

第3期金沢市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年4月
金 沢 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 計画の趣旨	1
2 計画の位置づけ、基本的考え方	1
3 計画期間	4
4 実施体制及び関係機関との連携	4
（1）庁内の実施体制	4
（2）関係機関等との連携	4
（3）被保険者の役割	4
5 保険者努力支援制度	6
第2章 現状の整理	
1 保険者の特性	7
2 第2期計画の取組状況及び評価	8
（1）保健事業の実施状況	8
（2）第2期計画の目標達成状況	9
第3章 健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出	
1 健康・医療情報の分析	10
（1）平均寿命、死亡の状況	10
（2）介護の状況	11
（3）医療の状況	13
（4）健診の状況	16
2 健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題	22
第4章 データヘルス計画（保健事業の目的、目標とその取組）	
1 計画の目的	24
2 目的を達成するための目標、評価指標の設定	25
第5章 健康課題を解決するための個別保健事業	
1 個別保健事業の方向性	26
（1）優先的に実施する事業	26
（2）個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定	26
（3）事業の実施スケジュール	26
2 糖尿病性腎症重症化予防	27
（1）目的、基本的な考え方	27
（2）対象者及び優先順位の考え方	27
（3）保健指導の実施	28
（4）評価	28

(5) 実施期間及びスケジュール	28
3 虚血性心疾患重症化予防	29
(1) 目的、基本的な考え方	29
(2) 対象者及び優先順位の考え方	29
(3) 保健指導の実施	31
(4) 評価	31
(5) 実施期間及びスケジュール	31
4 脳血管疾患重症化予防	32
(1) 目的、基本的な考え方	32
(2) 対象者及び優先順位の考え方	32
(3) 保健指導の実施	34
(4) 評価	34
(5) 実施期間及びスケジュール	34
5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	35
(1) 目的、基本的な考え方	35
(2) 事業内容	35
(3) 対象者と優先順位の考え方	36
(4) 保健指導の実施	36
6 健康づくり(ポピュレーションアプローチ)	38

第6章 特定健診・特定保健指導(高確法に基づく「第4期特定健診等実施計画」)

1 目標値の設定	39
2 対象者数の見込み	39
3 特定健診の実施	39
(1) 特定健診対象者	39
(2) 実施方法	39
(3) 実施場所	40
(4) 実施期間	40
(5) 実施項目	40
(6) 医療機関との連携	41
(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	41
4 特定保健指導の実施	41
(1) 対象者の選定と階層化	41
(2) 実施体制、方法	42
(3) 実施期間	42
(4) 実施内容	42
(5) 健診から保健指導実施の流れ	43
(6) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	45
(7) 周知や案内の方法	45
5 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	45

6	特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	46
7	第3期における取組と第4期に向けての課題	46
(1)	特定健診における主な取組と受診率	46
(2)	特定保健指導における主な取組と実施率	48
(3)	第4期に向けての課題	49
第7章 計画の評価・見直し		51
1	個別保健事業の評価・見直し	51
2	個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	51
第8章 計画の公表・周知		51
第9章 個人情報の取扱い		52
第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項		52
参考資料 金沢市 健診・保健指導の実践スケジュール		53

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 計画の趣旨

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。」とした。

平成26年3月、国民健康保険法（以下、「国保法」という。）に基づく「保健事業の実施に関する指針」（以下「指針」という。）が改正され、市町村等は健康・医療情報等を活用して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・評価を行うこととした。

本市では、指針に基づき、被保険者の健康増進を図り、もって医療費の適正化及び国保の財政基盤強化を図ることを目的に、平成27年度に第1期データヘルス計画を作成、平成30年度には第2期データヘルス計画を作成し、令和2年度はその中間評価・見直しを行うなど計画に基づく保健事業の実施に取り組んできた。

今般、第2期計画が令和5年度末で終期となることから、これまでの取り組みを評価、見直し、新たに「第3期データヘルス計画」を策定するものである。

なお、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づく特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という。）の実施に当たっては、「特定健康診査等基本指針」に即して「特定健康診査等実施計画」を定め、実施することとされており、特定健診・特定保健指導は国保保健事業の中核をなすものであることから、「特定健康診査等実施計画」とデータヘルス計画を一体的に作成するものである。

2 計画の位置づけ、基本的考え方

本計画は、国保法（第82条第11項）の指針に基づく「保健事業実施計画（データヘルス計画）」、及び高確法（第19条）に基づく「特定健診等実施計画」である。

また、本計画は、健康増進法に基づく「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（以下「健康増進の基本指針」という。）をふまえ、本市の各関連計画と整合性を図るものである。

加えて、石川県の医療費適正化計画等の関連計画とも整合性を図る。（図表1）

計画の策定、実施にあたっては、生活習慣病予防を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するための基本的考え方として示されている「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づきデータ分析、健康課題の抽出、実施、評価を行う（図表2、3）。

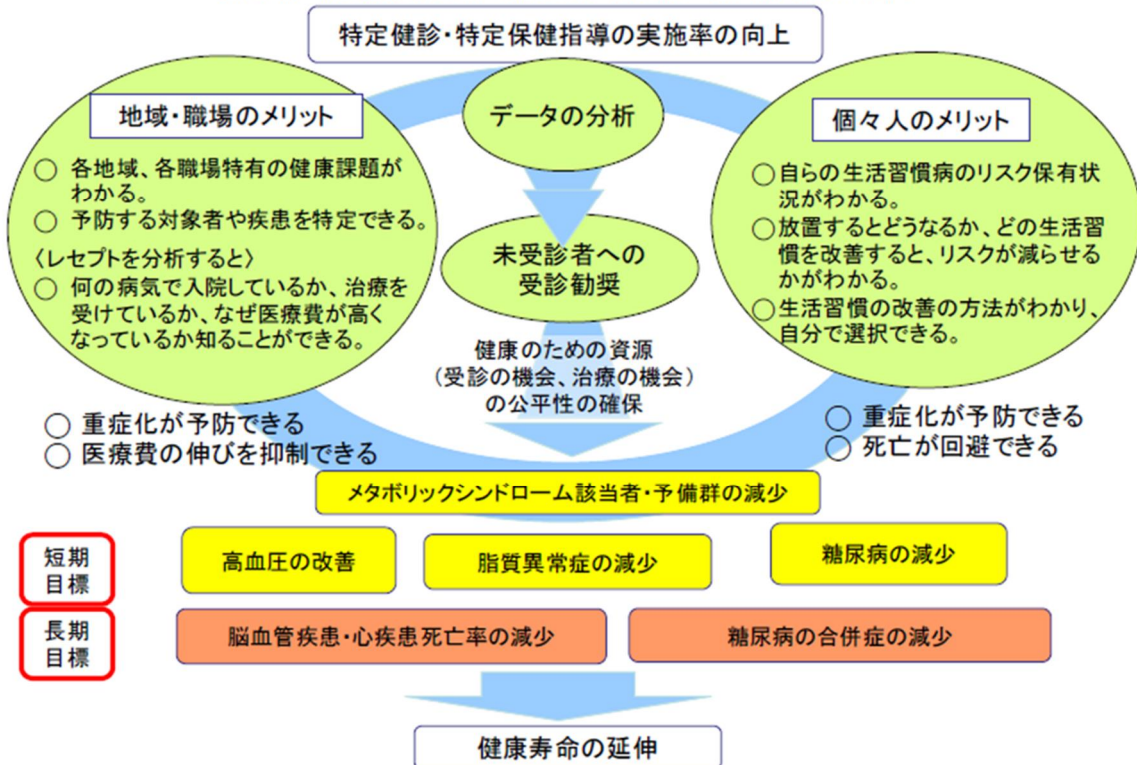
標準的な健診・保健指導プログラムでは、基本的な考え方として、保健指導により生活習慣病の発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。

【図表2】

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

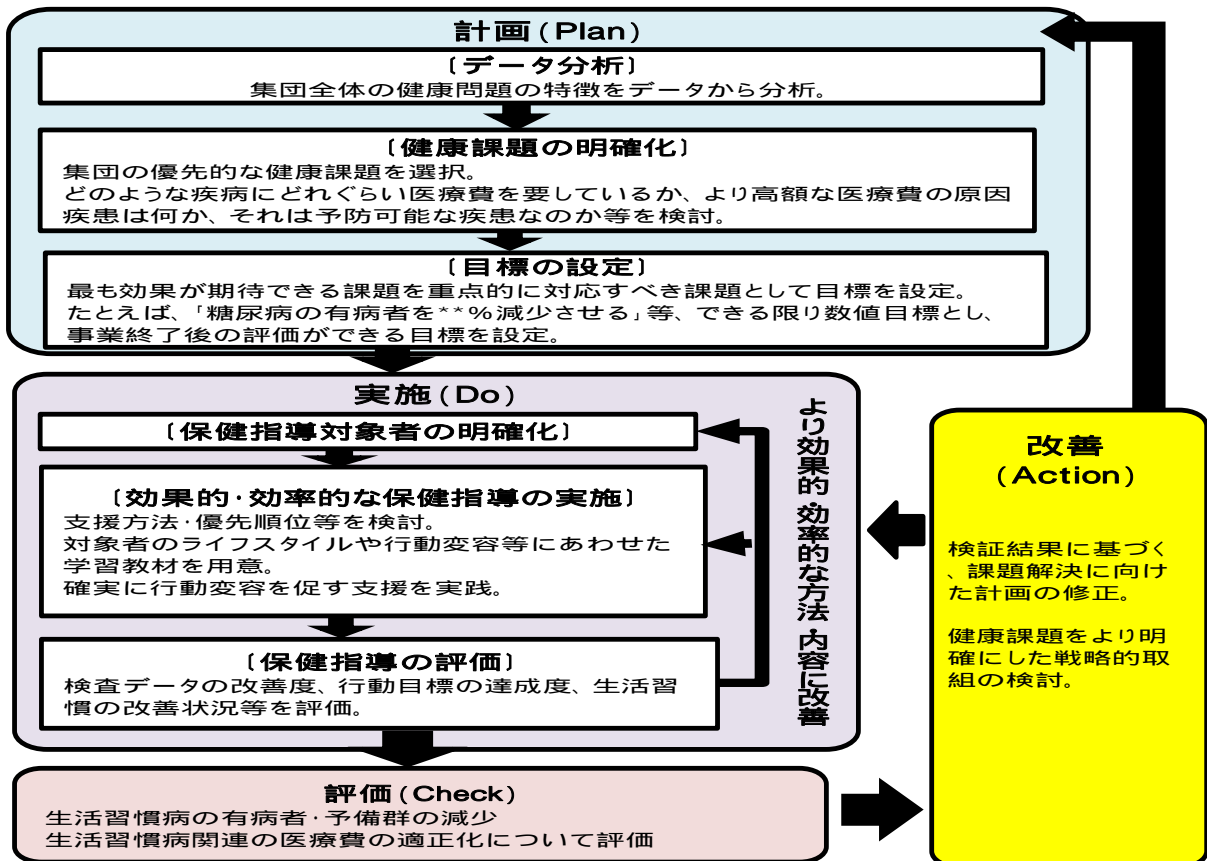
－特定健診・保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進－

標準的な健診・保健指導プログラム(6年度版) 図1



資料 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版) 図1 改変

【図表3】



資料 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版) 図3 改変

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年間とする。

4 実施体制及び関係機関との連携

(1) 市内の実施体制

計画の策定は、国保運営を担う保険年金課が主体となるが、市民の健康の保持・増進を担う健康政策課、福祉健康センター総務課及び各福祉健康センターの保健師等の専門職と十分に連携して策定を行う。また、国保加入者の高齢化を踏まえ、福祉政策課（地域包括ケア担当）、生活支援課、介護保険課とも連携を図る。

また、計画期間を通じPDCAサイクルに沿った確実な計画運営ができるよう、事業担当者と専門職の業務の明確化、標準化を行い、担当者が異動する際には、経過等を含め確実に引き継ぎを行う体制を整える。

さらに、本市は海岸地域、山間地域があり、地域により被保険者の特性が異なる。保健師は地区担当制で、地域特性を踏まえた事業実施を行っている。

(2) 関係機関等との連携

計画の実効性を高めるためには計画から評価までの一連のプロセスにおいて、市医師会、地区組織等の協力、連携が重要となることから、これら関係者が参画する「国保運営協議会」において計画の策定について協議するとともに、毎年度、事業の進捗の報告を行う。

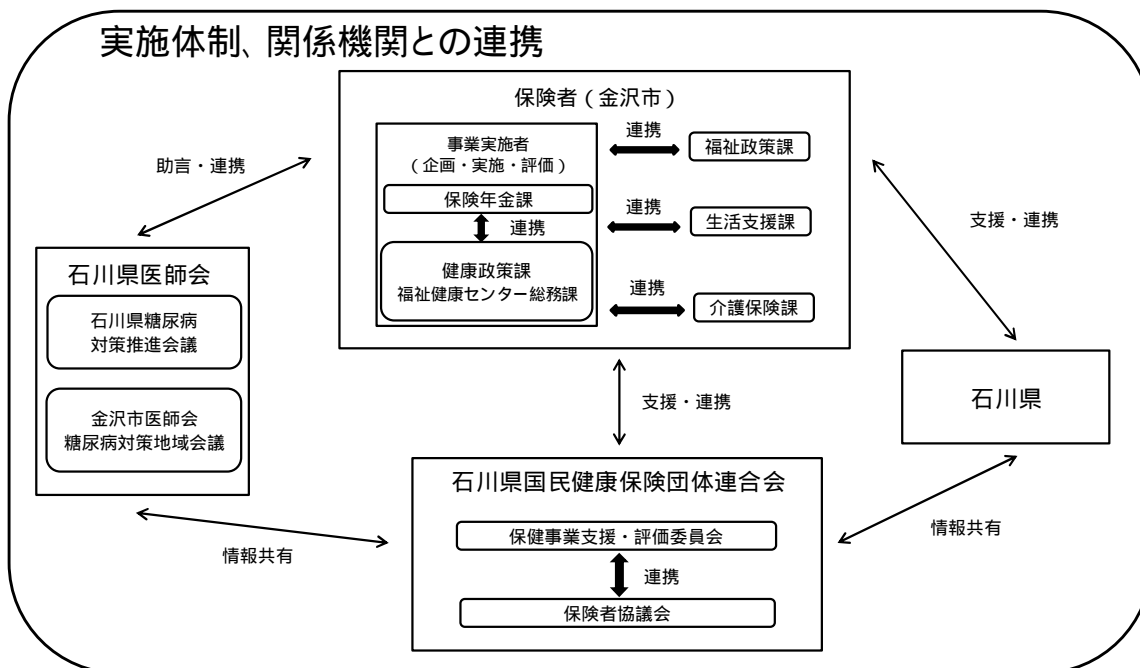
高齢者の保健事業の実施にあたっては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を踏まえた取組が必要であることから、石川県後期高齢者広域連合との連携した取り組みを行う。

また、平成30年度から市町村国保の財政責任の運営主体である石川県、石川県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)及び国保連合会が設置する保健事業支援・評価委員会等に助言・支援を受けて計画を策定し、実施、評価を行う。

(3) 被保険者の役割

計画は被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に理解を深め、自らの健康状態を自覚し、主体的、積極的に取り組むことが重要である。このため、公募委員による国保運営協議会への参加等により、被保険者の参画を得る。

【図表4】



【図表5】

国保事務・保健事業の実施体制と主な事業の分担

業 務		保険年金課	健康政策課	福祉健康センター総務課
国保事務	レセプト点検・支払い 保険料請求 等	○		
特定健診	受診券発行		○	
	未受診者通知	○		
	未受診者電話勧奨等	○		
保健指導	健診結果整理、台帳管理		○	○
	特定保健指導			○
	重症化予防			○
健康教育・健康相談			○	○
医療費適正化	ジェネリック差額通知 重複服薬等通知 等	○		

	H28	R02	R03	R04	R05
保健師総数	58	64	73	76	78
保健部門勤務	50	59	68	71	73
保健指導従事者	41	44	48	49	51

5 保険者努力支援制度

保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施されている(図表6)。

交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として市民の保険料軽減、国保財政の安定化に寄与することから、保険者努力支援制度の評価指標を視野に入れた取り組みを進める必要がある。

