

# 第3期野々市市保健事業実施計画（案） （データヘルス計画）

令和6年4月  
野々市市

## 第3期野々市市保健事業実施計画（データヘルス計画）

### 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項 . . . . . 1

- 1 計画の趣旨
- 2 計画の位置づけ、基本的な考え方
- 3 計画期間
- 4 実施体制及び関係機関との連携
  - （1）庁内の実施体制
  - （2）関係機関等との連携
  - （3）被保険者の役割、地区組織等との連携
- 5 保険者努力支援制度

### 第2章 現状の整理 . . . . . 9

- 1 保険者の特性
- 2 第2期計画の取組状況及び評価
  - （1）保健事業の実施状況
  - （2）第2期目標の達成状況

### 第3章 健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出 . . . . . 12

- 1 健康・医療情報の分析
  - （1）平均寿命、死亡の状況
  - （2）介護の状況
  - （3）医療の状況
  - （4）健診の状況
- 2 健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題

### 第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標とその取組 . . . 26

- 1 計画全体の目的
- 2 目的を達成するための目標、評価指標の設定
  - （1）中長期的な目標の設定
  - （2）短期的な目標の設定

第5章 課題を解決するための個別の保健事業 . . . . . 28

- 1 個別保健事業の方向性
  - (1) 優先的に実施する事業
  - (2) 個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定
  - (3) 事業の実施スケジュール
- 2 糖尿病性腎症重症化予防
  - (1) 基本的な考え方
  - (2) 対象者及び優先順位の考え方
  - (3) 保健指導の実施
  - (4) 評価
  - (5) 実施期間及びスケジュール
- 3 虚血性心疾患重症化予防
  - (1) 基本的な考え方
  - (2) 対象者及び優先順位の考え方
  - (3) 保健指導の実施
  - (4) 評価
  - (5) 実施期間及びスケジュール
- 4 脳血管疾患重症化予防
  - (1) 基本的な考え方
  - (2) 対象者及び優先順位の考え方
  - (3) 保健指導の実施
  - (4) 評価
  - (5) 実施期間及びスケジュール
- 5 軽度高血糖者に対する 75 g 糖負荷検査と保健指導
  - (1) 基本的な考え方
  - (2) 対象者及び優先順位の考え方
  - (3) 保健指導の実施
  - (4) 評価
  - (5) 実施期間及びスケジュール
- 6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
  - (1) 目的、基本的な考え方
  - (2) 事業内容
  - (3) 対象者及び優先順位の考え方
  - (4) 保健指導の実施
- 7 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
  - (1) 妊娠中、子どもの頃からの生活習慣病予防
  - (2) ポピュレーションアプローチ

第6章 特定健診・特定保健指導	46
1 目標値の設定	
2 対象者数の見込み	
3 特定健診の実施	
（1）実施方法	
（2）特定健診委託基準	
（3）特定健診実施項目	
（4）実施時期	
（5）医療機関との連携	
（6）代行機関	
（7）健診の案内方法・健診実施スケジュール	
4 特定保健指導の実施	
（1）実施体制、方法	
（2）健診から保健指導実施の流れ	
（3）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	
5 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	
6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	
第7章 計画の評価・見直し	53
1 個別保健事業の評価・見直し	
2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	
第8章 計画の公表・周知	54
第9章 個人情報の取扱い	54
第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項	54
参考資料	55

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1 計画の趣旨

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

平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施に関する指針」（以下「指針」という。）が改正され、市町村等は健康・医療情報等を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価を行うこととされた。

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

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

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

### 2 計画の位置づけ、基本的な考え方

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

本計画は、健康増進法に基づく「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「健康増進の基本指針」という。）をふまえ、「野々市市健康増進計画」や「野々市市介護保険事業計画」と整合性を図るものである。

また、石川県の医療費適正化計画、健康増進計画等との調和に留意する。（図表 1）

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

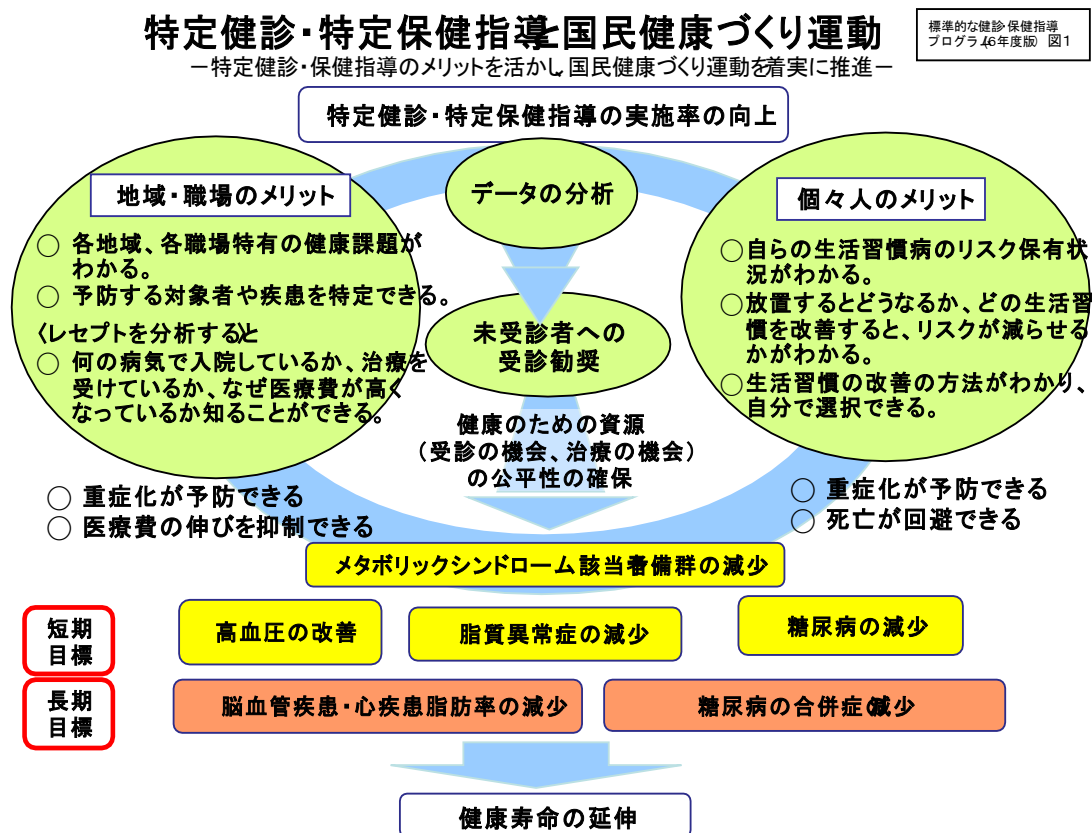
標準的な健診・保健指導プログラムでは、基本的な考え方として、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としており、具体的な疾患として図表 4 が示されている。

【図表1】

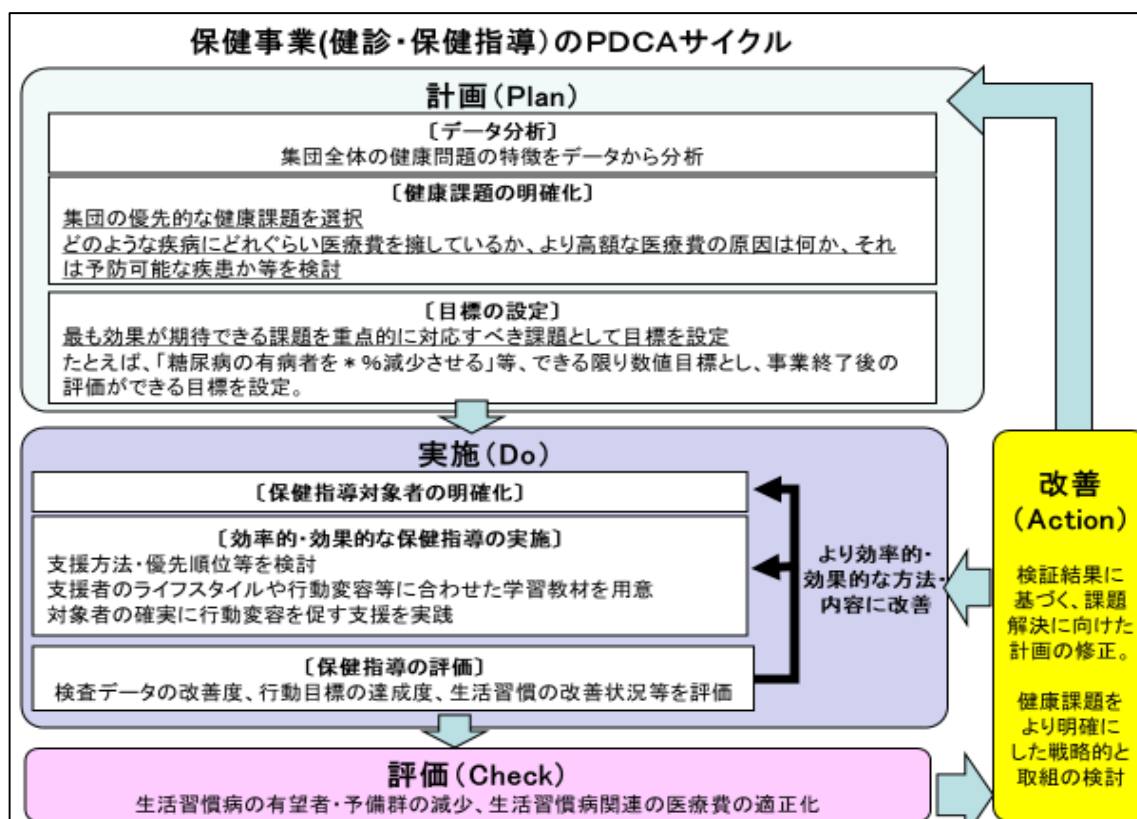
計画の位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針 令和5年4月改正	「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」 令和2年3月改正	特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針 令和5年3月改正	医療費適正化に関する施策 について基本指針 令和5年改正予定	介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針 令和5年改正予定
期間	令和6～17年(12年)2024年～2035年	令和6～11年(6年) 2024～2029年	令和6～11年(6年) 2024～2029年	令和6～11年(6年)2024～2029年	令和6～8年(3年)2024～2026年
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可 能な社会の実現を目指す国民の健康の増進の総合 的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報 を活用し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。	特定健康診査の効率的かつ効果的に実施 するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、住民の 健康保持・医療の効率的な提供の推進 に向けた取組を進める。	介護給付等サービス提供体制の確保及 び地域支援事業の計画的な実施を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <u>若壮年期</u> 、 <u>高齢期</u> ) ライフコースアプローチ(胎児期から <u>老齢期</u> まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在 の若壮年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止  生活習慣病  虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患
評価	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)  「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保険事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8%以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率 特定保健指導実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく 病床機能の分化・連携推進  【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①PDCAサイクルの活用による保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重症化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)

【図表 2】 標準的な健診保健指導プログラム令和6年度版；厚生労働省  
 特定健診・特定保健指導を中心に健康増進法の生活習慣病対策を推進するための健診・保健指導の基本的考え方等を示したもの。



【図表 3】





【図表 4】

# 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について

標準的な健診・保健指導  
プログラム（改定）

	老人保健法		高齢者の医療確保法
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導	最新の科学的知識と課題抽出のための分析（生活習慣病ガイドライン）	結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重症がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実践する
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、 階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「励み付け支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数		アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

### 3 計画期間

計画期間は、野々市市健康増進計画、石川県医療費適正化計画等との整合性を図る観点から、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

### 4 実施体制及び関係機関との連携

#### (1) 庁内の実施体制

計画の策定は、国保運営を担う保険年金課が主体となるが、住民の健康の保持・増進を担う健康推進課の保健師、栄養士等の専門職と十分に連携して策定を行う。また、国保加入者の高齢化を踏まえ、後期高齢者医療担当や介護保険担当、地域包括ケア担当とも連携を図る。

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

さらに、保健師等を地区担当制とし、地域特性を踏まえた事業実施を行う。

#### (2) 関係機関等との連携

計画の実効性を高めるためには、計画から評価までの一連のプロセスにおいて、白山ののいち医師会等地域の保健医療関係機関等の協力・連携が重要となることから、これら関係者が参画する「野々市市の国民健康保険事業の運営に関する協議会」において計画の策定について協議するとともに、毎年度、事業の進捗の報告を行う。

高齢者の保健事業の実施にあたっては、介護予防と一体的に取り組むことが必要であることから、石川県後期高齢者医療広域連合との連携した取組を行う。

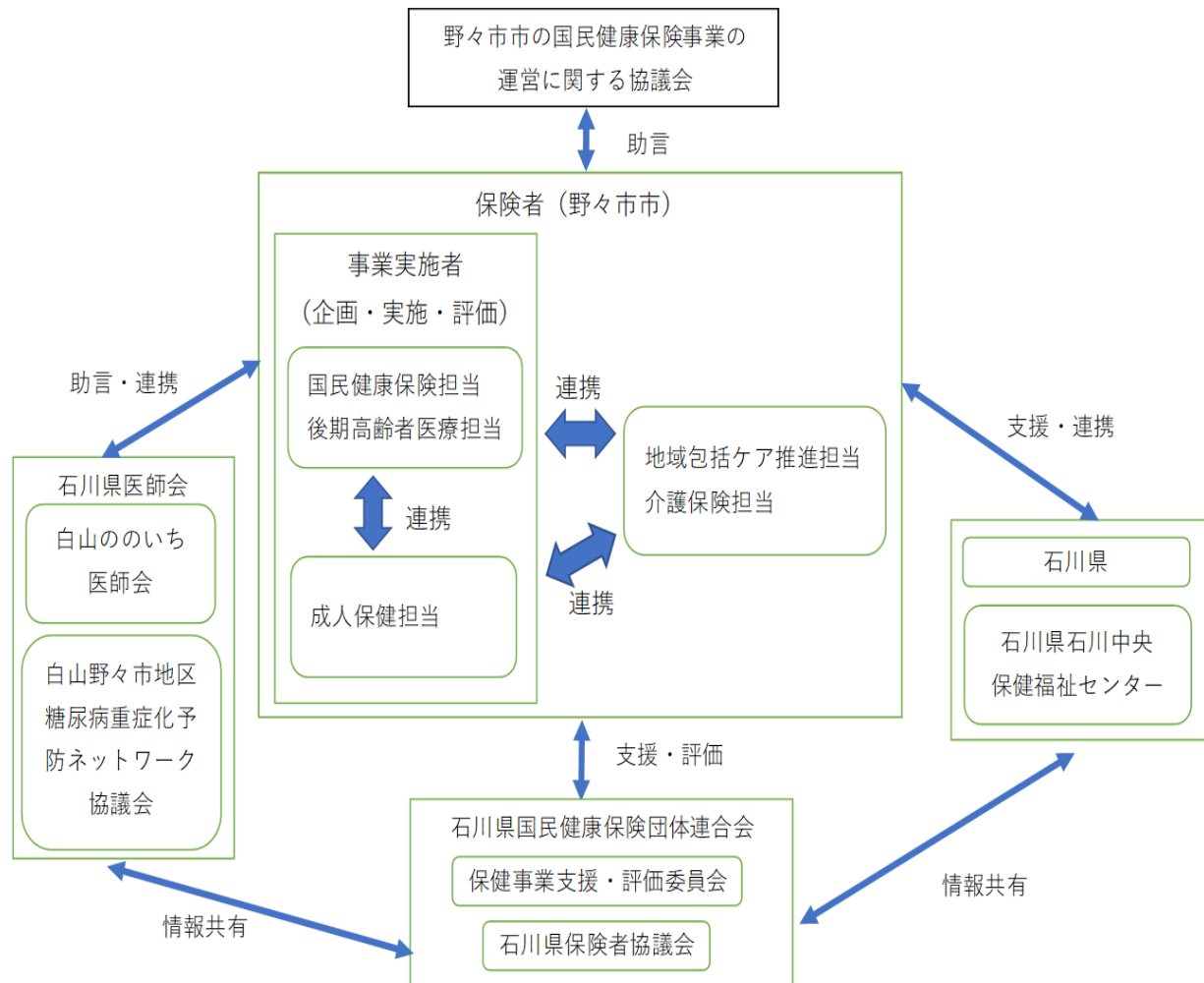
また、保健医療の専門機関である石川県石川中央保健福祉センターや石川県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）及び国保連合会が設置する保健事業支援・評価委員会等から助言・支援を受けて計画の策定、実施、評価を行う。

