

佐渡市国民健康保険

第3期データヘルス計画及び 第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度 → 令和11年度
(2024年) (2029年)



令和6年3月
佐渡市

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	8
3. 実施体制・関係部門の役割	8
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 人口構成	9
2. 医療基礎情報	12
3. 平均余命と平均自立期間	13
4. 介護保険の状況	15
5. 死亡の状況	19
第3章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	21
2. 生活習慣病に関する分析	31
3. 特定健診データによる分析	36
4. 被保険者の階層化	40
第4章 過去の取り組みの考察	
1. 第2期データヘルス計画の取り組みと評価	42
2. 各事業の達成状況	43
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	45
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	47
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	71
2. 計画の公表・周知	71
3. 個人情報の取扱い	71
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	72
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	74
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	74
3. 計画期間	74
4. データ分析期間	74
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 特定健康診査の受診状況	75
2. 特定保健指導の実施状況	78
3. メタボリックシンドローム該当状況	84
4. 第3期特定健康診査等実施計画の評価と考察	85
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	86
2. 特定保健指導対象者に係る分析	88

第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	93
	2. 対象者数推計	93
	3. 実施方法	95
	4. 目標達成に向けての取り組み	99
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	100
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	100
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	100
	4. 他の健(検)診との連携	101
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	101
巻末資料		
	1. 用語解説集	103
	2. 疾病分類	105

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。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(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)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。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど大きな転換期にあります。

佐渡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ています。

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、評価等の取組を求めるとともに、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。

佐渡市国保においては、KDBや市の健康管理システム等の健康・医療情報等を活用することにより、計画策定や見直し、各種保健事業を実施してきたところではありますが、今後は、被保険者のさらなる健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られるよう、また結果として、医療費の適正化に資するよう、被保険者の年代や身体状況等を的確に捉え、課題に応じた保健事業を展開し、ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチまで網羅的に取り組みを進めます。

計画の推進に当たっては、医療介護部門との連携を強化し、佐渡市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。

※国保…国民健康保険の略

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

※KDB…国保データベースシステムの略称

(2) 計画の位置づけ

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

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、「佐渡市総合計画」、「健幸さど21計画」、「佐渡市高齢者保健福祉計画・佐渡市介護保険事業計画」、「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)」、「国民健康保険運営方針」、「特定健康診査等実施計画」などの関連計画と調和のとれた内容とします。

(3) 計画とSDGsの関係

SDGs (Sustainable Development Goals : 持続可能な開発目標) は、平成27年9月の国連サミットにおいて採択された私たちの地球を守るための計画「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標です。地球上の「誰一人取り残さない」世界の実現を理念に、経済、社会、環境等に関する17の目標、169の具体目標で構成しています

本市では、「佐渡市総合計画」において、「歴史と文化が薫り 人と自然が共生できる持続可能な島 ～子どもからお年寄りまで 誰もがいきいきと輝ける島～」を基本理念としており、SDGsに掲げる持続可能な社会の実現に向けて、総合計画における各分野の施策を実行することで、SDGsの目標達成に貢献することとしています。

本計画においては、取り組みを進めることで「目標3 あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の目標達成に寄与するとともに、誰一人取り残さない社会の実現を目指します。



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・関係部門の役割

(1) 保険者の役割

健康増進法第六条において、国民健康保険加入者に健康増進事業を行う健康増進事業実施者は市町村と規定されています。健康増進事業実施者は、国民健康保険主管課の市民生活部市民課と健康増進主管課である市民生活部健康医療対策課が中心となり、保険者として健康増進事業を積極的に推進するよう努めます。国民健康保険主管課は佐渡市国民健康保険における健康課題の分析や評価、計画の策定を担い、健康増進主管課は保健事業の実施を担います。両課が中心となり保険者機能を強化することが重要です。

(2) 関係機関の役割

国民健康保険の保険者機能の強化については、共同保険者である新潟県の関与が重要です。また、新潟県国民健康保険団体連合会、佐渡医師会、佐渡歯科医師会、佐渡薬剤師会、佐渡保健所、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者と健康課題を共有し、計画の実効性を高めていく必要があります。

このため、新潟県国民健康保険団体連合会内に設置される支援・評価委員会や佐渡市国民健康保険運営協議会へデータヘルス計画の内容や保健事業の進捗状況について報告等を行い、意見聴取をしながら事業を進めます。

(3) 被保険者の役割

健康増進法第二条において、被保険者は健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに健康の増進に努めなければならないとあります。被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから国民健康保険運営協議会で被保険者代表委員が議論に参画してもらい、被保険者の意見反映に努めます。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析 令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)

■健康診査データ

単年分析 令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

■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か月分)

第2章 地域の概況

1. 人口構成

以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は42.7%であり、県との比較で1.3倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は12,615人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は24.6%です。国民健康保険被保険者平均年齢は58.2歳です。

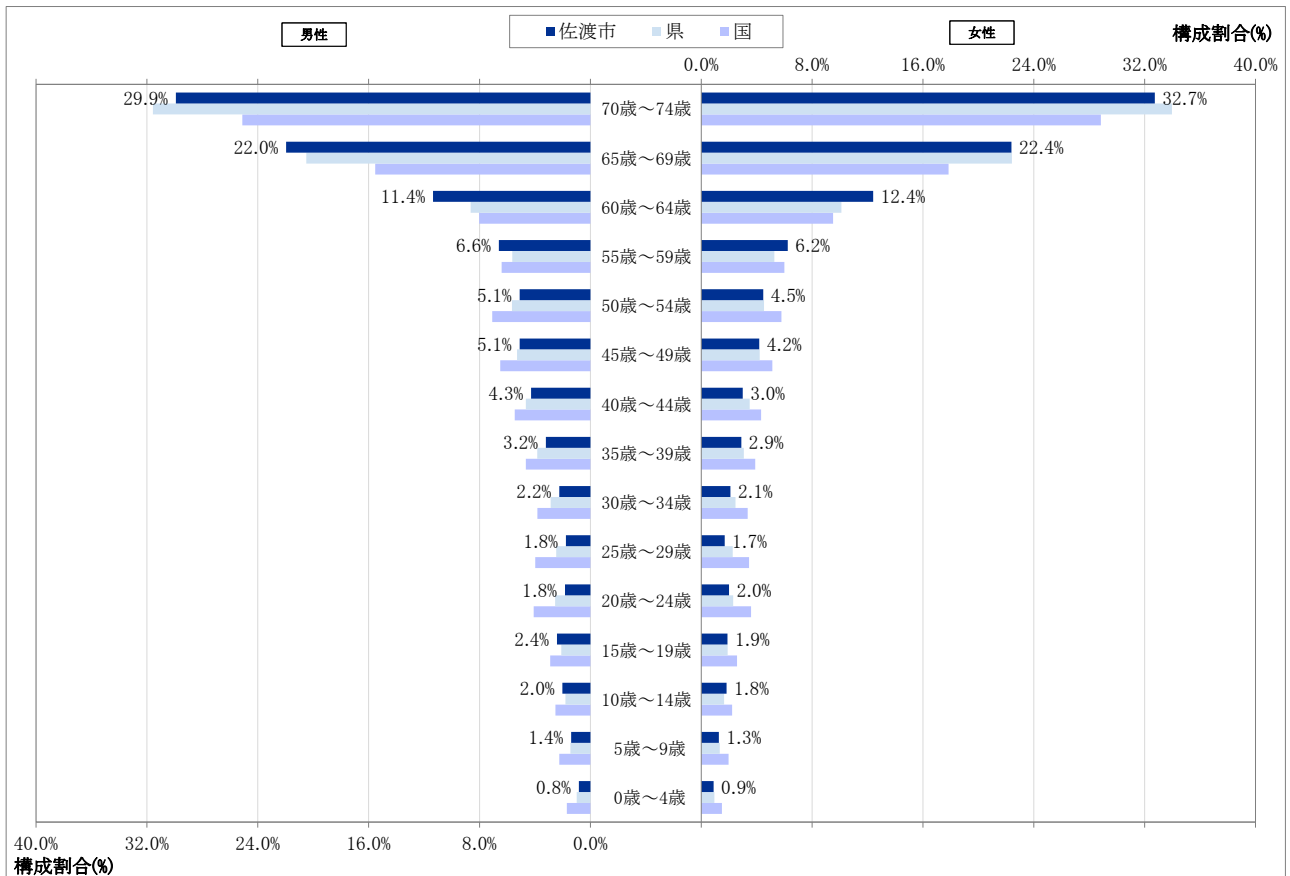
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
佐渡市	51,349	42.7%	12,615	24.6%	58.2	4.8	21.9
県	2,174,332	32.9%	420,104	19.3%	57.6	6.0	13.5
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は新潟県を指す。以下全ての表において同様である。

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

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

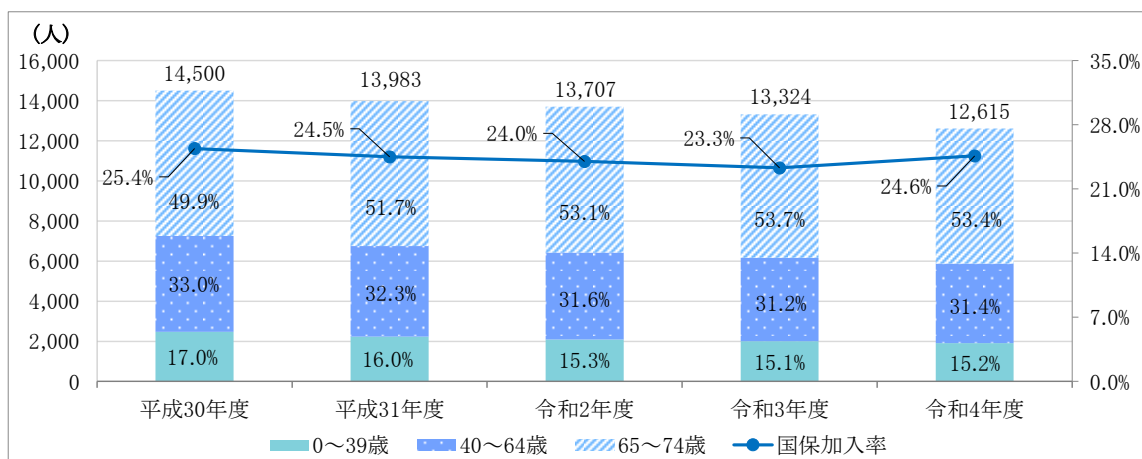
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数12,615人は平成30年度14,500人より1,885人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢58.2歳は平成30年度56.7歳より1.5歳上昇しています。

年度別 人口構成概要

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
佐渡市	平成30年度	57,172	40.3%	14,500	25.4%	56.7	6.1	19.6
	平成31年度	57,172	40.3%	13,983	24.5%	57.4	6.1	19.6
	令和2年度	57,172	40.3%	13,707	24.0%	58.0	6.1	19.6
	令和3年度	57,172	40.3%	13,324	23.3%	58.3	6.1	19.6
	令和4年度	51,349	42.7%	12,615	24.6%	58.2	4.8	21.9
	H30→R4	-10.2%	2.4%	-13.0%	-0.8%	1.5	-1.3	2.3
県	平成30年度	2,294,483	29.9%	471,317	20.5%	56.3	7.1	12.3
	平成31年度	2,294,483	29.9%	457,946	20.0%	56.8	7.1	12.3
	令和2年度	2,294,483	29.9%	453,261	19.8%	57.4	7.1	12.3
	令和3年度	2,294,483	29.9%	441,936	19.3%	57.7	7.1	12.3
	令和4年度	2,174,332	32.9%	420,104	19.3%	57.6	6.0	13.5
H30→R4	-5.2%	3.0%	-10.9%	-1.2%	1.3	-1.1	1.2	
国	平成30年度	125,640,987	26.6%	28,039,851	22.3%	52.5	8.0	10.3
	平成31年度	125,640,987	26.6%	27,083,475	21.6%	52.9	8.0	10.3
	令和2年度	125,640,987	26.6%	26,647,825	21.2%	53.4	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6%	25,855,400	20.6%	53.7	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1
	H30→R4	-1.9%	2.1%	-12.1%	-2.3%	0.9	-1.2	0.8

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

年度別 被保険者数



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

以下は、男女・年齢階層別被保険者数を年度別に示したものです。

年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位：人

年齢階層	平成30年度			平成31年度			令和2年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	164	98	66	149	82	67	129	69	60
5歳～9歳	252	136	116	218	121	97	202	112	90
10歳～14歳	301	162	139	280	159	121	277	156	121
15歳～19歳	375	188	187	338	174	164	315	167	148
20歳～24歳	304	164	140	282	137	145	251	121	130
25歳～29歳	239	130	109	234	114	120	225	118	107
30歳～34歳	354	182	172	316	180	136	278	143	135
35歳～39歳	481	282	199	423	252	171	419	248	171
40歳～44歳	597	354	243	568	336	232	532	323	209
45歳～49歳	608	346	262	613	350	263	587	325	262
50歳～54歳	708	391	317	645	349	296	619	357	262
55歳～59歳	985	523	462	923	501	422	881	467	414
60歳～64歳	1,893	939	954	1,762	855	907	1,712	850	862
65歳～69歳	3,505	1,801	1,704	3,257	1,690	1,567	3,035	1,588	1,447
70歳～74歳	3,734	1,867	1,867	3,975	1,995	1,980	4,245	2,136	2,109
合計	14,500	7,563	6,937	13,983	7,295	6,688	13,707	7,180	6,527

年齢階層	令和3年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	125	65	60	108	55	53
5歳～9歳	184	95	89	168	92	76
10歳～14歳	258	146	112	243	134	109
15歳～19歳	283	155	128	273	160	113
20歳～24歳	264	126	138	242	122	120
25歳～29歳	210	115	95	218	117	101
30歳～34歳	295	164	131	275	149	126
35歳～39歳	387	224	163	386	213	173
40歳～44歳	501	315	186	463	284	179
45歳～49歳	575	327	248	589	339	250
50歳～54歳	631	354	277	606	339	267
55歳～59歳	830	447	383	812	439	373
60歳～64歳	1,621	809	812	1,495	754	741
65歳～69歳	2,935	1,517	1,418	2,795	1,458	1,337
70歳～74歳	4,225	2,132	2,093	3,942	1,987	1,955
合計	13,324	6,991	6,333	12,615	6,642	5,973

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」

2. 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	佐渡市	県	国
受診率 ※ ¹	650.4	741.2	728.4
一件当たり医療費(円)	42,190	39,800	39,870
一般(円)	42,190	39,800	39,870
退職(円)	0	12,020	67,230
外来			
外来費用の割合	60.8%	59.2%	59.9%
外来受診率	632.6	721.0	709.6
一件当たり医療費(円)	26,370	24,240	24,520
一人当たり医療費(円) ※ ²	16,680	17,480	17,400
一日当たり医療費(円)	19,210	17,460	16,500
一件当たり受診回数	1.4	1.4	1.5
入院			
入院費用の割合	39.2%	40.8%	40.1%
入院率	17.8	20.2	18.8
一件当たり医療費(円)	605,550	594,830	619,090
一人当たり医療費(円) ※ ²	10,760	12,020	11,650
一日当たり医療費(円)	39,550	34,300	38,730
一件当たり在院日数	15.3	17.3	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」

※¹受診率…レセプト数 ÷ 被保険者数 × 1000

累計時は年度内の月平均を算出するため、被保険者数、認定者数等の人数を表す項目は、直近月までの各月の集計値を用いる

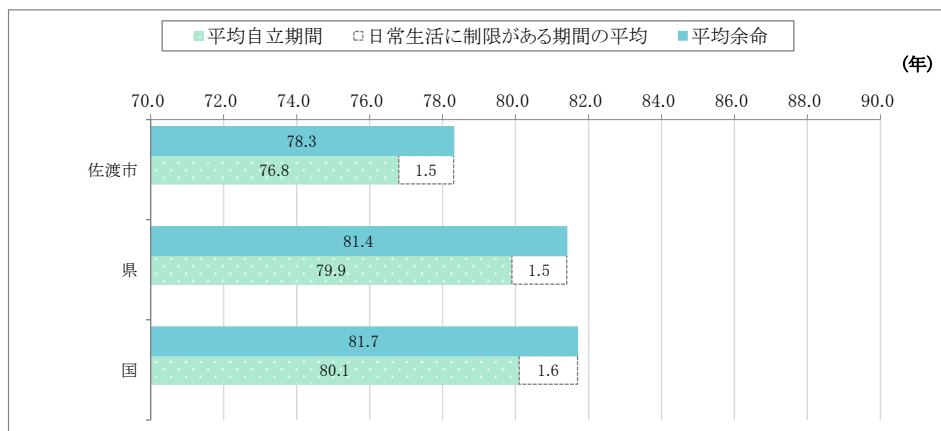
※²一人当たり医療費…1カ月分相当。

3. 平均余命と平均自立期間

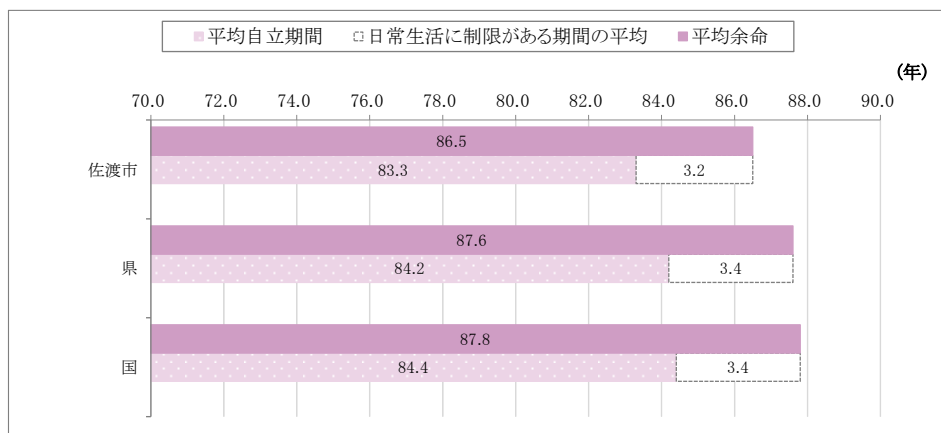
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均余命は78.3年、平均自立期間は76.8年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.5年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本市の女性の平均余命は86.5年、平均自立期間は83.3年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.2年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。

(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)

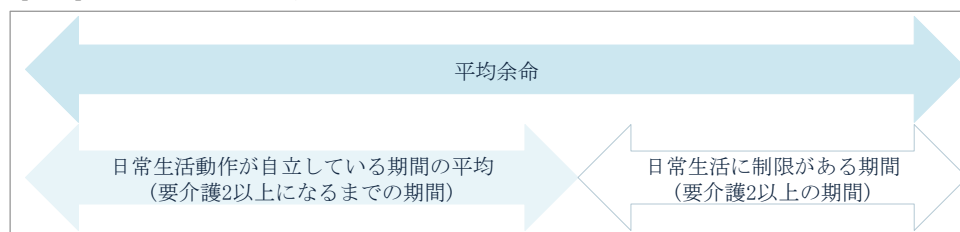


(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



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



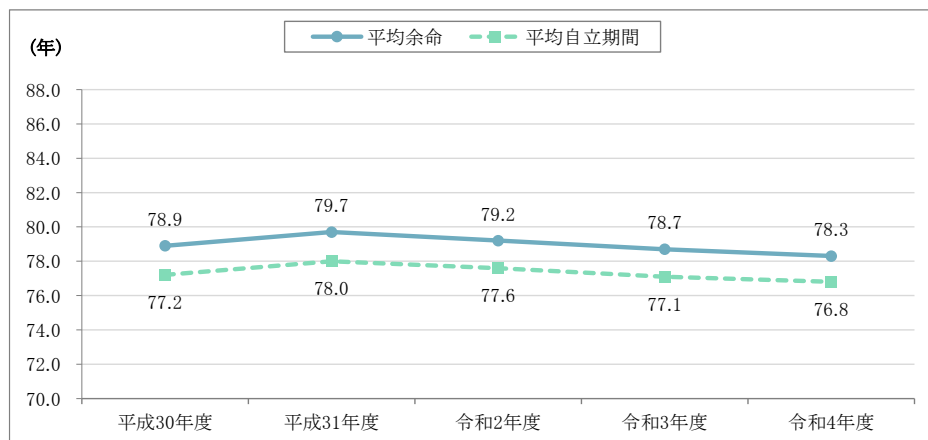
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間76.8年は平成30年度77.2年から0.4年短縮しています。女性における令和4年度の平均自立期間83.3年は平成30年度83.1年から0.2年延伸しています。

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

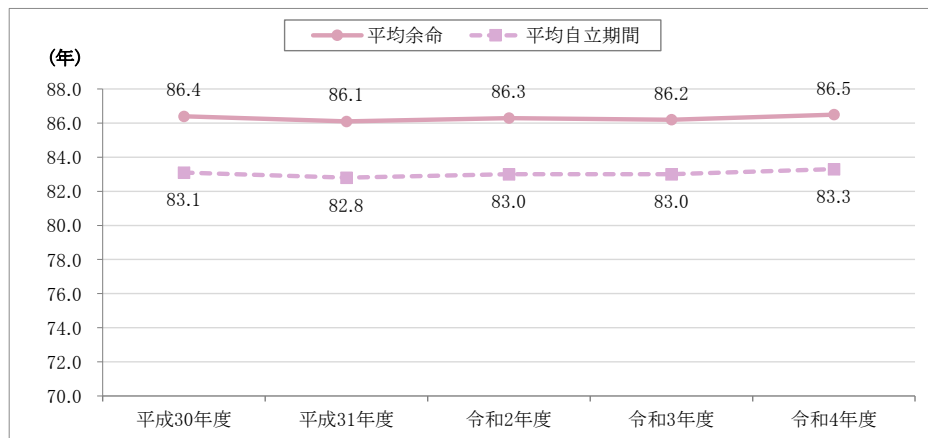
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	78.9	77.2	1.7	86.4	83.1	3.3
平成31年度	79.7	78.0	1.7	86.1	82.8	3.3
令和2年度	79.2	77.6	1.6	86.3	83.0	3.3
令和3年度	78.7	77.1	1.6	86.2	83.0	3.2
令和4年度	78.3	76.8	1.5	86.5	83.3	3.2

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(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」

4. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

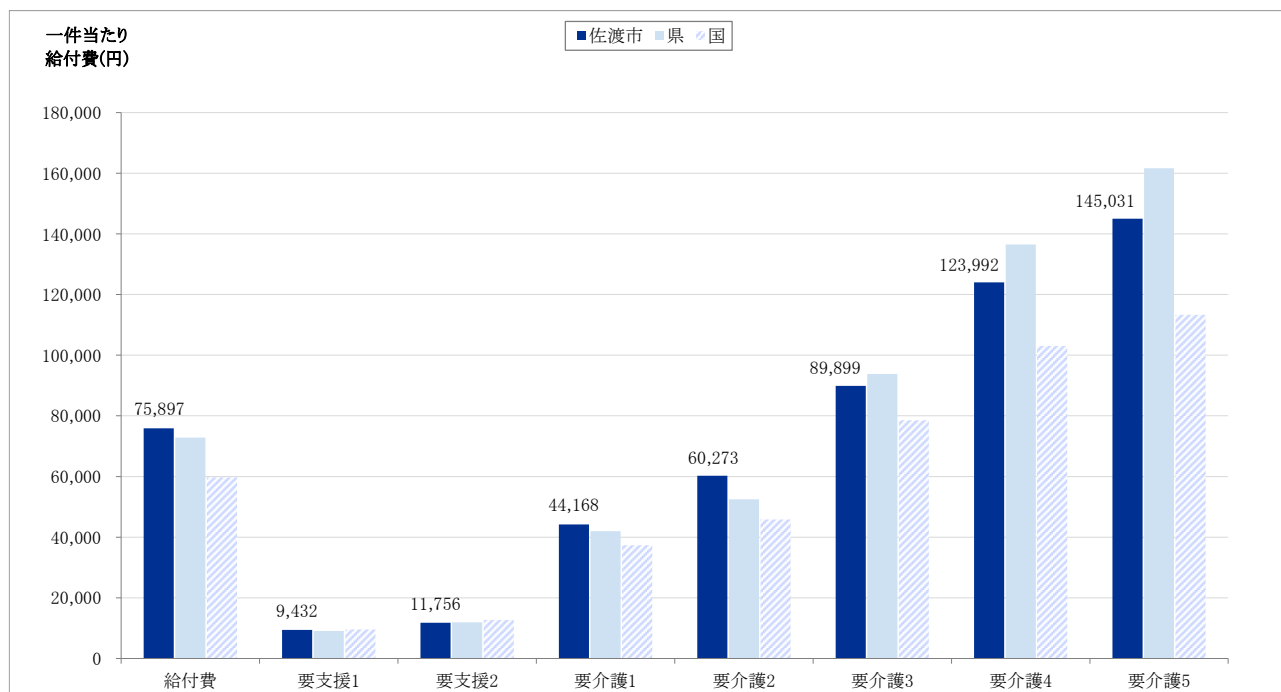
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

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	佐渡市	県	国
認定率	21.5%	19.1%	19.4%
認定者数(人)	4,637	138,492	6,880,137
第1号(65歳以上)	4,574	135,843	6,724,030
第2号(40～64歳)	63	2,649	156,107
一件当たり給付費(円)			
給付費	75,897	72,809	59,662
要支援1	9,432	9,081	9,568
要支援2	11,756	11,940	12,723
要介護1	44,168	41,979	37,331
要介護2	60,273	52,445	45,837
要介護3	89,899	93,827	78,504
要介護4	123,992	136,544	103,025
要介護5	145,031	161,627	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」

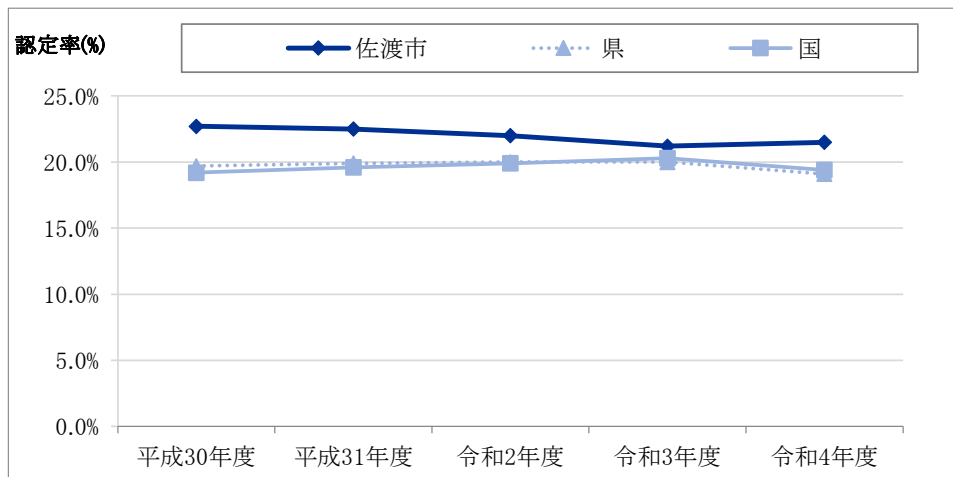
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率21.5%は平成30年度22.7%より1.2ポイント減少しており、令和4年度の認定者数4,637人は平成30年度5,245人より608人減少しています。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
				第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
佐渡市	平成30年度	22.7%	5,245	5,172	73
	平成31年度	22.5%	5,262	5,184	78
	令和2年度	22.0%	5,086	5,006	80
	令和3年度	21.2%	4,885	4,815	70
	令和4年度	21.5%	4,637	4,574	63
県	平成30年度	19.7%	138,216	135,350	2,866
	平成31年度	19.9%	139,424	136,596	2,828
	令和2年度	20.0%	140,193	137,394	2,799
	令和3年度	20.0%	139,357	136,583	2,774
	令和4年度	19.1%	138,492	135,843	2,649
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12,287人となり、これを認定者数の実数で除すと2.6となることから、認定者は平均2.6疾病を有していることがわかります。

