

加茂市国民健康保険
第3期保健事業実施計画データヘルス計画
第4期 特定健康診査等実施計画
(令和6年度～令和11年度)

令和6年3月

加 茂 市

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
(1)計画の背景・目的	
(2)計画の位置づけ	
(3)基本理念	
(4)計画の対象期間と評価・見直し	
(5)計画の公表・期間 加茂市の概要	
第2章 加茂市の概要	4
(1)人口及び被保険者の概要	
(2)平均寿命・死亡者割合等の状況	
第3章 第2期加茂市国保データヘルス計画の評価	7
(1)計画全体目標の達成状況	
(2) 保健事業の実施状況	
第4章 レセプトデータ・健診データの分析結果	11
(1)医療費・疾病構造の状況	
(2)特定健康診査・特定保健指導の状況	
(3)重症化予防	
(4)介護の状況	
第5章 計画全体の目標	35
(1) 健康課題等まとめ	
(2)計画全体の目標	
第6章 課題の対応した保健事業の立案	38
(1)各保健事業の内容と目的	
(2)保健事業の実施体制	
第7章 個人情報保護	39
第8章 データヘルス計画の評価及び見直し	39
第9章 データヘルス計画の公表・周知	39
第10章 その他留意事項	39
第11章 特定健康診査実施計画	39

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

（1）計画策定の背景・目的

（保健事業実施計画の背景）

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

・平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（以下「国指針」という。）において、市町村国保及び国民健康保険組合（以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本手引きでは「保険者」という。）は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

・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、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、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な*KPIの設定を推進する。」と示されました。

・このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

（保健事業の目的）

・保険者においては、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。

* KPI 重要業績評価指標

(2) 計画の位置づけ

本計画は、「加茂市総合計画」の基本計画のもと、基本目標の施策の展開に係る計画として、市民の健康づくりの指針を示した「第2次加茂市健康増進計画」など、それぞれの計画との整合性を図ります。また、国の基本指針を踏まえ、「健康にいがた21（新潟県健康増進計画）」との整合性を図ります。

■データヘルス計画、特定健康診査等実施計画の位置づけ

	データヘルス計画		加茂市健康増進計画
	特定健診等実施計画		
法律	高齢者の医療に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚生労働省告示 第307号)	健康増進法 第8条
基本的な指針	平成25年5月「特定健康診査 計画作成の手引き」 (厚生労働省 保険局)	平成26年4月「国民健康保険 法に基づく保健事業の実施等 に関する指針の一部改正」 (厚生労働省 保険局)	平成24年7月「国民の健康の 増進の総合的な推進を図るた めの基本的な方針の全部改 正」 (厚生労働省 健康局)
計画策定者	加茂市国保		加茂市
基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病 等の生活習慣病の予防対策を 進め予防することができれば、 通院患者を減らすことができ、 さらには重症化や合併症の発 症を抑え、入院患者を減らす ことができ、この結果、市民 の生活の質の維持および向上 を図りながら医療の伸びの抑 制を実現することが可能とな る。特定健康診査は、糖尿病 等の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、メタボリックシンドローム に着目し、生活習慣を改善す るための特定保健指導を必要 とするものを、的確に抽出 するために行うものである。	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 とを目指すものである。被保 険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険 者の財政基盤強化が図られる ことは保険者自身にとっても 重要である。	平均寿命の長さだけではなく、 実り豊かな生涯を過ごすた めに健康寿命の延伸、生活 の質（QOL）向上への取組 みを市民一人ひとりがそれ ぞれの健康観に基づいて「自 分の健康は自分でつくる」と いう意識で積極的に取組み、 併せて、学校や企業、地域、 行政など社会全体が一体とな ってこれを支援することで、「 生涯を通じて だれもが健やか でいきいきとくらせる地域（ま ち）」づくりの実現を目指す。
対象者	加茂市国保被保険者のうちの 40～74歳のもの	加茂市国保被保険者全員	加茂市民全員

(3) 基本理念

加茂市国民健康保険では、被保険者の生活習慣病の発症や重症化を予防し、健康寿命の延伸や医療費の適正化を図ることを目的としています。

（４） 計画の対象期間と評価・見直し

本計画の期間は、国指針第４の５において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とする」としていること、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きにおいて他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮していることから、令和６年度から令和１１年度までの６年間とします。

（５） 計画の公表・周知

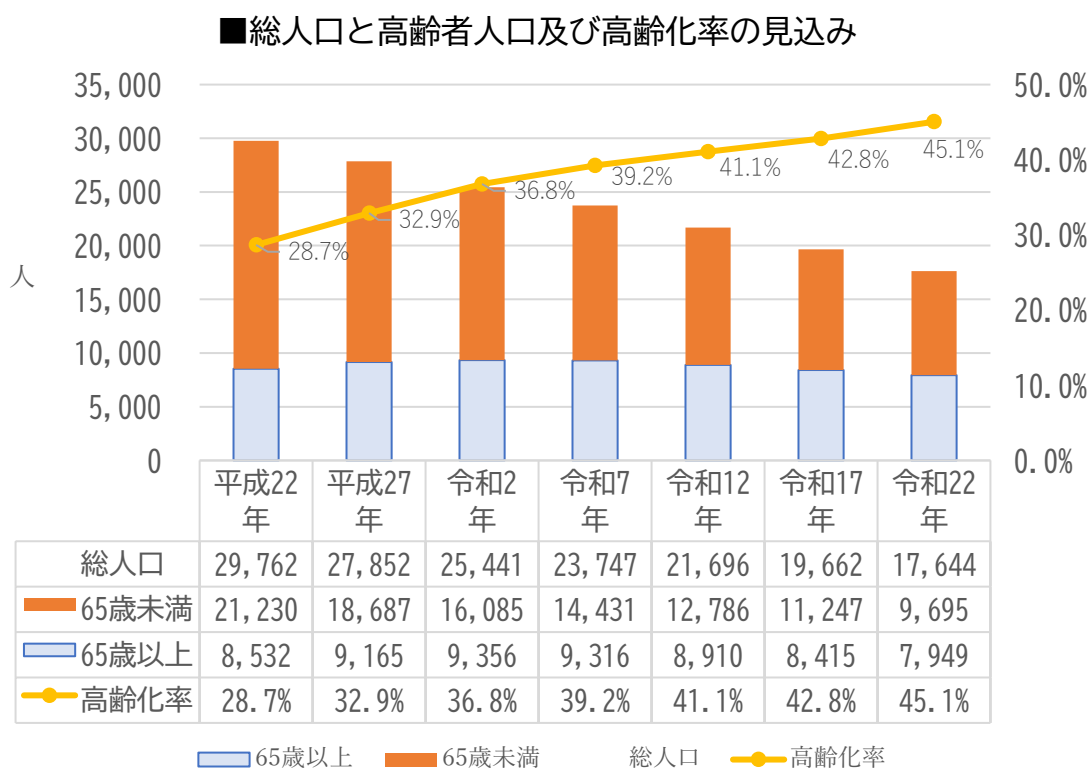
本計画は、加茂市ホームページ等を通じて広く市民に周知し、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関にも周知します。

第2章 加茂市の概要

(1) 人口及び被保険者の概要

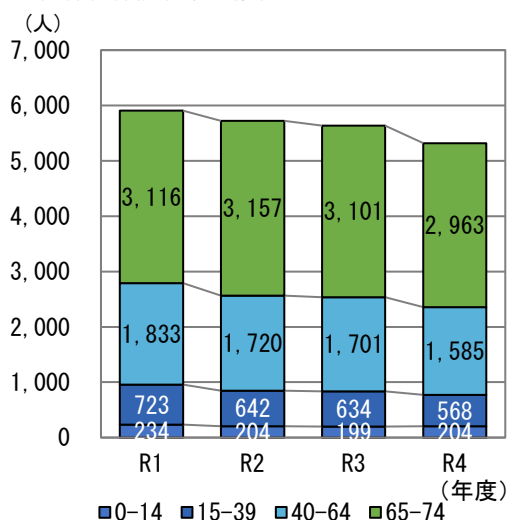
加茂市の人口は平成27年には27,852人でしたが、令和2年には25,441人と減少し、今後も減少する見込みです。

65歳以上人口も減少しますが、高齢化率は増加し続ける見込みとなっています。



※令和2年までは国勢調査、令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所推計値

■国保被保険者数の推移



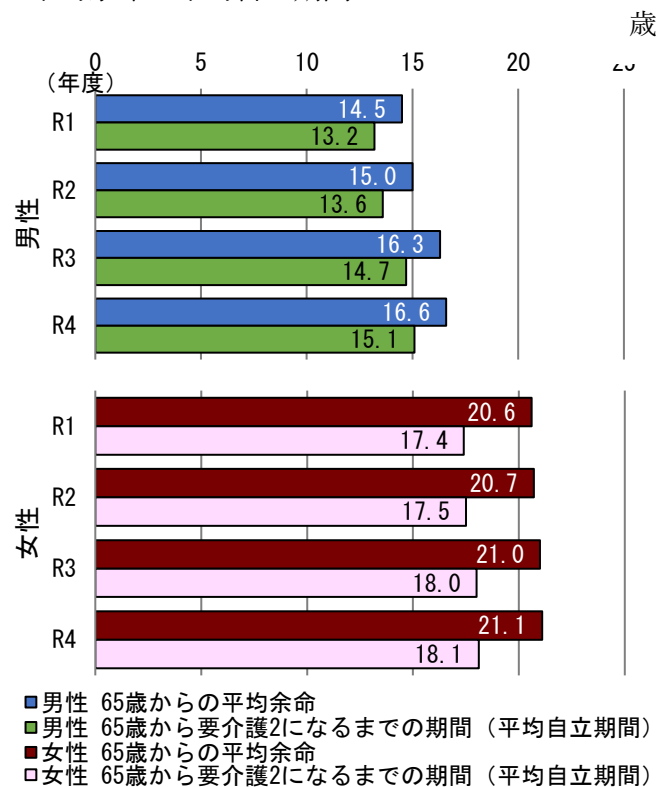
国保加入者も人口減少に加えて後期高齢者医療制度への移行などの影響で減少しており、令和4年度末時点での国保加入率は21%となっています。

被保険者の年齢構成は令和4年度末時点で65-74歳の前期高齢者が2,963人と全体の約56%を占めており、被保険者の高齢化が進んでいます。

出典 KDB

(2) 平均寿命・平均自立期間

■平均余命と平均自立期間



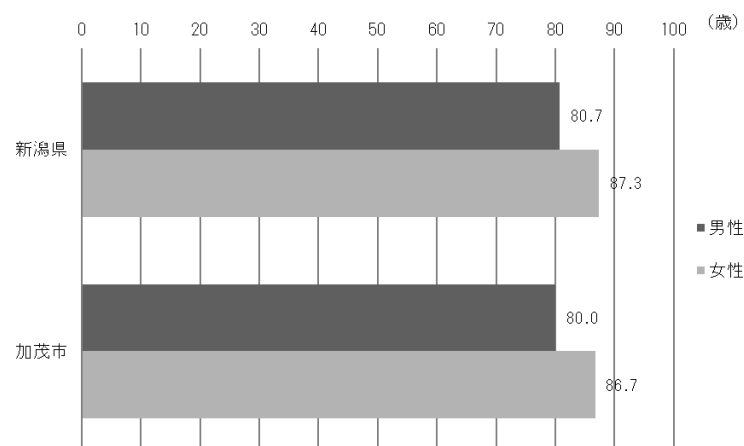
■男性

年度	男性 65歳からの平均余命	男性 65歳から要介護2になるまでの期間 (平均自立期間)
R1	14.5	13.2
R2	15.0	13.6
R3	16.3	14.7
R4	16.6	15.1

■女性

年度	女性 65歳からの平均余命	女性 65歳から要介護2になるまでの期間 (平均自立期間)
R1	20.6	17.4
R2	20.7	17.5
R3	21.0	18.0
R4	21.1	18.1

■平均寿命



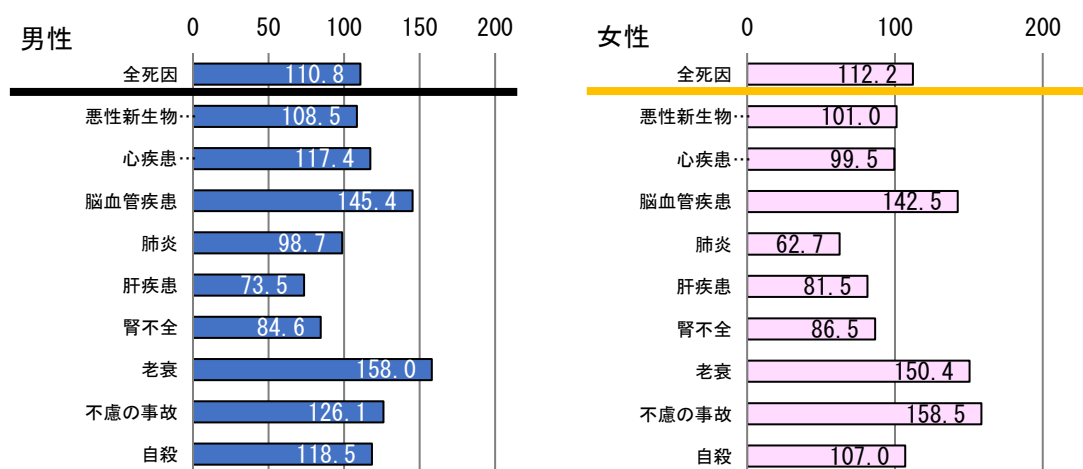
出典 KDB

令和4年度の平均余命は男性81.6歳、女性86.1歳、平均自立期間(要介護2になるまでの期間)は男性80.1歳、女性83.1歳となっています。男女とも年々上昇しています。

平均寿命は、男性80.0歳、女性86.7歳で、県をやや下回っています。

(3) 死亡の状況

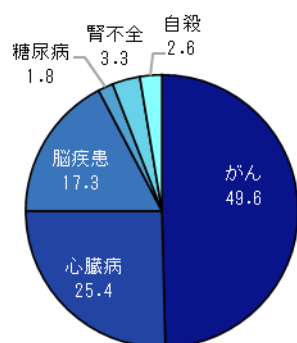
■標準化死亡比



出典 KDB 支援ツール

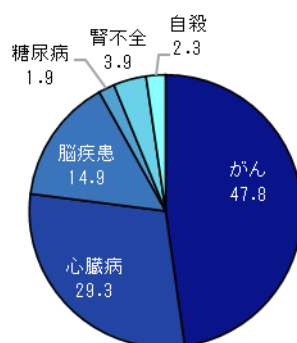
■死因

■新潟県 (%)



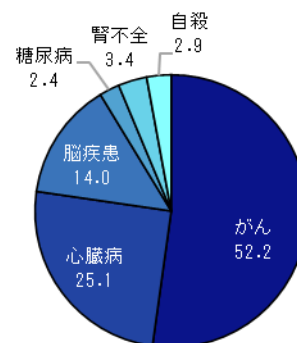
■がん ■心臓病 ■脳疾患
■糖尿病 ■腎不全 ■自殺

■同規模 (%)



■がん ■心臓病 ■脳疾患
■糖尿病 ■腎不全 ■自殺

■市町村 (%)



■がん ■心臓病 ■脳疾患
■糖尿病 ■腎不全 ■自殺

出典 KDB

国と比較した標準化死亡比は男女ともに、生活習慣病重症化疾患である脳血管疾患、悪性新生物が高くなっています。

死因はがん、心臓病、脳血管疾患の順で高く、県・同規模と比較しがん、糖尿病、自殺の割合が高くなっています。

※標準化死亡比：年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。

第3章 第2期データヘルス計画の評価

以下の内容で第2期データヘルス計画の評価を行いました。

- ・中長期、短期的目標 それぞれの指標の目標値の達成状況
- ・個別保健事業 アウトプット、アウトカム指標の達成状況
- ・ABC 評価で判定

【A】 事業目標は達成しており、課題が整理され対策が講じられている。

【B】 事業目標は達成していないが、課題が整理され、対策が講じられている。

事業目標は達成しているが、事業に課題がある。

【C】 事業目標の達成ができておらず、事業に課題がある。

(1) 計画全体目標の達成状況

①中長期目標

中長期的目標では、患者千人当たり糖尿病合併症患者数は減少しましたが、特定健診でHbA1cが保健指導レベル以上の判定者、及び受診勧奨判定者は増加しており、引き続き取り組んでいく必要があります。

目標未達成の理由としては、受診勧奨しても受診しない者や生活改善が難しい者が一定数いることが考えられます。

今後も引き続き、定期的な受診を勧奨するとともに、適切な医療につなげることや保健指導を実施し、重症化予防に取り組んでいきます。

データヘルス計画の中長期目標	資料(データ元、帳票等)	ベースライン 現状値 (R1. スタート時)	目指す方向性 目標値	R4	評価
1) 糖尿病及び合併症にかかる医療費の伸びを抑制する	患者千人当たり糖尿病合併症患者数(糖尿病性腎症)	23.65人	減少	21.496人	A
	糖尿病の1件当たりの医療費(入院)	576,053円	減少	702,470円	C
	糖尿病の1件当たりの医療費(外来)	35,411円	減少	35,831円	B
2) 特定健診における糖代謝異常者の割合を抑制する	健診有所見者状況(HbA1c5.6以上)	1,570人	減少	1,576人	B
	特定健診での要医療判定者(HbA1c6.5以上)割合	10.4%	減少	11.4%	C
3) 糖尿病性腎症による人工透析患者を抑制する	疾患別レセプト件数	22.2	減少	把握できず	
	千人当たりレセプト件数	23.65	減少	把握できず	

② 短期目標

短期的目標では、特定健診受診率、特定保健指導実施率が新型コロナウイルス感染症の流行により、落ち込み、コロナ渦前に戻らない状況があります。運動習慣や飲酒状況、喫煙状況については横ばい状態です。朝食欠食者は増加傾向にあります。

