

白山市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度(2024 年度)～令和 11 年度(2029 年度)

白山市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画に係る考察及び

第3期計画における健康課題の明確化9

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1)保健事業の実施状況及び実施体制
 - 2)第2期計画に係る評価
 - 3)主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1)基本的考え方
 - 2)健康課題の明確化
 - 3)目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)36

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

第4章 課題解決するための個別保健事業45

1. 個別保健事業の方向性
2. 糖尿病性腎症重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防
5. 軽度高血糖者に対する75g糖負荷検査と保健指導
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
7. 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し71

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い72

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

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

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

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

白山市においては、このような国の動きや本市の健康課題を踏まえ、被保険者の健康増進と生活の維持及び向上と医療費の適正化を図ることを目的に、国指針に基づき「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和その方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

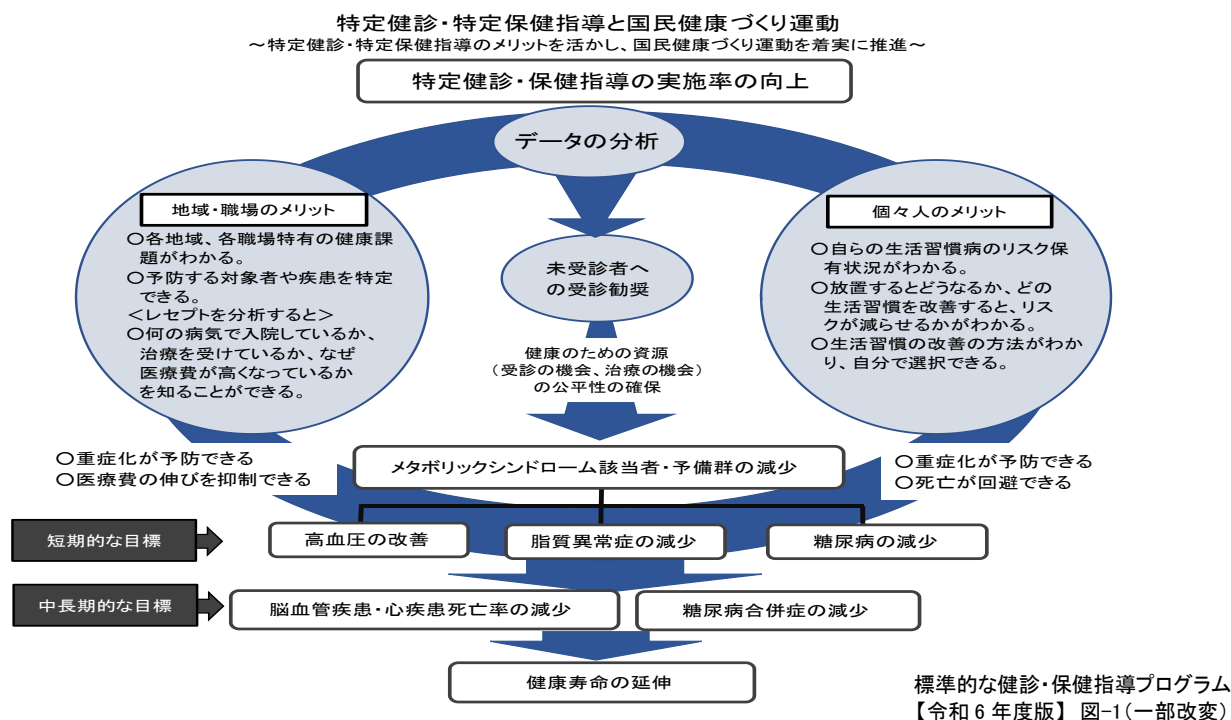
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

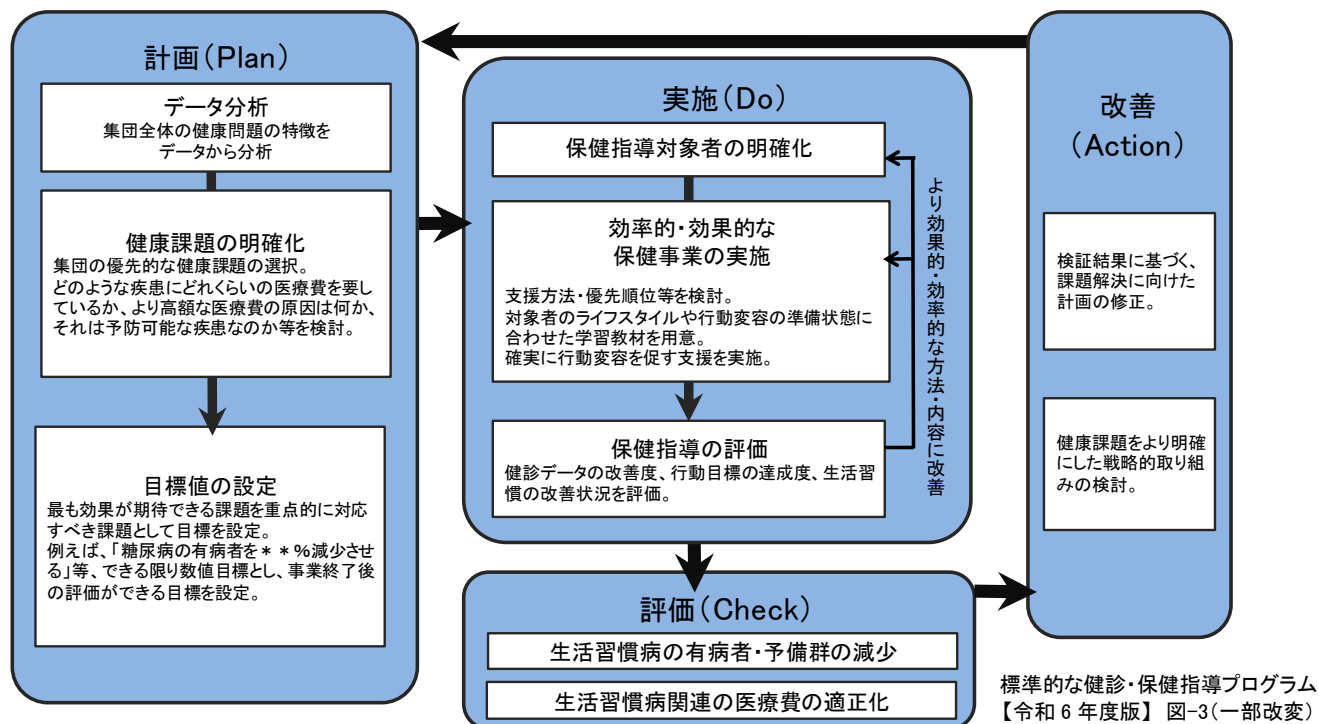
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高橋法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画 的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青少年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
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	〈住民の健康の保持推進〉 ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 〈医療の効率的な提供の推進〉 ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



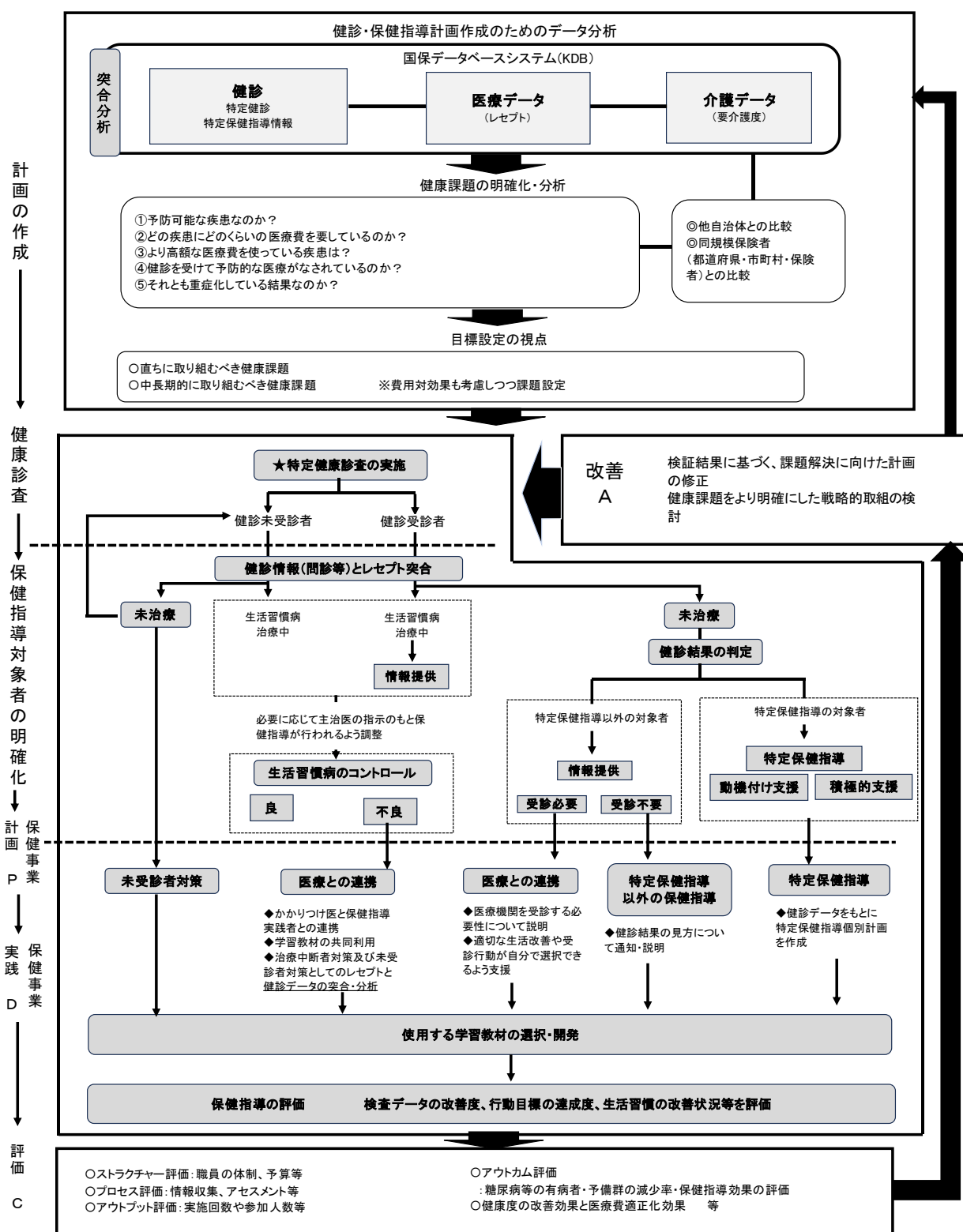
注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間とします。

<参考>計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1)市国保の役割

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、国民健康保険主管課及び高齢者医療担当課である保険年金課が主体となり策定します。ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている、いきいき健康課の保健師等の専門職と連携し、健康課題を分析し、市一体となって計画策定を進めます。また、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、必要に応じ、長寿介護課(介護保険担当課)、生活支援課(生活保護担当課)、財政課とも十分連携します。

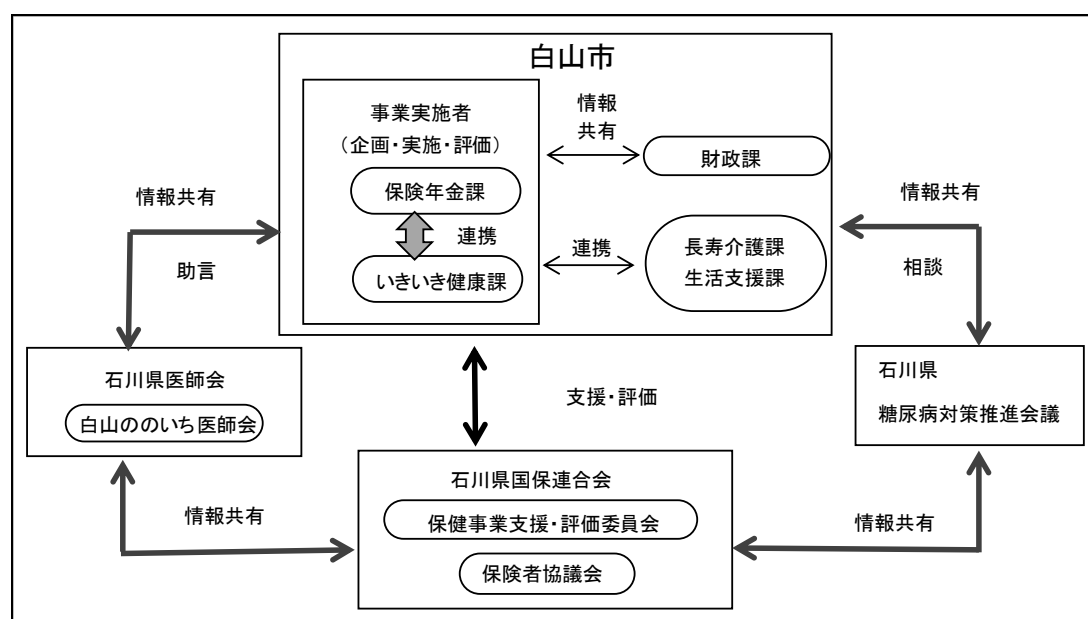
計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価を

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。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えます。(図表6)

また、関係部局の連携を促進するため、市幹部職員と計画の進捗状況を共有します。

図表 6 白山市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となることから、国保運営協議会や既存の保健医療関係者等委員会、国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という。)及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会等を活用していきます。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、石川県関係課との連携に努めます。

さらに、被保険者の健康保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として、白山ののいち医師会等地域の保健医療関係者との連携を図っていきます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 7)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の取組を後押しするため事業費分・事業費連動分が創設されており、交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することから、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取り組みを進めています。

図表 7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			白山市	配点	白山市	配点	白山市	配点
交付額(万円)			5,574		5,531		4,877	
全国順位(1,741市町村中)			84位		77位		215位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	100	70	105	70	105	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	15	40	50	40	50	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	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	45	50	50	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	60	100	60	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	12	40	12	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	89	100	85	100
合計点			745	1,000	744	960	677	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

白山市は、人口約 11 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 28.2%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、出生率が高い市で、財政指数は県、国より高い市となっています。産業においては、第 2 次産業が 32.6%と同規模、県、国と比較しても高く、製造業、建設業の割合が多く、夜勤等の就労形態や現場作業による被保険者の生活習慣及び生活リズムが不規則である可能性が高いことが予測されます。(図表 8)

国保加入率は 17.3%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 54%を占めています。(図表 9)

また白山市内には 4 つの病院、66 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較すると割合は低くなっています。病床数も同規模と比較すると大幅に低くなっている一方で、外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 10)

図表 8 同規模・県・国と比較した白山市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
白山市	109,683	28.2	18,966 (17.3)	56.9	7.0	9.9	0.7	2.9	32.6	64.5
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	30.0	18	55.6	6.9	11.4	0.5	3.1	28.5	68.3
国	--	28.7	20	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、白山市と同規模保険者(103市町村)の平均値を表す

図表 9 国保の加入状況

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	21,488		20,958		20,930		20,225		18,966	
65～74歳	11,182	52.0	11,117	53.0	11,391	54.4	11,126	55.0	10,179	53.7
40～64歳	6,117	28.5	5,860	28.0	5,708	27.3	5,481	27.1	5,307	28.0
39歳以下	4,189	19.5	3,981	19.0	3,831	18.3	3,618	17.9	3,480	18.3
加入率	19.7		19.2		19.2		18.6		17.3	

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 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	0.3	0.5
診療所数	67	3.1	66	3.1	68	3.2	69	3.4	66	3.5	3.7	4.4
病床数	539	25.1	539	25.7	539	25.8	539	26.7	539	28.4	62.0	84.1
医師数	150	7.0	150	7.2	155	7.4	155	7.7	163	8.6	11.5	17.5
外来患者数	740.0		738.2		696.8		721.0		740.3		707.3	710.0
入院患者数	25.6		25.9		24.1		24.0		24.0		19.1	24.6

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 保健事業の実施状況及び実施体制

(1) 実施状況

保健事業においては、特定健診の結果から発症予防、重症化予防対象者を抽出し、個別で重点的に保健指導を実施しています。特に白山市は、入院医療費が高いことから、第2期計画では、糖尿病性腎症等重症化予防対策を中心に生活習慣病改善指導に取り組み、治療中で血糖管理が不十分な方に対して、かかりつけ医と連携し、保健指導を実施してきました。(図表 11)

図表 11 これまでの主な取り組み

※R4年度ベースで作成(一部、R5年度)

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	実績	
					実施状況	成果・課題等
健康診査	特定健診	・ 40～75歳未満 ・ 自己負担0円	40～74歳	集団健診 4か所9回 指定医療機関 61か所	683人 受診者の11% 5,286人 受診者の89%	若い年代の 受診率が低い
	いきいき健診	・ 18～39歳で職場等で受診 機会がない方 ・ 自己負担600円 ・ 対象者の内、30代の国保 加入者へ勧奨はがき送付	18～39歳	集団健診 2か所3回	330人	
	国保人間ドック	・ 半日、1泊2日ドックに 係る費用の一部助成 ・ 検査項目に特定健診項目 を含む	40～74歳	指定医療機関 3か所	1,121人	
未 受 診 者 対 策	継続受診勧奨通知	過去の健診結果に基づき個別の 生活習慣アドバイスを通知と して提供し、継続受診を勧奨	R3年度健診受診者 の中で腹囲が基準 の±1cmの者	6月下旬 個別通知 R4 通知480人	健診受診者数 415人 (86.5%)	R3-R4の継続受 診率71.2%と比 べると健診受診 率は高い
	受診勧奨はがき①	年齢、性別、生活習慣病受診 歴に応じた内容で健診受診 勧奨のはがきを作成し送付	7月時点の健診未受診者 で、国保加入している 40～74歳	8月上旬 個別通知	R5年度新規事業	効果の評価の仕 方(時期・対 象・内容の検 討)
	ハイリスク者 受診勧奨通知	未治療・治療中断の者に 対して過去の健診結果からの 個別アドバイス入りの通知を 送付し健診受診を促す	H29～R2年度の健診結果で HbA1c6.5以上、血圧180/110以上、 尿蛋白2+以上またはeGFR40未満 のいずれかに該当し、かつ R3年度健診未受診者	8月中 個別通知 R4 通知91人	健診受診者数 30人 (33.0%)	未治療・治療 中断者には継 続して健診受 診勧奨を行う
	勧奨電話	在宅の方が多い夕方～夜の 時間帯に、電話による受診 勧奨を実施	60～69歳で初対象者、 40歳の対象者及び50～69歳 で過去に1回以上受診 かつ前年度健診未受診者	7～8月 国保連の支援事業活用	R4年度 891人	初対象者へは健 診受診方法の説 明もでき、受診 に繋がった
	受診勧奨はがき②	健診終了時期を知らせる案内 はがきを送付	8月末時点の健診未受診 者で、H30年度以降に 国保加入している40～74歳	9月下旬 個別通知	R4年度 3,931人	

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	実績	
					実施状況	成果・課題等
保健指導・健康教育等	特定保健指導	特定健診の結果、動機づけ支援、積極的支援者への保健指導	生活習慣病等「治療なし」	特保相談日、健診結果説明会、来所相談、訪問等で個別指導	R4年度 584人 うち終了者は321人	積極的の終了率が低い 40～60代前半の人に会えない
	糖尿病性腎症等重症化予防の保健指導 ①医療連携	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実践するため、以下ハイリスク者に対し、かかりつけ医と連携し保健、栄養指導を実施 ※ハイリスク者 ①初めてHbA1c8.0以上 ②CKD重症度分類赤のステージまたは尿蛋白2+以上かつ、BMI 25以上または腹囲基準以上、かつ、血圧Ⅱ度以上。または血圧Ⅰ度以上でHbA1c7.0以上	・当該年度健診受診者 ・40～74歳のうち、生活習慣病「治療中」で左記ハイリスク該当者	訪問あるいは健康相談等で個別指導実施	R4年度 35人 (41.2%指導実施)	対象者には継続的な支援が必要。かかりつけ医と、治療目標の共有など連携を図っていく
	糖尿病性腎症等重症化予防の保健指導 ②地区管理	今年度の健診受診、治療継続、眼科・歯科受診の確認を行い、レセプト等で治療中断を把握した場合、医療への受診勧奨を行う	・HbA1c8.0以上地区管理台帳(H20～)より抽出 ・昨年度の健診結果が「糖尿病治療あり」でHbA1c8.0以上の者	電話等で確認、受診勧奨を実施	R4 290人	地区管理としているが実際は成人ケース検討会時のみの確認となっている
	糖尿病発症予防事業 (75gOGTT)	糖尿病疑い(耐糖能異常)の者に対し、75gOGTT検査を行い、血糖値の変化・インスリン分泌状況を詳細に調べ、具体的な栄養指導を行う	生活習慣病等「治療なし」かつ40～69歳かつHbA1c 5.6～6.4かつ以下 a～cいずれかに該当 a特定保健指導対象者 b高血圧Ⅱ度以上 c腎専門医紹介基準該当者	訪問あるいは面接にて指導実施	R4年度 17人	受診し指導で関わった者の半数程度に、改善傾向がみられた
	糖尿病重症化予防プロジェクト (GOTOエクササイズ)	・特定保健指導初回指導実施時に、運動療法等が必要な方運動施設にて運動療法を実施 ・一部自己負担金あり	特定健診を受診し、特定保健指導対象者に該当した者	訪問あるいは面接にて対象者に勧め、希望者に運動療法を実施	R4年度 13人	利用者の8割が翌年の健診で腹囲、体重ともに減少した
	歯周疾患検診	糖尿病を重症化させる危険性が高い者に歯周疾患検診を実施	前年度特定健診受診者でHbA1c 6.5以上該当者	対象者へ検診票を郵送し受診勧奨を実施	受診数 受診率 R4年度 55人 28.1% R5年度 55人 24.8%	一斉通知発送は69歳まで70歳以上は希望者に通知
	まちかど市民講座	・市の施策や事業の内容などについて、市職員が講師となつて行う市民講座 ・「人のからだも1年点検～健診結果活用術～」をテーマとし、保健師・栄養士が実施	全市民	講座の申し込みを受けて実施	R4年度 1回40人	講座の申込頻度は年度によってバラつきがある
健康情報	健康情報等の提供	健康維持や疾病予防に効果のある情報提供として、広報の利用、パンフレット、ポスター配布等	希望者	健康に関するポスターの掲示、チラシ等の設置。	R4年度 毛細血管の働きに関するポスター、食事目安量の展示。	目につきやすく、さらに関心をもってもらう工夫が必要

(2)実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核であり、生活習慣病の発症予防、重症化予防のためには、保健師及び管理栄養士等の確保が必要となりますが、年々いきいき健康課系列の保健師数が減少してきています。

図表12 保健事業の実施体制

法 の 変 遷	H15～ 健康増進法										H25～ 健康医療戦略																													
	H18 高齢者医療確保法（H20施行～）										H26 国保法等保健事業実施指針一部改正																													
	H20 特定健診等実施計画（H20～H24）										H25 特定健診等実施計画（H25～H29）										第3期特定健診等実施計画(H30～R5)										第4期～R11									
年	H15 H16 H17 H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 H31 R2 R3 R4 R5 R6										H26 データヘルス計画（H27～）										第2期データヘルス計画(H30～R5)										第3期～R11									
	H 17.2月 8市町村合併～										H20～24 白山ろく推進室										H25～ 2センター化（松任・鶴来）										H29～地域包括委託 R3～全圏地域包括委託									
	いきいき健康課系列																																							
保 健 師 所 属	松任	13	12	13	17	14	14	16	14	}	18	16	17	15	14	13	14	13	10	10	10																			
	美川	4	4	4	3	4	3	3	3		7	7	7	7	6	5	6	6	5	5	5																			
	鶴来	4	4	3	3	5	4	4	5		7	7	7	7	6	5	6	6	5	5	5																			
	白山ろく	5	6	5	4	4	4	4	4		7	7	7	7	6	5	6	6	5	5	5																			
	うち育休	0	0	3	7	1	2	3	0	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0																			
	うち課長						2	2	1	0	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2																				
	合計	26	26	25	27	26	25	27	26	25	23	24	22	20	18	20	19	15	15	15																				
	実働										21	22	25	22	19	21	21	18	16	18	18	14	13	13																
											コロナワクチン対策室										3	3	1																	
	長寿・障害課系列										地域包括支援センター（基幹型）																													
	松任	2	7	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	3	3	3	2																						
	美川	1																																						
	鶴来	1																																						
	河内	1																																						
	合計	5																																						
	障がい										発達支援センター										長寿介護課																			
	1 1 1 0										1 1 1 1 1 2 1 1 2 2										3 3 2 2 3 4 3																			
																					生活支援課																			
																					1 0 0																			
	こども子育て課																																							
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 1 0 1 1 1																																							
	子ども相談室																				1 1 1 1																			
																					子育て世代包括支援センター（母子保健型）																			
																				1 1 1 1 1 1																				
保険年金課										市民課系																														
1 1 1 0										3 3 2 3 3 2 2																														
																				社協																				
																				1																				
保健師総数（保健・福祉部門含めて）																																								
33										35	36	37	36	34	35	34	33	32	32	31	31	30	31	29	29	29	27													
管理栄養士総数（保健部門）																																								
6(3)										6(3)	8(3)	8(3)	9(3)	9(3)	9(3)	9(3)	8(3)	7(3)	5(3)	6(3)	7(3)	5(3)	6(3)	6(3)	5(3)	6(3)	6(3)													
総数のうち（ ）は臨時職員																																								

2) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

白山市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で96人(認定率0.26%)、1号(65歳以上)被保険者で5,542人(認定率17.9%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べると減少しています。(図表13)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約80億円から約85億円に伸びています。(図表14)

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、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患が上位を占めており、脳血管疾患では第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者の65～74歳でも約5割の有病状況となっています。虚血性心疾患では第1号被保険者の75歳以上で約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約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15)

図表 13 要介護認定者(率)の状況

	白山市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	27,915人	25.6%	30,899人	28.2%	29.1%	30.0%	28.7%
2号認定者	101人	0.27%	96人	0.26%	0.38%	0.27%	0.38%
新規認定者	19人		20人		--	--	--
1号認定者	5,211人	18.7%	5,542人	17.9%	18.4%	18.3%	19.4%
新規認定者	778人		694人		--	--	--
65～74歳	539人	3.4%	580人	3.6%	--	--	--
新規認定者	129人		96人		--	--	--
75歳以上	4,672人	38.6%	4,962人	34.1%	--	--	--
新規認定者	649人		598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 14 介護給付費の変化

	白山市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	80億1477万円	85億3186万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	287,113	276,121	275,832	298,719	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,456	67,584	60,207	69,621	59,662
居宅サービス	45,284	44,204	41,618	45,482	41,272
施設サービス	288,011	291,220	295,426	290,453	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 15 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)			96		580		4,962		5,542		5,638		
再)国保・後期			49		469		4,845		5,314		5,363		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	32 65.3%	脳卒中	226 48.2%	虚血性心疾患	2,561 52.9%	虚血性心疾患	2,718 51.1%	虚血性心疾患	2,733 51.0%	
		2	虚血性心疾患	15 30.6%	虚血性心疾患	157 33.5%	脳卒中	2,216 45.7%	脳卒中	2,442 46.0%	脳卒中	2,474 46.1%	
		3	腎不全	9 18.4%	腎不全	81 17.3%	腎不全	950 19.6%	腎不全	1,031 19.4%	腎不全	1,040 19.4%	
		合併症	4	糖尿病合併症	5 10.2%	糖尿病合併症	72 15.4%	糖尿病合併症	691 14.3%	糖尿病合併症	763 14.4%	糖尿病合併症	768 14.3%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病・脂質異常症			45 91.8%	基礎疾患	419 89.3%	基礎疾患	4,634 95.6%	基礎疾患	5,053 95.1%	基礎疾患	5,098 95.1%	
	血管疾患合計			47 95.9%	合計	430 91.7%	合計	4,710 97.2%	合計	5,140 96.7%	合計	5,187 96.7%	
	認知症		認知症	5 10.2%	認知症	140 29.9%	認知症	2,471 51.0%	認知症	2,611 49.1%	認知症	2,616 48.8%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	40 81.6%	筋骨格系	396 84.4%	筋骨格系	4,610 95.1%	筋骨格系	5,006 94.2%	筋骨格系	5,046 94.1%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

白山市の医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費も減少しています。しかし一人あたり医療費、同規模保険者と比べて約5万円高く、平成30年度と比較しても約2万円増えています。

また入院医療費は全体のレセプトのわずか3%程度に関わらず、医療費全体の約44%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても約4万円も高くなっています。(図表16)

年齢調整をした地域差指数では、令和3年度の入院は全国平均の1を超えていますが、県平均よりも低く、外来は全国平均の1よりも低くなっています。平成30年度と令和3年度を比較すると入院、外来ともに地域差指数が減少しています。(図表17)

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

図表 16 医療費の推移

		白山市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		21,488人	18,966人	--	--	--
前期高齢者割合		11,182人 (52.0%)	10,179人 (53.7%)	--	--	--
総医療費		82億9788万円	77億6743万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		386,164	409,545	359,130	406,969	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	559,640	597,680	616,530	590,640	619,090
	費用の割合	45.5	43.7	40.6	44.3	40.1
	件数の割合	3.3	3.1	2.6	3.4	2.6
外来	1件あたり費用額	23,190	25,030	24,420	25,740	24,520
	費用の割合	54.5	56.3	59.4	55.7	59.9
	件数の割合	96.7	96.9	97.4	96.6	97.4
受診率		765.573	764.382	726.377	734.621	728.39

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は白山市と同規模保険者103市町村の平均値を表す

図表 17 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		
		白山市 (県内市町村中)		県 (47県中)	白山市 (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	1.067 (8位)	1.040 (10位)	1.063 (13位)	1.005 (10位)	0.996 (7位)	1.016 (18位)
	入院	1.198 (12位)	1.153 (10位)	1.205 (11位)	1.088 (13位)	1.080 (11位)	1.116 (14位)
	外来	1.000 (7位)	0.985 (8位)	0.988 (25位)	0.943 (8位)	0.937 (8位)	0.935 (34位)

出典：地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患については同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 18)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を令和元年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全いずれも治療者数の割合は横ばいでした。(図表 19)

虚血性心疾患は、詰まった血管を広げるための治療(経皮的冠動脈形成術、冠動脈バイパス手術等)に 1 回 200 万円を超えることが多く、医療費の負担が大きい疾患です。また、脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 18 中長期目標疾患の医療費の推移

			白山市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			82億9788万円	77億6743万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8億5806万円	6億7796万円	--	--	--
			1034%	8.73%	8.40%	7.88%	8.20%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.30%	1.76%	2.11%	2.08%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.28%	2.35%	1.50%	1.70%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.46%	4.34%	4.49%	3.87%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.30%	0.27%	0.29%	0.23%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		17.44%	18.26%	16.76%	17.95%	16.77%
	筋・骨疾患		8.39%	8.47%	8.52%	8.46%	8.71%
	精神疾患		8.77%	8.97%	8.12%	9.06%	7.88%

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 19 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		
		R元年度	R4年度		R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	20,958	18,966	a	1,664	1,532	2,127	1,981	99	90	
				a/A	7.9%	8.1%	10.1%	10.4%	0.5%	0.5%	
治療者(人) 40歳以上		B	16,977	15,486	b	1,651	1,519	2,107	1,970	99	88
		B/A	81.0%	81.7%	b/B	9.7%	9.8%	12.4%	12.7%	0.6%	0.6%
再掲	40～64歳	D	5,860	5,307	d	299	261	403	328	45	41
		D/A	28.0%	28.0%	d/D	5.1%	4.9%	6.9%	6.2%	0.8%	0.8%
	65～74歳	C	11,117	10,179	c	1,352	1,258	1,704	1,642	54	47
		C/A	53.0%	53.7%	c/C	12.2%	12.4%	15.3%	16.1%	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)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えていますが、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析の割合は減少もしくは横ばいとなっています。一方で、虚血性心疾患の割合は糖尿病・脂質異常症の治療者で増えていきます。(図表 20, 21, 22)

白山市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられるため、引き続き治療が必要な方への指導や受診勧奨に努めます。

図表 20 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	
			R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		A	7,528	7,474	1,648	1,459	5,880	6,015
		A/被保数	44.3%	48.3%	28.1%	27.5%	52.9%	59.1%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	952	919	159	135	793	784
		B/A	12.6%	12.3%	9.6%	9.3%	13.5%	13.0%
	虚血性心疾患	C	1,519	1,474	268	218	1,251	1,256
		C/A	20.2%	19.7%	16.3%	14.9%	21.3%	20.9%
	人工透析	D	94	80	43	39	51	41
		D/A	1.2%	1.1%	2.6%	2.7%	0.9%	0.7%

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 21 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	
			R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度
糖尿病治療者(人)		A	5,022	4,837	1,119	955	3,903	3,882
		A/被保数	29.6%	31.2%	19.1%	18.0%	35.1%	38.1%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	680	631	103	84	577	547
		B/A	13.5%	13.0%	9.2%	8.8%	14.8%	14.1%
	虚血性心疾患	C	1,230	1,215	224	176	1,006	1,039
		C/A	24.5%	25.1%	20.0%	18.4%	25.8%	26.8%
	人工透析	D	61	53	25	24	36	29
		D/A	1.2%	1.1%	2.2%	2.5%	0.9%	0.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	424	479	86	89	338	390
		E/A	8.4%	9.9%	7.7%	9.3%	8.7%	10.0%
	糖尿病性網膜症	F	485	524	117	109	368	415
		F/A	9.7%	10.8%	10.5%	11.4%	9.4%	10.7%
	糖尿病性神経障害	G	266	262	71	53	195	209
		G/A	5.3%	5.4%	6.3%	5.5%	5.0%	5.4%

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 22 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	
			R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度
脂質異常症治療者(人)		A	6,900	6,871	1,584	1,432	5,316	5,439
		A/被保数	40.6%	44.4%	27.0%	27.0%	47.8%	53.4%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	721	712	108	97	613	615
		B/A	10.4%	10.4%	6.8%	6.8%	11.5%	11.3%
	虚血性心疾患	C	1,354	1,358	245	202	1,109	1,156
		C/A	19.6%	19.8%	15.5%	14.1%	20.9%	21.3%
	人工透析	D	58	50	22	22	36	28
		D/A	0.8%	0.7%	1.4%	1.5%	0.7%	0.5%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合はⅡ度高血圧で微増、HbA1c7.0 以上で微減しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 40%、糖尿病で約 5%います。(図表 23)

①で、前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は脳血管疾患・人工透析では減少もしくは横ばいとなっていますが、虚血性心疾患では糖尿病・脂質異常症の治療者で増えています。新型コロナウイルス感染症の影響で健診受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も治療が必要な値の方には、受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 23 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R3年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									①未治療	②治療中断		
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
白山市	8,302	49.2	6,318	39.6	371	4.5	219	59.0	302	4.8	177	58.6	112	37.1	12	4.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R3年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									①未治療	②治療中断		
	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
白山市	8,302	100.0	6,318	100.0	372	4.5	87	23.4	280	4.4	71	25.4	13	4.6	9	3.2

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軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。白山市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約2ポイント伸びており、3項目すべての危険因子が重なっている割合、2項目の危険因子が重なっている割合とともに増加しています。(図表24)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、LDL-C160以上は減少しており、翌年度の健診結果でも改善率が上がっています。一方でHbA1c6.5以上は横ばい、Ⅱ度高血圧以上は微増しており、翌年度の結果を見ると、両者とも改善率が下がっています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表25、26、27)

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていくことが重要であると考えます。

図表24 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	8,302 (49.2%)	1,722 (20.7%)	603 (7.3%)	1,119 (13.5%)
R4年度	6,501 (43.3%)	1,495 (23.0%)	537 (8.3%)	958 (14.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	842 (10.1%)	211 (25.1%)	348 (41.3%)	97 (11.5%)	186 (22.1%)
R3→R4	636 (10.1%)	105 (16.5%)	222 (34.9%)	105 (16.5%)	204 (32.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表26 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	371 (4.5%)	192 (51.8%)	72 (19.4%)	14 (3.8%)	93 (25.1%)
R3→R4	302 (4.8%)	143 (47.4%)	59 (19.5%)	9 (3.0%)	91 (30.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 27 LDL—C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	684 (8.2%)	329 (48.1%)	186 (27.2%)	47 (6.9%)	122 (17.8%)
R3→R4	452 (7.2%)	221 (48.9%)	86 (19.0%)	27 (6.0%)	118 (26.1%)

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

白山市の特定健診受診率は、令和元年度には 54.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症(以下「感染症」という。)の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 28)

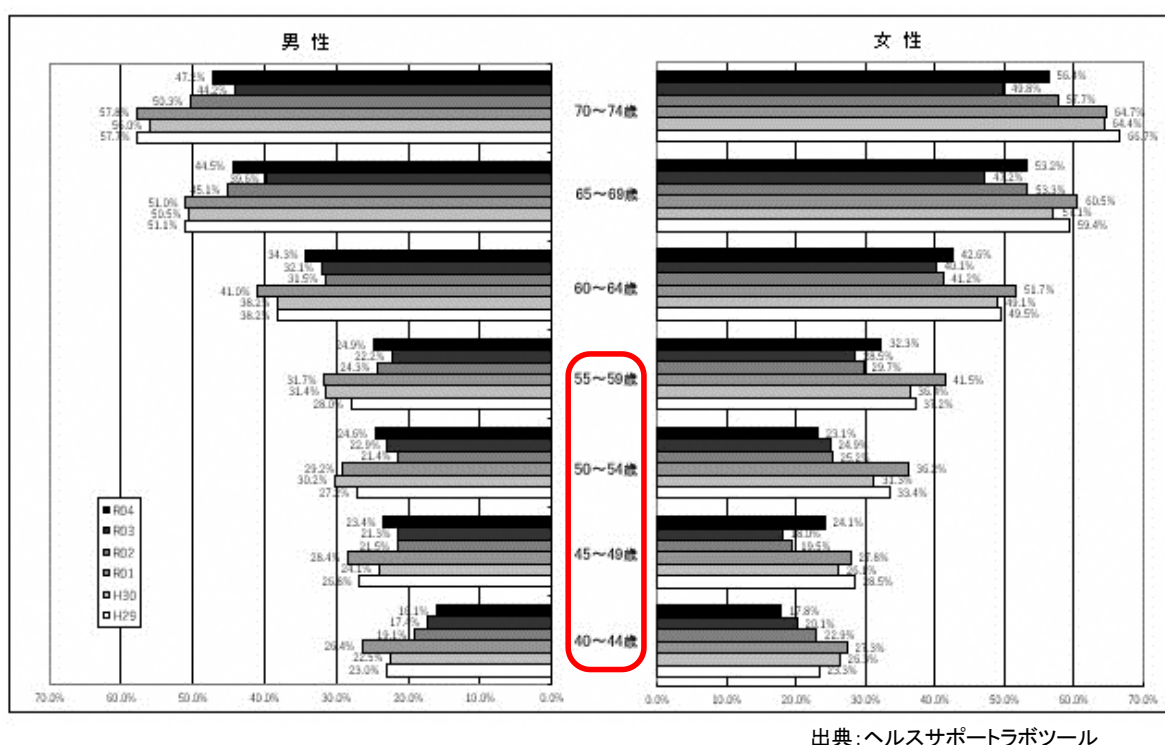
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診(いきいき健診)も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では 40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 29)

特定保健指導についても、令和 2 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 28 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	8,183	8,343	7,096	6,256	6,352	健診受診率 60%
	受診率	51.7%	54.1%	46.0%	41.4%	45.3%	
特定 保健指導	該当者数	808	821	740	639	584	特定保健 指導実施率 60%
	割合	9.9%	9.8%	10.4%	10.2%	9.2%	
	実施者数	533	499	370	292	321	
	実施率	66.0%	60.8%	50.0%	45.7%	55.0%	

図表 29 年代別特定健診受診率の推移



3) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

第2期データヘルス計画に基づき平成30年度から令和元年度は健診受診者数も増加し、保健指導も着実に実施してきたため有所見者を4.5%~4.7%の横ばいに抑えていました。しかし、令和2年度から感染症拡大が、健診・保健指導に大きく影響をあたえ、計画どおりに実施できない状況が続きました。平成30年度と令和4年度を比較すると、HbA1c7.0以上の血糖値有所見者割合は増加しています。また、保健指導割合は減少しており、十分な保健指導ができていない状況です。(図表30)

令和2、令和3年度は、血糖値有所見者の未治療者割合は増加しましたが、病院受診や治療内服開始した者の割合は高くなっており、これは感染症拡大防止のため個別医療機関健診のみの実施により、健診後の治療につながりやすかったのではないかと考えられます。(図表31)

これまで白山市では、より重症化するHbA1c8.0以上者を優先順位の高い保健指導対象者として重点的に支援してきました。保健指導実施率は平成30年度に比べると大幅に増加しており、年度でばらつきはありますがHbA1c8.0以上の未治療者を1~4人程度に抑えています。今後も未治療者については、医療につなげるための保健指導を実施していきます。(図表32)

また、肥満がインスリン抵抗性(※1)を引き起こし、血糖悪化の原因となるため、肥満の改善には保健師・管理栄養士による保健指導・栄養指導がさらに必要となってきます。重症化予防には医療機関との連携が重要と考えおり、かかりつけ医と必要時に情報共有しながら、一人一人の血糖改善のための支援を引き続き行っていきます。

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

図表 30 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R元	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	8,302	8,442	7,169	6,318	6,501
血糖値有所見者 * 1	人(b)	372	399	380	280	353
	(b/a)	4.5%	4.7%	5.3%	4.4%	5.4%
保健指導実施者 * 2	人(c)	111	131	43	63	77
	(c/b)	29.8%	32.8%	11.3%	22.5%	21.8%

* 1 HbA1c7.0%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 31 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R元	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	372	399	380	280	353
血糖値有所見者の未治療者 * 3	人(b)	36	38	39	31	27
	(b/a)	9.7%	9.5%	10.3%	11.1%	7.6%
病院受診した者	人(c)	25	25	33	24	17
	(c/b)	69.4%	65.8%	84.6%	77.4%	63.0%
内服治療開始した者	人(c)	20	18	18	16	9
	(c/b)	55.6%	47.4%	46.2%	51.6%	33.3%

* 3 HbA1c7.0%以上で問診にて血圧・糖・脂質の治療なしと答えた者

図表 32 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R元	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	8,302	8,442	7,169	6,318	6,501
HbA1c8.0%以上	人(b)	83	82	82	62	92
	(b/a)	1.0%	1.0%	1.1%	1.0%	1.4%
保健指導実施	人(c)	13	29	23	33	40
	(c/b)	15.7%	35.4%	28.0%	53.2%	43.5%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	4	2	1	1	3
	(b/a)	4.8%	2.4%	1.2%	1.6%	3.3%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞による重症化予防を目的として、心電図検査を全数実施しており、心房細動の有所見率は 1.0%で推移しています。(図表 33) 受託医療機関には、心電図検査で不整脈があった場合は詳しい所見を記入してもらうように依頼しており、所見記入率は 8 割を超えています。所見に心房細動と記入があった健診時未治療者については、全ての人が医療機関受診に繋がることを目的とし、本人との面接等を実施しています。(図表 34) また、特定健診で一度でも心房細動の所見があった方の管理台帳を作成しており、毎年度末には治療や治療中断の有無についてレセプトなどで確認し、治療中断を防いでいます。

虚血性心疾患は肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクに関連することから、心疾患の原因となるメタボリックシンドロームや血糖値コントロール不良者の減少を目標にして保健指導を実施しています。

図表 33 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R元			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	8,302	3,548	4,754	8,442	3,606	4,836	7,169	3,033	4,136	6,318	2,693	3,625	6,501	2,702	3,799
心電図結果 要医療者(人)	b	62	38	24	66	45	21	3	1	2	16	14	2	20	13	7
要精査者(人)	c	315	172	143	285	146	139	318	169	149	261	141	120	228	125	103
有所見率	(b+c)/a	4.5%	5.9%	3.5%	4.2%	5.3%	3.3%	4.5%	5.6%	3.7%	4.4%	5.8%	3.4%	3.8%	5.1%	2.9%
心房細動(人)	d	87	64	23	79	62	17	69	55	14	58	43	15	63	50	13
心房細動有所見率	d/a	1.0%	1.8%	0.5%	0.9%	1.7%	0.4%	1.0%	1.8%	0.3%	0.9%	1.6%	0.4%	1.0%	1.9%	0.3%

図表 34 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30	R元	R2	R3	R4
心房細動有所見者数	87	79	69	58	63
心房細動未治療者数(健診時)					
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)					18 28.6%
治療開始					10 55.6%
未治療者	3	4	2	1	2

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 5%の横ばいで、そのうち約 5 割が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 154 人のうち、保健指導を実施した者は 100 人でした。血圧Ⅲ度においては対象者が 26 人で、そのうち 17 人(65.4%)に保健指導を実施しました。保健指導を実施した 17 人のうち医療につながった人は 12 人(70.6%)で、保健指導を実施しなかった人と比べると医療受診割合が高いことがわかりました。(図表 35)

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。白山市では「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)」により、リスクを考慮し、Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の未治療者を最優先に保健指導を実施しています。未治療の方が治療の必要性を理解し、適切な時期に医療機関に受診するように引き続き支援していきます。(図表 36)

図表 35 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R元	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	8,302	8,442	7,169	6,318	6,501
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	371	399	393	303	326
	(b/a)	4.5%	4.7%	5.5%	4.8%	5.0%
	治療あり *4	人(c)	184	177	155	172
		(c/b)	49.6%	44.4%	49.4%	51.2%
	治療なし *5	人(d)	187	222	199	154
		(d/b)	50.4%	55.6%	50.6%	48.8%
(再掲)	保健指導実施	人(e)	160	171	134	105
		(e/d)	85.6%	77.0%	67.3%	70.9%
	血圧Ⅲ度の者	人(f)	32	40	38	32
		(f/a)	0.4%	0.5%	0.5%	0.4%
(再掲)	医療受診あり	人	16	22	21	18
	医療受診なし	人	16	18	17	14

*4 Ⅱ度高血圧以上で問診にて血圧・糖・脂質のいずれか治療ありと答えた者

*5 Ⅱ度高血圧以上で問診にて血圧・糖・脂質のいずれも治療なしと答えた者

★17人の保健指導の有無

	人数	割合
保健指導あり	12	70.6%
保健指導なし	5	29.4%

図表 36 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層	1,851	943 50.9%	720 38.9%	156 8.4%	32 1.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	80	C 48 4.3%	B 28 3.9%	B 4 2.6%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	1,101	C 565 59.5%	B 431 59.9%	A 83 53.2%	A 22 68.8%
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	670	B 330 36.2%	A 261 35.0%	A 69 44.2%	A 10 31.3%
		...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 445 24.0%			
		B 概ね1ヵ月後に再評価 793 42.8%			
		C 概ね3ヵ月後に再評価 613 33.1%			

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4 非弁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

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で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、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。」とされています。

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

取組内容としては、白山市の実態(メタボリックシンドロームや糖尿病が増えている等)や健診結果の見方と活用方法について伝え、それぞれが食生活等の生活習慣の見直しを行う機会にするための出前講座を実施しています。

また、ホームページや広報に糖尿病の発症予防と重症化予防を目的とした資料を掲載し、市民の皆さんへの啓発活動に取り組んでいます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 37 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.31%	2.60%	1.76%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.29%	2.78%	2.35%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.45%	4.54%	4.34%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	15.3%	18.8%	16.5%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	61.5%	40.0%	58.3%	
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	14.4%	11.7%	15.2%	白山市いきいき健康課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.3%	5.5%	5.0%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.2%	7.4%	7.2%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.7%	11.6%	11.3%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.3%	0.3%	0.4%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	36.2%	37.2%	35.9%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	29.3%	10.5%	20.1%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少				
		特定健診受診率60%以上	51.7%	46.0%	45.3%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	66.0%	50.0%	55.0%	
		特定保健指導対象者の割合の減少	22.1%	13.4%	31.6%	

(4) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期データヘルス計画では、優先すべき課題から①心血管疾患発症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者および予備群の減少と②血糖値が重症域(HbA1c8.0 以上)の者および血糖正常高値・境界域の者(HbA1c5.6~6.4)の減少を目標として個別の保健事業に取り組んできました。

メタボリックシンドロームの解決に向けた特定保健指導の実施については、令和 4 年度の実施率は 55.0%とやや増加しましたが、令和 2 年度以降、大きく減少しています。(図表 28,37) その結果、初年度(平成 30 年度)よりもメタボリックシンドロームの割合が増加しています。また、HbA1c6.5 以上と高血圧Ⅱ度以上の割合も増加しており、アウトカム評価としては成果が出ていない状況です。(図表 37)さらに健診結果の経年変化を見ると、HbA1c6.5 以上者、Ⅱ度高血圧以上者ともに改善率は減少し、HbA1c6.5 以上者は悪化の割合が増加しています。(図表 25,26) 内臓脂肪の蓄積によるメタボリックシンドロームや糖尿病は、薬物療法だけでは改善が難しく、生活習慣改善と合わせた治療を行う必要があります。年に 1~2 回の保健指導では生活改善に結びつかないケースもあるので、まずは健診で把握したメタボリックシンドロームと糖尿病対象者が改善につながるよう継続支援が必要です。