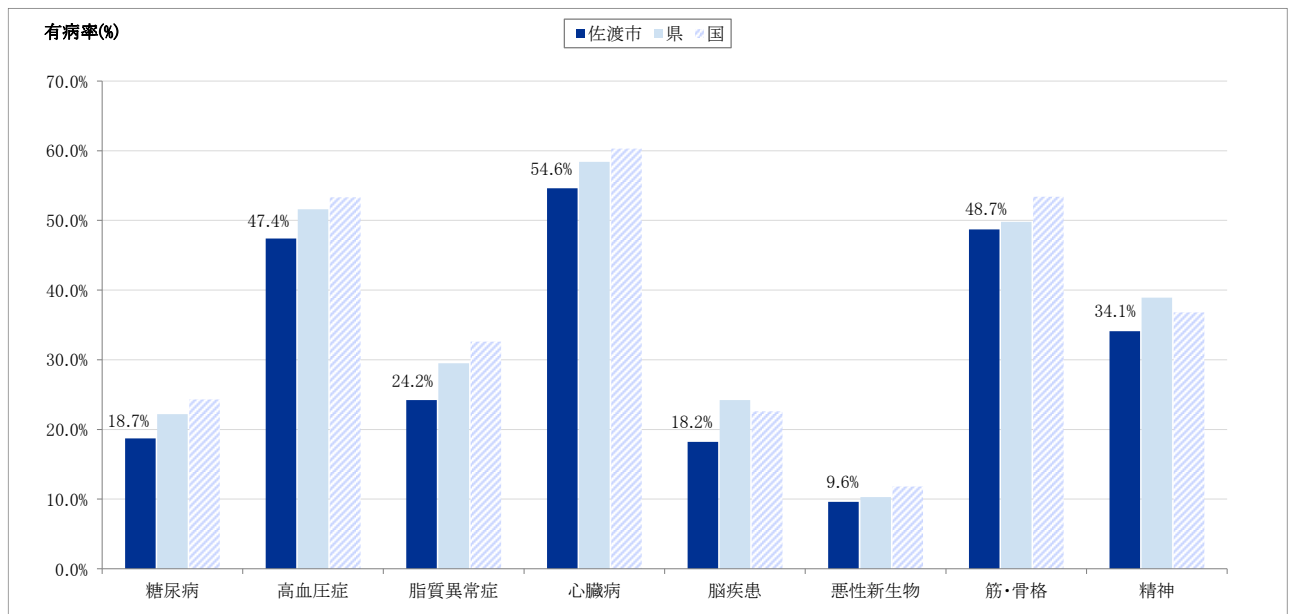
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分		佐渡市	順位	県	順位	国	順位
認定者数(人)		4,637		138,492		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	908	6	31,729	7	1,712,613	6
	有病率	18.7%		22.2%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	2,286	3	73,433	2	3,744,672	3
	有病率	47.4%		51.6%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	1,189	5	42,560	5	2,308,216	5
	有病率	24.2%		29.5%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	2,612	1	82,893	1	4,224,628	1
	有病率	54.6%		58.4%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	833	7	33,921	6	1,568,292	7
	有病率	18.2%		24.2%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	482	8	15,006	8	837,410	8
	有病率	9.6%		10.3%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	2,361	2	70,978	3	3,748,372	2
	有病率	48.7%		49.8%		53.4%	
精神	実人数(人)	1,616	4	54,975	4	2,569,149	4
	有病率	34.1%		38.9%		36.8%	

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数2.6疾病は平成30年度2.7疾病より減少しています。

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を

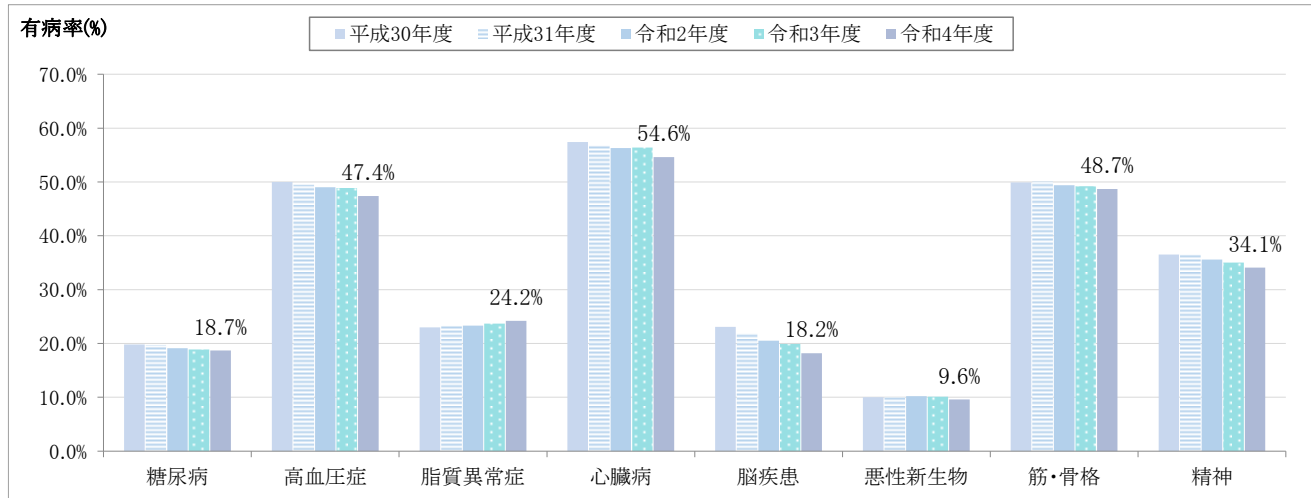
網掛け

表示する。

区分	佐渡市										
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	
認定者数(人)	5,245		5,262		5,086		4,885		4,637		
糖尿病	実人数(人)	1,052	7	1,019	7	1,004	7	959	7	908	6
	有病率(%)	19.8%		19.7%		19.1%		18.9%		18.7%	
高血圧症	実人数(人)	2,605	3	2,646	2	2,590	2	2,484	3	2,286	3
	有病率(%)	50.0%		49.5%		49.0%		48.9%		47.4%	
脂質異常症	実人数(人)	1,214	5	1,277	5	1,220	5	1,239	5	1,189	5
	有病率(%)	23.0%		23.3%		23.3%		23.7%		24.2%	
心臓病	実人数(人)	2,987	1	3,027	1	2,958	1	2,863	1	2,612	1
	有病率(%)	57.4%		56.8%		56.3%		56.4%		54.6%	
脳疾患	実人数(人)	1,183	6	1,139	6	1,067	6	986	6	833	7
	有病率(%)	23.1%		21.8%		20.5%		19.9%		18.2%	
悪性新生物	実人数(人)	535	8	507	8	549	8	498	8	482	8
	有病率(%)	10.0%		10.0%		10.2%		10.1%		9.6%	
筋・骨格	実人数(人)	2,613	2	2,618	3	2,577	3	2,489	2	2,361	2
	有病率(%)	49.9%		50.1%		49.4%		49.2%		48.7%	
精神	実人数(人)	1,887	4	1,929	4	1,880	4	1,768	4	1,616	4
	有病率(%)	36.5%		36.5%		35.6%		35.0%		34.1%	

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

5. 死亡の状況

以下は、本市の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	佐渡市	県	国
男性	105.4	100.9	100.0
女性	107.0	98.2	100.0

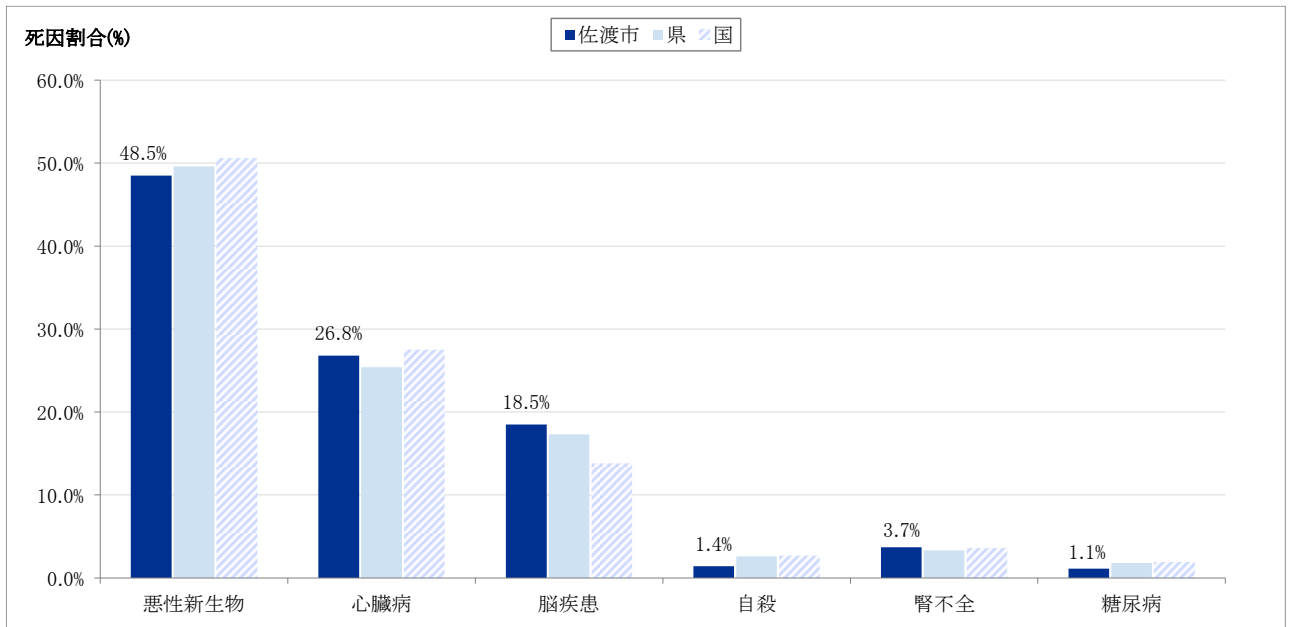
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	佐渡市		県	国
	人数(人)	割合(%)		
悪性新生物	273	48.5%	49.6%	50.6%
心臓病	151	26.8%	25.4%	27.5%
脳疾患	104	18.5%	17.3%	13.8%
自殺	8	1.4%	2.6%	2.7%
腎不全	21	3.7%	3.3%	3.6%
糖尿病	6	1.1%	1.8%	1.9%
合計	563			

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性					女性				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
佐渡市	100.4	100.4	100.4	105.4	105.4	99.8	99.8	99.8	107.0	107.0
県	98.8	98.8	98.8	100.9	100.9	94.6	94.6	94.6	98.2	98.2
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

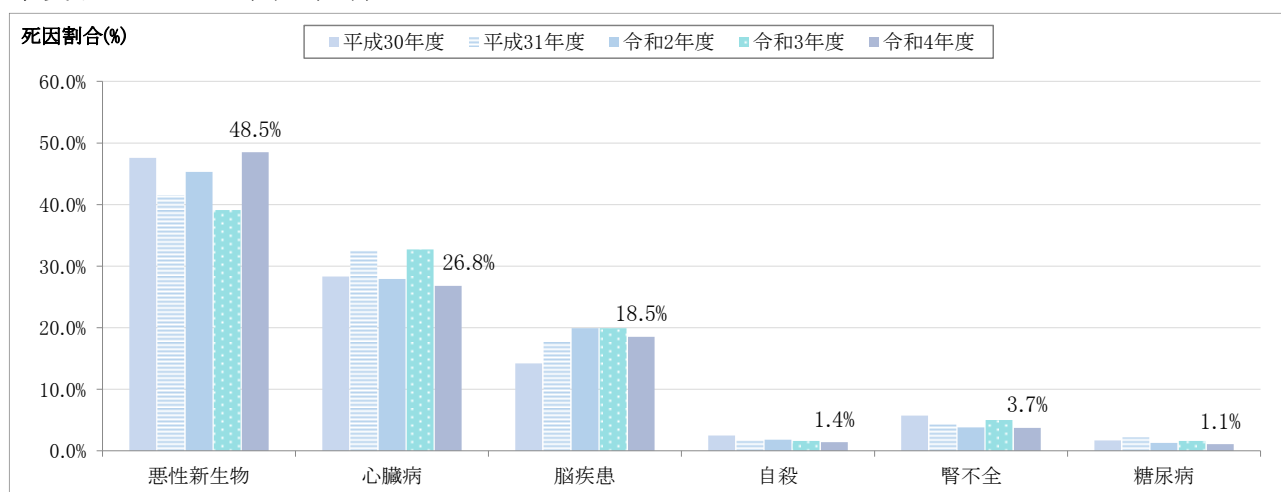
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数273人は平成30年度284人より11人減少しており、心臓病を死因とする人数151人は平成30年度169人より18人減少しています。また、脳疾患を死因とする人数104人は平成30年度85人より19人増加しています。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	佐渡市									
	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	284	243	284	218	273	47.6%	41.5%	45.3%	39.1%	48.5%
心臓病	169	190	175	182	151	28.3%	32.5%	27.9%	32.7%	26.8%
脳疾患	85	104	125	111	104	14.2%	17.8%	19.9%	19.9%	18.5%
自殺	15	10	11	9	8	2.5%	1.7%	1.8%	1.6%	1.4%
腎不全	34	25	24	28	21	5.7%	4.3%	3.8%	5.0%	3.7%
糖尿病	10	13	8	9	6	1.7%	2.2%	1.3%	1.6%	1.1%
合計	597	585	627	557	563					

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」

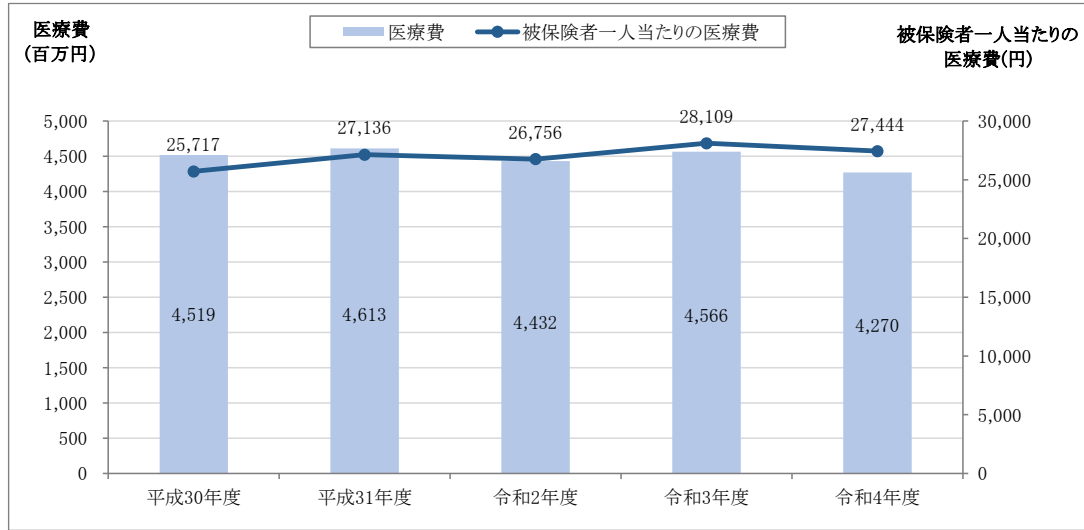
第3章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

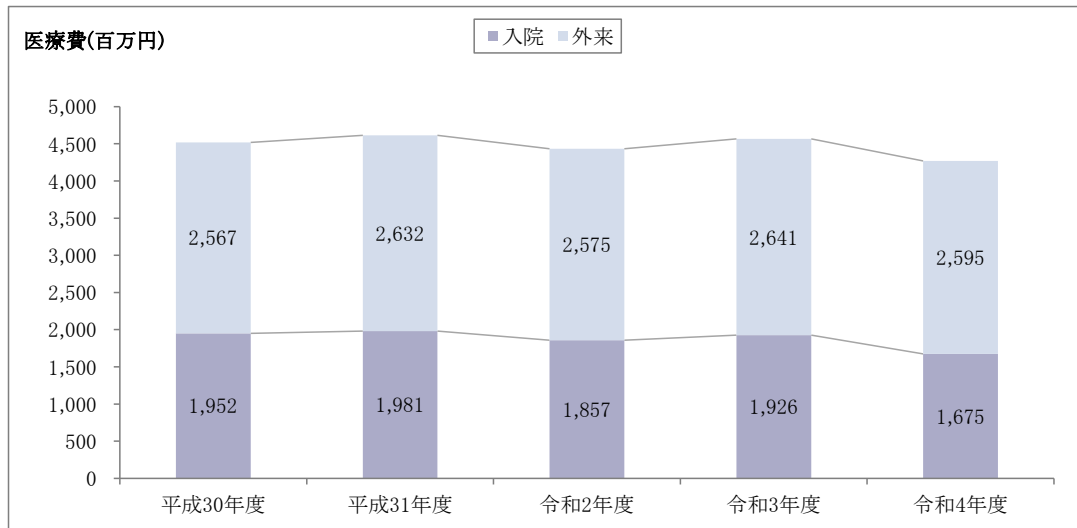
以下は、本市の医療費の状況を示したものです。

年度別 医療費の状況



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

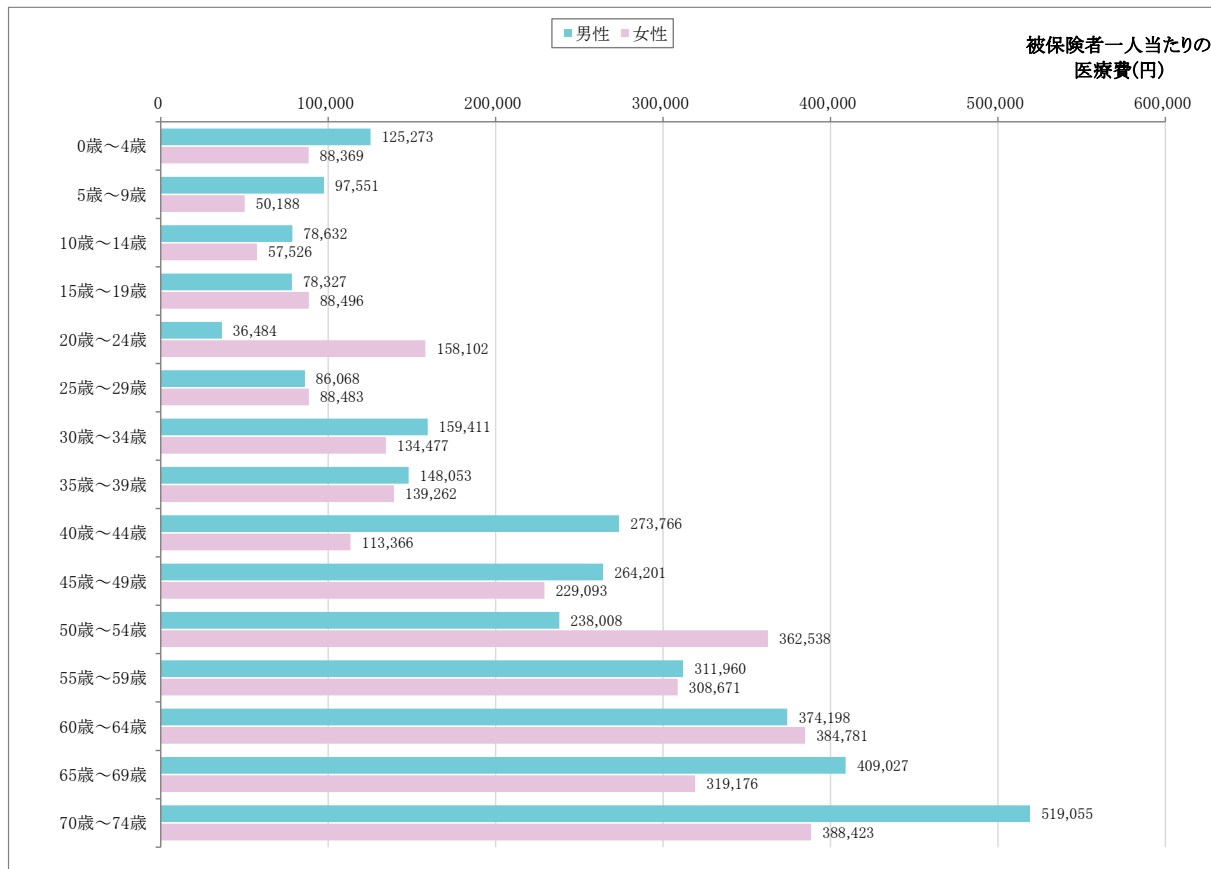
年度別 入院・外来別医療費



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。

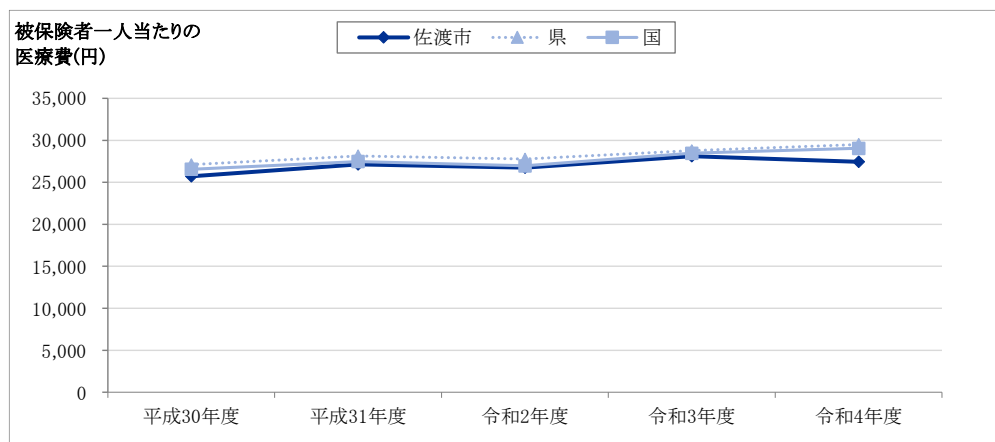
年度別 被保険者一人当たりの医療費

単位：円

年度	佐渡市	県	国
平成30年度	25,717	27,098	26,555
平成31年度	27,136	28,147	27,475
令和2年度	26,756	27,765	26,961
令和3年度	28,109	28,764	28,469
令和4年度	27,444	29,500	29,043
H30→R4	6.7%	8.9%	9.4%

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

年度別 被保険者一人当たりの医療費

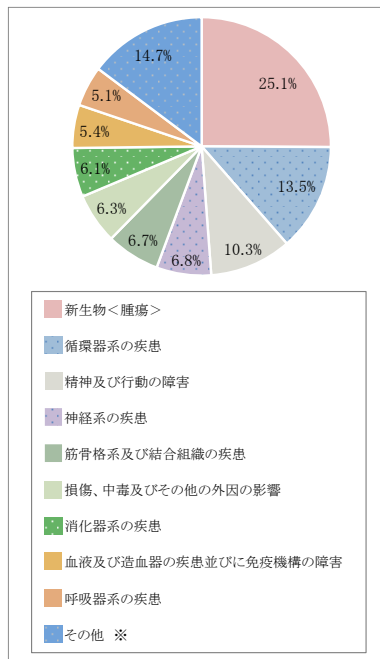


出典：国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、25.1%を占めています。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(入院) (令和4年度)

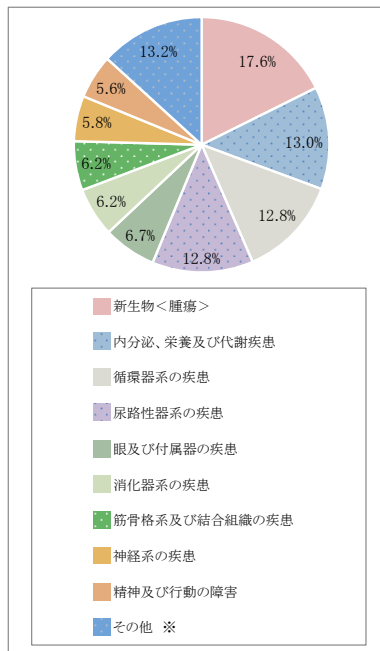
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	25.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.5%	膵臓がん	1.1%
			悪性リンパ腫	3.7%	膀胱がん	1.0%
					前立腺がん	0.9%
			胃の悪性新生物<腫瘍>	2.0%	胃がん	2.0%
2	循環器系の疾患	13.5%	その他の心疾患	5.0%	不整脈	1.6%
			その他の循環器系の疾患	2.1%	心臓弁膜症	0.9%
					大動脈瘤	1.4%
			脳梗塞	2.0%	脳梗塞	2.0%
3	精神及び行動の障害	10.3%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6.7%	統合失調症	6.7%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1.7%	うつ病	1.7%
					その他の精神及び行動の障害	1.1%
			4	神経系の疾患	6.8%	その他の神経系の疾患
てんかん	2.4%					
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	0.5%					

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の外来医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、17.6%を占めています。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
		割合	中分類	割合	細小分類	
1	新生物<腫瘍>	17.6%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.1%	前立腺がん	1.7%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.0%	膀胱がん	0.6%
					膵臓がん	0.4%
					肺がん	3.0%
乳房の悪性新生物<腫瘍>	1.6%	乳がん	1.6%			
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.0%	糖尿病	9.4%	糖尿病	8.9%
			脂質異常症	2.7%	糖尿病網膜症	0.4%
					脂質異常症	2.7%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.6%					
3	循環器系の疾患	12.8%	高血圧性疾患	6.2%	高血圧症	6.2%
			その他の心疾患	4.9%		
					不整脈	3.8%
					虚血性心疾患	0.8%
4	泌尿器系の疾患	12.8%	腎不全	10.9%	慢性腎臓病(透析あり)	6.3%
			その他の腎尿路系の疾患	0.7%	慢性腎臓病(透析なし)	0.6%
					前立腺肥大(症)	0.6%

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

(3) 中分類による疾病別医療費統計

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)に発生しているレセプトより、疾病中分類毎に集計し、医療費、患者数、各項目の上位10疾病を示したものです。医療費上位は「その他の悪性新生物<腫瘍>」・「腎不全」が、患者数上位は「高血圧性疾患」・「糖尿病」が占めています。

中分類による疾病別統計(医療費上位10疾病)

順位	疾病分類(中分類)		医療費(円) ※	構成比(%) (医療費総計全体に 対して占める割合)	患者数(人)
1	0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	312,852,393	7.3%	1,708
2	1402	腎不全	260,726,868	6.1%	578
3	0402	糖尿病	218,634,309	5.1%	4,642
4	0606	その他の神経系の疾患	198,788,251	4.7%	2,702
5	0901	高血圧性疾患	179,201,457	4.2%	5,214
6	1113	その他の消化器系の疾患	172,519,394	4.1%	3,921
7	0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	154,371,076	3.6%	655
8	0903	その他の心疾患	148,568,414	3.5%	2,094
9	0704	その他の眼及び付属器の疾患	120,646,859	2.8%	3,585
10	0205	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	99,276,614	2.3%	311

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)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

中分類による疾病別統計(患者数上位10疾病)

順位	疾病分類(中分類)		医療費(円)	患者数(人) ※	構成比(%) (患者数全体に 対して占める割合)
1	0901	高血圧性疾患	179,201,457	5,214	44.3%
2	0402	糖尿病	218,634,309	4,642	39.4%
3	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	70,105,637	4,038	34.3%
4	1113	その他の消化器系の疾患	172,519,394	3,921	33.3%
5	0703	屈折及び調節の障害	11,709,864	3,867	32.8%
6	0704	その他の眼及び付属器の疾患	120,646,859	3,585	30.4%
7	0403	脂質異常症	87,776,993	3,487	29.6%
8	1105	胃炎及び十二指腸炎	31,803,822	3,168	26.9%
9	0702	白内障	61,140,610	2,770	23.5%
10	0606	その他の神経系の疾患	198,788,251	2,702	22.9%

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)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※患者数…中分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、5.8%を占めています。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	248,521,390	5.8%
2	統合失調症	197,411,150	4.6%
3	慢性腎臓病(透析あり)	179,561,020	4.2%
4	高血圧症	165,636,170	3.9%
5	不整脈	124,536,000	2.9%
6	関節疾患	123,946,420	2.9%
7	大腸がん	114,231,570	2.7%
8	肺がん	104,950,400	2.5%
9	骨折	71,407,950	1.7%
10	脂質異常症	69,705,360	1.6%

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

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

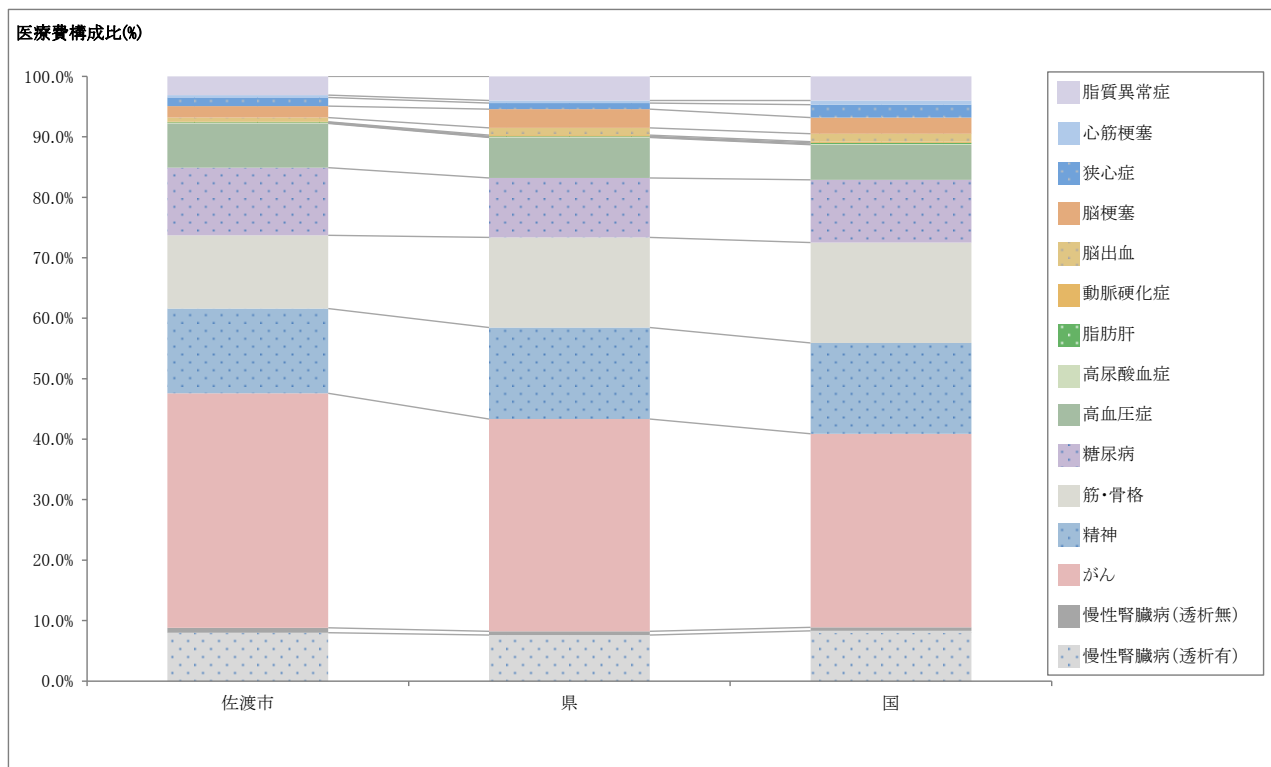
以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものです。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	佐渡市	県	国
慢性腎臓病(透析有)	8.0%	7.6%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.8%	0.6%	0.6%
がん	38.8%	35.1%	32.0%
精神	14.0%	15.1%	15.0%
筋・骨格	12.1%	14.9%	16.6%
糖尿病	11.2%	9.8%	10.4%
高血圧症	7.3%	6.7%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%
脳出血	0.7%	1.2%	1.3%
脳梗塞	1.9%	3.1%	2.7%
狭心症	1.4%	1.0%	2.1%
心筋梗塞	0.4%	0.4%	0.7%
脂質異常症	3.1%	4.0%	4.0%

