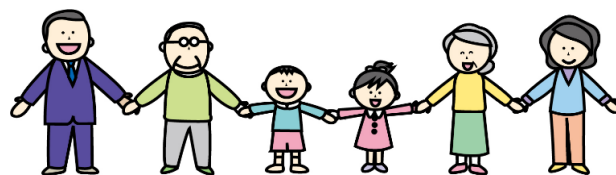


妙高市国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画



総合健康都市

守ろうつくろう
自分の健康!

妙高

妙 高 市
平成30年3月

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画) 第3期特定健康診査等実施計画

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置付け	2
3 計画期間	2
4 関係者が果たすべき役割と連携	5
5 保険者努力支援制度	5
第2章 妙高市の現状(経年変化)	7
1 国保被保険者(加入者)の状況・年齢構成	7
2 第1期計画期間の変化	8
第3章 第1期計画に係る評価及び考察と 第2期計画における健康課題の明確化	13
1 第1期計画に係る評価及び考察	13
2 目標の設定	19
第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	22
1 第3期特定健康診査等実施計画の期間	22
2 特定健診・特定保健指導の国の目標値	22
3 市の目標値の設定	22
4 対象者の見込み	25
5 特定健診の実施	25
6 特定保健指導の実施	28
7 個人情報の取り扱い	31

8	結果の報告	31
9	特定健康診査等実施計画の公表・周知	31
10	特定健康診査等実施計画の評価・見直し	31
第5章	保健事業の内容	32
1	保健事業の方向性	32
2	重症化予防の取り組み	32
1)	脳血管疾患の重症化予防	34
2)	糖尿病性腎症の重症化予防	39
3)	虚血性心疾患の重症化予防	46
3	広く市民に周知・啓発する取り組み	52
第6章	地域包括ケアシステムに係る取り組み	55
1	介護予防、重症化予防、自立支援の推進	55
2	在宅医療・介護連携の推進	56
第7章	計画の評価・見直し	57
1	評価の時期	57
2	評価方法・体制	57
第8章	計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	58
1	計画の公表・周知	58
2	個人情報の取り扱い	58
参考資料		59

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査^{※1}（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書^{※2}（以下「レセプト」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（KDB）^{※3}（以下「KDB」という。）などの整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価などを行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、「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みを行うことを推進する。」と明記されました。

また、平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険（以下「国保」という。）は、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国民健康保険事業納付金の額を決定し、市町村とともに保険者となって財政運営を担うとともに、市町村は、これまでどおり保健事業など医療費適正化の取り組みを主に行うという、いわゆる「国民健康保険制度の広域化」が図られることになりました。さらに、国民健康保険制度改革の中で、公費による財政支援を拡充する一環として、保険者に加入者の重症化予防と健康づくりを促し、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度^{※4}となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることになり、平成28年度から、国の特別調整交付金の一部を活用し、市町村では前倒しをして実施しています。

厚生労働省は、保険者の保健事業をさらに推進するために、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（平成16年厚生労働省告示第307号）の一部を平成26年3月に改正し、保険者は、健康・医療情報を活用し、PDCAサイクル^{※5}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（以下「データヘルス計画」という。）を策定することを定めました。

本市では、平成27年3月に第1期のデータヘルス計画を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防などの保健事業を実施しました。

第2期計画である本計画では、第1期の取り組みによる効果を検証した上で、保有しているデータを活用しながら、さらなる被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を目指し、より効果的な保健事業を実施していきます。

※1 特定健康診査：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査。糖尿病や高血圧などの生活習慣病予防対策を進め、発症予防や重症化の抑制、医療費の削減を目的としている。

対象者は、40歳～74歳。

※2 診療報酬明細書（レセプト）：患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合など）に請求する医療費の明細書。

※3 国保データベースシステム（KDB）：国保中央会が開発したデータの分析システムのこと。医療費だけでなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム。

※4 インセンティブ制度：業務の成果や実績に応じて報酬などを変化させる制度。

※5 P D C Aサイクル：業務管理をする手法の一つ。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）を継続的に繰り返し、業務改善を行う。図表 2（P3）参照。

2 計画の位置付け

○第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

本計画は、保健事業の実効性をより高め、健康増進・疾病予防を効果的に推進するために、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」の基本方針を踏まえるとともに、「新潟県健康増進計画（健康にいがた21（第2次）」や「妙高市健康増進計画（第2次すこやかライフプラン21）」など、それぞれの計画との整合性を図ります。

○第3期特定健康診査等実施計画

本計画は、保健事業の中核を成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、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」と一体的に策定します。

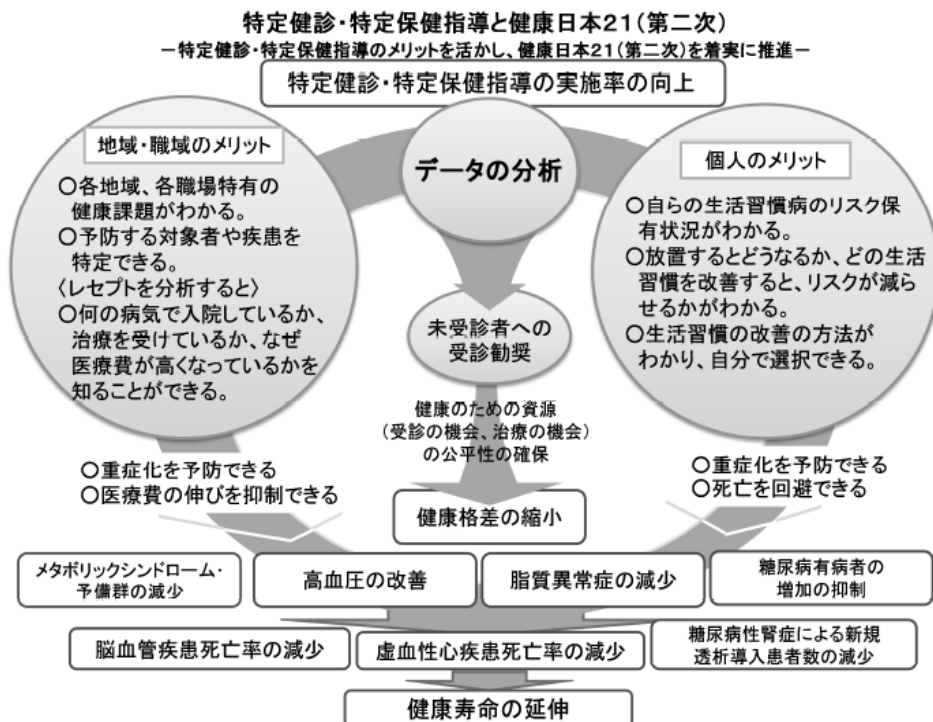
※ 特定保健指導：特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高いかたに対して、医師や保健師、管理栄養士などが対象者一人ひとりの身体状況に合わせ、生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。

3 計画期間

本計画の期間は、国指針第4の5で、「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」とされていること、また、新潟県地域保健医療計画（第7次医療計画）の次期計画期間が、平成30年度から平成35年度までであることから、これらとの整合性を図るため、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

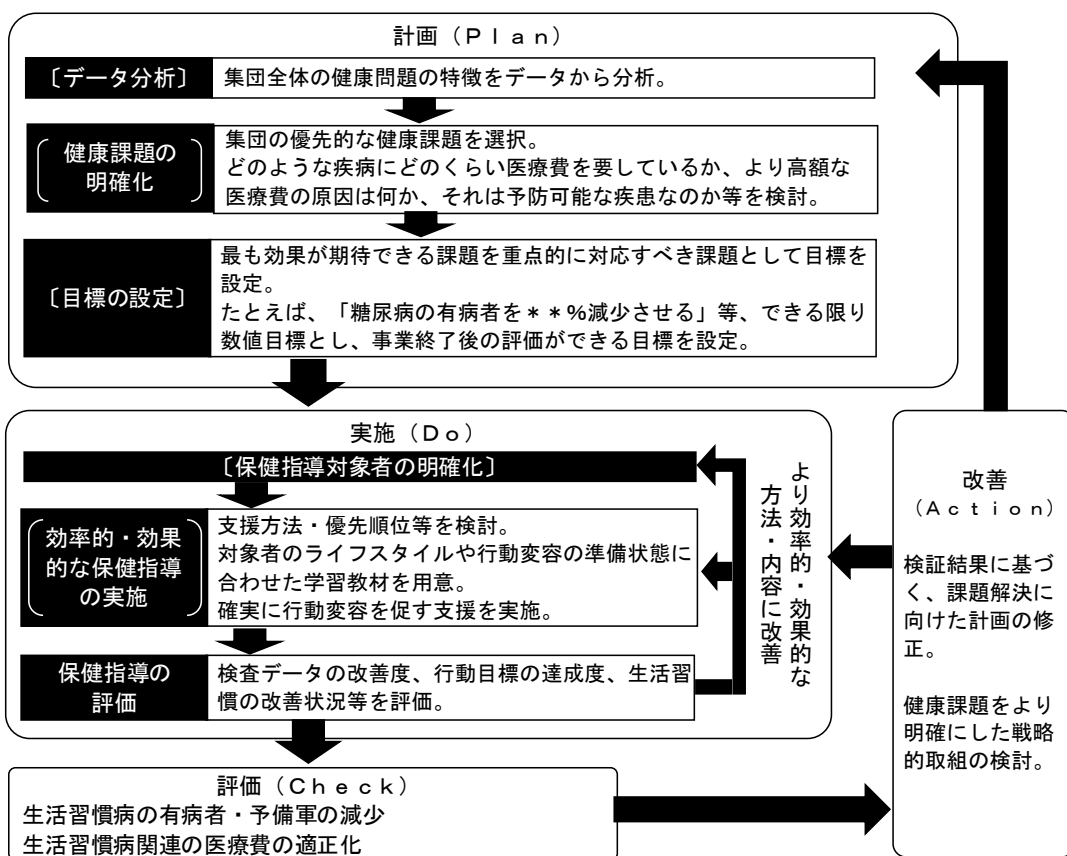
年度	20~24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
データヘルス計画				← 第1期 →			← 第2期 →					
特定健康診査等実施計画	第1期	← 第2期 →					← 第3期 →					

【図表 1】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第 2 次）



出典：標準的な健診保健指導プログラム（平成 30 年度版）

【図表 2】 保健事業（特定健診・保健指導）の P D C A サイクル



出典：標準的な健診保健指導プログラム（平成 30 年度版）

4 関係者が果たすべき役割と連携

1) 保険者の役割

本計画は、健康保険課が主体となり、庁内健康づくり推進会議に関係する各課と連携・調整し、実施します。

また、計画期間を通じてP D C Aサイクルに沿って実施するため、担当者やチームの業務を明確化・標準化し、運用します。

2) 外部有識者などの役割

本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で、新潟県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会などの外部有識者との連携・協力が重要です。

保険者である市は、国保連から計画策定の際に、特定健診データやレセプトデータなどによる課題抽出や、事業実施後の評価・分析などの確に実施するために、K D Bを活用したデータ分析や技術支援、職員を対象にした研修会などを受けています。

また、国保は、平成 30 年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村とともに保険者となることから、県の関与は更に重要となり、新潟県国保・福祉指導課など県の関係機関と意見交換を行い、連携を図っていきます。

また、上越医師会など地域の保健医療関係者との連携や、新潟県保険者協議会などを活用し、他の医療保険者との連携・協力を図っていきます。

3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、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、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

5 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体などへのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度を創設し、平成 30 年度から本格実施することとしていますが、既に市町村では、平成 28 年度から特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しています。

保険者努力支援制度による評価は、平成 30 年度は、糖尿病などの重症化予防の取り組みや保険料(税)収納率の向上に関する取り組みの実施状況を高く評価する配点となっており、毎年の実績を見ながら進化・発展させる仕組みとなっています。

当市の平成 28 年度は、総得点が 270 点、交付額は 4,792 千円という結果となりました。交付に当たっては、データヘルス計画などに基づいた健康増進や医療費適正化などの取り組みにより、交付額が傾斜配分されています（図表 4）。

