

伊達市国民健康保険
第3期 データヘルス計画
第4期 特定健康診査等実施計画
＜令和6年度～令和11年度＞

令和6年3月



目 次

第1章 計画の概要	1
1. 計画策定の背景・目的	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画の期間	5
4. 実施体制・関係者連携等	5
第2章 健康医療情報の分析	7
1. 伊達市の特性	7
(1)人口構成の推移	7
(2)人口動態	7
(3)世帯人員構成数	8
(4)産業構造及び財政指数状況	8
(5)死亡の状況	9
(6)平均余命・平均自立期間	11
(7)介護の状況	11
(8)医療費及び疾病内訳	14
2. 国民健康保険の健康医療の状況	16
(1)国保加入状況	16
(2)医療の状況	16
①受療形態別医療費等の状況	16
②疾病別医療費内訳	18
③生活習慣病患者の推移	21
④80万円以上の高額疾病の内訳	21
⑤6か月以上長期入院患者の疾病内訳	21
⑥人工透析患者の状況	22
(3)特定健診・保健指導の状況	24
①特定健診受診率の状況	24
②健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の状況	25
③特定健診結果の状況	26
④重症化予防対象者の状況	28
⑤質問票の状況	31
⑥特定保健指導の状況	33
(4)多剤・重複処方、頻回・重複受診の状況	34
①多剤薬剤処方の状況	34
②重複服薬の状況	35
③頻回受診の状況	35
④重複受診の状況	36

第3章 第2期データヘルス計画に係る評価と考察	37
1. 中長期目標の達成状況	37
2. 短期目標の達成状況	38
3. 個別保健事業実施計画の評価	39
第4章 健康課題の明確化	40
1. 健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題の明確化	40
2. 第2期データヘルス計画の評価からみる課題	41
3. 質的情報の分析及び地域資源の状況	42
4. 健康課題解決のための優先順位	43
第5章 目的・目標の設定	44
1. 目的	44
2. 目標	44
(1) 中長期目標	44
(2) 短期目標	45
第6章 保健事業実施計画	46
第7章 第4期特定健康診査等実施計画	61
1. 概要・期間	61
2. 目標値の設定	61
3. 特定健康診査・特定保健指導対象者・受診者(見込み)	61
4. 特定健康診査の実施	61
5. 特定保健指導の実施	63
6. 個人情報の保護	66
7. 計画の公表・周知	66
第8章 計画の推進について	67
1. データヘルス計画の評価・見直し	67
2. 計画の公表・周知	67
3. 個人情報の取扱い	67
4. 地域包括ケアに係る取り組み	67
・ 参考資料: 伊達市の特性の把握	68
・ 用語の説明	69

第1章 計画の概要

1. 計画策定の背景・目的

保険者は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、平成20年4月より、40歳から74歳の被保険者に対しメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に焦点を当てた特定健康診査・保健指導に係る計画を策定し、実施することが義務づけられました。

また、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）等のデータ分析、それに基づく被保険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。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

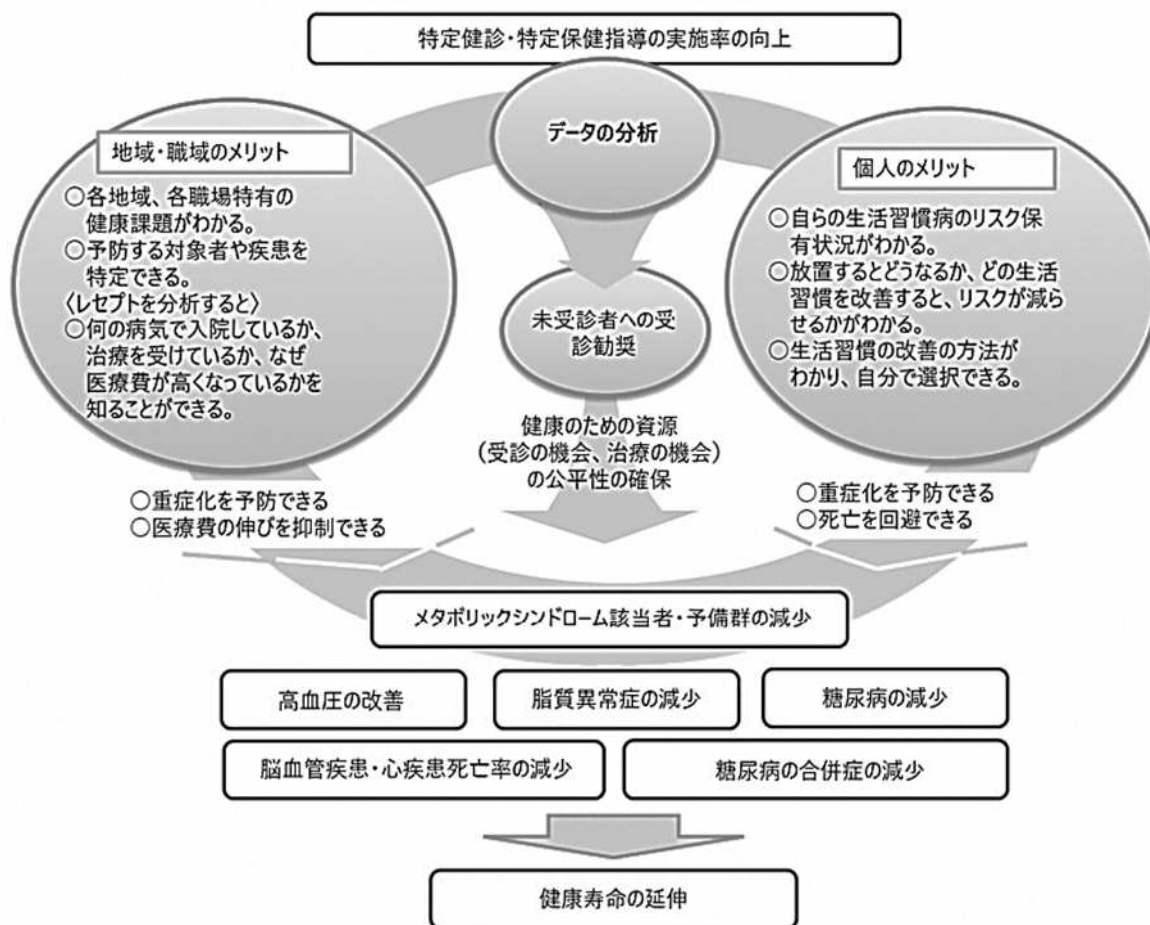
その方針を踏まえ、厚生労働省は平成26年3月に保健事業の実施等に関する指針の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととなりました。

今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえて伊達市においては、幅広い年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じ生活習慣病対策をはじめとする各種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、健康格差縮小、健康寿命の延伸を目的とし、データヘルス計画を策定します。

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

ー特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進ー



2. 計画の位置づけ

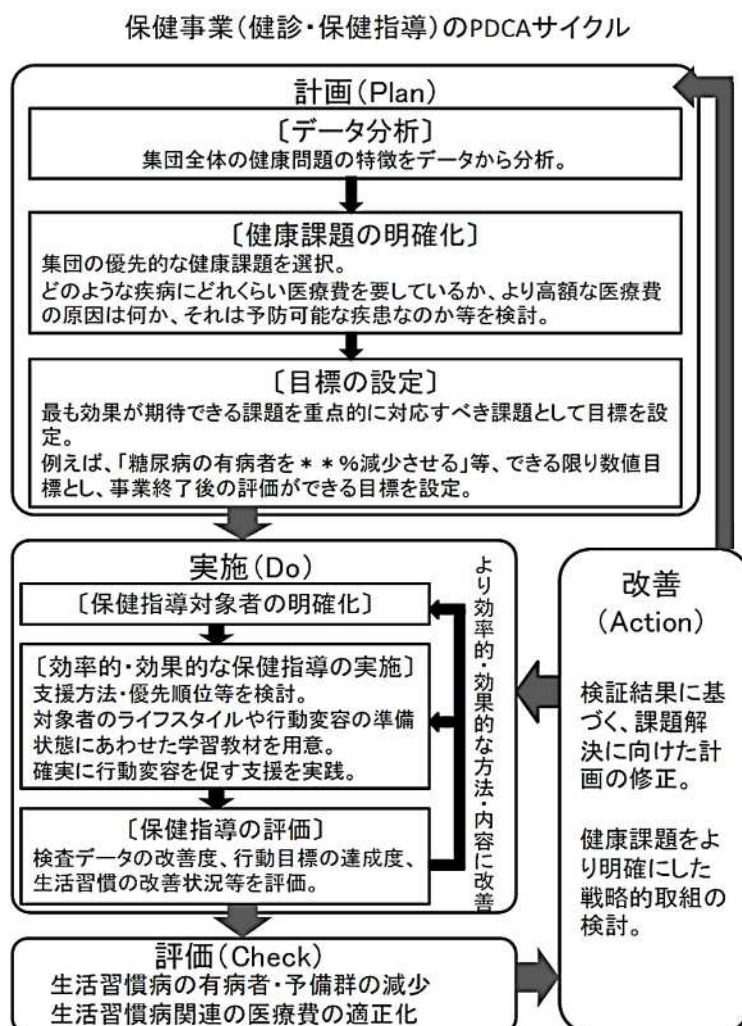
データヘルス計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえ、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画（以下「広域連合のデータヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。

その際、他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要です。また、他の計画における関連事項・関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進・強化する取組等について検討し、取組を実行していくうえで連携が必要となる関係者等に共有し、理解を図ることが重要です。

法定計画等の関連

	健康増進計画	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健診等実施計画	高齢者保健事業 の実施計画	介護保険事業 (支援)計画	医療費適正化計画	国民健康保険 運営方針
法律	健康増進法	国民健康保険法 健康保険法 高齢者の医療の確保に 関する法律	高齢者の医療の確保に 関する法律	高齢者の医療の確保に 関する法律	介護保険法	高齢者の医療の確保に 関する法律	国民健康保険法
計画期間	2024年 から2035年(12年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2026年(3年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2029年(6年)
計画策定	都道府県:義務 市町村:努力義務	保険者	保険者:義務	広域連合:義務	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
概要	すべての国民が健やか で心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現 に向け、誰一人取り残さ ない健康づくりの展開と より実効性をもつ取組の 推進を通して、国民の 健康増進の総合的な推 進を図る	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	保険者が特定健診・特 定保健指導の実施にあ たって、その規模、加入 者の年齢構成、保健事 業の体制・人材等のリ ソース、地域的条件等 を考慮し、あらかじめ実 施率目標や実施方法 等を定めることで、事業 を効率的・効果的に実 施し、その実施状況の 評価ができるよう作成す る	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 的な高齢者保健事業の 実施を図る	2025年及び2040年に 向けて、地域の実情に 応じた介護給付等対象 サービスを提供する体 制の確保及び地域支援 事業の実施が計画的に 図られるようにする	制度の持続可能な運営 を確保するため、国と都 道府県が保険者・医療 関係者等の協力を得 て、住民の健康増進や 医療費の適正化を進め る	都道府県等が行う国民 健康保険の安定的な財 政運営並びに当該都道 府県内の市町村の国民 健康保険事業の広域的 及び効率的な運営の推 進を図る
対象者	すべての国民	国保被保険者	40歳から74歳の国保被 保険者	後期高齢者	1号:65歳以上の者 2号:40歳から64歳で特 定疾病を抱える者	すべての国民	国保被保険者
対象疾病	がん 脳血管疾患 虚血性心疾患 糖尿病 メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 慢性閉塞性肺疾患 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康 等	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	生活習慣病 加齢に伴う心機能の 低下	要介護状態又は要介 護状態となることの予防 又は要介護状態等の軽 減若しくは悪化の防止 (生活習慣病等要介護 状態となりうる疾病)	メタボリックシンドローム 生活習慣病	
基本指針・ 理念・評価 目標・評価	1. 健康寿命の延伸と 健康格差の縮小 2. 個人の行動と健康 状態の改善 (1)生活習慣の改善 (2)生活習慣病の発 症予防・重症化予防 (3)生活機能の維持・ 向上 3. 社会環境の質の向 上 (1)社会とのつながり こころの健康の維持及 び向上 (2)自然に健康にな れる環境づくり (3)誰もがアクセスで きる健康増進のための 基盤の整備 4. ライフコースアプ ローチを踏まえた健康づくり	健康・医療情報を活用 して費用対効果の観点 も考慮しつつ行う ・生活習慣の状況(食生 活、日常生活における 歩数、アルコール摂取 量、喫煙の有無等) ・健康診査等の受診率 及びその結果 ・医療費 等	1. 特定健診・特定保健 指導の実施率 2. 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	健康・医療情報を活用 して費用対効果の観点 も考慮しつつ行う ・生活習慣の状況(体 重、食生活、日常生活 における身体活動等) ・健康診査等の受診率 及びその結果 ・医療費	1. 2025年・2040年を 見据えたサービス基 盤、人的基盤の整備 2. 地域共生社会の実 現 3. 介護予防・健康づく り施策の実現・推進(地域 支援事業等の効果的な 実施) 4. 有料老人ホームと サービス付き高齢者住 宅に係る都道府県・市 町村間の情報連携の強 化 5. 認知症施策推進大 綱を踏まえた認知症施 策の推進 6. 地域包括ケアシス テムを支える介護人材 確保及び業務効率化の取 組の強化 7. 災害や感染症対策 に係る体制整備	1. 住民の健康の保持 の推進に関する目標 (1)特定健康診査の実 施率 (2)特定保健指導の実 施率 (3)メタボリックシ ンドロームの該当者・予 備群の減少率 (4)たばこ対策 (5)予防接種 (6)生活習慣病等の重 症化予防の推進 (7)その他予防・健康 づくりの推進 2. 医療の効率的な提 供の推進に関する目標 (1)後発医薬品の使用 割合 (2)医薬品の適正使用 の推進	1. 国民健康保険の医 療に要する費用及び財 政の見通し 2. 市町村における保 険料の標準的な算出方 法に関する事項 3. 市町村における保 険料の徴収の適正な実 施に関する事項 4. 市町村における保 険給付の適正な実施に 関する事項
参考	国民の健康の増進の総 合的な推進を図るため の基本的な方針	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	特定健康診査等基本 指針	高齢者の医療の確保に 関する法律に基づく高 齢者保健事業の実施等 に関する指針	介護保険事業に係る保 険給付の円滑な実施を 確保するための基本的 な指針	医療費適正化に関する 施策についての基本的 な方針	都道府県国民健康保 険運営方針

また、本計画は、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していきます。



3. 計画の期間

都道府県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としています。これらとの整合性を図るため、計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. 実施体制・関係者連携等

（実施主体・関係部局）

伊達市は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局（国保年金課）が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、市民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に健康推進課の保健師等の専門職と連携して、市が一体となって計画策定を進めていきます。

計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局（国保年金課）、保健衛生部局（健康推進課、健幸都市づくり課）、介護保険部局（高齢福祉課）、生活保護部局（社会福祉課）、企画部局（総合政策課）、財政部局（財政課）とも十分連携します。

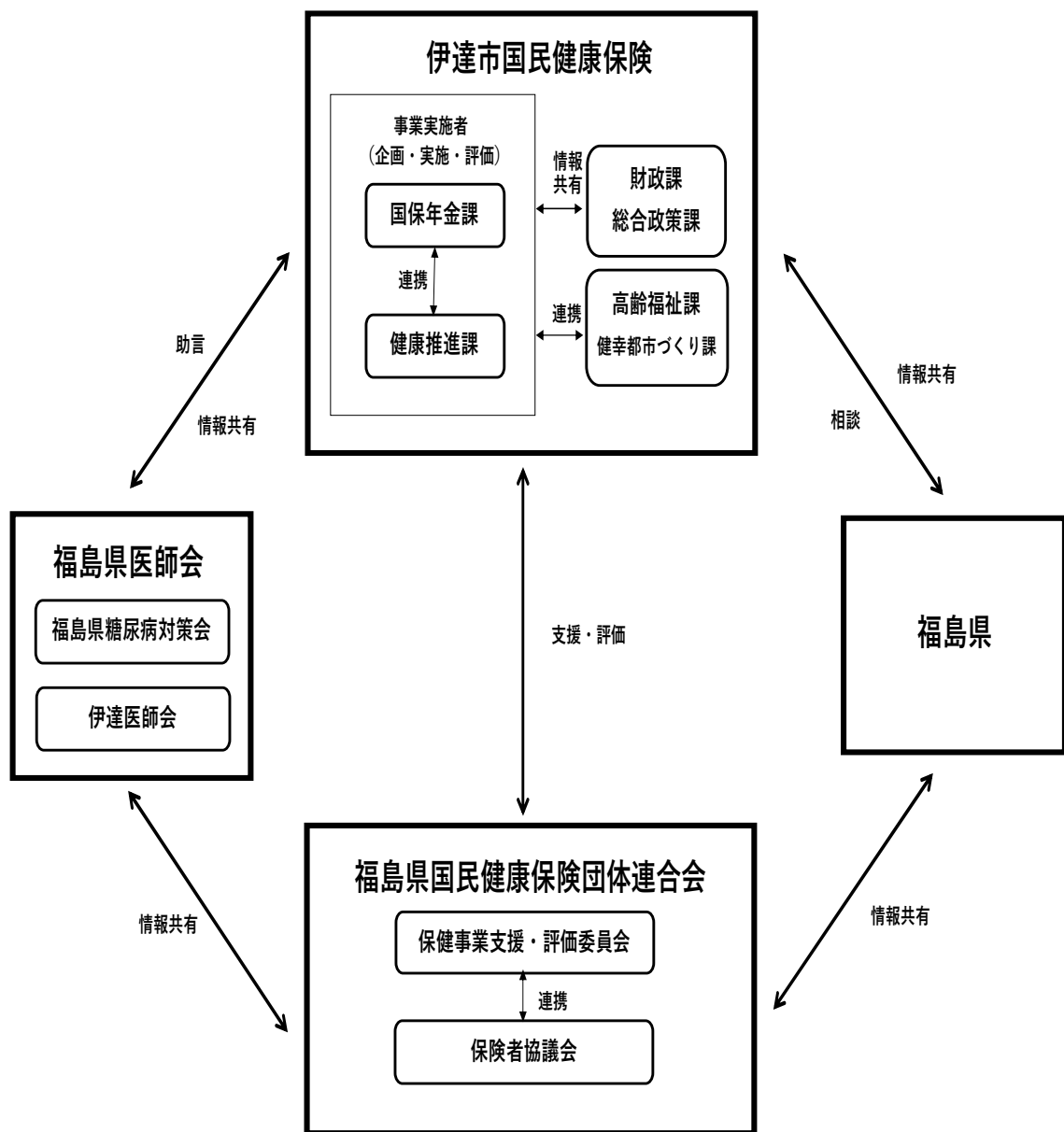
計画期間を通じて、PDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。

（外部有識者・関係団体）

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である福島県のほか、福島県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や保健事業支援・評価委員会、伊達医師会、伊達薬剤師会、福島県歯科医師会等の保健医療関係者、福島県保険者協議会、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、地域の医療機関等の社会資源と連携、協力を努めます。

（被保険者）

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。



第2章 健康医療情報の分析

1. 伊達市の特性

(1) 人口構成の推移

- ・人口は 57,754 人（令和 4 年 9 月 30 日現在）となっています。
- ・平成 30 年人口と比べ 3,234 人減少しています。
- ・人口構成割合を平成 30 年と比べると老年人口が増加し、年少、生産年齢人口割合は減少しています。
- ・令和 4 年の高齢化率は 36.3% で、75 歳以上の割合はその約半数を占めています。

（表 1、図 1）

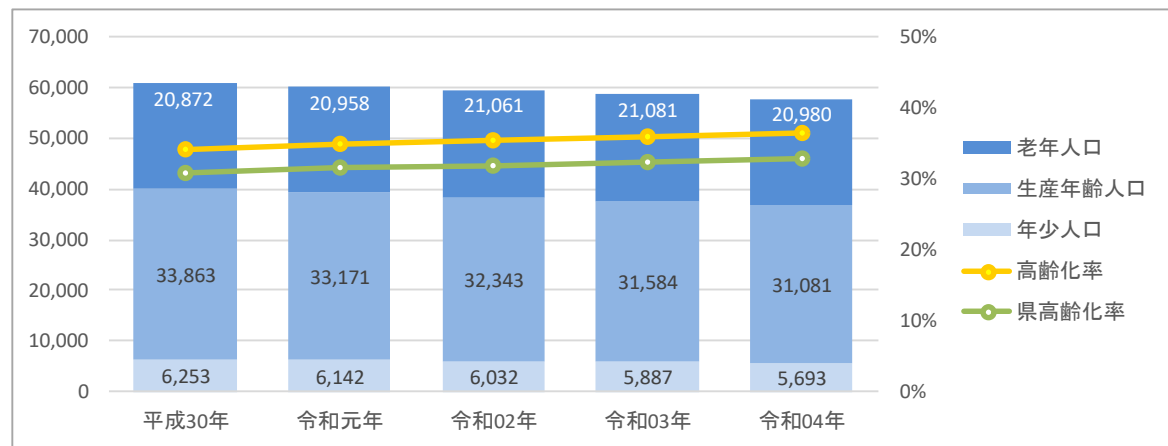
表1 人口及び人口構成の推移

		人口総数								
			年少人口		生産年齢人口		老年人口		(再掲)75歳以上	
									人数	割合(%)
平成30年		60,988	6,253	10.3%	33,863	55.5%	20,872	34.2%	11,010	18.1%
令和元年		60,271	6,142	10.2%	33,171	55.0%	20,958	34.8%	11,141	18.5%
令和02年		59,436	6,032	10.1%	32,343	54.4%	21,061	35.4%	11,044	18.6%
令和03年		58,552	5,887	10.1%	31,584	53.9%	21,081	36.0%	10,866	18.6%
令和04年		57,754	5,693	9.9%	31,081	53.8%	20,980	36.3%	10,938	18.9%
県	令和04年	1,790,362	195,798	10.9%	982,815	54.9%	577,815	32.3%	291,360	16.3%

※行政区別年齢別人口統計表 平成30年～令和04年版(9月末時点)

※県数値:福島県現住人口調査月報 平成30年～令和04年版(10月時点)

図1 人口及び人口構成の推移



(2) 人口動態

- ・人口動態は、出生数が令和 4 年 231 人で、平成 30 年に比べ 71 人減少しています。
- ・死亡数は平成 30 年から令和 4 年の 5 年間で増加傾向となっています。
- ・社会動態は、転出が転入を上回っており、転入は平成 30 年に比べ減少しています。令和 4 年は転出が転入を 14 人上回っています。
- ・人口増減率は令和 4 年 -1.4% となっています。（表 2）

表2 人口動態

	人口			自然動態			社会動態		圏域人口	県人口
				出生	死亡	増減	転入	転出		
	人数	増減数	増減率	人数	人数		人数	人数	増減率	増減率
平成30年	59,960	-703	-1.2%	302	891	-589	1,524	1,638	-0.8%	-1.0%
令和元年	59,212	-748	-1.3%	299	890	-591	1,439	1,596	-1.0%	-1.0%
令和02年	58,015	-834	-1.4%	280	924	-644	1,367	1,557	-0.8%	-1.0%
令和03年	57,104	-911	-1.6%	271	930	-659	1,335	1,587	-1.0%	-1.2%
令和04年	56,334	-770	-1.4%	231	987	-756	1,402	1,416	-1.1%	-1.3%

※出典：福島県現住人口調査年報 平成30年～令和04年版

(3) 世帯人員構成数

- 一般世帯数は令和2年 21,127 世帯と平成22年に比べ増加しています。令和2年の単身世帯の割合については平成22年に比べ6.3ポイント増加しています。
- 65歳以上単身世帯の割合は令和2年 12.0%と経年的に増加傾向であり、圏域、県に比べ上回っています。高齢者夫婦世帯も増加傾向がみられます。(表3)

表3 伊達市の世帯人員構成

	一般世帯数	(再掲)単身世帯			65歳以上単身世帯			高齢夫婦世帯※		
		人数	割合	人数	割合	圏域	県	全国	人数	割合
						割合	割合	割合		
平成22年	20,851	3,422	16.4%	1,546	7.4%	7.9%	8.3%	9.2%	2,284	11.0%
平成27年	21,596	4,641	21.5%	2,115	9.8%	10.4%	10.6%	11.1%	2,721	12.6%
令和2年	21,127	4,790	22.7%	2,534	12.0%	11.7%	11.8%	12.1%	2,993	14.2%

