

魚沼市国民健康保険第三期データヘルス計画
魚沼市国民健康保険第四期特定健康診査等実施計画
令和6年度～令和11年度

令和6年3月

魚 沼 市

目次

0. データヘルス計画の背景と目的.....	4
0.1. 計画作成の背景.....	4
0.2. 計画の位置づけ.....	4
0.3. 基本理念.....	6
0.4. 計画の対象期間と評価・見直し.....	6
0.5. 計画の公表・周知.....	6
1. 魚沼市の概要.....	7
1.1. 人口および被保険者の概要.....	7
1.2. 平均寿命・健康寿命・死亡者割合・平均余命・介護の状況.....	10
2. 第2期市町村国保データヘルス計画の評価.....	14
2.1. 計画全体目標の達成状況.....	14
2.2. 保健事業の実施状況.....	15
3. レセプトデータ・健診データの分析結果.....	17
3.1. 医療費・疾病構造の状況.....	17
3.1.1. 医療費の概要.....	17
3.1.2. 高額医療費の発生状況.....	23
3.1.3. 長期入院者の状況.....	24
3.1.4. 生活習慣病関連疾患医療費の状況.....	25
3.1.5. がん医療費の状況.....	30
3.1.6. 精神疾患医療費の状況.....	32
3.1.7. 後発品の数量割合.....	33
3.1.8. 重複頻回・多剤.....	34
3.2. 特定健康診査・特定保健指導の状況.....	35
3.2.1. 特定健診・特定保健指導の実施状況.....	35
3.2.2. メタボリックシンドローム該当者の状況.....	38
3.2.3. 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）.....	39
3.2.4. 質問票.....	40
3.2.5. 健診とレセプトの突合分析.....	42
3.2.6. 重症化予防.....	44
4. 計画全体の目標.....	47
4.1. 健康課題等まとめ.....	47
4.2. 計画全体の目標.....	48
5. 課題に対応した保健事業の立案.....	49
5.1. 各保健事業の内容と目的.....	49

5.2. 各保健事業の実施計画と評価指標・目標の設定.....	49
5.3. 保健事業の実施体制.....	50
6. 第4期特定健康診査等実施計画.....	51
7. 個人情報の保護.....	55
8. 留意事項.....	55
様式集.....	56

0. データヘルス計画の背景と目的

0.1. 計画作成の背景

特定健康診査等の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（以下「KDB」という。）システム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 5 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。

本市においては、保健事業実施指針に基づき、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、生活習慣病対策を始めとする被保険者の健康保持増進及び重症化予防に関する保健事業の実施及び評価を行うものとしします。

0.2. 計画の位置づけ

本計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第 3 次）」）に示された基本方針を踏まえるとともに「健康にいがた 21（第 3 次）」及び、市民の健康づくりの方針を示した「魚沼市健康づくり計画≪健康うおぬま 21（第 2 次）≫」をはじめとする関連計画との整合性を図ります。

また、今期から本計画は都道府県レベルで標準化の推進を行います。標準化の利点としては、県内で共通の評価指標を設定することにより、域内保険者において同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者と比較し、自保険者の客観的な状況を把握することができます。

具体的には、域内保険者が共通の情報を収集し、健康課題の把握をします。また、これらの情報を収集、記載するための共通様式や作成ツールを用いて計画の策定を行います。

		データヘルス計画	魚沼市健康づくり計画「健康 うおぬま 21（第2次）」
	特定健診等実施計画		
法律	高齢者の医療に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 （平成16年厚生労働省告示 第307号）	健康増進法 第8条
基本的な指針	平成25年5月「特定健康診査 計画作成の手引き」 （厚生労働省 保険局）	平成26年4月「国民健康保険 法に基づく保健事業の実施等 に関する指針の一部改正」 （厚生労働省 保険局）	平成24年7月「国民の健康の 増進の総合的な推進を図るた めの基本的な方針の全部改 正」 （厚生労働省 健康局）
計画策定者	魚沼市国保		魚沼市
基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病 等の生活習慣病の予防対策を 進め予防することができれ ば、通院患者を減らすことが でき、さらには重症化や合併 症の発症を抑え、入院患者を 減らすことができ、この結果、 国民の生活の質の維持および 向上を図りながら医療の伸び の抑制を実現することが可能 となる。特定健康診査は、糖尿 病等の生活習慣病の発症や重 症化を予防することを目的と して、メタボリックシンドロ ームに着目し、生活習慣を改 善するための特定保健指導を 必要とするものを、的確に抽 出するために行うものであ る。	生活習慣病対策をはじめとし て、被保険者の自主的な健康 増進及び疾病予防の取り組み について、保険者がその支援 の中心となって、被保険者の 特性を踏まえた効果的かつ効 率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。被保 険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険 者の財政基盤強化が図られる ことは保険者自身にとっても 重要である。	平均寿命の長さだけではなく、 実り豊かな生涯を過ごす ために健康寿命の延伸、生活 の質（QOL）向上への取組みを 市民一人ひとりがそれぞれの 健康観に基づいて「自分の健 康は自分でつくる」という意 識で積極的に取り組み、併せ て、学校や企業、地域、行政な ど社会全体が一体となってこ れを支援することで、「生涯を 通じて だれもが健やかでい きいきとくらせる地域（ま ち）」づくりの実現を目指す。
対象者	魚沼市国保被保険者のうちの 40～74歳のもの	魚沼市国保被保険者全員	魚沼市民全員

0.3. 基本理念

健康寿命の延伸

医療費の適正化

0.4. 計画の対象期間と評価・見直し

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

計画の見直しは、中間時点の令和8年度に中間評価を行い第3期最終年度となる令和11年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行います。

国保データベース（KDB）システムを活用し、健診・医療・介護データの分析を行うとともに、その動向等を定期的に確認します。

また、取り組むべき課題に位置づけられた高血圧症や糖尿病等、生活習慣病の重症化予防事業の事業実施状況については、毎年とりまとめ、必要に応じて国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

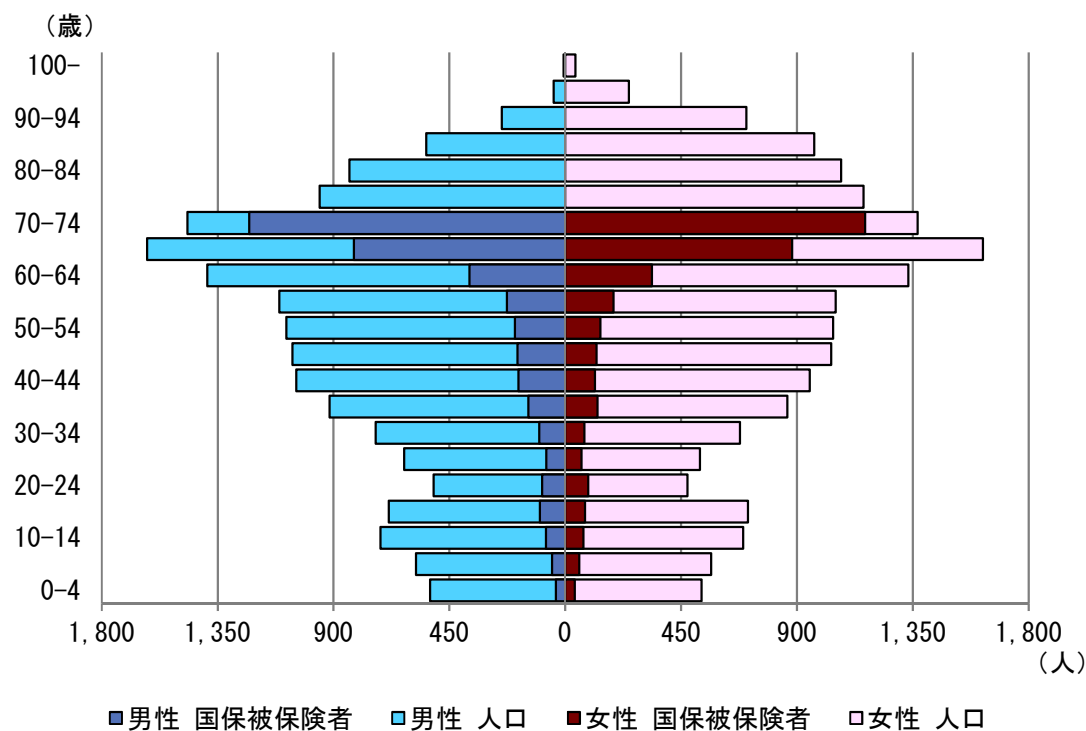
0.5. 計画の公表・周知

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

1. 魚沼市の概要

1.1. 人口および被保険者の概要

#1 年齢階層別の割合（令和元年度から令和4年度累計）

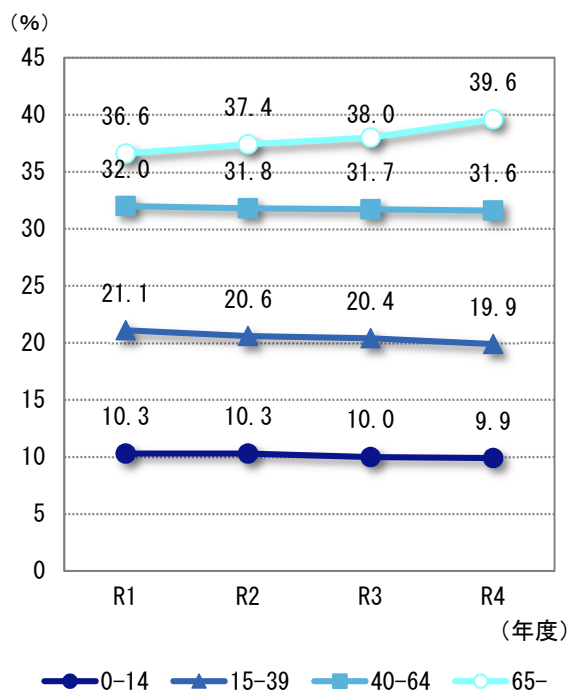


項目	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
男性 国保被保険者	36	51	75	99	90	74	101	143	182	186	196	227	372	821	1,228	0	0	0	0	0	0
男性 人口	525	580	718	685	512	626	736	915	1,045	1,060	1,083	1,111	1,390	1,624	1,467	954	839	540	247	45	6
女性 国保被保険者	37	54	71	77	89	63	74	125	115	122	136	187	337	881	1,165	0	0	0	0	0	0
女性 人口	529	567	691	709	475	523	678	863	949	1,033	1,040	1,050	1,333	1,622	1,369	1,158	1,072	967	703	247	39

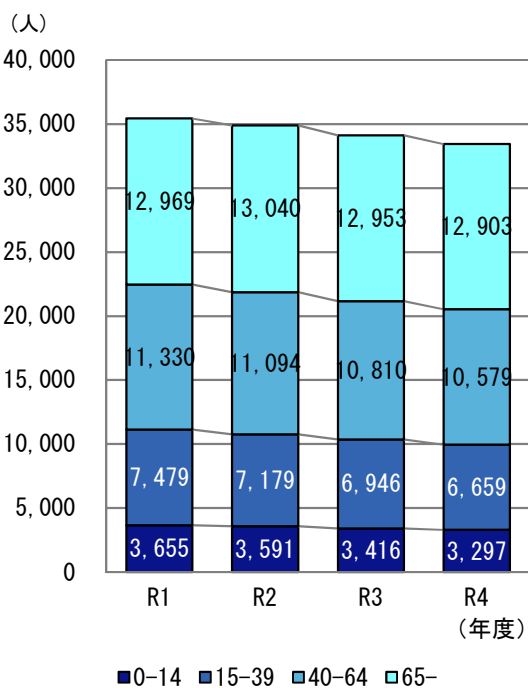
高齢化（65歳以上）の状況（人口）

#2-1 人口の状況 ※住民基本台帳公表データ(年度末集計)

■人口割合の推移



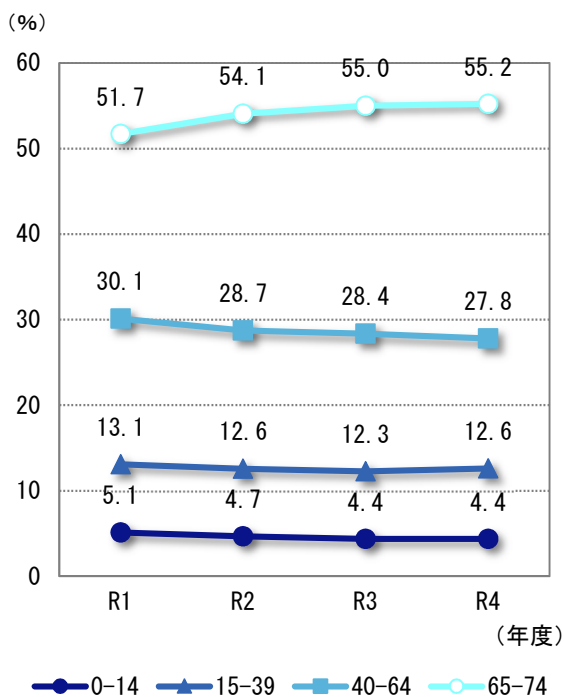
■人口の推移



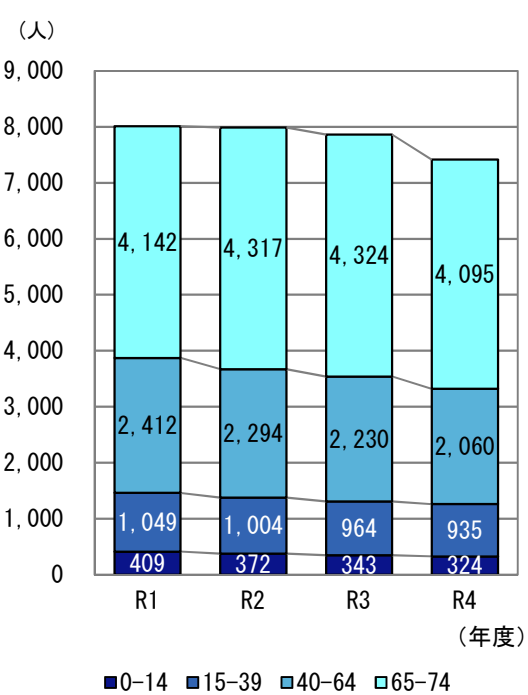
高齢化（65歳以上）の状況（被保険者）

#2-2 国保被保険者の状況

■国保被保険者割合の推移



■国保被保険者数の推移



本市における令和5年3月末現在の総人口は34,325人、同人口に係る国保の加入者は7,414人で、加入率は22.0%です。(図#1)

その内、65歳未満の人口は22,426人であり、同人口に係る国保の加入者は3,319人で、加入率は14.8%です。(図#1)

また、65歳以上の人口は12,899人であり、同人口に係る国保の加入者は4,105人で、加入率は31.8%です。(図#1)

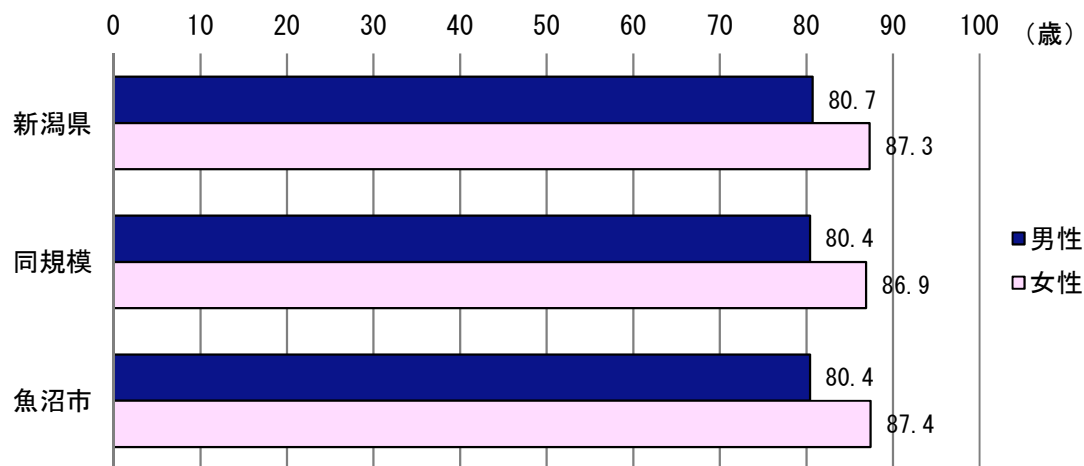
本市では、人口が年々減少しており、また、少子高齢化が進んでいます。特に、高齢者(65歳以上)の割合は、年々増加している状況です。

本市における高齢者の割合は、前期高齢者(65～74歳)と後期高齢者(75歳以上)を合わせ39.6%となり、市民の約4割が高齢者という状況です。※住民基本台帳公表データ

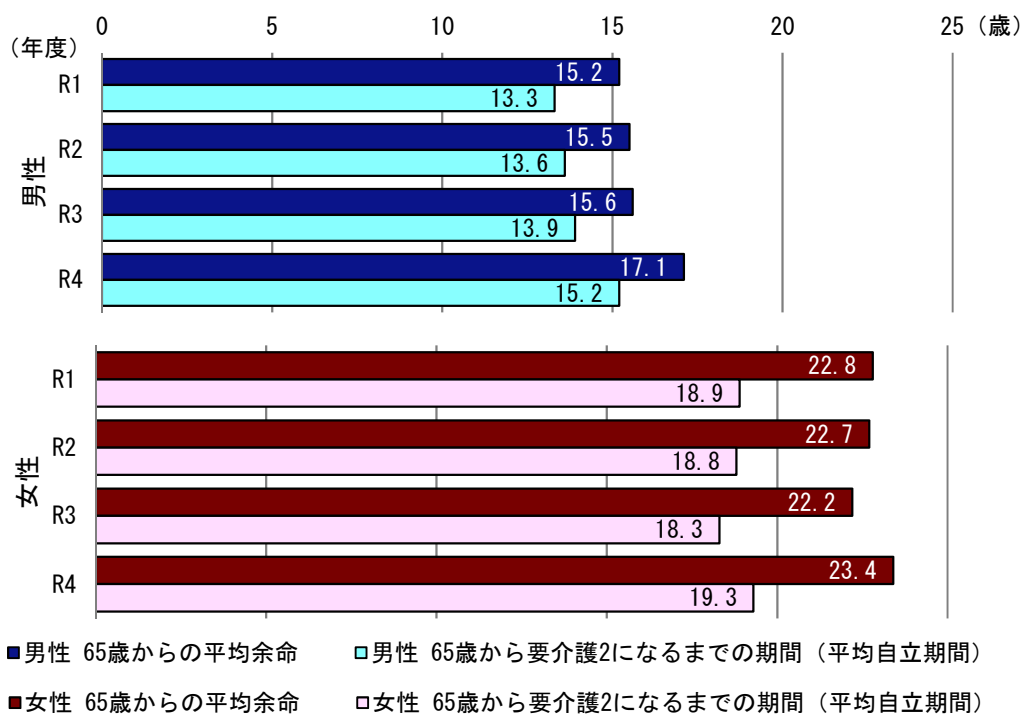
本市の国保加入者に係る高齢者の割合は、前期高齢者(65～74歳)55.2%となり、半数以上が高齢者という状況です。(図#2-1)(図#2-2)

1.2. 平均寿命・健康寿命・死亡者割合・平均余命・介護の状況

#3 平均寿命（令和元年度から令和4年度累計）



#5 平均余命（65歳～）、平均自立期間(要介護2以上)

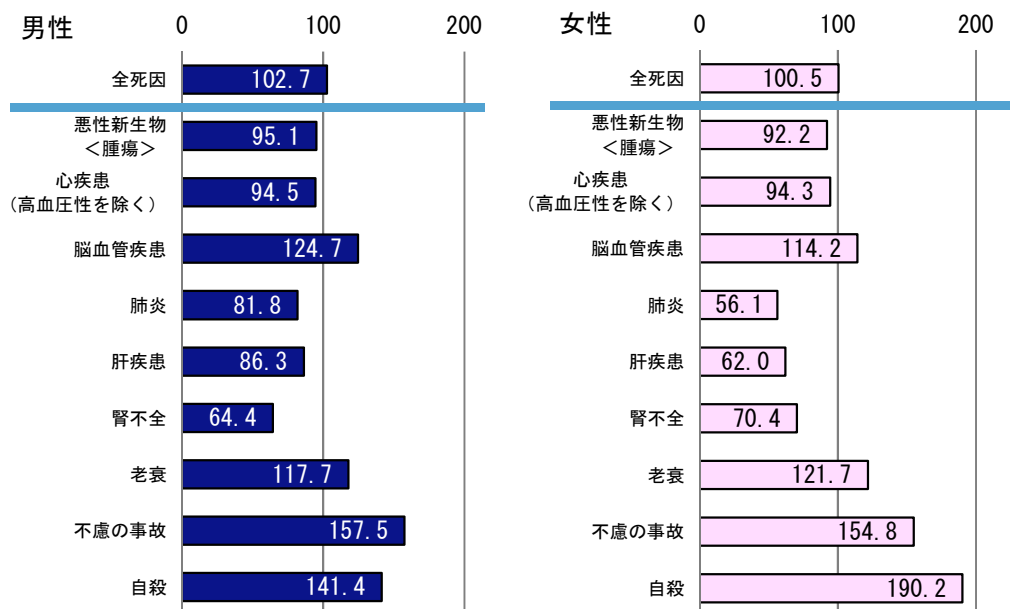


本市の男性は70歳代後半、女性は80歳代前半から日常生活動作の自立が難しくなり始められると思われます。（図#5）

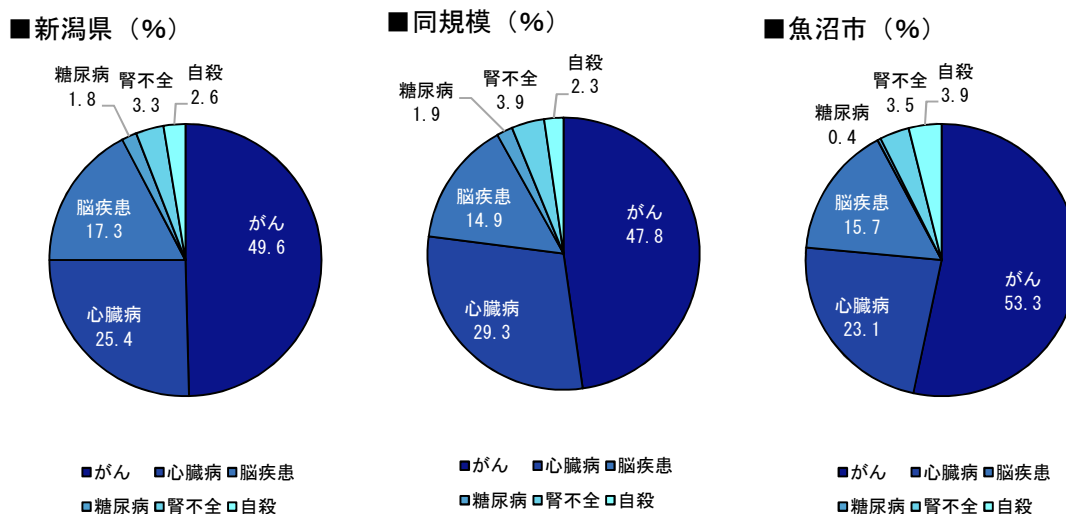
生涯を通じて健やかに暮らすためにも、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」である平均自立期間を伸ばすことが重要です。

