	101.0	100(基準)	99.3	100(基準)	*104.2	100(基準)
	地域(地区)	*132.7	*124.7	100.8	99.8	*84.4	85.1	95.9	92.0
総数	全国	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—	100(基準)	—
	県	*106.8	100(基準)	101.3	100(基準)	101.5	100(基準)	*103.5	100(基準)
	地域(地区)	*136.1	*127.5	103.9	102.6	87.2	*86.1	95.4	*92.1

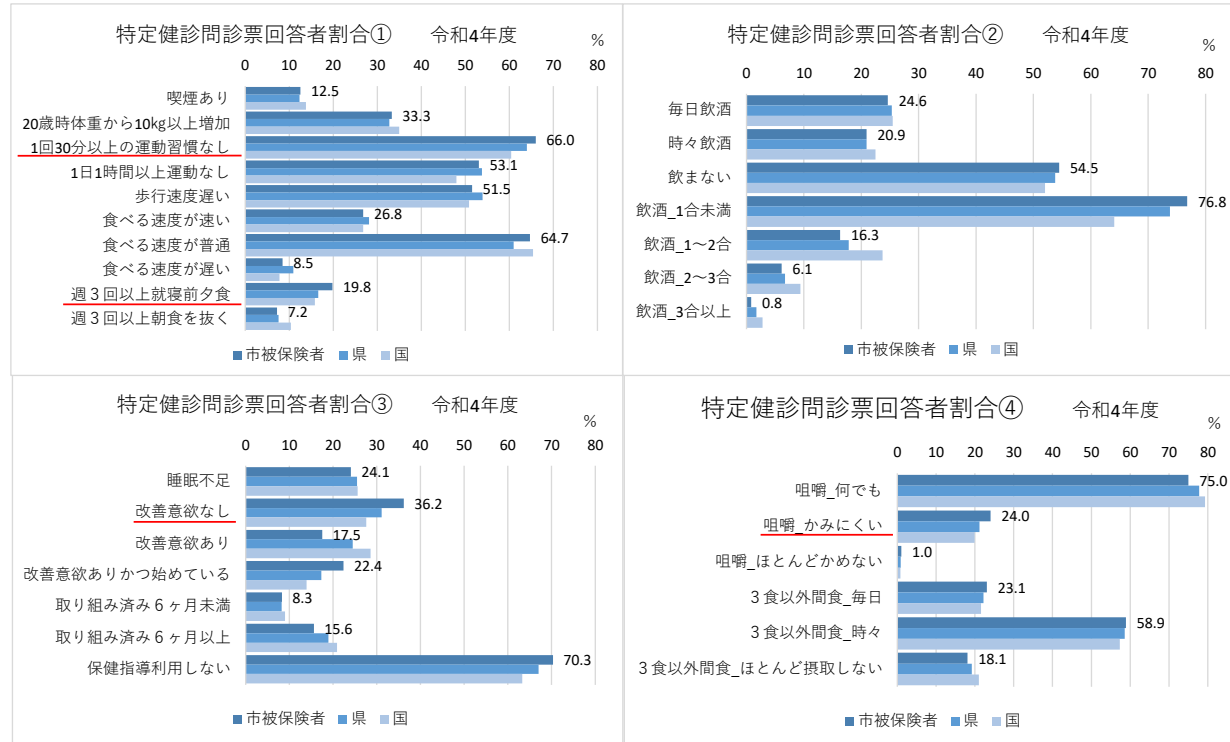
図表19	特定健診受診者の受診勧奨者割合の推移（検査項目別）	出典	KDBシステム「健診ツリー図」
データ分析の結果	●特定健診受診者の受診勧奨者割合の推移（検査項目別）では、受診勧奨値の者の割合は、血糖、血圧、脂質の順となっている。どの検査項目も令和2年度に上昇したが、それ以降は減少傾向がみられる。		



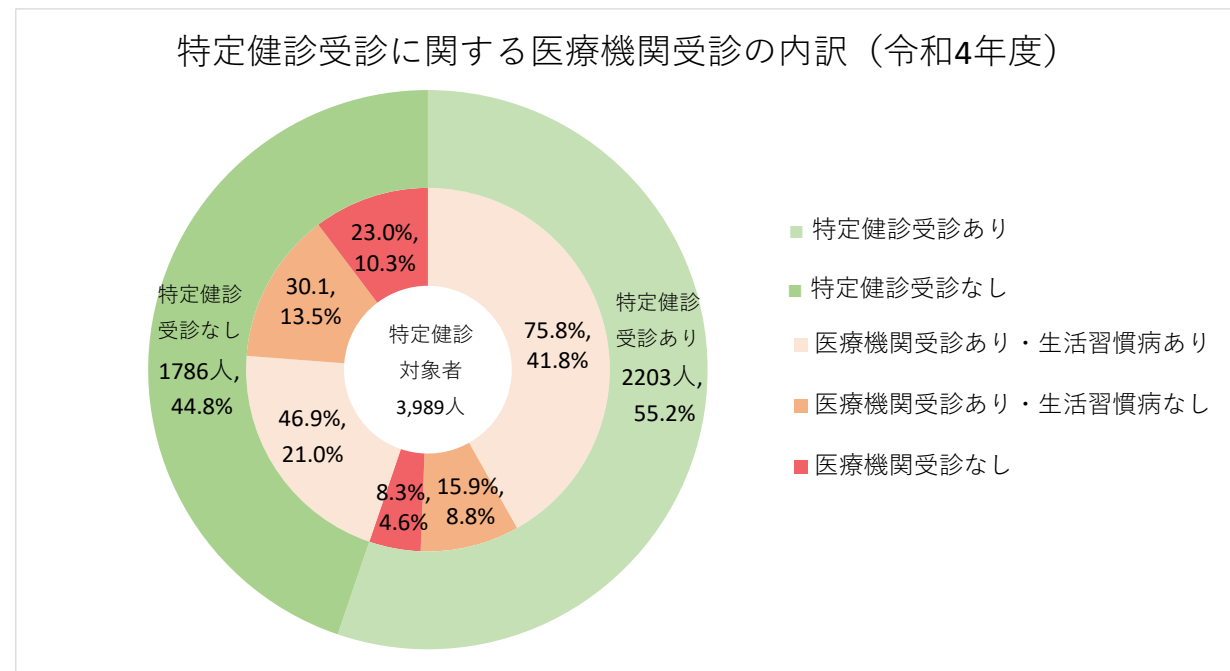
図表20	特定健診受診者の受診勧奨者割合の推移（該当検査項目別）	出典	KDBシステム「健診ツリー図」
データ分析の結果	●特定健診受診者の受診勧奨者割合の推移（該当検査項目別）では、血糖＋血圧＋脂質の受診勧奨値を併せ持つ者の割合が最も高く、次いで血糖＋血圧の受診勧奨値を併せ持つ者となっている。		



図表21	特定健診問診票回答者割合（令和4年度）	出典	KDBシステム「地域の全体像の把握」
データ分析の結果	●1日30分以上の運動習慣のない者の割合が県、国より高い。 ●週3回以上就寝2時間前に夕食を食べる者の割合が県、国より高い。 ●生活習慣の改善意欲のない者の割合が県、国より高く、保健指導利用を希望しない者の割合も県、国より高い。 ●咀嚼しにくい者の割合が県、国より高い。		

