

諏訪市国民健康保険  
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～令和11年度

令和6年(2024年)3月

諏 訪 市

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……………1

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

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……………35

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

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....43

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....68

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 .....69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....70

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

---

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

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

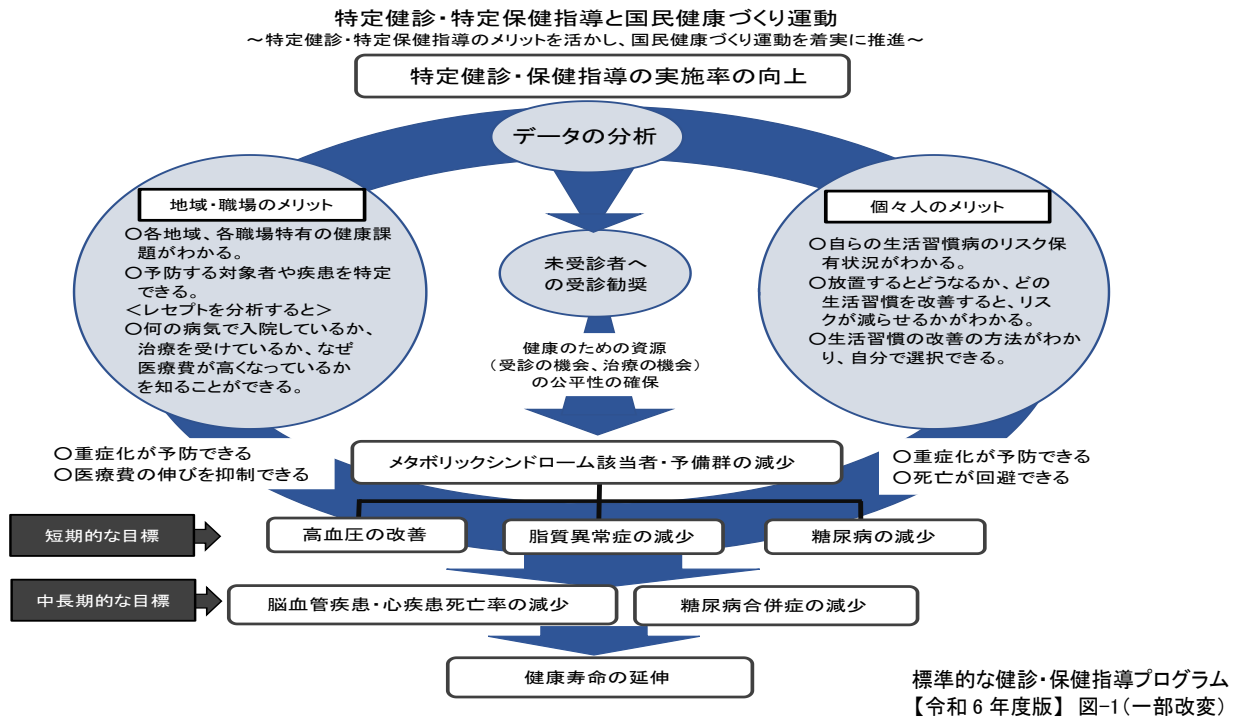
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 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

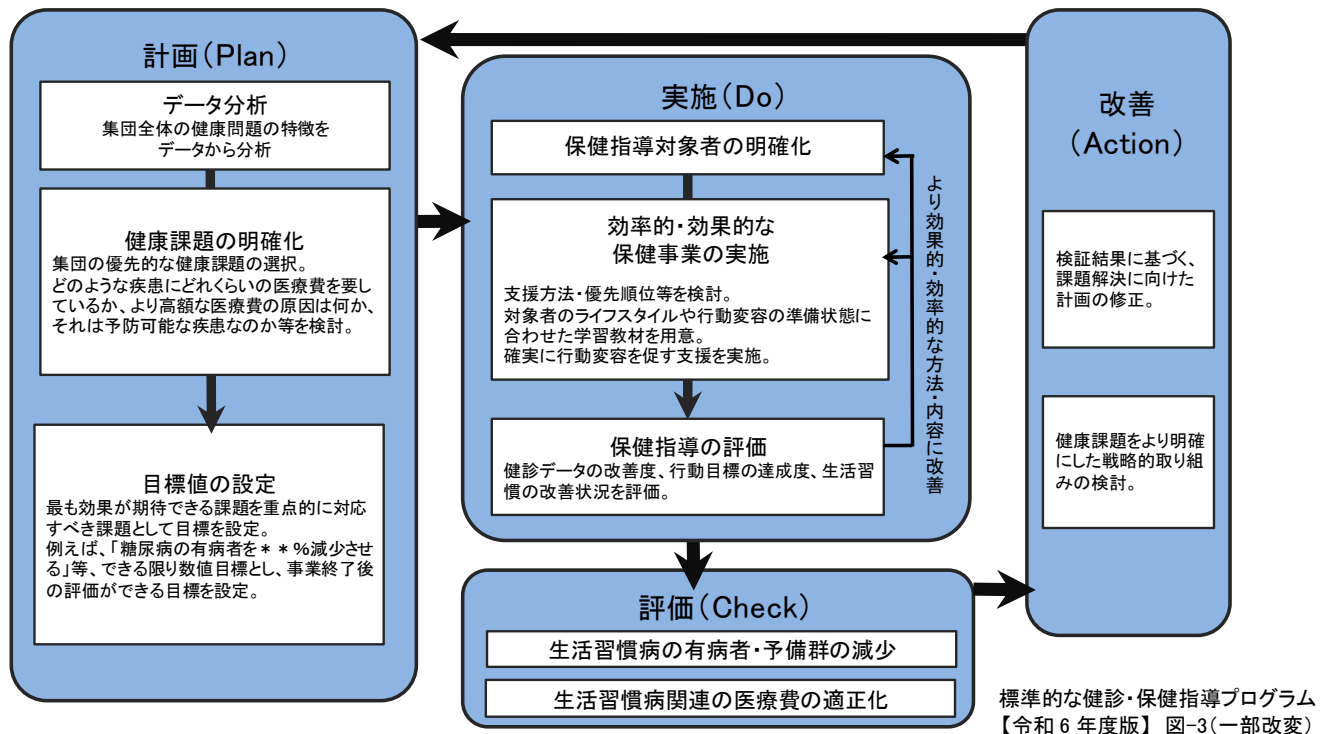
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者		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 康づくりの展開により実効性を持 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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢者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(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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子ども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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サイクルを活用し 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

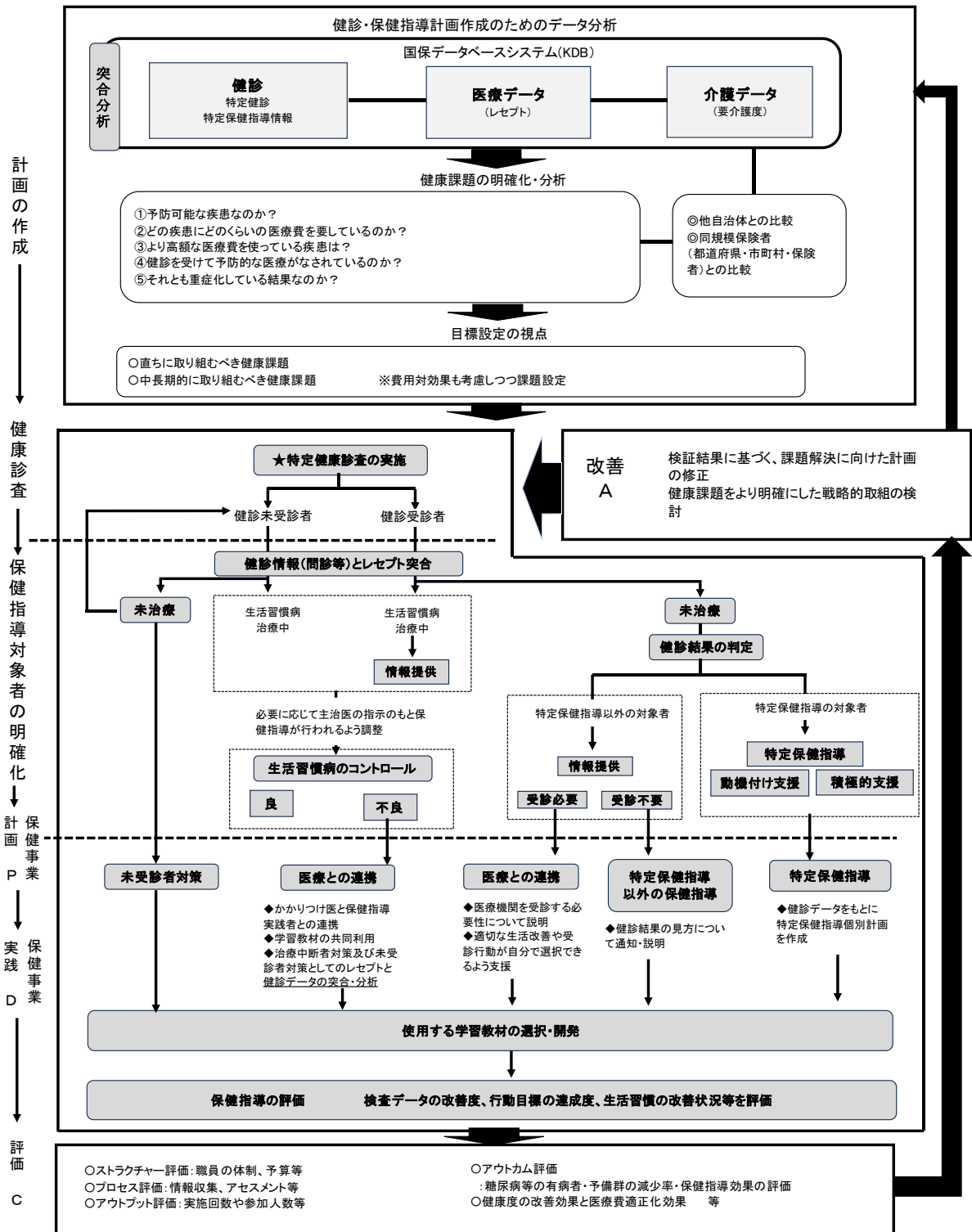


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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



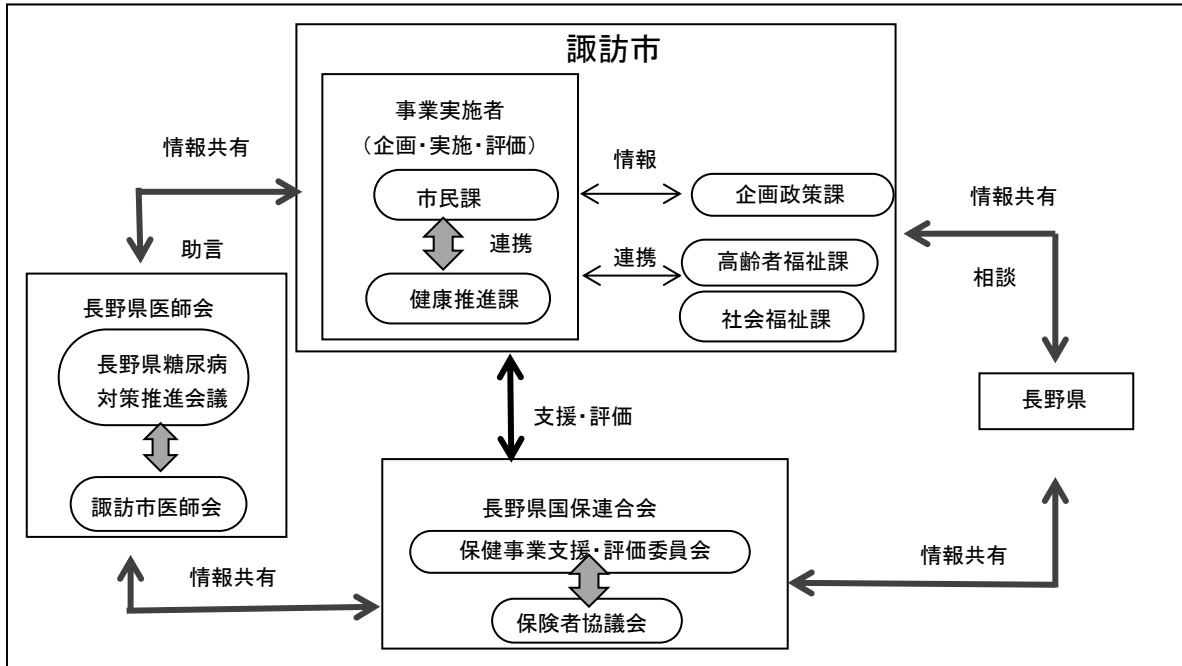


映させます。

具体的には、保健衛生部局(健康推進課)、介護保険部局(高齢者福祉課)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(社会福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 諏訪市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保 (係長)	保	保	保	保	保	保	保	保	保	保	管栄	管栄	事 (係長)	事	事
国保事務														◎		
健康診断 保健指導		◎			◎	○	○					◎	○		◎	
がん検診					○			○								◎
予防接種									◎		◎				○	
母子保健	◎		◎	◎		○	○		○	○		○	◎			○
精神保健	◎		◎				○	◎								
歯科保健							○	◎								

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、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・協力が必要となります。

国民健康保険団体連合会(以下、国保連)は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析等において、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることが期待されます。

国保連に設置された保健事業・支援評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者への支援を積極的に行うことも期待されます。

平成 30 年度から、都道府県が市町村国保の財政運営の責任主体となり共同保険者となることから、諏訪市国保の保険者機能強化については、長野県の関与が重要となるため、諏訪市国保は計画素案について諏訪保健福祉事務所と意見交換を行い、県との連携を図っていきます。

保険者は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。

## 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、被保険者の参画を得て、意見交換等を行ってきました。

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 8)

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

図表 8 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		
			諏訪市	配点	諏訪市	配点	諏訪市	配点	
交付額(万円)			2,576		2,438				
全国順位(1,741市町村中)			275位		670位		853位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	65	70	30	70	35	70	
		(3)メタリックシート・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	30	40	35	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		90	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		45	50	50	50	35	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		50	100	10	100	10	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	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組		14	40	24	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		86	95	75	100	81	100
合計点			675	1,000	599	960	557	940	

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約5万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で31.2%でした。同規模、県と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も54歳と同規模と比べて若く、出生率及び財政指数共に同規模、県、国と比較して高い市となっています。産業においては、第2次産業が同規模、県、国と比べると高く、最も割合が高いのは第3次産業で62.0%と同規模と同程度でサービス業の割合が多いです。被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は18.6%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45.1%を占めています。(図表10)

また本市内には3つの病院、47の診療所があり、診療所数等については同規模、県と比較しても多く、医療資源に恵まれています。入院患者数は同規模と比べて低いですが、外来患者数は、同規模、県と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した諏訪市の特性

	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
諏訪市	48,192	31.2	8,943(18.6)	54.2	6.9	12.0	0.7	3.3	34.7	62.0
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	32.2	20.3	55.0	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
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(R04累計)

※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、諏訪市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
被保険者数	10,606		10,240		9,951		9,527		8,943	
65～74歳	4,840	45.6%	4,654	45.4%	4,595	46.2%	4,393	46.1%	4,030	45.1%
40～64歳	3,280	30.9%	3,175	31.0%	3,106	31.2%	3,043	31.9%	2,919	32.6%
39歳以下	2,486	23.4%	2,411	23.5%	2,250	22.6%	2,091	21.9%	1,994	22.3%
加入率	21.2%		20.5%		19.9%		19.1%		18.6%	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	0.4	0.3
診療所数	46	4.3	46	4.5	49	4.9	49	5.1	47	5.3	3.5	3.8
病床数	580	54.7	580	56.6	580	58.3	580	60.9	580	64.9	67.7	56.7
医師数	172	16.2	172	16.8	178	17.9	178	18.7	184	20.6	9.7	12.8
外来患者数	726.3		722.3		676.9		711.9		730.1		728.3	708.1
入院患者数	18.7		17.7		17.8		18.8		18.4		23.6	18.4

出典: KDBシステム、地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画に係る評価及び考察

### 1) 第2期計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

#### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

##### ① 介護給付費の状況

本市の R04 年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で45人(認定率 0.28%)、1号(65歳以上)被保険者で2,680人(認定率 17.8%)と同規模、国と比較すると低く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の新規認定者数が増加しており、介護給付費は、40億5564万円から41億2681万円に伸びています。(図表 13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号被保険者で50.0%、第1号被保険者でも40.9%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94.8%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	諏訪市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	14,543人	29.1%	15,034人	31.2%	36.2%	32.2%	28.7%
2号認定者	45人	0.28%	45人	0.28%	0.37%	0.28%	0.38%
新規認定者	8人		10人		--	--	--
1号認定者	2,591人	17.8%	2,680人	17.8%	19.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	321人		360人		--	--	--
再掲	65～74歳	233人	3.2%	211人	3.2%	--	--
新規認定者	45人		48人		--	--	--
75歳以上	2,358人	32.3%	2,469人	29.2%	--	--	--
新規認定者	276人		312人		--	--	--

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	諏訪市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	40億5564万円	41億2681万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	278,872	274,498	300,230	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	65,715	65,072	70,503	62,434	59,662
居宅サービス	45,381	44,817	43,936	40,752	41,272
施設サービス	277,429	287,230	291,914	287,007	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計		
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
介護件数(全体)		45		211		2,469		2,680		
再)国保・後期		24		161		2,378		2,539		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	12	脳卒中	72	脳卒中	966	脳卒中	1,038
				50.0%	44.7%	40.6%	40.9%	41.0%		
		2	腎不全	4	虚血性心疾患	29	虚血性心疾患	793	虚血性心疾患	822
				16.7%	18.0%	33.3%	32.4%	32.1%		
	3	虚血性心疾患	2	腎不全	19	腎不全	386	腎不全	405	
			8.3%	11.8%	16.2%	16.0%	16.0%			
	4	糖尿病合併症	6	糖尿病合併症	30	糖尿病合併症	311	糖尿病合併症	341	
			25.0%	18.6%	13.1%	13.4%	13.5%			
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			21	基礎疾患	140	基礎疾患	2,270	基礎疾患	2,410	
		87.5%	87.0%	95.5%	94.9%	94.8%				
血管疾患合計			22	合計	143	合計	2,305	合計	2,448	
		91.7%	88.8%	96.9%	96.4%	96.4%				
認知症		認知症	2	認知症	36	認知症	1,059	認知症	1,095	
			8.3%	22.4%	44.5%	43.1%	42.8%			
筋・骨格疾患		筋骨格系	21	筋骨格系	142	筋骨格系	2,299	筋骨格系	2,441	
			87.5%	88.2%	96.7%	96.1%	96.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、H30 年度と比較すると約 23,000 円増加しています。また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2.5%程度にも関わらず、医療費全体の約 40%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較して約 9,000 円高くなっています。(図表 15)