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものです。

生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	17,587,170	1.1%	6	41	1.5%	5	428,955	7
高血圧症	5,755,780	0.3%	9	25	0.9%	7	230,231	11
脂質異常症	1,105,240	0.1%	11	3	0.1%	11	368,413	10
高尿酸血症	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脂肪肝	166,150	0.0%	12	1	0.0%	12	166,150	12
動脈硬化症	1,556,730	0.1%	10	4	0.1%	10	389,183	9
脳出血	14,361,180	0.9%	7	16	0.6%	8	897,574	2
脳梗塞	33,518,470	2.0%	4	48	1.7%	4	698,301	5
狭心症	18,554,770	1.1%	5	33	1.2%	6	562,266	6
心筋梗塞	8,285,720	0.5%	8	7	0.3%	9	1,183,674	1
がん	420,150,030	25.1%	1	511	18.5%	1	822,211	4
筋・骨格	111,948,480	6.7%	3	135	4.9%	3	829,248	3
精神	171,792,160	10.3%	2	428	15.5%	2	401,384	8
その他(上記以外のもの)	870,179,370	52.0%		1,514	54.7%		574,755	
合計	1,674,961,250			2,766			605,554	

出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	235,184,830	9.1%	2	7,891	8.0%	3	29,804	2
高血圧症	159,875,470	6.2%	4	12,523	12.7%	1	12,767	11
脂質異常症	68,600,120	2.7%	6	5,416	5.5%	5	12,666	12
高尿酸血症	2,586,440	0.1%	9	257	0.3%	9	10,064	13
脂肪肝	2,146,470	0.1%	10	117	0.1%	10	18,346	9
動脈硬化症	1,658,060	0.1%	11	57	0.1%	11	29,089	3
脳出血	714,300	0.0%	13	34	0.0%	13	21,009	8
脳梗塞	9,763,540	0.4%	8	415	0.4%	8	23,527	6
狭心症	12,950,290	0.5%	7	616	0.6%	7	21,023	7
心筋梗塞	1,261,820	0.0%	12	47	0.0%	12	26,847	4
がん	455,844,390	17.6%	1	3,486	3.5%	6	130,764	1
筋・骨格	160,771,620	6.2%	3	8,868	9.0%	2	18,129	10
精神	143,848,780	5.6%	5	5,575	5.7%	4	25,802	5
その他(上記以外のもの)	1,327,832,630	51.4%		53,134	54.0%		24,990	
合計	2,583,038,760			98,436			26,241	

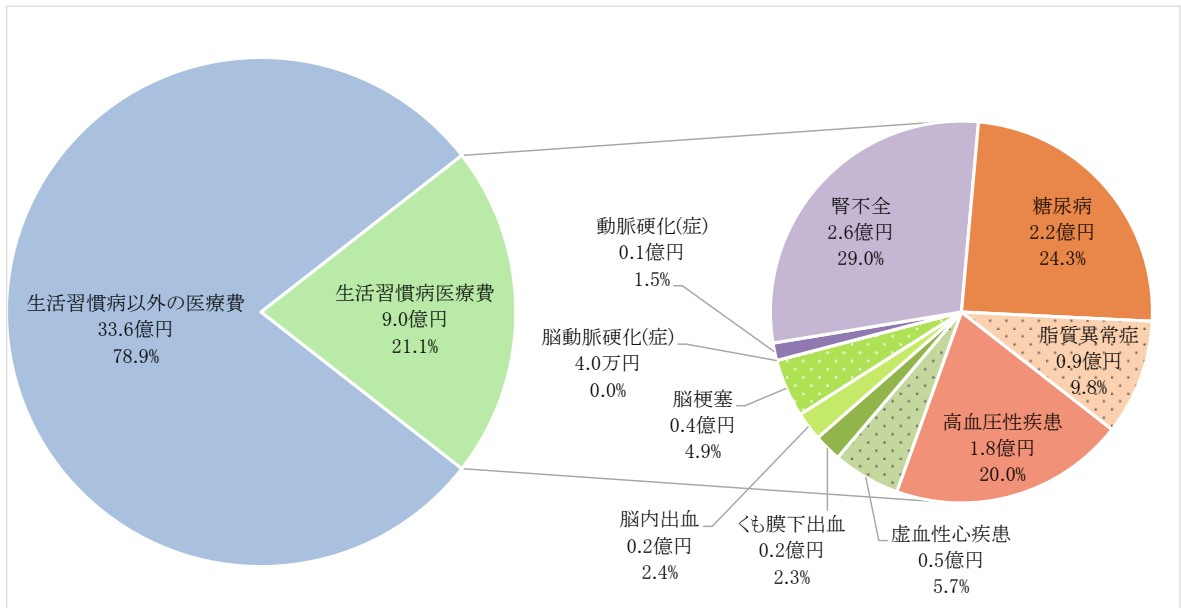
出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	252,772,000	5.9%	4	7,932	7.8%	3	31,867	8
高血圧症	165,631,250	3.9%	5	12,548	12.4%	1	13,200	11
脂質異常症	69,705,360	1.6%	6	5,419	5.4%	5	12,863	12
高尿酸血症	2,586,440	0.1%	12	257	0.3%	9	10,064	13
脂肪肝	2,312,620	0.1%	13	118	0.1%	10	19,598	10
動脈硬化症	3,214,790	0.1%	11	61	0.1%	11	52,701	5
脳出血	15,075,480	0.4%	9	50	0.0%	13	301,510	1
脳梗塞	43,282,010	1.0%	7	463	0.5%	8	93,482	4
狭心症	31,505,060	0.7%	8	649	0.6%	7	48,544	7
心筋梗塞	9,547,540	0.2%	10	54	0.1%	12	176,806	3
がん	875,994,420	20.6%	1	3,997	3.9%	6	219,163	2
筋・骨格	272,720,100	6.4%	3	9,003	8.9%	2	30,292	9
精神	315,640,940	7.4%	2	6,003	5.9%	4	52,581	6
その他(上記以外のもの)	2,198,012,000	51.6%		54,648	54.0%		40,221	
合計	4,258,000,010			101,202			42,074	

出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

総医療費に占める生活習慣病医療費の割合と内訳(令和4年度)



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)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

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

生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C
20歳代以下	1,324	398	110	8.3%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.5%	0	0.0%
30歳代	682	229	123	18.0%	0	0.0%	3	2.4%	1	0.8%	22	17.9%	5	4.1%
40歳代	1,076	464	288	26.8%	7	2.4%	4	1.4%	7	2.4%	56	19.4%	5	1.7%
50歳代	1,461	858	520	35.6%	26	5.0%	42	8.1%	11	2.1%	133	25.6%	10	1.9%
60歳～64歳	1,621	1,093	716	44.2%	37	5.2%	42	5.9%	15	2.1%	208	29.1%	20	2.8%
65歳～69歳	2,935	2,260	1,433	48.8%	119	8.3%	101	7.0%	7	0.5%	426	29.7%	29	2.0%
70歳～74歳	4,225	3,965	2,419	57.3%	190	7.9%	222	9.2%	10	0.4%	791	32.7%	48	2.0%
全体	13,324	9,267	5,609	42.1%	381	6.8%	414	7.4%	51	0.9%	1,641	29.3%	117	2.1%
再掲														
40歳～74歳	11,318	8,640	5,376	47.5%	379	7.0%	411	7.6%	50	0.9%	1,614	30.0%	112	2.1%
65歳～74歳	7,160	6,225	3,852	53.8%	309	8.0%	323	8.4%	17	0.4%	1,217	31.6%	77	2.0%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.7%	1	0.9%	4	3.6%
30歳代	1	0.8%	2	1.6%	2	1.6%	16	13.0%	1	0.8%	15	12.2%
40歳代	2	0.7%	2	0.7%	1	0.3%	92	31.9%	24	8.3%	73	25.3%
50歳代	7	1.3%	11	2.1%	6	1.2%	242	46.5%	45	8.7%	208	40.0%
60歳～64歳	14	2.0%	17	2.4%	11	1.5%	403	56.3%	67	9.4%	330	46.1%
65歳～69歳	17	1.2%	45	3.1%	16	1.1%	908	63.4%	143	10.0%	645	45.0%
70歳～74歳	35	1.4%	74	3.1%	21	0.9%	1,637	67.7%	263	10.9%	1,199	49.6%
全体	76	1.4%	151	2.7%	57	1.0%	3,301	58.9%	544	9.7%	2,474	44.1%
再掲												
40歳～74歳	75	1.4%	149	2.8%	55	1.0%	3,282	61.0%	542	10.1%	2,455	45.7%
65歳～74歳	52	1.3%	119	3.1%	37	1.0%	2,545	66.1%	406	10.5%	1,844	47.9%

出典：国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年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(%)
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C
20歳代以下	1,324	398	5	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30歳代	682	229	22	3.2%	5	22.7%	1	4.5%	2	9.1%	2	9.1%
40歳代	1,076	464	56	5.2%	5	8.9%	2	3.6%	2	3.6%	1	1.8%
50歳代	1,461	858	133	9.1%	10	7.5%	7	5.3%	11	8.3%	6	4.5%
60歳～64歳	1,621	1,093	208	12.8%	20	9.6%	14	6.7%	17	8.2%	11	5.3%
65歳～69歳	2,935	2,260	426	14.5%	29	6.8%	17	4.0%	45	10.6%	16	3.8%
70歳～74歳	4,225	3,965	791	18.7%	48	6.1%	35	4.4%	74	9.4%	21	2.7%
全体	13,324	9,267	1,641	12.3%	117	7.1%	76	4.6%	151	9.2%	57	3.5%
再掲												
40歳～74歳	11,318	8,640	1,614	14.3%	112	6.9%	75	4.6%	149	9.2%	55	3.4%
65歳～74歳	7,160	6,225	1,217	17.0%	77	6.3%	52	4.3%	119	9.8%	37	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	20.0%	0	0.0%	2	40.0%
30歳代	0	0.0%	1	4.5%	1	4.5%	7	31.8%	1	4.5%	10	45.5%
40歳代	2	3.6%	1	1.8%	2	3.6%	24	42.9%	7	12.5%	25	44.6%
50歳代	7	5.3%	20	15.0%	5	3.8%	80	60.2%	22	16.5%	85	63.9%
60歳～64歳	14	6.7%	21	10.1%	8	3.8%	142	68.3%	30	14.4%	122	58.7%
65歳～69歳	41	9.6%	42	9.9%	4	0.9%	318	74.6%	56	13.1%	262	61.5%
70歳～74歳	72	9.1%	111	14.0%	6	0.8%	609	77.0%	114	14.4%	488	61.7%
全体	136	8.3%	196	11.9%	26	1.6%	1,181	72.0%	230	14.0%	994	60.6%
再掲												
40歳～74歳	136	8.4%	195	12.1%	25	1.5%	1,173	72.7%	229	14.2%	982	60.8%
65歳～74歳	113	9.3%	153	12.6%	10	0.8%	927	76.2%	170	14.0%	750	61.6%

出典：国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	1,324	398	4	0.3%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	
30歳代	682	229	15	2.2%	0	0.0%	1	6.7%	1	6.7%	10	66.7%	
40歳代	1,076	464	73	6.8%	3	4.1%	3	4.1%	5	6.8%	25	34.2%	
50歳代	1,461	858	208	14.2%	13	6.3%	34	16.3%	7	3.4%	85	40.9%	
60歳～64歳	1,621	1,093	330	20.4%	23	7.0%	30	9.1%	9	2.7%	122	37.0%	
65歳～69歳	2,935	2,260	645	22.0%	56	8.7%	70	10.9%	5	0.8%	262	40.6%	
70歳～74歳	4,225	3,965	1,199	28.4%	113	9.4%	156	13.0%	6	0.5%	488	40.7%	
全体	13,324	9,267	2,474	18.6%	209	8.4%	294	11.9%	33	1.3%	994	40.2%	
再掲	40歳～74歳	11,318	8,640	2,455	21.7%	208	8.5%	293	11.9%	32	1.3%	982	40.0%
再掲	65歳～74歳	7,160	6,225	1,844	25.8%	169	9.2%	226	12.3%	11	0.6%	750	40.7%

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		高血圧症		高尿酸血症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	
30歳代	3	20.0%	1	6.7%	1	6.7%	1	6.7%	6	40.0%	0	0.0%	
40歳代	4	5.5%	2	2.7%	0	0.0%	1	1.4%	41	56.2%	17	23.3%	
50歳代	6	2.9%	5	2.4%	4	1.9%	5	2.4%	123	59.1%	34	16.3%	
60歳～64歳	11	3.3%	11	3.3%	9	2.7%	7	2.1%	225	68.2%	41	12.4%	
65歳～69歳	19	2.9%	14	2.2%	19	2.9%	12	1.9%	468	72.6%	80	12.4%	
70歳～74歳	26	2.2%	24	2.0%	39	3.3%	15	1.3%	938	78.2%	156	13.0%	
全体	69	2.8%	57	2.3%	72	2.9%	41	1.7%	1,803	72.9%	328	13.3%	
再掲	40歳～74歳	66	2.7%	56	2.3%	71	2.9%	40	1.6%	1,795	73.1%	328	13.4%
再掲	65歳～74歳	45	2.4%	38	2.1%	58	3.1%	27	1.5%	1,406	76.2%	236	12.8%

出典：国保データベース (KDB) システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年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
20歳代以下	1,324	398	3	0.2%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	
30歳代	682	229	16	2.3%	0	0.0%	1	6.3%	1	6.3%	7	43.8%	
40歳代	1,076	464	92	8.6%	5	5.4%	2	2.2%	6	6.5%	24	26.1%	
50歳代	1,461	858	242	16.6%	21	8.7%	30	12.4%	10	4.1%	80	33.1%	
60歳～64歳	1,621	1,093	403	24.9%	28	6.9%	34	8.4%	14	3.5%	142	35.2%	
65歳～69歳	2,935	2,260	908	30.9%	92	10.1%	78	8.6%	7	0.8%	318	35.0%	
70歳～74歳	4,225	3,965	1,637	38.7%	160	9.8%	191	11.7%	10	0.6%	609	37.2%	
全体	13,324	9,267	3,301	24.8%	307	9.3%	336	10.2%	48	1.5%	1,181	35.8%	
再掲	40歳～74歳	11,318	8,640	3,282	29.0%	306	9.3%	335	10.2%	47	1.4%	1,173	35.7%
再掲	65歳～74歳	7,160	6,225	2,545	35.5%	252	9.9%	269	10.6%	17	0.7%	927	36.4%

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	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	
30歳代	2	12.5%	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	6	37.5%	
40歳代	3	3.3%	2	2.2%	0	0.0%	1	1.1%	18	19.6%	41	44.6%	
50歳代	6	2.5%	4	1.7%	5	2.1%	4	1.7%	39	16.1%	123	50.8%	
60歳～64歳	16	4.0%	12	3.0%	11	2.7%	9	2.2%	57	14.1%	225	55.8%	
65歳～69歳	21	2.3%	16	1.8%	23	2.5%	13	1.4%	124	13.7%	468	51.5%	
70歳～74歳	38	2.3%	33	2.0%	38	2.3%	18	1.1%	235	14.4%	938	57.3%	
全体	86	2.6%	68	2.1%	77	2.3%	46	1.4%	473	14.3%	1,803	54.6%	
再掲	40歳～74歳	84	2.6%	67	2.0%	77	2.3%	45	1.4%	473	14.4%	1,795	54.7%
再掲	65歳～74歳	59	2.3%	49	1.9%	61	2.4%	31	1.2%	359	14.1%	1,406	55.2%

出典：国保データベース (KDB) システム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

虚血性心疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	1,324	398	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	682	229	3	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	
40歳代	1,076	464	4	0.4%	0	0.0%	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	
50歳代	1,461	858	42	2.9%	2	4.8%	2	4.8%	20	47.6%	2	4.8%	
60歳～64歳	1,621	1,093	42	2.6%	2	4.8%	2	4.8%	21	50.0%	3	7.1%	
65歳～69歳	2,935	2,260	101	3.4%	14	13.9%	2	2.0%	42	41.6%	6	5.9%	
70歳～74歳	4,225	3,965	222	5.3%	26	11.7%	5	2.3%	111	50.0%	17	7.7%	
全体	13,324	9,267	414	3.1%	44	10.6%	12	2.9%	196	47.3%	28	6.8%	
再掲	40歳～74歳	11,318	8,640	411	3.6%	44	10.7%	12	2.9%	195	47.4%	28	6.8%
再掲	65歳～74歳	7,160	6,225	323	4.5%	40	12.4%	7	2.2%	153	47.4%	23	7.1%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
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%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	1	33.3%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	1	25.0%	3	75.0%	
50歳代	1	2.4%	2	4.8%	1	2.4%	30	71.4%	7	16.7%	34	81.0%	
60歳～64歳	3	7.1%	1	2.4%	1	2.4%	34	81.0%	6	14.3%	30	71.4%	
65歳～69歳	5	5.0%	1	1.0%	5	5.0%	78	77.2%	22	21.8%	70	69.3%	
70歳～74歳	11	5.0%	10	4.5%	7	3.2%	191	86.0%	52	23.4%	156	70.3%	
全体	20	4.8%	14	3.4%	14	3.4%	336	81.2%	88	21.3%	294	71.0%	
再掲	40歳～74歳	20	4.9%	14	3.4%	14	3.4%	335	81.5%	88	21.4%	293	71.3%
再掲	65歳～74歳	16	5.0%	11	3.4%	12	3.7%	269	83.3%	74	22.9%	226	70.0%

出典：国保データベース（KDB）システム「虚血性心疾患のレセプト分析」（令和4年3月診療分）

脳血管疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	1,324	398	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	682	229	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	1,076	464	7	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	
50歳代	1,461	858	26	1.8%	2	7.7%	0	0.0%	7	26.9%	2	7.7%	
60歳～64歳	1,621	1,093	37	2.3%	2	5.4%	1	2.7%	14	37.8%	1	2.7%	
65歳～69歳	2,935	2,260	119	4.1%	14	11.8%	2	1.7%	41	34.5%	6	5.0%	
70歳～74歳	4,225	3,965	190	4.5%	26	13.7%	2	1.1%	72	37.9%	7	3.7%	
全体	13,324	9,267	381	2.9%	44	11.5%	5	1.3%	136	35.7%	16	4.2%	
再掲	40歳～74歳	11,318	8,640	379	3.3%	44	11.6%	5	1.3%	136	35.9%	16	4.2%
再掲	65歳～74歳	7,160	6,225	309	4.3%	40	12.9%	4	1.3%	113	36.6%	13	4.2%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	71.4%	2	28.6%	3	42.9%	
50歳代	2	7.7%	0	0.0%	1	3.8%	21	80.8%	2	7.7%	13	50.0%	
60歳～64歳	1	2.7%	1	2.7%	1	2.7%	28	75.7%	5	13.5%	23	62.2%	
65歳～69歳	1	0.8%	6	5.0%	1	0.8%	92	77.3%	17	14.3%	56	47.1%	
70歳～74歳	5	2.6%	8	4.2%	2	1.1%	160	84.2%	25	13.2%	113	59.5%	
全体	9	2.4%	15	3.9%	5	1.3%	307	80.6%	51	13.4%	209	54.9%	
再掲	40歳～74歳	9	2.4%	15	4.0%	5	1.3%	306	80.7%	51	13.5%	208	54.9%
再掲	65歳～74歳	6	1.9%	14	4.5%	3	1.0%	252	81.6%	42	13.6%	169	54.7%

出典：国保データベース（KDB）システム「脳血管疾患のレセプト分析」（令和4年3月診療分）

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
佐渡市	12,615	57	0.45%
県	420,104	1,602	0.38%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	42	241,151,090	5,741,693
平成31年度	48	256,369,760	5,341,037
令和2年度	59	284,424,440	4,820,753
令和3年度	51	288,227,580	5,651,521
令和4年度	57	291,205,560	5,108,869

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものの。

以下は、透析患者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	125	0	0.00%	65	0	0.00%	60	0	0.00%
5歳～9歳	184	0	0.00%	95	0	0.00%	89	0	0.00%
10歳～14歳	258	0	0.00%	146	0	0.00%	112	0	0.00%
15歳～19歳	283	0	0.00%	155	0	0.00%	128	0	0.00%
20歳～24歳	264	0	0.00%	126	0	0.00%	138	0	0.00%
25歳～29歳	210	0	0.00%	115	0	0.00%	95	0	0.00%
30歳～34歳	295	0	0.00%	164	0	0.00%	131	0	0.00%
35歳～39歳	387	1	0.26%	224	1	0.45%	163	0	0.00%
40歳～44歳	501	3	0.60%	315	3	0.95%	186	0	0.00%
45歳～49歳	575	4	0.70%	327	4	1.22%	248	0	0.00%
50歳～54歳	631	4	0.63%	354	2	0.56%	277	2	0.72%
55歳～59歳	830	7	0.84%	447	6	1.34%	383	1	0.26%
60歳～64歳	1,621	15	0.93%	809	12	1.48%	812	3	0.37%
65歳～69歳	2,935	7	0.24%	1,517	5	0.33%	1,418	2	0.14%
70歳～74歳	4,225	10	0.24%	2,132	5	0.23%	2,093	5	0.24%
全体	13,324	51	0.38%	6,991	38	0.54%	6,333	13	0.21%

出典：国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年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	G/C	
20歳代以下	1,324	398	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	682	229	1	0.1%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	
40歳代	1,076	464	7	0.7%	2	28.6%	2	28.6%	1	14.3%	0	0.0%	
50歳代	1,461	858	11	0.8%	5	45.5%	1	9.1%	2	18.2%	1	9.1%	
60歳～64歳	1,621	1,093	15	0.9%	8	53.3%	4	26.7%	6	40.0%	2	13.3%	
65歳～69歳	2,935	2,260	7	0.2%	4	57.1%	1	14.3%	3	42.9%	2	28.6%	
70歳～74歳	4,225	3,965	10	0.2%	6	60.0%	2	20.0%	4	40.0%	1	10.0%	
全体	13,324	9,267	51	0.4%	26	51.0%	11	21.6%	17	33.3%	6	11.8%	
再掲	40歳～74歳	11,318	8,640	50	0.4%	25	50.0%	10	20.0%	16	32.0%	6	12.0%
	65歳～74歳	7,160	6,225	17	0.2%	10	58.8%	3	17.6%	7	41.2%	3	17.6%

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	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	6	85.7%	5	71.4%	5	71.4%	0	0.0%	1	14.3%	
50歳代	1	9.1%	10	90.9%	4	36.4%	7	63.6%	0	0.0%	2	18.2%	
60歳～64歳	2	13.3%	14	93.3%	5	33.3%	9	60.0%	1	6.7%	2	13.3%	
65歳～69歳	2	28.6%	7	100.0%	2	28.6%	5	71.4%	2	28.6%	2	28.6%	
70歳～74歳	2	20.0%	10	100.0%	5	50.0%	6	60.0%	2	20.0%	5	50.0%	
全体	7	13.7%	48	94.1%	21	41.2%	33	64.7%	5	9.8%	12	23.5%	
再掲	40歳～74歳	7	14.0%	47	94.0%	21	42.0%	32	64.0%	5	10.0%	12	24.0%
	65歳～74歳	4	23.5%	17	100.0%	7	41.2%	11	64.7%	4	23.5%	7	41.2%

出典：国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

3. 特定健診データによる分析

以下は、令和4年度特定健診データによる、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79.7%を占めています。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
佐渡市	40歳～64歳	人数(人)	512	534	528	285	104	138	1,098	186
		割合(%)	33.0%	34.4%	34.0%	18.4%	6.7%	8.9%	70.7%	12.0%
	65歳～74歳	人数(人)	1,052	1,239	1,108	425	251	484	3,084	300
		割合(%)	28.5%	33.6%	30.0%	11.5%	6.8%	13.1%	83.5%	8.1%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,564	1,773	1,636	710	355	622	4,182	486
		割合(%)	29.8%	33.8%	31.2%	13.5%	6.8%	11.9%	79.7%	9.3%
県	割合(%)	25.4%	32.0%	25.7%	13.3%	4.2%	21.4%	66.0%	4.9%	
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	
佐渡市	40歳～64歳	人数(人)	506	381	862	13	77	274	46	193
		割合(%)	32.6%	24.5%	55.5%	0.8%	5.0%	17.7%	3.0%	12.4%
	65歳～74歳	人数(人)	1,684	677	1,919	54	240	567	162	955
		割合(%)	45.6%	18.3%	52.0%	1.5%	6.5%	15.4%	4.4%	25.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,190	1,058	2,781	67	317	841	208	1,148
		割合(%)	41.8%	20.2%	53.0%	1.3%	6.0%	16.0%	4.0%	21.9%
県	割合(%)	45.3%	21.1%	48.0%	1.2%	16.8%	35.2%	9.2%	21.4%	
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年度特定健診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8.5%、該当者は22.7%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は10.0%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,552	45.1%	59	3.8%	171	11.0%	13	0.8%	81	5.2%	77	5.0%
65歳～74歳	3,692	58.2%	76	2.1%	276	7.5%	42	1.1%	189	5.1%	45	1.2%
全体(40歳～74歳)	5,244	53.6%	135	2.6%	447	8.5%	55	1.0%	270	5.1%	122	2.3%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	304	19.6%	50	3.2%	34	2.2%	107	6.9%	113	7.3%
65歳～74歳	887	24.0%	156	4.2%	51	1.4%	268	7.3%	412	11.2%
全体(40歳～74歳)	1,191	22.7%	206	3.9%	85	1.6%	375	7.2%	525	10.0%

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

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

以下は、令和4年度特定健診データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。

質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳			65歳～74歳		
		佐渡市	県	国	佐渡市	県	国
服薬	服薬_高血圧症	22.1%	20.5%	20.2%	45.6%	43.1%	43.7%
	服薬_糖尿病	5.5%	5.1%	5.3%	10.9%	9.9%	10.4%
	服薬_脂質異常症	16.4%	17.3%	16.6%	28.8%	33.8%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.3%	2.2%	2.0%	3.9%	4.1%	3.8%
	既往歴_心臓病	2.7%	2.4%	3.0%	6.7%	5.8%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.7%	0.6%	0.6%	1.5%	0.9%	0.9%
	既往歴_貧血	19.6%	15.9%	14.2%	15.5%	10.6%	9.3%
喫煙	喫煙	19.5%	18.8%	18.9%	13.0%	10.8%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	39.8%	35.6%	37.8%	32.6%	29.3%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	74.0%	72.0%	68.8%	70.7%	61.4%	55.4%
	1日1時間以上運動なし	19.8%	41.5%	49.3%	21.1%	42.4%	46.7%
	歩行速度遅い	50.1%	52.5%	53.0%	51.4%	50.3%	49.4%
食事	食べる速度が速い	32.7%	29.7%	30.7%	26.6%	22.5%	24.6%
	食べる速度が普通	58.8%	62.5%	61.1%	63.7%	69.7%	67.6%
	食べる速度が遅い	8.5%	7.8%	8.2%	9.7%	7.8%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	16.5%	19.0%	21.1%	14.6%	12.3%	12.1%
飲酒	週3回以上朝食を抜く	17.9%	15.1%	19.0%	10.1%	4.7%	5.9%
	毎日飲酒	26.1%	28.0%	24.3%	26.2%	29.9%	24.7%
	時々飲酒	27.1%	25.3%	25.3%	22.4%	22.3%	21.1%
	飲まない	46.8%	46.7%	50.4%	51.4%	47.8%	54.2%
	1日飲酒量(1合未満)	65.4%	62.6%	60.9%	70.9%	65.5%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	20.4%	22.9%	23.1%	19.8%	24.8%	23.1%
睡眠	1日飲酒量(2～3合)	9.8%	10.7%	11.2%	7.7%	8.4%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	4.4%	3.7%	4.8%	1.6%	1.2%	1.5%
	睡眠不足	24.4%	24.3%	28.4%	22.2%	19.8%	23.4%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	29.6%	27.3%	23.0%	38.3%	34.3%	29.3%
	改善意欲あり	34.8%	34.3%	32.8%	30.5%	27.2%	26.0%
	改善意欲ありかつ始めている	11.6%	13.1%	16.4%	10.0%	10.7%	13.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.6%	9.6%	10.0%	7.3%	7.7%	8.6%
	取り組み済み6ヶ月以上	14.4%	15.7%	17.8%	13.9%	20.1%	23.2%
咀嚼	保健指導利用しない	71.2%	67.6%	62.4%	64.1%	67.2%	62.9%
	咀嚼_何でも	81.6%	84.3%	83.8%	72.0%	76.5%	77.1%
	咀嚼_かみにくい	17.6%	15.3%	15.4%	26.8%	23.0%	22.1%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.8%	0.4%	0.7%	1.2%	0.6%	0.8%
	3食以外間食_毎日	22.4%	23.7%	23.8%	19.4%	20.5%	20.8%
	3食以外間食_時々	54.9%	54.6%	55.3%	58.8%	57.5%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	22.7%	21.7%	20.9%	21.9%	22.0%	20.8%

