

小松市国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
中間評価

令和 3 年 3 月

小松市

目 次

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画） 中間評価

第 1 章 データヘルス計画の概要	1
1. 計画の概要	
2. 計画の位置づけ	
第 2 章 中間評価の趣旨	2
1. 中間評価の目的	
2. 中間評価の方法	
第 3 章 中間評価の結果	3
1. 中長期目標、短期目標の進捗状況	
2. 主な個別保健事業の実績・評価・課題	
第 4 章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題	10
1. 特定健診等の実施について	
2. 目標値に対する進捗状況	
第 5 章 中間評価及び新たな課題を踏まえた目標値の見直し	14
1. 保険者努力支援制度	
2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
3. 小松市における健康課題	

第 1 章 データヘルス計画の概要

1. 計画の概要

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB システム」という。）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、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においては、「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、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

本市においては、平成 26 年から平成 29 年度を実施期間とする「小松市国民健康保険データヘルス計画（保健事業実施計画）」（以下、「第 1 期計画」という。）に引き続き、平成 30 年度から令和 5 年度までを実施期間とする「第 2 期小松市国民健康保険データヘルス計画（保健事業実施計画）」（以下、「第 2 期計画」という。）を策定し、健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿った運用を行い、効果的かつ効率的な保健事業の実施に取り組んでいる。

第 2 期計画では、被保険者が特定健診等を受診して、自分の健康状態を把握し、必要に応じて生活習慣の改善や医療機関の受診等を行うことで、生活習慣病の発症や重症化予防を図ることを通じ、健康寿命の延伸と医療費・介護費の伸びの抑制を図ることを目的としている。

2. 計画の位置づけ

第 2 期計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「いしかわ健康フロンティア戦略」及び「すこやかこまつ 21（第 2 次）」、「石川県医療費適正化計画」、「介護保険事業計画」と整合性を図っている。

また、特定健診及び特定保健指導は保健事業の中核をなすことから、その具体的な実施方法を定める「小松市第 3 期特定健康診査・保健指導実施計画」は第 2 期計画と一体的に策定している。

第 2 章 中間評価の趣旨

1. 中間評価の目的

第 2 期計画の計画時には、データヘルス計画の目的を達成するために、中長期目標(計画の最終年度である令和 5 年度までに達成すべき目標)と短期目標(毎年度の目標)を定め、目標を評価するための指標を定めて、PDCA サイクルで保健事業を展開してきた。

今回の中間評価は、第 2 期計画の中間年度にあたり、小松市国民健康保険を取り巻く状況の変化を踏まえ、現時点での健康課題を確認した上で、これまでの 3 年間に実施してきた各事業の取り組み状況や指標の達成状況をもとに、計画全体の中間評価を行うものである。

2. 中間評価の方法

計画を構成する個別保健事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析等をもとに 4 つの視点(ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム)から整理、評価を行う。

第 2 期計画の目標が実績値と乖離している場合には、設定した目標・事業内容・評価保法等を現状と比較する等、必要に応じて実施体制等の見直しを検討する。

第3章 中間評価の結果

1. 中長期目標、短期目標の進捗状況

1) 目標の設定について

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(透析予防)等による死亡・障害の発生を防ぐことである。そのため、第2期計画では、本市の健康課題を踏まえ、中長期的な目標とその達成のために必要となる短期的な目標を設定し、最優先事項として取り組んできた。

中長期目標は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とし、令和5年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ減少させる(医療費の伸びを抑える)ことを目標としている。

短期目標は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを目標とし、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととしている。

2) 目標の進捗管理

小松市国民健康保険が行う保健事業について、目標の進捗管理は目標管理一覧表(図表1)で行うとともに、PDCAサイクルに基づき事業全体を総合的に評価する(図表2)。具体的な評価として、①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の視点から評価を行う。

3) 目標の評価

(1) 中長期目標の評価

虚血性心疾患が総医療費に占める割合は減少傾向である。脳血管疾患及び慢性腎不全(透析有)の医療費が占める割合は、一旦減少した年度もあるが、再び増加している。また、糖尿病性腎症による透析導入者数も横ばいであることから、引き続き、医療費の伸びを抑えることを目標に、生活習慣の改善や高血圧、脂質異常症、糖尿病をコントロールし、短期目標を着実に目指していく必要がある。

(2) 短期目標の評価

健診受診者における高血圧、脂質異常症の割合及び糖尿病有病者の割合は年々増加している。また、メタボリックシンドローム予備群の割合は横ばいであるが、該当者の割合は増加している。

脳血管疾患及び虚血性心疾患は、基礎疾患である高血圧や脂質異常症、糖尿病の複数の疾患が重なって発症することから、まずは特定健診を受診し、メタボリックシンドロームを含めた肥満の解決を目指すとともに、自身の健康状態の把握、生活習慣の改善、早期治療により疾病をコントロールしていくことが重要である。

