

茅野市国民健康保険
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

茅野市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……32

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

第4章 課題解決するための個別保健事業40

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69

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

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

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

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(平成25年6月閣議決定)

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、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。

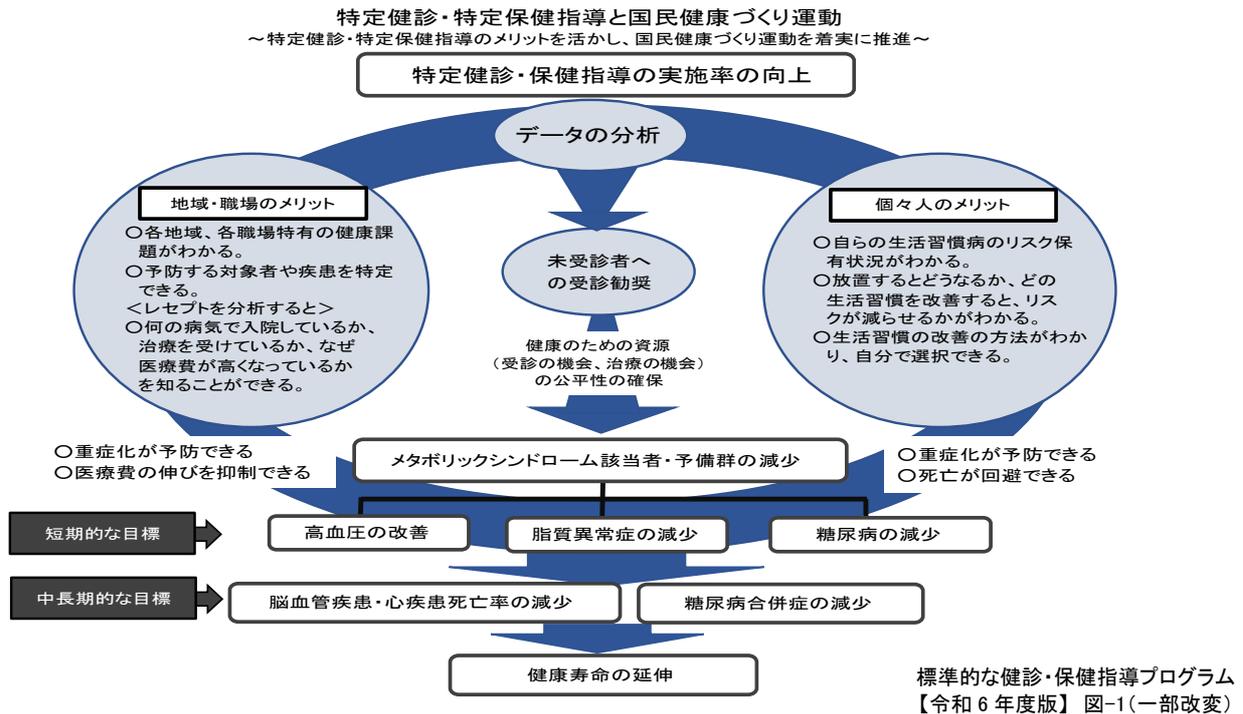
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

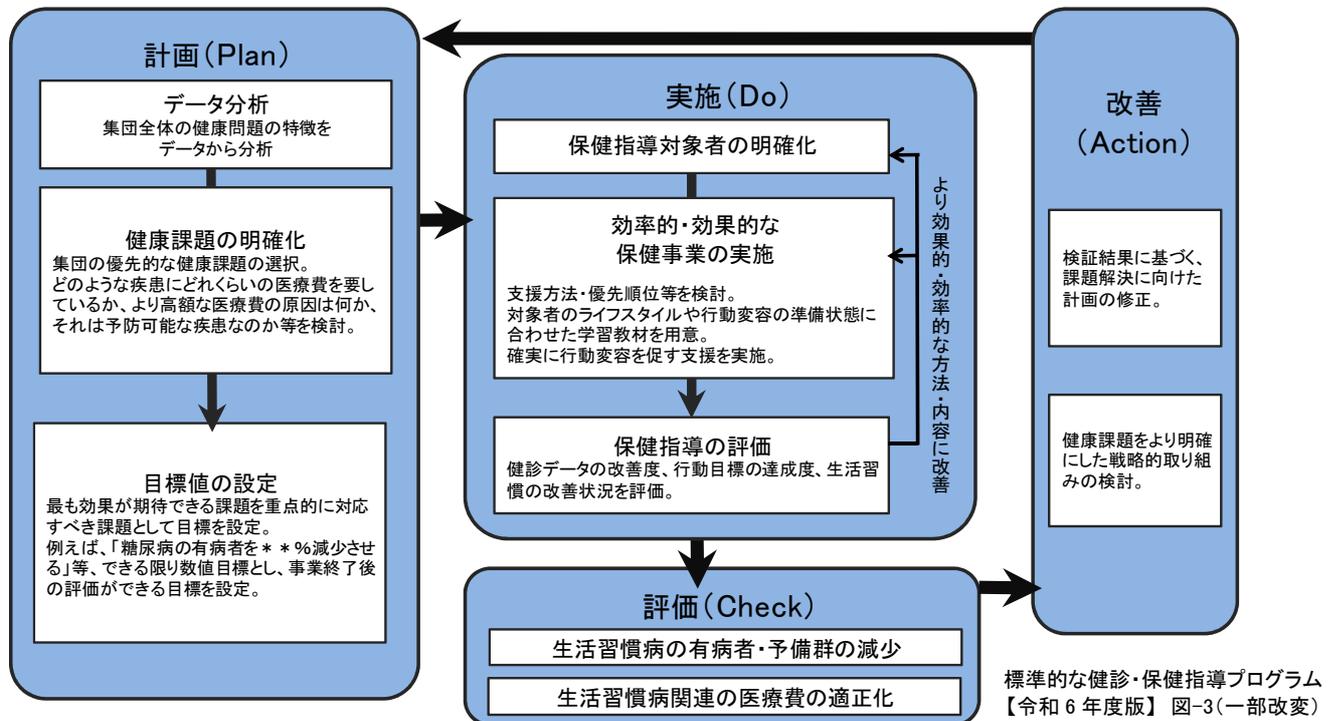
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 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
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

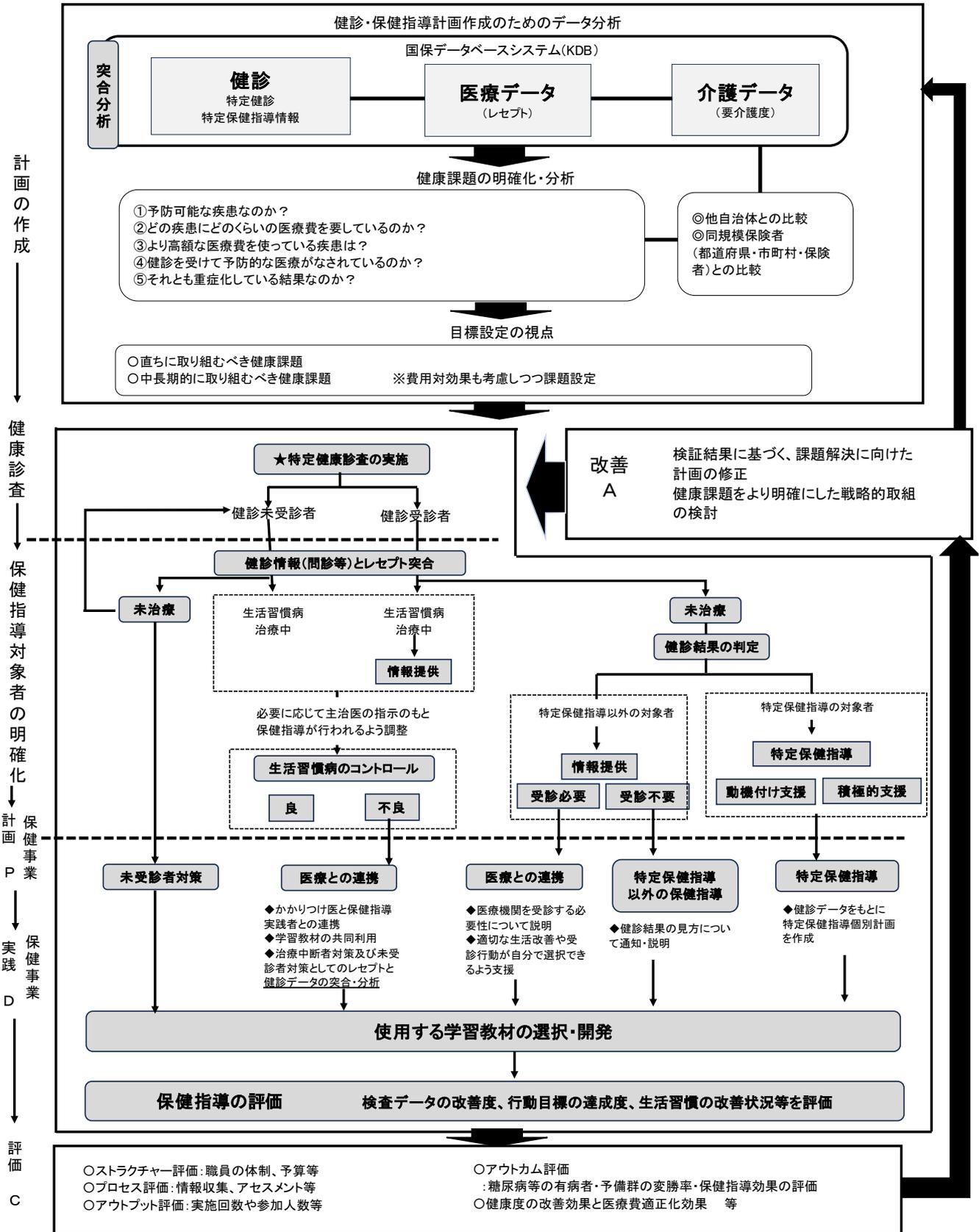


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

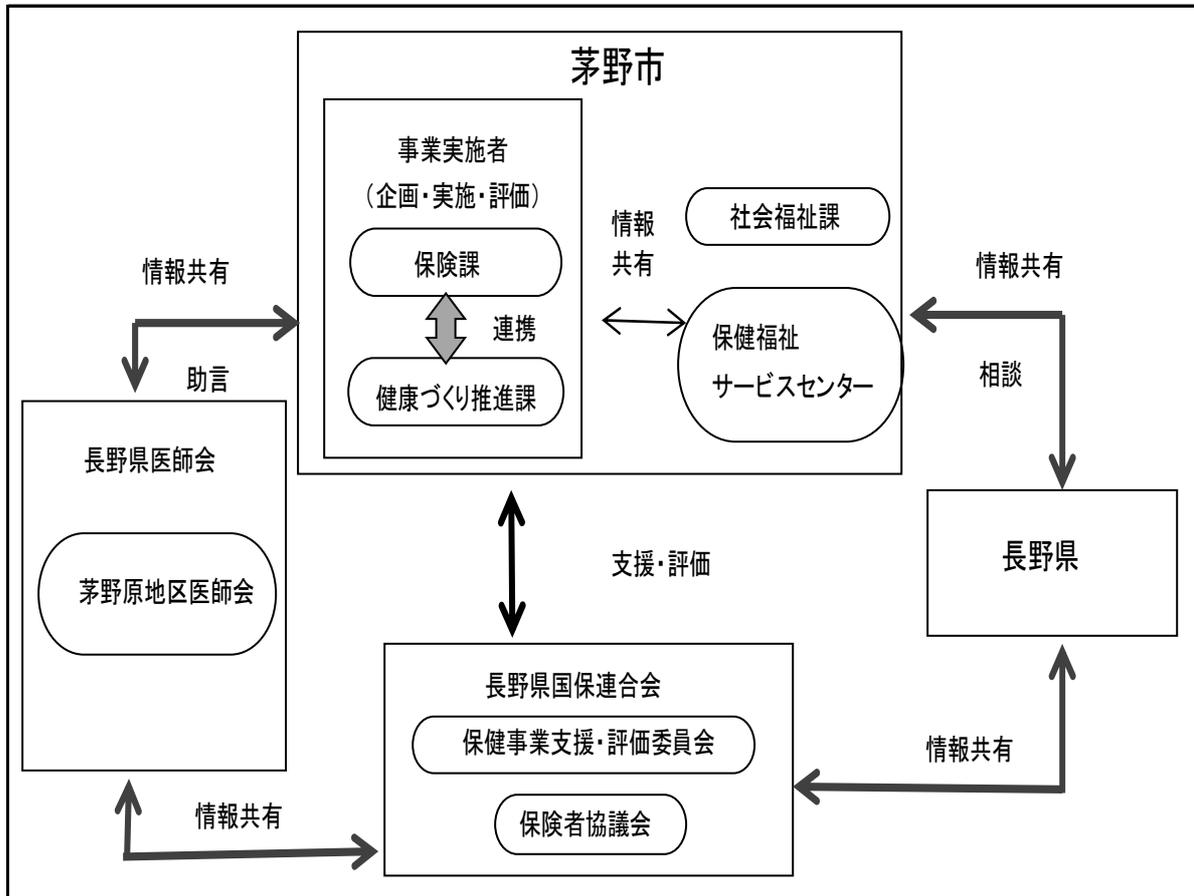
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、高齢者・保険課及び健康づくり推進課が中心となって、関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映さ

せまず。

具体的には、保健福祉サービスセンター、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）

図表 6 茅野市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、連携・協力が重要となります。特定健診の委託先でもある茅野・原地区医師会と、検診会議等を通じて、引き続き連携を進めていきます。

国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）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受ける等の連携・協力が重要となります。

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となっていることから、計画策定においては、長野県健康福祉部及び諏訪保健福祉事務所と意見交換を行い、連携に努めます。

<参考>手引きより抜粋

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。

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

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、被保険者である国保運営協議会の委員より保健事業についての意見をいただいて、反映しています。

5. 保険者努力支援制度

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

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しています。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7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
			茅野市	配点	茅野市	配点	茅野市	配点		
交付額(万円)			366		375					
全国順位(1,741市町村中)			53位		19位		47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	115	70	115	70	115	70		
		(3)メボリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	55	40	57	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	105	90	60	90	65	45		
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20		
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		40	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合		110	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率		60	100	85	100	85	100
		②	データヘルス計画の実施状況		40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組		25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施		20	30	40	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組		27	40	36	50	43	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況		80	95	77	100	76	100	
合計点			767	1,000	798	960	751	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約5.5万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で30.7%でした。同規模、国と比較すると、高齢者の割合、被保険者の平均年齢、出生率、財政指数においてほぼ同等となっております。産業においては、第3次産業が56.8%で最も高いですが、同規模、県、国と比べると第2次産業の割合も多くなっています。(図表8)

国保加入率は19.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向です。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約48%を占めています。(図表9)

また本市内には1つの病院、36の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても少なく、病床数も少ないことから、医療資源が限られているためか、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して低い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した茅野市の特性

	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
茅野市	55,520	30.7	10,687 (19.2)	55.2	6.4	11.6	0.6	6.8	36.3	56.8
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
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

※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、茅野市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表9 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								
被保険者数	12,284		11,842		11,666		11,326		10,687	
65～74歳	5,898	48.0	5,695	48.1	5,656	48.5	5,551	49.0	5,113	47.8
40～64歳	3,885	31.6	3,686	31.1	3,654	31.3	3,536	31.2	3,449	32.3
39歳以下	2,501	20.4	2,461	20.8	2,356	20.2	2,239	19.8	2,125	19.9
加入率	22.0		21.2		20.9		20.3		19.2	

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

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0.3	0.3
診療所数	39	3.2	39	3.3	39	3.3	38	3.4	36	3.4	3.6	3.8
病床数	360	29.3	360	30.4	360	30.9	360	31.8	360	33.7	59.4	56.7
医師数	133	10.8	133	11.2	137	11.7	137	12.1	135	12.6	10.0	12.8
外来患者数	654.5		656.8		605.6		641.0		668.0		719.9	
入院患者数	18.4		18.1		17.2		18.2		17.2		19.6	

出典：KDBシステム、地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で56人(認定率0.30%)、1号(65歳以上)被保険者で2,864人(認定率16.8%)です。1号認定率は、同規模・国と比較すると低く、平成30年度と比べても減少しています。(図表 11)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療に移行するにあたり、75歳以上の新規認定者数が増加しており、介護給付費約43億円から約46億円に伸びています。(図表 12)

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6割以上、第1号被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	茅野市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	15,808人	28.3%	17,059人	30.7%	30.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	59人	0.32%	56人	0.30%	0.36%	0.28%	0.38%
新規認定者	10人		12人		--	--	--
1号認定者	2,753人	17.4%	2,864人	16.8%	18.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	411人		406人		--	--	--
再掲	65~74歳	282人	3.5%	251人	3.1%	--	--
新規認定者	56人		42人		--	--	--
75歳以上	2,471人	32.3%	2,613人	28.8%	--	--	--
新規認定者	355人		364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 12 介護給付費の変化

	茅野市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	43億3995万円	46億2207万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	274,542	270,946	274,536	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	65,261	64,896	63,298	62,434	59,662
居宅サービス	44,041	42,995	41,822	40,752	41,272
施設サービス	273,384	275,222	292,502	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 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4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)		56		251		2,614		2,865				
再)国保・後期		34		206		2,558		2,798				
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	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	21	脳卒中	80	脳卒中	974	脳卒中	1,054	脳卒中	1,075
				61.8%		38.8%		38.1%		38.1%		38.4%
		2	虚血性心疾患	5	腎不全	37	虚血性心疾患	638	虚血性心疾患	673	虚血性心疾患	678
				14.7%		18.0%		24.9%		24.3%		24.2%
	3	腎不全	4	虚血性心疾患	35	腎不全	453	腎不全	490	腎不全	494	
			11.8%		17.0%		17.7%		17.7%		17.7%	
	4	糖尿病合併症	5	糖尿病合併症	43	糖尿病合併症	295	糖尿病合併症	338	糖尿病合併症	343	
			14.7%		20.9%		11.5%		12.2%		12.3%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			29	基礎疾患	180	基礎疾患	2,370	基礎疾患	2,550	基礎疾患	2,579	
		85.3%		87.4%		92.7%		92.3%		92.2%		
血管疾患合計			30	合計	183	合計	2,411	合計	2,594	合計	2,624	
		88.2%		88.8%		94.3%		93.8%		93.8%		
認知症		認知症	5	認知症	40	認知症	1,099	認知症	1,139	認知症	1,144	
			14.7%		19.4%		43.0%		41.2%		40.9%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	31	筋骨格系	179	筋骨格系	2,425	筋骨格系	2,604	筋骨格系	2,635	
			91.2%		86.9%		94.8%		94.2%		94.2%	