また、年齢調整をした地域差指数で見ると、国保では全国平均の 1 を超え、外来で伸びています。後期高齢者医療は入院も外来も地域差指数が H30 年度よりも伸びています。(図表 16)

本市の後期高齢者医療の一人あたり地域差指数は、県内で上位となっています。重症化を防ぐには、若い頃からの予防可能な生活習慣病の早期介入が重要であり、引き続きメタボリックシンドロームの予防、重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移(年額)

	諏訪市		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	10,606人	8,943人	--	--	--	
前期高齢者割合	4,840人 (45.6%)	4,030人 (45.1%)	--	--	--	
総医療費	35億5188万円	32億0210万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	334,894 県内24位 同規模114位	358,057	394,521	352,023	358,522	
入院	1件あたり費用額(円)	608,340	617,620	585,610	607,840	619,090
	費用の割合	42.0%	39.1%	43.3%	39.2%	40.1%
	件数の割合	2.5%	2.5%	3.1%	2.5%	2.6%
外来	1件あたり費用額	21,680	24,230	24,850	24,510	24,520
	費用の割合	58.0%	60.9%	56.7%	60.8%	59.9%
	件数の割合	97.5%	97.5%	96.9%	97.5%	97.4%
受診率	97.5	748.493	751.942	726.512	728.39	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は諏訪市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	諏訪市 (県内市町村中)		県 (47県中)	諏訪市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R03年度	R03年度	H30年度	R03年度	R03年度	
地域差指数・順位	全体	0.997	1.013	0.958	0.943	0.992	0.899
		(11位)	(12位)	(36位)	(5位)	(5位)	(38位)
	入院	1.027	1.011	0.963	0.919	0.978	0.883
		(17位)	(20位)	(35位)	(18位)	(13位)	(32位)
	外来	0.972	1.004	0.960	0.955	0.992	0.922
		(18位)	(11位)	(40位)	(12位)	(8位)	(36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の総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少しています。脳血管疾患については、H30年度より0.4ポイント低くなりましたが、同規模、県、国と比べると高い状況です。(図表17)

つぎに、治療者の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると、治療者は減少していますが、割合で見ると脳血管疾患が0.1ポイント高くなっています。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。



図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			諏訪市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			35億5188万円	32億0210万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億3450万円	2億4698万円	--	--	--
			9.42%	7.71%	7.84%	8.01%	8.20%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.74%	2.33%	2.10%	2.19%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.93%	1.39%	1.39%	1.23%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.50%	3.88%	4.05%	4.37%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.26%	0.12%	0.30%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		18.12%	19.30%	16.91%	16.45%	16.77%
	筋・骨疾患		8.82%	9.83%	9.00%	9.22%	8.71%
	精神疾患		8.89%	8.58%	8.74%	8.71%	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 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	10,606	8,943	a	603	516	571	473	44	35
				a/A	5.7%	5.8%	5.4%	5.3%	0.4%	0.4%
40歳以上	B	8,120	6,949	b	597	512	566	466	42	34
	B/A	76.6%	77.7%	b/B	7.4%	7.4%	7.0%	6.7%	0.5%	0.5%
再 掲	40~64歳	3,280	2,919	c	140	109	123	113	17	15
				C/A	30.9%	32.6%	c/C	4.3%	3.7%	3.8%
	65~74歳	4,840	4,030	d	457	403	443	353	25	19
				D/A	45.6%	45.1%	d/D	9.4%	10.0%	9.2%

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る一方で、合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は全体的に減少傾向です。(図表 19~21)

本市は、特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,240	2,932	776	738	2,464	2,194	
	A/被保数	39.9%	42.2%	23.7%	25.3%	50.9%	54.4%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	330	286	71	64	259	222
		B/A	10.2%	9.8%	9.1%	8.7%	10.5%	10.1%
	虚血性心疾患	C	400	351	81	81	319	270
		C/A	12.3%	12.0%	10.4%	11.0%	12.9%	12.3%
	人工透析	D	42	33	17	15	25	18
		D/A	1.3%	1.1%	2.2%	2.0%	1.0%	0.8%

出典：KDBシステム 疾病管理一覽(高血圧症)  
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,831	1,692	459	418	1,372	1,274	
	A/被保数	22.5%	24.3%	14.0%	14.3%	28.3%	31.6%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	174	158	34	28	140	130
		B/A	9.5%	9.3%	7.4%	6.7%	10.2%	10.2%
	虚血性心疾患	C	231	227	40	48	191	179
		C/A	12.6%	13.4%	8.7%	11.5%	13.9%	14.1%
	人工透析	D	23	21	11	9	12	12
		D/A	1.3%	1.2%	2.4%	2.2%	0.9%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	214	203	63	52	151	151
		E/A	11.7%	12.0%	13.7%	12.4%	11.0%	11.9%
	糖尿病性網膜症	F	241	202	57	49	184	153
		F/A	13.2%	11.9%	12.4%	11.7%	13.4%	12.0%
	糖尿病性神経障害	G	45	51	10	10	35	41
		G/A	2.5%	3.0%	2.2%	2.4%	2.6%	3.2%

出典：KDBシステム 疾病管理一覽(糖尿病)  
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,042	2,776	784	739	2,258	2,037	
	A/被保数	37.5%	39.9%	23.9%	25.3%	46.7%	50.5%	
（中長期合併症目標疾患）	脳血管疾患	B	271	236	56	47	215	189
		B/A	8.9%	8.5%	7.1%	6.4%	9.5%	9.3%
	虚血性心疾患	C	383	339	79	76	304	263
		C/A	12.6%	12.2%	10.1%	10.3%	13.5%	12.9%
	人工透析	D	18	19	10	11	8	8
		D/A	0.6%	0.7%	1.3%	1.5%	0.4%	0.4%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上高血圧、HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較したところ、有所見者の割合が高血圧で伸びています。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者が高血圧で 35.8%、糖尿病で 7.6%おり、その割合は 448 市町村と比較すると糖尿病で高くなっています。(図表 22)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合減少傾向ですが、新型コロナウイルスの影響で健診受診率が低下しているなか、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、健診受診率の向上を図りつつ、今後も要医療域の者に受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断		
C	C/A(%)	D	D/C(%)	E	E/B(%)	F	F/E(%)	G	G/E(%)	H	H/E(%)					
諏訪市	4,239	52.2	3,522	47.4	170	4.0	93	54.7	179	5.1	103	57.5	64	35.8	6	3.4
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断		
I	I/実施 者A(%)	J	J/I(%)	K	K/実施 者B(%)	L	L/K(%)	M	M/K(%)	N	N/K(%)					
諏訪市	4,239	100.0	3,521	100.0	189	4.5	45	23.8	158	4.5	56	35.4	12	7.6	3	1.9
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

### ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドローム該当者は、2.4ポイント伸びており、その中でも2～3項目の危険因子が重なっている者の割合が増加しています。(図表 23)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上では増加、LDL-C160以上は減少しています。

翌年度の結果を見ると、全ての項目で改善率が上がっている一方で、翌年度健診未受診者がいずれも20%程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、重症化予防対象者への継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24～26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,239 (52.2%)	743 (17.5%)	222 (5.2%)	521 (12.3%)	421 (9.9%)
R04年度	3,191 (45.5%)	636 (19.9%)	214 (6.7%)	422 (13.2%)	272 (8.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	375 (8.8%)	62 (16.5%)	152 (40.5%)	79 (21.1%)	82 (21.9%)
R03→R04	344 (9.8%)	89 (25.9%) ↑	139 (40.4%)	45 (13.1%)	71 (20.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	170 (4.0%)	94 (55.3%)	25 (14.7%)	5 (2.9%)	46 (27.1%)
R03→R04	179 (5.1%)	100 (55.9%) ↑	28 (15.6%)	1 (0.6%)	50 (27.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 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→R01	627 (14.8%)	223 (35.6%)	220 (35.1%)	70 (11.2%)	114 (18.2%)
R03→R04	440 (12.5%)	213 (48.4%) ↑	116 (26.4%)	19 (4.3%)	92 (20.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

## ②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、R01 年度に 54.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は受診率が低下し、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 歳代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

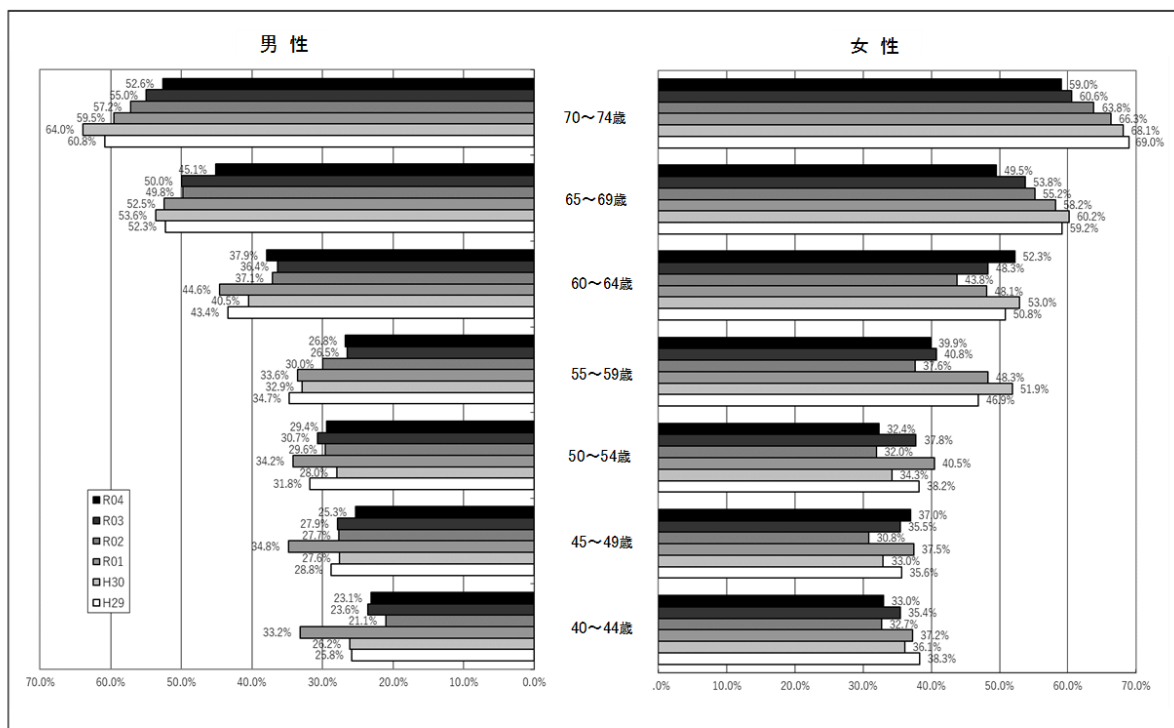
特定保健指導についても、R01年度以降実施率が下がっていましたが、R04 年度は目標の 60%を達成しました。生活習慣病は自覚症状がないため、今後も健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	4,045	3,868	3,509	3,364	3,041	健診受診率 60%
	受診率	54.5%	54.9%	50.3%	50.2%	48.8%	
特定保健指導	該当者数	410	413	331	306	276	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.1%	10.7%	9.4%	9.1%	9.1%	
	実施者数	233	209	172	160	170	
	実施率	56.8%	50.6%	52.0%	52.3%	61.6%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R03年度13.7%と比較してR04年度は23.3%に増加しました。血糖値有所見者割合、未治療・中断者の割合はR02年度からR04年度にかけてやや減少傾向にあります。(表1・2)

R04年度未治療・中断者125人の中には、治療には至らずとも、他疾患で受診しており医師と相談中・経過観察者が複数いることを確認しました。受診のない者には受診勧奨・保健指導を実施するように体制を強化し、また、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら、受診できるための支援をおこないます。(表2)

HbA1c8%以上の未治療者は、R03年度18人からR04年度9人に減少しましたが、引き続きHbA1c8%以上の未治療者に対する受診勧奨・保健指導を強化します。(表3)

R04年度よりHbA1c評価表ツールを用いて未治療・中断者の状況把握と受診勧奨を実施しており、個別に経過を追って受診・治療の有無の確認を行い、受診への支援を継続していきます。

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

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

年度		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	4,239	4,062	3,679	3,522	3,191
血糖値有所見者 * 1	人(b)	375	402	379	344	301
	(b/a)	8.8%	9.9%	10.3%	9.8%	9.4%
保健指導実施者 * 2	人(c)	-	66	70	47	70
	(c/b)	-	16.4%	18.5%	13.7%	23.3%

\* 1 HbA1c6.5%以上のもの

\* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表 2 治療が必要な者の適切な受診

年度		H30	R01	R02	R03	R04
血糖値有所見者 * 1	人(a)	375	402	379	344	301
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	128	166	163	145	125
	(b/a)	34.1%	41.3%	43.0%	42.2%	41.5%

\* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

↓ 個別状況確認後

受診勧奨した者	19人
受診した者	10人
治療開始した者	5人

表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

年度		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	4,239	4,062	3,679	3,522	3,191
HbA1c8.0%以上	人(b)	60	68	57	51	36
	(b/a)	1.4%	1.7%	1.5%	1.4%	1.1%
保健指導実施	人(c)	-	13	10	3	1
	(c/b)	-	19.1%	17.5%	5.9%	2.8%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	17	23	24	18	9
	(b/a)	28.3%	33.8%	42.1%	35.3%	25.0%

内服治療開始	9人	5人
元々治療中	5人	2人
死亡、転出、後期移行	2人	1人

## ②ハイリスク者受診勧奨・保健指導事業

R01 年度より事業を開始しました。特定健診において、血圧、血糖、LDL-C、中性脂肪、腎機能(e-GFR、尿蛋白)、その他の検査値で受診判定値を超えているが未受診または未治療の者を医療へ繋げるとともに、保健指導を行ってきました。

保健指導率は、面接が約 70%で横ばい、R04 年度は電話での結果説明や保健指導に力を入れ、指導率が増えました。保健指導未実施者には資料送付とともに、受診勧奨の案内を入れました。(表 4)

R03 年度より受診勧奨者に対し、手紙または電話で受診状況の確認を行ってきました。血圧はⅡ度以上の者を対象としていますが、白衣性高血圧は健診時の血圧では判断できないものの、常時高血圧の可能性も否定できないため、家庭血圧測定と血圧手帳の活用を促し受診をすすめています。し

かし、受診勧奨後も未受診者と不明者があわせて 20%程度おり、必要な人が医療につながっていない現状があります。(表 5)

保健指導実施者と未実施者の次年度健診結果を比較すると、実施者の改善率が高い傾向でしたが、全体的に次年度の健診未受診者の割合が多く結果が把握できていません。(表 6)

保健指導実施者の項目別改善・悪化割合 次年度健診結果との比較では、LDLと中性脂肪の改善率が 60%を超えており高く、中性脂肪は基準値以下まで値が改善した者の割合が一番多いです。(表 7)

受診勧奨・保健指導を行った者のうち、受診や治療につながると検査値が改善し、重症化予防につながっていると考えます。今後も事業を継続するとともに、医療への受診勧奨と健診継続受診者を増やしていきます。

表 4 保健指導率

		R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	3868	3509	3364	3297
保健指導対象者	人(b)	476	301	298	241
保健指導 (面接)	人(c)	326	230	207	163
	c/b	68.4%	76.4%	69.5%	67.0%
保健指導 (電話)	人(d)	36	24	24	47
	d/b	7.6%	8.0%	8.1%	19.0%
保健指導 未実施	人(e)	114	47	67	31
	e/b	23.9%	15.6%	22.5%	10.5%

表 5 保健指導後の受診状況

		R03	R04
保健指導実施者 (面接・電話)	人(a)	207	210
既を受診 済み	人(b)	67	99
	b/a	32.4%	47.1%
指導後 受診	人(c)	88	70
	c/a	42.5%	33.3%
未受診	人(d)	20	17
	d/a	9.7%	8.1%
不明	人(e)	32	24
	e/a	15.5%	11.4%

※R03は面接者のみ



表 6 保健指導実施者と未実施者の翌年の健診結果の比較

R03→R04	(%)	実施者	未実施者
	改善	58.6%	42.9%
	悪化	8.4%	10.7%
	変化なし	5.9%	9.8%
	次年度健診未受診	27.0%	36.6%

表 7 項目別改善・悪化割合 次年度健診結果の比較

R03→R04	(%)	血糖	血圧	LDL	中性脂肪	腎機能	全体
	改善	46.8%	50.0%	60.6%	61.8%	37.1%	53.3%
	悪化	15.6%	5.7%	9.1%	5.9%	14.3%	9.7%
	変化なし	9.1%	15.7%	0.0%	0.0%	5.7%	5.7%
	次年度健診未受診	28.6%	28.6%	30.3%	32.4%	42.9%	31.2%

### ③ヤング健診(早期介入保健指導事業)

受診者数については、対象人数の減少とともに受診者数も減ってきており、受診率は2~3%と横ばいです。保健指導については、メタボリックシンドローム基準に該当する者を抽出し、個別で保健指導を実施しています。保健指導対象者は全体の7~9%であり、保健指導実施率は70~80%です。(表8)

R04年度保健指導後のアンケートでは、「結果説明、健康相談はとても良く理解できた」と答えている者が93%、「結果説明・健康相談を受け、生活で心がけようと思った」と答えている者は86%、「来年も健診を受けようと思っている」者は100%と、保健指導を受けて自分の体の状態を理解し、健康への意識を高めることができています。

本市では特定健診においてメタボリックシンドローム該当者が年々増加傾向であることから、40歳になる以前から生活習慣を見直す機会として保健指導・早期介入を継続していきます。