※出典：国勢調査 <https://www.e-stat.go.jp>

※高齢夫婦世帯：夫65歳以上妻60歳以上の1組の一般世帯

(4) 産業構造及び財政指数状況

- 就業者は令和2年 30,728 人で、うち第1次産業就業者（農業等）は 12.7%、第2次産業就業者（製造業等）は 30.8%、第3次産業就業者（サービス業等）は 56.5%と、約6割を第3次産業就業者が占めています。
- 県、国と比較すると第1次産業及び第2次産業への就業割合が高い傾向にあります。(表4)

表4 伊達市の産業構造

	就業者	第1次産業就業者		第2次産業就業者		第3次産業就業者		財政指数	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	市町村平均	
平成22年	31,801	4,303	13.5%	9,789	30.8%	16,606	52.2%	0.44	0.53
平成27年	31,746	4,022	12.7%	9,715	30.6%	17,185	54.1%	0.40	0.50
令和2年	30,728	3,902	12.7%	9,459	30.8%	17,367	56.5%	0.40	0.51
県	942,997	58,549	6.2%	279,147	29.6%	605,301	64.2%		
国	65,468,436	2,127,521	3.2%	15,317,297	23.4%	48,023,618	73.4%		

※出典：国勢調査 <https://www.e-stat.go.jp>

(5) 死亡の状況

- ・死因別死亡率（人口 10 万人対）は、令和元年死亡総数で圏域、県、国と比較すると高い傾向にあります。
- ・死因別にみると、令和元年は高い順に悪性新生物、心疾患（高血圧性を除く）、老衰となっています。
- ・令和元年の心疾患死亡率は平成 29 年と比較して増加し、圏域、県、国を上回っています。
- ・令和元年慢性閉塞性肺疾患の死亡率は、圏域、県、国を上回っています。（表 5）
- ・死亡率を男女別にみると、悪性新生物、心疾患が高く、県、国と比較すると男性では悪性新生物、心疾患、女性では心疾患、脳血管疾患が上回っています。（図 2、図 3）
- ・福島県の早世死亡を死因別にみると、平成 30 年から令和 2 年、腎不全が国の率を上回っています。（表 6、表 7）

表5 死因別死亡率（人口10万対）

死亡総数	伊達市						圏域	県	国
	平成29年		平成30年		令和元年				
	人数	率	人数	率	人数	率	率	率	率
	864	1419.8	891	1481.0	887	1492.2	1302.2	1365.6	1116.2
悪性新生物	224	368.1	225	374.0	219	368.4	322.0	340.4	304.2
気管・肺	47	77.2	44	73.1	45	75.7	61.9	66.2	60.9
胃	32	52.6	26	43.2	30	50.5	41.9	42.5	34.7
結腸	20	32.9	19	31.6	16	26.9	33.1	34.3	28.8
心疾患（高血圧性を除く）	140	230.1	137	227.7	142	238.9	200.2	218.5	167.9
急性心筋梗塞	40	65.7	32	53.2	23	38.7	32.9	45.7	25.5
不整脈及び伝導障害	8	13.1	23	38.2	36	60.6	38.6	36.5	25.3
心不全	60	98.6	50	83.1	44	74.0	70.0	83.6	69.2
脳血管疾患	88	144.6	73	121.3	81	136.3	106.4	122.0	86.1
脳内出血	26	42.7	19	31.6	28	47.1	28.7	31.9	26.5
脳梗塞	50	82.2	47	78.1	46	77.4	67.4	75.1	47.9
糖尿病	10	2.1	10	16.6	10	16.8	14.5	15.6	11.2
肺炎	50	82.2	52	86.4	48	80.8	79.4	86.7	77.2
慢性閉塞性肺疾患	6	9.9	8	13.3	18	30.3	17.9	17.3	14.4
誤嚥性肺炎	19	31.2	10	16.6	28	47.1	40.5	34.1	32.6
慢性腎不全	17	27.9	15	24.9	10	16.8	15.2	17.4	15.8
老衰	85	139.7	110	182.8	109	183.4	141.4	134.3	98.5

※保険者のみ平成29年～令和元年。県・全国は令和元年

※出典：保険者-県 保健統計第13表2より抜粋

図2 男性死因別死亡率

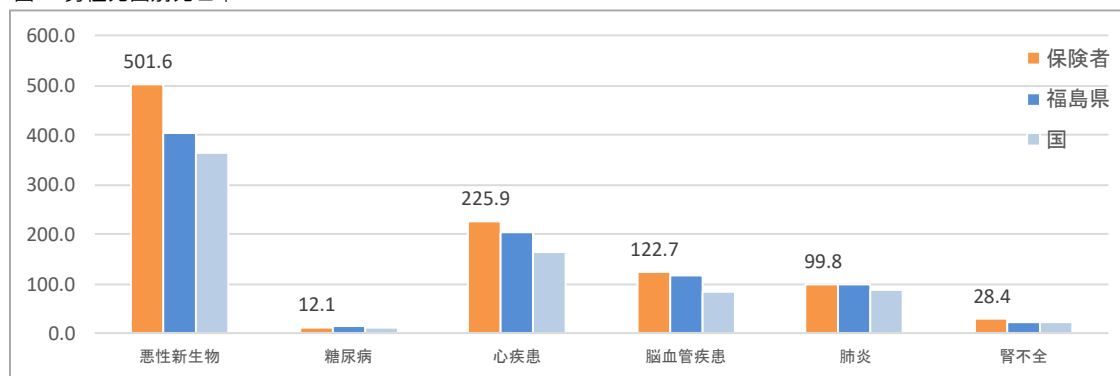
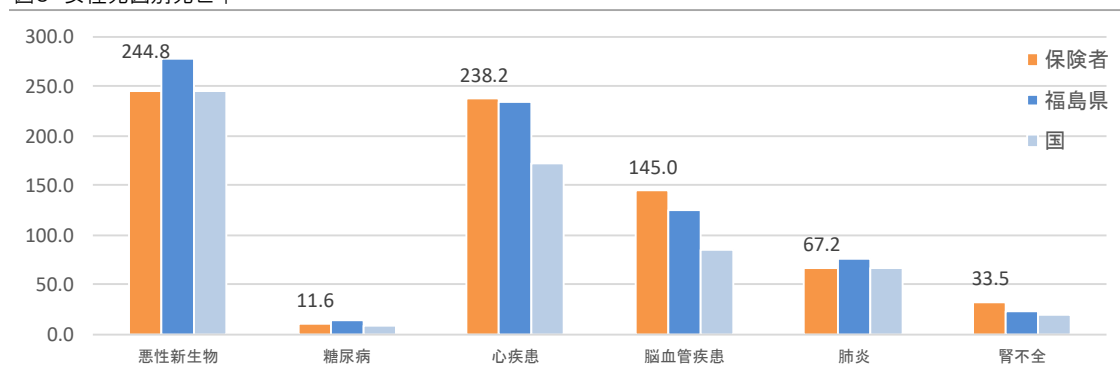


図3 女性死因別死亡率



※図2、図3は保険者のみ平成29年～令和元年。県・全国は令和元年

表6 主要死因別早世死亡の状況(全国)

全国			総数	悪性新生物	心疾患 (高血圧を 除く)	脳血管疾患	腎不全	自殺
平成30年	死亡数		1,362,470	373,584	208,221	108,186	26,081	20,031
	65歳未満	死亡数	128,867	48,849	14,720	9,198	872	13,385
		割合	9.5%	13.1%	7.1%	8.5%	3.3%	66.8%
令和元年	死亡数		1,381,093	376,425	207,714	106,552	26,644	19,425
	65歳未満	死亡数	126,770	47,647	14,888	9,130	900	13,099
		割合	9.2%	12.7%	7.2%	8.6%	3.4%	67.4%
令和2年	死亡数		1,372,755	378,385	205,596	102,978	26,948	20,243
	65歳未満	死亡数	125,335	45,901	14,691	8,968	860	13,823
		割合	9.1%	12.1%	7.1%	8.7%	3.2%	68.3%

※出典：厚生労働省「性・年齢別にみた死因年次推移分類別死亡数及び率(人口10万対)」

表7 主要死因別早世死亡の状況(福島県)

福島県			総数	悪性新生物	心疾患 (高血圧を 除く)	脳血管疾患	腎不全	自殺
平成30年	死亡数		24,747	6,263	4,052	2,246	455	364
	65歳未満	死亡数	2,310	851	293	167	22	239
		割合	9.3%	13.6%	7.2%	7.4%	4.8%	65.7%
令和元年	死亡数		25,004	6,233	4,000	2,233	419	333
	65歳未満	死亡数	2,273	792	290	159	17	222
		割合	9.1%	12.7%	7.3%	7.1%	4.1%	66.7%
令和2年	死亡数		24,515	6,259	3,839	2,164	457	357
	65歳未満	死亡数	2,121	777	249	175	27	216
		割合	8.7%	12.4%	6.5%	8.1%	5.9%	60.5%

※出典：平成30年～令和2年福島県「県勢要覧」、主要死因別(年齢別)死亡者数

(6) 平均余命・平均自立期間

- ・令和4年の平均余命（KDBにおける0歳時点の平均余命）は、男性は80.4歳で、国の81.7歳より1.3歳短く、女性は87.8歳で、国の87.8歳と同等です。
- ・令和4年の平均自立期間は、男性78.9歳であり、圏域、県、国を下回り、女性は84.5歳で、圏域、県、国を上回っています。
- ・令和4年の不健康期間（KDBでは要介護2～要介護5の介護を要する期間を不健康期間という）は、男性は1.5年、女性は3.3年です。男性は圏域、県、国に比べ短く、女性は国より短くなっています。（表8）

表8 性別平均余命・平均自立期間(要介護2以上)

		伊達市		県北医療圏		県		国	
		令和03年	令和04年	令和03年	令和04年	令和03年	令和04年	令和03年	令和04年
男性	平均余命(A)	80.8	80.4	80.8	81.1	80.3	80.7	81.5	81.7
	平均自立期間(B)	79.2	78.9	79.2	79.5	78.7	79.1	79.9	80.1
	不健康期間(A-B)	1.6	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
女性	平均余命(A)	87.5	87.8	87.0	87.2	86.7	86.9	87.5	87.8
	平均自立期間(B)	84.2	84.5	83.7	83.9	83.5	83.6	84.2	84.4
	不健康期間(A-B)	3.3	3.3	3.3	3.3	3.2	3.3	3.3	3.4

※抽出データ:KDB「健康スコアリング(保険者等一覧)」

(7) 介護の状況

- ・令和4年の介護保険1号被保険者における要介護・要支援認定者数は4,218人で平成30年と比較すると56人増加しています。要介護度別にみると、要介護1が高く、次いで要介護2となっています。（表9、図4）
- ・性年齢別にみると、64歳以下では男女ともに要介護2が多くなっており、65歳以上では男女ともに要介護1が多い傾向となっています。（表10、表11）
- ・有病状況としては、1号被保険者は心臓病、2号被保険者は筋・骨疾患が最も割合が高いです。（表12）
- ・国保及び後期高齢者医療における介護認定者の疾病併発状況では、男性はその他の循環器系疾患が最も高く、次いで、高血圧症、筋骨格系疾患等、女性では筋骨格系疾患等、高血圧症、その他の循環器系疾患となっています。男女とも上記3疾患が約7～8割を占めています。（表13、表14）
- ・介護給付費は令和4年で約67億円、1件当たり介護給付費は62,933円といずれも平成30年と比較して増加しています。（表15、図5）

表9 要支援・要介護認定状況の推移

	1号被保険者	1号被保険者							
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
平成30年	20,260	499	535	957	648	534	520	469	4,162
令和元年	20,915	524	514	933	692	543	555	519	4,280
令和02年	20,992	500	526	921	708	569	578	447	4,249
令和03年	21,082	489	537	905	714	602	583	408	4,238
令和04年	21,071	466	540	882	721	601	590	418	4,218

※介護保険事業状況報告(年報)

図4 要介護認定状況の推移

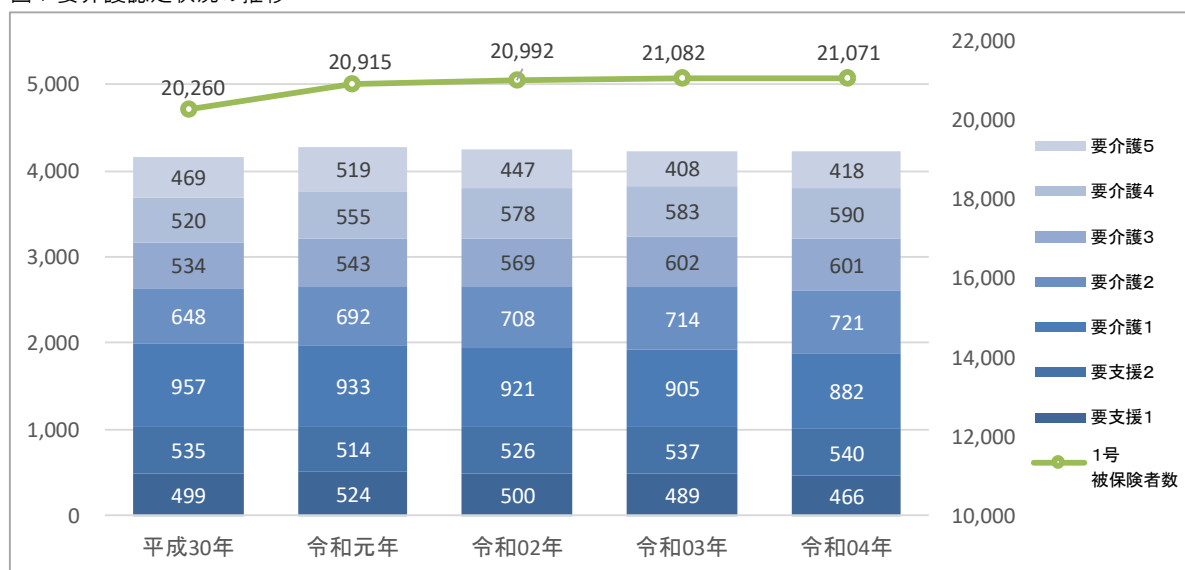


表10 (男性)年齢別介護認定状況

男性	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	介護認定者	
64歳以下	1	2	5	10	3	7	2	30	2.1%
65歳以上	152	142	261	254	230	195	166	1,400	97.9%
計	153	144	266	264	233	202	168	1,430	100.0%
割合	10.7%	10.1%	18.6%	18.5%	16.3%	14.1%	11.7%	100.0%	

※抽出データ: 令和04年 KDB「介入支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表11 (女性)年齢別介護認定状況

女性	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	介護認定者	
64歳以下	1	3	5	6	4	2	2	23	0.8%
65歳以上	314	360	531	448	440	488	392	2,973	99.2%
計	315	363	536	454	444	490	394	2,996	100.0%
割合	10.5%	12.1%	17.9%	15.2%	14.8%	16.4%	13.2%	100.0%	

※抽出データ: 令和04年 KDB「介入支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表12 要介護認定者の有病状況(令和04年度)

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	11.8%	22.4%	24.0%	18.4%	21.4%	19.4%	16.3%	13.6%
(再掲)糖尿病合併症	4.3%	2.9%	4.1%	2.9%	3.0%	2.6%	2.0%	1.5%
心臓病	29.6%	66.4%	66.5%	61.5%	60.5%	60.9%	61.8%	55.4%
脳疾患	23.7%	19.8%	18.6%	21.1%	23.3%	25.8%	27.0%	31.5%
がん	7.8%	15.0%	12.8%	12.2%	11.2%	13.4%	9.8%	9.0%
精神疾患	23.5%	24.5%	24.0%	40.0%	40.5%	47.3%	47.8%	51.1%
筋・骨疾患	31.4%	62.4%	64.1%	55.5%	54.6%	52.4%	49.4%	41.9%
難病	5.3%	1.6%	2.9%	1.9%	3.0%	3.0%	2.4%	2.7%
その他	30.8%	69.0%	67.7%	62.2%	61.0%	59.1%	58.2%	47.7%

※抽出データ: KDB「要介護(支援)者有病状況」

表13 (男性)介護認定者の疾病併発状況

男性		糖尿病	高血圧症	筋骨格系疾患等	認知症	その他の循環器系疾患	糖尿病性腎症	慢性腎不全	がん	COPD
要支援1	人数	51	126	107	13	116	6	10	50	28
	割合	33.3%	82.4%	69.9%	8.5%	75.8%	3.9%	6.5%	32.7%	18.3%
要支援2	人数	61	117	100	11	114	5	26	28	37
	割合	42.4%	81.3%	69.4%	7.6%	79.2%	3.5%	18.1%	19.4%	25.7%
要介護1	人数	90	213	191	93	204	7	32	81	55
	割合	33.8%	80.1%	71.8%	35.0%	76.7%	2.6%	12.0%	30.5%	20.7%
要介護2	人数	99	205	188	94	207	10	46	74	65
	割合	37.5%	77.7%	71.2%	35.6%	78.4%	3.8%	17.4%	28.0%	24.6%
要介護3	人数	83	176	167	101	185	8	29	68	68
	割合	35.6%	75.5%	71.7%	43.3%	79.4%	3.4%	12.4%	29.2%	29.2%
要介護4	人数	65	151	137	90	156	4	27	54	65
	割合	32.2%	74.8%	67.8%	44.6%	77.2%	2.0%	13.4%	26.7%	32.2%
要介護5	人数	55	110	109	94	138	4	18	48	40
	割合	32.7%	65.5%	64.9%	56.0%	82.1%	2.4%	10.7%	28.6%	23.8%
介護認定者	人数	504	1,098	999	496	1,120	44	188	403	358
	割合	35.2%	76.8%	69.9%	34.7%	78.3%	3.1%	13.1%	28.2%	25.0%

※抽出データ: 令和04年 KDB「介入支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表14 (女性)介護認定者の疾病併発状況

女性		糖尿病	高血圧症	筋骨格系疾患等	認知症	その他の循環器系疾患	糖尿病性腎症	慢性腎不全	がん	COPD
要支援1	人数	102	269	292	34	207	3	14	39	48
	割合	32.4%	85.4%	92.7%	10.8%	65.7%	1.0%	4.4%	12.4%	15.2%
要支援2	人数	114	321	337	30	253	10	27	50	59
	割合	31.4%	88.4%	92.8%	8.3%	69.7%	2.8%	7.4%	13.8%	16.3%
要介護1	人数	135	434	462	225	353	11	41	54	75
	割合	25.2%	81.0%	86.2%	42.0%	65.9%	2.1%	7.6%	10.1%	14.0%
要介護2	人数	127	356	389	193	319	8	42	56	61
	割合	28.0%	78.4%	85.7%	42.5%	70.3%	1.8%	9.3%	12.3%	13.4%
要介護3	人数	115	343	376	242	335	8	34	72	68
	割合	25.9%	77.3%	84.7%	54.5%	75.5%	1.8%	7.7%	16.2%	15.3%
要介護4	人数	114	372	397	283	387	5	48	62	84
	割合	23.3%	75.9%	81.0%	57.8%	79.0%	1.0%	9.8%	12.7%	17.1%
要介護5	人数	84	264	266	246	302	4	27	51	70
	割合	21.3%	67.0%	67.5%	62.4%	76.6%	1.0%	6.9%	12.9%	17.8%
介護認定者	人数	791	2,359	2,519	1,253	2,156	49	233	384	465
	割合	26.4%	78.7%	84.1%	41.8%	72.0%	1.6%	7.8%	12.8%	15.5%

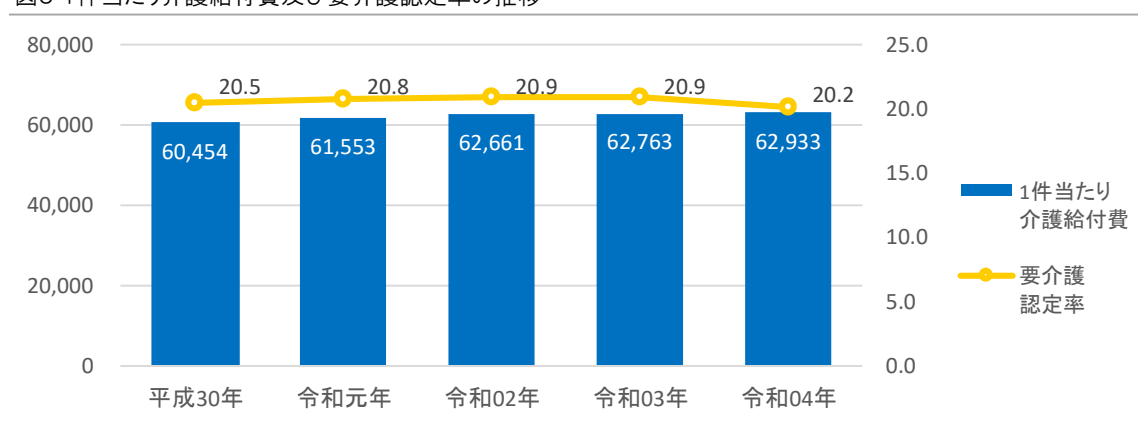
※抽出データ: 令和04年 KDB「介入支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表15 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

	介護総給付費	総件数	1件当たり介護給付費	要介護認定率
平成30年	6,448,672,057	106,670	60,454	20.5
令和元年	6,708,645,315	108,989	61,553	20.8
令和02年	6,814,235,316	108,747	62,661	20.9
令和03年	6,761,053,523	107,724	62,763	20.9
令和04年	6,694,483,594	106,375	62,933	20.2

※要介護認定率=要介護度1以上と認定された者の割合 ※抽出データ: KDB「地域の全体像の把握」

図5 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移



(8) 医療費及び疾病内訳

- ・令和4年の国保年間医療費は約49億円、後期年間医療費は約86億円と前年から増加しています。令和4年の1人当たり医療費は平成30年と比較して国保は28,716円増加し、後期は8,064円減少しています。令和4年の受診率（人口1,000人対）は平成30年と比較して国保は増加し、後期は減少しています。
- ・令和4年国保の1か月あたりの受診率（人口1,000人対）は942.34回、後期高齢者医療の受診率は1,495.04回となっており、1人あたり概ね国保は月0.9回、後期高齢者は月1.5回医療機関を受療しているとみなすことができます。（表16、図6）
- ・疾病別医療費割合では、国保で最も大きな割合を占めるのが新生物、後期高齢者医療では循環器系の疾患となっています。国保では新生物に次いで循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、後期高齢者医療では循環器系の疾患に次いで筋骨格系及び結合組織の疾患、新生物となっています。
- ・国保と後期高齢者医療の疾病別医療費を比較した比率が、最も高いのは呼吸器系の疾患3.0倍、次いで尿路性器系の疾患2.9倍、循環器系の疾患2.6倍となっています。（表17）
- ・人工透析患者は平成30年と比較して、国保では人工透析患者数、医療費ともに減少し、後期では人工透析患者数は増加しているが、医療費は減少しています。（表18）

表16 国保総医療費及び後期総医療費の経年比較

	国保			後期		
	医療費	1人当たり医療費	受診率	医療費	1人当たり医療費	受診率
平成30年	5,011,715,190	343,236	924.72	8,722,382,730	766,488	1522.23
令和元年	4,965,816,510	355,272	942.53	9,033,176,300	787,440	1540.43
令和02年	4,822,038,000	351,432	893.15	8,554,398,240	753,444	1483.33
令和03年	4,775,025,110	349,128	920.15	8,430,472,540	752,292	1490.44
令和04年	4,898,436,470	371,952	942.34	8,564,362,890	758,424	1495.04

※医療費＝内科＋調剤＋歯科 ※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

図6 国保医療費及び後期医療費の経年比較

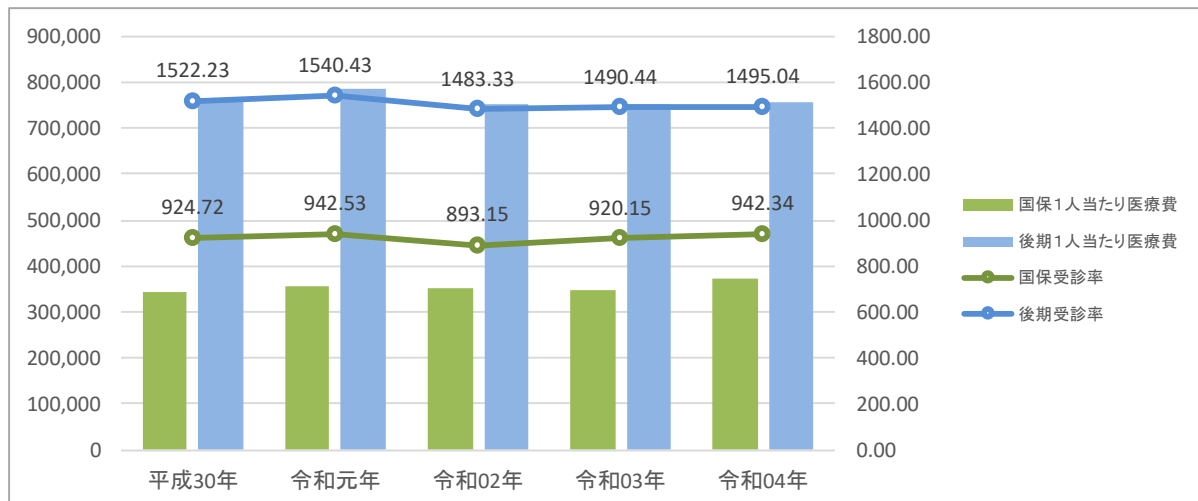


表17 伊達市国保及び後期の疾病別医療費内訳(大分類)

