

高山村

第2期 データヘルス計画

【中間評価】



令和3年3月

高山村

□□■ 目次 ■□□

序章 計画の中間評価にあたって

1	中間評価の概要	
1-1	中間評価の目的	1
1-2	計画の基本的な考え方	1
1-3	計画の位置づけと期間	1
1-4	中間評価の方法	2

第1章 現状の整理（データの更新）

1	被保険者の状況	
1-1	人口	3
1-2	高山村国民健康保険加入者の状況	4
1-3	基本情報	5
2	医療・介護・健康の状況	
2-1	医療・人工透析に関する状況	8
2-2	介護の状況	13
2-3	生活習慣の状況	14
2-4	個別事業の状況	15
3	現状の整理のまとめ	
3-1	被保険者の状況	21
3-2	医療・介護・健康の状況	21

第2章 計画の中間評価・見直し

1	評価・見直しの整理	
1-1	評価の方法と流れ	23
1-2	データヘルス計画の評価・見直しの整理票	24
2	中間評価による見直し後の指標と施策	
1-1	長中期目標	25
1-2	短期目標	25
1-3	今後の取組と方向性	26

序章

計画の中間評価にあたって

1 中間評価の概要

1-1 中間評価の目的

高山村では、平成30年3月にレセプト等のデータ解析、それに基づく加入者の健康保持増進と医療費の適正化のため、平成30年度から令和5年度までの6年間の計画期間とする「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健診等実施計画」を策定し、健康寿命の延伸を目的とした健康づくり施策に取り組んでいます。

第2期データヘルス計画策定から前期の3年が経過し、令和2年度が中間となることから、目標の進捗状況や取組内容を振り返り中間評価を実施します。また、この中間評価の結果をもとに後期の3年間に向け見直しと改善策を検討します。

1-2 計画の基本的な考え方

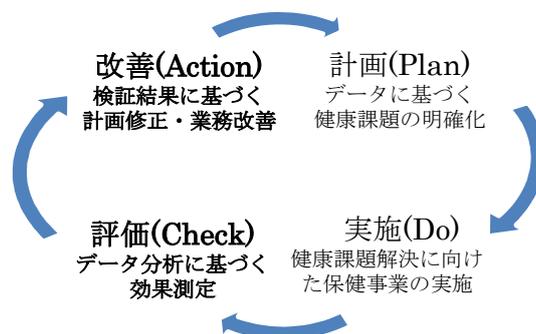
(1) データヘルス計画

高山村国民健康保険被保険者を対象として、健康保持増進に努めるために保有しているデータを活用しながら、PDCAサイクルに沿った効果的な保健事業の展開を行っていきます。また、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目標とし、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅した保健事業の実施に努めていきます。

1-3 計画の位置づけと期間

本計画は、PDCAサイクルに沿って効率的な保健事業を実施するため「第3期特定健診等実施計画」と計画期間を合わせ、平成30年度を初年度とし令和5年度までの6年間としました。最終評価を令和5年度に実施します。

P D C A サイクル



1-4 中間評価の方法

本計画の中間評価では、高山村の健康課題を明確にするために国保データベース（KDB）システム等のデータ分析を行うとともに、全国、群馬県、人口規模の類似した自治体（同規模町村）との比較を行います。また、4つの観点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）を用いて、計画全体及び個別保健事業の整理・評価を実施します。

【4つの観点をを用いた評価指標】

	データヘルス計画	個別保健事業
ストラクチャー (構造)	目標や目的を達成するための仕組みや体制（予算や人員確保、関係者との連携）はどうだったか。	保健事業を実施するための仕組みや体制（人員や予算、関係者との連携）はどうだったか。
プロセス (過程)	計画策定の手順について、必要なデータの収集やそれを踏まえて現状分析、課題抽出ができたか。	保健事業の目的や目標達成に向けて、準備から事業の進め方、内容など適切な方法で実施できたか。
アウトプット (事業実施量)	計画された事業の実施状況について、どの程度実施できたか。	個別事業の実施状況や実施量は、適切だったか。
アウトカム (結果)	計画に沿って実行した結果、目標や目的が達成できたか。	個別事業の実施の結果、受診率や参加率はどうかだったか。

第1章

現状の整理

1 被保険者の状況

1-1 人口

<人口・世帯>

項目	2016年 (H28)	2017年 (H29)	2018年 (H30)	2019年 (R1)
人口 (*1)	3,674人	3560人	3,514人	3,463人
0～14歳	442人	390人	370人	359人
15～64歳	2,005人	1,892人	1,852人	1,813人
65歳以上	1,226人	1,277人	1,291人	1,290人
75歳以上	737人	737人	732人	721人
世帯数 (*2)	1,341世帯	1.321世帯	1.330世帯	1.325世帯

出典：(*1)群馬県年齢別人口統計調査結果(群馬県統計情報提供システム)

(*2)住民基本台帳(群馬県統計情報提供システム)

<人口に占める65歳以上人口割合・75歳以上人口割合>

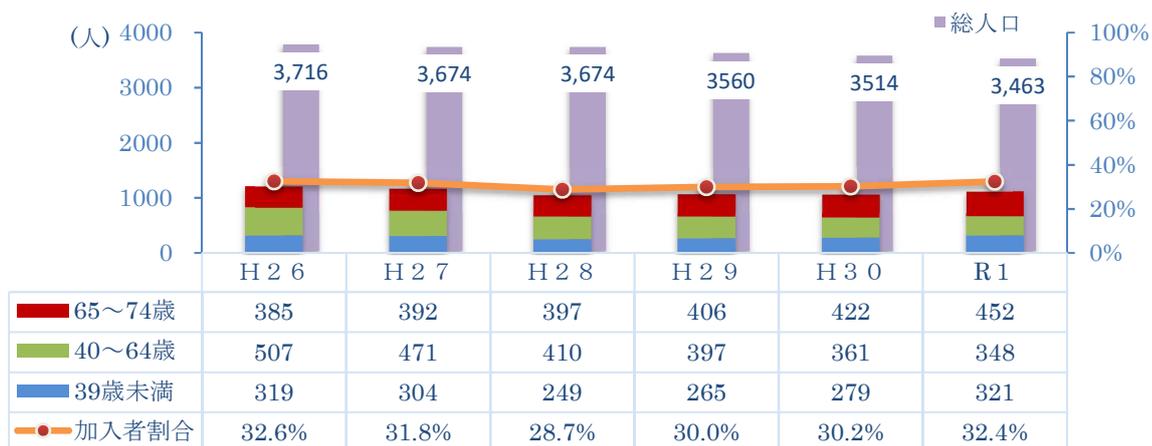
項目	2016年 (H28)	2017年 (H29)	2018年 (H30)	2019年 (R1)	
群馬県	65歳以上	28.3%	28.9%	29.4%	29.8%
	75歳以上	13.7%	14.2%	14.6%	15.1%
高山村	65歳以上	33.4%	35.9%	36.7%	37.3%
	75歳以上	20.1%	20.7%	20.8%	20.8%

出典：群馬県年齢別人口統計調査結果(群馬県統計情報提供システム)

高山村の人口は徐々に減少してきている。また、65歳以上人口割合は平成28年が33.4%、令和元年は37.3%で3.9ポイント増加し、群馬県の1.5ポイント増加と比べて高く、高齢化の進むスピードが速い状況にある。

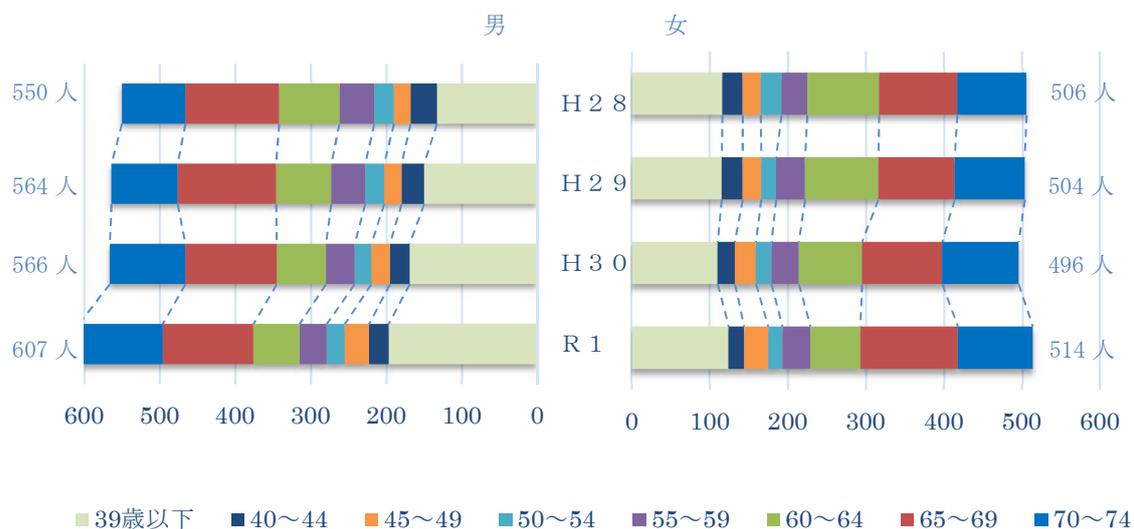
1-2 高山村国民健康保険加入者の状況

＜高山村の人口と国民健康保険加入者数・加入者割合(対人口)の推移＞



出典：地域の全体像の把握（KDB）

＜国民健康保険加入者の年齢別構成割合＞



出典：疾病別医療費分析（KDB）

高山村国民健康保険加入者割合は、平成28年と比較すると令和元年は男女ともに増加し、女性加入者に比べ男性加入者が多い。

1-3 基本情報

<平均寿命・標準化死亡比>

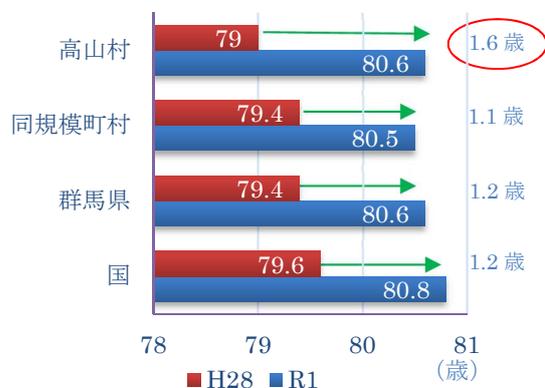
(単位：歳)