【図表1】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値					最終目標	データの把握方法
				初期値	中間	2016 H28	2019 R1	2020 R2	2021 R3	2022 R4	2023 R5	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合の減少 糖尿病性腎症による透析導入者の減少	1.40%	2.05%	2.90%	2.00%	1.15%	1.10%	1.05%	1.0%	KDBシステム
				3.70%	3.88%	11人	12人	4.3%	4.1%	3.9%	3.7%	
特定健診等計画	短期目標	・糖尿病の有病者の割合が28.0%で全国、県、同規模と比較して高い。 ・健診の結果、HbA1cの有見割合が増加している。 ・透析者のうち糖尿病性腎症を持っている人が68.0%おり、増加している。 ・慢性腎不全（透析有）に係る医療費が増加している。	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少 健診受診者の高血圧の割合の減少（LDL160以上） 健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上） 健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少（HbA1c6.5以上） 健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少 メタボリックシンドローム・該当者の割合の減少 糖尿病の未治療者の割合の減少 糖尿病の保健指導を実施した割合増加	9.8%	10.0%	4.0%	4.4%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%	小松市いきいき健康課
				19.1%	21.5%	31.6%	26.9%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	
				70.6%	52.1%	72.0%	73.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%	
				20.3%	19.0%	23.0%	24.0%	23.0%	24.0%	25.0%	25.0%	
				11.3%	10.8%	40.0%	45.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	
				27.6%	24.4%	40.0%	45.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	
				23.6%	21.3%	40.0%	45.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	
				31.6%	38.1%	40.0%	45.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	
				25.4%	25.2%	40.0%	45.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	
				23.9%	24.0%	40.0%	45.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	
保険者努力支援制度	アウトプット指標	がんの早期発見、早期治療 ・がんの高額レセプトが増加している	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上 5つのがん検診の平均受診率の増加	11.4%	10.9%	11.0%	11.5%	82.3%	82.7%	83.1%	83.6%	小松市いきいき健康課 厚生労働省公表結果
				74.9%	81.9%	82.3%	82.7%	82.3%	82.7%	83.1%	83.6%	
				74.9%	81.9%	82.3%	82.7%	82.3%	82.7%	83.1%	83.6%	

※初期値よりR1年度に改善が認められている数値に○をしています。

【図表 2】

平成29年度～令和元年度 全体評価					
課題・目標	評価（良くなったところ）				
	①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	
	⑤残っている課題	全 体			
	○特定健診受診率 H30：50％、R1：52％ ○特定保健指導実施率 H30：70％、R1：71％ ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病 の発症を減らすことを目標に、その原因 疾患である高血圧の改善、LDLの改 善、HbA1c6.5以上の増加の抑制を目 的とする。	○特定健診 ・健診期間1ヶ月延長（H30年度～） ・治療中の人の健診受診について、医療機関向けの健診説明会を実施。 ・受診勧奨は対象者を決め、電話による受診勧奨及び個別健診期間中のみ受診者へ個別通知を実施。 ○結果提供事業 ・治療中のため健診を受けない人に健診結果の提供を依頼。市内及び近隣市外医療機関への依頼も実施。 ・近隣市外医療機関にはH30年度～実施。 ・過去に職場等で受けた健診結果を提供してくれたい人に結果提供を依頼。 ・医療機関で治療中（HbA1c検査をしている人）に結果提供を依頼（H30年度）。 ・レセプト分析に基づく結果提供助成事業（R1年度新設） 治療中で定期受診している人から検査結果提供を受けるため、レセプトの分析と結果提供助成を実施。 対象者への個別通知にあわせて、医療機関に対象者リストを配布。特定健診の結果として活用するには どのデータが不足しているかを可視化した。 ○人工知能（AI）を活用した受診率向上事業（R1年度新設） 治療中で定期受診している人から検査結果提供を受けるため、レセプトの分析と結果提供助成を実施。 対象者への個別通知にあわせて、医療機関に対象者リストを配布。特定健診の結果として活用するには どのデータが不足しているかを可視化した。	○未受診者対策 ○特定健診受診率の増加 H28年度49.6％、H29年度49.3％、H30年度 50.0％、R1年度53.3％ ○市内医療機関のデータ提供数 H28年度64件、H29年度35件、H30年度81 件、R1年度441件 ○本人からの結果提供数 H28年度83件、H29年度70件、H30年度112 件、R1年度383件 ○AIによる受診勧奨 通知した40.3％が受 診	・成人保健担当職員で、訪問の 地区別活動を行っているが、十 分に機能しきれていない。 ・重症化予防対策を取り組んで いるが、保健師・管理栄養士 の役割は重要である（成人保健 担当の管理栄養士はH30年度は 嘱託管理栄養士1名、R1年度は C K D重症度分類のレベルに よって、栄養指導が重要であ り、一層の強化が必要となる。 ・国保事務担当と保健事業担当 は別課。両者の役割分担につ いて協議、検討が必要。 ・医師会との連携は会議の開催 や健康講座での協力等で進みつ つある。今後、個々の医療機関 との連携をすすめていく上で、 地区別活動の活用、ひとつひと つの事例を通じて連携を積み重 ねていくようにする。	
	○PRCAサイクルに基づいた具体的な目 標や効果測定をした事業の計画、実行 する。 ○糖尿病管理台帳を活用し、地区の状 況に合わせ、経年的に対象者をフォ ローする。 ○事業の方向性について、スタッフの 共通認識を図る。	○PRCAサイクルに基づいた具体的な目 標や効果測定をした事業の計画、実行 する。 ○糖尿病管理台帳を活用し、地区の状 況に合わせ、経年的に対象者をフォ ローする。 ○事業の方向性について、スタッフの 共通認識を図る。	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○引き続き医療機関への協力を 依頼。情報提供数は新事業に より増加したが、事業の実施内 容・周知について更なる検討が 必要。 ○受診勧奨の対象者検討を行 い、ターゲットを絞って行う。
○PRCAサイクルに基づいた具体的な目 標や効果測定をした事業を計画、実行 する。 ○糖尿病管理台帳を活用し、地区の状 況に合わせ、経年的に対象者をフォ ローする。 ○事業の方向性について、スタッフの 共通認識を図る。	○PRCAサイクルに基づいた具体的な目 標や効果測定をした事業を計画、実行 する。 ○糖尿病管理台帳を活用し、地区の状 況に合わせ、経年的に対象者をフォ ローする。 ○事業の方向性について、スタッフの 共通認識を図る。	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○引き続き医療機関への協力を 依頼。情報提供数は新事業に より増加したが、事業の実施内 容・周知について更なる検討が 必要。 ○受診勧奨の対象者検討を行 い、ターゲットを絞って行う。	