【図表 4】 保険者努力支援制度

評価指標		H28 得点	H28 配点	H29 配点	H30 配点
総得点（満点）		345	345	580	850
妙高市の総得点（体制構築加点含む）（点）		270			
交付額（千円）		4,792			
共通※1①	特定健康診査受診率	15	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20	35	50
共通②	がん検診受診率	0	10	20	30
	歯周疾患（病）検診の実施	10	10	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40	70	100
共通④	個人へのインセンティブ提供	20	20	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	15	30	40
固有※2①	収納率向上に関する取組の実施状況	0	40	70	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	15	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	70	60

出典：厚生労働省保険局、妙高市健康保険課国民健康保険係

※1 共通：保険者共通の指標

※2 固有：国民健康保険固有の指標

第2章 妙高市の現状（経年変化）

1 国保被保険者（加入者）の状況・年齢構成

1) 世帯数及び国保被保険者数の推移

当市の総人口は平成28年度末（平成29年3月31日）現在33,366人で、平成25年度末の総人口に比べ4.3%減少しています。国保被保険者数は、平成28年度末現在7,431人で平成25年度末より10.7%減少しており、総人口に比べて減少幅が大きくなっています。要因としては、後期高齢者に移行する被保険者数に対し、新たな加入者が少ないことが挙げられます。

また、総世帯数は、核家族化により微増傾向にありますが、国保世帯数は減少傾向にあり平成28年度末現在4,652世帯となっています（図表5）。

【図表5】妙高市の人口及び国保被保険者（加入者）の推移（各年度末値）

年度	妙高市		国保被保険者				
	総世帯数 (世帯)	総人口 (人)	世帯数 (世帯)	被保険者 数(人)	世帯 加入率 (%)	被保険者 加入率 (%)	1世帯当 たり被保 険者 (人)
H25	12,315	34,869	4,976	8,317	40.41	23.85	1.67
H26	12,352	34,359	4,918	8,157	39.82	23.74	1.66
H27	12,404	33,844	4,795	7,797	38.66	23.04	1.63
H28	12,367	33,366	4,652	7,431	37.62	22.27	1.60

2) 妙高市及び国保被保険者の年齢別構成割合

当市の人口に対する国保被保険者の割合は22.3%です。年齢別に見ると、60歳から64歳で41.7%、65歳から69歳で71.0%、70歳から74歳で82.9%となっており、65歳以上の国保加入者の割合が高い状況にあります（図表6）。また、平成28年度の65歳から74歳の被保険者数は被保険者全体の5割以上を占めており、国より13ポイント、県より5ポイント高くなっています（図表7、4-①）。

【図表 6】 妙高市及び被保険者の年齢別構成割合（H29 年 3 月 31 日現在）

年齢区分 (歳)	妙高市		国保被保険者		被保険者の妙高市 人口に占める割合 (%)
	人口 (人)	構成割合 (%)	被保険者数 (人)	構成割合 (%)	
0～9	2,254	6.76	188	2.53	8.3
10～19	2,973	8.91	270	3.63	9.1
20～29	2,682	8.04	299	4.02	11.1
30～39	3,118	9.34	416	5.60	13.3
40～49	4,043	12.12	607	8.17	15.0
50～59	4,357	13.06	765	10.30	17.6
60～64	2,437	7.30	1,017	13.68	41.7
65～69	3,102	9.30	2,203	29.65	71.0
70～74	2,009	6.02	1,666	22.42	82.9
75～	6,391	19.15			
(再掲) 0～39	11,027	33.05	1,173	15.79	10.6
(再掲) 40～74	15,948	47.80	6,258	84.21	39.2
合計	33,366	100.00	7,431	100.00	22.3

2 第 1 期計画期間の変化

第 1 期計画の評価と健康課題を明確化する上で、市の平成 25 年度と平成 28 年度の経年変化と、平成 28 年度の国、県、同規模市*と市の状況を比較しました（図表 7）。

※ 同規模市：KDB システムには全国の同規模市町村を比較できる機能がある。同規模市町村は人口規模に応じて 13 段階に区分され、当市は「同規模区分 4」（人口 5 万人以下の市）に分類される。「同規模区分 4」は全国で 242 市、新潟県内は 8 市。

【図表7】 妙高市の経年変化と国・県・同規模市との比較

同規模市と比較して悪い値に網かけしています。

項目			妙高市				同規模市 平均・総計		県		国		データ元 ※2		
			H25年度		H28年度		H28年度		H28年度		H28年度				
			実数 単位	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)			
1 ※1	① 人口 構成	総人口	人	35,186		35,186		9,030,767		2,349,485		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題		
		65歳以上 (高齢化率)	人	10,601	30.1	10,601	30.1	2,626,654	29.1	620,263	26.4	29,020,766		23.2	
		75歳以上	人	6,076	17.3	6,076	17.3			332,997	14.2	13,989,864		11.2	
		65～74歳	人	4,525	12.9	4,525	12.9			287,266	12.2	15,030,902		12.0	
		40～64歳	人	12,226	34.7	12,226	34.7			803,926	34.2	42,411,922		34.0	
	39歳以下	人	12,359	35.1	12,359	35.1			925,296	39.4	53,420,287	42.8			
	② 産業 構成	第1次産業			7.4		7.4		11.4		6.3		4.2	KDB_NO.3 健康・医療・ 介護データから みる地域の健康 課題	
		第2次産業			33.4		33.4		27.5		29.4		25.2		
		第3次産業			59.2		59.2		61.1		64.3		70.6		
	③ 平均 寿命	男性	歳	H22 市町村 生命表	79.6	H27 市町村 生命表	80.7			H27 都道府県 生命表	80.69	H27 完全 生命表	80.98	生命表	
		女性	歳		86.5		87.7				87.32		87.14		
	④ 健康 寿命	男性	歳	要介護度 より算出	78.03					国民生活基 礎調査質問 票より算出	72.45	国民生活基 礎調査質問 票より算出	72.14	厚労省健康 寿命算定プ ログラム	
女性		歳		82.50						75.44		74.79			
2	① 死亡の 状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	97.8		102.4		104.8		98.8		100	KDB_NO.1 地域全体像 の把握		
			女性	94.2		97.6		101.5		94.6		100			
		死 因	がん	人	149	45.3	135	45.5	32,164	46.4	7,812	47.2		367,905	49.6
			心臓病	人	75	22.8	73	24.6	19,517	28.2	4,188	25.3		196,768	26.5
			脳疾患	人	76	23.1	61	20.5	11,781	17.0	3,280	19.8		114,122	15.4
			糖尿病	人	7	2.1	7	2.4	1,340	1.9	290	1.8		13,658	1.8
			腎不全	人	11	3.3	9	3.0	2,559	3.7	447	2.7		24,763	3.3
			自殺	人	11	3.3	12	4.0	1,902	2.7	542	3.3		24,294	3.3
3	① 介護 保険	1号認定者数(認定率)	人	2,290	21.4	2,381	22.5	539,696	20.5	132,131	21.1	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像 の把握	
		新規認定者	人	31	0.3	29	0.3	8,952	0.3	2,110	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	人	49	0.4	42	0.3	11,164	0.4	2,968	0.4	151,813	0.4		
	② 有病 状況	糖尿病	人	545	23.3	581	22.8	125,636	22.3	29,435	21.3	1,360,162	22.1		
		高血圧症	人	1,299	55.1	1,384	55.5	306,174	54.6	71,666	52.1	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	人	732	31.6	866	33.6	159,862	28.4	37,764	27.2	1,741,866	28.4		
		心臓病	人	1,453	61.8	1,558	62.2	349,548	62.5	81,621	59.4	3,529,682	58.0		
		脳疾患	人	850	36.6	869	35.1	154,945	27.9	39,809	29.3	1,638,683	25.5		
		がん	人	290	12.0	337	13.1	58,440	10.3	13,835	9.8	631,950	10.3		
		筋・骨格 精神	人	1,284	54.8	1,454	57.5	303,462	54.1	67,864	49.1	3,067,196	50.3		
	③ 介護 給付費	1件当たり給付費(全体)	円	64,364		68,028		66,717		66,771		58,284			
		居宅サービス	円	41,577		40,653		41,744		40,875		39,662			
施設サービス		円	277,512		275,011		278,164		280,314		281,186				
④ 医療費 等	要介護認定別 医療費(40歳以上) レセプト1件当たり	円	7,308		7,095		8,281		7,052		7,980				
	認定あり 認定なし	円	3,589		3,509		4,037		3,441		3,816				
4	① 国保の 状況	被保険者数	人	8,395		7,514		2,264,375		534,571		32,687,888	KDB_NO.1 地域全体像 の把握 KDB_NO.5 被保険者の 状況		
		65～74歳	人	3,618	43.1	3,872	51.5			247,134	46.2	12,461,618		38.2	
		40～64歳	人	3,142	37.4	2,432	32.4			174,339	32.6	10,948,712		33.6	
		39歳以下	人	1,635	19.5	1,210	16.1			113,098	21.2	9,179,541		28.2	
		加入率	%		23.9		21.4		25.1		22.8			26.9	
	② 医療の 概況 (人口 千対)	病院数	施設	2	0.2	2	0.3	833	0.4	131	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	施設	15	1.8	16	2.1	6,529	2.9	1,687	3.2	96,727	3.0		
		病床数	床	230	27.4	230	30.6	135,296	59.7	29,065	54.4	1,524,378	46.8		
		医師数	人	28	3.3	29	3.9	16,982	7.5	4,646	8.7	299,792	9.2		
		外来患者数	人	690.9		713.4		698.5		693.6		668.1			
		入院患者数	人	20.0		20.6		23.6		19.5		18.2			
	③ 医療費 の状況	一人当たり医療費	円	24,315		26,971		27,772		25,220		24,245		KDB_NO.3 健康・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像 の把握	
県内順位 総数33 同規模市 順位総数 242 (高額な方 からの順 位)															
受診率 (レセプト件数/被保険者数)			710.882		733.973		722.103		713.067		686.286				
外来 費用の割合				62.2		61.4		56.9		59.6		60.1			
件数の割合				97.2		97.2		96.7		97.3		97.4			
入院 費用の割合				37.8		38.6		43.1		40.4		39.9			
件数の割合			2.8		2.8		3.3		2.7		2.6				
1件あたり在院日数	日	15.5		15.3		17.0		17.4		15.6					