#### (3) 被保険者の役割、地区組織等との連携

計画は被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に理解を深め、自らの健康状態を自覚し、主体的、積極的に取り組むことが重要である。このため、計画の内容・進捗について健康づくり推進員や食生活改善推進協議会、町内会等地区組織等への説明・意見交換等により、連携して取り組む。

# 野々市市の実施体制図

【図表5】



## 5. 保険者努力支援制度

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

交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として住民の保険税軽減、国保財政の安定化に寄与することから、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取組を進める。

【図表 6】

努力支援制度（市町村分）			R 3 年度		R 4 年度		R 5 年度	
交付総額			18,366千円		15,878千円		16,646千円	
一人あたり交付額（野々市市）			2,115円		1,845円		1,980円	
評価指標			配点	得点	配点	得点	配点	得点
共通 の 指 標	(1)	①特定健診受診率	70	30	70	30	70	30
		②特定保健指導実施率	70	70	70	50	70	50
		③メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	0	50	0	50	0
	(2)	①がん検診受診率	40	20	40	20	40	20
		②歯科検診受診率	30	25	30	25	35	30
	(3)	重症化予防の取組	120	120	120	110	100	100
	(4)	⑦個人へのインセンティブ <sup>*</sup> 提供	90	75	45	35	45	35
		⑧個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	20	20
	(5)	重複・多剤投与者に対する取組	50	42	50	50	50	50
	(6)	①後発医薬品の促進の取組	130	10	130	10	130	10
		②後発医薬品の使用割合		100		100		70
固 有 の 指 標	(1)	収納率向上	100	10	100	25	100	25
	(2)	データヘルス計画の取組	40	40	30	30	25	25
	(3)	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	(4)	地域包括ケア推進・一体的実施	30	20	40	32	40	32
	(5)	第三者求償の取組	40	31	50	45	50	50
	(6)	適正かつ健全な事業運営の実施状況	95	77	100	89	100	82
合計点			1,000	715	960	686	940	644

## 第2章 現状の整理

### 1 保険者の特性

本市の人口は 52,405 人（R5.3 月末現在）であり、平成 28 年度から令和 3 年度を比べると約 2,200 人増加している。令和 3 年度の 65 歳以上の人口割合は 18.7%で、同規模、県、国と比べると高齢化率が低い（図表 7）。

産業構成をみると、令和 3 年度における第 3 次産業割合は 70.7%と同規模、県と比べて多い。

国保加入率の令和 3 年度は 16.2%であり同規模、県、国よりも低い。また平成 28 年度 19.0%と比べると 2.8 ポイント減少している（図表 7）。人口に対する加入者割合は 65 歳以上では 60%を超えている（図表 9）。

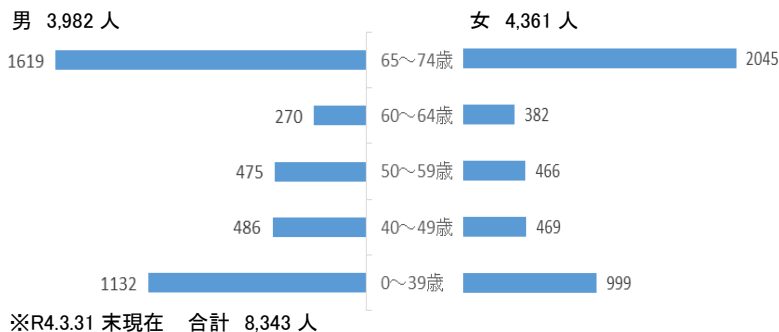
また医療機関において、診療所数は平成 28 年度 47 件（4.9%）から令和 3 年度 50 件（5.9%）に増加しており、同規模、県、国と比べても多いことから医療を受けやすい環境といえる（図表 7）。

【図表 7】 同規模平均・石川県・国と比べてみた野々市市の位置

		野々市市				同規模平均	石川県	国
		H28		R3		R3	R3	R3
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
人口構成	総人口	50,216		52,405		-	-	-
	65歳以上(高齢化率)	7,858	15.6	9,824	18.7	27.7	27.9	26.6
	75歳以上	3,734	7.4	4,275	8.1	-	13.3	12.8
	65～74歳	4,124	8.2	5,549	10.6	-	14.6	13.8
	40～64歳	14,878	29.6	15,935	30.4	-	32.8	33.7
	39歳以下	27,480	54.7	26,646	50.8	-	39.3	39.7
死亡(人口千対)		-	5.8	-	6.5	10.8	10.8	10.3
出生(人口千対)		-	12.1	-	9.9	7.8	8.0	8.0
産業構成	第1次産業	1.1		1.1		5.6	3.1	4.0
	第2次産業	27.4		28.2		28.6	28.5	25.0
	第3次産業	71.5		70.7		65.8	68.3	71.0
国保の状況	被保険者	9,516		8,487		14,575	213,759	28,705,575
	65～74歳	3,889	40.9	3,680	43.4	48.0	50.4	41.5
	40～64歳	2,929	30.8	2,582	30.4	30.6	30.2	32.6
	39歳以下	2,698	28.4	2,225	26.2	21.4	19.5	25.9
	加入率	19.0		16.2		-	18.8	22.9
	病院数	3	0.3	3	0.4	0.3	0.4	0.3
医療の概況(人口千対)	診療所数	47	4.9	50	5.9	3.4	4.1	3.6
	病床数	529	55.6	529	62.3	56.9	81.4	53.3
	医師数	67	7.0	72	8.5	9.2	16	11.4
	外来患者数	690.8		681.3		701.8	692	671.5
	入院患者数	23.7		22.8		19.7	24.7	17.9

出典：令和 4 年度 県や市町の実態をみる基礎資料

【図表 8】 性・年齢階級別市国保加入被保険者数



【図表 9】

人口に対する加入者割合

年齢区分	加入率
65～74歳	66.0%
40～64歳	16.0%
39歳以下	8.0%

## 2 第2期計画の取組状況及び評価

### (1) 保健事業の実施状況

これまでの主な取組みは図表 10 のとおりである。特定健康診査の結果から発症予防、重症化予防対象者を抽出し、保健指導を実施した。第2期計画では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通リスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らすことに重点を置き、健康診査や保健指導を実施した。

【図表 10】 これまでの主な取組み

事業名	事業の概要	対象者
特定健康診査	・集団・医療機関健診において問診、血圧測定、血液検査等を実施 自己負担金：集団 700円 医療機関 1,000円	40～74歳
若年者健康診査	・集団健診において問診、血圧測定、血液検査等を実施 自己負担金：800円	19～39歳
脳ドック	・公立松任石川中央病院での健診（血液、尿など）に胸部レントゲン、脳MRIを加えた検査の費用助成	40～74歳
未受診者対策	・電話で受診勧奨 ・初回受診者及び前年度から連続受診者は自己負担金免除	40～49歳
	・当該年度健診未受診者へはがきを送付 ・保健師・栄養士による電話、訪問で受診勧奨	当該年度未受診者
特定保健指導	・特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドローム及びその予備群に対して、生活習慣病改善に向けた保健指導を保健師・栄養士が実施	特定健康診査受診者
糖尿病等重症化予防の保健指導	・特定健康診査検査項目である血圧、糖、脂質値が基準値より高値の者へ保健指導を実施 ・治療が必要な場合、受診や治療継続の働きかけ ・治療中の場合は必要に応じて主治医と連携し、保健指導を実施	40歳以上 後期高齢者に異動後も継続
健診結果説明会	・健診受診者を対象に、健診結果の意味、データと生活の関連等について保健指導を実施	特定健康診査受診者
健康情報等の提供	・健康維持や疾病予防に効果のある情報提供として、広報の利用、パンフレットの配布、ポスター掲示等	特定健康診査受診者

## (2) 第2期目標の達成状況

第2期計画に掲げた数値目標の達成状況は、図表11のとおりである。

特定健康診査受診率は令和3年度 47.6%で新型コロナウイルス感染症の影響を受けたことが重なり、目標達成に至らなかった。中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費に占める割合、糖尿病性腎症による新規透析患者数は減少し、目標は達成した。しかし、短期目標であるメタボリックシンドローム・予備群が改善する割合は年々低下しており、目標達成に至らなかった。また、健診受診者の脂質異常者の割合は目標を達成したが、高血圧者、糖尿病者の割合は減少しているものの、達成に至らなかった。

がん検診において新型コロナウイルス感染症の影響により受診控えなどが見られたが、胃・肺がん検診の受診率は目標を達成した。後発医薬品の使用割合は年々増加し、令和3年度は82.1%となり、目標は達成した。

【図表11】 第2期計画の目標指標・目標値 ○がついた項目は目標達成

関連計画	区分	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			最終目標	データの出典
				策定時	中間評価	直近		
				H28	R1	R3	R5	
特定健康診査等	アウトプット	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上させ、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率55%以上	55.7	54.9	47.6	55.0	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
			特定保健指導実施率70%以上	67.5	67.5	66.2	70.0	
			特定保健指導対象者の減少率20%	23.6	20.7	20.6	20.0	
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	5.1	3.7	4.4	5.0	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	4.6	3.3	3.3	5.0	
			糖尿病性腎症による透析導入者数の維持または減少(人)	1	1	0	1	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少率20%	23.4	20.9	19.8	20.0	野々市市健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少5%(160/100以上)	3.7	2.8	3.6	5.0	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	8.7	9.1	7.2	5.0	
			健診受診者の糖尿病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	11.3	10.7	11.2	5.0	
			新)健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少(%)	0.4	0.3	0.5	0.3	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付けることができた割合50%	43.2	29.4	31.0	55.0	
			糖尿病の保健指導を実施した割合75%以上(国保)	71.3	64.8	35.8	75.0	
保険者努力支援制度	短期	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	10.5	33.3	30.3	30.0	地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)
			肺がん検診 30%以上	13.8	30.7	32.3	30.0	
			大腸がん検診 25%以上	13.4	26.7	20.1	25.0	
			子宮頸がん検診25%以上	24.4	24.1	20.3	25.0	
			乳がん検診 30%以上	24.8	31.2	28.9	30.0	
			新)5つのがん検診の平均受診率 25%以上	17.3	29.2	26.4	25.0	
		歯周疾患検診	新)歯周疾患検診の受診率増加		2.5	7.7	2.8	野々市市健康推進課
後発医薬品の使用により、医療費を削減する	後発医薬品の使用割合80%以上	64.6	79.0	82.1	80.0	厚生労働省公表結果		

※1 令和元年度にKDBの集計要件が変更され、平成28年度に遡って再計算した値であり、策定当初と異なる

### 第3章 健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出

#### 1 健康・医療情報の分析

##### (1) 平均寿命、死亡の状況

本市の平均寿命について令和3年度の男性は81.8歳、女性は88.6歳と平成28年と比べて延伸した。平均自立期間（※）について男性は80.2年、女性は84.5年であり、同規模平均、県、国と同程度である。

（※平均自立期間：日常生活に介護を要しない期間の平均のことで、介護保険における要介護2～5の認定を受けていない期間を平均して算出）

令和3年度の死因はがん53.1%、心臓病28.1%、脳疾患10.7%の順で高くなっている。がんによる死亡の割合は、県、国と比べて高い。腎不全、自殺による死因の割合は、同規模、県、国と比べて高い。

【図表 12】 平均寿命と平均自立期間

		野々市市		同規模平均	石川県	国
		H28	R3	R3	R3	R3
平均寿命 (歳)	男性	80.7	81.8	80.8	81.8	80.8
	女性	88.3	88.6	87	87.3	87
平均自立期間 ※(年) (要介護2以上)	男性	79.7	80.2	79.9	80.3	79.9
	女性	83.8	84.5	84.1	84.4	84.2

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

【図表 13】 死亡の要因

			野々市市				同規模平均	石川県	国
			H28		R3		R3	R3	R3
			実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	81.3		88		100.2	98.6	100
		女性	72.4		81.9		101.1	98.2	100
	死因	がん	105	59.7	104	53.1	49.0	49.7	50.2
		心臓病	35	19.9	55	28.1	28.0	28.2	27.7
		脳疾患	19	10.8	21	10.7	15.0	14.8	14.2
		糖尿病	3	1.7	0	0	1.9	1.8	1.8
		腎不全	7	4.0	8	4.1	3.6	3.3	3.5
		自殺	7	4.0	8	4.1	2.6	2.3	2.6

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料



男女別の年齢調整をした死亡率（5年移動平均により石川県を100とした標準化死亡比（※））では、女性の急性心筋梗塞、虚血性心疾患を死因とする割合が高い状態が続いている（図表14）。

（※標準化死亡比：年齢構成の異なる地域間で、死亡状況の比較ができるよう年齢構成を調整した指標。対象とする集団の死亡が基準となる集団と比べ、どのくらい高いか低いかを示す）