	国保		後期		比率 (B/A)
	医療費(A)	割合	医療費(B)	割合	
循環器系の疾患	674,788,510	14.8%	1,779,988,790	21.7%	2.6
内分泌、栄養及び代謝疾患	502,973,520	11.0%	620,537,400	7.6%	1.2
尿路器系の疾患	274,348,010	6.0%	786,348,290	9.6%	2.9
新生物	798,023,340	17.5%	846,923,870	10.3%	1.1
精神及び行動の障害	489,143,350	10.7%	308,025,710	3.8%	0.6
筋骨格系及び結合組織の疾患	400,524,460	8.8%	867,926,290	10.6%	2.2
消化器系の疾患	271,194,430	5.9%	540,661,420	6.6%	2.0
呼吸器系の疾患	199,147,290	4.4%	604,835,270	7.4%	3.0
眼及び付属器の疾患	202,421,140	4.4%	373,621,330	4.6%	1.8
その他	745,942,220	16.4%	1,467,864,510	17.9%	2.0
計	4,558,506,270	100.0%	8,196,732,880	100.0%	1.8

※抽出データ:KDB「大分類」令和04年

表18 人工透析患者数及び人工透析医療費の推移

	国保		後期		比率 (B/A)
	実人数	医療費(A)	実人数	医療費(B)	
平成30年	41	189,500,170	99	485,169,450	2.6
令和元年	41	201,084,610	99	500,720,490	2.5
令和02年	39	184,623,070	103	513,747,810	2.8
令和03年	29	142,814,040	113	509,011,660	3.6
令和04年	32	145,402,420	103	462,285,310	3.2

※抽出データ:【実人数】KDB「様式3-7」7月作成

【医療費】細小分類 各年累計一慢性腎不全(透析あり)の年間総医療費より算出

2. 国民健康保険の健康医療の状況

(1) 国保加入状況

- ・令和4年の国保人口は12,703人で、平成30年と比較して1,586人減少しています。

(表19)

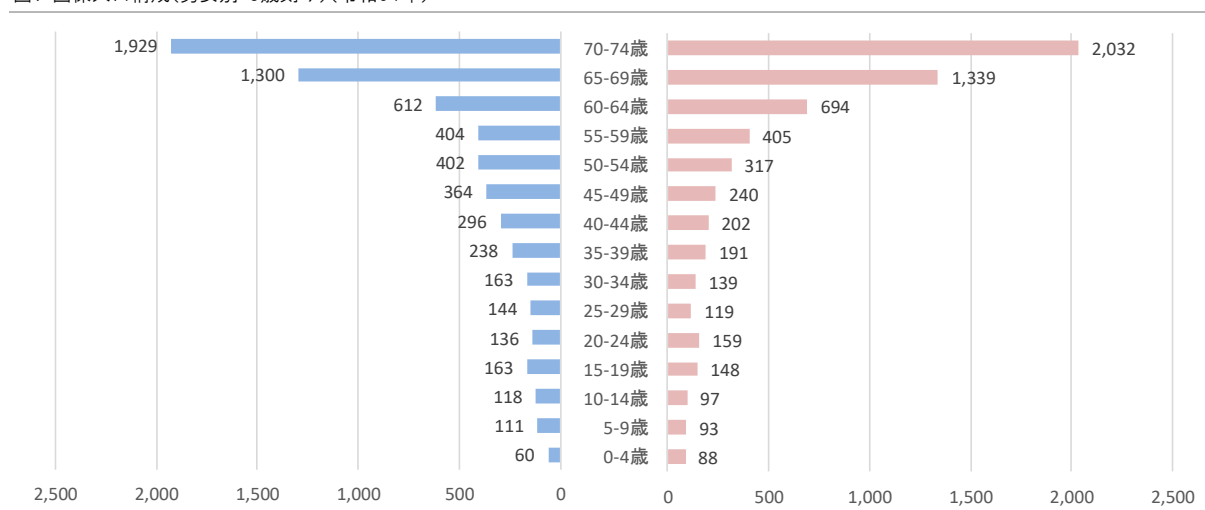
- ・令和4年の国保加入率は平成30年と比較して減少しています。(表19)
- ・令和4年の国保人口に占める前期高齢者の割合は52.0%です。(表19、図7)

表19 国保人口の推移及び加入率

	被保険者数			加入率	平均年齢	
		前期高齢者	割合			
平成30年	14,289	6,977	48.8%	22.9	55.8	
令和元年	13,773	6,942	50.4%	22.1	56.3	
令和02年	13,664	7,052	51.6%	21.9	56.7	
令和03年	13,530	7,055	52.1%	21.7	57.3	
令和04年	12,703	6,600	52.0%	21.9	57.2	
県	令和04年	381,897	191,020	50.0%	21.2	56.0

※抽出データ:KDB「人口及び被保険者の状況2」、「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

図7 国保人口構成(男女別・5歳刻み)(令和04年)



(2) 医療の状況

①受療形態別医療費等の状況

- ・1件当たり医療費(入院+外来)は令和4年は36,498円で平成30年と比較して2,392円増加しているが、同規模、県、国を下回っています。(表20)
- ・入院1件当たり医療費について令和4年は平成30年と比較し55,730円増加しているが、県、同規模、国を下回っています。(表21)
- ・外来・入院費用割合は60:40、外来・入院件数割合は97:3と年的に横ばいで推移しています。
- ・歯科の1件当たり医療費は県、同規模、国を上回り、歯科受診率は下回っています。(表20、表21)
- ・性別受診率は男女とも70-74歳が高く、1人当たり医療費の70-74歳の状況は、男性では約57万円、女性では約45万円となっており、男性は年齢とともに増加傾向となっています。(表22、表23、図8)

表20 伊達市入院・外来医療費の状況(経年推移)

	計		外来				入院			
	1件当たり医療費	H30年比	1件当たり医療費	H30年比	費用割合	件数割合	1件当たり医療費	H30年比	費用割合	件数割合
平成30年	34,106		21,470		61.3%	97.4%	503,500		38.7%	2.6%
令和元年	34,812	1.02	21,520	1.00	60.2%	97.4%	527,720	1.05	39.8%	2.6%
令和02年	36,262	1.06	22,300	1.04	59.9%	97.4%	557,790	1.11	40.1%	2.6%
令和03年	35,043	1.03	22,300	1.04	62.0%	97.5%	532,580	1.06	38.0%	2.5%
令和04年	36,498	1.07	22,430	1.04	59.8%	97.4%	559,230	1.11	40.2%	2.6%

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握」

表21 入院・外来医療費の状況(令和04年)

	1件当たり医療費				受診率(人口1,000人対)				1件当たり医療費順位	
	伊達市	県	同規模	国	伊達市	県	同規模	国	県内/59	同規模/238
外来+入院	36,498	37,940	40,020	39,080	792.80	756.47	739.50	705.44	49	201
外来	22,430	23,470	24,470	24,220	772.00	736.80	719.90	687.80		
入院	559,230	580,970	610,160	617,950	20.80	19.60	19.60	17.70		
歯科	13,780	13,320	13,240	13,350	149.54	151.23	163.83	161.45		

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握、同規模保険者比較」

表22 (男性)性年齢別医療費の状況(令和04年)

男性	被保険者数	レセプト件数	総医療費	割合	1人当たり医療費	受診率
40歳未満	1,133	6,594	139,748,330	5.2%	123,344	582.0
40歳代	660	4,211	198,144,770	7.3%	300,219	638.0
50歳代	806	6,963	331,256,750	12.3%	410,989	863.9
60歳代	1,912	23,863	929,637,020	34.4%	486,212	1,248.1
70-74歳	1,929	29,103	1,100,252,710	40.8%	570,375	1,508.7

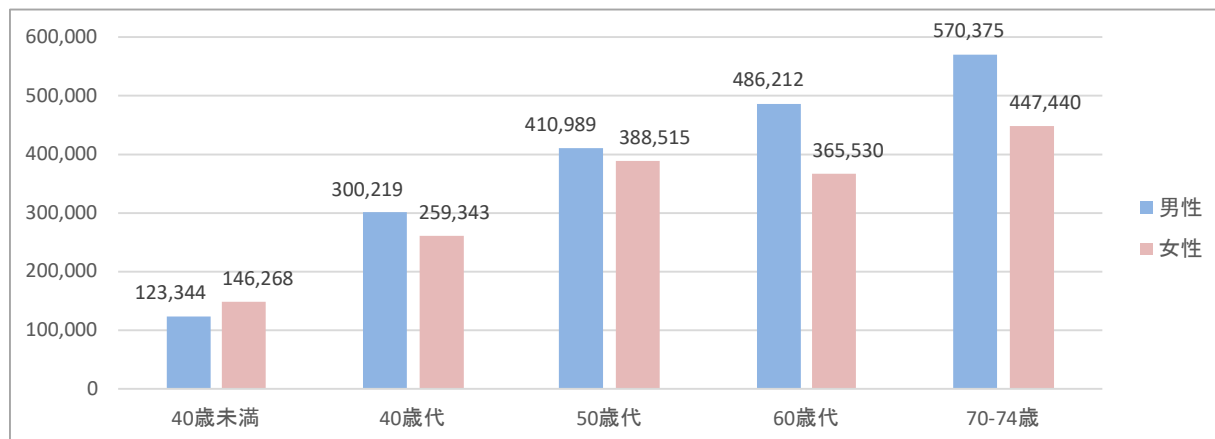
※抽出データ:KDB「医療の状況」

表23 (女性)性年齢別医療費の状況(令和04年)

女性	被保険者数	レセプト件数	総医療費	割合	1人当たり医療費	受診率
40歳未満	1,034	7,704	151,240,900	6.9%	146,268	745.1
40歳代	442	3,621	114,629,800	5.2%	259,343	819.2
50歳代	722	7,763	280,507,560	12.8%	388,515	1,075.2
60歳代	2,033	27,163	743,121,820	33.8%	365,530	1,336.1
70-74歳	2,032	31,926	909,198,410	41.4%	447,440	1,571.2

※抽出データ:KDB「医療の状況」

図8 性年齢別1人当たり医療費の状況(令和04年度)



②疾病別医療費内訳

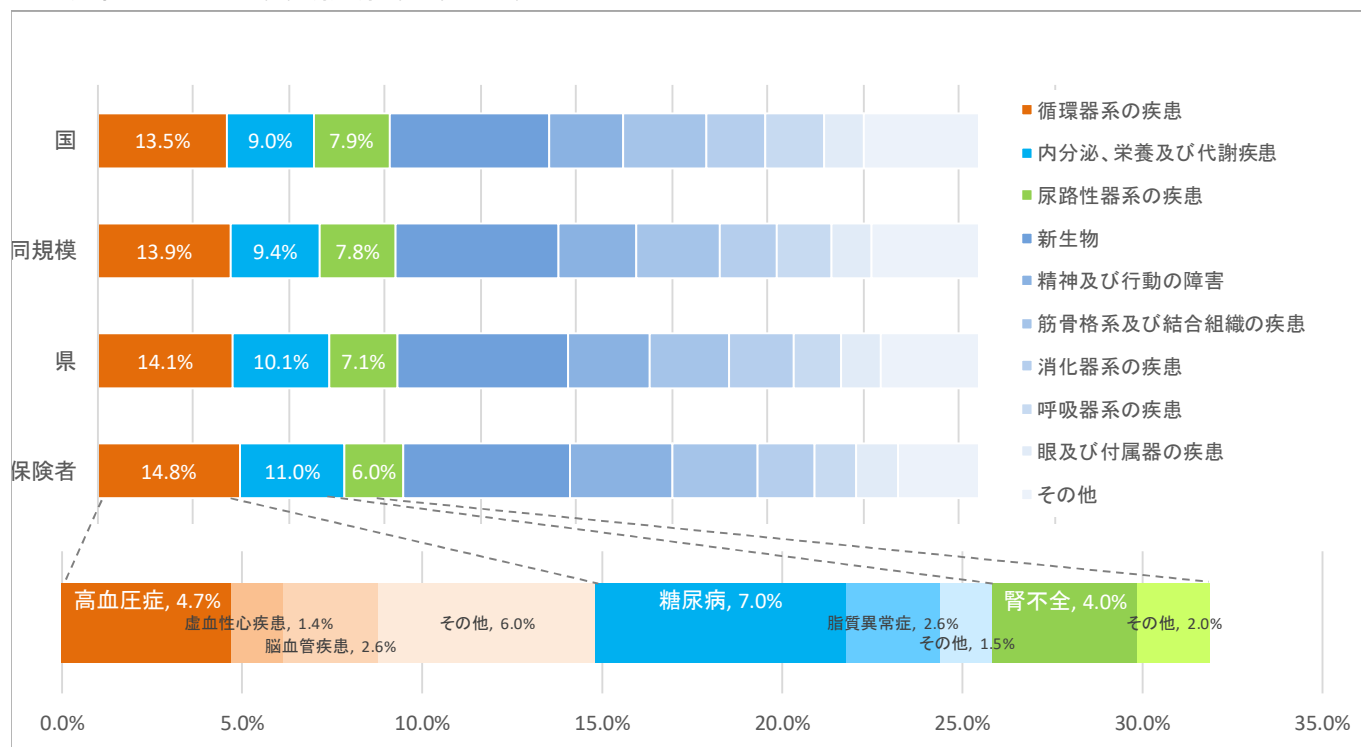
- ・大分類医療費を疾病別にみると、令和4年は新生物が約8億円と最も高額で割合も17.5%と高いです。次いで循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、精神及び行動の障害と続き、これら4疾患で医療費の約半数を占めている状況にあります。また、上記4疾患のうち循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、精神及び行動の障害は県、同規模、国と比較して上回っています。(表24)
- ・生活習慣病等の詳細な医療費をみると、循環器系の疾患は高血圧症で約3割、内分泌、栄養及び代謝疾患は糖尿病で約6割を占めています。(図9、表25)
- ・性年齢別疾病別外来医療費は、男性で最も高額なのは令和4年糖尿病で約1.7億円、次いで腎不全が約1.1億円となっています。女性で最も高額なのは糖尿病で約1.2億円、次いで高血圧性疾患が約1億円となっています。(表26、図10)
- ・令和4年の性年齢別疾病別入院医療費は、男性で最も高額なのがその他の心疾患で約7,124万円、次いで脳血管疾患が約7,099万円となっています。女性で最も高額なのがその他の心疾患で約4,117万円、次いで脳血管疾患が約2,943万円となっています。男女ともにその他の心疾患の入院医療費が高い傾向がみられます。(表27、図11)

表24 伊達市国保の疾病別医療費内訳(大分類)(令和04年)

	医療費(A)	保険者	県	同規模	国
循環器系の疾患	674,788,510	14.8%	14.1%	13.9%	13.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	502,973,520	11.0%	10.1%	9.4%	9.0%
尿路系疾患	274,348,010	6.0%	7.1%	7.8%	7.9%
新生物	798,023,340	17.5%	17.8%	17.1%	16.8%
精神及び行動の障害	489,143,350	10.7%	8.7%	8.1%	7.7%
筋骨格系及び結合組織の疾患	400,524,460	8.8%	8.3%	8.8%	8.7%
消化器系の疾患	271,194,430	5.9%	6.5%	6.0%	6.1%
呼吸器系の疾患	199,147,290	4.4%	5.1%	5.7%	6.2%
眼及び付属器の疾患	202,421,140	4.4%	4.2%	4.0%	4.0%
その他	745,942,220	16.4%	18.1%	19.3%	20.1%
計	4,558,506,270	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※抽出データ:KDB「大分類」

図9 医療費における生活習慣病疾病内訳(令和04年)



※大分類 9項目以外は「その他」に集約

※医科+調剤

表25 医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋(令和04年)

	保険者		県	同規模	国
	医療費	割合	割合	割合	割合
虚血性心疾患	63,842,840	1.4%	1.6%	1.7%	1.7%
脳血管疾患	120,352,340	2.6%	2.8%	2.8%	2.8%
腎不全	184,248,390	4.0%	5.1%	5.9%	5.9%
再掲 腎不全(透析あり)	145,402,420	3.2%	3.2%	4.2%	4.3%
糖尿病	317,227,180	7.0%	6.6%	6.0%	5.6%
高血圧症	215,847,960	4.7%	3.8%	3.3%	3.1%
脂質異常症	119,260,250	2.6%	2.4%	2.2%	2.1%
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	9,901,470	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%

※抽出データ:KDB「中分類」「細小分類」

表26 (外来)性年齢別疾病状況(中分類・医療費)抜粋(令和04年)

外来		高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	慢性閉塞性肺疾患(COPD)
男性	64歳以下	25,395,270	51,978,900	11,669,720	2,506,350	4,536,180	12,904,060	90,622,590	1,603,260
	65歳以上	83,548,810	121,806,190	33,985,980	9,031,840	16,381,380	63,172,240	20,859,030	5,729,480
	計	108,944,080	173,785,090	45,655,700	11,538,190	20,917,560	76,076,300	111,481,620	7,332,740
女性	64歳以下	21,771,410	29,556,290	12,778,570	1,690,780	1,077,110	9,751,540	32,374,010	80,970
	65歳以上	78,924,850	94,042,070	60,211,030	6,709,080	6,907,140	33,224,880	3,878,790	1,030,180
	計	100,696,260	123,598,360	72,989,600	8,399,860	7,984,250	42,976,420	36,252,800	1,111,150

※抽出データ:KDB「中分類」「細小分類」

図10 (外来)性別疾病状況(中分類・医療費)抜粋(令和04年)

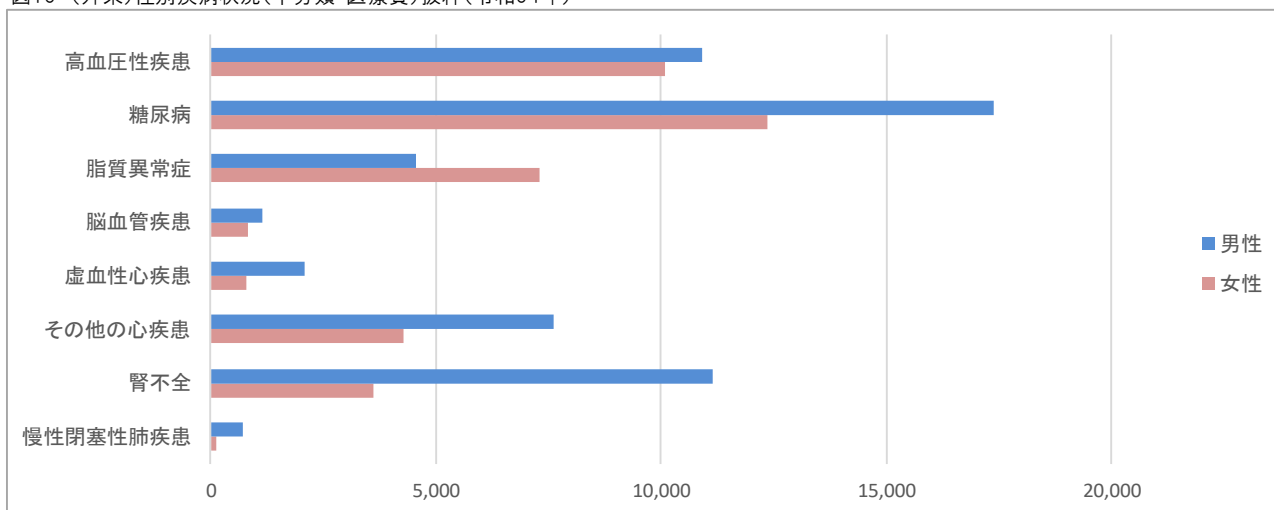
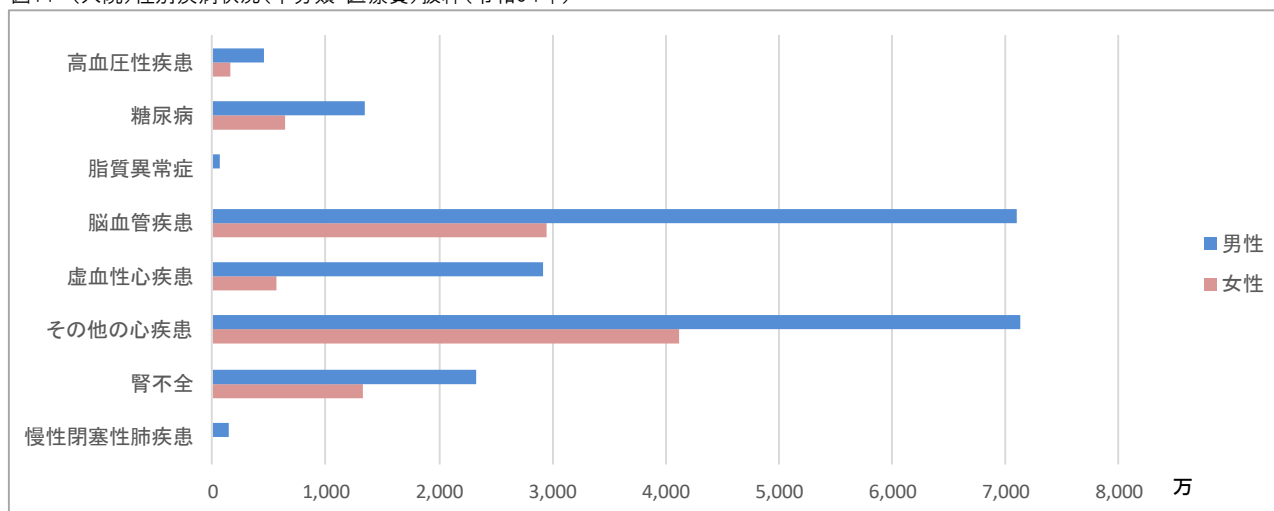


表27 (入院)性年齢別疾病状況(中分類・医療費)抜粋(令和04年)

入院		高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	慢性閉塞性肺疾患(COPD)
男性	64歳以下	2,401,590	4,172,810	0	26,822,710	8,432,250	32,332,500	15,710,660	0
	65歳以上	2,200,500	9,208,570	614,950	44,163,420	20,831,920	38,910,700	7,581,250	1,457,580
	計	4,602,090	13,381,380	614,950	70,986,130	29,264,170	71,243,200	23,291,910	1,457,580
女性	64歳以下	204,310	2,532,420	0	12,149,230	3,371,110	4,528,250	6,369,390	0
	65歳以上	1,401,220	3,929,930	0	17,278,930	2,305,750	36,643,930	6,852,670	0
	計	1,605,530	6,462,350	0	29,428,160	5,676,860	41,172,180	13,222,060	0

※抽出データ:KDB「中分類」「細小分類」

図11 (入院)性別疾病状況(中分類・医療費)抜粋(令和04年)



③生活習慣病患者の推移

- ・生活習慣病患者数について令和4年は平成30年と比較して570人減少しています。高血圧症の割合が最も高く、次いで脂質異常症、糖尿病となっています。(表28)

表28 生活習慣病患者数の推移

	生活習慣病 総数	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	高血圧 症	糖尿病	インスリン 療法	糖尿病 性腎症	脂質 異常症
平成30年	6,756	622	795	4,150	1,863	159	99	3,437
		9.2%	11.8%	61.4%	27.6%	2.4%	1.5%	50.9%
令和元年	6,476	585	727	3,944	1,800	153	102	3,367
		9.0%	11.2%	60.9%	27.8%	2.4%	1.6%	52.0%
令和02年	5,892	536	633	3,570	1,672	154	91	3,049
		9.1%	10.7%	60.6%	28.4%	2.6%	1.5%	51.7%
令和03年	6,197	504	644	3,727	1,705	143	93	3,177
		8.1%	10.4%	60.1%	27.5%	2.3%	1.5%	51.3%
令和04年	6,186	504	607	3,731	1,707	148	86	3,174
		8.1%	9.8%	60.3%	27.6%	2.4%	1.4%	51.3%

