

# 第3期高山市保健事業実施計画

(データヘルス計画)

含 第4期高山市特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

高山市国民健康保険  
令和6年3月

# 目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 .....	1
1. 背景・目的 .....	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方 .....	2
3. 計画期間 .....	6
4. 標準化の推進 .....	6
5. 関係者が果たすべき役割と連携 .....	7
1) 市町村国保の役割 .....	7
2) 外部有識者等の参画 .....	7
3) 被保険者の役割 .....	7
6. 保険者努力支援制度 .....	8
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ..	10
1. 保険者の特性 .....	10
2. 第2期計画に係る評価及び考察 .....	11
1) 第2期計画に係る評価 .....	11
2) 主な個別事業の評価と課題 .....	20
3) 第2期計画に係る考察 .....	26
3. 第3期計画における健康課題の明確化 .....	27
1) 基本的な考え方 .....	27
2) 健康課題の明確化 .....	27
3) 目標の設定 .....	33
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) .....	36
1. 第4期特定健康診査等実施計画について .....	36
2. 目標値の設定 .....	36
3. 対象者の見込み .....	36
4. 特定健診の実施 .....	36
5. 特定保健指導の実施 .....	38
6. 個人情報の保護 .....	42
7. 結果の報告 .....	42
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知 .....	42

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....	43
I. 個別保健事業の方向性 .....	43
II. 重症化予防の取組 .....	44
1. 糖尿病性腎症重症化予防 .....	45
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防 .....	51
3. 虚血性心疾患重症化予防 .....	56
4. 脳血管疾患重症化予防 .....	61
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 .....	66
IV. 地域ケアに係る取組 .....	67
V. 発症予防 .....	68
VI. ポピュレーションアプローチ .....	69
第5章 計画の評価・見直し .....	71
1. 評価の時期 .....	71
2. 評価方法・体制 .....	71
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....	72
1. 計画の公表・周知 .....	72
2. 個人情報の取扱い .....	72
参考資料 .....	73

# 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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。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(以下「保険者」という。)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・改善等を行うものとされました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)<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市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導(以下「健診・保健指導」という。)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、岐阜県健康増進計画(ヘルスプランぎふ21)や高山市健康増進計画(健康たかやま21)、岐阜県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画(高山市老人福祉計画・介護保険事業計画)、高齢者保健事業の実施計画(広域連合データヘルス計画)、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、「特定健康診査等実施計画」は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という。)第19条に基づき、保健事業の中核をなす健診・保健指導の具体的な実施方法やその成果に関する具体的な目標など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、高確法に基づく健診・保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<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。

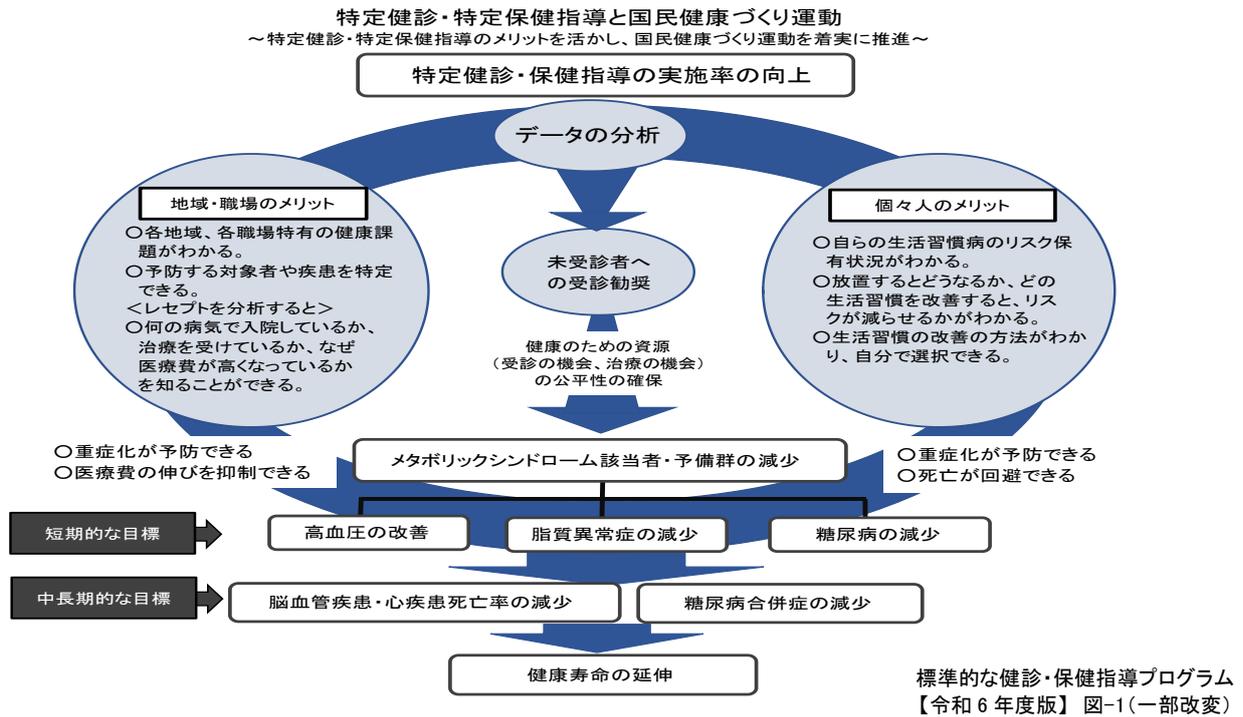
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 保健事業実施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

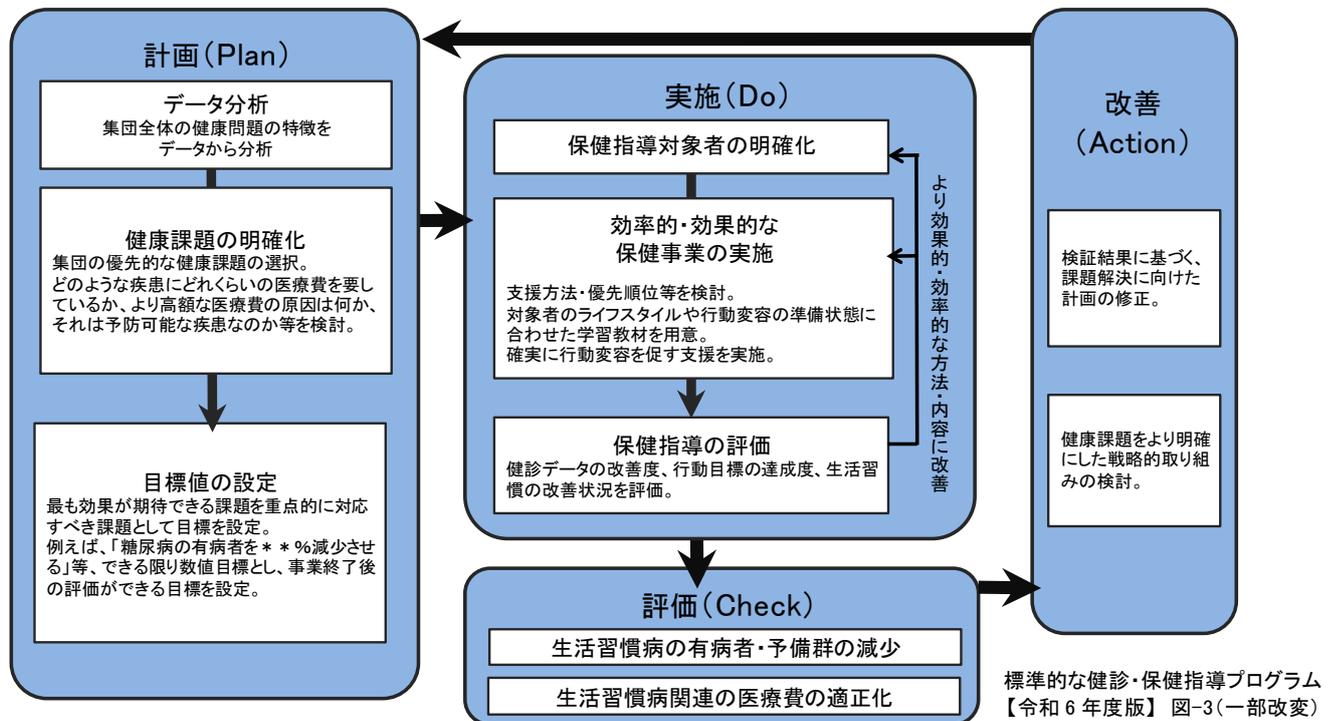
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に 関する法律 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者:努力義務	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務 市町村: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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨折離症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、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	(住民の健康の保持増進) ・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 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



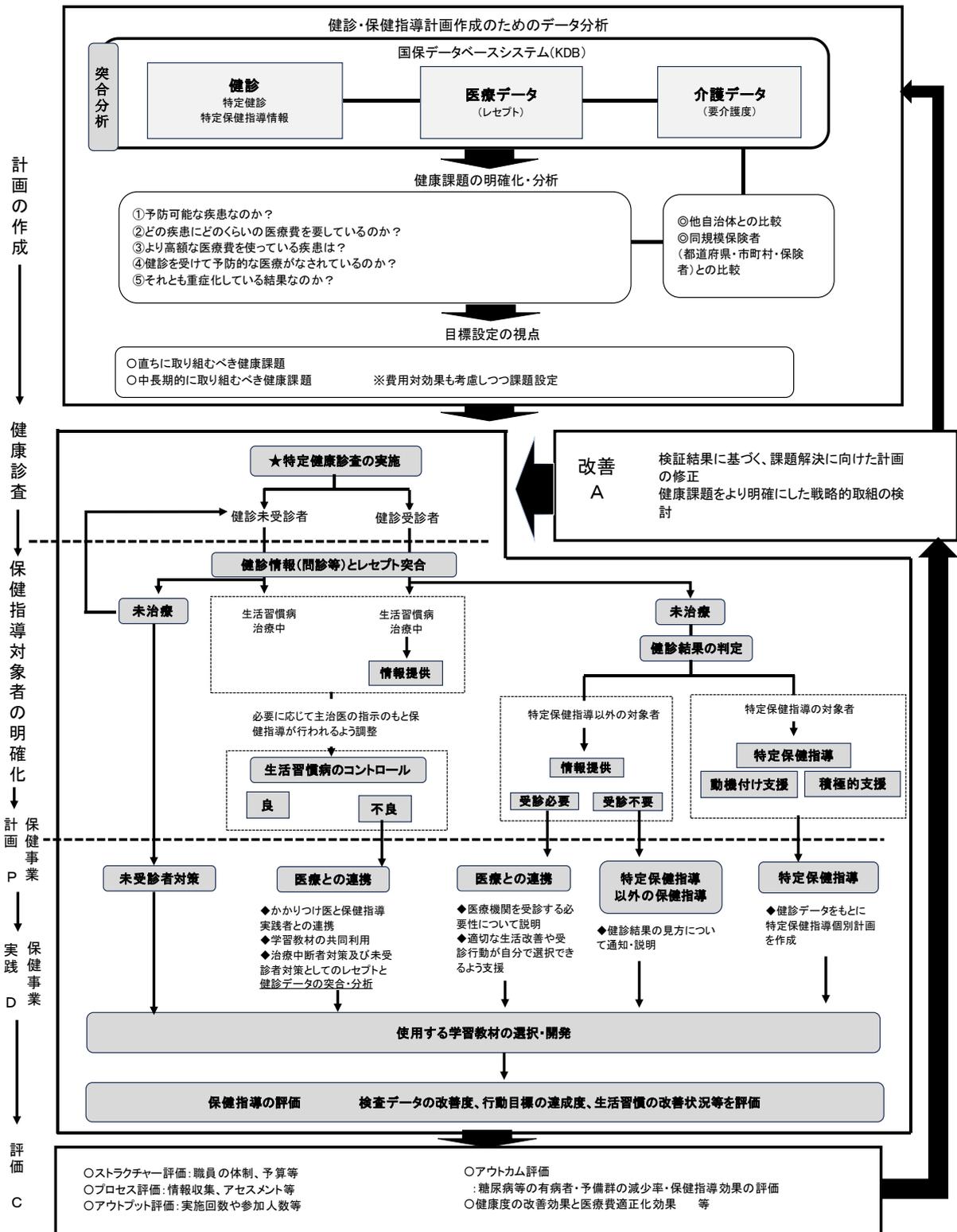
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(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
	<b>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)</b>		
	<b>行動変容を促す手法</b>		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に <b>付加</b> した保健指導		<b>現在の健診・保健指導</b> 内臓脂肪型肥満に <b>着目</b> した <b>生活習慣病予防</b> のための保健指導を <b>必要</b> とする者を <b>抽出</b> する健診
特徴	<b>事業中心</b> の保健指導		<b>結果を出す</b> 保健指導
目的	個別疾患の <b>早期発見・早期治療</b>		内臓脂肪の蓄積に <b>着目</b> した <b>早期介入・行動変容</b> リスクの重複がある対象者に対し、 <b>医師、保健師、管理栄養士等</b> が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の <b>伝達</b> 、 <b>理想的</b> な生活習慣に係る <b>一般的な情報提供</b>		<b>自己選択</b> 対象者が <b>代謝等</b> の身体のメカニズムと <b>生活習慣との関係</b> を理解し、生活習慣の改善を自ら <b>選択</b> 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		<b>健診受診者全員</b> に対し <b>情報提供</b> 、必要度に応じ、 <b>階層化</b> された <b>保健指導</b> 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 <b>画一的</b> な保健指導		健診結果の <b>経年変化</b> 及び <b>将来予測</b> を踏まえた <b>保健指導</b> <b>データ分析等</b> を通じて集団としての <b>健康課題</b> を設定し、目標に沿った <b>保健指導</b> を計画的に実施 <b>個人</b> の健康結果を <b>読み解く</b> とともに、ライフスタイルを考慮した <b>保健指導</b>
評価	アウトプット( <b>事業実施量</b> )評価 実施回数や参加人数		<b>アウトカム(結果)</b> 評価 糖尿病等の <b>有病者・予備群</b> の25%減少
実施主体	<b>市町村</b>		<b>医療保険者</b>

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

### 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、岐阜県が定める医療費適正化計画や医療計画等が令和6年度から11年度までとしていることから、これらとの整合性を踏まえて同期間を計画期間に設定しています。

### 4. 標準化の推進

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ったことを踏まえ、今期計画からは都道府県内で共通の指標を設定することとします。このことにより、域内保険者において同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者と比較したり、高山市国保の客観的な状況を把握したりすることができるようになります。

## 5. 関係者が果たすべき役割と連携

### 1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険を主管とする国保年金課が主体となりますが、市民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康推進課、医療政策課、高年介護課、福祉課などとも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者業務の明確化・標準化をするとともに、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。

### 2) 外部有識者等の参画

本計画の実効性を高めるためには、一連のプロセスにおいて外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等や被保険者に本計画の推進への参画、連携、協力を得るため、高山市国民健康保険運営協議会、高山市健康づくり推進協議会等の場において本計画の実施に関する情報提供、意見交換等を積極的に行っていきます。(図表 6・7)

### 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な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、高山市国民健康保険運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

(図表 6)

図表 6 高山市国民健康保険運営協議会委員

区分	委員
保険医又は保険薬剤師代表	高山市医師会 高山歯科医師会 高山市薬剤師会 高山赤十字病院
公益代表	4名
被保険者代表	4名
被用者保険等 保険者代表	1名

図表 7 高山市健康づくり推進協議会委員

区分	委員
保健所	飛騨保健所
保険医又は保険薬剤師代表	高山市医師会 高山歯科医師会 高山市薬剤師会
各種団体	高山市社会福祉協議会 高山市連合長寿会 高山市民生児童委員協議会 高山商工会議所 飛騨農業協同組合 高山市体育協会
学識経験者	4名
高山市役所	医療保健部長

## 6. 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、平成 27 年の国民健康保険法等の改正により、保険者（都道府県・市町村）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創設されました。

保険者における医療費適正化の取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する制度として、平成 30 年度より本格的に実施されています。（取組評価分）（図表 8）

令和 2 年度からは上記に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分が創設され、「事業費」に連動して配分する部分と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を後押ししています。（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国から助成されるため、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画策定・実施・評価を目指し、計画の策定を進めることができるようになりました。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		
		高山市	配点	高山市	配点	高山市	配点	
県内順位(42市町村中)		3位		3位		1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	100	70	120	70
		(3)メタリックシフト・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	38	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	105	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	70	100	70	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	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	72	100	68	100
合計点		795	1,000	728	960	760	940	

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約8万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で33.4%でした。同規模保険者（以下「同規模」という。）、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、死亡率も高くなっています。被保険者の平均年齢は54歳と同規模と比べて若く、出生率も高くなっています。産業においては、第1次産業と第3次産業の割合が同規模、県より高くなっています。第3次産業は66.1%と高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。（図表9）

国保加入率は21.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約45.6%を占めています。（図表10）

また、本市内には4つの病院、76の診療所があり、診療所数と病床数の割合は同規模と比較して高いですが、外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して低い傾向にあります。（図表11）

図表9 同規模・県・国と比較した高山市の特性

（令和4年度）

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
高山市	84,039	33.4	17,650 (21.0)	54.0	7.0	12.9	0.5	10.9	23.0	66.1
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
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

※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、高山市と同規模保険者（250市町村）の平均値を表す

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10 国保の加入状況

実数：人 割合：%

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	20,793		19,973		19,488		18,792		17,650	
65～74歳	9,336	44.9	9,060	45.4	9,089	46.6	8,835	47.0	8,050	45.6
40～64歳	6,553	31.5	6,211	31.1	6,022	30.9	5,841	31.1	5,660	32.1
39歳以下	4,904	23.6	4,702	23.5	4,377	22.5	4,116	21.9	3,940	22.3
加入率	23.3		22.4		21.9		21.1		21.0	

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

図表11 医療の状況（被保険者千人あたり）

実数：人 割合：%

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	0.3	0.2
診療所数	77	3.7	77	3.9	77	4.0	76	4.0	76	4.3	3.6	3.9
病床数	1,166	56.1	1,158	58.0	1,146	58.8	1,133	60.3	1,133	64.2	59.4	48.3
医師数	189	9.1	189	9.5	184	9.4	184	9.8	186	10.5	10.0	11.2
外来患者数	656.9		653.5		611.3		637.8		647.9		719.9	748.2
入院患者数	17.9		17.9		17.4		17.4		16.8		19.6	17.4

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画に係る評価及び考察

### 1) 第2期計画に係る評価

第2期計画においては、中長期的な目標と短期的な目標の2つの目標を設定しました。

中長期的な目標としては、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定することとし、具体的には、医療費が高額になる疾患、人工透析が必要な疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の重症化予防を目指すことにしました。

短期的な目標としては、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、脂質異常症の減少を設定しました。(図表2参照)

#### (1) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況

##### ① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者では76人(認定率0.27%)で同規模・県・国と比較すると低く、横ばいで推移しています。一方1号(65歳以上)被保険者では5,291人(認定率19.1%)と同規模・県と比較すると高くなっています。(図表12)

介護給付費は、平成30年度から令和4年度に約6000万円伸びています。一人当たりの給付費は減少しており、1件あたりの給付費では、施設サービスが伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも3割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費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

	高山市		同規模	県	国		
	H30年度	R04年度				R04年度	R04年度
高齢化率	27,550人	30.9%	28,093人	33.4%	30.4%	30.6%	28.7%
2号認定者	78人	0.27%	76人	0.27%	0.36%	0.35%	0.38%
新規認定者	18人		8人		--	--	--
1号認定者	5,242人	18.9%	5,291人	19.1%	18.1%	18.1%	19.4%
新規認定者	735人		719人		--	--	--
再掲							
65～74歳	498人	3.7%	421人	3.2%	--	--	--
新規認定者	105人		86人		--	--	--
75歳以上	4,744人	33.5%	4,870人	32.4%	--	--	--
新規認定者	630人		633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