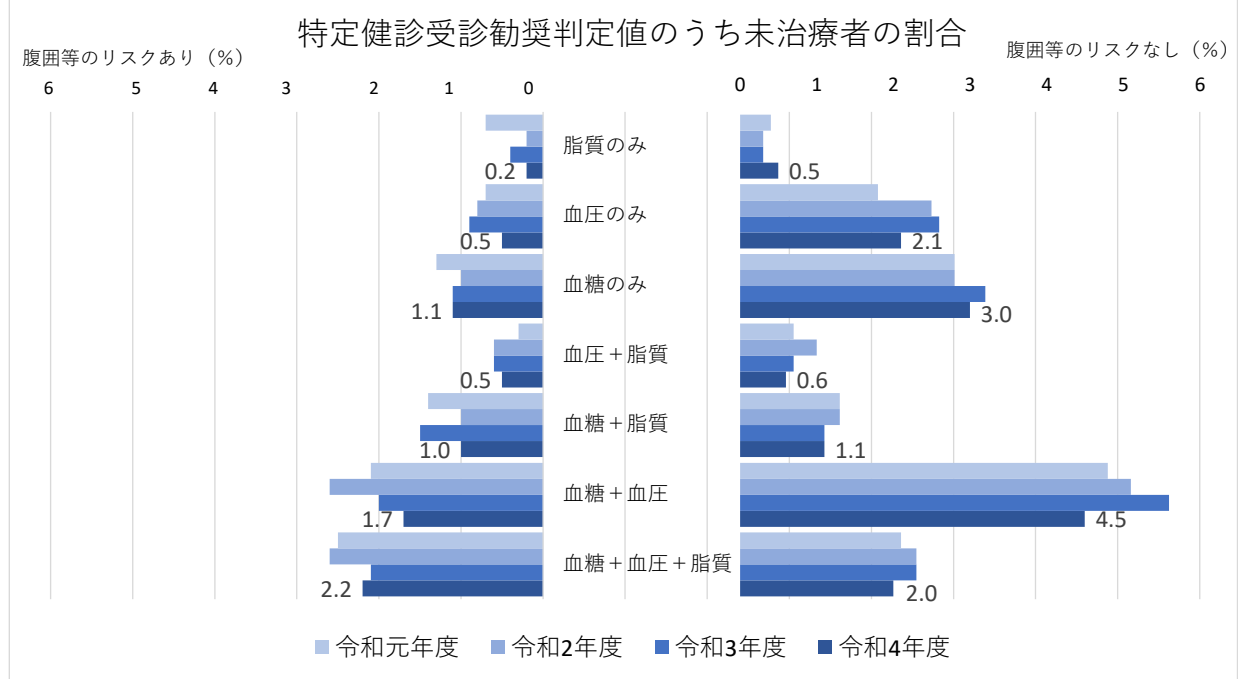


図表22	特定健診受診に関する医療機関受診の内訳（令和4年度）	出典	KDBシステム「医療機関受診と健診受診の関係表」
データ分析の結果	●令和4年度の特定健診受診者の75.8%は生活習慣病による医療機関受診をしている。健診未受診者のうち、医療機関の受診もない者は23.0%（健診対象者の10.3%）である。		



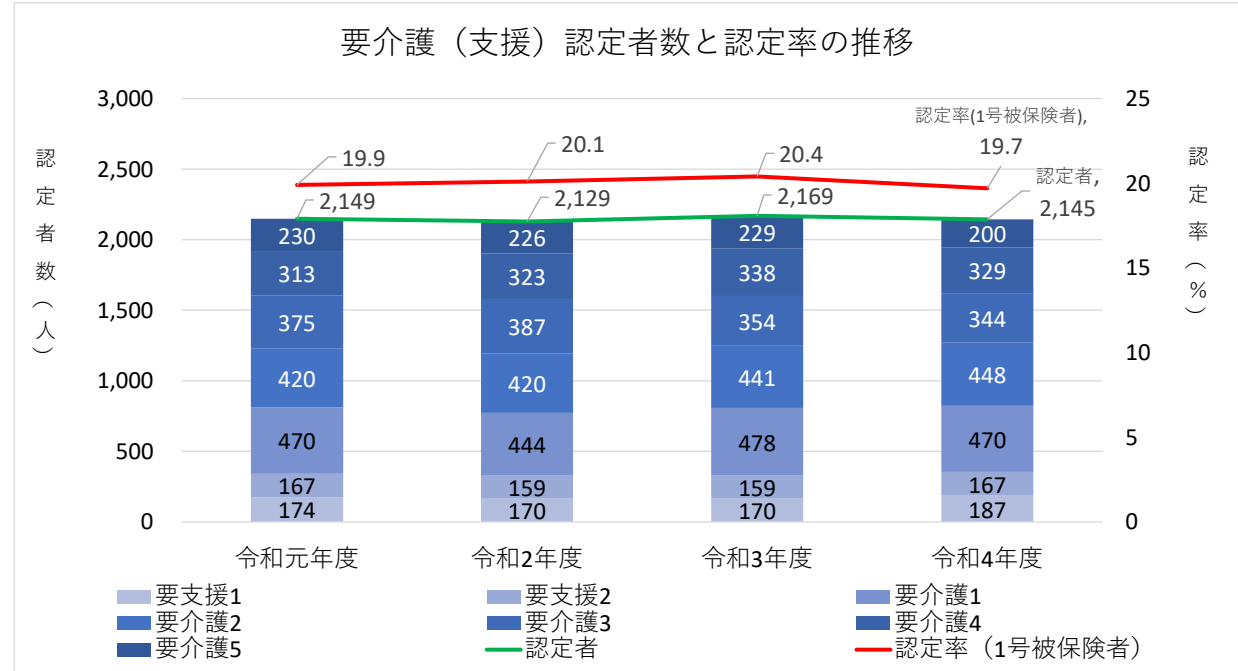
内側の円グラフの割合…上段：特定健診受診あり・なしそれぞれに占める割合、下段：特定健診対象者に占める割合

図表23	特定健診受診勧奨判定値のうち未治療者の割合	出典	KDBシステム「健診ツリー図」
データ分析の結果	●特定健診受診勧奨値のうち未治療者の割合を、腹囲等のリスクの有無別に経年的にみると、腹囲等のリスクがない者の方が未治療者の割合が高い。特に血圧または血糖のみの受診勧奨値の者、血糖と血圧の受診勧奨値を併せ持つ者の割合が高い。		



腹囲等のリスクあり：腹囲男性85cm以上、女性90cm以上もしくはBMI25以上に該当する者

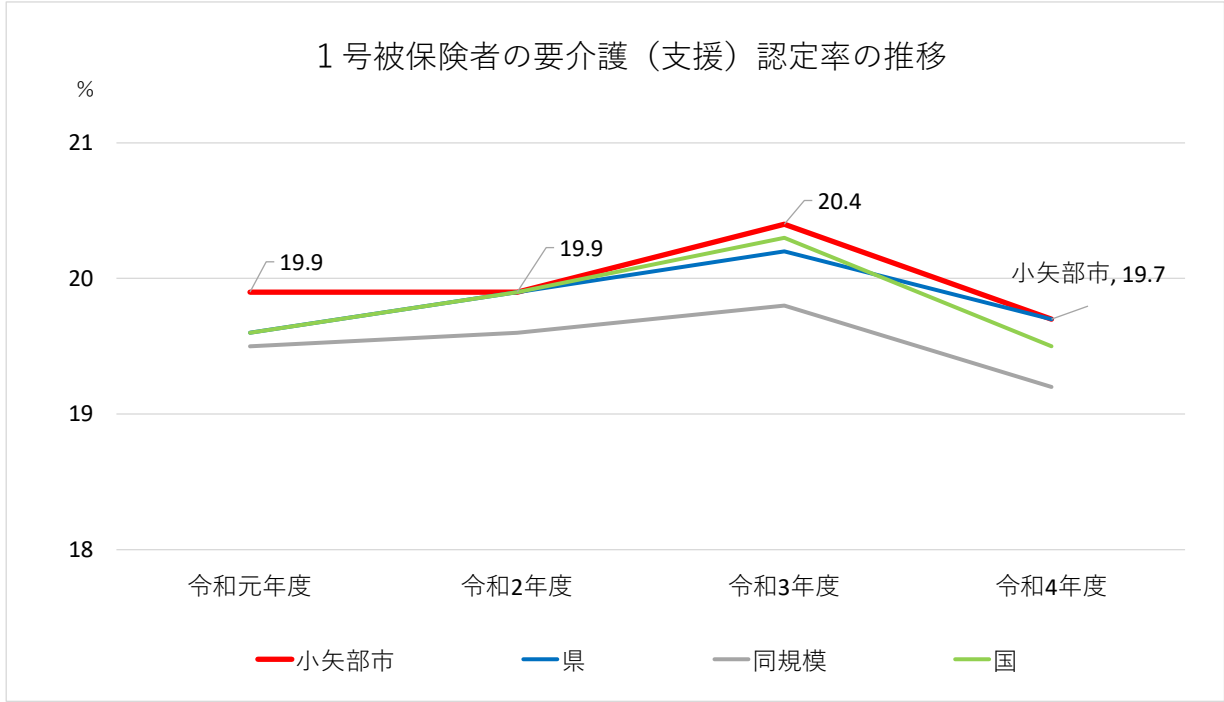
図表24	要介護（支援）認定者数及び認定率の推移	出典	KDBシステム「要介護（支援）者認定状況」
データ分析の結果	●要介護（支援）認定者数及び認定率は横ばいで推移している。		