項目		高山村		同規模町村		群馬県		国	
		2016年 (H28)	2019年 (R1)	2016年 (H28)	2019年 (R1)	2016年 (H28)	2019年 (R1)	2016年 (H28)	2019年 (R1)
平均寿命	男	79.0	80.6	79.4	80.5	79.4	80.6	79.6	80.8
	女	85.8	86.9	86.5	87.0	85.9	86.9	86.4	87.0
標準化死亡比	男	106.0	106.0	102.6	103.0	100.7	100.7	100.0	100.0
	女	88.5	88.5	98.2	98.4	102.4	102.4	100.0	100.0

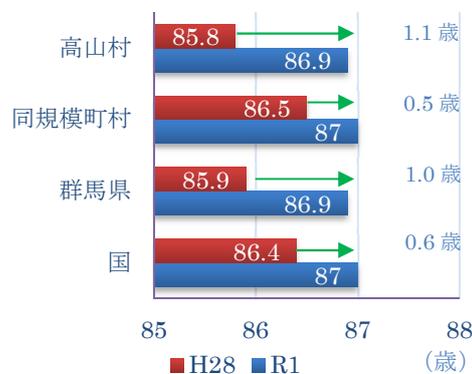
出典：地域の全体像の把握(KDB)

平均寿命(男女別) 平成28年と令和元年の比較

平均寿命(男)



平均寿命(女)

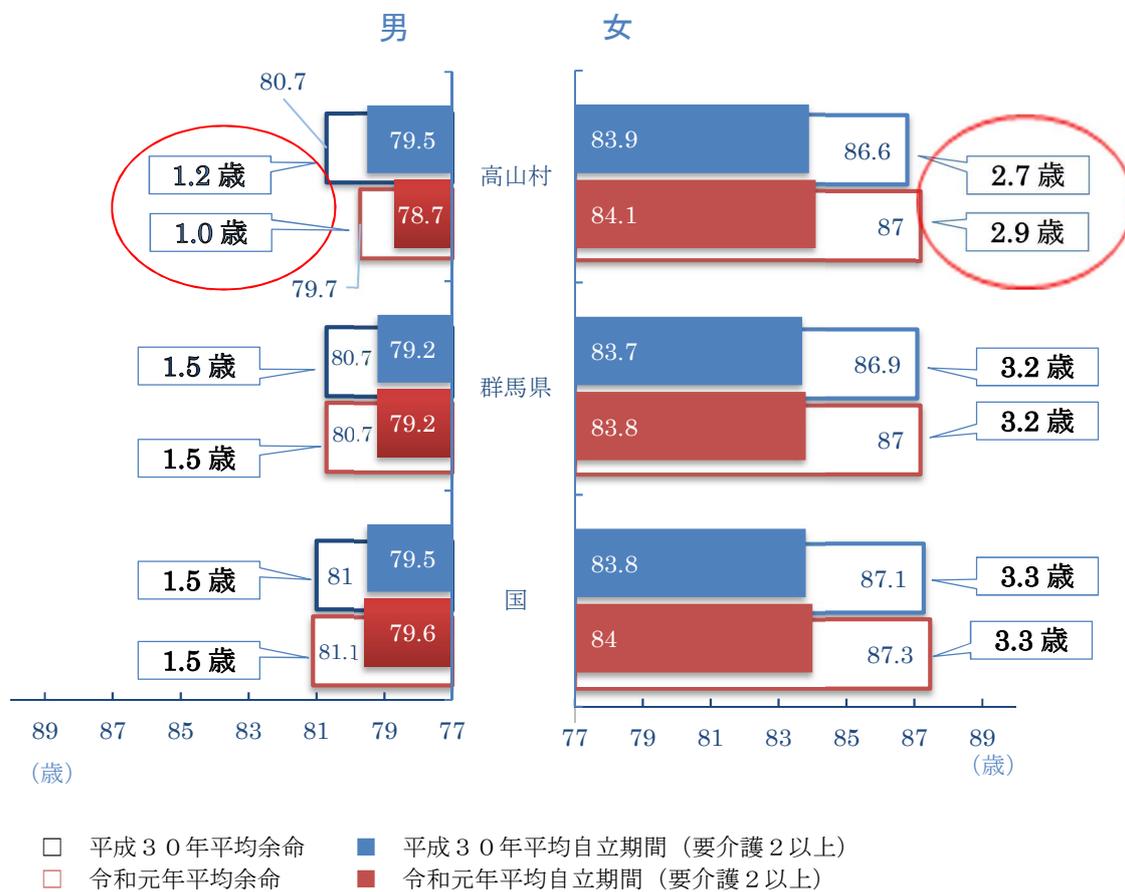


— 標準化死亡比とは —

死亡率は年齢によって大きな差があることから、地域別の年齢階級別の死亡率を算出し比較する必要があります。我が国の平均を100としており100以上の場合は死亡率が高く、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

高山村の男性の標準化死亡比は、比較対象より高いが、女性は低い状況が続いている。平均寿命は、平成28年は県と比較して男女ともに短かったが、令和元年は県平均と同じとなっている。特に高山村の男性は、1.6歳と平均寿命の伸びが大きい。

<平均余命と平均自立期間（要介護2以上）の差>



□ 平成30年平均余命 ■ 平成30年平均自立期間（要介護2以上）
 □ 令和元年平均余命 ■ 令和元年平均自立期間（要介護2以上）

* は平均余命と平均自立期間の差

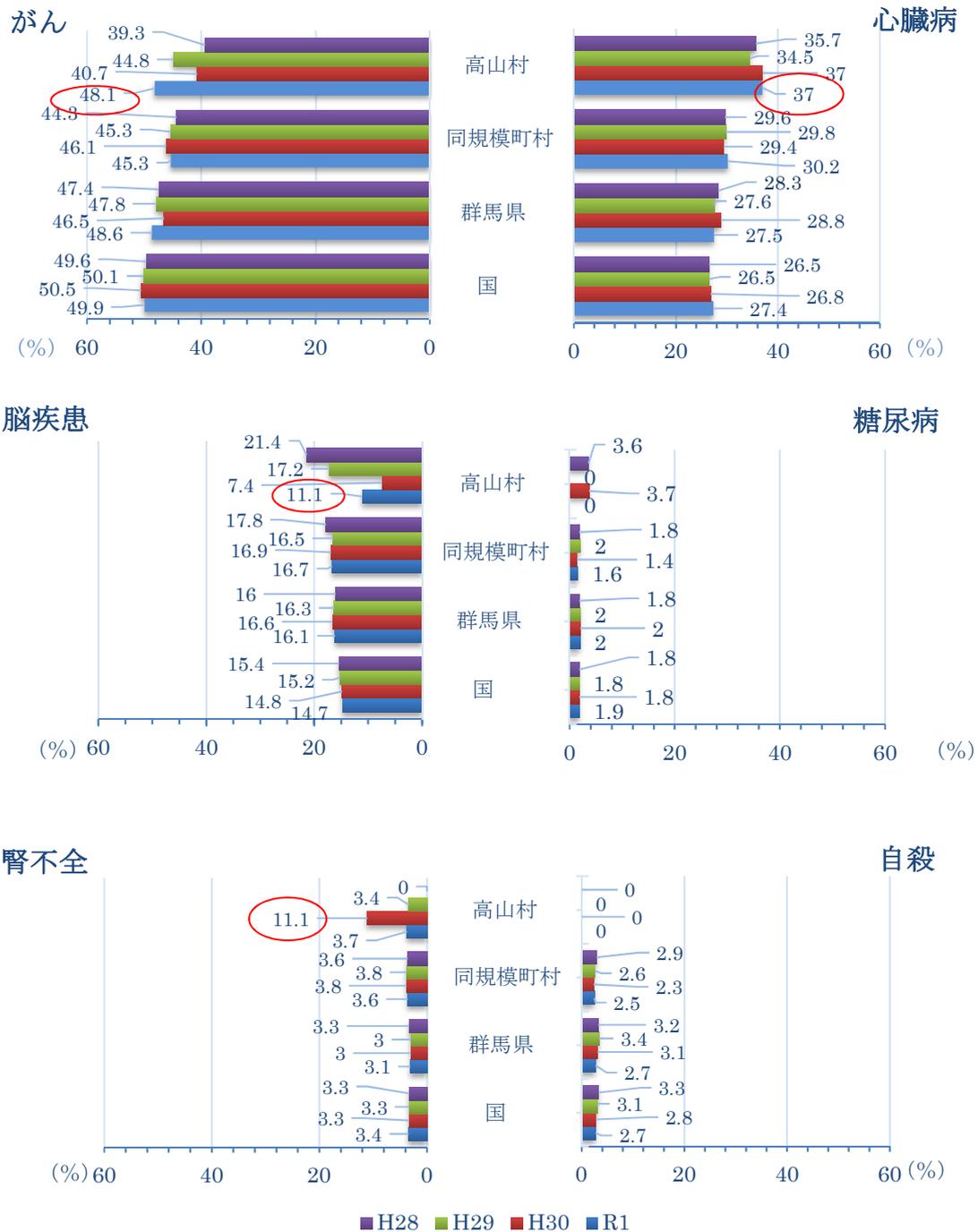
出典：地域の全体像の把握(KDB)

