

越前市国民健康保険
第3期データヘルス計画
(第4期特定健康診査等実施計画)

令和6年3月
越前市

はじめに	5
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	7
2. 計画期間	8
3. 実施体制・関係者連携	8
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成と国民健康保険の状況	10
3. 国民健康保険のレセプト分析	12
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	15
5. 平均余命と平均自立期間	18
6. 介護保険の状況	20
7. 死亡の状況	23
第3章 過去の取り組みの考察	
1. 第2期データヘルス計画全体の評価	24
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	27
2. 生活習慣病に関する分析	28
3. 健康診査データによる分析	31
4. 被保険者の階層化	34
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	36
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	38
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	46
2. 計画の公表・周知	46
3. 個人情報の取扱い	46
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	47
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1. 計画策定の趣旨	49
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	49
3. 計画期間	49
4. データ分析期間	49
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 第3期 取り組みの実施状況	50
2. 第3期計画の評価と考察	53
3. 特定健康診査の受診状況	55
4. 特定保健指導の実施状況	58
5. メタボリックシンドローム該当状況	63

第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	65
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	66
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	72
	2. 対象者数推計	72
	3. 実施方法	74
	4. 実施率向上のための取り組み	78
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	79
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	79
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	79
	4. 他の健診との連携	80
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	80
巻末資料		
	1. 用語解説集	82
	2. 疾病分類	84

はじめに

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

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健診や医療機関の受診控えがみられ、健診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。

越前市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的とし、100年人生を支える健康長寿に取り組みます。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

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

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI*の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※KPI…KeyPerformanceIndicatorの略称。重要業績評価指標。

(2) 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

策定に当たっては、国の特定健康診査等基本指針や健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(福井県国民健康保険運営方針、越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画、越前市総合計画、健康づくり計画等)と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項を踏まえて検討し、理解を図るものとします。

2. 計画期間

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

3. 実施体制・関係者連携

計画の策定や評価は、越前市国民健康保険における健康課題の分析、保健事業の実施評価等を踏まえ、保険担当部局及び保健衛生担当部局、介護保険部局が一体となってい、課題を共有し計画の実効性を高めます。

事業実施に当たっては、庁内関係部局の連携に加え、県や国民健康保険団体連合会、後期高齢者医療広域連合をはじめとした他の医療保険者や地域の保健医療関係者と連携強化し、健康課題を共有しながら確実な実施に努めます。また、必要に応じてDX化や外部委託など実施し、効率化を図ります。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

■介護データ(KDB)「要介護(支援)者突合状況」を使用

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

本市は、面積230.70km²で、県面積の5.5%を占め、人口は80,337人(住民基本台帳(R5.4.1現在))で、県人口の約1割を占めています。東部を越前中央山地、西部を丹生山地、南部を日野山(795m)など、400～700m級の山々に囲まれ、森林は市域の6割を占めています。

市街地は、武生盆地の旧武生市の中心部と、旧今立町の中心部に形成し、その周囲及び山沿いに多くの集落が点在しています。武生盆地の中央を県内三大河川の一つである日野川が南北に貫流し、九頭竜川と合流して日本海に注いでいます。旧今立町内を流れる鞍谷川は、福井市内で日野川に合流しています。

気候は、夏には高温多湿、冬には山間部で降雪量が1mを超えることもある日本海側特有の気候です。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	越前市	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.5	0.5	0.3	0.3
診療所数	3.3	4.4	3.6	4.2
病床数	57.3	79.4	59.4	61.1
医師数	7.1	15.9	10.0	13.8
外来患者数	688.9	726.4	719.9	709.6
入院患者数	25.1	23.2	19.6	18.8

※「県」は福井県を指す。以下全ての表において同様である。
出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 人口構成と国民健康保険の状況

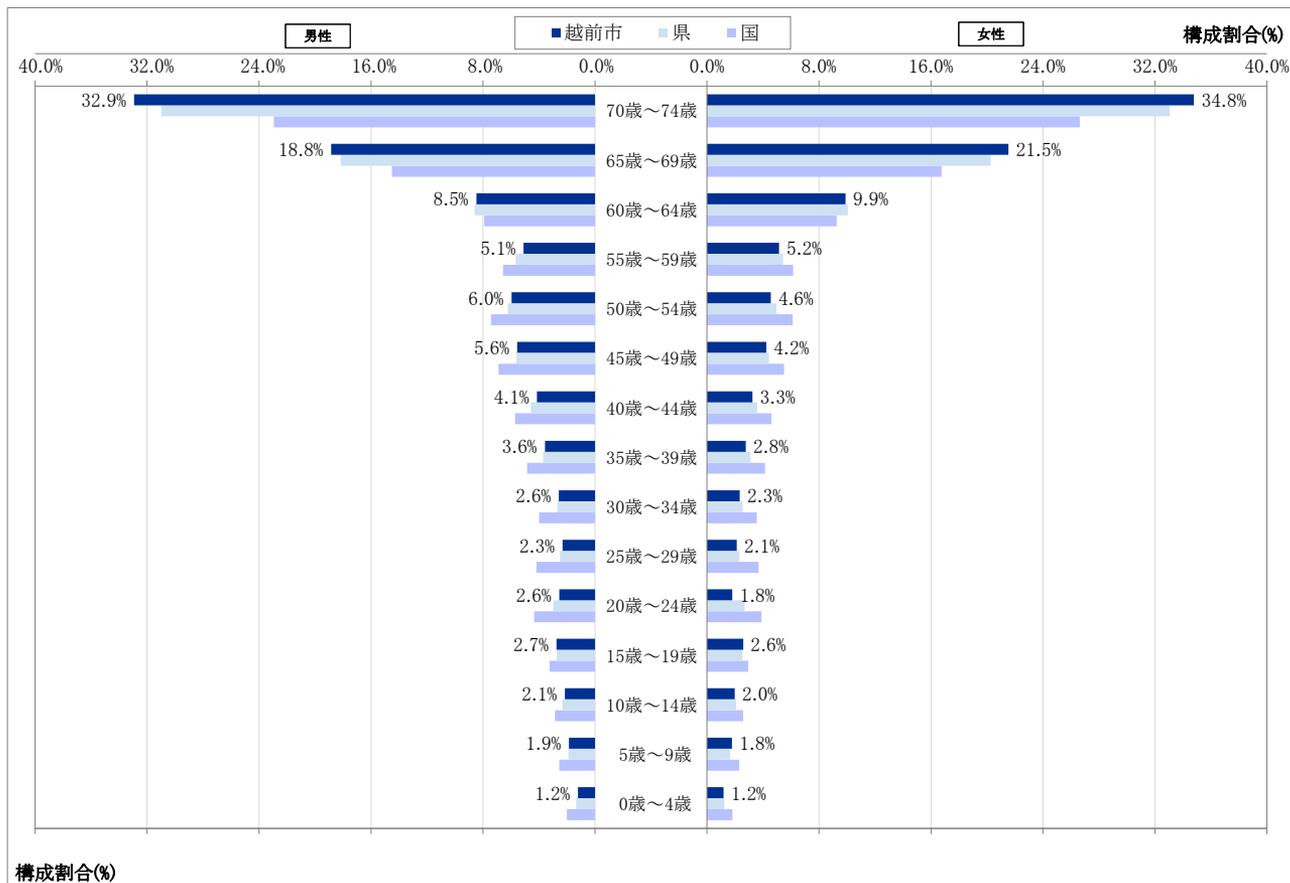
以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は29.7%であり、県及び同規模市町との比較でほぼ等倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は13,764人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は17.2%です。国民健康保険被保険者平均年齢は57.2歳であり、国や同規模市町に比べ高くなっています。

令和4年度

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
越前市	79,885	29.7%	13,764	17.2%	57.2	7.1	11.9
県	756,212	30.8%	130,767	17.3%	56.7	7.0	12.3
同規模	67,878	30.4%	13,889	20.5%	54.7	6.5	11.8
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」R4年度分

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)

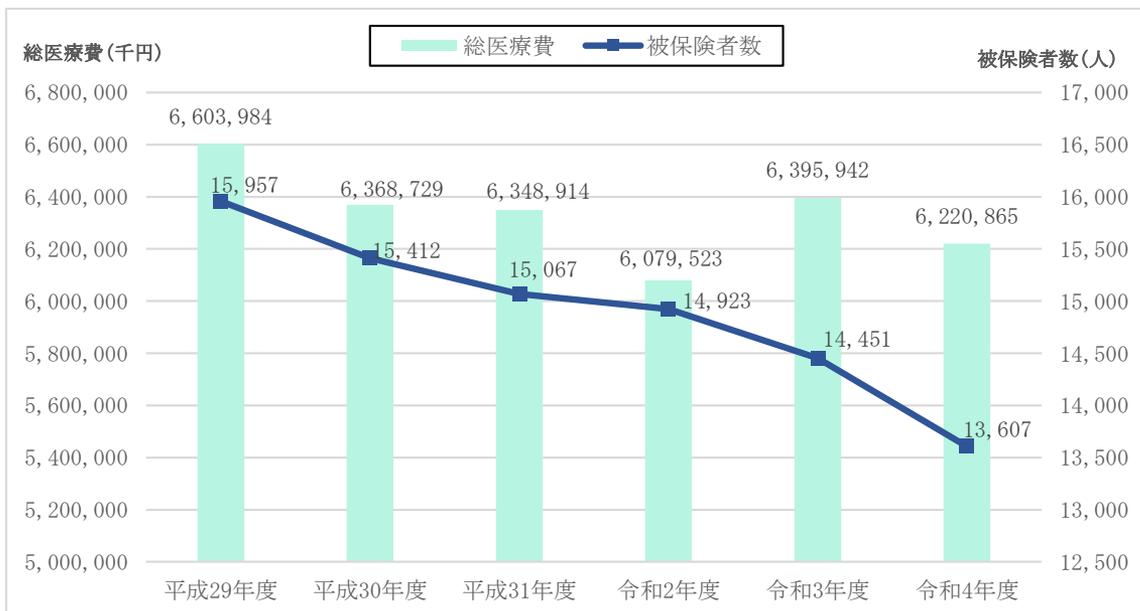


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

被保険者の高齢化と医療の高度化の影響により、越前市の国民健康保険においても一人当たりの医療費は年々増加しています。一方、総医療費は被保険者数の減少を受け、減少しています。

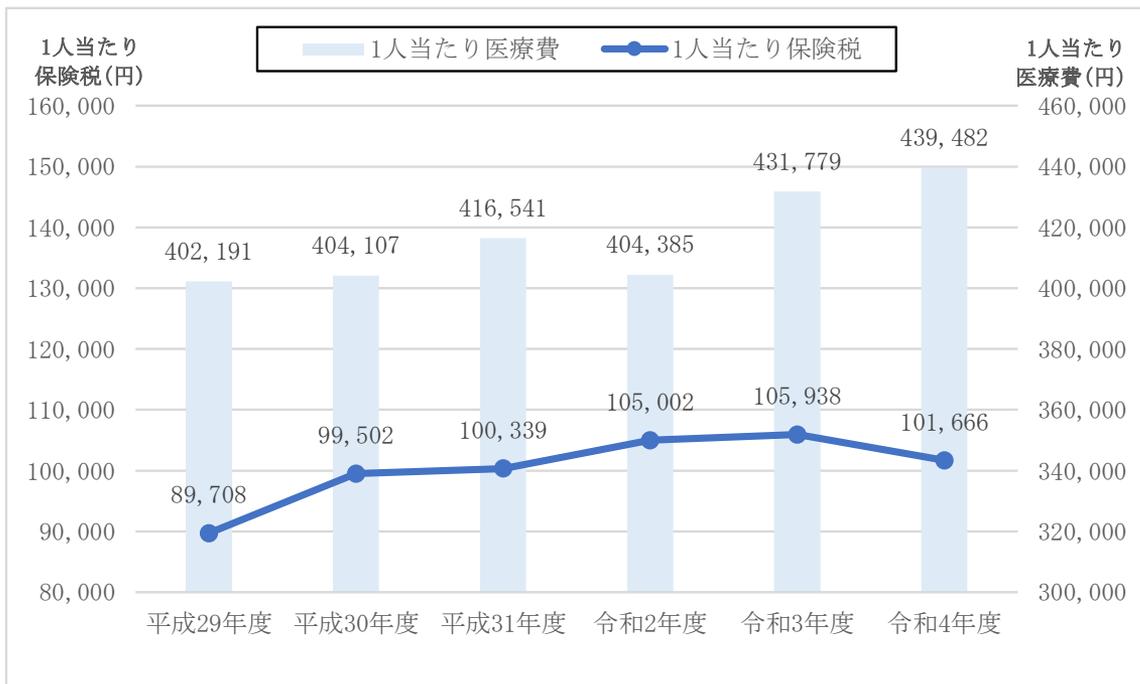
令和2年度は総医療費、一人当たりの医療費ともに前年よりも減少していますが、新型コロナウイルス感染症の流行を受け、外出の自粛や消毒やマスク着用など感染防止対策が徹底されたことが影響していると思われます。

総医療費と被保険者数の推移



出典：福井県健康福祉部健康医療局健康政策課「本県の市町国保の状況」

一人当たりの医療費と保険税の推移



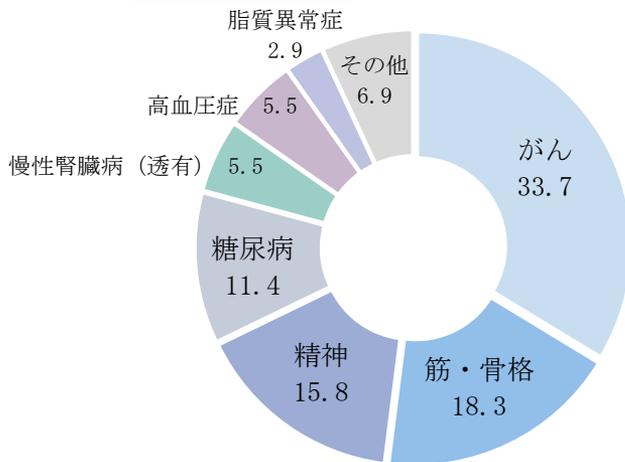
出典：福井県健康福祉部健康医療局健康政策課「本県の市町国保の状況」

3. 国民健康保険のレセプト分析

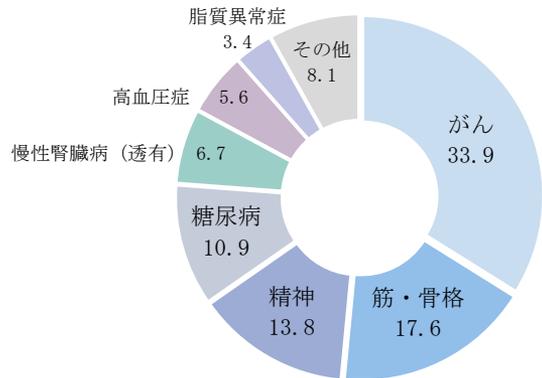
医療費に占める原因傷病について国・県・同規模市町とも「がん」が一番高く、続いて「筋・骨格」「精神」「糖尿病」と続き、国民健康保険における医療費の傾向は全国的に同じであることが分かります。

また、本市は、国や同規模市町と比べるとやや「がん」「筋・骨格」「糖尿病」の占める割合が高くなっています。

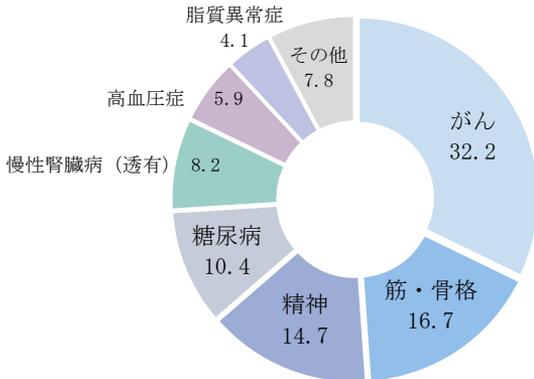
越前市国保



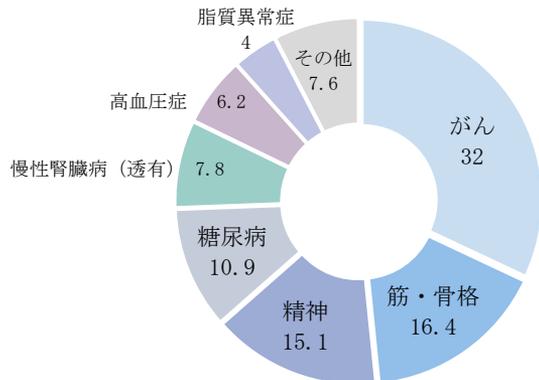
県



国



同規模



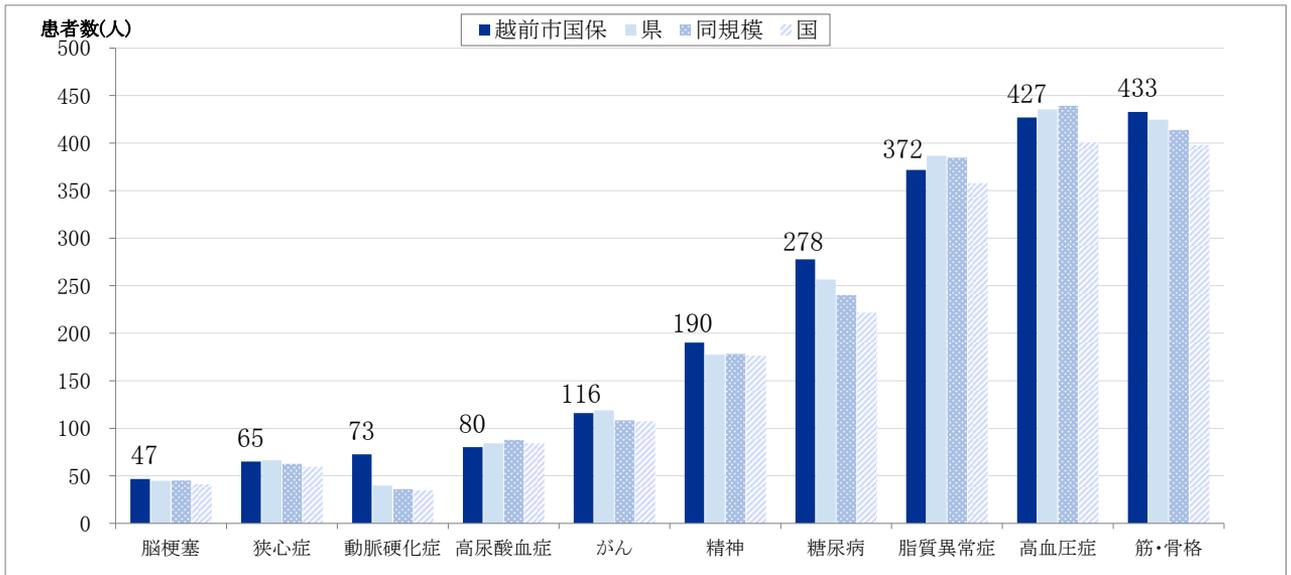
※レセプトに記載された傷病名の内最も人的・物的医療投入した傷病名(主たる傷病)にて統計したものです。

千人当たりの患者数が多い病名についても、県・国・同規模市町と同様の傾向であることが分かります。医療費で見ると「がん」が1位ですが、患者数で見ると「筋・骨格」や「高血圧症」「脂質異常症」の治療を受けている方が多く、約半数に上っています。

