

飛騨市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(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

飛騨市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……34

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業41

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 若年からの肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
2. 糖尿病重症化予防
3. 脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防・腎硬化症重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し60

1. 評価の時期

2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い61

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料62

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}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)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、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、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。(図表 1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表 2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表 2 参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

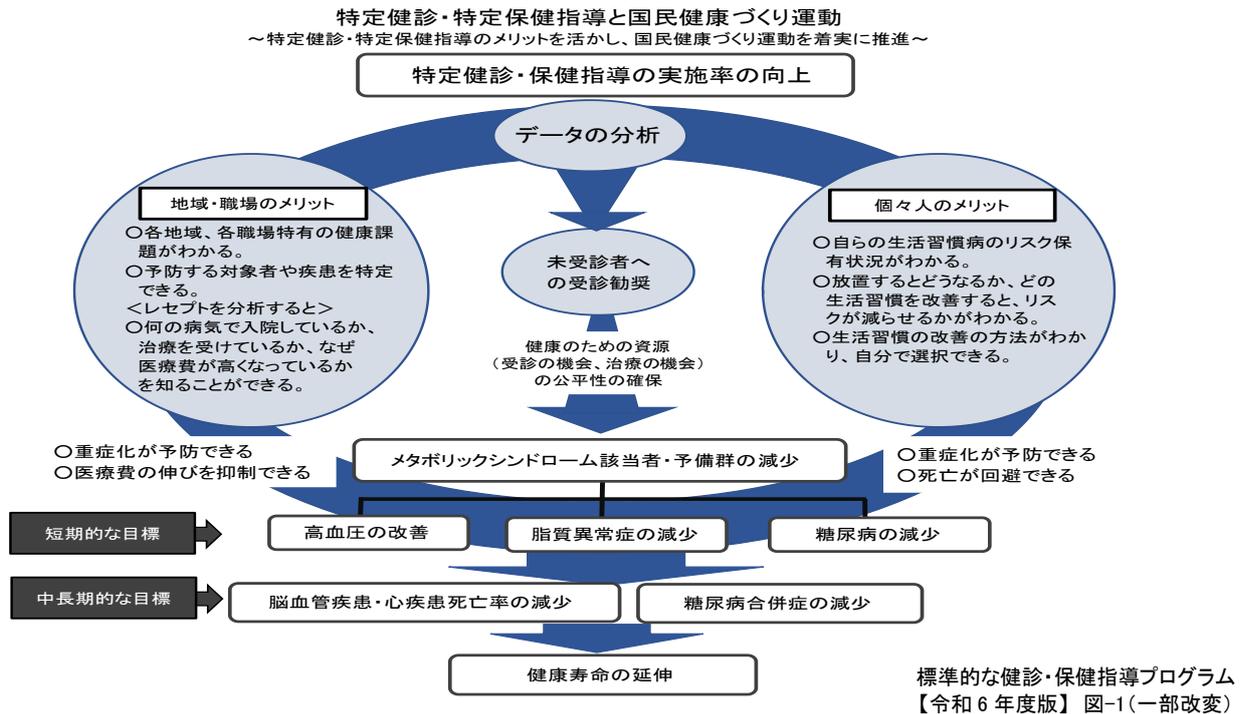
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

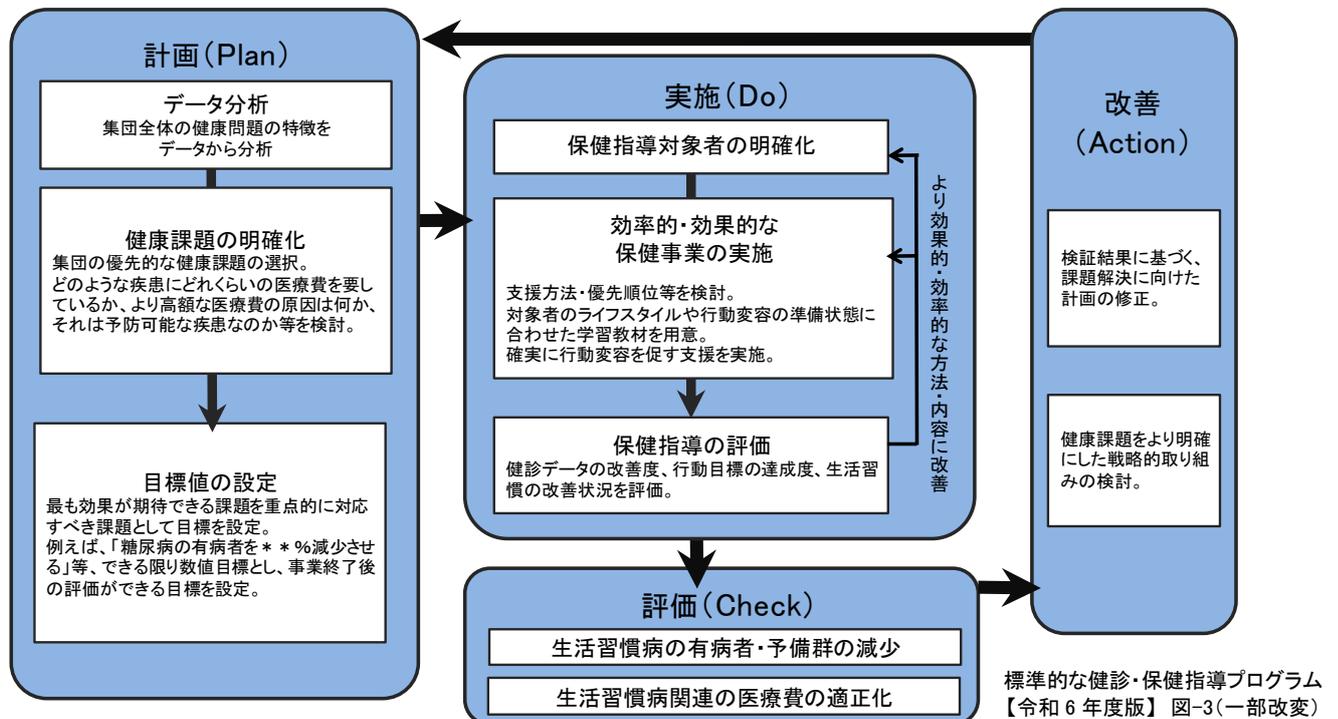
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 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	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 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
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全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 づくりの展開とより有効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、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 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画 的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・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 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生:まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

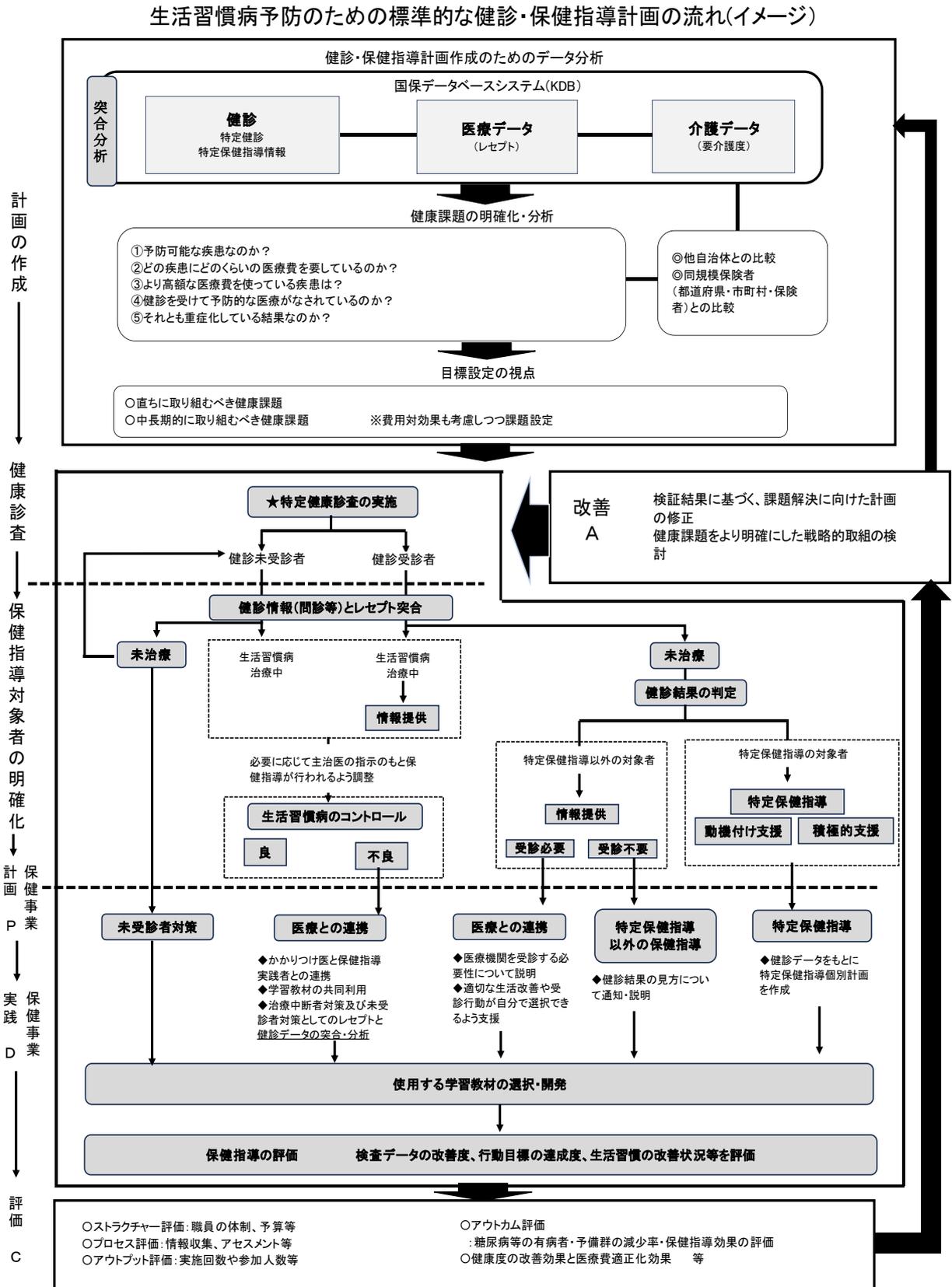


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。	
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を積み解くともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者	

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

➔

行動変容を促す手法

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

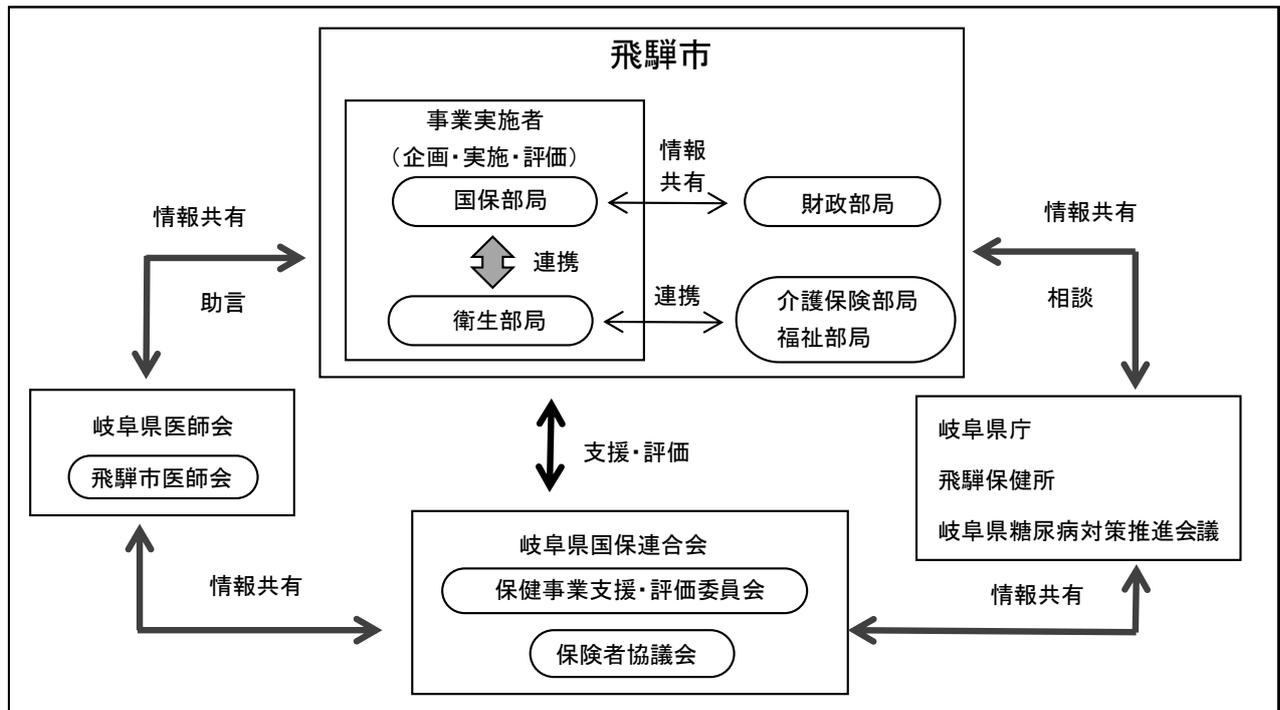
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、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、保健衛生部局、介護保険部局、財政部局、生活保護部局とも十分連携を図ることとします。

さらに、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。（図表 6・7）

図表 6 飛騨市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保健師	管理栄養士	事務
国保事務			○
健康診断 保健指導	○	○	○
がん検診	○		○
新型コロナ ワクチン	○	○	○
予防接種	○		○
母子保健	○	○	○
精神保健	○		○
歯科保健	○		○

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である岐阜県のほか、飛騨市医師会等、岐阜県国民健康保険団体連合会や当該団体に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会、岐阜県後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携、協力をします。

また、岐阜県は飛騨市国民健康保険の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に飛騨市国民健康保険の保険者機能の強化については、岐阜県の関与が更に重要となります。

さらに、飛騨市国民健康保険と飛騨市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、岐阜県が岐阜県医師会等との連携を推進することが重要であります。

岐阜県国民健康保険団体連合会と岐阜県は、ともに飛騨市国民健康保険を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

飛騨市国民健康保険は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者があることを踏まえ、保険者協議会等を活用して、飛騨市国民健康保険と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国民健康保険運営協議会の委員や、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っていきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険制度における保険者努力支援制度は、保険者による医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表 8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			飛騨市	配点	飛騨市	配点	飛騨市	配点
交付額(万円)			1,694		1,593			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	170	70	160	70	160	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	50	40	70	40	72	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	105	120	90	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	55	45	50	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	35	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	60	100	60	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	29	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	83	100	77	100
合計点			842	1,000	807	960	747	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における 健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約 23,000 人、高齢化率は 40.4%で、同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も約 60 歳と、同規模と比べて高い状態です。出生率は財政指数とともに低い状態です。産業においては、第3次産業の割合が低く、第1次産業、第2次産業の割合が高めです。(図表 9)

国保加入率 20%で、数年横ばいです。年齢構成については、65～74 歳が約6割を占めています。(図表 10)

また市内には2つの病院、25 の診療所があり、診療所数の割合は同規模と比べて高いですが、病床数、医師数は同規模と比べてかなり少ない現状です。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した飛騨市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
飛騨市	22,527	40.4	4,496 (20.0)	59.5	4.4	15.1	0.3	8.5	32.9	58.6
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.6	21.1	53.9	6.2	11.7	0.6	3.2	33.1	63.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、飛騨市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	5,337		5,090		4,940		4,857		4,496	
65～74歳	3,046	57.1	2,946	57.9	2,929	59.3	2,883	59.4	2,632	58.5
40～64歳	1,504	28.2	1,409	27.7	1,352	27.4	1,318	27.1	1,249	27.8
39歳以下	787	14.7	735	14.4	659	13.3	656	13.5	615	13.7
加入率	21.6		20.6		20.0		19.7		20.0	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.6	2	0.4	0.4	0.2
診療所数	24	4.5	24	4.7	24	4.9	24	4.9	25	5.6	3.5	3.9
病床数	181	33.9	181	35.6	175	35.4	175	36.0	146	32.5	67.7	48.3
医師数	23	4.3	23	4.5	27	5.5	27	5.6	25	5.6	9.7	11.2
外来患者数	731.1		740.7		701.4		729.8		717.7		728.3	
入院患者数	26.0		23.6		23.6		25.1		24.3		23.6	

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表 2 参照)

(1) 本計画における中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で20人(認定率0.28%)、1号(65歳以上)被保険者で1,700人(認定率18.8%)と同規模・県・国と比較すると2号被保険者はやや低く、1号被保険者は大差ありません。平成30年度と比べてやや増加傾向です。(図表 12)

介護総給付費は減少していますが、1件あたりの施設サービス給付費は増加しています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、2号被保険者で8割以上、1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	飛騨市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	9,237人	37.4%	9,102人	40.4%	36.2%	30.6%	28.7%
2号認定者	18人	0.23%	20人	0.28%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	4人		5人		--	--	--
1号認定者	1,692人	18.3%	1,700人	18.8%	19.1%	18.1%	19.4%
新規認定者	231人		225人		--	--	--
再掲	65～74歳		101人		2.6%		--
新規認定者	23人		22人		--	--	--
再掲	75歳以上		1,599人		30.3%		--
新規認定者	208人		203人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	飛騨市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	28億1177万円	27億7504万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	304,403	304,882	300,230	286,208	290,668
1件あたり給付費(円)全体	68,788	64,936	70,503	59,511	59,662
居宅サービス	39,066	36,064	43,936	41,518	41,272
施設サービス	264,929	282,243	291,914	284,664	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		20		101		1,599		1,700				
再)国保・後期		11		80		1,584		1,664				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	9	脳卒中	29	脳卒中	725	脳卒中	754	脳卒中	763
				81.8%		36.3%		45.8%		45.3%		45.6%
		2	虚血性心疾患	2	虚血性心疾患	16	虚血性心疾患	535	虚血性心疾患	551	虚血性心疾患	553
			18.2%		20.0%		33.8%		33.1%		33.0%	
	3	腎不全	2	腎不全	10	腎不全	196	腎不全	206	腎不全	208	
			18.2%		12.5%		12.4%		12.4%		12.4%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	12	糖尿病合併症	135	糖尿病合併症	147	糖尿病合併症	149
			18.2%		15.0%		8.5%		8.8%		8.9%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			10	基礎疾患	76	基礎疾患	1,457	基礎疾患	1,533	基礎疾患	1,543	
		90.9%		95.0%		92.0%		92.1%		92.1%		
血管疾患合計			11	合計	76	合計	1,495	合計	1,571	合計	1,582	
		100.0%		95.0%		94.4%		94.4%		94.4%		
認知症		認知症	0	認知症	15	認知症	864	認知症	879	認知症	879	
		0.0%		18.8%		54.5%		52.8%		52.5%		
筋・骨格疾患		筋骨格系	7	筋骨格系	72	筋骨格系	1,506	筋骨格系	1,578	筋骨格系	1,585	
		63.6%		90.0%		95.1%		94.8%		94.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少し総医療費も減少していますが、1人当たり医療費は国、県と比べ高く、平成30年度と比較しても増加しています。

また、1人当たりの入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約43%を占めており、1件当たりの入院医療費も平成30年度と比較しても3万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした1人当たり地域差指数でも、全国平均の1を全体で超えており平成30年

度より増加しています。

地域差指数の主な要因は、入院が主要因であります。外来も増加しています。入院及び外来費用の適正化のためには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		飛驒市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		5,337人	4,496人	--	--	--
前期高齢者割合		3,046人 (57.1%)	2,632人 (58.5%)	--		
総医療費		19億9879万円	18億2027万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		374,515 県内3位 同規模96位	404,864 県内5位 同規模127位	394,521	355,308	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	543,350	576,720	585,610	615,940	617,950
	費用の割合	46.3	43.2	43.3	37.4	39.6
	件数の割合	3.4	3.3	3.1	2.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,460	25,750	24,850	24,020	24,220
	費用の割合	53.7	56.8	56.7	62.6	60.4
	件数の割合	96.6	96.7	96.9	97.7	97.5
受診率(被保険者千人あたりのレセプト件数)		757.156	741.995	751.942	765.634	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は飛驒市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		飛驒市 (県内市町村中)		県 (47県中)	飛驒市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.001	1.018	0.989	0.779	0.755	0.918
		(16位)	(9位)	(31位)	(42位)	(40位)	(32位)
	入院	1.148	1.072	0.929	0.754	0.679	0.835
		(2位)	(4位)	(39位)	(36位)	(40位)	(40位)
	外来	0.903	0.985	1.022	0.814	0.843	1.000
		(40位)	(30位)	(16位)	(41位)	(38位)	(17位)

出典:地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患(透析無)の医療費の総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、腎疾患(透析有)と悪性新生物は増加し

ており、同規模、国、県と比較しても高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患については患者数及び割合ともに減少していますが、人工透析は増加しています。特に40～64歳が増加しています(図表 18)

人工透析は、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			飛騨市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			19億9879万円	18億2027万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億1648万円	3億5313万円	--	--	--
			20.84%	19.40%	19.11%	20.11%	18.60%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.82%	1.55%	2.10%	1.85%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.98%	1.36%	1.39%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.81%	4.67%	4.05%	4.26%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.18%	0.11%	0.30%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.91%	19.01%	16.91%	16.69%	16.69%
	筋・骨疾患		9.96%	8.72%	9.00%	8.32%	8.68%
	精神疾患		8.43%	7.37%	8.74%	7.53%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	5,337	4,496	a	349	245	316	250	19	21	
				a/A	6.5%	5.4%	5.9%	5.6%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	4,550	3,881	b	348	243	316	250	19	21	
	B/A	85.3%	86.3%	b/B	7.6%	6.3%	6.9%	6.4%	0.4%	0.5%	
再 掲	40～64歳	C	1,504	1,249	c	56	46	48	32	6	8
		C/A	28.2%	27.8%	c/C	3.7%	3.7%	3.2%	2.6%	0.4%	0.6%
	65～74歳	D	3,046	2,632	d	292	197	268	218	13	13
		D/A	57.1%	58.5%	d/D	9.6%	7.5%	8.8%	8.3%	0.4%	0.5%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 本計画における短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者の割合は増加しています。一方で合併症でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少していますが、人工透析や糖尿病性腎症の割合については増加しています。(図表 19、20、21)

今後も重症化予防につながる、個別の保健指導の継続が必要であると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40～74歳		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,923	1,741	362	322	1,561	1,419
		A/被保数	42.3%	44.9%	24.1%	25.8%	51.2%	53.9%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	202	140	26	26	176	114
		B/A	10.5%	8.0%	7.2%	8.1%	11.3%	8.0%
	虚血性心疾患	C	230	178	30	19	200	159
		C/A	12.0%	10.2%	8.3%	5.9%	12.8%	11.2%
	人工透析	D	19	21	6	8	13	13
		D/A	1.0%	1.2%	1.7%	2.5%	0.8%	0.9%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40～74歳		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,037	947	213	187	824	760
		A/被保数	22.8%	24.4%	14.2%	15.0%	27.1%	28.9%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	103	77	14	18	89	59
		B/A	9.9%	8.1%	6.6%	9.6%	10.8%	7.8%
	虚血性心疾患	C	126	107	14	10	112	97
		C/A	12.2%	11.3%	6.6%	5.3%	13.6%	12.8%
	人工透析	D	13	16	5	7	8	9
		D/A	1.3%	1.7%	2.3%	3.7%	1.0%	1.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	80	86	21	18	59	68
		E/A	7.7%	9.1%	9.9%	9.6%	7.2%	8.9%
	糖尿病性網膜症	F	110	87	16	19	94	68
		F/A	10.6%	9.2%	7.5%	10.2%	11.4%	8.9%
	糖尿病性神経障害	G	48	33	8	9	40	24
		G/A	4.6%	3.5%	3.8%	4.8%	4.9%	3.2%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40～74歳		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	1,855	1,655	433	361	1,422	1,294	
	A/被保数	40.8%	42.6%	28.8%	28.9%	46.7%	49.2%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	157	106	20	23	137	83
		B/A	8.5%	6.4%	4.6%	6.4%	9.6%	6.4%
	虚血性心疾患	C	218	170	28	18	190	152
		C/A	11.8%	10.3%	6.5%	5.0%	13.4%	11.7%
	人工透析	D	10	11	3	5	7	6
		D/A	0.5%	0.7%	0.7%	1.4%	0.5%	0.5%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖の結果の改善及び医療のかかり方

平成30年度と令和3年度で特定健診の結果を比較してみると、Ⅱ度高血圧以上の割合は減少していますが、HbA1c7.0以上の割合は増加しています。

また、レセプト情報で未治療者の割合が、高血圧で23.4%、糖尿病では2.2%となっています。この割合は同規模市と比較すると低い状況であり、本市が実施している医療への受診勧奨も含めた個別の保健指導が受診につながっていると考えられます。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度高血圧以上													
					Ⅱ度高血圧以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)					
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療	治療中断	G	G/E	H	H/E
飛騨市	2,649	64.2	2,705	71.3	239	9.0	136	56.9	145	5.4	69	47.6	34	23.4	11	7.6		
同規模市	210,761	42.9	185,504	40.2	11,219	5.3	6,322	56.4	10,663	5.7	5,988	56.2	3,715	34.8	522	4.9		

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移													
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)					
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療	治療中断	M	M/K	N	N/K
飛騨市	2,649	64.2	2,705	71.3	118	4.5	25	21.2	139	5.2	31	22.3	3	2.2	4	2.9		
同規模市	210,761	42.9	185,504	40.2	206,875	4.6	2,472	25.8	183,084	5.1	2,316	24.7	615	6.6	274	2.9		

出典:ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)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者

③健診結果の経年変化

本市の特定健診結果において平成30年度と令和4年度と比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は約4%増加しています。(図表 23)

また、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL160 以上の有所見者割合をみると、Ⅱ度高血圧以上では約4%減少しているものの、HbA1c6.5 以上では2%、LDL160 以上では約1%増加しています。

翌年度の改善率をみると、HbA1c6.5 以上でわずかに上昇しているものの、Ⅱ度高血圧以上やLDL160 以上では減少しています。一方で翌年度の健診未受診者が3割程度存在し、結果の把握ができていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、継続して健診を受診して頂くよう働きかけを行う必要があると考えます。(図表 24、25、26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,649	284 (10.7%)	81 (3.1%)	203 (7.7%)	185 (7.0%)
R04年度	2,407	351 (14.6%)	107 (4.4%)	244 (10.1%)	193 (8.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	251 (9.5%)	46 (18.3%)	103 (41.0%)	42 (16.7%)	60 (23.9%)
R03→R04	304 (11.5%)	58 (19.1%)	110 (36.2%)	43 (14.1%)	93 (30.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	239 (9.0%)	138 (57.7%)	35 (14.6%)	5 (2.1%)	61 (25.5%)
R03→R04	145 (5.4%)	80 (55.2%)	26 (17.9%)	3 (2.1%)	36 (24.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	195 (7.4%)	98 (50.3%)	50 (25.6%)	18 (9.2%)	29 (14.9%)
R03→R04	223 (8.2%)	99 (44.4%)	57 (25.6%)	11 (4.9%)	56 (25.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成30年度以降も 60%以上を維持しており、第3期特定健診等実施計画の目標を達成できています。特定保健指導についても、80~90%以上の高い実施率を維持し、目標も達成できています。(図表 27)

特定健診の年代別の受診率では、40~50 代の男性が 40~50%台と目標値の 60%に及ばない状況が続いています。(図表 28)

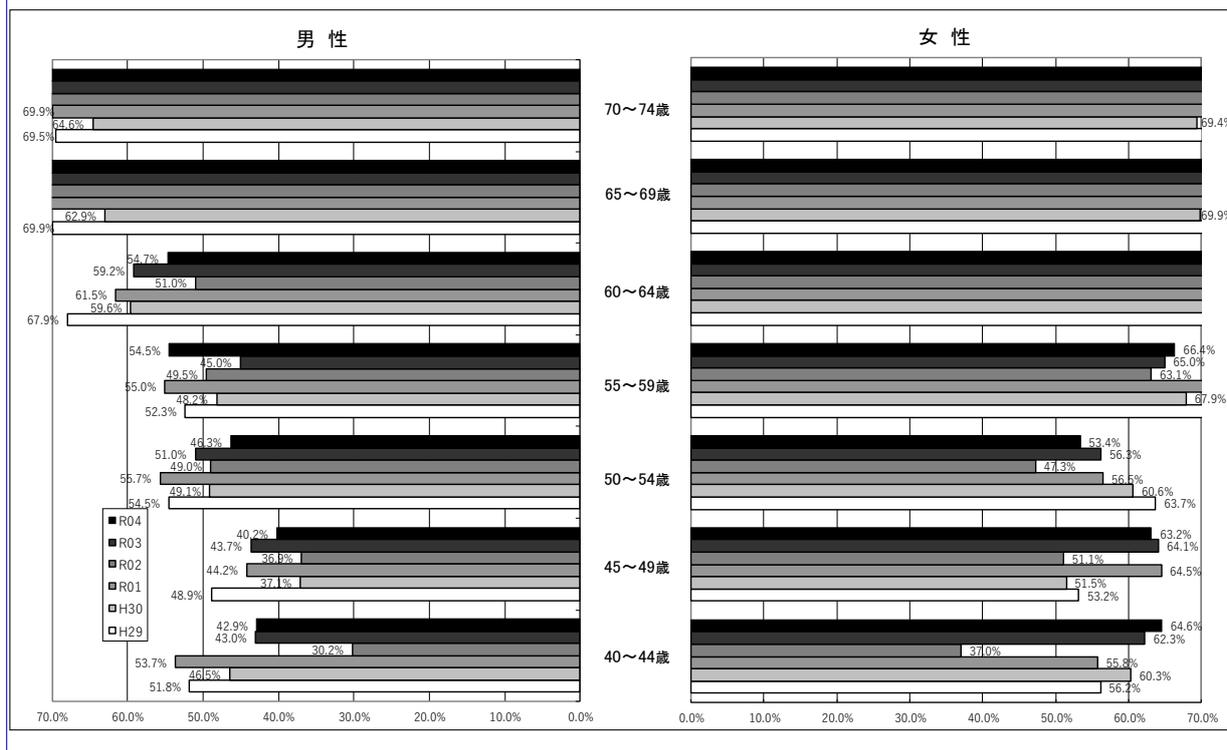
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,559	2,666	2,547	2,593	2,289	健診受診率 60%以上
	受診率	62.0%	67.6%	65.6%	68.3%	65.7%	
特定保健指導	該当者数	150	136	141	161	147	特定保健指導実施率 60%以上
	割合	5.9%	5.1%	5.5%	6.2%	6.4%	
	実施者数	124	134	137	157	142	
	実施率	82.7%	98.5%	97.2%	97.5%	96.6%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移

特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者の割合の増加及び血糖値有所見者の未治療者の増加
HbA1c8.0 以上の未治療者の減少
今後も高血糖による重症化および合併症予防支援の継続が必要

令和4年度の血糖値有所見者の割合(治療中も含む)が平成30年度と比べて 2.6%増加しています。そのため、治療中の方も含め、医療機関と連携して保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を継続していく必要があると考えます。(図表 29)

また血糖値有所見者のうち未治療者・治療中断者の割合も、平成30年度から比べると増加傾向にあります。令和3年度以降受診勧奨を重点的に行った結果、令和4年度に医療機関に受診した者は平成30年度と比べ 12.7%増加しましたが、今後も未治療者の割合を減少させるためにも受診勧奨の体制の強化が必要です。(図表 30)

本市では、HbA1c7.0 以上の者(特定健診受診者及び 75 歳と 39 歳以下の健診受診者のうち)に重点を置き、継続的に支援してきました。結果、HbA1c8.0 以上の未治療者は平成30年度の3人(12.0%)から令和4年度の1人(4.2%)に減少しています。また、保健指導実施後には全員治療開始につなげる事ができました。

今後も重症化および合併症予防のための支援の継続が必要と考えます。(図表 31)

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c測定者	人(a)	2,638	2,753	2,566	2,654	2,389
血糖値有所見者 *1	人(b)	251	304	309	304	289
	(b/a)	9.5%	11.0%	12.0%	11.5%	12.1%
保健指導実施者 *2	人(c)	152	183	175	160	204
	(c/b)	60.6%	60.2%	56.6%	52.6%	70.6%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

出典:ヘルスサポートラボツール

*2 保健指導は特定健診対象者の訪問・来所等による面談実施者を計上(出典:飛騨市 市民保健課)

図表 30 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	251	304	309	304	289
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *2	人(b)	87	126	179	122	135
	(b/a)	34.7%	41.4%	57.9%	40.1%	46.7%
受診した者 *3	人(c)	45	73	69	57	87
	(c/b)	51.7%	57.9%	38.5%	46.7%	64.4%
治療開始した者 *4	人(c)	13	7	14	22	12
	(c/b)	14.9%	5.6%	7.8%	18.0%	8.9%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

出典:ヘルスサポートラボツール

*2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

*3 特定健診対象者のうち紹介状の結果入力がされている者(出典:健康管理システム)

*4 紹介状結果が「要治療」であった者(出典:健康管理システム)

図表 31 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,638	2,753	2,566	2,654	2,389
HbA1c8.0%以上	人(b)	25	21	29	36	24
	(b/a)	0.9%	0.8%	1.1%	1.4%	1.0%
保健指導実施 *1	人(c)	17	15	20	22	17
	(c/b)	68.0%	71.4%	69.0%	61.1%	70.8%
HbA1c8.0%以上の未治療者 *2	人(b)	3	0	4	2	1
	(b/a)	12.0%	0.0%	13.8%	5.6%	4.2%

治療開始 *3	0人	4人	2人
元々治療中	15人	0人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人

*1 保健指導は特定健診対象者の訪問・来所等による面談実施者を計上(出典:飛騨市 市民保健課)

*2 問診にて血糖の服薬なしと答えた者

*3 紹介状結果が「要治療」であった者

出典:ヘルスサポートラボツール

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

**心房細動有所見者に対する訪問指導実施率は概ね 100%
個別のリスクに応じた保健指導の継続が必要**

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、令和元年度より心電図検査を全数実施しています。なお、既に医療機関にて定期検査を受けていると申告のあった方のみ心電図検査を実施しないため、心電図実施率は、ほぼ 100%です。

心電図受診者のうち、有所見率は平成30年度～令和2年度は4～7%台でしたが、令和3年度以降は3%台と減少傾向にあります。心電図有所見者のうち、心房細動有所見率は、増加傾向です。(図表 32)

心電図有所見者のうち、心房細動有所見者に対して訪問指導を実施しています。心房細動有所見者には、医療機関への紹介状が発行されており、国保離脱者等を除いて、概ね 100%に訪問指導を実施しています。(図表 33)

今後も、心房細動有所見者に対して、心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防として、個別のリスクに応じた保健指導の継続が必要であると考えます。

図表 32 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	2,501	1,093	1,408	2,402	1,070	1,332	2,121	1,010	1,247	2,250	1,014	1,236	2,052	929	1,123
心電図受診者(人)	b	961	487	474	2,402	1,070	1,332	2,121	1,010	1,247	2,250	1,014	1,236	2,052	929	1,123
心電図実施率	b/a	38.4%	44.6%	33.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要精査者(人)	d	58	37	21	123	63	60	113	65	48	73	40	33	66	30	36
有所見率	d/b	6.0%	7.6%	4.4%	5.1%	5.9%	4.5%	5.3%	6.4%	3.8%	3.2%	3.9%	2.7%	3.2%	3.2%	3.2%
心房細動(人)	e	23	19	4	24	19	5	25	22	3	27	21	6	26	19	7
心房細動有所見率	e/b	2.4%	3.9%	0.8%	1.0%	1.8%	0.4%	1.2%	2.2%	0.2%	1.2%	2.1%	0.5%	1.3%	2.0%	0.6%

出典:ヘルスサポートツール

図表 33 心房細動有所見者のうち、訪問指導の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	23		24		25		27		26	
訪問対象者 *1	18	78.3%	24	100.0%	25	100.0%	26	96.3%	26	100.0%
訪問実施者	18	100.0%	24	100.0%	22	88.0%	26	100.0%	26	100.0%

*1 国保離脱者等は訪問対象者から除く

出典:飛騨市 市民保健課

③脳血管疾患重症化予防

**脳血管疾患重症化の主なリスク要因である高血圧の未治療者は減少
今後も受診勧奨等が必要**

Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者は減少しています。(図表 34)

高血圧治療ガイドラインから作成した「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化」に本市特定健診受診者の結果をあてはめると、ただちに薬物治療開始が必要な人は 126 名(18.9%)、概ね1か月後に再評価者が必要な人は 285 名(42.7%)いることから、受診を中断せず、継続受診してもらう目的での勧奨等が必要です。(図表 35)

図表34 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

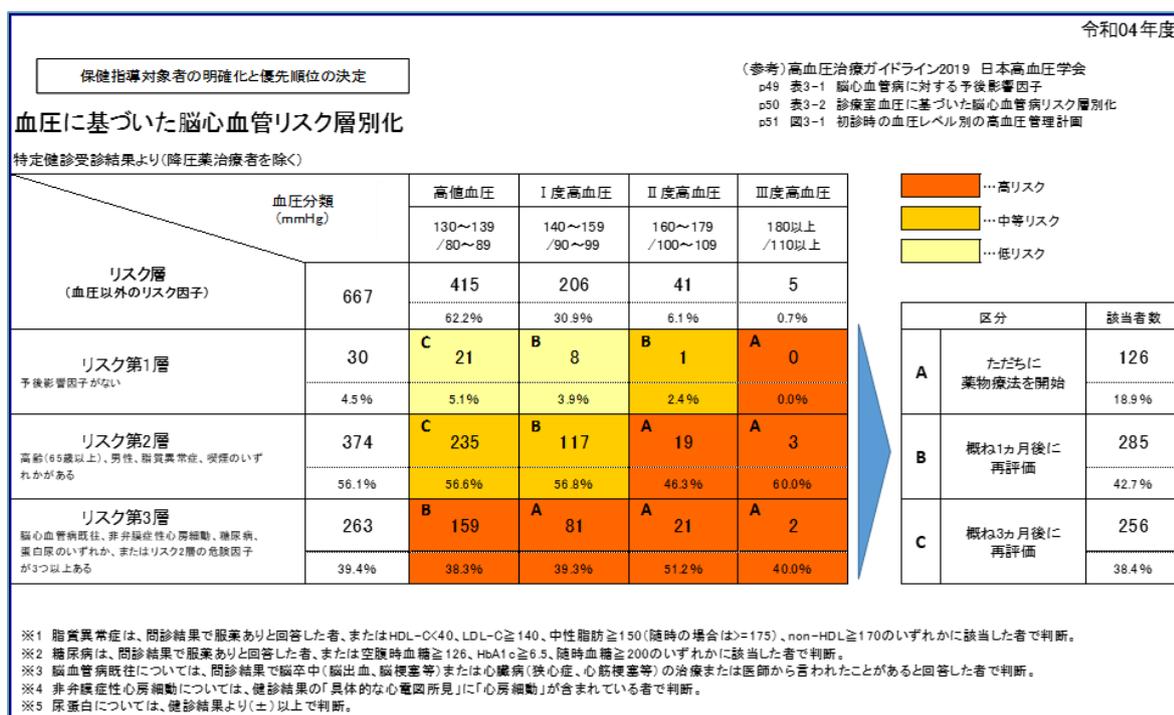
		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,649	2,787	2,612	2,705	2,407	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	239	143	131	145	102	
	(b/a)	9.0%	5.1%	5.0%	5.4%	4.2%	
	治療あり	人(c)	103	57	52	76	56
		(c/b)	43.1%	39.9%	39.7%	52.4%	54.9%
	治療なし	人(d)	136	86	79	69	46
		(d/b)	56.9%	60.1%	60.3%	47.6%	45.1%
	治療開始	人(e)	18	27	11	11	7
		(e/d)	13.2%	31.4%	13.9%	15.9%	15.2%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	46	20	21	19	13
		(f/a)	1.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.5%
	治療あり	人	25	9	7	11	8
	治療なし	人	21	11	14	8	5

出典：ヘルスサポートラボツール

* 健診受診者、Ⅱ度高血圧以上の者、治療あり、治療なし、Ⅲ度高血圧以上の者、治療あり、治療なしは参考資料 8 から転記。

Ⅱ度高血圧以上の者のうち、「治療開始」については、健康管理システムで、高血圧の精検結果が「要治療」となったもの(Ⅰ度も含む)を各年度抽出し、各年度の訪問対象者名簿(Ⅱ度高血圧以上)と年度ごとに照合し、Ⅱ度高血圧以上の要治療を「治療開始」とした。

図表 35 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化(図表 75 と同じ)



出典:ヘルスサポートラボツール

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に起因されることも大きい。」とされています。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しています。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている本市の実態や食生活などの生活習慣との関連について、各種団体や行政区単位での出前講座や健診結果説明会にて、広く市民へ周知を行いました。

また、高血圧の改善を目的として平成30年度より飛騨市減塩プロジェクトを実施し、その一環として減塩食品を購入しやすい環境整備に努めました。また減塩フォーラムを開催し、減塩食品の利用促進や減塩の工夫など普及等にも努めました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 36 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)		
			初年度 H30	最終評価 R5				
			(H30)	(R4)	目標 達成度※			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費(生活習慣病のみ)に占める割合の維持	3.6%	3.1%	○	KDBシステム		
		虚血性心疾患の総医療費(生活習慣病のみ)に占める割合の維持	3.9%	2.7%	○			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費(全体)に占める割合の維持	3.8%	4.7%	×			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.4%	1.8%	×			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	57.1%	75.0%	×		飛騨市調べ	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	17.8%	23.0%	×	岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	9.2%	4.3%	○		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL120以上)	48.8%	48.4%	×		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5以上)	9.7%	12.3%	×		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	12.0%	4.2%	○	飛騨市市民保健課	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	14.9%	8.9%	×		
			糖尿病の保健指導を実施した割合	60.6%	70.6%	○		
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	62.0%	65.7%	○	岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況	
			特定保健指導実施率60%以上	82.7%	96.6%	○		
			特定保健指導対象者の割合の減少	5.9%	6.4%	×		
		努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	17.7%	14.5%	×	がん検診報告(40～69歳) (子宮がん検診は20～69歳) (胃がん検診は50～69歳) (地域保健報告の算定方法に準じる) ※R3年度より子宮頸がん及び乳がん検診の対象者について前年度受診者は対象外とした。
				肺がん検診受診者の増加	19.6%	15.4%	×	
				大腸がん検診受診者の増加	18.1%	14.8%	×	
子宮がん検診受診者の増加	34.2%			27.8%	×			
乳がん検診受診者の増加	44.2%			36.5%	×			
5つのがん検診の平均受診率の増加	26.8%			21.8%	×			
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上		77.1%	84.0%	○	厚生労働省		

※目標達成度については、初年度と比較して、改善した場合は○、維持(変化なし)した場合は△、悪化した場合は×とした。

3) 第2期計画に係る考察

現在実施している保健事業の評価

<ストラクチャー>

- ・保健師は地区担当制で実施 古川・河合・宮川地区 保健師7人(正職員6人 会計年度職員1人)体制
神岡地区 保健師4人(正職員3人 会計年度職員1人)体制
- ・管理栄養士は2名体制(全地区対象)
- ・保険年金(国保担当)係とは、定期的の実績報告等にて情報共有。
- ・保健指導実施前後および事業実施評価のために KDB システムを定期的に活用。

<プロセス>

- ・保健指導教材やマルチマーカーにて、個別に合わせた資料を作成。
- ・保健指導は基本的には全て対面であつ、健診後概ね 1 か月以内に実施。

<アウトプット>

- ・特定健診実施率:65.7% ・特定保健指導実施率:96.6% (R4 年度実績)
- ・重症化予防保健指導(R4 年度実績):対象者には全数保健指導実施。

	中3 (15歳)	フレッシュ (16~19歳)	若者 (20~39歳)	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計
①II度以上高血圧未治療	0	0	1	10	31	5	47
②HbA1c 7.0%以上	0	0	3	21	82	19	125
③FBS126以上又はHbA1c6.5%以上(未治療者)	0	0	1	14	92	21	128
④LDL-C180mg/dl以上	2	0	7	18	31	6	64
⑤中性脂肪300mg/dl以上	2	0	2	18	17	1	40
⑥尿蛋白(+)以上	9	22	3	8	19	4	65
⑦eGFR45未満もしくは45~60かつ尿蛋白+	0	0	0	6	42	19	67
⑧高尿酸異常 UA9以上	0	2	1	4	8	3	18
⑨心電図所見あり(心房細動)	0	0	0	0	0	0	0
⑩その他 データの悪い方	29	29	16	2	5	0	81
⑪未受診への受診勧奨	0	0	0	2	2	0	4
計	42	53	34	103	329	78	639

- ・結果説明会:平成30~令和元年度は「血圧」をテーマに実施。参加率はH30年度:34.3% R1年度:33.7%。
令和2~4年度は新型コロナウイルス感染症予防対策のため中止。
令和5年度は「糖」をテーマに実施。

<アウトカム>

- ・第2期データヘルス計画目標達成状況については、図表36にて評価。
- ・その他の項目として特に注目すべき点は、40~50歳代の男性の特定健診受診率が50%以下であること。

考察

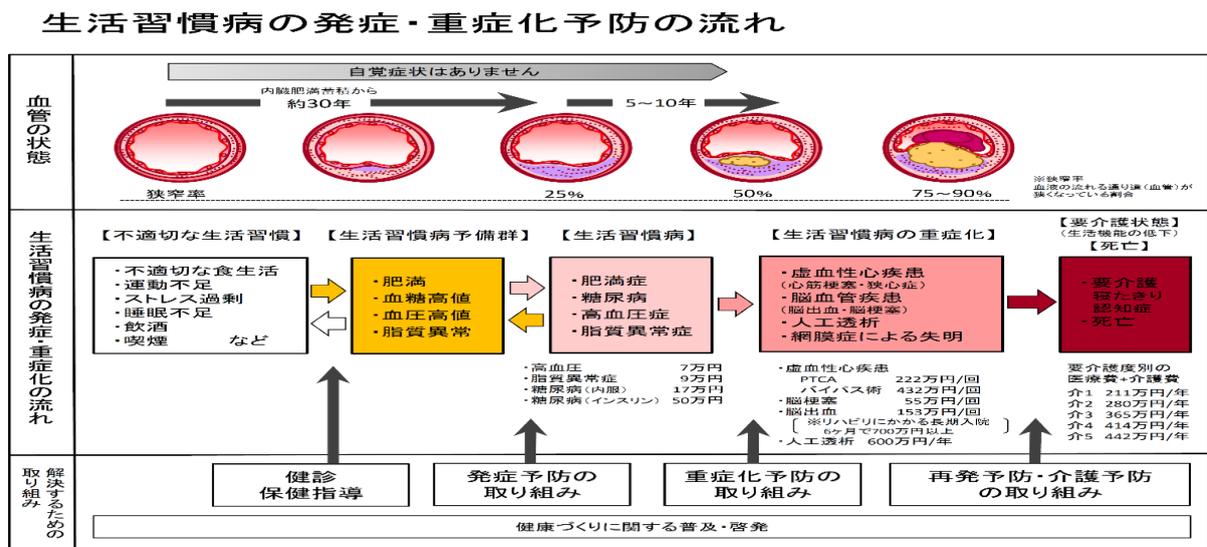
- ・糖尿病性腎症による透析患者が増加し、総医療費に占める割合も増加しています。また、HbA1c6.5以上の者の割合も増加しているため、糖尿病対策が重要と考えます。
- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が増加しています。また、40~50歳代の若い世代の男性の特定健診受診率が50%以下と低い状況ですので、若い世代の受診率の向上及びメタボリックシンドローム対象者の減少のための施策が重要と考えます。
- ・脳血管疾患及び虚血性心疾患の医療費割合は減少していますが、今後、後期高齢者割合が増加することにより医療費だけでなく、介護給付費にも影響するため、要介護者の有病状況の高い疾患である脳血管疾患や虚血性心疾患を予防するためにも、今後も継続して脳血管疾患及び虚血性心疾患の予防施策が重要と考えます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 37 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典:ヘルスサポートラボツール

2) 健康課題の明確化

・1人当たり医療費は増加傾向

国保の被保険者数は年々減少傾向にあります。1人当たり医療費は平成30年以降増加傾向で、後期高齢者になると1人当たり65万円と、国保の1.6倍も高い状況です。(図表 38)

・高血圧、脂質異常症、慢性腎不全(透析有)の医療費は同規模、県、国と比べると高く、中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析無))の医療費は低くなっている

本市は、特に血圧に重点を置いて保健指導や受診勧奨に取り組んできたことにより、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて高くなっていますが、それにより高血圧の治療につながったため、中長期目標疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析無)の医療費に占める割合が、同規模、県、国と比べて低い状況につながったと考えられます。(図表 39)

・虚血性心疾患よりも脳血管疾患の方が高額となっている

高額レセプトについては、国保においては毎年300件を超えるレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えていることがわかります。疾患別にみても、脳血管疾患は、国保で平成30年度と令和元年度が19件と一番多く、3,000万円近い費用がかかっていましたが、令和2年度から令和4年度は件数が減り、費用額も減っています。しかし、後期高齢においては、71

件発生しており、7,700 万円の費用がかかっています。虚血性心疾患においては、令和3年度が3件と減少しましたが、他の年度は10件前後で推移し、費用は約1,200~2,000万円と変動が大きくなっています。後期高齢においては、件数、費用ともに2倍に増えていることが分かります。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、虚血性心疾患よりも高額となっています。脳・心血管疾患のリスクとなる高血圧、糖尿病の重症化予防について今後も力を入れる必要があります。(図表 40、41、42)

・若い年齢層の受診率の低下と、BMI25以上の増加

受診者率は、40~64歳は44.6%、65~74歳は64.3%と、20%の差があります。体格を経年のみにみると、40~64歳では、BMI25以上が5%増加し、65~74歳では2%増加しています。(図表 43)

・Ⅱ度高血圧以上の者の減少と、HbA1c7.0以上、慢性腎臓病、心房細動の有所見者の増加

健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上の者は減少していますが、HbA1c7.0以上、慢性腎臓病、心房細動(75歳以上の健診では心電図検査は実施なし)はどの年代とも概ね増加しています。(図表 44)

高血圧と糖尿病及び合併症をみると、どちらもほとんどの年代で増加しています。脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全については、心不全、腎不全が全年代で割合が増加しており、リスクとなる高血圧と糖尿病の重症化予防が課題となります。(図表 45、46)

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		5,337人	5,090人	4,940人	4,857人	4,496人	5,388人
総件数及び総費用額	件数	49,515件	47,803件	43,593件	44,778件	41,548件	69,335件
	費用額	19億9879万円	19億2320万円	18億8156万円	19億4840万円	18億2027万円	35億0197万円
一人あたり医療費		37.5万円	37.8万円	38.1万円	40.1万円	40.5万円	65.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 飛騨市	18億2027万円	32,508	4.67%	0.11%	1.55%	1.36%	5.23%	3.86%	2.61%	3億5313万円	19.4%	19.0%	7.37%	8.72%
同規模	—	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	—	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
県	—	28,714	4.28%	0.31%	1.85%	1.92%	5.90%	3.47%	2.38%	—	20.1%	17.0%	7.53%	8.32%
国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期 飛騨市	35億0197万円	54,750	1.97%	0.36%	4.08%	1.68%	4.43%	3.18%	1.55%	6億0383万円	17.2%	14.2%	2.75%	12.2%
同規模	—	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	—	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
県	—	64,978	3.92%	0.45%	3.70%	2.27%	4.68%	3.43%	1.64%	—	20.1%	12.1%	2.58%	11.0%
国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	201人	182人	177人	193人	163人	469人
	件数	B	332件	308件	310件	364件	350件	714件
		B/総件数	0.67%	0.64%	0.71%	0.81%	0.84%	1.03%
	費用額	C	5億1111万円	4億7542万円	4億6844万円	5億3217万円	5億2262万円	9億1001万円
		C/総費用	25.6%	24.7%	24.9%	27.3%	28.7%	26.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	53.7	11人	11人	9人	9人	7人	53人							
		96.6	5.5%	6.0%	5.1%	4.7%	4.3%	11.3%							
	件数	757件	19件	19件	11件	17件	17件	71件							
		E/B	5.7%	6.2%	3.5%	4.7%	4.9%	9.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	5	26.3%	3	27.3%	0	0.0%	2	11.8%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	11.8%	4	23.5%	75-80歳	14	19.7%
		60代	8	42.1%	10	52.6%	6	54.5%	10	58.8%	2	11.8%	80代	47	66.2%
		70-74歳	9	47.4%	3	15.8%	2	18.2%	5	29.4%	9	52.9%	90歳以上	10	14.1%
	費用額	F	2921万円	2501万円	1667万円	2404万円	2230万円	7705万円							
		F/C	5.7%	5.3%	3.6%	4.5%	4.3%	8.5%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	11人	8人	9人	3人	9人	17人							
		G/A	5.5%	4.4%	5.1%	1.6%	5.5%	3.6%							
	件数	H	12件	8件	9件	3件	9件	19件							
		H/B	3.6%	2.6%	2.9%	0.8%	2.6%	2.7%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	6	31.6%
		60代	8	66.7%	1	12.5%	2	22.2%	2	66.7%	3	33.3%	80代	11	57.9%
		70-74歳	2	16.7%	7	87.5%	7	77.8%	1	33.3%	5	55.6%	90歳以上	2	10.5%
	費用額	I	2189万円	1679万円	2115万円	479万円	1170万円	2508万円							
		I/C	4.3%	3.5%	4.5%	0.9%	2.2%	2.8%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
					特定健診	すこやか健診							
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	29.1	1,370	2,642	5,375	46.5	60.9	17.4	9.7	10.2	12.0	21.7	19.0	19.4
R04	29.7	1,260	2,684	5,372	44.6	64.3	16.8	11.6	10.3	11.8	26.0	21.8	19.6

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 ※()は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ※後期高齢者は8.0以上 ※()は未治療・治療中断者									慢性腎臓病(CKD) (尿蛋白2+以上またはeGFR30未満)						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	37	5.8	(15)	161	10.0	(49)	22	2.4	(6)	15	2.4	(1)	85	5.3	(3)	3	0.3	(0)	3	0.5	7	0.4	38	4.1	1	0.2	18	1.1	0	--
R04	16	2.8	(7)	82	4.7	(24)	22	2.4	(4)	21	3.7	(3)	113	6.5	(10)	10	1.1	(0)	5	0.9	25	1.4	26	2.9	4	0.7	22	1.3	0	--

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診							⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
	生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症																		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-													
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)													
H30	83.1	93.4	97.1	30.8	58.8	78.9	73.0	81.8	81.9	42.4	42.6	35.1	24.2	30.5	26.7	31.5	38.9	64.0	34.6	43.9	71.8													
R04	82.1	90.9	96.8	31.3	60.8	79.0	74.4	81.8	82.6	44.4	43.8	39.5	27.7	31.5	30.4	32.4	40.7	63.6	39.4	46.0	72.0													

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 46 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表 年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.2	7.9	23.2	2.8	7.4	18.9	6.1	14.2	31.9	2.7	4.8	7.8	13.6	16.8	46.9	0.0	6.6	36.1	2.4	7.7	40.6	5.4	12.6	41.3
R04	3.3	6.7	20.7	2.3	7.8	17.1	6.6	17.7	33.8	3.6	5.5	10.4	19.5	15.6	50.8	3.4	5.7	36.1	6.0	5.9	40.2	4.4	8.8	40.9

出典:ヘルスサポートラボツール

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病に重なりがあります。Ⅱ度高血圧以上の者は減少傾向ですが、今後も重症化予防と治療中断を防ぐ保健指導を継続する必要があります。高血圧と糖尿病の重症化予防を継続していくことが脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の発症予防につながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 47、48)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か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脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

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、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により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あるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 47 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
		初期値 R6 (R4値)	中間評価 R8 (R7値)	最終評価 R11 (R10値)	
脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.1%	2.9%	2.7%	KDBシステム
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.7%	2.5%	2.3%	
	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	8.5%	8.3%	8.0%	
	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.8%	1.6%	1.4%	
	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	75.0%	60.0%	50.0%	FOCUS (旧岐阜県データバンクシステム)
脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の減少率	18.1%	18.5%	19.0%	特定健診特定保健指導結果集計表(県集計)
	健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	4.1%	3.9%	3.8%	岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況
	健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5以上)	11.4%	10.8%	10.0%	
	健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上)	16.8%	16.0%	15.0%	飛騨市 市民保健課 (対象は集団検診及び情報提供事業等を含む)
	HbA1C7.0以上の者の割合の減少	5.8%	5.6%	5.4%	
	★HbA1C8.0以上の者の割合の減少	1.0%	0.9%	0.8%	
	糖尿病の未治療者を治療に結び付けた割合	8.9%	14.5%	20.0%	
特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	65.7%	60.0%	60.0%	特定健診 特定保健指導結果集計表(県集計)
	★特定保健指導実施率60%以上	96.6%	90.0%	90.0%	
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.8%	23.0%	23.0%	

図表48 岐阜県・岐阜県国保連と共有する目標一覧 (国保連が算出)

事業	指標	評価指標	R6 (R3値)	R8 (R7値)	R11 (R10値)
特定健診 受診勧奨事業	アウトプット	特定健診受診勧奨ハガキ送付率	19.0%	19.0%	20.0%
	アウトプット	情報提供票の回収率	41.8%	41.0%	42.0%
特定保健指導 利用勧奨事業	アウトプット	特定保健指導利用率	86.2%	86.0%	87.0%
	アウトプット	次年度継続受診率	75.2%	75.0%	76.0%
特定保健指導	アウトプット	特定保健指導利用率	86.2%	86.0%	87.0%
	アウトプット	次年度継続受診率	75.2%	75.0%	76.0%
	アウトカム	保健指導レベルの改善割合	40.7%	40.0%	41.0%
	アウトカム	利用者の腹囲2cm、 体重2kg減量した者の割合	15.4%	15.5%	16.0%

事業	指標	評価指標	R6 (R3値)	R8 (R7値)	R11 (R10値)
糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関 未受診勧奨事業	アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合	59.7%	62.5%	65.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	96.1%	97.0%	97.0%
	アウトプット	医療機関受診率	70.0%	71.0%	72.0%
	アウトプット	次年度健診受診率	86.8%	87.0%	87.0%
糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者 受診勧奨事業	アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合	100.0%	100.0%	100.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%
	アウトプット	医療機関受診率	40.0%	50.0%	50.0%
	アウトプット	次年度健診受診率	0.0%	20.0%	20.0%
糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク者 保健指導	アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合	100.0%	100.0%	100.0%
	アウトカム	eGFR値維持・改善者割合	100.0%	100.0%	100.0%
	アウトプット	次年度健診受診率	100.0%	100.0%	100.0%
	アウトプット	保健指導実施率	100.0%	100.0%	100.0%
糖尿病重症化予防 OGTT検査後保健指導	アウトカム	HbA1c値維持・改善者割合	83.3%※	84.0%	85.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	35.0%※	36.0%	40.0%
	アウトプット	次年度健診受診率	58.8%※	60.0%	60.0%
	アウトプット	保健指導実施率	100.0%※	100.0%	100.0%
高血圧医療機関 受診勧奨事業	アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合	85.7%	86.0%	86.0%
	アウトカム	拡張期血圧 維持・改善者割合	51.1%	51.5%	51.5%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	98.4%	98.5%	98.5%
	アウトプット	医療機関受診率	58.7%	59.0%	59.0%
	アウトプット	次年度健診受診率	83.9%	84.0%	84.0%
腎機能低下 医療機関 受診勧奨事業	アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合	46.8%	47.0%	47.0%
	アウトカム	拡張期血圧 維持・改善割合	57.4%	57.5%	57.5%
	アウトカム	CKD重症度分類の変化	31.9%	32.0%	32.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	42.3%	42.5%	42.5%
	アウトプット	次年度健診受診率	88.5%	89.0%	89.0%
高血圧重症化 予防保健指導	アウトカム	収縮期血圧維持・改善者割合	85.7%	86.0%	86.0%
	アウトカム	拡張期血圧維持・改善者割合	51.1%	51.5%	51.5%
	アウトカム	CKD重症度分類の変化	92.4%	92.5%	92.5%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率	98.4%	98.5%	98.5%
	アウトプット	次年度健診受診率	83.9%	84.0%	84.0%
腎機能低下 重症化予防 保健指導	アウトカム	収縮期血圧維持・改善者割合	66.7%	67.0%	67.0%
	アウトカム	拡張期血圧維持・改善者割合	67.4%	67.5%	67.5%
	アウトカム	CKD重症度分類の変化	67.7%	68.0%	68.0%
	アウトプット	医療機関受診勧奨率（保健指導実施率）	93.0%	93.0%	93.0%
	アウトプット	次年度健診受診率	99.2%	99.5%	99.5%

※OGTT検査後保健指導のR3年値は、R3年度OGTT検査未実施のため、R4年度値を算出

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60%以上
特定保健指導実施率	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90%以上

3. 対象者の見込み

図表 50 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,553人	3,422人	3,328人	3,239人	3,190人	3,166人
	受診者数	2,132人	2,053人	1,997人	1,943人	1,914人	1,900人
特定保健指導	対象者数	139人	133人	130人	126人	124人	124人
	受診者数	125人	120人	117人	114人	112人	111人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

- ① 健診については、特定健診実施機関に委託し、集団健診(古川町保健センター、神岡町保健センター、各公民館等)で実施します。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診日程

4月から12月末まで実施します。詳細については、飛騨市のホームページに掲載します。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた

項目に加え、追加の検査（HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図・貧血検査）を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に変わります。（図表 51）（実施基準第1条第4項）

図表 51 特定健診検査項目

○飛騨市特定健診検査項目

健診項目		飛騨市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
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	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、岐阜県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

(図表 52)

図表 52 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		特定健診集団健診機関との契約	(前年度特定保健指導の実施継続)
5月		特定健診集団健診の開始	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取費用決裁	保健指導対象者の抽出 特定保健指導の開始
7月			
8月			実施実績の分析及び見直し等
9月			
10月	契約に関わる 予算手続き	特定健診集団健診の終了	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月		情報提供事業の飛騨市医師会との契約	
12月		情報提供事業対象者の抽出、 情報提供事業用紙の印刷・送付	
1月			
2月			
3月	契約準備	情報提供事業データ受取費用決裁	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

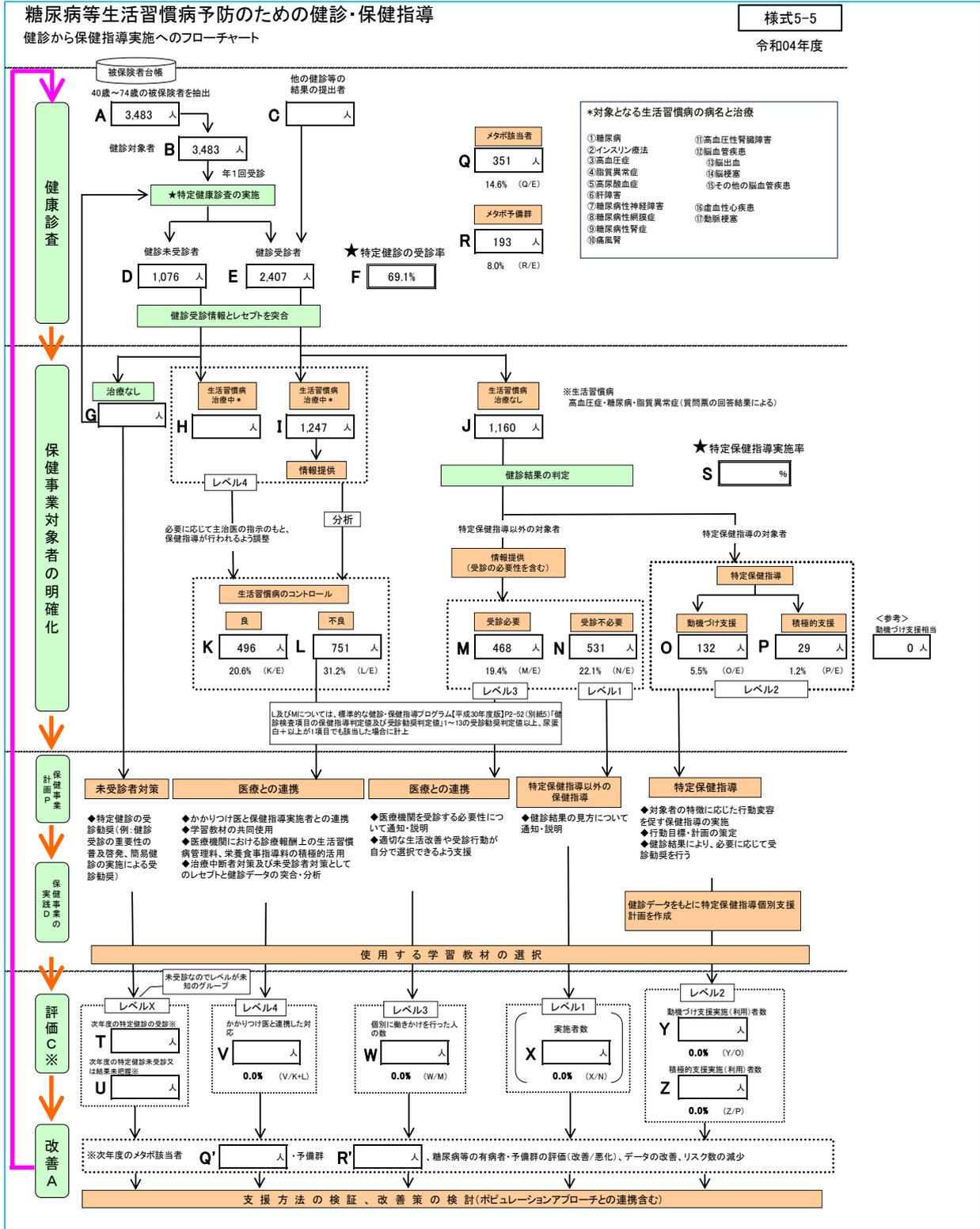
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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。(図表 53)

図表 53 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 54 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆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	161人 (6.7%)	6.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	468人 (19.4%)	HbA1c6.5以上については100% 18.0%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	1076人	※目標受診率 60%以上
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	531人 (22.1%)	25.0%
5	I	情報提供	◆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 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,247人 (51.8%)	51.0%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。(図表 55)

図表 55 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎集団健康診査実施の契約		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎若者健診、75歳健診、がん検診等開始
6月		◎対象者の抽出 ◎特定保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始 ◎後期高齢者(すこやか)健診開始
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎特定健康診査の終了		
12月	情報提供事業実施の契約 情報提供事業対象者の抽出及び情報提供事業用紙の印刷		
1月	情報提供事業用紙の送付 情報提供事業の実施		
2月	情報提供事業の終了	◎利用券の登録	
3月			

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および飛騨市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 10 月中旬までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、飛騨市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病重症化予防・脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防・腎硬化症重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施します。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知します。

また、関係機関等と市の健康課題について情報共有（飛騨市腎を守る会の開催等）し、市民の健康寿命の延伸となるよう努めます。

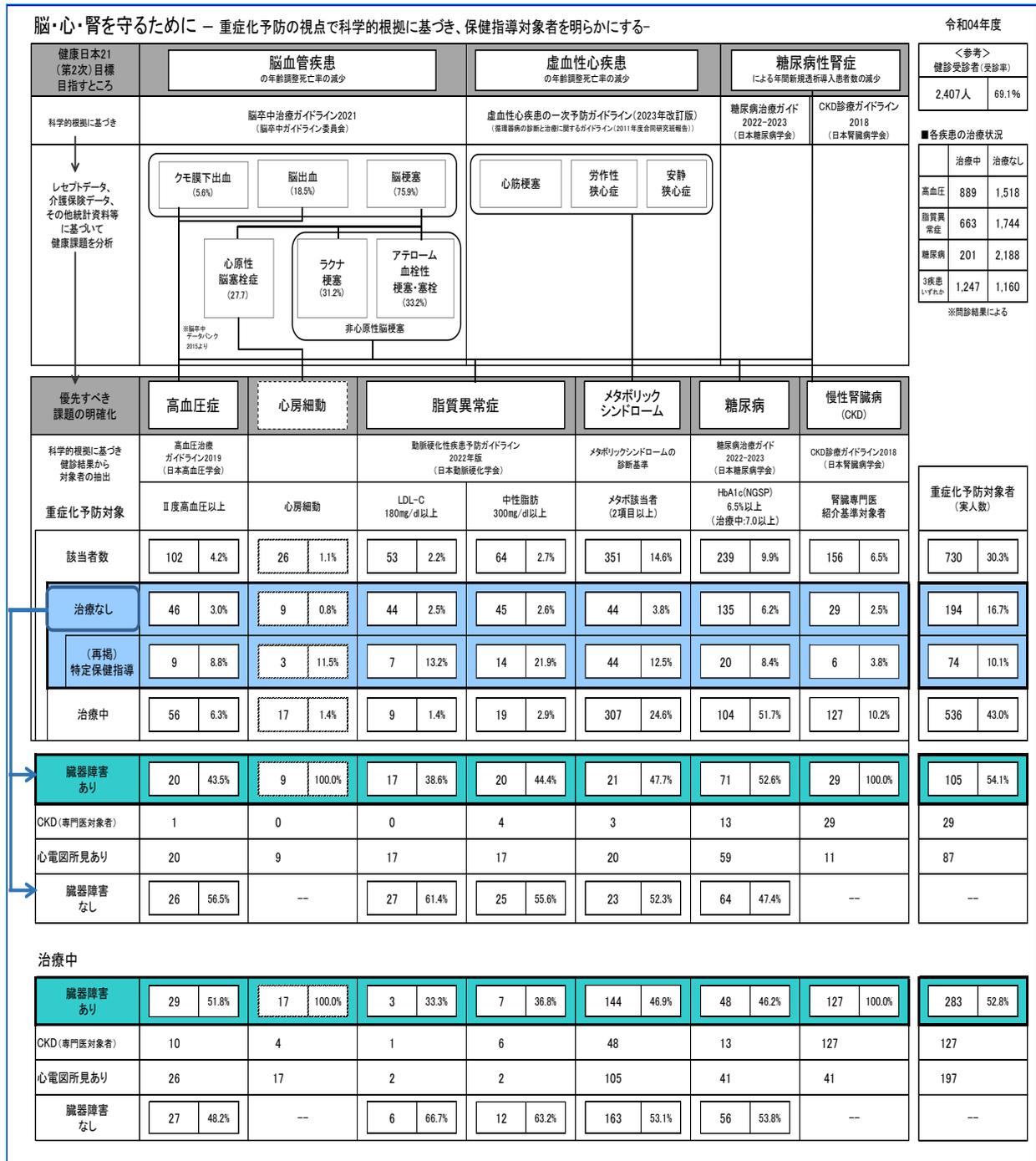
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、730人（30.3%）です。そのうち治療なしが194人（16.7%）を占め、そのうちさらに臓器障害ありで直ちにに取り組むべき対象者が105人です。

また、本市においては、重症化予防対象者のうち治療なしの者がかつ特定保健指導対象者である重なる者が、194人中74人と比較的多く、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表 56）

図表 56 脳・心・腎を守るために



出典:ヘルサポートラボツール

1. 若年からの肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 特定健診受診勧奨事業

目的

本市は、特定健診受診率が 65.7%と高い受診率となっていますが、40～50 歳代の男性の受診率は 50%以下と低い状況となっています。そのため、特定健診受診率の維持、特に若い世代の受診率の向上を目的として実施します。(図表 57)

図表 57 年代別特定健診受診率

		計	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
男性	H30	58.1%	40.7%	37.1%	46.4%	45.5%	55.1%	62.0%	63.6%
	R4	61.5%	38.6%	37.0%	41.7%	49.0%	50.0%	66.4%	70.1%
女性	H30	65.6%	46.6%	49.5%	54.3%	61.2%	66.5%	68.4%	68.2%
	R4	69.8%	50.0%	53.9%	46.6%	61.8%	67.4%	73.9%	74.6%

出典: 特定健診法定報告

①ハガキ勧奨

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6人、会計年度職員2人)

神岡地区 保健師4人(正職員3人、会計年度職員1人)

■プロセス

(1)対象者

特定健診未受診者

(2)時期

公表している健診日程が終了した時点

(3)方法

- 1, 公表している特定健診日程終了後に、健康管理システムにて未受診者を抽出する。
- 2, 未受診者専用の健診日程をはがきにて案内する。
- 3, 完全予約制で電話予約を行う。

■アウトプット

特定健診受診勧奨ハガキ送付率

■アウトカム

特定健診受診率

②情報提供事業

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6人、会計年度職員2人)

神岡地区 保健師4人(正職員3人、会計年度職員1人)

■プロセス

(1)対象者

特定健診未受診者のうち市内医療機関にて3疾患(高血圧、脂質異常症、糖尿病)のいずれかで受診中の者

(2)時期

毎年1月～2月

(3)方法

1. 飛騨市医師会と契約する
2. 特定健診未受診者かつ市内医療機関にて3疾患のいずれかで受診中の者を抽出する
3. 情報提供票を作成する
4. 1月上旬に対象者へ発送する
5. 当該事業に同意した者は、市内医療機関に情報提供票を持参する
6. 市内医療機関は、国保連へ検査データを記載した情報提供票と請求書を提出する
7. 国保連は審査の上、市へ情報提供票と請求書を提出する

■アウトプット

情報提供票回収率

■アウトカム

特定健診受診率

③40～50 歳代男性へ受診勧奨

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6人、会計年度職員2人)

神岡地区 保健師4人(正職員3人、会計年度職員1人)

■プロセス

(1)対象者

前年度特定健診未受診の40～50歳代男性

(2)時期

健診案内を発送した約2週間後

(3)方法

1. 昨年度未受診者(40～50歳代男性)を抽出する
2. 健診日程の1か月前に健診案内を発送し、約2週間後に受診勧奨ハガキを送付する

■アウトカム

特定健診受診率

2) 特定保健指導及び肥満・メタボリックシンドローム重症化予防事業

目的

BMI25以上の40～64歳及び20～39歳の男性の割合が高くなっています。(図表58、59) また、メタボリックシンドローム該当者については、60代以上の割合が高くなっており、20～39歳

の割合は低くなっています。年齢が高くなるにつれ、メタボリックシンドロームの診断基準である血圧、脂質、血糖のリスク因子が増え、重なりが増えることが分かります。そのため、早期に肥満の改善をすることが必要になります。(図表 60)

そこで、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が年々増加している現状および、特に若い年代の肥満者が増加に対する対策が必要であるため、本市では、40～74 歳への特定保健指導のほか、20～39 歳の若い年代にも同等の内容で保健指導を実施し、早期に介入をすることで将来の生活習慣病を予防します。

図表 58 肥満度分類による実態(40～74 歳)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	611	1,796	156	390	113	357	39	31	1	2	3	0	
				25.5%	21.7%	18.5%	19.9%	6.4%	1.7%	0.2%	0.1%	0.5%	0.0%
再掲	男性	253	846	90	224	68	212	21	12	1	0	0	0
				35.6%	26.5%	26.9%	25.1%	8.3%	1.4%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	358	950	66	166	45	145	18	19	0	2	3	0
				18.4%	17.5%	12.6%	15.3%	5.0%	2.0%	0.0%	0.2%	0.8%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 59 肥満度分類による実態(20～39 歳)

	年度	受診者数	BMI25以上	(再掲)肥満度分類			
				肥満		高度肥満	
				肥満Ⅰ度 BMI25～30未満	肥満Ⅱ度 BMI30～35未満	肥満Ⅲ度 BMI35～40未満	肥満Ⅳ度 BMI40以上
				20～39歳 (若者健診)			
総数	H30	341	54	19	5	2	0
			15.8%	5.6%	1.5%	0.6%	0%
再掲	男性	79	26	19	5	2	0
			32.9%	24.1%	6.3%	2.5%	0%
再掲	女性	262	28	19	4	4	1
			10.7%	7.3%	1.5%	1.5%	0%
総数	R4	282	51	42	6	3	0
			18.1%	14.9%	2.1%	1.1%	0%
再掲	男性	89	27	22	4	1	0
			30.3%	24.7%	4.5%	1.1%	0%
再掲	女性	193	24	20	2	2	0
			12.4%	10.4%	1.0%	1.0%	0%

出典：飛騨市健診結果

図表 60 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					男性	女性	
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	20～39歳	20～39歳	
健診受診者	A	1,099	67	99	359	574	1,308	79	120	498	611	89	193	
メタボ該当者	B	247	11	13	97	126	104	0	9	30	65	4	0	
	B/A	22.5%	16.4%	13.1%	27.0%	22.0%	8.0%	0.0%	7.5%	6.0%	10.6%	4.5%	0.0%	
再掲	① 3項目全て	C	77	3	5	34	35	30	0	1	7	22	0	0
		C/B	31.2%	27.3%	38.5%	35.1%	27.8%	28.8%	—	11.1%	23.3%	33.8%	0.0%	0.0%
	② 血糖＋血圧	D	38	0	4	14	20	14	0	0	3	11	2	0
		D/B	15.4%	0.0%	30.8%	14.4%	15.9%	13.5%	—	0.0%	10.0%	16.9%	50%	0.0%
	③ 血圧＋脂質	E	118	7	3	42	66	57	0	7	20	30	1	0
		E/B	47.8%	63.6%	23.1%	43.3%	52.4%	54.8%	—	77.8%	66.7%	46.2%	25%	0.0%
	④ 血糖＋脂質	F	14	1	1	7	5	3	0	1	0	2	1	0
		F/B	5.7%	9.1%	7.7%	7.2%	4.0%	2.9%	—	11.1%	0.0%	3.1%	25%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

①特定保健指導利用勧奨

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6人、会計年度職員2人)

神岡地区 保健師4人(正職員3人、会計年度職員1人)

■プロセス

(1)対象者

20～74歳の健診受診者

(2)時期

健診後1か月前後

(3)方法

1. 健診結果をマルチマーカーに取り込む
2. 対象者を抽出し個別のカルテを作成する
3. 各地区担当に割り当てる
4. 地区担当保健師が個別に電話で連絡をとる
5. 初回面談は集団保健指導又は個別保健指導にて行うため、電話にて面談方法を定める。

■アウトプット

<40～74歳>

特定保健指導利用率

次年度継続受診率

<20～39歳>

保健指導利用率

②特定保健指導

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6人、会計年度職員2人)

神岡地区 保健師4人(正職員3人、会計年度職員1人)

管理栄養士2人

■プロセス

(1)対象者

特定保健指導レベルに該当する 20～74 歳の者

(2)時期

健診後1か月前後に初回面談を行い、最終面談までを、おおむね年度内に実施。

(3)方法

1. 健診結果をマルチマーカールに取り込む
2. 対象者を抽出し個別のカルテを作成する
3. 各地区担当に割り当てる
4. 地区担当保健師が個別に電話で連絡をとる
5. 初回面談は集団保健指導又は個別指導を行う
6. 動機付け支援は、初回面談から3か月以降に生活状況の確認アンケートにて最終評価を行う。
積極的支援は、約3か月以上面談や電話にて支援を行う。
7. 保健指導実施後に評価のための二次検査（身体計測、血圧測定、血液検査、頸部エコー検査）を実施し、1か月後に結果説明会を行う。

■アウトプット

特定保健指導利用率

次年度継続受診率

■アウトカム

特定保健指導実施率

保健指導レベルの改善割合

利用者の腹囲2cm、体重2kg 減量した者の割合

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少

2. 糖尿病重症化予防

糖尿病重症化予防の課題を解決するために、次のように医療機関受診勧奨事業、重症化予防保健指導事業を行います。対象者の抽出は、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用します。

受診勧奨の対象者を医療機関につなぐ場合、市医師会等と協議し作成した紹介状等を使用します。

保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考にした保健指導用教材を活用し行います。

1) 医療機関受診勧奨事業

目的

本市において、増加傾向にある糖尿病性腎症による人工透析を予防するために糖尿病領域であるHbA1c6.5以上の者を医療機関につなぐとともに、治療の中断を防ぎます。

①医療機関未受診者

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度職員1)

■プロセス

(1)対象者

特定健診受診者のうち、HbA1c6.5以上もしくは空腹時血糖 126 以上で、糖尿病の服薬のない者

(2)時期

5月から翌年3月まで

(3)方法

1. 健診結果をマルチマーカールに取り込む
2. 対象者を抽出し個別の訪問カルテを作成
3. 各地区担当に割り当てる
4. 地区担当保健師が電話で連絡をとる
5. 訪問または保健センターにて説明のうえ、紹介状を渡す
6. 健診受診後、約3か月後に紹介状の返信のない者に対し電話および文書にて受診勧奨

■アウトプット

医療機関受診勧奨率

医療機関受診率

次年度健診受診率

■アウトカム

HbA1c 値維持・改善者割合

健診受診者の血糖異常者の割合の減少

糖尿病の未治療者を治療に結び付けた割合

②医療機関受診中断者

■ストラクチャー

全地区 保健師(正職員1)

古川・河合・宮川地区 保健師2人(会計年度職員2)

神岡地区 保健師1人(会計年度職員1)

■プロセス

(1)対象者

当該年度健診未受診者で、かつ前年度に糖尿病のレセプトがあり、当該年度に糖尿病のレセプトがなかった者

(2)時期

12月から翌年3月

(3)方法

1, KDB システムで対象者を抽出

2, 電話等で医療機関への受診勧奨をする

■アウトプット

医療機関受診勧奨率

医療機関受診率

次年度健診受診率

■アウトカム

HbA1c 値維持・改善者割合

糖尿病の未治療者を治療に結び付けた割合

2)重症化予防保健指導事業

目的

糖尿病性腎症による新規透析患者の増加を防ぐため 治療中でハイリスクの者に対し、保健・栄養指導をすることにより、血糖値の悪化及び腎機能低下を防ぎます。

①治療中ハイリスク者

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度職員1)

管理栄養士 2人(正職員2)

■プロセス

(1)対象者

健診受診者のうち、HbA1c7.0 以上の者

(2)時期

5月～翌年3月まで

(3)方法

1. 健診結果をマルチマーカ―に取り込む
2. 対象者を抽出し個別の訪問カルテを作成
3. 各地区担当に割り当てる
4. 地区担当保健師が個別に電話で連絡をとる
5. 訪問または保健センターにて保健指導を実施
6. 必要に応じてフォローを行う

■アウトプット

次年度健診受診率

保健指導実施率

■アウトカム

HbA1c 値維持・改善者割合

eGFR 値維持・改善者割合

健診受診者の血糖異常者の割合の減少

HbA1c7.0 以上の者の割合の減少

HbA1c8.0 以上の者の割合の減少

②医療機関からの保健指導の依頼

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度職員1)

管理栄養士 2人(正職員2)

■プロセス

(1)対象者

飛騨市糖尿病性腎症予防プログラムにおける、糖尿病治療中の者で、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下があり、かかりつけ医が保健師や管理栄養士の指導を必要とすると判断した者

(2)時期

4月～翌年3月まで

(3)方法

1. 主治医が作成した本市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく指示書を対象者に渡す
2. 対象者は指示書を市に提出
3. 市は対象者に食事記録表を渡し、記入の上、提出してもらう
4. 食事記録表をもとに、地区担当保健師及び管理栄養士が保健センター等にて保健・栄養指導を実施
5. 指導内容報告書にて医療機関へ報告

■アウトカム

HbA1c 値維持・改善者割合

eGFR 値維持・改善者割合

健診受診者の血糖異常者の割合の減少

HbA1c7.0 以上の者の割合の減少

HbA1c8.0 以上の者の割合の減少

③OGTT 検査の実施及び保健指導

目的

健診で HbA1c6.0～6.4 もしくは、空腹時血糖 110～125(HbA1c6.0 未満)であった者に対し、OGTT 検査を実施し、保健・栄養指導を実施することで糖尿病の悪化を防ぐ

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度職員1)

管理栄養士 2人(正職員2)

■プロセス

(1)対象者

健診受診者のうち HbA1c6.0～6.4 もしくは、空腹時血糖 110～125(HbA1c6.0 未満)である 20～64 歳の者

(2)時期

1月～3月

(3)方法

1. 対象者を抽出
2. 対象者に案内文書を送付し、電話予約を受け付ける
3. 保健センター(古川2日、神岡1日)にて OGTT 検査を実施
4. 検査実施1か月後、結果説明会を実施

■アウトプット

医療機関受診勧奨率

次年度健診受診率

保健指導実施率

■アウトカム

HbA1c 値維持・改善者割合

3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病重症化に加え、腎機能低下リスクの高い者に対して糖尿病性腎症による人工透析を予防するため、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施します。

取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)、岐阜県及び飛騨市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき実施します。

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度職員1)

管理栄養士 2人(正職員2)

■プロセス

(1) 対象者

糖尿病重症化予防の医療機関受診勧奨事業および重症化予防保健指導事業対象者

eGFR30未満の者(腎症4期)

尿蛋白(+)以上の者(腎症3期)

eGFR45未満 もしくは eGFR45~60 かつ尿蛋白(±)の者(腎症2期)

(2) 時期

5月～翌年3月まで

(3) 方法

1. 健診結果をマルチマーカーに取り込む
2. 対象者を抽出し個別の訪問カルテを作成
3. 各地区担当に割り当てる
4. 地区担当保健師が電話で連絡をとる
5. 訪問または保健センターにて保健指導を実施
6. 必要に応じてフォローを行う

■アウトカム

糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少

糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少

※中長期的評価は、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(参考資料3)、及び、糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(参考資料4)等を用いておこないます。

3. 脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防・腎硬化症重症化予防

脳血管疾患、虚血性心疾患、腎硬化症はいずれも高血圧、脂質異常症、高尿酸血症等がリスクとなる疾患であり、総合的に重症化予防のアプローチを行います。

1) 高血圧・腎硬化症受診勧奨事業

目的

要介護者の有病状況の高い疾患である脳血管疾患や心疾患を予防するために、Ⅱ度高血圧以上の者を医療機関につなぐとともに、治療中断を予防します。また、腎硬化症に伴う新規透析患者の増加を抑制するために、腎機能低下の者を必要に応じて腎臓内科等の専門医療機関につなぐとともに、治療中断を予防します。

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度任用職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度任用職員1)

■プロセス

(1) 対象者

- Ⅱ度高血圧以上の者
- 尿蛋白(+)以上の者
- eGFR45 未満の者
- eGFR45~60 かつ尿蛋白(±)の者

(2) 時期

健診受診後、約1か月後と3か月後

(3) 方法

- 1, 健診結果をマルチマーカーに取り込む
- 2, 対象者を抽出し、個別の訪問カルテを作成
- 3, 各地区担当に割り当てる
- 4, 地区担当保健師が電話で連絡を取る
- 5, 訪問もしくは保健センターにて説明のうえ、紹介状を渡す
- 6, 健診受診後、約3か月後に紹介状の返信のない者に対し電話および文書にて受診勧奨

■アウトプット

◎高血圧医療機関受診勧奨事業

医療機関受診勧奨率

医療機関受診率

次年度健診受診率

◎腎機能低下医療機関受診勧奨事業

医療機関受診勧奨率

次年度健診受診率

■アウトカム指標

◎高血圧医療機関受診勧奨事業

収縮期血圧 維持・改善者割合

拡張期血圧 維持・改善割合

CKD 重症化分類の変化

◎腎機能低下医療機関受診勧奨事業

収縮期血圧 維持・改善者割合

拡張期血圧 維持・改善割合

CKD 重症度分類割合の変化

2)高血圧・腎硬化症重症化予防事業

目的

Ⅱ度高血圧以上の者に生活状況を聞き取るとともに、個々の状態を可視化した資料を用いて説明し、本人及び家族が実行可能な内容の保健指導を実施することで、腎硬化症等に伴う新規透析患者の増加を予防します。

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度任用職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度任用職員1)

管理栄養士2人(正職員2)

■プロセス

(1)対象者

Ⅱ度高血圧以上の者

eGFR45 以下の者、

尿たんぱく(+)以上の者

eGFR45~60 かつ尿たんぱく(±)の者

(2)時期

健診受診後、約1か月後

(3)方法

1, 健診結果をマルチマーカールに取り込む

2, 対象者を抽出し、個別の訪問カルテを作成

3, 各地区担当に割り当てる

4, 地区担当保健師が電話で連絡をとる

5, 訪問または保健センターにて保健指導を実施

6, 必要に応じてフォローを行う

■アウトプット

◎高血圧重症化予防事業

医療機関受診勧奨率

次年度健診受診率

◎腎機能低下重症化予防事業

医療機関受診勧奨率(保健指導実施率)

次年度健診受診率

■アウトカム

◎高血圧重症化予防事業

収縮期血圧 維持・改善者割合

拡張期血圧 維持・改善割合

◎腎機能低下重症化予防事業

収縮期血圧 維持・改善者割合

拡張期血圧 維持・改善割合

CKD 重症化分類の変化

3)心原性脳血管疾患重症化予防事業

目的

本市は心電図検査を全数実施しており、心房細動有所見者割合は男性で1.9%、女性で0.6%です。これは日循環疫学調査とほぼ同数の結果となっています。(図表 61)心房細動有所見者のうち、治療中の者の割合は9割を超えていますが、未治療者が1割弱あります。(図表 62)

そこで、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、対象者の早期発見のために、引き続き心電図検査の全数実施し、継続受診の必要性和医療機関受診勧奨を行い、心原性脳塞栓症の発症を予防します。

図表 61 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,099	1,308	999	90.9%	1,181	90.3%	19	1.9%	7	0.6%	--	--
40代	67	79	67	100.0%	77	97.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	99	120	97	98.0%	116	96.7%	1	1.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	359	498	333	92.8%	459	92.2%	5	1.5%	3	0.7%	1.9%	0.4%
70~74歳	574	611	502	87.5%	529	86.6%	13	2.6%	4	0.8%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値は、70~79歳

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 62 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
26	2	7.7%	24	92.3%

出典:飛騨市 市民保健課

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度任用職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度任用職員1)

■プロセス

(1)対象者

心房細動の所見がある者

(2)時期

健診受診後、約1か月後

(3)方法

- 1, 健診結果をマルチマーカールに取り込む
- 2, 対象者を抽出し、個別の訪問カルテを作成
- 3, 各地区担当に割り当てる
- 4, 地区担当保健師が電話で連絡をとる
- 5, 訪問または保健センターにて保健指導を実施
- 6, 必要に応じてフォローを行う

■アウトカム指標

脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持

4) 虚血性心疾患重症化予防事業

目的

虚血性心疾患のリスクとなる脂質異常症の者に対し、医療機関受診勧奨及び保健指導を実施し、虚血性心疾患を予防します。

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度任用職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度任用職員1)

■プロセス

(1)対象者

LDL コレステロール 180 以上の者

中性脂肪 300 以上の者

(2)時期

健診受診後、約1か月後

(3)方法

- 1, 健診結果をマルチマーカールに取り込む
- 2, 対象者を抽出し、個別の訪問カルテを作成
- 3, 各地区担当に割り当てる
- 4, 地区担当保健師が電話で連絡をとる
- 5, 訪問または保健センターにて保健指導を実施
- 6, 必要に応じてフォローを行う

■アウトカム

虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持

5)高尿酸血症重症化予防事業

目的

腎機能低下、血管内皮損傷のリスクとなる高尿酸血症の者に対し、医療機関受診勧奨及び保健指導を実施し、腎不全を予防します。

■ストラクチャー

古川・河合・宮川地区 保健師8人(正職員6、会計年度任用職員2)

神岡地区 保健師4人(正職員3、会計年度任用職員1)

■プロセス

(1)対象者

尿酸が9.0以上の者

(2)時期

健診受診後、約1か月後

(3)方法

- 1, 健診結果をマルチマーカールに取り込む
- 2, 対象者を抽出し、個別の訪問カルテを作成
- 3, 各地区担当に割り当てる
- 4, 地区担当保健師が電話で連絡をとる
- 5, 訪問または保健センターにて保健指導を実施
- 6, 必要に応じてフォローを行う

■アウトカム

慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施することが重要で、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和2年度より岐阜県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き行います。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、すこやか健診受診者で高血圧(Ⅱ度以上)、高血糖(HbA1c8.0以上)、腎機能低下の対象者を抽出し、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、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また体操教室などで、フレイル予防、口腔機能維持向上などの健康教育や健康相談を実施します(ポピュレーションアプローチ)。

Ⅳ. 発症予防

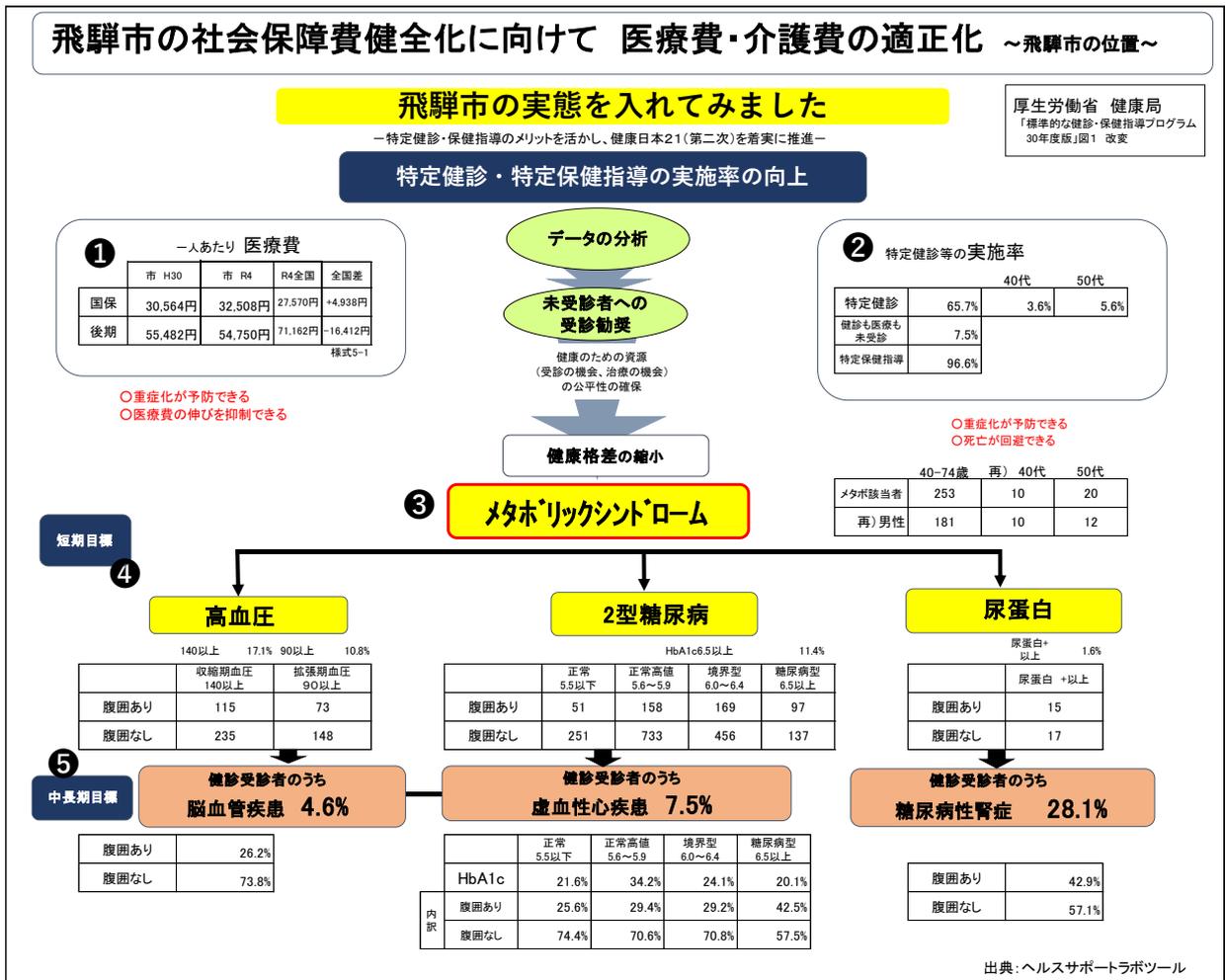
本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見っていきます。

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について、健診結果説明会や広報ひだ等を通じて、広く市民へ周知します。(図表 63)

図表 63 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

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つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等について、定期的に確認します。

また、特定健診の法定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。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 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えるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、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扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料 (出典:ヘルサポータラボツール)

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた飛騨市の位置(H30～R4)

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析(H30とR4の比較)

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1cの年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDLの年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた飛騨市の位置(H30～R4)

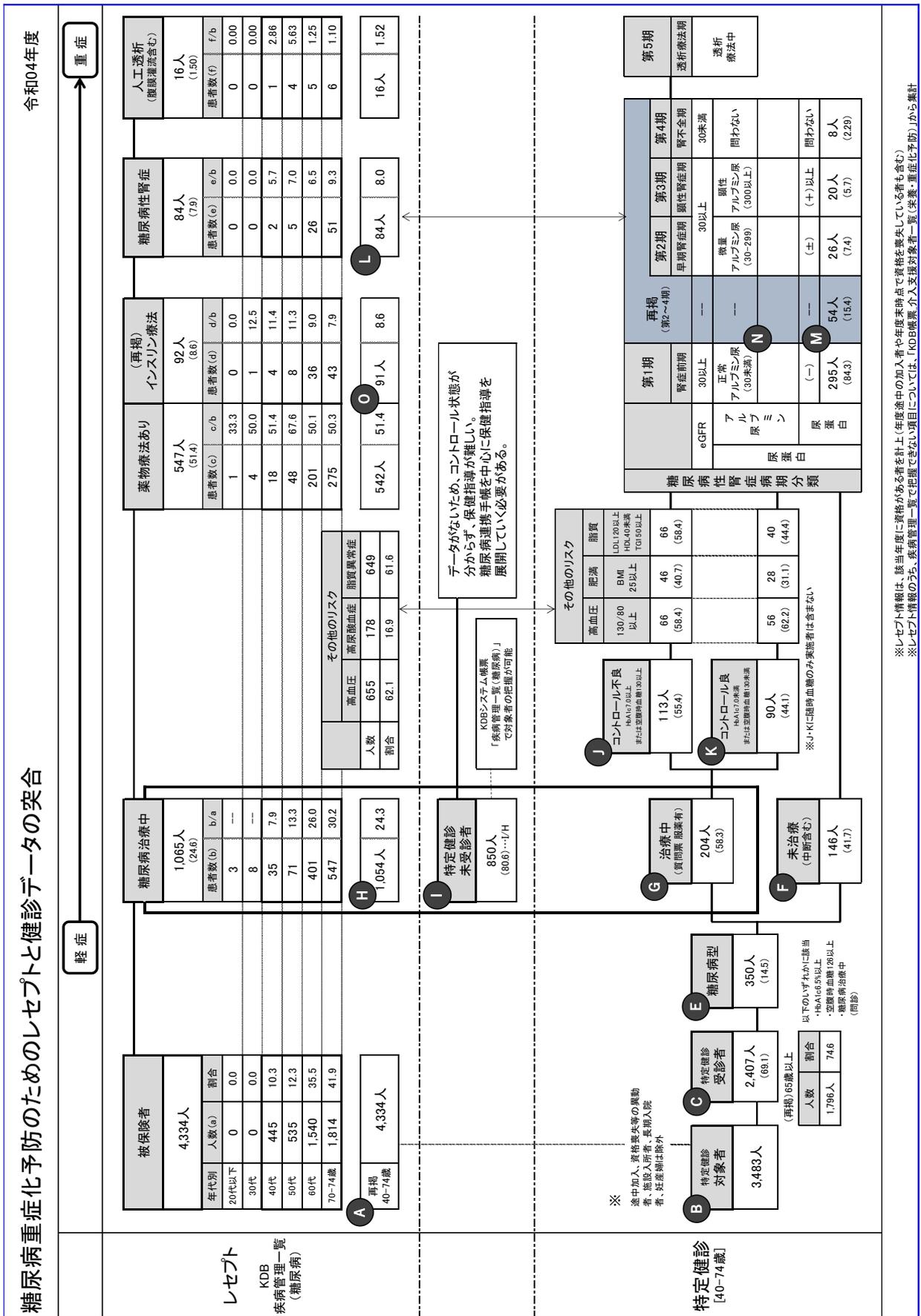
項目		飛騨市										同規模平均		岐阜県		国		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 概況	① 人口構成	総人口	24,692		24,692		24,692		24,692		22,527		9,014,657		1,939,486		123,214,261	
		65歳以上(高齢化率)	9,237	37.4	9,237	37.4	9,237	37.4	9,237	37.4	9,102	40.4	3,263,279	36.2	593,751	30.6	35,335,805	28.7
		75歳以上	5,143	20.8	5,143	20.8	5,143	20.8	5,143	20.8	5,270	23.4	--	--	307,534	15.9	18,248,742	14.8
		65～74歳	4,094	16.6	4,094	16.6	4,094	16.6	4,094	16.6	3,832	17.0	--	--	286,217	14.8	17,087,063	13.9
		40～64歳	7,922	32.1	7,922	32.1	7,922	32.1	7,922	32.1	7,225	32.1	--	--	643,485	33.2	41,545,893	33.7
	39歳以下	7,533	30.5	7,533	30.5	7,533	30.5	7,533	30.5	6,200	27.5	--	--	702,250	36.2	46,332,563	37.6	
	② 産業構成	第1次産業	8.5		8.5		8.5		8.5		8.5		10.7		3.2		4.0	
		第2次産業	32.9		32.9		32.9		32.9		32.9		27.3		33.1		25.0	
		第3次産業	58.6		58.6		58.6		58.6		58.6		62.0		63.7		71.0	
	③ 平均寿命	男性	81.6		81.6		81.6		81.6		81.6		80.4		81.0		80.8	
女性		87.2		87.2		87.2		87.2		87.2		86.9		86.8		87.0		
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	81.2		80.8		81.1		80.6		80.9		79.7		80.8		80.1		
	女性	84.9		84.8		84.4		84.7		85.7		84.3		84.5		84.4		
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	98.7		98.7		98.7		97.7		97.7		103.4		99.5		100.0	
		がん	73	38.4	91	48.9	79	50.0	90	46.2	66	48.2	34,996	47.8	6,043	50.8	378,272	50.6
		心臓病	65	34.2	51	27.4	38	24.1	61	31.3	39	28.5	21,437	29.3	3,281	27.6	205,485	27.5
		脳疾患	38	20.0	37	19.9	26	16.5	35	17.9	24	17.5	10,886	14.9	1,678	14.1	102,900	13.8
		糖尿病	1	0.5	1	0.5	1	0.6	0	0.0	0	0.0	1,391	1.9	166	1.4	13,896	1.9
		腎不全	8	4.2	3	1.6	9	5.7	5	2.6	7	5.1	2,819	3.9	444	3.7	26,946	3.6
		自殺	5	2.6	3	1.6	5	3.2	4	2.1	1	0.7	1,654	2.3	291	2.4	20,171	2.7
		1号認定者数(認定率)	1,692	18.0	1,704	18.4	1,747	18.9	1,727	18.9	1,700	18.8	619,810	19.1	106,977	18.1	6,724,030	19.4
		新規認定者	24	0.2	17	0.2	29	0.2	23	0.2	26	0.2	10,081	0.3	1,890	0.3	110,289	0.3
		介護度別総件数	要支援1.2	6,042	14.6	7,119	16.9	7,277	17.3	7,670	17.7	7,719	18.1	1,984,426	14.3	374,899	13.1	21,785,044
要介護1.2	18,811	46.0	19,802	47.0	19,843	47.1	20,238	46.7	19,436	45.5	6,527,659	47.0	1,239,390	43.4	78,107,378	46.3		
要介護3以上	16,023	39.2	15,237	36.1	14,992	35.6	15,401	35.6	15,580	36.5	5,384,278	38.7	1,241,248	43.5	68,963,503	40.8		
2号認定者	18	0.2	21	0.3	20	0.3	19	0.2	20	0.3	10,759	0.4	2,282	0.4	156,107	0.4		
3 介護	② 有病状況	糖尿病	415	24.0	383	22.5	436	23.7	456	25.7	443	25.8	154,694	23.8	32,279	28.8	1,712,613	24.3
		高血圧症	862	50.7	877	50.1	963	51.5	935	52.8	934	52.0	352,398	54.8	63,115	56.7	3,744,672	53.3
		脂質異常症	470	26.1	470	27.2	527	28.4	501	28.9	529	29.0	203,112	31.2	37,898	33.7	2,308,216	32.6
		心臓病	1,037	61.1	1,060	60.9	1,136	61.7	1,108	62.4	1,103	62.0	397,324	61.9	72,756	65.5	4,224,628	60.3
		脳疾患	479	28.4	475	28.0	502	27.2	496	27.5	456	26.7	151,330	23.9	24,300	22.2	1,568,292	22.6
		がん	144	8.7	143	8.6	173	8.6	161	9.0	167	9.0	74,764	11.4	12,564	11.2	837,410	11.4
		筋・骨格	849	49.3	895	51.7	940	51.7	914	51.9	952	53.3	350,465	54.5	62,896	56.4	3,748,372	53.8
		精神	682	39.6	719	41.2	789	42.4	780	42.9	796	44.0	246,296	38.6	42,026	38.2	2,569,149	36.8
		③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	304,403	2,811,788,621	305,401	2,820,985,330	312,709	2,888,493,289	307,317	2,838,691,480	304,882	2,775,037,765	70,503	286,208	290,668		
			1件当たり給付費(全体)	68,788		66,915		68,591		65,545		64,936		70,030		59,511		59,662
居宅サービス	39,066		37,693		38,331		37,268		36,064		43,936		41,518		41,272			
施設サービス	264,929		266,123		286,107		278,629		282,243		291,914		284,664		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	7,762	7,440	7,561	7,816	8,029	9,043	7,801	8,610								
	認定なし	3,856	3,869	3,899	4,010	4,068	4,284	3,787	4,020									
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	5,337		5,090		4,940		4,857		4,496		2,020,054		409,533		27,488,882	
		65～74歳	3,046	57.1	2,946	57.9	2,929	59.3	2,883	59.4	2,632	58.5	--	--	187,666	45.8	11,129,271	40.5
		40～64歳	1,504	28.2	1,409	27.7	1,352	27.4	1,318	27.1	1,249	27.8	--	--	127,712	31.2	9,088,015	33.1
		39歳以下	787	14.7	735	14.4	659	13.3	656	13.5	615	13.7	--	--	94,155	23.0	7,271,596	26.5
		加入率	21.6		20.6		20.0		19.7		20.0		22.4		21.1		22.3	
	② 医療の概況 (人口対)	病院数	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.6	2	0.4	873	0.4	97	0.2	8,237	0.3
		診療所数	24	4.5	24	4.7	24	4.9	24	4.9	25	5.6	7,141	3.5	1,610	3.9	102,599	3.7
		病床数	181	33.9	181	35.6	175	35.4	175	36.0	146	32.5	136,633	67.7	19,782	48.3	1,507,471	54.8
		医師数	23	4.3	23	4.5	27	5.5	27	5.6	25	5.6	19,511	9.7	4,580	11.2	339,611	12.4
		外来患者数	731.1	740.7	701.4	729.8	717.7	728.3	748.2	748.2								
入院患者数	26.0	23.6	23.6	25.1	24.3	23.6	17.4	17.7										
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	374,515	県内3位 同規模98位	377,839	県内5位 同規模127位	380,882	県内1位 同規模101位	401,154	県内1位 同規模88位	404,864	県内5位 同規模127位	394,521	355,308	339,680				
	受診率	757.2		764,395		724,979		754,842		741,995		751,942		765,634		705,439		
	費用の割合	53.7		56.5		57.7		54.5		56.8		56.7		62.6		60.4		
	件数の割合	96.6		96.9		96.7		96.7		96.7		96.9		97.7		97.5		
	費用の割合	46.3		43.5		42.3		45.5		43.2		43.3		37.4		39.6		
	件数の割合	3.4		3.1		3.3		3.3		3.3		3.1		2.3		2.5		
1件あたり在院日数	16.3日		16.8日		17.6日		17.7日		16.6日		17.1日		15.5日		15.7日			

4 医療	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療費負担病名 (調剤含む)	がん	297,972.970	27.4	312,141.930	30.3	330,846.620	31.3	382,559.590	34.8	346,030.060	34.8	31.3	32.0	32.2			
				慢性腎不全(透析あり)	76,197.610	7.0	74,016.730	7.2	100,031.560	9.5	85,012.790	7.7	85,023.160	8.5	7.5	8.1	8.2			
				糖尿病	110,750.880	10.2	109,060.070	10.6	96,859.430	9.2	100,061.470	9.1	95,258.030	9.6	10.8	11.1	10.4			
				高血圧症	85,724.690	7.9	81,973.220	8.0	79,615.290	7.5	76,393.460	7.0	70,302.780	7.1	6.3	6.5	5.9			
				脂質異常症	64,100.740	5.9	63,178.570	6.1	56,332.460	5.3	56,017.000	5.1	47,512.060	4.8	3.8	4.5	4.9			
				脳梗塞・脳出血	36,419.330	3.4	30,127.710	2.9	27,166.380	2.5	30,039.030	2.7	28,149.940	2.8	3.9	3.5	3.9			
				狭心症・心筋梗塞	39,622.230	3.7	26,894.480	2.6	32,627.890	3.0	16,883.580	1.6	24,797.010	2.4	2.6	3.6	2.8			
				精神	168,594.080	15.5	155,634.180	15.1	160,936.160	15.2	159,349.130	14.5	134,242.150	13.5	16.2	14.2	14.7			
	筋・骨格	199,002.850	18.3	166,127.110	16.2	161,528.310	15.3	181,859.520	16.6	158,650.960	15.9	16.7	15.6	16.7						
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	178	0.1	449	0.3	285	0.2	15,594	8.5	468	0.3	380	0.2	195	0.1	256	0.2
				糖尿病	1,758	1.0	2,553	1.6	1,084	0.7	19,899	10.9	977	0.6	1,531	0.9	1,122	0.8	1,144	0.9
				脂質異常症	94	0.1	111	0.1	--	--	11,522	6.3	25	0.0	89	0.1	63	0.0	53	0.0
				脳梗塞・脳出血	5,672	3.3	4,925	3.0	4,559	2.8	757	0.4	5,713	3.3	7,151	4.2	5,824	4.4	5,993	4.5
				虚血性心疾患	5,608	3.2	3,732	2.3	4,795	3.0	2,388	1.3	3,672	2.1	4,385	2.6	5,183	3.9	3,942	2.9
腎不全				5,703	3.3	2,724	1.7	7,275	4.5	15,979	8.8	6,437	3.7	4,815	2.8	3,933	3.0	4,051	3.0	
外来				高血圧症	15,879	7.9	15,656	7.3	16,832	7.2	134	0.1	15,169	6.6	13,011	5.8	12,145	5.5	10,143	4.9
糖尿病				19,642	9.8	19,762	9.3	19,122	8.7	1,174	0.6	20,667	9.0	22,014	9.8	20,296	9.1	17,720	8.6	
脂質異常症		11,917	5.9	12,301	5.8	11,403	5.2	9	0.0	10,542	4.6	7,959	3.6	8,390	3.8	7,092	3.5			
脳梗塞・脳出血		1,152	0.6	994	0.5	940	0.4	5,420	3.0	546	0.2	1,056	0.5	728	0.3	825	0.4			
虚血性心疾患		2,717	1.3	2,570	1.2	2,550	1.2	1,516	0.8	2,236	1.0	1,975	0.9	2,391	1.1	1,722	0.8			
腎不全		15,777	7.8	18,394	8.6	19,511	8.9	6,087	3.3	17,386	7.5	18,492	8.3	18,380	8.3	15,781	7.7			
⑥		健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,694		4,943		4,248		5,236		5,644		2,592		2,817		2,031	
				健診未受診者	10,760		9,983		10,997		10,864		9,971		13,920		12,879		13,295	
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,553		12,216		10,617		13,173		14,830		7,237		7,787		6,142	
				健診未受診者	26,486		24,670		27,486		27,336		26,200		38,862		35,596		40,210	
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,458	57.0	1,499	56.1	1,434	56.3	1,443	55.6	1,245	54.2	340,133	57.4	64,841	56.1	3,698,441	56.9		
		医療機関受診率	1,313	51.3	1,363	51.0	1,268	49.8	1,272	49.1	1,106	48.1	307,970	52.0	58,437	50.5	3,375,719	51.9		
		医療機関非受診率	145	5.7	136	5.1	166	6.5	171	6.6	139	6.1	32,163	5.4	6,404	5.5	322,722	5.0		
5 健診	①	健診受診者	2,560		2,670		2,548		2,593		2,297		592,263		115,681		6,503,152			
	②	受診率	61.9	県内3位 同規模4位	67.4	県内1位 同規模1位	65.5	県内1位 同規模1位	68.2	県内1位 同規模1位	65.8	県内2位 同規模1位	39.7	40.4	全国15位	35.3				
	③	特定保健指導終了者(実施率)	136	89.5	126	88.7	137	87.8	157	93.5	137	88.4	11,197	16.7	1,677	13.5	69,327	9.0		
	④	非肥満高血糖	180	7.0	202	7.6	227	8.9	218	8.4	195	8.5	62,750	10.6	9,586	8.3	588,083	9.0		
	⑤	特定健診の 状況	メタボ	該当者	278	10.9	349	13.1	378	14.6	393	15.2	341	14.8	125,726	21.2	22,904	19.8	1,321,197	20.3
				男性	196	17.1	240	19.9	247	21.4	261	22.1	238	22.6	86,891	32.6	15,728	31.2	923,222	32.0
				女性	82	5.8	109	7.4	131	9.4	132	9.4	103	8.3	38,835	11.9	7,176	11.0	397,975	11.0
				予備群	177	6.9	182	6.8	178	7.0	206	7.9	186	8.1	64,270	10.9	12,002	10.4	730,607	11.2
				男性	129	11.3	134	11.1	138	11.9	157	13.3	135	12.8	44,986	16.9	8,435	16.7	515,813	17.9
				女性	48	3.4	48	3.3	40	2.9	49	3.5	51	4.1	19,284	5.9	3,567	5.5	214,794	5.9
	⑥	県内市町村 44市町村	メタボ	総数	509	19.9	591	22.1	606	23.8	658	25.4	584	25.4	207,581	35.0	38,490	33.3	2,273,296	35.0
				男性	355	31.0	415	34.4	417	36.1	459	38.8	413	39.2	143,863	54.0	26,639	52.8	1,592,747	55.3
				女性	154	10.9	176	12.0	189	13.6	199	14.1	171	13.8	63,718	19.6	11,851	18.2	680,549	18.8
				総数	136	5.3	157	5.9	179	7.0	148	5.7	112	4.9	31,109	5.3	5,460	4.7	304,276	4.7
				男性	37	3.2	43	3.6	59	5.1	35	3.0	35	3.3	4,873	1.8	959	1.9	48,780	1.7
				女性	99	7.0	114	7.8	120	8.6	113	8.0	77	6.2	26,236	8.1	4,501	6.9	255,496	7.1
			BMI	総数	10	0.4	12	0.4	7	0.3	10	0.4	8	0.3	3,957	0.7	600	0.5	41,541	0.6
				男性	132	5.2	125	4.7	135	5.3	130	5.0	133	5.8	46,037	7.8	8,258	7.1	514,593	7.9
女性				35	1.4	45	1.7	36	1.4	66	2.5	45	2.0	14,276	2.4	3,144	2.7	174,473	2.7	
血糖のみ				53	2.1	49	1.8	50	2.0	66	2.5	49	2.1	19,597	3.3	2,882	2.5	193,722	3.0	
血糖・脂質				7	0.3	14	0.5	6	0.2	15	0.6	17	0.7	6,479	1.1	1,165	1.0	67,212	1.0	
血圧・脂質				140	5.5	177	6.6	189	7.4	195	7.5	172	7.5	57,258	9.7	11,426	9.9	630,648	9.7	
血糖・血圧・脂質	78	3.0	109	4.1	133	5.2	117	4.5	103	4.5	42,392	7.2	7,431	6.4	429,615	6.6				
6 問診	①	服薬	高血圧	820	32.0	976	36.6	992	38.9	983	37.9	854	37.2	231,630	39.1	41,909	36.2	2,324,538	35.8	
			糖尿病	207	8.1	230	8.6	230	9.0	225	8.7	196	8.5	58,534	9.9	10,841	9.4	564,473	8.7	
	②	問診の状況	既往症	脂質異常症	590	23.0	698	26.1	718	28.2	755	29.1	640	27.9	172,940	29.2	33,370	28.9	1,817,350	28.0
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	67	2.7	74	2.9	82	3.4	74	3.0	62	2.9	18,808	3.3	3,320	2.9	199,003	3.1
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	208	8.2	237	9.2	248	10.2	242	9.8	225	10.3	34,129	5.9	6,913	6.1	349,845	5.5
				腎不全	63	2.5	66	2.6	66	2.7	75	3.0	56	2.6	5,247	0.9	1,061	0.9	51,880	0.8
	③	生活習慣の 状況	喫煙	391	15.3	423	15.8	367	14.4	370	14.3	332	14.5	76,177	12.9	14,338	12.4	896,676	13.6	
			週3回以上朝食を抜く	8	7.6	17	6.4	25	7.2	19	6.3	18	8.2	43,784	7.8	5,904	7.0	609,166	10.3	
			週3回以上食後間食(〜H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食(H30〜)	593	23.5	575	22.4	489	20.2	487	19.8	459	21.1	84,037	14.9	12,440	13.4	932,218	15.7	
			週3回以上就寝前夕食	593	23.5	575	22.4	489	20.2	487	19.8	459	21.1	84,037	14.9	12,440	13.4	932,218	15.7	
			食べ過ぎが目立つ	30	28.0	56	21.2	81	23.5	70	23.0	49	22.2	150,446	26.8	22,770	26.9	1,590,713	26.8	
			20歳時体重から10kg以上増加	51	47.7	99	37.6	137	40.2	121	39.9	82	37.1	194,667	34.7	28,513	33.6	2,083,152	34.9	
			1回30分以上運動習慣なし	1,744	69.2	1,753	68.2	1,658	68.4	1,650	67.1	1,419	65.2	351,379	62.7	57,957	62.6	3,589,415	60.3	
1日1時間以上運動なし			1,084	43.0	1,009	39.2	1,069	44.2	1,112	45.2	970	44.6	266,155	47.2	48,029	51.4	2,858,913	48.0		
睡眠不足			559	22.2	569	22.1	471	19.4	502	20.4	462	21.2	140,728	25.0	24,894	26.7	1,521,685	25.6		
④			酒	毎日飲酒	31	28.2	61	23.3	80	23.3	80	26.3	54	24.4	145,485	25.4	20,156	23.6	1,585,206	25.5
				時々飲酒	32	29.1	61	23.3	71	20.6	50	16.4	43	19.5	117,378	20.5	17,084	20.0		

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			実数	割合	保険者				同規模保険者(平均)		データ基		
					R02年度		R03年度		R04年度			R04年度同規模保険者数280	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合
1	①	被保険者数	5,064人		4,976人		4,801人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳	4,369人		4,347人		4,170人						
2	①	対象者数	3,884人		3,796人		3,482人				法定報告値		
	②	特定健診 受診者数	2,547人		2,593人		2,288人						
	③	受診率	65.6%		68.3%		65.7%						
3	①	特定 保健指導 対象者数	141人		161人		147人						
	②	実施率	97.2%		97.5%		96.6%						
4	①	糖尿病型	E	385人	14.8%	378人	14.0%	350人	14.5%			特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	145人	37.7%	146人	38.6%	146人	41.7%				
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	240人	62.3%	232人	61.4%	204人	58.3%				
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	128人	53.3%	125人	53.9%	113人	55.4%				
	⑤	血圧 130/80以上		85人	66.4%	74人	59.2%	66人	58.4%				
	⑥	肥満 BMI25以上		60人	46.9%	54人	43.2%	46人	40.7%				
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	112人	46.7%	107人	46.1%	91人	44.6%				
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	315人	81.8%	304人	80.4%	295人	84.3%				
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		29人	7.5%	35人	9.3%	26人	7.4%				
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		33人	8.6%	31人	8.2%	20人	5.7%				
	⑪	第4期 eGFR30未満		5人	1.3%	7人	1.9%	8人	2.3%				
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	137.4人		141.7人		136.2人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	158.2人		161.5人		156.4人						
	③	レセプト件数 (40-74歳)	3,306件	(772.2)	3,373件	(802.9)	3,317件	(854.7)	5,563件	(877.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	入院外(件数) (1)内は被保険者千対	13件	(3.0)	15件	(3.6)	16件	(4.1)	26件	(4.9)			
	⑤	糖尿病治療中	H	696人	13.7%	705人	14.2%	654人	13.6%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	691人	15.8%	702人	16.1%	652人	15.6%					
	⑦	健診未受診者	I	451人	65.3%	470人	67.0%	448人	68.7%				
	⑧	インスリン治療	O	55人	7.9%	51人	7.2%	49人	7.5%				
	⑨	(再掲)40-74歳		54人	7.8%	50人	7.1%	49人	7.5%				
	⑩	糖尿病性腎症	L	49人	7.0%	47人	6.7%	50人	7.6%				
	⑪	(再掲)40-74歳		49人	7.1%	47人	6.7%	50人	7.7%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	12人 1.7%		12人 1.7%		15人 2.3%						
	⑬	(再掲)40-74歳	12人 1.7%		12人 1.7%		15人 2.3%						
	⑭	新規透析患者数	5	41.7%	4	33.3%	4	26.7%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	2	40.0%	2	50.0%	3	75.0%					
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	7人 0.6%		10人 0.9%		8人 0.7%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	総医療費	18億8156万円		19億4840万円		18億2027万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	②	生活習慣病総医療費	10億5673万円		10億9832万円		9億9563万円		15億3700万円				
	③	(総医療費に占める割合)	56.2%		56.4%		54.7%		54.0%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	10,617円		13,173円		14,830円		5,692円				
	⑤	健診受診者	27,486円		27,336円		26,200円		39,435円				
	⑥	健診未受診者	9686万円		1億0006万円		9526万円		1億6596万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.2%		9.1%		9.6%		10.8%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費	3億6676万円		3億6398万円		3億4053万円						
	⑨	1件あたり	40,701円		40,051円		40,049円						
	⑩	糖尿病入院総医療費	1億3437万円		1億7624万円		1億4763万円						
	⑪	1件あたり	541,810円		597,408円		554,991円						
	⑫	在院日数	16日		17日		15日						
	⑬	慢性腎不全医療費	1億0642万円		8909万円		8711万円		1億2396万円				
	⑭	透析有り	1億0003万円		8501万円		8502万円		1億1532万円				
	⑮	透析なし	638万円		408万円		209万円		863万円				
7	①	介護給付費	28億8849万円		28億3869万円		27億7504万円		34億9905万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症											
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	1人	0.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	5人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

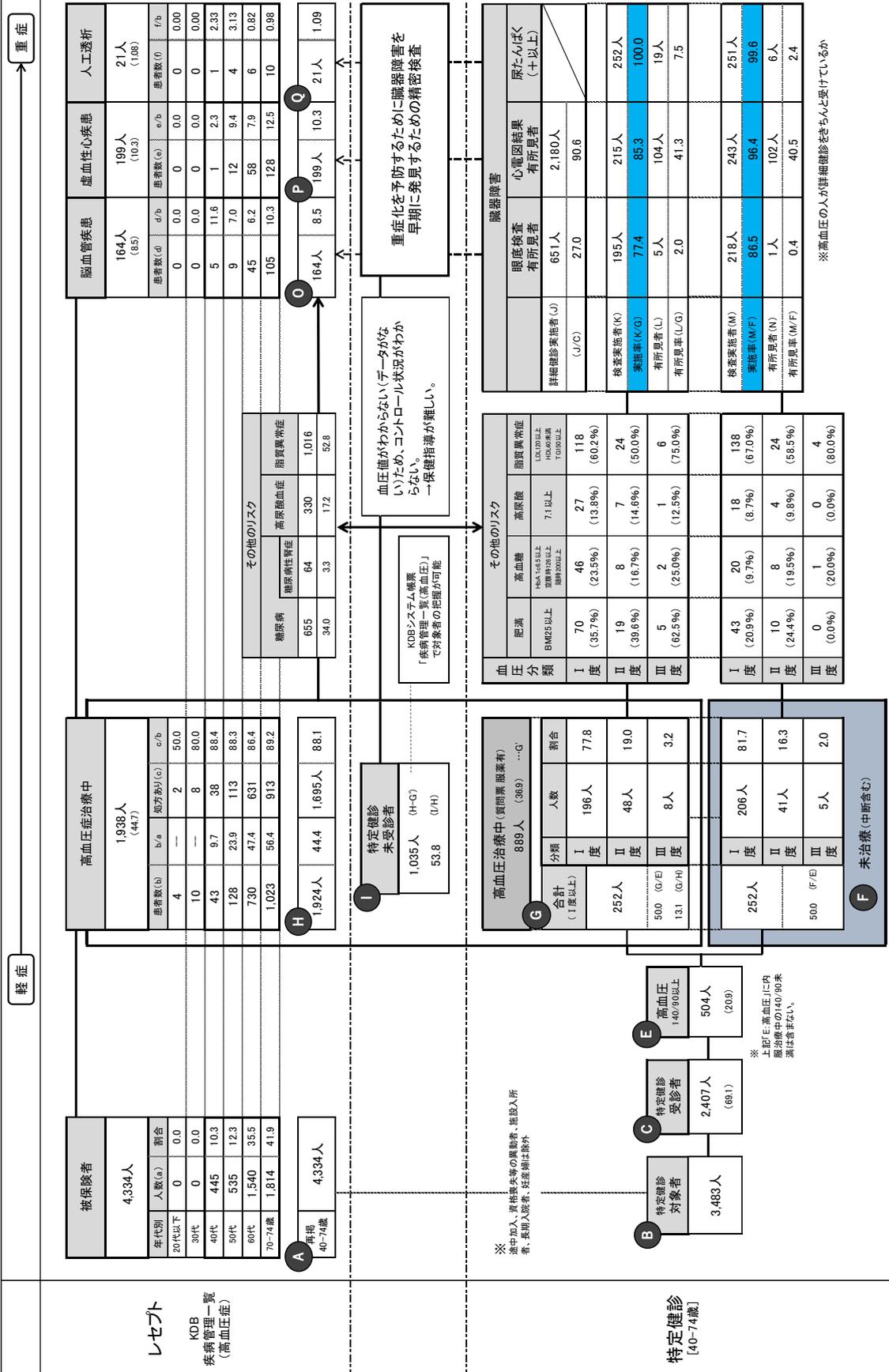
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



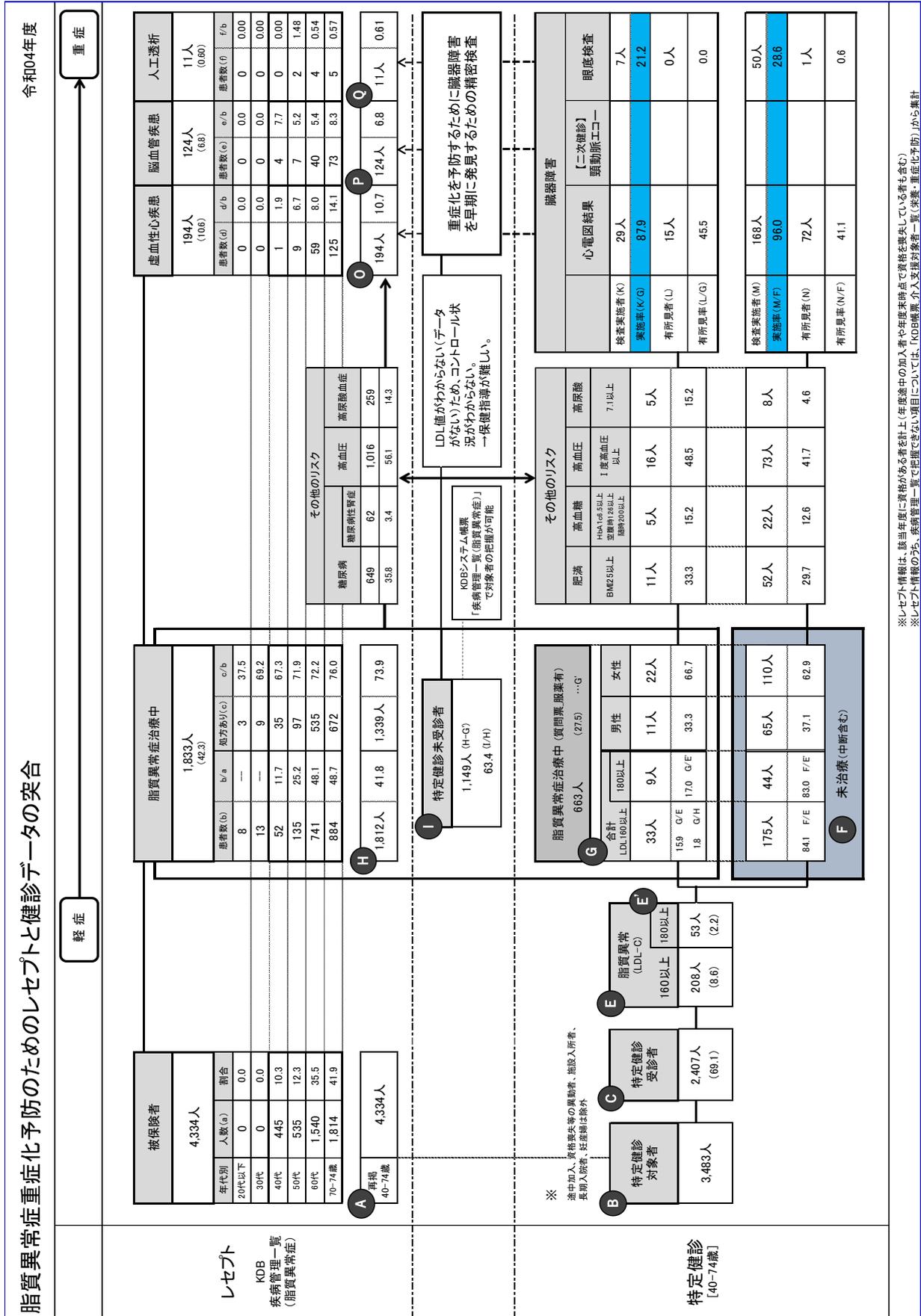
参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	2,903	740	25.5%	1,269	43.7%	571	19.7%	188	6.5%	99	3.4%	36	1.2%	77	2.7%	27	0.9%		
H30	2,638	706	26.8%	1,174	44.5%	507	19.2%	133	5.0%	93	3.5%	25	0.9%	58	2.2%	15	0.6%		
R01	2,753	597	21.7%	1,205	43.8%	647	23.5%	172	6.2%	111	4.0%	21	0.8%	66	2.4%	8	0.3%		
R02	2,566	563	21.9%	1,090	42.5%	604	23.5%	168	6.5%	112	4.4%	29	1.1%	77	3.0%	21	0.8%		
R03	2,654	578	21.8%	1,162	43.8%	610	23.0%	165	6.2%	103	3.9%	36	1.4%	72	2.7%	21	0.8%		
R04	2,389	393	16.5%	1,009	42.2%	698	29.2%	150	6.3%	115	4.8%	24	1.0%	62	2.6%	14	0.6%		

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲				
					再)7.0以上	未治療	治療					
											人数	割合
H29	2,903	740	1,269	571	323	106	217	11.1%	32.8%	67.2%	4.7%	11.1%
H30	2,638	706	1,174	507	251	87	164	9.5%	34.7%	65.3%	4.5%	9.5%
R01	2,753	597	1,205	647	304	126	178	11.0%	41.4%	58.6%	4.8%	11.0%
R02	2,566	563	1,090	604	309	179	130	12.0%	57.9%	42.1%	5.5%	12.0%
R03	2,654	578	1,162	610	304	122	182	11.5%	40.1%	59.9%	5.2%	11.5%
R04	2,389	393	1,009	698	289	135	154	12.1%	46.7%	53.3%	5.8%	12.1%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	296	10.2%	6	2.0%	14	4.7%	59	19.9%	100	33.8%	85	28.7%	32	10.8%	67	22.6%	23	7.8%
	H30	210	8.0%	3	1.4%	9	4.3%	34	16.2%	71	33.8%	73	34.8%	20	9.5%	49	23.3%	12	5.7%
	R01	231	8.4%	4	1.7%	8	3.5%	41	17.7%	76	32.9%	81	35.1%	21	9.1%	55	23.8%	8	3.5%
	R02	173	6.7%	3	1.7%	9	5.2%	31	17.9%	55	31.8%	59	34.1%	16	9.2%	47	27.2%	9	5.2%
	R03	236	8.9%	5	2.1%	11	4.7%	38	16.1%	74	31.4%	77	32.6%	31	13.1%	60	25.4%	20	8.5%
R04	201	8.4%	1	0.5%	5	2.5%	41	20.4%	50	24.9%	83	41.3%	21	10.4%	50	24.9%	12	6.0%	
治療なし	H29	2,607	89.8%	734	28.2%	1,255	48.1%	512	19.6%	88	3.4%	14	0.5%	4	0.2%	10	0.4%	4	0.2%
	H30	2,428	92.0%	703	29.0%	1,165	48.0%	473	19.5%	62	2.6%	20	0.8%	5	0.2%	9	0.4%	3	0.1%
	R01	2,522	91.6%	593	23.5%	1,197	47.5%	606	24.0%	96	3.8%	30	1.2%	0	0.0%	11	0.4%	0	0.0%
	R02	2,393	93.3%	560	23.4%	1,081	45.2%	573	23.9%	113	4.7%	53	2.2%	13	0.5%	30	1.3%	12	0.5%
	R03	2,418	91.1%	573	23.7%	1,151	47.6%	572	23.7%	91	3.8%	26	1.1%	5	0.2%	12	0.5%	1	0.0%
R04	2,188	91.6%	392	17.9%	1,004	45.9%	657	30.0%	100	4.6%	32	1.5%	3	0.1%	12	0.5%	2	0.1%	

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,922	738	25.3%	500	17.1%	760	26.0%	697	23.9%	194	6.6%	33	1.1%
H30	2,649	692	26.1%	433	16.3%	657	24.8%	628	23.7%	193	7.3%	46	1.7%
R01	2,787	803	28.8%	501	18.0%	840	30.1%	500	17.9%	123	4.4%	20	0.7%
R02	2,612	619	23.7%	476	18.2%	860	32.9%	526	20.1%	110	4.2%	21	0.8%
R03	2,705	664	24.5%	522	19.3%	858	31.7%	516	19.1%	126	4.7%	19	0.7%
R04	2,407	683	28.4%	469	19.5%	751	31.2%	402	16.7%	89	3.7%	13	0.5%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	割合
					再)III度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	2,922	1,238 42.4%	760 26.0%	697 23.9%	227 7.8%	123 54.2%	104 45.8%	7.8%	
H30	2,649	1,125 42.5%	657 24.8%	628 23.7%	239 9.0%	136 56.9%	103 43.1%	9.0%	
R01	2,787	1,304 46.8%	840 30.1%	500 17.9%	143 5.1%	86 60.1%	57 39.9%	5.1%	
R02	2,612	1,095 41.9%	860 32.9%	526 20.1%	131 5.0%	79 60.3%	52 39.7%	5.0%	
R03	2,705	1,186 43.8%	858 31.7%	516 19.1%	145 5.4%	69 47.6%	76 52.4%	5.4%	
R04	2,407	1,152 47.9%	751 31.2%	402 16.7%	102 4.2%	46 45.1%	56 54.9%	4.2%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	969	33.2%	79	8.2%	152	15.7%	302	31.2%	332	34.3%	86	8.9%	18	1.9%
	H30	844	31.9%	80	9.5%	116	13.7%	249	29.5%	296	35.1%	78	9.2%	25	3.0%
	R01	995	35.7%	121	12.2%	200	20.1%	357	35.9%	260	26.1%	48	4.8%	9	0.9%
	R02	704	27.0%	73	10.4%	110	15.6%	275	39.1%	194	27.6%	45	6.4%	7	1.0%
	R03	1,017	37.6%	104	10.2%	194	19.1%	380	37.4%	263	25.9%	65	6.4%	11	1.1%
	R04	889	36.9%	106	11.9%	195	21.9%	336	37.8%	196	22.0%	48	5.4%	8	0.9%
治療なし	H29	1,953	66.8%	659	33.7%	348	17.8%	458	23.5%	365	18.7%	108	5.5%	15	0.8%
	H30	1,805	68.1%	612	33.9%	317	17.6%	408	22.6%	332	18.4%	115	6.4%	21	1.2%
	R01	1,792	64.3%	682	38.1%	301	16.8%	483	27.0%	240	13.4%	75	4.2%	11	0.6%
	R02	1,908	73.0%	546	28.6%	366	19.2%	585	30.7%	332	17.4%	65	3.4%	14	0.7%
	R03	1,688	62.4%	560	33.2%	328	19.4%	478	28.3%	253	15.0%	61	3.6%	8	0.5%
	R04	1,518	63.1%	577	38.0%	274	18.1%	415	27.3%	206	13.6%	41	2.7%	5	0.3%

参考資料9 LDLの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	2,922	1,433	49.0%	745	25.5%	460	15.7%	189	6.5%	95	3.3%
	H30	2,649	1,357	51.2%	717	27.1%	380	14.3%	124	4.7%	71	2.7%
	R01	2,787	1,286	46.1%	728	26.1%	496	17.8%	190	6.8%	87	3.1%
	R02	2,612	1,245	47.7%	689	26.4%	448	17.2%	173	6.6%	57	2.2%
	R03	2,705	1,311	48.5%	745	27.5%	426	15.7%	161	6.0%	62	2.3%
R04	2,407	1,235	51.3%	595	24.7%	369	15.3%	155	6.4%	53	2.2%	
男性	H29	1,348	732	54.3%	325	24.1%	190	14.1%	67	5.0%	34	2.5%
	H30	1,178	681	57.8%	296	25.1%	133	11.3%	47	4.0%	21	1.8%
	R01	1,259	667	53.0%	298	23.7%	196	15.6%	75	6.0%	23	1.8%
	R02	1,186	653	55.1%	269	22.7%	176	14.8%	68	5.7%	20	1.7%
	R03	1,237	658	53.2%	321	25.9%	175	14.1%	60	4.9%	23	1.9%
R04	1,099	631	57.4%	248	22.6%	144	13.1%	62	5.6%	14	1.3%	
女性	H29	1,574	701	44.5%	420	26.7%	270	17.2%	122	7.8%	61	3.9%
	H30	1,471	676	46.0%	421	28.6%	247	16.8%	77	5.2%	50	3.4%
	R01	1,528	619	40.5%	430	28.1%	300	19.6%	115	7.5%	64	4.2%
	R02	1,426	592	41.5%	420	29.5%	272	19.1%	105	7.4%	37	2.6%
	R03	1,468	653	44.5%	424	28.9%	251	17.1%	101	6.9%	39	2.7%
R04	1,308	604	46.2%	347	26.5%	225	17.2%	93	7.1%	39	3.0%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	2,922	1,433 49.0%	745 25.5%	460 15.7%	284	239	45	9.7%	9.7%
					95 3.3%	82 86.3%	13 13.7%		
H30	2,649	1,357 51.2%	717 27.1%	380 14.3%	195	162	33	7.4%	7.4%
					71 2.7%	61 85.9%	10 14.1%		
R01	2,787	1,286 46.1%	728 26.1%	496 17.8%	277	230	47	9.9%	9.9%
					87 3.1%	73 83.9%	14 16.1%		
R02	2,612	1,245 47.7%	689 26.4%	448 17.2%	230	204	26	8.8%	8.8%
					57 2.2%	46 80.7%	11 19.3%		
R03	2,705	1,311 48.5%	745 27.5%	426 15.7%	223	177	46	8.2%	8.2%
					62 2.3%	46 74.2%	16 25.8%		
R04	2,407	1,235 51.3%	595 24.7%	369 15.3%	208	175	33	8.6%	8.6%
					53 2.2%	44 83.0%	9 17.0%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	679	23.2%	375	55.2%	172	25.3%	87	12.8%	32	4.7%	13	1.9%
	H30	603	22.8%	344	57.0%	167	27.7%	59	9.8%	23	3.8%	10	1.7%
	R01	723	25.9%	380	52.6%	201	27.8%	95	13.1%	33	4.6%	14	1.9%
	R02	508	19.4%	287	56.5%	124	24.4%	71	14.0%	15	3.0%	11	2.2%
	R03	768	28.4%	466	60.7%	175	22.8%	81	10.5%	30	3.9%	16	2.1%
R04	663	27.5%	405	61.1%	147	22.2%	78	11.8%	24	3.6%	9	1.4%	
治療なし	H29	2,243	76.8%	1,058	47.2%	573	25.5%	373	16.6%	157	7.0%	82	3.7%
	H30	2,046	77.2%	1,013	49.5%	550	26.9%	321	15.7%	101	4.9%	61	3.0%
	R01	2,064	74.1%	906	43.9%	527	25.5%	401	19.4%	157	7.6%	73	3.5%
	R02	2,104	80.6%	958	45.5%	565	26.9%	377	17.9%	158	7.5%	46	2.2%
	R03	1,937	71.6%	845	43.6%	570	29.4%	345	17.8%	131	6.8%	46	2.4%
R04	1,744	72.5%	830	47.6%	448	25.7%	291	16.7%	131	7.5%	44	2.5%	