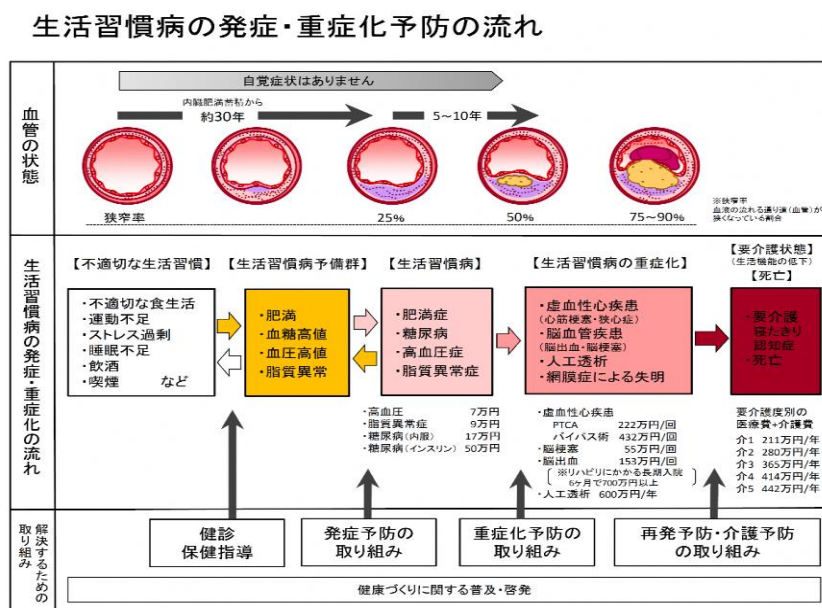
健診・医療の状況を年代別に見ると、40~64 歳の若い世代の特定健診受診率は 25.4%で 4 人に 1 人しか健診を受けていないことが課題です。また、健診結果より若い世代に肥満が多いことがわかったので、今後はなぜ若い世代に肥満が多いのかを分析していく必要があります。さらに、若い世代の 3 割が既に生活習慣病で治療しており、そのうち高血圧治療者が 7 割、糖尿病治療者が 5 割います。糖尿病と高血圧を併せ持っている方も多く、糖尿病で約半数の人が既に合併症を起こしており、若い世代から臓器障害を起こしている可能性があります。(図表 45)血管変化はリスクの重なりが長い年数をかけて進むため迅速な状況の改善が難しいからこそ、自覚症状が出ていない若い世代への対策が必要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 38)

図表 38 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

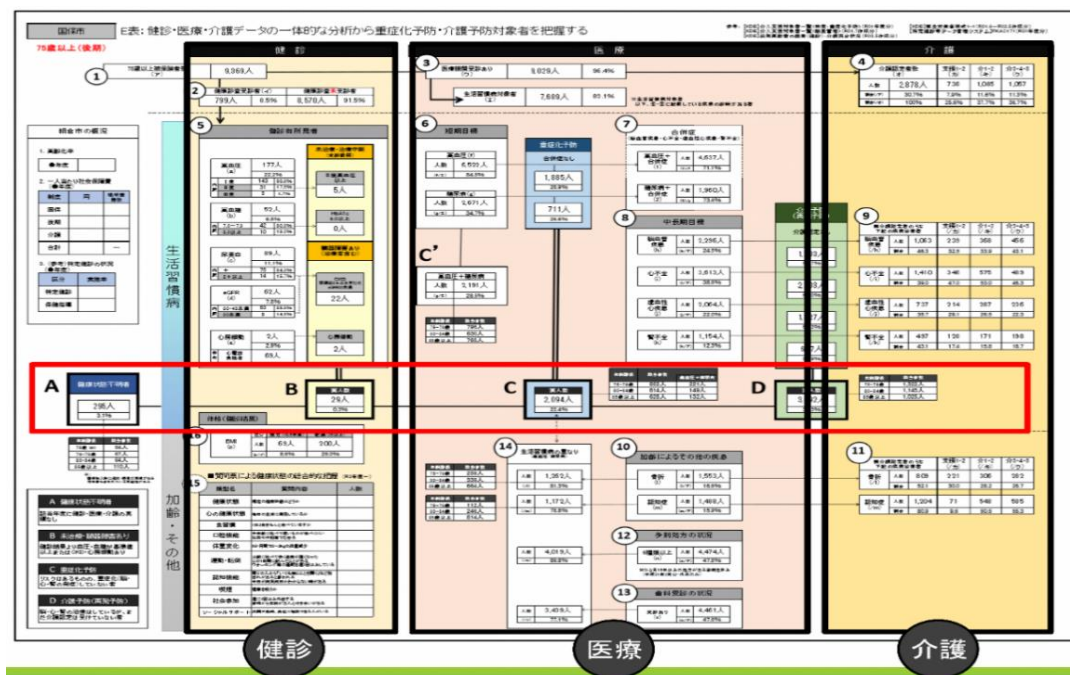
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 39 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 39 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

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年度には新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表40)

白山市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできており、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模、県、国より0.4~0.5ポイント高くなっていますが、糖尿病が重症化した結果の腎不全(透析有)の医療費に占める割合は、国保及び後期高齢においても、同規模、国と比べて低い状況です。(図表41)

高額レセプトについては、国保においては毎年約1,500件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約1.5倍に増えることがわかります。(図表42)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度が一番多く138件で1億6千万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は61件と件数が減り、費用額も7,078万円と減っています。しかし、後期高齢においては、179件発生し、1億8千万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、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表43)

虚血性心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121件で1億7千万円以上の費用がかかっていました。令和4年度は72件と件数は減りましたが、費用額は1億円を超えました。虚血性心疾患は1件あたりの費用額が高額になることから、虚血性心疾患のリスクとなる肥満・メタボリックシンドローム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44)

図表 40 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		21,488人	20,958人	20,930人	20,225人	18,966人	16,722人
総件数及び 総費用額	件数	201,714件	194,350件	181,388件	185,362件	180,440件	230,662件
	費用額	82億9788万円	82億5960万円	79億0099万円	80億8337万円	77億6743万円	140億6194万円
一人あたり医療費		38.6万円	39.4万円	37.7万円	40.0万円	41.0万円	84.1万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 国保	白山市	77億6743万円	32,904	4.34%	0.27%	1.76%	2.35%	5.86%	2.98%	2.14%	15億3099万円	19.7%	18.3%	8.97%	8.47%
	同規模	—	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	—	19.1%	16.8%	8.12%	8.52%
	県	—	32,833	3.87%	0.23%	2.08%	1.70%	5.31%	2.74%	1.95%	—	17.9%	17.9%	9.06%	8.46%
	国	—	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	—	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	白山市	140億6194万円	72,155	4.48%	0.63%	4.12%	3.39%	4.52%	2.71%	1.37%	29億8542万円	21.2%	10.9%	3.48%	11.2%
	同規模	—	69,773	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	—	19.5%	11.3%	3.66%	12.3%
	県	—	73,719	4.06%	0.50%	4.28%	1.88%	4.18%	2.43%	1.21%	—	18.5%	11.9%	4.25%	11.5%
	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 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	845人	838人	801人	778人	801人	1,338人
	件数	B	1,580件	1,663件	1,503件	1,537件	1,416件	2,142件
		B/総件数	0.78%	0.86%	0.83%	0.83%	0.78%	0.93%
	費用額	C	21億0601万円	21億8718万円	20億6057万円	21億4890万円	19億3123万円	22億3282万円
		C/総費用	25.4%	26.5%	26.1%	26.6%	24.9%	15.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 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		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
脳血管疾患	人数		D	44人		57人		51人		58人		37人		109人		
			D/A	5.2%		6.8%		6.4%		7.5%		4.6%		8.1%		
	件数		E	92件		138件		123件		124件		61件		179件		
			E/B	5.8%		8.3%		8.2%		8.1%		4.3%		8.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	5.6%	0	0.0%	65-69歳	1	0.6%	
		40代	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	1	1.1%	3	2.2%	11	8.9%	5	4.0%	8	13.1%	75-80歳	53	29.6%	
		60代	46	50.0%	68	49.3%	47	38.2%	38	30.6%	26	42.6%	80代	92	51.4%	
		70-74歳	45	48.9%	66	47.8%	65	52.8%	73	58.9%	27	44.3%	90歳以上	33	18.4%	
	費用額		F	1億0585万円		1億6001万円		1億4402万円		1億5095万円		7078万円	1億8322万円			
F/C			5.0%		7.3%		7.0%		7.0%		3.7%	8.2%				

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性 心疾患	人数		G	99人		92人		72人		72人		60人		101人		
			G/A	11.7%		11.0%		9.0%		9.3%		7.5%		7.5%		
	件数		H	121件		111件		83件		87件		72件		121件		
			H/B	7.7%		6.7%		5.5%		5.7%		5.1%		5.6%		
	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		2	1.7%	2	1.8%	1	1.2%	6	6.9%	2	2.8%	70-74歳	1	0.8%
		50代		5	4.1%	9	8.1%	6	7.2%	6	6.9%	4	5.6%	75-80歳	49	40.5%
		60代		63	52.1%	53	47.7%	33	39.8%	33	37.9%	39	54.2%	80代	62	51.2%
		70-74歳		51	42.1%	47	42.3%	43	51.8%	42	48.3%	27	37.5%	90歳以上	9	7.4%
	費用額		I	1億7716万円		1億6247万円		1億3207万円		1億5565万円		1億0846万円		1億5837万円		
I/C			8.4%		7.4%		6.4%		7.2%		5.6%		7.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

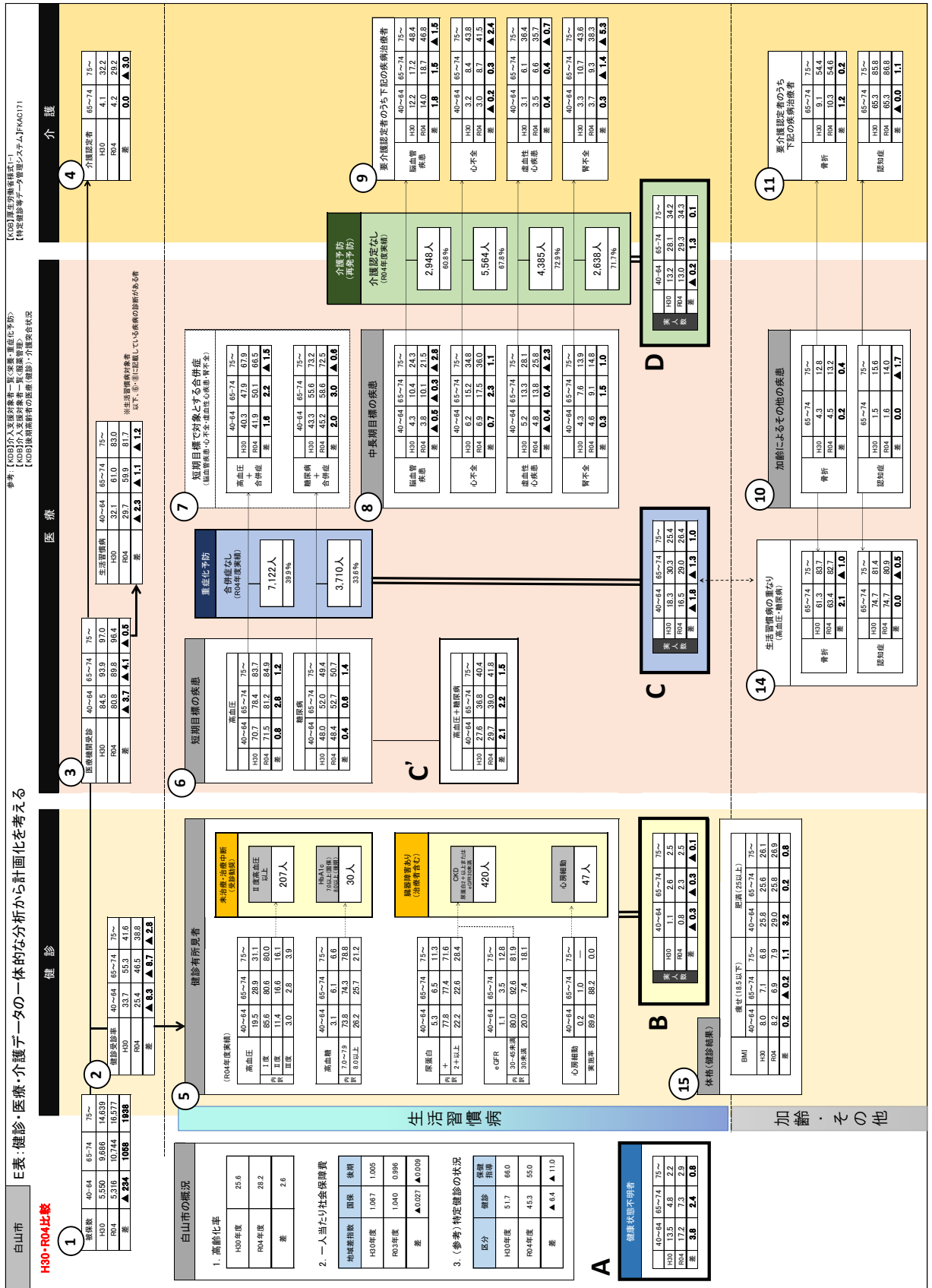
健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 46 の①被保険者数は 40～64 歳は減っていますが、65～74 歳では 1,000 名、75 歳以上では 2,000 名余り増え、高齢化率の低い白山市でも 75 歳以上の後期高齢者及び 65～74 歳の前期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると 40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 3.2 ポイントも高くなってきています。図表 47 をみると、各年代で健診有所見の割合が増えているものが多く、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 48 の⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病ともに 40～64 歳、65～74 歳では割合が増えており、75 歳以上では減っています。

図表 49 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、H30 年度と R4 年度の⑧被保険者数を比較すると、40～64 歳では脳血管疾患、虚血性疾患は減っていますが、⑨中長期疾患のうち介護認定者でみると脳血管疾患、虚血性疾患いずれも増えていることから、引き続き重症化予防に取り組んでいくことが必要です。

図表 50 の骨折・認知症の状況みると、⑩加齢による疾患として、75 歳以上の約 13～15%に骨折・認知症があり、さらに⑪介護認定の状況においても、高い割合で要介護状態になっています。これらの骨折や認知症の方の⑭生活習慣病との重なりでは、約 80%の方に高血圧、糖尿病の基礎疾患があるので、引き続き生活習慣病予防に取り組んでいくことが重要になっています。

図表 45 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 46 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮								
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)								
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上					
		75-	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	32.2		5,550	9,686	14,639	33.7	55.3	41.6	8.0	7.1	6.8	25.8	25.6	26.1			
R4	29.2		5,316	10,744	16,577	25.4	46.5	38.8	8.2	6.9	7.9	29.0	25.8	26.9			

図表 47 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64歳			65-74歳			75歳以上			40-64歳			65-74歳			75歳以上			40-64歳		65-74歳		75歳以上		40-64歳		65-74歳		75歳以上	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	人	%	人	%	
H30	74	4.0	(30)	250	4.7	(102)	296	4.9	(61)	50	2.7	(7)	248	4.6	(9)	71	1.2	(0)	20	1.1	103	1.9	314	5.2	4	0.2	47	0.9	0	--
R4	38	2.8	(16)	280	5.6	(102)	399	6.2	(89)	42	3.1	(4)	303	6.1	(26)	90	1.4	(0)	17	1.3	81	1.6	322	5.0	3	0.2	44	0.9	0	--

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	84.5	93.9	97.0	32.1	61.0	83.0	70.7	78.4	83.7	48.0	52.0	49.4	27.6	36.8	40.4	40.3	47.9	67.9	43.3	55.6	73.2
R4	80.8	89.8	96.4	29.7	59.9	81.7	71.5	81.2	84.9	48.4	52.7	50.7	29.7	39.0	41.8	41.9	50.1	66.5	45.2	58.6	72.5

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

E表	㊸												㊹											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.3	10.4	24.3	5.2	13.3	28.1	6.2	15.2	34.8	4.3	7.6	13.9	12.2	17.2	48.4	3.1	6.1	36.4	3.2	8.4	43.8	3.3	10.7	43.6
R4	3.8	10.1	21.5	4.8	13.8	25.8	6.9	17.5	36.0	4.6	9.1	14.8	14.0	18.7	46.8	3.5	6.6	35.7	3.0	8.7	41.5	3.7	9.3	38.3

図表 50 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり 高血圧・糖尿病				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				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	61.3	83.7	74.7	81.4	4.3	12.8	1.5	15.6	9.1	54.4	65.3	85.8
R4	63.4	82.7	74.7	80.9	4.5	13.2	1.6	14.0	10.3	54.6	65.3	86.8

出典: ヘルスサポートラボツール

(3)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)には高血圧、糖尿病等の重なりが共通してあります。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ます。目標の設定は、解決すべき健康課題に対応した評価指標を設定し、具体的な数値により根拠をもって行います。(図表 51)

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診や治療継続が必要な者に適切な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ありますが、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っていきます。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要となります。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2)管理目標の設定

図表 51 第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	データの 把握方法 (活用 データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.76%	1.75%	1.74%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.35%	2.33%	2.30%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.34%	4.32%	4.30%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	16.5%	16.3%	16.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	58.3%	50.0%	40.0%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15.2%	15.6%	16.0%	白山市 いきいき健康課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.0%	4.7%	4.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	7.2%	7.1%	7.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.3%	10.8%	10.5%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.4%	1.2%	1.0%	
			糖尿病の未治療者(HbA1c7.0%)を治療に結び付ける割合	22.0%	26.0%	30.0%	
		アウトプット	★特定健診受診率60%以上	45.3%	55.0%	62.5%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	55.0%	68.5%	81.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	31.6%	31.8%	32.0%	

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 52 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	48%	55%	62.5%	62.5%	62.5%	62.5%
特定保健指導実施率	56%	68.5%	81%	81%	81%	81%

3. 対象者の見込み

図表 53 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	14,900人	13,600人	12,500人	11,600人	10,700人	9,900人
	受診者数	7,152人	7,480人	7,812人	7,250人	6,687人	6,187人
特定保健指導	対象者数	715人	748人	781人	725人	669人	619人
	受診者数	400人	512人	633人	587人	542人	501人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。集団健診は特定健診委託基準を満たす集団健診委託業者と、個別健診は白山ののいち医師会が実施医療機関のとりまとめを行い、委託契約を行います。

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、受診券通知にあわせて、対象者に通知します。また、白山市ホームページ、健診のお知らせ冊子に掲載します。

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・貧血検査・心電図)を実施します。

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

図表 54 特定健診検査項目

○白山市特定健診検査項目

健診項目		白山市	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)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

5) 実施時期

集団健診、個別健診ともに 6 月から 10 月、人間ドックは 6 月～翌年 1 月末まで実施します。

6)医療機関との適切な連携

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

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

7)代行機関

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

8)健診の案内方法

受診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、健診対象者に個別に受診券通知を送付するとともに、市ホームページ等を活用し、周知を行います。

受診券通知は 5 月に送付し、途中加入者には加入手続き時に保険年金課にて健診案内チラシで受診勧奨します。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施とし、いきいき健康課への執行委任の形態で行います。

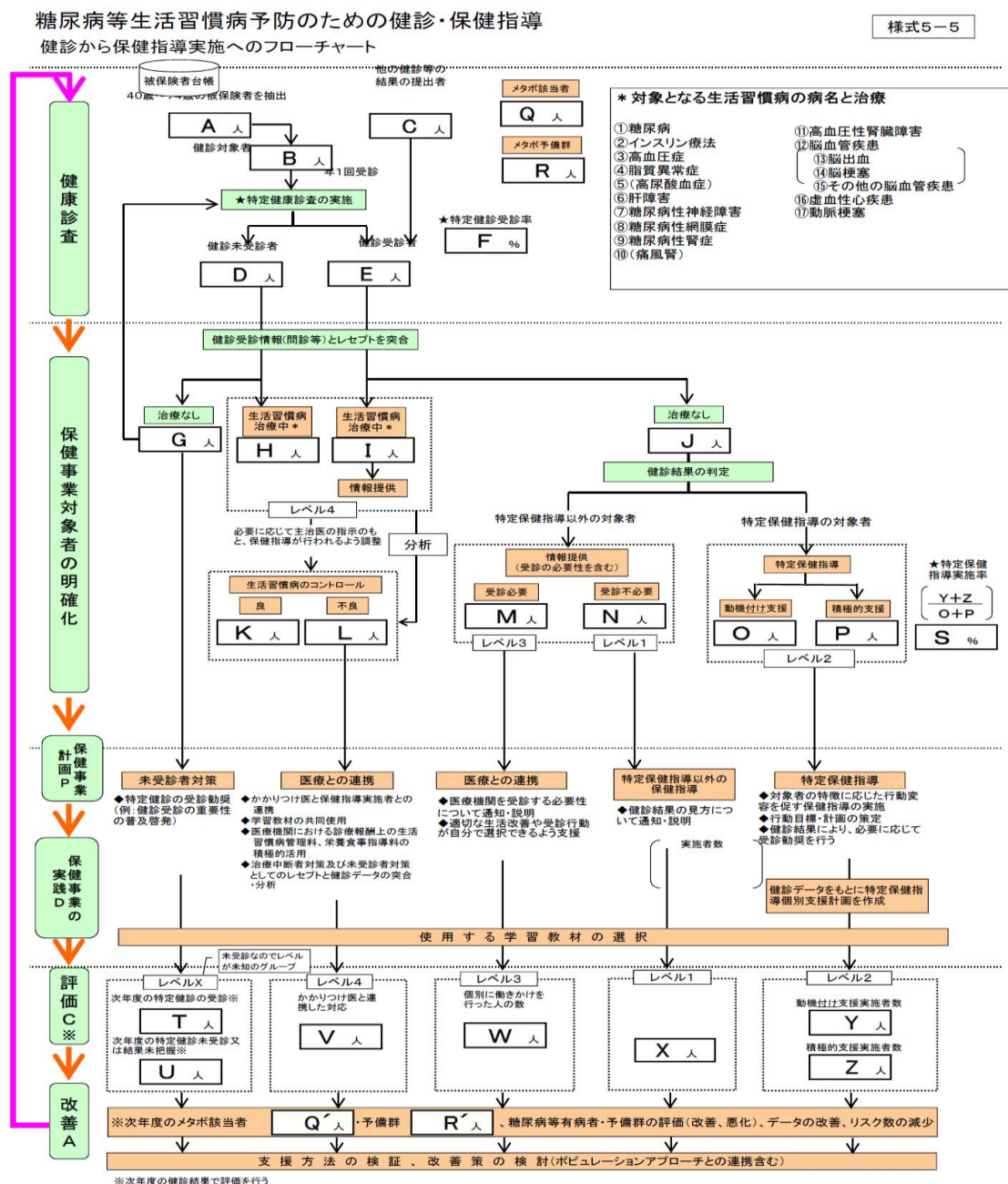
図表 55 特定保健指導の第 4 期における変更点

○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56,57)