本市の患者数は、「筋・骨格」・「糖尿病」・「精神」・「動脈硬化症」が県・国・同規模市町と比べ多い傾向となっており、生活習慣病対策の更なる推進が必要となります。

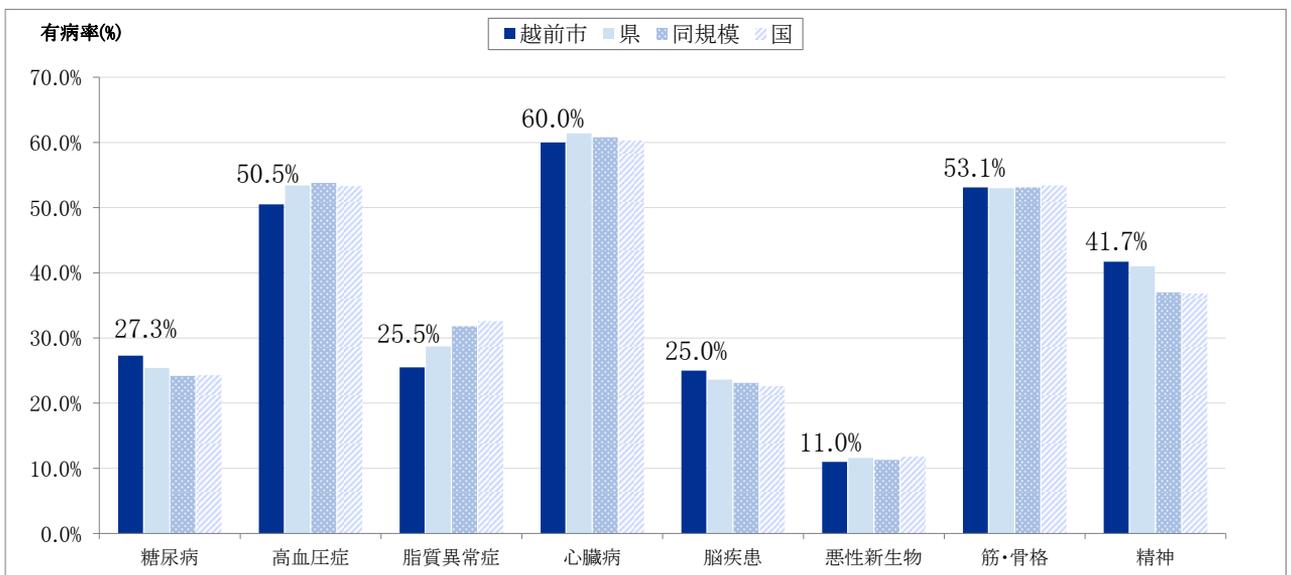
また、要介護者の有病率を見ても半数以上の要介護者は「筋・骨格」の有病者となっており、今後の介護予防対策としても国民健康保険でのフレイル予防対策など、介護と保健が一体的に取り組むことが重要になってきていると言えます。

疾病別 千人当たりの患者数



出典: 国保データベース (KDB) システム 「令和4年度 医療費分析(1)最小分類介護」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	越前市	県	同規模	国
受診率	71.4%	75.0%	74.0%	72.8%
レセプト一件当たり医療費(円)	44,630	42,900	40,020	39,870
一般(円)	44,630	42,900	40,020	39,870
退職(円)	0	1,810	62,800	67,230
外来				
外来費用の割合	57.8%	57.4%	59.5%	59.9%
外来受診率	68.9%	72.6%	72.0%	71.0%
レセプト一件当たり医療費(円)	26,740	25,420	24,470	24,520
被保険者一人当たり医療費(円) ※	18,420	18,470	17,620	17,400
一日当たり医療費(円)	18,830	17,280	16,630	16,500
レセプト一件当たり受診回数	1.4	1.5	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	42.2%	42.6%	40.5%	40.1%
入院率	2.5%	2.3%	2.0%	1.9%
レセプト一件当たり医療費(円)	536,100	589,960	610,160	619,090
被保険者一人当たり医療費(円) ※	13,440	13,690	11,980	11,650
一日当たり医療費(円)	29,680	36,170	37,500	38,730
レセプト一件当たり在院日数	18.1	16.3	16.3	16.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

一日当たりの医療費(外来): 外来レセプトの診療日数の1日当たりの医療費

一日当たりの医療費(入院): 入院レセプトの診療実日数の1日当たりの医療費

※受診率: レセプト数 ÷ 被保険者数 × 100

※外来受診率: 外来レセプト数 ÷ 被保険者数 × 100

※入院率: 入院レセプト数 ÷ 被保険者数 × 100

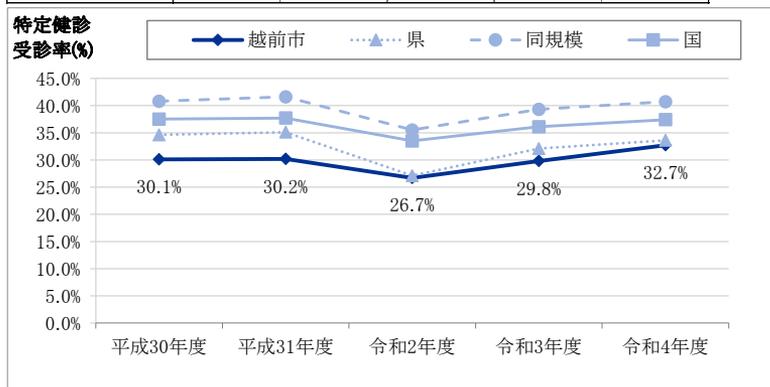
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率32.7%は平成30年度30.1%より2.6ポイント増加しています。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健康診査受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	30.1%	30.2%	26.7%	29.8%	32.7%
県	34.6%	35.1%	27.1%	32.1%	33.6%
同規模	40.8%	41.6%	35.5%	39.3%	40.7%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.4%

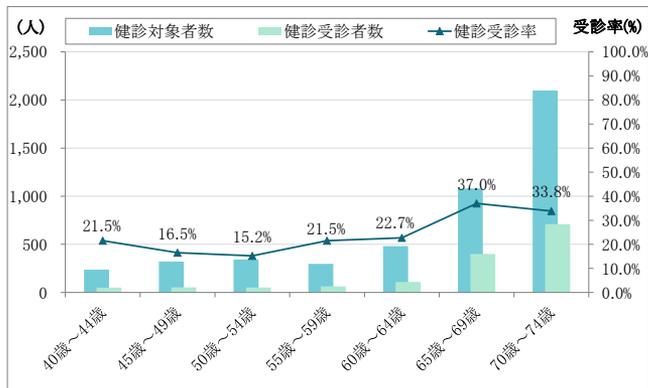


出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

各年代、女性の方が受診率が高く、男女とも45～54歳の受診率が低く、女性は60歳以上、男性は65歳以上になると受診率が上がっています。

この年代は社会保険に加入していた方が会社を退職し、国保に加入してくる世代であるため、時間的余裕があることに加え、会社で毎年健診を受診していた方が継続して受診できているために増加すると考えられます。

(男性) 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



(女性) 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



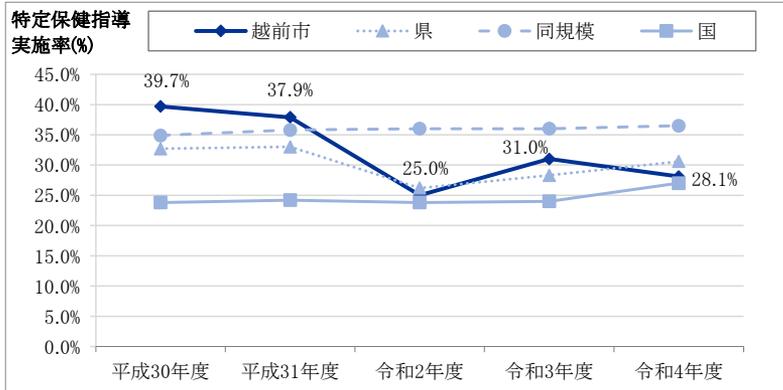
出典: 国保データベース (KDB) システム 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 特定保健指導

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率28.1%は平成30年度39.7%より11.6ポイント減少しています。

年度別 特定保健指導実施率

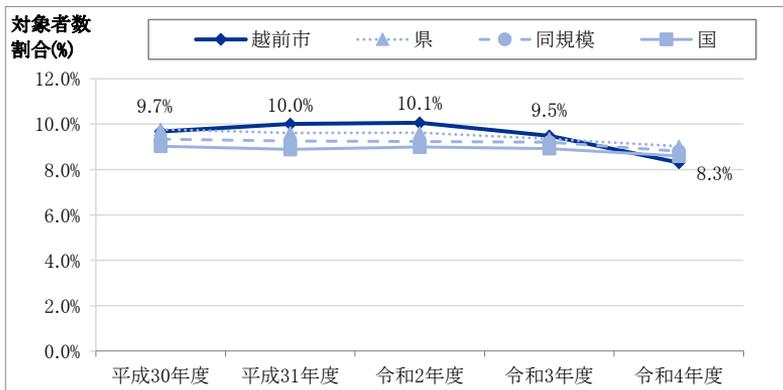
区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	39.7%	37.9%	25.0%	31.0%	28.1%
県	32.7%	33.0%	26.2%	28.3%	30.6%
同規模	34.9%	35.8%	36.0%	36.0%	36.5%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	27.0%



特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合

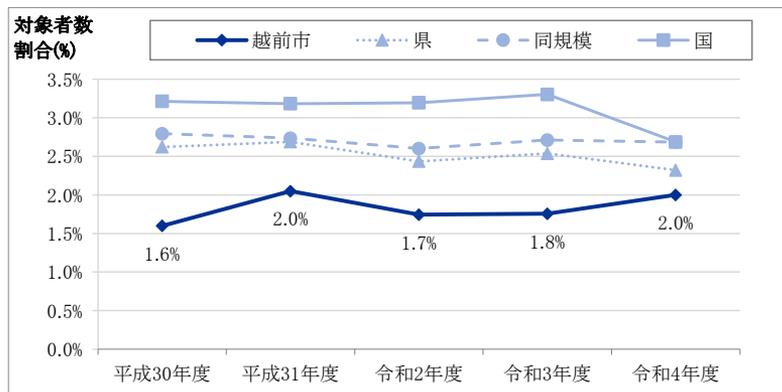
区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	9.7%	10.0%	10.1%	9.5%	8.3%
県	9.8%	9.6%	9.6%	9.4%	9.0%
同規模	9.3%	9.3%	9.2%	9.2%	8.8%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	1.6%	2.0%	1.7%	1.8%	2.0%
県	2.6%	2.7%	2.4%	2.5%	2.3%
同規模	2.8%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	2.7%



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	11.3%	12.1%	11.8%	11.2%	10.4%
県	12.4%	12.3%	12.1%	11.9%	11.3%
同規模	12.1%	12.0%	11.8%	11.9%	11.5%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.3%

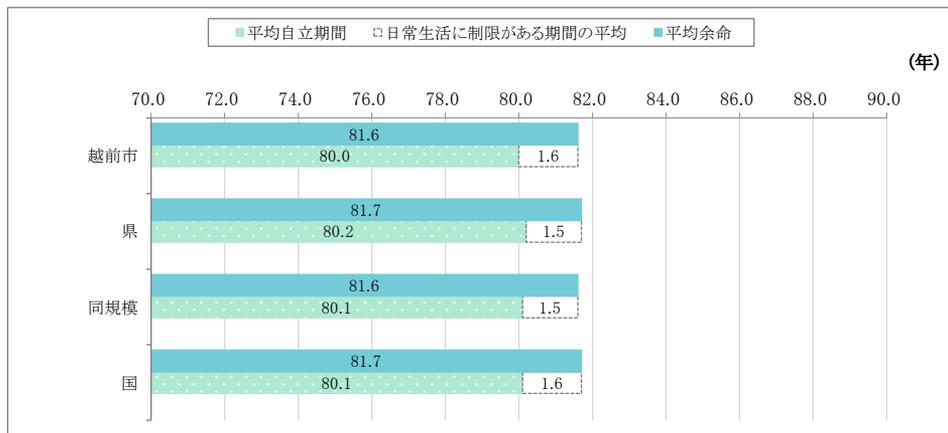
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 支援対象者数割合=(動機付け支援対象者数+積極的支援対象者数)÷特定健康診査受診者数×100

5. 平均余命と平均自立期間

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

本市の男性の平均余命は81.6年、平均自立期間は80.0年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.6年で、国の1.6年と同じです。本市の女性の平均余命は87.9年、平均自立期間は84.6年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.3年で、国の3.4年よりも短いです。

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

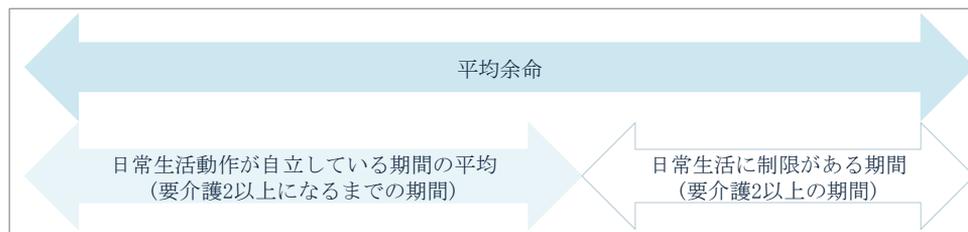


(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



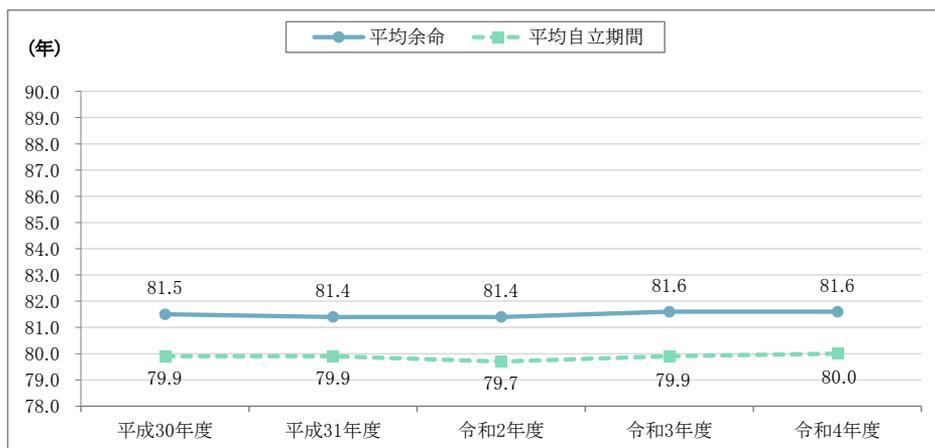
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間80.0年は平成30年度79.9年から0.1年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.6年は平成30年度84.0年から0.6年延伸しています。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

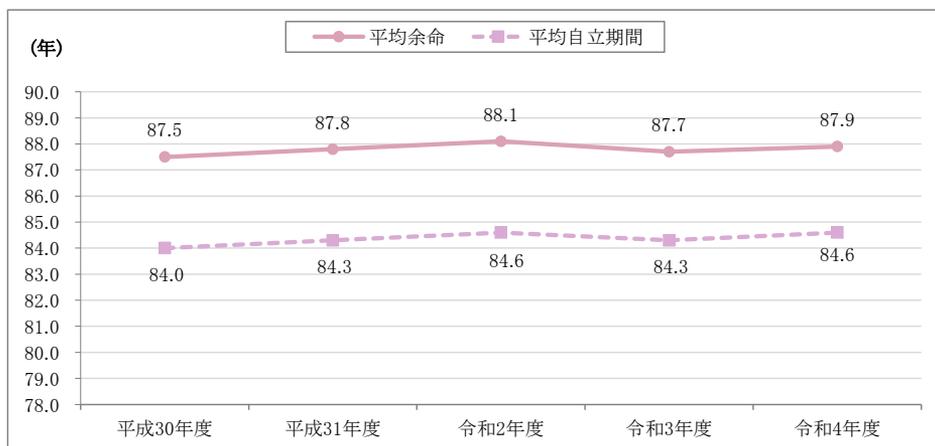
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	81.5	79.9	1.6	87.5	84.0	3.5
平成31年度	81.4	79.9	1.5	87.8	84.3	3.5
令和2年度	81.4	79.7	1.7	88.1	84.6	3.5
令和3年度	81.6	79.9	1.7	87.7	84.3	3.4
令和4年度	81.6	80.0	1.6	87.9	84.6	3.3

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性) 年度別 平均余命と平均自立期間



(女性) 年度別 平均余命と平均自立期間



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

6. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

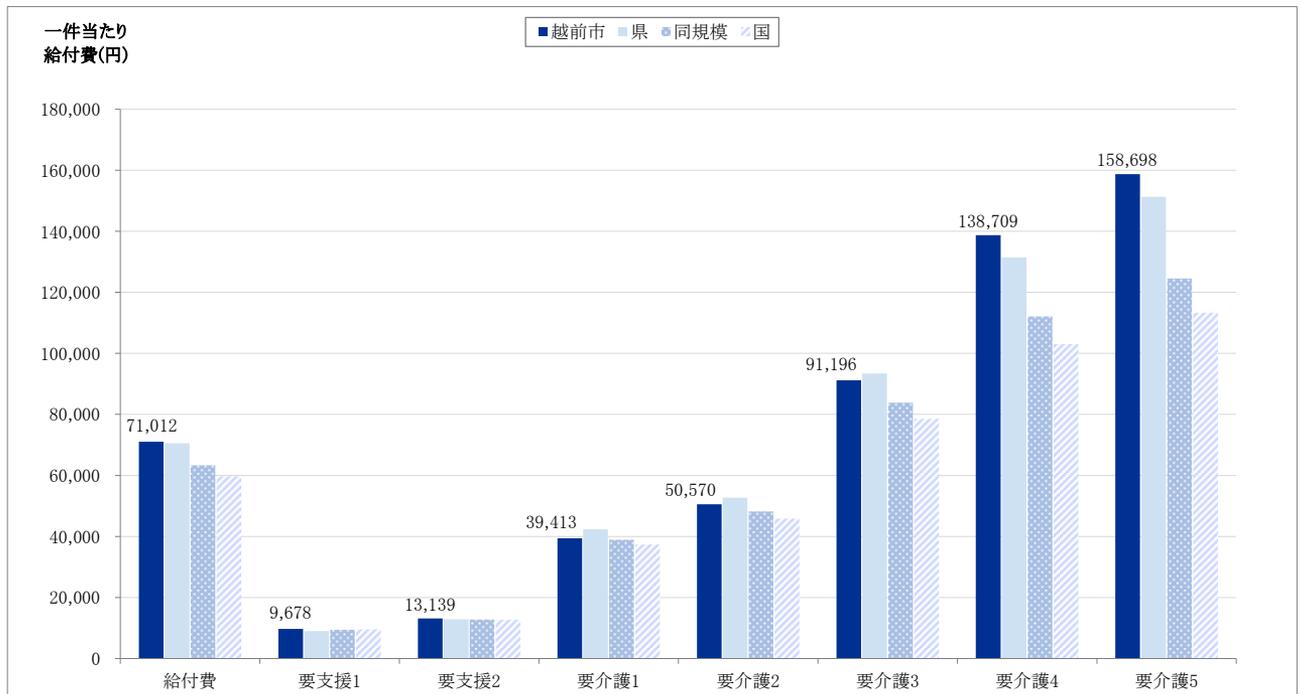
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	越前市	県	同規模	国
認定率	16.5%	18.0%	18.1%	19.4%
認定者数(人)	3,902	41,879	952,873	6,880,137
第1号(65歳以上)	3,843	41,213	932,725	6,724,030
第2号(40～64歳)	59	666	20,148	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	71,012	70,519	63,298	59,662
要支援1	9,678	9,012	9,411	9,568
要支援2	13,139	12,869	12,761	12,723
要介護1	39,413	42,353	38,933	37,331
要介護2	50,570	52,655	48,210	45,837
要介護3	91,196	93,399	83,848	78,504
要介護4	138,709	131,465	112,119	103,025
要介護5	158,698	151,280	124,487	113,314

