

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

令和6年3月
富山市

-目次-

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1.計画の趣旨	6
2.計画期間	7
3.実施体制・関係者連携	7
4.データ分析期間	8
第2章 富山市の概況	
1.人口構成	9
2.医療に関する情報	12
3.平均余命と平均自立期間	13
4.介護保険の状況	15
5.死亡の状況	17
第3章 過去の取り組みの考察	
1.第2期データヘルス計画全体の評価	20
2.個別事業実施状況	22
第4章 健康・医療情報等の分析	
1.医療費の基礎集計	26
2.特定健康診査及び特定保健指導の分析	40
3.被保険者の階層化	48
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1.計画全体	49
2.健康課題を解決するための個別の保健事業	53
第6章 その他	
1.計画の評価及び見直し	64
2.計画の公表・周知	64
3.個人情報の取扱い	64
4.地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	65

-目次-

第2部	第4期特定健康診査等実施計画	
第1章	特定健康診査等実施計画	
	1.特定健康診査・特定保健指導の目的	67
	2.目標	67
	3.対象者に関すること	68
	4.実施方法	70
第2章	その他	
	1.個人情報の保護	77
	2.特定健康診査等実施計画の公表及び周知	77
	3.特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	77
	4.他の健診との連携	78
	5.実施体制の確保及び実施方法の改善	78
巻末資料		
	1.「指導対象者群分析」のグループ分けの見方	80
	2.用語解説集	81

はじめに

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

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

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

計画書の構成

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

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1.計画の趣旨

(1)背景

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

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。

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

(2)計画の位置づけ

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

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(富山県健康増進計画や富山市健康プラン21、富山県医療費適正化計画、富山市高齢者総合福祉プラン)と調和のとれた内容とします。

2.計画期間

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

3.実施体制・関係者連携

(1)保険者内の連携体制の確保

富山市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、県や保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、保険年金課が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、庁内各課と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

保険年金課は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2)関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である富山県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

4.データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月診療分(12カ月分)

令和元年度…平成31年4月～令和2年3月診療分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

令和元年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

令和元年度～令和4年度(4年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

年度分析

令和元年度…平成31年4月～令和2年3月分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

※被保険者数・健診受診者数について

計画書策定にあたり、レセプト・KDB・健診データを利用し分析を実施している。

各データより集計した被保険者数・健診受診者数は、集計方法が異なるため一致しない。

第2章 富山市の概況

1.人口構成

本市の令和4年度の総人口は409,580人であり、令和元年度と比較すると6,595人減少しています。また、高齢化率は年々上昇しており、令和4年度は30.1%と国よりも2.1ポイント高くなっています。

年度別人口構成概要

区分		人口総数（人）	高齢化率（65歳以上）
富山市	令和元年度	416,175	29.4
	令和2年度	414,354	29.8
	令和3年度	411,956	30.0
	令和4年度	409,580	30.1
県	令和元年度	1,042,998	32.3
	令和2年度	1,034,814	32.8
	令和3年度	1,025,394	33.1
	令和4年度	1,016,323	33.2
国	令和元年度	126,167,000	28.4
	令和2年度	126,146,000	28.6
	令和3年度	125,502,000	28.9
	令和4年度	124,947,000	29.0

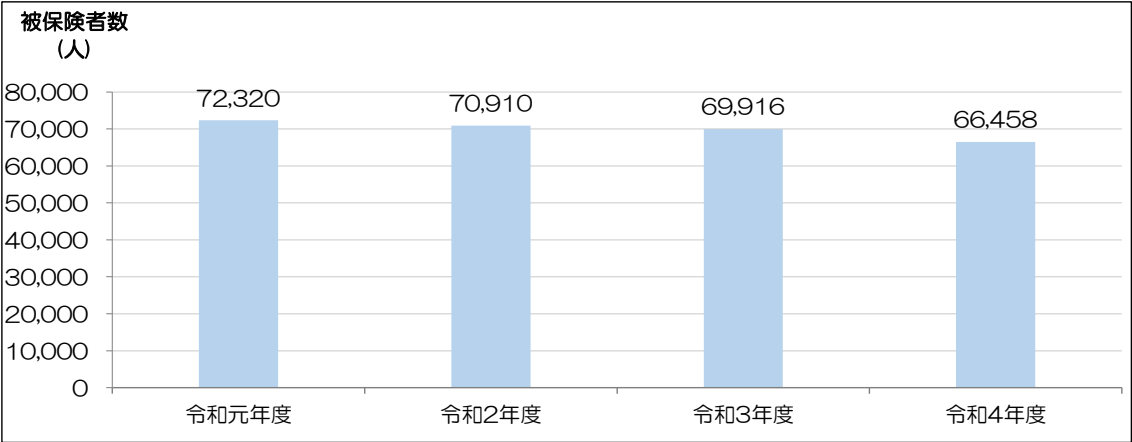
※「県」は富山県を指す。以下全ての表において同様である。
出典：富山市ホームページ「富山市の人口」各年9月末現在
富山県ホームページ「富山県高齢化の推移及び現状」各年10月1日現在

被保険者数においては令和元年度は72,730人でしたが、徐々に減少し、令和4年度は66,458人となっています。国保加入率は16.2%です。

年度別 被保険者数

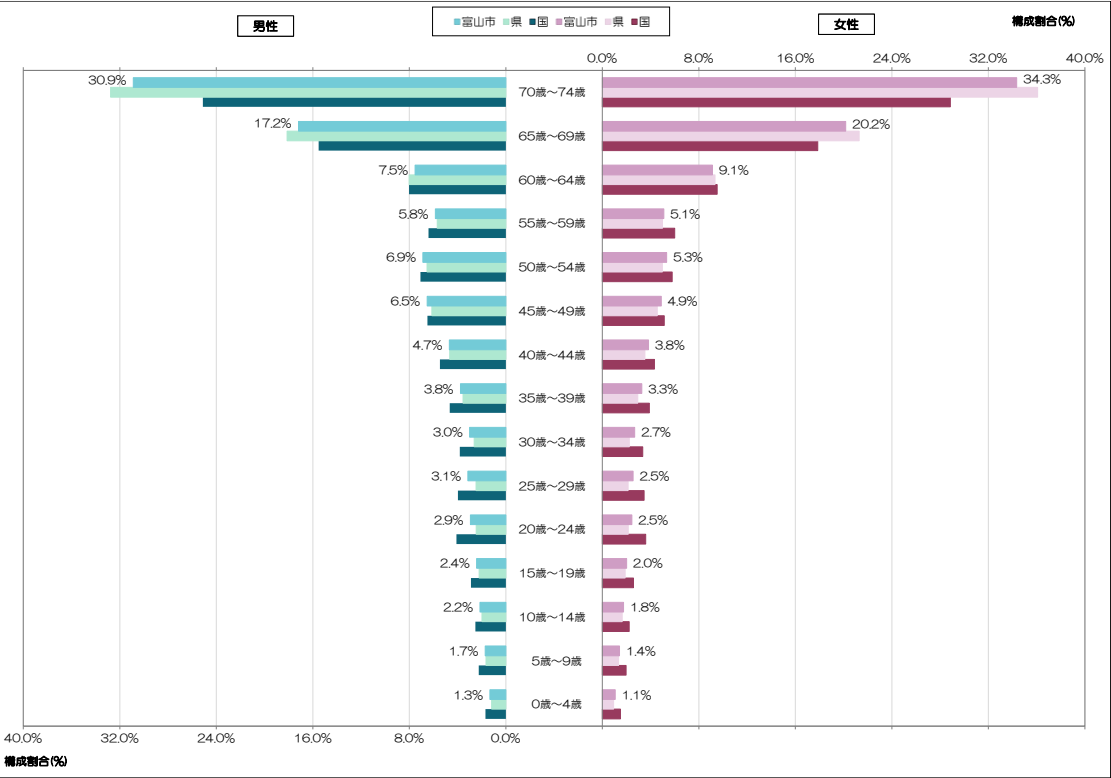
		国保被保険者数（人）	国保加入率
富山市	令和元年度	72,730	17.5
	令和2年度	70,910	17.1
	令和3年度	69,916	17.0
	令和4年度	66,458	16.2

出典：国民健康保険毎月事業状況報告書（事業月報）A表 各年9月末現在



出典：国民健康保険毎月事業状況報告書（事業月報）A表 各年9月末現在

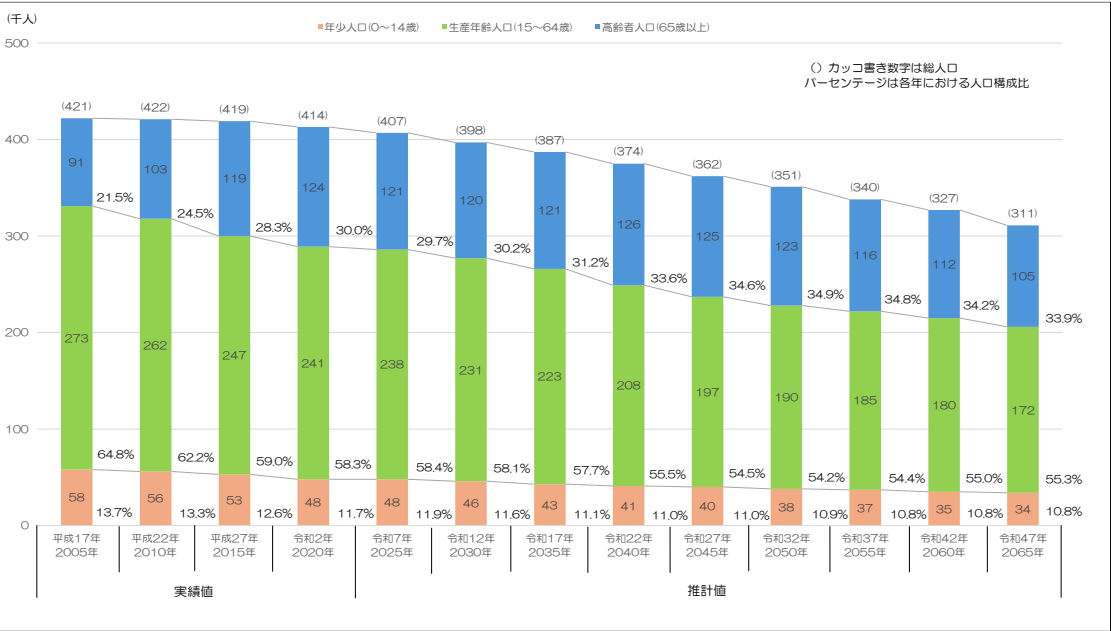
男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB) システム「人口及び被保険者の状況」

本市の人口については令和7年をピークに減少に転じると推測しています。そのほかにも、団塊世代の後期高齢者医療制度への移行などから、被保険者数の減少傾向は続くものと見込まれます。

人口予想図

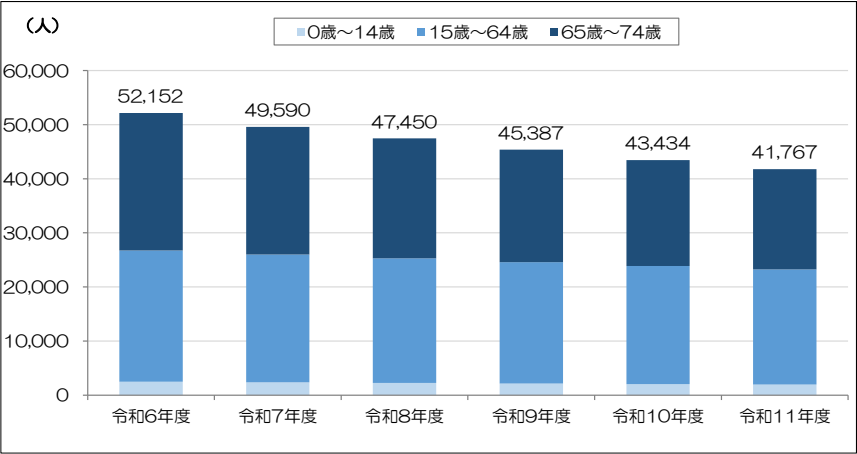


出典:令和2年以外は、富山市将来人口推計報告書

令和2年は、国勢調査(総務省統計局)

(うち年齢区分別人口は[参考表:令和2年国勢調査に関する不詳補完結果])

年度別 推計被保険者数



国保データベース(KDB)システム「被保険者人口及び被保険者の状況_2」を活用しコーホート変化率法によって算出

2.医療に関する情報

本市の医療提供体制、医療基礎情報をみると、千人当たりの病院数、病床数、医師数がいずれも県や国よりも高く、受診率も同様となっています。一人当たりの医療費は、外来、入院ともに国よりも高くなっています。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	富山市	県	国
千人当たり			
病院数	0.7	0.6	0.3
診療所数	5.2	4.4	4.2
病床数	105.1	88.1	61.1
医師数	22.6	16.4	13.8
外来患者数	739.0	714.2	709.6
入院患者数	21.5	22.7	18.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	富山市	県	国
受診率	760.5	736.9	728.4
一件当たり医療費(円)	40,420	41,720	39,870
一般(円)	40,420	41,720	39,870
退職(円)	24,090	14,390	67,230
外来			
外来費用の割合	57.7%	56.7%	59.9%
外来受診率	739.0	714.2	709.6
一件当たり医療費(円)	23,990	24,400	24,520
一人当たり医療費(円) ※	17,730	17,430	17,400
一日当たり医療費(円)	16,400	17,260	16,500
一件当たり受診回数	1.5	1.4	1.5
入院			
入院費用の割合	42.3%	43.3%	40.1%
入院率	21.5	22.7	18.8
一件当たり医療費(円)	606,280	585,380	619,090
一人当たり医療費(円) ※	13,010	13,310	11,650
一日当たり医療費(円)	36,650	35,360	38,730
一件当たり在院日数	16.5	16.6	16.0

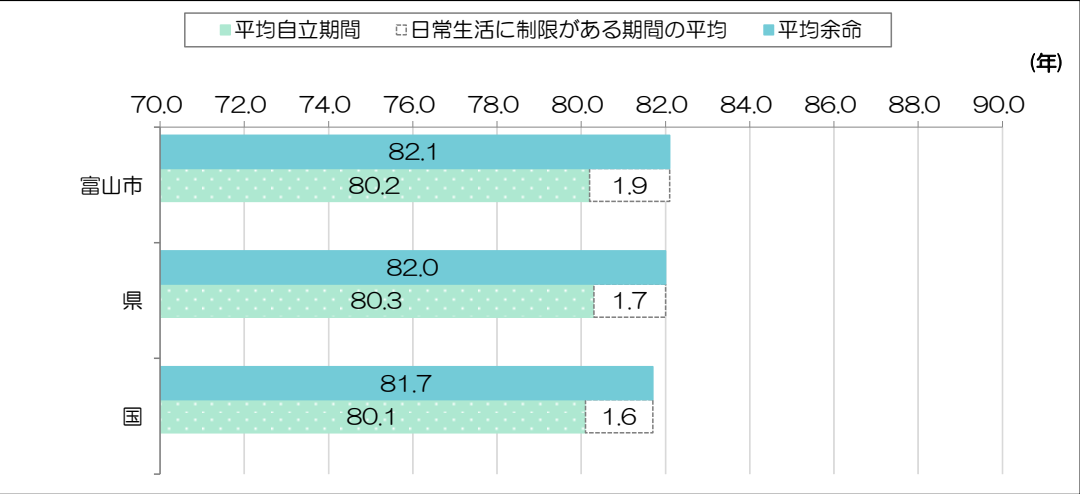
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

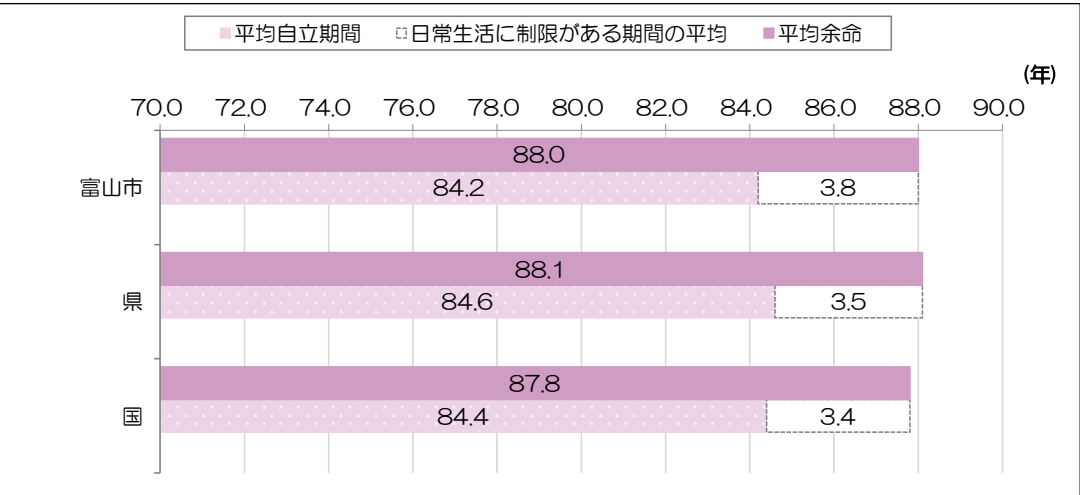
3.平均余命と平均自立期間

本市の平均余命と平均自立期間をみると、女性の方が男性よりも日常生活に制限がある期間が長いことがわかります。また、男性、女性ともに県や国よりも日常生活に制限がある期間が長くなっています。

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

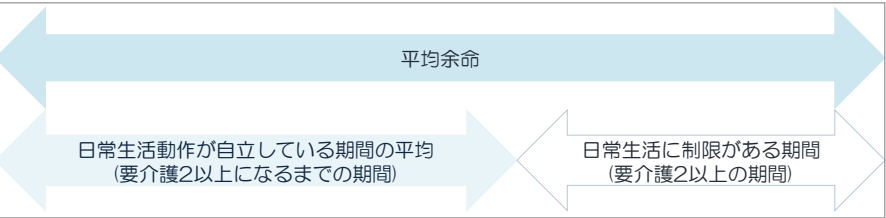


(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】 平均余命と平均自立期間について



以下は、本市の令和元年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。令和元年度から令和4年度までの推移をみると、日常生活に制限がある期間は、男性、女性ともに令和元年度よりも令和4年度の方が長くなっており、この期間（平均余命と平均自立期間の差）を縮めることが必要です。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	平均余命(年)	81.1	81.1	81.6	82.1
	平均自立期間(年)	79.4	79.3	79.8	80.2
	日常生活に制限がある期間の平均(年)	1.7	1.8	1.8	1.9
女性	平均余命(年)	87.4	88.1	87.6	88.0
	平均自立期間(年)	83.7	84.2	83.8	84.2
	日常生活に制限がある期間の平均(年)	3.7	3.9	3.8	3.8

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4.介護保険の状況

(1)要介護(支援)認定状況

本市の要介護（支援）認定率は、令和元年度以降ほぼ横ばいで推移しており、国や県に比べると高い状況にあります。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
				第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
富山市	令和元年度	20.0%	24,757	24,297	460
	令和2年度	20.4%	24,659	24,210	449
	令和3年度	20.8%	24,994	24,553	441
	令和4年度	20.2%	25,217	24,764	453
県	令和元年度	19.6%	65,785	64,584	1,201
	令和2年度	19.8%	65,699	64,515	1,184
	令和3年度	20.2%	66,382	65,212	1,170
	令和4年度	19.7%	66,556	65,366	1,190
国	令和元年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

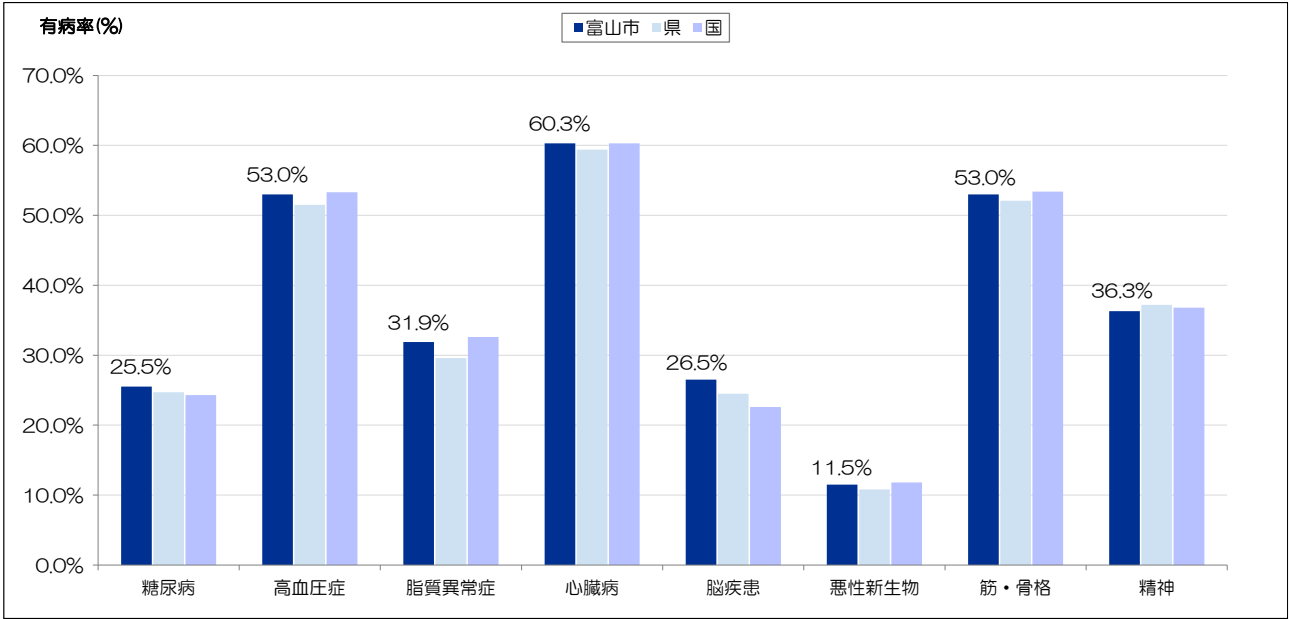
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況をみると、心臓病、高血圧症、筋・骨格の順で高くなっており、いずれも県と比較すると高い状況にあります。