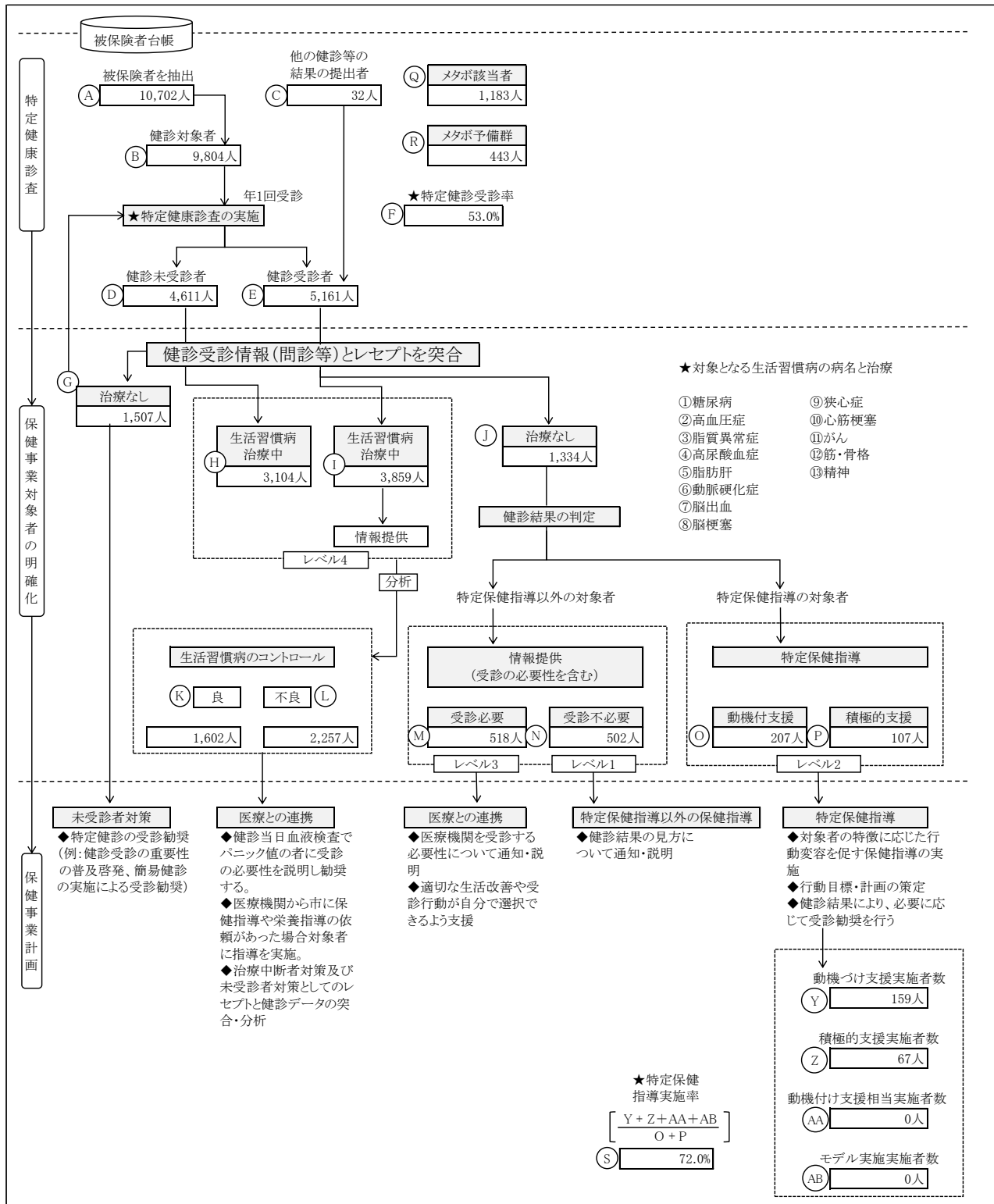
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)		
		佐渡市	県	国
服薬	服薬_高血圧症	38.7%	37.8%	36.8%
	服薬_糖尿病	9.3%	8.8%	8.9%
	服薬_脂質異常症	25.1%	30.0%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.5%	3.7%	3.3%
	既往歴_心臓病	5.5%	5.0%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.3%	0.8%	0.8%
	既往歴_貧血	16.7%	11.9%	10.7%
喫煙	喫煙	15.0%	12.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.7%	30.8%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	71.7%	63.9%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	20.7%	42.2%	47.5%
	歩行速度遅い	51.0%	50.9%	50.4%
食事	食べる速度が速い	28.4%	24.2%	26.4%
	食べる速度が普通	62.2%	68.0%	65.7%
	食べる速度が遅い	9.4%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	15.2%	13.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	12.4%	7.1%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	26.2%	29.4%	24.6%
	時々飲酒	23.8%	23.0%	22.3%
	飲まない	50.1%	47.6%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	69.3%	64.8%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	19.9%	24.4%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	8.3%	9.0%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	2.5%	1.8%	2.5%
睡眠	睡眠不足	22.8%	20.9%	24.9%
生活習慣 改善意欲	改善意欲なし	35.8%	32.7%	27.5%
	改善意欲あり	31.8%	28.9%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	10.5%	11.2%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	8.0%	8.1%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	14.0%	19.0%	21.6%
	保健指導利用しない	66.2%	67.3%	62.7%
咀嚼	咀嚼_何でも	74.9%	78.3%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	24.1%	21.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	1.1%	0.5%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	20.3%	21.2%	21.7%
	3食以外間食_時々	57.6%	56.8%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	22.1%	21.9%	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年度における特定健診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。

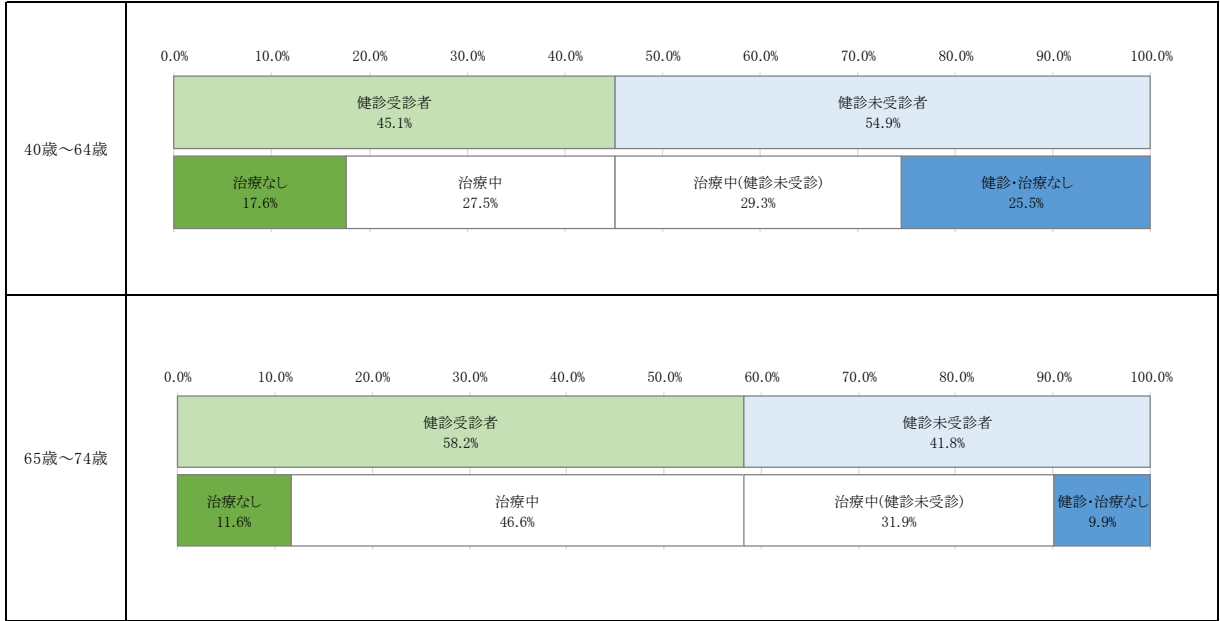
被保険者の階層化(令和4年度)



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」

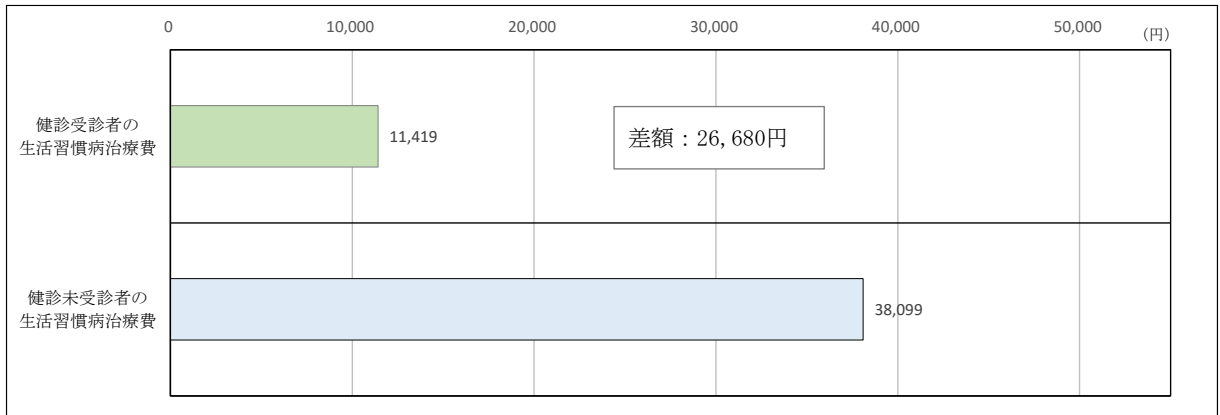
以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものです。

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。

特定健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費差異(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」

第4章 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画の取り組みと評価

第2期データヘルス計画では、糖尿病及び高血圧性疾患、腎不全の医療費の増加抑制を課題とし保健事業を実施しました。

対象者の保健指導の強化に努めたことで、高血圧性疾患の医療費は減少傾向にあります。が、血糖高値者（HbA1c6.5%以上）や内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者・予備群者の割合に改善が見られません。今後も行動変容を促す保健指導の力量形成に努め、健康行動や受診行動につながる保健指導が必要です。さらに、重症化予防のためにも、医療機関及び健診未受診への支援が重要となります。

計画の推進、保健事業の取り組みにあたっては、市内の医療機関や職域との連携体制を強化していく必要があります。

【中長期目標評価一覧(年次推移)】 Aうまくいっている Bまあ、うまくいっている Cあまりうまくいっていない Dまったくうまくいっていない

データヘルス計画の中長期目標 アウトカム評価指標	実績値							目指す 方向性/ 目標値	評価
	現状値 (スタート時)	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	令和 5年度		
<中長期目標: 1)糖尿病の医療費の増加抑制>									
糖尿病の年間1人あたり医療費	19,162円	19,125円	19,363円	20,215円	21,269円	20,753円		増加抑制	C
後発医薬品(糖尿病用剤)の数量シェア率 (各年度3月診療分)	27.43%	64.12%	64.55%	59.19%	73.25%	72.99%		増加	A
重複薬剤(糖尿病)指導対象者数	0人	1人	0人	1人	0人	0人		0人	A
<中長期目標: 2)血糖高値者(HbA1c6.5%以上)の減少>									
HbA1c6.5%以上該当率	10.6%	11.9%	12.0%	11.5%	11.8%	12.9%		減少	D
糖尿病の薬を服用している割合	8.6%	9.1%	9.4%	9.5%	9.6%	9.3%		増加	B
<中長期目標: 3)肥満者の減少>									
内臓脂肪症候群該当者の割合	18.7%	21.5%	22.8%	22.0%	21.8%	22.7%		減少	C
内臓脂肪症候群予備群者の割合	8.3%	8.9%	9.2%	9.2%	8.9%	8.5%		減少	B
特定保健指導(動機付け支援)該当率	9.3%	9.8%	9.7%	9.5%	9.0%	8.7%		減少	A
特定保健指導(積極的支援)該当率	4.3%	4.1%	4.1%	3.3%	3.5%	4.0%		減少	C
<中長期目標: 4)高血圧性疾患の医療費の増加抑制>									
高血圧性疾患の年間1人当たり医療費	18,971円	14,966円	14,712円	14,844円	13,811円	13,129円		増加抑制	A
後発医薬品(血圧降下剤)の数量シェア率 (各年度3月診療分)	24.66%	62.22%	67.59%	64.83%	65.89%	68.83%		増加	A
重複薬剤(高血圧)指導対象者数	0人	4人	1人	1人	1人	0人		0人	A
<中長期目標: 5)高血圧者(140/90以上)の減少>									
収縮期血圧140以上の割合	23.2%	19.9%	20.1%	20.4%	18.5%	19.7%		減少	A
拡張期血圧90以上の割合	10.3%	9.9%	9.7%	8.9%	8.5%	9.8%		減少	A
高血圧症の薬を服用している割合	35.8%	36.8%	37.9%	38.6%	39.3%	38.7%		増加	A
<中長期目標: 6)新規透析患者の減少>									
特定疾病認定申請書件数(国保新規)	10件	3件	9件	16件	13件	8件		減少	B
特定疾病認定申請書件数 (被用者保険からの移行)	2件	3件	6件	3件	6件	4件		減少	C
<中長期目標: 7)尿蛋白(2+)以上及び尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上者の増加抑制>									
尿蛋白(2+)以上者の割合	1.2%	1.2%	1.3%	1.5%	1.6%	1.1%		増加抑制	A
尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上者の割合	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	1.2%	1.1%		増加抑制	A

2. 各事業の達成状況

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。全8事業のうち、目標達成している事業は生活習慣改善PR事業です。

事業名 (実施年度)	事業目的	実施内容	対象者	評価指標 (上段:アウトプット) (下段:アウトカム)
特定健康診査 (平成30年度～令和5年度)	生活習慣病の早期発見や重症化を予防する 特定健診を継続受診し自らの体の変化に気づく	1)集団健診 5～7月の3か月間にわたり、各地区(10地区)で実施する 2)一日人間ドック助成事業 一日人間ドック費用の一部を助成する 検査結果データを市も受領し、市の健康課題の把握に繋げる	40～74歳までの佐渡市国民健康保険被保険者	特定健診受診率 ----- 特定健診継続受診率
特定健診受診率向上事業 (平成30年度～令和5年度)	特定健診の受診率向上	1)追加健診 受診しやすい環境を提供するため、農閑期に日曜日を含めた受診日を設け、春の特定健診未受診者に対して健診を実施する 令和5年度から集団健診5・6月実施地区の40～64歳の未受診者へ7月に受診可能な日程を通知する 2)健診周知 佐渡市「健康づくりサービス」の全戸配布、広報紙で一日人間ドック費用助成制度を周知する 健診会場・健康イベントでの特定健診受診啓発ティッシュを配布する	40～74歳までの佐渡市国民健康保険被保険者	健診PR実施数 ----- 特定健診受診率
特定保健指導 (平成30年度～令和5年度)	対象者が、健診結果を理解し体の変化に気づき、生活習慣を改善するための行動目標の設定と実践ができ自己管理ができる。 生活習慣病に移行しないよう予防する。	対象者が自らの意志による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう保健師や管理栄養士が必要な情報の提示と保健指導を実施する。 時期:通年 方法:訪問、面談、定期健康相談日、結果説明会、電話、文書など	特定健診の結果によって抽出された特定保健指導対象者	特定保健指導実施率 ----- ①運動習慣がある者の増加 ②朝食欠食率の減少 ③間食等を摂取する者の減少H30～ ④BMI30以上者の腹囲2cm、体重2kg減少率H30～ ⑤動機付けから積極的に悪化した者の割合(平成30年度～)
生活習慣病重症化予防事業 (平成30年度～令和5年度)	高血圧、糖尿病の重症化予防のために、対象者が健診結果を理解し体の変化に気づき、生活習慣を改善するための健康行動や受診行動を促す。 指導により医療機関につながった方には継続的に受療するよう働きかける。	初回指導は原則訪問にて実施。対象者が結果を理解し身体の変化に気づき健康行動や受診行動を自らの意志で実践できるよう支援する。訪問後3か月以降にレセプトを確認し、受診済み者には継続受療の励ましの電話を、未受診者には再訪問または電話を入れ、再勧奨を実施。翌年度の特定健診受診勧奨も行う。 時期:通年 方法:訪問、面談、定期健康相談日、結果説明会、電話、文書など	①収縮期血圧160mmHg以上の者、拡張期血圧100mmHg以上の者 ②HbA1c7.0以上の者	保健指導実施率(訪問・面談) ----- 医療機関受診率 ①血圧 ②糖 ③脂質
CKD対策事業 (平成30年度～令和5年度)	CKD(慢性腎臓病)重症化予防のため、対象者を確実に医療機関受診につなげ、透析導入を防ぐ。	対象者へ訪問または郵送で受診勧奨。尿蛋白(2+)以上の者へは家庭訪問も行う。また、50歳未満の尿蛋白(2+)以上または尿潜血(+)以上の者へは腎専門医への受診を勧める。 受診後に医師から市への指導指示があれば、栄養指導や保健指導を実施する。 時期:通年 方法:訪問、面談、定期健康相談日、結果説明会、電話、文書など	①:尿蛋白(+)+かつeGFR45以上 ②-1:尿蛋白(-)(+)かつeGFR45未満 ②-2:eGFR値にかかわらず尿蛋白(2+)以上 ②-3:eGFR値にかかわらず尿蛋白(+)+かつ尿潜血(+)+以上	①保健指導実施率(訪問・面談) ②医師の指示による保健指導実施件数 ----- ①医療機関受診率 ②50歳未満の尿蛋白(2+)以上または尿蛋白(+)+かつ尿潜血(+)+以上の者の受診率 ③医師の指示による保健指導実施者の維持・改善率(令和2年度～)
メタボ予防教室 (平成30年度～令和5年度)	正しい食習慣への改善と、運動習慣の定着を図る。	健康教室を実施(グループ支援) 保健師による講話や栄養士による食事指導、運動指導士等による運動の実技等を実施。 時期:8～3月頃	①特定保健指導対象者 ②40歳未満で血圧、血糖、脂質のいずれかが保健指導判定値以上の者	受講者数 ----- ①運動習慣が定着した者の割合 ②腹囲・体重を維持もしくは減少した者の割合 ③食習慣が改善した者の割合H30～
地区健康学習会 (平成30年度～令和5年度)	生活習慣病やフレイルの予防のための市民への啓発	市民に生活習慣病やフレイルの予防、バランス食や減塩の大切さを伝えるため、健康推進員と協働し保健師・栄養士による講話や調理実習等を行う。	市民	①実施会場数 ②参加者数 ----- 学んだ内容を家族や知人に伝えようと思う者の割合 参考①:バランスのよい食事を1日2回摂る割合の増加 参考②:濃い味付の割合の減少
生活習慣改善PR事業 (令和3年度～令和5年度)	生活習慣改善に向けた支援	健康イベントや広報等において、生活習慣改善のための情報の普及啓発を行う。	市民	PR実施回数(令和3年度～) ----- -

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

計画策定時 平成28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	目標値 令和5年度	評価	考察 今後の方向性
53.9%	53.9%	54.1%	41.9%	52.2%	53.9%	60.0%	4	令和2年度はコロナ禍による受診控えで受診率が低下。令和3年度から回復傾向だが目標値に到達していない。 健診の意義を普及し、継続受診の重要性の周知を図っていく。
84.9%	80.8%	64.2%	85.8%	80.0%	—	85.0%		
追加健診2回 PR4回	追加健診2回 PR2回	追加健診2回 PR3回	追加健診2回 PR2回	追加健診2回 PR3回	追加健診2回 PR3回	追加健診2回 PR3回	3	追加健診の受診者数が減少傾向にあり従来の通知からナッジ理論を用いた勧奨通知に変更し前年から比較し増加した。封筒やはがきなど通知方法も工夫している。 若年層の受診率が低く、SNSを活用した啓発を実施していく。
53.9%	53.9%	54.1%	41.9%	52.2%	53.9%	60.0%		
29.5%	63.5%	71.6%	68.4%	71.1%	76.4%	65.0%	3	特定保健指導実施率は初回面接分割実施により平成30年度目標値到達。 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を評価指標に用いて、実施率だけでなく改善率の向上に努める。
①26.2% ②8.4%	①23.5%→25.4% ②9.9%→10.7% ③19.3%→16.6% ④14.7% ⑤5.7%	①23.1%→24.5% ②11.0%→12.4% ③18.7%→15.4% ④28.6% ⑤5.0%	①24.2%→28.9% ②12.1%→13.1% ③15.4%→17.8% ④21.2% ⑤2.6%	①25.5%→29.6% ②13.9%→12.9% ③40.5%→27.9% ④21.0% ⑤4.8%	次年度評価	①28.0% ②7.0% ③14.0% ④20.0% ⑤3.0%		
98.0%	91.2%	94.1%	93.3%	87.0%	76.6%	95.0%	2	保健指導実施率は低下傾向。本事業の指導・支援により受診に繋がっても受療を中断し翌年度も対象となることが課題。新規該当者への関わり方が重要。 継続的に支援することで、健康行動及び受療行動に繋げる。 保健指導等の状況について関係者間で情報共有、保健指導の支援方法等の研修をしていく。
35.7% ①39.2% ②26.7% ③41.1%	①46.5% ②46.2% ③58.8%	①58.5% ②61.5% ③72.2%	①68.1% ②52.6% ③46.2%	①62.0% ②65.5% ③—	①45.4% ②56.2% ③—	①60.0% ②60.0% ③60.0%		
①— ②—	①— ②5件	①74.4% ②2件	①88.3% ②2件	①84.1% ②5件	①93.2% ②27件	①90.0% ②10件	3	保健指導実施率・医療機関受診率はほぼ達成。腎専門医や関係機関との連携強化も大きく影響している。 腎専門医や関係機関と対策等について情報共有し、引き続き連携を図る。
①34.0% ②14.3%	①58.8% ②50.0%	①64.3% ②57.1%	①74.9% ②100% ③100%	①80.2% ②66.6% ③80.0%	①86.3% ②40.0% ③次年度評価	①45.0% ②80.0% ③100%		
15人(H29)	41人	43人	41人	37人	38人	75人	3	教室の開催日時等を工夫し実施しているが、受講者は減少傾向。受講者の運動習慣定着には効果が見られた。 公民館主催の運動教室等既存事業へ繋げる。
①50.0% ②77.0% ③—	①46.0% ②61.5% ③84.5%	①34.6% ②61.5% ③57.7%	①40.7% ②29.6% ③63.0%	①64.0% ②60.0% ③64.0%	①72.2% ②44.4% ③83.3%	①60.0% ②85.0% ③85.0%		
①173か所 ②2,321人	①171か所 ②2,381人	①158か所 ②2,093人	①104か所 ②1,167人	①105か所 ②1,270人	①125か所 ②1,406人	①175か所 ②2,350人	2	高齢化や地域のつながりの希薄さに加え感染症の流行もあり、実施会場・参加者数ともに減少。バランス食や減塩の重要性について地道に啓発している。フレイル予防についても取り入れ国民健康保険加入者世代に啓発している。 地域や健康推進員等と協力し継続して実施していく。
①77.3% ②31.0%	①82.5% ②29.9%	①84.3% ②30.2%	93.6% ①83.9% ②32.0%	89.4% ①82.3% ②32.5%	96.5% ①79.4% ②33.7%	95.0% ①85.0% ②25.0%		
—	—	—	—	健診11会場 広報4回	イベント1回 健診11会場 広報5回	イベント1回 健診10会場 広報3回	5	市報掲載回数を増やすなど努めている。生活習慣改善への意識を高める機会となっている。 これまでの取り組みに加え、SNSも活用し継続して実施していく。
—	—	—	—	—	—	—		

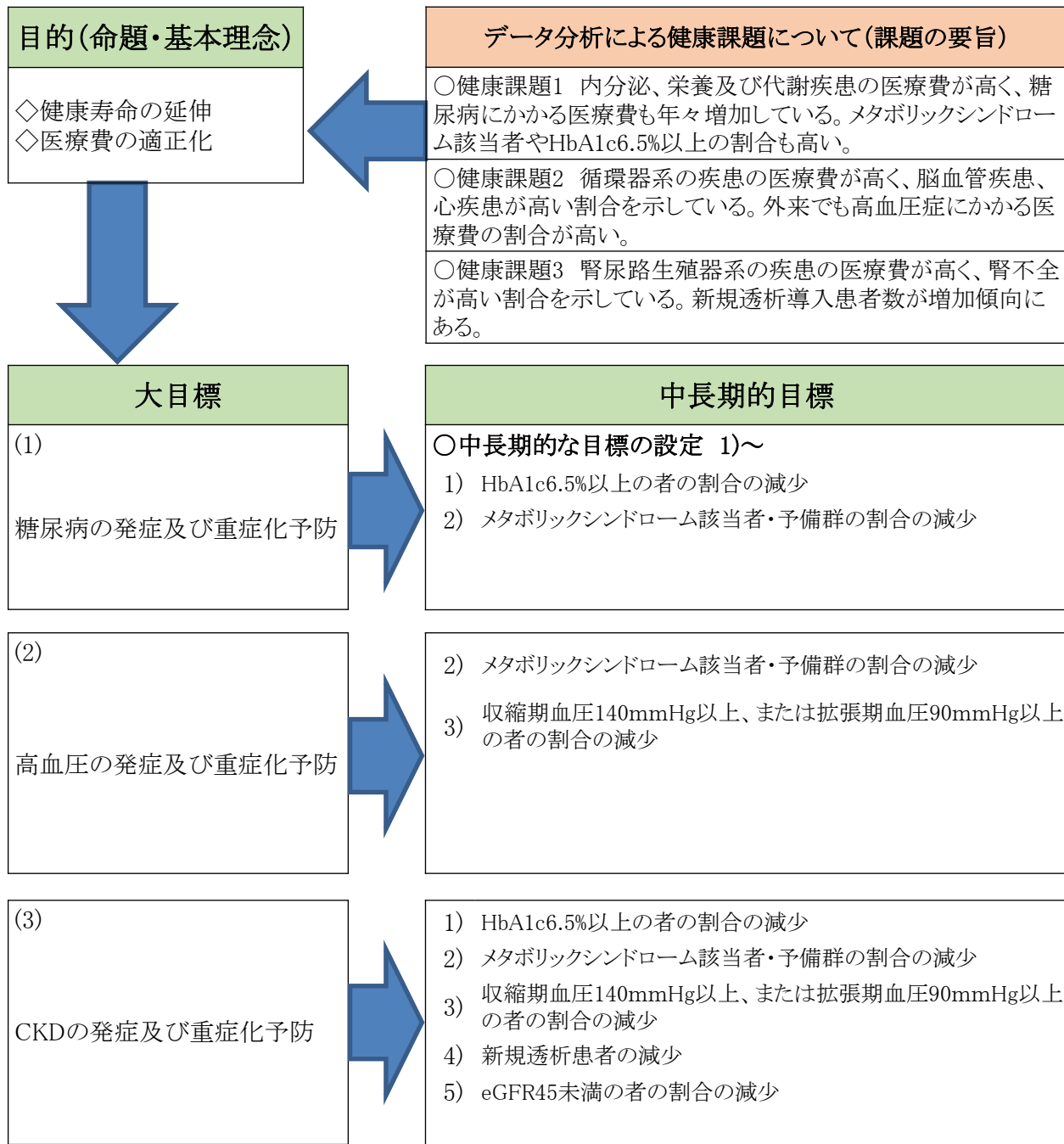
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

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

若い世代からの糖尿病、高血圧症、腎不全の医療費が依然として高い状況にあります。第3期においても継続した取り組みを行います。さらに受診勧奨値の未受診者割合の減少や特定保健指導該当者割合の減少、生活習慣病治療中断者対策にも取り組んでいきます。