【図表14】標準化死亡比（間接法、5年移動平均、石川県を100とした場合の指標）

	総死亡数						悪性新生物						心疾患					
	男			女			男			女			男			女		
	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比
	下限	上限		下限	上限		下限	上限		下限	上限		下限	上限		下限	上限	
H24-H28	-	-	-	-	-	-	87.1	77.2	98.1	85.1	73.8	98.0	84.9	70.0	102.8	87.7	74.4	103.4
H25-H29	88.2	82.4	94.4	79.5	74.1	85.3	85.9	76.2	96.9	87.6	76.3	100.5	92.1	76.6	110.6	86.9	73.6	102.4
H26-H30	87.4	81.7	93.5	81.4	75.9	87.3	87.8	78.0	98.8	88.4	77.1	101.3	82.5	67.9	100.1	80.1	67.6	95.0
H27-R1	90.4	84.6	96.5	82.6	77.1	88.4	89.3	79.4	100.3	84.6	73.6	97.1	88.3	73.4	106.2	84.9	72.0	100.1

	急性心筋梗塞、その他虚血性心疾患						脳血管疾患					
	男			女			男			女		
	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	96%信頼区間		標準化死亡比	96%信頼区間		標準化死亡比
	下限	上限		下限	上限		下限	上限		下限	上限	
H24-H28	91.2	67.9	121.9	123.6	94.3	161.8	74.2	57.3	95.8	62.4	48.5	80.0
H25-H29	91.9	68	123.7	130	99.3	169.7	84.6	66.3	107.8	62.3	48.3	80.2
H26-H30	87.3	64.2	118.3	119.1	89.6	157.9	73.9	56.9	95.8	66.1	51.3	85.0
H27-R1	97.1	72.6	129.5	124.5	93.9	164.7	70.6	53.9	92.1	73.6	57.7	93.8

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

## （2）介護の状況

要介護（要支援）認定者数（第1号被保険者）は、令和3年度1,672人（16.6%）であり、同規模、県、国と比べて低く、また平成28年度と比べてやや減少傾向で推移している（図表15）。また第2号（40～64歳）被保険者の認定率は0.27%となっており、同規模、国と比較して低い。

令和3年度の一人当たり給付費は265,985円と平成28年度と比べて減少しているが介護給付費全体では令和3年度は約26.1億円と平成28年度と比べて約3億円増加している。1件当たり給付費では施設サービスが令和3年度284,030円と平成28年度と比べて、約1万円増加していることから施設サービス利用費の伸びが要因の一つと考えられる（図表16）。

団塊の世代が75歳に到達し、後期高齢者が増加していることから、介護給付費の増加が予想される。

ひと月あたりの医療費は、要介護認定を受けている人の医療費は10,107円であり、受けていない人の4,311円と比べて約2.3倍であり、要介護認定に至らないよう取り組みが必要である（図表17）。

【図表 15】第 1 号被保険者の要介護（要支援）認定者数の推移

介護保険			野々市市				同規模平均	石川県	国
			H28		R3		R3	R3	R3
			実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
	1号認定者数(認定率)		1,383	17.5	1,672	16.6	19.1	19.1	20.3
	介護度別 総件数	要支援1、2	5,951	15.8	5,727	13.2	13.1	14.3	12.9
要介護1、2		18,686	49.7	21,294	49.2	46.9	49.0	46.6	
要介護3以上		12,985	34.5	16,221	37.5	40.0	36.7	40.5	
2号認定者		42	0.28	43	0.27	0.35	0.3	0.4	

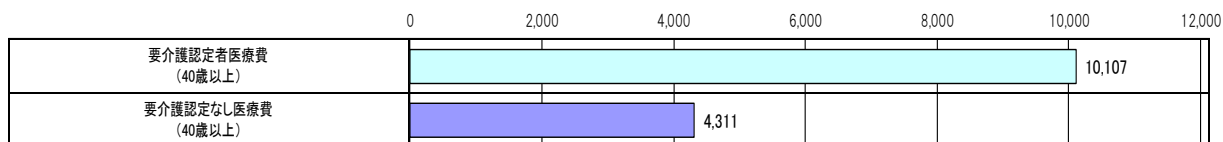
出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

【図表 16】介護給付費の変化

	野々市市		県	国
	H28	R3	R3	R3
総給付費(円)	23億31万	26億1304万	-	-
1人当たり給付費(円)	294,917	265,985	313,050	303,939
1件当たり給付費(全体)(円)	61,598	60,428	70,980	60,703
居宅サービス	47,523	46,463	46,213	41,736
施設サービス	271,814	284,030	291,277	296,733

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

【図表 17】令和3年度 要介護認定を受けている人と受けていない人のひと月あたりの医療費



出典：ヘルスサポートラボツール

要介護認定者と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、第2号被保険者は虚血性心疾患、第1号被保険者は脳卒中（脳血管疾患）が上位を占めている。基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常等の有病状況は、第2号被保険者では88.9%、第1号被保険者では93.8%と非常に高い割合となっている。

次に、筋骨格系有病状況割合は第1号被保険者では92.0%であり、高い状況である。

認知症有病状況の割合は第1号被保険者では53.8%である。（図表 18）。

【図表 18】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和 3 年度）

要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分													合計					
	年齢			2号 40～64歳			1号 65～74歳			75歳以上			計						
	介護件数(全体)			43			203			1,469			1,672			1,715			
	再)国保・後期			18			158			1,409			1,567			1,585			
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合				
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	虚血性心疾患	6 33.3%	脳卒中	86 54.4%	脳卒中	655 46.5%	脳卒中	741 47.3%	脳卒中	746 47.1%					
				2	脳卒中	5 27.8%	虚血性心疾患	33 20.9%	虚血性心疾患	630 44.7%	虚血性心疾患	663 42.3%	虚血性心疾患	669 42.2%					
				3	腎不全	1 5.6%	腎不全	14 8.9%	腎不全	248 17.6%	腎不全	262 16.7%	腎不全	263 16.6%					
			合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	22 13.9%	糖尿病合併症	193 13.7%	糖尿病合併症	215 13.7%	糖尿病合併症	215 13.6%					
				基礎疾患 （高血圧・糖尿病・脂質異常症）		16 88.9%	基礎疾患	143 90.5%	基礎疾患	1,327 94.2%	基礎疾患	1,470 93.8%	基礎疾患	1,486 93.8%					
血管疾患合計				16 88.9%	合計	146 92.4%	合計	1,357 96.3%	合計	1,503 95.9%	合計	1,519 95.8%							
認知症		認知症	1 5.6%	認知症	55 34.8%	認知症	788 55.9%	認知症	843 53.8%	認知症	844 53.2%								
筋・骨格疾患		筋骨格系	16 88.9%	筋骨格系	127 80.4%	筋骨格系	1,314 93.3%	筋骨格系	1,441 92.0%	筋骨格系	1,457 91.9%								

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3) 医療の状況

#### ①医療費の変化

国保の被保険者数は年々減っているが、総医療費は平成 30 年度からほぼ横ばいである（図表 19）。

国保一人あたり医療費は平成 28 年度から令和 2 年度にかけて増加しており、特に入院医療費の伸びがみられる。一方で後期高齢者一人あたり医療費は令和 2 年度において県、国と比べて高いが、平成 28 年度と比べて減少している。入院、外来とも同様に減少していることから、重症化予防ができていているといえる（図表 20）。

【図表 19】 被保険者数と総医療費の推移

対象年度	H29	H30	R1	R2	R3
被保険者数	9,246人	8,830人	8,720人	8,599人	8,487人
総医療費	32億6,950万円	29億9,106万円	30億862万円	29億3,690万円	31億2,126万円

出典：KDB システム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表 20】一人あたり実績医療費及び地域差指数の推移（入院・入院外別/国保・後期）

市町	年度	国保医療費								
		計			入院			外来		
		一人あたり 医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり 医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり 医療費	地域差指数	県内順位
野々市市	H28	364,837	1.07	8位	156,803	1.2	11位	187,377	1.01	5位
	R2	372,602	1.04	14位	162,454	1.15	14位	188,617	0.98	9位
石川県	H28	394,704	1.08	-	174,530	1.25	-	198,155	1.00	-
	R2	408,070	1.07	-	184,393	1.22	-	201,888	0.99	-
国	H28	346,503	1.00	-	133,409	1.00	-	188,311	1.00	-
	R2	363,629	1.00	-	144,100	1.00	-	194,370	1.00	-

市町	年度	後期高齢者医療費								
		計			入院			外来		
		一人あたり 医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり 医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり 医療費	地域差指数	県内順位
野々市市	H28	1,059,347	1.14	2位	611,491	1.31	2位	424,829	0.98	5位
	R2	955,056	1.07	4位	537,451	1.20	4位	393,073	0.96	5位
石川県	H28	973,030	1.04	-	542,837	1.15	-	407,342	0.94	-
	R2	931,508	1.02	-	522,240	1.12	-	386,323	0.94	-
国	H28	918,825	1.00	-	458,426	1.00	-	427,008	1.00	-
	R2	900,574	1.00	-	457,921	1.00	-	408,599	1.00	-

※地域差指標：医療費の地域差を表す指標として、1人あたり医療費について人口の年齢構成の相違分を補正して、全国平均を1として指数化したもの

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

## ②ターゲットとする生活習慣病の医療費

本市では、中長期的目標疾患の脳血管疾患の占める割合が国保 2.23%、後期 4.95% であり同規模、県、国と比べて高い。また、虚血性心疾患の占める割合は国保 1.69% であり同規模、国と比べて高い。後期の割合は 2.30%で同規模、県、国と比べて高い。短期目標疾患では後期の糖尿病の割合が 4.30%で同規模、県、国と比べて高い（図表 21）。

【図表 21】ターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（令和3年度）

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			金額	順位		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	心 筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				同規模	県内												
① 国保	野々市市	31億2,126万円	30,245	76位	18位	3.65%	0.16%	2.23%	1.69%	4.71%	2.56%	1.91%	5億2,813万円	16.92%	17.48%	8.48%	7.70%
	同規模平均	-	28,818	-	-	4.22%	0.30%	2.14%	1.56%	5.90%	3.47%	2.41%	-	19.99%	16.85%	8.15%	8.80%
	石川県	-	32,229	-	-	3.80%	0.23%	2.19%	1.85%	5.39%	2.93%	2.19%	-	18.56%	17.92%	9.14%	8.44%
	国	-	27,039	-	-	4.36%	0.29%	2.1%	1.94%	5.53%	3.25%	2.36%	-	19.46%	16.66%	7.75%	8.78%
② 後期	野々市市	43億2,229万円	73,447	67位	7位	3.62%	0.47%	4.95%	2.30%	4.30%	2.66%	1.33%	8億4,832万円	19.63%	11.75%	4.04%	11.10%
	同規模平均	-	67,673	-	-	4.83%	0.50%	4.11%	1.68%	4.20%	3.25%	1.57%	-	20.14%	10.81%	3.85%	12.25%
	県	-	73,160	-	-	4.30%	0.58%	4.55%	1.96%	4.22%	2.51%	1.35%	-	19.47%	11.24%	4.26%	11.72%
	国	-	70,255	-	-	4.81%	0.50%	4.07%	1.75%	4.11%	3.12%	1.63%	-	20.00%	10.83%	3.68%	12.53%

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

※「最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

出典：KDB システム 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

### ③データヘルス計画のターゲットとなる高額な医療費

月 80 万円以上の高額となる医療費は、虚血性心疾患が最も多く、19 件で費用は 3,165 万円であった。また高額レセプト全体の割合でも 4 割以上を占めている（図表 22）。

高額な医療の中で最も人数の多い虚血性心疾患の発症例では、糖尿病または高血圧症を基礎疾患にもつ者が 80%以上あった。また、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の全てを基礎疾患としてもつ者は 68.8%であった。

次に、脳梗塞の発症例では高血圧症を基礎疾患にもつ者が 92.3%であり、高血圧症に加えて糖尿病又は脂質異常症を基礎疾患にもつ者が 61.5%であった。

【図表 22】月 80 万円以上高額レセプト 令和 3 年度

疾病名	レセ件数	人数	費用額 (万円)	費用額/件 (万円)	費用額/人 (万円)
虚血性心疾患	19	16	3,165	167	198
脳梗塞	26	13	2,992	116	231
脳出血	12	6	1,854	155	309
くも膜下出血	4	4	975	244	244
大動脈瘤および解離	3	3	828	276	276

出典：健康推進課調べ

【図表 23】高額のうち虚血性心疾患 16 事例の状況

総数	基礎疾患			
	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症
16人	13人	13人	12人	5人
100%	81.3%	81.3%	75.0%	31.3%

うち糖尿病、高血圧症、脂質異常症の全てを基礎疾患としてもつ者 11 人（68.8%）

【図表 24】高額のうち脳梗塞 13 事例の状況

総数	基礎疾患			
	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症
13人	6人	12人	9人	2人
100%	46.2%	92.3%	69.2%	15.4%

うち糖尿病、高血圧症、脂質異常症の全てを基礎疾患としてもつ者 3 人（23.1%）

うち高血圧症および、糖尿病または脂質異常症の 2 つを基礎疾患としてもつ者

8 人（61.5%）

出典：健康推進課調べ

#### ④長期に高額となる疾患

##### (ア) 長期入院

6か月以上の長期入院レセプトでは令和3年度において件数は621件、費用額は3億364万円と平成28年度と比べて、増加している。内訳をみると精神疾患、脳血管疾患の順に多いが費用は減少している。

虚血性心疾患は令和3年度において3,009万円で平成28年度1,640万円と比べて1.8倍増加している。

【図表 25】長期入院

厚労省様式	対象レセプト	全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患	
		H28	R3	H28	R3	H28	R3	H28	R3
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	71人	61人	43人	28人	14人	9人	5人
		件数	611件	621件	387件	275件	79件	80件	37件
		費用額	2億9,701万	3億364万	1億4,793万	1億1,305万	4,310万	3,897万円	1,640万
					49.8%	37.2%	14.5%	12.8%	5.5%
									8.2%
									8.2%
									3,009万円
									9.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

##### (イ) 新規人工透析者の推移

長期療養を要する人工透析では5年平均における新規人工透析導入者の割合は国保では0.03%、後期では0.1%と県、国と比べて低い。新規人工透析導入者のうち糖尿病患者数は国保、後期とも6割以上であり、糖尿病性腎症を予防することは重要な課題である（図表 26）