標準化死亡比、死因割合

#6 魚沼市の標準化死亡比（令和元年度から令和4年度累計）



#7 死因割合（令和元年から令和4年度累計）



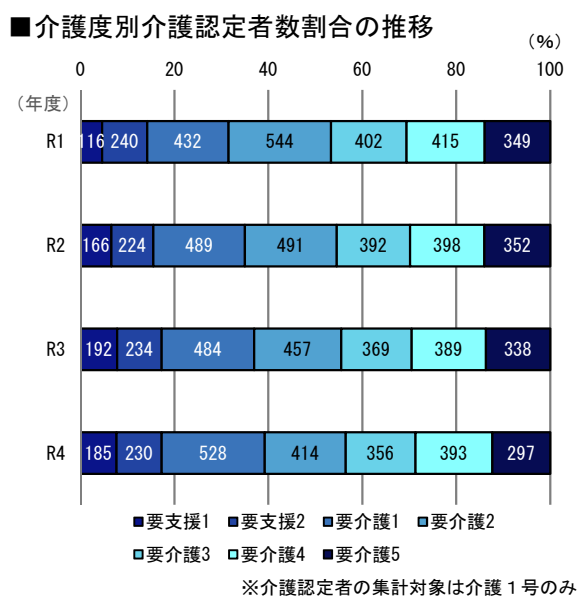
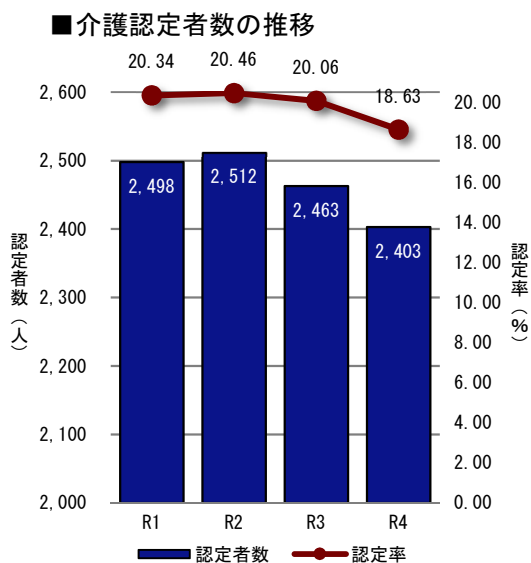
国と比較した標準化死亡比は男女ともに不慮の事故と自殺が多く、魚沼市の自殺率の高さが出ています。生活習慣病予防の普及啓発事業の必要性と共に、「魚沼市いのちを支える自殺対策計画」等との連携が必要です。

また、標準化死亡比では老衰、事故、自殺を除くと男女ともに生活習慣病である脳血管疾患が高くなっています。（図#6）

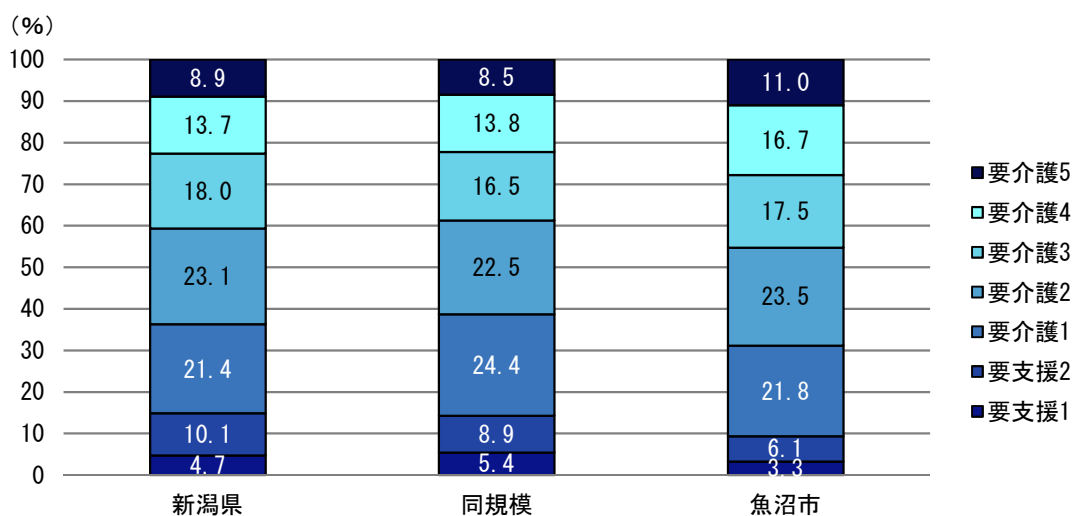
死因割合ではがん、心臓病、脳疾患の順で高くなっています。（図#7）

介護認定者数・介護給付費

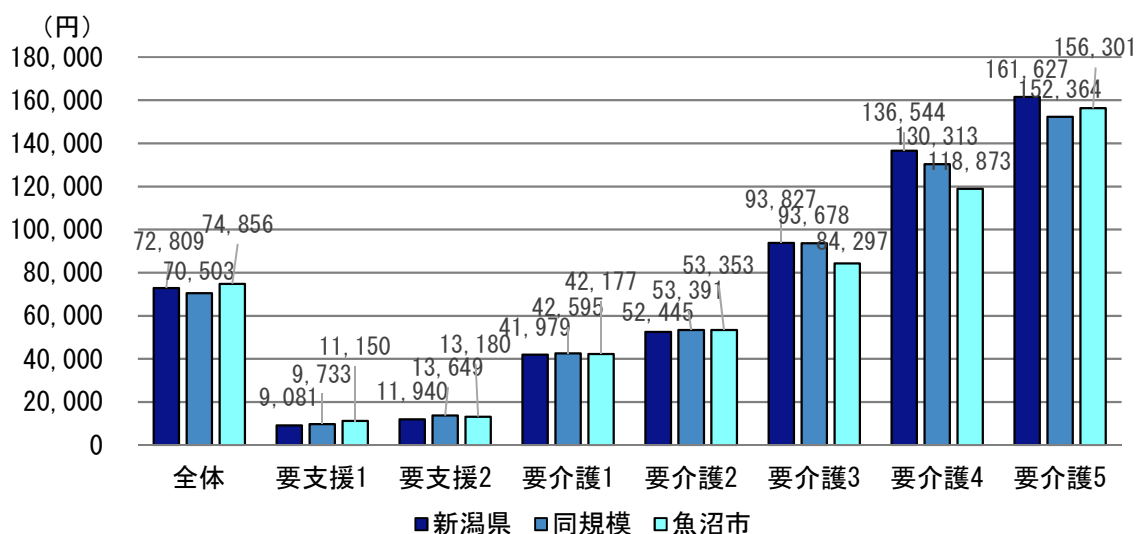
#8 介護度別介護認定者数



#9 介護度別介護給付件数割合 (令和元年度から令和4年度累計)



#10 介護度別介護給付費（1件当たり給付費_令和元年度から令和4年度累計）



要介護認定者数と認定率は減少傾向にあるが、給付件数割合において新潟県や同規模と比較して、要介護2以上の割合が多いです。(図#8) (図#9)

全体の給付費においては新潟県や同規模と比較して高くなっています。(図#10)

2. 第2期市町村国保データヘルス計画の評価

2.1. 計画全体目標の達成状況

① 中長期目標 (様式8より)

中長期目標	アウトカム評価指標	ベースライン	目指す方向性	R4の現状値	評価
1)健診結果において、血圧が140/90以上(受診勧奨判定値)である者の減少	1)アウトカム評価指標血圧が140/90以上(受診勧奨判定値)である者の人数	9.29%(H29)	減少	7.31%(R3)	A
2)健診結果において、HbA1cが6.5%以上(受診勧奨判定値)である者の減少	2)アウトカム評価指標HbA1cが6.5%以上(受診勧奨判定値)である者の人数	8.10%(H29)	減少	8.49%(R3)	B
3)脳血管疾患・虚血性心疾患に対する医療費の増加の抑制	3)アウトカム評価指標脳血管疾患・虚血性心疾患に対する医療費	合計費用額 124百万(H29)	減少	81百万	A
		1件当たり費用額 1,692,376(H29)	減少	745,997	A

② 短期目標 (様式7より)

短期目標	アウトカム評価指標	ベースライン	目指す方向性	R4の現状値	評価
健診結果における高血圧(Ⅱ～Ⅲ度)未治療者割合>	健診結果における高血圧(Ⅲ度)未治療者割合	10.0%(H28年度)	減少	38.9%	B
	健診結果における高血糖(HbA1c8.0以上)未治療者割合	0%(H28年度)	減少	5%	B
健診結果における高血圧(HbA1c6.5以上)未治療者割合	医療機関受診率	49.2%(H28年度)	増加	70%	A
	次年度の健診結果における維持・改善割合	80.6%(H26年度)	増加	100%(R3)	A
	糖尿病予防勉強会参加者の次年度の健診結果における維持・改善割合	53.5%(H26年度)	増加	41.7%(R1)	B
生活習慣の改善状況	毎日飲酒者の割合	32.6%(H28年度)	減少	32.3%	B
	朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を接種している割合	75.8%(R1年度)	減少	77.6%	B
	減塩に取り組んでいる人(適塩を意識している人)	53.5%(H27年度)	増加	66.6%	B
	運動を継続して行っている人の割合	31.4%(H27年度)	増加	39.7%	B
	喫煙者の割合	17.0%(H28年度)	減少	14.4%	B
家庭で血圧を測定する人の割合	家庭で血圧を測定する人の割合	30.2%(H27年度)	増加	51.4%	B
健診結果において、要受診と判定された者のうち、医療機関未受診者	特定健診受診率	53.1%(H28年度)	増加	48.4%	C

	特定保健指導実施率	56.0% (H28 年度)	増加	40.3%	C
	基本健診受診率	55.3% (H28 年度)	増加	65.2%	B
後発医薬品の使用割合	約 2,000 通発送	2,000 通 (H28 年度)	継続 実施	実施 795 通	A
重複・多剤投与者割合	対象者数	5 名 (H28 年度)	減少	4	A
重複・頻回受診者割合の減少	対象者数	5 名 (H28 年度)	減少	4	A

2.2. 保健事業の実施状況

保健事業（様式 6 より）

保健事業（名）	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針・見直しと改善の案
生活習慣病予防教育（健康教育）	<ul style="list-style-type: none"> ・専門用語でなく、市民目線を意識して広報活動ができました。健康に関する強化月間や教室は早めに周知し、タイミングを逃さずに広報できました。 ・健診会場の保健指導で、家庭での血圧測定や減塩の取組の有無について聞き取る際に、これらの必要性も合わせて周知したことで、住民の意識づけになったと考えられます。 ・当初は「夕食後に間食を摂ることが週 3 回以上ある人」（H28 年度 19.4%）が評価項目だったが、H30 度から質問票の項目が「朝昼夕食以外の間食や甘い飲み物を摂る」に変更となったため、「毎日摂る」、「時々」の回答の合算とした。 ・健康づくり市民アンケートは 5 年に 1 回の実施のため、R2 年度以外は特定健診質問票の独自項目を集計したものを【 】内に標記。 ・健康づくり市民アンケートは 5 年に 1 回の実施のため、R2 年度以外は特定健診質問票の「1 日 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか」の項目を KDB から集計し【 】内に標記。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で思うような普及啓発ができませんでしたが、普及啓発活動や教室事業をなどにより多くの方へ生活習慣病予防の取り組みを行っていきます。 ・減塩、運動、血圧測定の指標数値についてはベースラインと実績値に 5 年に一度の健康づくり市民アンケートを活用していましたが、経年的に評価できるよう指標の見直しが必要です。
特定健康診査受診率向上事業	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率は、新型コロナウイルス感染症流行時の R2 年度よりは改善しました、その後の受診率の伸びがゆるやかになっています。 ・R3 年度から、県ヘルスアップ事業を活用し、ナッジ理論を活用した特定保健指導の受診勧奨を実施しました。 ・基本健診の申込者の受診率は増加しており、若年から健診受診の必要性について意識の向上がはかられたと考えられます。 ・毎年の定期的な広報誌での周知により、健診の実施を広く知らせることができています。 ・未受診者勧奨を必要な回数実施できました 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和 5 年度から特定健診個別健診開始を開始し、医療機関受療中の特定健診未受診者層の受診増加をはかります。 ・基本健診の目標値については、人口を母数とした受診率の出し方にする等、見直しが必要です。
特定保健指導実施率向上事業	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者にとって利便性がよく、健康意識が高い健診受診時に行う初回面接の分割実施を導入したことで、実施率が微増傾向にあります 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接の未実施者や途中終了者への利用勧奨

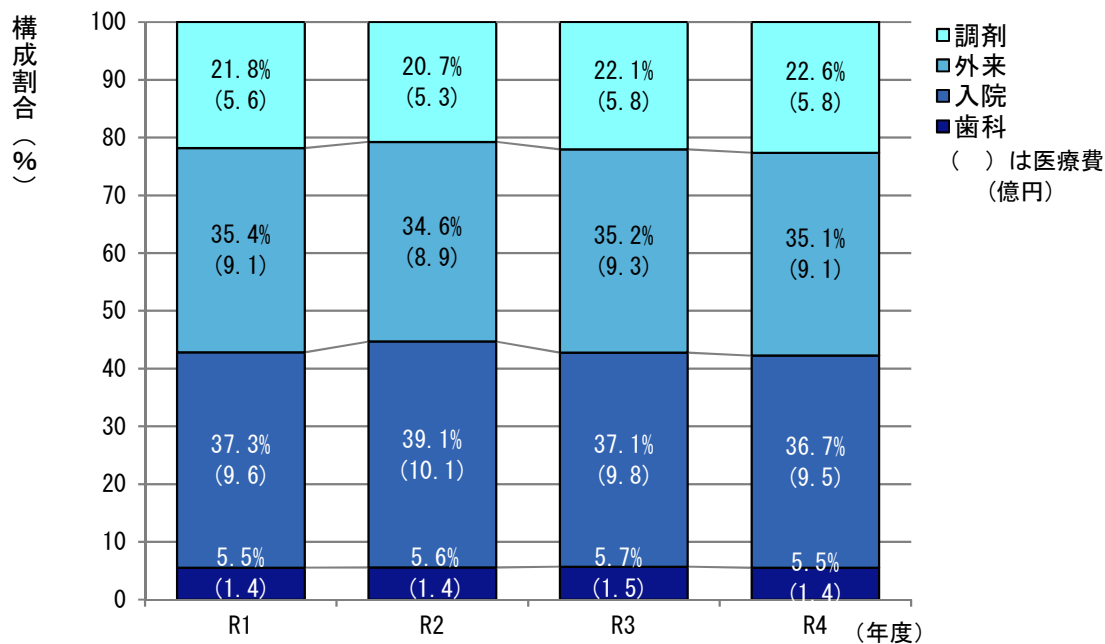
	<p>す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会にて、健康運動指導士による+10運動を実施し、運動の行動目標の設定の支援や取り組みの継続につながる働きかけができています。 ・広報誌等への掲載はしていませんが、健診会場で対象になる可能性がある人へ、広く利用の呼びかけができています。 	<p>方法について、検討していく必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連続して保健指導対象者となる方への効果的な介入方法についても検討していく必要があります。
生活習慣病重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果返却時だけでなく、健診会場の保健指導で受診の必要性について伝えているため、受診の必要性を理解している方が増加したと考えられます。 ・対象者数が少ないため、年度ごとに未治療者割合が変動しています。 ・糖尿病予防勉強会は現在実施していないため、評価できません。 ・受診勧奨の実施については、訪問して不在の場合は日や時間を変えたり、電話等別の手段でもアプローチしたりすることで、対象者全員に受診勧奨を行うことができました。 ・対象者②の医療機関受診率を示す。R2年度までは、受療中の者も対象者に含んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨を単年で終わりにせず、翌年の健診結果を確認し、継続して受診勧奨・保健指導を行う必要があります。 ・次年度比較や参加者数の比較は参加人数が少ない場合がある為、評価指標の内容及び算出方法について検討が必要です。
複・頻回受診者、重複・多剤服用者対策	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・多受診の理由の多くが、「痛みが強かった」「かかりつけ医が遠く、近くの病院を受診した」等であり、訪問時には重複・多受診が解消されているケースが多かった。一方で「体調が悪く過剰内服した」というケースもあり、継続した支援が必要なケースもあったため、対象者への訪問は継続していく必要があります。 ・対象者には、重複・多受診という認識がないため、引き続き、様々な機会を捉えて、重複・多受診とならないように周知していく必要があります。 	<p>新たに対象となる方もいるため、対象者数の減少は見られませんが、訪問した方の半数以上に改善が見られたことから一定の効果は上がっています。</p>
後発医薬品の利用勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・差額通知を発送することにより、後発医薬品の使用に関し意識を持つ方や、後発医薬品に切り替える方もいると思われるので、今後も周知を図っていく必要があります。 	<p>後発医薬品に切り替える方の増加や被保険者数の減少により差額通知の発送数は減少しているため、後発医薬品の使用割合を評価指標へ変更するのはどうか。</p>

3. レセプトデータ・健診データの分析結果

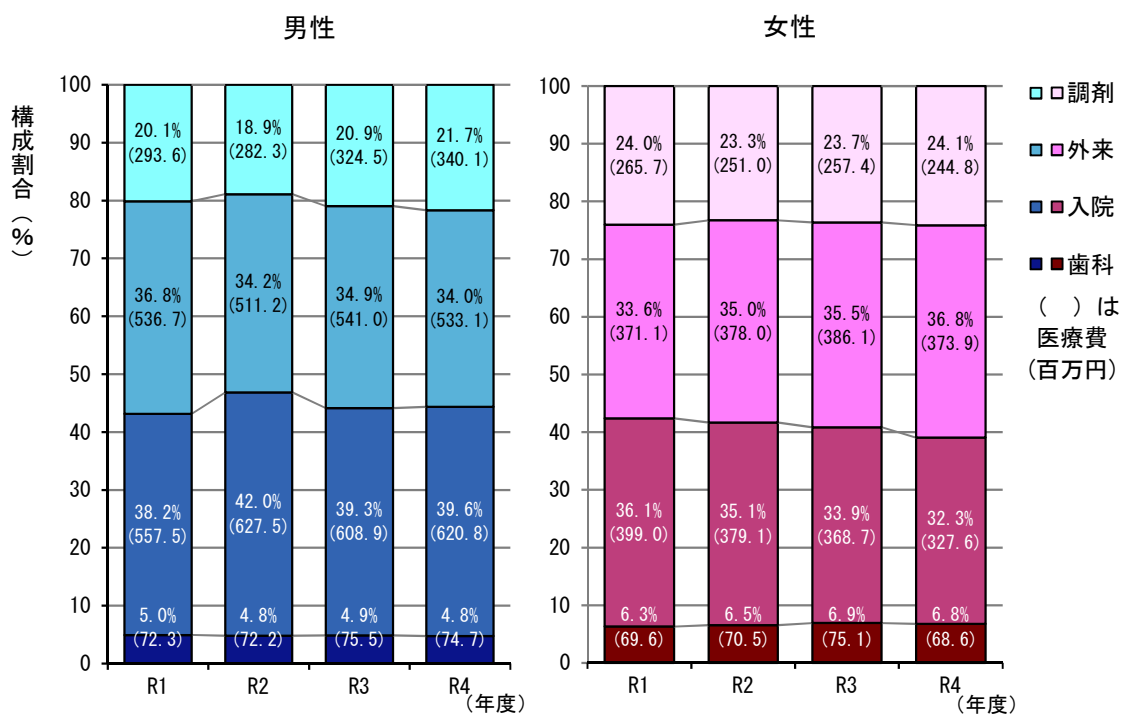
3.1. 医療費・疾病構造の状況

3.1.1. 医療費の概要

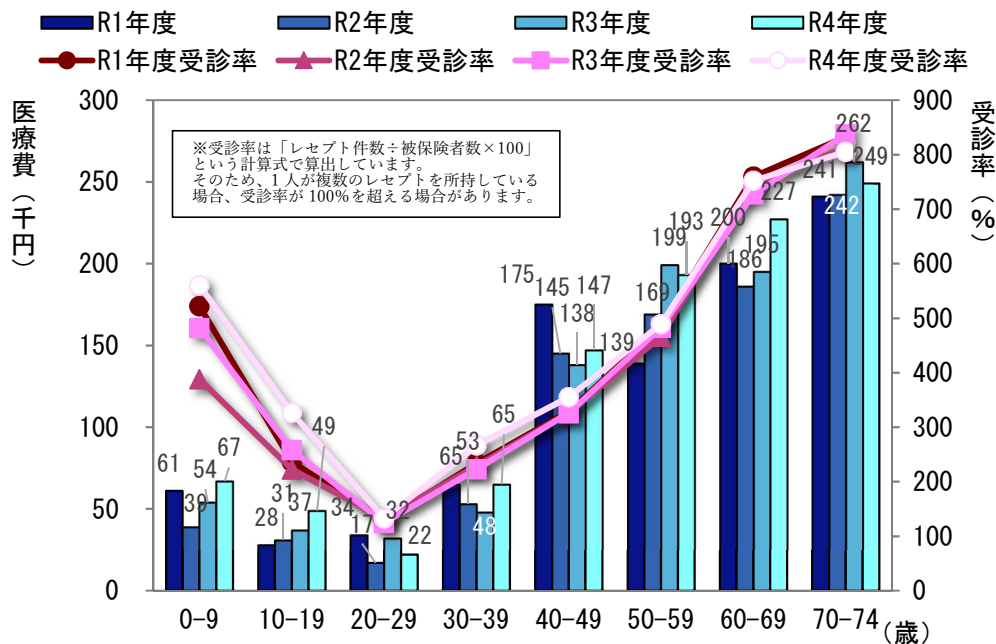
#11-1 レセプト種別ごとの医療費構成割合



#11-2 レセプト種別ごとの医療費構成割合 (性別)