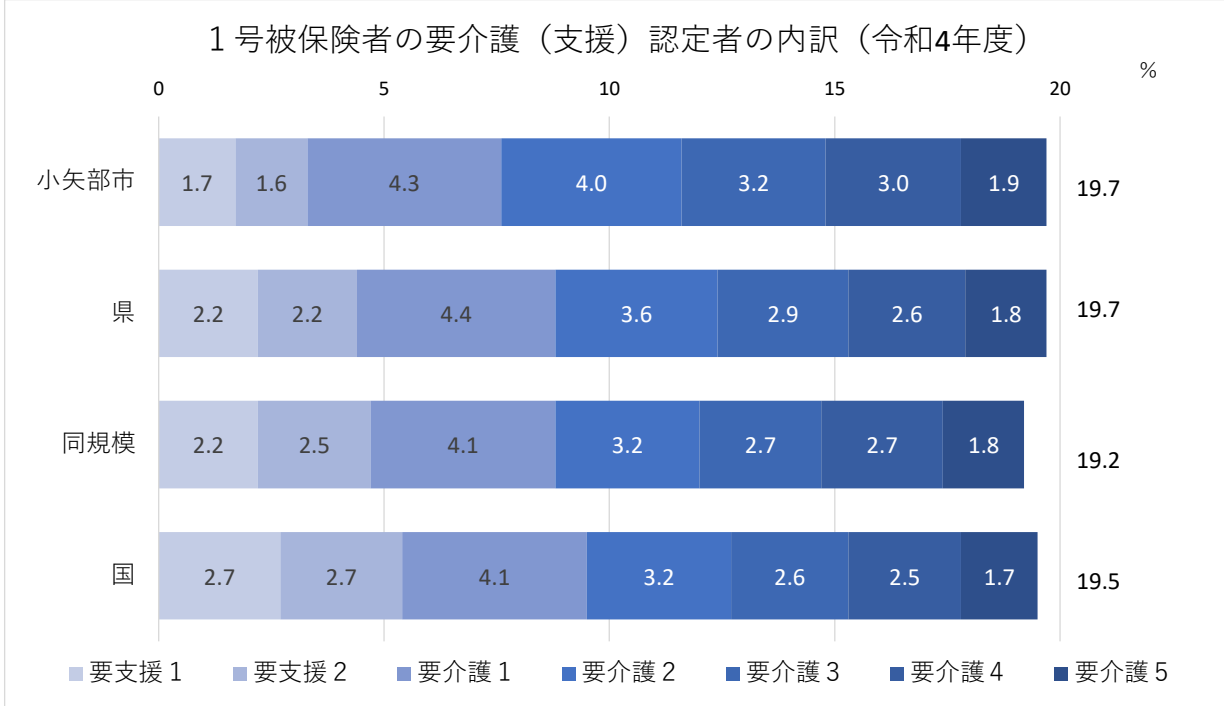
KDBシステムによる認定率の算出方法：（分子）要介護（支援）認定者数の平均／（分母）国勢調査による被保険者数

要介護（支援）認定者数：2号被保険者含む

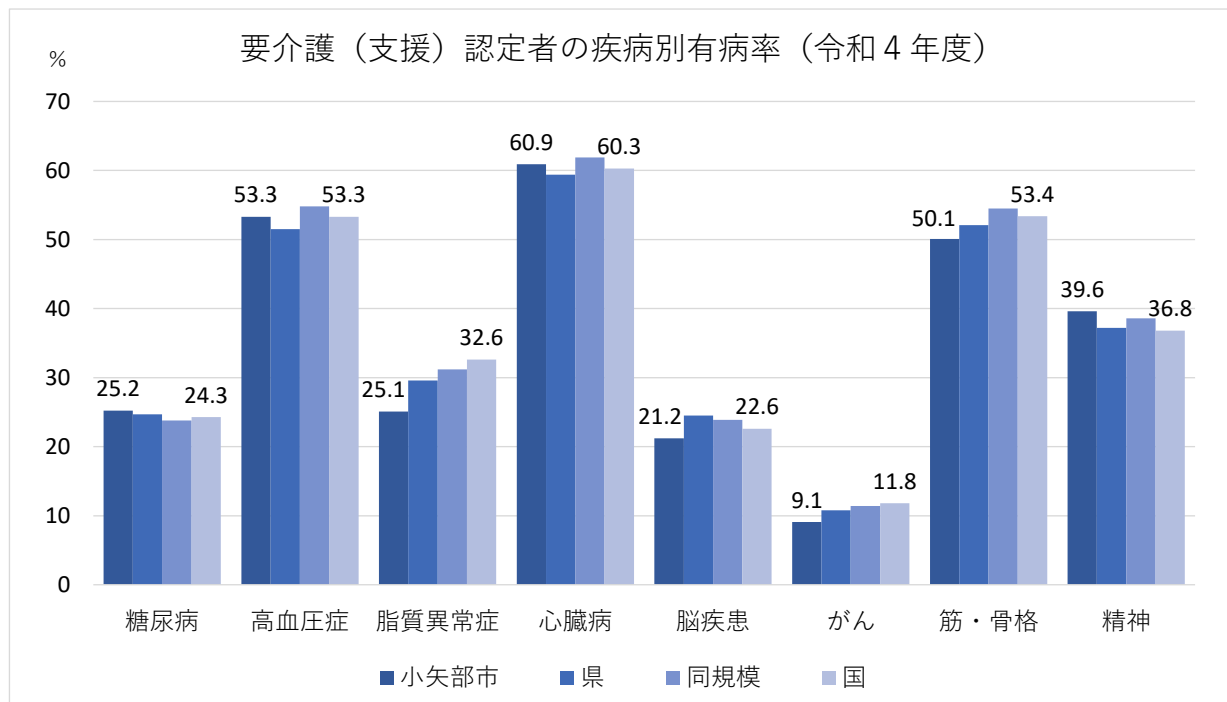
図表25	1号被保険者の要介護（要支援）認定率の推移	出典	KDBシステム「地域の全体像の把握」
データ分析の結果	●1号被保険者の要介護（支援）認定率は、県、国と同水準で横ばいで推移している。		