糖代謝異常要医療判定者や高血圧要医療判定者の医療機関受診割合は減少傾向にあります。

重症化予防事業では、適切な医療や生活習慣の改善に取り組むことで、重症化を予防できている反面、医療機関受診につながらない方や生活改善がみられない場合もあります。

医療機関との連携を強化するとともに、対象者への促し方やタイミング等も検討しながら継続して支援していく必要があります。

データヘルス計画の短期目標	評価指標	現状値 (スタート時) ベースライン	目指す方向 性 目標値	R4	評価
#1 特定健診受診率の向上	特定健診受診率	45.6%	60%	41.1%	C
#2 特定保健指導率の向上	特定保健指導実施率	26.2%	上昇	20.0%	C
#3 糖代謝異常の要医療判定者の医療機関受診割合の増加	HbA1c6.5%以上者の医療機関受診者割合	85.5%	増加	82.7%	C
#4 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少	メタボリックシンドローム該当者割合	18.2%	減少	20.5%	C
	メタボリックシンドローム予備軍割合	10.4%	減少	9.2%	B
#5 運動習慣がない者の割合の減少	1日1時間以上の運動なしの者の割合	51.8%	減少	52.9%	B
#6 多量飲酒者(生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者)の割合の減少	毎日飲酒する者の割合	33.3%	減少	33.6%	B
	1日飲酒量3合以上の者の割合	2.4%	減少	2.3%	B
#7 喫煙者の割合の減少	喫煙習慣のある者の割合	15.8%	減少	15.3%	B
#8 朝食を欠食する者の割合の減少	朝食を欠食する割合(食べないことがある、毎日食べない)	6.6%	減少	8.1%	C
#9 高血圧の要医療判定者未受診者の医療機関受診割合の増加	血圧140/90以上者の医療機関受診者割合	56.4%	増加	52.1%	C
#10 新規透析患者の減少	新規透析患者数	4人	減少	1人	A

(2) 保健事業の実施状況

事業番号	保健事業（名）	対象者/事業内容	事業目的・事業目標	評価項目・評価指標	目標値	ベースライン (R1年度)	R4年度	指標判定 (評価)	事業判定 (評価)	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと改善の案
①	糖尿病予防講演会	市民/医師による糖尿病予防に関する健康講話をとおし、糖尿病知識の普及啓発を行う。また、会場にパンフレットやフードモデルを展示し、栄養士も常駐することでより知識を深める。	早期に糖尿病を予防する知識を身につけ、糖尿病を予防する市民を増やす。	アウトプット指標 参加者数 アウトカム指標 参加者の知識の増加や意識改善 (参加者アンケート)	生活習慣改善に向けての意識づくり	41人	49人	B	B	R4年度については、糖尿病の講演会のみならず、食育ブースや歯科衛生士による個別指導、血管年齢測定を合わせて行い一定数の参加があった。受講者の満足度も高かった。R4年度の特定健診受診者で保健指導レベルに該当したものが25名参加した。参加者は、主に65～80代の方で働く世代が少ない。	・特定健診受診者の保健指導レベルの中でも40～64歳の若い世代に参加してもらえるように案内等工夫する。 ・対象となる人に保健師が訪問し、生活状況や講演会について参加者のニーズを聞き企画の参考とする。
②	国民健康保険被保険者全員に対する健康づくり普及啓発	市民/保険証更新時に糖尿病予防を含む健康づくりの知識の普及啓発のためのパンフレットを同封する。また、広報やホームページによる啓発を行う。	糖尿病予防を含む健康づくりの知識を普及させる。	アウトプット指標 指標なし アウトカム指標 指標なし					B	・保険証更新時にパンフレットを同封している。(医療のかかり方や特定健診受診のすめなど) ・特定健診検査の結果の際などに糖尿病予防のリーフレットを同封している。 ・かも健康ポイント事業や健康ウォーク等の健康イベントの際に健康づくりのためのリーフレットを配布している。	・今までの取り組みを継続する。
③	加茂市健康増進プロジェクト事業	R3年度開始 市民/市民団体との活動の中で、健診や健康事業への参加、健康的な生活の送り方等にポイントを付与する。健康に関心を持ち運動が習慣化できるよう参加者へは活動量計を配布し、情報を加茂市内の専用取読端末「歩こう！かぎすく」に入力してもらう。一定のポイントで健康グッズ等と交換する。	健康増進や介護予防、ひいては医療費の抑制を図る。	アウトプット指標 事業参加者数 アウトカム指標 アクティブ歩数 アウトカム指標 週1回市内のタッチポイントにタッチした割合	R3 500人 R4 300人 5,000歩 55%		740人 5,212 50%	B A B	B	継続率が高いことで、事業の目的としている要介護要因の予防や水ぶれーションアプローチとして自分自身の健康づくりに寄与することに近づいている。ただ、習慣化できていない対象者も一定割合存在することは、今後の課題である。 また、運動負荷が高い歩行が維持できているのは有意義であり、活動の見える化で自覚的健康度を高め、健康寿命の延伸に寄与できていることが推察される。健康への自信は身体的、心理的観点から健康度の高まりに有効であり、ここに社会参加や地域活動による満足度が高わると継続的な健康寿命の延伸に寄与できるのではないかと。	参加者がそれぞれの自分で決めている目標歩数を下げないようモチベーション維持のための方策を検討したい。 また、事業を有効に進めるためには、週に1回以上かぎすく割合を増やすことが重要なため、講演会などで新規参加者を増やし促していきたい。
④	未受診者への家庭訪問による受診勧奨	加茂市国保被保険者で健診結果がHbA1c6.5以上で医療機関未受診の者/看護職や栄養士が対象者及びその家族に対し家庭訪問を行い、受診勧奨、生活改善のための保健指導を行う。(家庭訪問ができない場合は電話連絡での受診勧奨と生活改善のための保健指導を行う。)	健診結果が医療機関受診判定値を超えて未受診の者に対し、受診勧奨を行い医療機関の適正受診につなげる。	アウトプット指標 対象者数=受診勧奨判定値(6.5以上で未受診の者)実施者数=訪問実施数+指導数 アウトカム指標 ・指導実施率の変化 ・医療機関受診率の変化	対象者の医療機関受診率 80%	16人 14人 87.5% 31%	13人 13人 69.2% 46.2%	A C	C	未受診者への指導で訪問を提案しても希望しない場合が多く、受診しなくても受診につながらない場合も多かった。受診しない理由としては、自覚症状がないことが多かった。 ・かも健康ポイント事業と連携して行い、重点的に参加勧奨を行う。 ・電話による受診勧奨でなく、訪問による指導を行う。	・特定保健指導の対象となっている方もおり、特定保健指導を実施していく中で受診勧奨をあわせて行う。
⑤	糖尿病講座	人間ドックや特定健診、糖尿病精密検査で高血糖の者及び糖尿病治療者/2回1コースで、医師による講話、栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動指導を実施する。講話や体験することを通して、よりよい生活習慣を身につけ意識づくりを促す。	糖尿病重症化予防のために知識の習得、意識づくりを行う。	アウトプット指標 講座参加者実数 対象者の講座参加率 アウトカム指標 参加者の知識の増加や意識改善 (参加者アンケート)	30人 13% 生活習慣改善に向けての知識の習得と意識づくり	28人	29人 21人	A B	B	R4年度の参加者は多かった。かも健康ポイント事業の参加者がおり、健康に関心がある方が多かった。特定健診の結果で受診勧奨レベルの方の参加は少なかった。	糖尿病と診断された方、特定健診で初めて受診勧奨レベルになった方を重点としてワークを取り入れて重症化予防の意識づけを行う。
⑥	特定保健指導	特定健康診査結果を階層化し「積極的支援」「動機付け支援」と判定された者/対象者が自ら改善すべき生活習慣を認識し、実践可能な行動目標を設定し、取り組んでいくことができるよう面接や電話などで継続的に支援する。初回面接後、3カ月以上の継続的な支援を行い行動計画の評価を行う。	メタボリックシンドローム該当者及び予備者を減少させる。	アウトプット指標 特定保健指導実施者数 アウトカム指標 特定保健指導率	保健指導率 30%	80人 26.7%	48人 20.4%	C C	C	H30年度から初回面接の分割実施が始まり、指導率が上昇した。その後は一旦落ち込んだが、また徐々に上がっていた。しかし、R4年度には指導率が下がった。対象者が固定化しており、以前指導を受けているので指導を希望しないことや自覚症状がないため、指導を希望しないことが考えられる。	初めて特定保健指導となった人などターゲットを決めてかかわるなど工夫する。
⑦	特定健康診査	40歳～74歳の国民健康保険被保険者/特定健康診査を実施する。	疾病の早期発見、早期治療につなげる。	アウトプット指標 特定健診受診者数 アウトカム指標 特定健診受診率		2,093人 45.9%	1,733人 41.4%	C C	C	R2年の新型コロナウイルス感染症流行により受診率が低減した。その後徐々に受診率は回復しているがコロナ禍以前には戻らない状況である。	70歳～医療機関検診を案内しているが集団健診も受けられることをPRし、70代の健診受診率を上げる。健康ポイント事業と関連付けて健診ポイントを付与し受診率の向上を図る。
⑧	人間ドック助成事業	30歳～74歳の国民健康保険被保険者/国民健康保険被保険者の人間ドック受診者へ15,000円の助成を実施する。	人間ドックの助成を実施し、国民健康保険被保険者の健康づくりを促進する。	アウトプット指標 人間ドック受診者数 アウトカム指標 人間ドック受診率		845人 14.2%	742人 13.6%	A A	A	R2～3年度は新型コロナウイルスの影響で減少したが、助成の効果で受診者数が概ね維持できている。	今後も助成により受診を勧奨したい。

【保健事業の実施状況の評価】

1 特定健康診査について

令和2年の新型コロナウイルス感染症の流行により、特定健診の受診率が低迷し、その後、徐々に受診率は上昇しているが、令和4年度は41.4%でコロナ渦前には戻らない状況である。

2 特定保健指導について

特定保健指導については、平成30年度から初回面接の分割実施を行ったことにより実施率が30%と上昇し、更に令和3年度は33%と少し上昇したが県の実施率37%より低い。対象者が固定化しており男性に多い。以前指導を受けたので指導を受けないという人や自覚症状がない、忙しいなどの理由で指導を希望しないことが考えられる。

3 糖尿病予防講演会、糖尿病講座について

糖尿病予防講演会や糖尿病講座については、参加者数は目標に達しているが、年齢層は65～80歳代と高齢者が多く、働き世代の参加が少ない。働き世代にどのように働きかけると参加してもらえるのか検討する必要がある。

4 未受診者への家庭訪問による受診勧奨について

特定健診の結果、高血糖や高血圧で未受診者に対して受診勧奨をしているが、医療機関につながらない人や生活改善がみられない場合がある。受診しない理由としては、自覚症状がないことや自分なりに気をつけているなどの理由がある。働きかけに工夫が必要である。

5 加茂市健康増進プロジェクト事業について

令和3年度から、健康増進プロジェクト事業が始まり、令和5年度は約1000人の参加者が登録されている。継続率が高く、健康に対する関心が高いため、*ヘルスリテラシーの醸成に役立っている。また、目標歩数に向けて歩くなど運動習慣の定着に役立っている。一方で継続できていない方や糖尿病やフレイルのハイリスク者の参加状況の把握が不十分なのでアプローチの仕方を検討する必要がある。また、市民が地域のリーダーとして地域の健康課題に行政と取り組むことが課題であり、検討し改善していく必要がある。

*ヘルスリテラシー

健康や医療に対する情報を入手し、理解して活用する能力のこと。自分の身体について考え、たくさんの健康情報の中から適切な情報を見極めて使いこなすこと。

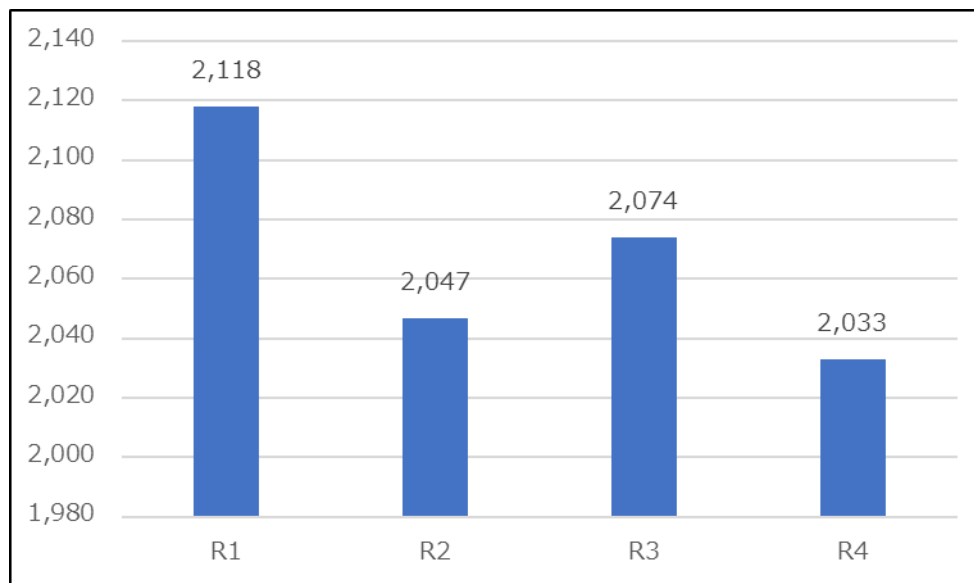
第4章 レセプトデータ・健診データの分析結果

(1) 医療費・疾病構造の状況

① 医療費の概要

総医療費の推移

(百万円)

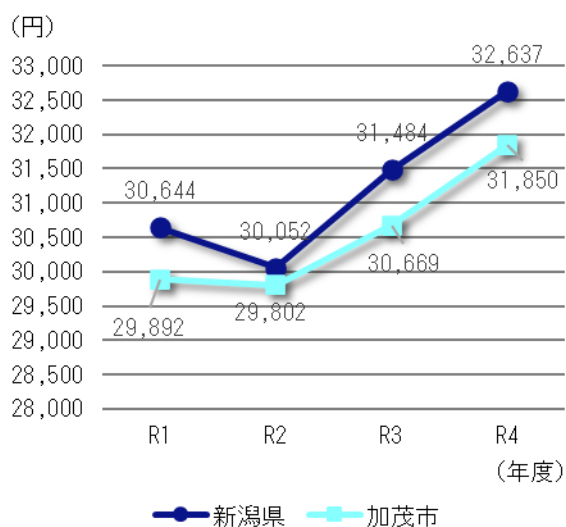


(年度)

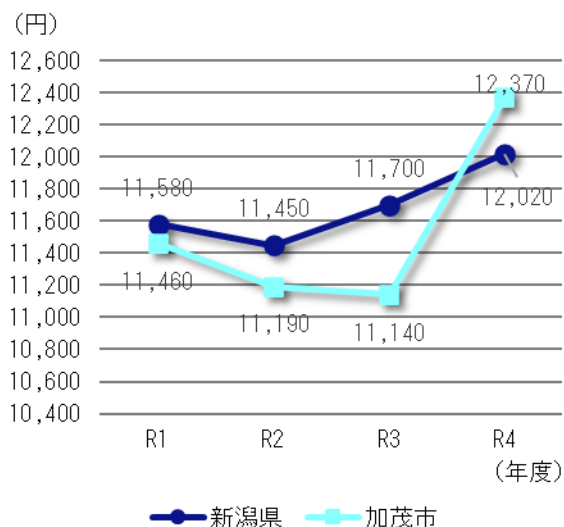
総医療費は、令和1年度が最も高く令和4年度は減少しています。

一人当たり医療費(月平均)の推移

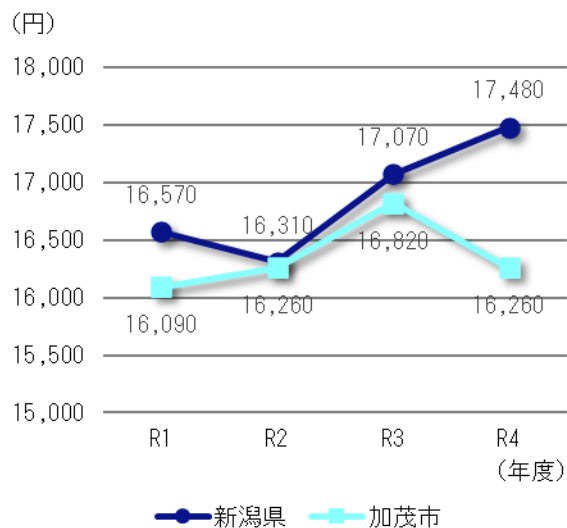
■1人当たりの月間医療費（合計）



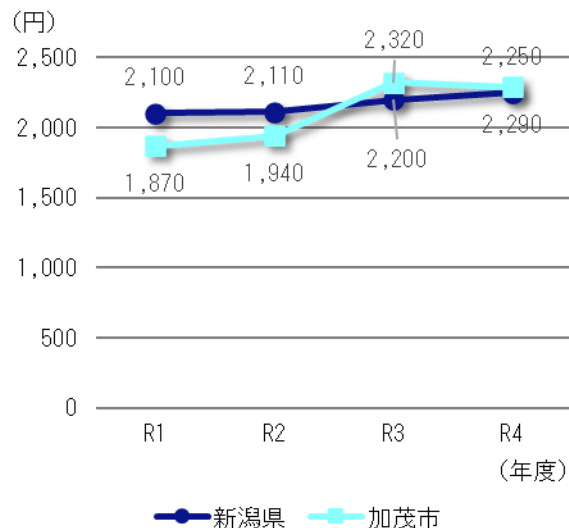
■1人当たりの月間医療費（入院）



■1人当たりの月間医療費（外来）



■1人当たりの月間医療費（歯科）



※医療費は全て12ヶ月の平均

出典 KDB

一人当たり医療費について、入院では、令和3年度までは下がっていましたが、令和4年度に高くなり県と比較しても高い状況です。外来では、令和3年度までは高くなっていましたが令和4年度は下がりました。