表 8 ヤング健診後保健指導

		H30	R01	R02	R03	R04
対象者	人(a)	10,440	10,251	9,513	9,302	9,276
受診者	人(b)	280	295	302	259	247
	(b/a)	2.7%	2.9%	3.2%	2.8%	2.7%
メタボリックシンドローム該当者	人(c)	23	27	27	24	19
	(c/b)	8.2%	9.2%	8.9%	9.3%	7.7%
保健指導実施者	人(d)	19	19	22	18	14
	(d/c)	82.6%	70.4%	81.5%	75.0%	73.7%

#### ④血糖改善教室

特定健診結果から血糖値が基準値よりも高い者を対象に、3ヶ月間の連続した講座を実施しました。日常生活で実践できる運動療法、食事療法を学び血糖値の改善、コントロールの継続ができることを目標に糖尿病療養指導士、管理栄養士、健康運動指導士のもと、学び実践しました。

参加者の講座参加前のHbA1cは、「6.5以上7.0未満」の割合が最も高い状況で、過去に栄養指導を受けた経験が無い者も多く、一般的な健康情報をもとに取り組んでいる者が多い傾向にありました。(表9)

講座終了後に調査票を送付し検査値の変化を調査した結果、参加者の50%以上にHbA1cまたは体重・BMIの改善がみられました。(表10)

血糖コントロールの改善には、薬の内服と合わせて、効果的な運動療法、食事療法等を身につけ実践、継続をすることが必要です。今後も効果的な血糖コントロールができるよう、日頃の取組を見直すことや正しい知識の提供を行う機会として支援を継続していきます。

表9 講座参加者のHbA1cの検査値(講座参加前)

HbA1c (%)	R02		R03		R04	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
6.5未満	3	15%	3	21%	1	10%
6.5以上7.0未満	8	40%	5	36%	7	70%
7.0以上8.0未満	7	35%	3	21%	2	20%
8.0以上9.0未満	2	10%	1	7%	0	0%
9.0以上10.0未満	0	0%	0	0%	0	0%
10.0以上	0	0%	2	14%	0	0%
回答者数	20		14		10	

表10 講座参加者の講座参加前後の検査値の変化

		R02	R03	R04
講座参加者	人	20	18	10
HbA1cについて回答有の者*1	人(a)	17	12	10
HbA1cが改善した者	人(b)	9	6	6
	(b/a)	52.9%	50.0%	60.0%
体重・BMIについて回答有の者*1	人(c)	18	14	10
体重・BMIが改善した者	人(d)	10	8	6
	(d/c)	55.6%	57.1%	60.0%

\*1講座終了2か月後に参加者に質問票を送り回答があった人数

#### ⑤健康づくりプロジェクト

松本大学の協力を得ながら、日常生活の中で運動量を増やす習慣や運動の効果等について周知し、生活習慣病を予防するための運動習慣の定着を図れるよう支援してきました。

本市では、R04年度の特定健診結果において、質問票の「歩行速度が遅い」の割合が県、同規模

市より高く、「1回30分以上の運動なし」の割合が国より高い現状が続いていることから、運動習慣のない人がやや多く、歩行速度より下肢筋力の低下がみられる割合が多いと考えられます。

R04 年度講座終了後のアンケートにおいて、「今後も運動を継続したい」と答えている者の割合が83.3%、教室前後に行った質問票において、生活習慣・健康意識の変化が見られた割合が74.0%、1日あたりの歩数が増えたと答えた者の割合は、50.0%でした。教室前後での測定においては、66.7%の者に体重減少、80.1%の者に血圧低下がみられたことから、講座の受講を通し、日常生活の中での運動習慣の定着が図れ、生活習慣病の予防につながったと考えられます。(表 11)

今後も引き続き、松本大学とともに携帯する活動量計を使用しながら、インターバル速歩をはじめとした自宅でも行える運動、健康・生活習慣病と運動・食事との関連等を学べるよう支援を行います。

表 11 講座参加者の講座参加前後での値の変化

		H30	R01	R02	R03	R04
講座参加者	人	27	25	-	-	25
体重について比較可能な者*1	人(a)	18	21	-	-	21
体重が減少した者	人(b)	13	18	-	-	14
	(b/a)	72.2%	85.7%	-	-	66.7%
血圧について比較可能な者*1	人(c)	18	21	-	-	21
血圧が低下した者	人(d)	10	14	-	-	17
	(d/c)	55.6%	66.7%	-	-	80.1%
質問票への回答有の者*2	人(e)	26	25	-	-	24
1日あたりの歩数が増えた者	人(f)	15	15	-	-	12
	(f/e)	57.7%	60.0%	-	-	50.0%

\*1 講座前後で測定ができた者

\*2 講座終了時に行った質問票へ回答をした者

※国保以外の者を含む

※R02・03年度 実施なし

## (2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化予防のための生活や食事について、各種団体や行政区単位で出前講座を毎年行い、広く市民へ周知を行いました。

また、市報広報すわで生活習慣病等の健康に役立つ情報を掲載しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
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	2.7%	2.3%	2.3%	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	1.9%	1.2%	1.4%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.5%	4.4%	3.9%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.7%	1.7%	1.7%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.2%	0.6%	0.2%		
	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・予備群の割合の減少	27.6%	28.1%	28.4%	諏訪市健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.1%	4.8%	4.1%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL140以上)	33.2%	31.7%	25.9%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	8.9%	10.5%	9.6%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の者の割合減少	1.4%	1.5%	1.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	62.1%	44.7%	35.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合				
	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	54.5%	50.3%	48.8%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	56.8%	52.0%	61.6%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	10.1%	9.4%	9.1%		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	10.1%	5.9%	7.2%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)	
		肺がん検診受診者の増加	4.8%	3.4%	5.8%		
		大腸がん検診受診者の増加	12.6%	1.8%	10.8%		
		子宮がん検診受診者の増加	24.0%	15.8%	21.5%		
		乳がん検診受診者の増加	22.9%	23.2%	20.6%		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	14.9%	10.0%	13.2%		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	77.5%	83.2%	83.2%	厚生労働省	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### 【考察】

#### (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

○団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり 75 歳以上の新規認定者数が増加しており、介護給付費は H30 年度と比べ増加しています。要介護認定者は同規模・国と比べると低く、H30 年度と比べても横ばいで推移していますが、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血、脳梗塞)が上位を占めています。

また、本市の一人あたりの医療費は H30 年度と比較すると増加しており、特に後期高齢者の一人あたりの医療費の地域差指数は県内で上位です。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は H30 年度と比較すると減少しています。脳血管疾患については H30 年度と比べると低くなりましたが、同規模市、県や国と比べるとまだ高い状況です。脳血管疾患は、発症期の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、その後の介護費と長期にわたり、患者や家族に大きな負担を強いる疾患であることから、若い頃からの予防可能な生活習慣病の早期介入が重要であり、引き続き、ヤング健診や、ハイリスク者保健指導、メタボリックシンドロームの予防、重症化予防の取組に力を入れていく必要があります。

#### (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

○短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、治療者の割合は増えている一方で合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は全体的に減少傾向です。本市では、特定健診の結果から治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨を含めた保健指導(ハイリスク者保健指導・糖尿病性腎症重症化予防)を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると思われる。

○本市の特定健診受診率は、R01 年度には 54.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は受診率が低迷しており、第三期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。また、特定健診の年代別の受診率では 40～50 歳代は特に低い状況が続いています。

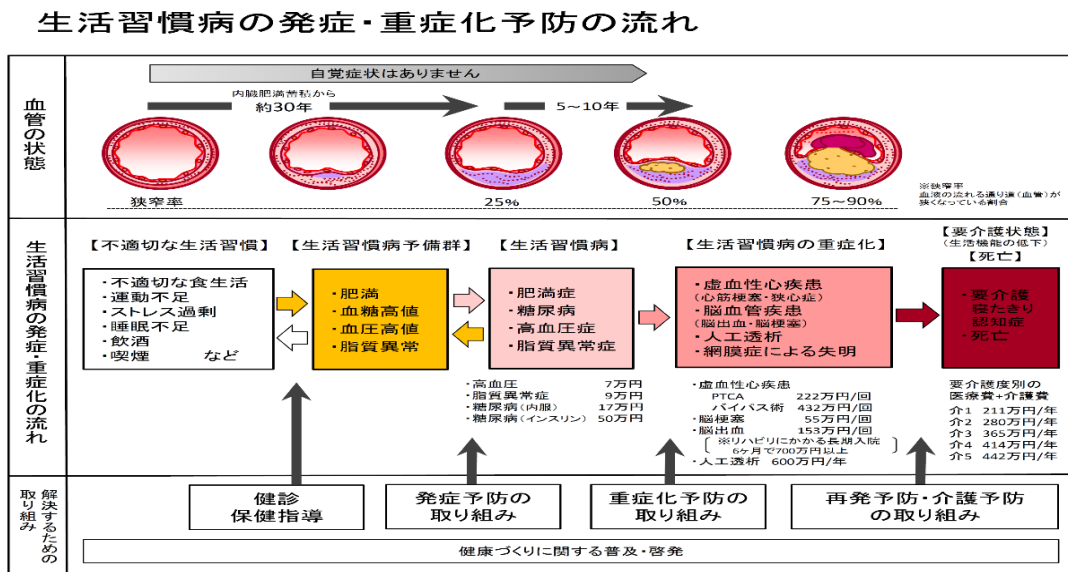
本市の特定健診結果において、メタボリックシンドローム該当者が増加していることから、住民自らの状態を確認できる健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施できるよう、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題です。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し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。

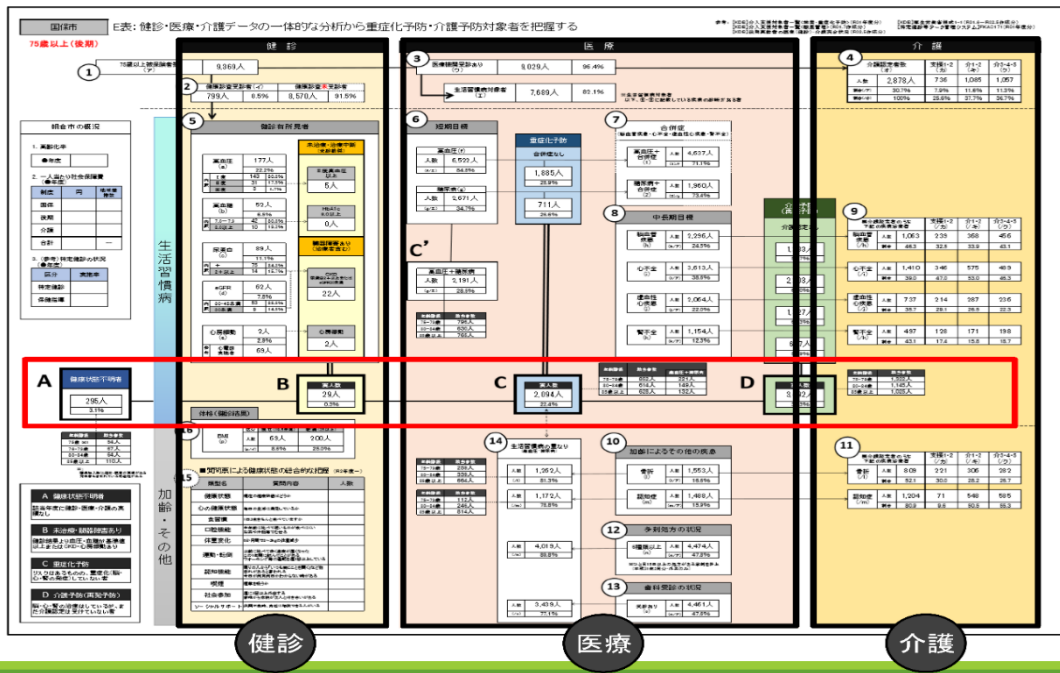
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移(年額)

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
被保険者数	10,606人	10,240人	9,951人	9,527人	8,943人	8,879人	
総件数及び総費用額	件数	97,525件	92,158件	83,952件	85,518件	82,579件	135,762件
	費用額	35億5188万円	33億4674万円	32億4156万円	33億2513万円	32億0210万円	71億8213万円
一人あたり医療費	33.5万円	32.7万円	32.6万円	34.9万円	35.8万円	80.9万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(R04年度)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
			腎		心	糖尿病	高血圧	脂質異常症							
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血								狭心症 心筋梗塞		
① 国保	諏訪市	32億0210万円	29,024	3.88%	0.12%	2.33%	1.39%	5.61%	2.98%	2.24%	5億9379万円	18.5%	19.3%	8.58%	9.83%
	同規模	---	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	---	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	---	28,568	4.37%	0.22%	2.19%	1.23%	5.76%	3.27%	2.15%	---	19.2%	16.5%	8.71%	9.22%
② 後期	諏訪市	71億8213万円	68,436	4.20%	0.37%	3.17%	1.20%	3.97%	3.16%	1.53%	12億6345万円	17.6%	15.4%	2.89%	12.2%
	同規模	---	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	---	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	---	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	---	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%	

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	364人	324人	280人	270人	271人	706人
	件数	B	682件	587件	499件	530件	474件	1,155件
		B/総件数	0.70%	0.64%	0.59%	0.62%	0.57%	0.85%
	費用額	C	9億8258万円	8億1258万円	6億8074万円	7億2607万円	6億9967万円	18億2284万円
C/総費用		27.7%	24.3%	21.0%	21.8%	21.9%	25.4%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	31人		26人		23人		25人		23人		74人		
		D/A	8.5%		8.0%		8.2%		9.3%		8.5%		10.5%		
	件数	E	56件		38件		35件		44件		39件		104件		
		E/B	8.2%		6.5%		7.0%		8.3%		8.2%		9.0%		
	年代別	40歳未満	2	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	6	13.6%	6	15.4%	70-74歳	1	1.0%
		50代	16	28.6%	13	34.2%	11	31.4%	11	25.0%	12	30.8%	75-80歳	32	30.8%
		60代	18	32.1%	12	31.6%	7	20.0%	12	27.3%	13	33.3%	80代	57	54.8%
		70-74歳	19	33.9%	13	34.2%	17	48.6%	15	34.1%	8	20.5%	90歳以上	14	13.5%
	費用額	F	7159万円		5014万円		4791万円		5788万円		5479万円		1億5787万円		
		F/C	7.3%		6.2%		7.0%		8.0%		7.8%		8.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	24人		9人		14人		14人		12人		25人		
		G/A	6.6%		2.8%		5.0%		5.2%		4.4%		3.5%		
	件数	H	27件		9件		15件		18件		15件		26件		
		H/B	4.0%		0.0%		3.0%		3.4%		3.2%		2.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%	1	6.7%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	11.1%	2	13.3%	1	5.6%	1	6.7%	70-74歳	1	3.8%
		50代	5	18.5%	0	0.0%	1	6.7%	1	5.6%	0	0.0%	75-80歳	8	30.8%
		60代	15	55.6%	4	44.4%	5	33.3%	6	33.3%	3	20.0%	80代	16	61.5%
		70-74歳	7	25.9%	4	44.4%	7	46.7%	9	50.0%	10	66.7%	90歳以上	1	3.8%
	費用額	I	5025万円		1160万円		2725万円		2239万円		3384万円		4724万円		
		I/C	5.1%		1.4%		4.0%		3.1%		4.8%		2.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

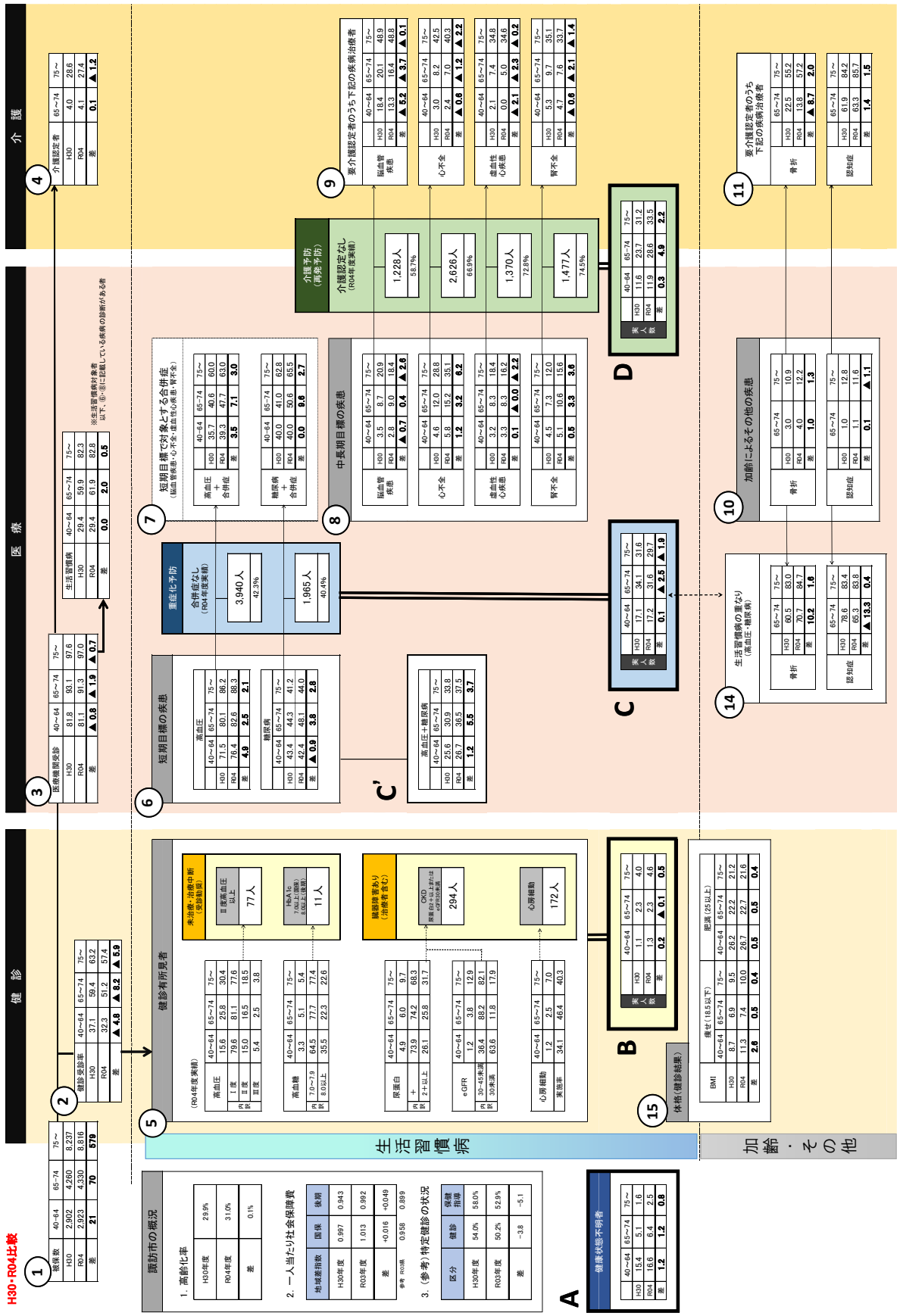


(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的分析

E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30-R04比較



図表 38 被保険者数と健診受診状況の割合(%)