課題・目標		医療とのつながり	
○特定健診受診率 H30：50％、R1：52％ ○特定保健指導実施率 H30：70％、R1：71％ ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病 の発症を減らすことを目標に、その原因 疾患である高血圧の改善、LDLの改 善、HbA1c6.5以上の増加の抑制を目 的とする。	○特定健診 ・健診期間1ヶ月延長（H30年度～） ・治療中の人の健診受診について、医療機関向けの健診説明会を実施。 ・受診勧奨は対象者を決め、電話による受診勧奨及び個別健診期間中のみ受診者へ個別通知を実施。 ○結果提供事業 ・治療中のため健診を受けない人に健診結果の提供を依頼。市内及び近隣市外医療機関への依頼も実施。 ・近隣市外医療機関にはH30年度～実施。 ・過去に職場等で受けた健診結果を提供してくれたい人に結果提供を依頼。 ・医療機関で治療中（HbA1c検査をしている人）に結果提供を依頼（H30年度）。 ・レセプト分析に基づく結果提供助成事業（R1年度新設） 治療中で定期受診している人から検査結果提供を受けるため、レセプトの分析と結果提供助成を実施。 対象者への個別通知にあわせて、医療機関に対象者リストを配布。特定健診の結果として活用するには どのデータが不足しているかを可視化した。 ○人工知能（AI）を活用した受診率向上事業（R1年度新設） 治療中で定期受診している人から検査結果提供を受けるため、レセプトの分析と結果提供助成を実施。 対象者への個別通知にあわせて、医療機関に対象者リストを配布。特定健診の結果として活用するには どのデータが不足しているかを可視化した。	○未受診者対策 ○特定健診受診率の増加 H28年度49.6％、H29年度49.3％、H30年度 50.0％、R1年度53.3％ ○市内医療機関のデータ提供数 H28年度64件、H29年度35件、H30年度81 件、R1年度441件 ○本人からの結果提供数 H28年度83件、H29年度70件、H30年度112 件、R1年度383件 ○AIによる受診勧奨 通知した40.3％が受 診	・成人保健担当職員で、訪問の 地区別活動を行っているが、十 分に機能しきれていない。 ・重症化予防対策を取り組んで いるが、保健師・管理栄養士 の役割は重要である（成人保健 担当の管理栄養士はH30年度は 嘱託管理栄養士1名、R1年度は C K D重症度分類のレベルに よって、栄養指導が重要であ り、一層の強化が必要となる。 ・国保事務担当と保健事業担当 は別課。両者の役割分担につ いて協議、検討が必要。 ・医師会との連携は会議の開催 や健康講座での協力等で進みつ つある。今後、個々の医療機関 との連携をすすめていく上で、 地区別活動の活用、ひとつひと つの事例を通じて連携を積み重 ねていくようにする。
全体		重症化予防対策	
○PRCAサイクルに基づいた具体的な目 標や効果測定をした事業を計画、実行 する。 ○糖尿病管理台帳を活用し、地区の状 況に合わせ、経年的に対象者をフォ ローする。 ○事業の方向性について、スタッフの 共通認識を図る。	○PRCAサイクルに基づいた具体的な目 標や効果測定をした事業を計画、実行 する。 ○糖尿病管理台帳を活用し、地区の状 況に合わせ、経年的に対象者をフォ ローする。 ○事業の方向性について、スタッフの 共通認識を図る。	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％
重症化予防対策		医療とのつながり	
○対象者の選定、評価方法等検討 ○評価方法の検討	○対象者の選定、評価方法等検討 ○評価方法の検討	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％
重症化予防対策		医療とのつながり	
○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％
重症化予防対策		医療とのつながり	
○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％
重症化予防対策		医療とのつながり	
○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％
重症化予防対策		医療とのつながり	
○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％
重症化予防対策		医療とのつながり	
○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○保健指導に際して標準化できるよう 教材、指導内容を検討し、共通認識 を図れるようにしていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳を更新し活用してい く。 ○C/D重症化分類のレベルによっては 栄養士による栄養指導が重要になるの で、栄養士の確保も検討が必要。 ○評価方法の検討	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H29 10.0％、H30 10.7％、R1 ○内臓脂肪症候群の減少 該当者：H26 17.7％、H27 17.7％、H28 19.1％、H29 19.3％、H30 20.7％ 予備群：H26 9.9％、H27 10.1％、H28 9.9％、H29 10.1％、H30 10.4％ ○新事業導入人数（糖尿病性腎症によ る）H27 17人、H28 11人、H29 12人、 H30 13人、R1 12人 ■糖尿病受診勧奨連絡票の返信率 H26 43.5％、H27 33.3％、H28 63.2％、H29 46.2％、H30 37.2％、R1 35.7％	○特定保健指導の実施率 H26 63.8％、H27 59.2％、H28 70.6％、 H29 67.0％、H30 67.5％、R1 5％ ○健診結果の状況（HbA1c6.5以上） H26 7.6％、H27 8.8％、H28 9.6％、H