— 平均余命とは —

その人が、あと何年生きるかという期待値をいい、上記の平均余命は0歳児の平均余命を示している。平均寿命とは算出方法等が異なるため比較はできない。

比較対象に比べて高山村は、男性の平均余命は1歳以上短い、平均余命と平均自立期間の差は男女ともに比較対象に比べて短い状況にある。

<主要疾患別死亡割合>



出典：地域の全体像の把握(KDB)

主要疾患による死亡について平成 28 年からの令和元年までの状況を比較すると、高山村は脳疾患による死亡が半減し、がんによる死亡が増加している。心臓病による死亡割合は比較対象より高い状況が続いている。また、腎不全による死亡は、平成 30 年が 11.1%と特に高く、令和元年も他と比較し高い状況にある。

2 医療・介護・健康の状況

2-1 医療・人工透析に関する状況

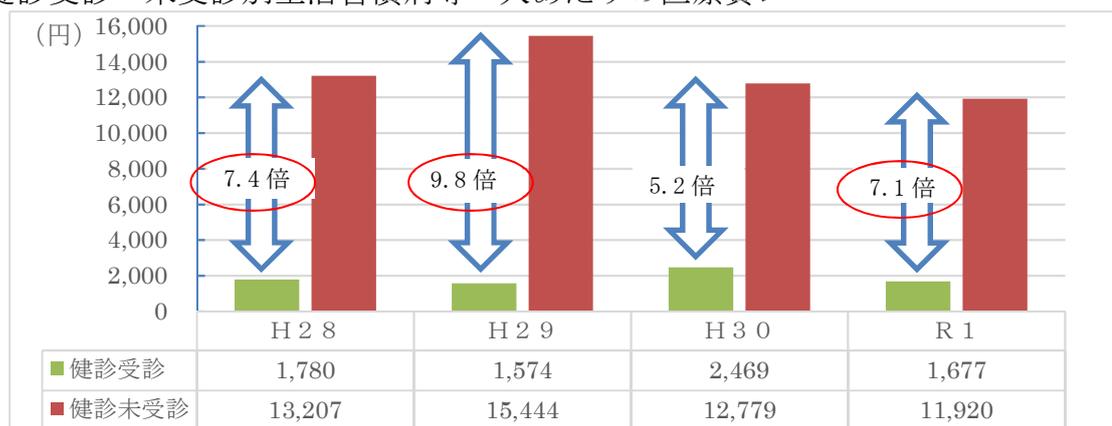
<一人あたりの医療費の推移>

項目		高山村	同規模平均	群馬県	国
H28	被保険者数(人)	1,056	811	529,087	32,587,866
	[平均年齢(歳)]	[52.7]	[53.0]	[51.5]	[50.7]
	1人あたり医療費(円)	24,836	26,817	23,664	24,245
H29	被保険者数(人)	1,068	782	504,401	31,587,591
	[平均年齢(歳)]	[52.5]	[53.4]	[52.1]	[51.1]
	1人あたり医療費(円)	24,223	27,684	24,362	25,032
H30	被保険者数(人)	1,062	770	481,012	30,811,133
	[平均年齢(歳)]	[52.3]	[53.7]	[52.5]	[51.3]
	1人あたり医療費(円)	24,554	28,196	24,646	25,319
R1	被保険者数(人)	1,121	756	466,717	29,893,491
	[平均年齢(歳)]	[51.4]	[54.0]	[52.8]	[51.6]
	1人あたり医療費(円)	24,104	29,091	26,225	26,225

出典：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（KDB）

一人あたりの医療費をみると、比較対象は加入者の平均年齢が高くなっていることに伴い増加しているが、高山村は加入者の平均年齢の低下に伴い減少している。

<健診受診・未受診別生活習慣病等一人あたりの医療費>

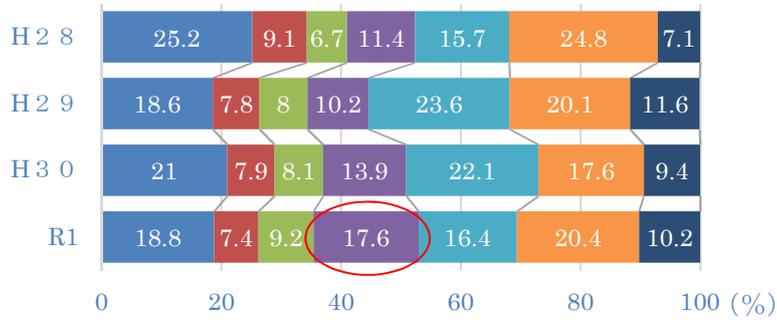


出典：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（KDB）

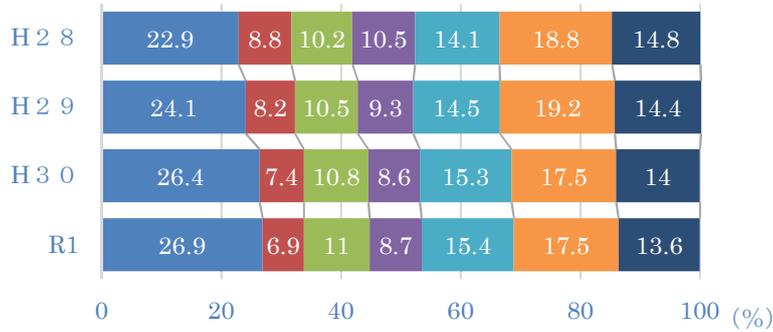
健診受診・未受診者別生活習慣病等の一人あたりの医療費を見ると、平成30年を除いて、未受診者が受診者の約7倍以上の医療費となっている。

<疾病別(生活習慣病)医療費率の推移>

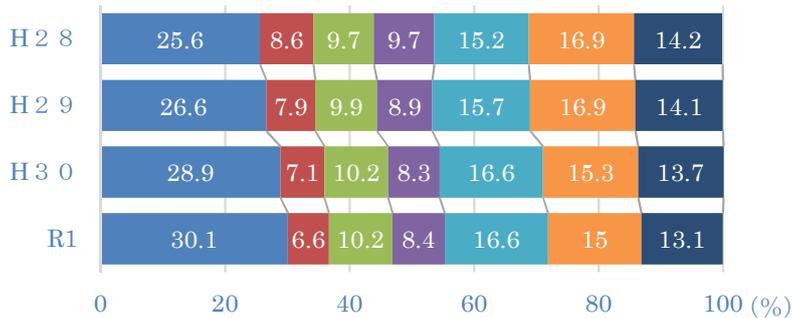
高山村



群馬県



国



出典：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題【最大医療資源症病名】（KDB）

生活習慣病の医療費で最も多いのは、比較対象はがんとなっているが、高山村では精神疾患である。また、高山村は比較対象と比べ慢性腎臓病（透析）の割合が約2倍と高い状況にある。

<生活習慣病等受診状況（1件あたりの入院・外来単価）：県内順位>

入院：上段は1件あたりの医療費、下段は県内順位（被保険者数37）（単位：円）

項目	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳血管疾患	心疾患	腎不全	精神	悪性新生物
H28	418,310 (34)	563,461 (30)	607,122 (15)	558,057 (32)	421,280 (35)	677,161 (23)	389,466 (34)	642,604 (19)
H29	764,364 (1)	694,772 (8)	934,700 (2)	490,150 (35)	652,571 (25)	716,260 (17)	376,952 (36)	595,601 (31)
H30	641,031 (9)	577,459 (30)	603,185 (14)	662,370 (20)	494,391 (35)	539,422 (31)	397,224 (35)	710,726 (6)
R1	560,733 (30)	588,470 (31)	502,935 (32)	609,413 (34)	520,417 (33)	517,874 (33)	437,711 (30)	593,104 (37)