要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度) ※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分		富山市	順位	県	順位	国	順位
認定者数(人)		25,217		66,556		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	6,624	7	16,971	6	1,712,613	6
	有病率	25.5%		24.7%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	13,693	2	35,145	3	3,744,672	3
	有病率	53.0%		51.5%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	8,261	5	20,410	5	2,308,216	5
	有病率	31.9%		29.6%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	15,543	1	40,400	1	4,224,628	1
	有病率	60.3%		59.4%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	6,744	6	16,371	7	1,568,292	7
	有病率	26.5%		24.5%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	3,066	8	7,457	8	837,410	8
	有病率	11.5%		10.8%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	13,678	3	35,453	2	3,748,372	2
	有病率	53.0%		52.1%		53.4%	
精神	実人数(人)	9,352	4	25,101	4	2,569,149	4
	有病率	36.3%		37.2%		36.8%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

5.死亡の状況

令和4年度の死因の割合は、悪性新生物(52.0%)、心臓病(25.8%)、脳疾患(14.8%)、腎不全(3.0%)の順に高く、国と比較すると悪性新生物、脳梗塞の死因割合が高く、県と比較すると悪性新生物、心臓病の割合が高くなっています。

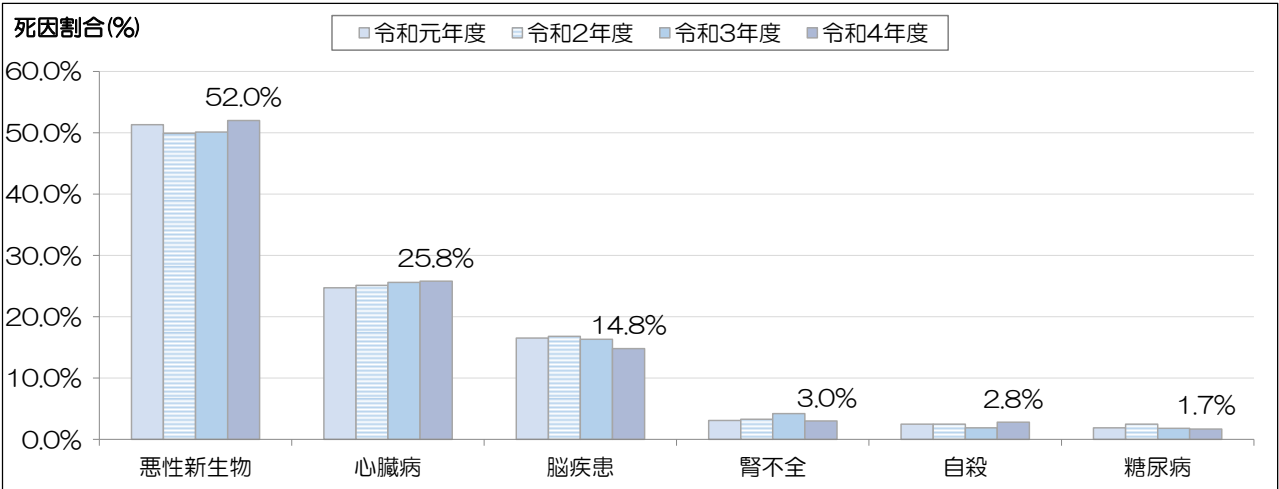
平成25年～平成29年の標準化死亡比でみると、男性、女性ともに県や国に比べて急性心筋梗塞、脳梗塞の割合が高くなっており、悪性新生物(胃)についても国より高い割合となっています。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	富山市								県	国
	人数(人)				割合(%)					
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
悪性新生物	1,319	1,220	1,283	1,277	51.3%	49.9%	50.1%	52.0%	51.9%	50.6%
心臓病	634	613	656	634	24.7%	25.1%	25.6%	25.8%	24.3%	27.5%
脳疾患	423	412	417	363	16.5%	16.8%	16.3%	14.8%	15.9%	13.8%
腎不全	80	80	108	74	3.1%	3.3%	4.2%	3.0%	3.3%	3.6%
自殺	65	62	48	69	2.5%	2.5%	1.9%	2.8%	2.8%	2.7%
糖尿病	48	60	47	41	1.9%	2.5%	1.8%	1.7%	1.8%	1.9%
合計	2,569	2,447	2,559	2,458						

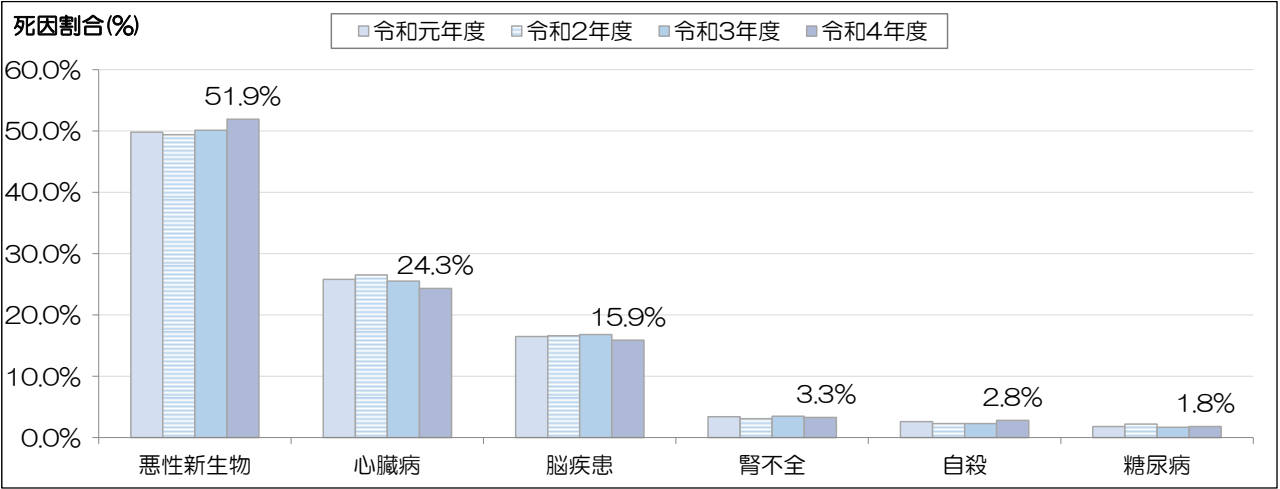
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(富山市)



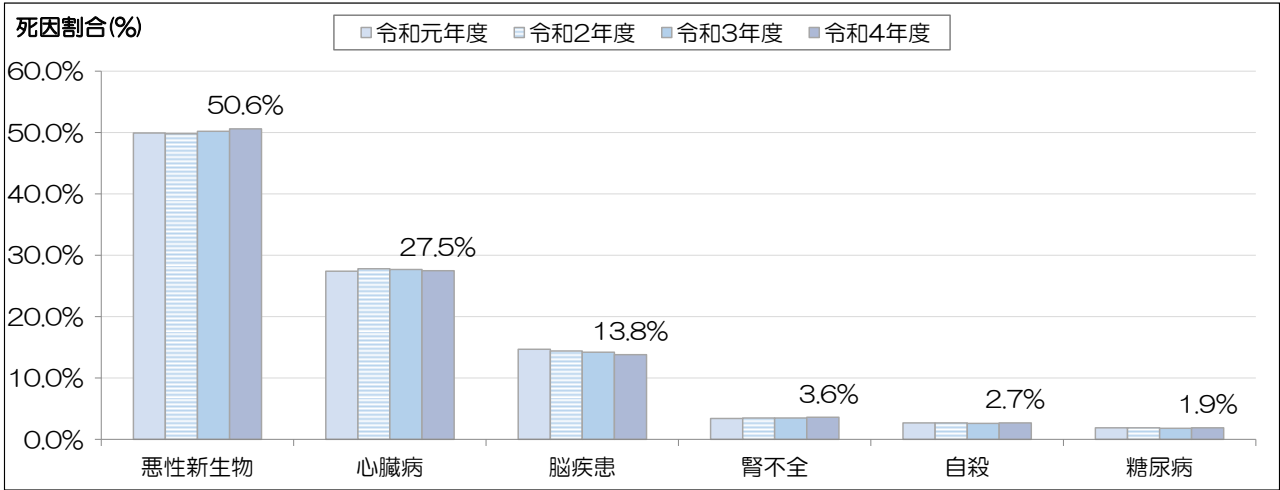
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(県)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

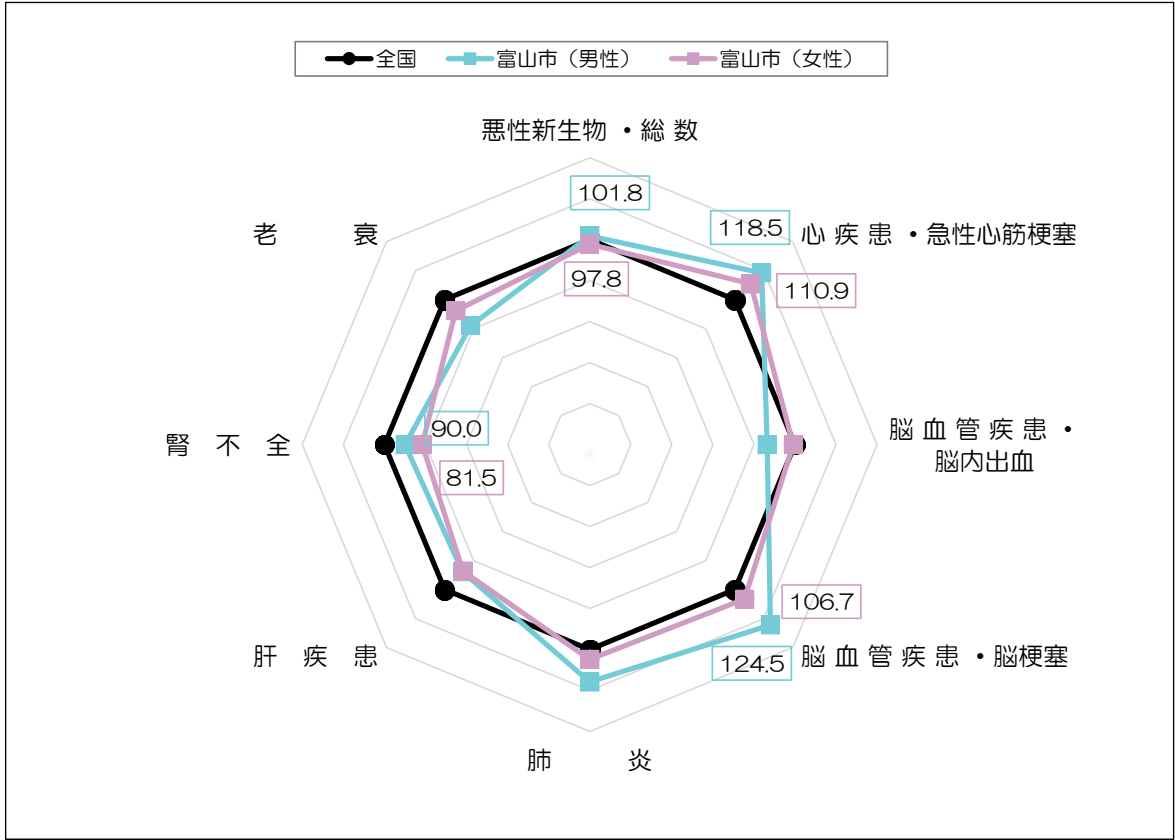
年度別 主たる死因の割合(国)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主要死因別標準化死亡比

		全国	男性		女性	
			富山県	富山市	富山県	富山市
全死因		100.0	101.4	100.9	96.5	96.7
悪性新生物	・総 数	100.0	101.1	101.8	98.1	97.8
	・胃	100.0	113.1	114.5	122.0	121.1
	・大 腸	100.0	97.3	99.7	102.6	100.5
	・肝及び肝内胆管	100.0	87.8	90.4	84.5	81.8
	・気管、気管支及び肺	100.0	95.5	93.8	86.8	85.4
心 疾 患	・総 数	100.0	86.2	83.4	88.2	86.0
	・急性心筋梗塞	100.0	115.7	118.5	104.7	110.9
	・心 不 全	100.0	99.1	92.4	104.6	99.3
脳 血 管 疾 患	・総 数	100.0	113.8	112.3	103.1	105.1
	・脳内出血	100.0	99.3	86.4	99.4	99.1
	・脳梗塞	100.0	120.1	124.5	101.4	106.7
肺 炎		100.0	108.9	115.8	98.4	104.8
肝 疾 患		100.0	89.7	87.7	89.3	87.3
腎 不 全		100.0	82.5	90.0	84.0	81.5
老 衰		100.0	92.5	82.1	92.6	92.4
不慮の事故		100.0	141.3	127.9	131.2	122.5
自 殺		100.0	113.3	108.6	102.3	112.4



出典:平成25～平成29年人口動態保健所・市区町村別統計 第5表の数値に基づく。
※標準化死亡比(SMR): 地域別の比較を行うために、標準的な年齢構成に合わせて地域の年齢階級別死亡率を算出したもので、国の平均を100としています。

第3章 過去の取り組みの考察

1.第2期データヘルス計画全体の評価

関連計画	健康課題	達成すべき目標	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値			最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
特定健診等実施計画	①被保険者に占める前期高齢者の割合が国と比較すると高く50.3%である。	医療費削減のために、特定健診及び特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率60%以上	30.9%	31.1%	32.0%	31.9%	29.0%	30.8%	32.1%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
			特定保健指導実施率60%以上	7.5%	11.0%	17.3%	16.9%	13.8%	14.8%	13.5%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	15.8%	16.8%	15.9%	16.6%	14.7%	19.8%	18.6%	
中長期的な目標	②中長期的な目標疾患のうち、医療費が高額となる虚血性心疾患の費用額が増加した。	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25%減少	4.1%	4.8%	4.4%	3.9%	4.2%	4.6%	4.4%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	3.3%	3.1%	3.2%	3.1%	2.7%	2.8%	2.7%	
			慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合25%減少	5.4%	4.7%	4.1%	3.9%	3.8%	3.4%	3.7%	
	③短期的な目標疾患では、高血圧、脂質異常症、糖尿病の全てで、被保険者に占める割合が増えた。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	▲8.8%	▲9.5%	▲11.3%	▲11.3%	▲14.2%	▲13.4%	▲16.4%	富山市健康プラン21（第2次）
			健診受診者の高血圧の改善(正常高値血圧値以上の有所見者(55-74歳)の割合の減少)	48.2% (H26)	47.7% (H27)	48.5% (H30)	49% (R1)	54.7% (R2)	54.5% (R3)	53.7% (R4)	
			健診受診者の脂質異常症の減少 男性(上段)6.2% 女性(下段)8.8%	10.2% 15.8% (H27)	8.6% 13.7% (H28)	14.6% 13.7% (H30)	8.4% 13.6% (R1)	9.4% 13.8% (R2)	9.2% 14.4% (R3)	8.5% 13.5% (R4)	
	健診受診者の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1cがNGSP値8.4%以上の者)の割合の減少		0.7% (H27)	0.6% (H28)	0.8% (H30)	0.7% (R1)	0.8% (R2)	0.7% (R3)	0.6% (R4)		
	健診受診者の血糖コントロール不良者のうち、治療を受けている者の割合の増加		69.6% (H27)	69.9% (H28)	61.9% (H30)	73.4% (R1)	60.6% (R2)	63.6% (R3)	62.6% (R4)		
	糖尿病有病者の増加の抑制 男性(上段) 女性(下段)		14.7% 10.3% (H27)	16.7% 11.5% (H28)	15.5% 10.7% (H30)	16.1% 11.1% (R1)	14.3% 9.4% (R2)	15.3% 10.7% (R3)	19.2% 12.4% (R4)		
データヘルス計画	短期的な目標	④特定健診受診率は30.9%であり、第2期実施計画の目標値を下回る。									
			⑤特定保健指導実施率は7.5%であり、第2期実施計画の目標値を下回る。								
	⑥メタボ該当・予備群の減少率は平成20年度比8.8%減であり、第2期実施計画の目標値を下回る。										

評価・考察

医療費削減のために、特定健診及び特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。
〈未達成〉

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響を受けたとみられる令和2年度を除き、増加傾向にあるものの、目標値とは大きく乖離している。特定保健指導実施率においても、令和元年度までは増加傾向にあったが、令和2年度に低下し、その後はほぼ横ばいとなっている。特定保健指導対象者の減少についても、初期値及び中間評価値よりは向上したが、目標達成には至らなかった。

対象者の特性に応じた効果的な受診勧奨やICTを活用した保健指導等を取り入れるとともに、医師会等の関係機関とも連携しながら実施率向上に取り組んでいく。

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。〈一部達成〉

虚血性心疾患と慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合は目標を達成している一方で、脳血管疾患の医療費は増加傾向にある。

引き続き、特定保健指導や糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むとともに、令和5年度から実施している循環器疾患重症化予防事業も注力していく。

メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25% 〈未達成〉

メタボリックシンドローム予備群該当者は増加傾向となっており、引き続き特定健康診査受診率向上、特定保健指導実施率向上に向けて効果的な事業展開をしていくことが必要である。

健診受診者の高血圧の改善（正常高値血圧値以上の有所見者（55-74歳）の割合の減少） 〈未達成〉

減少とはなかった。今後は、令和5年度から実施している循環器疾患重症化予防事業により、未治療者へのアプローチを行うことで減少につなげていく。

健診受診者の脂質異常症の減少 男性(上段)6.2% 女性(下段)8.8% 〈一部達成〉

策定時実績より減少しているが、目標値には届いていない。

今後も保健指導により食事や運動面のフォローを行い、割合の減少につなげていく。

健診受診者の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者（HbA1cがNGSP値8.4%以上の者）の割合の減少 〈達成〉

わずかだが減少した。県、国平均よりも値は改善しており、引き続き糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していく。

健診受診者の血糖コントロール不良者のうち、治療を受けている者の割合の増加 〈未達成〉

減少している。今後は特に重症化リスクの高い治療中断者に対する受診勧奨を強化していく。加えて、医師会等関係機関と課題の共有、連携を強化し、引き続き糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）を実施していく。

糖尿病疾病者の増加の抑制 〈未達成〉

増加の抑制とはなかった。未治療者へのアプローチを強化していく。

2.個別事業実施状況

事業名	評価指標		計画策定 時実績 平成28 年度	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度	目標値 令和5 年度
特定健康診査 事業	アウトプット	チラシ配布数	—	—	20,000 枚	10,000 枚	—	20,000 枚	20,000 枚
		広報掲載回数	—	6回	5回	5回	4回	7回	—
	アウトカム	特定健診受診率 (法定報告値)	—	32.0%	31.9%	29.0%	30.8%	32.1%	60%
実施内容			考察・今後の方向性						
40歳以上の被保険者へメタボリックシンドロームの予防に 着目した健康診査を行う。			受診率は、国の掲げる目標値60%と大きく乖離している。 アウトプット指標は概ね達成したが、新型コロナウイルス感染症の影響に よる受診控えが一因となり、令和2年度にはアウトカム指標である受診率が 大幅に低下した。事業内容の見直しにより、令和3年度以降は改善がみられ るが、今後も受診率向上のため受診勧奨事業を強化していく。						

事業名	評価指標		計画策定 時実績 平成28 年度	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度	目標値 令和5 年度
特定健康診査 受診勧奨事業 (未受診者対策)	アウトプット	①通知勧奨者数	—	なし	12,750 人	※	5,265人	20,540 人	12,750 人
		②電話勧奨者数	—	1,412人 48.5%	1,447人 43.0%	※	1,382人 82.8%	842人 66.9%	3,000人
		③チラシ配布数	—	—	20,000 枚	10,000 枚	—	20,000 枚	20,000 枚
		④休日集団健診の回数、 受診者数	—	7回 477人	8回 373人	※	7回 231人	11回 274人	8回 650人
	アウトカム	①受診勧奨はがきを送 付した者の受診率	—	—	11.2%	※	—	—	50%
		②受診勧奨電話がで きた者の受診率	—	—	268人、 19.9%	※	—	—	50%
		③特定健診受診率 (法定報告値)	30.9%	32.0%	31.9%	29.0%	30.8%	32.1%	60%
		④休日集団健診受診率	—	81.5%	57.4%	※	43.6%	51.7%	90%
実施内容			考察・今後の方向性						
①電話による受診勧奨をする。(直営) ②個別受診勧奨通知による受診勧奨をする。(委託)			令和元年度から、はがきによる受診勧奨通知を送付し、令和3年度からは対象者の過去の健診の受診行動などにより対象者をグループに分け、ナッジ理論を活用しわかりやすい案内となるよう工夫している。令和5年度からは、勧奨対象者の受診行動についても分析し、より効果のある通知内容を検討している。 集団健診の回数も増やし、WEB予約を導入することで、利便性を高める工夫をしているが、現行の実施体制・方法についても見直しを行い、より効果的な実施手法について継続して検討していく。						

