

第2期 飛驒市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)および第3期 飛驒市国民
健康保険特定健康診査等実施計画 中間評価

令和3年3月 飛驒市



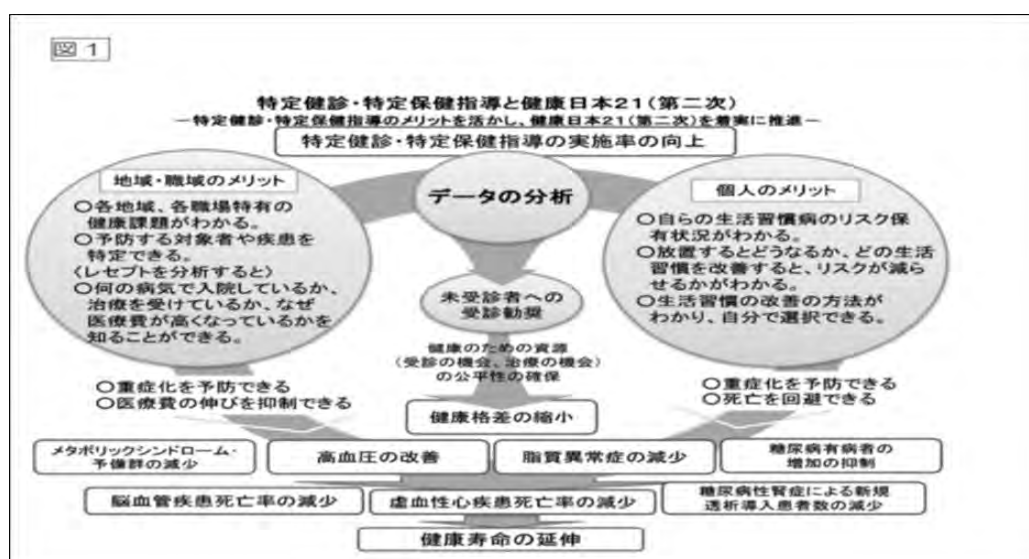
目 次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要	3
第2章 中間評価の趣旨	3
1 中間評価の方法	
第3章 中間評価の結果	5
1 中長期目標、短期目標の進捗状況	
2 プロセス、アウトプット、アウトカム、ストラクチャーの視点に基づく評価	
3 主な保健事業の評価と課題	
第4章 特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題	14
1 目標値に対する進捗状況	
2 特定健診の実施	
3 特定保健指導の実施	
第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し	15
1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
2 全体的な評価	
3 課題と保健事業への取り組み	

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要

厚生労働省においては、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国の指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしております。

本市においては、国の指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び飛騨市国保の財政基盤強化を図ることを目的として「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」をH30年3月に策定しました。計画期間はH30年度からR5年度までの6年間です。



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

第2章 中間評価の趣旨

第2期データヘルス計画では、毎年度の進捗状況を確認するとともに、本計画の最終年度において総合的に評価します。計画の最終年度(R5年度)において次期計画の策定を円滑に行うため、中間評価を行います。

1 中間評価の方法

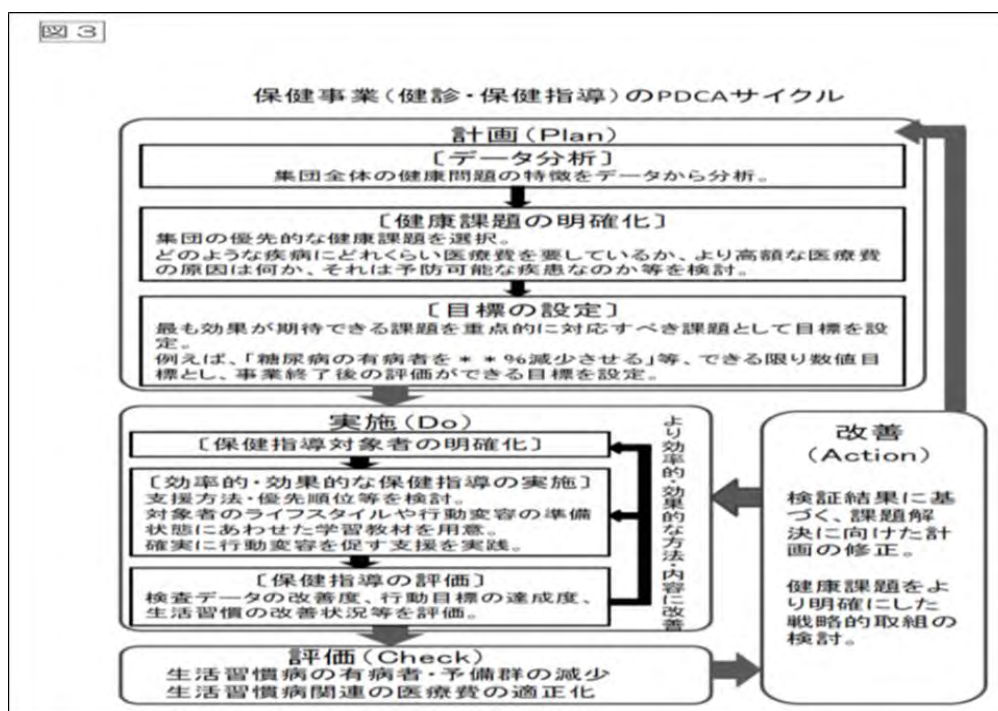
保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標(図2)での評価が求められています。

