

白川村国民健康保険
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

白川村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
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	8
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	10
1. 保険者の特性	10
2. 第2期計画に係る評価及び考察	11
1) 第2期計画に係る評価	
2) 主な個別事業の評価と課題	
3. 第3期における健康課題の明確化	28
1) 健康課題の明確化	
2) 目標の設定	
3) 管理目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	38
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	38
2. 目標値の設定	38
3. 対象者の見込み	38
4. 特定健診の実施	38
5. 特定保健指導の実施	40
6. 個人情報の保護	44
7. 結果の報告	45
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	45
第4章 課題解決するための個別保健事業	46
I. 保健事業の方向性	46

Ⅱ. 重症化予防の取組	46
1. 若者からの肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
2. 糖尿病重症化予防	
3. 脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防・腎硬化症重症化予防	
Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	59
Ⅳ. 発症予防	60
Ⅴ. ポピュレーションアプローチ	61
第5章 計画の評価・見直し	63
1. 評価の時期	63
2. 評価方法・体制	64
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	64
1. 計画の公表・周知	64
2. 個人情報の取扱い	64
参考資料	65

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや白川村の課題等を踏まえ、白川村では、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(平成 25.6 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和その方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

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

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

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

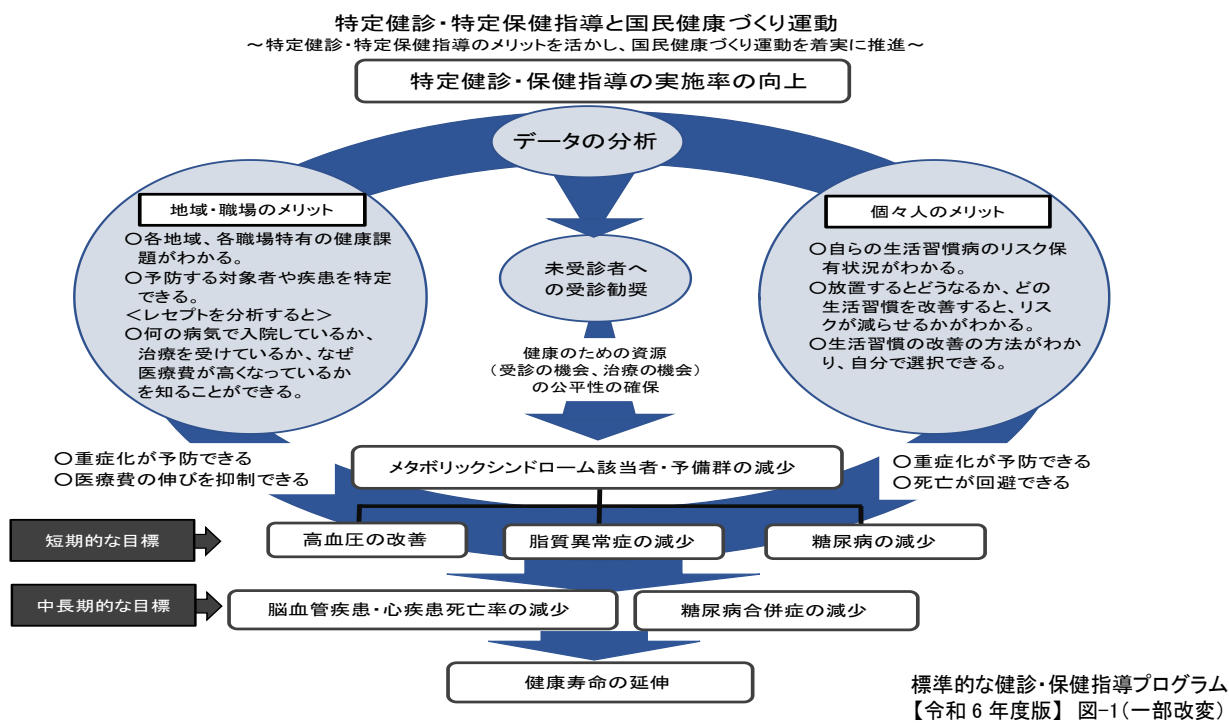
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

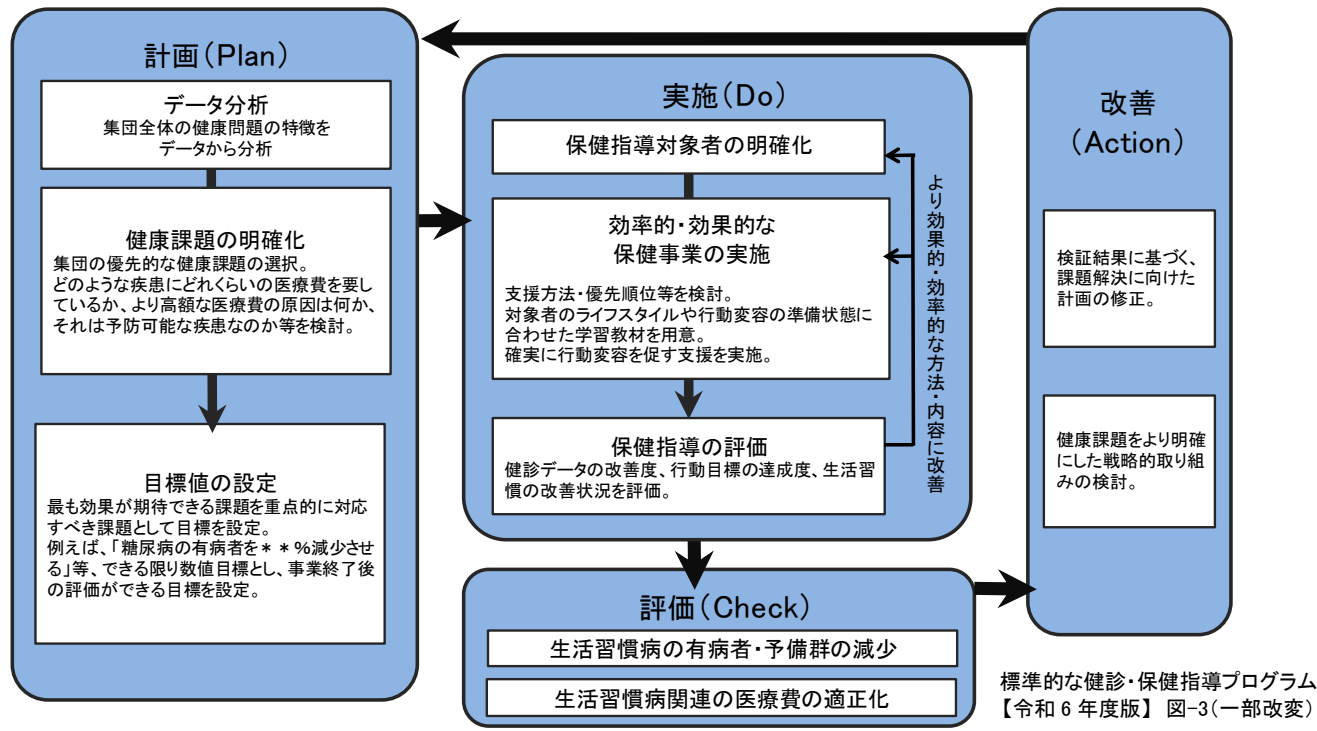
	※健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024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で心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 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、青少年期、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青年期・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		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、 骨質・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、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、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＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費補助金)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



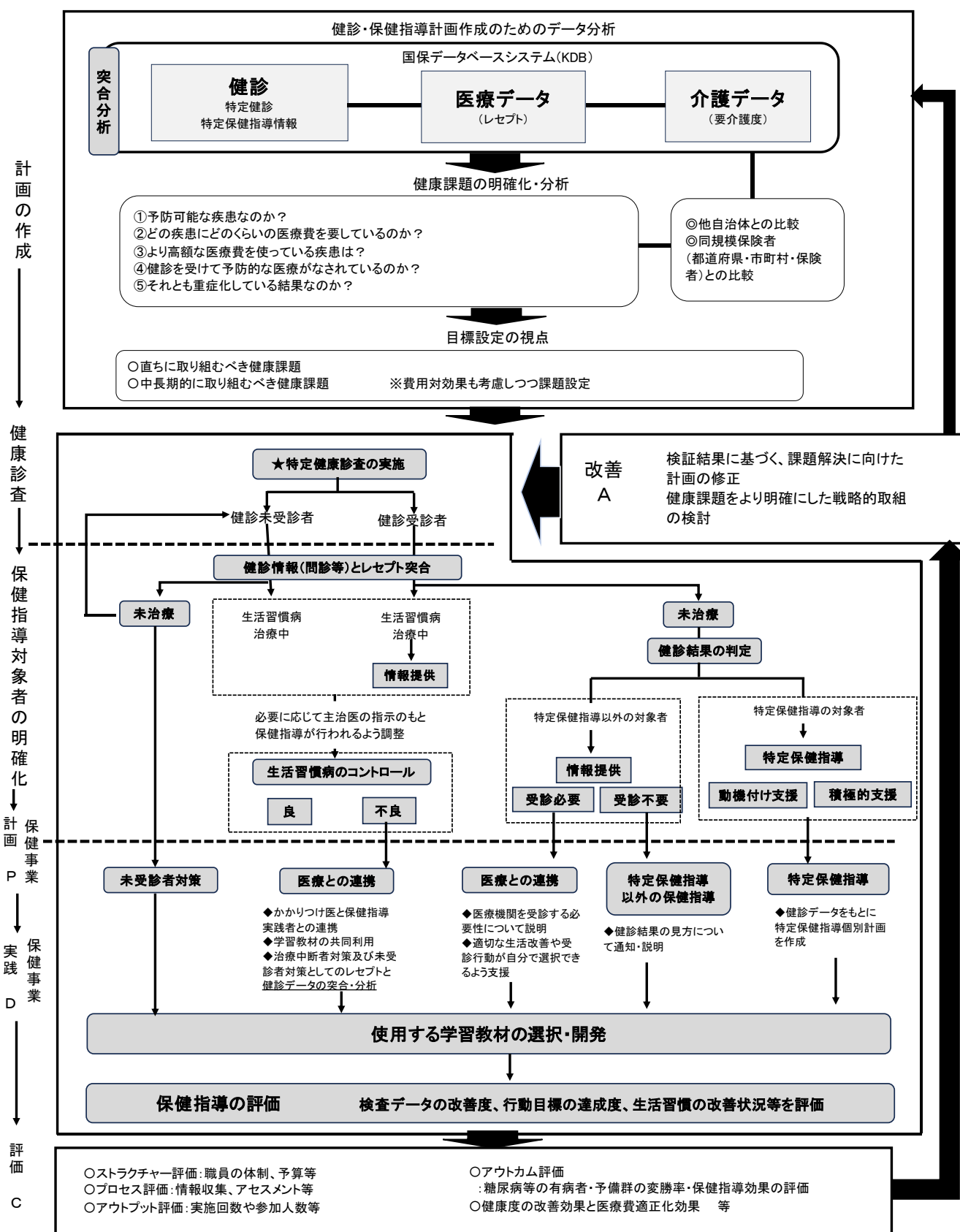
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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(平成 30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析
(生活習慣病に関するガイドライン)

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

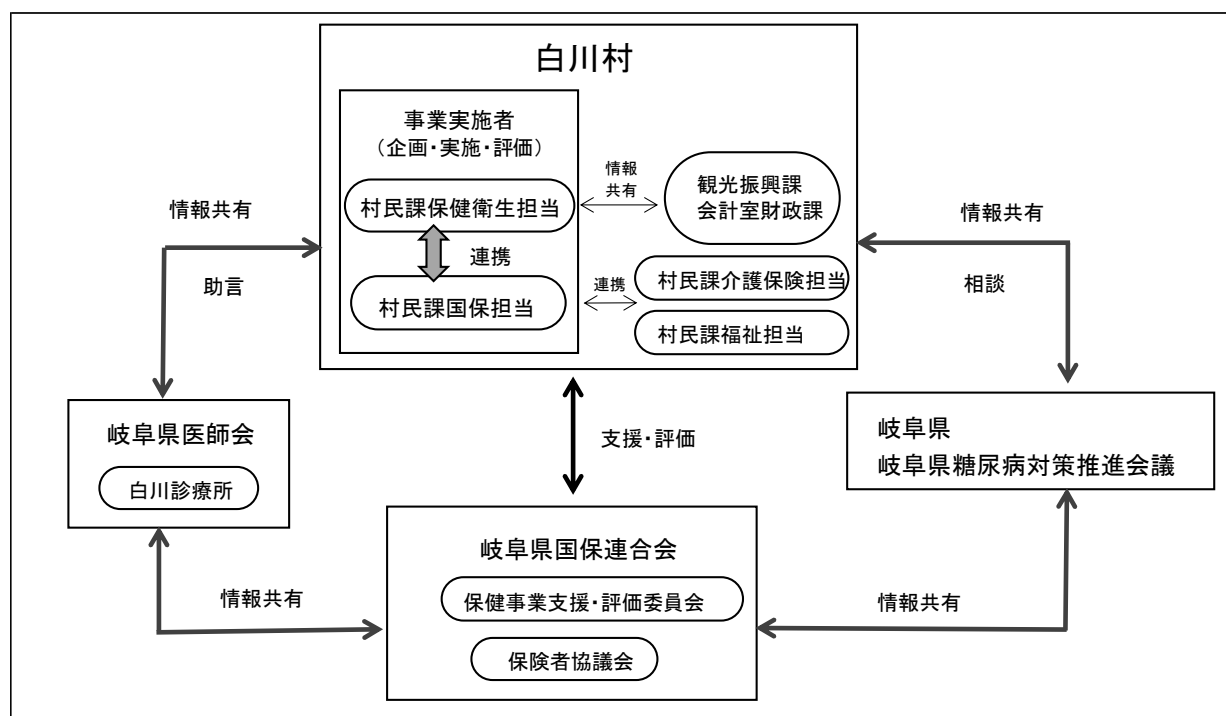
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、村民課保健衛生担当が中心となって、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、村民課の国保担当、介護保険担当、福祉担当の他、医療部局（白川診療所）や企画財政部局（観光振興課、財政課）とも十分連携することが望ましいです。

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 白川村の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

令和5年度時点

◎…主担当 ◎…副担当

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

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である岐阜県のほか、白川村国保診療所、岐阜県国保連や岐阜県国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会、岐阜県後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者等と連携、協力します。

また、岐阜県は白川村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に白川村国保の保険者機能の強化については、岐阜県の関与が更に重要となります。

さらに、白川村国保と白川村国保診療所等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、岐阜県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要であります。

岐阜県国保連と岐阜県は、ともに白川村国保を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

3) 被保険者の役割

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

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。(図表8)

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

【図表8】

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	
			白川村	配点	白川村	配点	白川村	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			20位		47位		92位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	160	70	160	70	140	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	55	40	52	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	105	120	90	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	35	90	40	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	45	50	45	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	105	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	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	20	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	22	40	38	50	35	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	56	95	54	100	48	100
合計点			808	1,000	767	960	720	940
得点率			80.8%		79.9%		76.6%	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

白川村は、人口約 1,500 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 33.1%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、同規模と比較すると低く、被保険者の平均年齢も 51.8 歳と県、同規模と比べて若く、出生率や財政指数は高齢化率と同様に国、県と比較すると低いものの同規模と比較すると高い傾向があります。産業においては、第 3 次産業が 76.4%と国、県、同規模と比較しても高く、サービス業の割合（特に観光業）が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。（図表 9）

国保加入率は 20.1%で、加入率及び被保険者数横ばいや減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 41%を占めていますが、40～64 歳の割合は年々増加傾向にあります。（図表 10）

また白川村内には 2 つの診療所しかなく、医師 1 名と看護師 3 名（令和 5 年度時点）が曜日によって移動する診療体制であるが、専門外来や入院は近隣の岐阜県高山市、富山県砺波市等の医療機関へ頼っており、医療資源は恵まれているとは言えません。外来患者数は同規模より多く、入院患者数は県、同規模と比較して低い傾向にあります。（図表 11）

【図表9】保険者の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
白川村	1,511	33.1	304 (20.1)	51.8	6.0	11.9	0.4	2.3	21.3	76.4
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
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、白川村と同規模保険者（274市町村）の平均値を表す

【図表10】国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	364		340		322		321		304	
65～74歳	155	42.6	148	43.5	145	45.0	140	43.6	124	40.8
40～64歳	111	30.5	111	32.6	105	32.6	104	32.4	102	33.6
39歳以下	98	26.9	81	23.8	72	22.4	77	24.0	78	25.7
加入率	22.6		21.1		20.0		20.0		20.1	

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

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

【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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.2
診療所数	2	5.5	2	5.9	2	6.2	2	6.2	2	6.6	3.6	3.9
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	48.3
医師数	1	2.7	1	2.9	1	3.1	1	3.1	1	3.3	3.3	11.2
外来患者数	714.3		690.7		618.2		634.9		683.9		653.6	748.2
入院患者数	19.8		23.3		17.3		17.3		14.5		22.9	17.4

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

(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

白川村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で2人(認定率0.42%)、1号(65歳以上)被保険者で90人(認定率18.0%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

介護給付費は、約1億5千万円で横ばいですが、一人あたりの給付費は県・国に比較して高く、1件あたりの給付費も県・国に比較して高い割合になっています。うち居宅サービスの給付費が同規模・県・国と比較して大幅に低い点は、デイサービスやホームヘルプサービスの慢性的な人材不足によるものと考えられます。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者では10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割以上と非常に高い割合となっています。生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