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題、健康課題に対して本計画での目的、その目的を達成するための目標、目標を達成するための事業一覧を示したものです。

【(第3期データヘルス)計画の全体像】





みんなで健診受けんかさ！

短期的目標

○短期的な目標の設定 #1～

- #1 特定健診受診率の向上
- #2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
- #3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加
- #4 未受診糖尿病判定者の割合の減少

- #1 特定健診受診率の向上
- #2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
- #3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加
- #5 未受診高血圧判定者の割合の減少

- #1 特定健診受診率の向上
- #2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
- #3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加
- #4 未受診糖尿病判定者の割合の減少
- #5 未受診高血圧判定者の割合の減少
- #6 未受診CKD判定者の割合の減少

保健事業

事業名 ①～	関連短期目標#
① 特定健診受診率向上事業	#1
② 特定保健指導	#2 #3
③ 生活習慣病重症化予防事業	#4 #5
④ CKD対策事業	#4 #5 #6
⑤ 生活習慣病治療中断者対策事業	#4 #5
⑥ 早期介入保健指導事業	#3
⑦ 地区健康学習会	#3
⑧ 生活習慣改善PR事業	#3
⑨ 健康ぽいんと事業	#1 #2 #3 #4 #5 #6

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 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について、新潟県国民健康保険団体連合会が主催する支援・評価委員会で用いられているワークシートを活用し示します。

事業番号	事業名
①	特定健診受診率向上事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)

短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#1 特定健診受診率の向上	特定健診受診率

個別保健事業(事業企画)

事業目的(目標)	特定健診は自らのからだの変化に気づいてもらう大切な機会であることを啓発し、受診率の向上を図る。		
対象者	40歳から74歳までの特定健診対象者	実施期間	4月～11月
事業概要	<p>制度の周知・案内</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全戸配布の広報誌「健康づくりサービス」で年間予定を周知する ・健(検)診申込み調査の実施(2月) ・特定健診のお知らせ(受診券)を被保険者全員に郵送(5月中旬) <p>①7月集団特定健診再勧奨(集団特定健診中間勧奨)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率が低い年齢層(40歳から64歳)の被保険者に対し、受診勧奨を行うことにより健康意識の向上を図る。 <p>②11月集団特定健診の追加日程</p> <ul style="list-style-type: none"> ・春の集団健診未受診者に対し、秋に追加健診を設け受診勧奨を行う。(10月) 		
過去の経緯 (指標の推移や課題等)	<p>①平成31年度は勧奨通知にナッジ理論を用いたところ受診率が向上した。</p> <p>②令和2年度は全健診日程が秋に移動したため追加日程が設けられず、受診率が低迷。令和3年度再開。</p> <p>③令和4年度は密回避と受診者の利便性を考慮し会場を変更したが感染症の再流行と重なり受診率は向上せず。</p> <p>④令和5年度は40歳から64歳までの集団特定健診未受診者への健診期間中受診勧奨実施。また、秋の特定健診追加日程の通知を封書からはがきに替えて勧奨した。</p>		
実施体制・方法	<p>【実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆健(検)診申込調査票発送準備 <ul style="list-style-type: none"> ・衛生部門事務が帳票の校正、発注。封筒(送付用・返信用)発注。(11・12月) ・衛生部門事務・医療専門職が調査票同封書類の確認(送付文、調査票裏面の説明書き、健(検)診日程表)(12・1月) ・衛生部門事務が調査票データ抽出、属性等差込印刷。 ・保健係・支所で調査票発送事務。(在宅事務雇い) ・2月中旬発送、3月上旬回収 電算に送付しパンチ入力。 ◆健(検)診お知らせ作成・発送準備・個人記録票発送作成・健診会場物品準備、市の助成による人間ドック案内作成・発送、国保加入者で職場健診を受ける方への受診率向上のための協力依頼作成・発送 <ul style="list-style-type: none"> ・各地区担当が健康かるてシステムに地区割り入力(3月末～4月上旬) ・郵送用封筒(カラー封筒、年度により色を変える。青→緑→オレンジ※黄色は文字が透けるため使用しない)発注(4月初旬) ・衛生部門事務が、健(検)診日程の早い地区から順次各種お知らせの属性差し込み印刷。(4月上旬) ・国保部門事務が、調査票で「市の助成による人間ドック」他で受ける(事業所健診等)と回答した方向けの様式(案内通知、申請書等)作成。 ・衛生部門事務が対象者(調査票の回答による)を抽出し、国保部門事務が作成した様式に属性を差込印刷。 ・保健係・各支所でお知らせ発送事務(在宅事務雇い有り) ・順次発送(5月中旬まで) ・5月下旬から9月末(年度により異なる)集団健(検)診開始。 ◆7月集団特定健診勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・5月通知案検討 ・6月中旬までに集団特定健診未受診の40～64歳の者を抽出し、再勧奨通知に属性差し込み印刷(衛生部門、国保部門事務)、発送事務(会計年度事務) ・申し込みとりまとめ(国保部門事務)→お知らせ再発送、個人記録票準備(衛生部門業務担当保健師)→健診受け入れ(地区担当保健師) ◆11月集団特定健診勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・9月通知作成→9月対象者抽出し、通知に属性差し込み印刷・発送(国保部門事務)→申し込みとりまとめ(国保部門事務)→お知らせ発送(衛生部門事務)→個人記録票準備 ・健診準備・受け入れ(衛生部門・国保部門) ◆健康づくりのための情報提供事業(みなし健診) <ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会から対象者抽出されリストが届く。(12月頃) ・対象者への通知作成、発送。 ・佐渡医師会事務局と情報共有しつつ、必要に応じて医師会や医療機関に事業説明や協力について調査を行う。 <p>【実施方法】</p> <p>①市報やSNSによる勧奨(5～9月)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・衛生部門・国保部門が連携役割分担し勧奨を行う。 ・4月の市報に市の助成による人間ドックについての記事掲載。 <p>②未受診者(40歳から64歳)への受診勧奨(7月)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6月中旬時点で集団特定健診未受診の者(人間ドック希望者等除く)に対し7月の集団特定健診の受診勧奨通知を送付する。 <p>③集団特定健診の追加日程</p> <ul style="list-style-type: none"> ・11月実施:定員 2日間320人(各午前110人、各午後50人) ・対象者への受診勧奨(9月) ・追加日程受診希望者へお知らせ通知(10月末) ・会場設営:保健師、栄養士、事務 ・必要物品準備:担当保健師、栄養士 ・健診運営:健診委託機関、保健師・栄養士、在宅事務、在宅看護職・管理栄養士等 		

< 事業評価計画 >

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価(モニタリング)項目・ 評価指標	1)特定健診受診率 【参考】 ①40～64歳特定健診受診率 ②集団健診受診率 ③追加健診受診率 ④みなし健診受診率 ⑤人間ドック受診率 ⑥健診結果提出数	1)受診勧奨回数 【参考】 ①②SNS・市報周知の回数 ③再勧奨通知の回数 ④みなし健診のご案内の回数 ⑤人間ドックについてのご案内回数 ⑥他で受ける(事業所健診)と回答された方への説明文送付回数	1)対象者への案内はわかりやすく適切な方法か 2)未受診者へ健診の案内がきているか 3)受診勧奨の時期は適切であるか 4)わかりやすい案内ができたか	1)希望調査は適切にできたか 2)健診の機会(健診期間、日程、日数、受付、会場等)は適切だったか 3)対象者の抽出手順、通知作成、発送事務を効率的にできたか 4)受診勧奨に係る予算は確保できたか 5)健診委託機関を含めた関係スタッフ間の連携状況
目標(値)	1)60.0%	1)2回 7月健診受診勧奨 11月追加健診受診勧奨	1)対象者の希望に応じた内容の案内ができる 2)未受診者に適切な時期に案内ができる 6月・10月	1)希望調査が適切にできる 2)健診の機会を確保できる 3)未受診者の選定ができる 4)必要な予算が確保できる 5)関係スタッフが進捗等確認しながら事業が進められる
評価手段	1)法定報告値	1)健康かるて、特定健診等データ管理システム、KDBで確認	1)健康かるて、特定健診等データ管理システム、KDBで確認 2)適切な時期に案内ができたか、職員への聞き取り 3)適切な通知ができたか、職員への聞き取り	1)健診の機会は適切だったか職員に聞き取り 2)選定が適切にできたか職員に聞き取り 3)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り 4)関係スタッフが連携して事業が進められたか職員に聞き取り
評価体制	健(検)診に携わる全職員 (保健師、栄養士、担当事務)	健(検)診に携わる全職員 (保健師、栄養士、担当事務)	健(検)診に携わる全職員 (保健師、栄養士、担当事務)	健(検)診に携わる全職員 (保健師、栄養士、担当事務)
評価時期	翌年度12月頃 (法定報告値確定頃)	12月	健診終了後(9月～12月)	健診終了後(9月～12月)

事業番号	事業名
②	特定保健指導

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)

短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定保健指導による特定保健指導対象者減少の割合
#3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	40～64歳 特定保健指導による特定保健指導対象者減少の割合

個別保健事業(事業企画)

事業目的(目標)	特定保健指導を実施し、生活習慣の改善や健康行動の定着のための支援を行うことにより、特定保健指導対象者を減少させることができる。		
対象者	特定健診で抽出された特定保健指導対象者 市保健師・管理栄養士:集団特定健診及び市立病院人間ドックでの対象者 委託医療機関・健診機関:市の助成を受けた人間ドックでの対象者	実施期間	通年
事業概要	<p>特定健診の結果から階層化された対象者に「標準的な健診・保健指導プログラム」に示された指導を行う。対象者自身が、健診結果を理解できるよう結果を説明する。そのことにより自らの身体の変化に気づき、生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実施でき、セルフケア(自己管理)ができるように促す保健指導を面談や訪問により実施。</p> <p>①初回面接分割実施 ・特定健診当日BMI又は腹囲に該当する者に対して会場で初回面接1回目を実施する。 ・健診結果が揃ったら、電話又は面談等により初回面接2回目を実施する。</p> <p>②3か月以上の支援 ③評価</p>		
過去の経緯(指標の推移や課題等)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度から初回面接分割実施を導入し実施率が向上した。 ・64歳未満の積極的支援該当者が増加傾向である。 ・メタボ予防教室を計画したが希望者がほとんどおらず目的が達成できない。 ・効果的かつ効率的な特定保健指導を目指すため、研修会・事例検討の機会を確保したいが時間の確保が困難。 		
実施体制・方法	<p>【実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○初回面接1回目への振り分け 健診委託機関の職員(最終確認) ○初回面接1回目 在宅保健師、管理栄養士等 ○結果通知の対象者ごと振り分け、指導記録票等様式類を準備する。 国保部門保健師 ○ご本人様宛結果通知と指導記録票等をセットする。 衛生部門地区の業務担当専門職 ○初回面接2回目、継続支援1回目・2回目、記録 地区担当保健師、管理栄養士等 ○システム入力 会計年度任用事務職員 <p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定保健指導従事者への説明会(4月) ②特定健診当日、腹囲又はBMIの値が判定基準に該当する者に初回面接1回目を実施する。(5～7月) ③検診機関から報告されたデータを衛生部門事務が健康かるてシステムに取り込み市独自のエクセルシートに落とし込む。国保部門保健師がそのエクセルシートを総合判定ごと、特定保健指導等の該当者ごとにシート分けし、衛生部門の事務と協力して結果送付や指導に必要な様式類を作成する。(6～9月) ④地区の成人保健担当が結果通知や必要な様式を対象者ごとにセットし、地区担当保健師・管理栄養士、在宅の専門職に渡す。(6～9月) ⑤地区担当保健師・管理栄養士はアセスメントを行い、初回面接2回目を実施。(9～12月) 結果及び階層化の説明をしたうえで当該行動計画を完成させる。(初回面接1回目実施後、遅くとも3か月以内に実施。) ⑥継続支援(8月～3月) ⑦評価(11～4月) <p>【積極的支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価とプロセス評価を合計し180P以上の支援を実施する。2年連続して積極的支援に該当した対象者の内1年目に比べ2年目の状態が改善している者については動機づけ支援の対象として180P未満でも特定保健指導を実施したこととなる。 個別支援、電話、電子メールなどのいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。3か月以上の支援経過後に評価を行う。 <p>【動機付け支援】初回面接2回目から3か経過後アンケート送付し、返信してもらい評価を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑧国保部門の会計年度任用職員がシステム入力を行う。 ⑨衛生部門と国保部門の専門職が協力して進捗管理や研修会などを行う。 <p>【他事業との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病重症化予防事業対象者、CKD対策事業対象者はそれぞれについて結果説明を行い、必要な保健指導を行う。 ・市立病院人間ドックの特定保健指導該当者は、市の衛生部門の専門職が支援する。 		

< 事業評価計画 >

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価 (モニタリング)項目・ 評価指標	1)特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 2)40～64歳特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1)特定保健指導実施率	1)特定保健指導従事者研修会の時期や内容は効果的だったか 2)初回面接1回目で該当者に指導が行えたか 3)衛生部門と国保部門が協力して対象者を抽出し指導に必要な通知や様式が確実かつタイムリーに用意できたか 4)地区担当の保健師・管理栄養士のアセスメント、支援計画は適切だったか 5)指導に使用する媒体は適切であったか 6)結果説明は適切だったか 7)行動計画に沿った支援が行えたか 8)指導の記録、入力は確実にできたか 9)進捗管理は適切だったか	1)専門職・事務職(正規・在宅職員)は確保できたか 2)必要な予算が確保できたか 3)必要な物品の確保ができたか 4)特定保健指導従事者研修の開催 5)関係スタッフ間の連携状況 6)委託機関の事業への理解・協力 7)医師会、医療機関の事業への理解・協力 8)他事業との連携状況
目標 (値)	1)25.0% 2)20.0%	1)70.0%	1)対象者が確実に抽出され階層化できたか(分母の確定) 2)的確な聞き取りやアセスメントにより支援計画が作成され、適切な内容や支援形態で実施できたか(分子の確定、質)	1)必要な人員・専門職が確保できる 2)予算が確保できる 3)指導に必要な物品・資料が確保できる 4)研修会が実施できる(1回) 5)事例検討会・担当者会議が開催できる(不定期)目的共有、進捗等管理を行う 6)委託機関との打合せ(不定期)事業への理解・協力が得られるよう努める 8)他事業と連携して実施できる
評価 手段	1)法定報告値 2)法定報告値	1)法定報告値	1)研修会はアンケート等で確認する 2)評価アンケートや指導記録票の記入状況、評価リストで確認する 3)職員への聞き取りで確認する 4)健康かるて、保健指導等管理システム、KDBで確認する	1)対応可能な人数であったか 2)必要な予算が確保できたか 3)指導で困ることはなかったか、その際に相談できたか 4)必要な研修会は開催できたか 5)事業の進捗管理の方法は適切か ・グループウェア ・指導記録票 ・評価シート 6)他事業と連携して実施できたか 1)～7)について担当者からの聞き取りにより評価する。
評価 体制・ 方法	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)
評価 時期	年度末	年度末	年度末	年度末

事業番号	事業名
③	生活習慣病重症化予防事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)

短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#4 未受診糖尿病判定者の割合の減少	医療機関受診率(血压)
#5 未受診高血圧判定者の割合の減少	医療機関受診率(糖)

個別保健事業(事業企画)

事業目的(目標)	高血圧と糖尿病のハイリスク者へ、保健指導を実施し、健康行動の定着や受診行動につながった者の割合を増加することができる。		
対象者	標準的な質問票で服薬歴がなく、過去1年以内に内科等受診歴がない者かつ①・②に該当する者 ①収縮期血圧160mmHg以上の者または拡張期血圧100mmHg以上の者 ②HbA1c7.0%以上の者	実施期間	7月～3月
事業概要	特定健診の結果から数値的に該当する者を抽出した後、レセプトで受診状況を確認し、さらに対象者を絞り込む。該当者には地区担当保健師等が、原則訪問又は面談などにより対面で結果を説明し、自ら健康行動・受診行動を選択できるよう促すための指導を行う。3か月以後レセプトにて受療状況を確認し、受診していれば健康状態の確認及び受診継続支援、受診していなければ健康状態、健康行動に変化があったかの確認、必要時受診勧奨を行う。		
過去の経緯(指標の推移や課題等)	第2期計画中間評価で見直しを実施し、LDL-コレステロール180mg/dl以上の男性は改善が見られているため、支援の優先順位を考慮し対象者から外すこととした。 アウトプット指標では、保健指導実施率を100%としていたが、受け入れ拒否等があることから目標値を95.0%に変更。受診勧奨により一度は受診しても、継続受診に繋がらず翌年度も対象となる者がいる。 保健師・管理栄養士が病態生理の理解を深め、指導力向上のため研修会等に積極的に参加する。 大阪大学の継続研究(保健指導の効果について検証)に参加。		
実施体制・方法	<p>【実施体制】 対象者抽出:衛生部門事務、国保部門保健師 保健指導・受診勧奨:地区担当保健師、管理栄養士</p> <p>【実施方法】</p> <p>①衛生部門事務が健診委託機関から受け取った検査結果を「健康かるて」に取り込む。</p> <p>②国保部門保健師が該当者のレセプトを確認し、過去1年の内科等の受診歴を確認。 (治療中断者、健診後の単発受診の方も該当者に含む。) さらに指導対象者を絞り込む。対象者管理台帳、指導記録票、診療依頼書兼結果通知書等を作成し地区担当保健師へ渡す。</p> <p>③地区担当保健師等は、初回は原則訪問にて指導を実施。</p> <p>④国保部門保健師が訪問実施月の約3か月後に、地区担当保健師から指導記録票を提出してもらい、診療依頼書の返信やレセプトで受診状況を確認して次の支援を依頼する。 ・受診している者には電話等で現状の確認を行い、継続受療するよう励ます。 ・未受診者には原則訪問で再勧奨を実施。 ・両者とも翌年度の特定健診の受診勧奨も行う。</p> <p>⑤国保部門保健師は再度、年度末に指導記録票を提出してもらい最終的な受診状況を確認する。</p>		

< 事業評価計画 >

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価(モニタリング)項目・ 評価指標	1)医療機関受診率(受診者数/ 受診勧奨者数) 血压 糖	1)保健指導実施率(訪問・面談) (訪問・面談指導者数/事業 対象者数)	1)対象者を確実に抽出できたか 2)訪問・面談など対面で初回の 保健指導が実施できたか ・時期・方法・所要時間・回数 3)アセスメント・指導内容は適切 だったか 4)継続支援が行えたか 5)受診状況の確認、次年度健診 勧奨ができたか	1)対象者抽出の操作・判断 手順が分かりやすいか 2)対象者抽出事務にかかる 時間や人材は確保できたか 3)専門職一人あたりの対象 者数は適切か 4)予算の確保ができたか 5)関係スタッフ間連携状況 6)佐渡地域糖尿病対策 会議(主催・保健所)などで 課題の情報共有
目標(値)	1)医療機関受診率 血压60.0% 糖 60.0%	1)90.0%	1)対象者が受診につながる 2)対象者に生活習慣の改善が みられる	1)レセプト・診療依頼書兼 結果通知書の返信で受診 状況を確認できる 2)専門職のアセスメント・ 指導力の向上ができる ・研修会の機会があったか ・事例検討が行えたか 3)衛生部門と国保部門の 専門職が連携して支援の 進捗管理ができる
評価手段	1)診療依頼書兼結果通知書で 確認 2)レセプトをKDBで確認	1)対象者管理台帳で確認	1)診療依頼書兼結果通書で 確認する 2)レセプトで受診状況を確認 する 3)支援状況や評価が入力されて いるか対象者管理台帳で確認 する	1)診療依頼書兼結果通知 書が返信されているか確認 したか 2)レセプトでの確認用の チェックリストはできたか、 見直しを行ったか 3)対象者管理台帳を整理 する時間が確保され間違い なく入力されているか 4)関係機関との会議の際に 結果をフィードバックでき たか 1)～4)職員に聞き取り
評価体制・ 方法	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健 師、管理栄養士、担当事務)
評価時期	1)保健指導後3か月後 2)保健指導後3か月後	1)年度末	年度末	年度末

事業番号	事業名
④	CKD対策事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)	
短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#4 未受診糖尿病判定者の割合の減少	医療機関受診率
#5 未受診高血圧判定者の割合の減少	50歳未満の尿蛋白(2+)以上および尿蛋白(+)+かつ尿潜血(+)+以上の者の受診率
#6 未受診CKD判定者(尿蛋白(2+)以上及び尿蛋白(+)+かつ尿潜血(+)+)の割合の減少	医師の指示による保健指導実施者の改善率・維持率

個別保健事業(事業企画)

事業目的(目標)	慢性腎臓病の進展を予防し新規透析導入者を減少させるため、対象者に保健指導・栄養指導を実施し、受診行動を促すことができる。		
対象者	【重点対象者】 CKD予防進展予防のための判定基準における ・G3b・G4・G5(eGFR45未満)かつ軽度尿蛋白、高度尿蛋白の者 ・G3b・G4・G5(eGFR45未満)かつ尿蛋白正常の者 ・高度尿蛋白の者	実施期間	6～3月

事業概要 特定健診結果から事業対象者を選定し、区分に従い対象者に対面指導(訪問・面談)または郵送にて受診勧奨を行う。

過去の経緯(指標の推移や課題等)

【平成25・26年度推定塩分摂取量測定導入の経緯】
 ●平成23年新潟大学より佐渡市へ『佐渡市民の健康長寿の秘密を探る』という取り組みの提案があった。
 ●改めて佐渡市における更生医療の現状を調査し、将来ビジョンに掲げる「安全安心なまちづくり」の推進に寄与できないか検討を行った。更生医療受給者は年々増加し、市の負担は平成22年時点年間2千万円を超える状況。高齢化に伴う機能低下も要因と思われた。新規受給者を抑制するためにも、生活習慣病予防や食育推進による『市民の健康意識の向上』が不可欠な状況だった。
 ●『市民の健康増進』健康意識の向上』を図ることで『健診受診率の向上』『医療費削減』が可能となることから、医師会、佐渡保健所、新潟県労働衛生医学協会佐渡検診センターと連携し、平成25・26年度の集団健診で推定塩分摂取量測定を実施することとなった。
 【平成26・27年度J-HARPIに取り組んだ経緯】
 ●新潟大学との連携により佐渡市の課題は見えたが、従来の保健指導では健康行動や受療行動に結びつく指導ができていない実感が低かった。
 ●平成26・27年度、大阪大学のJ-HARP研究に参加。保健指導の効果検証のための研究。当初5年計画であったが2年度で終了している。
 ●平成28・29年度は当初の指導対象・指導計画(CKDは30～74歳のうち、尿蛋白(2+)以上の者)で過去1年間のレセプトで内科未受療の者)を実践したが、指導対象者の増加により保健師の稼働量が追いつかない状況となり、平成30年度のデータヘルス第2期計画に合わせ事業計画を変更した。
 【平成30年度からのCKD対策事業】
 ・平成30・31年度は(健)診ガイドラインの受診勧奨判定値と50歳未満の保健指導判定値も訪問対象としていた。50歳未満の保健指導対象者が少なく、令和2年度から現在のフローチャートを用いて訪問指導対象者を抽出し指導を実施している。
 【CKD啓発シールの取り組み】
 ●佐渡地域CKD対策会議においてCKD啓発シールの取り組みについて腎臓内科より提案があり検討の結果、令和3年度の集団健診結果からeGFR45未満の方には年齢にかかわらずCKD啓発シールを配付しお薬手帳に貼るなどして活用するよう周知することとした。
 【令和4・5年度推定塩分摂取量測定に取り組んだ経緯】
 佐渡市は健診未受診者の高血圧の医療費が高い。対象者に与えるインパクトが強く指導効果が高まることを期待し、令和4・5年度推定塩分摂取量測定を実施。この事業は集団の健康づくりへの寄与より、個人の健康への関心度を高める要素が強いとの判断から事業実施は毎年行わず将来的に必要に応じて再度実施することとなった。
 ●CKDの受診勧奨値者の診療依頼書兼結果通知書に推定塩分の測定値を同封したこと、塩分摂取量が多い該当者について腎専門医から市への栄養指導の依頼が増えた。
 ●令和6年度から県の健(検)診ガイドラインのCKD進展予防のための判定基準の変更があった。

実施体制・方法

①対象者：16～74歳以下でG3a(eGFR45～59)かつA1(尿蛋白正常(-)の者)
 特定健診の結果通知書にCKDのリーフレット同封し郵送する。
 ②対象者：16～74歳以下でG1・2(eGFR60～)かつA2(軽度尿蛋白(±)の者)
 特定保健指導対象者の場合に保健指導を行う。尿潜血+の場合はかかりつけ医への受診勧奨を行う。(地区担当保健師・管理栄養士)
 特定保健指導対象者でない場合は、尿潜血+の場合は郵送にてかかりつけ医への受診勧奨を行う。
 ③対象者：16～74歳以下でG1・2(eGFR60～)かつA3(高度尿蛋白(+～)の者)※⑦の対象
 (50歳未満)初回は原則訪問又は面談を実施し、市独自のCKD診療依頼書兼結果通知書を持参しかかりつけ医を受診するよう勧める。かかりつけ医がない場合は腎専門医を勧めても良い。(地区担当保健師・管理栄養士)
 (50～74歳以下)郵送によりかかりつけ医を受診するよう勧める。
 ④対象者：16～74歳以下でG3a(eGFR45～49)かつA2(軽度尿蛋白(±)の者)
 郵送によりかかりつけ医を受診するよう勧める。
 ⑤対象者：16～74歳以下でG3a(eGFR45～49)かつA3(高度尿蛋白(+～)の者)※⑦対象
 (50歳未満)初回は原則訪問又は面談を実施し、市独自のCKD診療依頼書兼結果通知書を持参しかかりつけ医を受診するよう勧める。かかりつけ医がない場合は腎専門医を勧めても良い。(地区担当保健師・管理栄養士)
 (60～74歳以下)郵送によりかかりつけ医を受診するよう勧める。
 ⑥対象者：16～74歳以下で尿蛋白にかかわらず、G3b・G4・G5(eGFR45未満)
 初回は原則訪問又は面談を実施し、市独自のCKD診療依頼書兼結果通知書を持参し腎専門医を受診するよう勧める。(地区担当保健師・管理栄養士)
 対象者：全年齢 高度尿蛋白(+～)、G3b・G4・G5(eGFR45未満)
 CKD啓発シールと説明用チラシを結果通知書に同封する。
 【対象者の事後フォロー】
 ①初回指導から3か月後をめぐりに市独自のCKD診療依頼書兼結果通知書及びKDBのレセプト情報で受診したかどうかを確認。未受療者については、電話等で受診勧奨を行う。
 ②2回目の支援から3か月後をめぐりに市独自のCKD診療依頼書兼結果通知書及びKDBのレセプト情報で受診状況を確認。
 ※保健指導にあたる保健師・管理栄養士は、「健診・健康管理専門職のための新セミナー生活習慣病」「CKD診療ガイド」等で事前に学習し、訪問に際してはチェックリストに基づき保健指導及び受診勧奨を行う。
 【実施体制】
 国保部門保健師：対象者選定、管理台帳作成、指導チェックリスト、CKD啓発シール・チラシ作成
 地区担当保健師・管理栄養士：結果の説明、保健指導・栄養指導・受診勧奨
 他機関との連携(佐渡保健所、腎専門医)：佐渡地域糖尿病対策会議、佐渡地域CKD対策会議に参加。
 腎専門医との連携：必要に応じて事業打合せ及び報告会を実施する。疑義が生じた際は、その都度電話にて相談、助言をいただく。
 地域医師会との連携：事業説明と市独自のCKD診療依頼書兼結果通知書の返信について協力を依頼する。
 【事業の事後フォロー】
 市に返信された診療依頼書兼結果通知書の指示に基づき、保健・栄養指導を行う。指導後は、診療依頼書兼結果通知書に記載されている医療機関の医師宛に報告書を返信する。