具体的には、KDBに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等を実評価します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。中間評価については、岐阜県や飛騨市国保運営協議会、国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとしします。

＜評価における4つの指標＞

(図2)

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

第3章 中間評価の結果

1 中長期目標、短期目標の進捗状況

「目標管理一覧表」(図表4)を用いて、各指標の進捗状況を評価します。

中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合の年々減少がしていますが、慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合及び糖尿病性腎症による人工透析者数は年々増加しています。

短期目標については、メタボリックシンドローム該当者割合は増加しており、予備軍割合は減少しています。血圧有所見者の割合が R1 年度に大きく減少しましたが、目標値まで達成していません。血糖有所見者と脂質有所見者の割合は増加傾向です。健診受診後受診勧奨となった人の医療機関受診率と治療率ともに減少しています。

以上のことを踏まえ、引き続き健診受診後の積極的な受診勧奨を実施し、生活習慣病重症化予防の推進、特定保健指導対象者への肥満症の解決の支援を行っていく必要があります。とくに、糖尿病性腎症重症化予防及び高血圧予防が優先課題と考えます。

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表4】

関連計画	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値	達成状況※1	最終目標値	データの把握方法
		H 2 8	H 2 9	H 3 0	R 1	況※1	R5	
特定 等 計 画 健 診	特定健診受診率 60%以上	62.7%	65.2%	61.9%	67.4%	A	60%以上	KDB 地域の全体像の把握
	特定保健指導実施率 60%以上	89.8%	80.7%	80.3%	88.7%	A	80%以上	
	特定保健指導対象者の減少率（前年度比較で増加）	1.4%	-3.0%	8.0%	-10.0%	C	減少率（前年度比較で増加）	国保データバンクシステム 様式7-項目70
データヘルス計画	中長期	平均寿命（男）	80.0	80.0	81.6			KDB 地域全体像の把握
		平均寿命（女）	86.5	86.5	87.2			
		健康寿命（男） 前年度比較にて増加	79.2	79.8	81.2	B	前年度比較にて増加	
		健康寿命（女） 前年度比較にて増加	84.7	84.6	84.9	B	前年度比較にて増加	
		脳血管疾患の総医療費（生活習慣病のみ）に占める割合 4.0%以下	4.6%	4.8%	3.6%	A	4.0%以下	KDB 疾病別医療費分析（生活習慣病）1保険者あたり総点数
		虚心性心疾患の総医療費（生活習慣病のみ）に占める割合 6.0%以下	4.5%	3.4%	3.9%	A	4.0%以下	
		糖尿病の総医療費（生活習慣病のみ）に占める割合 11.0%以下	10.9%	10.7%	11.0%	C	11.0%以下	
		慢性腎不全（透析あり）の医療費に占める割合 6.4%以下	6.4%	6.3%	7.0%	C	6.5%以下	KDB 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題⑩
		人工透析者数（人）	15人	16人	17人			KDB 厚生労働省様式3-7人工透析のレセプト分析
		うち糖尿病性腎症による人工透析者数（人）	7人	8人	11人			
		糖尿病患者のうち人工透析導入者の割合 1.0%以下	1.0%	1.2%	1.4%	C	1.0%以下	KDB 厚生労働省様式3-2糖尿病のレセプト分析
	短期	メタボリックシンドローム該当者の割合 10%以下	10.4%	12.5%	10.9%	C	10%以下	KDB 地域の全体像の把握
		メタボリックシンドローム予備軍の割合 7.0%以下	7.0%	7.1%	6.9%	A	7.0%以下	
		健診受診後受診勧奨となった人の医療機関受診率 60%以上	51.5%	51.4%	51.3%	C	60%以上	
		健診受診後受診勧奨となった人の治療率 6.0%以下	7.2%	7.1%	6.6%	B	6.0%以下	
		健診受診者の血糖有所見者（HbA1c6.5以上）の割合 10%以下	10.0%	11.3%	9.7%	C	10%以下	岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況
		健診受診者の血圧有所見者（血圧Ⅱ度以上）の割合 5%以下	8.4%	7.7%	9.2%	A	4.5%以下	
		健診受診者の脂質有所見者（TG150以上）の割合 15%以下	17.1%	17.5%	15.9%	C	15%以下	
保険者 努力 支 援 制 度 指 標	短期	糖尿病性腎症重症化予防対象者へのプログラム実施 89%以上	0.0%	80.0%	100.0%	A	89%以上	飛騨市 市民保健課
		がん検診受診率						がん検診報告（40～69歳） （子宮がん検診は20歳以上）
		胃がん検診 13%以上	13.5%	12.2%	11.0%	C	13%以上	
		肺がん検診 25%以上	24.6%	22.2%	19.6%	C	20%以上	
		大腸がん検診 20%以上	20.6%	19.8%	18.1%	C	20%以上	
		子宮頸がん検診 35%以上	34.8%	34.9%	34.2%	C	35%以上	
		乳がん検診 45%以上	44.9%	44.8%	44.2%	C	45%以上	
		健康ポイント事業の取り組みを行う者（エントリー者）の割合 10%以上	—	8.9%	8.2%	A	10%以上	飛騨市 市民保健課
		後発医薬品の使用割合 80%以上	74.9%	76.9%	80.2%	A	80%以上	岐阜県国保連後発医薬品利用率 （数量シェア）状況10月診療分