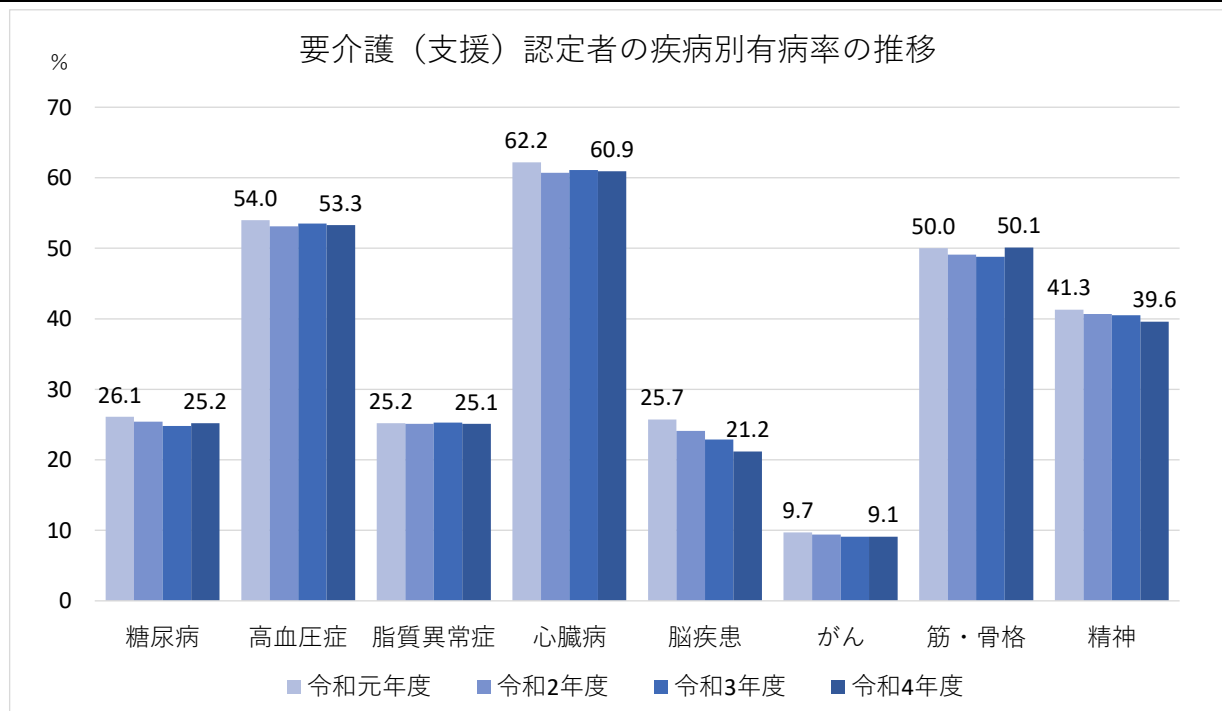
図表26	1号被保険者の要介護（支援）認定者の内訳（令和4年度）	出典	KDBシステム「要介護（支援）者認定状況」
データ分析の結果	●1号被保険者の要介護認定者の内訳では、県、国と比較して要支援1・2の認定率が低く、要介護2～4の認定率が高い。		



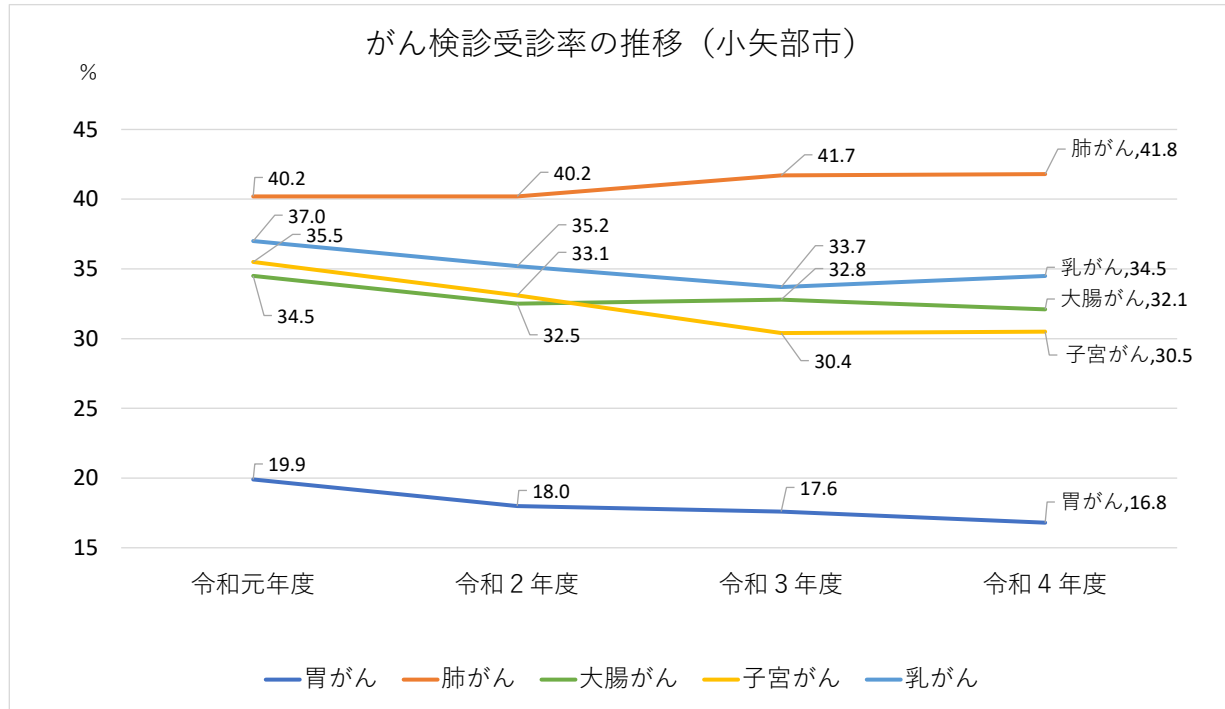
図表27	要介護（支援）認定者の疾病別有病率（令和4年度）	出典	KDBシステム「地域の全体像の把握」
データ分析の結果	●要介護（支援）認定者の疾病別有病率（令和4年度）は、県、国と同様の水準であり、心臓病、高血圧症、筋・骨格の順となっている。脂質異常症と筋・骨格の有病率は県、国より低い。		



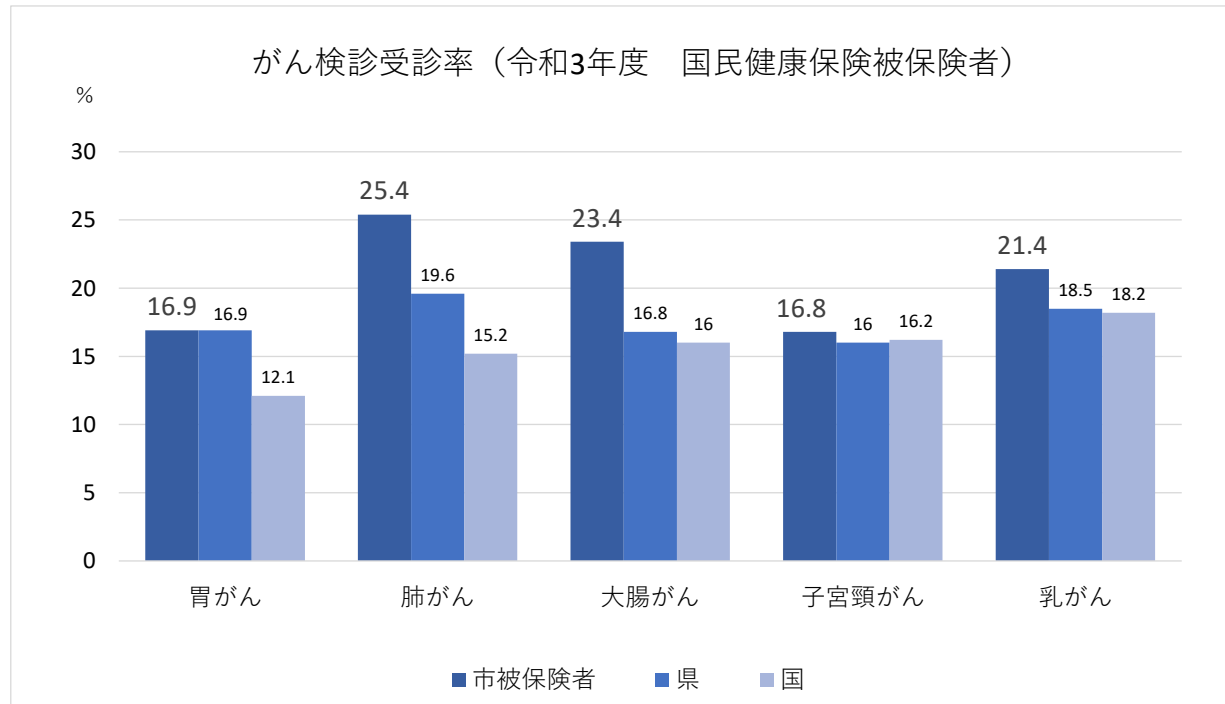
図表28	要介護（支援）認定者の疾病別有病率の推移	出典	KDBシステム「地域の全体像の把握」
データ分析の結果	●要介護（支援）認定者の疾病別有病率は、概ね横ばいで推移しているが、脳疾患は減少傾向がみられる。		



