



東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

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

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
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 .....42

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 .....80

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 .....81

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....82

# 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」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<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

このような国の動きや本村の課題等を踏まえ、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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)<sup>※5</sup>」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)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。

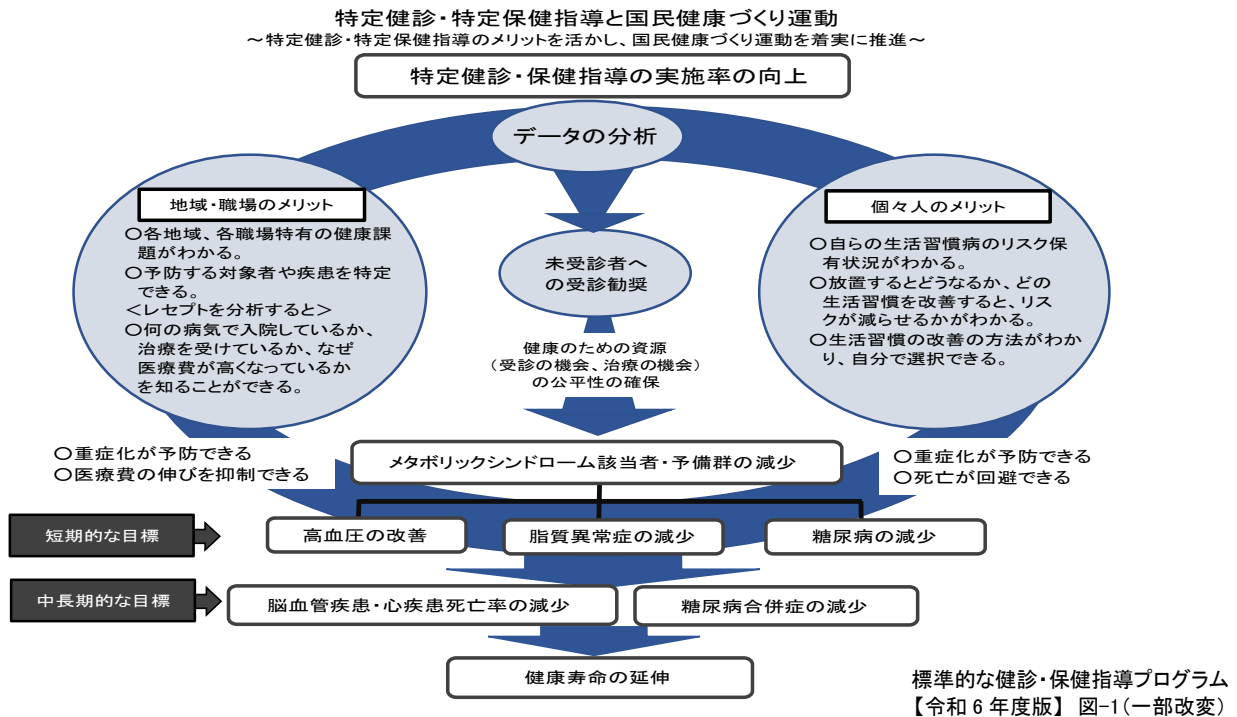
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

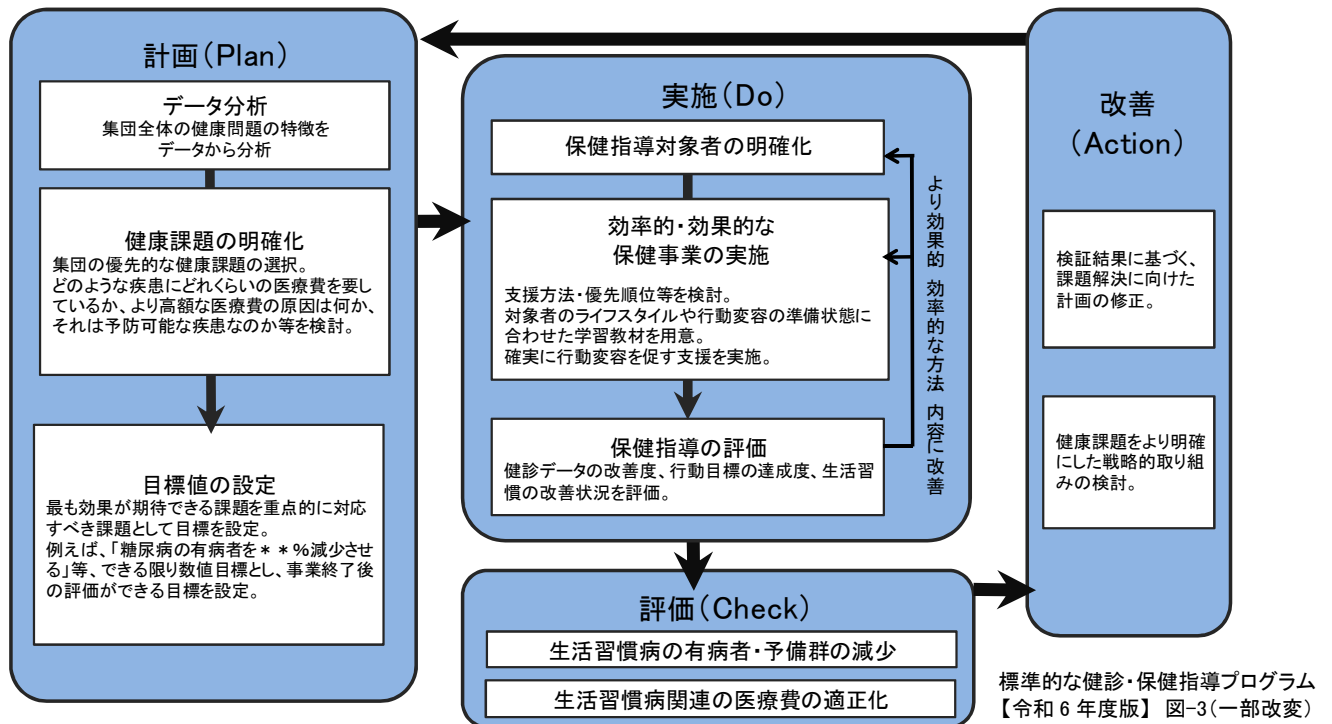
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の効率的かつ効果的に実 施す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、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員  特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、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 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 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効率的・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



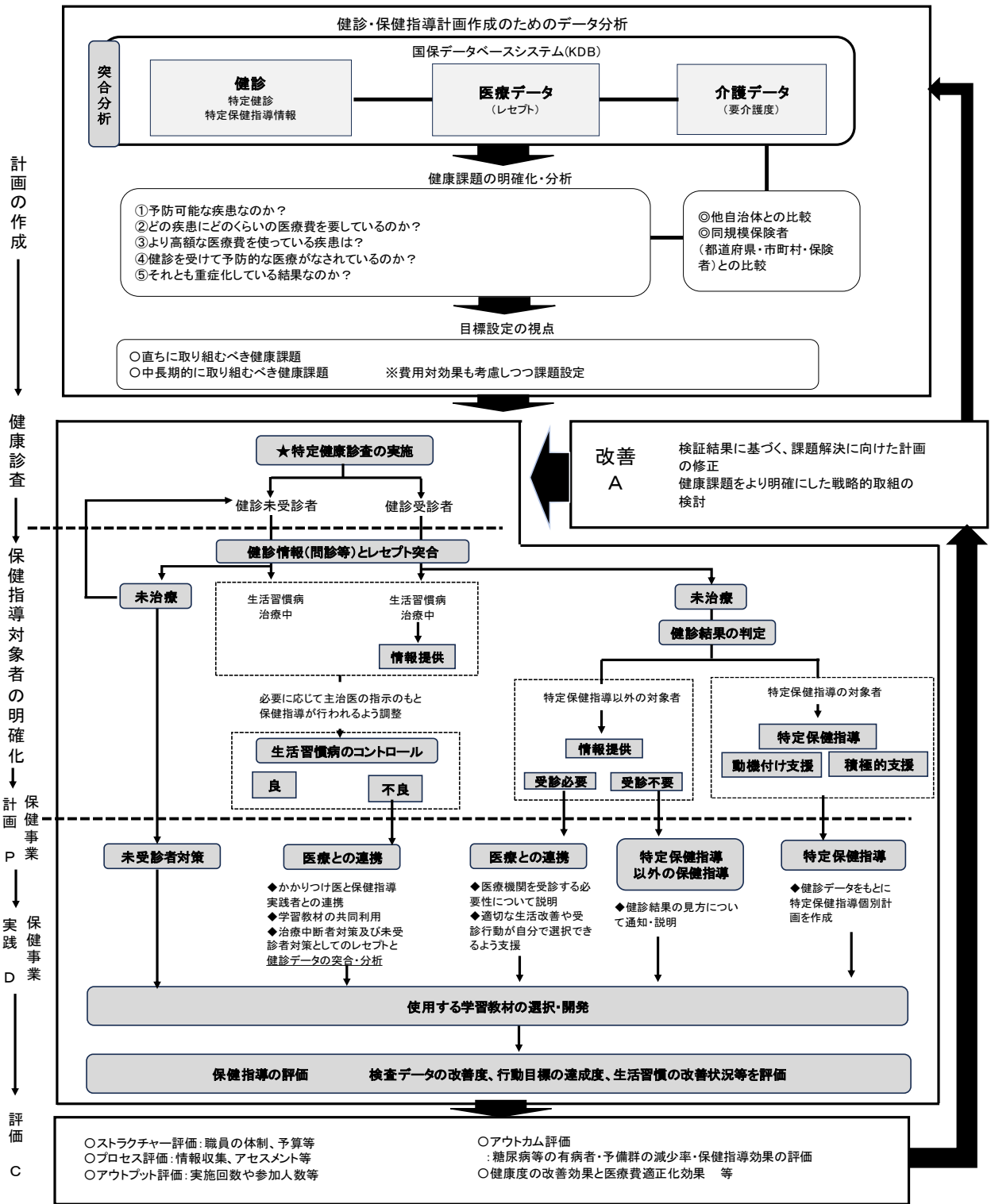
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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(Action))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		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導		現在の健診・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 個人の健康結果を読み解くとともに、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方を整理。  
(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

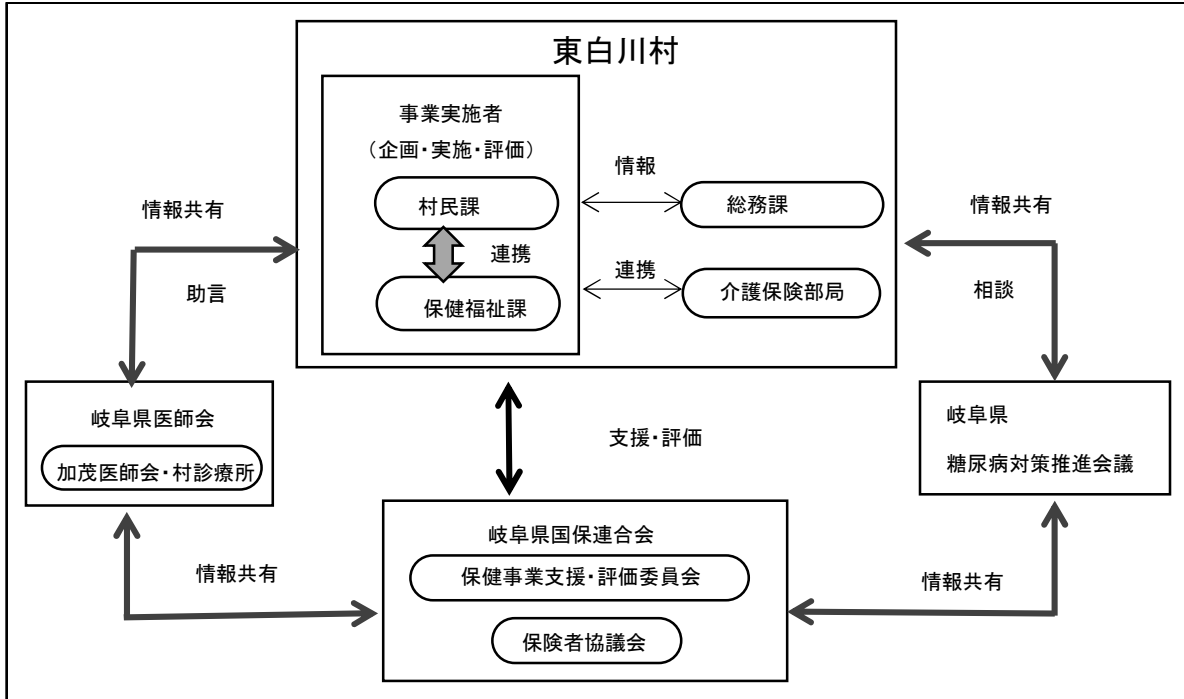
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るため、国保部局が主体となって、保健衛生部局等村民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、被保険者の健康課題を分析し、関係部署が一体となって計画を推進していきます。具体的には、高齢者医療部局(村民課・保健福祉課)、保健衛生部局(保健福祉課)、介護保険部局(保健福祉課・村民課)、

企画部局(総務課)、生活保護部局(保健福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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行い、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

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・関係部署の業務を明確化・標準化等するとともに、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 東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

保…保健師 看…看護師 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

	係長	保	保	保	看	看	管栄	管栄	事
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			◎	◎					◎
一体化事業		○	○	◎			○	○	◎

## 2) 関係機関との連携

岐阜県、岐阜県国保連合会の研修や情報提供、助言を受け、計画を推進する。また、加茂医師会、村診療所との連携を図り、健診・保健指導を実施する。

庁内の関係部署(村民課・保健福祉課・総務課)との連携を図る。

### <参考>手引きより抜粋

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・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

また、都道府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となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府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る。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等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る。

市町村国保は、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、市町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る。

## 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、被保険者の立場から国保運営協議会の委員として参画し、計画策定に伴う意見交換等を行います。

## 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。(図表8)

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			東白川村	配点	東白川村	配点	東白川村	配点
交付額(万円)			138		109			
全国順位(1,741市町村中)			76位		762位		705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	120	70	30	70	30	70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等		40		40		40
		(2)歯科健診受診率等	20	30	20	30	17	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		90		45		45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	90	20	40	15	50	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	100	130	105	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	85	100	85	100	85	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	12	40	31	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	58	95	28	100	52	100
合計点			750	1,000	584	960	580	940

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本村は、人口約2,000人の村で、高齢化率は令和2年度国勢調査で45.1%でした。同規模、県、国と比較すると高齢化率は高く、被保険者の平均年齢も54.9歳と高くなっており、高齢化率とは対照的に出生率は低くなっています。財政力指数は県、国と比べ低くなっています。産業においては、第3次産業が45.2%と高いが、同規模と比較して低くなっています。第2次産業が36.8%と同規模と比較しても高く、製造業・建設業・サービス業の割合が多く、車の移動時間が長い、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、若い年代から健康課題を明確にすることが重要となります。(図表9)

国保加入率は25.5%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65歳～74歳の前期高齢者が約50%を占めています。(図表10)

また村内には1つの診療所があり、これは同規模と比較して同等、医療資源に恵まれているとは言えません。同規模と比較して外来患者数は低く、入院患者数は同等の傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した東白川村の特性

	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
東白川村	2,016	45.1	515 (25.5)	54.9	5.0	18.4	0.2	18.0	36.8	45.2
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、東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	621		597		563		558		515	
65～74歳	293	47.2	292	48.9	276	49.0	270	48.4	251	48.7
40～64歳	202	32.5	172	28.8	172	30.6	168	30.1	158	30.7
39歳以下	126	20.3	133	22.3	115	20.4	120	21.5	106	20.6
加入率	27.5		26.4		24.9		24.7		25.5	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況  
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	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	0.3	0.2
診療所数	2	3.2	2	3.4	2	3.6	2	3.6	2	3.9	3.6	4.1
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	51.0
医師数	2	3.2	2	3.4	2	3.6	2	3.6	2	3.9	3.3	11.8
外来患者数	625.6		621.8		585.2		607.2		627.2		653.6	762.1
入院患者数	21.5		19.3		20.9		17.5		18.9		22.9	18.0

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 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)

### (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

本村の R04 年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で1人(認定率 0.16%)、1号(65歳以上)被保険者で184人(認定率 20.2%)と同規模・県・国と比較するとやや高く、R01年度と比べて増加傾向です。(図表 12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しますが、75歳以上の認定者数は横ばい、介護給付費は、約2億4千万円となっています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、全体では虚血性心疾患が4割を占めています。65～74歳で脳卒中が約6割、75歳以上で虚血性心疾患が約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、全年齢でほぼ10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

	東白川村				同規模	県	国
	R01年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	953人	42.1%	910人	45.1%	41.4%	30.6%	28.7%
2号認定者	1人	0.14%	1人	0.16%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	0人		1人		--	--	--
1号認定者	174人	19.6%	184人	20.2%	19.9%	18.1%	19.4%
新規認定者	16人		19人		--	--	--
再掲	65～74歳	9人	2.5%	6人	1.7%	--	--
新規認定者	2人		0人		--	--	--
75歳以上	165人	28.1%	178人	32.2%	--	--	--
新規認定者	14人		19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

	東白川村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	2億6157万円	2億4444万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	274,468	268,612	323,222	286,208	290,668
1件あたり給付費(円)全体	56,727	60,805	80,543	59,511	59,662
居宅サービス	37,759	35,592	42,864	41,518	41,272
施設サービス	263,173	296,154	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)		1		6		178		184			
再)国保・後期		1		5		165		170			
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	
				割合		割合		割合		割合	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0	脳卒中	3	虚血性心疾患	61	虚血性心疾患	63
					0.0%		60.0%		37.0%		37.1%
			2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	2	脳卒中	52	脳卒中	55
				0.0%		40.0%		31.5%		32.4%	
		3	腎不全	0	腎不全	1	腎不全	33	腎不全	34	
				0.0%		20.0%		20.0%		20.0%	
		4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	7	糖尿病合併症	8	
				0.0%		20.0%		4.2%		4.7%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			1	基礎疾患	5	基礎疾患	162	基礎疾患	167		
			100.0%		100.0%		98.2%		98.2%		
血管疾患合計			1	合計	5	合計	165	合計	170		
			100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		
認知症		認知症	0	認知症	1	認知症	52	認知症	53		
			0.0%		20.0%		31.5%		31.2%		
筋・骨格疾患		筋骨格系	1	筋骨格系	5	筋骨格系	159	筋骨格系	164		
			100.0%		100.0%		96.4%		96.5%		

出典: ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者の減少に伴い、総医療費は減少しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 4 万円低く、H30 年度と比較するとやや減少しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 36.1%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 1 万円高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみると、国保において全国平均の 1 を下回っており、平均よりも低く、特に外来の地域差指数がH30 年度よりも下がっています。

一人あたり医療費の地域差は、生命の危機を避けるため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 16)

図表 15 医療費の推移

		東白川村		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)		621人	515人	--	--	--
前期高齢者割合		293人 (47.2%)	251人 (48.7%)	--		
総医療費		2億0513万円	1億6618万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		330,328	322,689	367,527	365,911	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	479,450	492,230	588,220	615,940	617,950
	費用の割合	38.3	36.1	44.9	37.6	40.1
	件数の割合	3.3	2.9	3.4	2.3	2.6
外来	1件あたり費用額	26,550	26,220	25,290	24,020	24,220
	費用の割合	61.7	63.9	55.1	62.4	59.9
	件数の割合	96.7	97.1	96.6	97.7	97.4
受診率		647.105	646.056	676.49	780.127	728.39

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は東白川村と同規模被保険者274市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(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		
		東白川村 (県内市町村中)		県 (47県中)	東白川村 (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	0.976	0.927	1.001	0.945	0.745	0.923
		(25位)	(39位)	(29位)	(15位)	(42位)	(32位)
	入院	0.873	0.875	0.961	0.848	0.724	0.849
		(29位)	(38位)	(36位)	(20位)	(41位)	(38位)
	外来	1.070	0.956	1.020	1.084	0.770	0.996
		(7位)	(33位)	(16位)	(4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、H30年度と比較し増加しています。慢性腎不全(透析有)については、H30年度より7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 H30 年度と比較してみると虚血性心疾患が、患者数及び割合とも減少していますが、脳血管疾患、人工透析について割合は横ばいでした。(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推移

		東白川村		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)		2億0513万円	1億6618万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2090万円	2487万円	--	--	--	
		10.19%	14.97%	7.24%	8.36%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.78%	0.05%	2.12%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.57%	2.49%	1.46%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.38%	12.26%	3.29%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.46%	0.16%	0.37%	0.31%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		13.44%	10.89%	17.57%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		5.43%	5.64%	9.33%	8.32%	8.68%
	精神疾患		11.99%	9.98%	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	621	515	a	28	23	44	35	4	3	
				a/A	4.5%	4.5%	7.1%	6.8%	0.6%	0.6%	
40歳以上	B	495	409	b	28	23	44	35	4	3	
	B/A	79.7%	79.4%	b/B	5.7%	5.6%	8.9%	8.6%	0.8%	0.7%	
再掲 40~64歳	C	202	158	c	8	5	9	5	2	2	
	C/A	32.5%	30.7%	c/C	4.0%	3.2%	4.5%	3.2%	1.0%	1.3%	
	65~74歳	D	293	251	d	20	18	35	30	2	1
		D/A	47.2%	48.7%	d/D	6.8%	7.2%	11.9%	12.0%	0.7%	0.4%

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

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は高血圧・脂質異常症で増加、糖尿病で減少しています。高血圧・脂質異常治療者の合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少、糖尿病治療者では糖尿病合併症の増加がみられます。

本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により重症化予防を目指しているが、糖尿病の課題を解決する必要があると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		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	248	217	70	60	178	157	
	A/被保数	50.1%	53.1%	34.7%	38.0%	60.8%	62.5%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	18	13	3	2	15	11
		B/A	7.3%	6.0%	4.3%	3.3%	8.4%	7.0%
	虚血性心疾患	C	36	26	5	2	31	24
		C/A	14.5%	12.0%	7.1%	3.3%	17.4%	15.3%
	人工透析	D	4	3	2	2	2	1
		D/A	1.6%	1.4%	2.9%	3.3%	1.1%	0.6%

出典: KDBシステム、疾病管理一覽(高血圧症)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		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	150	116	38	32	112	84	
	A/被保数	30.3%	28.4%	18.8%	20.3%	38.2%	33.5%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	10	8	2	1	8	7
		B/A	6.7%	6.9%	5.3%	3.1%	7.1%	8.3%
	虚血性心疾患	C	27	19	5	1	22	18
		C/A	18.0%	16.4%	13.2%	3.1%	19.6%	21.4%
	人工透析	D	3	3	2	2	1	1
		D/A	2.0%	2.6%	5.3%	6.3%	0.9%	1.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	4	4	0	1	4	3
		E/A	2.7%	3.4%	0.0%	3.1%	3.6%	3.6%
	糖尿病性網膜症	F	3	7	0	0	3	7
		F/A	2.0%	6.0%	0.0%	0.0%	2.7%	8.3%
	糖尿病性神経障害	G	2	0	0	0	2	0
		G/A	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%

出典: KDBシステム、疾病管理一覽(糖尿病)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		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	157	148	50	52	107	96	
	A/被保数	31.7%	36.2%	24.8%	32.9%	36.5%	38.2%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	12	7	3	1	9	6
		B/A	7.6%	4.7%	6.0%	1.9%	8.4%	6.3%
	虚血性心疾患	C	30	25	6	4	24	21
		C/A	19.1%	16.9%	12.0%	7.7%	22.4%	21.9%
	人工透析	D	0	2	0	1	0	1
		D/A	0.0%	1.4%	0.0%	1.9%	0.0%	1.0%