【図表12】要介護認定者(率)の状況

	白川村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	511人	31.8%	500人	33.1%	41.4%	30.6%	28.7%
2号認定者	2人	0.40%	2人	0.42%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者			1人		--	--	--
1号認定者	96人	18.8%	90人	18.0%	19.9%	18.1%	19.4%
新規認定者	19人		11人		--	--	--
再掲	65～74歳	6人	2.5%	3人	1.3%	--	--
	新規認定者	1人		1人	--	--	--
	75歳以上	90人	33.5%	87人	33.0%	--	--
	新規認定者	18人		10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

	白川村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	1億5634万円	1億4945万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	305,945	298,905	323,222	286,208	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	80,297	76,057	80,543	59,511	59,662
居宅サービス	35,590	31,328	42,864	41,518	41,272
施設サービス	269,579	284,622	288,059	284,664	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表14】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			2		3		87		90		92		
再)国保・後期			2		3		83		86		88		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	2 100.0%	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	40 48.2%	脳卒中	42 48.8%	脳卒中	44 50.0%	
		2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	1 33.3%	虚血性 心疾患	33 39.8%	虚血性 心疾患	34 39.5%	虚血性 心疾患	34 38.6%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 0.0%	腎不全	11 13.3%	腎不全	11 12.8%	腎不全	11 12.5%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	1 50.0%	糖尿病 合併症	1 33.3%	糖尿病 合併症	4 4.8%	糖尿病 合併症	5 5.8%	糖尿病 合併症	6 6.8%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			2 100.0%	基礎疾患	3 100.0%	基礎疾患	76 91.6%	基礎疾患	79 91.9%	基礎疾患	81 92.0%	
	血管疾患合計			2 100.0%	合計	3 100.0%	合計	78 94.0%	合計	81 94.2%	合計	83 94.3%	
	認知症			認知症	0 0.0%	認知症	0 0.0%	認知症	44 53.0%	認知症	44 51.2%	認知症	44 50.0%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	3 100.0%	筋骨格系	77 92.8%	筋骨格系	80 93.0%	筋骨格系	82 93.2%

※新規認定者についてはNO.49_要介護実況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

白川村の医療費は、令和4年度国保加入者が304人(平成30年から－17%)と減少しているため、総医療費も同様に17%減少し、8773万円となっています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約8万円低く、平成30年度と比較しても2,455円下がっています。

しかし、入院医療費は、全体のレセプトのわずかに2.1%程度にも関わらず、医療費全体の約35%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても8.8万円も高くなっています。(図表15)

一人あたり医療費を年齢調整した地域差指数でみても、平成30年度は0.893(41位)から令和2年度は全国平均の1を大きく超えて、1.142(1位)と大幅に伸びています。入院の地域差指数が1.029(7位)、外来の地域差指数が1.254(1位)とどちらも高くなっています。

これは人口が少ない割に、若い人もそこそこいる白川村において、数値の増減は年度で大きく増減しやすく、医療僻地であるため、早めに医療へ受診する風潮があります。また、豪雪地帯である白川村は高速道路で1時間かかる総合病院への通院が困難な冬季間は入院治療が増える傾向があります。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

【図表15】医療費の推移

		白川村		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)		364人	304人	--	--	--
	前期高齢者割合	155人 (42.6%)	124人 (40.8%)	--	--	--
総医療費		1億0594万円	8773万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		291,039	288,584	367,527	355,308	339,680
		県内40位 同規模212位	県内42位 同規模243位			
入院	1件あたり費用額(円)	474,710	562,630	588,220	615,940	617,950
	費用の割合	39.0	34.6	44.9	37.4	39.6
	件数の割合	2.7	2.1	3.4	2.3	2.5
外来	1件あたり費用額	20,570	22,460	25,290	24,020	24,220
	費用の割合	61.0	65.4	55.1	62.6	60.4
	件数の割合	97.3	97.9	96.6	97.7	97.5
受診率		734.03	698.366	676.49	765.634	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は白川村と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表16 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		白川村 (県内市町村中)		県 (47県中)	白川村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.893	1.142	0.989	0.843	0.743	0.918
		(41位)	(1位)	(31位)	(38位)	(42位)	(32位)
	入院	0.854	1.029	0.929	0.909	0.719	0.835
		(33位)	(7位)	(39位)	(10位)	(35位)	(40位)
	外来	0.937	1.254	1.022	0.747	0.777	1.000
		(37位)	(1位)	(16位)	(42位)	(42位)	(17位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、割合は高くなっており、同規模・県・国の割合よりも大幅に高くなっています。うち腎不全については、平成30年度より高くなっており、透析有は特に7.82%という同規模・県・国と比較して倍ほどに高い傾向があります。脳血管疾患については2.4ポイントも伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患・虚

血性心疾患・腎不全の患者数は減少していますが、割合は脳血管疾患と虚血性心疾患は増加していました。(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ため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

【図表17】中長期目標疾患の医療費の変化

			白川村		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)			1億0594万円	8773万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1020万円	989万円	--	--	--
			9.63%	11.27%	7.24%	8.36%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	0.38%	2.76%	2.12%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.60%	0.43%	1.46%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.65%	7.82%	3.29%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.00%	0.25%	0.37%	0.31%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		10.50%	10.46%	17.57%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		12.24%	10.67%	9.33%	8.32%	8.68%
	精神疾患		12.08%	6.84%	7.82%	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(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)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	364	304	a	28	24	26	23	2	1	
				a/A	7.7%	7.9%	7.1%	7.6%	0.5%	0.3%	
40歳以上	B	266	226	b	28	24	26	23	2	1	
	B/A	73.1%	74.3%	b/B	10.5%	10.6%	9.8%	10.2%	0.8%	0.4%	
再掲	40～64歳	D	111	102	d	6	7	6	3	2	1
		D/A	30.5%	33.6%	d/D	5.4%	6.9%	5.4%	2.9%	1.8%	1.0%
	65～74歳	C	155	124	c	22	17	20	20	0	0
		C/A	42.6%	40.8%	c/C	14.2%	13.7%	12.9%	16.1%	0.0%	0.0%

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

(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

短期目標でもある高血圧・糖尿病の治療状況を見ると、治療者の割合は増えており、同時に合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も増えています。

白川村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理は今後も重症化予防に繋げるために必要であると考えられます。

【図表19】高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40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
高血圧症治療者(人)		A	110	96	26	24	84	72
		A/被保数	41.4%	42.5%	23.4%	23.5%	54.2%	58.1%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	15	14	2	4	13	10
		B/A	13.6%	14.6%	7.7%	16.7%	15.5%	13.9%
	虚血性心疾患	C	17	16	4	3	13	13
		C/A	15.5%	16.7%	15.4%	12.5%	15.5%	18.1%
	人工透析	D	1	0	1	0	0	0
		D/A	0.9%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%

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

【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			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	55	48	14	14	41	34
		A/被保数	20.7%	21.2%	12.6%	13.7%	26.5%	27.4%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	11	12	2	2	9	10
		B/A	20.0%	25.0%	14.3%	14.3%	22.0%	29.4%
	虚血性心疾患	C	12	11	3	2	9	9
		C/A	21.8%	22.9%	21.4%	14.3%	22.0%	26.5%
	人工透析	D	1	0	1	0	0	0
		D/A	1.8%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	4	6	2	0	2	6
		E/A	7.3%	12.5%	14.3%	0.0%	4.9%	17.6%
	糖尿病性網膜症	F	9	6	5	2	4	4
		F/A	16.4%	12.5%	35.7%	14.3%	9.8%	11.8%
	糖尿病性神経障害	G	2	5	2	1	0	4
		G/A	3.6%	10.4%	14.3%	7.1%	0.0%	11.8%

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

【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	89	74	21	19	68	55
		A/被保数	33.5%	32.7%	18.9%	18.6%	43.9%	44.4%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	15	14	3	4	12	10
		B/A	16.9%	18.9%	14.3%	21.1%	17.6%	18.2%
	虚血性心疾患	C	15	16	4	3	11	13
		C/A	16.9%	21.6%	19.0%	15.8%	16.2%	23.6%
	人工透析	D	1	0	1	0	0	0
		D/A	1.1%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 03 年度で比較してみたところ、HbA1c7.0%以上の有所見者(高血糖者)の割合が特に伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が糖尿病で 4 名(44.4%)おり、治療中断されている方がⅡ度高血圧で 1 名(14.3%)おられ、同規模 448 市町村と比較しても高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合が増えてきており、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

【図表22】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果		未治療 (内服なし)		問診結果		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
白川村	158	65.8	150	62.5	6	3.8	3	50.0	7	4.7	5	71.4	0	0.0	1	14.3
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											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	問診結果		未治療 (内服なし)		問診結果		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
白川村	158	100.0	150	100.0	9	5.7	2	22.2	9	6.0	2	22.2	4	44.4	0	0.0
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

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。白川村の特定健診結果において、平成30年度と令和04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は、2.8ポイントも伸びており、予備軍においても3.4ポイント伸びています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも高血糖は横ばい、高血圧は微増、脂質異常は減少しているものの、翌年度の結果を見ると、改善率に疾病の特徴が見られます。平成30→令和01と令和03→令和04の2つの改善率の平均をみると、高血糖は21.5%、高血圧は69.1%、脂質異常は42.0%と差があり、受診に繋いでも血圧に比べて血糖のコントロールが難しいという実態があります。治療中の方の健診受診率が下がる傾向があり、普段かかりつけ医に診てもらっているから健診は受けないという村民に対して、いかに健診を受けてもらえるようにするかということも考えていく必要があります。

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共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

【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	翌年度健診結果		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	158 (65.8%)	23 (14.6%)	7 (4.4%)	16 (10.1%)	14 (8.9%)
R04年度	138 (57.5%)	24 (17.4%)	7 (5.1%)	17 (12.3%)	17 (12.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表24】HbA1c6.5%以上の前年度からの変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	19 (12.0%)	5 (26.3%)	9 (47.4%)	1 (5.3%)	4 (21.1%)
R03→R04	18 (12.0%)	3 (16.7%)	11 (61.1%)	3 (16.7%)	1 (5.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表25】Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	6 (3.8%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)
R03→R04	7 (4.7%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表26】LDL-C160以上の前年度からの変化

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	25 (15.8%)	11 (44.0%)	10 (40.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)
R03→R04	20 (13.3%)	8 (40.0%)	5 (25.0%)	3 (15.0%)	4 (20.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

白川村の特定健診受診率は、毎年 7 月に 4 日間の集団健診のみでがん検診も同時に受けられる体制であり、新型コロナウイルス感染症の影響を特に受けることなく平成 30 年度の 62.6%から令和 04 年度 68.8%まで伸びました。第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できました。(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白川郷学園 9 年生(中学 3 年生)や高校生健診、40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、高校生の受診率と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)

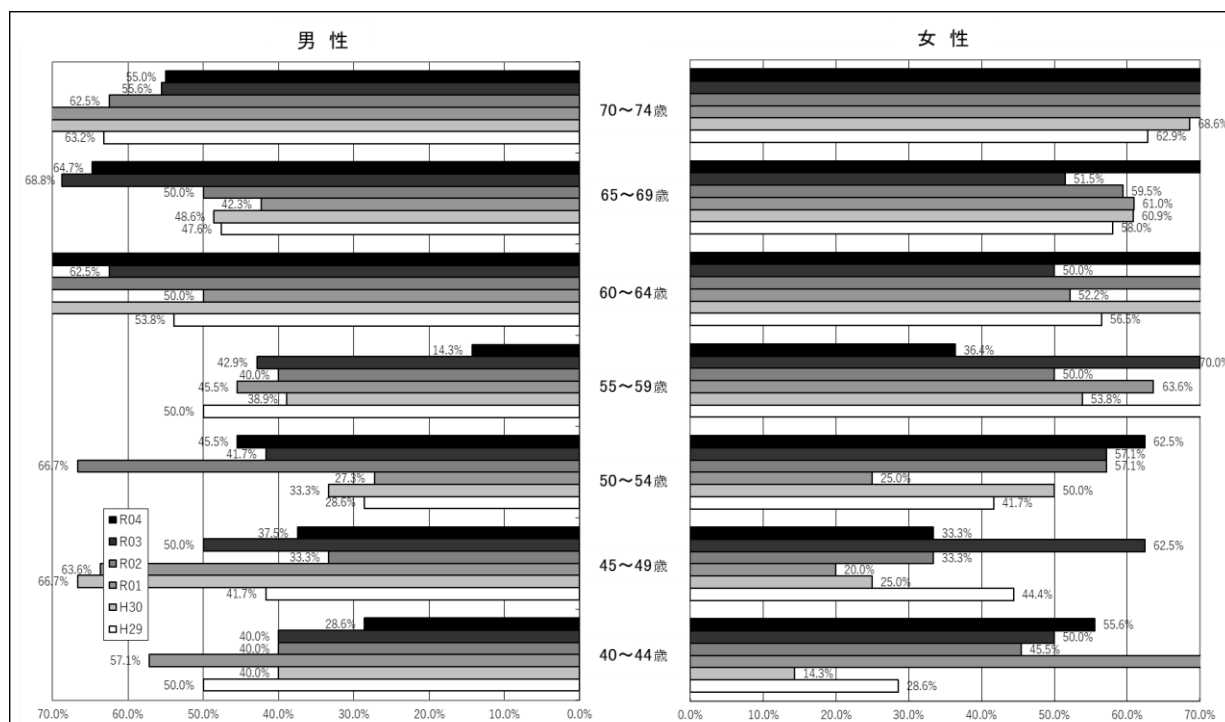
特定保健指導については、令和 02 年度以降、大きく実施率が下がっています。令和 04 年度 53.8%まで低下した要因は、担当者変更によるものです。対象者の人数も少ないため、直営で特定保健指導終了率 80%目指すことが必要です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	154	149	145	145	141	健診受診率 60%
	受診率	62.6%	63.7%	64.4%	64.4%	68.8%	
特定保健指導	該当者数	17	17	17	17	13	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.0%	11.4%	11.7%	11.7%	9.2%	
	実施者数	14	14	12	12	7	
	実施率	82.4%	82.4%	70.6%	70.6%	53.8%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和 3 年度 84%と増加しているものの、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。

平成 30 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきた。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、平成 30 年から 0 人です。しかし令和 3 年度は、8 割の方に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の半数しか治療につながっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・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

図表29 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)	158	155	151	150	141
血糖値有所見者 * 1	人(b)	27	22	29	27	28
	(b/a)	17.1%	14.2%	19.2%	18.0%	19.9%
保健指導実施者 * 2	人(c)	7	3	9	4	3
	(c/b)	25.9%	13.6%	31.0%	14.8%	10.7%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表30 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	27	22	29	27	28
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	10	8	14	9	10
	(b/a)	37.0%	36.4%	48.3%	33.3%	35.7%
受診した者	人(c)	3	5	10	5	6
	(c/b)	30.0%	62.5%	71.4%	55.6%	60.0%
治療開始した者	人(c)	2	1	2	2	1
	(c/b)	20.0%	12.5%	14.3%	22.2%	10.0%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表31 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	158	155	151	150	141
HbA1c8.0%以上	人(b)	2	1	3	1	1
	(b/a)	1.3%	0.6%	2.0%	0.7%	0.7%
保健指導実施	人(c)	0	0	3	0	0
	(c/b)	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	0	0	0	0
	(b/a)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

内服治療開始	0人	0人	0人
元々治療中	1人	3人	1人
死亡、転出	0人	0人	0人

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 100%実施できています。

心房細動未治療者はおらず、全数が治療や精密検査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。

図表32 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	160	77	83	163	77	86	158	68	90	155	61	94	141	57	84
心電図受診者(人)	b	155	75	80	162	76	86	158	68	90	155	61	94	141	57	84
心電図実施率	b/a	96.9%	97.4%	96.4%	99.4%	98.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
有所見者(人)	c	65	33	32	62	29	33	75	30	45	66	29	37	63	28	35
有所見率	c/b	41.9%	44.0%	40.0%	38.3%	38.2%	38.4%	47.5%	44.1%	50.0%	42.6%	47.5%	39.4%	44.7%	49.1%	41.7%
心房細動(人)	d	1	1	0	2	1	1	1	0	1	3	1	2	1	0	1
心房細動有所見率	d/b	0.6%	1.3%	0.0%	1.2%	1.3%	1.2%	0.6%	0.0%	1.1%	1.9%	1.6%	2.1%	0.7%	0.0%	1.2%
うち、心房細動未治療(人)		0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	0		0

④ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は平均 3.42%で、約 24%が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 3 人のうち、保健指導後、全員治療につながりました。血圧Ⅲ度の 1 名においては、長年無症状で未治療でしたが、ようやく治療につながりました。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表 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。①高リスクの未治療者、②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。高値血圧の者においても、家庭血圧をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。特に、Ⅱ度以上の未治療者、治療中コントロール不良者については、訪問時に血圧計を貸出したり、受診する際に 2 週間の朝晩の血圧データを持参して医師に相談してもらう方法が早期に適切な医療につながりやすいと考えられます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 5 年間平均で 76%いました。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。