※新型コロナウイルス感染拡大防止にて実施無し

事業名	評価指標		計画策定時 実績 平成28 年度	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度	目標値 令和5 年度
特定保健 指導事業	アウトプット	①動機付け支援対象者のうち、保健指導を実施した人数（初回）	—	277人 17.1%	254人 16.0%	215人 14.1%	221人 14.8%	214人 14.0%	172人
		②積極的支援対象者のうち、保健指導を実施した人数（初回）	—	33人 8.9%	41人 12.4%	42人 14.3%	37人 10.7%	35人 10.2%	33人
	アウトカム	①特定保健指導実施率（法定報告値）	7.5%	17.3%	16.9%	13.8%	14.8%	13.5%	60%
		②介入前後の検査値（腹囲）	—	—	91.6→ 90.9 (280人) 改善	91.9→ 91.3 (238人) 改善	91.5→ 90.5 (240人) 改善	92.6→ 92.0 (228人) 改善	5項目において改善傾向にある
		②介入前後の検査値（血圧）	—	—	131/78 →129/78 (183人) 改善	135/80 →127/77 (153人) 改善	135/81 →129/78 (137人) 改善	136/82 →128/80 (114人) 改善	
		②介入前後の検査値（血糖）	—	—	—	—	—	—	
		②介入前後の検査値（脂質）	—	—	—	—	—	—	
		②介入前後の検査値（喫煙）	—	—	25人→ 19人 (242人) 改善	13人→ 7人 (212人) 改善	17人→ 12人 (209人) 改善	19人→ 19人 (211人) 維持	
実施内容			考察・今後の方向性						
生活習慣改善のための保健指導を行う。 （直営・委託）			実施率は、国の掲げる目標値60%と大きく乖離している。 実施率向上を図るため、人間ドック、集団健診での受診当日初回面接やオンライン指導の積極的な活用等特定保健指導を受けやすい体制の構築に努める。 アウトカム評価では、介入前後の検査値に改善がみられており、引き続き、受講者の生活スタイルに合わせた効果的な保健指導の実施に取り組んでいく。また、令和6年度からの特定保健指導の実施評価体系の変更に伴い、実施プロセスの見直し及び指導内容についても、随時評価・改善を図っていく。						

事業名	評価指標		計画策定時 実績 平成28 年度	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度	目標値 令和5 年度
特定保健指導 受講勧奨事業	アウトプット	訪問、電話による受講勧奨ができた人数	—	962人 79.6%	980人 84.4%	873人 94.4%	792人 72.6%	756人 76.0%	962人
	アウトカム	受講勧奨（訪問、電話）による受講者数	—	—	11.2%	48人 5.5%	122人 15.6%	122人 13.7%	60%
実施内容			考察・今後の方向性						
訪問による受講勧奨を基本とし、不在時には電話により実施するものとする。 ただし、65歳以上の動機付け支援対象者は直接訪問とし、その場で特定保健指導初回面接を実施する。その場合、受講勧奨にカウントしない。			電話や訪問による受講勧奨や未利用者への再勧奨を行っているが、アウトカム評価は目標に達していない。受講勧奨による受講者増加のため、勧奨時期や手法等効果的な勧奨方法の検討に努めていく。						

事業名	評価指標		計画策定時 実績 平成28 年度	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度	目標値 令和5 年度
糖尿病性腎症 重症化予防事業	＜受診勧奨＞ アウトプット	①受診勧奨者数 （受診勧奨率）	－	144人	84人 100%	101人 100%	90人 100%	58人 100%	100%
		②再受診勧奨者数 （再受診勧奨率）	－	12人	20人 100%	26人	22人	27人	100%
	＜受診勧奨＞ アウトカム	①受診につながった割合	－	95.8%	83.3%	88.1%	82.2%	60.3%	平成30年度初期値 (95.8%) より改善
	＜保健指導＞ アウトプット	③保健指導者数 （保健指導率）	－	4人 3.2%	43人 65.1%	16人 19.0%	6人 7.8%	7人 8.9%	100%
	＜保健指導＞ アウトカム	②行動変容	－	3人 75%	31人 86.1%	8人 66.7%	3人 100%	2人 50%	平成30年度初期値 (75%) より改善
		③介入前後の 検査値（血圧）	－	124/63 →120/59 改善	135/75 →132/73 改善	139/76 →140/77 悪化	134/74 →122/65 改善	136/68 →151/73 悪化	改善傾向
		③介入前後の 検査値（HbA1c）	－	7.7→7.5 改善	7.8→7.1 改善	7.2→7.1 改善	6.9→6.5 改善	8.0→7.5 改善	
		③介入前後の 検査値（喫煙）	－	0人→0人 維持	3人→3人 維持	4人→2人 改善	0人→0人 維持	0人→0人 維持	
		③介入前後の 検査値（尿蛋白）	－	3人→2人 悪化	9人→12人 改善	4人→5人 改善	2人→2人 維持	2人→2人 維持	
		③介入前後の 検査値（eGFR）	－	58.0→ 評価不能	59.9→ 58.9 悪化	58.1→ 60.1 改善	69.1→ 74.6 改善	56.4→ 55.1 悪化	
実施内容			考察・今後の方向性						
糖尿病未治療者・治療中断者へ、電話等により受診勧奨を行う。 糖尿病性腎症第3期と想定される者、主治医から糖尿病性腎症の保健指導を依頼された者へ保健指導を行う。			受診勧奨については、通知や電話、訪問等の勧奨方法を工夫することで、対象者全員へアプローチすることができた。一方で、受診に結びついた割合は減少傾向にあるため、対象者に応じた効果的な勧奨となるよう実施手法を検討する。 保健指導については、医師会と連携し、保健指導参加者を増やしていくための取り組みを検討する。保健指導を実施する保健福祉センターと意見交換を行う機会を設け、連携を強化する。						

事業名	評価指標		計画策定 時実績 平成28 年度	平成30 年度	令和元 年度	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度	目標値 令和5 年度
適正受診等 訪問指導事業	アウトプット	①頻回受診者への 保健指導実施数	—	17人 70.8%	43人 86.0%	16人 88.9%	18人 85.7%	18人 69.2%	対象者全 員へ保健 指導実施 100%
		②重複受診者への 保健指導実施数	—	47人 79.7%	2人 100%	—	—	1人 100%	対象者全 員へ保健 指導実施 100%
		③重複服薬者への 保健指導実施数	—	5人 83.3%	7人 100%	7人 100%	9人 100%	8人 100%	対象者全 員へ保健 指導実施 100%
	アウトカム	①頻回受診者の 受診行動改善率	—	—	—	—	61.9%	72.2%	50% 以上
		②重複受診者の 受診行動改善率	—	—	—	—	—	100%	50% 以上
		③重複服薬者の 受診行動改善率	—	—	—	—	55.5%	62.5%	50% 以上
		④翌年度の対象者 数減少	—	—	—	40人	33人	36人	減少
	実施内容			考察・今後の方向性					
レセプトから対象者を抽出し、訪問指導を行う。 重複服薬受診者への指導については、必要に応じて市薬 剤師会と連携する。 訪問指導後の受診及び服薬状況について、レセプトを確 認する。			令和2年度にアウトカム指標を設定し、令和3、4年度では目標を達成し ている。翌年度の対象者数についても目標達成できるよう、継続し取り組ん でいく。						

第4章 健康・医療情報等の分析

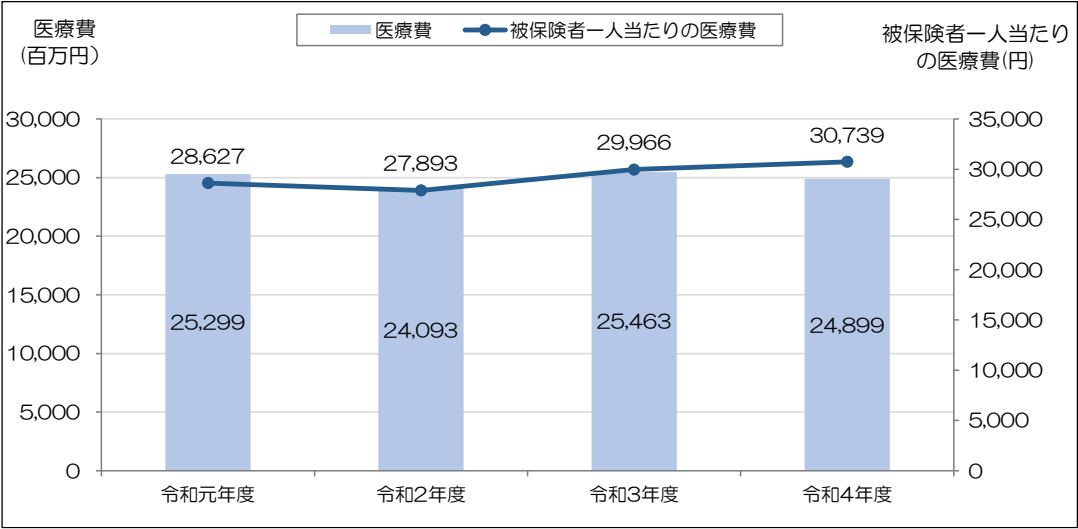
1.医療費の基礎集計

(1)医療費の状況

令和4年度の本市の国民健康保険の総医療費は約250億円となっており、一人当たり医療費(1カ月相当)は30,739円です。

一人当たり医療費は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により一定の受診控えが発生したとみられる令和2年度を除き、増加傾向が続いています。

年度別 医療費の推移



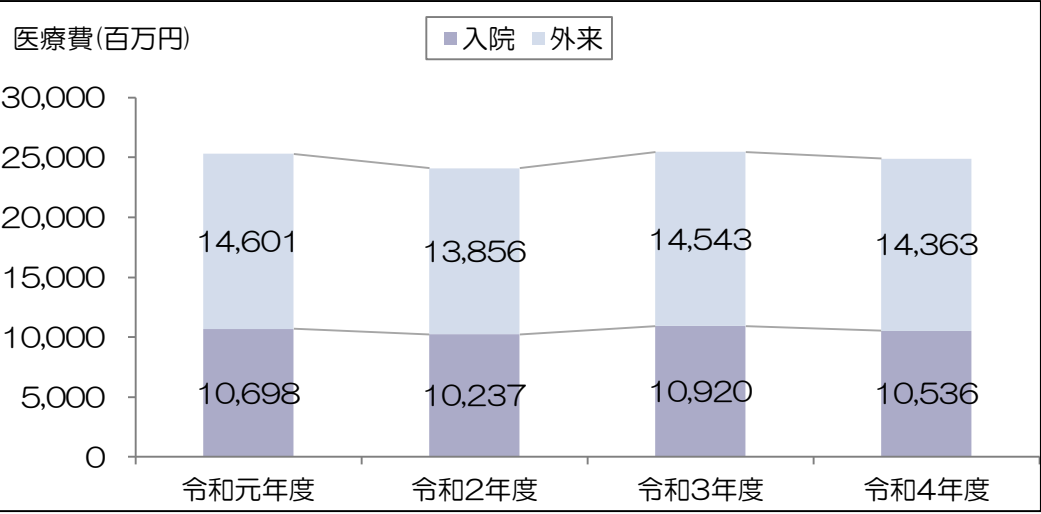
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

年度別 被保険者一人当たりの医療費 単位：円

年度	富山市	県	国
令和元年度	28,627	29,306	27,475
令和2年度	27,893	28,656	26,961
令和3年度	29,966	30,160	28,469
令和4年度	30,739	30,742	29,043

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

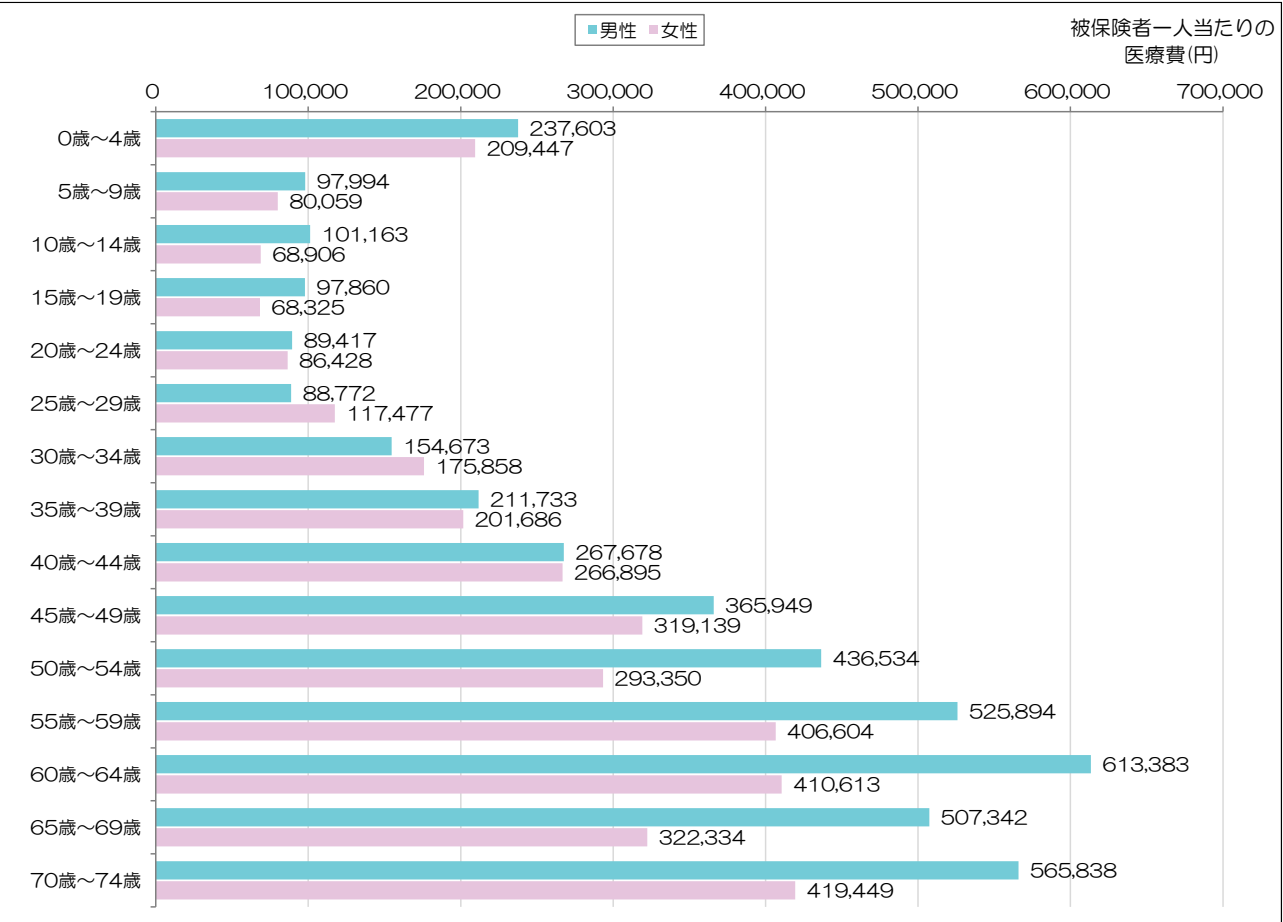
年度別 入院・外来別医療費



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の一人当たりの医療費は、15歳～19歳が最も低く、年齢が上がるにつれ増加傾向となっています。男女を比べると、25歳～34歳までは女性の一人当たり医療費の方が高くなっていますが、他の年代では男性の方が高く、また50歳以降は特に差が大きくなっています。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)

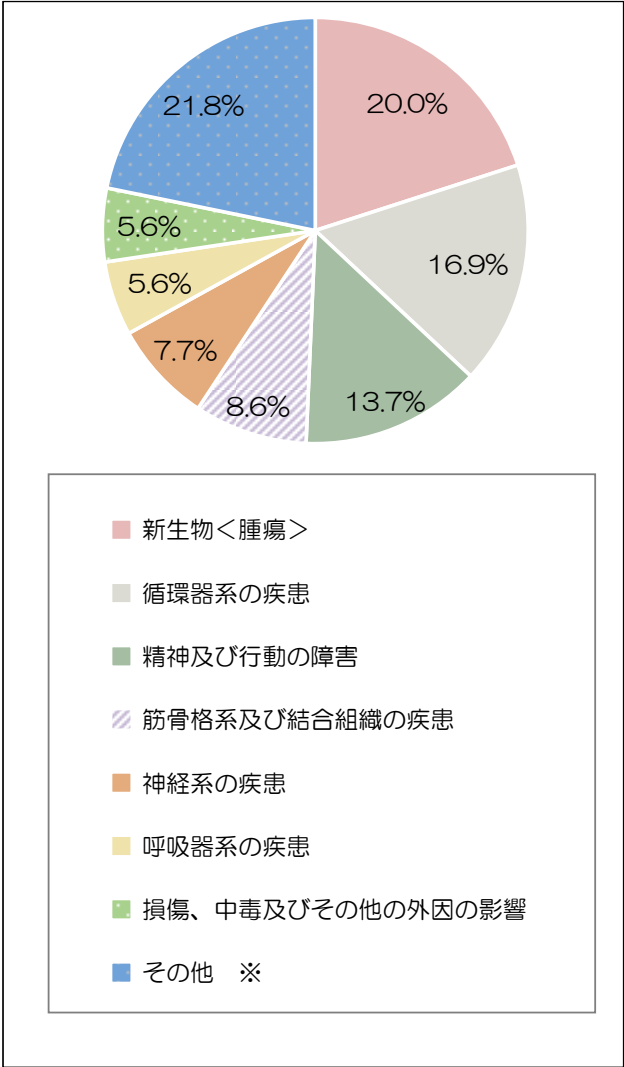


出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

(2) 疾病別医療費

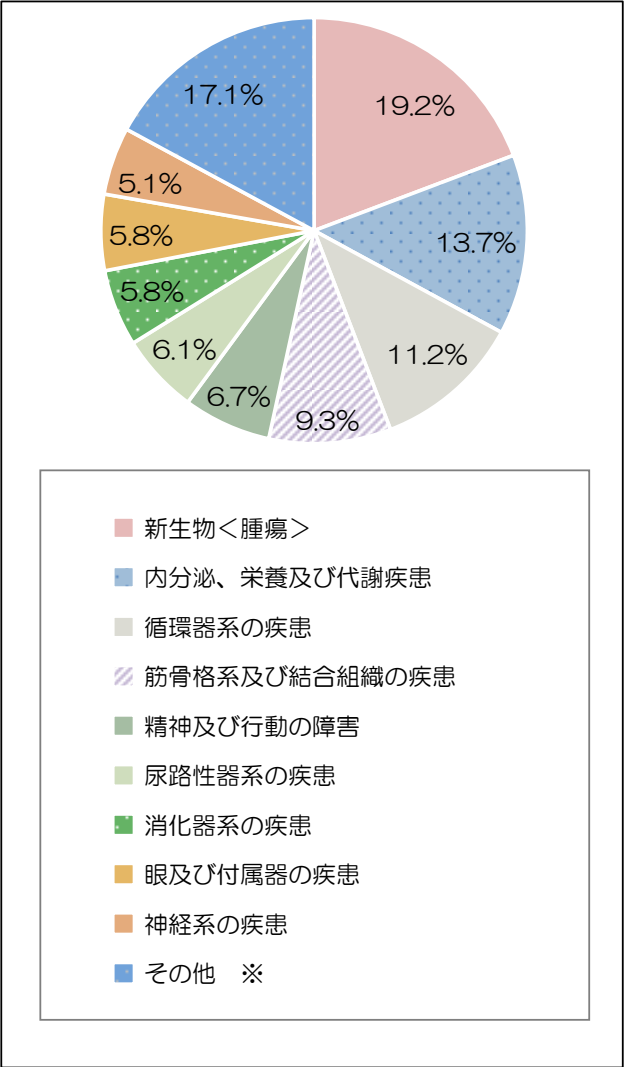
令和4年度の医療費を疾病(大分類)別にみると、入院では新生物(腫瘍)が20.0%で最も多く、次に循環器系の疾患(16.9%)、精神及び行動の障害(13.7%)となっており、3疾病で入院医療費の5割を超えています。外来では新生物(腫瘍)が19.2%で最も多く、次に内

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

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

疾病(中分類)別の医療費では、入院は統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が最も多く、その他の悪性新生物＜腫瘍＞、その他の心疾患と続きます。外来では糖尿病、その他の悪性新生物＜腫瘍＞、高血圧性疾患の順となっており、生活習慣病を起因とする疾患が上位を占めています。

中分類別医療費上位10疾病(令和4年度)