【図表 26】新規人工透析者の推移

保険者	制度	H28						R03						5年平均 (H29-R3)					
		①被保険者						①被保険者						①被保険者					
		②人工透析導入者数						②人工透析導入者数						②人工透析導入者数					
		②/①		③新規人工透析導入者数		④糖尿病患者数		②/①		③新規人工透析導入者数		④糖尿病患者数		②/①		③新規人工透析導入者数		④糖尿病患者数	
		割合 (%)		割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)		割合 (%)		割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)		割合 (%)		割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)	
野々市市	国保	9,516	30	0.32	6	0.06	6	100.0	8,487	29	3.4	0	0.0	0	0.0	8,776	34	0.39	2.6
	後期	4,195	51	1.22	5	0.12	4	80.0	5,072	48	9.5	4	0.8	2	50.0	4,719	50	1.06	4.6
石川県	国保	251,804	968	0.38	114	0.05	78	68.4	213,759	916	4.3	83	0.4	60	72.3	225,917	927	0.41	83
	後期	161,546	1,632	1.01	145	0.09	92	36.4	176,623	1,722	9.8	134	0.8	87	64.9	171,636	1719	1.00	134
全国	国保	29,794,893	119,622	0.40	12,647	0.04	8449	66.8	25,855,400	115,012	4.4	10,889	0.4	7,206	66.2	27,291,611	116636	0.43	11836
	後期	16,890,252	181,898	1.08	17,727	0.10	9949	56.1	18,589,637	202,902	10.9	19,014	1.0	10,938	57.5	18,026,024	196456	1.09	19327

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

#### (4) 健診の状況

##### ①特定健診・特定保健指導実施状況

本市の特定健診受診率は平成 28 年度 55.7%であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和 3 年度は 47.6%と低下し、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できなかった（図表 27）。

年代別受診率は年代が高くなるほど高く、70 歳代では目標とする 60%を超えているが 40、50 歳代は 30%以下であった（図表 27）。受診者のうち継続受診者の割合は令和 3 年度において 76.1%であり、平成 28 年度 79.1%と比べて低下している（図表 28）。特定健診の受診率向上に向けて、若い年代への受診勧奨と継続した受診につながる対策が必要である。また、健診未受診で医療機関にも受診していない者は 744 人、13.2%であった（図表 29）。体の状態がわからず生活習慣病が重症化している場合もあるため、受診勧奨に取り組む必要がある。

特定保健指導実施率は横ばいとなっている（図表 30）。引き続き、特定保健指導を実施していくことにより、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少に取り組んでいく。

【図表 27】性年齢別特定健診受診率

			合計			40~49歳			50~59歳			60~69歳			70~74歳			再掲 65~74歳		
			対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
総数	野々海市	H28	6,160	3,432	55.7%	930	291	31.3%	782	306	39.1%	2,728	1,640	60.1%	1,720	1,195	69.5%	3,695	2,424	65.6%
		R3	5,634	2,679	47.6%	808	217	26.9%	812	238	29.3%	1,754	855	48.7%	2,260	1,369	60.6%	3,462	1,990	57.5%
	石川県	R3	155,265	65,236	42.0%	17,973	4,064	22.6%	20,199	5,702	28.2%	51,504	22,678	44.0%	65,589	32,792	50.0%	100,770	49,266	48.9%
男	野々海市	H28	2,831	1,403	49.6%	494	132	26.7%	361	117	32.4%	1,165	610	52.4%	811	544	67.1%	1,677	1,024	61.1%
		R3	2,567	1,092	42.5%	425	103	24.2%	417	103	24.7%	716	302	42.2%	1,009	584	57.9%	1,505	809	53.8%
	石川県	R3	72,220	27,027	37.4%	9,919	1,986	20.0%	10,500	2,539	24.2%	22,165	8,643	39.0%	29,636	13,859	46.8%	44,895	20,271	45.2%
女	野々海市	H28	3,329	2,029	60.9%	436	159	36.5%	421	189	44.9%	1,563	1,030	65.9%	909	651	71.6%	2,018	1,400	69.4%
		R3	3,067	1,587	51.7%	383	114	29.8%	395	135	34.2%	1,038	553	53.3%	1,251	785	62.7%	1,957	1,181	60.3%
	石川県	R3	83,045	38,209	46.0%	8,054	2,078	25.8%	9,699	3,163	32.6%	29,339	14,035	47.8%	35,953	18,933	52.7%	55,875	28,995	51.9%

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

【図表 28】受診者のうち継続受診者割合（リピーター率）

	H28		R3	
	人	%	人	%
野々海市	2,721	79.1	2,012	76.1
石川県	62,462	74.5	46,566	72.2

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料



【図表 29】未受診者のうち医療機関の受診の有無

	健診未受診者で医療機関受診 (生活習慣病以外) あり				健診未受診者で医療機関受診 (生活習慣病以外) なし				健診未受診者かつ医療機関未受診			
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
	H28		R3		H28		R3		H28		R3	
野々市市	1,228	19.7	1,337	23.2	822	13.2	887	15.7	732	11.7	744	13.2
石川県	50,325	27.9	44,575	27.5	27,399	15.2	24,455	15.7	21,878	12.1	21,458	13.8

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

【図表 30】特定保健指導実施率(法定報告)

	H28					R3				
	健診受診者	保健指導対象者		保健指導終了者		健診受診者	保健指導対象者		保健指導終了者	
	人	人	%	人	%	人	人	%	人	%
野々市市	3,432	351	10.2	237	67.5	2,679	302	11.3	200	66.2
石川県	80,701	8,323	10.3	4,728	56.8	65,236	6,708	10.3	3,086	46.0

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

## ②メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者は、平成28年度には18.0%であったが令和3年度には23.1%と増加している。男女別でみると、該当者の男性では平成28年度は27.6%であったが、令和3年度は36.4%と増加しており、同規模、国に比べて高い。また、該当者の女性でも平成28年度11.4%であったが、令和3年度は13.9%と増加しており、同規模、県、国に比べて高い。さらに、高血糖、高血圧、脂質異常を併発している者が同規模、県、国に比べて高い(図表31)。

【図表 31】メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

		野々市市				同規模平均	石川県	国
		H28		R3		R3	R3	R3
		人	%	人	%	%	%	%
メタボ	該当者	619	18.0	618	23.1	20.8	22.9	20.3
	男性	388	27.6	398	36.4	32.6	36.5	32.1
	女性	231	11.4	220	13.9	11.7	13.3	11.0
	予備群	356	10.4	298	11.1	11.3	10.8	11.4
	男性	228	16.2	193	17.7	17.8	17.5	18.1
	女性	128	6.3	105	6.6	6.1	6.1	6.1
メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	1112	32.4	1022	38.1	35.2	36.7
		男性	710	50.5	661	60.5	55.3	58.8
		女性	402	19.8	361	22.7	19.6	21.2
	BMI	総数	125	3.6	95	3.5	5.0	4.3
		男性	18	1.3	11	1.0	1.7	1.3
		女性	107	5.3	84	5.3	7.7	6.4
	高血糖のみ		26	0.8	19	0.7	0.7	0.6
	高血圧のみ		224	6.5	181	6.8	8.0	7.3
	脂質異常のみ		106	3.1	98	3.7	2.6	2.7
	高血糖・高血圧		83	2.4	60	2.2	3.2	2.8
	高血糖・脂質異常		41	1.2	53	2.0	1.1	1.2
	高血圧・脂質異常		297	8.6	306	11.4	9.7	11.0
	高血糖・高血圧・脂質異常		198	5.8	199	7.4	6.9	7.8

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料



### ③各種検査項目の状況

#### ア) 血糖の状況

血糖の指標である HbA1c において、正常 5.5%以下は令和 3 年度 37.8%であり、平成 28 年度 32.0%と比べて 5.8 ポイント増加している。一方で、合併症予防のため最低限達成が望ましい 7.0~7.9%は令和 3 年度 4.4%であり、平成 28 年度 3.9%と比べて 0.5 ポイント増加している。また、合併症の危険が大きくなる 8.0%以上は 1.4%であった（図表 32）。

【図表 32】 HbA1c の年次比較

		HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値					
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病					
									合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
野々海市	H28	3,351	1,073	32.0%	1,329	39.7%	574	17.1%	200	6.0%	132	3.9%	43	1.3%
	R03	2,662	1,006	37.8%	982	36.9%	376	14.1%	143	5.4%	118	4.4%	37	1.4%
県	R03	64,902	25,370	39.1%	22,750	35.1%	377	14.8%	3,684	5.7%	2,645	4.1%	880	1.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 33】 糖尿病治療と未治療の状況

		HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値					
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病					
									合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
治療あり	野々海市	H28	313	9.3%	8	2.6%	21	6.7%	73	23.3%	84	26.8%	95	30.4%
		R3	276	10.4%	7	2.5%	20	7.2%	60	21.7%	72	26.1%	93	33.7%
	石川県	R3	7059	10.9%	147	2.1%	485	6.9%	1681	23.8%	2041	28.9%	2054	29.1%
治療なし	野々海市	H28	3038	90.7%	1065	35.1%	1308	43.1%	501	16.5%	116	3.8%	37	1.2%
		R3	2386	89.6%	999	41.9%	962	40.3%	316	13.2%	71	3.0%	25	1.0%
	石川県	R3	57843	89.1%	25223	43.6%	22265	38.5%	7912	13.7%	1643	2.8%	591	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

## イ) 血圧の状況

血圧正常値の割合は令和3年度において28.1%であり、令和28年度31.4%と比べて3.3ポイント減少している。また、令和3年度においてⅡ度高血圧の割合は3.1%、Ⅲ度高血圧の割合は0.5%であり、平成28年度と比べて変化はみられない(図表34)。

治療状況では、令和3年度において受診勧奨判定値であるⅡ度治療なしは53人(3.0%)、Ⅲ度治療なしは10人(0.6%)であった(図表35)。保健指導を行い、受診勧奨も併せて実施していく。

【図表34】血圧の年次比較

		血圧測定者	正常		正常高値		保健指導		受診勧奨判定値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
			正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
野々市市	H28	3,432	1,078	31.4%	755	22.0%	971	28.3%	502	14.6%	104	3.0%	22	0.6%		
	R3	2,679	753	28.1%	592	22.1%	777	29.0%	460	17.2%	84	3.1%	13	0.5%		
石川県	R3	65,236	15,628	24.0%	13,197	20.2%	19,343	29.7%	13,598	20.8%	2,937	4.5%	533	0.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表35】高血圧治療と未治療の状況

		血圧測定者	正常		正常高値		保健指導		受診勧奨判定値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
			正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	野々市市	H28	1,157	33.7%	219	18.9%	258	22.3%	426	36.8%	213	18.4%	37	3.2%	4	0.3%
		R3	931	34.8%	155	16.6%	206	22.1%	320	34.4%	216	23.2%	31	3.3%	3	0.3%
	石川県	R3	25,947	39.8%	3,587	13.8%	5,118	19.7%	8,939	34.5%	6,870	26.5%	1,258	4.8%	175	0.7%
治療なし	野々市市	H28	2,275	66.3%	859	37.8%	497	21.8%	545	24.0%	289	12.7%	67	2.9%	18	0.8%
		R3	1,748	65.2%	598	34.2%	386	22.1%	457	26.1%	244	14.0%	53	3.0%	10	0.6%
	石川県	R3	39,289	60.2%	12,041	30.6%	8,079	20.6%	10,404	26.5%	6,728	17.1%	1,679	4.3%	358	0.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

### ウ) LDL コレステロールの状況

LDL コレステロール 120mg/dl 未満の割合は令和3年度において 55.0%で、平成28年度 51.4%と比べると 3.6 ポイント増加している。LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合は、令和3年度において 2.5% (66 人) と石川県と同程度であるが、うち治療なしが 3.1% (58 人) であった。LDL コレステロールは動脈硬化の最大リスクであることから受診勧奨が必要である(図表 36、37)。

【図表 36】LDL コレステロールの年次比較

			LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120~139		140~159		160~179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	野々市市	H28	3,432	1,763	51.4%	895	26.1%	475	13.8%	193	5.6%	106	3.1%
		R3	2,679	1,473	55.0%	677	25.3%	336	12.5%	127	4.7%	66	2.5%
	石川県	R3	65,102	35,685	54.8%	15,543	23.9%	8,735	13.4%	3,579	5.5%	1,560	2.4%
男性	野々市市	H28	1,403	782	55.7%	361	25.7%	169	12.0%	56	4.0%	35	2.5%
		R3	1,092	668	61.2%	247	22.6%	110	10.1%	44	4.0%	23	2.1%
	石川県	R3	26,956	16,163	60.0%	5,977	22.2%	3,137	11.6%	1,188	4.4%	491	1.8%
女性	野々市市	H28	2,029	981	48.3%	534	26.3%	306	15.1%	137	6.8%	71	3.5%
		R3	1,587	805	50.7%	430	27.1%	226	14.2%	83	5.2%	43	2.7%
	石川県	R3	38,146	19,522	51.2%	9,566	25.1%	5,598	14.7%	2,391	6.3%	1,069	2.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 37】LDL コレステロール治療と未治療の状況

			LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
					120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	野々市市	H28	933	27.2%	650	69.7%	189	20.3%	61	6.5%	21	2.3%	12	1.3%
		R3	805	30.0%	582	72.3%	167	20.7%	41	5.1%	7	0.9%	8	1.0%
	石川県	R3	21,160	32.5%	15,425	72.9%	3,872	18.3%	1,352	6.4%	354	1.7%	157	0.7%
治療なし	野々市市	H28	2,499	72.8%	1,113	44.5%	706	28.3%	414	16.6%	172	6.9%	94	3.8%
		R3	1,874	70.0%	891	47.5%	510	27.2%	295	15.7%	120	6.4%	58	3.1%
	県	R3	43,942	67.5%	20,260	46.1%	11,671	26.6%	7,383	16.8%	3,225	7.3%	1,403	3.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

#### ④血糖（HbA1c）、血圧、LDL コレステロールと肥満度との関係

血糖（HbA1c）、血圧、LDL コレステロール値の異常者について、年齢階級別に肥満の状況をみると、令和3年度ではいずれも肥満（BMI25 以上）の割合が平成28年度と比べて増加しており、特に HbA1c6.5%以上では 50%以上の者が肥満であった（図表 38、39、40）。

【図表 38】 HbA1c6.5%以上における肥満度の割合

年齢区分	40-64歳			65-74歳		
	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
H28	17.4%	39.1%	43.5%	29.9%	37.8%	32.3%
R3	15.8%	31.6%	52.6%	22.4%	33.8%	43.8%

【図表 39】 収縮期血圧 140mmHg 以上における肥満度の割合

年齢区分	40-64歳			65-74歳		
	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
H28	31.1%	29.5%	39.4%	33.8%	37.3%	28.9%
R3	28.4%	27.3%	44.3%	34.0%	37.0%	29.0%