出典: KDBシステム、疾病管理一覽(脂質異常症)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較したところ、有所見者の割合が減少しています。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高血圧、糖尿病でともに0人でした。(図表 22)

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、重症化を予防の継続が重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					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	受診率	受診者B	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	C/A	D	D/G	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
東白川村	272	54.8	229	51.2	9	3.3	7	77.8	1	0.4	1	100.0	0	0.0	0	0.0
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	実施率	HbA1c実施者B	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	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
東白川村	255	93.8	213	93.0	6	2.4	0	0.0	4	1.9	1	25.0	0	0.0	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

出典:ヘルスサポートラボツール

### 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。本村の特定健診結果において、H30年度とR04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、5ポイントも伸びており、その中でも2項目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、いずれも減少しており、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5以上、LDL-C160以上で改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方が、HbA1c6.5以上で2人、Ⅱ度高血圧以上で1人、LDL-C160以上で2人存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、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24・25・26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	272 (54.8%)	46 (16.9%)	21 (7.7%)	25 (9.2%)	37 (13.6%)
R04年度	218 (49.9%)	48 (22.0%)	16 (7.3%)	32 (14.7%)	30 (13.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上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	32 (12.5%)	15 (46.9%)	7 (21.9%)	2 (6.3%)	8 (25.0%)
R03→R04	17 (8.0%)	9 (52.9%)	5 (29.4%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上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	9 (3.3%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	5 (55.6%)
R03→R04	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上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	13 (4.8%)	8 (61.5%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	4 (30.8%)
R03→R04	9 (4.0%)	6 (66.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)

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

本村の特定健診受診率は、H30 年度には 55.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は受診率が 50%を割り、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)

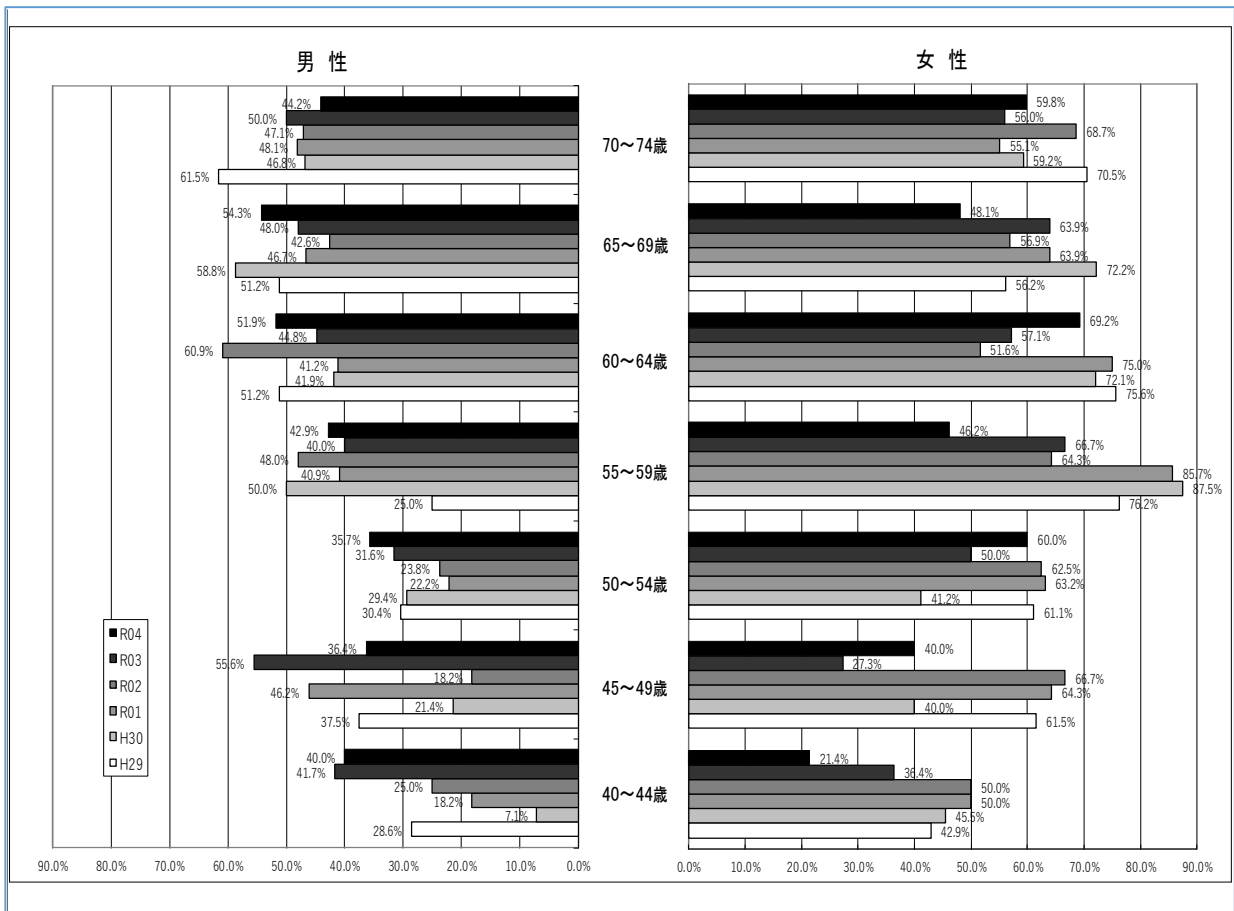
特定保健指導については、R02 年度、R03 年度と実施率が下がっていましたが、R04 年度は 52.9%と上昇しました。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	254	224	198	196	195	健診受診率 60%
	受診率	55.6%	50.8%	46.7%	47.3%	52.0%	
特定保健 指導	該当者数	26	23	16	27	17	特定保健指 導実施率 60%
	割合	10.2%	10.3%	8.1%	13.8%	8.7%	
	実施者数	8	8	4	5	9	
	実施率	30.8%	34.8%	25.0%	18.5%	52.9%	

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



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) 発症・重症化予防の取組み

#### ○事業内容整理シート

国保連合会の研修において、2期データヘルス計画(中間評価後に追加した事業も含む)の中で、実際に実施した事業の内容をまとめた。(令和5年9月時点)

個別保健事業評価								
事業名	目的	目標	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン (建前上でない目標値)	経年変化	実施内容	
特定健康診査受診勧奨事業	受診率を向上させ、必要なが保健指導を受けることで医療費の適正化につなげることを。	健康受診を健康管理の入口にする。	特定健康診査受診率 (実績値・法定報告値・速報値) 受診勧奨数・率	60%		H28 4.0% H29 47.3% H30 55.6% H31 50.8% R2 46.7% R3 47.3% R4 51.9%	対象者	40-74歳国保加入者
							時期	健診(血液検査)実施1ヶ月前、特定健康診査日1ヶ月～2週間前、 12月～1月に年度最後のお知らせ。
							方法	個別に文書送付。 血液検査のみ実施し、別日の項目を実施していない人への電話勧奨。
							実施回数・量	文書送付 3回。 血液のみ実施した人には実施期限まで最高2回程度、文書の送付、電話連絡。
							連携体制・予算・人員	健康診査受診率60%目標においては、体制の強化が必要だと感じている。
							事業としていて気づいたこと(あれば)	治療者からの情報提供事業は医療機関との連携が必要。保健指導の依頼を促す。
特定保健指導	特定保健指導の実施により、メタボ該当者、生活習慣病の発症・重症化予防を促す。	生活習慣改善や受診により、数値の改善をする。	特定保健指導利用率 (実績値・法定報告値・速報値) 特定保健指導終了率 (実績値・法定報告値・速報値) メタボ該当者の割合 (実績値・法定報告値・速報値) メタボ予備群の割合 (実績値・法定報告値・速報値) BMI、腹囲有所見者割合の変化	30%		H28 12.5% H29 9.1% H30 30.8% H31 34.8% R2 25.0% R3 18.5%	対象者	勧奨付け支援、積極的支援該当者
							時期	6月～翌年7月
							方法	面談等を通じて生活習慣の改善に役立っていると思われるため。
							実施回数・量	勧奨付け支援は初回面談と評価アンケートまたは面談、積極的支援該当者は電話・面談で指導を行い、最後に評価アンケートまたは面談を行う。
							連携体制・予算・人員	主に保健師が対応。管理栄養士との連携が効果的。
							事業としていて気づいたこと(あれば)	積極的支援該当者への指導は終了までいかない。
糖尿病等重症化予防	糖尿病性腎症予防、糖尿病予備群の人が数値をコントロールすることで医療費を適正化する。	糖尿病による人工透析導入を避ける。	医療機関受診率 血液検査等のデータの変化 新規人工透析患者数 人工透析患者数 医療費に占める人工透析医療費の割合			糖尿病性腎症受診 H31 3.8% R2 1.1% R3 3.5% R4 1.3% 人工透析 R1-3 2人	対象者	HbA1c6.5%以上糖尿病未治療者、中断者 糖尿病治療中のハイリスク者
							時期	7～3月
							方法	健診事後の面談、糖尿病管理台帳作成とレポートの提供、ハイリスク者には管理栄養士・保健師が面談する。
							実施回数・量	現状の体制では負担が大きき他の業務に支障が出やすい。 月に1回、面談日を設けている。
							連携体制・予算・人員	負担が大きいため改善の余地があると思われる。
							事業としていて気づいたこと(あれば)	ハイリスク者への指導はR2年度から開始。管理栄養士を委託している。
その他(ヘルシー講座)	生活習慣を見直し、健診結果を振り返る機会とする。	健診結果の見方やコントロール方法が分かる。 数値と生活との関係を知り、自分の生活に当てはまることのできる。	イベントや健康教室の参加数 利用者や住民全体の生活習慣の変化			H30 13人 R1 38人 R2 12人 R3 12人 R4 25人	対象者	特定健康診査指導者。
							時期	健診が終わった時期からスタート。
							方法	栄養士、健康運動指導士の集団指導が1日で受けられるプログラム。 感染対策からR2年度は集団指導は見合わせ再検討。村のケーブルテレビを活用し、情報発信を行った。 R4年度は調理実習を含む栄養教室を再開した。
							実施回数・量	栄養平日×3、運動平日×3
							連携体制・予算・人員	栄養士、健康運動指導士、保健師、看護師 専門職の人材を効果的にいたい。
							事業としていて気づいたこと(あれば)	70歳～80歳の参加者も多く、特定健康診査後の人の参加は少ない。

## ○考え方シート

事業評価をするために事業内容、指標や勧奨(利用)と未勧奨との差から評価、改善につなげる。

### ①特定健康診査受診勧奨事業(情報提供事業、勧奨文書送付)

事業評価考え方シート				特定健診受診勧奨用						
市町村名	東白川村			事業(取組)の方法(手段)に対する評価						
氏名				介入方法	・7月に健診申込をしていない人に個人通知。 ・11月に健診を受けていない人に個人通知。 ・年度内に受診中の情報提供を申込んだ人に通知。					
事業目的	受診率を向上させ、必要な人が保健指導を受けることで医療費の適正化につなげること。			指標	項目	勧奨(A)	未勧奨(B)	差(A)-(B)	効果判定	②左記結果をどう考えたか？
対象者	40-74歳国保加入者			受診勧奨通知における受診率		%	%	%	ありなし	
対象者数	465 人			健診未受診文書勧奨における受診率	18.5	0	18.5		ありなし	
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)				コールセンターにおける受診率		%	%	%	ありなし	
指標	目標値	実績値	実績値	情報提供事業における受診率	76.3	0	76.3		ありなし	受診している人は情報提供による受診が出来ている
特定健診受診率	60 %	47.3 %	できた・できない		%	%	%	%	ありなし	
	%	%	できた・できない		%	%	%	%	ありなし	
アウトカム(事業の目的)					%	%	%	%	ありなし	
指標	目標値	実績値	達成状況		%	%	%	%	ありなし	
	%	%	できた・できない		%	%	%	%	ありなし	
<input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 達成できなかった				③ 受診者の特性						
				未受診者の特性						
				① 取組の効果を(更に)あげるために、今後できそうなことは何か？						
				a 方法を見直ししない(する) どのように 健診継続の意義を伝える啓発						
				b ターゲットを見直ししない(する) どのように ターゲットを絞って特典を付ける						
				c 実施回数・量を見直ししない(する) どのように 事務量を増やさずに実施						

### ②特定保健指導

事業評価考え方シート				特定保健指導用						
市町村名	東白川村			事業(取組)の方法(手段)に対する評価						
氏名				介入方法	初回指導は集団健診当日に保健師、栄養士で行う。 評価は3か月～半年後に電話か面談で行う。					
事業目的	特定保健指導の実施により、メタボ該当者、生活習慣病の発症・重症化予防を促す。			指標	項目	利用(A)	未利用(B)	差(A)-(B)	効果判定	②左記結果をどう考えたか？
対象者	特定保健指導対象者			次年度継続受診率	継続受診率	62.5 %	70 %	-7.5 %	ありなし	指導の有無に関わらない。
対象者数	23(利用9人、未利用14人) 人			体重の変化	維持・改善割合	80 %	50 %	30 %	ありなし	指導により改善。
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)				体重の変化	前年度値との差の平均	-2.3 kg	-3.5 kg	1.2	ありなし	指導の有無に関わらない。
指標	目標値	実績値	実績値	腹囲の変化	維持・改善割合	60 %	100 %	-40 %	ありなし	指導の有無に関わらない。
特定保健指導利用率	30 %	39.1 %	できた・できない	腹囲の変化	前年度値との差の平均	-2.4 cm	-3.8 cm	1.4	ありなし	指導の有無に関わらない。
次年度継続受診率	30 %	66.7 %	できた・できない	生活習慣(喫煙)の変化	禁煙した割合	0 %	0 %	0 %	ありなし	
アウトカム(事業の目的)				保健指導レベルの変化	保健指導レベルの改善割合	60 %	75 %	-15 %	ありなし	
指標	目標値	実績値	達成状況							
保健指導レベルの改善割合	%	69.2 %	できた・できない							
<input type="checkbox"/> アウトプット、アウトカム両方とも達成できた <input type="checkbox"/> アウトプットは達成できたが、アウトカムが達成できなかった <input type="checkbox"/> アウトカムは達成できたが、アウトプットが達成できなかった <input type="checkbox"/> アウトプット、アウトカム両方とも達成できなかった				③ 利用者の特性						
				未利用者の特性						
				① 取組の効果を(更に)あげるために、今後できそうなことは何か？						
				a 方法を見直ししない(する) どのように 各担当を決め、評価をもしなく行う						
				b ターゲットを見直ししない(する) どのように 特に積極的対象者の介入をする						
				c 実施回数・量を見直ししない(する) どのように 業務の負担を増やさず、優先度をつける						



### ③糖尿病重症化予防 保健指導(OGTT 勧奨、糖尿病性腎症重症化プログラム対象者)

事業評価考え方シート				糖尿病重症化予防事業用_3. 糖尿病受診中で腎症発症リスク高い方への保健指導						
市町村名	東白川村			事業(取組)の方法(手段)に対する評価						
氏名				介入方法	糖尿病性腎症重症化予防プログラム 受診中でデータ提供のあったHbA1c6.5%以上の人に保健指導の案内送付、栄養士、保健師が指導を行う。					
事業目的	糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健師、栄養士による治療状況の確認。、生活状況を聞き、糖尿病性腎症重症化予防を目指す。			指標	項目	利用(A)	未利用(B)	差(A)-(B)	効果判定	② 左記結果をどう考えたか?
対象者	受診中でデータ提供のあったHbA1c6.5%以上の人			医療機関受診	医療機関受診率	71.4%	83.3%	-11.9%	ありなし	未利用であっても受診あり。
対象者数	16			次年度の特定健診受診	次年度健診受診率	85.7%	83.3%	2.4%	ありなし	利用の方が受診率よい。どちらも8割を超える。
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)				HbA1c値の変化	維持・改善割合	33.3%	83.3%	-50%	ありなし	未利用で改善あり
指標	目標値	実績値	実績値	HbA1c値の変化	前年度値との差の平均	0.4%	-0.3%	0.7%	ありなし	未利用で改善あり
次年度健診受診率	%	84.6%	できた・できない	eGFR値の変化	前年度値との差の平均	-2.3%	1.2%	-3.5%	ありなし	利用で改善あり
保健指導実施率	%	43.8%		尿蛋白の変化	維持・改善割合	0%	0%	0%	ありなし	
アウトカム(事業の目的)				収縮期血圧の変化	維持・改善割合	50%	66.7%	-16.7%	ありなし	未利用の方が改善あり
指標	目標値	実績値	達成状況	拡張期血圧	維持・改善割合	16.7%	50%	-33.3%	ありなし	未利用の方が改善あり
HbA1c値維持・改善者割合	%	58.6%	できた・できない	③ 利用者の特性	男2人、女5人 HbA1c6.2%					
eGFR値維持・改善者割合	%	41.7%	できた・できない	未利用者の特性	男2人、女7人 HbA1c6.5%					
<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 達成できなかった				① 取組の効果を(更)にあげるために、今後できそうなことは何か? a 方法を見直ししない・する どのように ( 評価方法を見直し ) b ターゲットを見直ししない・する どのように ( ) c 実施回数・量を見直ししない・する どのように ( 文書での勧奨1回、電話1回。申込のあった人への面談1-2回の現状。面談利用を促す。 )						

事業評価考え方シート				糖尿病重症化予防事業用_4. OGTTの勧奨						
市町村名	東白川村			事業(取組)の方法(手段)に対する評価						
氏名				介入方法	結果説明時にOGTT対象者であることを説明し、OGTT勧奨文書を渡す。 結果返後は、医師からの判定や生活改善について聴取し、必要時血糖、インスリン分泌について補足する。					
事業目的	OGTT勧奨することで、血糖やインスリンの分泌について知ることで、数値の改善を図る。			指標	項目	勧奨(A)	未勧奨(B)	差(A)-(B)	効果判定	② 左記結果をどう考えたか?
対象者	HbA1c6.0-6.4% (HbA1c5.6-5.9%でメタボ、遺伝等リスクある方も含む)			医療機関受診	医療機関受診率	33%			ありなし	OGTTの返送はないが、医師との相談をしたか確認が必要。
対象者数	3			次年度の特定健診受診	次年度健診受診率	100%			ありなし	次年度の結果と照らし、結果説明に活かしたい。
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)				HbA1c値の変化	維持・改善割合	100%			ありなし	改善あり
指標	目標値	実績値	実績値	HbA1c値の変化	前年度値との差の平均	-0.2%			ありなし	改善あり
医療機関受診勧奨率	%	100%	できた・できない	eGFR値の変化	前年度値との差の平均	-5.4%			ありなし	改善あり
医療機関受診率	%	33.3%	できた・できない	BMI値の変化	前年度値との差の平均	-1.5%			ありなし	改善あり
次年度健診受診率	%	100%	できた・できない						ありなし	
連絡票簿返納割合	%	0%	できた・できない	③ 受診者の特性	BMI25.3、中性脂肪160、HbA1c6.1%とメタボの傾向あり。 レセプト情報で糖尿病、高血圧あり。					
アウトカム(事業の目的)				未受診者の特性						
指標	目標値	実績値	達成状況	① 取組の効果を(更)にあげるために、今後できそうなことは何か? a 方法を見直ししない・する どのように ( 医療機関とOGTT返送結果について共有し、多職種で行う。 ) b ターゲットを見直ししない・する どのように ( ) c 実施回数・量を見直ししない・する どのように ( 集団健診以外で該当方には医師の説明やレセプトを確認し、OGTTを勧奨する。 )						
HbA1c値維持・改善者割合	%	100%	できた・できない	<input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 達成できなかった						

#### ④ 高血圧医療機関受診勧奨事業、腎機能低下医療機関受診勧奨事業、高血圧重症化予防保健指導

事業評価考え方シート			
市町村名	東白川村		
氏名			
事業目的	Ⅱ度高血圧160/100以上で医療機関未受診の方に対し、受診勧奨を行うことで脳心血管リスクを低下させる。		
対象者	特定健診で高血圧で医療機関未受診の方		
対象者数	16人		
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)			
指標	目標値	実績値	達成状況
医療機関受診勧奨率	%	%	できた・できない
医療機関受診率	%	%	できた・できない
次年度健診受診率	%	%	できた・できない
アウトカム(事業の目的)			
指標	目標値	実績値	達成状況
収縮期血圧維持・改善割合	%	%	できた・できない
拡張期血圧維持・改善割合	%	%	できた・できない
<input type="checkbox"/> 達成できた <span style="color:red">①</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 達成できなかった			

高血圧症、腎機能低下重症化予防用						
1. 健診の結果、高血圧で医療機関未受診(未治療)の方に対し、医療機関受診勧奨を行う。						
事業(取組)の方法(手段)に対する評価						
介入方法	特定健診で高血圧で医療機関未受診の方へ、対面または電話で受診勧奨を行う。医師への情報提供書依頼、その後の受診状況を確認する。					
指標	項目	勧奨(A)	未勧奨(B)	差(A)-(B)	効果判定	② 左記結果をどう考えたか?(どう思ったか?) 勧奨により、血圧値の変化あり。生活改善や受診勧奨につながっている。
医療機関受診	医療機関受診率	25%	60%	-35%	ありなし	
次年度の特定健診受診	次年度健診受診率	33.3%	80%	-46.7%	ありなし	
収縮期血圧の変化	維持・改善割合	100%	25%	75%	ありなし	
拡張期血圧の変化	維持・改善割合	100%	50%	50%	ありなし	
収縮期血圧の変化	前年度値との差の平均	-13	12	-25	ありなし	
拡張期血圧の変化	前年度値との差の平均	-14.5	0.3	-14.8	ありなし	
体重の変化	維持・改善割合	50%	50%	0	ありなし	
腹囲の変化	維持・改善割合	50%	50%	0	ありなし	
指標	項目	受診者(A)	未受診者(B)	差(A)-(B)	効果判定	
CKD重症度分類の変化	維持・改善した人/合計人数	50%	25%	25%	ありなし	勧奨により、CKD予防に寄与している。
③ 受診者の特性 9人中1人が受診者。男性、60歳代、BMI34.4、HbA1c5.2%、血圧162/129						
未受診者の特性 9人中8人が未受診。うち男性は7人、70歳以上が4人、BMI22.7、HbA1c5.8%、血圧160/100						

事業評価考え方シート			
市町村名	東白川村		
氏名			
事業目的	腎機能低下の人(eGFR以下)で医療機関未受診の方に対し、受診勧奨を行うことで脳心血管リスクを低下させ、腎機能低下を抑制する。		
対象者	特定健診で腎機能低下のある医療機関未受診の方		
対象者数	人		
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)			
指標	目標値	実績値	達成状況
医療機関受診勧奨率	%	%	できた・できない
次年度健診受診率	%	%	できた・できない
アウトカム(事業の目的)			
指標	目標値	実績値	達成状況
収縮期血圧維持・改善割合	%	%	できた・できない
拡張期血圧維持・改善割合	%	%	できた・できない
CKD重症度分類の変化	%	%	できた・できない
<input type="checkbox"/> 達成できた <span style="color:red">①</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 達成できなかった			

