

# I 成人期の保健事業

担当課名 南砺市健康課健康増進係

## 1. がん検診

### A. 現 状

#### (1) 南砺市の主要死因

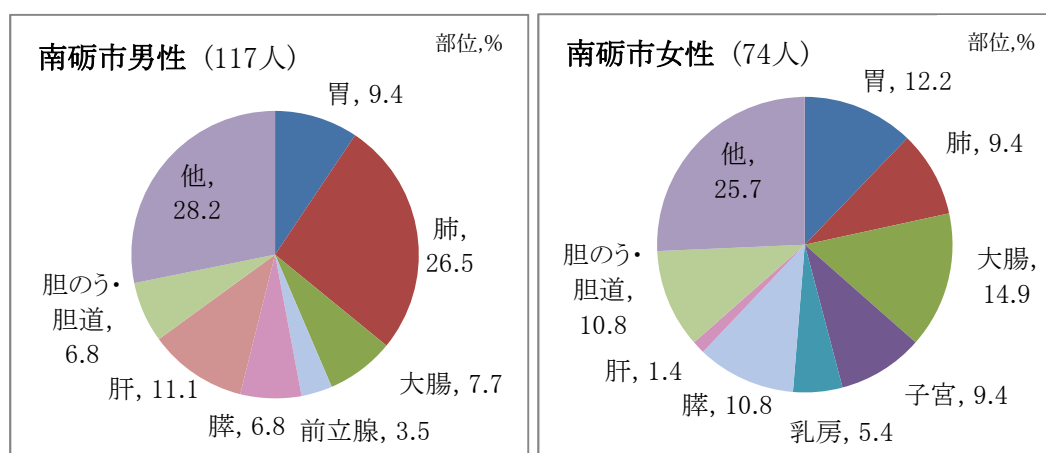
##### ①県及び南砺市の死因順位及び死亡率（人口10万対）

年	区分	1位	2位	3位	4位	5位
R3	市	悪性新生物 (412.5)	心疾患 (228.9)	老衰 (207.3)	脳血管疾患 (125.3)	アルツハイマー症 (64.8)
	県	悪性新生物 (356.1)	心疾患 (184.0)	老衰 (163.3)	脳血管疾患 (105.9)	肺炎 (66.3)

資料:人口動態統計（富山県）

・死因の第1位から第4位までは、県と同様な疾病構成となっている。

##### ②悪性新生物部位別死亡割合（R3年）

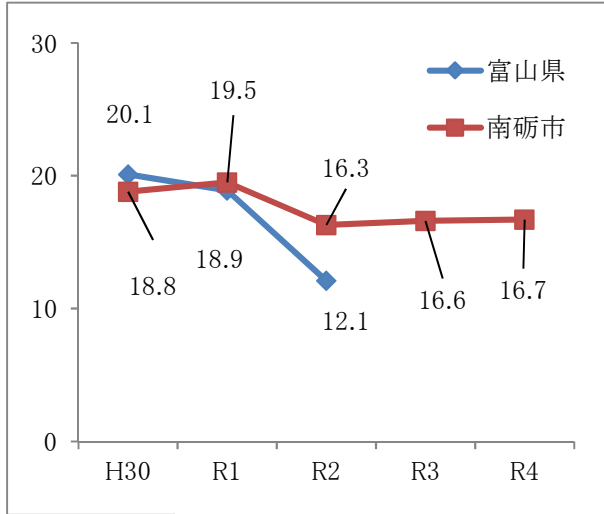


資料：人口動態統計（富山県）

・悪性新生物の部位別死亡割合は、男性では肺がん31人（26.5%）、肝がん13人（11.1%）、胃がん11人（9.4%）の順で多く、女性では大腸がんが11人（14.9%）、次いで胃がん9人（12.2%）の順となっている。

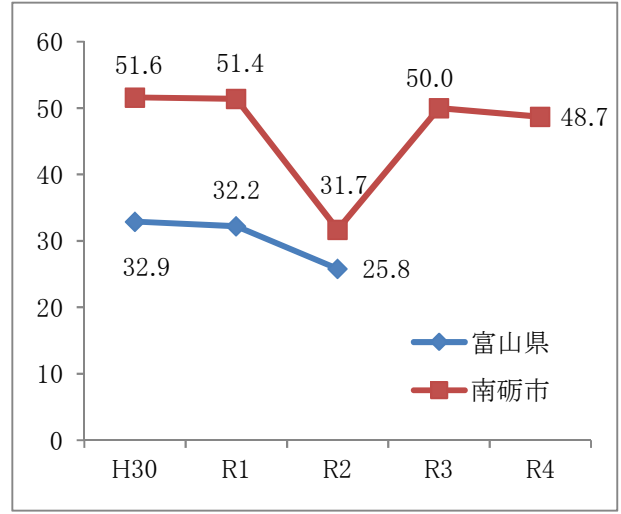
(2) がん検診受診率 (H30～R4 年度)