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少していることから、総医療費は減少しており、一人当たりの医療費は、同規模・県・国と比べて低いです。しかし、平成30年度と比べると、一人当たりの医療費は3万円以上伸びています。また、入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2.5%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平成30年度と比較しても7万円以上高くなっています。(図表14)

次に、年齢調整をした地域差指数は、全国平均の1を下回ってはいますが、平成30年度と比べると伸びています。(図表15)

一人あたり医療費が伸びていることは、入院費用の伸びが主要因であり、入院を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要です。そのため、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

	茅野市		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)	12,284人	10,687人	--	--	--	
前期高齢者割合	5,898人 (48.0%)	5,113人 (47.8%)	--			
総医療費	38億4711万円	37億3544万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	313,181	349,531	366,294	352,023	358,522	
入院	1件あたり費用額(円)	564,180	641,180	610,160	607,840	619,090
	費用の割合	40.6	38.8	40.5	39.2	40.1
	件数の割合	2.7	2.5	2.7	2.5	2.6
外来	1件あたり費用額	23,250	26,090	24,470	24,510	24,520
	費用の割合	59.4	61.2	59.5	60.8	59.9
	件数の割合	97.3	97.5	97.3	97.5	97.4
受診率	672.937	685.184	739.503	726.512	728.39	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は茅野市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

図表 15 一人当たり(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			
	茅野市 (県内市町村中)		県 (47県中)	茅野市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	0.905	0.922	0.958	0.850	0.871	0.899
		(48位)	(35位)	(36位)	(41位)	(40位)	(38位)
	入院	0.899	0.886	0.963	0.810	0.836	0.883
		(44位)	(45位)	(35位)	(42位)	(47位)	(32位)
	外来	0.909	0.950	0.960	0.892	0.908	0.922
		(43位)	(31位)	(40位)	(34位)	(32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が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少しています。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患共に患者数は減少していますが、割合については、ほぼ横ばいでした。(図表17)

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

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			茅野市		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)			38億4711万円	37億3544万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億2525万円	2億5360万円	--	--	--
			8.45%	6.79%	7.95%	8.01%	8.20%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.53%	1.44%	2.08%	2.19%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.76%	0.89%	1.42%	1.23%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.75%	4.34%	4.16%	4.37%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.42%	0.12%	0.29%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.83%	15.53%	17.03%	16.45%	16.77%
	筋・骨疾患		8.51%	9.63%	8.72%	9.22%	8.71%
	精神疾患		7.94%	6.40%	8.04%	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 17 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	12,284	10,687	a	671	542	528	435	56	51
				a/A	5.5%	5.1%	4.3%	4.1%	0.5%	0.5%
40歳以上	B	9,783	8,562	b	667	538	526	430	56	51
	B/A	79.6%	80.1%	b/B	6.8%	6.3%	5.4%	5.0%	0.6%	0.6%
再 掲	40~64歳	3,885	3,449	c	133	122	99	83	30	30
				C/A	31.6%	32.3%	c/C	3.4%	3.5%	2.5%
	65~74歳	5,898	5,113	d	534	416	427	347	26	21
				D/A	48.0%	47.8%	d/D	9.1%	8.1%	7.2%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧・脂質異常症の治療者の割合は増えており、糖尿病の治療者の割合は横ばいです。一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っていますが、人工透析の割合は横ばいです。人工透析は高血圧・糖尿病共に40~64歳の若い世代で増加しています。(図表18~20)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。重症化を予防するために引き続き力を入れていく必要があります。

図表 18 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	3,716	3,374	824	762	2,892	2,612	
	A/被保数	38.0%	39.4%	21.2%	22.1%	49.0%	51.1%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	373	256	70	53	303	203
		B/A	10.0%	7.6%	8.5%	7.0%	10.5%	7.8%
	虚血性心疾患	C	370	299	68	49	302	250
		C/A	10.0%	8.9%	8.3%	6.4%	10.4%	9.6%
	人工透析	D	52	47	27	28	25	19
		D/A	1.4%	1.4%	3.3%	3.7%	0.9%	0.7%

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

図表 19 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	1,857	1,598	452	379	1,405	1,219	
	A/被保数	19.0%	18.7%	11.6%	11.0%	23.8%	23.8%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	189	128	41	22	148	106
		B/A	10.2%	8.0%	9.1%	5.8%	10.5%	8.7%
	虚血性心疾患	C	204	149	37	23	167	126
		C/A	11.0%	9.3%	8.2%	6.1%	11.9%	10.3%
	人工透析	D	37	34	19	19	18	15
		D/A	2.0%	2.1%	4.2%	5.0%	1.3%	1.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	159	144	43	30	116	114
		E/A	8.6%	9.0%	9.5%	7.9%	8.3%	9.4%
	糖尿病性網膜症	F	375	312	83	66	292	246
		F/A	20.2%	19.5%	18.4%	17.4%	20.8%	20.2%
	糖尿病性神経障害	G	75	52	25	15	50	37
		G/A	4.0%	3.3%	5.5%	4.0%	3.6%	3.0%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覽(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 20 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	3,312	3,128	805	766	2,507	2,362
		A/被保数	33.9%	36.5%	20.7%	22.2%	42.5%	46.2%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	280	213	55	42	225	171
		B/A	8.5%	6.8%	6.8%	5.5%	9.0%	7.2%
	虚血性心疾患	C	339	292	64	50	275	242
		C/A	10.2%	9.3%	8.0%	6.5%	11.0%	10.2%
	人工透析	D	26	26	14	15	12	11
		D/A	0.8%	0.8%	1.7%	2.0%	0.5%	0.5%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、糖尿病の有所見者の割合は減っていますが、高血圧の有所見者の割合が伸びてきており、ヘルスサポートラボツール利用の 448 市町村平均と比較しても高くなっています。また未治療者について、健診後に医療につながったかをレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 32%、糖尿病で約 4%います。(図表 21)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は脳血管疾患、虚血性心疾患では増えてはいませんが、人工透析については 40～64 歳では増加しています。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 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	
茅野市	4,659	49.6	3,596	41.6	356	7.6	240	67.4	301	8.4	200	66.4	96	31.9	14	4.7
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	
茅野市	4,632	99.4	3,592	99.9	200	4.3	40	20.0	129	3.6	27	20.9	5	3.9	4	3.1
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、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は微増していますが、3項目すべての危険因子の該当者は減り、2項目該当者と予備群が微増しています。(図表22)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、LDL-160以上の有所見割合は、減少していますが、Ⅱ度高血圧以上は増加しました。さらに翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDL-160以上は改善率が上がってきています。しかし、HbA1c6.5以上は改善率が減少し、変化なしの割合が高くなっています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表23~25)

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

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,659 (49.6%)	835 (17.9%)	243 (5.2%)	592 (12.7%)	514 (11.0%)
R04年度	3,646 (44.5%)	672 (18.4%)	179 (4.9%)	493 (13.5%)	424 (11.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	429 (9.3%)	109 (25.4%)	141 (32.9%)	63 (14.7%)	116 (27.0%)
R03→R04	260 (7.2%)	56 (21.5%)	92 (35.4%)	35 (13.5%)	77 (29.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	356 (7.6%)	167 (46.9%)	62 (17.4%)	18 (5.1%)	109 (30.6%)
R03→R04	301 (8.4%)	151 (50.2%)	54 (17.9%)	13 (4.3%)	83 (27.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	621 (13.3%)	265 (42.7%)	166 (26.7%)	43 (6.9%)	147 (23.7%)
R03→R04	461 (12.8%)	215 (46.6%)	111 (24.1%)	20 (4.3%)	115 (24.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には、51.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 26)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表 27)

特定保健指導については、毎年実施率が上がっている状況です。

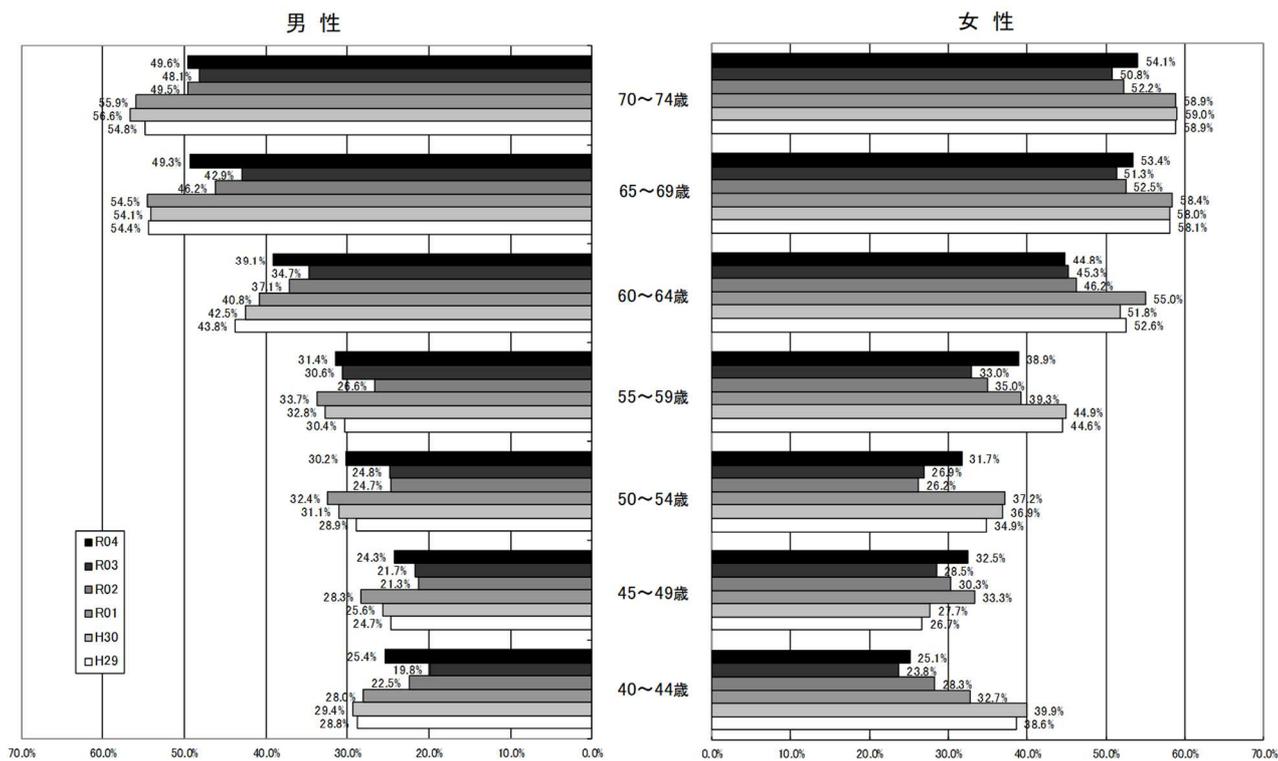
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。今後、40～50代の受診率の向上を視野に入れた未受診者対策を考えていく必要があると考えます。

図表 26 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	4,476	4,335	3,697	3,454	3,508	健診受診率 60%
	受診率	50.7%	51.0%	44.1%	42.4%	45.7%	
特定保健指導	該当者数	538	482	399	353	386	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.0%	11.1%	10.8%	10.2%	11.0%	
	実施者数	342	325	282	257	286	
	実施率	63.6%	67.4%	70.7%	72.8%	74.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 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

糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導実施の割合は、令和3年度に一度減少しましたが令和4年度には43.9%と増加しており、血糖値所見者割合は横ばい、未治療の割合はほぼ横ばいです。

本市では、HbA1c7%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきた結果、HbA1c6.5%以上は、令和2年174人から令和4年115人に減っています。(図表28)また、HbA1c6.5%以上の未治療者へ保健指導を行ったところ76.9%が医療につながりました。(図表29)引き続き受診のない方には継続して保健指導を実施するよう体制を強化し、又治療中断にならないよう医療機関と情報共有しながら受診支援を行います。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療の方については医療と連携し、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

図表 28 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,797	3,592	3,636
血糖値有所見者 (HbA1c6.5以上)	人(b)	344	260	262
	(b/a)	9.1%	7.2%	7.2%
保健指導実施者	人(c)	174	107	115
	(c/b)	50.6%	41.2%	43.9%

図表 29 治療が必要な者の適切な受診

		R2	R3	R4
血糖値有所見者 (HbA1c6.5以上)	人(a)	344	260	262
HbA1c6.5以上の未治療者 (治療中断者を含む)	人(b)	48	41	39
	(b/a)	14.0%	15.8%	14.9%
医療機関受診者	人(c)	23	30	30
	(c/b)	47.9%	73.2%	76.9%

② 脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度以上高血圧の者の割合は、8%前後の横ばいで、60%以上が未治療者です。血圧Ⅲ度以上の者の割合は令和4年度1.3%で増加しています。(図表30)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、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。

図表 30 高血圧Ⅱ度以上のうち、未治療者の状況

高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人 (a)	4,141	3,923	3,279	3,147	3,283
血圧Ⅱ度以上の者	人 (b)	313	288	256	253	258
	(b/a)	7.6%	7.3%	7.8%	8%	7.9%
治療あり	人 (c)	98	93	86	88	87
	(c/b)	31.3%	32.3%	33.6%	34.8%	33.7%
治療なし	人(d)	215	195	170	165	171
	(e/d)	68.7%	67.7%	66.4%	65.2%	66.3%
(再掲)	人(f)	57	52	36	51	43
血圧Ⅲ度以上の者	(f/a)	1.4%	1.3%	1.1%	1.6%	1.3%

図表 31 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらい受診に結びつくような支援に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が87人いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 31 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子

p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク第1層 予後影響因子がない	1,293	591	504	158	40
	45.7%	39.0%	12.2%	3.1%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	75	C 40	B 26	B 7	A 2
	5.8%	6.8%	5.2%	4.4%	5.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	751	C 357	B 283	A 91	A 20
	58.1%	60.4%	56.2%	57.6%	50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	467	B 194	A 195	A 60	A 18
	36.1%	32.8%	38.7%	38.0%	45.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数	
A	ただちに薬物療法を開始	386 29.9%
B	概ね1か月後に再評価	510 39.4%
C	概ね3か月後に再評価	397 30.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する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。

茅野市においては、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、茅野市の健康課題を解決するために、広報ちので「高血圧特集」「減塩特集」を掲載し広く市民に周知を行ったり、保健指導員学習会や地区の集まり等で生活習慣病予防の講話をしています。

また、楽しみながら健康づくりに取り組めるよう実施している「健康ポイント事業」では、健診を必須ポイントとし、体重や血圧測定、減塩食品の利用などでポイントを付与しています。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 32 第2期データヘルス計画目標管理一覧

◎ 目標を達成している
○ 目標に向かって改善又は改善傾向にある
△ 目標には近い
× 目標から遠ざかっている

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	評価指標区分	初期値	中間評価値	最終評価値	目標値	現状値の把握方法		
					H28	R1	R4	R4			
					2016	2019	2022	2022			
特定健診等計画	○高血圧の未治療の人が減少していない。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	アウトプット	48.4%	51.0%	○	45.7%	△	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導終了率60%以上	アウトプット	54.8%	67.4%	◎	74.1%	◎	60.0%	
			特定保健指導対象者の減少率25%以上(昨年度保健指導対象者のうち本年度保健指導対象者でなくなった人の割合)	アウトカム	20.3%	19.3%	×	23.1%	○	25.0%	
データヘルス計画	○メタボリックシンドロームの割合が増加している。	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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合25%減少	アウトカム	1.9%	0.97%	◎	1.4%	◎	1.4%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合25%減少	アウトカム	1.8%	1.13%	◎	0.9%	◎	1.4%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合25%減少	アウトカム	38.4%	77.8%	×	33.3%	△	28.8%	
	○糖尿病で治療中のHbA1c7以上の割合が減少していない。	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・予備群の割合減少25%	アウトカム	27.3%	29.0%	×	30.7%	×	20.5%	茅野市第2次からだ・こころ・すこやかプラン
			健診受診者(40~64歳)の高血圧者の割合減少(180/110以上)	アウトカム	0.8%	1.0%	×	1.2%	△	0.0%	
			健診受診者(40~64歳)の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	アウトカム	17.5%	16.8%	◎	12.3%	◎	17.4%	
○人工透析を受けている人の医療費が占める割合が、同規模や県と比べ多い。	健診受診者(40~64歳)の糖尿病患者の割合減少(HbA1c6.5以上)	アウトカム	4.3%	4.9%	×	3.6%	△	2.3%			
	健診受診者(65歳以上)の糖尿病患者の割合減少(HbA1c6.5以上)	アウトカム	8.0%	9.1%	×	8.0%	△	6.3%			
	糖尿病の治療中断割合の減少	アウトカム	5人	1人	○	2人	○	0人			
○64歳以下で介護認定を受けている人で脳血管疾患を発症している人の占める割合が高い。	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合10%以上	アウトプット	△	1.4%	△	1.9%	△	10.0%		
		・数量シェア2016年度73.6%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	アウトプット	73.6%	79.1%	◎	82.5%	◎	75.0%	厚生労働省公表結果

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

(1) 中長期的目標

脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は平成28年より25%以上減少しました。医療費の伸びは入院費用の伸びが主要因であり、入院を防ぐためには予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要です。そのため、引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

糖尿病性腎症による透析導入者の割合は減少したものの目標値の25%減には達しておらず、糖尿病性腎症の割合は増加しています。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が重要です。特定健診受診者に対しては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続けていくことが重要です。また、健診未受診者に関しては受診勧奨や医療機関と連携した重症化予防の取り組みが必要になってきます。

(2) 短期目標

第2期データヘルス計画では、健診受診者の内、若い世代(40～64歳)のⅢ度高血圧者、HbA1c6.5%以上の有所見者、LDL160以上の脂質異常者の割合の減少を目指しており、脂質異常者は減少しましたが、それ以外の2項目については増加、または維持で達成できませんでした。特にⅢ度高血圧については増加しています。40～50代は健診受診率も低い状況であるため、受診勧奨も含め積極的な対策が必要となってきます。

メタボリックシンドローム・予備群の割合は平成28年より年々増加しており、特に40～64歳の若い世代で増加しています。結果の改善につながる保健指導を今後も継続して行っていく必要があります。