高血圧症、腎機能低下重症化予防用						
2. 健診の結果、腎機能低下で医療機関未受診(未治療)の方に対し、医療機関受診勧奨を行う。						
事業(取組)の方法(手段)に対する評価						
介入方法	特定健診で腎機能低下がある医療機関未受診の方へ、対面または電話で受診勧奨を行う。医師への情報提供書依頼、その後の受診状況を確認する。					
指標	項目	勧奨(A)	未勧奨(B)	差(A)-(B)	効果判定	② 左記結果をどう考えたか? 勧奨により、体重と腹囲の変化、CKDの改善がみられた。血圧変化は未勧奨で大きかった。
次年度の特定健診受診	次年度健診受診率	100%	100%	0%	ありなし	
収縮期血圧の変化	維持・改善割合	0%	100%	-100%	ありなし	
拡張期血圧の変化	維持・改善割合	0%	40%	-40%	ありなし	
収縮期血圧の変化	前年度値との差の平均	26	-8.8	34.8	ありなし	
拡張期血圧の変化	前年度値との差の平均	13	2.8	10.2	ありなし	
CKD重症度分類の変化	維持・改善した人/合計人数	100%	40%	60%	ありなし	
体重の変化	維持・改善割合	0%	40%	-40%	ありなし	
腹囲の変化	維持・改善割合	0%	60%	-60%	ありなし	
指標	項目	受診者(A)	未受診者(B)	差(A)-(B)	効果判定	
受診者の特性	2人。BMI22.8、HbA1c6.7%、eGFR23.8					
未受診者の特性	7人。BMI25.9、HbA1c5.7%、eGFR35.1					

事業評価考案シート		高血圧症、腎機能低下重症化予防 4. 高血圧症受診中で(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 本行を																																																									
市町村名	東白川村	事業(取組)の方法(手段)に対する評価																																																									
氏名																																																											
事業目的	医療受診をしている人の情報提供事業の健診受診者で血圧140/90以上の方へ尿中塩分検査の案内、結果説明を行うことで医療受診継続と生活習慣の改善継続を促す。	介入方法	医療受診をしている人の情報提供事業の健診受診者で血圧140/90以上の方へ尿中塩分検査の案内、結果説明を行った。																																																								
対象者	医療受診をしている人の情報提供事業の健診受診者で血圧140/90以上の方	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>項目</th> <th>勧奨(A)</th> <th>未勧奨(B)</th> <th>差(A)-(B)</th> <th>効果判定</th> <th>② 左記結果をどう考えたか?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>次年度の特定健診受診率</td> <td>次年度健診受診率</td> <td>0%</td> <td>78.3%</td> <td>-78.3</td> <td>ありなし</td> <td rowspan="10">利用者が1人のため、比較は難しい。医療受診している人にも血圧管理、減塩他生活改善をすすめる保健事業の利用を勧奨するのは有意義だと思う。</td> </tr> <tr> <td>収縮期血圧の変化</td> <td>維持・改善割合</td> <td>0%</td> <td>78.3%</td> <td>-78.3</td> <td>ありなし</td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧の変化</td> <td>維持・改善割合</td> <td>0%</td> <td>63.6%</td> <td>-63.6</td> <td>ありなし</td> </tr> <tr> <td>収縮期血圧の変化</td> <td>前年度値との差の平均</td> <td>0</td> <td>54.5</td> <td>-54.5</td> <td>ありなし</td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧の変化</td> <td>前年度値との差の平均</td> <td>0</td> <td>-5.4</td> <td>5.4</td> <td>ありなし</td> </tr> <tr> <td>CKD重症度分類の変化</td> <td>改善した人/合計人数</td> <td>0%</td> <td>-1.5%</td> <td>1.5</td> <td>ありなし</td> </tr> <tr> <td>体重の変化</td> <td>維持・改善割合</td> <td>0%</td> <td>63.6%</td> <td>-63.6</td> <td>ありなし</td> </tr> <tr> <td>腹囲の変化</td> <td>維持・改善割合</td> <td>0%</td> <td>63.6%</td> <td>-63.6</td> <td>ありなし</td> </tr> </tbody> </table>		指標	項目	勧奨(A)	未勧奨(B)	差(A)-(B)	効果判定	② 左記結果をどう考えたか?	次年度の特定健診受診率	次年度健診受診率	0%	78.3%	-78.3	ありなし	利用者が1人のため、比較は難しい。医療受診している人にも血圧管理、減塩他生活改善をすすめる保健事業の利用を勧奨するのは有意義だと思う。	収縮期血圧の変化	維持・改善割合	0%	78.3%	-78.3	ありなし	拡張期血圧の変化	維持・改善割合	0%	63.6%	-63.6	ありなし	収縮期血圧の変化	前年度値との差の平均	0	54.5	-54.5	ありなし	拡張期血圧の変化	前年度値との差の平均	0	-5.4	5.4	ありなし	CKD重症度分類の変化	改善した人/合計人数	0%	-1.5%	1.5	ありなし	体重の変化	維持・改善割合	0%	63.6%	-63.6	ありなし	腹囲の変化	維持・改善割合	0%	63.6%	-63.6	ありなし
指標	項目			勧奨(A)	未勧奨(B)	差(A)-(B)	効果判定	② 左記結果をどう考えたか?																																																			
次年度の特定健診受診率	次年度健診受診率			0%	78.3%	-78.3	ありなし	利用者が1人のため、比較は難しい。医療受診している人にも血圧管理、減塩他生活改善をすすめる保健事業の利用を勧奨するのは有意義だと思う。																																																			
収縮期血圧の変化	維持・改善割合			0%	78.3%	-78.3	ありなし																																																				
拡張期血圧の変化	維持・改善割合			0%	63.6%	-63.6	ありなし																																																				
収縮期血圧の変化	前年度値との差の平均			0	54.5	-54.5	ありなし																																																				
拡張期血圧の変化	前年度値との差の平均			0	-5.4	5.4	ありなし																																																				
CKD重症度分類の変化	改善した人/合計人数			0%	-1.5%	1.5	ありなし																																																				
体重の変化	維持・改善割合			0%	63.6%	-63.6	ありなし																																																				
腹囲の変化	維持・改善割合			0%	63.6%	-63.6	ありなし																																																				
対象者数	30人																																																										
アウトプット(目的を達成するために必要な事業量)																																																											
指標	目標値	実績値	達成状況																																																								
医療機関受診勧奨率	%	%	できた・できない																																																								
次年度健診受診率	%	78.3%	できた・できない																																																								
アウトカム(事業の目的)																																																											
指標	目標値	実績値	達成状況																																																								
収縮期血圧維持・改善者割合	%	63.6%	できた・できない																																																								
拡張期血圧維持・改善者割合	%	54.5%	できた・できない																																																								
CKD重症度分類の変化	%	40.9%	できた・できない																																																								
<input type="checkbox"/> 達成できた ① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 達成できなかった																																																											
④ 受診者の特性	1人、女性、70歳代、血圧145/76																																																										
未受診者の特性	29人、血圧140/81																																																										

## (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定されることも大きい。」とされています。

本村においては、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、各種団体や教室で講座を行い、広く村民へ周知を行います。

### (3)第2期計画目標の達成状況一覧

当初計画では明確な数値目標は設定していなかったが、国の指針となっている目標を整理し、目標とした。

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	1.5%	2.6%	0.1%	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	6.6%	4.1%	4.5%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	10.0%	15.7%	22.2%			
		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	-	-	-		東白川村調べ	
	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	25.7%	17.5%	28.2%	東白川村保健福祉課課		
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.0%	10.1%	5.2%			
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	5.0%	10.6%	3.1%			
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.2%	19.2%	8.8%			
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.0%	0.0%			
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	-	-	-			
		糖尿病の保健指導を実施した割合	0.0%	4.5%	39.3%			
		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	55.6%	46.7%		52.0%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	30.8%	25.0%		52.9%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	27.3%	9.5%		36.0%	
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	13.5	15.6	18.9	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	9.8	10.2	8.2		
			大腸がん検診受診者の増加	20.7	17.4	16.0		
			子宮がん検診受診者の増加	17.0	18.1	15.7		
			乳がん検診受診者の増加	25.9	25.2	26.1		
5つのがん検診の平均受診率の増加			17.4	17.3	17.0			
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	83.4%	86.3%	90.6%	厚生労働省		

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### 【考察】

◆留意点:考察にあたっては、保険者の健康課題のうち、現在実施している保健事業で対応できていること、対応できていないこと等対応状況も明らかにして記載するよう努める。(手引書より)

平成29年度から令和5年度までの前期計画では男性のメタボリックシンドローム、男女ともに運動習慣なしの割合が多いこと、間食の課題を挙げました。

40代～50代の健診受診率向上と生活改善への関心を高め、健康の保持増進を目的に啓発を実施してきました。特定健診と大腸がん検診の同時実施、保健・栄養指導を強化した健診体制の見直し、糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施、未受診者への勧奨通知等多方面から受診率向上、継続受診を促しました。また、広報紙や村ケーブルテレビを活用し、健診の意義や生活習慣との関連について周知を行いました。

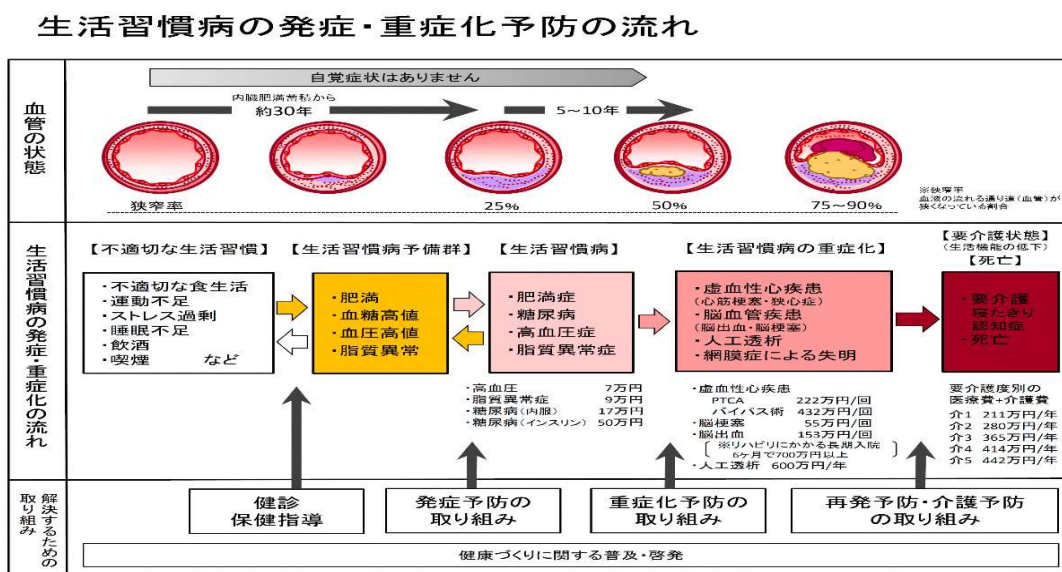
経年的な評価やコンスタントな事業の見直しについては不十分となっており、今回の計画において事業の整理、KDB等でのデータ分析を行い、PDCAサイクルを循環させるようにし、明確な数値目標をたて、コンパクトで意図的な取組みを目指すことができるよう計画を立案します。

### 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 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

医療保険制度においては、75歳に到達した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。

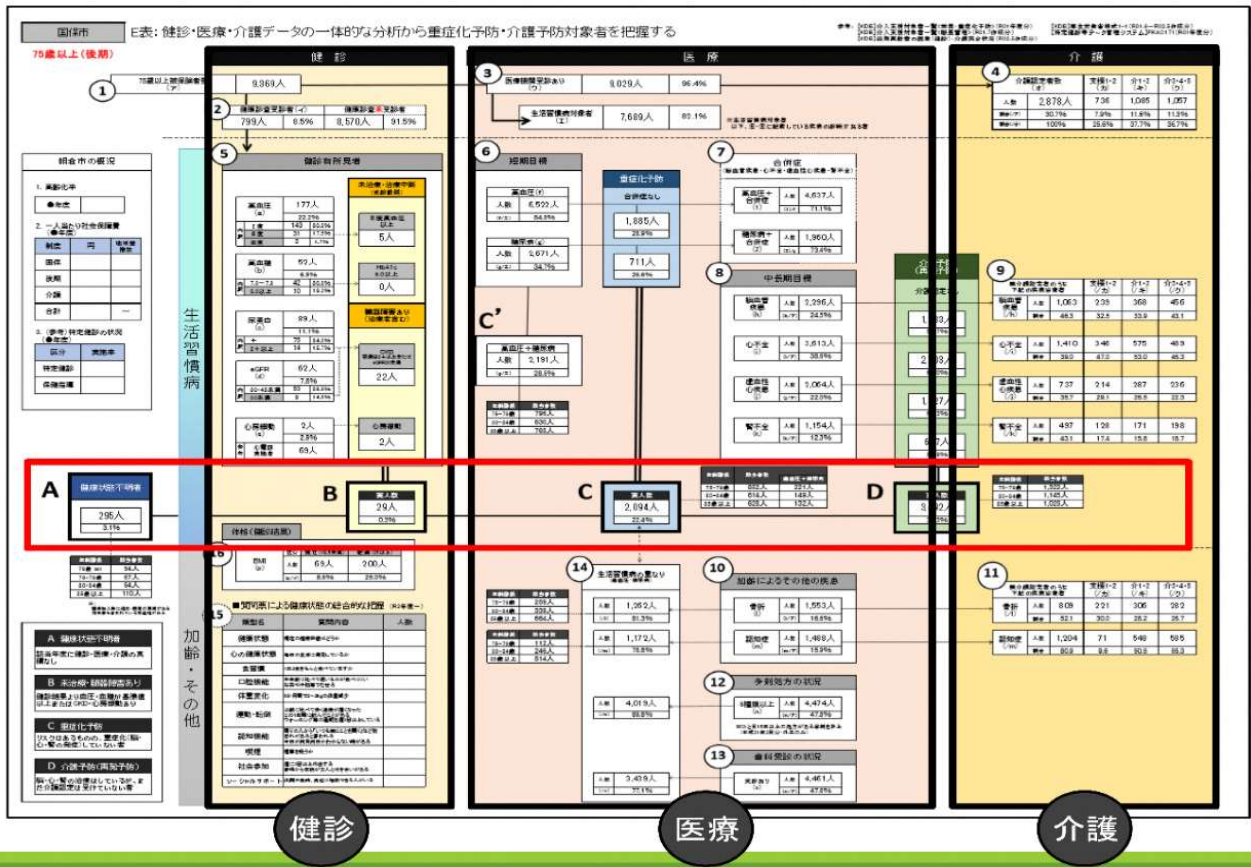
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 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



(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	621人	597人	563人	558人	515人	584人
総件数及び総費用額	件数 4,929件	4,675件	4,177件	4,175件	4,169件	8,171件
	費用額 2億0513万円	2億0019万円	2億0278万円	1億7403万円	1億6618万円	3億7680万円
一人あたり医療費	33.0万円	33.5万円	36.0万円	31.2万円	32.3万円	64.5万円

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			
			腎		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	心筋梗塞 心筋梗塞									
① 国保	東白川村	1億6618万円	25.753	12.26%	0.16%	0.05%	2.49%	5.62%	6.70%	1.29%	4749万円	28.6%	10.9%	9.98%	5.64%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	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	東白川村	3億7680万円	54,903	2.06%	0.59%	4.27%	0.83%	3.75%	5.97%	0.90%	6929万円	18.4%	5.9%	1.42%	15.3%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	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	19人	17人	23人	16人	11人	48人	
	件数	B	30件	30件	34件	30件	22件	73件	
		B/総件数	0.61%	0.64%	0.81%	0.72%	0.53%	0.89%	
	費用額	C	4498万円	4910万円	5472万円	4019万円	2409万円	8359万円	
		C/総費用	21.9%	24.5%	27.0%	23.1%	14.5%	22.2%	

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								
脳血管疾患	人数	D	1人	0人	2人	0人	0人	3人							
		D/A	5.3%	0.0%	8.7%	0.0%	0.0%	6.3%							
	件数	E	1件	0件	3件	0件	0件	9件							
		E/B	3.3%	0.0%	8.8%	0.0%	0.0%	12.3%							
	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%	0	--	0	0.0%	0	--	0	--	75-80歳	1	11.1%
		60代	1	100.0%	0	--	3	100.0%	0	--	0	--	80代	4	44.4%
		70-74歳	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	--	0	--	90歳以上	4	44.4%
	費用額	F	355万円		566万円				943万円						
		F/C	7.9%		10.3%				11.3%						

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)

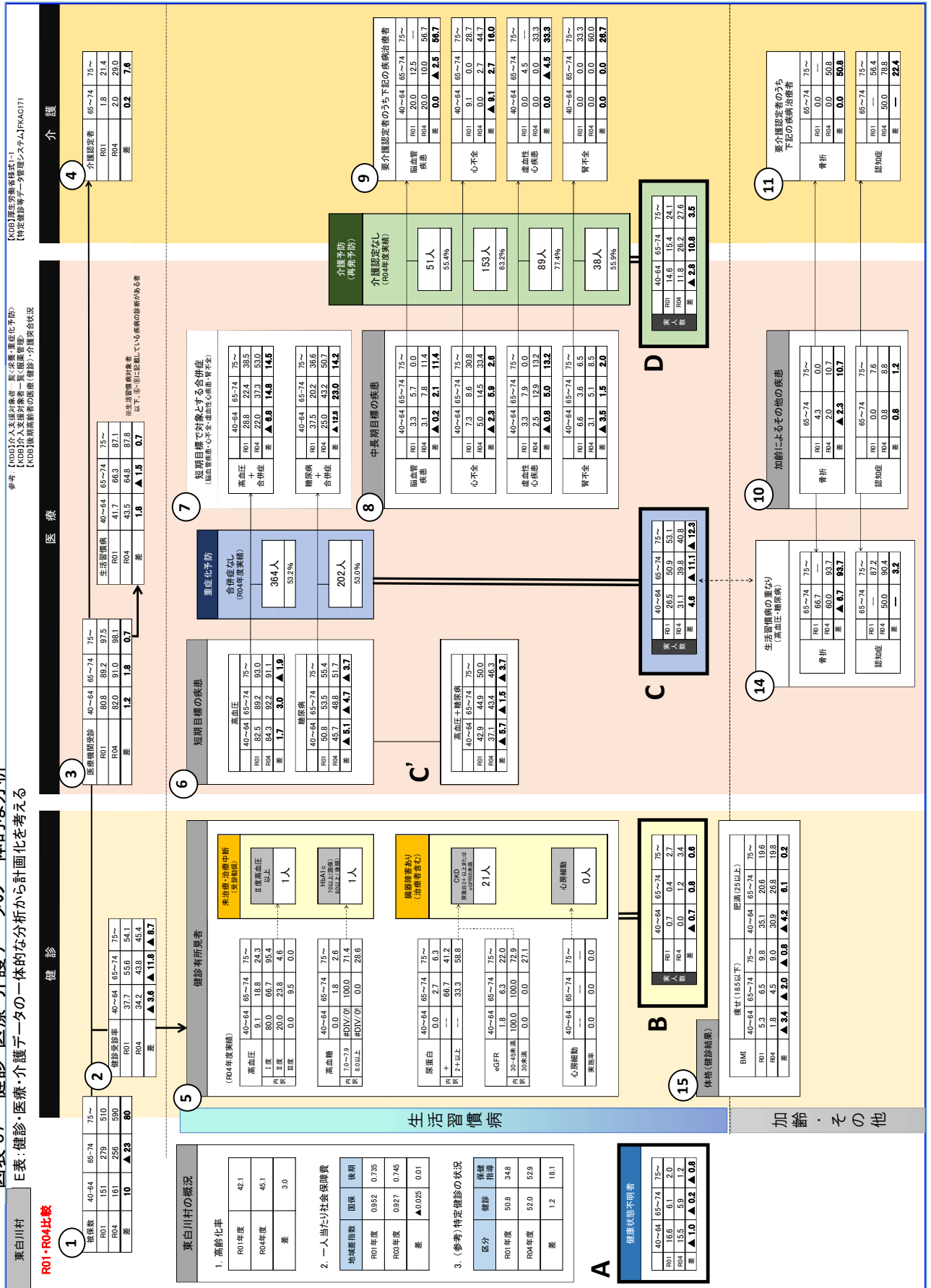
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	2人	1人	2人	1人	2人	2人							
		G/A	10.5%	5.9%	8.7%	6.3%	18.2%	4.2%							
	件数	H	3件	1件	2件	1件	2件	2件							
		H/B	10.0%	3.3%	5.9%	3.3%	9.1%	2.7%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	50.0%
		60代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	1	50.0%
		70-74歳	3	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	394万円	159万円	363万円	279万円	303万円	201万円							
		I/C	8.8%	3.2%	6.6%	6.9%	12.6%	2.4%							

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 37 健診・医療・介護データの一体的な分析  
E表: 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



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
						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-
R01	21.4	151	279	510	37.7	55.6	54.1	5.3	6.5	9.8	35.1	20.6	19.6	
R04	29.0	159	247	590	40.9	51.0	45.8	3.1	4.8	8.9	27.7	24.6	19.6	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 健診有所見状況

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-														
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%									
R01	0	--	(0)	8	5.2	(1)	12	4.3	(0)	1	1.8	(0)	3	1.9	(0)	1	0.4	(1)	1	1.8	0	--	13	4.7	0	--	0	--	0	--	0	--
R04	2	3.1	(0)	8	6.3	(1)	3	1.1	(0)	0	--	(0)	2	1.6	(1)	1	0.4	(0)	0	--	1	0.8	20	7.4	0	--	0	--	0	--	0	--

出典:ヘルスサポートラボツール

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						⑥									⑦								
	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					
年度	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-
R01	80.8	89.2	97.5	41.7	66.3	87.1	82.5	89.2	93.0	50.8	53.5	55.4	42.9	44.9	50.0	28.8	22.4	38.5	37.5	20.2	36.6			
R04	81.8	90.7	98.1	42.8	64.4	87.8	83.8	92.5	91.1	45.6	47.2	51.7	36.8	42.1	46.3	21.1	36.7	53.0	25.8	41.3	50.7			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 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)												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-
R01	3.3	5.7	0.0	3.3	7.9	0.0	7.3	8.6	30.8	6.6	3.6	6.5	20.0	12.5	--	0.0	4.5	--	9.1	0.0	28.7	0.0	0.0	33.3
R04	3.1	7.7	11.4	1.9	11.7	13.2	5.0	13.4	33.4	3.1	4.5	8.6	20.0	10.5	56.7	0.0	0.0	33.3	0.0	3.0	44.7	0.0	0.0	60.8

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	㉔				㉕				㉖			
	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 (被保険者割)				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-
R01	66.7	--	--	87.2	4.3	0.0	0.0	7.6	0.0	--	--	56.4
R04	60.0	93.7	50.0	90.4	2.0	10.7	0.8	8.8	0.0	50.8	50.0	78.8

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っており、一人あたり医療費は約 32 万円、総費用額は R03 年度 1 億 7 千万円で、R04 年度は 1 億 6 千万円、後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

本村は、これまで高血圧・糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、国保で同規模と比べて 3 ポイント高く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、4 倍、心疾患が 2 倍と高い状況です。後期高齢においても、同規模、県、国と比べて 2 ポイント高い状況です。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 0.4 ポイント低く、後期高齢においても、同規模、県、国と比べてやや低い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保では毎年約 10~20 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 倍に増えていることがわかります。