①胃がん検診(40歳以上) 単位：%

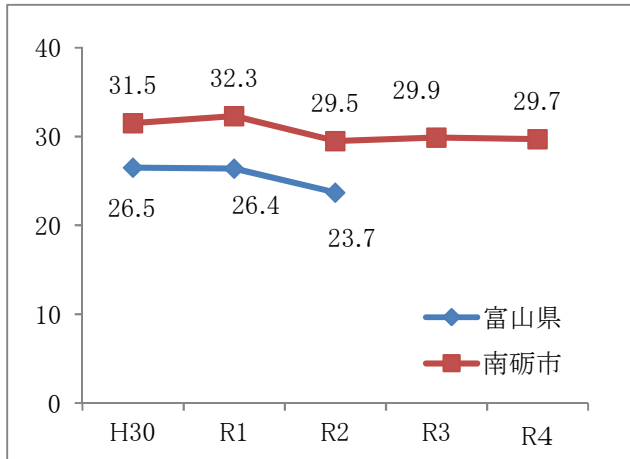


\* 50歳未満の胃内視鏡検査受診者を除く

②肺がん検診(40歳以上) 単位：%

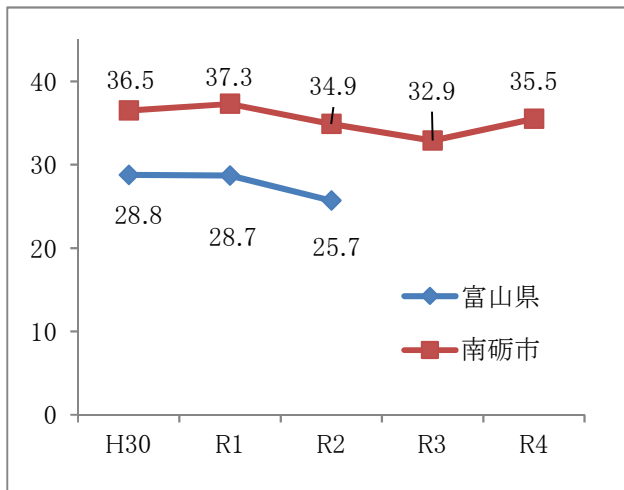


③大腸がん検診(40歳以上) 単位：%

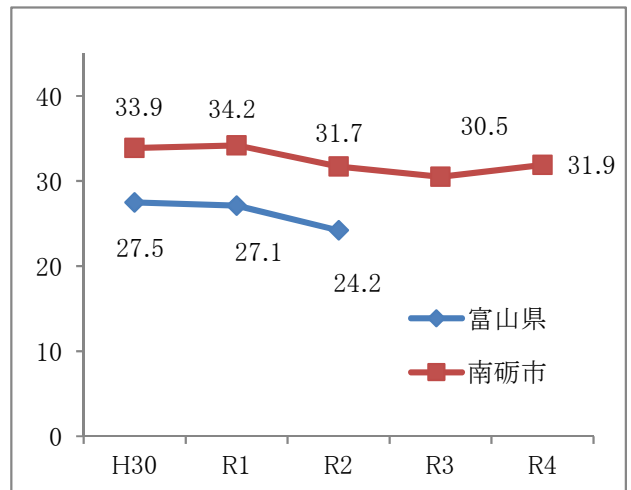


・ R4年度の受診率については、どの検診も横ばいであり、コロナ禍前のR1年度の受診率には到達していない。

④乳がん検診(40歳以上) 単位：%



⑤子宮がん検診(20歳以上) 単位：%



資料：富山県の生活習慣病 (H30～R2)、健康課算出 (R3・R4)

### (3) がん検診精密検査受診率(R1年度)

単位：%

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
県	92.8	91.0	79.3	95.2	76.5
市	93.2	87.0	74.6	94.9	58.8

資料：富山県的生活習慣病

・胃がん検診以外の、肺、大腸、乳、子宮がんの精検受診率が、県平均より低い。

### (4) がん発見者数 (R3年度)

市	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
がんと診断された者(人)/ 受診者(人)	7/1,845	1/9,009	9/3,934	6/1,429	0/1,688
がん発見率 (%)	0.38	0.01	0.23	0.42	0.00

資料：健康課算出

・がん発見率については、乳がん、胃がん、大腸がんの順に高い。

## B. 課題

### ① がん検診受診率の向上

悪性新生物による死亡が第1位のため、今後もがんの早期発見・早期治療やがん予防のための生活習慣病対策が重要である。R4年度の受診率は、R3年度と比較してもほぼ横ばいであり、コロナ禍前のR1年度の受診率には到達しておらず、まずはそれを目標に受診率を高めていく必要がある。

### ② 精密検査受診勧奨

定期的ながん検診を受診することは大切だが、万が一、要精密検査となったときは、速やかに医療機関を受診することが必要である。早期受診を促すため、精密検査未受診者に対し、再度の受診勧奨を行い、がんの早期発見・早期治療につなげていくことが大切である。

## C. 対 策

- ① 初めて検診を受ける方や未受診の方に対し、検診に関する不安や心配、疑問点等を解消するため、広報紙やホームページ、ポスター掲示等で、各がん検診の予約・受診・検査方法等について周知を行う。
- ② 健診ガイドブックの各戸配布。
- ③ 精密検査未受診者に対する、郵送や電話等による個別の受診勧奨。
- ④ 地域住民へがん検診を PR するため、ヘルスボランティアによる各地区での「検診のぼり旗」の設置。
- ⑤ 受けやすいがん検診体制の工夫（託児付きのがん検診、w e b 予約等）。
- ⑥ がん検診個人負担金の減額（節目年齢、重点年齢の PR）。減額対象者への受診勧奨（再通知）。
- ⑦ がん検診お得なキャンペーンの PR による受診啓発。

とやま呉西圏域健康ポータルサイト「あなたのからだナビ」で、自分の検査データを入力し、自分の健診結果の状況を確認した構造図を印刷して持参された方に対し、集団がん検診の個人負担金のうち 500 円を減額するもの。

## II 特定健康診査の状況

### 1. 特定健康診査・特定保健指導

#### A. 現 状

##### (1) 特定健康診査・特定保健指導実施率の推移（法定報告）

R 3 年度（国保）		R 3 南砺市	R 4 速報値(10/13 現在)	富山県	全国
特定 健診	対象者数	7,836 人	7,247 人	138,921 人	17,865,900 人
	受診者数	4,472 人	4,005 人	58,903 人	6,494,635 人
	受診率	57.1%	55.3%	42.4%	36.4%
特定 保健 指導	対象者数	627 人	529 人	6,505 人	746,177 人
	受診者数	530 人	486 人	2,153 人	208,457 人
	実施率	84.5%	81.1%	33.1%	27.9%

資料：公益社団保人 国民健康保険中央会 統計情報

- ・特定健診受診率は、R 2 年度から国が目標とする 60%を達していない状況が続いている。
- ・特定保健指導の実施率は 84.5.%で、市と国が目標とする 60%を達成している。
- ・R 4 年度は R 3 年度と比べ、特定健診受診率、特定保健指導実施率とも低下している。

##### (2) 特定健康診査継続受診者の状況 その 1

	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	D	D/B(前年)	C
H29	9,039	5,515	61.0%	4,602	80.8%	913	16.6%	--	--
H30	8,536	5,332	62.5%	4,411	80.0%	682	12.8%	239	4.5%
R1	8,477	5,246	61.9%	4,353	81.6%	609	11.6%	284	5.4%
R2	8,534	4,767	55.9%	4,030	76.8%	499	10.5%	238	5.0%
R3	8,199	4,566	55.7%	3,711	77.8%	419	9.2%	436	9.5%
R4	7,700	4,145	53.8%	3,362	73.6%	444	10.7%	339	8.2%

※当該年度の市特定健診受診者の全数であり、法定報告値と異なる  
 新規受診者とは、過去に 1 回も受診したことがない者  
 継続受診者は毎年受診している者（割合は前年度受診者を分母として算出）  
 不定期受診とは、過去に健診を受診したことがある者