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	28.6	2,902	4,260	8,237	37.1	59.4	63.2	8.7	6.9	9.5	26.2	22.2	21.2
R04	27.4	2,923	4,330	8,816	32.3	51.2	57.4	11.3	7.4	10.0	26.7	22.7	21.6

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																						
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動														
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-										
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	36	3.3	(16)	106	4.2	(30)	280	5.4	(45)	34	3.2	(2)	119	4.7	(8)	58	1.1	(4)	12	1.1		45	1.8		284	5.5		1	0.1		18	0.7		0	--				
R04	30	3.2	(13)	108	4.9	(30)	344	6.8	(34)	31	3.3	(5)	112	5.1	(3)	62	1.2	(3)	16	1.7		40	1.8		238	4.7		4	0.4		26	1.2		142	2.8				

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況の割合(%)

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症								
	医療機関受診			生活習慣病対象者			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	81.8	93.1	97.6	29.4	59.9	82.3	71.5	80.1	86.2	43.4	44.3	41.2	25.6	30.9	33.8	35.7	40.6	60.0	40.0	41.0	62.8			
R04	81.1	91.3	97.0	29.4	61.9	82.8	76.4	82.6	88.3	42.4	48.1	44.0	26.7	36.5	37.5	39.3	47.7	63.0	40.0	50.6	65.5			

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

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	3.5	8.7	20.9	3.2	8.3	18.4	4.6	12.0	28.8	4.5	7.3	12.0	18.4	20.1	48.9	2.1	7.4	34.8	3.0	8.2	42.5	5.3	9.7	35.1
R04	2.8	9.0	18.4	3.3	8.3	16.2	5.8	15.2	35.1	5.1	10.6	15.6	13.3	16.4	48.8	0.0	5.0	34.6	2.4	7.0	40.3	4.7	7.6	33.7

図表 42 骨折・認知症の状況の割合(%)

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	60.5	83.0	78.6	83.4	3.0	10.9	1.0	12.8	22.5	55.2	61.9	84.2
R04	70.7	84.7	65.3	83.8	4.0	12.2	1.1	11.6	13.8	57.2	63.3	85.7

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化(図表 32～42)

#### 【医療費分析】

国保の被保険者数は減少していますが、一人あたり医療費は R02 年度に新型コロナウイルスの影響で減ったものの、R03 年度以降は増加傾向で、後期高齢になると一人あたり 80.9 万円になり、国保の 2.3 倍高い状況です。(図表 32)

短期的目標疾患の糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合は、同規模や県と比べて低く、脂質異常症は高い状況です。中長期目標の脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合は、国保で同規模、県、国と比べて高い状況です。後期高齢では慢性腎不全(透析有)が同規模、県と比べて高いです。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては 474 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると 1,155 件で約 2.5 倍に増えることがわかります。(図表 34)

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で H30 年度が一番多く 56 件で約 7000 万円以上の費用がかかっていましたが、R04 年度は 39 件と件数が減り、費用額も約 5400 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、104 件発生し、1 億 5787 万円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、糖尿病の重症化予防にさらに力を入れる必要があります。(図表 35)

#### 【健診介護医療の一体的分析】

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R04 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者数は 75 歳以上では 579 名増え、75 歳以上の後期高齢者が増えていることがわかります。②健診受診率をみると、どの年代でも低下しており、特に 40～64 歳の若い年齢層で低いです。受診率向上、未受診者対策では特に継続受診者を増やすことが必要です。⑤の体格をしてみると、40～64 歳の若い年齢層で BMI25 以上の割合が特に高くなっています。(図表 38)

⑤健診有所見の状況を見ると、各年代で割合が増えており、Ⅱ度高血圧以上で未治療・治療中断者の人数が多く、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 39)

⑥生活習慣病受診者のうち、糖尿病と高血圧を併せ持っている人の割合が増えています。⑦短期目標の疾患(高血圧・糖尿病)の合併症をみると、高血圧、糖尿病どちらも各年代の割合が高くなっています。(図表 40)

⑧中長期疾患において、心不全と腎不全がどの年代でも割合が高くなっています。(図表 41)

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果や第 2 期データヘルス計画に係る考察を踏まえると、メタボリックシンドローム該当者や若い年齢層の肥満者が増加しているため、対策が必要と考えられます。中長期目標疾患が総医療費に占める割合では、脳血管疾患が県・同規模より高くなっていること、後期では慢性腎不全(透析有)が高くなっていることから、その基礎疾患となる高血圧や糖尿病等への早期受診勧奨や治療中断者の保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、慢性腎不全等への重症化を防ぐことにつながります。また、健診受診率が低下していることから、若い年代の受診率向上とともに継続受診者を増やす対策を講じていくことが重要です。

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、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。(図表 43)

3 年後の令和 8 年度に進捗管理のため、中間評価を行い、計画及び評価を見直します。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全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。

そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

糖尿病とメタボリックシンドロームは、薬物療法だけではなく食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげるのが重

要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧 ★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	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	2.3%			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	1.4%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.9%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.7%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.17%			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	28.4%			諏訪市健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	4.1%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL140以上)	25.9%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	9.6%			
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.0%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	35.7%			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	48.8%			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	61.1%			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.5%			

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	52%	53%	54%	56%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	62%	63%	64%	65%	66%	67%

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,812人	5,360人	4,989人	4,630人	4,325人	4,079人
	受診者数	3,081人	2,895人	2,744人	2,593人	2,509人	2,448人
特定保健指導	対象者数	339人	319人	302人	285人	276人	270人
	実施者数	211人	201人	194人	186人	183人	181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。

- ① 個別健診(諏訪市医師会所属医療機関にて実施、集合契約)
- ② 集団健診(委託実施機関により諏訪市保健センターにて実施)

#### (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、諏訪市ホームページに掲載し、周知します。

### (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)を実施します。

- ① 基本的な健康診査の項目(身体測定、診察、血圧測定、血糖検査、尿検査 ほか)
- ② 詳細な健康診査の項目(心電図検査、眼底検査 ほか)  
一定の基準のもと、医師が必要と判断したものについて実施するが、貧血検査及び血清クレアチニン検査については、基準対象外であっても全員に実施します。
- ③ 諏訪市独自の実施項目(尿潜血、血清アルブミン、白血球、尿酸)

図表 46 特定健診検査項目

健診項目		諏訪市	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	○	
	白血球	○	
	血清アルブミン	○	

○…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

個別健診は5月から9月まで、集団健診は10月以降に実施します。

(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。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長野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・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	当該年度	翌年度
4月	健診対象者の抽出、健診案内・受診券等の送付準備	
5月	特定健診等説明会(医師会) 受診券等発送 特定健診の開始(5月下旬から9月下旬)	特定保健指導の終了
6月	眼底検査対象者 眼底検査通知(随時) 情報提供 保健指導対象者	
7月	健診データ受取 → 健診結果発送(7月上旬以降)	特定保健指導の開始
8月	眼底検査の実施	結果説明会にて結果を通知
9月	個別健診終了	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
10月	集団健診実施	
11月		
12月	※眼底検査実施者の結果通知は随時発送 結果が届き次第随時発送	
1月		
2月	特定健診等対策会議(医師会市民健康診断対策委員会) ・本年度の結果報告 ・次年度の実施について	
3月	特定健診等評価会議(庁内) ・特定健診及び特定保健指導の評価・見直し	



## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

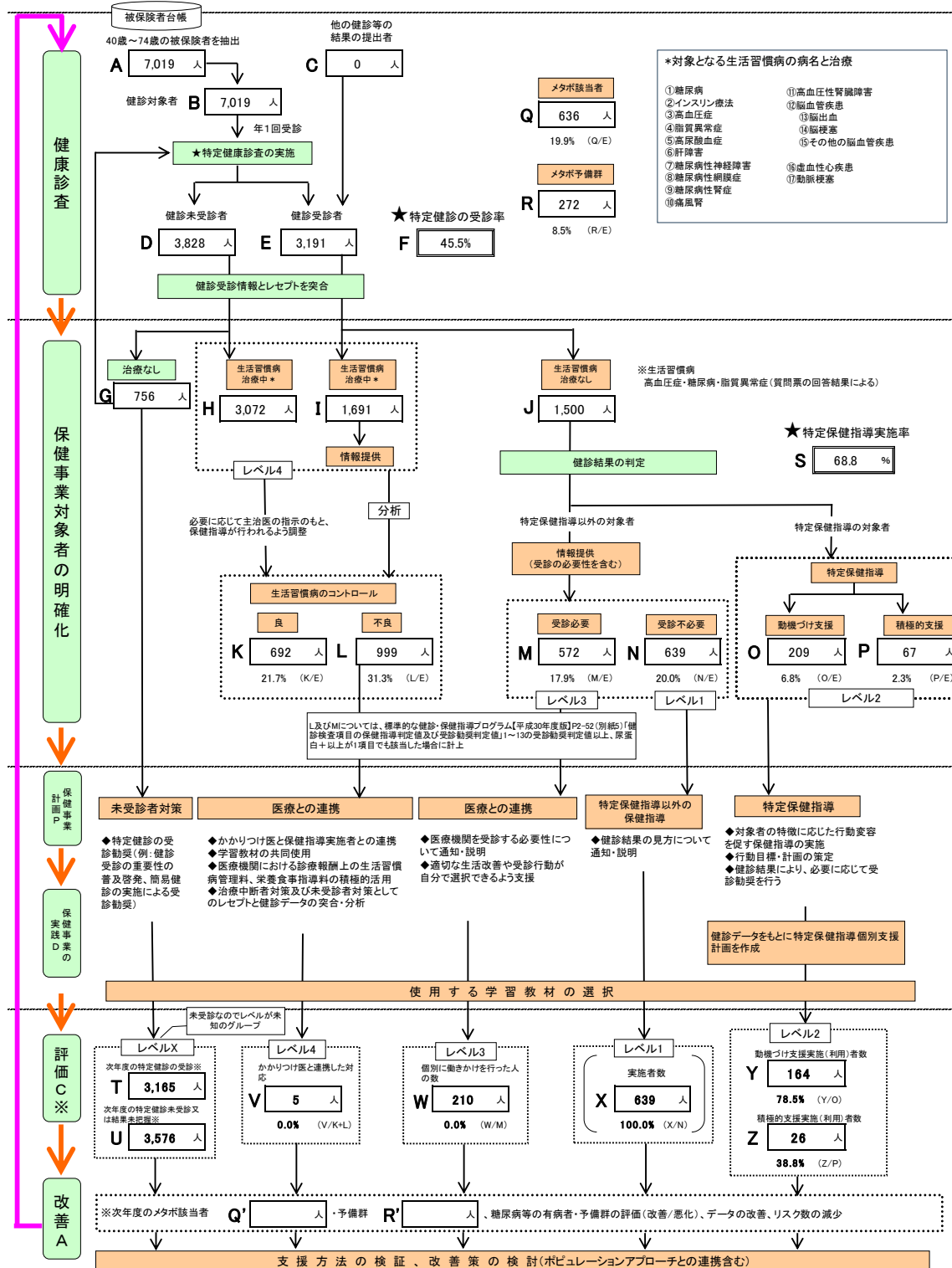
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

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

様式5-5

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	289人 (9.1%)	67%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	572人 (17.9%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発等)	3,828人 ※受診率目標達成まであと1,020人	健診受診率 60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	639人 (20.0%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,691人 (53.0%)	糖尿病 ハイリスク者 (血圧Ⅱ度・ HbA1c7.0以上) 70%

### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
3月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付準備 ◎個別健康診査実施の依頼		
5月	◎受診券の発送 ◎特定健康診査の開始		◎後期高齢者健診、がん検診の開始
6月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
8月			◎特定健康診査の受診勧奨準備
9月	◎個別健診の終了		◎特定健康診査の広報 ◎特定健康診査の受診勧奨
10月	◎集団健診の実施		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

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

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 10 月までに、長野県国民健康保険団体連合会を通じて国へ報告します。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

## 9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

### (1) 評価及び見直しに係る体制及び時期

市民課及び健康推進課で構成される評価会議により、毎年度末に評価および見直しを行います。

### (2) 評価方法及び見直し内容

本計画に沿った特定健康診査・特定保健指導の実施後の評価方法及び評価に伴う見直し検討事項は以下のとおりとします。

#### ① 特定健康診査の受診率

健康診査実施体制、案内・周知方法の検討

#### ② 特定保健指導の実施率

募集方法、指導方法の検討

#### ③ 特定保健指導対象者の減少率

指導内容の検討

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

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

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

### II. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,107人(34.7%)です。そのうち治療なしが324人(21.6%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が143人です。

また、諏訪市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が、324人中144人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		3,191人	45.5%
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データセンター 2016.4.9</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	138 4.3%	31 1.0%	102 3.2%	115 3.6%	636 19.9%	219 6.9%	308 9.7%		1,107 34.7%			
治療なし	74 3.7%	7 0.5%	88 4.1%	77 3.6%	94 6.3%	125 4.3%	88 5.9%		324 21.6%			
(再掲) 特定保健指導	24 17.4%	2 6.5%	19 18.6%	34 29.6%	94 14.8%	26 11.9%	20 6.5%		144 13.0%			
治療中	64 5.4%	24 1.4%	14 1.3%	38 3.6%	542 32.1%	94 34.8%	220 13.0%		783 46.3%			
臓器障害 あり	34 45.9%	7 100.0%	21 23.9%	25 32.5%	27 28.7%	46 36.8%	88 100.0%		143 44.1%			
CKD(専門医対象者)	3	1	7	11	9	23	88		88			
心電図所見あり	31	7	14	15	20	26	13		68			
臓器障害 なし	40 54.1%	--	67 76.1%	52 67.5%	67 71.3%	79 63.2%	--		--			

出典:ヘルサポートラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

## 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化予防対象者の選定から保健指導実施確認までの流れ

(1)選定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨:(腎:e-GFR45未満、尿蛋白±以上、糖尿病:空腹時血糖126mg/dl、またはHbA1c6.5%以上、治療中の人7.0%以上)</li> <li>・ガイドライン:「糖尿病性腎症病期分類2014」、「糖尿病診療ガイドライン」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」「糖尿病治療ガイド2022~2023」</li> </ul>	業務担当	
(2)要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人別履歴と5年間の履歴(KDB:被保険者管理台帳)から基礎疾患の有無の確認</li> <li>・健診結果経年表と今までの関わり履歴</li> </ul>	地区担当P・業務担当	
(3)保健指導計画	①メカニズム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・②からの体のメカニズムの視点で体の中で何が起きているのか予測する(CKDガイドライン、セミナー生活習慣病等)</li> <li>・目標の設定と優先順位を決める</li> </ul>	地区担当P・業務担当
	②実態把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経年表や過去の保健指導管理票から保健指導歴を把握する</li> <li>・年齢、性別、仕事内容、家族構成等から健診結果についてどのように思っているか予測する</li> </ul>	地区担当P・業務担当
	③教材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・構造図や、値の経年表等で今どの段階にいるのか示す</li> <li>・その反応により、どうしたら値が改善できるかをわかりやすく伝える教材を準備する</li> </ul>	地区担当P・業務担当
(4)検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当が用意した経年表や教材、保健指導歴から、地区担当保健師と業務担当が保健指導計画を共有する</li> </ul>	地区担当P・業務担当	
(5)説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・③について説明する</li> <li>・その反応と本人の状況に応じた保健指導を実施する</li> </ul>	地区担当P・業務担当	
(6)確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診や生活の様子の確認</li> <li>・必要に応じて複数回保健指導を実施する</li> </ul>	地区担当P・業務担当	

## 2)対象者の明確化

### (1)対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、諏訪市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ ハイリスク者

過去の健診において、空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上



で、かつ、a～dのいずれかに該当する者

- a. 尿蛋白(±)以上
- b. eGFRが45ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満(70歳以上は40ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満)
- c. II度高血圧以上(160以上/100以上)の者
- d. 喫煙者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と蛋白尿(+))としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

本市において特定健診受診者糖尿病型⑤413人中のうち、糖尿病未治療者は⑥143人(34.6%)でした。また、40~74歳におけるレセプト上での糖尿病治療者⑦1,674人のうち、特定健診受診者が⑧270人(16.1%)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者⑨1,404人(83.9%)については、治療中(経過観察中含む)ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表 54)

③ 優先順位と介入方法

図表 54 より、本市における優先順位を以下のとおりとします。

【優先順位1】

受診勧奨

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者中断者⑥143人

【優先順位2】

保健指導

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者①119人  
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・医療機関と連携した保健指導

【優先順位3】

保健指導

- ・健診未受診者①の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を管理台帳にて把握  
健診受診勧奨のための保健指導
- ・医療機関と連携した保健指導