【図表6】

保険者努力支援制度(市町村分)			H30年度		R3年度		R4年度		R5年度	
評価指標			配点	得点	配点	得点	配点	得点	配点	得点
共通の指標	(1)	特定健診受診率	50	0	70	10	70	10	70	10
		特定保健指導実施率	50	0	70	20	70	20	70	20
		メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率	50	0	50	0	50	0	50	0
	(2)	がん検診受診率	30	0	40	20	40	10	40	10
		歯周疾患(病)検診の実施	25	25	30	15	30	15	35	15
	(3)	重症化予防の取組	100	100	120	120	120	120	100	95
	(4)	個人へのインセンティブ提供	70	70	90	60	90	35	45	35
		個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	10	20	15	20	20
	(5)	重複服薬者に対する取組	35	35	50	50	50	50	50	50
	(6)	後発医薬品の促進の取組	35	20	130	5	130	10	130	40
後発医薬品の使用割合		40	15							
固有の指標	(1)	収納率向上	100	45	100	40	100	45	100	60
	(2)	テークアウェイ計画の取組	40	40	40	40	30	30	25	25
	(3)	医療費通知の取組	25	25	25	0	20	20	15	15
	(4)	地域包括ケア推進・一体的実施	25	13	30	5	30	7	40	7
	(5)	第三者求償の取組	40	20	40	28	50	45	50	50
	(6)	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	30	95	73	100	73	100	87
体制構築加点			60	60	-	-	-	-	-	-
合計点			850	523	1000	496	1000	505	940	539

第2章 現状の整理

1 保険者の特性

市の人口は449,073人で、減少傾向にある。令和4年度の65歳以上の人口割合は27.0%と年々高齢化が進んでいる。

国保の加入率は17.6%と、団塊の世代の後期高齢者医療保険への異動などにより、減少し2割を切る状況となった。国保加入者における65歳以上の割合は44.4%を超え、同規模の他市、全国と比較しても高い値となっている。

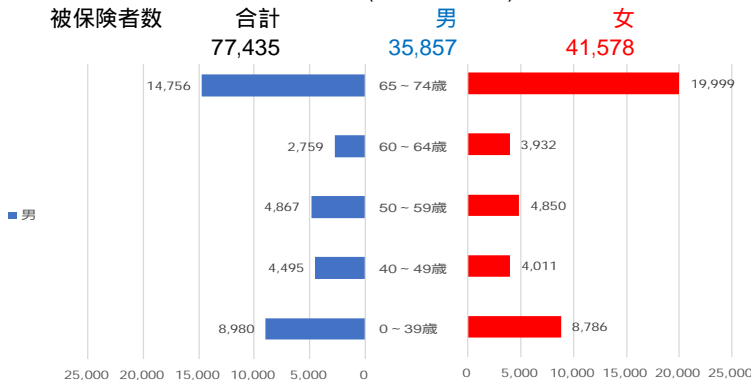
金沢市の基礎情報

【図表7】

項目		金沢市				同規模平均	県	国
		H28		R4		R4	R4	R4
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
人口構成	総人口	450,756		449,073		370,027	1,112,139	123,214,261
	65歳以上	96,014	21.3	121,222	27.0	26.4	30.0	28.7
	75歳以上	47,655	10.6	61,301	13.7	13.7	15.3	14.8
	65～74歳	48,359	10.7	59,921	13.3	12.7	14.7	13.9
	40～64歳	149,715	33.2	151,005	33.6	34.2	33.0	33.7
	39歳以下	205,027	45.5	176,846	39.4	39.3	37.0	37.6
	死亡(人口千対)	3,877	8.6	4,491	10.0	10.2	11.4	11.1
	出生(人口千対)	4,057	9.0	3,413	7.6	7.3	6.9	6.8
産業構成	第1次産業	1.5		1.4		1.8	3.1	4.0
	第2次産業	22.0		22.1		21.5	28.5	25.0
	第3次産業	76.5		76.5		76.8	68.3	71.0
国保の状況	被保険者数	96,688		78,942		71,813	202,031	27,488,882
	65～74歳	42,059	43.5	35,081	44.4	40.1	48.9	40.5
	40～64歳	30,167	31.2	25,240	32.0	33.2	30.8	33.1
	39歳以下	24,462	25.3	18,621	23.6	26.7	20.3	26.5
	加入率	21.5		17.6		19.4	18.2	22.3
	平均年齢	52.6		53.7		52.0	55.5	51.9
医療の概況(人口千対)	病院数	44	0.5	44	0.6	0.3	0.5	0.3
	診療所数	406	4.2	412	5.2	4.9	4.3	3.7
	病床数	9,757	100.9	9,265	117.4	64.5	83.1	54.8
	医師数	1,820	18.8	1,928	24.4	17.9	17.3	12.4
	外来患者数	690.3		712.5		704.0	706.8	687.8
	入院患者数	25.8		24.6		17.7	24.4	17.7

資料 KDB「地域の全体像の把握」、「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
同規模...人口規模に近い市町村

参考 性・年齢階級別被保険者数(R5.3月末時点) 【図表8】



人口に対する加入者割合(R4) 【図表9】

年齢区分	加入率
65-74歳	58.5%
40-64歳	16.7%
39歳以下	10.5%

資料 図表7人口構成及び国保の状況を基に算出

資料 国民健康保険毎月事業状況報告書(事業月報) A表

2 第2期計画の取組状況及び評価

(1) 保健事業の実施状況

これまでの主な取り組みは図表10のとおり。特定健康診査の結果から生活習慣病の発症予防、重症化予防対象者を抽出し、糖尿病重症化予防に重点を置き、優先順位をつけて保健指導を実施。第2期計画では、主目的である、虚血性心疾患や脳血管疾患等による死亡率、糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少を目指すため、3疾患共通のリスクへの対策を優先課題とし、保健指導を実施。また医療機関受診の際の連絡票の活用や、糖尿病地域連携連絡会の開催など、医療機関と連携して取り組んだ。

これまでの主な取り組み

【図表10】

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法・状況	実績(R4)
健康診査	特定健診	すこやか検診（個別検診） 自己負担1,000円	40～74歳	市内等の医療機関 216機関	受診率 38.5%
		集団検診 自己負担800円		市内各地で48開設	
	若年者健康診査	18～39歳の職場等で健診を受ける機会のない方を対象に、健康診査を集団検診の枠組みの中で実施	18～39歳	市内各地で48日間	受診者数 1,353人
	脳ドック受診助成	満40歳以上国民健康保険被保険者の希望者に脳疾患予防検診の助成を実施	満40歳以上の希望者	市内の医療機関 12機関	受診者数 241人
未受診者対策	未受診者へのはがきの送付	AIを活用し、特性に応じた勧奨資材等を用いて効果的かつ効率的に受診勧奨を実施	特定健診未受診者	ハガキを郵送	発送件数 60,000件
	未受診者への個別受診勧奨	特定健診未受診者に対して、国保連合会からの派遣職員が電話勧奨を実施	特定健診未受診者	電話	実施件数 1,720件
	かかりつけ医からのデータ受領	特定健診未受診者のうち医療機関受診者を抽出し、市内医療機関に協力依頼	特定健診未受診者	対象者・医療機関への協力依頼	受領件数 213件
	事業主健診データ受領	特定健診未受診者のうち事業主健診受診者を対象に、実施機関からデータ受領を実施	特定健診未受診者	国保連合会へ委託	受領件数 48件
保健指導	特定保健指導	特定健診の結果、動機付け支援、積極的支援対象となった方を対象に保健指導を実施	動機づけ支援、積極的支援対象者	訪問、面接、電話	実施率 21.7%
	生活習慣病重症化予防事業の保健指導	生活習慣病重症化予防対象者に対して、保健指導を実施	特定健診の結果、生活習慣病の重症化リスクが高い対象者	訪問、電話等	実施者数 1,277人 (再掲：糖907人)
	生活習慣病予防相談	生活習慣病予防や健康の保持増進を図れるよう、健診結果に基づいて支援	希望者	週1回開催	利用者数 2,064人
医療連携	糖尿病地域連携連絡会	糖尿病の重症化予防を図るため、地域の医療機関と連絡会を開催し、医師会との協力のもと、連携体制を構築	-	年3回開催	-
その他	医療費通知	被保険者に年4回送付	医療機関受診者	郵送	送付件数 183,675件
	ジェネリック医薬品（後発医薬品）差額通知	医療費適正化及びジェネリック医薬品利用促進を目的に年3回送付（一定額以上の該当者）	医療機関受診者	郵送	送付件数 17,286件
	わたしの健康ポイント事業	歩数に応じたポイントに加え、健康教室に参加することでボーナスポイントを付与。ポイントが貯まったら、協力店舗で各種サービスが受け取ることができるクーポンを交付	希望者	金沢健康プラザ 大手町 等	わたしの健康ポイント手帳配布 2,780冊
	健康情報等の提供	健康維持や疾病予防に効果のある情報提供として、パンフレットの設置やパネルの展示など	全員	窓口配布、郵送等	-

(2) 第2期計画の目標達成状況

第2期計画に掲げた数値目標の達成状況は、図表11のとおりである。

特定健診受診率・特定保健指導実施率については最終目標値を現時点で達成しておらず、受診率・実施率向上のための取り組みを検討する必要がある。

また、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合や高血圧者・糖尿病有病者の割合が増加しており、取り組みの強化が重要である。

第2期計画の目標指標・目標値

【図表11】

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			最終目標 R5	データの出典		
			策定時 H28	中間評価 R元	直近 R4				
特定健診等	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率 60%以上	37.9%	40.6%	38.5%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
		特定保健指導実施率 60%以上	30.0%	32.8%	21.7%	60.0%			
		特定保健指導対象者の減少率 25%	20.1%	20.2%	18.6%	25.0%			
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 3.0%	4.7%	3.8%	4.0%	3.0%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 3.0%	4.5%	3.5%	3.1%	3.0%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	64	81	55	減少	金沢市福祉健康センター総務課		
	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少 25%	29.3%	31.4%	32.8%	25.0%	金沢市福祉健康センター総務課	
			健診受診者のうち高血圧者の占める割合の減少	140/90以上 20.0%	21.7%	21.0%	23.1%		20.0%
				160/100以上かつ未治療 2.0%	2.1%	2.3%	2.9%		2.0%
			健診受診者のうち脂質異常者の占める割合の減少	LDL160以上 7.7%	8.8%	9.9%	8.0%		7.7%
				LDL180以上かつ未治療 2.5%	2.6%	2.8%	2.2%		2.5%
			健診受診者のうち糖尿病有病者の割合減少	HbA1c6.5以上 7.2%	8.4%	9.5%	10.4%		7.2%
				HbA1c8以上かつ未治療 0.2%	0.3%	0.3%	0.4%		0.2%
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 10.5%	19.3%	9.6%	10.5%	10.5%	県民健康・栄養調査(金沢市分)		
		糖尿病の保健指導を実施した割合 80.0%以上	63.1%	78.3%	73.0%	80.0%			
		がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	42.7%	-	51.4%	50.0%			
		肺がん検診 60%以上	53.4%	-	61.2%	60.0%			
		大腸がん検診 50%以上	45.8%	-	46.3%	50.0%			
歯科健診	歯科健診(歯周病健診含む)の受診率 65.0%以上	子宮頸がん検診 50%以上	40.4%	-	49.7%	50.0%			
		乳がん検診 50%以上	43.2%	-	60.2%	50.0%			
		5つのがん検診の平均受診率 52%以上	45.1%	-	53.8%	52.0%			
後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取り組みを行う実施者数の増加:新規実施者数の累積 1 平成29年度より事業開始 2 令和4年度より新規実施者数の集計を廃止 3 実績値は策定時数値は平成29年度、直近数値は令和3年度を記載	49.3%(20歳以上) 48.9%(18歳以上)	52.5%	-	49.3%(20歳以上) 48.9%(18歳以上)	65.0%	金沢市健康政策課		
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	2,100人(H29)	3,281人	3,470人(R3)	増加			
		後発医薬品の使用割合 83.0%以上	70.5%	80.4%	82.7%	83.0%		厚生労働省公表結果	

第3章 健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出

1 健康・医療情報の分析

(1) 平均寿命、死亡の状況

市全体として、平均寿命、平均自立期間ともに延伸し、県とほぼ同様である。また、同規模、国と比べ平均寿命、平均自立期間はともに長くなっている。

死因は、がんによる死亡割合が、国、県、同規模と比べてやや高い。また、糖尿病、がん、腎不全による死因割合が6年前と比べて高くなっている。

また、男女別の年齢調整死亡率(5年移動平均により石川県を100とした標準化死亡比)では、男性の急性心筋梗塞・その他虚血性心疾患の死亡率は高い状態が続いている。

平均寿命と死亡割合

【図表 12】

項目		金沢市				同規模平均	県	国	
		H28		R4		R4	R4	R4	
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合	
平均寿命	男性	80.2		81.2		80.9	81.1	80.8	
	女性	87.2		87.4		87.1	87.3	87.0	
平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.0		80.5		80.1	80.3	80.1	
	女性	83.6		84.9		84.4	84.9	84.4	
死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	93.9		96.4		99.3	98.6	100
		女性	90.5		96.7		99.4	98.2	100
	死因	がん	1,237	48.5	1,310	52.3	51.2	51.5	50.6
		心臓病	692	27.1	666	26.6	27.3	26.9	27.5
		脳疾患	451	17.7	344	13.7	13.3	14.4	13.8
		糖尿病	36	1.4	44	1.8	1.9	1.8	1.9
		腎不全	74	2.9	81	3.2	3.5	3.1	3.6
自殺	61	2.4	59	2.4	2.8	2.4	2.7		

資料 KDB 「地域の全体像の把握」

標準化死亡比

【図表 13】

		総死亡数						悪性新生物						心疾患							
		男			女			男			女			男			女				
		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限			
金沢市	H25-H29	98.2	96.3	100.1	99.5	97.7	101.4	98.4	95.3	101.7	102.3	98.5	106.2	99.0	94.0	104.2	100.4	95.9	105.0		
	H26-H30	98.4	96.6	100.3	98.3	96.4	100.1	98.9	95.7	102.2	101.3	97.6	105.2	99.9	94.9	105.1	97.5	93.2	102.0		
	H27-R1	98.4	96.5	100.2	98.8	96.9	100.6	98.6	95.5	101.9	102.3	98.5	106.1	98.5	93.6	103.6	96.3	92.0	100.7		
	H28-R2	97.8	96.0	99.6	98.1	96.3	100.0	97.7	94.6	101.0	101.3	97.6	105.1	98.4	93.6	103.4	95.8	91.5	100.2		
金沢市	急性心筋梗塞、その他虚血性心疾患						脳血管疾患														
	男			女			男			女			男			女					
	標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限		標準化死亡比	95%信頼区間 下限 上限	
	H25-H29	109.0	100.7	118.0	104.1	95.4	113.6	103.5	97.2	110.2	103.2	97.4	109.3								
	H26-H30	111.9	103.5	121.0	102.0	93.4	111.5	104.5	98.1	111.3	103.7	97.8	109.9								
H27-R1	110.6	102.2	119.6	100.5	91.8	110.0	101.4	95.1	108.1	102.4	96.4	108.7									
H28-R2	111.6	103.1	120.6	101.8	92.8	111.5	98.0	91.8	104.6	100.3	94.3	106.6									

資料 人口動態 5歳階級別死亡者数を基に石川県国民健康保険団体連合会で算出。石川県全体を100とした場合の指標。

(2) 介護の状況

第1号被保険者において、介護認定率は国、県、同規模と同等だが、平成28年度に比べ令和4年度は低くなっており、要支援1・2の認定者の一部が事業対象者に移行していることが背景に考えられる。一人当たり介護費給付費は減少しており、国、県、同規模とほぼ同等。1件当たりの給付費が高く、特に居宅サービスが高くなっており国、同規模と比べても高い。

軽度認定者の疾病保有割合は、心不全が最も多く次いで脳血管疾患が多い。重度認定者では、認知症が最も多く次いで心不全が多い。年齢階級別にみると74歳までは脳血管疾患が最も多く次いで心不全が多くなっている。75歳以上は軽度認定者では、心不全が最も多く、次いで脳血管疾患が多い。重度認定者では認知症が最も多く、次いで心不全が多い。