【入院】

	中分類別疾患	疾病別医療費 (円)	入院医療費に 占める割合(%)
1	統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害	937,180,650	8.9
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	681,935,880	6.5
3	その他の心疾患	672,965,670	6.4
4	その他の呼吸器系の疾患	384,025,980	3.6
5	骨折	366,316,410	3.5
6	脳梗塞	343,641,060	3.3
7	その他の神経系の疾患	342,402,620	3.2
8	関節症	334,531,170	3.2
9	その他の消化器系の疾患	308,806,270	2.9
10	気管、気管支及び肺の悪性新生物 ＜腫瘍＞	294,661,510	2.8
その他 (上記以外の疾患)		5,869,466,310	55.7
入院総医療費 (円)		10,535,933,530	

【外来】

	中分類別疾患	疾病別医療費 (円)	外来医療費に 占める割合(%)
1	糖尿病	1,268,882,250	8.9
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	1,033,066,180	7.3
3	高血圧性疾患	711,221,650	5.0
4	その他の眼及び付属器の疾患	595,471,440	4.2
5	その他の心疾患	586,704,150	4.1
6	その他の消化器系の疾患	554,863,950	3.9
7	腎不全	525,134,020	3.7
8	統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害	482,368,030	3.4
9	脂質異常症	474,679,180	3.3
10	気管、気管支及び肺の悪性新生物 ＜腫瘍＞	468,556,510	3.3
その他 (上記以外の疾患)		7,524,441,550	52.9
外来総医療費 (円)		14,225,388,910	

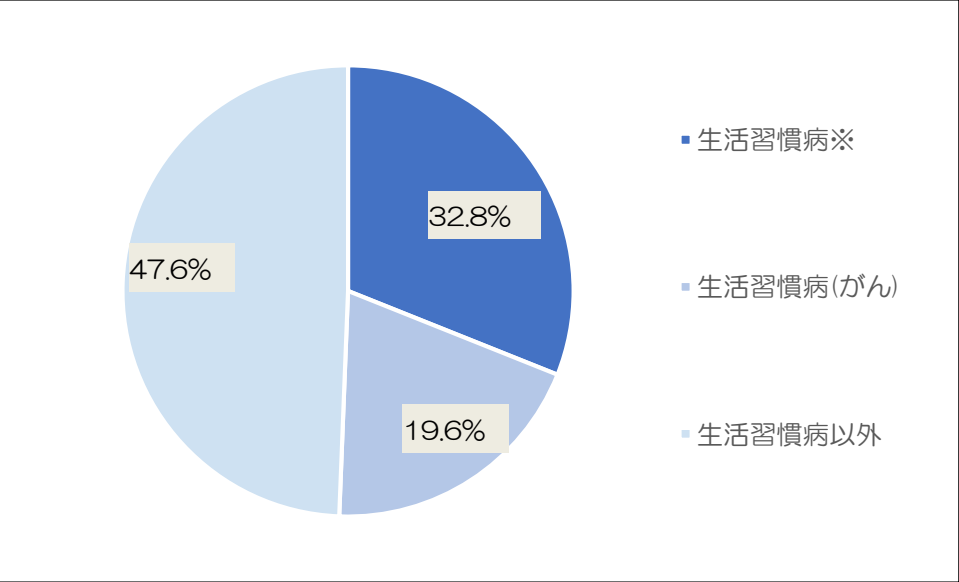
【入院・外来合計】

	中分類別疾患	疾病別医療費 (円)	割合(%)		中分類別疾患	疾病別医療費 (円)	割合(%)
1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	1,715,002,060	6.9	7	気管、気管支及び肺の悪性新生物 ＜腫瘍＞	763,218,020	3.1
2	統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害	1,419,548,680	5.7	8	腎不全	759,795,100	3.1
3	糖尿病	1,352,910,630	5.5	9	高血圧性疾患	720,722,900	2.9
4	その他の心疾患	1,259,669,820	5.1	10	その他の眼及び付属器の疾患	692,083,640	2.8
5	その他の消化器系の疾患	863,670,220	3.5	その他(上記以外の疾患)		14,412,330,730	58.2
6	その他の神経系の疾患	802,370,640	3.2	総医療費 (円)		24,761,322,440	

(3)生活習慣病医療費の状況

医療費全体に占める生活習慣病医療の割合をみると、52.4%が生活習慣病医療費となっています。

生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

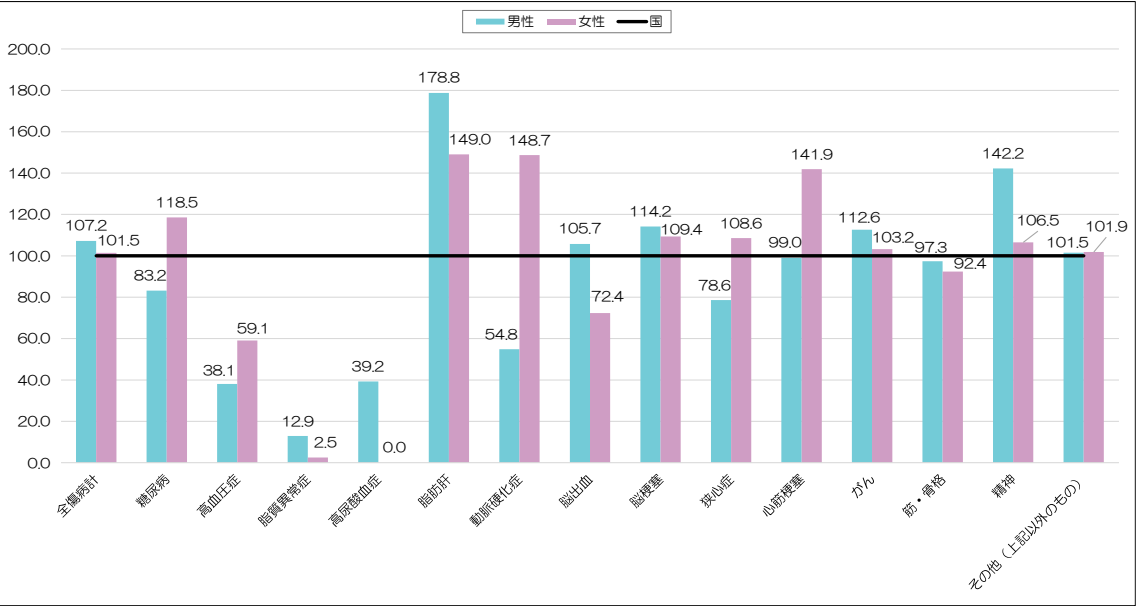


疾病分類	医療費(円)	構成比(%)
糖尿病	1,316,525,720	5.3%
高血圧症	720,690,470	2.9%
脂質異常症	474,953,400	1.9%
高尿酸血症	9,445,290	0.0%
脂肪肝	13,455,520	0.1%
動脈硬化症	25,319,050	0.1%
脳出血	154,992,620	0.6%
脳梗塞	428,960,990	1.7%
狭心症	261,574,200	1.1%
心筋梗塞	92,094,630	0.4%
がん	4,843,428,470	19.6%
筋・骨格	2,221,551,890	9.0%
精神	2,394,903,000	9.7%
その他（上記以外のもの）	11,790,250,120	47.6%
合計	24,748,145,370	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」
分類は生活習慣病※、生活習慣病(がん)、生活習慣病以外とし、
※上記図の生活習慣病としての疾病分類は糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、筋・骨格、精神の11疾病。

疾病別医療費（生活習慣病）標準化比をみると、精神、がん、脳梗塞については、男性、女性とも入院、外来いずれも国に比べ割合が高くなっています。また、入院では国に比べ女性の心筋梗塞、糖尿病の割合が高く、外来では高血圧症の割合が低くなっています。

疾病別医療費(生活習慣病)標準化比（入院）



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」
国立保健医療科学院 国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール
国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算

疾病別医療費(生活習慣病)標準化比（外来）



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」
国立保健医療科学院 国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール
国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算

疾病別医療費(生活習慣病)標準化比(入外合計)



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」
国立保健医療科学院 国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール
国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算

(4)人工透析患者の状況

本市の人工透析患者の数は減少していますが、割合で見るとほぼ横ばいで推移しています。一人当たりの透析医療費は令和元年度以降増加が続いています。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
富山市	65,421	109	0.17%
県	172,233	305	0.18%
国	24,660,500	86,890	0.35%

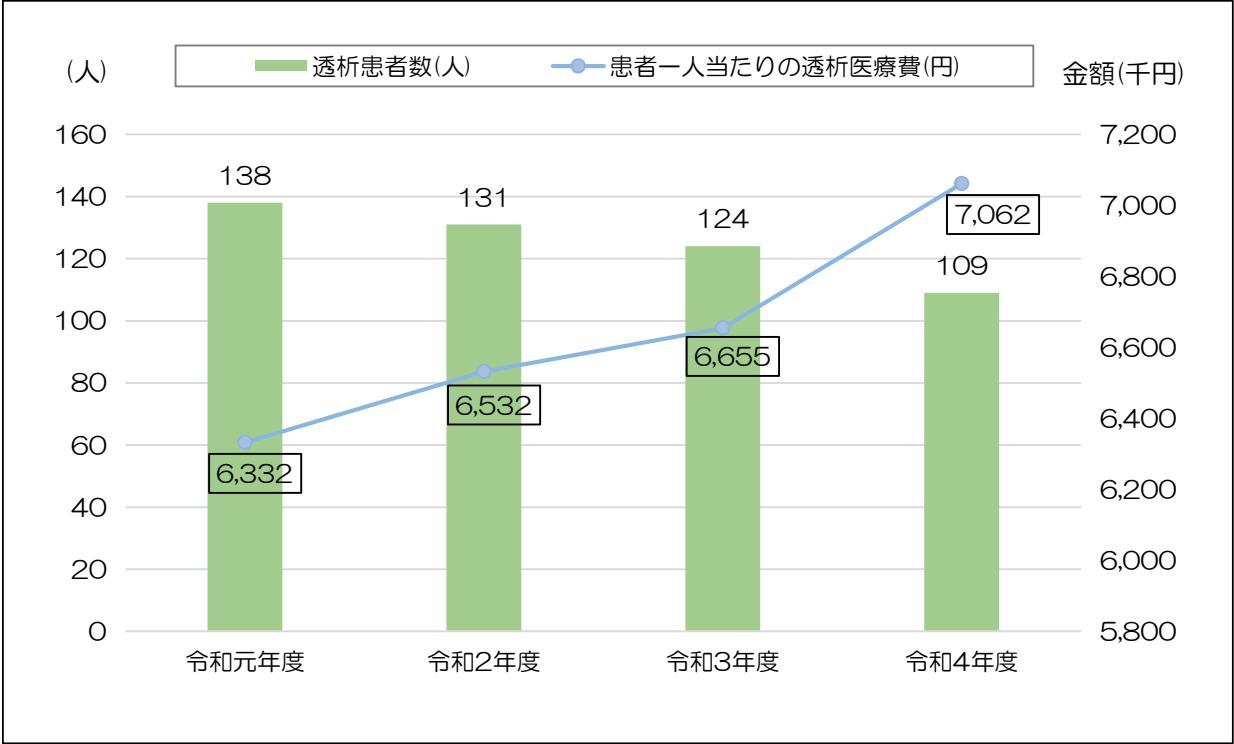
出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
令和元年度	138	0.19%	873,875,710	6,332,433
令和2年度	131	0.18%	855,723,900	6,532,244
令和3年度	124	0.18%	825,169,450	6,654,592
令和4年度	109	0.17%	769,720,170	7,061,653

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」
※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

年度別 透析患者数及び患者1人当たりの透析医療費



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」
※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

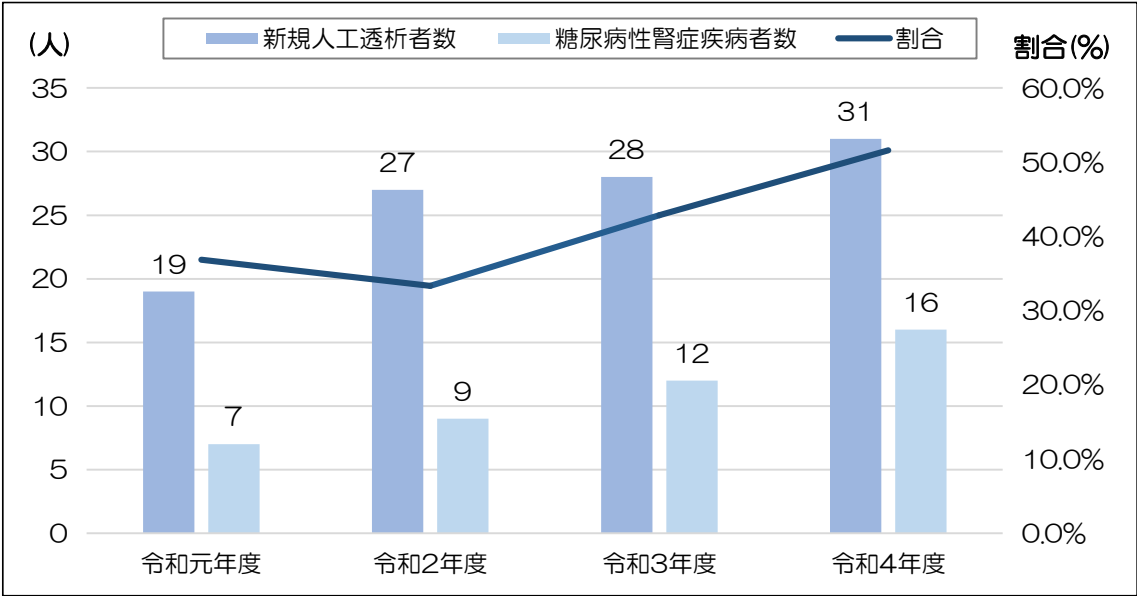
新規人工透析者数のうち、糖尿病性腎症疾病者割合は増加しており、令和4年度では5割を超える人が糖尿病性腎症疾病を有しています。

新規人工透析者のうち糖尿病性腎症疾病者数とその割合

年度	新規人工透析者数(人)	糖尿病性腎症疾病者数(人)	割合(%)
令和元年度	19	7	36.8%
令和2年度	27	9	33.3%
令和3年度	28	12	42.9%
令和4年度	31	16	51.6%

出典:国保中央会集計

新規人工透析者数のうち糖尿病性腎症疾病者数と割合



出典:国保中央会集計

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

透析患者のうち9割以上が高血圧症を併せ持ち、糖尿病に加え脂質異常症も約半数が罹患していることから、生活習慣病を併発している方が多いことがわかります。

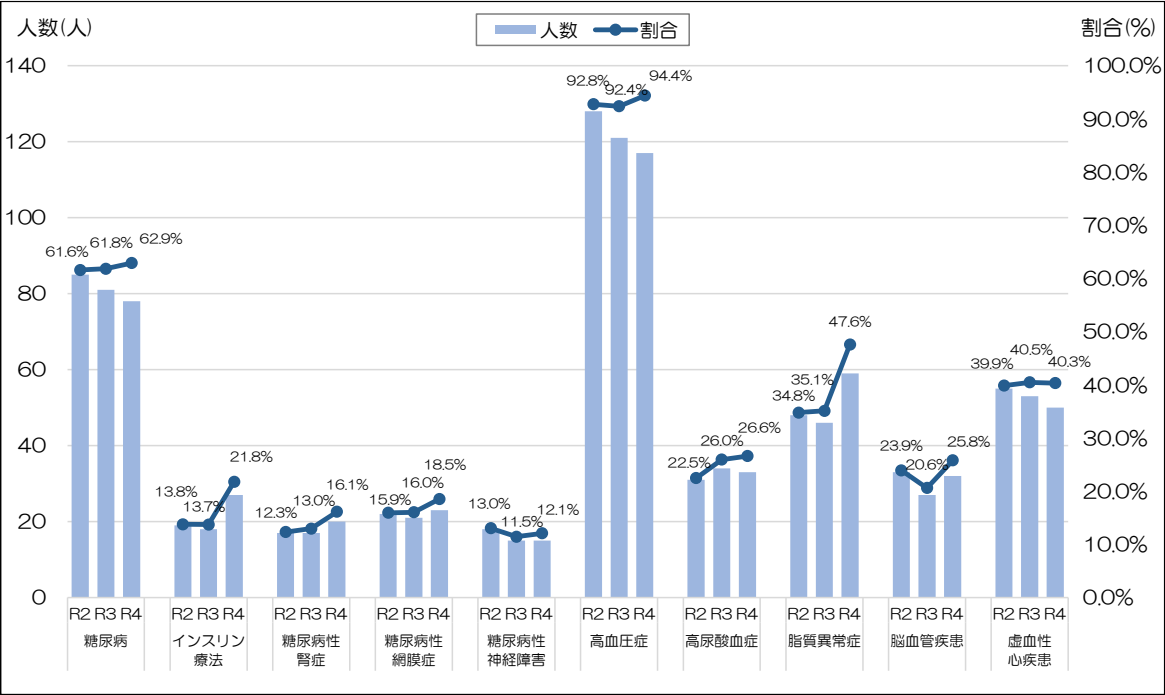
透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	8,254	3,575	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	4,359	2,047	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	6,842	3,504	17	0.2%	10	58.8%	2	11.8%	1	5.9%	4	23.5%	
50歳代	7,517	4,792	46	0.6%	31	67.4%	14	30.4%	9	19.6%	11	23.9%	
60歳～64歳	5,767	4,544	42	0.7%	30	71.4%	9	21.4%	8	19.0%	6	14.3%	
65歳～69歳	13,196	11,525	4	0.0%	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	
70歳～74歳	23,273	24,541	11	0.0%	5	45.5%	1	9.1%	1	9.1%	2	18.2%	
全体	69,208	54,528	124	0.2%	78	62.9%	27	21.8%	20	16.1%	23	18.5%	
再掲	40歳～74歳	56,595	48,906	120	0.2%	78	65.0%	27	22.5%	20	16.7%	23	19.2%
	65歳～74歳	36,469	36,066	15	0.0%	7	46.7%	2	13.3%	2	13.3%	2	13.3%

年齢階層		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
		H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C
20歳代以下		0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30歳代		0	0.0%	3	100.0%	2	66.7%	2	66.7%	2	66.7%	0	0.0%
40歳代		1	5.9%	16	94.1%	4	23.5%	5	29.4%	2	11.8%	4	23.5%
50歳代		8	17.4%	44	95.7%	9	19.6%	23	50.0%	16	34.8%	21	45.7%
60歳～64歳		4	9.5%	41	97.6%	12	28.6%	21	50.0%	9	21.4%	23	54.8%
65歳～69歳		0	0.0%	4	100.0%	1	25.0%	3	75.0%	1	25.0%	1	25.0%
70歳～74歳		2	18.2%	9	81.8%	4	36.4%	5	45.5%	2	18.2%	1	9.1%
全体		15	12.1%	117	94.4%	33	26.6%	59	47.6%	32	25.8%	50	40.3%
再掲	40歳～74歳	15	12.5%	114	95.0%	30	25.0%	57	47.5%	30	25.0%	50	41.7%
	65歳～74歳	2	13.3%	13	86.7%	5	33.3%	8	53.3%	3	20.0%	2	13.3%

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

人工透析患者の生活習慣病罹患状況(令和2年度～令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和2年3月診療分、令和3年3月診療分、令和4年3月診療分)

(5) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関する分析

本市の後発医薬品数量シェアは令和4年度80.3%となっており、平成30年度から5.4%増加しています。国は後発医薬品の普及率の目標値を80%以上と設定しており、本市の令和4年度の割合は目標値を達成していますが、継続して普及啓発・利用促進に取り組む必要があります。

後発医薬品の使用割合

			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
数量 シェア (%)	全体		74.9%	77.9%	80.1%	80.1%	80.3%
	医科		66.4%	69.8%	71.9%	71.1%	70.2%
	調剤		79.2%	81.8%	83.7%	83.3%	83.8%
数量	全体	後発医薬品の ある先発医薬品	16,505,616	14,174,149	12,741,315	13,124,588	12,098,683
		後発医薬品	49,200,860	50,038,419	51,345,144	52,693,920	49,360,084
		計	65,706,477	64,212,569	64,086,459	65,818,508	61,458,767
	医科	後発医薬品の ある先発医薬品	7,417,535	6,260,117	5,461,871	5,020,692	4,643,692
		後発医薬品	14,627,146	14,472,303	14,005,834	12,381,946	10,932,589
		計	22,044,682	20,732,420	19,467,705	17,402,638	15,576,282
	調剤	後発医薬品の ある先発医薬品	9,088,080	7,914,031	7,279,444	8,103,896	7,454,990
		後発医薬品	34,573,714	35,566,116	37,339,310	40,311,973	38,427,494
		計	43,661,795	43,480,148	44,618,754	48,415,870	45,882,485