■疾病大分類別医療費（外来）推移

（百万円）

	R1	R2	R3	R4
■感染症及び寄生虫症	15	16	17	12
■新生物＜腫瘍＞	139	148	161	125
■血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	65	51	43	50
■内分泌、栄養及び代謝疾患	167	181	188	163
■精神系及び行動の障害	64	62	61	56
■神経系の疾患	54	48	45	45
■眼および付属器の疾患	57	47	50	52
■耳および乳様突起の疾患	9	7	8	7
■循環器系の疾患	165	161	164	155
■呼吸器系の疾患	70	56	56	51
■消化器系の疾患	75	68	69	68
■皮膚および皮下組織の疾患	29	32	33	34
■筋骨格系および結合組織の疾患	110	97	99	90
■尿路性器系の疾患	98	107	109	109
■妊娠、分娩および産じょく＜褥＞	0	0	0	0
■周産期に発生した病態	0	0	0	0
■先天奇形、変形および染色体異常	0	0	0	0
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	15	17	18	14
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	13	16	13	14
■傷病および死亡の外因	0	0	0	7
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
■特殊目的用コード	0	0	1	0
■その他（上記以外のもの）	13	11	13	12

■疾病大分類別医療費（入院）推移

（百万円）

	R1	R2	R3	R4
■感染症及び寄生虫症	4	4	5	3
■新生物＜腫瘍＞	189	137	153	233
■血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	8	20	24	29
■内分泌、栄養及び代謝疾患	8	12	15	8
■精神系及び行動の障害	122	133	112	97
■神経系の疾患	70	59	60	47
■眼および付属器の疾患	15	15	12	7
■耳および乳様突起の疾患	2	1	6	0
■循環器系の疾患	139	149	128	138
■呼吸器系の疾患	32	30	28	31
■消化器系の疾患	39	37	49	49
■皮膚および皮下組織の疾患	5	3	17	6
■筋骨格系および結合組織の疾患	76	70	69	74
■尿路性器系の疾患	31	30	16	16
■妊娠、分娩および産じょく＜褥＞	1	0	0	1
■周産期に発生した病態	3	2	0	0
■先天奇形、変形および染色体異常	9	2	1	4
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	17	8	5	11
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	43	59	55	52
■傷病および死亡の外因	0	0	2	4
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
■特殊目的用コード	5	1	0	0
■その他（上記以外のもの）	8	5	4	4

出典 KDB

外来医療費を大分類で見ると、内分泌、栄養及び代謝疾患や循環器の疾患が高い割合を占めています。

入院医療費を大分類で見ると、新生物、循環系の疾患が高い割合を占めています。

これらのデータから、生活習慣病重症化に関わる疾患が高い割合を占めていることがわかります。

② 高額医療費の発生状況

R4年10月

	高額医療費 全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全		がん	
人数	24人	3人		4人		1人		13人	
		12.5%		16.7%		4.2%		54.2%	
年代別	40歳未満	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	40～44歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	45～49歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	50～54歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	55～59歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	60～64歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	2人	210万円
	65～69歳	2人	205万円	2人	363万円	0人	0円	2人	187万円
	70～74歳	1人	88万円	2人	640万円	1人	89万円	9人	1,881万円
医療費	4,073万円	293万円		1,003万円		89万円		2,278万円	
		7.2%		24.6%		2.2%		55.9%	

出典 KDB

令和4年10月時点で、80万円以上の高額レセプトがあるのは24人、うち21人が上記生活習慣病に該当していました。いずれも60歳以上で、70-74歳の割合が最も多くなっています。

③ 長期入院者の状況

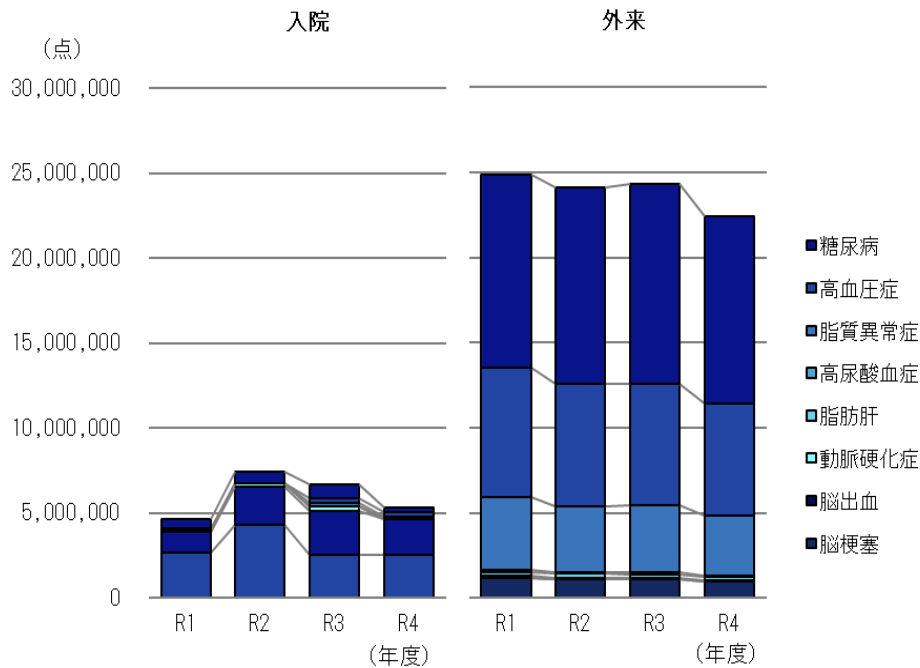
令和4年10月

	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	30人	17人	2人	1人
		56.7%	6.7%	3.3%
費用額	1,254万円	640万円	92万円	107万円
		51.0%	7.3%	8.6%

出典 KDB

令和4年10月時点で、6ヶ月以上の長期入院該当者は30人、うち17人が精神疾患となっています。

④ 生活習慣病関連疾患医療費の状況



■入院 (点)

生活習慣病疾患	R1	R2	R3	R4
糖尿病	531,842	697,951	824,358	291,056
高血圧症	125,803	0	257,339	245,366
脂質異常症	47,873	38,853	218,623	119,639
高尿酸血症	0	0	17,731	0
脂肪肝	17,717	0	4,524	0
動脈硬化症	8,893	190,015	255,754	9,375
脳出血	1,233,749	2,203,952	2,605,543	2,095,004
脳梗塞	2,672,900	4,325,663	2,526,996	2,554,961

■外来 (点)

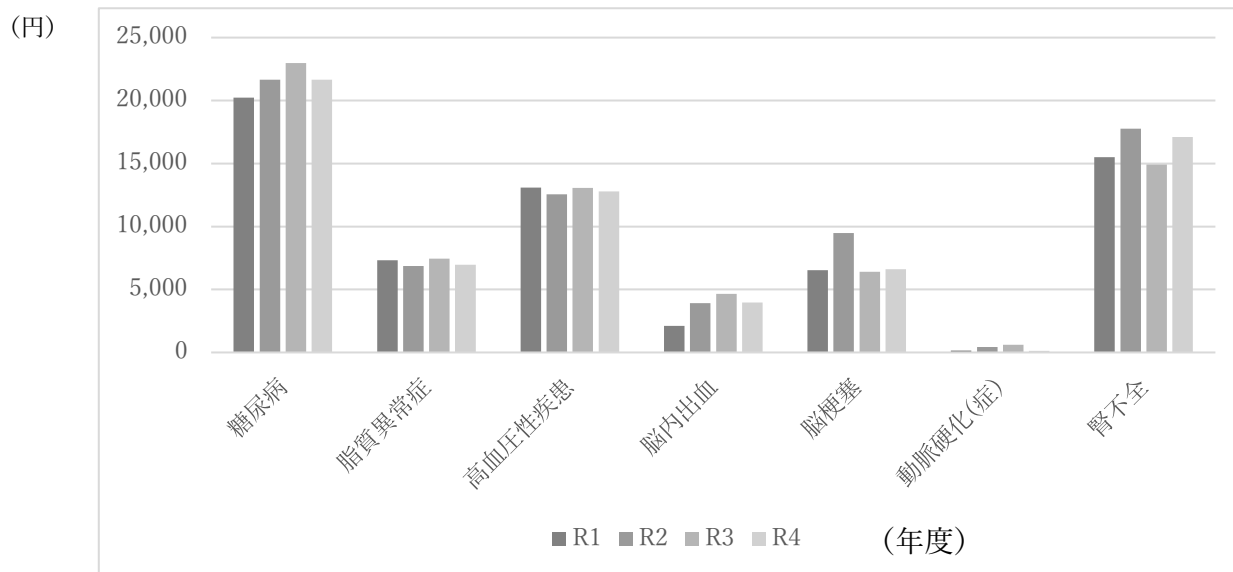
生活習慣病疾患	R1	R2	R3	R4
糖尿病	11,350,167	11,493,838	11,727,805	11,017,269
高血圧症	7,600,949	7,192,754	7,109,852	6,552,080
脂質異常症	4,272,217	3,889,885	3,971,645	3,583,065
高尿酸血症	79,914	79,697	130,842	62,686
脂肪肝	246,725	238,415	172,920	192,483
動脈硬化症	87,921	63,228	81,866	53,997
脳出血	13,162	30,307	10,408	11,950
脳梗塞	1,191,849	1,103,394	1,086,870	962,236

■疾患別件数 (件)

生活習慣病疾患	入院				外来			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	12	19	19	12	4,410	4,330	4,548	4,275
高血圧症	6	0	7	5	6,073	5,722	5,677	5,243
脂質異常症	1	2	3	2	3,120	2,893	3,078	2,852
高尿酸血症	0	0	1	0	86	106	140	79
脂肪肝	1	0	1	0	159	147	117	113
動脈硬化症	1	3	3	1	35	36	44	32
脳出血	19	34	37	26	7	9	5	11
脳梗塞	44	59	43	43	606	618	591	554

生活習慣病関連の医療費を入院・外来別で見ると、入院では脳出血・脳梗塞、外来は糖尿病が高い割合を占めています。

■生活習慣病 一人当たり医療費



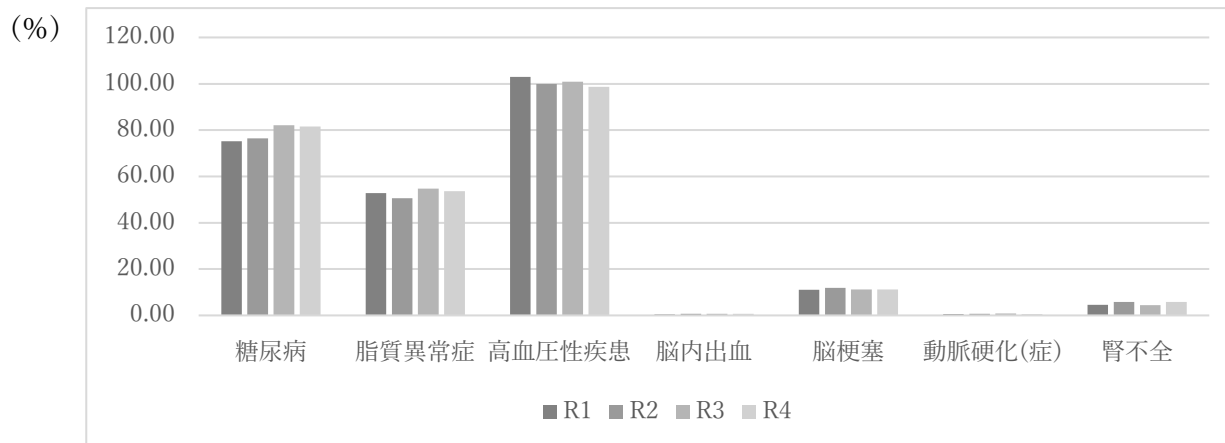
(年度)

1人当たり医療費	R1	対県 標準化比	R2	対県 標準化比	R3	対県 標準化比	R4	対県 標準化比
糖尿病	20,235	107.22	21,652	113.51	22,973	114.99	21,646	106.02
脂質異常症	7,315	80.43	6,865	81.18	7,436	86.84	6,960	85.85
高血圧性疾患	13,083	91.05	12,568	88.96	13,074	94.92	12,777	94.66
脳内出血	2,111	110.38	3,904	179.72	4,642	222.72	3,960	156.39
脳梗塞	6,544	109.85	9,486	155.36	6,413	109.74	6,611	105.72
動脈硬化(症)	164	45.78	443	128.27	599	143.87	119	32.37
腎不全	15,496	69.12	17,774	81.37	14,913	69.53	17,108	72.36

出典 疾病分類別大・中分類

生活習慣病一人当たり医療費を中分類別でみると、糖尿病と脳内出血、脳梗塞が県と比較した標準化比においても高い割合となっています。

■ 生活習慣病・*受診率



受診率	R1	対県 標準化比	R2	対県 標準化比	R3	対県 標準化比	R4	対県 標準化比
糖尿病	75.25	116.51	76.48	117.88	82.11	119.79	81.56	115.84
脂質異常症	52.84	79.77	50.59	79.16	54.68	81.70	53.65	81.15
高血圧性疾患	102.93	92.12	99.98	90.74	100.87	92.37	98.65	90.97
脳内出血	0.44	75.32	0.75	130.15	0.75	125.03	0.70	105.73
脳梗塞	11.01	125.79	11.83	141.54	11.25	139.63	11.22	140.50
動脈硬化(症)	0.61	66.45	0.68	82.21	0.83	99.91	0.62	80.72
腎不全	4.57	69.23	5.84	87.47	4.45	72.04	5.75	76.07

出典 疾病分類別大・中分類

生活習慣病の受診率を中分類別でみると、糖尿病、脳梗塞及び令和1年度を除き脳内出血が県と比較した標準化比においても高い割合となっています。

■脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析と生活習慣病の合併状況

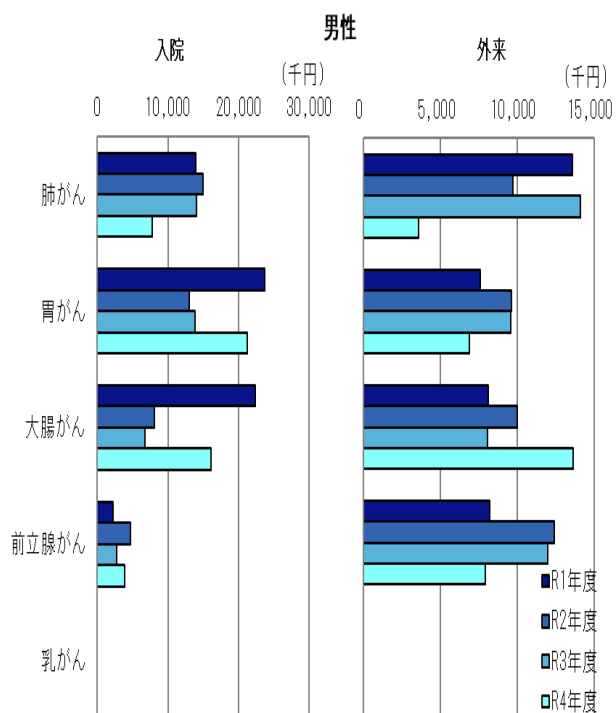
	脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析		
	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
R1	35.8%	75.1%	51.1%	45.9%	68.1%	67.7%	66.7%	77.8%	33.3%
R2	33.6%	74.9%	50.7%	41.6%	66.5%	69.4%	68.4%	84.2%	36.8%
R3	31.8%	77.6%	54.3%	39.8%	66.7%	67.0%	65.0%	85.0%	35.0%
R4	29.8%	78.5%	55.7%	40.5%	68.8%	66.3%	65.0%	95.0%	40.0%

出典 KDB

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析をそれぞれの年度の7月のレセプトを見ると、脳血管疾患のレセプトのうち、3割が糖尿病を、約8割が高血圧を、約6割が脂質異常症を持っています。虚血性心疾患のレセプトのうち、4割が糖尿病を約7割が高血圧、脂質異常症を持っています。人工透析のレセプトのうち、約7割が糖尿病を、約10割が高血圧を、4割が脂質異常症を持っています。重症疾患のある者が生活習慣病を持っていることがわかります。

*受診率（100人当たり） 医療保険制度に加入している者が、一定期間にどのくらいの頻度で医療機関にかかったかを占める指標に用いられる。受診率＝レセプト件数(件)÷被保険者数(人)×100

⑤ がん医療費の状況

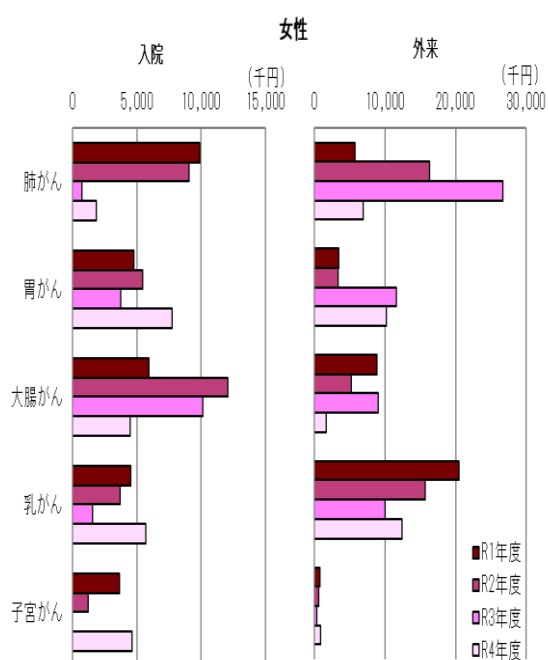


(千円)