2. 主な個別保健事業の実績・評価・課題

1) 未受診者対策(特定健康診査受診率の向上)

概要	生活習慣病の早期発見のため、健診体制の充実や、健診未受診者に対する個別の受診勧奨を行い、特定健診の受診率向上につなげる。																	
目標	特定健診受診率 <table><tr><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td><td>R5</td></tr><tr><td>50%</td><td>52%</td><td>54%</td><td>56%</td><td>58%</td><td>60%</td></tr></table>						H30	R1	R2	R3	R4	R5	50%	52%	54%	56%	58%	60%
H30	R1	R2	R3	R4	R5													
50%	52%	54%	56%	58%	60%													
実施内容	1 健診期間の1か月間延長(H30 年度～) 2 がん検診とセット型の健診実施(集団総合健診・年9回設定) 3 治療中の人の健診受診について医師会に協力依頼 4 電話による個別の受診勧奨 国保連合会の未受診者対策推進事業及び市職員による電話勧奨を実施。 H30:計9日間(スタッフ延べ32人) 電話 1,798 件、受診勧奨 1,170 件 R1 :計9日間(スタッフ延べ33人) 電話 1,277 件、受診勧奨 946 件 5 健診結果提供事業 ・提供数(iiiを除く) H30:本人から提供 56 件、医療機関から提供 81 件 R1 :本人から提供 70 件、医療機関から提供 11 件 i 治療中のため健診を受けない人に健診結果の提供を依頼 (市内及び近隣市外医療機関にも依頼(※近隣市外は H30 年度～)) ii 過去に職場等で受診した健診結果の提供者に結果提供を依頼 iii レセプト分析に基づく結果提供勧奨事業(R1 年度～) 治療中のため定期受診している人から検査結果提供を受けるため、レセプト分析を行い、特定健診の結果として活用するためにはどのデータが不足しているか、可視化した上で医療機関に対象者リストを配布し、対象者に結果提供勧奨通知を送付した。 送付対象者:1,339 人 うち結果提供 261 人(19.5%) 6 人工知能(AI)を活用した受診率向上事業(R1 年度～) 過去の受診歴、健診結果、問診票等を分析し、その結果を基に送付対象者及び送付資材を決定。対象者の意識に合わせて開発した個別具体の勧奨通知を送付した。 送付対象者:11,960 人 うち 4,813 人が受診(40.3%) 7 健診の普及啓発 広報への掲載、けんこう推進委員による有線放送、テレビ小松・ラジオ小松での放送、チラシの班回覧、商工会議所広報掲載																	
評価	・受診率(法定報告値)																	

(実績)	平成 29 年度 : 49.3% 平成 30 年度(第 2 期計画初年度) : 50.0% 令和元年度 : 53.3%
課題等	・全体の受診率は増加しているが、受診勧奨の対象者検討について、効果的な方法を検討していく必要がある。

2)メタボリックシンドローム対策(特定保健指導実施率の向上)