※後発医薬品数量シェア（置き換え率）＝後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

※後発医薬品のある先発医薬品＝後発医薬品と同額又は低額な先発医薬品を除く後発医薬品のある先発医薬品

※後発医薬品＝先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品を除く後発医薬品

出典：富山市の国保と年金

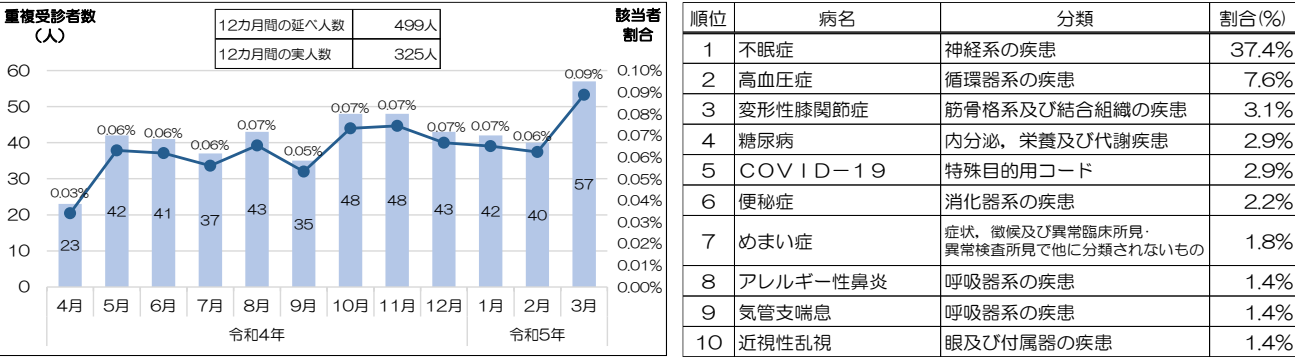
(6) 受診行動に関する分析

① 多受診患者の状況

以下は、同一疾病で複数の医療機関を受診している「重複受診者」、同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」、同一薬剤又は同様の効用・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている「重複服薬者」について、レセプトデータを用いて分析したものです。

1カ月間に同一疾病での受診医療機関が3カ所以上である重複受診者は、12カ月間の延べ人数が499人、実人数が325人となっています。重複受診の要因となる上位疾患としては不眠症が最も多く、次に高血圧症、変形性膝関節症と続きます。

月別重複受診者数及び被保険者に占める割合 重複受診の要因となる主な上位疾病

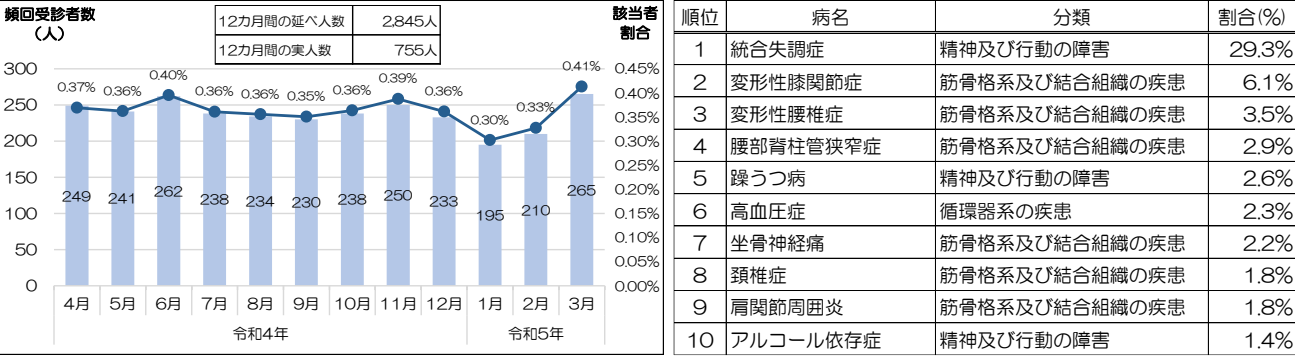


データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。
委託業者にて医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。
※重複受診者数…1カ月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者を対象とする。透析中、治療行為を行っていないレセプトは対象外とする。

1カ月間に同一医療機関を12回以上受診している頻回受診者は、12カ月間の延べ人数が2,845人、実人数が755人となっています。頻回受診の要因となる上位疾病としては統合失調症が最も多く、次に変形性膝関節症、変形性腰椎症と続きます。

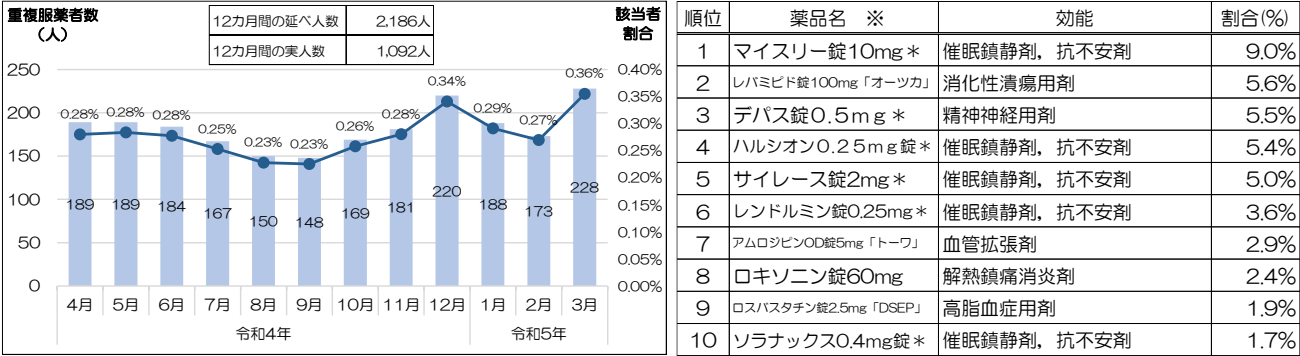
月別頻回受診者数及び被保険者に占める割合 頻回受診の要因となる主な上位疾病



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

1カ月に同系の医薬品が複数の医療機関から処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える重複服薬者は、12カ月の延べ人数が2,186人、実人数が1,092人となっています。重複服薬の要因となる主な薬品の上位には向精神薬(*)が多く含まれていますが、それ以外にも消化性潰瘍用剤や脂質異常症の薬品がみられます。

月別重複服薬者数及び被保険者に占める割合 重複服薬の要因となる主な上位薬品



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※重複服薬者数…1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。
*向精神薬…中枢神経系に作用し、生物の精神活動に何らかの影響を与える薬物の総称。

②多剤服薬に関する分析

薬剤の多剤服用は高齢になるほど多く見られ、薬の飲み忘れや飲み間違い、副作用等の薬物有害事象が起こりやすく、6種類以上の服薬で特に発生リスクが高まるとされています。

以下は、薬剤種類別の対象者数を表したものです。複数の医療機関から内服薬を6種類以上、長期(14日以上)処方されている対象者は4,023人となっています。また、対象者のうち約7割を65歳以上が占めています。

薬剤種類数別長期服薬者数

年齢階層		対象者数(人)								
		～39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～	合計
被保険者数(人)		11,425	2,633	3,582	3,884	3,481	5,330	12,049	20,530	62,914
薬剤種類数	2種類	103	23	34	34	19	69	143	265	690
	3種類	113	27	41	42	40	93	297	533	1,186
	4種類	79	39	39	56	36	88	313	558	1,208
	5種類	39	25	45	44	57	80	257	580	1,127
	6種類	38	13	32	40	35	82	253	536	1,029
	7種類	19	12	26	24	30	66	187	419	783
	8種類	38	18	14	24	31	55	129	337	646
	9種類	16	12	19	33	22	50	89	218	459
	10種類	9	10	6	16	18	42	64	168	333
	11種類	8	6	7	15	18	20	50	120	244
	12種類	6	2	9	11	11	20	31	77	167
	13種類	5	5	4	3	8	10	27	47	109
	14種類	0	2	5	11	15	10	6	35	84
	15種類	2	1	2	5	6	8	4	24	52
	16種類	2	1	1	2	3	9	6	15	39
	17種類	0	0	2	3	6	4	4	3	22
	18種類	1	0	3	0	1	4	4	3	16
	19種類	3	0	0	0	1	3	2	3	12
	20種類	0	0	1	2	0	1	0	3	7
	21種類以上	5	1	0	7	2	4	0	2	21
	合計	486	197	290	372	359	718	1,866	3,946	8,234



長期多剤服薬者数(人)※	4,023
--------------	-------

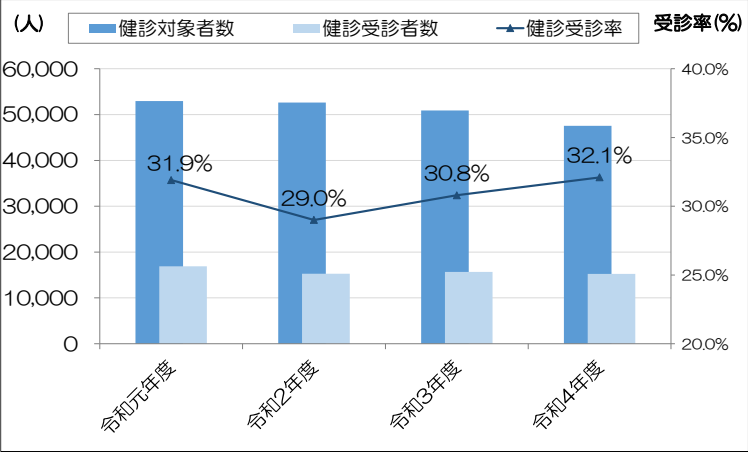
データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年12月～令和5年3月診療分(4カ月分)。
一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上(14日未満)の医薬品を対象としている。複数の医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。
※長期多剤服薬者数…複数の医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方内服薬が6種類以上の人数。
参考資料:日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」

2.特定健康診査及び特定保健指導の分析

(1)特定健康診査の実施状況

本市の特定健康診査受診率は、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響を受けたとみられる令和2年度を除き増加傾向にあるものの、令和4年度の受診率は32.1%となっています。

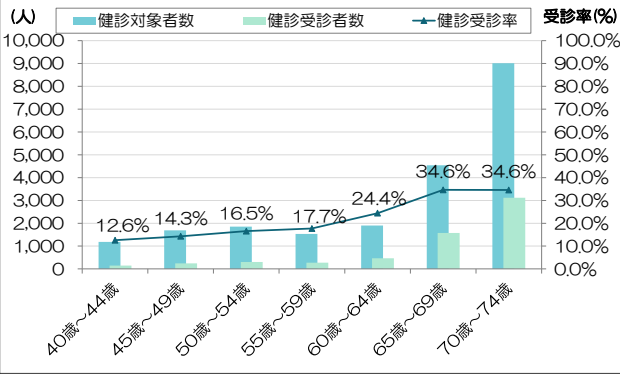
年度別 特定健康診査受診率



出典:法定報告値

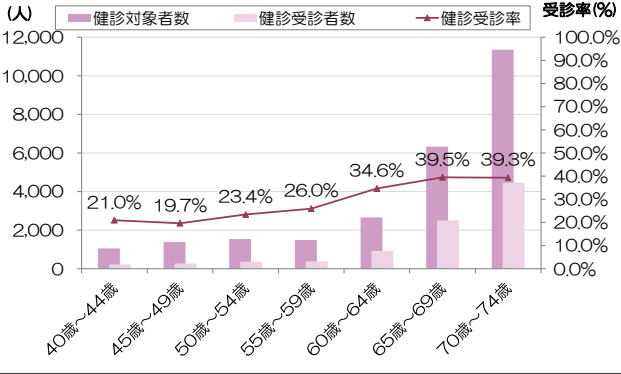
特定健康診査受診率を男女別にみると、いずれの年代も女性よりも男性の方が受診率が低く、また男女ともに40～50歳代の受診率が特に低くなっています。

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:法定報告値

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



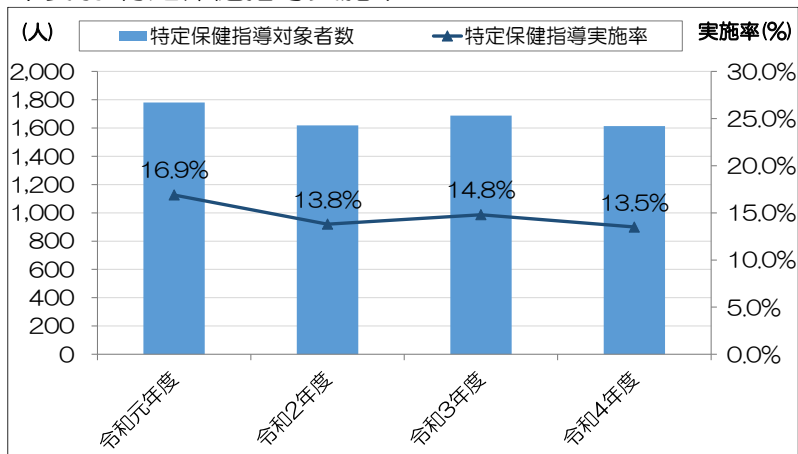
出典:法定報告値

(2) 特定保健指導の実施状況

令和元年度から令和4年度までの特定保健指導実施率をみると、令和元年度が最も高く、令和2年度に低下してからほぼ横ばいで推移しています。令和4年度の実施率は13.5%です。

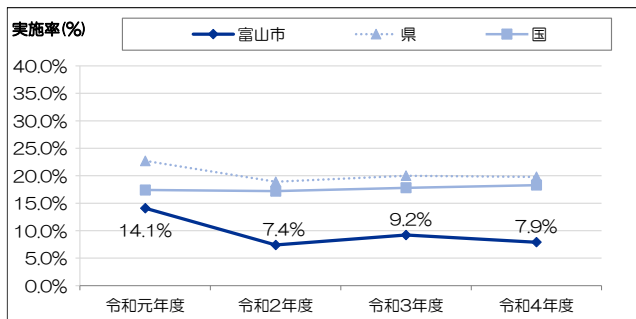
特定保健指導の対象者は、健診結果におけるリスクの数や喫煙の有無により積極的支援と動機付け支援の2種類に分けられますが、実施率を比較すると動機付け支援の方が積極的支援よりも高い状況となっています。

年度別 特定保健指導実施率



出典:法定報告値

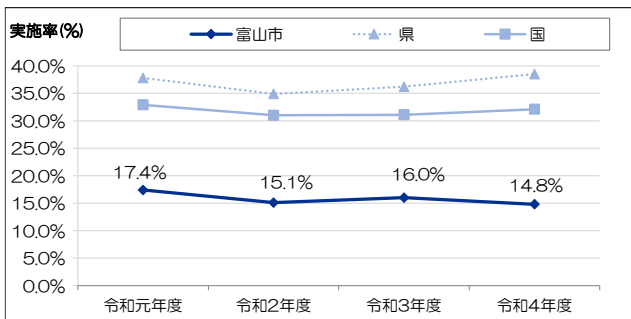
年度別 積極的支援実施率



出典:法定報告値

※令和4年度 県・国は速報値

年度別 動機付け支援実施率



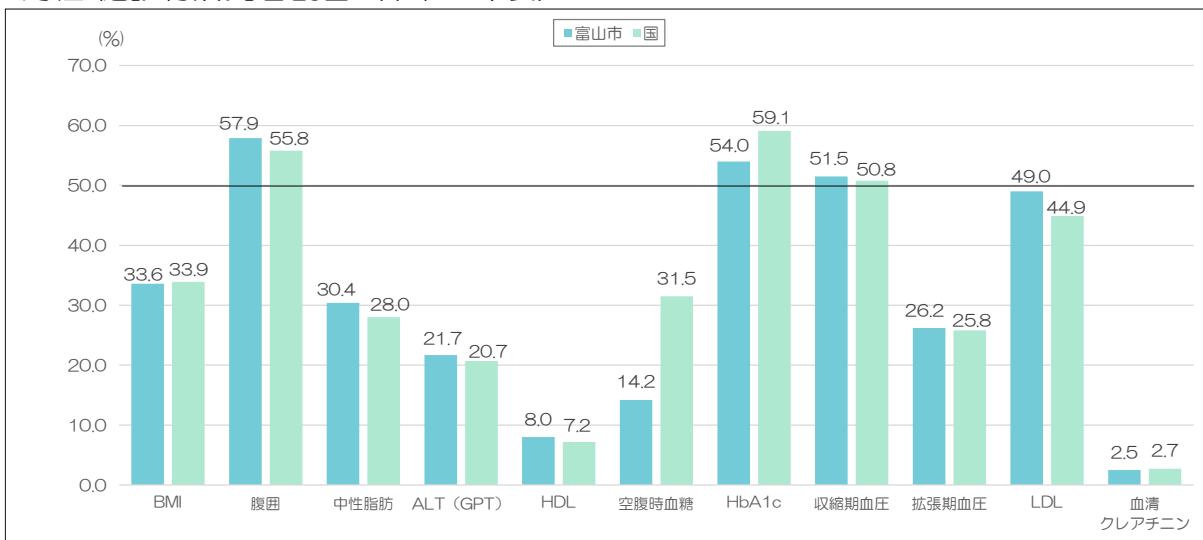
出典:法定報告値

※令和4年度 県・国は速報値

(3) 有所見の状況

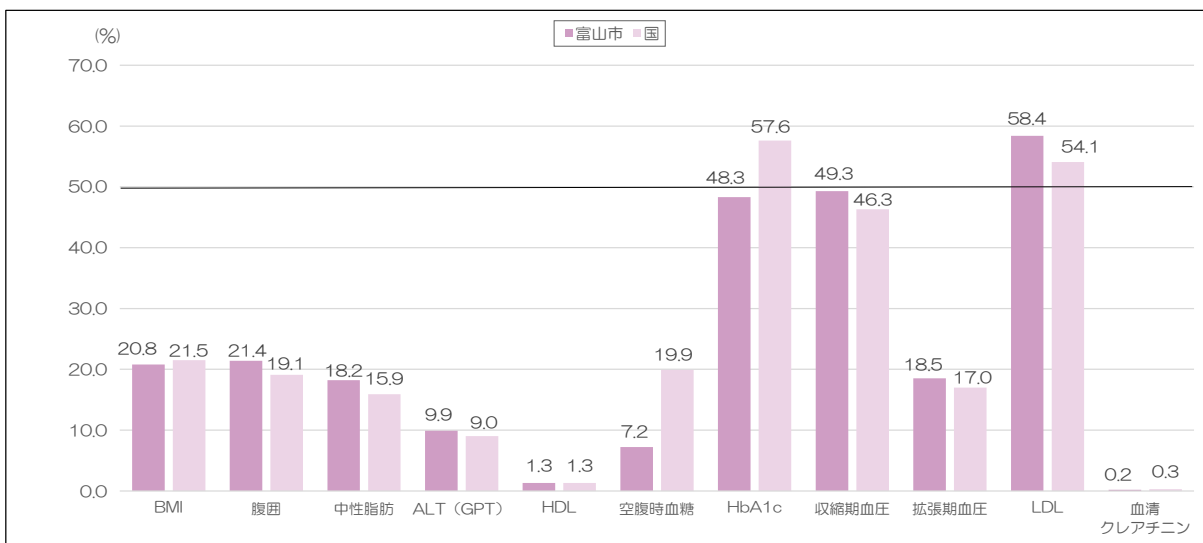
以下は、特定健康診査データによる検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では男性は腹囲の有所見者割合が最も高く、健診受診者の57.9%を占めています。女性では、LDLコレステロールの有所見者割合が最も高く58.4%でした。男女とも腹囲、中性脂肪、収縮期・拡張期血圧、LDLコレステロールの値が標準化比(国)より高くなっています。

(男性) 健診有所見者割合（令和4年度）



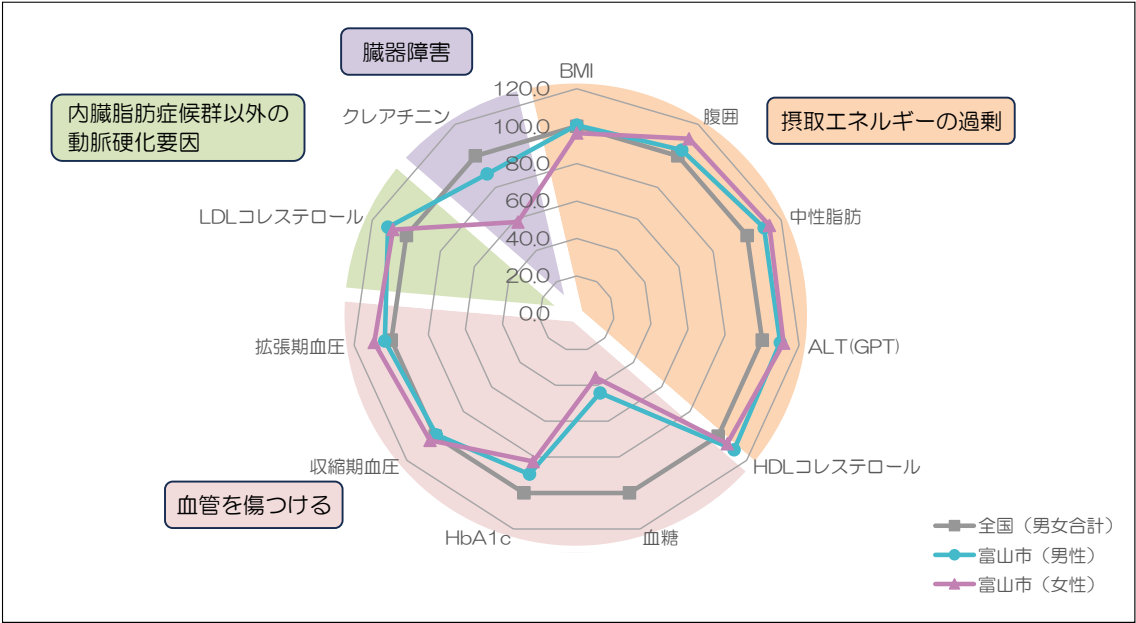
出典：国保データベース(KDB)システム 厚生労働省様式 (様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別)