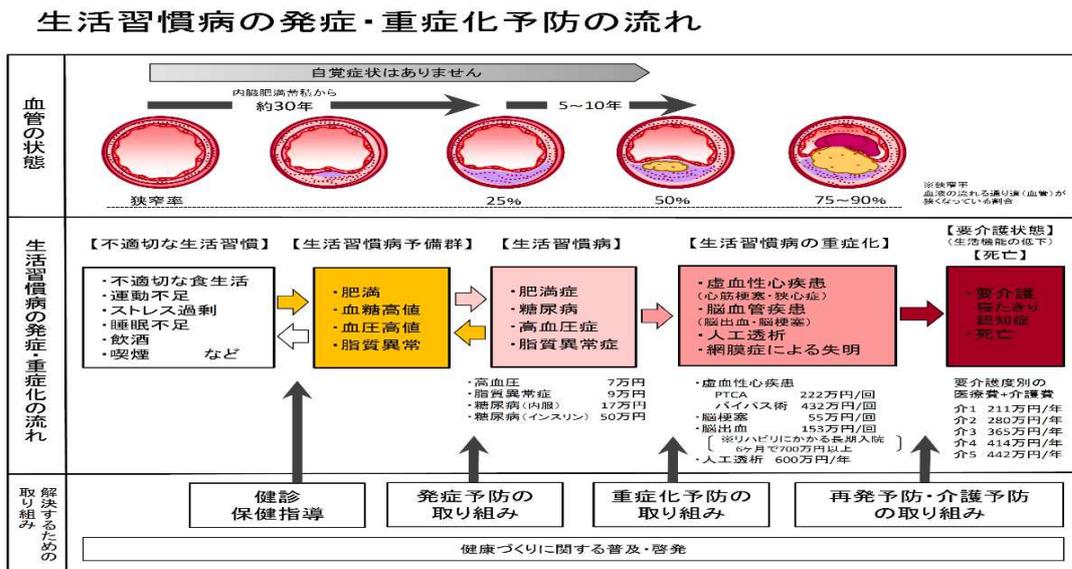
糖尿病に関しては、未治療・中断者の割合は減少していますが、HbA1c6.5%以上及びHbA1c8%以上のコントロール不良者の割合が横ばいの状況です。受診のない方には継続して保健指導を行うよう体制を強化し、治療中の方には医療と連携をし情報共有をしながら、治療中断にならない支援、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 33 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。

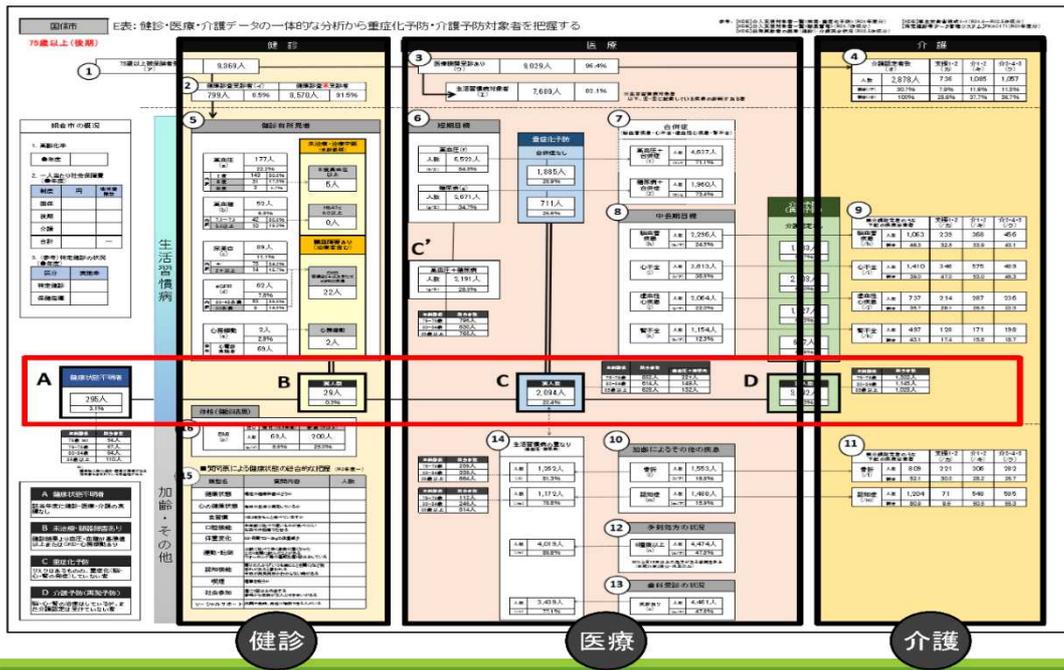
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 34 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 35 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	12,284人	11,842人	11,666人	11,326人	10,687人	9,739人	
総件数及び総費用額	件数	101,098件	97,187件	87,343件	90,836件	89,877件	131,895件
	費用額	38億4711万円	40億8697万円	37億5134万円	38億2811万円	37億3544万円	70億8384万円
一人あたり医療費	31.3万円	34.5万円	32.2万円	33.8万円	35.0万円	72.7万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
① 国保	茅野市	37億3544万円	28,477	4.34%	0.12%	1.44%	0.89%	5.58%	2.88%	1.79%	6億3634万円	17.0%	15.5%	6.40%	9.63%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	---	28,568	4.37%	0.22%	2.19%	1.23%	5.76%	3.27%	2.15%	---	19.2%	16.5%	8.71%	9.22%
	国	---	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	---	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	茅野市	70億8384万円	61,696	4.70%	0.24%	3.06%	0.97%	4.19%	2.75%	1.20%	12億1279万円	17.1%	13.8%	2.70%	10.1%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	---	64,010	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 37 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	292人	282人	329人	396人	278人	964人
	件数	B	455件	494件	527件	689件	489件	1,591件
		B/総件数	0.45%	0.51%	0.60%	0.76%	0.54%	1.21%
	費用額	C	6億4436万円	8億5723万円	8億5183万円	11億2930万円	8億1588万円	17億0922万円
C/総費用		16.7%	21.0%	22.7%	29.5%	21.8%	24.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 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	16人	7人	20人	15人	12人	79人							
		D/A	5.5%	2.5%	6.1%	3.8%	4.3%	8.2%							
	件数	E	17件	11件	23件	29件	22件	128件							
		E/B	3.7%	2.2%	4.4%	4.2%	4.5%	8.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	70-74歳	2	1.6%
		50代	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	5	17.2%	2	9.1%	75-80歳	33	25.8%
		60代	9	52.9%	7	63.6%	7	30.4%	7	24.1%	10	45.5%	80代	70	54.7%
		70-74歳	6	35.3%	4	36.4%	16	69.6%	16	55.2%	10	45.5%	90歳以上	23	18.0%
	費用額	F	2308万円	1279万円	3420万円	3923万円	2780万円	1億2284万円							
		F/C	3.6%	1.5%	4.0%	3.5%	3.4%	7.2%							

出典：ヘルスサポートラボツール

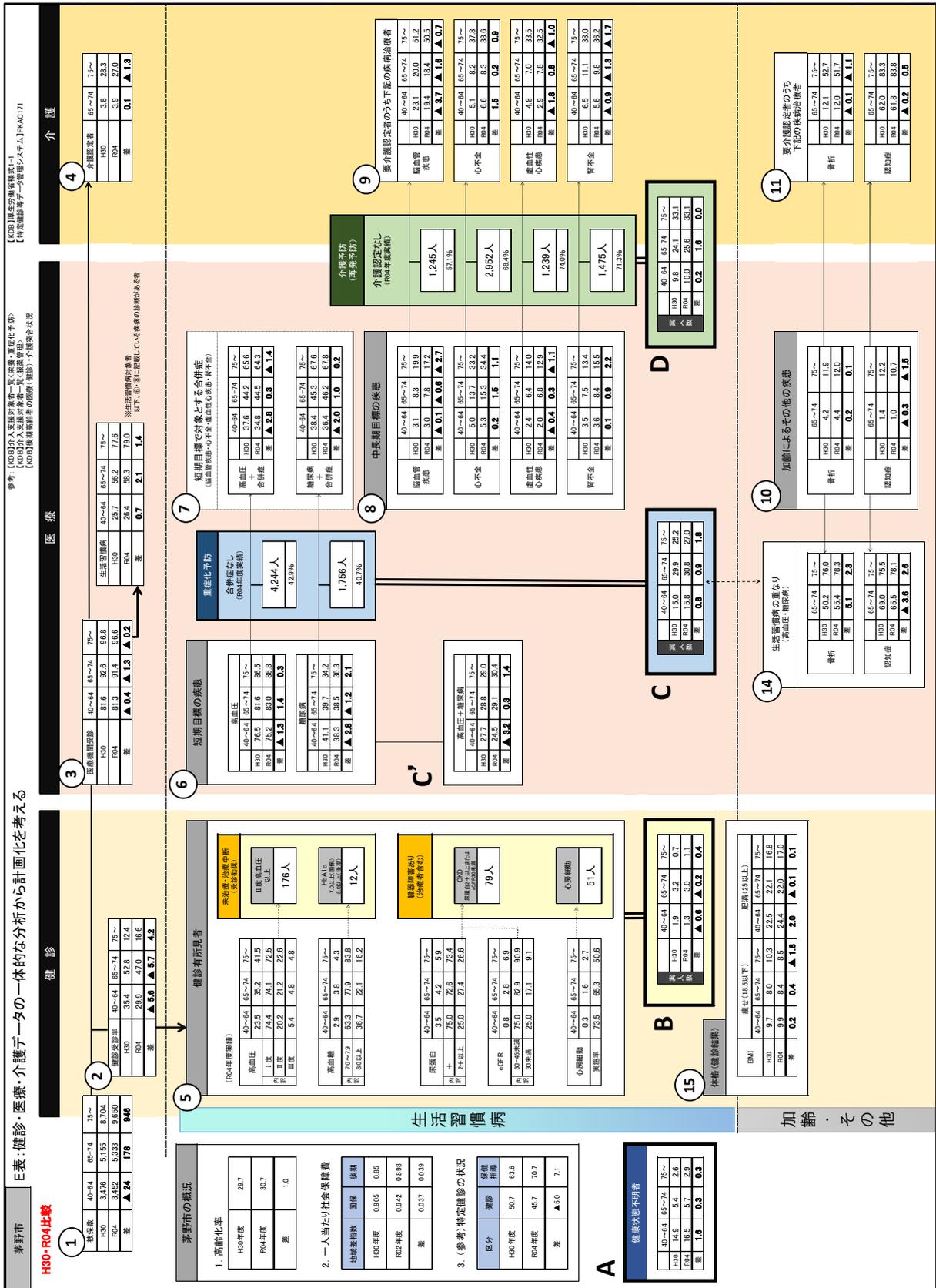
図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	14人	13人	20人	23人	11人	26人							
		G/A	4.8%	4.6%	6.1%	5.8%	4.0%	2.7%							
	件数	H	17件	13件	24件	27件	11件	27件							
		H/B	3.7%	2.6%	4.6%	3.9%	2.2%	1.7%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	1	3.7%	0	0.0%	70-74歳	1	3.7%
		50代	0	0.0%	1	7.7%	2	8.3%	0	0.0%	1	9.1%	75-80歳	9	33.3%
		60代	10	58.8%	3	23.1%	6	25.0%	13	48.1%	3	27.3%	80代	13	48.1%
		70-74歳	7	41.2%	9	69.2%	15	62.5%	13	48.1%	7	63.6%	90歳以上	4	14.8%
	費用額	I	2720万円	1818万円	4670万円	4972万円	1474万円	3418万円							
		I/C	4.2%	2.1%	5.5%	4.4%	1.8%	2.0%							

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 40 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 41 被保険者数と健診受診状況

E表		④			①				②			⑮										
年度	介護認定率	被保険者数												健診受診率			体格(健診結果)					
											特定健診			長寿健診			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	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	28.3	3,476			5,155			8,704			35.4	52.8	12.4	9.7	8.0	10.3	22.5	22.1	16.8			
R04	27.0	3,452			5,333			9,650			29.9	47.0	16.6	9.9	8.4	8.5	24.4	22.0	17.0			

図表 42 健診有所見状況

E表		⑤																																			
年度		Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
		40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
		人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()						
H30		77	6.3	(39)	223	8.2	(98)	97	9.0	(29)	35	2.8	(2)	124	4.6	(7)	6	0.6	(0)	22	1.8		44	1.6		13	1.2		5	0.4		24	0.9		15	1.4	
R04		62	6.0	(32)	229	9.1	(89)	182	11.4	(55)	30	2.9	(2)	95	3.8	(10)	11	0.7	(0)	10	1.0		37	1.5		32	2.0		2	0.2		27	1.1		22	1.4	

図表 43 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診	生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)						短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
		高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30		81.6	92.6	96.8	25.7	56.2	77.6	76.5	81.6	86.5	41.1	39.7	34.2	27.7	28.8	29.0	37.6	44.2	65.6	38.4	45.3	67.6
R04		81.3	91.4	96.6	26.4	58.3	79.0	75.2	83.0	86.8	38.3	38.5	36.3	24.5	29.1	30.4	34.8	44.5	64.3	36.4	46.2	67.8

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

E表		⑧												⑨											
年度		中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
		脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30		3.1	8.3	19.9	2.4	6.4	14.0	5.0	13.7	33.2	3.5	7.5	13.4	23.1	20.0	51.2	4.8	7.0	33.5	5.1	8.2	37.8	6.5	11.1	38.0
R04		3.0	7.8	17.2	2.0	6.8	12.9	5.3	15.3	34.4	3.6	8.4	15.5	19.4	18.4	50.5	2.9	7.8	32.5	6.6	8.3	38.6	5.6	9.8	36.2

図表 45 骨折・認知症の状況

E表	㊴				㊵				㊶			
	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	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	50.2	76.0	69.0	75.5	4.2	11.9	1.4	12.2	12.1	52.7	62.0	83.3
R04	55.4	78.3	65.5	78.1	4.4	12.0	1.0	10.7	12.0	51.7	61.8	83.8

(3)健康課題の明確化(図表 35~45)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度には新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり70万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。(図表35)

茅野市は、これまで高血圧に重点を置いて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて低いです。脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞の総医療費に占める割合は、国保及び後期高齢者において、同規模、県、国と比べて低い状況です。しかし、慢性腎不全で人工透析ありの人は国保及び後期高齢者において、同規模、県、国と比べて高いです。(図表36)

高額レセプトについては、国保においては令和4年度に489件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約3倍に増えることがわかります。(図表37)

高額になる疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く29件で3923万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は22件と件数が減り、費用額も2780万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、128件発生し、1億円2284万円がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について引き続き力を入れる必要があります。(図表37、38)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表41の①被保険者数は、40~64歳は減っていますが、65~74歳、75歳以上では増え、特に75歳以上は約950人増えています。茅野市では75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

図表40の⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が約2%高くなってきています。図表42健診有所見状況を見ると、65歳以上で対象人数が増えており、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43の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)の疾患とする合併症の状況を見ると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、65歳以上で高くなっています。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、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設定する指標(図表 46)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

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ことを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 46 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	評価指標区分	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	目標値	現状値の把握方法
					R4	R10	
特定健診等計画	アウトプット	○特定健診受診率が目標値に達成していない。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	★特定健診受診率60%以上	45.7%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				★特定保健指導終了率60%以上	74.1%	75.0%	
				★特定保健指導対象者の減少率25%以上 (昨年度保健指導対象者のうち本年度保健指導対象者でなくなった人の割合)	23.1%	25.0%	
データヘルス計画	中長期	○人工透析を受けている人の医療費が占める割合が、同規模や県と比べ多い。	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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.44%	維持	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	0.89%	維持	
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.34%	維持	
	短期	○肥満者の割合が減少していない。 ○高血圧者の割合が減少していない。 ○HbA1c8.0%以上の者の割合が減少していない。	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、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の対象者を減らす	健診受診者の肥満者の割合の減少 (BMI25以上・40-69歳)	(男) 30.2% (女) 17.6%	27.2% 15.8%	茅野市第3次からだ・こころ・すこやかプラン
				健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上・40-74歳)	8.3%	7.1%	
				健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上・40-74歳)	10.8%	9.2%	
健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上・40-74歳)				6.7%	5.7%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少 (40-74歳)	0.9%	0.8%		
			糖尿病が原因の新規人工透析者数(人)	1人	維持		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 47 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	75%	75%	75%	75%	75%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 48 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	7,400人	7,000人	6,700人	6,500人	6,300人	6,100人
	受診者数	4,440人	4,200人	4,020人	3,900人	3,780人	3,660人
特定保健指導	対象者数	444人	420人	402人	390人	378人	366人
	受診者数	311人	294人	281人	273人	265人	256人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

①個別健診(医療機関で実施 茅野・原地区医師会へ委託)

実施機関については、手上げ方式とし、年度末までに次年度の実施の意向について確認します。

②集団健診(茅野市健康管理センターで実施)

(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) 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・尿酸・尿潜血・血小板数・白血球数)を実施します。

また、詳細健診として、貧血検査、血清クレアチニン検査がありますが、国で定めた基準に当てはまらない場合も実施し、全員に検査を行います。詳細健診の心電図検査については、国で定めた基準のほかに、本人の希望がある場合にも実施します。

図表 49 特定健診検査項目

○茅野市特定健診検査項目

健診項目		茅野市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	□※	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

※心電図 希望により実施

(5) 実施時期

5月から翌年1月まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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

特定健診の案内については、対象となる方への受診票(受診券を兼ねる)と案内通知を発送します。5月～10月に個別健診を実施し、10月～1月に集団健診を実施します。広報・ホームページ・回覧等を利用し、対象者へ受診についての周知を行います。

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 50 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 → 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月			↓ 実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月			
9月			
10月			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)
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備		
		(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

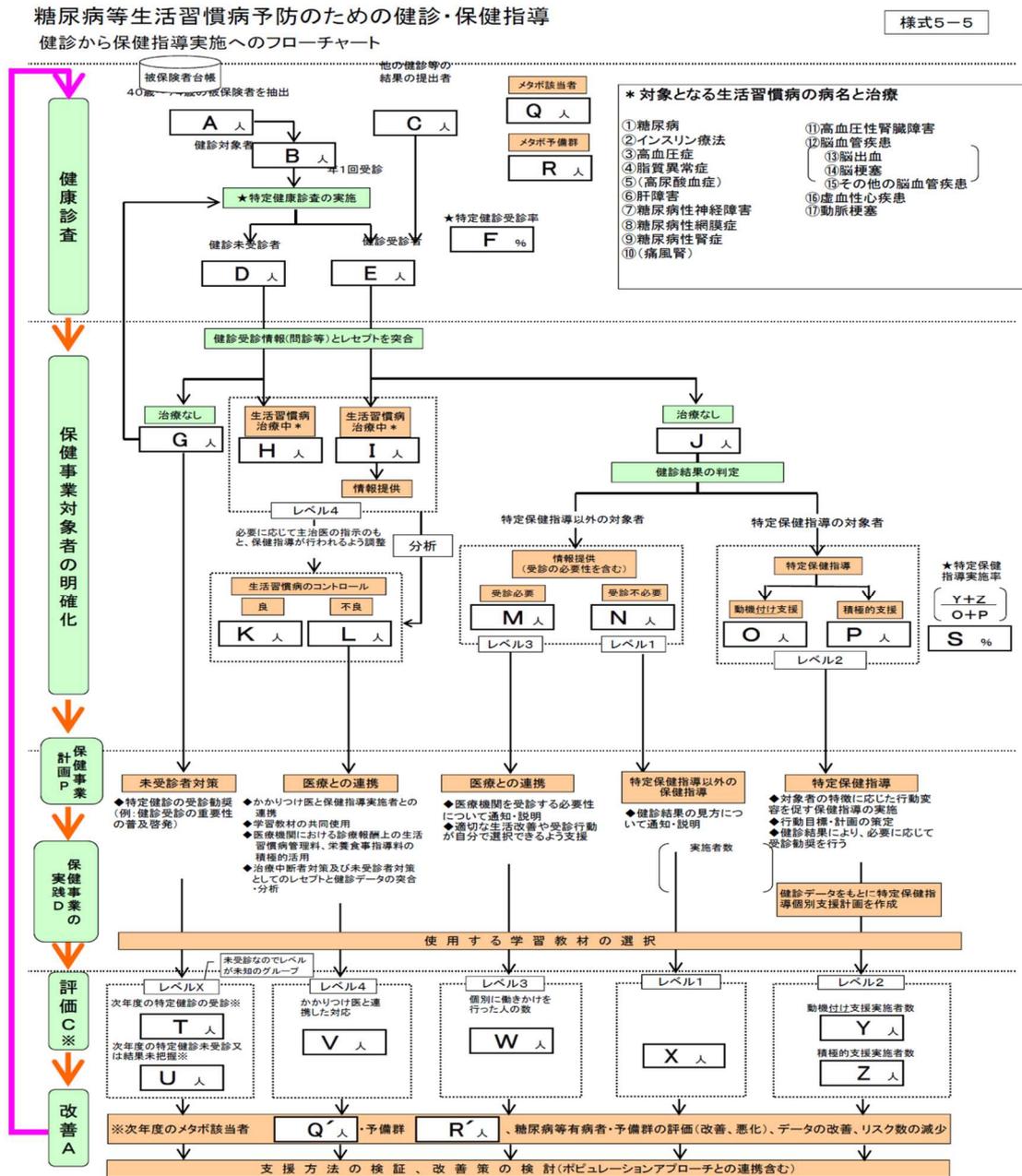
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 51 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(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 52 要保健指導対象者の見込み