	高山市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	82億1847万円	82億7940万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	298,311	294,714	274,536	286,208	290,668
1件あたり給付費(円)全体	59,777	59,057	63,298	59,511	59,662
居宅サービス	40,332	39,612	41,822	41,518	41,272
施設サービス	268,053	273,710	292,502	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)		76		421		4,870		5,291		5,367			
(再)国保・後期		47		319		4,778		5,097		5,144			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳血管疾患	36 76.6%	脳血管疾患	136 42.6%	脳血管疾患	1,786 37.4%	脳血管疾患	1,922 37.7%	脳血管疾患	1,958 38.1%
			2	虚血性心疾患	5 10.6%	虚血性心疾患	68 21.3%	虚血性心疾患	1,602 33.5%	虚血性心疾患	1,670 32.8%	虚血性心疾患	1,675 32.6%
			3	腎不全	4 8.5%	腎不全	37 11.6%	腎不全	672 14.1%	腎不全	709 13.9%	腎不全	713 13.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	5 10.6%	糖尿病合併症	46 14.4%	糖尿病合併症	476 10.0%	糖尿病合併症	522 10.2%	糖尿病合併症	527 10.2%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			44 93.6%	基礎疾患	280 87.8%	基礎疾患	4,409 92.3%	基礎疾患	4,689 92.0%	基礎疾患	4,733 92.0%
		血管疾患合計			44 93.6%	合計	292 91.5%	合計	4,533 94.9%	合計	4,825 94.7%	合計	4,869 94.7%
		認知症			6 12.8%	認知症	80 25.1%	認知症	2,216 46.4%	認知症	2,296 45.0%	認知症	2,302 44.8%
		筋・骨格疾患			37 78.7%	筋骨格系	270 84.6%	筋骨格系	4,536 94.9%	筋骨格系	4,806 94.3%	筋骨格系	4,843 94.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本市の医療費は、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、国保加入者が減少し総医療費も減少しています。一人あたり医療費は、平成 30 年度と比較しても令和 4 年度は、約 2 万 3 千円伸びていますが、同規模と比べて約 4 万 4 千円低くなっており、県内 42 市町村中 40 位と低くなっています。

また、入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか 2.5%程度にも関わらず、医療費全体の約 39%を占めており、1 件あたりの入院医療費は平成 30 年度と比較して約 4 万 3 千円高くなっています。

(図表 15)

年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均の1を下回っています。平成30年度と令和3年度を比較すると、入院の地域差指数が伸びています。入院を抑制するには、予防可能な生活習慣病を重症化させないことが重要であり、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

割合：%

		高山市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		20,793人	17,650人	--	--	--
前期高齢者割合		9,336人 (44.9%)	8,050人 (45.6%)	--		
総医療費		62億2138万円	56億9477万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		299,205	322,650	366,294	355,308	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	562,380	605,110	610,160	615,940	617,950
	費用の割合	41.1	39.0	40.5	37.4	39.6
	件数の割合	2.7	2.5	2.7	2.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,010	24,460	24,470	24,020	24,220
	費用の割合	58.9	61.0	59.5	62.6	60.4
	件数の割合	97.3	97.5	97.3	97.7	97.5
受診率		674.801	664.664	739.503	765.634	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は高山市と同規模保険者250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		
		高山市 (県内市町村中)		県 (47県中)	高山市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.899	0.895	1.001	0.783	0.780	0.923
		(39位)	(41位)	(29位)	(41位)	(40位)	(32位)
	入院	0.899	0.909	0.961	0.704	0.724	0.849
		(27位)	(27位)	(36位)	(41位)	(40位)	(38位)
	外来	0.903	0.888	1.020	0.874	0.850	0.996
		(41位)	(40位)	(16位)	(38位)	(37位)	(17位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると令和4年度は減少しています。特に脳血管疾患については、平成30年度より減少しており、同規模、県よりも低くなっています。慢性腎不全(透析有)については、平成30年度より増加しており、同規模、県よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、令和4年度は脳血管疾患と虚血性心疾患の患者割合が減少傾向にあります。人工透析の患者割合については、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の総医療費、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病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

			高山市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			62億2138万円	56億9477万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5億1175万円	4億4487万円	--	--	--
			8.23%	7.81%	7.95%	8.36%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.55%	1.43%	2.08%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.63%	1.59%	1.42%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.90%	4.59%	4.16%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.15%	0.20%	0.29%	0.31%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.13%	18.00%	17.03%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		8.81%	8.61%	8.72%	8.32%	8.68%
	精神疾患		9.82%	8.19%	8.04%	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	20,793	17,650	a	1,080	895	1,071	847	83	75	
				a/A	5.2%	5.1%	5.2%	4.8%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	15,889	13,710	b	1,070	887	1,066	842	81	72	
	B/A	76.4%	77.7%	b/B	6.7%	6.5%	6.7%	6.1%	0.5%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	6,553	5,660	c	209	190	194	161	33	28
		C/A	31.5%	32.1%	c/C	3.2%	3.4%	3.0%	2.8%	0.5%	0.5%
	65～74歳	D	9,336	8,050	d	861	697	872	681	48	44
		D/A	44.9%	45.6%	d/D	9.2%	8.7%	9.3%	8.5%	0.5%	0.5%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況

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、平成 30 年度と比較して令和 4 年度は治療者の割合が増えています。一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合をみると、糖尿病治療者の 40～64 歳で脳血管疾患と人工透析が増加し、脂質異常症治療者の 40～64 歳でも脳血管疾患の割合が増加していますが、その他は横ばいもしくは減少しています。本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。早期に適切な治療を受けるなどの自己管理が、合併症の減少につながっていると考えられます。(図表 19～21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	5,577	5,193	1,321	1,243	4,256	3,950	
	A/被保数	35.1%	37.9%	20.2%	22.0%	45.6%	49.1%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	577	446	97	90	480	356
		B/A	10.3%	8.6%	7.3%	7.2%	11.3%	9.0%
	虚血性心疾患	C	654	506	108	85	546	421
		C/A	11.7%	9.7%	8.2%	6.8%	12.8%	10.7%
	人工透析	D	73	62	28	22	45	40
		D/A	1.3%	1.2%	2.1%	1.8%	1.1%	1.0%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				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	2,732	2,758	654	681	2,078	2,077
		A/被保数	17.2%	20.1%	10.0%	12.0%	22.3%	25.8%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	269	231	37	44	232	187
		B/A	9.8%	8.4%	5.7%	6.5%	11.2%	9.0%
	虚血性心疾患	C	361	323	70	55	291	268
		C/A	13.2%	11.7%	10.7%	8.1%	14.0%	12.9%
	人工透析	D	37	33	14	15	23	18
		D/A	1.4%	1.2%	2.1%	2.2%	1.1%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	270	267	62	59	208	208
		E/A	9.9%	9.7%	9.5%	8.7%	10.0%	10.0%
	糖尿病性網膜症	F	335	284	86	82	249	202
		F/A	12.3%	10.3%	13.1%	12.0%	12.0%	9.7%
	糖尿病性神経障害	G	184	132	56	46	128	86
		G/A	6.7%	4.8%	8.6%	6.8%	6.2%	4.1%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	5,786	5,466	1,579	1,433	4,207	4,033
		A/被保数	36.4%	39.9%	24.1%	25.3%	45.1%	50.1%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	428	370	69	78	359	292
		B/A	7.4%	6.8%	4.4%	5.4%	8.5%	7.2%
	虚血性心疾患	C	600	502	105	82	495	420
		C/A	10.4%	9.2%	6.6%	5.7%	11.8%	10.4%
	人工透析	D	37	33	17	12	20	21
		D/A	0.6%	0.6%	1.1%	0.8%	0.5%	0.5%

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

## ②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上高血圧・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療や治療中断のまま放置している者が高血圧で約40%、糖尿病で約8%となります。(図表22)

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、今後も治療が必要な値の者には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

実数:人 割合:%

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧(160/100以上)											
					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		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
高山市	7,708	53.5	6,935	51.9	280	3.6	180	64.3	309	4.5	188	60.8	111	35.9	12	3.9

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			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	
高山市	7,705	100.0	6,934	100.0	266	3.5	70	26.3	269	3.9	64	23.8	16	5.9	6	2.2

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

### ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が重複した病態を指し、その危険因子が軽度であっても複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の平成30年度と令和4年度の特定健診結果を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の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 コレステロール 160 mg/dl 以上の有所見割合をみると、いずれも微増しています。しかし、翌年度の健診結果の改善率をみると、HbA1c6.5%以上は減っているも、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 mg/dl 以上は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者がいずれも3割程度存在しています。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者には継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表24~26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

実数:人

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	7,708 (53.5%)	705 (9.1%)	171 (2.2%)	534 (6.9%)	592 (7.7%)
R04年度	6,414 (52.2%)	654 (10.2%)	150 (2.3%)	504 (7.9%)	506 (7.9%)

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)

実数:人

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	577 (7.5%)	99 (17.2%)	251 (43.5%)	98 (17.0%)	129 (22.4%)
R03→R04	579 (8.4%)	97 (16.8%)	237 (40.9%)	77 (13.3%)	168 (29.0%)

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)

実数:人

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	280 (3.6%)	130 (46.4%)	46 (16.4%)	11 (3.9%)	93 (33.2%)
R03→R04	309 (4.5%)	159 (51.5%)	51 (16.5%)	5 (1.6%)	94 (30.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL コレステロール 160 mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

実数:人

年度	LDLコレステロール 160mg/dl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	686 (8.9%)	282 (41.1%)	194 (28.3%)	70 (10.2%)	140 (20.4%)
R03→R04	649 (9.4%)	288 (44.4%)	156 (24.0%)	43 (6.6%)	162 (25.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 53.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和 2 年度に大きく減少しています。その後、微増傾向にあるもののコロナ禍以前の数値までは戻っていません。(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中学 3 年生から 39 歳までの若年者向けの健診も実施していますが、特定健診の中でも若い世代でもある 40～50 歳代の受診率は、特に低い状況が続いています。(図表 28)

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で、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図ります。

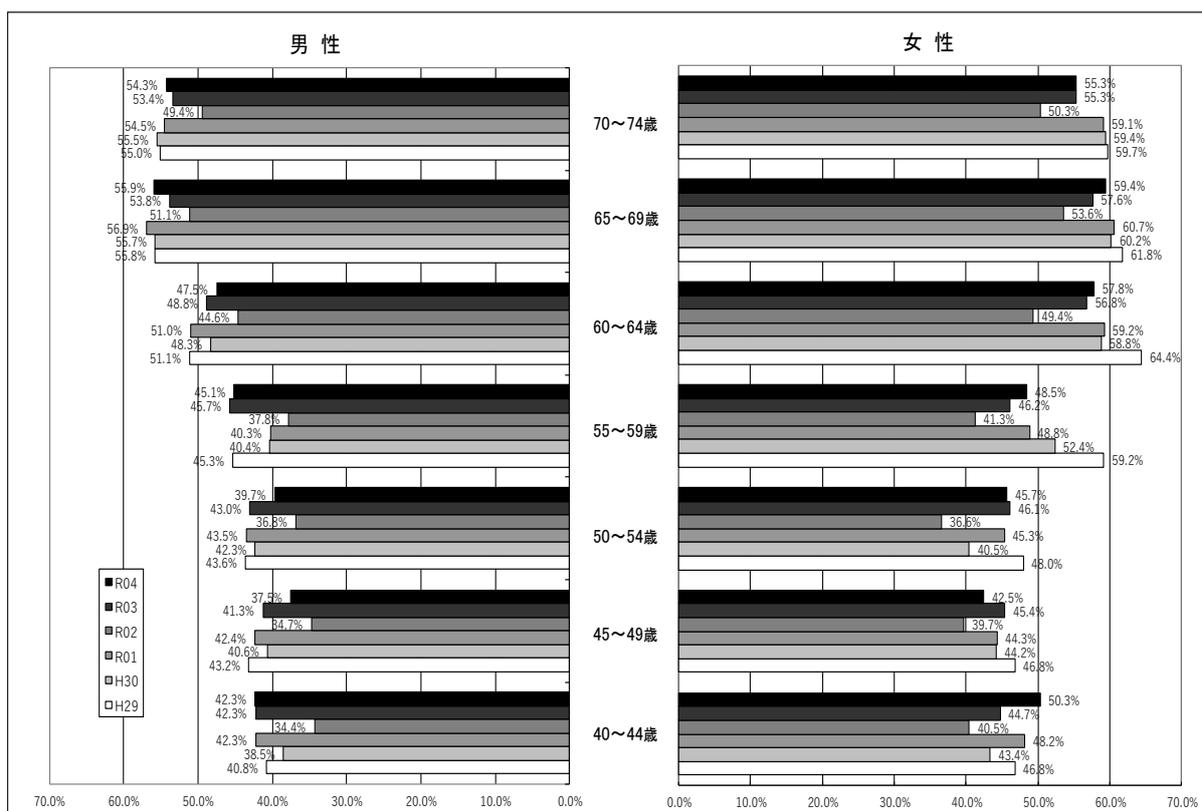
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

実数:人

		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	7,708	7,482	6,420	6,935	6,414	健診受診率 65%以上
	受診率	53.5%	53.9%	47.0%	51.9%	52.2%	
特定保健 指導	該当者数	600	597	542	576	462	特定保健 指導実施率 95%以上
	割合	7.8%	8.0%	8.4%	8.3%	7.2%	
	実施者数	550	546	497	510	415	
	実施率	91.7%	91.5%	91.7%	88.5%	89.8%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、平成 30 年度から大きな変化がないものの、血糖値有所見者割合、未治療者・治療中断者の割合は増加傾向にあります。(表 1・2)

本市では、HbA1c8.0%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8.0%以上の未治療者・中断者は、平成 30 年度 18 人から令和 4 年度 11 人に減っています。しかし、令和 4 年度は受診勧奨のための保健指導を実施した 9 割の者のうち、治療につながっている者は 6 割程度でした。受診していない者にも、継続した保健指導を実施するよう体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるよう支援を行います。(表 3)

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

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診 (HbA1c測定者)	人 (a)	7,705	7,481	6,419	6,934	6,412
血糖値有所見者 * 1	人 (b)	577	667	617	579	623
	(b/a)	7.5%	8.9%	9.6%	8.4%	9.7%
保健指導実施者 * 2	人 (c)	482	562	522	484	522
	(c/b)	83.5%	84.3%	84.6%	83.6%	83.8%

高山市調べ

表 2 治療が必要な者の適切な受診 (HbA1c6.5%以上)

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人 (a)	577	667	617	579	623
血糖値有所見者の未治療者・ 治療中断者 * 3	人 (b)	238	275	278	243	279
	(b/a)	41.2%	41.2%	45.1%	42.0%	44.8%
受診した者	人 (c)	170	195	197	179	196
	(c/b)	71.4%	70.9%	70.9%	73.7%	70.3%
治療開始した者	人 (d)	154	169	173	159	178
	(d/b)	64.7%	61.5%	62.2%	65.4%	63.8%

高山市調べ

表 3 HbA1c8.0%以上の状況 (アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診 (HbA1c測定者)	人 (a)	7,705	7,481	6,419	6,934	6,412
HbA1c8.0%以上	人 (b)	54	70	66	61	53
	(b/a)	0.7%	0.9%	1.0%	0.9%	0.8%
保健指導実施者 * 2	人 (c)	53	68	66	59	52
	(c/b)	98.1%	97.1%	100.0%	96.7%	98.1%
HbA1c8.0%以上の 未治療者・中断者 * 3	人 (d)	18	14	13	14	11
	(d/b)	33.3%	20.0%	19.7%	23.0%	20.8%
治療開始した者	人 (e)	16	13	10	10	7
	(e/d)	88.9%	92.9%	76.9%	71.4%	63.6%

\* 1 HbA1c6.5%以上の者

高山市調べ

\* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

\* 3 問診にて血糖の治療なしと答えた者

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

本市では、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的に、特定健診受診者全員に心電図検査が実施できる体制を整備しています。

心原性脳梗塞の原因となる心房細動の特定健診における有所見率は約1%で、約9割が治療や精密検査につながっています。未治療の者には、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を継続して行きます。(表4)

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、ST所見の状況をみると、要精査と判定を受けたもののうち、約7~8割が医療機関を受診しています。(表5)

心房細動治療中の者に対しては、治療中断とならないよう支援します。また、心電図所見と個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていきます。

表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者(人)	a	7,708	7,482	6,420	6,935	6,414	
心電図受診者(人)	b	7,680	7,459	6,405	6,911	6,391	
心電図実施率	b/a	99.6%	99.7%	99.8%	99.7%	99.6%	
要精査	要注意・要経過観察(人)	c	2,851	2,679	2,451	2,575	2,236
	要精査者(人)	d	287	272	285	223	188
	有所見率 (c+d)/b		40.9%	39.6%	42.7%	40.5%	37.9%
心房細動(人)	e	91	77	72	66	73	
心房細動有所見率	e/b	1.2%	1.0%	1.1%	1.0%	1.1%	
心房細動未治療	(人)	f	13	8	6	6	8
	f/e		14.3%	10.4%	8.3%	9.1%	11.0%

高山市調べ

表5 心電図受診者のうち、ST所見の状況

実数:人

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		7,680		7,459		6,405		6,911		6,391	
ST異常所見		226		263		303		289		188	
要精査		75	33.2%	93	35.4%	102	33.7%	83	28.7%	73	38.8%
	医療機関受診あり	62	82.7%	76	81.7%	84	82.4%	73	88.0%	53	72.6%
	医療機関受診なし	13	17.3%	17	18.3%	18	17.6%	10	12.0%	20	27.4%
それ以外の判定		151		170		201		206		115	

高山市調べ

### ③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度以上高血圧者の割合は、約4%と横ばいで、約60%が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者147人のうち、保健指導後、治療につながったものは、45人(30.6%)でした。さらにⅢ度高血圧を詳しくみてみると、39人のうち27人が未治療でした。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が、令和4年度は38.5%を占めています。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(表6)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。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。表7は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスク(A)356人、②高リスク(B)391人を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

家庭血圧の測定は、白衣高血圧や、早朝高血圧などの仮面高血圧の診断、薬の効果の判断にも役立ちます。また、高血圧は、自覚症状がないまま進行していくことから、自身の血圧に意識を向けることが大切です。高血圧と診断されていないが、血圧が高めの者や正常血圧の者にも高血圧対策の一環として、家庭血圧測定の普及に取り組んでいきます。

表6 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4			
特定健診(血圧測定者)		人(a)	7,708	7,482	6,420	6,935	6,414		
血圧Ⅱ度以上の者 (160/100以上)		人(b)	280	313	281	309	239		
		(b/a)	3.6%	4.2%	4.4%	4.5%	3.7%		
		治療あり		人(c)	100	116	98	121	92
				(c/b)	35.7%	37.1%	34.9%	39.2%	38.5%
		治療なし*1		人(d)	180	197	183	188	147
				(d/b)	64.3%	62.9%	65.1%	60.8%	61.5%
		治療開始*2		人(e)	50	62	48	66	45
				(e/d)	27.8%	31.5%	26.2%	35.1%	30.6%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者 (180/110以上)		人(f)	30	40	38	40	39	
			(f/a)	0.4%	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	
	治療あり		人(g)	5	15	8	8	12	
			(g/f)	16.7%	37.5%	21.1%	20.0%	30.8%	
	治療なし*1		人(h)	25	25	30	32	27	
			(h/f)	83.3%	62.5%	78.9%	80.0%	69.2%	
	治療開始*2		人(i)	8	11	9	15	13	
			(i/h)	32.0%	44.0%	30.0%	46.9%	48.1%	

※1 問診にて血圧の治療なしと答えたもの

※2 健診受診後に治療開始となったもの

高山市調べ

表7 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
	1,871	1,158 61.9%	566 30.3%	120 6.4%	27 1.4%		
リスク第1層 予後影響因子がない	126	C 89 6.7%	B 29 5.1%	B 7 5.8%	A 1 3.7%	A ただちに 薬物療法を開始	356 19.0%
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	1,076	C 678 57.5%	B 321 56.7%	A 64 53.3%	A 13 48.1%	B 概ね1カ月後に 再評価	748 40.0%
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	669	B 391 35.8%	A 216 38.2%	A 49 40.8%	A 13 48.1%	C 概ね3カ月後に 再評価	767 41.0%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