(女性) 健診有所見者割合（令和4年度）



出典：国保データベース(KDB)システム 厚生労働省様式 (様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別)

年齢調整後健診有所見者割合 標準化比（令和4年度）

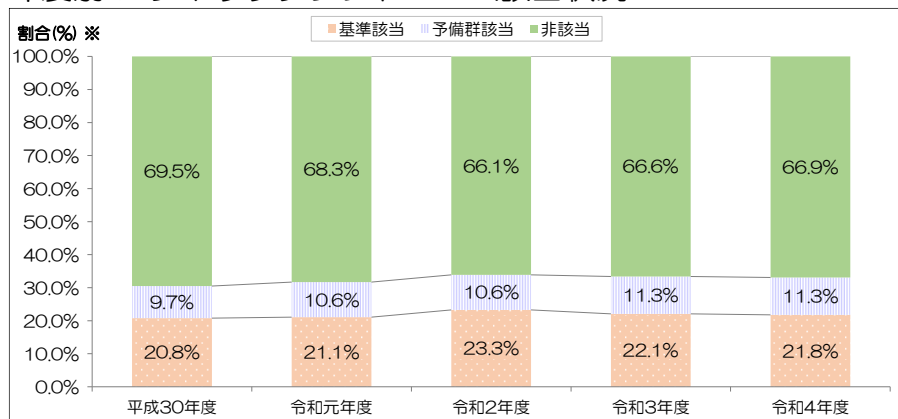


出典:【KDB】厚労省様式5-2 健診有所見者の状況
国立保健医療科学院 厚生労働省様式(様式5-2)健診有所見者の状況(男女別・年代別)より計算

(4) メタボリックシンドローム該当者の状況

特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況をみると、令和4年度受診者の21.8%がメタボリックシンドローム基準、11.3%がメタボリックシンドローム予備群に該当しています。また、男性のメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、女性に比べ約2.6倍高くなっています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



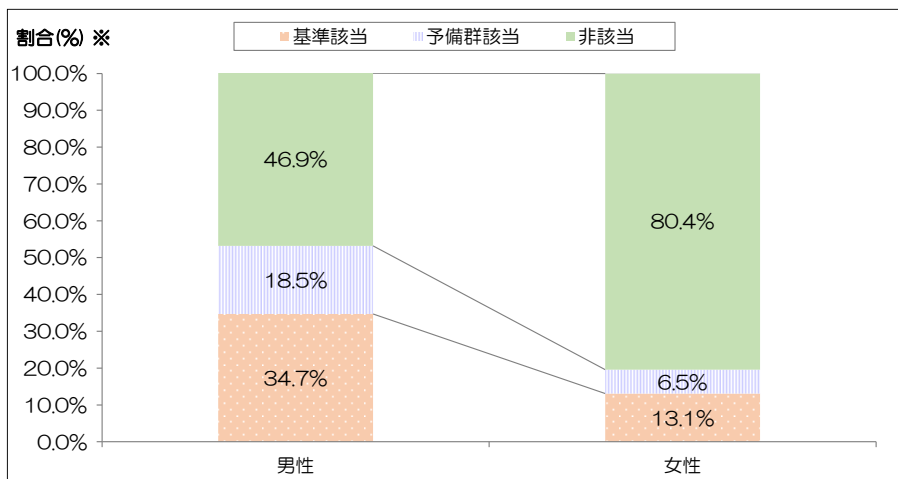
出典:法定報告値

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

男女別 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)



出典:法定報告値

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当内容を示したものです。血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は6.8%です。

メタボリックシンドローム該当内容(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	3,586	21.5%	190	5.3%	432	12.0%	25	0.7%	245	6.8%	162	4.5%
65歳～74歳	11,652	37.2%	260	2.2%	1,294	11.1%	72	0.6%	945	8.1%	277	2.4%
全体(40歳～74歳)	15,238	31.7%	450	3.0%	1,726	11.3%	97	0.6%	1,190	7.8%	439	2.9%

年齢階層	該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	547	15.3%	72	2.0%	37	1.0%	294	8.2%	144	4.0%
65歳～74歳	2,770	23.8%	333	2.9%	134	1.2%	1,406	12.1%	897	7.7%
全体(40歳～74歳)	3,317	21.8%	405	2.7%	171	1.1%	1,700	11.2%	1,041	6.8%

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

※メタボリックシンドローム判定基準

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

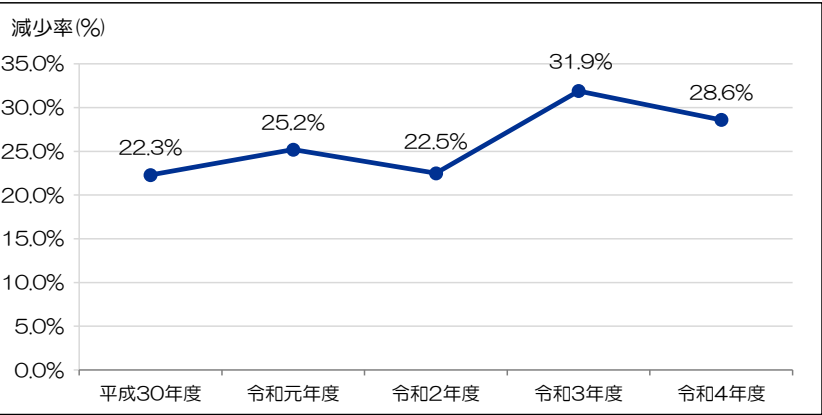
※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖:空腹時血糖が¹110mg/dl以上
- ②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

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

以下は、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を年度別に示したものです。令和4年度における特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は28.6%であり、平成30年度より6.3ポイント向上しています。

年度別 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



出典:法定報告値

(5) 質問票調査の状況

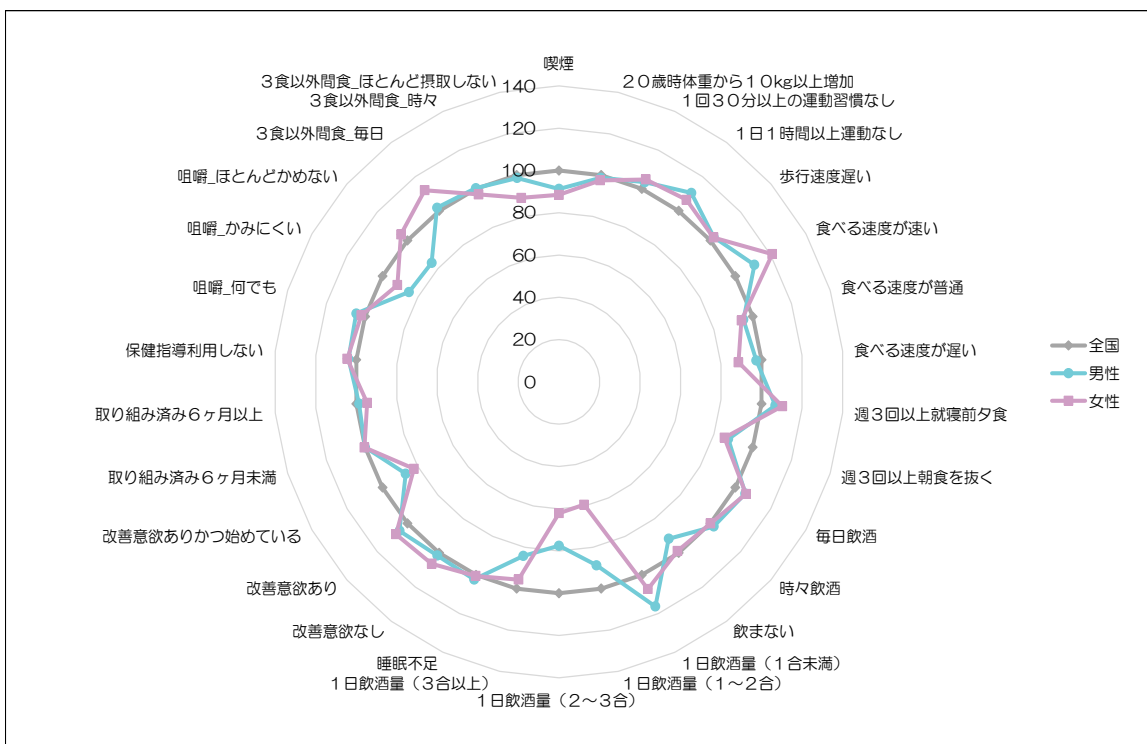
以下は、特定健康診査の質問票の主な項目について、全国と比較した該当者割合の比をレーダーチャートで示したものです。

健診受診者の5割以上が「1日30分以上の運動習慣なし」と回答しており、標準化比(国)よりも高い状況です。

また、「食べる速度が速い人」、「週3回以上就寝前の夕食をとる人」の割合も高く、不適切な生活習慣を持つ人が一定数いることが考えられます。

運動不足や不規則な食事時間などの好ましくない生活習慣の積み重ねが生活習慣病の発症につながるため、健診受診者への情報提供及び保健指導等を充実させるとともに、被保険者をはじめとする市民が食生活や運動などの生活習慣の改善に関心を持てるよう啓発などを充実させていく必要があります。

質問票調査の状況 標準化比(令和4年度)



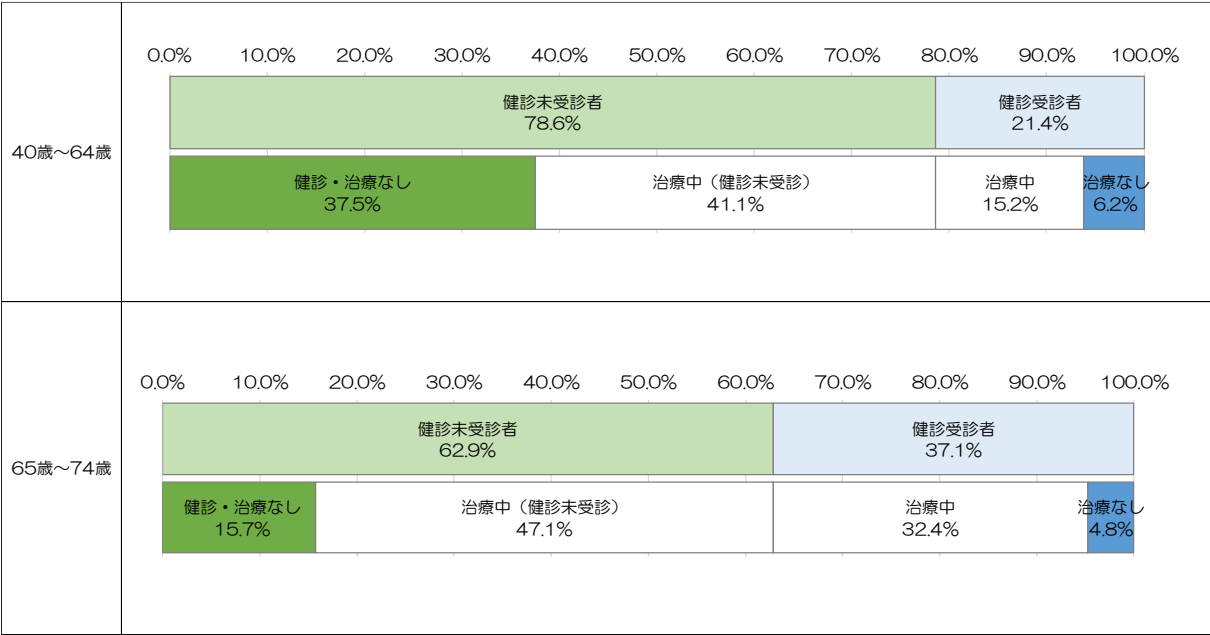
出典:【KDB】質問票調査の状況

国立保健医療科学院 国保データベース(KDB)のCSVファイル(質問票調査の状況より計算)

(6) 特定健康診査対象者の生活習慣病治療状況

特定健康診査対象者の40～64歳のうち37.5%が特定健康診査の受診がなく、かつ生活習慣病の治療を受けていない状況です。この約4割の被保険者が健康状態不明であることから、健診を受け、健康状態を知ってもらうために健診受診へつなげていくことが必要です。また、65歳以上では約半数が特定健診未受診かつ生活習慣病の治療中となっています。通院中の方も健診の対象者であることから、本人への働きかけのほか、かかりつけ医など実施医療機関との連携も重要となります。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



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

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1.計画全体

以下は、分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略を示したものです。

健康課題		優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	死因割合はがん、心疾患、脳疾患、腎不全の順に高い。 標準化死亡比（国）では、男女とも胃がん、脳梗塞、急性心筋梗塞による死因が高い。	✓	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
B	総医療費及び一人当たり医療費は令和2年度に減少したが、令和3年度、令和4年度と増加している。 35歳以降は男性の医療費が女性より高くなっている。 医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合をみると全体の52.4%を占めている。	✓	1,2,7,12
C	疾病別医療費（中分類・外来）では糖尿病（8.9%）、その他の悪性新生物＜腫瘍＞（7.3%）、高血圧性疾患（5.0%）の順に割合が高く、標準化比（国）では、男女とも精神、がん、脳梗塞が高い状況である。 高血圧症医療費では、外来の高血圧症の割合は標準化比（国）より低い。 高血圧有所見者は標準化比（国）より高いことから、受診すべき高血圧者が医療につながっていないことが考えられる。	✓	1,2,5,6,7,12,13
D	人工透析患者数の割合は横ばいで推移しているが、患者一人当たりの医療費は増加している。 新規人工透析患者のうち糖尿病性腎症疾病者割合は増加しており、令和4年度には5割を超えている。		1,2,5,6
E	特定健診受診率が32.1%と国の目標値に遠く及ばない。特に40～50代の男性は20%に満たない状況である。	✓	1,3
F	特定健康診査有所見の状況では、男女とも腹囲、中性脂肪、収縮期血圧値、LDLコレステロール値が標準化比（国）より高い。 メタボリックシンドローム該当者の割合は男性は女性の2倍以上高い。	✓	1,2,11,13
G	特定健康診査生活習慣の状況は、男女とも「1日30分以上の運動習慣なし」、「1日1時間以上運動なし」と回答した者は標準化比（国）よりも高く、望ましい生活習慣確立のため運動習慣者の増加が望まれる。		1,2,11
H	6剤以上の内服薬を14日以上処方されている被保険者は被保険者全体の6.4%である。 多剤服薬は副作用が起りやすいことから、重複・頻回受診や多剤服薬している者へ適正な受診・服薬を働きかける必要がある。		8,9
I	国は後発医薬品の普及率の目標値を80%以上と設定している。 本市の令和4年度の割合は80%以上ではあるが、継続して普及啓発利用促進に取り組む必要がある。		10

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
3	特定健康診査	特定健康診査受診勧奨事業	重点
4	特定保健指導	特定保健指導受講勧奨事業	重点
5	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）	重点
6	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）	重点
7	重症化予防（受診勧奨）	循環器疾患重症化予防事業（受診勧奨）	重点
8	重複・頻回受診、重複服薬者対策	適正受診等訪問指導事業	
9	重複・頻回受診、重複服薬者対策	ポリファーマシー対策事業	
10	後発医薬品利用促進	ジェネリック差額通知事業	
11	健康教育・健康相談	健康教育事業 ※1	
12	その他	がん検診事業 ※1	
13	その他	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業 ※2	

※1保健所地域健康課、※2富山県後期高齢者医療広域連合が主務担当として実施する事業

計画全体の目的	生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。
---------	----------------------------------

計画全体の目標		計画全体の評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
i	医療費の適正化を図る	入院・外来計 医療費標準化比（対国） 疾病別 男女別 脳梗塞	男性116.6 女性118.7	112.6 113.9	110.6 111.5	108.6 109.1	106.6 106.7	104.6 104.3	100.6 101.9
		外来 医療費標準化比（対国） 疾病別 男女別 高血圧症	男性89.0 女性92.1	男性93.0 女性96.1	男性95.0 女性98.1	男性97.0 女性100	男性99.0 女性100	男性100 女性100	男性100 女性100
ii	生活習慣病の重症化を予防をする	新規人工透析者のうち糖尿病性腎症のレセプトのある者の割合	51.6%						減少傾向
		特定健診受診者のうちⅡ度高血圧（160/100mmHg）以上の者の割合	全体6.1% 男性6.2% 女性6.0%	6.0% 6.2% 5.9%	5.9% 6.2% 5.8%	5.9% 6.2% 5.7%	5.8% 6.2% 5.6%	5.8% 6.2% 5.5%	5.7% 6.2% 5.5%
		健診受診者のうちLDLコレステロール160mg/dL以上の割合	全体11.6% 男性8.7% 女性13.6%	11.5% 8.6% 13.6%	11.5% 8.5% 13.5%	11.4% 8.4% 13.5%	11.4% 8.3% 13.4%	11.3% 8.2% 13.4%	11.3% 8.1% 13.3%
		HbA1c8.0%以上の者の割合	全体1.0% 男性1.6% 女性0.6%						減少傾向
		HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病のレセプトがない者の割合	全体7.5% 男性8.1% 女性6.6%						減少傾向
iii	生活習慣病のリスク因子を減少する	健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の者の割合（130mmHg以上または85mmHg以上）	全体53.1% 男性55.5% 女性51.6%	52.6% 55.4% 50.8%	52.4% 55.3% 50.4%	52.2% 55.2% 50.0%	52.0% 55.1% 49.6%	51.8% 55.0% 49.2%	51.6% 54.9% 48.8%
		健診受診者のうちLDLコレステロール120mg/dL以上の割合	男性49.6% 女性58.3%	48.2% 57.1%	47.5% 56.5%	46.8% 55.9%	46.1% 55.3%	45.4% 54.7%	44.7% 54.1%
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	全体33.1% 男性53.2% 女性19.6%	32.7% 52.5% 19.0%	32.5% 52.2% 18.7%	32.3% 51.9% 18.4%	32.1% 51.6% 18.1%	31.9% 51.3% 17.8%	31.7% 51.0% 17.5%
		1回30分以上の運動習慣がない者の割合	男性58.7% 女性64.3%	58.1% 63.3%	57.8% 62.9%	57.5% 62.5%	57.2% 62.1%	56.9% 61.7%	56.6% 61.3%
		特定健康診査受診率	全体32.1%	35.3%	36.9%	38.5%	40.1%	41.7%	43.3%
		特定保健指導実施率	全体13.5%	15.5%	16.5%	17.5%	18.5%	19.5%	20.5%

計画全体の目標と目標値の設定

入院・外来計 医療費標準化比（対国）疾病別 男女別 脳梗塞	
出典先	国立保健医療科学院 国保データベース（KDB）のCSVファイル加工ツール 国保データベース（KDB）のCSVファイル（疾病別医療費分析（生活習慣病）より計算）
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和3年度の国の標準化比を目標値とする
外来計 医療費標準化比（対国）疾病別 男女別 高血圧症	
出典先	国立保健医療科学院 国保データベース（KDB）のCSVファイル加工ツール 国保データベース（KDB）のCSVファイル（疾病別医療費分析（生活習慣病）より計算）
改善の方針	短期的には増加、長期的には増加の抑制を目指す
目標値の根拠	令和4年度の国の標準化比を目標値とする
糖尿病性腎症による新規透析導入者・割合	
評価の定義	分子：新規人工透析者数のうち糖尿病性腎症のレセプトのある者 分母：新規透析導入者数
出典先	【KDB】KDBデータ（国保中央会集計）
改善の方針	減少傾向にて改善
特定健診受診者のうちⅡ度高血圧（160/100mmHg）以上の者の割合	
評価の定義	分子：基準に該当する有所見者 分母：特定健康診査受診者のうち検査結果がある者の数
出典先	【KDB】集計対象者一覧（健診ツリー図より遷移）
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和3年度の県の有所見率を目標値とする
健診受診者のうちLDLコレステロール160mg/dL以上の割合	
評価の定義	分子：基準に該当する有所見者 分母：特定健康診査受診者のうち検査結果がある者の数
出典先	【KDB】集計対象者一覧（健診ツリー図より遷移）
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和3年度の県の有所見率を目標値とする
HbA1c8.0%以上の者の割合	
評価の定義	分子：HbA1c8.0%以上の者の数 分母：特定健康診査受診者のうちHbA1cの検査結果がある者の数
出典先	【KDB】集計対象者一覧（健診ツリー図より遷移）
改善の方針	減少傾向にて改善

HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病のレセプトがない者の割合	
評価の定義	分子：HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病のレセプトがない者 分母：HbA1c6.5%以上の者の数
出典先	【KDB】集計対象者一覧（健診ツリー図より遷移）
改善の方針	減少傾向にて改善
健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の者の割合（130mmHg以上または85mmHg以上）	
評価の定義	分子：①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 $\geq$ 130mmHg、②拡張期血圧 $\geq$ 85mmHg 分母：特定健診受診者のうち血圧の検査結果がある者の数
出典先	【KDB】集計対象者一覧（健診ツリー図より遷移）
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和3年度の国の有所見率を目標値とする
健診受診者のうちLDLコレステロール120mg/dL以上の割合	
評価の定義	分子：基準に該当する有所見者 分母：特定健康診査受診者のうち検査結果がある者の数
出典先	【KDB】厚労省様式5-2 健診有所見者の状況 国立保健医療科学院 厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者の状況（男女別・年齢別）より計算
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和4年度の国の有所見者率を目標値とする
メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	
評価の定義	分子：特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの該当者・予備群該当者 分母：特定健診受診者数
出典先	【特定健診】特定健診・特定保健指導実施結果総括表（法定報告速報値）
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和3年度の国の割合を目標値とする
1回30分以上の運動習慣がない者の割合	
評価の定義	分子：1回30分以上の運動習慣がないと答えた者の割合 分母：特定健診受診者のうち結果がある者の数
出典先	国立保健医療科学院 国保データベース（KDB）のCSVファイル（質問票調査の状況）より計算
改善の方針	割合減少にて改善
目標値の根拠	令和4年度の国の割合を目標値とする
特定健康診査受診率	
出典先	法定報告_特定健診・特定保健指導実施結果総括表_NO3
改善の方針	上昇傾向にて改善
目標値の根拠	令和4年度の県の受診率を目標値とする
特定保健指導受診率	
出典先	法定報告_特定健診・特定保健指導実施結果総括表_NO6
改善の方針	上昇傾向にて改善
目標値の根拠	県の受診率を参考に、2期の実績を踏まえた目標値とする

2.健康課題を解決するための個別の保健事業

(1)保健事業一覧

第3期データヘルス計画では以下の事業を実施します。

事業番号	事業名	事業概要	区分	重点
1	特定健康診査事業	40歳以上の被保険者を対象にメタボリックシンドロームに着目した健診を行うことにより高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病リスク因子を把握する →第2部 第4期特定健康診査等実施計画 参照	継続	✓
2	特定保健指導事業	40歳以上の被保険者へメタボリックシンドロームの予防に着目した保健指導を行う →第2部 第4期特定健康診査等実施計画 参照	継続	✓
3	特定健康診査 受診勧奨事業 (未受診者対策)	特定健康診査対象者へ効果的な受診勧奨を実施する	継続	✓
4	特定保健指導 利用勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者へ、効果的な利用勧奨を実施する	継続	✓
5	＜生活習慣病重症化予防事業＞ 糖尿病性腎症重症化予防事業 (受診勧奨)	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、未受診及び治療中断者へ受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す	継続	✓
6	＜生活習慣病重症化予防事業＞ 糖尿病性腎症重症化予防事業 (保健指導)	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、レセプト及び服薬があるにも関わらず血糖値のコントロール不良者へ保健指導を行う	継続	✓
7	＜生活習慣病重症化予防事業＞ 循環器疾患重症化予防事業 (受診勧奨)	Ⅱ度高血圧以上の未治療者及び治療中断者へ対し、受診勧奨通知を行い早期の受診を促す	新規	✓
8	適正受診等訪問指導事業	重複・頻回受診者へ適正な受診について保健指導を行う	継続	
9	ポリファーマシー対策事業	多剤服薬対象者へ服薬情報を通知し、適切な服薬を促す	新規	
10	ジェネリック差額通知事業	被保険者へジェネリック医薬品に切り替えた際の差額を通知し、ジェネリック医薬品の利用を促進する	継続	
11	健康教育事業	市民を対象に健康教育を行う	-	
12	がん検診事業	各種がん検診を実施する	-	
13	高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施事業	地域の通いの場等においてフレイル予防の普及啓発及び健康教育・相談や生活習慣病等の重症化予防のためのアウトリーチ支援を行う	-	
その他	医療費通知事業	被保険者へ受診した医療費の総額等を通知し、健康や医療に対する認識を深める	継続	
	人間ドック助成事業	一日人間ドック・脳ドックを実施し、被保険者の疾病の早期発見、早期治療に資する	継続	
	人間ドック・脳ドック有所見者 訪問指導事業	一日人間ドック・脳ドック有所見者へ、受診勧奨及び保健指導を行う	継続	

(2)各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業 1		特定健康診査事業									
事業の目的		メタボリックシンドロームの予防に着目した特定健診を実施・受診を勧めていくことにより、被保険者の健康増進及び医療費適正化を図る。									
事業の概要		40歳以上の被保険者を対象にメタボリックシンドロームに着目した健診を行うことにより、生活習慣病リスク因子を把握する。									
対象者		40～74歳の被保険者									
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム指標	1	メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	分子：特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの該当者・予備群該当者 分母：特定健診受診者数	33.1%	32.7%	32.5%	32.3%	32.1%	31.9%	31.7%	
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	法定報告_特定健診・特定保健指導実施結果総括表_NO3	32.1%	35.3%	36.9%	38.5%	40.1%	41.7%	43.3%	
プロセス (方法)	周知		対象者に受診券（特定健診とがん検診の統合受診券）及び医療機関リストを送付・通知する。 広報とやま、ホームページに掲載する。 チラシの配布（市内医療機関・庁内連携部署・保険年金課）								
	勧奨		特定健康診査受診勧奨事業（事業3）								
	実施および 実施後の支援	実施形態	①個別健診 ②集団健診								
		実施場所	①市内医療機関 ②市立公民館やショッピングセンター、健診機関								
		時期・期間	5月中旬～12月下旬								
		データ取得	本人同意のもとで保険者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、かかりつけ医との協力及び連携の体制整備に努める。（受診率向上事業へ） 市が検査費用を助成している「人間ドック」「脳ドック」受診者分も特定健診対象者として含める。								
		結果提供	健診実施後、受診医療機関にて健診結果を対面で返却、結果説明または郵送する。								
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）		平成30年度より血清クレアチニン値は追加健診として全員に実施（糖尿病性腎症重症化予防事業） 各種がん検診（事業12）と特定健診との同時受診を実施にて受診率向上を図る。 集団健診の予約にWEB予約を取り入れる、ショッピングセンターや公民館など身近な場所を会場とし、受診しやすい環境整備を行う。（事業3）								
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		保険年金課								
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		個別健診：県医師会と委託元の各保険者が富山市に委託し集合契約をとりまとめる。 集団健診：各健診機関と委託契約を行う。								
	国民健康保険団体連合会		対象者抽出								
	その他の組織		集団健診時に協会けんぽの健診、各種がん検診を同日実施する。								
	他事業		がん検診との同時実施								
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）		保険者間で連携し、事業を実施する。 集団健診の回数や会場を増やすなど、受診率向上に向けた環境整備に努める。								

事業 2

特定保健指導事業

事業の目的

メタボリックシンドロームの予防に着眼した保健指導を行い、生活習慣病の予防を図る。

事業の概要

特定健診の結果から生活習慣病発症のリスクがあると判定された者へ保健指導を行う。

対象者

特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム指標	1	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	分子：特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの該当者・予備群該当者 分母：特定健診受診者数	33.1%	32.7%	32.5%	32.3%	32.1%	31.9%	31.7%
	2	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告_特定健診・特定保健指導実施結果総括表_NO6	28.6%	30%	31%	32%	33%	34%	35%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告_特定健診・特定保健指導実施結果総括表_NO6	13.5%	15.5%	16.5%	17.5%	18.5%	19.5%	20.5%

プロセス (方法)	周知		対象者へ利用券と案内文書を送付する。 広報とやま、ホームページに掲載する。 チラシの配布（市内医療機関・庁内連携部署・保険年金課）							
	勧奨		特定保健指導受講勧奨事業（事業4）							
	実施および 実施後の支 援	初回面接	・実施機関へ直接予約し、対面にて実施する。 ・集団健診やドック受診当日に実施する。							
		実施場所	・富山市役所または本人宅、もしくはICTを活用した遠隔（オンライン）面談 ・実施機関の有する施設、もしくはICTを活用した遠隔（オンライン）面談							
		実施内容	対象者の健診結果や生活習慣・行動変容を踏まえて適切な保健指導を行い、行動目標及び行動計画を策定する。 3カ月以上経過後に評価を行う。							
		時期・期間	個別健診後の初回面接：8月～翌3月 集団健診やドック受診日当日の初回面接：5月～翌1月（特定健診及び一日人間ドック・脳ドック実施期間に準ずる） 最終評価は翌年度10月末までに実施する。							
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)		業者に委託し、施設ごとに効果的かつ特色ある保健指導を実施する。							

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署		保険年金課							
	国民健康保険団体連合会		対象者抽出ツール、対象者データの提供							
	民間事業者		委託業者にて、特定保健指導を実施する。							
	他事業		・特定健診の集団健診や一日人間ドック、脳ドックにおいて受診日当日に保健指導を実施する。 ・保健指導の実施状況について、健診受診機関へ報告し、情報共有する。							
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)		・受診日当日の保健指導が可能な委託機関の拡充に努め、保健指導対象者の健康意識の高いうちに保健指導へ結び付けられる体制を構築する。 ・ICTを活用したオンライン保健指導の実施体制を整える。 ・保健指導の予約にWEB予約等を導入するなど、受講しやすい環境を整える。 ・毎月、保健指導実施中の者の国保資格確認を行い、国保の資格を喪失した場合は、資格喪失者及び保健指導実施機関へ速やかに通知する。							

事業 3

特定健康診査受診勧奨事業（未受診者対策）

事業の目的 被保険者の生活習慣病の早期発見・早期治療のために、特定健康診査受診率向上を図る。

事業の概要 特定健康診査未受診の要因を分析し、受診につながる効果的な受診勧奨を実施する。

対象者 当該年度特定健診未受診者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健康診査受診率	法定報告_特定健診・特定保健指導実施結果総括表_NO3	32.1%	35.3%	36.9%	38.5%	40.1%	41.7%	43.3%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	健診未受診者に受診勧奨通知を送付する割合	分子：通知送付数 分母：事業対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	広報とやま、ホームページ、LINE、新聞掲載、ちらしの配布など、多様な媒体で特定健康診査の広報を行う。
	勧奨	未受診者の特性に合わせた受診勧奨通知等を送付する。
	実施および実施後の支援	1回目の勧奨後、未受診者に対して再勧奨を行う。年度末に効果検証を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	前年度未受診者の分析を行い、ナッジ理論を活用した通知等で対象者の特性に合わせた内容とし、特定健康診査の必要性をわかりやすく伝える取り組みを進める。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険年金課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会へ受診勧奨内容や案内時期について報告
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会での助言
	民間事業者	外部委託事業者（未受診の要因分析、受診勧奨通知の作成、送付、効果検証）
	その他の組織	保健所地域健康課（がん検診）、協会けんぽと合同で集団健診を実施し、受診者にとって受診しやすい場を設定する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	みなし健診の実施 特定健診と同項目の検査結果がある方に対し、かかりつけ医から受診勧奨をしてもらう等、実施医療機関からの受診勧奨を強化する。 集団健診の予約にWEB予約を取り入れる、ショッピングセンターや公民館など身近な場所を会場とし、受診しやすい環境整備を行う。

事業 4

特定保健指導受講勸奨事業

事業の目的

生活習慣を改善するための特定保健指導実施率向上を図る。

事業の概要

特定保健指導対象者へ効果的な受講勸奨を実施する。

対象者

特定保健指導対象者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム指標	1	受講勸奨（訪問、電話）で きた者の特定保健指導 受講率	分子：受講勸奨できた者の うち特定保健指導受講者 分母：受講勸奨できた人数	19.1%	21%	22%	23%	24%	25%	26%
	2	受講勸奨（受診日当日）に よる特定保健指導受講率	分子：受診日当日の特定保 健指導受講者数 分母：受診日当日の受講勸 奨者数	57.3%	58%	58%	59%	59%	60%	60%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	訪問、電話による受講勸奨 実施率	分子：受講勸奨できた人数 分母：受講勸奨対象者数	75.3%	77%	78%	79%	80%	81%	82%
	2	受診日当日の受講勸奨 実施率	分子：受講勸奨できた人数 分母：ドックや集団健診当 日に特定保健指導の対象と 判定された人数	80.8%	83%	84%	85%	86%	87%	88%

プロセス（方法）

- ・ 毎月の対象者への特定保健指導利用券発送から約1週間後に電話や訪問による受講勸奨を実施する。
- ・ 12月末時点で未受講の者へは1月に再受講勸奨を実施する。
- ・ 集団健診受診者やドック受診者へは健診当日に利用勸奨を行う。

ストラクチャー（体制）

庁内担当部署：保険年金課
委託機関（ドック受診後の初回面接や健診当日の初回面接分割実施について、利用勸奨を実施）
国民健康保険団体連合会（支援評価委員会にて事業への助言）

事業 5	糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）
------	---------------------

事業の目的	糖尿病未治療者、治療中断者のうち糖尿病性腎症の可能性の高い者へ受診勧奨を行うことにより早期治療につなげ、糖尿病重症化や合併症発症を予防する。
-------	--

事業の概要			糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、未受診及び治療中断者へ受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す。
対象者	選定方法		前年度の特定健診結果やレセプトより以下にあてはまる者
	選定基準	健診結果による判定基準	未治療者：糖尿病の治療歴がなく、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白1＋以上またはeGFR60未満（糖尿病性腎症第3期以上疑い）
		レセプトによる判定基準	治療中断者：過去に糖尿病に関連する投薬歴があり、最終受診日から6か月以上受診記録のない者
		その他の判定基準	
	除外基準		精神疾患や難病、がん患者など
	重点対象者の基準		未治療者の内、以下に該当する者 ・HbA1c7.0%以上 ・HbA1c6.5以上7.0%未満かつ尿蛋白2＋以上またはeGFR45未満または高血圧Ⅱ度以上

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム指標	1	【未治療者】受診勧奨対象者が医療機関に受診した割合	分子：受診勧奨後に医療機関を受診した人数 分母：受診勧奨実施人数	40%	40%	40%	45%	45%	50%	50%
	2	【治療中断者】受診勧奨対象者が医療機関に受診した割合	分子：受診勧奨後に医療機関を受診した人数 分母：受診勧奨実施人数	26.3%	32%	35%	38%	41%	44%	47%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトプット指標	1	受診勧奨対象者に対する勧奨する割合	分子：案内送付者・電話勧奨者 分母：受診勧奨対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	未治療者：対象者へ電話勧奨し、本人が同意した場合かかりつけ医へ市から医師連絡票を送付する。 治療中断者：対象者へ受診勧奨通知を送付する。
	勧奨	未治療者：対象者へ電話にて受診勧奨、半年後に状況確認のため電話連絡を行う。 治療中断者：対象者へ受診勧奨通知を送付する。毎月の受診状況を確認し、通知発送から3カ月時点での未受診者へ電話で再勧奨する。
	実施後の支援・評価	・勧奨後1年間、レセプトで受診状況を確認する。 ・業者に委託し、対象者の医療費分析を行う。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	・受診勧奨後1年間、経年的に対象者をチェックし対策を検討する。 ・循環器疾患受診勧奨と重複している者は重症度（検査データ等）から送付者を決定する。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険年金課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	富山市医師会と連携し実施する。
	かかりつけ医・専門医	保健から医療への医師連絡票を活用し、連携を図る。
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者を抽出する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	治療中断者の条件抽出について、正確に対象者が抽出できるよう、「過去に診断名あり」から「過去に投薬歴あり」に変更した。 後期高齢者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防事業とのデータ連携等を図る。

事業 6

糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）

事業の目的 糖尿病治療中の患者に対して保健指導を行い、糖尿病性腎症重症化を予防し、腎不全や人工透析への移行を防止する。

事業の概要 糖尿病治療中で糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、血糖値のコントロール不良者へ保健指導を行う。

選定方法		特定健診結果で糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち以下にあてはまる者
定基準	健診結果による判定基準	HbA1c7.0%以上　かつ　尿蛋白1＋以上　または　eGFR30以上60未満
	レセプトによる判定基準	糖尿病治療中の者
	その他の判定基準	かかりつけ医から糖尿病性腎症の保健指導を依頼された者
除外基準		精神疾患や難病、がん患者など
重点対象者の基準		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム指標	1	事業参加者の検査値維持改善率（HbA1c）	分子：保健指導終了時のHbA1c値維持改善者数 分母：保健指導終了者数※	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	2	事業参加者の検査値維持改善率（eGFR区分）	分子：保健指導終了時のeGFR区分維持改善者数 分母：保健指導終了者数※	100%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

※保健指導終了時の検査値が不明な者を除く。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトプット指標	1	保健指導実施率	分子：保健指導実施数 分母：案内送付数	8.9%	11%	12%	13%	14%	15%	16%

プロセス（方法）	周知		主治医から対象者へ受講勧奨							
	勧奨		対象者へ情報提供、かかりつけ医へ保健指導実施確認の通知を送付。かかりつけ医から対象者へリーフレット等を活用し、保健指導受講勧奨を行う。							
	実施および実施後の支援	利用申込	かかりつけ医が本人の同意を得て、糖尿病保健指導依頼書を記載し、保険年金課へ提出。保険年金課から保健福祉センターへ情報提供し、保健福祉センターから対象者へ連絡をとる。							
		実施内容	保健福祉センターが初回、1カ月後、3カ月後、6カ月後、1年後に保健指導（電話、訪問等）を実施する。							
		時期・期間	通年（対象者抽出後、速やかに実施する）							
		場所	保健福祉センター、自宅訪問							
		実施後の評価	保健指導を開始前後の検査値の変化や行動変容の有無を評価する。							
		実施後のフォロー・継続支援	保健指導終了後、保健福祉センターの成人保健事業（糖尿病相談会等）を紹介するなど、一体的な活用につながるよう体制を整備する。							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		後期高齢者医療制度へ移行しても切れ目ない支援が受けられるよう留意する。 事業の啓発の場として医療連携推進会議等を活用する。 ナッジ理論を取り入れた勧奨リーフレットを作成する。リーフレットに「〇週間以内に保健福祉センターから連絡が入る」等対象者へ見通しを持った一文を入れるなど工夫し、内容は定期的に見直す。							

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険年金課：対象者へ案内送付、かかりつけ医へ連絡								
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	富山市医師会の協力のもと、かかりつけ医と専門医、市との連携を強化する。 かかりつけ医と歯科医や眼科医との連携には、富山県歯科医師会や富山県医師協同組合が作成した情報提供書を用いる。								
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医は患者へ保健指導受講勧奨を実施。専門医、保健指導を行う保健福祉センター、保険年金課と相互に連携をとっている。 保健指導実施中や指導実施後にかかりつけ医へ保健指導報告書を送付し、指導内容の共有を行う。								
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者を抽出する。								
	その他の組織	保健福祉センター：保健指導の実施 地域包括支援センター								
	他事業	糖尿病相談会、糖尿病予防教室								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	75歳に到達した者は高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業における後期高齢者の糖尿病性腎症重症化予防事業に引き継ぐ。 事務担当の保険年金課と保健指導を実施する保健福祉センターとの意見交換の機会や保健指導のスキルアップのための勉強会を設定する。								

事業 7

循環器疾患重症化予防事業（受診勧奨）

事業の目的

Ⅱ度高血圧以上の未治療者及び治療中断者に対し、受診勧奨により早期治療に結びつけることで、循環器病の重症化予防を図る。

事業の概要

Ⅱ度高血圧以上の未治療者及び治療中断者へ対し、受診勧奨通知を行い早期の受診を促す。

対象者	選定方法		前年度の特健診結果やレセプトより以下にあてはまる者
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度特定健康診査結果がⅡ度高血圧（収縮期血圧160mmHgかつ／または拡張期血圧100mmHg）以上
		レセプトによる判定基準	高血圧病名レセプトなしの者（未治療者）または健診前レセプトはあるが、健診後レセプトがない者（治療中断者）
	除外基準		年度到達で74歳、75歳となる者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム指標	1	【未治療者】受診勧奨対象者が医療機関に受診した割合	分子：受診勧奨後に医療機関を受診した人数 分母：受診勧奨実施人数	-	-	-	-	-	-	-
	2	【治療中断者】受診勧奨対象者が医療機関に受診した割合	分子：受診勧奨後に医療機関を受診した人数 分母：受診勧奨実施人数	-	-	-	-	-	-	-

※令和5年度新規事業のため、目標値は令和6年度に設定する

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトプット指標	1	受診勧奨対象者に対する勧奨する割合	分子：通知送付数 分母：事業対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	個別通知にて周知する。
	勧奨	KDBシステムにて対象者を抽出。レセプトデータから治療状況を確認し、対象者を精査
	実施後の支援・評価	郵送による受診勧奨を実施し、レセプトにて評価する。 受診（治療）が確認できない者へ、電話による再受診勧奨を実施し、レセプトにて評価する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	糖尿病性腎症受診勧奨と重複している者は重症度（検査データ等）から送付者を決定

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険年金課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	医師会へ事業内容の進捗状況について報告する。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムにてレセプトデータ・健診データの提供、確認
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	令和5年度新規事業。 後期高齢者を対象とした循環器疾患重症化予防事業とのデータ連携等を図る。

事業 8

適正受診等訪問指導事業

事業の目的

重複・頻回受診者へ適正な受診を指導することで健康管理を支援するとともに、適正受診・服薬の推進を行い、医療費適正化を図る。

事業の概要

重複・頻回受診者へ適正な受診について保健指導を行う。

対象者

選定基準

①頻回受診者：1医療機関に12回以上/月受診している者
②重複受診者：同一疾患で3医療機関以上受診している者
③重複服薬受診者：同一薬剤または同様の効用・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている者