< 事業評価計画 >

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目・評価指標	<p>1) G3b・G4・G5 (eGFR45未満) かつ軽度尿蛋白、高度尿蛋白の者の医療機関受診率</p> <p>【参考】</p> <p>① G3b、G4、G5 (eGFR45未満) で尿蛋白正常の者の医療機関受診率</p> <p>② 50歳未満でG1・2 (eGFR60～) かつ高度尿蛋白の者の医療機関受診率</p> <p>③ 50歳未満でG3a (eGFR45～59) かつ高度尿蛋白の者の医療機関受診率</p> <p>2) 医師の指示による保健指導実施者の翌年度の健診結果の改善率・維持率 (CKD対応フローの値の変化)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>1) (【参考】①～③を含む)</p> <p>2) の受診率は、診療依頼書返信数 - 治療中者数 / 受診勧奨者数</p> <p>治療中者とは返信された診療依頼書で治療中とされている者とする。</p> </div>	<p>1) 保健指導実施率 (訪問・面談指導者数 / 事業対象者数)</p> <p>① 尿蛋白にかかわらずG3b・G4・G5 (eGFR45未満) の者への保健指導実施率</p> <p>【参考】</p> <p>① CKD啓発シール・チラシ配布数</p> <p>全年齢で、eGFR値にかかわらずA3 (高度尿蛋白 (+～) の者、G3b、G4、G5 (eGFR45未満) の者</p> <p>2) 医師の指示による保健指導実施件数</p>	<p>1) 対応フローは腎専門医に確認したか</p> <p>2) 対応フローに沿って対象者選定ができていますか</p> <p>3) 初回指導は、面談や訪問による指導ができたか</p> <p>4) CKDチェックリストを用いて指導できたか</p> <p>5) 医師の指示による保健指導を確実に実施できたか</p> <p>6) 初回訪問実施後未受診の者に受診の再勧奨ができたか</p>	<p>1) 対象者フローチャートはガイドラインに沿っているか</p> <p>2) 専門職の不足がないか、一人当たりの対象者数が適切か</p> <p>3) チェックリスト・指導媒体の準備ができたか</p> <p>4) 必要な予算が確保できたか</p> <p>5) 進捗管理は適切にできたか</p> <p>6) 保健師と管理栄養士、行政と医療機関、市と保健所など関係スタッフ間の連携は図られているか。</p> <p>7) 医師会・医療機関の事業への理解・協力は行えたか</p>
目標(値)	<p>1) 95.0%</p> <p>【参考】</p> <p>① 85.0%</p> <p>② 70.0%</p> <p>③ 50.0%</p> <p>2) 100%</p> <p>医療機関受診者が改善している、または悪化していないこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改善・・・BMI、体重、腹囲 ・維持・・・尿蛋白、eGFR 	<p>1) ①90%</p> <p>【参考】①対象者数</p> <p>2) 10件</p>	<p>1) 対応フローに沿った対象者選定ができる</p> <p>2) 結果通知、指導用様式類の準備ができる</p> <p>3) チェックリストを活用し指導ができる</p> <p>4) 診療依頼書兼結果通知書やレセプトで受診状況を確認できる</p> <p>5) 未受診者には再勧奨ができる</p> <p>6) 事例検討を行うことができる</p>	<p>1) 対象者選定ができる</p> <p>2) 専門職が確保できる</p> <p>3) 様式の見直しや検討ができる。</p> <p>4) 必要な予算を確保できる</p> <p>5) 事業の進捗管理ができる。</p> <p>6) 医師会・医療機関に対し事業説明を行い協力が得られる</p> <p>7) CKD対策会議、糖尿病対策会議(保健所主催)に参加し、現状の共有、対応策の検討ができる</p>
評価手段	<p>1) 診療依頼書(CKD判定基準等に係る調査依頼)兼結果通知書で確認</p> <p>【参考】</p> <p>①～③診療依頼書(CKD判定基準等に係る調査依頼)兼結果通知書で確認</p> <p>2) 翌年度特定健診結果を確認</p>	<p>1) 管理台帳に集約し確認</p> <p>①・②とも保健指導後チェックリストを国保部門に提出</p> <p>2) 保健指導実施後、国保部局と医療機関に提出</p>	<p>1) 診療依頼書兼結果通知書は医療機関から返信されたか</p> <p>2) レセプト情報から確実に受診者を確認できたか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CKDなど腎臓病の診断名があり新規に受診したり、以前から継続受診している者 <p>3) 再勧奨ができたか職員からの聞き取り、対象者管理台帳で確認する</p>	<p>1) 対象者選定の時間の確保ができたか</p> <p>2) 対応可能な人数であったか</p> <p>3) 必要な予算が確保できたか</p> <p>4) 様式類の見直しの時間や機会が確保できたか</p> <p>5) 腎専門医及び医療従事者との連携会議(回数・記録等)</p> <p>6) 医療機関からの診療情報提供数・内容</p> <p>7) 進捗管理が行われていたか</p> <p>1)～7)職員からの聞き取り</p>
評価体制	<p>指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)</p>	<p>指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)</p>	<p>指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)</p>	<p>指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)</p>
評価時期	<p>1) 保健指導後3か月後</p> <p>【参考】①～③受診後3か月後</p> <p>2) 翌年度健診データが得られた時期</p>	<p>1) 1月、3月</p>	<p>年度末</p>	<p>年度末</p>

事業番号	事業名
⑤	生活習慣病治療中断者対策事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)	
短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#4 未受診糖尿病判定者の割合の減少	医療機関受診率(糖尿病)
#5 未受診高血圧判定者の割合の減少	医療機関受診率(高血圧)

個別保健事業(事業企画)			
事業目的(目標)	糖尿病治療中断者に保健指導を実施し、健康行動(健診受診を含む)や受診行動につながる者の割合を増加させることができる。		
対象者	40～74歳の国保加入者で、当該年度と前年度の健診未受診者で、前年度に糖尿病治療歴があり当該年度に治療を中断している者	実施期間	9月～3月
事業概要	<p>糖尿病治療時中断者に対して、地区担当保健師等が訪問指導を実施し健康状態の確認や受診勧奨を行う。</p> <p>①KDBで対象者を抽出する。</p> <p>②対象者へ通知する(事業目的等)</p> <p>③対象者と指導日の日程調整を行う</p> <p>④原則、訪問指導実施し健康状態、治療状況等について質問票に基づき確認し、受診勧奨及び保健指導を行う</p> <p>⑤3か月後をめぐりに受診状況確認(診療依頼書兼結果通知書、KDBからレセプト情報)</p> <p>⑥初回指導後、未受診者には再度受診勧奨、受診者には電話等で受診継続の支援を行う。</p> <p>⑦受診につながり、医療機関から市へ保健指導の指示があった者へ保健指導を実施する。</p>		
過去の経緯(指標の推移や課題等)	<p>令和5年度からの新規事業</p> <p>令和4年度ポテンシャル分析の結果中分類による疾病別医療費統計では「その他の悪性新生物」「腎不全」に続いて「糖尿病」が高額、患者数も「高血圧性疾患」に続いて「糖尿病」が多い。特定健診の結果分析においても有所見者割合1位の「HbA1c」(79.6%)が、2位「LDLコレステロール」(52.9%)のおよそ1.5倍割合が高い。</p>		
実施体制・方法	<p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者へは事前に通知で事業説明 原則、訪問指導を実施し、「糖尿病治療の受診継続に関する質問票」に沿って健康状態・生活背景を確認し、受診勧奨を行う。また必要な福祉サービス等があればつなぐ。 <p>【対象者の受診状況の確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初回指導から3か月をめぐりに診療依頼書兼結果通知書(生活習慣病治療中断者対策事業用)及びKDBレセプト情報で受療状況の確認を行う。 受療につながった者へは電話で受診継続の支援。未受療者へは原則訪問による指導を行う。 <p>【実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国保部門の事務・専門職:担当者会議を開催し事業の打ち合わせを行い事業説明、対象者抽出、対象者あて事業説明の通知発送、進捗管理、診療依頼書兼結果通知書・レセプト確認、評価を行う。 地区担当保健師・管理栄養士:打ち合わせへの参加、保健指導・栄養指導・受診勧奨など保健指導を実施 受診先医療機関医師からの指示に基づき、栄養指導等を行う。 地域医師会と連携し、事業説明と診療依頼書兼結果通知書の返信について文書にて協力を依頼する。 		

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価 (モニタリング)項目・ 評価指標	1)医療機関受診率 (受診者/受診勧奨者)	1)保健指導実施率(訪問・面談) (訪問・面談指導者数/事業対象 者数)	1)対象者の選定は効率的かつ 確実にできたか 2)事業実施時期は適切か 3)対象者への事業説明はわかり やすかったか 4)保健指導の内容は適切か 受療につながる指導・支援が行 えたか 5)課題の共有や対応策の検討 を行うため事例検討を行えたか	1)対象者選定システムの 操作手順が分かりやすいか 2)専門職の不足はないか、 一人あたりの対象者数が 適切か 3)予算の確保ができたか 4)医師会、医療機関との 連携 5)保健所との連携
目標 (値)	1)60.0%	1)100%	1)計画に沿って対象者抽出を 行うことができる(8月) 2)対象者にわかりやすい事業 説明の通知ができる(9月) 3)健康状態の確認や適切な 受診勧奨ができる 4)事例検討が行える	1)対象者抽出が適切に できる 2)疾病理解を深め受診勧奨 につながる指導ができる 3)予算が確保できる 4)進捗管理ができている 5)情報交換ができる
評価 手段	1)診療依頼書兼結果通知書の 返診数又はKDBシステムで レセプト情報を確認する	1)対象者管理台帳で確認する	1)診療依頼書兼結果通知書で 確認する 2)KDBシステムでレセプト情報を 確認する 3)進捗管理は適切だったか対象 者管理台帳で確認する 4)事例検討ができたか職員から 聞き取り	1)打ち合わせの機会が持て たか 2)必要な予算が確保でき たか 3)専門職と事務担当が年間 計画を共有し進捗管理が 行えたか 4)事例検討はできたか 5)保健所が主催する会議に 参加できたか 6)医師会・医療機関に事業 説明や現状について情報 提供したか 1)～6)職員からの聞き取り
評 価 方 法 体 制	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、 管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健 師、管理栄養士、担当事務)
評 価 時 期	1)保健指導後3か月後	1)年度末	年度末	年度末

事業番号	事業名
⑥	早期介入保健指導事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)	
短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#3 適正な生活習慣を行っている者の割合の増加	体重が維持または減少した者の割合
	食生活の習慣で取り組んでいることがある者の割合
	運動習慣の改善が図れた者の割合

個別保健事業(事業企画)			
事業目的(目標)	40歳未満の該当者に保健指導を実施し、自ら生活習慣の改善など健康行動を選択・継続できる者の割合を増加させることができる。		
対象者	40歳未満の国保加入者のうち市の健康診査で特定保健指導の階層化基準に該当する者	実施期間	7月～3月
事業概要	<p>特定健診の結果では運動定着率が低く、肥満に該当する者が多い。また、特定保健指導該当率は県平均と比較し高い。</p> <p>40歳未満の国保加入者のうち市の健康診査で特定保健指導該当者予備群者に対し、保健指導を実施することで、若い世代から適切な生活習慣を身につけ生活習慣病の発症や重症化を予防する。</p>		
過去の経緯(指標の推移や課題等)	どのライフステージにおいても肥満が課題である。家族ぐるみでの生活習慣の改善が必要。約束することや対面で話をするに拒否感を持つ者もいる。		
実施体制・方法	<p>【対象者】40歳未満の国保加入者のうち市の健康診査で特定保健指導の階層化基準に該当する者</p> <p>【実施者】 ○結果通知事務、準備 衛生部門業務担当、国保部門保健師 ○初回面接1回目 在宅保健師、管理栄養士等 ○初回面接2回目・評価 地区担当保健師、管理栄養士等</p> <p>【方法】※動機づけ支援相当の支援 ①初回面接1回目 健診当日個別面接 ②初回面接2回目 訪問指導又は健康相談会等にて指導 ③評価 3か月以上経過したあとアンケート送付。</p>		

＜事業評価計画＞				
	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価(モニタリング)項目・ 評価指標	40歳未満の国保加入者のうち市の健康診査で特定保健指導の階層化基準に該当する者で初回面接2回目と3か月以降のアンケートで次の1)～3)の割合を評価する。 1)体重が維持または減少した者の割合 2)食生活の習慣で取り組んでいることがある者の割合 3)運動習慣の改善が図れた者の割合	1)早期介入保健指導実施率	1)適切な対象者の選定ができて いるか 2)結果通知や指導に使用する様式は適切であったか 訪問連絡の時期・方法・所要時間は適切であるか 3)生活習慣の改善につながる支援が できているか 生活習慣病予防の必要性を 理解できる支援ができて いるか	1)専門職(正規・在宅職員)は確保できたか 2)必要な予算が確保できたか 3)必要な物品の確保ができたか 4)研修の機会の確保ができたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)委託機関の事業への理解・協力 7)医師会、医療機関の事業への理解・協力
目標値	1)80.0% 2)80.0% 3)40.0%	1)50.0%	1)適切な対象者選定ができる 2)動機づけ支援相当のアセスメント、指導・支援ができる 3)生活習慣の改善につながる支援ができる 生活習慣病予防の必要性を理解できる支援ができる	1)必要な人員が確保できる 2)予算が確保できる 3)必要な物品の確保ができる 4)研修会の実施(1回)保健指導に必要な知識の共有ができる 5)関係スタッフが目的を共有し、進捗等管理しながら事業が進められる 担当者会議の開催 6)事業前後に委託機関との打合せを行い、事業への理解・協力が得られる 7)事業開始前に医師会、健診委託機関に対し事業説明を行い、事業への理解が得られる
評価手段	1)2)3)指導記録票、対象者管理台帳	1)指導記録票、対象者管理台帳で確認	1)診療依頼書兼結果通知書で確認する 2)指導記録票、対象者管理台帳で確認する 3)事例検討件数や内容について担当者会議で職員から聞き取り	1)対応可能な人数であったか 2)必要な予算が確保できたか 3)必要な物品が確保できたか 4)研修会の機会があり、必要な知識の共有ができたか 5)担当者会議が行えたか、記録を共有したか 6)評価リストを活用できたか 7)事例検討を行えたか 8)医師会、医療機関との打合せ(回数、記録等) 9)他事業と連携して実施できたか 1)～8)職員に聞き取り
評価体制	指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)	指導に携わる全職員(保健師、管理栄養士、担当事務)
評価時期	年度末	年度末	年度末	年度末

事業番号	事業名
⑦	地区健康学習会

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)	
短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	生活習慣病予防について学んだ内容を家族や知人に伝えようと思う者の増加

個別保健事業(事業企画)			
事業目的(目標)	生活習慣病とフレイルの予防のための市民への啓発ができる。		
対象者	市民	実施期間	10～3月
事業概要	<p>○生活習慣病予防</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活改善について気付きを促し、運動・栄養・口腔等の健康課題に対する予防メニューの啓発 バランス食や減塩の大切さを伝えるため、健康推進員と協働し保健師・栄養士による講話や調理実習等を行う。 低栄養を予防改善するための食事について、1食に必要な食事量やたんぱく質量を伝える。 調理・試食の体験を通し、日常の買い物や献立作成、調理に活かすことができる知識を提供する。 <p>○フレイルの予防</p> <ul style="list-style-type: none"> フレイルのおそれのある高齢者全体を支援するために国民健康保険事業と高齢者保健事業を切れ目なく継続して実施。 国民健康保険事業と介護予防の取り組みを一体的に実施。 		
過去の経緯(指標の推移や課題等)	<p>事業を支えるコアスタッフである健康推進員・地区役員の高齢化、担い手不足。</p> <p>新型コロナウイルス感染症感染拡大による参加控えから、社会参加を盛り立てる雰囲気作り。</p>		
実施体制・方法	<p>①調理実習献立検討(6～7月)</p> <p>6月 担当栄養士が献立案をWeb回覧 7月 担当栄養士が調理したうえで献立決定</p> <p>②健康推進員への伝達講習</p> <p>8月 健康推進員代表に伝達講習 地区特性を確認 9月 各支部単位で伝達講習</p> <p>③講話内容計画</p> <p>9～10月担当者会議→各エリアで検討</p> <p>④集落への周知</p> <p>地区栄養士、健康推進員</p> <p>⑤健康学習会の実施</p> <p>10～3月概ね集落単位</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師・栄養士による講話 調理実習(バランス食・減塩)。 健康推進員は調理実習を通し、住民へバランス食や減塩の大切さを伝える。 		

＜事業評価計画＞				
	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価 (モニタリング) 項目・ 評価指標	1)学んだ内容を家族や知人に 伝えようと思う者の割合	1)①実施会場数 ②参加者数	1)幅広く市民に周知ができたか 2)集落への周知時期、チラシの 内容は適切か、わかりやすいか 3)地区の健康課題を情報提供し、 適切な献立提供、健康教育が 実施できたか 4)参加者が学習会の内容を 理解し満足できたか	1)専門職の不足がないか。 2)実施会場、1会場当たりの参加 者数は適当か 3)学習会に必要な物品が購入 できたか 4)関係スタッフ、健康推進員の 連携状況 5)関係課と連携して実施でき たか
目標 (値)	1)100%	1)①175か所 ②2,350人	1)市民に広く周知できる 2)適切な時期にわかりやすく 周知できる 3)参加者に地区の健康課題を 情報提供し、適切な献立提供、 健康教育が実施できる 4)参加者が学習会の内容 を理解し、満足できる	1)不足がなくできる 2)1会場当たりの参加者数が 適当であり、必要な会場数が 確保できる 3)必要な物品を購入できる 4)関係スタッフ・健康推進員が 目的を共有しながら学習会が 実施できる 5)関係課と連携し、事業を 進めることができる
評価 手段	1)健康学習会参加者へのアン ケート結果で集計	1)各地区の日報、集計表で 確認	1)幅広く市民に周知ができたか 2)周知時期、チラシの内容がわ かりやすいか 3)地区健康課題、適切な献立提 供、健康教育が実施できたか 1)～3)担当栄養士・保健師・健康 推進員からの聞き取り 4)健康学習会参加者への アンケート集計、日報から読み 取り	1)対応可能な人数であったかど うか担当職員に聞き取り 2,3)担当職員に聞き取り 4)事前研修会、担当者会議の 回数、記録など 5)関係課とのミーティング回数、 記録等
評価 体制 方法	事業に携わる全職員	事業に携わる全職員	事業に携わる全職員	事業に携わる全職員
評価 時期	1)年度末	年度末	年度末	年度末

事業番号	事業名
⑧	生活習慣改善PR事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)	
短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	

個別保健事業(事業企画)			
事業目的(目標)	市民に向けて、生活習慣改善につながる情報提供やPR活動ができる。		
対象者	市民	実施期間	4～3月
事業概要	健康イベントや広報等において生活習慣改善のための情報の普及啓発を行う。		
過去の経緯 (指標の推移や課題等)	これまでも健康イベントや健診会場において、健康づくりの情報等は掲示していた。ハイリスク者への支援を実施する中で、地域全体の食や運動、生活リズムなどの生活習慣が影響しているのではないかと課題があげられ、市民全体に関心を持ってもらい生活習慣改善に取り組んでもらいたいということから、情報提供やPR活動を実施していくことになった。		
実施体制・方法	<p>【実施体制】 広報 市民課保険年金係・健康医療対策課健康増進係が協働し企画 市民課保険年金係・健康医療対策課健康増進係・各エリア保健師・栄養士が原稿作成を分担</p> <p>【実施方法】 月ごとにテーマを設定し、市報等を通じて広報活動を行う。</p>		

＜事業評価計画＞				
	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価(モニタリング)項目・ 評価指標		PR実施数 1)イベント 2)健診 3)広報	1)幅広く市民に周知ができたか 2)周知時期、広報内容は適切か 3)取り組み内容は適切であったか	1)選定手順がわかりやすいか 2)予算は確保できたか 3)関係スタッフ間の連携状況
目標(値)		1)参加1回 2)12会場 3)12回	1)幅広く市民に周知ができる 2)適切な時期に周知できる 3)市の健診結果の現状や健康に関する正しい情報を発信する	1)内容やテーマの選定ができる 2)必要な予算が確保できる 3)関係スタッフが進捗等確認しながら事業を進めることができる
評価手段		1)イベントへの参加回数 2)日報 3)市報掲載回数	1)幅広く市民に周知ができたか、職員への聞き取り 2)適切な時期に周知ができたか、職員への聞き取り 3)適切な通知ができたか、職員への聞き取り	1)選定が適切にできたか職員に聞き取り 2)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り 3)関係スタッフが連携して事業が進められたか職員に聞き取り
評価体制・ 方法		事業に携わる全職員(保健師、 栄養士、担当事務)	事業に携わる全職員(保健師、 栄養士、担当事務)	事業に携わる全職員(保健師、 栄養士、担当事務)
評価時期		年度末	年度末	年度末

事業番号	事業名
⑨	健幸ばいんと事業

データヘルス計画との関連(#短期目標、アウトカム指標の設定)	
短期的目標	市町村または国保レベルのアウトカム指標
#1 特定健診受診率の向上	健康づくりに取り組むきっかけとなった者の割合
#2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	
#3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	
#4 未受診糖尿病判定者の割合の減少	
#5 未受診高血圧判定者の割合の減少	
#6 未受診CKD判定者(尿蛋白(2+)以上及び尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上)の割合の減少	

個別保健事業(事業企画)			
事業目的(目標)	「自らの健康は自らでつくる」という意識を持ち、健康づくりに取り組む市民を増やすことができる。		
対象者	市民	実施期間	通年
事業概要	<p>○特定健診受診やがん検診受診、スポーツイベント等の該当する事業への参加でポイントを付与。</p> <p>○実施期間内に規定のポイントを積み、応募することで参加賞を授与するとともに、地元特産品を抽選により授与する。</p>		
過去の経緯(指標の推移や課題等)	<p>令和5年度からの新規事業 4課(市民課・健康医療対策課・高齢福祉課・社会教育課)で連携し開始 令和6年度から、子ども若者課・世界遺産推進課・観光振興課・生活環境課も連携し8課で実施。また、令和6年度から新潟県が実施している「にいがたヘルス&スポーツマイレージ」事業との連携をはかり、若年層の健康づくりへの参加を促す。</p>		
実施体制・方法	<p>【実施体制】 市民課・健康医療対策課・高齢福祉課・社会教育課・子ども若者課で連携し実施 ・担当者会議での打ち合わせ ・各課で業務分担(台紙・参加賞等の発注・調整、広報、データ入力)</p> <p>【実施方法】 ○事業周知 市ホームページ、市報、事業ポスター、SNSで広報する ○ポイント付与 該当事業への参加によりポイント付与する ○応募 集めたポイントを台紙に貼り市役所(各支所・行政サービスセンター)、教育委員会(各地区公民館)へ提出する ○参加賞 窓口で応募時に引き換え 地元特産品 抽選により当選者へ発送する</p>		

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・ 実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)
評価 (モニタリング)項目・ 評価指標	1)健康づくりに取り組むきっかけ となった人の割合 【参考①】健幸ほいんがきっかけ で健診を受けた人の割合 【参考②】健幸ほいんがきっかけ で健康教室や運動教室等に 参加した人の割合	1)取り組みを行う者 (国保加入者)	1)幅広く市民に周知ができたか 2)周知時期、広報内容は適切か 3)取り組み内容は適切であったか 4)参加者が継続して取り組めたか	1)職員の不足がないか 2)必要な物品が購入できたか 3)関係課と連携して実施 できたか
目標 (値)	1)80.0% 【参考①】90.0% 【参考②】80.0%	1)1,500人	1)市民に広く周知できる 2)適切な時期にわかりやすく 周知できる 3)参加者が自ら取り組むことが できる 4)参加者が継続して取り組むこと ができる	1)不足がない 2)必要な物品を購入できる 3)関係課と連携し、事業が 進められる
評価 手段	1)ポイント応募時のアンケート 結果で集計	1)健幸ほいんと台帳で確認	1)幅広く市民に周知ができたか 職員に聞き取り 2)周知時期、広報内容がわかり やすかったか(こついで職員への 聞き取り 3)アンケート集計から読み取り 4)アンケート集計から読み取り	1)対応可能な人数であった かどうか職員に聞き取り 2)職員に聞き取り 3)関係課とのミーティング 回数、記録等
評価 体制・ 方法	事業に携わる全職員	事業に携わる全職員	事業に携わる全職員	事業に携わる全職員
評価 時期	年度末	年度末	年度末	年度末

(2) 各事業の評価指標・目標値・ベースライン

各事業におけるアウトカム指標・アウトプット指標の詳細は次のとおりです。

事業番号	保健事業(名)	評価項目・評価指標	目標値	ベースライン (年度)	年次推移/経年変化 実績値						指標判定 (評価)	事業判定 (評価)	
					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			
①	特定健診 受診率向上 事業	アウトカム指標	特定健診受診率	60.0%	53.9% (令和4年度)								
			【参考】① 40～64歳 特定健診受診率	50.0%	45.6% (令和4年度)								
			【参考】② 集団健診受診率	45.0%	43.0% (令和4年度)								
			【参考】③ 追加健診受診率	8.0%	6.6% (令和4年度)								
			【参考】④ みなし健診受診率	30.0%	15.9% (令和4年度)								
			【参考】⑤ 一日人間ドック受診率	11.0%	10.9% (令和4年度)								
		【参考】⑥ 健診結果提出数	40件	32件 (令和4年度)									
アウトプット指標	受診勧奨回数	2回	2回 (令和4年度)										
②	特定保健指導	アウトカム指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.0%	14.4% (令和4年度)								
		40～64歳 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.0%	13.8% (令和4年度)									
アウトプット指標	特定保健指導実施率	70.0%	76.4% (令和4年度)										
③	生活習慣病 重症化予防 事業	アウトカム指標	医療機関受診率 ①血圧	60.0%	45.4% (令和4年度)								
		医療機関受診率 ②糖	60.0%	56.2% (令和4年度)									
アウトプット指標	保健指導実施率 (訪問、面接)	90.0%	76.6% (令和4年度)										
④	CKD対策事業	アウトカム指標	G3b・G4・G5(eGFR45未満)かつ軽度尿蛋白、高度尿蛋白の者の医療機関受診率	95.0%	80.3% (令和4年度)								
			【参考】①G3b、G4、G5(eGFR45未満)で尿蛋白正常の者の医療機関受診率	85.0%	70.0% (令和4年度)								
			【参考】②50歳未満でG1・2(eGFR60～)かつ高度尿蛋白の者の医療機関受診率	70.0%	55.6% (令和4年度)								
			【参考】③50歳未満でG3a(eGFR45～59)かつ高度尿蛋白の者の医療機関受診率	50.0%	0% (令和4年度)								
		医師の指示による保健指導実施者の改善率・維持率	100%	80.0% (令和4年度)									
		アウトプット指標	保健指導実施率 (訪問・面談)	90.0%	93.2% (令和4年度)								
			【参考値】① CKD啓発シール・チラシ配布数	対象者数	131枚 (R4年度)								
医師の指示による保健指導実施件数	10件	27件 (令和4年度)											

事業番号	保健事業(名)	評価項目・評価指標		目標値	ベースライン (年度)	年次推移/経年変化 実績値						指標判定 (評価)	事業判定 (評価)
						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		
⑤	生活習慣病治療中断者対策事業	アウトカム指標	医療機関受診率	60.0%	- % (令和5年度)								
		アウトプット指標	保健指導実施率 (訪問・面談)	100%	- % (令和5年度)								
⑥	早期介入保健指導事業	アウトカム指標	体重が維持または減少した者の割合	80.0%	77.5% (令和4年度)								
			食生活の習慣で取り組んでいることがある者の割合	80.0%	80.6% (令和4年度)								
			運動習慣の改善が図れた者の割合	40.0%	38.7% (令和4年度)								
		アウトプット指標	早期介入保健指導実施率	50.0%	41.3% (令和4年度)								
⑦	地区健康学習会	アウトカム指標	学んだ内容を家族や知人に伝えようと思う者の割合	100%	96.5% (令和4年度)								
		アウトプット指標	①実施会場数	175ヶ所	125ヶ所 (令和4年度)								
			②参加者数	2,350人	1,406人 (令和4年度)								
⑧	生活習慣改善PR事業	アウトカム指標	—	—	—								
		アウトプット指標	PR実施数 ①イベント	1回	1回 (令和4年度)								
			②健診 ③広報	12会場 12回	11会場 (令和4年度) 5回 (令和4年度)								
⑨	健幸ぼいんと事業	アウトカム指標	健康づくりに取り組むきっかけとなった者の割合	80.0%	65.1% (令和5年度)								
			【参考①】 健幸ぼいんとがきっかけで健診を受けた者の割合	90.0%	93.4% (令和5年度)								
			【参考②】 健幸ぼいんとがきっかけで健康教室や運動教室等に参加した者の割合	80.0%	57.5% (令和5年度)								
		アウトプット指標	取り組みを行う者 (国保被保険者)	1,500人	1,008人 (令和5年度)								

第3期データヘルス計画における短期目標のアウトカム指標の詳細は次の「短期目標評価一覧」のとおりです。

【短期目標評価一覧(年次推移)】

データヘルス計画の短期目標 アウトカム評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性/ 目標値
		現状値 (スタート時) ベースライン	
<短期目標：#1 特定健診受診率の向上>			
特定健診受診者の割合	特定健診等データ管理システム (法定報告)TKCA012	53.9%	60.0%
<短期目標：#2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率>			
特定保健指導による特定保健指導対象者減少の割合	特定健診等データ管理システム (法定報告)TKCA012	14.4%	25.0%
<短期目標：#3 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加>			
(質問票) 現在、たばこを習慣的に吸っている	特定健診等データ管理システム帳票 TKAC024	15.0%	13.0%
(質問票) 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	特定健診等データ管理システム帳票 TKAC024	28.1%	35.0%
(質問票) 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上 実施	特定健診等データ管理システム帳票 TKAC024	78.9%	85.0%
(質問票) 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	特定健診等データ管理システム帳票 TKAC024	15.1%	10.0%
(質問票) 朝食を抜くことが週に3回以上ある	特定健診等データ管理システム帳票 TKAC024	12.3%	5.0%
(質問票) 飲酒日の1日当たりの飲酒量(3合以上)	特定健診等データ管理システム帳票 TKAC024	2.4%	1.5%
<短期目標：#4 未受診糖尿病判定者の割合の減少>			
特定健診の糖尿病判定者(※2)のうち、当該年度に摂尿病の レセプトがない者の割合	KDB「保健事業介入支援管理」	13.2%	8.0%
<短期目標：#5 未受診高血圧判定者の割合の減少>			
特定健診の高血圧判定者(※1)のうち、当該年度に高血圧の レセプトがない者の割合を評価する	KDB「保健事業介入支援管理」	17.2%	28.0%
<短期目標：#6 未受診CKD判定者の割合の減少>			
未受診CKD判定者G3b・G4・G5(eGFR45未満)かつ軽度尿蛋白、 高度尿蛋白の者の医療機関受診がない者の割合を評価 する	KDB「保健事業介入支援管理」特定健診等データ管理 システムFKAC171	24.1%	10.0%