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

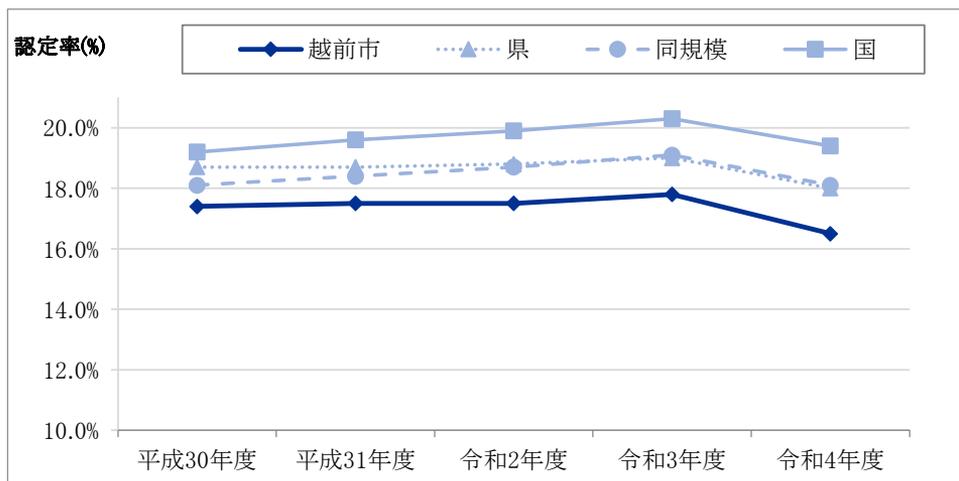
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率16.5%は平成30年度17.4%より0.9ポイント減少しており、県や国より認定率が下回っています。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
				第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
越前市	平成30年度	17.4%	3,951	3,885	66
	平成31年度	17.5%	3,964	3,904	60
	令和2年度	17.5%	4,068	4,006	62
	令和3年度	17.8%	4,033	3,971	62
	令和4年度	16.5%	3,902	3,843	59
県	平成30年度	18.7%	42,035	41,296	739
	平成31年度	18.7%	42,035	41,342	693
	令和2年度	18.8%	43,076	42,385	691
	令和3年度	19.0%	42,955	42,260	695
	令和4年度	18.0%	41,879	41,213	666
同規模	平成30年度	18.1%	925,059	903,977	21,082
	平成31年度	18.4%	933,707	913,126	20,581
	令和2年度	18.7%	941,278	920,787	20,491
	令和3年度	19.1%	943,863	923,668	20,195
	令和4年度	18.1%	952,873	932,725	20,148
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	平成31年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると11,767人となり、これを認定者数の実数で除すと3となることから、認定者は平均3疾病を有していることがわかります。

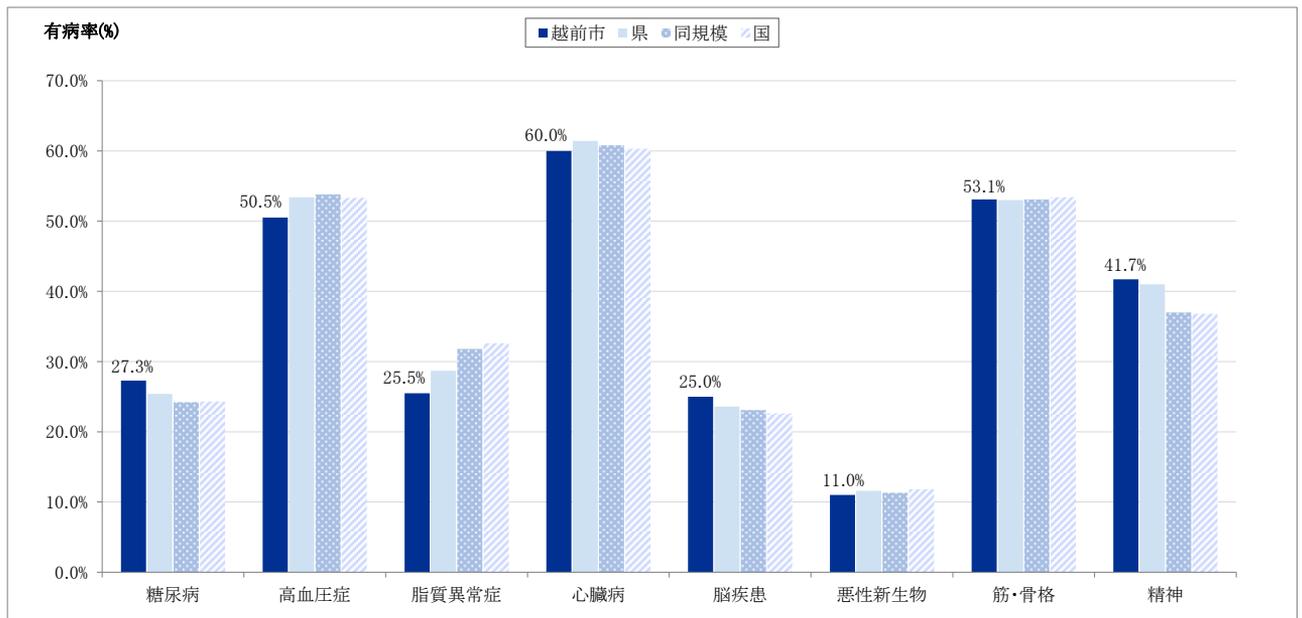
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	越前市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	3,902		41,879		952,873		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	1,098	10,988	6	237,003	6	1,712,613	6
	有病率	27.3%	25.4%		24.2%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	2,033	23,027	2	523,600	2	3,744,672	3
	有病率	50.5%	53.4%		53.8%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	1,044	12,638	5	312,282	5	2,308,216	5
	有病率	25.5%	28.7%		31.8%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	2,414	26,430	1	590,733	1	4,224,628	1
	有病率	60.0%	61.4%		60.8%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	980	10,102	7	221,742	7	1,568,292	7
	有病率	25.0%	23.6%		23.1%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	445	5,176	8	111,991	8	837,410	8
	有病率	11.0%	11.6%		11.3%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	2,112	22,763	3	516,731	3	3,748,372	2
	有病率	53.1%	53.0%		53.1%		53.4%	
精神	実人数(人)	1,641	17,630	4	358,088	4	2,569,149	4
	有病率	41.7%	41.0%		37.0%		36.8%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

7. 死亡の状況

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

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性					女性				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	90.1	90.1	90.1	96.0	96.0	93.9	93.9	93.9	97.9	97.9
県	94.5	94.5	94.5	96.2	96.2	95.5	95.5	95.5	96.7	96.7
同規模	99.9	99.9	100.0	100.2	100.3	101.0	100.9	101.0	101.1	101.2
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

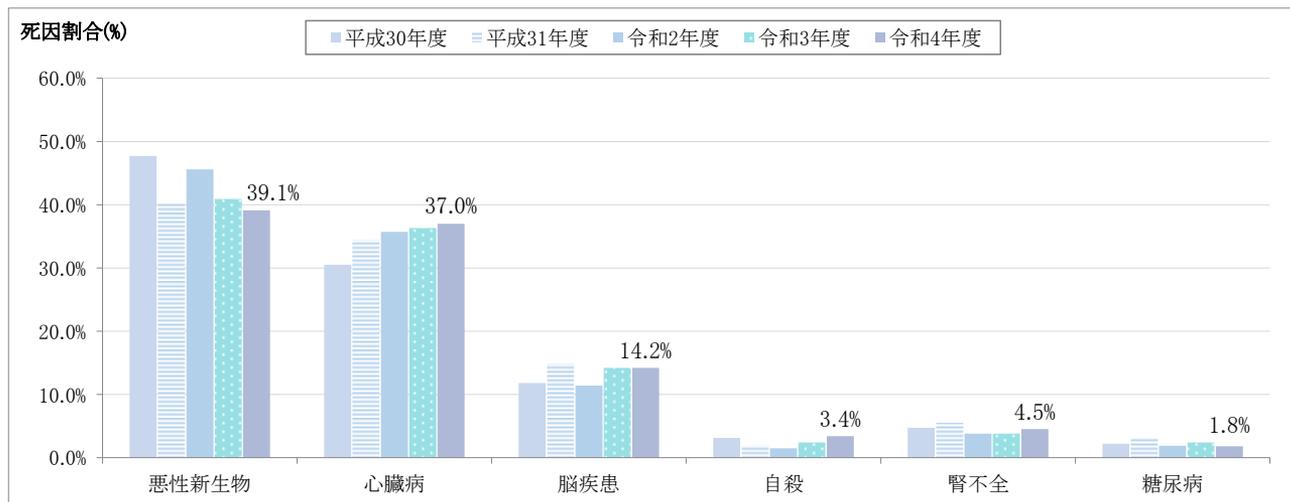
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数218人は平成30年度234人より16人減少しています。一方で、心臓病を死因とする人数206人は平成30年度150人より56人増加しており、脳疾患を死因とする人数79人は平成30年度58人より21人増加しています。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	越前市									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	234	234	240	239	218	47.7%	40.3%	45.6%	40.9%	39.1%
心臓病	150	200	188	212	206	30.5%	34.4%	35.7%	36.3%	37.0%
脳疾患	58	86	60	83	79	11.8%	14.8%	11.4%	14.2%	14.2%
自殺	15	11	8	14	19	3.1%	1.9%	1.5%	2.4%	3.4%
腎不全	23	32	20	22	25	4.7%	5.5%	3.8%	3.8%	4.5%
糖尿病	11	18	10	14	10	2.2%	3.1%	1.9%	2.4%	1.8%
合計	491	581	526	584	557					

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

第3章 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画の評価

以下は、第2期データヘルス計画の事業及び達成状況について示したものです。

全体目標	越前市国民健康保険被保険者の健康づくり推進 健康寿命の延伸のための生活習慣病の予防、 脳血管疾患等の予防、重症化予防 国民健康保険の医療費の伸びの抑制
------	--

目標1:がん検診を受ける被保険者が増える

事業名	事業目的	実施内容
がん検診受診率向上 ・がん予防の取り組み	【目的】 がん検診の受診率が向上することで、早期発見・早期治療につながり、重症化の予防ができる 生活習慣を見直すことでがんの予防ができる 【目標】 がん検診を受ける被保険者が増える	○がん予防の取り組み ・ピロリ菌検査の受診勧奨 ・減塩指導 ○たばこ対策の充実 ・たばこの害の啓発 ・禁煙相談の実施 ・受動喫煙の防止 ・禁煙等に関する健康応援団の登録 ○がん検診受診勧奨 ・がん検診未受診者への受診勧奨 ・がん検診の精密検査受診率の向上

	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
20～39歳でピロリ菌検査を受ける人 が増える 目標値 600人	48人	470人	536人	330人	170人
大腸がん検診受診率 目標値 50.0%	28.1%	28.3%	23.7%	28.6%	27.7%
肺がん検診受診率 目標値 50.0%	28.3%	27.4%	23.0%	28.3%	26.7%

ピロリ菌検査については、一度受けた人は対象とならないため、未達成。
がん検診は、市から送付する「がん検診受診券」でがん検診を受診した方のみ、受診率として計上している。国保加入者のみのがん検診受診率は把握できていない。また人間ドック時にオプションとして受けられる方等は把握できない。受診状況は目標値までは至らないものの横ばい傾向。がんの早期発見のためにも、がん検診受診勧奨は特定健診と併せ今後も積極的に行っていく。

※考察・評価・今後の方向性について

がん検診受診者に対しては、ハガキや電話にて受診勧奨を実施。がん検診は、人間ドックの際にオプションとして受ける場合もあり、全数の数が把握できない現状にある。たばこ対策については禁煙相談員による禁煙相談の実施や健康応援団での禁煙相談の周知を実施した。

がんの早期発見・早期治療、重症化予防のため、受診勧奨等継続して実施していく。

目標2:越前市健康21計画行動指針を実践する市民が増える

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
生活習慣の改善に関心をもつ取り組み	平成30年度～令和5年度	<p>【目的】 市健康21計画(第3次)が普及することで、生活習慣の改善ができ、継続ができる。特定健診の受診率が向上することで早期に疾病の早期発見が出来、生活習慣の改善が出来ることで重症化の予防と将来の要介護となる者を減少させる。</p> <p>【目標】 越前市健康21計画行動指針を実践する市民が増える。</p>	<p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 市健康21計画(第3次)の取り組み方針の周知を図る ウォーキングを中心とした健康ポイント事業の実施 特定健診受診勧奨 健診なし医療機関受診なし群へのアプローチ <p>【ハイリスクアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の充実

	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
「毎日運動+10分」の行動指針を知っている人の割合 目標値 60.0%	-	-	9.9%	-	8.3%
健康ポイント事業達成者数 目標値 300人	-	55人	106人	65人	-
特定健診受診率 目標値 60.0%	30.0%	30.2%	26.6%	28.3%	32.7%
特定保健指導実施率 目標値 60.0%	46.8%	42.7%	28.5%	31.9%	28.1%

市の健康21計画に関しては、母子健診、特定健診時、各種会議時に塩分測定の実技等を実施したり、送付物には市健康21計画(第3次)の5つの行動指針のロゴを印刷し啓発に努めた。行動指針の周知度については、計画策定時のアンケートは健康パスポート発行者に対して行ったのに対し、中間評価時のアンケートは無作為抽出で行ったため激減した。健康ポイント事業については、平成31年～令和3年まで健康ポイント事業としてスマホでウォークを実施した。

特定健診受診率向上に向けては、まだら受診者に対して、過去の受診結果を基にしたアドバイス付きの受診勧奨通知を送付した。

特定保健指導実施期間の終了後も、継続した指導ができるような教室の実施とスポーツジムとの連携を行った。

※考察・評価・今後の方向性について

行動指針の周知度に関しては、アンケートをとる対象が変化したため、周知度は激減したものの運動を意識して実践されている方は一定数いた。

計画策定時とは状況が変化し、保健事業の変更もあり継続して評価が得られないものがあった。

特定健診、特定保健指導ともに国の定める目標値には至らなかった。コロナ禍においては、受診控えや対面での指導を避ける傾向にあり、令和2年度は特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに減少した。特定健診に関しては、受診率向上のため、まだら受診者を継続受診につなげられるような取り組み内容を検討していく。特定保健指導に関しては、ICTの活用や健診当日の保健指導の実施等を検討し、魅力ある保健指導の実現を目指し、実施率向上に繋げる。

目標3:糖尿病の発症および重症化予防する

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み	平成30年度～令和5年度	【目的】 糖尿病予防から糖尿病重症化予防まで一連の保健事業を展開でき、将来の人工透析利用者を抑制する 【目標】 糖尿病の発症および重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防事業の実施 ・ハイリスク者(糖尿病治療中断者)への確実な介入 ・糖尿病性腎症重症化予防 ・保健指導の実施

	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
▲ 糖尿病予防教室の被保険者の参加の割合が増加する 目標値 10.0%	156人	97人	31人	-	-
糖尿病の医療中断者を医療につなげる 目標値 10.0%	28.0%	25.0%	16.4%	26.7%	18.2%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入者における70歳未満の割合の減少 目標値 65.0%	83.3%	55.0%	57.1%	37.5%	0%

糖尿病予防教室は令和3年度以降実施しておらず、全市民を対象とした、生活習慣病予防講座を実施。ICTを活用し、リアルタイムで血糖変動を目視できるプログラムは令和2年度より開催し、血糖変動の気づきと同時に生活習慣の改善、取り組みを促した。

糖尿病の医療中断者においては、通知・電話等を実施し受診継続を促した。

※考察・評価・今後の方向性について

参加者が減少したこともあり、糖尿病予防教室を生活習慣病予防講座に変更して広く実施。令和2年度からは、血糖変動を目視できるプログラムを実施し、血糖変動の気づきと同時に生活改善に結びつけた。医療費の構成比において糖尿病の占める割合(令和4年度11.4%)は、国(10.4%)や県(10.9%)と比較しても高い。糖尿病をはじめとした生活習慣の発症予防および重症化予防に関しては継続して実施していく必要がある。

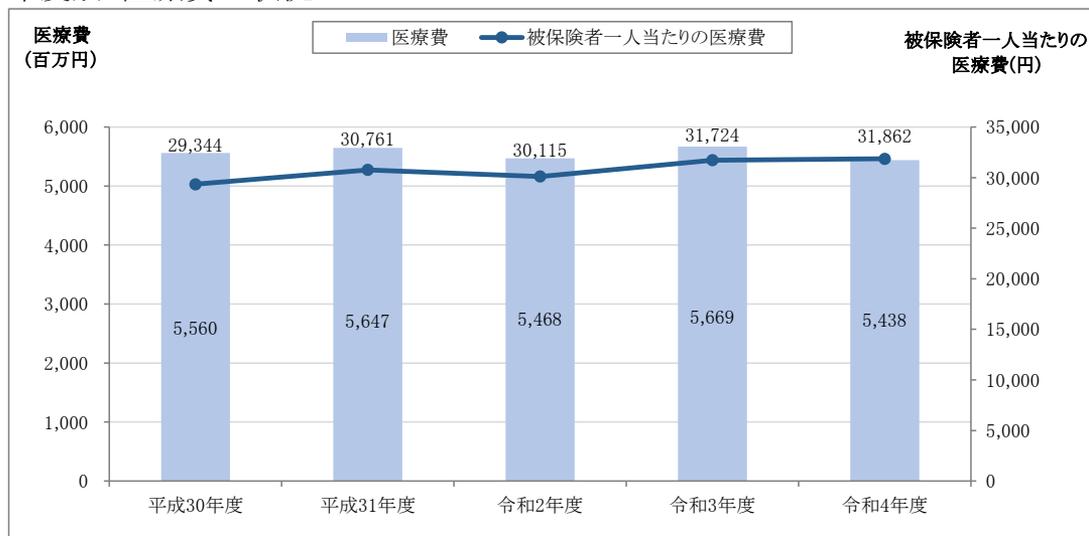
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

以下は、本市の医療費の状況を示したものです。被保険者数が減少する中、令和4年度の医療費54億3千8百万円は平成30年度55億6千万円と比べて2.2%減少していますが、被保険者一人当たりの医療費31,862円は平成30年度29,344円と比べて8.6%増加しています。

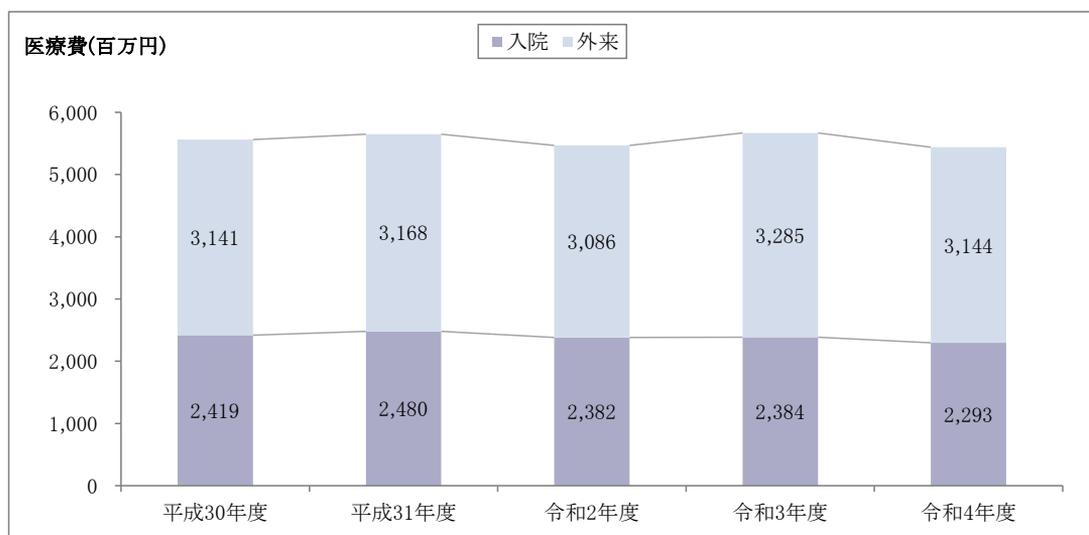
年度別 医療費の状況



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

入院・外来別にみると、平成30年度から令和4年度にかけて、入院医療費は5.2%減少、外来医療費は0.1%増加しています。

年度別 入院・外来別医療費



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、治療している疾患の状況を示したものです。高血圧症54.0%、脂質異常症47.3%、糖尿病35.2%が上位3疾病です。