高額レセプト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 R02 年度が一番多く 3 件で 500 万円以上の費用を要していました。後期高齢においては、9 件発生し、約 900 万円余りの費用額を要しています。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力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを R01 年度と R04 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40~64 歳、65 歳~74 歳は減っていますが、75 歳以上では 80 名増え、高齢化率の高い本村では 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。⑮体格をみると、65~74 歳で、BMI25以上の率が約 4 ポイントも高くなっています。

図表 39 健診有所見の状況を見ると、対象人数は少ないものの存在し、後期高齢者の慢性腎臓病 (CKD)において増加しており、国保からの継続した保健・医療の連携、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、高血圧においては、国保で若干割合が増加、糖尿病においては、各年代低くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R04 年度を比較すると、65 歳以上で脳血管疾患・心疾患・心不全・腎不全とも R04 年度の割合が、上がっており、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わかります。

#### (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、糖尿病等の基礎疾患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、腎不全、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。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、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43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、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います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 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)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
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	0.1%	0.1%	0.1%	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	4.5%	4.3%	4.1%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	22.2%	20.0%	18.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	-	-	-	
	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	28.2%	25.0%	24.0%	東白川村 保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.2%	5.1%	5.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	3.1%	3.1%	3.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	8.8%	8.6%	8.5%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	39.3%	40.0%	45.0%	
	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	52.0%	54.0%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	52.9%	45.0%	60.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	36.0%	37.0%	38.0%	

## 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 44 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	53.0%	54.0%	55.0%	57.0%	58.0%	60%以上
特定保健指導実施率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60%以上

### 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	359人	337人	314人	293人	273人	243人
	受診者数	190人	182人	173人	167人	159人	146人
特定保健指導	対象者数	18人	15人	15人	16人	17人	16人
	受診者数	7人	7人	7人	9人	10人	10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する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

主に集団健診(村診療所)

情報提供事業(加茂医師会委託医療機関主に糖尿病レセプトのある人、村診療所受診中の人)

#### (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) 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)を実施します。

図表 46 特定健診検査項目

#### ○東白川村特定健診検査項目

健診項目		東白川村	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

### (4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

### (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。

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

### (6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払いは直営で行い、データ登録・国への報告は岐阜県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託し、村はその手数料を支払います。

### (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 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 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)の契約 ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		保健指導対象者の抽出	
7月		健診データ受取 (特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
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
12月			(ファイル作成・送付)
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・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

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門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)

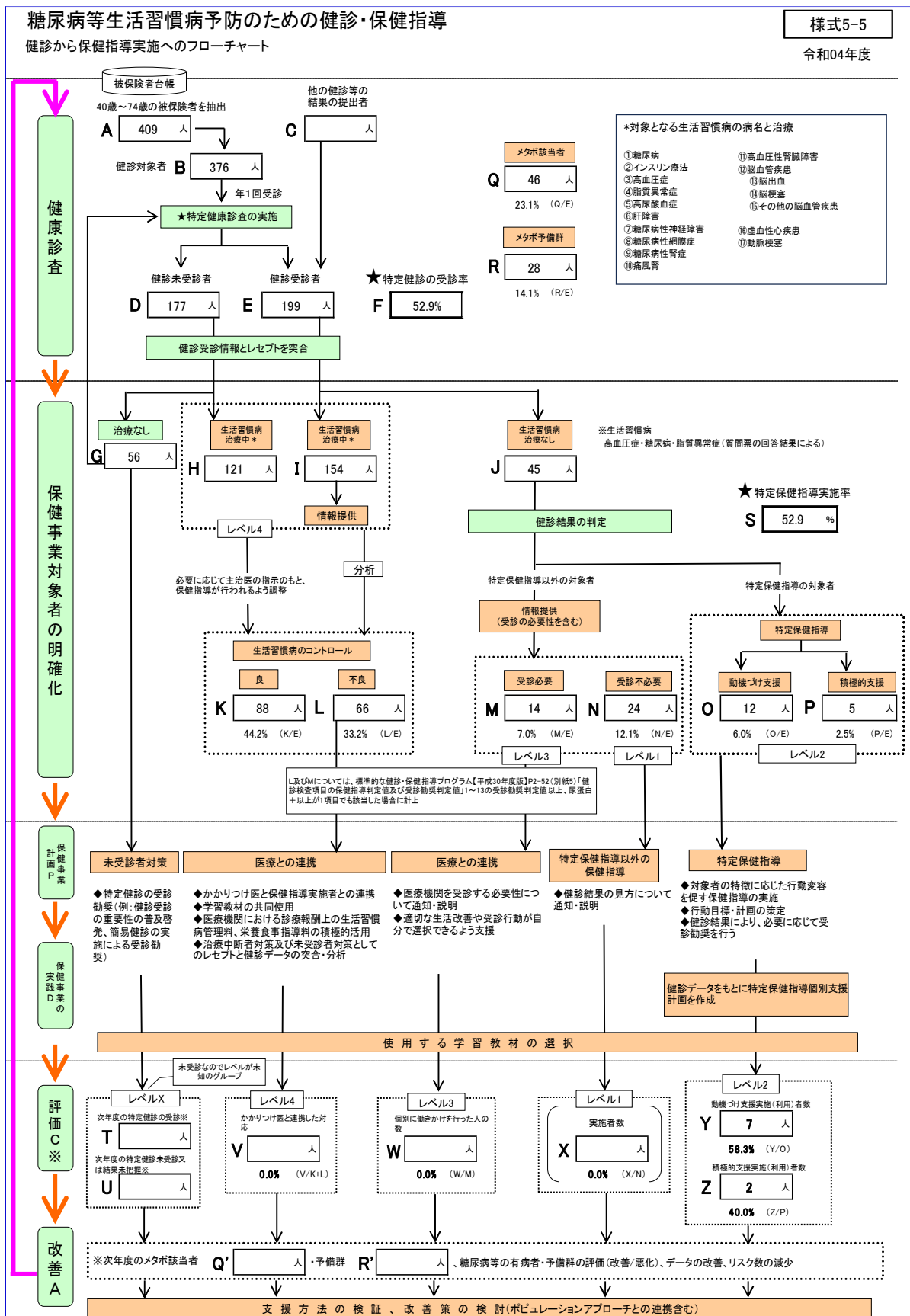
特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に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

「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 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



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

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	OP	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	17人 (8.5%)	60.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	14人 (7.0%)	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)	177人 ※受診率目標達成まであと49人	30.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	24人 (12.1%)	70.0%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	154人 (77.4%)	6.5%

### (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	◎健診対象者の抽出及び受診券発行 ◎診療情報提供の依頼 ◎健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎後期高齢者健診、がん検診開始
6月	◎情報提供事業開始	◎対象者の抽出	
7月		◎保健指導の開始	
8月	◎特定健康診査の開始		
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			◎代行機関(国保連合会)への結果登録、手数料請求の開始
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
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東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及び健康管理システム(健康かるて)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 11 月 1 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、東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村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

本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、73人(33.5%)です。そのうち治療なしが13人(14.3%)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5人です。

また、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、13人中7人と半数を占め、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 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 による年間新発透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ等 に基づいて 健康課題を分析	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)		218人	49.9%
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データバンク 2015より</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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)		重症化予防対象者 (実人数)			
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 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	メタボ該当者 (2項目以上)	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	10 4.6%	0 0.0%	1 0.5%	4 1.8%	48 22.0%	8 3.7%	18 8.3%		73 33.5%			
治療なし	3 2.8%	0 0.0%	1 0.6%	3 1.9%	2 2.2%	7 3.8%	4 4.4%		13 14.3%			
(再掲) 特定保健指導	1 10.0%	0 --	1 100.0%	2 50.0%	2 4.2%	1 12.5%	1 5.6%		7 9.6%			
治療中	7 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%	46 36.2%	1 4.3%	14 11.0%		60 47.2%			
臓器障害 あり	0 0.0%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 14.3%	4 100.0%		5 38.5%			
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	1	4		4			
心電図所見あり	0	0	0	0	1	0	0		1			
臓器障害 なし	3 100.0%	--	1 100.0%	3 100.0%	1 50.0%	6 85.7%	--		--			

出典:ヘルサポートラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

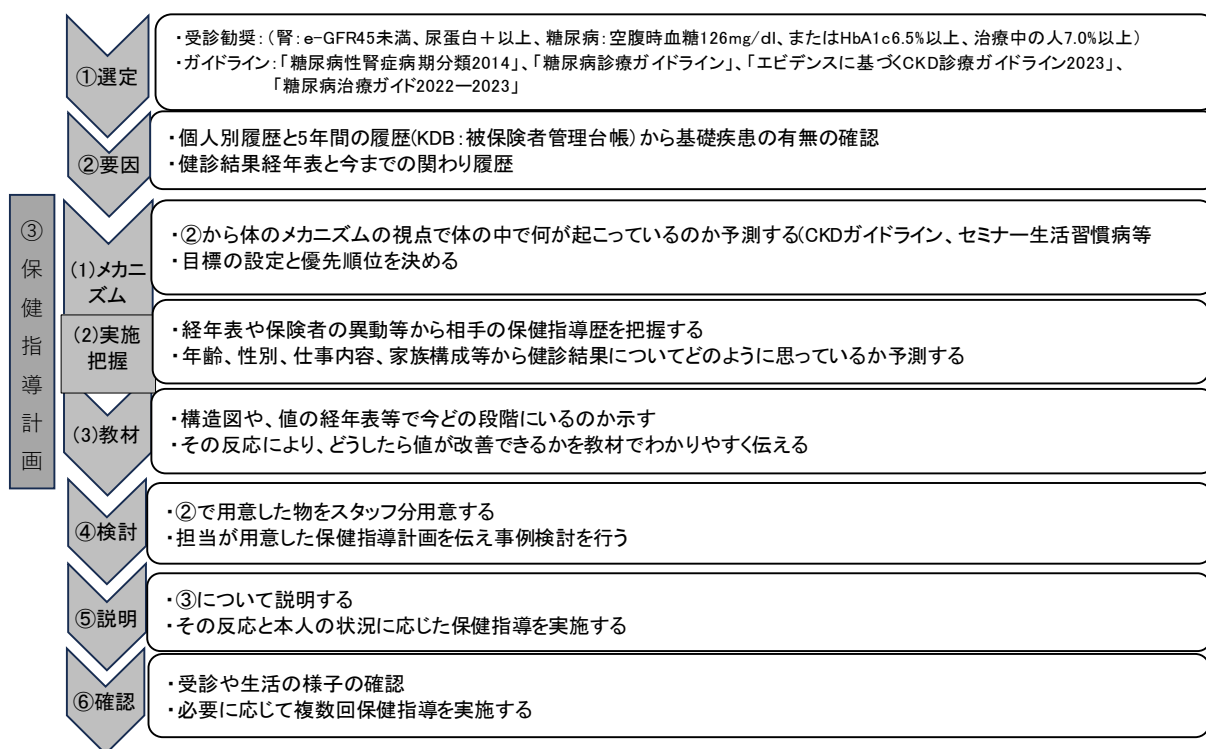
## 1) 基本的な考え方

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、岐阜県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 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 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およ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)を基礎とします。

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/1.73㎡)
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。

本村においては、特定健診にて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)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。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(+)としていることから、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。

特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、8人(25.8%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者132人のうち、特定健診受診者が23人(74.2%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者109人(82.6%・I)については、治療中であるが、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。



④ 介入方法と優先順位

図表 54 より本村においての介入方法を以下のとおりとします。

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）・・・8人

優先順位 2

【保健指導】

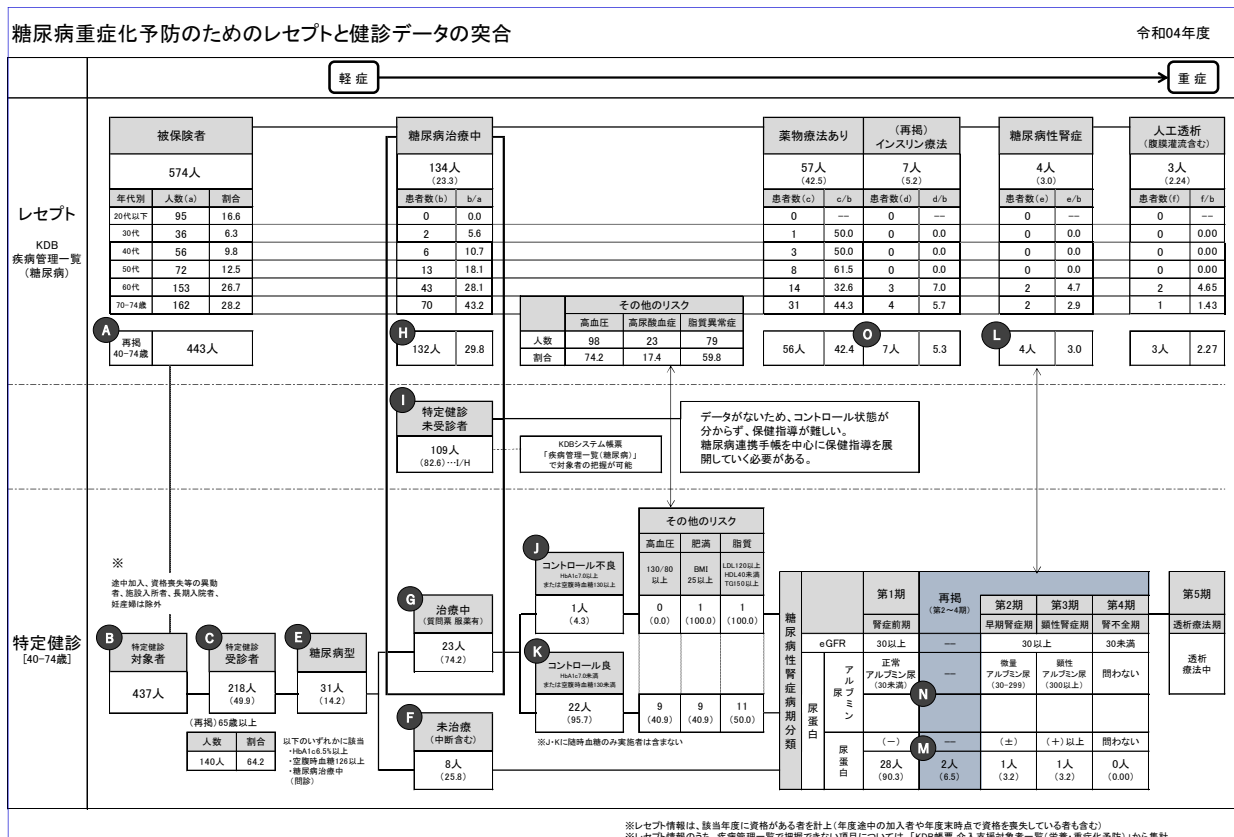
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・1人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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



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。本村においては、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について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行います。

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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
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 何うことから始めます
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か	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	<b>3 薬物療法</b>
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グロコシダーゼ阻害薬」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 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	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	<b>4 参考資料</b>
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く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) 受診勧奨・継続受診、医療との連携による重症化予防対策

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、受診勧奨や継続受診の重要性を伝え、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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

### (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岐阜県プログラムに準じていきます。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)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、地域包括支援センター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。短期的評価について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、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、中長期的評価においては、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5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下)、尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

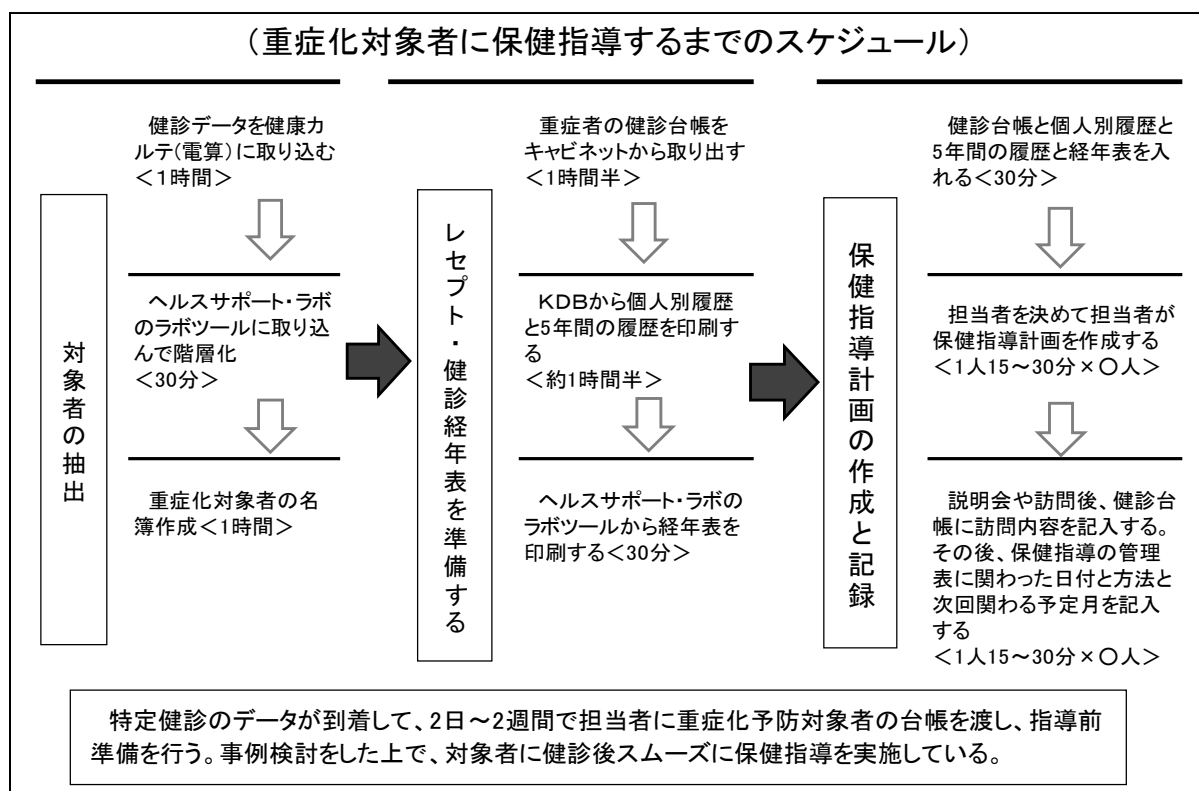
図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	東白川村										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	A	635人		611人		586人		562人		550人				
		(再掲)40-74歳		506人		487人		462人		451人		437人				
2	②	特定健診 対象者数	B	506人		487人		462人		451人		432人				
		受診者数	C	267人		230人		202人		221人		204人				
3	③	特定健診 受診率		52.8%		47.2%		43.7%		49.0%		47.2%				
		特定保健指導 対象者数		26人		23人		16人		27人		17人				
3	④	特定保健指導 実施率		30.8%		34.8%		25.0%		18.5%		52.9%				
		糖尿病型	E	38人	14.2%	32人	13.9%	28人	13.9%	24人	10.9%	29人	14.2%			
4	⑤	健診データ	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	13人	34.2%	8人	25.0%	11人	39.3%	10人	41.7%	8人	27.6%		
			治療中(質問票 服薬あり)	G	25人	65.8%	24人	75.0%	17人	60.7%	14人	58.3%	21人	72.4%		
			コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	7人	28.0%	2人	8.3%	1人	5.9%	3人	21.4%	1人	4.8%		
			血圧 130/80以上		2人	28.6%	1人	50.0%	1人	100.0%	3人	100.0%	0人	0.0%		
			肥満 BMI25以上		2人	28.6%	1人	50.0%	0人	0.0%	1人	33.3%	1人	100.0%		
			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	72.0%	22人	91.7%	16人	94.1%	11人	78.6%	20人	95.2%		
			第1期 尿蛋白(-)	M	37人	97.4%	30人	93.8%	28人	100.0%	24人	100.0%	27人	93.1%		
			第2期 尿蛋白(±)		0人	0.0%	2人	6.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	3.4%		
			第3期 尿蛋白(+)		1人	2.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	3.4%		
			第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	⑥	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		129.1人		130.9人		124.6人		138.8人		136.4人			
			(再掲)40-74歳(被保険者対)		158.1人		164.3人		155.8人		172.9人		167.0人			
			レセプト件数 (40-74歳) (再掲)被保険者対	入院外(件数)	327件	(660.6)	327件	(704.7)	329件	(734.4)	345件	(787.7)	303件	(740.8)	136,930件	(893.2)
			入院(件数)	1件	(2.0)									658件	(4.3)	
			糖尿病治療中	H	82人	12.9%	80人	13.1%	73人	12.5%	78人	13.9%	75人	13.6%		
			(再掲)40-74歳		80人	15.8%	80人	16.4%	72人	15.6%	78人	17.3%	73人	16.7%		
			健診未受診者	I	55人	68.8%	55人	68.8%	55人	76.4%	64人	82.1%	52人	71.2%		
			インスリン治療	O	7人	8.5%	4人	5.0%	8人	11.0%	7人	9.0%	8人	10.7%		
			(再掲)40-74歳		6人	7.5%	4人	5.0%	8人	11.1%	7人	9.0%	8人	11.0%		
			糖尿病性腎症	L	4人	4.9%	2人	2.5%	2人	2.7%	3人	3.8%	2人	2.7%		
			(再掲)40-74歳		3人	3.8%	2人	2.5%	2人	2.8%	3人	3.8%	2人	2.7%		
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	2.4%	1人	1.3%	2人	2.7%	2人	2.6%	2人	2.7%		
			(再掲)40-74歳		2人	2.5%	1人	1.3%	2人	2.8%	2人	2.6%	2人	2.7%		
			新規透析患者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			(再掲)糖尿病性腎症		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			【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)		1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.5%	1人	0.5%	1人	0.5%		
6	⑦	医療費	総医療費		2億0513万円		2億0019万円		2億0278万円		1億7403万円		1億6618万円		2億6175万円	
			生活習慣病総医療費		1億1088万円		1億0335万円		1億0665万円		1億0720万円		9195万円		1億4021万円	
			(総医療費に占める割合)		54.1%		51.6%		52.6%		61.6%		55.3%		53.6%	
			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	1,716円		4,847円		3,418円		4,908円		2,295円		8,820円	
			健診未受診者	40,180円		34,997円		39,008円		43,054円		34,476円		40,357円		
			糖尿病医療費		1061万円		1010万円		1031万円		1053万円		934万円		1572万円	
			(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.6%		9.8%		9.7%		9.8%		10.2%		11.2%	
			糖尿病入院外総医療費		3502万円		3634万円		3521万円		3147万円		2932万円			
			1件あたり		32,611円		35,144円		37,612円		34,134円		32,869円			
			糖尿病入院総医療費		1265万円		389万円		1292万円		341万円		1208万円			
			1件あたり		506,126円		486,540円		993,534円		425,770円		755,040円			
			在院日数		19日		22日		18日		10日		24日			
			慢性腎不全医療費		1198万円		1531万円		1678万円		1082万円		2064万円		957万円	
			透析有り		1104万円		1490万円		1673万円		1062万円		2037万円		862万円	
			透析なし		94万円		41万円		6万円		20万円		27万円		96万円	
7	⑧	介護	介護給付費		2億6157万円		2億5066万円		2億5135万円		2億4973万円		2億4444万円		3億5514万円	
			(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	⑨	死亡		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	267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
- 8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