※1 達成状況：A（目標を達成した指標）、B（目標は達成していないがH28よりR1が改善した指標）、C（目標は達成していないがH28よりR1が悪化した指標）

(1) 医療費の状況

被保険者減少により総医療費は減少していますが、一人当たり医療費は増加しています。

総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の割合は、増加しています。また、総医療費に占める高血圧症及び脂質異常症の割合は減少していますが、県や同規模市と比べると、い、まだに高い状況であります。(図表5)

<中長期及び短期目標疾患医療費が総医療費に総占める割合>

【図表5】

	年度	総医療費	被保険者数(人)	一人当たり医療費 (1か月あたり)	中長期+短期目標疾患医療費合計		中長期目標疾患					
					金額	割合	慢性腎不全 (透析あり)		脳梗塞 脳出血		狭心症 心筋梗塞	
							金額	割合	金額	割合	金額	割合
飛騨市	H28	2,017,553,350	5,876	28,005	470,589,000	23.32%	73,744,020	3.66%	49,534,930	2.46%	47,904,020	2.37%
	R1	1,910,046,000	5,090	30,753	375,614,020	19.67%	73,290,390	3.84%	30,127,710	1.58%	26,894,480	1.41%
岐阜県平均	R1	3,501,108,150		27,207	745,087,270	21.28%	166,589,900	4.76%	71,537,340	2.04%	73,757,370	2.11%
同規模平均	R1	2,915,283,660	7,918	30,311	573,146,240	19.66%	120,490,580	4.13%	64,641,420	2.22%	45,458,580	1.56%

	年度	短期目標疾患					
		糖尿病		高血圧症		脂質異常症	
		金額	割合	金額	割合	金額	割合
飛騨市	H28	121,237,630	6.01%	106,816,880	5.29%	71,351,520	3.54%
	R1	100,149,650	5.24%	81,973,220	4.29%	63,178,570	3.31%
岐阜県平均	R1	197,029,970	5.63%	136,719,110	3.91%	99,453,580	2.84%
同規模平均	R1	157,600,990	5.41%	111,429,900	3.82%	73,524,770	2.52%

(2) 糖尿病性腎症による透析導入の状況

糖尿病性腎症による透析導入者の割合は増加傾向で、費用額については、年々増加し、6,000 万を超えています(図表6)。新規透析導入者は H30 年度に7名と一気に増加しました。糖尿病性による透析の割合は減少傾向ですが、どの年度も半数を超えているため、なおいっそうの糖尿病性腎症重症化予防に重点をおく必要があります。(図表7)

人工透析導入者の状況

【図表 6】

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28年	人数	15人	7人	6人	5人
			46.7%	40.0%	33.3%
	件数	183件	85件	72件	62件
			46.4%	39.3%	33.9%
	費用額	8950万円	3778万円	3373万円	3275万円
			42.2%	37.7%	36.6%
H29年	人数	16人	8人	7人	4人
			50.0%	43.8%	25.0%
	件数	194件	113件	78件	71件
			58.2%	40.2%	36.6%
	費用額	9081万円	4698万円	3807万円	3599万円
			51.7%	41.9%	39.6%
H30年	人数	17人	11人	7人	8人
			64.7%	41.2%	47.1%
	件数	229件	135件	85件	81件
			59.0%	37.1%	35.4%
	費用額	1億1020万円	5792万円	4008万円	3866万円
			52.6%	36.4%	35.1%
R1年	人数	18人	10人	6人	5人
			55.6%	33.3%	27.8%
	件数	217件	134件	73件	64件
			61.8%	33.6%	29.5%
	費用額	1億0089万円	6025万円	3130万円	2874万円
			59.7%	31.0%	28.5%

KDB 厚労省様式2-2、3-7 人工透析患者（長期化する疾患）の状況

新規人工透析導入者の状況

【図表 7】

年度	H29	H30	R1
新規透析者数	3	7	2
糖尿病性（再）	2	4	1
割合	66.7%	57.1%	50.0%

KDB 厚労省様式2-2 人工透析患者（長期化する疾患）の状況

(3) 短期目標（血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドロームの状況）

血圧の状況を見ますと、受診勧奨判定値であるⅠ～Ⅲ度高血圧者割合はH30年度までは横ばいでしたが、R1年度には大きく減少しています。また、HbA1c の状況については、6.0以上（保健指導及び受診勧奨判定値）の割合がH30年度までは横ばいで、R1年度には大きく増加しています。LDL についても、受診勧奨判定値の割合がR1年度に大きく増加しています。（図表8）