外来：上段は1件あたりの医療費、下段は県内順位（被保険者数37）（単位：円）

項目	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳血管疾患	心疾患	腎不全	精神	悪性新生物
H28	41,587 (6)	30,251 (7)	32,532 (1)	42,736 (1)	51,006 (8)	205,897 (14)	30,706 (9)	55,865 (15)
H29	39,770 (8)	28,830 (14)	30,055 (3)	43,765 (1)	46,787 (15)	188,262 (24)	34,239 (2)	59,714 (6)
H30	41,010 (3)	29,801 (5)	29,439 (2)	44,263 (1)	42,327 (20)	202,570 (2)	29,298 (11)	58,665 (14)
R1	46,686 (2)	34,567 (2)	36,377 (2)	54,454 (1)	59,266 (7)	225,444 (2)	35,114 (3)	61,910 (21)

出典：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（KDB）

生活習慣病受診状況からみた入院費は、令和元年はいずれの疾患も30位以上で県内でも低い方である。外来費は脳血管疾患が平成28年から1位となっている。また、令和元年は糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎不全が2位となっており外来医療費が増加している。

<高山村の疾患別医療費点数：高い順>

入院

項目	H28	H29	H30	R1
1位	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症
2位	肺がん	関節疾患	肺がん	肺がん
3位	心臓弁膜症	肺がん	慢性腎臓病（透析）	慢性腎臓病（透析）
4位	慢性腎臓病（透析）	慢性腎臓病（透析）	大腸がん	脳梗塞
5位	関節疾患	狭心症	うつ病	貧血
6位	不整脈	心臓弁膜症	脳梗塞	クモ膜下出血
7位	膵臓がん	うつ病	関節疾患	糖尿病
8位	うつ病	肺炎	不整脈	うつ病
9位	乳がん	脳梗塞	肺気腫	不整脈
10位	肺炎	膀胱がん	骨折	骨折

外来

項目	H 2 8	H 2 9	H 3 0	R 1
1 位	高血圧症	高血圧症	慢性腎臓病 (透析)	慢性腎臓病 (透析)
2 位	慢性腎臓病 (透析)	糖尿病	高血圧症	関節疾患
3 位	糖尿病	慢性腎臓病 (透析)	関節疾患	高血圧症
4 位	関節疾患	関節疾患	糖尿病	糖尿病
5 位	白血病	白血病	白血病	白血病
6 位	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症
7 位	統合失調症	統合失調症	統合失調症	不整脈
8 位	気管支喘息	逆流性食道炎	糖尿病性網膜症	統合失調症
9 位	パーキンソン病	卵巣腫瘍(悪性)	不整脈	骨粗しょう症
10 位	脳梗塞	パーキンソン病	骨粗しょう症	甲状腺がん

出典：医療費分析（1）細小分類(KDB)

外来＋入院

【 】は医療費全体に占める割合

項目	H 2 8	H 2 9	H 3 0	R 1
1 位	統合失調症 【 10. 7%】	関節疾患 【 11. 3%】	慢性腎臓病 (透析) 【 8. 6%】	慢性腎臓病 (透析) 【 10. 8%】
2 位	慢性腎臓病 (透析) 【 6. 9%】	統合失調症 【 10. 5%】	統合失調症 【 8. 1%】	統合失調症 【 9. 7%】
3 位	関節疾患 【 5. 8%】	慢性腎臓病 (透析) 【 7. 0%】	肺がん 【 5. 7%】	関節疾患 【 5. 1%】
4 位	高血圧症 【 5. 5%】	糖尿病 【 5. 7%】	関節疾患 【 5. 7%】	糖尿病 【 4. 9%】
5 位	糖尿病 【 4. 4%】	高血圧症 【 5. 3%】	高血圧症 【 4. 9%】	高血圧症 【 4. 6%】
6 位	白血病 【 3. 1%】	肺がん 【 3. 8%】	糖尿病 【 4. 2%】	肺がん 【 3. 0%】
7 位	肺がん 【 2. 9%】	白血病 【 2. 7%】	白血病 【 2. 6%】	脳梗塞 【 2. 6%】
8 位	心臓弁膜症 【 2. 5%】	狭心症 【 2. 5%】	大腸がん 【 2. 5%】	白血病 【 2. 6%】
9 位	不整脈 【 2. 4%】	うつ病 【 2. 0%】	うつ病 【 2. 2%】	不整脈 【 2. 5%】
10 位	乳がん 【 1. 9%】	脂質異常症 【 2. 0%】	不整脈 【 2. 0%】	貧血 【 2. 1%】

出典：医療費分析（2）大、中、細小分類(KDB)

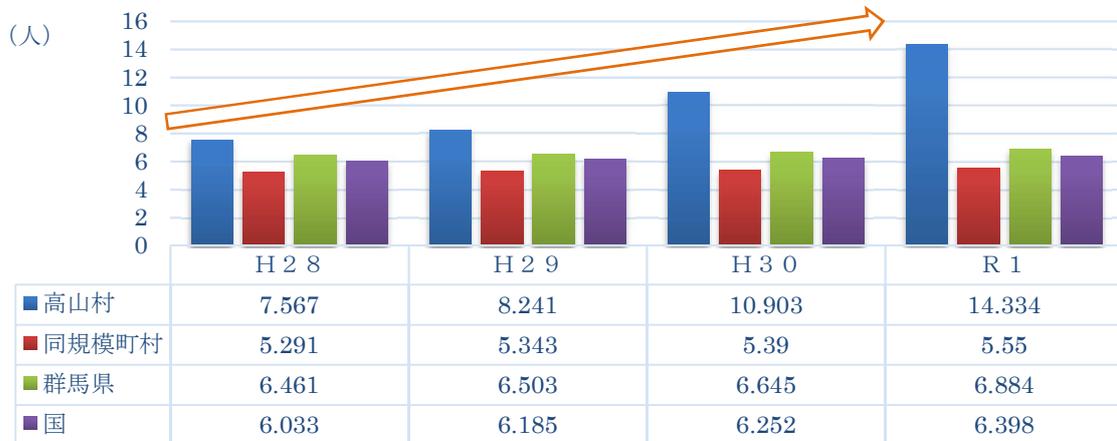
高山村の疾患別医療費点数をみると、入院では統合失調症が最も多く次いで肺がんとなっている。外来では、慢性腎臓病（透析）が平成30年より1位となり、関節疾患を除くと高血圧、糖尿病が上位を占めている。医療費全体の割合を見ても慢性腎臓病（透析）の医療費が伸びている。

<人工透析患者数（人）>

項目	患者数 (糖尿病既往あり)	性別		年 代				
		男	女	39歳以下	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上
H28	4 (2)	4	0	0	0	2	2	0
H29	5 (3)	1	4	0	0	1	3	1
H30	6 (2)	1	5	0	0	1	5	0
R1	7 (4)	2	5	1	0	1	5	0

出典：厚生労働省様式 3-7 (KDB)

<患者千人あたりの人工透析患者数>



出典：医療費分析(1)細小分類(KDB)

<千人あたりの腎不全レセプト件数（外来+入院）>

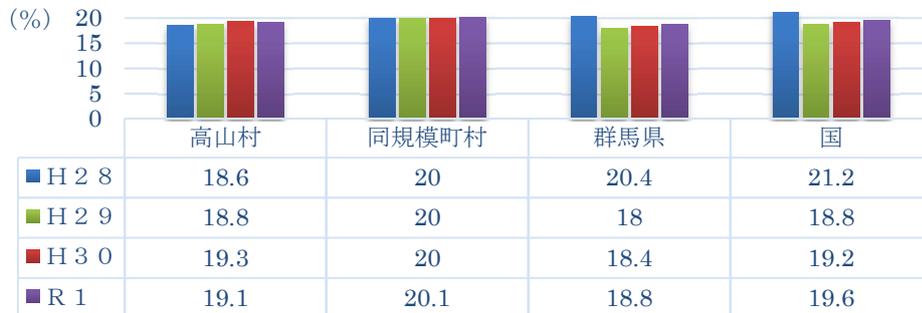


出典：医療費分析中分類(KDB)

高山村では年々人工透析患者数が増加している。また、患者千人あたりの人工透析患者数を見ても比較対照の約2倍となっている。

2-2 介護の状況

<認定率の推移>



出典：（要介護（要支援）認定者の状況）

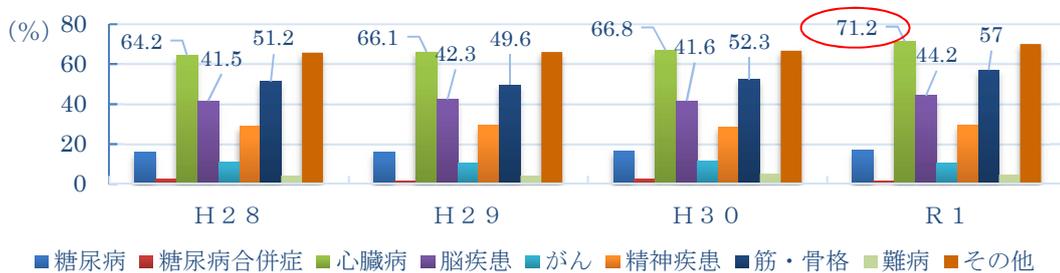
高山村の認定率は平成 28 年から 0.5 ポイント増加し、群馬県と比較すると平成 28 年は低かったが、令和元年度は高くなっている。