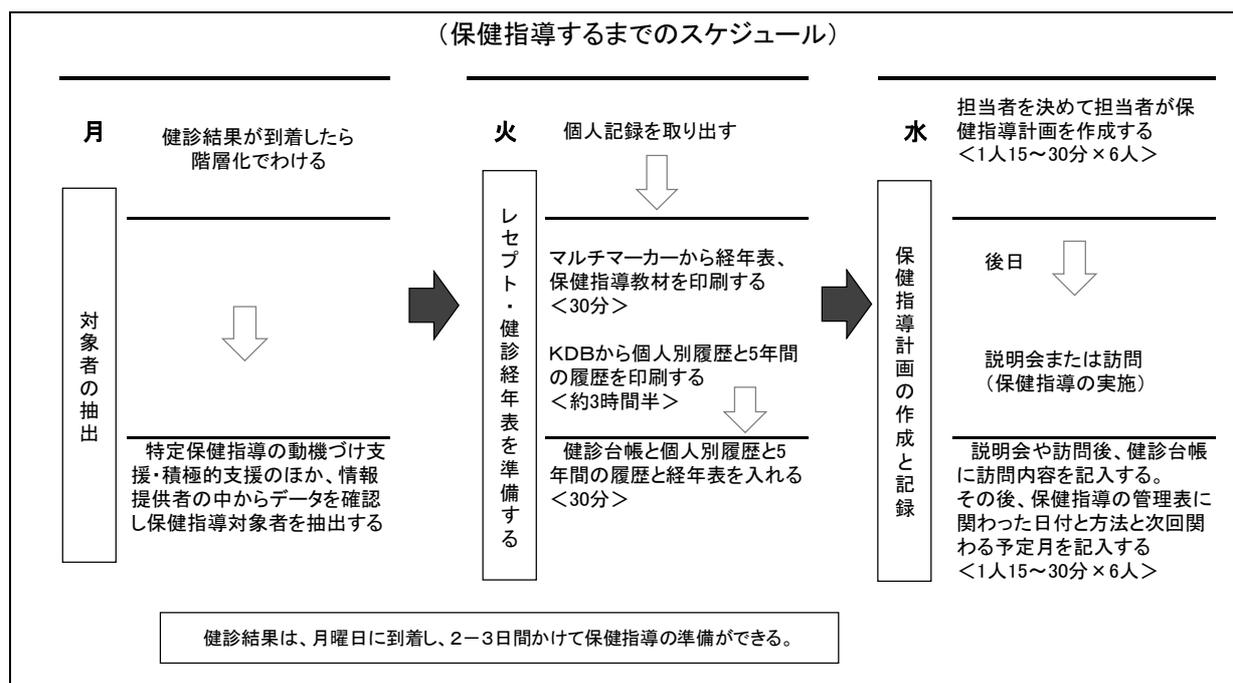
優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	408人 (11.2%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	774人 (21.2%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	4546 ※受診率目標達成まであと〇〇人	85%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	712人 (19.5%)	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	1,752人 (48.1%)	60%

(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 53 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査(医療機関)の開始	◎対象者の抽出	◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎特定健康診査(集団)の開始		
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
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茅野市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査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 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

茅野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、1,161人(35.4%)です。そのうち治療なしが408人(24.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が175人です。

また、茅野市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、408人中184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54)

図表 54 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(2023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)	3,646人	44.5%																	
↓ 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: 5px;">クモ膜下出血 (5.8%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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 データリンク 2015より</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>1,243</td> <td>2,403</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>964</td> <td>2,682</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>268</td> <td>3,368</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれも</td> <td>1,752</td> <td>1,894</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	1,243	2,403	脂質異常症	964	2,682	糖尿病	268	3,368	3疾患 いずれも	1,752	1,894
	治療中	治療なし																									
高血圧	1,243	2,403																									
脂質異常症	964	2,682																									
糖尿病	268	3,368																									
3疾患 いずれも	1,752	1,894																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)																			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	腎臓専門医 紹介基準対象者																			
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)																					
該当者数	297 8.1%	27 0.7%	126 3.5%	98 2.7%	672 18.4%	183 5.0%	327 9.0%	1,282	35.2%																		
治療なし	198 8.2%	8 0.4%	113 4.2%	75 2.8%	137 7.2%	91 2.7%	95 5.0%	465	24.6%																		
(再掲) 特定保健指導	64 21.5%	3 11.1%	30 23.8%	30 30.6%	137 20.4%	20 10.9%	25 7.6%	210	16.4%																		
治療中	99 8.0%	19 1.1%	13 1.3%	23 2.4%	535 30.5%	92 34.3%	232 13.2%	817	46.6%																		
臓器障害 あり	58 29.3%	8 100.0%	37 32.7%	18 24.0%	39 28.5%	24 26.4%	95 100.0%	177	38.1%																		
CKD(専門医対象者)	21	0	11	8	10	10	95	95																			
心電図所見あり	46	8	29	12	31	17	27	109																			
臓器障害 なし	140 70.7%	--	76 67.3%	57 76.0%	98 71.5%	67 73.6%	--	--																			

出典:ヘルサポータルツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

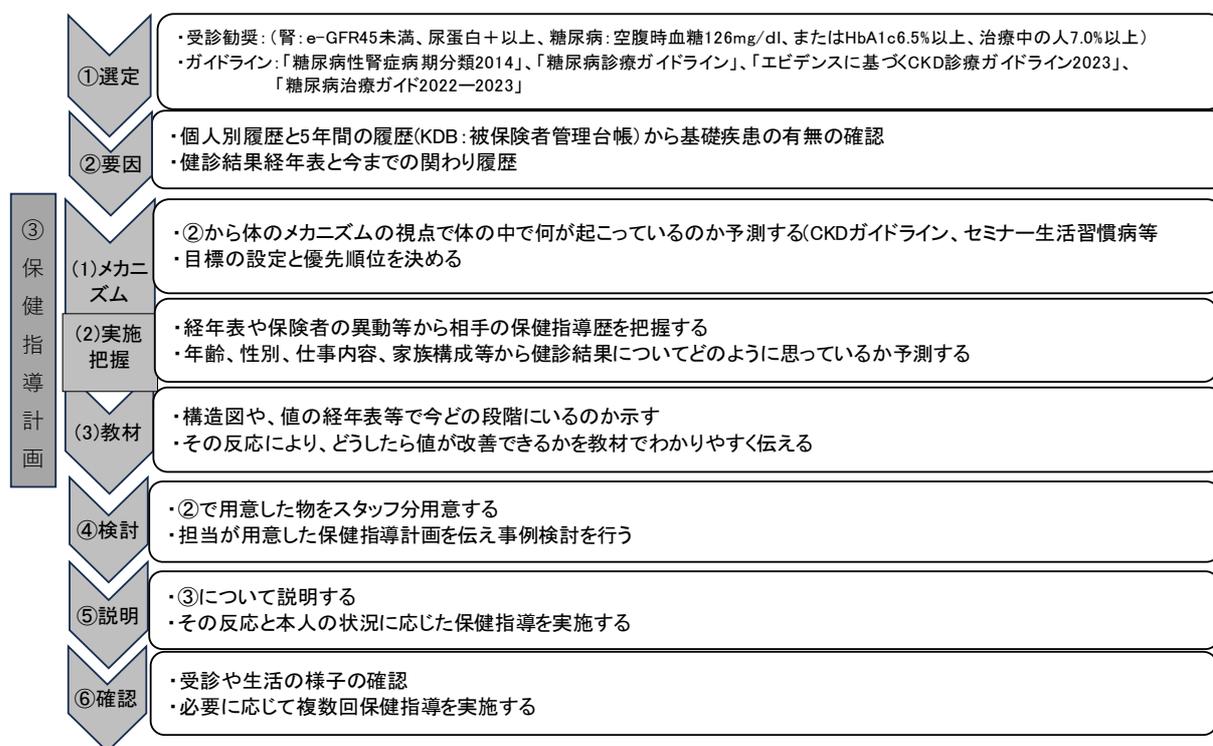
1) 基本的な考え方

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 55 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 56 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 ²)
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。

茅野市においては、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難しいです。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。

茅野市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、110人(29.1%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,633人のうち、特定健診受診者が268人(70.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,330人(83.2%・I)については、治療中ではありますが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表57)

③介入方法と優先順位

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・110人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療している患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・116人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

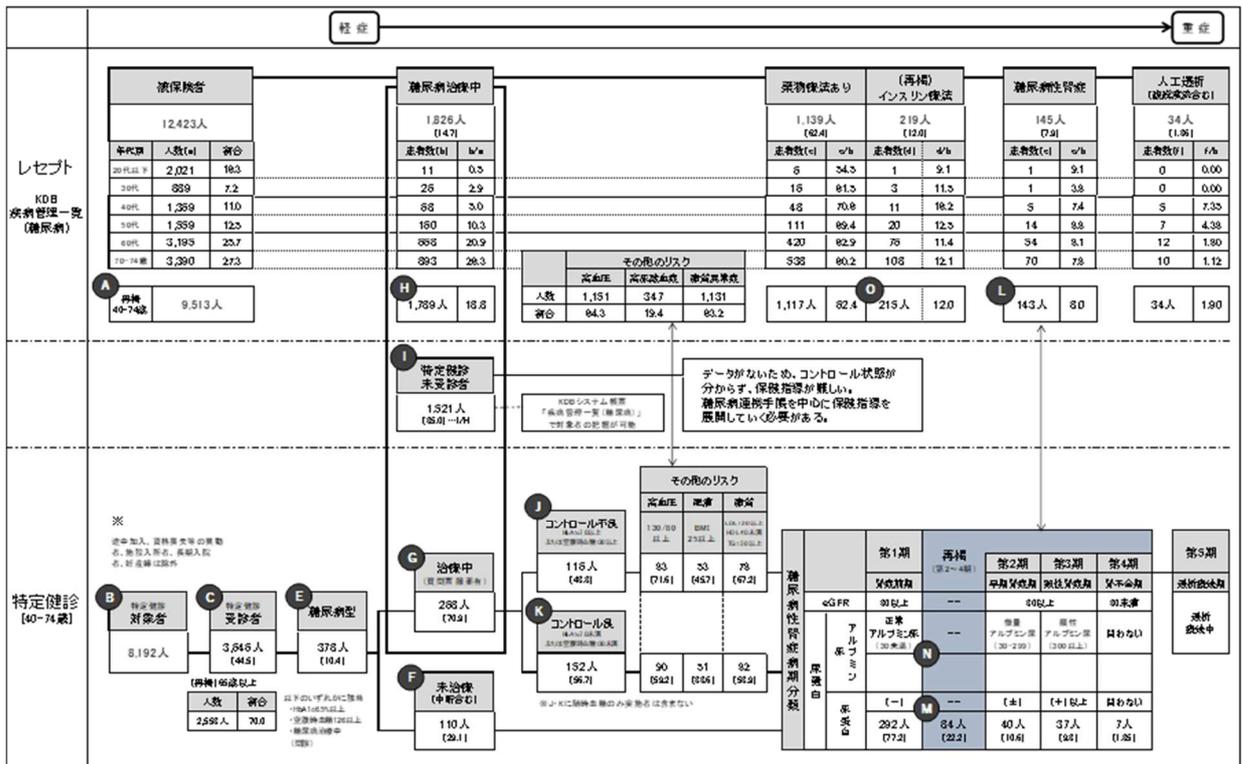
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病患者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 57 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に受診がある者および年度途中の加入者や年度途中で受診を中止している者を含む
 ※レセプト情報のうち、医療機関一覧で把握できない項目については、「KDB機関一覧と受診者一覧(医療・重症化予防)」から把握

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。茅野市においては、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行っています。

図表 58 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
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 何うことから始まります
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	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグ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み方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
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	4-1 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
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	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
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(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の実施を検討します。早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した精密検査依頼書等を使用します。

(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長野県プログラムに準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、保健福祉サービス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60 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/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 59 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	茅野市										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合									
1	① 被保険者数	A	12,777人		12,157人		11,716人		11,603人		11,220人				
	② (再掲)40-74歳		10,108人		9,688人		9,318人		9,334人		9,011人				
2	① 対象者数	B	9,393人		9,079人		8,828人		8,645人		7,680人				
	② 特定健診 受診者数		4,659人		4,501人		3,805人		3,596人		3,508人				
	③ 受診率		49.6%		49.6%		43.1%		41.6%		45.7%				
3	① 特定保健指導 対象者数		392人		387人		339人		298人		386人				
	② 実施率		63.6%		67.6%		72.9%		74.0%		74.1%				
4	① 健診データ	① 糖尿病型	E	597人	12.8%	535人	11.9%	470人	12.4%	402人	11.2%	378人	10.4%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	157人	26.3%	140人	26.2%	144人	30.6%	101人	25.1%	110人	29.1%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	440人	73.7%	395人	73.8%	326人	69.4%	301人	74.9%	268人	70.9%		
		④ コントロール不良	J	194人		183人		150人		128人		116人		43.3%	
		⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		128人		129人		98人		88人		83人		71.6%	
		⑥ 血圧 130/80以上		78人		71人		62人		54人		42.2%		45.7%	
		⑦ 肥満 BMI25以上	K	246人		212人		176人		173人		152人		56.7%	
		⑧ コントロール良		246人		212人		176人		173人		152人		56.7%	
		⑨ HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		445人		398人		348人		321人		292人		77.2%	
		⑩ 第1期 尿蛋白(-)		69人		72人		56人		43人		40人		10.6%	
		⑪ 第2期 尿蛋白(±)	M	72人		55人		54人		34人		37人		9.8%	
⑫ 第3期 尿蛋白(+)	5人			4人		5人		2人		7人		1.9%			
⑬ 第4期 eGFR30未満	45人			50人		50人		46人		44人		2.3%			
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		97.7人		96.1人		89.4人		92.6人		95.2人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		121.9人		119.9人		111.1人		113.6人		116.6人			
		③ レセプト件数(40-74歳)		7,187件 (766.1)		6,850件 (735.8)		6,725件 (740.1)		6,419件 (749.7)		2,480,774件 (911.6)			
		④ 入院外(件数)		37件 (3.9)		36件 (3.9)		39件 (4.3)		34件 (4.0)		10,514件 (3.9)			
		⑤ 入院(件数)													
		⑥ 糖尿病治療中	H	1,248人		1,168人		1,047人		1,075人		1,068人		9.5%	
		⑦ (再掲)40-74歳		1,232人		1,162人		1,035人		1,060人		1,051人		11.7%	
		⑧ 健診未受診者	I	792人		722人		709人		759人		783人		74.5%	
		⑨ インスリン治療	O	118人		106人		82人		106人		100人		9.4%	
		⑩ (再掲)40-74歳		115人		106人		81人		106人		97人		9.2%	
		⑪ 糖尿病性腎症	L	99人		96人		92人		98人		104人		9.7%	
		⑫ (再掲)40-74歳		99人		96人		91人		97人		102人		9.7%	
		⑬ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		28人		26人		28人		26人		29人		2.7%	
		⑭ (再掲)40-74歳		28人		26人		28人		26人		29人		2.8%	
		⑮ 新規透析患者数		7	25.0%	9	34.6%	6	21.4%	4	15.4%	3	10.3%		
⑯ (再掲)糖尿病性腎症		3	42.9%	7	77.8%	3	50.0%	3	75.0%	1	33.3%				
⑰ 【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)		45人		50人		50人		46人		44人		2.3%			
6	① 医療費	① 総医療費		38億4711万円		40億8697万円		37億5134万円		38億2811万円		37億3544万円		50億8753万円	
		② 生活習慣病総医療費		19億7960万円		19億5525万円		19億2015万円		19億4784万円		18億2095万円		27億0662万円	
		③ (総医療費に占める割合)		51.5%		47.8%		51.2%		50.9%		48.7%		53.2%	
		④ 生活習慣病 対象者一人あたり		8,403円		8,983円		8,134円		8,209円		9,288円		6,937円	
		⑤ 健診未受診者		34,386円		36,245円		37,791円		36,260円		35,023円		38,519円	
		⑥ 糖尿病医療費		2億3593万円		2億2142万円		2億2211万円		2億1830万円		2億0829万円		2億9434万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.9%		11.3%		11.6%		11.2%		11.4%		10.9%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億5031万円		6億8706万円		6億5649万円		6億5136万円		6億1811万円			
		⑨ 1件あたり		40,002円		44,856円		44,772円		44,350円		44,176円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億5990万円		3億8713万円		3億3438万円		3億1675万円		3億5663万円			
		⑪ 1件あたり		587,117円		679,183円		671,445円		604,481円		685,818円			
		⑫ 在院日数		13日		14日		14日		13日		14日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億9892万円		1億6323万円		1億8962万円		1億7916万円		1億6644万円		2億2640万円	
		⑭ 透析有り		1億8273万円		1億5044万円		1億7761万円		1億7407万円		1億6208万円		2億1152万円	
		⑮ 透析なし		1618万円		1278万円		1201万円		509万円		436万円		1487万円	
7	① 介護	① 介護給付費		43億3995万円		44億3386万円		45億0188万円		45億7908万円		46億2207万円		56億7154万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		6件		6件		5件		4件		5件		14.7%	
8	① 死亡		2人		5人		3人		7人		0人		3,958人 1.0%		