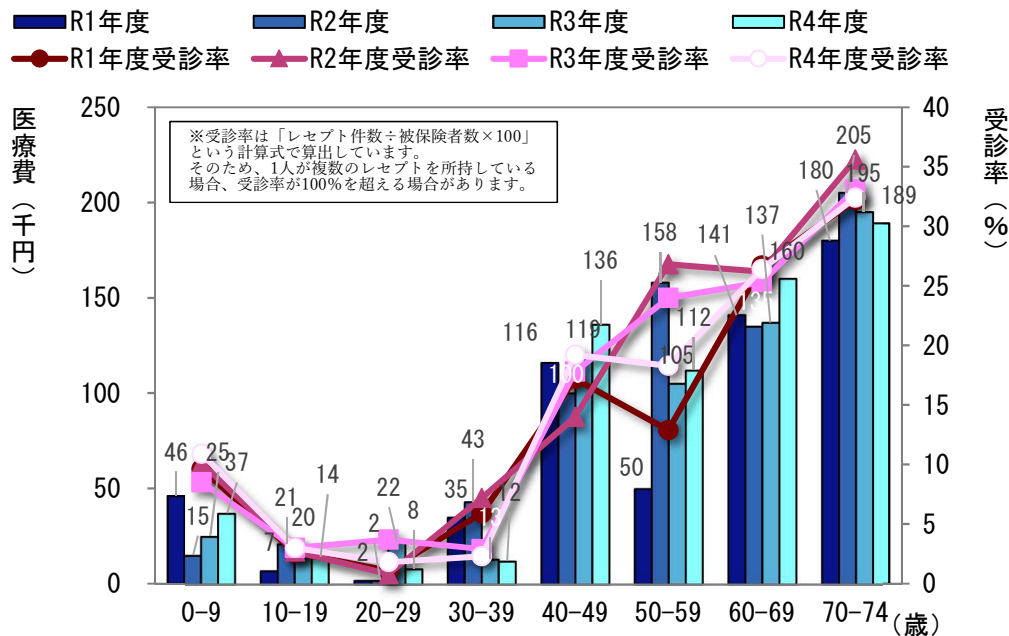
#11-3 1人当たりの医療費・受診率（男性・外来）



■医療費

年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	61	28	34	65	175	139	200	241
R2年度	39	31	17	53	145	169	186	242
R3年度	54	37	32	48	138	199	195	262
R4年度	67	49	22	65	147	193	227	249

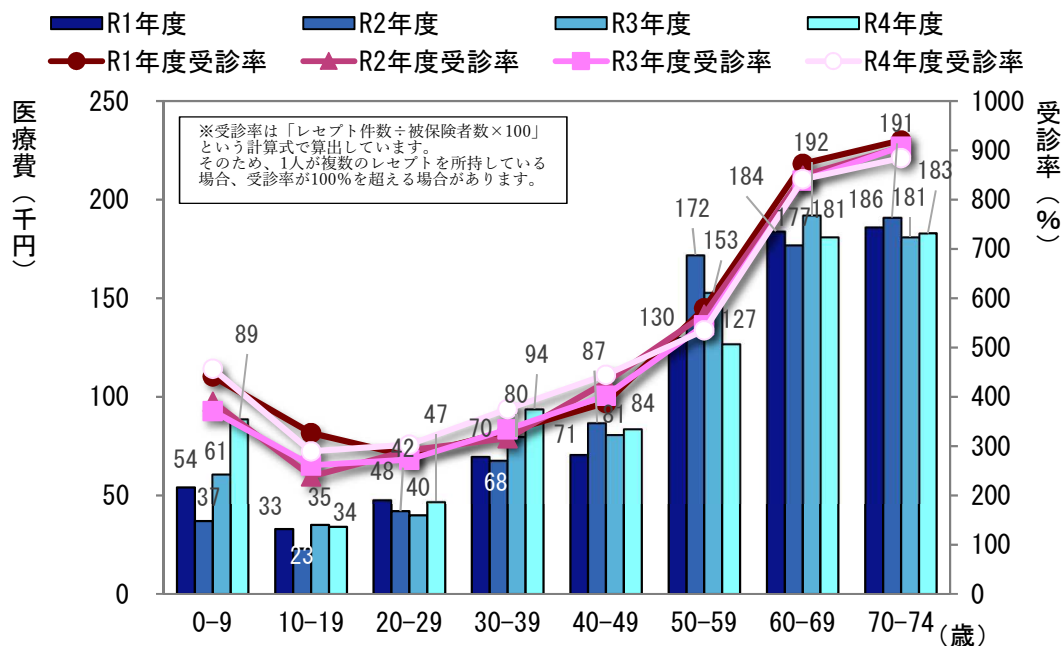
#11-4 1人当たりの医療費・受診率（男性・入院）



■医療費

年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	46	7	2	35	116	50	141	180
R2年度	15	21	2	43	100	158	135	205
R3年度	25	20	22	13	119	105	137	195
R4年度	37	14	8	12	136	112	160	189

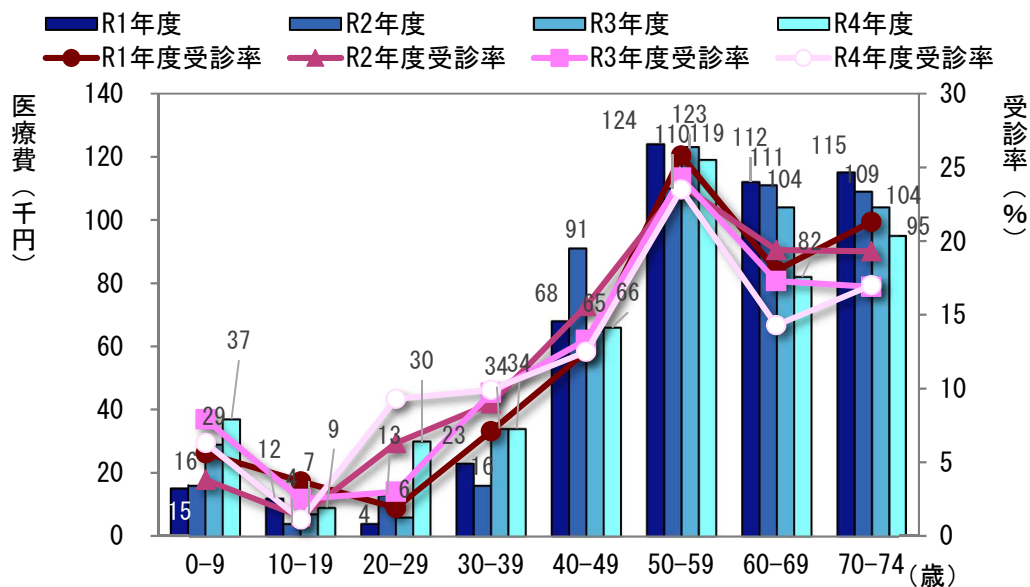
#11-5 1人当たりの医療費・受診率（女性・外来）



■医療費

年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	54	33	48	70	71	130	184	186
R2年度	37	23	42	68	87	172	177	191
R3年度	61	35	40	80	81	153	192	181
R4年度	89	34	47	94	84	127	181	183

#11-6 1人当たりの医療費・受診率（女性・入院）

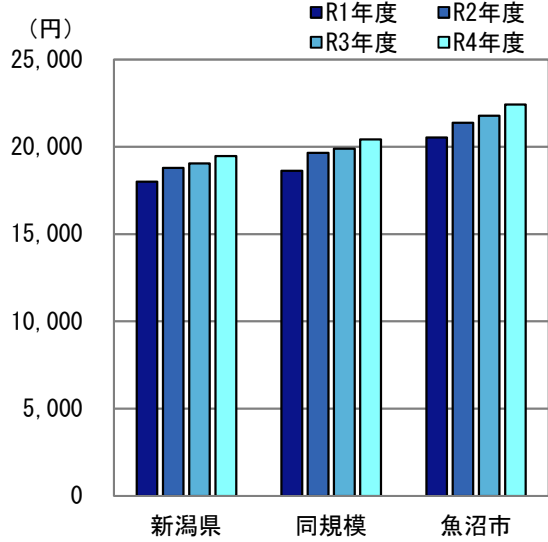


■医療費

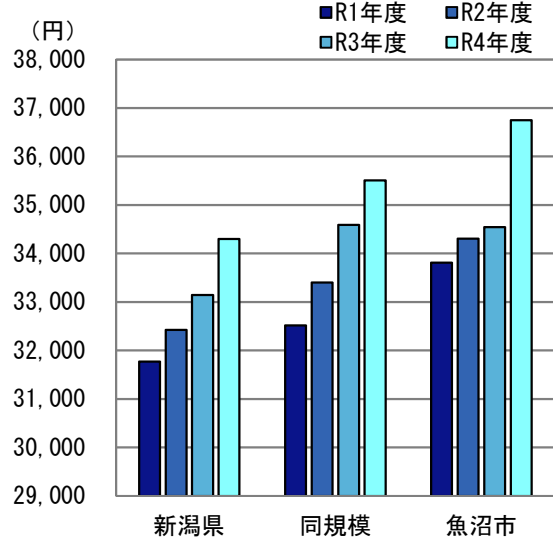
年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	15	12	4	23	68	124	112	115
R2年度	16	4	13	16	91	110	111	109
R3年度	29	7	6	34	65	123	104	104
R4年度	37	9	30	34	66	119	82	95

#12 受診率（レセプト件数当たり）、受診日数（1日当たり医療費）

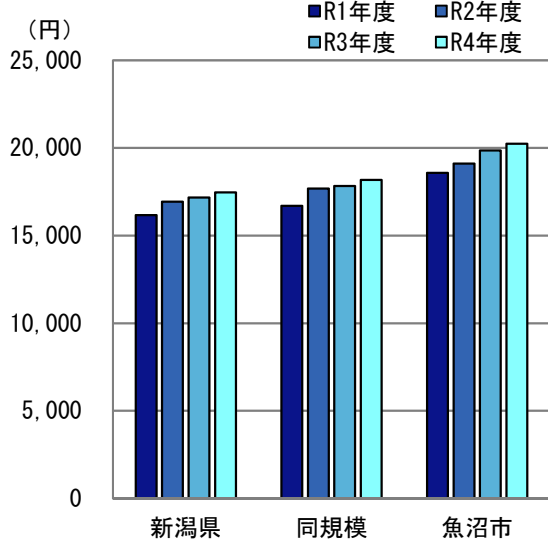
■1日当たりの医療費（合計）



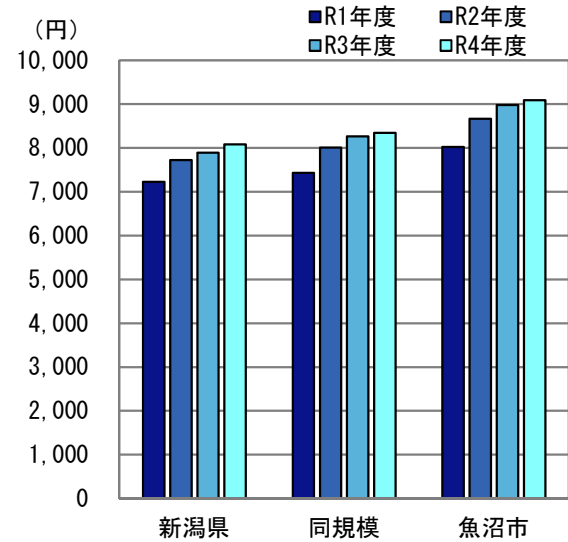
■1日当たりの医療費（入院）



■1日当たりの医療費（外来）



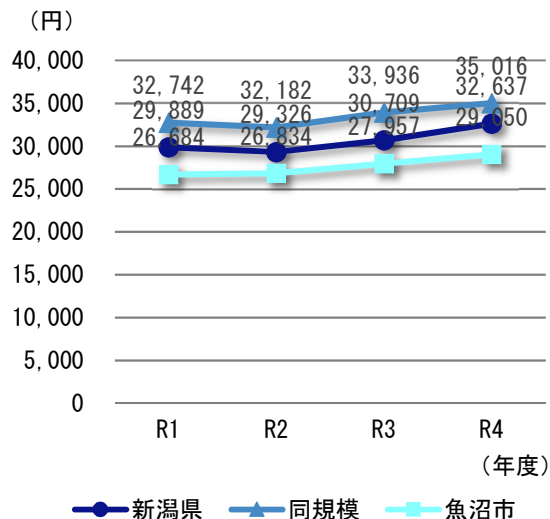
■1日当たりの医療費（歯科）



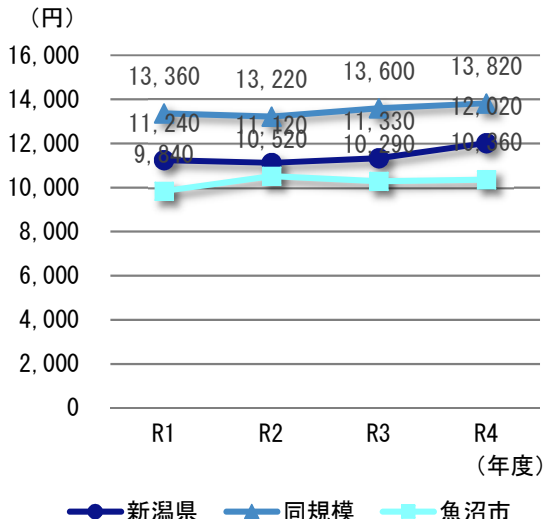
レセプト種類別の一人当たり月間医療費

#13 入院・外来・歯科

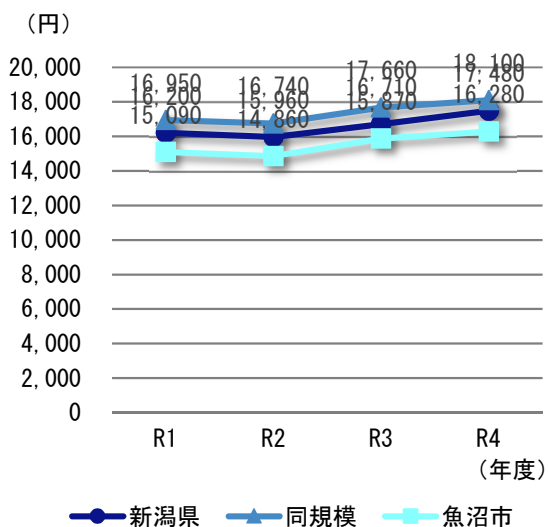
■1人当たりの月間医療費（合計）



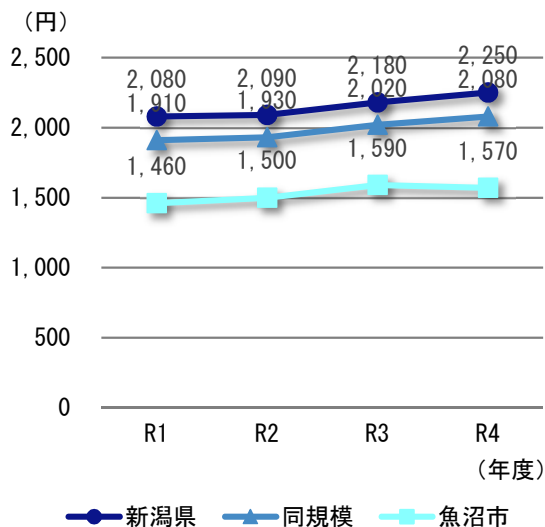
■1人当たりの月間医療費（入院）



■1人当たりの月間医療費（外来）



■1人当たりの月間医療費（歯科）



※医療費は全て12ヶ月の平均

■1人当たりの月間医療費（合計）

年度	新潟県	同規模	魚沼市
R1	29,889	32,742	26,684
R2	29,326	32,182	26,834
R3	30,709	33,936	27,957
R4	32,637	35,016	29,050

■1人当たりの月間医療費（入院）

年度	新潟県	同規模	魚沼市
R1	11,240	13,360	9,840
R2	11,120	13,220	10,520
R3	11,330	13,600	10,290
R4	12,020	13,820	10,360

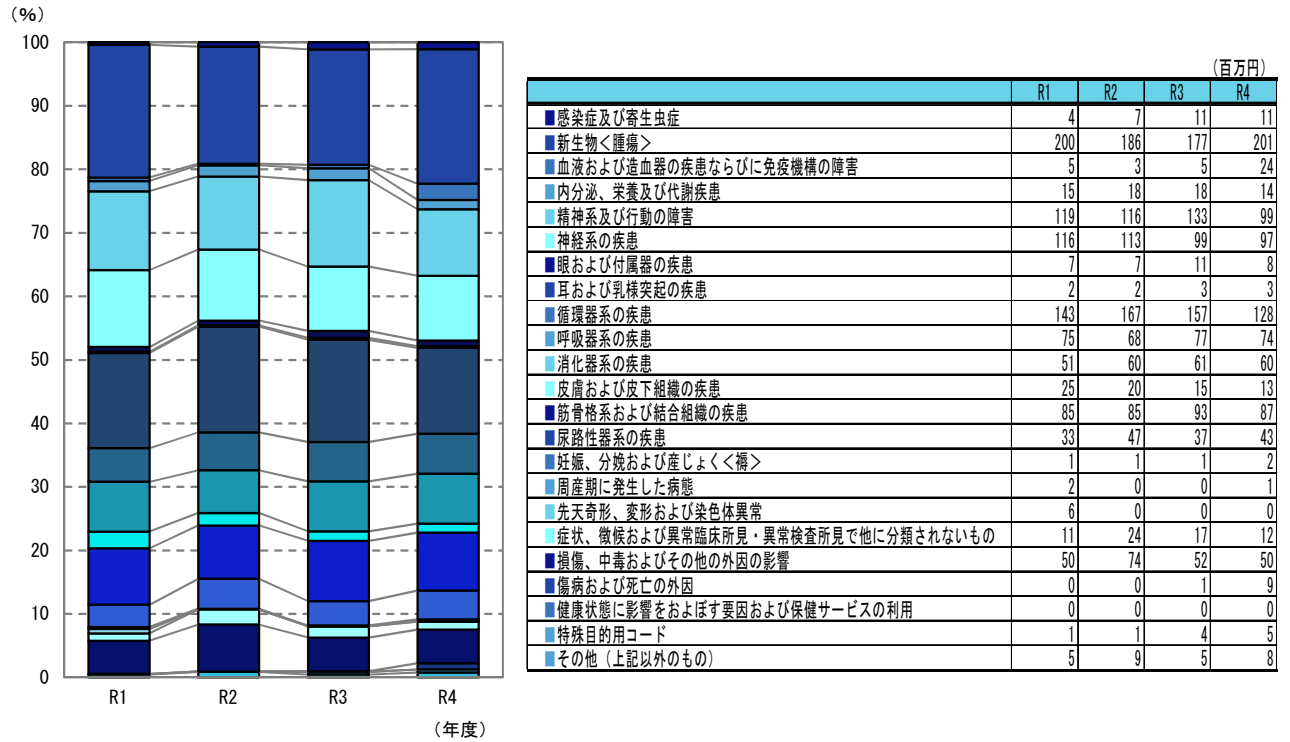
■1人当たりの月間医療費（外来）

年度	新潟県	同規模	魚沼市
R1	16,200	16,950	15,090
R2	15,960	16,740	14,860
R3	16,710	17,660	15,870
R4	17,480	18,100	16,280