資料：健康課算出

(3) 特定健康診査継続受診者の状況 その2

(人) 資料：健康課算出

受診者 総数	6年連続 受診		5年受診		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ 受診	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G
6,011	1,969	32.8%	690	11.5%	628	10.4%	720	12.0%	757	12.6%	1,247	20.7%

※継続受診者の実人数は、6年間（H29～R4）で、一度でも健診を受診した40～74歳の者。

- ・健診受診者の内訳として、継続受診者数の割合（73.6%）、が前年度より4.2ポイント減少しており、健診受診率の低下につながっていると考えられる。

## (4) 特定健康診査6年間の受診率の伸び

資料：健康課算出

	総数							男性							女性						
	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	9,039	5,515	61.0%	7,700	4,145	53.8%	-7.2%	4,472	2,454	54.9%	3,825	1,800	47.1%	-7.8%	4,567	3,061	67.0%	3,875	2,345	60.5%	-6.5%
40代	849	282	33.2%	772	200	25.9%	-7.3%	500	155	31.0%	454	115	25.3%	-5.7%	349	127	36.4%	318	85	26.7%	-9.7%
50代	931	415	44.6%	900	311	34.6%	-10.0%	518	216	41.7%	495	153	30.9%	-10.8%	413	199	48.2%	405	158	39.0%	-9.2%
60代	4,222	2,660	63.0%	2,680	1,549	57.8%	-5.2%	1,988	1,116	56.1%	1,213	617	50.9%	-5.3%	2,234	1,544	69.1%	1,467	932	63.5%	-5.6%
70代	3,037	2,158	71.1%	3,348	2,085	62.3%	-8.8%	1,466	967	66.0%	1,663	915	55.0%	-10.9%	1,571	1,191	75.8%	1,685	1,170	69.4%	-6.4%
再40～64歳	2,965	1,396	47.1%	2,450	909	37.1%	-10.0%	1,511	621	41.1%	1,327	437	32.9%	-8.2%	1,454	775	53.3%	1,123	472	42.0%	-11.3%
再65～74歳	6,074	4,119	67.8%	5,250	3,236	61.6%	-6.2%	2,961	1,833	61.9%	2,498	1,363	54.6%	-7.3%	3,113	2,286	73.4%	2,752	1,873	68.1%	-5.4%

- ・6年間の受診率の伸びは、どの年代もH29に比べ伸び率が減少している。男性では50代、70代、女性では40～64歳が10%を超えて減少している。

## (5) 特定保健指導の推移

資料：健康課算出

	健診受診者	対象者数	受診者数	実施率	保健指導対象者出現率
	A (人)	B (人)	C (人)	C/B	B/A
H29	5,399	747	503	67.3%	13.8%
H30	5,212	738	521	70.6%	14.1%
R1	5,104	708	497	70.2%	13.9%
R2	4,646	607	507	83.5%	13.0%
R3	4,472	627	530	84.5%	14.0%
R4 (速報値)	4,005	529	487	81.1%	13.2%

- ・特定保健指導実施率は、令和2年度から80%以上を維持している。保健指導対象者出現率は13%~14%で推移している。

## B. 課題

- ① 令和4年度も新型コロナウイルス感染症の影響があり、積極的な受診勧奨ができなかったこと、健診対象者の感染の懸念による受診控えが続いていることが、健診受診率の低下につながったと考えられる。
- ② 継続受診者の減少が受診率低下に影響を及ぼしている。6年間の健診受診の傾向をみると、6年連続受診者は3割を超えているが、それより前の期間に健診受診が途切れる傾向があるので、健診を毎年受けることが定着するよう働きかけが必要である。
- ③ 健診未受診者については、健康状況が全くわからない状態である。生活習慣病の重症化を予防するため、自覚症状がないうちから健診で健康状態を確認する習慣づけが必要である。
- ④ 特定保健指導実施率は上昇しているが、保健指導対象者の出現率はほぼ横ばいである。

## C. 対策

- ① 若いうちから健康意識を高め、将来の健康診査の継続受診につなげるために、学生健診を実施する。
- ② 思春期(中3~高3)の健康状態を把握し、その親世代においても健診の重要性を周知する。
- ③ 若年層から継続した健診の受診機会を設けるため、39歳以下健康診査(集団健診)を実施する。健診当日には、健診結果の見方や、生活習慣改善の必要性を周知し、健診後の健康相談を実施する。
- ④ 新型コロナウイルス感染症の動向に注視しながら、健診期間中の積極的な受診勧奨(主にハガキ通知)を実施する。また受診者が安心して健診・保健指導を受けられるよう、感染対策を行いながら、集団特定健診、健診結果説明会を実施する。
- ⑤ 働き盛り世代に対し、特定健診受診の重要性について広報活動等を通して周知する。
- ⑥ 通院治療中の方から医療機関を通じて診療情報の提供を受けることで、健診受診結果として活用する。
- ⑦ 過去2年以上健診未受診の方へは、医療機関の受診状況を照合し、受診勧奨チラシの送付や、健康状態把握を兼ねた家庭訪問を実施する。
- ⑧ 受診者に分かりやすい健診結果の見方及び生活改善のポイント等の資料提供を行う。
- ⑨ 結果のでる保健指導を実施できるよう、使いやすい媒体の作成、専門職のスキルアップを目指す。

### Ⅲ 重症化予防対策

#### 1. メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年変化

##### A. 現状

R4年度のメタボリックシンドローム該当者と予備群の腹囲の割合は38.6%で、県と同規模、全国を上回っている。BMI（体格指数）の割合は3.1%で、国や県、同規模より下回っている。また、有所見の重なりをみると、血糖のみや、血糖と他の項目との重なりが国や県、同規模と比較して高い。

			保険者		同規模平均		県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベル	腹 囲	総数	1,547	38.6	211,634	35.1	21,436	36.6	2,380,778	34.9
		男性	1,008	57.6	146,680	54.0	14,060	57.0	1,666,592	55.3
		女性	539	23.9	64,954	19.6	7,376	21.7	714,186	18.8
	B M I	総数	126	3.1	31,853	5.3	2,381	4.1	320,038	4.7
		男性	21	1.2	4,979	1.8	346	1.4	51,248	1.7
		女性	105	4.6	26,874	8.1	2,035	6.0	268,790	7.1
	血糖のみ		60	1.5	4,028	0.7	481	0.8	43,519	0.6
	血圧のみ		237	5.9	46,822	7.8	4,145	7.1	539,490	7.9
	脂質のみ		104	2.6	14,525	2.4	1,557	2.7	182,396	2.7
	血糖・血圧		190	4.7	20,016	3.3	1,918	3.3	203,072	3.0
血糖・脂質		86	2.1	6,637	1.1	838	1.4	70,267	1.0	
血圧・脂質		315	7.9	58,253	9.7	5,753	9.8	659,446	9.7	
血糖・血圧・脂質		430	10.7	43,472	7.2	5,117	8.7	449,721	6.6	