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

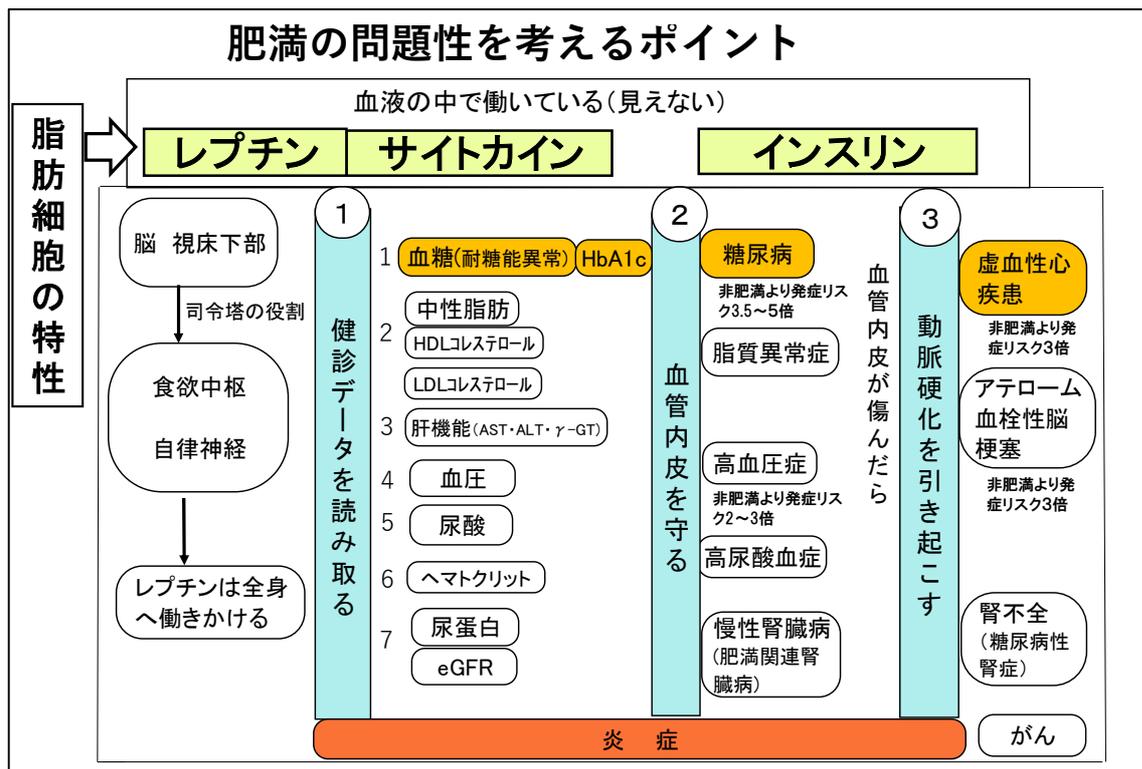
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

メタボリックシンドロームの定義と診断基準には「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」と記載されています。

なお、取組みにあたっては図表 60 に基づいて考えていきます。

図表 60 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 61 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
					肥満				高度肥満			
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	1,093	2,553	263	559	202	491	49	63	10	5	2	0
			24.1%	21.9%	18.5%	19.2%	4.5%	2.5%	0.9%	0.2%	0.2%	0.0%
再掲 男性	513	1,150	165	301	132	273	28	27	3	1	2	0
			32.2%	26.2%	25.7%	23.7%	5.5%	2.3%	0.6%	0.1%	0.4%	0.0%
再掲 女性	580	1,403	98	258	70	218	21	36	7	4	0	0
			16.9%	18.4%	12.1%	15.5%	3.6%	2.6%	1.2%	0.3%	0.0%	0.0%

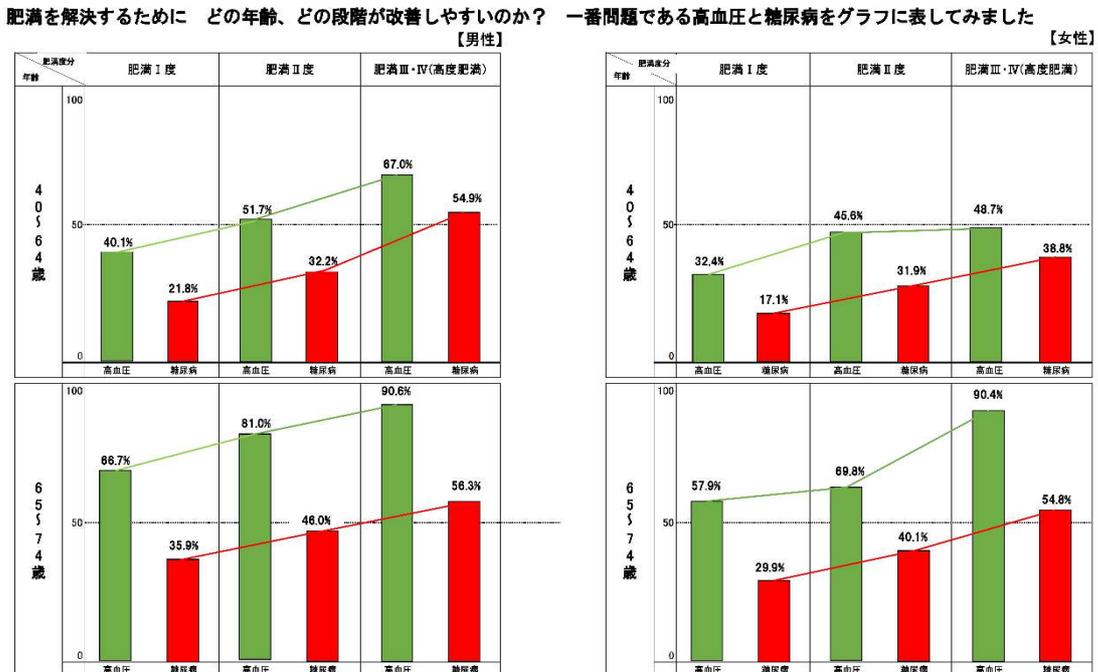
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 62 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

図表 63 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	I度	II度	III度	IV度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かすづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事で時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 63 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 62 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満I度で、若い年代(40~64歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

3)対象者の明確化

図表 64 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	1,663	143	209	571	740	1,983	147	210	715	911	
メタボ該当者	B	471	15	41	181	234	201	7	10	79	105	
	B/A	28.3%	10.5%	19.6%	31.7%	31.6%	10.1%	4.8%	4.8%	11.0%	11.5%	
再掲	① 3項目全て	C	137	2	8	49	78	42	0	1	18	23
		C/B	29.1%	13.3%	19.5%	27.1%	33.3%	20.9%	0.0%	10.0%	22.8%	21.9%
	② 血糖+血圧	D	60	0	5	31	24	26	1	0	10	15
		D/B	12.7%	0.0%	12.2%	17.1%	10.3%	12.9%	14.3%	0.0%	12.7%	14.3%
	③ 血圧+脂質	E	261	12	28	95	126	129	5	9	50	65
		E/B	55.4%	80.0%	68.3%	52.5%	53.8%	64.2%	71.4%	90.0%	63.3%	61.9%
		F	13	1	0	6	6	4	1	0	1	2
		F/B	2.8%	6.7%	0.0%	3.3%	2.6%	2.0%	14.3%	0.0%	1.3%	1.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 65 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		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	1,663	471	28.3%	358	76.0%	113	24.0%	1,983	201	10.1%	177	88.1%	24	11.9%
40代	143	15	10.5%	8	53.3%	7	46.7%	147	7	4.8%	4	57.1%	3	42.9%
50代	209	41	19.6%	23	56.1%	18	43.9%	210	10	4.8%	8	80.0%	2	20.0%
60代	571	181	31.7%	131	72.4%	50	27.6%	715	79	11.0%	72	91.1%	7	8.9%
70~74歳	740	234	31.6%	196	83.8%	38	16.2%	911	105	11.5%	93	88.6%	12	11.4%

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 64)は、男性で 50 代から受診者の約 2~3 割ですが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 65)は、男性では 70%以上、女性では 80%以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えることがわかっています。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 66 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ブチンが出ています
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 膝が痛いとよく聞きますが、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るため、二次健診を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

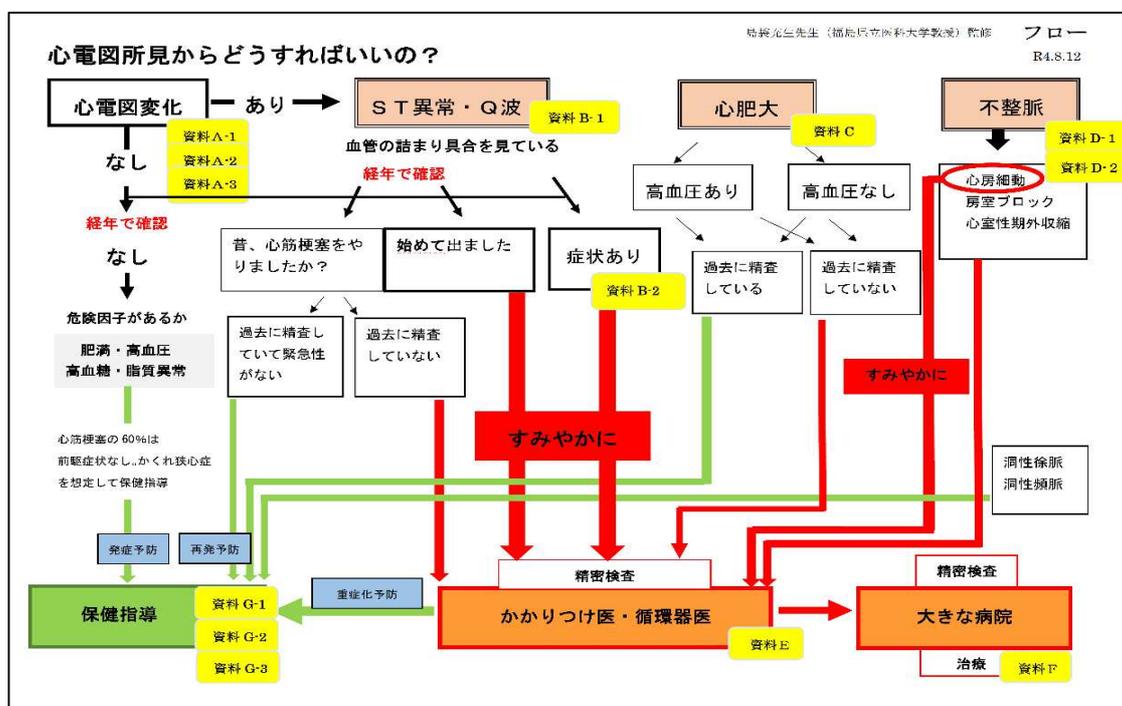
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 65 に基づいて考えます。

図表 67 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

茅野市においては、心電図検査を 2,418 人(69.0%)に実施し、そのうち有所見者が 799 人(33.0%)でした。(図表 68)

また、有所見者のうち要精査が 59 人(7.4%)で、その後の受診状況をみると 15 人(25.4%)は未受診でした。(図表 69)。

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

図表 68 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
					異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	2,418	69.0	799	33.0%	41	5.1%	53	6.6%	14	1.8%	61	7.6%	40	5.0%	167	20.9%	29	3.6%	99	12.4%	
内訳	男性	1,090	72.2	429	39.4%	25	5.8%	23	5.4%	9	2.1%	33	7.7%	30	7.0%	102	23.8%	23	5.4%	51	11.9%
	女性	1,328	66.7	370	27.9%	16	4.3%	30	8.1%	5	1.4%	28	7.6%	10	2.7%	65	17.6%	6	1.6%	48	13.0%

茅野市調べ

図表 69 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	799		59	7.4%	44	74.6%	15	25.4%
男性	429	53.7%	32	7.5%	22	68.8%	10	31.3%
女性	370	46.3%	27	7.3%	22	81.5%	5	18.5%

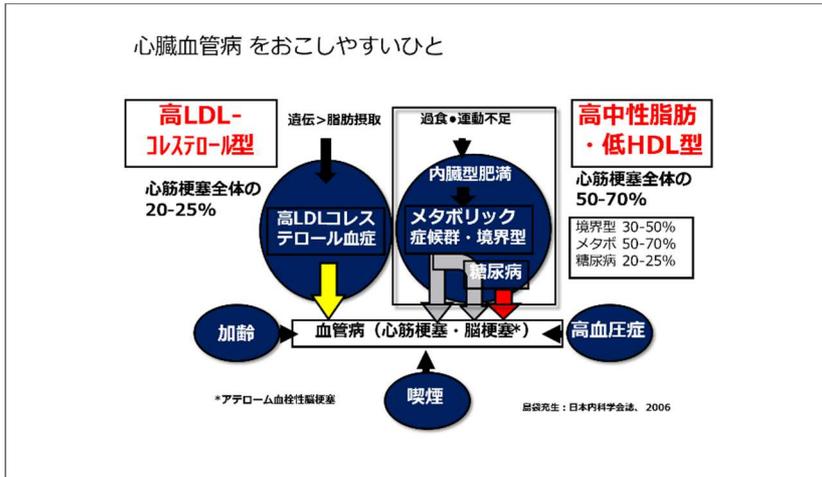
茅野市調べ

② 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 70)

図表 70 心血管病をおこしやすいひと



図表 70 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 62・63)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 71)

図表 71 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)動脈硬化性心血管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			1,531	健診結果 (LDL-C)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
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 ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272	727	472	218	114
			17.8%	47.5%	30.8%	14.2%	7.4%
	中リスク	140未満 (170未満)	592	264	184	101	43
			38.7%	36.3%	39.0%	46.3%	37.7%
高リスク ※3	再掲	120未満 (150未満)	656	305	186	98	67
			42.8%	42.0%	39.4%	45.0%	58.8%
		100未満 (130未満) ※1	44	23	12	5	4
			2.9%	3.1%	2.6%	2.1%	3.9%
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)	11	6	4	1	0
			0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD (eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。
 ※4 ※1~3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)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 72 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、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))
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

(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、保健福祉サービス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 等の情報を活用する。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

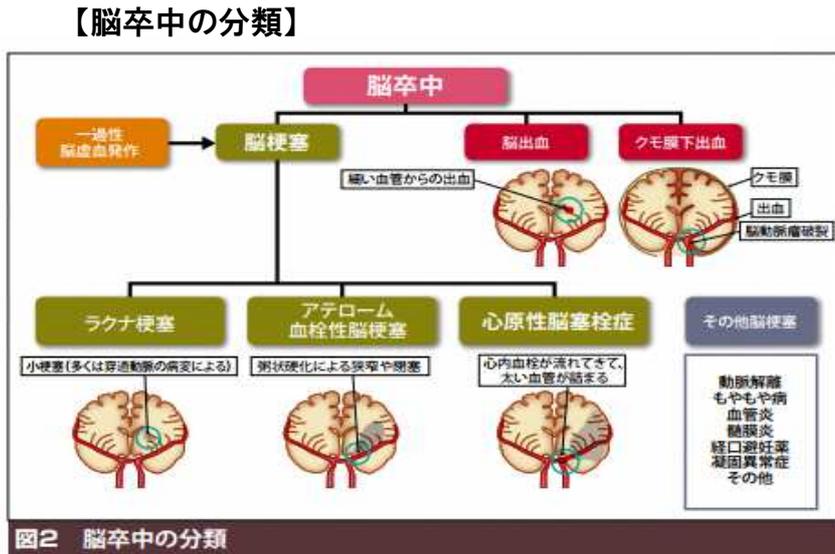
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 71,72.)

図表 73 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 74 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 73 でみると、高血圧治療者 3,719 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 477 人(12.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 1,157 人(31.7%)で、そのうち 702 人(60.7%)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。

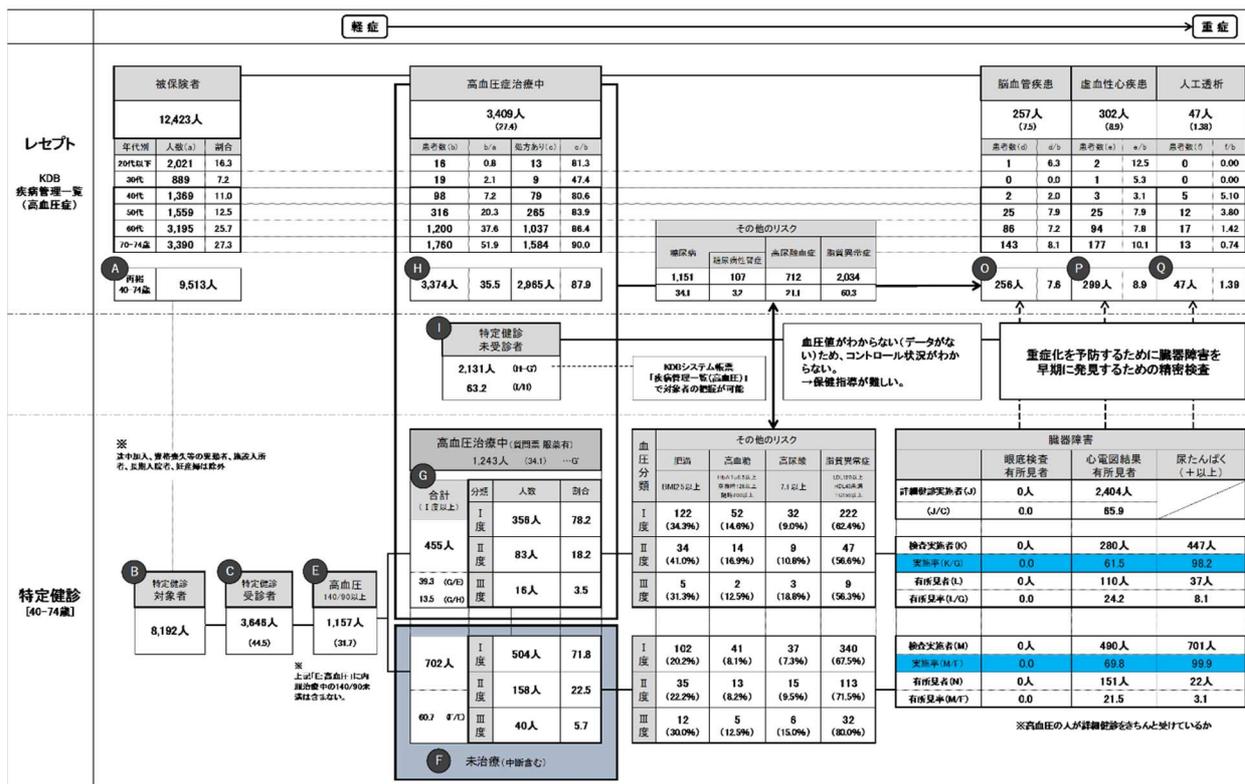
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 99 人(21.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するためには眼底検査(詳細検査)が必要です。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 75 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(1)と(2)の加入者や(3)の受診者で重複する者も含まれる
※レセプト情報のうち、医療機関一覧で記載されていない項目については、NDB(医薬品受取対象者一覧(特定・任意化予防))から集計