介護保険認定者数、介護給付費、医療費等の状況

【図表14】

項目	金沢市				同規模平均	県	国		
	H28		R4		R4	R4	R4		
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合		
介護保険	1号認定者数(認定率)		22,893	23.7	24,041	19.8	20.5	18.3	19.4
	介護度別 総件数	新規認定者	338	0.3	335	0.3	0.3	0.3	0.3
		要支援1.2	149,993	26.7	82,837	14.1	12.2	14.3	12.9
		要介護1.2	231,724	41.2	290,677	49.5	45.5	48.5	46.3
		要介護3以上	180,213	32.1	214,088	36.4	42.2	37.2	40.8
2号認定者		472	0.32	425	0.28	0.39	0.27	0.38	
介護給付費	1人当たり給付費		341,925		297,917		301,091	298,719	290,668
	総給付費		32,829,629,088		36,114,115,566			99,670,511,379	10,074,274,226,869
	1件当たり給付費(全体)		58,423		61,460		55,521	69,621	59,662
		居宅サービス	40,713		44,029		41,018	45,482	41,272
		施設サービス	274,432		288,579		300,596	290,453	296,364
医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	87,910		97,260		85,430	99,050	86,100
		認定なし	44,040		44,570		39,180	45,510	40,200

資料 KDB 「地域の全体像の把握」

令和4年度介護認定者の疾病保有割合（年齢階級、介護度別）

【図表 15】

年齢	県・市	被保険者数 a		介護認定者 b															
				軽度認定者(要支援1・2、要介護1・2) c														認知症 k'	
				脳血管疾患 f'		心不全 g'		虚血性心疾患 h'		腎不全 i'		骨折 j'							
				人	f'/c(%)	人	g'/c(%)	人	h'/c(%)	人	i'/c(%)	人	k'/c(%)						
人	b/a(%)	人	c/a(%)	人	f/c(%)	人	g/c(%)	人	h/c(%)	人	i/c(%)	人	k/c(%)	人	k'/c(%)				
40-64	金沢市	28,940	272	0.9	168	0.6	100	59.5	47	28.0	25	14.9	30	17.9	26	15.5	19	11.3	
	県	71,054	633	0.9	391	0.6	223	57.0	109	27.9	69	17.6	94	24.0	63	16.1	36	9.2	
65-74	金沢市	42,325	1,751	4.1	1,221	2.9	432	35.4	366	30.0	235	19.2	204	16.7	248	20.3	198	16.2	
	県	121,406	3,962	3.3	2,680	2.2	989	36.9	802	29.9	534	19.9	491	18.3	513	19.1	556	20.7	
75-	金沢市	69,544	24,674	35.5	15,398	22.1	5,350	34.7	7,230	47.0	4,846	31.5	2,996	19.5	4,334	28.1	4,462	29.0	
	県	194,539	63,791	32.8	37,960	19.5	12,780	33.7	18,842	49.6	11,952	31.5	7,707	20.3	10,459	27.6	12,818	33.8	
合計	金沢市	140,809	26,697	19.0	16,787	11.9	5,882	35.0	7,643	45.5	5,106	30.4	3,230	19.2	4,608	27.4	4,679	27.9	
	県	386,999	68,386	17.7	41,031	10.6	13,992	34.1	19,753	48.1	12,555	30.6	8,292	20.2	11,035	26.9	13,410	32.7	

年齢	県・市	被保険者数 a		介護認定者 b													
				重度認定者(要介護3・4・5) d												認知症 k'	
				脳血管疾患 f'		心不全 g'		虚血性心疾患 h'		腎不全 i'		骨折 j'					
				人	f'/d(%)	人	g'/d(%)	人	h'/d(%)	人	i'/d(%)	人	k'/d(%)				
人	d/a(%)	人	f/d(%)	人	g/d(%)	人	h/d(%)	人	i/d(%)	人	k/d(%)	人	k'/d(%)				
40-64	金沢市	28,940	104	0.4	54	51.9	28	26.9	7	6.7	12	11.5	13	12.5	11	10.6	
	県	71,054	242	0.3	125	51.7	64	26.4	24	9.9	37	15.3	32	13.2	37	15.3	
65-74	金沢市	42,336	530	1.3	241	45.5	200	37.7	103	19.4	122	23.0	86	16.2	173	32.6	
	県	121,406	1,282	1.1	575	44.9	469	36.6	215	16.8	269	21.0	198	15.4	449	35.0	
75-	金沢市	69,544	9,276	13.3	4,029	43.4	5,048	54.4	2,479	26.7	2,157	23.3	2,374	25.6	5,354	57.7	
	県	194,539	25,831	13.3	10,796	41.8	14,358	55.6	6,764	26.2	6,047	23.4	6,305	24.4	14,405	55.8	
合計	金沢市	140,820	9,910	7.0	4,324	43.6	5,276	53.2	2,589	26.1	2,291	23.1	2,473	25.0	5,538	55.9	
	県	386,999	27,355	7.1	11,496	42.0	14,891	54.4	7,003	25.6	6,353	23.2	6,535	23.9	14,891	54.4	

資料 DHP 「高齢者コックピット」

(3) 医療の状況

医療費の変化

総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増加している。一人当たり医療費については、県を若干下回ってはいるが、国、同規模平均を上回っている状態が続いている。

また、外来の費用・件数の割合が増加しているが、入院費用は、県や全国と地域差指数で比較した際には、他地域より高い状況が続いている。入院は外来と比較すると、一件当たりの費用が高いため、継続して重症化予防に努める必要がある。

後期高齢者の一人当たりの医療費は、平成28年度に比べ減少しているが、国・県と比べても高い状態が続いている。特に入院医療費が他地域に比べ高い状態である。

総医療費及び一人当たり医療費

【図表 16】

	総医療費	一人当たり医療費			
		金沢市	同規模	県	国
H28	347億2,384万円	29,154円	24,719円	29,225円	24,245円
R4	314億8,671万円	32,411円	28,428円	32,632円	27,570円

資料 KDB 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」、「地域全体像の把握」
KDBでの一人当たり医療費は月額での表記となる。

外来及び入院の費用・件数の割合

【図表 17】

	外来		入院		
	費用の割合	件数の割合	費用の割合	件数の割合	1件あたり在院日数
H28	54.2%	96.4%	45.8%	3.6%	17.3日
R4	55.8%	96.7%	44.2%	3.3%	17.6日

資料 KDB 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」、「地域全体像の把握」

1人当たり実績医療費及び地域差指数の推移（入院・入院外別／国保・後期）

【図表 18】

市町	年度	国保医療費								
		計			入院			外来		
		一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位
金沢市	H28	393,131	1.11	2	174,863	1.29	4	195,478	1.02	4
	R03	428,999	1.09	3	183,672	1.22	4	199,081	1.02	6
県	H28	394,704	1.08		174,530	1.25		198,155	1.00	
	R03	431,136	1.12		190,830	1.26		216,863	1.04	
国	H28	346,503	1.00		133,409	1.00		188,311	1.00	
	R03	386,610	1.00		151,415	1.00		208,247	1.00	

市町	年度	後期高齢者医療費								
		計			入院			外来		
		一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位
金沢市	H28	1,063,980	1.14	1	617,840	1.32	1	420,033	0.98	7
	R03	1,016,564	1.10	2	581,075	1.24	1	408,111	0.97	6
県	H28	973,030	1.04		542,837	1.15		407,342	0.94	
	R03	948,710	1.03		529,305	1.13		395,079	0.94	
国	H28	918,825	1.00		458,426	1.00		427,008	1.00	
	R03	922,373	1.00		466,848	1.00		419,170	1.00	

資料 厚生労働省 「医療費の地域差分析」

1人当たり医療費(年間)は実績、地域差指数は全国を1として年齢調整
厚生労働省HP「医療費の地域差分析」の公開内容を基に作成

長期目標疾患及び短期目標疾患の医療費

第2期計画では糖尿病、高血圧、脂質異常症を短期目標疾患、慢性腎不全、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞を中長期目標疾患としており、短期目標疾患では、糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合が全てにおいて国、県と比べて低い。中長期目標疾患では慢性腎不全の割合が県に比べ高く、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞の割合が国に比べ高い。

中長期目標疾患及び短期目標疾患が医療費に占める割合

【図表 19】

	年度平均被保険者数(人)	総医療費(百万円)	総医療費(円)	一人あたり医療費				中長期目標疾患								
				金額(円)	H28比		順位	腎				脳		心		
					伸率	同規模		県内	慢性腎不全(透析有)		慢性腎不全(透析無)		脳梗塞・脳出血		狭心症・心筋梗塞	
				円	%	位	位	円	%	円	%	円	%	円	%	
金沢市	H28	99,253	34,847	348.47億	351,089		9位	12位	15,022	4.28%	1,014	0.29%	9,356	2.66%	9,098	2.59%
	R4	80,956	31,487	314.87億	388,936	1.11	11位	13位	15,632	4.02%	773	0.20%	8,233	2.12%	6,282	1.62%
県	H28	258,920	91,128	911.28億	351,954				15,199	4.32%	1,087	0.31%	8,120	2.31%	9,602	2.73%
	R4	208,641	81,700	817.00億	391,581	1.11			15,182	3.88%	925	0.24%	8,103	2.07%	6,656	1.70%
国	H28	33,299,003	9,731,974	97319.74億	292,260				15,813	5.41%	916	0.31%	6,479	2.22%	5,933	2.03%
	R4	28,222,953	9,337,411	93374.11億	330,845	1.13			14,101	4.26%	962	0.29%	6,700	2.03%	4,804	1.45%

市町		短期目標疾患						(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物		精神疾患		筋・骨疾患	
		糖尿病		高血圧		脂質異常症		円	%	円	%	円	%	円	%
		円	%	円	%	円	%								
金沢市	H28	17,969	5.12%	13,065	3.72%	8,602	2.45%	74,126	21.1%	52,712	15.0%	42,861	12.2%	29,723	8.5%
	R4	19,138	4.92%	9,543	2.45%	7,203	1.85%	66,803	17.2%	65,569	16.9%	37,768	9.7%	34,450	8.9%
県	H28	19,050	5.41%	14,990	4.26%	9,780	2.78%	77,827	22.1%	55,052	15.6%	39,432	11.2%	29,821	8.5%
	R4	20,730	5.29%	10,703	2.73%	7,627	2.19%	69,925	17.9%	70,397	18.0%	35,320	9.0%	33,167	8.5%
国	H28	15,721	5.38%	13,832	4.73%	8,573	2.93%	67,267	23.0%	41,344	14.1%	27,299	9.3%	24,598	8.4%
	R4	17,888	5.41%	10,132	3.06%	6,960	2.10%	63,135	19.5%	54,046	16.7%	25,156	7.8%	28,474	8.8%

資料 KDB 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

高額となる医療費(中長期目標疾患のうち)

月200万円以上の高額となる医療費は虚血性心疾患が最も多く、次いで大動脈瘤および解離、脳梗塞が多かった。

高額の中で最も人数が多かった虚血性心疾患事例では、基礎疾患に糖尿病がある者が約7割と一番多かった。また、糖尿病と高LDL、高血圧などのリスクを併せ持つ傾向にある。

月200万円以上高額レセプト R4年度

【図表 20】

疾病名	レセ件数	人数	費用額(万)	費用額/件(万円)	費用額/人(万円)	高額レセプト全体
						中の割合
虚血性心疾患	40	40	13,959	349	349	44%
大動脈瘤および解離	18	18	7,726	429	429	20%
脳梗塞	13	12	3,493	269	291	14%
脳出血	10	10	2,649	265	265	11%
くも膜下出血	9	8	3,094	344	387	10%

資料 DHP 「高額医療者集計リスト」

高額のうち虚血性心疾患の40事例の

基礎疾患状況(重複あり)

【図表 21】

基礎疾患			
糖尿病	高血圧	高LDL	高尿酸
29人	25人	25人	3人
73%	63%	63%	8%

資料 DHP 「高額医療費集計リスト」

長期に高額となる疾患 新規人工透析者の推移

データヘルス計画では、長期に高額な医療を必要とする新規人工透析導入の減少を目標としている。本市では、国民健康保険の被保険者における透析導入者の割合は横ばいであり、国・県と同程度である。新規透析導入者数は、平成28年度に比べ減少し、割合は国・県と同程度であった。新規透析導入者のうち、基礎疾患に糖尿病がある者は6～7割と高く、糖尿病の重症化予防が重要となる。

人工透析患者数及び新規人工透析導入患者数、糖尿病性腎症の割合 **【図表 22】**

保険者	制度	H28						R04						6年平均(H29-R4)								
		被保険者数			人工透析導入者数			被保険者数			人工透析導入者数			被保険者数			人工透析導入者数					
		人数	割合	糖尿病患者数	人数	割合	糖尿病患者数	人数	割合	糖尿病患者数	人数	割合	糖尿病患者数	人数	割合	糖尿病患者数						
																	人数	割合	糖尿病患者数			
全国	国保	29,794,893	119,622	4.0%	12,647	0.4%	8,449	67%	24,660,500	113,271	4.6%	10,225	0.4%	6,691	65%	27,273,349	116,582	4.3%	11,722	0.4%	7,791	66%
	後期	16,890,252	181,898	10.8%	17,727	1.0%	9,949	56%	19,252,695	205,747	10.7%	18,868	1.0%	10,945	58%	18,039,009	195,703	10.8%	19,033	1.1%	10,899	57%
石川県	国保	251,804	968	3.8%	114	0.5%	78	68%	199,722	890	4.5%	70	0.4%	46	66%	223,655	926	4.2%	96	0.4%	69	72%
	後期	161,546	1,632	10.1%	145	0.9%	92	63%	185,945	1,726	9.3%	117	0.6%	70	60%	172,319	1,710	9.9%	150	0.9%	98	65%
金沢市	国保	96,688	380	3.9%	43	0.4%	30	70%	78,942	337	4.3%	25	0.3%	17	68%	87,088	358	4.1%	37	0.4%	26	71%
	後期	55,395	560	10.1%	63	1.1%	37	59%	66,398	623	9.4%	49	0.7%	27	55%	60,437	601	10.0%	58	1.0%	36	61%

資料 国民健康保険中央会調べ（毎年度4月～3月診療分）新規透析導入加算等から石川県国民健康保険団体連合会が集計
%...1000分の1を1とする単位

中長期的な目標疾患の推移

中長期的目標とする対象疾患の患者数及びその割合は減少傾向にある。虚血性心疾患及び脳血管疾患については、人数及び割合が平成28年度に比べ、減少している。一方で、人工透析の患者数は全体として若干減少しているが、65歳以上では若干増加している。

対象疾患が被保険者に占める割合 **【図表 23】**

厚労省様式 様式3-5	中長期的な目標										短期的な目標					
	虚血性心疾患										高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	全体	101,343	5,020	5.0%	1,329	26.5%	147	2.9%	3,918	78.0%	2,960	59.0%	3,388	67.5%		
	64歳以下	70,300	986	1.7%	203	24.1%	64	6.5%	696	70.6%	563	57.1%	637	64.6%		
	65歳以上	38,912	4,034	9.3%	1,126	29.4%	83	2.1%	3,222	79.9%	2,397	59.4%	2,751	68.2%		
R4	全体	82,710	3,617	4.4%	771	21.3%	123	3.4%	2,854	78.9%	2,204	60.9%	2,645	73.1%		
	64歳以下	44,559	656	1.5%	94	14.3%	56	8.5%	476	72.6%	370	56.4%	432	65.9%		
	65歳以上	38,151	2,961	7.8%	677	22.9%	67	2.3%	2,378	80.3%	1,834	61.9%	2,213	74.7%		

厚労省様式 様式3-6	中長期的な目標										短期的な目標					
	脳血管疾患										高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	全体	101,343	4,671	4.6%	1,329	28.5%	91	1.9%	3,583	76.7%	2,304	49.3%	2,757	57.5%		
	64歳以下	70,300	844	1.5%	203	24.1%	40	4.7%	600	71.1%	385	45.6%	452	53.4%		
	65歳以上	38,912	3,827	8.8%	1,126	29.4%	51	1.3%	2,983	77.9%	1,919	50.1%	2,305	58.8%		
R4	全体	82,710	3,261	3.9%	771	23.6%	74	2.3%	2,527	77.5%	1,635	50.1%	2,040	62.6%		
	64歳以下	44,559	576	1.3%	94	16.3%	34	5.9%	430	74.7%	242	42.0%	304	52.8%		
	65歳以上	38,151	2,685	7.0%	677	25.2%	40	1.5%	2,097	78.1%	1,393	51.9%	1,736	64.7%		