概要	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少を目的に、特定保健指導を実施し、生活習慣病の発症や重症化を予防するもの。																	
目標	特定保健指導実施率 <table><tr><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td><td>R5</td></tr><tr><td>70%</td><td>71%</td><td>72%</td><td>73%</td><td>74%</td><td>75%</td></tr></table>						H30	R1	R2	R3	R4	R5	70%	71%	72%	73%	74%	75%
H30	R1	R2	R3	R4	R5													
70%	71%	72%	73%	74%	75%													
実施内容	1 市直営の指導に加え、健診実施医療機関へ委託(8 か所)。 委託医療機関には特定保健指導の流れや方法、情報交換を年 1 回実施。 委託医療機関で実施されなかった対象者へ直営で実施。 2 集団総合健診受診時に指導対象候補者に結果の返却と説明について本人に確認し、結果が準備出来次第、初回面接を実施(来所または訪問。初回実施率 R1 80.4%)																	
評価 (実績)	・実施率(法定報告値) 平成 29 年度 : 64.8% 平成 30 年度(第 2 期計画初年度) : 67.5% 令和元年度 : 52.1% ・内臓脂肪症候群該当者の減少率(法定報告値) 平成 29 年度 : 21.6% 平成 30 年度 : 22.4% 令和元年度 : 21.4% ・特定保健指導対象者の減少率 平成 29 年度 : 19.5% 平成 30 年度 : 16.7% 令和元年度 : 19.0%																	
課題等	・平成 30 年度までは国の目標値(60%)を達成していたが、令和元年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり低下した。 ・内臓脂肪症候群該当者や特定保健指導対象者の減少率は横ばいであり、改善がみられていない。 ・繰り返し対象となる対象者への対策や感染症対策を踏まえた保健指導の方法を検討・工夫する必要がある。																	

3)糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

概要	糖尿病が重症化するリスクの高い人を対象に、腎不全や人工透析への移行を予防するため、重症化予防を図る。
目標	糖尿病性腎症による透析導入者の減少
対象者	1 糖尿病未治療者・中断者(HbA1c6.5%以上、3 疾患治療なし) 2 糖尿病治療中(HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白±以上または eGFR60 未満) 3 糖尿病管理台帳掲載者で、HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療かつ前年度特定健診未受診者 ※2 及び 3 については、平成 29 年度から「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って事業を開始。
実施内容	1 受診勧奨(上記対象者 1、3) 特定健診において、血糖値が受診勧奨判定値以上で未治療と思われる人に対して、重症化を予防するため受診勧奨を行う。受診勧奨後は受診状況の確認を実施する。 H30:対象者 56 人、受診勧奨 41 人(うち医療機関受診 20 人) R1 :対象者 59 人、受診勧奨 48 人(うち医療機関受診 11 人) 2 保健指導(上記対象者 2) 糖尿病治療中の人のうち、コントロール不良者については、かかりつけ医や治療方針等を確認し、保健指導を実施する。指導後は糖尿病連携手帳を活用してかかりつけ医への報告を行う。 H30:対象者 108 人、保健指導 23 人 3 医療とのつながり 市糖尿病連携推進協議会において、市の重症化予防対策(ハイリスク者への取り組み、糖尿病連携手帳の活用等)について協議している。 平成 30 年度には、糖尿病連携手帳を活用して関係機関が相互に連携を進めていくことを目指し、糖尿病治療中の人の歯科受診の必要性の周知するポスターと立て札を市内歯科医療機関に設置した。
評価 (実績)	・糖尿病性腎症による透析導入者数 平成 29 年度 : 12 人 平成 30 年度(第 2 期計画初年度) : 13 人 令和元年度 : 12 人
課題等	・受診勧奨対象者は血圧や脂質異常症で既に受診している人を対象者から除いているが、除いた中にも HbA1c8.0%以上の血糖高値者が存在している。 ・HbA1c8.0%以上については合併症の危険がさらに高くなるため、優先的に対象者を把握し、介入していく必要がある。 ・令和元年度は新型コロナウイルス感染症の流行及び感染拡大防止のため、十分な支援ができなかった。感染症対策を踏まえた保健指導の方法を検討・工夫

	する必要がある。
--	----------

3)ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにし、個人の实態と社会環境等について広く市民に周知している。

概要 ・ 目標	健康推進プロジェクト 地域の課題や特徴の分析結果をもとに選定した地区に対して、個人・家族の生活習慣の改善や健康づくりに向けた意識・行動変容に結びつけることを目的に健康講座を実施している。
対象者	地域住民(対象として選定した地区の住民)
実施内容	【血圧編】と【糖編】を実施 ・血圧測定、塩分測定(希望者)※血圧編のみ ・医師による講話、座談会、目標設定
評価 (実績)	参加者数 平成 29 年度 : 119 人(血圧編 3 地区、糖編 2 地区) 平成 30 年度(第 2 期計画初年度) : 89 人(血圧編 2 地区、糖編 1 地区) 令和元年度 : 113 人(血圧編 2 地区、糖編 1 地区) 評価実施 平成 29 年度(計画策定時) : 47 人 平成 30 年度(第 2 期計画初年度) : 43 人 令和元年度 : 47 人 血圧が上がるメカニズムや塩分摂取による血管への影響、HbA1c の示す身体の状態の理解やインスリンの作用、高血糖と生活習慣との関連について知識の習得、意識の改善が見られた。
課題等	・地域の健康に関する課題分析を行い、選定した地区に対して、個人や家族、地域全体で継続的に取り組むことができるよう、方法や展開方法の工夫が必要である。