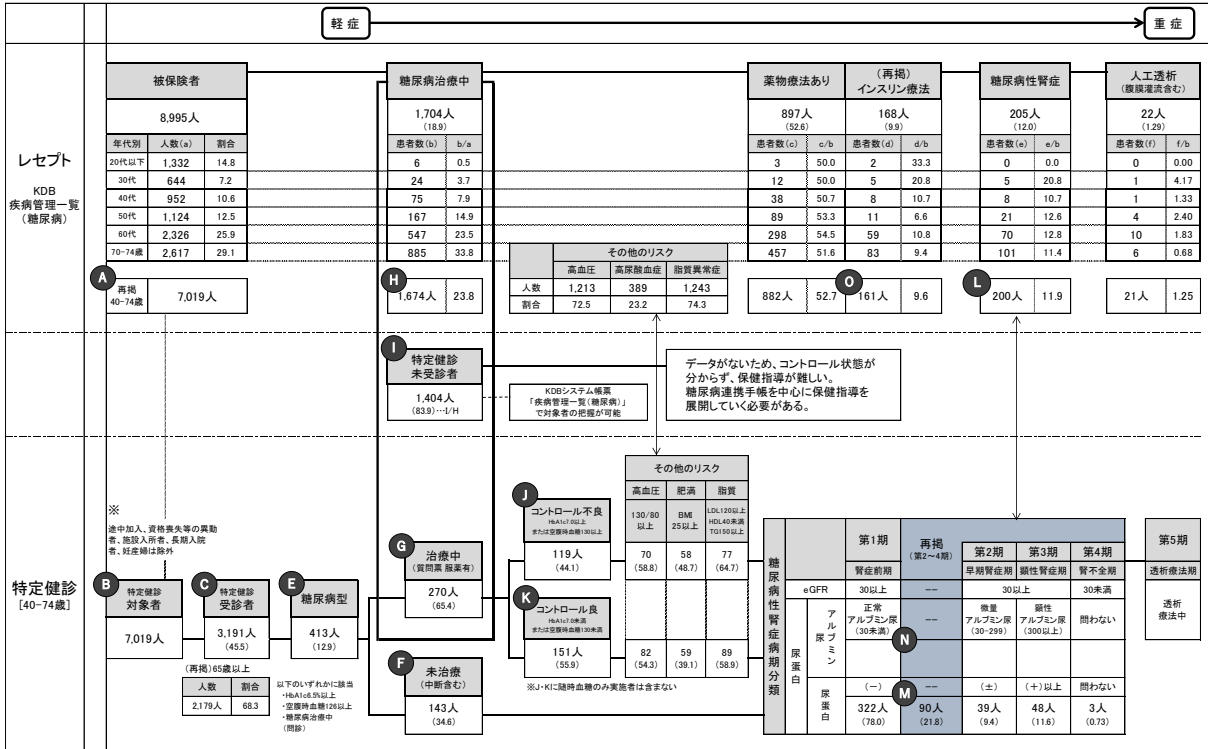
【介入方法】

- ・優先順位の高い者から、個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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(諏訪市)

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)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB機関介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)」から集計

出典:ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
<b>もくじ</b>	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

#### (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指すよう、今後検討していきます。

#### 4) 医療との連携

##### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に医師会等と協議した紹介状等を使用します。

##### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては諏訪市プログラムに基づいて行っています。

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

#### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

##### 短期的評価

###### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

###### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1c の変化
  - eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(諏訪市)

項目	実数	割合	諏訪市										同規模保険者(平均)			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A		11,072		10,503		10,126		9,905		9,459			
	②	(再掲)40-74歳	A		8,478		8,079		7,811		7,752		7,388			
2	①	対象者数	B		8,356		7,923		7,682		7,574		7,235			
	②	特定健診受診者数	C		4,361		4,109		3,652		3,589		3,297			
	③	受診率	C		52.2%		51.9%		47.5%		47.4%		45.6%			
3	①	特定保健指導対象者数			420		394		344		301		286			
	②	実施率			68.8%		62.2%		64.8%		58.1%		62.6%			
4	①	糖尿病型	E		538	12.7%	534	13.1%	522	14.2%	490	13.9%	413	12.9%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		148	27.5%	191	35.8%	184	35.2%	172	35.1%	143	34.6%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G		390	72.5%	343	64.2%	338	64.8%	318	64.9%	270	65.4%		
	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		187	47.9%	179	52.2%	147	43.5%	132	41.5%	119	44.1%		
	⑤	血圧 130/80以上	J		121	64.7%	123	68.7%	101	68.7%	81	61.4%	70	58.8%		
	⑥	肥満 BMI25以上	J		84	44.9%	82	45.8%	72	49.0%	60	45.5%	58	48.7%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		203	52.1%	164	47.8%	191	56.5%	186	58.5%	151	55.9%		
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M		363	67.5%	394	73.8%	384	73.6%	382	78.0%	322	78.0%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M		81	15.1%	56	10.5%	57	10.9%	41	8.4%	39	9.4%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上	M		90	16.7%	76	14.2%	75	14.4%	62	12.7%	48	11.6%		
	⑪	第4期 eGFR30未満	M		4	0.7%	6	1.1%	4	0.8%	4	0.8%	3	0.7%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)			114.9		112.2		105.8		120.4		120.3			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)			147.9		144.7		135.6		152.5		152.4			
	③	レセプト件数 (40-74歳)			6,982件 (859.9)		6,968件 (890.0)		6,878件 (893.1)		7,023件 (944.5)		6,440件 (926.8)		1,557,522件 (951.6)	
	④	入院外(件数) (1)内は被保険者千対			26件 (3.2)		25件 (3.2)		28件 (3.6)		27件 (3.6)		17件 (2.4)		7,406件 (4.5)	
	⑤	糖尿病治療中	H		1,272	11.5%	1,178	11.2%	1,071	10.6%	1,193	12.0%	1,138	12.0%		
	⑥	(再掲)40-74歳	H		1,254	14.8%	1,169	14.5%	1,059	13.6%	1,182	15.2%	1,126	15.2%		
	⑦	健診未受診者	I		864	68.9%	779	66.6%	721	68.1%	864	73.1%	856	76.0%		
	⑧	インスリン治療	O		90	7.1%	84	7.1%	64	6.0%	86	7.2%	84	7.4%		
	⑨	(再掲)40-74歳	O		87	6.9%	82	7.0%	62	5.9%	84	7.1%	82	7.3%		
	⑩	糖尿病性腎症	L		149	11.7%	153	13.0%	128	12.0%	154	12.9%	143	12.6%		
	⑪	(再掲)40-74歳	L		148	11.8%	153	13.1%	128	12.1%	154	13.0%	139	12.3%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			22	1.7%	18	1.5%	18	1.7%	19	1.6%	19	1.7%		
	⑬	(再掲)40-74歳			22	1.8%	18	1.5%	18	1.7%	19	1.6%	19	1.7%		
	⑭	新規透析患者数			5	0.39	11	0.93	8	0.74	4	0.33	4	0.35		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			3	0.23	6	0.5	6	0.56	4	0.33	2	0.17		
	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)			37	1.8%	40	1.9%	39	1.9%	47	2.1%	43	1.9%		
6	①	総医療費			35億5188万円		33億4674万円		32億4156万円		33億2513万円		32億0210万円		28億4626万円	
	②	生活習慣病総医療費			19億9625万円		17億9123万円		18億3540万円		18億4578万円		18億0616万円		15億3700万円	
	③	(総医療費に占める割合)			56.2%		53.5%		56.6%		55.5%		56.4%		54.0%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり			14,133円		11,824円		11,385円		11,680円		11,362円		7,237円	
	⑤	健診未受診者			33,379円		32,100円		35,717円		36,478円		38,378円		38,862円	
	⑥	糖尿病医療費			1億7251万円		1億8472万円		1億8837万円		1億9316万円		1億7967万円		1億6596万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			8.6%		10.3%		10.3%		10.5%		9.9%		10.8%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費			5億6154万円		5億7114万円		5億4403万円		5億9109万円		5億5045万円			
	⑨	1件あたり			34,215円		35,743円		35,006円		36,888円		37,374円			
	⑩	糖尿病入院総医療費			3億7889万円		2億7792万円		3億0430万円		3億7777万円		2億7005万円			
	⑪	1件あたり			685,158円		614,857円		688,454円		766,268円		670,091円			
	⑫	在院日数			16日		16日		16日		16日		15日			
	⑬	慢性腎不全医療費			1億6888万円		1億6202万円		1億4861万円		1億5074万円		1億2813万円		1億2396万円	
	⑭	透析有り			1億5975万円		1億5300万円		1億4447万円		1億4802万円		1億2427万円		1億1532万円	
	⑮	透析なし			913万円		902万円		415万円		273万円		387万円		863万円	
7	①	介護給付費			40億5564万円		41億0225万円		40億7191万円		41億5298万円		41億2681万円		34億9905万円	
②	(2号認定者)糖尿病合併症			9件 27.3%		10件 30.3%		9件 25.7%		6件 20.7%		6件 25.0%				
8	①	死亡			6人 1.1%		4人 0.8%		3人 0.6%		4人 0.8%		5人 0.9%		2,819人 1.0%	

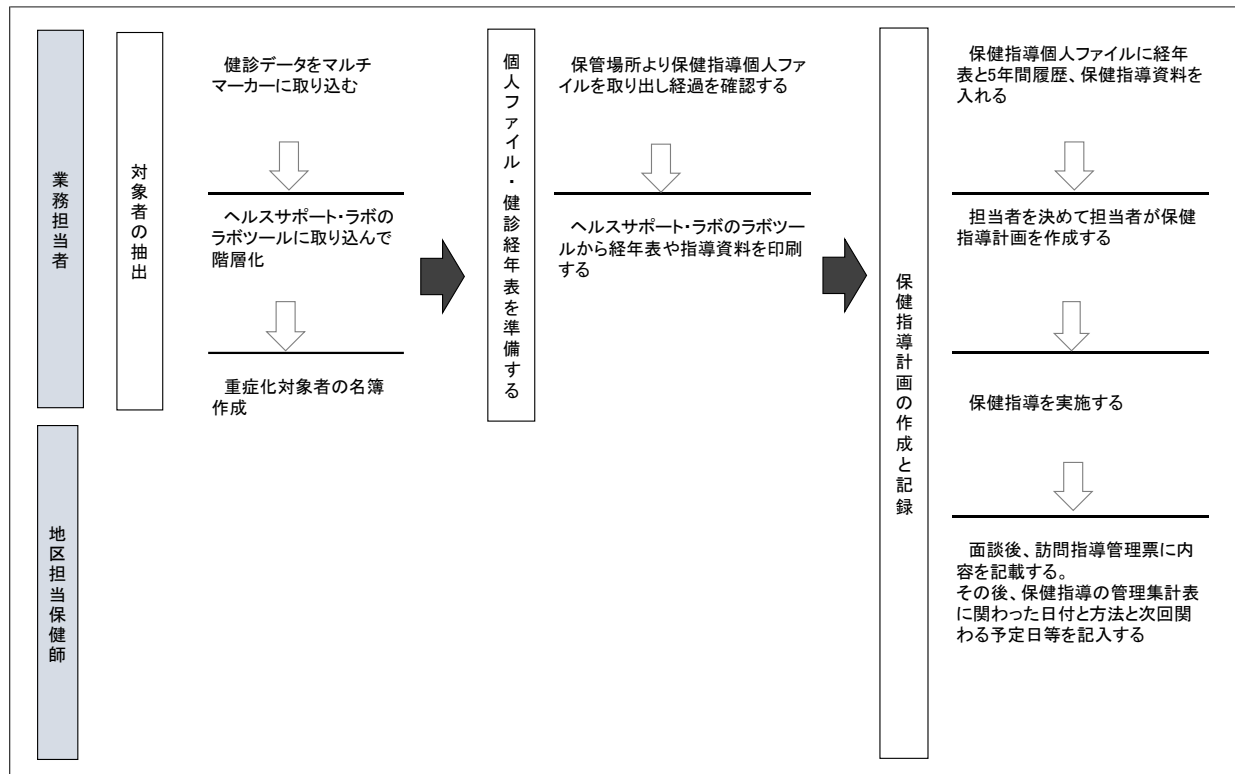
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の抽出、リスト作成、介入方法、実施方法の決定

5月 過去に面識のない対象者に、健診受診勧奨を通して介入

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳と照らし合わせ、順次対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### 1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、血管内皮に炎症を起こし動脈硬化を急激に進行させ、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などの発症リスクを高めます。内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防可能であり、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られ、重症化を予防することが可能であるという考えに基づき進めていきます。

### 2) 対象者の明確化

図表 58 肥満度分類による実態(R04 年度)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,012	2,179	269	494	203	427	48	59	11	7	7	1	
			26.6%	22.7%	20.1%	19.6%	4.7%	2.7%	1.1%	0.3%	0.7%	0.0%	
再掲	男性	455	919	163	262	128	229	25	31	5	1	5	1
				35.8%	28.5%	28.1%	24.9%	5.5%	3.4%	1.1%	0.1%	1.1%	0.1%
再掲	女性	557	1,260	106	232	75	198	23	28	6	6	2	0
				19.0%	18.4%	13.5%	15.7%	4.1%	2.2%	1.1%	0.5%	0.4%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 59 年代別メタボリック該当者の状況 (R04 年度)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	1,374	131	173	465	605	1,817	146	183	622	866	
メタボ該当者	B	443	22	47	156	218	193	6	16	69	102	
	B/A	32.2%	16.8%	27.2%	33.5%	36.0%	10.6%	4.1%	8.7%	11.1%	11.8%	
再掲	① 3項目全て	C	157	2	17	51	87	57	0	4	20	33
		C/B	35.4%	9.1%	36.2%	32.7%	39.9%	29.5%	0.0%	25.0%	29.0%	32.4%
	② 血糖+血圧	D	49	2	5	18	24	21	0	1	7	13
		D/B	11.1%	9.1%	10.6%	11.5%	11.0%	10.9%	0.0%	6.3%	10.1%	12.7%
③ 血圧+脂質	E	205	13	19	76	97	106	3	8	41	54	
	E/B	46.3%	59.1%	40.4%	48.7%	44.5%	54.9%	50.0%	50.0%	59.4%	52.9%	
④ 血糖+脂質	F	32	5	6	11	10	9	3	3	1	2	
	F/B	7.2%	22.7%	12.8%	7.1%	4.6%	4.7%	50.0%	18.8%	1.4%	2.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 60 メタボリック該当者の治療状況（R04 年度）

	男性							女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし		
				人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合
総数	1,374	443	32.2%	366	82.6%	77	17.4%	1,817	193	10.6%	176	91.2%	17	8.8%	
40代	131	22	16.8%	11	50.0%	11	50.0%	146	6	4.1%	3	50.0%	3	50.0%	
50代	173	47	27.2%	35	74.5%	12	25.5%	183	16	8.7%	12	75.0%	4	25.0%	
60代	465	156	33.5%	129	82.7%	27	17.3%	622	69	11.1%	63	91.3%	6	8.7%	
70～74歳	605	218	36.0%	191	87.6%	27	12.4%	866	102	11.8%	98	96.1%	4	3.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

肥満度分類から肥満の実態をみてみると、男女共に 40～74 歳で肥満 I 度の割合が高くなっています。（図表 58）

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で 50 代から受診者の 20～30%を超えます。また、男女共に年齢が高くなるほど、高血圧、高血糖、脂質異常の 3 項目を合併する割合が高くなるのがわかります。（図表 59）

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女共に半数以上が治療中となっており、年齢が高くなるほど割合が高くなっています。（図表 60）

以上のことから、高血圧、糖尿病、脂質異常症の発症リスクを予防するうえでも、男女共に肥満 I 度から早期に介入していくことが必要と考えます。

#### (1) 対象者の選定基準と介入方法

- ① 特定保健指導対象者に減量のための保健指導を行います。（食事・運動・生活指導）
- ② メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者に、適切な受診のための保健指導を行います。

#### (2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。



### 3) 保健指導の実施

#### (1) 最新の保健指導教材を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 61 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

#### (2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなります。本市においては市独自で二次健診を実施しています。動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査として、頸動脈エコー検査(心臓から脳に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)を実施しています。



また、有所見者のうち要精査が 32 人(7.7%)で、その後の受診状況をみると 16 人(50.0%)は未受診でした。(図表 64)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、優先順位の高い者から受診勧奨を行う必要があります。

図表 63 心電図検査結果 (R04 年度)

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,142	38.0	416	36.4%	25	6.0%	40	9.6%	15	3.6%	36	8.7%	25	6.0%	75	18.0%	31	7.5%	46	11.1%
	男性	501	39.5	220	43.9%	18	8.2%	17	7.7%	11	5.0%	16	7.3%	23	10.5%	47	21.4%	23	10.5%	23	10.5%
	女性	641	36.9	196	30.6%	7	3.6%	23	11.7%	4	2.0%	20	10.2%	2	1.0%	28	14.3%	8	4.1%	23	11.7%

諏訪市調べ

図表 64 心電図有所見者のうち要精査者の医療機関受診状況 (R04 年度)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	416	36.4%	32	7.7%	16	50.0%	16	50.0%
男性	220	43.9%	18	8.2%	13	72.2%	5	27.8%
女性	196	30.6%	14	7.1%	3	21.4%	11	78.6%

諏訪市調べ

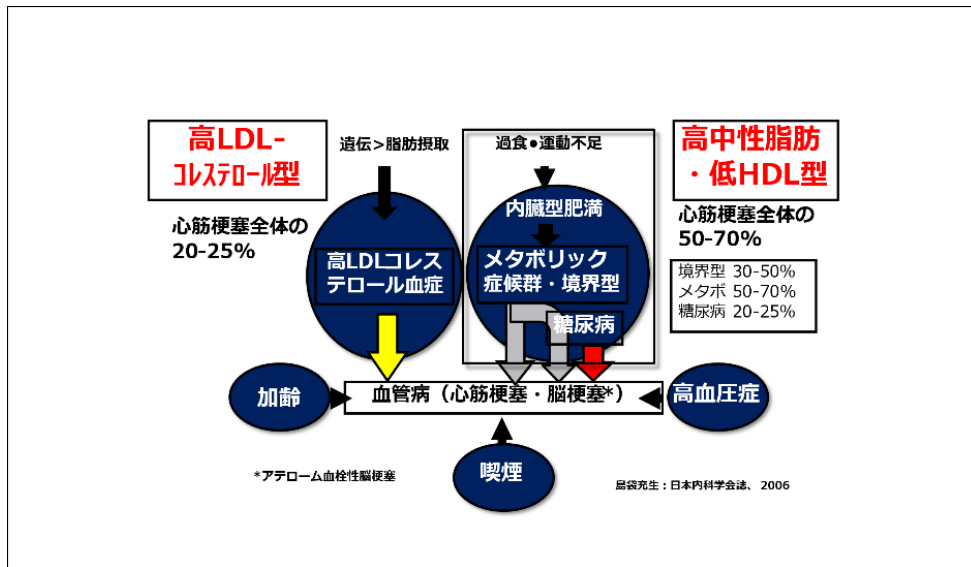
## ②心電図検査以外からの把握

心電図検査で異常がない又は心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状がないため)、積極的に保健指導を行う必要があります。

なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、図表 65 をもとにタイプ別に把握します。

メタボ該当者、高リスクとなる LDL180mg/dl以上の者を対象者として抽出します。

図表 65 心血管病をおこしやすいひと



A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 58・59)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 66)