※抽出データ:KDB「様式3-1」

④80万円以上の高額疾病の内訳（令和04年4月～令和05年3月診療分）

- ・令和4年80万円以上の高額レセプトの状況は、悪性新生物の総件数に占める割合が33.5%と最も高く、次いで脳血管疾患となっています。また、費用額に占める割合についても、悪性新生物が32.3%と最も割合が高く、次いでその他の心疾患となっています。(表29)

表29 レセプト1件80万円以上の状況

	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	悪性新生物	その他	総数
実人数	32	12	33	11	138	244	470
総件数	56	13	52	20	259	373	773
(割合)	7.2%	1.7%	6.7%	2.6%	33.5%	48.3%	100.0%
40歳未満	0	0	0	0	0	16	16
40歳代	0	1	3	4	5	16	29
50歳代	9	1	15	7	14	47	93
60歳代	27	4	13	4	86	120	254
70～74歳	20	7	21	5	154	174	381
費用額(円)	71,343,200	22,108,450	90,029,300	27,017,210	353,457,920	529,021,950	1,092,978,030
(割合)	6.5%	2.0%	8.2%	2.5%	32.3%	48.4%	100.0%

※抽出データ:KDB「様式1-1」

⑤6か月以上長期入院患者の疾病内訳（平成30年～令和4年の各年5月診療分より抽出）

- ・令和4年の6か月以上の長期入院患者は58人で、平成30年より5か年で延べ394人となっています。疾病別の割合でみると、統合失調症及びその他の心疾患が高くなっています。(表30)

表30 長期入院患者(6か月以上)の状況

	長期入院人数	脳血管疾患	その他の心疾患	腎不全	アルツハイマー病	血管性等の認知症	統合失調症	てんかん	脳性麻痺等	その他
計	394	8	12	0	1	1	244	8	4	116
	100.0%	2.0%	3.0%	0.0%	0.3%	0.3%	61.9%	2.0%	1.0%	29.4%
平成30年	94	2	1	0	0	0	64	1	1	25
令和元年	87	1	6	0	0	0	54	4	1	21
令和02年	80	3	3	0	1	1	48	2	1	21
令和03年	75	1	1	0	0	0	46	1	1	25
令和04年	58	1	1	0	0	0	32	0	0	24
基礎疾患										
高血圧症	13	1	1	0	0	0	5	0	0	6
糖尿病	9	0	0	0	0	0	3	0	0	6
脂質異常症	7	0	0	0	0	0	3	0	0	4
虚血性心疾患	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
脳血管疾患	5	1	0	0	0	0	1	0	0	3

※抽出データ:KDB「様式2-1」7月作成分

※基礎疾患は令和04年のみ集計

⑥人工透析患者の状況（平成30年～令和4年の各年5月診療分より抽出）

- ・人工透析患者は令和4年32人で、男性22人、女性10人で男女比約7:3となっています。平成30年と比較すると男性は8人、女性は1人減少しています。（表31、図12）
- ・人工透析費用は平成30年と比較すると約4,410万円減少しています。（表32、図13）
- ・人工透析患者の生活習慣病併発状況は、約4割が糖尿病を併発し、約2割が虚血性心疾患、脳血管疾患を併発しています。（表33、図14）

表31 人工透析患者数の推移

	実人数	男性			女性		
		40歳未満	40-64歳	65-74歳	40歳未満	40-64歳	65-74歳
平成30年	41	3	23	4	0	10	1
令和元年	41	2	23	4	0	12	0
令和02年	39	2	24	3	0	9	1
令和03年	29	2	19	1	0	7	0
令和04年	32	2	18	2	0	8	2

※抽出データ:KDB「様式3-7」7月作成

図12 人工透析患者数の推移

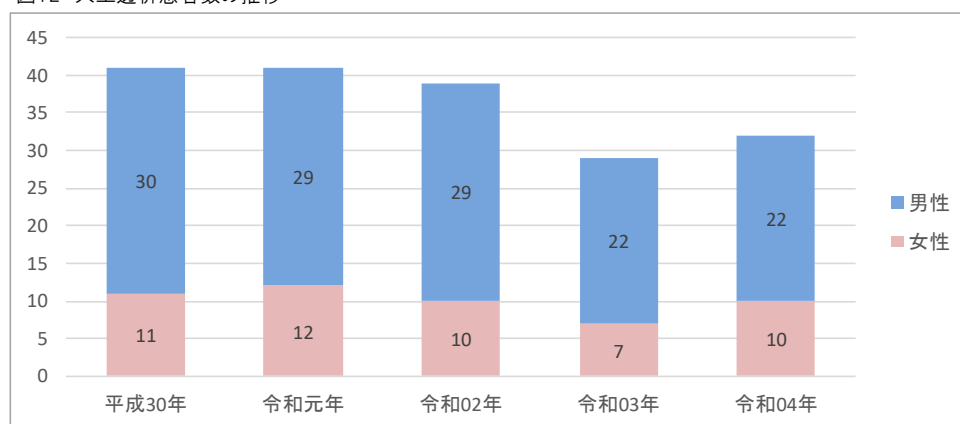


表32 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)

	総額(円)	外来		入院	
		総額(円)	件数	総額(円)	件数
平成30年	189,500,170	168,097,190	388	21,402,980	37
令和元年	201,084,610	173,552,370	395	27,532,240	41
令和02年	184,623,070	156,661,420	371	27,961,650	37
令和03年	142,814,040	130,144,720	305	12,669,320	20
令和04年	145,402,420	122,477,920	297	22,924,500	30

※抽出データ:細小分類 各年累計ー慢性腎不全(透析あり)の年間総医療費より算出)

図13 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)

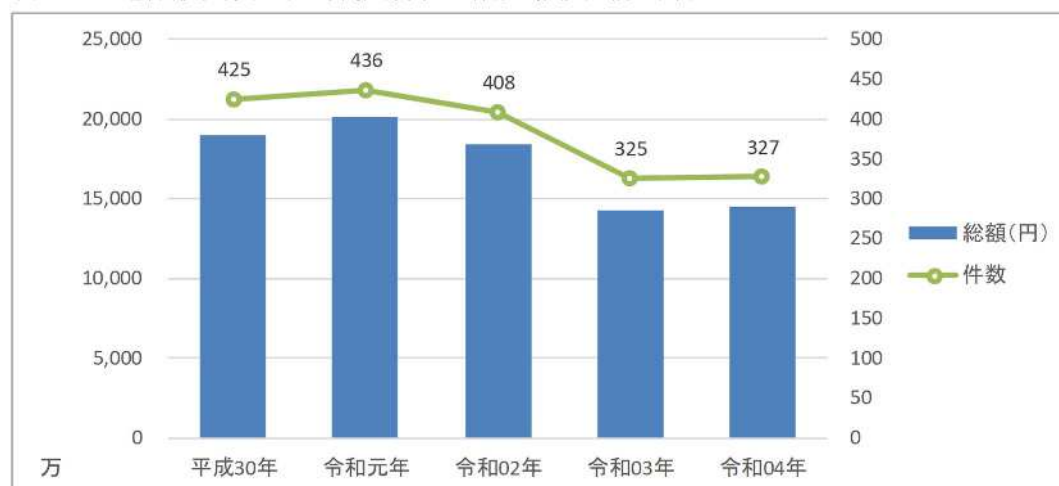
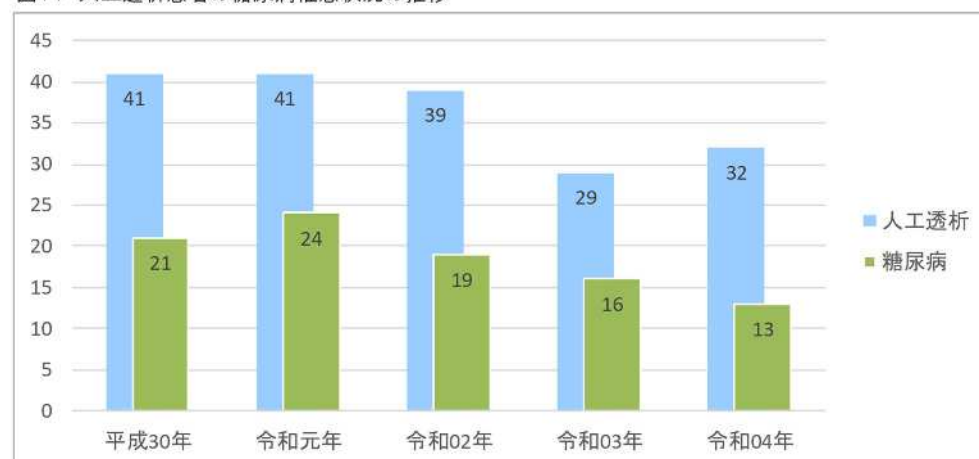


表33 人工透析患者の合併症の推移

	人工透析	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年	41	21	51.2%	15	36.6%	9	22.0%
令和元年	41	24	58.5%	15	36.6%	8	19.5%
令和02年	39	19	48.7%	15	38.5%	8	20.5%
令和03年	29	16	55.2%	10	34.5%	6	20.7%
令和04年	32	13	40.6%	7	21.9%	5	15.6%

※抽出データ:KDB「様式3-7」7月作成

図14 人工透析患者の糖尿病罹患状況の推移



(3) 特定健診・保健指導の状況

①特定健診受診率の状況

- ・令和4年の健診対象者9,599人のうち受診したのは4,625人で受診率は48.2%です。県内順位は35位で、受診率は県、同規模、国を上回っています。男女別では男性受診率が43.3%、女性受診率は53.1%と女性の受診率が9.8ポイント高いです。男女ともに40-44歳の健診受診率が低く、男性は70-74歳、女性は65-69歳の健診受診率が上がっています。(表34、図15、表35、図16)
- ・過去3年間の受診状況をみると、連続受診者は男性23.2%、女性29.1%、不定期受診者は男性22.0%、女性24.4%となっています。連続受診が最も多かった年齢は男女ともに70-74歳で、不定期受診が最も多かった年齢は男女ともに65-69歳です。(表36)

表34 特定健診受診率の推移

	保険者				県	同規模	国
	健診対象者	受診者数	受診率	順位			
平成30年	10,667	5,009	47.0%	県内37位	42.7%	40.8%	37.5%
令和元年	10,307	5,202	50.5%	県内27位	43.3%	41.6%	37.7%
令和02年	10,342	4,310	41.7%	県内36位	37.8%	35.5%	33.5%
令和03年	10,100	5,009	49.6%	県内28位	42.3%	39.3%	36.1%
令和04年	9,599	4,625	48.2%	県内35位	43.4%	40.7%	37.6%

※抽出データ: 特定健診等法定報告、KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図15 特定健診受診率の推移

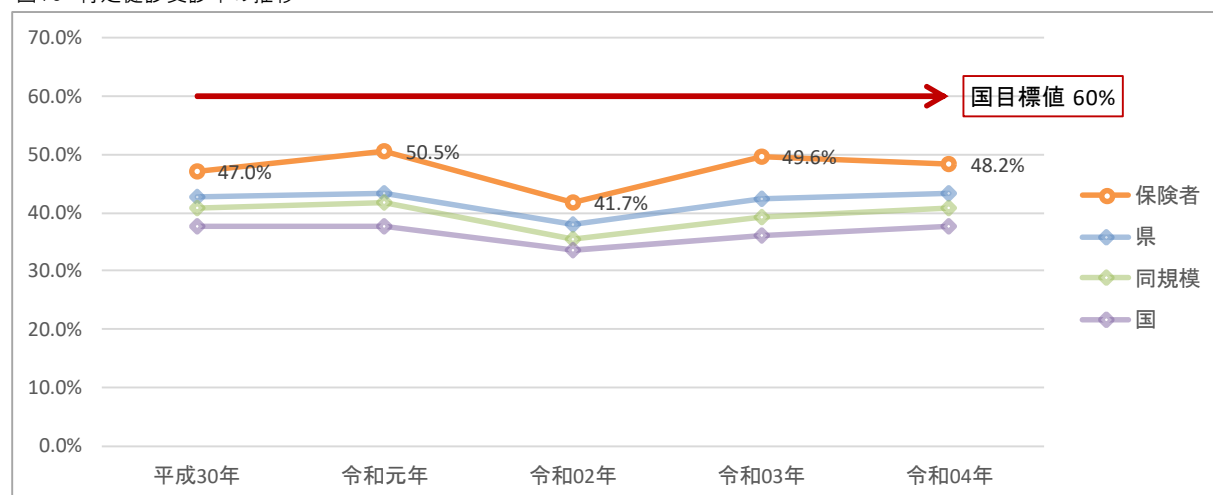


表35 年齢階層別受診率状況(令和04年度)

	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40-44歳	249	47	18.9%	152	31	20.4%
45-49歳	314	92	29.3%	198	73	36.9%
50-54歳	333	96	28.8%	262	95	36.3%
55-59歳	352	105	29.8%	347	149	42.9%
60-64歳	525	218	41.5%	601	325	54.1%
65-69歳	1,178	586	49.7%	1,246	711	57.1%
70-74歳	1,877	946	50.4%	1,965	1,151	58.6%
計	4,828	2,090	43.3%	4,771	2,535	53.1%

※抽出データ: 特定健診等法定報告

図16 年齢階層別受診率状況(令和03年度)

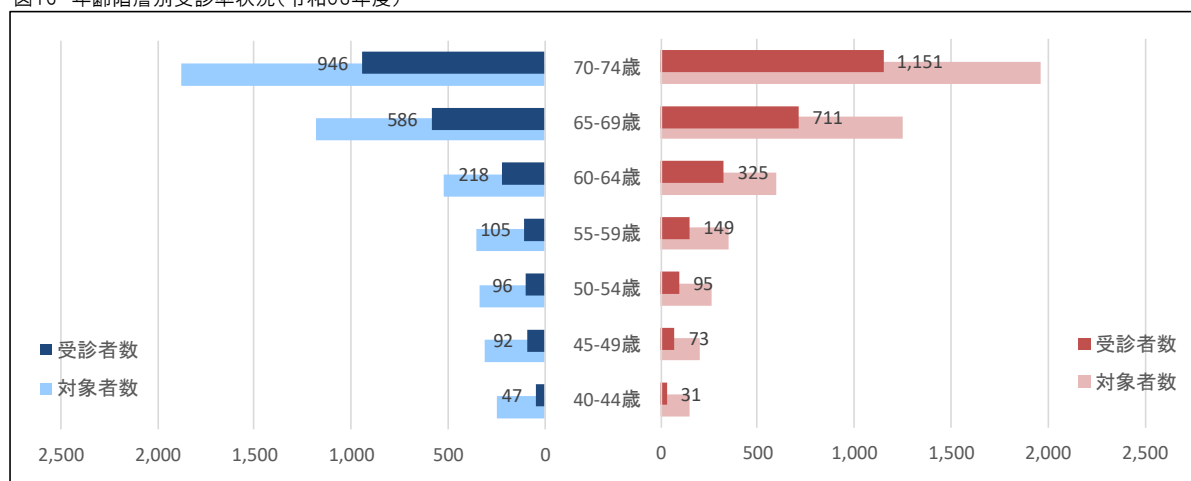


表36 健診受診状況(過去3年間の健診受診者について受診状況)

	男性						女性					
	連続受診		不定期		未受診		連続受診		不定期		未受診	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40-44歳	20	5.3%	59	15.7%	297	79.0%	4	1.6%	50	20.2%	194	78.2%
45-49歳	49	11.4%	77	18.0%	302	70.6%	42	12.7%	57	17.2%	233	70.2%
50-54歳	51	11.4%	75	16.8%	320	71.7%	51	11.9%	90	21.0%	287	67.1%
55-59歳	64	13.4%	82	17.2%	332	69.5%	84	15.5%	113	20.9%	344	63.6%
60-64歳	117	16.1%	146	20.1%	463	63.8%	215	27.0%	201	25.3%	380	47.7%
65-69歳	390	24.8%	407	25.9%	774	49.3%	534	33.6%	439	27.6%	618	38.8%
70-74歳	746	34.5%	518	24.0%	898	41.5%	848	39.2%	537	24.8%	780	36.0%
計	1,437	23.2%	1,364	22.0%	3,386	54.7%	1,778	29.1%	1,487	24.4%	2,836	46.5%

※抽出データ:令和元年～令和03年度 KDB「介入支援管理」

②健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の状況

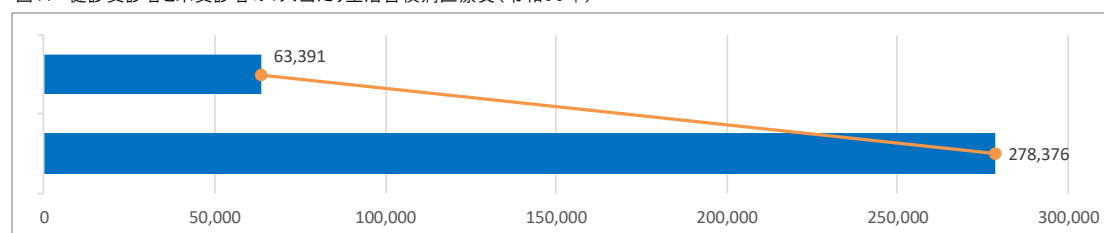
- ・令和3年の健診未受診者1人当たり生活習慣病医療費は約28万円で、健診受診者は約6万円であり約4.7倍の差がみられます。(表37、図17)

表37 健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費の推移

	健診未受診			健診受診		
	未受診者数	生活習慣病総医療費(円)		受診者数	生活習慣病総医療費(円)	
		総額	1人当たり		総額	1人当たり
平成30年	5,665	1,598,385,730	282,151	5,006	352,826,520	70,481
令和元年	5,110	1,604,419,670	313,976	5,205	381,174,110	73,232
令和02年	5,983	1,701,057,670	284,315	4,315	160,264,700	37,141
令和03年	5,153	1,434,469,010	278,376	5,012	317,715,760	63,391
令和04年	5,026	1,530,354,930	304,488	4,640	327,397,220	70,560

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図17 健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費(令和03年)



③特定健診結果の状況

- ・ 有所見者状況について、令和４年度と平成３０年度を比較すると BMI25 以上の割合は、男女ともに増加しており、約３人に１人が肥満です。また、男性では中性脂肪、ALT、空腹時血糖、HbA1c、クレアチニン、心電図、女性では BMI、空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、心電図が増加しています。（表 38、表 39）
- ・ 令和４年度の有所見者状況を県、国と比較すると、男女ともに中性脂肪、ALT、HbA1c、尿酸、臓器障害の心電図の割合が高いです。（表 40、表 41）
- ・ メタボの該当者及び予備群の状況は、男女ともに予備群該当者では高血圧の割合が高く、メタボ該当者では血圧＋脂質を重複している割合が高い状況です。（表 42、表 43、表 44）

表38 健診受診者の有所見者状況の推移(男性)

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成30年	人数	720	1,192	619	418	167	810	1,125	400	1,137	535	1,008	45	722
	割合	32.3%	53.4%	27.7%	18.7%	7.5%	36.3%	50.4%	17.9%	50.9%	24.0%	45.2%	2.0%	32.3%
令和元年	人数	807	1,265	648	490	203	871	1,373	424	1,233	566	1,017	52	772
	割合	34.3%	53.8%	27.6%	20.8%	8.6%	37.0%	58.4%	18.0%	52.4%	24.1%	43.3%	2.2%	32.8%
令和02年	人数	705	1,113	521	441	138	711	1,082	301	1,047	465	885	49	693
	割合	35.5%	56.1%	26.3%	22.2%	7.0%	35.8%	54.5%	15.2%	52.8%	23.4%	44.6%	2.5%	34.9%
令和03年	人数	844	1,185	673	547	141	902	1,204	357	1,198	547	1,165	48	824
	割合	36.4%	51.1%	29.0%	23.6%	6.1%	38.9%	52.0%	15.4%	51.7%	23.6%	50.3%	2.1%	35.6%
令和04年	人数	739	1,082	593	453	147	823	1,305	346	1,056	478	921	45	712
	割合	35.3%	51.7%	28.3%	21.6%	7.0%	39.3%	62.4%	16.5%	50.5%	22.8%	44.0%	2.2%	34.0%

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表39 健診受診者の有所見者状況の推移(女性)

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成30年	人数	735	636	475	279	42	764	1,600	61	1,205	401	1,544	9	614
	割合	26.5%	22.9%	17.1%	10.1%	1.5%	27.5%	57.7%	2.2%	43.4%	14.5%	55.7%	0.3%	22.1%
令和元年	人数	773	609	477	299	57	772	1,907	60	1,277	448	1,600	8	663
	割合	27.1%	21.3%	16.7%	10.5%	2.0%	27.0%	66.8%	2.1%	44.7%	15.7%	56.1%	0.3%	23.2%
令和02年	人数	626	517	424	266	39	661	1,432	40	1,173	402	1,273	4	579
	割合	26.9%	22.2%	18.2%	11.4%	1.7%	28.4%	61.4%	1.7%	50.3%	17.2%	54.6%	0.2%	24.8%
令和03年	人数	766	541	489	301	38	808	1,560	51	1,303	427	1,606	6	729
	割合	28.4%	20.1%	18.1%	11.2%	1.4%	30.0%	57.9%	1.9%	48.3%	15.8%	59.6%	0.2%	27.1%
令和04年	人数	681	560	435	254	36	734	1,745	52	1,186	416	1,358	8	627
	割合	26.8%	22.0%	17.1%	10.0%	1.4%	28.9%	68.6%	2.0%	46.7%	16.4%	53.4%	0.3%	24.7%

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表40 健診受診者の有所見者状況(年齢階層別・男性)令和04年

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40-64歳	人数	146	180	128	119	28	94	153	81	136	97	186	2	72
	割合	42.9%	52.9%	37.6%	35.0%	8.2%	27.6%	45.0%	23.8%	40.0%	28.5%	54.7%	0.6%	21.2%
65-74歳	人数	593	902	465	334	119	729	1,152	265	920	381	735	43	640
	割合	33.8%	51.5%	26.5%	19.1%	6.8%	41.6%	65.7%	15.1%	52.5%	21.7%	41.9%	2.5%	36.5%
保険者計	人数	739	1,082	593	453	147	823	1,305	346	1,056	478	921	45	712
	割合	35.3%	51.7%	28.3%	21.6%	7.0%	39.3%	62.4%	16.5%	50.5%	22.8%	44.0%	2.2%	34.0%
県	割合	36.4%	57.6%	25.8%	20.9%	8.0%	44.3%	59.6%	9.5%	51.5%	22.6%	41.9%	2.2%	25.4%
国	割合	34.2%	55.3%	28.1%	21.4%	7.1%	31.4%	57.8%	12.4%	50.2%	26.4%	45.6%	2.5%	23.7%

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表41 健診受診者の有所見者状況(年齢階層別・女性)令和04年

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40-64歳	人数	90	74	49	41	7	51	159	7	95	51	200	1	51
	割合	25.7%	21.1%	14.0%	11.7%	2.0%	14.6%	45.4%	2.0%	27.1%	14.6%	57.1%	0.3%	14.6%
65-74歳	人数	591	486	386	213	29	683	1,586	45	1,091	365	1,158	7	576
	割合	27.0%	22.2%	17.6%	9.7%	1.3%	31.2%	72.4%	2.1%	49.8%	16.7%	52.8%	0.3%	26.3%
保険者計	人数	681	560	435	254	36	734	1,745	52	1,186	416	1,358	8	627
	割合	26.8%	22.0%	17.1%	10.0%	1.4%	28.9%	68.6%	2.0%	46.7%	16.4%	53.4%	0.3%	24.7%
県	割合	26.9%	22.8%	15.1%	9.7%	1.6%	30.6%	60.6%	1.4%	46.9%	15.5%	50.9%	0.3%	18.4%
国	割合	21.4%	18.8%	15.6%	9.0%	1.2%	19.6%	56.5%	1.8%	45.3%	16.9%	54.1%	0.6%	18.8%

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表42 メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