項目	妙高市				同規模市 平均・総計		県		国		データ元			
	H25年度		H28年度		H28年度		H28年度		H28年度					
	実数 単位	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費 疾病名 (調剤含む)	がん	円	354,458,800	25.6	450,177,740	33.5		23.9		26.9		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データから みる地域		
	慢性腎不全(透析あり)	円	62,547,120	4.5	79,798,830	5.9		9.1		9.7				
	糖尿病	円	151,802,050	11.0	134,713,040	10.0		9.9		9.0				
	高血圧症	円	174,480,110	12.6	122,431,750	9.1		8.9		9.6				
	精神	円	215,262,310	15.5	191,833,640	14.3		19.6		18.5				
	筋・骨格	円	210,710,620	15.2	178,545,210	13.3		15.2		13.8				
⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 上位総数33 (高額な方からの順位) 入院の ()内は 在院日数	入院	糖尿病	円	544,338	14位(18)	550,890	21位(18)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データから みる地域		
		高血圧	円	517,566	26位(16)	560,497	26位(17)							
		脂質異常症	円	504,396	21位(14)	511,920	25位(13)							
		脳血管疾患	円	541,769	25位(16)	505,747	29位(15)							
		心疾患	円	542,482	25位(14)	561,305	27位(14)							
		腎不全	円	633,479	21位(14)	512,521	28位(12)							
		精神	円	449,016	6位(25)	501,812	2位(24)							
	悪性新生物	円	604,387	19位(14)	649,610	13位(13)								
	外来	糖尿病	円	34,849	16位	36,987	13位							
		高血圧	円	29,257	14位	32,156	7位							
		脂質異常症	円	26,793	17位	27,639	14位							
		脳血管疾患	円	32,146	24位	38,369	12位							
		心疾患	円	35,209	25位	42,135	24位							
		腎不全	円	118,375	31位	154,186	26位							
精神		円	28,526	18位	34,167	2位								
悪性新生物	円	46,289	27位	52,736	25位									
⑥ 健診 有無別 一人 当たり 医療費	健診対象者 一人当たり	健診 受診者	円	4,024		3,398		2,895		2,600		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データから みる地域		
		健診 未受診者	円	9,427		11,332		12,883		10,988				
	生活習慣病 対象者 一人当たり	健診 受診者	円	10,978		9,538		7,709		7,713				
		健診 未受診者	円	25,717		31,809		34,303		32,593				
⑦ 健診 ・レセ 実合	受診勧奨者	人	1,767	49.1	1,591	47.6	359,875	55.6	88,941	52.7	4,427,360	56.1		
	医療機関受診率	人	1,625	45.1	1,460	43.7	331,214	51.2	82,172	48.7	4,069,618	51.5		
	医療機関非受診率	人	142	3.9	131	3.9	28,661	4.4	6,769	4.0	357,742	4.5		
①-⑱ 特定 健診の 状況	県内順位 上位総数33 同規模市 順位総数 242 (高額な方 からの順位)	メタボ	健診受診者	人	3,602		3,341		647,170		168,810		7,898,427	
			受診率	%	58.4	県内4位 同規模4位	58.2	県内3位 同規模7位	39.8	40.3	全国17位	36.4		
		特定保健指導終了者 (実施率)	人	171	60.6	142	58.7	29629	38.1	6,208	34.0	198,683	21.1	
		非肥満高血糖	人	281	7.8	302	9.0	68,180	10.5	21,235	12.6	737,886	9.3	
		メタボ	該当者	人	566	15.7	536	16.0	115,126	17.8	29,206	17.3	1,365,855	17.3
			男性	人	372	23.1	360	23.7	78,359	27.4	20,173	26.3	940,335	27.5
			女性	人	194	9.7	176	9.6	36,767	10.2	9,033	9.8	425,520	9.5
			予備群	人	274	7.6	251	7.5	69,101	10.7	15,480	9.2	847,733	10.7
		BMI	男性	人	199	12.4	187	12.3	47,257	16.5	11,001	14.4	588,308	17.2
			女性	人	75	3.8	64	3.5	21,844	6.0	4,479	4.9	259,425	5.8
			総数	人	912	25.3	849	25.4	205,718	31.8	49,145	29.1	2,490,581	31.5
			男性	人	620	38.5	584	38.5	139,882	48.9	34,162	44.6	1,714,251	50.2
		女性	人	292	14.7	265	14.5	65,836	18.2	14,983	16.2	776,330	17.3	
		総数	人	204	5.7	204	6.1	33,976	5.2	7,831	4.6	372,685	4.7	
		男性	人	43	2.7	53	3.5	5,403	1.9	1,462	1.9	59,615	1.7	
		女性	人	161	8.1	151	8.3	28,573	7.9	6,369	6.9	313,070	7.0	
		血糖のみ	人	9	0.2	9	0.3	4,666	0.7	1,079	0.6	52,296	0.7	
		血圧のみ	人	175	4.9	170	5.1	48,120	7.4	10,274	6.1	587,214	7.4	
		脂質のみ	人	90	2.5	72	2.2	16,315	2.5	4,127	2.4	208,214	2.6	
血糖・血圧	人	55	1.5	53	1.6	19,030	2.9	4,135	2.4	212,002	2.7			
血糖・脂質	人	29	0.8	27	0.8	6,579	1.0	1,950	1.2	75,032	0.9			
血圧・脂質	人	325	9.0	284	8.5	53,745	8.3	13,420	7.9	663,512	8.4			
血糖・血圧・脂質	人	157	4.4	172	5.1	35,772	5.5	9,701	5.7	415,310	5.3			

出典：KDB システム (KDB_CSV2 次加工ツール)

※1 平成 22 年の国勢調査に基づいています。

※2 国保データベースシステム (KDB)：国保中央会が開発したデータ分析システムで、医療費や健診情報、介護認定情報を併せて分析できる。

1) 死亡の状況

平成 28 年度の死因別死亡割合 (2-①) を見ると、脳疾患は 20.5%、腎不全は 3.0% で平成 25 年度より減少していますが、脳疾患は同規模市と比べると 3.5 ポイント高くなっています。また心臓病は 24.6%、糖尿病は 2.4% で平成 25 年度より増加しており、糖尿病は同規模市より 0.5 ポイント高くなっています。

2) 介護の状況

平成 28 年度の第 1 号被保険者^{※1}の要介護認定率^{※2} (3-①) は 22.5% で平成 25 年度より増加しており、同規模市より 2.0 ポイント高くなっています。40 歳から 64 歳までの第 2 号認定者^{※3} (3-①) の割合は 0.3% で平成 25 年度より減少し、同規模市より低い状況にあります。

また、介護保険を利用している人の有病状況では、心臓病が 62.2% と最も高く、次いで筋・骨格が 57.5%、高血圧症が 55.5% となっており、いずれも平成 25 年度に比べて増加しています。心臓病は同規模市より低いものの、筋・骨格、高血圧症は高い状況にあります。

平成 28 年度の 1 件当たりの介護給付費^{※4} (全体) は平成 25 年度に比べて増加しており、国・県・同規模市より高い状況です。居宅及び施設サービスそれぞれの 1 件当たり給付費は減少していますが、全体の 1 件当たり給付費が増加したのは、居宅サービスに比べて 1 件当たりの給付費が高額な施設サービスの件数が大きく増加した影響によるものです。当市では平成 25 年度から平成 28 年度の間、新たに 2 施設の特別養護老人ホームが開設され、施設入所者の増加に伴い給付費の総額が増えたことが主な要因と考えられます。

【図表 8】 介護給付費の総額と件数 (居宅・施設)

年度		全体	1件当たり 給付費	居宅 サービス	1件当たり 給付費	施設 サービス	1件当たり 給付費
H25	総額	3,665,395,401	64,364	2,139,077,011	41,577	1,526,318,390	277,512
	件数	56,948		51,448		5,500	
H28	総額	3,963,130,593	68,028	2,091,683,380	40,653	1,871,447,213	275,011
	件数	58,257		51,452		6,805	
H25とH28 の差	総額	297,735,192	3,664	-47,393,631	-924	345,128,823	-2,501
	件数	1,309		4		1,305	

出典：KDB システム地域全体象の把握

※1 第 1 号被保険者：65 歳以上のかた。

※2 要介護認定率：第 1 号認定者数 ÷ 65 歳以上人口 × 100

※3 要介護認定者：65 歳以上で介護が必要と認定されたかたを第 1 号認定者、40～64 歳で介護が必要と認定されたかたを第 2 号認定者という。

※4 介護給付費：1 年間の介護保険サービス給付費の総額。

- 補足：・要介護認定率は、当市が公表している数値（平成 29 年 10 月 1 日現在 20.9%）と異なりますが、KDB では、平成 22 年の国勢調査を人口データとしているので開きがあります。
- ・認定者数、有病状況とも直近の月の実数を掲載しています。一方、割合は月ごとの人数を足して平均を出したものであり、表中の人口と対象者数で割った値とは異なります。
 - ・本計画では、同規模市と比較をするため、KDB の数値を用います。

3) 医療の状況

医療費に占める入院・外来の件数の割合^{※1}（4-③）に変化はありませんが、費用の割合^{※2}は外来が減少し、入院が増加しています。生活習慣病に占める医療費の割合（4-④）を見ると、がんは平成 25 年度よりも増加しており国、県、同規模市と比べて高い状況にあります。糖尿病、高血圧症は減少していますが、糖尿病は国、県、同規模市より、高血圧症は国、同規模市よりも高い状況にあります。一方、慢性腎臓病（人工透析あり）は、国、県、同規模市に比べて低い状況ですが、平成 25 年度より増加しています。

外来費用額の県内順位では、いずれの疾患も平成 25 年度より順位が悪化しています。

※1 入院・外来の件数割合：入院または外来のレセプト総件数÷医科レセプト総件数

※2 入院・外来の費用割合：入院または外来のレセプト総点数×10÷医科レセプト総点数

補足：受診率は、1 年間のレセプト件数の累計÷毎月の被保険者数の累計に 1,000 をかけて計算しています（千分率）。

4) 特定健診の状況

特定健診の受診率^{※1}（5-②）及び特定保健指導実施率^{※2}（5-③）は、国、県、同規模市と比べて高い状況ですが、平成 25 年度より減少しています。

メタボリックシンドローム^{※3}（以下「メタボ」という。）の該当者・予備群^{※4}の割合は、国、県、同規模市と比べて低い状況ですが、男性の該当者の割合が、平成 25 年度より増加しています。メタボに該当するかたは、血糖・血圧・脂質の 3 項目該当者の割合（5-⑱）^{※5}が増加しています。

※1 特定健診受診率：特定健診受診者÷特定健診対象者×100

※2 特定保健指導実施率：特定保健指導修了者÷（動機付け支援対象者＋積極的支援対象者）×100

※3 メタボリックシンドローム：「内臓脂肪症候群」とも呼ばれる。内臓脂肪が多く、糖尿病を始めとする生活習慣病になりやすく、心筋梗塞や脳梗塞など発症の危険性が高まる状態。

※4 メタボリックシンドローム該当者・予備群：内臓脂肪の蓄積（腹囲の増加）に加え、高血圧、脂質異常、糖代謝異常のうち 2 項目以上該当するかたが「該当者」、1 項目のみ該当するかたが「予備群」（メタボリックシンドローム基準…腹囲：男性 85cm、女性 90cm 以上、高血圧：130/85 mmHg 以上、脂質異常症：中性脂肪 150 mg/dl 以上又は HDL-C40 mg/dl 以下、糖代謝異常：空腹時血糖 110 mg/dl 以上又は HbA1c6%以上）。

※5 血糖・血圧・脂質の 3 項目該当者の割合：血糖・血圧・脂質全てのリスクがある受診者数÷特定健診受診者数×100

第3章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における 健康課題の明確化

1 第1期計画に係る評価及び考察

第1期計画の目標に係る評価

●中長期的な目標

「脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていく」

●短期的な目標

- ①「Ⅱ度以上高血圧*者中の未治療者の割合を平成25年度の割合(63.8%)以下にする」
- ②「特定健診受診率を平成29年度に65%にする」

第1期計画では、医療費が高額で長期化しやすいが、予防可能な疾患である「脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていく」ことを、中長期的な目標として取り組んできました。

また、それらの危険因子である、高血圧、高血糖、脂質異常、メタボなどを減らすことを目指す中で、特に血圧は特定健診受診者の約半数が有所見であることから、その減少を図るため、短期的な目標として「Ⅱ度以上高血圧者中の未治療者の割合を平成25年度の割合(63.8%)以下にする」ことを目指してきました。

さらに、特定健診を受診することは、自分の体の状態を把握する入口となるため、「特定健診受診率を平成29年度に65%にする」ことを短期的な目標の2つ目に位置付け、取り組んできました。

※ Ⅱ度以上高血圧：血圧値の分類において、収縮期血圧が160 mm Hg以上かつ／または拡張期血圧が100 mm Hg以上の状態。(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」)

【中長期的な目標に関する医療費の推移】

- 平成28年度の総医療費は24億7,168万円で平成25年度より1,134万円増加しています。疾患別では、がんが9,572万円、慢性腎不全が1,590万円と増加が大きくなっています（図表9）。
 - 中長期的な目標に掲げた疾患の医療費を見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患は減少していますが、糖尿病性腎症を含む慢性腎不全は増加しています。
- 【図表9】医療費の変化