<認定結果の推移>



出典：要介護（要支援）認定者の状況（KDB）

<認定者の有病状況>

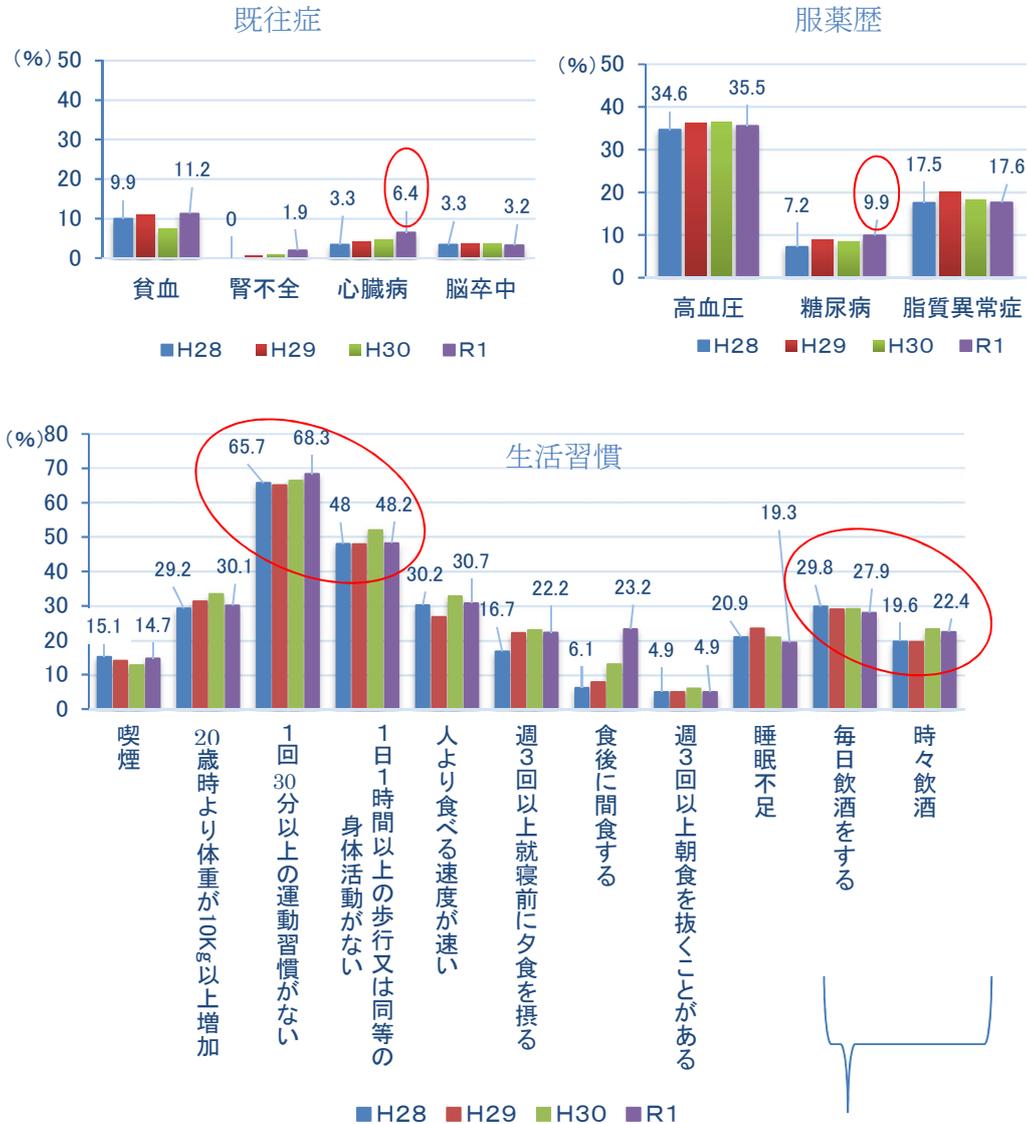


出典：地域の全体像の把握（KDB）

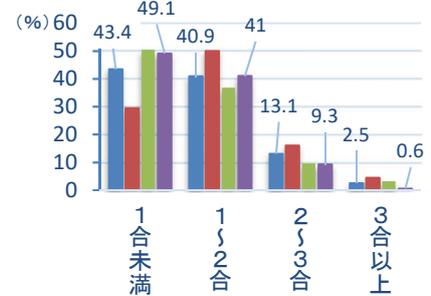
高山村の認定結果の推移は、要支援者の減少が見られる一方で、要介護 3 及び 4 が増加している。認定者の有病状況では、その他を除いて心臓病、筋・骨格疾患、脳疾患の順に多い。

2-3 生活習慣の状況

< 特定健康診査質問票回答状況 >



【 1日の飲酒量 】



出典：地域の全体像の把握 (KDB)

既往症では貧血が多く、令和元年は心臓病の増加が見られる。

服薬歴は、高血圧、脂質異常症、糖尿病の順に多く令和元年は糖尿病治療薬の使用が増加している。

生活習慣では、1回30分以上の運動習慣がない人が約7割、1日1時間以上の歩行又は同等の身体活動がない人が約5割いる。また、健診受診者の約半数が毎日飲酒又は時々飲酒し、そのうち1合以上飲酒する人が約半数いる。

2-4 個別事業の状況

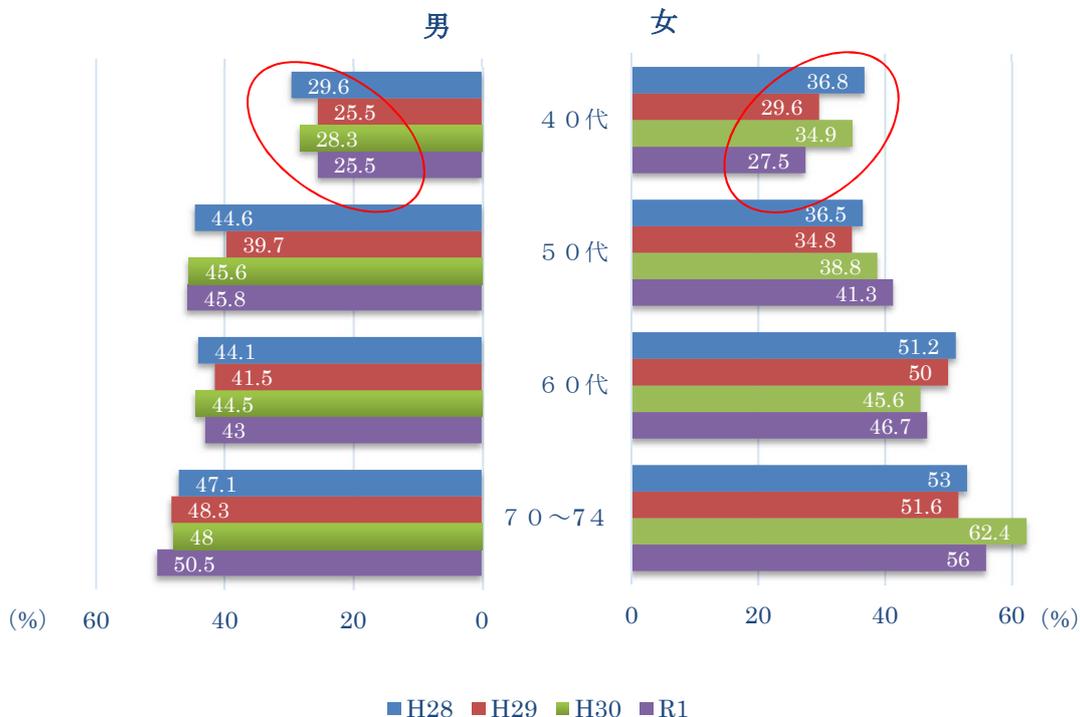
1) 特定健診の状況

<特定健康診査受診率>



出典：地域の全体像の把握（KDB）

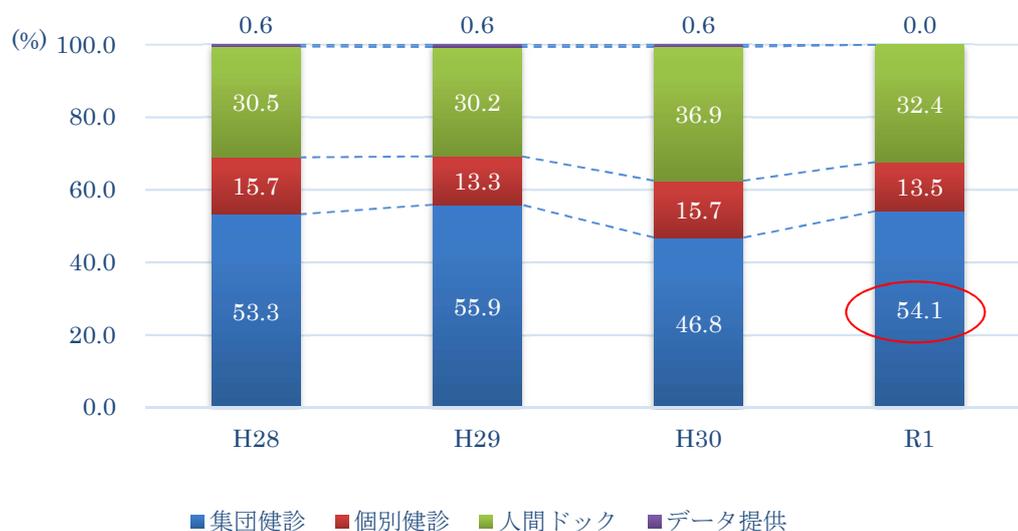
<年代別特定健診受診状況>



出典：様式 5-4 受診状況（KDB）

全体の受診率は、群馬県を上回っている。年代毎の特定健診の受診率は、男女とも40歳代の受診者の減少が見られ、50歳代及び70歳代の受診者が増加傾向にある。

＜特定健診の受診方法＞



出典：地域の全体像の把握（KDB）

特定健診の受診方法は集団健診が約半数を占め、人間ドック、個別健診の順に多くなっている。また、職域健診結果等を提出（データ提供）し、保険者が特定健診システムに登録することで特定健診に振り替える人もいるが少数である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準