生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C	
20歳代以下	1,670	851	107	6.4%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.8%	1	0.9%	
30歳代	773	349	148	19.1%	0	0.0%	1	0.7%	1	0.7%	12	8.1%	0	0.0%	
40歳代	1,178	636	297	25.2%	5	1.7%	9	3.0%	4	1.3%	45	15.2%	7	2.4%	
50歳代	1,427	845	480	33.6%	37	7.7%	35	7.3%	8	1.7%	129	26.9%	19	4.0%	
60歳～64歳	1,267	992	573	45.2%	56	9.8%	49	8.6%	7	1.2%	177	30.9%	20	3.5%	
65歳～69歳	2,785	2,282	1,409	50.6%	121	8.6%	118	8.4%	9	0.6%	540	38.3%	33	2.3%	
70歳～74歳	4,664	4,502	2,687	57.6%	321	11.9%	309	11.5%	21	0.8%	1,103	41.0%	69	2.6%	
全体	13,764	10,457	5,701	41.4%	541	9.5%	521	9.1%	50	0.9%	2,009	35.2%	149	2.6%	
再掲	40歳～74歳	11,321	9,257	5,446	48.1%	540	9.9%	520	9.5%	49	0.9%	1,994	36.6%	148	2.7%
再掲	65歳～74歳	7,449	6,784	4,096	55.0%	442	10.8%	427	10.4%	30	0.7%	1,643	40.1%	102	2.5%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳代以下	0	0.0%	1	0.9%	1	0.9%	1	0.9%	2	1.9%	3	2.8%	
30歳代	1	0.7%	2	1.4%	0	0.0%	11	7.4%	13	8.8%	22	14.9%	
40歳代	1	0.3%	7	2.4%	2	0.7%	62	20.9%	29	9.8%	66	22.2%	
50歳代	10	2.1%	14	2.9%	5	1.0%	194	40.4%	46	9.6%	185	38.5%	
60歳～64歳	8	1.4%	15	2.6%	6	1.0%	281	49.0%	67	11.7%	266	46.4%	
65歳～69歳	26	1.8%	32	2.3%	13	0.9%	796	56.5%	149	10.6%	743	52.7%	
70歳～74歳	52	1.9%	72	2.7%	36	1.3%	1,736	64.6%	295	11.0%	1,412	52.5%	
全体	98	1.7%	143	2.5%	63	1.1%	3,081	54.0%	601	10.5%	2,697	47.3%	
再掲	40歳～74歳	97	1.8%	140	2.6%	62	1.1%	3,069	56.4%	586	10.8%	2,672	49.1%
再掲	65歳～74歳	78	1.9%	104	2.5%	49	1.2%	2,532	61.8%	444	10.8%	2,155	52.6%

出典: 国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	1,670	851	3	0.2%	1	33.3%	0	0.0%	1	33.3%	1	33.3%	
30歳代	773	349	12	1.6%	0	0.0%	1	8.3%	2	16.7%	0	0.0%	
40歳代	1,178	636	45	3.8%	7	15.6%	1	2.2%	7	15.6%	2	4.4%	
50歳代	1,427	845	129	9.0%	19	14.7%	10	7.8%	14	10.9%	5	3.9%	
60歳～64歳	1,267	992	177	14.0%	20	11.3%	8	4.5%	15	8.5%	6	3.4%	
65歳～69歳	2,785	2,282	540	19.4%	33	6.1%	26	4.8%	32	5.9%	13	2.4%	
70歳～74歳	4,664	4,502	1,103	23.6%	69	6.3%	52	4.7%	72	6.5%	36	3.3%	
全体	13,764	10,457	2,009	14.6%	149	7.4%	98	4.9%	143	7.1%	63	3.1%	
再掲	40歳～74歳	11,321	9,257	1,994	17.6%	148	7.4%	97	4.9%	140	7.0%	62	3.1%
再掲	65歳～74歳	7,449	6,784	1,643	22.1%	102	6.2%	78	4.7%	104	6.3%	49	3.0%

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	33.3%	2	66.7%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	5	41.7%	4	33.3%	6	50.0%	
40歳代	0	0.0%	4	8.9%	3	6.7%	24	53.3%	7	15.6%	23	51.1%	
50歳代	10	7.8%	21	16.3%	5	3.9%	82	63.6%	16	12.4%	79	61.2%	
60歳～64歳	28	15.8%	26	14.7%	4	2.3%	124	70.1%	32	18.1%	124	70.1%	
65歳～69歳	62	11.5%	77	14.3%	4	0.7%	367	68.0%	73	13.5%	391	72.4%	
70歳～74歳	169	15.3%	198	18.0%	14	1.3%	815	73.9%	172	15.6%	742	67.3%	
全体	269	13.4%	326	16.2%	31	1.5%	1,418	70.6%	305	15.2%	1,367	68.0%	
再掲	40歳～74歳	269	13.5%	326	16.3%	30	1.5%	1,412	70.8%	300	15.0%	1,359	68.2%
再掲	65歳～74歳	231	14.1%	275	16.7%	18	1.1%	1,182	71.9%	245	14.9%	1,133	69.0%

出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C
20歳代以下	1,670	851	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
30歳代	773	349	11	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	5	45.5%
40歳代	1,178	636	62	5.3%	4	6.5%	4	6.5%	4	6.5%	24	38.7%
50歳代	1,427	845	194	13.6%	26	13.4%	26	13.4%	8	4.1%	82	42.3%
60歳～64歳	1,267	992	281	22.2%	40	14.2%	37	13.2%	6	2.1%	124	44.1%
65歳～69歳	2,785	2,282	796	28.6%	95	11.9%	96	12.1%	9	1.1%	367	46.1%
70歳～74歳	4,664	4,502	1,736	37.2%	266	15.3%	258	14.9%	21	1.2%	815	46.9%
全体	13,764	10,457	3,081	22.4%	431	14.0%	421	13.7%	49	1.6%	1,418	46.0%
再掲												
40歳～74歳	11,321	9,257	3,069	27.1%	431	14.0%	421	13.7%	48	1.6%	1,412	46.0%
65歳～74歳	7,449	6,784	2,532	34.0%	361	14.3%	354	14.0%	30	1.2%	1,182	46.7%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C
20歳代以下	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	4	36.4%	5	45.5%
40歳代	5	8.1%	1	1.6%	5	8.1%	1	1.6%	12	19.4%	29	46.8%
50歳代	11	5.7%	8	4.1%	9	4.6%	3	1.5%	31	16.0%	108	55.7%
60歳～64歳	11	3.9%	6	2.1%	13	4.6%	6	2.1%	54	19.2%	162	57.7%
65歳～69歳	22	2.8%	17	2.1%	20	2.5%	6	0.8%	119	14.9%	492	61.8%
70歳～74歳	50	2.9%	39	2.2%	52	3.0%	31	1.8%	261	15.0%	1,067	61.5%
全体	100	3.2%	71	2.3%	101	3.3%	48	1.6%	481	15.6%	1,864	60.5%
再掲												
40歳～74歳	99	3.2%	71	2.3%	99	3.2%	47	1.5%	477	15.5%	1,858	60.5%
65歳～74歳	72	2.8%	56	2.2%	72	2.8%	37	1.5%	380	15.0%	1,559	61.6%

出典：国保データベース (KDB) システム「高血圧症のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

(2) 透析患者の状況

令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合は0.37%です。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める 透析患者の割合(%)
越前市	13,764	51	0.37%
県	135,233	478	0.35%
同規模	3,472,300	12,394	0.36%
国	27,488,882	89,397	0.33%

出典：国保データベース (KDB) システム「医療費分析(1)細小分類」

令和4年度における本市の年度別の透析患者数は51人で、平成30年度の65人より大幅に減少しています。これは、75歳の年齢到達とともに患者が後期高齢者医療保険に移行し、新規の透析患者数の減少が寄与した可能性があります。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの 透析医療費(円)
平成30年度	65	465,443,610	7,160,671
平成31年度	63	394,813,670	6,266,884
令和2年度	63	387,993,300	6,158,624
令和3年度	60	376,688,870	6,278,148
令和4年度	51	309,373,620	6,066,149

出典：国保データベース (KDB) システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

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

男性0.62%は女性0.14%より非常に高いです。本市は若年層に透析患者数が多いため、今後は若年層に向けた重症化予防が求められます。

男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～4歳	165	0	0.00%	81	0	0.00%	84	0	0.00%
5歳～9歳	251	0	0.00%	124	0	0.00%	127	0	0.00%
10歳～14歳	284	0	0.00%	143	0	0.00%	141	0	0.00%
15歳～19歳	367	0	0.00%	183	0	0.00%	184	0	0.00%
20歳～24歳	298	0	0.00%	170	0	0.00%	128	0	0.00%
25歳～29歳	305	0	0.00%	154	0	0.00%	151	0	0.00%
30歳～34歳	338	1	0.30%	172	1	0.58%	166	0	0.00%
35歳～39歳	435	1	0.23%	238	1	0.42%	197	0	0.00%
40歳～44歳	507	1	0.20%	276	0	0.00%	231	1	0.43%
45歳～49歳	671	3	0.45%	370	3	0.81%	301	0	0.00%
50歳～54歳	721	4	0.55%	397	3	0.76%	324	1	0.31%
55歳～59歳	706	4	0.57%	340	3	0.88%	366	1	0.27%
60歳～64歳	1,267	7	0.55%	564	6	1.06%	703	1	0.14%
65歳～69歳	2,785	9	0.32%	1,255	7	0.56%	1,530	2	0.13%
70歳～74歳	4,664	21	0.45%	2,193	17	0.78%	2,471	4	0.16%
全体	13,764	51	0.37%	6,660	41	0.62%	7,104	10	0.14%

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

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

透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	1,670	851	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	773	349	2	0.3%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	1,178	636	4	0.3%	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%	
50歳代	1,427	845	8	0.6%	5	62.5%	1	12.5%	3	37.5%	2	25.0%	
60歳～64歳	1,267	992	7	0.6%	4	57.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	
65歳～69歳	2,785	2,282	9	0.3%	4	44.4%	0	0.0%	1	11.1%	2	22.2%	
70歳～74歳	4,664	4,502	21	0.5%	14	66.7%	3	14.3%	2	9.5%	4	19.0%	
全体	13,764	10,457	51	0.4%	31	60.8%	5	9.8%	6	11.8%	10	19.6%	
再掲	40歳～74歳	11,321	9,257	49	0.4%	30	61.2%	5	10.2%	6	12.2%	10	20.4%
再掲	65歳～74歳	7,449	6,784	30	0.4%	18	60.0%	3	10.0%	3	10.0%	6	20.0%

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	4	100.0%	1	25.0%	2	50.0%	0	0.0%	1	25.0%	
50歳代	0	0.0%	8	100.0%	1	12.5%	6	75.0%	1	12.5%	3	37.5%	
60歳～64歳	0	0.0%	6	85.7%	2	28.6%	3	42.9%	3	42.9%	3	42.9%	
65歳～69歳	0	0.0%	9	100.0%	4	44.4%	2	22.2%	1	11.1%	3	33.3%	
70歳～74歳	1	4.8%	21	100.0%	7	33.3%	13	61.9%	4	19.0%	12	57.1%	
全体	1	2.0%	49	96.1%	16	31.4%	26	51.0%	9	17.6%	22	43.1%	
再掲	40歳～74歳	1	2.0%	48	98.0%	15	30.6%	26	53.1%	9	18.4%	22	44.9%
再掲	65歳～74歳	1	3.3%	30	100.0%	11	36.7%	15	50.0%	5	16.7%	15	50.0%

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和5年3月診療分)

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の61.7%を占めています。

16検査項目中、眼底検査とnon-HDL以外は福井県と特に大きな差はありません。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
越前市	40歳～64歳	人数(人)	193	224	176	132	36	112	378	64
		割合(%)	25.0%	29.1%	22.8%	17.1%	4.7%	14.5%	49.0%	8.3%
	65歳～74歳	人数(人)	679	919	567	295	106	559	1,680	181
		割合(%)	26.5%	35.8%	22.1%	11.5%	4.1%	21.8%	65.5%	7.1%
	全体 (40歳～ 74歳)	人数(人)	872	1,143	743	427	142	671	2,058	245
		割合(%)	26.1%	34.3%	22.3%	12.8%	4.3%	20.1%	61.7%	7.3%
県		割合(%)	25.5%	35.4%	23.7%	13.2%	3.8%	17.2%	62.0%	6.8%
国		割合(%)	26.9%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.9%	58.2%	6.6%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
越前市	40歳～64歳	人数(人)	255	164	407	8	155	137	41	91
		割合(%)	33.1%	21.3%	52.8%	1.0%	20.1%	17.8%	5.3%	11.8%
	65歳～74歳	人数(人)	1,305	501	1,180	44	800	521	114	691
		割合(%)	50.9%	19.5%	46.0%	1.7%	31.2%	20.3%	4.4%	26.9%
	全体 (40歳～ 74歳)	人数(人)	1,560	665	1,587	52	955	658	155	782
		割合(%)	46.7%	19.9%	47.6%	1.6%	28.6%	19.7%	4.6%	23.4%
県		割合(%)	49.4%	20.5%	47.0%	1.2%	27.2%	40.7%	10.8%	22.4%
国		割合(%)	48.3%	20.8%	50.1%	1.3%	21.4%	18.4%	5.2%	21.8%

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

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は10.4%、該当者は21.1%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は7.7%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)										
40歳～64歳	771	23.2%	32	4.2%	82	10.6%	6	0.8%	41	5.3%	35	4.5%
65歳～74歳	2,566	37.2%	61	2.4%	265	10.3%	19	0.7%	195	7.6%	51	2.0%
全体(40歳～74歳)	3,337	32.6%	93	2.8%	347	10.4%	25	0.7%	236	7.1%	86	2.6%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)								
40歳～64歳	110	14.3%	9	1.2%	11	1.4%	56	7.3%	34	4.4%
65歳～74歳	593	23.1%	108	4.2%	30	1.2%	231	9.0%	224	8.7%
全体(40歳～74歳)	703	21.1%	117	3.5%	41	1.2%	287	8.6%	258	7.7%

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

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

全体(40歳～74歳)では、分類「食事」質問項目「週3回以上朝食を抜く」分類「間食」質問項目「3食以外間食_毎日」は福井県より高い割合であることに注意が必要です。また、透析患者数が多いことから、分類「服薬」質問項目「服薬_糖尿病」も福井県より高い割合になっています。

分類「生活習慣改善意欲」質問項目「改善意欲あり」は福井県より高くなっているため、今後は被保険者の意欲を活かした施策を推進することが求められます。

質問票調査の状況(令和4年度)

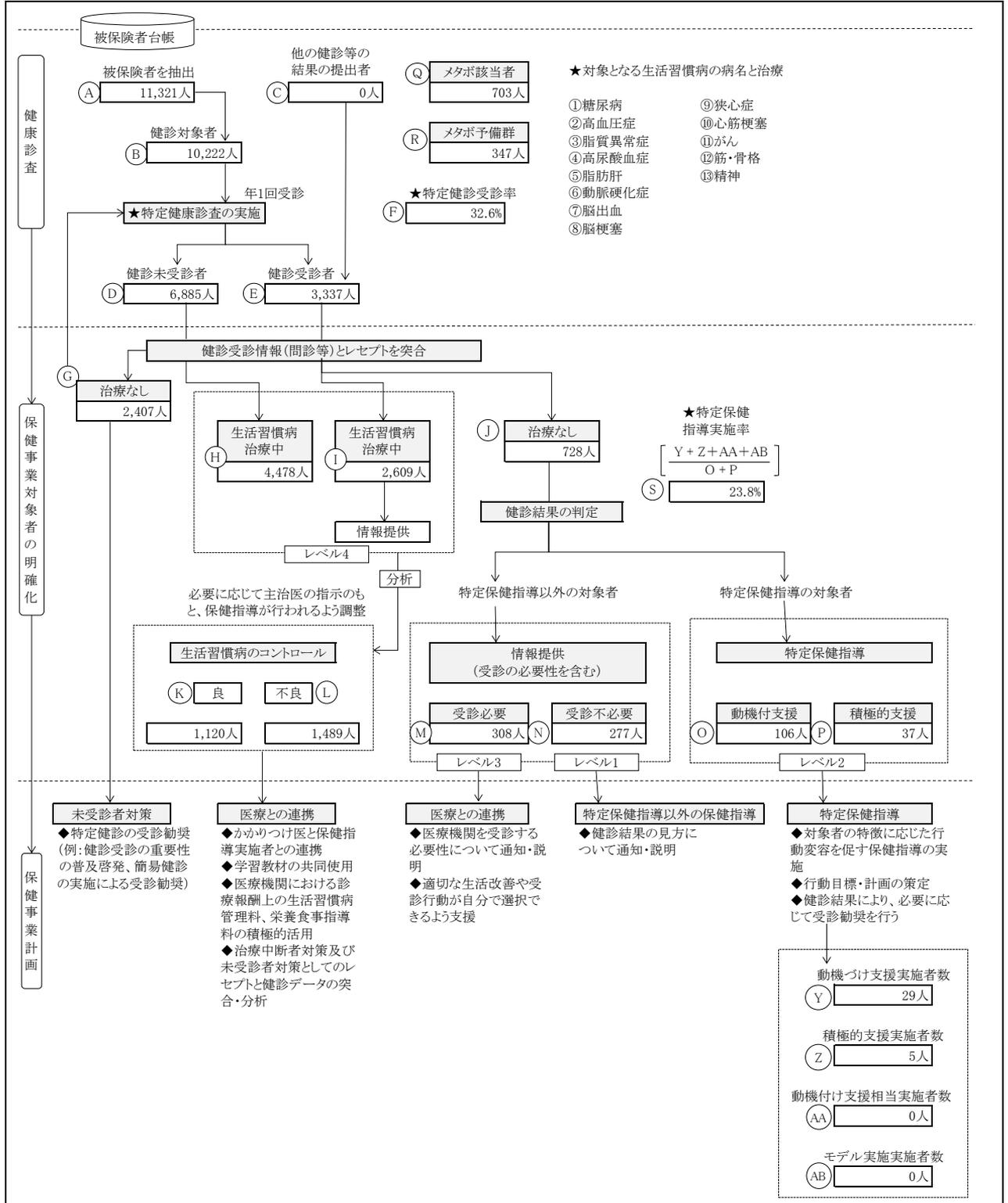
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		越前市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	37.1%	37.7%	37.4%	36.8%
	服薬_糖尿病	11.3%	10.2%	9.3%	8.9%
	服薬_脂質異常症	27.4%	29.4%	29.0%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.4%	3.3%	3.2%	3.3%
	既往歴_心臓病	5.0%	6.5%	6.0%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.5%	1.2%	0.8%	0.8%
	既往歴_貧血	13.5%	12.7%	10.6%	10.7%
喫煙	喫煙	11.1%	11.4%	12.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	32.2%	32.8%	34.5%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	64.6%	64.4%	59.7%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	51.1%	53.3%	46.5%	47.5%
	歩行速度遅い	54.8%	54.9%	51.5%	50.4%
食事	食べる速度が速い	28.8%	28.9%	25.8%	26.4%
	食べる速度が普通	63.9%	63.6%	66.3%	65.7%
	食べる速度が遅い	7.3%	7.5%	7.9%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	14.3%	13.8%	14.4%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	8.1%	7.1%	8.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	22.2%	23.3%	24.4%	24.6%
	時々飲酒	19.4%	22.5%	21.3%	22.3%
	飲まない	58.5%	54.2%	54.3%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	78.3%	69.1%	65.3%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	14.9%	21.9%	23.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	5.8%	6.9%	8.9%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	1.0%	2.1%	2.3%	2.5%
睡眠	睡眠不足	24.0%	24.9%	25.0%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	25.0%	26.4%	27.9%	27.5%
	改善意欲あり	34.5%	29.8%	27.8%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	12.2%	12.6%	13.9%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.4%	9.3%	8.9%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	18.9%	21.9%	21.5%	21.6%
	保健指導利用しない	60.0%	63.0%	64.6%	62.7%
咀嚼	咀嚼_何でも	79.2%	77.6%	77.9%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	20.0%	21.7%	21.3%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.8%	0.7%	0.8%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	27.3%	23.1%	21.6%	21.7%
	3食以外間食_時々	56.9%	58.2%	58.3%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	15.8%	18.7%	20.0%	20.8%

出典: 国保データベース (KDB) システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

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

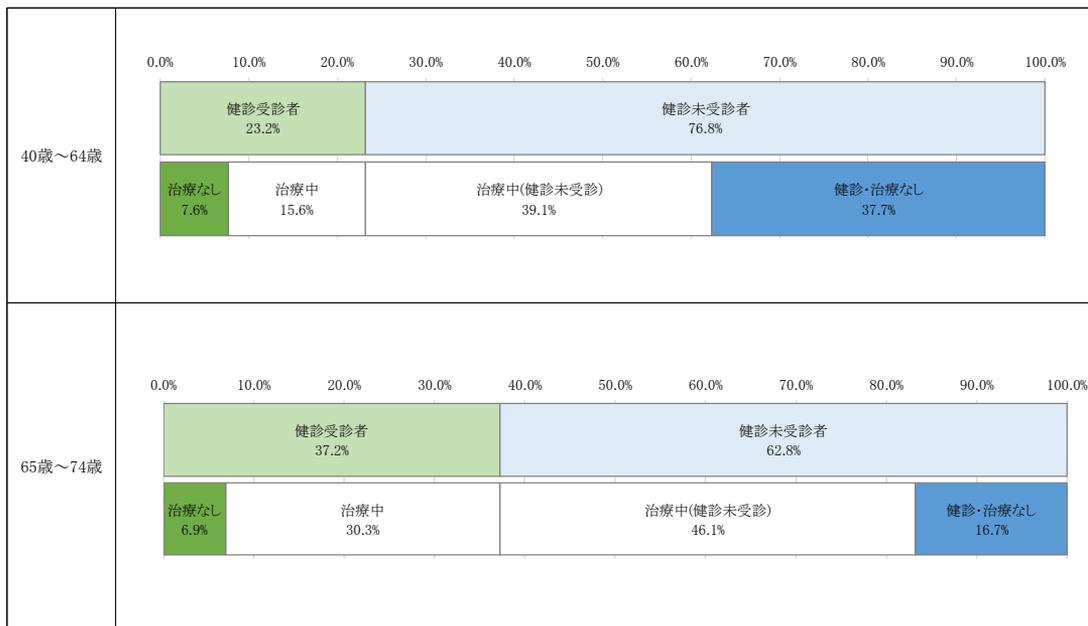
被保険者の階層化(令和4年度)