※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。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、健診を受け、健診結果から自分自身の健康課題を認識し、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、健診結果説明会の開催や各種団体から依頼を受け、出前講座を行い、生活習慣病の重症化が医療費や介護費等の社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景と健診結果との関連について、広く市民へ周知を行いました。

また、健診会場で食品に含まれる糖や油脂の展示等も実施してきました。

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

#### 中長期的目標

指標		市の状況		R5	達成状況
項目	区分	H30	R4	目標値	
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少		8人	3人	4人以下	A
虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対)※	男性	41.7人	16.0人	30.6人以下	A
	女性	6.4人	7.4人	9.1以下	B
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対)※	男性	36.9人	22.1人	34.7人以下	A
	女性	21.1人	18.7人	29.3人以下	A
入院費用割合の減少		41.2%	39.0%	36.3%以下	C
高山市国保特定健診受診率の向上		53.5%	52.2%	65%以上	C
特定保健指導実施率の向上		91.7%	89.8%	95%以上	C

※年齢調整死亡率：R4の欄はR2の数値(昭和60年モデル人口で年齢調整を行った)

#### 短期的目標：年度ごとに減少に向けた達成具合を把握

指標		市の状況					R5	達成状況	
項目	区分	H30	毎年の目標値	R2	R3	R4	目標値		
高血圧症の割合の減少	男性	23.7%	前年比 0.1%減	25.6%	25.4%	22.8%	24.1%	A	
	女性	15.5%	前年比 0.2%減	18.1%	19.3%	16.8%	14.7%	D	
脂質異常症の 割合の減少	LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合	男性	8.4%	前年比 0.1%減	9.1%	8.8%	8.0%	6.2%	B
		女性	9.4%		10.6%	10.1%	9.1%	8.8%	B
	総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合	男性	10.3%		11.8%	11.8%	10.5%	10.0%	D
		女性	16.6%		20.1%	20.3%	17.8%	17.0%	D
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		16.8%	前年比 0.2%減	19.3%	19.4%	18.2%	13.9%	D	
糖尿病治療継続者の割合の増加		78.3%	前年比 0.2%増	83.0%	83.0%	86.9%	86.6%	A	
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 (HbA1c8.4%以上)の割合の減少		0.4%	前年比 0.05%減	0.8%	0.6%	0.6%	0.4%	B	
糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の割合の増加の抑制		7.3%	前年比 0.3%減	9.6%	8.4%	9.7%	5.2%	D	
ジェネリック医薬品の普及率の向上		79.1%	前年比 0.1%減	82.7%	83.1%	84.7%	80.0%	A	
重複頻回受診者数、重複多剤投与者数の減少		0	前年比 減	0	0	2	減少	C	

注) データの把握方法は、P35参照

評価区分 A 目標に達した  
B 目標値に達していないが改善傾向にある  
C 変わらない  
D 悪化している

### 3) 第 2 期計画に係る考察

中長期的目標としている脳血管疾患・虚血性心疾患による年齢調整死亡率の減少や糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少などの重症化予防を進めるため、これらの疾病の危険因子である高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム、糖尿病の改善にむけて、かかりつけ医と連絡を取りながら家庭訪問や病態別健康教室などの取組を進めてきました。その結果、脳血管疾患の年齢調整死亡率、男性の虚血性心疾患年齢調整死亡率、糖尿病性腎症による新規透析導入者は減少していますが、女性の虚血性疾患年齢調整死亡率は増加傾向にあります。

入院費用の割合は、平成 30 年度と比較して令和 4 年度は減少しています。費用額の高い入院を抑制するには、予防可能な生活習慣病を重症化させないことが重要であり、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。

特定健診については、早期からの生活習慣病対策を目的とした中学 3 年生から 39 歳までの健診の実施、初回受診者の自己負担金無料化や個別の受診勧奨を行い、受診率の向上を図ってきました。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和 2 年度に大きく減少し、その後微増傾向にはあるもののコロナ禍以前の数値までは戻っていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受診し健康状態を把握することが、生活習慣病の発症予防及び重症化予防にとって重要となります。受診率の低い 40～50 歳代への受診勧奨に力を入れる等、受診率向上のための取組を強化していく必要があります。

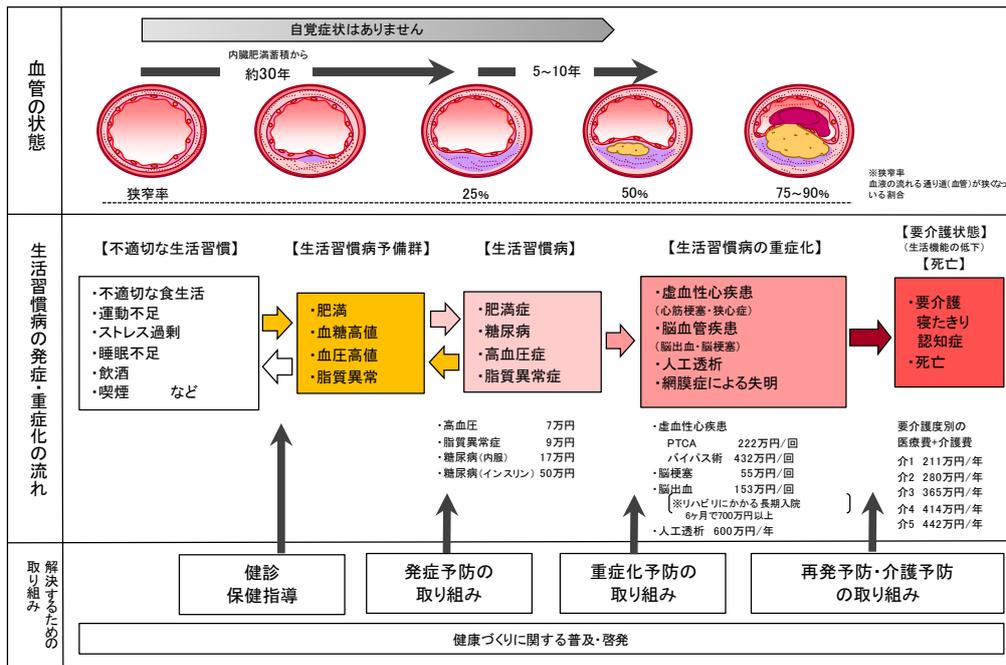
特定保健指導実施率は約 90%で県内でも高い水準ではありますが、市の目標値には届いていません。メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合や糖尿病有病者(HbA1c6.5 以上)の割合は増加傾向にあります。健康課題を明確にし、課題解決につながる保健指導に取り組む必要があります。

### 3. 第3期計画における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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者を減少させること、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者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。

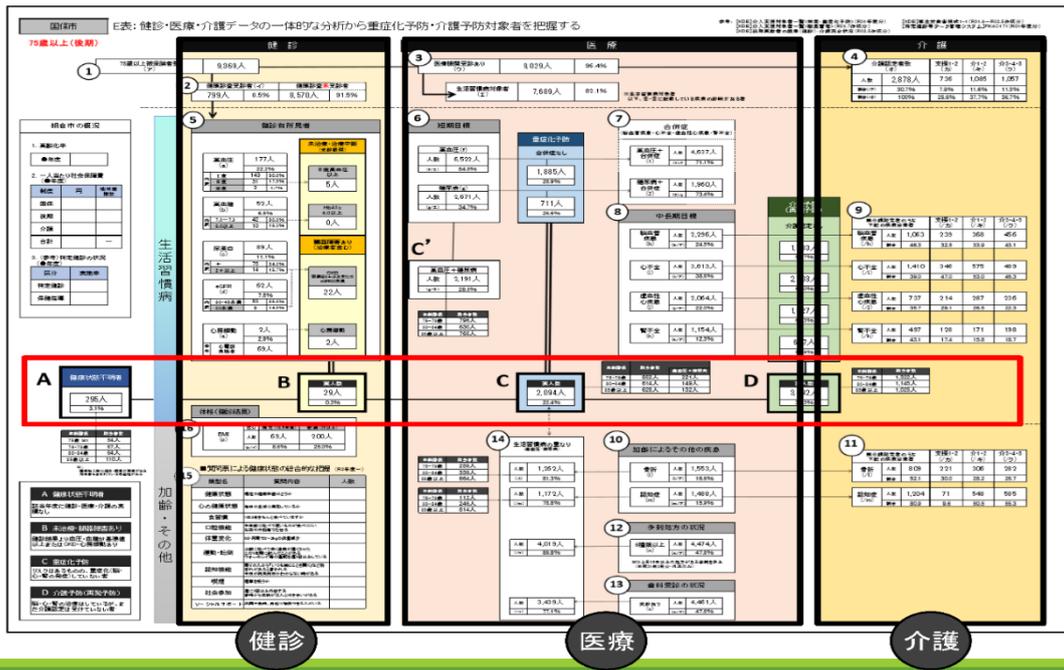
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいのですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、市町村国保及び後期高齢者医療広域連合は、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中学3年生から39歳までの健診を実施し、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	20,793人	19,973人	19,488人	18,792人	17,650人	16,038人	
総件数及び 総費用額	件数	171,027件	163,182件	148,322件	150,384件	145,669件	218,916件
	費用額	62億2138万円	59億9939万円	57億9268万円	59億9594万円	56億9477万円	110億0283万円
一人あたり医療費	29.9万円	30.0万円	29.7万円	31.9万円	32.3万円	68.6万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳 梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
														腎	心
① 国保	高山市	56億9477万円	25,984	4.59%	0.20%	1.43%	1.59%	5.46%	3.69%	3.15%	11億4494万円	20.1%	18.0%	8.19%	8.61%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	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	高山市	110億0283万円	58,098	2.89%	0.29%	3.79%	2.01%	4.69%	3.56%	1.68%	20億8223万円	18.9%	12.1%	3.18%	8.7%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%	11.2%	3.74%	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	547人	558人	587人	573人	547人	1,557人
		B	1,041件	1,067件	1,052件	1,049件	992件	2,340件
	B/総件数		0.61%	0.65%	0.71%	0.70%	0.68%	1.07%
	費用額	C	15億1101万円	15億2908万円	14億6789万円	16億1657万円	14億3848万円	31億3390万円
		C/総費用		24.3%	25.5%	25.3%	27.0%	25.3%

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	49人	44人	33人	35人	24人	139人							
		D/A		9.0%	7.9%	5.6%	6.1%	4.4%	8.9%						
	件数	E	95件	91件	78件	57件	42件	211件							
		E/B		9.1%	8.5%	7.4%	5.4%	4.2%	9.0%						
	年代別	40歳未満	1	1.1%	1	1.1%	2	2.6%	4	7.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	1.1%	10	11.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.4%	70-74歳	0	0.0%
		50代	13	13.7%	5	5.5%	12	15.4%	7	12.3%	2	4.8%	75-80歳	58	27.5%
		60代	47	49.5%	43	47.3%	34	43.6%	26	45.6%	19	45.2%	80代	111	52.6%
		70-74歳	33	34.7%	32	35.2%	30	38.5%	20	35.1%	20	47.6%	90歳以上	42	19.9%
	費用額	F	1億2171万円	1億3116万円	9952万円	7881万円	5692万円	2億5810万円							
		F/C		8.1%	8.6%	6.8%	4.9%	4.0%	8.2%						

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	25人	23人	28人	25人	25人	61人							
		G/A		4.6%	4.1%	4.8%	4.4%	4.6%	3.9%						
	件数	H	33件	26件	31件	27件	31件	65件							
		H/B		3.2%	2.4%	2.9%	2.6%	3.1%	2.8%						
	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	1	3.0%	0	0.0%	1	3.2%	2	7.4%	1	3.2%	70-74歳	3	4.6%
		50代	5	15.2%	3	11.5%	1	3.2%	3	11.1%	4	12.9%	75-80歳	20	30.8%
		60代	9	27.3%	13	50.0%	12	38.7%	12	44.4%	5	16.1%	80代	39	60.0%
		70-74歳	18	54.5%	10	38.5%	17	54.8%	10	37.0%	21	67.7%	90歳以上	3	4.6%
	費用額	I	5412万円	3961万円	5414万円	4989万円	5839万円	1億1406万円							
		I/C		3.6%	2.6%	3.7%	3.1%	4.1%	3.6%						

出典：ヘルスサポートラボツール



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(人)			② 健診受診率(%)			⑬ 体格(健診結果)(%)					
					特定健診		すこやか 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.4	5,845	8,373	15,115	42.7	54.1	22.5	10.1	10.3	11.2	20.9	18.7	17.9
R04	30.4	5,658	8,397	15,823	40.5	51.1	20.4	10.4	10.2	10.8	24.3	19.8	19.5

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	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	85	3.4	(46)	176	3.9	(68)	195	5.7	(55)	53	2.1	(3)	174	3.8	(4)	18	0.5	(0)	6	0.2	25	0.6	117	3.4	14	0.6	53	1.2	64	1.9	
R04	54	2.4	(32)	196	4.6	(69)	241	7.5	(63)	64	2.8	(10)	207	4.8	(19)	29	0.9	(0)	2	0.1	26	0.6	126	3.9	12	0.5	64	1.5	37	1.1	

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

割合: %

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)				高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	81.2	90.9	97.1	24.9	54.0	77.4	73.8	77.4	80.4	36.5	38.2	33.1	21.4	25.4	24.9	33.0	40.3	59.4	38.7	44.3	62.3	
R04	80.0	89.9	97.1	26.0	57.3	78.5	74.6	79.1	82.5	40.5	41.6	38.9	24.6	29.0	30.6	32.5	41.9	61.2	37.9	46.6	65.4	

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

割合: %

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	2.8	8.1	20.6	2.6	8.4	17.3	4.3	11.2	28.5	2.9	5.9	9.8	16.9	22.0	50.1	2.0	7.4	38.1	4.0	9.4	45.6	6.6	11.4	40.5
R04	3.0	8.0	17.6	2.5	8.2	15.7	5.0	15.8	34.0	2.9	6.3	11.2	19.4	18.0	51.4	2.8	6.8	39.2	5.7	7.9	41.2	3.0	9.3	41.8

図表 42 骨折・認知症の状況

割合：%

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				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-
H30	50.5	71.5	56.7	70.8	5.0	13.5	1.2	14.1	14.0	52.4	57.7	83.8
R04	57.4	74.5	67.2	74.2	4.8	14.2	1.4	13.1	12.5	51.7	56.9	84.5

出典：ヘルスサポートラボツール

(※図表 38～42 の①～⑮の数字は図表 37 の数字に対応)

### (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いますが、一人あたり医療費は令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 3 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 68.6 万円を超え、国保の 2 倍を超える状況です。(図表 32)

脳血管疾患の総医療費に占める割合は、国保も後期も同規模より低くなっているものの、慢性腎不全や虚血性心疾患は、国保では同規模より高くなっており、若い年代から生活習慣病の発症予防と重症化予防に取り組む必要があります。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 1,000 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2.3 倍に増えることがわかります。(図表 34)

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、国保で平成 30 年度が一番多く、95 件で約 1 億 2000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 42 件と件数が減り、費用額も約 5700 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、211 件発生し、約 2 億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患の最大の危険因子である高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35)

健診・医療・介護のデータについて、平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳が減っていますが、75 歳以上の後期高齢者が増えていることがわかります。⑮の体格をみると、全ての年代で BMI 25 以上の割合が高くなってきています。

図表 39 の健診有所見の状況をみると、重症化予防の対象となるⅡ度高血圧以上や HbA1c7.0%以上の未治療・治療中断者が増加傾向にあります。また、75 歳以上で尿蛋白 2+以上または eGFR30 未満の割合も増加しており、重症化予防に向け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)を治療中の者で合併症を発症した割合は、65 歳以上で高くなっています。また、糖尿病と高血圧の両方を治療している割合がすべての年代で高くなっています。

図表 41 の中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、心不全は各年代で増加しており、腎不全は 65 歳以上で増加しています。脳血管疾患と虚血性心疾患は、横ばいまた

はわずかな減少がみられているものの、40 歳～64 歳の若い年代で介護認定を受ける割合が高くなっています。

図表 42 の骨折や認知症といった加齢による疾患をみると、骨折や認知症の者が高血圧や糖尿病を兼ね持っている割合が各年代で増加しており、介護予防に向け、生活習慣病の発症予防と重症化予防に取り組む必要があります。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

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

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。

##### 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、第 2 期計画に引き続き、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疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症について重症化を予防するため、指標として、脳血管疾患、虚血性心疾患については年齢調整死亡率の減少、糖尿病性腎症については新規透析導入者を減らしていくことを目標とします。

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のが重要であるため、その目標値は、国の目標値及び第 2 期計画の達成状況を参考にし、詳細については第 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。

今後、高齢化が進展することや、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、医療費そのものを抑えることは難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目指します。市の医療機関の受診は、被保険者数千人あたりの入院患者数が減少し、外来患者数が増加していますが、一人あたり医療費は増加しています。これは、軽症時に通院せず、重症化してから入院すると考えられることから、重症化予防、医療費適正化につなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

### ③短期的な目標の設定

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

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

医療費の適正化に関しては、ジェネリック医薬品への切り替えを患者に促すことにより薬剤費の削減を図ることができることから、ジェネリック医薬品の普及率の向上を目指します。また、重複頻回受診者及び重複多剤投与者への訪問指導により、重複頻回受診者数等の減少をめざします。

### ④保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、生活習慣病の重症化予防と特定健診の受診率・特定保健指導の実施率の向上を図るとともに、被保険者への働きかけとして医療費の抑制・適正化の取組や健康意識の向上のための事業を組み合わせ実施していく必要があります。

健康状態を把握する健診の 機会の提供	特定健診の受診率の向上 特定保健指導の実施率の向上 若年者健診・保健指導の実施
生活習慣病の重症化予防	重症化による合併症の発症・進展の抑制 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 地域包括ケアに係る取組
被保険者への働きかけ (ポピュレーションアプローチ)	医療費適正化のための医療費等の実態や地域特性の周知 重複頻回受診者等への訪問指導 ジェネリック医薬品の普及 広報等を活用した健康情報の発信 健康意識の向上のための健康づくり事業の開催

(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

	指標		市の状況	R11	データの把握方法	
	項目	区分	R4	目標値		
中長期的目標	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少		3人	減少	国保レセプト、身障手帳	
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対)※	男性	70.0人	減少	岐阜県算出データ	
		女性	28.6人	減少		
	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対)※	男性	95.6人	減少		
		女性	70.7人	減少		
	入院費用割合の減少		39.0%	36.3%以下	KDB	
	★特定健診受診率の向上		52.2%	65%以上	法定報告値	
★特定保健指導実施率の向上		89.8%	95%以上			
短期的目標	高血圧症の割合の減少	男性	22.4%	減少	特定健診結果	
		女性	16.8%	減少		
	脂質異常症の割合の減少	LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合	男性	8.0%		6.2%
			女性	9.1%		8.8%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		18.2%	13.9%		
	糖尿病治療継続者の割合の増加		86.9%	増加		
	★血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 (HbA1c8.0%以上)の割合の減少		0.6%	減少		
	糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の割合の増加の抑制		9.7%	減少		
	ジェネリック医薬品の普及率の向上		84.7%	88.0%		
重複頻回受診者数、重複多剤投与者数の減少		2	減少	国保レセプト		

※年齢調整死亡率：R4の欄はR1の数値

(記載年を中央年とした5年間の死亡数の合計を使用し、平成27年モデル人口で年齢調整を行った)

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていましたが、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 3 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	55%	57%	59%	61%	63%	65%以上
特定保健指導実施率	95%	95%	95%	95%	95%	95%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	12,200人	11,300人	10,400人	9,700人	9,100人	8,500人
	受診者数	6,710人	6,441人	6,136人	5,917人	5,733人	5,525人
特定保健指導	対象者数	450人	420人	375人	350人	330人	295人
	受診者数	428人	399人	356人	333人	314人	280人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

保健センター及び地域の公民館等を会場として集団健診を実施します。

#### (2)外部委託の方法

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。

特定健康診査は、基準を満たし、巡回による集団健診が可能な実施機関に委託して実施します。

#### (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の抽出にあたっては、

国が定めた項目に加え、高山市国民健康保険独自の項目を追加し実施します。

図表 46 特定健診検査項目

○高山市特定健診検査項目

健診項目		高山市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
	総コレステロール	◎	
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	◎	
	1日食塩摂取量(推定)	◎	
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