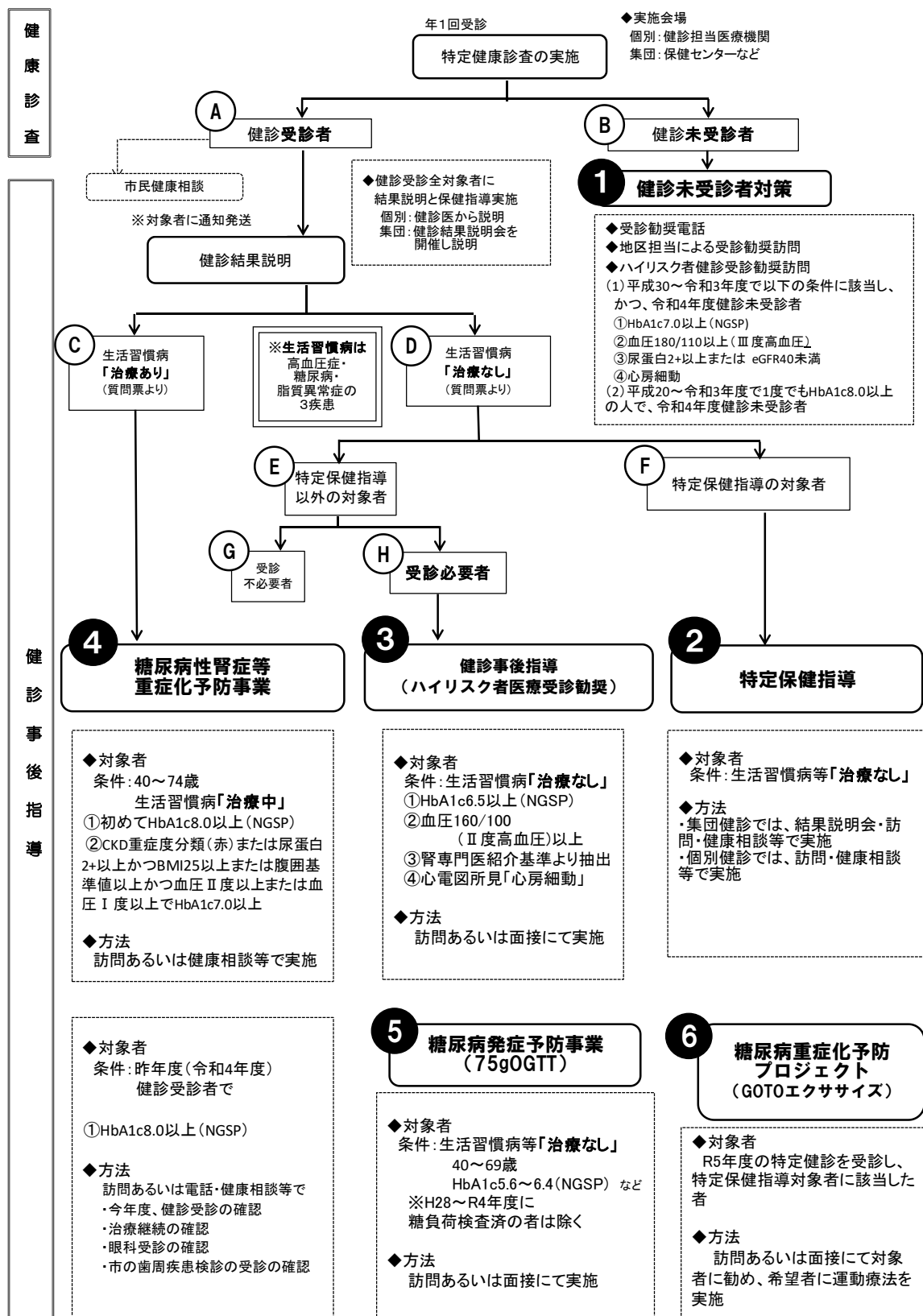
図表 56 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

図表 57 健診から保健指導へのフローチャート(白山市版)

R5年度 白山市における糖尿病等生活習慣病予防のための健診・特定保健指導及び健診事後指導の流れ



2) 保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 58 保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

R5年度 保健指導対象者一覧

区 分			対 象	特定健診		参考 対象者数 (R4)	備考
				40～64歳	65～74歳		
最優先 ②③☆			◆3疾患治療なし ①HbA1c8.0以上	●	●	11	* 集団健診は主に結果説明会で医療受診勧奨 * 個別健診は通知をして、特保相談日に来所してもらう 検査結果によって、早急に対応が必要な場合は、説明会や相談日を待たずに、訪問等で医療受診勧奨をする ※勧奨後の状況及び結果について、電話等で確認する
			②血圧180/110以上(Ⅲ度高血圧)	●	●	26	
			③eGFR30未満	●	●	1	
				実人数		38	
ハイ リスク (治 療 な し)	1	特定保健 指導A ②☆	◆階層化により特定保健指導になったグループで、 かつ『区分2』①～④に該当する者	●	●	14	* 集団健診は主に結果説明会で初回面接 * 個別健診は主に特保相談日に来所してもらい初回面接 来所しない、電話がつかない場合は訪問へ
			①積極的支援	●	●	76	
			②動機づけ支援	実人数 区分1		90	
	2	情報提供 ◇	◆3疾患治療なし ①HbA1c6.5以上	●	●	38	* 集団健診は主に結果説明会で指導 * 個別健診は主に特保相談日に来所してもらい指導 来所しない、電話がつかない場合は訪問へ ※指導後の状況及び結果について、電話等で確認する
			②血圧160/100(Ⅱ度高血圧)以上	●	●	84	
			③腎専門医紹介基準該当者 ◆3疾患治療なし かつ 脳・心治療なし ④心房細動	●	●	42	
特 保	3	特定保健 指導B ②☆	◆階層化により特定保健指導になったグループで、 かつ『最優先・区分1(ハイリスク)』以外	●	●	106	* 集団健診は主に結果説明会で初回面接 * 個別健診は主に特保相談日に来所してもらい初回面接
			①積極的支援	●	●	387	
			②動機づけ支援	実人数 区分3		493	
				小計 特保		599	初回指導率60%目標
2 次 検 査		75gOGTT ⑤☆	3疾患治療なしかつ、脳・心・腎治療なしかつ、 脳・心既往なし (1)40～69歳 ①HbA1c6.0～6.4かつ「区分1～3」に該当するもの等 ②HbA1c5.6～5.9かつ「区分1～3」で、「糖尿病の 遺伝のあるもの」、食生活等に問題のあるもの等 (2)39歳以下のいきいき健診受診者 HbA1c5.6～6.4で「糖尿病の遺伝のあるもの」、 肥満、食生活に問題があるなどリスクの高いもの	● 69歳まで		63	★抽出の条件 「3疾患治療なし」かつ「脳・心・腎治療なし」かつ、 「脳・心既往なし」 ①40～69歳で、HbA1c5.6～6.4かつ「区分1～3」 ② いきいき健診受診者で、HbA1c5.6～6.4かつ「区分1～3」の 条件に該当 ※HbA1c5.6～6.4で、上記条件に該当しない場合でも、面接で、 糖尿病の遺伝や食生活等に問題がある等リスクが高い場合は 2次検査を勧めてもよい ・過去に75gOGTTを受けた者は対象外 ・集団健診受診者は、健診結果説明会で2次検査の勧め ・個別健診・半日ドック受診者は特保相談日にて2次検査の勧め ・検査は、糖尿病の安定期治療を担う医療機関に依頼
				39歳以下		178	
						4	
				小計		245	

区 分			対 象	特定健診		参考 対象者数 (R4)	備考
				40～64歳	65～74歳		
ハ イ リ ス ク (医 療 中)	医	治療中 コントロール 不良 ④★	◆生活習慣病「治療中」の40～74歳 ①HbA1c8.0以上	●	●	85	※かかりつけ医で健診を受けた場合 地区担当者と相談して、指導対象者と日程を決める 対象者へ日時入りの通知を送付し、来所してもらう ※集団検診を受けた場合 健診結果説明会にて保健・栄養指導を実施 指導内容を糖尿病連携手帳または血圧手帳等で報告する
			②CKD重症度分類 赤のステージまたは尿蛋白2+以上 かつ、BMI25以上または 腹囲基準以上(男:85cm以上、女:90cm以上) かつ、血圧Ⅱ度以上または血圧Ⅰ度以上	●	●		
				●	●		
				実人数		85	

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表 59)

図表 59 特定健康診査・保健指導年間スケジュール

《特定健康診査》

項目	目的	対象者	内容	達成目標	期間	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
特定健康診査	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診とする	40歳～75歳未満の白山市国民健康保険被保険者	集団健診(保健センター等)、個別健診(健診担当医療機関)で、問診・身体計測・理学的検査・検尿・血圧測定・血液検査や必要に応じて心電図検査等を実施	国60%	集団健診 個別健診 6月～10月												
若年健診	いきいき健診	生活習慣病予防のため健診を実施し、若年期以降の特定健診につなげ健康の保持及び増進を図る	18歳以上39歳以下で、職域等において、当該健診に相当する保健サービスを受けることができない者	—	6月～10月 年3回												

《特定保健指導》

項目	目的	対象者	内容	達成目標	期間	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
(一) 健診受診勧奨	① ハイリスク者 未受診者対策	健診未受診や医療中断のハイリスク者を健診受診につなげ、重症化予防を図る	(1)過去4年間で、1度でも以下の条件に該当し、かつR4健診未受診者 ①HbA1c7.0以上(NGSP) ②血圧180/110以上(Ⅲ度高血圧) ③尿蛋白2+以上またはeGFR40未満 ④心房細動 (2)H20～R3の健診で、1度でもHbA1c8.0以上かつR4年度健診未受診者	未治療者、治療中断者に電話等で健診受診勧奨を行う	把握率 100%	6月～9月末 まで											
	② 特定保健指導	発症予防 (一部重症化予防)	特定保健指導対象者	訪問、結果説明会等で面接	初回指導率 60%	7月～3月末 まで											
	③ ハイリスク者 医療受診勧奨	医療受診が必要な者を速やかに受診につなげ、重症化予防を図る	生活習慣病「治療なし」 ①HbA1c6.5以上(NGSP) ②血圧160/100(Ⅱ度高血圧)以上 ③腎専門医紹介基準より抽出 ④心電図所見「心房細動」	対象者に訪問または結果説明会等で面接し、医療受診勧奨を行い、後日治療につながったかどうか確認する	稼働率 100%	7月～3月末 まで											
	④ 糖尿病性腎症等 重症化予防事業	治療中の者について、かかりつけ医と連携し、保健・栄養指導を行い、重症化予防を図る	(1)生活習慣病「治療中」の40～74歳 ①初めて、HbA1c8.0以上(NGSP) ②CKD重症度分類(赤)または尿蛋白2+以上かつBMI25以上または腹囲基準値以上かつ血圧Ⅱ度以上または血圧Ⅰ度以上でHbA1c7.0以上 (2)昨年度(R4年度)健診受診者でHbA1c8.0以上の者 (HbA1c8.0以上地区管理台帳掲載者)	(1)個別健診受診者(医療機関)の場合、かかりつけ医へハイリスク者リストを送付し、保健指導除外者を連絡市から本人へ案内通知を出し、了解を得て保健指導を実施 集団健診受診者の場合、糖尿病連携手帳もしくは血圧ノートにてかかりつけ医に報告する (2)訪問あるいは電話・健康相談等で、健診受診確認や治療の継続等について確認する	—	7月～3月末 まで											
	⑤ 糖尿病 発症予防事業 (75gOGTT検査)	75gOGTT検査により、血糖変化・インスリン分泌状況に合わせた個々に合った具体的な栄養指導により、食・生活習慣を改善し、糖尿病発症を予防する	生活習慣病等「治療なし」の40～69歳またはいきいき健診(18～39歳)受診者 HbA1c5.6～6.4% など ※過去に市の糖負荷検査済の者は除く	検査は石川県医療計画における「糖尿病安定期治療を担う医療機関」で実施する 採血項目は「血糖値」と「インスリン値」を、糖負荷前、30分、60分、120分すべて実施する	—	7月～3月末 まで											
	⑥ 糖尿病 重症化予防 プロジェクト 事業 (GOTO エクササイズ)	糖尿病における合併症、特に患者のQOLを著しく低下させる恐れのある糖尿病性腎症の重症化を予防する また運動療法を促すことで、肥満症や高血圧、糖尿病等の生活習慣病を早期に予防する	特定健診受診者のうち以下の条件をすべて満たす者 ①BMI25以上もしくは、腹囲基準値以上 ②a:空腹時血糖 100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上 b:収縮期血圧 130mmHg以上 または 拡張期血圧 85mmHg以上 c:中性脂肪 150mg/dl以上 またはHDL40mg/dl未満 a～cのいずれかに該当する者 ※対象者については随時見直す	健診結果より、対象者を選出 保健指導の初回面接時に運動療法が必要な方で本人が希望された場合、健康増進施設にて3ヶ月間実施 終了後に市で面接し、血液検査等の説明及び特定保健指導等の評価を行う	—	通年											
項目	目的	内容		時期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
データ分析・評価	課題の明確化	・新規透析名簿の追加(4月) ・保健指導実践ツール・データヘルス計画作成・評価ツール作成 ・HbA1c8.0以上地区管理台帳更新		1月～4月分析・評価 11月～12月中間評価 医師会打ち合わせ 前年3月 医療機関への説明 5月	医師会打ち合わせ 健診説明会												
前年度保健指導評価	今年度保健指導対象者の検討	・評価表・優先順位 (保健指導対象者一覧)															

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

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

また、特定健康診査・特定保健指導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、健康管理システム及び特定健康診査等データ管理システムで行い、最低 5 年間は保存します。

7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

8. 計画の評価・見直し

1) 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2) 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 個別保健事業の方向性

1) 優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別の保健事業として以下の事業を優先的に実施します。

- 【重症化予防】①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
- ②虚血性心疾患の早期発見、予防(心電図検査異常者に対する保健指導)
- ③脳血管疾患予防事業(心房細動、高血圧者への保健指導)
- 【発症予防】④軽度高血糖者に対する保健指導
- ⑤特定健診・特定保健指導
- ⑥生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
- 【その他】⑦高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施します。

また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有化を図り、連携した取り組みを検討していきます。

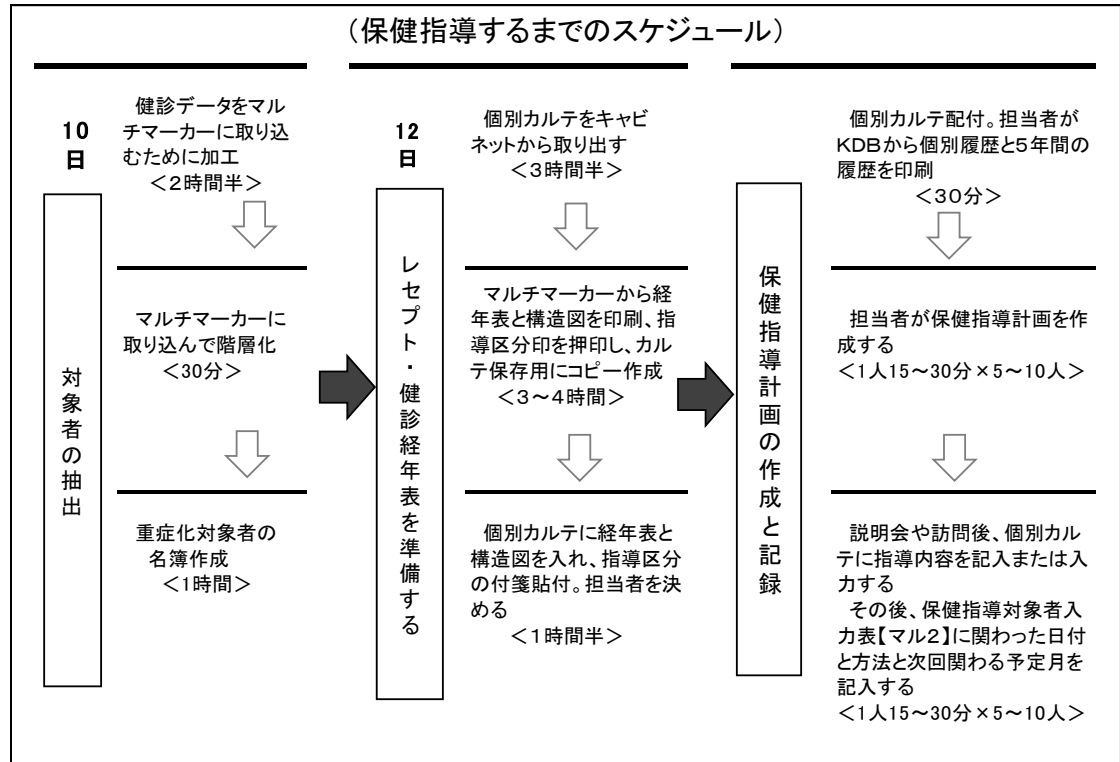
2) 個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、図表 51「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおりです。

3) 事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行います。(図表 59)

図表 60 保健指導するまでの月間スケジュール

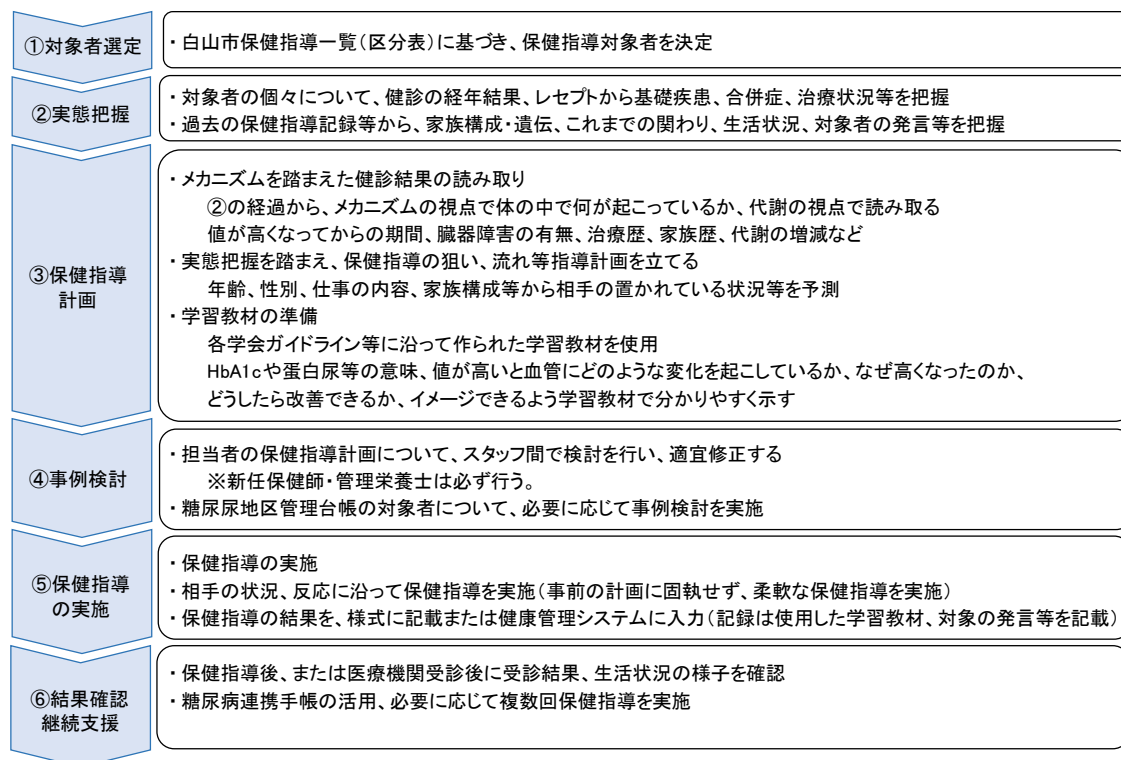


2. 糖尿病性腎症重症化予防

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「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(令和5年4月1日改定)に準じ、実施していきます。

図表 61 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) 対象者及び優先順位の考え方

保健指導対象者の優先順位の決定にあたっては、健診・レセプトデータ等から、保健指導該当者数を把握したうえで、優先順位を決定め、十分な保健指導が実施できるよう体制を確保し、計画的な保健指導を実施します。

優先1 ・未治療者及び治療中断者に対する保健指導、受診勧奨

健診の結果 HbA1c8.0 以上

治療中断者とは、過去に治療歴があり6か月間治療の記録がないもの

優先2 ・未治療者及び治療中断者に対する保健指導、受診勧奨

健診の結果 HbA1c6.5～7.9

治療中断者とは、過去に治療歴があり6か月間治療の記録がないもの

優先3 ・糖尿病で治療中のうちハイリスク者

①糖尿病治療中のうち、健診受診者で HbA1c8.0 以上、

- ②CKDの重症度分類(※)赤のステージまたは蛋白尿(2+)以上
かつ、BMI25 以上
または腹囲基準値以上かつ、血圧Ⅱ度以上(160～179/100～109)
または血圧Ⅰ度(140～159/90～99)であってHbA1c7.0 以上

優先4 ・特定保健指導対象者であって HbA1c5.6～6.4

その他、治療中でかかりつけ医等から保健指導の依頼のあったもの

優先1～4の健診受診者に対しては、HbA1c、血糖の値に加え、メタボリックシンドロームの重なりを考慮して優先順位を決定します。

【参考】CKD重症度分類(※)

CKDの重症度分類

(CKD診療ガイド2012より)

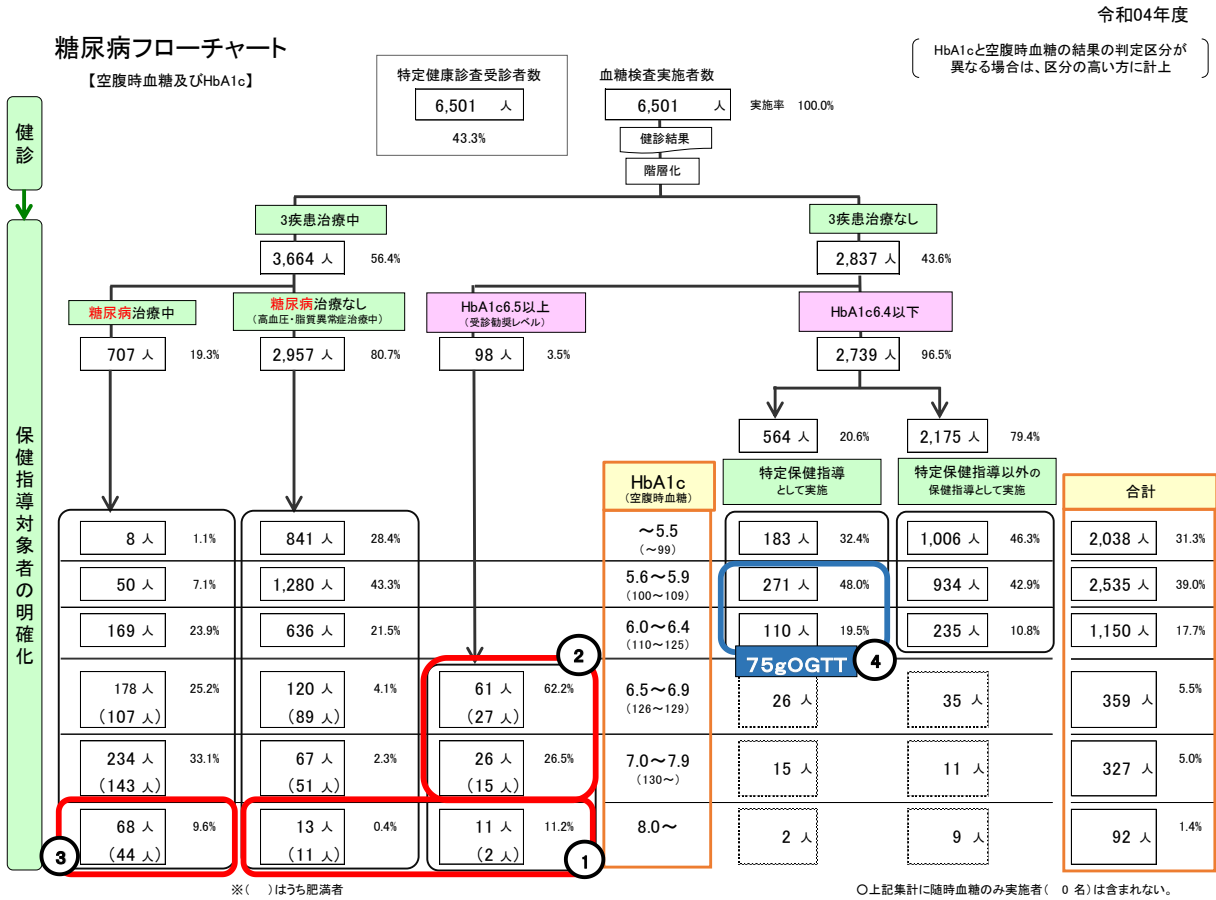
原疾患		尿蛋白区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン/Cr比 (mg/g Cr)		30未満	30～299	300以上
高血圧・ 腎炎など		尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白/Cr比 (g/g Cr)		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR 区分 (mL/分/1.73m ²)	G1	正常 または高値	≥90			オレンジ のステージ
	G2	正常または 軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29	赤のステージ		
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

※白山市特定健診での尿蛋白(定性)分類：A1(-)or(±)、A2(+)、A3(2+以上)