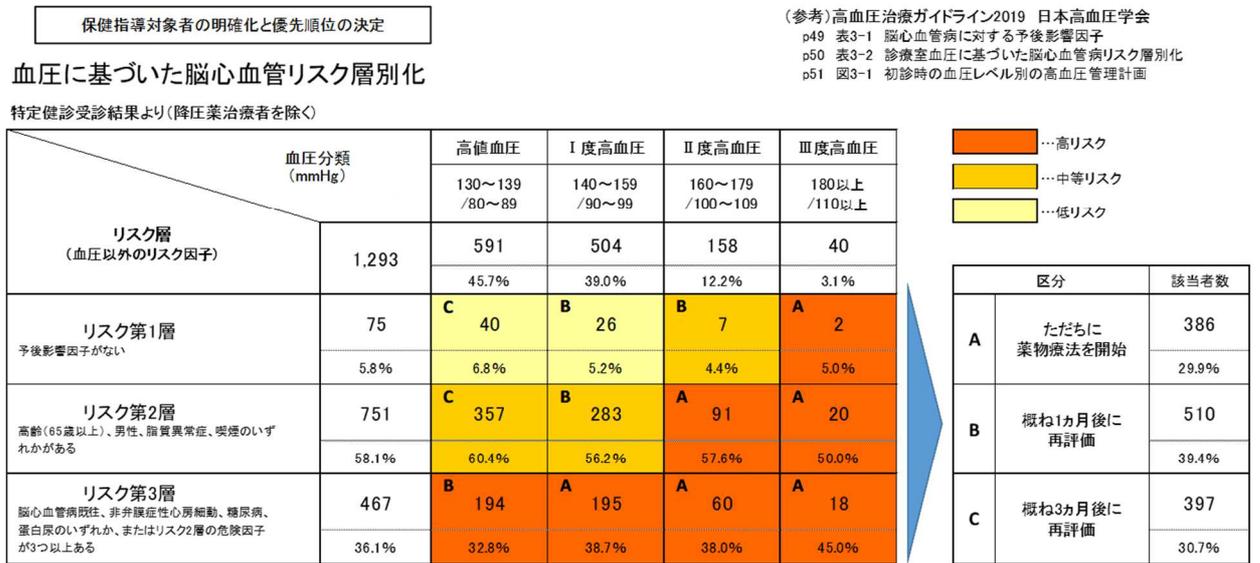
出典:ヘルスサポートラボツール

(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。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おこり方に違いがあります。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 76 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、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ソール

図表 76 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 77 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 77 心房細動有所見状況 (R4)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,663	1,983	1,071	64.4%	1,333	67.2%	21	2.0%	6	0.5%	--	--
40代	143	147	113	79.0%	111	75.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	209	210	152	72.7%	151	71.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	571	715	353	61.8%	471	65.9%	7	2.0%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	740	911	453	61.2%	600	65.9%	14	3.1%	5	0.8%	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 78 心房細動有所見者の治療状況 (R4)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
29	16	55.2%	13	44.8%

茅野市調べ

心電図検査において 29 人が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 29 人のうち 13 人は既に治療が開始されていましたが、16 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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ます。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 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みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

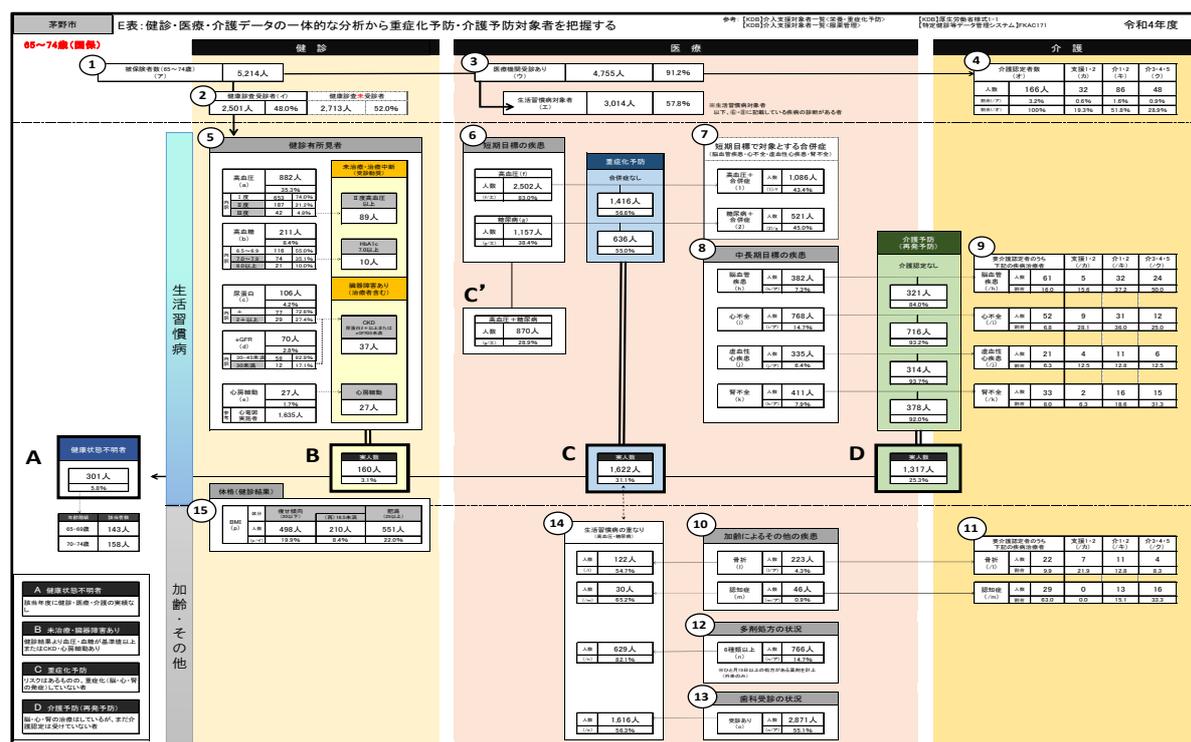
茅野市は、長野県後期高齢者医療広域連合から事業を受託し、令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、75 歳以上健診実施後、高血圧や高血糖で未治療者や受診勧奨者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 79 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、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。

茅野市においては、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いきます。

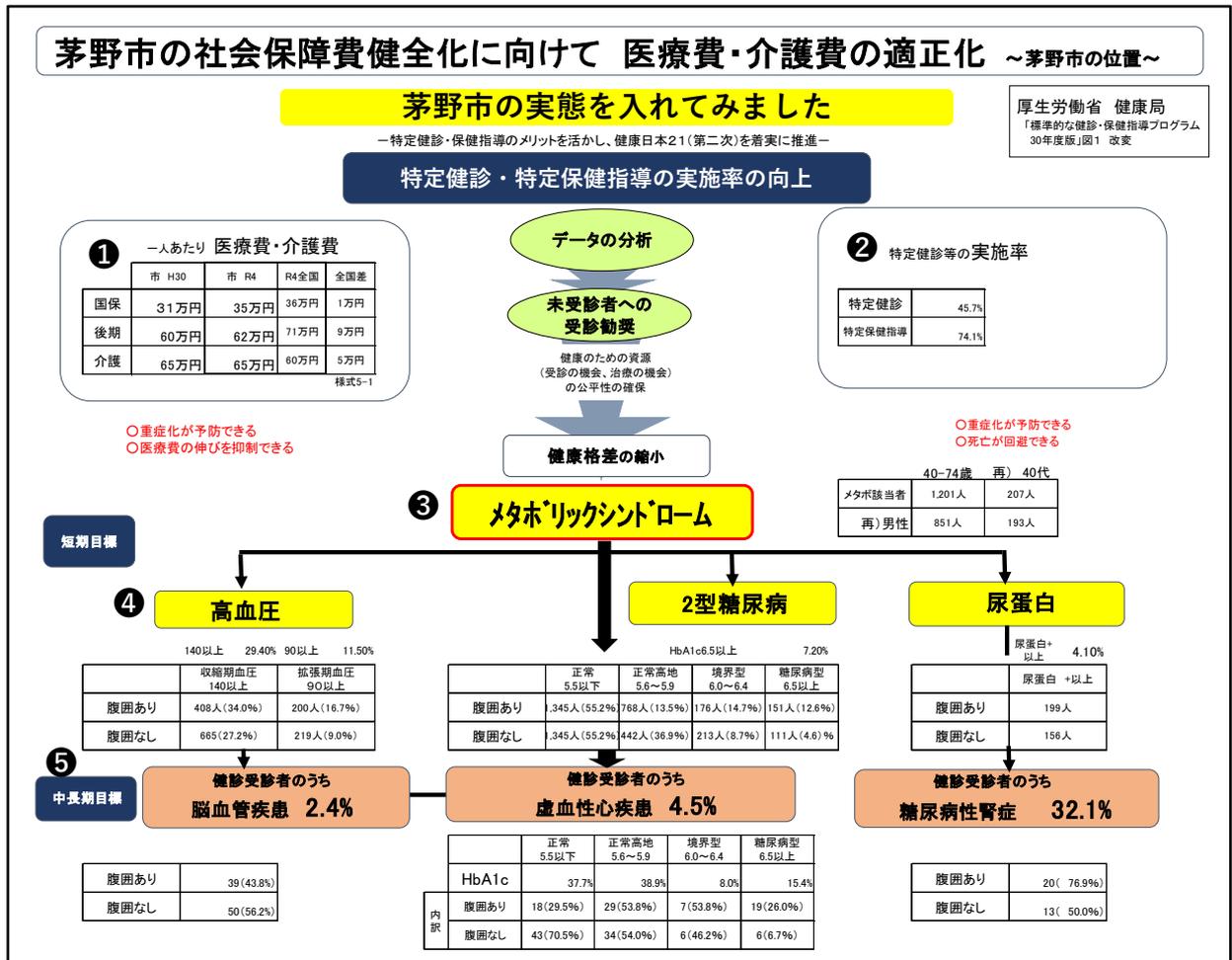
図表 80 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)																			
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																	
1 根拠法	健康増進法																		
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>								
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							
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)		乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
	妊娠前 妊娠中		産後1年以内		乳児 1.6歳児 3歳児			保育園児 / 幼稚園児		小学校 中学校 高等学校		労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)					
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上											空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上											6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上																	
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上														空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上			
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの																	
	身長 体重																		
	BMI			加齢 [*] 18以上			肥満度15%以上			肥満度20%以上						25以上			
	尿糖	(+) 以上														(+) 以上			
	糖尿病家族歴																		

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 81)

図表 81 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた茅野市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 平成 bA1c 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

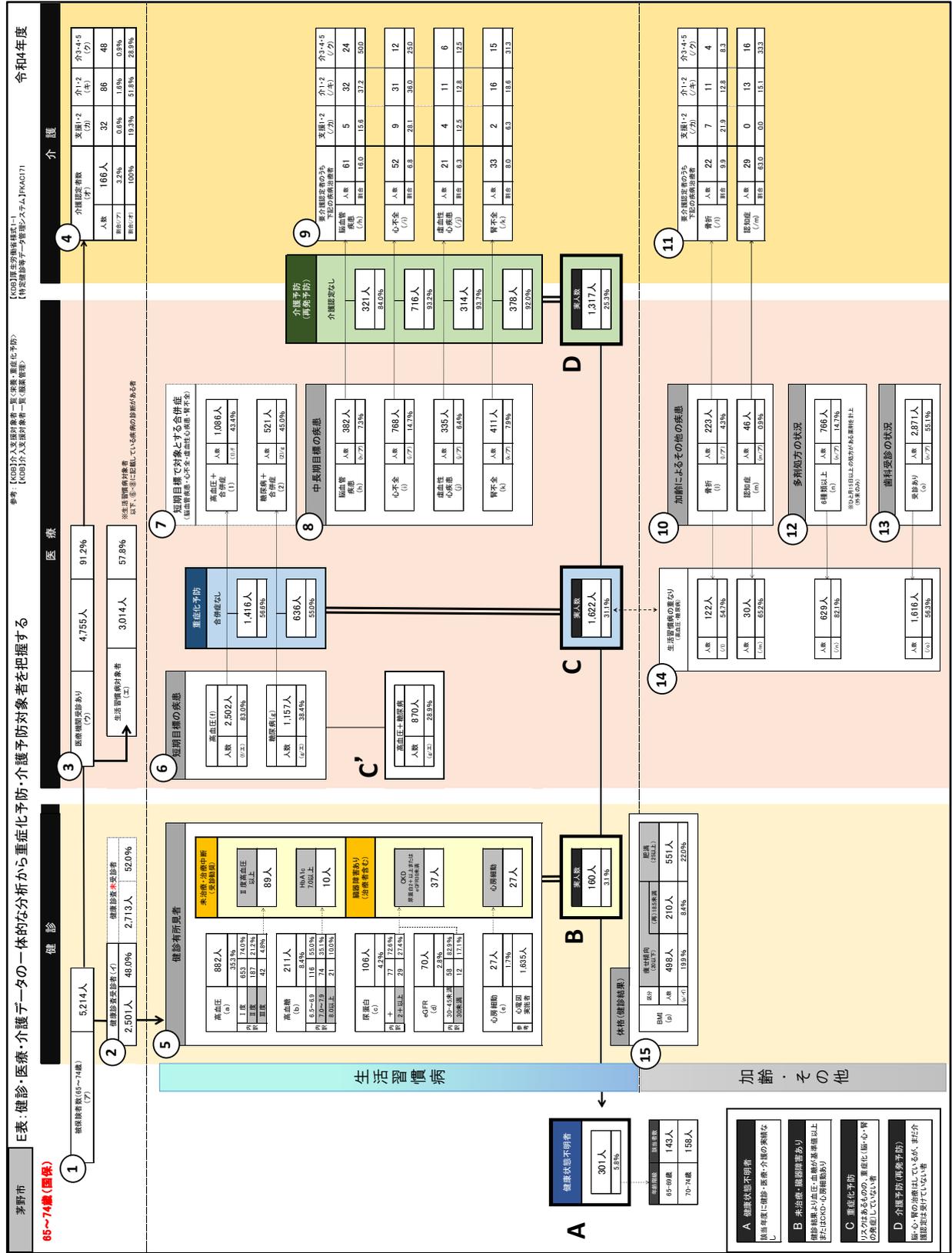
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた茅野市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた茅野市の位置(H30～R04年度)

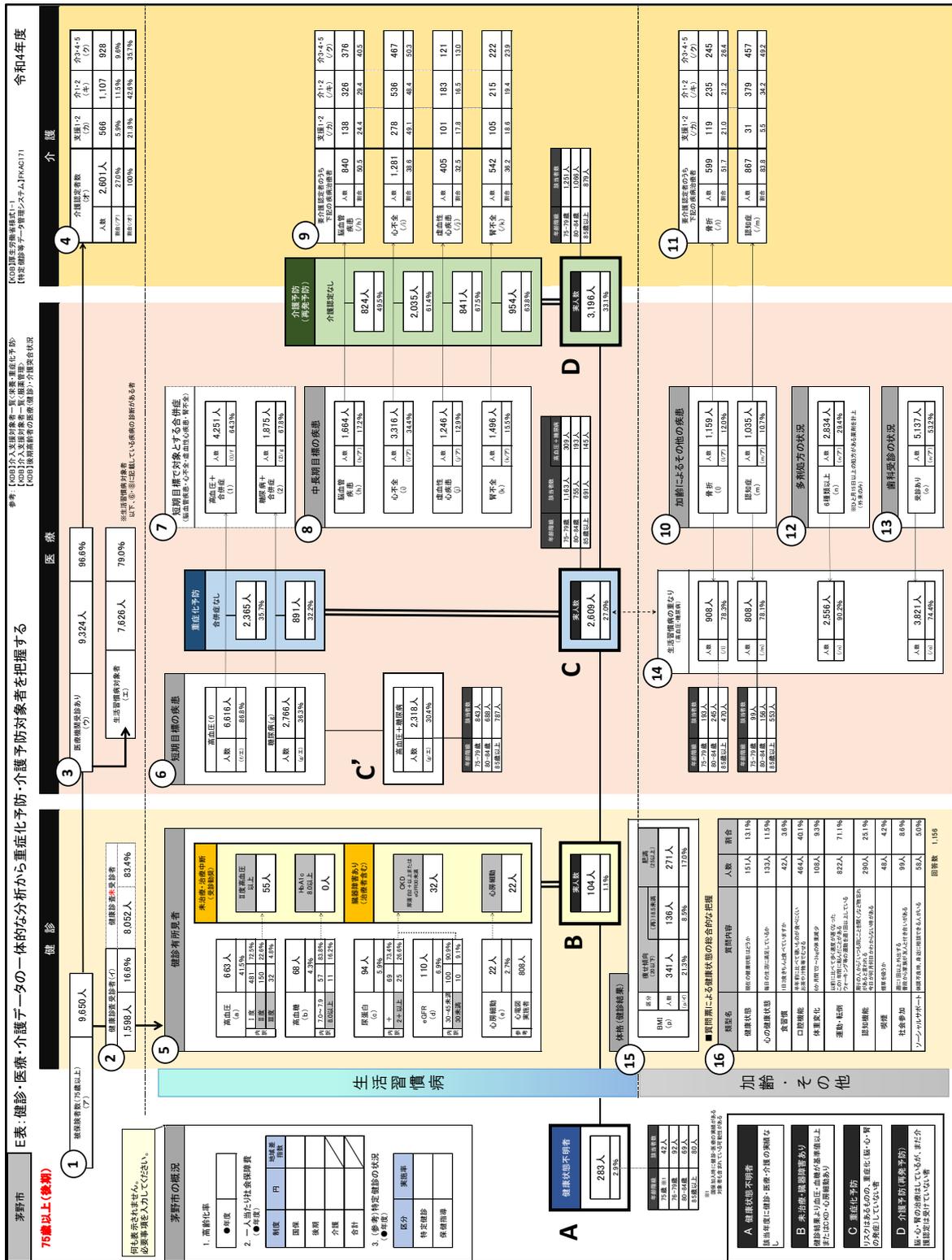
項目			茅野市		同規模平均		長野県		国				
			R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	①	人口構成	総人口		55,520		16,969,503		2,008,244		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)		17,059	30.7	5,164,670	30.4	646,942	32.2	35,335,805	28.7	
			75歳以上		9,061	16.3	--	--	352,073	17.5	18,248,742	14.8	
			65～74歳		7,998	14.4	--	--	294,869	14.7	17,087,063	13.9	
			40～64歳		18,403	33.1	--	--	669,192	33.3	41,545,893	33.7	
	39歳以下		20,058	36.1	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		6.8		5.6		9.3		4.0		
			第2次産業		36.3		28.6		29.2		25.0		
			第3次産業		56.8		65.8		61.6		71.0		
	③	平均寿命	男性		82.1		80.7		81.8		80.8		
女性			87.6		87.0		87.7		87.0				
④	平均自立期間 (要介護以上)	男性		82.2		80.1		81.1		80.1			
		女性		84.9		84.4		85.2		84.4			
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		85.0		100.3		90.5		100.0		
			死因	男性		91.7		101.2		93.8		100.0	
				女性		85.0		90.5		81.1		80.1	
				がん		171	49.7	53,892	49.4	6,280	47.9	378,272	50.6
				心臓病		88	25.6	30,362	27.8	3,879	27.6	205,485	27.5
				脳疾患		68	19.8	16,001	14.7	2,307	17.3	102,900	13.8
				糖尿病		0	0.0	2,063	1.9	238	1.8	13,896	1.9
	腎不全			6	1.7	3,958	3.6	375	2.8	28,946	3.8		
	自殺		11	3.2	2,854	2.6	352	2.6	20,171	2.7			
	②	早世子防から みた死亡 (総数)	合計										
女性													
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		2,864 16.9		932,725 18.1		113,468 17.7		6,724,030 19.4		
			新規認定者		56 0.3		15,476 0.3		1,716 0.2		110,289 0.3		
			介護度別 総件数	要支援1・2		6,062 8.5		2,980,586 13.3		412,294 13.8		21,785,044 12.9	
				要介護1・2		35,166 49.4		10,399,884 46.4		1,367,247 45.8		78,107,378 46.3	
				要介護3以上		29,995 42.1		9,019,896 40.3		1,208,489 40.4		68,963,503 40.8	
				2号認定者		56 0.3		20,148 0.4		1,856 0.3		158,107 0.4	
	②	有病状況	糖尿病		633 20.4		237,003 24.2		26,401 22.3		1,712,613 24.3		
			高血圧症		1,636 54.4		523,600 53.8		65,433 55.6		3,744,672 53.3		
			脂質異常症		940 30.3		312,282 31.8		36,610 30.6		2,308,216 32.6		
			心臓病		1,839 61.6		590,733 60.8		74,350 63.3		4,224,628 60.3		
			脳疾患		666 22.8		221,742 23.1		29,320 25.4		1,568,292 22.6		
			がん		338 10.6		111,991 11.3		14,272 11.9		837,410 11.8		
			筋・骨格		1,886 57.1		516,731 53.1		65,213 55.5		3,748,372 53.4		
	精神		1,165 38.8		358,088 37.0		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		270,946 4,622,070.710		274,536 4,622,070.710		288,366 4,622,070.710		290,668 4,622,070.710		
			1件当たり給付費(全体)		64,896		63,298		62,434		59,662		
			居宅サービス		42,995		41,822		40,752		41,272		
			施設サービス		275,222		292,502		287,007		296,364		
			要介護認定別 医療費(総以上)		8,467		8,854		8,534		8,610		
	④	医療費等	認定あり		4,152		4,013		3,975		4,020		
認定なし													