傷病名	入院			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	13,922	14,983	14,072	7,766
胃がん	23,692	13,023	13,792	21,204
大腸がん	22,340	8,074	6,755	16,049
前立腺がん	2,181	4,739	2,709	3,846
乳がん	0	0	0	0

(千円)

傷病名	外来			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	13,581	9,707	14,094	3,588
胃がん	7,614	9,649	9,608	6,886
大腸がん	8,101	10,031	8,098	13,633
前立腺がん	8,211	12,418	11,971	7,918
乳がん	0	0	0	0



(千円)

傷病名	入院			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	9,877	9,042	750	1,852
胃がん	4,752	5,444	3,738	7,741
大腸がん	5,937	12,089	10,125	4,467
乳がん	4,541	3,709	1,544	5,704
子宮がん	3,646	1,238	0	4,601

(千円)

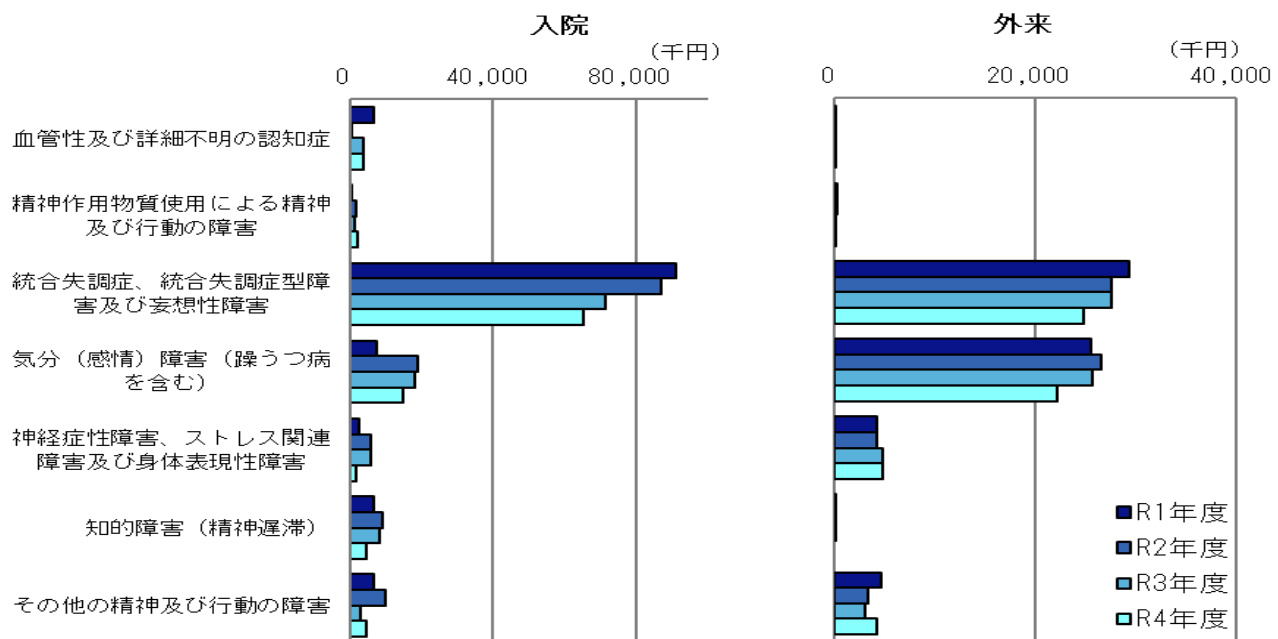
傷病名	外来			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	5,769	16,355	26,673	6,909
胃がん	3,427	3,353	11,633	10,236
大腸がん	8,876	5,211	9,039	1,680
乳がん	20,489	15,686	10,026	12,390
子宮がん	763	621	321	917

出典 KDB データ

がん医療費では、入院費は男女ともに胃がんが最も高額となっています。

外来費では、男性が大腸がん、女性は乳がんが高額となっています。

⑥ 精神疾患医療費の状況



精神疾患関連	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血管性及び詳細不明の認知症	6,666	626	3,723	3,728	3	36	47	126
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	120	1,868	1,535	2,146	220	294	159	99
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	91,154	86,823	71,216	65,446	29,300	27,512	27,502	24,754
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	7,685	19,092	18,172	14,760	25,577	26,479	25,703	22,203
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	2,543	5,846	5,889	1,641	4,167	4,235	4,770	4,836
知的障害（精神遅滞）	6,806	9,033	8,136	4,476	6	20	42	0
その他の精神及び行動の障害	6,704	10,019	2,967	4,787	4,628	3,392	3,104	4,281

出典 KDB データ

精神疾患医療費では、入院・外来いずれも統合失調症が高い割合を占めており、次いで気分障害が高額となっています。

⑦ 後発品の数量割合

レセプト種別 後発医薬品数割合 (%)

レセプト種別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科	67.1	63.3	64.0	68.4	59.4	66.7	64.3	66.0	67.3	65.3	66.3	68.1
調剤	81.9	82.9	82.9	83.0	84.4	83.2	84.1	84.6	85.1	85.1	85.5	84.8
全体レセプト	80.5	81.1	81.2	81.7	82.1	81.6	82.2	82.7	83.4	83.3	83.6	83.1

出典 KDB データ

令和4年度の後発品の数量割合が80～83%で推移しています。

⑧ 受診の状況

KDB 令和4年12月作成分において、1ヶ月に受診した医療機関数が縦軸、同一医療機関に受診した日数(複数医療機関がある場合はその最大日数)が横軸になっています。同じ病気で同じあるいは複数の医療機関を頻回受診する重複頻回受診では、同じような検査や処置等で本人の身体に負担がかかるだけでなく、医療費がかかること、医療機関での治療時間が増え、急病人の治療等に支障をきたす恐れがあります。加茂市では、重複多剤者に対して訪問指導を実施しています。令和4年度は、訪問指導対象者なしでした。

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）				
		受診した者（人）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者（人）	1医療機関以上	3,177	62	23	1	0
	2医療機関以上	1,255	35	12	1	0
	3医療機関以上	371	17	8	0	0
	4医療機関以上	86	5	1	0	0
	5医療機関以上	15	1	0	0	0

※外来（医科・歯科）のみを対象とする

出典 KDB

多剤

同一薬効に関する処方日数（同一月内）		処方薬効数（同一月内）						
		処方を受けた者（人）						
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者（人）	15日以上	536	347	218	140	74	5	0
	30日以上	512	334	212	136	72	4	0
	60日以上	353	239	156	106	56	4	0
	90日以上	196	133	86	63	34	2	0
	120日以上	110	79	50	37	23	2	0
	150日以上	56	43	24	20	12	2	0
	180日以上	36	29	16	13	7	2	0

※外来（医科・歯科・調剤）のみを対象とする

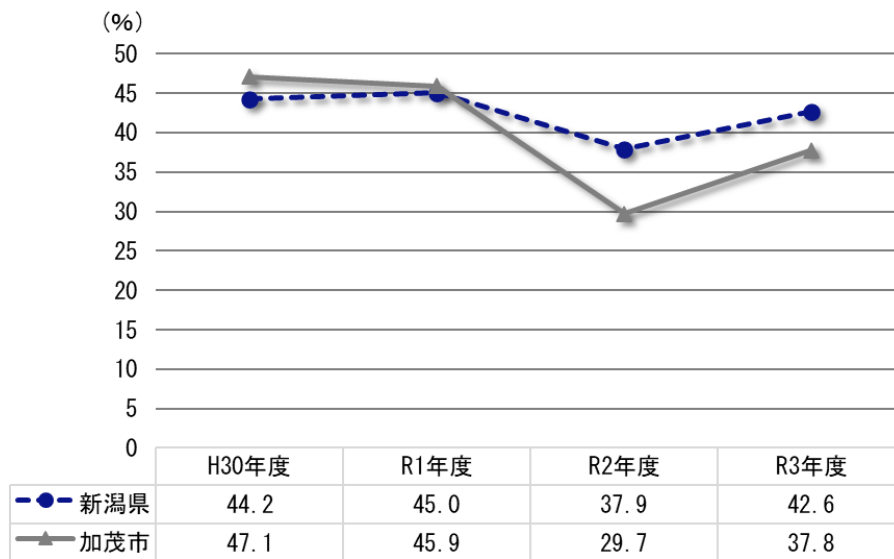
出典 KDB

KDB 令和4年12月作成分において、1ヶ月で同一の薬効がある薬剤の処方日数が縦軸、処方された薬効数(種類)が横軸になっています。服用する薬剤数が多くなることにより、副作用や相互作用のリスクが増加し、一般的に6種類以上になると副作用の危険性が高くなるとされています。

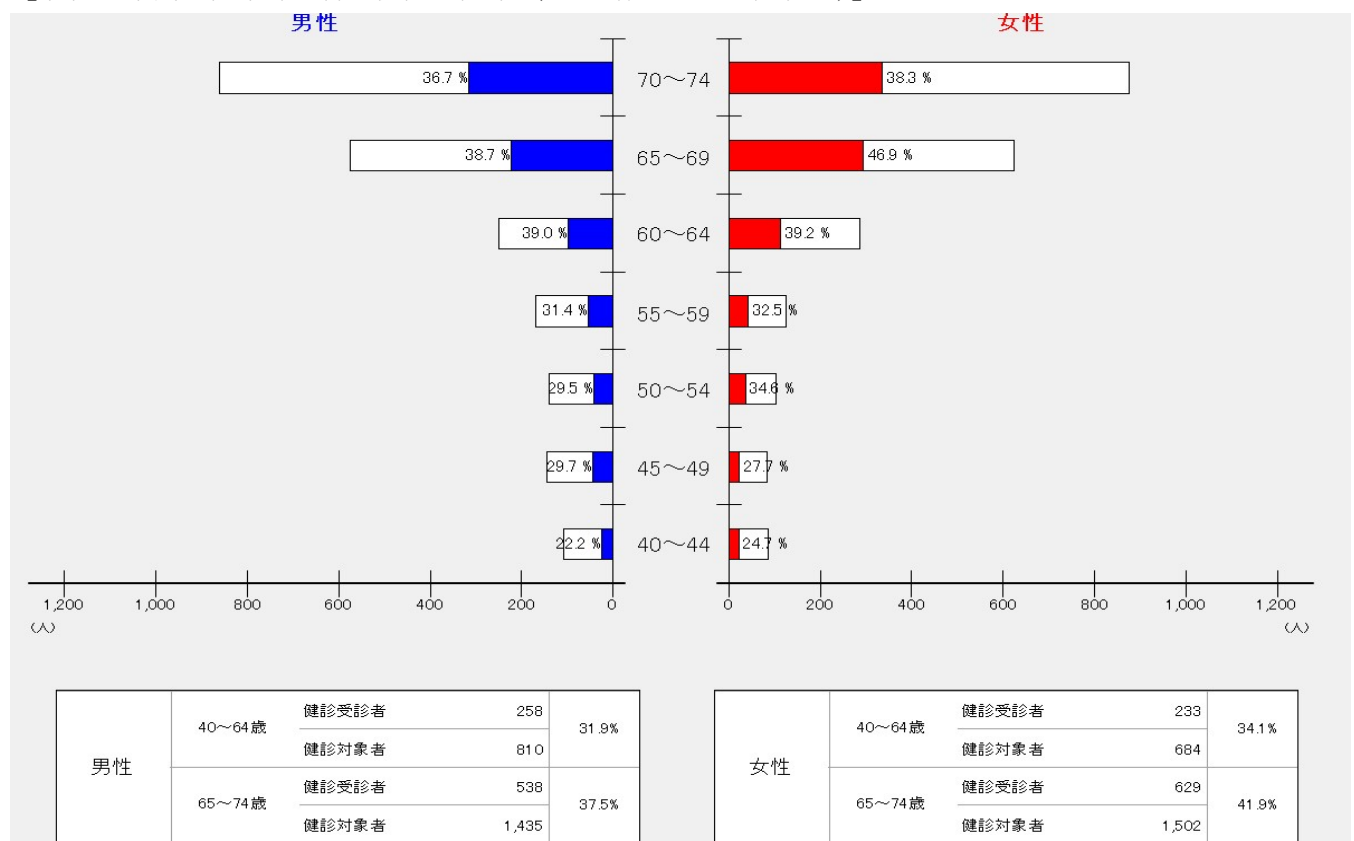
(2) 特定健診・特定保健指導の実施状況

① 特定健診受診率

特定健診の受診率は、令和2年度、令和3年度と新型コロナウイルス感染拡大の影響で低下傾向です。

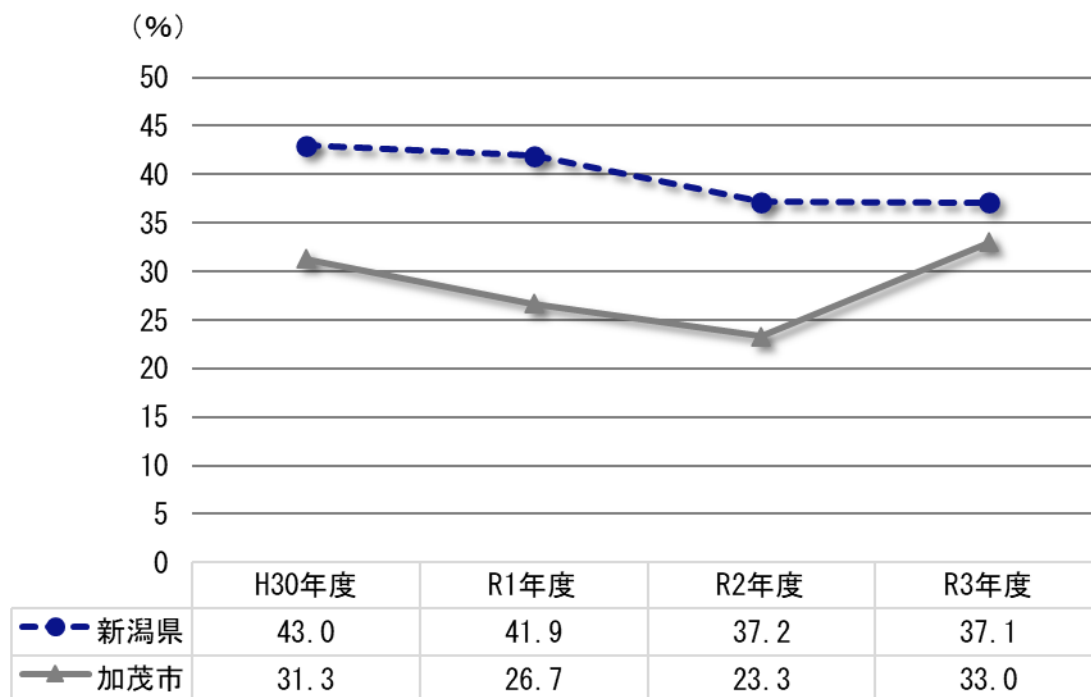


【令和3年度 性年齢別特定健診受診率（KDB 様式 5-4 受診状況）】



年齢別でみると、女性に比べて男性の受診率が低い傾向にあります。また、男女ともに40～49歳の受診率は30%未満となっています。早期に生活習慣病の発見・治療のためには、若年からの健診受診が重要となります。

② 特定保健指導実施率

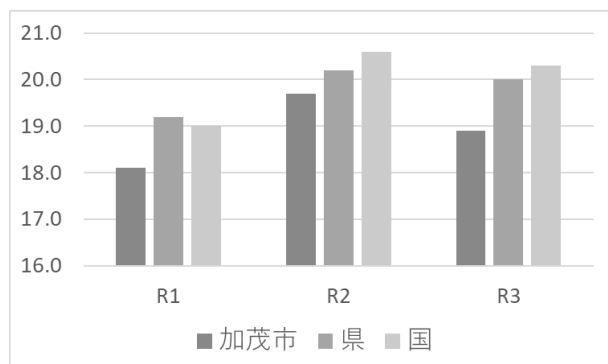


出典 KDB

③ メタボリックシンドローム該当者の状況

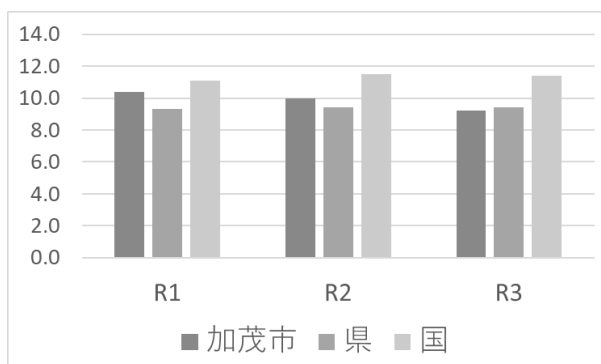
特定保健指導実施率は県と比較しても低く、平成 30～令和 2 年度にかけて低下傾向でしたが、令和 3 年度は令和 2 年度と比べ増加しました。