図表29	がん検診受診率の推移（小矢部市）	出典	保健行政の概要
データ分析の結果	●がん検診受診率の推移（小矢部市）では、肺がんは増加傾向がみられるが、胃がん、大腸がん、子宮がん、乳がんは減少傾向がみられる。		

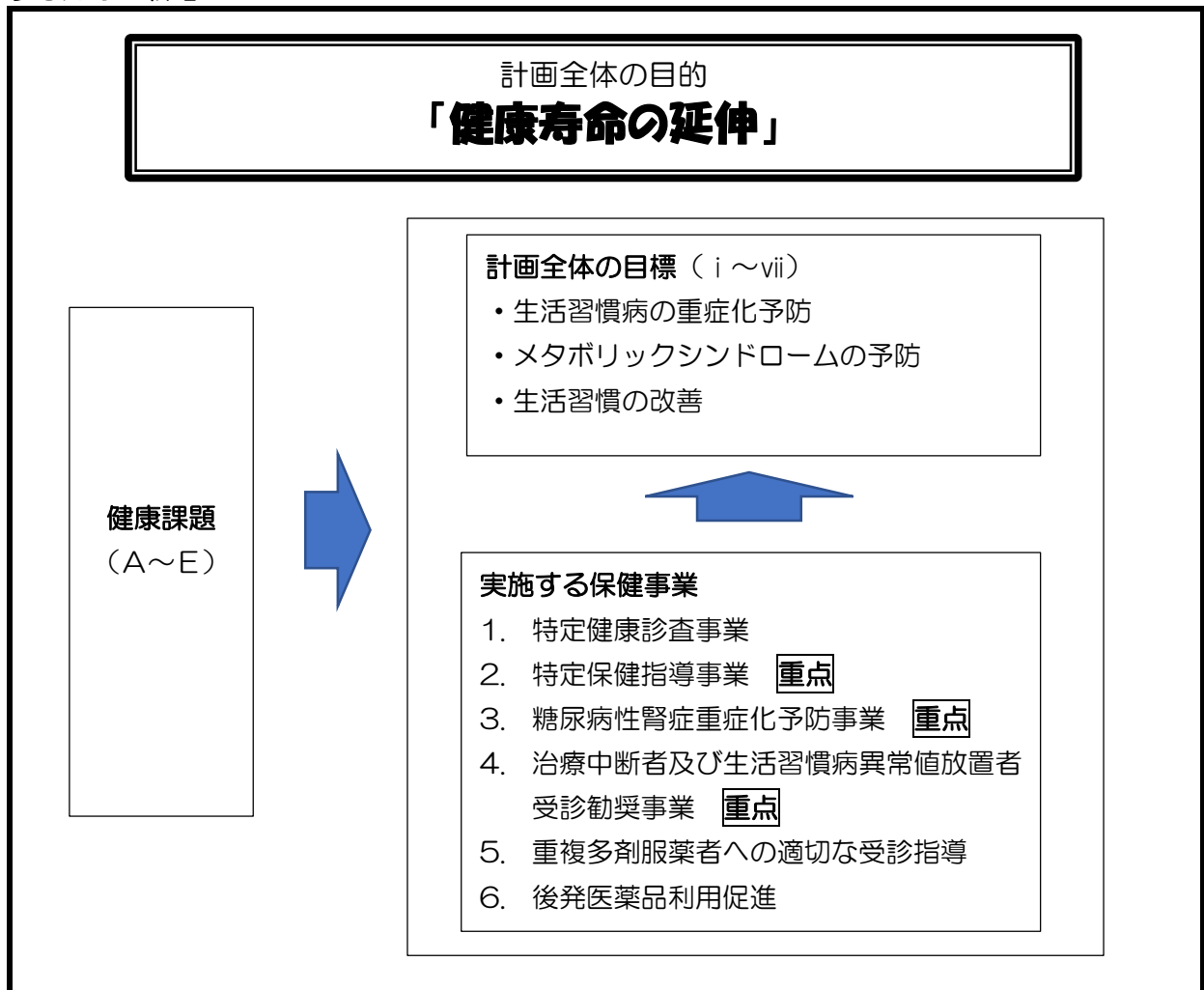


図表30	がん検診受診率（令和3年度 国民健康保険被保険者）	出典	地域保健・健康増進事業報告
データ分析の結果	●がん検診受診率（国民健康保険被保険者）を県、国と比較すると、肺がん、大腸がん、乳がんは県、国を上回っており、胃がん、子宮頸がんは県と同等である。		



Ⅲ 計画全体

分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略



健康課題		優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	標準化死亡比では女性では心臓病による死亡率が県、国を上回っており、男性は県より高い。	優先	1,2,3,4,5
B	疾病別医療費（生活習慣病）標準化比で国より高い疾患は、脳出血（男性入院 139.4）、脳梗塞（男性外来 107.1）、狭心症（女性入院 129.2、女性外来 107.0）、心筋梗塞（女性外来 540.2）と男性は脳血管疾患、女性は心疾患での医療費が高い。また、それらに関連する糖尿病（男性外来 109.8、女性入院 133.6）、高血圧症（男性入院 115.2、女性入院 133.6）、脂質異常症（男性入院 166.5）、動脈硬化症（男性外来 125.6、女性入院 275.4）の医療費も高い。	優先	1,2,3,4,5,6

C	特定健診有所見者の状況は、男女ともに国より有意に高いのは、中性脂肪（男性 147.1、女性 189.1）、HDL コレステロール（男性 140.8、女性 175.2）、HbA1c（男性 127.1、女性 136.1）であり、中性脂肪とHbA1cは40～64歳でも高い。 年齢別では、40～64歳では収縮期血圧（女性 125.5）、65～74歳ではLDL コレステロール（女性 104.2）で国より有意に高い。		1,2,3,4,5
D	メタボリックシンドローム該当者割合は23.8%と県と同等であるが全国平均（20.3%）より高い。		1,2
E	特定健診問診票では、「1日30分以上の運動習慣のない者」、「週3回以上就寝2時間前に夕食を食べる者」、「生活習慣の改善のない者」の割合が県、国より高い。		1,2

計画全体の目標		計画全体の評価指標	計画策定時実績	目標値	
			2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
i	【生活習慣病の重症化予防】 高血糖者の減少	HbA1c6.5%以上の割合 特定健診受診者でHbA1c検査結果のある者のうち、6.5%以上の者の割合	14.7	12.9	11.0
ii	【生活習慣病の重症化予防】 高血圧者の減少	Ⅱ度高血圧者の割合 特定健診受診者で血圧測定値のある者のうち、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者の割合	7.2	6.6	5.9
iii	【生活習慣病の重症化予防】 LDLコレステロール高値者の減少	健診受診者のうち、LDL160以上の者の割合 上記の基準に該当する有所見者の数/特定健康診査受診者のうち、上記の検査結果がある者の数	9.3	8.9	8.4
iv	【メタボリックシンドロームの予防】 メタボリックシンドローム該当者の減少	メタボリックシンドローム該当者割合 特定健康診査受診者におけるメタボリックシンドローム該当者/特定健康診査受診者（法定報告）	23.9	22.7	21.5
v	【メタボリックシンドロームの予防】 特定保健指導によるメタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 昨年度特定保健指導利用者/昨年度特定保健指導利用者のうち、今年度特定保健指導対象者でなくなった者（法定報告）	16.2	17.4	18.5
vi	【生活習慣の改善】 運動習慣をもつ者の増加	運動習慣の割合 特定健診問診票で1日30分以上運動習慣のない者の割合	66.0	64.5	63.0
vii	【生活習慣の改善】 就寝2時間前に夕食をとる者の減少	就寝前の夕食摂取者の割合 特定健診問診票で週3回以上就寝2時間前に夕食を摂る者の割合	19.8	18.5	17.0