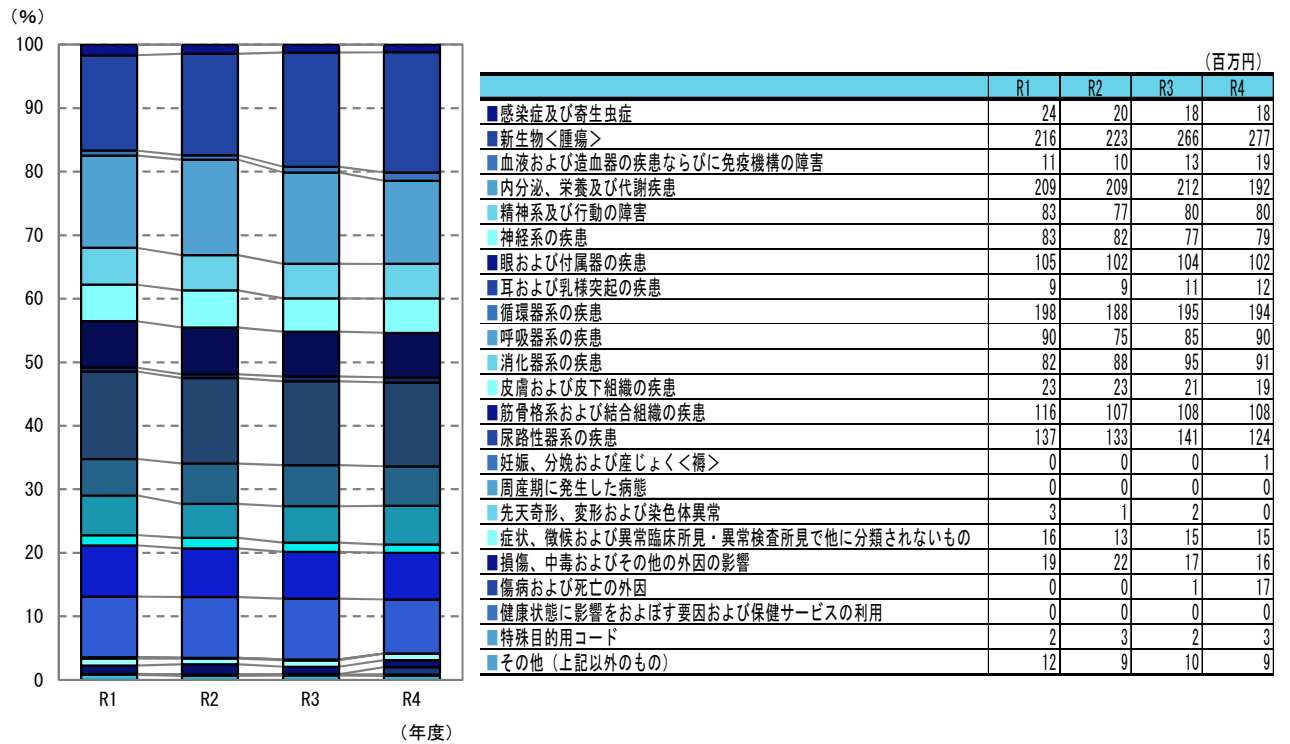
■1人当たりの月間医療費（歯科）

年度	新潟県	同規模	魚沼市
R1	2,080	1,910	1,460
R2	2,090	1,930	1,500
R3	2,180	2,020	1,590
R4	2,250	2,080	1,570

#14-1 疾病別医療費推移 (ICD10 大分類・入院)



#14-2 疾病別医療費推移 (ICD10 大分類・外来)



総医療費は R1:25.7 億円、R2:25.7 億円、R3:26.4 億円、R4:25.8 億円と被保険者が減少している一方で横ばいとなっています。(図 # 11-1)

男女別の医療費は

[男性 R1：14 億 6 千万、R2：14 億 9 千万、R3：15 億 5 千万、R4：15 億 7 千万]

[女性 R1：11 億 1 千万、R2：10 億 8 千万、R3：10 億 9 千万、R4：10 億 2 千万]

と女性よりも男性の医療費がかかっており、また増加傾向にあります。(図 # 11-2)

1 日当たりの医療費については入院、外来、歯科全てで、新潟県や同規模よりも高い医療費となっています。特に入院の 1 日当たりの医療費が高くなっています。(図 # 12)

月平均の一人当たり医療費については、県や同規模市と比較して低くなっています。これは魚沼市の被保険者が健康に気を付けて医療費が抑えられていると考えられます。(図 # 13)

入院医療費を大分類で見ると、新生物、循環器系の疾患、精神系および行動の障害の順に高くなっています。(図 # 14-1)

外来医療費を大分類で見ると、新生物、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患の順に高くなっています。(図 # 14-2)

新生物、循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患が、高い水準で推移しています。

3.1.2. 高額医療費の発生状況

#15 高額医療費者の疾病状況 (令和 5 年 3 月)

人数	高額医療費 全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全		がん	
		人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額
156人		7人		5人		18人		47人	
		4.5%		3.2%		11.5%		30.1%	
年代別	40歳未満	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	40～44歳	0人	0円	0人	0円	3人	113万円	0人	0円
	45～49歳	1人	114万円	0人	0円	1人	42万円	0人	0円
	50～54歳	2人	114万円	0人	0円	3人	115万円	2人	127万円
	55～59歳	0人	0円	1人	40万円	0人	0円	4人	472万円
	60～64歳	1人	93万円	0人	0円	2人	86万円	9人	604万円
	65～69歳	1人	90万円	0人	0円	4人	156万円	15人	1,239万円
70～74歳	2人	99万円	4人	222万円	5人	301万円	17人	1,266万円	
医療費	1.0億円	511万円		263万円		814万円		3,708万円	
		4.9%		2.5%		7.8%		35.7%	

[参考：令和 4 年 3 月]

人数	高額医療費 全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全		がん	
		人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額
155人		7人		4人		27人		47人	
		4.5%		2.6%		17.4%		30.3%	
年代別	40歳未満	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	40～44歳	0人	0円	0人	0円	3人	125万円	0人	0円
	45～49歳	2人	151万円	0人	0円	2人	81万円	1人	81万円
	50～54歳	0人	0円	0人	0円	1人	47万円	0人	0円
	55～59歳	0人	0円	0人	0円	3人	124万円	2人	70万円
	60～64歳	0人	0円	1人	114万円	3人	158万円	8人	664万円
	65～69歳	2人	131万円	1人	78万円	7人	325万円	10人	806万円
70～74歳	3人	142万円	2人	136万円	8人	1,034万円	26人	2,269万円	
医療費	1.0億円	424万円		328万円		1,893万円		3,890万円	
		4.1%		3.2%		18.2%		37.4%	

令和5年3月時点で80万円以上の高額レセプトがあるのは156人（R4.3月：155人）、内がんの割合は47人（30.1%）（R4.3月：47人（30.3%））、生活習慣病に該当するのは30人（19.2%）（R4.3月：38人）でした。

また、高額医療費全体のうち65歳以上が30.7%（48人）（R4.3月：83.5%（71人））となっています。

医療費割合では総額1億円のうち、がんで3,708万円（35.7%）（R4.3月：3,890万円（37.4%））、生活習慣病は1,588万円（15.9%）（R4.3月：2,645万円（26.5%））となります。また、高額医療費全体のうち65歳以上が3,373万円（33.7%）（R4.3月：4,921万円（49.2%））となります。（図#15）

80万円以上の高額レセプト、高額医療費は人数の変動により数百万の増減となります。重症化させないことが医療費の削減につながります。生活習慣病重症化予防の必要性が示されています。

3.1.3. 長期入院者の状況

#16 長期入院者の疾病状況（令和5年3月）

	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	23人	10人	1人	1人
		43.5%	4.3%	4.3%
費用額	1,285万円	410万円	114万円	64万円
		31.9%	8.9%	5.0%

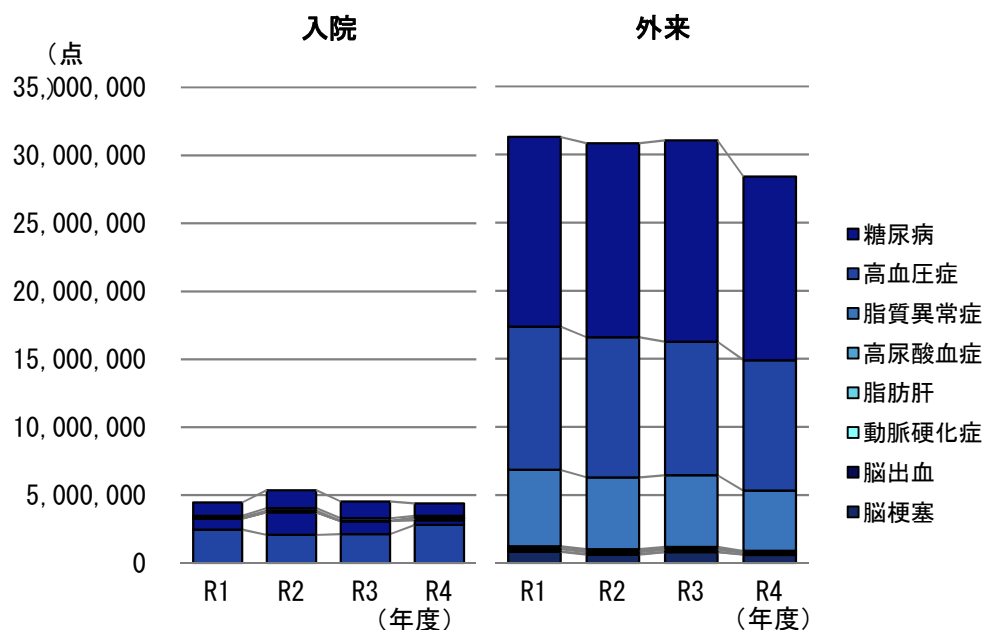
[参考：令和4年3月]

	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	39人	17人	2人	3人
		43.6%	5.1%	7.7%
費用額	1,950万円	634万円	201万円	205万円
		32.5%	10.3%	10.5%

令和5年3月時点で、6か月以上の長期入院該当者は23人、うち精神疾患が10人と多くを占めています。

3.1.4. 生活習慣病関連疾患医療費の状況

#17 生活習慣病関連疾患の医療費（入院・外来）



■入院 (点)

生活習慣病疾患	R1	R2	R3	R4
糖尿病	986,484	1,320,574	1,226,360	916,082
高血圧症	121,378	194,490	194,156	134,706
脂質異常症	40,390	112,591	14,188	19,190
高尿酸血症	40,971	0	0	0
脂肪肝	0	0	9,676	44,737
動脈硬化症	0	0	0	124,211
脳出血	805,383	1,661,017	947,038	340,007
脳梗塞	2,468,205	2,084,510	2,138,931	2,816,676

■外来 (点)

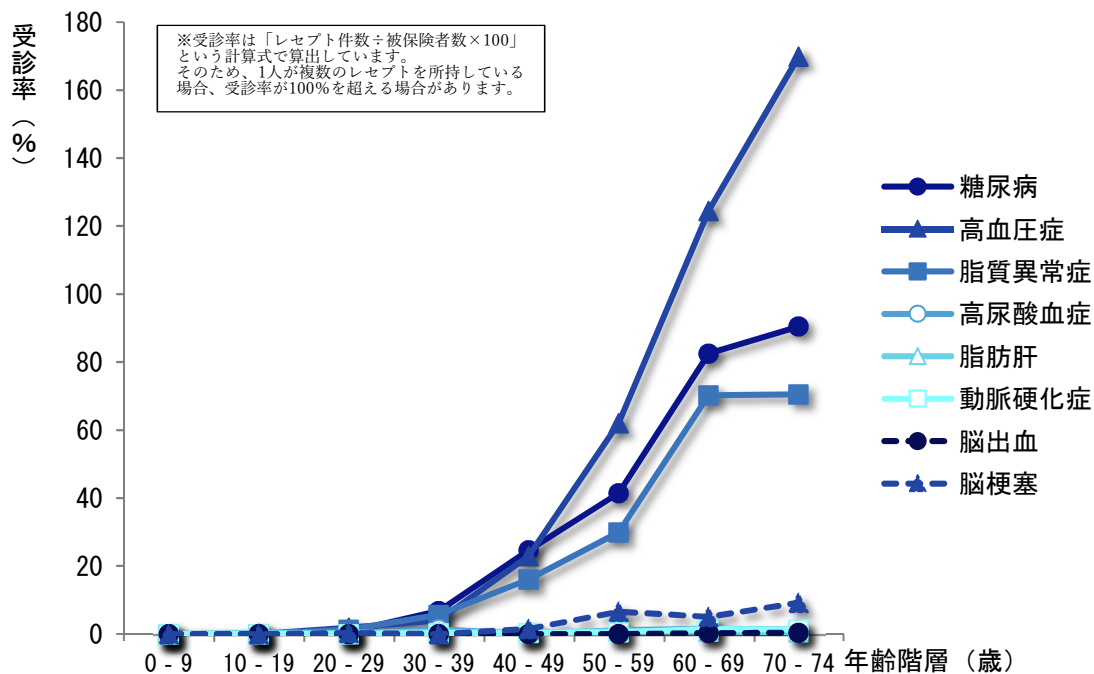
生活習慣病疾患	R1	R2	R3	R4
糖尿病	13,920,874	14,230,053	14,767,663	13,481,082
高血圧症	10,521,032	10,295,748	9,816,397	9,584,164
脂質異常症	5,605,542	5,265,110	5,255,066	4,418,004
高尿酸血症	109,745	102,784	123,867	66,268
脂肪肝	114,383	100,088	85,136	81,436
動脈硬化症	161,479	149,535	159,284	115,154
脳出血	15,651	39,987	7,783	28,695
脳梗塞	837,525	634,538	815,690	609,589

■疾患別件数 (件)

生活習慣病疾患	入院				外来			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	32	41	33	26	4,702	4,835	5,013	4,617
高血圧症	10	15	10	4	8,203	8,118	7,896	7,688
脂質異常症	3	3	1	3	4,019	3,925	4,097	3,726
高尿酸血症	2	0	0	0	112	100	124	82
脂肪肝	0	0	1	1	55	50	40	45
動脈硬化症	0	0	0	1	74	66	68	73
脳出血	11	28	14	5	14	17	6	11
脳梗塞	50	37	36	48	391	352	390	353

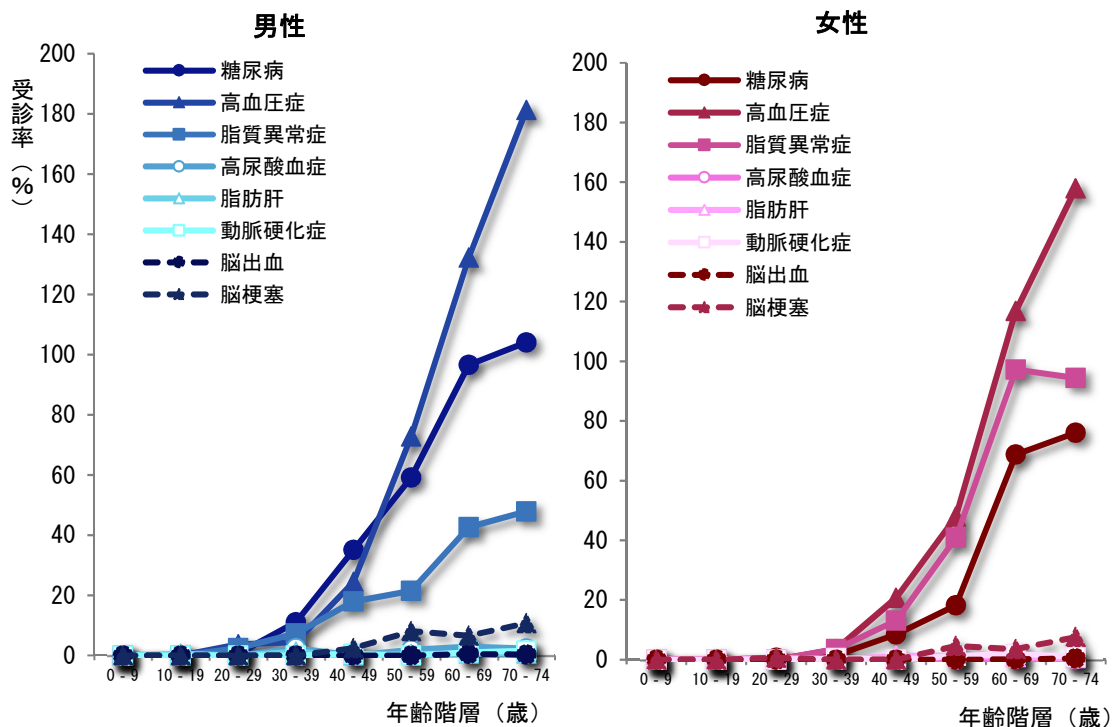
1人当たり医療費・受診率(性別・年齢別_令和元年度から令和4年度累計_入院外来合算)

#18-1 疾病別・年齢階層別受診率



	(%)							
	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 74
糖尿病	0.0	0.0	0.6	6.8	24.6	41.4	82.5	90.4
高血圧症	0.0	0.0	1.9	4.1	23.0	62.1	124.5	169.9
脂質異常症	0.0	0.0	1.3	5.6	16.0	29.9	70.2	70.5
高尿酸血症	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	1.1	1.6	1.3
脂肪肝	0.0	0.3	0.3	0.7	0.5	0.8	0.7	0.6
動脈硬化症	0.0	0.0	0.0	0.2	0.3	0.5	1.5	1.3
脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.4
脳梗塞	0.0	0.0	0.3	0.0	1.5	6.6	5.1	9.2

#18-2 疾病別・年齢階層別受診率（性別__令和元年度から令和4年度累計__入院外来合算）



■ 受診率 男性 (%)

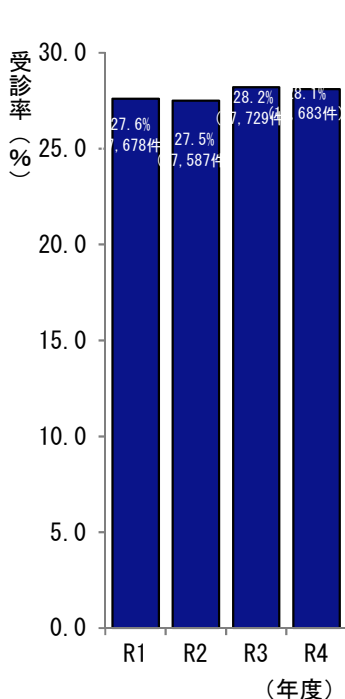
	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 74
糖尿病	0.0	0.0	0.6	11.1	35.1	59.1	96.6	104.1
高血圧症	0.0	0.0	3.7	4.5	24.5	72.8	132.3	181.3
脂質異常症	0.0	0.0	2.4	7.4	17.9	21.5	42.7	47.9
高尿酸血症	0.0	0.0	0.0	2.5	0.0	1.9	2.9	2.3
脂肪肝	0.0	0.6	0.0	1.2	0.0	0.5	0.7	0.7
動脈硬化症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	1.0	1.6
脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.3
脳梗塞	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4	8.0	6.6	10.7

■ 受診率 女性 (%)

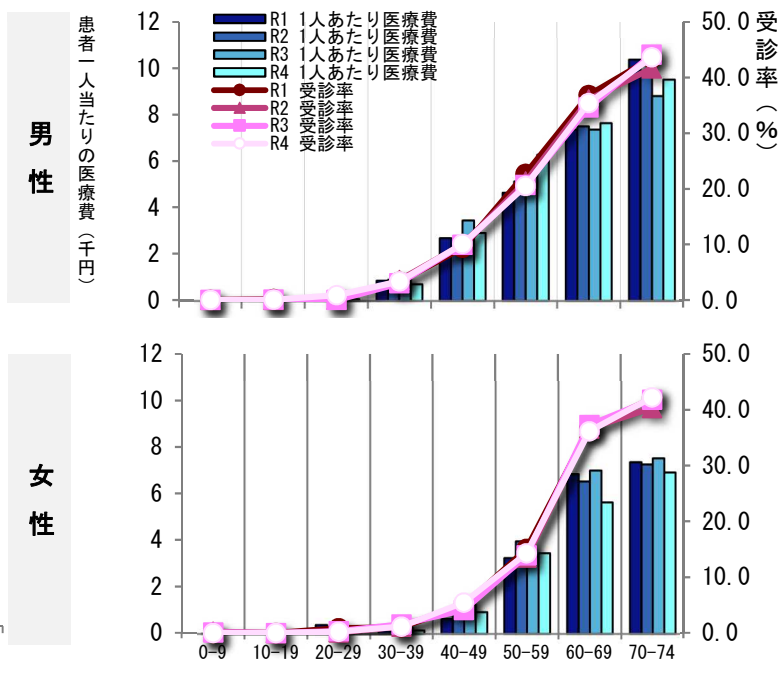
	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 74
糖尿病	0.0	0.0	0.7	1.5	8.4	18.3	68.7	76.1
高血圧症	0.0	0.0	0.0	3.5	20.7	48.0	116.8	157.9
脂質異常症	0.0	0.0	0.0	3.5	13.1	40.9	97.2	94.3
高尿酸血症	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
脂肪肝	0.0	0.0	0.7	0.0	1.3	1.2	0.8	0.5
動脈硬化症	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	1.2	2.0	0.9
脳出血	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4
脳梗塞	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	4.6	3.5	7.6

#18-3 年度別受診率、1人あたり医療費・受診率（性年齢別）※入院外来合算

■年度別 受診率



■年齢階層別1人あたり医療費・受診率（経年比較）



■年度別 受診率

年度	受診率 (%)	受診率 (レセプト件数)
R1	27.6	27.6% (17,678件)
R2	27.5	27.5% (17,587件)
R3	28.2	28.2% (17,729件)
R4	28.1	28.1% (16,683件)

■受診率 (%)

性別	年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
男性	R1	0.0	0.2	0.1	3.3	9.4	22.7	36.8	43.5
	R2	0.0	0.0	0.1	3.6	10.0	21.3	36.0	41.6
	R3	0.0	0.1	0.0	3.0	9.9	20.7	34.6	44.1
	R4	0.0	0.1	0.8	3.3	10.1	20.5	35.4	43.6
女性	R1	0.0	0.0	0.8	1.0	4.8	15.1	36.6	42.0
	R2	0.2	0.0	0.1	1.2	5.2	13.5	36.7	40.3
	R3	0.1	0.0	0.3	1.5	4.1	13.9	37.3	41.8
	R4	0.0	0.0	0.2	1.1	5.4	14.3	36.2	42.2

■医療費 (千円)

性別	年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
男性	R1	0	0	0	1	3	5	7	10
	R2	0	0	0	1	3	5	7	10
	R3	0	0	0	1	3	5	7	9
	R4	0	0	0	1	3	6	8	9
女性	R1	0	0	0	0	1	3	7	7
	R2	0	0	0	0	1	4	7	7
	R3	0	0	0	0	1	3	7	8
	R4	0	0	0	0	1	3	6	7