厚労省様式 様式3-7	中長期的な目標										短期的な目標					
	人工透析										高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	全体	101,343	283	0.3%	91	32.2%	147	51.9%	270	95.4%	151	53.4%	110	38.9%		
	64歳以下	70,300	153	0.3%	40	26.1%	64	41.8%	142	92.8%	69	45.1%	50	32.7%		
	65歳以上	38,912	130	0.4%	51	39.2%	83	63.8%	128	98.5%	82	63.1%	60	46.2%		
R4	全体	82,710	281	0.3%	74	26.3%	123	43.8%	264	94.0%	159	56.6%	145	51.6%		
	64歳以下	44,559	145	0.3%	34	23.4%	56	38.6%	140	96.6%	78	53.8%	65	44.8%		
	65歳以上	38,151	136	0.4%	40	29.4%	67	49.3%	124	91.2%	81	59.6%	80	58.8%		

資料 KDB 「厚生労働省様式(3-5、3-6、3-7)」

(4) 健診の状況

特定健診・特定保健指導実施状況(法定報告)

健診受診率は、令和元年度に40.6%まで上昇。新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度は低下したものの上昇傾向にあり、平成28年度に比べ令和4年度は上昇している。年代別で受診率を見ると、年代が上がるごとに受診率は高くなっているが、70代でも約50%と目標の60%に届かず、40～50代の受診率は約20～30%と低い値になっている。健診未受診者の医療費は受診者の医療費に比べて高額になっていることから、引き続き受診率の向上に努める必要がある。

また、特定保健指導実施率は平成30年度までは徐々に上昇したが、新型コロナウイルス感染症の影響があり、令和元年度以降低下している。

特定健診受診率及び特定保健指導実施率 【図表24】

	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	県(R4)
受診率	37.9%	39.3%	39.6%	40.6%	35.4%	38.5%	38.5%	42.9%
実施率	30.0%	33.7%	35.7%	32.8%	20.5%	21.1%	21.7%	47.9%

資料 各年度法定報告

性・年齢階級別受診率 【図表25】

		合計			40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
総数	H28	67,396	25,532	37.9%	4,887	909	18.6%	4,879	1,001	20.5%	4,119	891	21.6%	4,830	1,344	27.8%	8,408	2,969	35.3%	20,923	8,983	42.9%	19,350	9,435	48.8%
	R04	55,187	21,232	38.5%	3,245	627	19.3%	4,291	942	22.0%	4,638	1,124	24.2%	4,179	1,137	27.2%	5,972	2,072	34.7%	11,722	5,172	44.1%	21,140	10,158	48.1%
男性	H28	30,549	9,932	32.5%	2,613	374	14.3%	2,566	430	16.8%	2,075	338	16.3%	2,213	505	22.8%	3,408	939	27.6%	9,007	3,426	38.0%	8,667	3,920	45.2%
	R04	24,862	8,212	33.0%	1,738	255	14.7%	2,293	430	18.8%	2,399	472	19.7%	2,058	479	23.3%	2,459	724	29.4%	4,818	1,827	37.9%	9,097	4,025	44.2%
女性	H28	36,847	15,600	42.3%	2,274	535	23.5%	2,313	571	24.7%	2,044	553	27.1%	2,617	839	32.1%	5,000	2,030	40.6%	11,916	5,557	46.6%	10,683	5,515	51.6%
	R04	30,325	13,020	42.9%	1,507	372	24.7%	1,998	512	25.6%	2,239	652	29.1%	2,121	658	31.0%	3,513	1,348	38.4%	6,904	3,345	48.5%	12,043	6,133	50.9%

資料 各年度法定報告

健診有無別一人当たり医療費(令和4年度) 【図表26】

		金沢市	同規模	県	国
健診対象者一人当たり	健診受診者	3,152円	2,000円	3,228円	2,031円
	健診未受診者	15,635円	13,838円	14,444円	13,295円
生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	9,161円	5,971円	9,513円	6,142円
	健診未受診者	45,434円	41,315円	42,566円	40,210円

資料 KDB 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

特定保健指導の実施状況 【図表27】

	H28						R4					
	健診受診者		保健指導対象者		保健指導終了者		健診受診者		保健指導対象者		保健指導終了者	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
金沢市	25,532	10.3	2,642	10.3	792	30.0	21,232	10.4	2,217	10.4	481	21.7

資料 各年度法定報告

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が平成 28 年度に比べ、増加傾向にある。男性では腹囲 85cm 以上の割合が約 6 割を占めている。また、男女ともにリスクを合わせ持つ割合も高くなっており、特に高血糖・高血圧・脂質異常症の 3 つが重なっている者の増加がみられる。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

【図表 28】

性別	年齢	腹囲のみ		予備群						該当者											
		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て							
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	524	5.3%	1,802	18.1%	115	1.2%	1,197	12.0%	490	4.9%	3,083	30.9%	412	4.1%	185	1.9%	1,589	15.9%	897	9.0%
	40-64	224	8.6%	531	20.5%	35	1.4%	271	10.5%	225	8.7%	700	27.0%	79	3.0%	47	1.8%	398	15.4%	176	6.8%
	65-74	300	4.1%	1,271	17.2%	80	1.1%	926	12.5%	265	3.6%	2,383	32.3%	333	4.5%	138	1.9%	1,191	16.1%	721	9.8%
R4	合計	423	5.1%	1,543	18.8%	85	1.0%	985	12.0%	473	5.8%	2,959	36.0%	366	4.5%	184	2.2%	1,400	17.0%	1,009	12.3%
	40-64	203	8.6%	481	20.3%	17	0.7%	246	10.4%	218	9.2%	676	28.5%	70	2.9%	55	2.3%	339	14.3%	212	8.9%
	65-74	220	3.8%	1,062	18.2%	68	1.2%	739	12.6%	255	4.4%	2,283	39.0%	296	5.1%	129	2.2%	1,061	18.1%	797	13.6%
女性	合計	324	2.1%	928	5.9%	42	0.3%	598	3.8%	288	1.8%	1,683	10.8%	154	1.0%	103	0.7%	977	6.3%	449	2.9%
	40-64	141	3.1%	239	5.3%	16	0.4%	143	3.1%	80	1.8%	331	7.3%	30	0.7%	23	0.5%	192	4.2%	86	1.9%
	65-74	183	1.7%	689	6.2%	26	0.2%	455	4.1%	208	1.9%	1,352	12.2%	124	1.1%	80	0.7%	785	7.1%	363	3.3%
R4	合計	246	1.9%	849	6.5%	40	0.3%	551	4.2%	258	2.0%	1,663	12.8%	171	1.3%	71	0.5%	898	6.9%	523	4.0%
	40-64	99	2.8%	236	6.6%	14	0.4%	145	4.1%	77	2.2%	268	7.5%	32	0.9%	19	0.5%	152	4.3%	65	1.8%
	65-74	147	1.5%	613	6.5%	26	0.3%	406	4.3%	181	1.9%	1,395	14.7%	139	1.5%	52	0.5%	746	7.9%	458	4.8%

資料 KDB 「厚生労働省様式(5-3)」

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代の把握

【図表 29】

性別	年齢	BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	3,006	30.1	5,409	54.2	3,033	30.4	2,146	21.5	1,056	10.6	2,192	22.0	5,792	58.1	1,741	17.5	4,733	47.5	2,029	20.3	4,167	41.8	232	2.3
	40-64	924	35.6	1,455	56.1	916	35.3	801	30.9	272	10.5	498	19.2	1,231	47.5	555	21.4	986	38.0	670	25.8	1,238	47.8	26	1.0
	65-74	2,082	28.2	3,954	53.6	2,117	28.7	1,345	18.2	784	10.6	1,694	23.0	4,561	61.8	1,186	16.1	3,747	50.8	1,359	18.4	2,929	39.7	206	2.8
R4	合計	2,929	35.6	4,925	59.9	2,580	31.4	1,851	22.5	811	9.9	2,285	27.8	5,101	62.0	1,234	15.0	3,861	46.9	1,882	22.9	3,297	40.1	237	2.9
	40-64	919	38.7	1,360	57.3	815	34.3	738	31.1	223	9.4	513	21.6	1,141	48.1	473	19.9	862	36.3	684	28.8	1,101	46.4	34	1.4
	65-74	2,010	34.4	3,565	60.9	1,765	30.2	1,113	19.0	588	10.0	1,772	30.3	3,960	67.7	761	13.0	2,999	51.3	1,198	20.5	2,196	37.5	203	3.5
女性	合計	2,963	19.0	2,935	18.8	2,900	18.6	1,426	9.1	344	2.2	1,721	11.0	8,864	56.7	379	2.4	6,286	40.2	1,950	12.5	7,970	51.0	41	0.3
	40-64	747	16.5	711	15.7	718	15.8	421	9.3	75	1.7	354	7.8	1,928	42.5	98	2.2	1,260	27.8	575	12.7	2,348	51.7	2	0.0
	65-74	2,216	20.0	2,224	20.1	2,182	19.7	1,005	9.1	269	2.4	1,367	12.3	6,936	62.6	281	2.5	5,026	45.4	1,375	12.4	5,622	50.7	39	0.4
R4	合計	2,632	20.2	2,758	21.1	2,426	18.6	1,204	9.2	221	1.7	1,964	15.1	7,878	60.4	311	2.4	5,558	42.6	1,912	14.7	6,192	47.5	36	0.3
	40-64	650	18.3	603	17.0	508	14.3	351	9.9	41	1.2	339	9.5	1,559	43.8	100	2.8	937	26.3	523	14.7	1,734	48.8	6	0.2
	65-74	1,982	20.9	2,155	22.7	1,918	20.2	853	9.0	180	1.9	1,625	17.1	6,319	66.6	211	2.2	4,621	48.7	1,389	14.6	4,458	47.0	30	0.3

資料 KDB 「厚生労働省様式(5-2)」

各種検査項目の状況

HbA1c6.5%以上の者の割合が増加しており、重症化を予防する保健指導が重要である。
HbA1c8.0%以上で治療中の者が増加しており、医療機関と連携して重症化予防及び治療中断防止に取り組むことが重要である。
平成 28 年度と比較し、令和 4 年度では、度高血圧以上の者の割合が増加している。度高血圧以上の未治療者は 6 割を超えており、受診勧奨のための保健指導が必要である。
LDL コレステロール 160 mg/dl 上の者の割合は減少傾向である。また、高 LDL は単独で虚血性心疾患のリスクであるが、LDL コレステロール 180 mg/dl 上のうち未治療者は 9 割以上であり、保健指導が必要である。

HbA1cの年次比較

【図表 30】

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H28	25,532	10,911	42.7%	9,007	35.3%	3,461	13.6%	1,183	4.6%	739	2.9%	231	0.9%	526	2.1%	153	0.6%
R04	21,198	8,234	38.8%	7,637	36.0%	3,092	14.6%	1,116	5.3%	847	4.0%	272	1.3%	609	2.9%	178	0.8%

資料 各年度法定報告を基に集計

治療と未治療の状況

【図表 31】

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H28	2,083	8.2%	57	2.7%	184	8.8%	536	25.7%	612	29.4%	547	26.3%	147	7.1%	371	17.8%	86	4.1%
	R04	1,997	9.4%	39	2.0%	146	7.3%	427	21.4%	572	28.6%	613	30.7%	200	10.0%	460	23.0%	120	6.0%
治療なし	H28	23,449	91.8%	10,854	46.3%	8,823	37.6%	2,925	12.5%	571	2.4%	192	0.8%	84	0.4%	155	0.7%	67	0.3%
	R04	19,201	90.6%	8,195	42.7%	7,491	39.0%	2,665	13.9%	544	2.8%	234	1.2%	72	0.4%	149	0.8%	58	0.3%

資料 各年度法定報告を基に集計

重症化しやすいHbA1c6.5%以上者の状況

【図表 32】

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲				
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合			
										人数	割合	人数
H28	25,532	10,911	9,007	3,461	2,153	847	1,306	8.4%	39.3%	60.7%	3.8%	8.4%
					970	276	694	3.8%	28.5%	71.5%		
R04	21,198	8,234	7,637	3,092	2,235	850	1,385	10.5%	38.0%	62.0%	5.3%	10.5%
					1,119	306	813	5.3%	27.3%	72.7%		

資料 各年度法定報告を基に集計

血圧の年次比較

【図表 33】

	血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
			正常		正常高値		高値血圧		度		度		度	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
H28	25,532	7,503	29.4%	5,007	19.6%	7,447	29.2%	4,671	18.3%	752	2.9%	152	0.6%	
R04	21,232	5,715	26.9%	4,157	19.6%	6,429	30.3%	3,935	18.5%	835	3.9%	161	0.8%	

資料 各年度法定報告を基に集計

治療と未治療の状況

【図表 34】

	血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値						
			正常		正常高値		高値血圧		度		度		度		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H28	9,167	35.9%	1,471	16.0%	1,872	20.4%	3,230	35.2%	2,236	24.4%	317	3.5%	41	0.4%
	R04	7,917	37.3%	1,199	15.1%	1,621	20.5%	2,881	36.4%	1,824	23.0%	346	4.4%	46	0.6%
治療なし	H28	16,365	64.1%	6,032	36.9%	3,135	19.2%	4,217	25.8%	2,435	14.9%	435	2.7%	111	0.7%
	R04	13,315	62.7%	4,516	33.9%	2,536	19.0%	3,548	26.6%	2,111	15.9%	489	3.7%	115	0.9%

資料 各年度法定報告を基に集計

重症化しやすい 度高血圧者の状況

【図表 35】

年度	健診受診者	正常 正常高 値	高値 高血圧	度高血圧	度高血圧以上			再掲				
					再) 度高血圧	再掲		割合	割合	割合	割合	
						未治療	治療					割合
H28	25,532	12,510 49.0%	7,447 29.2%	4,671 18.3%	904	628	414	3.5%	60.3%	39.7%	3.9%	0.6%
					152	111	41					
R4	21,232	9,872 46.5%	6,429 30.3%	3,935 18.5%	996	546	358	4.7%	60.4%	39.6%	4.7%	0.8%
					161	115	46					

資料 各年度法定報告を基に集計

LDL-Cの年次比較

【図表 36】

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
H28	25,532	13,417	52.5%	6,283	24.6%	3,601	14.1%	1,465	5.7%	766	3.0%
R04	21,204	11,736	55.3%	5,007	23.6%	2,769	13.1%	1,183	5.6%	509	2.4%

資料 各年度法定報告を基に集計

治療と未治療の状況

【図表 37】

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
治療中	H28	7,303	28.6%	4,981	68.2%	1,527	20.9%	535	7.3%	159	2.2%	101	1.4%
	R04	6,755	31.9%	4,911	72.7%	1,253	18.5%	432	6.4%	109	1.6%	50	0.7%
治療なし	H28	18,229	71.4%	8,436	46.3%	4,756	26.1%	3,066	16.8%	1,306	7.2%	665	3.6%
	R04	14,449	68.1%	6,825	47.2%	3,754	26.0%	2,337	16.2%	1,074	7.4%	459	3.2%

資料 各年度法定報告を基に集計

重症化しやすい LDL160 mg/dl 以上者の状況

【図表 38】

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上						
					再)180以上	再掲					
						未治療	治療				
H28	25,532	13,417	6,283	3,601	2,231	1,971	260				
					8.7%	88.3%	11.7%				
					766	665	101	9.0%			
R4	21,204	11,736	5,007	2,769	1,692	1,533	159				
					8.0%	90.6%	9.4%				
					509	459	50	8.0%			

資料 各年度法定報告を基に集計

血糖（HbA1c）、血圧、LDL コレステロールと肥満度との関係

血糖、血圧、LDL コレステロール値の異常者について、年齢階級別に肥満の状況を見ると40-64歳では血糖、血圧及びLDL コレステロールいずれにおいても肥満（BMI25以上）の割合が増加しており、特に血糖の6割以上は肥満であった。65-75歳未満では血糖の4割は肥満であった。

内臓脂肪蓄積からのアディポサイトカイン異常、インスリン抵抗性増大による高血糖、血圧上昇等が推測され、取組みにあたっては、このような傾向を踏まえて検討する必要がある。

血糖（HbA1c）、血圧、LDL コレステロールと肥満度

【図表 39】

HbA1c6.5%以上

年齢区分	40-64歳			65-75歳		
	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
BMI						
H28	15.8%	27.8%	56.4%	23.3%	37.0%	39.7%
R4	10.7%	23.2%	66.1%	24.6%	33.0%	42.4%

収縮期血圧140mmHg以上

年齢区分	40-64歳			65-75歳		
	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
BMI						
H28	31.4%	31.5%	37.1%	33.1%	38.0%	29.0%
R4	29.7%	29.4%	40.9%	34.9%	34.5%	30.6%

LDL160mg/dl以上

年齢区分	40-64歳			65-75歳		
	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
BMI						
H28	35.6%	34.3%	30.1%	37.0%	39.5%	23.5%
R4	34.7%	29.6%	35.7%	38.3%	36.7%	25.0%