メタボリックシンドローム該当者の割合は経年的に見ると横ばいですが、H28年度と比べると増加しています。メタボを含めた肥満症は、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症だけでなく、虚血性心疾患・脳血管疾患、慢性腎不全のハイリスク要因であり、肥満症及びメタボの解決に向けた保健指導が今後も引き続き重要と考えます。（図表9）

<血圧の状況>

【図表 8】

	受診者 総数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常 (~129/~79)		高値 (130~139/80~89)		Ⅰ度 (140~159/90~99)		Ⅱ度 (160~179/100~)		Ⅲ度 (180~/110~)	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H28	2,857	1,266	44.3%	702	24.6%	647	22.6%	208	7.3%	34	1.2%
H29	2,658	1,156	43.5%	672	25.3%	617	23.2%	181	6.8%	32	1.2%
H30	2,497	1,069	42.8%	617	24.7%	587	23.5%	181	7.2%	43	1.7%
R1	2,409	1,183	49.1%	687	28.5%	415	17.2%	107	4.4%	17	0.7%

<HbA1c（血糖値）の状況>

	受診者 総数	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		5.5%以下		5.6~5.9%		6.0~6.4%		6.5~6.9%		7.0~7.9%		8.0%~	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H28	2,857	851	29.8%	1,291	45.2%	491	17.2%	132	4.6%	72	2.5%	20	0.7%
H29	2,658	697	26.2%	1,215	45.7%	509	19.1%	143	5.4%	70	2.6%	24	0.9%
H30	2,497	669	26.8%	1,135	45.5%	487	19.5%	113	4.5%	76	3.0%	17	0.7%
R1	2,409	475	19.7%	1,112	46.2%	579	24.0%	140	5.8%	88	3.7%	15	0.6%

<LDL（脂質）の状況>

	受診者 総数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		~119		120~139		140~159		160~179		180~	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H28	2,857	1,114	39.0%	1,046	36.6%	450	15.8%	164	5.7%	83	2.9%
H29	2,658	987	37.1%	979	36.8%	426	16.0%	175	6.6%	91	3.4%
H30	2,497	1,256	50.3%	685	27.4%	363	14.5%	123	4.9%	70	2.8%
R1	2,409	1,063	44.1%	640	26.6%	445	18.5%	177	7.3%	84	3.5%

<メタボリックシンドロームの状況>

【図表 9】

	受診者 総数	非該当		メタボ予備群		メタボ該当者	
		人数	%	人数	%	人数	%
H28	2,857	2,395	83.8%	210	7.4%	252	8.8%
H29	2,658	2,191	82.4%	202	7.6%	265	10.0%
H30	2,497	2,090	83.7%	167	6.7%	240	9.6%
R1	2,409	2,018	83.8%	152	6.3%	239	9.9%