— 判定基準値(異常値の判定) —	
腹 囲	男：85cm 以上、女：90cm 以上 又は BMI：25 以上
血 圧	収縮期血圧：130 以上 又は 収縮期血圧：85 以上
血 糖	空腹時：110mg/dl 又は ヘモグロビン A1c (HbA1c)：6.0 以上
脂 質	中性脂肪：150mg/dl 以上 又は HDLコレステロール 40mg/dl 未満

— 内臓脂肪症候群該当者判定 —	
基準該当	腹囲 (BMI) の基準に該当し、血圧・血糖・脂質のうち 2 つ以上に該当
予備群該当	腹囲 (BMI) の基準に該当し、血圧・血糖・脂質のうち 1 つ以上に該当

<特定健康診査結果：内臓脂肪症候群及び予備群レベルであった者の割合>

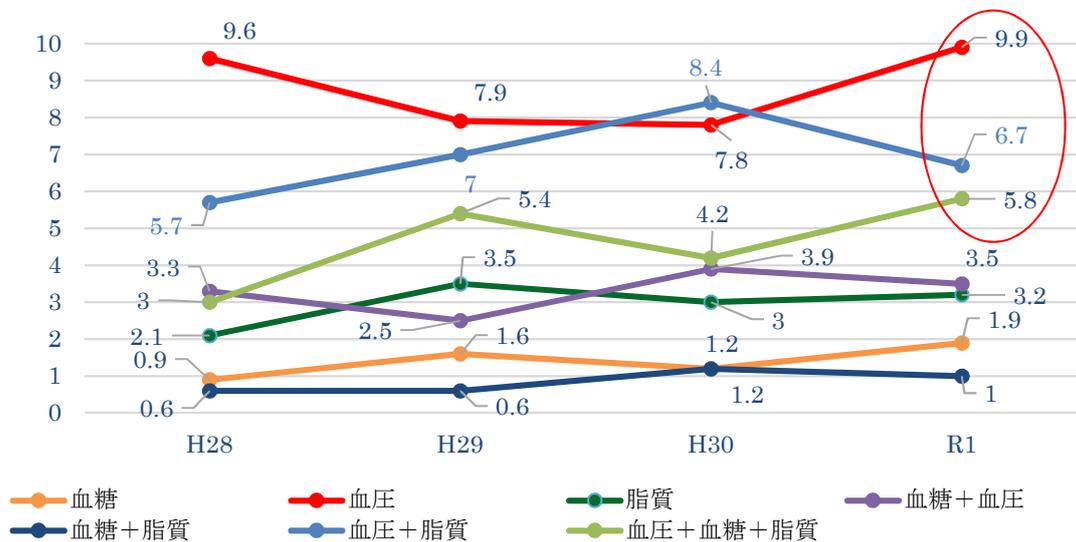
腹囲・BMI の判定基準該当者（異常値）割合



腹囲	H 2 8	H 2 9	H 3 0	R 1
(全体)	2 9 . 8 %	3 2 . 7 %	3 4 . 0 %	3 4 . 8 %

出典：地域の全体像の把握（KDB）

血圧・血糖・脂質の判定基準該当者（異常値）割合

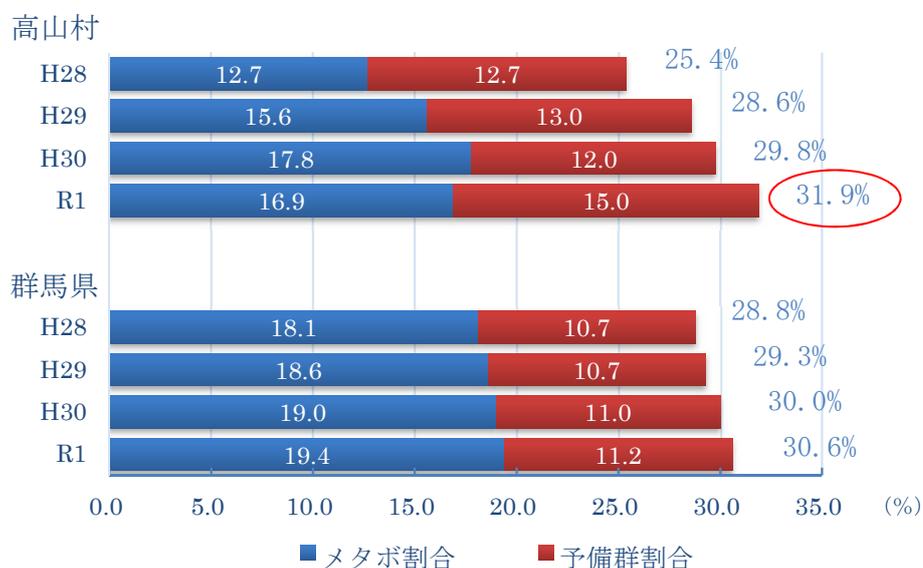


出典：地域の全体像の把握（KDB）

腹囲・BMI の判定基準該当者（異常値）割合をみると、腹囲が年々増加し女性より男性が多い。

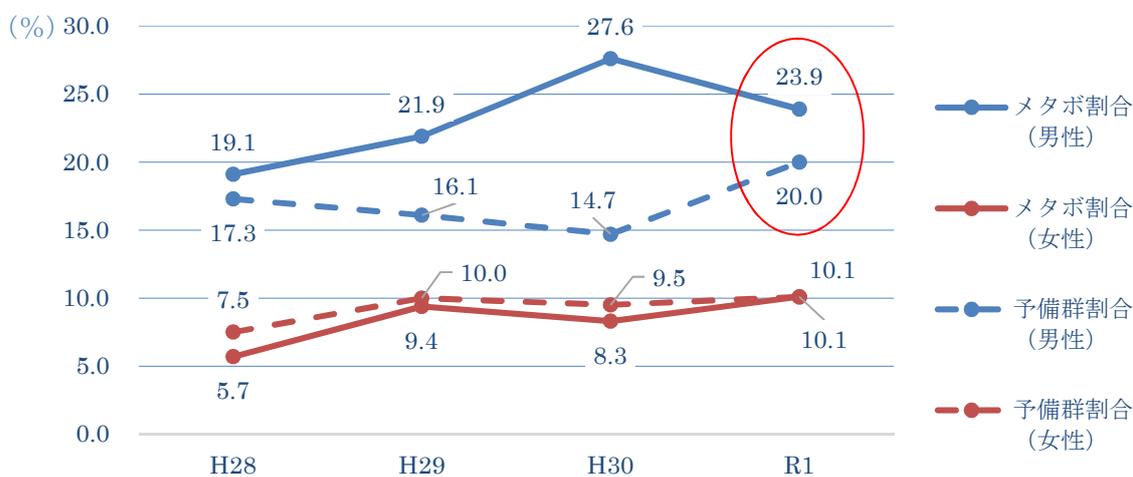
血圧・血糖・脂質の判定基準該当者割合では、血圧の異常が最も多く、次いで血圧+脂質の異常、血圧+血糖+脂質の異常の順で多くなっている。

<内臓脂肪症候群(メタ[®])・予備群該当者割合の推移：群馬県との比較>



出典：地域の全体像の把握（KDB）

<高山村内臓脂肪症候群(メタ[®])・予備群該当者割合の推移(男女別)>



出典：地域の全体像の把握（KDB）

内臓脂肪症候群(メタ[®])と予備群該当者の割合が年々増加し、特に予備群該当者の割合は群馬県より高い状況が続いている。

メタボ該当者及び予備群該当者ともに男性の割合が高く、令和元年は男性のメタボ該当者が減少しているが、予備群は増加している。

2) 特定保健指導の状況

特定保健指導の対象者(判定基準)

腹囲又はBMI	<腹囲> 男性 85cm以上 女性 90cm以上	<BMI> 腹囲基準非該当で BMI 25kg/m ² 以上
---------	--------------------------------	---