資料 DHP より集計

生活習慣の状況（質問票）

特定健診の標準質問項目の結果は、1回30分以上の運動習慣なし、1日1時間以上の運動なしの割合が増加した。週3回以上朝食を抜く割合及び食べる速度が速い者の割合が増加し、同規模・県・国と比べて高い状態である。これらは血糖値の急上昇を招き、血管内皮を傷めることにつながる。以上より、本市の肥満、メタボリックシンドロームが増加した原因となり得る食習慣や運動習慣を考慮した保健指導を行っていくことが必要である。

生活習慣の状況（質問票）

【図表 40】

	金沢市				同規模平均	県	国	
	H28		R4		R4	R4	R4	
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合	
喫煙	3,257	12.7	2,504	11.8	12.8	12.3	13.8	
週3回以上朝食を抜く	2,026	7.9	2,181	10.3	11.7	9.2	10.4	
週3回以上就寝前夕食	4,122	16.1	3,708	17.5	15.5	18.1	15.7	
食べる速度が速い	7,706	30.1	6,889	32.5	27.0	29.9	26.8	
間食や甘い飲み物を毎日摂取	-	-	5,023	23.7	21.3	23.8	21.6	
20歳時体重から10kg以上増加	7,621	29.8	7,104	33.5	34.7	33.8	35.0	
1回30分以上運動習慣なし	13,994	54.8	12,242	57.7	58.2	60.5	60.4	
1日1時間以上運動なし	10,327	40.4	9,872	46.6	48.1	47.2	48.0	
睡眠不足	5,649	22.3	4,745	22.6	25.0	23.1	25.6	
毎日飲酒	6,844	26.8	5,473	25.7	24.7	25.6	25.5	
時々飲酒	4,884	19.1	4,574	21.5	23.5	20.0	22.5	
一日飲酒量	1合未満	10,450	64.3	10,108	67.9	65.9	65.3	64.1
	1～2合	3,796	23.3	3,088	20.8	22.5	23.7	23.7
	2～3合	1,515	9.3	1,312	8.8	8.8	8.8	9.4
	3合以上	498	3.1	373	2.5	2.8	2.1	2.8

資料 KDB 「地域全体像の把握」

2 健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題

【第2期にかかる考察】

・被保険者数の減少等の要因もあり、総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増加している。第2期データヘルス計画において、中長期目標疾患であった脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全等の患者数及び医療費が減少していることから、生活習慣病重症化予防という観点からは、一定の成果を得ることができたのではないかと考えられる。一方、短期目標のメタボリックシンドローム該当者及び予備群については、割合が増加している。加えて、同様に短期目標としていた血糖値(HbA1c)及び高血圧の保健指導・受診勧奨判定値を超える者の割合及び未治療の割合が増加しており、引き続き生活習慣病の重症化予防及び発症予防に取り組む必要がある。

・特定健診受診率及び特定保健指導の実施率については、国の数値目標(60%)に達していない。市民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、その結果を踏まえての保健師等による保健指導は、生活習慣の改善はもちろんのこと、医療費適正化にもつながるものであることから、引き続き特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上に取り組む必要がある。

・第2期計画に引き続き、医療機関への受診勧奨や、医療機関受診後のフォローアップ等、医療連携においても力を入れていくべきである。生活習慣病重症化予防という観点のもとより、疾患の長期化による医療費の伸びを抑える取り組みを継続していく。

【介護の状況】

・介護認定率は国、県、同規模と同等である。また、一人当たり介護給付費は減少しており、国、県、同規模とほぼ同等である。

・40～74歳までの軽度認定者及び重度認定者の疾病保有割合では、脳血管疾患割合が最も高い割合を占めており、この年齢は特定健診の年齢とも重なるため、脳血管疾患共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【医療の状況】

・一人当たり医療費については、県を若干下回ってはいるが、国・同規模平均を上回る状態が続いている。入院費用については、県や全国と比較した際に高い傾向にあり、第2期計画に引き続き重症化を防ぐことが重要である。

・中長期・短期目標疾患の医療費に占める割合は平成28年度と比較すると、減少している。ただし、県と比較すると脳血管疾患や慢性腎不全の割合が高い。高額となる中長期疾患患者では、基礎疾患に糖尿病を持つ患者が多いため、糖尿病による血管病変や、人工透析の原因となる腎硬化症を防ぐことが重要となる。

【健診の状況】

・令和4年度の特定健診受診率は、38.5%であり平成28年度から増加しているが、県平均(42.9%)よりも低い。また、特定保健指導実施率は21.7%であり、県平均(47.9%)よりも低い。重症化予防・発症予防の観点から引き続き受診率の向上が必要である。

・メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が平成28年度に比べて増加している。男性では、腹囲が基準以上の者が約6割であり、また、高血糖・高血圧・脂質異常が複数重なっている者の割合も平成28年度に比べて高くなっており、今後さらにメタボリックシンドロームの増加が危惧される。

・血糖値(HbA1c6.5%以上)の未治療者の割合は約4割であり、引き続き糖尿病重症化予防が課題である。加えて、度高血圧以上の未治療者は6割以上、LDLコレステロール180mg/dl上の未治療者は9割以上であり、これらは脳血管疾患及び虚血性心疾患のリスクであることから、重症化予防に取り組むことが必要である。

・生活習慣の状況においては、運動習慣の取組がない者、週3回以上朝食を抜く者及び食べる速度が速い者の割合が増加した。これらは血糖値の急上昇を招き、血管内皮を傷めることにもつながる。

・以上より、本市の食習慣や運動習慣を考慮した保健指導を行っていくことが大切である。

第4章 データヘルス計画（保健事業の目的、目標とその取組）

1 計画の目的

データヘルス計画の目的として以下の3点を掲げて取り組みを進める。

糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病による疾患の重症化を予防し、医療費の伸びを抑制する。

糖尿病性腎症、虚血性心疾患等の共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の減少を目指す。

、 の解決に向け、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を目指すとともに、広く市民への健康教育や普及啓発（ポピュレーションアプローチ）に取り組む。

2 目的を達成するための目標、評価指標の設定

上記目的を達成するため、図表41「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおり、アウトカム、アウトプット指標について、それぞれ目標値を定め進捗管理を行う。

なお、短期的な目標については、毎年度進捗把握を行い、必要な場合はストラクチャーやプロセスについて検討を行う。（ストラクチャー、プロセス評価の視点は第7章 図表67「評価における4つの視点」に記載）

第3期データヘルス計画 目標管理一覧
1 計画全体の目的・目標値

【図表41】

区分	計画全体における目的	課題を解決するための目標	評価指標	データ出典	目標値																			
					既定時実績	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11											
中長期目標	糖尿病性腎症による透析、虚血性心疾患、脳血管疾患による医療費の伸びを抑制	糖尿病性腎症による透析導入者の減少	糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	福祉健康センター総務課	55																			
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合 2.8%	KDB「医療・介護データからみる地域の健康課題」	3.1	3.1	3.0	3.0	2.9	2.9	2.8													
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合 3.6%		4.0	3.9	3.8	3.8	3.7	3.7	3.6													
		糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等を予防するために、共通のリスクであるメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症を減らす	健診受診者のうち高血圧者の占める割合の減少 健診受診者のうち脂質異常者の占める割合の減少 健診受診者のうち高血糖者の占める割合の減少		23.1	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0													
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 25.0%		8.0	7.9	7.8	7.8	7.7	7.7	7.6													
		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率 25.0%		10.4	9.5	9.2	8.9	8.6	8.3	8.0													
		特定保健指導による特定保健指導対象者の増加	特定保健指導による特定保健指導対象者の割合 1.1%		1.3	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1													
		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割合 25.0%		32.8	30.0	29.0	28.0	27.0	26.0	25.0													
		特定保健指導による特定保健指導対象者の増加	特定保健指導による特定保健指導対象者の割合 60.0%		20.3	21.7	22.4	23.1	23.8	24.4	25.0													
		特定保健指導の実施	特定保健指導実施率 60.0%		38.5	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0													
短期目標	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の使用割合 86.8%	厚生労働省市町村別後発医薬品割合	21.7	34.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0													
		事業対象者に対する通知割合	事業対象者に対する通知割合 100.0%		82.7	83.9	84.5	85.1	85.7	86.3	86.8													
		後発医薬品使用促進事業対象者に対する通知割合	後発医薬品使用促進事業対象者に対する通知割合 100.0%		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0												
		後発医薬品使用促進事業対象者に対する通知割合	後発医薬品使用促進事業対象者に対する通知割合 100.0%		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0												

2 個別保健事業の目標値

個別保健事業	評価区分	評価指標	目標値																				
			既定時実績	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11												
糖尿病性腎症重症化予防	アウトカム	健診受診者のHbA1c6.5%以上者の割合 8.0% (再掲)	10.4	9.5	9.2	8.9	8.6	8.3	8.0														
		健診受診者のHbA1c8.0%以上者の割合 1.1% (再掲)	1.3	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1														
		健診受診者のHbA1c8.0%以上かつ未治療者の割合 0.2%	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2														
		健診受診者のうち糖尿病未治療者を保健指導後に結び付けた割合 23.0%	10.5	13.5	15.5	17.5	19.5	21.5	23.0														
虚血性心疾患重症化予防	アウトカム	健診受診者のうち糖尿病未治療者の保健指導実施割合 85.0%	73.0	77.0	78.5	80.0	82.0	83.5	85.0														
		健診受診者のLDL160mg/dl以上者の割合 7.6% (再掲)	8.0	7.9	7.8	7.8	7.7	7.7	7.6														
		健診受診者のLDL180mg/dl以上かつ未治療者の割合 2.0%	2.2	2.2	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.0													
脳血管疾患重症化予防	アウトカム	健診受診者の心電図異常者(心房細動、虚血性変化)への保健指導実施割合 82.0%	76.5	78.5	79.5	80.0	80.5	81.5	82.0														
		健診受診者の血圧140/90mmHg以上者の割合 20.0% (再掲)	23.1	22.5	22	21.5	21	20.5	20.0														
		健診受診者の血圧160/100mmHg以上かつ未治療者の割合 2.0%	2.9	2.7	2.5	2.3	2.2	2.1	2.0														
健診受診者の心電図異常者(心房細動、虚血性変化)への保健指導実施割合 82.0% (再掲)	76.5	78.5	79.5	80.0	80.5	81.5	82.0																

第5章 健康課題を解決するための個別保健事業

1 個別保健事業の方向性

(1) 優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別保健事業として以下の事業を優先的に実施する。

- | | |
|---------|---|
| 【重症化予防】 | 糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
虚血性心疾患の早期発見、予防（心電図検査異常者への保健指導）
脳血管疾患予防事業（心房細動、高血圧者への保健指導） |
| 【発症予防】 | 特定健診の実施・受診率の向上（第6章に記載）
特定保健指導の実施・実施率の向上（第6章に記載）
健康づくり（ポピュレーションアプローチ） |
| 【その他】 | 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 |

なお、優先事業以外であっても後発医薬品の使用促進などの必要な事業は、これまでと同様に実施する。

(2) 個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、図表41「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおり。

(3) 事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行う。（図表66「健診・保健指導実践スケジュール」参照）

2 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 目的、基本的な考え方

糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少を目的とし、取り組みにあたっては「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき実施する。

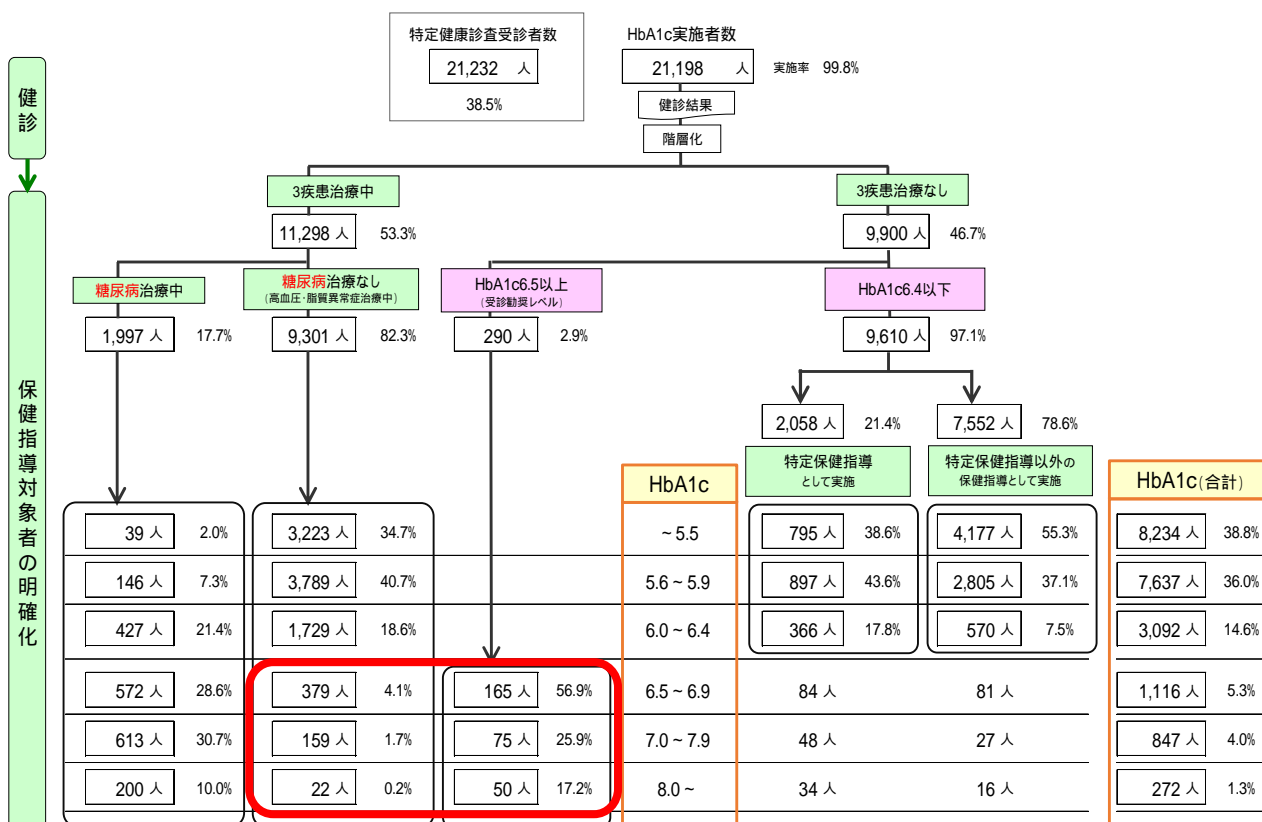
(2) 対象者及び優先順位の考え方

保健指導の対象者は、当該年度の健診の結果 HbA1c6.5%以上、又は空腹時血糖 126 mg/dl 以上、又は随時血糖 200 mg/dl 以上の未治療者、及び前年度の健診の結果 HbA1c7.0%以上の未治療者とする。

優先順位の決定にあたっては、レセプトデータと健診データを突合し、地域の全体像、保健指導該当者数を把握したうえで、糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者及び治療中断者を治療に結びつけることが重要となる。特に合併症予防の観点から HbA1c7.0%以上の未治療者を最優先とする。また、糖尿病性腎症の進展予防には、肥満の是正、禁煙とともに、厳格な血糖、血圧、脂質の管理が最も重要であるため HbA1c、血糖に加え、肥満、血圧、脂質、尿蛋白、eGFR、喫煙の有無など他のデータを考慮して優先順位を決定する。

糖尿病フローチャート

【図表 42】



資料 令和4年度法定報告を基に集計

HbA1c 別特定保健指導対象者の階層化

【図表 43】

HbA1c	受診者数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり (問診)		糖の服薬なし		糖の服薬あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.5以下	8,679	166	1.9%	681	7.8%	6,443	74.2%	1,389	16.0%	1,363	15.7%	26	0.3%
5.6-5.9	7,895	214	2.7%	723	9.2%	5,074	64.3%	1,884	23.9%	1,784	22.6%	100	1.3%
6-6.4	3,182	82	2.6%	296	9.3%	1,548	48.6%	1,256	39.5%	1,006	31.6%	250	7.9%
6.5-6.9	1,143	24	2.1%	64	5.6%	442	38.7%	613	53.6%	264	23.1%	349	30.5%
7-7.9	873	8	0.9%	40	4.6%	311	35.6%	514	58.9%	119	13.6%	395	45.2%
8以上	286	16	5.6%	19	6.6%	77	26.9%	174	60.8%	19	6.6%	155	54.2%