●…いずれかの項目の実施で可

◎…高山市国民健康保険独自の追加項目

#### (4)実施時期

特定健診実施期間は各年度の4月1日から10月31日までとします。

実施期間中に受診できなかった被保険者に対して、11月から12月に追加で特定健診を実施します。

#### (5)周知・案内方法

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、郵送による個別案内(受診券・問診票及び特定健診日程表等の送付)を行い、併せて広報・ホームページ等による周知や、電話・訪問による未受診者の状況把握及び受診勧奨を実施します。

## (6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の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、かかりつけ医と協力及び連携を行います。

## (7) 代行機関

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

## 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、健康推進課への執行委任の形態とし、外部委託は行いません。

○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。

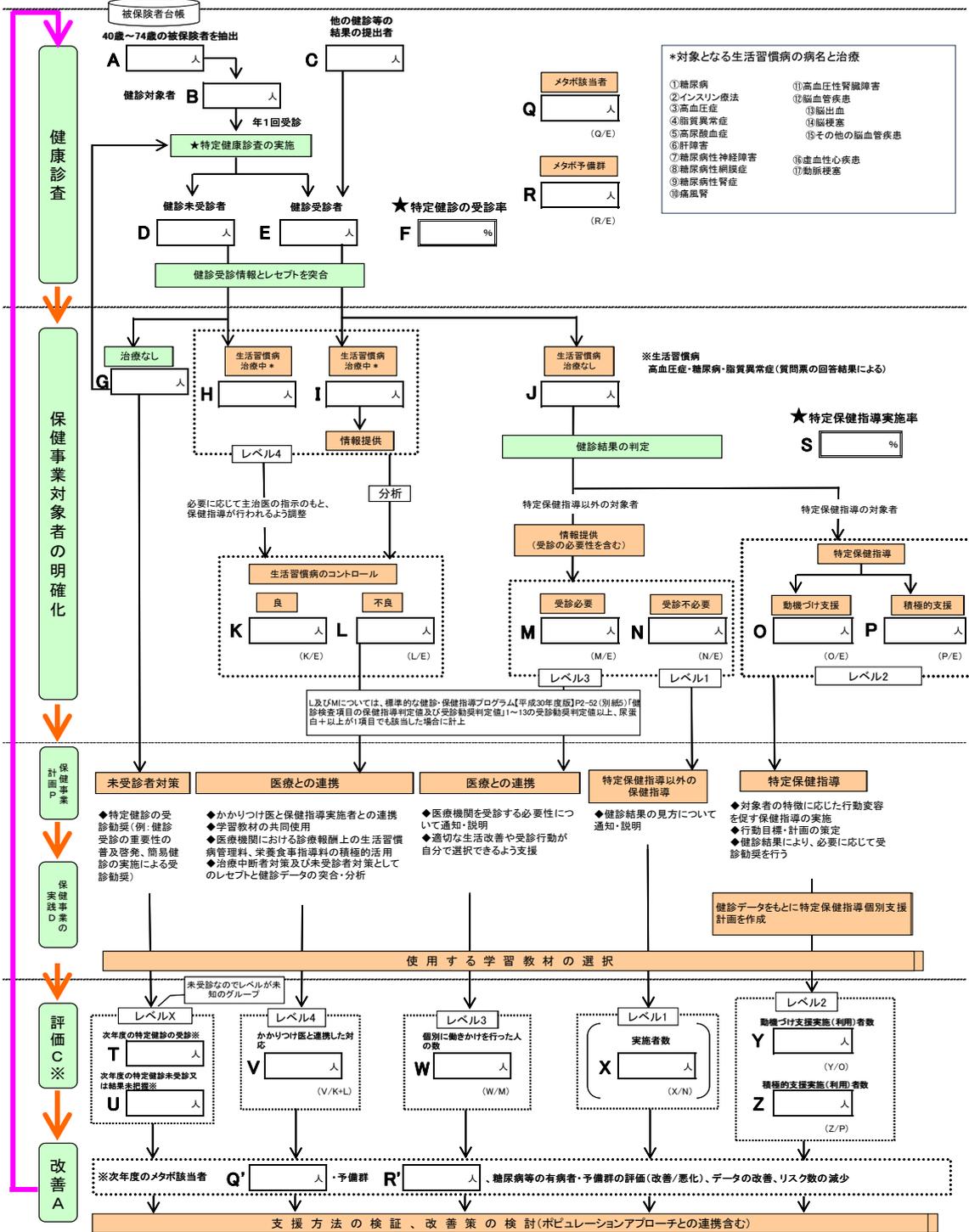
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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 47 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



出典：ヘルサポートラボツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

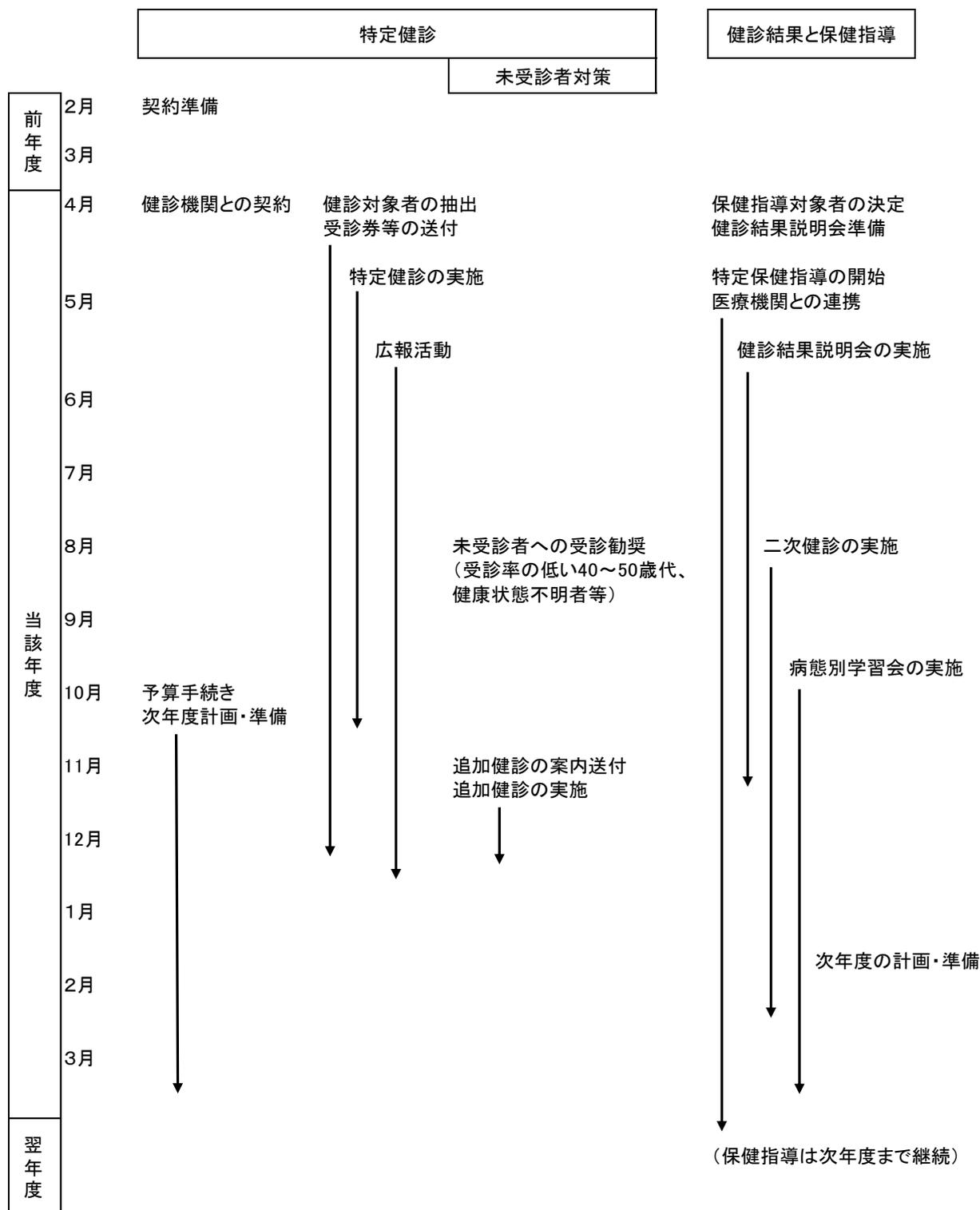
図表 48 要保健指導対象者の見込み

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 (受診者の割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	472人 (7.4%)	95%
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	1,283人 (20.0%)	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: 受診率が低い年代への受診勧奨、追加健診の実施等)	5,867人 ※受診率目標達成までにあと1,569人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,775人 (27.7%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,884人 (45.0%)	50%

(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、PDCAサイクルで実践していくために、年間実施スケジュールを作成して進捗状況管理を行います。

図表 49 健診・保健指導年間スケジュール



## 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、医療関係法令及び各種ガイドライン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、特定健診等データ管理システムで行います。

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診等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 日までに社会保険診療報酬支払基金へ報告します。

## 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、高山市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果の改善を目指します。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・虚血性心疾患・脳血管疾患の重症化予防等の取組を行います。

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

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

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

## II. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度実績で1,532人(23.9%)です。そのうち治療なしが512人(14.5%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が245人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、512人中205人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 50 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ										令和04年度									
脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				＜参考＞ 健診受診者(受診率)									
科学的根拠に基づき			脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告書))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)									
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 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;">※脳卒中のデータはレセプトのみより 非心原性脳梗塞</p>			心筋梗塞		労作性 狭心症		安静 狭心症		6,414人 52.2%							
優先すべき課題の明確化										■各疾患の治療状況									
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出			高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)		治療中		治療なし		
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		高血圧 1,897 4,517		
該当者数			239 3.7%		73 1.1%		160 2.5%		134 2.1%		654 10.2%		472 7.4%		255 4.0%		脳質異常症 1,634 4,780		
治療なし			147 3.3%		27 0.8%		140 2.9%		108 2.3%		108 3.1%		279 4.7%		76 2.2%		糖尿病 455 5,957		
(再掲) 特定保健指導			34 14.2%		8 11.0%		33 20.6%		42 31.3%		108 16.5%		48 10.2%		19 7.5%		3疾患 いづれか 2,884 3,530		
治療中			92 4.8%		46 1.6%		20 1.2%		26 1.6%		546 18.9%		193 42.4%		179 6.2%		※問診結果による		
臓器障害 あり			57 38.8%		27 100.0%		59 42.1%		42 38.9%		43 39.8%		133 47.7%		76 100.0%		1,020 35.4%		
CKD(専門医対象者)			6		1		9		8		5		15		76		76		
心電図所見あり			55		27		55		37		42		127		33		202		
臓器障害 なし			90 61.2%		--		81 57.9%		66 61.1%		65 60.2%		146 52.3%		--		--		
重症化予防対象者 (実人数)										1,532 23.9%		512 14.5%		205 13.4%		245 47.9%			

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

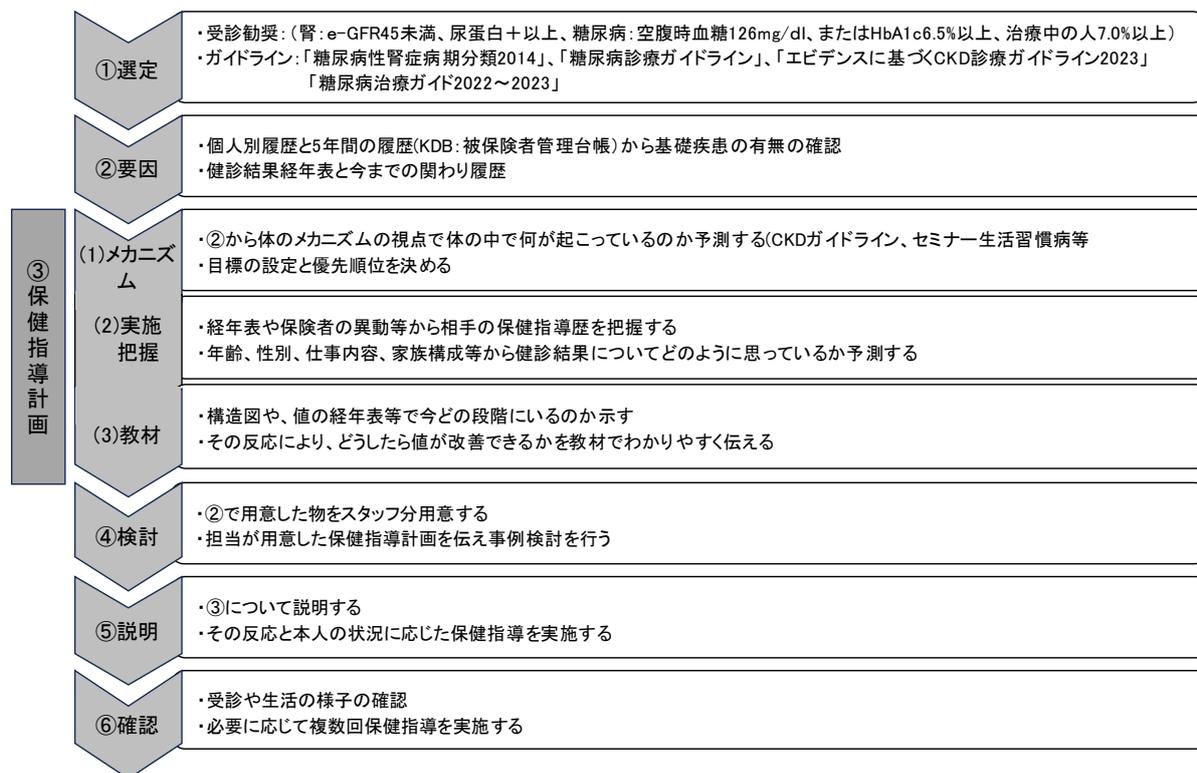
## 1) 基本的な考え方

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)、岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び高山市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 51 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 51 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、高山市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

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、脂質異常症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)を基盤とします。

図表 52 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。

本市においては、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)の把握は可能です。尿アルブミンについては、CKD診療ガイド2023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尿蛋白(+)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。なお、本市では、糖尿病性腎症の早期発見のため特定健診においてHbA1c8.0%以上の者には尿中アルブミン検査を実施しています。

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、292人(39.1%・F)でした。40~74歳における糖尿病治療者2,758人(H)のうち、特定健診受診者が455人(60.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者2,303人(83.5%・I)については、治療中ではありますが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要となります。(図表53)

### ③介入方法と優先順位

図表 53 より本市における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）・・・292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）・・・228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、電話等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位 3

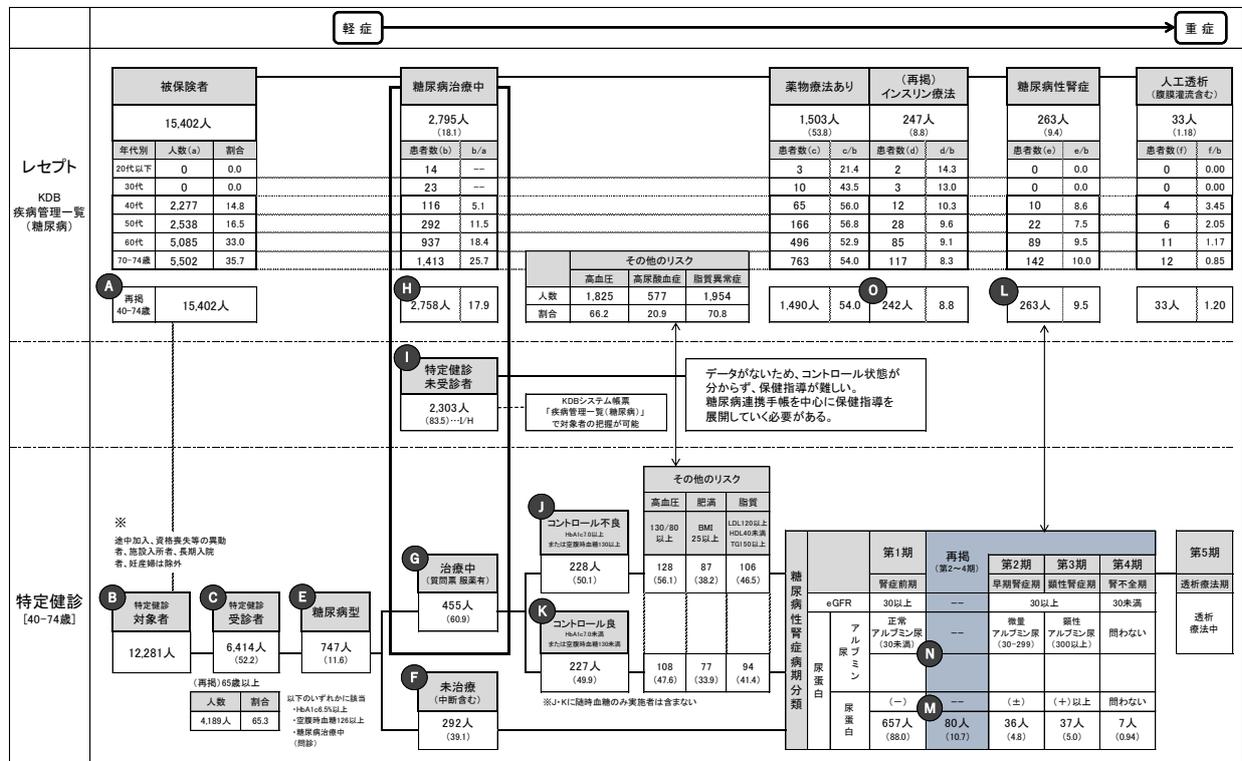
##### 【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を管理台帳で把握
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 53 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

出典：ヘルスサポートラボツール

### 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、喫煙などのリスク因子の管理も重要となります。本市においては、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保健指導を行っていきます。

#### (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では糖尿病性腎症の早期発見のため HbA1c8.0%以上の者には尿中アルブミン検査を実施していますが、主に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期を見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、尿蛋白定性(±)の者には、二次健診等を活用して尿中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。

また、肥満や耐糖能異常がある方に対しては、39歳以下の健診受診者も含め、75g糖負荷試験を実施し、糖尿病の発症予防に取り組みます。

### 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高山市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

### 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、高年介護課や地域包括支援センター等と連携していきます。

### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価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 54 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 (腎機能) の変化 (1 年で 25%以上の低下、1 年で 5 ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 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