図表33 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

		H30	R1	R2	R3	R4		
健診受診者		人(a)	158	155	151	150	141	
血圧Ⅱ度以上の者		人(b)	6	5	6	6	3	
		(b/a)	3.8%	3.2%	4.0%	4.0%	2.1%	
	治療あり	人(c)	4	4	3	5	3	
		(c/b)	66.7%	80.0%	50.0%	83.3%	100.0%	
	治療なし	人(d)	2	1	3	1	0	
		(d/b)	33.3%	20.0%	50.0%	16.7%	0.0%	
	(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	1	0	0	0	1
			(f/a)	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
治療あり		人	1	0	0	0	1	
治療なし		人	0	0	0	0	0	

図表 34 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)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	29	17 58.6%	11 37.9%	0 0.0%	1 3.4%
	0	C 0 0.0%	B 0 0.0%	B 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	13	C 10 44.8%	B 3 27.3%	A 0 --	A 0 0.0%
	16	B 7 55.2%	A 8 72.7%	A 0 --	A 1 100.0%

高リスク

中等リスク

低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	9 31.0%
	概ね1ヵ月後に再評価	10 34.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	10 34.5%
	概ね3ヵ月後に再評価	10 34.5%

※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、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 非弁脈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。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、白川村国保運営協議会や白川村立保育園・白川郷学園保健安全委員会で現状報告したり、白川郷学園卒業前の生徒に授業や健診結果説明会を実施し、広報しらかわに掲載して村民へ周知を行った。

また、肥満の改善を目的として運動を習慣化したり、野菜の摂取量を増やす健康教育を乳幼児学級、高齢者サロン、食生活改善推進連絡協議会（飛まわり会）等で実施してきました。

（３）第２期計画目標の達成状況一覧

図表 35 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)	(活用データ年度)
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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.7%	0.0%	5.4%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	6.3%	1.9%	0.8%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	9.8%	10.2%	15.3%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.0%	0.0%	50.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100.0%	0.0%	0.0%	白川村村民課
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	11.7%	15.9%	15.2%	白川村 村民課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.2%	4.0%	1.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	15.8%	19.2%	12.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.0%	17.9%	16.3%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.00%	0.00%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	20.0%	14.3%	10.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	25.9%	31.0%	10.7%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	62.6	64.4	68.8	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	82.4	70.6	53.8	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.0	11.7	9.2	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	29.9	32.8	34.5	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	48.6	44.9	51.4	
			大腸がん検診受診者の増加	44.9	40.5	45.1	
			子宮がん検診受診者の増加	29.3	25.5	29.4	
			乳がん検診受診者の増加	48.0	42.2	43.8	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	40.1	37.2	40.8	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	72.7%	81.3%	79.2%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【中長期目標】

脳血管疾患の総医療費に占める割合は 0.7%→5.4%に増えていますが、虚血性心疾患は 6.3%→0.8%に減少しました。しかしながら、慢性腎不全は 50%を維持しており、人口の少ない白川村においては透析による医療費増大により財源が逼迫されやすいことが予測されます。

【短期目標】

高額な医療費がかかる慢性腎不全を予防するためには、高血圧や糖尿病の治療管理を適正にすることが腎臓を守ることに繋がります。そのためには、保険者として治療中の方にも健診受診を促し、高値の方には受診状況やレセプトの確認を行い、薬物療法を適正に受けて頂くよう働きかけ、同時に食事や生活に関する見直しの保健指導も根気強く伝えて行く必要があります。

また、透析導入となる方は、社保加入者時代にコントロール不良であったことが予測され、実際に白川村においても、協会けんぽや共済組合などの社保の方も合算したデータでみると、肥満者と高血糖者の割合が岐阜県で 1 位が続いています。このことは、若い年代から肥満、高血糖、高血圧があり、長い時間経過で腎臓や脳や心臓の血管を傷めていると考えられます。

現在、実施している保健事業として、二次健診の継続と評価を行い、生活習慣病発症の予防を成果として出していきたい。また、生活習慣病治療中の方でも健診後の精検受診の促しを確実にし、治療コントロール良好群の方を増やしていくことが課題であります。

【その他】

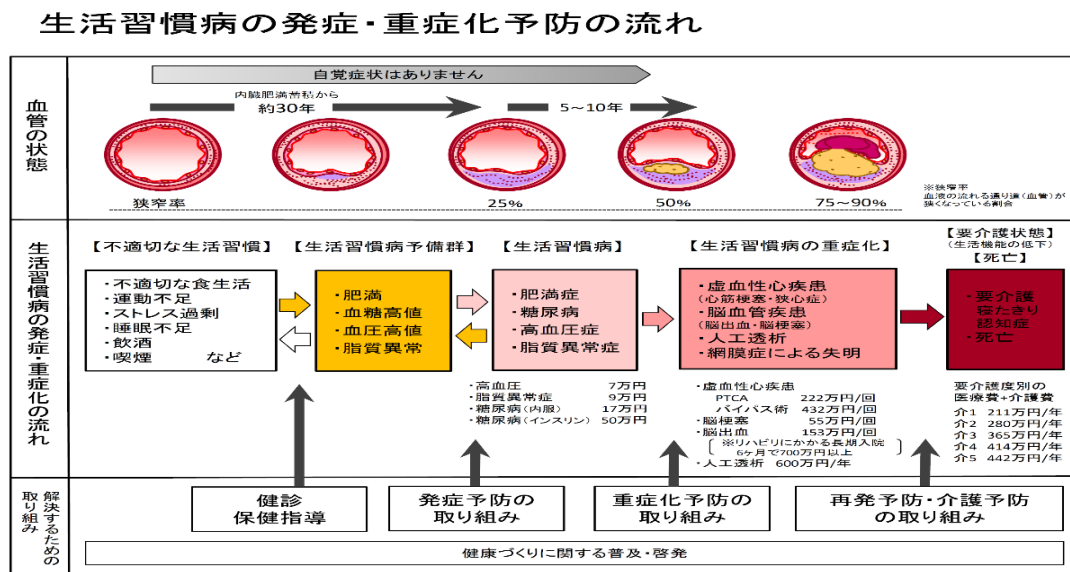
胃・肺・大腸・子宮・乳の5大がん検診対策において、白川村では特に胃がん検診と子宮がん検診の受診率が低いことが課題です。そのため、白川村では胃のバリウム検査が受けられない方に対し、胃カメラ検診を個別で受けられるように勧めています。令和5年度からピロリ菌検査を併せて実施し、陽性の方が速やかに除菌されるよう受診勧奨を行っています。また、子宮がんについては20代・30代の受診率が低い状況です。令和5年度から集団検診で受けにくさを感じている方に対して個別医療機関でも償還払いで受診ができるよう体制強化を取り入れています。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 36 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

医療保険制度においては、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の被保険者に異動することになります。

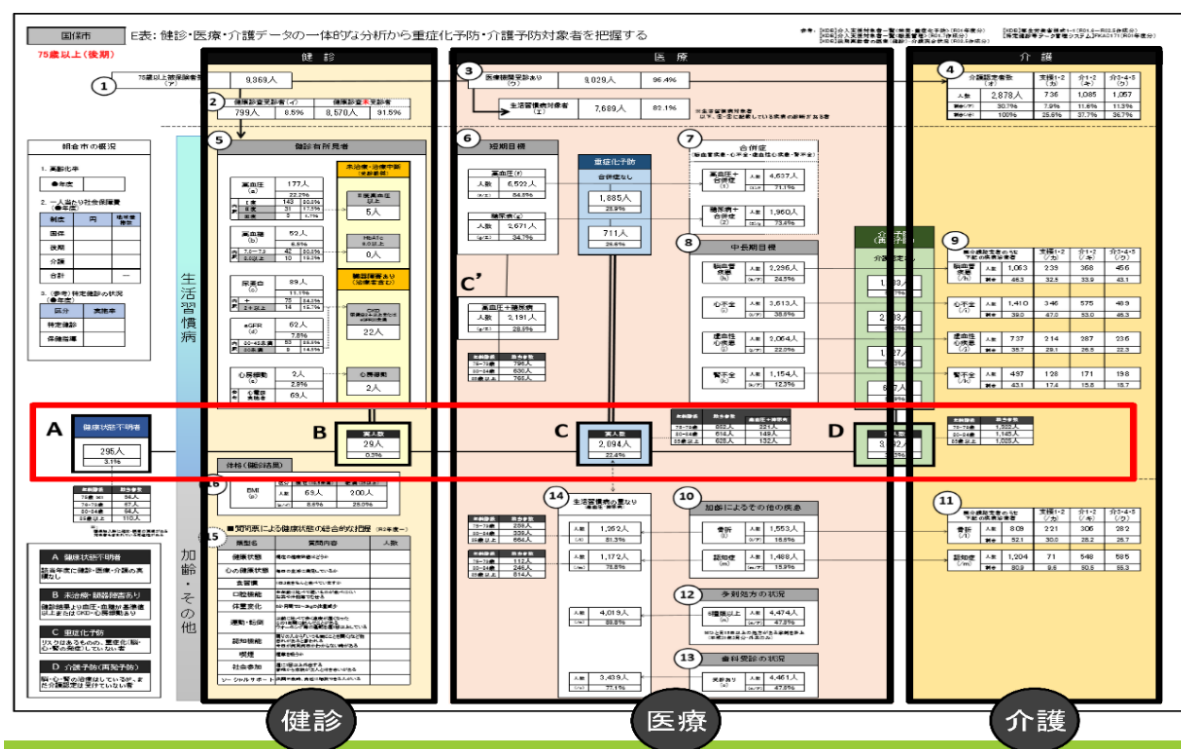
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、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過半数を超えており、また、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ため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて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。

健康課題の明確化においては、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、健診結果において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 37 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



(1) 医療費分析

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		364人	340人	322人	321人	304人	282人
総件数及び 総費用額	件数	3,229件	2,975件	2,492件	2,521件	2,607件	3,787件
	費用額	1億0594万円	1億5225万円	1億1398万円	1億1696万円	8773万円	2億1704万円
一人あたり医療費		29.1万円	44.8万円	35.4万円	36.4万円	28.9万円	77.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 データヘルス計画のターゲットになる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	白川村	8773万円	23,501	7.82%	0.25%	2.76%	0.43%	6.12%	3.62%	2.10%	2028万円	23.12%	10.46%	6.84%	10.67%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	県	--	28,714	4.28%	0.31%	1.85%	1.92%	5.90%	3.47%	2.38%	--	20.11%	17.01%	7.53%	8.32%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	白川村	2億1704万円	64,519	2.42%	0.14%	3.03%	1.67%	3.49%	2.82%	0.87%	3133万円	14.44%	19.65%	2.41%	7.77%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	--	64,978	3.92%	0.45%	3.70%	2.27%	4.68%	3.43%	1.64%	--	20.08%	12.11%	2.58%	11.02%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

図表 40 高額レセプト(80 万円以上/件)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	9人	19人	13人	11人	9人	32人
	件数	B	12件	44件	27件	32件	23件	63件
		B/総件数	0.37%	1.48%	1.08%	1.27%	0.88%	1.66%
	費用額	C	1738万円	6399万円	3849万円	4827万円	2264万円	8102万円
		C/総費用	16.4%	42.0%	33.8%	41.3%	25.8%	37.3%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80 万円以上/件)の推移 (脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数		D	0人		0人		0人		1人		2人		3人		
			D/A	0.0%		0.0%		0.0%		9.1%		22.2%		9.4%		
	件数		E	0件		0件		0件		1件		2件		3件		
			E/B	0.0%		0.0%		0.0%		3.1%		8.7%		4.8%		
	年代別	40歳未満	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%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	---	0	---	0	---	1	100.0%	1	50.0%	75-80歳	1	33.3%	
		60代	0	---	0	---	0	---	0	0.0%	1	50.0%	80代	2	66.7%	
		70-74歳	0	---	0	---	0	---	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%	
	費用額		F							481万円		189万円		346万円		
F/C			#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!		10.0%		8.3%		4.3%			

出典: ヘルスサポートラボツール

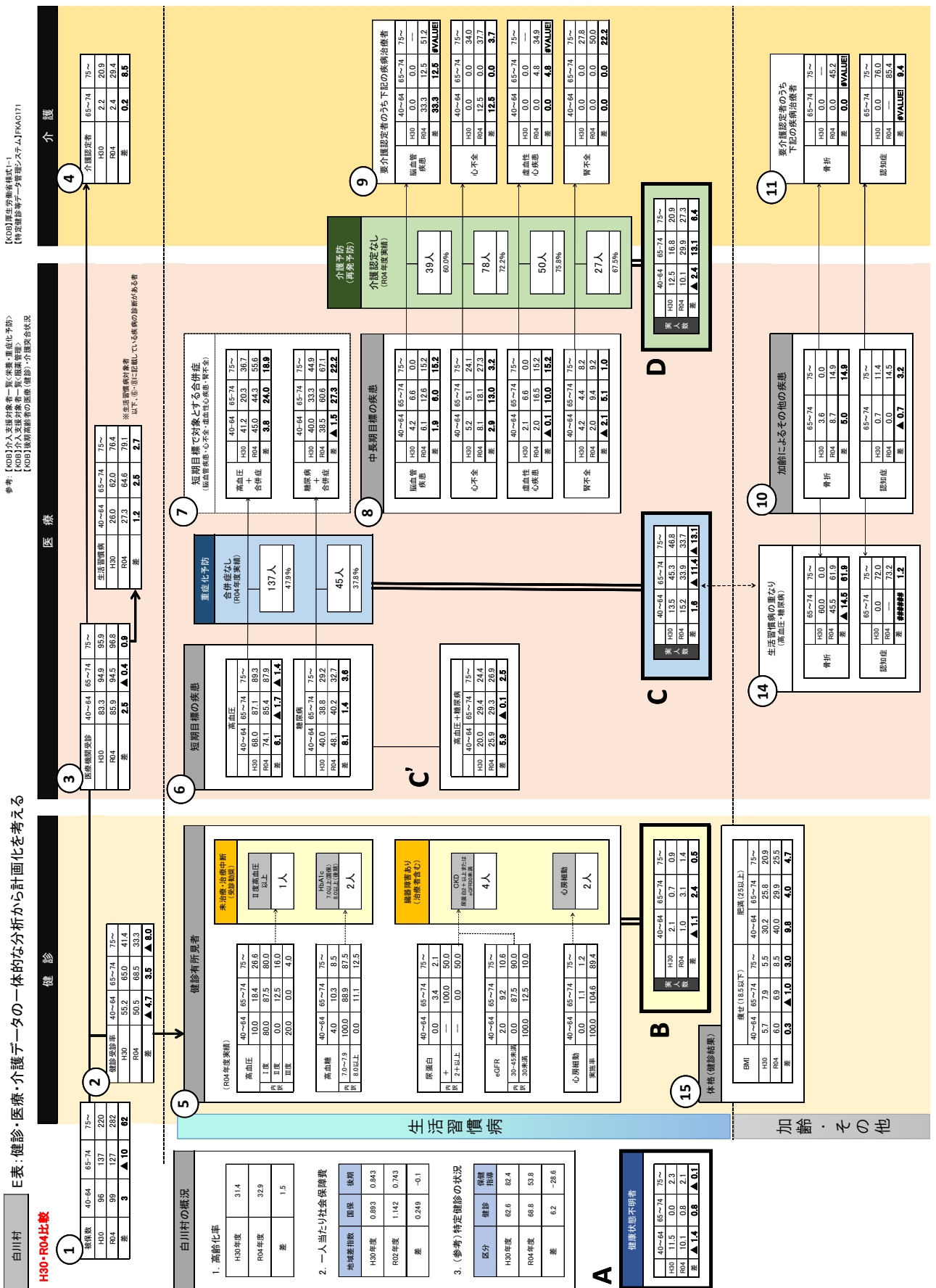
図表 42 高額レセプト(80 万円以上/件)の推移 (虚血性心疾患)

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	1人		1人		0人		0人		0人		1人		
		G/A	11.1%		5.3%		0.0%		0.0%		0.0%		3.1%		
	件数	H	1件		1件		0件		0件		0件		1件		
		H/B	8.3%		2.3%		0.0%		0.0%		0.0%		1.6%		
	年代別	40歳未満	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	—	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	100.0%	0	0.0%	0	—	0	—	0	—	75-80歳	0	0.0%
		60代	0	0.0%	1	100.0%	0	—	0	—	0	—	80代	0	0.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	—	0	—	0	—	90歳以上	1	100.0%
	費用額	I	323万円		113万円								212万円		
		I/C	18.6%		1.8%		#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!		2.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 43 健診・医療・介護データの一体的な分析(例:65～74 歳国保加入者)



図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	認定 介護 率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						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	75-
H30	20.9		96	137	220	55.2	65.0	41.4	5.7	7.9	5.5	30.2	25.8	20.9
R04	29.4		99	127	282	50.5	68.5	33.3	6.0	6.9	8.5	40.0	29.9	25.5

図表 45 健診有所見者状況

E表	⑤																	
年度	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								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人
H30	4	7.5	(2)	2	2.2	(0)	3	3.3	(0)	3	5.7	(0)	3	3.4	(0)	2	2.2	(0)
R04	1	2.0	(0)	2	2.3	(0)	5	5.3	(1)	2	4.0	(0)	9	10.3	(2)	1	1.1	(0)