【メタボリックシンドローム該当者】



	加茂市	県	国
R1	18.1	19.2	19.0
R2	19.7	20.2	20.6
R3	18.9	20.0	20.3

【メタボリックシンドローム予備軍該当者】

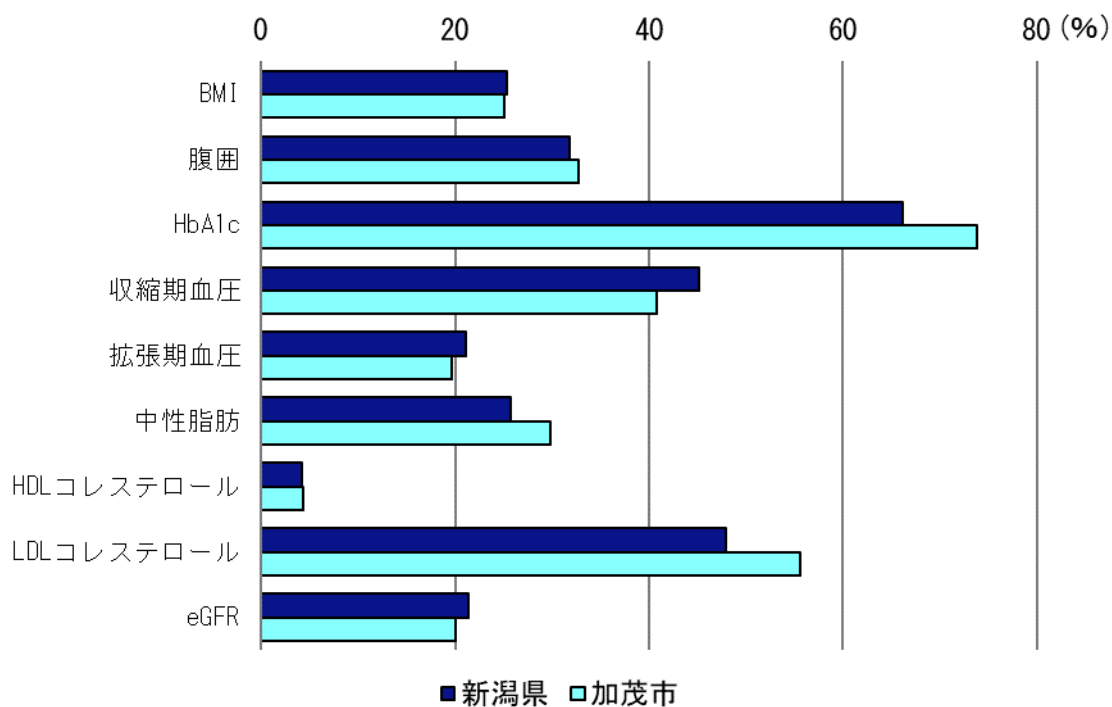


	加茂市	県	国
R1	10.4	9.3	11.1
R2	10.0	9.4	11.5
R3	9.2	9.4	11.4

出典 KDB

メタボリックシンドロームの該当者は国・県と比較して低く、19%前後で推移しています。予備軍は、令和 1、令和 2 年度は県と比較して高い割合となっています。令和 2、令和 3 年度はコロナ禍で受診率が低下しているにも関わらず、メタボリックシンドローム該当者・予備軍ともに令和 1 年度と割合が大きく変化していません。

④有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）



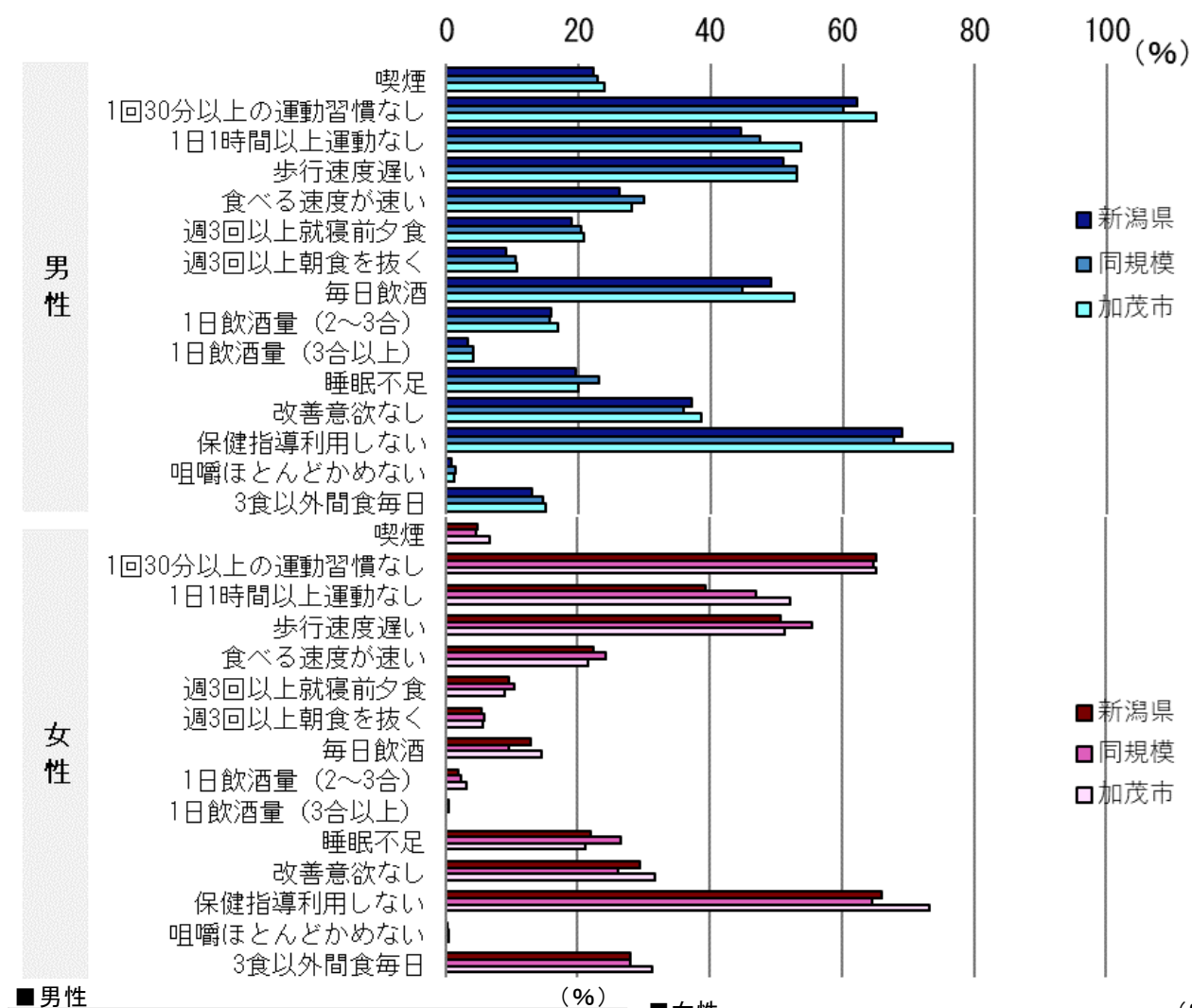
(%)

特定健診項目	新潟県	加茂市
BMI	25.3	25.1
腹囲	31.8	32.8
HbA1c	66.1	73.8
収縮期血圧	45.2	40.8
拡張期血圧	21.1	19.7
中性脂肪	25.8	29.8
HDLコレステロール	4.2	4.3
LDLコレステロール	47.9	55.6
eGFR	21.4	20.1

出典 KDB

KDB で令和4年度の特定健診の有所見者（保健指導判定値以上）を見ると、HbA1c 及び LDL コレステロールの有所見者が多く、受診者の50%を超えています。また、腹囲・中性脂肪・HDL コレステロールの有所見者も県と比較して多く、メタボリックシンドロームの該当者が多いことから肥満による生活習慣病リスクが高い状況であると考えられます。

⑤ 質問票の状況



■男性 (%)

質問票項目	新潟県	同規模	加茂市
喫煙	22.2	22.9	24.0
1回30分以上の運動習慣なし	62.2	60.0	65.0
1日1時間以上運動なし	44.5	47.5	53.7
歩行速度遅い	51.0	53.1	53.1
食べる速度が速い	26.3	30.0	28.1
週3回以上就寝前夕食	18.9	20.5	20.8
週3回以上朝食を抜く	9.1	10.4	10.6
毎日飲酒	49.2	44.7	52.7
1日飲酒量（2～3合）	15.8	15.6	16.9
1日飲酒量（3合以上）	3.2	4.1	4.0
睡眠不足	19.5	23.2	20.1
改善意欲なし	37.1	35.9	38.5
保健指導利用しない	69.0	67.7	76.6
咀嚼ほとんどかめない	0.8	1.4	1.2
3食以外間食毎日	12.9	14.7	15.1

■女性 (%)

質問票項目	新潟県	同規模	加茂市
喫煙	4.9	4.6	6.6
1回30分以上の運動習慣なし	65.1	64.8	65.2
1日1時間以上運動なし	39.4	47.0	52.1
歩行速度遅い	50.8	55.5	51.4
食べる速度が速い	22.4	24.2	21.5
週3回以上就寝前夕食	9.6	10.4	8.9
週3回以上朝食を抜く	5.4	5.8	5.7
毎日飲酒	13.0	9.6	14.6
1日飲酒量（2～3合）	2.0	2.4	3.2
1日飲酒量（3合以上）	0.4	0.6	0.0
睡眠不足	22.0	26.5	21.1
改善意欲なし	29.4	26.1	31.7
保健指導利用しない	66.1	64.6	73.2
咀嚼ほとんどかめない	0.3	0.5	0.4
3食以外間食毎日	27.9	27.9	31.3

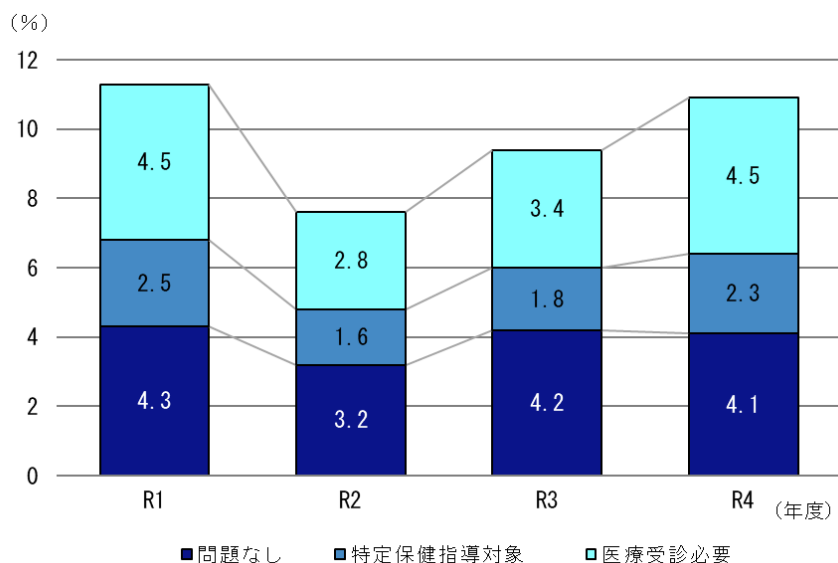
出典 KDB

KDB で R4 年度の特定健診質問票の状況をみると、男女共に喫煙、1 日 30 分以上の運動習慣なし、1 日 1 時間以上の運動なし、毎日飲酒、改善意欲なし、保健指導の利用希望なしの割合が県・同規模市町村と比較して高くなっています。循環器系に影響を及ぼす喫煙・飲酒や、運動習慣が少ない方が多く、生活習慣病のリスクが懸念されます。

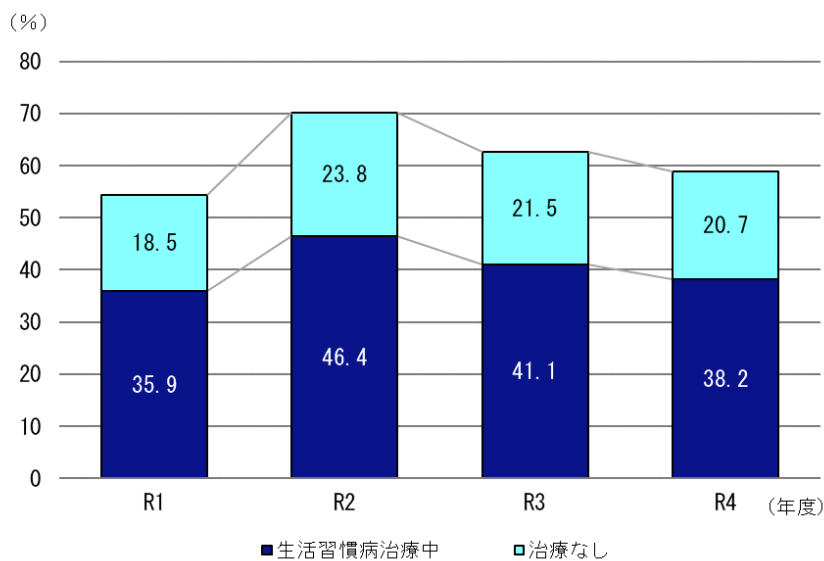
(3) 重症化予防

①健診とレセプトの突合分析

【健診受診者の生活習慣病未治療者割合】



【健診未受診者の生活習慣病治療者割合】



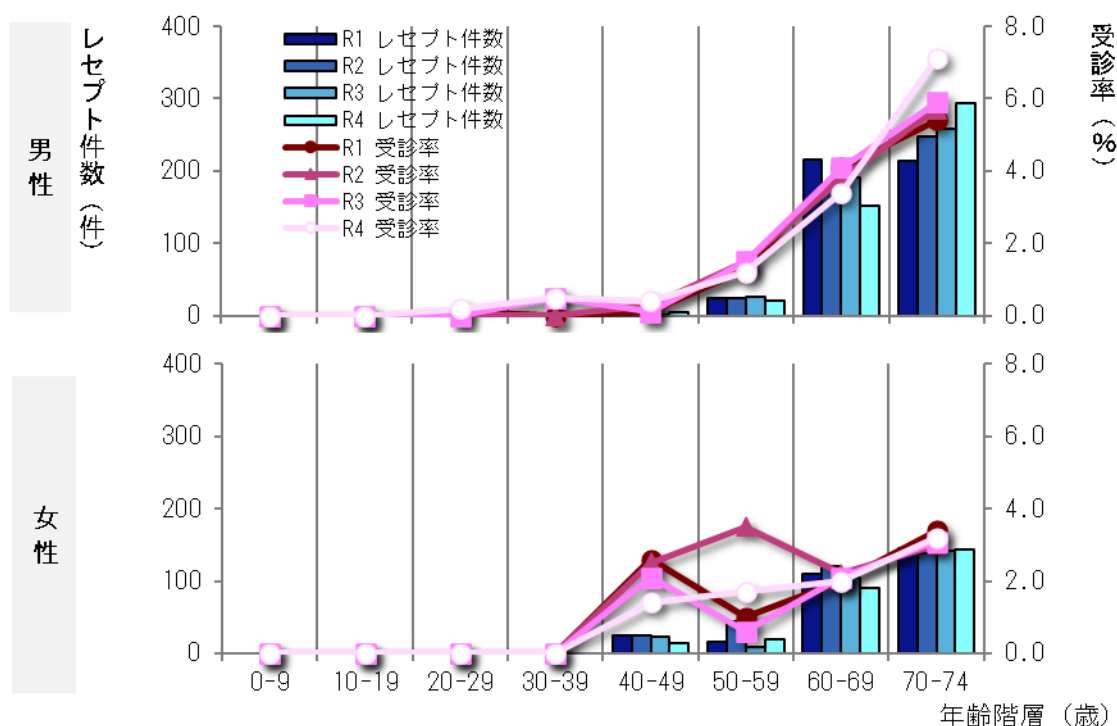
出典 KDB

健診受診者の中で生活習慣病未治療（レセプトがない）の人の割合は、令和2年から増加傾向です。内訳を見ると、特定保健指導対象・医療受診が必要な対象の割合が年々増えています。このことから、適切な保健指導・受診勧奨を実施し、重症化予防を図る必要性があると考えられます。

健診未受診者のうち4割近くが生活習慣病治療中となっています。

②重症化予防

【脳血管疾患のレセプト件数】（受診率、性・年齢別）



■男性

項目	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1レセプト件数 (件)	0	0	1	0	2	24	216	214
R2レセプト件数 (件)	0	0	0	0	4	25	184	248
R3レセプト件数 (件)	0	0	0	5	1	26	190	258
R4レセプト件数 (件)	0	0	1	4	5	20	151	294
R1受診率 (%)	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	1.3	4.1	5.4
R2受診率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.5	3.8	5.7
R3受診率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.5	0.1	1.5	4.1	5.9
R4受診率 (%)	0.0	0.0	0.2	0.5	0.4	1.2	3.4	7.1

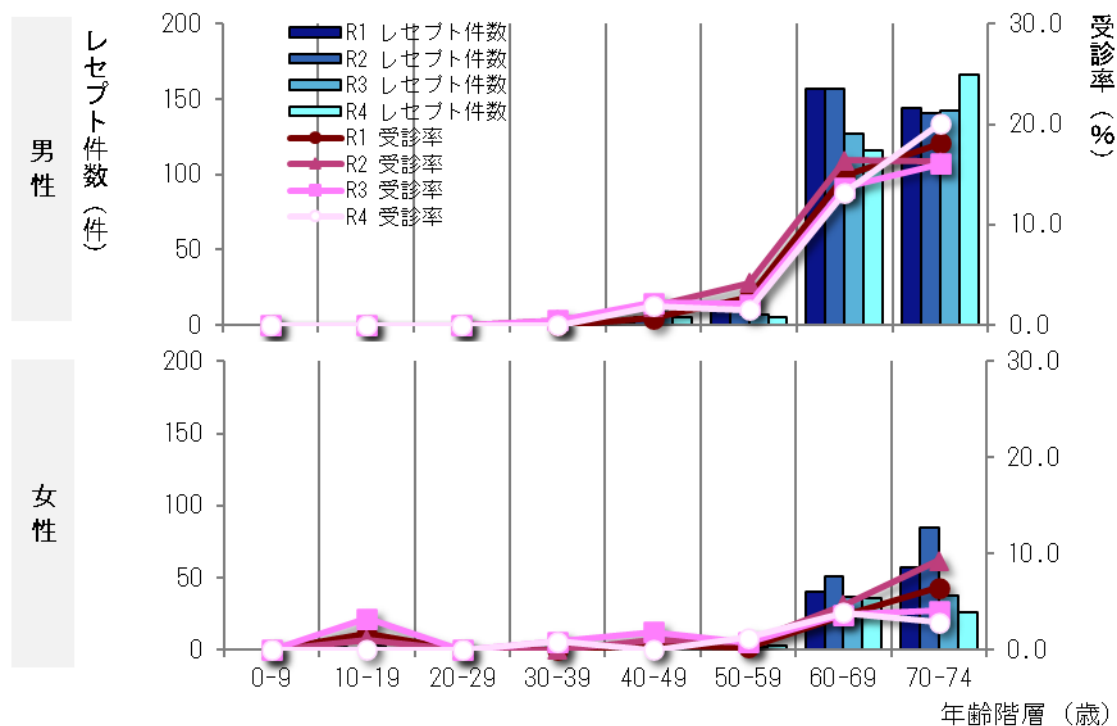
■女性

項目	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1レセプト件数 (件)	0	0	0	0	24	15	110	146
R2レセプト件数 (件)	0	0	0	0	24	45	120	138
R3レセプト件数 (件)	0	0	0	0	22	8	105	141
R4レセプト件数 (件)	0	0	0	0	14	19	90	143
R1受診率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	1.0	2.0	3.4
R2受診率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	3.5	2.2	3.0
R3受診率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.6	2.1	3.1
R4受診率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.7	2.0	3.2