第4章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

1. 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。特定健診・特定保健指導は保健事業の中核をなすことから、第3期計画(平成30年度以降)からは6年一期として、データヘルス計画と一体的な計画として策定した。

2. 特定健診等の実施について

平成30年度から、より一層国保事業を円滑に推進するため、国保保健事業が市民サービス課医療保険サポートセンター(旧課名:保険年金課)からいきいき健康課へ移管し、特定健診・特定保健指導の実施については、いきいき健康課が主体となり実施している。

1) 目的

特定健診及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、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)を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導(特定保健指導)を行うものである。

2) 対象者

小松市国民健康保険に加入している40～74歳の被保険者

3) 実施方法

(1) 特定健診

ア 個別健診:委託契約に基づき市が指定する健診機関で実施

イ 集団健診:すこやかセンター等で実施

(2) 特定保健指導

ア 市直営:個別訪問等

イ 委託契約に基づき市が指定する保健指導機関

3. 目標値に対する進捗状況

1) 目標値

国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」(高齢者の医療の確保に関する法律第18条)における達成しようとする目標値は、市町村国保は特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%となっているが、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る。本市では、第二期特定健診等実施計画の実施状況等を踏まえ、目標値を図表3のとおり設定している。

【図表 3】

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移(法廷報告値)

(1) 特定健診受診率の推移

特定健診の受診率は、平成 29 年度以降増加しており、県、国よりも高くなっている。平成 30 年度と令和元年度は年度の目標値を達成している。(図表 4)

また、年代別では 60 歳代や 70～74 歳が半数以上受診しているのに対して、40 歳代、50 歳代の受診率は低くなっている。(図表 5)

特定健診受診率

【図表 4】

	H28	H29	H30	R1
小松市	49.6%	49.3%	50.0%	53.3%
石川県	45.1%	45.6%	46.1%	47.0%
国	36.6%	37.2%	37.9%	

年代別受診率

【図表 5】

	H28	H29	H30	R1
40歳代	28.0%	27.2%	24.6%	27.7%
50歳代	36.9%	35.1%	34.5%	37.0%
60歳代	53.9%	53.6%	52.6%	56.1%
70～74歳	56.1%	55.9%	59.7%	62.7%

(2) 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導実施率は、平成 30 年度までは県、国よりも高く推移していたが、令和元年度は新型コロナウイルス感染症の流行及び拡大防止のため訪問できなかったケースが多く、大きく低下した。(図表 6)

特定保健指導実施率

【図表 6】

	H28	H29	H30	R1
小松市	70.6%	64.8%	67.5%	52.1%
石川県	56.8%	56.8%	57.8%	55.3%
国	26.3%	26.9%	28.9%	

(3)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

メタボリックシンドロームの該当者の割合は年々増加しており、女性に比べ男性の割合が高くなっている。また、予備群については、その割合は平成 30 年度までは年々増加しているが、令和元年度は減少し、国・県と比べ低くなっている。

また、予備群については、男女とも平成 28 年度以降増加傾向であったが、令和元年度は減少している。(図表 7)

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

【図表 7】

		小松市				県	国
		H28	H29	H30	R1	R1	R1
該当者		19.1%	19.3%	20.7%	21.5%	21.6%	19.0%
	男性	30.4%	30.6%	32.7%	33.9%	34.1%	29.9%
	女性	11.3%	11.4%	12.4%	12.8%	12.7%	10.4%
予備群		9.9%	10.1%	10.4%	10.0%	10.6%	11.1%
	男性	16.0%	16.4%	16.8%	16.3%	17.2%	17.7%
	女性	5.6%	5.7%	6.0%	5.6%	5.9%	6.0%