最大医療資源※傷病名	H25		H28		増減 (H28-H25)
	医療費	総医療費 に占める割合	医療費	総医療費 に占める割合	
がん	354,458,800	14.41%	450,177,740	18.21%	95,718,940
慢性腎不全 (糖尿病性腎症を含む)	67,660,500	2.75%	83,555,780	3.38%	15,895,280
再掲					
透析有り	62,547,120	2.54%	79,798,830	3.23%	17,251,710
透析無し	5,113,380	0.21%	3,756,950	0.15%	-1,356,430
高尿酸血症	1,131,520	0.05%	1,801,240	0.07%	669,720
脂肪肝	4,487,550	0.18%	3,644,660	0.15%	-842,890
虚血性心疾患	28,498,120	1.16%	25,712,210	1.04%	-2,785,910
脂質異常症	118,180,790	4.80%	112,361,790	4.55%	-5,819,000
動脈硬化症	8,340,320	0.34%	1,401,030	0.06%	-6,939,290
脳血管疾患	49,624,080	2.02%	38,211,970	1.55%	-11,412,110
糖尿病	151,802,050	6.17%	134,713,040	5.45%	-17,089,010
精神	215,262,310	8.75%	191,833,640	7.76%	-23,428,670
筋・骨格	210,710,620	8.56%	178,545,210	7.22%	-32,165,410
高血圧症	174,480,110	7.09%	122,431,750	4.95%	-52,048,360
その他の疾病	1,075,709,060	43.72%	1,127,289,210	45.61%	51,580,150
合計	2,460,345,830		2,471,679,270		11,333,440
【再掲】脳血管疾患、 虚血性心疾患、 慢性腎不全の計	145,782,700	5.93%	147,479,960	5.97%	1,697,260

出典：KDB システム地域全体像の把握

※最大医療資源：医療のレセプトから最も医療資源（診療行為、医薬品、特定機材）を要したものの

【中長期的な目標に関する治療の状況】

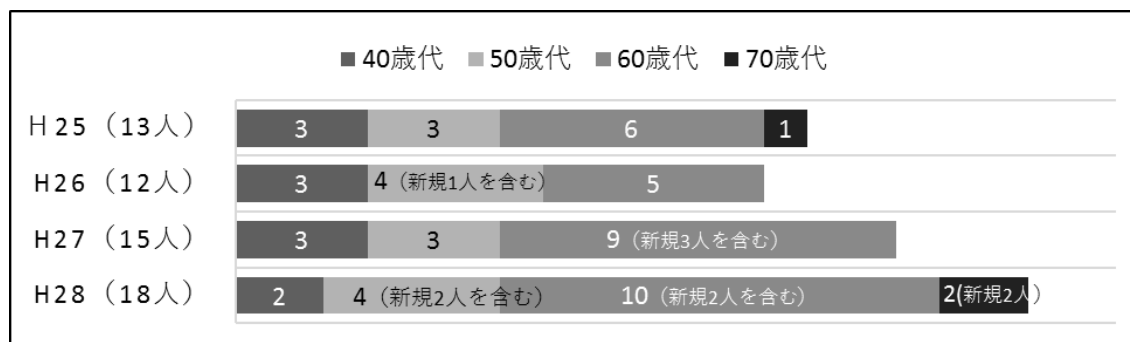
- 中長期的な目標に掲げた疾患の治療者の割合を見ると、脳血管疾患は横ばい、虚血性心疾患は増加、糖尿病性腎症は微増しています（図表10）。
- 糖尿病性腎症が要因の一つとなる人工透析患者は増加しています。年齢別では60歳代、70歳代が増加していますが、40歳代50歳代の患者は横ばいと減少しておらず、新規透析患者数の抑制が重要です（図表11）。
- 短期的な目標に掲げた高血圧をはじめ、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の基礎疾患である糖尿病、脂質異常症の治療状況を見ると、すべての疾患において治療者の割合は増加しています（図表12）。

【図表 10】 中長期目標疾患の治療状況の変化

中長期目標疾患			脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症	
年度	区分	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,433	390	4.6%	291	3.5%	67	0.8%
	64歳以下	4,868	72	1.5%	71	1.5%	28	0.6%
	65歳以上	3,565	318	8.9%	220	6.2%	39	1.1%
H28	全体	7,637	345	4.5%	298	3.9%	77	1.0%
	64歳以下	3,765	49	1.3%	65	1.7%	23	0.6%
	65歳以上	3,872	296	7.6%	244	6.3%	54	1.4%

出典：KDB システム 厚生労働省様式（様式 3-2、3-5、3-6 より抜粋）

【図表 11】 被保険者の年代別人工透析者数



出典：各年 6 月分レセプト

【図表 12】 短期目標疾患（高血圧）等の治療状況の変化

短期目標疾患			高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
年度	区分	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,433	1874	22.2%	977	11.6%	1796	21.3%
	64歳以下	4,868	544	11.2%	321	6.6%	584	12.0%
	65歳以上	3,565	1330	37.3%	656	18.4%	1212	34.0%
H28	全体	7,637	1745	22.8%	923	12.1%	1676	21.9%
	64歳以下	3,765	394	10.5%	243	6.5%	418	11.1%
	65歳以上	3,872	1351	34.9%	680	17.6%	1258	32.5%

出典：KDB システム 厚生労働省様式（様式 3-3 より抜粋）

【特定健診の有所見状況】

- 健診の結果について保健指導判定値以上の有所見状況を見ると、血圧の該当者は減少しています（図表 13）。この要因として高血圧の治療者の割合が増加していることから適切な治療により改善したことが考えられます（図表 12）。脂質はいずれの検査項目も該当者が減少していますが、血糖の該当者では、特に糖尿病が強く疑われる HbA1c6.5%以上の割合が増加していることから、糖尿病性腎症への重症化が懸念されます（図表 13）。

【図表 13】 健診の有所見状況（保健指導判定値以上）の変化

区分	年度	健診受診者		血圧の指標				脂質の指標						
				収縮期血圧		拡張期血圧		中性脂肪		HDL-C		LDL-C		
				130mmHg以上	85mmHg以上	150mg/dl以上	40mg/dl未満	120mg/dl以上	人数	割合	人数	割合	人数	割合
妙高市	H25	総数	3,762	1,544	41.0%	1,171	31.1%	875	23.3%	245	6.5%	1,643	43.7%	
	H28	再掲	総数	3,500	1,307	37.3%	1,014	29.0%	809	23.1%	195	5.6%	1,436	41.0%
		40代	187	30	16.0%	46	24.6%	43	23.0%	13	7.0%	84	44.9%	
		50代	336	83	24.7%	109	32.4%	79	23.5%	23	6.8%	182	54.2%	
		60代	1,861	708	38.0%	584	31.4%	413	22.2%	89	4.8%	776	41.7%	
		70-74	1,116	486	43.5%	275	24.6%	274	24.6%	70	6.3%	394	35.3%	
40-64	1,048	282	26.9%	324	30.9%	228	21.8%	59	5.6%	514	49.0%			
県	H28				38.9%		15.8%		21.1%		2.0%		52.0%	
全国	H28				42.7%		14.4%		16.2%		1.8%		57.2%	

区分	年度	健診受診者		血糖の指標								
				空腹時血糖			HbA1c					
				100mg/dl以上	5.6%以上	【再掲】6.5%以上	実施者	人数	割合	人数	割合	
妙高市	H25	総数	3,762	1,811	495	27.3%	3,753	1,462	39.0%	205	5.5%	
	H28	再掲	総数	3,500	1,619	509	31.4%	3,489	1,649	47.3%	235	6.7%
		40代	187	95	15	15.8%	187	36	19.3%	6	3.2%	
		50代	336	170	37	21.8%	333	102	30.6%	18	5.4%	
		60代	1,861	889	291	32.7%	1,855	871	47.0%	101	5.4%	
		70-74	1,116	465	166	35.7%	1,114	640	57.5%	110	9.9%	
40-64	1,048	533	138	25.9%	1,042	368	35.3%	47	4.5%			
県	H28									13.0%		67.3%
全国	H28									17.0%		55.2%

出典：妙高市特定健診結果集計

- ・ 短期的な目標に掲げた「Ⅱ度以上高血圧者中の未治療者の割合」を見ると、平成 28 年度は 59.5%であり、平成 25 年度と比べて 4.3 ポイント低下していますが、まだ約 6 割のかたが医療機関未受診であることから、引き続き受診勧奨を行うとともに生活習慣の改善等の保健指導を行っていきます（図表 14）。

【図表 14】 Ⅱ度以上高血圧者の治療の有無

年度	健診受診者	Ⅱ度以上高血圧		治療中		治療なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	3,761	210	5.6%	76	36.2%	134	63.8%
H28	3,498	153	4.4%	62	40.5%	91	59.5%

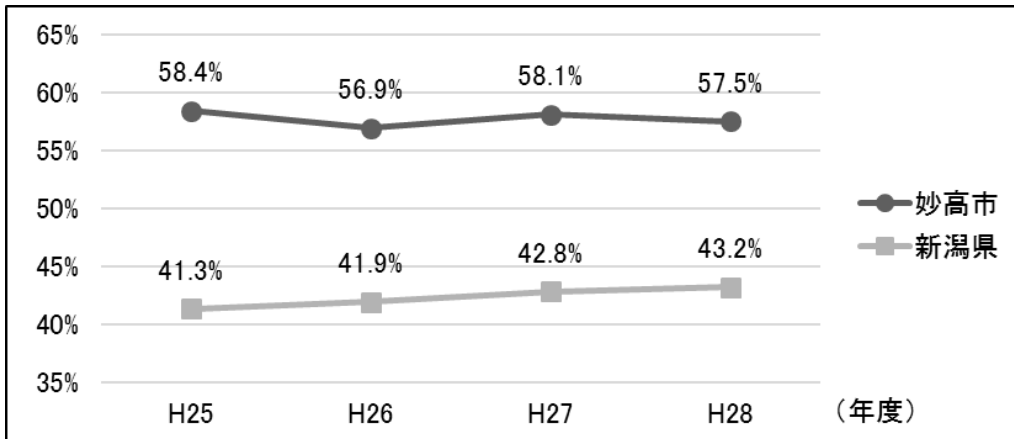
出典：妙高市特定健診結果集計

【特定健診の受診状況】

- ・ 特定健診を受診することは、生活習慣病の発症、あるいは重症化や合併症への進行を予防するために重要ですが、短期的な目標に掲げた「特定健診の受診率」を見ると、28年度は57.5%であり25年度に比べて0.9ポイント低下しています（図表15）。

【図表15】 特定健診受診率の状況（法定報告値）

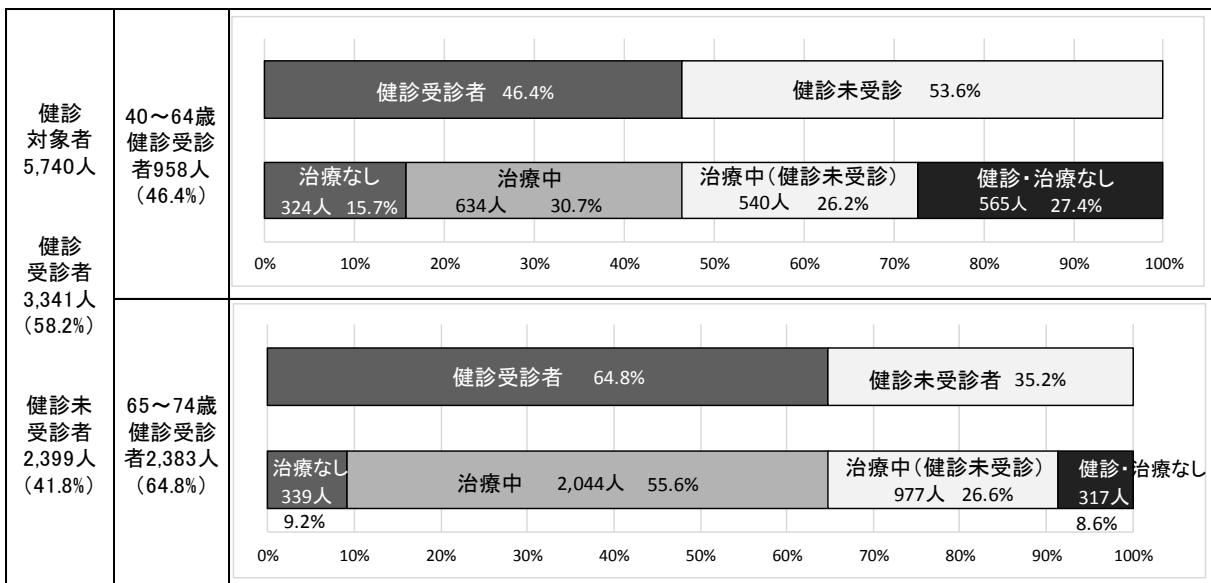
年度	特定健診			
	対象者数	受診者数	受診率	県平均受診率
H25	6,162	3,597	58.4%	41.3%
H28	5,752	3,310	57.5%	43.2%