+

追加リスク	腹囲該当者	BMI 該当者	保健指導タイプ	
	左記の追加リスク数	左記の追加リスク数		
① 血糖	① 2つ以上該当 ② 1つ該当+喫煙	① 3つ以上該当 ② 2つ該当+喫煙	40~64歳	積極的支援
② 脂質			65~74歳	動機付け支援
③ 血糖	③ 1つのみ該当	③ 2つ該当	動機付け支援	
	上記以外の方		情報提供	

<特定保健指導実施者の状況>

項目		H28	H29	H30	R1
積極的支援	対象者	5人	3人	10人	8人
	修了者	1人	1人	3人	4人
動機付け支援	対象者	14人	14人	15人	19人
	修了者	5人	8人	4人	8人

出典：厚生労働省様式：6-10 (KDB)

<特定保健指導実施率>



出典：地域の全体像の把握 (KDB)

特定保健指導対象者は積極的支援、動機付け支援ともに増加している。特定保健指導実施率は、平成28年と比べると令和元年は9.8ポイント上昇し、比較対照より高い状況にある。

3) 糖尿病性腎症重症化予防

<受診勧奨の実施状況>

項目	集団健診受診者	事業対象者 (事業対象者割合)	アプローチ数	医療機関受診者 (受診割合)
H29	190人	1人(0.53%)	1人(100%)	1人(100%)
H30	177人	2人(1.13%)	2人(100%)	0人(0.00%)
R1	185人	7人(3.78%)	7人(100%)	5人(71.43%)

*平成29年度より実施

— 受診勧奨対象者の選定基準 —

健康診査データ及びレセプトデータから次のアとイのいずれにも該当するもの

ア 健康診査データ (①と②両方に該当)

①「空腹時血糖 126 mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上」又は「HbA1c6.5%以上」

②「尿蛋白 (+) 以上」又は「eGFR60ml/分/1.73m²未満」

イ レセプトデータ

直近約1年間に糖尿病の受診歴がないもの

集団健診受診者のうち、糖尿病性腎症重症化予防事業対象者は、年々増加している。令和元年は受診勧奨実施者7人のうち5人が医療機関に受診している。

4) 健康教育・インセンティブ

開催延回数/()は参加者延数

事業名	平成28年	令和元年
腹囲スリムアップ教室(特定保健指導)	10回(102人)	5回(20人)
腹囲スリムアップ教室(一般参加者)	10回(208人)	5回(74人)
すっきりスリム教室(糖尿病予防教室)	3回(60人)	3回(82人)
ステップアップ教室(高血圧予防教室)	1回(27人)	1回(16人)
ステップアップ教室(骨粗しょう症予防教室)	1回(13人)	1回(19人)
ステップアップ教室(男性料理教室)	1回(14人)	1回(16人)
減る脂～教室(高脂血症予防教室)	2回(57人)	5回(198人)
ウォーキングマップ配布事業(運動普及啓発)	全戸配布	全戸配布
インセンティブ事業(達成者にポロシャツ配布)	通年(120人)	通年(152人)

令和元年の「腹囲スリムアップ教室」の開催回数及び参加者数については、新型コロナウイルス感染症の流行により開催が予定どおりにできなかった。すっきりスリム教室や減る脂～教室の参加者は増加している。

3 現状の整理のまとめ

計画策定時（平成 28 年）から令和元年までの各種指標を整理し、抽出した健康課題についてまとめた。

3-1 被保険者の状況

対象ページ	健康課題（策定時（H28）と現状（R1）の分析より）
P 3	<ul style="list-style-type: none"> 人口が年々減少しているため、65 歳以上人口は横ばいでも高齢化率が高くなっている。高齢化率は県より 7.5 ポイント高い。
P 4	<ul style="list-style-type: none"> 高山村国民健康保険の加入者は女性より男性が多い。
P 5	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命は男性が策定時は低かったが 1.6 ポイント上昇し、現状は男女ともに県と同じとなっている。 標準化死亡比は、男性が高く女性が低い状況が続いている。
P 6	<ul style="list-style-type: none"> 平均余命と平均自立度の差は、男女ともに国や群馬県より短い。 死亡割合は策定時に比べ、がん、心臓病、腎不全が増加し脳疾患が減少している。

3-2 医療・介護・健康の状況

対象ページ	健康課題（策定時（H28）と現状（R1）の分析より）
	<医療>
P 8	<ul style="list-style-type: none"> 一人あたり医療費は策定時より減少しているが、健診未受診者は健診受診者の約 7 倍の医療費が必要となっている。
P 9	<ul style="list-style-type: none"> 疾病別医療費は慢性腎臓病（透析）が策定時より、6.2 ポイント増加し精神を除くとがんに次いで高い。
P 10	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病等受診状況の県内順位は、入院は全体的に低いが、外来は脳血管疾患が 1 位、糖尿病、高血圧、脂質異常、腎不全が 2 位となっている。
P 11	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の医療費点数全体では慢性腎臓病（透析）が年々高くなり、現状では 1 位となっている。
P 12	<ul style="list-style-type: none"> 透析患者数が増加し、現状では患者千人あたりの透析患者数は、国や県の約 2 倍となっている。

対象ページ	健康課題（策定時（H28）と現状（R1）の分析より）
P 13	<p data-bbox="427 376 544 409"><介護></p> <ul data-bbox="435 439 1374 517" style="list-style-type: none"> ・ 介護の状況では、策定時より要支援者が減少し要介護3，4の人が増加している。認定者の有病状況は心臓病が最も多い。
P 14	<p data-bbox="427 629 603 663"><生活習慣></p> <ul data-bbox="435 696 1358 775" style="list-style-type: none"> ・ 特定健診質問票より、運動習慣なしと回答した人が半数以上いる。健診受診者の半数が飲酒し、その約半数が1合以上と答えている。
P 15	<p data-bbox="427 898 603 931"><個別事業></p> <ul data-bbox="435 965 1374 1626" style="list-style-type: none"> ・ 健診受診率は40代が減少し、50代及び70代が増加している。 ・ 健診結果では、腹囲で基準値を超えている人は男性に多く、異常の判定では血圧のみの人と血圧＋血糖＋脂質の人が増加している。 ・ 内臓脂肪症候群の判定では、県と比較してメタボ該当者は少なく、予備群該当者が多い。また、女性より男性が多い。 ・ 保健指導対象者は年々増加しているが、保健指導率は国や県と比較し高く、対象者の約半数の参加がある。 ・ 糖尿病性腎症重症化予防では受診勧奨対象者が増加している。受診勧奨事業を実施しても、医療機関受診につながらない人がいる。 ・ 各種健康教育やインセンティブ事業の参加者は増加傾向にあるが、新型コロナウイルス感染症等の影響により、令和元年は実施や参加者が減少している。

第2章

計画の中間評価・見直し

1 評価・見直しの整理

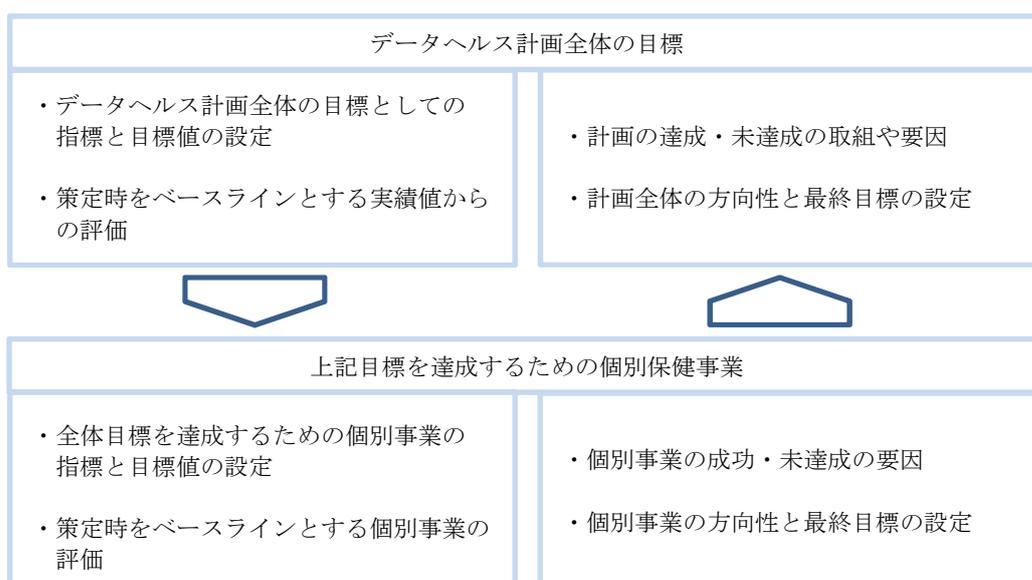
1-1 評価の方法と流れ

評価は、データヘルス計画の評価・見直しの整理票を活用し、達成状況をAからDの5段階で評価する。

【達成状況と方向性の検討】

達成状況	方向性の検討
A 改善している a* 目標に達成していないが、改善傾向にある B 変わらない C 悪化している D 評価困難	達成・未達成の要因を踏まえた上で 計画後半の見直しや軌道修正（現状 維持/上方修正/下方修正）を検討する。