【図表 40】 LDL コレステロール 160mg/d l 以上における肥満度の割合

年齢区分	40-64歳			65-74歳		
	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
H28	35.2%	43.2%	21.6%	39.6%	38.0%	22.4%
R3	35.7%	32.9%	31.4%	36.9%	35.4%	27.7%

資料：野々市市健康推進課調べ

## ⑤生活習慣の状況（質問票）

特定健診受診時に聴取している標準質問項目の結果をみると、令和3年度は平成28年度と比べて「喫煙」の割合は減少しているが、「食べる速度が速い」、「20歳時体重から10kg以上増加」の割合が増加している。また、「週3回以上朝食を抜く」、「就寝前に夕食をとる」の割合は同規模、県、国と比べて高い。本市の肥満、メタボリックシンドローム該当者・予備群が増加していることから食や生活背景について把握する必要がある。

【図表 41】 特定健康診査時質問票回答結果

	市				同規模平均	石川県	国
	H28		R3		R3	R3	R3
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
喫煙している	487	14.2	359	13.4	12.5	12.2	13.6
週3回以上朝食を抜く	288	9.2	265	10.3	8.2	8.9	10.0
週3回以上就寝前に夕食をとる	583	18.6	475	18.5	14.5	17.8	15.6
食べる速度が速い	713	22.7	710	27.7	26.1	30.0	27.1
20歳時体重から10kg以上増加	938	29.9	845	33.0	34.7	33.7	35.2
1回30分以上運動習慣なし	1,831	58.4	1,536	59.8	60.0	60.5	60.7
1回1時間以上運動なし	1,511	48.2	1,342	52.3	47.1	46.6	48.5
睡眠不足と感じている	679	21.8	616	24.1	23.9	22.6	24.5
毎日飲酒	838	26.8	688	26.8	24.4	25.6	25.5
時々飲酒	631	20.2	552	21.5	21.1	19.8	22.1
飲酒量	1合未満	1,176	62.1	1,023	63.9	65.3	65.1
	1～2合	489	25.8	391	24.4	23.9	23.3
	2～3合	190	10.0	145	9.1	8.6	9.0
	3合以上	40	2.1	42	2.6	2.1	2.6

出典：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料

## 2 健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題

### ○介護の状況から見える課題

- ・介護認定者の有病状況より、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが重要である。

### ○医療の状況から見える課題

- ・脳血管疾患や心疾患における医療費の割合は減少しているものの、基礎疾患として糖尿病、高血圧、脂質異常症がリスクとなることから発症予防、重症化予防のため保健指導を実施していくことが重要である。

### ○健診の状況から見える課題

- ・メタボリックシンドローム該当者の割合が増加しており、特に男性の伸びが著しい。メタボリックシンドロームは、より動脈硬化が進行しやすい状態であるため、対策が必要である。
- ・HbA1c5.6～6.4%の正常高値の割合が半数を超えている。軽度の高血糖の段階で動脈硬化が進行し始めるため、正常高値の段階から対策が必要である。

## 第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標とその取組

### 1 計画全体の目的

データヘルス計画全体の目的として以下の3点を掲げて取組みを進める。

- ①糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の重症化を予防し、医療費の伸びを抑制する。
- ②糖尿病性腎症、虚血性心疾患等の共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の減少を目指す。
- ③ ①、②の解決に向け、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を目指すとともに、血管変化が始まる軽度高血糖の段階からの保健指導を行う。また、高血糖、肥満予防に向け、若い世代を含め市民への健康教育や普及啓発（ポピュレーションアプローチ）に取り組む。

上記目的を達成するため、図表 42「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおり、アウトカム、アウトプット指標について、それぞれ目標値を定め進捗管理を行う。

なお、短期的な目標については毎年度進捗状況の把握を行い、必要な場合はストラクチャーやプロセスについて検討を行う（ストラクチャー、プロセス評価の視点は、P53 第7章 に記載）。

### 2 目的を達成するための目標、評価指標の設定

#### （1）中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らすことを目標とする。

重症化予防、医療費の適正化へつなげるため、適切な時期での受診を促し、入院にかかる医療費を抑えることを目標とする。

#### （2）短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群が減少することを目指し、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な時期に受診勧奨するとともに、医療機関の受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。

また、薬物治療だけでは改善が難しい疾患として、メタボリックシンドロ-

ムと糖尿病があげられる。これらの疾患は、食事療法と併用して治療を行うことが必要であるため、栄養指導等の保健指導を併せて行っていく。

さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施する。生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であり、その目標値は第6章の「特定健診・特定保健指導」に記載する。

【図表 42】第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	策定時 実績	最終 目標	現状値の把握方法
					R4	R11	
データヘルス計画	中長期目標		糖尿病性腎症による透析導入者数の維持 虚血性心疾患、脳血管疾患による医療費の伸びを抑制	糖尿病性腎症による透析導入者数の維持	33.0	33.0	課調べ
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	4.37	4.3	KDBシステム
				脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	4.85	4.8	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100mmHg以上)	3.6	3.0	特定健診・特定保健指導法定報告
				健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160mg/dl以上)	7.6	7.0	
				健診受診者の血糖異常者の割合減少 (HbA1c6.5%以上)	10.5	10.0	
				健診受診者の重度の高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0%以上)	0.8	0.7	
				メタボリックシンドローム・予備群の減少	33.3	25.0	
				特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	18.4	25.0	
	アウトプット	発症予防、重症化予防のための健診・保健指導の実施		特定健診受診者の増加	47.4	60.0	課調べ
				特定保健指導実施者の増加	69.5	75.0	
				健診受診者HbA1c6.5%以上者のうち保健指導を実施した割合	55.8	70.0	

## 第5章 課題を解決するための個別の保健事業

### 1 個別保健事業の方向性

#### (1) 優先的に実施する事業

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

【重症化予防】①糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導、医療連携

②虚血性心疾患の早期発見、予防（心電図検査異常者への保健指導）

③脳血管疾患予防事業（心房細動、高血圧者への保健指導）

【発症予防】④特定健診・特定保健指導

⑤軽度高血糖者に対する保健指導

【その他】⑥高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施する。また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有化を図り、連携した取り組みを検討していく。

#### (2) 個別保健事業のアウトカム、アプトアウト評価目標値の設定

個別保健事業のアウトカム、アプトアウト指標について、それぞれ目標値を定め進捗管理を行う。

【図表 43】 第3期データヘルス計画個別保健事業における目標

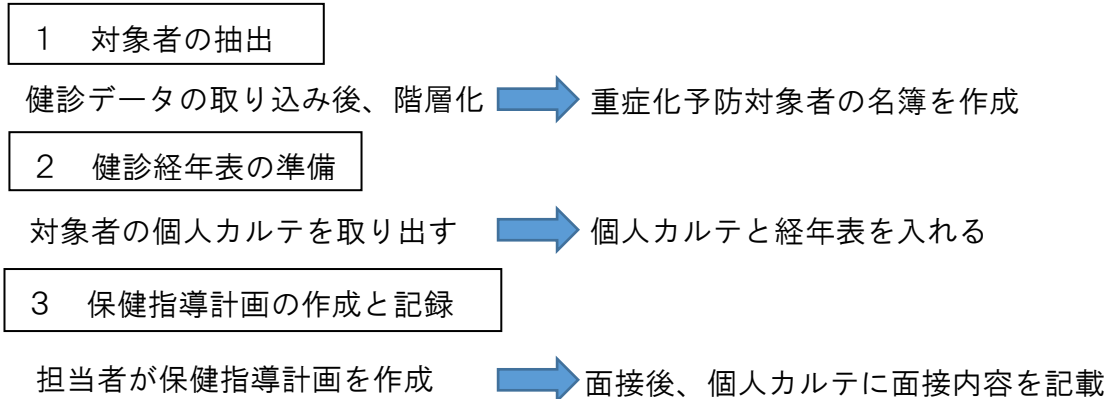
個別保健事業	評価区分	評価指標	策定時 実績	目標値		現状値の把握方法
			R4	R8	R11	
糖尿病性腎症重症化予防	アウトカム	健診受診者のHbA1c8%以上者の割合を減らす	0.8		0.7	特定健診
		健診受診者HbA1c6.5%以上のうちレセプトのない者の割合を減らす	3.9		3.5	KDB
		HbA1c6.5%以上かつ未治療のうち医療機関を受診した人の割合を増やす	55.0		60.0	課調べ
	アプトアウト	健診受診者HbA1c6.5%以上者のうち保健指導を実施した割合を増やす	55.8		65.0	課調べ
虚血性心疾患重症化予防	アウトカム	健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上者の割合を減らす	7.6		7.0	特定健診
	アプトアウト	健診受診者の心電図異常者への保健指導実施割合を増やす	77.2		80.0	課調べ
		健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上者のうち保健指導した割合を増やす	50.5		60.0	課調べ
脳血管疾患重症化予防	アウトカム	健診受診者の心電図所見で心房細動があるが未治療者の割合を維持	0.0		0.0	課調べ
		健診受診者の収縮期血圧160mmHg以上または拡張期100mmHg以上者の割合を減らす	3.6		3.0	特定健診
	アプトアウト	高血圧者に対する保健指導実施数を増やす	84.3		90.0	課調べ
		未治療の心房細動あり者に対する保健指導実施数を増やす	50.0		75.0	課調べ
軽度高血糖者に対する75g糖負荷検査と保健指導	アウトカム	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	33.3		25.0	特定健診
		健診受診者HbA1c5.6～6.4%の割合の維持	53.8		50.0	特定健診
	アプトアウト	75g糖負荷検査実施数を増やす	12.5		25.0	課調べ



### (3) 事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度ごとに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールを立て、計画的に実施する（P56 別紙「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導実践スケジュール」参照。）。

#### 【重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール】



## 2 糖尿病性腎症重症化予防

### (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少を目的とし、取組みにあたっては「石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和5年3月改定）に基づき実施する。

### (2) 対象者及び優先順位の考え方

保健指導対象者の優先順位の決定にあたっては、レセプトと健診データを突合し（図表44）、地域の全体像、保健指導該当者数を把握したうえで、優先順位を決定し、保健指導を実施する。

#### 優先順位1【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）（M2）
- ・過去に健診受診歴があるが、糖尿病治療が中断した者（I-イ）

#### 優先順位2【保健指導】

- ・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（K）
- ・尿蛋白（+）以上、eGFR60未満で重症化が懸念される者（M1）

#### 優先順位3【保健指導】

- ・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者（I-ア）

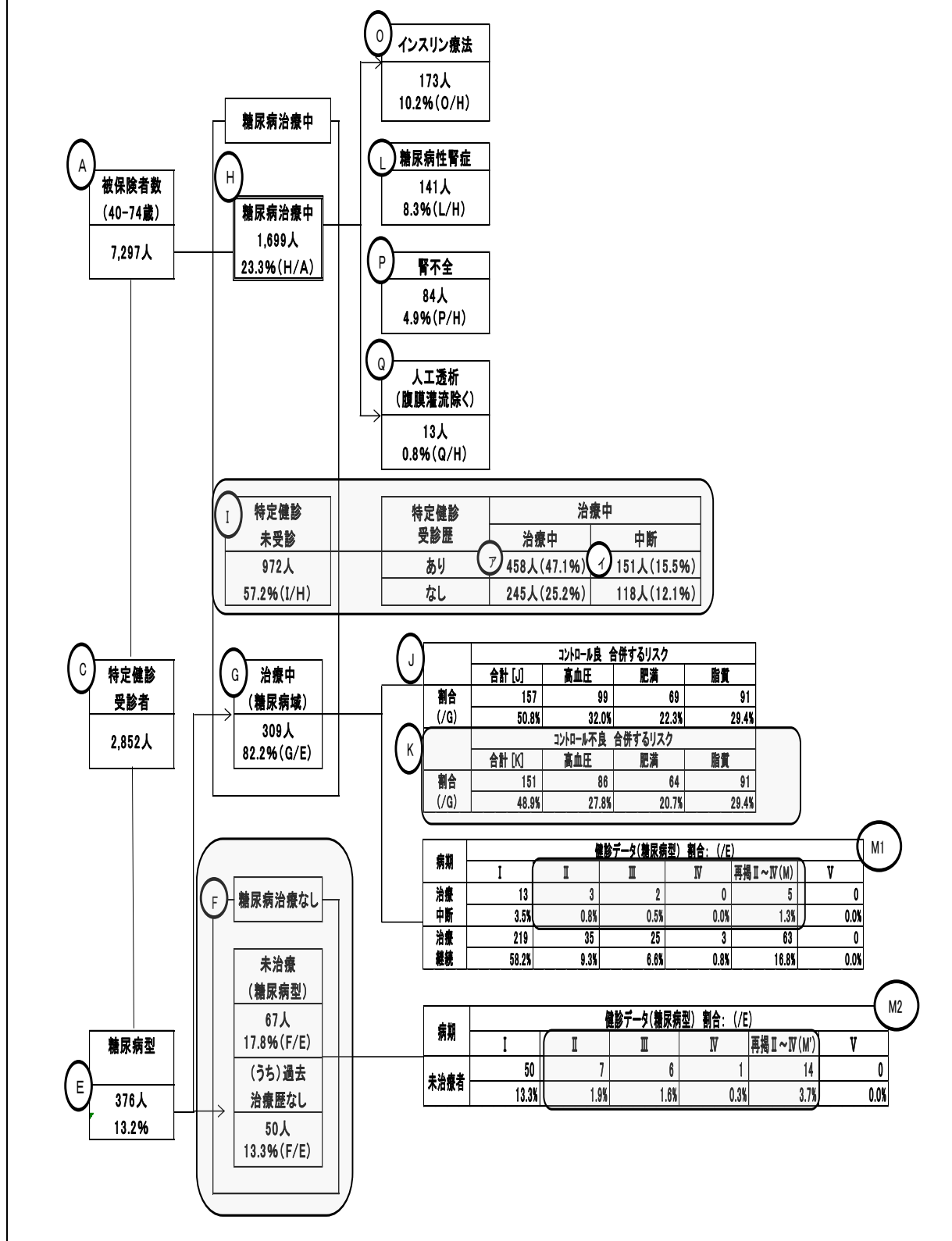
優先1～3の健診受診者に対しては、HbA1c、血糖の値に加え、メタボリックシンドロームの重なりを考慮して優先順位を決定する（図表45）。