飛騨市国民健康保険特定健診結果より

2 プロセス、アウトプット、アウトカム、ストラクチャーの視点に基づく評価

【図表 10】

R1 年度の状況を踏まえた今後の取り組みと課題 (全体評価)				
目 標	現状の課題			
	◆中長期目標：脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）の医療費の伸びを抑える			
①プロセス (やってきた実践の過程)	評価			
	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤今後の課題
全 体				
＜効果的な事業の運営＞ ◆POCAサイクルに基づいた具体的な事業や効果設定した事業を計画、実行する ◆市の課題として、重症化した結果の人工透析医療費が高く、関連疾患での高血圧症及び脂質異常症の医療費割合が県や同規模市と比較して高い。 また、特定健診結果でも、HbA1cやLDLの変診勧奨判定値の方の割合が増加している。1～10度高血圧者の割合も減少しているものの、県や同規模市と比較すると依然高い状況。	◆効果的な事業運営 ・データヘルス計画の目標管理一覧により事業の進捗を把握 ・事業のプロセス計画、年間スケジュールを策定 ・地区担当員の機能強化 ・重症化予防チームやカルテをもとに地区担当員と対象者を把握、年次計画を立案		◆専門職の配置、地区担当員 制 保健師 9 人 臨時保健師 3 人（パート含む） 管理栄養士 2 人（うち 1 人育児）	
未受診者対策				
◆若年者（40～50歳代）の変診率が低い ◆経年的に未受診の方が受診につながりにくい ◆治療中の方の健診未受診（医療機関の協力依頼） ◆保健師個人からの人間ドック等の健診データ提供が少ない	◆特定健診 ・健診未受診者の受診勧奨方法を年度ごとに考えた（対象者の優先度、勧奨時期、未受診年数等） ・情報提供事業 ・H28年度より、市内医療機関の協力を得て治療中の方の検査データ情報提供事業を実施（H28年度は医療機関においてHbA1c検査実施者、R1年度からは、糖尿病・高血圧・高脂血症で治療中の方を対象） ・人間ドック等で受診したため特定健診は受診しないという報告を受けた方に対し、健診結果提供依頼を送付。提供者にはインセンティブを実施。	◆健診受診勧奨実施人数 ・（H28～H30）3年連続未受診者訪問 44人 ・（R1）40～50歳男性未受診者訪問：148人 ・（R1）未受診者勧奨はがき：1472人 ・医療機関からの検査結果情報提供事業実績 266人 ・個人からの人間ドック等健診結果提供実績 103人	◆特定健診受診率：67.4% ◆40～49歳男性受診率：46.5% ◆50～59歳男性受診率：52.1% ◆医療機関からの検査結果情報提供事業実施率 36.2%	◆40歳代男性の変診率が低い ◆市内医療機関にて3疾患（糖尿病・高血圧症・高脂血症）治療中の健診未受診者で、情報提供事業による結果提供を受けていない人が6割強い
◆慢性腎不全（透析あり）の割合が増加。特に糖尿病性腎症による透析導入者割合が増加 ◆メタボリックシンドローム該当者が増加 ◆血糖及び脂質有所見者割合が増加傾向で、血圧有所見者割合は減少しているも、県平均と比べると高い。	◆重症化予防対象者の明確化（下記の表）及び受診勧奨、医療機関受診の有無の確認 血圧11度以上 HbA1c7.0以上 糖未治療でFBS26以上またはHbA1c6.5以上 eGFR50未満（70歳未満） eGFR40未満（70歳以上） 尿蛋白で尿蛋白以上またはaGFR60未満 尿蛋白以上 TG300以上 LDL180以上 心所無動所見あり ◆特定保健指導の実施 対象者の状況に合わせ、個別及びグループ指導等を実施。 ◆糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施 ・未治療及び治療中断者の治療開始及び継続のための支援 ・治療中であるもコントロール不良者のかかりつけ医との連携による保健指導 ◆糖尿病管理台帳（過去5年）の作成と管理 以上となった方）の作成と管理	◆重症化予防対象者保健指導実績 血圧11度以上 HbA1c7.0以上 糖未治療でFBS26以上 HbA1c6.5以上 eGFR50未満（70歳未満） eGFR40未満（70歳以上） 尿蛋白で尿蛋白以上 尿蛋白以上 TG300以上 LDL180以上 心所無動所見あり ◆特定保健指導 積極的支援終了者実績 17人 助働付け支援終了者実績 113人 ◆糖尿病重症化予防プログラム ・未治療及び治療中断者支援 44人 ・治療中コントロール不良者のかかりつけ医との連携支援 1人	◆重症化予防対象者保健指導実施率 88.7% ◆HbA1c7.0以上及び糖尿病未治療 HbA1c6.5以上の割合の変化 肥満受診率 1428 1429 1430 R1 HbA1c7.0以上 2857 2958 2487 2409 糖未治療 92 94 93 103 糖未治療 3.2% 3.5% 3.7% 4.3% LDL180以上 99 82 73 107 LDL180以上 3.5% 3.1% 2.9% 4.4%	◆重症化予防対象者保健指導実施率が高いが、有所見者割合が高いなど効果が出ていない。 ◆糖尿病管理台帳が十分に活用できていない ◆糖尿病性腎症重症化予防プログラムのかかりつけ医との連携指導実績が上がらない ◆HbA1c7.0以上及び糖尿病未治療でHbA1c6.5以上の割合が増加しており、糖尿病重症化予防の効果につながっていない ◆糖尿病連携チームの地域での活用が広がらない ◆特定保健指導率が高いが、メタボ該当者割合が増加しており、効果につながっていない
重症化予防対策（ポピュレーションアプローチ）				
◆特定健診結果説明会を開催 ◆健診受診者全員を対象とし、健診結果を返却とともに実施。 ◆減塩3エレンジプロジェクトの実施（H30～） ・幼児期からの尿中塩分測定 ・減塩食品の普及（市内小売業との連携） ・健康ポイント事業での減塩取組を必須としたインセンティブ ・市内飲食店のスマートミールの開始	◆特定健診結果説明会実績 H28 H29 H30 R1 参加人数 424 444 506 482 H28 H29 H30 R1 参加人数 36 35 28 610 H28 H29 H30 R1 参加人数 32 471	◆10度以上高血圧者割合 H28 H29 H30 R1 割合 8.4% 7.7% 3.0% 5.1% H28 H29 H30 R1 割合 1.0% 1.0% 1.0% 1.0%	◆減塩食品が十分に普及していない。 ◆10度以上高血圧者割合は減少傾向だが、県平均までには至っていない ◆減塩プロジェットのための予算の確保	◆減塩食品が十分に普及していない。 ◆10度以上高血圧者割合は減少傾向だが、県平均までには至っていない ◆減塩プロジェットのための予算の確保

3 主な保健事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は増加傾向であるも、血糖値有所見者の割合、未治療者の割合も増加傾向にあります。血糖値有所見者で未治療者・中断者の保健指導後の受診及び治療状況について、十分に把握できていないため、R3年度以降に糖尿病管理台帳を活用した把握を重点に実施し、R5年度に最終評価していきます。(図表 11、12)

糖尿病性腎症重症化予防対象者及び保健指導実績

【図表11】

	健診 受診者	HbA1c6.5 以上			
			割合	保健指導 実施者	割合
H28	2857	224	7.8%	104	46.4%
H29	2658	237	8.9%	146	61.6%
H30	2497	206	8.2%	164	79.6%
R1	2409	243	10.1%	171	70.4%