出典：新潟県福祉保健年報

- ・ 健診未受診者の状況をみると、特定健診も治療も受けていないかたの割合は、40～64歳で高くなっています（図表16）。

【図表16】 特定健診未受診者の状況（H28年度）

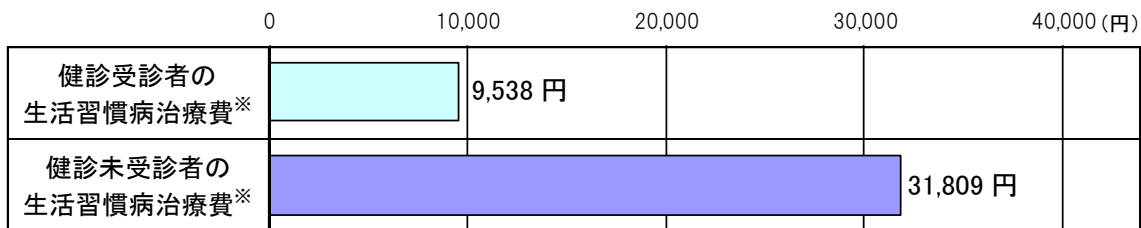


出典：KDB システム（KDB_CSV2 次加工ツール）

- 生活習慣病治療中のかたのうち、特定健診受診者と未受診者の治療費を比較すると、健診未受診者の治療費は健診受診者の約3倍となっていることから、健診未受診の期間に生活習慣病が重症化していることが推測されます（図表17）。

※健診受診者には集団健診受診者のほか、人間ドック受診者、医療機関からの診療情報提供者を含みます。

【図表17】 特定健診受診の有無と1人当たり生活習慣病治療費の比較（H28年度）



※治療費：生活習慣病の治療に関する医科レセプトの年間費用額を算出÷12カ月÷被保険者数

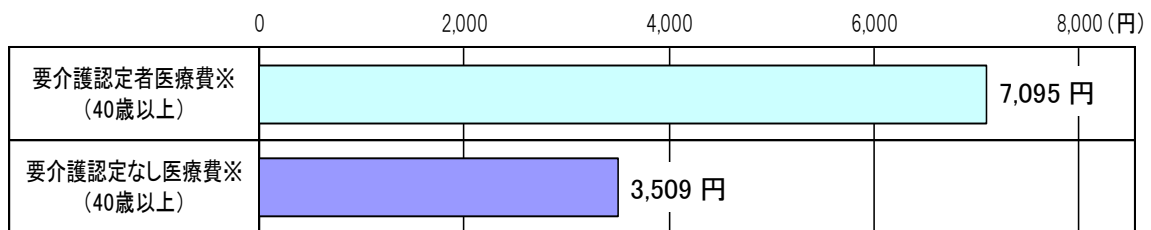
出典：KDBシステム（KDB_CSV2次加工ツール）

【疾病別要介護認定者の状況】

- 要介護認定者のレセプトから有病状況を見ると、心疾患が62.2%、脳疾患35.1%となっており、その基礎疾患である高血圧が55.5%、糖尿病22.8%、脂質異常33.6%となっています（図表7）。
- 要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定者の医療費は要介護認定のないかたの2倍以上となっています（図表18）。
- このことから特定健診を受診し、血管疾患共通のリスクである高血圧・高血糖・脂質異常の重症化を防ぐことは、介護予防と医療費の適正化を進める上で重要です。

【図表18】 要介護認定の有無別1件当たり医療費の比較（H28年度）

★NO.1【介護】



出典：KDBシステム（KDB_CSV2次加工ツール）

※医療費：医科レセプト・突合できた一部調剤レセプトの点数から費用額を算出÷医科レセプト件数

◆第2期計画における課題

- ・生活習慣病の発症及び重症化予防を進めるには、その入口となる特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上が重要であり、継続した取り組みを行うことが必要です。
- ・40～64歳は、特定健診も治療も受けていないかたが多いことから、この年代の受診率向上に向けた対策が必要です。
- ・人工透析者が増加傾向にあり、その原因疾患となる糖尿病及び糖尿病性腎症の治療者の割合が増加しているほか、健診結果では高血糖者の割合も増加しています。人工透析は、治療が長期化し医療費が高額となることから、糖尿病の更なる対策が必要です。
- ・医療費の伸びに比べて介護給付費の伸びが大きいことから、要介護認定の要因となる血管疾患を減らしていく必要があります。特に治療や入院が長期化し医療費が高額となる脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全とこれらの基礎疾患となり特に有病率の高い高血圧症について予防・改善対策が重要です。

2 目標の設定（図表 19）

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

●中長期的な目標

脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の総医療費に占める割合を抑制する
(平成28年度の割合：5.97%より減少へ)

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷んでくることを考えると、現状の医療費を毎年削減し続けることは困難です。3疾患の総医療費に占める割合は、国や県の平均より低いことから、初期値の平成28年度データを基準に、初期値以下を維持することを目標とします。

●短期的な目標

特定健診受診者の高血圧者（Ⅱ度以上）の割合の減少
(平成28年度の割合：4.4%より減少へ)
特定健診受診者のうち40～64歳の糖尿病患者（HbA1c6.5%以上）の割合の減少
(平成28年度の割合：4.5%より減少へ)

具体的な取り組みとしては、医療受診が必要なかたへの受診勧奨と治療継続を働きかけるとともに、治療を中断しているかたに対しても適切な保健指導を行い、その際には必要に応じて医療機関と十分な連携を図ることとします。

特定健診のデータを見ると、改善が必要な項目として高血圧と高血糖、メタボがありますが、これらは薬物療法だけでなく、食事療法及び運動療法が必要なことから、各種ガイドラインやエビデンスに基づいた栄養指導などの保健指導を行います。

さらに生活習慣病は自覚症状がほとんどないため、特定健診の受診勧奨を行い、状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症・重症化予防につなげていきます。

【目標を達成するための事業内容】

○特定健診受診率・特定保健指導率の向上

- ・生活習慣病は自覚症状がほとんどないため、特定健診の受診勧奨を行い、状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症・重症化予防につなげることが重要であり、その目標値は、第4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。

○脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の重症化予防

- ・各疾患を重症化する危険因子を持った方に、保健指導を実施するとともに、医療機関と連携し継続した保健指導を行います。
- ・保健指導の詳細については第5章の「保健事業の内容」に記載します。
- ・なお、糖尿病性腎症については、今後、重症化予防プログラムを策定し、糖尿病性腎症及び新規透析患者の減少とともに、慢性腎臓病（CKD）に伴う循環器疾患（脳血管疾患、心筋梗塞等）の発症抑制を目指します。

○広く市民に周知・啓発する取り組み

- ・元氣いきいき健康条例の基本理念である「自分の健康は自分で守り、つくる」を被保険者一人ひとりが自覚し、主体的に健康づくりに取り組むよう、啓発等を行い、さらなる意識の高揚を図るとともに、各団体や機関と連携しながら、生涯を通じた活動を実施し、健康増進の取り組みが多くの市民に広がるよう、事業を実施します。
- ・詳細については第5章の「保健事業の内容」に記載します。

【図表 19】目標一覧表

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	初期値	中間評価値							最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34		
特定健診等計画	介護保険の第1号認定率が国、県、同規模市平均より高い。	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	57.5%	56.4%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				59.4%	59.7%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%		
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> 血管疾患で要介護認定を受けている人の基礎疾患は、高血圧が81.5%と一番多い。 糖尿病性腎症の人数が増加している。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、虚血性心疾患、腎不全の総医療費に占める割合の減少	7.2%	減少傾向へ							減少傾向へ	KDB 健診医療介護データから見る地域の健康課題
				5.97%	減少傾向へ							初期値より減少	
短期目標		<ul style="list-style-type: none"> 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、糖尿病等の対象者を減らす 	特定健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100mmHg以上)	4.4%	減少傾向へ							減少	妙高市特定健診結果集計(あなみツール)
				4.5%	減少傾向へ							減少	
保険者努力支援制度	同上	<ul style="list-style-type: none"> 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、メタボリックシンドローム、糖尿病等の対象者を減らす がんの早期発見、早期治療 	<ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少 糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合の増加 がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上 	23.4%	減少傾向へ							減少	妙高市特定健診結果集計(あなみツール)
				10.3%	増加傾向へ							増加	
短期目標		<ul style="list-style-type: none"> がんの医療費が増加している。 がんの受診率が伸びない。 	<ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上 	23.0%	33.1%	35.8%	38.5%	41.2%	43.9%	44.0%	50%	検診対象者(市独自の計算方法有) ・検診受診者 ※すこやかライフプラン21より	
				45.1%	47.3%	48.0%	48.7%	49.3%	50.0%	50.0%	50.0%		50.0%
健康に無関心の人がいる。		健康に関心を持つ市民が増え、健康づくりを実践する。	健康ポイントの取組み者の増加	30.4%	38.1%	39.4%	40.7%	42.0%	43.3%	44.0%	44.0%	増加傾向へ	妙高元気ポイントの景品交換者数
				24.0%	36.0%	37.8%	39.6%	41.4%	43.2%	44.0%			
後発医薬品の使用割合がまだ低い。		後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合の増加	381人	増加傾向へ							増加傾向へ	厚生労働省公表結果
			後発医薬品の使用割合の増加	72.3%	増加傾向へ							増加傾向へ	

第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第3期特定健康診査等実施計画の期間

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定に基づき、実施計画を定めています。

第1期及び第2期計画は計画期間を5年としていましたが、国の「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第3版）」で、「医療費適正化計画が6年一期に見直されたことを踏まえ、第3期からは6年を一期として策定する」としていること、また、新潟県地域保健医療計画（第7次医療計画）の次期計画期間が、平成30年度から平成35年度までとされていることから、これらとの整合性を図り、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

2 特定健診・特定保健指導の国の目標値

国では、全国目標を保険者全体で達成するために、保険者の種別毎に目標値を定めています（図表20）。

【図表20】国の目標値

保険者種別	保険者全体	市町村国保	国保組合※1	全国健康保険協会	単一健保※2	総合健保※3	共済組合
特定健診の実施率	70%以上	60%以上	70%以上	65%以上	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上	55%以上	30%	45%以上

※1 国保組合：国民健康保険法上の公法人で、同種の事業又は業務に従事する者で組織された組合。医師国保、建築国保などがある。

※2 単一健保：社員700人以上の企業が設立したもの。

※3 総合健保：同業種の企業が複数集り、3,000人以上で設立したもの。

3 市の目標値の設定

特定健診受診率の目標値は、国が定めた市町村国保の目標値である60.0%以上を目指し、計画期間の平成35年度まで、受診率60.0%以上を維持します。また、特定保健指導実施率の目標値については、毎年1ポイントの上昇を見込み、平成35年度には65.0%を目指します。

1) 特定健診受診率の目標設定の考え方

市では、受診率向上のため、未受診者への個別訪問による受診勧奨や土曜日・日曜日健診の実施など、様々な取り組みを行ってきましたが、これまでの第1期、第2期の計画期間には、市の目標値とした65.0%や国の市町村国保の目標値である60.0%に達することができませんでした。