除外基準

精神疾患、がん患者、難病患者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム指標	1	頻回受診者の受診行動改善割合	分子：受診行動改善者 分母：保健指導実施者	72.2%	74.2%	75.2%	76.2%	77.2%	78.2%	79.2%
	2	重複受診者の受診行動改善割合	分子：受診行動改善者 分母：保健指導実施者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	重複服薬受診者の受診行動改善割合	分子：受診行動改善者 分母：保健指導実施者	62.5%	64.5%	65.5%	66.5%	67.5%	68.5%	69.5%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	頻回受診者への保健指導実施割合	分子：保健指導実施者数 分母：事業対象者	69.2%	72.2%	73.7%	75.2%	76.7%	78.2%	79.7%
	2	重複受診者への保健指導実施割合	分子：保健指導実施者数 分母：事業対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	重複服薬受診者への保健指導実施割合	分子：保健指導実施者数 分母：事業対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	実施および実施後の支援	訪問にて指導する。重複服薬対象者は訪問後の行動改善を本人等から直接確認する。 訪問指導後の受診及び服薬状況についてレセプトで確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	ICTを活用した指導体制整備を行う。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険年金課
	民間事業者	委託業者にて対象者選定の抽出
	他事業	医療費適正化特別対策事業（医療費通知事業）、ポリファーマシー対策事業
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	令和4年度より、重複服薬受診者への指導時にチェックリストを活用し、市薬剤師会と連携し、本人が希望する場合、市薬剤師会による服薬相談を実施する体制整備を行う。

事業 9

ポリファーマシー対策事業（R2～）

事業の目的

多剤服薬者へ服薬情報を通知し、適正な服薬を促すことで、薬の副作用や服薬過誤等を防止するとともに、医療費適正化を図る。

事業の概要

多剤服薬対象者へ服薬情報を通知し、適切な服薬を促す。

対象者

- ①同一月に6剤以上の服薬がある者
- ②同一月に2医療機関以上の受診がある者
- ③長期処方（14日以上）されている者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム指標	1	通知対象者の割合	分子：通知対象者数 分母：被保険者数	4.6%	減少 傾向	減少 傾向	減少 傾向	減少 傾向	減少 傾向	減少 傾向

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	確実な発送	—	令和4年度から継続実施	—	—	—	—	—	—
プロセス（方法）			R2からポスター等により啓発 R4から対象者リストをもとに保険年金課職員がチェック後通知を年1回発送							

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険年金課
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・ 栄養士会など）	市薬剤師会及び市医師会へ事業内容を共有し、通知対象者から服薬相談があった場合の対応について協力依頼する。
	民間事業者	委託業者にて対象者選定の抽出、通知書作成、発送
	他事業	適正受診等訪問指導策事業（重複服薬）

事業 10

ジェネリック差額通知事業

事業の目的

被保険者へジェネリック医薬品に切り替えた際の差額を通知し、ジェネリック医薬品の利用を促進することで医療費適正化を図る。

事業の概要

被保険者へジェネリック医薬品に切り替えた際の差額を通知し、ジェネリック医薬品の利用を促進する。

対象者

- ①40歳以上の被保険者
- ②月額500円以上の自己負担減額効果がある者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム指標	1	後発医薬品使用割合	後発医薬品が存在する医薬品のうち、後発医薬品の処方率（医科・調剤全体数量％）	80	80	80	80	80	80	80

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	年2回の確実な発送	—	平成24年度から継続実施	—	—	—	—	—	—

プロセス（方法）			国保連合会のシステムから作成する対象者リストをもとに、保険年金課職員が通知を年2回発送							
----------	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

ストラクチャー（体制）			冊子「富山市の国保と年金」において、後発医薬品の使用割合について公表する。また、国民健康保険運営協議会で報告する。							
-------------	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

事業 11

健康教育事業

事業の目的	生活習慣病の予防、その他の健康に関する事項について、正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自らが守る」という意識を高め、壮年期からの健康の保持増進に資する。
事業の概要	市民を対象に健康教育を行う。
対象者	40歳から64歳の市民及びその家族、特定健康診査の結果、事後指導の必要な者等
プロセス（方法）	健康教育 （ア）地区健康教育事業 市内78地区で年2回 （イ）糖尿病予防教室 3コース程度
ストラクチャー（体制）	保健所地域健康課で企画し、保健福祉センターで実施する。

事業 12

各種がん検診事業

事業の目的	死因の第1位であるがんを早期に発見し、治療に結び付け、死亡率を軽減するために、各種がん検診を充実し、受診率の向上を図る。
事業の概要	各種がん検診を実施する。
対象者	市内に住所を有する40歳以上の国民健康保険の被保険者や健康保険加入者の家族など
プロセス（方法）	5月中旬の検診開始に合わせ、対象者に受診券（特定健診とがん検診の統合受診券）および医療機関リスト等を送付・通知する。 検診内容：胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん（女性）、乳がん（女性）、前立腺がん（男性）で、検診内容により対象年齢が異なる。 医療機関等での個別検診または集団検診で実施。対象者に応じた一部自己負担額あり。
ストラクチャー（体制）	保健所地域健康課で企画し、保健福祉センターで実施する。

事業 13

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

事業の目的	介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に事業を実施することにより、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を行うことにより、自立期間の延伸につなげる。
事業の概要	地域の通いの場等においてフレイル予防の普及啓発及び健康教育・相談や、生活習慣病等の重症化予防のためのアウトリーチ支援を行う。
対象者	後期高齢者医療保険制度の被保険者
プロセス（方法）	国民健康保険加入者のうち後期高齢者医療制度への移行が見込まれる者のうち、ハイレスクアプローチの対象となる可能性のある者について健康情報等を保険年金課内で共有する。
ストラクチャー（体制）	富山県後期高齢者医療広域連合からの委託により保険年金課が実施する。

第6章 その他

1.計画の評価及び見直し

(1)個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は、計画策定時に設定した評価指標に基づき毎年度実施し、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成に至っていない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったかなど、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討のうえ、次年度の保健事業の実施及びデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2)データヘルス計画全体の評価・見直し

①評価の時期

データヘルス計画全体の評価については、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて目標値等を見直し、計画の最終年度である令和11年度に最終評価を行います。

②評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、富山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会や国民健康保険運営協議会にて助言を得るなど関係団体と連携して実施します。

2.計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表するとともに、様々な機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の取りまとめを行い、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

3.個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、各種ガイドライン等に基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取られるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4.地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

本市では、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供できる体制として、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

保健事業の実施に当たっては、今後も高齢者比率の上昇の割合が高いと予想されているという本市の現状を踏まえ、富山市高齢者総合福祉プランとの調和を図り、国保保険者として「富山市在宅医療・介護連携推進協議会」に参加し、横断的に地域包括ケア推進に取り組めます。

また、令和3年度からは後期高齢者医療広域連合からの委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、国民健康保険及び後期高齢者の保健事業、介護予防事業の切れ目ない支援に取り組んでいるところです。

これらの取り組みを進めるため、KDBシステム等による各種統計データ等を活用し、庁内関係課や関係機関等と地域の健康課題を共有するとともに、専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携に努めます。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画

本市では、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき特定健康診査等実施計画（第1期～第3期）を策定し、特定健康診査、特定保健指導の円滑な実施に努めてきました。

特定健康診査及び特定保健指導は、本計画における保健事業の中核をなすものであり、他の保健事業とは別に「第4期富山市国民健康保険特定健康診査等実施計画」として本計画に位置付けます。

1.特定健康診査・特定保健指導の目的

特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目した健診によって生活習慣病のリスクを早期に発見し、健診結果をふまえて食生活や運動習慣、喫煙といった生活習慣を見直すために保健指導を行うことで内臓脂肪の減少・生活習慣病の予防・改善につなげるものです。

本市の一人当たり医療費は年々増加し、生活習慣病にかかる医療費は全体の5割以上を占めています。生活習慣病は自覚症状がないまま進行し、気づいた時には重症化していることが多いため、定期的に健診を受けて自分自身の健康状態を正しく把握することが重要です。また、生活習慣病の発症には内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、バランスの取れた食事や適切な運動などの生活習慣の改善を行い、糖尿病等の発症リスクを減らしていくことが必要です。

こうしたことから、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、特定健康診査・特定保健指導を実施します。

2.目標

国が定める特定健康診査等基本方針（高齢者の医療の確保に関する法律第18条）における目標値は、市町村国保は計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60%、特定保健指導終了率60%となっていますが、保険者が実情分析を行い、最大限の努力により達成できる目標設定であることとされています。本市では、これまでの実施状況、データの分析結果及び富山県全体の受診率等を踏まえ、第4期の目標値を次のとおり設定しました。

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率(%)	35.3%	36.9%	38.5%	40.1%	41.7%	43.3%
特定保健指導実施率(%)	13.5%	16.5%	17.5%	18.5%	19.5%	20.5%

3.対象者に関すること

(1)対象者について

①特定健康診査の対象者

特定健康診査の実施年度中に40～74歳になる被保険者とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省が定める除外規定に該当する者は除きます。

②特定保健指導の対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。

ただし、質問票等から血圧降下剤などを服薬中と判断される者については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、対象から除外します。

特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合は、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。
※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

(2) 対象者の見込みについて

① 特定健康診査の対象者の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	41,749	39,465	37,587	35,774	34,040	32,618
特定健康診査受診率(%) (目標値)	35.3%	36.9%	38.5%	40.1%	41.7%	43.3%
特定健康診査受診者数(人)	14,737	14,563	14,471	14,345	14,195	14,124

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	16,337	15,858	15,440	14,988	14,497	14,112
	65歳～74歳	25,412	23,607	22,147	20,786	19,543	18,506
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	4,377	4,566	4,749	4,905	5,026	5,167
	65歳～74歳	10,360	9,997	9,722	9,440	9,169	8,957

② 特定保健指導の対象者の見込み

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

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	1,735	1,736	1,744	1,749	1,751	1,758
特定保健指導実施率(%) (目標値)	13.5%	16.5%	17.5%	18.5%	19.5%	20.5%
特定保健指導実施者数(人)	234	286	305	324	341	360

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	429	451	470	489	503	519
	実施者数(人)	40歳～64歳	58	74	83	91	98	106
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	329	344	357	369	378	387
		65歳～74歳	977	941	917	891	870	852
	実施者数(人)	40歳～64歳	35	48	52	59	64	69
		65歳～74歳	141	164	170	174	179	185

4.実施方法

(1)特定健康診査の実施方法

特定健診については、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(以下「実施基準」という。)第16条第1項の規定を満たす特定健診実施機関に委託します。富山県医師会が実施機関の取りまとめを行い、富山県医師会と集合契約を行います。また、集団健診における特定健診実施機関については、個別契約を行います。

①実施場所

<個別健診>

指定医療機関

具体的な名称及び所在地等については、特定健康診査の実施時期にあわせて毎年度、一覧表を公表するとともに受診券に同封して対象者に送付します。

<集団健診>

特定健診実施機関又は公民館等の市内施設

集団健診の会場や日程については、随時、広報やホームページ等を通じて周知を行います。

②実施時期

5月中旬から12月下旬まで(ただし、一日人間ドック及び脳ドックに併せて特定健診を行う際は、その期間)とします。

③実施項目

特定健康診査の実施項目については、「基本的な健診の項目」及び、医師の判断によって追加的に実施することがある「詳細な健診項目」が省令・告示にて定められています。

また、本市では基本的な健診項目に加え、市独自の追加項目として、健診対象者全員に対し血清クレアチニン検査(eGFR含む)を実施します。

■基本的な健診項目(全員に実施)

項 目	備 考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22Kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないとき認めるときは、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	$BMI = \text{体重(Kg)} \div \text{身長(m)}^2$ の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT
血中糖質検査	空腹時中性脂肪、やむを得ない場合は随時中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

追加項目	実施できる条件(判断基準)				
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table><tr><td>血圧</td><td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td></tr></table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table><tr><td>血圧</td><td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td></tr></table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上				

■追加健診項目(健診対象者全員に実施)

血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)

④通知・案内方法

ア 受診券の交付

対象者へ5月上旬に受診券を発送します。年度途中の加入者へは本人からの申し出により随時発送します。なお、8月から12月の間に満75歳に到達する対象者については、75歳の誕生日前日を受診券の有効期限とし、年度中に75歳に到達する者は、誕生日前日が有効期限となります。

イ 料金

本人負担は無料です。

⑤事業者健診等、対象者本人からの健診データの受領方法

特定健診の対象者が、特定健康診査の代わりに事業者健診等で、同じ検査項目を受診した場合は、受診者本人に対し、市への受診結果の提供について協力を呼びかけます。

⑥医療機関等との適切な連携

治療中であっても特定健診の対象者であることから、かかりつけ医から本人への受診勧奨について、医療機関等へ協力を依頼します。そのうえで、本人同意のもとで市が医療機関から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する「みなし健診」についても医療機関等と連携して取り組みます。

⑦代行機関

特定健康診査に係る費用の請求・支払いの代行は、富山県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(2) 特定保健指導の実施方法

特定保健指導は、直営及び委託により行います。

① 実施場所

< 直営 >

富山市役所または特定保健指導対象者の自宅や、ICTを活用した遠隔(オンライン)面談等で実施します。

< 委託 >

特定保健指導実施機関の有する施設や、ICTを活用した遠隔(オンライン)面談等で実施します。なお、実施機関の具体的な名称及び所在地等については、一覧表を利用券に同封して対象者に送付します。対象者が利用しやすい体制を構築するため、実施可能機関の拡充に努めます。

② 実施時期

5月から翌年10月下旬までとします。

③実施内容

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」及び「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）」に沿って次のとおり実施します。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。	
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援（ICT含む）。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。	
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価（成果が出たことへの評価）を原則とし、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価する。	
	主要達成目標	
	アウトカム評価	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少
	目標未達成の場合	
	アウトカム評価 （行動変容評価指標）	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）
	プロセス評価	・継続的支援の介入方法による評価 （個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等） ・健診後早期の保健指導実施を評価

動機付け支援

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

④通知・案内方法

ア 利用券の交付

健診の結果に基づき、健診受診者の階層化を行います。特定保健指導の対象となった方から利用券送付対象者を選定後、利用券の他、案内文書、リーフレットを同封して個別に郵送しています。案内文書にはナッジ理論を活用するなど利用率向上に努めています。また、ドックや集団健診受診当日に保健指導を実施した場合は、対象者へ個別に利用券の郵送は行いません。

イ 受講の手順

電話等にて申し込み、指定された日時・場所で利用します。初回面接時には、利用券と富山市国保被保険者証を実施機関へ提示しなければなりません。提示を受けた実施機関は、被保険者資格等の内容を確認のうえ、特定保健指導を実施することとします。

ウ 料金

原則、特定保健指導に係る本人負担は無料です。

⑤契約の形態

特定保健指導実施機関と毎年度、個別に契約を結びます。外部委託者の選定の考え方として、実施機関は実施基準第16条第1項の規定を満たしていることとします。

⑥周知・利用勧奨

広報、市ホームページ、新聞広告等に掲載し、周知を図ります。

また、利用案内送付後、およそ1週間経過以降に、利用の申込がない方に対して電話等で利用勧奨を行います。集団健診受診者やドック受診者へは健康意識が高まっている受診当日に利用勧奨及び初回面接を行い、効果的な保健指導が実施できるよう努めます。

⑦代行機関

特定保健指導に係る費用の請求・支払いの代行は、富山県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(3) スケジュール特定保健指導の実施方法

特定健診・特定保健指導の年間スケジュールは次のとおりです。

	実施項目	当年度												次年度				
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
特定健康診査	対象者抽出	⇔																
	受診券送付		←→															
	特定健康診査実施		←→ 特定健康診査 ドック															
	未受診者受診勧奨				←→													
特定保健指導	対象者抽出					←→												
	利用券送付					←→												
	特定保健指導実施		←→															
	未利用者利用勧奨					←→												

第2章 その他

1. 個人情報保護の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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

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

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

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

4.他の健診との連携

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

5.実施体制の確保及び実施方法の改善

(1)実施体制の確保

特定健診を受診しやすい環境とするため、個別医療機関の確保や休日健診など関係機関と協力して実施体制を整備するとともに、特定保健指導については、直営及び委託に係る人材確保に努めます。

(2)特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導については、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた、より質の高い保健指導を対象者に還元していくため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

②ICTを活用した特定保健指導の推進

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

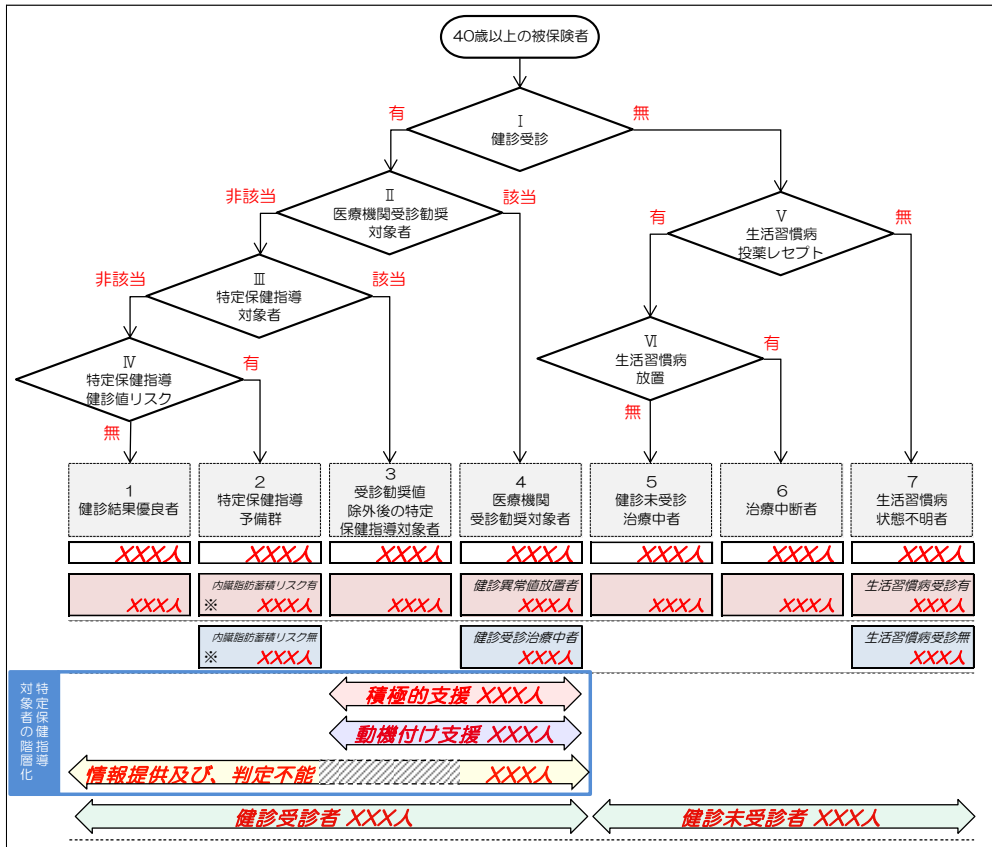
③特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進

対象者の行動変容を促すうえで重要であるため、特定健診当日に特定保健指導の同時実施に努めます。

卷末資料

1.「指導対象者群分析」のグループ分けの見方

特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



【フロー説明】

- I 健診受診 …健診受診の有無を判定。
- II 医療機関受診勧奨対象者 …健診値(血糖、血圧、脂質)のいずれかが、厚生労働省が定めた受診勧奨判定値を超えて受診勧奨対象者に該当するか判定。
- III 特定保健指導対象者 …厚生労働省が定めた「標準的な健診・保健指導プログラム」に沿って、特定保健指導対象者に該当するか判定。
- IV 特定保健指導健診値リスク …厚生労働省が定めた保健指導判定値により、健診値(血糖、血圧、脂質)のリスクの有無を判定。判定に喫煙は含めない。
- V 生活習慣病投薬レセプト …生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)に関する、投薬の有無を判定。
- VI 生活習慣病放置 …生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)を治療している患者で、一定期間の受診状況により生活習慣病放置の有無を判定。

【グループ別説明】

健診受診あり

1. 健診結果優良者 …保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しない者。
2. 特定保健指導予備群 …保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しているが、その他の条件(服薬有り等)により保健指導対象者でない者。
- 内臓脂肪蓄積リスク有 …「2.特定保健指導予備群」のうち、服薬が有るため特定保健指導対象者にならなかった者。
- 内臓脂肪蓄積リスク無 …「2.特定保健指導予備群」のうち、内臓脂肪蓄積リスク(腹囲・BMI)がないため特定保健指導対象者にならなかった者。
3. 受診勧奨値除外後の特定保健指導対象者 …受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当していない特定保健指導対象者。
4. 医療機関受診勧奨対象者 …受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当する者。
- 健診異常値放置者 …「4.医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がない者。
- 健診受診治療中者 …「4.医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がある者。または健診受診後生活習慣病に関する医療機関受診はないが、健診受診後間もないため病院受診の意志がない「健診異常値放置者」と判断できない者。

健診受診なし

5. 健診未受診治療中者 …生活習慣病治療中の者。
6. 治療中断者 …過去に生活習慣病の治療をしていたが、生活習慣病に関する医療機関受診が一定期間ない者。
7. 生活習慣病状態不明者 …生活習慣病の投薬治療をしていない者。
- 生活習慣病受診有 …「7.生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がある者。
- 生活習慣病受診無 …「7.生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がない者。

2.用語解説集

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

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

データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画
(令和6年度～令和11年度)

富山市福祉保健部保険年金課
(富山市新桜町7番38号)
電話：076-443-2064