4 医 療	①	国保の状況	被保険者数	10,887		3,472,300		407,690		24,660,500						
			65～74歳	5,113	47.8	—	—	194,198	47.6	10,794,323	43.8					
			40～64歳	3,449	32.3	—	—	128,003	31.4	7,904,763	32.1					
		39歳以下	2,125	19.9	—	—	85,489	21.0	5,961,414	24.2						
		加入率	19.2		20.5		20.3		20.0							
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.1	1,146	0.3	126	0.3	8,237	0.3					
			診療所数	36	3.4	12,471	3.6	1,564	3.8	102,599	4.2					
			病床数	360	33.7	206,222	59.4	23,133	56.7	1,507,471	61.1					
			医師数	135	12.6	34,837	10.0	5,217	12.8	339,611	13.8					
			外来患者数	668.0		719.9		708.1		709.6						
		入院患者数	17.2		19.6		18.4		18.8							
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	349,531		366,294		352,023		358,522						
			受診率	685,184		739,503		726,512		728.39						
			外 来	費用の割合	61.2		59.5		60.8		59.9					
件数の割合			97.5		97.3		97.5		97.4							
入 院			費用の割合	38.8		40.5		39.2		40.1						
件数の割合			2.5		2.7		2.5		2.6							
	1件あたり在院日数	13.8日		16.3日		15.8日		16.0日								
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 <small>※大疾病費(糖尿病、脳卒中、 心臓病)</small>	がん	580,084,270	31.9	32.0		30.6		32.0							
		慢性腎不全(透析あり)	162,082,280	8.9	7.8		8.1		8.3							
		糖尿病	208,289,270	11.4	10.9		10.7		10.4							
		高血圧症	107,642,080	5.9	6.2		6.1		5.8							
		脂質異常症	66,803,530	3.7	4.0		4.0		4.0							
		脳梗塞・脳出血	53,767,860	3.0	3.9		4.0		4.0							
		狭心症・心筋梗塞	33,395,270	1.9	2.7		2.3		2.8							
		精神	239,211,860	13.1	15.1		16.2		15.0							
		筋・骨格	359,849,880	19.8	16.4		17.1		16.6							
⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医 療費に占める 割合	入 院	高血圧症	557	0.4	299	0.2	313	0.2	274	0.2					
			糖尿病	1,131	0.8	1,297	0.9	1,171	0.8	1,235	0.9					
			脂質異常症	94	0.1	61	0.0	77	0.1	57	0.0					
			脳梗塞・脳出血	4,617	3.4	6,621	4.5	6,751	4.9	6,468	4.5					
			虚血性心疾患	2,521	1.9	4,143	2.8	3,607	2.6	4,199	2.9					
	腎不全	3,366	2.5	4,389	3.0	3,738	2.7	4,409	3.1							
	医療費分析 一人当たり医 療費/外来医 療費に占める 割合	外 来	高血圧症	9,515	4.4	11,711	5.4	11,213	5.2	10,703	5.0					
			糖尿病	19,298	9.0	20,415	9.4	19,573	9.2	18,816	8.8					
			脂質異常症	6,157	2.9	7,802	3.6	7,500	3.5	7,503	3.5					
			脳梗塞・脳出血	414	0.2	937	0.4	893	0.4	884	0.4					
虚血性心疾患			1,326	0.6	1,875	0.9	1,694	0.8	1,829	0.9						
腎不全	19,779	9.2	17,220	7.9	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	2,807		2,421		2,650		2,087							
		一人当たり	10,586		13,441		12,858		13,715							
		生活習慣病対象者	9,288		6,937		7,609		6,161							
		一人当たり	35,023		38,519		36,928		40,479							
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	2,030	57.8	555,494	56.9	65,921	54.0	3,419,396	57.0						
		医療機関受診率	1,814	51.6	503,560	51.6	59,559	48.8	3,145,545	52.4						
		医療機関非受診率	216	6.1	51,934	5.3	6,362	5.2	273,851	4.6						
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	特定健診の 状況	健診受診者	受診率	45.5		39.4		41.7		35.2						
			特定保健指導終了者(受診率)	210	54.1	15,006	13.4	1,579	12.6	64,453	9.5					
		肥満高血圧	メタボ	該当者	658	18.7	202,995	20.8	22,883	18.8	1,236,157	20.6				
				男性	463	28.8	140,027	32.7	16,010	29.7	850,990	32.9				
				女性	195	10.2	62,968	11.5	6,873	10.1	385,167	11.3				
				予備群	407	11.6	107,776	11.0	12,572	10.3	664,378	11.1				
				男性	289	18.0	74,927	17.5	8,906	16.5	459,829	17.8				
				女性	118	6.2	32,849	6.0	3,666	5.4	204,549	6.0				
				区内市町村数 29市町村	メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	1,166	33.2	341,075	34.9	39,355	32.3	2,093,140	34.9	
							男性	826	51.4	235,684	55.0	27,648	51.4	1,441,006	55.7	
						女性	340	17.8	105,391	19.3	11,707	17.2	652,134	19.1		
						BMI	総数	118	3.4	47,108	4.8	5,498	4.5	280,816	4.7	
							男性	24	1.5	6,704	1.6	866	1.6	40,860	1.6	
						女性	94	4.9	40,404	7.4	4,632	6.8	239,956	7.0		
						同規模市区町村数 25市町村	血圧のみ 脂質のみ 血糖のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	血糖のみ	15	0.4	6,572	0.7	706	0.6	37,614	0.6
								血圧のみ	295	8.4	76,046	7.8	8,396	6.9	469,916	7.8
								脂質のみ	97	2.8	25,158	2.6	3,470	2.8	156,848	2.6
								血糖・血圧	83	2.4	30,455	3.1	3,072	2.5	179,936	3.0
				血糖・脂質	17			0.5	10,434	1.1	1,250	1.0	62,339	1.0		
血圧・脂質	380	10.8	94,702	9.7	11,286			9.3	587,616	9.8						
血糖・血圧・脂質	178	5.1	67,404	6.9	7,175			5.9	406,266	6.8						
高血圧	1,219	34.7	363,954	37.3	43,180			35.4	2,212,738	36.9						
糖尿病	265	7.5	89,991	9.2	10,596			8.7	536,761	8.9						
脂質異常症	945	26.9	281,962	28.9	35,110	28.8	1,748,878	29.2								
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	問診の状況	服薬	脂質	110	3.1	30,566	3.2	3,821	3.3	191,098	3.3					
			糖尿病	184	5.2	56,507	6.0	6,425	5.5	334,592	5.7					
			腎不全	29	0.8	7,718	0.8	890	0.8	49,526	0.8					
			貧血	286	8.1	100,062	10.6	10,813	9.3	623,853	10.7					
		生活習慣の 状況	喫煙	393	11.2	123,934	12.7	14,249	11.7	763,799	12.7					
			週3回以上朝食を抜く	285	8.4	76,524	8.5	8,246	7.6	524,122	9.6					
			週3回以上食後間食(～1時)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0					
			週3回以上就寝前夕食(1時～)	478	14.0	131,966	14.4	15,829	14.5	804,080	14.7					
			週3回以上就寝前夕食	478	14.0	131,966	14.4	15,829	14.5	804,080	14.7					
			食べる速度が速い	850	24.9	233,332	25.8	26,184	24.0	1,441,633	26.4					
			就寝時体重から1kg以上増加	1,091	32.1	312,790	34.4	34,157	31.3	1,896,304	34.5					
			1回20分以上運動習慣なし	2,040	60.0	542,996	59.6	69,498	63.7	3,245,295	59.2					
			1日1時間以上運動なし	1,734	51.0	425,177	46.4	48,582	44.6	2,603,183	47.4					
			睡眠不足	824	24.3	228,349	25.0	26,616	24.4	1,364,352	24.9					
毎日飲酒	736	21.6	229,841	24.4	27,750	23.8	1,411,626	24.6								
時々飲酒	768	22.6	201,018	21.3	27,516	23.6	1,275,564	22.2								
⑭	一日飲酒量	1杯未満	961	55.5	409,029	65.2	35,237	56.5	2,677,669	65.6						
		1～2杯	510	29.5	147,595	23.5	18,578	29.8	940,908	23.1						
		2～3杯	202	11.7	55,826	8.9	6,680	10.7	359,082	8.8						
		3杯以上	57	3.3	14,446	2.3	1,898	3.0	101,477	2.5						

② 65～74歳(国保)



④ 75歳以上(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

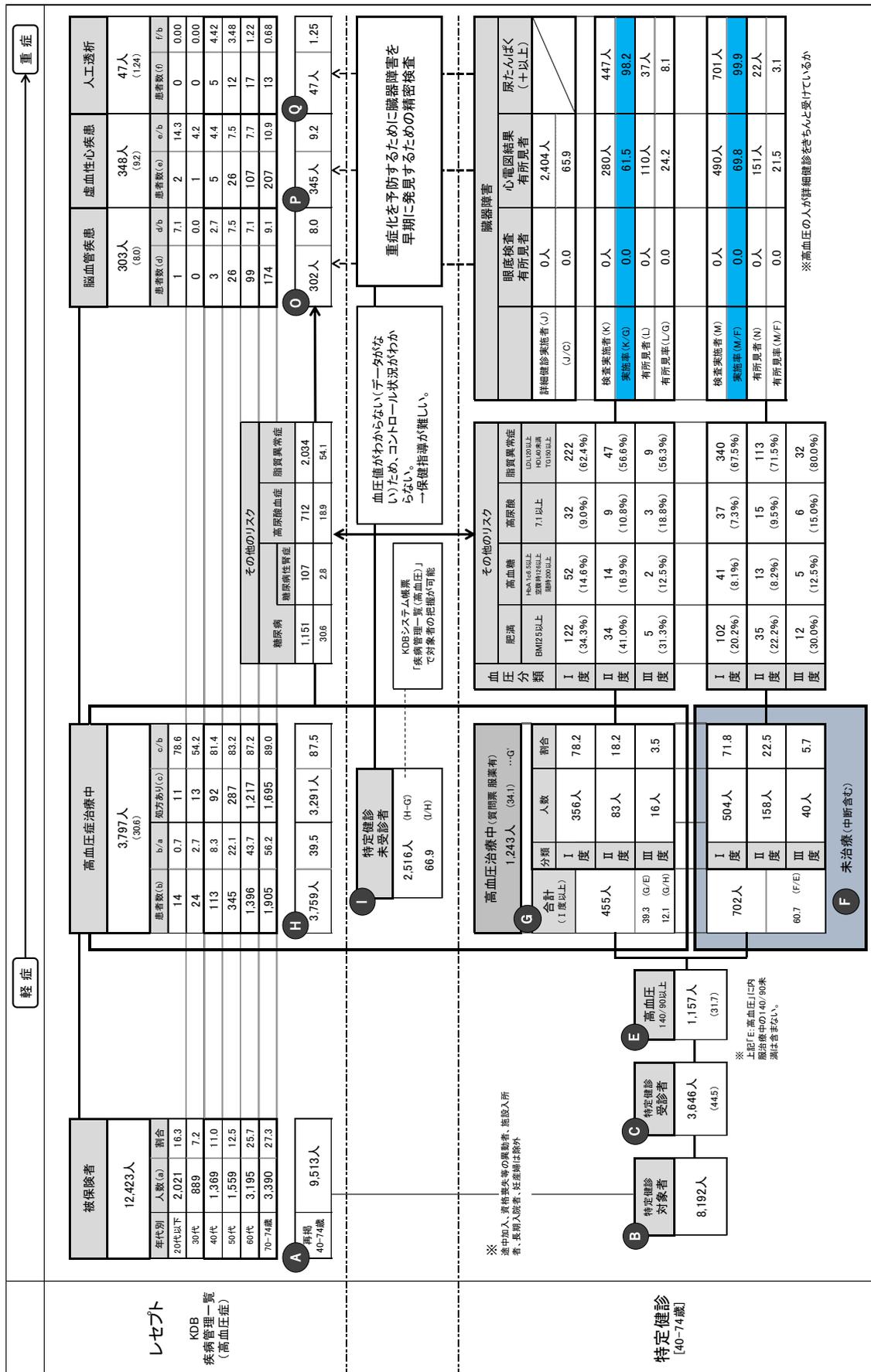
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実合表	茅野市										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	12,777人		12,157人		11,716人		11,603人		11,220人				
	② (再掲)40-74歳		10,108人		9,688人		9,318人		9,334人		9,011人				
2	① 特定健診 対象者数	B	9,393人		9,079人		8,828人		8,651人		8,192人				
	② 受診者数	C	4,659人		4,501人		3,805人		3,596人		3,646人				
	③ 受診率		49.6%		49.6%		43.1%		41.6%		44.5%				
3	① 特定保健指導 対象者数		392人		387人		339人		298人		241人				
	② 実施率		63.6%		67.6%		72.9%		74.0%		73.3%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	597人	12.8%	535人	11.9%	470人	12.4%	402人	11.2%	378人	10.4%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	157人	26.3%	140人	26.2%	144人	30.6%	101人	25.1%	110人	29.1%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	440人	73.7%	395人	73.8%	326人	69.4%	301人	74.9%	268人	70.9%		
		④ コントロール不良 <small>※HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖値130mg/dL以上</small>	J	194人	44.1%	183人	46.3%	150人	46.0%	128人	42.5%	116人	43.3%		
		⑤ 血圧 130/80以上		128人	66.0%	129人	70.5%	98人	63.3%	88人	68.8%	83人	71.6%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		78人	40.2%	71人	38.8%	62人	41.3%	54人	42.2%	53人	45.7%		
		⑦ コントロール良 <small>※HbA1c 6.5%未満かつ空腹時血糖値130mg/dL未満</small>	K	246人	55.9%	212人	53.7%	176人	54.0%	173人	57.5%	152人	56.7%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	445人	74.5%	398人	74.4%	348人	74.0%	321人	79.9%	292人	77.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		69人	11.6%	72人	13.5%	56人	11.9%	43人	10.7%	40人	10.6%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		72人	12.1%	55人	10.3%	54人	11.5%	34人	8.5%	37人	9.8%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人	0.8%	4人	0.7%	5人	1.1%	2人	0.5%	7人	1.9%		
5	レセプト	① 糖尿病受診率(被保険者千対)		977人		961人		894人		926人		952人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		1219人		1199人		1111人		1136人		1166人			
		③ レセプト件数(40-74歳) ④ (再掲)40-74歳 入院外(件数)		7,667件 (783.7)	7,187件 (766.1)	6,850件 (735.8)	6,725件 (740.1)	6,419件 (749.7)	2,480,774件 (911.6)						
		⑤ (再掲)40-74歳 入院(件数)		43件 (4.4)	37件 (3.9)	36件 (3.9)	39件 (4.3)	34件 (4.0)	10,514件 (3.9)						
		⑥ 糖尿病治療中	H	1,248人	9.8%	1,168人	9.6%	1,047人	8.9%	1,075人	9.3%	1,068人	9.5%		
		⑦ (再掲)40-74歳		1,232人	12.2%	1,162人	12.0%	1,035人	11.1%	1,060人	11.4%	1,051人	11.7%		
		⑧ 健診未受診者	I	792人	64.3%	722人	62.1%	709人	68.5%	759人	71.6%	783人	74.5%		
		⑨ インスリン治療	O	118人	9.5%	106人	9.1%	82人	7.8%	106人	9.9%	100人	9.4%		
		⑩ (再掲)40-74歳		115人	9.3%	106人	9.1%	81人	7.8%	106人	10.0%	97人	9.2%		
		⑪ 糖尿病性腎症	L	99人	7.9%	96人	8.2%	92人	8.8%	98人	9.1%	104人	9.7%		
		⑫ (再掲)40-74歳		99人	8.0%	96人	8.3%	91人	8.8%	97人	9.2%	102人	9.7%		
		⑬ 慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病性腎症にのみ該当)</small>		28人	2.2%	26人	2.2%	28人	2.7%	26人	2.4%	29人	2.7%		
		⑭ (再掲)40-74歳		28人	2.3%	26人	2.2%	28人	2.7%	26人	2.5%	29人	2.8%		
		⑮ 新規透析患者数		7人 25.0%	9人 34.6%	6人 21.4%	4人 15.4%	3人 10.3%							
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		3人 42.9%	7人 77.8%	3人 50.0%	3人 75.0%	1人 33.3%							
⑰ 【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病性腎症にのみ該当)</small>		45人 2.8%	50人 2.8%	50人 3.0%	46人 2.5%	44人 2.3%									
6	医療費	① 総医療費		38億4711万円		40億8697万円		37億5134万円		38億2811万円		37億3544万円		50億8753万円	
		② 生活習慣病総医療費		19億7960万円		19億5525万円		19億2015万円		19億4784万円		18億2095万円		27億0662万円	
		③ (総医療費に占める割合)		51.5%		47.8%		51.2%		50.9%		48.7%		53.2%	
		④ 生活習慣病 対象者 1人あたり 健診受診者		8,403円		8,983円		8,134円		8,209円		9,288円		6,937円	
		⑤ 健診未受診者		34,386円		36,245円		37,791円		36,260円		35,023円		38,519円	
		⑥ 糖尿病医療費		2億3593万円		2億2142万円		2億2211万円		2億1830万円		2億0829万円		2億3434万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.9%		11.3%		11.6%		11.2%		11.4%		10.9%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億5031万円		6億8706万円		6億5649万円		6億5136万円		6億1811万円			
		⑨ 1件あたり		40,002円		44,856円		44,772円		44,350円		44,176円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億5990万円		3億8713万円		3億3438万円		3億1675万円		3億5663万円			
		⑪ 1件あたり		587,117円		679,183円		671,445円		604,481円		685,818円			
		⑫ 在院日数		13日		14日		14日		13日		14日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億9892万円		1億6323万円		1億8962万円		1億7916万円		1億6644万円		2億2640万円	
⑭ 透析有り		1億8273万円		1億5044万円		1億7761万円		1億7407万円		1億6208万円		2億1152万円			
⑮ 透析なし		1618万円		1278万円		1201万円		509万円		436万円		1487万円			
7	介護	① 介護給付費		43億3995万円		44億3386万円		45億0188万円		45億7908万円		46億2207万円		56億7154万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		6件 13.3%		6件 15.4%		1件		4件 12.9%		5件 14.7%			
8	① 死亡		2人 0.4%		5人 0.9%		3人 0.6%		7人 1.3%		0人 0.0%		3,958人 1.0%		