この要因としては、未受診者に対する一般的な呼びかけをはじめ、他自治体の取り組みを参考にした情報提供の促進など、一定の成果があったものの、高齢化の進展に伴い受診

率の高い高齢者層が毎年、後期高齢者医療へ移行し、特定健診の対象から外れていくことにより、受診率の向上にはつながらなかったものと考えられます。今後は、新規の受診者を増やす取り組みとして、特定健診未受診者で治療中のかたも対象とする国の方針が改めて示されたことから、すでに治療のため医療機関に受診されているかたについては、かかりつけ医などの医療機関に受診勧奨の依頼を行い、平成 30 年度に国の市町村国保の目標値である 60.0%達成を目指し、平成 31 年度以降は、今後の年齢構成を要因とした困難性が生じていることを考慮し、平成 35 年度までの計画期間は 60.0%を維持していくことを目標とします。

2) 特定保健指導実施率の目標設定の考え方

第 2 期計画期間の平成 25～27 年度には、市及び国の目標値である 60%に達しているため、これまで実施してきた、健診結果説明会での保健指導に加え、健診当日の保健指導を実施するとともに、地区担当による電話、訪問支援などを行い毎年 1 ポイントの伸びを見込み、第 3 期最終年次の平成 35 年度には 65%を目指します（図表 21、22、23）。

【図表 21】 特定健診・保健指導実施率目標値

項目	H28年度	H29年度 (見込み)	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診 実施率	57.5%	56.4%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健 指導実施率	59.4%	59.7%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%

【図表 22】年代別受診率の推移（法定報告値）

男性		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
H25年度	対象者数(人)	155	139	191	214	571	878	835	2,983
	受診者数(人)	46	48	70	92	270	527	549	1,602
	受診率(%)	29.7	34.5	36.6	43.0	47.3	60.0	65.7	53.7
H28年度	対象者数(人)	125	166	140	183	399	1,033	759	2,805
	受診者数(人)	34	51	47	76	200	574	508	1,490
	受診率(%)	27.2	30.7	33.6	41.5	50.1	55.6	66.9	53.1
女性		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
H25年度	対象者数(人)	139	135	181	241	722	853	908	3,179
	受診者数(人)	51	54	83	129	453	581	644	1,995
	受診率(%)	36.7	40.0	45.9	53.5	62.7	68.1	70.9	62.8
H28年度	対象者数(人)	102	134	136	190	499	1,053	833	2,947
	受診者数(人)	29	52	66	104	297	717	555	1,820
	受診率(%)	28.4	38.8	48.5	54.7	59.5	68.1	66.6	61.8
合計		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
H25年度	対象者数(人)	294	274	372	455	1,293	1,731	1,743	6,162
	受診者数(人)	97	102	153	221	723	1,108	1,193	3,597
	受診率(%)	33.0	37.2	41.1	48.6	55.9	64.0	68.4	58.4
H28年度	対象者数(人)	227	300	276	373	898	2,086	1,592	5,752
	受診者数(人)	63	103	113	180	497	1,291	1,063	3,310
	受診率(%)	27.8	34.3	40.9	48.3	55.3	61.9	66.8	57.5

【図表 23】特定保健指導実施率の推移（法定報告値）

		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
動機づけ支援	対象者(人)	214	206	204	189	190
	実施者(人)	138	147	147	140	126
	実施率(%)	64.5	71.4	72.1	74.1	66.3
積極的支援	対象者(人)	92	76	61	60	49
	実施者(人)	22	24	12	17	16
	実施率(%)	23.9	31.6	19.7	28.3	32.7
合計	対象者(人)	306	282	265	249	239
	実施者(人)	160	171	159	157	142
	実施率(%)	52.3	60.6	60.0	63.1	59.4

4 対象者の見込み

特定健診対象者数、受診者数、特定保健指導対象者数、実施者数は、第2期計画期間の実績値や今後の国保加入者の減少を見込み、推計しました（図表24）。

【図表24】特定健診・特定保健指導対象者数、受診者数見込（人）

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診	対象者	5,439	5,320	5,203	5,088	4,976	4,867
	受診者	3,263	3,192	3,122	3,053	2,986	2,920
特定保健指導	対象者	217	211	206	204	201	196
	実施者	130	129	128	129	129	127

5 特定健診の実施

受診しやすい特定健診の体制の確保と、結果を保健指導に効果的に生かすことができるよう、以下の方法で実施します。

1) 対象者

被保険者のうち、特定健診の実施年度中に40歳から74歳になる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて国保に加入しているかた（年度途中での加入・脱退などの異動のないかた）としますが、省令に基づき、妊産婦、長期入院者などに該当するかたは、対象外とします。また、年度末に75歳になるかたのうち、健診時点で74歳のかた、及び年度途中に加入した特定健診年齢のかたも、年に一度の健診の場を提供する観点から受診できるものとします。

2) 実施方法

特定健診は、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関をとりまとめ、県医師会と市国保側のとりまとめ機関である公益財団法人新潟県健康づくり財団（以下「健康づくり財団」という。）と集合契約を行い集団及び予約健診を実施します。個別健診※（委託医療機関）については今後、検討していきます。

※ 個別健診：各医療機関の施設で、一般外来患者と同様に日時を限定せずに行う健診。

3) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に業務委託できる者の基準は、厚生労働大臣の告示で定められています。

4) 実施場所及び時期

特定健診を実施する会場や日時は、市の広報誌などで市民へお知らせします（図表 25）。

【図表 25】特定健診実施場所及び時期

健診の種類	実施場所	実施時期
集団健診※1	各地域の健康づくりの拠点施設 (妙高健診室、新井ふれあい会館、妙高高原保健センター、 妙高ふれあいパーク)	6月～10月
予約健診※2	健診実施機関(妙高健診室)	7月～12月

※1 集団健診：委託先の健診機関が、保健センターなど市内各所の施設で行う健診。

※2 予約健診：健診実施機関の施設で、日時を限定して行う健診。

5) 代行機関への業務委託

① 新潟県健康づくり財団

特定健診及び特定保健指導の業務を委託します。

② 新潟県国民健康保険団体連合会

次のアからカの業務を委託します。

ア. 支払代行や請求などの事務のために健診機関・保健指導機関及び保健者情報を管理する業務

イ. 簡単な事務点検のために契約情報・受診券（健診対象者用）及び利用権（保健指導のアウトソーシング時の対象者用）情報を管理する業務

ウ. 健診機関などから送付されたデータを読み込み、確認し、保険者に振り分ける業務

エ. 受診資格を確認する業務

オ. 特定保健指導の開始と終了を管理する業務

カ. 請求、支払代行などの業務

6) 実施項目

生活習慣病予防のために特定保健指導を必要とするかたを抽出する項目（内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準）を実施するほか、国保加入者の健康実態を踏まえ、市独自で検査項目を追加します（図表 26）。

【図表 26】 特定健診の実施項目

基本的な 健診項目	国が定めた 項目	<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ・理学的検査(身体診察) ・血圧測定 ・血中脂質検査(総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・肝機能検査 AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP) ・血糖検査(空腹時血糖、随時血糖、HbA1c検査) ・尿検査(尿糖、尿蛋白)
	妙高市独自の 追加項目	<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能検査(血清尿酸) ・尿検査(尿潜血)
詳細な 健診項目 ※	国が定めた 項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図 ・眼底検査 ・腎機能検査(血清クレアチニン)
	妙高市独自の 追加項目	<ul style="list-style-type: none"> ・貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトリック値)

※心電図検査、眼底検査、腎機能検査(血清クレアチニン)、貧血検査は全員に実施します。

7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ特定健診の受診勧奨を行うよう依頼します。診療における検査結果を特定健診の結果データとして活用する場合は、本人同意のもと検査結果の提供を受けられるようかかりつけ医に協力を求めます。

8) 案内方法

受診率の向上につながるよう、様々な機会を通じて、対象者に案内します。

- ① 郵送による受診券(特定健診記録表)及び特定健診日程などの案内
- ② 市報やホームページによる周知
- ③ 未受診者に対する受診勧奨

9) 特定健診受診率向上対策

目標値達成のため、様々な取り組みを行います。

- ① 未受診者への家庭訪問などによる受診勧奨
- ② 集団健診実施日の概ね1カ月前に受診券・案内を送付
- ③ 集団健診未受診者向けに「おさらい健診」を実施
- ④ 受診者の待ち時間が少なく、少人数の「予約健診」を実施
- ⑤ 土曜日、日曜日健診を実施
- ⑥ 障がい者向け健診を実施
- ⑦ がん検診の同日実施

- ⑧ レセプトを活用した「診療情報提供書」の依頼
- ⑨ 妙高元気ポイント事業の活用

10) 委託単価・自己負担

特定健診の委託にかかる費用は、新潟県健診保健指導支援協議会で統一された健診委託単価を用います。また、市国民健康保険特定健康診査実費徴収規則別表の実費額を自己負担とします。

11) 受診券の交付・健診実施スケジュール

特定健診対象者には、地域ごとに実施する集団健診の実施日の概ね 1 カ月前に受診券を発行し、特定健診のお知らせなどとともに通知します（図表 27）。

【図表 27】年間実施スケジュール

年 度	平成30年度～平成35年度			
	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
特定健診の案内	■			
集団健診の実施	■			
結果説明会の開催		■		
特定保健指導の実施	■			
検査結果の把握	■			

6 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施方法は、保険者の直接実施又は市の人間ドック助成事業指定受診機関に事業委託します。

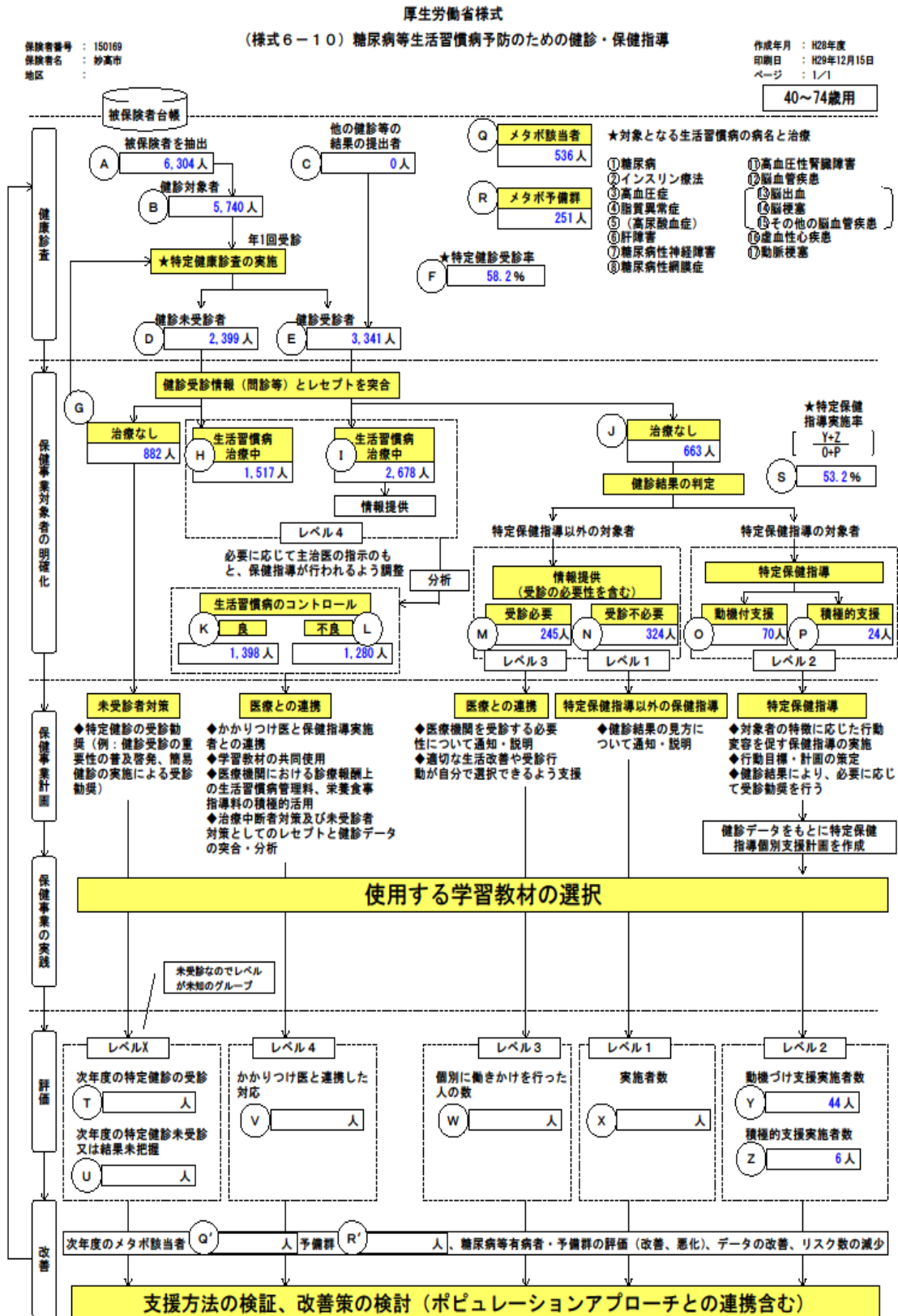
1) 特定健診から保健指導への流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」様式 6-10 をもとに、特定健診結果から保健指導対象者を明確化し、保健指導計画の策定・実践・評価を行います（図表 28）。