生活習慣病関連の医療費を入院外来別で見ると、入院について医療費は横ばいで、その中でも脳梗塞が一番多くなっており、増加傾向にあります。(図#17)

外来については、医療費は糖尿病、高血圧症、脂質異常症の順に高くなっていますが、件数では高血圧が最も多くなっています。

糖尿病、高血圧症、脂質異常が外来件数の96.5%をしめていますが、生活習慣病関連全体の外来医療費は緩やかな減少傾向にあります。今後も引き続き、生活習慣病に対する普及啓発、特定保健指導の実施、生活習慣病重症化予防の取り組みの必要性が示されています。(図#17)

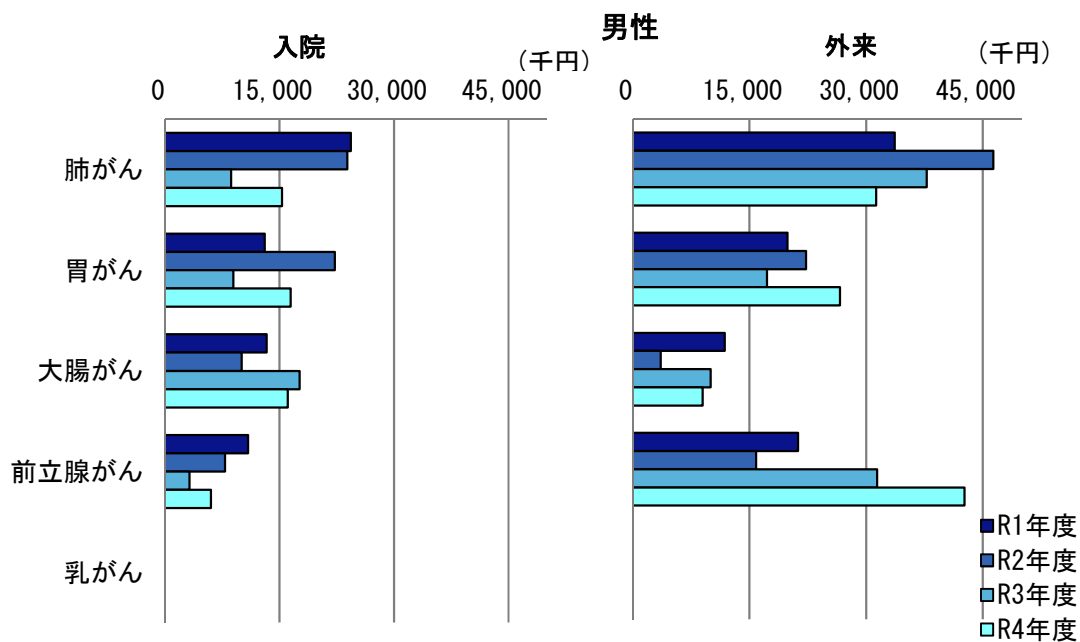
疾病別・年齢階層別受診率では男女ともに、高血圧症、糖尿病、脂質異常症が高くなっています。男性は40代から上記疾病の受診率が高くなり、その後も増加し続けています。

女性は40代後半から受診率が高くなりますが、60代から70代にかけて脂質異常症は減少しています。また、男女で比較すると、糖尿病と脂質異常症の受診率の順位が逆転しています(図#18-2)。

糖尿病、高血圧症、脂質異常症といった疾病は、脳血管疾患や心疾患の原因とも深く関係があるため、重症化予防の取り組みを推進していくことが重要といえます。

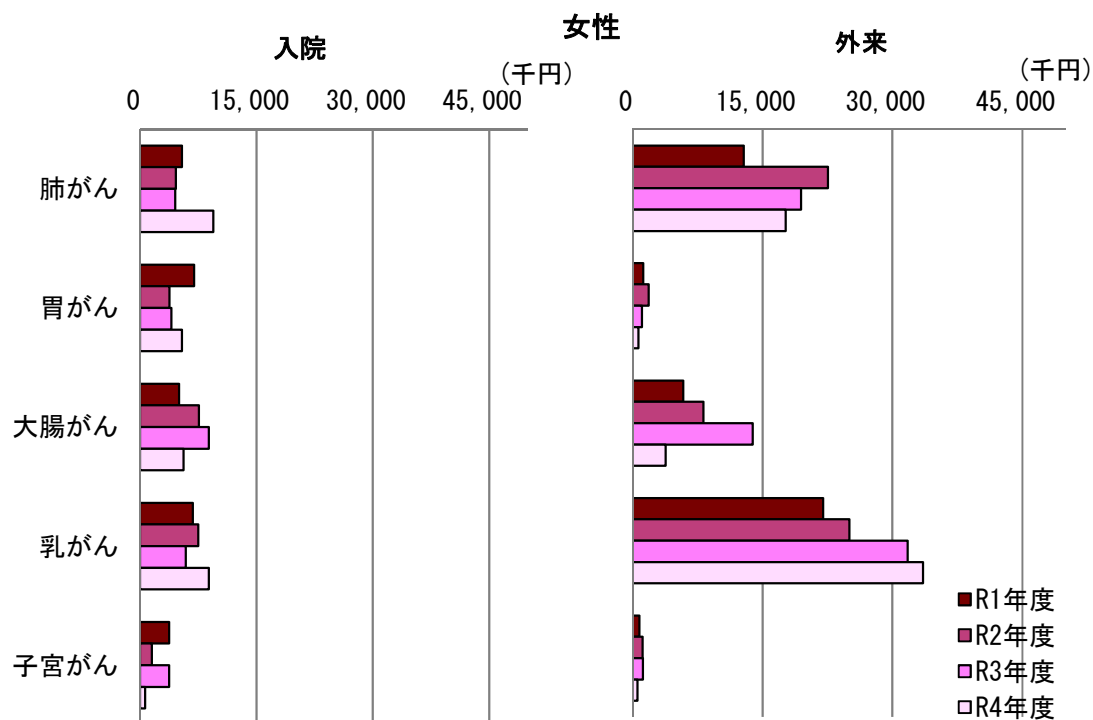
3.1.5. がん医療費の状況

#19-1 がんの医療費（入院・外来、男性）



傷病名	(千円) 入院				(千円) 外来			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	24,329	23,892	8,673	15,317	33,693	46,340	37,777	31,292
胃がん	13,062	22,267	8,955	16,457	19,883	22,299	17,263	26,647
大腸がん	13,311	10,033	17,654	16,096	11,804	3,599	10,022	8,996
前立腺がん	10,867	7,850	3,190	6,019	21,233	15,868	31,405	42,640
乳がん	0	0	0	0	0	0	0	0

#19-2 がんの医療費（入院・外来、女性）



傷病名	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	5,377	4,594	4,509	9,415	12,849	22,560	19,455	17,671
胃がん	6,959	3,771	4,021	5,409	1,227	1,877	1,101	692
大腸がん	5,008	7,571	8,857	5,606	5,870	8,184	13,858	3,835
乳がん	6,777	7,476	5,886	8,869	22,018	25,044	31,765	33,535
子宮がん	3,736	1,527	3,758	629	798	1,147	1,189	562

がん医療費については、年度によってばらつきがありますが、男性では肺がん、胃がん、前立腺がんの順に高額となっています。特に肺がんは入院外来とも高額となっています。

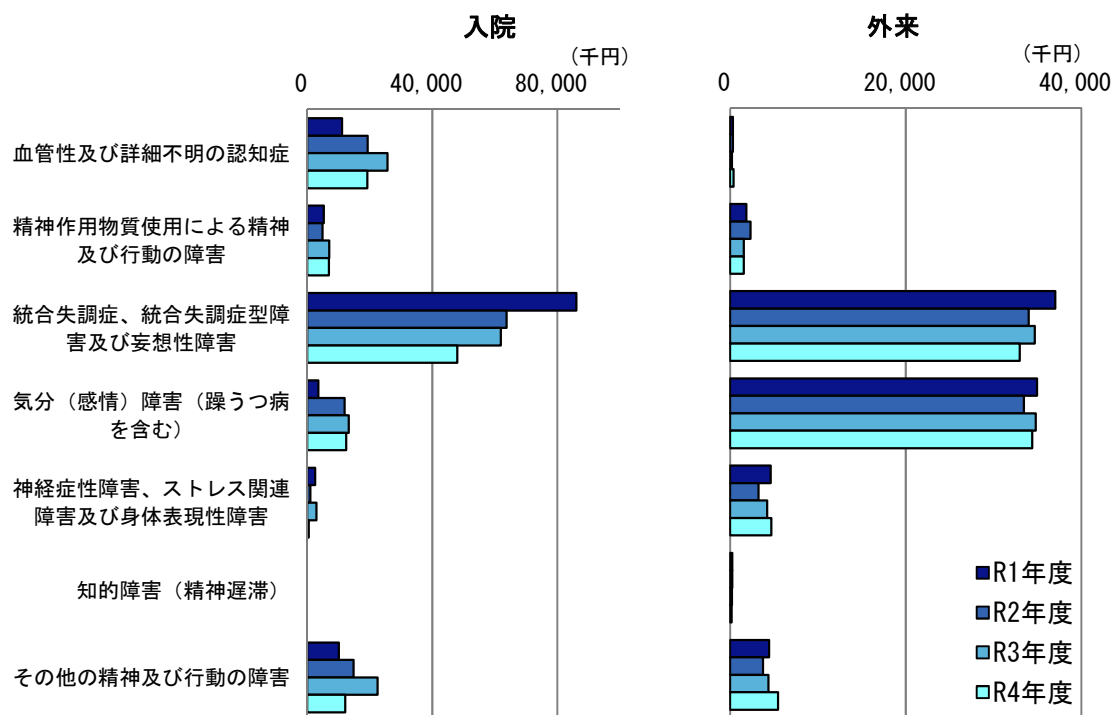
(図#19-1)

女性では乳がん、肺がん、大腸がんの順で高額となっています。特に乳がんは入院外来とも高額となっています。(図#19-2)

男女とものがん検診の継続受診による、がんの早期発見、早期治療につなげることが、医療費の軽減につながります。

3.1.6. 精神疾患医療費の状況

#22 精神疾患関連の医療費（入院・外来）



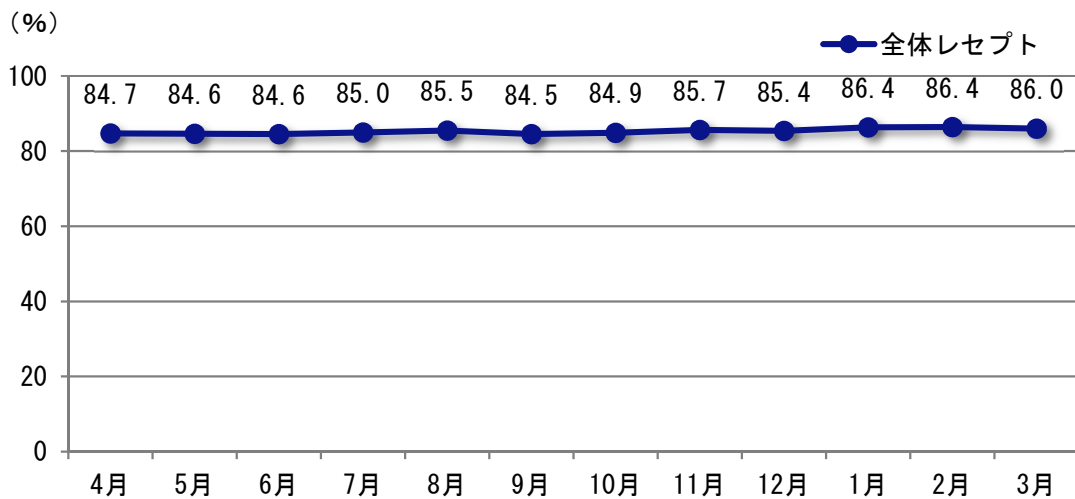
精神疾患関連	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血管性及び詳細不明の認知症	11,112	19,331	25,699	19,235	320	308	195	360
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	5,339	4,869	7,061	6,926	1,847	2,296	1,557	1,553
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	86,091	63,722	61,932	47,974	37,029	34,008	34,676	32,992
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	3,519	11,946	13,281	12,481	34,958	33,440	34,804	34,384
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	2,547	957	2,911	475	4,604	3,213	4,200	4,685
知的障害（精神遅滞）	0	0	0	0	216	239	194	146
その他の精神及び行動の障害	10,094	14,829	22,542	12,117	4,412	3,717	4,365	5,437

精神疾患医療費では、入院では統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害で高額となっています。

外来では統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分障害が高額となっています。気分障害については入院では低いですが外来では大幅に高くなる傾向があります。

3.1.7. 後発品の数量割合

#23 レセプト種類別数量割合（月別__令和4年度）



レセプト種別 後発医薬品数割合 (%)

レセプト種別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科	69.3	72.1	70.5	69.1	73.3	67.3	68.9	68.6	67.0	70.1	70.9	67.8
調剤	87.2	86.6	86.9	87.6	87.4	87.4	87.3	88.4	88.4	88.7	89.0	88.9
全体レセプト	84.7	84.6	84.6	85.0	85.5	84.5	84.9	85.7	85.4	86.4	86.4	86.0

令和4年度の後発品の数量割合は84%～86%程度で推移しています。

3.1.8. 重複頻回・多剤

#24 頻回受診者数（年齢別・受診者の傷病）

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		受診した者（人）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者（人）	1医療機関以上	4,171	88	18	4	2
	2医療機関以上	1,417	42	4	1	0
	3医療機関以上	323	13	3	1	0
	4医療機関以上	71	2	0	0	0
	5医療機関以上	15	1	0	0	0

※外来（医科・歯科）のみを対象とする

#25 多剤（剤数毎の患者数・年齢別）

同一薬効に関する処方日数（同一月内）		処方薬効数（同一月内）						
		処方を受けた者（人）						
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者（人）	15日以上	935	685	488	353	255	50	5
	30日以上	797	585	418	305	215	46	5
	60日以上	346	260	189	128	93	17	2
	90日以上	124	86	63	42	31	6	0
	120日以上	2	1	1	1	1	0	0
	150日以上	1	1	1	1	1	0	0
	180日以上	0	0	0	0	0	0	0

※外来（医科・歯科・調剤）のみを対象とする

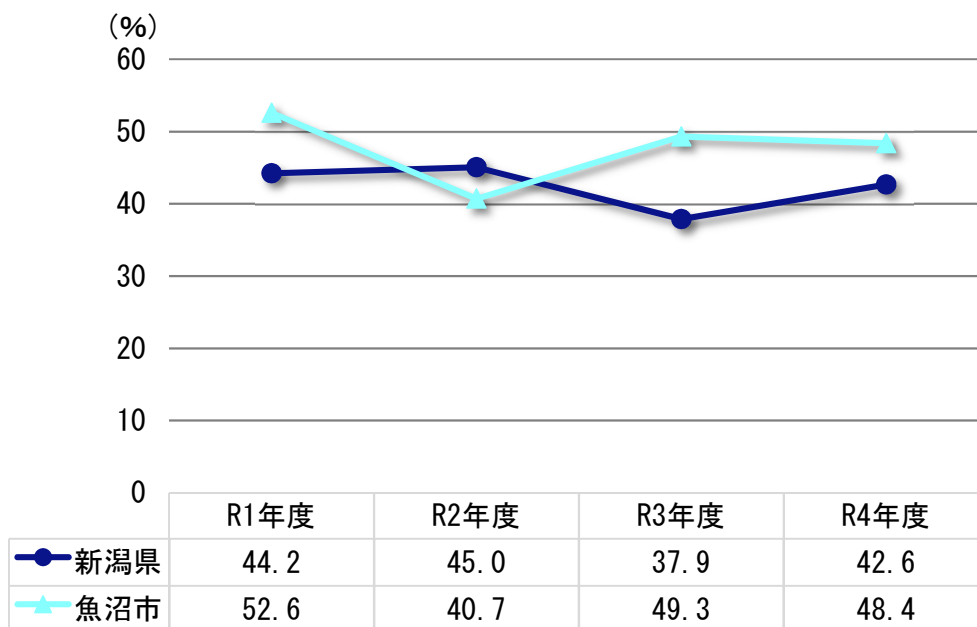
KDB 令和5年3月（単月）において、1か月で受診した医療機関が縦軸、同一医療機関に受診した日数が横軸になっています。同じ病気で同じあるいは複数の医療機関を頻回に受診する重複頻回受診では、同じような検査や処置等で本人の身体に負担がかかるだけでなく、医療費がかかることや、医療機関での治療時間が増え、急病人の治療等に支障をきたす恐れがあります。

KDB 令和5年3月（単月）において、1か月で同一の薬効がある薬剤の処方日数が縦軸、処方された薬効数（種類）が横軸になっています。

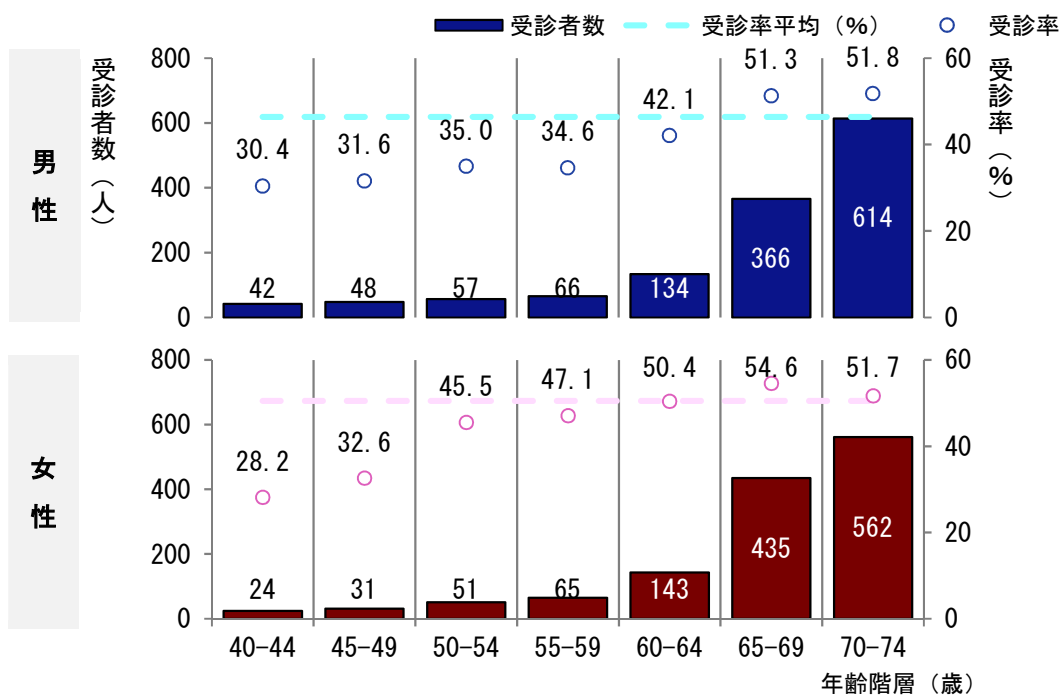
3.2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

3.2.1. 特定健診・特定保健指導の実施状況

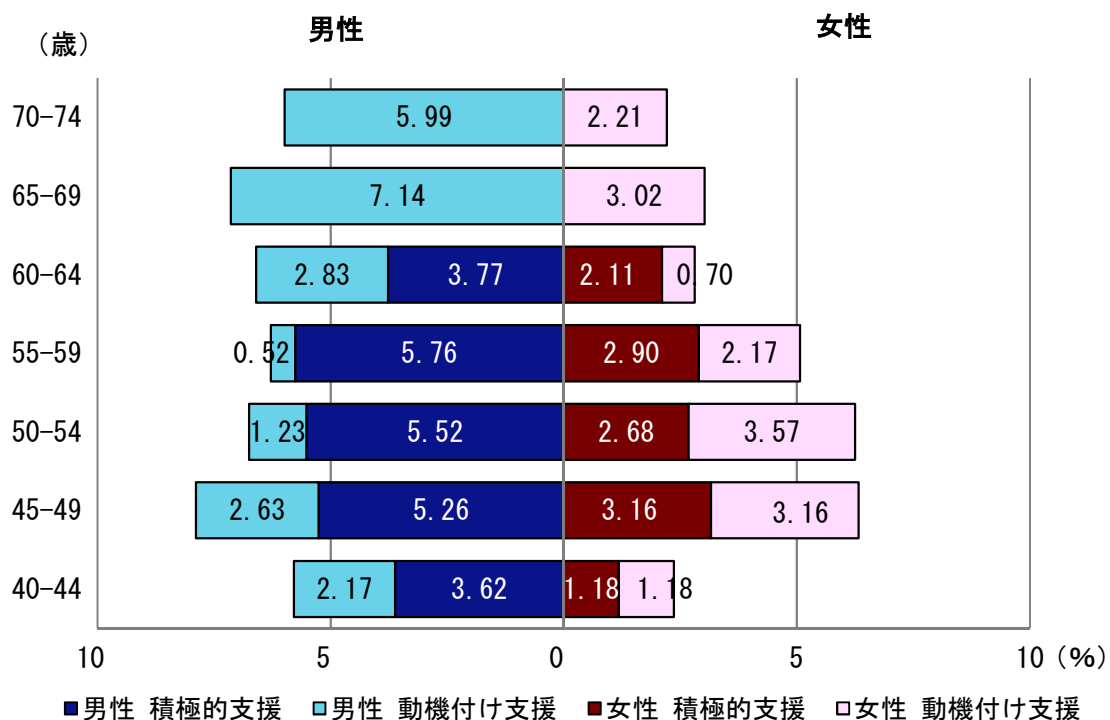
#26-1 特定健診受診率（推移）



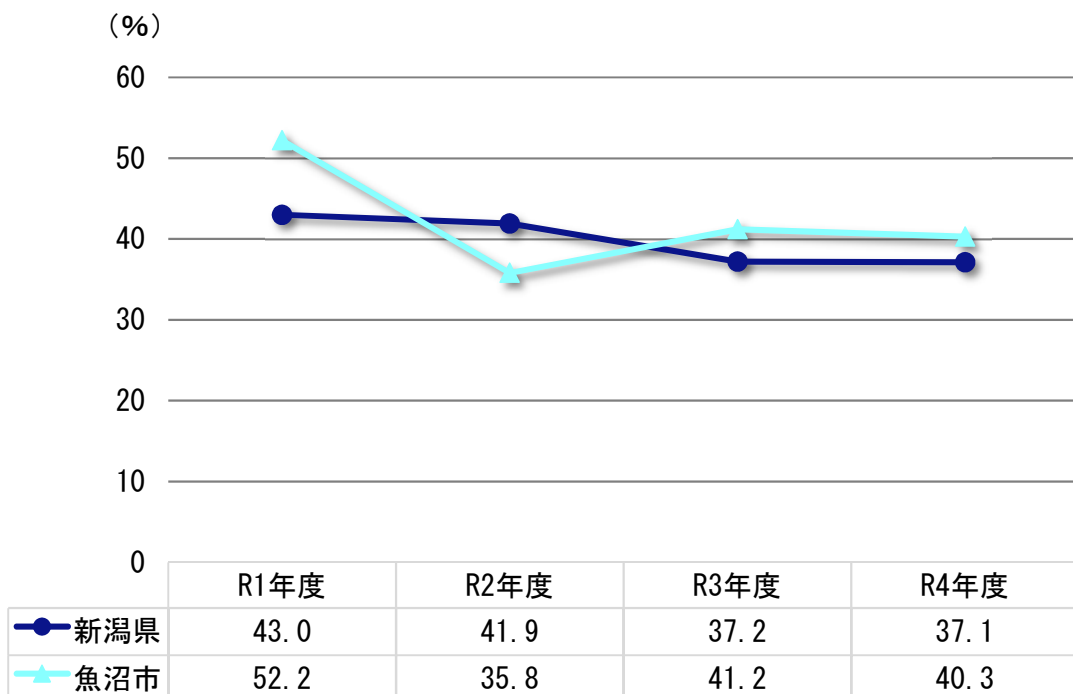
#26-2 特定健診受診率・受診者数（性年齢別__令和元年度から令和4年度累計）