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

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

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



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

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

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

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	生活習慣病 <ul style="list-style-type: none"> 医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合は、18.4%を占める。その中でも生活習慣病疾病別医療費割合を見ると糖尿病、腎不全、高血圧性疾患と続く。 生活習慣病患者の状況を見ると、どの生活習慣病疾患のレセプトをみても高血圧症も罹患している割合が高い。 標準化死亡率において心不全の割合が県や国と比べて高く、また要介護認定者有病率においても心臓病が多い。 特定健診有所見状況においてHbA1cの値が高い人またeGFRが60未満の割合が高い人が県や国と比べて高い。 透析患者のうち、糖尿病性腎症から透析に至った患者が最も多い。被保険者に占める透析患者の割合は国県同規模より高い。 	1	①、② ③、④	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。 →越前市では重症化に起因する疾病として「高血圧症」を予防することを重点目標とする。 →糖尿病性腎症からの透析患者が多いことから糖尿病性重症化予防は継続して取り組みを実施する。
B	被保険者の健康意識 <ul style="list-style-type: none"> 健康診査の質問票より、運動習慣がないと回答した割合は64.8%と国や同規模自治体と比べて高い。 生活習慣の改善意欲があると回答した割合は34.5%と県や国、同規模自治体と比較して高い。 	2	① 健康づくり計画	被保険者の健康意識の向上 被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりサポートを行う。 →健康づくり計画の推進と共に、健康意識の向上を図る。
C	介護、高齢者支援 <ul style="list-style-type: none"> 健康診査の質問票より、口腔機能の低下が懸念される割合は0.7%である。 要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。 要介護度別の患者数をみると、一位は高血圧性疾患、糖尿病と続く。これらは認知症、脳血管疾患、心疾患に起因する疾病である。 	3	⑤ (①②④)	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 関係部署と連携し、フレイル予防、介護予防を行う。 地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。
D	医療費、受診行動 <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用割合は83.7%である。 受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者が存在する。 薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在する。 	4	⑥、⑦	医療費適正化と適正受診・適正服薬 後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。

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

【計画目標】

生活習慣を改善し、心血管疾患をはじめとする生活習慣病の発症及び重症化予防を図る

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

対応する健康課題	評価指標	計画策定時実績 2022年度 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
A・B	血圧が保健指導値判定値以上の者の割合	49.1%	48.5%	47.8%	47.0%	46.3%	45.7%	45.0%
	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%
	特定保健指導対象者の減少率	21.4%	22.0%	22.6%	23.2%	23.8%	24.4%	25.0%
	特定保健指導実施率	28.1%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
	特定健康診査受診率	32.7%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	運動習慣のある者の割合	35.1%	35.5%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
	運動や食生活等の生活習慣の改善に取り組んでいる者の割合	28.6%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
C	50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	79.2%	80.0%	80.6%	81.2%	81.8%	82.4%	83.0%
	口腔機能健診の受診者数	18人	22人	26人	30人	34人	37人	40人
D	後発医薬品使用割合	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	重複投与者数 (被保険者1万人における)	82人	81人	80人	79人	78人	77人	76人
	多剤投与者数 (被保険者1万人における)	18人	17人	17人	16人	16人	15人	15人

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

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

事業番号	事業名称	事業概要
A・B-①	高血圧重症化予防事業	高血圧において、健診異常値放置者に対しては医療機関受診勧奨、コントロール不良者に関しては保健指導の実施。また、健康づくり計画推進事業においても高血圧予防に関し、健康意識の向上、健康行動の促進を図る。
A-②	糖尿病性腎症重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、保健師・看護師等専門職による保健指導を実施する。
A-③	特定保健指導利用勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。
A-④	特定健康診査・がん検診受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。がん検診無料対象者に受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。
B	健康づくり計画推進事業	健康づくり計画に基づいて、健康意識の向上、健康行動の促進を図る。健康づくり計画参照。
C-⑤	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	生活習慣病予防に努めることでフレイル予防へとつなげる。フレイル対策が必要と思われる高齢者には、各教室等を紹介する。機器の導入により、健康意識の向上を図る。
D-⑥	後発医薬品使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。
D-⑦	服薬情報通知事業	多くの種類の薬剤を長期で服用している者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する。

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：A・B-① 高血圧重症化予防事業

事業の目的	高血圧発症・重症化予防
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者、及び医療機関を受診しているが、血圧のコントロール不良者。国民健康保険加入者。
現在までの事業結果	集団健診受診者における医療機関を受診していない受診勧奨判定値に達している方に対して、医療機関受診勧奨を訪問にて実施。令和5年度からは、個別健診における、高血圧症も含めた生活習慣病対策として拡大実施している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	49.1%	48.5%	47.8%	47.0%	46.3%	45.7%	45.0%
アウトカム(成果)指標	血圧異常値(Ⅱ度高血圧以上)放置者の割合	38.6%	37.1%	35.6%	34.1%	32.7%	31.3%	30.0%
アウトプット(実施量・率)指標	血圧異常値(Ⅱ度高血圧以上)放置者の受診勧奨実施割合	93.8%	94.0%	94.2%	94.4%	94.6%	94.8%	95.0%

目標を達成するための主な戦略	集団健診受診者における医療機関を受診していない受診勧奨判定値に達している方に対して、医療機関受診勧奨を訪問にて実施。 高血圧に関して、若い世代からの低塩の定着、減塩に関する取り組みを実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・健診結果を送付するとともに健診異常値の方に関しては疾患に関するリーフレットを送付。対象者には訪問を実施する。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・健診結果を送付するとともに健診異常値の方に関してはリーフレットを送付。対象者に対して訪問を実施。訪問の際、配布できるからだの変化をとらえられるような提示資料を工夫する。 ・訪問対象者に対して、医療機関受診を確認する。 ・出前講座での高血圧に関する講義や地域団体への研修。幼児健診の場を活用した塩分量のチェック。 ・地区で活動する食生活改善推進員、運動普及推進員を養成し、バランスのとれた食生活、運動習慣の普及活動を支援する。 ・健診会場において血圧高値の方に家庭血圧測定や減塩等の指導を実施。血圧手帳の配布する。 ・家庭血圧の推進。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進課において、事業担当職員1名、事後指導訪問担当職員1名、会計年度職員1名が担当する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進課において、事業担当職員1名、事後指導訪問担当職員1名、会計年度職員1名が担当する。 ・ポピュレーションにおいては、各関係部署、関係団体と連携して実施する。 ・経年的に健診の結果をみれるシステムを導入する。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「血圧異常値放置者の割合」は、KDBシステムを活用し、分子「受診勧奨判定値に達している健診受診者のうち、3月末時点で医療機関受診がない者」を分母「受診勧奨判定値に達している健診受診者数」で除して求める。割合が低ければ、特定健康診査の結果に基づき、医療機関への受診が必要な者に、生活習慣病の早期治療の動機づけができるため、生活習慣病の重症化を抑制することを意味する。</p>
--

事業番号：A-② 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	人工透析への移行を防止し、健康増進と、医療費の増加抑制を図る
対象者	①2型糖尿病で医療機関受診がある者のうち、前年度の特定健診においてHbA1C6.5以上の者のうち、尿たんぱく+以上認める者。かかりつけ医が保健指導を判断したもの。 ②糖尿病治療医療中断者。ハイリスク者。 ③糖尿病予備群
現在までの事業結果	①医療機関と連携して訪問等の保健指導を実施する。 ②郵送にて受診勧奨を実施する。受診勧奨から2カ月後に医療状況を確認し電話または郵送にて受診状況の聞きとりや再勧奨を実施する。 ③血糖変動を目視で確認できるプログラムの実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	HbA1C8.0以上の者の割合	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	医療機関中断者に対する受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導は6カ月間とし、医療機関と連携し、保健師・看護師等専門職が指導する。 武生医師会と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。 医療中断者、ハイリスク者に対して医療機関受診勧奨を実施する。 国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者へ事業の一部を委託。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。 保健指導対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・管理栄養士が6カ月間の保健指導を実施している。 医療中断者、ハイリスク者において、受診勧奨を実施する。 ICT機器の活用により、リアルタイムで血糖変動を目視で確認できるプログラムを実施する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 継続して実施する。 対象者の次年度の健診結果を確認する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を実施している。 健康増進課の保健師・管理栄養士がモニタリングし、必要に応じた保健指導を実施している。 民間事業所へ事業の一部を委託する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医と連携し、継続して実施する。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「HbA1C8.0以上の者の割合」は、。また、人工透析に至った起因疾患や、当該患者への保健指導の実施状況等も確認し、保健事業との相関を分析する。新規人工透析患者数の人数を把握することで、保健指導対象者の抽出方法、及び保健指導プログラムの適切性が検証できる。新規患者数が少なければ、健康寿命の延伸はもちろん、1人当たり500万円程度の医療費を抑制していることを意味する。</p>
--

事業番号：A-③ 特定保健指導利用勧奨事業

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者のうち、特定保健指導を利用していない者
現在までの事業結果	特定保健指導実施率は、平成30年度までは緩やかに伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、訪問による利用勧奨を自粛した平成31年度には落ち込んでいる。その後、訪問による利用勧奨を再開し実施率は回復したが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率	27.2%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への電話・訪問回数(延べ)	年300回	年300回	年300回	年300回	年300回	年300回	年300回

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診の会場にて、特定保健指導の対象者と見込まれるものに対して、把握できる情報をもとに初回面接を実施する。 ・ 検査結果到着後、利用券が発行された対象者に、通知を送付し電話や訪問にて利用勧奨を実施。 ・ ICTを活用した魅力ある保健指導を検討し、利用しやすい環境を整備する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診の会場にて、腹囲・体重、血圧、喫煙等の状況から特定保健指導の対象者と見込まれるものには、チラシを用いて事業の紹介を実施する。 ・ 検査結果到着後、利用券が発行された対象者に、通知を送付し電話や訪問にて利用勧奨を実施する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診の会場にて、特定保健指導の対象者と見込まれるものに対して、把握できる情報をもとに初回面接の実施を検討する。 ・ ICTを活用した魅力ある保健指導を実施し、利用しやすい環境を整備する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 主管部門は健康増進課とし、職員1名、特定保健指導相談員(会計年度職員：看護師・管理栄養士)2名が担当している。 ・ 健康増進課は、関係機関との連携調整、事業計画書作成、案内文書作成の事業事務を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続して実施する。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定保健指導実施率」は、法定報告における分子「特定保健指導終了者数」を分母「特定保健指導対象者数」で除して求める。実施率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導が実施できるため、特定保健指導の効果が上がることを意味する。</p>

事業番号：A-④ 特定健康診査・がん検診受診勧奨事業

事業の目的	特定健康診査・がん検診の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査・がん検診対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、平成31年度に落ち込んでいる。その後も受診勧奨は継続し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	32.7%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託も活用し実施する。 ・委託業務は、勧奨業務全般、効果測定とする。 ・対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。 ・武生医師会と連携する等、積極的に地域の社会資源も活用する。 ・インセンティブを導入し、継続受診者を増やす等働きかけをする。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・不定期受診者を主な対象者として、年1回、勧奨通知文書を送付している。 ・過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特性別のグループ化において、過年度の医療機関受診状況を把握するために、レセプトデータも活用する。 ・通知回数や時期を検討する。 ・新規国保加入者に窓口で受診を勧める。 ・インセンティブの導入する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課とし、職員3名が担当している。 ・予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課、連携部門は保険年金室とする。 ・保険年金室において、新規国保加入者に対して受診勧奨を実施する。 ・武生医師会への協力要請、地域の社会資源を活用する。
--

評価計画

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

事業番号：C-⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

事業の目的	健康寿命の延伸と高齢者支援の充実を図る(フレイル予防)
対象者	前期高齢者
現在までの事業結果	特定健診の結果、受診勧奨値の方への訪問を実施し、保健指導・医療機関受診勧奨を実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	前期高齢者の特定健診受診率	37.2%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	地区での健康まつり(健康チェック)の実施率	88.2%	88.2%	94.1%	94.1%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の事後訪問の際、フレイル予防に関するリーフレット等を配布することによりフレイルに関する意識づけを行う。 ・AGE s等の機器の使用により、健康意識の向上を図る。 ・骨密度測定の実施により、骨量の目安を知り、転倒予防への意識が高まる。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。 ・保健指導対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・健診の結果をもとに訪問を実施し、対象者に合わせて保健指導・医療機関受診勧奨を行う。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現行の事業実施の際に前期高齢者にはフレイル予防の視点を強化する。 ・健診の事後訪問の際、フレイル予防に関するリーフレット等の配布やフレイル対策が必要と思われる方はつどいや運動教室等につながる。 ・アセスメント表を用いてオーラルフレイルの疑いがある場合は、歯科健診へとつなぐ。 ・地区で実施される健康まつりでのAGE s等の機器を使用した健康教育を実施する。 ・健診会場で骨密度測定を実施し、転倒予防への意識を高める。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進課において、事業担当職員1名、事後指導訪問担当職員(会計年度職員)1名が担当する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・訪問については、現行の実施体制と同様に実施する。 ・各地区の健康まつりは各地区担当職員が対応する。 ・骨密度測定に関しては、測定者、結果説明(保健指導)職員を配置する。

評価計画

<p>アウトカム指標「前期高齢者の健診受診率」は、分子「65歳以上の特定健診受診者数」を分母「65歳以上の特定健診対象者数」で除して求める。前期高齢者の受診率が高くなれば、後期高齢者へむけ自分の健康意識が向上することにより、早期に医療機関につながることで重症化を予防し、フレイル予防、健康寿命の延伸につながる。</p>

事業番号：D-⑥ 後発医薬品使用促進通知事業

事業の目的	ジェネリック医薬品の使用を促進することによって、薬剤費の自己負担の軽減、医療の効率化(医療費の削減)を図る。
対象者	利用可能なジェネリック医薬品が存在する治療を受けている被保険者
現在までの事業結果	平成31年度においてジェネリック医薬品の使用率は80%を超え、その後も順調に80%以上を保っている。新規に加入された方も、通知後ジェネリックに変更する方が多い。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	ジェネリック医薬品使用率(数量シェア)	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への通知実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	現在は年3回勧奨はがきを送付しているが、はがきを送った時期に流通していない医薬品や入荷し辛いものもあり、勧奨はがきの送付時期等について市内薬剤師会等との連携し、見直しを図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

「ジェネリック医薬品に切り替えた場合、500円以上自己負担が下がる」被保険者に対し、6月、10月、12月に勧奨はがきを送付している。
市内薬剤師においても、丁寧な説明や相談など継続したアプローチをいただき、平成31年度においてジェネリック医薬品の使用率は80%を超え、その後も順調に80%以上を保っている。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・市内薬剤師会の協力もあり、慢性疾患等の方でジェネリックに変更する方が増加している。また、新規に国民健康保険に加入された方も、通知後変更する方は増加している。
- ・現在、年3回通知を送付しているが、医薬品の入荷の関係から、通知後すぐにジェネリック医薬品に変更できず、期を逃す方もあることから、今後は薬剤師会とも連携し、医薬品の承認時期などの医薬品が市場に出回る時期に向けた通知送付等の工夫が必要。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

該当者の抽出と通知の作成を国民健康保険団体連合会に委託し実施しており、今後もこの方法を継続する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

今後も市内薬剤師会等と連携し、ジェネリック医薬品の供給状況を鑑みながら通知の送付時期等を工夫し80%以上の継続を目指す。

評価計画

アウトカム指標「ジェネリック医薬品使用率(数量シェア)」は、通知前後の使用率を確認する。

事業番号：D-⑦ 重複受診・多剤処方防止事業

事業の目的	医療情報から重複・多剤服薬対象者を抽出・分析し、薬の飲みすぎによる健康被害の防止を図るとともに、医療費適正化へと繋げる。
対象者	【重複服薬】 同じ時期に複数の医療機関を受診し、同じ効能の薬が重複して処方され服薬している被保険者 【多剤服薬】 必要以上に多くの種類の薬が処方され服薬している被保険者
現在までの事業結果	令和3年度よりデータ抽出及び事業を実施しており、対象者に対する服薬状況の通知実施率は100%である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	重複投与者数(対被保険者1万人)	82人	81人	80人	79人	78人	77人	76人
	多剤投与者数(対被保険者1万人)	18人	17人	17人	16人	16人	15人	15人
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への服薬状況の通知実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	対象者に服薬状況の通知や電話、訪問による個別指導を行う。また、対象者本人やその支援者に、服薬状況や副作用の改善状況の確認を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<p>1カ月分の診療について、①3医療機関以上から重複処方が発生した薬効数1以上、②2医療機関以上から重複処方が発生した薬効数2以上、③同一薬剤の処方が1日以上で処方薬剤数15剤以上である被保険者のうち、3カ月間の処方状況を確認し、対象者に服薬状況の通知や電話、訪問による個別指導を行う。</p> <p>その後、対象者本人やその支援者に服薬状況や副作用の改善状況の確認を行う。</p>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>対象者に対する通知や電話や訪問による個別指導で、安易な重複・多剤服薬は、薬害などを招き健康を害する恐れがあることなど適正な医療を受ける重要性を認識してもらい、重複・多剤投与者の減少に努める。</p>
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>該当者の抽出および個別保健指導など、保健師と連携を図りながら実施しており、今後もこの方法を継続する。</p>

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>対象者に対する通知や電話や訪問による個別指導により、薬の飲みすぎや医療を受ける重要性を認識してもらい、重複・多剤投与者の減少に努める後もこの方法を継続する。</p>

評価計画

<p>アウトカム指標「服薬状況改善割合」は、対象者の通知前後の服薬状況を比較し、改善している者の割合を確認する。</p>
--

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

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

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

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

② 評価方法・体制

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

2. 計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表し、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、毎年、国民健康保険事業の運営に関する協議会等で目標の達成状況を報告し、本計画の円滑な実施について意見を求めることとします。

3. 個人情報の取扱い

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

4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

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

① 地域で被保険者を支える連携の促進

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に対する取り組みを通じて、関係機関と連携し、包括的に地域の実態把握・課題分析を共有、医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについて対応策の検討など地域支援事業に参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

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

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

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

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 第3期 取り組みの実施状況

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、前期計画の主な取り組みの実施状況を示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	第3期計画	実際の実施状況
対象者	実施年度内に到達する年齢が40歳から74歳までの市国保の被保険者とする。 ただし、妊産婦や長期入院者など厚生労働大臣が定める基準に該当する人を除く。	計画通り実施
実施場所及び時期	① 集団健診 ・実施場所 地区公民館等 ・実施時期 4月～翌年1月 ② 個別健診 ・実施場所 県内指定医療機関 ・実施時期 4月～翌年1月	表のとおり (シート 健診実施時期)
受診方法	年度当初に対象者に対して検査内容及び一部負担金額等、特定健康診査及びがん検診等を受診するために必要な情報を記載した受診券綴りを郵送する。 受診の際には、受付において受診券と被保険者証を提示して受診する。	計画通り実施
実施項目等	① 検査項目 市国保の医療レセプトの分析を考慮しつつ、特定健康診査の検査項目を充実し魅力ある特定健康診査健診とするため、市国保独自の健診項目として貧血検査、心電図検査、クレアチニン検査、尿酸検査を全員に実施する。眼底検査については、医師の判断に基づき実施する項目とする。 ② 人間ドック 人間ドックについては、上記検査項目を全て含んでいる場合は、特定健康診査に代える。	計画通り実施
周知及び勧奨	① 受診券綴りの発行 特定健康診査の対象者に対して、年度当初にがん検診などの受診券と一体となった受診券綴りを郵送し、受診を勧奨する。 ② 未受診者対策 未受診者には、電話や再通知による受診勧奨を継続して実施するなどの対策を強化する。 ③ その他 市の広報誌、ホームページ、ケーブルテレビ等を通じて周知するほか、多種多様な方法により有効かつ効率的な広報に努める。	計画通り実施
結果通知とデータの保存	特定健康診査の検査結果については、本人あて郵送する。検査結果に著しい異常があり緊急を要する場合は、本人に直接電話等で医療機関への受診を促す。 特定健康診査データは、受託した健診機関や医療機関が、厚生労働省の定める電子的標準様式により、福井県国民健康保険団体連合会へ提出する。 特定健康診査データは、原則5年間、福井県国民健康保険団体連合会へ管理及び保管を委託する。	計画通り実施