2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

特定健診受診者には、健診結果に基づき、保健指導の優先順位を付け、効果的な保健指導を実施します（図表 29）。

【図表 28】 特定健診から保健指導実施へのフローチャート



【図表 29】 要保健指導対象者数の見込み・選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆特定健診の結果により、必要 に応じて受診勧奨を行う	94 人 (2.8%)	65.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 を通知・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	245 人 (7.3%)	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)	2,399 人 (41.8%)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	324 人 (9.7%)	
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 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析	2,678 人 (80.2%)	

3) 生活習慣予防のための特定健診・特定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の管理と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ます。

7 個人情報の取り扱い

1) 基本的な考え方

特定健診や特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いは、個人情報の保護に関する法律及び妙高市個人情報保護条例を踏まえて対応します。

また、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止など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・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診や特定保健指導の記録の管理は、特定健診データ管理システムで行います。特定健診及び特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成日から最低 5 年間または加入者が他の保険者への加入となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

また、保管されたデータは、加入者の請求に応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が自己の健康情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行います。

8 結果の報告

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、特定健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに実績報告を行います。

9 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 項の「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」に基づき、市ホームページなどへの掲載により公表、周知します。

10 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

メタボ該当者などを減少させるためには、計画的かつ着実に特定健診及び特定保健指導を実施し、その成果を検証する必要があります。

具体的には、データヘルス計画で設定した目標の達成状況や特定健診、特定保健指導の結果を毎年度評価します。

また、実施計画をより実行性の高いものとするためには、計画内容を実態に即したより効果的なものに見直す必要があることから、妙高市国民健康保険運営協議会に評価結果を毎年度報告し、必要に応じて実施方法や目標設定値の見直しを行います。

第5章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患の共通の危険因子となる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボなどの減少を目指すものとし、特定健診での血圧、血糖、脂質、肥満の有所見率を改善していきます。そのためには、生活習慣病の重症化予防の取り組みと、広く市民に周知・啓発する取り組みを実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病の合併症である脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患の発症・進展抑制を目指し、医療受診が必要なかたへ適切な受診勧奨を行い、治療中のかたへは医療機関と連携した重症化予防のための保健指導を行います。

市民全体には、「妙高市元気いきいき健康条例」を周知し、生活習慣病予防の取り組みが健康な市民の増加につながることや、生活習慣病の重症化予防により、医療費や介護費用などの社会保障費の抑制につながることを啓発します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受診することで自らのからだの状態を知り、必要な予防行動を起こすことや適切な治療を受けることが重要です。このため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に、より一層努める必要があります。第4章の第3期特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施します。

2 重症化予防の取り組み

当市では、保健指導対象者の優先順位を決め、より重症化しやすい対象者から保健指導を行っています（図表29）。

中長期的な目標の達成に向けては、各疾患の対象者を明確にし、その状況に応じた受診勧奨や保健指導などの介入が必要になります。

【図表 30】保健指導対象者の優先度

区分		年齢	対象	(参考)H28年度保健指導対象者			
優先度	項目			全数	19-39歳	40-74歳	75歳以上
緊急	緊急訪問	年齢制限なし	① 以下のいずれかに該当するかた	28	1	17	10
			・HbA1c 10.0%以上	6	0	3	3
			・空腹時血糖 40mg/dl以下または300mg/dl以上	0	0	0	0
			・随時血糖 40mg/dl以下または400mg/dl以上	1	0	0	1
			・中性脂肪 1000mg/dl以上	2	0	2	0
			・LDL 30mg/dl未満または250mg/dl以上	3	1	2	0
			・HDL 200mg/dl以上	0	0	0	0
			・総コレステロール 50mg/dl未満または500mg/dl以上	1	0	1	0
			・GOTまたはGPT 300IU/l以上	0	0	0	0
			・γ-GPT 700IU/l以上	3	0	2	1
・クレアチニン 1.8mg/dl以上	12	0	7	5			
・尿酸 12mg/dl以上	0	0	0	0			
1	特定保健指導*	特定保健指導対象年齢(40-74歳)	② 積極的支援	46		46	
			③ 動機づけ支援	149		149	
		19-39歳	④ 積極的支援	13	13		
			⑤ 動機づけ支援	13	13		
			⑥ 以下のいずれかに該当するかた	514	7	507	
2	重症化予防	74歳以下	・Ⅱ度高血圧以上(160/100mmHg以上)	121	1	120	
			・HbA1c 7.0%以上	52	0	52	
			・糖尿病型(HbA1c6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上、糖尿病治療中)で未治療(中断含む)	90	0	90	
			・LDL 180mg/dl以上	52	3	49	
			・eGFR 50未満(70歳以上40未満)	38	0	38	
			・尿蛋白(2+)以上	25	3	22	
			・心房細動あり	65	0	65	
			・ST所見ありかつ医療未受診者	71	0	71	
3	重症化予防	75歳以上	⑦ 医療機関未受診で以下のいずれかに該当するかた	50			50
			・Ⅱ度高血圧以上(160/100mmHg以上)				29
			・eGFR 40未満				4
			・尿蛋白(2+)以上				5
			・心房細動あり				12
4	受診勧奨	74歳以下	⑧ 前年度健診未受診で過去5年間に1度でも以下のいずれかの基準に該当しているかた	116	1	115	
			・Ⅱ度高血圧以上(160/100mmHg以上)	67	0	67	
			・HbA1c7.0%以上	38	0	38	
			・LDL 180mg/dl以上	11	1	10	

※特定保健指導対象者基準

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
85cm以上(男性) 90cm以上(女性)	2つ以上該当				積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当			あり なし		
上記以外で BM25kg/m ² 以上	3つ該当				積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当			あり なし		
	1つ該当					

①血糖: 空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上

②脂質: 中性脂肪150mg/dl以上またはHDL40mg/dl未満

③血圧: 収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上

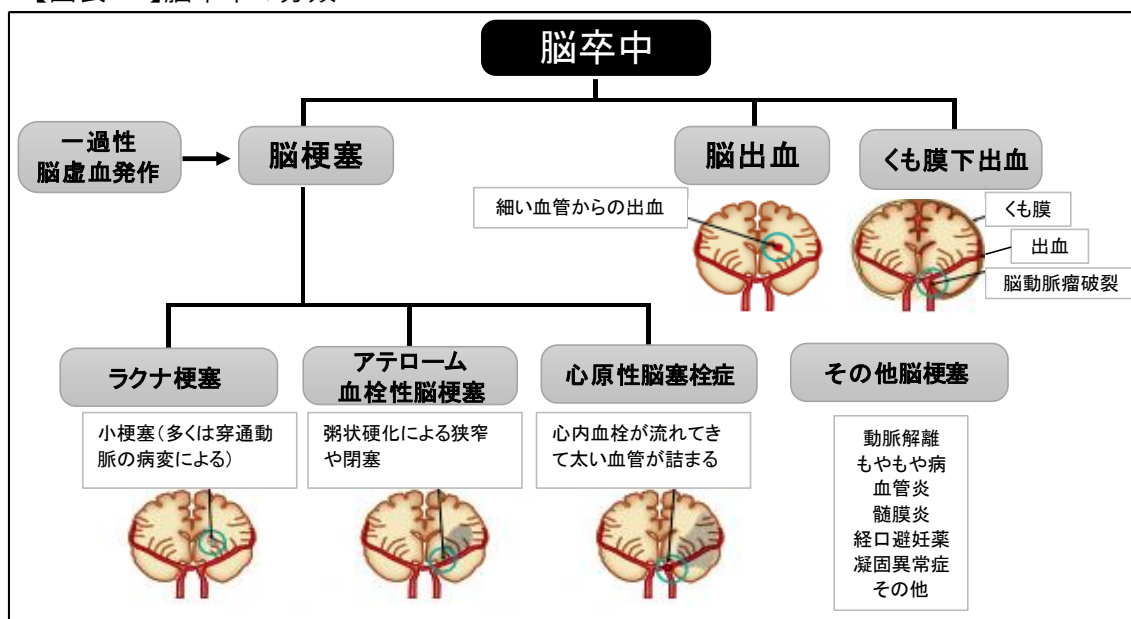
1) 脳血管疾患の重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患の重症化予防の取り組みに当たっては、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などに基づいて進めます（図表 31、32）。

※ 脳卒中予防への提言：心房細動による脳卒中予防を適切に行うために、自治体、保険者、医療関係者など地域一体での取り組みの必要性をまとめたもの（心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト実行委員会発行）

【図表 31】脳卒中の分類



出典：脳卒中予防への提言

【図表 32】脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (●危険因子、○危険性の高い因子)		高血圧	糖尿病	脂質異常症	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
脳梗塞	ラクナ梗塞	●	●					○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●	●				●		
	くも膜下出血	●	●			●	●		

出典：脳卒中治療ガイドライン 2015

(2) 対象者の明確化

国保が保有するレセプトデータ及び市民特定健診データを活用し、対象者を選定します。

① 対象者の選定基準

対象者の選定基準は以下のア、イとします。

ア. II度高血圧以上のかた

イ. 心房細動の所見があるかた

② 選定基準に基づく該当者数の把握

ア. 基準に基づく該当者数の把握

対象者の抽出に当たっては、図表 33 に基づき、特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無についても加えて分析することで、受診勧奨対象者を明確に把握します。

● II 度高血圧以上のかた

脳血管疾患では、高血圧は最も重要な危険因子です。当市では、平成 28 年度の特定健診受診者のうち II 度高血圧以上が 153 人 (4.4%) であり、このうち 91 人は未治療者でした。また未治療者のうち 39 人 (42.9%) は臓器障害の所見が見られたため、早急な受診勧奨が必要です。さらに、治療中であっても II 度高血圧であるかたも 62 人 (4.8%) であるため、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります (図表 33)。

【図表 33】特定健診受診者における重症化予防対象者(H28 年度)

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	●	●												
リスク因子 (●危険因子、○危険性の高い因子)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		II 度高血圧 以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+) 以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
		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
受診者数 3,498人		153	4.4%	149	4.3%	61	1.7%	65	1.8%	554	15.8%	38	1.1%	84	2.4%
治療あり		62	4.8%	75	24.8%	10	0.9%	46	2.5%	482	26.2%	33	1.8%	62	3.5%
治療なし		91	4.1%	74	2.3%	51	2.1%	19	1.1%	72	4.3%	5	0.3%	22	1.3%
臓器障害あり		39	42.9%	28	37.8%	17	33.3%	19	100%	27	37.5%	5	100%	22	100%
CKD(専門医対象)		2		4		1		2		1		5		22	
尿蛋白(2+)以上		0		3		0		0		0		5		0	
尿蛋白(+)and 尿潜血(+)		1		1		0		1		1		0		1	
eGFR50未満 (70歳以上40未満)		1		0		1		1		0		0		22	
心電図所見あり		39		26		17		19		27		1		0	

出典: 妙高市特定健診結果集計(あなみツール)