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関 受診			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)									短期目標の疾患とする 合併症								
							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-	40-64	65-74	75-
H30	83.3	94.9	95.9	26.0	62.0	76.4	68.0	87.1	89.3	40.0	38.8	29.2	20.0	29.4	24.4	41.2	20.3	36.7	40.0	33.3	44.9			
R04	85.9	94.5	96.8	27.3	64.6	79.1	74.1	85.4	87.9	48.1	40.2	32.7	25.9	29.3	26.9	45.0	44.3	55.6	38.5	60.6	67.1			

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 47 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												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												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	4.2	6.6	0.0	2.1	6.6	0.0	5.2	5.1	24.1	4.2	4.4	8.2	0.0	0.0	--	0.0	0.0	--	0.0	0.0	34.0	0.0	0.0	27.8
R04	6.1	12.6	15.2	2.0	16.5	15.2	8.1	18.1	27.3	2.0	9.4	9.2	33.3	12.5	51.2	0.0	4.8	34.9	12.5	0.0	37.7	0.0	0.0	50.0

図表 48 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	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	60.0	0.0	0.0	72.0	3.6	0.0	0.7	11.4	0.0	--	0.0	76.0
R04	45.5	61.9	--	73.2	8.7	14.9	0.0	14.5	0.0	45.2	--	85.4

(3) 健康課題の明確化(図表 38～48)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度は増加しましたが、令和4年度は減少しました。後期高齢者になると一人あたり77万円を超え、国保の2.5倍も高い状況です。(図表38)

短期的目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は、いずれも同規模と比べて高く、その結果慢性腎不全(透析有)や脳梗塞、脳出血の医療費に占める割合が、国保において、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表39)

高額レセプトについては、国保においては毎年約30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倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く2件であるが、費用額は令和3年が最も高く、480万円以上の費用額がかかっています。後期高齢においては、3件発生し、340万円以上の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表40、41)

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すると、図表44の①被保険者数は、65歳～74歳で減っていますが、75歳以上では60名以上増え、近隣市町村と比べて高齢化率の低い白川村でも75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が10ポイントも高くなってきています。図表45 健診有所見の状況をみると、65歳～74歳のHbA1c7.0以上の未治療・治療中断者は増えており、また、CKDの割合は微増であります。白川村では、特に、肥満と糖尿病の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46の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病のいずれにおいても、各年代高くなっています。

図表47の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると増加しており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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ります。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が、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 40)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指す。

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と考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とする。

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

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指す、

個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

3) 管理目標の設定

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

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 (活用データ年度)
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	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				KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持				
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持				
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少				
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少				
	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・予備群の減少率				白川村 村民課
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）				
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）				
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）				
				★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少				
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合				
	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				法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上				
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※				

図表 50 岐阜県・岐阜県国保連と共有する目標一覧 岐阜県国保連が算出

事業	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
			R5 (R3 値)	R8 (R7 値)	R11 (R10 値)
特定健診受診勧奨事業	アウトカム	特定健診受診率（実績値）	66.0%	68.0%	70.0%
	アウトプット	特定健診受診勧奨案内送付率	100.0%	100.0%	100.0%
特定保健指導利用 勧奨事業	アウトプット	特定保健指導実施率	68.4%	77.0%	80.0%
	アウトプット	次年度継続受診率	93.8%	95.0%	100.0%
特定保健指導	アウトプット	特定保健指導利用率	53.8%	77.0%	80.0%
	アウトプット	次年度継続受診率	93.8%	95.0%	100.0%
	アウトプット	利用者の腹囲 2 cmかつ	0.0%	15.0%	30.0%

		体重 2 kg減量した者の割合			
糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関 未受診勧奨事業	アトガム	HbA1c 値維持・改善者割合	50.0%	56.0%	65.0%
	アトフット	医療機関受診勧奨率	57.1%	60.0%	70.0%
	アトフット	医療機関受診率	42.9%	50.0%	60.0%
	アトフット	次年度健診受診率	100.0%	100.0%	100.0%
糖尿病重症化予防 医療機関受診中断 者受診勧奨事業	アトガム	HbA1c 値維持・改善者割合	37.5%	45.0%	50.0%
	アトフット	医療機関受診勧奨率	37.5%	45.0%	50.0%
	アトフット	医療機関受診率	25.0%	30.0%	40.0%
	アトフット	次年度健診受診率	100.0%	100.0%	100.0%
糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク 者保健指導	アトガム	HbA1c 値維持・改善者割合	—	40.0%	45.0%
	アトガム	eGFR 値維持・改善者割合	—	40.0%	45.0%
	アトフット	次年度健診受診率	—	100.0%	100.0%
	アトフット	保健指導実施率	—	80.0%	90.0%
糖尿病重症化予防 OGTT 検査受検勧 奨事業	アトガム	HbA1c 値維持・改善者割合	—	45.0%	50.0%
	アトフット	医療機関受診勧奨率	—	75.0%	80.0%
	アトフット	OGTT 受診率	—	75.0%	80.0%
	アトフット	次年度健診受診率	—	85.0%	90.0%
	アトフット	連絡票簿返納割合	—	65.0%	70.0%
糖尿病重症化予防 OGTT 検査後保健 指導	アトガム	前年度 OGTT 受検者の HbA1c 値維持・改善者割合	—	74.0%	80.0%
	アトフット	OGTT 受検率	—	74.0%	80.0%
高血圧医療機関受 診勧奨事業	アトガム	収縮期血圧 維持・改善者割合	—	50.0%	60.0%
	アトガム	拡張期血圧 維持・改善者割合	—	50.0%	60.0%
	アトフット	医療機関受診勧奨率	—	90.0%	95.0%
	アトフット	医療機関受診率	—	90.0%	95.0%
	アトフット	次年度健診受診率	—	100.0%	100.0%

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四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、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 51 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	73%	73%	78%	78%	85%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 52 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	200人	197人	194人	190人	185人	180人
	受診者数	120人	118人	116人	114人	111人	108人
特定保健指導	対象者数	15人	15人	14人	14人	13人	13人
	受診者数	11人	11人	11人	11人	11人	11人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、集団健診（平瀬地区、白川地区）で実施します。

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診日程

全世帯に希望調査送付時、広報しらかわへの日程掲載、白川村のホームページに掲載します。

（白川村ホームページ URL） <https://www.vill.shirakawa.lg.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図・貧血検査・眼底検査)を実施します。

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

図表 53 特定健診検査項目

○白川村特定健診検査項目

健診項目		白川村	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) 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。

(6) 代行機関

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

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 54 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	
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付	
7月		特定健診(集団) 保健指導対象者の抽出 健診データ受取費用決裁 特定健診(集団健診未受診者受診日)	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月			
9月		【特定保健指導の実施】	
10月			受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる予算手続き	【二次健診(動脈硬化予防健診、75gOGTT)の実施】	支払基金(連合会)への報告
12月		二次健診結果説明会	
1月			
2月			
3月	契約準備	【特定保健指導完了】	

5. 特定保健指導の実施

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

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

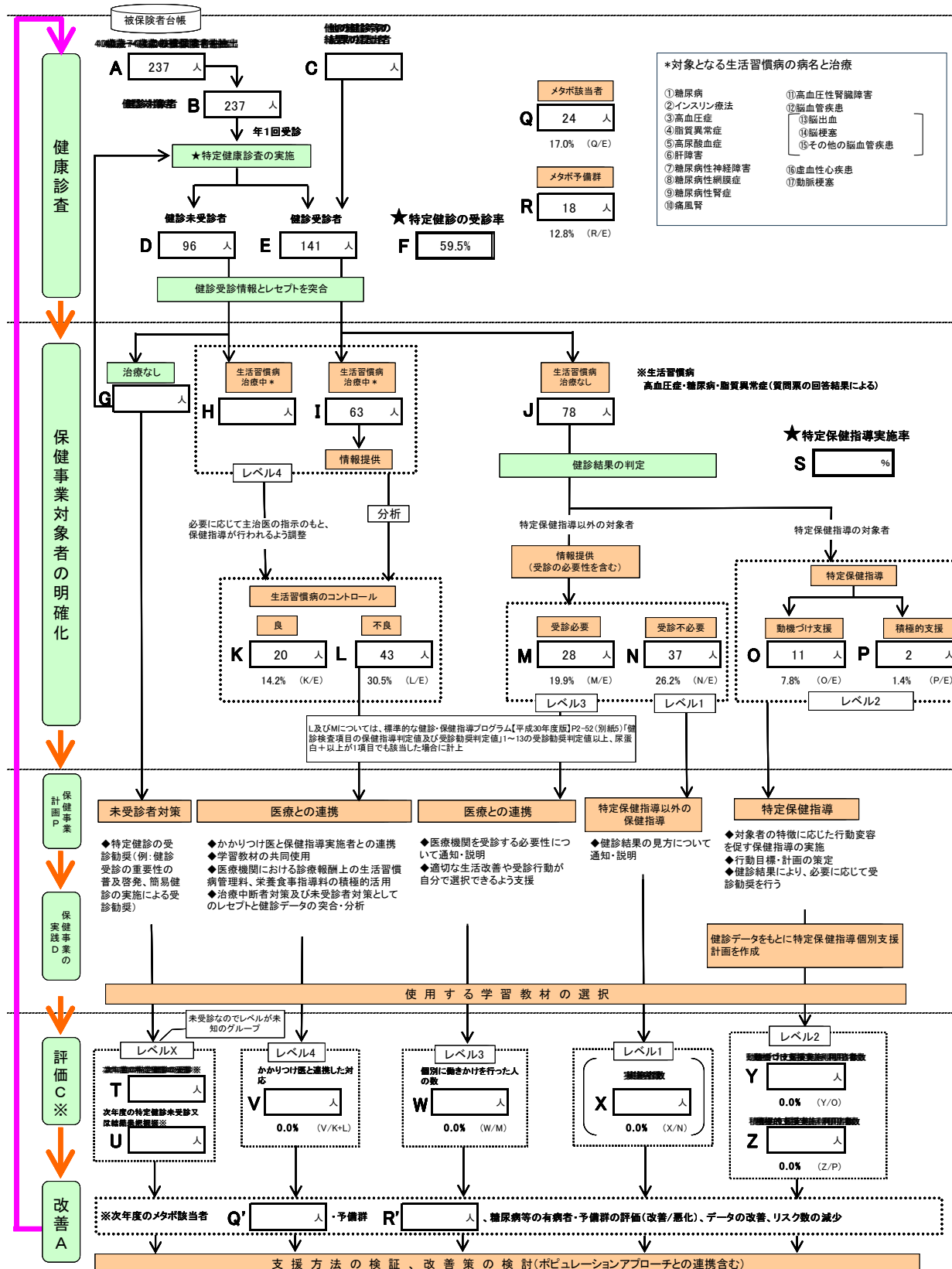
図表 55 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



(3) 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 56 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	13人 (9.2%)	70%
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	28人 (19.9%)	HbA1c6.5以 上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受 診の重要性の普及啓発、簡易健診 の実施による受診勧奨)	96人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	37人 (26.2%)	60%
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	63人 (44.7%)	60%

(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 57 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			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付		
7月	◎特定健康診査	◎対象者の抽出	◎後期高齢者健診、がん検診
8月	◎特定健康診査(集団健診未受診者受診日)	◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎二次健診(動脈硬化予防健診、75gOGTT) ◎二次健診結果説明会		
12月			
1月			
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については、個人情報の保護に関する法律および白川村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・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、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

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ます。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

白川村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、52人(36.9%)です。そのうち治療なしが17人(21.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が6人です。

また、白川村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、52人中5人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 58 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－

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 による年間新発透析導入患者数の減少			令和04年度 ＜参考＞ 健診受診者(受診率)						
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(2012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)			138人	57.5%					
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>クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%)</div> <div>心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%)</div> <div>非心原性脳梗塞</div>			<div>心筋梗塞</div> <div>労作性狭心症</div> <div>安静狭心症</div>			CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)			■各疾患の治療状況						
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)		治療中	治療なし					
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)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017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 (日本腎臓学会)		高血圧	47	91				
重症化予防対象		Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d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		脂質異常症	25	113				
該当者数		3	2.2%	1	0.7%	8	5.8%	4	2.9%	24	17.4%	17	12.3%	12	8.7%	52	37.7%
治療なし		1	1.1%	0	0.0%	8	7.1%	3	2.7%	3	3.9%	9	7.5%	2	2.6%	17	22.4%
(再掲) 特定保健指導		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	3	12.5%	3	17.6%	0	0.0%	5	9.6%
治療中		2	4.3%	1	1.6%	0	0.0%	1	4.0%	21	33.9%	8	44.4%	10	16.1%	35	56.5%
臓器障害 あり		1	100.0%	0	—	2	25.0%	2	66.7%	1	33.3%	5	55.6%	2	100.0%	6	35.3%
CKD(専門医対象者)		1		0		0		0		0		0		2		2	
心電図所見あり		1		0		2		2		1		5		2		6	
臓器障害 なし		0	0.0%	—		6	75.0%	1	33.3%	2	66.7%	4	44.4%	—		—	
治療中												重症化予防対象者 (実人数)					
臓器障害 あり		2	100.0%	1	100.0%	0	—	1	100.0%	10	47.6%	3	37.5%	10	100.0%	22	62.9%
CKD(専門医対象者)		1		1		0		0		2		1		10		10	
心電図所見あり		2		1		0		1		9		3		5		17	
臓器障害 なし		0	0.0%	—		0	—	0	0.0%	11	52.4%	5	62.5%	—		—	

1. 若者からの肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 特定健診受診勧奨事業

白川村は、特定健診受診率が、68.8%(令和 4 年度)と高いです。60 歳～74 歳の受診率が高いですが、40～50 歳代の男性の受診率は低い状況となっています。そのため、特定健診受診率の維持、特に若い年代の受診率の向上を目的としています。

図表 59 特定健診受診率の推移

年齢		40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
H30	男性	40.0%	61.5%	28.6%	53.8%	64.3%	64.0%	70.7%
	女性	16.7%	50.0%	42.9%	63.6%	76.2%	68.3%	63.2%
R3	男性	33.3%	71.4%	33.3%	37.5%	62.5%	73.3%	64.1%
	女性	69.7%	55.6%	71.4%	44.4%	66.7%	60.0%	70.8%

出典：特定健診法定報告

(1) 健診未受診者への受診勧奨

■ストラクチャー

村民課専門職（保健師、管理栄養士）

■プロセス

(ア) 対象者

7月の集団健診未受診者

(イ) 時期

7月の集団健診が終了した時点

(ウ) 方法

- ・7月の集団健診終了後から未受診者受診日までに未受診者を抽出する。
- ・未受診者専用の健診日程をはがきにて通知、もしくは、同報無線にて周知する。
- ・電話予約を行う。

■アウトカム

特定健診受診率

■アウトプット

特定健診未受診者対策案内送付率

2) 特定保健指導及び肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

目的

受診者のうちBMI25以上の者は、40～64歳で38.5%、65～74歳で29.2%と高くなっており、特に、40～64歳男性は58.3%と、半数以上がBMI25以上となっています。（図表60）メタボリックシンドローム該当者の割合は、年齢があがるにつれ高くなっています。年齢があがるにつれ、メタボリックシンドロームの診断基準である血糖、血圧、脂質のリスク因子が増え、重なりが増えることが分かります。そのため、早期に肥満の改善をすることが必要になります。（図表61）

肥満者の割合が高く、年齢があがるにつれリスク因子が増えている当村の状況から、40～74歳への特定保健指導の質の向上のほか、9年生（中学3年生）、高校生、39歳以下の若い年代にも保健指導を実施し、早期に介入をすることで将来の生活習慣病を予防します。

図表 60 肥満度分類における実態

		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		52	89	20	26	15	23	4	2	1	1	0	0		
				38.5%	29.2%	28.8%	25.8%	7.7%	2.2%	1.9%	1.1%	0.0%	0.0%		
再掲	男性	24	33	14	13	10	12	3	1	1	0	0	0		
				58.3%	39.4%	41.7%	36.4%	12.5%	3.0%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%		
	女性	28	56	6	13	5	11	1	1	0	1	0	0		
				21.4%	23.2%	17.9%	19.6%	3.6%	1.8%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 61 年代別メタボリック該当者の状況

		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	56	5	6	23	22	82	6	9	31	36
メタボ該当者		B	19	0	2	8	9	5	0	0	3	2
		B/A	33.9%	0.0%	33.3%	34.8%	40.9%	6.1%	0.0%	0.0%	9.7%	5.6%
再掲	① 3項目全て	C	5	0	0	2	3	2	0	0	2	0
		C/B	26.3%	--	0.0%	25.0%	33.3%	40.0%	--	--	66.7%	0.0%
	② 血糖＋血圧	D	6	0	0	2	4	2	0	0	1	1
		D/B	31.6%	--	0.0%	25.0%	44.4%	40.0%	--	--	33.3%	50.0%
	③ 血圧＋脂質	E	7	0	1	4	2	1	0	0	0	1
		E/B	36.8%	--	50.0%	50.0%	22.2%	20.0%	--	--	0.0%	50.0%
	④ 血糖＋脂質	F	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		F/B	5.3%	--	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	--	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 特定保健指導利用勧奨事業

■ストラクチャー

村民課専門職（保健師、管理栄養士）

■プロセス

(ア) 対象者

40～74 歳の特定保健指導対象者

(イ) 時期

特定健診終了後 1 か月前後（7 月～8 月）

(ウ) 方法

- ・ 健診結果をマルチマーカールに取り込む。
- ・ 対象者を抽出し経年表や資料を作成する。
- ・ 保健師、管理栄養士が電話にて利用勧奨を行い、初回面談の日程を調整する。