出典：ヘルスサポートラボツール

■【計画・目標】糖尿病発症予防 OGT T検査勧奨

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
医療機関受診勧奨事業	OGTT検査を行うことで、血糖やインスリンの分泌について知ることができ、数値の改善を図る。	アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			医療機関受診率	33.3%	35.0%	38.0%	40.0%		43.0%	46.0%	50.0%	
			次年度健診受診率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
		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	健診結果にて、HbA1c6.0～6.4%の方 HbA1c5.6～5.9%でメタボ、遺伝等リスクのある方											
時期	8月～9月 集団健診 9月以降 個別健診											
方法	集団健診当日の結果説明において、OGTT勧奨を行い、医療機関からの連絡票の返送により受診を確認をする。 個別健診を受けた人でOGTT対象となる方には電話等にて受診勧奨を行う。 医療機関より返送があったかを確認し、未返送の場合は再勧奨を行う。											
実施回数・量	集団健診当日の受診勧奨(5日間) 連絡票返送のない場合は勧奨後、3ヶ月後に再勧奨											
連携体制・予算・人員	保健師2名 管理栄養士2名											
事業して いて 気づいたこと	連絡票未返送者の確認および次年度健診受診確認を確実にこなすようにする。											

■【計画・目標】糖尿病重症化予防 保健指導

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	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに従い、保健師および栄養士が保健指導することにより、重症化予防を図る。	アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	58.3%	59.0%	59.0%	59.0%		60.0%	60.0%	60.0%	
			eGFR値維持・改善者割合	41.7%	50.0%	50.0%	50.0%		50.0%	50.0%	50.0%	
		アウトプット指標 (実施量・率)	次年度健診受診率	84.6%	85.0%	85.0%	85.0%		85.0%	85.0%	85.0%	
			保健指導実施率	43.8%	44.8%	45.8%	46.8%		47.9%	48.9%	50.0%	
	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年度の最終評価							
	対象者	糖尿病治療中で、データ提供のあったHbA1c6.5%以上の方										
	時期	データ提供時期(7月～1月)										
方法	対象者へ保健指導の案内文書を送付し、保健師および栄養士が対面で指導を行う											
実施回数・量	文書での保健指導勧奨1回 電話での勧奨1回 保健指導1～2回											
連携体制・予算・人員	保健師1名・栄養士1名 かかりつけ医											
事業していて気づいたこと	かかりつけ医と連携し、継続受診を促していきたい 取組内容・評価を、医療機関と情報共有したい											

## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

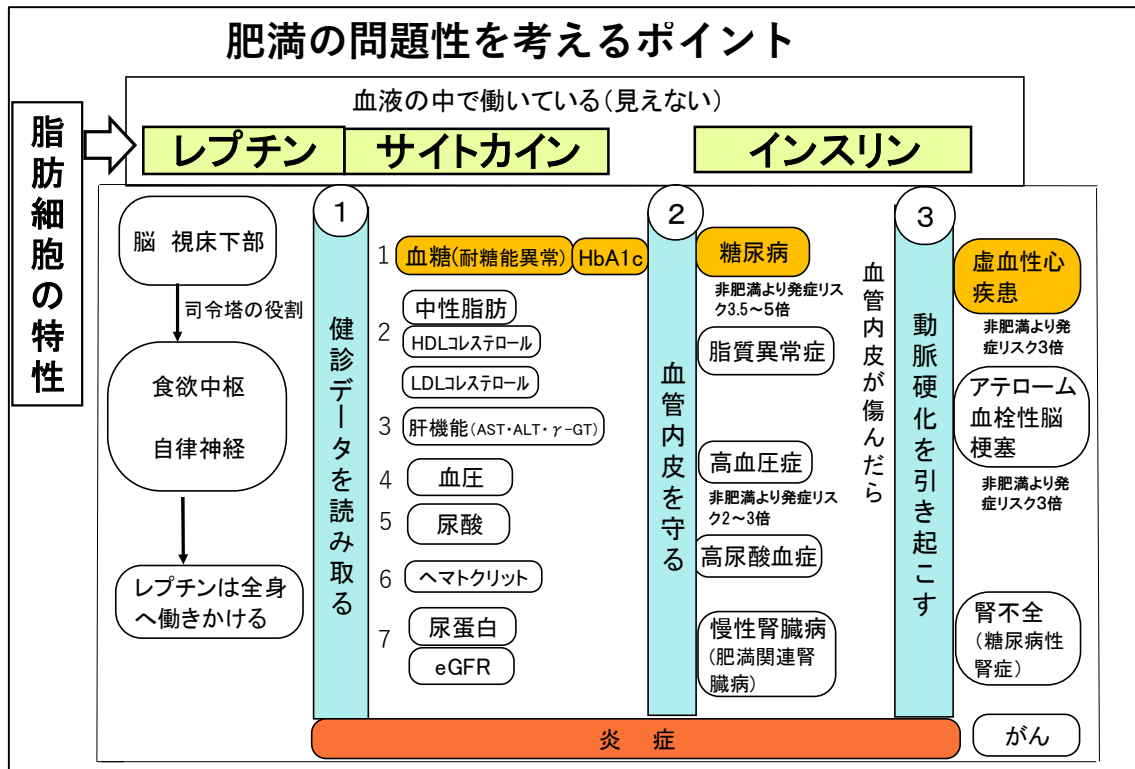
### 1) 基本的な考え方

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あります。

「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益々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。従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おこなう。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)

なお、取組みにあたっては図表 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) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

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	78	140	21	33	16	29	5	2	0	1	0	1	
				26.9%	23.6%	20.5%	20.7%	6.4%	1.4%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
再掲	男性	38	63	15	14	11	14	4	0	0	0	0	0
					39.5%	22.2%	28.9%	22.2%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	40	77	6	19	5	15	1	2	0	1	0	1
					15.0%	24.7%	12.5%	19.5%	2.5%	2.6%	0.0%	1.3%	0.0%

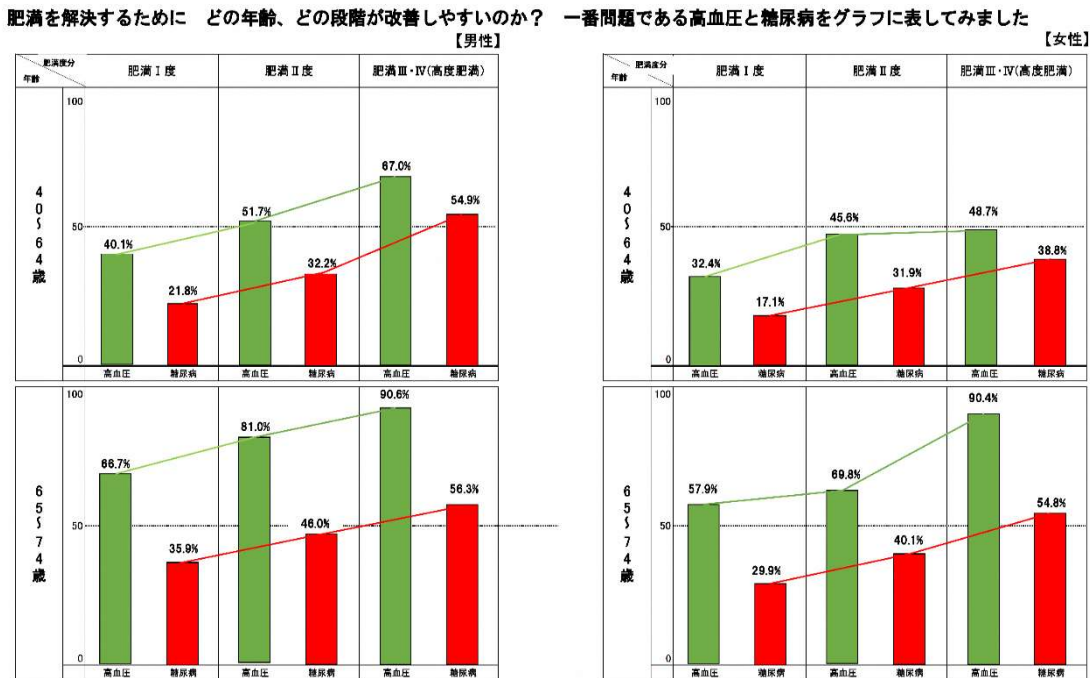
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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には、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 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

「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		III度		IV度		
	I度 25~29.9		II度 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	・食べ始めたらずまらない ・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痙攣もおこるよ	・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る ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れる	・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 ・歩くとき足がしびれる	・200m歩くのに呼吸が苦しい ・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まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かがしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・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 ・仕事中時々胸の息苦しさ ・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 ・心臓の圧迫感で10年前狭心症力テール ・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。 ・全身の湿疹がつらい ・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の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎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より、未だ両疾患の発症が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いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点は基礎疾患・メタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例((R3-4年度発症・健診データあり))

事例N°	性別	発症年齢	KDBから把握							特定健診		
			レセプト									
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患				介護	
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症			高尿酸血症
1	女	60代			●				●			
2	男	60代			●							
3	男	60代				●	●		●			
4	男	60代	●	●			●	●				メタボ
5	男	70代		●	●		●			●	要支援1	予備群
6	男	60代		●			●	●	●			メタボ
7	男	60代		●	●		●					

### 3) 対象者の明確化

図表 63 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	101	10	14	39	38	117	7	15	43	52	
メタボ該当者	B	28	3	4	13	8	20	0	0	8	12	
	B/A	27.7%	30.0%	28.6%	33.3%	21.1%	17.1%	0.0%	0.0%	18.6%	23.1%	
再掲	① 3項目全て	C	10	1	3	4	2	6	0	0	2	4
		C/B	35.7%	33.3%	75.0%	30.8%	25.0%	30.0%	--	--	25.0%	33.3%
	② 血糖+血压	D	3	0	0	2	1	3	0	0	1	2
		D/B	10.7%	0.0%	0.0%	15.4%	12.5%	15.0%	--	--	12.5%	16.7%
	③ 血压+脂質	E	10	2	0	5	3	11	0	0	5	6
		E/B	35.7%	66.7%	0.0%	38.5%	37.5%	55.0%	--	--	62.5%	50.0%
	④ 血糖+脂質	F	5	0	1	2	2	0	0	0	0	0
		F/B	17.9%	0.0%	25.0%	15.4%	25.0%	0.0%	--	--	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	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					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	101	28	27.7%	27	96.4%	1	3.6%	117	20	17.1%	19	95.0%	1	5.0%		
40代	10	3	30.0%	3	100.0%	0	0.0%	7	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	14	4	28.6%	4	100.0%	0	0.0%	15	0	0.0%	0	--	0	--		
60代	39	13	33.3%	12	92.3%	1	7.7%	43	8	18.6%	7	87.5%	1	12.5%		
70~74歳	38	8	21.1%	8	100.0%	0	0.0%	52	12	23.1%	12	100.0%	0	0.0%		

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 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 2 割前後であるため、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、男女とも半数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、ほとんどに高血圧、糖尿病、脂質異常症の基礎疾患があり、約 4 割はメタボリックシンドローム・予備群に該当しており、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については、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行っていきます。

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)	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策</b>	<b>6 脂肪細胞の特性</b>
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
<b>2 保健指導対象者の明確化</b>	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チンが出ています
2-2 おたずね	<b>7 健診データ・検査</b>
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
<b>3 肥満の症状</b>	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 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
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 膝に圧力がかか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)	<b>8 食事療法</b>
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
<b>4 高度肥満</b>	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	8-3-7 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	<b>9 運動療法</b>
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？
<b>5 保健指導教材で減量できた事例</b>	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	<b>10 参考資料</b>
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においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- 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見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

■【計画・目標】特定健診受診勧奨事業（情報提供事業、受診勧奨）

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	
特定健康診査受診勧奨事業	健診受診勧奨により受診率を向上させ、必要な方が保健指導を受けることで医療費の適正化につなげていく。	アウトカム指標（成果）	特定健診実施率（実績値）	52.9%	53.0%	54.0%	55.0%		57.0%	58.0%	60.0%		
		アウトプット指標（実施量・率）	①特定健診受診勧奨ハガキ送付率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%		
			②電話勧奨 架電割合										
			③情報提供票の回収率	76.3%	77.0%	78.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%		
		健診未受診文書勧奨における受診率	18.5%	20.0%	20.0%	20.0%		20.0%	20.0%	20.0%			
	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	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： 40-74歳国保加入者のうち、健診申込みのない人 集団健診を受けていない人											
		②電話勧奨：											
		③情報提供事業： 情報提供事業に同意した人、医療機関受診中の方											
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： 7月												
	②電話勧奨：												
	③情報提供事業： 7月に個人通知、2月まで実施												
方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： 健診を申込みしていない人に個人通知												
	②コールセンター：												
	③情報提供事業： 情報提供すると回答された方に個別通知												
実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 7月、11月の2回												
	②電話勧奨：												
	③情報提供事業： 年1回												
連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 郵便料												
	②電話勧奨：												
	③情報提供事業： 郵便料 村診療所受診中の人は看護師がデータ記入、問診を行う。 医療機関と連携をする。												
事業として気づいたこと	健診継続の意義を伝える啓発が必要 ターゲットを絞り特典をつけるなどの検討 受診勧奨や情報提供事業をしているが、受診率は50%前後と 変化がないように思われる。												

■【計画・目標】特定保健指導

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	特定保健指導の実施により、メタボ該当者、生活習慣病の発症・重症化予防を促す。	アウトカム指標(成果)	保健指導レベルの改善割合	69.2%	70.0%	70.0%	70.0%		70.0%	70.0%	70.0%	
			利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	71.4%	10.0%	10.0%	10.0%		10.0%	10.0%	10.0%	
		アウトプット指標(実施量・率)	特定保健指導利用率	39.1%	40.0%	45.0%	50.0%		55.0%	58.0%	60.0%	
			次年度継続受診率	66.7%	67.0%	67.0%	67.0%		68.0%	70.0%	70.0%	
	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年度の最終評価							
	対象者	動機付け支援、積極的支援該当者										
	時期	9月～翌年7月										
方法	動機付け支援は初回面談と評価アンケートまたは面談、積極的支援該当者は電話・面談で指導を行い、最後に評価アンケートまたは面談を行う。											
実施回数・量												
連携体制・予算・人員	保健師が対応。管理栄養士との連携が効果的。											
事業していて気づいたこと	積極的支援該当者への指導は終了までいかない。											

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

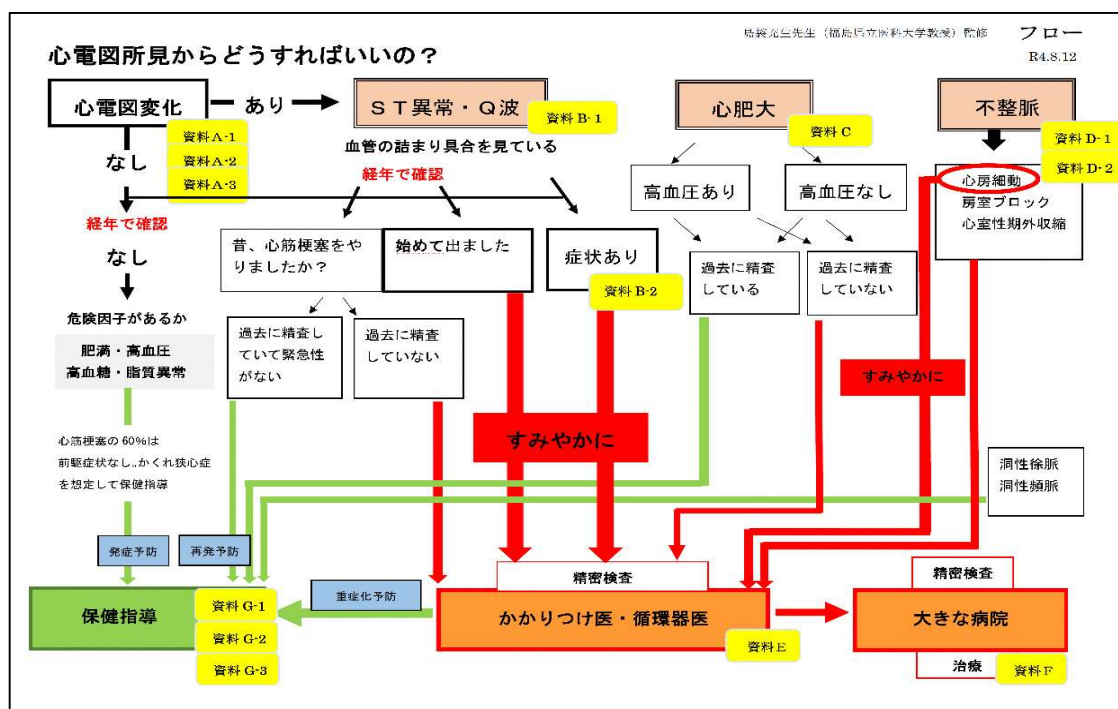
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 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においても重要な検査の1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において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。

本村においては、心電図検査実を106人(8.75%)に実施し、そのうち有所見者が13人(12.3%)でし



た。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 6 人(46.2%)で、その後の受診状況をみると 5 人(83.3%)が医療機関に受診しました。(図表 68)。

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圧、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 (H30～R4)

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		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	実施率			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		
内訳	40～74歳				0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	30.8%	2	15.4%	5	38.5%
	男性				0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	44.4%	2	22.2%	3	33.3%		
	女性				0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%

東白川村調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況 (H30～R4)

	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	13	12.3%	6	46.2%	5	83.3%	0	0.0%
男性	9	15.8%	5	55.6%	5	100.0%	0	0.0%
女性	4	8.2%	1	25.0%	0	0.0%	1	100.0%

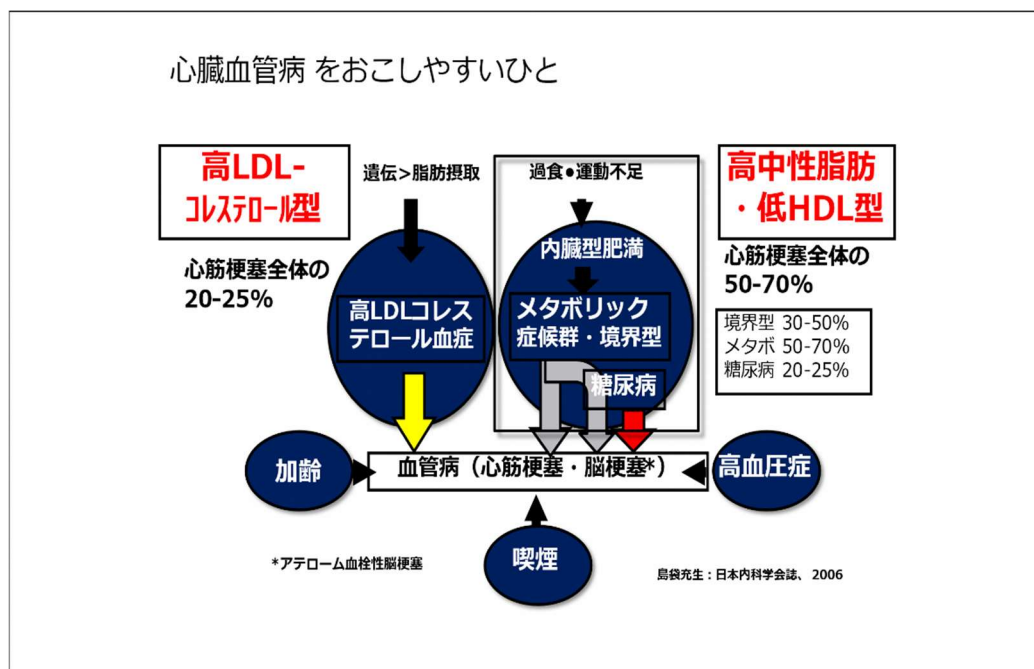
東白川村調べ

## ②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまた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)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、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)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ<sup>o</sup>(図表 70)

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定				令和04年度									
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)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
59				41	12	5	1	1	0	3	2		
				69.5%	20.3%	8.5%	1.7%	16.7%	0.0%	50.0%	33.3%		
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)	12	9	2	0	1	1	0	0	0		
			20.3%	22.0%	16.7%	0.0%	100.0%	100.0%	--	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	27	19	5	3	0	0	0	2	1		
			45.8%	46.3%	41.7%	60.0%	0.0%	0.0%	--	66.7%	50.0%		
高リスク	120未満 (150未満)	20	13	5	2	0	0	0	1	1			
		33.9%	31.7%	41.7%	40.0%	0.0%	0.0%	--	33.3%	50.0%			
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)	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%		

※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、過去に治療中であっ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。治療中であるが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

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おいて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。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「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 202 年版」においては、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ており、下記の検査方法が用いられています。

- 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。医療の情報については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(介護保険部局)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、地域包括支援センターと連携します。

## 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。短期的評価について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 等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

## 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

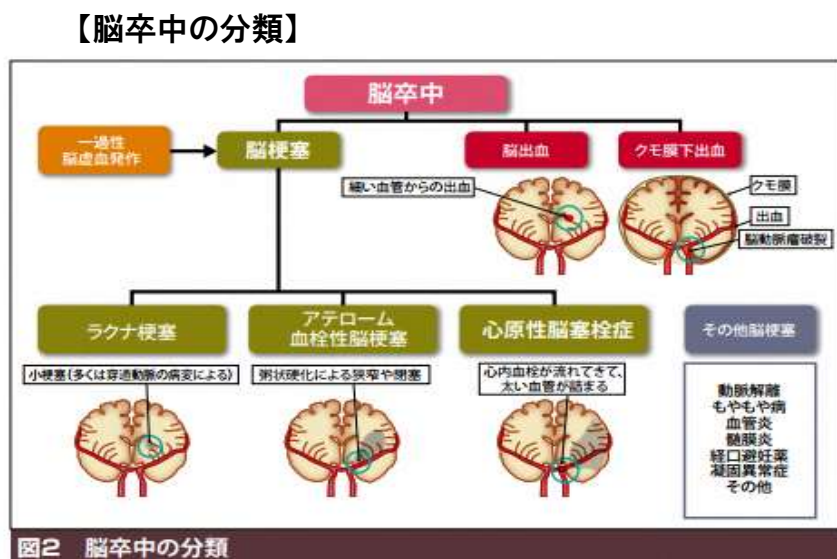
8 月～特定健診結果が届き次第ファイル作成。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 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にあたって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

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 239 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 13 人(5.5%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 8 人(3.7%)であり、そのうち 3 人(37.5%)は未治療者です。