データ：小松市 特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）

県、国 KDBシステム 地域の全体像の把握

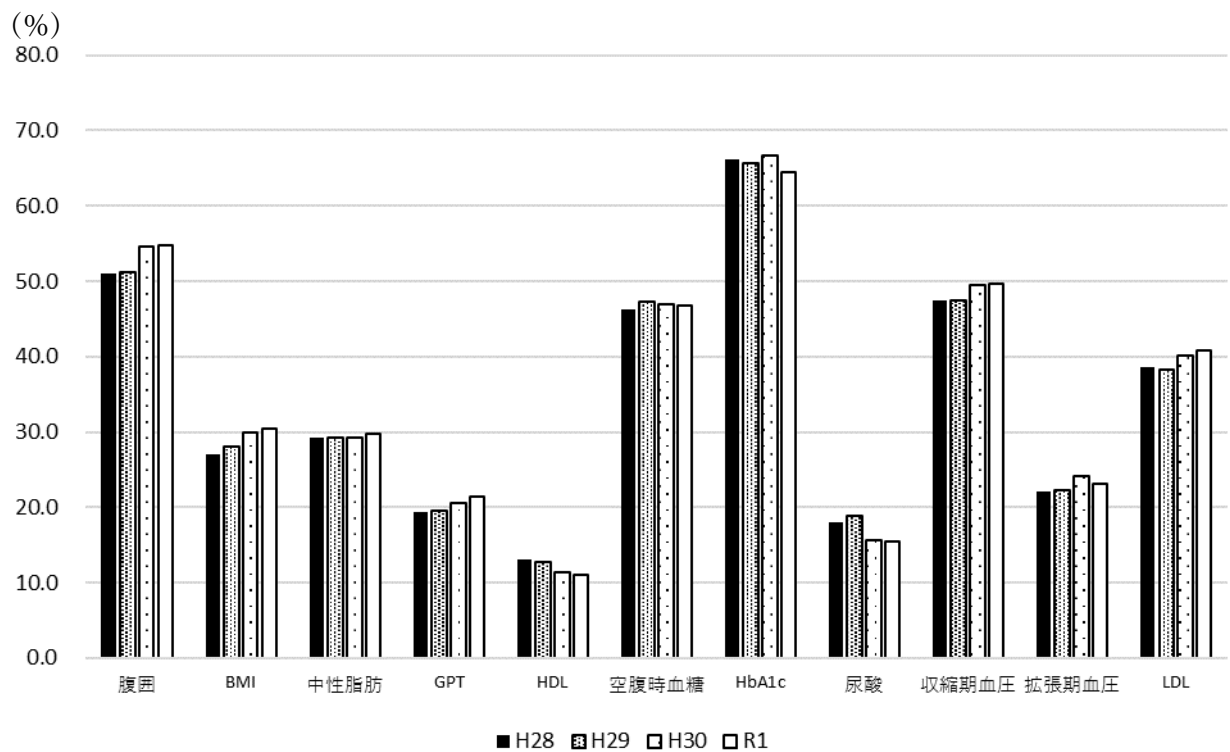
(4)有所見者の状況

男性では腹囲・BMI・中性脂肪・GPT・収縮期血圧・LDL、女性では BMI・空腹時血糖・LDL が増加の傾向である。他の項目についても横ばいのものが多く、男性の腹囲及び女性の LDL については約半数が有所見者である他、HbA1c については男女とも 6 割以上が有所見者である(図表 8、9)。