■アウトプット

- ・ 特定保健指導実施率
- ・ 次年度継続受診率

(2) 特定保健指導

■ストラクチャー

村民課専門職（保健師、管理栄養士）

■プロセス

(ア) 対象者

40～74 歳の特定保健指導対象者

(イ) 時期

健診後 1 か月前後に初回面談を行い、最終面談までを年度内に実施。

(ウ) 方法

- ・ 健診結果をマルチマーカールに取り込む。
- ・ 対象者を抽出し経年表や資料を作成する。
- ・ 保健師、管理栄養士が電話にて利用勧奨を行い、初回面談の日程を調整する。
- ・ 初回面談を実施し、3 か月以上面談や電話にて支援を行う。
- ・ 中間評価として二次検査（75 g 糖負荷検査もしくは動脈硬化予防検査）を実施し、個別に結果説明を行う。
- ・ 6 か月経過後、最終面談を行う。

■アウトカム

- ・ 利用者の腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 減量した者の割合
- ・ メタボリックシンドローム・予備群の減少率
- ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

■アウトプット

- ・ 特定保健指導利用率
- ・ 次年度継続受診率

2. 糖尿病重症化予防

糖尿病重症化予防の課題を解決するために、次のように医療機関受診勧奨事業を行います。また、主治医と連携し、治療中ハイリスク者保健指導を行います。糖尿病予備群を対象に、75g 糖負荷検査（糖の処理能力とインスリンの分泌状態をみる検査）を実施し、糖尿病の発症を予防します。対象者の抽出は、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用します。

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

1) 医療機関受診勧奨事業

目的

健診結果から適切な医療機関受診につなげ、医療管理や保健指導に結び付けることで、早期発見・早期治療・重要化予防につなげることを目的とします。また、糖尿病性腎症による人工透析を予防することにより、医療費適正化を図ります。本事業では、糖尿病領域である HbA1c6.5%以上の者を医療機関につなぐとともに、治療の中断を防ぎます。

(1) 医療機関未受診者

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア) 対象者

特定健診の結果、HbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖 126 以上で、糖尿病の服薬のないもの

(イ) 時期

7 月から翌年 3 月まで

(ウ) 方法

- ・健診結果をマルチマーカートヘルスサポートラボツールに取り込む。
- ・糖尿病管理台帳と、重症化予防対象者の名簿を作成し、医療機関未受診者を抽出。
- ・電話、訪問等で医療機関への受診を勧奨する。勧奨時に、主治医の有無やほかの疾患の有無などを聞き取り、受診につながるように工夫する。
- ・約3か月後に、精密検査依頼書の返信がなく、レセプト等で受診が確認できなかった者に関しては、再度、電話等で受診勧奨する。

■アウトカム

- ・HbA1c 値維持・改善者割合
- ・健診受診者の血糖異常者の割合(HbA1c6.5%以上)
- ・糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合

■アウトプット

- ・医療機関受診勧奨率
- ・医療機関受診率
- ・次年度健診受診率

(2) 医療機関受診中断者

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア) 対象者

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

がなかった者。

(イ)時期

8月から翌年3月

(ウ)方法

- ・健診結果をマルチマーカ―とヘルスサポートラボツールに取り込む。
- ・糖尿病管理台帳と、重症化予防対象者の名簿を作成し、医療機関受診中断者を抽出。
- ・電話等で医療機関への受診勧奨をする。
- ・約3か月後に、精密検査依頼書の返信がなく、レセプト等で受診が確認できなかった者に関しては、再度、電話等で受診勧奨する。

■アウトカム

- ・HbA1c 値維持・改善者割合
- ・健診受診者の血糖異常者の割合(HbA1c6.5%以上)
- ・糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合

■アウトプット

- ・医療機関受診勧奨率
- ・医療機関受診率
- ・次年度健診受診率

2)重症化予防保健指導事業

(1) 治療中ハイリスク者

目的

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

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

特定健診受診者のうち、問診票に糖尿用治療薬服薬有と回答した者で、HbA1c7.0%以上もしくは空腹時血糖 130 以上の者である者のうち、主治医が白川村の保健師、管理栄養士の保健指導を望む者。主治医が保健指導を望む者とは、精密検査依頼書の白川村への連絡事項の欄に「生活・食事に関して村の保健師や管理栄養士の支援が望ましい」に○がついている者。)

(イ)時期

8月から翌年3月

(ウ)方法

- ・精密検査依頼書にて本人同意欄で同意が確認できない場合、本人の同意を得る。
- ・専門職(保健師、管理栄養士)による指導を実施。

・糖尿病連携手帳や報告書等を使用し、医療機関との連携を図る。

■アウトカム

- ・HbA1c 値維持・改善者割合
- ・eGFR 値維持・改善者割合
- ・健診受診者の血糖異常者の割合 (HbA1c6.5%以上)
- ・健診受診者の HbA1c8.0%以上の者の割合

■アウトプット

- ・次年度健診受診率
- ・保健指導実施率

(2) OGTT 検査の実施及び保健指導

目的

健診で HbA1c5.6～6.4%、かつ、糖尿病未治療である者に対し、75g糖負荷検査(OGTT検査)を実施し、保健・栄養指導を行うことで糖尿病発症を防ぐ。

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

特定健診受診者のうち、HbA1c5.6～6.4%、かつ、糖尿病未治療である者。(ただし、1人1回のみ)

(イ)時期

11月

(ウ)方法

受診勧奨

○特定保健指導対象者である場合

- ・特定保健指導初回面談時に、検査の概要等を説明して受診勧奨をする。

○特定保健指導対象者以外の場合

- ・案内を郵送し希望を募る。連絡がない場合、電話による受診勧奨をする。

OGTT検査の実施

- ・健診委託機関にてOGTT検査を実施

結果説明

- ・個別で結果説明、保健・栄養指導を実施する。

■アウトカム

- ・HbA1c 値維持・改善者割合
- ・前年度 OGTT 受検者の HbA1c 値維持・改善者割合

■アウトプット

- ・医療機関受診勧奨率
- ・OGTT 受診率
- ・次年度健診受診率

3)糖尿病性腎症重症化予防事業

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

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

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期及び第 4 期と思われる者(特定健診の結果から、糖尿病で治療中であり、以下のいずれかに該当する者)

- ・尿蛋白定性(2+)以上の者
- ・尿蛋白定性(1+)で尿潜血定性(2+)以上の者
- ・eGFR50ml/分/1.73 m²未満の者

糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者

- ・Ⅱ度高血圧以上の者(160/100 以上)
- ・メタボリックシンドローム該当者
- ・LDL180mg/dl 以上又は、TG400mg/dl 以上の者

なお、次の者については保健指導対象者から除外する

- ①がん等終末期にある者
- ②認知機能障害のある者
- ③その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(イ)時期

8 月～翌年 3 月まで

(ウ)方法

- ・健診結果をマルチマーカーに取り込む。
- ・対象者を抽出し経年表や資料を作成する。
- ・保健師、管理栄養士が電話で連絡を取る。
- ・訪問または役場にて保健指導を実施。
- ・必要に応じてフォローアップを行う。

■アウトカム

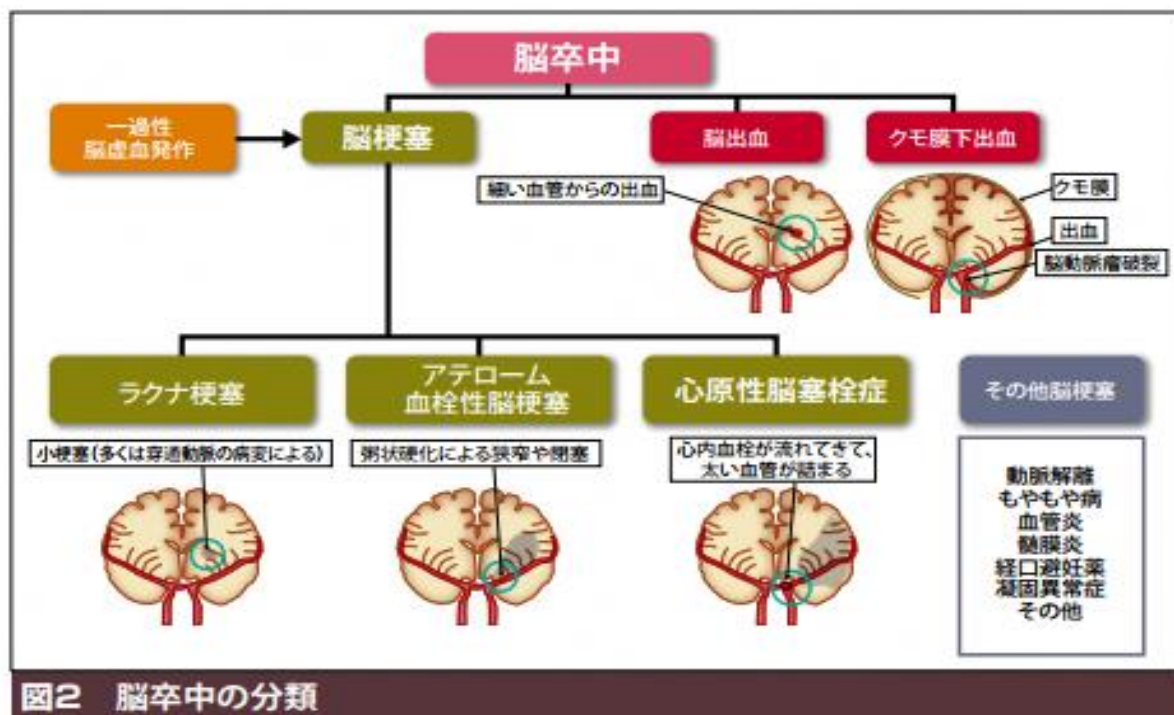
- ・糖尿病性腎症による透析導入者の割合
- ・糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合

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

3. 脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防・腎硬化症重症化予防

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

図表 62 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 63 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	●							

1) 高血圧・腎硬化症受診勧奨事業

目的

要介護者の有病状況の高い疾患である脳血管疾患や虚血性心疾患を予防するために、Ⅱ度高血

圧以上の者を医療機関につなぐとともに、治療中断を予防します。また、腎硬化症に伴う新規透析患者の増加を抑制するために、腎機能低下の者を必要に応じて腎臓内科等の専門医療機関につなぐとともに、治療中断を予防します。

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

Ⅱ度高血圧(160/100)以上の者

尿蛋白(+)以上の者

eGFR45 未満の者

eGFR45～60 かつ尿蛋白(±)の者

のうち、医療機関未受診者、もしくは、当該年度健診未受診者で、かつ、前年度に高血圧や腎硬化症のレセプトがあり、当該年度に高血圧や腎硬化症のレセプトがなかった者。

(イ)時期

8月から翌年3月まで

(ウ)方法

- ・健診結果をマルチマーカーとヘルスサポートラボツールに取り込む。
- ・高血圧管理台帳と、重症化予防対象者の名簿を作成し、医療機関未受診者、医療機関受診中断者を抽出。
- ・電話等で医療機関への受診勧奨をする。
- ・約3か月後に、精密検査依頼書の返信がなく、レセプト等で受診が確認できなかった者に関しては、再度、電話等で受診勧奨する。

■アウトカム

- ・収縮期血圧維持・改善者割合
- ・拡張期血圧維持・改善者割合
- ・健診受診者の高血圧者の割合(160/100 以上)

■アウトプット

- ・医療機関受診勧奨率
- ・医療機関受診率
- ・次年度健診受診率

2)心原性脳血管疾患重症化予防事業

目的

心原性脳血管疾患とは、心臓にできた血栓が血流によ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。

白川村は心電図検査を全数実施しています。心電図検査において1人が心房細動の所見があり、

既に治療が開始されています。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は継続予定です。

図表 63 特定健診における心房細動有所見者状況

	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	57	84	57	100.0%	84	100.0%	0	0.0%	1	1.2%	--	--
40代	5	7	5	100.0%	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	6	9	6	100.0%	9	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	24	32	24	100.0%	32	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	22	36	22	100.0%	36	100.0%	0	0.0%	1	2.8%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※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

図表 64 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	%
1	0	0.0	1	100.0

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

心房細動の所見がある者

(イ)時期

8月から翌年3月まで

(ウ)方法

- ・健診結果をマルチマーカに取り込む。
- ・対象者を抽出し経年表や資料を作成する。
- ・保健師、管理栄養士が電話で連絡を取る。
- ・訪問または役場にて保健指導を実施。
- ・必要に応じてフォローアップを行う。

■アウトカム

- ・脳血管疾患の総医療費に占める割合

3) 虚血性心疾患重症化予防事業

目的

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

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

LDL コレステロール 180 以上の者

中性脂肪 300 以上の者

(イ)時期

8 月から翌年 3 月まで

(ウ)方法

- ・ 健診結果をマルチマーカールに取り込む。
- ・ 対象者を抽出し経年表や資料を作成する。
- ・ 保健師、管理栄養士が電話で連絡を取る。
- ・ 訪問または役場にて保健指導を実施。
- ・ 必要に応じてフォローアップを行う。

■アウトカム

- ・ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合

4) 高尿酸血症重症化予防事業

目的

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

■ストラクチャー

村民課専門職(保健師、管理栄養士)

■プロセス

(ア)対象者

尿酸が 9.0 以上の者

(イ)時期

8 月から翌年 3 月まで

(ウ)方法

- ・ 健診結果をマルチマーカールに取り込む。
- ・ 対象者を抽出し経年表や資料を作成する。
- ・ 保健師、管理栄養士が電話で連絡を取る。

- ・訪問または役場にて保健指導を実施。
- ・必要に応じてフォローアップを行う。

■アウトカム

- ・慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、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

白川村は、令和5年度より岐阜県後期高齢者広域連合から、白川村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

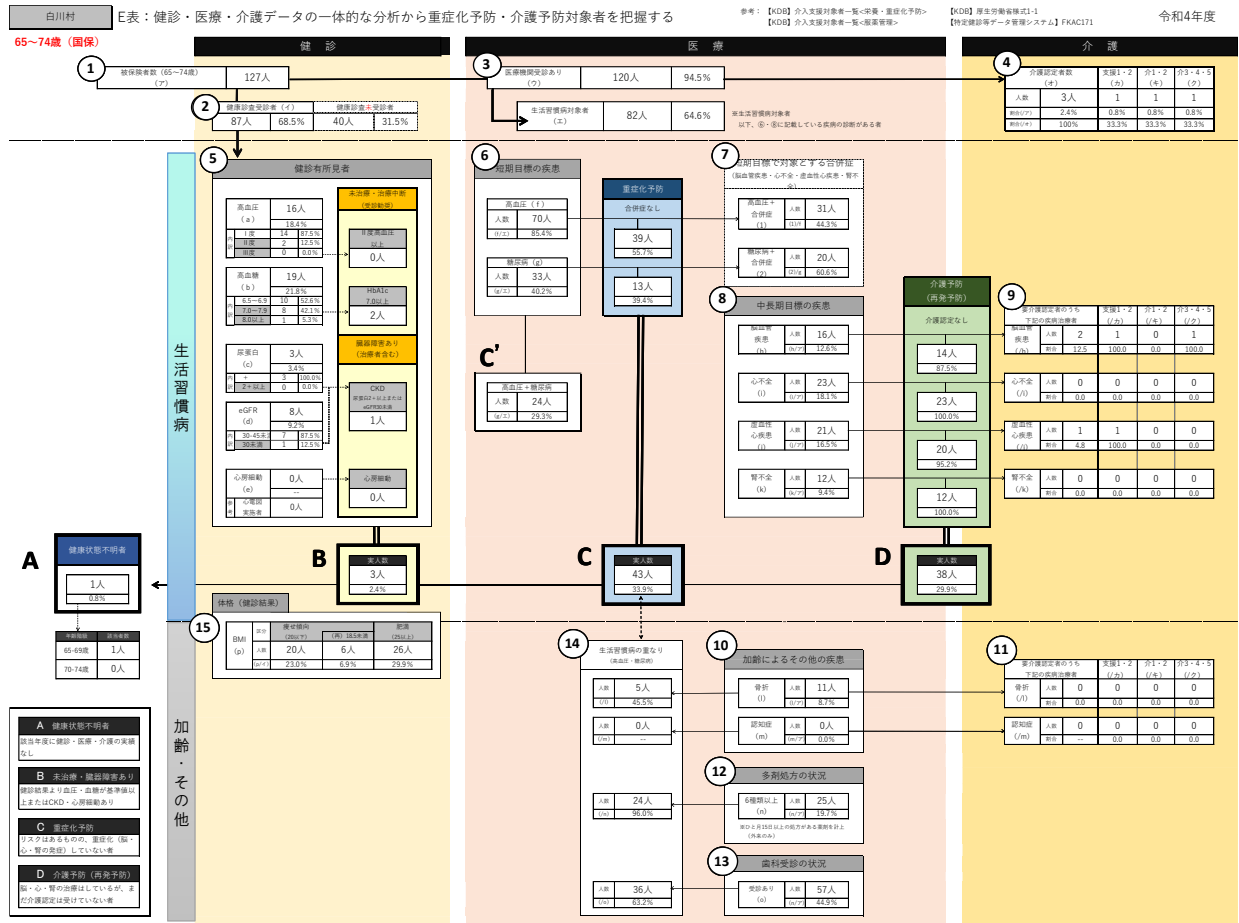
具体的には、

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、管理栄養士を配置し、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、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 65 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あります。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。