※同規模・人口規模に近い市町村（人口50,000人未満）

資料：健康課算出

##### B. 課題

- ①メタボリックシンドローム該当者・予備群レベルの該当基準である腹囲の割合は、男性、女性とも高く、内臓脂肪を減らすことが必要である。
- ②特定健診における肥満（腹囲、BMI）及び血糖、血圧、脂質等による動脈硬化を防ぐために、有所見の重なりによる重症化リスクの高い方へのハイリスクアプローチと、生活習慣病を防ぐ食生活の普及啓発を中心とするポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

##### C. 対策

- ①肥満解消を目的とした運動教室を、市スポーツクラブとの委託で実施する。
- ②学生健診や39歳以下健診実施後の個別相談（結果説明会等）を通じて、メタボリックシンドローム



ドロームと生活習慣病との関連を学び、自ら健康行動を実践し、肥満を防ぐ生活習慣の確立を促す。

- ③生活習慣病の重症化による、医療費や介護費用等の実態を、広報活動を通じて周知する。
- ④生活習慣病は自覚症状がなく気が付かないことが多い。健診結果の数値から個人のリスクを理解し、自ら健康行動を実践できるよう、個々の状態に応じた保健指導を行う。
- ⑤服薬治療中であっても、肥満による重症化を防ぐための食事や運動療法を支援するため、医療機関との連携を図る。
- ⑥特定保健指導対象者と早期受診勧奨対象者については、直接健診結果を手渡しする。その際、健診結果からわかる動脈硬化のしくみ等について説明を行うなど、自らの生活習慣の改善を促す。

## 2. 血糖、HbA1c (NGSP 値) の経年変化

### A. 現状

R4年度の血糖の正常者の割合 (HbA1c5.5以下) は845人 (20.5%) で横ばいである。重症化に繋がるといわれている HbA1c6.5以上の割合は14.1%と増加 (悪化) している。

また、HbA1c6.5以上で未治療者の割合は、42.0%、HbA1c7.0以上でも24.3%が未治療である。

#### ①HbA1cの年次比較

資料:健康課算出

単位:人

年度	HbA1c測定者	正常 5.5以下		正常高値 5.6~5.9		糖尿病の可能性が 否定できない 6.0~6.4		受診勧奨判定値 6.5以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R2	4,752	1,035	21.8%	1,842	38.7%	1,173	24.7%	702	14.8%
R3	4,548	936	20.6%	1,905	41.9%	1,088	23.9%	619	13.6%
R4	4,128	845	20.5%	1,705	41.3%	995	24.1%	583	14.1%

#### ②重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の状況



年度	6.5以上			割合
	再)7.0以上	未治療	治療	
R02	702	293	409	14.8%
	14.8%	41.7%	58.3%	
R03	619	247	372	13.6%
	13.6%	39.9%	60.1%	
R04	583	245	338	14.1%
	14.1%	42.0%	58.0%	
	267	65	202	6.5%
	6.5%	24.3%	75.7%	

## B. 課題

- ①重症化による合併症を防ぐため、定期的受診と、薬物、食事、運動療法を組み合わせた生活改善が必要である。
- ②治療中でも血糖コントロール不良なケースがある。
- ③HbA1c が 5.5 以下の正常者や、5.6～5.9 の正常高値者の割合が増加していない。

## C. 対策

- ①糖尿病未治療者で過去の健診において HbA1c6.5%以上の方には、重症化予防訪問等を実施し、特定健康診査の当該年度の受診勧奨及び、医療機関への早期受診勧奨を実施する。
- ②HbA1c 7.0 以上で未治療者の方には、個々の状態に応じた保健指導とともに、受診勧奨ハガキを渡し受診を促す。また、必要に応じて医療機関との連携を図る。
- ③治療中の血糖コントロール不良の方には、食後高血糖を予防する食べ方や血糖を下げる運動、生活への助言を行い、糖尿病連携手帳等を活用して医療機関との連携を図る。
- ④糖尿病の知識や予防のための生活改善点等の普及啓発を行う。また、高血糖の方には、自身の生活習慣との関連を学べる健康教育を実施する。

## 3. 血圧の経年変化

### A. 現状

R4年度の血圧正常者の割合は、1,078人（26.0%）で増加（改善）している。しかし、重症化に繋がるⅡ度以上の高血圧者の割合は、210人（5.1%）で増加（悪化）している。さらに、Ⅱ度以上の高血圧者の76.0%が未治療である。

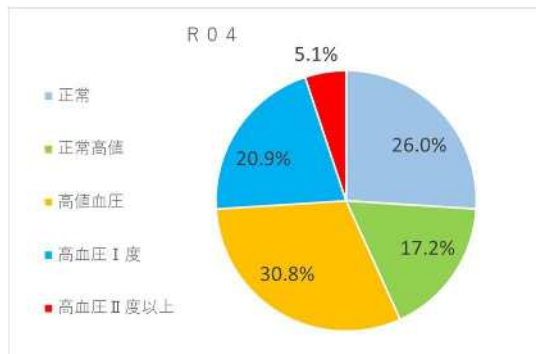
#### ①血圧の年次比較

資料:健康課算出

単位:人

年度	血圧測定者	正常 120/80 以下		正常高値 120～129/80 以下		高血圧 130～139/80～89		Ⅰ度 140～159/90～99		Ⅱ度以上 160/100 以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R2	4,767	1,174	24.6%	925	19.4%	1,514	31.8%	963	20.2%	191	4.0%
R3	4,566	1,152	25.2%	910	19.9%	1,405	30.8%	911	20.0%	188	4.1%
R4	4,145	1,078	26.0%	713	17.2%	1,278	30.8%	866	20.9%	210	5.1%

## ②重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の状況



年度	Ⅱ度高血圧以上			再発	再Ⅲ度高血圧	未治療	治療
	再Ⅲ度高血圧	未治療	治療				
R02	191 4.0%	114 59.7%	77 40.3%				
	25 0.5%	17 68.0%	8 32.0%	0.5%	4.0%		
R03	188 4.1%	105 55.9%	83 44.1%				
	23 0.5%	13 56.5%	10 43.5%	0.5%	4.1%		
R04	210 5.1%	127 60.5%	83 39.5%				
	25 0.6%	19 76.0%	6 24.0%	0.6%	5.1%		