資料 DHP を基に集計

(3) 保健指導の実施

糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となる。保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB による合併症や治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。実施にあたっては、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。

医療との連携

医療機関未受診者及び治療中断者への保健指導にあたっては、生活習慣病における保健指導に関する連絡票や、糖尿病連携手帳を活用し、積極的に医療機関との連携を図る。

また、いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、地域での切れ目ない支援のために市医師会の協力のもと医療スタッフとの連携体制を構築することで、糖尿病の重症化予防を図ることを目的とした糖尿病地域連携連絡会等を実施する。

(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 41「第 3 期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
前年度の健診結果から、糖尿病管理台帳を作成、保健指導対象者を抽出
- 5月 前年度健診未受診者、治療中断者の把握、保健指導の実施
- 6月～ 本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施
保健指導実施後、治療の有無等を KDB で確認、継続指導を実施
- 3月 年間の活動のまとめ、評価

3 虚血性心疾患重症化予防

(1) 目的、基本的な考え方

虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019 や、動脈硬化性疾患予防ガイドライン、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版などの各学会ガイドライン、石川県循環器病対策推進計画に基づき、保健指導を実施する。

(2) 対象者及び優先順位の考え方

心電図検査有所見者に対する保健指導

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の一つである。心電図検査における ST・T 波所見、異常 Q 波は虚血性心疾患の発見において重要であり、所見があった場合は血圧や血糖等のリスクや、自覚症状の有無を考慮して、医療機関に受診する必要がある。

本市では、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、心電図検査の結果 ST・T 波所見、異常 Q 波のある人を抽出し、優先的に保健指導を実施する。

高 LDL コレステロール者に対する保健指導

虚血性心血管疾患の発症リスクがあるコレステロール高値者及びメタボリックシンドローム該当者に対し、積極的に保健指導を行う必要がある。特に高 LDL コレステロールは単独で虚血性心疾患の重要なリスクとなる。メタボリックシンドロームや高血圧、高血糖に高 LDL コレステロールが重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されている（高血圧、高血糖に対する保健指導については第 5 章、メタボリックシンドロームに対する保健指導については第 6 章に記載）。

また、LDL コレステロールが 180mg/dl 以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導等を行う。

優先順位の考え方としては、LDL コレステロールの値に加え、既往歴や年齢、性別、収縮期血圧や糖代謝異常、HDL コレステロールの値、喫煙などの項目を考慮し、優先的に保健指導を実施する。（図表 46 参照）

心電図で虚血性変化が疑われる人数

【図表 44】

	該当数	メタボリックシンドローム					
		基準該当		予備群該当		非該当	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
ST・T波所見あり	856	266	31.1%	88	10.3%	502	58.6%
異常Q波あり	304	107	35.2%	30	9.9%	162	53.3%
心筋虚血・ 傷害所見あり	63	22	34.9%	7	11.1%	34	54.0%

金沢市の集団健診では心電図検査の波形表示が「心筋虚血」「心筋傷害」と表示される場合あり
資料 DHP を基に集計（延べ人数）

LDL 別特定保健指導の階層化

【図表 45】

LDL	総数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり (問診)		脂質の服薬なし		脂質の服薬あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
LDL120以下	12,202	187	1.5%	662	5.4%	7,660	62.8%	3,693	30.3%	1,276	10.5%	2,417	19.8%
LDL120-139	5,210	132	2.5%	491	9.4%	3,276	62.9%	1,310	25.1%	646	12.4%	664	12.7%
LDL140-159	2,894	98	3.4%	373	12.9%	1,841	63.6%	582	20.1%	370	12.8%	212	7.3%
LDL160-179	1,221	60	4.9%	185	15.2%	797	65.3%	179	14.7%	125	10.2%	54	4.4%
LDL180以上	533	33	6.2%	112	21.0%	321	60.2%	66	12.4%	37	6.9%	29	5.4%

資料 DHP を基に集計

【図表 46】

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

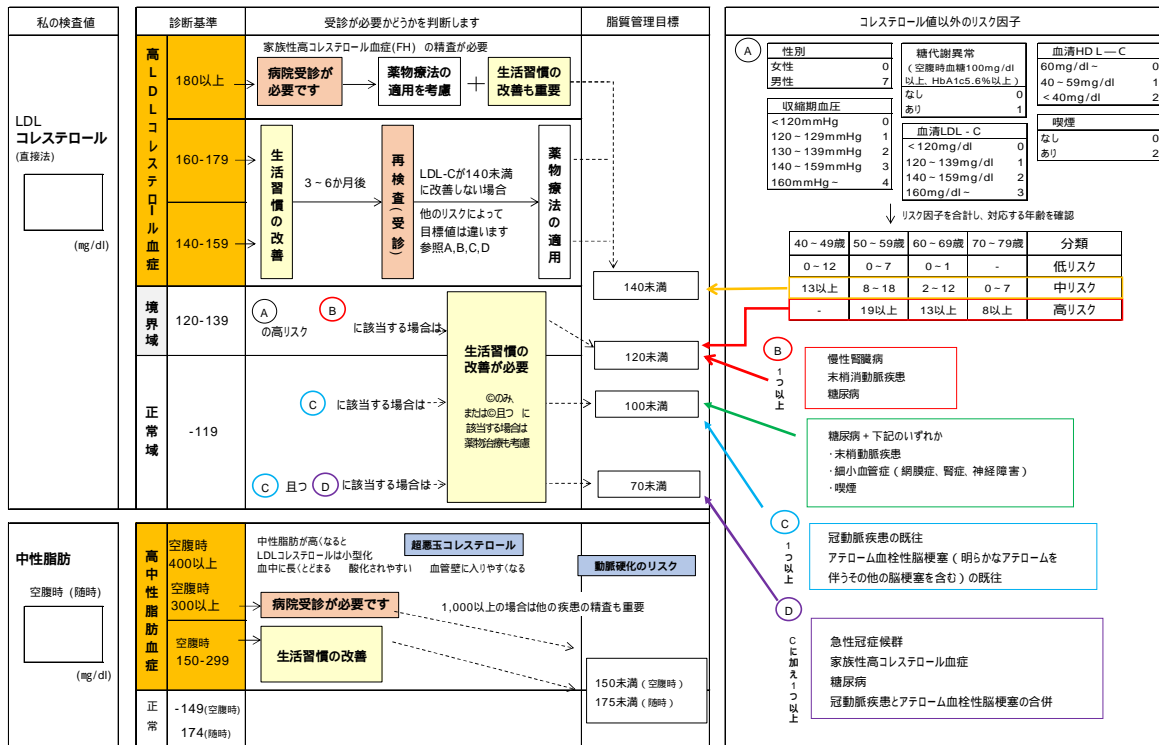
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 (LDLはNon-HDL)	人数	健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
		120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
7,970	3,919	2,457	1,112	482	134	238	625	597			
	49.2%	30.8%	14.0%	6.0%	8.4%	14.9%	39.2%	37.5%			
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法 の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	1,070	639	284	105	62	71	96	0	0
			13.4%	16.3%	10.7%	9.4%	12.9%	53.0%	40.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	2,988	1,377	974	446	191	23	50	352	212
			37.5%	35.1%	39.6%	40.1%	39.6%	17.2%	21.0%	56.3%	35.5%
高リスク	120未満 (150未満)	3,474	1,669	1,070	518	217	36	80	257	362	
			43.6%	42.6%	43.5%	46.6%	45.0%	26.9%	33.6%	41.1%	60.6%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	215	92	70	40	13	4	9	16	24	
	2.7%	2.3%	2.8%	3.6%	2.7%	3.0%	3.8%	2.6%	4.0%		
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	438	234	149	43	12	4	12	16	23
		5.5%	6.0%	6.1%	3.9%	2.5%	3.0%	5.0%	2.6%	3.9%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者に判断。

資料 令和4年度法定報告を基に集計



(3) 保健指導の実施

心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、KDB、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで保健指導を行い、対象者が自分の体がイメージできるよう、保健指導教材を活用する。

医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、生活習慣病の未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向け、治療継続勧奨を含めた、医療機関と連携した保健指導を実施する。

(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 41「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算) 介入方法、実施方法の決定
- 6月~本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施
保健指導実施後、治療の有無等をKDBで確認、継続指導を実施
- 3月 年間の活動のまとめ、評価

4 脳血管疾患重症化予防

(1) 目的、基本的な考え方

本市では、脳血管疾患のうち脳梗塞が多い。リスクとしては、高血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドローム等があり、対象者へは脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施する。

また、「心原性脳梗塞」は、大血管が閉塞し重症化しやすく、介護予防の観点からも重要であるため、その取り組みを進める。

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく（図表 48、49）

脳卒中の分類

【図表 48】

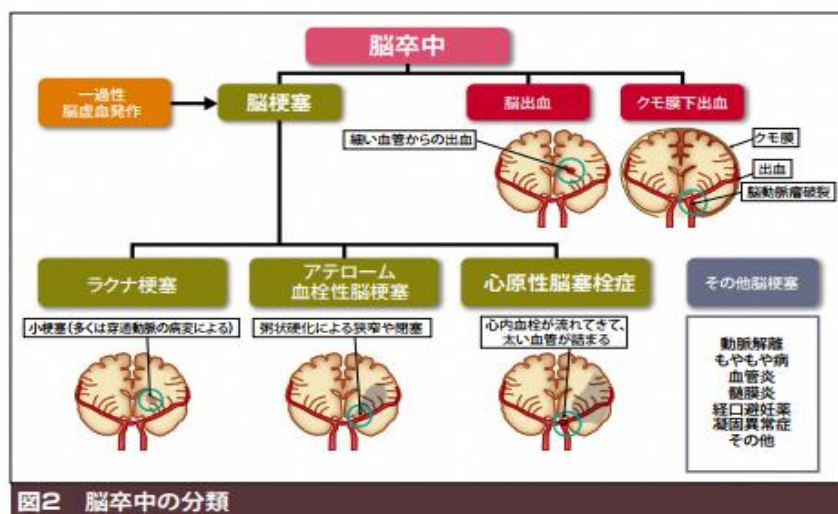


図2 脳卒中の分類

資料 脳卒中予防への提言より引用

脳血管疾患とリスク因子

【図表 49】

リスク因子 (はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞								
	アテローム血栓性脳梗塞								
	心原性脳梗塞								
脳 出 血	脳出血								
	くも膜下出血								

(2) 対象者及び優先順位の考え方

高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるため、重度高血圧の未治療者を対象に保健指導を行う。

優先順位の考え方としては、高血圧に加え高血糖、LDL コレステロール高値などリスクの重なりのある人を優先的に保健指導を実施する。(図表 50 参照)

【図表 50】

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	6,263	3,548 56.7%	2,111 33.7%	489 7.8%	115 1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	358	C 238 5.7%	B 100 4.7%	B 13 2.7%	A 7 6.1%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	3,555	C 2,058 58.0%	B 1,169 55.4%	A 271 55.4%	A 57 49.6%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	2,350	B 1,252 37.5%	A 842 35.3%	A 205 41.9%	A 51 44.3%

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	1,433 22.9%
	概ね1ヵ月後に再評価	2,534 40.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	2,534 40.5%
	概ね3ヵ月後に再評価	2,296 36.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

資料 令和4年度法定報告を基に集計

血圧と保健指導の階層化

【図表 51】

血圧	総数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり(問診)		血圧の服薬なし		血圧の服薬あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
正常	11,036	115	1.1%	579	5.4%	7,725	71.8%	2,342	21.8%	624	5.8%	1,718	16.0%
高値血圧 130~139/ 80~89	7,219	194	2.7%	586	8.2%	4,078	56.9%	2,307	32.2%	468	6.5%	1,839	25.7%
度高血圧 140~159/ 90~99	4,452	133	3.0%	556	12.5%	2,321	52.1%	1,442	32.4%	243	5.5%	1,199	26.9%
度高血圧 160~179/ 100~109	936	51	5.4%	158	16.9%	474	50.6%	253	27.0%	45	4.8%	208	22.2%
度高血圧 180以上/ 110以上	186	17	9.1%	40	21.5%	92	49.5%	37	19.9%	2	1.1%	35	18.8%

資料 DHP を基に集計

心電図検査の結果、心房細動がある人への保健指導

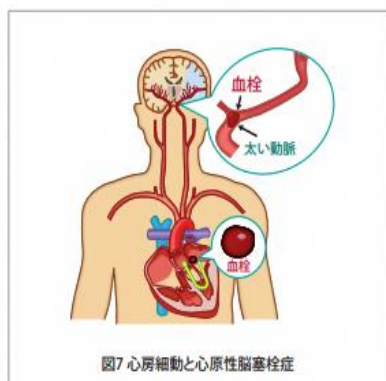


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

資料 脳卒中予防への提言より引用

心房細動があると、心臓内に血栓ができやすく、その血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈が詰まり、「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる。このため、心電図検査で心房細動があった者に対して、医療機関への受診勧奨を行う。

令和4年度の特定健診の結果、心房細動の所見がある人は212人で、うち未治療者が109人であり、受診勧奨、継続治療への支援が必要である。

心房細動有所見者数及び治療状況 【図表 52】

心房細動 所見あり	治療の有無			
	未治療		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
212	109	51.4%	103	48.6%

資料 DHP を基に集計

(3) 保健指導の実施

受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用する。

医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合は受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向け、治療継続勧奨を含めた医療機関と連携した保健指導を実施する。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用し、データを収集していく。

(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表41「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

保健指導実施後、治療の有無等をKDBで確認、継続指導を実施

3月 年間の活動のまとめ、評価

5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 目的、基本的な考え方

国保加入者の約7割が65歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を予防する取組みの双方が必要となる。また、75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要がある。

本市では令和6年度から、石川県後期高齢者広域連合より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託して取り組みを進める。

(2) 事業内容

地域の健康課題の把握、対象者の抽出、関係部署の連携

企画・調整等を担当する保健師は、DHP等の活用により、健診・医療・介護データの一体的な分析から健康課題を明確化するとともに、重症化予防・介護予防対象者を把握する。また、事業の企画及び医療・介護などの関係機関との連携や必要な調整を行う。

なお、一体的実施を推進するため、関係各課（福祉政策課、健康政策課、福祉健康センター総務課、介護保険課、保険年金課）による連絡会を開催する。

個別保健指導（ハイリスクアプローチ）

地域を担当する保健師は、高血圧や糖尿病等の生活習慣病等重症化予防のため、健診受診者、糖尿病管理台帳、健康教育参加者等から高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、対象者の状況に応じて相談や保健指導を実施する。

なお、糖尿病性腎症重症化予防については、「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、支援を行うものとする。

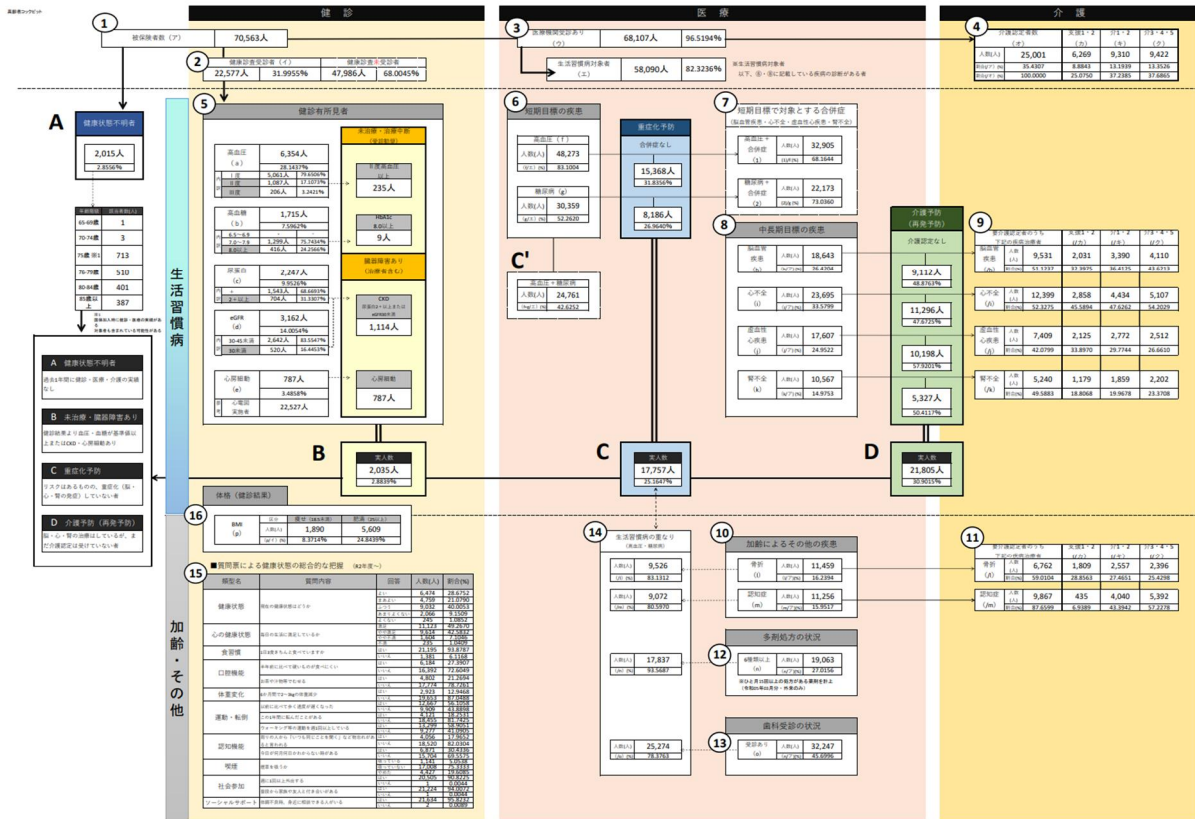
ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場や高齢者が多く集まる場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施するとともに、参加者の生活機能低下状態に応じて、介護予防・生活支援サービス事業の利用促進にも努める。