HbA1c6.5以上未治療者割合 【図表12】

	HbA1c 6.5 以上	HbA1c6.5 以上未治療者	割合
H28	224	82	36.6%
H29	237	99	41.8%
H30	206	73	35.4%
R1	243	107	44.0%

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについては、かかりつけ医との協同での実施を重視し、住民をより網羅するために、特定健診の受診者のみでなく、広く市民を対象とし、かかりつけ医が保健指導を必要とするものについて専門職による保健指導を実施することとしました。

② 虚血性心疾患重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図実施対象者を拡大し、H30 年度には前年度特定保健指導対象者を追加、R1 年度より受診者全員を対象に実施しています。要精検率は、H28 及び H29 年度は約 13%でしたが、対象を全受診者にした R1 年度は5%でした。また、心房細動有所見率は、心電図受診者が増えるほど低下していますが、ST 異常有所見率は横ばいでした。心房細動所見の発見目的としては、対象者を I 度以上高血圧者に実施することが有用であることがわかりましたが、ST 異常所見の発見目的としては、心電図受診者を増やすことで、発見者も増えており、虚血性心疾患の早期発見のためにも、今後も受診者全員に実施していくことが有用であると考えます。

心房細動及び ST 異常有所見者のうち、約7～9割が医療機関を受診しておりますが、受診につながっていない方が約1～3割あるため、今後も精密検査未受診者勧奨を確実に行っていこう支援していきます。(図表 13)

特定健診心電図検査結果

【図表13】

	心電図 受診者	要精検者	要精検率 ※	要精検者 のうち		要精検者 のうち	
				心房細動所見	心房細動 有所見率※	ST異常所見	ST異常 有所見率※
H28	289	40	13.8%	28	9.7%	4	1.4%
H29	287	38	13.2%	26	9.1%	5	1.7%
H30	961	58	6.0%	23	2.4%	11	1.1%
R1	2402	123	5.1%	24	1.0%	32	1.3%

※心電図受診者に対する有所見率

要精検結果で心房細動所見者の受診状況

	心房細動 所見者数	医療機関 受診者	医療機関 受診率	受診結果					
				異常なし		要再検・要治療		既に治療中	
					率		率		率
H28	28	24	85.7%	1	4.2%	4	16.7%	19	79.2%
H29	26	23	88.5%	0	0.0%	3	13.0%	20	87.0%
H30	23	22	95.7%	0	0.0%	8	36.4%	14	63.6%
R1	24	23	95.8%	0	0.0%	6	26.1%	17	73.9%

要精検結果でST所見者の受診状況

	ST 所見者数	医療機関 受診者	医療機関 受診率	受診結果					
				異常なし		要再検・要治療		既に治療中	
					率		率		率
H28	4	3	75.0%	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%
H29	5	4	80.0%	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%
H30	11	8	72.7%	2	25.0%	3	37.5%	3	37.5%
R1	32	25	78.1%	5	20.0%	12	48.0%	8	32.0%

③脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患の最大リスクである高血圧対策が重要とし、高血圧対策に重点を置いて保健事業を実施してきました。(図表 14)

【H30 年度特定健診結果】

【図表 14】

	飛騨市	下呂市	高山市	岐阜県平均
Ⅱ度以上高血圧の割合	9.2%	3.4%	3.6%	4.9%
県内順位	1 位	35 位	33 位	－

高血圧(Ⅱ度以上)の者の割合が県内順位で1位となりました。そのため、高血圧対策として、健診においてⅠ度以上高血圧で未受診の者や、受診中でも、Ⅱ度以上高血圧の者については、アウトリーチ型の保健指導を実施しました。(図表 15)

【重症化予防における家庭訪問の実施状況】

【図表 15】

重症化予防保健指導対象	H30	R1
① Ⅱ度以上高血圧	168	96
② HbA1c7.0%以上	90	98
③ FBS126 以上又は HbA1c6.5%以上(未治療者)	50	76
④ LDL-C 180 mg/dl以上	49	64
⑤ 中性脂肪 300 mg/dl以上	22	34
⑥ 尿蛋白(+)以上	20	27
⑦ eGFR 50 未満(70 歳以上は 40 未満)	31	38
⑧ 高尿酸異常 UA9以上	16	13
⑨ メタボ3項目該当(治療中)	23	12
⑩ 心電図所見あり(心房細動)	15	20
⑪ その他 データの悪い方	9	48
⑫ 糖尿病治療中で蛋白(+)又は eGFR60 未満	15	15
⑬ 肝機能(γ-GTP・GOT・GPT)の異常のある人	2	2
合計	510	543

各年代に減塩を推進するために、ポピュレーションアプローチとして、特定健診対象者のみでなく、市民全体に対し、減塩を基軸とした食環境整備を推進することが、高血圧をはじめとする、血管障害による疾患や透析を予防することにつながると考え、減塩チャレンジプロジェクトを展開することにし、フォーラムを開催し、減塩食品や減塩についての最新情報を提供しました。(図表 16)