出典 KDB

脳血管疾患による受診件数、受診率は年齢が高くなるに従って増加しています。特に男女とも 60 歳代から大きく伸びており、男性が多い状況である。

【虚血性心疾患のレセプト件数】（受診率、性・年齢別）



■ 男性

項目	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1レセプト件数（件）	0	0	0	0	2	10	157	144
R2レセプト件数（件）	0	0	0	1	5	14	157	141
R3レセプト件数（件）	0	0	0	1	6	7	127	142
R4レセプト件数（件）	0	0	0	0	5	5	116	166
R1受診率（％）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	2.8	14.9	18.1
R2受診率（％）	0.0	0.0	0.0	0.5	1.8	4.2	16.4	16.3
R3受診率（％）	0.0	0.0	0.0	0.5	2.2	2.1	13.7	16.1
R4受診率（％）	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	1.5	13.2	20.1

■ 女性

項目	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1レセプト件数（件）	0	2	0	0	1	1	40	57
R2レセプト件数（件）	0	1	0	0	2	2	51	85
R3レセプト件数（件）	0	3	0	1	4	2	37	38
R4レセプト件数（件）	0	0	0	1	0	3	36	26
R1受診率（％）	0.0	1.7	0.0	0.0	0.5	0.3	3.6	6.5
R2受診率（％）	0.0	1.1	0.0	0.0	1.0	0.8	4.7	9.3
R3受診率（％）	0.0	3.3	0.0	0.9	1.9	0.8	3.7	4.1
R4受診率（％）	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	1.3	3.9	2.9

出典 KDB

虚血性心疾患の発生状況は、年齢が上がるにつれて年間のレセプトや受診率が増加しています。レセプト件数は、特に 60 歳代から大きく伸びており、受診件数が多くなっています。特に男性が多い状況です。

【生活習慣病の投薬治療中断者の状況（糖尿病）】

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R2年度 糖尿病 服薬処方あり	中断者 72 ※R3年度に糖尿病 服薬処方の実績なし	健診 受診	受診判定値以上	1
			受診判定値未満	
		健診未受診		71

■ 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方

- ・ 血糖：空腹時126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上

■ 受診判定値未満：上記に当てはまらない方

■ 健診なし：健診データなし（未受診）

【生活習慣病の投薬治療中断者の状況（高血圧）】

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R2年度 高血圧症 服薬処方あり	中断者 210 ※R3年度に高血圧症 服薬処方の実績なし	健診 受診	受診判定値以上	1
			受診判定値未満	2
		健診未受診		207

■ 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方

- ・ 血圧：収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上

■ 受診判定値未満：上記に当てはまらない方

■ 健診なし：健診データなし（未受診）

出典 KDB

令和2年度に服薬処方があるが、令和3年度に処方のない治療中断者のうち、健診未受診者は、糖尿病で71人、高血圧で207人でした。これらの対象者は医療にも健診にもつながっておらず健康状態が不明であり、投薬治療中断によりさらに重症化する可能性があります。

【生活習慣病の治療放置者の状況】

■ 健診異常値放置者の階層別人数

(人)

リスク 個数	リスク項目	特定保健指導 受診勧奨レベル	要治療レベル	要治療よりもさらに 高いレベル	合計
		【受診勧奨レベル】以上 【要治療レベル】未満	【要治療レベル】以上 【要治療高レベル】未満	【要治療高レベル】以上	
		【糖尿病】 空腹時血糖：126mg/dL以上又は HbA1c：6.5%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：140mmHg以上又は 拡張期血圧：90mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：300mg/dL以上又は LDL：140mg/dL以上又は HDL：35mg/dL未満	【糖尿病】 空腹時血糖：140mg/dL以上又は HbA1c：7.0%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：160mmHg以上又は 拡張期血圧：100mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：400mg/dL以上又は LDL：160mg/dL以上又は HDL：30mg/dL未満	【糖尿病】 空腹時血糖：150mg/dL以上又は HbA1c：8.0%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：180mmHg以上又は 拡張期血圧：110mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：500mg/dL以上又は LDL：200mg/dL以上又は HDL：25mg/dL未満	
1	糖尿病	6	1	0	7
	高血圧症	39	11	4	54
	脂質異常症	72	47	6	125
2	糖尿病＋高血圧症	2	1	2	5
	糖尿病＋脂質異常症	5	0	2	7
	高血圧症＋脂質異常症	15	29	11	55
3	糖尿病＋高血圧症＋脂質異常症	1	1	1	3
合計		140	90	26	256

前年度の健診結果により、生活習慣病での医療受診が認められない人

基準値は、日本高血圧学会・日本糖尿病学会・人間ドック学会を参照し、3階層に設定

受診勧奨レベル以上のリスク項目が複数ある場合、リスク項目ごとのレベルを最も高いレベルに揃えてカウントする。

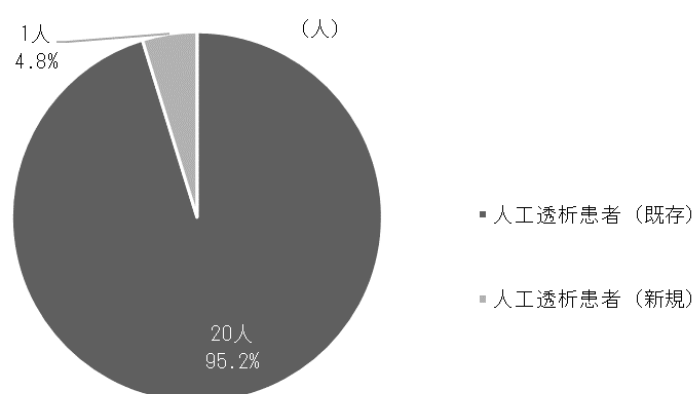
例) 糖尿病リスクが受診勧奨レベル、高血圧症リスクが要治療レベル、脂質異常症リスクが要治療高レベルのとき、要治療高レベルのリスク個数3としてカウントする

出典 KDB

令和4年度の健診受診者のうち、各リスク項目が受診勧奨判定値以上かつ生活習慣病未受診者(レセプトなし)の方は256人いました。どの疾患も早期に治療・生活改善を実施すれば病状悪化を予防できますが、未受診のままでは生活習慣病が進行し、生活に大きな影響をきたします。

【人工透析患者の状況】

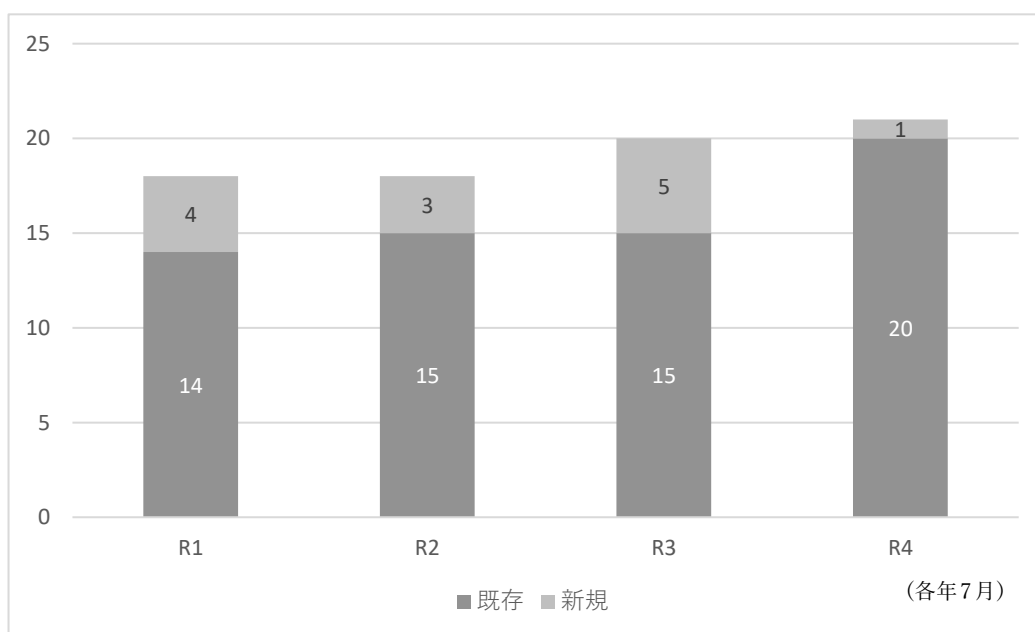
人工透析患者数



出典 KDB 支援ツール

KDB で令和 4 年度の人工透析患者数を既存・新規で見ると、21 人の人工透析患者のうち、1 人が新規となっています。

【人工透析患者数の推移】



出典 KDB

人工透析患者数は、令和 1 年から少しずつ増加傾向にあります。

【※CKD マップ】

■CKD 重症度別

※対象：尿蛋白とeGFRの検査値が揃っている者

※年度：前年度継続在籍者

※医療機関未受診：糖尿病性腎症、慢性腎不全、
糖尿病性腎症以外の腎疾患での未受診者

CKD重症度分類				尿蛋白 区分			合計
				A1	A2	A3	
				正常 【－】	軽度蛋白尿 【±】	高度蛋白尿 【＋～】	
e G F R 区 分	G1	正常	90以上	82 (79)	20 (17)	3 (3)	105 (99)
	G2	正常または軽度低下	60～90未満	794 (775)	225 (221)	59 (52)	1,078 (1,048)
	G3a	軽度～中等低下	45～60未満	264 (254)	71 (67)	15 (13)	350 (334)
	G3b	中等度～高低下	30～45未満	25 (18)	13 (9)	2 (2)	40 (29)
	G4	高度低下	15～30未満	2 (0)	1 (1)	2 (2)	5 (3)
	G5	末期腎不全	15未満	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
合計				1,167 (1,126)	330 (315)	82 (72)	1,579 (1,513)

上段：該当者数 / 下段（）内：医療機関未受診者

出典 KDB

令和4年度の健診結果をもとにした、CKD マップです。

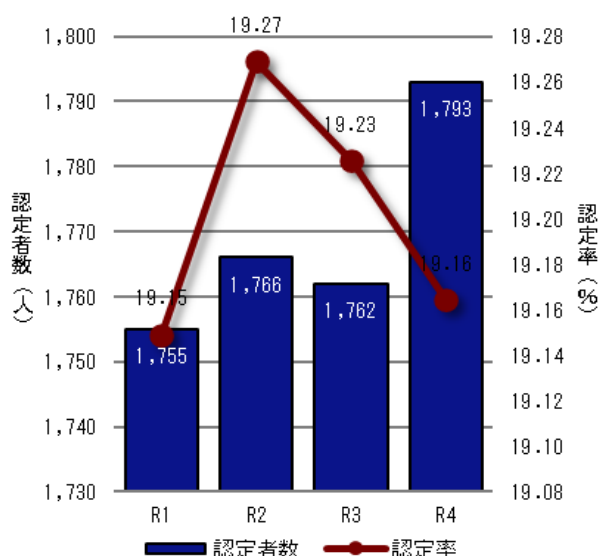
CKD 重症度分類の G3a～G5 において、（ ）内の医療機関未受診者が多くいます。

CKD が悪化すると人工透析に移行しやすいため、腎機能を示す尿蛋白や eGFR が基準値を超える場合は早期に医療機関に受診する必要があります。

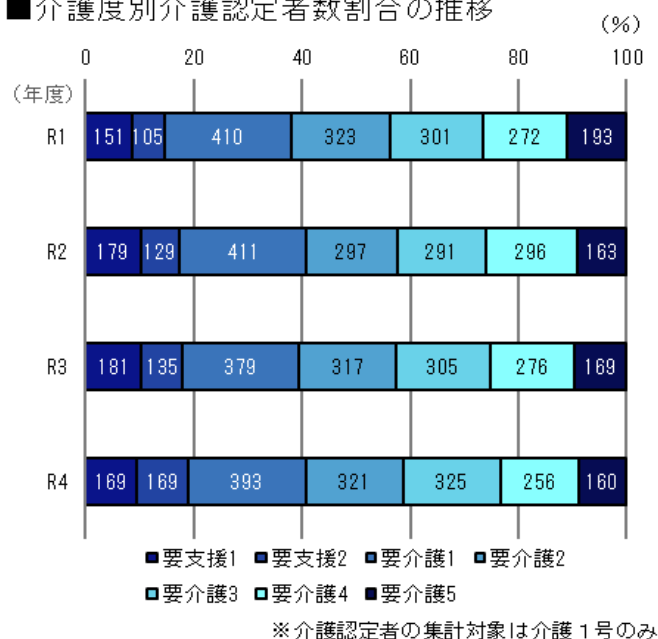
※CKD（慢性腎臓病） 尿蛋白（＋）以上または、腎臓機能低下（eGFR60ml/1.73 m²未満）が3か月以上続いている状態のことをいいます。

(4) 介護の状況

■介護認定者数の推移



■介護度別介護認定者数割合の推移



■介護認定者数の推移

年度	認定者数	認定率
R1	1,755	19.15
R2	1,766	19.27
R3	1,762	19.23
R4	1,793	19.16

■介護度別介護認定者数割合の推移

年度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
R1	151	105	410	323	301	272	193
R2	179	129	411	297	291	296	163
R3	181	135	379	317	305	276	169
R4	169	169	393	321	325	256	160

出典 KDB

【新規要介護認定者の原因疾患】 第1号被保険者のみ

令和4年度

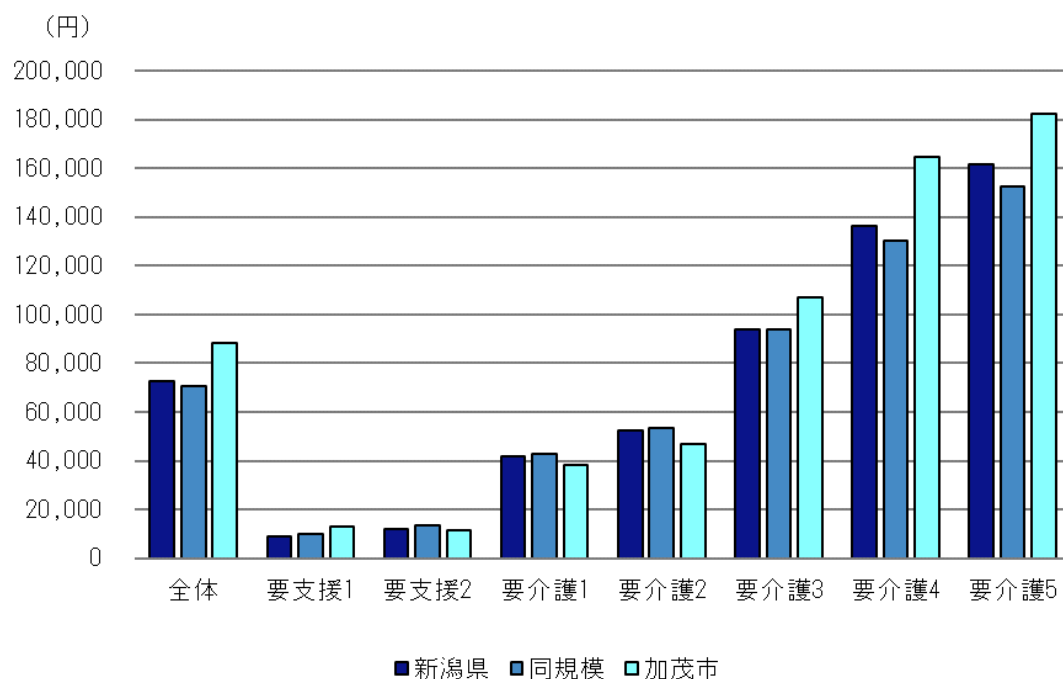
	脳血管疾患	認知症	高齢による衰弱	関節疾患	骨折転倒	心疾患	パーキンソン病	糖尿病	呼吸器疾患	悪性新生物	その他
人数 (人)	54	71	5	53	51	17	7	6	8	36	66
割合 (%)	14.4	19.0	1.3	14.2	13.6	4.5	1.9	1.6	2.1	9.6	17.6