また、運営にあたり、地域の健康課題に対応した内容の啓発を行うとともに、地域の実情に応じて、既存の介護予防事業と一体的に行うなど、地域の関係者とも連携を図る。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

【図表 53】



資料 DHP 「高齢者コックピット」

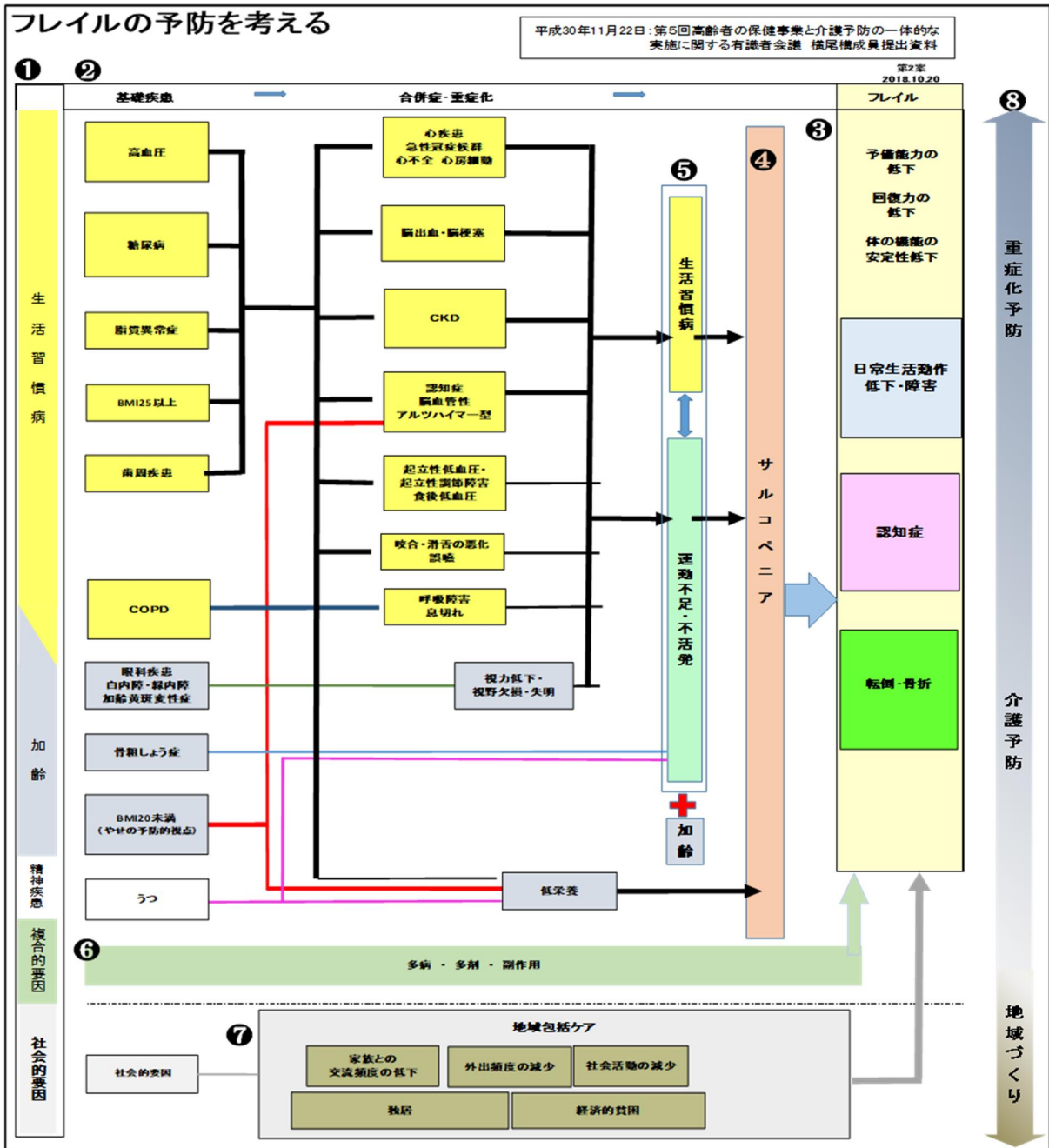
(3) 対象者及び優先順位の考え方

DHP 高齢者コックピット (図表 53) により高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定する。本市は特に、高血糖が課題であること、介護においても認知症の割合が高いことに加え、新規人工透析者における後期高齢者の原傷病名は腎硬化症が糖尿病性腎症の約 1.5 倍であることを踏まえ、健診受診者のうち高血圧・糖尿病・CKD の未治療者へのアウトリーチを優先的かつ確実に実施する。

(4) 保健指導の実施

保健指導にあたっては、生活習慣病の予防に加えて、フレイルの視点を持ち、適宜、後期高齢者問診票を活用し、健康状態の把握及び『栄養』『口腔』『社会参加』の改善を促す内容とする。

【図表 54】



資料 第5回高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施有識者会議 横尾構成員提出資料

6 健康づくり（ポピュレーションアプローチ）

糖尿病等の生活習慣病は若い頃からの生活習慣が大きく影響することから、市民一人ひとりが自分の健康状態を理解し、主体的に生活習慣の改善に取り組めるような支援が必要である。

本市の課題であるメタボリックシンドロームや糖尿病予防には、食習慣が重要であり、中でも野菜の摂取は効果的である。野菜は、食物繊維が豊富にあり、糖質の吸収を緩やかにし、またビタミンの抗酸化作用が細胞を健康な状態に維持するといわれている。しかし、本市の野菜摂取量は目標の1日350g未満であることから、野菜の効果や摂取量の基準、食べ方等の情報を発信していく。あわせて、自分に合ったバランス食を周知し、健康を維持する食習慣を推進していく。

生活習慣病の発症予防においては、身体活動・運動、休養、節酒、禁煙等に関する健全な生活習慣も選択できるように健康づくりを支援する取り組みを行う。

特定健康診査、若年者健診等の見方や生活習慣病に関する相談、乳幼児・成人・高齢者の栄養と食生活に関する相談などの健康づくりの各種取り組みについて市民が相談できる場を提供する。また、地域組織・団体などの要望に応じて開催する健康講座、情報コーナー及び健康ポイントアプリ等において、健康に関する情報を提供する。

第6章 特定健診・特定保健指導

(高確法に基づく「第4期特定健診等実施計画」)

1 目標値の設定

国の基本指針では、2029年度時点における市町村国保の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値は特定健診、特定保健指導実施率ともに60%以上である。本市では現時点で、いずれも目標値に到達しておらず、計画期間中に目標値に到達することを目指し、段階的な目標を定めた。

特定健診実施率・特定保健指導実施率の目標値

【図表 55】

	R6	R7	R8	R9	R10	最終年度 R11
特定健診実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	34%	40%	45%	50%	55%	60%

2 対象者数の見込み

【図表 56】

		R6	R7	R8	R9	R10	最終年度 R11
特定健診	対象者数	54,551人	51,942人	49,457人	47,091人	44,839人	42,694人
	受診者数	24,548人	24,932人	25,223人	25,429人	25,558人	25,616人
特定保健指導	対象者数	2,455人	2,493人	2,522人	2,543人	2,556人	2,562人
	実施者数	835人	997人	1,135人	1,271人	1,406人	1,537人

各見込み数の算出方法

特定健診対象者数：令和6年度については、令和5年度の被保険者数をもとに算出

令和7年度以降については、過去の減少率をもとに算出

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

特定保健指導対象者数：特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導の目標値を乗じて算出

3 特定健診の実施

(1) 特定健診対象者

実施年度中に年齢が40～74歳である者、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は除く。

(2) 実施方法

特定健診対象者が受診しやすい実施方法が必要であると考えられることから、これまでと同様の形態で受診できる体制を整える。特定健診として、金沢市医師会に委託して行う個別方式（医療機関等の施設において、健診の日時を定めず行う形態）による健診と集団方式（健診の日時及び場所を指定して行う形態）による健診を実施する。

委託においては、次のような基準、方法により行う。

ア 委託基準

実施基準第 16 条第 1 項及び平成 25 年厚生労働省告示第 92 号に基づくものとする。

イ 委託契約の方法

年度ごとに単価契約方式により締結する。

(3) 実施場所

個別方式による健診は、担当病院・医院により実施する。

集団方式による健診は、福祉健康センター等で実施する。

(4) 実施期間

個別方式による健診は、5～10 月に実施する。

集団方式による健診は、5～12 月に実施する。

(5) 実施項目

実施基準第 1 条第 1 項及び平成 20 年厚生労働省告示第 4 号により定められた、「基本的な健診項目」と医師の判断によって追加的に実施することができる「詳細な健診項目」を実施する。

この項目のほかに総コレステロール、血清尿酸、尿潜血、血小板、また、詳細な健診項目においては判断基準に満たない場合でも心電図検査、貧血検査、血清クレアチニン検査を、市民の健康を守る観点から追加して全数実施する。

本市では、市民の健康を守る視点から、以下の表のとおり、法定を上回る項目を全員に実施することとし、眼底検査のみ医師の判断に基づき選択的に実施する。

健診項目

【図表 57】

		法定	市
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○	○
肝機能	AST(GOP)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	-GT(-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪		
	随時中性脂肪		
	総コレステロール		○
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖		
	随時血糖		
	ヘモグロビンA1C	○	○

尿検査	尿酸		○
	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血		○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値		○
	血色素量		○
	赤血球数		○
	血小板		○
その他	心電図		○
	眼底検査		
	血清クレアチニン(eGFR)		○

○必須項目、 いずれかの検査で実施、 医師の判断に基づき選択的に実施

(6) 医療機関との連携

治療中であっても特定健診の対象となることから、かかりつけ医から対象者への健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ周知、依頼を行う。

また、本人同意のもと、診療データの提供を受け、特定健診の受診結果として活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼を行う。

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、健診対象者に個別に受診可能な健診項目を印字した受診券と案内を4月末に発行・郵送を行い、国民健康保険への年度途中加入者には追加で受診券等の発行を行うほか、次のように周知を行う。

- ア 市ホームページ、市広報に特定健診等の制度を掲載する。
- イ 市施設や医療機関等に周知用ポスターを掲示し、町内会にチラシを回覧する。
- ウ 特定健診等の案内冊子(受診場所、受診期間、健診の項目等を記載した)を各戸に配布する。
- エ 生活習慣病予防等に関する出前講座で受診勧奨を行う。
- オ 特定健診受診券と案内チラシ(案内冊子の簡略版)をあわせて郵送する。
- カ 健診未受診者に対しては、はがき・電話等により受診勧奨を実施

4 特定保健指導の実施

(1) 対象者の選定と階層化

特定保健指導は、実施基準第4条及び平成20年厚生労働省告示第6～8号に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、動機付け支援、積極的支援が必要とされた者に対して、特定保健指導を実施する。

特定保健指導の対象者と階層化基準

【図表 58】

内臓脂肪の蓄積	危険因子		喫煙歴	年齢区分	
	血糖	脂質 血圧		40-64 歳	65-74 歳
腹囲 男性 85 c m 女性 90 c m	2 つ以上該当			積極的 支援	動機付け 支援
	1 つ該当		あり なし		
上記以外で BMI 25	3 つ該当			積極的 支援	動機付け 支援
	2 つ該当		あり なし		
	1 つ該当				

血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c5.6% (NGSP 値) 以上又は随時血糖 100mg/dl 以上
脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上又は随時中性脂肪 175mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満

血圧：収縮期 130 mm Hg 以上又は拡張期 85 mm Hg 以上
～ について薬剤治療を受けている場合は除く。

喫煙歴：(質問票) 現在、たばこを習慣的に吸っている

喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

(2) 実施体制、方法

特定保健指導は、本市直営による実施と、委託により実施する。

本市直営による実施の場合、実施方法は、家庭訪問や面接、または電話での個別保健指導を通年で実施する。

委託実施の場合は、次の基準・方法による。

ア 委託基準

実施基準第 16 条第 1 項及び平成 25 年厚生労働省告示第 92 号に基づくものとする。

イ 委託契約の方法

年度ごとに単価契約方式により締結する。

(3) 実施期間

初回面接を起点として概ね 3 か月間とする。ただし、状況に応じて 3 か月を超えても実施できることとする。

(4) 実施内容

ア 動機付け支援

初 回 時：20 分以上の面接（分割実施もあり）を実施し、対象者の行動目標や行動計画を策定し、生活習慣改善のための取り組みにかかる支援をする。

評 価：3 か月経過後には、設定した行動目標の達成状況や身体状況、生活習慣の変化について評価する。

イ 積極的支援

初 回 時：20 分以上の面接（分割実施もあり）で実施し、対象者の行動目標や行動計画を策定し、生活習慣改善のための取り組みにかかる支援をする。

継続的支援：栄養・運動等の生活習慣改善に必要な実践的な支援をする。

個別支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。

評 価：3 か月以上の継続的な支援後には、設定した行動目標の達成状況や、身体状況、生活習慣の変化について評価する。

（5）健診から保健指導実施の流れ

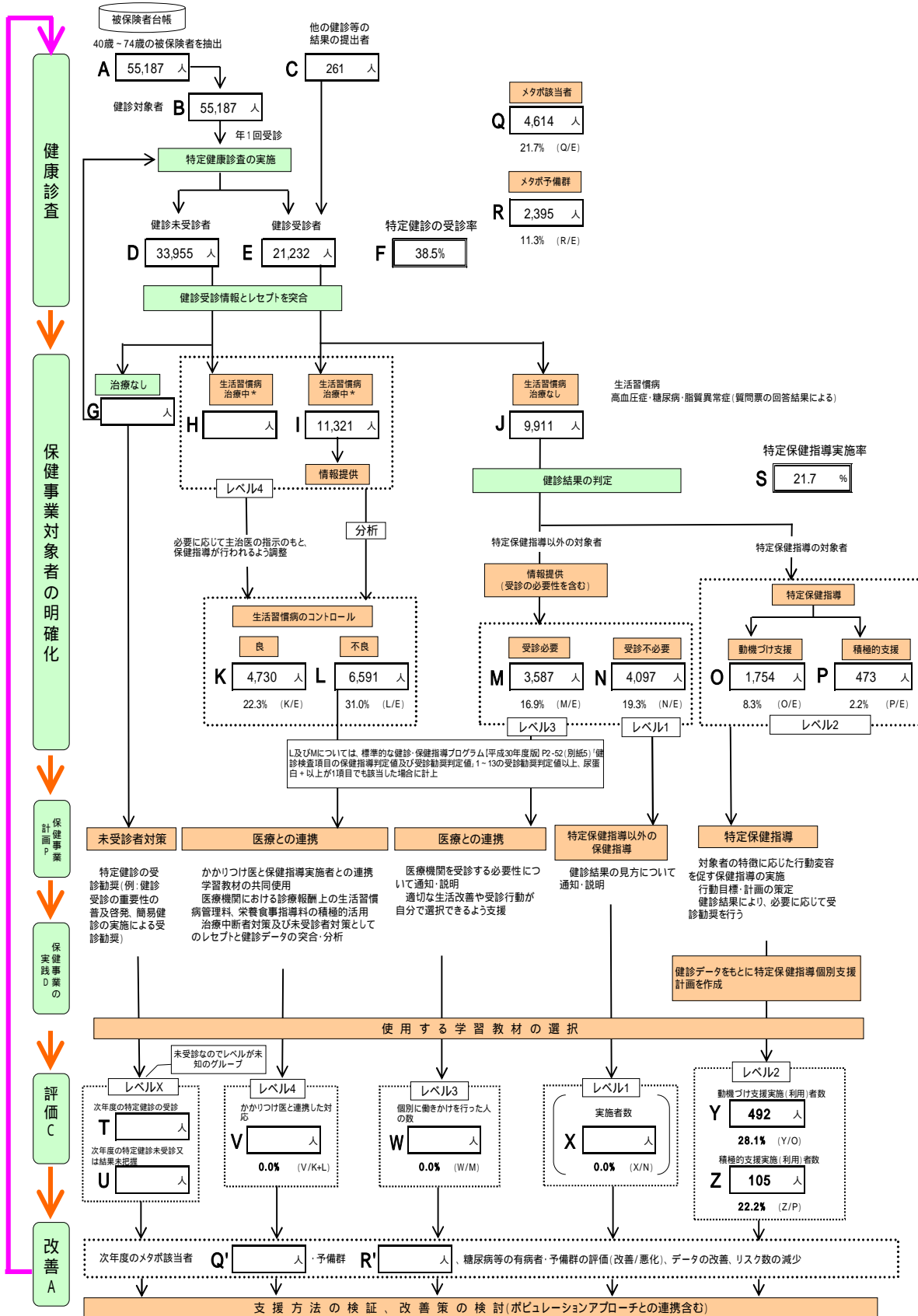
「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 59)