【減塩チャレンジプロジェクトをはじめとする各年代の減塩事業】

【図表 16】

年 代	実施内容
母子手帳交付	減塩指導、減塩白だしの配布
1 歳 6 カ月健診	味噌汁の塩分測定
2 歳児相談	味噌汁の塩分測定
3 歳児健診	味噌汁の塩分測定・尿中塩分測定・減塩醤油の配布
保育園年長者児	尿中塩分測定、減塩白だしの配布
中 3 健診	尿中塩分測定の実施・学校での結果説明会の実施
フレッシュ健診	尿中塩分測定の実施
若者健診	
特定健診	
75 歳健診(R2 年～)	

R1年度には、特定健診におけるⅡ度以上高血圧の割合は5.1%まで下がりました。
しかし飛騨圏域ではまだ高く、岐阜県の平均よりも高い状態です。(図表 17)

【R1 年度特定健診結果】

【図表 17】

	飛騨市	下呂市	高山市	岐阜県平均
Ⅱ度以上高血圧の割合	5.1%	2.7%	4.2%	4.7%
県内順位	16 位	40 位	27 位	－

KDB データより、レセプトを分析した結果、R1年度の特定健診の結果では、未治療の者が50%程度いることがわかりました。治療の中断と併せると、75%を超える者が、適正な医療にかかっていないことも考えられます。(図表 18)

【R1 年度 特定健診受診者の医療のかかり方(血圧)】

【図表 18】

特定健診		血圧							
対象者	受診者	Ⅱ度以上		治療状況					
				①未治療		②治療中断		③不定期受診	
A	B	D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D
4,188	2,410	124	5.1	63	50.8	32	25.8	24	19.4
① 未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない ② 治療中断…高血圧(HbA1cの場合は糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない。 ③ 不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)									

これらの結果を鑑みると、高血圧については、ハイリスク者への個別訪問などのアプローチをすることで受診勧奨及び、継続的な治療を勧奨することが、血圧の管理に重要と考えます。そのため、今後も、特定健診においてⅡ度以上高血圧の者については、家庭訪問を全員に実施し、血圧手帳を用い、内服状況や血圧測定についての保健指導を実施していくことが重要です。

第4章 特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題

1 目標値に対する進捗状況

特定健診受診率は、法定報告の60%を超えており、ほぼ横ばいで推移しています。
特定保健指導の実施率90%前後で推移しており、目標値を超えており、全国の平均よりも高くなっています。(図表4)。

2 特定健診の実施

全体の受診率は高いですが、40代50代の健診受診率が低く、若年者の未受診者への受診勧奨を強化していきます。

特定健診において、H30年度から特定健診受診者全員に尿中塩分測定、R1年度から心電図の全数実施をしています。より早期からの生活習慣の改善や重症化予防につなげていきます。

3 特定保健指導の実施

特定保健指導該当者は横ばい、保健指導実施率は目標達成していますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しているため、引き続き肥満症を含めたメタボ解決に向けて保健指導を実施していきます。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

保険者努力支援制度評価や新たな課題及び中間評価を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標、中長期目標について図表4の最終目標値の達成を目指します。

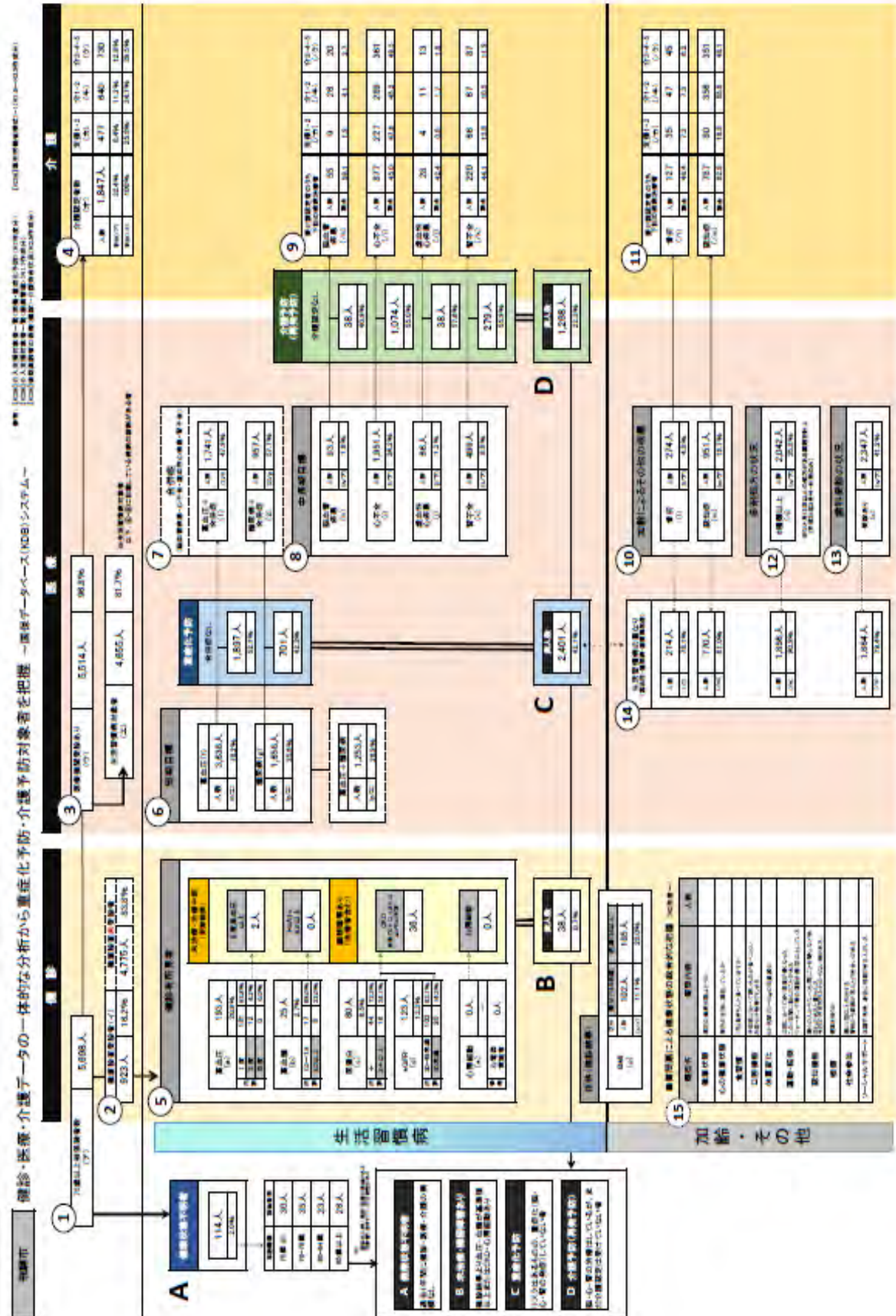
1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