※1 収縮期血圧140mmHg以上の者、または拡張期血圧90mmHg以上の者、または、当該年度に高血圧のレセプトがある者

※2 HbA1c6.5%以上の者 または、当該年度に糖尿病のレセプトがある者

第3期データヘルス計画における中長期目標のアウトカム指標の詳細は次の「中長期目標評価一覧」のとおりです。

【中長期目標評価一覧(年次推移)】

データヘルス計画の中長期目標 アウトカム評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性/ 目標値
		現状値 (スタート時)	
<中長期目標: 1)HbA1c6.5%以上の者の割合の減少>			
HbA1c6.5%以上の者の割合	KDB「保健指導対象者の絞り込み (健診ツリー図)」	12.9%	10.0%
<中長期目標: 2)メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少>			
内臓脂肪症候群該当者の割合	特定健診等データ管理システム (法定報告)TKCA012	22.7%	20.0%
内臓脂肪症候群予備群の割合	特定健診等データ管理システム (法定報告)TKCA012	8.5%	7.0%
<中長期目標: 3)収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者の割合の減少>			
収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者の割合	特定健診等データ管理システム (法定報告)TKCA012	22.1%	21.0%
<中長期目標: 4)新規透析患者の減少>			
特定疾病認定申請書件数(国保新規)	特定疾病認定申請台帳(市集計)	8件	5件
特定疾病認定申請書件数(被用者保険からの移行)	特定疾病認定申請台帳(市集計)	4件	3件
<中長期目標: 5)eGFR45未満の者の割合の減少>			
eGFR45未満者の割合	特定健診等データ管理システム FKAC171	2.8%	2.0%

データヘルス計画の標準化を図るため、共同保険者である県から共通の評価指標が示されました。詳細は、次の「中長期・短期目標評価一覧」のとおりです。当市は共通の評価指標を基に地域特性や健康課題を踏まえ評価指標を設定しています。

【中長期・短期目標評価一覧(年次推移)】

新潟県共通の評価指標

データヘルス計画の中長期目標 アウトカム評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性/ 目標値
		現状値 (スタート時)	
<中長期目標: 1)収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者の割合>			
収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者の割合	KDB「保健指導対象者の絞り込み(健診ツリー図)」	22.1% (県26.2%)	21.0%
<中長期目標: 2)HbA1c6.5%以上の者の割合>			
HbA1c6.5%以上の者の割合	KDB「保健指導対象者の絞り込み(健診ツリー図)」	12.9% (県9.9%)	10.0%
<中長期目標: 3)HbA1c8.0%以上の者の割合>			
HbA1c8.0%以上の者の割合	KDB「保健指導対象者の絞り込み(健診ツリー図)」	1.7% (県1.0%)	1.4%
<中長期目標: 4)メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合>			
内臓脂肪症候群該当者の割合	特定健診等データ管理システム(法定報告)TKCA012	22.7% (県20.4%)	20.0%
内臓脂肪症候群予備群の割合	特定健診等データ管理システム(法定報告)TKCA012	8.5% (県9.2%)	7.0%
<短期目標: 5)特定健康診査実施率>			
特定健診受診者の割合	特定健診等データ管理システム(法定報告)TKCA012	53.9% (県44.6%)	60.0%
<短期目標: 6)特定保健指導実施率>			
特定保健指導終了者の割合	特定健診等データ管理システム(法定報告)TKCA012	76.4% (県39.0%)	70.0%
<短期目標: 7)特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率>			
特定保健指導による特定保健指導対象者減少の割合	特定健診等データ管理システム(法定報告)TKCA012	14.4% (県19.4%)	25.0%
<短期目標: 8)未受診高血圧判定者の割合>			
特定健診の高血圧判定者(※1)のうち、当該年度に高血圧のレセプトがない者の割合を評価する	KDB「保健指導対象者の絞り込み(健診ツリー図)」	17.2% (県20.6%)	15.0%
<短期目標: 9)未受診糖尿病判定者の割合>			
特定健診の糖尿病判定者(※2)のうち、当該年度に糖尿病のレセプトがない者の割合	KDB「保健指導対象者の絞り込み(健診ツリー図)」	13.2% (県6.9%)	9.0%
<短期目標: 10)習慣的に喫煙している者の割合>			
(質問票) 現在、たばこを習慣的に吸っている	特定健診等データ管理システム(法定報告)TKAC024	15.0% (県12.7%)	13.0%

※1 収縮期血圧140mmHg以上の者、または拡張期血圧90mmHg以上の者、または、当該年度に高血圧のレセプトがある者

※2 HbA1c6.5%以上の者 または、当該年度に糖尿病のレセプトがある者

基本理念	取組の方向性	中長期的指標	短期的指標
健康寿命の延伸 医療費の適正化	糖尿病の重症化を予防する 脳血管疾患の発症と重症化を予防する	<p>1 収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果に基づき、受診勧奨判定値の者の割合を評価する。 ・KDBで把握可能 	<p>5 特定健康診査実施率</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者が特定健診を受診しているかを評価する。 ・データヘルス計画策定支援ツールや法定報告で把握可能
		<p>2 HbA1c 6.5%以上の者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果に基づき、受診勧奨判定値の者の割合を評価する。 ・KDBで把握可能 	<p>6 特定保健指導実施率</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当者に対し、特定保健指導を最後まで実施しているかを評価する。 ・データヘルス計画策定支援ツールや法定報告で把握可能
		<p>3 HbA1c 8.0%以上の者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の血糖コントロール不良者の割合を評価する。 ・KDBで把握可能 	<p>7 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導による効果を評価する。 ・法定報告で把握可能
		<p>4 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を評価する。 ・データヘルス計画策定ツールや法定報告で把握可能 	<p>8 未受診高血圧判定者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の高血圧判定者※¹のうち、当該年度に高血圧のレセプトがない者の割合を評価する。 ・KDBで把握可能
			<p>9 未受診糖尿病判定者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の糖尿病判定者※²のうち、当該年度に糖尿病のレセプトがない者の割合を評価する。 ・KDBで把握可能
		<p>10 習慣的に喫煙している者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の質問票に「習慣的に喫煙している」と答えた者の割合を評価する。 ・データヘルス計画策定支援ツールやKDBで把握可能 	

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計画は適切だったか、目標を達成できなかった原因は何か、その事業の必要性や優先順位のアセスメントや判断は適切だったか等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

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

② 評価方法・体制

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

2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

3. 個人情報の取扱い

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

4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

地域包括ケアとは、急速に進む少子高齢化に対応するため、誰もが住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを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。佐渡市では、子どもからお年寄りまで誰もがいきいきと輝ける島を目指し、地域包括ケアシステムを構築していきます。身近に相談できる窓口を通じて、自分に合ったサービスを知り、選択し、利用でき、その人らしい生活を送ることができるよう、医療・保健・介護・福祉などの多職種が緊密に連携し、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・実現に向けた横断的な地域包括ケアを推進し、保健事業との相乗効果を生み出すよう取り組みます。

国保部門では、地域で被保険者を支える連携の促進のため、医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に参画します。

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となりました。庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

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

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

佐渡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6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析 令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)

■健康診査データ

単年分析 令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

■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. 特定健康診査の受診状況

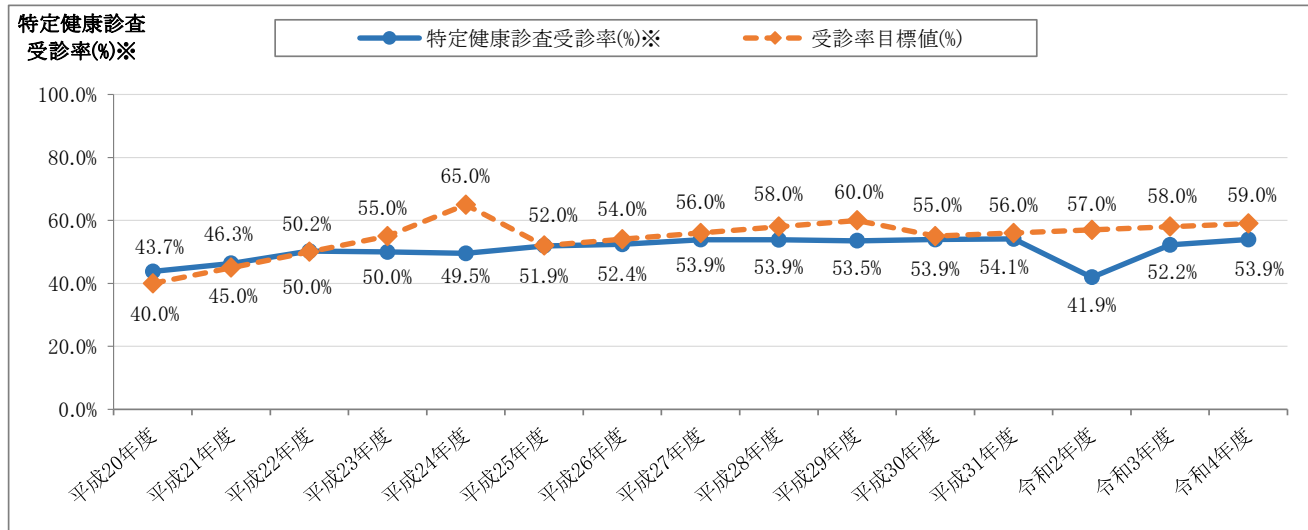
以下は、平成20年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	14,103	13,888	13,447	13,350	12,934	12,720	12,407	12,042
特定健康診査受診者数(人)	6,170	6,434	6,756	6,672	6,407	6,601	6,502	6,486
特定健康診査受診率(%)※	43.7%	46.3%	50.2%	50.0%	49.5%	51.9%	52.4%	53.9%
受診率目標値(%)	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	65.0%	52.0%	54.0%	56.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
特定健康診査対象者数(人)	11,676	11,337	10,971	10,737	10,690	10,328	9,717	
特定健康診査受診者数(人)	6,288	6,068	5,915	5,809	4,483	5,392	5,239	
特定健康診査受診率(%)※	53.9%	53.5%	53.9%	54.1%	41.9%	52.2%	53.9%	
受診率目標値(%)	58.0%	60.0%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	

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

特定健康診査受診率及び目標値



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

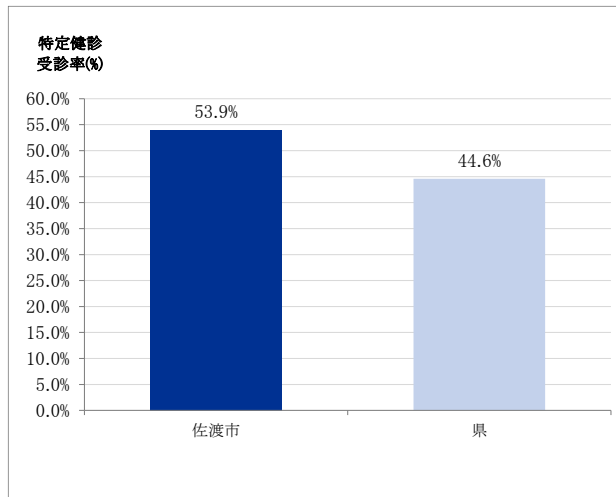
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
佐渡市	53.9%
県	44.6%

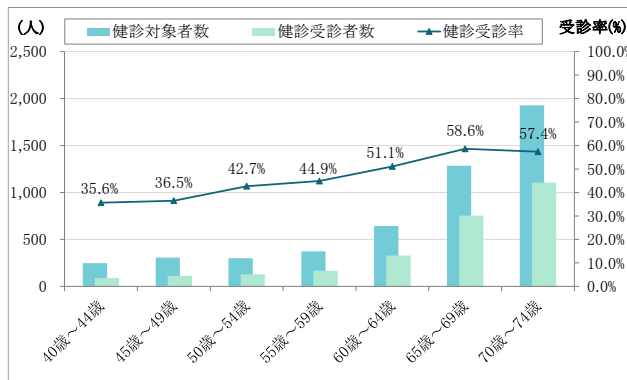
出典: 法定報告値

特定健康診査受診率(令和4年度)



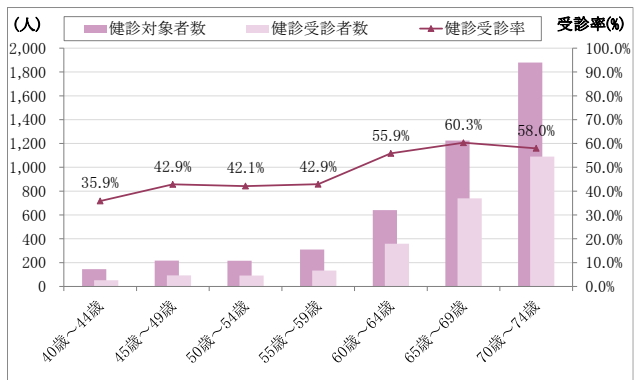
出典: 法定報告値

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 法定報告値

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



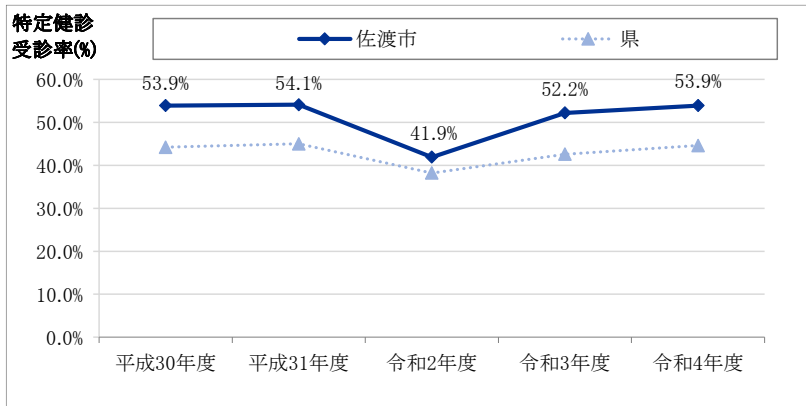
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。

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
佐渡市	53.9%	54.1%	41.9%	52.2%	53.9%
県	44.2%	45.0%	38.2%	42.6%	44.6%

出典：法定報告値

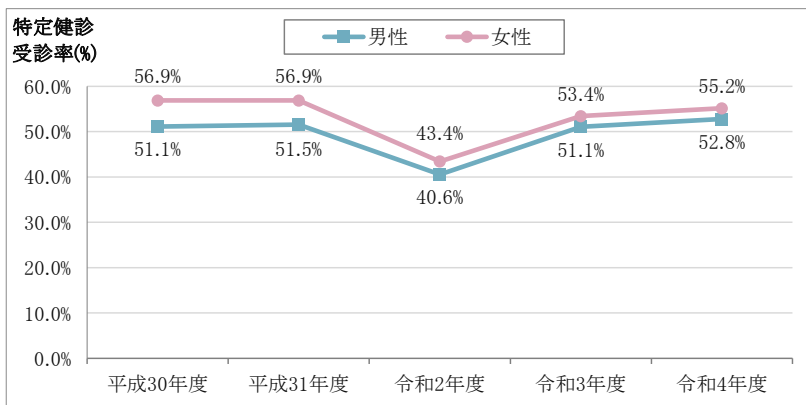
年度別 特定健康診査受診率



出典：法定報告値

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52.8%は平成30年度51.1%より1.7ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率55.2%は平成30年度56.9%より1.7ポイント減少しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典：法定報告値

2. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20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

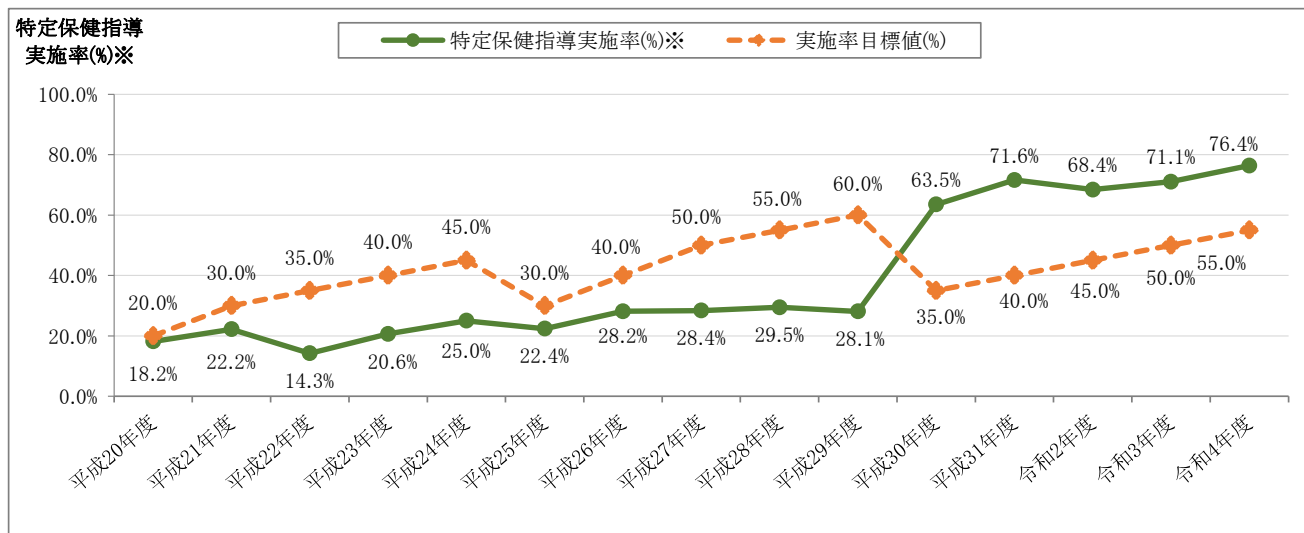
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	953	960	940	911	807	862	838	839
特定保健指導利用者数(人)	191	181	146	166	225	217	276	347
特定保健指導実施者数(人)※	173	213	134	188	202	193	236	238
特定保健指導実施率(%)※	18.2%	22.2%	14.3%	20.6%	25.0%	22.4%	28.2%	28.4%
実施率目標値(%)	20.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	30.0%	40.0%	50.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
特定保健指導対象者数(人)	852	786	822	800	570	674	666	
特定保健指導利用者数(人)	253	322	613	640	451	566	559	
特定保健指導実施者数(人)※	251	221	522	573	390	479	509	
特定保健指導実施率(%)※	29.5%	28.1%	63.5%	71.6%	68.4%	71.1%	76.4%	
実施率目標値(%)	55.0%	60.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	

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20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	295	320	354	340	302	282	264	260
積極的支援利用者数(人)	45	40	41	14	47	48	90	84
積極的支援実施者数(人)※	32	72	27	38	30	29	67	42
積極的支援実施率(%)※	10.8%	22.5%	7.6%	11.2%	9.9%	10.3%	25.4%	16.2%

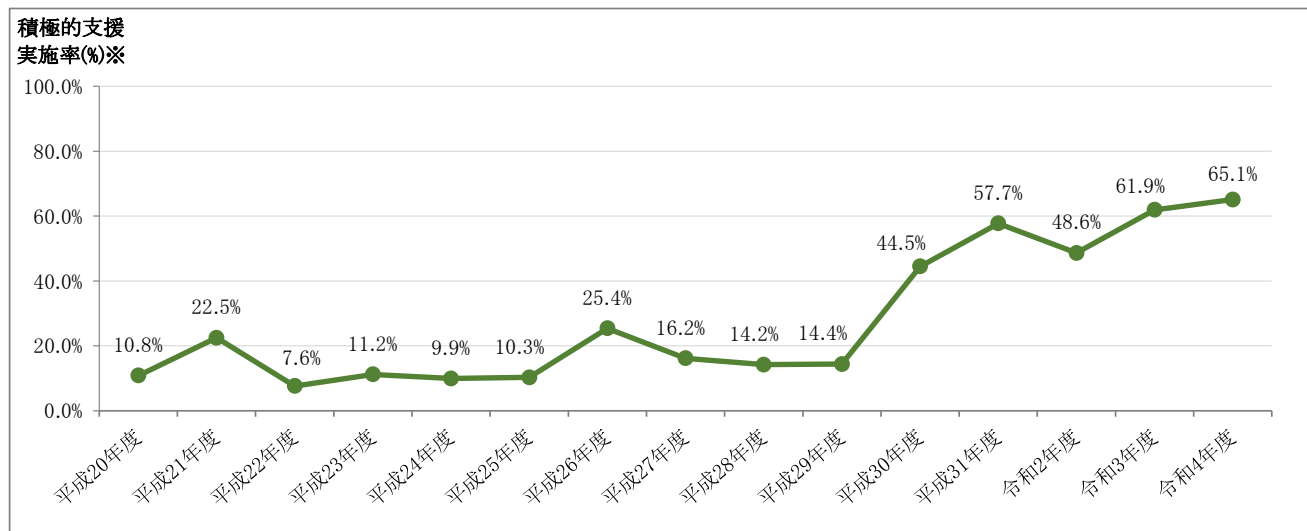
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	268	264	245	239	146	189	209
積極的支援利用者数(人)	45	87	166	179	96	155	170
積極的支援実施者数(人)※	38	38	109	138	71	117	136
積極的支援実施率(%)※	14.2%	14.4%	44.5%	57.7%	48.6%	61.9%	65.1%

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20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	658	640	586	571	505	580	574	579
動機付け支援利用者数(人)	146	141	105	152	178	169	186	263
動機付け支援実施者数(人)※	141	141	107	150	172	164	169	196
動機付け支援実施率(%)※	21.4%	22.0%	18.3%	26.3%	34.1%	28.3%	29.4%	33.9%

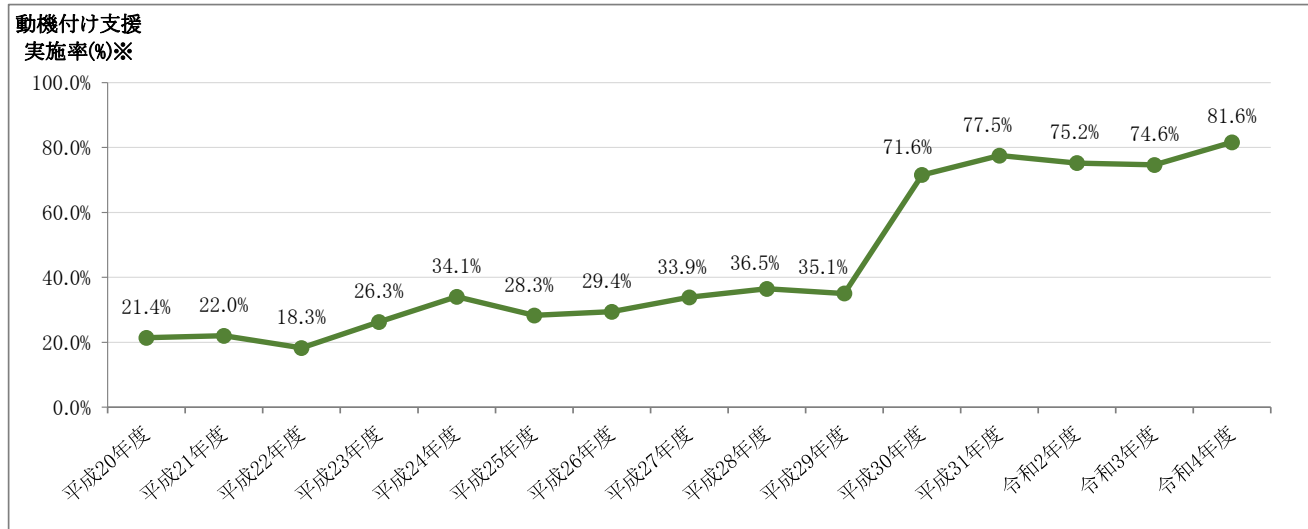
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	584	522	577	561	424	485	457
動機付け支援利用者数(人)	208	235	447	461	355	411	389
動機付け支援実施者数(人)※	213	183	413	435	319	362	373
動機付け支援実施率(%)※	36.5%	35.1%	71.6%	77.5%	75.2%	74.6%	81.6%

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

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

国保データベース(KDB)システムより集計した、令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりです。

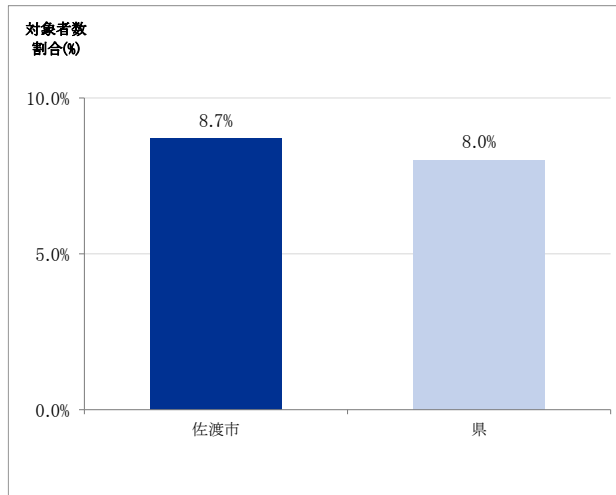
特定保健指導実施状況(令和4年度)

区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
佐渡市	8.7%	4.0%	12.7%	76.4%
県	8.0%	2.3%	10.4%	39.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

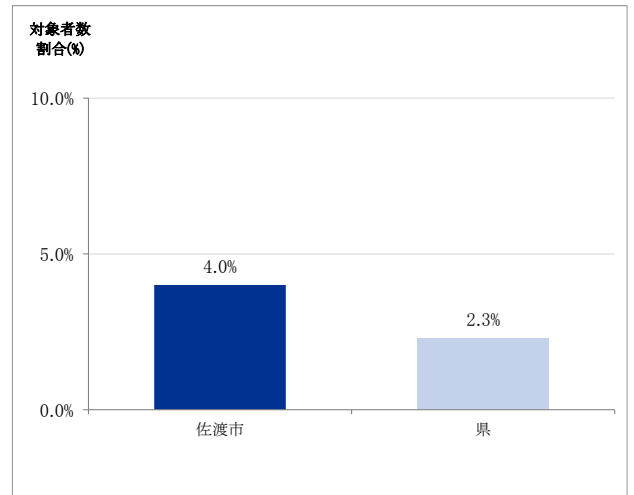
出典:法定報告値

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



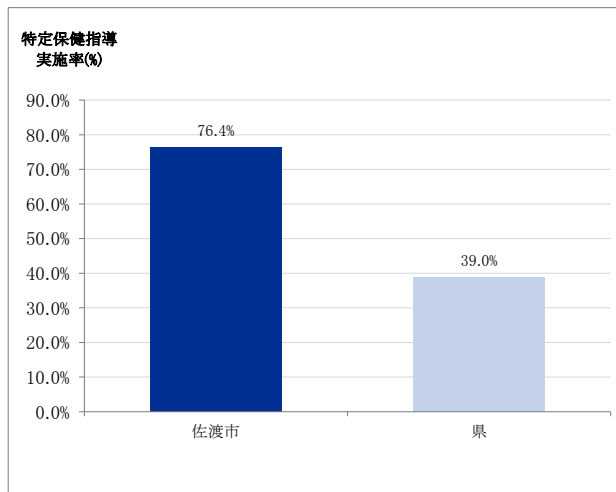
出典:法定報告値

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典:法定報告値

特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:法定報告値

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76.4%は平成30年度63.5%より12.9ポ
イント増加しています。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
佐渡市	5.3%	9.7%	9.5%	9.0%	8.7%
県	8.2%	8.5%	8.3%	8.3%	8.0%

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
佐渡市	4.1%	4.1%	3.3%	3.5%	4.0%
県	2.4%	2.4%	2.2%	2.3%	2.3%

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
佐渡市	9.4%	13.8%	12.8%	12.5%	12.7%
県	10.6%	10.9%	10.5%	10.7%	10.4%

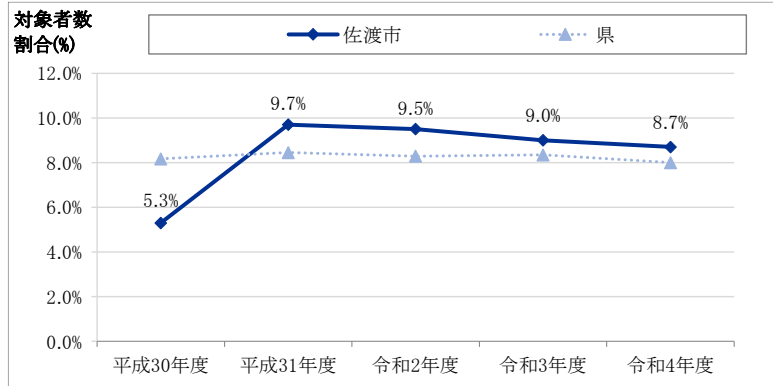
年度別 特定保健指導実施率

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
佐渡市	63.5%	71.6%	68.4%	71.1%	76.4%
県	43.0%	41.9%	36.3%	37.1%	39.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