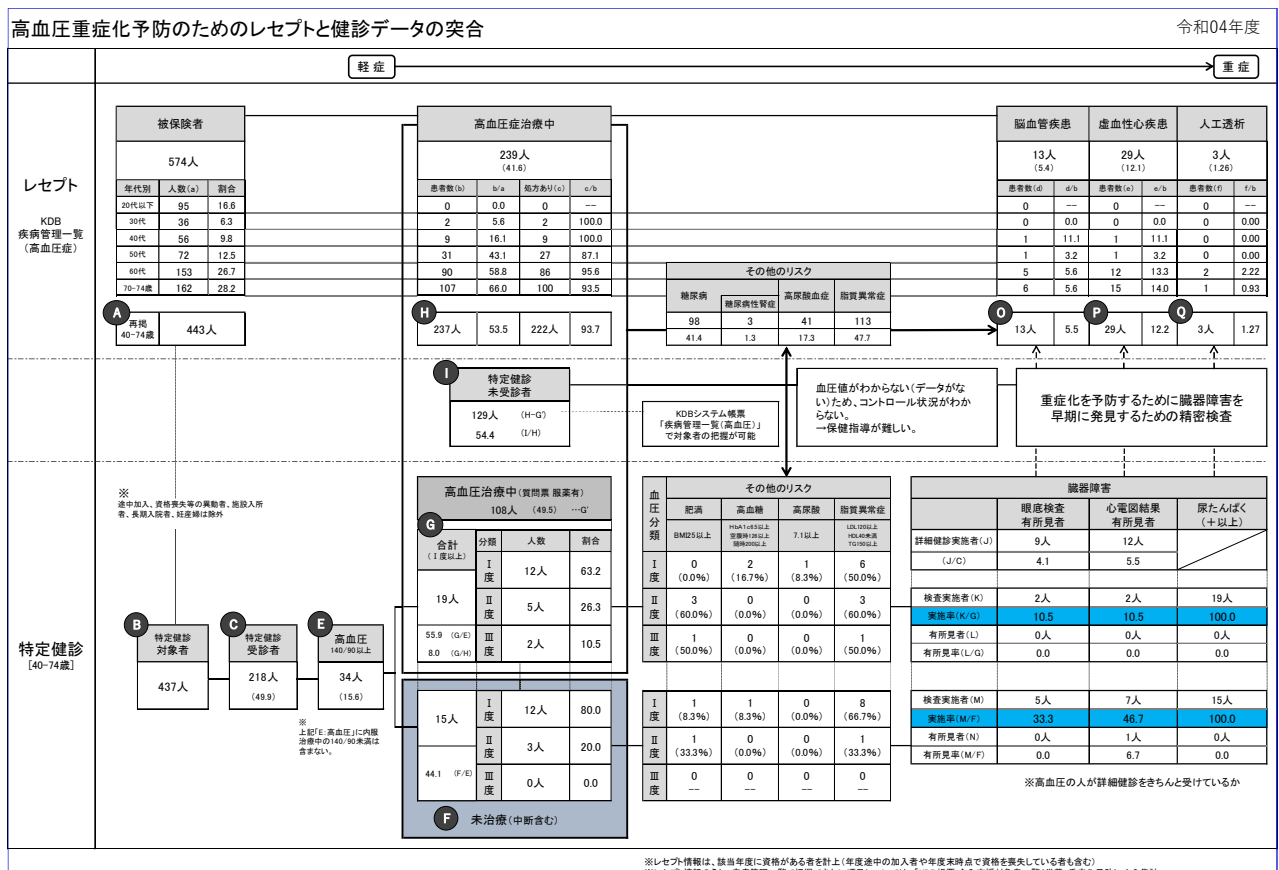
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 5 人(2.3%)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。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 9 人(4.1%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、34 人(15.6%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

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



## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、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。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し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)

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)	39	24	12	3	0
		61.5%	30.8%	7.7%	0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	2	C 2	B 0	B 0	A 0
		5.1%	8.3%	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	28	C 16	B 9	A 3	A 0
		71.8%	66.7%	75.0%	100.0%
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	9	B 6	A 3	A 0	A 0
		23.1%	25.0%	25.0%	0.0%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

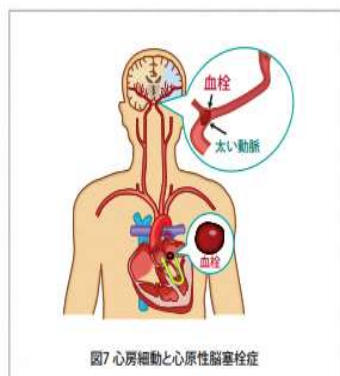
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	6
		15.4%
B	概ね1カ月後に再評価	15
		38.5%
C	概ね3カ月後に再評価	18
		46.2%

※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。

出典：ヘルスサポートラボツール

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については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

## (3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、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。

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みています。

(脳卒中予防の提言より引用)

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	101	117	7	6.9%	5	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	10	7	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0.2%	0.0%
50代	14	15	1	7.1%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	39	43	3	7.7%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	38	52	3	7.9%	3	5.8%	0	0.0%	0	0.0%	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(H30～R4 年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
2	0	0.0%	2	100.0%

東白川村調べ

心電図検査において2人が心房細動の所見がありました。また、心房細動有所見者は健診後、治療につながっています。

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が望まれます。

### 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。治療中であるが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おいて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。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、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ており、下記の検査方法が用いられています。

- 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、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、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において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。医療の情報については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(介護保険部局)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、地域包括支援センター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。短期的評価について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、中長期的評価において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

8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)

■【計画・目標】高血圧受診勧奨事業

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Ⅱ度(160/100mmHg)以上で医療機関未受診の方に対し、受診勧奨を行うことで脳心血管リスクを低下させる。	アウトカム指標(成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合		66.7%	67%	67%	67%		67%	67%	67%	
			拡張期血圧 維持・改善者割合	66.7%	67%	67%	67%		67%	67%	67%	
		アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率	44.4%	45%	50%	55%		60%	65%	70%	
			医療機関受診率	11.1%	14%	17%	20%		23%	27%	30%	
			次年度健診受診率	55.6%	60%	60%	60%		60%	60%	60%	
	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	特定健診の結果、高血圧で医療機関未受診の方										
	時期	特定健診当日の結果説明時(8月下旬～9月) 個別健診後、把握した方(9月～12月)										
方法	健診当日の結果説明において、医療機関未受診の方へ対面または電話にて受診勧奨を行う。 医師への情報提供書依頼、その後の受診状況を確認をする。											
実施回数・量	保健師または栄養士による結果説明 1回 その後の受診状況を聞き取り確認 1回 情報提供書の返送確認 1回 情報提供書の返送が無い場合、レセプト確認 随時											
連携体制・予算・人員	保健師2名 管理栄養士2名											
事業してあげて気づいたこと	事業全体がわかる一覧表があると良い。 次年度の健診受診確認を確実にを行うようにする。											

■【計画・目標】腎機能低下受診勧奨事業

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
腎機能低下の方（eGFR60以下）で医療機関未受診の方に対し、受診勧奨を行うことで脳心血管リスクを低下させ、腎機能低下を抑制する。	アウトカム指標（成果）	収縮期血圧 維持・改善者割合	77.8%	80%	80%	80%		80%	80%	80%		
		拡張期血圧 維持・改善者割合	31.1%	35%	35%	35%		35%	35%	35%		
		CKD重症度分類の変化	31.1%	35%	35%	35%		35%	35%	35%		
	アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	-									
		次年度健診受診率	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	特定健診の結果、腎機能低下のある医療機関未受診の方										
	時期	特定健診当日の結果説明時（8月下旬～9月） 個別健診後、把握した方（9月～12月）										
方法	健診当日の結果説明において、医療機関未受診の方へ対面または電話にて受診勧奨を行う。 医師への情報提供書依頼、その後の受診状況を確認をする。											
実施回数・量	保健師または栄養士による結果説明1回 その後の受診状況を聞き取り1回 情報提供書の返送確認1回 本人、情報提供書の返送がない場合、レセプト確認 随時。											
連携体制・予算・人員	保健師2名 管理栄養士2名											
事業して気づいたこと	医療機関受診勧奨をした後、どのような行動をされたか確認をしていない。 健診当日には腎機能低下の程度について説明している。											

■【計画・目標】高血圧重症化予防 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
高血圧治療中の方に保健指導を行うことで、高血圧の重症化予防を図る。	アウトカム指標（成果）	収縮期血圧維持・改善者割合		63.6%	65.0%	65.0%	65.0%		65.0%	65.0%	65.0%		
			拡張期血圧維持・改善者割合		54.5%	55.0%	55.0%	55.0%		55.0%	55.0%	55.0%	
				CKD重症度分類の変化		40.9%	42.0%	42.0%	42.0%		42.0%	42.0%	42.0%
	アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率											
			次年度健診受診率		78.3%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	
	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	高血圧治療中(140/90mmHg)以上の方											
	時期	1月頃											
方法	尿中塩分測定を実施、結果説明を行う												
実施回数・量	年1回 健診受診者は塩分測定を同時実施している												
連携体制・予算・人員	保健師2名・栄養士1名 予算：健康増進事業より												
事業していて気づいたこと	情報提供事業を利用している人に案内している。 案内はしているが、実際に利用されたのは1人と少ない状況。かかりつけ医からの声掛けもお願いできたら利用していただけそう。												

### 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

令和3年度より岐阜県後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「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。

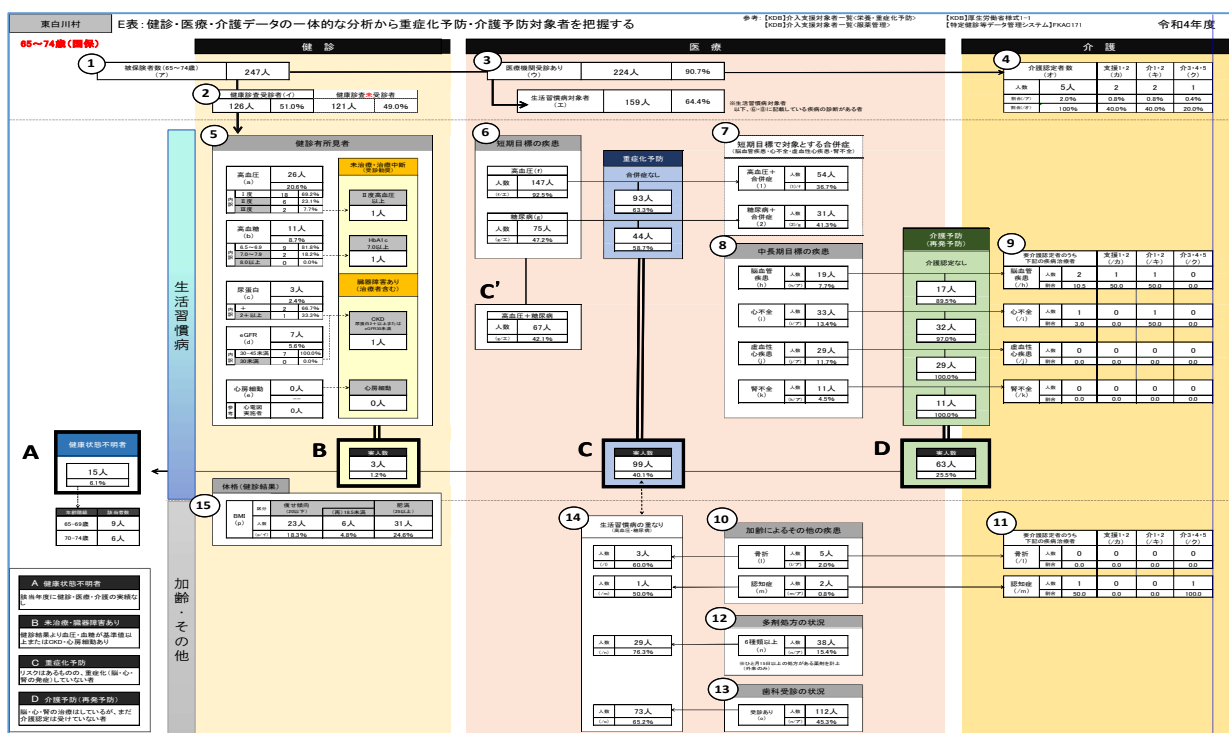
具体的には、

##### 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軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



■【計画・目標】地域包括ケアに関する取組

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							
				2023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	高齢化率が45.1%(令和2年)で、65歳以上の単独世帯は1.8%増加していることから(R3.12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」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、高齢者が住みな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	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・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、地域支援事業に国保部局として参画	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			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	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			③国保直診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	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
			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			
時期	国①地域包括ケア支援事業として参画	市町村におけるデータを活用した保健事業支援事業研修会に参加予定。高齢者保健事業と介護予防の一体化実施やデータヘルス計画における健診・レセプト・介護情報の分析に活かす。データを活用し自村の関係者と健診・医療・地域包括ケアの状況を把握し、共有、対応策について話し合いに活用。										
方法												
実施回数・量												
対象者	②ハイリスクアプローチ	介護認定者の疾病保有状況をみると、心臓病が66.0%(令和4年度)と最も多く、経年的に維持している傾向である。国保担当課に保有している健康情報データベース(岐阜県独自システム)から、健診後2ヶ月ごとに医療・健診データw保健センターに提供している。抽出基準は、特定健診の結果にて血圧値が140/90以上または120/85以上とされている。 ・健診結果の血圧値が140/90以上で未受診の人は受診勧奨を行う。 ・健診結果の血圧値が120/85以上の人には尿中塩分検査の勧奨を行う。										
時期												
方法												
実施回数・量												
対象者	連③の携医療推進による介護向け地域関係取組ケア	国保診療所が主体の在宅医療、感染予防等の勉強会を年数回開催し、保健福祉課の担当者や社会福祉協議会の職員も参加している。										
時期												
方法												
実施回数・量												
連携体制・予算・人員												
事業について気づいたこと												

■【計画・目標】高齢者の健康づくりと介護予防の一体化実施に対する取組

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														
				2023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							
高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組	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	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有								
			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	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有								
		アウトプット指標（実施量・率）	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内容（ハイリスクアプローチ）	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有								
			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内容（ポピュレーションアプローチ）	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有								
			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	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有								
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて																			
			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	①ハイリスクアプローチ	時期	方法	実施回数・量	健診データ、問診項目から高齢者を含む対象者を抽出して、栄養教室当日の歯科指導を活用した低栄養予防事業、糖尿病性腎症重症化プログラムまたは健診事後の保健指導・健康相談を実施。														
対象者						①ポピュレーションアプローチ	時期	方法	実施回数・量	シニアクラブに対するフレイル予防の啓発。介護予防も配慮したフレイル予防の啓発について、栄養士による栄養指導、口腔機能向上について歯科衛生士による指導を行う。									
対象者											②事業の実施根拠になるデータ	時期	方法	実施回数・量	後期高齢者のほとんどが医療機関に受診、約9割以上が生活習慣病で受診している。介護認定率は県より高いが、給付費は県・国より低い状況。要介護者の有病状態で糖尿病・心疾患・筋・骨疾患が多く、生活習慣病の重症化が要介護の要因となっている。国保・後期高齢者の健診データによると健診受診は50%前後と高いが、健診結果の分析や受診勧奨には至らなかった。糖尿病のための透析実施者は1人。国保から継続して糖尿病性腎症重症化プログラムを実施し、新規透析導入者減少や医療費の伸びを抑制する。村内に歯科医院がなく、歯科検診受診率も低い。口腔機能向上・低栄養予防のための歯科指導を実施する。				
対象者																			
連携体制・予算・人員																			
事業について気づいたこと																			

## 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。

本村においては、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ることが必要であります。

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

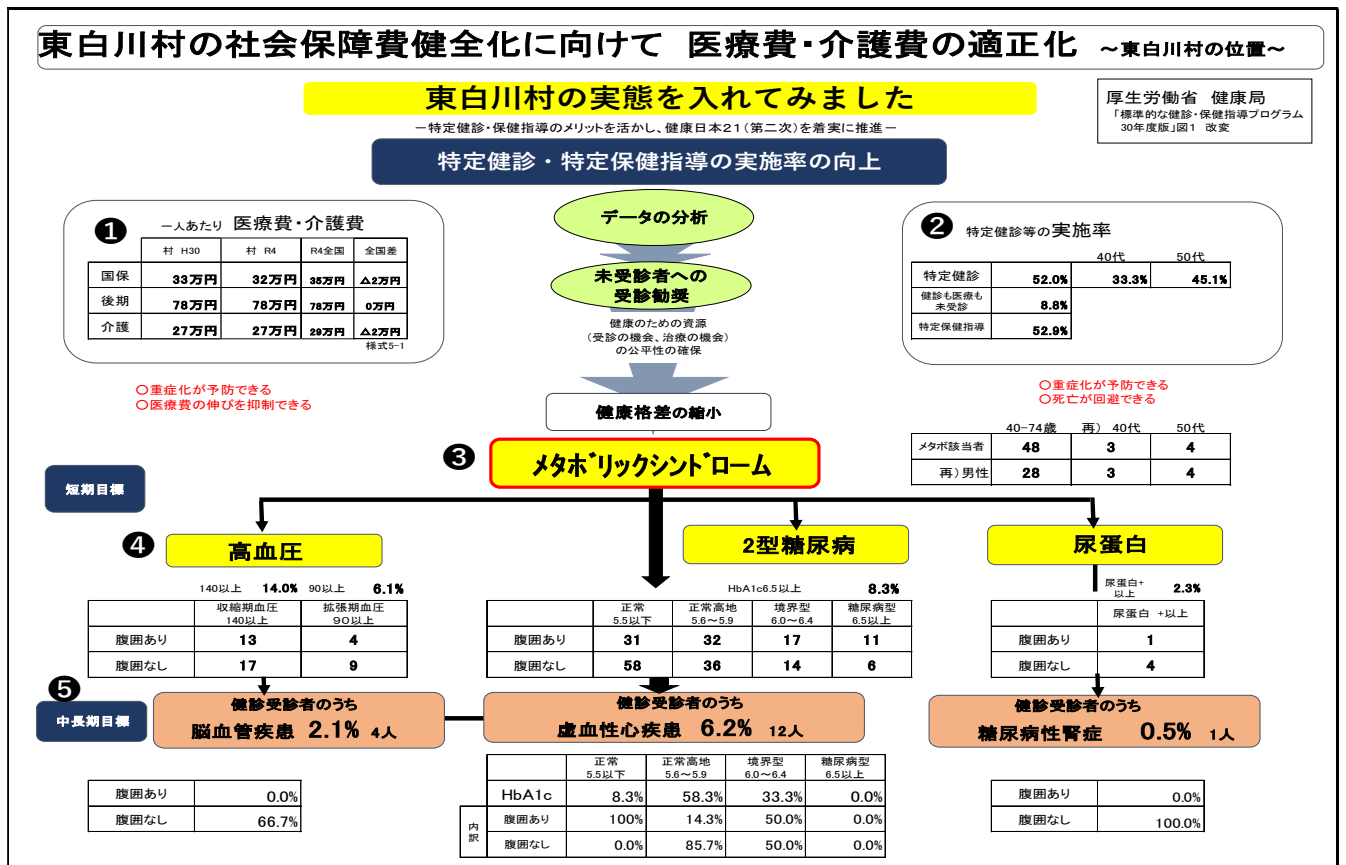
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える														
- 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)														
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各被保険者)													
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 / 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 診 査 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			加 <sup>1</sup> 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等について広く村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



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 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
もち	数量2位 金額3位
魚介つくだ煮	金額5位
魚介缶詰	金額7位
ハム	数量4位 金額1位
柿	数量・金額1位
キャンディー	金額1位
チョコレート	金額2位
外食	金額1位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
鮮魚	数量45位 金額44位
生鮮魚介	数量46位 金額47位
生鮮野菜	金額40位
わかめ	数量46位 金額37位
こんぶ	数量44位 金額45位
豆腐	金額32位

■【計画・目標】重複投与に対する取組・薬剤の適正使用に対する取組

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(对被保険者1万人)が前年度から減少していること	34	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回以上	1回以上	1回以上	1回以上			1回以上	1回以上	1回以上	
			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	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上			1回以上	1回以上	1回以上	
	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	同一月に同一疾患での受診医療機関が4ヶ所以上の者(ただし、うつ、認知症、がん、統合失調症などの傷病名を持つものは除外する)【実施方法】抽出基準に該当した者に対して状況に応じて電話や訪問を行い、対象者の健康状態や服薬状況などを確認する。											
	時期	10月頃											
	方法	抽出基準に該当した者に対して状況に応じて電話や訪問を行い、対象者の健康状態や服薬状況などを確認する。											
	実施回数・量	年1回											
連携体制・予算・人員	加茂医師会に所属の医師が委員としての国保運営協議会において事業の計画と現状について説明し協力を依頼する。医療機関からは、受診状況や服薬状況について情報共有できるような依頼をする。(10月、2月開催の運営協議会で予定)												
事業について気づいたこと													
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	
薬剤の適正使用の推進に対する取組	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)											
		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回以上	1回以上	1回以上	1回以上			1回以上	1回以上	1回以上	
			セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上			1回以上	1回以上	1回以上	
	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	国保加入者											
	時期	被保険者証更新時および新規国保加入時											
	方法	被保険者証更新時にパンフレットを同封し周知・啓発											
	実施回数・量	年1回											
連携体制・予算・人員													
事業について気づいたこと													

## 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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の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、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東白川村の位置

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東白川村の位置

項目	東白川村												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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
① 人口構成	総人口	2,261		2,261		2,261		2,261		2,016		1,939,486		123,214,261				
	65歳以上(高齢化率)	953	42.1	953	42.1	953	42.1	953	42.1	910	45.1	593,751	30.6	35,335,605	28.7			
	75歳以上	588	26.0	588	26.0	588	26.0	588	26.0	553	27.4	307,534	15.9	18,248,742	14.8			
	65～74歳	365	16.1	365	16.1	365	16.1	365	16.1	357	17.7	286,217	14.8	17,087,063	13.9			
	40～64歳	735	32.5	735	32.5	735	32.5	735	32.5	638	31.6	643,485	33.2	41,545,893	33.7			
② 産業構成	39歳以下	573	25.3	573	25.3	573	25.3	573	25.3	468	23.2	702,250	36.2	46,332,563	37.6			
	第1次産業	18.0		18.0		18.0		18.0		18.0		3.2		4.0				
	第2次産業	36.8		36.8		36.8		36.8		36.8		33.1		25.0				
③ 平均寿命	第3次産業	45.2		45.2		45.2		45.2		45.2		63.7		71.0				
	男性	80.6		80.6		80.6		80.6		80.6		81.0		80.8				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	女性	86.7		86.7		86.7		86.7		86.7		86.8		87.0				
	男性	77.1		77.2		77.2		80.9		76.1		79.3		80.1				
① 死亡の状況	女性	82.8		84.1		88.6		88.8		88.7		84.2		84.4				
	標準化死亡率比 (SMR)	92.1		92.1		92.1		99.8		99.8		101.6		100.0				
② 死亡の原因	男性	74.8		74.8		74.8		102.8		102.8		99.9		100.0				
	女性	12	54.5	7	35.0	11	50.0	10	71.4	7	36.8	3,423	47.4	6,043	50.8	378,272	50.6	
	心臓病	5	22.7	7	35.0	6	27.3	3	21.4	4	21.1	2,064	28.6	3,281	27.6	205,485	27.5	
	脳疾患	3	13.6	1	5.0	3	13.6	0	0.0	6	31.6	1,188	16.4	1,678	14.1	102,900	13.8	
	糖尿病	0	0.0	0	0.0	1	4.5	0	0.0	0	0.0	138	1.9	166	1.4	13,896	1.9	
	腎不全	2	9.1	2	10.0	1	4.5	0	0.0	0	0.0	267	3.7	444	3.7	26,946	3.6	
	自殺	0	0.0	3	15.0	0	0.0	1	7.1	2	10.5	146	2.0	291	2.4	20,171	2.7	
	合計	2		2		1		2		2								
	男性	2		1		1		2		1								
	女性	0		1		0		0		0								
① 介護保険	1号認定者数(認定率)	200	21.3	174	19.6	189	19.1	190	20.2	184	20.5	106,977	18.1	6,724,030	19.4			
	新規認定者	3	0.3	3	0.2	4	0.4	0	0.2	2	0.2	933	0.3	1,890	0.3	110,289	0.3	
	介護度別 総件数	1,035	22.4	1,136	26.3	1,134	27.8	1,225	30.1	1,274	31.7	162,745	13.5	374,899	13.1	21,785,044	12.9	
	要支援1.2	1,829	39.7	1,656	38.3	1,505	36.8	1,497	36.7	1,588	39.5	568,999	47.1	1,239,390	43.4	78,107,378	46.3	
	要介護3以上	1,747	37.9	1,533	35.4	1,446	35.4	1,352	33.2	1,158	28.8	476,421	39.4	1,241,248	43.5	68,963,503	40.8	
② 有病状況	2号認定者	1	0.1	1	0.1	2	0.3	3	0.4	1	0.2	856	0.4	158,107	0.4			
	糖尿病	79	35.1	70	38.3	70	38.0	72	36.1	68	36.5	13,461	21.6	32,279	28.8	1,712,613	24.3	
	高血圧症	138	62.5	118	65.1	119	62.2	112	59.1	122	60.4	33,454	54.3	63,115	56.7	3,744,672	53.3	
	脂質異常症	43	20.3	40	21.3	43	21.3	46	22.2	49	23.9	18,421	29.6	37,888	33.7	2,308,216	32.6	
	心臓病	148	66.9	127	69.8	134	69.6	128	65.4	135	65.1	37,325	60.8	72,756	65.5	4,224,928	60.3	
③ 介護給付費	脳疾患	34	17.6	29	16.4	31	15.2	34	15.5	32	16.4	13,424	22.1	24,300	22.2	1,568,292	22.6	
	がん	22	10.9	15	9.4	17	8.7	19	9.3	18	10.0	6,308	10.3	12,564	11.2	837,410	11.8	
	筋・骨格	125	57.4	108	61.4	117	61.7	114	59.1	115	58.2	33,542	54.6	62,696	56.4	3,748,372	53.4	
	精神	66	30.4	49	28.9	59	28.5	56	28.5	48	26.3	22,904	37.4	42,026	38.2	2,568,149	36.8	
	一人当たり給付費/総給付費	274,468	261,568,038	263,018	250,656,593	263,741	251,345,844	262,045	249,728,792	268,612	244,437,261	323,222	286,208	290,668	59,662			
④ 医療費等	1件当たり給付費(全体)	56,727		57,955		61,529		61,298		60,805		80,543		59,511				
	居宅サービス	37,759		36,435		37,493		37,180		35,592		42,864		41,518				
④ 医療費等	施設サービス	263,173		280,728		291,208		291,073		296,154		288,059		284,664				
	要介護認定別 認定あり	9,001		7,336		7,907		8,280		8,465		9,108		7,801				
④ 医療費等	医療費(40歳以上)	4,156		3,796		4,040		3,620		3,466		4,544		3,787				
	認定なし																	