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

図表 54 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	高山市										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合									
1	① 被保険者数	A	21,475人		20,634人		19,859人		19,395人		18,738人				
	② (再掲)40-74歳		16,444人		15,822人		15,305人		15,147人		14,672人				
2	① 特定健診 対象者数	B	14,416人		13,869人		13,674人		13,353人		12,281人				
	② 受診者数		7,708人		7,482人		6,420人		6,935人		6,414人				
	③ 受診率		53.5%		53.9%		47.0%		51.9%		52.2%				
3	① 特定保健指導 対象者数		600人		597人		542人		576人		462人				
	② 実施率		91.7%		91.5%		91.7%		88.5%		89.8%				
4	①-⑪ 健診データ	E	770人 10.0%		821人 11.0%		775人 12.1%		785人 11.3%		803人 11.6%				
			F	263人 34.2%		298人 36.3%		305人 39.4%		281人 35.8%		312人 38.9%			
				G	507人 65.8%		523人 63.7%		470人 60.6%		504人 64.2%		491人 61.1%		
			J		239人 47.1%		272人 52.0%		249人 53.0%		257人 51.0%		250人 50.9%		
				139人 58.2%		160人 58.8%		146人 58.6%		166人 64.6%		146人 58.4%			
				88人 36.8%		95人 34.9%		95人 38.2%		96人 37.4%		98人 39.2%			
			M	268人 52.9%		251人 48.0%		221人 47.0%		247人 49.0%		241人 49.1%			
				658人 85.5%		739人 90.0%		690人 89.0%		702人 89.4%		706人 87.9%			
				50人 6.5%		30人 3.7%		31人 4.0%		29人 3.7%		37人 4.6%			
				53人 6.9%		39人 4.8%		35人 4.5%		36人 4.6%		41人 5.1%			
			4人 0.5%		5人 0.6%		7人 0.9%		9人 1.1%		8人 1.0%				
5	①-⑯ レセプト	H	91.3人		91.2人		92.6人		100.8人		102.3人				
			118.5人		117.9人		118.9人		128.2人		129.9人				
			11,122件 (700.0)		11,201件 (733.5)		10,976件 (726.4)		11,370件 (774.7)		11,011件 (803.1)		2,480,774件 (911.6)		
			70件 (4.4)		74件 (4.8)		68件 (4.5)		54件 (3.7)		39件 (2.8)		10,514件 (3.9)		
			1,961人 9.1%		1,881人 9.1%		1,839人 9.3%		1,955人 10.1%		1,916人 10.2%				
			1,948人 11.8%		1,866人 11.8%		1,819人 11.9%		1,942人 12.8%		1,906人 13.0%				
			1,441人 74.0%		1,359人 72.8%		1,349人 74.2%		1,438人 74.0%		1,415人 74.2%				
			189人 9.6%		166人 8.8%		158人 8.6%		170人 8.7%		158人 8.3%				
			189人 9.7%		164人 8.8%		157人 8.6%		169人 8.7%		158人 8.3%				
			190人 9.7%		174人 9.3%		185人 10.1%		167人 8.5%		174人 9.1%				
			190人 9.8%		174人 9.3%		182人 10.0%		164人 8.4%		172人 9.0%				
			28人 1.4%		27人 1.4%		29人 1.6%		27人 1.4%		29人 1.5%				
			28人 1.4%		27人 1.4%		29人 1.6%		27人 1.4%		29人 1.5%				
			13人 0.7%		12人 0.6%		11人 0.6%		23人 1.2%		16人 0.8%				
			8人 0.4%		4人 0.2%		7人 0.4%		7人 0.4%		3人 0.2%				
			30人 1.0%		34人 1.1%		29人 1.0%		30人 0.9%		34人 1.0%				
6	①-⑮ 医療費	62億2138万円		59億9939万円		57億9268万円		59億9594万円		56億9477万円		50億8753万円			
		33億5997万円		32億5466万円		31億8086万円		32億7750万円		31億3885万円		27億0662万円			
		54.0%		54.2%		54.9%		54.7%		55.1%		53.2%			
		10,822円		11,968円		10,460円		11,189円		11,882円		6,937円			
		27,020円		26,557円		29,564円		28,302円		29,587円		38,519円			
		3億1779万円		3億2453万円		3億2426万円		3億2394万円		3億1078万円		2億9434万円			
		9.5%		10.0%		10.2%		9.9%		9.9%		10.9%			
		8億7227万円		8億9407万円		9億0748万円		9億2727万円		9億2083万円					
		35,282円		36,069円		36,289円		36,789円		38,488円					
		4億4760万円		4億6426万円		5億2946万円		4億7320万円		4億3671万円					
		619,940円		648,414円		677,924円		691,819円		740,187円					
		15日		15日		16日		16日		16日					
		2億5177万円		2億5636万円		2億8145万円		2億6101万円		2億7260万円		2億2640万円			
		2億4240万円		2億4536万円		2億6812万円		2億4992万円		2億6125万円		2億1152万円			
		937万円		1100万円		1333万円		1109万円		1135万円		1487万円			
7	①-② 介護	82億1847万円		83億3207万円		83億9133万円		83億9754万円		82億7940万円		56億7154万円			
		8件 14.8%		7件 15.2%		5件 8.9%		4件 8.0%		5件 10.6%					
8	① 死亡	6人 0.5%		7人 0.6%		7人 0.6%		8人 0.7%		4人 0.4%		3,958人 1.0%			

出典:ヘルスサポートラボツール

## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

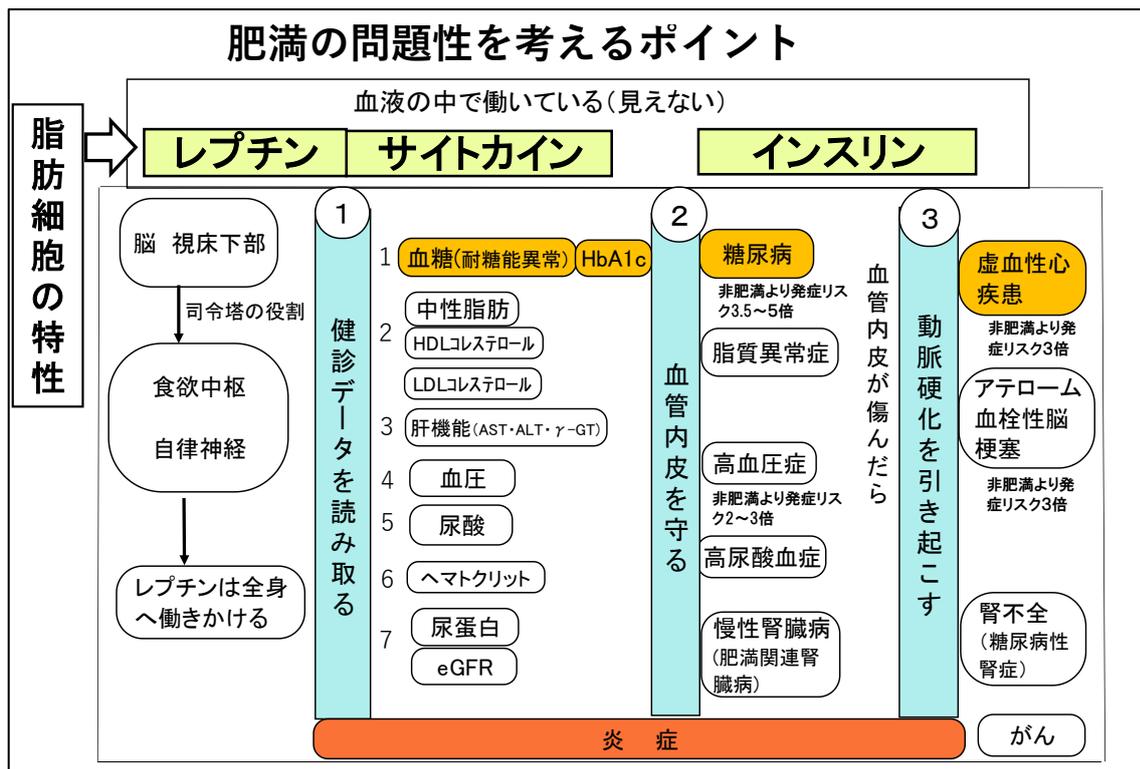
### 1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併し、心血管病を発症しやすい状態です。

「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、取組にあたっては図表 55 に基づいて考えていきます。

図表 55 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 56 肥満度分類による実態

実数:人

	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	2,225	4,189	546	821	447	741	83	76	13	4	3	0	
				24.5%	19.6%	20.1%	17.7%	3.7%	1.8%	0.6%	0.1%	0.1%	0.0%
再掲	男性	1,022	1,840	338	440	285	411	48	28	3	1	2	0
	女性	1,203	2,349	208	381	162	330	35	48	10	3	1	0
				17.3%	16.2%	13.5%	14.0%	2.9%	2.0%	0.8%	0.1%	0.1%	0.0%

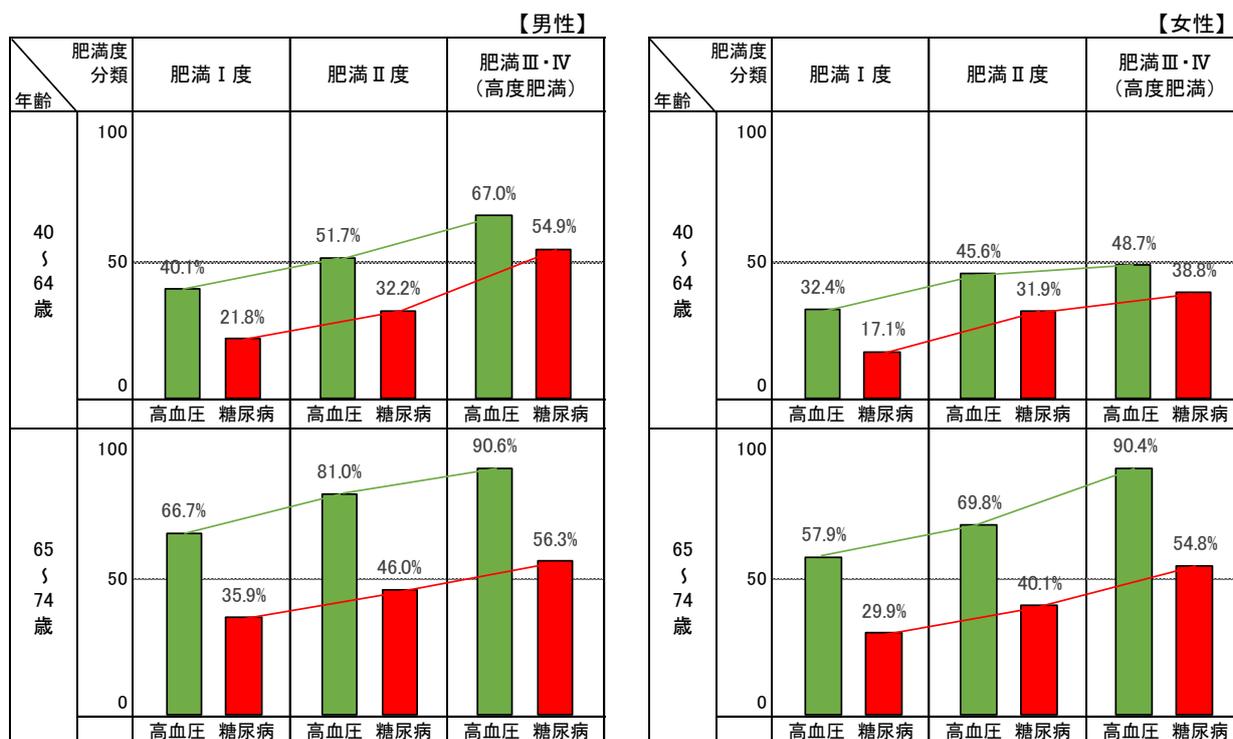
出典:ヘルスサポートラボツール

(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。

図表 57 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？

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？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



図表 57 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っており、両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、特に若い年代（40～64 歳）を対象とすると効率が良いとわかります。

### 3)対象者の明確化

図表 58 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

実数：人

		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	2,862	343	394	935	1,190	3,552	340	420	1,337	1,455	
メタボ該当者	B	475	32	60	172	211	179	9	26	67	77	
	B/A	16.6%	9.3%	15.2%	18.4%	17.7%	5.0%	2.6%	6.2%	5.0%	5.3%	
再掲	① 3項目全て	C	106	0	17	41	48	44	2	7	17	18
		C/B	22.3%	0.0%	28.3%	23.8%	22.7%	24.6%	22.2%	26.9%	25.4%	23.4%
	② 血糖＋血圧	D	69	5	6	18	40	15	1	2	7	5
		D/B	14.5%	15.6%	10.0%	10.5%	19.0%	8.4%	11.1%	7.7%	10.4%	6.5%
	③ 血圧＋脂質	E	274	22	33	104	115	114	4	16	42	52
		E/B	57.7%	68.8%	55.0%	60.5%	54.5%	63.7%	44.4%	61.5%	62.7%	67.5%
	④ 血糖＋脂質	F	26	5	4	9	8	6	2	1	1	2
		F/B	5.5%	15.6%	6.7%	5.2%	3.8%	3.4%	22.2%	3.8%	1.5%	2.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 59 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	2,862	475	16.6%	386	81.3%	89	18.7%	3,552	179	5.0%	160	89.4%	19	10.6%		
40代	343	32	9.3%	11	34.4%	21	65.6%	340	9	2.6%	7	77.8%	2	22.2%		
50代	394	60	15.2%	40	66.7%	20	33.3%	420	26	6.2%	21	80.8%	5	19.2%		
60代	935	172	18.4%	144	83.7%	28	16.3%	1,337	67	5.0%	59	88.1%	8	11.9%		
70～74歳	1,190	211	17.7%	191	90.5%	20	9.5%	1,455	77	5.3%	73	94.8%	4	5.2%		

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 58)の状況を男女別にみると、男性の割合が高く、50代から増加傾向にあります。

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 59)は、男女も治療中の割合が高くなっていますが、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。

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ます。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、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)科学的根拠に基づいた保健指導

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、肥満症診療ガイドライン 2022 等を参考に保健指導を行っていきます。

#### (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、国保ヘルスアップ事業等を活用して二次健診で動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防を目指します。

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

### 5) 医療との連携

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。

## 6) 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、高年介護課や地域包括支援センター等と連携していきます。

## 7) 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。

## 8) 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

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載し、台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

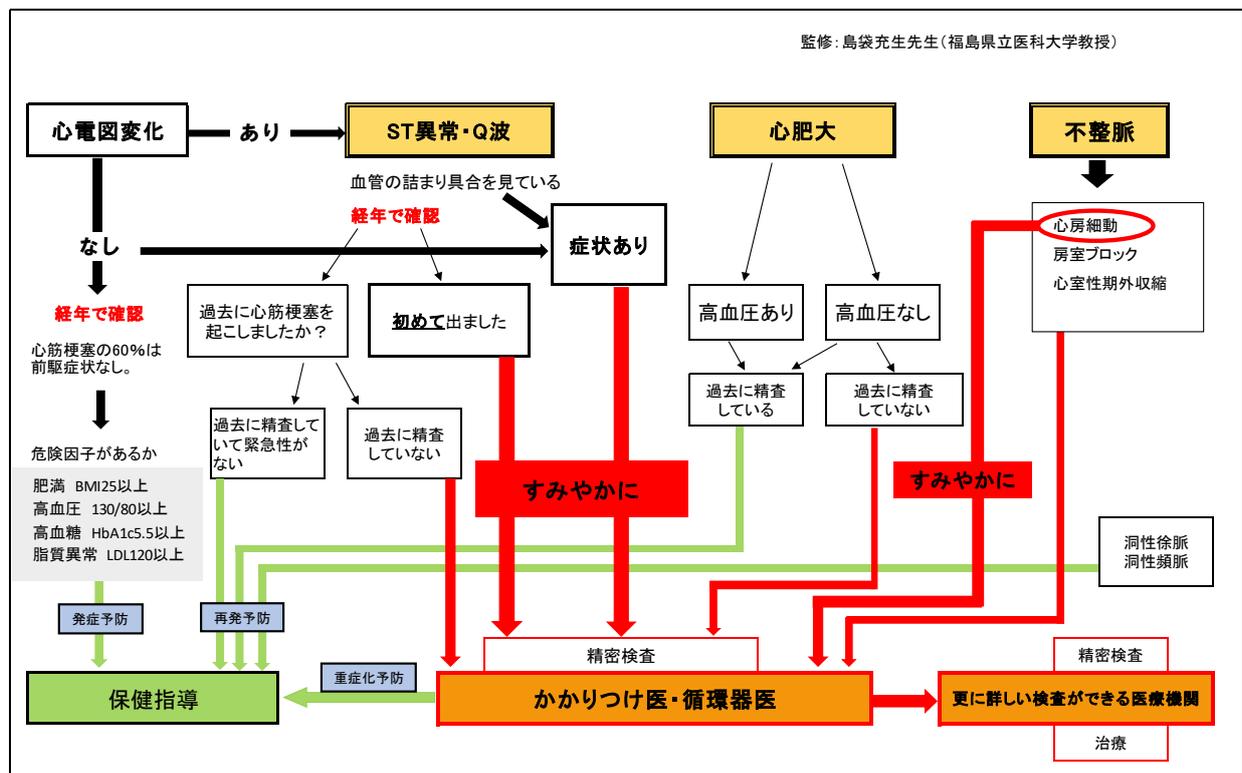
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

医療機関への受診勧奨者及び保健指導対象者の選定は、図表 60 に基づいて行います。

図表 60 心電図所見からのフロー図



##### (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。

本市においては、心電図検査を 6,391 人(99.6%)に実施し、そのうち有所見者が 2,424 人(37.9%)でした。(図表 61)

また、有所見者のうち要精査が 188 人(7.8%)で、その後の受診状況をみると 35 人(18.6%)は未受診でした。(図表 62)。

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 61 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	6,391	99.6%	2,424	37.9%	12	0.5%	76	3.1%	0	0.0%	230	9.5%	3	0.1%	306	12.6%	73	3.0%	270	11.1%	
内訳	男性	2,855	92.6%	1,150	40.3%	11	1.0%	47	4.1%	0	0.0%	146	12.7%	3	0.3%	210	18.3%	63	5.5%	141	12.3%
	女性	3,536	92.0%	1,274	36.0%	1	0.1%	29	2.3%	0	0.0%	84	6.6%	0	0.0%	96	7.5%	10	0.8%	129	10.1%

高山市調べ

図表 62 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	2,424	37.8%	188	7.8%	153	81.4%	35	18.6%
男性	1,150	40.3%	136	11.8%	112	82.4%	24	17.6%
女性	1,274	35.7%	52	4.1%	41	78.8%	11	21.2%

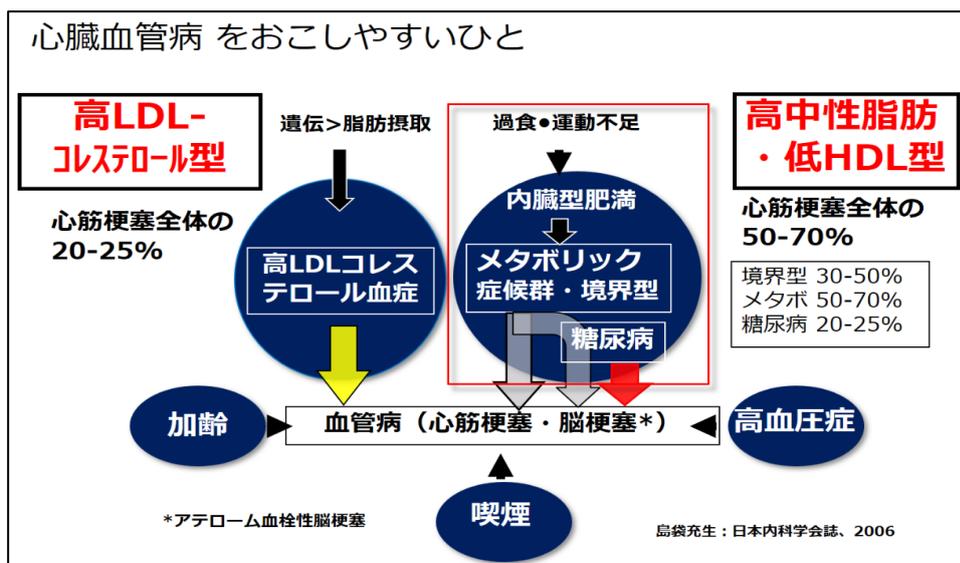
高山市調べ

## ②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない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%は前駆症状がないため)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 63)

図表 63 心血管病をおこしやすいひと



図表 63 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボリックシンドロームタイプについては、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 58・59)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプについては(図表 64) を参照します。

図表 64 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決定 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)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
2,530			1,259	797	334	140	47	86	186	155	
			49.8%	31.5%	13.2%	5.5%	9.9%	18.1%	39.2%	32.7%	
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)	409	238	108	48	15	32	31	0	0
			16.2%	18.9%	13.6%	14.4%	10.7%	68.1%	36.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	1,029	475	352	141	61	5	32	114	51
			40.7%	37.7%	44.2%	42.2%	43.6%	10.6%	37.2%	61.3%	32.9%
高リスク	120未満 (150未満)	873	435	264	122	52	8	16	63	87	
		34.5%	34.6%	33.1%	36.5%	37.1%	17.0%	18.6%	33.9%	56.1%	
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)	219	111	73	23	12	2	7	9	17
			8.7%	8.8%	9.2%	6.9%	8.6%	4.3%	8.1%	4.8%	11.0%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	40	20	11	4	5	0	1	3	5
			1.6%	1.6%	1.4%	1.2%	3.6%	0.0%	1.2%	1.6%	3.2%

※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。治療が必要である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