図表 62 特定・重症化予防の対象者及び優先順位

	重症化予防			特保(発症予防)	全合計
	医療機関受診有無	医療機関受診あり		医療機関受診なし	
	治療の有無と肥満	糖尿病治療中 コントロール不良	糖尿病治療なし		
	肥満あり メタボ				
保健指導内容 HbA1c (空腹時血糖)	薬が必要になった人の 保健指導	未受診の保健指導		特定保健指導	
①	～ 5. 5				
②	5. 6 ～ 5. 9				75gOGTT 4位
③	6. 0 ～ 6. 4				
④	6. 5 ～ 6. 9				
⑤	7. 0 ～ 7. 9			2位	
⑥	8. 0 ～	3位	優先順位 1位		糖毒性を起こす段階

図表 63 糖尿病フローチャート【ラボツール】



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえて実施していきます。なお、実施にあたっては、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。

また、集団健診受診者への健診結果説明会においては、健診結果が以下の条件のものに対し、再検査を行います。

- ① 3疾患治療なしで蛋白尿（＋）以上の人・・・尿検査を再度実施します。
- ② e-GFR30～60未満で尿蛋白（－）または（±）かつHbA1c6.5以上
・・・アルブミン尿検査を実施します。

【参考】R4年度 対象者 ① 11人 ② 22人

図表 64 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病性腎症重症化予防のための学習教材（一部のみ例示）	
1 健診結果から解決に意識が向かうための資料	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診結果経年表	2-1 食べる時間とインスリン分泌
1-2 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います	2-2 血糖が高くても安心して食べられるもの
1-3 ヘモグロビンA1cとは	2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？
1-4 糖尿病はどういう病気なのでしょう	2-4 食べ方の基本 基準量
1-5 75g糖負荷検査結果	2-5 どんな順序で食べるとインスリンに無理をかけないか？
1-6 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか	3 運動
1-7 高血糖は腎臓をどのように傷めるのか	3-1 動くのと体にいいと言われるけど何がいいの？
1-8 私の腎機能（GFR）の状態は？	3-2 筋肉細胞ってね
1-9 糖尿病による網膜症	4 薬物療法
1-10 認知症には、糖尿病予防が大切です	4-1 薬はもともとの体の働きを助けたり抑えたりして血糖を調整しています
1-11 糖尿病治療の進め方	4-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか

(2) 医療との連携

医療機関未受診者及び治療中者への保健指導にあたっては、『いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に準じ、事前にかかりつけ医へハイリスク者リストの提出を行い、指導後は糖尿病連携手帳を活用または保健指導報告書にて連絡するとともに、かかりつけ医に電話や訪問で相談するなど積極的な医療連携を図っていきます。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 51「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5) 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

前年度の健診結果から HbA1c8.0%以上地区管理台帳を作成、保健指導対象者を抽出

5月 前年度健診未受診者及び治療中断者を把握し、健診受診勧奨

6月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

保健指導実施後、治療の有無等を KDB で確認、継続指導を実施

10月～健診未受診者への受診勧奨(訪問、電話)、かかりつけ医との連携

3月 年間の活動のまとめ、評価

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) 対象者及び優先順位の考え方

(1) 心電図検査からの把握

最も基本的な心臓の検査は心電図検査であり、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の一つとなっています。白山市では、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、心電図検査の結果、虚血性心疾患が疑われる所見のある人を抽出し、優先的に保健指導を実施していきます。

優先1 ・治療や内服がなく、LDL コレステロールが 160 以上のハイリスク者であって

心電図所見で Q 波異常、ST 変化があるもの

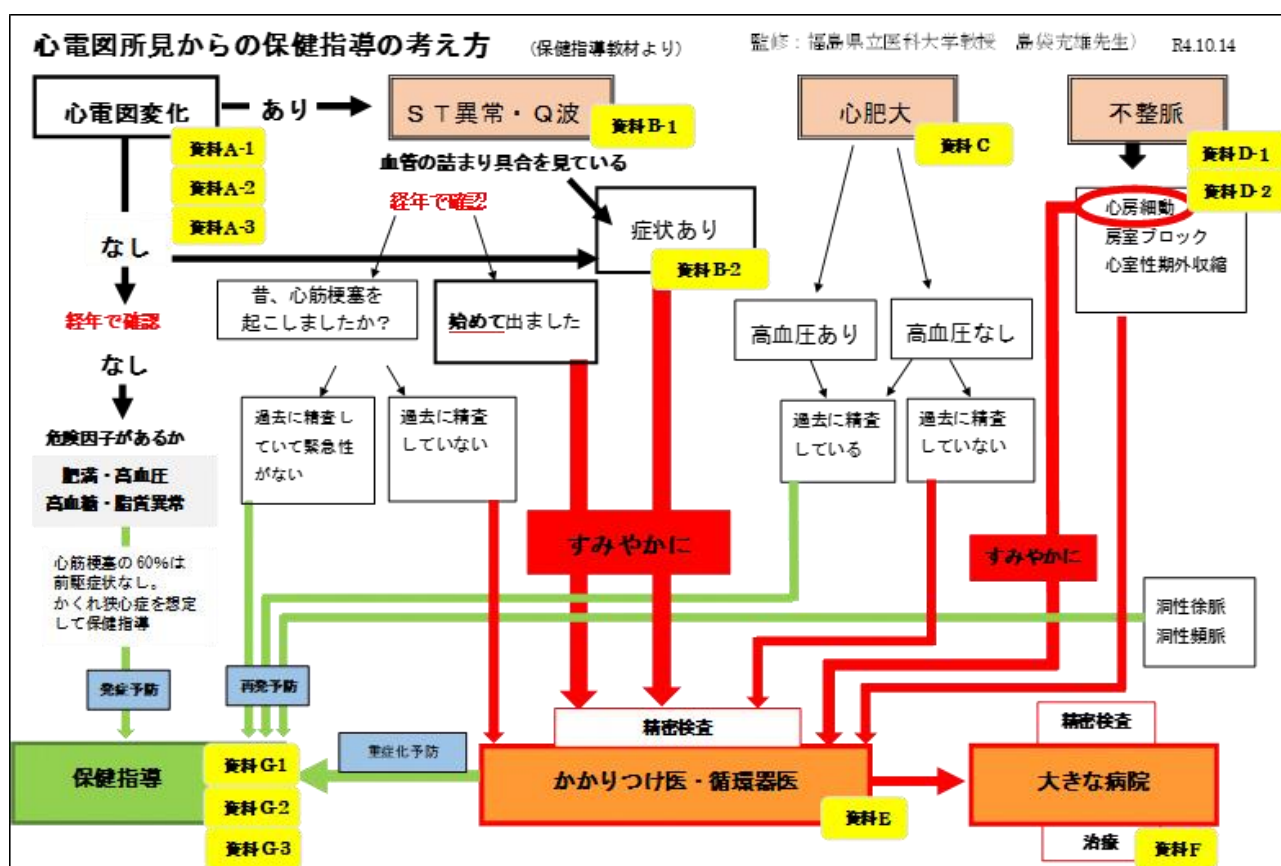
優先2 ・特定保健指導対象者であって心電図所見で Q 波異常、ST 変化があるもの

図表 65 心電図で虚血性変化が疑われる人数

心電図所見	該当数	メタボリックシンドローム						(再掲) LDL—CH 160以上				3疾患 服薬 あり	3疾患 服薬 なし
		基準該当		予備群該当		非該当							
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	人数
Q波所見あり	241	91	37.8%	31	12.9%	119	49.4%	15	6.2%	6		9	
ST 所見あり	177	54	30.5%	11	6.2%	112	63.3%	10	5.6%	5		5	

【DHパイロットより】

図表 66 心電図所見からのフロー図



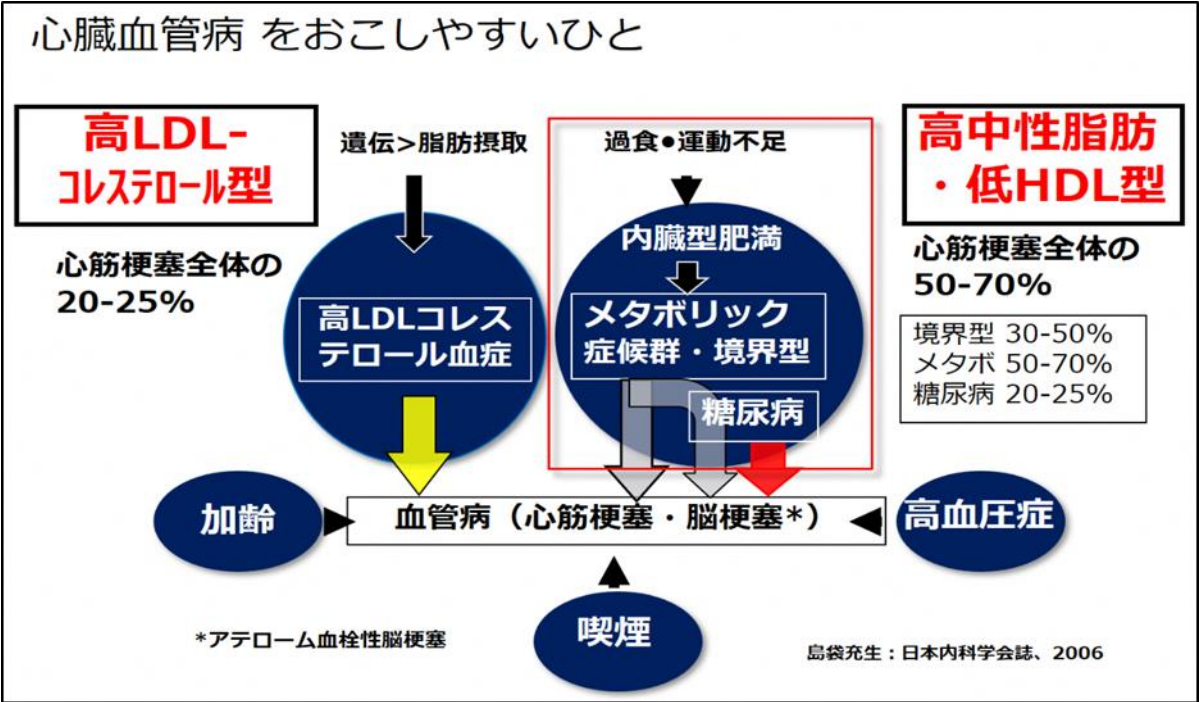
(2) 心電図以外からの把握

心筋梗塞の 60%は前駆症状がないため、心血管疾患を発症しやすい、高コレステロール及びメタボリックシンドローム者に対し、積極的に保健指導を行う必要があります。特に高コレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高 LDL が重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されています。

また、LDL コレステロールが 180 以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導等を行うことも検討していきます。

優先3・特定保健指導対象者であってLDLコレステロールが160以上のもの

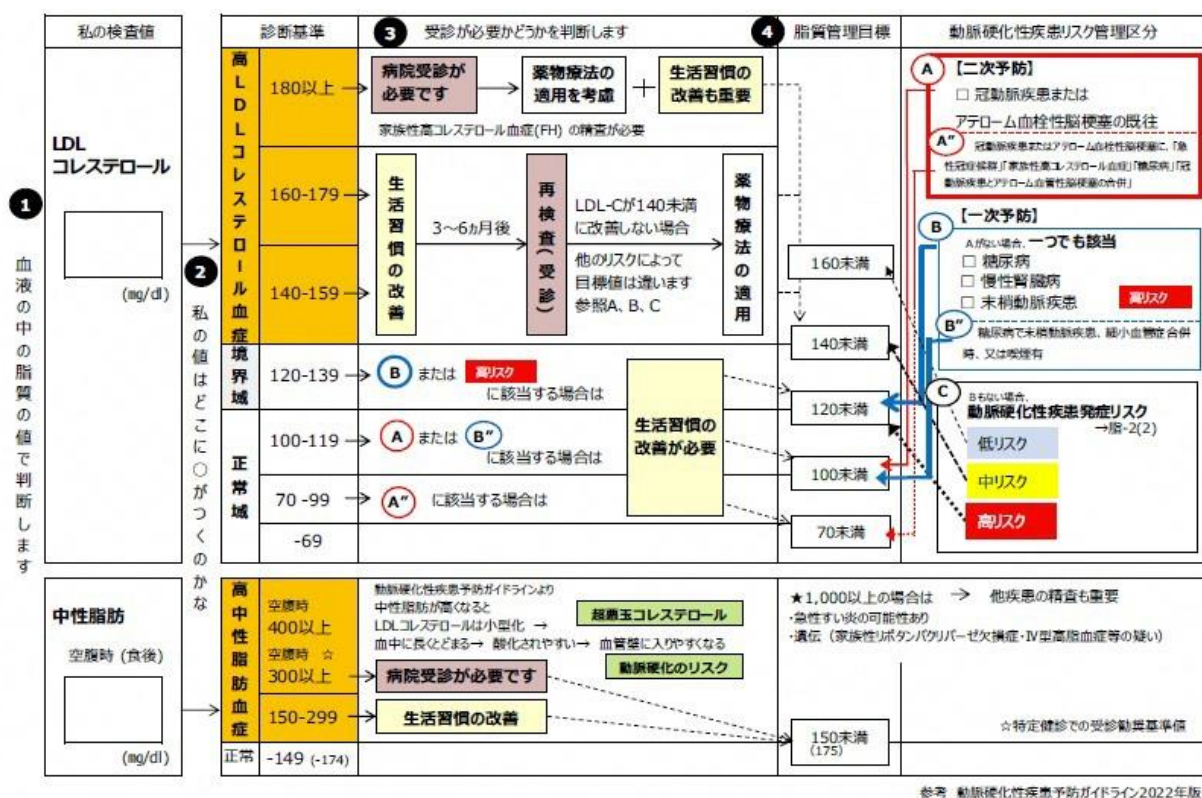
図表 67 心臓血管病をおこしやすいひと



図表 68 LDL-コレステロールと特定保健指導の階層化

LDL-コレステロール	総数	積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり		脂質の服薬なし		脂質の服薬あり	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
120未満	3,789	39	1.0%	195	5.1%	2,274	60.0%	1,281	33.8%	437	11.5%	844	22.3%
120-140未満	1,566	43	2.7%	128	8.2%	1,020	65.1%	375	23.9%	179	11.4%	196	12.5%
140-160未満	868	23	2.6%	95	10.9%	594	68.4%	156	18.0%	82	9.4%	74	8.5%
160-180未満	328	15	4.6%	49	14.9%	215	65.5%	49	14.9%	28	8.5%	21	6.4%
180以上	150	9	6.0%	27	18.0%	101	67.3%	13	8.7%	9	6.0%	4	2.66%

図表 69 高 LDL からの保健指導の考え方



3)保健指導の実施

(1)心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、KDB、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで、各フロー図(図表 66、69)に沿って保健指導を行い、対象者が自分の体をイメージできるよう、保健指導教材を活用していきます。

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行います。)

図表 70 心電図所見からの保健指導教材(例示)

心電図所見からの保健指導教材(例示)

- 1-1 心電図所見からどうしたらいいの? フロー図
- 1-2 休むことなく動き続けるのは心臓だけです
- 1-3 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞を発症する前に
- 1-4 心電図所見に「ST」ができました。STって何?
- 1-5 心電図には異常がなかったけど、症状も大事なサインです
- 1-6 心臓の血管を守るために今できることは何だろう
- 1-7 肥満になると心臓はどうなるの?

(2) 二次健診の実施に向けての検討

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 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、治療中の者へは必要に応じて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 51「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5) 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 対象者への介入方法、実施方法の決定

6月～健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施(通年)

保健指導実施後、治療の有無等を KDB で確認、継続指導を実施

3月 年間の活動まとめ、評価

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 目的、基本的な考え方

白山市では、脳血管疾患のうち脳出血よりも脳梗塞が多い現状です。なかでもアテローム血栓性脳梗塞が多い可能性があります。アテローム型のリスクとして、血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドロームが指摘されており、虚血性心疾患同様の対象者に対して脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施します。(図表 71,72,73)

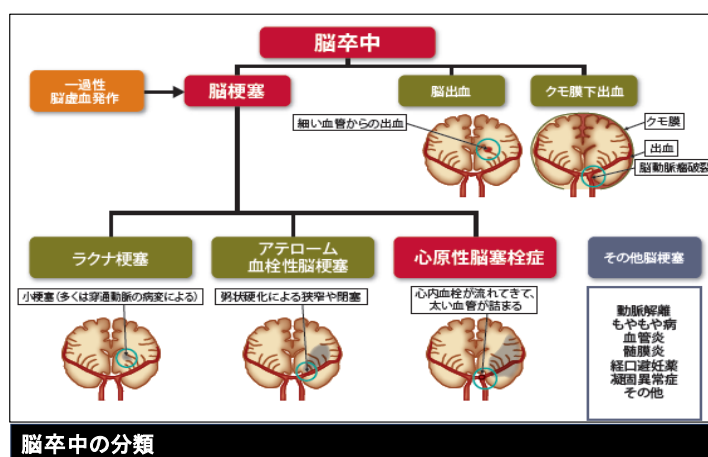
また、「心原性脳梗塞」は、大血管が閉塞し重症化しやすく、介護予防の観点からも重要であるため、その取り組みを進めます。

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、血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 72,73)

図表 71 脳血管疾患の新規発症者数及びその基礎疾患

生活習慣病重症化疾患				基礎疾患							
疾病名	地域	人数	割合/ 被保険数	糖尿病		高血圧症		高尿酸血症 (痛風含む)		脂質異常症	
				人数	保有割合	人数	保有割合	人数	保有割合	人数	保有割合
脳梗塞	石川県	2367	0.97	1,004	42.4	1,637	69.2	323	13.6	1,241	52.4
	白山市	248	1.03	112	45.2	186	75.0	34	13.7	145	58.5
脳出血	石川県	434	0.18	133	30.6	336	77.4	44	10.1	131	30.2
	白山市	52	0.22	20	38.5	41	78.8	8	15.4	16	30.8

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言第三版より引用)

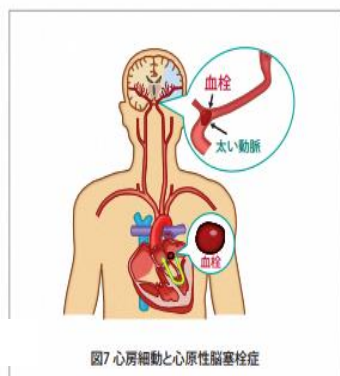
図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者及び優先順位の考え方

(1) 心電図検査の結果心房細動がある人への保健指導



(脳卒中予防への提言より引用)

心房細動があると、心臓内に血栓ができやすく、心臓内でできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈が詰まり、「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。このため、心電図検査で心房細動があった者に対して、医療機関への受診勧奨等を行います。

令和4年度の特定健診の結果、心房細動の所見がある人は63人でした。そのうち未治療者は18人で、受診勧奨等の保健指導を行った結果、年度末においては、未治療者が2人、抗凝固剤等の内服はありませんが、他疾患治療中で病院受診している人が10人でした。未治療者の2人については引き続き受診勧奨等の継続支援を行っていきます。

優先1 ・心電図所見で心房細動がある未治療者のもの

図表 74 心房細動有所見者数及び治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	① 未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
63	18	28.6%	45	71.4%

白山市調べ

(2) 高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるため、Ⅲ度高血圧であっても未治療であるもの、また特定保健指導の対象者及び非肥満でⅡ度高血圧者を対象に保健指導を行います。

優先順位の考え方としては、Ⅲ度高血圧の未治療者を最優先とし、次に血圧や高血糖、LDL コレステロール高値などリスクの重なりのある人に優先的に保健指導を実施します。

優先2 ・Ⅲ度高血圧であっても未治療であるもの

優先3 ・Ⅱ度高血圧で特定保健指導対象のもの

優先4 ・Ⅱ度高血圧で非肥満のもの

優先5 ・Ⅰ度高血圧または高値血圧で特定保健指導対象のもの

図表 75 血圧と保健指導の階層化

血 圧	総数	積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり		血圧の 服薬なし		血圧の 服薬あり	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
正常血圧	1,673	25	1.5%	70	4.2%	1,269	75.9%	309	18.5%	82	4.9%	227	13.6%
正常高値	1,362	13	1.0%	65	4.8%	889	65.3%	395	29.0%	97	7.1%	298	21.9%
高値血圧 130～139/80～89	1,792	50	2.8%	153	8.5%	1,005	56.1%	584	32.6%	99	5.5%	485	27.1%
I 度高血圧 140～159/90～99	1,443	33	2.3%	148	10.3%	776	53.8%	486	33.7%	78	5.4%	408	28.3%
II 度高血圧 160～179/100～109	284	3	10.5%	40	14.1%	171	60.2%	70	24.6%	12	4.2%	58	20.4%
III 度高血圧 180以上/110以上	50	3	6.0%	12	24.0%	26	52.0%	9	18.0%	1	2.0%	8	16.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB により合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。医療受診を拒む方の中には薬を飲みたくないという考えの方も多く、血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用します。

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行います。)

(2) 二次健診の実施に向けての検討

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)

(3) 対象者の管理

心房細動がある場合継続的な治療、管理が重要となります。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、継続的な管理ができるような台帳を作成しており、適正な受診、リスク管理が行われているかを毎年度確認していきます。

(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、治療中の者へは必要に応じて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

4)評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 51「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5)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 対象者への介入方法、実施方法の決定

6月～健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施(通年)

保健指導実施後、治療の有無等を KDB で確認、継続指導を実施

3月 年間の活動まとめ、評価

5 軽度高血糖者に対する 75g糖負荷検査と保健指導

1) 目的、基本的考え方

白山市では軽度高血糖が疑われる HbA1c5.6-6.4%の割合は、55.4%となっています。(参考資料 7)軽度高血糖の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善を目指すとともに糖尿病患者の増加の抑制を図ることを目的としています。

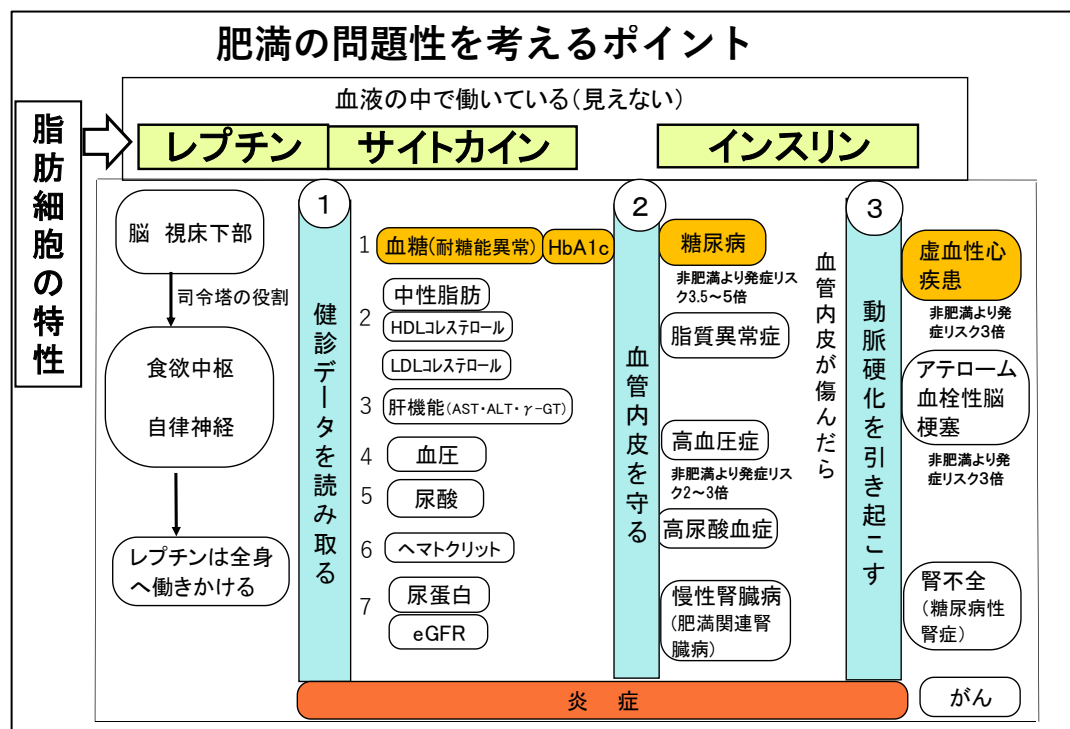
なお、軽度な異常では、本人自身が問題意識を持ちにくい、血糖の流れやインスリン量が見える化できる 75g糖負荷検査を実施し、その結果を踏まえて保健指導を行います。

軽度高血糖や耐糖能異常の中には、インスリン分泌障害が主たるもの(やせタイプ)と、インスリン抵抗性の増大が主たるもの(肥満タイプ)があり、後者にはメタボリックシンドロームを呈するものが多いです。(糖尿病治療ガイド)