## B. 課題

- ①将来の脳卒中発症リスクが高いⅡ度以上の高血圧の未治療者は、適切な受診、内服の継続の必要性について周知する必要がある。
- ②血圧は常に変動し自覚症状もなく、適切な時期の受診につながりにくい。さらに、内服を開始しても中断しやすい。特に、脳卒中等重症化につながるリスクの高いⅡ度以上の高血圧は、自覚症状がなくても適切な時期の受診が必要である。

## C. 対策

- ①重症化予防として、Ⅱ度以上の高血圧者には、優先順位をつけ早期受診勧奨の訪問・相談を実施する。受診が必要な場合、受診勧奨ハガキを渡し、健診後速やかな受診に繋げる。
- ②健康出前講座では血圧のメカニズムを説明し、血圧は変動するからこそ毎日の記録が必要であることを普及・啓発する。
- ③保健指導では、血圧手帳を手渡し、治療開始のタイミングやコントロールの確認にも有効な家庭での血圧測定を勧める。

## 4. 脂質異常症（LDL コレステロール）の経年変化

### A. 現状

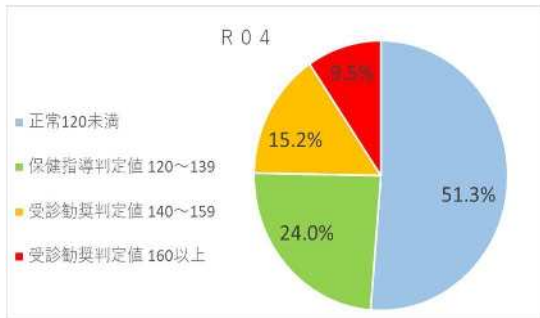
R4年度のLDLコレステロール正常者の割合は2,125人（51.3%）で横ばいとなっている。重症化に繋がるLDL160mg/dl以上の割合は393人（9.5%）で年々増加（悪化）している。さらに、LDL160mg/dl以上の者の内、89.1%が未治療である。

①LDLコレステロールの年次比較

資料:健康課算出 単位:人

年度	LDL測定者	正常 120未満		保健指導判定値 120～139		受診勧奨判定値 140～159		受診勧奨判定値 160以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R2	4,767	2,478	52.0%	1,155	24.2%	724	15.2%	410	8.6%
R3	4,566	2,329	51.0%	1,126	24.7%	701	15.4%	410	9.0%
R4	4,145	2,125	51.3%	995	24.0%	632	15.2%	393	9.5%

②重症化しやすいLDL160以上の方の状況



年度	160以上			割合
	再180以上	未治療	治療	
R02	410	371	39	8.6%
	8.6%	90.5%	9.5%	
R03	410	379	31	9.0%
	9.0%	92.4%	7.6%	
R04	393	344	49	9.5%
	9.5%	87.5%	12.5%	

B. 課題

- ①高LDLコレステロール血症は動脈硬化の危険因子の一つであり、脳梗塞や心筋梗塞など重症化につながる恐れがあるため、適切な時期の受診が必要である。
- ②LDL160mg/dl以上の割合が年々増加している要因に、治療率の低さも関連していると考えられる。

C. 対策

- ①受診が必要な方に対し、受診勧奨ハガキを渡し、健診後速やかに受診勧奨を促す。
- ②保健指導では、動脈硬化の発生の仕組みに高LDLが関連していることを理解してもらえよう保健指導を行い、対象者が自ら具体的な生活改善ができるよう支援する。
- ③LDLコレステロールは、生活習慣の乱れだけではなく、身体ホルモンのバランスの変化から急に上昇することもあるため、健診を継続受診し経年変化をみる必要性を普及する。

## 5. 特定保健指導以外の保健指導

### A. 現 状

- ①健診結果通知に合わせて「健診結果の見方」や「生活習慣改善チラシ」を同封し、結果の見方や生活改善に役立つ情報を提供している。
- ②特定保健指導対象外であっても、受診勧奨レベルの方には、本人から治療や生活の状況を聞き取り、個々に応じた保健指導や受診勧奨を実施している。

### B. 課 題

- ①治療中であってもメタボリックシンドロームに該当する方が多く、重症化を予防するため肥満の改善が必要である。
- ②治療の自己中断により、悪化しているケースがある。

### C. 対 策

- ①受診勧奨域にある方に対して面談で健診結果説明を行い、治療状況を確認し生活改善を促す。精密検査受診時に「ご高診依頼書」を持参し対象者が医療機関へ提出することで、治療状況の把握を行う。
- ②適切な医療機関受診に繋げるため、医療連携を図り、自己中断の防止に努める。
- ③生活習慣病の治療中でコントロール不良な方には、かかりつけ医との連携を図り、重症化や合併症の予防に努める。
- ④治療中断者対策及び未受診者を把握するために、レセプトと健診データとの突合・分析を行う。

# 南砺市国民健康保険の保健事業

健康課 国保・年金係

## 1. 被保険者及び医療費の状況

### (1) 世帯数及び被保険者数

(単位：世帯、人)

	R元 年度末	H30⇒R元 伸び率	R2 年度末	R元⇒R2 伸び率	R3 年度末	R2⇒R3 伸び率	R4 年度末	R3⇒R4 伸び率
世帯数	6,567	△0.97%	6,572	0.08%	6,353	△3.33%	6,104	△3.92%
被保険者数	10,253	△1.84%	10,133	△1.17%	9,728	△4.00%	9,100	△6.46%

### (2) 年齢階級別被保険者数

- ・団塊の世代（昭和22年～24年生）の被保険者が多いため、70～74歳の構成割合が高い。
- ・令和4年度から団塊の世代が75歳の年齢到達により後期高齢者医療へ移行し始めたため、令和7年度にかけて被保険者数が、大幅に減少する見込み。

(単位：人)

	R元年度末		R2年度末		R3年度末		R4年度末	
	被保険者数	構成割合	被保険者数	構成割合	被保険者数	構成割合	被保険者数	構成割合
0～19歳	623	6.08%	573	5.65%	538	5.53%	519	5.70%
20～39歳	826	8.06%	766	7.56%	724	7.44%	739	8.12%
40～59歳	1,777	17.33%	1,765	17.42%	1,751	18.00%	1,715	18.85%
60～69歳	3,598	35.09%	3,303	32.60%	3,095	31.82%	2,793	30.69%
70～74歳	3,429	33.44%	3,726	36.77%	3,620	37.21%	3,334	36.64%
合計	10,253	100%	10,133	100%	9,728	100%	9,100	100%
平均年齢	58.82歳		59.53歳		59.65歳		59.16歳	