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、介入していきます。

「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 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、下記の検査方法を用います。

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))

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

また、尿中アルブミン検査からも心血管イベントの予測ができるため、尿中アルブミン検査も実施します。

#### (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、高年介護課や地域包括支援センター等と連携していきます。

### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価につ

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

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載し、台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

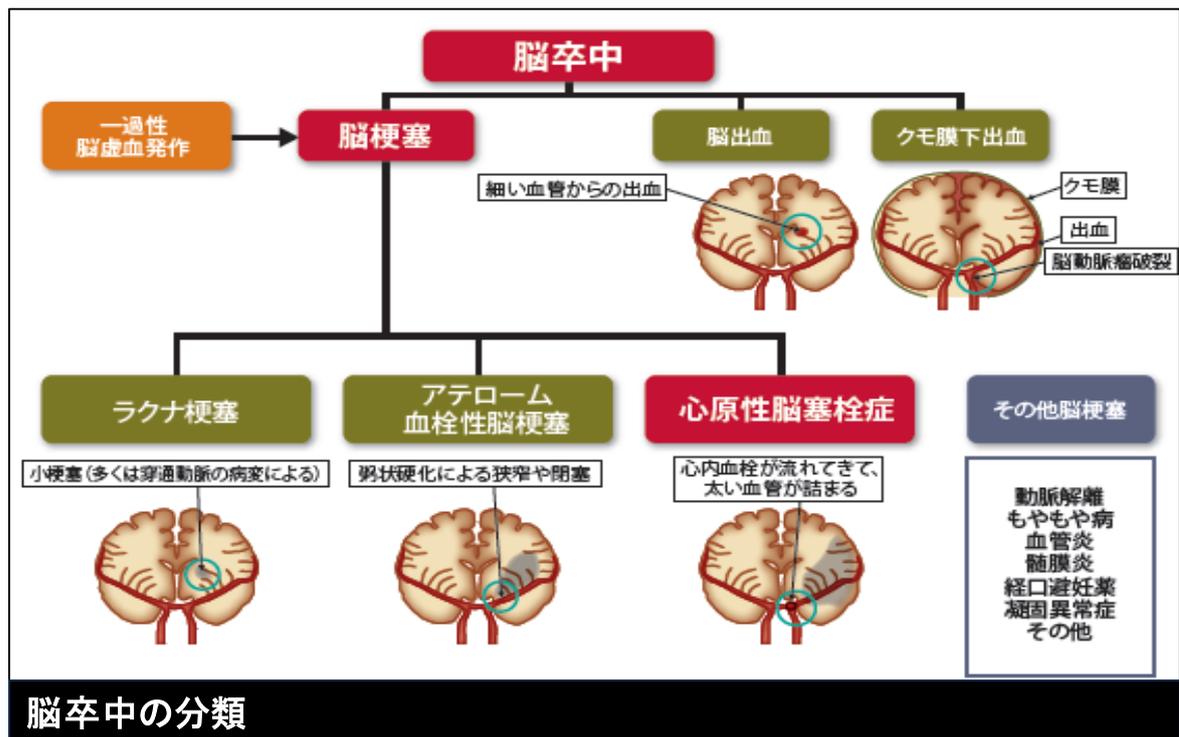
## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 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 65,66)

図表 65 脳卒中の分類

#### 【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 66 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 (○はハイリスク等)		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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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、最大の危険因子です。図表 67 でみると、高血圧治療者 5,193 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 446 人(8.6%・O)でした。

健診結果をみると特定健診受診者 6,414 人(C)のうち、Ⅱ度高血圧とⅢ度高血圧は 239 人(3.7%)であり、そのうち 147 人(61.5%)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。

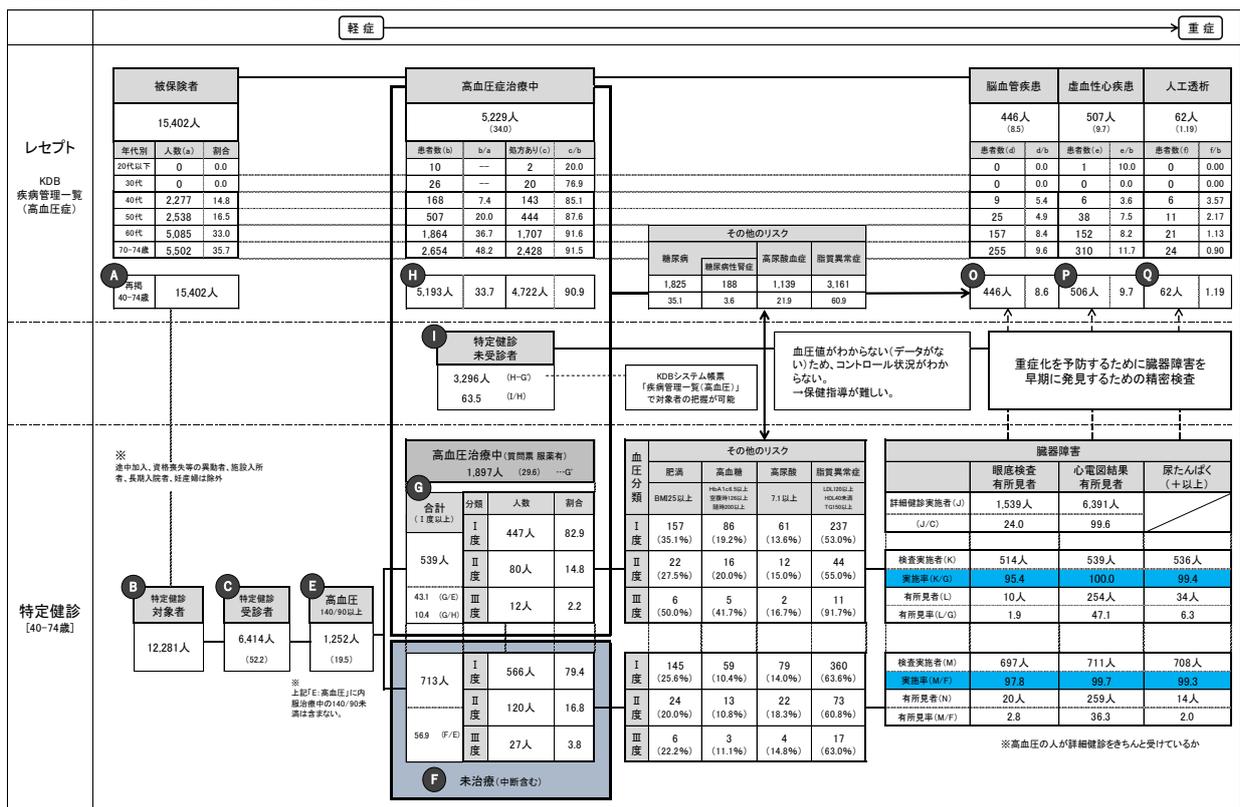
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧とⅢ度高血圧が 92 人(4.8%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっており、96.7%で実施しています。

図表 67 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 68 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ります。

図表 68 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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化			
		p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	1,871	1,158 61.9%	566 30.3%	120 6.4%	27 1.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	126 6.7%	C 89 7.7%	B 29 5.1%	B 7 5.8%	A 1 3.7%
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	1,076 57.5%	C 678 58.5%	B 321 56.7%	A 64 53.3%	A 13 48.1%
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	669 35.8%	B 391 33.8%	A 216 38.2%	A 49 40.8%	A 13 48.1%

…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	356
		19.0%
B	概ね1か月後に再評価	748
		40.0%
C	概ね3か月後に再評価	767
		41.0%

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳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

## (3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流に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。

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 69 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	2,862	3,552	2,855	99.8%	3,536	99.5%	63	2.2%	10	0.3%	--	--
40代	343	340	343	100.0%	338	99.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	394	420	393	99.7%	418	99.5%	3	0.8%	1	0.2%	0.8%	0.1%
60代	935	1,337	933	99.8%	1,332	99.6%	25	2.7%	2	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,190	1,455	1,186	99.7%	1,448	99.5%	35	3.0%	7	0.5%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 70 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
73	8	11.0%	65	89.0%

高山市調べ

図表 69 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を示しています。心電図検査において 73 人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。

また、図表 70 の心房細動有所見者の治療状況をみると、心電図有所見者 73 人のうち 65 人は既に治療が開始されていましたが、8 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性の周知と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、今後も特定健診受診者全員に心電図検査を実施します。

### 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。

## (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、介入していきます。

「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、下記の検査方法を用います。

- 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))
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

また、尿中アルブミン検査からも心血管イベントの予測ができるため、尿中アルブミン検査も実施します。

## (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、未治療者や治療中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

### ② 心房細動有所見者の管理

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、高年介護課や地域包括支援センター等と連携していきます。

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価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

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

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

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

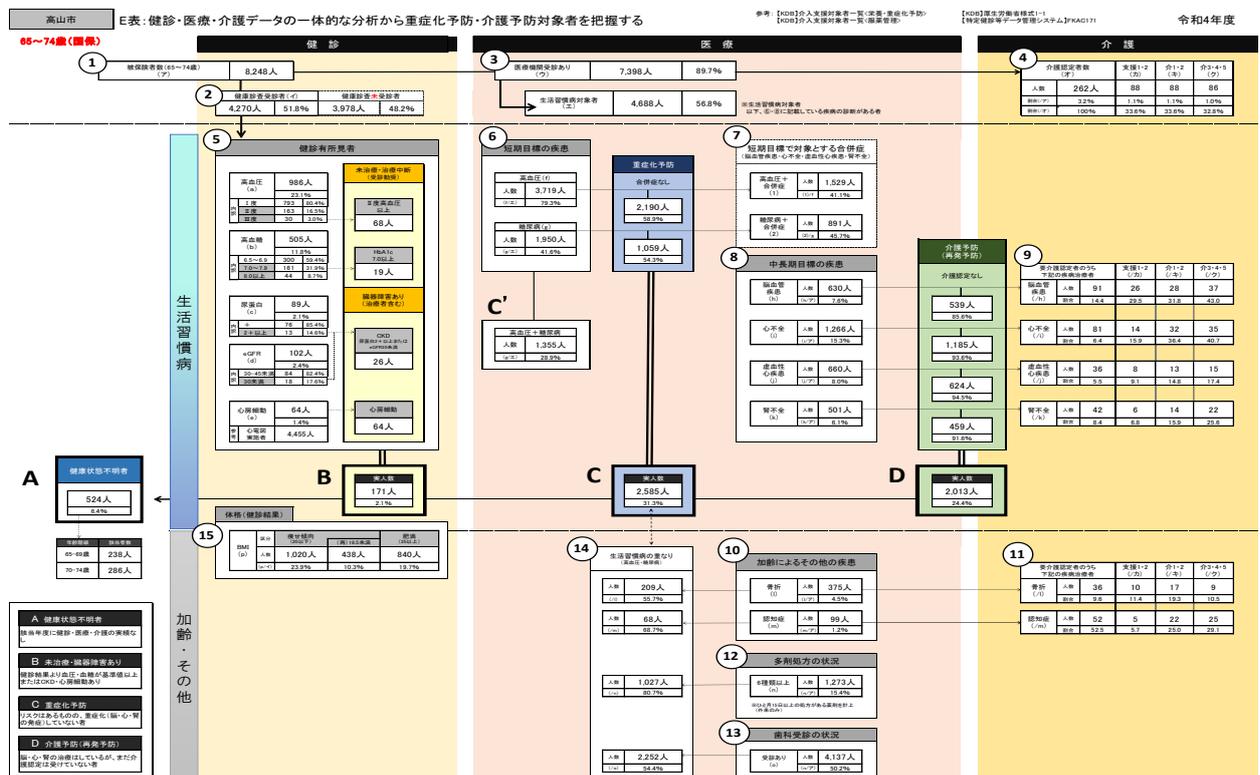
具体的には、

##### 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、フレイル、認知症予防のための健康教室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 71 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 地域ケアに係る取組

### 1) 地域包括ケアシステム

団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎えると考えられる2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、いかにして要介護リスクが高まる年齢を先延ばしにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要となります。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人口透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸につながります。

要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくため、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえてKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する重症化予防の取組そのものが、介護予防として捉えることができます。

国保では被保険者のうち、65歳以上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います。このような状況を鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても高山市にとっても非常に重要です。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援につなげていくためには、医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながります。

高山市では、平成27年4月から地域包括支援センター業務を(社福)高山市社会福祉協議会に委託して、センターを市役所内に、ランチを支所に設置して身近な地域で相談を受けることができる体制を取っています。

### 2) 地域ケア会議

地域ケア会議は、地域包括支援センターが主体となって市内11か所で医療・介護・福祉・地域の関係者により開催しています。

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるため、直面する課題等について議論する地域ケア会議に保険者として参加すべきケースについて、積極的に参加しています。

## V. 発症予防

生活習慣病が成人期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。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期等の健診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、健診データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。

図表 72 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)			
													発症予防		重症化予防			
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 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者 健康診査 (第125条)				
		妊娠前	妊娠中	産後 1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 児 / 幼稚園 児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第 13・44条)	標準的な特定健診・保健 導プログラム(第2章)					
5	対象 者 健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上										
		HbA1c	6.5%以上					6.5%以上										
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上															
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
		(診断) 妊娠糖 尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの															
		身長 体重																
		BMI				かつ18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上					25以上				
		尿糖	(+) 以上						(+) 以上									
糖尿病 家族歴																		

## VI. ポピュレーションアプローチ

### 1) 医療費の適正化の取組

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。

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 73、74)

また、ジェネリック医薬品の普及率の向上や重複頻回受診等の抑制についても広く被保険者に周知していきます。

#### 【医療費適正化対策事業(ジェネリック医薬品差額通知)】

レセプトデータから、後発医薬品(ジェネリック)に変更した場合の差額を被保険者へ通知し、後発医薬品の使用促進につなげます。

#### 【重複頻回受診者訪問指導事業】

重複頻回受診者及び重複多剤投与者に対し訪問指導を実施し、適正な医療受診につなげます。

### 2) 健康意識の向上

被保険者の健康づくりに向けた意識や行動の変容を図ることを目的として、被保険者がそれぞれの年齢や健康状態に応じ、健康づくりの取組を始めるきっかけや継続するための支援を行うため、次の事業を推進していきます。

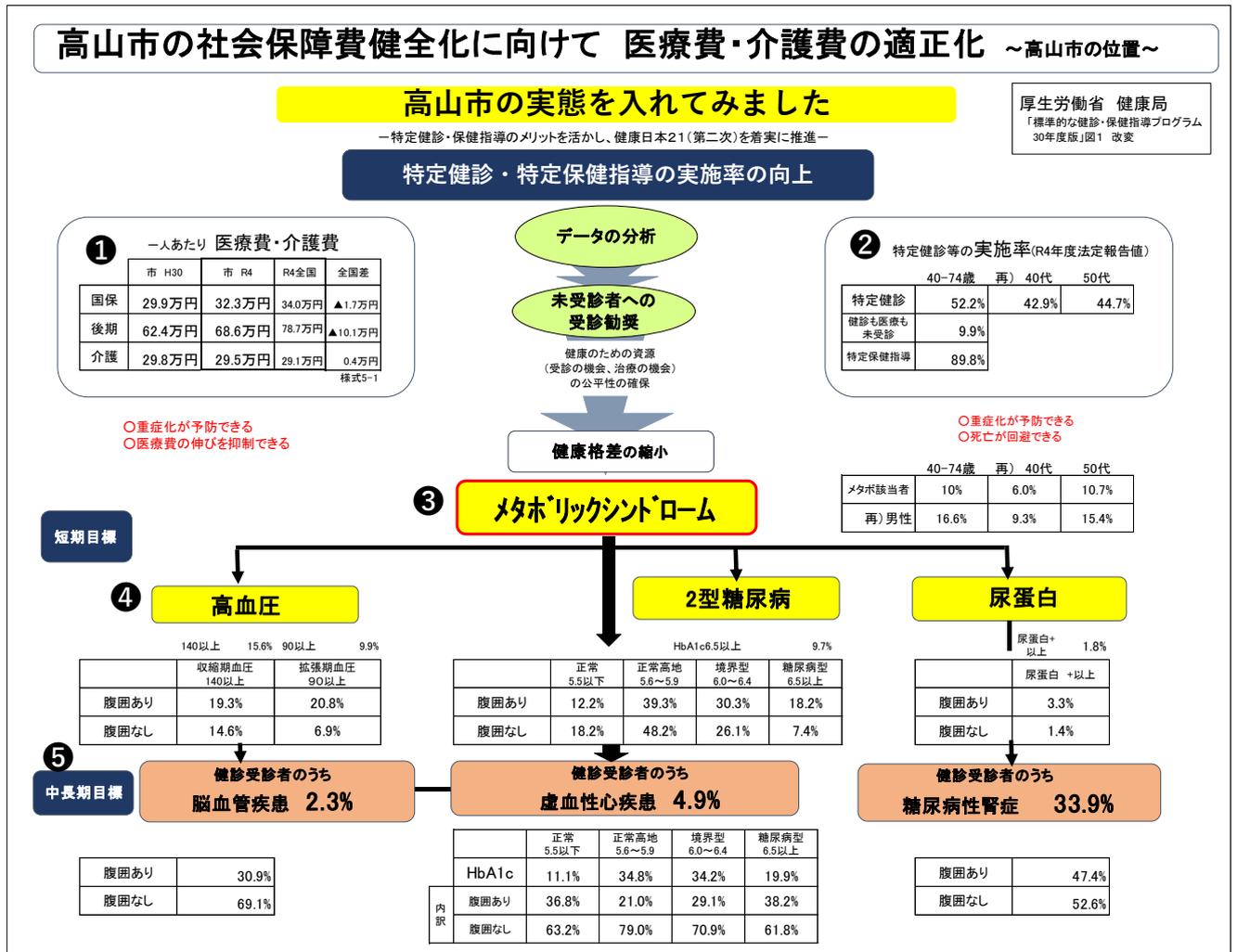
#### (1) 広報、啓発イベント等を活用した情報発信

市ホームページ、広報たかやま、ヒッツFM、ヒットネットTV等の情報媒体を積極的に活用し情報発信を行い健康意識の醸成を図ります。

#### (2) 健康づくり事業

被保険者へ運動するきっかけを提供し健康意識を醸成するため、健康づくりウォーキング等を開催します。

図表 73 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 74 統計からみえる岐阜市(県庁所在地)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)	食品名	全国ランキング (飲食費)
キャンデー	1位	外食全体	2位
ハム	1位	すし	2位
チョコレート	2位	和食	1位
和生菓子	2位	中華食	1位
スナック菓子	3位	洋食	1位
食品名	全国ランキング (購入量)	喫茶代	1位
生鮮魚介	48位		
はくさい	41位		
たまねぎ	45位		
しめじ	46位		

## 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。

本計画は、ホームページ等で公表するとともに、様々な機会を通じて周知・啓発を図ります。

### 2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等での個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じるとともに、要配慮個人情報に該当する健診データやレセプトに関する情報は特に慎重に取り扱い、適正な利用に努めます。

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた高山市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL コレステロールの年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた高山市の位置