【特定保健指導】

事業分類	第3期計画	実際の実施状況
対象者	<p>国が示した基準に準ずる。特定健康診査を受診した者のうち、腹囲と体格指数をもとに、血糖・脂質・血圧値が下記の基準を超えた場合と喫煙のリスクをもとに区分する。また、受診勧奨判定値に該当した者は「受診勧奨値」対象者とし、それ以外を「保健指導値」対象者とする。</p>	<p>国の変更(6カ月→3カ月で可)に伴い越前市も実施時期を6カ月から3カ月以上に変更。取り組み期間を短縮することで対象者の負担軽減を図り利用者の拡充をねらった。</p>
実施場所及び時期	<p>【受診勧奨対象者】 【時期】 ・積極的支援 初回面接から6カ月以上 年間を通じて実施 ・動機付け支援 初回面接から3カ月以上 年間を通じて実施 【場所】 医療機関(武生医師会等に委託)、越前市福祉健康センター等(特定保健指導機関に委託)</p>	<p>【時期】 積極的支援の時期を初回面接から6カ月以上→3カ月以上に変更 【場所】 越前市福祉健康センター →越前市役所</p>
	<p>【保健指導値対象者】 【時期】 積極的支援 初回面接から6カ月以上 年間を通じて実施 動機付け支援 初回面接から3カ月以上年間を通じて実施 【場所】 医療機関(武生医師会等に委託)、越前市福祉健康センター・公民館等(特定保健指導機関に委託又は市直営で実施)</p>	<p>【時期】 積極的支援の時期を初回面接から6カ月以上→3カ月以上に変更 【場所】 越前市福祉健康センター →越前市役所</p>
特定保健指導の内容	<p>積極的支援 医師、保健師、管理栄養士、看護師が初回面接を行い、生活習慣改善に係る。 行動目標計画を作成する。 6カ月以上電話支援や面接での継続支援等を行い、実績評価を行う。</p>	<p>6カ月以上→3カ月以上</p>
	<p>動機付け支援 医師、保健師、管理栄養士、看護師が初回面接を行い、生活習慣改善に係る。 行動目標計画を作成する。3カ月後に実績評価を行う。</p>	<p>計画通り実施</p>
実施方法	<p>市は対象者に対して、特定保健指導利用券を発行し、初回面接の会場・日程を決めて通知する。実施前に利用者の被保険者証を確認した上で指導を実施する。 人間ドック等で特定健康診査当日に結果が判明する場合は、医療機関での結果説明に引き続き初回面接を実施する。</p>	<p>計画通り実施</p>
周知及び勧奨	<p>特定健康診査受診者全員に個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供し、意識啓蒙を図る。 特定保健指導対象者に対して、特定保健指導員が利用を勧奨する。</p>	<p>計画通り実施</p>
結果通知とデータの保存	<p>特定保健指導データは、実施機関が厚生労働省の定める電子的標準様式により、福井県国民健康保険団体連合会へ提出する。 特定保健指導データは、原則5年間、福井県国民健康保険団体連合会へ管理及び保管を委託する。</p>	<p>計画通り実施</p>

(2) 実施率向上のための取り組みの実施状況

【特定健康診査】

分類	実際の実施状況
<p>対象者全てが受診しやすい料金体系とする。 【一部負担金】 年度末年齢が40歳以上74歳以下であるもの 500円 年度末年齢が75歳であるもの 無料</p>	<p>平成29年度から料金を一律とし、本人負担を軽減した。</p>
<p>【対象者の特性に応じた広報】 特定健康診査の対象者は60歳以上が約8割を占める。対象者の特性に応じた広報メディアを利用する。年齢、受診歴に応じた通知文を作成する等、効果的な受診勧奨を行う。</p>	<p>過去5年間に健診も医療も受診していない人に、健康状態の把握を含めての訪問を行ったり、昨年度健診受診者のうち今年度未受診者へ、電話勧奨や、往復はがきで集団健診予約票の返信を依頼したりした。また、過去5年間での不定期受診者のうち2～3回受診した人に、過去の一人ひとりの健診結果からわかる個別の健康アドバイスを記載した勧奨通知を送付した。 会社等にお勤めの頃は年1回の健康診査を受診していた方が多いが、退職し国民健康保険となつてからは受診してない方が多いことから、国保加入の手続きの際、チラシ等を使い特定健診の受診勧奨を行ったり、集団健診の受診受付等を行った。</p>
<p>【多様な検査方法の導入】 スマートフォンを利用した自宅でできる血液検査事業を導入するなど、市民の利便性に配慮した検査を実施し、未受診者に健診の大切さを訴える事により受診者を増やす。</p>	<p>スマートフォンを利用した自宅でできる血液検査事業を行ったが、受診者数は伸びず、特定健診の受診につながらないと判断し中止した。</p>

【特定保健指導】

	実際の実施状況
<p>(1) 一部負担金の無料化 対象者全てが特定保健指導を受けやすい環境を整備するため、引き続き一部負担金を無料にする。</p>	<p>すべての対象者について負担金は無料で実施。</p>
<p>(2) 体制の強化 確実に連絡するため、対象者と見込まれる者には、特定健康診査受診当日に連絡が取りやすい時間帯等を確認する。</p>	<p>健診の会場にてその日に結果の出る腹囲や血圧において、対象者と見込まれる方には、チラシを用いて事業を説明し、後日市から連絡が行くことを事前に伝え意識づけとしている。連絡の取りやすい時間帯を確認し効率よく意思確認ができる体制を整えている。</p>

2. 第3期計画の評価と考察

(1) 目標達成状況のまとめと評価と課題

分類	評価と課題	目標達成状況まとめ
特定健診受診率	<p>国の目標値の半分前後で受診率は横ばいであるが、令和2年度からの新型コロナ感染の影響による受診控えは、徐々に解消傾向となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上のための新たな取り組みとして、令和3年度からの特徴事業所による国保加入従業員の健診結果の提供や、令和4年度から人間ドック助成に脳ドックを追加したことによる受診者数の増加により、受診率はコロナ禍前よりも伸びている。 ・医療機関を受診していることを理由に健診を受けないという被保険者が多く、受診率向上のためには医師会等とも協力し、健診の重要性を周知していく必要がある。 ・まだら受診者を継続受診につなげられるような取り組み内容を検討していく必要がある。 	<p>いずれの期においても目標値を達成できていない。</p> <p>運動や食生活の改善の意識はあっても結果が数値になかなか現れず、受診意識の低下につながっていると感じる。</p> <p>具体的な数値の経過や健康状態を見える化する、ヘルスケアのアプリを利用するなど、特定保健指導を充実し受診率向上につなげる。</p>
特定保健指導実施率	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度からは、特定保健指導実施率は横ばい傾向である。 ・年代別にみると40代から50代前半、60代前半の方の実施者が少ない傾向にある。 ・60代前半は、社会保険時にすでに保健指導の対象とっていた方がおられ、再三の指導を希望しない方が多い。 <p>また、毎年同じ方が対象者となるため、一度受けると2度目以降は利用に至らないことも多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仕事をされている方もおり、日中に時間の確保が難しい。 	<p>令和4年度の特定保健指導実施率は28.1%であった。</p> <p>(「積極的支援」実施率19.4%「動機付け支援」実施30.2%)</p> <p>年代別でみると、「積極的支援」「動機付け支援」においても40～50代、60代前半の実施者が少ない。魅力ある特定健康診査、特定保健指導の実施、医療機関との連携が課題となる。</p>

(2) 実施体制の評価と課題

事業分類	評価と課題	実施内容
医師会との連携	<p>特定健診受診体制向上事業は年々件数も増えてきており、受診率向上につながっていることから、今後も連携を強化し継続していきたい。</p>	<p>毎年、受診券の一斉発送後に、医療機関(令和5年度は調剤薬局含む)へ受診勧奨ポスター設置を依頼している。</p> <p>また、10月頃開催の保健衛生運営会議において、武生医師会に対し健診受診への協力を依頼し、11月頃からは医師会の協力のもと、特定健診受診体制向上事業を実施している。</p>

(3) 実施率向上のための取り組みの評価と課題

【特定健康診査】

分類	評価と課題
<p>対象者全てが受診しやすい料金体系とする。 【一部負担金】 年度末年齢が40歳以上74歳以下であるもの 500円 年度末年齢が75歳であるもの 無料</p>	<p>低額・無料だから受けるという人も一定数あり、受診率向上につながっていると考えられる。 また、一律の金額にすることで、利用者も医療機関も分かりやすく事務軽減にもつながっている。</p>
<p>【対象者の特性に応じた広報】 特定健康診査の対象者は60歳以上が約8割を占める。対象者の特性に応じた広報メディアを利用する。年齢、受診歴に応じた通知文を作成する等、効果的な受診勧奨を行う。</p>	<p>電話や往復はがきでの勧奨により受診につながった人も多く、自分で電話予約するよりも、かかってきた電話や送付されてきた往復はがきに応えることで予約できるほうが便利だと感じる人も多い結果となった。受診券の一斉発送からしばらく経ったタイミングで勧奨通知を送付することで、忘れた頃に受診のきっかけを提供することができた。</p>
<p>【多様な検査方法の導入】 スマートフォンを利用した自宅でできる血液検査事業を導入するなど、市民の利便性に配慮した検査を実施し、未受診者に健診の大切さを訴える事により受診者を増やす。</p>	<p>特定健診の検査項目を満たすような自宅での検査方法は現在のところないが、若年期から健診受診を習慣にしていくことで、生活習慣病を発症しやすい年齢になっても自ら受診していけるような取り組みの検討が必要である。</p>

【特定保健指導】

分類	評価と課題
<p>(1) 一部負担金の無料化 対象者全てが特定保健指導を受けやすい環境を整備するため、引き続き一部負担金を無料にする。</p>	<p>無料のため、受けやすい環境は整っている。 引き続き実施する。</p>
<p>(2) 体制の強化 確実に連絡するため、対象者と見込まれる者には、特定健康診査受診当日に連絡が取りやすい時間帯等を確認する。</p>	<p>特定健診を受診しても、さらに特定保健指導を受診するために別に時間を作ったり、指導を受けるために会場に赴く手間等がおっくうと感じる方が多かった。 健診会場で、対象と見込まれる方への初回分割面談の実施を検討したが、他市町での現状と効率性の観点から見送りとしている。</p>

3. 特定健康診査の受診状況

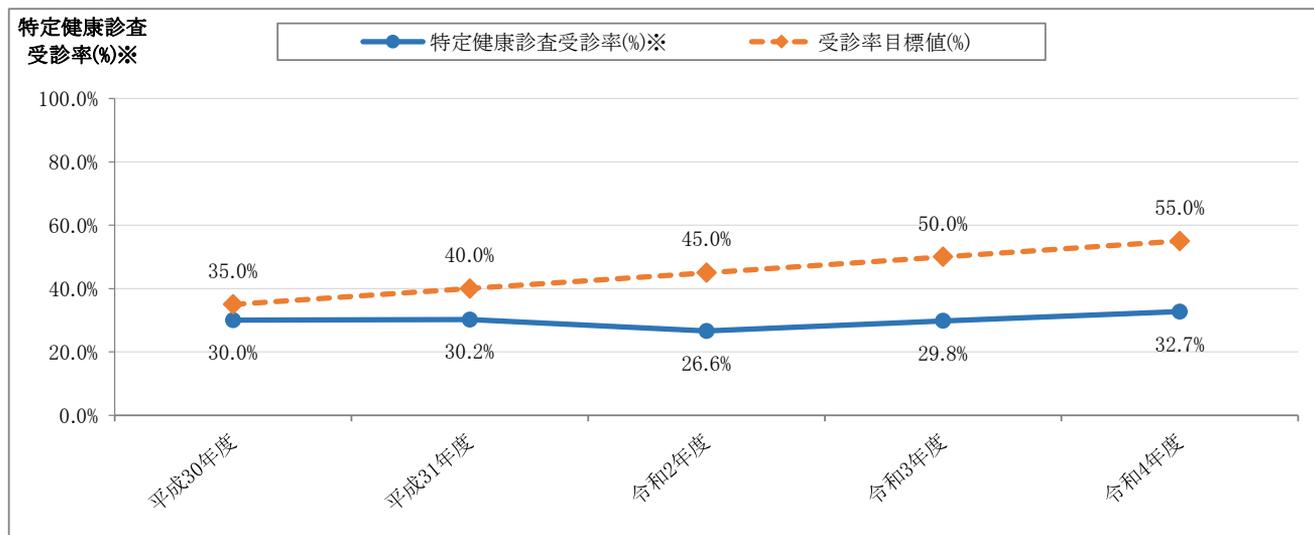
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査対象者数(人)	11,453	11,170	11,212	10,885	10,202
特定健康診査受診者数(人)	3,440	3,369	2,985	3,248	3,331
特定健康診査受診率(%)※	30.0%	30.2%	26.6%	29.8%	32.7%
受診率目標値(%)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

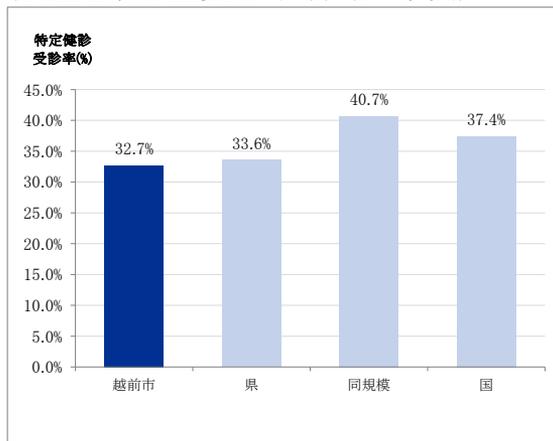
特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

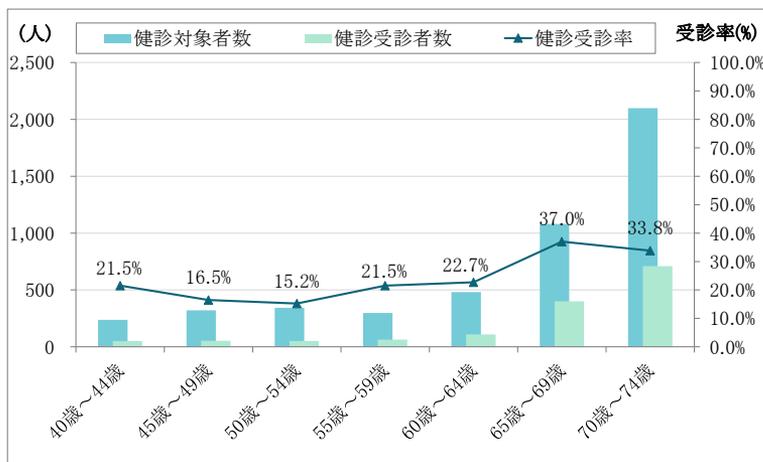
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

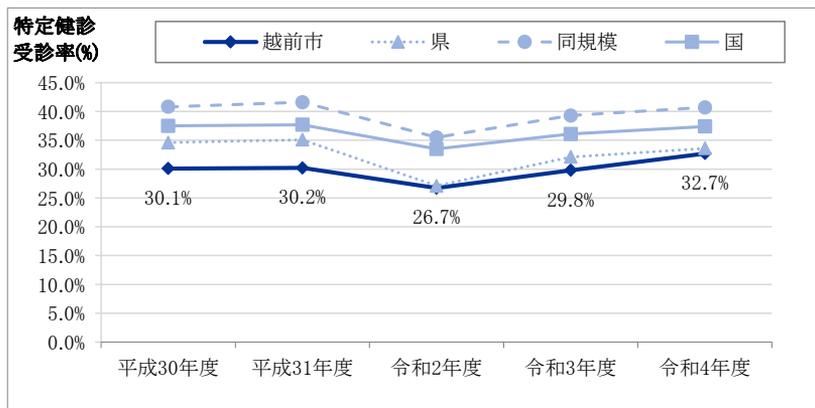
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率32.7%は平成30年度30.1%より2.6ポイント増加しています。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	30.1%	30.2%	26.7%	29.8%	32.7%
県	34.6%	35.1%	27.1%	32.1%	33.6%
同規模	40.8%	41.6%	35.5%	39.3%	40.7%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.4%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

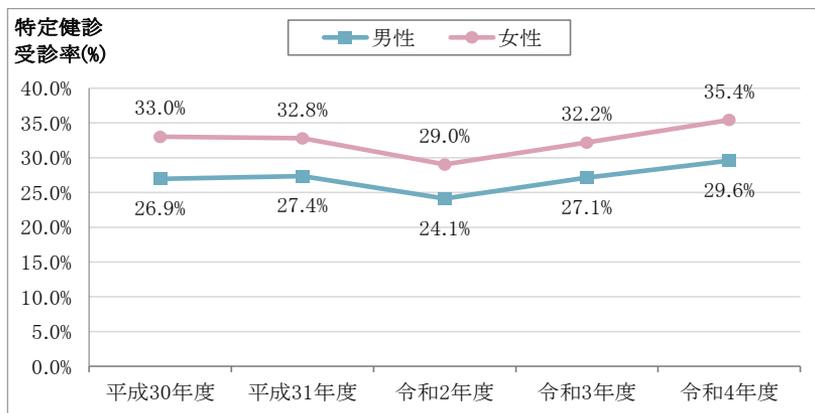
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率29.6%は平成30年度26.9%より2.7ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率35.4%は平成30年度33.0%より2.4ポイント増加しています。どの年代も男性に比べ女性が受診率が高くなっています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



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

4. 特定保健指導の実施状況

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

特定保健指導実施率及び目標値

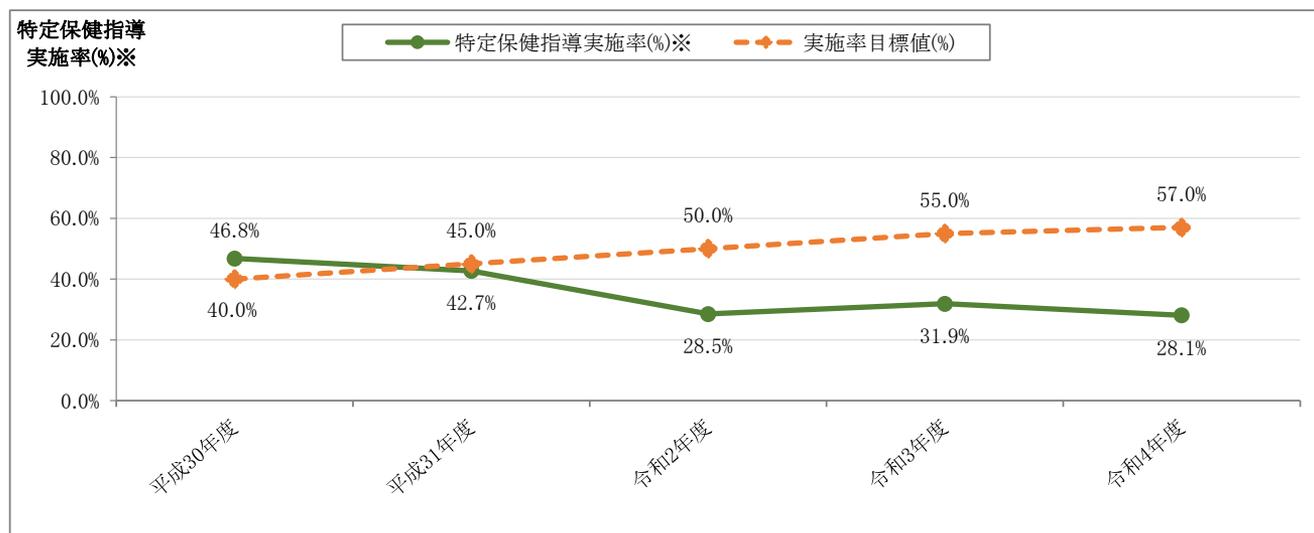
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	357	368	316	339	345
特定保健指導利用者数(人)	167	157	90	119	104
特定保健指導実施者数(人)※	167	157	90	108	97
特定保健指導実施率(%)※	46.8%	42.7%	28.5%	31.9%	28.1%
実施率目標値(%)	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	57.0%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