総計		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	高血糖			該当者	血糖+血圧			3項目全て
					高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	
平成30年	人数	5,006	170	616	40	451	125	1,042	180	50	511	301
	割合	100.0%	3.4%	12.3%	0.8%	9.0%	2.5%	20.8%	3.6%	1.0%	10.2%	6.0%
令和元年	人数	5,205	169	601	44	431	126	1,104	215	50	494	345
	割合	100.0%	3.2%	11.5%	0.8%	8.3%	2.4%	21.2%	4.1%	1.0%	9.5%	6.6%
令和02年	人数	4,315	137	533	34	396	103	960	171	41	453	295
	割合	100.0%	3.2%	12.4%	0.8%	9.2%	2.4%	22.2%	4.0%	1.0%	10.5%	6.8%
令和03年	人数	5,012	120	555	28	414	113	1,051	188	45	491	327
	割合	100.0%	2.4%	11.1%	0.6%	8.3%	2.3%	21.0%	3.8%	0.9%	9.8%	6.5%
令和04年	人数	4,635	152	494	35	359	100	996	166	44	451	335
	割合	100.0%	3.3%	10.7%	0.8%	7.7%	2.2%	21.5%	3.6%	0.9%	9.7%	7.2%

※抽出データ:KDB「様式5-3」

表43 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(年齢階層別・男性)令和04年

男性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者	該当者			
					高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
40-64歳	人数	659	31	99	7	57	35	173	27	7	89	50
	割合	31.5%	4.7%	15.0%	1.1%	8.6%	5.3%	26.3%	4.1%	1.1%	13.5%	7.6%
65-74歳	人数	1,434	71	227	16	182	29	481	93	22	211	155
	割合	68.5%	5.0%	15.8%	1.1%	12.7%	2.0%	33.5%	6.5%	1.5%	14.7%	10.8%
保険者計	人数	2,093	102	326	23	239	64	654	120	29	300	205
	割合	100.0%	4.9%	15.6%	1.1%	11.4%	3.1%	31.2%	5.7%	1.4%	14.3%	9.8%

※抽出データ:KDB「様式5-3」

表44 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(年齢階層別・女性)令和04年

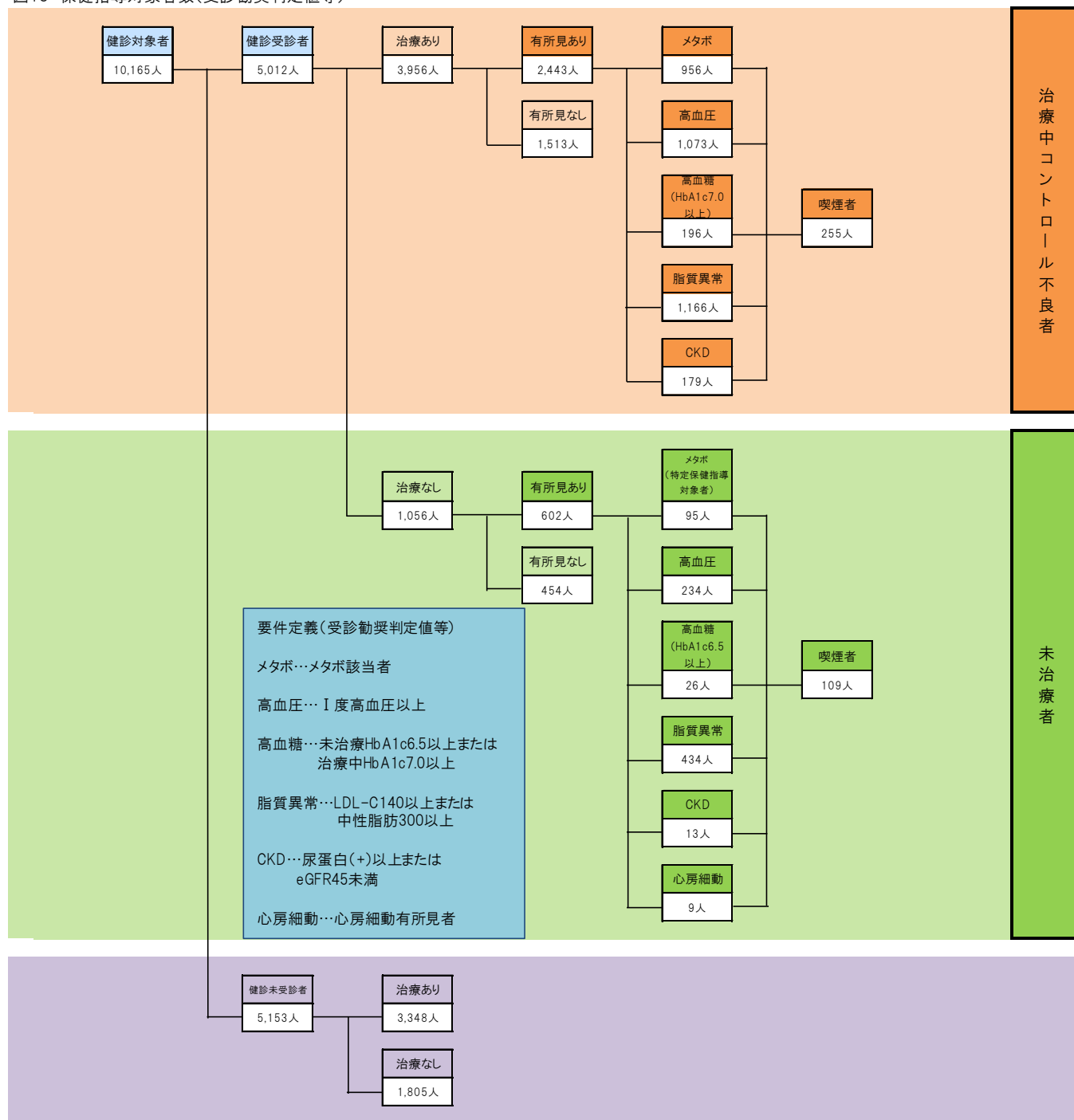
女性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者	該当者			
					高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
40-64歳	人数	676	22	54	3	37	14	74	12	4	35	23
	割合	26.6%	3.3%	8.0%	0.4%	5.5%	2.1%	10.9%	1.8%	0.6%	5.2%	3.4%
65-74歳	人数	1,866	28	114	9	83	22	268	34	11	116	107
	割合	73.4%	1.5%	6.1%	0.5%	4.4%	1.2%	14.4%	1.8%	0.6%	6.2%	5.7%
保険者計	人数	2,542	50	168	12	120	36	342	46	15	151	130
	割合	100.0%	2.0%	6.6%	0.5%	4.7%	1.4%	13.5%	1.8%	0.6%	5.9%	5.1%

※抽出データ:KDB「様式5-3」

④重症化予防対象者の状況

- ・健診受診者の状況を受診勧奨判定値で見ると生活習慣病治療ありの者は 3,956 人、うち治療中有所見ありの者は 2,443 人、うち重症化リスクとなるメタボ、高血圧、脂質異常が高くなっています。生活習慣病治療なしで有所見ありの者は 602 人、うち重症化リスクとなる脂質異常、高血圧が高くなっています。(図 18)
- ・健診受診者のうち、HbA1c6.5 以上は男性 261 人、女性 202 人の計 463 人であり、うち、HbA1c6.5 以上の未治療者は男性 33 人、女性 23 人で、HbA1c7.0 以上の治療中コントロール不良者は男性 118 人、女性 76 人です。(表 45、表 46)
- ・健診受診者のうち、血圧Ⅱ度以上は男性 143 人、女性 108 人の計 251 人であり、健診受診者全体の約 5%が血圧Ⅱ度以上となっています。うち、血圧Ⅱ度以上の未治療者は男性 64 人、女性 44 人の計 108 人、血圧Ⅱ度以上の治療中コントロール不良者は男性 79 人、女性 64 人です。(表 47、表 48)
- ・健診受診者のうち、LDL-C160 以上は男性 207 人、女性 409 人の計 616 人です。うち、LDL-C160 以上の未治療者は男性 145 人、女性 266 人で、LDL-C160 以上の治療中コントロール不良者は男性 62 人、女性 143 人です。(表 49、表 50)
- ・健診受診者を CKD 重症度分類でみると、末期腎不全、心血管死の発症リスクが最も高いステージ(赤)が男性 57 人、女性 18 人の計 75 人です。うち尿蛋白(+)以上の未治療者は男性 24 人、女性 9 人であった。一方で、リスクの高いステージには該当していないものの尿蛋白が(+)以上で未治療のリスク者は男性 35 人、女性 16 人となっています。(表 51、表 52)

図18 保健指導対象者数(受診勧奨判定値等)



※抽出データ:KDB「様式5-5」、FKAC171

表45 重症化予防の観点からみた健診状況(HbA1c)

男性	6.5未満		6.5-6.9		7.0-7.9		8.0以上		再掲				計
									(未治療者)			(治療中者)	
									6.5-6.9	7.0-7.9	8.0以上	7.0以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	人数	人数	人数	
40-64歳	551	91.7%	23	3.8%	17	2.8%	10	1.7%	5	2	2	23	601
65-74歳	1,544	88.0%	109	6.2%	67	3.8%	35	2.0%	17	4	3	95	1,755
計	2,095	88.9%	132	5.6%	84	3.6%	45	1.9%	22	6	5	118	2,356

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表46 重症化予防の観点からみた健診状況(HbA1c)

女性	6.5未満		6.5-6.9		7.0-7.9		8.0以上		再掲				計
									(未治療者)			(治療中者)	
									6.5-6.9	7.0-7.9	8.0以上	7.0以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	人数	人数	人数	
40-64歳	719	94.7%	19	2.5%	9	1.2%	12	1.6%	4	1	2	18	759
65-74歳	1,835	91.9%	100	5.0%	45	2.3%	17	0.9%	12	2	2	58	1,997
計	2,554	92.7%	119	4.3%	54	2.0%	29	1.1%	16	3	4	76	2,756

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表47 重症化予防の観点からみた健診状況(血圧)

男性	正常 正常高値		高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		再掲(未治療者)		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	Ⅱ度	Ⅲ度	
											人数	人数	
40-64歳	259	43.1%	201	33.4%	107	17.8%	27	4.5%	7	1.2%	15	4	601
65-74歳	652	37.1%	557	31.7%	438	24.9%	92	5.2%	17	1.0%	35	10	1,756
計	911	38.7%	758	32.2%	545	23.1%	119	5.0%	24	1.0%	50	14	2,357

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表48 重症化予防の観点からみた健診状況(血圧)

女性	正常 正常高値		高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		再掲(未治療者)		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	Ⅱ度	Ⅲ度	
											人数	人数	
40-64歳	415	54.7%	214	28.2%	110	14.5%	15	2.0%	5	0.7%	8	1	759
65-74歳	819	41.0%	665	33.3%	425	21.3%	74	3.7%	14	0.7%	30	5	1,997
計	1,234	44.8%	879	31.9%	535	19.4%	89	3.2%	19	0.7%	38	6	2,756

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

正常・正常高値:収縮期血圧130mmHg未満 または 拡張期血圧80mmHg未満

高値:収縮期血圧130～140mmHg未満 または 拡張期血圧80～90mmHg未満

Ⅰ度:収縮期血圧140～160mmHg未満 または 拡張期血圧90～100mmHg未満

Ⅱ度:収縮期血圧160～180mmHg未満 または 拡張期血圧100～110mmHg未満

Ⅲ度:収縮期血圧180mmHg以上 または 拡張期血圧110mmHg以上

表49 重症化予防の観点からみた健診状況(LDL-C)

男性	140未満		140～160未満		160～180未満		180以上		再掲(未治療者)		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	160～180未満	180以上	人数
40-64歳	394	65.6%	115	19.1%	59	9.8%	33	5.5%	44	23	601
65-74歳	1,354	77.1%	287	16.3%	84	4.8%	31	1.8%	56	22	1,756
計	1,748	74.2%	402	17.1%	143	6.1%	64	2.7%	100	45	2,357

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表50 重症化予防の観点からみた健診状況(LDL-C)

女性	140未満		140～160未満		160～180未満		180以上		再掲(未治療者)		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	160～180未満 人数	180以上 人数	
40-64歳	462	60.9%	157	20.7%	76	10.0%	64	8.4%	59	47	759
65-74歳	1,356	67.9%	372	18.6%	173	8.7%	96	4.8%	101	59	1,997
計	1,818	66.0%	529	19.2%	249	9.0%	160	5.8%	160	106	2,756

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表51 男性 慢性腎臓病(CKD)重症度分類

尿蛋白区分 GFR区分 (ml/分/1.73m ²)				A1		A2		A3					
								(－)		(±)		(＋)以上	
				(＋)	(2＋)	(3＋)	(＋)以上						
				尿検査・GFR 共に実施	2,440	2,347	0	93	58	23	12	59	
G1	正常 または高値	90以上	148	146	6.2%	0	0.0%	2	2.2%	1	1	0	2
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,741	1,702	72.5%	0	0.0%	39	41.9%	26	10	3	33
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	482	453	19.3%	0	0.0%	29	31.2%	19	9	1	18
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	56	41	1.7%	0	0.0%	15	16.1%	8	2	5	6
G4	高度低下	15-30 未満	9	5	0.2%	0	0.0%	4	4.3%	2	1	1	0
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4	0	0.0%	0	0.0%	4	4.3%	2	0	2	0

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表52 女性 慢性腎臓病(CKD)重症度分類

尿蛋白区分 GFR区分 (ml/分/1.73㎡)				A1		A2		A3							
				(－)		(±)		(＋)以上		再掲			再掲 (未治療者)		
										(＋)	(2＋)	(3＋)	(＋)以上		
尿検査・GFR 共に実施				2,826		2,795		0		31		24	7	0	25
G1	正常 または高値	90以上	155	152	5.4%	0	0.0%	3	9.7%	1	2	0	3		
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,111	2,098	75.1%	0	0.0%	13	41.9%	12	1	0	13		
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	521	515	18.4%	0	0.0%	6	19.4%	6	0	0	6		
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	34	27	1.0%	0	0.0%	7	22.6%	5	2	0	3		
G4	高度低下	15-30 未満	4	3	0.1%	0	0.0%	1	3.2%	0	1	0	0		
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1	0	0.0%	0	0.0%	1	3.2%	0	1	0	0		

⑤質問票の状況

- ・令和3年度の特定健診時の質問票について、該当割合が60%以上の項目は、「1回30分以上運動習慣なし(1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施の習慣がない)」と「1日1時間以上運動なし(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施の習慣がない)」となっており、県、同規模、国の割合を上回り、また、40-64歳が高くなっています。(表53、表54)

表53 質問票の状況

質問票項目		保険者				県	同規模	国	保険者
		H30	H31	R02	R03			R04	
服薬	高血圧	39.9%	39.7%	41.7%	41.6%	42.0%	37.2%	35.5%	41.2%
	糖尿病	9.1%	9.7%	9.9%	10.1%	10.8%	9.2%	8.6%	10.8%
	脂質異常症	26.8%	27.1%	28.4%	28.4%	30.8%	28.4%	27.4%	30.4%
既往歴	脳卒中	2.7%	2.5%	2.5%	2.5%	3.2%	3.3%	3.2%	2.6%
	心臓病	5.9%	6.0%	5.7%	6.1%	6.0%	6.0%	5.6%	5.7%
	腎不全	0.5%	1.0%	1.0%	1.0%	0.8%	0.8%	0.8%	1.0%
	貧血	4.8%	4.0%	3.1%	3.4%	6.4%	10.4%	10.5%	3.3%
生活習慣	喫煙	11.6%	12.0%	11.1%	11.4%	13.3%	12.5%	13.6%	11.4%
	20歳時の体重から10kg以上増加	35.8%	36.1%	35.3%	37.3%	36.9%	34.7%	35.2%	36.1%
	1回30分以上運動習慣なし	67.2%	68.4%	68.4%	69.3%	62.8%	60.0%	60.7%	70.2%
	1日1時間以上運動なし	61.9%	60.6%	60.3%	60.2%	54.6%	47.1%	48.5%	60.5%
	歩く速度が遅い	54.4%	55.4%	55.5%	55.1%	54.0%	51.0%	50.4%	56.0%
	食事がかみにくい、かめない	21.3%	21.2%	21.6%	22.2%	21.3%	22.0%	20.8%	22.2%
	食べる速度が速い	27.2%	25.8%	25.6%	26.0%	25.4%	26.1%	27.1%	25.8%
	週3回以上就寝前夕食	18.9%	18.1%	16.8%	17.4%	15.3%	14.5%	15.6%	16.2%
	3食以外の間食を毎日	19.2%	19.7%	19.4%	19.8%	16.6%	21.2%	21.1%	20.7%
	週3回以上朝食を抜く	6.1%	6.6%	6.8%	7.1%	7.8%	8.2%	10.0%	7.0%
	睡眠不足	25.1%	24.6%	23.3%	23.8%	22.5%	23.9%	24.5%	24.7%
	毎日飲酒	25.5%	26.6%	26.0%	25.5%	25.5%	24.4%	25.5%	25.4%
1日の飲酒量	1合未満	49.1%	49.8%	50.3%	49.6%	58.5%	66.3%	65.1%	50.7%
	1～2合未満	36.1%	34.7%	35.7%	36.2%	29.5%	23.0%	23.3%	35.7%
	2～3合未満	12.7%	13.4%	12.1%	12.5%	10.1%	8.6%	9.0%	11.7%
	3合以上	2.2%	2.1%	1.9%	1.7%	2.0%	2.1%	2.6%	1.9%

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

表54 性・年代別にみた質問票の状況(令和04年度)

質問票項目		男性			女性			計			
		40-64 歳	65-74 歳	計	40-64 歳	65-74 歳	計	40-64 歳	65-74 歳	計	
										人数	割合
服薬	高血圧	29.7%	52.8%	46.6%	22.3%	41.9%	36.7%	25.7%	46.8%	1,909	41.2%
	糖尿病	8.6%	15.4%	13.6%	5.5%	9.4%	8.4%	6.9%	12.1%	498	10.7%
	脂質異常症	15.9%	26.6%	23.7%	20.4%	41.4%	35.8%	18.4%	34.7%	1,408	30.4%
既往歴	脳卒中	1.3%	5.0%	4.0%	1.0%	1.7%	1.5%	1.1%	3.1%	121	2.6%
	心臓病	4.8%	9.1%	8.0%	1.9%	4.4%	3.8%	3.2%	6.6%	263	5.7%
	腎不全	0.2%	1.8%	1.3%	0.9%	0.8%	0.8%	0.6%	1.2%	48	1.0%
	貧血	1.4%	1.6%	1.5%	9.2%	3.3%	4.8%	5.7%	2.5%	155	3.3%
生活習慣	喫煙	30.8%	17.1%	20.8%	7.5%	2.1%	3.6%	18.1%	8.9%	526	11.3%
	20歳時の体重から10kg以上増加	52.1%	40.7%	43.7%	30.3%	29.5%	29.7%	40.2%	34.5%	1,670	36.0%
	1回30分以上運動習慣なし	76.7%	67.5%	70.0%	79.0%	67.1%	70.3%	78.0%	67.3%	3,252	70.2%
	1日1時間以上運動なし	59.9%	58.1%	58.6%	62.7%	61.8%	62.1%	61.5%	60.2%	2,805	60.5%
	歩く速度が遅い	52.8%	55.4%	54.7%	60.1%	55.7%	56.9%	56.8%	55.6%	2,591	55.9%
	食事がかみにくい、かめない	17.2%	26.1%	23.7%	15.7%	22.9%	21.0%	16.4%	24.3%	1,029	22.2%
	食べる速度が速い	35.2%	26.5%	28.8%	26.3%	22.1%	23.2%	30.4%	24.1%	1,193	25.7%
	週3回以上就寝前夕食	24.5%	20.1%	21.3%	14.3%	11.2%	12.0%	18.9%	15.2%	751	16.2%
	3食以外の間食を毎日	14.8%	13.0%	13.5%	30.0%	25.4%	26.6%	23.2%	19.8%	959	20.7%
	週3回以上朝食を抜く	17.0%	5.7%	8.7%	12.0%	3.3%	5.6%	14.3%	4.4%	325	7.0%
	睡眠不足	28.4%	20.5%	22.6%	28.8%	25.5%	26.4%	28.7%	23.2%	1,143	24.7%
	毎日飲酒	42.8%	49.4%	47.6%	10.1%	6.1%	7.2%	24.9%	25.6%	1,179	25.4%
1日の飲酒量	1合未満	20.0%	26.5%	24.8%	27.5%	23.3%	24.4%	24.1%	24.8%	1,140	24.6%
	1～2合未満	28.6%	33.8%	32.4%	7.5%	3.8%	4.8%	17.1%	17.4%	801	17.3%
	2～3合未満	13.1%	11.2%	11.7%	0.9%	0.5%	0.6%	6.4%	5.4%	261	5.6%
	3合以上	4.3%	1.0%	1.9%	0.4%	0.0%	0.1%	2.2%	0.4%	42	0.9%

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

⑥特定保健指導の状況

- ・特定保健指導終了率は、令和4年 59.2%であり、平成30年と比較して上昇しています。県、同規模、国と比較すると高く、国の目標値である60%と比較すると低い状況にあります。また、男女別にみると男性は58.5%、女性は60.4%と男性が低くなっています。(表55、表56、表57、図19)
- ・男女年齢別に特定保健指導終了率をみると、男性では50-54歳、女性では55-59歳の実施率が低い状況です。(図20)

表55 特定保健指導の推移

	保険者			県			同規模			国		
	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率
平成30年	608	321	52.8%	15,396	4,108	26.7%	142,621	49,812	34.9%	949,164	225,564	23.8%
令和元年	622	346	55.6%	14,945	4,501	30.1%	137,995	49,443	35.8%	915,344	221,572	24.2%
令和02年	513	224	43.7%	13,165	4,251	32.3%	114,609	41,230	36.0%	816,644	194,170	23.8%
令和03年	596	234	39.3%	14,015	4,678	33.4%	123,134	44,293	36.0%	862,017	206,955	24.0%
令和04年	498	295	59.2%	13,155	4,818	36.6%	115,306	42,126	36.5%	814,917	203,239	24.9%

※抽出データ: 法定報告、KDB「地域の全体像の把握」

図19 特定保健指導の推移

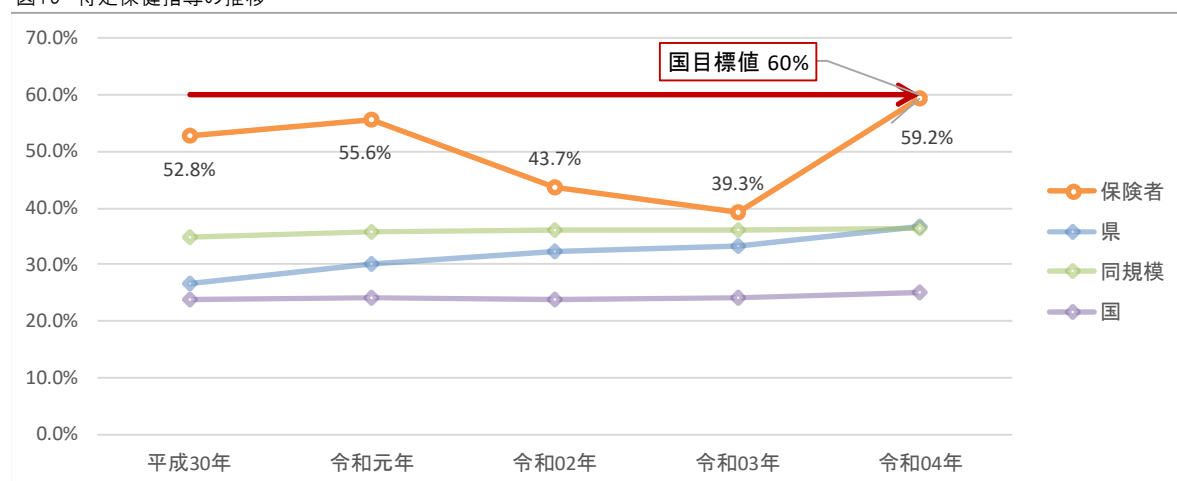


表56 特定保健指導率の推移(男性・年齢別)(令和04年度)

男性	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-64歳	134	38	22	60	44.8%
65-74歳	172	119	0	119	69.2%
計	306	157	22	179	58.5%