#27 特定保健指導対象者（性年齢別__令和元年度から令和4年度累計）



#28 特定保健指導実施率（推移）



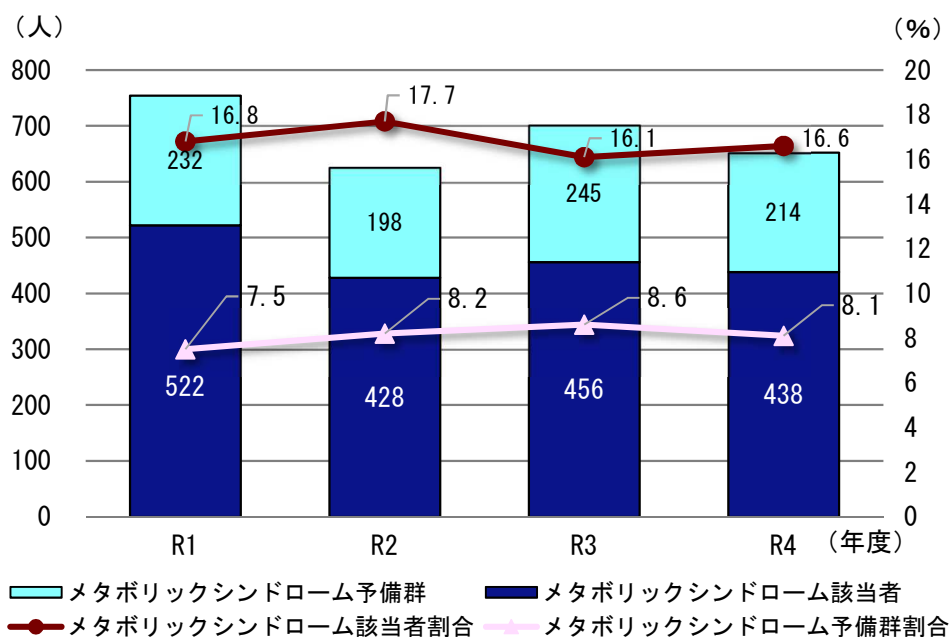
特定健診の受診率は、令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症拡大のため受診率が低下しています。感染症流行前の受診率には戻っていませんが、県と比較して高い割合で推移しています。性年齢別の受診率を見ると、女性は 60 歳以上で 50%を超える受診率となっている一方で、男性は 60 歳代後半から 50%を超える受診率になり、40 歳代は 3 割程度の受診率となります。40～50 代男性は、職場等での受診の機会があることや受療中のために受けないことなどが予想されますが、このような方々の情報を適切に把握することで、みなし健診の受診者数が増えることで、受診率が高くなることも期待されます。

特定保健指導の実施率は令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症拡大のため実施率が低下しています、感染症流行前の実施率には戻っていませんが、県と比較して高い割合で推移しています。積極的支援、動機づけ支援において、いずれも男性対象者が多くなっています。

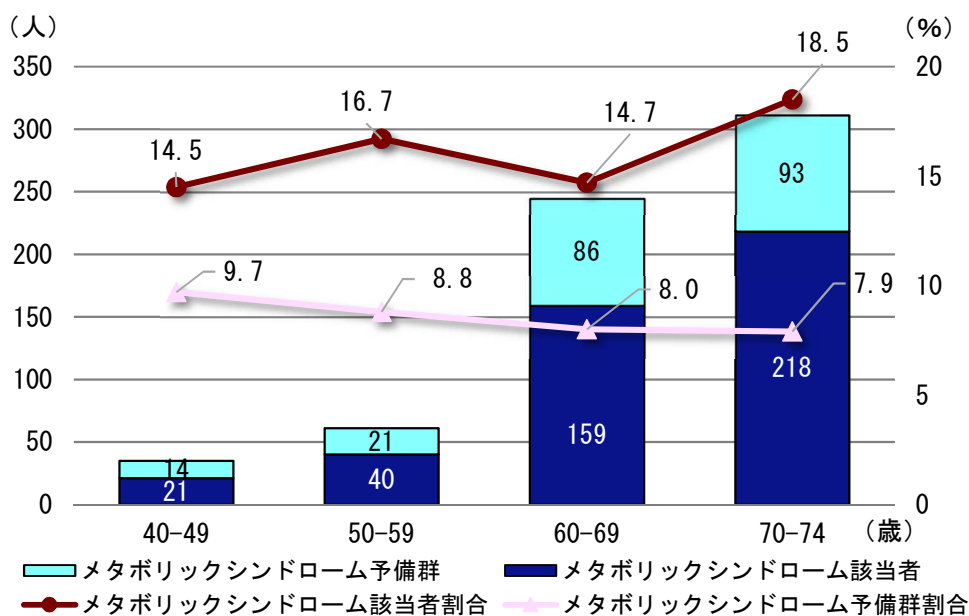
特定健診の受診率、特定保健指導の実施率の向上が、様々な疾病の早期発見、早期治療につながり、平均寿命の延伸や医療費の適正化に結びつくことから、特定健診の受診勧奨と特定保健指導の利用促進がさらに重要となってきます。

3.2.2. メタボリックシンドローム該当者の状況

#29-1 メタボリックシンドローム該当者割合（推移）



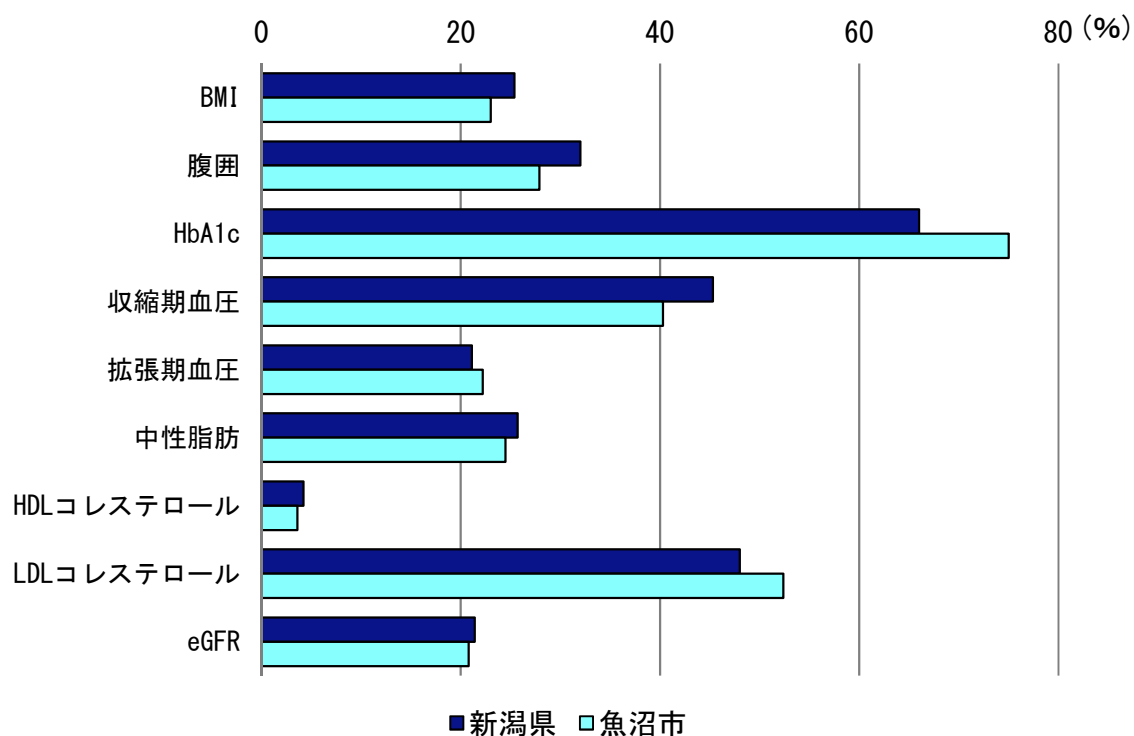
#29-2 メタボリックシンドローム該当者割合（年齢別）



メタボリックシンドロームについては、予備軍割合も該当者割合もほぼ横ばいとなっています。(図#29-1, 2)

3.2.3. 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）

#30 特定健診項目別の有所見者割合（令和4年度）



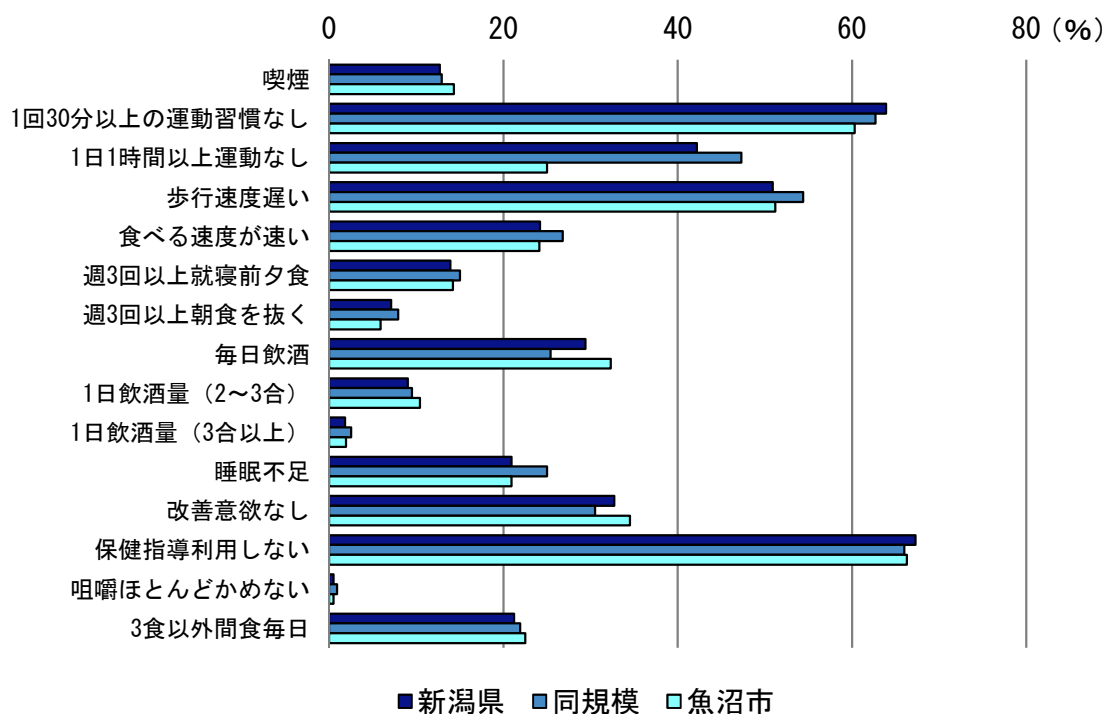
(%)

特定健診項目	新潟県	魚沼市
BMI	25.4	23.0
腹囲	32.0	27.9
HbA1c	66.0	75.0
収縮期血圧	45.3	40.3
拡張期血圧	21.1	22.2
中性脂肪	25.7	24.5
HDLコレステロール	4.2	3.6
LDLコレステロール	48.0	52.4
eGFR	21.4	20.8

KDB で令和4年度の特定健診の有所見者(保健指導判定値以上)を見ると HbA1C 及び LDL コレステロールの有所見者が多く受診者の50%を超えています。特にこの二つは県と比較しても多く、血糖値とコレステロール値の高さが特徴として見られます。糖尿病や脂質異常症の医療費や受診率が高い(図#17) ことにも関連していると考えられます。これらの状態に早く気づくためにも、特定健診の受診を促していく必要があります。

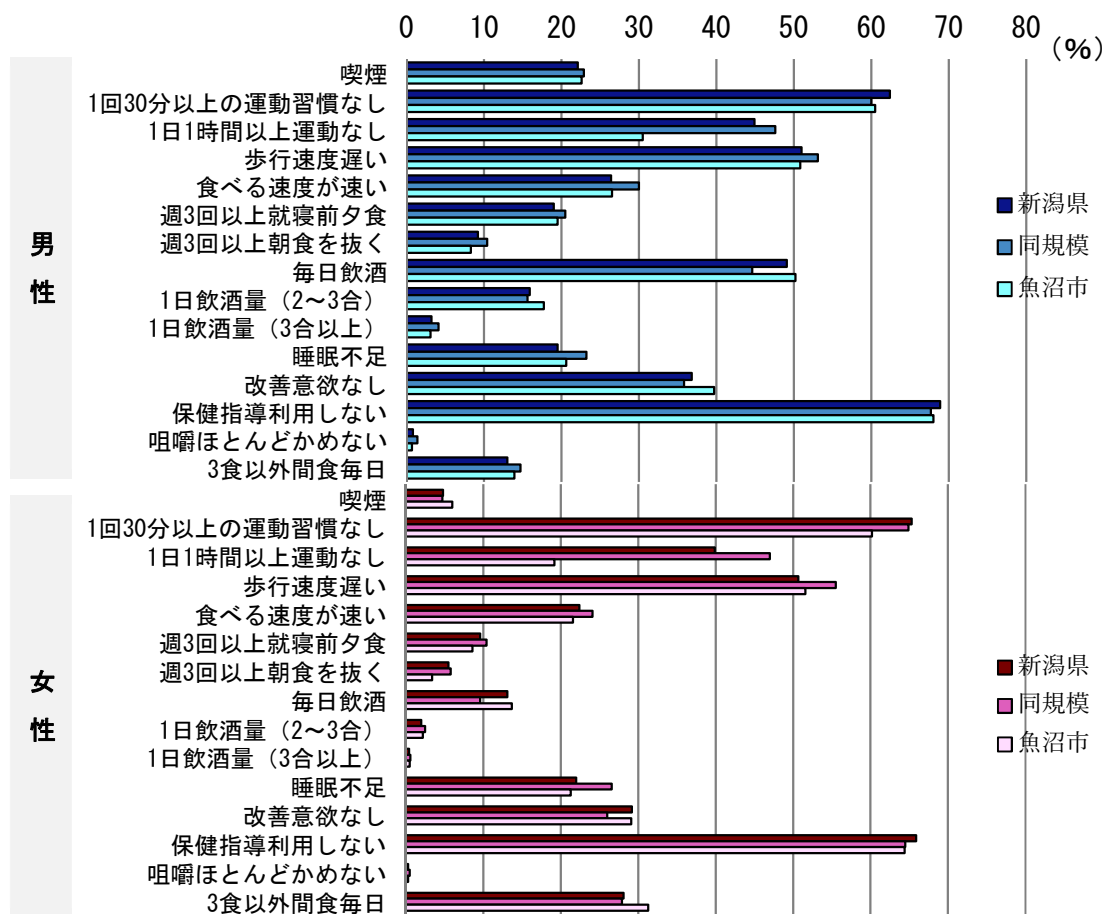
3.2.4. 質問票

#31-1 質問票項目別の有所見者割合（令和4年度）



質問票項目	（％）		
	新潟県	同規模	魚沼市
喫煙	12.7	12.9	14.3
1回30分以上の運動習慣なし	63.9	62.7	60.3
1日1時間以上運動なし	42.2	47.3	25.0
歩行速度遅い	50.9	54.4	51.2
食べる速度が速い	24.2	26.8	24.1
週3回以上就寝前夕食	13.9	15.0	14.2
週3回以上朝食を抜く	7.1	7.9	5.9
毎日飲酒	29.4	25.4	32.3
1日飲酒量（2～3合）	9.0	9.5	10.4
1日飲酒量（3合以上）	1.8	2.5	1.9
睡眠不足	20.9	25.0	20.9
改善意欲なし	32.7	30.5	34.5
保健指導利用しない	67.3	66.0	66.3
咀嚼ほとんどかめない	0.5	0.9	0.5
3食以外間食毎日	21.2	21.9	22.5

#31-2 質問票項目別の有所見者割合(男女別_令和4年度)



■男性 (%)		(%)		
質問票項目	新潟県	同規模	魚沼市	
喫煙	22.1	22.9	22.6	
1回30分以上の運動習慣なし	62.4	60.0	60.5	
1日1時間以上運動なし	44.9	47.6	30.5	
歩行速度遅い	51.0	53.1	50.8	
食べる速度が速い	26.4	30.0	26.5	
週3回以上就寝前夕食	19.0	20.5	19.5	
週3回以上朝食を抜く	9.2	10.4	8.3	
毎日飲酒	49.1	44.6	50.2	
1日飲酒量 (2~3合)	15.9	15.6	17.7	
1日飲酒量 (3合以上)	3.2	4.1	3.1	
睡眠不足	19.5	23.2	20.6	
改善意欲なし	36.8	35.8	39.7	
保健指導利用しない	68.9	67.7	68.0	
咀嚼ほとんどかめない	0.8	1.4	0.7	
3食以外間食毎日	13.0	14.7	13.9	

■女性 (%)		(%)		
質問票項目	新潟県	同規模	魚沼市	
喫煙	4.8	4.7	6.0	
1回30分以上の運動習慣なし	65.3	64.9	60.2	
1日1時間以上運動なし	39.9	47.0	19.2	
歩行速度遅い	50.7	55.5	51.6	
食べる速度が速い	22.4	24.1	21.6	
週3回以上就寝前夕食	9.6	10.4	8.6	
週3回以上朝食を抜く	5.5	5.8	3.4	
毎日飲酒	13.1	9.6	13.7	
1日飲酒量 (2~3合)	2.0	2.5	2.2	
1日飲酒量 (3合以上)	0.4	0.6	0.5	
睡眠不足	22.0	26.6	21.3	
改善意欲なし	29.2	26.0	29.1	
保健指導利用しない	65.9	64.5	64.4	
咀嚼ほとんどかめない	0.3	0.5	0.3	
3食以外間食毎日	28.1	27.9	31.3	

KDBで令和4年度の特健診断質問表を見ると喫煙、毎日飲酒、三食以外間食毎日の割合が同規模市町村や県と比べても高くなっています。(図#31-1)

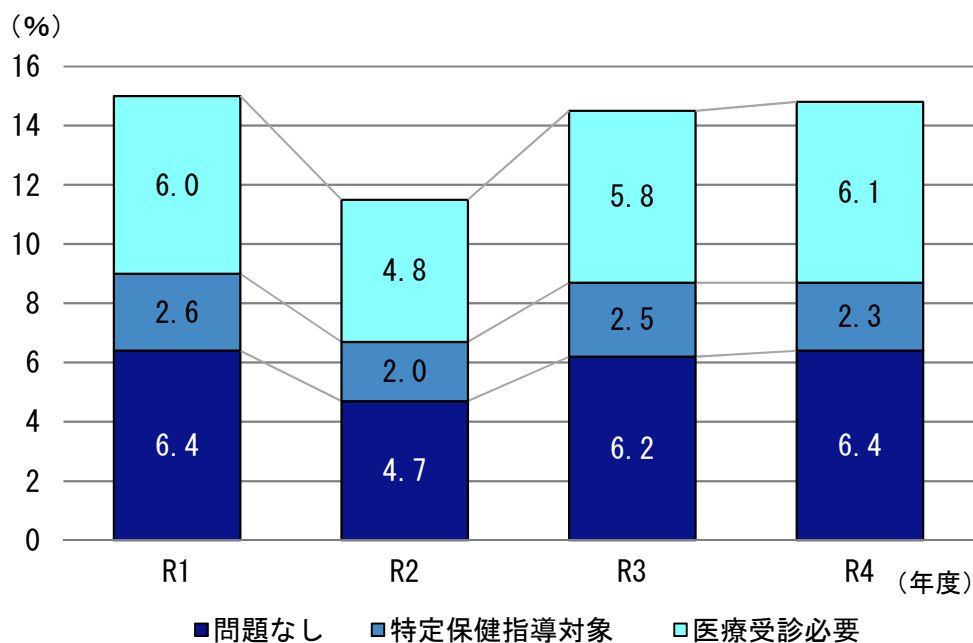
特に、男性では毎日飲酒、女性では喫煙、毎日飲酒、三食以外間食毎日の割合が高くなっています。(図#31-2) これらの生活習慣は肺がん等のがんのリスクともなります。肺がんの医療費が高いことから(図#19-1、図#19-2)、禁煙の取り組みも必要です。また、糖尿