積極的支援実施状況

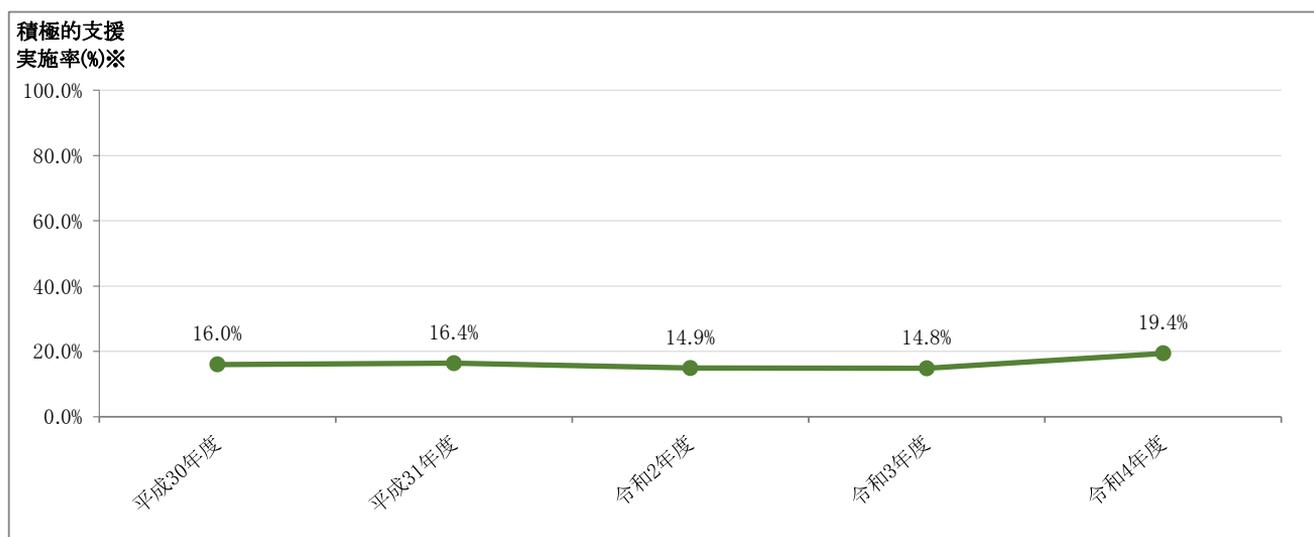
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	50	61	47	54	67
積極的支援利用者数(人)	8	10	6	13	12
積極的支援実施者数(人)※	8	10	7	8	13
積極的支援実施率(%)※	16.0%	16.4%	14.9%	14.8%	19.4%

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

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

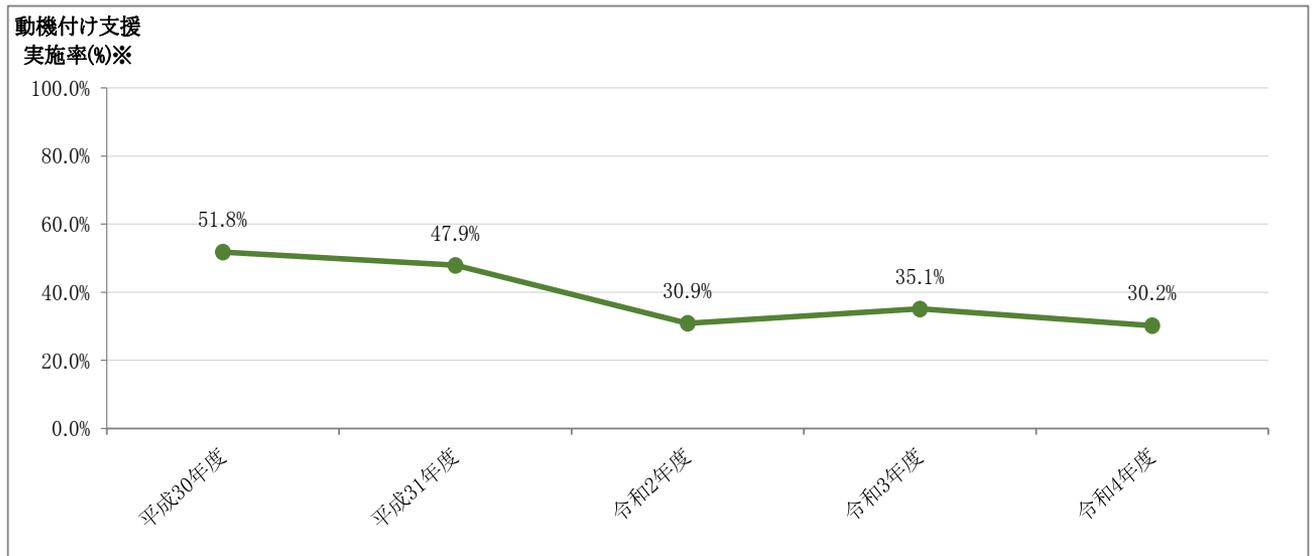
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	307	307	269	285	278
動機付け支援利用者数(人)	159	147	84	106	92
動機付け支援実施者数(人)※	159	147	83	100	84
動機付け支援実施率(%)※	51.8%	47.9%	30.9%	35.1%	30.2%

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



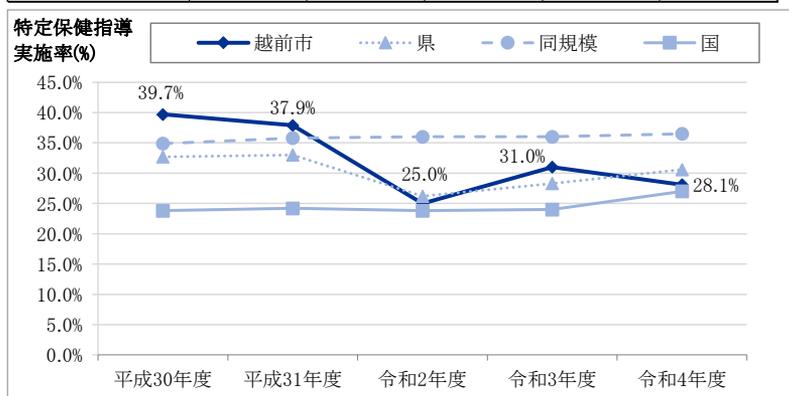
動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率28.1%は平成30年度39.7%より11.6ポイント減少しています。

年度別 特定保健指導実施率

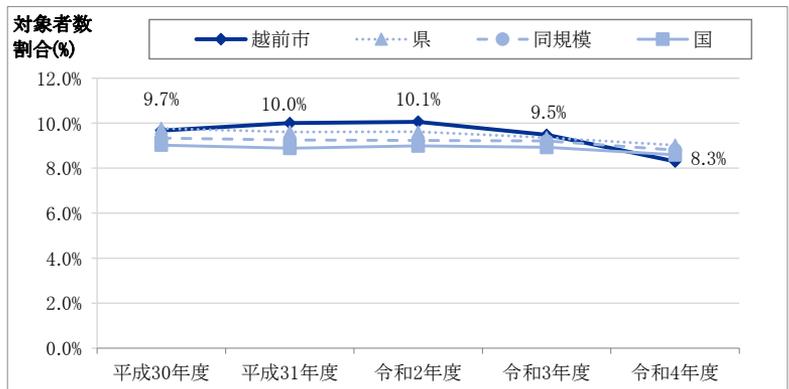
区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	39.7%	37.9%	25.0%	31.0%	28.1%
県	32.7%	33.0%	26.2%	28.3%	30.6%
同規模	34.9%	35.8%	36.0%	36.0%	36.5%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	27.0%



特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合

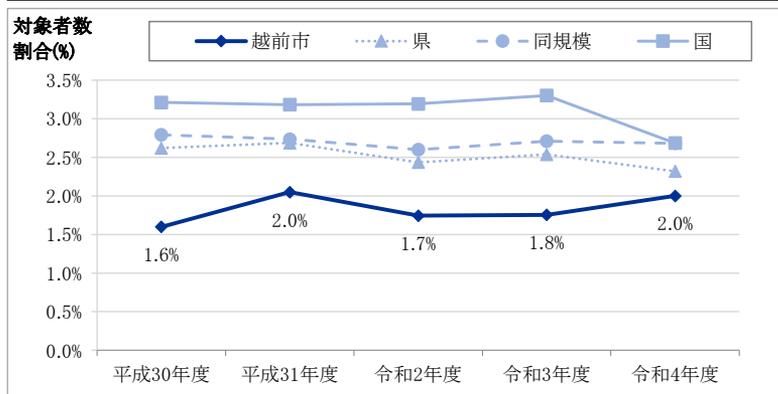
区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	9.7%	10.0%	10.1%	9.5%	8.3%
県	9.8%	9.6%	9.6%	9.4%	9.0%
同規模	9.3%	9.3%	9.2%	9.2%	8.8%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	1.6%	2.0%	1.7%	1.8%	2.0%
県	2.6%	2.7%	2.4%	2.5%	2.3%
同規模	2.8%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	2.7%



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
越前市	11.3%	12.1%	11.8%	11.2%	10.4%
県	12.4%	12.3%	12.1%	11.9%	11.3%
同規模	12.1%	12.0%	11.8%	11.9%	11.5%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.3%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 支援対象者数割合=(動機付け支援対象者数+積極的支援対象者数)÷特定健康診査受診者数×100

5. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は21.2%、予備群該当は10.5%です。

メタボリックシンドローム該当状況

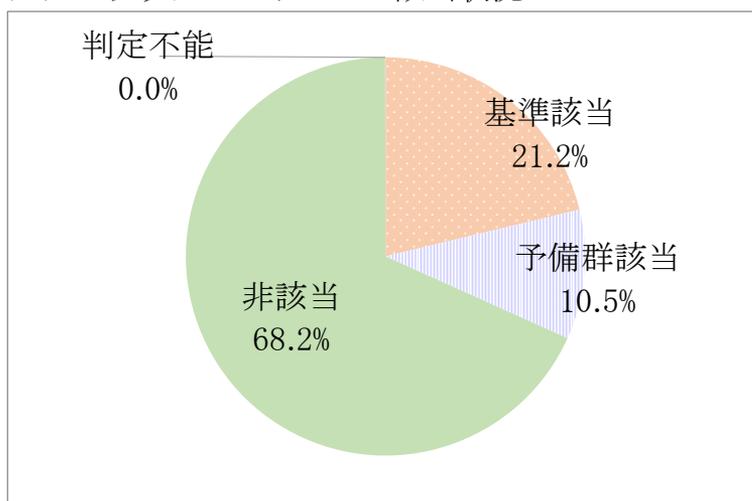
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	3,393	720	357	2,315	1
割合(%) ※	-	21.2%	10.5%	68.2%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

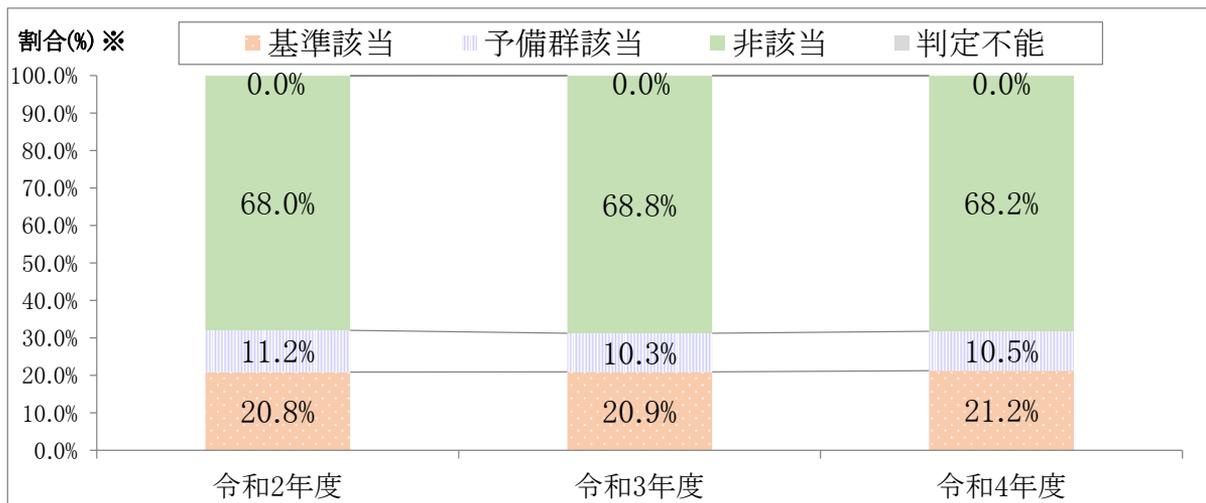
以下は、令和2年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、基準該当21.2%は令和2年度20.8%より0.4ポイント増加しており、予備群該当10.5%は令和2年度11.2%より0.7ポイント減少しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
令和2年度	2,840
令和3年度	3,166
令和4年度	3,393

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※						
令和2年度	592	20.8%	317	11.2%	1,930	68.0%	1	0.0%
令和3年度	662	20.9%	326	10.3%	2,177	68.8%	1	0.0%
令和4年度	720	21.2%	357	10.5%	2,315	68.2%	1	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の55.6%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の44.0%です。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	3,393	30.3%	3,137,832	147,798,210	150,936,042
健診未受診者	7,789	69.7%	29,407,147	298,271,118	327,678,265
合計	11,182		32,544,979	446,069,328	478,614,307

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	83	2.4%	1,885	55.6%	1,887	55.6%	37,805	78,408	79,987
健診未受診者	346	4.4%	3,389	43.5%	3,424	44.0%	84,992	88,012	95,700
合計	429	3.8%	5,274	47.2%	5,311	47.5%	75,862	84,579	90,118

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

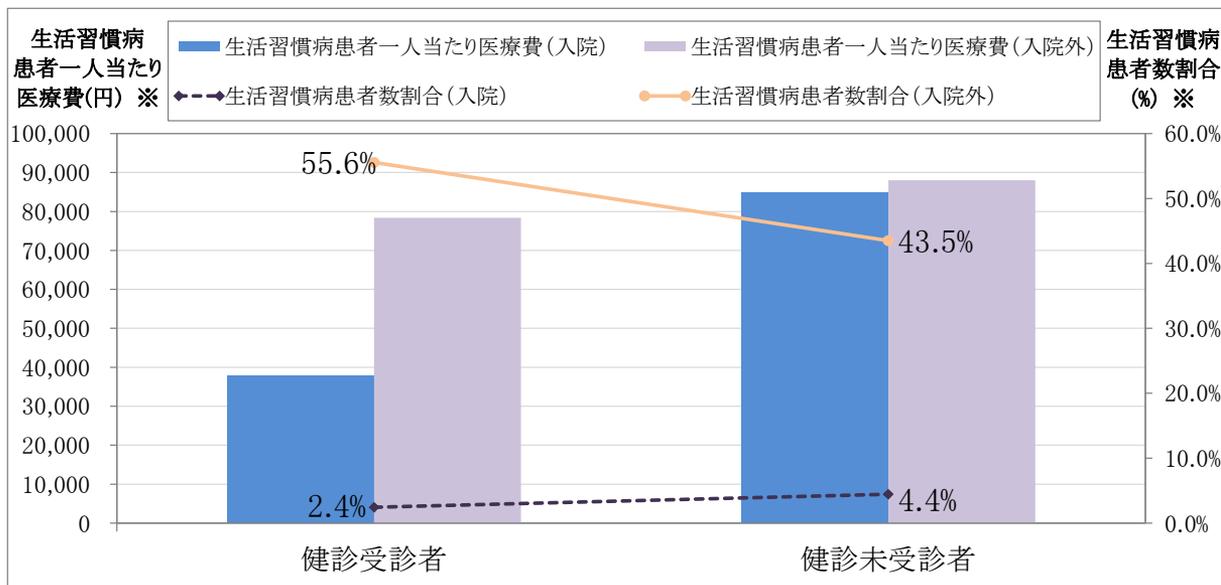
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.5%、動機付け支援対象者割合は13.2%です。

保健指導レベル該当状況

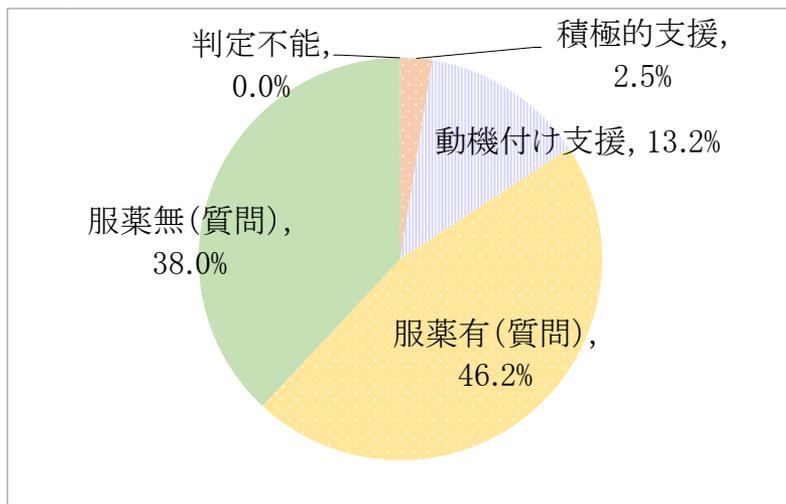
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	3,393	534	86	448	1,569	1,289	1
割合(%) ※	-	15.7%	2.5%	13.2%	46.2%	38.0%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

②脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

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

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	104	22	14	13.5%	8	7.7%
45歳～49歳	103	17	10	9.7%	7	6.8%
50歳～54歳	113	34	23	20.4%	11	9.7%
55歳～59歳	156	29	19	12.2%	10	6.4%
60歳～64歳	323	43	20	6.2%	23	7.1%
65歳～69歳	964	150	0	0.0%	150	15.6%
70歳～	1,630	239	0	0.0%	239	14.7%
合計	3,393	534	86	2.5%	448	13.2%

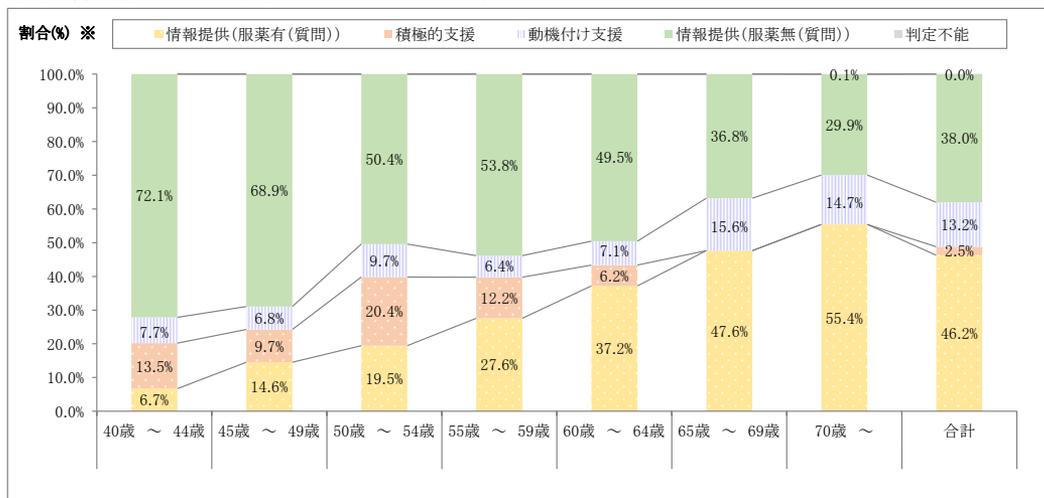
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	104	7	6.7%	75	72.1%	0	0.0%
45歳～49歳	103	15	14.6%	71	68.9%	0	0.0%
50歳～54歳	113	22	19.5%	57	50.4%	0	0.0%
55歳～59歳	156	43	27.6%	84	53.8%	0	0.0%
60歳～64歳	323	120	37.2%	160	49.5%	0	0.0%
65歳～69歳	964	459	47.6%	355	36.8%	0	0.0%
70歳～	1,630	903	55.4%	487	29.9%	1	0.1%
合計	3,393	1,569	46.2%	1,289	38.0%	1	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