【図表 44】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度

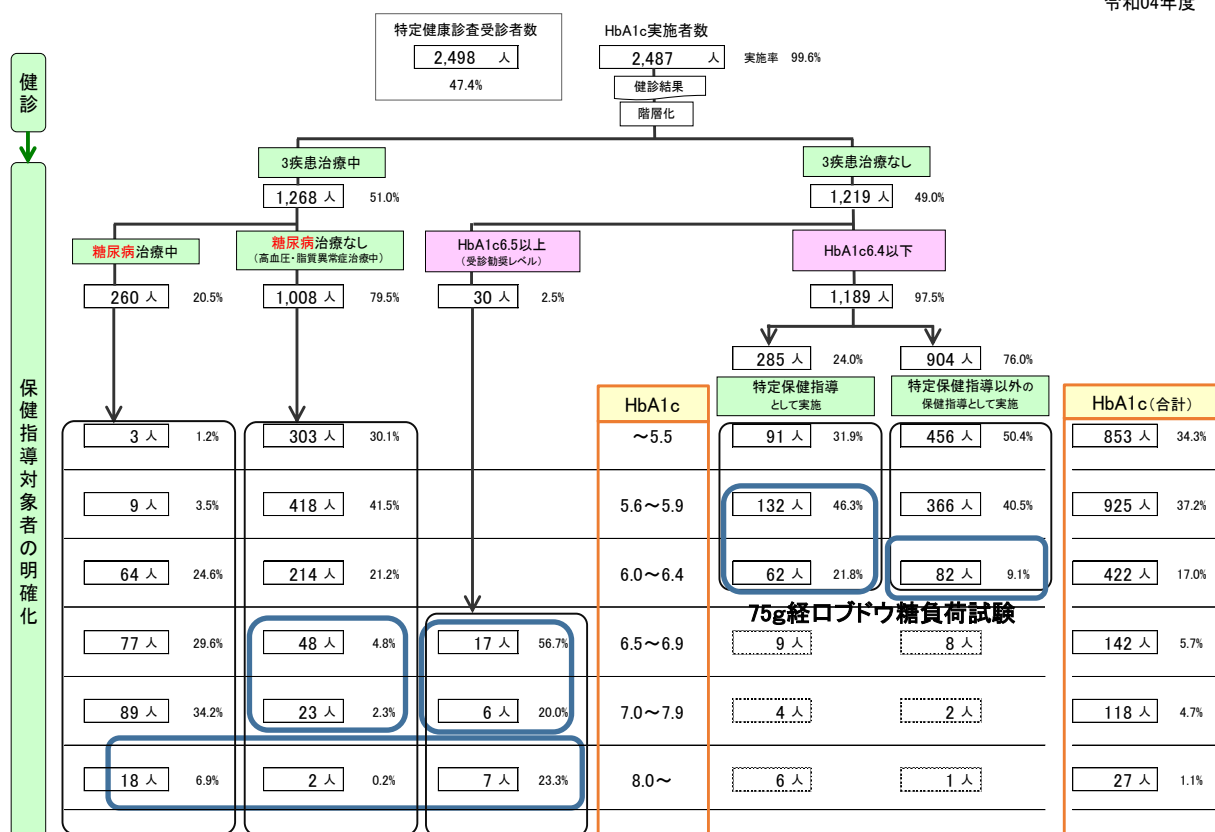
糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は6か月以上レセプトがない者



【図表 45】 糖尿病フローチャート

令和04年度



### (3) 保健指導の実施

#### ①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

#### ②二次検査等を活用した重症化予防対策

メタボリックシンドローム該当者・予備群やHbA1c5.6%~6.4%の者に対する二次検査として、75g経口ブドウ糖負荷試験(※)を実施し、対象者自身がインスリン分泌能や血糖値の推移について学び、生活改善に向けて取り組むことで重症化ハイリスク者の増加を抑制する。また、上記の対象者に加え、CKD重症化分類G3~G5の者に対して尿アルブミン定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防を目指す。

(※)10時間以上の絶食後に75gブドウ糖液を摂取して一定の時間ごとに血糖値とすい臓のインスリン分泌量の推移を測定する検査

【図表 46】糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

### ③医療との連携

#### (ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者及び治療中断者は必要に応じて糖尿病連携手帳や糖尿病ネットワーク協議会で定められた紹介状を用いるほか、必要な場合はかかりつけ医と情報共有を行う。

#### (イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用して対象者の検査データの収集、かかりつけ医より保健指導への助言を受ける。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはいしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「石川県プログラム」）に準じて行う。

### (4) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考える。短期的評価についてはデータヘルス計画目標及び評価と合わせ、年1回行うものとする。その際は管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

### (5) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定  
前年度の健診結果から管理台帳の作成、保健指導対象者の抽出
- 5月 前年度健診未受診者へ健診受診勧奨  
治療中断、健診受診者へ医療機関受診状況確認、保健指導
- 10月 9月末までの健診未受診者を把握し、10月健診受診勧奨
- 3月 年間の活動のまとめ、評価

### 3 虚血性心疾患重症化予防

#### (1) 基本的な考え方

虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019」、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」等に基づいて進めていく。

#### (2) 対象者及び優先順位の考え方

##### ①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査であり、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の一つである。心電図健診判定マニュアル（日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）では「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」ことから心電図検査において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。本市における特定健診では心電図検査の対象は全員に実施している。

令和 3 年度の健診受診者 2,679 人のうち、心電図検査実施者は 2,502 人（93.4%）であった（図表 45）。ST 変化があったものは 73 人で、うち 21 人（28.8%）がメタボリックシンドローム該当者であった。また異常 Q 波であったものは 84 人で、うち 26 人（31.0%）がメタボリックシンドローム該当者であった（図表 46）。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、その該当者及び予備群の減少に向けての取組みが重要である。

【図表 47】 心電図で虚血性変化が疑われる人数（令和 3 年度特定健診）

健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST変化(c)		異常Q波(d)		心筋虚血所見あり(e)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
2,679	100	2,502	93.4	73	2.9	84	3.4	16	0.6

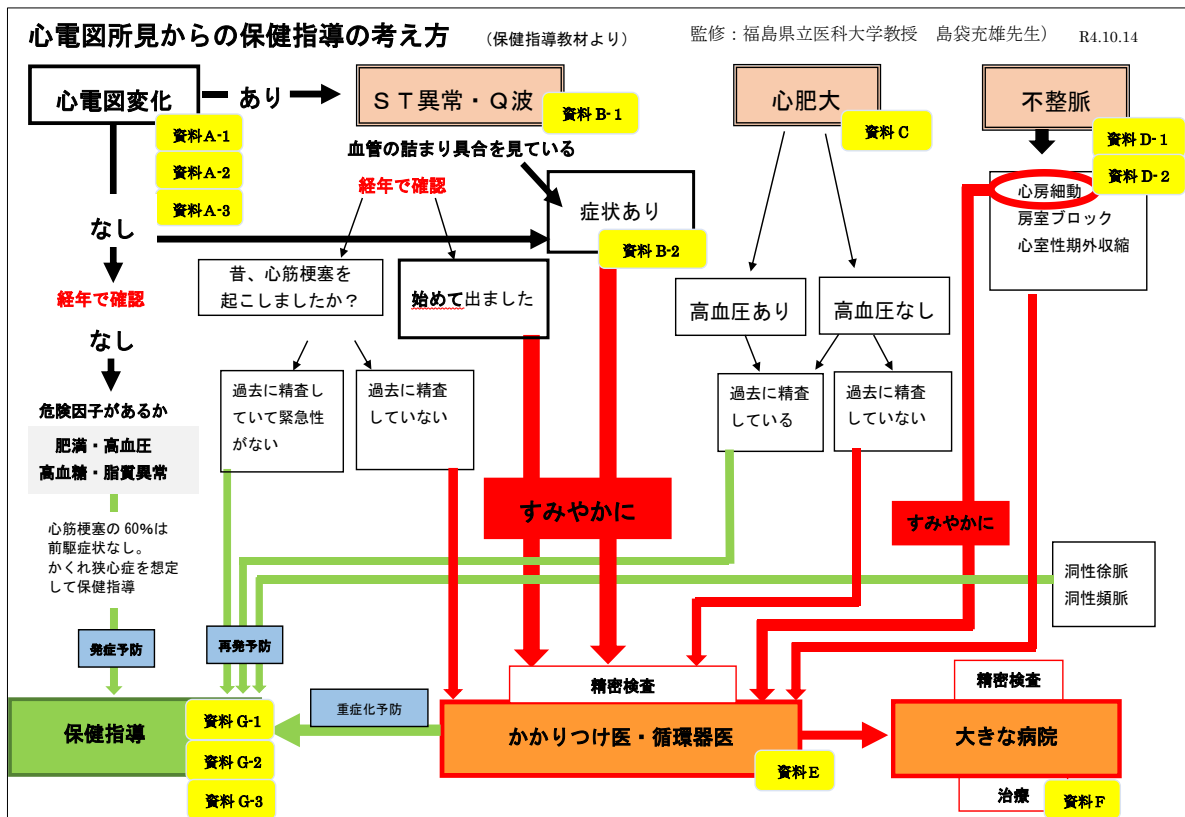
資料 野々海市健康推進課調べ

【図表 48】 ST 変化、異常 Q 波ありのメタボリックシンドローム・予備群該当人数

	該当者	メタボリックシンドローム						LDLコレステロール 160mg/dl以上	
		基準該当		予備群該当		非該当		人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
ST変化	73	21	28.8%	6	8.2%	46	63.0%	5	6.8%
異常Q波	84	26	31.0%	12	14.3%	46	54.8%	5	6.0%
心筋虚血 所見あり	16	4	25.0%	1	6.3%	11	68.8%	1	6.3%

資料 野々海市健康推進課調べ

【図表 49】 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）

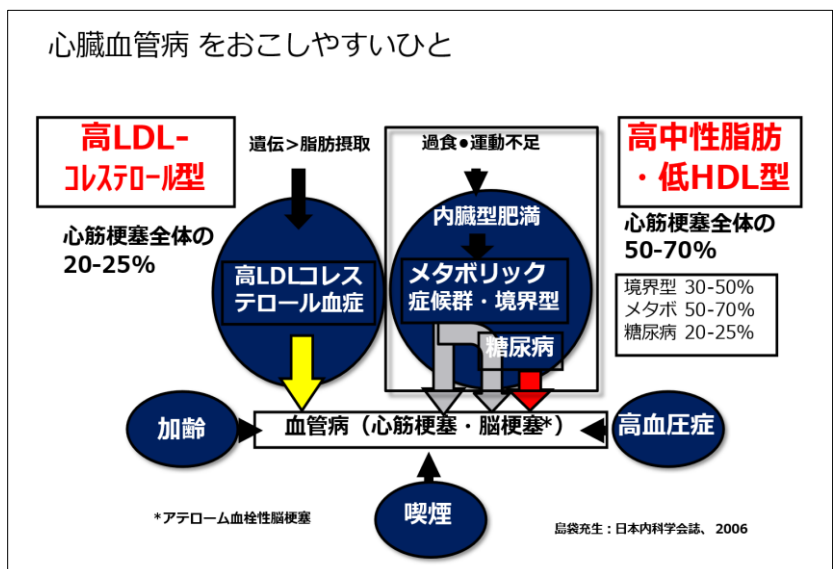


## ②高LDL コレステロール

心血管疾患を発症しやすい高LDL コレステロール及びメタボリックシンドローム者に対し、積極的に保健指導を行う必要がある。特に高LDL コレステロールは単独で動脈硬化を進める重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高LDL コレステロールが重なっ

た場合は、さらに危険性が高まると指摘されている。

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





【図表 50】 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定										令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た 特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)										(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			896	健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
				433	295	123	45	14	24	65	65		
				48.3%	32.9%	13.7%	5.0%	8.3%	14.3%	38.7%	38.7%		
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の適 応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	114	60	39	9	6	7	8	0	0		
			12.7%	13.9%	13.2%	7.3%	13.3%	50.0%	33.3%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	345	165	115	52	13	4	5	36	20		
			38.5%	38.1%	39.0%	42.3%	28.9%	28.6%	20.8%	55.4%	30.8%		
	高リスク	120未満 (150未満)	392	180	128	58	26	3	11	27	43		
			43.8%	41.6%	43.4%	47.2%	57.8%	21.4%	45.8%	41.5%	66.2%		
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	15	9	4	1	1	0	1	0	1		
			1.7%	2.1%	1.4%	0.8%	2.2%	0.0%	4.2%	0.0%	1.5%		
	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	45	28	13	4	0	0	0	2	2		
			5.0%	6.5%	4.4%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%	3.1%		

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

### (3) 保健指導の実施

#### ①心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、KDB、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで、対象者が自分の体をイメージできるよう、保健指導教材を活用し、対象者に応じた保健指導を実施する。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診または治療中断している場合は受診勧奨を行う。また、メタボリックシンドロームや高血糖など治療だけでは改善しない要因がある場合は、医療機関と連携して保健指導を行う。

#### ②二次検査の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、その結果を踏まえた保健指導を行うため、二次検査を検討していく必要がある。

- ・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

※「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」において、一次予防における動脈硬化の評価法や非侵襲的評価法が中心であると記載されており、上記の検査方法が用いられている。

本市では、健診の二次検査として、動脈硬化病変を評価する頸動脈IMTと心筋梗塞や脳梗塞などの心血管疾患発症に対する予測能が優れている尿中アルブミン検査を実施する。

### ③医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のため、医療機関未受診者や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については対象者からの聞き取りやかかりつけ医との情報共有、KDB等を活用しデータを収集していく。

### (4) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考える。短期的評価についてはデータヘルス計画の目標及び評価と合わせ、年1回行うものとする。その際はKDB等の情報を活用する。