図表 66 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定 令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考)  
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			1,274	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	175 13.7%	94 46.9%	46 30.8%	25 15.3%	10 6.9%	19 11.0%	16 16.3%	0 31.8%	0 41.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	503 39.5%	215 36.0%	173 44.0%	79 40.5%	36 40.9%	5 16.1%	14 30.4%	51 56.7%	45 38.8%
		120未満 (150未満)	526 41.3%	254 42.5%	149 37.9%	86 44.1%	37 42.0%	7 22.6%	16 34.8%	33 36.7%	67 57.8%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	31 2.4%	15 2.5%	6 1.5%	5 2.6%	5 5.7%	1 3.2%	3 6.5%	3 3.3%	3 2.6%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	70 5.5%	35 5.9%	25 6.4%	5 2.6%	5 5.7%	0 0.0%	0 0.0%	6 6.7%	4 3.4%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮  
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 67 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
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1 狭心症になった人から学びました
資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

#### (2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

本市においては市独自で二次健診を実施しています。動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査として、頸動脈エコー検査(心臓から脳に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)を実施しています。

### (3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

### 4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

#### 短期的評価

##### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

##### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

### 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

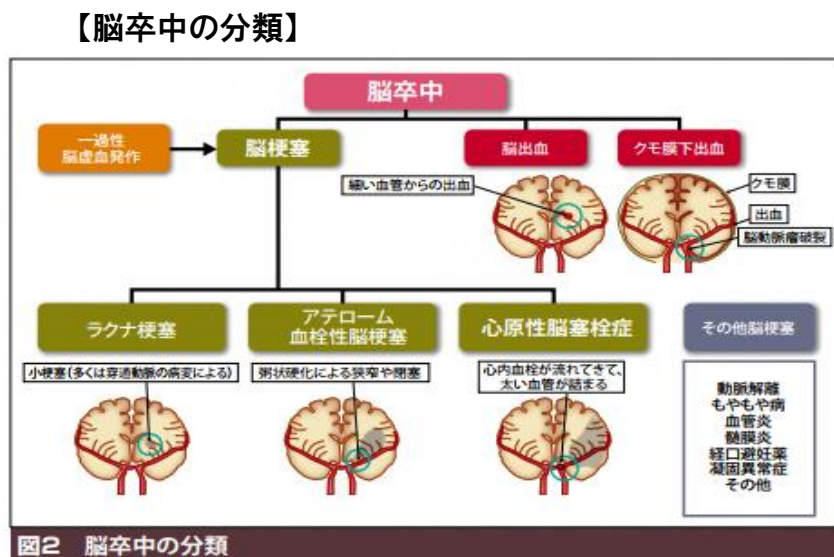
7 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後、順次対象者へ介入(通年)

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 68・69)

図表 68 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 69 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

抽出にあたっては、特定健診受診者の健診データより把握します。

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 70 でみると、高血圧治療者④ 2,894 人のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が⑤284 人(9.8%)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が⑥⑦138 人(4.3%)であり、そのうち⑦74 人(53.6%)は未治療者です。

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

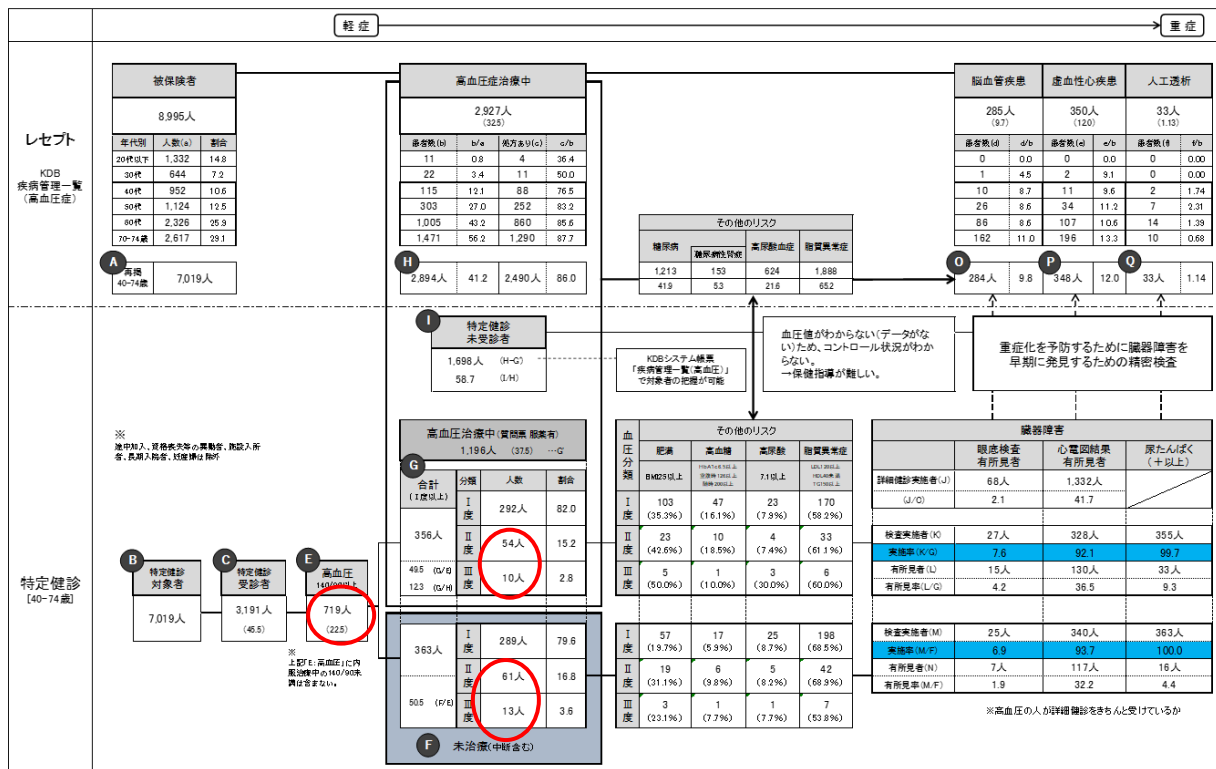
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が⑧64 人(5.4%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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

図表 70 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典:ヘルスサポートラボツール

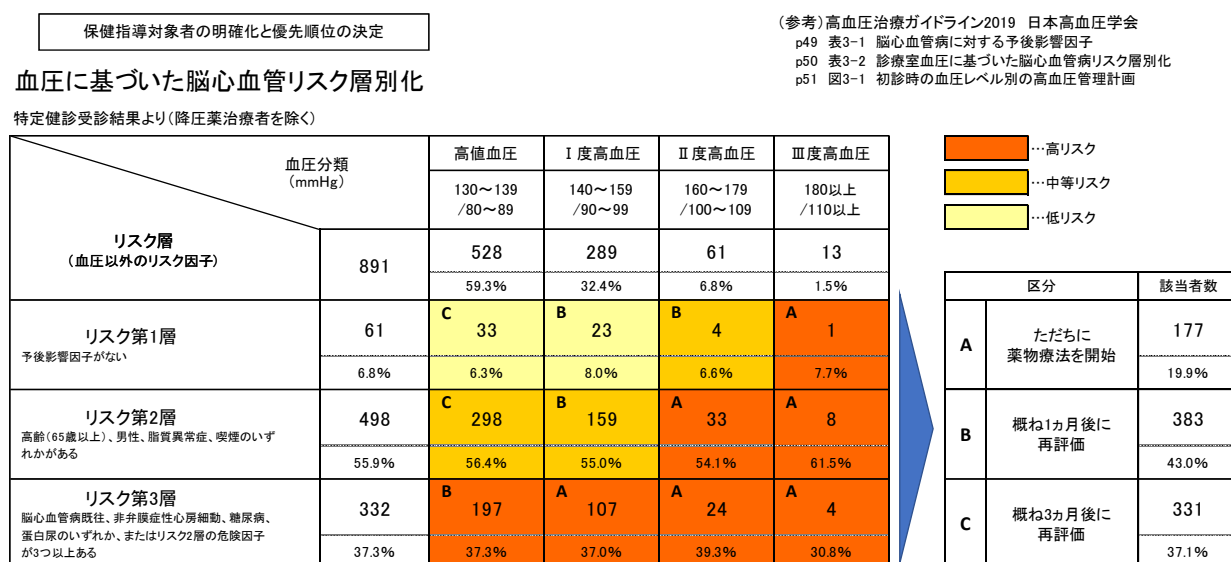


## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要があります。

図表 71 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

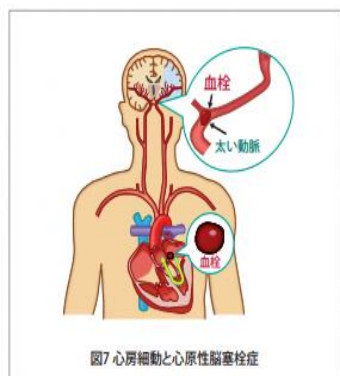


- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
- ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
- ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 71 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるAについては早急な受診勧奨が必要になってきます。

## (3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 72 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 心房細動有所見状況 (R04 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性	男性	女性	男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,374	1,817	610	44.4%	722	39.7%	23	3.8%	8	1.1%	--	--
40代	131	146	37	28.2%	32	21.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	173	183	60	34.7%	47	25.7%	1	1.7%	1	2.1%	0.8%	0.1%
60代	465	622	229	49.2%	256	41.2%	6	2.6%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	605	866	284	46.9%	387	44.7%	16	5.6%	6	1.6%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 73 心房細動有所見者の治療状況 (R04 年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
31	3	9.7	28	90.3

心電図検査において、31 人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 31 人のうち 28 人は既に治療が開始されていましたが、3 人はまだ治療につながっていません。(図表 73)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性を伝え、未治療者には受診勧奨を行うことが重要です。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

#### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは二次健診を検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)

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

本市においては市独自で二次健診を実施しています。動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査として、頸動脈エコー検査(心臓から脳に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)を実施しています。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、未治療者や中断者の把握と受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、経過を把握していきます。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

本市は、令和3年度より長野県後期高齢者医療広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

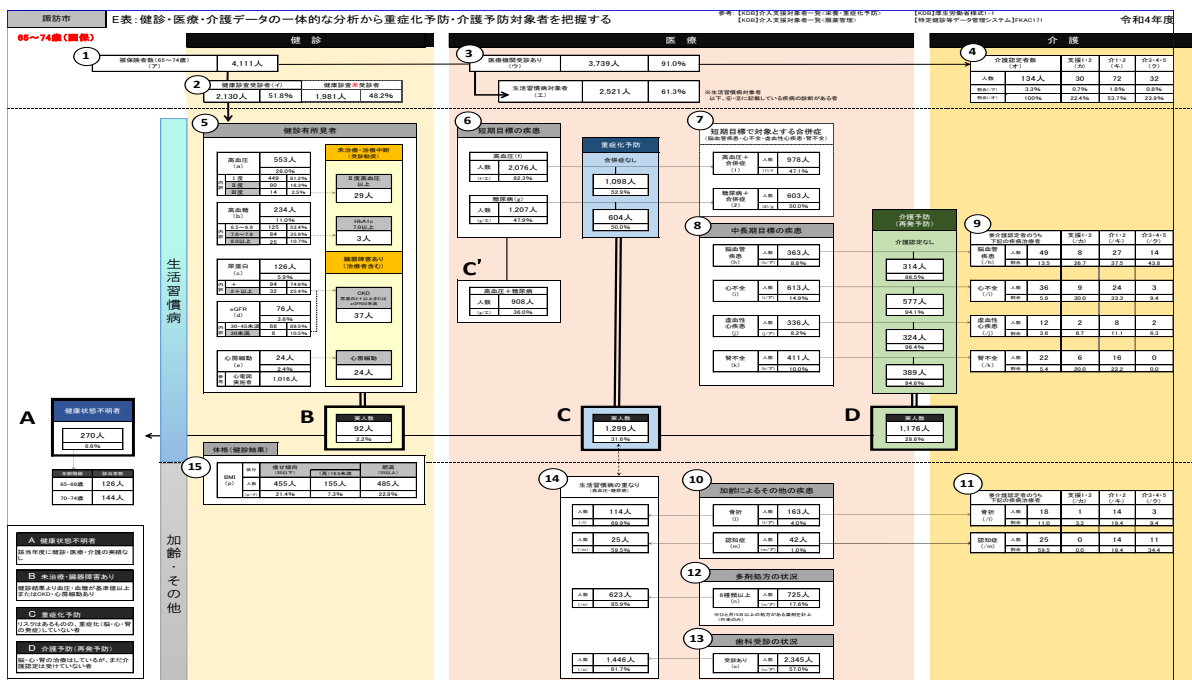
具体的には、

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する保健師を配置し、低栄養や高血圧、高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、高齢者サロン、フレイルや認知症予防のための介護予防教室など通いの場で健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 74 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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

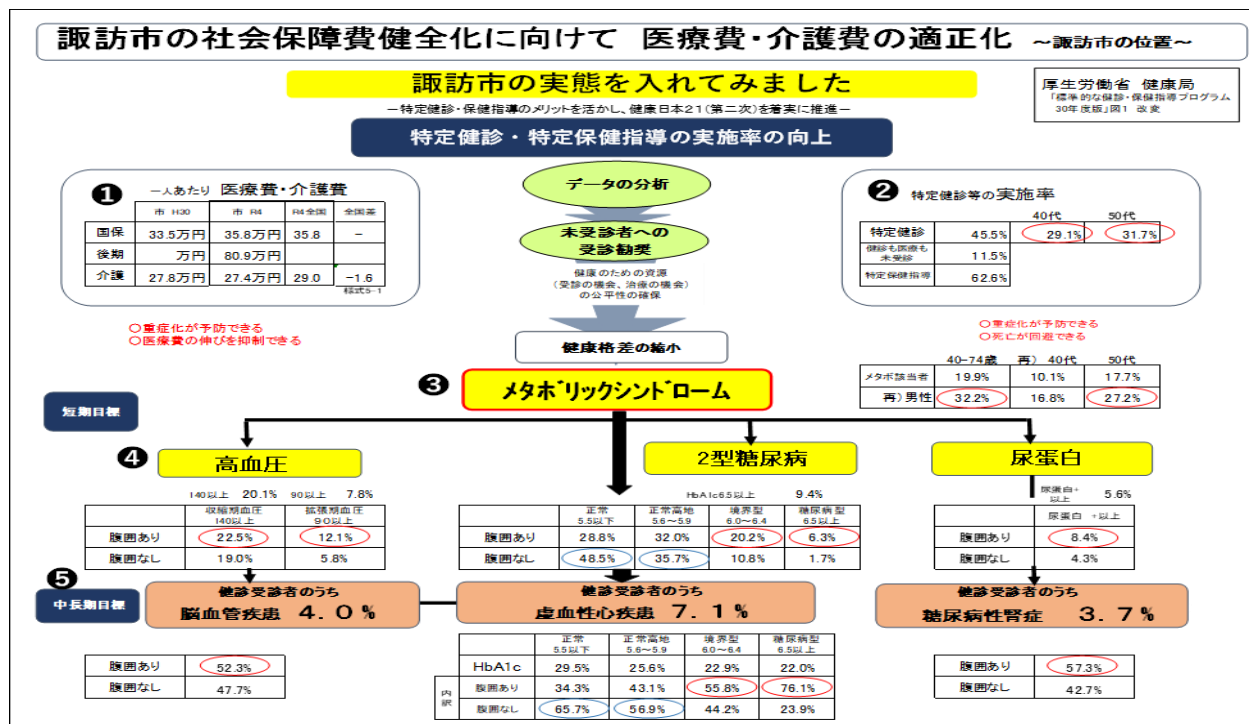
図表 75 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上								6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長															
	体重															
	BMI												25以上			
	肥満度			加齢 <sup>*</sup> 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
	尿糖	(+)以上									(+)以上					
糖尿病家族歴																

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化が医療費や介護給付費等の社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 76・77)

図表 76 社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化



図表 77 統計からみえる長野県の食

統計からみえる長野県の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
野菜摂取量	1位	みそ	1位
小麦粉摂取量	1位	酢	2位
えのきたけ	1位	食塩	3位
りんご	2位	砂糖	3位
たけのこ	3位	調理パン	2位
店舗・種別	店舗数 (人口10万対)	飲酒代	3位
大衆食堂・ファミリーレストラン	2位		
そば・うどん店	6位		
その他の専門料理店	6位		
中華料理店(ラーメン店含む)	12位		

飲食店数2016年

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会などの関係団体経由で医療機関等に周知します。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

本市においては、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諏訪市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料4 糖尿病性腎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諏訪市の位置