病、高血圧症、脂質異常症の悪化にもむすびつくため、生活習慣の改善に対する意識づけが今後重要となってきます。

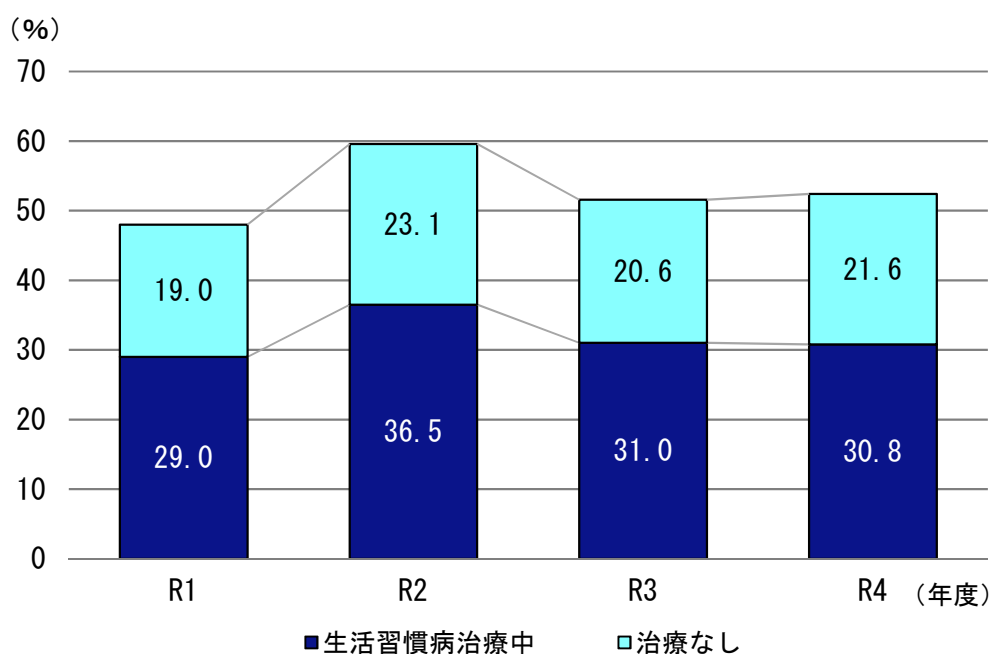
重症化予防

3.2.5. 健診とレセプトの突合分析

#32 健診受診者の生活習慣病未治療者割合



#33 健診未受診者の生活習慣病治療者・未治療者割合



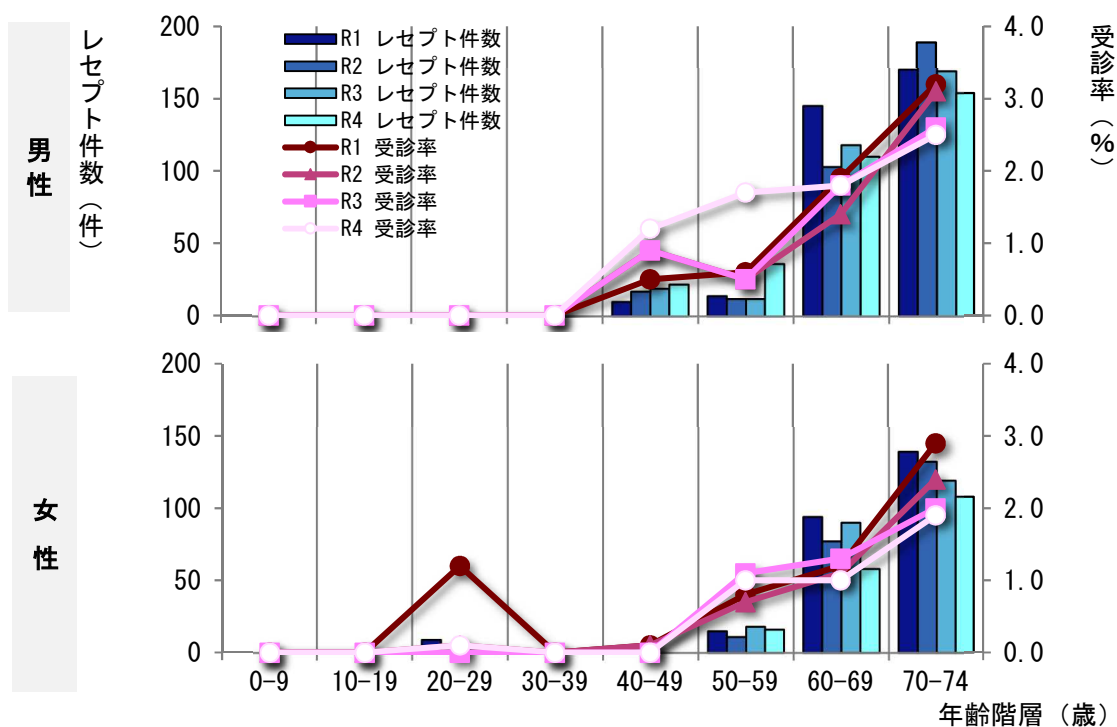
健診未受診者の中で生活習慣病未治療者(レセプトがない人)の割合は 20%前後で横ばいとなっています。(図 # 33)

健診未受診者かつ生活習慣病未治療者は、健康状態の把握がなされないため、積極的な受診勧奨が必要です。

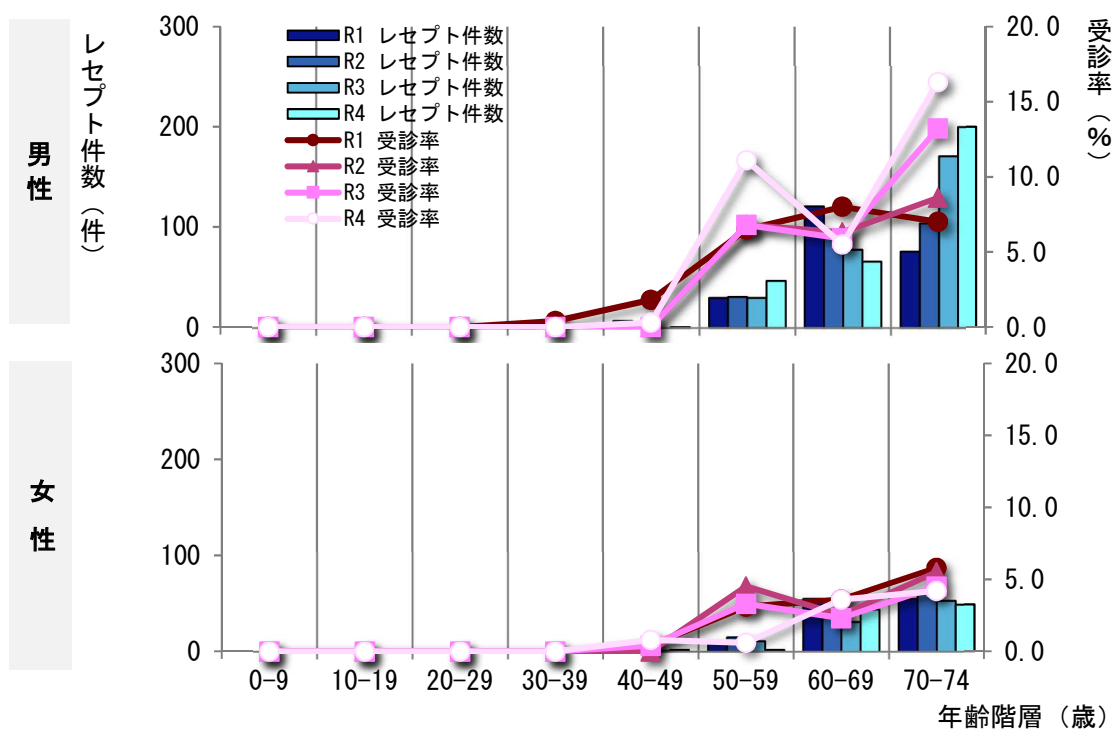
健診受診者では健診で問題なし(情報提供受診不必要)の割合と医療受診必要の割合が同じく 6%前後で横ばいとなっています。(図 # 32)

3.2.6. 重症化予防

#34 脳血管疾患の発生状況（受診率・年齢別）



#35 虚血性心疾患の発生状況（受診率・年齢別）



#36-1 生活習慣病の投薬治療中断者の状況（糖尿病__令和4年度）

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R2年度 糖尿病 服薬処方あり	中断者 26 ※R3年度に糖尿病 服薬処方の実績なし	健診 受診	受診判定値以上	
			受診判定値未満	1
		健診未受診		25

■ 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方

・ 血糖：空腹時126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上

■ 受診判定値未満：上記に当てはまらない方

■ 健診なし：健診データなし（未受診）

#36-2 生活習慣病の投薬治療中断者の状況（高血圧__令和4年度）

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R2年度 高血圧症 服薬処方あり	中断者 55 ※R3年度に高血圧症 服薬処方の実績なし	健診 受診	受診判定値以上	1
			受診判定値未満	
		健診未受診		54

■ 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方

・ 血圧：収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上

■ 受診判定値未満：上記に当てはまらない方

■ 健診なし：健診データなし（未受診）

#37 生活習慣病の治療放置者の状況（令和3年度）

■ 健診異常値放置者の階層別人数

(人)

リスク 個数	リスク項目	特定保健指導 受診勧奨レベル	要治療レベル	要治療よりもさらに 高いレベル	合計
		【受診勧奨レベル】以上 【要治療レベル】未満	【要治療レベル】以上 【要治療高レベル】未満	【要治療高レベル】以上	
		【糖尿病】 空腹時血糖：126mg/dL以上又は HbA1c：6.5%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：140mmHg以上又は 拡張期血圧：90mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：300mg/dL以上又は LDL：140mg/dL以上又は HDL：35mg/dL未満	【糖尿病】 空腹時血糖：140mg/dL以上又は HbA1c：7.0%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：160mmHg以上又は 拡張期血圧：100mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：400mg/dL以上又は LDL：160mg/dL以上又は HDL：30mg/dL未満	【糖尿病】 空腹時血糖：150mg/dL以上又は HbA1c：8.0%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：180mmHg以上又は 拡張期血圧：110mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：500mg/dL以上又は LDL：200mg/dL以上又は HDL：25mg/dL未満	
1	糖尿病	11	8	3	22
	高血圧症	83	16	4	103
	脂質異常症	111	73	20	204
2	糖尿病＋高血圧症	3	1	2	6
	糖尿病＋脂質異常症	2	6	4	12
	高血圧症＋脂質異常症	24	23	5	52
3	糖尿病＋高血圧症＋脂質異常症	3	1	0	4
	合計	237	128	38	403

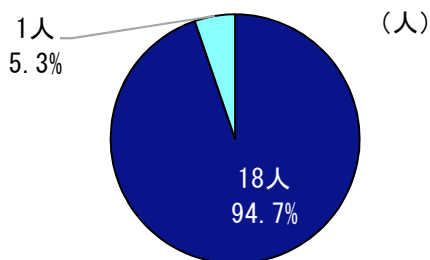
前年度の健診結果により、生活習慣病での医療受診が認められない人

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

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

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

#38 人工透析患者数（新規・既存：令和5年3月、令和4年3月比較）



■ 人工透析患者（既存）

□ 人工透析患者（新規）

#39 CKD マップ（糖尿病重症化予防_令和4年度）

■ CKD 重症度別

※対象：尿蛋白とeGFRの検査値が揃っている者
 ※年度：前年度継続在籍者
 ※医療機関未受診：糖尿病性腎症、慢性腎不全、
 糖尿病性腎症以外の腎疾患での未受診者

CKD重症度分類			尿蛋白 区分			合計
			A1 正常 【-】	A2 軽度蛋白尿 【±】	A3 高度蛋白尿 【+~】	
e G F R 区 分	G1 正常	90以上	152 (147)	40 (39)	11 (11)	203 (197)
	G2 正常または軽度低下	60~90未満	1,515 (1,483)	438 (422)	74 (70)	2,027 (1,975)
	G3a 軽度~中等低下	45~60未満	402 (366)	113 (103)	56 (41)	571 (510)
	G3b 中等度~高低下	30~45未満	24 (12)	8 (2)	10 (3)	42 (17)
	G4 高度低下	15~30未満	2 (0)	2 (1)	4 (2)	8 (3)
	G5 末期腎不全	15未満	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
合計			2,095 (2,008)	601 (567)	156 (127)	2,852 (2,702)

上段：該当者数 / 下段（）内：医療機関未受診者

糖尿病の投薬中断者の状況では、令和 2 年度に糖尿病の投薬処方があり、令和 3 年度に処方実績のない治療中断者と思われる方が 26 名(資格喪失者含む)、うち健診受診された方が 1 名、健診未受診者が 25 名でした。治療中断は糖尿病の重症化や合併症の進行の危険性があります。(図 # 36-1)

高血圧症の投薬中断者の状況では、令和 2 年度に高血圧症の投薬処方があり、令和 3 年度に処方実績のない治療中断者と思われる方が 55 名(資格喪失者含む)、うち健診受診された方が 1 名、健診未受診者が 54 名でした。治療中断は脳血管疾患や心疾患につながる恐れがあります。(図 # 36-2)

令和 4 年度の健診受診者のうち、合計で 403 名がいずれかのリスク項目で受診勧奨レベル以上かつ生活習慣病受診無しとなっています。(図 # 37)

KDB で令和 4 年度の人工透析患者数を既存・新規で見ると、令和 4 年度 18 名の人工透析患者のうち 1 名が新規となっています。(図 # 38)

令和 4 年度の健診結果を基にした CKD マップでは、CKD 重症度分類の G3a~G5 においてハイリスク(赤)のうち、()内に記載の 49 人の医療機関未受診者がいます。

4. 計画全体の目標

4.1. 健康課題等まとめ

データ分析による健康課題について(課題の要旨)

- ・自殺と脳血管疾患の死亡率が高く(標準化死亡比 100 を超える)、健康を阻害する大きな要因となっています。
- ・死因の 9 割を占めるのは、がん、心臓病、脳血管疾患であり。県や同規模自治体と比較すると、がん、自殺が多くなっています。
- ・精神疾患の外来医療費では気分(感情)障害が最も多く、医療費も横ばいとなっています。
- ・生活習慣病疾患の外来医療費では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の順に高く、高血圧症の件数が最も多く、これらは、心臓病や脳血管疾患の発症リスクとなっています。
- ・特定保健指導の実施率は県より高いが横ばいとなっています。生活習慣病の重症化予防につながる保健指導の効果的な実施方法が必要です。
- ・質問票項目では、男性で飲酒習慣と飲酒量や改善意欲無しが多く、女性では喫煙や飲酒習慣や間食習慣が多くなっています。
- ・高血圧・糖尿病予防対策が引き続き重要です。
- ・喫煙・飲酒・間食の生活習慣への働きかけが必要です。
- ・40 代から 50 代にかけて疾病別の受診率が高くなっているにもかかわらず、特定健診の 40 代、50 代の受診率が低いです。健康状態の把握ができておらず、重症化の懸念があります。

4.2. 計画全体の目標

目的 命題・基本理念	◇健康寿命の延伸 ◇医療費の適正化		
大目標	脳血管疾患の発症と重症化を予防する	糖尿病の重症化を予防する	
中長期的目標	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	HbA1c 6.5% 以上の者の割合の減少	HbA1c 8.0% 以上の者の割合の減少
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少		
短期的目標	特定健康診査受診率の向上	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の向上
	未治療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、質問票で「血圧を下げる薬」の使用をなしと答えた者の割合を評価する。 (※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、質問票で「血圧を下げる薬」の使用をありと答えた者)	未治療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、質問票で「インスリン注射又は血糖を下げる薬」の使用をなしと答えた者の割合を評価する。 (※2 HbA1c 6.5% 以上の者または、質問票で「インスリン注射又は血糖を下げる薬」の使用をありと答えた者)	習慣的に喫煙している者の割合の減少
	毎日飲酒者の割合の減少		

5. 課題に対応した保健事業の立案

5.1. 各保健事業の内容と目的

5.2. 各保健事業の実施計画と評価指標・目標の設定

保健事業	対象者	事業内容	事業目的	評価	評価項目・評価指標	現状値 R4	目標値
生活習慣病予防教育	全市民	健康増進に関する情報発信、食生活改善に関する情報発信	栄養・身体活動・休養・飲酒・喫煙等の生活習慣に関する正しい知識の普及	アウトカム/アウトプット	毎日飲酒者の割合 喫煙者の割合	32.3% 14.4%	減少
特定健康診査受診率向上事業	40～74歳の国保被保険者/16歳以上で健診の受診機会がなく基本健診を希望するもの	特定健康診査	受診率向上	アウトカム/アウトプット	特定健診受診率の向上	48.4%	60%
特定保健指導実施率向上事業	特定保健指導該当者	特定保健指導	実施率向上	アウトカム/アウトプット	特定保健指導の実施率の向上 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の向上	40.3% 26.3%	60% 減少
生活習慣病重症化予防事業	受診勧奨該当者	受診勧奨及び保健指導	生活習慣病等の発見・重症化防止	アウトカム/アウトプット	未治療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、質問票で「血圧を下げる薬」の使用をなしと答えた者の割合を評価 未治療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、質問票で「インスリン注射又は血糖を下げる薬」の使用をなしと答えた者の割合を評価		減少
重複・頻回受診者、重複・多剤服用者対策	一般被保険者	選定基準に基づき健康相談・指導等を実施	国民健康保険事業の健全運営確保及び被保険者の健康教育・健康相談・健康診査その他健康の保持増進	アウトカム/アウトプット	対象者5名の減少	4人	減少
後発医薬品の利用勧奨	一般被保険者のうち先発医薬品使用者	後発医薬品の利用勧奨	医療費削減対策	アウトカム/アウトプット	後発医薬品利用差額通知発送の持続実施	実施(795通)	継続実施

5.3. 保健事業の実施体制

計画の策定、事業実施は保健部門である健康増進課と国保部門である市民課が主体となって行います。また、外部有識者等や被保険者の意見を取り入れる為、小千谷市魚沼市医師会、魚沼市国民健康保険運営協議会から意見聴取を行います。

また、高齢者を多く抱える本市の現状を踏まえ、後期高齢・介護の関係部門と連携し計画の推進に努めます。

また、国保連合会の設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言や県福祉保健課主催の研修会を活用し、計画の策定、事業実施に努めます。

6. 第4期特定健康診査等実施計画

6.1. 目標

項目	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
特定健診の受診率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導の実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%

目標とする特定健診等の実施率を上表のとおりとします。

国の示した「特定健康診査等基本指針」により、令和11年度における特定健診の実施率の目標を60%としました。現状をもとに毎年数%ずつ実施率を上げていき60%を達成します。

なお、メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率については、特定保健指導の効果を個別に検証するため、第三期以降は特定保健指導対象者の減少率を仕様としています。

6.2. 特定健康診査・特定保健指導の対象者の把握

平成30年度～令和4年度特定健診等のデータ(※)をもとに推計した対象者数、見込み者数は下記のとおりです。

※受診率は法定報告から算出しているため、H30～R4の法定報告値の対象者数の増減から推計を算出

計算式は(a-1年度/a年度)×(5年度分)の平均をとった。増減率は以下の通り。

増減率：特定健診：97.10%、特定保健指導：動機付け95.86%、積極的92.58%とした。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
① 40～74歳の加入者数(推計)	5,138	4,989	4,844	4,703	4,567	4,435	
② 受診者数見込(①×受診率)	2,826	2,794	2,761	2,728	2,695	2,661	
③ 特定保健指導対象者見込	動機付け	186	178	171	164	157	150
	積極的	52	48	45	41	38	36
④ 特定保健指導実施者見込(③×実施率)	動機付け	102	100	97	95	93	90
	積極的	29	27	26	24	22	22

平成30年度～令和4年度特定健診等のデータ(※)

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	
特定健診対象者数	6,050	5,914	5,924	5,752	5,449	
特定健診受診者数	3,156	3,112	2,412	2,837	2,637	
特定保健指導対象者数計	352	339	260	308	263	
動機付け支援 積極的支援	270	248	205	227	202	
	82	91	55	81	61	
特定健診 実施率	目標	55%	56%	57%	58%	59%
	実績	52.2%	52.6%	40.7%	49.3%	48.4%
特定保健指導 実施率	目標	56%	56%	57%	58%	59%
	実績	49.2%	52.2%	35.8%	41.6%	40.3%
特定保健指導対象者の減少率	減少率	19.0%	21.0%	12.7%	25.6%	24.8%

6.3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査の実施方法

実施場所

- ・人間ドックは個別契約により、魚沼市内・南魚沼市・長岡市の6健診機関において実施します。
- ・集団健診は集合契約により、市内公共施設、公民館、健診施設等で実施します。また、全会場で、肺がん検診・大腸がん検診、肝炎ウイルス検診、胃がんリスク検診を、一部会場では更に、胃がん検診を同時に実施します。
- ・個別健診は集合契約により、市内医療機関により実施します。

実施項目

基本的な健診項目

- ・問診（既往歴・服薬状況・喫煙習慣等の確認）
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・血圧測定
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・理学的検査（身体診察）
- ・血中脂質検査（HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪）
- ・肝機能検査（AST、ALT、 γ -GT）
- ・血糖検査（空腹時または随時血糖又はヘモグロビンA1c）