### (5) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第台帳に記載  
台帳記載後順次、対象者へ保健指導（通年）

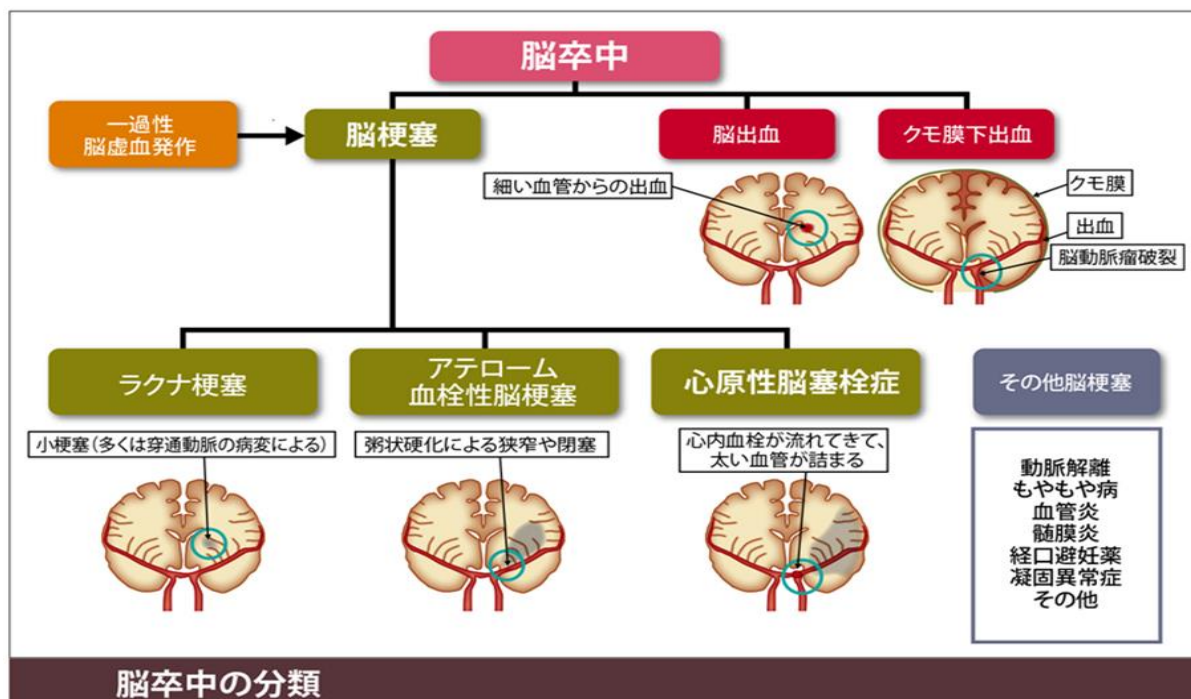


## 4 脳血管疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく(図表 51、52)。

【図表 51】 脳卒中の分類



引用 脳卒中予防への提言

【図表 52】 脳血管疾患とリスク因子

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

## (2) 対象者及び優先順位の考え方

### ①高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。高血圧以外のリスク因子が組み合わさることにより脳血管疾患だけではなく、心疾患や腎疾患などが発症する危険性が高まる。健診受診者において、高血圧と他リスク因子で階層化し、対象者を明確にしていく必要がある（図表 53）。

【図表 53】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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

#### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層	720	429 59.6%	231 32.1%	45 6.3%	15 2.1%
	33	C 23 4.6%	B 9 5.4%	B 0 0.0%	A 1 6.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	434	C 265 60.3%	B 134 61.8%	A 27 60.0%	A 8 53.3%
	253	B 141 35.1%	A 88 32.9%	A 18 40.0%	A 6 40.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	253	B 141 35.1%	A 88 32.9%	A 18 40.0%	A 6 40.0%
	253	B 141 35.1%	A 88 32.9%	A 18 40.0%	A 6 40.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	253	B 141 35.1%	A 88 32.9%	A 18 40.0%	A 6 40.0%
	253	B 141 35.1%	A 88 32.9%	A 18 40.0%	A 6 40.0%

…高リスク  
…中等リスク  
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	148 20.6%
B	概ね1か月後に再評価	284 39.4%
C	概ね3か月後に再評価	288 40.0%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合≧175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

図表 53 は血圧に基づいた脳心血管リスクを層別化した表であり、降圧薬治療者を除いている。高リスク群にあたる A、B については早急な受診勧奨が必要である。

## ②心電図検査における心房細動の実態



心房性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症するものであり、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。心房性脳塞栓症の原因である心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である（図表 54）。令和4年度の特定健診の結果、心房細動の所見がある人は 21 人であった。うち 19 人は既に治療が開始されていたが、2 人は受診勧奨、継続治療への支援が必要である。

引用 脳卒中予防への提言

【図表 54】 令和3年度 心房細動所見者数及び治療状況

心房細動 所見あり	治療の有無			
	未治療		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
21	2	9.5%	19	90.5%

資料 野々市市健康推進課調べ

## （3）保健指導の実施

### ①受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療していたが中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行い、受診勧奨後は、医療機関受診の有無を確認する。また、メタボリックシンドロームや高血糖など治療だけでは改善しない要因がある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

### ②二次検査の実施

脳血管疾患重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、その結果を踏まえた保健指導を行うため、二次検査を検討していく必要がある。

- ・頸動脈エコー検査（頸動脈内膜中膜厚（IMT）、冠動脈CT（冠動脈石灰化）
- ・足関節上腕血圧比（AB I）、脈波伝搬速度（PWV）

※「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」において、一次予防における動脈硬化の評価法や非侵襲的評価法が中心であると記載されており、上記の検査方法が用いられている。

本市では健診の二次検査として、動脈硬化病変を評価する頸動脈IMT、心筋梗塞や脳梗塞などの心血管疾患発症に対する予測能が優れている尿中アルブミン検査を実施する。

### ③対象者の管理

#### ア 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度以上の高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や治療中断者の把握に努め受診勧奨を行う。

#### イ 心房細動がある人の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、適正な受診、リスク管理が行われているか把握する。医療機関につながっていない場合は受診勧奨を行う。

### ④医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けて医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、対象者やかかりつけ医からの直接聴取や、KDBの活用等でデータを収集していく。

## （４）評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考える。短期的評価についてはデータヘルス計画の目標及び評価と合わせ、年１回行うものとする。その際は台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。

## （５）実施期間及びスケジュール

- ４月 対象者の選定基準の決定
- ５月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- ６月～ 特定健診結果が届き次第管理台帳に記載  
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

## 5 軽度高血糖者に対する 75 g 糖負荷検査と保健指導

### (1) 基本的な考え方

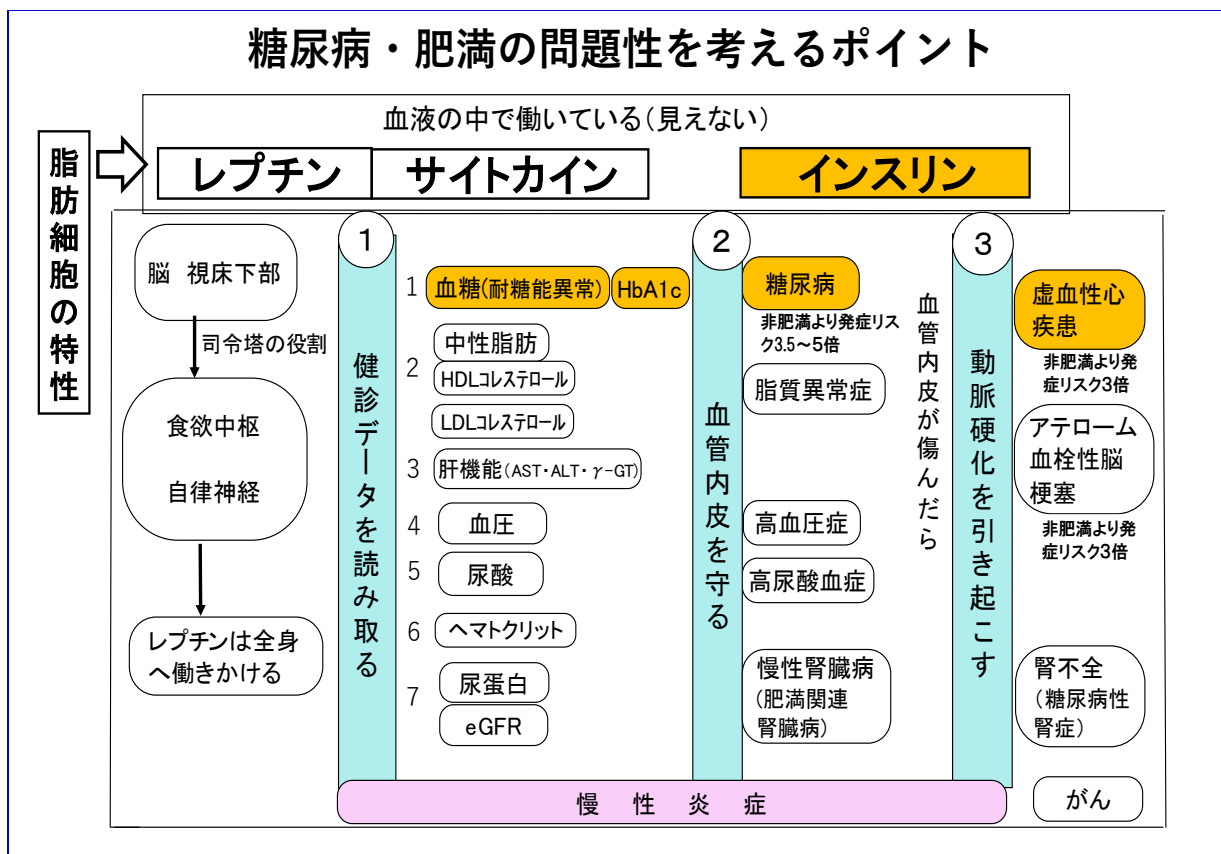
軽度高血糖が疑われる HbA1c5.6～6.4%のうち糖尿病治療をしていない者は1,278人(53.6%)であった(P21 図表 33 糖尿病治療と未治療の状況)。

軽度高血糖の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善を目指すとともに糖尿病患者の増加の抑制を図る取組が必要である。

軽度の異常では、本人自身が問題意識を持ちにくいいため、血糖の流れやインスリン量が可視化できる 75 g 糖負荷検査を実施し、その結果を踏まえて保健指導を行う。軽度高血糖や耐糖能異常の中には、インスリン分泌障害が主たるもの(やせタイプ)と、インスリン抵抗性の増大が主たるもの(肥満タイプ)があり、後者にはメタボリックシンドロームを呈するものが多い。

メタボリックシンドロームは個人に高血糖、インスリン抵抗性、脂質異常症、高血圧などが重なった状態で、動脈硬化性疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患等)のハイリスク状態で、その背景に内臓脂肪の蓄積によるサイトカイン異常があるとされている。軽度の異常であっても、リスクが重なることで虚血性心疾患、脳血管疾患の発症は 30 倍に増加するといわれており、高血糖と肥満の重なりのある者へ優先的に保健指導を実施する。

【図表 55】肥満、耐糖能の問題性を考えるポイント



## (2) 対象者及び優先順位の考え方

糖尿病フローチャート（P31 図表 45）により、健診受診者の全体像を把握し、優先順位を決定する。健診対象者のうち、HbA1c5.6～6.4%、糖尿病未治療者を対象とする。

優先順位の考え方(75g糖負荷検査が推奨される場合)(糖尿病治療ガイド 2022-2023)

①強く推奨される場合（現在糖尿病の疑いが否定できない）

HbA1c6.0～6.4%、空腹時血糖 110～125mg/dl、随時血糖 140～199mg/dl

②行うことが望ましい場合（将来糖尿病を発症するリスクが高い、高血圧、脂質異常症、肥満など動脈硬化のリスクを持つものは特に望ましい）

HbA1c 5.5～5.9%、空腹時血糖 100～109mg/dl

上記がなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

【図表 56】参考 平成 30 年度から令和 4 年度糖負荷検査実施結果

区分		実施数	判定結果	
			境界型	糖尿病型
人数 (割合)	肥満	144	57(39.6%)	11(7.6%)
	非肥満	63	28(44.5%)	2(3.2%)

## (3) 保健指導の実施

### ①対象者への保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB により合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。

指導にあたっては、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイド 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。

### ②二次検査の実施

血糖とインスリン分泌の状態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶため、75g糖負荷検査を実施し、検査結果に応じた保健指導を実施する。

## (4) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考える。短期的評価についてはデータヘルス計画の目標及び評価と合わせ、年 1 回行うものとする。その際は台帳の情報及び KDB 等の情報を活用する。

## (5) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～ 特定健診結果が届き次第管理台帳に記載  
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

## 6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

### (1) 目的、基本的な考え方

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

当市は、令和4年度より石川県後期高齢者医療広域連合から受諾して「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組みを開始しており、今後さらに推進していく。

### (2) 事業内容

#### ①地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDB等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行う。

#### ②ハイリスクアプローチ（個別保健指導）

地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療等の高齢者を抽出し、対象者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を実施する。また、国保から後期高齢者医療制度へ移行にあたり75歳を過ぎても支援が途切れないよう、管理台帳をもとに糖尿病や高血圧などの重症化予防を行う。

#### ③ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場や高齢者が多く集まる場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施する。

### (3) 対象者及び優先順位の考え方

高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで対象者の優先順位を決定する（図表57）。本市は高血糖が課題であるため、糖尿病重症化予防を後期高齢者医療保険へ移行後も引き続き実施する。

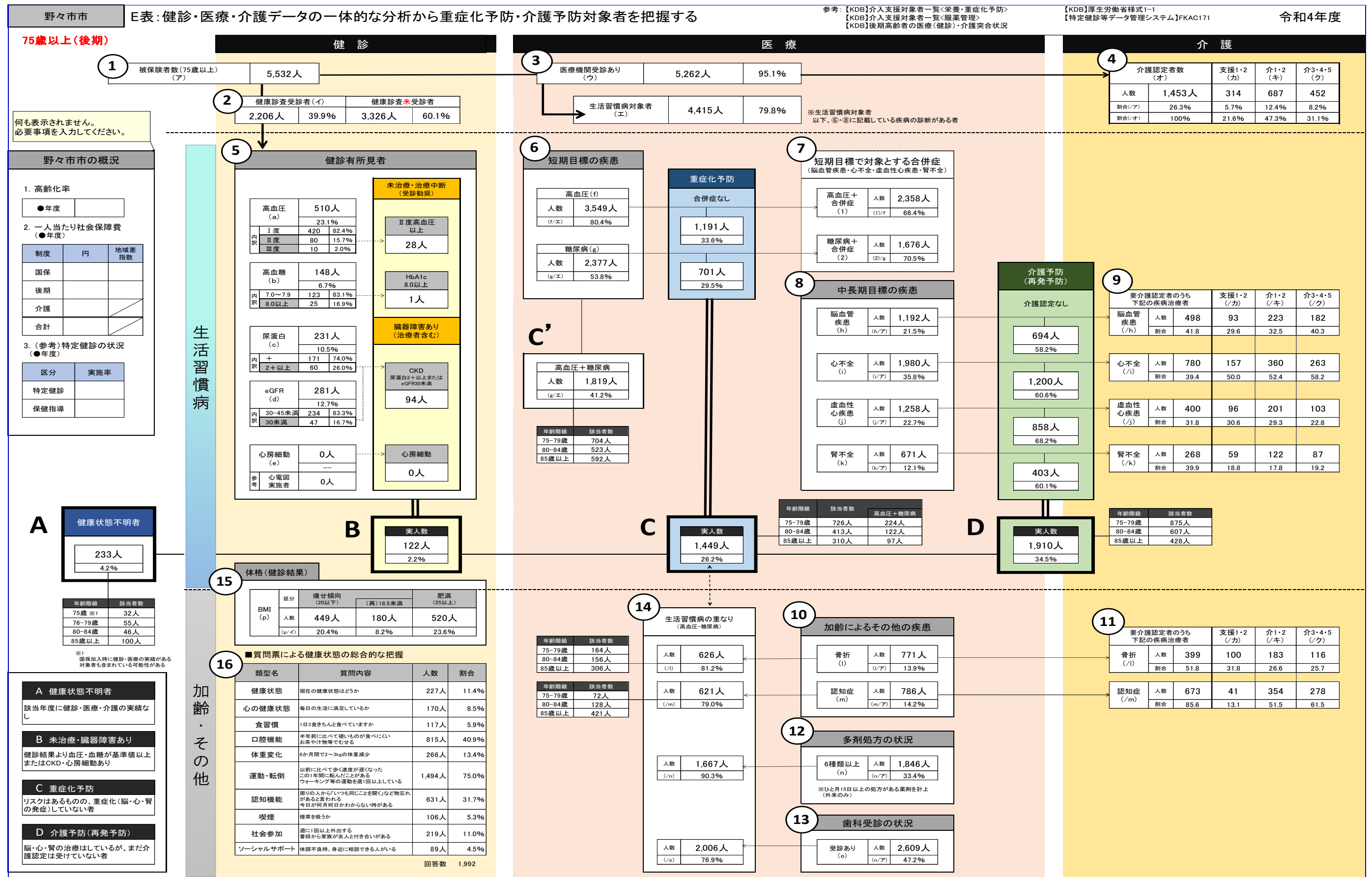
### (4) 保健指導の実施

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBデータにより治療状況等を確認し、個人の病態、生活背景をふまえ保健指導を実施する。また、生活習慣病の予防に加えてフレイルの視点も加えて指導を実施する。