Ⅳ 保健事業の内容

事業 1		特定健康診査事業								
事業の目的		現在の健康状態をチェックし、生活習慣病などの病気を早期発見、早期治療につなげるとともに、受診結果を参考に生活習慣の改善につなげる。								
事業の概要		特定健康診査を実施する。								
対象者		40～74歳の被保険者								
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (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)
アウトカム指標	1	【中長期】メタボリックシンドローム該当者割合 (%)	法定報告値	23.9	23.5	23.1	22.7	22.3	21.9	21.5
	2	【短期】就寝前2時間以内に夕食を週3回以上とる人の割合 (%)	KDBシステム質問票調査の状況	19.8	19.5	19.0	18.5	18.0	17.5	17.0
	3	【短期】1日30分以上運動習慣のない者の割合 (%)	KDBシステム質問票調査の状況	66.0	65.5	65.0	64.5	64.0	63.5	63.0
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (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)
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率 (%)	法定報告値	55.8	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	60.0
	2	受診勧奨実施者の受診率 (%)	受診勧奨通知者のうち、健診受診した者の割合	28.5	29.0	29.5	29.9	30.4	30.9	31.4
プロセス (方法)	周知		特定健康診査受診対象者には、原則として受診期間の前に特定健康診査受診券及び実施医療機関一覧と受診方法等を記載した受診案内を送付する。 また、周知の徹底を図るため、広報やホームページ等に関連情報を掲載する。							
	勧奨		受診券送付後、一定の期間が経過した時点で、未受診者に対し受診勧奨を行う。							
	実施および実施後の支援	実施形態	特定健康診査は、原則として市内医療機関への委託により実施する。							
		実施場所	原則として市内医療機関							
		時期・期間	6月～9月							
		データ取得	特定健康診査を受診しないと連絡があった者に対し、事業者健診や人間ドック等の検査結果の提出を働きかける。 市内医療機関へ通院中かつ特定健康診査と同様の検査を受けている者に対し、医療機関を通して検査データを提供いただくよう案内を送付する。							
		結果提供	健診結果については、健診機関より受診者本人に直接伝える。 市内医療機関での受診者には、健診結果お知らせリーフレットを配布する。							
		その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診勧奨には、AIやナッジ理論等を活用し、対象者の行動変容につながる工夫をする。 追加健診として、クレアチニン検査、貧血検査を受診者全員に実施し、疾病の早期発見に努めている。							
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		市民課							
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		富山県医師会は、特定健康診査を実施する。 小矢部市医師会は、特定健康診査及び追加健診 (クレアチニン検査、貧血検査) を実施する。 高岡市医師会臨床検査センターは、健診結果お知らせリーフレットを作成する。							
	国民健康保険団体連合会		富山県国民健康保険団体連合会は受診券作成等を行う。							
	民間事業者		過去の健診データ等をもとに効果的に受診勧奨対象者の抽出を行える民間事業者に委託し、対象者の抽出、受診勧奨案内の送付を行う。							

事業 2	特定保健指導事業
------	----------

事業の目的	健康の保持増進のため、生活習慣病の発症予防や重症化予防する。
事業の概要	生活習慣や検査値が改善されるよう、面接・訪問等で専門職による支援を行う。
対象者	健診結果をもとに階層化（動機付け支援、積極的支援）により抽出された特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (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)
アウトカム指標	1	【中長期】メタボリックシンドローム該当者割合 (%)	法定報告値	23.9	23.5	23.1	22.7	22.3	21.9	21.5
	2	【短期】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	法定報告値	16.2	16.6	17.0	17.4	17.7	18.1	18.5
	3	【短期】就寝前2時間以内に夕食を週3回以上とる人の割合 (%)	【KDB】地域の全体像の把握	19.8	19.5	19.0	18.5	18.0	17.5	17.0
	4	【短期】1日30分以上運動習慣のない者の割合 (%)	【KDB】地域の全体像の把握	66.0	65.5	65.0	64.5	64.0	63.5	63.0

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (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)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率（修了者）の割合 (%)	法定報告値	43.2	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0

プロセス (方法)	周知		特定保健指導対象者に、健康診査結果票とは別に特定保健指導の案内を送付する。							
	勧奨		案内送付2週間後に申し込みがなかった対象者には、保健師等の専門職から電話等で特定保健指導の利用勧奨を実施する。							
	実施および 実施後の 支援	初回面接	健診実施2か月後に案内を送付し、申込に基づいて実施する。							
		実施場所	特定保健指導業務を受託する医療機関及び保険者直営では総合保健福祉センター、市役所、自宅訪問等で行う。							
		実施内容	保健師、管理栄養士による個別面接を行い、対象者の個性に応じた生活習慣の改善に重点をおいた保健指導を行う。							
		時期・期間	・案内通知：健診受診から約2か月後に利用勧奨の案内を送付 ・支援期間：初回面接から3～6か月間。							
		実施後のフォロー・継続支援	目標を達成できるよう、初回面接から継続して定期的に連絡し、行動変容が継続できているか確認する。							

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小矢部市医師会所属の実施医療機関に特定保健指導を委託する。
	国民健康保険団体連合会	富山県国民健康保険団体連合会は対象者の抽出を行う。

事業 3	糖尿病性腎症重症化予防事業
------	---------------

事業の目的	糖尿病性腎症による透析患者の発生予防
-------	--------------------

事業の概要			①糖尿病治療中の者のうち、健診結果より糖尿病性腎症疑いの者の腎機能低下の予防の意識を高める。 ②健診受診者のうち、糖尿病性腎症の疑いのある未治療者に対し、受診勧奨・保健指導を行う。
対象者	選定方法		①糖尿病治療中の者のうち、健診結果から糖尿病性腎症の疑いに該当する者を選定する。 ②健診受診者のうち、糖尿病未治療で糖尿病性腎症の疑いに該当する者を選定する。
	選定基準	健診結果による判定基準	①当該年度の健診で糖尿病治療中の者のうち、HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白±以上の者 ②-1当該年度の健診で糖尿病未治療者のうち、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白±以上またはeGFR60未満の者 ②-2糖尿病未治療者のうち当該年度の健診でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白±以下又はeGFR60以上の者
		レセプトによる判定基準	①尿中アルブミン定量検査の実施状況 ②糖尿病受診歴の有無（糖尿病薬剤の処方の有無）
		その他の判定基準	主治医（かかりつけ医等）から糖尿病性腎症について保健指導を依頼された者
	除外基準		糖尿病性腎症第4期と想定される者は、心血管イベント等のリスクが高いことから原則、医療機関で対応する。
	重点対象者の基準		当該年度の健診で、糖尿病治療中の者のうち、HbA1c8.0%以上の者は、医療機関と連携し、保健指導を行う。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (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)
アウトカム指標	1	身体障害者手帳（糖尿病性腎症による腎臓機能障害）新規交付者数（人）	糖尿病性腎症による腎臓機能障害で身体障害者手帳を交付した方（市国保以外を含む）	1	0	0	0	0	0	0
	2	eGFR30未満者数（人）	当該年度の健診でeGFR30未満の者	0	0	0	0	0	0	0
	3	健診受診者で糖尿病治療中の者のHbA1c8.0以上の割合（%）	糖尿病治療中の者のうち、当該年度の健診でHbA1c8.0以上の割合	7.0	6.5	6.0	5.5	5.0	4.5	4.0

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (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)
アウトプット指標	1	治療および保健指導の効果的な実施の割合（%）	糖尿病治療中の者のうち、当該年度の健診でHbA1c8.0以上が2年連続の者の割合	20.0	18.3	16.7	15.0	13.3	11.7	10.0
	2	受診勧奨後の受診割合（%）	当該年度の健診で糖尿病未治療者のうち、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白±以上またはeGFR60未満の者で受診勧奨リーフレット送付者のうち受診した者の割合（%）	79.2	81.0	82.8	84.6	86.4	88.2	90.0