【図表 59】

様式5-5

令和04年度

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート



資料 令和4年度法定報告を基に集計

【図表 60】

(6) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数の見込み (受診者の%)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	対象者の特徴に応じた個別（訪問・面接・電話）保健指導の実施 必要に応じて受診勧奨を行う	2,227 人 (10.5)
2	M	情報提供 (受診必要)	対象者の特徴に応じた個別（訪問・面接・電話）保健指導の実施 医療機関を受診する必要性について通知・説明	3,587 人 (16.9) 本市基準の 支援対象者は 1,014 人 (4.8)
3	D	健診未受診者	納入通知時に受診勧奨チラシの同封 受診勧奨ハガキの送付 電話や訪問による受診勧奨 地域での健康講座等のあらゆる機会を通じて周知	33,955 人
4	N	情報提供 (受診不必要)	健診結果の見方について周知	4,097 人 (19.3)
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中)	かかりつけ医と保健指導実施者との連携 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	11,321 人 (53.3)

いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて優先対象者を選定。なお、優先順位については、毎年度実施状況、改善状況等を把握、評価し、見直すこととする。

(7) 周知や案内の方法

特定保健指導の周知については特定健診と同様、市ホームページに掲載し、周知を図る。また、特定保健指導対象に対して、通知を送付する等の利用勧奨を行う。

5 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施予定スケジュールを作成する。

特定健康診査・特定保健指導年間スケジュール

【図表 61】

	特定健康診査	特定保健指導
4月	健診対象者の抽出	前年度の評価
	受診券発券・送付	
5月	特定健診の実施	糖尿病管理台帳の整理
6月		
7月	毎月の請求・支払い	対象者の抽出 保健指導実施
8月		
9月		
10月		
11月		
12月	かかりつけ医 からのデータ受領	
1月		
2月	職域からのデータ受領	
3月		

6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行い、最低5年間は保存する。

7 第3期における取組と第4期に向けての課題

(1) 特定健診における主な取組と受診率

ア 主な取組（取り組み内容は令和4年度のものを記載）

【実施体制・実施方法】

個別方式による健診を地域のかかりつけ医や身近な医院・病院で受診できるよう配慮（216医療機関）し、利便性の向上につなげている。

集団方式による健診を、体育館、教育プラザ富樫、福祉健康センターにて1年間で合計約48開設。

平日就労している人であっても受診できるよう集団方式による健診を土・日曜日・祝日（合計30日間）に実施している。

子育て世帯の受診率向上のため、集団検診会場で保育サービスを実施（合計12日間）している。

集団方式による健診において、女性限定の健診日（合計3日間）を設け受診環境の整備に取り組んでいる。

集団検診会場にて、がん検診を同時受診できるようにすることにより利便性の向上につなげている。

【受診率向上に向けた取組】

4月中旬に、特定健診の受診方法や受診可能な医療機関一覧、集団健診の実施会場や日程等に関する事項を記載した「金沢市健診と保健のしおり」という冊子を各戸配布するとともに、同月下旬の特定健診受診券の郵送時にも、「金沢市健診と保健のしおり」を簡略化したチラシを同封し、制度周知と利便性の向上を図っている。

7月末及び9月末に、未受診者に対する受診勧奨ハガキを延べ60,000人に郵送している。また、優先順位をつけて、電話や訪問による個別勧奨も実施している。

集団検診会場での健診日当日の個別面接では、健康相談として、健康状態の正しい理解と次年度以降の継続受診につなげる指導を行なっている。

健診の必要性について理解を深めるための出前講座を実施している。

チラシ、ポスター、インターネット等の各種の広報を通じて健診の受診勧奨を実施している。

受診率向上のためかかりつけ医からの検査データ受領や事業主健診のデータ受領を実施している。

保健指導対象者に対して健診受診及び継続受診の勧奨を実施している。

未受診者の方に治療中の割合が多いことから、すこやか検診医療機関説明会で、治療中の方への受診勧奨を依頼している。

イ 受診率・受診者数

受診率については、直近の令和4年度においては、前回計画策定時の平成28年度に比べ上昇している。ただし、目標受診率には及ばないため、今後も受診率向上に取り組む必要がある。なお、対象者数の減少により、受診者数は減少している。

特定健診受診率

【図表 62】

	H28	H29	H30	R 元	R 2	R 3	R 4
目標 受診率			40%	44%	48%	52%	56%
実績 受診率	37.9%	39.3%	39.6%	40.6%	35.4%	38.5%	38.5%
実績 受診者数	25,711人	25,620人	24,817人	24,850人	21,549人	22,687人	21,232人

資料 各年度法定報告

ウ 性別・年齢別の受診率

年代別で受診率をみると、年代が上がるごとに受診率は高くなっている。また、男性の受診率が女性に比べ低くなっており、効果的な制度周知や受診勧奨が必要である。

性別・年齢階級別受診率

【図表 63】

		合計	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
総数	H28	37.9%	18.6%	20.5%	21.6%	27.8%	35.3%	42.9%	48.8%
	R04	38.5%	19.3%	22.0%	24.2%	27.2%	34.7%	44.1%	48.1%
男性	H28	32.5%	14.3%	16.8%	16.3%	22.8%	27.6%	38.0%	45.2%
	R04	33.0%	14.7%	18.8%	19.7%	23.3%	29.4%	37.9%	44.2%
女性	H28	42.3%	23.5%	24.7%	27.1%	32.1%	40.6%	46.6%	51.6%
	R04	42.9%	24.7%	25.6%	29.1%	31.0%	38.4%	48.5%	50.9%

資料 各年度法定報告

エ 継続受診者・未受診者の状況

継続受診者の割合については、平成 28 年度と比較した際に減少している。健康状況については継続して確認することが重要であるため、継続受診の重要性を周知していく必要がある。

また、健診未受診で医療機関受診（生活習慣病）ありの人数の割合は減少しており、健診未受診かつ医療機関未受診の割合も若干減少している。引き続き健診受診の重要性を周知し、健診未受診者を減らしていく必要がある。

特定健診 2 年連続受診者の割合（リピーター率）

【図表 64】

	継続受診者数	継続受診者割合
H28	19,093 人	72.3%
R4	15,340 人	67.6%

資料 各年度法定報告を基に作成

特定健診未受診者の状況

【図表 65】

	健診未受診で医療機関受診 （生活習慣病）あり		健診未受診かつ 医療機関未受診	
	未受診者数	割合	未受診者数	割合
H28	20,353 人	30.1%	9,239 人	13.7
R4	15,891 人	28.7%	7,375 人	13.3

資料 KDB 「医療機関受診と健診受診の関係表」

(2) 特定保健指導における主な取組と実施率

ア 主な取組（取り組み内容は令和 4 年度のものに記載）

【実施体制・実施方法】

保健部門である福祉健康センターの保健師により実施している。個別の保健指導については地区担当者が実施している。

家庭訪問による個別訪問に加えて、福祉健康センターを会場とした結果相談会（来所による面接相談）電話による方法で実施している。

特定保健指導については一部を医療機関（7 医療機関）に委託することで、利便性の向上につなげている。また、石川県栄養士会に委託を行い、管理栄養士が

結果相談会において保健指導を実施している。

【実施率向上に向けた取組】

特定保健指導対象者全員に、結果相談会の案内通知を郵送し、利用を勧奨している。

特定健診や各種イベントの際に、保健師による健康相談コーナーを開設することで、生活習慣病対策への意識高揚とともに、特定保健指導の制度周知と利用勧奨に努めている。

地区担当者が特定健診を受託している医療機関へ特定保健指導利用勧奨を依頼。各福祉健康センターで糖尿病地域連絡会を実施し、糖尿病専門医、かかりつけ医、医療スタッフ等との連携を強化。

通常業務の時間帯では、接触できない対象者がいることから、夜間等時間帯をずらして連絡を実施、また、不在票等を活用している。

各福祉健康センターで研修会の実施や保健指導使用教材の更新など保健指導の内容の向上に努めている。

イ 特定保健指導実施率

平成 28 年度から令和元年度までは約 3 割の実施を維持していたが、令和 2 年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響により、実施率は減少し、約 2 割の実施である。

特定保健指導実施率

【図表 66】

	H28	H29	H30	R 元	R 2	R 3	R 4
目標 実施率			35%	40%	45%	50%	55%
実績 実施率	30.0%	33.7%	35.7%	32.8%	20.5%	21.1%	21.7%
実績 実施数	792 人	875 人	917 人	801 人	447 人	474 人	481 人

資料 各年度法定報告

(3) 第 4 期に向けての課題

受診率の向上と発症予防及び重症化予防・医療費適正化への取り組みを一層強化していく必要がある。

第 3 期の実施体制・実施方法を継続しながら、新たな取組の実施や既存の取組の改善を行うことで、効果的・効率的な実施を目指す。

第 4 期に向けて、以下の対応が課題と考えられる。

【特定健診】

- ア 健診会場と時間の設定等の対象者が受診しやすい環境の整備
- イ 未受診者や発症予防及び重症化予防対象者に対する受診勧奨の継続と強化
- ウ 国保被保険者が多く属する業種団体等に対する、受診勧奨の協力依頼や制度周知
- エ 医療機関との連携強化

【特定保健指導】

- ア 効果的・効率的な実施と指導人員の確保
- イ 日中の不在等の理由で訪問できない対象者への対応・利便性の向上
- ウ 対象者の危険因子を踏まえた実施の一層の推進

第7章 計画の評価・見直し

1 個別保健事業の評価・見直し

より実効性のある計画となるよう、毎年度、個別の保健事業について進捗状況等を把握、評価を行う(図表41「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」)。事業が計画通り進んでいない場合は、ストラクチャーやプロセスが適当であったか等を確認、体制等の見直しを行う。

2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

計画の最終年度となる令和11年度にデータヘルス計画全体の評価、見直しを行うとともに、必要な場合は中間年となる令和8年度に進捗管理のため中間評価を行う。

評価に当たっては、被保険者や医療関係者、関係団体関係者が参画する国保運営協議会で検討するとともに、国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会を活用する。

なお、評価指標はアウトカム・アウトプット評価を中心としているが、中間評価、最終評価時にはプロセスやストラクチャーの視点でも評価を行う。

評価における4つの視点

【図表 67】

アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか ・糖尿病性腎症の新規透析導入者数ほか、目標管理一覧に掲げたアウトカム指標
アウトプット (事業の実施状況・実施量)	・計画した保健指導が実施できたか ・特定保健指導実施率ほか、目標管理一覧に掲げたアウトプット指標
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導の手順・教材は十分だったか ・スケジュールは計画通りにできたか ・KDB、DHPは活用しやすい環境か
ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	・事業の運営体制、予算は十分か ・保健指導実施のための専門職の確保は十分か ・専門職の研修機会の確保はできたか、定期事例検討会は開催できたか。

第8章 計画の公表・周知

計画は、市ホームページに掲載し、市民、関係者に周知を行う。

周知にあたっては、被保険者、関係者の理解の促進のため、計画の要旨をまとめた概要版を策定し、分かりやすい内容での周知に努める。

第9章 個人情報の取扱い

特定健診・特定保健指導をはじめ、保健事業で得られる個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び金沢市個人情報保護条例を踏まえ適切な対応を行う。

また、特定健診等保健事業を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項

本市は高齢化が進んでおり、被保険者の中には高齢で一人暮らしや障害を持つ方も少なくない。発症予防、重症化予防の視点に加え、医療や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立した生活を送ることができるよう、医療や保健、介護関係者との連携だけでなく、高齢福祉、障害福祉や生活困窮者、生活保護担当部署とも連携するとともに、必要な場合は地域ケア会議の場を積極的に活用するなど、包括ケアの取組を進める。

金沢市 健診・保健指導の実践スケジュール

4月	<p>1 実施計画(プロセス計画)の見直し、作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨年度の健診結果の整理、保健指導対象者の評価等実施 ・昨年度の健診結果、本年度の体制を踏まえ、目標達成のため今年度の実践計画を検討 ・保健指導対象者を明確化し、優先順位を決定 ・糖尿病管理台帳の作成 	
5月	<p>2 健診の受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病管理台帳により、前年度特定健診未受診者及び未治療者への健診受診勧奨、保健指導を実施 ・受診状況等を踏まえ、対象者の特性に応じた文面に工夫したハガキによる受診勧奨を実施 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>集団検診(48日間) R4:1,962人</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>すこやか検診(216医療機関) R4:21,619人</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>かかりつけ医・事業主からの データ受領 R4:261人</p> </div> </div> <p>健診当日の保健指導 個別相談の実施 結果相談会の案内</p> <p>・特定保健指導対象者全員に結果相談会の案内を健診結果に同封し、送付</p> <p>3 保健指導対象者の抽出 集団:月2回 すこやか:月1回</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診データの受理(集団前半:健診1か月後、集団後半・すこやか:健診2か月後) ・健診結果をマルチマーカーに取り込み、階層化リストを作成 ・マルチマーカーから健診結果経年表、構造図を印刷 ・結果相談会の案内を特定保健指導対象者、情報提供対象者に送付 <p>4 保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経年の健診データ、KDB等を確認の上、実施 ・各福祉健康センター(駅西・泉野・元町)にて、当該年度の健診結果及び経年票、構造図を活用し、健診データの見方や生活習慣の改善(医療機関への受診勧奨を含む)について保健指導を実施するほか、特定健診の継続受診の必要性を説明 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>結果相談会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経年表で個々の結果を確認し、身体の中で起きている状況を説明 ・遺伝や治療の有無等の状況を踏まえながら対象者に応じた保健指導を実施 ・糖尿病連携手帳、血圧手帳、連絡票の活用 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>地区担当による訪問(優先対象者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結果相談会未利用の優先対象者に対して、訪問による保健指導を実施 </div>	<p>参考 R4年度</p> <p>特定健診受診率</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>38.5% (21,232 人)</p> </div> <p>特定保健指導実施率</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>21.7% (481 人)</p> </div> <p>糖尿病の保健指導を実施した割合</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>73.0% (695 人)</p> </div> <p>連絡票交付数(再掲:糖)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>71人</p> </div> <p>糖尿病管理台帳対象者への保健指導数</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>212人</p> </div> <p>高血圧対象者への保健指導</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>72.6% (225 人)</p> </div> <p>糖尿病未治療者が治療に繋がった割合</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>10.5% (33 人)</p> </div>
3月	<p>5 評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価指標に基づいて、特定健診受診率、特定保健指導実施率を評価し、保健師全体で共有。 ・優先順位毎に保健指導実施状況及び治療に繋がった割合を確認。 ・前年度の保健指導実施者の健診データの改善状況を確認し、保健指導を評価。 ・糖尿病管理台帳、特定保健指導単年台帳の整理を実施 	