健診受診者全体(40-74歳)のHbA1c6.5以上でBMI25以上の割合は、H30・R4年度とも約45%とあまり変化はありませんが、若い世代の40-64歳では、HbA1c6.5以上でBMI25以上の割合が約6割と増加し、高血糖者の多くがメタボリックシンドロームの状態となっています。(図表 77)

メタボリックシンドロームは個人に高血糖、インスリン抵抗性、高脂血症、高血圧などが重なった状態で、動脈硬化性疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患等)のハイリスクで、その元には内臓脂肪の蓄積によるサイトカイン異常があるとされています。軽度の異常であっても、リスクが重なることで虚血性心疾患、脳血管疾患の発症は30倍に増加すると言われており、高血糖と肥満の重なりを優先に保健指導を実施していきます。(図表 76)

図表 76 肥満、耐糖能の問題性を考えるポイント



図表 77 HbA1c6.5%以上と肥満度の関係

年度	年代	受診者数	HbA1c6.5%以上者					
					BMI25未満		BMI25以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	40～64歳	2,055	124	6.0%	50	40.3%	74	59.7%
	65～74歳	6,376	729	11.4%	414	56.8%	315	43.2%
	40～74歳	8,431	853	10.1%	464	54.4%	389	45.6%
R4	40～64歳	1,454	97	6.7%	37	38.1%	60	61.9%
	65～74歳	5,150	658	12.8%	377	57.3%	281	42.7%
	40～74歳	6,604	755	11.4%	414	54.8%	341	45.2%

2) 対象者及び優先順位の考え方

対象は、健診受診者のうち、40～69 歳で HbA1c5.6～6.4%かつ特定保健指導対象者とします。

また、18～39 歳のいきいき健診受診者についても、特定健診対象者と同様の条件で対象とします。ただし、過去に市の 75g 糖負荷検査を受けたものは対象から除きます。

【優先順位の考え方】(75g 糖負荷検査が推奨される場合)(糖尿病治療ガイド 2022-2023)

(1) 強く推奨される場合(現在糖尿病の疑いが否定できない)

HbA1c6.0～6.4、空腹時血糖 110～125 mg/dl、随時血糖 140～199mg/dl

(2) 行うことが望ましい場合(将来糖尿病を発症するリスクが高い、高血圧、脂質異常症、肥満など動脈硬化のリスクを持つものは特に施行が望ましい)

HbA1c5.6～5.9%、空腹時 100～109mg/dl

上記がなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

図表 78 R4年度糖負荷検査実施結果

HbA1c値	人数	実施数	正常型	境界型	糖尿病型
		17	8	7	2
5.6～5.9	肥満	6	4	2	0
	非肥満	4	2	2	0
6.0～6.4	肥満	5	1	2	2
	非肥満	2	1	1	0

3) 保健指導の実施

(1) 対象者への保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB により合併症、治療状況等を確認しリスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。

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

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行います。)

図表 79 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定保健指導(メタボリックシンドローム)のための学習教材 (一部のみ例示)	
1 健診データ・検査	3 脂肪細胞
1-1 内臓脂肪に着目した健診結果経年表	3-3 脂肪細胞ってね
1-2 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます	3-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-3 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります	3-5 食欲が抑えられない 脳の変調
1-4 血管が傷むとは	2 食事療法
1-5 体の中で起こっていることは？	2-1 栄養指導の基本
1-6 体重がふえとなぜ血圧が高くなるのでしょうか？	2-2 現在の摂取エネルギーから500Kcal減量する
1-7 肥満になると腎臓で何が起きているのでしょうか？	2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？
1-8 肥満になると心臓はどうなるの？	3 運動
2 肥満の症状	3-1 肥満勧奨のために、なぜ運動するといいの？
2-1 肥満がもたらす症状	4 高度肥満
2-2 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？	3-1 外科手術という治療があります
2-3 膝のところが痛いですか？	3-2 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合
2-4 たくさん汗がでる、なぜ汗がでる？	
2-5 新型コロナと肥満	

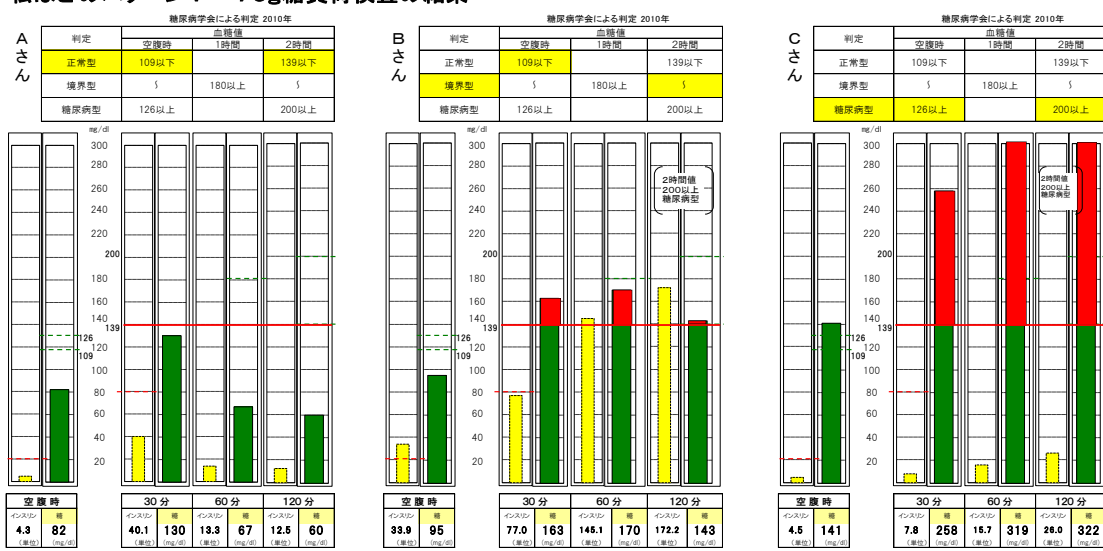
(2) 75g 糖負荷検査後の保健指導

血糖とインスリン分泌の状態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶために 75g 糖負荷検査を実施、検査結果に応じた保健指導を実施します。

図表 80 75g 糖負荷検査を活用した保健指導（保健指導教材）

75g糖負荷検査を活用した保健指導の学習教材（一部のみ例示）	
1 体で起きていることを理解するための資料	
1-1 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います	1-6 どんな順序で食べるとインスリンに無理をかけないか？
1-2 ヘモグロビンA1cとは	1-7 血糖が高くても安心して食べられるもの
1-3 75g糖負荷検査結果	1-8 HbA1cと体重の変化
1-4 私はどのパターン	1-9 かき乱されたグリコカリックス
1-5 食べる時間とインスリン分泌	

私はどのパターン？ 75g糖負荷検査の結果



4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 51「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5) 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 対象者への介入方法、実施方法の決定

6月～健診結果から保健指導を実施（通年）

75g 糖負荷検査後、結果に基づいて保健指導

3月 年間の活動まとめ、評価

6. 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

国保加入者の約 5 割が 65 歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施にあたっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取組みの双方が必要となります。また 75 歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要があります。

本市では、令和 6 年度より石川県後期高齢者広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託し、取組み開始していきます。

2) 事業内容

(1) 地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、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) 個別保健指導(ハイリスクアプローチ)

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)を実施します。

国保事業で保健指導対象者であった方々が 75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

なお、糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者糖尿病治療ガイドライン」に沿って、個々の血糖コントロール目標等を把握し、支援を行っていきます。

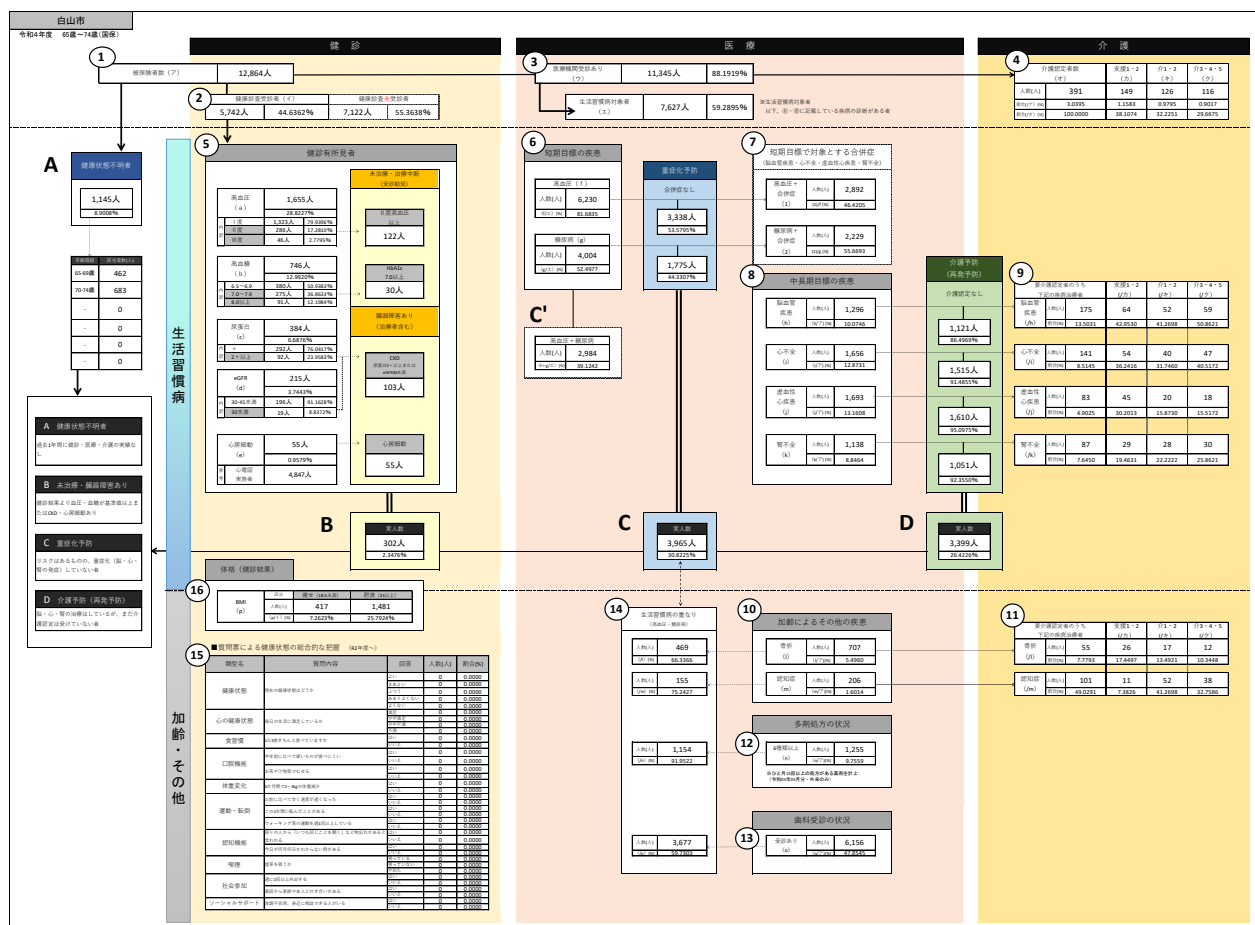
(3) ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場や高齢者が多く集まる場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。

3) 対象者と優先順位の考え方

高齢者コックピット(図表 81)により高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定します。

図表 81 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



7. 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

1) 妊娠期の糖尿病予防

白山市の課題である糖尿病対策は、第2期データヘルス計画までは特定健診の対象者が中心でした。しかし、国保被保険者数が今後減少していくことが見込まれるなか、国保加入前の年代から対策を講じていくことが必要となっています。

妊娠期の状況をみると、令和3、4年度の妊婦精密健康診査の精密検査理由の全てが高血糖、尿糖等の糖尿病関係であり、その多くは75g糖負荷検査を実施していました。精密検査結果では妊娠糖尿病で要医療、要観察となっている者、また精検未受診で放置している者もいました。(図表 82)

妊娠糖尿病の妊婦は10年後に30%、15年後に50%が糖尿病を発症すると言われており、妊娠期から糖尿病発症予防対象者を抽出し、適切な時期に保健指導を実施することが必要と考え、今後新たな管理体制の整備を検討していきます。また、妊娠糖尿病と診断された妊婦について、出産後も子どもの乳幼児健診等の母子保健事業で継続的に保健指導を行い、重症化予防に努めいくことも併せて考えていきます。

図表 82 妊婦精密健康診査の状況

年度	精検 発行者数	精検 未受診者数	精検 受診者数	(精検受診結果内訳)					
				異常なし		要観察		要医療	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
R3年度	27	0	27	21	77.8%	1	3.7%	5	18.5%
R4年度	38	3	35	33	94.3%	0	0.0%	2	5.7%

2) 子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防

肥満がインスリン抵抗性を引き起こし、血糖悪化の原因となるため、糖尿病対策には肥満の改善が必要となります。

幼児期、学童期の肥満の状況をみると、中学校、高校の年代で既に全国に比べて石川県はその割合が高く、子どもの頃からの肥満予防が必要な課題となっています。(図表 83)

白山市のデータがなく把握できる状況ではありませんが、3歳4か月児健診ではR3年度で5.5%、R4年度で3.8%の児に肥満傾向が見られたことから、石川県の状況と同じ傾向にあることが懸念されます。(図表 84)

幼少期の食生活が将来の食生活に大きく影響することから、乳幼児健診の時期から個別面接等を通して肥満児の食の実態把握を行っていきます。また、小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、白山市健康プランと連携し、行政の枠組みを通じ保育所、学校等と連携した取り組みを進める必要があります。

具体的には、子どもたちが肥満に至った背景(食事、動き方など)を把握するとともに、生涯を通じた生活習慣病の予防につながる「食の基本・基準量」を学ぶなどの取り組みを検討し、広く住民に白山市の健康実態を周知し、普及啓発を行っていきます。

図表 83 幼児期、学童期の肥満の状況

肥満度		肥満度 15以上	肥満度20%以上					BMI 25以上
年齢		幼稚園 5歳	7歳	9歳	12歳	15歳	17歳	40～74歳
男	石川県	2.6	6	13.4	13.6	12.5	9.8	34.4
	全国	3.6	12	12.6	12.5	12.3	10.9	34.2
女	石川県	3	5.7	5.5	9.6	8.8	8	22.2
	全国	3.7	6.9	8.2	9.2	7.6	7.6	22.1
資料		文部科学省 学校保健統計調査2022						全医療保険者の 厚労省様式5-2 (NDBデータ) 2021

図表 84 白山市の乳幼児健診の状況

健診	年度	健診 受診者	肥満度15%以上					
					再掲)20%以上		再掲)30%以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児 健診	R3	836	24	2.9%	8	1.0%	2	0.2%
	R4	836	22	2.6%	3	0.4%	4	0.5%
3歳4か月児 健診	R3	966	53	5.5%	11	1.1%	1	0.1%
	R4	942	36	3.8%	8	0.9%	4	0.4%

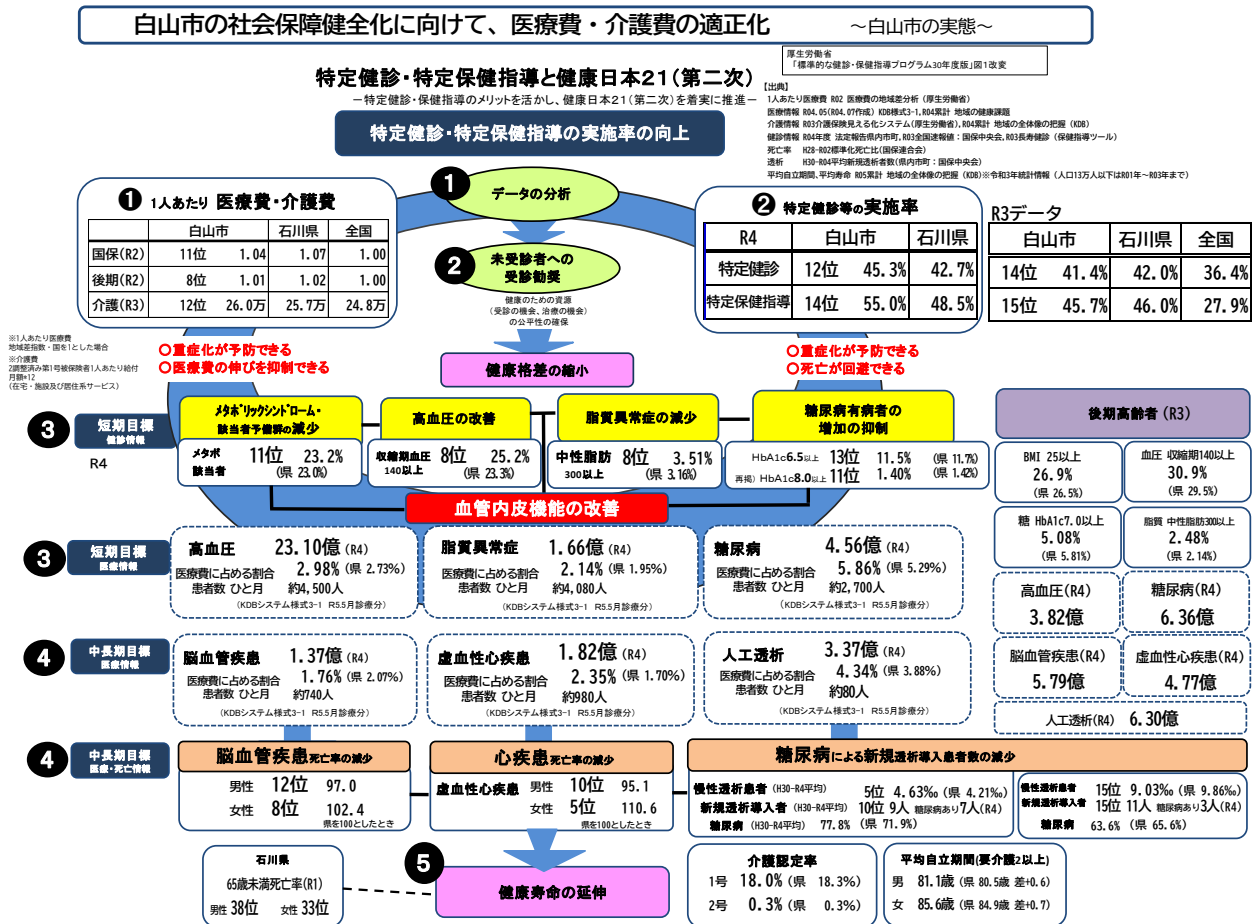
図表 85 肥満、糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える

発症予防															重症化予防									
根拠法		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			高齢者の医療の確保に関する法律				(介護保険)					
計 画		白山市健康プラン(食育推進計画含む)																						
		データヘルス計画(国保加入者)															特定健診等実施計画		後期データヘルス計画					
		子ども・子育て支援事業計画(母子保健分野)																						
年 代		妊婦 (胎児期)		産婦	0～5歳				6～18歳			～29歳 30～39歳		40～64歳	65～74歳	75歳以上								
健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査		産婦健診		乳幼児健康診査				保育所等健康診断		就学時健診	児童・生徒の定期健診		定期健康診断		特定健康診査		後期高齢者健診						
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳	3歳	保育園児	幼稚園児	小学校	中学校	高校	労働安全衛生規則		標準的な特定健診・保健指導プログラム										
対 象 者	健 診 内 容	肥満度	BMI25以上	非妊娠時からの体重増加量		かつ18以上	肥満度15%以上				肥満度20%以上			BMI 25以上										
		尿糖	(+)以上						(+)以上															
		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											
		精検		50gGCT 1時間値 140mg/dl以上																				
		糖負荷検査		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																				
糖尿病家族歴																								

3) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、メタボリックシンドロームや糖尿病増加の背景にある食や生活の変化など、生活習慣病予防のための取り組みについて市民が学習できる場の提供など、地区組織や関係団体、関係機関と連携し広く市民への周知に努めていきます。(図表 86,87,88)

図表 86 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 87 統計からみえる石川の食

統計からみえる白山市の食 ～総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 石川県民健康・栄養調査(R4)より				県民健康・栄養調査の結果より(R4)	
食品名	全国ランキング (数量)	食品名	全国ランキング (数量)	塩分摂取量	
菓子類	1位	れんこん	1位	男性	9.4g
チョコレート	1位	葉野菜	23位	女性	8.1g
アイスクリーム	1位	生鮮野菜(全体)	18位	野菜摂取量	
ケーキ	1位			男性	257.5g (内 緑黄色野菜 89.9g)
もち	1位			女性	257.0g (内 緑黄色野菜 90.9g)
ぶり	2位				
ソーセージ	5位				
外食	金額	店舗・種別	店舗数		
一般外食	7位	飲食店総数	7位		
寿司店	1位	焼肉	1位		
焼肉	5位	寿司店	2位		

図表 88 石川の食の変化と健診結果を考える資料

石川の食の変化 食べなくなった食品、食べるようになった食品の中身

食品		食品ランキング			炭水化物 糖+食物繊維 g	食物 繊維 g	蛋白質 g	脂質 g	脂 肪 酸			オメガ3 EPA、DHA g
		H20—H22	R2—R4	増減率					飽和 脂肪酸 g	一価 g	多価 g	
日本人の食事摂取基準2020 男50—64 60kgの体重						21	65	43～64	15以下	7.5		2.2
魚	生鮮魚介	4位 42,256g	5位 26,764g	-36.7%								
	ぶり	2位 5,018g	2位 3,040g	-39.4%	7.7		18.6	13.1	4.4	4.4	3.7	3.4
肉	生鮮肉	33位 42,200g	7位 56,827g	25.7%								
	(豚ロース)	18位 18,828g	12位 24,160g	22.1%	0.2		17.2	19	7.8	7.7	2.2	0.1
	(豚ばら肉)				0.2		12.8	35	14.6	15.3	3.5	0.2
	ソーセージ (ウインナー)	30位 5,164g	4位 6,211g	16.9%	0.8		10.5	29	11	13.4	3.6	0.2
菓子類	和菓子	1位 16,952円	1位 12,600円	-25.7%	56.1	5.5	5.3	0.4	0.1	0	0.2	0.1
	ケーキ	8位 8,191円	1位 9,746円	16.0%	41.7	0.6	6.4	13.8	5.8	6.3	1	0.1

食品100g中

※食品ランキング:総務省統計局家計調査2022より

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた白山市の位置

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み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた白山市の位置