プロセス (方法)	周知	小矢部支所管内糖尿病関係者連絡会で、かかりつけ医に受診・検査勧奨の実施について周知 健診受診者のうち、上記に該当する対象者に案内送付
	勧奨	案内送付により、受診・検査勧奨を実施 受診・検査勧奨を実施後、レセプトより診断等の実施がない場合は、電話又は訪問で受診勧奨を実施
	実施後の支援・評価	受診・検査勧奨後、レセプトより受診・検査実施の有無を確認 未治療者が受診した際に主治医（かかりつけ医）が保健指導必要と判断した者に保健指導を実施
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	※治療中でHbA1c8.0以上の者に対し、かかりつけ医の指示のもと保健指導を実施

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康福祉課、市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小矢部支所管内糖尿病関係者連絡会（かかりつけ医、糖尿病専門医、腎専門医、眼科医、歯科医師等で構成）で糖尿病重症化に関する現状報告や事業の方針、医療連携及び医療保健連携体制などについて協議を行う。
	かかりつけ医・専門医	医療から保健への糖尿病保健指導依頼書に基づき保健指導を行い、指導実施後に保健から医療への糖尿病保健指導報告書を送付する。 必要時、かかりつけ医から専門医への診療情報提供書を用いるなどし、連携した対応を行う
	その他の組織	小矢部支所管内糖尿病関係者連絡会にて、協会けんぽより現状と取り組みについて情報提供していただく。
	他事業	（市民課）前年度の健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者に対し受診勧奨の案内を送付し、受診勧奨を行う。

事業 4		健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨事業
事業の目的	生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病）の重症化を予防し、脳血管疾患、虚血性心疾患の発症を防ぐ。	
事業の概要	生活習慣病治療中断者及び健診異常値放置者に対し、受診勧奨を行い、重症化予防を図る。	
対象者	治療中断…過去に高血圧・脂質異常・糖尿病のいずれかの疾病で治療歴があるが、現在は未治療の者 異常値放置…前年度の健診結果に受診勧奨以上の異常値があったが、医療機関を受診していない者	

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R3)	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)
アウトカム指標	1	健診受診者のうち、Ⅱ度以上 高血圧以上の者の割合（％）	（分子）左記の基準 に該当する有所見者の 数 （分母）特定健康診 査受診者のうち、左 記の検査結果がある 者の数	7.2	7.0	6.8	6.6	6.3	6.1	5.9
	2	健診受診者のうち、LDL160 以上の者の割合（％）	（分子）左記の基準 に該当する有所見者の 数 （分母）特定健康診 査受診者のうち、左 記の検査結果がある 者の数	9.3	9.15	9.0	8.9	8.7	8.6	8.4
	3	健診受診者のうち、 HbA1c6.5%以上未受診者割 合（％）	（分子）左記の基準 に該当する者のう ち、糖尿病レセプト がない者の数 （分母）左記の基準 に該当する者の数	14.7	14.1	13.5	12.9	12.3	11.7	11.1
	4	受診勧奨後に医療機関を受診 した者の割合（％） ※策定時実績はR4	（分子）受診勧奨後 に該当疾患のレセ プトがある者の数 （分母）受診勧奨を した者の数	18.7	19.0	19.3	19.6	19.9	20.3	20.6

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (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)
アウトプット指標	1	治療中断者への保健指導実施率（％）	（分子）保健指導実施数 （分母）治療中断での受診勧奨案内送付者	18.2	60.0	68.0	76.0	84.0	92.0	100.0

プロセス (方法)	周知	対象者に受診勧奨通知を送付する。
	勧奨	通知送付後、概ね3か月経過しても生活習慣病に関するレセプトがない者に対して、電話及び訪問にて受診勧奨を行う。
	実施および実施後の支援	管理栄養士等による電話及び訪問を実施し、受診勧奨及び生活習慣改善に向けた保健指導を行う。その後、レセプトまたは本人への連絡で受診を確認する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	富山県栄養士会に協力を依頼し、受診勧奨及び保健指導を行う。
	民間事業者	レセプトや健診データから対象者の抽出を行える民間事業者に委託し、対象者の抽出、受診勧奨通知の送付を行う。

事業 5	重複多剤服薬者への適切な受診指導
事業の目的	重複・多剤服薬となっている者のポリファーマシーを予防する。
事業の概要	対象者に服薬情報通知を送付し、保健指導を実施する。
対象者	同一月に6剤以上の服薬がある者、同一月に複数の医療機関の受診がある者、長期処方がある者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (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)
アウトカム指標	1	薬剤数の減少率（％）	（分子）薬剤数が減少した者 （分母）服薬情報通知を送付した者	31.8	32.3	32.9	33.4	34.0	34.5	35.1
	2	重複服薬者の減少率（％）	（分子）重複服薬が改善した者 （分母）服薬情報通知を送付した者	75.0	75.8	76.7	77.5	78.3	79.2	80.0
	3	アンケートの返信があった者のうち、おくすり手帳を使用している者の割合（％）	（分子）おくすり手帳を使用している者 （分母）アンケートの返信があった者	92.7	93.9	95.1	96.4	97.6	98.8	100.0

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (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)
アウトプット指標	1	重複・多剤服薬者のうち、保健指導を実施した割合（％）	（分子）重複・多剤服薬者のうち、保健指導を実施した者 （分母）重複・多剤服薬で服薬情報通知を送付した者	35.9	38.5	41.0	43.5	46.0	48.5	50.0

プロセス (方法)	周知	対象者には、服薬情報通知を送付し、重複・多剤の状態であることを周知する。
	勧奨	服薬情報通知に医師や薬剤師への相談を勧奨する案内文を記載する。
	実施および実施後の支援	訪問等で対象者に保健指導を行い、約3か月後に医師や薬剤師への相談状況や服薬内容について確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	服薬情報通知には、おくすり手帳の使用や飲み忘れや残薬についてのアンケートを同封し返信を依頼する。返信のあったアンケートを保健指導時の服薬情報として活用する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	処方医は処方内容の確認、重複、残薬等のチェックをする。 薬剤師は対象者への服薬指導や処方内容の確認、重複、残薬等のチェック、医療機関への疑義照会をする。 全砺波薬剤師会は必要時保健指導について助言等をする。
	民間事業者	レセプトから重複多剤対象者の抽出を行える民間事業者に委託し、対象者の抽出、服薬通知書の送付を行う。

事業 6	後発医薬品利用促進
------	-----------

事業の目的	被保険者の医薬品費負担の軽減及び保険者の医療費の抑制を図る。
事業の概要	軽減効果額等を記載した差額通知書を送付する。
対象者	ジェネリック医薬品に切り替え可能な医薬品を服用している被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトカム指標	1	ジェネリック医薬品利用率 (%)	(分子) ジェネリック医薬品の数量 (分母) ジェネリック医薬品のある先発医薬品の数量及びジェネリック医薬品の数量	82.6	84.3	86.1	87.9	89.8	91.6	93.6

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトプット指標	1	勧奨通知送付率 (%) (年2回)	(分子) 勧奨実施者数 (分母) 勧奨対象者数	100	100	100	100	100	100	100

プロセス (方法)	年2回差額通知はがきを送付する。(被保険者1人あたり500円以上の差額が生じる場合に差額通知を送付する。)
-----------	---

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署：市民課国保担当が主体で実施する。/ 国民健康保険団体連合会：差額通知はがきの作成を依頼する。
--------------	---