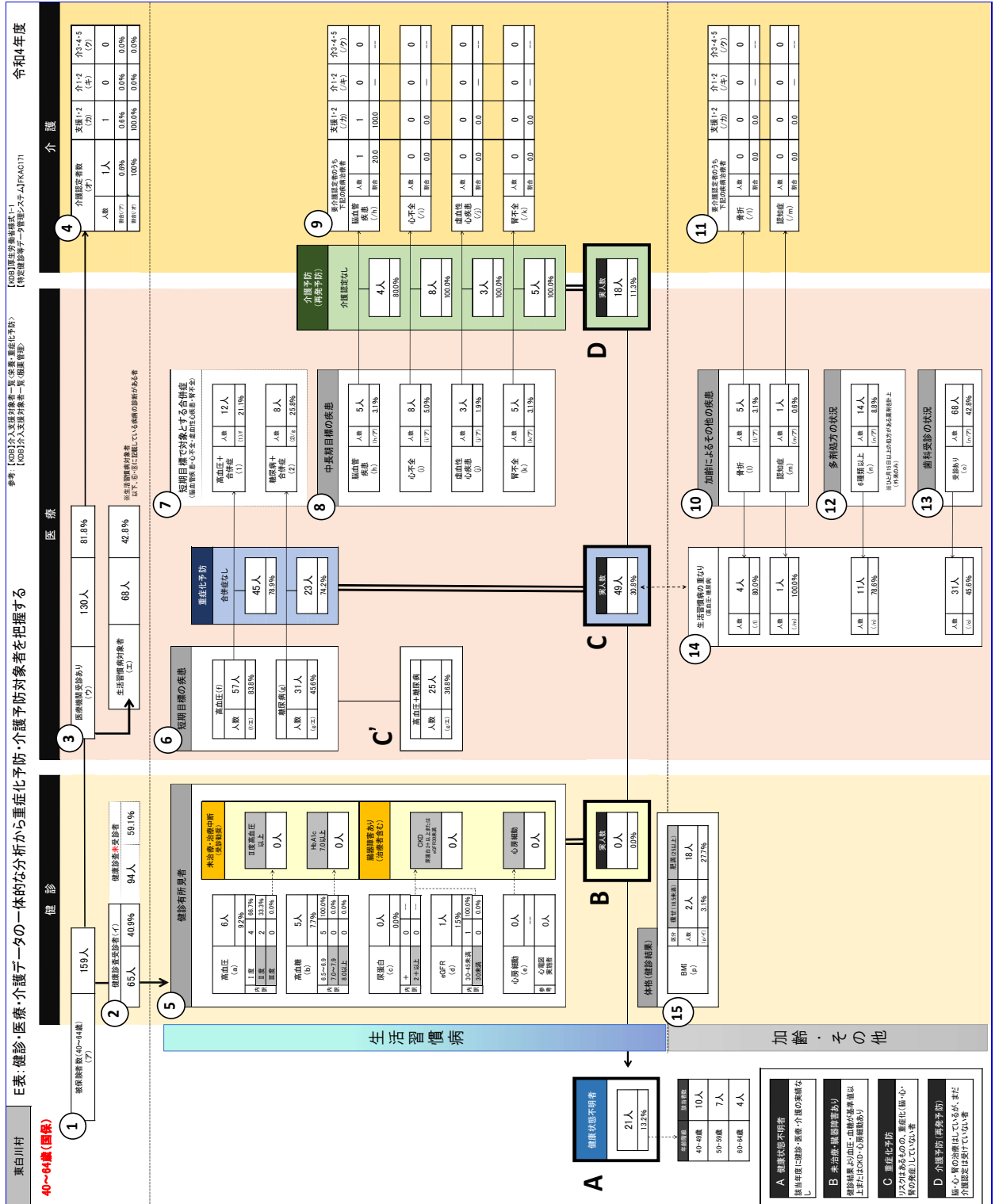
項目	東白川村												同規模平均			岐阜県			国	
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
① 国尿の状況	被保険者数	621		597		563		558		515		195,140		388,249		24,660,500				
	65～74歳	293	47.2	292	48.9	276	48.0	270	48.4	251	48.7	---	---	185,260	47.7	10,794,323	43.8			
	40～64歳	202	32.5	172	28.8	172	30.6	168	30.1	158	30.7	---	---	118,380	30.5	7,904,763	32.1			
② 医療の概況 (人口千対)	39歳以下	126	20.3	133	22.3	115	20.4	120	21.5	106	20.6	---	---	84,609	21.8	5,961,414	24.2			
	加入率	27.5		26.4		24.9		24.7		25.5		27.1		21.1		22.3				
	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	54	0.3	97	0.2	8,237	0.3			
③ 医療費の状況	診療所数	2	3.2	2	3.4	2	3.6	2	3.6	2	3.9	703	3.6	1,610	3.9	102,599	3.7			
	病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4,267	21.9	19,782	48.3	1,507,471	54.8			
	医師数	2	3.2	2	3.4	2	3.6	2	3.6	2	3.9	641	3.3	4,580	11.2	339,611	12.4			
④ 医療費分析 生活費等に 占める割合	外来患者数	625.6		621.8		585.2		607.2		627.2		653.6		748.2		687.8				
	入院患者数	21.5		19.3		20.9		17.5		18.9		22.9		17.4		17.7				
	一人当たり医療費	330,328		335,330		360,183		311,883		322,689	県内41位 同規模215位	367,527		374,786		378,638				
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	受診率	647.1		641.114		606.065		624.719		646.056		676.49		765.634		705.439				
	外来	61.7		65.0		59.9		66.1		63.9		55.1		62.6		60.4				
	費用の割合	96.7		97.0		96.6		97.1		97.1		96.6		97.5		97.5				
⑥ 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	38.3		35.0		40.1		33.9		36.1		44.9		37.4		39.6				
	費用の割合	3.3		3.0		3.4		2.8		2.9		3.4		2.3		2.5				
	1件あたり入院日数	14.9日		15.9日		15.8日		16.5日		18.0日		16.2日		15.5日		15.7日				
⑦ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	がん	27,569,840	24.9	29,280,280	28.3	21,911,100	20.5	34,404,350	32.1	18,090,140	19.7	32.0		32.0		32.2				
	慢性腎不全(透析あり)	11,038,940	10.0	14,904,460	14.4	16,725,360	15.7	10,617,880	9.9	20,372,650	22.2	6.1		8.1		8.2				
	糖尿病	10,608,580	9.6	10,100,400	9.8	10,308,810	9.7	10,529,470	9.8	9,336,040	10.2	11.2		11.1		10.4				
⑧ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	高血圧症	12,318,490	11.1	12,128,250	11.7	11,749,770	11.0	11,531,770	10.8	11,130,430	12.1	6.5		6.5		5.9				
	脂質異常症	2,966,450	2.7	2,975,500	2.9	2,785,600	2.6	2,699,910	2.5	2,149,240	2.3	3.4		4.5		4.1				
	脳梗塞・脳出血	1,605,250	1.5	528,840	0.5	2,802,660	2.6	729,210	0.7	88,790	0.1	4.0		3.5		3.9				
⑨ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	狭心症・心筋梗塞	7,317,760	6.6	2,832,560	2.7	4,391,530	4.1	3,692,340	3.4	4,140,880	4.5	2.8		3.6		2.8				
	精神	24,596,910	22.2	20,796,690	20.1	20,936,820	19.6	18,072,030	16.9	16,588,260	18.0	14.6		14.2		14.7				
	筋・骨格	11,142,600	10.0	8,724,890	8.4	14,353,790	13.5	14,038,890	13.1	9,378,300	10.2	17.4		15.6		16.7				
⑩ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	高血圧症	987	0.8	---		---		999	0.9	21,482	18.4	12,436	7.5	12,516	8.9	10,703	7.1			
	糖尿病	439	0.3	---		---		---		18,128	15.5	21,206	12.9	21,056	15.0	18,816	12.6			
	脂質異常症	---		---		---		297	0.3	4,173	3.6	6,846	4.0	8,661	6.2	7,503	5.0			
⑪ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	脳梗塞・脳出血	1,928	1.5	253	0.2	4,677	3.2	763	0.7	172	0.1	934	0.6	758	0.5	884	0.6			
	虚血性心疾患	8,504	6.7	2,841	2.5	6,448	4.5	4,995	4.7	2,602	2.2	1,857	1.1	2,480	1.8	1,829	1.2			
	腎不全	278	0.2	3,242	2.8	4,966	3.4	452	0.4	18,117	15.5	14,043	8.5	19,257	13.7	17,052	11.4			
⑫ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	高血圧症	18,849	9.3	20,315	9.3	20,853	9.7	19,667	9.5	131	0.1	363	0.2	203	0.1	274	0.2			
	糖尿病	16,644	8.2	16,919	7.8	18,310	8.5	19,212	9.3	0	0.0	1,389	0.8	1,161	0.8	1,235	0.8			
	脂質異常症	4,777	2.3	4,884	2.3	4,948	2.3	4,541	2.2	0	0.0	76	0.0	66	0.0	57	0.0			
⑬ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	脳梗塞・脳出血	652	0.3	633	0.3	301	0.1	544	0.3	0	0.0	6,827	4.1	6,070	4.3	6,468	4.3			
	虚血性心疾患	3,755	1.8	2,428	1.1	3,714	0.8	2,421	1.2	5,879	5.0	4,500	2.7	5,409	3.9	4,199	2.8			
	腎不全	19,016	9.3	22,407	10.3	24,846	11.5	18,966	9.2	22,730	19.5	4,305	2.6	4,136	2.9	4,409	2.9			
⑭ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	健診対象者	562		1,588		1,133		1,679		767		2,915		2,817		2,031				
	一人当たり 生活習慣病対象者 点数	13,156		11,467		12,935		14,731		11,529		13,340		12,879		13,295				
	生活習慣病対象者 一人当たり 点数	1,716		4,847		3,418		4,908		2,295		8,820		7,787		6,142				
⑮ 医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	受診勧奨者	122	48.0	98	43.8	93	46.5	90	41.9	82	41.2	39,089	58.4	65,797	56.0	3,916,059	57.0			
	医療機関受診率	108	42.5	88	39.3	80	40.0	76	35.3	76	38.2	34,893	52.2	59,344	50.5	3,574,558	52.0			
	医療機関非受診率	14	5.5	10	4.5	13	6.5	14	6.5	6	3.0	4,196	6.3	6,453	5.5	341,501	5.0			

項目	東白川村										同規模平均		岐阜県		国			
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
5 健診	① 健診受診者	254		224		200		215		199		68,906		117,402		6,875,056		
	② 受診率	55.5		50.8		47.2		51.9		52.9		48.5		41.3		37.6		
	③ 特定保健指導終了者(実施率)	9	34.6	8	34.8	4	25.0	6	21.4	5	29.4	4,035	48.1	5,047	40.1	203,239	24.9	
	④ 非肥満高血糖	40	15.7	24	10.7	19	9.5	21	9.8	17	8.5	6,431	9.6	9,806	8.4	620,953	9.0	
	メタボ	⑤ 該当者	44	17.3	44	19.6	40	20.0	44	20.5	46	23.1	14,922	22.3	23,182	19.7	1,394,769	20.3
		⑥ 男性	22	20.4	26	27.4	22	24.7	26	27.1	27	29.3	10,484	32.5	15,954	31.1	974,828	32.0
		⑦ 女性	22	15.1	18	14.0	18	16.2	18	15.1	19	17.8	4,438	12.8	7,228	10.9	419,941	11.0
		⑧ 予備群	37	14.6	36	16.1	36	18.0	26	12.1	28	14.1	8,281	12.4	12,182	10.4	772,619	11.2
	特定健診の状況	⑨ 男性	26	24.1	22	23.2	21	23.6	16	16.7	15	16.3	5,902	18.3	8,571	16.7	545,330	17.9
		⑩ 女性	11	7.5	14	10.9	15	13.5	10	8.4	13	12.1	2,379	6.9	3,611	5.5	227,289	5.9
		⑪ 総数	92	36.2	91	40.6	88	44.0	84	39.1	89	44.7	25,837	38.3	38,989	33.2	2,402,902	35.0
		⑫ 腹囲	56	51.9	53	55.8	50	56.2	52	54.2	52	56.5	18,049	55.9	27,035	52.7	1,683,473	55.3
		⑬ 男性	36	24.7	38	29.5	38	34.2	32	26.9	37	34.6	7,588	21.9	11,964	18.1	719,429	18.8
		⑭ 女性	10	3.9	9	4.0	4	2.0	6	2.8	6	3.0	4,009	6.0	5,525	4.7	323,057	4.7
⑮ 総数		3	2.8	1	1.1	0	0.0	1	1.0	1	1.1	756	2.3	970	1.9	51,841	1.7	
⑯ 男性		7	4.8	8	6.2	4	3.6	5	4.2	5	4.7	3,253	9.4	4,555	6.9	271,216	7.1	
⑰ 女性		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	459	0.7	610	0.5	43,987	0.6	
⑱ 血糖のみ		28	11.0	28	12.5	28	14.0	15	7.0	22	11.1	6,061	9.1	8,392	7.1	544,518	7.9	
6 問診	① 予備群	9	3.5	8	3.6	8	4.0	11	5.1	6	3.0	1,761	2.6	3,180	2.7	184,114	2.7	
	② 予備群以外	7	2.8	6	2.7	2	1.0	5	2.3	6	3.0	2,455	3.7	2,929	2.5	205,065	3.0	
	③ 予備群以外	2	0.8	3	1.3	0	0.0	2	0.9	5	2.5	743	1.1	1,184	1.0	70,937	1.0	
	④ 予備群以外	15	5.9	19	8.5	22	11.0	25	11.6	19	9.5	6,671	10.0	11,538	9.8	684,878	9.7	
	⑤ 予備群以外	20	7.9	16	7.1	16	8.0	12	5.6	16	8.0	5,053	7.6	7,531	6.4	453,889	6.6	
	⑥ 予備群以外	114	44.9	114	50.9	105	52.8	101	49.0	100	51.3	26,329	39.4	42,451	36.2	2,447,146	35.6	
	⑦ 予備群以外	23	9.1	23	10.3	17	8.5	13	6.3	21	10.8	7,268	10.9	11,007	9.4	594,927	8.7	
	⑧ 予備群以外	54	21.3	54	24.1	50	25.1	61	29.6	53	27.2	18,483	27.6	33,850	28.8	1,914,847	27.9	
	⑨ 予備群以外	3	1.2	6	2.7	1	0.5	1	0.5	4	2.1	2,180	3.3	3,341	2.9	208,635	3.1	
	⑩ 予備群以外	6	2.4	14	6.3	10	5.0	11	5.3	13	6.7	3,893	6.0	6,961	6.1	367,822	5.5	
	⑪ 予備群以外	2	0.8	4	1.8	2	1.0	2	1.0	2	1.0	619	0.9	1,064	0.9	54,302	0.8	
	⑫ 予備群以外	8	7.1	19	8.5	18	9.1	22	10.7	19	9.7	5,730	8.8	12,075	10.4	706,680	10.7	
	⑬ 予備群以外	31	12.2	19	8.5	21	10.6	25	12.1	27	13.8	10,997	16.4	14,517	12.4	948,575	13.8	
	⑭ 予備群以外	1	33.3	139	65.6	9	33.3	10	4.9	6	3.1	5,942	9.5	5,937	7.0	648,865	10.4	
問診	① 週3回以上朝食を抜く	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	② 週3回以上食後間食(～H20)	6	5.5	19	8.6	31	15.9	20	10.0	23	11.9	10,743	17.1	12,472	13.3	985,252	15.8	
	③ 週3回以上就寝前夕食(H30～)	6	5.5	19	8.6	31	15.9	20	10.0	23	11.9	10,743	17.1	12,472	13.3	985,252	15.8	
	④ 週3回以上就寝前夕食	26	22.8	54	24.1	56	28.1	61	29.6	44	22.6	17,502	27.9	22,942	26.9	1,672,168	26.8	
	⑤ 食べる速度が遅い	24	22.0	66	29.6	62	31.2	64	31.1	65	33.3	23,086	36.7	28,686	33.6	2,191,006	35.0	
	⑥ 20歳時体重から10kg以上増加	92	82.1	172	77.1	145	75.5	156	76.1	145	74.4	42,776	67.6	58,247	62.6	3,777,161	60.4	
	⑦ 1日30分以上運動習慣なし	71	63.4	118	53.2	103	52.3	89	43.4	99	50.8	30,230	47.9	48,264	51.4	3,004,820	48.0	
	⑧ 1日10時間以上運動なし	45	41.7	54	24.8	34	18.3	31	15.6	35	18.0	15,301	24.4	25,013	26.7	1,599,841	25.6	
	⑨ 睡眠不足	64	25.3	66	30.3	63	31.7	61	29.6	65	33.3	16,889	26.4	20,375	23.6	1,671,521	25.5	
	⑩ 毎日飲酒	52	20.6	53	24.3	38	19.1	38	18.4	35	17.9	14,683	23.0	17,285	20.1	1,475,568	22.5	
	⑪ 時々飲酒	43	58.1	69	57.5	55	52.4	63	55.8	66	58.4	22,853	55.0	33,795	64.9	2,997,543	64.1	
	⑫ 1～2合	23	31.1	40	33.3	37	35.2	37	32.7	35	31.0	11,680	28.1	12,383	23.8	1,110,600	23.7	
	⑬ 2～3合	5	6.8	9	7.5	12	11.4	12	10.6	9	8.0	5,250	12.6	4,695	9.0	438,425	9.4	
	⑭ 3合以上	3	4.1	2	1.7	1	1.0	1	0.9	3	2.7	1,773	4.3	1,219	2.3	130,129	2.8	

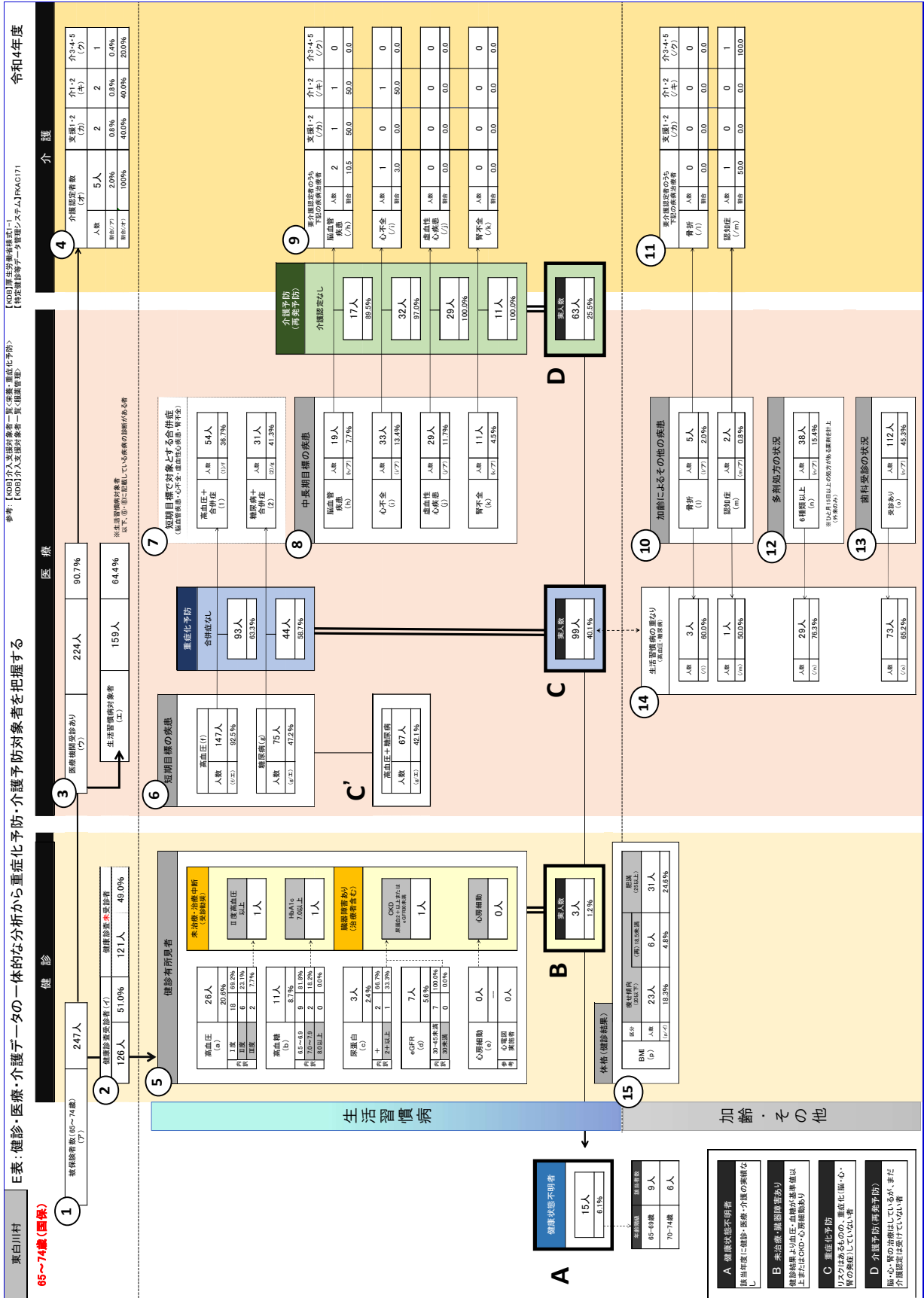


参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40~64歳(国保)