項目		諏訪市				同規模平均		長野県		国				
		H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	① 人口構成	総人口		49,937		48,192		9,014,657		2,008,244		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		14,543	29.1	15,034	31.2	3,263,279	36.2	646,942	32.2	35,335,805	28.7	
		75歳以上		7,306	14.6	8,447	17.5	--	--	352,073	17.5	18,248,742	14.8	
		65~74歳		7,237	14.5	6,587	13.7	--	--	294,869	14.7	17,087,063	13.9	
		40~64歳		16,203	32.4	15,921	33.0	--	--	669,192	33.3	41,545,893	33.7	
	39歳以下		19,191	38.4	17,237	35.8	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業		3.3		3.3		10.7		9.3		4.0		
		第2次産業		34.7		34.7		27.3		29.2		25.0		
		第3次産業		62.0		62.0		62.0		61.6		71.0		
	③ 平均寿命	男性		81.8		81.8		80.4		81.8		80.8		
女性		87.5		87.5		86.9		87.7		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.4		80.8		79.7		81.1		80.1			
	女性		84.3		85.4		84.3		85.2		84.4			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		88.4		88.8		103.4		90.5		100.0		
		男性		88.4		88.8		103.4		90.5		100.0		
		女性		96.6		90.5		101.4		93.8		100.0		
		死因	がん		133	40.9	151	45.8	34,996	47.8	6,380	47.9	378,272	50.6
			心臓病		88	27.1	99	30.0	21,437	29.3	3,679	27.6	205,485	27.5
			脳疾患		81	24.9	63	19.1	10,886	14.9	2,307	17.3	102,900	13.8
			糖尿病		6	1.8	5	1.5	1,391	1.9	238	1.8	13,896	1.9
	腎不全		7	2.2	7	2.1	2,819	3.9	375	2.8	26,946	3.6		
	自殺		10	3.1	5	1.5	1,654	2.3	352	2.6	20,171	2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		41	7.9	(R4) 44	6.9	--	--	(R3) 1814	7.0	(R3) 125187	8.7	
男性		31	12.3	26	8.4	--	--	(R3) 1160	9.1	(R3) 82832	11.2			
女性		10	3.7	18	5.5	--	--	(R3) 654	5.0	(R3) 42355	6.0			
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,591	17.8	2,680	17.9	619,810	19.1	113,468	17.7	6,724,030	19.4	
		新規認定者		28	0.2	37	0.3	10,081	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2		6,712	10.9	8,207	12.9	1,984,426	14.3	412,294	13.8	21,785,044	12.9
			要介護1.2		31,649	51.3	32,984	52.0	6,527,659	47.0	1,367,247	45.8	78,107,378	46.3
			要介護3以上		23,355	37.8	22,228	35.0	5,384,278	38.7	1,208,489	40.4	68,963,503	40.8
	2号認定者		45	0.3	45	0.3	10,759	0.4	1,856	0.3	156,107	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		643	24.3	724	26.3	154,694	23.8	26,401	22.3	1,712,613	24.3	
		高血圧症		1,562	58.8	1,642	58.8	352,398	54.8	65,433	55.6	3,744,672	53.3	
		脂質異常症		800	28.9	925	33.1	203,112	31.2	36,610	30.6	2,308,216	32.6	
		心臓病		1,744	65.9	1,800	65.3	397,324	61.9	74,350	63.3	4,224,628	60.3	
脳疾患		721	27.3	633	22.9	151,330	23.9	29,320	25.4	1,568,292	22.6			
がん		342	12.4	384	13.2	74,764	11.4	14,272	11.9	837,410	11.8			
筋・骨格		1,585	59.4	1,636	59.8	350,465	54.5	65,213	55.5	3,748,372	53.4			
精神		1,036	38.4	980	37.0	246,296	38.6	44,457	37.9	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		278,872	4,055,640,244	274,498	4,126,806,107	300,230		288,366		290,668			
	1件当たり給付費(全体)		65,715		65,072		70,503		62,434		59,662			
	居宅サービス		45,381		44,817		43,936		40,752		41,272			
	施設サービス		277,429		287,230		291,914		287,007		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		7,828		8,322		9,043		8,534		8,610			
	認定あり 認定なし		3,705		4,048		4,284		3,975		4,020			
4 医療	① 国保の状況	被保険者数		10,606		8,943		2,020,054		407,690		24,660,500		
		65~74歳		4,840	45.6	4,030	45.1	--	--	194,198	47.6	10,794,323	43.8	
		40~64歳		3,280	30.9	2,919	32.6	--	--	128,003	31.4	7,904,763	32.1	
		39歳以下		2,486	23.4	1,994	22.3	--	--	85,489	21.0	5,961,414	24.2	
	加入率		21.2		18.6		22.4		20.3		20.0			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3	0.3	3	0.3	873	0.4	126	0.3	8,237	0.3	
		診療所数		46	4.3	47	5.3	7,141	3.5	1,564	3.8	102,599	4.2	
		病床数		580	54.7	580	64.9	136,833	67.7	23,133	56.7	1,507,471	61.1	
		医師数		172	16.2	184	20.6	19,511	9.7	5,217	12.8	339,611	13.8	
		外来患者数		726.3		730.1		728.3		708.1		709.6		
入院患者数		18.7		18.4		23.6		18.4		18.8				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		334,894		358,057		394,521		352,023		358,522			
	受診率		745.0		748.493		751.942		726.512		728.39			
	外 来	費用の割合		58.0		60.9		56.7		60.8		59.9		
		件数の割合		97.5		97.5		96.9		97.5		97.4		
	入 院	費用の割合		42.0		39.1		43.3		39.2		40.1		
		件数の割合		2.5		2.5		3.1		2.5		2.6		
1件あたり在院日数		15.3日		15.4日		17.1日		15.8日		16.0日				

4 医療	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	643,485,960	32.2	618,076,290	34.2	31.3	30.6	32.0					
			慢性腎不全(透析あり)	159,753,810	8.0	124,268,320	6.9	7.5	8.1	8.3					
			糖尿病	172,510,310	8.6	179,668,050	9.9	10.8	10.7	10.4					
			高血圧症	122,368,690	6.1	95,305,050	5.3	6.3	6.1	5.8					
			脂質異常症	84,949,400	4.3	71,840,320	4.0	3.8	4.0	4.0					
			脳梗塞・脳出血	97,161,190	4.9	74,485,800	4.1	3.9	4.0	4.0					
			狭心症・心筋梗塞	68,461,920	3.4	44,357,820	2.5	2.6	2.3	2.8					
			精神	315,847,900	15.8	274,735,210	15.2	16.2	16.2	15.0					
			筋・骨格	313,297,170	15.7	314,609,790	17.4	16.7	17.1	16.6					
	⑤	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	317	0.2	417	0.3	380	0.2	313	0.2	274	0.2	
				糖尿病	802	0.6	704	0.5	1,531	0.9	1,171	0.8	1,235	0.9	
				脂質異常症	48	0.0	173	0.1	89	0.1	77	0.1	57	0.0	
				脳梗塞・脳出血	8,257	5.9	7,681	5.5	7,151	4.2	6,751	4.9	6,468	4.5	
				虚血性心疾患	5,559	4.0	5,653	4.0	4,385	2.6	3,607	2.6	4,199	2.9	
		腎不全	3,511	2.5	2,830	2.0	4,815	2.8	3,738	2.7	4,409	3.1			
		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	11,221	5.8	10,240	4.7	13,011	5.8	11,213	5.2	10,703	5.0	
				糖尿病	15,701	8.1	19,642	9.0	22,014	9.8	19,573	9.2	18,816	8.8	
				脂質異常症	7,962	4.1	7,860	3.6	7,959	3.6	7,500	3.5	7,503	3.5	
				脳梗塞・脳出血	851	0.4	648	0.3	1,056	0.5	893	0.4	884	0.4	
虚血性心疾患	1,758			0.9	1,405	0.6	1,975	0.9	1,694	0.8	1,829	0.9			
腎不全	18,221	9.4	14,827	6.8	18,492	8.3	17,534	8.2	17,052	7.9					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,052		4,024		2,592		2,650		2,087			
			健診未受診者	11,932		13,590		13,920		12,858		13,715			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,133		11,362		7,237		7,609		6,161			
			健診未受診者	33,379		38,378		38,862		36,928		40,479			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,380	58.8	1,655	54.4	345,730	57.5	68,903	54.2	354,548	57.1			
		医療機関受診率	2,208	54.6	1,526	50.2	313,063	52.0	62,336	49.0	3,261,836	52.5			
		医療機関非受診率	172	4.3	129	4.2	32,667	5.4	6,567	5.2	283,712	4.6			
5 健診	特定健診の 状況	メタボ 該当・予 備群レ ベル	健診受診者	4,046		3,041		601,639		127,176		6,211,636			
			受診率	54.0	県内31位 同規模9位	48.1		40.4		43.5		36.6			
			特定保健指導終了者(実施率)	238	58.0	0	0.0	15,566	22.8	2,052	15.8	85,622	12.2		
			非肥満高血糖	266	6.6	217	7.1	64,197	10.7	11,399	9.0	578,594	9.3		
			⑤	メタボ	該当者	712	17.6	605	19.9	127,981	21.3	24,075	18.9	1,278,033	20.6
					男性	508	28.6	420	32.1	88,474	32.7	16,860	29.9	879,223	32.9
					女性	204	9.0	185	10.7	39,507	11.9	7,215	10.2	398,810	11.3
					予備群	403	10.0	258	8.5	65,260	10.8	13,061	10.3	688,082	11.1
			⑥	県内市町村数 63市町村	男性	277	15.6	194	14.8	45,668	16.9	9,278	16.5	475,707	17.8
					女性	126	5.5	64	3.7	19,592	5.9	3,783	5.3	212,375	6.0
			⑦	同規模市区町村数 280市町村	総数	1,253	31.0	961	31.6	211,082	35.1	41,172	32.4	2,166,215	34.9
					男性	883	49.8	680	52.0	146,298	54.0	28,958	51.4	1,490,025	55.8
					女性	370	16.3	281	16.2	64,784	19.6	12,214	17.2	676,190	19.1
					総数	187	4.6	129	4.2	31,765	5.3	5,748	4.5	291,814	4.7
					男性	18	1.0	18	1.4	4,968	1.8	906	1.6	42,392	1.6
					女性	169	7.4	111	6.4	26,797	8.1	4,842	6.8	249,422	7.0
					血糖のみ	17	0.4	8	0.3	4,020	0.7	749	0.6	38,938	0.6
					血圧のみ	281	6.9	160	5.3	46,733	7.8	8,724	6.9	487,060	7.8
					脂質のみ	105	2.6	90	3.0	14,507	2.4	3,588	2.8	162,084	2.6
血糖・血圧	88	2.2			63	2.1	19,961	3.3	3,261	2.6	186,361	3.0			
血糖・脂質	43	1.1			41	1.3	6,610	1.1	1,319	1.0	64,419	1.0			
血圧・脂質	364	9.0			293	9.6	58,126	9.7	11,860	9.3	607,349	9.8			
血糖・血圧・脂質	217	5.4			208	6.8	43,284	7.2	7,635	6.0	419,904	6.8			
①	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	1,416	35.0	1,165	38.3	235,433	39.1	45,327	35.6	2,285,194	36.8		
			糖尿病	376	9.3	261	8.6	59,612	9.9	11,226	8.8	553,637	8.9		
			脂質異常症	1,073	26.5	1,005	33.0	175,568	29.2	36,933	29.0	1,806,248	29.1		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	142	3.7	127	4.4	19,102	3.3	3,940	3.3	197,031	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	412	10.7	153	5.4	34,697	5.9	6,687	5.5	345,573	5.7		
			腎不全	22	0.6	28	1.0	5,359	0.9	918	0.8	51,026	0.8		
			貧血	287	7.5	255	8.9	58,132	10.0	11,337	9.4	646,044	10.7		
			喫煙	516	12.8	360	11.8	77,562	12.9	14,791	11.6	790,558	12.7		
			週3回以上朝食を抜く	313	8.1	269	9.4	44,667	7.9	8,470	7.5	545,428	9.7		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	519	13.5	421	14.7	85,374	15.0	16,340	14.5	830,991	14.7		
			週3回以上就寝前夕食	519	13.5	421	14.7	85,374	15.0	16,340	14.5	830,991	14.7		
			食べる速度が速い	949	24.7	617	21.6	152,554	26.8	27,216	24.1	1,485,941	26.4		
			20歳時体重から10kg以上増加	1,191	31.0	917	32.1	197,783	34.7	35,484	31.4	1,956,476	34.6		
1回30分以上運動習慣なし	2,299	59.8	1,711	59.9	356,755	62.7	71,936	63.7	3,350,332	59.3					
1日1時間以上運動なし	1,791	46.6	1,174	41.1	270,288	47.3	50,308	44.6	2,684,448	47.5					
睡眠不足	768	20.0	784	27.5	142,775	25.0	27,457	24.4	1,406,666	24.9					
毎日飲酒	736	19.2	550	19.3	147,614	25.4	28,746	23.9	1,460,415	24.6					
時々飲酒	920	23.9	677	23.7	119,206	20.5	28,471	23.6	1,323,516	22.3					
②	一日飲酒量	1合未満	891	53.8	595	48.5	236,347	62.8	36,331	56.3	2,762,536	65.6			
		1～2合	540	32.6	400	32.6	94,518	25.1	19,269	29.9	972,002	23.1			
		2～3合	167	10.1	193	15.7	35,904	9.5	6,938	10.8	371,532	8.8			
		3合以上	58	3.5	39	3.2	9,402	2.5	1,940	3.0	105,676	2.5			









### 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(諏訪市)

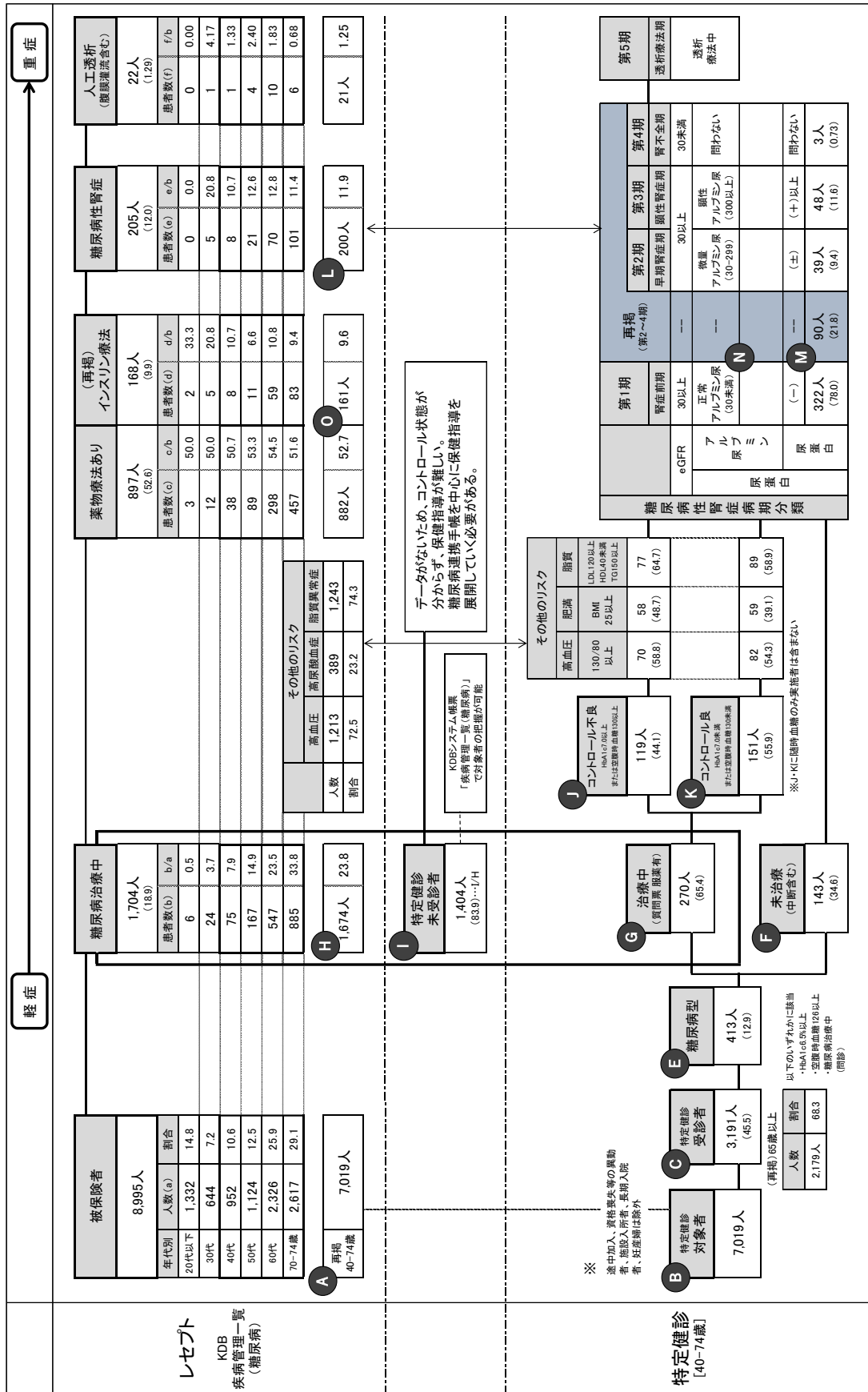
項目	突合表	諏訪市										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	11,072人		10,503人		10,126人		9,905人		9,459人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		8,478人		8,079人		7,811人		7,752人		7,388人					
2	① 対象者数	B	8,356人		7,923人		7,682人		7,574人		7,235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	4,361人		4,109人		3,652人		3,589人		3,297人					
	③ 受診率		52.2%		51.9%		47.5%		47.4%		45.6%					
3	① 特定 保健指導 対象者数		420人		394人		344人		301人		286人					
	② 実施率		68.8%		62.2%		64.8%		58.1%		62.6%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	538人	12.7%	534人	13.1%	522人	14.2%	490人	13.9%	413人	12.9%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	148人	27.5%	191人	35.8%	184人	35.2%	172人	35.1%	143人	34.6%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	390人	72.5%	343人	64.2%	338人	64.8%	318人	64.9%	270人	65.4%			
		④ コントロール不良 HbA1c10以上または空腹時血糖130以上	J	187人	47.9%	179人	52.2%	147人	43.5%	132人	41.5%	119人	44.1%			
		⑤ 血圧 130/80以上		121人	64.7%	123人	68.7%	101人	68.7%	81人	61.4%	70人	58.8%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		84人	44.9%	82人	45.8%	72人	49.0%	60人	45.5%	58人	48.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	203人	52.1%	164人	47.8%	191人	56.5%	186人	58.5%	151人	55.9%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	363人	67.5%	394人	73.8%	384人	73.6%	382人	78.0%	322人	78.0%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(+)		81人	15.1%	56人	10.5%	57人	10.9%	41人	8.4%	39人	9.4%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(++)		90人	16.7%	76人	14.2%	75人	14.4%	62人	12.7%	48人	11.6%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	0.7%	6人	1.1%	4人	0.8%	4人	0.8%	3人	0.7%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		114.9人		112.2人		105.8人		120.4人		120.3人			KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		147.9人		144.7人		135.6人		152.5人		152.4人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1処方箋算入)	入院外(件数)	6,982件	(859.9)	6,968件	(890.0)	6,878件	(893.1)	7,023件	(944.5)	6,440件	(926.8)	1,857,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)	26件	(3.2)	25件	(3.2)	28件	(3.6)	27件	(3.6)	17件	(2.4)	7,406件	(4.5)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,272人	11.5%	1,178人	11.2%	1,071人	10.6%	1,193人	12.0%	1,138人	12.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		1,254人	14.8%	1,169人	14.5%	1,059人	13.6%	1,182人	15.2%	1,126人	15.2%			
		⑦ 健診未受診者	I	864人	68.9%	779人	66.6%	721人	68.1%	864人	73.1%	856人	76.0%			
		⑧ インスリン治療	O	90人	7.1%	84人	7.1%	64人	6.0%	86人	7.2%	84人	7.4%			
		⑨ (再掲)40-74歳		87人	6.9%	82人	7.0%	62人	5.9%	84人	7.1%	82人	7.3%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	149人	11.7%	153人	13.0%	128人	12.0%	154人	12.9%	143人	12.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳		148人	11.8%	153人	13.1%	128人	12.1%	154人	13.0%	139人	12.3%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		22人	1.7%	18人	1.5%	18人	1.7%	19人	1.6%	19人	1.7%			
		⑬ (再掲)40-74歳		22人	1.8%	18人	1.5%	18人	1.7%	19人	1.6%	19人	1.7%			
		⑭ 新規透析患者数		5人	0.39	11人	0.93	8人	0.74	4人	0.33	4人	0.35			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人	0.23	6人	0.5	6人	0.56	4人	0.33	2人	0.17			
		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)		37人	1.8%	40人	1.9%	39人	1.9%	47人	2.1%	43人	1.9%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	医療費	① 総医療費		35億5188万円		33億4674万円		32億4156万円		33億2513万円		32億0210万円		28億4626万円	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		19億9625万円		17億9123万円		18億3540万円		18億4578万円		18億0616万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		56.2%		53.5%		56.6%		55.5%		56.4%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	14,133円		11,824円		11,385円		11,680円		11,362円		7,237円		
		⑤ 健診未受診者	33,379円		32,100円		35,717円		36,478円		38,378円		38,862円			
		⑥ 糖尿病医療費		1億7251万円		1億8472万円		1億8837万円		1億9316万円		1億7967万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.6%		10.3%		10.3%		10.5%		9.9%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億6154万円		5億7114万円		5億4403万円		5億9109万円		5億5045万円				
		⑨ 1件あたり		34,215円		35,743円		35,006円		36,888円		37,374円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億7889万円		2億7792万円		3億0430万円		3億7777万円		2億7005万円				
		⑪ 1件あたり		685,158円		614,857円		688,454円		766,268円		670,091円				
		⑫ 在院日数		16日		16日		16日		16日		15日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億6888万円		1億6202万円		1億4861万円		1億5074万円		1億2813万円		1億2396万円		
		⑭ 透析有り		1億5975万円		1億5300万円		1億4447万円		1億4802万円		1億2427万円		1億1532万円		
		⑮ 透析なし		913万円		902万円		415万円		273万円		387万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費		40億5564万円		41億0225万円		40億7191万円		41億5298万円		41億2681万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		9件 27.3%	10件 30.3%	9件 25.7%	6件 20.7%	6件 25.0%								
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		6人 1.1%	4人 0.8%	3人 0.6%	4人 0.8%	5人 0.9%			2,819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 糖尿病性腎症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病性腎症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