データヘルス計画の評価・見直しの整理票の活用



1-2 データヘルス計画の評価・見直しの整理票

ステップ1		データヘルス計画全体の目標						ステップ4					
目標（策定時）		実績値				評価	達成につながる取組・要素	未達成につながる背景・要因	今後の方向性	最終目標(R5)			
指標		目標値	ベースライン (H28)	H29	H30						R1		
長中期目標	平均自立期間	延伸	男 81.3歳 女 84.4歳	79.7歳 84.1歳	79.5歳 83.9歳	78.7歳 84.1歳	B	ヘルス事業や後期高齢者事業など関連する事業と連携し、住民全体の健康意識の向上や生活習慣の改善に向けて支援を行う必要がある	健康への無関心層や生活習慣改善の意欲が低い人がある 健診等を受けないことで疾病の早期発見につながらない	長中期の指標は、短時間で評価することは難しいため、各指標の目標とする数値の設定はせず、モニタリングを行うための指標とする 地域の健康課題の抽出を行なっていく	延伸 減少		
	一人あたり医療費	減少	24,836円	24,223円	24,554円	24,104円	B						
	心臓病の死亡割合	減少	37.5%	34.5%	37.0%	37.0%	B						
	人工透析レセプト件数	減少	4,493件	4,724件	5,962件	6,818件	B						
	メタボリックシンドローム基準該当者の割合	予備群該当 基準該当	減少 減少	12.7% 12.7%	13.0% 15.6%	12.0% 17.8%	15.0% 16.9%					C C	
短期目標	特定健診受診率		55%	44.7%	43.3%	46.0%	44.9%	A*	受診率は人間ドック結果登録等でわずかに上昇 特定保健指導率は実施方法等の見直しを行ったことにより上昇している インセンティブ活用により健康への関心が高まった	健診無関心層や生活習慣改善に意欲の薄い人がある 健診結果をその後の生活習慣改善に生かせない	KDBにより定期的に確認を行っていく	減少	
	メタボ基準該当者割合	腹囲	減少	29.8%	29.8%	32.7%	34.0%	34.8%					C
		血糖	減少	0.9%	0.9%	1.6%	1.2%	1.9%					C
		血圧	減少	9.6%	9.6%	7.9%	7.8%	9.9%					C
		脂質	減少	2.1%	2.1%	3.5%	3.0%	3.2%					C
特定保健指導実施率		50%	39.0%	43.5%	34.8%	48.8%	A						
人間ドック等システム登録		100%	100%	100%	100%	100%	A						

ステップ2		上記を達成するための個別保健事業						ステップ3				
事業名		策定時の設定目標		実績値				評価	成功要素	未達成要因	今後の方向性	最終目標値
		指標	目標値	ベースライン (H28)	H29	H30	R1					
特定健診(人間ドック含む)		回数 /人数	55.0%	通年 44.7%(341人)	通年 43.3%(332人)	通年 46.0%(322人)	通年 44.9%(339人)	B	残健診の実施 未受診者通知の実施	若年層の受診率が低い 受診者の固定化	継続実施 健診PR等受診行動につながる対策	通年実施 受診率 55%
腹囲スリムアップ教室 (特定保健指導)		回数 /延人数	50%	10回/102人	10回/126人	10回/72人	5回/66人		きめ細かなアプローチ	40歳から50歳代に無関心層が多い	継続実施 新規参加者、未実施者へのアプローチ	10回/70人
糖尿病性腎症重症化予防 受診勧奨事業		受診勧奨 /受診者	100%	-	1/1人(100%)	0/2人(0%)	5/7人(74.5%)	A*	対象者への相談・訪問による受診勧奨	関心が薄い	継続実施 受診確認と継続した受診勧奨	100%
健康教育(一般)	腹囲スリムアップ教室 (メタボ予防)	回数 /延人数	-	10回/208人	10回/205人	10回/234人	5回/74人		教室は農閑期に実施 健診結果を基にした教室の通知、案内の実施	参加者の固定化	参加しやすい教室運営 個人の行動目標や数値目標を明確化し、きめ細かい支援を行う	10回/210人
	すっきりスリム教室 (糖尿病予防)	回数 /延人数	-	3回/60人	3回/60人	3回/47人	3回/82人					5回/100人
	ステップアップ教室 (高血圧予防)	回数 /延人数	-	1回/27人	1回/17人	1回/26人	1回/23人					1回/25人
	ステップアップ教室 (骨粗しょう症予防)	回数 /延人数	-	1回/13人	1回/17人	1回/13人	1回/15人					1回/20人
	ステップアップ教室 (男性料理)	回数 /延人数	-	1回/14人	1回/19人	1回/22人	1回/12人					1回/20人
	減る脂~教室 (高脂血症予防)	回数 /延人数	-	2回/57人	2回/71人	4回/133人	5回/198人					6回/200人
	インセンティブ事業	内容 /延人数	-	50万歩達成 120人	50万歩達成 149人	50万歩達成 140人	50万歩達成 152人					50万歩達成 180人
	ウォーキングマップ配布	方法 /延人数	-	毎戸配布 120人	毎戸配布 149人	毎戸配布 140人	毎戸配布 152人					国保担当課との連携 被保険者の健康意識の改革が行われない

2 中間評価による見直し後の指標と施策

「データヘルス計画の評価見直しの整理票」を活用し評価を実施し、計画の最終年度に向けて指標や施策の方向性を見直した。

1-1 長中期目標

中長期の目標となる全体の健康水準や医療費適正化の評価は、計画実行から十分に期間を経てから行うことが必要となる。指標はモニタリングを行うための項目として設定した。

<見直し後の指標>

指 標	策定時(H28)	実績(R1)	R 2	R 3	R 4	R 5
平均自立期間 *1)	—	男 78.7 歳 女 84.1 歳	延伸	延伸	延伸	延伸
一人あたり医療費 *1)	24,836 円	24,104 円	減少	減少	減少	減少
心臓病の死亡割合 *1)	35.7%	37.0%	減少	減少	減少	減少
慢性腎不全患者数 *2)	4 人	7 人	—	—	—	—
人工透析レポート件数 *1)	4,493 件	6,818 件	減少	減少	減少	減少
メタボ基準該当者の割合						
予備群該当	12.7%	15.0%	14.5%	14.5%	14.0%	14.0%
基準該当	12.7%	16.9%	16.5%	16.5%	16.0%	16.0%

*1) 新たに設定した指標

*2) 見直しを行った指標

1-2 短期目標

長期目標の達成を視野に、個別事業の評価を行うための指標の見直しを行った。

<見直し後の指標>

指 標	策定時(H28)	実績(R1)	R 2	R 3	R 4	R 5
特定健診受診率	44.7%	44.9%	50.0%	52.0%	54.0%	55.0%
検査項目別メタボ基準該当割合						
腹囲	29.8%	34.8%	34.0%	33.0%	32.0%	31.0%
血糖	0.9%	1.9%	1.7%	1.5%	1.3%	1.0%
血圧	9.6%	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%	9.5%
脂質	2.1%	3.2%	2.9%	2.6%	2.3%	2.0%
特定保健指導実施率	39.0%	48.8%	49.1%	49.4%	49.7%	50.0%
人間ドック等システム登録	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1-3 今後の取組と方向性

事業名	実施内容	見直し後の方向性
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ○実施体制のPR 集団健診（健康づくり財団委託） 3回／年 個別健診（県医師会委託）6月1日～翌年3月末 国保人間ドック補助事業（30,000円）通年 ○受診率向上対策 対象者全員に受診勧奨通知及び受診券配布 広報紙・ホームページでの情報提供 生涯学習大会で受診勧奨イベント（各種計測）1回／年 人間ドック受診者、職域健診データのシステム登録 ○未受診者対策 未受診者通知の郵送 1回／年 	継続実施
特定保健指導 （腹囲スリムアップ教室）	健診結果に基づく対象者の抽出 教室（集団）、訪問、郵送、電話により指導を実施 年度末に血液検査を実施し評価を行う	継続実施
糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> ○高山村糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる実施 健診結果説明会での受診勧奨 訪問による受診勧奨 ○KDBシステムを活用した受診確認 	継続実施
すっきりスリム教室 （糖尿病予防教室）	健診結果に基づく対象者の抽出 集団教育による方法で実施 年度末に血液検査を実施し評価を行う	継続実施
ステップアップ教室 （高血圧予防） （骨粗しょう症予防） （男性料理教室）	健診結果に基づく対象者の抽出 生活習慣改善の取組希望者の参加 集団教育による方法で実施 栄養（調理実習など）と運動から生活習慣改善を行う	継続実施
減る脂～教室 （高脂血症予防）	生活習慣改善の取組希望者の参加 運動を中心とする集団教育	継続実施
インセンティブ事業 ウォーキングマップ配布	ウォーキングマップの全戸配布 50万歩達成者に、村キャラクター付きポロシャツを付与し、健康づくりへの関心や意欲を引き出す	継続実施

高山村

第2期 データヘルス計画

【中間評価】

令和3年3月

高山村役場保健みらい課

電話 0279-63-1311

高山村役場住民課

電話 0279-63-2111