### (3) 医療費の推移（自己負担額を含む医療費の総額）

(単位：円、人)

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
医療費 総額 ①	4,369,694,629	4,360,172,893	4,300,702,216	3,990,215,115
平均被保険者数 ②	10,386	10,285	10,064	9,512
一人当たり医療費 ①/②	420,729	423,935	427,335	419,493
対前年度 伸び率	5.34%	0.76%	0.80%	△1.84%

## (4) 一人当たり医療費の推移

(単位：円)

	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R 2 年度	R 3 年度	R 4 年度
南砺市	388,330	399,383	420,729	423,935	427,335	419,493
富山県	384,548	388,389	400,694	390,209	405,950	—
全国	362,159	367,989	378,939	370,881	—	—

\* 医療費＝療養の給付等（入院、外来、歯科、調剤 など）＋療養費等（柔道整復師、はり、きゅう など）

## 2. 高額医療費の状況

医療費の負担が大きい疾患、長期入院に関わる疾患、医療が長期化する疾患の特徴をとらえ、医療費が増大すると予測される疾患について、予防が必要である。（レセプト1件の費用額＝1ヶ月の医療費）

## (1) 1件80万円以上の高額レセプト

- ・令和4年度の1件80万円以上の高額レセプトは675件であり、前年度より24件減少している。
- ・脳血管疾患の件数は25件であり、前年度より15件減少している。また、がんに関わる件数も289件であり、前年度より21件減少している。虚血性心疾患も4件減少している。
- ・費用額についても、全体で9億5893万円と前年度より8,046万円減少している。

R4 年度	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
人数	367 人 (R3 : 375 人)	13 人 (R3 : 28 人)		17 人 (R3 : 21 人)		131 人 (R3 : 141 人)		227 人 (R3 : 209 人)		
		3.5%		4.6%		35.7%		61.9%		
件数	675 件 (R3 : 699 件)	25 件 (R3 : 40 件)		19 件 (R3 : 23 件)		289 件 (R3 : 310 件)		342 件 (R3 : 326 件)		
		3.7%		2.8%		42.8%		50.7%		
	年代別	40 歳未満	2	8.0%	1	5.3%	11	3.8%	14	4.1%
		40~49 歳	0	0.0%	0	0.0%	27	9.3%	32	9.4%
		50~59 歳	4	16.0%	4	21.1%	61	21.1%	57	16.7%
		60~69 歳	9	36.0%	3	15.8%	87	30.1%	111	32.5%
70~74 歳		10	40.0%	11	57.9%	103	35.6%	128	37.4%	
費用額	9 億 5893 万円 (R3 : 10 億 3939 万円)	2711 万円 (4410 万円)		3119 万円 (3916 万円)		3 億 8748 万円 (4 億 2000 万円)		5 億 1315 万円 (5 億 3614 万円)		
		2.8%		3.3%		40.4%		53.5%		

\* 最大医療資源傷病名（主病）で計上

\* 疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があり、合計人数とは一致しない。

(2) 6か月以上の長期入院のレセプト

- ・令和4年度の長期入院のレセプトは962件であり、前年度より64件減少している。
- ・精神疾患の件数は514件であり、前年度より7件減少しているが、構成割合は53.4%と高い。

R4年度	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	101人 (R3:106人)	54人 (R3:53人)	11人 (R3:9人)	6人 (R3:8人)
		53.5%	10.9%	5.9%
件数	962件 (R3:1,026件)	514件 (R3:521件)	87件 (R3:91件)	53件 (R3:70件)
		53.4%	9.0%	5.5%
費用額	4億4875万円 (R3:4億8983万円)	1億9972万円 (2億0129万円)	4811万円 (4999万円)	2614万円 (3551万円)
		44.5%	10.7%	5.8%

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

(3) 人工透析患者のレセプト(長期化する疾患)

- ・令和4年度の人工透析患者のレセプトは113件であり、前年度より17件減少している。
- ・人工透析患者のうち、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を併せもつ割合はすべて減少している。

R4年度		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
R4年5月 診療分	人数	7人 (R3:11人)	3人(R3:6人)	2人(R2:4人)	4人(R2:6人)
			42.9%	28.6%	57.1%
R4年度 累計	件数	113件 (R3:130件)	34件(R3:50件)	20件(R3:33件)	50件(R3:80件)
			30.1%	17.7%	44.2%
R4年度 累計	費用額	5026万円 (R3:5738万円)	1649万円 (2503万円)	629万円 (1187万円)	1826万円 (2945万円)
			32.8%	12.5%	36.3%

\*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上



### 3. 生活習慣病の治療者数の状況

- ・生活習慣病は予防が可能であり、悪化を防ぐために基礎疾患への予防対策が必要である。
- ・令和4年5月診療分の生活習慣病の治療者数は3,907人であり、144人減少している。
- ・生活習慣病と基礎疾患との関連では、糖尿病性腎症86.7%、脳血管疾患77.2%、虚血性心疾患79.8%に高血圧がみられ、高血圧や糖尿病、脂質異常症の重なりに注意が必要である。

R3年5月診療分				
全体		糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
4,051人		96人	417人	380人
		2.4%	10.3%	9.4%
基礎疾患の重なり	高血圧	88人	325人	301人
		91.7%	77.9%	79.2%
	糖尿病	96人	206人	220人
		100%	49.4%	57.9%
	脂質異常症	67人	259人	271人
		69.8%	62.1%	71.3%

R4年5月診療分				
全体		糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
3,907人		75人	360人	362人
		1.9%	9.2%	9.3%
基礎疾患の重なり	高血圧	65人	278人	289人
		86.7%	77.2%	79.8%
	糖尿病	75人	173人	206人
		100%	48.1%	56.9%
	脂質異常症	53人	229人	262人
		70.7%	63.6%	72.4%

高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
2,170人	1,454人	1,765人	437人
53.6%	35.9%	43.6%	10.8%

高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
2,028人	1,369人	1,669人	455人
51.9%	35.0%	42.7%	11.6%

### 4. 今後の取り組みについて

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価・検証を踏まえ、現在策定中の第3期データヘルス計画においても継続して糖尿病性腎症重症化予防、生活習慣病対策等の保健事業を実施することにより、被保険者の健康増進を図り、医療費の適正化と健全な国保財政の運営に努める。