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた白山市の位置

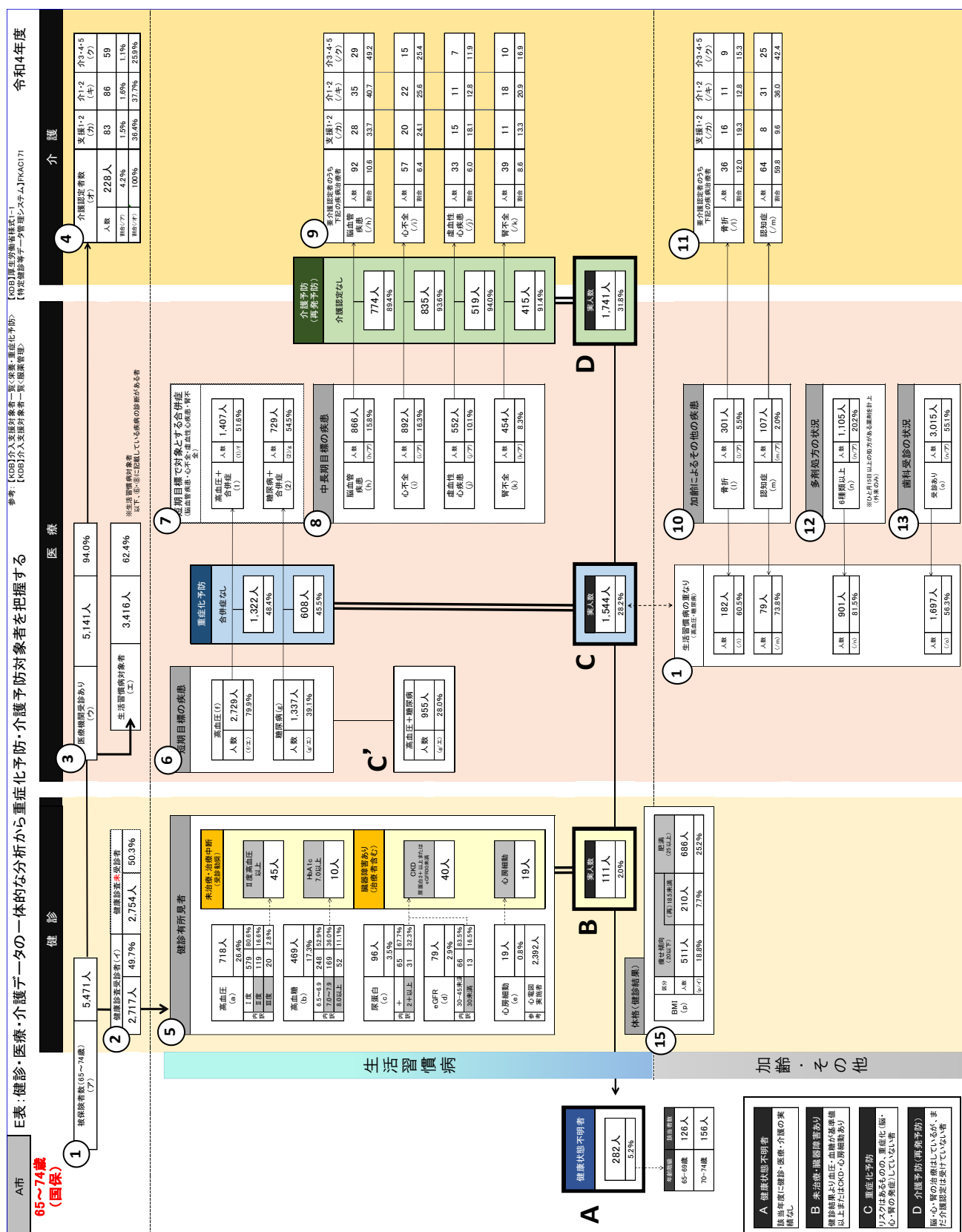
R04年度

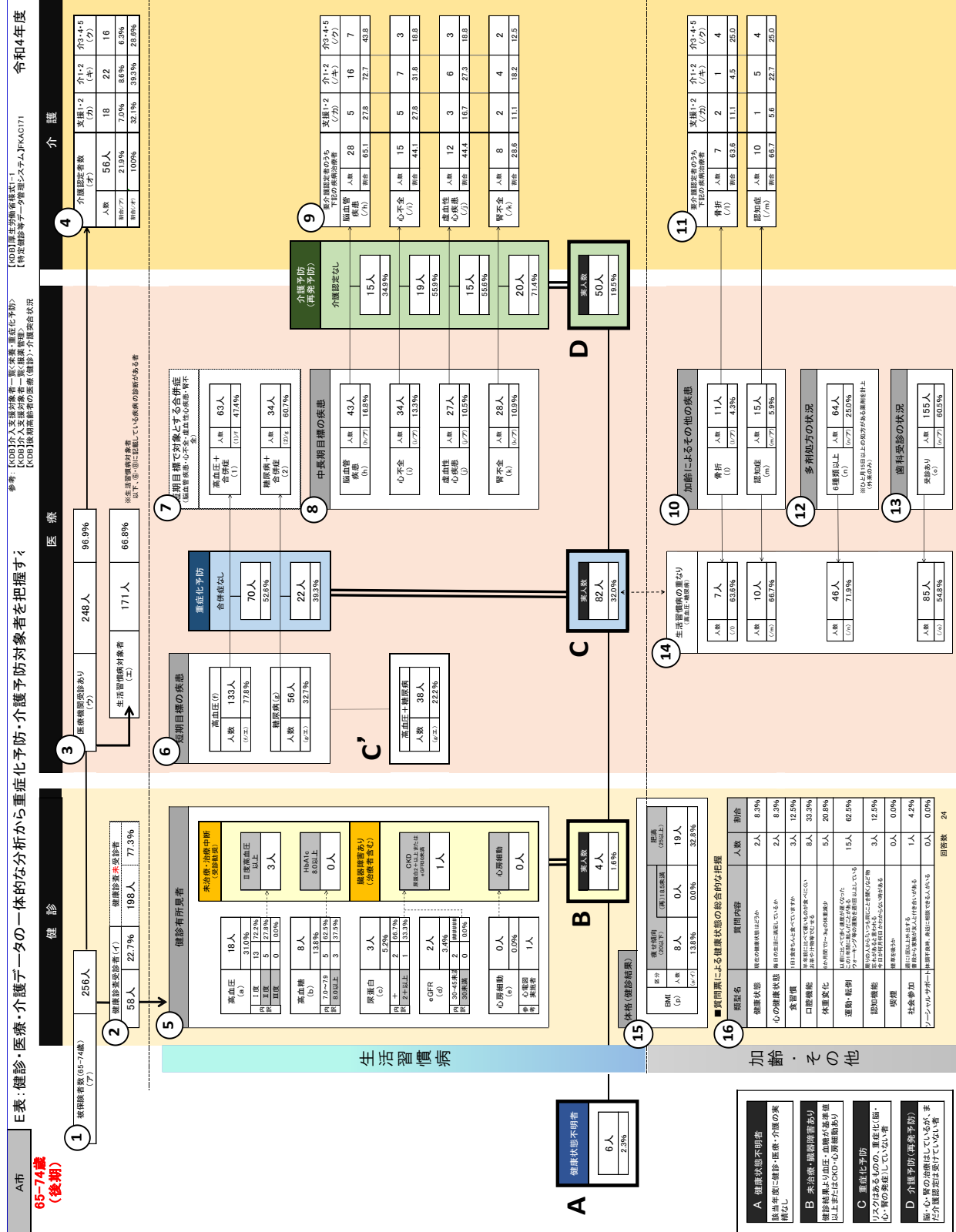
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		109,683		12,282,328		1,112,139		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		30,899	28.2	3,577,856	29.1	333,660	30.0	35,335,805	28.7			
			75歳以上		14,563	13.3	---	---	170,118	15.3	18,248,742	14.8			
			65～74歳		16,336	14.9	---	---	163,542	14.7	17,087,063	13.9			
			40～64歳		36,628	33.4	---	---	366,850	33.0	41,545,893	33.7			
	39歳以下		42,156	38.4	---	---	411,629	37.0	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		2.9		3.3		3.1		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		32.6		26.7		28.5		25.0				
			第3次産業		64.5		70.0		68.3		71.0				
	③	平均寿命	男性		81.4		80.8		81.1		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握		
			女性		87.5		87.0		87.3		87.0				
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.2		80.2		80.3		80.1		地域全体像の把握		
			女性		85.2		84.4		84.9		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	95.8		99.3		98.6		100		KDB NO.1 地域全体像の把握		
				女性	96.5		100.7		98.2		100				
			死因	がん	362	57.8	37,540	50.8	3,625	51.5	378,272	50.6			
				心臓病	141	22.5	20,268	27.4	1,894	26.9	205,485	27.5			
				脳疾患	89	14.2	10,174	13.8	1,013	14.4	102,900	13.8			
				糖尿病	3	0.5	1,377	1.9	125	1.8	13,896	1.9			
				腎不全	17	2.7	2,639	3.6	215	3.1	26,946	3.6			
				自殺	14	2.2	1,929	2.6	168	2.4	20,171	2.7			
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査			
			男性												
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		5,542	18.0	658,763	18.4	60,695	18.3	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者	介護度別総件数		85	0.3	10,940	0.3	866	0.3	110,289		0.3
					要支援1.2	23,632	18.7	2,077,063	12.7	204,794	14.3	21,785,044	12.9		
要介護1.2						54,769	43.4	7,642,184	46.6	693,812	48.5	78,107,378	46.3		
要介護3以上						47,839	37.9	6,672,398	40.7	533,013	37.2	68,963,503	40.8		
2号認定者				96	0.26	15,752	0.38	1,006	0.27	156,107	0.38				
②		有病状況	糖尿病	1,688	29.0	162,985	23.6	18,829	29.4	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			高血圧症	3,190	55.1	361,290	52.5	33,308	52.6	3,744,672	53.3				
			脂質異常症	1,965	33.0	220,989	31.8	20,323	31.7	2,308,216	32.6				
			心臓病	3,763	65.6	407,933	59.3	39,445	62.4	4,224,628	60.3				
			脳疾患	1,432	25.2	153,310	22.6	15,336	24.5	1,568,292	22.6				
			がん	619	10.8	78,258	11.2	7,719	12.0	837,410	11.8				
			筋・骨格	3,227	56.0	358,731	52.1	33,894	53.6	3,748,372	53.4				
			精神	2,439	42.7	247,133	36.1	26,509	42.0	2,569,149	36.8				
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		276,121	8,531,856,601	275,832	986,888,262,898	298,719	99,670,511,379	290,668	100,742,226,868			
			1件当たり給付費(全体)	67,584		60,207		69,621		59,662					
				居宅サービス	44,204		41,618		45,482		41,272				
				施設サービス	291,220		295,426		290,453		296,364				
④		医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	9,902		8,676		9,905		8,610				
			認定なし	4,352		4,007		4,551		4,020					
4	①	国保の状況	被保険者数		18,966		2,500,428		199,722		24,660,500		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳		10,179	53.7			98,395	49.3	10,794,323	43.8			
			40～64歳		5,307	28.0			61,068	30.6	7,904,763	32.1			
			39歳以下		3,480	18.3			40,259	20.2	5,961,414	24.2			
			加入率		17.3		20.4		18.0		20.0				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.2	825	0.3	91	0.5	8,237	0.3				
			診療所数	66	3.5	9,194	3.7	869	4.4	102,599	4.2				
			病床数	539	28.4	154,913	62.0	16,795	84.1	1,507,471	61.1				
			医師数	163	8.6	28,704	11.5	3,486	17.5	339,611	13.8				
			外来患者数	740.3		707.3		710.0		709.6					
			入院患者数	24.0		19.1		24.6		18.8					
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		409,545		359,130		406,969		358,522		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	764.382		726.377		734.621		728.39					
				外来	費用の割合	56.3		59.4		55.7		59.9			
			件数の割合		96.9		97.4		96.6		97.4				
			入院	費用の割合	43.7		40.6		44.3		40.1				
				件数の割合	3.1		2.6		3.4		2.6				
1件あたり在院日数			16.7日		16.3日		17.1日		16.0日						

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	1,418,650,140	32.8	31.8	33.5	32.0	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域				
			慢性腎不全(透析あり)	337,387,720	7.8	8.5	7.2	8.3					
			糖尿病	455,514,810	10.5	10.4	9.9	10.4					
			高血圧症	231,250,400	5.3	5.9	5.1	5.8					
			脂質異常症	166,271,010	3.8	4.0	3.6	4.0					
			脳梗塞・脳出血	136,939,130	3.1	4.0	3.9	4.0					
			狭心症・心筋梗塞	182,323,260	4.2	2.9	3.2	2.8					
			精神	696,903,910	16.1	15.4	16.9	15.0					
	筋・骨格	657,609,100	15.2	16.2	15.8	16.6							
	5	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	11,771	6.6	10,917	7.5	10,851	6.0	10,703	7.4
糖尿病					21,862	12.2	18,942	13.0	20,502	11.4	18,816	13.1	
脂質異常症					8,698	4.9	7,585	5.2	7,862	4.4	7,503	5.2	
脳梗塞・脳出血					962	0.5	922	0.6	909	0.5	884	0.6	
虚血性心疾患					2,690	1.5	1,857	1.3	2,185	1.2	1,829	1.3	
腎不全					19,334	10.8	17,549	12.0	15,922	8.8	17,052	11.9	
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外来	高血圧症	420	0.2	283	0.2	292	0.2	274	0.2		
			糖尿病	2,712	1.5	1,237	0.8	1,750	1.0	1,235	0.9		
			脂質異常症	69	0.0	58	0.0	65	0.0	57	0.0		
			脳梗塞・脳出血	6,258	3.5	6,607	4.5	7,507	4.2	6,468	4.5		
虚血性心疾患	7,524	4.2	4,287	2.9	5,433	3.0	4,199	2.9					
腎不全	3,285	1.8	4,488	3.1	5,010	2.8	4,409	3.1					
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	3,510	2,187	3,253	2,087	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域					
			健診未受診者	13,325	13,404	14,521	13,715						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,851	6,461	9,527	6,161						
			健診未受診者	37,400	39,594	42,519	40,479						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	3,488	55.5	382,397	57.5	33,771	54.8	3,584,794	57.1	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	3,172	50.5	349,761	52.6	31,174	50.6	3,298,466	52.5			
		医療機関非受診率	316	5.0	32,636	4.9	2,597	4.2	286,328	4.6			
		5	特定健診の 状況 県内市町村数 20市町村 同規模市区町 村数 103市町村	健診受診者	受診率	44.6	38.3	42.4	37.0	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			
特定保健指導終了者(実施率)	251	43.0			11,876	15.6	1,496	23.6	101,050		14.3		
非肥満高血糖	638	10.2			60,340	9.1	6,155	10.0	585,036		9.3		
メタボ	該当者	1,462			23.3	138,044	20.7	14,160	23.0		1,292,352	20.6	
	男性	916			35.1	94,168	32.9	9,182	36.1		889,035	32.9	
	女性	546			14.9	43,876	11.6	4,978	13.7		403,317	11.3	
	予備群	648			10.3	75,050	11.3	6,599	10.7		695,310	11.1	
メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベ ル	男性	434			16.6	51,650	18.0	4,373	17.2		480,627	17.8	
	女性	214			5.8	23,400	6.2	2,226	6.1		214,683	6.0	
	総数	2,279			36.3	234,867	35.3	22,622	36.7		2,190,014	34.9	
BMI	男性	1,456			55.8	160,356	56.0	14,773	58.1		1,506,260	55.8	
	女性	823			22.4	74,511	19.7	7,849	21.7		683,754	19.1	
	総数	240			3.8	31,350	4.7	2,647	4.3		294,980	4.7	
	男性	42			1.6	4,640	1.6	372	1.5		42,847	1.6	
	女性	198			5.4	26,710	7.0	2,275	6.3		252,133	7.0	
腹 囲	血糖のみ	33			0.5	4,049	0.6	378	0.6		39,339	0.6	
	血圧のみ	426			6.8	53,353	8.0	4,324	7.0		492,169	7.8	
	脂質のみ	189			3.0	17,648	2.7	1,897	3.1		163,802	2.6	
	血糖・血圧	147			2.3	19,785	3.0	1,668	2.7		188,392	3.0	
	血糖・脂質	89	1.4	6,875	1.0	787	1.3	65,102	1.0				
	血圧・脂質	701	11.2	66,601	10.0	6,603	10.7	613,948	9.8				
	血糖・血圧・脂質	525	8.4	44,783	6.7	5,102	8.3	424,910	6.8				
6	① ②	問診の状況	服 薬	高血圧	2,526	40.2	245,976	37.0	24,468	39.7	2,309,724	36.8	KDB NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	691	11.0	59,364	8.9	6,699	10.9	560,192	8.9	
				脂質異常症	2,195	34.9	194,894	29.3	20,301	32.9	1,826,703	29.1	
			既 往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	233	3.7	21,433	3.3	2,197	3.7	199,051	3.3	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	365	5.8	37,041	5.8	3,500	5.8	349,218	5.7	
				腎不全	54	0.9	5,283	0.8	533	0.9	51,595	0.8	
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	733	11.7	81,520	12.3	7,662	12.4	799,118	12.7	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			週3回以上朝食を抜く	193	9.5	54,960	9.2	5,136	9.1	552,575	9.7		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(～H30～)	388	19.1	84,709	14.2	10,094	18.0	840,319	14.7		
			週3回以上就寝前夕食	388	19.1	84,709	14.2	10,094	18.0	840,319	14.7		
			食べる速度が速い	663	32.5	154,975	26.0	16,716	29.8	1,501,865	26.4		
			20歳時体重から10kg以上増加	747	36.4	207,995	34.9	18,936	33.9	1,977,502	34.6		
			1回30分以上運動習慣なし	1,424	70.0	348,874	58.6	34,102	60.3	3,384,876	59.3		
			1日1時間以上運動なし	992	48.8	289,150	48.5	26,548	47.0	2,712,292	47.5		
			睡眠不足	512	25.3	144,596	24.4	12,945	23.1	1,421,403	24.9		
			毎日飲酒	1,604	25.7	150,262	23.9	15,615	25.7	1,475,888	24.6		
			時々飲酒	1,311	21.0	136,186	21.7	12,112	19.9	1,338,045	22.3		
			一 日 飲 酒 量	1合未満	2,534	64.1	295,624	67.0	26,008	65.2	2,793,289		65.6
				1～2合	1,059	26.8	98,762	22.4	9,484	23.8	982,636		23.1
2～3合	290	7.3		37,048	8.4	3,537	8.9	375,754	8.8				
3合以上	68	1.7		9,659	2.2	851	2.1	106,948	2.5				

①40～64 歳(国保)







三表：健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

図表：健康・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握す

【OD】厚生労働省標準「1」
【特】特定高齢者一斉調査（地域・高齢化予防）
【特】特定高齢者一斉調査（地域・介護予防）

参考：【OD】介入支援対象者一斉調査（地域・高齢化予防）
【OD】介入支援対象者一斉調査（地域・介護予防）
【OD】後期高齢者の健康（高齢・介護）・介護受給状況

※生活習慣病の患者
※心不全・糖尿病に罹患している者の診断がある者

1 対象高齢者数(75歳以上)
2 健康診査受診率(%)
3 健康診査未受診者
4 健康診査受診率(%)
5 健康診査受診率(%)
6 健康診査受診率(%)
7 健康診査受診率(%)
8 健康診査受診率(%)
9 健康診査受診率(%)
10 健康診査受診率(%)
11 健康診査受診率(%)
12 健康診査受診率(%)
13 健康診査受診率(%)
14 健康診査受診率(%)
15 健康診査受診率(%)
16 健康診査受診率(%)
17 健康診査受診率(%)
18 健康診査受診率(%)
19 健康診査受診率(%)
20 健康診査受診率(%)
21 健康診査受診率(%)
22 健康診査受診率(%)
23 健康診査受診率(%)
24 健康診査受診率(%)
25 健康診査受診率(%)
26 健康診査受診率(%)
27 健康診査受診率(%)
28 健康診査受診率(%)
29 健康診査受診率(%)
30 健康診査受診率(%)
31 健康診査受診率(%)
32 健康診査受診率(%)
33 健康診査受診率(%)
34 健康診査受診率(%)
35 健康診査受診率(%)
36 健康診査受診率(%)
37 健康診査受診率(%)
38 健康診査受診率(%)
39 健康診査受診率(%)
40 健康診査受診率(%)
41 健康診査受診率(%)
42 健康診査受診率(%)
43 健康診査受診率(%)
44 健康診査受診率(%)
45 健康診査受診率(%)
46 健康診査受診率(%)
47 健康診査受診率(%)
48 健康診査受診率(%)
49 健康診査受診率(%)
50 健康診査受診率(%)
51 健康診査受診率(%)
52 健康診査受診率(%)
53 健康診査受診率(%)
54 健康診査受診率(%)
55 健康診査受診率(%)
56 健康診査受診率(%)
57 健康診査受診率(%)
58 健康診査受診率(%)
59 健康診査受診率(%)
60 健康診査受診率(%)
61 健康診査受診率(%)
62 健康診査受診率(%)
63 健康診査受診率(%)
64 健康診査受診率(%)
65 健康診査受診率(%)
66 健康診査受診率(%)
67 健康診査受診率(%)
68 健康診査受診率(%)
69 健康診査受診率(%)
70 健康診査受診率(%)
71 健康診査受診率(%)
72 健康診査受診率(%)
73 健康診査受診率(%)
74 健康診査受診率(%)
75 健康診査受診率(%)
76 健康診査受診率(%)
77 健康診査受診率(%)
78 健康診査受診率(%)
79 健康診査受診率(%)
80 健康診査受診率(%)
81 健康診査受診率(%)
82 健康診査受診率(%)
83 健康診査受診率(%)
84 健康診査受診率(%)
85 健康診査受診率(%)
86 健康診査受診率(%)
87 健康診査受診率(%)
88 健康診査受診率(%)
89 健康診査受診率(%)
90 健康診査受診率(%)
91 健康診査受診率(%)
92 健康診査受診率(%)
93 健康診査受診率(%)
94 健康診査受診率(%)
95 健康診査受診率(%)
96 健康診査受診率(%)
97 健康診査受診率(%)
98 健康診査受診率(%)
99 健康診査受診率(%)
100 健康診査受診率(%)