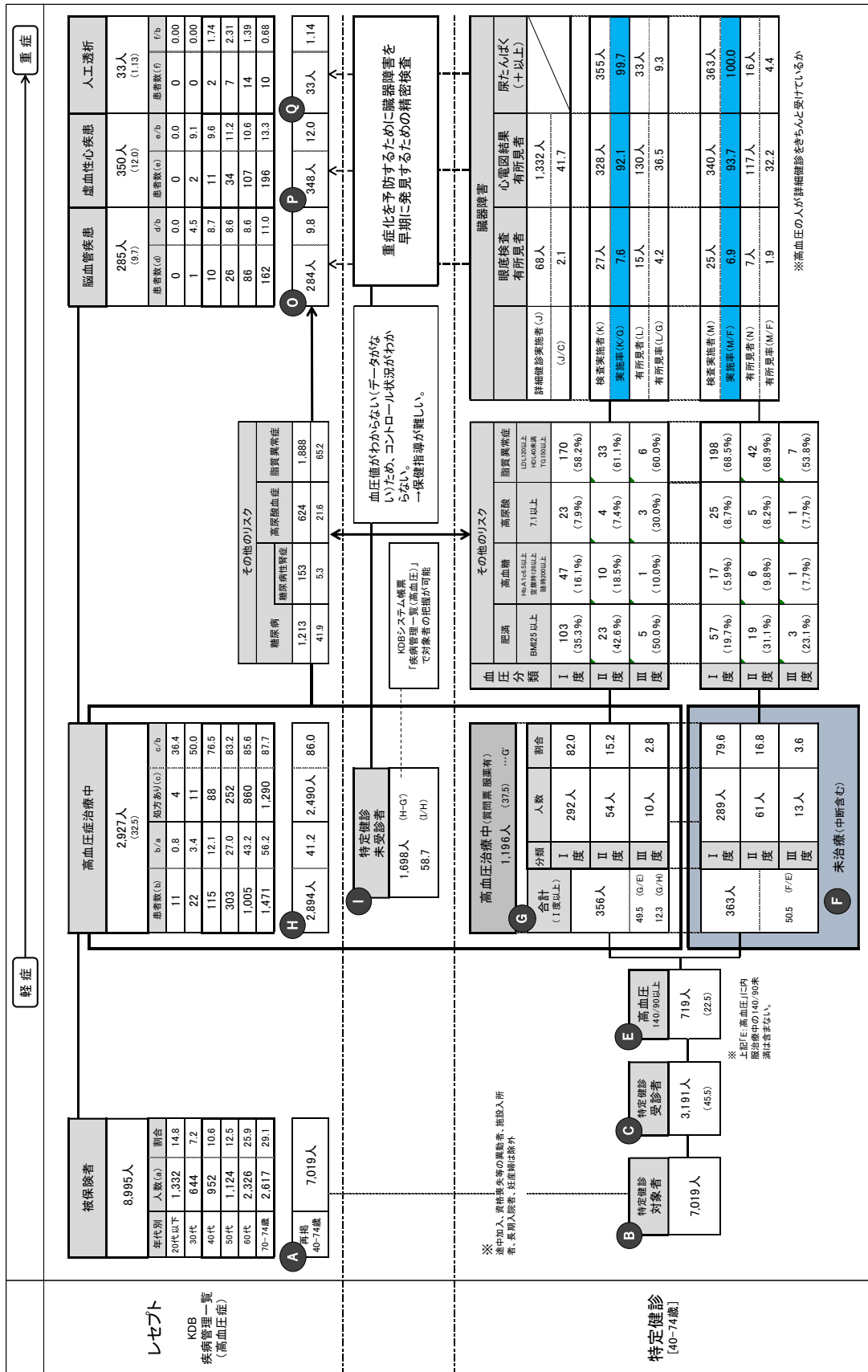
令和04年度



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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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



参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲	
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上			
		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	4,424	1,722	38.9%	1,636	37.0%	634	14.3%	217	4.9%	145	3.3%	70	1.6%	141	3.2%	45	1.0%
H30	4,239	2,007	47.3%	1,370	32.3%	487	11.5%	186	4.4%	129	3.0%	60	1.4%	111	2.6%	36	0.8%
R01	4,061	1,720	42.4%	1,424	35.1%	515	12.7%	175	4.3%	159	3.9%	68	1.7%	148	3.6%	49	1.2%
R02	3,679	1,643	44.7%	1,194	32.5%	463	12.6%	176	4.8%	146	4.0%	57	1.5%	116	3.2%	37	1.0%
R03	3,521	1,493	42.4%	1,239	35.2%	445	12.6%	186	5.3%	107	3.0%	51	1.4%	88	2.5%	36	1.0%
R04	3,191	1,348	42.2%	1,103	34.6%	439	13.8%	158	5.0%	107	3.4%	36	1.1%	82	2.6%	28	0.9%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		9.8%		
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合			
											人数	割合
H29	4,424	1,722 38.9%	1,636 37.0%	634 14.3%	432 9.8%	161 37.3%	271 62.7%	215 4.9%	56 26.0%	159 74.0%	4.9%	9.8%
H30	4,239	2,007 47.3%	1,370 32.3%	487 11.5%	375 8.8%	128 34.1%	247 65.9%	189 4.5%	45 23.8%	144 76.2%	4.5%	8.8%
R01	4,061	1,720 42.4%	1,424 35.1%	515 12.7%	402 9.9%	166 41.3%	236 58.7%	227 5.6%	75 33.0%	152 67.0%	5.6%	9.9%
R02	3,679	1,643 44.7%	1,194 32.5%	463 12.6%	379 10.3%	163 43.0%	216 57.0%	203 5.5%	67 33.0%	136 67.0%	5.5%	10.3%
R03	3,521	1,493 42.4%	1,239 35.2%	445 12.6%	344 9.8%	145 42.2%	199 57.8%	158 4.5%	56 35.4%	102 64.6%	4.5%	9.8%
R04	3,191	1,348 42.2%	1,103 34.6%	439 13.8%	301 9.4%	125 41.5%	176 58.5%	143 4.5%	49 34.3%	94 65.7%	4.5%	9.4%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる							
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上				7.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	400	9.0%	4	1.0%	25	6.3%	100	25.0%	112	28.0%	106	26.5%	53	13.3%	108	27.0%	31	7.8%
	H30	390	9.2%	8	2.1%	37	9.5%	98	25.1%	103	26.4%	101	25.9%	43	11.0%	85	21.8%	24	6.2%
	R01	343	8.4%	7	2.0%	25	7.3%	75	21.9%	84	24.5%	107	31.2%	45	13.1%	103	30.0%	34	9.9%
	R02	338	9.2%	7	2.1%	25	7.4%	90	26.6%	80	23.7%	103	30.5%	33	9.8%	76	22.5%	19	5.6%
	R03	318	9.0%	9	2.8%	25	7.9%	85	26.7%	97	30.5%	69	21.7%	33	10.4%	59	18.6%	22	6.9%
R04	270	8.5%	4	1.5%	22	8.1%	68	25.2%	82	30.4%	67	24.8%	27	10.0%	54	20.0%	20	7.4%	
治療なし	H29	4,024	91.0%	1,718	42.7%	1,611	40.0%	534	13.3%	105	2.6%	39	1.0%	17	0.4%	33	0.8%	14	0.3%
	H30	3,849	90.8%	1,999	51.9%	1,333	34.6%	389	10.1%	83	2.2%	28	0.7%	17	0.4%	26	0.7%	12	0.3%
	R01	3,718	91.6%	1,713	46.1%	1,399	37.6%	440	11.8%	91	2.4%	52	1.4%	23	0.6%	45	1.2%	15	0.4%
	R02	3,341	90.8%	1,636	49.0%	1,169	35.0%	373	11.2%	96	2.9%	43	1.3%	24	0.7%	40	1.2%	18	0.5%
	R03	3,203	91.0%	1,484	46.3%	1,214	37.9%	360	11.2%	89	2.8%	38	1.2%	18	0.6%	29	0.9%	14	0.4%
R04	2,921	91.5%	1,344	46.0%	1,081	37.0%	371	12.7%	76	2.6%	40	1.4%	9	0.3%	28	1.0%	8	0.3%	

## 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	4,425	1,264	28.6%	840	19.0%	1,381	31.2%	799	18.1%	119	2.7%	22	0.5%
H30	4,239	1,192	28.1%	713	16.8%	1,331	31.4%	833	19.7%	138	3.3%	32	0.8%
R01	4,062	1,120	27.6%	718	17.7%	1,244	30.6%	776	19.1%	179	4.4%	25	0.6%
R02	3,679	979	26.6%	663	18.0%	1,123	30.5%	735	20.0%	145	3.9%	34	0.9%
R03	3,522	898	25.5%	694	19.7%	1,047	29.7%	704	20.0%	149	4.2%	30	0.9%
R04	3,191	864	27.1%	627	19.6%	981	30.7%	581	18.2%	115	3.6%	23	0.7%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	4,425	2,104 47.5%	1,381 31.2%	799 18.1%	141 3.2%	87 61.7%	54 38.3%	0.5%	3.2%
H30	4,239	1,905 44.9%	1,331 31.4%	833 19.7%	170 4.0%	93 54.7%	77 45.3%	0.8%	4.0%
R01	4,062	1,838 45.2%	1,244 30.6%	776 19.1%	204 5.0%	115 56.4%	89 43.6%	0.6%	5.0%
R02	3,679	1,642 44.6%	1,123 30.5%	735 20.0%	179 4.9%	92 51.4%	87 48.6%	0.9%	4.9%
R03	3,522	1,592 45.2%	1,047 29.7%	704 20.0%	179 5.1%	103 57.5%	76 42.5%	0.9%	5.1%
R04	3,191	1,491 46.7%	981 30.7%	581 18.2%	138 4.3%	74 53.6%	64 46.4%	0.7%	4.3%

### 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	1,498	33.9%	208	13.9%	279	18.6%	581	38.8%	376	25.1%	48	3.2%	6	0.4%
	H30	1,466	34.6%	185	12.6%	253	17.3%	539	36.8%	412	28.1%	68	4.6%	9	0.6%
	R01	1,371	33.8%	144	10.5%	241	17.6%	510	37.2%	387	28.2%	80	5.8%	9	0.7%
	R02	1,365	37.1%	179	13.1%	236	17.3%	491	36.0%	372	27.3%	75	5.5%	12	0.9%
	R03	1,288	36.6%	152	11.8%	253	19.6%	448	34.8%	359	27.9%	69	5.4%	7	0.5%
	R04	1,196	37.5%	156	13.0%	231	19.3%	453	37.9%	292	24.4%	54	4.5%	10	0.8%
治療なし	H29	2,927	66.1%	1,056	36.1%	561	19.2%	800	27.3%	423	14.5%	71	2.4%	16	0.5%
	H30	2,773	65.4%	1,007	36.3%	460	16.6%	792	28.6%	421	15.2%	70	2.5%	23	0.8%
	R01	2,691	66.2%	976	36.3%	477	17.7%	734	27.3%	389	14.5%	99	3.7%	16	0.6%
	R02	2,314	62.9%	800	34.6%	427	18.5%	632	27.3%	363	15.7%	70	3.0%	22	1.0%
	R03	2,234	63.4%	746	33.4%	441	19.7%	599	26.8%	345	15.4%	80	3.6%	23	1.0%
	R04	1,995	62.5%	708	35.5%	396	19.8%	528	26.5%	289	14.5%	61	3.1%	13	0.7%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値				
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	4,425	1,977	44.7%	1,119	25.3%	717	16.2%	398	9.0%	214	4.8%
	H30	4,239	1,778	41.9%	1,036	24.4%	798	18.8%	383	9.0%	244	5.8%
	R01	4,061	1,524	37.5%	1,048	25.8%	801	19.7%	395	9.7%	293	7.2%
	R02	3,679	1,607	43.7%	899	24.4%	685	18.6%	320	8.7%	168	4.6%
	R03	3,522	1,541	43.8%	945	26.8%	596	16.9%	280	8.0%	160	4.5%
R04	3,191	1,557	48.8%	832	26.1%	477	14.9%	223	7.0%	102	3.2%	
男性	H29	1,914	964	50.4%	448	23.4%	284	14.8%	154	8.0%	64	3.3%
	H30	1,854	901	48.6%	434	23.4%	313	16.9%	126	6.8%	80	4.3%
	R01	1,819	776	42.7%	446	24.5%	349	19.2%	141	7.8%	107	5.9%
	R02	1,628	785	48.2%	386	23.7%	291	17.9%	116	7.1%	50	3.1%
	R03	1,546	756	49.0%	375	24.3%	256	16.6%	99	6.4%	58	3.8%
R04	1,374	746	54.3%	336	24.5%	171	12.4%	83	6.0%	38	2.8%	
女性	H29	2,511	1,013	40.3%	671	26.7%	433	17.2%	244	9.7%	150	6.0%
	H30	2,385	877	36.8%	602	25.2%	485	20.3%	257	10.8%	164	6.9%
	R01	2,242	746	33.4%	602	26.9%	452	20.2%	254	11.3%	186	8.3%
	R02	2,051	822	40.1%	513	25.0%	394	19.2%	204	9.9%	118	5.8%
	R03	1,976	783	39.6%	570	28.8%	340	17.2%	181	9.2%	102	5.2%
R04	1,817	811	44.6%	496	27.3%	306	16.8%	140	7.7%	64	3.5%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
H29	4,425	1,977 44.7%	1,119 25.3%	717 16.2%	612 13.8%	523 85.5%	89 14.5%	13.8%
					214 4.8%	183 85.5%	31 14.5%	
H30	4,239	1,778 41.9%	1,036 24.4%	798 18.8%	627 14.8%	541 86.3%	86 13.7%	14.8%
					244 5.8%	215 88.1%	29 11.9%	
R01	4,061	1,524 37.5%	1,048 25.8%	801 19.7%	688 16.9%	597 86.8%	91 13.2%	16.9%
					293 7.2%	258 88.1%	35 11.9%	
R02	3,679	1,607 43.7%	899 24.4%	685 18.6%	488 13.3%	419 85.9%	69 14.1%	13.3%
					168 4.6%	145 86.3%	23 13.7%	
R03	3,522	1,541 43.8%	945 26.8%	596 16.9%	440 12.5%	384 87.3%	56 12.7%	12.5%
					160 4.5%	143 89.4%	17 10.6%	
R04	3,191	1,557 48.8%	832 26.1%	477 14.9%	325 10.2%	283 87.1%	42 12.9%	10.2%
					102 3.2%	88 86.3%	14 13.7%	

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	1,110	25.1%	635	57.2%	259	23.3%	127	11.4%	58	5.2%	31	2.8%
	H30	1,109	26.2%	592	53.4%	275	24.8%	156	14.1%	57	5.1%	29	2.6%
	R01	1,077	26.5%	567	52.6%	259	24.0%	160	14.9%	56	5.2%	35	3.2%
	R02	1,112	30.2%	641	57.6%	264	23.7%	138	12.4%	46	4.1%	23	2.1%
	R03	1,114	31.6%	658	59.1%	297	26.7%	103	9.2%	39	3.5%	17	1.5%
R04	1,044	32.7%	684	65.5%	234	22.4%	84	8.0%	28	2.7%	14	1.3%	
治療なし	H29	3,315	74.9%	1,342	40.5%	860	25.9%	590	17.8%	340	10.3%	183	5.5%
	H30	3,130	73.8%	1,186	37.9%	761	24.3%	642	20.5%	326	10.4%	215	6.9%
	R01	2,984	73.5%	957	32.1%	789	26.4%	641	21.5%	339	11.4%	258	8.6%
	R02	2,567	69.8%	966	37.6%	635	24.7%	547	21.3%	274	10.7%	145	5.6%
	R03	2,408	68.4%	883	36.7%	648	26.9%	493	20.5%	241	10.0%	143	5.9%
R04	2,147	67.3%	873	40.7%	598	27.9%	393	18.3%	195	9.1%	88	4.1%	