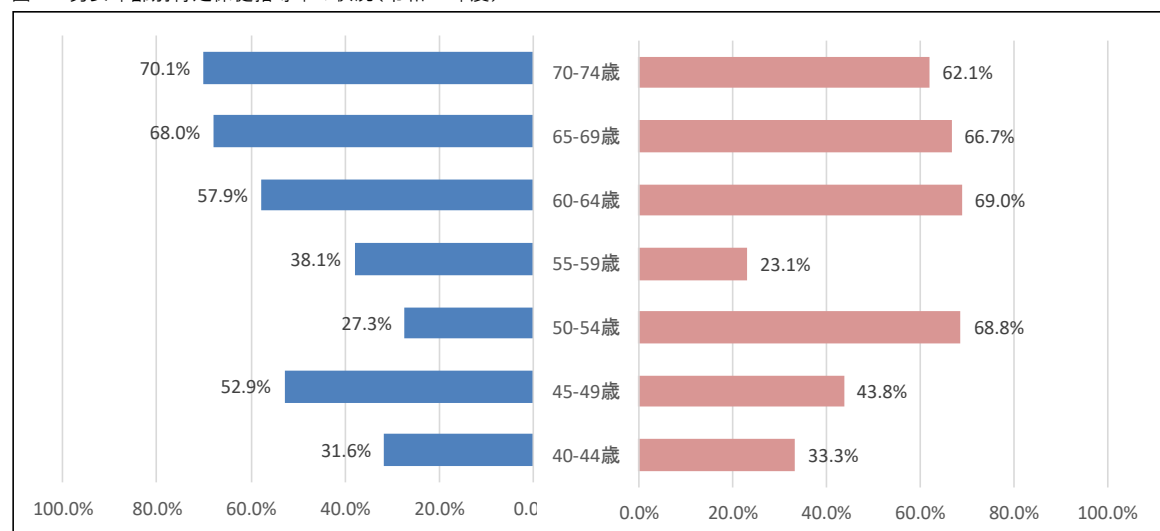
※抽出データ: 法定報告

表57 特定保健指導率の推移(女性・年齢別)(令和04年度)

女性	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-64歳	77	26	16	42	54.5%
65-74歳	115	74	0	74	64.3%
計	192	100	16	116	60.4%

※抽出データ: 法定報告

図20 男女年齢別特定保健指導率の状況(令和04年度)



(4) 多剤・重複処方、頻回・重複受診の状況

①多剤薬剤処方の情報

・6剤以上の薬剤処方を受けている者が男性 1,054 人、女性 1,076 人の計 2,130 人、うち 20 剤以上の薬剤処方を受けている者は男性 16 人、女性 6 人です。(表 58、表 59)

表58 (男性)多剤薬剤処方の状況

男性	6剤未満		6～10剤未満		10～15剤未満		15～20剤未満		20剤以上		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	772	68.3%	256	22.6%	78	6.9%	12	1.1%	13	1.1%	1,131
65歳以上	1,412	67.0%	512	24.3%	152	7.2%	28	1.3%	3	0.1%	2,107
計	2,184	67.4%	768	23.7%	230	7.1%	40	1.2%	16	0.5%	3,238

※抽出データ:令和04年7月 KDB「介入支援管理」

表59 (女性)多剤薬剤処方の状況

女性	6剤未満		6～10剤未満		10～15剤未満		15～20剤未満		20剤以上		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	903	73.7%	211	17.2%	87	7.1%	21	1.7%	3	0.2%	1,225
65歳以上	1,599	68.0%	546	23.2%	176	7.5%	29	1.2%	3	0.1%	2,353
計	2,502	69.9%	757	21.2%	263	7.4%	50	1.4%	6	0.2%	3,578

※抽出データ:令和04年7月 KDB「介入支援管理」

②重複服薬の状況

- ・2 医療機関以上で重複服薬が発生している者が男性 146 人、女性 191 人の計 337 人、うち 5 医療機関以上で重複服薬が発生している者は男性 12 人、女性 12 人です。(表 60)

表60 性年齢別重複服薬対象者の状況

	薬剤処方を受けている者	2医療機関で重複薬剤処方を受けている者	3医療機関で重複薬剤処方を受けている者	4医療機関で重複薬剤処方を受けている者	5医療機関以上で重複薬剤処方を受けている者	重複薬剤服薬者総計	
64歳以下	1,131	27	13	7	4	51	4.5%
65歳以上	2,107	41	31	15	8	95	4.5%
男性計	3,238	68	44	22	12	146	4.5%
64歳以下	1,225	29	17	9	2	57	4.7%
65歳以上	2,353	61	46	17	10	134	5.7%
女性計	3,578	90	63	26	12	191	5.3%
総計	6,816	158	107	48	24	337	4.9%

※抽出データ: 令和04年7月 KDB「介入支援管理」

③頻回受診の状況

- ・1 ヶ月に同一の医療機関を1日以上受診した者が男性 3,805 人、女性 4,198 人の計 8,003 人、うち 15 日以上頻回受診が発生している者は男性 7 人、女性 10 人です。(表 61、表 62)

表61 (男性)頻回受診の状況

男性	15～19日		20日以上		計 (1日以上)
	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	0	0.0%	0	0.0%	1,407
65歳以上	5	0.2%	2	0.1%	2,398
計	5	0.1%	2	0.1%	3,805

※抽出データ: 令和04年7月 KDB「介入支援管理」

表62 (女性)頻回受診の状況

女性	15～19日		20日以上		計 (1日以上)
	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	3	0.2%	2	0.1%	1,558
65歳以上	2	0.1%	3	0.1%	2,640
計	5	0.1%	5	0.1%	4,198

※抽出データ: 令和04年7月 KDB「介入支援管理」

④重複受診の状況

- ・1 ヶ月に2医療機関以上受診している者が男性1,391人、女性1,674人の計3,065人、うち5医療機関以上を受診している者は男性23人、女性22人です。(表63、表64)

表63 (男性)重複受診の状況

男性	2医療機関		3医療機関		4医療機関		5医療機関以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
64歳以下	310	73.1%	89	21.0%	17	4.0%	8	1.9%
65歳以上	691	71.5%	202	20.9%	59	6.1%	15	1.6%
計	1,001	72.0%	291	20.9%	76	5.5%	23	1.7%

※抽出データ: 令和04年7月 KDB「介入支援管理」

表64 (女性)重複受診の状況

女性	2医療機関		3医療機関		4医療機関		5医療機関以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
64歳以下	383	72.0%	115	21.6%	29	5.5%	5	0.9%
65歳以上	810	70.9%	254	22.2%	61	5.3%	17	1.5%
計	1,193	71.3%	369	22.0%	90	5.4%	22	1.3%

※抽出データ: 令和04年7月 KDB「介入支援管理」

第3章 第2期データヘルス計画に係る評価と考察

1. 中長期目標の達成状況

第2期計画において、中長期目標の疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患、慢性腎不全等の重症化予防を進めてきました。平成28年度（基準年度）と令和4年度（最終評価）、令和5年度（目標値）についての達成状況に係る評価は以下のとおりです。

なお、高度医療の発展等により入院医療費は年々増加しており、医療費総額を単純に経年比較し評価することが困難であることから、第2期の中間評価時において、評価の精度を向上させるため、指標（目標値）を「脳血管疾患、虚血性心疾患の患者数と患者割合」に変更しました。

- ・脳血管疾患に係る患者数・患者割合について、平成28年度と令和4年度を比較すると患者数・患者割合ともに減少し、目標値を達成しています。
- ・虚血性心疾患に係る患者数・患者割合については、患者数・患者割合ともに減少し、目標値を大幅に上回り、達成しています。
- ・人工透析に係る患者数については、横ばい状態で、目標値についても維持しています。

上記のことからも、今後さらに短期目標に基づいた個別保健事業の充実を図ります。

【中長期目標評価指標の達成状況】

中長期目標	評価指標	基準年度 実績値	最終評価 実績値	第2期計画 の目標値	第2期計画 の達成状況	次期計画 の方向性
		H28	R4	R5		
脳血管疾患の減少	患者数(人)	725	504	504	維持→	継続
	患者割合(%)	4.6	3.7	3.9	維持→	継続
虚血性心疾患の減少	患者数(人)	906	607	619	改善↑	継続
	患者割合(%)	5.4	4.5	4.9	改善↑	継続
糖尿病性腎症の減少	新規人工透析患者数(人)	8	7	8	維持→	継続

2. 短期目標の達成状況

第2期計画において、短期目標の疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の重症化予防を進めてきました。

短期目標の疾患を早期発見・早期改善のために受ける特定健康診査及び特定保健指導について、平成28年度（基準年度）と令和4年度（最終評価）、令和5年度（目標値）についての達成状況に係る評価は以下のとおりです。

- ・特定健診受診率について、平成28年度と令和4年度を比較すると、受診率は1.7ポイント上昇したが、令和5年度目標の55%を下回っています。
- ・特定保健指導終了率について、平成28年度と令和4年度を比較すると、終了率は2.4ポイント低下したが、国目標値の60%に近接した高い終了率となっています。
- ・高血圧症（Ⅱ度以上（未治療者））については、目標に近い値で推移しているが、目標を達成していません。
- ・糖尿病（HbA1c6.5%以上（未治療者））について、平成28年度と令和4年度を比較すると、0.5ポイント悪化しているが、令和5年度目標値を達成しています。
- ・脂質異常症（LDL-C180mg/dl以上（未治療者））については、目標を達成しています。
- ・メタボリックシンドローム該当者については、目標に近い値で推移しているが、目標を達成していません。

【短期目標評価指標の達成状況】

短期目標	評価指標	基準年度 実績値	最終評価 実績値	第2期計画 の目標値	第2期計画 の達成状況	次期計画 の方向性
		H28	R4	R5		
特定健診受診率の増加	特定健診受診率	46.5%	48.2%	55.0%	改善↑	継続
特定保健指導終了率の増加	特定保健指導終了率	61.6%	59.2%	62.0%	維持→	継続
高血圧症の減少	Ⅱ度以上(未治療者) 人数(人)	125	132	125	維持→	継続
	Ⅱ度以上(未治療者) 割合(%)	3.8%	4.7%	4.0%		
糖尿病の減少	HbA1c6.5%以上(未治療者) 人数(人)	149	149	180	維持→	継続
	HbA1c6.5%以上(未治療者) 割合(%)	3.0%	3.5%	3.8%		
脂質異常症の減少	LDL-C180mg/dl以上(未治療者) 人数(人)	172	133	144	維持→	継続
	LDL-C180mg/dl以上(未治療者) 割合(%)	4.2%	4.0%	3.8%		
メタボリックシンドロームの減少	該当者(2項目以上該当)	1,111	1,021	1,097	維持→	継続
	該当者(2項目以上該当)割合 (%)	20.2%	21.6%	21.0%		

3. 個別保健事業実施計画の評価

個別保健事業	評価指標	基準年度実績値	最終評価実績値	第2期計画の目標値	第2期計画の達成状況	次期計画の方向性
		H28	R4	R5		
①特定健診未受診者対策事業	事業対象者のうち特定健診受診者数の割合	46.5%	48.2%	55.0%	改善	継続
②特定健診受診者フォローアップ事業	事業対象者のうち医療機関受診割合	6.5%	17.6%	12.0%	維持	継続
③重症化予防訪問指導	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合	33.2%	32.1%	31.5%	維持	継続
	【血圧】 140/90mmHg以上の割合減少	26.1%	25.7%	19.5%	維持	
	【血糖値】 HbA1c6.5以上の割合減少	7.3%	10.4%	3.3%	悪化	
	【脂質】 LDLコレステロール140以上の割合減少	26.9%	24.4%	28.0%	改善	
④糖尿病性腎症重症化予防事業	新規人工透析患者数	8人	7人	8人	維持	継続
⑤慢性腎臓病(CKD)対策事業	新規人工透析患者数	8人	7人	8人	維持	継続
⑥ジェネリック医薬品普及啓発	使用率	73.7%	87.2% 年度平均	87.0%	改善	継続
⑦受診行動適正化指導	重複・頻回受診者対策	7人	1人	1人	維持	継続
	重複服薬者の訪問対策	-	1人	1人	維持	
⑧脳ドック助成事業	半額助成件数	189人	175人	250人	維持	継続
⑨慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策	特定健診問診票の喫煙習慣がある者の割合	12.2%	11.4%	11.0%	維持	継続
⑩こどもの生活習慣病対策	3歳6か月児健診における肥満傾向の割合	5.5%	5.8%	2.8%	維持	継続

第4章 健康課題の明確化

1. 健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題の明確化

(1) 伊達市の特性(人口構成、人口動態、世帯人員構成、産業構成など)

伊達市の人口は令和4年9月30日現在57,754人で、うち老年人口割合は36.3%となっており、平成30年と比較すると年少・生産年齢人口は減少し高齢化が進行しています。国保人口においても前期高齢者の占める割合は52.0%となっています。

令和4年の平均余命は、圏域、県と比べて男性は短く、女性は長くなっています。平均自立期間は、圏域、県、国と比べて男性は短く、女性は長くなっています。平均余命から平均自立期間を引いた不健康期間は男性では1.5年、女性では3.3年となっています。

死因別死亡では悪性新生物、心疾患、老衰の順に高くなっており、いずれも圏域、県、国を上回っています。

(2) 介護

1号被保険者における要介護認定者数は平成30年と比較して103人増加しており、要介護1が最も多く、要介護2、要介護3と続きます。国保及び後期高齢者医療の認定状況をみると男性1,430人、女性2,996人と女性が多い状況です。

1号被保険者の有病状況をみると、心臓病の割合が最も高く、次いで筋・骨疾患、精神疾患、脳疾患となっています。また、2号被保険者では筋・骨疾患が最も高く、次いで心臓病、脳疾患となっています。

介護総給付費は約67億円、1件当たりの介護給付費は62,933円と平成30年と比較すると増加しています。

(3) 医療

令和4年度の1件当たり医療費(入院+外来)は平成30年度と比較して増加しており、県、同規模、国を下回り、県内順位は59市町村中49位、同規模238市町村中201位となっています。

大分類医療費を疾病別にみると新生物が最も高く、次いで循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患と続き、うち循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患は県、同規模、国を上回っています。医療費の生活習慣病内訳では、循環器系の疾患は高血圧が約3割を占め、内分泌、栄養及び代謝疾患では糖尿病が約6割を占めています。

80万円以上の高額レセプト件数は、悪性新生物が最も高く、次いで脳血管疾患となっており、費用額に占める割合においても悪性新生物に占める割合が最も高く、次いでその他の心疾患となっています。

人工透析患者は、令和4年32人となっており、平成30年と比較して9人減少しています。人工透析費用は平成30年と比較すると減少しています。一方で後期では

103 人と平成 30 年と比較すると 4 人増加し、人工透析費用は減少しているが、国保・後期医療費比率は 3.2 倍となっています。人工透析の合併症をみると、約 4 割が糖尿病を、約 2 割が虚血性心疾患、脳血管疾患を併発しています。

(4) 健診・保健指導

特定健康診査受診率は 49.6% で同規模、県、国と比較して上回っており、県内 59 市町村中 28 位となっています。男女別では女性の受診率が男性に比べて 8.3 ポイント高く、受診率が高いのは、男性は 70-74 歳、女性は 65-69 歳、受診率が低いのは、男女ともに 40-44 歳となっています。

特定健診受診者と未受診者の 1 人当たり生活習慣病医療費をみると、特定健診受診者は約 6 万円で健診未受診者は約 28 万円と約 4.7 倍の差がみられます。

令和 3 年度の健診有所見者状況（血管を傷つける）は、県、国と比較して男性では尿酸、女性では HbA1c、尿酸、収縮期血圧の割合が高いです。メタボ以外の動脈硬化要因の LDL-C、臓器障害の心電図は男女ともに高くなっています。メタボ予備群・該当者の状況は、男女ともに予備群では高血圧が高く、該当者では血圧+脂質を重複している割合が高い状況です。

重症化予防対象者で未治療の者は、HbA1c6.5 以上では 56 人（12.1%）、血圧Ⅱ度以上では 108 人（43.0%）、LDL-C160 以上では 411 人（66.7%）です。CKD 重症度分類では未治療者が 84 人（67.7%）です。また、治療中の者 HbA1c7.0 以上では 194 人、血圧Ⅱ度以上では 143 人、LDL-C160 以上では 205 人となっています。

健診質問票の状況の生活習慣の項目では、「1 回 30 分以上運動習慣なし」、「1 日 1 時間以上運動なし」と回答した割合が高く、県、同規模、国を上回っています。

2. 第 2 期データヘルス計画の評価からみる課題

第 2 期データヘルス計画では、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費が高額で死亡率も高いことから、それらの疾病の発症予防・重症化予防を重点的に進めてきました。

そのため、①脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への移行を予防し、医療費の伸びを抑えること、②受診勧奨レベルの方に早期受診を促し、治療の継続等重症化予防を図ることで入院医療費を抑えることを目標として計画を進めてきました。

その結果、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病に係る医療費及び患者割合は横ばいで推移しており、実施する保健事業が医療費適正化につながったと考えられます。今後も重症化予防に向けて、特定健診の受診率及び特定保健指導率の向上、重症化予防等の保健事業を継続して実施していく必要があります。

3. 質的情報の分析及び地域資源の状況

(1) 質的情報の分析

これまで血圧対策を柱に個別訪問指導の強化を進めてきた結果、血圧値の有所見者率は減少してきましたが、一方で、血糖値や腎機能の有所見者率が経年で増加傾向にあります。

その背景として、個別訪問時の対象者への聞き取りから、食べ過ぎ・運動不足等生活習慣の乱れが改善されていない実情がうかがえました。また、質問票の結果からも県や同規模と比べると生活習慣に差がみられます。

活動量に見合った食品エネルギー摂取と、適正な量や質の食品摂取の選択が重要であるため、「食」の影響が大きく関与していると考えられます。

(2) 地域資源の状況

特定健診の結果から見える地域の健康課題を解決するため、特定保健指導・重症化予防事業などを実施しています。

各行政区から推薦された健幸づくり推進員 415 人に対し、保健師等から健診結果に基づく生活習慣病の予防のための研修会を開催しています。健康課題や体のメカニズムからみた生活習慣病予防の必要性を伝達し、健幸づくり推進員が健康づくりに関心をもち、よい生活習慣の重要性について知る取り組みを行っています。市民に対し、出前講座の活用を促し、地域における健康学習の契機となるよう推進しています。

食生活改善推進員は、食の改善に特化したボランティア団体であり、伊達市では、約 45 人が、「減塩の日」の街頭啓発や、伊達高校に出向き減塩対策を普及する等、地域での食習慣について、情報を発信しています。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、フレイルや低体重などのハイリスクとなる高齢者に対し、管理栄養士による個別訪問指導のほか、「通いの場」を活用し、保健師・栄養士・歯科衛生士による健康教育を行い、生活習慣の予防の重要性を伝え、健康増進を図るよう促しています。「通いの場」伊達市元気づくり会は、身近な集会所等に週 2 回集まり、90 分の運動活動と交流による心身の健康維持・増進、健康づくり、また介護予防対策システムとして、市内約 140 か所で開催し、地域の人々の健康づくり・元気づくりの拠点となっています。

これら事業を介して、参加する市民一人ひとりの健康づくりに寄与するため、市民、地区組織等と連携し、地域全体の健康課題の解決へ向けて取り組んできました。

4. 健康課題解決のための優先順位

- (1) 伊達市では、大分類医療費を疾病別にみると、新生物（腫瘍）の医療費割合が最も高く、次いで循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病含む）が高い状況です。循環器系の疾患の中でも心疾患の死亡率が高く、80万円以上の高額医療に占める割合でも高い状況です。

生活習慣病等の詳細な医療費をみると、循環器系の疾患は高血圧症が約 3 割を占め、内分泌、栄養及び代謝疾患では糖尿病が約 6 割を占めています。脳・心・腎重症化予防のため、継続して適正受診をすすめ、保健指導等の個別支援を実施していく必要があります。

また、高額な医療費の疾病割合が最も高い悪性新生物の早期発見のために、健康推進課と連携して、がん検診の受診率向上に努めます。

- (2) 特定健康診査受診率は男性 43.3%、女性 53.1%となっており、男性の受診率が低いです。年代別には男女ともに 40-44 歳の受診率が最も低くなっています。健康状態の把握のために、医療を受けていても健診受診をすることは重要です。特定保健指導は健診結果が起点であり、未受診者に対して積極的な受診勧奨を実施し、受診率の向上に取り組む必要があります。

- (3) 健診の有所見者状況において、男性では尿酸、LDL-C、心電図、女性では HbA1c、尿酸、収縮期血圧、LDL-C、心電図が県・国を上回っています。また、メタボ予備群・該当者の状況では男女ともに予備群では高血圧、該当者では血圧+脂質を重複している割合が高い状況です。未治療者の状況では HbA1c6.5 以上、血圧Ⅱ度以上、LDL-C160 以上、尿蛋白(+)以上の項目で未治療者が存在し、治療中のコントロール不良者も多い状況です。重症化予防の観点から未治療者を医療機関受診につなげ、治療中コントロール不良者に対しては医療機関との連携を図ることが必要です。

第5章 目的・目標の設定

1. 目的

人口減少・少子高齢化社会においても市民ひとりひとりが健康で幸せな生活を送ることができ、伊達市で暮らすことに豊かさとゆとりを実感することができるよう、生活の質を高め、健康格差を縮小し、健康寿命の延伸を目指します。そのために、死因の多くを占め、医療費が高額で、要介護の要因疾患でもある「生活習慣病」の発症予防と重症化予防を目的とします。

2. 目標

(1) 中長期目標

これまでの健診・医療情報の分析により、医療費が高額となる疾患、6ヵ月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」の減少を目標とします。

また、令和8年度には進捗管理のため中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しを行います。

なお、被保険者の減少に伴う患者数及び医療費の減少は見込まれるものの、高齢化の進行を考えると被保険者数の減少率以上の削減は困難と判断し、目標値は伊達市の人口推計及び被保険者数の減少率を考慮し設定しました。

あわせて、高度医療の発展等により入院医療費は年々増加しており、経年比較をすることが困難なことから、第2期の中間評価時において評価の精度を向上させるため、指標を「脳血管疾患、虚血性心疾患の患者数の割合」に変更した経緯を踏まえ、第3期の目標も同様とします。

項目		指標	目標値							
			計画策定 時実績				中間評価 年度			最終評価 年度
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
脳血管疾患の 減少	患者数	令和4年比	504	504	431	401	372	335	312	288
	患者割合	0.1ポイント減 少	3.7%	3.9%	3.7%	3.7%	3.7%	3.6%	3.6%	3.6%
虚血性心疾患の 減少	患者数	令和4年比	607	619	524	487	452	410	381	353
	患者割合	0.1ポイント減 少	4.5%	4.9%	4.5%	4.5%	4.5%	4.4%	4.4%	4.4%
新規人工透析の 減少	患者数	令和4年比 同率	7	8	7	6	6	5	5	5
(参考)被保険者数見込み (KDBは毎年7月基準で実績)		県見込み	13,535	12,672	11,642	10,825	10,043	9,318	8,666	8,012

※患者割合：被保険者に占める割合

(2) 短期目標

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」「メタボリックシンドローム」の減少を目標とします。

具体的には「日本人の食事摂取基準（2020年度版）」を基に毎年の血圧、血糖、脂質の検査結果を改善します。生活習慣病には自覚症状がないため、健診の機会を提供し受診者の健康状態に応じた保健指導を実施し生活習慣病の発症予防、重症化予防につなげることが重要です。特定健診、特定保健指導の目標値は「第7章 第4期特定健康診査等実施計画」に記載します。

項目		指標	目標値							
			計画策定 時実績				中間評価 年度			最終評価 年度
			2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
高血圧	Ⅱ度以上(未治療者)人数(人)	令和5年度 同率	132	125	122	113	105	98	91	84
	Ⅱ度以上(未治療者)割合(%)		4.7%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%
糖尿病	HbA1c6.5%以上(未治療者)人数(人)	令和4年度 同率	149	180	161	150	139	129	120	112
	HbA1c6.5%以上(未治療者)割合(%)		3.5%	3.8%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
脂質異常症	LDL-C160mg/dl以上(未治療者)人数(人)	令和5年度 同率	133	144	137	127	118	110	102	95
	LDL-C160mg/dl以上(未治療者)割合(%)		4.0%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%
メタボ該当者	該当者及び予備群の人数(人)	令和5年度 同率	1,486	1,798	1,498	1,295	1,181	1,015	866	751
	該当者及び予備群の割合(%)		32.1%	31.0%	29.0%	27.0%	26.5%	24.5%	22.5%	21.0%

※割合：治療なし者に占める割合

※健診受診率は目標の55%と仮定して算出。

第6章 保健事業実施計画

1. 個別保健事業一覧

中長期目標及び短期目標を達成するために、下記の保健事業を実施する。

No	保健事業名称
1	特定健診未受診対策
2	特定保健指導訪問事業
3	重症化予防訪問事業
4	受診勧奨値を超えている方への対策
5	糖尿病性腎症重症化予防事業
6	慢性腎臓病（CKD）対策事業
7	国保脳ドック助成事業
8	福島県県民健康調査結果に基づく保健指導
9	慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策
10	こどもの生活習慣病対策
11	地域包括ケアの推進事業
12	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ①ポピュレーションアプローチ ②元気づくり会