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

図表 66 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　　—基本的考え方—　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																	
<div>発症予防</div> <div></div> <div>重症化予防</div>																	
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法															
		母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画		健康増進計画（県）（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）															
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・幼稚園健康診断		就学時健診 (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					
	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めます。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实態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 85)

図表 67 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

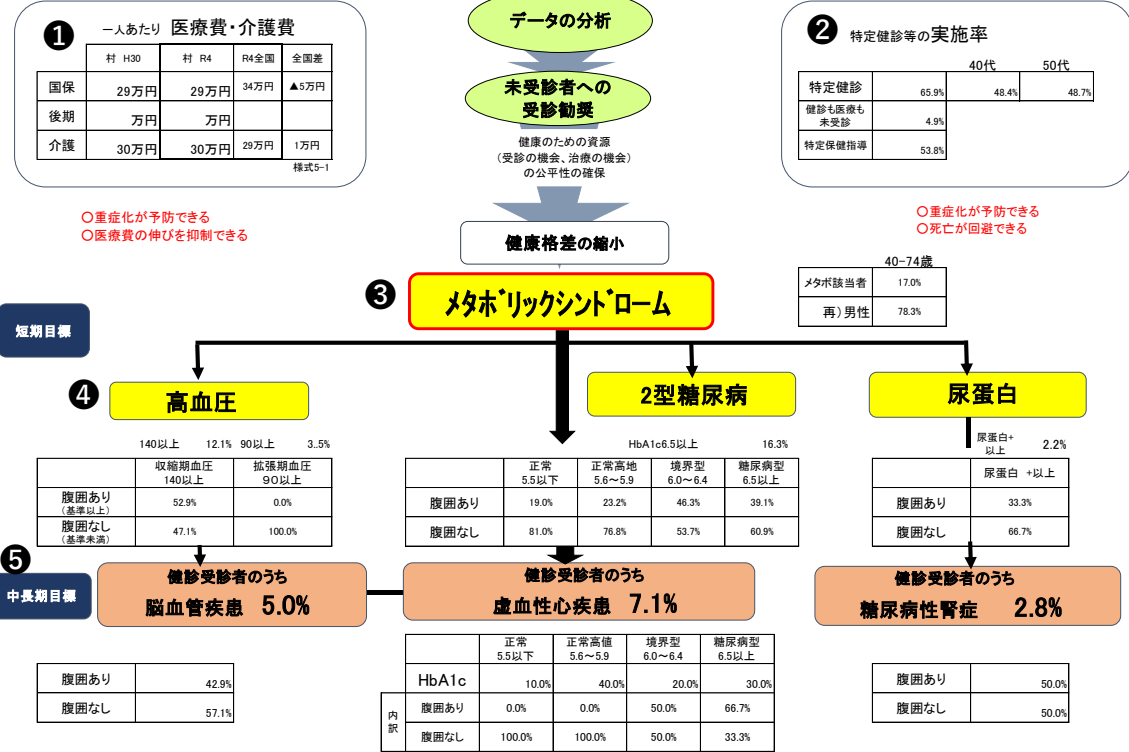
白川村の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～白川村の位置～

白川村の実態を入れてみました

ー特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進ー

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム
30年度版」図1 改変



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

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においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が被保険者分については定期的に行います。

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、白川村国保診療所に周知する。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す。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた白川村の位置

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み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた白川村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた白川村の位置

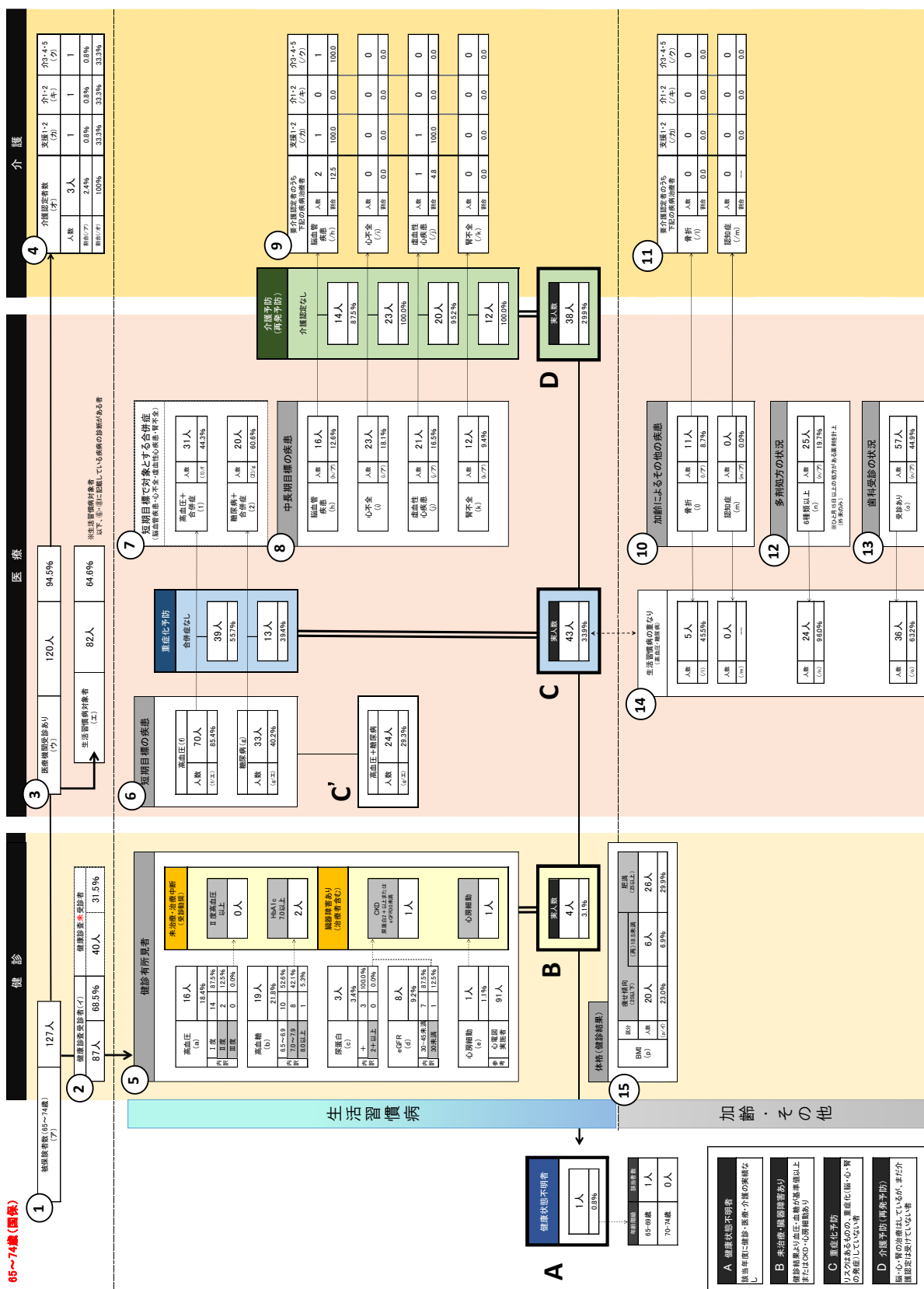
R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		1,511		727,328		1,939,486		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		500	33.1	301,058	41.4	593,751	30.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上		264	17.5	---	---	307,534	15.9	18,248,742	14.8			
			65～74歳		236	15.6	---	---	286,217	14.8	17,087,063	13.9			
			40～64歳		472	31.2	---	---	643,485	33.2	41,545,893	33.7			
	39歳以下		539	35.7	---	---	702,250	36.2	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		2.3		22.3		3.2		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		21.3		20.6		33.1		25.0				
			第3次産業		76.4		57.2		63.7		71.0				
	③	平均寿命	男性		80.9		80.5		81.0		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握		
			女性		86.5		87.0		86.8		87.0				
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		82.7		79.3		80.8		80.1				
			女性		84.7		84.2		84.5		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	101.5		101.6		99.5		100		KDB NO.1 地域全体像の把握		
				女性	105.8		99.9		102.5		100				
			死因	がん	5	55.6	3,423	47.4	6,043	50.8	378,272	50.6			
				心臓病	3	33.3	2,064	28.6	3,281	27.6	205,485	27.5			
				脳疾患	1	11.1	1,188	16.4	1,678	14.1	102,900	13.8			
				糖尿病	0	0.0	138	1.9	166	1.4	13,896	1.9			
				腎不全	0	0.0	267	3.7	444	3.7	26,946	3.6			
				自殺	0	0.0	146	2.0	291	2.4	20,171	2.7			
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査			
			男性												
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		90	18.0	59,331	19.9	106,977	18.1	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者			3	0.3	933	0.3	1,890	0.3	110,289		0.3
					介護度別 総件数	要支援1.2	265	13.5	162,745	13.5	374,899	13.1	21,785,044		12.9
要介護1.2						1,057	53.8	568,999	47.1	1,239,390	43.4	78,107,378	46.3		
要介護3以上						643	32.7	476,421	39.4	1,241,248	43.5	68,963,503	40.8		
2号認定者				2	0.42	856	0.38	2,262	0.35	156,107	0.38				
②		有病状況	糖尿病		17	18.9	13,461	21.6	32,279	28.8	1,712,613	24.3			
			高血圧症		52	55.1	33,454	54.3	63,115	56.7	3,744,672	53.3			
			脂質異常症		22	20.0	18,421	29.6	37,888	33.7	2,308,216	32.6			
			心臓病		54	60.0	37,325	60.8	72,756	65.5	4,224,628	60.3			
			脳疾患		18	17.3	13,424	22.1	24,300	22.2	1,568,292	22.6			
			がん		8	7.6	6,308	10.3	12,564	11.2	837,410	11.8			
			筋・骨格		47	59.0	33,542	54.6	62,696	56.4	3,748,372	53.4			
			精神		33	33.8	22,904	37.4	42,026	38.2	2,569,149	36.8			
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		298,905	149,452,287	323,222	97,308,660,154	286,208	169,936,038,921	290,668	10,074,274,228,889			
			1件当たり給付費(全体)		76,057		80,543		59,511		59,662				
			居宅サービス		31,328		42,864		41,518		41,272				
			施設サービス		284,622		288,059		284,664		296,364				
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,923		9,108		7,801		8,610						
		認定あり 認定なし	4,019		4,544		3,787		4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数		304		195,140		409,533		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳		124	40.8			187,666	45.8	11,129,271	40.5			
			40～64歳		102	33.6			127,712	31.2	9,088,015	33.1			
			39歳以下		78	25.7			94,155	23.0	7,271,596	26.5			
	加入率		20.1		27.1		21.1		22.3						
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		54		0.3		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
			診療所数		3		9.9		703		3.6				
			病床数		0		0.0		4,267		21.9				
			医師数		1		3.3		641		3.3				
			外来患者数		683.9		653.6		748.2		687.8				
			入院患者数		14.5		22.9		17.4		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		288,584	県内42位 同規模243位	367,527		355,308		339,680				
			受診率		698.366		676.49		765.634		705.439				
			外 来	費用の割合		65.4		55.1		62.6		60.4			
				件数の割合		97.9		96.6		97.7		97.5			
			入 院	費用の割合		34.6		44.9		37.4		39.6			
				件数の割合		2.1		3.4		2.3		2.5			
			1件あたり在院日数		18.1日		16.2日		15.5日		15.7日				

④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	9,174,280	20.4	32.8	32.0	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題					
		慢性腎不全(透析あり)	6,860,890	15.3	6.1	8.1	8.2						
		糖尿病	5,370,680	11.9	11.2	11.1	10.4						
		高血圧症	3,178,610	7.1	6.5	6.5	5.9						
		脂質異常症	1,844,650	4.1	3.4	4.5	4.1						
		脳梗塞・脳出血	2,423,800	5.4	4.0	3.5	3.9						
		狭心症・心筋梗塞	380,040	0.8	2.8	3.6	2.8						
		精神	5,997,580	13.3	14.6	14.2	14.7						
筋・骨格	9,364,800	20.8	17.4	15.6	16.7								
5	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	--	--	363	0.2	195	0.1	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分 析(中分類)	
			糖尿病	--	--	1,389	0.8	1,122	0.8	1,144	0.9		
			脂質異常症	--	--	76	0.0	63	0.0	53	0.0		
			脳梗塞・脳出血	7,539	7.5	6,827	4.1	5,824	4.4	5,993	4.5		
			虚血性心疾患	--	--	4,500	2.7	5,183	3.9	3,942	2.9		
			腎不全	28,982	29.0	4,305	2.6	3,933	3.0	4,051	3.0		
	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	10,456	5.5	12,436	6.1	12,145	5.5	10,143	4.9		
			糖尿病	17,667	9.4	21,206	10.5	20,296	9.1	17,720	8.6		
			脂質異常症	6,068	3.2	6,646	3.3	8,390	3.8	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	434	0.2	934	0.5	728	0.3	825	0.4		
			虚血性心疾患	1,250	0.7	1,857	0.9	2,391	1.1	1,722	0.8		
			腎不全	20,055	10.6	14,043	6.9	18,380	8.3	15,781	7.7		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,093	2,915	2,817	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題					
			健診未受診者	5,526	13,340	12,879	13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,770	8,820	7,787	6,142						
			健診未受診者	16,025	40,357	35,596	40,210						
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	76	56.3	37,634	58.3	65,330	56.0	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	67	49.6	33,587	52.0	58,907	50.5	3,543,116	52.0			
6	特定健診の 状況 県内市町村数 44市町村 同規模市区町村 数 274市町村	①	健診受診者	135	64,539	116,593	6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		②	受診率	65.9	県内1位 同規模29位	46.7	40.8		全国15位	37.1			
		③	特定保健指導終了者(実施率)	7	53.8	1693	21.0		3,078	24.6	107,925	13.4	
		④	非肥満高血糖	8	5.9	6,180	9.6		9,702	8.3	615,549	9.0	
		⑤	メタボ	該当者	23	17.0	14,327		22.2	23,054	19.8	1,382,506	20.3
				男性	18	32.7	10,060		32.4	15,845	31.2	965,486	32.0
				女性	5	6.3	4,267		12.8	7,209	11.0	417,020	11.0
				予備群	18	13.3	7,996		12.4	12,096	10.4	765,405	11.2
		⑥	BMI	男性	10	18.2	5,688		18.3	8,503	16.7	539,738	17.9
				女性	8	10.0	2,308		6.9	3,593	5.5	225,667	5.9
		⑦	総数	49	36.3	24,681	38.2		38,769	33.3	2,380,778	34.9	
		⑧	男性	33	60.0	17,354	55.8		26,844	52.8	1,666,592	55.3	
		⑨	女性	16	20.0	7,327	21.9		11,925	18.1	714,186	18.8	
		⑩	総数	6	4.4	3,854	6.0		5,492	4.7	320,038	4.7	
		⑪	男性	1	1.8	730	2.3		967	1.9	51,248	1.7	
		⑫	女性	5	6.3	3,124	9.3		4,525	6.9	268,790	7.1	
		⑬	血糖のみ	1	0.7	442	0.7		608	0.5	43,519	0.6	
		⑭	血圧のみ	12	8.9	5,843	9.1		8,322	7.1	539,490	7.9	
		⑮	脂質のみ	5	3.7	1,711	2.7		3,166	2.7	182,396	2.7	
		⑯	血糖・血圧	7	5.2	2,376	3.7		2,901	2.5	203,072	3.0	
⑰	血糖・脂質	1	0.7	714	1.1	1,175	1.0	70,267	1.0				
⑱	血圧・脂質	8	5.9	6,429	10.0	11,491	9.9	659,446	9.7				
⑲	血糖・血圧・脂質	7	5.2	4,808	7.4	7,487	6.4	449,721	6.6				
7	問診の状況	服薬	高血圧	46	34.1	25,333	39.3	42,185	36.2	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	17	12.6	6,949	10.8	10,934	9.4	589,470	8.7		
			脂質異常症	25	18.5	17,768	27.6	33,632	28.9	1,899,637	27.9		
		既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	4	3.0	2,096	3.3	3,338	2.9	207,385	3.1		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	14	10.5	3,753	5.9	6,954	6.1	365,407	5.5		
			腎不全	9	6.8	596	0.9	1,064	0.9	53,898	0.8		
貧血	17	12.8	5,551	8.8	12,075	10.4	702,088	10.7					
8	生活習慣の 状況	③	喫煙	16	11.9	10,581	16.4	14,425	12.4	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		④	週3回以上朝食を抜く	6	4.0	5,703	9.4	5,942	7.0	642,886	10.4		
		⑤	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
		⑥	週3回以上就寝前夕食(H30～)	31	23.3	10,372	17.1	12,484	13.3	976,348	15.7		
		⑦	週3回以上就寝前夕食	31	23.3	10,372	17.1	12,484	13.3	976,348	15.7		
		⑧	食べる速度が遅い	0	0.0	16,947	27.9	22,942	26.9	1,659,705	26.8		
		⑨	20歳時体重から10kg以上増加	36	24.2	22,295	36.6	28,690	33.6	2,175,065	35.0		
		⑩	1日30分以上運動習慣なし	94	70.7	41,418	67.6	58,257	62.6	3,749,069	60.4		
		⑪	1日1時間以上運動なし	56	42.1	29,178	47.8	48,280	51.4	2,982,100	48.0		
		⑫	睡眠不足	28	21.1	14,822	24.5	25,018	26.7	1,587,311	25.6		
		⑬	毎日飲酒	48	35.4	16,356	26.5	20,301	23.6	1,658,999	25.5		
		時々飲酒	43	28.9	14,214	23.0	17,223	20.0	1,463,468	22.5			
		⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	46	50.5	22,091	54.9	33,598	64.9	2,978,351		64.1
				1～2合	18	19.8	11,317	28.1	12,315	23.8	1,101,465		23.7
2～3合	21			23.1	5,089	12.6	4,672	9.0	434,461	9.4			
3合以上	6			6.6	1,734	4.3	1,219	2.4	128,716	2.8			