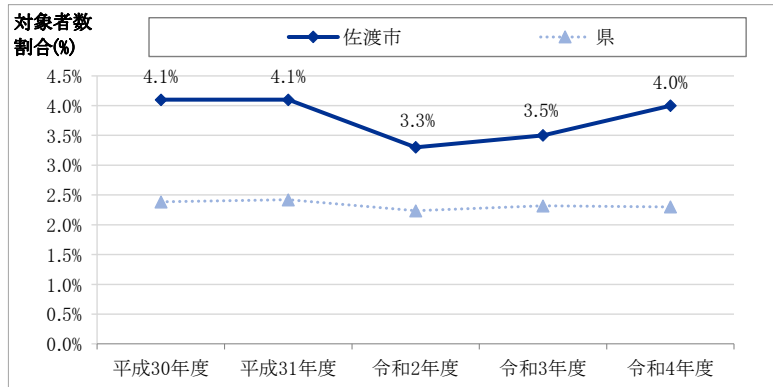
出典：法定報告値

年度別 動機付け支援対象者数割合



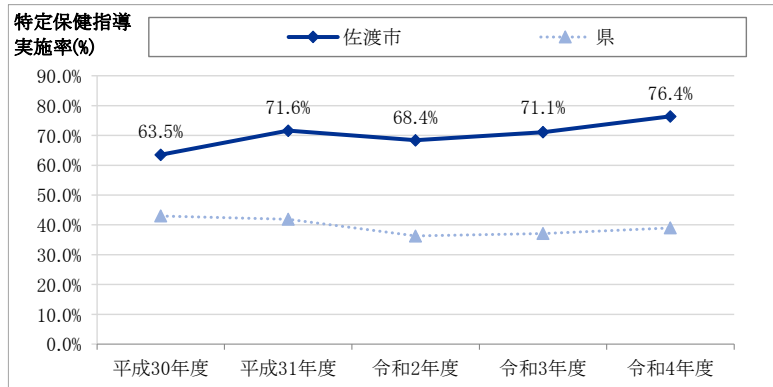
出典: 法定報告値

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 法定報告値

年度別 特定保健指導実施率



出典: 法定報告値

3. 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か月分)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22.8%、予備群該当は8.5%です。

メタボリックシンドローム該当状況

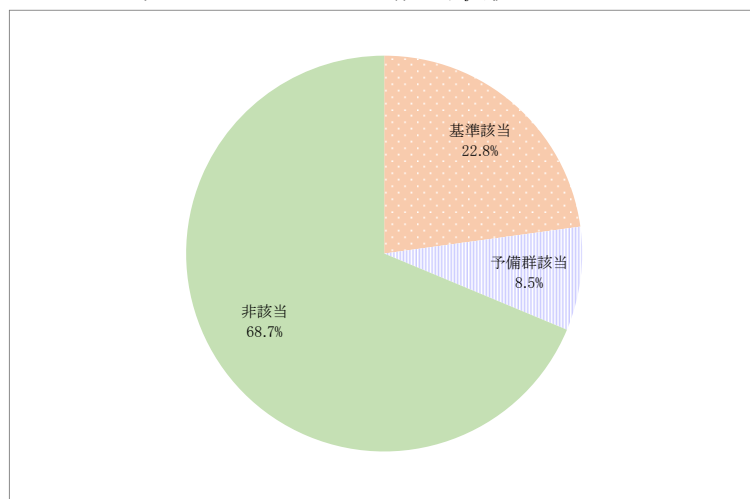
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	5,196	1,186	440	3,570	0
割合(%) ※	-	22.8%	8.5%	68.7%	0.0%

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か月分)。

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か月分)。

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。

4. 第3期特定健康診査等実施計画の評価と考察

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、第3期計画期間で実施した主な取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う「受診控え」により、令和2年度は大きく減少しましたが、その後は回復傾向にあります。

しかし、目標値の60.0%には到達していません。生活習慣病の早期発見・早期治療のため定期的に健診を受けることの必要性について一層普及し、受診率向上に向けた取り組みを継続して実施します。

事業分類	取り組み	実施内容
健診受診率向上	特定健診受診率向上事業	追加健診の実施:受診しやすい環境を提供するため、農閑期に日曜日を含めた受診日を設け、特定健診未受診者に対して健診を実施。
	健診PR	特定健診やがん検診の日程が記載された「佐渡市健康づくりサービス」の全戸配布、市報での一日人間ドック費用助成制度の周知、市役所窓口での特定健診受診啓発ティッシュの配布。

【特定保健指導】

平成30年度から初回面接を分割実施し、特定保健指導の実施率は目標値を達成しました。今後は、該当年度に特定保健指導を受けた方が翌年度の特定健診を継続して受診し、検査数値や階層化の改善につながるよう、指導の質の維持向上に努めます。

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導実施率向上	特定保健指導の分割実施	特定健診当日に初回面接1回目を実施し、該当者への意識づけを図ることで特定保健指導実施率向上に繋げる。

【庁内実施体制】

国保部門では計画の策定及び評価・見直しを、衛生部門では事業実施に取り組んでおり、両部門が役割分担しながら事業を推進します。

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54.3%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47.9%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	5,196	49.1%	4,962,855	195,933,089	200,895,944
健診未受診者	5,388	50.9%	15,080,714	213,000,100	228,080,814
合計	10,584		20,043,569	408,933,189	428,976,758

	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	87	1.7%	2,819	54.3%	2,819	54.3%	57,044	69,504	71,265
健診未受診者	197	3.7%	2,569	47.7%	2,579	47.9%	76,552	82,912	88,438
合計	284	2.7%	5,388	50.9%	5,398	51.0%	70,576	75,897	79,470

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)。

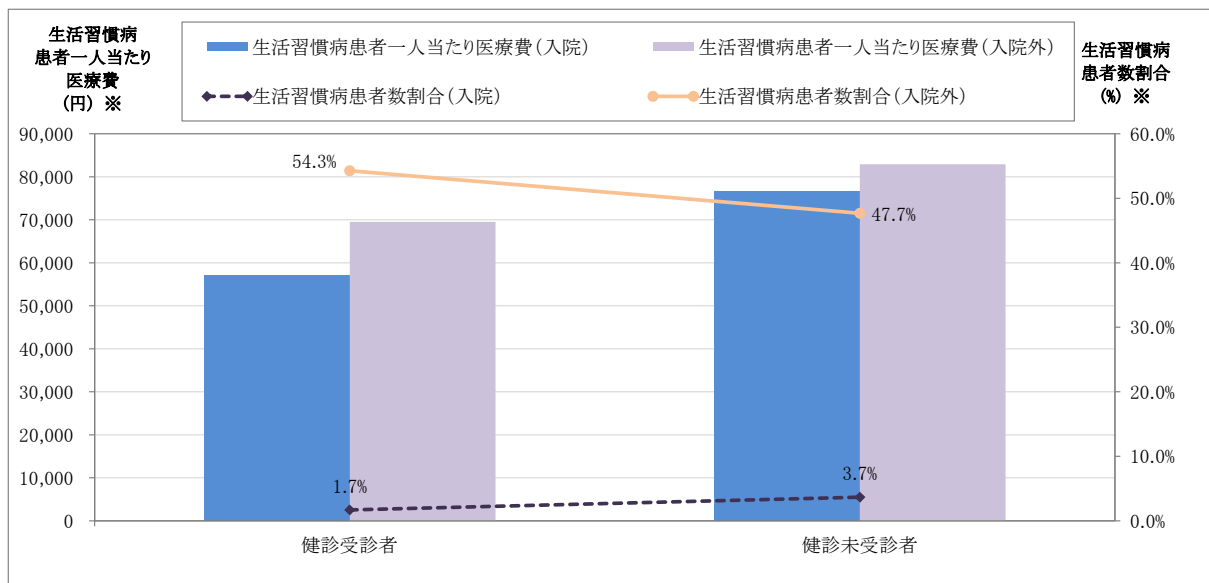
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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)。

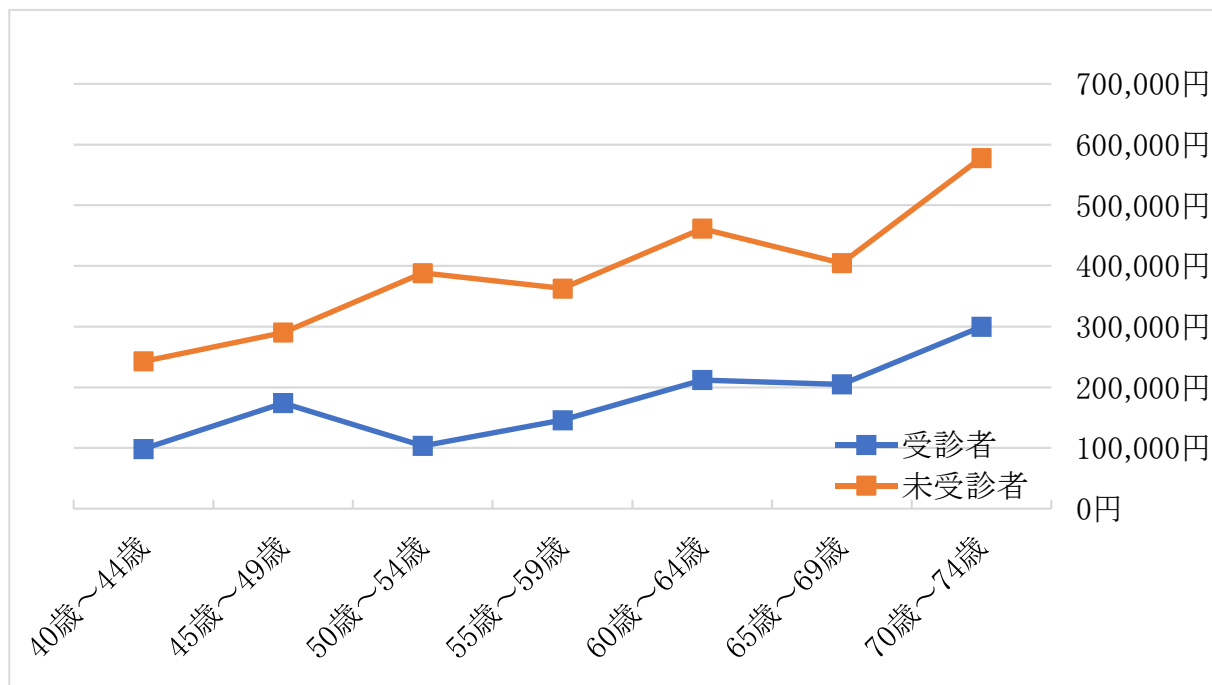
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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。

特定健診受診有無による年齢階級別一人当たり医療費の状況

特定健診を受診している方としていない方の医療費を比較すると、どの年代でも特定健診を受診していない方の医療費が高額です。



出典：健診及びレセプトによる指導対象者群分析

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か月分)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4.1%、動機付け支援対象者割合は8.7%です。

保健指導レベル該当状況

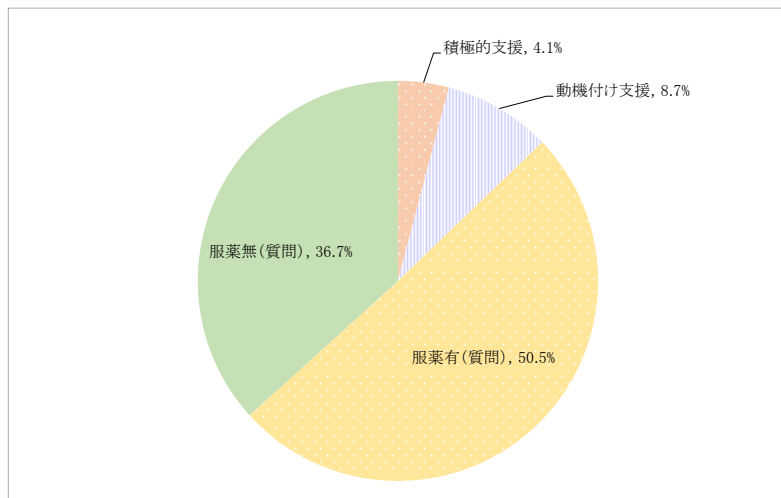
	健診受診者数 (人)	該当レベル					
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		判定不能
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	5,196	666	213	453	2,622	1,908	0
割合(%) ※	-	12.8%	4.1%	8.7%	50.5%	36.7%	0.0%

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か月分)。

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か月分)。

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)	2つ以上該当		あり	積極的支援	動機付け支援
≥90cm (女性)	1つ該当				
上記以外でBMI ≥25	3つ該当		あり	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	141	31	24	17.0%	7	5.0%
45歳～49歳	203	43	28	13.8%	15	7.4%
50歳～54歳	222	50	33	14.9%	17	7.7%
55歳～59歳	298	63	45	15.1%	18	6.0%
60歳～64歳	692	112	82	11.8%	30	4.3%
65歳～69歳	1,469	178	0	0.0%	178	12.1%
70歳～	2,171	189	1	0.0%	188	8.7%
合計	5,196	666	213	4.1%	453	8.7%

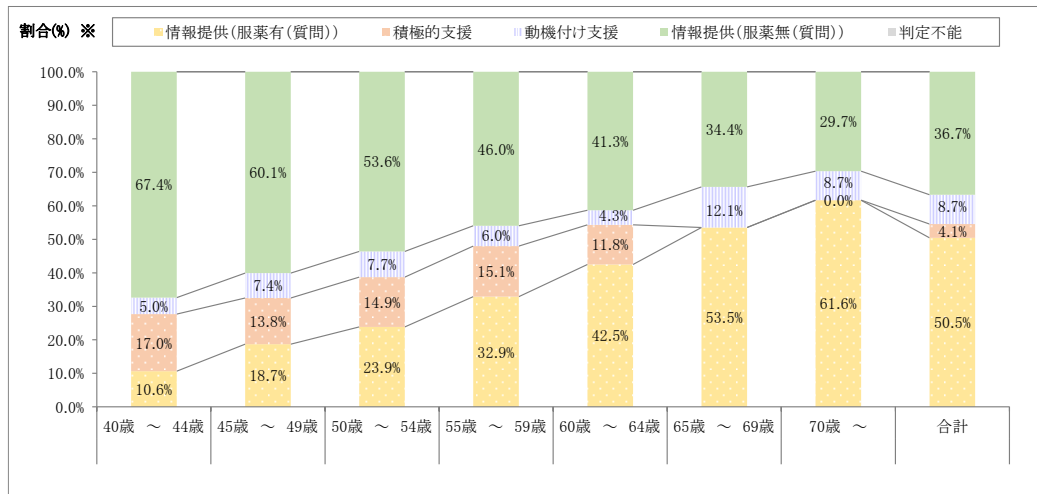
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	141	15	10.6%	95	67.4%	0	0.0%
45歳～49歳	203	38	18.7%	122	60.1%	0	0.0%
50歳～54歳	222	53	23.9%	119	53.6%	0	0.0%
55歳～59歳	298	98	32.9%	137	46.0%	0	0.0%
60歳～64歳	692	294	42.5%	286	41.3%	0	0.0%
65歳～69歳	1,469	786	53.5%	505	34.4%	0	0.0%
70歳～	2,171	1,338	61.6%	644	29.7%	0	0.0%
合計	5,196	2,622	50.5%	1,908	36.7%	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。

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。

(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か月分)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			666人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	22人	213人 32%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	43人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	10人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	21人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	43人	
	●		●			血糖＋脂質	38人	
	●	●	●			血圧＋脂質	11人	
	●			●		血糖＋喫煙	5人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	7人	
			●	●		脂質＋喫煙	9人	
	●					血糖	0人	
		●				血圧	0人	
			●		因子数0	脂質	0人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	21人	453人 68%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	58人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	15人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	15人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	1人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	76人	
	●		●			血糖＋脂質	57人	
	●	●	●			血圧＋脂質	16人	
	●			●		血糖＋喫煙	13人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	3人	
			●	●		脂質＋喫煙	3人	
	●					血糖	124人	
		●				血圧	31人	
			●		因子数0	脂質	20人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	0人		

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

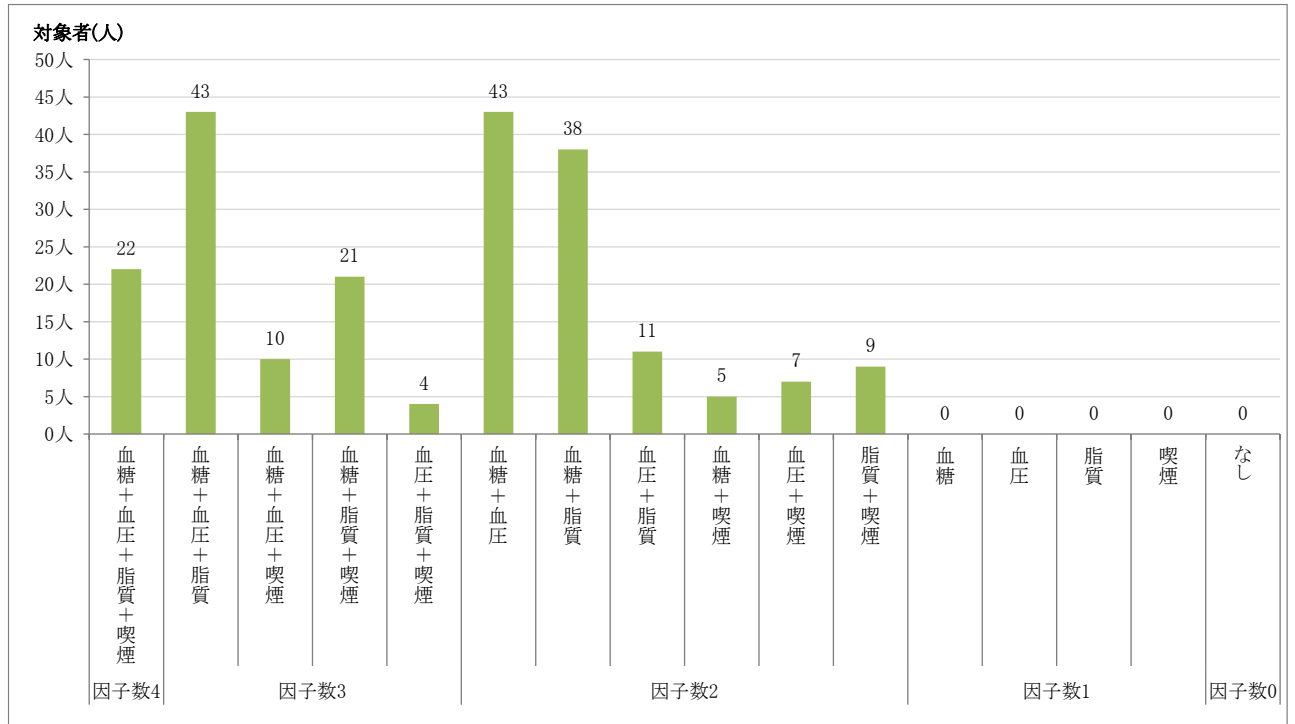
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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。

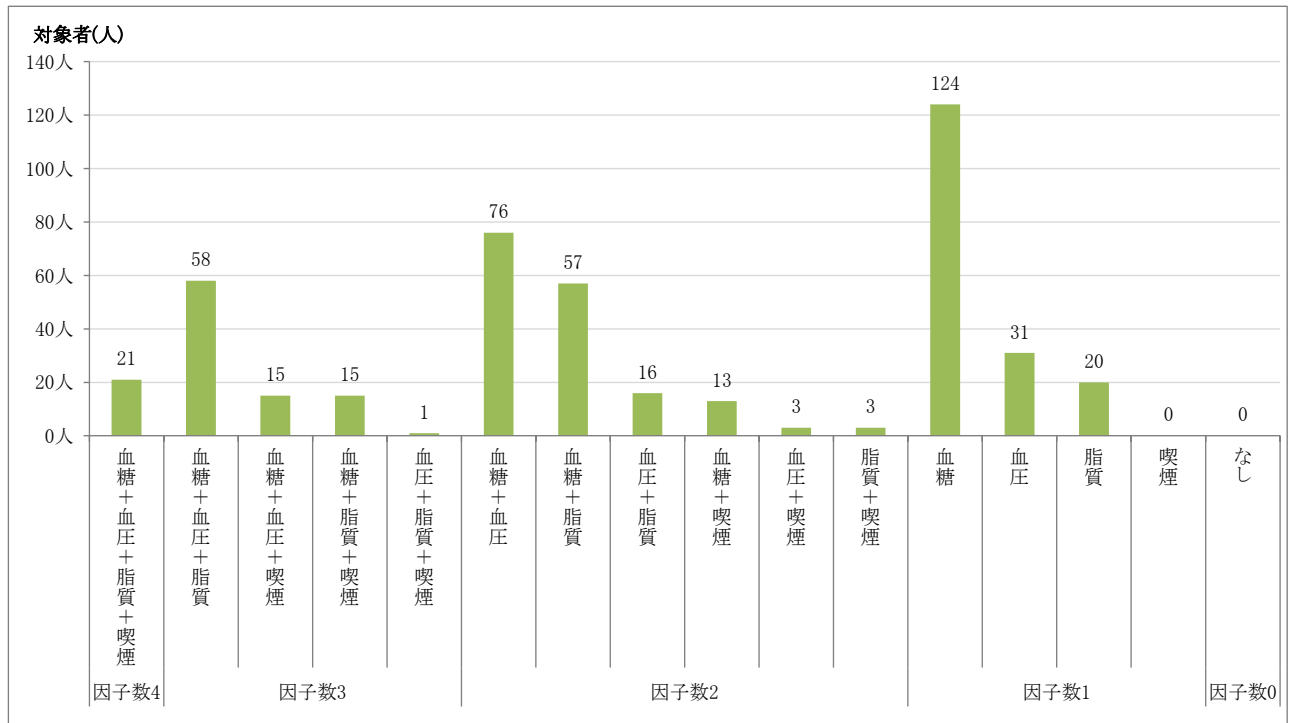
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上 (NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

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か月分)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	666	238,969	3,528,119	3,767,088	5	89	89
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,908	32,561	4,209,894	4,242,455	5	143	143
	情報提供 (服薬有(質問))	2,622	4,691,325	188,195,076	192,886,401	77	2,587	2,587

		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	666	47,794	39,642	42,327
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,908	6,512	29,440	29,668
	情報提供 (服薬有(質問))	2,622	60,926	72,746	74,560

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か月分)。

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か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

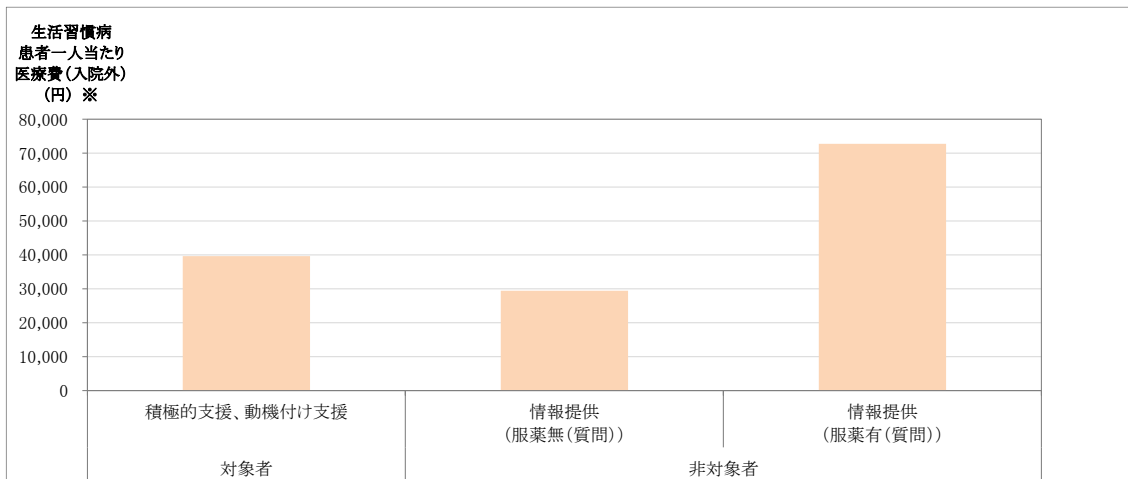
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※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か月分)。

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か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

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

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	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)	8,788	8,417	8,100	7,767	7,461	7,172
特定健康診査受診率(%) (目標値)	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	4,833	4,714	4,617	4,505	4,402	4,303

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	3,337	3,223	3,087	3,024	2,918	2,805
	65歳～74歳	5,451	5,194	5,013	4,743	4,543	4,367
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,537	1,526	1,497	1,506	1,489	1,464
	65歳～74歳	3,296	3,188	3,120	2,999	2,913	2,839

(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)	631	619	606	595	581	572
特定保健指導実施率(% (目標値))	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
特定保健指導実施者数(人)	410	402	394	387	378	372

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	209	207	203	203	199	197
	実施者数(人)	40歳～64歳	135	134	132	133	130	129
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	87	86	84	85	84	83
		65歳～74歳	335	326	319	307	298	292
	実施者数(人)	40歳～64歳	52	52	50	50	50	49
		65歳～74歳	223	216	212	204	198	194

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)

② 実施方法

ア. 実施場所

市内の公共施設等を会場に集団健診(集合契約)の方法で実施します。

イ. 実施項目

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

■ 基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票(服薬歴、喫煙歴等)
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	血圧測定
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 ※中性脂肪が400mg/dl以上や食後の採血の場合、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールの測定でも可
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

本市は、貧血検査、腎機能検査、尿検査(尿潜血)、総コレステロール、血清尿酸を全員に実施します。

ウ. 実施時期

5月から7月に実施します。また未受診者を対象とした健診を11月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査お知らせと受診案内を個別に発送します。また、市報やホームページ等で周知を図ります。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、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。

② 実施方法

ア. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとしします。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個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 初回面接は分割実施とし、健診当日に初回面接1回目を実施する。 初回面接2回目は全ての結果が揃った後に、医師が総合的な判断を行った上で、保健師・管理栄養士が本人に電話等で相談しつつ当該行動計画を完成する。 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か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か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 初回面接は分割実施とし、健診当日に初回面接1回目を実施する。 初回面接2回目は全ての結果が揃った後に、医師が総合的な判断を行った上で、保健師・管理栄養士が本人に電話等で相談しつつ当該行動計画を完成する。 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か月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。			
実績評価	○3か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"> <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>	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
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少			
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)			
プロセス評価	<table border="1"> <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>	<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 		
<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 				

イ. 実施時期

通年で実施します。

ウ. 案内方法

集団健診当日、初回面接1回目を実施し、健診結果の受け取り方法(訪問・面談等)についても確認します。

特定健康診査結果がすべて揃った後(初回面接1回目から遅くとも3か月以内)に、該当者へ電話連絡を行い保健指導の実施に向け日程調整等を行います。

4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
健診受診率向上	特定健診受診率向上事業	追加健診の実施：受診しやすい環境を提供するため、農閑期に日曜日を含めた受診日を設け、特定健診未受診者に対して健診を実施。
	生活習慣改善PR事業	受診率の低い40歳から64歳までを対象に、集団健診期間中に前半実施地区未受診者へ後半実施地区の再勧奨を実施。 特定健診やがん検診の日程が記載された「佐渡市健康づくりサービス」の全戸配布、市報での一日人間ドック費用助成制度の周知、市役所窓口での特定健診受診啓発ティッシュの配布。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導実施率向上	特定保健指導の分割実施	特定健診当日に初回面接1回目を実施し、該当者への意識づけを図ることで特定保健指導実施率向上に繋げる。
特定保健指導対象者の減少	特定保健指導による効果を評価する	第3期データヘルス計画において短期的目標に特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を設定。実施体制や保健指導の技術的な面等が適切であったかを検討し、特定保健指導実施率の向上も図る。

5. 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
特定健康診査	対象者抽出	⇐						⇐									
	お知らせ送付		⇐					⇐									
	特定健康診査実施		⇐	⇐	⇐	⇐			⇐								
	未受診者受診勧奨		⇐	⇐	⇐	⇐		⇐									
特定保健指導	対象者抽出				⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐					
	特定保健指導実施	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐
	前年度の評価									⇐	⇐						
	次年度の計画							⇐	⇐								

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。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

計画に掲げた目的、中長期目標・短期的目標、保健事業の実施状況の評価を行います。

(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の評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

4. 他の健(検)診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、対象者の不便を避け受診率を高めるために、案内の共通化や同会場での同時実施など国保部門、衛生部門が協議調整を行い、可能な限り同時実施に向け連携するよう努めます。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握し、達成に至った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。

②特定保健指導でのICTの活用

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
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
	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以上の場合には我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合に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Y a h r 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		



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

〒952-1292

新潟県佐渡市千種232番地

佐渡市 市民生活部 市民課

電話 0259-63-5112

FAX 0259-63-5120