2. 個別保健事業

(1) 特定健診未受診対策

事業の目的		特定健診の受診勧奨を実施することで、生活習慣病の早期発見及び重症化予防を図る			
対象者		特定健診受診対象者、過去3年に1回以上未受診者、次年度40歳到達者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率の向上	48.2%	52.0%	55.0%
	アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者受診勧奨割合	100.0%	100.0%	100.0%
次年度40歳到達者への受診勧奨割合		100.0%	100.0%	100.0%	
事業内容	ストラクチャー (実施体制)	①国保部門と衛生部門の庁内連携を図り、年間スケジュール、予算等の打ち合わせを2回以上実施する。 ②未受診者勧奨委託業者とハガキ送付等の時期についての打合せを2回以上実施する。 ③健診日時内容について広報誌に掲載し受診勧奨を図る。 ④健診委託機関と実施体制について連携を図り、リピーター率の向上を図る。 ⑤集団健診の申し込み及び実施をスムーズにできるようにWEB申し込みも行う。 ⑥保健事業交付金を活用し、勧奨通知発送業務を事業者に委託し実施する。			
	プロセス (実施方法)	①生活習慣病の現状及び特定健診に係る情報を広報に掲載する。 ②前年度特定健診結果データとレセプトデータから事業対象者を抽出し、受診勧奨のハガキを送付する。 ③通知文には特定健診（集団健診）の情報のほかに、生活習慣病の特徴、健診受診の重要性等も記載する。 ④健診を受けやすくするために、休日健診の日程を2日以上設定する。 ⑤個別健診の医療機関数を増やし受診機会を多くする。 ⑥伊達医師会管内医療機関に受診勧奨チラシの配布、声掛けなど協力依頼する。 ⑦年度末に事業対象者の健診受診状況を確認する。			

(2) 特定保健指導訪問事業

事業の目的		特定保健指導対象者に訪問で特定保健指導を実施し、生活習慣病の重症化予防を図る			
対象者		特定健診の受診結果から特定保健指導の対象者と判定された者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	メタボ該当者及び予備軍の割合	32.1%	26.5%	21.0%
	アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	100.0%	100.0%	100.0%
		特定保健指導終了率	59.2%	60.5%	62.0%
事業内容	ストラクチャー (実施体制)	①集団健診の健診結果は、健診実施の約1か月後に事業者から結果データを受領する。 ②施設健診の健診結果は、健診実施の約2か月後以降に国保連合会から結果データを受領する。 ③集団健診は健康推進課が、施設健診は国保年金課が健診結果データをシステムに取り込む。 ④健康推進課が、システムにより特定保健指導の対象者を判定し、抽出する。 ⑤健康推進課は抽出した対象者データを国保年金課に共有する。 ⑥国保年金課が特定保健指導の通知を作成し送付する。 ⑦特定保健指導は保健師及び管理栄養士が地区割で担当する。 ⑧保健指導の効果がでる力量形成のため、研修に参加する。			
	プロセス (実施方法)	①健診結果を取り込み、特定保健指導の対象者を抽出する。 ②国保年金課と健康推進課で連携を図り、特定保健指導に関する通知送付日について共有し送付する。 ③通知送付後に初回訪問を行う。 ④国保年金課が法定報告を行う。			

(3) 重症化予防訪問事業

事業の目的		特定健診受診者の血圧・血糖値・腎機能低下の認められる対象者に対し、重症化予防のための保健指導を行う。			
対象者		血糖値、血圧、腎機能の有所見者 ①糖対策 ・未治療者：HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126以上、質問票「糖治療なし」 ・コントロール不良者：HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上、質問票「通院中」（服薬なしを含む） ②血圧対策 ・未治療者：Ⅱ度・Ⅲ度高血圧（降圧剤服用なし） ③CKD対策 ・尿蛋白（2+）以上 ・尿蛋白（+）かつ尿潜血（+）以上 ・eGFR50未満（70歳以上は40未満）			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	重症化予防の該当率	38.0%	30.0%	30.0%
	アウトプット (実施量・率) 指標	訪問実施数	592人	599人	599人
		訪問実施率	90.9%	92.0%	92.0%
事業内容	ストラクチャー (実施体制)	①特定健診受診結果により、要精密検査、要治療など通知する。 ②伊達医師会と連携し、医療機関へ対象者が受診することについてお知らせする。 ③保健指導数が確保できる体制整備。 ④保健指導は保健師及び管理栄養士が地区割で担当する。 ⑤保健指導の効果がでる力量形成のため、研修に参加・実施する。			
	プロセス (実施方法)	①健診結果を取り込み、重症化予防訪問事業の対象者を抽出する。 ②医療機関への受診勧奨が円滑にできるよう、伊達医師会と連携し、対象者に対する受診勧奨通知送付をお知らせする。 ③地区担当保健師が個別に訪問し保健指導や医療機関受診勧奨を実施する。 ④栄養・食生活の適正化に努めていくため、対象者の生活スタイルに合わせたきめ細やかで継続的な保健指導を行う。 ⑤医療が必要な者に対して、治療継続の勧奨を行う。 ⑥糖尿病が重症化する高リスク者に対し、受診勧奨を行い、医療機関との連携に基づく保健指導を行う。 ⑦3～4か月後にレセプト情報を確認し、医療機関未受診であれば、再勧奨を行う。			

(4) 受診勧奨値を超えている方への対策

事業の目的		特定健診の受診結果から早期治療につなげることで、生活習慣病の重症化予防を図る			
対象者		特定健診結果が医療機関受診勧奨値を超えているが、医療機関受診がない者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	医療機関受診率	17.6%	20.0%	20.0%
事業内容	アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%
	ストラクチャー (実施体制)	①特定健診受診結果により、要精密検査、要治療など国保年金課において対象者を抽出する。 ②伊達医師会と連携し、医療機関へ対象者が受診することについてお知らせする。 ③対象者へ通知することを健康推進課と情報共有する。 ④保健事業交付金を活用し、勧奨通知発送業務を事業者に委託するなどし実施する。			
	プロセス (実施方法)	①前年特定健診結果とレセプトデータから事業対象者を抽出する。 ②対象者へ送付する医療機関受診勧奨通知文には現在の健康状態及び健康リスクを記載する。 ③年1回、当年度の集団健診開始前に発送する。 ④発送前に健康推進課及び伊達医師会に情報共有する。 ⑤年度末に事業対象者の医療機関受診状況を確認する。			

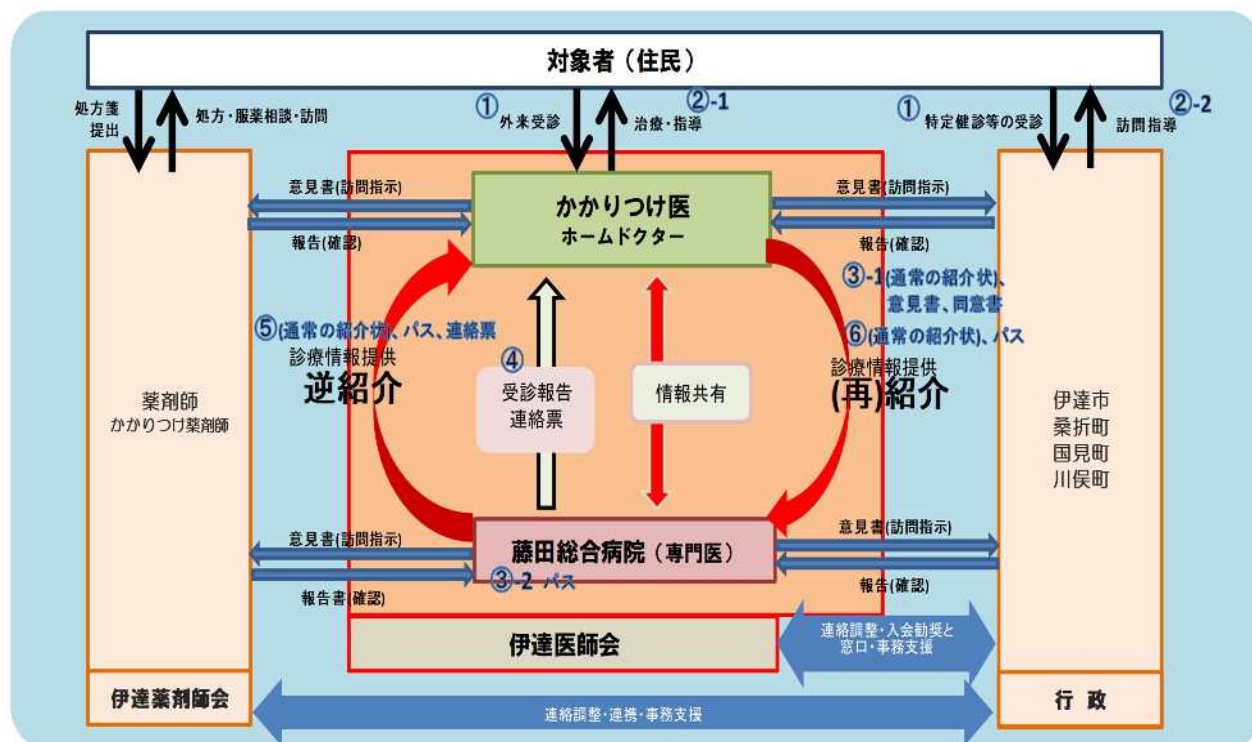
(5) 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的		糖尿病の合併症である糖尿病性腎症の重症化を予防し、糖尿病性腎症重症化による新規人工透析患者数の減少を図る			
対象者		① 特定健診結果医療機関未受診者・糖尿病治療中断者に対する受診勧奨 ・特定健診結果から空腹時血糖、HbA1c、尿蛋白、e-GFRが基準値を超えている人。 ・過去に糖尿病治療歴があるが一定期間糖尿病受診歴が確認できない人。 ②重症化予防事業での糖・CKD対策対象者 糖対策 ・未治療者：HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126以上、質問票「糖治療なし」 ・コントロール不良者：HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上、質問票「通院中」（服薬なしを含む） CKD対策 ・尿蛋白（2+）以上・尿蛋白（+）かつ尿潜血（+）以上・eGFR50未満（70歳以上は40未満） ③伊達地域CKDネットワークの取り組みにおける対象者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	医療機関受診率	48.1%	50.0%	50.0%
	アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率（通知）	100.0%	100.0%	100.0%
		受診勧奨実施率（訪問）	92.2%	94.0%	94.0%
事業内容	ストラクチャー (実施体制)	①集団健診の健診結果は、健診実施の約1か月後に事業者から結果データを受領する。 ②施設健診の健診結果は、健診実施の約2か月後以降に国保連合会から結果データを受領する。 ③集団健診は健康推進課が、施設健診は国保年金課が健診結果データをシステムに取り込む。 ④健康推進課で糖尿病性腎症重症化予防の対象者を判定し、抽出する。 ⑤健康推進課は抽出した対象者データを国保年金課に共有する。 ⑥糖尿病性腎症重症化予防の通知は国保年金課で作成し送付する。 ⑦重症化予防事業対象者への訪問による保健指導は保健師及び管理栄養士が地区割で担当する。 ⑧保健指導の効果がでる力量形成のため、研修に参加・実施する。			
	プロセス (実施方法)	①伊達市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに従い、受診勧奨通知を送付する。集団健診結果送付のタイミングに合わせ、年10回程度送付する。 ②通知発送日については国保年金課と健康推進課で連携を図り共有する。 ③伊達医師会と連携し、医療機関へ対象者が受診することについてお知らせする。 ④年度末に事業対象者の医療機関受診状況や医療状況を確認する。 ⑤重症化予防事業として、保健指導を実施する。			

(6) 慢性腎臓病（CKD）対策事業

事業の目的		特定健康診査結果等により、CKD（慢性腎臓病）対象者を早期にかかりつけ医、または腎専門医を受診し、治療を継続するよう、重症化予防に向け、医師、薬剤師、行政専門職による連携した取り組みを実施する。			
対象者		①特定健診受診者の重症化予防対象者（CKD対策） ②伊達地域CKD対策ネットワーク（図21）紹介者 【紹介基準】 ・かかりつけ医へ受診勧奨基準：尿蛋白1+以上、もしくはe-GFRが60ml/分/1.73m ² 未満の者 ・かかりつけ医から専門医への紹介基準：Cr比0.5g/gCr以上、または尿蛋白2+以上、尿蛋白と血尿がともに1+以上、e-GFRが50ml/分/1.73m ² 未満のいずれかに該当する者			
今後の目標値	指標	評価指標（項目）	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム（成果）指標	①②新規人工透析者数	7	5	5
事業内容	アウトプット（実施量・率）指標	①特定健診受診者の（腎機能）受診勧奨対象者数	252	230	230
	ストラクチャー（実施体制）	①特定健診受診者の重症化予防事業の実施に基づき、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施する。 ②伊達地域CKD対策ネットワークにより、紹介基準に基づき、かかりつけ医から腎専門医へ紹介となった対象者に対し、医師、薬剤師、行政（管理栄養士等）が連携して継続的な健康支援を実施する。			
	プロセス（実施方法）	①特定健診受診者の重症化予防事業の実施に基づき、CKD対策対象者に対し、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施する。 ②伊達地域CKD対策ネットワーク連携パス利用対象者に対し、藤田総合病院から健康推進課へ連絡を受け、管理栄養士等が保健指導を実施する。 ③連携パスファイルに支援内容等を記載し、対象者本人・医療機関と情報を共有し保健指導を実施する。			

(図21) 伊達地域CKD対策ネットワーク



《事業の流れ》

- ① かかりつけ医で外来受診・健康診断などからの受診……………(※②-2健診結果により保健師・栄養士の訪問指導、受診勧奨)
- ②-1 基準値内であれば、通常治療

【CKDネットワーク】

- ③-1 基準値を超えたら、専門医へ紹介……………(通常の紹介状)、同意書(様式1)、意見書(様式2)
- ③-2 専門医に受診し、医師の診断にてCKDネットワーク対象者として判断した場合……………パス(様式3)の配布・記載
- ※専門医で治療
- ※医師の判断により、薬局や行政による訪問指導が必要な場合……………(意見書(様式2) → 訪問後は専門医へ結果報告…報告書(様式Q))
- ④ 専門医で受診があった場合は、かかりつけ医に受診報告……………(通常の受診報告)、連絡票(様式4)
- ⑤ 基準値にて数値の抑制がみられた場合、かかりつけ医に逆紹介する……………(通常の紹介状)、パス(様式3)の記載、連絡票(様式4)
- ⑥ 数値の上昇による再紹介……………(通常の紹介状)、パス(様式3)の記載

(7) 国保脳ドック助成事業

事業の目的		脳梗塞、くも膜下出血、脳動脈瘤等を早期発見、早期治療することにより、認知症や介護の原因疾患である脳血管疾患の重症化を予防する。			
対象者		40歳～74歳の伊達市国民健康保険被保険者（国保税納付要件あり）			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	脳血管疾患の患者割合	3.7%	3.6%	3.6%
事業内容	アウトプット (実施量・率) 指標	受診者数	173人	250人	250人
	ストラクチャー (実施体制)	①伊達医師会管内の受診可能な3医療機関と連携し実施する。 ②4月：見積依頼、5月：契約、広報誌掲載、6～12月：検診実施			
	プロセス (実施方法)	①被保険者は国保年金課または総合支所に脳ドック受診の申請をする。 ②国保年金課において、申請書内容及び国保税納付状況を確認する。 ③受診可能な被保険者へ脳ドック受診票を送付する。 ④受診票が送られてきた被保険者は実施医療機関のいずれかに受診の予約を行い実施する。 ⑤受診時の自己負担額は検査料の半額となる。 ⑥医療機関は検査実施翌月に1か月分の検査料（半額）請求書及び完了報告書、あわせて、検査結果を国保年金課に提出する。 ⑦医療機関からの請求後、速やかに支払う。			

(8) 福島県県民健康調査結果に基づく保健指導

事業の目的		40歳未満の被保険者の健康増進			
対象者		福島県県民健康調査19～39歳健診の結果で重症化予防訪問事業の対象者に準じる方			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	医療機関受診率	50.0%	70.0%	70.0%
事業内容	アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	75.0%	100.0%	100.0%
	ストラクチャー (実施体制)	①県民健康調査の受診案内は福島県と伊達市健康推進課が連携して行う。 ②対象者への訪問は健康推進課が行う。			
	プロセス (実施方法)	①県より前年度の健診結果を受領する。 ②結果一覧より対象者を選定する。 ③対象者リストと経年票を作成する。 ④地区担当保健師が訪問等で治療状況の確認と保健指導を実施する。			

(9) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策＜禁煙対策＞

事業の目的		喫煙者へ向けCOPDについて周知し、禁煙及び自覚症状のある方に医療機関受診勧奨を実施、健康寿命延伸を目指す			
対象者		特定健診問診票で喫煙ありと答えた被保険者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	特定健診問診票の喫煙習慣がある者の割合	11.4%	10.0%	10.0%
事業内容	アウトプット (実施量・率) 指標	対象者の何%に通知物を送付したか	88.6%	90.0%	90.0%
	ストラクチャー (実施体制)	①特定健診受診結果の質問票から喫煙歴ありの者を対象とする。 ②伊達医師会と連携し、医療機関へ対象者が受診することについてお知らせする。 ③健康推進課に実施について情報共有する。 ④通知発送業務を事業者へ委託する。 ⑤通知の内容は、COPDの周知、受診可能医療機関の周知、禁煙への促し。			
	プロセス (実施方法)	①特定健診受診結果の質問票から喫煙歴ありの者を抽出する。 ②COPDの周知、受診可能医療機関の周知、禁煙への促しについて記載された通知を対象者へ送付する。 ③健康推進課に実施について情報共有する。 ④勧奨後、KDB疾病別医療費分析（最小分類）により受診者数やレセプト確認し受診状況を把握。			

(10) こどもの生活習慣病対策

事業の目的		乳幼児期から生活習慣病予防			
対象者		乳幼児とその保護者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	3歳6か月児健診におけるむし歯のないこどもの割合	90.6%	92.0%	93.0%
		3歳6か月児健診における肥満傾向のこどもの割合	5.8%	5.5%	5.5%
事業内容	アウトプット (実施量・率) 指標	3歳6か月児健診受診率	99.7%	100.0%	100.0%
	ストラクチャー (実施体制)	特定健康診査の結果から有所見者数が多い「糖」「脂質」「血圧」は、生活習慣病と呼ばれる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病などにつながっていくことから、生活習慣病の発症予防のため、乳幼児期から食生活や生活リズム、運動習慣の確立が重要である。 伊達市版ネウボラ事業で妊娠期から切れ目ない支援体制が組まれているため、各時期の支援の際に健康的な生活習慣の確立に向けた支援を行う。			
	プロセス (実施方法)	①適正な食習慣の形成、②生活リズムの形成、③運動の習慣の3点を重点的に各時期に適した内容を下記の事業を通じ伝えていく。 ・乳幼児健康診査 ・乳幼児相談会 ・訪問、来所・電話相談等			

(11) 地域包括ケアの推進事業

事業の目的		高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援、要介護状態の重度化防止			
対象者		高齢者			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	健康寿命・男性	80.1歳	延伸	延伸
		健康寿命・女性	84.4歳	延伸	延伸
	アウトプット (実施量・率) 指標	地域包括ケア推進会議	2回	2回	2回
		出前講座（介護予防）	28回	40回	40回
事業内容	ストラクチャー (実施体制)	①高齢福祉課との連携 ②年代ごとの健康課題の把握			
	プロセス (実施方法)	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画。 ②国保被保険者のKDB・レセプトデータ等を活用し、要支援・介護の要因を分析し対象者を抽出。			

日常生活圏域

介護が必要になったら…

介護

○居宅サービス

- ・訪問介護・訪問看護
- ・短期入所生活介護
- ・通所介護 等



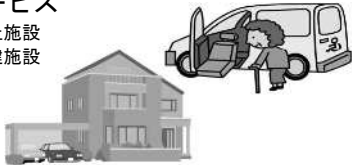
○地域密着型サービス

- ・認知症対応型共同生活介護
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・（看護）小規模多機能型居宅介護 等



○施設サービス

- ・介護老人福祉施設
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院



○在宅医療・介護連携支援センター

- ・医療・介護関係者の顔の見える関係づくり
- ・在宅医療と介護連携に関する相談
- ・地域住民への普及啓発
- ・医療・介護関係者の研修 等

病気になったら…

医療

○日常の医療

- ・かかりつけ医
- ・有床診療所
- ・地域の連携病院
- ・歯科医療、薬局



○病院

- ・急性期
- ・回復期
- ・慢性期



住まい

○地域包括支援センター等

- ・高齢者の総合相談窓口
- ・介護予防
- ・医療と介護、地域とのネットワーク構築
- ・地域における課題の発見や、課題解決への取組みの実践 等



- ・自宅
- ・サービス付き高齢者向け住宅 等

○行政

- ・地域のニーズに合った施策の推進
- ・高齢者福祉施策の推進
- ・介護保険サービス事業者に対する指導監督
- ・介護保険制度の円滑な運営
- ・介護給付費の適正化 等



いつまでも元気に自分らしく暮らすために…

生活支援・介護予防



○生活支援体制の整備

- ・介護事業者、NPOや民間ネットワーク企業、住民ボランティア等による地域のニーズに合った多様な生活支援サービスの提供
- ・生活支援コーディネーターの配置

○生活支援サービスの実施

- ・移動手段の確保：デマンド交通
- ・高齢者運転免許返納支援事業
- ・緊急通報装置貸与事業
- ・高齢者配食サービス事業

○介護予防事業の実施

- ・健幸クラブFine
- ・集会所等を利用した元気づくり会
- ・介護予防活動の普及啓発
- ・住民主体の介護予防活動の育成・支援 等

○認知症施策の推進

- ・認知症サポーター養成
- ・認知症ケアパスの周知と活用
- ・認知症地域支援推進員の配置
- ・地域支援体制の強化
- ・チームオレンジの設置

(12) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ①（ポピュレーションアプローチ）

事業の目的		市民の健康寿命の延伸のため、後期高齢者がフレイルを予防し、健康で生活することを支援する。			
対象者		高齢者・伊達市元気づくり会等へ参加している市民			
今後の目標値	指標	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	開催時アンケートで参考になったと回答した方の割合	98.2%	85.0%	85.0%
		支援が必要な方に対し保健指導を実施した割合	100.0%	90.0%	90.0%
事業内容	アウトプット (実施量・率) 指標	健康教育実施数	60回	130回	130回
	ストラクチャー (実施体制)	①健幸都市づくり課、健康推進課、国保年金課で協力し実施する。 ②健康推進課に所属する保健師・管理栄養士・歯科衛生士が、高血圧予防・脳心血管疾患・栄養・口腔に関する健康教育を行う。 ③歯科健康保持及び疾病予防のため、福島県後期高齢者医療広域連合や福島県歯科医師会と連携して75歳と80歳の市民に歯科検診を実施し、歯周病と認知症を合わせて予防する。			
	プロセス (実施方法)	①基本方針、実施計画を作成し、事業担当関係課で共有する。 ②元気づくり会等の「通いの場」に、保健師・管理栄養士・歯科衛生士が出向き、健康教室を実施する。 ③健康教育後に参加者に対してアンケートを実施する。アンケートの結果から支援が必要な人を抽出し、ハイリスクアプローチとして個別支援を行う。			

(12) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ②(元気づくり会)

事業の目的		健康増進と介護予防対策として、身近な集会所で元気づくり体験を実施し、さらに自主運営で継続していくための支援を行う。			
対象者		元気づくり会へ参加する被保険者			
今後の目標値	指標 (上段は目標値)	評価指標 (項目)	計画当時実績	中間評価年度	最終評価年度
			2022年度	2026年度	2029年度
			R4	R8	R11
	アウトカム (成果) 指標	年間のべ参加者数	47,050人	71,000人	86,000人
	アウトプット (実施量・率) 指標	元気づくり会の会場数	138か所	190人	220人
		年間のべ開催数	8,122回	12,300人	15,300人
事業内容	ストラクチャー (実施体制)	①健康都市づくり課、健康推進課、高齢福祉課、国保年金課、元気づくり大学、元気づくり会（地域）で年度ごと打ち合わせを行う。 ②元気づくり大学のコーディネーター養成により資格を取得した職員が新規立ち上げ時の運営指導のほか、自主運営する会への介入を行い継続的な支援を行う。 ③元気づくり大学が商標登録をしている元気づくりプログラムシステムを使用。 自主的に元気づくり会の活動ができるよう、体操や球技、筋肉についての知識習得など多岐にわたる体験を実施・習慣化し、その後は自ら運営し元気づくり体験を実施していけるようになるシステム。			
	プロセス (実施方法)	①健康福祉部内における介護予防対策として、身近な集会所で元気づくり体験を実施し、さらに自ら継続できる仕組みである元気づくりシステムを活用した運動事業を実施する。 ②地域の集会所で元気づくり体験を週2回、6か月間コーディネーターが出向いて実施する。7か月目からは自ら運営し元気づくり体験を実施していく。 ③自主運営中も定期的にコーディネーターがささやかな介入を行い持続運営を支援する。 ④一体的実施のため、事業参加者の健診結果などからポピュレーションアプローチを行うなど通いの場を活用した健康づくり事業を実施する。			