健診結果の有所見者割合

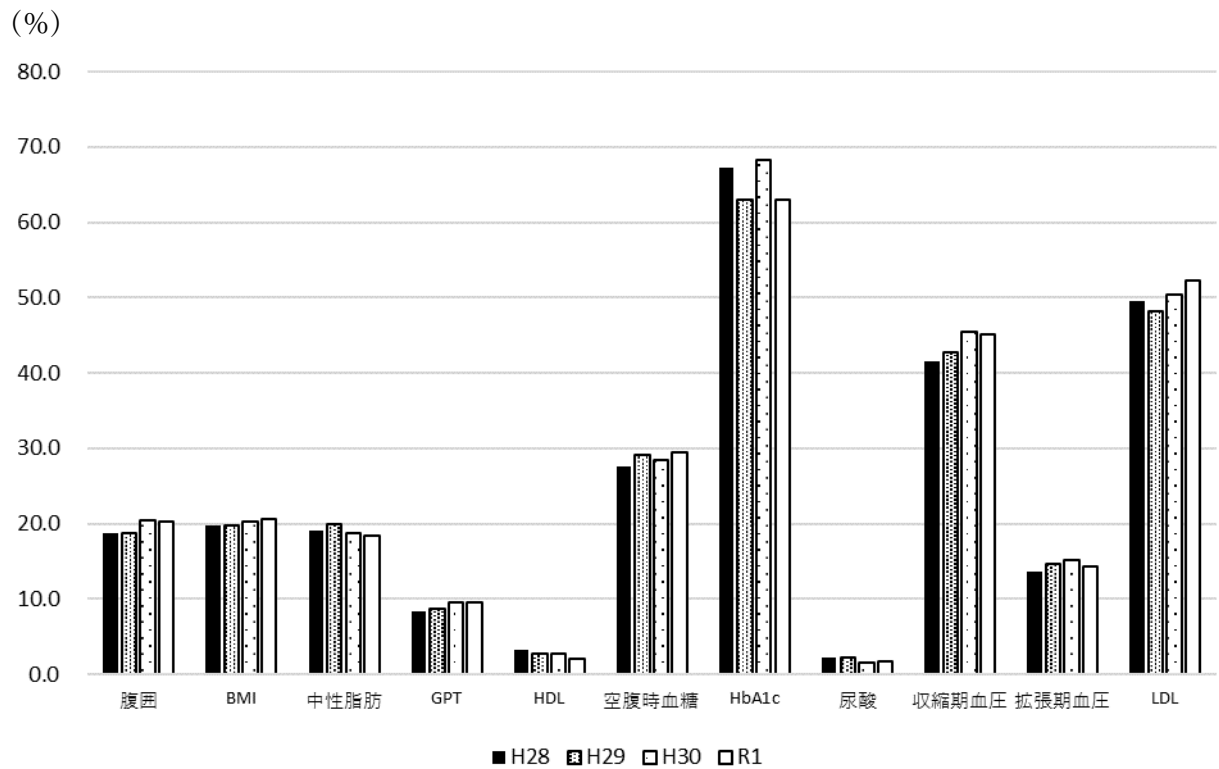
男性

【図表 8】



女性

【図表 9】



第 5 章 中間評価及び新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 保険者努力支援制度

保険者努力支援制度は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として平成 30 年度より本格実施された制度である。国は、保険者努力支援制度の評価指標を毎年の実績や実施状況を見ながら、進化・発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や後発医薬品に関する取り組み状況の配点が高くなっている。

令和 2 年度からは、評価指標のうち「特定健診受診率」と「特定保健指導実施率」について、基準に達しない場合は減点とする、いわゆるマイナスインセンティブが導入されている。本市の「特定健診受診率」は年度の目標値を達成しているが、「特定保健指導実施率」は減点対象となる見込みであることから、「特定保健指導実施率」の向上が課題である。

また、令和 3 年度は、「特定健診受診者のうち、HbA1c が 8.0 以上の未治療者の割合」、「5 つのがん検診（胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん）の平均受診率」、「歯科健診の受診率」が評価指標として追加されることから、本市においても、第 2 期計画に指標を追加し、課題解決に向けて取り組みを進めていく必要がある。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

人生100年時代を見据え、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、令和元年5月の健康保険法等の改正により、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が推進されることとなった。これにより、後期高齢者医療制度の保健事業を国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業と一体的に実施する枠組みが整備され、令和6年度までにすべての市町村での実施を目指すこととなっている。

本市でも、保健・医療・福祉などの各種サービスが相互に連携して高齢者を支えることにより効率的な医療費の活用を進めるため、令和 3 年度より、この取り組みを推進することになっており、これにより、壮年期からの生活習慣病の発症とその重症化予防を図り、医療費の抑制を目指すとともに、高齢者のフレイル及び要介護状態の予防につなげること、国民健康保険制度の保健事業における事業対象者が後期高齢者医療制度加入後も継続してフォローしていくこととしている。

3. 小松市における健康課題

本市の高齢化の進展に伴う、医療・介護等の状況の変化を踏まえ、健康課題を明確化し、効果的な取り組みを推進するため再整理を行った。

計画の目標である「健康寿命の延伸」「医療費・介護費の伸びの抑制」の達成を目指すため、再整理後の健康課題及び上記 1、2 の情勢を踏まえ、新たに短期目標を 2 項目、中長期目標を 1 項目追加する。また、中長期目標及び短期目標を達成するため、アウトカム指標と目標値を定め、保健事業を実施していくこととする（図表 10）。

【図表 10】

データヘルス計画の目標管理一覧表																																																
関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績				目標値				最終目標	データの把握方法																																			
				初期値	中間	2016 H28	2019 R1	2020 R2	2021 R3	2022 R4	2023 R5																																					
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.40%	2.05%	2.90%	2.00%	3.70%	3.88%	11人	12人	9.8%	10.0%	4.0%	4.4%	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.90%	2.00%	3.70%	3.88%	11人	12人	9.8%	10.0%	4.0%	4.4%	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合の減少	3.70%	3.88%	11人	12人	9.8%	10.0%	4.0%	4.4%	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	11人	12人	9.8%	10.0%	4.0%	4.4%	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%						
			メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	9.8%	10.0%	4.0%	4.4%	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%								
			健診受診者の高血圧の割合の減少（160/100以上）	4.0%	4.4%	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%										
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	8.0%	8.4%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%												
			健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少（HbA1c6.5以上）	9.6%	11.3%	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%													
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	1.1%	1.3%	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%															
			メタボリックシンドローム・該当者の割合の減少	19.1%	21.5%	3.8%	4.6%	31.6%	26.9%	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																	
特定健診等計画	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	49.6%	53.3%	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																							
			特定保健指導実施率60%以上	70.6%	52.1%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																									
保険者努力支援制度	短期目標	がんの早期発見、早期治療	特定保健指導対象者の減少率25%	20.3%	19.0%	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																											
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	11.3%	10.8%	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																													
	長期目標	がんの高額レセプトが増加している	肺がん検診 50%以上	27.6%	24.4%	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																															
			大腸がん検診 50%以上	23.6%	21.3%	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																																	
			子宮頸がん検診 50%以上	31.6%	38.1%	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																																			
			乳がん検診 50%以上	25.4%	25.2%	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																																					
			5つのがん検診の平均受診率の増加	23.9%	24.0%	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																																							
			成人歯科口腔健康診査の受診率の増加	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																																									
			成人歯科口腔健康診査の受診率の増加	11.4%	10.9%	74.9%	81.9%																																									
			後発医薬品の使用割合80%以上	74.9%	81.9%																																											