首相官邸に「全世代型社会保障検討会議」が設置され、人生100年時代に向けた医療・介護のあるべき姿と給付・負担のあり方が議論されています。高齢者の医療を支える働き手が激減する中で健康寿命を延ばすことによって働きたい高齢者が長く就労できる取組みが求められ、また、国が新たに導入する健康寿命の算出方法（補完的指標）では要介護2以上の期間が考慮されるため今後、重症化予防が益々重要になってきます。

そこで本市においてもR2年度より、岐阜県後期高齢者広域連合から市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、今後も以降も引き続き推進していきます。具体的には下記のように実施します。

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置しKDBシステム等を活用し健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握（図表19）するとともに、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行います。
- ② 地域を担当する保健師を配置し、健診結果より高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます（ポピュレーションアプローチ）。

【図表 19】



2 全体的な評価

＜評価における4つの指標＞(図2)の評価指標を用い、評価を考えました。

① ストラクチャー

国民健康保険の担当部署の保険年金係と特定健診や保健指導を担う健康推進係は、同じ市民保健課に属し、業務等の連携がうまく取れていると考えます。特定健診が年間50回ほどあることや、訪問地域が点在しており、訪問にかかる移動時間が必要なことを鑑みると、マンパワーは充足しているとはいいがたく、また、現在の保健指導に加え、保健と介護と医療の一体化事業を地域で展開するには、今後も専門職を確保していくことが必要と考えます。

KDBについては、古川町保健センターに端末が設置しており、訪問やデータ分析時に活用できるようになっています。

② プロセス

保健事業については、年間の計画に沿って事業を実施しています。R2年度は、新型コロナウイルス感染症による事業の中止や、会場の人数制限などにより、当初の事業計画が完遂できないこともあり、今後は新型コロナウイルス感染症に即した事業計画を検討していくことが必要と考えます。

③ アウトプット

特定健診や特定保健指導の実施率は、全国でもトップクラスであり、今後はこれを維持していくことが必要です。受診勧奨なども、100%の実施を目標に実施していきます。

④ アウトカム

短期目標である特定健診のデータ、中長期目標である生活習慣病の状況、医療費の動向に関しては、最終年度で評価をしていくことを考えますが、高血圧に関しては、ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチを重点的に実施しているため、毎年の評価による事業評価が必要と考えます。また、一体化事業を展開していくこともあり、介護保険の認定率や、有病率なども見ていくことが必要と考えます。

3 課題と保健事業への取り組み

①40歳代の男性の受診率が低いことが挙げられます。未受診者への勧奨を訪問等で実施します。

②重症化予防対象者への保健指導を実施していますが、有所見者の数はまだ高く、効果が十分に出ていないと考えます。また、特定保健指導率も高いのですが、メタボ該当者割合が増加しており、保健指導の効果につながっていないと思われます。効果的な保健指導について研鑽に努めます。

③高血圧(Ⅱ度以上高血圧)の高血圧者の割合がまだ高く、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを合わせて推進していくことが必要です。ハイリスクに関しては、受診や服薬に確実につなげるとともに、中断とならないよう定期的な支援に努めます。

④糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳が十分に活用されていません。今後、台帳を活用

して、糖尿病及び高血圧症重症化予防に努めます。

⑤糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいてかかりつけ医との連携を進めていますが、まだ不十分と考えます。糖尿病連携手帳の地域内での展開も不十分なため、かかりつけ医及びコメディカルとの連携を密に図り、糖尿病重症化予防に努めます。