項目		高山市										同規模平均		岐阜県		国		データ元 (CSV)		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	① 人口構成	総人口	89,070		89,070		89,070		89,070		84,039		16,969,503		1,939,486		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	27,550	30.9	27,550	30.9	27,550	30.9	27,550	30.9	28,093	33.4	5,164,670	30.4	593,751	30.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上	14,164	15.9	14,164	15.9	14,164	15.9	14,164	15.9	15,026	17.9	--	--	307,534	15.9	18,248,742	14.8		
		65～74歳	13,386	15.0	13,386	15.0	13,386	15.0	13,386	15.0	13,067	15.5	--	--	286,217	14.8	17,087,063	13.9		
		40～64歳	29,121	32.7	29,121	32.7	29,121	32.7	29,121	32.7	27,726	33.0	--	--	643,485	33.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下	32,399	36.4	32,399	36.4	32,399	36.4	32,399	36.4	28,220	33.6	--	--	702,250	36.2	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	10.9		10.9		10.9		10.9		10.9		5.6		3.2		4.0		KDB NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	23.0		23.0		23.0		23.0		23.0		28.6		33.1		25.0			
		第3次産業	66.1		66.1		66.1		66.1		66.1		65.8		63.7		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.2		80.2		80.2		80.2		80.2		80.7		81.0		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.1		86.1		86.1		86.1		86.1		87.0		86.8		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.2		78.6		79.2		79.5		80.0		80.1		80.8		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性	82.6		83.0		83.7		84.6		85.0		84.4		84.5		84.4				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性		100.6		100.6		100.3		100.3		100.3		99.5		100.0		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性		97.8		97.8		103.4		103.4		101.2		102.5		100.0			
		がん	306	48.9	272	47.1	254	44.6	265	47.2	262	49.2	53,892	49.4	6,043	50.8	378,272	50.6		
	心臓病	160	25.6	151	26.1	162	28.4	164	29.2	159	29.8	30,362	27.8	3,281	27.6	205,485	27.5			
	脳疾患	109	17.4	114	19.7	106	18.6	86	15.3	78	14.6	16,001	14.7	1,678	14.1	102,900	13.8			
	糖尿病	6	1.0	7	1.2	7	1.2	8	1.4	4	0.8	2,063	1.9	166	1.4	13,896	1.9			
	腎不全	24	3.8	20	3.5	20	3.5	19	3.4	15	2.8	3,958	3.6	444	3.7	26,946	3.6			
	自殺	21	3.4	14	2.4	21	3.7	20	3.6	15	2.8	2,854	2.6	291	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	89	7.9	77	6.7	77	7.1	88	7.5	88	7.1			1,838	7.0	129,016	8.2		厚労省HP 人口動態調査
		男性	61	10.9	52	8.8	46	9.0	54	9.3	61	9.5			1,228	9.1	84,891	10.6		
女性		28	5.0	25	4.5	31	5.4	34	5.7	27	4.5			610	4.8	44,125	5.7			
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	5,242	18.9	5,274	19.1	5,280	19.1	5,358	19.3	5,291	19.1	932,725	18.1	106,977	18.1	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	85	0.3	61	0.2	54	0.2	74	0.3	82	0.3	15,476	0.3	1,890	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	10,545	7.7	11,679	8.4	12,673	9.2	13,271	9.6	13,685	9.8	2,980,586	13.3	374,899	13.1	21,785,044		12.9
			要介護1.2	65,371	47.5	65,639	47.3	63,013	45.8	63,765	45.9	64,280	45.9	10,399,684	46.4	1,239,390	43.4	78,107,378		46.3
			要介護3以上	61,569	44.8	61,372	44.3	61,971	45.0	61,867	44.5	62,229	44.4	9,019,896	40.3	1,241,248	43.5	68,963,503		40.8
	2号認定者	78	0.3	75	0.3	82	0.3	82	0.3	76	0.3	20,148	0.4	2,262	0.4	156,107	0.4			
	② 有病状況	糖尿病	1,030	19.1	1,076	19.8	1,136	20.5	1,159	20.6	1,160	21.1	237,003	24.2	32,279	28.8	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	2,634	49.8	2,679	49.9	2,720	49.7	2,857	50.5	2,863	51.6	523,600	53.8	63,115	56.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	1,452	26.4	1,464	27.2	1,501	27.1	1,596	28.0	1,626	28.9	312,282	31.8	37,888	33.7	2,308,216	32.6		
		心臓病	3,260	61.2	3,283	61.4	3,328	61.0	3,460	61.5	3,388	61.8	590,733	60.8	72,756	65.5	4,224,628	60.3		
脳疾患		1,288	24.4	1,207	23.3	1,212	22.6	1,218	21.9	1,141	21.1	221,742	23.1	24,300	22.2	1,568,292	22.6			
がん		447	8.3	443	8.3	448	8.1	531	8.6	486	8.8	111,991	11.3	12,564	11.2	837,410	11.8			
筋・骨格		2,723	51.5	2,749	51.6	2,801	51.3	2,923	52.0	2,914	52.3	516,731	53.1	62,696	56.4	3,748,372	53.4			
精神	2,045	37.6	1,991	37.5	2,004	36.7	2,044	36.8	2,041	36.9	358,088	37.0	42,026	38.2	2,569,149	36.8				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	298,311	8,218,470,824	302,435	8,332,073,075	304,586	8,391,333,234	304,811	8,397,541,849	294,714	8,279,400,088	274,536	286,208	290,668						
	1件当たり給付費(全体)	59,777		60,077		60,958		60,456		59,057		63,298	59,511	59,662						
	居宅サービス	40,332		40,431		40,615		40,580		39,612		41,822	41,518	41,272						
	施設サービス	268,053		271,734		276,619		273,582		273,710		292,502	284,664	296,364						
④ 医療費等	要介護認定別 医療費 (40歳以上)	認定あり	7,548		7,418		7,557		7,587		7,704		8,654	7,801	8,610					
	認定なし	3,495		3,569		3,688		3,746		3,862		4,013	3,787	4,020						

項目		高山市										同規模平均		岐阜県		国		データ元 (CSV)		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
①	国民の状況	被保険者数	20,793		19,973		19,488		18,792		17,650		3,472,300		409,533		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	9,336	44.9	9,060	45.4	9,089	46.6	8,835	47.0	8,050	45.6	--	--	187,666	45.8	11,129,271	40.5		
		40～64歳	6,553	31.5	6,211	31.1	6,022	30.9	5,841	31.1	5,660	32.1	--	--	127,712	31.2	9,088,015	33.1		
		39歳以下	4,904	23.6	4,702	23.5	4,377	22.5	4,116	21.9	3,940	22.3	--	--	94,155	23.0	7,271,596	26.5		
		加入率	23.3		22.4		21.9		21.1		21.0		20.5		21.1		22.3			
②	医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	1,146	0.3	97	0.2	8,237	0.3		
		診療所数	77	3.7	77	3.9	77	4.0	76	4.0	76	4.3	12,471	3.6	1,610	3.9	102,599	3.7		
		病床数	1,166	56.1	1,158	58.0	1,146	58.8	1,133	60.3	1,133	64.2	206,222	59.4	19,782	48.3	1,507,471	54.8		
		医師数	189	9.1	189	9.5	184	9.4	184	9.8	186	10.5	34,837	10.0	4,580	11.2	339,611	12.4		
		外来患者数	656.9		653.5		611.3		637.8		647.9		719.9		748.2		687.8			
		入院患者数	17.9		17.9		17.4		17.4		16.8		19.6		17.4		17.7			
③	医療費の状況	一人当たり医療費	299,205		300,375		297,243		319,069		322,650	県内40位 同規模218位	366,294		355,308		339,680	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
		受診率	674.8		671.337		628.72		655.197		664.664		739.503		765.634		705.439			
		外来	費用の割合	58.9		59.3		57.9		58.8		61.0		59.5		62.6			60.4	
		件数の割合	97.3		97.3		97.2		97.4		97.5		97.3		97.7		97.5			
		入院	費用の割合	41.1		40.7		42.1		41.2		39.0		40.5		37.4			39.6	
		件数の割合	2.7		2.7		2.8		2.6		2.5		2.7		2.3		2.5			
1件あたり在院日数	16.3日		16.2日		16.4日		16.2日		16.2日		16.3日		15.5日		15.7日					
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源 傷病名(割合含む)	がん	879,078,810	26.2	881,353,410	27.1	925,209,820	29.1	1,091,730,150	33.3	1,025,237,260	32.7	32.0		32.0		32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全(透析あり)	242,402,560	7.2	245,362,980	7.5	268,117,810	8.4	249,921,830	7.6	261,251,350	8.3	7.8		8.1		8.2			
		糖尿病	317,788,960	9.5	324,532,620	10.0	324,261,580	10.2	323,938,350	9.9	310,777,130	9.9	10.9		11.1		10.4			
		高血圧症	257,314,790	7.7	234,976,890	7.2	225,895,670	7.1	220,689,690	6.7	209,996,830	6.7	6.2		6.5		5.9			
		脂質異常症	219,152,450	6.5	216,754,380	6.7	196,592,980	6.2	202,367,540	6.2	179,295,140	5.7	4.0		4.5		4.1			
		脳梗塞・脳出血	158,633,510	4.7	171,460,080	5.2	147,246,510	4.6	112,945,850	3.4	81,609,580	2.6	3.9		3.5		3.9			
		狭心症・心筋梗塞	101,342,930	3.0	80,422,940	2.5	84,954,030	2.7	93,375,020	2.9	90,655,840	2.9	2.7		3.6		2.8			
		精神	611,026,440	18.2	542,104,390	16.7	507,173,280	15.9	499,217,390	15.2	466,408,870	14.9	15.1		14.2		14.7			
		筋・骨格	548,372,720	16.3	532,733,260	16.4	475,304,300	14.9	457,414,670	14.0	490,250,100	15.6	16.4		15.6		16.7			
⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	139	0.1	143	0.1	155	0.1	107	0.1	38	0.0	299	0.2	195	0.1	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
		糖尿病	1,246	1.0	1,633	1.3	1,530	1.2	1,214	0.9	954	0.8	1,297	0.9	1,122	0.8	1,144	0.9		
		脂質異常症	33	0.0	130	0.1	38	0.0	49	0.0	28	0.0	61	0.0	63	0.0	53	0.0		
		脳梗塞・脳出血	6,710	5.5	7,612	6.2	6,648	5.3	5,036	3.8	3,980	3.2	6,621	4.5	5,824	4.4	5,993	4.5		
		虚血性心疾患	3,358	2.7	2,549	2.1	3,671	2.9	3,750	2.9	4,062	3.2	4,143	2.8	5,183	3.9	3,942	2.9		
	腎不全	4,309	3.5	4,354	3.6	5,733	4.6	4,976	3.8	4,528	3.6	4,389	3.0	3,933	3.0	4,051	3.0			
	外来	高血圧症	12,236	6.9	11,621	6.5	11,436	6.6	11,637	6.2	11,859	6.0	11,711	5.4	12,145	5.5	10,143	4.9		
	糖尿病	14,306	8.1	14,964	8.4	15,551	9.0	16,456	8.8	17,125	8.7	20,415	9.4	20,296	9.1	17,720	8.6			
	脂質異常症	10,506	6.0	10,722	6.0	10,049	5.8	10,720	5.7	10,130	5.1	7,802	3.6	8,390	3.8	7,092	3.5			
	脳梗塞・脳出血	867	0.5	808	0.5	654	0.4	669	0.4	644	0.3	937	0.4	728	0.3	825	0.4			
虚血性心疾患	2,143	1.2	2,047	1.1	1,850	1.1	1,811	1.0	1,681	0.9	1,875	0.9	2,391	1.1	1,722	0.8				
腎不全	16,032	9.1	16,712	9.4	16,547	9.6	15,873	8.5	17,387	8.8	17,220	7.9	18,380	8.3	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,844		4,236		3,585		3,892		4,071		2,421		2,817		2,031		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			健診未受診者	9,599		9,399		10,132		9,845		10,137		13,441		12,879		13,295		
		生活習慣病 対象者 一人当たり	健診受診者	10,822		11,968		10,460		11,189		11,882		6,937		7,787		6,142		
			健診未受診者	27,020		26,557		29,564		28,302		29,587		38,519		35,596		40,210		
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	3,701	48.0	3,956	52.8	3,294	51.3	3,495	50.4	3,111	48.3	555,494	56.9	64,841	56.1	3,698,441	56.9		
		医療機関受診率	3,235	41.9	3,485	46.6	2,834	44.1	2,979	42.9	2,675	41.6	503,560	51.6	58,437	50.5	3,375,719	51.9		
		医療機関非受診率	466	6.0	471	6.3	460	7.2	516	7.4	436	6.8	51,934	5.3	6,404	5.5	322,722	5.0		

項目		高山市										同規模平均		岐阜県		国		データ元 (CSV)				
		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 特定健診の 状況 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	健診受診者	7,715		7,486		6,432		6,941		6,436		975,931		115,681		6,503,152		KDB NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康 課題 KDB NO.1 地域全体像の 把握			
		受診率	53.5		53.9		46.8		51.9		52.1	県内6位 同規模8位	39.4	40.4	全国15位	35.3						
		特定保健指導終了者(実施率)	552	90.6	548	91.0	496	90.7	518	88.4	415	89.8	15,006	13.4	1,677	13.5	69,327	9.0				
		非肥満高血糖	434	5.6	427	5.7	373	5.8	386	5.6	378	5.9	99,147	10.2	9,586	8.3	588,083	9.0				
		メタボ	該当者	705	9.1	642	8.6	656	10.2	755	10.9	659	10.2	202,995	20.8	22,904	19.8	1,321,197		20.3		
			男性	511	15.0	470	14.2	503	17.4	553	17.8	478	16.6	140,027	32.7	15,728	31.2	923,222		32.0		
			女性	194	4.5	172	4.1	153	4.3	202	5.3	181	5.1	62,968	11.5	7,176	11.0	397,975		11.0		
			予備群	592	7.7	620	8.3	563	8.8	586	8.4	509	7.9	107,776	11.0	12,002	10.4	730,607		11.2		
			男性	435	12.8	448	13.5	418	14.4	423	13.6	379	13.2	74,927	17.5	8,435	16.7	515,813		17.9		
			女性	157	3.6	172	4.1	145	4.1	163	4.3	130	3.7	32,849	6.0	3,567	5.5	214,794		5.9		
		同規模 市区町村数 250市町村	メタボ該当・予備群レベル	総数	1,521	19.7	1,463	19.5	1,430	22.3	1,542	22.2	1,358	21.1	341,075	34.9	38,490	33.3		2,273,296	35.0	
				腹囲	男性	1,121	32.9	1,065	32.2	1,074	37.1	1,126	36.2	997	34.6	235,684	55.0	26,639		52.8	1,592,747	55.3
				女性	400	9.3	398	9.5	356	10.1	416	10.9	361	10.1	105,391	19.3	11,851	18.2		680,549	18.8	
				BMI	総数	445	5.8	453	6.1	387	6.0	439	6.3	395	6.1	47,108	4.8	5,460		4.7	304,276	4.7
				男性	118	3.5	114	3.4	114	3.9	112	3.6	120	4.2	6,704	1.6	959	1.9		48,780	1.7	
				女性	327	7.6	339	8.1	273	7.7	327	8.5	275	7.7	40,404	7.4	4,501	6.9		255,496	7.1	
				血糖のみ	25	0.3	25	0.3	23	0.4	26	0.4	23	0.4	6,572	0.7	600	0.5		41,541	0.6	
				血圧のみ	370	4.8	396	5.3	363	5.7	389	5.6	315	4.9	76,046	7.8	8,258	7.1		514,593	7.9	
				脂質のみ	197	2.6	199	2.7	177	2.8	171	2.5	171	2.7	25,158	2.6	3,144	2.7		174,473	2.7	
血糖・血圧	92			1.2	82	1.1	91	1.4	101	1.5	84	1.3	30,455	3.1	2,882	2.5	193,722	3.0				
血糖・脂質	38			0.5	37	0.5	38	0.6	34	0.5	32	0.5	10,434	1.1	1,165	1.0	67,212	1.0				
血圧・脂質	404			5.2	373	5.0	377	5.9	460	6.6	390	6.1	94,702	9.7	11,426	9.9	630,648	9.7				
血糖・血圧・脂質	171			2.2	150	2.0	150	2.3	160	2.3	153	2.4	67,404	6.9	7,431	6.4	429,615	6.6				
6 問診	① 服薬 ② 問診の状況 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	高血圧	2,067	26.8	2,019	27.0	1,818	28.3	2,007	28.9	1,902	29.6	363,954	37.3	41,909	36.2	2,324,538	35.8	KDB NO.1 地域全体像の 把握			
		糖尿病	492	6.4	499	6.7	445	6.9	481	6.9	457	7.1	89,991	9.2	10,841	9.4	564,473	8.7				
		脂質異常症	1,647	21.3	1,679	22.4	1,499	23.3	1,685	24.3	1,638	25.5	281,962	28.9	33,370	28.9	1,817,350	28.0				
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	213	2.8	192	2.6	160	2.5	172	2.5	144	2.2	30,566	3.2	3,320	2.9	199,003	3.1				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	655	8.5	653	8.7	570	8.9	603	8.7	571	8.9	56,507	6.0	6,913	6.1	349,845	5.5				
		既往歴	腎不全	211	2.7	217	2.9	182	2.8	208	3.0	176	2.7	7,718	0.8	1,061	0.9	51,680		0.8		
		貧血	623	8.1	632	8.5	549	8.6	588	8.5	550	8.5	100,062	10.6	12,037	10.5	669,737	10.6				
		喫煙	1,158	15.0	1,116	14.9	973	15.2	1,077	15.5	986	15.3	123,934	12.7	14,338	12.4	896,676	13.8				
		週3回以上朝食を抜く	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	0	0.0	76,524	8.5	5,904	7.0	609,166	10.3				
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	1,923	25.0	1,925	25.8	1,530	23.9	1,659	23.9	1,642	25.5	131,966	14.4	12,440	13.4	932,218	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	1,923	25.0	1,925	25.8	1,530	23.9	1,659	23.9	1,642	25.5	131,966	14.4	12,440	13.4	932,218	15.7				
		食べる速度が速い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	233,332	25.8	22,770	26.9	1,590,713	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	312,790	34.4	28,513	33.6	2,083,152	34.9				
		1回30分以上運動習慣なし	5,271	68.5	5,049	67.6	4,238	66.1	4,631	66.8	4,324	67.2	542,996	59.6	57,957	62.6	3,589,415	60.3				
		1日1時間以上運動なし	3,269	42.5	2,815	37.7	2,473	38.6	2,930	42.2	2,755	42.8	425,177	46.4	48,029	51.4	2,858,913	48.0				
		睡眠不足	1,730	22.5	1,704	22.8	1,306	20.4	1,407	20.3	1,460	22.7	228,349	25.0	24,894	26.7	1,521,685	25.6				
		毎日飲酒	5	41.7	5	35.7	4	33.3	3	50.0	0	0.0	229,841	24.4	20,156	23.6	1,585,206	25.5				
		時々飲酒	3	25.0	4	28.6	4	33.3	1	16.7	1	33.3	201,018	21.3	17,084	20.0	1,393,154	22.4				
一日飲酒量	1合未満	5	50.0	8	66.7	5	55.6	2	40.0	0	0.0	409,029	65.2	33,304	64.8	2,851,798	64.2					
	1～2合	3	30.0	3	25.0	2	22.2	2	40.0	2	100.0	147,595	23.5	12,221	23.8	1,053,317	23.7					
	2～3合	2	20.0	1	8.3	1	11.1	0	0.0	0	0.0	55,826	8.9	4,632	9.0	414,658	9.3					
	3合以上	0	0.0	0	0.0	1	11.1	1	20.0	0	0.0	14,446	2.3	1,216	2.4	122,039	2.7					