出典 長寿あんしん課

令和4年度の新規要介護認定者の原因疾患では、認知症が19.0%で最も多く、ついで脳血管疾患14.4%、関節疾患14.2%、骨折転倒13.6%です。

介護認定の原因疾患として糖尿病や高血圧の割合は少ないが、脳血管疾患、認知症のリスク因子として糖尿病や高血圧があります。

【介護度別 1 件当たり給付費】



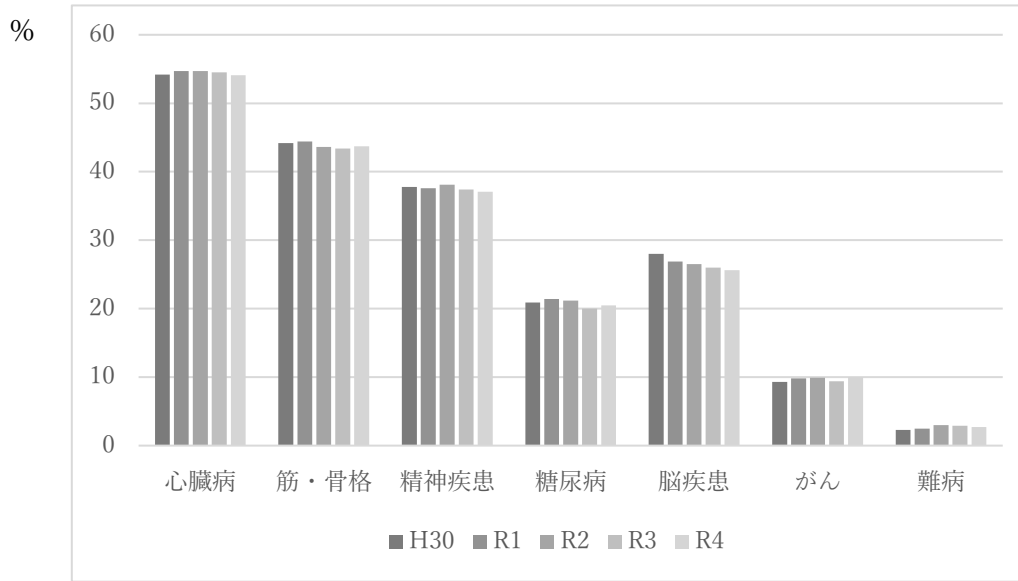
地域	全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新潟県	72,809	9,081	11,940	41,979	52,445	93,827	136,544	161,627
同規模	70,503	9,733	13,649	42,595	53,391	93,678	130,313	152,364
加茂市	88,089	13,001	11,584	38,044	46,962	106,928	164,522	182,654

出典 KDB

介護認定者数、各介護度の認定率は横ばいで、19%台で推移しています。

介護度別 1 件当たり給付費を県・同規模市町村と比較すると、要介護 3～5 の割合が高くなっています。

【要介護認定者の有病状況】



出典 KDB

要介護認定者の有病状況では心臓病が最も多く、ついで筋・骨格疾患が多くなっています。

第5章 計画全体の目標

(1) 健康課題等まとめ

健康課題：1 40歳代の特定健診受診率が低い。

特定健診の受診率がR2年度に低下し、その後年々上昇傾向にありますが、コロナ渦前には戻っていません。また、40歳代の受診率が男女とも30%代と低いです。生活習慣病の早期発見・治療のためには、若い時期から健診受診が重要であることを意識づけしていくとともに、健診を受けやすい体制整備をする必要があります。

健康課題2：脳卒中の発症予防

標準化死亡比では、男女とも脳血管疾患が多いです。要介護認定者の原因疾患では認知症が最も多く、ついで脳血管疾患となっており、生活習慣を改善し、原因疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症などを早期に発見し、適切な治療を行うこと、治療を継続し、生活習慣の見直しにより血圧や血糖などのコントロールをすることが必要です。

しかし、特定健診の有所見者状況では、HbA1c及びLDLコレステロールの有所見者が、県と比較して高く、受診の必要な人が一定数受診していない状況です。特定健診の間診票からは「1日1時間以上運動する人」の割合が低く、「喫煙率」や「毎日飲酒する人」の割合が高いです。

また、脳血管疾患の受診件数、受診率は60歳代から大きく伸びているため、若い時期から保健指導につなぐことができるよう努めます。

健康課題3：糖尿病の合併症予防

糖尿病は、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の原因疾患であり、合併症として糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害等の様々な障害をおこすため、重症化予防が重要です。

特定健診の有所見者状況では、HbA1cの有所見者が多く、県と比較しても高いです。また受診が必要な人が一定数受診していない状況です。特定健診の質問票からは、「1日1時間以上運動する人」の割合が低く、「喫煙率」や「毎日飲酒する人」の割合が高いです。糖尿病は外来医療費で最も多く、一人当たり医療費が県よりも高いです。また、人工透析患者数は微増傾向にあります。

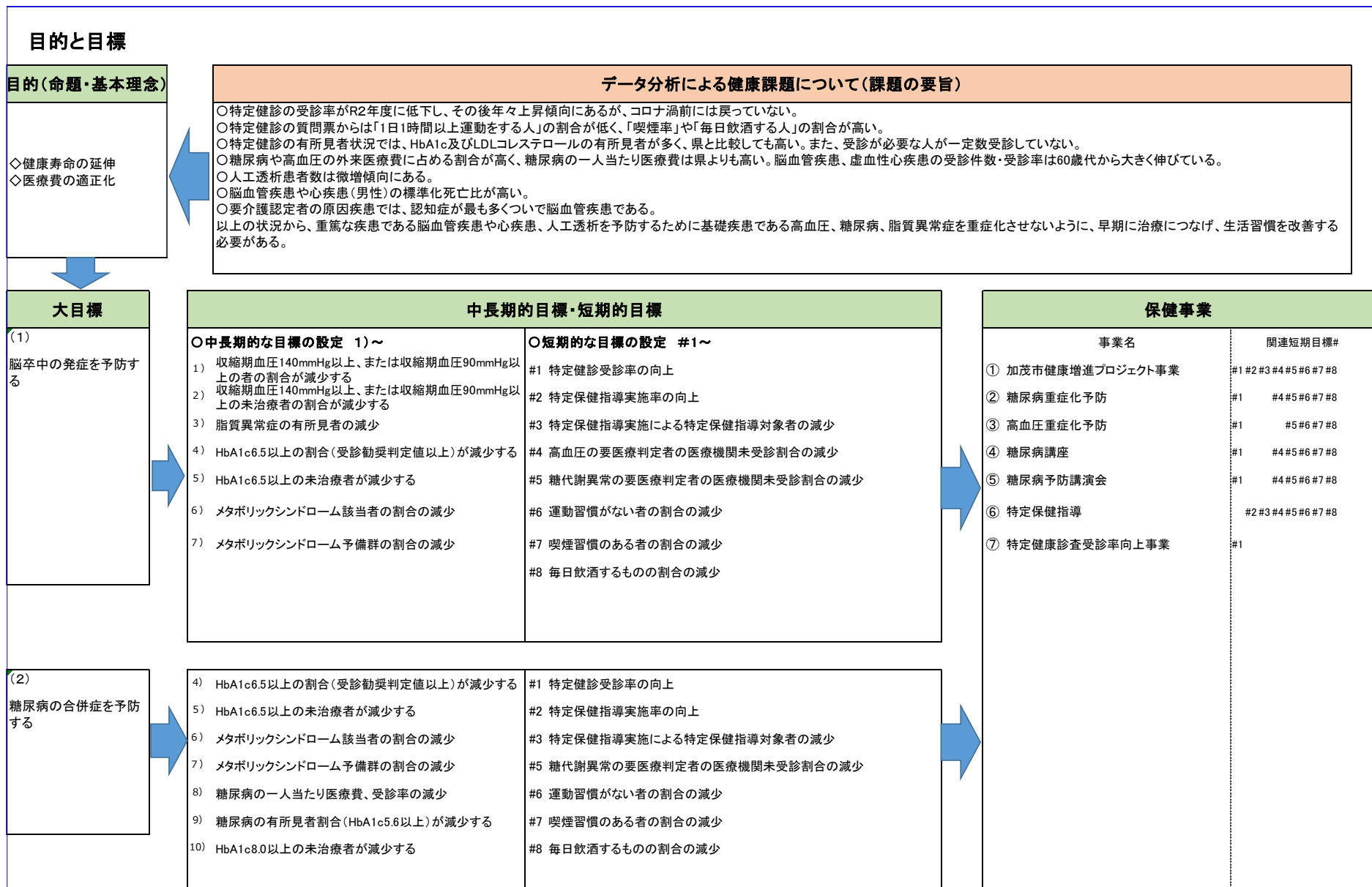
糖尿病を早期に発見し、適切な治療を行うことが必要です。生活習慣病の見直しにより血糖コントロールを保ち、重症化予防することが重要です。

(2) 計画全体の目標

計画の目的 ◇健康寿命の延伸

◇医療費の適正化

大目標 (1) 脳卒中の発症を予防する
(2) 糖尿病の合併症を予防する



中長期目標

	データヘルス計画の中長期目標	アウトカム評価指標	現状値 (R4)	目指す 方向性/ 目標値
1)	収縮期血圧140mmHg以上、または収縮期血圧90mmHg以上の者の割合が減少する(※)	収縮期血圧140mmHg以上、または収縮期血圧90mmHg以上の者の割合	12.4%	減少
2)	収縮期血圧140mmHg以上、または収縮期血圧90mmHg以上の未治療者の割合が減少する	収縮期血圧140mmHg以上、または収縮期血圧90mmHg以上の未治療者の割合	22.8%	減少
3)	脂質代謝異常の有所見者の減少	LDLコレステロール値140mg/dl以上者の割合	29.3%	減少
4)	HbA1c6.5以上の割合(受診勧奨判定値以上)が減少する(※)	HbA1c6.5以上者の割合	11.4%	減少
5)	HbA1c6.5以上の未治療者が減少する	HbA1c6.5以上者の未治療者割合	9.0%	減少
6)	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少(※)	メタボリックシンドローム該当者の割合	20.5%	減少
7)	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少(※)	メタボリックシンドローム予備群の割合	9.2%	減少
8)	糖尿病の一人当たり医療費、受診率の減少	1人あたり費用額 受診率	21,646円 81.56	減少
9)	糖尿病の有所見者割合(HbA1c5.6以上)が減少する	HbA1c5.6以上者の割合	73.8%	減少
10)	HbA1c8.0以上の割合が減少する(※)	HbA1c8.0以上者の割合	1.6%	減少

※県の共通評価指標

短期目標

	データヘルス計画の短期目標	アウトカム評価指標	R4	目指す 方向性/ 目標値
#1	特定健診受診率の向上(※)	特定健診受診率	41.4%	増加
#2	特定保健指導実施率の向上(※)	特定保健指導実施率	20.4%	増加
#3	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少(※)	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少割合	30.6%	減少
#4	高血圧の要医療判定者未受診者の医療機関未受診割合の減少(※)	未受診高血圧判定者の割合	22.8%	減少
#5	糖代謝異常の要医療判定者の医療機関未受診割合の減少(※)	未受診糖尿病判定者の割合	9.0%	減少
#6	運動習慣がない者の割合の減少	1日1時間以上の運動なしの者の割合	52.9%	減少
#7	喫煙習慣のある者の割合の減少(※)	喫煙習慣のある者の割合	15.3%	減少
#8	毎日飲酒する者の割合の減少	毎日飲酒する者の割合	33.6%	減少

※県の共通評価指標

第6章 課題に対応した保健事業の立案

(1) 各保健事業の内容と目的、評価指標

事業番号	保健事業(名)	対象者	対象者/事業内容	事業目的・事業目標	評価項目・評価指標		ベースライン 現状値 (R4年度)	目標値
①	加茂市健康増進プロジェクト事業	20歳以上の市民	R3年度開始 市民/市民団体との活動の中で、健診や健康事業への参加、健康的な生活の送り方等にポイントを付与する。健康に関心をもち運動が習慣化できるよう参加者へは活動量計を配布し、情報を加茂市内の専用読取端末「歩こう! かぞすくん」に入力してもらう。一定のポイントで健康グッズ等と交換する。	健康増進や介護予防、ひいては医療費の抑制を図る。	アウトプット指標	事業参加者数	740人	R3 500人 R4 300人
					アウトカム指標	アクティブ歩数	5,212歩	5000歩
					アウトカム指標	週1回市内のタッチポイントにタッチした割合	50%	55%
②	糖尿病重症化予防	加茂市国保被保険者で健診結果がHbA1c6.5以上で医療機関未受診の者	看護職や栄養士が対象者及びその家族に対し家庭訪問を行い、受診勧奨、生活改善のための保健指導を行う。(家庭訪問ができない場合は電話連絡での受診勧奨と生活改善のための保健指導を行う。)	健診結果が医療機関受診判定値超で未受診の者に対し、受診勧奨を行い医療機関の適正受診につなげる。	アウトプット指標	対象者数=受診勧奨判定値(6.5以上で未受診の者)実施者数=訪問実施数+指導数	13人 13人	対象者の医療機関受診率 80%
					アウトカム指標	・指導実施率の変化 ・医療機関受診率の変化	69.2% 46.2%	
③	高血圧重症化予防	加茂市国保被保険者で健診結果が収縮期血圧140以上、拡張期血圧90以上の者で医療機関未受診の者	健診結果が収縮期血圧140以上、拡張期血圧90以上の者で医療機関未受診の者に対し、受診勧奨を行う。健診結果が収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上の者で医療機関未受診の者について保健師が対象者及びその家族に対し家庭訪問を行い、受診勧奨、生活改善のための保健指導を行う。	健診結果が医療機関受診判定値超で未受診の者に対し、受診勧奨を行い医療機関の適正受診につなげる。	アウトプット指標	対象者数=Ⅲ度血圧の者 実施者数=訪問実施数+指導数	12人 12人	対象者の医療機関受診率 80%
					アウトカム指標	・指導実施率の変化 ・医療機関受診率の変化	100% 58.3%	
④	糖尿病講座	特定健診結果でHbA1c6.5以上の者、糖尿病治療者	人間ドックや特定健診で高血糖の者、及び糖尿病治療者/2回1コースで、医師による講話、栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動指導を実施する。講義や体験することを通して、よりよい生活習慣を身につけ意識づくりを促す。	糖尿病重症化予防のために知識の習得、意識づくりを行う。	アウトプット指標	講座参加者実数 対象者の講座参加率	30人 13%	生活習慣改善に向けての知識の習得と意識づくり
					アウトカム指標	参加者の知識の増加や意識改善 (参加者アンケート)		
⑤	糖尿病予防講演会	市民	医師による糖尿病予防に関する健康講話を通し、糖尿病知識の普及啓発を行う。また、会場にパンフレットやフードモデルを展示し、栄養士も常駐することにより知識を深める。	早期に糖尿病を予防する知識を身につけ、糖尿病を予防する市民を増やす。	アウトプット指標	参加者数	49人	生活習慣改善に向けての意識づくり
					アウトカム指標	参加者の知識の増加や意識改善 (参加者アンケート)	44人	
⑥	特定保健指導	特定保健指導対象者	特定健康診査結果を階層化し「積極的支援」「動機付け支援」と判定された者/対象者が自ら改善すべき生活習慣を認識し、実践可能な行動目標を設定し、取り組んでいくことができるよう面接や電話などで継続的に支援する。初回面接後、3カ月以上の継続的な支援を行い行動計画の評価を行う。	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍を減少させる。	アウトプット指標	特定保健指導実施者数	48人	保健指導率 30%
					アウトカム指標	特定保健指導率	20.4%	
⑦	特定健康診査受診率向上事業	40～74歳国保被保険者	・個別通知による再度受診勧奨 ・未受診者健診についてのお知らせを全戸配布 ・みなし健診の実施 ・人間ドック費用の助成(30歳以上、2万5千円)	疾病の早期発見、早期治療につなげる。	アウトプット指標	特定健診受診者数	1,733人	2,232人
					アウトカム指標	特定健診受診率	41.4%	48%

（２）保健事業の実施体制

高齢化の進行により、今後「団塊の世代」が75歳以上となる2025年以降は、医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれます。そのため、国においては、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。本市においても、地域包括ケアの構築に向けた部局横断的な議論の場において情報共有を図るとともに、国保被保険者を含む高齢者などが安心して生活できる居場所・拠点・コミュニティ・生きがい・自立・健康づくりなどにつながる住民主体の地域活動に対し、特定健康診査の必要性や生活習慣病予防に対する講話、健康相談などを通じた支援を行います。

また、KDB システムデータやレセプトデータを活用し、ハイリスク対象者を抽出し、個々の要因に即した保健事業を実施します。

第7章 個人情報の保護

本市における個人情報の保護の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及びこれらに基づくガイドライン（平成16年12月27日厚生労働省）等を遵守するとともに、そのほかの関係法令（国民健康保険法第120条の2（秘密保持義務）、高齢者の医療の確保に関する法律第30条（秘密保持義務）及び加茂市個人情報の保護に関する法律施行条例の規定に基づいて実施します。

第8章 データヘルス計画の評価及び見直し

保健事業の実施状況や目標の達成状況などは、事業の成果だけではなく、その実施体制、実施過程、実施結果も含めた評価を毎年度実施します。

また、評価の結果、本計画の目標設定や取り組むべき事業などを見直す必要が生じたときは、庁内の検討会議において見直しを行います。

第9章 データヘルス計画の公表・周知

本計画は、本市国保における健康課題及び課題解決への取り組み内容を示したものであり、国保被保険者や関係機関・団体のみならず、広く市民に伝える必要があることから、市ホームページで公表します。

第10章 その他の留意事項

保健事業の推進にあたっては、保険医療係と健康づくり係が健康課題について共通認識を持ち、連携を図りながら課題解決に取り組むものとします。

生活習慣病の合併症は、要介護状態の原因疾患になることが多いため。65歳以上の前期高齢者に関する事業は、介護保険部門との連携を図り、現在実施されている介護予防事業を活用して、より効果的、効率的な事業運営を行っていきます。

地域包括ケアの視点から必要とされる取組については、介護保険部門や後期高齢者医療部門とも情報共有を図りながら保健事業を実施していきます。

医師会や歯科医師会、薬剤師会等の関係機関と連携するとともに、新潟県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委員会や新潟県とも連携を図り、効果的、効率的に保健事業を推進していきます。

第 11 章 加茂市国民健康保険第 4 期特定健康診査等実施計画

1 計画策定に当たって

(1) 背景及び趣旨

近年、医療技術の高度化や急速な少子高齢化の進展など、大きな環境変化に直面しており、医療保険制度においては、国民皆保険制度を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくための重要な方策として、疾病予防を中心とした医療費適正化の取組が求められています。