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

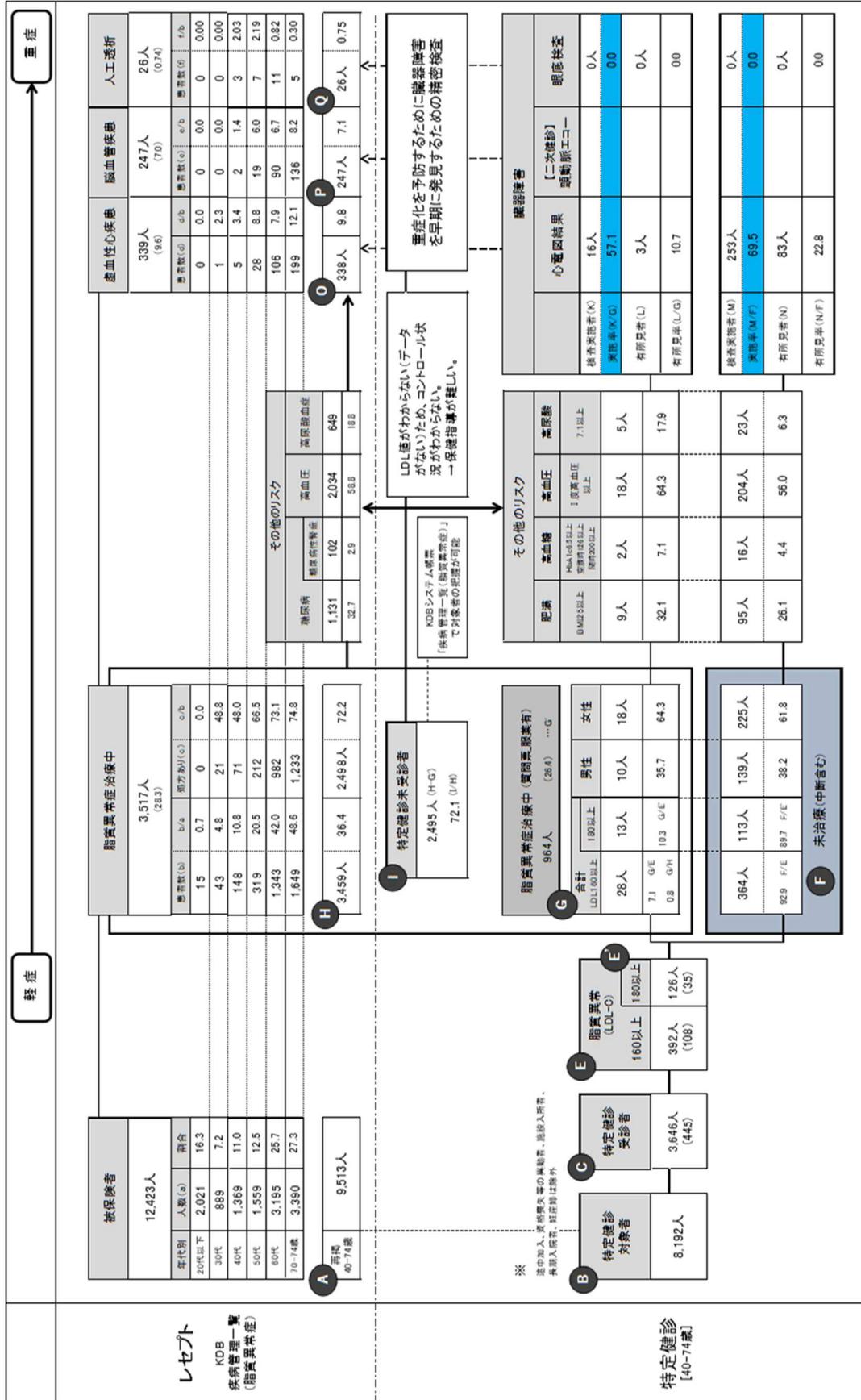
令和04年度



※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、「HDB概要 介入支援対象者一覧(疾病・重症化予防)」から集計

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

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に医療がある者を計上(年度途中の加入者や年度途中まで診療を停止している者も含む)
 ※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構築済」加入者対象者一覧(重症・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		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる				
	5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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	4,798	1,954	40.7%	1,754	36.6%	667	13.9%	223	4.6%	143	3.0%	57	1.2%	123	2.6%	34	0.7%
H30	4,632	2,048	44.2%	1,550	33.5%	605	13.1%	229	4.9%	146	3.2%	54	1.2%	111	2.4%	32	0.7%
R01	4,464	2,087	46.8%	1,430	32.0%	578	12.9%	177	4.0%	144	3.2%	48	1.1%	114	2.6%	37	0.8%
R02	3,797	1,579	41.6%	1,361	35.8%	513	13.5%	168	4.4%	138	3.6%	38	1.0%	98	2.6%	24	0.6%
R03	3,592	1,752	48.8%	1,163	32.4%	417	11.6%	131	3.6%	103	2.9%	26	0.7%	74	2.1%	18	0.5%
R04	3,636	1,775	48.8%	1,210	33.3%	389	10.7%	134	3.7%	95	2.6%	33	0.9%	71	2.0%	21	0.6%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	4,798	1,954 40.7%	1,754 36.6%	667 13.9%	423 8.8%	146 34.5%	277 65.5%	200 4.2%	148 74.0%	8.8%
H30	4,632	2,048 44.2%	1,550 33.5%	605 13.1%	429 9.3%	135 31.5%	294 68.5%	200 4.3%	160 80.0%	9.3%
R01	4,464	2,087 46.8%	1,430 32.0%	578 12.9%	369 8.3%	111 30.1%	258 69.9%	192 4.3%	155 80.7%	8.3%
R02	3,797	1,579 41.6%	1,361 35.8%	513 13.5%	344 9.1%	119 34.6%	225 65.4%	176 4.6%	134 76.1%	9.1%
R03	3,592	1,752 48.8%	1,163 32.4%	417 11.6%	260 7.2%	81 31.2%	179 68.8%	129 3.6%	102 79.1%	7.2%
R04	3,636	1,775 48.8%	1,210 33.3%	389 10.7%	262 7.2%	91 34.7%	171 65.3%	128 3.5%	92 71.9%	7.2%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
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	389	8.1%	6	1.5%	24	6.2%	82	21.1%	129	33.2%	109	28.0%	39	10.0%	91	23.4%	22	5.7%
	H30	438	9.5%	10	2.3%	42	9.6%	92	21.0%	134	30.6%	120	27.4%	40	9.1%	87	19.9%	21	4.8%
	R01	391	8.8%	17	4.3%	30	7.7%	86	22.0%	103	26.3%	117	29.9%	38	9.7%	94	24.0%	28	7.2%
	R02	325	8.6%	9	2.8%	25	7.7%	66	20.3%	91	28.0%	106	32.6%	28	8.6%	77	23.7%	16	4.9%
	R03	300	8.4%	9	3.0%	30	10.0%	82	27.3%	77	25.7%	83	27.7%	19	6.3%	59	19.7%	12	4.0%
	R04	268	7.4%	11	4.1%	29	10.8%	57	21.3%	79	29.5%	67	25.0%	25	9.3%	53	19.8%	16	6.0%
治療なし	H29	4,409	91.9%	1,948	44.2%	1,730	39.2%	585	13.3%	94	2.1%	34	0.8%	18	0.4%	32	0.7%	12	0.3%
	H30	4,194	90.5%	2,038	48.6%	1,508	36.0%	513	12.2%	95	2.3%	26	0.6%	14	0.3%	24	0.6%	11	0.3%
	R01	4,073	91.2%	2,070	50.8%	1,400	34.4%	492	12.1%	74	1.8%	27	0.7%	10	0.2%	20	0.5%	9	0.2%
	R02	3,472	91.4%	1,570	45.2%	1,336	38.5%	447	12.9%	77	2.2%	32	0.9%	10	0.3%	21	0.6%	8	0.2%
	R03	3,292	91.6%	1,743	52.9%	1,133	34.4%	335	10.2%	54	1.6%	20	0.6%	7	0.2%	15	0.5%	6	0.2%
	R04	3,368	92.6%	1,764	52.4%	1,181	35.1%	332	9.9%	55	1.6%	28	0.8%	8	0.2%	18	0.5%	5	0.1%

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	4,836	1,210	25.0%	779	16.1%	1,274	26.3%	1,206	24.9%	305	6.3%	62	1.3%
H30	4,659	1,142	24.5%	744	16.0%	1,285	27.6%	1,132	24.3%	287	6.2%	69	1.5%
R01	4,501	1,135	25.2%	786	17.5%	1,282	28.5%	969	21.5%	274	6.1%	55	1.2%
R02	3,805	888	23.3%	714	18.8%	993	26.1%	907	23.8%	255	6.7%	48	1.3%
R03	3,596	851	23.7%	623	17.3%	979	27.2%	842	23.4%	236	6.6%	65	1.8%
R04	3,646	876	24.0%	563	15.4%	1,050	28.8%	860	23.6%	241	6.6%	56	1.5%

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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	保健受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再掲				
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	4,836	1,989 41.1%	1,274 26.3%	1,206 24.9%	367 7.6%	236 64.3%	131 35.7%	7.6%	
					62 1.3%	44 71.0%	18 29.0%	1.3%	
H30	4,659	1,886 40.5%	1,285 27.6%	1,132 24.3%	356 7.6%	240 67.4%	116 32.6%	7.6%	
					69 1.5%	50 72.5%	19 27.5%	1.5%	
R01	4,501	1,921 42.7%	1,282 28.5%	969 21.5%	329 7.3%	218 66.3%	111 33.7%	7.3%	
					55 1.2%	42 76.4%	13 23.6%	1.2%	
R02	3,805	1,602 42.1%	983 26.1%	907 23.8%	303 8.0%	198 65.3%	105 34.7%	8.0%	
					48 1.3%	36 75.0%	12 25.0%	1.3%	
R03	3,596	1,474 41.0%	979 27.2%	842 23.4%	301 8.4%	200 66.4%	101 33.6%	8.4%	
					65 1.8%	47 72.3%	18 27.7%	1.8%	
R04	3,646	1,439 39.5%	1,050 28.8%	860 23.6%	297 8.1%	198 66.7%	99 33.3%	8.1%	
					56 1.5%	40 71.4%	16 28.6%	1.5%	

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	1,501	31.0%	149	9.9%	235	15.7%	492	32.8%	494	32.9%	113	7.5%	18	1.2%
	H30	1,503	32.3%	156	10.4%	235	15.6%	526	35.0%	470	31.3%	97	6.5%	19	1.3%
	R01	1,453	32.3%	171	11.8%	258	17.8%	513	35.3%	400	27.5%	98	6.7%	13	0.9%
	R02	1,303	34.2%	121	9.3%	292	22.4%	407	31.2%	378	29.0%	93	7.1%	12	0.9%
	R03	1,222	34.0%	137	11.2%	236	19.3%	382	31.3%	366	30.0%	83	6.8%	18	1.5%
	R04	1,243	34.1%	135	10.9%	194	15.6%	459	36.9%	356	28.6%	83	6.7%	16	1.3%
治療なし	H29	3,335	69.0%	1,061	31.8%	544	16.3%	782	23.4%	712	21.3%	192	5.8%	44	1.3%
	H30	3,156	67.7%	986	31.2%	509	16.1%	759	24.0%	662	21.0%	190	6.0%	50	1.6%
	R01	3,048	67.7%	964	31.6%	528	17.3%	769	25.2%	569	18.7%	176	5.8%	42	1.4%
	R02	2,502	65.8%	767	30.7%	422	16.9%	586	23.4%	529	21.1%	162	6.5%	36	1.4%
	R03	2,374	66.0%	714	30.1%	387	16.3%	597	25.1%	476	20.1%	153	6.4%	47	2.0%
	R04	2,403	65.9%	741	30.8%	369	15.4%	591	24.6%	504	21.0%	158	6.6%	40	1.7%

参考資料9 LDLの年次比較

LDL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	4,835	2,013	41.6%	1,262	26.1%	874	18.1%	432	8.9%	254	5.3%
	H30	4,659	1,925	41.3%	1,269	27.2%	844	18.1%	365	7.8%	256	5.5%
	R01	4,501	1,843	40.9%	1,142	25.4%	857	19.0%	428	9.5%	231	5.1%
	R02	3,805	1,674	44.0%	958	25.2%	664	17.5%	338	8.9%	171	4.5%
	R03	3,596	1,571	43.7%	954	26.5%	610	17.0%	304	8.5%	157	4.4%
R04	3,646	1,742	47.8%	915	25.1%	597	16.4%	266	7.3%	126	3.5%	
男性	H29	2,185	1,018	46.6%	561	25.7%	351	16.1%	168	7.7%	87	4.0%
	H30	2,132	1,014	47.6%	564	26.5%	331	15.5%	135	6.3%	88	4.1%
	R01	2,067	941	45.5%	513	24.8%	361	17.5%	166	8.0%	86	4.2%
	R02	1,713	817	47.7%	420	24.5%	287	16.8%	127	7.4%	62	3.6%
	R03	1,622	766	47.2%	453	27.9%	242	14.9%	111	6.8%	50	3.1%
R04	1,663	840	50.5%	416	25.0%	258	15.5%	112	6.7%	37	2.2%	
女性	H29	2,650	995	37.5%	701	26.5%	523	19.7%	264	10.0%	167	6.3%
	H30	2,527	911	36.1%	705	27.9%	513	20.3%	230	9.1%	168	6.6%
	R01	2,434	902	37.1%	629	25.8%	496	20.4%	262	10.8%	145	6.0%
	R02	2,092	857	41.0%	538	25.7%	377	18.0%	211	10.1%	109	5.2%
	R03	1,974	805	40.8%	501	25.4%	368	18.6%	193	9.8%	107	5.4%
R04	1,983	902	45.5%	499	25.2%	339	17.1%	154	7.8%	89	4.5%	

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	4,835	2,013	1,262	874	686	631	55	14.2%	
		41.6%	26.1%	18.1%	14.2%	92.0%	8.0%		
H30	4,659	1,925	1,269	844	621	579	42	13.3%	
		41.3%	27.2%	18.1%	13.3%	93.2%	6.8%		
R01	4,501	1,843	1,142	857	659	615	44	14.6%	
		40.9%	25.4%	19.0%	14.6%	93.3%	6.7%		
R02	3,805	1,674	958	664	509	469	40	13.4%	
		44.0%	25.2%	17.5%	13.4%	92.1%	7.9%		
R03	3,596	1,571	954	610	461	424	37	12.8%	
		43.7%	26.5%	17.0%	12.8%	92.0%	8.0%		
R04	3,646	1,742	915	597	392	364	28	10.8%	
		47.8%	25.1%	16.4%	10.8%	92.9%	7.1%		

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	1,057	21.9%	622	58.8%	260	24.6%	120	11.4%	39	3.7%	16	1.5%
	H30	1,099	23.6%	643	58.5%	290	26.4%	124	11.3%	24	2.2%	18	1.6%
	R01	1,063	23.6%	642	60.4%	270	25.4%	107	10.1%	29	2.7%	15	1.4%
	R02	1,007	26.5%	651	64.6%	228	22.6%	88	8.7%	26	2.6%	14	1.4%
	R03	980	27.3%	625	63.8%	232	23.7%	86	8.8%	24	2.4%	13	1.3%
R04	964	26.4%	671	69.6%	193	20.0%	72	7.5%	15	1.6%	13	1.3%	
治療なし	H29	3,778	78.1%	1,391	36.8%	1,002	26.5%	754	20.0%	393	10.4%	238	6.3%
	H30	3,560	76.4%	1,282	36.0%	979	27.5%	720	20.2%	341	9.6%	238	6.7%
	R01	3,438	76.4%	1,201	34.9%	872	25.4%	750	21.8%	399	11.6%	216	6.3%
	R02	2,798	73.5%	1,023	36.6%	730	26.1%	576	20.6%	312	11.2%	157	5.6%
	R03	2,616	72.7%	946	36.2%	722	27.6%	524	20.0%	280	10.7%	144	5.5%
R04	2,682	73.6%	1,071	39.9%	722	26.9%	525	19.6%	251	9.4%	113	4.2%	