第7章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 概要・期間

保険者は、『高齢者の医療の確保に関する法律』第19条に基づき、特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」）に即して、特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」）を定めることとされています。

本計画は、第3期計画の計画期間の終了に伴い、国の方針を踏まえて、伊達市が特定健診・特定保健指導の実施にあたり、規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等リソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができることを目的に策定します。

第4期計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2. 目標値の設定

	2024年	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年
	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年
特定健康診査実施率	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%
特定保健指導実施率	59.5%	60.0%	60.5%	61.0%	61.5%	62.0%

3. 特定健康診査・特定保健指導 対象者・受診者（見込み）

		2024年	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年
		令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年
特定健康診査 実施対象者	対象者数	9,389	8,723	8,105	7,530	6,996	6,500
	受診者数	4,695	4,449	4,215	3,991	3,778	3,575
特定保健指導 実施対象者	対象者数	620	587	556	527	499	472
	受診者数	369	352	337	321	307	293

4. 特定健康診査の実施

①実施場所

	場所	実施機関
集団健診	伊達市ふるさと会館 伊達ふれあいセンター 梁川中央交流館 保原市民センター 霊山総合福祉センター 月館保健福祉センター	福島県保健衛生協会
個別健診	伊達医師会管内医療機関 (契約医療機関)	伊達医師会管内医療機関 (契約医療機関)

②実施項目

(法令で定められている項目)

特定健康診査 検査項目 「円滑な実施に向けた手引き」

	項目名	高齢者医療確保法	伊達市住民健康診査等実施要綱
	既往歴	○	○
	服薬歴	○	○
	喫煙歴	○	○
	自覚症状	○	○
	他覚症状	○	○
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○注1
	総コレステロール		
血糖検査	空腹時血糖	●	○
	HbA1c	●	○
	随時血糖	●	○注2
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	○
	血色素量[ヘモグロビン値]	□	○
	赤血球数	□	○
その他	心電図	□	○
	眼底検査	□	○
	血清クレアチニン(eGFR)	□	○
医師の判断	医師の診断(判定)	○	○

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

注1: 中性脂肪(血清トリグリセリド)が400mg/dℓ以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

注2: やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後(食事開始から3.5時間未満)を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

特定健康診査 追加検査項目

	項目名	高齢者医療確保法	伊達市住民健康診査等実施要綱
尿検査	尿酸値		○
	潜血		○
その他	推定食塩摂取量検査		○

③実施時期・期間

集団健診… 8月から11月

個別健診… 6月から10月(毎年、伊達医師会及び医療機関と協議し決める)

④周知方法

- ・ 受診券の送付及び訪問等による健診案内
- ・ 広報による健診内容の掲載
- ・ 健診未受診者への受診勧奨ハガキの送付

⑤代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払いの代行は福島県国保連合会に委託します。

⑥実施スケジュール

P66 図 22 特定健診・特定保健指導 年間実施スケジュールのとおり

5. 特定保健指導の実施

①実施形態

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健衛生部局（健康推進課）への執行委任の形態で行います。

○実施方法・時期

実施方法	実施期間	
市職員が実施 (地区割り)	特定健康診査受診後順次	
	支援区分	支援回数・期間
	動機付け支援	初回面接と3ヶ月後の評価（面接など）
	積極的支援	初回面接・中間面接と3ヶ月後の評価（面接など）

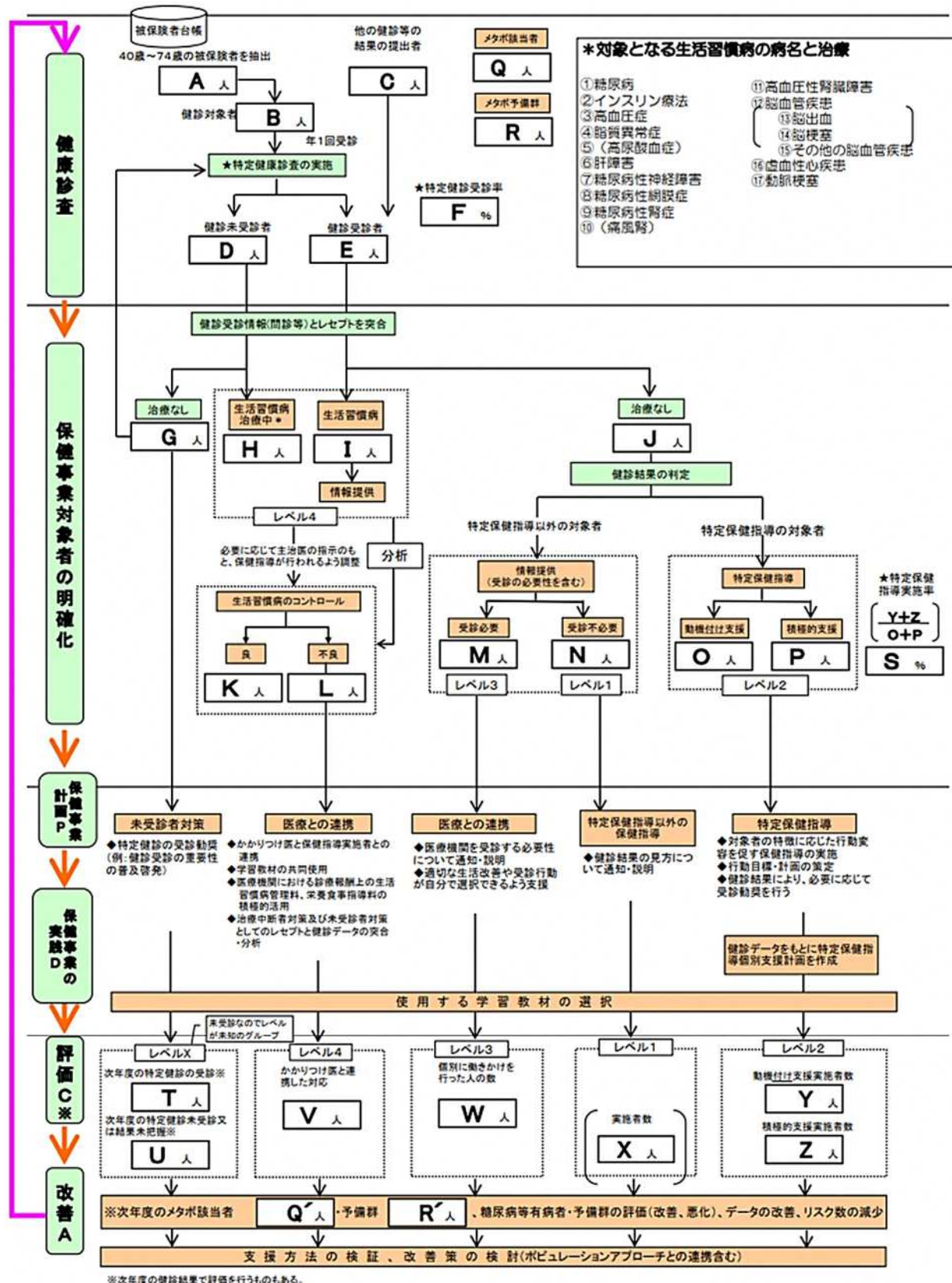
○対象者の選定と階層化

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64 歳	65-74 歳
男性 85cm以上 女性 90cm以上	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
上記以外で BMIが 25以上	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			
	1つ該当			

②健診から保健指導の実施の流れ

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

厚生労働省様式（様式5-5）糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

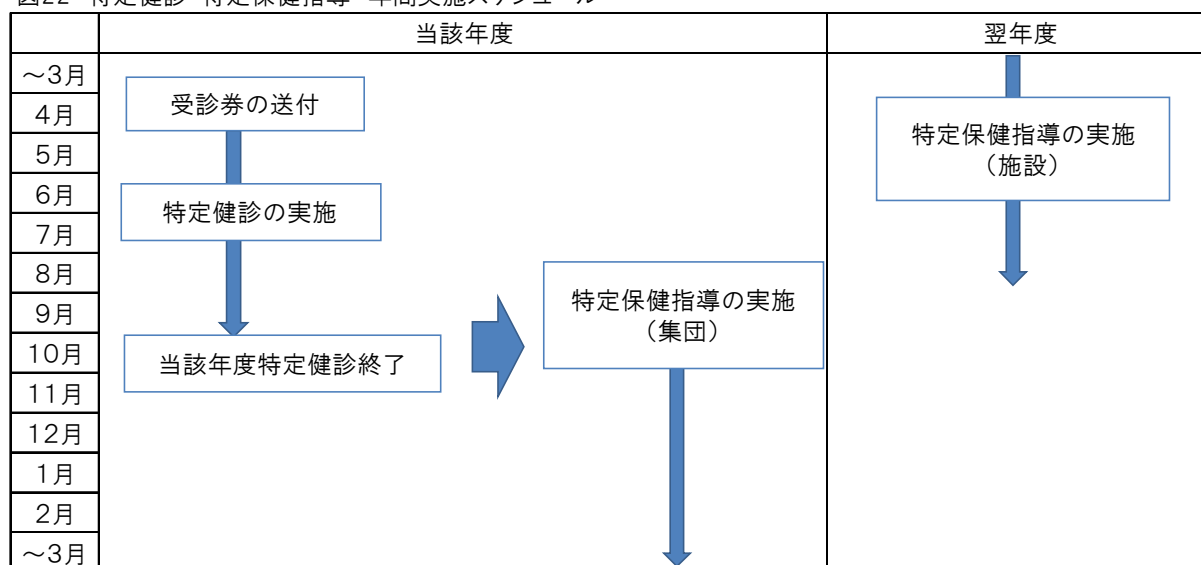


③保健指導の優先順位及び支援方法

優先 順位	保健指導レベル	様式 5-5	支援方法	
1	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	OP	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	・特定保健指導訪問事業
2	情報提供 (受診必要)	M	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な受療行動や生活改善が自分で選択できるよう支援	・重症化予防訪問事業 糖対策 血圧対策 CKD対策 ・受診勧奨値を超えている方への対策 ・福島県県民健康調査結果に基づく保健指導
3	生活習慣病のコントロール不良	L	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてレセプトと健診データの突合・分析 ◆適切な受療行動や生活改善が自分で選択できるよう支援	・重症化予防訪問事業 糖対策/コントロール不良者 CKD対策 ・伊達CKD対策ネットワーク事業
4	健診未受診者	D	◆特定健診の受診勧奨	・特定健診未受診対策事業
5	情報提供	N(E)	◆健診結果の見方について説明	・健診結果通知

④実施スケジュール

図22 特定健診・特定保健指導 年間実施スケジュール



6. 個人情報の保護

(1) 記録の保存方法

特定健診・特定保健指導の実施結果の保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理したうえで適切に活用します。

特定健診・特定保健指導のデータは、本人の健康管理や効果的な保健指導、加入者全体の経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用等の観点から、保存期間は最低5年とします。

(2) 外部委託

外部委託をする場合には個人情報の厳格な管理や、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。

7. 計画の公表・周知

計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、実施計画を作成・変更時は遅滞無く公表することが義務付けられているため、ホームページ等により公表し、広く内容等の周知を行います。

第8章 計画の推進について

1. データヘルス計画の評価・見直し

(1) 評価の時期

計画の見直しは、設定した評価指標に基づき、最終評価となる令和 11 年度のみならず、年度ごと、中間時点となる令和 8 年度に中間評価を実施します。

個別の保健事業の評価は年度毎に実施し、評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

(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、短期では評価の難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。

【例】特定健診未受診対策に4指標を位置付けてみると

○アウトカム指標 : 特定健診受診率の向上(目標値 55%)

○アウトプット指標 : 未受診者受診勧奨割合(目標値 100%)

○プロセス : 休日健診の日程を設定(目標値 2日以上)

○ストラクチャー : 委託業者と勧奨内容・時期について打合実施(目標値 2回以上)

2. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るものとするのが重要であるため、国指針に基づき公表します。具体的には、ホームページや広報誌を通じて周知します。

3. 個人情報の取扱い

計画策定にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

4. 地域包括ケアに係る取り組み

高齢者の特性を踏まえ、KDB システムを活用し、課題分析を行い、関係者と課題を共有するとともに、医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための課題に取り組むため地域包括ケア推進会議等に参加します。

(第 6 章－2－ (11) 参照)

参考資料：伊達市の特性の把握

【参考資料1】伊達市の特性の把握

項目			平成28年				令和04年（健診のみ令和03年）								データ元 (CSV)
			保険者				同規模		県		国				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		65,622		58,069		16,969,503		1,799,218		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
			65歳以上（高齢化率）		18,504	28.2	21,008	36.2		30.4	572,825	31.8	35,335,805	28.7	
			75歳以上		10,092	15.4	11,036	19.0			291,055	16.2	18,248,742	14.8	
			65～74歳		8,412	12.8	9,972	17.2			281,770	15.7	17,087,063	13.9	
			40～64歳		22,621	34.5	19,008	32.7			603,355	33.5	41,545,893	33.7	
	39歳以下		24,497	37.3	18,053	31.1			623,038	34.6	46,332,563	37.6			
	②	人口動態	自然動態	出生	322		231				9,804		福島県現住 人口調査年報		
				死亡	874		987				27,351				
				増減	-552		-756				-17,547				
			社会動態	転入	1,475		1,402				53,558				
	転出	1,653		1,416				58,677							
	③	産業構成	第1次産業	14.0		13.0		5.6		6.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			第2次産業	31.9		31.4		28.6		30.6		25.0			
			第3次産業	54.1		55.6		65.8		62.6		71.0			
	④	平均余命	男性	79.9		80.4		81.6		80.7		81.7		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	86.6		87.8		87.6		86.9		87.8			
	⑤	平均自立期間	男性	78.4		78.9		80.1		79.1		80.1		地域全体像の把握	
			女性	83.4		84.5		84.4		83.6		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	97.5		101.4		100.3		105.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	102.3		102.7		101.2		106.2		100.0		
			死 因	がん	217	44.5	220	46.1	53,892	49.4	6,259	46.8	378,272	50.6	
				心臓病	139	28.5	124	26.0	30,362	27.8	3,839	28.7	205,485	27.5	
				脳疾患	97	19.9	94	19.7	16,001	14.7	2,164	16.2	102,900	13.8	
				糖尿病	13	2.7	17	3.6	2,063	1.9	309	2.3	13,896	1.9	
				腎不全	9	1.8	13	2.7	3,958	3.6	457	3.4	26,946	3.6	
				自殺	13	2.7	9	1.9	2,854	2.6	357	2.7	20,171	2.7	
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	※手入力		※手入力				2,273		0.09		厚労省HP 人口動態調査	
			男性							1,573		0.13			
			女性							700		0.06		44,119	0.06
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	4,049	21.5	4,220	20.2	932,725	18.1	114,440	20.1	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者				71	0.3	76	0.3	15,476	0.3	1,796	0.3	110,289	0.3		
2号認定者				95	0.4	83	0.4	20,148	0.4	2,880	0.5	156,107	0.4		
②		介護給付費	介護給付費	5,981,780,585		6,694,483,594		1,417,885,670,317		172,706,094,600		10,074,274,226,869			
			1件当たり給付費（全体）	59,300		62,933		63,298		65,863		59,662			
			居宅サービス	38,729		40,617		41,822		42,089		41,272			
		施設サービス	275,771		291,842		292,502		294,067		296,364				
①	国保の状況	被保険者数	15,723		12,703				381,897		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
		65～74歳	7,018	44.6	6,600	52.0			191,020	50.0	11,129,271	40.5			
		40～64歳	5,528	35.2	3,936	31.0			116,350	30.5	9,088,015	33.1			
		39歳以下	3,177	20.2	2,167	17.1			74,527	19.5	7,271,596	26.5			
		加入率	24.0		21.9		20.5		21.2		22.3				
②	医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.3	3	0.2	1,146	0.3	125	0.3	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況		
		診療所数	40	2.5	43	3.4	12,471	3.6	1,325	3.5	102,599	3.7			
		病床数	551	35.0	452	35.6	206,222	59.4	24,328	63.7	1,507,471	54.8			
		医師数	87	5.5	83	6.5	34,837	10.0	3,958	10.4	339,611	12.4			
		外来患者数	749.0		772.0		719.9		736.8		687.8				
		入院患者数	20.2		20.8		19.6		19.6		17.7				
				4,958,299,670		4,572,713,440		1,271,882,554,820		135,455,411,470		9,337,411,479,190			
③	医療費の状況	外来	費用	3,105,929,490	62.6	2,736,764,100	59.8	757,040,307,110	59.5	81,604,475,610	60.2	5,640,768,130,120	60.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			件数	145,365	97.4	122,005	97.4	30,937,640	97.3	3,477,204	97.4	232,932,821	97.5		
		入院	費用	1,852,370,180	37.4	1,835,949,340	40.2	514,842,247,710	40.5	53,850,935,860	39.8	3,696,643,340,070	39.6		
			件数	3,929	2.6	3,283	2.6	843,778	2.7	92,692	2.6	5,982,149	2.5		
		一人当たり医療費	25,549		28,935		29,595		28,703		27,570				
		受診率	769.28		792.80		739.50		756.47		705.44				
		入院	20.25		20.77		19.63		19.64		17.66				
		入院外	749.03		772.03		719.87		736.83		687.78				
		1件あたり在院日数	16.8日		15.9日		16.3日		15.9日		15.7日				
		④	歯科医療費の 状況	一人当たり医療費	1,820		2,061		2,170		2,014		2,156		
受診率	139.64			149.54		163.83		151.23		161.45					
5	特定健診の 状況	健診受診者	5,393		5,012		1,033,189		124,882		7,049,775		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握 法定報告		
		受診率	46.6	県内30位 同規模53位	49.6	県内28位 同規模25位	39.3		42.3		36.1				
		特定保健指導終了者（終了率）	380	61.6	234	38.5	44,293	36.0	4,678	33.4	206,955	24.0			
		受診勧奨者率	55.1		58.8		58.8		57.0		58.8				
		非肥満高血糖	477	8.8	528	10.5	104,386	10.1	11,631	9.3	641,898	9.1			
		メタボ	該当者	1,091	20.2	1,051	21.0	215,277	20.8	28,432	22.8	1,431,674		20.3	
			男性	693	29.0	712	30.7	147,312	32.6	19,145	34.2	995,795		32.1	
			女性	398	13.3	339	12.6	67,965	11.7	9,287	13.5	435,879		11.0	
			予備群	707	13.1	555	11.1	116,268	11.3	15,251	12.2	803,204		11.4	
			男性	468	19.6	398	17.2	80,557	17.8	10,282	18.4	562,548		18.1	
		女性	239	8.0	157	5.8	35,711	6.1	4,969	7.2	240,656	6.1			

用語の説明

	用語	説明
か 行	虚血性心疾患	心臓の筋肉に血液を送る血管(冠動脈)の病気で、狭心症や心筋梗塞といった心臓の病気の総称であり、生活習慣病の一つです。
	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です。腎臓でろ過されて尿中に排泄されます。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します。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のことです。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います。目標や評価の基準となる「Ⅱ度以上」とは収縮期血圧が160以上、または、拡張期血圧が100以上の状態を指します。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動します。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こします。
	元気づくり会	身近にある集会所などに週2回集まり、参加者が交流しながら、気軽に楽しく体を動かす活動です。自分の体調やペースに合わせて手軽に運動でき、球技やウォーキングを取り入れて、楽しく継続できます。また、だれでも気軽に参加できるのが特徴です。
	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のことで、WHO(世界保健機関)が提唱した指標です。本計画では、KDBの平均自立期間を健康寿命といいます。介護保険法の要介護認定における1号被保険者(65歳以上)の「要介護2～要介護5」を介護を要する不健康期間とし、平均余命から平均不健康期間を除いた期間を平均自立期間＝健康寿命といいます。
	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です。
	国保データベース(KDB)システム	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です。
さ 行	ジェネリック医薬品(後発医薬品)	後発医薬品。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です。
	脂質異常症	血液中に含まれるコレステロールや中性脂肪などの脂質が、一定の基準よりも多い状態のことです。血液中に余分な脂質が多くなると、動脈硬化を起こしやすくなり、心筋梗塞や脳卒中などのリスクが高くなります。
	診療報酬明細書(レセプト)	保険医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類です。患者ごとに毎月一枚作成し、各月に実際に行った診療内容と個々の診療行為に要した費用の額を記入するもので、請求書の明細を示すために作成されます。
	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治療のことです。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度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ります。
	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で、重篤な疾患の要因となります。

さ 行	積極的支援（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より高い者に対して行われる保健指導です。「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・継続的な支援を行います。
た 行	地域包括ケア	「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方です。
	動機付け支援（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い者に対して行われる保健指導です。保健師や管理栄養士による個別面接等により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われます。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います。
	特定健康診査	平成20年4月から開始されたメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査です。40歳～74歳が対象で、糖尿病や心臓病、脳卒中などの生活習慣病を早期発見し、重症化を防ぐことを目的とします。
	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、保健師や管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートをすることです。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があります。(よりリスクが高い方が積極的支援となります。)
な 行	脳血管疾患	くも膜下出血や、脳梗塞、脳出血といった脳の病気の総称であり、生活習慣病の一つです。
は 行	ハイリスクアプローチ	疾患を発症しやすい高リスクの個人を対象に行動変容を促すようアプローチする方法で、二次予防の役割を果たします。
	評価指標について	・ストラクチャー「だれがどういう体制で？」 事業を行う際の体制や予算が整っているかを評価することです。 ・プロセス「どのように？」 事業実施の流れが適切に管理できているかを評価し、事業手順を改善するために行う評価のことです。 ・アウトプット「どれだけやって？」 事業の実施量や業務量（頑張った度合い、エネルギー量）に関する指標のことです。 ・アウトカム「その結果、どうなった？」 計画して業務を実施したことによる成果（効果）に関する指標のことです。
	フレイル	健康な状態と要介護状態の中間の段階の状態であり、予備能力低下により身体機能障害に陥りやすい状態のことの総称です。
	平均自立期間	本計画では、KDBの平均自立期間を健康寿命と呼称しています。介護保険法の要介護認定における1号被保険者（65歳以上）の「要介護2～要介護5」を介護を要する不健康期間とし、平均余命から平均不健康期間を除いた期間を平均自立期間といいます。
	平均余命	本計画では、KDBの0歳時点の平均余命のことをいいます。
	ポピュレーションアプローチ	対象集団全体に働きかけることにより、集団全体で危険因子を下げる方法のことです。
ま う ら 行	メタボリックシンドロームの基準該当及び予備群該当	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」といいます。
	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います。
	レセプト	診療報酬明細書の通称です。

A S Z	ALT	ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素です。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ます。
	BMI	肥満の判定に用いられる体格指数のことをいいます。 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ であらわされ、18.5未満を「低体重(やせ)」、18.5以上25未満を「標準」、25以上を「肥満」としています。
	CKD	慢性腎臓病のことで、腎臓の働きが慢性的に低下していく病気をいいます。そのまま放置しておくと、腎不全になって人工透析を受けなければならない可能性も出てきます。喫煙者、生活習慣病(高血圧、糖尿病)の人、高齢者、健診などでタンパク尿が見つかったことがある人などはCKDになりやすく、注意が必要です。
	COPD	慢性閉塞性肺疾患の略称で、肺機能が低下し、呼吸困難となる病気です。最大の発症原因は喫煙で、8～9割を占めます。
	GFR区分	腎臓の機能を反映する数値で、1～5までのステージ(重症度)に分類されます。
	HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)	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ます。
	KDB	国保データベース(KDB)システムの略称です。
	LDL-C 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ます。悪玉コレステロールともいいます。

伊達市国民健康保険

第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

発 行 伊達市

編 集 伊達市 健康福祉部 国保年金課

住 所 〒960-0692 福島県伊達市保原町字舟橋 180 番地

連絡先 T E L : 024-575-1198

F A X : 024-576-7199

E - M a i l : kokuho@city.fukushima-date.lg.jp

<https://www.city.fukushima-date.lg.jp/>