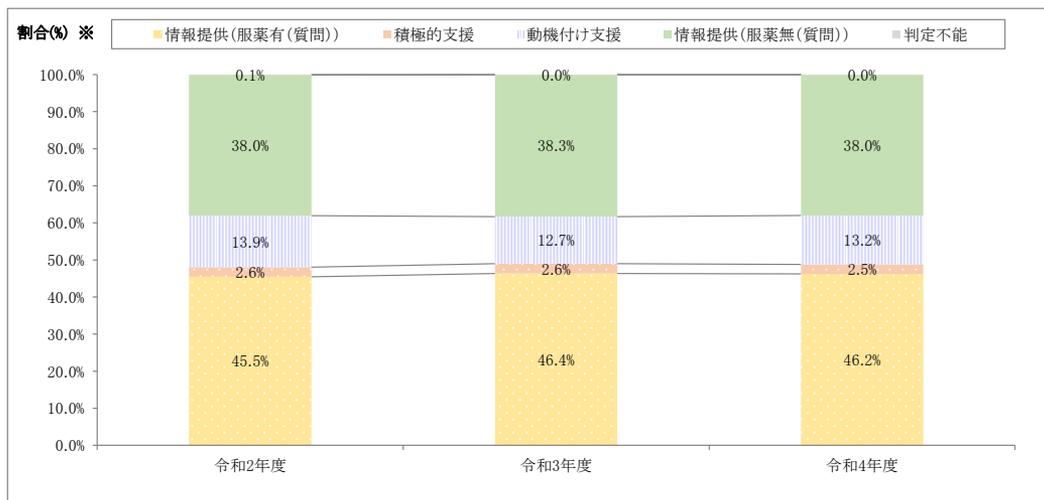
以下は、令和2年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.5%は令和2年度2.6%から0.1ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合13.2%は令和2年度13.9%から0.7ポイント減少しています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
令和2年度	2,840	468	74	2.6%	394	13.9%
令和3年度	3,166	485	83	2.6%	402	12.7%
令和4年度	3,393	534	86	2.5%	448	13.2%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)		人数(人)	割合(%) ※
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※		
令和2年度	2,840	1,291	45.5%	1,079	38.0%	2	0.1%
令和3年度	3,166	1,468	46.4%	1,212	38.3%	1	0.0%
令和4年度	3,393	1,569	46.2%	1,289	38.0%	1	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			534人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	10人	86人 16%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	12人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	5人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	15人	
	●		●			血糖＋脂質	16人	
	●	●	●			血圧＋脂質	10人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	4人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	2人	
			●	●		脂質＋喫煙	7人	
	●					血糖	0人	
		●				血圧	0人	
			●		因子数0	脂質	0人	
			●	喫煙		0人		
				なし	0人			
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	8人	448人 84%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	53人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	14人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	10人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	97人	
	●		●			血糖＋脂質	42人	
	●	●	●			血圧＋脂質	18人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	3人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	10人	
			●	●		脂質＋喫煙	4人	
	●					血糖	70人	
		●				血圧	89人	
			●		因子数0	脂質	26人	
			●	喫煙		0人		
				なし	0人			

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

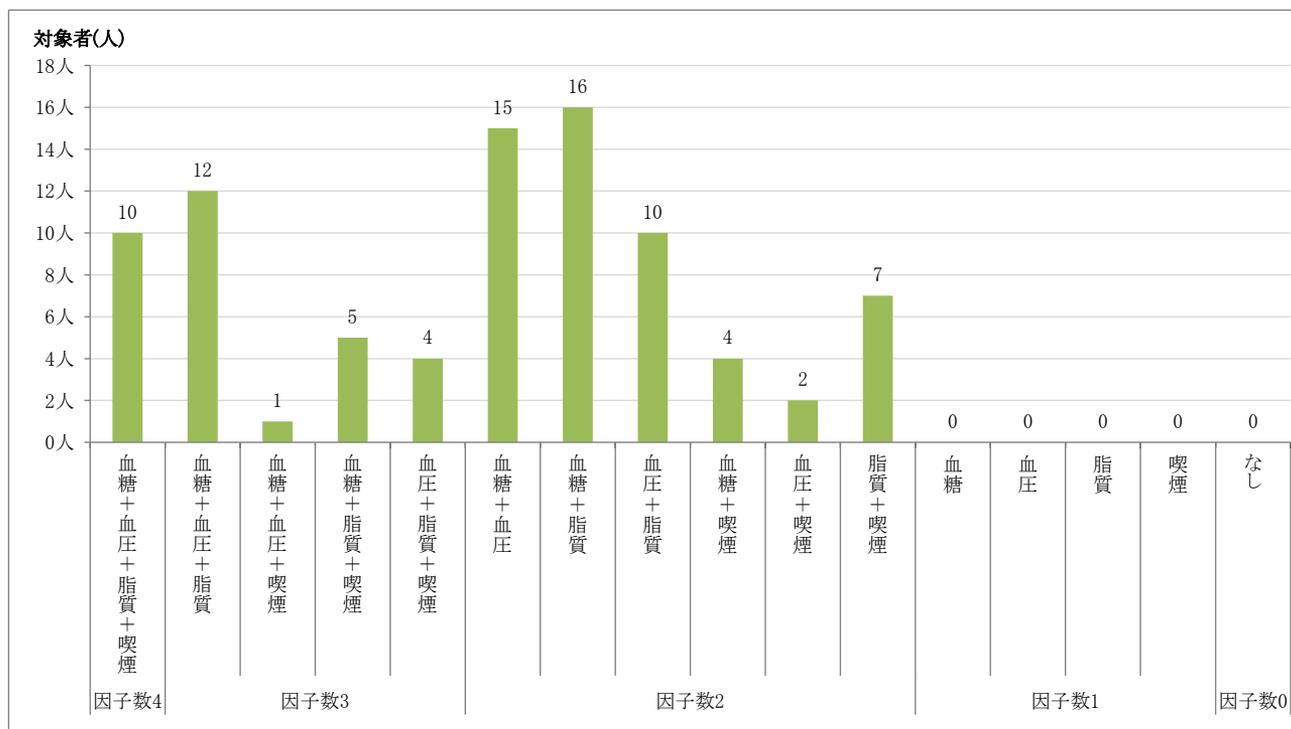
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

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

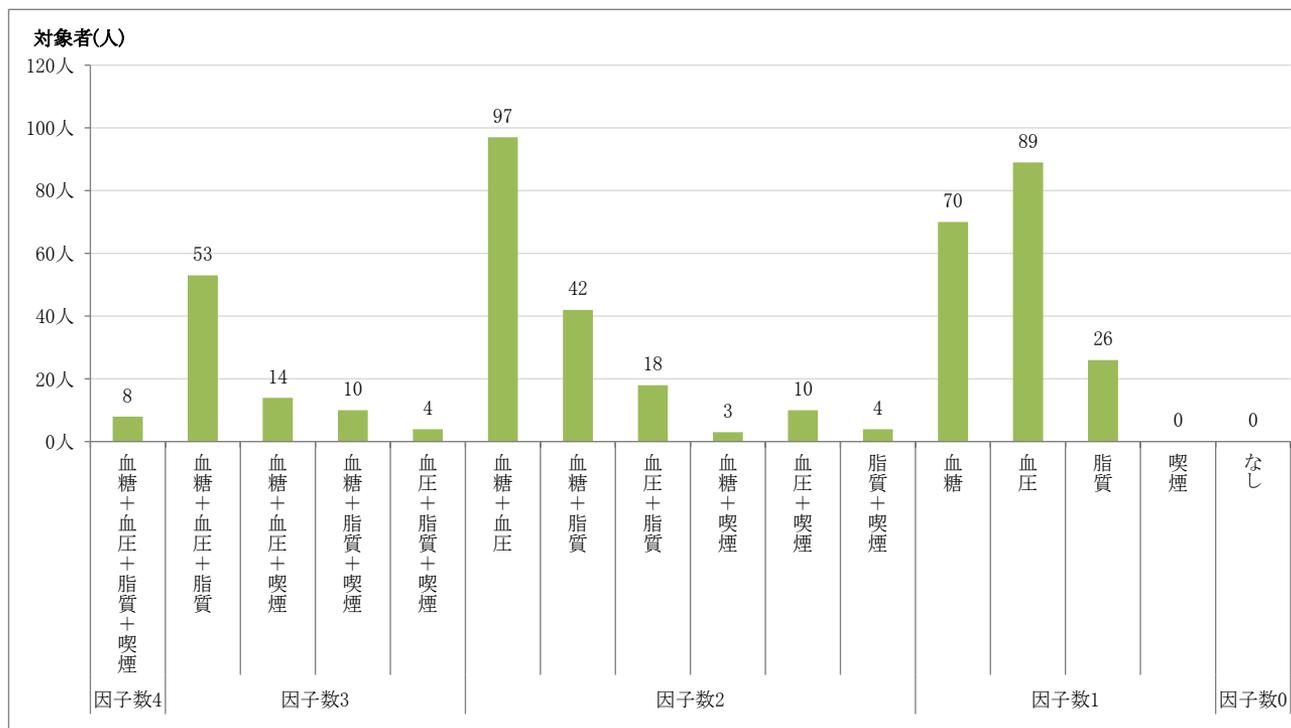
積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

特定保健指導対象者・非対象者別生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	534	260,383	17,574,290	17,834,673	14	214	215
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,289	56,362	3,084,330	3,140,692	4	112	113
	情報提供 (服薬有(質問))	1,569	2,821,087	127,106,293	129,927,380	65	1,558	1,558

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	534	18,599	82,123	82,952
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,289	14,091	27,539	27,794
	情報提供 (服薬有(質問))	1,569	43,401	81,583	83,394

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

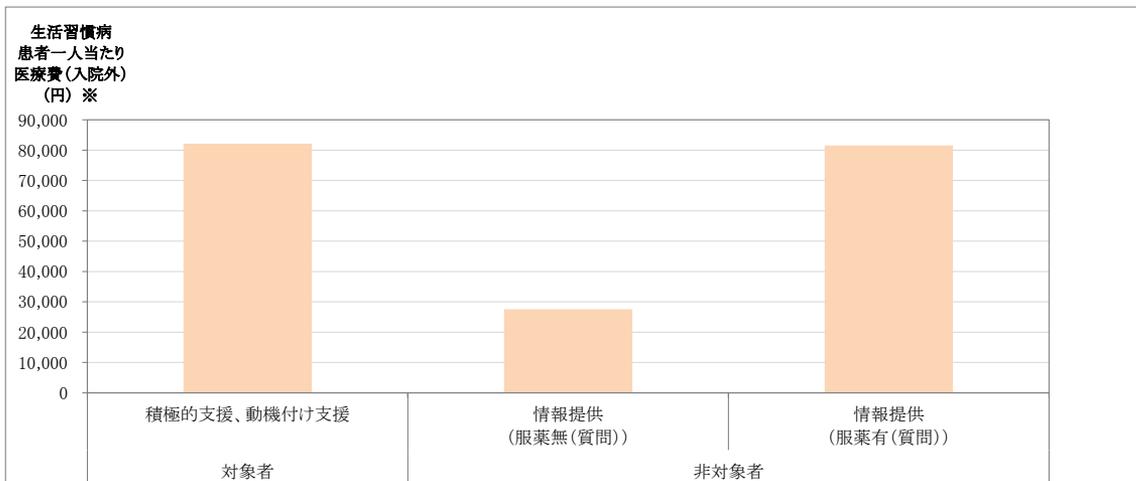
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

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

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の減少率(%)※	22.0%	22.6%	23.2%	23.8%	24.4%	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	8,855	8,215	7,666	7,106	6,644	6,256
特定健康診査受診率(%) (目標値)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	3,099	3,286	3,450	3,553	3,654	3,754

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	3,054	2,851	2,694	2,592	2,473	2,328
	65歳～74歳	5,801	5,364	4,972	4,514	4,171	3,928
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	779	893	1,000	1,116	1,208	1,269
	65歳～74歳	2,320	2,393	2,450	2,437	2,446	2,485

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	345	372	397	414	429	443
特定保健指導実施率(% (目標値))	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	104	130	159	186	215	266

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	79	93	105	117	125	133
	実施者数(人)	40歳～64歳	25	32	42	53	64	80
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	48	55	62	68	74	77
		65歳～74歳	218	224	230	229	230	233
	実施者数(人)	40歳～64歳	10	16	21	27	33	43
		65歳～74歳	69	82	96	106	118	143

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

事業分類	第4期計画
対象者	<p>実施年度内に到達する年齢が40歳から74歳までの市国保の被保険者とする。ただし、妊産婦や長期入院者など厚生労働大臣が定める基準に該当する人を除く。</p>
実施場所及び時期	<p>①集団健診 ・実施場所 地区公民館等 ・実施時期 4月～翌年1月</p> <p>②個別健診 ・実施場所 県内指定医療機関 ・実施時期 4月～翌年1月</p>
受診方法	<p>・年度当初に対象者に対して検査内容及び一部負担金額等、特定健康診査及びがん検診等を受診するために必要な情報を記載した受診券綴りを郵送する。 ・受診の際には、受付において受診券と被保険者証を提示して受診する。</p>
実施項目等	<p>①検査項目 市国保の医療レセプトの分析を考慮しつつ、特定健康診査の検査項目を充実し魅力ある特定健康診査健診とするため、市国保独自の健診項目として貧血検査、心電図検査、クレアチニン検査、尿酸検査を全員に実施する。眼底検査については、医師の判断に基づき実施する項目とする。</p> <p>②人間ドック 人間ドックについては、上記検査項目を全て含んでいる場合は、特定健康診査に代える。</p>
周知及び勧奨	<p>①受診券綴りの発行 特定健康診査の対象者に対して、年度当初にがん検診などの受診券と一体となった受診券綴りを郵送し、受診を勧奨する。</p> <p>②未受診者対策 未受診者には、電話や再通知による受診勧奨を継続して実施するなどの対策を強化する。</p> <p>③その他 市の広報誌、ホームページ、ケーブルテレビ等を通じて周知するほか、多種多様な方法により有効かつ効率的な広報に努める。</p>
結果通知とデータの保存	<p>・特定健康診査の検査結果については、本人宛に郵送する。検査結果に著しい異常があり緊急を要する場合は、本人に直接電話等で医療機関への受診を促す。 ・特定健康診査データは、受託した健診機関や医療機関が、厚生労働省の定める電子的標様式により、福井県国民健康保険団体連合会へ提出する。 ・特定健康診査データは、原則5年間、福井県国民健康保険団体連合会へ管理及び保管を委託する。</p>

【実施項目】

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

■ 基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	服薬歴 既往歴 生活習慣に関する項目 自覚症状等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	収縮期血圧 拡張期血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
診察	理学的所見(身体診察)

■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

眼底検査	眼底検査
------	------

■ 市独自の追加健診項目

心機能検査	心電図検査
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
血液検査	尿酸

(2) 特定保健指導

事業分類	第4期計画
対象者	<p>国が示した基準に準ずる。特定健康診査を受診した者のうち、腹囲と体格指数をもとに、血糖・脂質・血圧値が下記の基準を超えた場合と喫煙のリスクをもとに区分する。また、受診勧奨判定値に該当した者は「受診勧奨値」対象者とし、それ以外を「保健指導値」対象者とする。</p>
実施場所及び時期	<p>【受診勧奨対象者】</p> <p>【時期】 ○積極的支援 初回面接から3カ月以上 年間を通じて実施 ○動機付け支援 初回面接から3カ月以上 年間を通じて実施</p> <p>【場所】 越前市役所等(特定保健指導機関に委託又は市直営で実施)</p>
	<p>【保健指導値対象者】</p> <p>【時期】 ○積極的支援 初回面接から3カ月以上 年間を通じて実施 ○動機付け支援 初回面接から3カ月以上 年間を通じて実施</p> <p>【場所】 越前市役所等(特定保健指導機関に委託又は市直営で実施)</p>
特定保健指導の内容	<p>○積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、保健師、管理栄養士、看護師が初回面接を行い、生活習慣改善に係る。 ・行動目標計画を作成する。3カ月以上電話支援や面接での継続支援等を行い、実績評価を行う。
	<p>○動機付け支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、保健師、管理栄養士、看護師が初回面接を行い、生活習慣改善に係る。 ・行動目標計画を作成する。3カ月後に実績評価を行う。
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・市は対象者に対して、特定保健指導利用券を発行し、初回面接の会場・日程を決めて通知する。実施前に利用者の被保険者証を確認した上で指導を実施する。
周知及び勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診者全員に個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供し、意識啓蒙を図る。 ・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導員が利用を勧奨する。
結果通知とデータの保存	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導データは、実施機関が厚生労働省の定める電子的標準様式により、福井県国民健康保険団体連合会へ提出する。 ・特定保健指導データは、原則5年間、福井県国民健康保険団体連合会へ管理及び保管を委託する。

動機付け支援

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

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる行う。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="257 1207 1310 1491"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="257 1551 1310 1696"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 						

4. 実施率向上のための取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

分類	取り組み
一部負担金	○対象者全てが受診しやすい料金体系を継続 ・40歳以上74歳以下の者：500円 ・75歳の者：無料 (※年度末年齢)
被保険者の特性に応じた広報	・国民健康保険の被保険者は約半数が65歳以上の高齢者であり、会社退職後に国保に加入した現役時代に健診を受けてきている方が多い。国保に異動後も健診受診を続ける様、加入時の広報や高齢者向けに、介護予防も絡め一体的に意識づくりを行う。 ・年代や特性に応じた広報メディアを利用する。年齢、受診歴に応じたチラシや通知文を作成する等、効果的な受診勧奨を行う。
インセンティブ導入	・健診の継続受診者やウォーキング等の健康事業の参加者に県の取り組むアプリ事業などを利用し、デジタル地域通貨等でポイントを付与する仕組みを検討。
関係団体との連携	・保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健診の推進及び診療情報の提供。

【特定保健指導】

分類	取り組み
負担金の無料化	・特定保健指導を受けやすい環境の整備と、業務負担軽減のため引き続き負担金を無料とする。
体制の強化	・ICTの活用等により、働いている方もすき間時間に特定保健指導を利用できるような環境の整備や、健診当日の保健指導の実施を検討し特定保健指導の実施率向上を目指す。 ・自分の健康に関心に向け、一度話を聞いたことがある方も指導を受けたいと思えるような「魅力ある保健指導」の取り組みを検討していく。
特定保健指導の成果の見える化	・ソフトの導入やタブレット等で健診データが見える化し、自身のからだの状態への意識を向上させることで利用率向上につなげる。 ・タブレット等を使用し、特定保健指導の前後の記録をグラフ等で示すなど効果が見える化することで、終了後も健康意識を維持させる。

【実施体制】

事業分類	取り組み
医師会との連携	・実施率の高い自治体では医療機関での受診者が多い。また、特定健康診査対象者の約7割は生活習慣病で医療機関を受診しているため、武生医師会との連携を深め、医療機関にポスター、チラシ類を設置し受診勧奨を行う。

1. 個人情報保護の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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

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

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

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

4. 他の健診との連携

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

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

実施率の高い自治体では医療機関での受診者が多い状況です。また、特定健康診査対象者の約7割は生活習慣病で医療機関を受診しているため、医療機関（武生医師会等）との連携を深め、医療機関にポスターやチラシ類を設置し受診勧奨を行います。また、特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

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

②ICTを活用した特定保健指導の推進

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

卷末資料

1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	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。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が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。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

2. 疾病分類

疾病分類表 (2013年版)

コード	疾病分類	主な疾病		
I. 感染症及び寄生虫症				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	RSウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻痺後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物<腫瘍>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	睪癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Yahr 3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿疱疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV. 腎尿路生殖器系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性膣炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性膣炎	膣炎
X V. 妊娠, 分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠, 分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	A B O 因子不適合
X VII. 先天奇形, 変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形, 変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷, 中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		