健康状態が不明な者には健康状態の把握から始め、必要に応じて保健指導や医療の受診勧奨をする。



【図表 57】高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（75 歳以上）





## 7 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

### (1) 妊娠中、子どもの頃からの生活習慣病予防

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因等もあるが、その背景には食や生活リズム、運動習慣などの共通した生活習慣がみられる。生活習慣は妊娠期及び乳幼児期から形成されるため、ライフサイクルの視点で妊娠期からの生活習慣病対策が重要であり、教室や乳幼児健診等を通じて保健指導を実施していく。

【図表 58】 生活習慣病の予防をライフサイクルで考える

1 根拠法			健康増進法																
			母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律（介護保険）						
2 計 画			野々市市健康増進計画（第三次）																
			データヘルス計画（国保加入者）												特定健診等実施計画			後期データヘルス計画	
			子ども・子育て支援事業計画（母子保健分野）																
3 年 代			妊婦（胎児期）		産婦	0～5歳				6～18歳			～29歳	30～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上		
5 対 象 者	4 健康診査（根拠法）		妊婦健康診査		産婦健診	乳幼児健康診査				保育所・幼稚園健康診断		就学時健診	児童・生徒の定期健診		定期健康診断		特定健康診査		後期高齢者健康診査
			妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳	3歳	保育園児	幼稚園児	小学校		中学校	高校	労働安全衛生規則		標準的な特定健診・保健指導プログラム		
	健診内容	身長																	
		体重																	
		BMI																	
		肥満度																	
		血糖																	
		HbA1c																	
		糖尿病糖負荷検査																	
		(診断)妊娠糖尿病																	
		糖尿病家族歴																	

### (2) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組む。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く市民に周知する。

## 第6章 特定健診 特定保健指導

【高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「第四期特定健診等実施計画」】

### 1 目標値の設定

国の基本指針では、令和11年度時点における市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値は、特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに60%以上である。目標達成に向けて、近年の傾向、計画期間中の体制を勘案して目標値を定めた。

【図表 59】 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率	47.0%	50.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%

### 2 対象者数の見込み

特定健康診査の受診対象者数は、国民健康保険被保険者数の減少に伴い、今後は減少が見込まれる。

また、特定保健指導の対象者数は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させ、保健指導対象者の割合を減少させるよう取り組む。

【図表 60】 特定健診・特定保健指導対象者の見込み (人)

年度		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診	対象者数	5,049	4,983	4,978	4,993	5,037	5,083
	受診者数	2,373	2,492	2,589	2,746	2,871	3,050
特定保健指導	対象者数	290	304	316	335	350	372
	実施者数	203	216	228	245	259	279

### 3 特定健診の実施

#### (1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ・ 集団健診：特定健診委託基準を満たす集団健診委託業者
- ・ 医療機関健診：白山ののいち医師会が実施医療機関のとりまとめを行い、委託契約実施機関については個別通知、市ホームページに掲載する。

## (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的には委託できるものの基準について「特定健康診査の外部委託に関する基準」（平成 29 年 8 月 1 日 厚生労働省告示第 269 号）において定められている。

## (3) 特定健診実施項目

法定の実施項目に加え、受診者全員に心電図検査及び HbA1c、血清クレアチニン検査（eGFR）、尿潜血検査、貧血検査、血清尿酸の検査を実施する。

【図表 61】 特定健診実施項目

区分		内容	
特定健診	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査(身体診察)	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		肝機能検査	AST(GOT)
			ALT(GPT)
			γ-GT(γ-GTP)
		血中脂質検査	空腹時中性脂肪※1
			随時中性脂肪※1
			HDLコレステロール
			LDLコレステロール
			(Non-HDLコレステロール)
		血糖検査(いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖
			随時血糖
			HbA1c(NGSP)
		尿検査	尿糖
			尿蛋白
			尿潜血
	詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)	貧血検査	赤血球数
			血色素量
			ヘマトクリット値
		心電図検査	
		眼底検査	
		血清クレアチニン検査(eGFR)	
	市独自の追加健診項目	血清尿酸、尿潜血検査	

※1 空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満に採血されたもの

※2 空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたもの

#### **(4) 実施時期**

4月から翌年3月末まで実施する。

#### **(5) 医療機関との連携**

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨について、医療機関へ十分な説明と協力を依頼する。

また、本人同意のもとで、本市が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用できるよう、かかりつけ医と協力及び連携を行う。

#### **(6) 代行機関**

特定健診データは、健診実施機関が国の定める電子的標準様式により、石川県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」）という。）へ提出する。特定健診に関するデータは、原則5年間保存（加入者でなくなった場合は翌年度まで）とし、県国保連に保管及び管理を委託する。

また、特定健診に係る費用（自己負担額を除く）の請求・支払いの代行についても、県国保連に委託する。

#### **(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール**

対象者に認知されやすいよう、健診対象者に受診券と案内を送付するとともに、広報やSNS等を活用し周知を行う。

受診券は4月に発行、郵送を行い、途中加入者には健診期間中にその都度発行、交付を行う。

## 4 特定保健指導の実施

### (1) 実施体制、方法

特定保健指導の実施については、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（第4版）等に基づき、一般衛生部門への執行委任し、保険者が直接行う。

実施方法は、家庭訪問、または来所面接等により個別保健指導を通年で実施する。

第4期(2024年以降)における変更点 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(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1)評価体制の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

### (2) 健診から保健指導実施の流れ

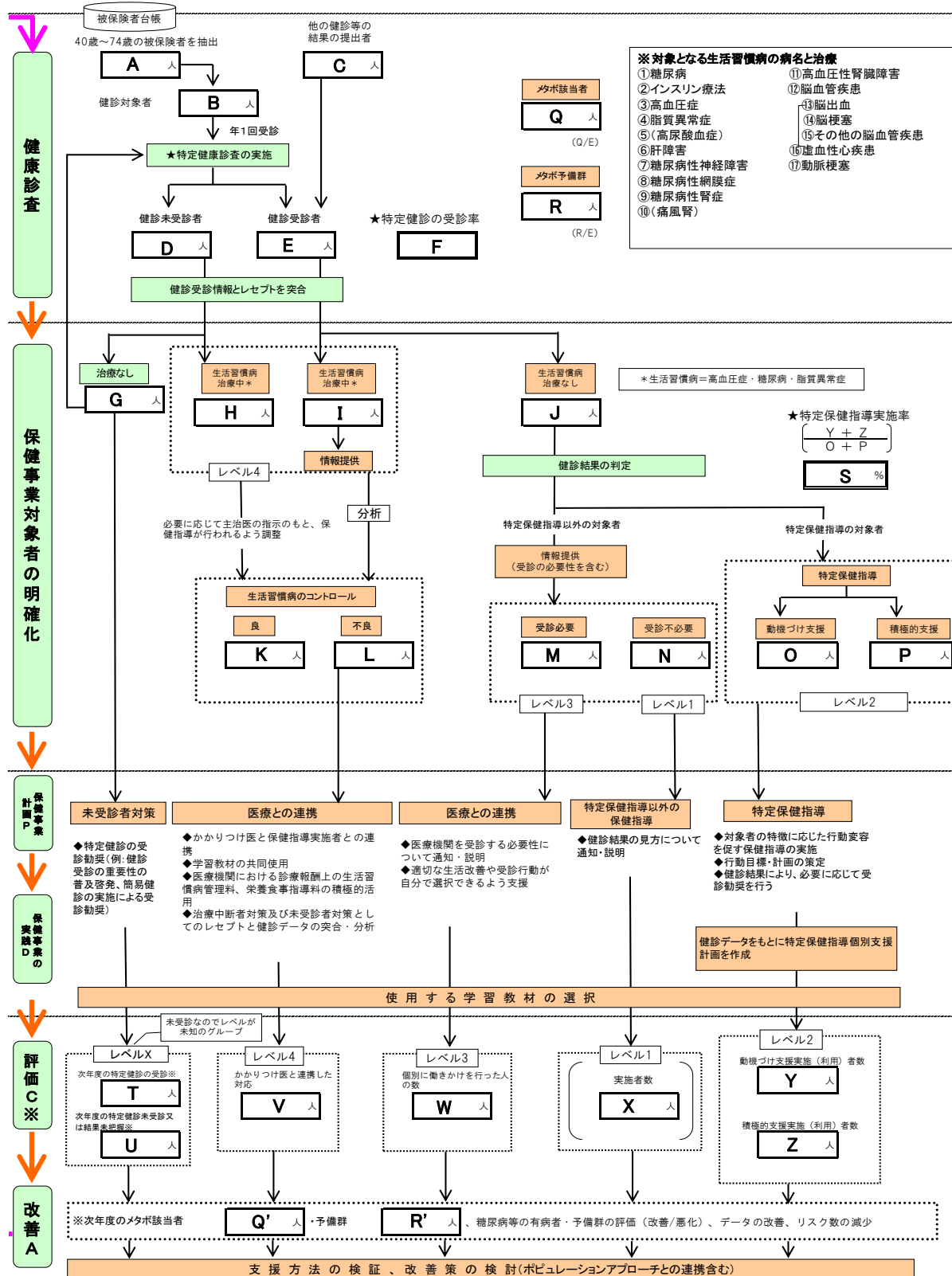
「標準的な健診・保健指導のプログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う（図表62）。

【図表 62】健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）

生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式 5-5



### (3) 保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法

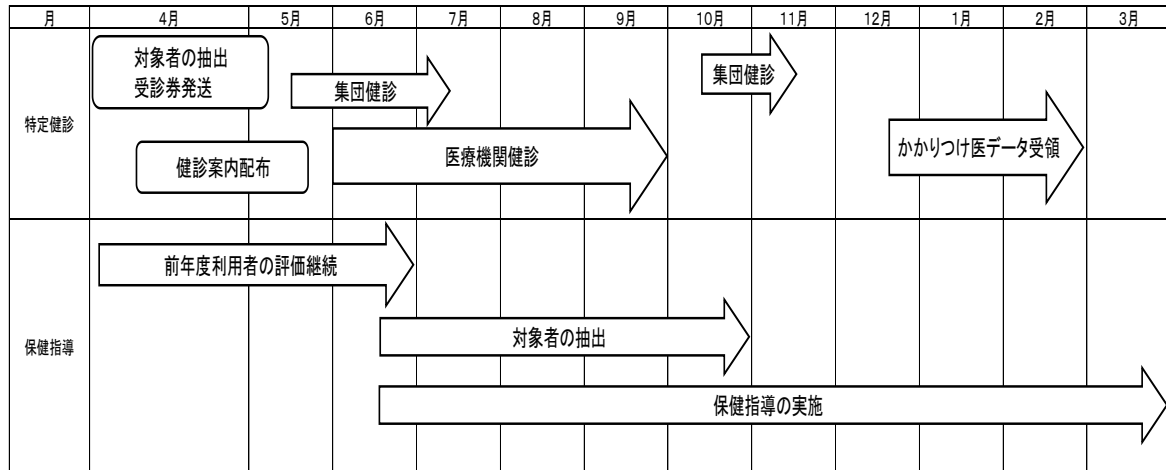
【図表 63】保健指導対象者数の見込み

優先 順位	健診から保健指導実施へのフローチャート	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 R11 (割合)	実施目標 R11 (割合)
1	M	レベル3 情報提供 (受診勧奨必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	458 (15%)	70% (HbA1c6.5%以上については全数)
2	O P	レベル2 特定保健指導  O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ◆健診結果の見方について通知・説明	372 (12.2%)	75%
3	I	レベル4 情報提供 (生活習慣病治療中)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,559 (51.1%)	60%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発、レセプト等での医療機関への受診状況の確認)	2,033 ※受診率目標達成まであと277人	通知 100% 個別 25%
5	N	レベル1 情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	662 (21.7%)	60%

## 5 生活習慣病のための健診・保健指導の実践スケジュール

進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する(図表 64)。

【図表 64 健診・保健指導年間スケジュール



## 6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

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



## 第7章 計画の評価・見直し

### 1 個別保健事業の評価・見直し

より実効性のある計画となるよう、第6章において定めた個別の保健事業について、毎年度、進捗状況等を把握、評価を行う。事業が計画どおり進んでいない場合は、ストラクチャーやプロセスが適当であったか等を確認、体制等の見直しを行う。

### 2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

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

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

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

#### 評価における4つの視点

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

## 第8章 計画の公表・周知

計画は、市ホームページ、広報に掲載し、市民、関係者に周知を行う。

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

## 第9章 個人情報の取扱い

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

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

## 第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項

今後、団塊の世代がより高齢になり、要介護のリスクが高まることは容易に想定され、また、被保険者の中には高齢者の一人暮らしや、障害のある人も少なくない。発症予防、重症化予防の視点に加え、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、医療や保健、介護関係の部署とも連携するなど、包括ケアの取組を進める。

# 参 考 資 料

## 別紙

### 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(令和5年度)