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

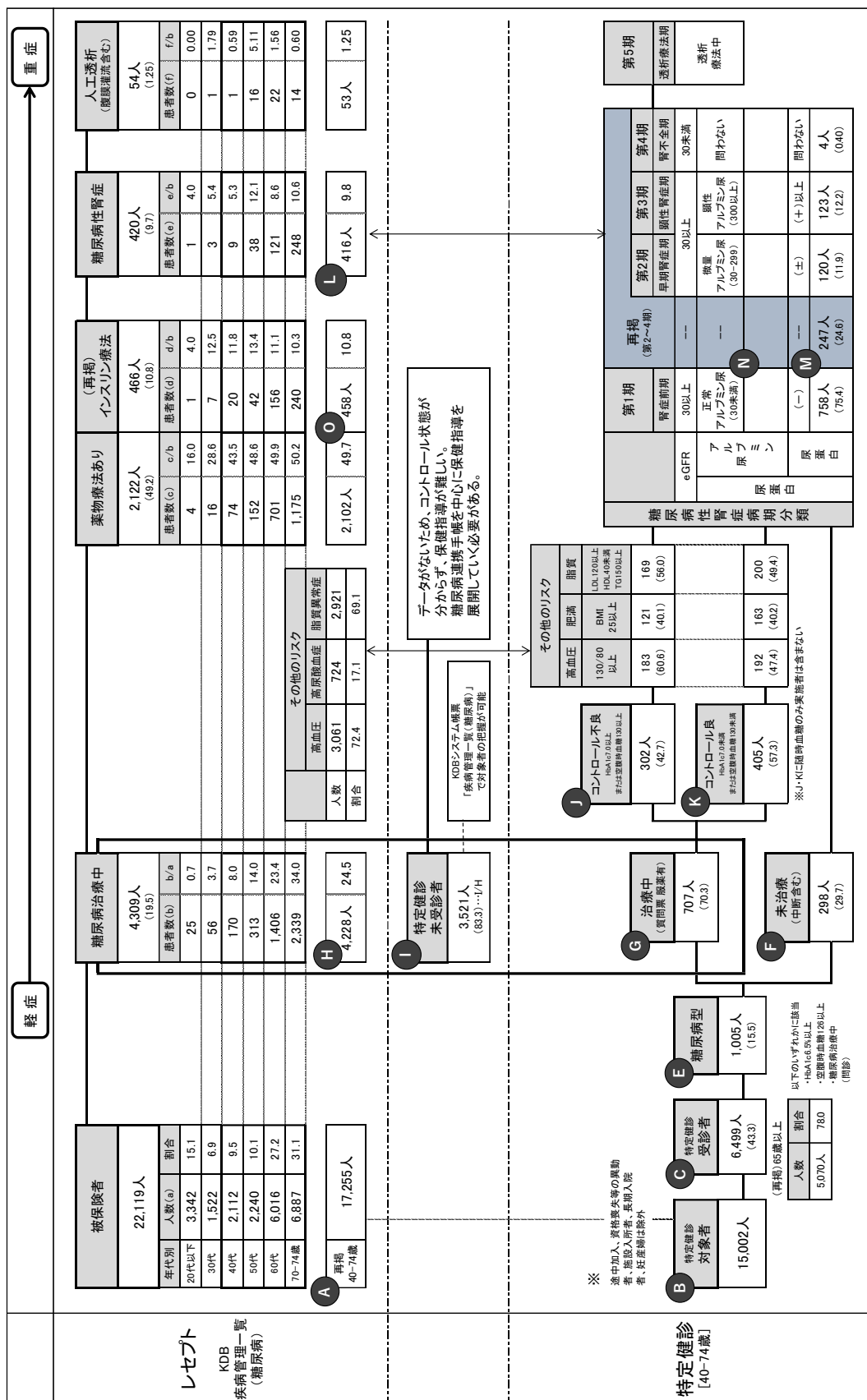
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突 合 表	白山市										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	22,287人		21,392人		20,910人		20,965人		20,088人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		17,938人		17,338人		17,068人		17,206人		16,513人					
2	①	対象者数	B	16,857人		16,412人		16,171人		15,972人		15,002人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	8,432人		8,578人		7,308人		6,449人		6,524人					
	③	受診率		50.0%		52.3%		45.2%		40.4%		43.5%					
3	①	特定 保健指導 対象者数		808人		821人		740人		639人		584人					
	②	実施率		66.0%		60.8%		50.0%		45.7%		55.0%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	1,198人	14.2%	1,240人	14.5%	1,174人	16.1%	972人	15.1%	1,015人	15.6%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	364人	30.4%	375人	30.2%	355人	30.2%	263人	27.1%	300人	29.6%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	834人	69.6%	865人	69.8%	819人	69.8%	709人	72.9%	715人	70.4%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	335人	40.2%	371人	42.9%	357人	43.6%	274人	38.6%	306人	42.8%			
	⑤				血圧 130/80以上	197人	58.8%	205人	55.3%	213人	59.7%	164人	59.9%	186人	60.8%		
	⑥				肥満 BMI25以上	150人	44.8%	162人	43.7%	159人	44.5%	108人	39.4%	122人	39.9%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	499人	59.8%	494人	57.1%	462人	56.4%	435人	61.4%	409人	57.2%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	920人	76.8%	963人	77.7%	898人	76.5%	734人	75.5%	764人	75.3%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		135人	11.3%	128人	10.3%	134人	11.4%	124人	12.8%	122人	12.0%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		137人	11.4%	137人	11.0%	133人	11.3%	104人	10.7%	125人	12.3%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		4人	0.3%	11人	0.9%	8人	0.7%	8人	0.8%	4人	0.4%			
5	①	レセプト	糖尿病受診率(被保険者千対)		141.9人		143.7人		131.9人		141.4人		144.1人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		173.7人		175.1人		159.2人		170.1人		173.0人				
	③		レセプト件数 (40-74歳)		入院外(件数)	14,839件 (857.8)	14,377件 (846.9)	14,592件 (853.4)	15,253件 (918.5)	14,488件 (935.6)	1,663,960件 (868.5)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④		(1)内は糖尿病患者		入院(件数)	135件 (7.8)	122件 (7.2)	105件 (6.1)	100件 (6.0)	101件 (6.5)	6,923件 (3.6)						
	⑤		糖尿病治療中	H	3,162人	14.2%	3,075人	14.4%	2,757人	13.2%	2,964人	14.1%	2,894人	14.4%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		3,115人	17.4%	3,036人	17.5%	2,717人	15.9%	2,927人	17.0%	2,856人	17.3%			
	⑦		健診未受診者	I	2,281人	73.2%	2,202人	72.5%	1,898人	69.9%	2,218人	75.8%	2,141人	75.0%			
	⑧		インスリン治療	O	237人	7.5%	220人	7.2%	195人	7.1%	224人	7.6%	253人	8.7%			
	⑨		(再掲)40-74歳		231人	7.4%	216人	7.1%	190人	7.0%	220人	7.5%	248人	8.7%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	236人	7.5%	212人	6.9%	208人	7.5%	229人	7.7%	243人	8.4%			
	⑪		(再掲)40-74歳		236人	7.6%	212人	7.0%	207人	7.6%	228人	7.8%	241人	8.4%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			36人	1.1%	43人	1.4%	39人	1.4%	38人	1.3%	40人	1.4%		
	⑬		(再掲)40-74歳		36人	1.2%	43人	1.4%	39人	1.4%	38人	1.3%	39人	1.4%			
	⑭		新規透析患者数		13人	36.1%	5人	11.6%	5人	12.8%	7人	18.4%	12人	30.0%		白山市 いきいき健康課	
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		8人	61.5%	2人	40.0%	2人	40.0%	4人	57.1%	7人	58.3%			
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		46人	1.1%	46人	1.1%	56人	1.4%	54人	1.2%	57人	1.2%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		82億9788万円		82億5960万円		79億0099万円		80億8337万円		77億6743万円		87億1825万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		47億2224万円		46億8068万円		44億9176万円		45億9175万円		43億2617万円		46億0048万円		
	③		(総医療費に占める割合)		56.9%		56.7%		56.9%		56.8%		55.7%		52.8%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	11,781円		11,814円		9,930円		7,537円		9,851円		6,461円		
	⑤			健診未受診者	34,049円		35,846円		36,408円		40,395円		37,400円		39,594円		
	⑥		糖尿病医療費		4億5404万円		4億4243万円		4億4499万円		4億6204万円		4億5551万円		4億7740万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.6%		9.5%		9.9%		10.1%		10.5%		10.4%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		15億0349万円		15億3557万円		14億8036万円		15億5310万円		15億0073万円				
	⑨		1件あたり		38,431円		39,820円		39,175円		40,363円		41,154円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		11億6495万円		12億5438万円		10億8799万円		10億7726万円		9億4913万円				
	⑪		1件あたり		629,022円		624,381円		636,622円		664,567円		653,668円				
	⑫		在院日数		17日		17日		17日		16日		16日				
	⑬		慢性腎不全医療費		3億9448万円		4億4019万円		3億7817万円		3億6250万円		3億5870万円		4億1714万円		
	⑭		透析有り		3億6983万円		4億2386万円		3億5879万円		3億4318万円		3億3739万円		3億9180万円		
	⑮		透析なし		2466万円		1633万円		1938万円		1932万円		2131万円		2534万円		
7	①	介護	介護給付費		80億1477万円		82億3655万円		84億5179万円		85億1204万円		85億3186万円		95億8144万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	8件 13.1%	7件 11.3%	6件 10.9%	7件 12.7%	5件 10.2%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		11人 1.1%	5人 0.5%	9人 0.9%	8人 0.8%	3人 0.3%	2,639人 1.0%			KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題				

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

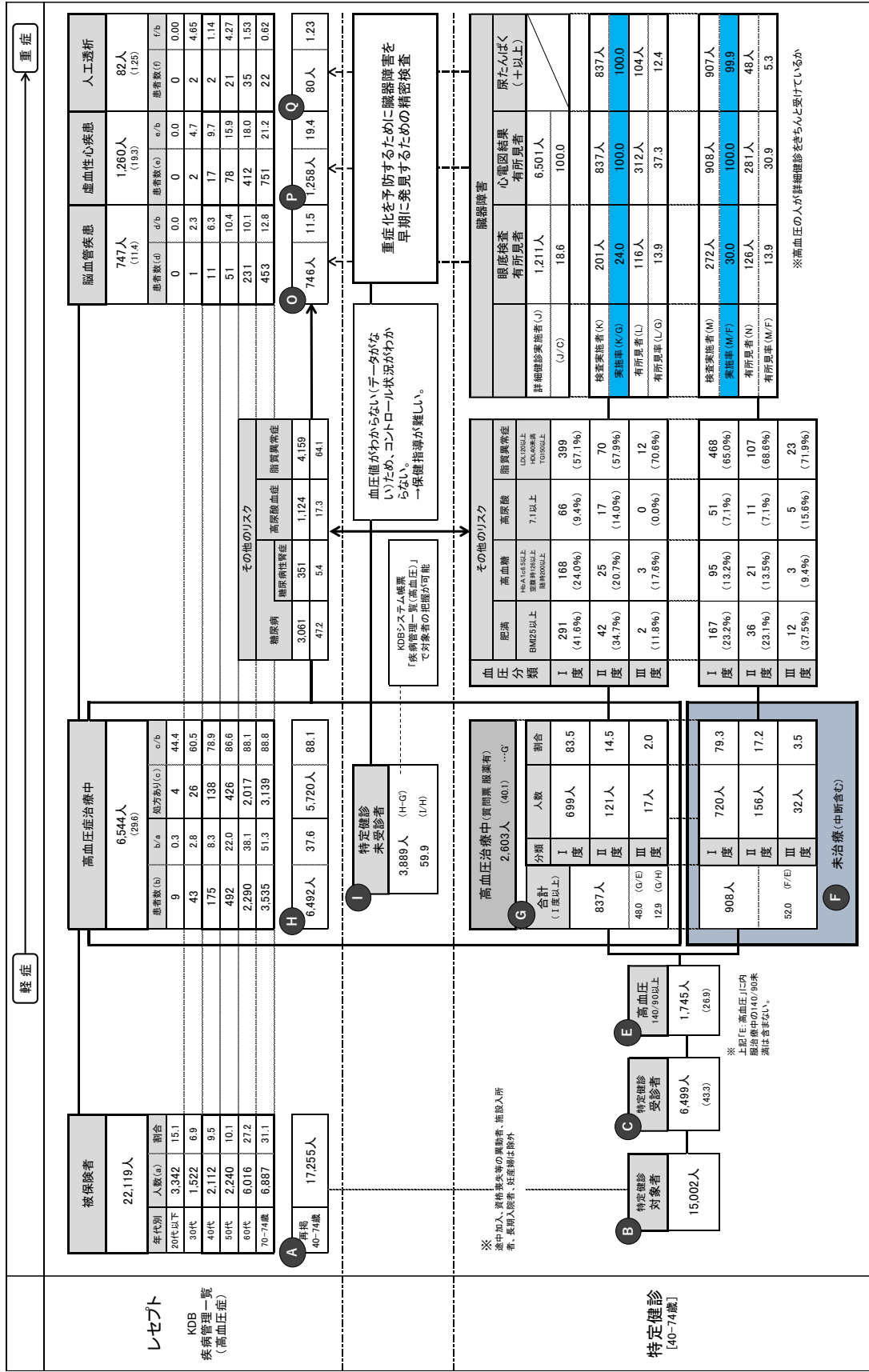
令和04年度



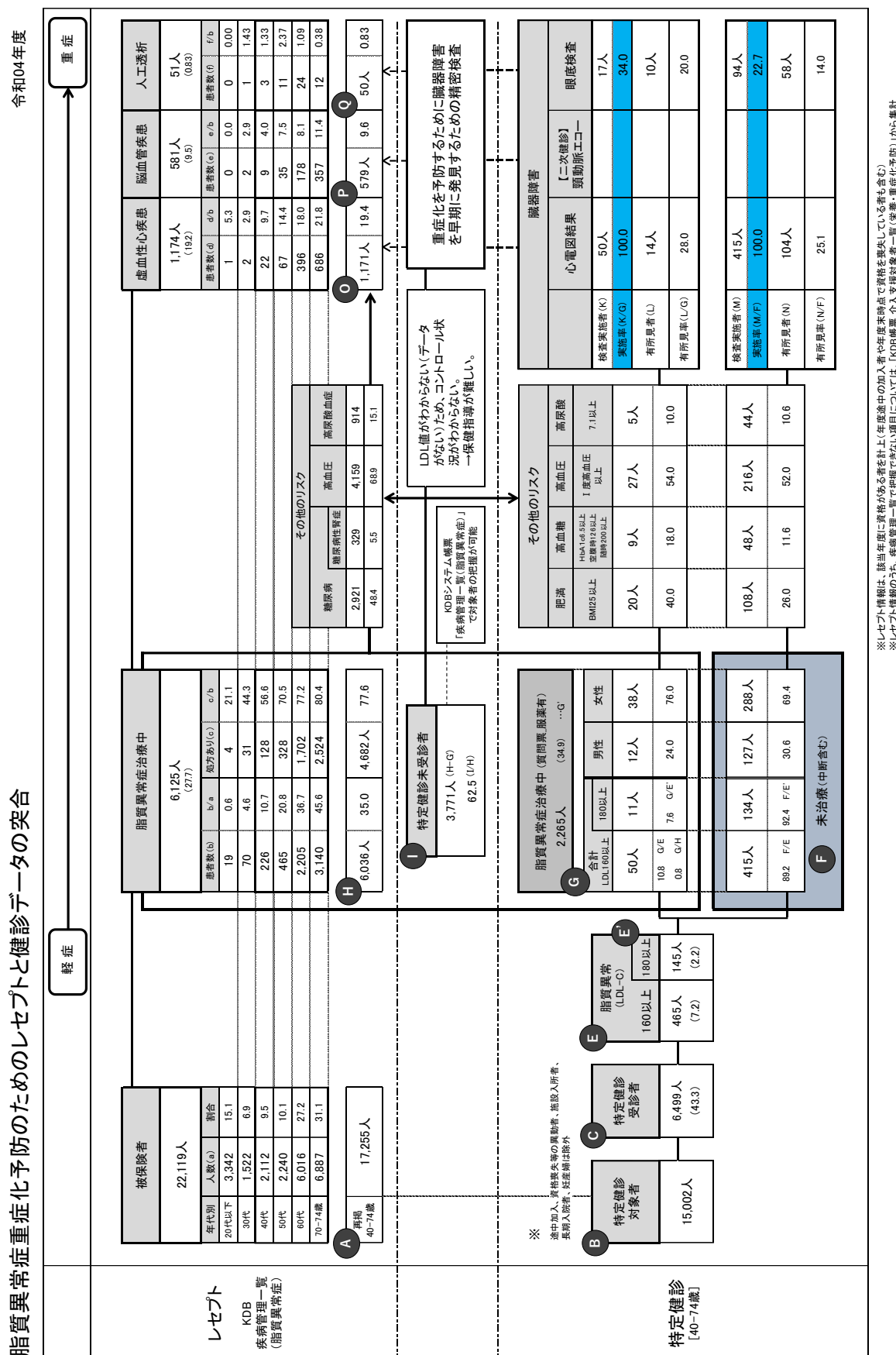
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一覧（栄春・重症化予防）」から集計

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



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	8,711	2,903	33.3%	3,380	38.8%	1,534	17.6%	480	5.5%	320	3.7%	94	1.1%	231	2.7%	57	0.7%		
H30	8,302	2,693	32.4%	3,323	40.0%	1,444	17.4%	470	5.7%	289	3.5%	83	1.0%	199	2.4%	51	0.6%		
R01	8,415	2,898	34.4%	3,203	38.1%	1,430	17.0%	485	5.8%	317	3.8%	82	1.0%	226	2.7%	49	0.6%		
R02	7,169	2,559	35.7%	2,638	36.8%	1,141	15.9%	451	6.3%	298	4.2%	82	1.1%	196	2.7%	54	0.8%		
R03	6,318	2,630	41.6%	2,180	34.5%	872	13.8%	356	5.6%	218	3.5%	62	1.0%	154	2.4%	46	0.7%		
R04	6,500	2,169	33.4%	2,509	38.6%	1,090	16.8%	379	5.8%	261	4.0%	92	1.4%	192	3.0%	54	0.8%		

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)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	8,711	2,903 33.3%	3,380 38.8%	1,534 17.6%	894	328	566										
					10.3%	36.7%	63.3%										
H30	8,302	2,693 32.4%	3,323 40.0%	1,444 17.4%	842	305	537										
					10.1%	36.2%	63.8%										
R01	8,415	2,898 34.4%	3,203 38.1%	1,430 17.0%	884	323	561										
					10.5%	36.5%	63.5%										
R02	7,169	2,559 35.7%	2,638 36.8%	1,141 15.9%	831	309	522										
					11.6%	37.2%	62.8%										
R03	6,318	2,630 41.6%	2,180 34.5%	872 13.8%	636	216	420										
					10.1%	34.0%	66.0%										
R04	6,500	2,169 33.4%	2,509 38.6%	1,090 16.8%	732	263	469										
					11.3%	35.9%	64.1%										

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											
										合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
				A		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
		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A				
治療中	H29	856	9.8%	21	2.5%	61	7.1%	208	24.3%	243	28.4%	251	29.3%	72	8.4%	183	21.4%	44	5.1%		
	H30	818	9.9%	8	1.0%	67	8.2%	206	25.2%	252	30.8%	223	27.3%	62	7.6%	157	19.2%	36	4.4%		
	R01	846	10.1%	13	1.5%	65	7.7%	207	24.5%	257	30.4%	238	28.1%	66	7.8%	177	20.9%	38	4.5%		
	R02	778	10.9%	18	2.3%	60	7.7%	178	22.9%	238	30.6%	221	28.4%	63	8.1%	151	19.4%	37	4.8%		
	R03	680	10.8%	18	2.6%	61	9.0%	181	26.6%	211	31.0%	162	23.8%	47	6.9%	117	17.2%	33	4.9%		
	R04	707	10.9%	9	1.3%	52	7.4%	177	25.0%	198	28.0%	203	28.7%	68	9.6%	152	21.5%	41	5.8%		
治療なし	H29	7,855	90.2%	2,882	36.7%	3,319	42.3%	1,326	16.9%	237	3.0%	69	0.9%	22	0.3%	48	0.6%	13	0.2%		
	H30	7,484	90.1%	2,685	35.9%	3,256	43.5%	1,238	16.5%	218	2.9%	66	0.9%	21	0.3%	42	0.6%	15	0.2%		
	R01	7,569	89.9%	2,885	38.1%	3,138	41.5%	1,223	16.2%	228	3.0%	79	1.0%	16	0.2%	49	0.6%	11	0.1%		
	R02	6,391	89.1%	2,541	39.8%	2,578	40.3%	963	15.1%	213	3.3%	77	1.2%	19	0.3%	45	0.7%	17	0.3%		
	R03	5,638	89.2%	2,612	46.3%	2,119	37.6%	691	12.3%	145	2.6%	56	1.0%	15	0.3%	37	0.7%	13	0.2%		
	R04	5,793	89.1%	2,160	37.3%	2,457	42.4%	913	15.8%	181	3.1%	58	1.0%	24	0.4%	40	0.7%	13	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
H29	8,712	2,438	28.0%	1,762	20.2%	2,403	27.6%	1,743	20.0%	293	3.4%	73	0.8%
H30	8,302	2,267	27.3%	1,745	21.0%	2,241	27.0%	1,678	20.2%	319	3.8%	52	0.6%
R01	8,441	2,369	28.1%	1,723	20.4%	2,268	26.9%	1,682	19.9%	336	4.0%	63	0.7%
R02	7,169	1,789	25.0%	1,317	18.4%	2,006	28.0%	1,664	23.2%	331	4.6%	62	0.9%
R03	6,318	1,592	25.2%	1,231	19.5%	1,773	28.1%	1,420	22.5%	248	3.9%	54	0.9%
R04	6,501	1,650	25.4%	1,340	20.6%	1,766	27.2%	1,419	21.8%	277	4.3%	49	0.8%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	8,712	4,200 48.2%	2,403 27.6%	1,743 20.0%	366 4.2%	225 61.5%	141 38.5%						
					73 0.8%	48 65.8%	25 34.2%	0.8% 4.2%					
H30	8,302	4,012 48.3%	2,241 27.0%	1,678 20.2%	371 4.5%	219 59.0%	152 41.0%						
					52 0.6%	33 63.5%	19 36.5%	0.6% 4.5%					
R01	8,441	4,092 48.5%	2,268 26.9%	1,682 19.9%	399 4.7%	252 63.2%	147 36.8%						
					63 0.7%	43 68.3%	20 31.7%	0.7% 4.7%					
R02	7,169	3,106 43.3%	2,006 28.0%	1,664 23.2%	393 5.5%	237 60.3%	156 39.7%						
					62 0.9%	44 71.0%	18 29.0%	0.9% 5.5%					
R03	6,318	2,823 44.7%	1,773 28.1%	1,420 22.5%	302 4.8%	177 58.6%	125 41.4%						
					54 0.9%	33 61.1%	21 38.9%	0.9% 4.8%					
R04	6,501	2,990 46.0%	1,766 27.2%	1,419 21.8%	326 5.0%	188 57.7%	138 42.3%						
					49 0.8%	32 65.3%	17 34.7%	0.8% 5.0%					

治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	3,227	37.0%	527	16.3%	670	20.8%	1,066	33.0%	823	25.5%	116	3.6%	25	0.8%
	H30	3,090	37.2%	491	15.9%	632	20.5%	1,012	32.8%	803	26.0%	133	4.3%	19	0.6%
	R01	3,155	37.4%	524	16.6%	652	20.7%	1,048	33.2%	784	24.8%	127	4.0%	20	0.6%
	R02	2,962	41.3%	452	15.3%	545	18.4%	949	32.0%	860	29.0%	138	4.7%	18	0.6%
	R03	2,508	39.7%	383	15.3%	460	18.3%	811	32.3%	729	29.1%	104	4.1%	21	0.8%
	R04	2,603	40.0%	405	15.6%	538	20.7%	823	31.6%	699	26.9%	121	4.6%	17	0.7%
治療なし	H29	5,485	63.0%	1,911	34.8%	1,092	19.9%	1,337	24.4%	920	16.8%	177	3.2%	48	0.9%
	H30	5,212	62.8%	1,776	34.1%	1,113	21.4%	1,229	23.6%	875	16.8%	186	3.6%	33	0.6%
	R01	5,286	62.6%	1,845	34.9%	1,071	20.3%	1,220	23.1%	898	17.0%	209	4.0%	43	0.8%
	R02	4,207	58.7%	1,337	31.8%	772	18.4%	1,057	25.1%	804	19.1%	193	4.6%	44	1.0%
	R03	3,810	60.3%	1,209	31.7%	771	20.2%	962	25.2%	691	18.1%	144	3.8%	33	0.9%
	R04	3,898	60.0%	1,245	31.9%	802	20.6%	943	24.2%	720	18.5%	156	4.0%	32	0.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総 数	H29	8,712	4,791	55.0%	2,055	23.6%	1,198	13.8%	464	5.3%	204	2.3%
	H30	8,302	4,363	52.6%	2,062	24.8%	1,193	14.4%	474	5.7%	210	2.5%
	R01	8,441	4,338	51.4%	2,115	25.1%	1,237	14.7%	517	6.1%	234	2.8%
	R02	7,169	3,925	54.7%	1,732	24.2%	982	13.7%	366	5.1%	164	2.3%
	R03	6,318	3,495	55.3%	1,513	23.9%	858	13.6%	317	5.0%	135	2.1%
	R04	6,501	3,633	55.9%	1,546	23.8%	857	13.2%	320	4.9%	145	2.2%
男 性	H29	3,713	2,263	60.9%	796	21.4%	449	12.1%	145	3.9%	60	1.6%
	H30	3,548	2,061	58.1%	820	23.1%	464	13.1%	150	4.2%	53	1.5%
	R01	3,605	2,082	57.8%	827	22.9%	466	12.9%	166	4.6%	64	1.8%
	R02	3,033	1,856	61.2%	696	22.9%	329	10.8%	114	3.8%	38	1.3%
	R03	2,693	1,664	61.8%	598	22.2%	289	10.7%	101	3.8%	41	1.5%
	R04	2,702	1,684	62.3%	599	22.2%	280	10.4%	98	3.6%	41	1.5%
女 性	H29	4,999	2,528	50.6%	1,259	25.2%	749	15.0%	319	6.4%	144	2.9%
	H30	4,754	2,302	48.4%	1,242	26.1%	729	15.3%	324	6.8%	157	3.3%
	R01	4,836	2,256	46.7%	1,288	26.6%	771	15.9%	351	7.3%	170	3.5%
	R02	4,136	2,069	50.0%	1,036	25.0%	653	15.8%	252	6.1%	126	3.0%
	R03	3,625	1,831	50.5%	915	25.2%	569	15.7%	216	6.0%	94	2.6%
	R04	3,799	1,949	51.3%	947	24.9%	577	15.2%	222	5.8%	104	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)180以上	再掲																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	2,711	31.1%	1,930	71.2%	509	18.8%	186	6.9%	59	2.2%	27	1.0%
	H30	2,572	31.0%	1,807	70.3%	489	19.0%	187	7.3%	61	2.4%	28	1.1%
	R01	2,648	31.4%	1,807	68.2%	542	20.5%	205	7.7%	60	2.3%	34	1.3%
	R02	2,463	34.4%	1,774	72.0%	476	19.3%	144	5.8%	49	2.0%	20	0.8%
	R03	2,154	34.1%	1,590	73.8%	369	17.1%	149	6.9%	30	1.4%	16	0.7%
	R04	2,265	34.8%	1,660	73.3%	416	18.4%	139	6.1%	39	1.7%	11	0.5%
治療なし	H29	6,001	68.9%	2,861	47.7%	1,546	25.8%	1,012	16.9%	405	6.7%	177	2.9%
	H30	5,730	69.0%	2,556	44.6%	1,573	27.5%	1,006	17.6%	413	7.2%	182	3.2%
	R01	5,793	68.6%	2,531	43.7%	1,573	27.2%	1,032	17.8%	457	7.9%	200	3.5%
	R02	4,706	65.6%	2,151	45.7%	1,256	26.7%	838	17.8%	317	6.7%	144	3.1%
	R03	4,164	65.9%	1,905	45.7%	1,144	27.5%	709	17.0%	287	6.9%	119	2.9%
	R04	4,236	65.2%	1,973	46.6%	1,130	26.7%	718	16.9%	281	6.6%	134	3.2%

**白山市国民健康保険 第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)

白山市健康福祉部保険年金課

〒924-8688 白山市倉光二丁目1番地

TEL:076-274-9528 FAX:076-274-9519

E-mail:hoken@city.hakusan.lg.jp

令和6年(2024年)3月