① 40～64 歳(国保)

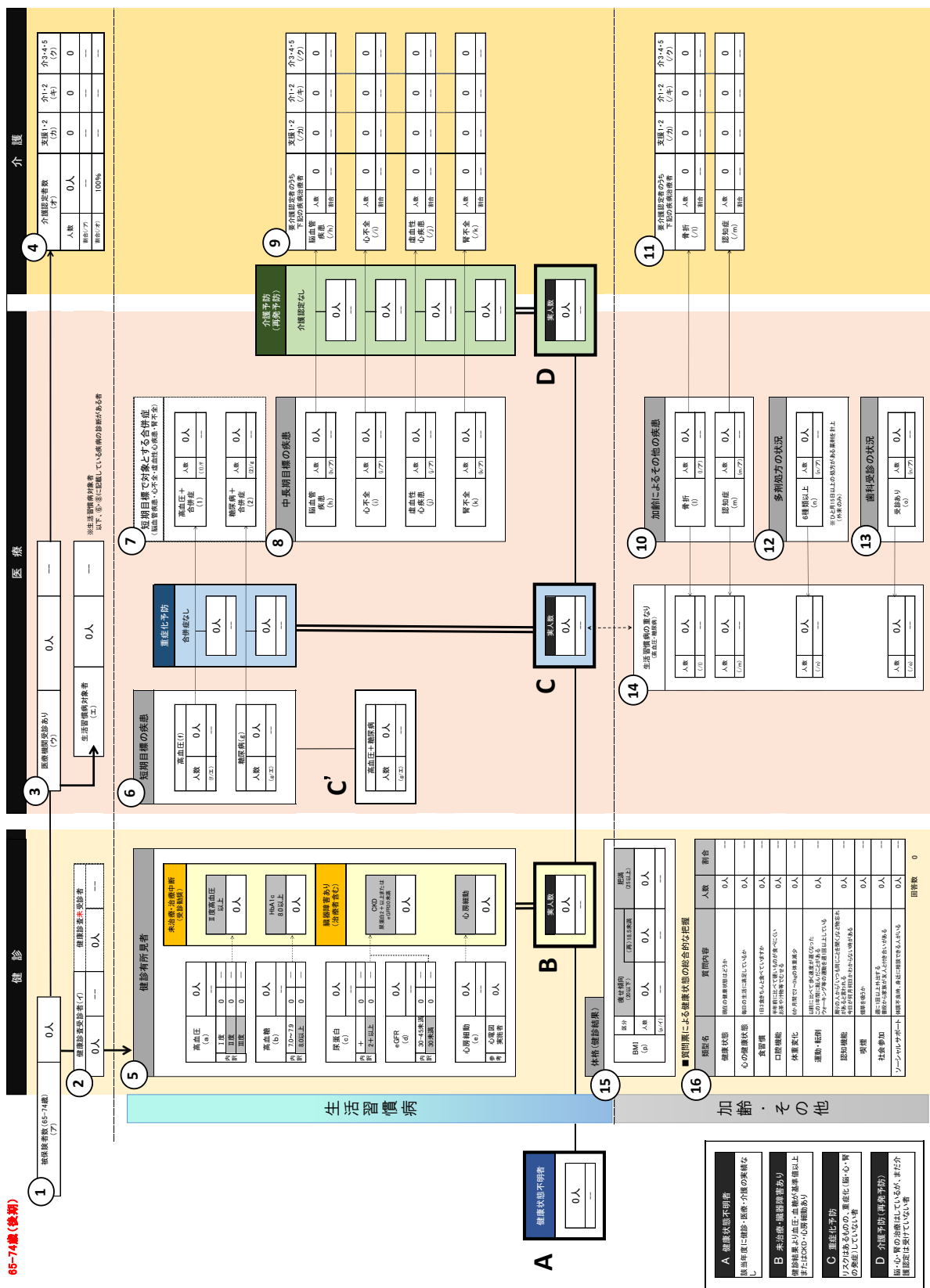




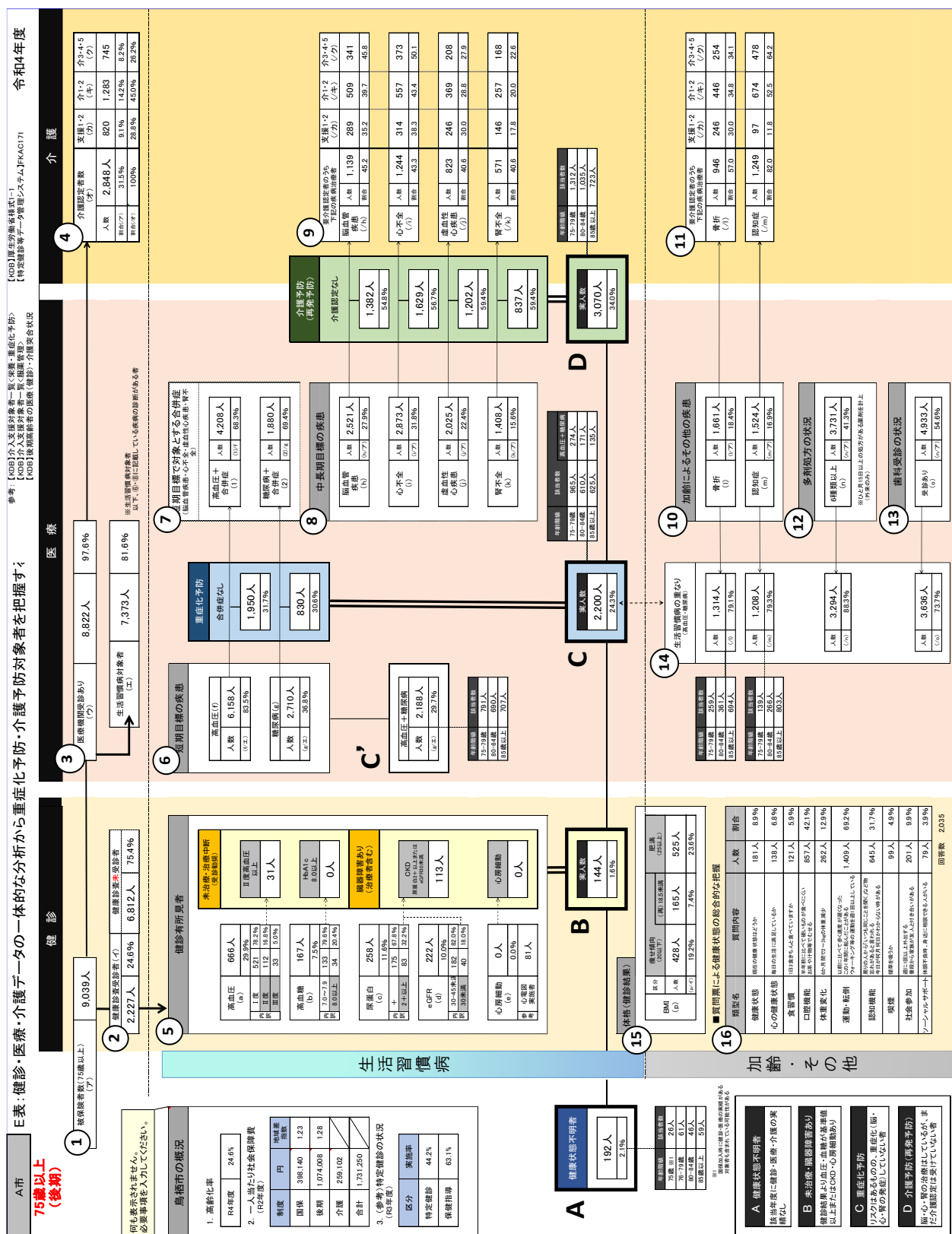
③ 65～74 歳(後期)

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

【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<薬物管理>
【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護実況
参考：【KDB】厚生労働省様式-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171



④75 歳以上(後期)



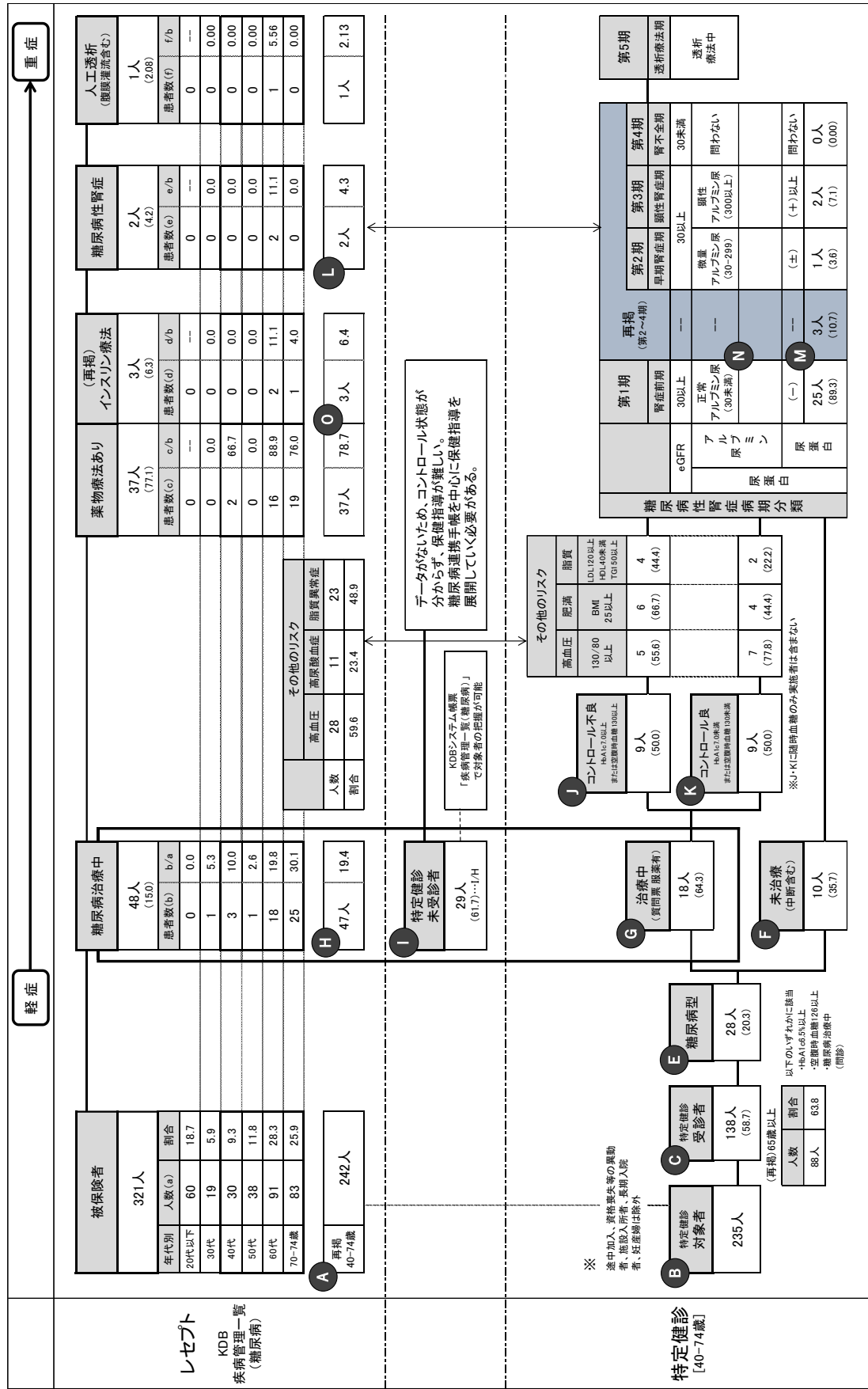
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			実 合 表	白川村						同規模保険者(平均)		データ基	
				R01年度		R02年度		R03年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	358人		282人		326人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		265人		92人		250人					
2	①	対象者数	B	234人		225人		225人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	155人		151人		150人					
	③	受診率		66.2%		67.1%		66.7%					
3	①	特定 保健指導 対象者数		17人		17人		17人					
	②	実施率		82.4%		70.6%		70.6%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	22人	14.2%	29人	19.2%	27人	18.0%			特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	8人	36.4%	14人	48.3%	9人	33.3%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	14人	63.6%	15人	51.7%	18人	66.7%			
	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	9人	64.3%	8人	53.3%	7人	38.9%			
	⑤				血圧 130/80以上	3人	33.3%	4人	50.0%	4人	57.1%		
	⑥		肥満 BMI25以上	K	6人	66.7%	5人	62.5%	4人	57.1%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		5人	35.7%	7人	46.7%	11人	61.1%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	17人	77.3%	25人	86.2%	24人	88.9%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		2人	9.1%	1人	3.4%	0人	0.0%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		3人	13.6%	3人	10.3%	3人	11.1%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	①	レセプト	糖尿病受診率(被保険者千対)		86.6人		145.4人		101.2人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		117.0人		87.0人		132.0人				
	③		レセプト件数 (40-74歳)		入院外(件数)	234件	(903.5)	211件	(844.0)	182件	(745.9)	136,930件	(893.2)
	④		(1)内は被保険者千対 入院(件数)					2件	(8.2)	658件	(4.3)		
	⑤		糖尿病治療中	H	31人	8.7%	41人	14.5%	33人	10.1%			
	⑥		(再掲)40-74歳		31人	11.7%	8人	8.7%	33人	13.2%			
	⑦		健診未受診者	I	14人	45.2%	-7人	-87.5%	15人	45.5%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑧		インスリン治療	O	4人	12.9%	3人	7.3%	3人	9.1%			
	⑨		(再掲)40-74歳		4人	12.9%	1人	12.5%	3人	9.1%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	0人	0.0%	1人	2.4%	2人	6.1%			
	⑪		(再掲)40-74歳		0人	0.0%	1人	12.5%	2人	6.1%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	3.2%	2人	4.9%	1人	3.0%			
	⑬		(再掲)40-74歳	1人	3.2%	0人	0.0%	1人	3.0%				
	⑭		新規透析患者数	0		0		0					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症	0		0		0					
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2人	4.0%	2人	4.9%	1人	2.4%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	6		①	医療費	総医療費		1億5225万円		1億1398万円		1億1696万円		2億6175万円
②		生活習慣病総医療費			9581万円		6466万円		7202万円		1億4021万円		
③		(総医療費に占める割合)			62.9%		56.7%		61.6%		53.6%		
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		15,322円		19,276円		20,233円		8,820円		
⑤			健診未受診者		59,782円		36,935円		25,720円		40,357円		
⑥		糖尿病医療費			746万円		615万円		688万円		1572万円		
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			7.8%		9.5%		9.5%		11.2%		
⑧		糖尿病入院外総医療費			2606万円		2187万円		2502万円				
⑨		1件あたり			60,314円		51,214円		63,998円				
⑩		糖尿病入院総医療費			2335万円		1925万円		2783万円				
⑪		1件あたり			1,015,414円		962,287円		927,720円				
⑫		在院日数			17日		16日		16日				
⑬		慢性腎不全医療費			617万円		658万円		1417万円		957万円		
⑭		透析有り			617万円		658万円		1247万円		862万円		
⑮		透析なし							171万円		96万円		
7	①	介護	介護給付費		1億6680万円		1億6331万円		1億5590万円		3億5514万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件	100.0%	2件	100.0%	2件	100.0%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	1人	3.2%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