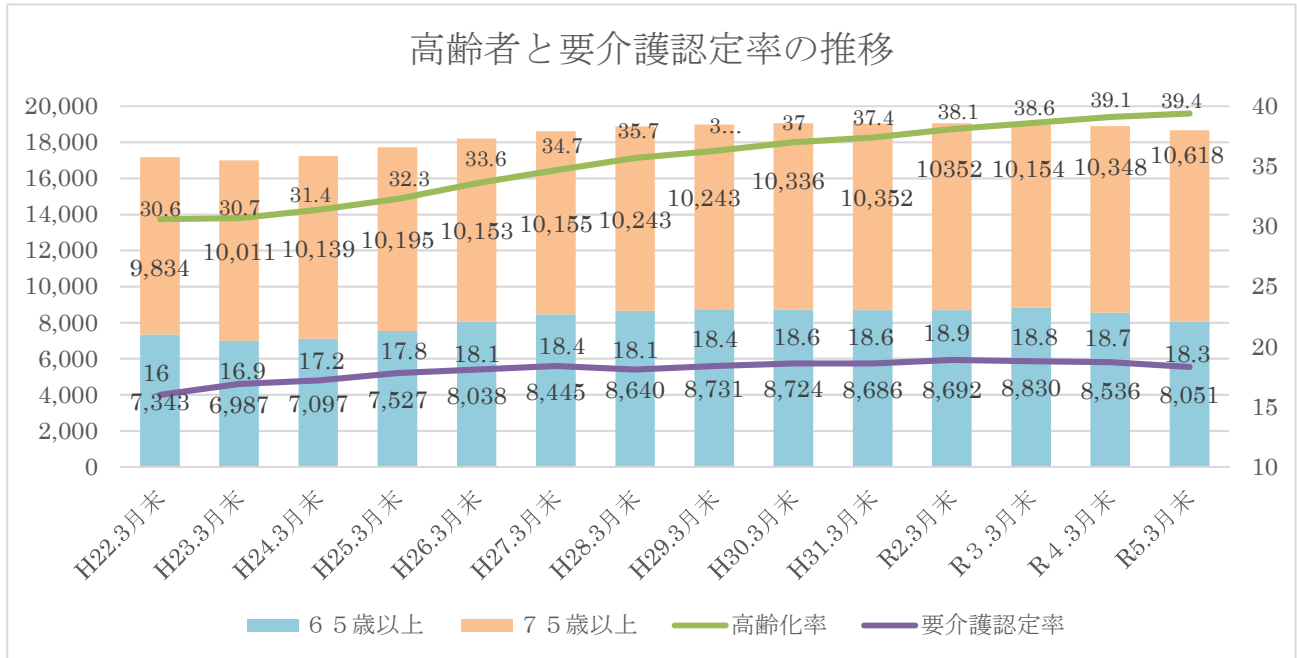
- ① 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上（南砺市目標値 65.0%）
- ② 糖尿病性腎症重症化予防、脳血管疾患予防、虚血性心疾患予防への取り組み
  - ・共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの減少を目指す。
- ③ 人間ドック費用助成事業
  - ・生活習慣病の予防及び早期発見に努め、被保険者の健康保持・増進を図る。
- ④ 重複・頻回受診者及び重複服薬者への適切な受診指導
- ⑤ ジェネリック医薬品の使用促進
- ⑥ レセプト点検による医療給付の適正化
- ⑦ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

# IV 高齢期の保健事業

担当課名 地域包括ケア課

## A. 現 状

### (1) 南砺市の要介護認定率の推移 (図1)

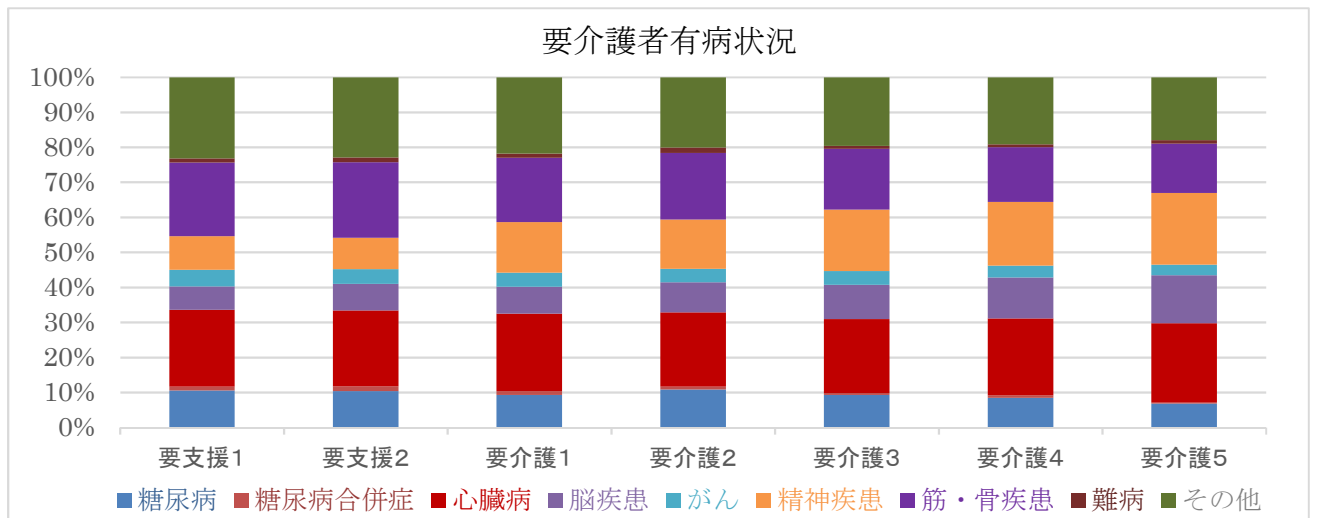


資料：地域包括ケア課

【現状】 65歳以上の高齢者人口は大きな変化はみられないが、65歳未満人口が減少していることから、高齢化率は令和5年3月末時点で39.4%と引き続き上昇している。一方、要介護認定率は、18.3%となり、令和5年3月末時点で前年同月と比較すると0.4%低下している。

(参考：令和5年3月時点の要介護認定率 砺波市17.9%、小矢部市19.8%)

### (2) 要介護者の有病状況 (図2)



※KDB システムより令和4年度累計

【現状】 要支援1、2では、筋・骨疾患を有する方が多いが、要介護度が進むと割合は減少する。一方、脳疾患、精神疾患は、介護度が高くなると割合が増加している。心臓病はいずれの要介護区分でも多く、脳疾患も含めた血管由来疾患の有病率が高い。