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



③ 75歳以上(後期)

東白川村

75歳以上(後期)

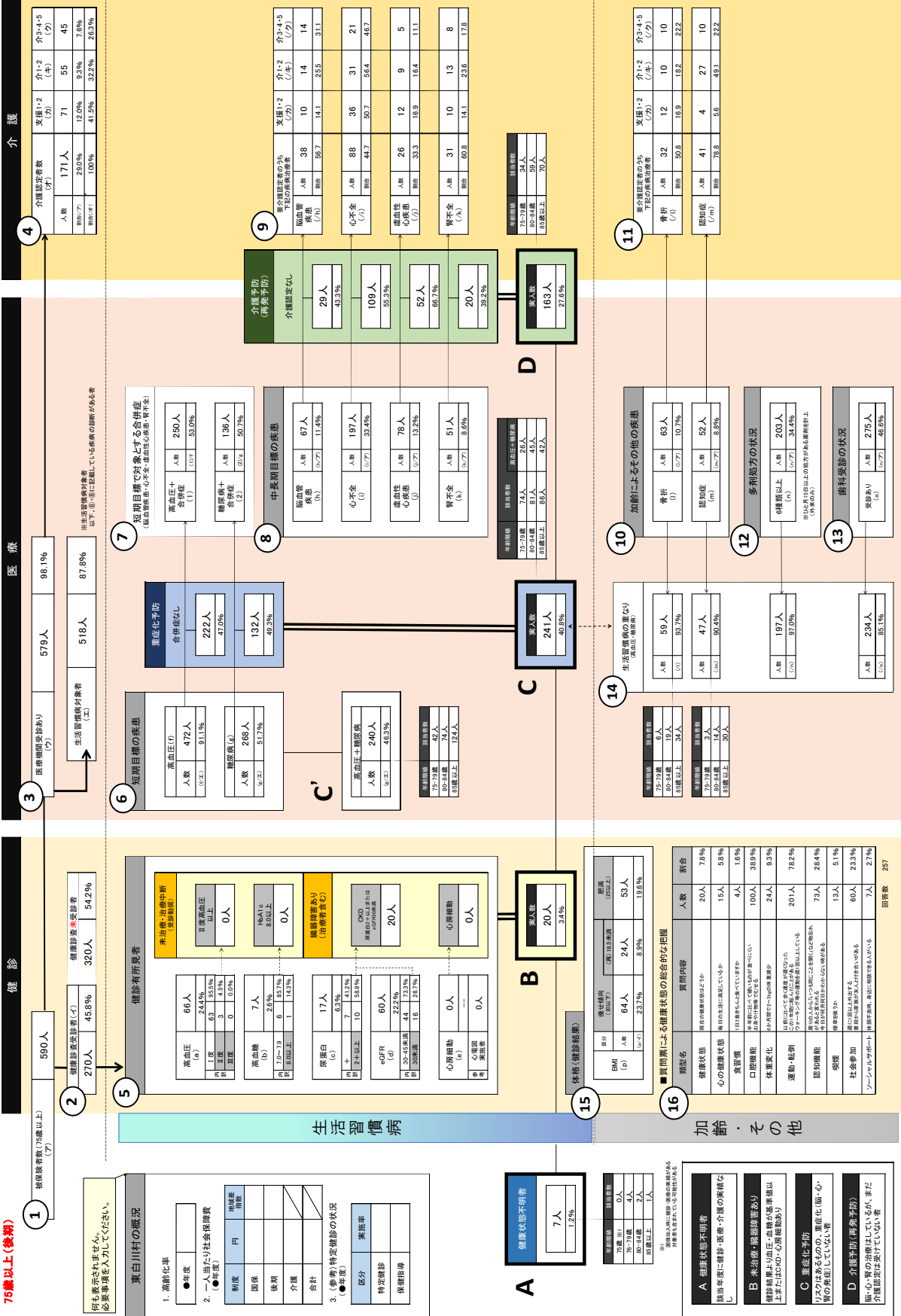
E表:健診・医療・介護・予防の一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

令和4年度

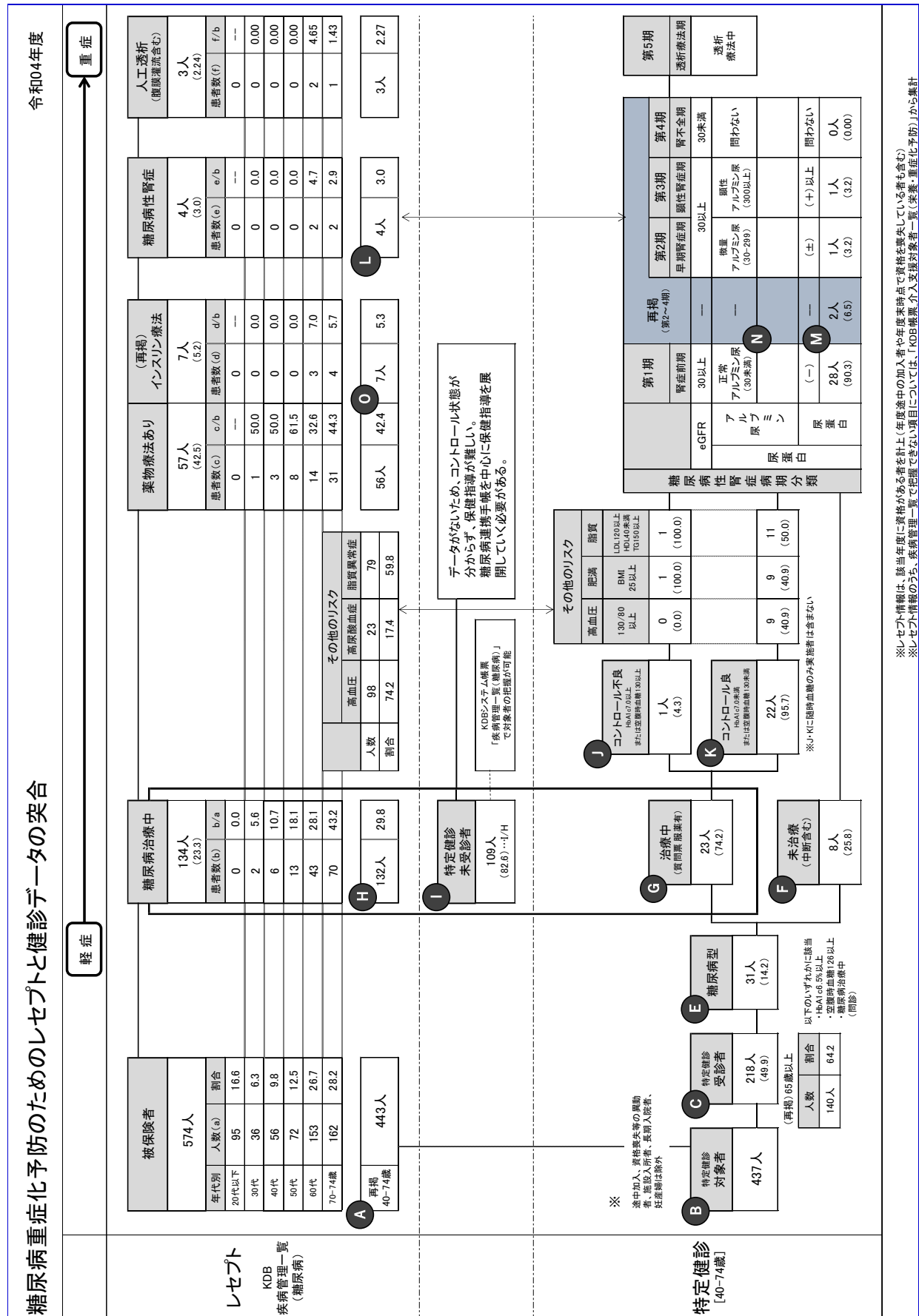
【KOB】厚生労働省「健康づくり計画(2024)」  
【特定高齢者等ケア推進システム(FAC17)】  
【KOB】地域高齢者の健康(健診)・介護実態

参考:【KOB】介護予防・高齢者一宮(介護)・重症化予防  
【KOB】地域高齢者の健康(健診)・介護実態

※生活習慣病対象者(肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心不全、虚血性心疾患、腎不全)  
※生活習慣病対象者(肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心不全、虚血性心疾患、腎不全)







※レセプト情報は、該当年度に資格が失われる者および年度途中の加入者や年度末時点での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療養介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

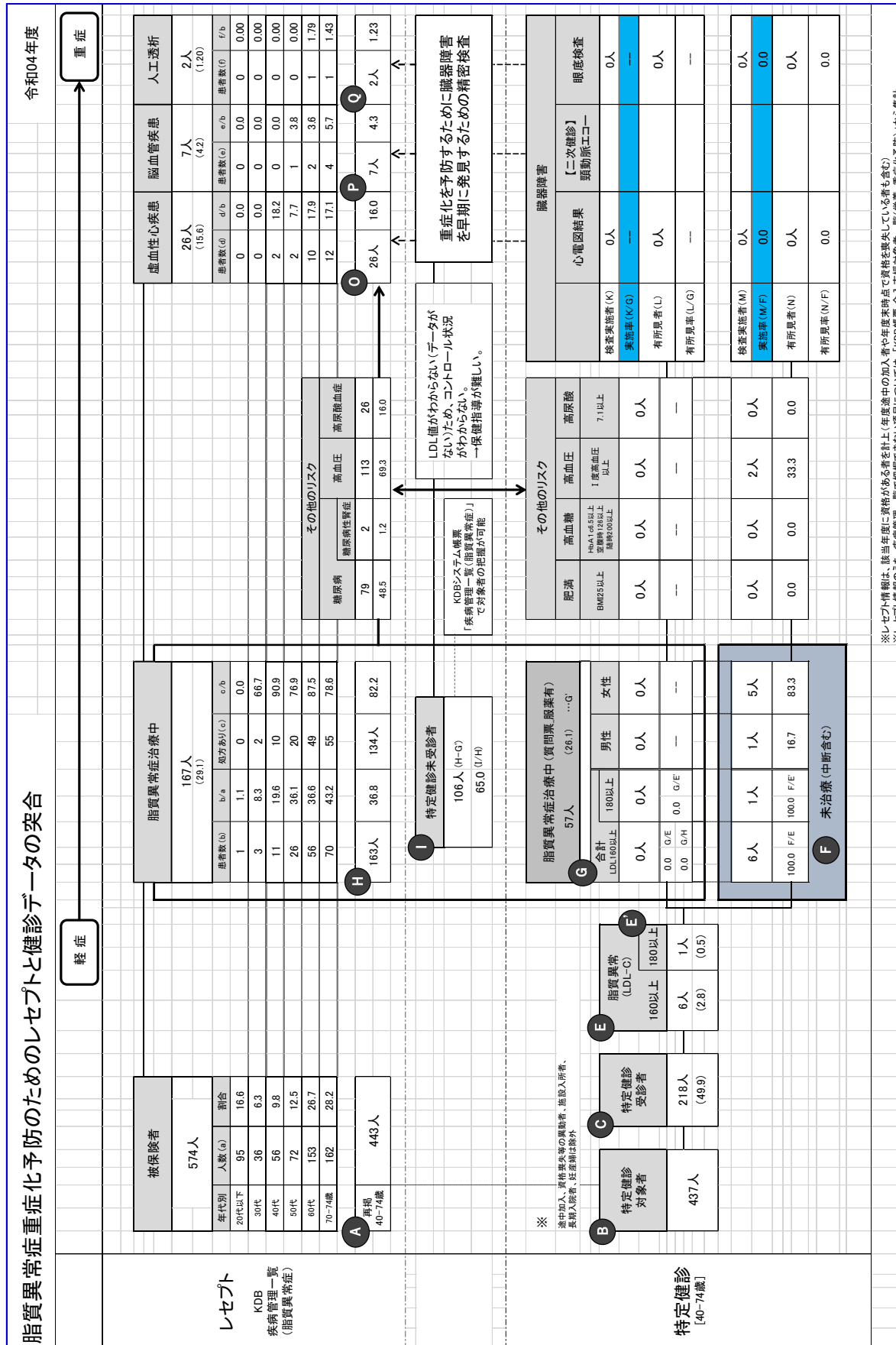
参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c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		合併症予防のための目標		糖尿病		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	287	107	37.3%	95	33.1%	52	18.1%	12	4.2%	3	1.0%	18	6.3%	18	6.3%	18	6.3%
H30	255	91	35.7%	87	34.1%	45	17.6%	26	10.2%	6	2.4%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%
R01	238	94	39.5%	82	34.5%	45	18.9%	13	5.5%	4	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R02	211	111	52.6%	61	28.9%	22	10.4%	12	5.7%	5	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R03	213	88	41.3%	77	36.2%	31	14.6%	13	6.1%	4	1.9%	0	0.0%	2	0.9%	0	0.0%
R04	209	92	44.0%	69	33.0%	31	14.8%	15	7.2%	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	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		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	人数	割合	
H29	287	107	95	52	33	24	9	11.5%	7.3%	11.5%
		37.3%	33.1%	18.1%	21	18	3	7.3%	85.7%	14.3%
H30	255	91	87	45	32	14	18	12.5%	2.4%	12.5%
		35.7%	34.1%	17.6%	6	0	6	2.4%	0.0%	100.0%
R01	238	94	82	45	17	8	9	7.1%	1.7%	7.1%
		39.5%	34.5%	18.9%	4	2	2	1.7%	50.0%	50.0%
R02	211	111	61	22	17	10	7	8.1%	2.4%	8.1%
		52.6%	28.9%	10.4%	5	4	1	2.4%	80.0%	20.0%
R03	213	88	77	31	17	8	9	8.0%	1.9%	8.0%
		41.3%	36.2%	14.6%	4	1	3	1.9%	25.0%	75.0%
R04	209	92	69	31	17	7	10	8.1%	1.0%	8.1%
		44.0%	33.0%	14.8%	2	1	1	1.0%	50.0%	50.0%

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		合併症予防のための目標		糖尿病		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	18	6.3%	0	0.0%	2	11.1%	7	38.9%	6	33.3%	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
	H30	25	9.8%	0	0.0%	0	0.0%	7	28.0%	12	48.0%	6	24.0%	0	0.0%	1	4.0%
	R01	24	10.1%	2	8.3%	4	16.7%	9	37.5%	7	29.2%	2	8.3%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	18	8.5%	0	0.0%	2	11.1%	9	50.0%	6	33.3%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	14	6.6%	1	7.1%	1	7.1%	3	21.4%	6	42.9%	3	21.4%	0	0.0%	2	14.3%
	R04	23	11.0%	1	4.3%	2	8.7%	10	43.5%	9	39.1%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%
治療なし	H29	269	93.7%	107	39.8%	93	34.6%	45	16.7%	6	2.2%	0	0.0%	18	6.7%	18	6.7%
	H30	230	90.2%	91	39.6%	87	37.8%	38	16.5%	14	6.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	214	89.9%	92	43.0%	78	36.4%	36	16.8%	6	2.8%	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	193	91.5%	111	57.5%	59	30.6%	13	6.7%	6	3.1%	4	2.1%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	199	93.4%	87	43.7%	76	38.2%	28	14.1%	7	3.5%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%
	R04	186	89.0%	91	48.9%	67	36.0%	21	11.3%	6	3.2%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%



参考資料8 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	287	81	28.2%	70	24.4%	90	31.4%	33	11.5%	3	1.0%	10	3.5%
H30	272	57	21.0%	64	23.5%	101	37.1%	41	15.1%	5	1.8%	4	1.5%
R01	249	59	23.7%	69	27.7%	75	30.1%	34	13.7%	9	3.6%	3	1.2%
R02	228	60	26.3%	65	28.5%	55	24.1%	42	18.4%	3	1.3%	3	1.3%
R03	219	78	35.6%	64	29.2%	53	24.2%	23	10.5%	1	0.5%	0	0.0%
R04	214	59	27.6%	57	26.6%	64	29.9%	24	11.2%	8	3.7%	2	0.9%

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
					再)III度高血圧	未治療	治療	
H29	287	151 52.6%	90 31.4%	33 11.5%	13	9	4	4.5%
					10 3.5%	7 70.0%	3 30.0%	
H30	272	121 44.5%	101 37.1%	41 15.1%	9	7	2	3.3%
					4 1.5%	3 75.0%	1 25.0%	
R01	249	128 51.4%	75 30.1%	34 13.7%	12	6	6	4.8%
					3 1.2%	2 66.7%	1 33.3%	
R02	228	125 54.8%	55 24.1%	42 18.4%	6	4	2	2.6%
					3 1.3%	2 66.7%	1 33.3%	
R03	219	142 64.8%	53 24.2%	23 10.5%	1	1	0	0.5%
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	
R04	214	116 54.2%	64 29.9%	24 11.2%	10	3	7	4.7%
					2 0.9%	0 0.0%	2 100.0%	

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	123	42.9%	26	21.1%	29	23.6%	47	38.2%	17	13.8%	1	0.8%	3	2.4%
	H30	119	43.8%	13	10.9%	28	23.5%	57	47.9%	19	16.0%	1	0.8%	1	0.8%
	R01	111	44.6%	12	10.8%	34	30.6%	42	37.8%	17	15.3%	5	4.5%	1	0.9%
	R02	109	47.8%	23	21.1%	36	33.0%	24	22.0%	24	22.0%	1	0.9%	1	0.9%
	R03	110	50.2%	38	34.5%	33	30.0%	31	28.2%	8	7.3%	0	0.0%	0	0.0%
	R04	108	50.5%	18	16.7%	31	28.7%	40	37.0%	12	11.1%	5	4.6%	2	1.9%
治療なし	H29	164	57.1%	55	33.5%	41	25.0%	43	26.2%	16	9.8%	2	1.2%	7	4.3%
	H30	153	56.3%	44	28.8%	36	23.5%	44	28.8%	22	14.4%	4	2.6%	3	2.0%
	R01	138	55.4%	47	34.1%	35	25.4%	33	23.9%	17	12.3%	4	2.9%	2	1.4%
	R02	119	52.2%	37	31.1%	29	24.4%	31	26.1%	18	15.1%	2	1.7%	2	1.7%
	R03	109	49.8%	40	36.7%	31	28.4%	22	20.2%	15	13.8%	1	0.9%	0	0.0%
	R04	106	49.5%	41	38.7%	26	24.5%	24	22.6%	12	11.3%	3	2.8%	0	0.0%

参考資料9 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	287	158	55.1%	80	27.9%	34	11.8%	6	2.1%	9	3.1%
	H30	272	176	64.7%	52	19.1%	31	11.4%	13	4.8%	0	0.0%
	R01	259	169	65.3%	55	21.2%	26	10.0%	7	2.7%	2	0.8%
	R02	229	142	62.0%	46	20.1%	30	13.1%	9	3.9%	2	0.9%
	R03	226	148	65.5%	52	23.0%	17	7.5%	7	3.1%	2	0.9%
R04	218	153	70.2%	47	21.6%	12	5.5%	5	2.3%	1	0.5%	
男性	H29	119	74	62.2%	29	24.4%	10	8.4%	0	0.0%	6	5.0%
	H30	112	81	72.3%	22	19.6%	7	6.3%	2	1.8%	0	0.0%
	R01	100	75	75.0%	15	15.0%	8	8.0%	2	2.0%	0	0.0%
	R02	94	63	67.0%	18	19.1%	10	10.6%	3	3.2%	0	0.0%
	R03	102	74	72.5%	22	21.6%	6	5.9%	0	0.0%	0	0.0%
R04	101	77	76.2%	17	16.8%	6	5.9%	0	0.0%	1	1.0%	
女性	H29	168	84	50.0%	51	30.4%	24	14.3%	6	3.6%	3	1.8%
	H30	160	95	59.4%	30	18.8%	24	15.0%	11	6.9%	0	0.0%
	R01	159	94	59.1%	40	25.2%	18	11.3%	5	3.1%	2	1.3%
	R02	135	79	58.5%	28	20.7%	20	14.8%	6	4.4%	2	1.5%
	R03	124	74	59.7%	30	24.2%	11	8.9%	7	5.6%	2	1.6%
R04	117	76	65.0%	30	25.6%	6	5.1%	5	4.3%	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		再掲	
					再180以上	未治療	治療	再掲	再掲		
H29	287	158 55.1%	80 27.9%	34 11.8%	15	14	1	5.2%	93.3%	6.7%	5.2%
					9 3.1%	8 88.9%	1 11.1%	3.1%	88.9%	11.1%	
H30	272	176 64.7%	52 19.1%	31 11.4%	13	13	0	4.8%	100.0%	0.0%	4.8%
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	
R01	259	169 65.3%	55 21.2%	26 10.0%	9	9	0	3.5%	100.0%	0.0%	3.5%
					2 0.8%	2 100.0%	0 0.0%	0.8%	100.0%	0.0%	
R02	229	142 62.0%	46 20.1%	30 13.1%	11	10	1	4.8%	90.9%	9.1%	4.8%
					2 0.9%	2 100.0%	0 0.0%	0.9%	100.0%	0.0%	
R03	226	148 65.5%	52 23.0%	17 7.5%	9	9	0	4.0%	100.0%	0.0%	4.0%
					2 0.9%	2 100.0%	0 0.0%	0.9%	100.0%	0.0%	
R04	218	153 70.2%	47 21.6%	12 5.5%	6	6	0	2.8%	100.0%	0.0%	2.8%
					1 0.5%	1 100.0%	0 0.0%	0.5%	100.0%	0.0%	

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	54	18.8%	41	75.9%	10	18.5%	2	3.7%	0	0.0%	1	1.9%
	H30	59	21.7%	51	86.4%	6	10.2%	2	3.4%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	56	21.6%	49	87.5%	6	10.7%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	52	22.7%	46	88.5%	3	5.8%	2	3.8%	1	1.9%	0	0.0%
	R03	62	27.4%	56	90.3%	6	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R04	57	26.1%	51	89.5%	6	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
治療なし	H29	233	81.2%	117	50.2%	70	30.0%	32	13.7%	6	2.6%	8	3.4%
	H30	213	78.3%	125	58.7%	46	21.6%	29	13.6%	13	6.1%	0	0.0%
	R01	203	78.4%	120	59.1%	49	24.1%	25	12.3%	7	3.4%	2	1.0%
	R02	177	77.3%	96	54.2%	43	24.3%	28	15.8%	8	4.5%	2	1.1%
	R03	164	72.6%	92	56.1%	46	28.0%	17	10.4%	7	4.3%	2	1.2%
R04	161	73.9%	102	63.4%	41	25.5%	12	7.5%	5	3.1%	1	0.6%	



東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)  
〈令和6年度～令和11年度〉

令和6年3月発行

編集・発行 東白川村 保健福祉課 ・ 村民課  
住 所 〒509-1392  
岐阜県加茂郡東白川村神土 548 番地  
電 話 0574-78-3111