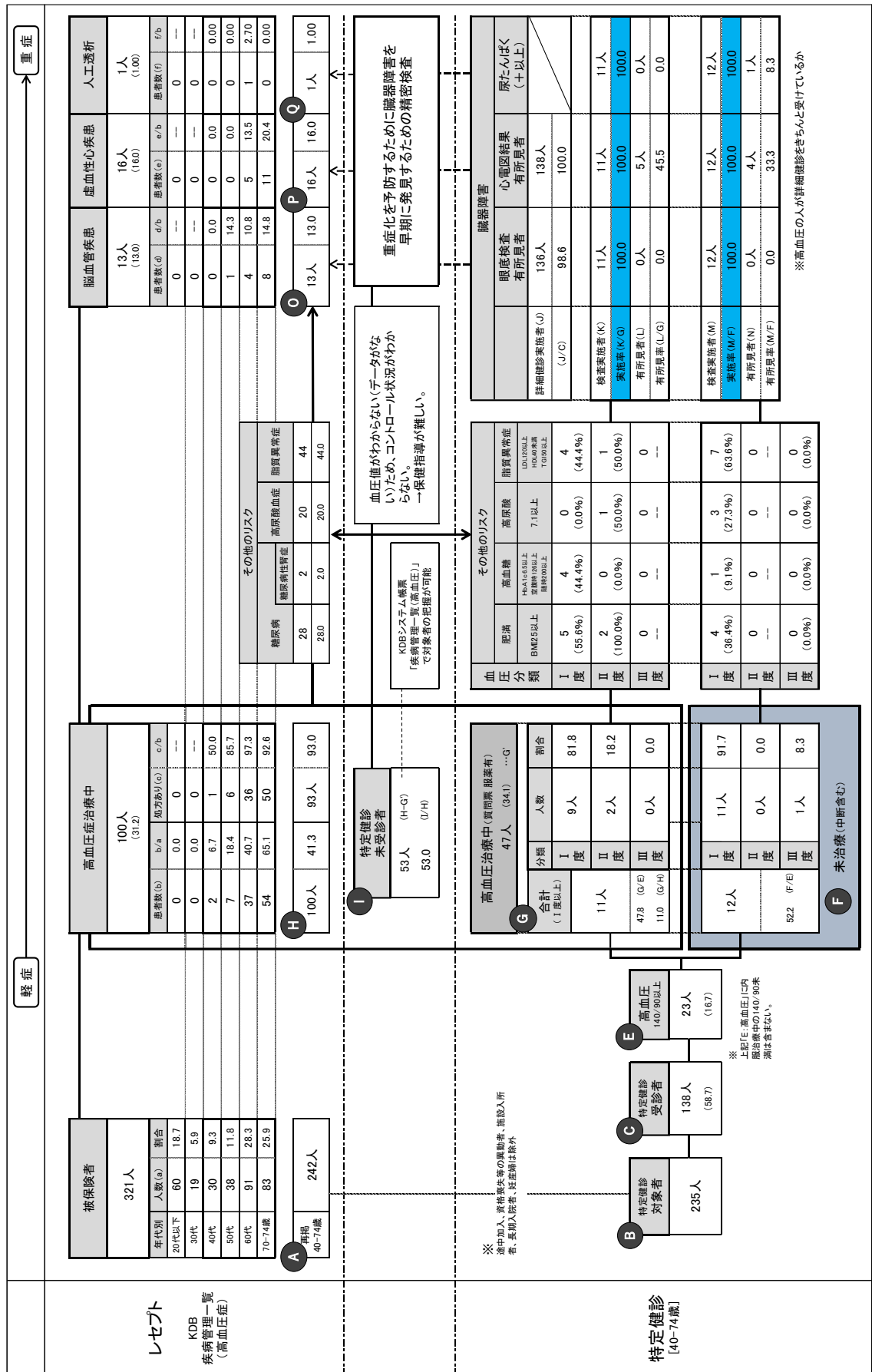
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



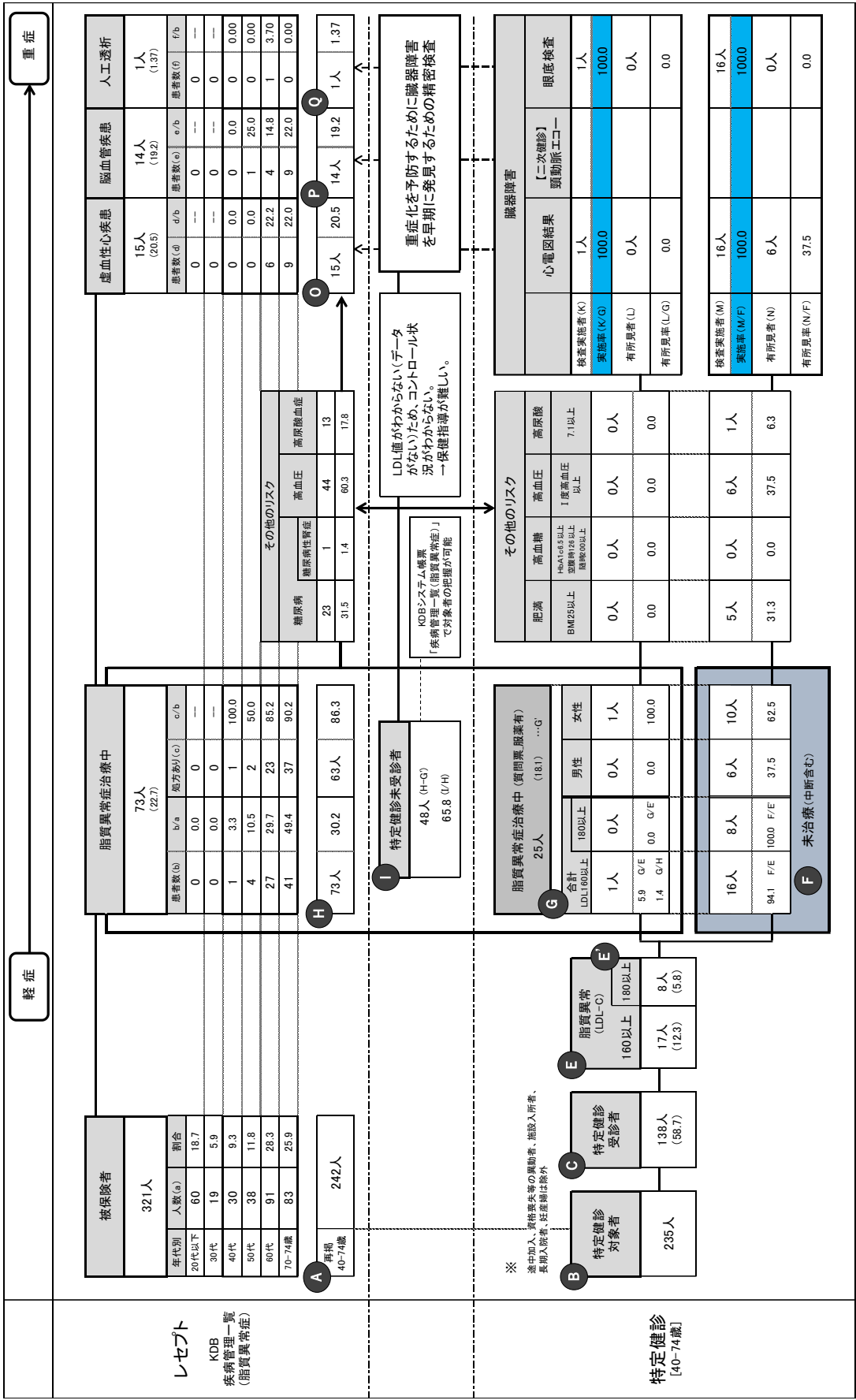
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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まで資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧(薬・重症化予防)」から集計

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



※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(家系・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	正 常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		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	155	29	18.7%	71	45.8%	33	21.3%	11	7.1%	9	5.8%	2	1.3%	6	3.9%	2	1.3%
H30	158	36	22.8%	72	45.6%	31	19.6%	10	6.3%	7	4.4%	2	1.3%	8	5.1%	1	0.6%
R01	155	39	25.2%	69	44.5%	30	19.4%	9	5.8%	7	4.5%	1	0.6%	4	2.6%	0	0.0%
R02	151	15	9.9%	63	41.7%	46	30.5%	19	12.6%	5	3.3%	3	2.0%	5	3.3%	2	1.3%
R03	150	46	30.7%	59	39.3%	27	18.0%	9	6.0%	8	5.3%	1	0.7%	6	4.0%	1	0.7%
R04	141	21	14.9%	56	39.7%	41	29.1%	12	8.5%	10	7.1%	1	0.7%	4	2.8%	0	0.0%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲									
					再)7.0以上	未治療	治療										
H29	155	29 18.7%	71 45.8%	33 21.3%	22	11	11										
					14.2%	50.0%	50.0%										
					11 7.1%	5 45.5%	6 54.5%										
H30	158	36 22.8%	72 45.6%	31 19.6%	19	9	10										
					12.0%	47.4%	52.6%										
					9 5.7%	2 22.2%	7 77.8%										
R01	155	39 25.2%	69 44.5%	30 19.4%	17	7	10										
					11.0%	41.2%	58.8%										
					8 5.2%	1 12.5%	7 87.5%										
R02	151	15 9.9%	63 41.7%	46 30.5%	27	14	13										
					17.9%	51.9%	48.1%										
					8 5.3%	1 12.5%	7 87.5%										
R03	150	46 30.7%	59 39.3%	27 18.0%	18	7	11										
					12.0%	38.9%	61.1%										
					9 6.0%	2 22.2%	7 77.8%										
R04	141	21 14.9%	56 39.7%	41 29.1%	23	9	14										
					16.3%	39.1%	60.9%										
					11 7.8%	3 27.3%	8 72.7%										

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
				合併症予防の ための目標						最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		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	19	12.3%	0	0.0%	1	5.3%	7	36.8%	5	26.3%	6	31.6%	0	0.0%	3	15.8%	0	0.0%
	H30	17	10.8%	0	0.0%	1	5.9%	6	35.3%	3	17.6%	5	29.4%	2	11.8%	6	35.3%	1	5.9%
	R01	14	9.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	28.6%	3	21.4%	6	42.9%	1	7.1%	4	28.6%	0	0.0%
	R02	15	9.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	6	40.0%	4	26.7%	3	20.0%	5	33.3%	2	13.3%
	R03	18	12.0%	2	11.1%	0	0.0%	5	27.8%	4	22.2%	6	33.3%	1	5.6%	5	27.8%	1	5.6%
	R04	18	12.8%	0	0.0%	1	5.6%	3	16.7%	6	33.3%	7	38.9%	1	5.6%	3	16.7%	0	0.0%
治療なし	H29	136	87.7%	29	21.3%	70	51.5%	26	19.1%	6	4.4%	3	2.2%	2	1.5%	3	2.2%	2	1.5%
	H30	141	89.2%	36	25.5%	71	50.4%	25	17.7%	7	5.0%	2	1.4%	0	0.0%	2	1.4%	0	0.0%
	R01	141	91.0%	39	27.7%	69	48.9%	26	18.4%	6	4.3%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	136	90.1%	15	11.0%	63	46.3%	44	32.4%	13	9.6%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	132	88.0%	44	33.3%	59	44.7%	22	16.7%	5	3.8%	2	1.5%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
	R04	123	87.2%	21	17.1%	55	44.7%	38	30.9%	6	4.9%	3	2.4%	0	0.0%	1	0.8%	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	155	56	36.1%	27	17.4%	39	25.2%	26	16.8%	6	3.9%	1	0.6%
H30	158	65	41.1%	25	15.8%	35	22.2%	27	17.1%	5	3.2%	1	0.6%
R01	154	56	36.4%	33	21.4%	37	24.0%	21	13.6%	7	4.5%	0	0.0%
R02	151	50	33.1%	29	19.2%	38	25.2%	28	18.5%	6	4.0%	0	0.0%
R03	150	54	36.0%	25	16.7%	41	27.3%	23	15.3%	7	4.7%	0	0.0%
R04	141	53	37.6%	23	16.3%	42	29.8%	20	14.2%	2	1.4%	1	0.7%

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)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	155	83 53.5%	39 25.2%	26 16.8%	7 4.5%	4 57.1%	3 42.9%						
					1 0.6%	0 0.0%	1 100.0%	0.6%					
H30	158	90 57.0%	35 22.2%	27 17.1%	6 3.8%	3 50.0%	3 50.0%						
					1 0.6%	1 100.0%	0 0.0%	0.6%					
R01	154	89 57.8%	37 24.0%	21 13.6%	7 4.5%	5 71.4%	2 28.6%						
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0.0%					
R02	151	79 52.3%	38 25.2%	28 18.5%	6 4.0%	2 33.3%	4 66.7%						
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0.0%					
R03	150	79 52.7%	41 27.3%	23 15.3%	7 4.7%	5 71.4%	2 28.6%						
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0.0%					
R04	141	76 53.9%	42 29.8%	20 14.2%	3 2.1%	1 33.3%	2 66.7%						
					1 0.7%	1 100.0%	0 0.0%	0.7%					

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	53	34.2%	10	18.9%	12	22.6%	17	32.1%	11	20.8%	2	3.8%
	H30	53	33.5%	9	17.0%	10	18.9%	16	30.2%	15	28.3%	3	5.7%
	R01	50	32.5%	6	12.0%	11	22.0%	21	42.0%	10	20.0%	2	4.0%
	R02	52	34.4%	7	13.5%	10	19.2%	15	28.8%	16	30.8%	4	7.7%
	R03	49	32.7%	8	16.3%	9	18.4%	17	34.7%	13	26.5%	2	4.1%
	R04	47	33.3%	5	10.6%	8	17.0%	23	48.9%	9	19.1%	2	4.3%
治療なし	H29	102	65.8%	46	45.1%	15	14.7%	22	21.6%	15	14.7%	4	3.9%
	H30	105	66.5%	56	53.3%	15	14.3%	19	18.1%	12	11.4%	2	1.9%
	R01	104	67.5%	50	48.1%	22	21.2%	16	15.4%	11	10.6%	5	4.8%
	R02	99	65.6%	43	43.4%	19	19.2%	23	23.2%	12	12.1%	2	2.0%
	R03	101	67.3%	46	45.5%	16	15.8%	24	23.8%	10	9.9%	5	5.0%
	R04	94	66.7%	48	51.1%	15	16.0%	19	20.2%	11	11.7%	0	0.0%

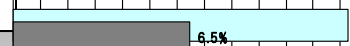
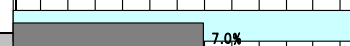
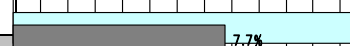
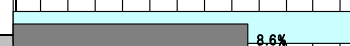
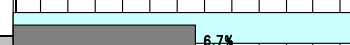
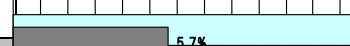
参考資料9 LDL-Cの年次比較

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	155	75	48.4%	36	23.2%	25	16.1%	9	5.8%	10	6.5%
	H30	158	83	52.5%	29	18.4%	21	13.3%	14	8.9%	11	7.0%
	R01	155	63	40.6%	38	24.5%	28	18.1%	14	9.0%	12	7.7%
	R02	151	65	43.0%	30	19.9%	27	17.9%	16	10.6%	13	8.6%
	R03	150	66	44.0%	38	25.3%	26	17.3%	10	6.7%	10	6.7%
男性	R04	141	69	48.9%	30	21.3%	24	17.0%	10	7.1%	8	5.7%
	H29	71	36	50.7%	14	19.7%	15	21.1%	2	2.8%	4	5.6%
	H30	75	42	56.0%	11	14.7%	10	13.3%	8	10.7%	4	5.3%
	R01	70	32	45.7%	15	21.4%	11	15.7%	5	7.1%	7	10.0%
	R02	66	29	43.9%	11	16.7%	12	18.2%	7	10.6%	7	10.6%
女性	R03	61	30	49.2%	14	23.0%	10	16.4%	3	4.9%	4	6.6%
	R04	57	28	49.1%	14	24.6%	8	14.0%	4	7.0%	3	5.3%
	H29	84	39	46.4%	22	26.2%	10	11.9%	7	8.3%	6	7.1%
	H30	83	41	49.4%	18	21.7%	11	13.3%	6	7.2%	7	8.4%
	R01	85	31	36.5%	23	27.1%	17	20.0%	9	10.6%	5	5.9%
	R02	85	36	42.4%	19	22.4%	15	17.6%	9	10.6%	6	7.1%
	R03	89	36	40.4%	24	27.0%	16	18.0%	7	7.9%	6	6.7%
	R04	84	41	48.8%	16	19.0%	16	19.0%	6	7.1%	5	6.0%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上						
					再)180以上	再掲					
						未治療	治療				
H29	155	75 48.4%	36 23.2%	25 16.1%	19	19	0		12.3%		
					12.3%	100.0%	0.0%				
					10	10	0				
H30	158	83 52.5%	29 18.4%	21 13.3%	25	24	1		15.8%		
					15.8%	96.0%	4.0%				
					11	10	1				
R01	155	63 40.6%	38 24.5%	28 18.1%	26	26	0		16.8%		
					16.8%	100.0%	0.0%				
					12	12	0				
R02	151	65 43.0%	30 19.9%	27 17.9%	29	28	1		19.2%		
					19.2%	96.6%	3.4%				
					13	13	0				
R03	150	66 44.0%	38 25.3%	26 17.3%	20	20	0		13.3%		
					13.3%	100.0%	0.0%				
					10	10	0				
R04	141	69 48.9%	30 21.3%	24 17.0%	18	17	1		12.8%		
					12.8%	94.4%	5.6%				
					8	8	0				

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	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	17	11.0%	14	82.4%	3	17.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	H30	24	15.2%	20	83.3%	3	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%
	R01	20	12.9%	15	75.0%	4	20.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	22	14.6%	19	86.4%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%
	R03	26	17.3%	19	73.1%	6	23.1%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%
	R04	26	18.4%	20	76.9%	3	11.5%	2	7.7%	1	3.8%	0	0.0%
治療なし	H29	138	89.0%	61	44.2%	33	23.9%	25	18.1%	9	6.5%	10	7.2%
	H30	134	84.8%	63	47.0%	26	19.4%	21	15.7%	14	10.4%	10	7.5%
	R01	135	87.1%	48	35.6%	34	25.2%	27	20.0%	14	10.4%	12	8.9%
	R02	129	85.4%	46	35.7%	28	21.7%	27	20.9%	15	11.6%	13	10.1%
	R03	124	82.7%	47	37.9%	32	25.8%	25	20.2%	10	8.1%	10	8.1%
	R04	115	81.6%	49	42.6%	27	23.5%	22	19.1%	9	7.8%	8	7.0%