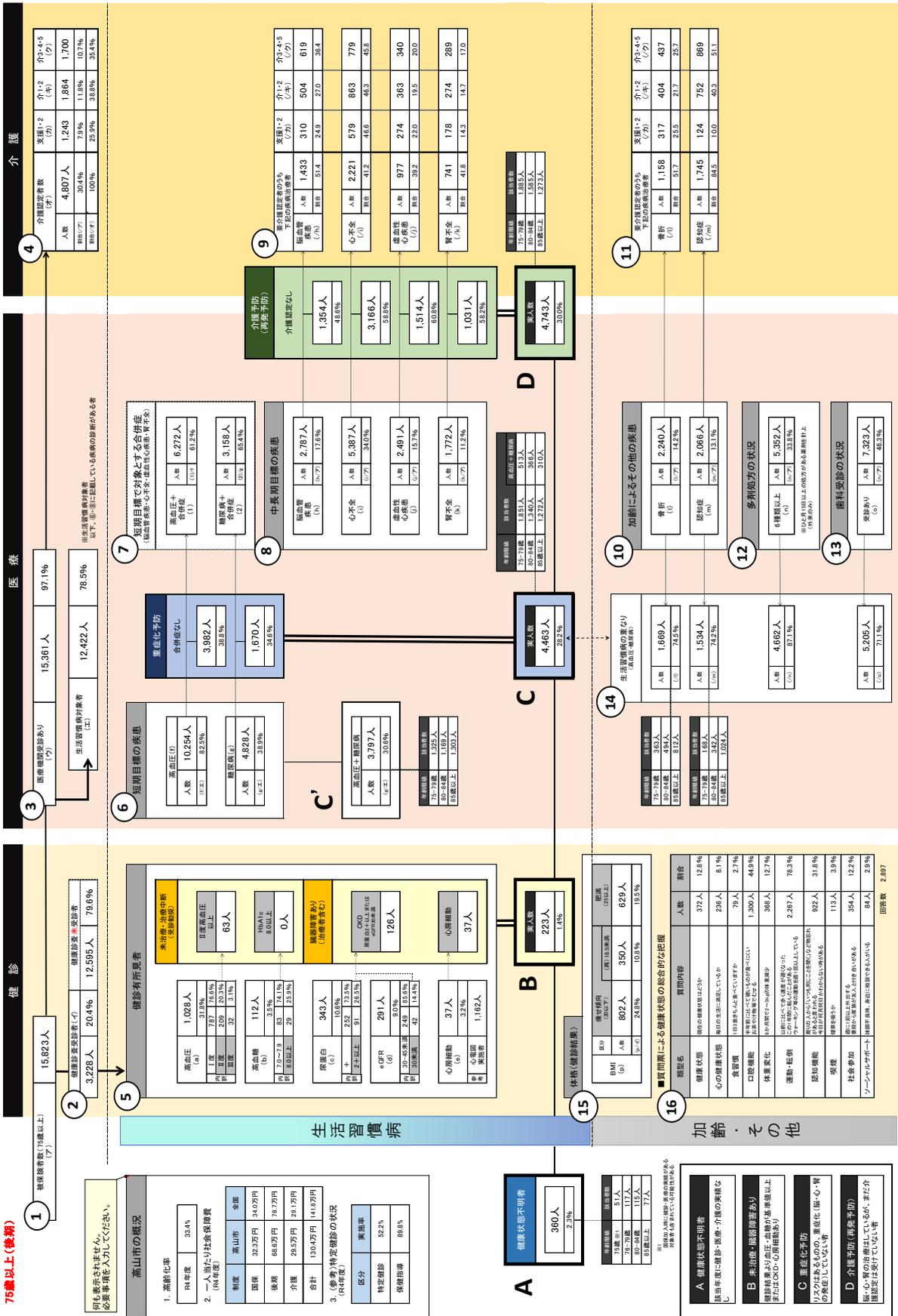


# ④75歳以上(後期)

【605】重症化予防・介護予防・介護予防・介護予防  
【特定高齢者介護サービスプログラム】P(605)171

参考：【605】介護予防・介護予防・介護予防・介護予防  
【特定高齢者介護サービスプログラム】P(605)171

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



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実公表	高山市										同規模保険者(平均)					
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	被保険者数	21,475人		20,634人		19,859人		19,395人		18,738人							
		(再掲)40-74歳		16,444人		15,822人		15,305人		15,147人		14,672人					
2	特定健診	対象者数		14,416人		13,869人		13,674人		13,353人		12,281人					
		受診者数		7,708人		7,482人		6,420人		6,935人		6,414人					
		受診率		53.5%		53.9%		47.0%		51.9%		52.2%					
3	特定保健指導	対象者数		600人		597人		542人		576人		462人					
		実施率		91.7%		91.5%		91.7%		88.5%		89.8%					
4	健診データ	糖尿病型		E		770人 10.0%		821人 11.0%		775人 12.1%		785人 11.3%		803人 11.6%			
		未治療・中断者(腎臓病 風薬なし)		F		263人 34.2%		298人 36.3%		305人 39.4%		281人 35.8%		312人 38.9%			
		治療中(腎臓病 風薬あり)		G		507人 65.8%		523人 63.7%		470人 60.6%		504人 64.2%		491人 61.1%			
		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または血糖持続180mg/dL以上		J		239人 47.1%		272人 52.0%		249人 53.0%		257人 51.0%		250人 50.9%			
		血圧 130/80以上		J		139人 58.2%		160人 58.8%		146人 58.6%		166人 64.6%		146人 58.4%			
		肥満 BMI25以上		J		88人 36.8%		95人 34.9%		95人 38.2%		96人 37.4%		98人 39.2%			
		コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ血糖持続180未満		K		268人 52.9%		251人 48.0%		221人 47.0%		247人 49.0%		241人 49.1%			
		第1期 尿蛋白(-)		M		658人 85.5%		739人 90.0%		690人 89.0%		702人 89.4%		706人 87.9%			
		第2期 尿蛋白(±)		M		50人 6.5%		30人 3.7%		31人 4.0%		29人 3.7%		37人 4.6%			
		第3期 尿蛋白(+)以上		M		53人 6.9%		39人 4.8%		35人 4.5%		36人 4.6%		41人 5.1%			
第4期 eGFR30未満		M		4人 0.5%		5人 0.6%		7人 0.9%		9人 1.1%		8人 1.0%					
5	レセプト	糖尿病受療率(流保換千対)		91.3人		91.2人		92.6人		100.8人		102.3人					
		(再掲)40-74歳(流保換千対)		118.5人		117.9人		118.9人		128.2人		129.9人					
		レセプト枚数(40-74歳)		11,122件 (700.0)		11,201件 (733.5)		10,976件 (726.4)		11,370件 (774.7)		11,011件 (803.1)		2,480,774件 (911.6)			
		入院外(件数)		70件 (4.4)		74件 (4.8)		68件 (4.5)		54件 (3.7)		39件 (2.8)		10,514件 (3.9)			
		糖尿病治療中		H		1,961人 9.1%		1,881人 9.1%		1,839人 9.3%		1,955人 10.1%		1,916人 10.2%			
		(再掲)40-74歳		H		1,948人 11.8%		1,866人 11.8%		1,819人 11.9%		1,942人 12.8%		1,906人 13.0%			
		健診未受診者		I		1,441人 74.0%		1,359人 72.8%		1,349人 74.2%		1,438人 74.0%		1,415人 74.2%			
		インスリン治療		O		189人 9.6%		166人 8.8%		158人 8.6%		170人 8.7%		159人 8.3%			
		(再掲)40-74歳		O		189人 9.7%		164人 8.8%		157人 8.6%		169人 8.7%		158人 8.3%			
		糖尿病性腎症		L		190人 9.7%		174人 9.3%		185人 10.1%		167人 8.5%		174人 9.1%			
(再掲)40-74歳		L		190人 9.8%		174人 9.3%		182人 10.0%		164人 8.4%		172人 9.0%					
慢性人工透析患者数 (透析患者数中に占める割合)		28人 1.4%		27人 1.4%		29人 1.6%		27人 1.4%		29人 1.5%		29人 1.5%					
(再掲)40-74歳		28人 1.4%		27人 1.4%		29人 1.6%		27人 1.4%		29人 1.5%		29人 1.5%					
新規透析患者数		13人 0.7%		12人 0.6%		11人 0.6%		23人 1.2%		16人 0.8%		16人 0.8%					
(再掲)糖尿病性腎症		8人 0.4%		4人 0.2%		7人 0.4%		7人 0.4%		3人 0.2%		3人 0.2%					
【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (透析患者数中に占める割合)		30人 1.0%		34人 1.1%		29人 1.0%		30人 0.9%		34人 1.0%		34人 1.0%					
6	医療費	総医療費		62億2138万円		59億9939万円		57億9268万円		59億9594万円		56億9477万円		50億8753万円			
		生活習慣病総医療費		33億5997万円		32億5466万円		31億8086万円		32億7750万円		31億3885万円		27億0662万円			
		(総医療費に占める割合)		54.0%		54.2%		54.9%		54.7%		55.1%		53.2%			
		生活習慣病 1人あたり		健康診受診者		10,822円		11,968円		10,460円		11,189円		11,882円		6,937円	
		健康診未受診者		27,020円		26,557円		29,564円		28,302円		29,587円		38,519円			
		糖尿病医療費		3億1779万円		3億2453万円		3億2426万円		3億2394万円		3億1078万円		2億9434万円			
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		10.0%		10.2%		9.9%		9.9%		10.9%			
		糖尿病入院外総医療費		8億7227万円		8億9407万円		9億0748万円		9億2727万円		9億2083万円					
		1件あたり		35,282円		36,069円		36,289円		36,789円		38,488円					
		糖尿病入院総医療費		4億4760万円		4億6426万円		5億2946万円		4億7320万円		4億3671万円					
1件あたり		619,940円		648,414円		677,924円		691,819円		740,187円							
右院日数		15日		15日		16日		16日		16日							
慢性腎不全医療費		2億5177万円		2億5636万円		2億8145万円		2億6101万円		2億7260万円		2億2640万円					
透析有り		2億4240万円		2億4536万円		2億6812万円		2億4992万円		2億6126万円		2億1152万円					
透析なし		937万円		1100万円		1333万円		1109万円		1135万円		1487万円					
7	介護	介護給付費		82億1847万円		83億3207万円		83億9133万円		83億9754万円		82億7940万円		56億7154万円			
		(2号認定者)糖尿病合併症		8件 14.8%		7件 15.2%		5件 8.9%		4件 8.0%		5件 10.6%					
8	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		6人 0.5%		7人 0.6%		7人 0.6%		8人 0.7%		4人 0.4%		3,958人 1.0%			







参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H30	7,705	2,223	28.9%	3,463	44.9%	1,442	18.7%	311	4.0%	212	2.8%	54	0.7%	142	1.8%	28	0.4%
R01	7,481	1,535	20.5%	3,527	47.1%	1,752	23.4%	371	5.0%	226	3.0%	70	0.9%	159	2.1%	38	0.5%
R02	6,419	1,207	18.8%	2,964	46.2%	1,631	25.4%	343	5.3%	208	3.2%	66	1.0%	150	2.3%	49	0.8%
R03	6,934	1,746	25.2%	3,184	45.9%	1,425	20.6%	310	4.5%	208	3.0%	61	0.9%	149	2.1%	41	0.6%
R04	6,412	1,088	17.0%	2,969	46.3%	1,732	27.0%	366	5.7%	204	3.2%	53	0.8%	137	2.1%	38	0.6%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療		
H30	7,705	2,223 28.9%	3,463 44.9%	1,442 18.7%	577 7.5%	238 41.2%	339 58.8%	7.5%	3.5%
					266 3.5%	70 26.3%	196 73.7%		
R01	7,481	1,535 20.5%	3,527 47.1%	1,752 23.4%	667 8.9%	275 41.2%	392 58.8%	8.9%	4.0%
					296 4.0%	65 22.0%	231 78.0%		
R02	6,419	1,207 18.8%	2,964 46.2%	1,631 25.4%	617 9.6%	278 45.1%	339 54.9%	9.6%	4.3%
					274 4.3%	66 24.1%	208 75.9%		
R03	6,934	1,746 25.2%	3,184 45.9%	1,425 20.6%	579 8.4%	243 42.0%	336 58.0%	8.4%	3.9%
					269 3.9%	64 23.8%	205 76.2%		
R04	6,412	1,088 17.0%	2,969 46.3%	1,732 27.0%	623 9.7%	279 44.8%	344 55.2%	9.7%	4.0%
					257 4.0%	64 24.9%	193 75.1%		

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	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	H30	492	6.4%	4	0.8%	19	3.9%	130	26.4%	143	29.1%	160	32.5%	36	7.3%	106	21.5%	17	3.5%
	R01	498	6.7%	2	0.4%	11	2.2%	93	18.7%	161	32.3%	175	35.1%	56	11.2%	135	27.1%	30	6.0%
	R02	445	6.9%	3	0.7%	7	1.6%	96	21.6%	131	29.4%	155	34.8%	53	11.9%	121	27.2%	38	8.5%
	R03	481	6.9%	1	0.2%	26	5.4%	118	24.5%	131	27.2%	158	32.8%	47	9.8%	119	24.7%	30	6.2%
	R04	455	7.1%	2	0.4%	15	3.3%	94	20.7%	151	33.2%	151	33.2%	42	9.2%	113	24.8%	27	5.9%
治療なし	H30	7,213	93.6%	2,219	30.8%	3,444	47.7%	1,312	18.2%	168	2.3%	52	0.7%	18	0.2%	36	0.5%	11	0.2%
	R01	6,983	93.3%	1,533	22.0%	3,516	50.4%	1,659	23.8%	210	3.0%	51	0.7%	14	0.2%	24	0.3%	8	0.1%
	R02	5,974	93.1%	1,204	20.2%	2,957	49.5%	1,535	25.7%	212	3.5%	53	0.9%	13	0.2%	29	0.5%	11	0.2%
	R03	6,453	93.1%	1,745	27.0%	3,158	48.9%	1,307	20.3%	179	2.8%	50	0.8%	14	0.2%	30	0.5%	11	0.2%
	R04	5,957	92.9%	1,086	18.2%	2,954	49.6%	1,638	27.5%	215	3.6%	53	0.9%	11	0.2%	24	0.4%	11	0.2%

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H30	7,708	2,580	33.5%	1,583	20.5%	2,072	26.9%	1,193	15.5%	250	3.2%	30	0.4%
R01	7,482	2,434	32.5%	1,363	18.2%	2,111	28.2%	1,261	16.9%	273	3.6%	40	0.5%
R02	6,420	1,975	30.8%	1,239	19.3%	1,821	28.4%	1,104	17.2%	243	3.8%	38	0.6%
R03	6,935	2,096	30.2%	1,210	17.4%	2,099	30.3%	1,221	17.6%	269	3.9%	40	0.6%
R04	6,414	2,164	33.7%	1,159	18.1%	1,839	28.7%	1,013	15.8%	200	3.1%	39	0.6%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上							
					再)Ⅲ度高血圧	再掲		割合	割合	割合	割合	
						未治療	治療					割合
H30	7,708	4,163 54.0%	2,072 26.9%	1,193 15.5%	280	180	100	3.6%	64.3%	35.7%	0.4%	3.6%
					30 0.4%	25 83.3%	5 16.7%					
R01	7,482	3,797 50.7%	2,111 28.2%	1,261 16.9%	313	197	116	4.2%	62.9%	37.1%	0.5%	4.2%
					40 0.5%	25 62.5%	15 37.5%					
R02	6,420	3,214 50.1%	1,821 28.4%	1,104 17.2%	281	183	98	4.4%	65.1%	34.9%	0.6%	4.4%
					38 0.6%	30 78.9%	8 21.1%					
R03	6,935	3,306 47.7%	2,099 30.3%	1,221 17.6%	309	188	121	4.5%	60.8%	39.2%	0.6%	4.5%
					40 0.6%	32 80.0%	8 20.0%					
R04	6,414	3,323 51.8%	1,839 28.7%	1,013 15.8%	239	147	92	3.7%	61.5%	38.5%	0.6%	3.7%
					39 0.6%	27 69.2%	12 30.8%					

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	H30	2,067	26.8%	333	16.1%	447	21.6%	715	34.6%	472	22.8%	95	4.6%	5	0.2%
	R01	2,017	27.0%	311	15.4%	376	18.6%	692	34.3%	522	25.9%	101	5.0%	15	0.7%
	R02	1,819	28.3%	251	13.8%	351	19.3%	629	34.6%	490	26.9%	90	4.9%	8	0.4%
	R03	2,005	28.9%	285	14.2%	348	17.4%	738	36.8%	513	25.6%	113	5.6%	8	0.4%
	R04	1,897	29.6%	325	17.1%	352	18.6%	681	35.9%	447	23.6%	80	4.2%	12	0.6%
治療なし	H30	5,641	73.2%	2,247	39.8%	1,136	20.1%	1,357	24.1%	721	12.8%	155	2.7%	25	0.4%
	R01	5,465	73.0%	2,123	38.8%	987	18.1%	1,419	26.0%	739	13.5%	172	3.1%	25	0.5%
	R02	4,601	71.7%	1,724	37.5%	888	19.3%	1,192	25.9%	614	13.3%	153	3.3%	30	0.7%
	R03	4,930	71.1%	1,811	36.7%	862	17.5%	1,361	27.6%	708	14.4%	156	3.2%	32	0.6%
	R04	4,517	70.4%	1,839	40.7%	807	17.9%	1,158	25.6%	566	12.5%	120	2.7%	27	0.6%

参考資料9 LDLコレステロールの年次比較

LDLコレステロールの年次比較

	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	H30	7,708	3,974	51.6%	1,896	24.6%	1,152	14.9%	457	5.9%	229	3.0%	
	R01	7,482	3,421	45.7%	1,921	25.7%	1,298	17.3%	571	7.6%	271	3.6%	
	R02	6,420	3,158	49.2%	1,631	25.4%	1,014	15.8%	419	6.5%	198	3.1%	
	R03	6,935	3,517	50.7%	1,737	25.0%	1,032	14.9%	465	6.7%	184	2.7%	
	R04	6,414	3,372	52.6%	1,585	24.7%	924	14.4%	373	5.8%	160	2.5%	
男性	H30	3,403	1,888	55.5%	774	22.7%	458	13.5%	189	5.6%	94	2.8%	
	R01	3,303	1,596	48.3%	818	24.8%	538	16.3%	247	7.5%	104	3.1%	
	R02	2,897	1,521	52.5%	712	24.6%	411	14.2%	171	5.9%	82	2.8%	
	R03	3,106	1,673	53.9%	741	23.9%	426	13.7%	195	6.3%	71	2.3%	
	R04	2,862	1,567	54.8%	688	24.0%	381	13.3%	163	5.7%	63	2.2%	
女性	H30	4,305	2,086	48.5%	1,122	26.1%	694	16.1%	268	6.2%	135	3.1%	
	R01	4,179	1,825	43.7%	1,103	26.4%	760	18.2%	324	7.8%	167	4.0%	
	R02	3,523	1,637	46.5%	919	26.1%	603	17.1%	248	7.0%	116	3.3%	
	R03	3,829	1,844	48.2%	996	26.0%	606	15.8%	270	7.1%	113	3.0%	
	R04	3,552	1,805	50.8%	897	25.3%	543	15.3%	210	5.9%	97	2.7%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H30	7,708	3,974 51.6%	1,896 24.6%	1,152 14.9%	686	611	75	8.9%	8.9%
					229 3.0%	203 88.6%	26 11.4%		
R01	7,482	3,421 45.7%	1,921 25.7%	1,298 17.3%	842	768	74	11.3%	11.3%
					271 3.6%	252 93.0%	19 7.0%		
R02	6,420	3,158 49.2%	1,631 25.4%	1,014 15.8%	617	563	54	9.6%	9.6%
					198 3.1%	179 90.4%	19 9.6%		
R03	6,935	3,517 50.7%	1,737 25.0%	1,032 14.9%	649	593	56	9.4%	9.4%
					184 2.7%	170 92.4%	14 7.6%		
R04	6,414	3,372 52.6%	1,585 24.7%	924 14.4%	533	474	59	8.3%	8.3%
					160 2.5%	140 87.5%	20 12.5%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H30	1,647	21.4%	1,098	66.7%	358	21.7%	116	7.0%	49	3.0%	26	1.6%
	R01	1,679	22.4%	1,025	61.0%	406	24.2%	174	10.4%	55	3.3%	19	1.1%
	R02	1,499	23.3%	966	64.4%	351	23.4%	128	8.5%	35	2.3%	19	1.3%
	R03	1,685	24.3%	1,139	67.6%	348	20.7%	142	8.4%	42	2.5%	14	0.8%
	R04	1,634	25.5%	1,122	68.7%	326	20.0%	127	7.8%	39	2.4%	20	1.2%
治療なし	H30	6,061	78.6%	2,876	47.5%	1,538	25.4%	1,036	17.1%	408	6.7%	203	3.3%
	R01	5,803	77.6%	2,396	41.3%	1,515	26.1%	1,124	19.4%	516	8.9%	252	4.3%
	R02	4,921	76.7%	2,192	44.5%	1,280	26.0%	886	18.0%	384	7.8%	179	3.6%
	R03	5,250	75.7%	2,378	45.3%	1,389	26.5%	890	17.0%	423	8.1%	170	3.2%
	R04	4,780	74.5%	2,250	47.1%	1,259	26.3%	797	16.7%	334	7.0%	140	2.9%