詳細な健診項目（一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施）

- ・心電図検査
- ・眼底検査
- ・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
- ・血清クレアチニン検査

その他の健診項目

集団健診・個別健診において、下記の項目を受診者全員に実施しています。
総コレステロール、血清クレアチニン、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、推算糸球体ろ過量（eGFR）、尿潜血
また、人間ドックにおいては、特定健康診査の法定項目を含有した形で実施していません。

実施時期および期間

- ・人間ドックは年間を通じて実施しています。
- ・集団健診は、概ね6月から11月に実施しています。
- ・個別健診は、概ね6月から1月に実施しています。

実施形態

一部又は全部外部委託により実施します。

- 契約形態：新潟県健康づくり財団と集合契約により健診機関に委託します。
- 契約書：新潟県健康づくり財団が定めた様式で契約書を作成します。
- 健診委託単価：新潟県健康づくり財団が定めた額とします。

自己負担額

- ・魚沼市国民健康保険特定健康診査費用徴収規則に定めた額とします。
- ・人間ドックでは、20,000円（予定）を上限として助成を行います。

周知や案内の方法

- ・人間ドックは1月に「魚沼市国民健康保険人間ドック助成申請書」を全戸配布し、申請があった方に決定通知書を郵送します。助成の対象については、6つの条件を定め

ており、全てを満たしている方に限って助成しています。また、市ホームページでも周知します。

- ・ 集団健診・個別健診は当該年度の概ね5月下旬に、国保加入の特定健診対象者で、希望する者に受診券（個人記録票兼受診票）および案内書を個人宛に郵送します。また、市報やホームページで周知します。

他で健診を受けた場合の健診結果の受領について

人間ドックを希望する者については、健診機関で人間ドックを実施し、健診機関から健診受診者のデータを受領します。職場（事業主健診）等で受診している場合は、受診者本人に呼びかけ、健診結果のデータを受領します。

実施率向上対策について

健（検）診に関する情報発信

- ・ 特定健診だけでなく、がん検診ともあわせて、市報やホームページ、FMうおぬまなどを活用し、情報発信を行います。
- ・ 国保保険証の一斉更新の際や、年度途中で国保への加入手続きの際に、特定健診の案内を配布します。

受診しやすい環境づくり

- ・ 土日の健診日の設定や待ち時間の短縮の工夫（予約制の実施等）を実施します。
- ・ 他のがん検診と同日に受診できる日程を作り、利便性を高めます。
- ・ 少ない自己負担で受診できるよう、健診料金の助成を行います。

未受診者への働きかけ

- ・ ナッジ理論などを利用し、効果的な受診勧奨の通知を発送します。

職場等健診受診者への働きかけ

- ・ 職場等健診受診者へ健診結果の提供を呼びかけます。

医療機関との連携

- ・ 医療機関において特定健診の検査内容と同等の検査を行っている者について、診療情報の提供を依頼します。

(2) 特定保健指導の実施方法

- ・ 人間ドック受診者の場合は、ドックの健診機関で実施します。
- ・ 集団健診・個別健診の受診者で、市が直営している特定保健指導について、以下に記載します。

実施場所

市内公共施設、公民館等での面談や訪問で実施します。

実施内容

- ・ 対象者の選定
標準的な健診・保健指導プログラムに沿って、メタボリックシンドロームの該当者の判定と階層化を行い、特定保健指導の対象者（動機付け支援・積極的支援）を選定します。
- ・ 内容詳細
ア) 特定健診受診時の特定保健指導利用案内（初回面接(結果説明会)の予約取り等)
イ) 初回面接（結果説明会・健診時の初回面接分割実施・訪問等での実施）
ウ) 継続支援（面談や電話等による個別の支援）
エ) 3か月後の評価

実施時期および期間

健診結果がわかり次第、初回面接を実施します。

その後は特定保健指導実施内容スケジュールに沿って進めます。

支援が終了するまで継続するため、年度を越える場合もあります。

実施形態

市の直営で実施します。

周知や案内方法

健診日に、腹囲やBMIが基準値に該当し、特定保健指導の対象になる可能性のある方に対して、健診会場で特定保健指導の必要性を説明し、初回面接（結果説明会や訪問等）を案内し予約を取ります。

職員体制

保健部門の専門職員(保健師・管理栄養士・看護師)が実施します。(生活習慣病予防及び魚沼市国民健康保険の業務を行う部署)

実施率向上対策について

- ・特定健診を受診した際の、初回面接（結果説明会や訪問等）の案内・予約取りを継続します。
- ・健診時の初回面接分割実施を実施していきます。
- ・何度も特定保健指導の対象となる方に対して、引き続き特定保健指導を実施できる、対策を検討します。
- ・ICTを活用した特定保健指導の実施を検討していきます。

ポピュレーションアプローチ等との連動

- ・特定保健指導の対象とならない場合でも、保健師や管理栄養士等の専門職による個別の支援や他の事業への参加勧奨を行っていきます。

受診券

- ・集団健診・個別健診：「個人記録票兼受診票」を使用します。
- ・国保人間ドック：健診機関のものを使用します。

交付時期等

- ・集団健診・個別健診：当該年度の概ね5月下旬に「個人記録票兼受診票」を送付します。特定健診のほかに、がん検診の申込がある場合、それらの受診票も合わせて送付します。
- ・国保人間ドック：3月下旬に助成決定通知書を送付します。

代行機関

決済や健診・保健指導データなどに関わる事務の取りまとめを「新潟県健康づくり財団」へ委託します。

6.4 年間スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
広報等での周知	→											→
受診券発送		→										
健診実施			→						→			
特定保健指導実施	→											→
個別健診実施										→		

7. 個人情報の保護

個人情報の保護については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及びこれらに基づくガイドライン（平成 16 年 12 月 27 日厚生労働省）等を遵守するとともに、そのほかの関係法令（国民健康保険法第 120 条の 2（秘密保持義務）、高齢者の医療の確保に関する法律第 30 条（秘密保持義務）及び魚沼市個人情報保護条例（平成 16 年 11 月 1 日魚沼市条例第 14 号）の規定に基づいて実施します。

8. 留意事項

(1) 事業運営上の取り組みについて

本市は国保部門に保健師等の専門職が配置されていませんが、平成 20 年度から特定健診・特定保健指導事業の開始に伴い、保健部門の保健師・管理栄養士と連携し保健事業を推進してきました。

今後も引き続き、データヘルス計画の実践と事業評価を通じて、国保部門・保健部門が健康課題についての共通認識を持ち、連携を強化するとともに、介護部門等とも共通認識を持って、課題解決に取り組むものとしします。

(2) 地域包括ケアに係る取り組みについて

魚沼市地域包括ケアシステム会議に国保部門、保健部門を始め関係機関が参画し、現状や課題について協議します。

(3) 一体的実施の取り組み及びその他の留意事項

後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施します。具体的にはハイリスクアプローチとして生活習慣病（糖尿病性腎症等）の重症化予防、ポピュレーションアプローチとしてフレイル予防の健康教育、健康相談を行います。

また、高齢者を多く抱える本市の特性を踏まえ、一体的実施や地域包括ケアの中心年代である後期高齢者の前段階として国保加入者の生活習慣病の早期予防等に努めます。

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するために、国保・介護・後期部門等が連携協議し、計画策定・見直しに取り組みます。

また、既に策定されている「健康づくり計画」及び「特定健康診査等実施計画」の評価指標を用いて、それぞれの計画との整合性を図っていきます。

なお、施策の改善・評価の際には、市の国民健康保険事業の運営に関する協議会に諮り協議するものとしします。

様式集

様式7 (実績)

様式7

【短期目標評価一覧 (年次推移)】

ワークシート様式3より

短期目標と評価指標が同じ場合は2行目に指標として記載し以降への記載は不要です。

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	評価年 (時期)	国保		
		現状値 (スタート時) ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	R5			評価	関連 事業	達成 度(事業 判定)
<短期目標： #1健診結果における高血圧 (Ⅱ～Ⅲ度) 未治療者割合>													
健診結果における高血圧 (Ⅲ度) 未治療者割合10%	健康増進課調べ	10.0% (H28年度)	36.4%	17.6%	25.0%	4.8%	38.9%	減少		B			
健診結果における高血糖(HbA1c8.0以上)未治療者割合 0%		0% (H28年度)	23.8%	14.8%	6.7%	0.0%	5.0%	減少		B			
<短期目標： #2健診結果における高血 (HbA1c6.5以上) 未治療者割合>													
医療機関受診率	健康増進課調べ	49.2% (H28年度)	54.5%	30.4%	61.5%	22.2%	70.0%	増加		A			
次年度の健診結果における維持・改善割合		80.6% (H26年度)	82.4%	92.9%	77.8%	100.0%	-	増加		A			
糖尿病予防勉強会参加者の次年度の健診結果における維持・改善割合		53.5% (H26年度)	41.2%	41.7%	-	-	-	増加		B			
<短期目標： #3生活習慣の改善状況>													
毎日飲酒者の割合	質問票	32.6% (H28年度)	32.8%	33.8%	33.7%	32.8%	32.3%	減少		B			
朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を接種している割合 (※1)	質問票	77.2% (H30年度)	77.2%	75.8%	75.0%	77.9%	77.6%	減少		B			
喫煙者の割合	質問票	17.0% (H28年度)	15.7%	15.6%	13.6%	14.7%	14.4%	減少		B			
減塩に取り組んでいる人の割合 (※2)	健康づくり市民アンケート	53.5%【開取】 (H27年度)	[44.5%]	[49.0%]	53.0% [45.6%]	[49.6%]	[66.6%]	増加		B			
運動を継続して行っている人の割合 (※3)	健康づくり市民アンケート	31.4%【KDB】 (H27年度)	[36.9%]	[37.9%]	29.7% [37.9%]	[37%]	[39.7%]	増加		B			
<短期目標： #4家庭で血圧を測定する人の割合>													
家庭で血圧を測定する人の割合	健康づくり市民アンケート	30.2%【開取】 (H27年度)	[44.5%]	[49.0%]	34.9% [45.6%]	[49.6%]	[51.4%]	増加		B			
<短期目標： #5健診結果において、要受診と判定された者のうち、医療機関未受診者>													
特定健診受診率	法定報告	53.1% (H28年度)	52.2%	52.6%	40.7%	49.3%	48.4%	増加		C			
特定保健指導実施率	法定報告	56.0% (H28年度)	49.4%	52.2%	35.8%	41.6%	40.3%	増加		C			
基本健診受診率		55.3% (H28年度)	54.0%	56.9%	44.2%	69.5%	65.2%	増加		C			
<短期目標： #6後発医薬品の使用割合>													
約2,000通発送 (継続実施)	KDB	2,000通 (H28年度)	実施 (1061通)	実施 (877通)	実施 (865通)	実施 (937通)	実施 (795通)	継続		B			
<短期目標： #7重複・多剤投与者割合>													
対象者5名	KDB	5名 (H28年度)	5	5	7	5	4	減少		B			
<短期目標： #8重複・頻回受診者割合の減少>													
対象者5名	KDB	5名 (H28年度)	5	5	7	5	4	減少		B			

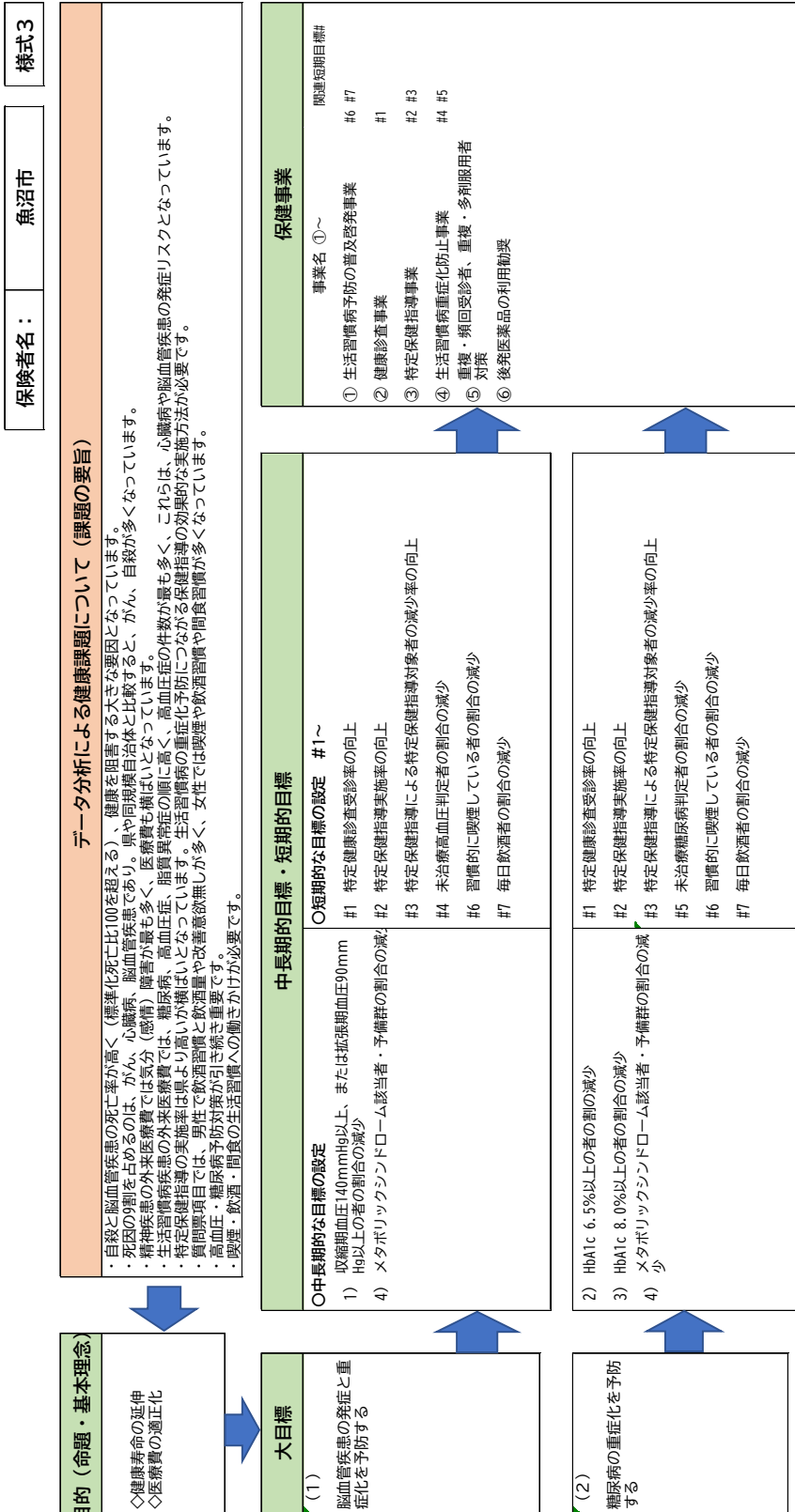
- A うまくいっている
 - B まあ、うまくいっている
 - C あまりうまくいっていない
 - D まったくうまくいっていない
 - E わからない
- 事業全体を評価

※目標値または方向性：具体的な数値目標の設定が困難な場合、「増加」「減少」など、今後数年間に目指す方向性でも良い。

【中長期目標評価一覧 (年次推移)】

データハ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 様式3より 時)	実績値					目指す 方向性/ 目標値	評価年 (時期)	評価	関連短 期目標	達成度 (短期目 標評価)	
		H30	R1	R2	R3	R4						R5
		実績値										保険者名
<中長期目標： 1) 健診結果において、血圧が140/90以上 (受診勧奨判定値) である者の減少>							>					
1) アウトカム評価指標	FKCA167 (特定健診システム)	H28 (7.13%) H29 (9.29%)	9.14%	10.21%	7.91%	7.31%	R4	A				
<中長期目標： 2) 健診結果において、HbA1cが6.5%以上 (受診勧奨判定値) である者の減少>							>					
2) アウトカム評価指標	FKCA167 (特定健診システム)	H28 (7.40%)	8.36%	8.56%	8.21%	8.49%	R4	B				
<中長期目標： 3) 脳血管疾患・虚血性心疾患に対する医療費の増加の抑制>							>					
アウトプット指標	疾病統計ツール 合計費用額	H29 124百万	105百万	89百万	109百万	105百万	R4	A				
	疾病統計ツール 1件当たり費用額	H29 1,692,376	579,220	1,061,050	1,553,230	1,193,523						
	ツールの出力範囲は2017~2023					745,997						

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 まったくとましくいっていない
E わからない
事業全体を評価



様式4（事業企画）

【個別保健事業計画】

様式4

保険者：

魚沼市

事業番号	事業名
①	生活習慣病予防の普及啓発事業

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 生活習慣の改善状況	夕食後に間食をとることが週3回以上ある人の減少
#3 生活習慣の改善状況	減塩に取り組んでいる人の増加
#3 生活習慣の改善状況	毎日飲酒者の割合の減少
#3 生活習慣の改善状況	運動を継続して行っている人の割合の増加
#3 生活習慣の改善状況	家庭で血圧を測定する人の割合の増加

個別保健事業（事業企画）			
事業目的（目標）	栄養・身体活動・休養・飲酒・喫煙等の生活習慣に関する正しい知識の普及 ①住民が食生活の知識を深め健康増進、生活習慣病予防に主体的にとりくむことができるようになる ②-1 住民が食生活や健康づくりのための知識を深め、実践できるようになる 食生活改善推進員の養成および育成をし、住民が健康づくりの担い手として活動できるようになる ②-2 働き盛り世代を中心に健康づくりや生活習慣病予防に関心を持ってもらう仕掛けづくりを住民組織（食生活改善推進員協議会）と一緒にすすめ、住民に主体的に食生活改善を実践してもらう		
対象者	全市民	実施期間	4月～3月
事業概要	健康増進に関する情報発信 ①市報・ホームページにおける情報発信 ②市役所各庁舎に健康コーナー(血圧計・パンフレット)設置 ③各けん診・運動教室で魚沼市の現状を周知 食生活改善に関する情報発信 ①住民が食生活の知識を深め健康増進、生活習慣病予防に主体的にとりくむことができるようになる ②-1 4時間×5回の20時間の養成講座（栄養・食生活講座） ②-2 住民組織との健康課題を共有し、住民に効果的に働きかける仕掛けを検討し実施する		
過去の経緯 (指標の推移や課題等)	中間評価 毎日飲酒者の割合 33.8% 夕食後に間食をとることが週3回以上ある人の割合 19.4%(平成29年まで指標あるが平成30年～なし) 喫煙者の割合 15.7% 減塩を意識している人の割合 53% 運動を継続して行っている人の割合 29.7%		
実施体制・方法	【実施体制】 保健師・管理栄養士 【実施方法】 ①健康に関する情報を担当が市報掲載、FMうおめまの原稿を作成・収録 ②健康に関する強化月間では必要時応じてポスターなどを掲示 ③保健指導で配布するリーフレット等を作成 ②-1 食生活改善に関する情報発信 ・日時や会場の選定、会場予約 ・食生活改善推進員募集チラシ作成、市報掲載(食生活改善推進員として活動できる市民に限定し募集) ・調理実習の実技指導及び一部講話を食生活改善推進員協議会に委託 ・一部講話をエンジョイススポーツクラブに委託 ・講師依頼(保健所衛生環境課職員、健康運動指導士、歯科衛生士など) ・事前打ち合わせ(エンジョイススポーツクラブ、食生活改善推進員協議会) ・養成講座終了後、食生活改善推進員協議会が実施報告書、請求書を提出(エンジョイススポーツクラブは請求書のみ) ・委託料支払い ・役員会などで振り返り ②-2 目的に合わせた内容の教室を実施 ・日時や会場の選定、会場予約、目的にあった調理実習内容を検討(おやこ料理教室、地域料理教室、生活習慣病予防教室) ・各教室のチラシを作成、市報掲載やその時期に合わせてあらゆる機会配布 ・食生活改善推進員協議会に委託契約 ・役員会にて各事業の説明や人数調整など協議 ・食生活改善推進員協議会が各事業終了後、実施報告書、請求書を提出 ・委託料支払い ・役員会にて終了した事業について報告、連絡事項など		

様式 4 (評価計画)

＜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 指標 (モニタリング)	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB ・健康づくり市民アンケート ・特定健診質問表 	<ul style="list-style-type: none"> ・普及啓発の配布人数 ・教室事業の参加者人数 ・市報掲載回数 ・FMうおぬま放送回数 	<ul style="list-style-type: none"> ・媒体の活用 市民にとって分かりやすい内容・媒体だったか ・適切な時期に周知できたか 	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保 ・必要物品は購入できたか ・人員が確保できる(普及啓発をするスタッフの確保) ・事業の進捗管理 ・関係スタッフ間との連携 (食生活改善推進員協議会との連携など)
目標 (値)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日飲酒者の割合 減少 ・夕食後に間食を摂ることが週3回以上ある人 減少 ・喫煙者の割合 減少 ・減塩に取り組んでいる人の割合 増加 ・運動を継続して行っている人の割合 増加 ・家庭で血圧を測定する人の割合 増加 	参加者人数	<ul style="list-style-type: none"> ・媒体の活用 市民にとって分かりやすい内容・媒体である ・周知するタイミングの時期が合っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な予算が確保できる ・人員が確保できる ・事業開始前に手順書の作成、必要であれば説明会を行い事業への理解が得られ対象者の状況について情報共有ができる
評価 手段	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBを確認 ・市民アンケート確認 ・特定健診質問票確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議にて検討 ・実施報告書等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議にて検討 ・実施報告書等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・予算執行状況を確認 ・関係機関との連携を確認 ・担当者会議にて検討 ・実施報告書等を確認
評価 体制 ・方	事業担当	事業担当	担当者間で実施体制など情報交換や必要時対応を検討	担当者間で実施体制など情報交換や必要時対応を検討
評価 時期	年度末 市民アンケートの実施時(5年に1回)	年度末	年度末	年度末