### (3) 要介護認定者と医療費（表1）

区分	ひと月当たりの医療費（医科のみ）			
	保険者（地区）	県	同規模	国
要介護認定あり（40歳以上）	10,027円/月	9,073/月	8,873/月	8,476/月
要介護認定なし（40歳以上）	4,912円/月	4,344/月	4,229/月	3,974/月

※KDB システムより令和4年度累計

【現状】要介護認定を受けている人は、受けていない人に比べ、医療費が2倍以上高額である。また、県、同規模、国の医療費と比較すると、要介護認定有無に関わらず医療費は高額となっている。

### (4) 質問票からみえる生活習慣の特徴（表2）

質問票 ※特徴的な項目を抜粋		該当者割合			
		南砺市	県	同規模	国
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくい	40.6%	34.0%	29.5%	28.3%
	お茶や汁物などでむせる	22.3%	22.0%	20.6%	20.9%
運動転倒	以前に比べて歩く速度が遅い	65.0%	59.9%	57.9%	59.6%
	この1年間に転んだ	21.2%	19.5%	19.0%	18.1%
	ウォーキング等の運動を週に1回以上	48.4%	54.0%	56.3%	62.1%

※KDB システムより令和4年度累計

【現状】健診で行っている質問票から、口腔機能と運動・転倒項目に該当する人が、県、同規模、国と比較して多い。また、両項目のうち、いずれか該当した人は、口腔機能50.6%、運動・転倒81.6%であり、重複している人が多数いると思われる。

### (5) 死因（6つの対象疾患における割合）（表3）

死亡原因	南砺市	県	同規模	国
がん	53.1%	51.9%	48.4%	49.8%
心臓病	22.9%	24.3%	28.3%	27.8%
脳疾患	17.1%	15.9%	15.3%	14.4%
糖尿病	1.0%	1.8%	1.9%	1.9%
腎不全	3.3%	3.3%	3.5%	3.5%
自殺	2.5%	2.8%	2.7%	2.7%

※KDB システムより令和4年度累計

【現状】心臓病で死亡する人は、県、同規模、国と比較して低いが、脳疾患での死亡は多い。前述の要介護者の有病率のうち、有病率が高い疾病で亡くなる方が多い。

# 1. 介護予防事業

## (1) フレイル予防事業 (表4)

- ・対象：定期的に通いの場を行っている事業所または参加者
- ・内容：東京大学高齢社会総合研究機構のカリキュラムを用い、研修を受けた住民がフレイルサポーター（担い手側）になり、地域の通いの場で高齢者に対しフレイルチェックを行い、住民同士が助言しあえる環境の整備を行う。

フレイルサポーター数 (名)	フレイルチェック(カ所)・回数(回)	フレイルチェックのべ人数 (人)
63名	43カ所・67回	891人

南砺市令和4年度実績

## (2) 訪問型サービスC (短期集中予防) (表5)

- ・対象：要支援1または要支援2と認定された方、または基本チェックリストで事業対象者と判定された方。かつ、一時的な機能低下などが原因で、専門職によるサービス提供によって、改善が見込まれる方と介護支援専門員やかかりつけ医により判断された方。
- ・内容：概ね3～6か月間に週1回、12回を上限とし、柔道整復師やリハビリ専門職などが家庭訪問し 指導を行うことで、運動機能、栄養・口腔機能、日常生活活動能力の向上を支援する。

実人数 (人)	延実施回数 (回)
31人	295回

南砺市令和4年度実績

## (3) すまいるエイジ教室 (一般介護予防) (表6)

- ・対象：南砺市に住所のある65歳以上の方
- ・内容：医療専門職による運動、口腔、認知機能向上を目指した教室。1クール12回

年度	開催回数	のべ参加者数	のべ申し込み者数
令和4年度	30回	773人	81人
令和3年度	19回	532人	76人
令和2年度	35回	853人	73人
令和元年度	34回	725人	75人

## 2. 高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施（健康課との共同事業）

高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、保健事業と介護予防事業を連携しながら疾病予防と生活改善機能維持の両面を支援し、高齢者の健康寿命の延伸を図ることを目的として、実施主体である富山県後期高齢者医療広域連合が広域連合構成市町村へ委託し事業を実施。南砺市では、令和4年度から事業を受託している。

### （1）ハイリスクアプローチ（個別支援）（表7）

令和4年度	対象者数	実施者数	実施率
①低栄養予防	23	22	95.7
②口腔機能低下予防	85	84	98.8
③糖尿病性腎症重症化予防	48	45	93.8
④循環器系疾患（高血圧）重症化予防	70	65	92.9
⑤健康状態不明者	138	137	99.3
計	364	353	97.0

### （2）ポピュレーションアプローチ（フレイル予防を取り入れた通いの場への介入）（表8）

令和4年度	開催箇所	実人数	延人数
城端圏域	1	18	27
福光圏域	1	16	31
福野圏域	0	—	—
井波・井口圏域	1	29	42
五箇山圏域	1	11	16
計	4	74	116

【地域でまるごと健康教室】全31地域づくり協議会へ介入（2023年～2025年）

※2回コース（あらかじめ参加者の血液データを準備し、個別相談に活用）

①高齢期の体の健康について（からだの学習、食事、運動、お口のケア）

②簡単体力チェック、健康減塩弁当試食

③個別相談 ※保健師・管理栄養士・歯科衛生士・作業療法士による助言

## B. 課題

介護予防の啓発を中心に行うことで、市民の自主的な取り組みと要介護認定率の抑制に繋がっている。しかし、この効果は限定的と考えられ、KDBなどの客観的な指標を元に、根拠に基づいた効果的な対策が必要である。

南砺市は、血管由来の疾患を有する要介護認定者が多く、また同種の疾病で亡くなる人も多い。また、生活習慣では、質問票（表2）から、栄養・口腔管理、運動習慣が課題だと考えられる。

今後、正しい知識や動機付けを地域で展開していくことが必要である。

## C. 対策

南砺市では、令和4年度から地域づくり協議会と連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始している。一体的実施事業では、KDBシステムを活用することで、健診・医療・介護データに基づいた課題の把握と分析が可能となっている。

現在、介護予防事業は、ポピュレーションを中心に行っているが、KDBシステムを活用して、生活習慣が不十分なハイリスク者への介入や他事業との連携が必要である。

また、既存のポピュレーション事業のあり方としては、生活習慣病の重症化予防の視点と、加齢による身体的機能維持（栄養・口腔管理や運動習慣の是正）など、総合的にフレイルを捉えた取り組みとともに、フレイルチェックによる継続的な状態把握を実施していくことで、さらなる要介護認定率の適正化に繋がると考えられる。