V 第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	わが国は国民皆保険のもと、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかし、少子高齢化の進展、ライフスタイルや食生活の変化に伴う生活習慣病による医療費の増大など、さまざまな課題に直面している。高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が増加しています。死亡原因や医療費に占める生活習慣病の割合も多く、その対策が必要となっている。生涯にわたって生活の質の維持・向上のためには、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣を改善し、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点をおいた取り組みが重要である。 生活習慣病の中でも特に心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、その発症にはメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が大きく影響していることから、この該当者及び予備群者の減少を目指し、平成20年度から特定健康診査・特定保健指導を実施することになった。 小矢部市においても、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」に基づき、特定健康診査・特定保健指導を実施し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療に取り組んできた。 近年、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められている。 本計画は、第3期計画が令和5年度に最終年度を迎えるにあたり、新たに第4期計画を策定するもの。 【特定健康診査の実施状況】 小矢部市における特定健康診査の対象者数は、国民健康保険被保険者数の減少とともに減少傾向にある。 受診率は、国・県と比較して高く、令和4年度は55.8%となっている。しかし、目標とする60%は達成していない現状である。 【特定保健指導の実施状況】 特定保健指導の対象者数は、特定健康診査受診者のうち約12%となっている。 特定保健指導の実施率は、国・県と比較して低い状況が続いていたが、令和4年度は43.2%となり、国・県を上回った。
特定健康診査等の実施における基本的な考え方	糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが重要となる。 特定健康診査は、メタボリックシンドロームに着目した健康診査であり、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする対象者を的確に抽出するために行う。特定健康診査の結果から、リスクに基づく優先順位をつけ、「動機付け支援」、「積極的支援」の対象者へと階層化し、特定保健指導の実施につなげていく。特定保健指導は、特定健康診査の結果、生活習慣病になるおそれの高い人に対する保健指導で、その要因となっている生活習慣を改善することによって、生活習慣病の発症や重症化を予防する。

1 達成しようとする目標

	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
特定健康診査の実施率	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	60.0
特定保健指導の実施率	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
特定保健指導実施率 対象者の減少率	20.5	20.8	21.1	21.4	21.7	22.0

2 特定健康診査等の対象者数

	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
【特定健康診査】 対象者数	3,730	3,580	3,470	3,400	3,330	3,270
【特定健康診査】 目標とする実施者数	2,090	2,005	1,945	1,905	1,865	1,830
【特定保健指導】 対象者数	250	240	235	230	225	220
【特定保健指導】 目標とする実施者数	115	115	120	125	130	135

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	市内に住所を有する、当該年度内に満40歳から74歳までに達する国民健康保険の加入者
実施場所	〈個別健診〉 特定健康診査は、原則として市内医療機関への委託により実施する。
法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項 目	備 考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI20未満の者、もしくはBMI22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認める時は省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$ の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT
血中脂質検査	空腹時中性脂肪の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 HDLコレステロールの量 LDLコレステロールの量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c（HbA1c）、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備 考
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査（12誘導心電図）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健康診査において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧…収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上 血糖…空腹時血糖が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上又は随時血糖126mg/dl以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果が確認できない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査に該当する者を含む。
血清クレアチニン検査（eGFR）による腎機能の評価を含む	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 血圧…収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上 血糖…空腹時血糖が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上又は随時血糖100mg/dl以上
実施時期又は期間	個別健診のみの実施 原則6月～9月
外部委託の方法	〈外部委託先〉 ①小矢部市医師会 ②高岡市医師会臨床検査センター 〈外部委託内容〉 ①クレアチニン検査、貧血検査を追加健診として実施 ②健診結果お知らせリーフレットの作成
周知や案内の方法	特定健康診査受診対象者には、原則として受診期間の前に特定健康診査受診券及び実施医療機関一覧と受診方法等を記載した受診案内を送付する。 また、周知の徹底を図るため、広報やホームページ等に関連情報を掲載する。 未受診者への受診勧奨には、AIやナッジ理論等を活用し、対象者の行動変容につながる工夫をする。

事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	特定健康診査を受診しないと連絡があった者に対し、広報や個別案内で事業者健診や人間ドック等の検査結果の提出を働きかける。 市内医療機関へ通院中かつ特定健康診査と同様の検査を受けている者に対し、医療機関を通して検査データを提供いただくよう案内を送付する。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	健診結果については、健診機関より受診者本人に直接伝える。 市内医療機関での受診者には、健診結果お知らせリーフレットを配布する。

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者		特定保健指導基準該当者				
対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象		
				40～64歳	65～74歳	
		≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
			1つ該当	あり なし		
		上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		積極的支援	動機づけ支援
			2つ該当	あり なし		
			1つ該当			
		実施場所		特定保健指導業務を受託する医療機関及び保険者直営では訪問指導や来所での指導を行う。		
実施内容	動機付け支援	＜初回面接＞ 1人当たり20分以上の個別支援を実施。 ＜実績評価＞ 初回面接から3か月または6か月後に面接または手紙等で実施。				
	積極的支援	＜初回面接＞ 1人当たり20分以上の個別支援を実施。 ＜3か月以上の継続的な支援＞ 面接や電話等で支援を実施。 ＜実績評価＞ 初回面接から3か月または6か月後に面接または手紙等で実施。				
実施時期又は期間		特定健康診査の結果に基づき、初回面接日を起点とした3か月間または6か月間とする。				
外部委託の方法		＜外部委託先＞ 小矢部市医師会 ＜委託内容＞ 特定保健指導受託可能な市内医療機関において、初回面接から評価までを実施する。				
周知や案内の方法		特定保健指導対象者に、健康診査結果票とは別に特定保健指導の案内を送付する。 案内送付後一定期間経過したが連絡がない場合には、保健師等の専門職が電話による特定保健指導利用勧奨を行う。				
特定保健指導対象者の重点化（重点化の考え方等）		特定健康診査後に、医療機関で治療を開始した者は、優先度が低いため、本人からの希望がない限り特定保健指導は実施しない。				

3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】		
特定健康診査・特定保健指導	年度当初	特定健康診査対象者の抽出、受診券の作成 特定健康診査集合契約締結 特定保健指導委託契約締結 追加健診委託契約締結 お知らせリーフレット作成委託契約締結
	年度の前半	国保途中加入者等に特定健康診査受診券を発送 前年度の特定健康診査、特定保健指導の実施結果の評価
	年度の後半	特定健康診査受診者の健診結果の分析・小矢部市医師会への報告 特定健康診査除外者登録
月間スケジュール		受診券の再発行（随時） 特定保健指導対象者の抽出・利用勧奨案内の発送 富山県国民健康保険団体連合会への委託料の支払（毎月20日頃）

4 個人情報の保護	
記録の保存方法	個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律に基づく「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づいて行う。 特定健康診査・特定保健指導を外部に委託する際は、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、委託先の個人情報の取り扱い状況を管理していく。紙媒体の記録は、原則として特定健康診査担当部署で管理、保管する。
保存体制、外部委託の有無	富山県国民健康保険団体連合会のデータベースシステムを利用することから電子データの保存・管理については富山県国民健康保険団体連合会へ委託する。

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の公表方法	後期高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、これを変更したときには、遅滞なくこれを公表しなければならない）に基づく計画は、小矢部市ホームページ等への記載により公表、周知する。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	広報やホームページ等に関連情報を掲載する。 市役所や医療機関にポスターを掲示する。

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
特定健康診査等実施計画の評価方法	KDBに収載される健診・医療・介護データにより、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率・受領率・医療費等の動向等を確認し、そのデータの経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	特定健康診査・特定保健指導の実施後は、目標の達成状況や医療費、関連疾病等の推移を分析し、当該年度の評価及び次年度へ向けての課題を明らかにし、必要性があれば随時特定健康診査等実施計画の内容を見直しを行う。

7 その他事項	
特定健康診査の実施にあたっては、受診者の負担軽減及び利便性の向上のため、健康増進法に基づき行うがん検診等とも可能な限り連携し、実施する。	

Ⅵ その他

1 データヘルス計画の評価・見直し

計画の見直しは、令和 8（2026）年度に計画に掲げた目的・目標の達成状況の中間評価を行い、計画を見直すものとする。

評価の方法については、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を KDB データ等の健康・医療情報を活用して確認する。計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価にあたっては、市の関係機関との連携を図る。

2 データヘルス計画の公表・周知

本計画については、ホームページを通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

3 個人情報の取扱い

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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

4 地域包括ケアに係る取組

庁内関係部署及び地域における多様な専門機関との連携に努め、関係者間で包括的に地域の実態・課題を共有し、関係機関が一体となって取り組みを推進する。

4 その他留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルス計画に関する研修に、事業運営に関わる担当者（国保、衛生、介護部門等）が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとする。