

本巢市国民健康保険 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



本巢市国民健康保険

令和6年3月

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. 計画の位置づ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期計画に係る考察及び第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期データヘルス計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 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)…………… 38

1. 第4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. 個人情報の保護
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..... 45

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

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..... 77

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	78
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
第 7 章 データヘルス計画岐阜県版共通様式	79
1. 岐阜県版様式	
参考資料	104
用語説明	121

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}」では、「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。)により、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)を策定した上で、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}」により、保険者のデータヘルス計画標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議による「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」では、「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. 計画の位置づ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、国・岐阜県健康増進計画(健康日本21・ヘルスプランぎふ)や本巣市健康増進計画、岐阜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、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・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)。

以上のことも踏まえ、本市では国保データベース(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)より、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)。

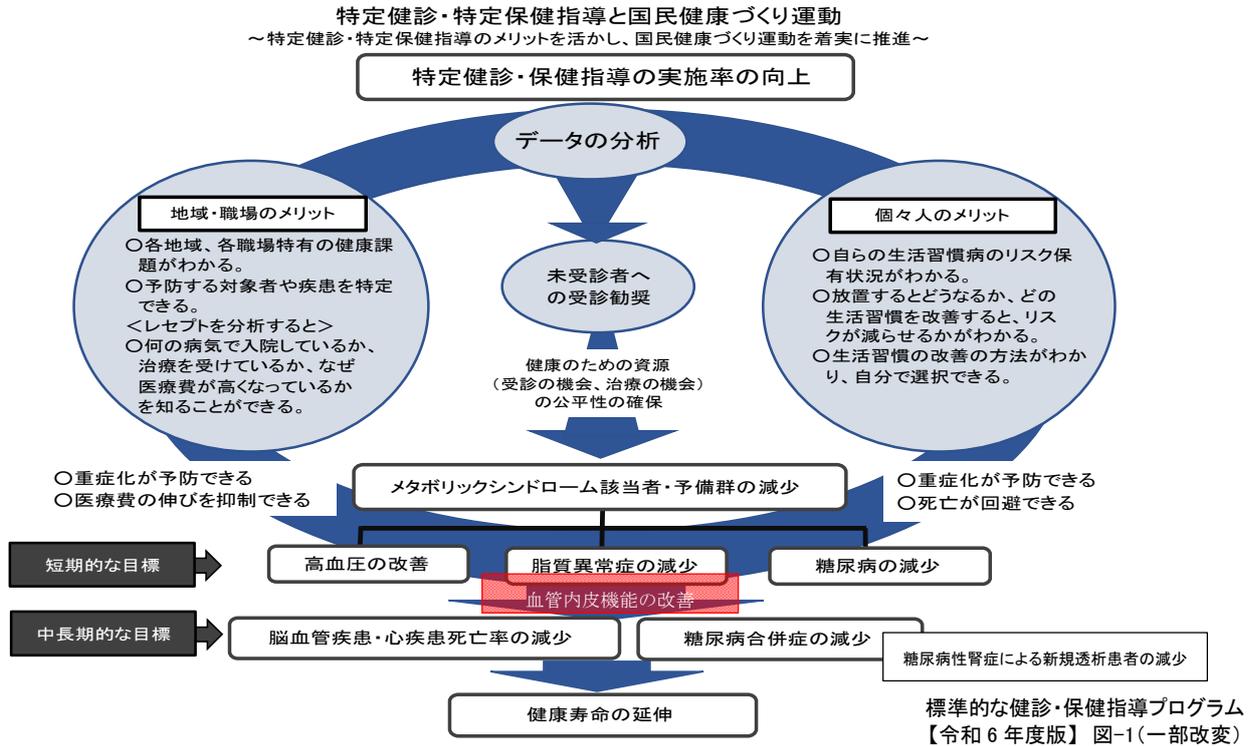
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、保健事業実施(データヘルス)計画では、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

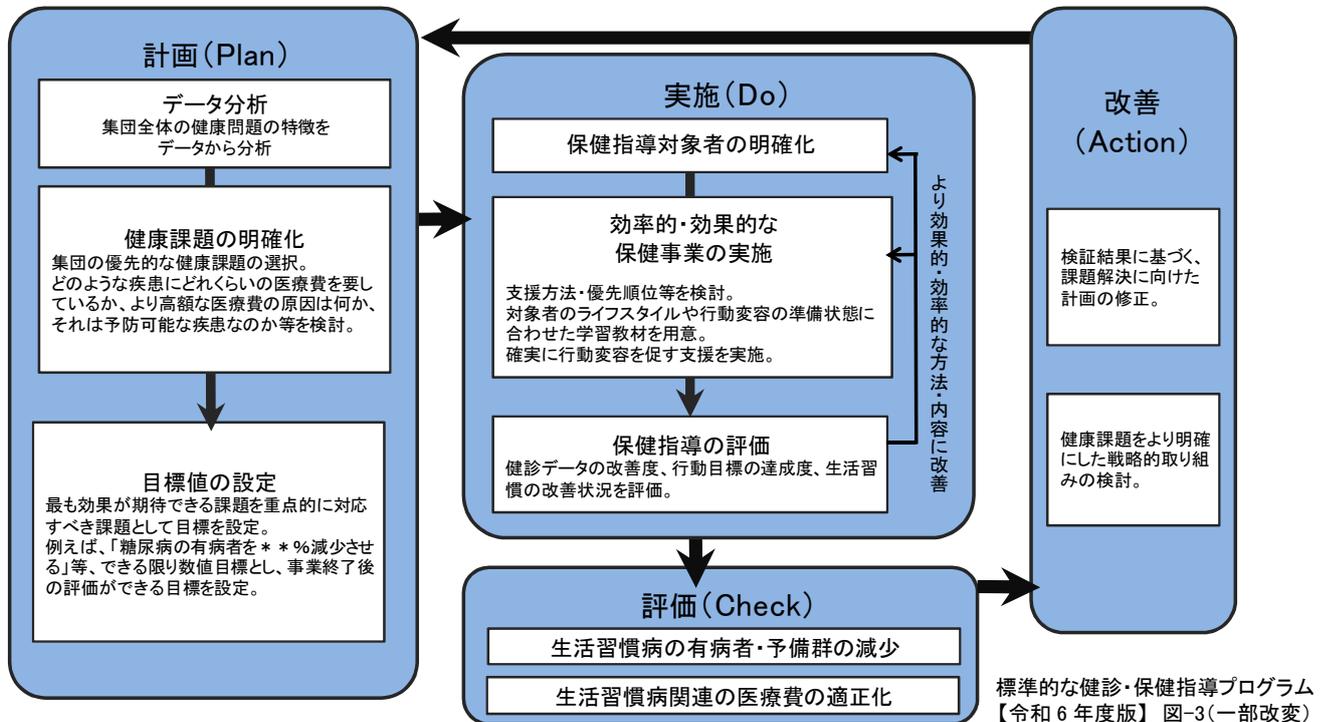
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第119条
基本的な 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年～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に豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 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 (胎児期から高齢期まで継続的)	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(※) ※初老期の認知症、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自然と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 子ども、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> 特定健康診査実施率	①特定健康診査受診率 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) ・特定健康診査実施率 ・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 ・医療資源の効率的・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・事業費運動分)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



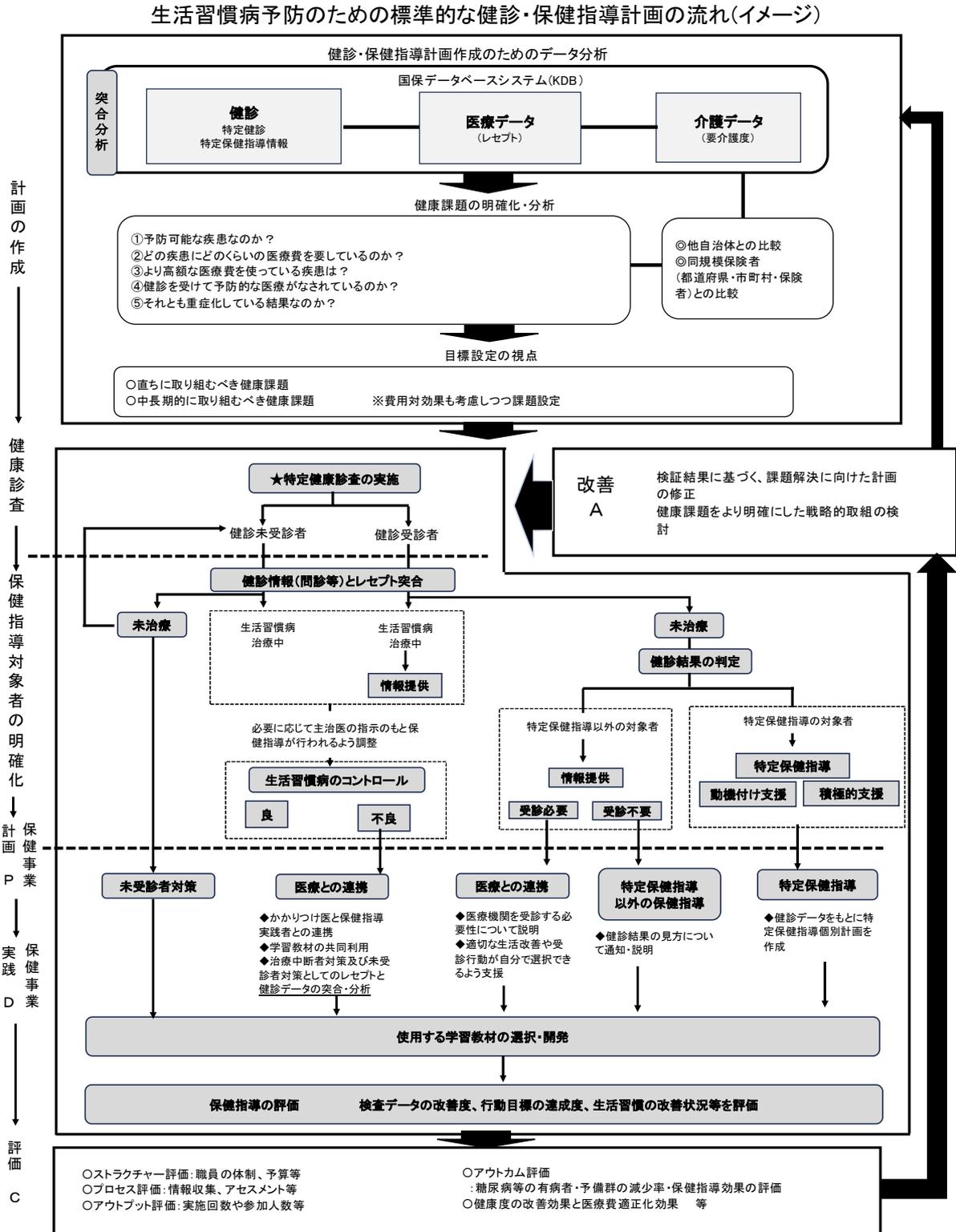
注)プログラムでは、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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
	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		
	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 個人の健康結果を講み解くとともに、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

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は、国指針第5の5で「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)策定の手引きでは、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

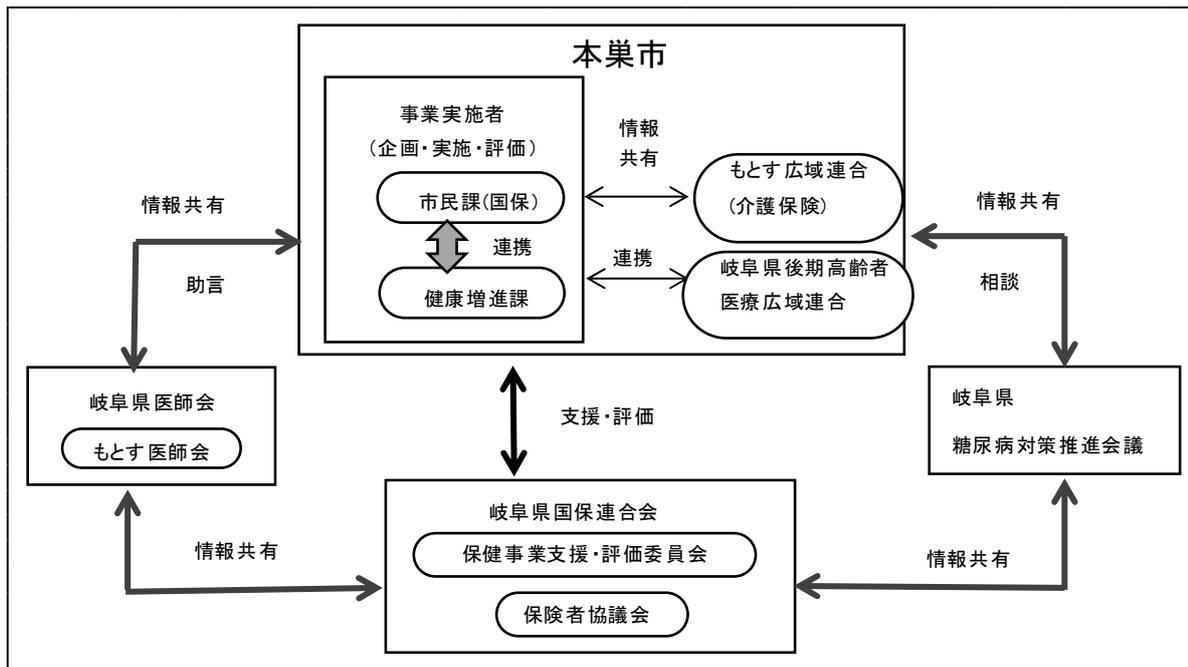
1) 市町村国保の役割

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、本市では、保健衛生部門(健康増進課)に特定健診・特定保健事業の執行委任をしています。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業の実施により個別の保健事業や計画を評価し、必要に応じて計画を見直し、次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部門(岐阜県後期高齢者医療広域連合及び市民課(後期高齢者医療担当))、保健衛生部門(健康増進課)、介護保険部門(もとす広域連合及び福祉敬愛課(高齢福祉係))、生活保護部門(福祉敬愛課(社会福祉係))と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 本市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担 (令和 5 年度の体制)

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当 △…事務補助

	保 (総括)	事 (補佐)	保 (係長)	保 (係長)	看護 (係長)	管栄 (係長)	保 (主査)	歯科 (主査)	保 (主任)	保 (主任)	保	保	保	保	保 (会計)	管栄	管栄	管栄	管栄	国保事 (補佐)	国保事 (主任)
行政事務	◎	◎	△	△	△	△	△	△	△	△					△					◎	◎
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								◎													
一体的実施			◎					○								○	○			○	

※年度によって体制は異なります。

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画から評価まで一連のプロセスで、もとす医師会、歯科医師会、薬剤師会、地区組織等の協力、連携が重要となることから、これら関係者が参画する「国保運営協議会」で計画の策定について協議するとともに、進捗報告を行います。

また、保健医療の専門機関である岐阜県や岐阜県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）及び国保連合会が設置する保健事業支援・評価委員会から助言・支援を受けて計画の策定、実施、評価を行います。

市町村国保は、75歳から後期高齢者医療に移行することを踏まえ、市町村国保と後期高齢者医療広域連合との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、事業の実施状況等を共有するなど、保険者間で連携して保健事業と介護予防事業を一体的に捉え展開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、国保運営協議会で被保険者代表委員から意見聴取を行います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者におけ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（取組評価分）（図表8）。

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分が創設され、「事業費」に連動して配分する部分と併せて交付することで取組の支援を受けています（事業費分・事業費連動分）。

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	
			本巢市	配点	本巢市	配点	本巢市	配点
交付額(万円)			1,451		1,405		1,602	
全国順位(1,741市町村中)			491位		479位		496位	
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	50	70	50	70	50	70
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	63	40	65	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	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	50	45	65	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	50	50	50	50	40	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	10	130	10	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	80	100	80	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	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	75	100	78	100
合計点			629	1,000	633	960	618	940

厚生労働省ホームページ「国民健康保険の保険者努力支援制度について 2. 各年度の保険者努力支援制度の事業内容について(市町村別)」より

第2章 第2期計画に係る考察及び第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 3.2 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 30.7%でした。国と比較すると高齢化率と被保険者の平均年齢が高くなっています。出生率は国・県・同規模と比較して低くなっており、今後高齢化が進展すると予想されています。高齢化率や被保険者平均年齢は同規模団体を下回っているものの、国・県平均に比べると高く、出生率に至っては、国・県・同規模を下回る状態にあり、高齢化は加速していくことが考えられます。また、第3次産業が多くを占めており、産業構造の変化に伴い、働き方の多様化が進み、被保険者の生活習慣・生活リズムが不規則になっている可能性があるため、特に若い年代の健康課題を明確にすることが必要と考えられます(図表 9)。

国保加入率は令和 4 年度で 20.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向であり、年齢構成では 65～74 歳の前期高齢者が約 50.1%を占めており、加入者の高齢化が高止まりしています(図表 10)。

また、本市内に診療所は医科 14 箇所(うち、もとす医師会 13 箇所)、歯科 12 箇所(うち、もとす歯科医師会 10 箇所)あり、特定健康診査等の健診を医科 11 箇所に委託しており、外来患者数は県と同規模と比較して高く、入院患者数は低くなっています。また、大学病院・ハートセンター・西濃厚生病院など総合病院へのアクセスも車で 30 分程度と比較的医療に恵まれた地域と考えられます(図表 11)。

図表 9 国・県・同規模と比較した本市の特性(令和 4 年度)

	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
本巢市	32,736	30.7	6,677 (20.4)	55.2	5.0	11.5	0.6	8.0	30.4	61.6
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、本巢市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

※人口・高齢化率は令和2年度国勢調査より

図表 10 本市の国保加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数(人)	割合(%)								
被保険者数	7,656		7,367		7,144		7,031		6,677	
65～74歳	3,742	48.9	3,683	50.0	3,700	51.8	3,651	51.9	3,348	50.1
40～64歳	2,176	28.4	2,067	28.1	2,006	28.1	1,967	28.0	1,905	28.5
39歳以下	1,738	22.7	1,617	21.9	1,438	20.1	1,413	20.1	1,424	21.3
加入率	22.5%		21.7%		21.0%		20.7%		20.4%	

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

※加入率：各年度末時点の被保険者÷国勢調査人口 (H30-R3:H27 国勢調査人口、R4:R2 国勢調査人口)

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	県								
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.2
診療所数	24	3.1	24	3.3	25	3.5	25	3.6	25	3.7	3.5	3.9
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	67.7	48.3
医師数	24	3.1	24	3.3	21	2.9	21	3.0	24	3.6	9.7	11.2
外来患者数	812.9		823.4		792.3		832.9		847.7		728.3	748.2
入院患者数	17.7		17.9		16.5		17.0		16.8		23.6	17.4

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

※診療所数は歯科を除き、市内保健センターなど診療所登録している施設も含まれる。

2. 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画では、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)を分析しました。

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、脂質異常症を分析しました。

(1) 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

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加していますが、本市の令和4年度の要介護認定者は、1号(65歳以上)・2号(40～64歳)被保険者ともに国・県・同規模と比較すると低く抑えられています(図表12)。なお、介護給付費は、平成30年度から令和4年度では約1.3億円増加していますが、1人あたりの介護給付費は、平成30年度に比べ3,122円下がっています。また、国・県・同規模保険者と比較しても1人あたりの介護給付費は低く抑えられており、介護予防の視点では健康寿命の延伸は達成していると思われ(図表13)。

また、要介護認定状況を血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。脳卒中は第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約4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、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は、介護給付費の適正化からも重要な位置づけであると言えます(図表14)。

このことから、本市は若い世代から介護認定率及び1人あたり介護給付費を下げる事ができており、介護予防は国・県・同規模保険者より達成していると思われ(図表15)。要介護認定者の有病率は、生活習慣病の割合が高いため、今後も継続して若年層から健診結果を通して市民の健康管理に努めます。

図表 12 要介護認定者(率)の状況

		本巢市				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率(65歳以上の人口)		9,442人	27.8%	10,038人	30.7%	36.2%	30.6%	28.7%
人口	40～64歳	11,115人	32.7%	10,654人	32.5%	--	33.2%	33.7%
	65～74歳	5,047人	14.9%	5,082人	15.5%	--	14.8%	13.9%
	75歳以上	4,395人	12.9%	4,956人	15.1%	--	15.9%	14.8%
2号認定者(40～64歳)		39人	0.35%	34人	0.32%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者		10人		7人		--	--	--
1号認定者(65歳以上)		1,534人	16.2%	1,614人	16.1%	19.1%	18.1%	19.4%
新規認定者		238人		257人		--	--	--
再掲	65～74歳	145人		166人		--	--	--
		新規認定者		32人		42人		--
	75歳以上	1,389人		1,448人		--	--	--
		新規認定者		206人		215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

	本巢市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	26億4729万円	↑ 27億8305万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	280,374	↓ 277,252	300,230	286,208	290,668
1件あたり給付費(円)全体	68,078	67,514	70,503	59,511	59,662
居宅サービス	46,238	44,377	43,936	41,518	41,272
施設サービス	267,114	276,886	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(令和4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(市全体)		34		166		1,448		1,614		1,648		
再)国保・後期		22		137		1,409		1,546		1,568		
国保・後期の介護受給者の有病状況 (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	14 63.6%	脳卒中	52 38.0%	虚血性心疾患	571 40.5%	虚血性心疾患	611 39.5%	虚血性心疾患	618 39.4%
		2	虚血性心疾患	7 31.8%	虚血性心疾患	40 29.2%	脳卒中	526 37.3%	脳卒中	578 37.4%	脳卒中	592 37.8%
		3	腎不全	1 4.5%	腎不全	20 14.6%	腎不全	235 16.7%	腎不全	255 16.5%	腎不全	256 16.3%
		4	糖尿病合併症	2 9.1%	糖尿病合併症	21 15.3%	糖尿病合併症	137 9.7%	糖尿病合併症	158 10.2%	糖尿病合併症	160 10.2%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		18 81.8%	基礎疾患	123 89.8%	基礎疾患	1,341 95.2%	基礎疾患	1,464 94.7%	基礎疾患	1,482 94.5%	
	血管疾患合計		20 90.9%	合計	126 92.0%	合計	1,356 96.2%	合計	1,482 95.9%	合計	1,502 95.8%	
	認知症		1 4.5%	認知症	44 32.1%	認知症	619 43.9%	認知症	663 42.9%	認知症	664 42.3%	
	筋・骨格疾患		16 72.7%	筋骨格系	125 91.2%	筋骨格系	1,358 96.4%	筋骨格系	1,483 95.9%	筋骨格系	1,499 95.6%	

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たことで平成30年度と比較して総医療費は約1.1億円減少していますが、1人あたりの医療費は32,747円高くなっています。このうち、入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2%程度にも関わらず、医療費全体の約34.3%を占めていますが、入院1件あたりの費用額は平成30年度と比較して6,720円下がっています。一方で、外来の費用額は2,940円高くなっています(図表15)。

また、年齢調整後の地域差指数で全国平均を1とすると、本市国保は全体で0.981、後期高齢者医療は本市全体で0.902と全国平均を下回っています。両保険者ともに入院は全国平均より下回り、国保は外来が全国平均を上回っていますが、後期は下回っています(図表16)。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行することから、外来での管理による重症化予防の取組は重要です。つまり、健康診査で早期発見、必要とする外来医療につなげ、入院を抑制(生活習慣病の重症化予防)する取組を引き続き努めていきます。

図表 15 医療費の推移

		本巢市		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)		7,656人	6,677人	—	—	—
前期高齢者割合		3,742人 (48.9%)	3,348人 (50.1%)	—	—	—
総医療費		25億9444万円	24億8133万円	—	—	—
一人あたり医療費(円)		338,876 県内21位 同規模191位	371,623 県内18位 同規模198位	394,521	355,308	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	621,530	614,810	585,610	615,940	617,950
	費用の割合(%)	39.9	34.3	43.3	37.4	39.6
	件数の割合(%)	2.1	1.9	3.1	2.3	2.5
外来	1件あたり費用額	20,380	23,320	24,850	24,020	24,220
	費用の割合(%)	60.1	65.7	56.7	62.6	60.4
	件数の割合(%)	97.9	98.1	96.9	97.7	97.5
受診率(%)		830.559	864.526	751.942	765.634	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は本巢市と同規模被保険者280市町村の平均値を表す

※受診率は(医科入院・外来・調剤のレセプト件数÷被保険者)×100

図表 16 1人あたりの(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		
		本巢市 (県内市町村中)		県 (47県中)	本巢市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.985	0.981	1.001	0.949	0.902	0.923
		(21位)	(25位)	(29位)	(12位)	(24位)	(32位)
	入院	0.944	0.884	0.961	0.886	0.798	0.849
		(22位)	(37位)	(36位)	(17位)	(29位)	(38位)
	外来	1.004	1.035	1.020	1.012	0.998	0.996
		(24位)	(14位)	(16位)	(14位)	(15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梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞・慢性腎不全の医療費は、平成30年度と比較すると3,181万円、医療費全体に占める割合も1%減少しています。特に、脳梗塞・脳出血、慢性腎不全(透析有)の減少がみられます。一方、狭心症・心筋梗塞は、国・県・同規模よりも割合が高く、本市の健康課題と言えます(図表17)。

次に、中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較すると、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析治療者は、数及び被保険者に占める割合ともに減少しています(図表18)。

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また、退院後の介護費がかかるなど、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ことから、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 中長期目標疾患の総医療費に対する各疾病に係る医療費(割合)の推移

			本巣市		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)			25億9444万円	↓24億8133万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億6062万円	↓1億2881万円	--	--	--
			6.19%	5.19%	7.84%	8.36%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.84%	0.72%	2.10%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.15%	2.19%	1.39%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.89%	1.93%	4.05%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.36%	0.30%	0.31%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		17.19%	18.09%	16.91%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.31%	9.92%	9.00%	8.32%	8.68%
	精神疾患		4.91%	5.62%	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	7,656	6,677	a	416	304	603	416	22	15	
				a/A	5.4%	4.6%	7.9%	6.2%	0.3%	0.2%	
40歳以上	B	5,918	5,253	b	410	302	598	413	21	15	
	B/A	77.3%	78.7%	b/B	6.9%	↓5.7%	10.1%	↓7.9%	0.4%	↓0.3%	
再掲 40~64歳	C	2,176	1,905	c	79	46	100	68	12	6	
											C/A
	65~74歳	D	3,742	3,348	d	331	256	498	345	9	9

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) 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

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析に占める高血圧・糖尿病治療者の40歳以上の割合は、おおむね減少しています(図表19・図表20)。脂質異常症は合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の40歳以上の割合は減少しています。人工透析は横ばいになっていますが、近年、岐阜県下で治療者、医療費ともに最も低くなっています(図表21・参考資料11)。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化前の早期の段階で適切な治療を開始するなど、市民の健康管理力を高める取組に一定の成果がみられています。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

※被保険者数は図表 18 を参照

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,715	2,373	578	424	2,137	1,949	
	A/被保数	45.9%	↓ 45.2%	26.6%	22.3%	57.1%	58.2%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	244	180	47	28	197	152
		B/A	9.0%	↓ 7.6%	8.1%	6.6%	9.2%	7.8%
	虚血性心疾患	C	436	309	67	45	369	264
		C/A	16.1%	↓ 13.0%	11.6%	10.6%	17.3%	13.5%
	人工透析	D	18	15	9	6	9	9
		D/A	0.7%	↓ 0.6%	1.6%	1.4%	0.4%	0.5%

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歳以上		再掲				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,581	1,292	349	261	1,232	1,031	
	A/被保数	26.7%	↓ 24.6%	16.0%	13.7%	32.9%	30.8%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	135	88	22	17	113	71
		B/A	8.5%	↓ 6.8%	6.3%	6.5%	9.2%	6.9%
	虚血性心疾患	C	284	195	42	28	242	167
		C/A	18.0%	↓ 15.1%	12.0%	10.7%	19.6%	16.2%
	人工透析	D	12	11	6	4	6	7
		D/A	0.8%	0.9%	1.7%	1.5%	0.5%	0.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	63	49	14	8	49	41
		E/A	4.0%	↓ 3.8%	4.0%	3.1%	4.0%	4.0%
	糖尿病性網膜症	F	162	104	30	25	132	79
		F/A	10.2%	↓ 8.0%	8.6%	9.6%	10.7%	7.7%
	糖尿病性神経障害	G	63	35	16	10	47	25
		G/A	4.0%	↓ 2.7%	4.6%	3.8%	3.8%	2.4%

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歳以上		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	2,256	1,916	529	349	1,727	1,567	
	A/被保数	38.1%	↓ 36.5%	24.3%	18.3%	46.2%	46.8%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	155	124	27	19	128	105
		B/A	6.9%	↓ 6.5%	5.1%	5.4%	7.4%	6.7%
	虚血性心疾患	C	371	269	57	37	314	232
		C/A	16.4%	↓ 14.0%	10.8%	10.6%	18.2%	14.8%
	人工透析	D	5	5	2	1	3	4
		D/A	0.2%	0.3%	0.4%	0.3%	0.2%	0.3%

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・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

重症化予防の対象者であり、医療が必要なⅡ度以上高血圧・HbA1c7.0%以上では、データヘルス計画策定支援を本市と同じ委託業者である448市町村と比較したところ、本市は、健診結果により医療を必要とする高血圧・糖尿病の割合が平成30年度・令和3年度ともに448市町村合計より下回っています。

医療のかかり方では、未治療者は高血圧で約25%、糖尿病で約4%ですが、その割合は448市町村合計より下回っています。

本市では、高血圧治療中断者が多い傾向がみられるため、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することから、健診の受診率向上を図りつつ、今後も治療の必要性に市民自ら気づき行動変容できる支援が必要であると考えます(図表22)。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

※R3年度が最新データ(R5年9月抽出時)

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(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(人)	受診率 (%)	受診者 B(人)	受診率 (%)	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C(人)	C/A(%)	D(人)	D/C(%)	E(人)	E/B(%)	F(人)	F/E(%)	G(人)	G/E(%)	H(人)	H/E(%)	
本業市	2,593	42.7	2,285	49.5	59	2.3	40	67.8	61	2.7	43	70.5	15	24.6	5	8.2
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	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(人)	実施率 (%)	HbA1c 実施者 B(人)	実施率 (%)	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I(人)	I/実施者A(%)	J(人)	J/I(%)	K(人)	K/実施者B(%)	L(人)	L/K(%)	M(人)	M/K(%)	N(人)	N/K(%)	
本業市	2,588	99.8	2,281	99.8	87	3.4	18	20.7	83	3.6	17	20.5	3	3.6	3	3.6
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果から、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者の割合は、1.1ポイント伸びており、その中でも3項目(高血圧・高血糖・脂質異常)全ての危険因子が重なっている割合が増加しています(図表23)。

また、HbA1c6.5%以上、高血圧Ⅱ度以上、LDL-C160以上の者の前年度からの変化(継続受診者)は、H30→R1とR3→R4の割合を比較するといずれも微増しており、HbA1c6.5%以上(糖尿病)・高血圧Ⅱ度の「悪化」の割合が微増、一方、LDL-C160以上の者は改善しています。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ともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診をすすめる働きかけが必要であると考えます(図表24・図表25・図表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 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,593 (42.7%)	490 (18.9%)	134 (5.2%)	356 (13.7%)	252 (9.7%)
R04年度	2,200 (45.9%)	439 (20.0%)	148 (6.7%)	291 (13.2%)	234 (10.6%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	173 (6.7%)	42 (24.3%)	67 (38.7%)	21 (12.1%)	43 (24.9%)
R03→R04	171 (7.5%)	31 (18.1%)	63 (36.8%)	23 (13.5%)	54 (31.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 高血圧Ⅱ度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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	59 (2.3%)	38 (64.4%)	6 (10.2%)	1 (1.7%)	14 (23.7%)
R03→R04	61 (2.7%)	38 (62.3%)	8 (13.1%)	2 (3.3%)	13 (21.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL-C160 以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 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	141 (5.4%)	82 (58.2%)	26 (18.4%)	10 (7.1%)	23 (16.3%)
R03→R04	146 (6.4%)	70 (47.9%)	26 (17.8%)	4 (2.7%)	46 (31.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④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、令和1年度には47.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません(図表27)。また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています(図表28)。

特定保健指導も令和2年度以降、大きく実施率が下がっています。特定健診受診率と同様に新型コロナウイルス感染症拡大の影響と考えますが、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

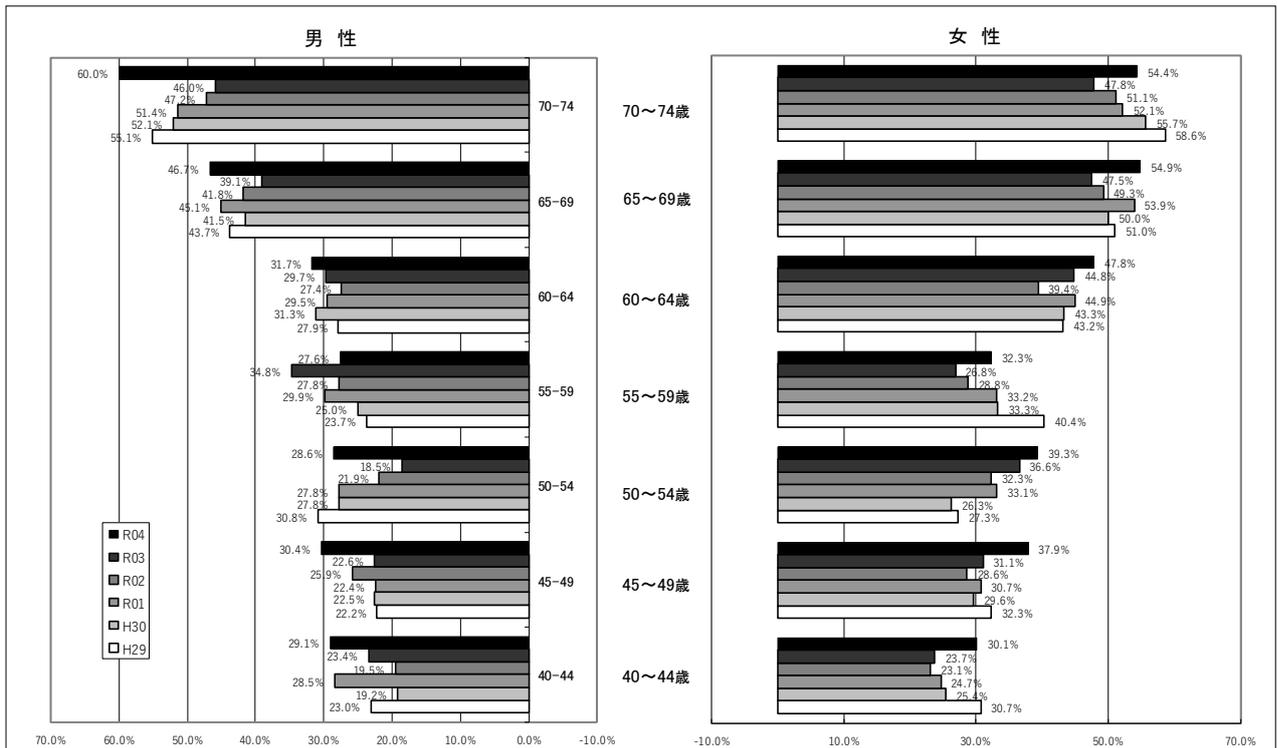
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		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	2,541	2,501	2,301	2,243	2,126	健診受診率 60%
	受診率	46.1%	47.1%	43.9%	43.7%	44.4%	
特定保健指導	該当者数	255	278	248	273	225	特定保健指導 実施率 95%
	割合	10.0%	11.1%	10.8%	12.2%	10.5%	
	実施者数	224	226	173	181	172	
	実施率	87.8%	81.3%	69.8%	66.3%	76.4%	

出典:特定健診法定報告データ

※目標値は第三期特定健診実施計画策定時のもの

図表 28 年代別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

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、約 40%台で推移していますが、血糖値所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります(表 1・表 2)。

本市は、平成 16 年度から HbA1c6.5%未治療者には、紹介状を作成して受診勧奨を行ってきた結果、約 9 割の者は医療機関を受診しています(表 2)。

また、HbA1c8.0%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8.0%以上の未治療者は、令和 1 年度 4 人から令和 4 年度 2 人に減っています。令和 1 年度では、未治療者全員に医療機関受診勧奨の保健指導を実施し、未治療者の半数が治療へとつながり、受診のない者には継続して保健指導を行い、令和 3 年度には 9 割の者が医療機関受診となりました(表 3)。今後は、治療中断にならないよう医療機関と情報共有しつつ、医療機関受診の支援を行います。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の者には医療機関と連携し、保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,593	2,539	2,336	2,285	2,200
血糖値有所見者 *1	人(b)	121	105	94	123	106
	(b/a)	4.7%	4.1%	4.0%	↑ 5.4%	4.8%
保健指導実施者 *2	人(c)	52	45	47	57	43
	(c/b)	43.0%	42.9%	50.0%	46.3%	40.6%

*1 HbA1c6.5%以上のもの(治療中はHbA1c7.0%以上)

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上(黄色: HbA1c6.5%未治療者の全員に対し保健指導を実施)

表 2 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)	121	105	94	123	106
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	52	45	47	57	43
	(b/a)	43.0%	42.9%	50.0%	46.3%	40.6%
受診した者	人(c)	47	43	41	52	37
	(c/b)	90.4%	95.6%	87.2%	91.2%	86.0%

*3 HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表 3 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)	2,593	2,539	2,336	2,285	2,200
HbA1c8.0%以上	人(b)	11	18	16	24	19
	(b/a)	0.4%	0.7%	0.7%	1.1%	0.9%
保健指導実施	人(c)	11	18	16	24	19
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	2	4	5	8	2
	(b/a)	18.2%	22.2%	31.3%	33.3%	↓ 10.5%

内服治療開始	2人	2人	7人
元々治療中	0人	1人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人
治療に至らず	2人	2人	1人

下表のようにCKD(慢性腎臓病)をステージ別に見ると、腎機能が中等度から高度低下のグループでは、メタボリックシンドロームの割合が高く、次いで耐糖能異常・糖尿病でした。腎臓・心臓・脳を守る上でメタボリックシンドロームは、本市の重要な健康課題であり、引き続き取り組んでいきます。

CKDのステージ別に見て、どのリスクが多いか

各ステージの割合: B/A

令和04年度

重症化予防対象者 B	CKDの重症度 A	健診受診者 GFR-検査日ともに実施 2,197	GFR 90		60		45			30		15			
			正常または高値		正常または 軽度低下	軽度～ 中等度低下		G3a再掲 (GFR45～60未満)			中等度～ 高度低下	G3b再掲 (GFR30～45未満)		高度低下	末期腎不全
			ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3aA2			G3bA1	G3bA2		G4A1	G5A1	
			(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA3	(-)	(±)	(+)以上	G3bA3	(-)	(±)以上	G4A2	G5A2	
生活習慣病なし(実人数)	1,530	1,112	17	151	232	192	26	14	18	14	4	0	0		
	69.6	74.2	60.7	60.6	61.5	62.5	63.4	48.3	42.9	45.2	36.4	0.0	0.0		
生活習慣病あり(実人数) (下記に1項目以上該当)	667	386	11	98	145	115	15	15	24	17	7	2	1		
	30.4	25.8	39.3	39.4	38.5	37.5	36.6	51.7	57.1	54.8	63.6	100.0	100.0		
生活習慣リスク (延べ人数)	耐糖能異常 糖尿病	6.5以上	157	89	7	27	26	18	6	2	6	3	3	2	0
			7.1	59	25.0	10.8	6.9	5.9	14.6	6.9	14.3	9.7	27.3	100.0	0.0
	高血圧症	II度以上	44	30	0	8	6	4	2	0	0	0	0	0	
			2.0	2.0	0.0	3.2	1.6	1.3	4.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	メタボリック シンドローム	該当者	438	227	11	76	103	74	15	14	19	12	7	1	1
			19.9	15.2	39.3	30.5	27.3	24.1	36.6	48.3	45.2	38.7	63.6	50.0	100.0
	脂質 異常症	LDL-C	180以上	29	19	0	3	6	6	0	0	1	1	0	0
				1.3	1.3	0.0	1.2	1.6	2.0	0.0	0.0	2.4	3.2	0.0	0.0
	中性 脂肪	300以上	87	53	1	12	16	15	0	1	5	3	2	0	0
			4.0	3.5	3.6	4.8	4.2	4.9	0.0	3.4	11.9	9.7	18.2	0.0	0.0
高尿酸血症	7.1以上	152	73	0	15	58	51	1	6	6	3	3	0	0	
		6.9	4.9	0.0	6.0	15.4	16.6	2.4	20.7	14.3	9.7	27.3	0.0	0.0	

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

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、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査はほぼ受診者全員が実施しています(表4)。

有所見者のうち重篤な疾病サインの可能性のあるST所見を見ると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、約5～7割が医療機関を受診しています。心房細動未治療者は、ほぼ全数が精密検査や治療につながっています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています(表5)。

表4 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	2,283	963	1,320	2,366	1,001	1,365	2,159	902	1,257	2,162	914	1,248	2,054	847	1,207
心電図受診者(人)	b	2,283	963	1,320	2,366	1,001	1,365	2,158	902	1,256	2,162	914	1,248	2,053	846	1,207
心電図実施率	b/a	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%
要医療者(人)	c	35	17	18	29	15	14	28	16	12	30	13	17	33	16	17
治療中(人)	d	88	57	31	79	43	36	53	12	41	60	37	23	71	38	33
有所見率	(c+d)/b	5.4%	7.7%	3.7%	4.6%	5.8%	3.7%	3.8%	3.1%	4.2%	4.2%	5.5%	3.2%	5.1%	6.4%	4.1%
心房細動(人)	e	26	16	6	25	19	6	19	16	6	16	15	3	11	8	3
心房細動有所見率	e/b	1.1%	1.7%	0.5%	1.1%	1.9%	0.4%	0.9%	1.8%	0.5%	0.7%	1.6%	0.2%	0.5%	0.9%	0.2%
うち、心房細動未治療(人)		12	7	3	9	6	3	8	6	1	6	5	2	4	2	2

表5 心電図受診者のうち、ST所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		2,283		2,386		2,158		2,162		2,053	
ST異常所見		37	1.6%	40	1.7%	63	2.9%	35	1.6%	38	1.9%
	要医療・要精査	37	100.0%	40	100.0%	63	100.0%	35	100.0%	38	100.0%
	医療機関受診あり	26	70.3%	29	72.5%	45	71.4%	22	62.9%	21	55.3%
	医療機関受診なし	11	29.7%	11	27.5%	18	28.6%	13	37.1%	17	44.7%
	それ以外の判定	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		26		25		19		16		11	
心房細動未治療者		12	46.2%	9	36.0%	8	42.1%	6	37.5%	4	36.4%
	検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	治療開始(治療継続を含む)	12	100.0%	9	100.0%	8	100.0%	6	100.0%	4	100.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、近年約2%代で推移しており、約6~7割が未治療者です。令和4年度では、血圧Ⅱ度以上の未治療者44人のうち、保健指導後に治療につながったものは、わずか16人(36.4%)でした。血圧Ⅲ度では、6人のうち4人が未治療者でした(表7)。

脳心血管では高血圧が最大の危険因子であり、要介護認定の原因のひとつです。高血圧以外の危険因子との組合せにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者、中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者にも家庭での血圧測定(家庭血圧)をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療中にもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上の者が36.4%あることから、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます(表7)。

表7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
高血圧Ⅱ度以上の者	健診受診者	人(a)	2,593	2,539	2,336	2,285	2,200
	治療あり	人(b)	59	56	65	61	44
		(b/a)	2.3%	2.2%	2.8%	2.7%	2.0%
	治療なし	人(c)	19	23	19	18	16
		(c/b)	32.2%	41.1%	29.2%	29.5%	36.4%
	治療開始	人(d)	40	33	46	43	28
		(d/b)	67.8%	58.9%	70.8%	70.5%	63.6%
		人(e)	19	12	11	20	11
(e/d)		47.5%	36.4%	23.9%	46.5%	39.3%	
(再掲)	高血圧Ⅲ度の者	人(f)	9	2	6	8	6
		(f/a)	0.3%	0.1%	0.3%	0.4%	0.3%
	治療あり	人	2	1	2	2	2
	治療なし	人	7	1	4	6	4

表8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	419	260 62.1%	131 31.3%	24 5.7%	4 1.0%	A ただちに 薬物療法を開始	74 17.7%
	26 6.2%	C 16 6.2%	B 10 7.6%	B 0 0.0%	A 0 0.0%		
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	236	C 147 56.3%	B 75 57.3%	A 13 54.2%	A 1 25.0%	B 概ね1か月後に 再評価	182 43.4%
	236 56.3%	C 147 56.5%	B 75 57.3%	A 13 54.2%	A 1 25.0%		
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	157	B 97 37.5%	A 46 35.1%	A 11 45.8%	A 3 75.0%	C 概ね3か月後に 再評価	163 38.9%
	157 37.5%	B 97 37.3%	A 46 35.1%	A 11 45.8%	A 3 75.0%		

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

④特定健診未受診者勧奨

本市では、6月から特定健診を開始し、8月上旬に健診未受診の者を抽出して、対象者へはがきで勧奨を行っています。健診を受診し自分の健康状態を把握してもらうことで、病気の早期発見につながることを目的としています。令和3年度の健診未受診者2,421人に対し、勧奨はがきを送付したところ、609人が受診しました。受診したのは男性よりも女性の割合が高く、年齢別では60～69歳の者が受診率が高い傾向にあります。はがきで勧奨し受診した者の割合は25.2%(2,421人のうち609人)で、健診受診者全体の26.6%(令和3年度健診受診者2,285人のうち609人)に該当します。はがきで勧奨をしなければ、受診しなかった者が約600人いることから、勧奨には一定の効果があるため、次期計画以降も継続していくこととします。

表9 令和3年度特定健診未受診者はがき勧奨をし健診受診した者の割合

	人数	性別				年齢							
		男性		女性		40-49歳		50-59歳		60-69歳		70歳以上	
はがき勧奨者	2,421人	1,163人	48.0%	1,258人	52.0%	557人	23.0%	552人	22.8%	722人	29.8%	590人	24.4%
健診受診	609人	241人	39.6%	368人	60.4%	85人	14.0%	80人	13.1%	334人	54.8%	110人	18.1%
健診未受診	1,812人	922人	50.9%	890人	49.1%	472人	26.0%	472人	26.0%	388人	21.4%	480人	26.5%

(2)ポピュレーションアプローチ

プログラムによると、「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規程されることも大きい。」とされています。

本市では、胃がん検診受診者全員に会場で血圧測定を行い、高血圧Ⅱ度以上の者に保健指導を行うなど、治療放置の者や未治療者に対し受診勧奨を行っています。

また、母子保健事業と関連して、妊娠届から血圧・体重管理を行い、妊娠糖尿病など必要に応じて継続支援を行っています。低出生体重児や、乳幼児期における肥満児は将来生活習慣病を発症するリスクが高いため、乳幼児健診・各種教室で、生活リズムや1日に必要なバランス食の目安など母子の健康管理に努めています。

これらの取組を通して、生涯を通じた健康づくりとして一人ひとりの市民が健診を受け、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きます。

今後の取組内容として、生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大につながっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座を行うなど、広く市民へ周知を行うことを検討します。

(3)第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

図表 29 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	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2,179万円 0.84%	7,022万円 2.84%	1,786万円 0.72%	KDB システム 医療費に占める割合	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	5,578万円 2.15%	3,882万円 1.57%	5,434万円 2.19%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	7,497万円 2.89%	5,934万円 2.4%	4,788万円 1.93%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	12人 0.8%	7人 0.4%	11人 0.9%	KDB 様式3-7	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	1人 50%	3人 100%	3人 66.7%	岐阜県国保 データバンク	
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	742人 28.6%	721人 30.9%	673人 30.6%	本巣市 様式5-5	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	69人 2.5%	56人 2.2%	61人 2.7%	本巣市 健康増進課 評価ツール 年次比較	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	131人 4.7%	145人 5.7%	146人 6.4%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	190人 6.8%	163人 6.4%	171人 7.5%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	18人 0.6%	18人 0.7%	24人 1.1%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	23人 0.9%	15人 0.64%	16人 0.72%	本巣市健診 結果集計	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	121人 4.7%	99人 4.2%	119人 5.4%	本巣市健診 結果集計	
		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	46.2	43.9	44.4	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	87.8	69.8	76.4	
			特定保健指導対象者の割合の減少	10.0	10.8	19.1	
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	19.9	19.1	13.7	地域保健 事業報告 (R04年度 データがないため、R03 年度を記 載)
			肺がん検診受診者の増加	24.8	12.8	20.3	
			大腸がん検診受診者の増加	26.9	22.1	18.4	
			子宮がん検診受診者の増加	15.3	20.6	12.3	
			乳がん検診受診者の増加	33.4	24.6	22.1	
5つのがん検診の平均受診率の増加			24.1	19.8	17.4		
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	71.9%	76.7%	78.2%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

介護認定率は健康寿命の延伸につながる要素であると考えます。本市の介護認定率と1人あたりの介護給付費は国・県・同規模保険者に比べ低いことから介護予防は一定の機能を果たしていると考えます。要介護認定者の有病率では、生活習慣病の割合が高いことから、今後も継続して若年層から健診結果を通して市民の健康管理に努めます。

医療費では、年齢調整後の地域差指数で全国平均を1とすると、本市国保と本市後期高齢者医療は全国平均を下回っています。入院は、両保険者ともに全国平均より下、外来は国保は全国平均より上回っており、後期高齢者医療は下回っています。生活習慣病は自覚症状がないまま進行することから、外来及び健診結果後の生活習慣の改善を行う健康管理は重要と考えます。

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は特によく減少しており、人工透析の割合は横ばいですが、近年、岐阜県下で最も低い市となっており、医療費の伸びの抑制に寄与していると考えます。

短期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析に占める高血圧治療者の割合では、特に高血圧・糖尿病治療者の割合は減っていました。健康診査で早期発見し必要とする外来医療につなげ、入院を抑制(生活習慣病の重症化予防)する取組の効果と考えます。

本市の健診体制は、青年(19～39歳)・節目健診(20～65歳の5歳刻み)に健診の機会を提供し、特定健診対象者と同様に特定保健指導・重症化予防の取組を実施してきました。節目健康診査及び生活習慣病予防の二次健診に75gブドウ糖負荷試験を導入し、糖尿病保健事業に取り組んできたことで、中長期目標である腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢でも、国・県・同規模保険者と比べて低く、目標は達成しています。一方、メタボリックシンドローム・脂質異常の改善は、達成に至っていません。

また、特定健診受診率は、コロナ禍から低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成していません。40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は低い状況が続いています。特定保健指導では、令和2年度以降大きく実施率が下がり、国の目標60%以上を達成していますが、実施率が年々減少しています。

このことから、第2期データヘルス計画では、メタボリックシンドロームの改善は十分に達成していませんが、重症化予防の取組により血圧・血糖等改善されると思われる者に一人ひとりに合わせた保健・栄養指導を行い介護・医療で一定の成果がみられています。

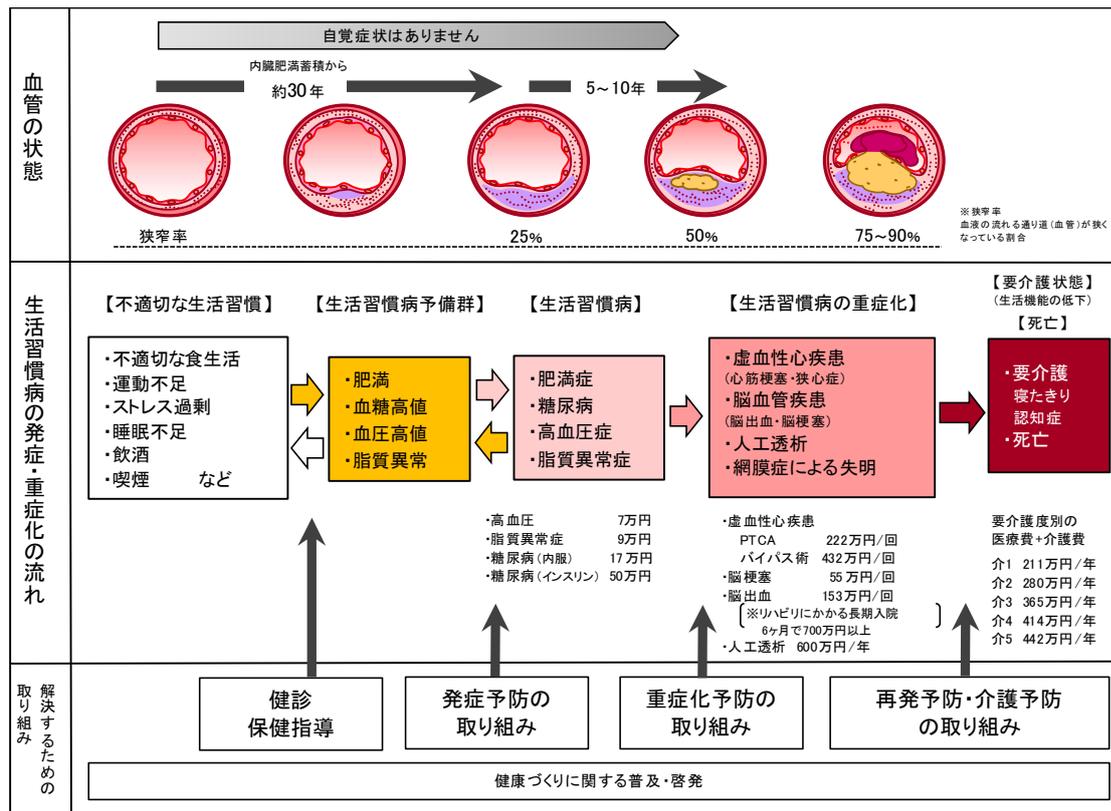
全体を通して、一部の指標を除いて数値の改善、抑制がみられることから、第3期データヘルス計画では、第2期データヘルス計画の実施内容を基本的に継承したいと考えます。保健指導体制の維持・充実を図りつつ、財政状況も厳しい中、最小の経費で最大の効果が得られるよう、今後も国保部門と保健衛生部門で連携していきます。

3. 第3期データヘルス計画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、さら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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

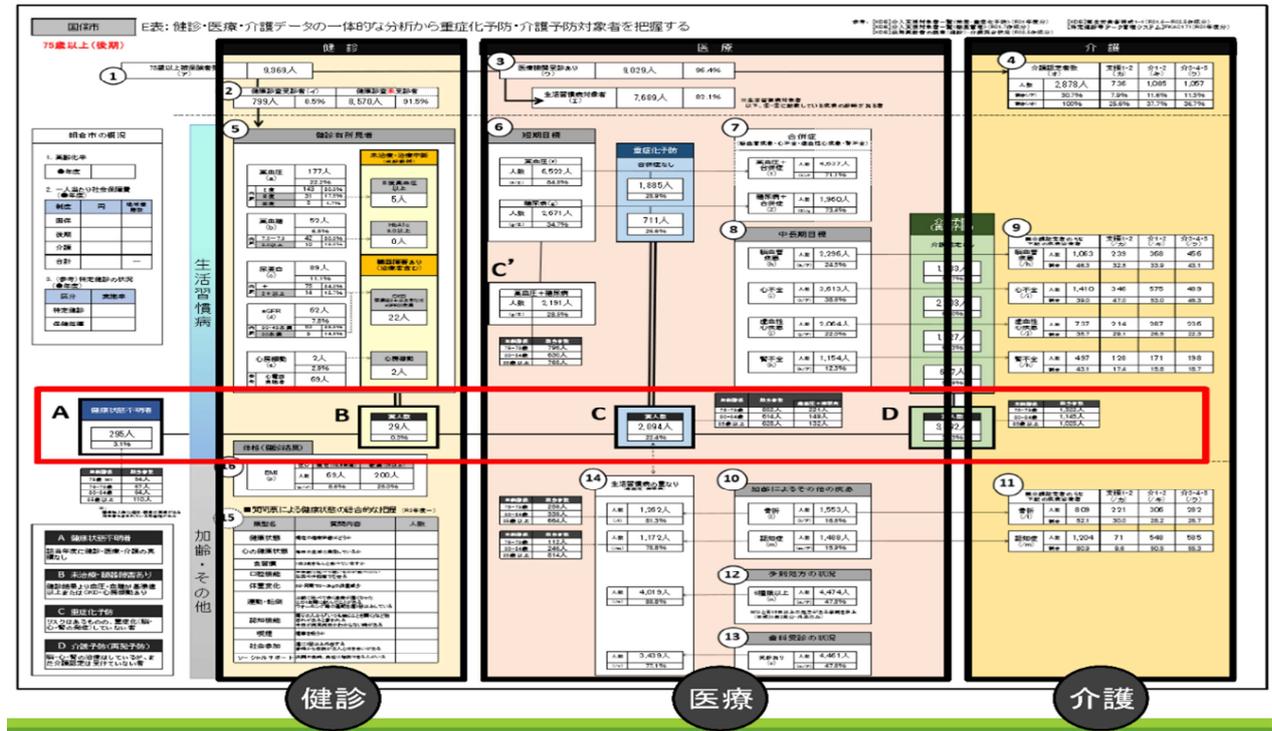
医療保険制度は、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度に加入することになります。保健事業は、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。国保では、被保険者のうち65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数を超えており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながることから、市町村国保及び後期高齢者医療広域連合は、健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です(例:図表31)。

健康課題の明確化では、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため、40歳未満の健診を実施し、健診結果から生活習慣の

改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(例示)



(1)医療費分析

図表 32 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	7,656人	7,367人	7,144人	7,031人	6,677人	5,460人	
総件数及び 総費用額	件数	78,188件	75,716件	70,224件	72,407件	71,313件	89,095件
	費用額	25億9444万円	25億4142万円	24億7269万円	25億1381万円	24億8133万円	42億0019万円
一人あたり医療費	33.9万円	34.5万円	34.6万円	35.8万円	37.2万円	76.9万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 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		
			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	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
① 国保	本本市	24億8133万円	30,081	1.93%	0.36%	0.72%	2.19%	6.01%	4.32%	2.79%	4億5437万円	18.3%	18.1%	5.62%	9.92%
	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	本本市	42億0019万円	65,471	2.69%	0.37%	2.99%	2.44%	5.04%	4.11%	1.67%	8億1070万円	19.3%	12.5%	1.80%	11.5%
	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 34 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	254人	218人	227人	199人	231人	518人
	件数	B	431件	408件	436件	377件	413件	878件
		B/総件数	0.55%	0.54%	0.62%	0.52%	0.58%	0.99%
	費用額	C	6億6241万円	5億8881万円	6億3901万円	5億6157万円	6億1613万円	11億3114万円
C/総費用		25.5%	23.2%	25.8%	22.3%	24.8%	26.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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
人数	D	11人	10人	17人	16人	6人	30人
	D/A	4.3%	4.6%	7.5%	8.0%	2.6%	5.8%
件数	E	13件	15件	38件	37件	8件	62件
	E/B	3.0%	3.7%	8.7%	9.8%	1.9%	7.1%
年代別	40歳未満	1 7.7%	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%	2 25.0%	70-74歳 2 3.2%
	50代	1 7.7%	3 20.0%	4 10.5%	6 16.2%	0 0.0%	75-80歳 15 24.2%
	60代	7 53.8%	7 46.7%	13 34.2%	9 24.3%	1 12.5%	80代 37 59.7%
	70-74歳	4 30.8%	5 33.3%	21 55.3%	22 59.5%	5 62.5%	90歳以上 8 12.9%
費用額	F	2384万円	2193万円	4571万円	4341万円	1273万円	7744万円
	F/C	3.6%	3.7%	7.2%	7.7%	2.1%	6.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

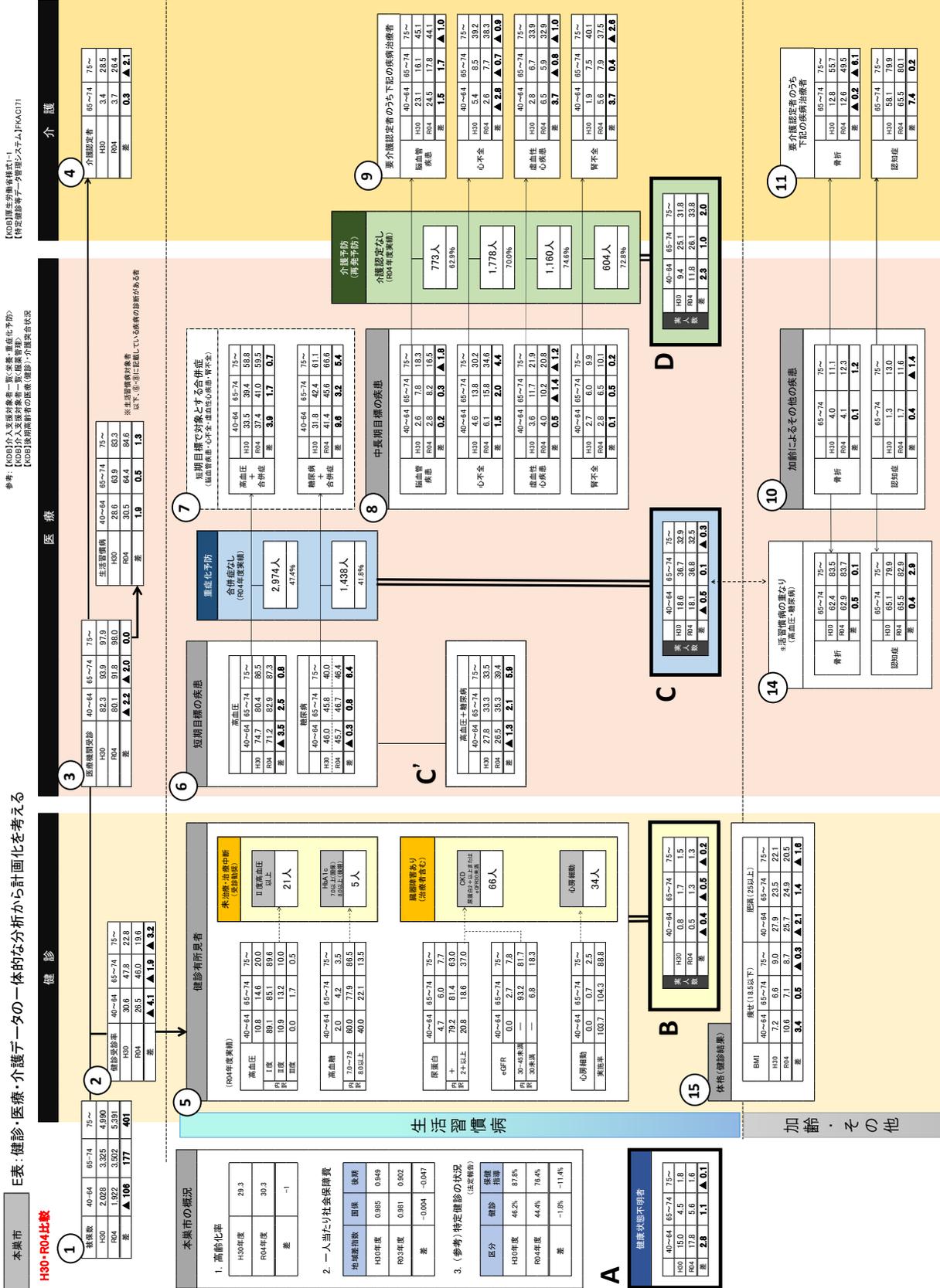
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	14人	15人	15人	8人	20人	29人					
		G/A	5.5%	6.9%	6.6%	4.0%	8.7%	5.6%					
	件数	H	15件	15件	16件	8件	21件	30件					
		H/B	3.5%	3.7%	3.7%	2.1%	5.1%	3.4%					
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	3.3%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	3.3%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	2	12.5%	0	0.0%	75-80歳	11	36.7%
		60代	8	53.3%	7	46.7%	4	25.0%	1	12.5%	80代	16	53.3%
		70-74歳	7	46.7%	8	53.3%	10	62.5%	7	87.5%	90歳以上	1	3.3%
	費用額	I	2354万円	2698万円	1975万円	1145万円	2704万円	4256万円					
		I/C	3.6%	4.6%	3.1%	2.0%	4.4%	3.8%					

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

表 E 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



15 介護認定者

40~64	65~74	75~
0.3	0.3	0.3
H30	0.3	0.3
R04	0.3	0.3
差	▲0.3	▲2.1

40~64 65~74 75~

高齢化率 29.3

H30年度 30.3

R04年度 -

差

16 介護認定者

40~64	65~74	75~
0.3	0.3	0.3
H30	0.3	0.3
R04	0.3	0.3
差	▲0.3	▲2.1

40~64 65~74 75~

高齢化率 29.3

H30年度 30.3

R04年度 -

差

17 介護認定者

40~64	65~74	75~
0.3	0.3	0.3
H30	0.3	0.3
R04	0.3	0.3
差	▲0.3	▲2.1

40~64 65~74 75~

高齢化率 29.3

H30年度 30.3

R04年度 -

差

18 介護認定者

40~64	65~74	75~
0.3	0.3	0.3
H30	0.3	0.3
R04	0.3	0.3
差	▲0.3	▲2.1

40~64 65~74 75~

高齢化率 29.3

H30年度 30.3

R04年度 -

差

19 介護認定者

40~64	65~74	75~
0.3	0.3	0.3
H30	0.3	0.3
R04	0.3	0.3
差	▲0.3	▲2.1

40~64 65~74 75~

高齢化率 29.3

H30年度 30.3

R04年度 -

差

20 介護認定者

40~64	65~74	75~
0.3	0.3	0.3
H30	0.3	0.3
R04	0.3	0.3
差	▲0.3	▲2.1

40~64 65~74 75~

高齢化率 29.3

H30年度 30.3

R04年度 -

差

図表 38 被保険者数(人)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			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	28.5	2,028	3,325	4,990	30.6	47.8	22.8	7.2	6.6	9.0	27.9	23.5	22.1
R04	26.4↓	1,922	3,502	5,391	26.5↓	46.0↓	19.6↓	10.6	7.1	8.7	25.7↓	24.9	20.5↓

図表 39 健診有所見状況

※ ()は未治療・治療中断者数

E表	⑤																																						
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									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-										
年度	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()
H30	18	2.9	(6)	31	1.9	(11)	39	3.4	(8)	8	1.3	(0)	55	3.5	(4)	6	0.5	(0)	9	1.4	30	1.9	42	3.7	2	0.3	14	0.9	25	2.2									
R04	6	1.2	(6)	35	2.2↑	(9)	22	2.1	(6)	10	2.0	(0)	68	4.2↑	(5)	5	0.5	(0)	5	1.0	19	1.2	42	4.0	0	--	11	0.7	23	2.2									

図表 40 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)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)			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-			
H30	82.3	93.9	97.9	28.6	63.9	83.3	74.7	80.4	86.5	46.0	45.8	40.0	27.8	33.3	33.5	33.5	39.4	58.8	31.8	42.4	61.1			
R04	80.1	91.8	98.0	30.5	64.4	84.6	71.2	82.9↑	87.3↑	45.7	46.7↑	46.4↑	26.5	35.3↑	39.4↑	37.4	41.0	59.5	41.4	45.6	66.6			

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

図表 41 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	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												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	2.6	7.8	18.3	3.6	11.7	21.9	4.6	13.8	30.2	2.7	6.0	9.9	23.1	16.1	45.1	2.8	6.7	33.9	5.4	8.5	39.2	1.9	7.5	40.1
R04	2.8↑	8.2	16.5	4.0↑	10.2	20.8	6.1↑	15.8	34.6	2.8↑	6.5	10.1	24.5↑	17.8	44.1	6.5↑	5.9	32.9	2.6	7.7	38.3	5.6↑	7.9	37.5

図表 42 骨折・認知症の状況(%)

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	62.4	83.5	65.1	79.9	4.0	11.1	1.3	13.0	12.8	55.7	58.1	79.9
R04	62.9	83.7	65.5	82.9	4.1	12.3	1.7	11.6	12.6	49.5	65.5	80.1

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減少傾向ですが、1人あたりの医療費は新型コロナウイルス感染症の影響にかかわらず増加傾向で、後期高齢者になると76万円を超え、国保の2倍も高い状況です(図表 32)。

本市は、これまで若年層を含めた20歳から65歳まで5歳刻みの年齢で実施する節目健康診査に75gブドウ糖負荷試験を導入し、糖尿病保健事業に取り組んできた結果、腎不全(透析有)の医療費に占める割合は、国保、後期高齢ともに国・県・同規模と比べて低い状況となっています(図表 33)。

高額レセプト(80万円以上/件)は、国保で毎年約400件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍以上に増加していることがわかります(図表 34)。

高額レセプト(80万円以上/件)の疾病を見ると、脳血管疾患で高額となったレセプトは、国保で令和2年度が一番多く38件で4,571万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は8件と件数が減り、費用額も1,273万円と減っています。しかし、後期高齢では62件発生し、7,744万円の費用額がかかっています。虚血性心疾患では、令和3年度レセプト件数は8件、費用額は1,145万円の前年度よりも減少していますが、令和4年度には21件、2,704万円と増えています。後期高齢では、30件と件数は大きく差はありませんが、費用額が4,256万円と増額になっています。脳血管疾患と虚血性心疾患は、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、リスクとなるメタボリックシンドロームや高血圧等の重症化予防に引き続き力を入れる必要があります(図表 35・図表 36)。

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析し(図表 37)、比較対象を抜き出したものが図表 38~42です。図表 38の④75歳以上介護認定率は減少していますが、②各年代の健診受診率は減少がみられます。⑮の体格を見ると、65~74歳の年齢層で、BMI25以上の率が微増となっていますが、全体的に減少傾向であることがわかります。図表 39の健診有所見の状況を見ると、65~74歳の年齢層で高血圧Ⅱ度以上・糖尿病未治療者・中断者の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40の⑥短期目標の疾患を見ると、高血圧・糖尿病ともに、65歳以上が高くなっています。高血圧と糖尿病が重なると、脳血管疾患・虚血性心疾患等の合併症を起こしやすいと思われます。図表 41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)で、平成30年度と令和4年度を比較すると、40~64歳が増えていることから、若い年代から介護予防の重要性が示唆されており、一体的

分析も今後課題になってくると思われます。令和3年度の人工透析の新規発症者では、20人中65歳未満の発症が9人(45%)と多く、他の疾患も重なり重症化しています(参考資料10)。また、脳血管疾患・虚血性疾患を新規発症した者のうち65歳未満の発症者が20%を超えており、令和3年度脳血管疾患を発症している者で年間医療費が1億円近くかかっていることがわかります。若くして介護状態や死亡に至るケースもみられ、早期介入が重要だと考えられます。

(4)本市の健康課題

- ①健康寿命の延伸を目指して、若い世代から健康診査を実施・保健指導は個別実施、糖尿病早期発見のために節目年齢に75gブドウ糖負荷試験を導入して保健・栄養指導を行い、健診結果から具体的な保健指導を個別に行ってきた結果、全体では、要介護認定率や人工透析患者数割合・脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費は抑制され一定の成果がみられています。しかし、若い世代の男性では、メタボリックシンドローム該当者や予備群が増加傾向にあり、リスクとなる高血圧・糖尿病の合併症も増加しています。65歳未満の若年世代で脳血管疾患発症割合・要介護認定率は高く、介護度も高い傾向にあります。
- ②特定健診受診率・特定保健指導実施率では、新型コロナウイルス感染症の影響により実施率の低下がみられ、メタボリックシンドローム該当・予備群の減少率が国の目標25%に到達していません。特定健診・特定保健指導実施率及び個別支援技術の向上が課題です。
- ③脳血管疾患や虚血性心疾患・慢性腎症の発症や重症化のリスクが高いとされる高血圧Ⅱ度(160/100)以上の者、HbA1c8.0%以上の者は医療管理が重要です。また、医療機関未受診者と治療中断者は一定数いるため、医療機関受診につながる支援や医療連携が課題です。

(5)優先して解決を目指す健康課題の優先順位づけ

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)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがある者が最優先であると考えます。平成30年度と比較して、被保険者、介護認定者も40~64歳から増えていることから、合併症を発症させない取組が重要です。

これまでの取組と同様に、高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくこと及び高血圧と糖尿病が重なりやすいメタボリックシンドロームを若い世代から改善することが優先課題と考えます。

具体的な取組方法は、第4章(P45以降)に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①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、

高齢化が加速する今後は、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。

②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での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への適切な保健指導を行います。

いずれにしても、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と考えます。なお目標値は、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。

中長期 目標	高額医療費や介護給付費につながる脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の対象者の減少
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症・重症化予防のため、基礎疾患になりやすい高血圧・脂質異常症・糖尿病発症者の減少及びコントロール不良者の減少
短期 目標	特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上によるメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

(2) 管理目標の設定

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、よりよい成果を上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、評価結果の活用は、計画の段階から明確にしておきます。評価指標は、全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指標を設定します。

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★全ての都道府県で設定することが望ましい指標

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)	
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R8)	最終評価 (R11)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1,786万円 0.72%			KDB システム 医療費に占める割合	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	5,434万円 2.19%				
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4,788万円 1.93%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	11人 0.9%			KDB 様式3-7	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	3人 66.7%			岐阜県国保 データバンク	
	短期目標	アウトカム指標	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・予備群の減少率	673人 30.6%			本県市 様式5-5
				健診受診者の高血圧Ⅱ度以上の者の割合減少 (160/100以上)	61人 2.7%			本県市 健康増進課 評価ツール年 次比較
				健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	146人 6.4%			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	171人 7.5%			
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	24人 1.1%			本県市健診結 果集計
				高血圧Ⅱ度以上の未治療者が治療に結びついた割合 (160/100以上)	27人 61.3%			本県市健診結 果集計
				糖尿病の未治療者が治療に結びついた割合 ※R3	16人 66.7%			本県市健診結 果集計
				アウトプット	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	44.4%	
	★特定保健指導実施率60%以上	76.4%						
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.1%						

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3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率（法定報告）

	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	47.0%	50.0%	53.0%	55.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	80.0%	80.0%	82.5%	85.0%	85.0%	87.5%

3. 対象者の見込み

図表 45 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	4,538人	4,429人	4,322人	4,219人	4,117人	4,019人
	受診者数	2,133人	2,215人	2,291人	2,320人	2,388人	2,411人
特定保健指導	対象者数	235人	244人	252人	255人	263人	265人
	受診者数	188人	195人	208人	217人	223人	232人

※過去実績より特定健診対象者は3%減少、特定保健指導対象者は健診受診者の11%とみて計算。

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

個別健診では特定健診として市内医療機関に委託、集団健診では節目健診として健診センターに委託しているほか、人間ドック費用の助成事業を実施しています。

(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、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準は、厚生労働大臣の告示で定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関は、受診票に一覧を同封して送付します。

(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・心電図・眼底・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・貧血)を実施します。

図表 46 特定健診検査項目

○本巢市特定健診検査項目

健診項目		本巢市	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可

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 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ていきます。

(7) 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。

(8) 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 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健診の開始) 健診データ受取 費用決裁	保健指導対象者の抽出 実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
7月			(特定保健指導の開始)
8月			
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、健康増進課への執行委任の形態で行います。

○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

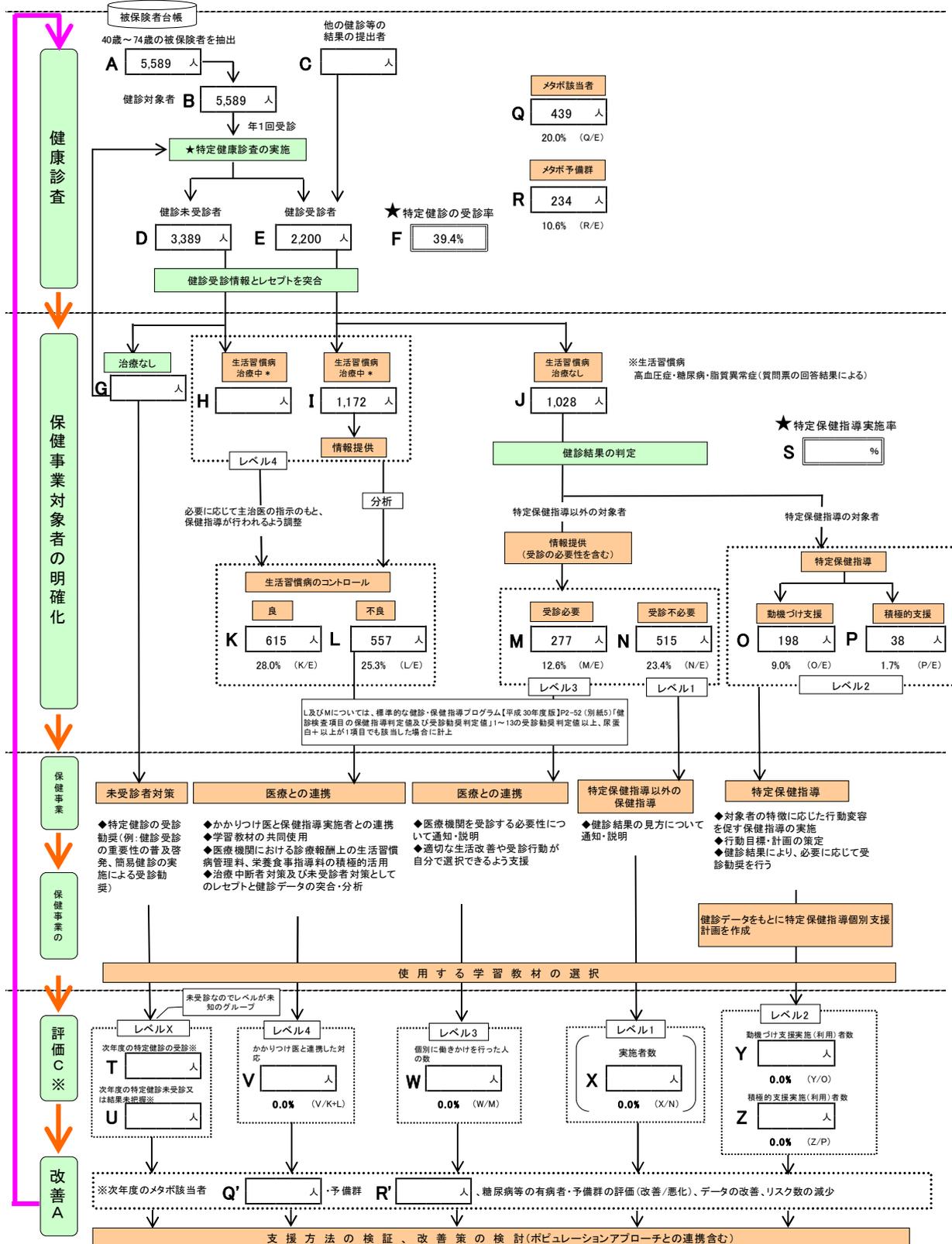
プログラムの健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)(図表 48)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5-5

令和04年度



出典:ヘルサポータルツール

(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 49 要保健指導対象者の見込み(令和3年度実績)

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	236人 (10.7%)	特定保健指導実施率(R11目標) 87.5%
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	277人 (12.6%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診のはがきによる受診勧奨	2596 ※受診率目標達成まであと80人 (法定報告人数)	勧奨対象者への勧奨率 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	515人 (23.4%)	対象者の全員に行い 100%
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	1,172人 (53.3%)	対象者の全員に行い 100%

(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ていきます。

図表 50 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	◎健診対象者及び受診券の抽出 ◎案内封入封緘の依頼 ◎節目健診(集団)の実施		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎健診対象者及び受診券の抽出 ◎案内発送		◎がん検診開始
6月	◎医療機関と打合せ ◎特定健康診査の開始		◎後期高齢者健診開始
7月		◎対象者の抽出	
8月		◎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
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎個別医療機関健診の終了	◎利用券の登録	
11月			
12月			◎生活習慣病予防二次健診
1月	◎節目健診(集団)の実施		
2月			
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は、個人情報の保護に関する法律及び本巢市個人情報保護法施行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 9 月 30 日までに報告します。

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(特定健康診査等実施計画)に基づく計画は、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、脳血管疾患での共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診での血糖、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、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には、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ていきます。

ポピュレーションアプローチの取組では、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ていきます。

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、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、716人(32.5%)です。そのうち治療なしが197人(19.2%)を占め、さらに臓器障害ありで直ちにに取り組むべき対象者が121人です。

また、前述の197人中104人が特定保健指導対象者であることから、特定保健指導の徹底も併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わかります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)									
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)									
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)									
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中 データリンク 2015年分</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>													
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		心房細動		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	44 2.0%		11 0.5%		30 1.4%		87 4.0%		439 20.0%		105 4.8%		231 10.5%		716 32.5%	
治療なし	28 2.1%		4 0.4%		29 1.9%		56 3.6%		58 5.6%		43 2.1%		86 8.4%		197 19.2%	
(再掲) 特定保健指導	12 27.3%		1 9.1%		9 30.0%		22 25.3%		58 13.2%		9 8.6%		33 14.3%		104 14.5%	
治療中	16 1.8%		7 0.6%		1 0.2%		31 4.8%		381 32.5%		62 31.5%		145 12.4%		519 44.3%	
臓器障害 あり	11 39.3%		4 100.0%		9 31.0%		20 35.7%		27 46.6%		14 32.6%		86 100.0%		121 61.4%	
CKD(専門医対象者)	6		1		1		8		10		6		86		86	
心電図所見あり	7		4		8		18		20		12		20		55	
臓器障害 なし	17 60.7%		---		20 69.0%		36 64.3%		31 53.4%		29 67.4%		---		---	

※各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	866	1,334
脂質異常症	649	1,551
糖尿病	197	2,002
3疾患 いずれか	1,172	1,028

※問診結果による

出典：ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

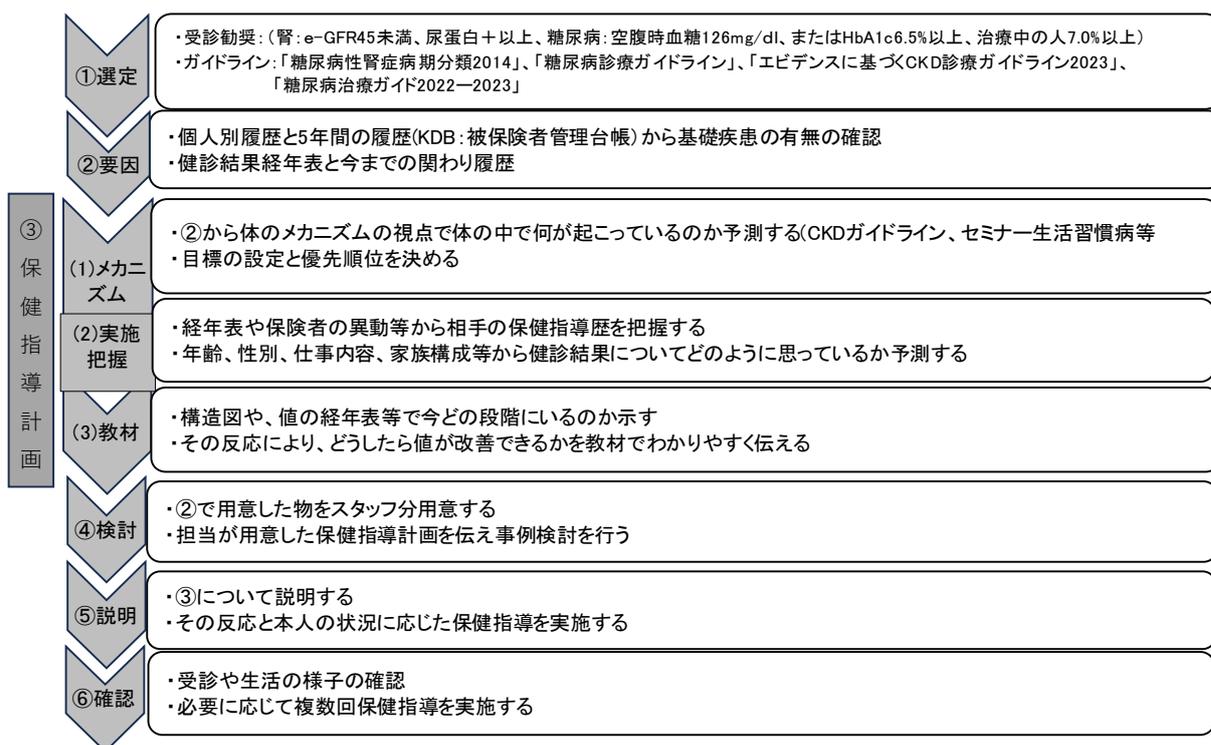
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「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)及び岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、本巣市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、本巣市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中(ハイリスク)者
- ④ 糖尿病性腎症で通院している者
- ⑤ 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基準とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。本市では、特定健診で血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能となりますが、尿アルブミンは節目健診・二次健診のみの実施です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)とすることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

本市の特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は48人(19.6%・F)でした。また、40~74歳の糖尿病治療者1,337人のうち、特定健診受診者が197人(80.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,113人(85.0%・I)は治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本市の介入方法を以下のとおりとします。(下記人数は令和4年度対象人数)

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・48人
- ・糖尿病治療者で、特定健診未受診者への受診勧奨 (I)・・・1,113人

特定健診の受診率向上のため、はがきによる特定健診受診勧奨を行います。

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (J)・・・71人
- ・治療中断しないための保健指導 (継続受診)

本人へ100%個別訪問又は面談することを基本とし、できなければ電話、手紙等に対応します。医療機関と連携した保健指導を行います。

優先順位 3

【保健指導】

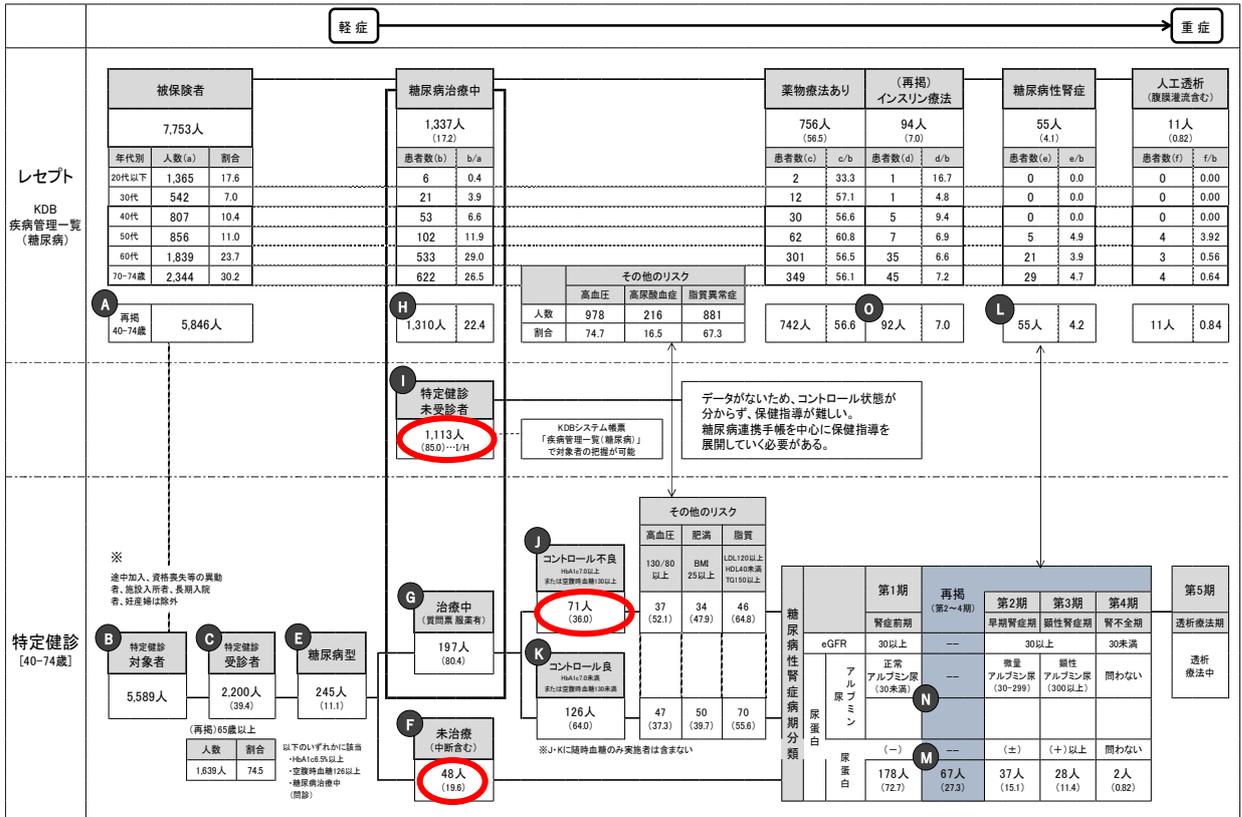
- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

本人へ100%個別訪問又は面談することを基本とし、できなければ電話、手紙等に対応します。医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 54 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

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

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市では、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導は糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムで紹介状・糖尿病連携手帳等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、本巢市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、市社会福祉協議会等と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価ではデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価では、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で $\text{ml}/1.73\text{m}^2$ 以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	本巣市										同規模保険者(平均)			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03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		
1	① 被保険者数	7,987人		7,638人		7,318人		7,176人		7,048人					
	② (再掲)40-74歳	6,179人		5,950人		5,776人		5,785人		5,613人					
2	① 特定健診 対象者数(法定報告)	5,499人		5,308人		5,245人		5,133人		4,793人					
	② 受診者数(法定報告)	2,541人		2,501人		2,301人		2,243人		2,126人					
	③ 受診率(法定報告)	46.2%		47.1%		43.9%		43.7%		44.4%					
3	① 特定保健指導 対象者数	255人		278人		248人		273人		225人					
	② 実施率(法定報告)	87.8%		81.3%		69.8%		66.3%		76.4%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	282人	10.9%	275人	10.8%	255人	10.9%	256人	11.2%	245人	11.1%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	58人	20.6%	47人	17.1%	49人	19.2%	62人	24.2%	48人	19.6%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	224人	79.4%	228人	82.9%	206人	80.8%	194人	75.8%	197人	80.4%		
		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	81人	36.2%	68人	29.8%	50人	24.3%	69人	35.6%	71人	36.0%		
		⑤ 血圧 130/80以上		35人	43.2%	32人	47.1%	24人	48.0%	39人	56.5%	37人	52.1%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		32人	39.5%	23人	33.8%	19人	38.0%	33人	47.8%	34人	47.9%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	143人	63.8%	160人	70.2%	156人	75.7%	125人	64.4%	126人	64.0%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	217人	77.0%	215人	78.2%	205人	80.4%	193人	75.4%	178人	72.7%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		25人	8.9%	23人	8.4%	26人	10.2%	29人	11.3%	37人	15.1%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		35人	12.4%	35人	12.7%	20人	7.8%	30人	11.7%	28人	11.4%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人	1.8%	2人	0.7%	4人	1.6%	4人	1.6%	2人	0.8%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		136.0人		133.5人		128.7人		144.4人		144.6人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		173.7人		168.6人		160.8人		176.7人		179.2人			
		③ レセプト件数(40-74歳) ()内は被保険者千対	L	5,767件	(974.5)	5,767件	(1003.0)	5,769件	(1011.0)	5,988件	(1065.9)	5,634件	(1072.5)	1,557,522件	(951.6)
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		24件	(4.1)	31件	(5.4)	40件	(7.0)	29件	(5.2)	14件	(2.7)	7,406件	(4.5)
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,086人	13.6%	1,020人	13.4%	942人	12.9%	1,036人	14.4%	1,019人	14.5%		
		⑥ (再掲)40-74歳	H'	1,073人	17.4%	1,003人	16.9%	929人	16.1%	1,022人	17.7%	1,006人	17.9%		
		⑦ 健診未受診者	I	849人	79.1%	779人	77.7%	723人	77.8%	828人	81.0%	809人	80.4%		
		⑧ インスリン治療	O	73人	6.7%	63人	6.2%	70人	7.4%	78人	7.5%	72人	7.1%		
		⑨ (再掲)40-74歳		73人	6.8%	63人	6.3%	70人	7.5%	78人	7.6%	71人	7.1%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	40人	3.7%	31人	3.0%	34人	3.6%	35人	3.4%	34人	3.3%		
		⑪ (再掲)40-74歳		40人	3.7%	31人	3.1%	34人	3.7%	35人	3.4%	34人	3.4%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	Y	9人	0.8%	6人	0.6%	7人	0.7%	9人	0.9%	9人	0.9%		
		⑬ (再掲)40-74歳		9人	0.8%	6人	0.6%	7人	0.8%	9人	0.9%	9人	0.9%		
		⑭ 新規透析患者数 ※%=Y/H'		2人	0.2%	3人	0.3%	4人	0.4%	2人	0.2%	3人	0.3%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症※%=Z/Y		1人	50%	0人	0%	3人	75%	0人	0%	2人	75%		
		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)	Z	22人	1.8%	22人	1.7%	17人	1.3%	21人	1.5%	20人	1.3%		
6	医療費	① 総医療費		25億9444万円		25億4142万円		24億7269万円		25億1381万円		24億8133万円		28億4626万円	
		② 生活習慣病総医療費		13億5892万円		13億8867万円		14億2232万円		13億8569万円		12億9401万円		15億3700万円	
		③ (総医療費に占める割合)		52.4%		54.6%		57.5%		55.1%		52.1%		54.0%	
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	11,651円	11,018円	8,607円	9,484円	9,143円	7,237円						
		⑤ 健診未受診者		27,392円	30,473円	35,418円	32,479円	33,590円	38,862円						
		⑥ 糖尿病医療費		1億5792万円		1億6453万円		1億6861万円		1億6271万円		1億4924万円		1億6596万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.6%		11.8%		11.9%		11.7%		11.5%		10.8%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億2880万円		4億3384万円		4億6323万円		5億0299万円		4億6811万円			
		⑨ 1件あたり		30,800円		31,365円		34,202円		35,342円		34,639円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億1331万円		2億6423万円		3億0304万円		2億6985万円		2億2056万円			
		⑪ 1件あたり		621,893円		624,655円		639,319円		607,777円		589,741円			
		⑫ 在院日数		15日		17日		18日		16日		16日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		8324万円		7065万円		6489万円		6652万円		5680万円		1億2396万円	
		⑭ 透析有り		7491万円		5890万円		5927万円		5832万円		4785万円		1億1532万円	
		⑮ 透析なし		833万円		1175万円		562万円		821万円		896万円		863万円	
7	介護	① 介護給付費		26億4729万円		27億4687万円		27億9391万円		28億2636万円		27億8305万円		34億9905万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 4.0%		1件 4.8%		1件 5.3%		2件 11.1%		2件 9.1%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人 1.2%		3人 0.9%		4人 1.2%		2人 0.6%		0人 0.0%		2,819人 1.0%	

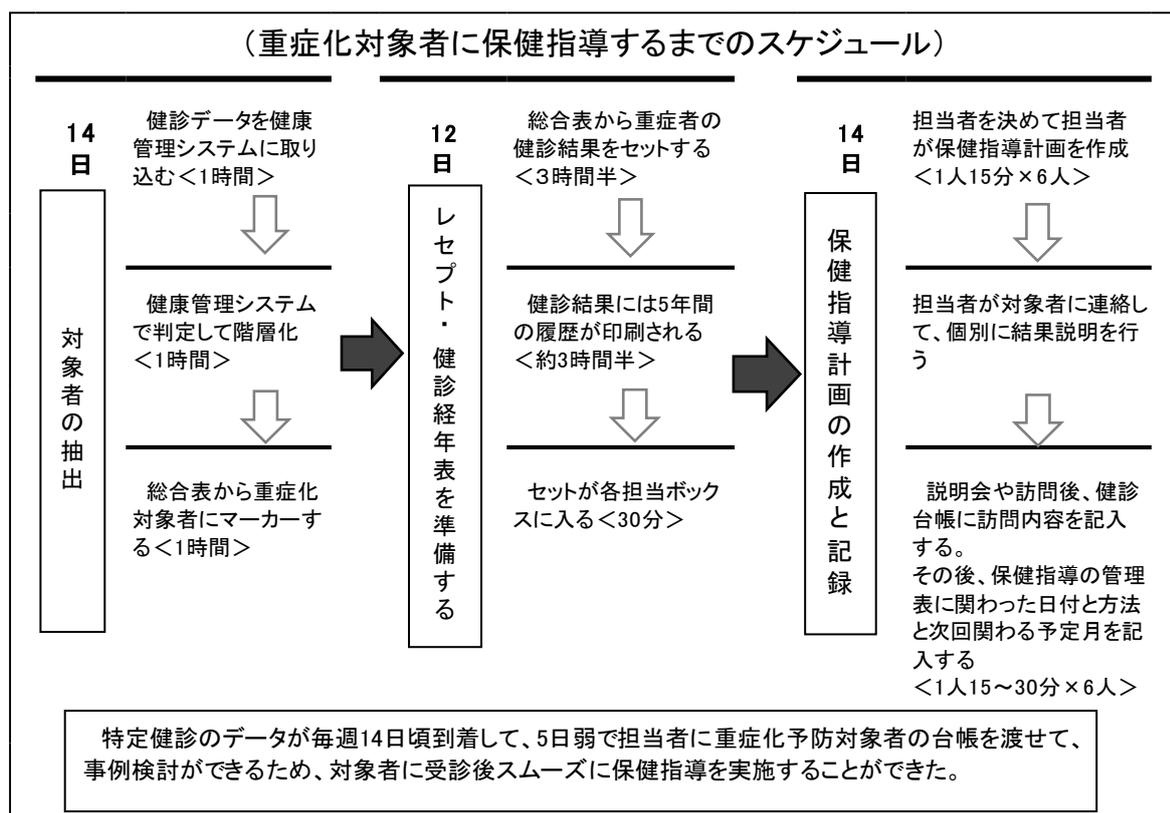
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



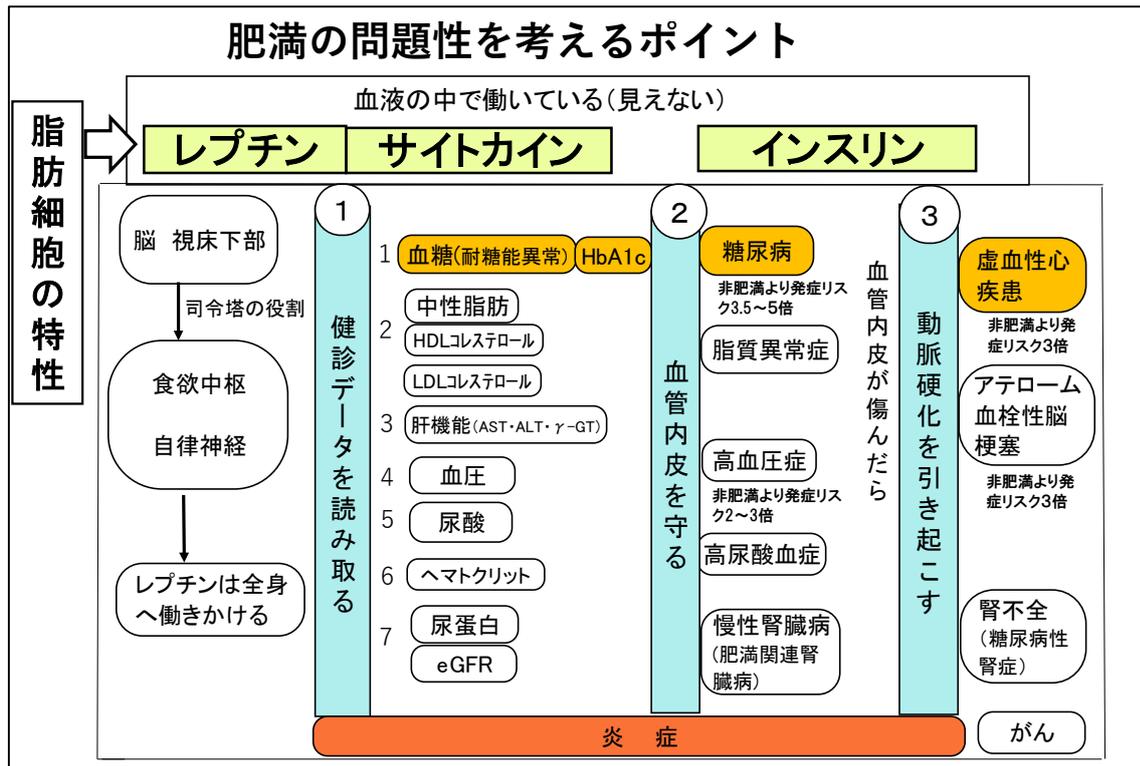
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

なお、「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤にますます増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。したがってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のために行う。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)とされています。取組にあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づく実態把握

図表 59 肥満度分類による実態

	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	
総数	561	1,639	142	408	111	351	26	50	5	6	0	1	
			25.3%	24.9%	19.8%	21.4%	4.6%	3.1%	0.9%	0.4%	0.0%	0.1%	
再掲	男性	240	685	98	206	78	183	18	20	2	2	0	1
				40.8%	30.1%	32.5%	26.7%	7.5%	2.9%	0.8%	0.3%	0.0%	0.1%
再掲	女性	321	954	44	202	33	168	8	30	3	4	0	0
				13.7%	21.2%	10.3%	17.6%	2.5%	3.1%	0.9%	0.4%	0.0%	0.0%

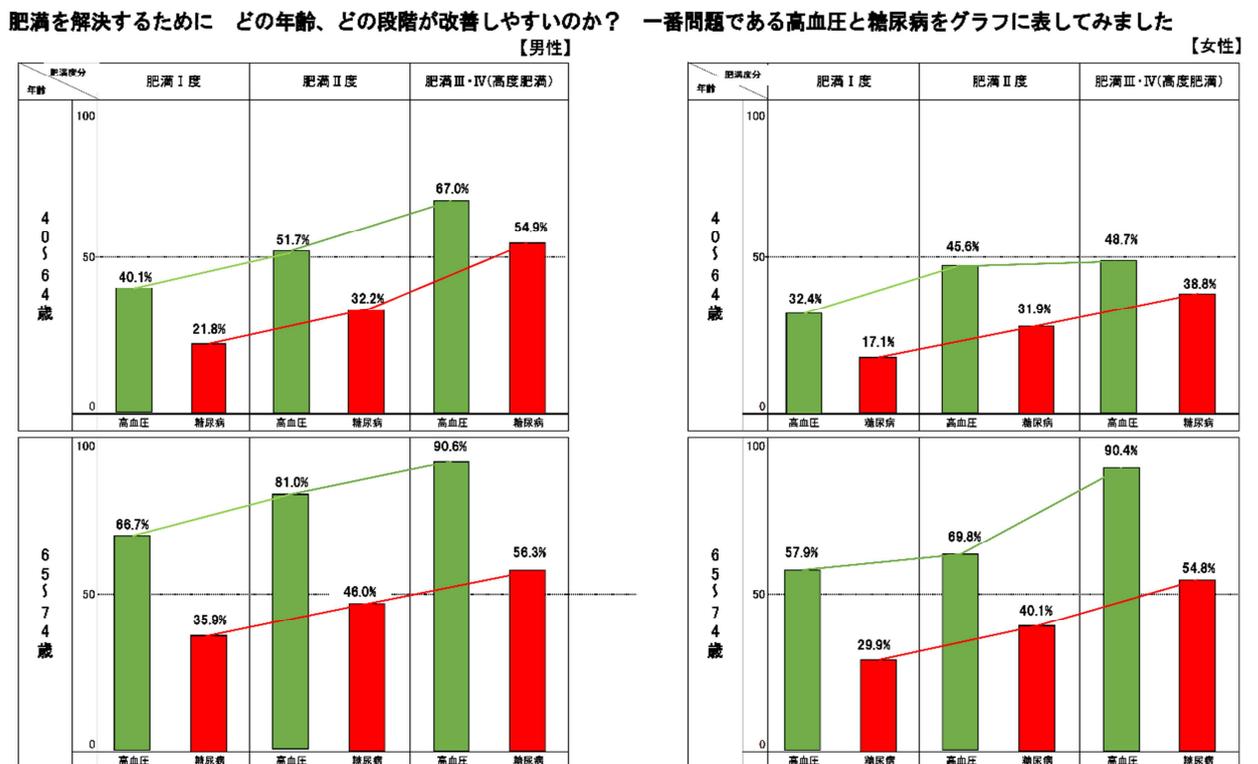
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位の設定

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するための優先順位の検討

図表 60 肥満を解決するための優先順位の検討



②保健指導を実施したときの市民の声の反映

図表 61 肥満の者が「日常生活」で困ることの整理

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	I 度	II 度	III 度	IV 度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩のにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている市民の声からも深刻です。次に図表 60 を見ると、肥満度ごと及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることから、まだ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率的であると考えます。

③脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)・虚血性心疾患・透析を新規発症した事例の分析

新規発症した者の健診・医療・介護の状況(令和 3 年度)(図表 62)では、特定健診受診率は、透析が 5%と最も低く、次いで脳血管疾患は 33%、虚血性心疾患は 47%でした。健診の結果を見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患は 80%以上、透析は 50%がメタボリックシンドローム該当者・予備群でした。

医療の状況より、高血圧は 80%以上、糖尿病は 40～65%、脂質異常症は 50%以上、基礎疾患が重なり重症化しています。医療費では、脳血管疾患を新規発症した 45 人でおよそ 1 億円近くかかっています。脳血管疾患・透析では、新規発症と同時に 20%以上の者が要介護認定を受けています。また、透析は 45%、虚血性心疾患は 25%、脳血管疾患は 20%以上が 65 歳未満であり、若くして介護状態や死亡に至るケースもみられ、若年層からの早期介入が重要だと考えられます。

図表 62 令和3年度 新規脳血管疾患・新規虚血性心疾患・透析患者の健診・医療・介護・介護の状況

R03年度

脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)新規発症者(※1)の健診・医療・介護の状況

※1 H30～R02年度に一度も脳血管疾患の診断がなく、R03年度にその診断がある者(R03年度以降に資格取得した者を除く)

新規認定者 45人

脳血管疾患【新規】	性別	年齢	特定健診				医療						介護		国保資格																	
			受診状況				重症化・合併症		基礎疾患		年間医療費(円)				R04年度		5国保以内															
			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	脳血管疾患(人)	虚血性心疾患	人工透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	認定	介護給付費	喪失事由	死亡											
	R03男性	33人	73.3%	13人	28人	14人	31%	15人	33%	15人	33%	18人	82.2%	12人	9人	0人	37人	24人	28人	2325万円	1860万円	2520万円	9529万円	5651万円	9人	20.0%	6人	547万円	17人	38%	4人	9%
													26.7%		20.0%		82.2%		53.3%		62.2%											

※健診受診者22人中

R03年度

虚血性心疾患新規発症者(※1)の健診・医療・介護の状況

※1 H30～R02年度に一度も虚血性心疾患の診断がなく、R03年度にその診断がある者(R03年度以降に資格取得した者を除く)

新規認定者 60人

虚血性心疾患【新規】	性別	年齢	特定健診				医療						介護		国保資格																	
			受診状況				重症化・合併症		基礎疾患		年間医療費(円)				R04年度		5国保以内															
			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	虚血性心疾患(人)	脳血管疾患	人工透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	認定	介護給付費	喪失事由	死亡											
	R03男性	25人	41.7%	21人	24人	28人	47%	28人	47%	28人	47%	33人	80.0%	8人	9人	2人	48人	25人	41人	2941万円	2461万円	4088万円	6441万円	5113万円	2人	3.3%	1人	296万円	24人	40%	4人	7%
													13.3%		15.0%		80.0%		41.7%		68.3%											

※健診受診者36人中

R03年度

透析患者(※1)の健診・医療・介護の状況

※1 R03年度に人工透析(腹膜透析)の処置がある者(外輸による循環不全や尿路の閉塞等による急性腎不全から、一時的に透析が必要になった場合も含む)

新規認定者 2人中

透析	性別	年齢	特定健診				医療						介護		国保資格																	
			受診状況				重症化・合併症		基礎疾患		年間医療費(円)				R04年度		5国保以内															
			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	腎不全	人工透析	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧	糖尿病	脂質異常症	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	認定	介護給付費	喪失事由	死亡										
	R03男性	12人	60.0%	9人	1人	5%	10%	2人	10%	1人	5%	1人	50%	20人	3人	13人	18人	10人	5307万円	6268万円	8933万円	9454万円	7408万円	5人	25.0%	4人	207万円	7人	35%	4人	20%	
													15.0%		65.0%		90.0%		65.0%		50.0%											

※健診受診者2人中

3) 対象者の明確化

図表 63 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					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	925	87	93	258	487	1,275	84	105	476	610	
メタボ該当者	B	303	9	25	86	183	136	0	3	44	89	
	B/A	32.8%	10.3%	26.9%	33.3%	37.6%	10.7%	0.0%	2.9%	9.2%	14.6%	
再掲	① 3項目全て	C	110	3	6	35	66	38	0	1	11	26
		C/B	36.3%	33.3%	24.0%	40.7%	36.1%	27.9%	--	33.3%	25.0%	29.2%
	② 血糖+血圧	D	39	0	1	14	24	16	0	2	6	8
		D/B	12.9%	0.0%	4.0%	16.3%	13.1%	11.8%	--	66.7%	13.6%	9.0%
	③ 血圧+脂質	E	131	2	17	30	82	77	0	0	23	54
		E/B	43.2%	22.2%	68.0%	34.9%	44.8%	56.6%	--	0.0%	52.3%	60.7%
	④ 血糖+脂質	F	23	4	1	7	11	5	0	0	4	1
		F/B	7.6%	44.4%	4.0%	8.1%	6.0%	3.7%	--	0.0%	9.1%	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり	なし		あり		なし		人数	割合	あり	なし
総数	925	303	32.8%	261	86.1%	42	13.9%	1,275	136	10.7%	120	88.2%	16	11.8%
40代	87	9	10.3%	2	22.2%	7	77.8%	84	0	0.0%	0	--	0	--
50代	93	25	26.9%	20	80.0%	5	20.0%	105	3	2.9%	3	100.0%	0	0.0%
60代	258	86	33.3%	74	86.0%	12	14.0%	476	44	9.2%	40	90.9%	4	9.1%
70～74歳	487	183	37.6%	165	90.2%	18	9.8%	610	89	14.6%	77	86.5%	12	13.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で50代から受診者の2～3割を超えますが、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも8割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年代が上がるごとに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1)対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療を中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導は、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプティンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の自身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-2 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2)二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者は、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、本市では生活習慣病予防二次健診を実施しています。

(参考) 本市で実施している動脈硬化の有無や進行の程度をみるための検査

- ① 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態をみる検査) : 二次健診
- ② 心電図 : 特定健診、青年健診、節目健診、ぎふ・すこやか健診
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)二次健診、節目健診
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態をみる検査) : 二次健診、節目健診
- ⑤ 眼底検査(脳血管の動脈硬化をみる検査) : 特定健診、節目健診

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

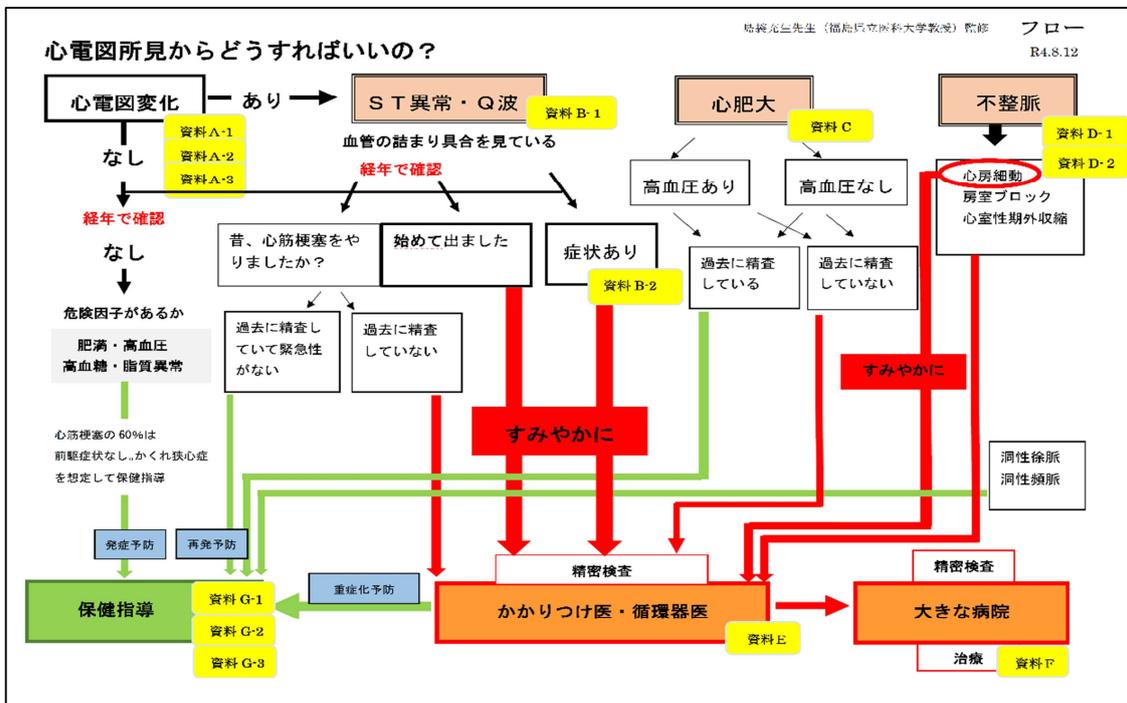
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防上、重要な検査のひとつであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見でST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市では、心電図検査を2,020人(100%)に実施し、そのうち有所見者が663人(32.8%)でした。

所見の中でも不整脈が 118 人(17.8%)で、所見率が一番高いことがわかります(図表 67)。

また、有所見者のうち要精査が 31 人(4.7%)で、その後の受診状況を見ると 2 人(6.5%)は未受診でした(図表 68)。医療機関未受診者には、対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	2,020	100.0	663	32.8%	29	4.4%	71	10.7%	12	1.8%	20	3.0%	27	4.1%	118	17.8%	10	1.5%	63	9.5%	
内訳	男性	832	100.0	304	36.5%	16	5.3%	34	11.2%	5	1.6%	15	4.9%	18	5.9%	58	19.1%	7	2.3%	30	9.9%
	女性	1,188	100.0	359	30.2%	13	3.6%	37	10.3%	7	1.9%	5	1.4%	9	2.5%	60	16.7%	3	0.8%	33	9.2%

本巢市調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	663		31	4.7%	29	93.5%	2	6.5%
男性	304	36.5%	15	4.9%	13	86.7%	2	13.3%
女性	359	30.2%	16	4.5%	16	100.0%	0	0.0%

本巢市調べ

②心電図以外からの把握

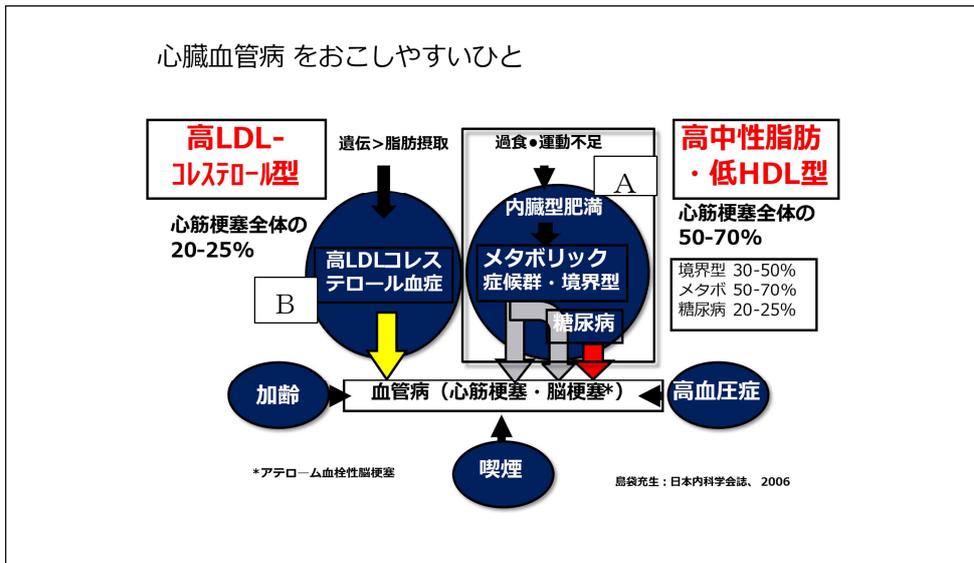
心電図検査で異常がない、又は心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します(図表 69)。

A:メタボタイプは、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照し、メタボ該当者のうち①3 項目全て重なっている者(図表中の緑枠)を優先的に指導を行います。

B:LDLコレステロールタイプは、LDLコレステロール管理目標(図表 70)の高リスクとなる LDL-C160 以上の者(図表中の緑枠)を優先的に指導を行います。

図表 69 心血管病を起こしやすいひと



図表 70 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別				
			729	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	85	46	22	10	7	8	9	0	0
			11.7%	11.6%	9.7%	13.2%	24.1%	72.7%	60.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	306	156	105	36	9	0	4	26	15
			42.0%	39.3%	46.3%	47.4%	31.0%	0.0%	26.7%	63.4%	39.5%
	高リスク	120未満 (150未満)	312	181	91	27	13	3	2	14	21
		42.8%	45.6%	40.1%	35.5%	44.8%	27.3%	13.3%	34.1%	55.3%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	10	6	4	0	0	0	0	0	0	
		1.4%	1.5%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	26	14	9	3	0	0	0	1	2
			3.6%	3.5%	4.0%	3.9%	0.0%	0.0%	2.4%	5.3%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者の状況に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず、中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中でもリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1 狭心症になった人から学びました
資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へ二次健診を実施します(P61 参照)。「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」では、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載され、次の検査方法が用いられています。今後、二次健診内容を検討していく必要があります。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合は受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療情報として、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、市社会福祉協議会等と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価は、データヘルス計画評価等と合わせて年 1 回行います。その際、KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価は、他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

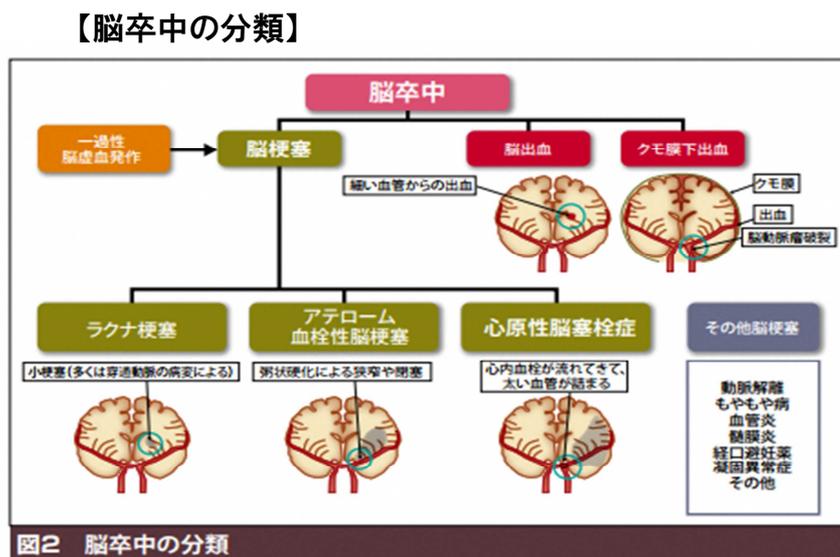
6 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組は、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます(図表 72・73)。

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧です。図表 74 で見ると、40～74 歳の高血圧治療者 2,416 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている者が 183 人(7.6%・O)でした。健診結果を見ると高血圧と判断された 293 人(E)のうち高血圧Ⅱ度以上が 44 人(15.0%・G+F)であり、44 人のうち 28 人(63.6%・F)は未治療者です。医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、高血圧治療中であっても高血圧Ⅱ度以上が 866 人中 16 人(1.8%・G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

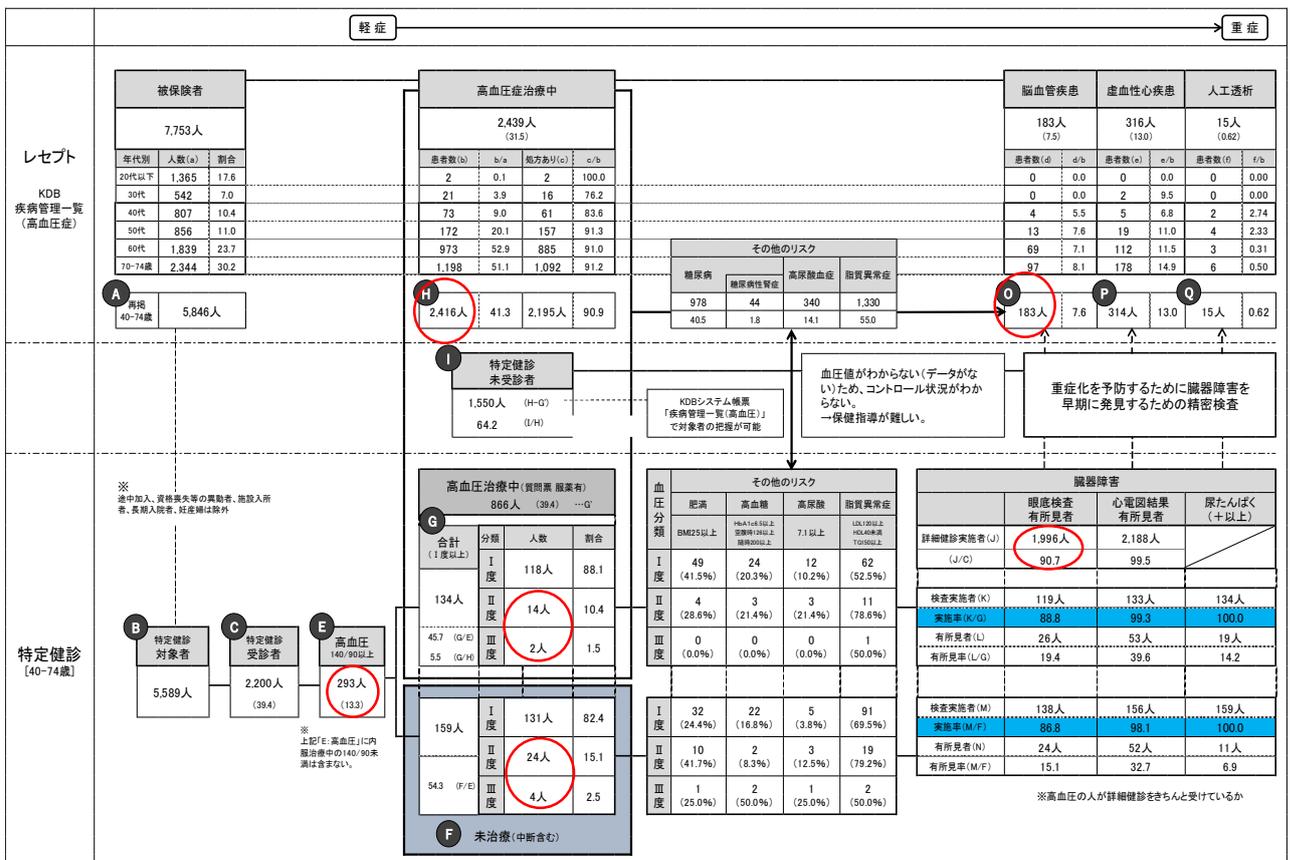
重症化を予防し臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、1,996 人(90.7%)実施できています。眼底検査(詳細検査)の条件は高血圧Ⅰ度以上の場合となっていることから、293 人(13.3%・E)は眼底検査を実施する必要があるため、本市は、第 1 期データヘルス計画時より重症化予防の検査として特定健診に導入しています。

第 3 期計画期間も、眼底検査(詳細検査)の必要性を関係機関と共有し、今後も実施していきます。

図表 74 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

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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB機関、介入支援対象者一貫(栄養・重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧ですが、高血圧以外の危険因子との組合せにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため、高血圧と他リスク因子で層別化し、保健指導対象者を明確にしていく必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会				
		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子				
		p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化				
		p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画				
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		高値高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
血圧分類 (mmHg)		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層別	419	260	131	24	4	
		62.1%	31.3%	5.7%	1.0%	
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 16	B 10	B 0	A 0	
		6.2%	6.2%	7.6%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	236	C 147	B 75	A 13	A 1	
		56.3%	56.5%	57.3%	54.2%	25.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	157	B 97	A 46	A 11	A 3	
		37.5%	37.3%	35.1%	45.8%	75.0%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

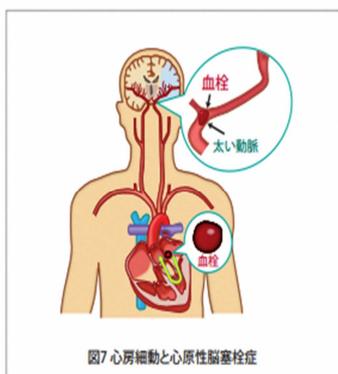
区分	該当者数
A	74
	17.7%
B	182
	43.4%
C	163
	38.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
- ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
- ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるAは、早急な受診勧奨が必要となってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

図表 76 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	925	1,275	918	99.2%	1,270	99.6%	8	0.9%	3	0.2%	--	--
40代	87	84	85	97.7%	83	98.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	93	105	92	98.9%	105	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	258	476	258	100.0%	475	99.8%	2	0.8%	2	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	487	610	483	99.2%	607	99.5%	6	1.2%	1	0.2%	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 77 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	%
11	4	36.4%	7	63.6%

本巢市調べ

心電図検査では、11人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、60～70代に増加しています。また、心電図有所見者11人のうち7人は既に治療が開始されていましたが、4人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、心電図検査の全数実施を継続していきます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者の状況に応じた保健指導を行い、その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行い、過去に治療中であつたにもかかわらず、中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中でもリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へ二次健診を実施します(P61参照)。「冠動脈疾患の一次予防に関する診療

ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」では、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載され、次の検査方法が用いられています。今後、二次健診内容を検討していく必要があります。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、高血圧Ⅱ度以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査で心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療情報として、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、市社会福祉協議会等と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価はデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価は他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、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5年度より岐阜県後期高齢者広域連合からの受託事業として「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、令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

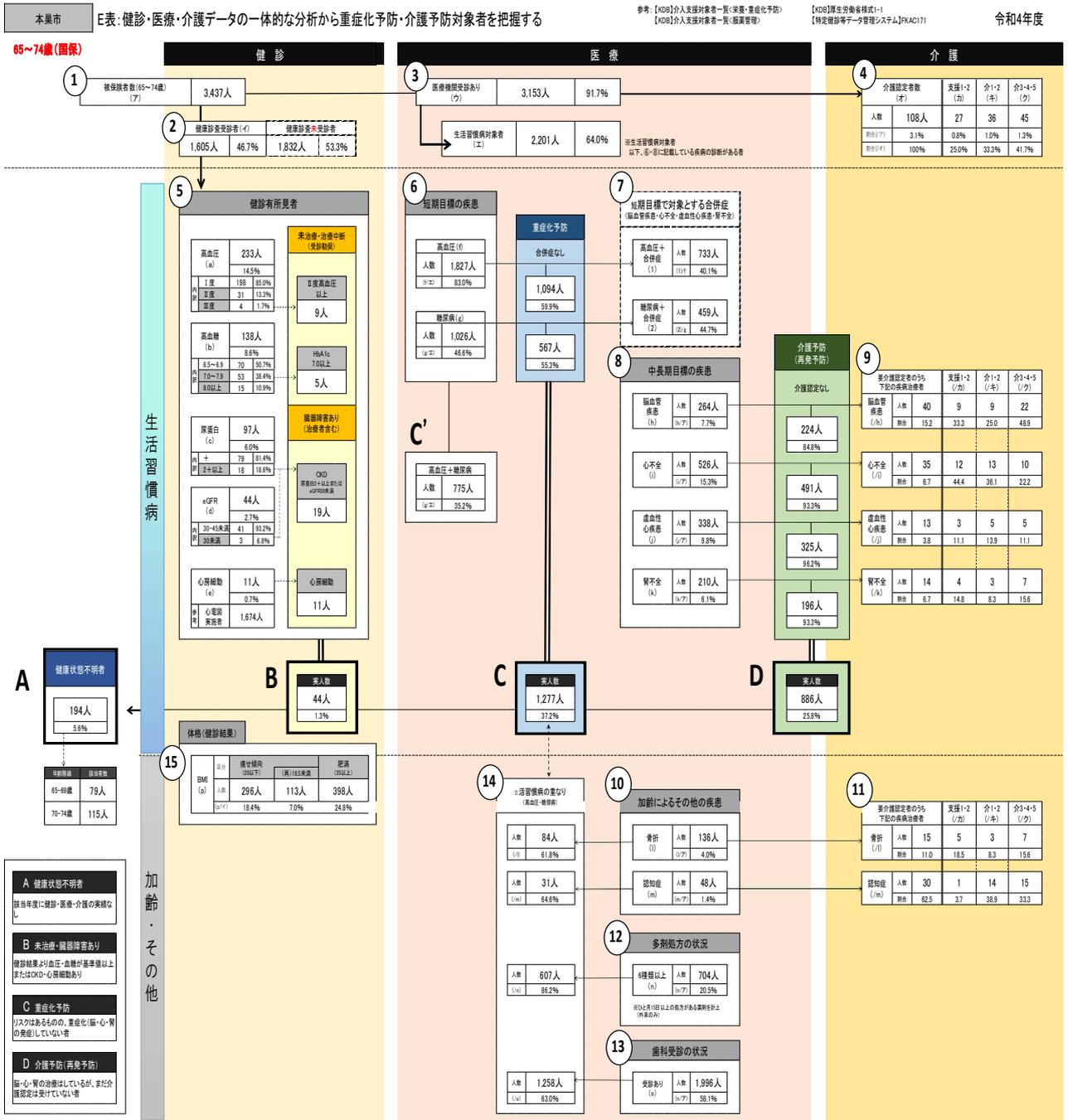
具体的には、

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、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もとに、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歯科指導を含む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 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市では、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ていくことが必要です。

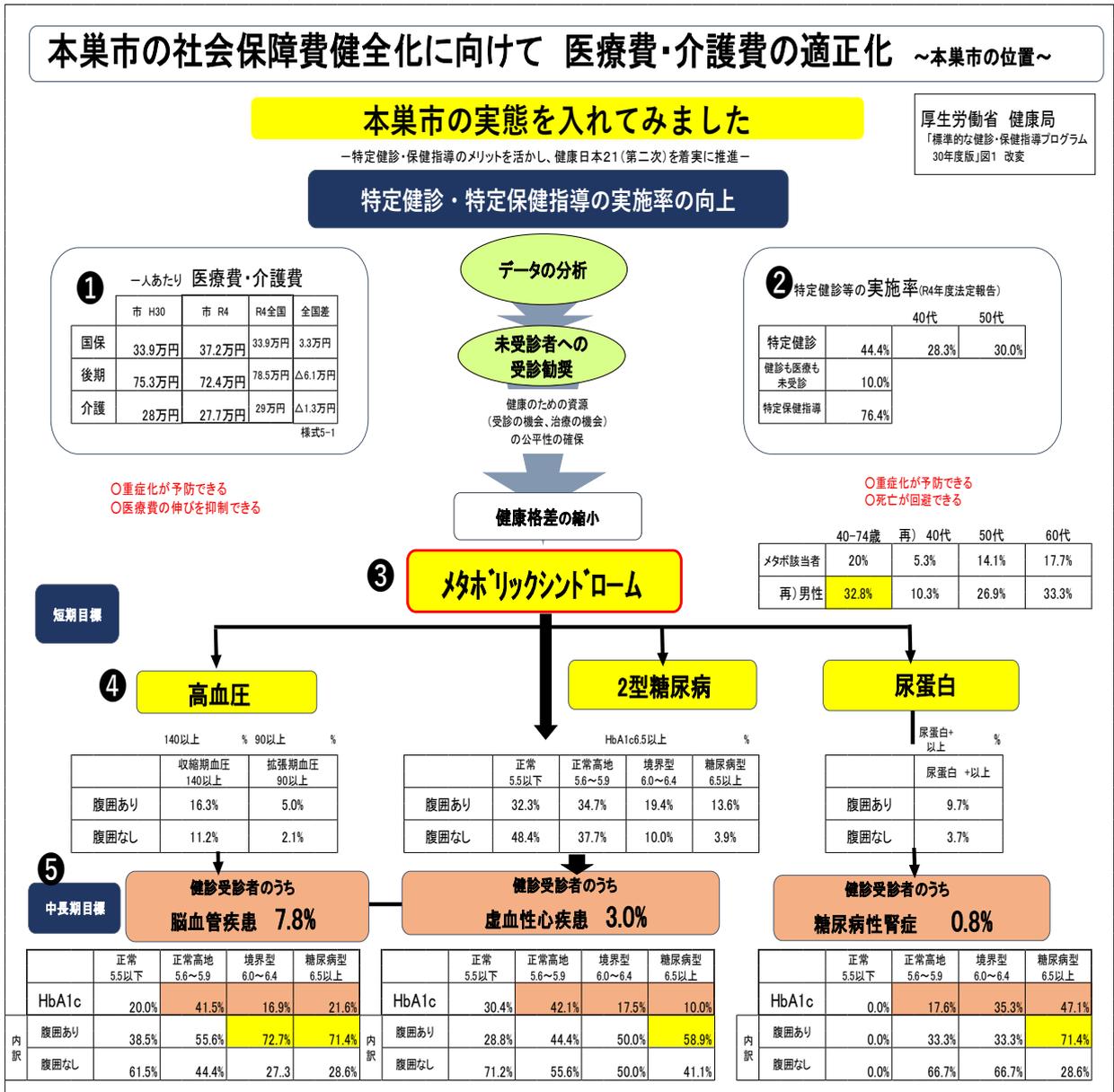
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える ー基本的考え方ー （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）															
1 根拠法	健康増進法														
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法		労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>				
2 計画	健康増進計画（県）、本県市第三次健康増進計画（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）														
	母子保健計画（妊娠期～成人期）														
3 年代	妊婦（胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上		空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上											
	HbA1c	6.5%以上		6.5%以上											
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上		空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上											
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長 体重														
	BMI	25以上		25以上											
	肥満度			かつ18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上								
	尿糖	(+) 以上		(+) 以上											
	糖尿病家族歴														

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など広く市民へ周知していきます(図表 80・81)。

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化 (令和4年度)



図表 81 統計からみえる岐阜の食

統計からみえる岐阜の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～

外食	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
喫茶代	1位	柿	1位
すし(外食)	2位	穀類(全体)	30位
和食(懐石・鍋・仕出し料理)	1位	肉類(全体)	40位
中華食	1位	魚介類(全体)	44位
洋食	1位	生鮮野菜(全体)	40位
食品名～嗜好品	全国ランキング (購入量・購入金額)	葉野菜	40位
キャンディ	1位	玉ねぎ・白菜	47位
チョコレート	2位		
スナック菓子	3位		
乳酸菌飲料	5位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画は、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年度では、次期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う必要があります。

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からも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・介護のデータが収載されることから、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分の評価を定期的に行います。

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ていきます。

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得るべきものとするのが重要であり、国指針により公表するものとされています。

具体的な方策として、市ホームページや市広報紙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・配布にあたっては、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簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等は、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。

第7章 データヘルス計画岐阜県版共通様式

1. 岐阜県版様式

県内共通の評価指標を設定するため、岐阜県国民健康保険団体連合会の支援を受けて、岐阜県版共通様式を作成しました。これにより、他の保険者との比較を容易にします。

第3期データヘルス計画(岐阜県版様式)

I 基本情報

(R5年11月末時点住民基本台帳、人口本県市被保険者調べ)

人口・被保険者	被保険者の基本情報				
	全体(人)	～39歳(%)	40～64歳(%)	65～74歳(%)	75歳～(%)
人口(人)	33,131	36.0	32.8	14.3	16.9
国保被保険者数(人)	6,322	20.9	28.8	50.3	0

2-1.(1)基本的事項

2-1.(1)①計画の趣旨	<p>(保健事業実施計画の背景)</p> <p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レポー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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。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。)の一部を改正する等により、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)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。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、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」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の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」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検討するとともに、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切なKPI(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示された。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る。</p> <p>(市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的)</p> <p>市町村国保及び国民健康保険組合(以下、「市町村国保」及び「国保組合」を併せて「保険者」という。)においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考える。</p>
2-1.(1)②計画期間	令和6年度から11年度まで 令和8年度に中間評価を実施予定
2-1.(1)③実施体制	<p>保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。</p> <p>具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、市町村において保健事業を主に所管する保健衛生部局、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護部局のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局等とも十分に連携し、計画策定等を進める。</p> <p>特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、市町村健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、保健衛生部局と連携していく。</p>

2-1.1)③関係者連携	
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1.(4)①市町村国保	保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。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る。保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行う。具体的にはア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ. 保険者内の連携体制の確保、ウ. 国保部局の体制の確保、エ. 関係機関との連携などの役割をはたしていきたい。県国保・衛生部門、保健事業支援評価委員、国保連合会と調整しながら保健事業の実施の支援を行う。
1.(4)②県国保	県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者である。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していく。県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行う。
1.(4)③県衛生	県保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて保健師等の専門職が技術的な支援を行う。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援する。
1.(4)④保健所	県保健所は、県(国保部局、保健衛生部局)や国保連合会、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者(団体)等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行う。
1.(4)⑤国保連・支援評価委員会・中央会	国保連合会や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、(可能な限り)支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、県国保課と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整え、当該計画においては保険者の状況把握をしながら、令和8年度の間評価、11年度の最終評価時に支援を行う。
1.(4)⑥後期高齢者医療広域連合	後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう庁内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。
1.(4)⑦保健医療関係者	保健医療関係者は、計画策定時だけでなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、CKD重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行う。
その他	

2-1.(2)現状の整理

<p>2-1.(2)①保険者等の特性</p>	<p>本市は、平成16年2月に4つの町村が1つとなり、人口3万3千人(令和5年11月現在)、南北43km、総面積374km²の本県市となる。高齢化率は令和2年度国勢調査で30.7%で、国と比較すると高齢化率は高い。出生率は同規模・県・国と比較して低い市となり今後高齢化が進んでいくと予想できる。国保の状況を見ると、加入率は令和4年度で20.4%であり、被保険者数は年々減少傾向である。年齢構成では、65歳以上の前期高齢者の率が50.1%であり、同規模平均と比べ高い。</p> <p>産業においては、第1次産業が8.0%と国や県と比較して高く、第3次産業のサービス業の割合が多い。市独自の健診体制は青年健診(19歳～39歳)、節目健診(20歳～65歳)75gブドウ糖負荷試験等、糖尿病早期発見・介入の市独自の健診体制)で実施している。保健師・看護師・管理栄養士の保健指導体制整備を行い一人一人の生活に沿った個別指導の体制整備及び、もつす医師会の先生方をはじめ医療連携を図った結果、外来医療費は増加したが、人工透析・脳血管疾患・虚血性心疾患の入院医療費の抑制がみられた。</p> <p>健診と医療の分析では、一人当たり医療費は同規模平均より低い状況である。しかし、虚血性心疾患が平成30年度より伸び、また、同規模平均よりも高い。メタボリックシンドロームから高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳心血管疾患発症が健康課題である。BMI25以上では、40歳から64歳の率が高い。中長期疾患のうち介護認定者で脳血管疾患及び虚血性心疾患をもつ40～64歳は、65～74歳より多い。若い年代の健康課題を明確にし、生活習慣病の発症・重症化予防を行うことが重要である。</p>
<p>地域資源の状況</p>	<p>特定健康診査など健康診査を11ヶ所の医療機関に個別委託している。</p> <p>市内に総合病院はないが、大学病院・市民病院・ハートセンターなど、総合病院へのアクセスは車で30分以内であり、医療資源に恵まれた地域である。</p> <p>根尾川をかんがい用水として利用し、富有柿、梨、イチゴ、ミニバラなど各種の農産物を生産している。交通基盤は、市内を南北に縦断する国道157号、東西に横断する国道303号、418号等がある。岐阜市に隣接し、名古屋にも比較的近いことから、製造業をはじめ大型商業施設・ドラッグストア・コンビニエンスストア等の立地も増え、外食産業や食文化が都市型となり、食生活の変化も著しいと思われる。</p>
<p>2-1.(2)②前期計画等に関わる考察</p>	<p>①中長期目標では、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規透析患者は減少【令和1年3人から令和3年2人(1人糖尿病有)】 ・脳血管疾患患者数は減少【令和1年392人(新規131人)から令和3年375人(新規114人)】 ・虚血性心疾患患者数は減少【令和1年559人(新規161人)から令和3年529人(新規155人)】 <p>であり、概ね達成している。</p> <p>②短期目標では、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病有病者は増加【令和1年1,520人から令和3年1,578人】 ・高血圧の改善 特定健診160/100以上改善【令和1年55人(2.2%)から令和3年39人(2.1%)】 ・脂質異常症の減少 LDL160mg/dl以上【令和1年34人(1.4%)から令和3年27人(1.4%)】 ・メタボリックシンドロームは増加 ・特定健診受診率・特定保健指導実施率は低下している。 <p>本市の保健事業は、特定健診を含め青年・節目健診など39歳以下の若い年代層から健診結果を入り口として、生活習慣を見直す機会を確保している。保健師・管理栄養士を中心に個別支援を行い、医療連携を図ることで人工透析患者数の抑制など重症化予防については成果が出ている。</p> <p>本市の課題は、特定健診受診率・特定保健指導率の向上、メタボリックシンドローム・糖尿病患者の増加を抑制することである。そのためには、保健師・看護師・管理栄養士の従事者の確保、メタボリックシンドローム改善に効果的な保健指導のスキルアップ、特定健診など受診しやすい環境整備、関係機関と連携して受診率への啓発をより一層進めていく必要がある。</p> <p>国保一人あたり医療費について、令和3年度に増加であるが、年齢調整し岐阜県を1とする地域指数0.978(県内27位)、入院(重症化の目安)における地域指数0.924(36位)であり、一定の成果があると考えられる。</p>

II 健康医療情報等の分析と課題

データヘルス計画の公表・周知	②各種データ	参照データ (運合会からの提供データ含む)	健康医療情報等の整理 (項目と年度、数値の記入)	アセスメント (左記データから読み取ったこと)	③健康課題と対応の対応																																									
	人口構成		<p>人口構成 32,736人</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> <th>国</th> </tr> <tr> <td>0～39歳</td> <td>36.8%</td> <td>36.2%</td> <td>31.7%</td> <td>37.6%</td> </tr> <tr> <td>40～64歳</td> <td>32.5%</td> <td>32.2%</td> <td>32.1%</td> <td>33.7%</td> </tr> <tr> <td>65～74歳</td> <td>15.5%</td> <td>14.8%</td> <td>17.0%</td> <td>13.9%</td> </tr> <tr> <td>75歳～</td> <td>15.1%</td> <td>15.9%</td> <td>19.2%</td> <td>14.8%</td> </tr> </table> <p>産業構成</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> </tr> <tr> <td>第1次産業</td> <td>8.0%</td> <td>3.2%</td> <td>10.7%</td> </tr> <tr> <td>第2次産業</td> <td>30.4%</td> <td>33.1%</td> <td>27.3%</td> </tr> <tr> <td>第3次産業</td> <td>61.6%</td> <td>63.7%</td> <td>62.0%</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	国	0～39歳	36.8%	36.2%	31.7%	37.6%	40～64歳	32.5%	32.2%	32.1%	33.7%	65～74歳	15.5%	14.8%	17.0%	13.9%	75歳～	15.1%	15.9%	19.2%	14.8%		本市	県	同規模	第1次産業	8.0%	3.2%	10.7%	第2次産業	30.4%	33.1%	27.3%	第3次産業	61.6%	63.7%	62.0%	<p>本市の人口は年々減少しており、人口構成は63.1%が40歳以上を占めている。40～64歳が32.5%で現役世代が多い。県と比較しても同様の構成となっている。</p> <p>本市の産業構成は、第3次産業が61.6%で岐阜県、同規模平均並だが、第2次産業は30.4%であり、同規模平均より割合が高く、岐阜県より少ない。</p>	
	本市	県	同規模	国																																										
0～39歳	36.8%	36.2%	31.7%	37.6%																																										
40～64歳	32.5%	32.2%	32.1%	33.7%																																										
65～74歳	15.5%	14.8%	17.0%	13.9%																																										
75歳～	15.1%	15.9%	19.2%	14.8%																																										
	本市	県	同規模																																											
第1次産業	8.0%	3.2%	10.7%																																											
第2次産業	30.4%	33.1%	27.3%																																											
第3次産業	61.6%	63.7%	62.0%																																											
人口・被保険者構成等	被保険者構成		<p>被保険者構成 6,677人</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> <th>国</th> </tr> <tr> <td>0～39歳</td> <td>21.3%</td> <td>23.0%</td> <td>19.0%</td> <td>26.5%</td> </tr> <tr> <td>40～64歳</td> <td>28.5%</td> <td>31.2%</td> <td>30.5%</td> <td>33.1%</td> </tr> <tr> <td>65～74歳</td> <td>50.1%</td> <td>45.8%</td> <td>50.5%</td> <td>40.5%</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	国	0～39歳	21.3%	23.0%	19.0%	26.5%	40～64歳	28.5%	31.2%	30.5%	33.1%	65～74歳	50.1%	45.8%	50.5%	40.5%	<p>国民健康保険者の減少は緩やかであるが、令和4年10月に社会保険の加入率性が変わり、大きく減少している。人口構成と違い、65～74歳までの被保険者が半数を占めている。県と比較して65歳以上の構成が本市の方が4.3%多い。</p>	A																					
	本市	県	同規模	国																																										
0～39歳	21.3%	23.0%	19.0%	26.5%																																										
40～64歳	28.5%	31.2%	30.5%	33.1%																																										
65～74歳	50.1%	45.8%	50.5%	40.5%																																										
	被保険者加入率		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>21.7%</td> <td>22.5%</td> <td>23.3%</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>21.0%</td> <td>22.1%</td> <td>22.9%</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>20.7%</td> <td>21.4%</td> <td>22.1%</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>20.4%</td> <td>21.1%</td> <td>22.4%</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	R1	21.7%	22.5%	23.3%	R2	21.0%	22.1%	22.9%	R3	20.7%	21.4%	22.1%	R4	20.4%	21.1%	22.4%	<p>県と同規模とほぼ変わらない加入率であるが、国民加入率は全体的に微減になっている。同世代の後期高齢への移行や社会保険の拡大によって今後も減少していくことが考えられる。</p>																						
	本市	県	同規模																																											
R1	21.7%	22.5%	23.3%																																											
R2	21.0%	22.1%	22.9%																																											
R3	20.7%	21.4%	22.1%																																											
R4	20.4%	21.1%	22.4%																																											
	被保険者平均年齢	KDB「健診・医療・介護データ」から算出する地域の健康課題 R4年度累計	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>54.5歳</td> <td>53.2歳</td> <td>55.3歳</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>55.7歳</td> <td>53.8歳</td> <td>55.9歳</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>55.8歳</td> <td>54.2歳</td> <td>56.2歳</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>55.2歳</td> <td>53.9歳</td> <td>56.1歳</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	R1	54.5歳	53.2歳	55.3歳	R2	55.7歳	53.8歳	55.9歳	R3	55.8歳	54.2歳	56.2歳	R4	55.2歳	53.9歳	56.1歳	<p>本市は県よりも被保険者平均年齢が高く、同規模より低い。大きく差はない。被保険者構成が65歳以上が半額いるが、平均年齢が55歳のため定年退職前後の加入者が多くが考えられる。</p>																						
	本市	県	同規模																																											
R1	54.5歳	53.2歳	55.3歳																																											
R2	55.7歳	53.8歳	55.9歳																																											
R3	55.8歳	54.2歳	56.2歳																																											
R4	55.2歳	53.9歳	56.1歳																																											
	高齢化率	KDBの子一列はR2年度国勢調査	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>27.8%</td> <td>28.1%</td> <td>32.9%</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>30.7%</td> <td>30.6%</td> <td>36.2%</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	R3	27.8%	28.1%	32.9%	R4	30.7%	30.6%	36.2%	<p>出生率は県と同規模と比較して低く、死亡率は県と同率である。高齢化率は県と同率で、出生率と比較して死亡率が高く、本市は今後高齢化が進んでいくと予想できる。</p>																														
	本市	県	同規模																																											
R3	27.8%	28.1%	32.9%																																											
R4	30.7%	30.6%	36.2%																																											
	出生率		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>6.3</td> <td>7.7</td> <td>6.6</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>5.0</td> <td>6.2</td> <td>5.5</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	R3	6.3	7.7	6.6	R4	5.0	6.2	5.5																															
	本市	県	同規模																																											
R3	6.3	7.7	6.6																																											
R4	5.0	6.2	5.5																																											
	死亡率		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>本市</th> <th>県</th> <th>同規模</th> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>10.1</td> <td>10.9</td> <td>14.2</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>11.5</td> <td>11.7</td> <td>15.1</td> </tr> </table>		本市	県	同規模	R3	10.1	10.9	14.2	R4	11.5	11.7	15.1																															
	本市	県	同規模																																											
R3	10.1	10.9	14.2																																											
R4	11.5	11.7	15.1																																											
	標準化死亡率		<p>標準化死亡率(全国を100とし、H20～H24とH25～H29平均の差)</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> <tr> <td>H20～H24平均</td> <td>97.7</td> <td>95.5</td> </tr> <tr> <td>H25～H29平均</td> <td>97.2</td> <td>96.2</td> </tr> <tr> <td>H20～H24平均</td> <td>76.2</td> <td>75.5</td> </tr> <tr> <td>H25～H29平均</td> <td>80.6</td> <td>75.5</td> </tr> <tr> <td>急性心筋梗塞</td> <td>58.3</td> <td>110.2</td> </tr> <tr> <td>心不全</td> <td>116.8</td> <td>122.3</td> </tr> <tr> <td>腎不全</td> <td>97.4</td> <td>78.4</td> </tr> </table>		男性	女性	H20～H24平均	97.7	95.5	H25～H29平均	97.2	96.2	H20～H24平均	76.2	75.5	H25～H29平均	80.6	75.5	急性心筋梗塞	58.3	110.2	心不全	116.8	122.3	腎不全	97.4	78.4	<p>標準化死亡率を中長期目標の視点で見ると、全死因において、男性は全国より低い。しかし、女性性は、H20～H24は全国より低かったが、近年全国並みに増加がみられた。脳血管疾患では、女性の脳出血が全国並みに増加した。脳梗塞は男女ともに全国より低い。急性心筋梗塞では、女性が全国より上回る。男性は、全国より低い。死亡比は男がみられる。心不全は男女ともに全国を上回り、軽年を上昇している。腎不全については男女ともに大きく標準化死亡率が全国より上回る課題は、女性の脳出血、急性心筋梗塞、男女の未達の課題は、心不全である。腎不全では、成康がみられる。</p>																		
	男性	女性																																												
H20～H24平均	97.7	95.5																																												
H25～H29平均	97.2	96.2																																												
H20～H24平均	76.2	75.5																																												
H25～H29平均	80.6	75.5																																												
急性心筋梗塞	58.3	110.2																																												
心不全	116.8	122.3																																												
腎不全	97.4	78.4																																												
平均寿命・標準化死亡率等	平均寿命	平均寿命、健康寿命は県から提供	<p>平均寿命</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>R4</th> <th>R4県</th> <th>R4同規模</th> <th>R4国</th> </tr> <tr> <td>男性</td> <td>81.3歳</td> <td>81.0歳</td> <td>80.4歳</td> <td>80.8歳</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>86.9歳</td> <td>86.8歳</td> <td>86.9歳</td> <td>87.0歳</td> </tr> </table>		R4	R4県	R4同規模	R4国	男性	81.3歳	81.0歳	80.4歳	80.8歳	女性	86.9歳	86.8歳	86.9歳	87.0歳	<p>本市の平均寿命は、県・同規模平均より高い。</p> <p>本市の健康寿命の課題について、介護(号認定者)号認定者の有病率でも認知症・心疾患が多く占めている状況であり、心疾患に影響するメカニクン・トローム対象者への対策が必要。</p>	B,C,D,E																										
	R4	R4県	R4同規模	R4国																																										
男性	81.3歳	81.0歳	80.4歳	80.8歳																																										
女性	86.9歳	86.8歳	86.9歳	87.0歳																																										
	平均余命		<p>健康寿命：(平均自立期間、要支援)</p> <p>平均寿命と健康寿命の差</p> <p>男性 11歳、女性 5歳</p>																																											
	平均自立期間(健康寿命)																																													
	平均余命と平均自立期間(健康寿命)の差																																													

<p>データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>②各種データ</p>	<p>参照データ (連台会からの提供データ含む)</p>	<p>健康医療情報等の整理 (項目と年度、数値の記入)</p>	<p>アセスメント (左記データから読み取ったこと)</p>	<p>③健康課題と対応の対応</p>																																																																											
<p>医療費</p>	<p>総医療費</p>	<p>1疾病別医療費分析 国保・後期のシート名、集計医療費分析用表、プロファイル令和4年度データ</p>	<p>総医療費 24億8133万円</p> <table border="1"> <tr><td>0～39歳</td><td>1億7633万円</td><td>7.10%</td></tr> <tr><td>40～49歳</td><td>1億8930万円</td><td>7.60%</td></tr> <tr><td>50～59歳</td><td>2億4785万円</td><td>10.00%</td></tr> <tr><td>60～69歳</td><td>7億1672万円</td><td>28.90%</td></tr> <tr><td>70～74歳</td><td>11億5101万円</td><td>46.40%</td></tr> </table> <p>医療費の推移(国保・後期)</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>国保</th><th>後期</th></tr> <tr><td>H29</td><td>28億0980万円</td><td>41億8397万円</td></tr> <tr><td>H30</td><td>27億5172万円</td><td>42億5585万円</td></tr> <tr><td>R1</td><td>26億7977万円</td><td>41億4216万円</td></tr> <tr><td>R2</td><td>27億3120万円</td><td>40億8664万円</td></tr> <tr><td>R3</td><td>26億8684万円</td><td>44億1520万円</td></tr> <tr><td>R4</td><td>24億8133万円</td><td>42億0019万円</td></tr> </table>	0～39歳	1億7633万円	7.10%	40～49歳	1億8930万円	7.60%	50～59歳	2億4785万円	10.00%	60～69歳	7億1672万円	28.90%	70～74歳	11億5101万円	46.40%		国保	後期	H29	28億0980万円	41億8397万円	H30	27億5172万円	42億5585万円	R1	26億7977万円	41億4216万円	R2	27億3120万円	40億8664万円	R3	26億8684万円	44億1520万円	R4	24億8133万円	42億0019万円	<p>60代から医療費は急増し、70～74歳は総医療費の半分を占めている。50歳代からの健康管理、若年層から健診を受けて生活習慣を改善することが重要である。</p> <p>国保はH29年度からR4年度にかけて約1億円減少しており、後期は約2億円増加している。国保と比較して後期は医療費が4倍である。74歳以下での健康管理の状況が75歳以上の医療費に反映されると思われるため、特定種別結果から、重症化予防リスクが高い人から優先的に生活習慣の改善や医療機関受診勧奨を行うことが必要。</p>	<p>1人当たり医療費(国保)について、本市は同規模保険者平均より低く、県・国より高い。</p> <p>1人当たり医療費(後期)について、本市は同規模保険者平均と国より低く、県より高い。</p>																																							
0～39歳	1億7633万円	7.10%																																																																														
40～49歳	1億8930万円	7.60%																																																																														
50～59歳	2億4785万円	10.00%																																																																														
60～69歳	7億1672万円	28.90%																																																																														
70～74歳	11億5101万円	46.40%																																																																														
	国保	後期																																																																														
H29	28億0980万円	41億8397万円																																																																														
H30	27億5172万円	42億5585万円																																																																														
R1	26億7977万円	41億4216万円																																																																														
R2	27億3120万円	40億8664万円																																																																														
R3	26億8684万円	44億1520万円																																																																														
R4	24億8133万円	42億0019万円																																																																														
<p>医療費の分析</p>	<p>1人当たり医療費</p>	<p>KDBシステム、健康・医療・介護データから見る地域の課題</p>	<p>1人当たり医療費(R4)：</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>本市</th><th>県</th><th>同規模</th><th>国</th></tr> <tr><td>国保</td><td>30,081円</td><td>28,714円</td><td>31,918円</td><td>27,570円</td></tr> <tr><td>後期</td><td>65,471円</td><td>64,978円</td><td>70,726円</td><td>71,162円</td></tr> </table>		本市	県	同規模	国	国保	30,081円	28,714円	31,918円	27,570円	後期	65,471円	64,978円	70,726円	71,162円	<p>総医療費に占める中長期目標疾患割合</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>R4</th><th>R4県</th><th>R4同規模</th><th>R4国</th></tr> <tr><td>H30</td><td>6.19%</td><td>5.19%</td><td>8.36%</td><td>7.84%</td></tr> <tr><td>R4</td><td>8.03%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>総医療費に占める脳梗塞・脳出血の割合</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>R4</th><th>R4県</th><th>R4同規模</th><th>R4国</th></tr> <tr><td>H30</td><td>0.84%</td><td>0.72%</td><td>1.85%</td><td>2.10%</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1.45%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>総医療費に占める狭心症・心筋梗塞の割合</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>R4</th><th>R4県</th><th>R4同規模</th><th>R4国</th></tr> <tr><td>H30</td><td>2.15%</td><td>2.19%</td><td>1.92%</td><td>1.39%</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1.46%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>総医療費に占める慢性腎不全(透析有)の割合</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>R4</th><th>R4県</th><th>R4同規模</th><th>R4国</th></tr> <tr><td>H30</td><td>2.85%</td><td>1.93%</td><td>4.28%</td><td>4.05%</td></tr> <tr><td>R4</td><td>4.26%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		R4	R4県	R4同規模	R4国	H30	6.19%	5.19%	8.36%	7.84%	R4	8.03%					R4	R4県	R4同規模	R4国	H30	0.84%	0.72%	1.85%	2.10%	R4	1.45%					R4	R4県	R4同規模	R4国	H30	2.15%	2.19%	1.92%	1.39%	R4	1.46%					R4	R4県	R4同規模	R4国	H30	2.85%	1.93%	4.28%	4.05%	R4	4.26%				<p>総医療費に占める中長期目標疾患割合</p> <p>総医療費に占める脳梗塞・脳出血の割合について、本市はH30年からR4にかけて減少している。R4年では、同規模・県・国より低く抑えている。脳梗塞・脳出血の重症化予防は成果がみられている。</p> <p>総医療費に占める狭心症・心筋梗塞の割合について、本市はH30年からR4にかけて割合は増加しているが費用額は減少している(5578万円→5494万円)。同規模・県・国より高いため、狭心症・心筋梗塞は本市の健康課題である。そのリスクが高い高齢者や高血圧・高血糖が重なるメタリックシンドローム該当者への別居別室ケアプログラムが重要である。</p> <p>総医療費に占める慢性腎不全(透析有)の割合について、本市はH30年からR4にかけて減少している。R4年では、同規模・県・国よりかなり低く抑えており、慢性腎不全(透析有)への重症化予防は成果がみられている。</p>
	本市	県	同規模	国																																																																												
国保	30,081円	28,714円	31,918円	27,570円																																																																												
後期	65,471円	64,978円	70,726円	71,162円																																																																												
	R4	R4県	R4同規模	R4国																																																																												
H30	6.19%	5.19%	8.36%	7.84%																																																																												
R4	8.03%																																																																															
	R4	R4県	R4同規模	R4国																																																																												
H30	0.84%	0.72%	1.85%	2.10%																																																																												
R4	1.45%																																																																															
	R4	R4県	R4同規模	R4国																																																																												
H30	2.15%	2.19%	1.92%	1.39%																																																																												
R4	1.46%																																																																															
	R4	R4県	R4同規模	R4国																																																																												
H30	2.85%	1.93%	4.28%	4.05%																																																																												
R4	4.26%																																																																															
<p>医療費の分析</p>	<p>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(中長期目標)</p>	<p>KDBシステム、健康・医療・介護データから見る地域の課題</p>	<p>R5重複投与者 129人(対被保険者1万人) R5多剤投与者 37人(対被保険者1万人)</p>	<p>KDBにて2か月おきに重複・多剤投与者を抽出し、がんやうつなどのシフトがある者以外に対して、3か月連続で該当し指導が必要となる者を検討した結果、重複投与者1人、多剤投与者1人があった。列年、対象者は少なく、定期的にKDBで抽出していった結果、重複多剤の状況は解消できていく。今後も対象者が低い状態を維持していく。</p>	<p>AB,C,D,E,F</p>																																																																											

③健康課題との対応

アセスメント
(左記データから読み取ったこと)

年齢ごとの受診率は男性は70歳以上が46.6%で一番高く、50～54歳が20.4%で一番低い。女性は65～69歳が52.9%で一番高く、40～44歳が25.0%で一番低い。

H30年度で46.2%(県11位)から比較すると新型コロナウイルスの影響で受診率は低下している。目標値の達成には及ばず、本市の課題である。

H30年度で93.7%(県4位)から比較すると新型コロナウイルスの影響で利用率は低下している。目標値の達成には及ばず、本市の課題である。

H30年度で97.8%(県2位)から比較すると新型コロナウイルスの影響で実施率は低下している。目標値の達成には及ばず、本市の課題である。

健診の結果、HbA1c7%以上におけるメタボ判定該当者・予備群の割合は55.7%、Ⅱ度(160/100)以上におけるメタボ判定該当者・予備群の割合は33.3%である。糖尿病及び高血圧重症化予防でメタボ該当者・予備群への取組が重要である。

運動習慣なしの割合が県と比較して少ないが、経年で割合は増加している。1日飲酒量1合～2合、2合～3合の割合は、県・同規模平均より多く、経年でも増加している。栄養状態では、20歳時体重から10kg以上増加は、県・同規模よりやや低い割合が92.5%にみられる。

H28年度17.8%⇒H30年度19.1%⇒R3年度21.1%と年々微増している。特定保健指導終了率の低下もあり、目標は達成に及ばず、本市の課題である。

H28年度9.5%⇒H30年度6.7%⇒R3年度11%と年々微増している。特定保健指導終了率の低下もあり、目標は達成に及ばず、本市の課題である。

R3年度は動脈硬化のうち、50代の健診が一番少ないが、どの世代も動脈硬化の変容に差はなかった。全体的に60代以上を中心に動脈硬化している。SNS等を活用し40～50代に向けた動脈硬化も考えられる。はがき動脈硬化も健診に繋げるために社保課と連携し、特定健診の説明が必要である。

実施率は、H28年度90.1%⇒R3年度66.3%と大幅に低下。本市の課題である。内臓脂肪症候群の改善率は25%以上を達成したものはH29年度25.5%のみである。正職の専門職が4人減り、母子・がん検診他保健事業業務で実施のため、量的確保と保健指導内容の質的確保の両方確保が必要である。

健診からHbA1c8%以上(合併症リスクが大きい)で本市は、低い値で推移している。また、糖尿病性腎症から新規人工透析導入者数も、低く抑えており、糖尿病重症化予防の取組に成果がみられる。医療機関受診勧奨者を明確にして、紹介状や糖尿病連携手帳で医療連携を実施した効果と考える。

健診から高血圧Ⅱ度(160/100)以上で本市は、低い値で推移している。また、慢性人工透析患者数(40～74歳)数も、低く抑えており、高血圧重症化予防の取組に成果がみられる。医療機関受診勧奨者を明確にして、紹介状や医療連携手帳で医療連携を実施した効果と考える。

健康医療情報等の整理
(項目と年度、数値の記入)

性・年齢階層別健診受診率:
男性:40.3%(県18位) 女性:46.7%(県16位)

特定健診受診率:43.7%(県18位)

特定保健指導利用率:76.8%(県10位)

特定保健指導実施率:60.3%(県10位)

HbA1c7%以上におけるメタボ判定該当者・予備群の割合
HbA1c7%以上におけるメタボ判定該当者35人・予備群4人

Ⅱ度(160/100)以上血圧におけるメタボ判定該当者・予備群の割合
Ⅱ度(160/100)以上血圧63人中21人33.3%(メタボ該当者19人・予備群4人)

適正な生活習慣

	H30	R4	R4県	R4同規模
1回30分以上の運動習慣なし	56.1%	59.0%	62.6%	62.7%
1日飲酒量1～2合	24.2%	28.9%	23.8%	25.1%
1日飲酒量2～3合	8.7%	10.4%	9.0%	9.5%
20歳時から10kg以上体重増加	33.1%	32.5%	33.6%	34.7%

メタボリックシンドローム該当者の割合

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	17.8%	17.6%	19.1%	19.9%	21.9%	21.1%

メタボリックシンドローム予備群の割合:R4 17.7%(170人)

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	9.5%	9.7%	10.0%	20.9%	11.0%	

特定健診受診率決定報告書
特定保健指導実施率

	H29	H30	R1	R2	R3
	47.7%	46.2%	47.1%	43.9%	43.7%

内臓脂肪症候群の改善率

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	22.0%	25.5%	20.8%	22.8%	18.6%	20.0%

糖尿病重症化の事業評価
健診結果～HbA1c8.0%以上の割合

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	0.8%	0.6%	0.4%	0.7%	0.7%	1.1%

糖尿病性腎症～新規人工透析導入数(40～74歳)

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	4人	4人	2人	3人	4人	2人

高血圧・腎機能の事業評価
健診結果～治療なし・治療中(降圧剤内服)～高血圧Ⅱ度(160/100)以上の割合

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	83人(2.9%)	69人(2.5%)	159人(2.2%)	155人(2.8%)	161人(2.7%)	127人(2.7%)

慢性人工透析患者数

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
	12人	8人	9人	6人	7人	9人

参照データ
(連合会からの提供データ含む)

岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況(経年)R3年度

HbA1c7%以上・160/100以上高血圧の評価表

KOBシステム・健康・医療・介護データから見る地域の課題

岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況(経年)R3年度

個別の保健事業(重症化予防等の取組み)の事業評価

②各種データ

性・年齢階層別健診受診率

特定健診受診率

特定保健指導利用率

特定保健指導実施率

特定健診の状況

健康状態、生活習慣の状況

メタボリックシンドローム該当者の割合

メタボリックシンドローム予備群の割合

レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較 等

(例)医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いことと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これら健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うことが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。

データヘルス計画の公表・周知

特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質)問票含む)の分析

国・県・同規模との比較経年変化

レセプト・健診データを組み合わせ分析

国・県・同規模との比較経年変化

AB

AB,C,D,E

③健康課題との対応	AB,C,D,E,G
-----------	------------

アセスメント (左記データから読み取ったこと)	<p>65歳以上高齢化率は増加しているが、1号・2号認定率ともにH30年度と比較して減少、県・同規模保健者平均と比較して低い数値である。要介護者の抑制に効果が見られる。今後も、介護予防につながるよう健診結果から、生活習慣病の予防・重症化予防のための保健事業を進めていく。一方、要介護認定者における介護度別判定では、要介護以上は46.4%であり県・同規模平均より高い。</p> <p>介護認定者の有病状況において、本市の課題の高血圧・糖尿病・心臓病は、同規模平均より高い。脂質異常症は、県・同規模平均より低い。約1割みらる。よって、介護予防には、心臓病を発生してこない時期から糖尿病、高血圧、脂質異常症の管理を改善し、心臓病の発症を予防することが重要である。</p> <p>1人あたり給付費において、本市は、H30年度とR4年度を比較すると、1,122円費用を下げている。また、1人あたり給付費(施設サービス)において、本市は、H30年度とR4年度を比較すると、772円費用が高いが、県・同規模保健者平均より1万円低く抑えられている。また、1人あたり給付費(施設サービス)において、本市は、H30年度とR4年度を比較すると、772円費用が高いが、県・同規模保健者平均より1万円低く抑えられている。</p>
----------------------------	---

健康医療情報等の整理 (項目と年度、数値の記入)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H30</td> <td>R4</td> <td>R4県</td> <td>R4同規模</td> </tr> <tr> <td>65歳以上高齢化率</td> <td>9,442人(27.8%)</td> <td>10,088人(30.7%)</td> <td>30.6%</td> <td>36.2%</td> </tr> <tr> <td>1号認定率</td> <td>1,594人(16.2%)</td> <td>1,614人(16.1%)</td> <td>18.1%</td> <td>19.1%</td> </tr> <tr> <td>2号認定率</td> <td>39人 (0.35%)</td> <td>34人 (0.32%)</td> <td>0.35%</td> <td>0.37%</td> </tr> <tr> <td>要介護3以上の割合</td> <td>46.4%</td> <td>46.4%</td> <td>43.5%</td> <td>38.7%</td> </tr> </table> <p>介護認定者の有病状況</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H30</td> <td>R4</td> <td>R4県</td> <td>R4同規模</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>23.1%</td> <td>26.2%</td> <td>28.8%</td> <td>23.8%</td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>61.6%</td> <td>62.3%</td> <td>54.8%</td> <td>56.7%</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>26.8%</td> <td>29.3%</td> <td>33.7%</td> <td>31.2%</td> </tr> <tr> <td>心臓病</td> <td>70.1%</td> <td>71.4%</td> <td>61.9%</td> <td>65.5%</td> </tr> <tr> <td>脳疾患</td> <td>22.7%</td> <td>21.5%</td> <td>22.2%</td> <td>23.9%</td> </tr> </table> <p>1人あたり給付費 (居宅サービス) 280,374円 277,252円 286,208円 300,230円 1人あたり給付費 (施設サービス) 267,114円 276,886円 284,664円 291,914円</p>		H30	R4	R4県	R4同規模	65歳以上高齢化率	9,442人(27.8%)	10,088人(30.7%)	30.6%	36.2%	1号認定率	1,594人(16.2%)	1,614人(16.1%)	18.1%	19.1%	2号認定率	39人 (0.35%)	34人 (0.32%)	0.35%	0.37%	要介護3以上の割合	46.4%	46.4%	43.5%	38.7%		H30	R4	R4県	R4同規模	糖尿病	23.1%	26.2%	28.8%	23.8%	高血圧	61.6%	62.3%	54.8%	56.7%	脂質異常症	26.8%	29.3%	33.7%	31.2%	心臓病	70.1%	71.4%	61.9%	65.5%	脳疾患	22.7%	21.5%	22.2%	23.9%
	H30	R4	R4県	R4同規模																																																				
65歳以上高齢化率	9,442人(27.8%)	10,088人(30.7%)	30.6%	36.2%																																																				
1号認定率	1,594人(16.2%)	1,614人(16.1%)	18.1%	19.1%																																																				
2号認定率	39人 (0.35%)	34人 (0.32%)	0.35%	0.37%																																																				
要介護3以上の割合	46.4%	46.4%	43.5%	38.7%																																																				
	H30	R4	R4県	R4同規模																																																				
糖尿病	23.1%	26.2%	28.8%	23.8%																																																				
高血圧	61.6%	62.3%	54.8%	56.7%																																																				
脂質異常症	26.8%	29.3%	33.7%	31.2%																																																				
心臓病	70.1%	71.4%	61.9%	65.5%																																																				
脳疾患	22.7%	21.5%	22.2%	23.9%																																																				

参照データ (連合会からの提供 データ含む)	<p>KDB健診・医療・介護 データから見る地域の 健康課題</p>
------------------------------	--

②各種データ	<p>介護認定の状況</p> <p>有病状況</p> <p>介護給付費の状況</p>
--------	--

データヘルス計画の 公表・周知	<p>国・県・同規模との比較 経年変化</p> <p>介護費用関係の分析</p>
--------------------	--

健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防の分析	<p>中長期疾患のうち介護認定者 【本市】</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>40~64歳</td> <td>65~74歳</td> <td>75歳以上</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患</td> <td>24.5%</td> <td>17.8%</td> <td>44.1%</td> </tr> <tr> <td>虚血性心疾患</td> <td>6.5%</td> <td>5.9%</td> <td>32.9%</td> </tr> <tr> <td>腎不全</td> <td>5.6%</td> <td>7.9%</td> <td>37.5%</td> </tr> <tr> <td>認知症(糖尿病+高血圧重なり)</td> <td>—</td> <td>65.6%</td> <td>82.9%</td> </tr> <tr> <td>認知症(要介護認定者)</td> <td>—</td> <td>65.5%</td> <td>80.1%</td> </tr> </table> <p>中長期疾患のうち介護認定者 【481市町村平均】※全国27%の市町村(ヘルストラック調べ)</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>40~64歳</td> <td>65~74歳</td> <td>75歳以上</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患</td> <td>12.8%</td> <td>19.9%</td> <td>47.0%</td> </tr> <tr> <td>虚血性心疾患</td> <td>3.2%</td> <td>7.2%</td> <td>38.4%</td> </tr> <tr> <td>腎不全</td> <td>3.6%</td> <td>7.9%</td> <td>42.4%</td> </tr> <tr> <td>認知症(糖尿病+高血圧重なり)</td> <td>—</td> <td>63.6%</td> <td>82.6%</td> </tr> <tr> <td>認知症(要介護認定者)</td> <td>—</td> <td>57.7%</td> <td>82.4%</td> </tr> </table>		40~64歳	65~74歳	75歳以上	脳血管疾患	24.5%	17.8%	44.1%	虚血性心疾患	6.5%	5.9%	32.9%	腎不全	5.6%	7.9%	37.5%	認知症(糖尿病+高血圧重なり)	—	65.6%	82.9%	認知症(要介護認定者)	—	65.5%	80.1%		40~64歳	65~74歳	75歳以上	脳血管疾患	12.8%	19.9%	47.0%	虚血性心疾患	3.2%	7.2%	38.4%	腎不全	3.6%	7.9%	42.4%	認知症(糖尿病+高血圧重なり)	—	63.6%	82.6%	認知症(要介護認定者)	—	57.7%	82.4%
	40~64歳	65~74歳	75歳以上																																														
脳血管疾患	24.5%	17.8%	44.1%																																														
虚血性心疾患	6.5%	5.9%	32.9%																																														
腎不全	5.6%	7.9%	37.5%																																														
認知症(糖尿病+高血圧重なり)	—	65.6%	82.9%																																														
認知症(要介護認定者)	—	65.5%	80.1%																																														
	40~64歳	65~74歳	75歳以上																																														
脳血管疾患	12.8%	19.9%	47.0%																																														
虚血性心疾患	3.2%	7.2%	38.4%																																														
腎不全	3.6%	7.9%	42.4%																																														
認知症(糖尿病+高血圧重なり)	—	63.6%	82.6%																																														
認知症(要介護認定者)	—	57.7%	82.4%																																														

健康課題との対応	B,C,D,E
----------	---------

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
①課題項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	・特定健診受診率が低下しており、特に40代・50代の働き盛り世代が低い。 ・毎年継続して受診し、自身の健康状態を把握できるようになる。 ⇒40代50代の働き盛り世代の継続的な受診による、特定健診受診率向上	◎	1
B	・特定保健指導実施率が年々低下している。 ・保健指導を行ってもメタボの改善が低い。 ⇒特定保健指導実施率向上、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	◎	2
C	・HbA1c8.0以上の値が低く推移し、新規人工透析患者も低いが、65歳未満の健診未受診の人工透析患者が多い。 ・HbA1c7%以上におけるメタボ判定該当者・予備群の割合は、55.7% ⇒メタボリックシンドローム改善の保健・栄養指導のスキルアップ ⇒健診未受診者を抽出し、糖尿病等重症化の予防の推進	○	3
D	・Ⅱ度(160/100)以上高血圧における未治療・中断率が高い。 ・Ⅱ度(160/100)以上高血圧におけるメタボ判定該当者・予備群の割合は33.3%。 ⇒Ⅱ度以上高血圧台帳管理で未治療・中断者を把握しアプローチ →メタボの改善率アップ	○	4
E	・総医療費に占める慢性腎不全(透析有)の割合について、本市はH30年からR4にかけて減少している。R4年では、同規模・県・国よりかなり低く抑えており、慢性腎不全(透析有)への重症化予防は成果がみられている。 ⇒この状況を維持、さらに新規人工透析患者を増やさないため、eGFR45未満を含め重症化予防の病院受診勧奨、保健指導を行う。	○	5
F	・被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。 ・重複多剤服薬者の該当人数は毎年低く抑えられている。 ⇒現状維持できるように、KDBで対象者を抽出し、健康相談勧奨を行う。		6
G	・本市は高齢化率が30.7%(令和4年)で、労働人口(15～64歳)が1.2%減少(平成27年との比較)し、65歳以上の単独世帯は1.6%増加している。(岐阜県ホームページ 統計から見た岐阜県・市町村の現状より) ・雇用の観点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。 ⇒KDBを活用してハイリスク者を抽出		7

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		大目的	健康寿命を延伸させる医療費を適正化する								
⑤項目(=①)	中目的	⑦評価指標	⑧計画実施率実績	⑨目標値							
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
A・B	メタボ等の生活習慣病の予防(県統一)	特定健診受診率(法定報告)	43.7%	47.0%	50.0%	53.0%	55.0%	58.0%	60.0%		
		特定保健指導実施率(法定報告)	78.8%	80.0%	80.0%	82.5%	85.0%	85.0%	87.5%		
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(法定報告)	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%		
C	糖尿病の重症化予防(県統一)	HbA1c8.0以上の者の割合	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%		
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のしセブがない者の割合	7.7%	7.7%	7.7%	7.7%	7.7%	7.7%	7.7%		
C	糖尿病の重症化予防(本県市販)	HbA1c8.0以上の者の割合(未治療・治療中計・特定健診問診より)	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%		
		特定健診結果によるHbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病未治療者の割合(未治療・特定健診問診より)	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%		
D	高血圧の重症化予防(県統一)	収縮期血圧維持・改善者割合	86.7%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上		
		拡張期血圧維持・改善者割合	83.3%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上		
D	高血圧の重症化予防(本県市販)	特定健診結果による高血圧Ⅱ度(160/100mmHg)以上で未治療の割合	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%	2.7%	2.7%	2.7%		
		特定健診結果による高血圧Ⅱ度(160/100mmHg)以上で治療中の割合	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.7%	1.7%	1.7%		
E	腎機能低下の重症化予防(県統一)	CKD重症度分類の変化(eGFR維持・改善割合)	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%		
F	重複多剤服用者の減少	R5重複投与者数(对被保険者1万人)	129人	減少	減少	減少	減少	減少	減少		
		R5多剤投与者数(对被保険者1万人)	37人	減少	減少	減少	減少	減少	減少		
G	地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題の共有地域支援事業に国保局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画		
		KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等の抽出国保局として当該ターゲット層に対する支援実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施		

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診勧奨事業	◎
2	特定保健指導	◎
3	糖尿病重症化予防事業	○
4	高血圧の重症化予防事業	○
5	腎機能低下の重症化予防	○
6	適正受診・適正服薬	
7	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	

IV 個別の保健事業

特定健診

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
特定健診未受診者へ対し受診勧奨を行うことで、受診に対する意識を持ち、個人の健康状態を把握してもらい受診率の向上を目的とする。	アウトカム指標（成果）	特定健診実施率（実績値）	43.7%	47.0%	50.0%	53.0%		55.0%	58.0%	60.0%		
		特定健診受診勧奨ハガキ送付率	78.2%	100%	100%	100%		100%	100%	100%		
	アウトプット指標（実施量・率）											
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
特定健康診査受診勧奨事業		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価			
	対象者	①40歳～59歳の未受診者 ②60歳以上で2年連続未受診者 ③60歳以上で昨年度もしくは一昨年度受診者										
	時期	特定健診実施期間（6月下旬～9月下旬）の間に、特定健診の未受診者を8月上旬に抽出し、勧奨はがきを送付する。										
	方法	対象者に対して、特定健診受診勧奨はがきを送付する。 ①～③の対象者に合わせた内容を記載し、通院している方も受診できることを伝える内容とする。さらに、糖尿病レセプトのある人を抽出し、特に健診を受けて欲しい人を中心に勧奨する。										
	実施回数・量	健診期間中（8月中旬までに）合計3000人										
	連携体制・予算・人員	予算は国保で計上（受診勧奨はがき作成委託・郵送代） 健康増進課と連携し、対象者の抽出を行う。										
	事業について気づいたこと	新型コロナウイルスの影響によりR2年とR3年は特に受診率が下がっているが、R3年は、はがきで受診勧奨したうちの約30%が健診受診に繋がっているため、継続して行う。										

IV 個別の保健事業

保健指導

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績		目標値						
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
特定保健指導対象者に対し、健診結果説明（初回面接）を行い、内臓肥満症候群の改善を目的とする。	アウトカム指標（成果）	アウトカム指標（成果）	特定保健指導利用率（全体）	215人/273人 (78.8%)	80.0%	80.0%	82.5%		85.0%	85.0%	87.5%	
			特定保健指導利用率（積極的支援）	35人/51人 (68.6%)	75.0%	75.0%	75.0%		78.0%	78.0%	80.0%	
			特定保健指導利用率（動機付け支援）	180人/222人 (81.1%)	85.0%	85.0%	90.0%		92.0%	92.0%	95.0%	
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
特定保健指導利用動向事業	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ			令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価			
	対象者	特定保健指導対象者										
	時期	①特定健診受診後、4～6週間後を目安に実施。（結果説明資料がセット出来次第） ②節目健診における特定保健指導対象者について、健診受診当日、面談の日時を調整しているため、初回面接日は当日決定される。										
	方法	①特定保健指導に該当する担当者（保健師・管理栄養士他）が、電話等で面接を行う日付を決める。 ②節目健診受診者は健診受診当日、面談の日時を調整しているため、受診動奨なし。										
	実施回数・量	①特定健診における対象者について、担当者より本人と連絡がつくまで電話・手紙・訪問等で実施する。回数や量について、担当者の責任で実施しているため、各々にまかせている。										
	連携体制・予算・人員	健康づくり推進協議会（行政・自治会・学校・医師会等連携会議）。予算は、国保担当課から受託し計上。 国保担当者とは、その都度連携ができています。実施医療機関とは、健診期間前に実施についての個別説明、その年度末にすべての実施医療機関に対し、実施した健診の報告ができています。 令和8年度以降職員員の減少があり、受診者全員に面接を実施する事が難しくなり、会計年度任用職員として保健師・管理栄養士の確保するために予算計上を行う。										
	事業について気づいたこと	①特定健診における対象者について、母子・予防接種・がん検診・精神保健事業他、他の業務と兼務で保健指導を実施している現状があり、担当者が責任をもって連絡しているため、担当者により方法や回数・量の差があるのは否めない。 ②節目健診における対象者は、全員健診当日、会場で結果説明日について、日時調整ができるため、受診動奨の効率が良く、確実に初回面接を可能としている。										

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
					2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
特定保健指導	特定保健指導により内臓肥満症候群の改善を行い、糖尿病・高血圧・脂質異常症など生活習慣病の発症を防ぐことを目的とする。	アウトカム指標（成果）	メタボリックシンドローム該当者の割合	474人/2243人 (21.1%)	22.0%	21.0%	20.0%		19.0%	18.0%	18.0%		
			メタボリックシンドローム予備群の割合	246人/2243人 (11%)	10.0%	9.0%	8.0%		7.0%	6.0%	6.0%		
			利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	14.7%	14.7%	14.7%	14.7%		14.7%	14.7%	14.7%		
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（法定報告）	87人/434人 (20%)	20.0%	20.0%	20.0%		20.0%	20.0%	20.0%		
		アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導実施率（全体終了率）	66.3%	70.0%	72.5%	75.0%		77.5%	79.0%	83.5%		
			特定保健指導実施率（積極的終了率）	16人/51人 (31.7%)	55.0%	55.0%	60.0%		63.0%	65.0%	70.0%		
			特定保健指導実施率（動機付け終了率）	165人/222人 (74.3%)	85.0%	90.0%	90.0%		92.0%	93.0%	97.0%		
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて													
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度最終評価									
対象者	本県市特定健診・節目健診結果の階層化（国の基準）に該当者全員に個別面接を実施。 人間ドック対象者や仕事の都合等でどうしても面接できない対象者が少数あるため、地区担当者に再度支援の依頼を行う。												
時期	健診受診後、6週間後を目安に実施。 情報提供対象者の返却以前に実施できている。												
方法	特定保健指導対象者全員に初回面談を個別で実施。 継続支援・中間・最終評価も、個別支援（面接・電話・手紙・訪問）。保健師・看護師・管理栄養士で地区分担当で実施。												
実施回数・量	動機づけ支援は、2回（初回面接・最終評価）。積極的支援は、4～5回（初回面接・継続支援・2次健診・中間評価・最終評価）。担当が必要と思われる回数・量を判断する。 第3期より、支援期間が3か月後になり、年度内に支援が終了しやすくなった。												
連携体制・予算・人員	健康づくり推進協議会（行政・自治会・学校・医師会等連携会議）。予算は、国保担当課から受託し計上。 国保担当者とは、その都度連携ができていた。実施医療機関とは、健診期間前に実施についての個別説明、その年度末にすべての実施医療機関に対し、実施した健診の報告ができていた。 令和3年度以降職員の減少があり、受診者全員に面接を実施するのが難しくなり、会計年度任用職員として保健師・管理栄養士の確保のために予算計上を行う。												
事業について気づいたこと	本県市の課題は、特定保健指導終了率の向上とメタボリックシンドロームの改善である。人員と予算が削減の状況の中、保健指導に向かう時間の確保するための専門職の体制整備が課題。 令和元年度までは、受診者全員に個別面接を実施していたが、令和2年度は、新型コロナウイルスの影響で特定保健指導対象者、糖尿病重症化予防プログラム対象者、重症化予防対象者及び率する者のみ優先順位をつけて個別面接とした。令和3年度以降職員の減少があり、受診者全員に面接を実施するのが難しくなり、会計年度任用職員として保健師・管理栄養士の人材を確保し保健指導の向上を図る。												

IV 個別の保健事業

糖尿病重症化予防

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）															
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値										
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
							数値	評価			数値	評価			
糖尿病型で未治療者に対し早期介入し重症化予防を図る。	アウトカム指標 (成果)	アウトカム指標 (成果)	糖尿病受療率（被保険者40-74歳千対）	176.6人	176.3人	176人	176人		176人	176人	176人				
			特定健診結果によるHbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病未治療者の割合（未治療：特定健診間診より）	57人/2087人 (2.7%)	2.6%	2.5%	2.4%		2.3%	2.2%	2.1%				
			HbA1c8.0以上の者の割合（未治療・治療中計：特定健診間診より）	24人/2281人 (1.1%)	1.1%	1.1%	1.1%		1.0%	1.0%	1.0%				
			慢性人工透析患者数(40-74歳)（糖尿病治療中に占める割合）	9人 (0.9%)	0.9%	0.9%	0.9%		0.9%	0.9%	0.9%				
			新規人工透析患者数(40-74歳)（糖尿病治療中に占める割合）	2人 (0.2%)	0.2%	0.2%	0.2%		0.2%	0.2%	0.2%				
			糖尿病性腎症新規人工透析患者数(40-74歳)（新規人工透析患者に占める割合）	0人 (0%)	0.0%	50.0%	0.0%		50.0%	0.0%	50.0%				
			アウトプット指標 (実施量・率)												
			医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%				
			実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
			第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容				令和8年度の間評価のまとめ			令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価		
対象者	健診の結果、高血糖で医療機関未受診(未治療)の方に対し、医療機関受診勧奨・保健指導を行う。 ①抽出条件: 過去3年間の健診において、空腹時血糖126mg/dl以上(随時200mg/dl以上)又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者。 ②除外条件: 例)資格喪失、入院、施設入所、うつ・認知症などのものは除外														
時期	7月～翌年3月														
方法	①システムから出力したデータを既存の様式(重症化プログラムの糖尿病管理台帳など)に張り付け保存・管理している。 ②担当者が、特定・節目健診結果を分析して紹介状を作成後、対象者に担当者が電話等で面接の予約を入れる。 ③原則、面談にて受診勧奨と同時に、生活習慣改善の保健・栄養指導を行う。糖尿病連携手帳の有無を確認、ない場合は記載し発行する。 ④受診確認について、受診勧奨後、3～6ヶ月後、かかりつけ医からの受診内容の返信を確認し入力する。確認できない場合、KDBもしくは、電話・面談・訪問・手紙等で担当者が本人から確認する。														
実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行い、紹介状を対象者に手渡す。 ②本人が医療機関受診した場合、受診から約1ヶ月後主治医から返信があるため、担当者が返信結果を確認し、結果入力する。 ③主治医からの返信がない場合、健診説明日後3～6ヶ月を目処にKDBで受診を確認する。 ※KDBで受診が確認できない場合、担当者から対象者に連絡を入れて受診勧奨や状況を確認する。														
連携体制・予算・人員	もとず医師会を中心とした病診連携カンファレンス(岐阜大学医学部附属病院・岐阜市民病院・大垣市民病院・市内医療機関・コメディカル)があり、事例検討など通じて連携を固めていたが、コロナ禍において回数が縮小・中止となった。しかし、岐阜県糖尿病対策推進協議会や岐阜県の働きかけで、本県市糖尿病対策推進協議会の前進へと進む。※受診勧奨事業にかかる予算・人員について、特定保健指導と同様のため、割愛する。														
事業について気づいたこと	コロナ禍において、もとず医師会を中心とした病診連携カンファレンスが行政と医療連携のために果たしてきた役割は大きく、コロナ感染が落ち着いた後、継続されることを期待する。 糖尿病性腎症～新規人工透析導入数(40-74歳)について、R3年は2人に抑制出来ている。														

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防 保健指導	糖尿病受診中で(健診データより)腎症発症または発症リスクの高い方に対し、保健指導を行い、腎症発症リスクの改善を図る。	アウトカム指標 (成果)	健診結果・糖尿病治療中～糖尿病性腎症2～4期+メタボリックシンドローム該当者	39人/132人 (29.5%)	29.0%	29.0%	29.0%		28.5%	28.5%	28.5%	
			健診結果・糖尿病治療中～糖尿病性腎症2～4期+LDLコレステロール120mg/dl以上	22人/132人 (16.7%)	16.0%	16.0%	16.0%		15.5%	15.5%	15.5%	
			健診結果・糖尿病治療中～糖尿病性腎症2～4期+こう尿酸7.1mg/dl以上	7人/132人 (5.3%)	5.0%	5.0%	5.0%		4.5%	4.5%	4.5%	
		アウトプット指標 (実施量・率)	保健指導実施率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて											
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容			令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価				
	対象者	1 糖尿病治療中の者で、糖尿病性腎症2期から4期の者。 2 1以外の者で以下のリスク要因を有する者。 ①高血圧Ⅱ度以上の者。 ②メタボリックシンドローム該当者。 ③脂質異常症LDLコレステロール120mg/dl以上。 ④高尿酸血症7.1mg/dl以上該当者。 ※もとず医師会理事と検討の結果、HbA1c7.0%以上の者を糖尿病性腎症重症化ハイリスク者としているが、HbA1c値7%以上に問わず対象者の全体像を踏まえて必要な者に保健指導を行う。										
	時期	7月～翌年3月										
	方法	①健診結果から対象者を事前に選別し、担当者が健診結果の読み取りを行う。 ②担当者が、必要な資料や必要に応じて医療連絡票を作成後、対象者に担当者が電話等で面接の予約を入れる。 ③原則、面接にて受診勧奨と同時に、生活習慣改善の保健・栄養指導を行う。本人と調整しても面接が難しい場合、電話・手紙等で個別保健・栄養指導を実施する。										
	実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行い、必要に応じて医療連絡票を対象者に手渡す。 ②主治医から保健・栄養指導依頼を返信封書で結果を確認し、主治医から継続支援の依頼を確認後、継続支援を行う。 ※継続支援の回数・量は担当者が決めている。										
連携体制・予算・人員	かかりつけ医療機関 地区担当者 ※受診勧奨事業にかかる予算・人員について、特定保健指導と同様のため、割愛する。											
事業について気づいたこと	糖尿病性腎症重症化予防における医療機関連携について、市外かかりつけ医から、少数ではあるが行政に保健・栄養指導の支援依頼をいただくようになった。											

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）											
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値						
					2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 数値 評価		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
糖尿病重症化予防 糖尿病受診中断者への受診勧奨	糖尿病受診を中断している方に対し、医療機関受診勧奨・保健指導を行う。	アウトカム指標 (成果)	治療中断者	0人 (0%)	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%
	アウトプット指標 (実施量・率)	保健指導実施率	—	100%	100%	100%		100%	100%	100%	
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて										
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容			令和8年度の間評評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価			
	対象者	当該年度を含む過去3年間の健診結果で、HbA1c6.5%以上が確認されている者のうち、問診票の服薬状況の回答に「はい」があったが、当該年度は「いいえ」の者									
	時期	7月～翌年3月									
	方法	①システムから出力したデータを既存の様式（重症化プログラムの糖尿病管理台帳など）に張り付け保存・管理している。 ②担当者が、特定・節目健診結果を分析し医療連絡票を作成後、対象者に担当者が電話等で面談の予約を入れる。 ③原則、面談にて受診勧奨と同時に、生活習慣改善の保健・栄養指導を行う。 ④受診確認について、受診勧奨後、3～6ヶ月後、かかりつけ医からの受診内容の返信を確認し、結果入力する。確認できない場合、KDBもしくは、電話・面談・訪問・手紙等で担当者が本人から確認する。									
	実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行い、医療連絡票を対象者に手渡す。 ②本人が医療機関受診した場合、受診から約1ヶ月後主治医から返信があるため、担当者が返信結果を確認し、結果入力する。 ※主治医からの返信がない場合、健診説明日後3～6ヶ月を目処にKDBで受診を確認する。 ③KDBで受診が確認できない場合、担当者から対象者に連絡を入れて受診勧奨や状況を確認する。									
連携体制・予算・人員	もとず医師会を中心とした病診連携カンファレンス（岐阜大学医学部附属病院・岐阜市民病院・大垣市民病院・市内医療機関・コメディカル）があり、事例検討など通じて連携を固れていたが、コロナ禍において回数が縮小・中止となった。しかし、岐阜県糖尿病対策推進協議会や岐阜県の働きかけで、本県市糖尿病対策推進協議会の前進へと進む。※受診勧奨事業にかかる予算・人員について、特定保健指導と同様のため、割愛する。										
事業について気づいたこと	中断者の中には、転出・後期高齢者医療保険への加入のため、国保対象者から除外され、対象者は0人であった。糖尿病治療中断者名簿を作成後、国保資格確認は必要であることに気づいた。										

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）											
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時 実績 2022年度 (R3)	目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度
					数値	評価	数値	評価	数値	評価	
糖尿病重症化予防 糖尿病治療中の者への受診勧奨	健診結果から、治療中においてHbA1c8%以上の者に対し、治療状況及び生活習慣の状況確認を行い、血糖コントロール改善に向けて、医療連絡を行う。	アウトカム指標 (成果)	健診結果（治療中～HbA1c8%以上）	16人/194人 (8.2%)	8.0%	8.0%	8.0%		7.7%	7.7%	7.7%
			健診結果（健診受診者～未治療・中断者）	62人/2285人 (2.7%)	2.7%	2.6%	2.5%		2.4%	2.3%	2.2%
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%
	実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて										
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容			令和8年度の間評評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価		
	対象者	健診の結果、HbA1c(NGSP)8%以上かつ、治療中の者に対し、治療状況・食事・運動等生活習慣改善に向けて保健・栄養指導を行う。									
	時期	7月～翌年3月									
	方法	①システムから出力したデータを既存の様式(重症化プログラムの糖尿病管理台帳など)に張り付け保存、管理している。 ②担当者が、特定・節目健診結果を分析して紹介状を作成後、対象者に担当者が電話等で面接の予約を入れる。 ③原則、面談にて受診勧奨と同時に、保健・栄養指導を行う。糖尿病連携手帳の有無を確認、ない場合は記載し発行する。 ④受診確認について、受診勧奨後、3～6ヶ月後、かかりつけ医からの受診内容の返信を確認し入力する。確認できない場合、KDBもしくは、電話・面談・訪問・手紙等で担当者が本人から確認する。									
	実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行い、紹介状を対象者に手渡す。 ②本人が医療機関受診した場合、受診から約1ヶ月後主治医から返信があるため、担当者が返信結果を確認し、結果入力する。 ③主治医からの返信がない場合、健診説明日後3～6ヶ月を目処にKDBで受診を確認する。 ※KDBで受診が確認できない場合、担当者から対象者に連絡を入れて受診勧奨や状況を確認する。									
連携体制・予算・人員	もとず医師会を中心とした病診連携カンファレンス(岐阜大学医学部附属病院・岐阜市民病院・大垣市民病院・市内医療機関・コメディカル)があり、事例検討など通じて連携を固れていたが、コロナ禍において回数が縮小・中止となった。しかし、岐阜県糖尿病対策推進協議会や岐阜県の働きかけで、本県市糖尿病対策推進協議会の前進へと進む。※受診勧奨事業にかかる予算・人員について、特定保健指導と同様のため、割愛する。										
事業として気づいたこと	H29年度～R01年度まで、HbA1c8%以上について、6%代までだったが、近年8%代となり、さらなる医療機関連携が必要と思われる。糖尿病連携手帳について、血糖管理が難しい者ほど、糖尿病連携手帳の活用が乏しいと感じる。										

IV 個別の保健事業

高血圧・腎機能低下重症化予防

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
高血圧医療機関受診勧奨事業	健診の結果、高血圧Ⅱ度（160/100mmHg）以上で未治療の者に、医療機関受診勧奨を行い、生活習慣病における重症化（脳卒中）を予防する。	アウトカム指標（成果）	収縮期血圧維持・改善者割合	86.7%	80%以上	80%以上	80%以上		80%以上	80%以上	80%以上	
			拡張期血圧維持・改善者割合	83.3%	80%以上	80%以上	80%以上		80%以上	80%以上	80%以上	
			治療なし～高血圧Ⅱ度（160/100）以上の割合	43人/1,400人（3.1%）	3.0%	3.0%	3.0%		2.7%	2.7%	2.7%	
			治療あり～高血圧Ⅱ度（160/100）以上の割合	18人/885人（2%）	2.0%	2.0%	2.0%		1.7%	1.7%	1.7%	
		総医療費に占める脳梗塞・脳出血の割合	0.72%（R4）	1%以下	1%以下	1%以下		1%以下	1%以下	1%以下		
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
対象者	健診結果から、高血圧Ⅱ度（160/100mmHg）以上で医療機関未受診（未治療）の者。											
時期	7月～翌年3月											
方法	①健診の結果、高血圧Ⅱ度（160/100mmHg）以上で、医療機関未受診者（未治療）に対し、紹介状（医療連絡票）を担当者が作成する。 ②担当者は、対象者に連絡して面談による受診勧奨を行う。受診の際に本人は紹介状を主治医に渡す。 ③主治医は市に受診の結果を返送する。 ④返送された結果を整理し、未返信の場合、3ヶ月～6ヶ月後にKDBで受診確認（レセプト確認）若しくは地区担当者が本人に受診確認を行う。											
実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行い、医療連絡票を対象者に手渡す。 ②本人が医療機関受診した場合、受診から約1ヶ月後主治医から返信があるため、担当者が返信結果を確認し、結果入力する。 ※主治医からの返信がない場合、健診説明日後3～6ヶ月を目処にKDBで受診を確認する。 ③KDBで受診が確認できない場合、担当者から対象者に連絡を入れて受診勧奨や状況を確認する。 ※回数や量は担当者が決めて実施											
連携体制・予算・人員	かかりつけ医療機関 地区担当者 ※受診勧奨事業にかかる予算・人員について、特定保健指導と同様のため、割愛する。											
事業について気づいたこと	高血圧における医療機関連携について、以前に比べかかりつけ医からの返信数が増えていると思われる。 総医療費に占める脳梗塞・脳出血の割合はH30年からR4年にかけて本市は減少がみられる。同規模・県・国と比較しても効果が見られる。一方、狭心症・心筋梗塞は、H30年からR4年に微増しており、同規模・県・国より高く、本市の健康課題である。											

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
腎機能低下医療機関受診勧奨事業	健診の結果、糖尿病性腎症重症化予防プログラム以外の重症化予防として、eGFR45未満の者に対し医療機関受診勧奨（治療中の場合医療機関連絡）を行い、腎機能低下の悪化を防ぐ。	アウトカム指標（成果）	CKD重症度分類の変化	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%		55.0%	55.0%	55.0%	
			糖尿病以外のリスクでeGFR45未満かつ、中性脂肪300mg/dl以上	1人/2025人 (0.04%)	0.04%	0.04%	0.04%		0.04%	0.04%	0.04%	
			糖尿病以外のリスクでeGFR45未満かつ、I度高血圧（140/90mmHg）以上	1人/2025人 (0.05%)	0.04%	0.04%	0.04%		0.04%	0.04%	0.04%	
			CKD分類でeGFR30未満の割合	7人/2280人 (0.3%)	0.30%	0.30%	0.30%		0.30%	0.30%	0.30%	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて											
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価							
	対象者	健診の結果、糖尿病以外のリスクでeGFR45未満、中性脂肪300mg/dl以上の者（治療の有無を問わない）。										
	時期	7月～翌年3月										
	方法	①健診の結果、対象者に対し、重症化予防のための医療機関紹介状作成基準に基づき、担当者が紹介状・連絡票を作成し面談の予約を入れる。 ②担当者は保健・栄養指導を行う。受診の際に本人から紹介状を主治医に渡す。 ③主治医は市に受診の結果を返送する。 ④返送された結果を整理し、未返信の場合、3ヶ月～6ヶ月後にKDBで受診確認（レセプト確認）若しくは地区担当者が本人に受診確認する。										
実施回数・量	①健診結果から対象者を事前に選別し、担当者が事前に健診結果の読み取りを行う。 ②担当者が、必要な資料や必要に応じて医療連絡票を作成後、対象者に担当者が電話等で面接の予約を入れる。 ③原則、面談にて受診勧奨と同時に、生活習慣改善の保健・栄養指導を行う。本人と調整しても面談が難しい場合、電話・手紙等で個別保健・栄養指導を実施する。 ※継続支援の回数・量は担当者が決めている。											
連携体制・予算・人員	かかりつけ医療機関 地区担当者 ※受診勧奨事業にかかる予算・人員について、特定保健指導と同様のため、割愛する。											
事業について気づいたこと	総医療費に占める慢性腎不全（透析有）の割合について、本市はH30年からR4にかけて減少している。R4年では、同規模・県・国よりかなり低く抑えており、慢性腎不全（透析有）への重症化予防は成果がみられている。											

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
					2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
高血圧重症化予防 保健指導	健診の結果、高血圧重症化予防のために、高血圧1度（140～159/90～99mmHg）の者に対し、治療の有無を問わず、治療状況を確認し、生活習慣改善の保健指導を行い、腎機能低下の悪化を防ぐ。	アウトカム 指標 （成果）	治療なし～高血圧1度（140-159/90-99） の割合	149人/1,400人 （10.6%）	10.5%	10.5%	10.5%		10.0%	10.0%	10.0%		
			治療あり～高血圧1度（140-159/90-99） の割合	147人/885人 （16.6%）	16.5%	16.5%	16.5%		16.0%	16.0%	16.0%		
		アウトプット 指標 （実施量・ 率）	医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%		
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて													
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の中間評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価					
対象者	健診の結果、血圧140～159/90～99mmHgの者（治療の有無を問わない）。												
時期	7月～翌年3月												
方法	①健診の結果、血圧140～159/90～99mmHgの者に対し、担当者は未治療者には医療機関受診勧奨、治療中の場合治療状況を確認するため、対象者に電話等で連絡し、保健指導実施日の予約を入れる。 ②担当者は、家庭血圧の記録をすすめ、かかりつけ医に相談するよう伝える。 ※保健指導について、原則面談であるが、本人が面談を希望しない場合に限り、電話・手紙等で実施する。												
実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行う。継続支援希望がなければ1回。 ②必要に応じてKDBで受診確認。 ※回数や量は担当者が決めて実施												
連携体制・予算・人員	※特定保健指導と同様のため、割愛する。												
事業について気づいたこと	高血圧における医療機関連携について、以前に比べかかりつけ医からの返信数が増えていると思われる。												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
腎機能低下重症化予防 保健指導	健診結果より、高血圧症受診中で腎症発症または発症リスクの高い方に対し、保健指導を行い、高血圧症、腎機能低下重症化予防を図る。	アウトカム指標 (成果)	治療あり～高血圧Ⅱ度（160/100）以上の割合	18人/885人 (2%)	2.0%	2.0%	2.0%		1.7%	1.7%	1.7%	
			CKD分類でeGFR45未満の割合	43人/2280人 (1.9%)	1.90%	1.90%	1.90%		1.90%	1.90%	1.90%	
			CKD分類でeGFR45未満かつ、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の割合	2人/2280人 (0.09%)	0.09%	0.09%	0.09%		0.09%	0.09%	0.09%	
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診動員率	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
対象者	健診結果より、Ⅱ度高血圧160/100mmHg以上かつ、治療中（服薬あり）の者に対し、血圧コントロールにつながる生活習慣改善に向けて保健指導を行う。（治療中でⅡ度高血圧160/100mmHg以上かつeGFR45未満の者を含む）											
時期	7月～翌年3月											
方法	①健診の結果、治療中で高血圧Ⅱ度（160/100mmHg）以上の者に対し、担当者は、健診結果を読み取り、医療連絡票を作成する。保健指導実施日の予約を入れる。 ②担当者は、治療状況や生活習慣改善を確認して必要な場合、医療連絡票を活用し、かかりつけ医に相談するよう伝える。 ※保健指導について、原則面談であるが、本人が面談を希望しない場合に限り、電話・手紙等で実施する。											
実施回数・量	①担当者が健診結果説明を行う。継続支援希望がなければ1回。 ②必要に応じてKDBで集計確認。 ※回数や量は担当者が決めて実施											
連携体制・予算・人員	※特定保健指導と同様のため、割愛する。											
事業について気づいたこと	本市の健診結果から高血圧Ⅱ度（160/100）以上の者の割合は低い値で推移している。また、慢性人工透析患者数（40～74歳）数も、低く抑えており、高血圧重症化予防の取組に成果がみられる。医療機関受診勧奨者を明確にして、紹介状や医療連絡票他で医療連携を実施した効果と考える。											

IV 個別の保健事業

重複・多剤・薬剤の適正使用の推進

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
重複投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標(成果)	共通指標⑤(1)重複投与者に対する取組 ③重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること (「がん」「認知症」「うつ」「統合失調症」のレセプトデータがある者を含む)	129人	前年より減少	前年より減少	前年より減少			前年より減少	前年より減少	前年より減少
		アウトプット指標(実施量・率)	対象者への通知、訪問回数(改善状況の確認も含む)	1回	1回	1回	1回			1回	1回	1回
			取組実施前後の評価	1回	1回	1回	1回			1回	1回	1回
			医師会・薬剤師会への相談	0回	1回	1回	1回			1回	1回	1回
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
対象者	共通指標⑤(1)重複投与者に対する取組 同一月に同一薬剤の処方3医療機関以上から受けており、3か月以上継続している者を対象とした。基準については、医療専門職である市の保健師等と相談し設定した。 KDBより対象者抽出後レセプトで投薬状況を確認し、勧奨対象を保健師が確認する。											
時期	2か月に一回KDBで対象者を抽出。											
方法	共通指標⑤(1)重複投与者に対する取組 本県市国民健康保険重複・多剤服薬者等訪問指導実施計画書に基づき、抽出条件に該当したすべての対象者に対して、直近の服薬情報・医療機関等の服薬情報の通知を送付し、送付から2か月後の診療について服薬情報を確認する。改善が見られない場合は、電話や訪問で、現在の健康状態と今回の受診に至った経緯等を聞き取りして対応していく予定。											
実施回数・量	2か月に一回KDBで対象者を抽出。											
連携体制・予算・人員	健康増進課 もとず医師会、地域の薬剤師会との連携											
事業として気づいたこと	令和5年度(7月1日現在)については、同一月に同一薬剤の処方3医療機関以上処方する者は、令和5年2月10人、3月11人、4月15人該当した。その内「がん」「認知症」「うつ」「統合失調症」のいずれかを除き、3か月連続である対象者は1人であり、通知後改善がみられない場合、保健師による健康相談を行う予定。 2か月に1回、KDBの帳票で、前回抽出された人との重なりがないかを確認している。今後も継続予定。											

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
					2022年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標 (成果)	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数（对被保険者1万人）が前年度から減少していること （「がん」「認知症」「うつ」「統合失調症」のレセプトデータがある者を含む）	37人	前年より減少	前年より減少	前年より減少			前年より減少	前年より減少	前年より減少		
	アウトプット指標 (実施量・率)	対象者への通知、訪問回数 (改善状況の確認も含む)	1回	1回	1回	1回			1回	1回	1回		
		取組実施前後の評価	1回	1回	1回	1回			1回	1回	1回		
		医師会・薬剤師会への相談	0回	1回	1回	1回			1回	1回	1回		
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													
多剤投与者に対する取組	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価				
	対象者	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 同一月で処方薬剤数が15以上受けており、3か月以上継続している者を対象とした。基準については、医療専門職である市の保健師等と相談し設定した。 KDBより対象者抽出後レセプトで投薬状況を確認し、勧奨対象を保健師が確認する。											
	時期	2か月に一回KDBで対象者を抽出。											
	方法	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 本県市国民健康保険重積・多剤服薬者等訪問指導実施計画書に基づき、抽出条件に該当したすべての対象者に対して、直近の服薬情報・医療機関等の服薬情報の通知を送付し、送付から2か月後の診療について服薬情報を確認する。改善が見られない場合は、電話や訪問で、現在の健康状態と今回の受診に至った経緯等を聞き取りして対応していく予定。											
	実施回数・量	2か月に一回KDBで対象者を抽出。											
	連携体制・予算・人員	健康増進課 もとす医師会、地域の薬剤師会との連携											
事業として気づいたこと	令和5年度(7月1日現在)については、同一月に処方薬剤数が15以上の、「がん」「認知症」「うつ」「統合失調症」のいずれかを除き3か月連続の者は、13人だった。その内、市の保健師とレセプトから受診内容を確認し、指導が必要と思われる者は1人だった。既に電話による指導を行い、改善が見られない場合は保健師等専門職による健康相談を実施する予定。2か月に1回、KDBの帳票で、前回抽出された人との重なりがないかを確認している。今後も継続予定。												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
					2022年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標 (成果)											
		アウトプット指標 (実施量・率)	お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発	1回	1回	1回	1回		1回	1回	1回		
			セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回	1回	1回	1回		1回	1回	1回		
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて													
薬剤の適正使用の推進に対する取組	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の間評評価					
	対象者	共通指標⑤(3)薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①国民健康保険被保険者 ②市民全体											
	時期	①保険証の切替時(年1回)に冊子「いきいき国保(リーフレット)」を、国保加入全世帯に送付している。その冊子の中では、「お薬手帳」の役割や活用方法について、重複服薬や飲み合わせによる副作用等(ポリファーマシー)の相談についてを周知している。 ②市民全体に対して、セルフメディケーションの推進(OTC医薬品の普及を含む)及びセルフメディケーション税制について周知している。											
	方法	共通指標⑤(3)薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①いきいき国保(リーフレット)に掲載 ②本薬市ホームページ											
	実施回数・量	①年1回 ②通年											
	連携体制・予算・人員												
	事業について気づいたこと	ジェネリック医薬品の利用促進については、もともと医師会に協力依頼をしている。国保の窓口で適正服薬等について相談されることはあまりないが、相談先を掲示することができている。											

IV 個別の保健事業

地域包括ケア

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画実定時実績	目標値							
				2022年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
地域包括ケアに対する取組	本市は高齢化率が30.7%（令和4年）で、労働人口（15～64歳）が1.2%減少（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は1.6%増加している。（岐阜県ホームページ 統計から見た岐阜県・市町村の現状より） 国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。	アウトカム指標（成果）	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施	
		アウトプット指標（実施量・率）	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業国保部局として参画。	参画	参画	参画	参画		参画	参画	参画	
			②KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施	
③国保直施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施				
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の中間評価のまとめ			令和8年度中間評価後の追加修正		令和11年度の最終評価			
時期	参画 ①地域支援事業に国保部局として	保険者努力支援制度 R5実施分より 地域包括ケアの構築に向けて、在宅医療・介護連携推進事業である「多職種連携研修会」及び「本県市地域ケア推進会議」に国保担当者として参加し、社会保障費と健康課題について情報を共有している。医療関係者、居宅介護支援事業従事者、介護サービス事業従事者、市職員、社会福祉協議会職員、民生委員等が参加する研修会では、在宅医療推進のため、KDBより出した健診・医療・介護情報を基に高血圧・糖尿病コントロール不良者を抽出し、継続的な分析と必要な課題の検討を行っている。「本県市地域ケア推進会議」については、年2回開催される予定である。その中で、県国保課から提供されている「医療費水準地域差要因分析事業」の岐阜県ヘルスアップの在宅医療に関するデータを提供することで参画し、地域の現状分析・課題抽出に活用し、対応策の検討をしていく。										
方法		②ハイリスクグループ KDB・特定健診等管理システムの検索を用いて、前期高齢者（65～74歳国保）の健診・医療・介護データから見た一体的分析用のE表を作成し、要介護・要支援の要因を分析した。その要因である生活習慣病やその他の疾病の中で、ハイリスク群・予備群として、健診の有見者で、未治療・治療中断Ⅱ度高血圧以上の者9人、心房細動の所見のある者11人を抽出した。 特定健康診査の結果票である保健指導票に本県市医療機関紹介状・連絡票作成基準により、ターゲット層に対し優先順位をつけて専門職（保健師・看護師・管理栄養士）による面接、訪問、電話等で、受診勧奨及び個別保健指導を実施する。										
実施回数・量		③医療包括ケア関係の推進に連携した取組 保険者努力支援制度 R5実施分より 健康増進のためのトレーニング機器等を設置した健康増進室を根拠診療所内に設置している。保健センターも併設されており、特定健診の面談時等にこれらの利用も推進している。地域包括ケアの推進のため介護予防及び健康づくりに努めている。										
対象者	医療関係者、居宅介護支援事業従事者、介護サービス事業従事者、市職員、社会福祉協議会職員、民生委員											
連携体制・予算・人員	対象者に対して他職種の方が情報を共有し現状を理解でき、国保部局として何ができるかを考えることができた。											
事業について気づいたこと												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）													
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
					2022年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。	アウトカム指標（成果）		後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施有	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施		
			事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施		
			①-1 後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施（ハイリスクアプローチ）	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施		
			①-2 介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施（ポピュレーションアプローチ）	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施		
			②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	実施有	実施	実施	実施		実施	実施	実施		
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて													
			第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正			令和11年度の最終評価					
高齢者の健康作りと介護予防の一体的実施に対する取組	対象者	① ハイリスクアプローチ	保険者努力支援制度 R5実施分より後期高齢者医療広域連合から保健事業の実施の委託を受け、KDBシステムを活用、保健師・看護師・管理栄養士の専門性を生かし、個別に面談・電話で受診勧奨と保健指導を実施している。国保の保健事業について、後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施している。本市市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて継続して実施する。【対象者】①当該年度を含む過去3年間の健診において、空腹時血糖126mg/dl以上（随時血糖200mg/dl以上）またはHbA1c6.5%以上の者。また、上記基準を満たす者のうち、当該年度の結果で、尿たんぱくを認める者（尿たんぱく(+)以上）またはeGFR40未満の者は強めに勧奨②当該年度を含む過去3年間の健診結果でHbA1c7.0%以上が確認されている者のうち、問診票の服薬状況の回答に「はい」があったが、当該年度は「いいえ」の者③当該年度を含む過去3年間の健診でHbA1c7.0%以上が確認されている者のうち、最近1年間に健診受診歴や糖尿病受診歴がない者④糖尿病治療中でHbA1c7.0%以上かつ尿たんぱく(+)以上の者またはHbA1c7.0%以上かつeGFR40未満の者										
	時期												
	方法												
	実施回数・量												
	対象者		② ポピュレーションアプローチ	保険者努力支援制度 R5実施分より介護予防の地域支援事業において、保健事業を一体的実施するにあたり、KDBシステムから対象者を抽出、健診・医療・介護状況を分析している。【実施方法・スケジュール等】・市内4地区の各地区2教室ある転倒予防教室で各々年6回介入する。（計48回）・1回目は、一体的実施事業の説明及び後期高齢者の質問票とフレイルについて解説し質問票を記入し、健診の受診勧奨を実施する。・自己の健康管理と生活習慣病予防の一環として、教室実施前に血圧測定を行い、介護予防手帳に記載する。参加者の健康相談を随時実施する。・2回～5回目は、フレイル及び生活習慣病予防について、保健、栄養、歯科保健の視点で実施する。市の健康課題等の資料を作成し健康教育を行う。・6回目は、1回目と同様の質問票を記入、前回との変化を確認する。									
	時期												
	方法												
	実施回数・量												
	対象者	③ 事業の実施根拠となるデータの分析		保険者努力支援制度 R5実施分より重症化・介護予防対象者を把握するために、KDB（健診）（医療）（介護）データの一体的な分析の資料（E表）を作成。以下、分析内容である。【医療分析】75歳以上の後期高齢者の内、健診受診者は19.8%として低い。しかし、98%の者は、医療機関に受診しており、内約85%の者が生活習慣病で治療中である。後期高齢者の内、26.4%の者は、介護認定を受けている。約1割が要介護度3以上である。本市市の社会保障費について、国保は24.7億円、後期高齢者医療は42億円、介護は66.8億円であり、国保と後期の医療費を合計した金額であり、高い状況であった。【健診分析】脳卒中中のハイリスク対象者として、健診受診者の内、Ⅱ度以上高血圧者は6人（HbA1c8.0%以上の未治療者0人）、優先順位の高い層に保健師が紹介状を作成し、受診勧奨を行う。重症の脳梗塞になる危険が高い心房細動23人と人工透析や心筋梗塞のリスクが高いCKD62人について、地域担当の保健師・管理栄養士が治療状況を確認しながら保健指導を行い、重症化予防を図る。高血圧で治療している者の内、約6割の者・糖尿病治療中の内66.6%の者は、すでに脳卒中や虚血性心疾患など合併症を起こしていた。高血圧と糖尿病を併せもち、未だ脳卒中や虚血性心疾患に至っていない75-79歳703人について、健診を受診し生活習慣の改善と治療管理を行い重症化予防を図る必要がある。【介護分析】脳血管疾患で治療中の889人中、介護認定を受けている者は、392人（44.1%）であり、残り約497人について、服薬管理など介護予防が必要と思われる。また、虚血性心疾患1,119人中、約3割の者が介護認定を受けているため、残り約7割についても同様である。なお、腎不全治療中47人の中、約4割が介護認定を受けており、人工透析と介護予防のため残り6割が介護予防対象者である。骨折・認知症で治療中の内、生活習慣病と関連がある者は8割以上であり、生活習慣病予防の重要性が分かる。骨折の半数が要介護になり、認知症の8割が要介護認定を受けていることから、生活習慣の改善で骨折と認知症予防を健康教育をしたい。									
	時期												
方法													
実施回数・量													
連携体制・予算・人員	健康増進課 後期高齢者医療広域連合 福祉政策課												
事業について気づいたこと	転倒予防教室に介入し、ハイリスク者だけでなく市の高齢者全体に向けた事業をやることで、市全体の介護予防につながると感じた。												

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>ア. 個別の保健事業の評価・見直し ・個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。 なお、そのためにも対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDBを活用して評価していく。 ・事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮する。 ・目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。</p> <p>イ. データヘルス計画全体の評価・見直し ①評価の時期 ・設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行う。</p> <p>②評価方法・体制 ・計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。 ・評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を後期広域連合と共有しながら、県国保課、国保連合会とともに令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行う。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得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る。 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、県、国保連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。 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簡易版を策定する等の工夫が必要である。 また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在するが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱う。また、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においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが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、確保されるよう措置を講じる。 なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたる。 ※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和4年1月(令和4年9月一部改正)個人情報保護委員会)</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>【高齢者保健事業の一体的実施の促進】 市町村国保は、75歳から後期高齢者医療に移行することを踏まえ、市町村国保と後期高齢者医療広域連合との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、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と介護予防事業を一体的にとらえ展開することに努める。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必要性が高く、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る。</p>
<p>その他留意事項</p>	

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた本業市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 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-コレステロールの年次比較
- 参考資料10 令和3年度 新規脳血管疾患・新規虚血性心疾患・透析患者の健診・医療・介護の状況
- 参考資料11 生活習慣病の受療状況

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた本県市の位置

項目	本県市												国												
	H30年度			R01年度			R02年度			R03年度				R04年度			同規模平均			岐阜県			R04年度		
	実数	割合	割合	実数	割合	割合	実数	割合	割合	実数	割合	割合		実数	割合	割合	実数	割合	割合	実数	割合	割合	実数	割合	割合
① 人口構成	総人口	33,956		33,956		33,956		33,956		33,956		33,956		32,195		1,839,486		32,195		1,839,486		32,195		1,232,214,261	
	65歳以上(高齢化率)	9,442	27.8	9,442	27.8	9,442	27.8	9,442	27.8	9,442	27.8	9,442	27.8	10,038	30.7	593,751	30.6	3,263,279	36.2	593,751	30.6	3,263,279	36.2	35,335,805	28.7
	75歳以上	4,395	12.9	4,395	12.9	4,395	12.9	4,395	12.9	4,395	12.9	4,395	12.9	4,956	15.1	307,534	15.9	--	--	307,534	15.9	--	--	18,248,742	14.8
	65～74歳	5,047	14.9	5,047	14.9	5,047	14.9	5,047	14.9	5,047	14.9	5,047	14.9	5,082	15.5	286,217	14.8	--	--	286,217	14.8	--	--	17,087,063	13.9
	40～64歳	11,115	32.7	11,115	32.7	11,115	32.7	11,115	32.7	11,115	32.7	11,115	32.7	10,654	32.5	643,485	33.2	--	--	643,485	33.2	--	--	41,545,893	33.7
② 産業構成	39歳以下	13,399	39.5	13,399	39.5	13,399	39.5	13,399	39.5	13,399	39.5	13,399	39.5	12,044	36.8	702,250	36.2	--	--	702,250	36.2	--	--	46,332,563	37.6
	第1次産業	80	0.2	80	0.2	80	0.2	80	0.2	80	0.2	80	0.2	80	0.2	32	0.1	107	0.3	32	0.1	107	0.3	40	0.1
	第2次産業	304	0.9	304	0.9	304	0.9	304	0.9	304	0.9	304	0.9	304	0.9	33.1	0.1	273	0.8	33.1	0.1	273	0.8	25.0	0.0
	第3次産業	61.6	0.2	61.6	0.2	61.6	0.2	61.6	0.2	61.6	0.2	61.6	0.2	61.6	0.2	63.7	0.2	62.0	0.2	63.7	0.2	62.0	0.2	71.0	0.2
③ 平均寿命	男性	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.0	80.4	80.4	81.0	80.4	81.0	80.4	81.0	80.8	80.8
	女性	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.8	86.9	86.9	86.8	86.9	86.8	86.9	86.8	87.0	87.0
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.1	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	81.4	81.4	81.4	81.4	79.7	81.4	81.4	79.7	81.4	81.4	80.1	80.1
	女性	83.5	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.4	83.7	83.7	84.5	84.5	84.3	84.5	84.5	84.5	84.5	84.5	84.4	84.4
① 死亡	標準化死亡率 (SMR)	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	97.2	97.2	99.5	99.5	103.4	99.5	99.5	103.4	99.5	100.0	100.0	
	男性	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	97.2	97.2	102.5	102.5	103.4	102.5	102.5	103.4	102.5	100.0	100.0	
	女性	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	95.5	97.2	97.2	96.5	96.5	103.4	96.5	96.5	103.4	96.5	100.0	100.0	
	がん	101	52.3	93	45.8	103	52.3	93	45.8	103	52.3	93	45.8	86	46.0	6.043	47.8	34,996	47.8	6.043	47.8	34,996	47.8	378,272	50.6
	心臓病	56	30.1	64	31.5	61	31.0	61	31.0	61	31.0	61	31.0	61	32.6	3.281	29.3	21,437	29.3	3.281	29.3	21,437	29.3	205,485	27.5
	脳疾患	22	11.4	35	17.2	22	11.2	19	10.2	22	11.2	19	10.2	19	10.2	1.678	14.9	10,886	14.9	1.678	14.9	10,886	14.9	102,900	13.8
	糖尿病	4	2.1	3	1.5	4	2.0	4	2.0	4	2.0	4	2.0	2	1.1	0.166	1.4	1,391	1.9	0.166	1.4	1,391	1.9	13,896	1.9
腎不全	5	2.6	2	1.0	5	2.5	2	1.1	5	2.5	2	1.1	9	4.8	2.694	3.6	2,819	3.9	2.694	3.6	2,819	3.9	26,946	3.6	
自殺	3	1.6	6	3.0	2	1.0	6	3.0	2	1.0	6	3.0	10	5.3	2.91	2.4	1,654	2.3	2.91	2.4	1,654	2.3	20,171	2.7	
合計	31	7.9	24	6.3	25	6.6	25	6.6	25	6.6	25	6.6	27	6.8											
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	20	10.5	10	5.6	12	6.6	12	6.6	12	6.6	13	6.8												
	女性	11	5.5	14	7.1	13	6.6	14	6.8	14	6.8	14	6.8												
① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,534	16.2	1,579	16.6	1,584	16.7	1,586	16.9	1,584	16.7	1,586	16.9	1,614	15.9	106,977	18.1	619,810	19.1	106,977	18.1	619,810	19.1	6,724,030	19.4
	新規認定者	24	0.3	19	0.3	32	0.2	34	0.3	32	0.2	34	0.3	34	0.3	1,890	0.3	10,081	0.3	1,890	0.3	10,081	0.3	110,289	0.3
	要支援1.2	3,922	10.1	4,141	10.4	4,528	11.6	4,940	12.3	5,450	13.2	5,450	13.2	5,450	13.2	374,899	13.1	1,984,426	14.3	374,899	13.1	1,984,426	14.3	21,785,044	12.9
	要介護1.2	16,912	43.5	17,006	42.9	16,285	41.6	16,782	41.6	16,656	40.4	16,656	40.4	16,656	40.4	1,235,390	43.4	6,527,659	47.0	1,235,390	43.4	6,527,659	47.0	78,107,378	46.3
	要介護3以上	18,052	46.4	18,534	46.7	18,305	46.8	18,611	46.2	19,116	46.4	19,116	46.4	19,116	46.4	1,241,248	43.5	5,384,278	38.7	1,241,248	43.5	5,384,278	38.7	68,963,503	40.8
② 有病状況	2号認定者	39	0.4	36	0.3	33	0.3	34	0.3	34	0.3	34	0.3	34	0.3	2,262	0.4	10,759	0.4	2,262	0.4	10,759	0.4	156,107	0.4
	糖尿病	361	23.1	382	23.6	409	24.2	408	24.7	444	26.2	444	26.2	444	26.2	32,279	28.8	154,694	23.8	32,279	28.8	154,694	23.8	1,712,613	24.3
	高血圧症	990	61.6	997	62.7	1,006	61.3	1,005	61.3	1,049	62.3	1,049	62.3	1,049	62.3	63,115	56.7	352,398	54.8	63,115	56.7	352,398	54.8	3,744,672	53.3
	脂質異常症	433	26.8	428	26.9	444	26.7	454	27.8	506	29.3	506	29.3	506	29.3	37,888	33.7	203,112	31.2	37,888	33.7	203,112	31.2	2,308,216	32.6
	心臓病	1,121	70.1	1,155	72.3	1,156	70.6	1,148	70.6	1,195	71.4	1,195	71.4	1,195	71.4	72,756	65.5	397,324	61.9	72,756	65.5	397,324	61.9	4,224,628	60.3
③ 介護給付費	脳疾患	359	22.7	386	23.4	399	23.8	366	23.1	364	21.5	364	21.5	364	21.5	24,300	22.2	151,330	23.9	24,300	22.2	151,330	23.9	1,566,292	22.6
	がん	154	9.7	180	10.8	192	10.8	176	11.3	191	11.3	191	11.3	191	11.3	12,564	11.2	74,764	11.4	12,564	11.2	74,764	11.4	837,410	11.8
	筋・骨格	940	59.5	968	59.5	962	58.6	967	58.7	985	59.5	985	59.5	985	59.5	62,696	56.4	350,465	54.5	62,696	56.4	350,465	54.5	3,748,372	53.4
	精神	647	40.0	645	40.0	663	40.5	659	40.5	659	40.5	659	40.5	659	40.5	42,026	38.2	246,296	38.6	42,026	38.2	246,296	38.6	2,569,149	36.8
	一人当たり給付費/総給付費	280,374	2,647,290,131	290,920	2,746,865,752	295,903	2,793,911,476	299,339	2,826,359,320	277,252	2,783,054,830	300,230	2,862,208	300,230	2,862,208	286,208	2,990,668								
④ 医療費等	1件当たり給付費(全体)	68,078		69,224		71,423		70,110		67,514		70,503		70,503		59,662		70,503		59,662		70,503		59,662	
	居宅サービス	46,238		45,848		46,375		45,587		44,377		43,936		43,936		41,518		43,936		41,518		43,936		41,272	
	施設サービス	267,114		270,766		277,734		276,463		276,886		291,914		291,914		284,664		291,914		284,664		291,914		296,364	
要介護認定別医療費(40歳以上)	7,543		7,262		7,411		7,266		7,617		9,043		9,043		7,801		9,043		7,801		9,043		8,610		
認定なし	3,627		3,625		3,635		3,509		3,603		4,284		4,284		3,787		4,284		3,787		4,284		4,020		

項目	本溪市												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		R04年度					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合												
① 国保の状況	被保険者数																					
	7,656		7,367		7,144		7,031		6,677		2,020,064		409,533		2,020,064		27,488,882					
	3,742		3,683		3,700		3,651		3,348		501		187,666		45.8		11,129,271		40.5			
2,176		2,067		2,006		1,967		1,905		28.5		127,712		31.2		9,088,015		33.1				
1,738		1,617		1,438		1,413		20.1		1,424		21.3		94,155		23.0		7,271,596		26.5		
22.5		21.7		21.0		20.7		20.4		22.4		21.1		22.3		22.3		22.3		0.3		
② 医療の概況 (人口対)	入院患者数																					
	338,876		344,973		346,122		357,532		371,623		394,521		355,308		394,521		339,680		339,680		3.2	
	830.6		841.317		808.743		849.907		864.526		751.942		765.634		751.942		705.439		705.439		60.4	
③ 医療費の状況	外来患者数																					
	60.1		61.3		62.6		63.2		65.7		56.7		62.6		56.7		60.4		60.4		97.5	
	97.9		97.9		98.0		98.0		98.1		96.9		97.7		96.9		97.5		97.5		39.6	
2.1		2.1		2.0		2.0		1.9		3.1		2.3		3.1		2.5		2.5		157.7		
④ 医療費分析	1件あたり医療費																					
	445,884,550		494,695,780		533,348,150		476,444,180		448,879,460		347		355,308		347		339,680		339,680		32.2	
	74,912,070		58,899,470		59,270,010		58,316,910		47,845,530		7.5		8.1		7.5		8.2		8.2		10.4	
⑤ 医療費分析	入院患者数																					
	157,922,070		116		168,613,230		119		149,244,690		11.5		10.8		11.1		10.8		10.4		5.9	
	135,933,460		100		115,700,140		81		107,072,950		8.3		6.3		6.5		5.9		5.9		4.1	
⑥ 医療費分析	外来患者数																					
	83,174,690		61		73,609,800		52		69,249,130		5.4		3.8		4.5		3.9		3.9		2.8	
	21,678,050		1.6		33,305,640		2.4		59,032,270		4.3		2.6		3.5		3.5		3.9		16.7	
⑦ 医療費分析	1件あたり医療費																					
	55,693,340		4.1		38,900,530		2.8		54,238,530		4.2		2.6		3.6		2.8		2.8		16.7	
	127,337,040		9.4		131,329,840		9.5		138,839,740		10.0		16.2		14.2		14.7		14.7		16.7	
⑧ 医療費分析	入院患者数																					
	452		0.3		204		0.2		329		0.2		177		0.1		185		0.2		256	
	1,260		0.9		2,095		1.6		1,513		1.1		891		0.7		1,122		0.8		1,144	
⑨ 医療費分析	外来患者数																					
	2,086		1.5		3,764		2.8		7,632		5.8		1,899		1.5		5,824		4.4		5,983	
	4,524		3.3		4,848		3.6		3,129		2.4		5,921		4.6		4,385		2.6		3,942	
⑩ 医療費分析	入院患者数																					
	3,142		2.3		2,838		2.1		2,015		1.6		2,747		2.2		4,815		2.8		4,051	
	17,303		8.5		16,930		8.0		15,987		7.4		16,387		7.3		12,145		5.5		10,143	
⑪ 医療費分析	外来患者数																					
	19,859		9.7		20,709		9.8		22,050		9.8		22,106		9.1		20,296		9.1		17,720	
	10,859		5.3		10,843		5.2		10,290		4.8		10,346		4.2		7,959		3.6		7,092	
⑫ 医療費分析	入院患者数																					
	746		0.4		856		0.4		764		0.3		762		0.3		1,056		0.5		825	
	3,426		1.7		3,260		1.5		2,850		1.3		2,997		1.2		2,391		1.1		1,722	
⑬ 医療費分析	外来患者数																					
	10,224		5.0		8,743		4.1		11,765		5.2		9,563		3.9		18,492		8.3		15,781	
	4,910		2.3		3,592		2.3		4,014		2.3		3,775		2.3		2,817		2.3		2,031	
⑭ 医療費分析	入院患者数																					
	11,544		12,945		14,781		13,746		13,870		13,920		12,879		13,920		13,295		13,295		13,295	
	11,651		11,018		8,607		9,484		9,143		7,237		7,787		7,237		6,142		6,142		6,142	
⑮ 医療費分析	外来患者数																					
	27,392		30,473		35,418		32,479		33,590		38,862		35,596		40,210		40,210		40,210		40,210	
	1,088		1,052		1,018		996		996		44.4		877		41.4		64,841		56.1		3,698,441	
⑯ 医療費分析	入院患者数																					
	1,017		4.0		966		38.6		906		39.4		800		37.7		56,437		50.5		3,375,719	
	71		2.8		86		3.4		112		4.9		77		3.6		6,404		5.5		322,722	

項目	本栗市											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			
5 健診	① 健診受診者	2,540		2,503		2,302		2,242		2,120		592,263		115,681		6,503,152			
	② 受診率	46.1	県内14位 同規模68位	47.1	43.8	43.8	県内15位 同規模60位	43.6	県内21位 同規模84位	44.4	県内18位 同規模82位	39.7	40.4	全国15位	35.3				
	③ 特定保健指導終了者(実施率)	224	8.0	232	83.5	177	71.4	186	68.1	186	68.1	76.4	11,197	16.7	1,677	41.5	69,327	9.0	
	④ 非肥満高血糖	202	8.0	205	8.2	186	8.1	182	8.1	182	8.1	170	8.0	62,750	10.6	9,586	8.3	588,083	9.0
	特定健診の状況 (法定報告) 県内市町村数 44市町村	⑤ 該当者	485	19.1	497	19.9	481	20.9	474	21.1	432	20.4	125,726	21.2	22,904	19.8	1,321,197	20.3	
		⑥ 男性	344	31.3	355	32.7	333	34.1	322	33.5	297	33.3	86,891	32.6	15,728	31.2	923,222	32.0	
		⑦ 女性	141	9.6	142	10.0	148	11.2	152	11.9	135	11.0	38,835	11.9	7,176	11.0	397,975	11.0	
		⑧ 予備群	246	9.7	250	10.0	228	9.9	246	11.0	228	10.6	64,270	10.9	12,002	10.4	730,607	11.2	
		⑨ 男性	162	14.7	178	16.4	157	16.1	170	17.7	161	18.0	44,986	16.9	8,435	16.7	515,813	17.9	
	⑩ 女性	84	5.8	72	5.1	71	5.4	76	5.9	64	5.2	19,284	5.9	3,567	5.5	214,794	5.9		
	同規模平均	⑪ 総数	822	32.4	822	32.8	789	33.4	795	35.5	735	34.7	207,581	35.0	38,490	33.3	2,273,296	35.0	
		⑫ 男性	571	51.9	589	54.2	533	54.6	550	57.2	519	58.1	143,863	54.0	26,639	52.8	1,592,747	55.3	
		⑬ 女性	251	17.4	233	16.5	236	17.8	245	19.1	216	17.6	63,718	19.6	11,851	18.2	680,549	18.8	
		⑭ 総数	122	4.8	130	5.2	111	4.8	103	4.6	92	4.3	31,109	5.3	5,460	4.7	304,276	4.7	
⑮ 男性		14	1.3	17	1.6	10	1.0	15	1.6	15	1.7	4,873	1.8	959	1.9	48,780	1.7		
⑯ 女性		108	7.5	113	8.0	101	7.6	88	6.9	77	6.3	26,236	8.1	4,501	6.9	255,496	7.1		
問診の状況		⑰ 該当者	14	0.6	12	0.5	12	0.5	11	0.5	14	0.7	3,957	0.7	600	0.5	41,541	0.6	
		⑱ 予備群	139	5.5	132	5.3	114	5.0	127	5.7	118	5.6	46,037	7.8	8,258	7.1	514,593	7.9	
		⑲ 血糖のみ	93	3.7	106	4.2	102	4.4	108	4.8	93	4.4	14,276	2.4	3,144	2.7	174,473	2.7	
		⑳ 血糖・血圧	47	1.9	45	1.8	51	2.2	45	2.0	55	2.6	19,597	3.3	2,882	2.5	193,722	3.0	
		㉑ 血糖・血圧・脂質	33	1.3	29	1.2	30	1.3	30	1.3	28	1.3	6,479	1.1	1,165	1.0	67,212	1.0	
	㉒ 血圧・脂質	271	10.7	276	11.0	256	11.1	241	10.7	203	9.6	57,258	9.7	11,426	9.9	630,648	9.7		
	㉓ 血糖・血圧・脂質	134	5.3	147	5.9	144	6.3	158	7.0	146	6.9	42,392	7.2	7,431	6.4	429,615	6.6		
	㉔ 高血圧	990	39.0	972	38.8	905	39.3	875	39.0	848	40.0	231,630	39.1	41,909	36.2	2,324,538	35.8		
	㉕ 糖尿病	220	8.7	227	9.1	201	8.7	194	8.7	190	9.0	58,534	9.9	10,841	9.4	564,473	8.7		
	㉖ 脂質異常症	691	27.2	695	27.8	652	28.3	656	29.3	632	29.8	172,940	29.2	33,370	28.9	1,817,350	28.0		
6 問診	㉗ 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	76	3.0	71	2.8	62	2.7	57	2.5	63	3.0	18,808	3.3	3,320	2.9	199,003	3.1		
	㉘ 心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	172	6.8	170	6.8	144	6.3	126	5.6	112	5.3	34,129	5.9	6,913	6.1	349,845	5.5		
	㉙ 腎不全	26	1.0	17	0.7	24	1.0	17	0.8	17	0.8	5,247	0.9	1,061	0.9	51,680	0.8		
	㉚ 貧血	259	10.2	220	8.8	220	9.6	200	8.9	182	8.6	57,291	10.0	12,037	10.5	689,737	10.6		
	㉛ 喫煙	286	11.3	269	10.7	234	10.2	238	10.6	217	10.2	76,177	12.9	14,338	12.4	896,676	13.8		
	㉜ 週8回以上朝食を抜く	120	4.7	101	4.0	85	3.7	107	4.8	111	5.2	43,784	7.8	5,904	7.0	609,166	10.3		
	㉝ 週8回以上夕食を抜く	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	㉞ 週8回以上食後閉食(〜H29)	339	13.3	326	13.0	269	11.7	253	11.3	236	11.1	84,037	14.9	12,440	13.4	932,218	15.7		
	㉟ 週8回以上夜間閉食	339	13.3	326	13.0	269	11.7	253	11.3	236	11.1	84,037	14.9	12,440	13.4	932,218	15.7		
	㊱ 食べる速度が遅い	675	26.6	661	26.4	620	26.9	588	26.2	568	26.8	150,446	26.8	22,770	26.9	1,590,713	26.8		
	㊲ 20歳時体重から10%以上増加	841	33.1	821	32.8	775	33.7	756	33.7	689	32.5	194,667	34.7	28,513	33.6	2,083,152	34.9		
	㊳ 1830分以上運動習慣なし	1,425	56.1	1,468	58.6	1,349	58.6	1,300	58.0	1,251	59.0	351,379	62.7	57,957	62.6	3,589,415	60.3		
	㊴ 1日1時間以上運動なし	1,198	47.2	1,201	48.0	1,137	49.4	1,120	50.0	1,027	48.5	266,155	47.2	48,029	51.4	2,858,913	48.0		
	㊵ 睡眠不足	614	24.2	680	27.2	607	26.4	584	26.5	589	27.8	140,728	25.0	24,884	26.7	1,521,685	25.6		
㊶ 毎日飲酒	592	23.3	574	23.0	496	21.6	503	22.4	460	21.7	145,485	25.4	20,156	23.6	1,585,206	25.5			
㊷ 時々飲酒	523	20.6	513	20.5	509	22.1	455	20.3	437	20.6	117,378	20.5	17,084	20.0	1,393,154	22.4			
㊸ 1食未満	914	65.5	888	63.0	617	57.4	558	54.9	558	54.9	233,047	62.9	33,304	64.8	2,851,798	64.2			
㊹ 1〜2食	338	24.2	371	26.3	334	31.1	326	32.1	279	28.9	93,110	23.8	12,221	23.8	1,053,317	23.7			
㊺ 2〜3食	122	8.7	120	8.5	98	9.1	107	10.5	99	10.4	35,293	9.5	4,632	9.0	414,658	9.3			
㊻ 3食以上	21	1.5	30	2.1	26	2.4	26	2.6	22	2.3	9,221	2.5	1,216	2.4	122,039	2.7			

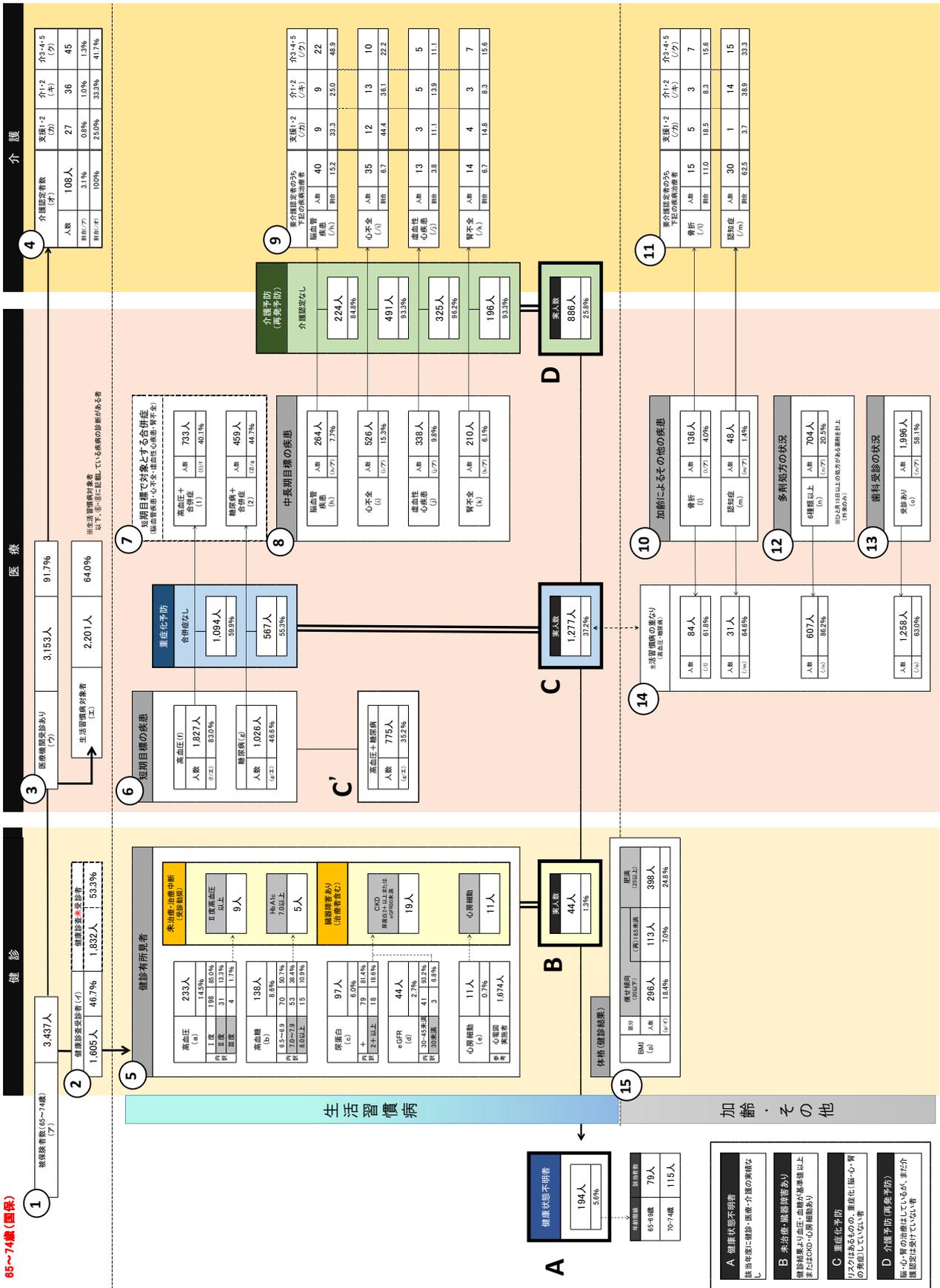
② 65～74 歳(国保)

令和4年度

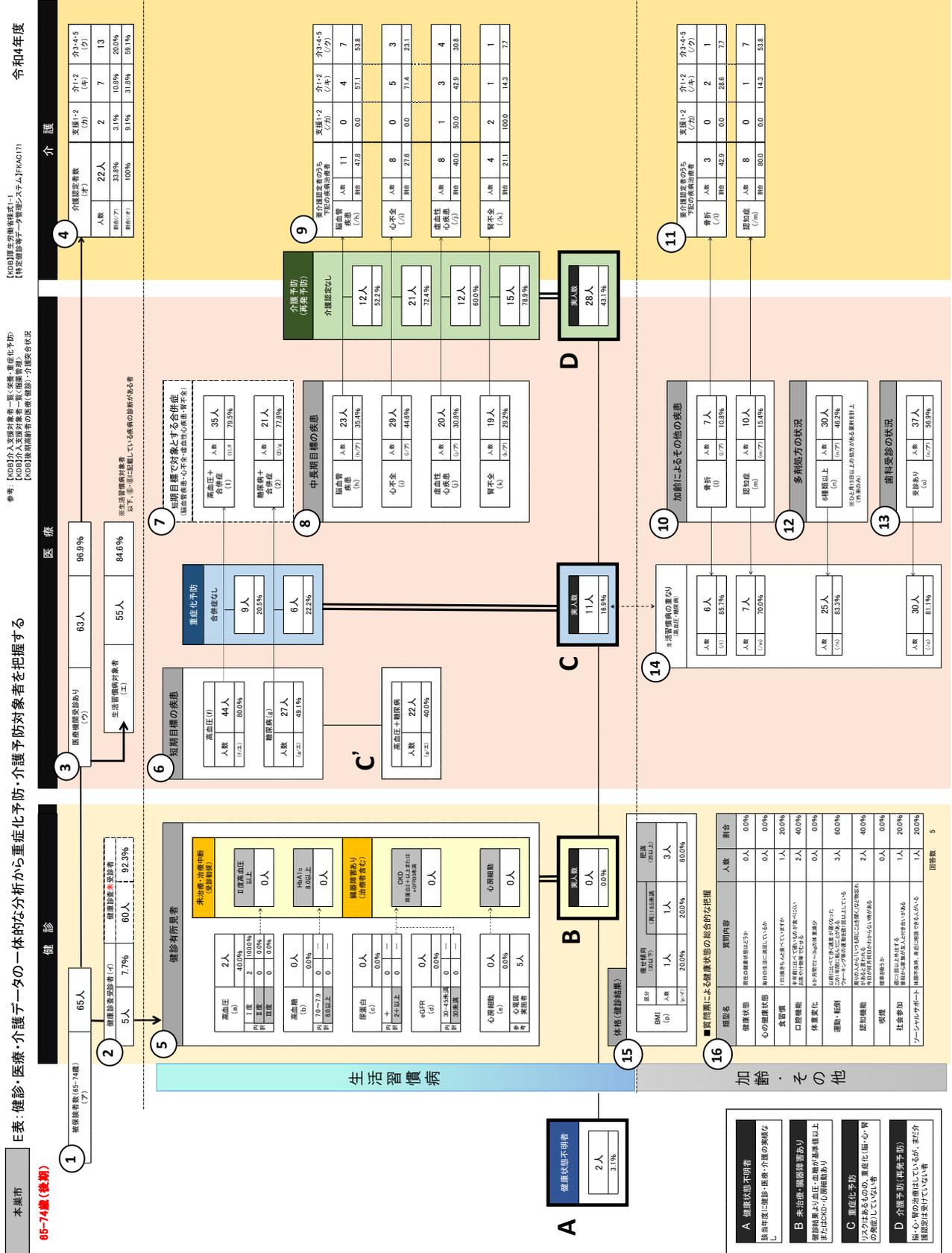
【09】厚生労働省様式「1」
【特定高齢者予診票】(F40317)

参考: 【09】介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)
【09】介入支援対象者一覧(介護予防)

E表: 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する



③65～74歳(後期：障害認定加入)



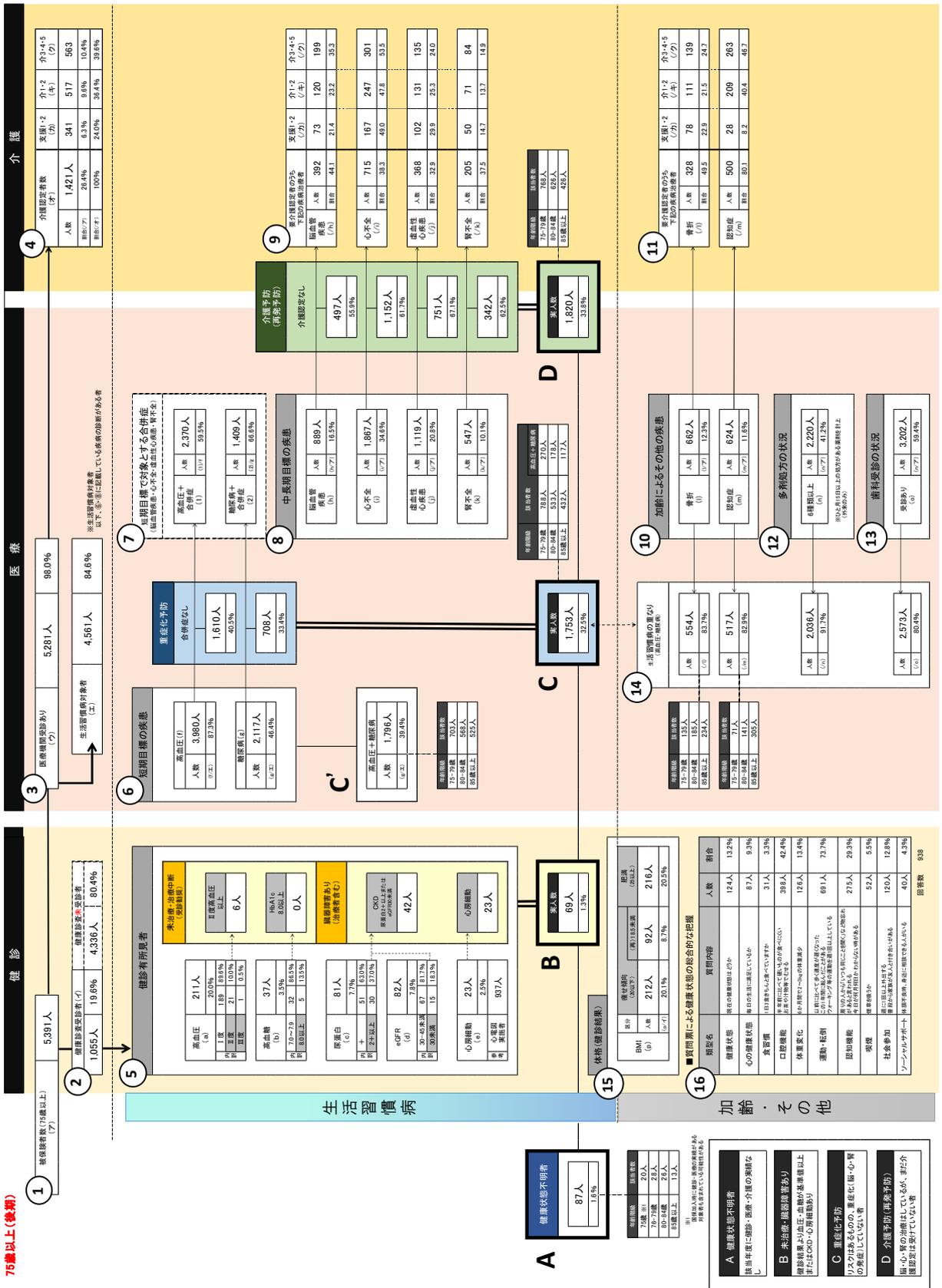
④ 75歳以上(後期)

令和6年度

【Q6】厚生労働省形式1-1
【特定高齢者ケア管理システム】P46D171

参考: 【Q6】A支援対象者一覧(対象者:重症化予防)
【Q6】B健康状態別高齢者の数(健康・介護・介護受給状況)

E表: 健康・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する



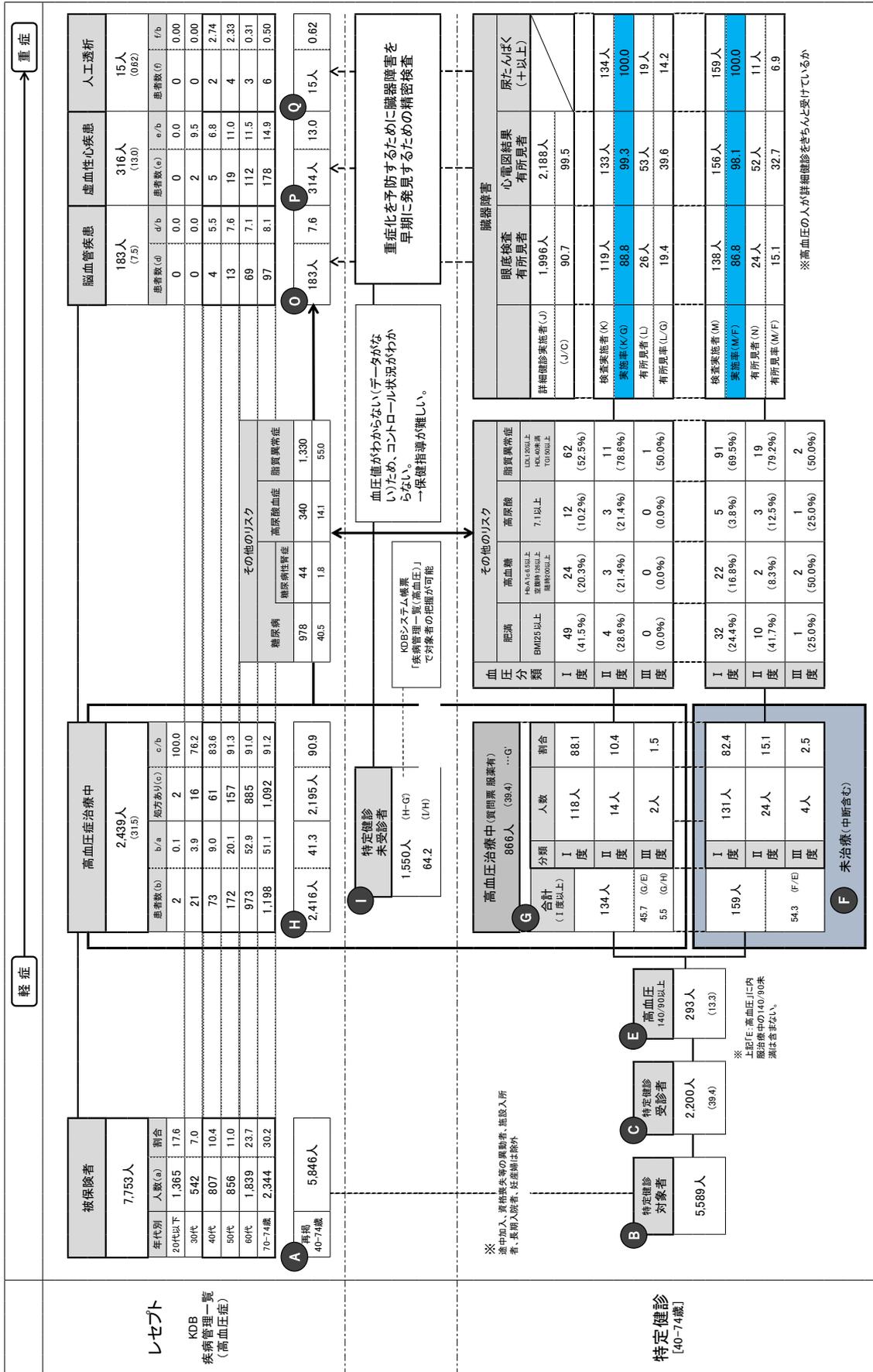
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実数	割合	本巣市										同規模保険者(平均)	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03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
1	①	被保険者数	7,987人		7,638人		7,318人		7,176人		7,048人					
	②	(再掲)40-74歳	6,179人		5,950人		5,776人		5,785人		5,613人					
2	①	特定健診 対象者数(法定報告)	5,499人		5,308人		5,245人		5,133人		4,793人					
	②	受診者数(法定報告)	2,541人		2,501人		2,301人		2,243人		2,126人					
	③	受診率(法定報告)	46.2%		47.1%		43.9%		43.7%		44.4%					
3	①	特定 保健指導 対象者数	255人		278人		248人		273人		225人					
	②	実施率(法定報告)	87.8%		81.3%		69.8%		66.3%		76.4%					
4	健診 データ	①	糖尿病型	282人	10.9%	275人	10.8%	255人	10.9%	256人	11.2%	245人	11.1%			
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	58人	20.6%	47人	17.1%	49人	19.2%	62人	24.2%	48人	19.6%			
		③	治療中(質問票 服薬あり)	224人	79.4%	228人	82.9%	206人	80.8%	194人	75.8%	197人	80.4%			
		④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	81人	36.2%	68人	29.8%	50人	24.3%	69人	35.6%	71人	36.0%			
		⑤		血圧 130/80以上	35人	43.2%	32人	47.1%	24人	48.0%	39人	56.5%	37人	52.1%		
		⑥		肥満 BMI25以上	32人	39.5%	23人	33.8%	19人	38.0%	33人	47.8%	34人	47.9%		
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	143人	63.8%	160人	70.2%	156人	75.7%	125人	64.4%	126人	64.0%			
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	217人	77.0%	215人	78.2%	205人	80.4%	193人	75.4%	178人	72.7%			
		⑨		第2期 尿蛋白(±)	25人	8.9%	23人	8.4%	26人	10.2%	29人	11.3%	37人	15.1%		
		⑩		第3期 尿蛋白(+)以上	35人	12.4%	35人	12.7%	20人	7.8%	30人	11.7%	28人	11.4%		
		⑪		第4期 eGFR30未満	5人	1.8%	2人	0.7%	4人	1.6%	4人	1.6%	2人	0.8%		
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	136.0人		133.5人		128.7人		144.4人		144.6人				
		②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	173.7人		168.6人		160.8人		176.7人		179.2人				
		③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	5,767件	(974.5)	5,767件	(1003.0)	5,769件	(1011.0)	5,988件	(1065.9)	5,634件	(1072.5)	1,557,522件	(951.6)	
		④		入院(件数)	24件	(4.1)	31件	(5.4)	40件	(7.0)	29件	(5.2)	14件	(2.7)	7,406件	(4.5)
		⑤	糖尿病治療中	1,086人	13.6%	1,020人	13.4%	942人	12.9%	1,036人	14.4%	1,019人	14.5%			
		⑥	(再掲)40-74歳	1,073人	17.4%	1,003人	16.9%	929人	16.1%	1,022人	17.7%	1,006人	17.9%			
		⑦	健診未受診者	849人	79.1%	779人	77.7%	723人	77.8%	828人	81.0%	809人	80.4%			
		⑧	インスリン治療	73人	6.7%	63人	6.2%	70人	7.4%	78人	7.5%	72人	7.1%			
		⑨	(再掲)40-74歳	73人	6.8%	63人	6.3%	70人	7.5%	78人	7.6%	71人	7.1%			
		⑩	糖尿病性腎症	40人	3.7%	31人	3.0%	34人	3.6%	35人	3.4%	34人	3.3%			
		⑪	(再掲)40-74歳	40人	3.7%	31人	3.1%	34人	3.7%	35人	3.4%	34人	3.4%			
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	9人	0.8%	6人	0.6%	7人	0.7%	9人	0.9%	9人	0.9%			
		⑬	(再掲)40-74歳	9人	0.8%	6人	0.6%	7人	0.8%	9人	0.9%	9人	0.9%			
		⑭	新規透析患者数 ※%=Y/H'	2人	0.2%	3人	0.3%	4人	0.4%	2人	0.2%	3人	0.3%			
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症※%=Z/Y	1人	50%	0人	0%	3人	75%	0人	0%	2人	75%			
		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)	22人	1.8%	22人	1.7%	17人	1.3%	21人	1.5%	20人	1.3%			
6	医療費	①	総医療費	25億9444万円		25億4142万円		24億7269万円		25億1381万円		24億8133万円		28億4626万円		
		②	生活習慣病総医療費	13億5892万円		13億8867万円		14億2232万円		13億8569万円		12億9401万円		15億3700万円		
		③	(総医療費に占める割合)	52.4%		54.6%		57.5%		55.1%		52.1%		54.0%		
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	11,651円		11,018円		8,607円		9,484円		9,143円		7,237円	
		⑤		健診未受診者	27,392円		30,473円		35,418円		32,479円		33,590円		38,862円	
		⑥	糖尿病医療費	1億5792万円		1億6453万円		1億6861万円		1億6271万円		1億4924万円		1億6596万円		
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.6%		11.8%		11.9%		11.7%		11.5%		10.8%		
		⑧	糖尿病入院外総医療費	4億2880万円		4億3384万円		4億6323万円		5億0299万円		4億6811万円				
		⑨	1件あたり	30,800円		31,365円		34,202円		35,342円		34,639円				
		⑩	糖尿病入院総医療費	2億1331万円		2億6423万円		3億0304万円		2億6985万円		2億2056万円				
		⑪	1件あたり	621,893円		624,655円		639,319円		607,777円		589,741円				
		⑫	在院日数	15日		17日		18日		16日		16日				
		⑬	慢性腎不全医療費	8324万円		7065万円		6489万円		6652万円		5680万円		1億2396万円		
		⑭	透析有り	7491万円		5890万円		5927万円		5832万円		4785万円		1億1532万円		
		⑮	透析なし	833万円		1175万円		562万円		821万円		896万円		863万円		
7	介護	①	介護給付費	26億4729万円		27億4687万円		27億9391万円		28億2636万円		27億8305万円		34億9905万円		
		②	(2号認定者)糖尿病合併症	1件	4.0%	1件	4.8%	1件	5.3%	2件	11.1%	2件	9.1%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	4人	1.2%	3人	0.9%	4人	1.2%	2人	0.6%	0人	0.0%	2,819人	1.0%		

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

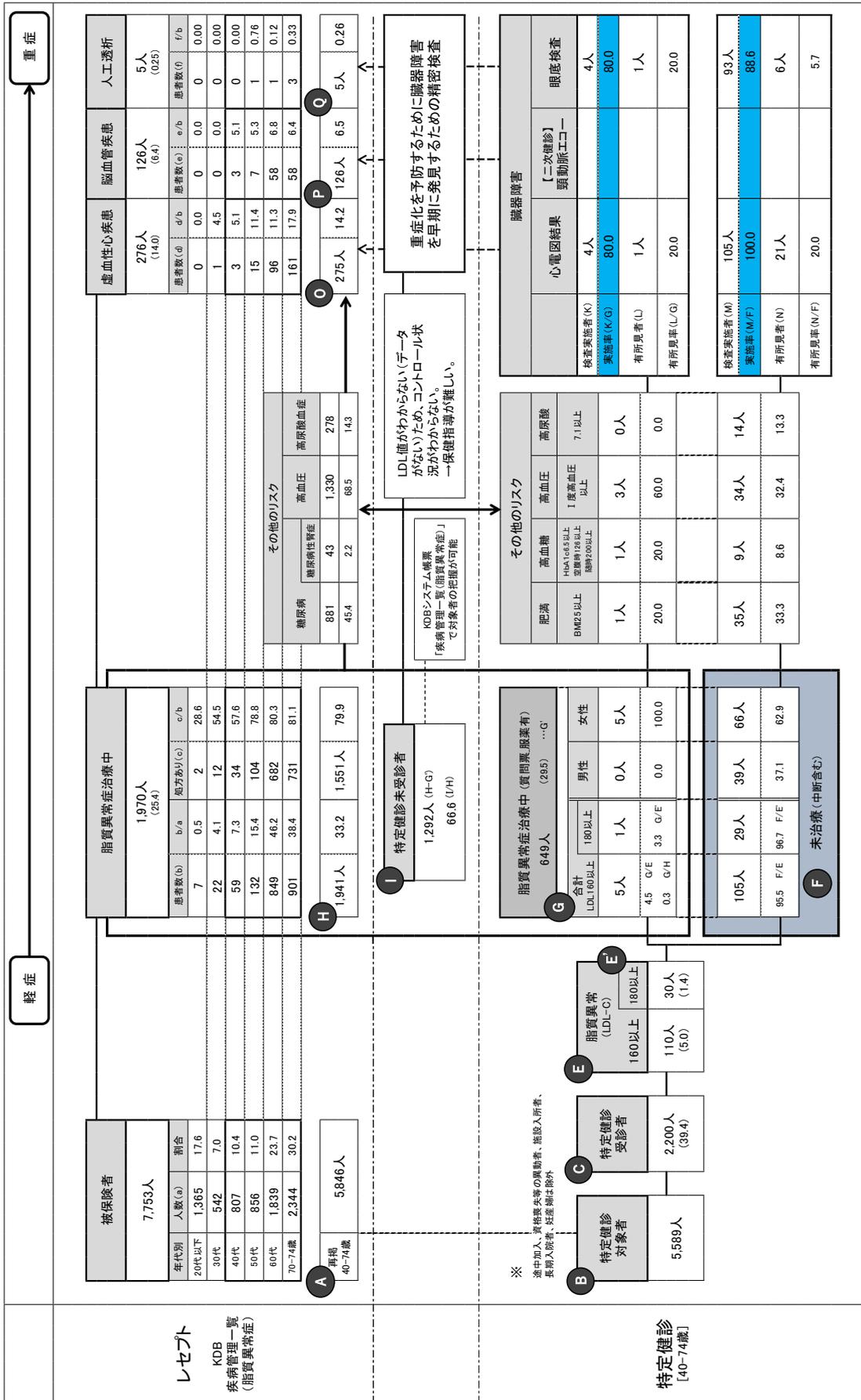


※レセプト情報は、該当年度に資料がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点まで資料を要失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築 介入支援対象者一覧(薬業 重症化予防)」から集計

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

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

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に原簿がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築」介入支援対象者一貫(対象・重症化予防)から集計

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
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	2,783	1,327	47.7%	959	34.5%	307	11.0%	99	3.6%	73	2.6%	18	0.6%	43	1.5%	10	0.4%	
H30	2,588	1,248	48.2%	885	34.2%	282	10.9%	86	3.3%	76	2.9%	11	0.4%	33	1.3%	5	0.2%	
R01	2,532	1,188	46.9%	885	35.0%	296	11.7%	92	3.6%	53	2.1%	18	0.7%	45	1.8%	13	0.5%	
R02	2,333	1,090	46.7%	812	34.8%	291	12.5%	80	3.4%	44	1.9%	16	0.7%	36	1.5%	13	0.6%	
R03	2,281	1,021	44.8%	814	35.7%	275	12.1%	88	3.9%	59	2.6%	24	1.1%	47	2.1%	18	0.8%	
R04	2,199	943	42.9%	806	36.7%	291	13.2%	79	3.6%	61	2.8%	19	0.9%	46	2.1%	11	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		再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
											人数
H29	2,783	1,327	959	307	190	6.8%	66	34.7%	124	65.3%	6.8%
					91	3.3%	28	30.8%	63	69.2%	
H30	2,588	1,248	885	282	173	6.7%	52	30.1%	121	69.9%	6.7%
					87	3.4%	18	20.7%	69	79.3%	
R01	2,532	1,188	885	296	163	6.4%	45	27.6%	118	72.4%	6.4%
					71	2.8%	11	15.5%	60	84.5%	
R02	2,333	1,090	812	291	140	6.0%	47	33.6%	93	66.4%	6.0%
					60	2.6%	13	21.7%	47	78.3%	
R03	2,281	1,021	814	275	171	7.5%	57	33.3%	114	66.7%	7.5%
					83	3.6%	17	20.5%	66	79.5%	
R04	2,199	943	806	291	159	7.2%	43	27.0%	116	73.0%	7.2%
					80	3.6%	18	22.5%	62	77.5%	

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	
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	220	7.9%	10	4.5%	31	14.1%	55	25.0%	61	27.7%	49	22.3%	14	6.4%	32	14.5%	6	2.7%
	H30	224	8.7%	5	2.2%	33	14.7%	65	29.0%	52	23.2%	60	26.8%	9	4.0%	26	11.6%	5	2.2%
	R01	228	9.0%	5	2.2%	28	12.3%	77	33.8%	58	25.4%	46	20.2%	14	6.1%	38	16.7%	9	3.9%
	R02	206	8.8%	9	4.4%	22	10.7%	82	39.8%	46	22.3%	36	17.5%	11	5.3%	29	14.1%	9	4.4%
	R03	194	8.5%	5	2.6%	21	10.8%	54	27.8%	48	24.7%	50	25.8%	16	8.2%	34	17.5%	12	6.2%
治療なし	H29	2,563	92.1%	1,317	51.4%	928	36.2%	252	9.8%	38	1.5%	24	0.9%	4	0.2%	11	0.4%	4	0.2%
	H30	2,364	91.3%	1,243	52.6%	852	36.0%	217	9.2%	34	1.4%	16	0.7%	2	0.1%	7	0.3%	0	0.0%
	R01	2,304	91.0%	1,183	51.3%	857	37.2%	219	9.5%	34	1.5%	7	0.3%	4	0.2%	7	0.3%	4	0.2%
	R02	2,127	91.2%	1,081	50.8%	790	37.1%	209	9.8%	34	1.6%	8	0.4%	5	0.2%	7	0.3%	4	0.2%
	R03	2,087	91.5%	1,016	48.7%	793	38.0%	221	10.6%	40	1.9%	9	0.4%	8	0.4%	13	0.6%	6	0.3%
R04	2,002	91.0%	940	47.0%	782	39.1%	237	11.8%	25	1.2%	16	0.8%	2	0.1%	8	0.4%	0	0.0%	

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	2,790	1,038	37.2%	647	23.2%	662	23.7%	374	13.4%	60	2.2%	9	0.3%
H30	2,593	999	38.5%	612	23.6%	591	22.8%	332	12.8%	50	1.9%	9	0.3%
R01	2,539	1,011	39.8%	553	21.8%	603	23.7%	316	12.4%	54	2.1%	2	0.1%
R02	2,336	827	35.4%	557	23.8%	557	23.8%	330	14.1%	59	2.5%	6	0.3%
R03	2,285	794	34.7%	578	25.3%	556	24.3%	296	13.0%	53	2.3%	8	0.4%
R04	2,200	833	37.9%	571	26.0%	503	22.9%	249	11.3%	38	1.7%	6	0.3%

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	未治療	治療		
H29	2,790	1,685 60.4%	662 23.7%	374 13.4%	69 2.5%	42 60.9%	27 39.1%	2.5%	0.3%
H30	2,593	1,611 62.1%	591 22.8%	332 12.8%	59 2.3%	40 67.8%	19 32.2%	2.3%	0.3%
R01	2,539	1,564 61.6%	603 23.7%	316 12.4%	56 2.2%	33 58.9%	23 41.1%	2.2%	0.1%
R02	2,336	1,384 59.2%	557 23.8%	330 14.1%	65 2.8%	46 70.8%	19 29.2%	2.8%	0.3%
R03	2,285	1,372 60.0%	556 24.3%	296 13.0%	61 2.7%	43 70.5%	18 29.5%	2.7%	0.4%
R04	2,200	1,404 63.8%	503 22.9%	249 11.3%	44 2.0%	28 63.6%	16 36.4%	2.0%	0.3%

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	1,025	36.7%	278	27.1%	262	25.6%	293	28.6%	165	16.1%	23	2.2%	4	0.4%
	H30	1,004	38.7%	274	27.3%	261	26.0%	295	29.4%	155	15.4%	17	1.7%	2	0.2%
	R01	982	38.7%	267	27.2%	272	27.7%	286	29.1%	134	13.6%	22	2.2%	1	0.1%
	R02	915	39.2%	225	24.6%	255	27.9%	263	28.7%	153	16.7%	17	1.9%	2	0.2%
	R03	885	38.7%	196	22.1%	258	29.2%	266	30.1%	147	16.6%	16	1.8%	2	0.2%
	R04	866	39.4%	247	28.5%	242	27.9%	243	28.1%	118	13.6%	14	1.6%	2	0.2%
治療なし	H29	1,765	63.3%	760	43.1%	385	21.8%	369	20.9%	209	11.8%	37	2.1%	5	0.3%
	H30	1,589	61.3%	725	45.6%	351	22.1%	296	18.6%	177	11.1%	33	2.1%	7	0.4%
	R01	1,557	61.3%	744	47.8%	281	18.0%	317	20.4%	182	11.7%	32	2.1%	1	0.1%
	R02	1,421	60.8%	602	42.4%	302	21.3%	294	20.7%	177	12.5%	42	3.0%	4	0.3%
	R03	1,400	61.3%	598	42.7%	320	22.9%	290	20.7%	149	10.6%	37	2.6%	6	0.4%
	R04	1,334	60.6%	586	43.9%	329	24.7%	260	19.5%	131	9.8%	24	1.8%	4	0.3%

参考資料9 LDL-コレステロールの年次比較

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	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	2,789	1,707	61.2%	636	22.8%	315	11.3%	95	3.4%	36	1.3%
	H30	2,593	1,545	59.6%	601	23.2%	306	11.8%	96	3.7%	45	1.7%
	R01	2,539	1,489	58.6%	612	24.1%	293	11.5%	111	4.4%	34	1.3%
	R02	2,336	1,330	56.9%	583	25.0%	296	12.7%	98	4.2%	29	1.2%
	R03	2,285	1,312	57.4%	563	24.6%	264	11.6%	102	4.5%	44	1.9%
	R04	2,200	1,334	60.6%	499	22.7%	257	11.7%	80	3.6%	30	1.4%
男性	H29	1,208	828	68.5%	239	19.8%	105	8.7%	30	2.5%	6	0.5%
	H30	1,120	734	65.5%	247	22.1%	94	8.4%	38	3.4%	7	0.6%
	R01	1,100	709	64.5%	244	22.2%	95	8.6%	43	3.9%	9	0.8%
	R02	992	625	63.0%	230	23.2%	97	9.8%	34	3.4%	6	0.6%
	R03	975	609	62.5%	220	22.6%	99	10.2%	32	3.3%	15	1.5%
	R04	925	600	64.9%	199	21.5%	87	9.4%	26	2.8%	13	1.4%
女性	H29	1,581	879	55.6%	397	25.1%	210	13.3%	65	4.1%	30	1.9%
	H30	1,473	811	55.1%	354	24.0%	212	14.4%	58	3.9%	38	2.6%
	R01	1,439	780	54.2%	368	25.6%	198	13.8%	68	4.7%	25	1.7%
	R02	1,344	705	52.5%	353	26.3%	199	14.8%	64	4.8%	23	1.7%
	R03	1,310	703	53.7%	343	26.2%	165	12.6%	70	5.3%	29	2.2%
	R04	1,275	734	57.6%	300	23.5%	170	13.3%	54	4.2%	17	1.3%

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	2,789	1,707	636	315	131	115	16	36	4.7%
					4.7%	87.8%	12.2%		
H30	2,593	1,545	601	306	141	122	19	45	5.4%
					5.4%	86.5%	13.5%		
R01	2,539	1,489	612	293	145	124	21	34	5.7%
					5.7%	85.5%	14.5%		
R02	2,336	1,330	583	296	127	117	10	29	5.4%
					5.4%	92.1%	7.9%		
R03	2,285	1,312	563	264	146	133	13	44	6.4%
					6.4%	91.1%	8.9%		
R04	2,200	1,334	499	257	110	105	5	30	5.0%
					5.0%	95.5%	4.5%		

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	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	734	26.3%	574	78.2%	100	13.6%	44	6.0%	9	1.2%	7	1.0%
	H30	701	27.0%	547	78.0%	97	13.8%	38	5.4%	8	1.1%	11	1.6%
	R01	700	27.6%	548	78.3%	104	14.9%	27	3.9%	15	2.1%	6	0.9%
	R02	661	28.3%	500	75.6%	118	17.9%	33	5.0%	8	1.2%	2	0.3%
	R03	666	29.1%	513	77.0%	108	16.2%	32	4.8%	6	0.9%	7	1.1%
	R04	649	29.5%	512	78.9%	102	15.7%	30	4.6%	4	0.6%	1	0.2%
治療なし	H29	2,055	73.7%	1,133	55.1%	536	26.1%	271	13.2%	86	4.2%	29	1.4%
	H30	1,892	73.0%	998	52.7%	504	26.6%	268	14.2%	88	4.7%	34	1.8%
	R01	1,839	72.4%	941	51.2%	508	27.6%	266	14.5%	96	5.2%	28	1.5%
	R02	1,675	71.7%	830	49.6%	465	27.8%	263	15.7%	90	5.4%	27	1.6%
	R03	1,619	70.9%	799	49.4%	455	28.1%	232	14.3%	96	5.9%	37	2.3%
	R04	1,551	70.5%	822	53.0%	397	25.6%	227	14.6%	76	4.9%	29	1.9%

参考資料10 令和3年度 新規脳血管疾患・新規虚血性心疾患・透析患者の健診・医療・介護の状況

R03年度		脳血管疾患【新規】										介護		国保資格																			
性別	年齢	特定健診				医療				年間医療費(円)				R04年度 介護 認定率	R04年度 介護 給付費	5 年 保 以 取 内 得	喪失事由 死亡																
		受診状況		重症化・合併症		基礎疾患		R01年度		R02年度		R03年度						R04年度															
R03 男性	65 歳未満	33人	73.3%	H30年度 13人	28.9%	R01年度 28人	62.2%	R02年度 14人	31%	R03年度 15人	33%	R04年度 15人	33%	脳血管 疾患(人)	45人	人工 透析	0人	37人	24人	28人	2325万円	1860万円	2520万円	9529万円	5651万円	9人	20.0%	6人	547万円	17人	38%	4人	9%
				メタボリッ ク該当 者・予備 群歴有		82%		26.7%		82.2%		53.3%		62.2%																			

※1 H30～R02年度に一度も脳血管疾患の診断がなく、R03年度にその診断がある者(R03年度以降に資格取得した者を除く)
新規認定者 45人

R03年度		虚血性心疾患【新規】										介護		国保資格																			
性別	年齢	特定健診				医療				年間医療費(円)				R04年度 介護 認定率	R04年度 介護 給付費	5 年 保 以 取 内 得	喪失事由 死亡																
		受診状況		重症化・合併症		基礎疾患		R01年度		R02年度		R03年度						R04年度															
R03 男性	65 歳未満	25人	41.7%	H30年度 21人	35.0%	R01年度 24人	40.0%	R02年度 28人	47%	R03年度 28人	47%	R04年度 26人	43%	虚血性 心疾患 (人)	60人	人工 透析	2人	48人	25人	41人	2941万円	2461万円	4068万円	6441万円	5113万円	2人	3.3%	1人	296万円	24人	40%	4人	7%
				メタボリッ ク該当 者・予備 群歴有		92%		13.3%		80.0%		41.7%		68.3%																			

※1 H30～R02年度に一度も虚血性心疾患の診断がなく、R03年度にその診断がある者(R03年度以降に資格取得した者を除く)
新規認定者 60人

R03年度		透析										介護		国保資格																			
性別	年齢	特定健診				医療				年間医療費(円)				R04年度 介護 認定率	R04年度 介護 給付費	5 年 保 以 取 内 得	喪失事由 死亡																
		受診状況		重症化・合併症		基礎疾患		R01年度		R02年度		R03年度						R04年度															
R03 男性	65 歳未満	12人	60.0%	H30年度 9人	45.0%	R01年度 1人	5.0%	R02年度 2人	10%	R03年度 1人	5%	R04年度 1人	5%	腎不全	20人	人工 透析	20人	13人	10人	5307万円	6268万円	8933万円	9454万円	7408万円	5人	25.0%	4人	207万円	7人	35%	4人	20%	
				メタボリッ ク該当 者・予備 群歴有		50%		15.0%		65.0%		50.0%																					

※1 R03年度に人工透析(腹膜透析)の処置がある者(外働による循環不全や尿路の閉塞等による急性腎不全から、一時的に透析が必要になった場合も含む)
新規認定者 2人中

参考資料11 生活習慣病の受療状況

		平成30年度						令和4年度					
		人数	割合	順位	医療費	割合	順位	人数	割合	順位	医療費	割合	順位
生活習慣病	本市	3,917	51.8	18	1,497,609,480	57.6	28	3,738	56.8	20	1,517,834,570	59.5	14
	市町村計(県)	219,976	49.5		88,706,633,420	58.3		205,513	53.7		85,157,437,160	58.2	
糖尿病	本市	1,618	21.4	22	651,407,160	25.0	34	1,602	24.3	19	707,928,430	27.7	25
	市町村計(県)	94,584	21.3		42,274,812,290	27.8		89,875	23.5		41,010,780,850	28.0	
高血圧症	本市	2,756	36.5	16	984,203,800	37.8	13	2,724	41.4	15	1,016,978,010	39.9	6
	市町村計(県)	149,398	33.6		54,927,487,410	36.1		143,024	37.4		52,962,367,160	36.2	
脂質異常症	本市	2,316	30.7	25	639,605,780	24.6	33	2,215	33.7	30	621,207,970	24.3	36
	市町村計(県)	136,328	30.7		39,561,066,260	26.0		132,074	34.5		39,172,746,170	26.8	
虚血性心疾患	本市	614	8.1	20	341,026,730	13.1	15	523	7.9	24	274,600,800	10.8	29
	市町村計(県)	35,663	8.0		19,280,748,020	12.7		30,500	8.0		17,062,729,500	11.7	
脳血管疾患	本市	430	5.7	35	187,865,030	7.2	39	386	5.9	33	165,581,910	6.5	40
	市町村計(県)	29,958	6.7		15,227,513,960	10.0		26,063	6.8		13,454,525,220	9.2	
人工透析	本市	19	0.3	42	92,025,970	3.5	40	19	0.3	42	76,184,790	3.0	42
	市町村計(県)	1,927	0.4		10,054,399,120	6.6		1,812	0.5		9,200,964,650	6.3	

出典：健康情報データベースシステムより作成（食事を含まない）
 順位：割合を降順

用語説明

あ行

- ・足関節上腕血圧比（ABI）

下肢の動脈の狭窄や閉塞の程度を調べる検査。足関節（足首）と上腕（二の腕）の血圧を測りその比率を計算する。狭窄や閉塞が進んでいるほど比率は小さくなる。

- ・インスリン

ブドウ糖の細胞内への取り込みや貯蔵などを行い、血糖値を下げるホルモン。

- ・インスリン作用

インスリンが身体で代謝・調節する機能を発揮すること。

- ・インスリン抵抗性

血中のインスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態。

か行

- ・眼底検査

眼底検査を行うことで、網膜の状態を確認することができ、脳の血管の状態を推測できる唯一の検査。脳腫瘍、糖尿病性網膜症、動脈硬化、高血圧症など臓器障害を早期に発見することができる。

- ・冠動脈CT

静脈から造影剤を注射することで冠動脈の狭窄などの形態や、石灰化の有無を評価ができる検査。狭心症や心疾患の診断を外来で行うことができる。

- ・急性期

病気になって間もない時期や、病状が安定せず集中的な医療介入を要する時期。

- ・虚血性心疾患

狭心症・心筋梗塞のこと。心臓自体に酸素や栄養を運ぶ冠動脈の血管障害により、心臓の筋肉への血流が阻害され、心臓に障害が起こる疾患の総称。

- ・頸動脈IMT（内膜中膜複合体厚）

総頸動脈（心臓から脳につながる頸部の動脈）の血管の壁（内膜・中膜・外膜）のうち、内膜と中膜を併せた厚さが肥厚している状態。動脈硬化の指標となるもの。

- ・頸動脈エコー

超音波により頸動脈の壁の厚みやプラーク（脂質の塊）の有無や血流等を調べる検査。
頸動脈の血管で動脈硬化を起こしていると脳梗塞を発症するリスクがある。

- ・血管内皮機能障害

内臓脂肪の蓄積や血液内の LDL コレステロールの増加、高血糖状態、血圧上昇、尿酸の増加などにより、血管内皮細胞（血管の内側の壁）が傷つけられ、臓器としての血管の機能に障害が出た状態。

- ・高血圧

心筋梗塞や脳卒中、腎臓病のリスクが高まる。高血圧にも段階があり、Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度の三段階に分け、Ⅲ度になるほど疾病リスクが高い。

- ・高齢化率

総人口に対する 65 歳以上人口の割合。

- ・国保データベース（KDB）システム

国民健康保険団体連合会が管理する情報を利活用した統計情報。保険者が行う保健事業の実施をサポートすることを目的に構築されたシステムで、「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る情報を利用している。

さ行

- ・脂質異常症

血液中に含まれる脂質が過剰、または不足している状態。「高脂血症」から改名された。

- ・受診率

被保険者 100 人当たりの年間受診件数を示す指標。

$$(\text{医科入院} \cdot \text{外来} \cdot \text{調剤のレセプト件数} \div \text{被保険者数}) \times 100$$

被保険者 100 人当たり年間 1000 件受診している = 受診率 1,000%

- ・ジェネリック医薬品

先発医薬品（新薬）の特許期間などが過ぎた後に発売される。先発医薬品と同じ有効性・安全性であることを条件に国から承認された後発医薬品。

- ・心血管疾患

虚血性心疾患、脳血管疾患、末梢血管障害等のいずれかもしくは複合的なものを心血管疾患と総称する。

- ・心原性脳塞栓（症）

心臓にできた血栓が脳の血管までに到達し、詰まることで脳に障害が起きる病気。

- ・人工透析

腎臓の機能が低下した人に対し、血液中の老廃物を濾過して取り除き、血液の浄化を行う療法。

- ・心電図検査

脈の乱れによる不整脈、心臓の拡大や肥大、狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患がわかる検査。

- ・心臓足首血管指数（CAVI）

動脈のしなやかさ・硬さを定量的に示す指標。足関節（足首）と上腕の血圧を測り脈波と血圧を測定する。

- ・心房細動

不整脈の一種。心房がけいれんを起こしたように細かく波打った状態。それにより心房に血栓ができやすくなり、血栓が脳に飛び、脳の血管が詰まるリスクが高まる病気。

- ・腎不全

腎臓の機能が低下して正常に働かなくなった状態をいう。

- ・生活習慣病

「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」のことをいう。

本計画で使用する「生活習慣病」は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全、高尿酸血症、動脈硬化症、脂肪肝の11疾患とし、「がん」は除く。

〔た行〕

- ・第〇次産業

第1次産業：農業、林業、漁業

第2次産業：製造業、建設業

第3次産業：小売業、飲食サービス業、医療・福祉業、金融業、情報通信業

- ・短期目標

データヘルス計画において、短期的な目標として設定しているメタボリックシンドローム・予備群の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、糖尿病有病者の増加の抑制のこと。

- ・地域差指数

医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1としたもの。

- ・中長期目標

データヘルス計画において、中長期的な目標として設定している脳血管疾患死亡率の減少、虚血性心疾患死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少のこと。

- ・同規模保険者

人口規模が同じ程度の市町村をいう。本市の場合、人口1万人以上5万人未満の280市町村が該当する。

- ・糖尿病

インスリンの作用不足により血液中を流れるブドウ糖（血糖）が増え（高血糖）、この状態が慢性的に続く病気。網膜症、腎症、神経障害の三大合併症をしばしば伴う。

- ・糖尿病性腎症

糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能に障害が起こっている状態をいう。

- ・特定健康診査（特定健診）

医療保険者（国保・被用者保険）が、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査をいう。

- ・特定保健指導

医療保険者（国保・被用者保険）が、特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対して実施する保健指導をいう。

な行

- ・内臓脂肪型肥満

腹腔内に脂肪が過剰に蓄積しているタイプの肥満で、下半身よりもウェストまわりが大きくなることから「リンゴ型肥満」と呼ばれる。

- ・75g糖負荷試験（OGTT）

75gのブドウ糖を溶かした水を飲み、飲む前と飲んだ後で血糖値やインスリン分泌量がどのように変動するかを採血により調べ、インスリン反応やインスリン抵抗性をみる検査。

- ・尿蛋白定性検査

採取した一定量の尿に試験紙などを入れ、試験紙の変色度合いによって蛋白の有無を調べる腎臓の検査。検査結果が（-）の場合は尿蛋白陰性、（±）以上になると蛋白陽性となる。（+）が多くなるほど蛋白の量が多くなることを示す。

- ・尿アルブミン値

30mg/L以上あると、腎臓になんらかの障害を抱えていることが多く、糖尿病性腎症の疑いがある。

- ・脳血管疾患

一般に脳卒中とも言われる。脳の血管が破れるか詰まるかして、脳に血液が届かなくなり、脳の神経細胞が害される病気。原因によって①脳梗塞（脳の血管が詰まる）、②脳出血（血管が破れる）、③くも膜下出血（動脈瘤が破れる）、④一過性脳虚血発作（TIA）（脳梗塞の症状が短時間で消失する）の4つに分類される。

は行

- ・法定報告

特定健診を4月1日時点で国保加入者で、40~74歳に対して実施しているが、途中で後期高齢者医療制度に加入したり、国保資格を喪失した場合は報告の対象外となる。これに対して、データヘルス計画は、法定報告対象者以外の人も対象となる。本編中、法定報告のデータは「法定報告」と記載する。

- ・ハイリスクアプローチ

健康リスクを抱えた人を抽出し、該当者に行動変容を促すこと。

- ・ポピュレーションアプローチ

リスクの有無にかかわらず、多くの人が少しずつリスクを軽減することで、集団全体で大きな恩恵をもたらす事。

ま行

- ・慢性期

病状は比較的安定しているが、治療が困難で病気の進行が穏やかな状態が続いている時期。

- ・慢性腎臓病（CKD）

慢性に経過する全ての腎臓病。メタボリックシンドロームとの関連が深く、初期の自覚症状がほとんどない。早期発見で治療すれば回復するが、悪くなると自然に治まることはない。進行すると透析や移植を行わなければならなくなる。

- ・慢性腎不全

ひとつの病気の名称ではなく、腎臓の働きが徐々に低下していく様々な腎臓病の総称。

- ・脈波伝播速度 (PWV)

動脈の硬化の程度を調べる検査。心臓の拍動が動脈を経て手足に伝わる速度を調べる。

動脈の壁が硬くなるほど速度が速くなる。

- ・メタボリックシンドローム (厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラムによる基準)

肥満 (内臓脂肪型肥満) に加え、脂質代謝異常、耐糖能異常、高血圧など、動脈硬化の危険因子が集積する患者は、たとえそれぞれが軽度でも危険因子の数が増えるごとに加速度的に血管疾患を発症する確率が上昇していく。

ら行

- ・レセプト

医療機関が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細の事。診察・治療・処方などの医療行為の対価として医療機関に支払われる費用をまとめたもの。

その他

- ・E表

KDB より抽出した健診・医療・介護データを一体的に分析した表。ヘルスサポートラボ提供のツールで作成。

- ・e-GFR (イージーエフアール)

腎臓における血液の濾過量のこと。血清クレアチニン (Cr) と年齢、性別より日本人の GFR 推算式を用いて推算 GFR (eGFR) として評価する。

- ・HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)

血液中のヘモグロビンがブドウ糖と結合した状態をいう。採血時から過去 1~2 ヶ月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断や、糖尿病患者の血糖コントロール状態の指標に用いられる。

HbA1c 5.6%未満	特定保健指導の正常基準値
HbA1c 6.5%以上	糖尿病が強く疑われ、ブドウ糖負荷試験などの再検査が必要
HbA1c 8.0%	糖尿病治療が必須であり合併症が進みやすく心不全のリスクが高まる

- ・HDL コレステロール (善玉コレステロール)

余分なコレステロールを回収し、血管壁にたまったコレステロールを取り除いて肝臓へもどす働きがあり動脈硬化を抑える。

- ・LDL コレステロール (悪玉コレステロール)

肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割があり、増えすぎると動脈硬化を起こし心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。LDL 160 以上は、高コレステロールと診断され心臓病リスクが高まる。

- ・ PDCA サイクル

事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan（計画）→Do(行動)→Check（評価）→Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

- ・ ST所見（心電図検査）

ST所見があると、狭心症のリスクがあり、高血圧や脂質異常症、糖尿病の人にこれがみられると早期に受診する必要がある。