本市においては、これまで、特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施方法やその成果に関する目標等を定めた「加茂市市国民健康保険特定健康診査等実施計画」（第 1 期計画：平成 27～令和 2 年度、第 2 期計画：令和 3～5 年度）を策定し、健康寿命の延伸と医療費の削減を目指し、特定健康診査等に取り組んできました。

特定健康診査を通じてメタボリックシンドロームの該当者とその予備群を抽出し、特定保健指導を通じて適度な運動やバランスのとれた食生活の定着など生活習慣の改善を促すことで、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病の原因となる内臓脂肪型肥満を解消し、生活習慣病等の発症リスクの低減を図ることができます。

本計画は、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標達成状況と取組内容を評価するとともに、今後 6 年間の目標及び取組内容を定め、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上を通じて、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目指すものです。

(2) 計画の位置づけ

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に規定する「特定健康診査等基本指針」に基づいて実施する特定健康診査等の基本的な方針を示すものです。

計画の策定にあたっては、加茂市総合計画、第 2 次加茂市健康増進計画、加茂市国民健康保険第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）等と十分な整合を図るものとします。

(3) 計画の期間

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条の規定に基づき、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年を一期とし策定します。

2 特定健康診査等の受診状況

(1) 特定健康診査の受診状況

特定健康診査の受診率の推移を見ると、年代による差異が大きく、40 歳代の受診率は概ね 20～35% 台ですが、年齢が上がるほどその割合は増加し、60 歳代後半では 50% 前後となっています。また、受診率は女性の方が高い傾向にあります。

新型コロナウイルス感染症の流行により令和 2 年度からの健診受診率が低下し、徐々に上昇傾向にありますが、新型コロナウイルス感染症前の受診率まで達していません。

■達成目標と実績 ※詳細は 19 頁を参照 (年度)

	H30	R1	R2	R3	R4
達成目標	49.0%	49.5%	50.0%	52.0%	54.0%
実績	47.1%	45.9%	29.7%	37.8%	41.4%

【全体】	R1			R2			R3			R4		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40～44歳	193	58	30.1	193	37	19.2	193	45	23.3	194	55	28.4
45～49歳	229	76	33.2	217	55	25.3	218	65	29.8	209	72	34.4
50～54歳	237	89	37.6	233	53	22.7	228	77	33.8	215	63	29.3
55～59歳	321	127	39.6	303	74	24.4	288	94	32.6	280	93	33.2
60～64歳	619	299	48.3	561	165	29.4	521	207	39.7	487	224	46.0
65～69歳	1,345	677	50.3	1,269	434	34.2	1,192	514	43.1	1,110	510	45.9
70～74歳	1,616	767	47.5	1,731	521	30.1	1,727	649	37.6	1,686	716	42.5
計	4,560	2,093	45.9	4,507	1,339	29.7	4,367	1,651	37.8	4,181	1,733	41.4

出典 法定報告

(2) 特定保健指導の実施状況

特定健康診査受診者のうち、約 12%が特定保健指導の対象となっており、この割合は減少傾向となっています。特定保健指導対象者は、女性よりも男性の方が多くなっていますが、年々減少しています。

また、特定保健指導の実施率は、特定健康診査と同様に男性よりも女性の方が高い傾向にあります。

平成 30 年は、初回面接の分割実施が始まり、健診日に特定保健指導の初回面接実施を開始したことにより実施率が 32%となりましたが、その年によって上がり下がりがあり、令和 4 年度は 20.4%と実施率が低下しました。

■達成目標と実績 ※詳細は 20 頁を参照

(年度)

	H30	R1	R2	R3	R4
達成目標	22.0%	23.5%	25.0%	30.0%	35.0%
実績	32.0%	26.7%	23.3%	33.0%	20.4%

【全体】	R1			R2			R3			R4		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40～44歳	15	0	0.0	10	1	10.0	8	1	12.5	16	4	25.0
45～49歳	12	2	16.7	11	1	9.1	14	1	7.1	23	0	0.0
50～54歳	17	3	17.6	8	2	25.0	13	2	15.4	10	1	10.0
55～59歳	17	6	35.3	13	2	15.4	12	5	41.7	10	4	40.0
60～64歳	55	15	27.3	20	5	25.0	23	4	17.4	35	5	14.3
65～69歳	98	39	39.8	52	18	34.6	67	34	50.7	74	26	35.1
70～74歳	86	15	17.4	58	11	19.0	63	19	30.2	67	8	11.9
計	300	80	26.7	172	40	23.3	200	66	33.0	235	48	20.4

出典 法定報告

■特定保健指導実施状況

(年度)

			R1	R2	R3	R4
動機付け支援	利用者数	人	71	40	59	38
	終了者数	人	71	34	58	38
	利用者に対する終了者の割合	%	100	85.0	98.3	100.0
積極的支援	利用者数	人	26	13	9	12
	終了者数	人	9	6	8	10
	利用者に対する修了者の割合	%	34.6	46.2	88.9	83.3
合計	利用者数	人	97	53	68	50
	終了者数	人	80	40	66	48
	利用者に対する修了者の割合	%	82.5	75.5	97.1	96.0

- ・利用者とは、初回面接をした人
- ・終了者とは、初回面接から3か月以上経過した後に面接による支援及び実績評価をした人

出典 法定報告

■特定保健指導利用者の継続状況

(年度)

			R1	R2	R3	R4
動機付け支援	利用者数	人	71	40	59	38
	終了者数	人	71	34	58	38
	利用者に対する終了者の割合	%	100	85.0	98.3	100.0
積極的支援	利用者数	人	26	13	9	12
	終了者数	人	9	6	8	10
	利用者に対する修了者の割合	%	34.6	46.2	88.9	83.3
合計	利用者数	人	97	53	68	50
	終了者数	人	80	40	66	48
	利用者に対する修了者の割合	%	82.5	75.5	97.1	96.0

- ・利用者とは、初回面接をした人
- ・終了者とは、初回面接から3か月以上経過した後に面接による支援及び実績評価をした人

出典 法定報告

■特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

(年度)

		R1	R2	R3	R4
前年度の特定保健指導利用者数	人	89	93	51	62
上記のうち当該年度特定保健指導の対象ではなくなった者	人	24	17	14	30
特定保健指導対象者の減少率	%	13.3	8.6	13.0	22.6

出典 法定報告

令和4年度の特定保健指導対象者の減少率は、22.6%でR3年度に比べて高くなっています。

3 取り組み状況と今後の課題

(1) 第3期における取組状況

ア 特定健康診査

① 情報提供及び広報活動

- ・2月に全戸配布で健康診査等受診意向調査を実施し、健診の内容を周知しています。あわせて国保人間ドックの申し込みを行い、受診方法や実施機関の情報を行っています。70歳以上を対象とした「施設健診」については、国保人間ドックの申込者以外の全員に健診案内を配布しています。
- ・令和元年までは集団特定健診前に地区の保健推進員が受診勧奨を兼ねて健診案内を配布していました。「健診の申し込みがない」「医療機関に受診していない」と思われる対象者にもあわせて健診の案内を配布し、受診勧奨を行い配布していました。新型コロナウイルス感染症の流行により保健推進員案内配布は終了し郵送で案内を送付に変更しています。受診率の低い40歳代には受診勧奨パンフレットを同封しています。
- ・市の広報やホームページによる周知を実施しています。
- ・青年会議所へ健診PRを行っています。

② 未受診者への受診勧奨

- ・未受診者に対しては、再通知し未受診者健診を実施しています。仕事をしている人が受けやすいように、休日健診も実施しています。
- ・平成25年に未受診者へアンケート調査を行いました。受けない理由は様々でした。もっとも多かったのは、「入所、入院、通院中、体が不自由」であり、ついで「職場健診や人間ドックを受ける」でした。市の健診以外の場合の結果授受が課題となっています。

③ 受診環境の整備

- ・受診者が受けやすいように、市内の各公共施設で14日間にわたり、集団健診を実施しています。また肺がん検診、前立腺がん検診などのがん検診と組み合わせて実施しています。
- ・より詳しい検査を希望する方のために、国保人間ドックの費用助成を行っています。契約医療機関については、申し込みをとり市が医療機関に申し込みをしています。契約外の医療機関については、費用の助成を行っています。

イ 特定保健指導

① 利用勧奨・環境整備の実施

- ・集団特定健診時に特定保健指導対象者に生活習慣病予防のための生活指導を行っています。合わせて特定健診結果後に特定保健指導を利用するよう勧奨しています。
- ・集団特定健診受診者の特定保健指導対象者で希望者には、外部の検査機関に一部委託し、特定保健指導を行っています。また、特定健診結果説明会の他、糖尿病精密検査実施時など保健事業の機会を利用し、特定保健指導を実施しています。

- ・人間ドック受診者に対しては、一部人間ドック検査機関に特定保健指導を委託しています。人間ドック当日に特定保健指導対象者で希望者には、特定保健指導を実施しています。

(2) 今後の課題

ア 特定健康診査

健診のPRや未受診者への受診勧奨などの取り組みにより、受診率は48%代を保っていますが、計画で掲げた目標値には大きな開きがある状況です。

未受診者への受診勧奨では、何回勧奨しても受けない人もおり、引き続き効果的な健診の情報提供やPR活動に取り組む必要があります。

また受診勧奨と合わせて、医療機関からの情報提供やミニドックの実施など健診受診率の向上の検討、実施していきます。

さらに、一度健診を受けただけで終わらず、翌年度以降も継続して受診してもらうことも重要であるため、継続受診のためのPR活動にも取り組む必要があります。

イ 特定保健指導

特定保健指導の実施率は、年々少しずつ上昇傾向にありますが、県に比べてかなり低い状況です。特定保健指導対象者に対し、利用への関心が高まるような指導や案内を工夫していきます。指導内容の充実や支援の流れについても検討していきより効果的な支援が実現するように努めます。

また、特定保健指導実施後の健診データを分析し、より効果的な保健指導方法の検討を行い特定保健指導の充実に努めます。

4 達成しようとする目標

(1) 国の目標値

特定健康診査等の受診率は、着実に向上していますが、目標値とは依然かい離があり、更なる受診率の向上に向けた取組が必要となることから、国は特定健康診査等基本指針において、特定健康診査受診率70%以上、特定保健指導実施率45%以上を目標値として示しています。

また、市町村国民健康保険が達成すべき目標値として、第4期における特定健康診査受診率を60%以上、特定保健指導実施率を60%以上と掲げています。

(2) 加茂市の目標値

国の目標値とこれまでの加茂市の実績を踏まえ、本市における目標値を以下のとおり設定します。

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査対象者(推計)		5,088	4,986	4,903	4,819	4,735	4,651
特定健康診査受診者(推計)		2,188	2,194	2,206	2,216	2,225	2,232
特定健診受診率		43%	44%	45%	46%	47%	48%
特定保健指導対象者(推計)		306	307	309	309	311	312
	動機付け支援	219	219	221	221	222	223
	積極的支援	87	88	88	88	89	89
特定保健指導実施者(推計)		76	92	108	123	139	156
	動機付け支援	66	77	88	100	111	123
	積極的支援	10	15	20	23	28	33

5 特定健康診査等の実施方法

(1) 特定健康診査の実施方法

① 対象者

特定健康診査は、各年度4月1日現在の被保険者のうち、その年度中に40歳～74歳となる者が対象となります。

② 実施場所

- ・集団健診は、受診者が受けやすいように市内公共施設で実施します。
- ・個別健診は、指定医療機関で実施します。
- ・人間ドックは、健診機関で実施します。

③ 実施項目

厚生労働省が定める「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載されている項目とします。

□特定健診検査項目

国が定めた項目に加え、追加の検査（心電図・血清クレアチニン・尿潜血・貧血）を実施します。

健診項目		加茂市	国	健診項目		加茂市	国
身体測定	身長	○	○	血糖検査	空腹時血糖	●	●
	体重	○	○		HbA1c	○	●
	BMI	○	○		随時血糖	●	●
	腹囲	○	○	尿検査	尿糖	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○		尿蛋白	○	○
	拡張期血圧	○	○		尿潜血	○	
肝機能検査	AST (GOT)	○	○	貧血検査	ヘマトクリット値	○	□
	ALT (GPT)	○	○		血色素量	○	□
	r -GT (r -GPT)	○	○		赤血球	○	□
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●	その他	心電図	○	□
	随時中性脂肪	●	●		眼底検査	□	□
	HDL - C	○	○		血清クレアチニン	○	○
	LDL - C	○	○		(e - GFR)		
	(NON - HDL - C)						

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

④ 実施期間

- ・集団健診は、6月から7月に実施し、その他未受診者を対象とした受診期間を別途設定（11月頃）します。
- ・個別健診は、6月から10月に70歳以上を対象として実施します。
- ・人間ドックは、4月から翌年3月に実施します。

⑤ 受診方法

実施期間内に特定健診案内書と国民健康保険被保険者証を持参して受診するものとします。

⑥ 周知・案内方法

2月に住民へ健診意向調査を実施し、各種健診方法の情報提供と受診勧奨を行います。また、調査により健診を受けない者の理由を把握し、未受診者対策に生かします。

40歳未満の被保険者へも健康診査、保健指導の機会を提供することで若年層からの健診の継続受診の必要と疾病予防のための生活習慣の定着を働きかけます。

対象者に受診券及び個別通知を送付するとともに、市報や市ホームページ等により周知を図ります。また、未受診者対策として、10月に再度特定健診案内書を送付し受診勧奨を行い、受診率向上を図ります。

⑦ 未受診者対策

健診意向調査における市の健診未申込者を対象として、健診案内書の送付を行います。

また、かも健康ポイント事業で健診ポイントを付与し受診者を増やします。

⑧ 新潟県健康づくりのための情報提供事業への参加

住民の健康の保持増進のために特定健康診査未受診者の特定健診の検査項目に相当する診療情報（検査結果）をかかりつけ医療機関から提供してもらい、市が実施する保健事業につながります。

⑨ 特定保健指導データの保管及び管理方法

特定健康診査に関するデータは、原則として特定健康診査を受託する健診機関が国の定める電子的標準様式により、新潟県国民健康保険団体連合会へ提出します。また、データは原則5年間保存するものとします。

(2) 特定保健指導の実施方法

① 対象者

特定健康診査の結果、動機づけ支援、積極的支援と判定された方を対象に以下の方法で階層化を行います。

■特定保健指導対象者の階層化基準と判定方法(※階層化基準の一覧表は、20 頁を参照)

□特定保健指導対象者の階層化

腹囲	追加リスク	対象		
	①血圧 ②脂質 ③血糖	喫煙歴	40－64歳	65－74歳
≧85（男性） ≧90（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			

①血圧 収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg

②脂質 中性脂肪150mg/dl以上（随時の場合175mg/dl以上）または
HDLコレステロール40mg/dl未満

③血糖 空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1c 5.6%以上

※服薬中の者は除く ※空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の値を優先とする

② 実施場所

特定健康診査・結果説明会会場、特定保健指導会会場、委託健診機関等で行います。

③ 実施内容

厚生労働省が定める「標準的な健診・保健指導プログラム」をもとに、特定保健指導を主に個別支援で行います。また、初回面接は特定健康診査や結果説明会、特定保健指導会等に行い、行動目標を設定します。

i 「動機づけ支援」

- ・支援期間…初回面接を実施後、3か月以上経過後に実績評価を行います。
- ・支援内容…特定健康診査の結果から生活習慣を振り返り、対象者が自ら生活習慣改善のための実践計画を立て、実践できるように支援を行います。

ii 「積極的支援」

- ・支援期間…初回面接を実施後、3か月以上の継続的な支援後に実績評価を行います。
- ・支援内容…特定健康診査の結果から生活習慣を振り返り、対象者が自ら生活習慣改善のための実践計画を立て、実践できるよう個別面接、訪問、電話等で3か月以上の支援を行います。

④ 実施期間

特定健康診査や結果説明会、特定保健指導会時に行うほか、面接や訪問、電話等で個別支援を行います。また、かも健康ポイント事業への参加勧奨を行います。

⑤ 周知・案内方法

集団健診受診者の特定保健指導対象者には、対象になりうることを伝え、了解のもと、特定健診会場で初回面接を実施します。結果がそろった後に、対象者には結果説明会等で特定保健指導の対象となったことを伝え、目標や行動計画の確認を行い、支援計画について案内します。人間ドックの一部の受診者には健診当日に特定保健指導について勧奨するほか、施設健診等受診者と合わせて、個人通知で特定保健指導の対象となったこと、支援計画として糖尿病予防講座やかも健康ポイント事業など、希望に合わせた個別支援を行うことを周知しています。

⑥ 特定保健指導データの保管及び管理方法

特定保健指導に関するデータは、原則として保健指導を実施する機関が、国の定める電子的標準様式により、新潟県国民健康保険団体連合会へ提出します。また、データは原則 5 年間保存するものとします。

(3) 実施体制

健康福祉課（健康づくり係）が事業を実施します。

6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等の実施状況や目標の達成状況などは、事業の成果だけではなく、その実施体制・実施過程・実施量等も含めた評価を毎年行い、市ホームページを通じて公表します。また、評価の結果、本計画の目標設定や取り組むべき事業などを見直す必要が生じた時は、庁内の検討会議において見直しを行います。

7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者医療確保法第 19 条の 3 の規定に基づき、本計画を市ホームページで公表します。

8 個人情報の保護

特定健康診査等で得られる個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護に関する法律および胎内市個人情報の保護に関する法律施行条例を順守し、適切に対応します。また、委託事業者との契約の際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約順守状況を管理していきます。

加茂市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）・
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

加茂市健康福祉課

〒959-1392 加茂市幸町2丁目3番5号

TEL 0256-52-0080 FAX 0256-52-0285

email : kenko@city.kamo.niigata.jp