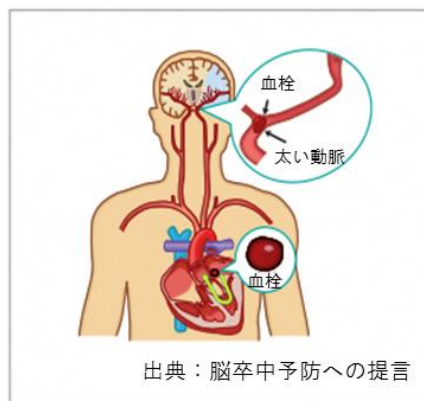
●心房細動の所見があるかた

心原性脳塞栓症とは、心房細動により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することから、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（図表 34）。しかし、心房細動は心電図検査で早期に発見することが可能なため、健診の結果から心房細動の有所見の状況を確認します。

当市では、平成 28 年度の特定健診受診者のうち 65 人に心房細動の所見があり、有所見率は年齢が高くなるにつれて増加しています。特に 60 歳代以降の男性では、日本循環器学会疫学調査と比較して高いことが分かりました。また、65 人のうち 46 人は既に治療が開始されていましたが、19 人は未治療者であり、受診が必要なかたです。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨と継続受診の確認を行う必要があります（図表 35、36）。

【図表 34】

心房細動と心原性脳塞栓症



出典：脳卒中予防への提言

【図表 35】特定健診における心房細動有所見状況(H28 年度)

年代	心電図検査受診者			心房細動有所見者						日循疫学調査※	
	合計	男性	女性	合計		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合	割合
合計	2,531	1,194	1,337	65	2.57%	58	4.86%	7	0.52%	-	-
40歳代	161	73	88	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0.20%	0.04%
50歳代	271	118	153	2	0.74%	2	1.69%	0	0.00%	0.80%	0.10%
60歳代	1,333	601	732	28	2.10%	27	4.49%	1	0.14%	1.90%	0.40%
70-74歳	766	402	364	35	4.57%	29	7.21%	6	1.65%	3.40%	1.10%

※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：妙高市特定健診結果集計（マルチマーカー）

【図表 36】心房細動有所見者の治療の状況(H28 年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
65	19	29.2%	46	70.8%

出典：妙高市特定健診結果集計（あなみツール）

イ. 介入方法

●受診勧奨

【対象者】

- II度高血圧以上のうち医療機関未受診のかた（図表 33）・・・91 人
- 心電図検査で心房細動の所見がある医療機関未受診のかた（図表 36）・・・・・・・・・・・・・・・・・・19 人

【介入方法】 個別面談、個別訪問、電話などで対応

●保健指導

【対象者】

- 医療機関にて治療中であるがII度高血圧以上のかた（図表 33）・62 人
- 心電図検査で心房細動の所見がある治療中断中のかた・・・・・・・・・・
・・・現在未把握のため、今後管理台帳を作成し対象者を確認します。

【介入方法】 個別面談、個別訪問、電話、手紙などで対応

（3）対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、毎年度作成する健診結果説明会対象者名簿により管理します。また、血圧評価表（図表 37）及び心房細動管理台帳（図表 38）で行い、担当地区ごとに作成し、管理します。

ア. 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、血圧評価表によりII度高血圧者を対象に血圧、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、受診勧奨を行います。

イ. 心房細動の管理

健診受診時の心電図検査で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につなげるために台帳を作成し、保健指導状況や受診状況を定期的に確認し、未受診者については受診勧奨を行います。

※eGFR：推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。

（4）保健指導の実施

保健指導の実施に当たっては、対象者の状態に応じた保健指導を行う必要があります。その際、保健指導教材を活用し、血圧や心房細動などを対象者がイメージしやすいように工夫します。また、治療が必要にもかかわらず医療機関を受診していない場合や、治療を中断している場合は、受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います。

2) 糖尿病性腎症の重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みに当たっては、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）」「糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）」「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）※」に基づき、PDCAサイクルに沿って実施します（図表39）。

【図表39】糖尿病性腎症の重症化予防の基本的な取り組みの流れ

No.	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法との確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数の把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
30	記録、実施件数の把握			○		□
31	C 3か月後実施状況評価				○	□
32	6か月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

※生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）：

新規透析導入患者減少に向けて、CKD(慢性腎臓病)の発症予防・早期発見・重症化予防の対策を具体的に示したものの。

(2) 対象者の明確化

国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、対象者を選定します。

① 対象者の選定基準

対象者の選定基準は、以下のア～エとします。

ア. 糖尿病で医療機関未受診のかた

イ. 糖尿病で治療を中断しているかた

ウ. 高血糖などのハイリスクのかた

●HbA1c7.0%以上のかた

●糖尿病性腎症を発症していないが高血圧症、メタボ該当者などリスクを有するかた

エ. CKD（慢性腎臓病）が疑われ、腎機能の低下が見られるかた

② 選定基準に基づく該当者数の把握

ア. 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突合した図表 41 を見ると、当市では平成 28 年度の特健診受診者のうち糖尿病型のかたは 384 人 (E) で特定健診受診者の約 11% に当たります。このうち未治療のかたは 90 人 (F)、治療中のかたは 294 人 (G) です。治療中の方のうち合併症予防目標 (HbA1c7.0%未満) を上回るかたは 97 人 (J) となっています。

特定健診受診者のうち、糖尿病型のかたを糖尿病性腎症の病期分類で見ると、第 2 期から第 4 期のかたが 102 人います。病状の軽減が期待できる第 2 期は、微量アルブミン尿の検査を実施していないため明確には把握できず、尿蛋白 (±) だけでなく (－) の中にも該当者が含まれる可能性があり※、その把握は今後の課題です。

特定健診未受診者について図表 42 を見ると、過去 5 年間に 1 度でも特定健診受診歴があり、その時点の HbA1c 値が 7.0%以上だったかたは 38 人いて、このうち 2 人 (イ) は未治療あるいは治療を中断しています。36 人 (ア) は治療を継続していますが、検査データが不明なため、重症化を予防するためには医療機関と連携した介入が必要です。

※糖尿病性腎症病期分類の尿蛋白について

「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」では、微量アルブミン尿であっても試験紙法では (－) または (±) となる場合があると示されているほか、「CKD 診療ガイド 2012」では、試験紙法にて (－) ～ (2+) まで微量アルブミン尿の可能性があるとされています。

イ. 介入方法

図表 41 より介入方法を以下のとおりとします。

●受診勧奨

【対象者】

- 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未治療者・中断者
(F、イ)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・92人

【介入方法】

個別訪問、個別面談、電話、手紙などで対応

●保健指導

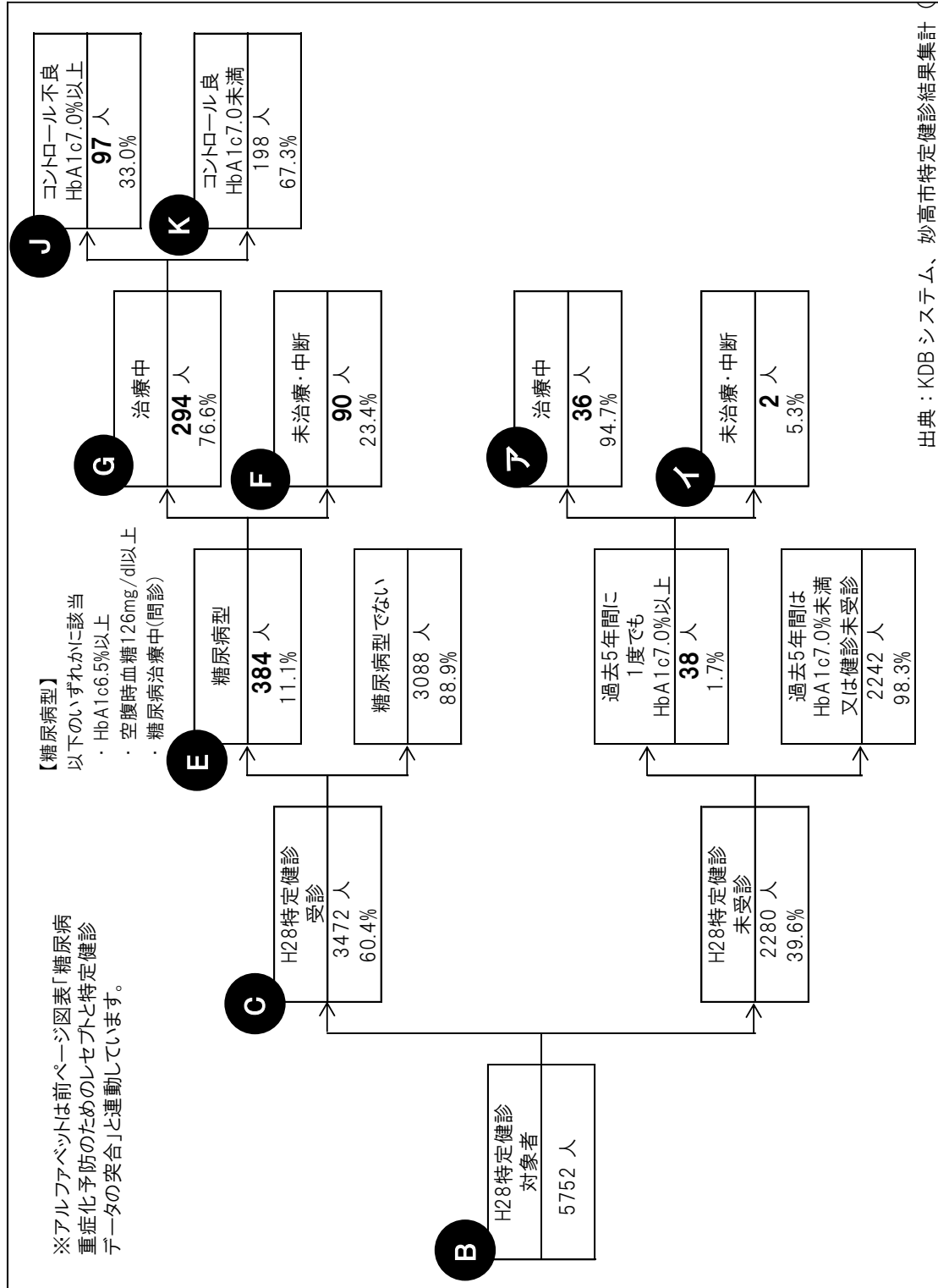
【対象者】

- 特定健診受診者のうち糖尿病治療中で重症化するリスクの高いかた
(J)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・97人
- 特定健診未受診者のうち糖尿病治療中で過去の特定健診受診歴から糖尿病が重症化するリスクの高いかた (ア)・・・・・・・・36人

【介入方法】

個別訪問、個別面談、電話、手紙などで対応

【図表 41】糖尿病重症化予防のための対象者の明確化



出典：KDB システム、妙高市特定健診結果集計 (あなみツール)

(3) 対象者の進捗管理

糖尿病患者・高血糖者の管理

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳（図表 42）及び年次計画表（図表 43）で行い、担当地区ごとに作成し、管理します。

【図表 42】糖尿病管理台帳

番号	地区	追加 年度	個人番号	氏名	性別	H28年度 年齢	診療開始日 合併症の有無	項目		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	転出・ 死亡等	備考				
								糖 以外	CKD											
1		H24			男	39	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬	67	57		53							
									HbA1c											
								糖 以外	体重											
									BMI	32.4	28.6		25.6							
									血圧	143/98	140/96		126/93							
2		H24		男	44	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬												
								HbA1c	6.5											
							糖 以外	体重												
								BMI	32											
								血圧	140/96											
3		H24		男	45	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬												
								HbA1c	6.8	5.7	5.9	5.8	6.5							
							糖 以外	体重												
								BMI	31.1	25.8	29.9	29.4	31.7							
								血圧	125/86	118/80	120/87	131/91	144/104							
4		H24		女	48	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬												
								HbA1c	7.4											
							糖 以外	体重												
								BMI	19.4											
								血圧	134/83											
5		H24		女	48	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬												
								HbA1c	8.5			8.2								
							糖 以外	体重												
								BMI	24			26.3								
								血圧	102/57			124/58								

出典：KDB システム 疾病管理一覧（糖尿病）

【図表 43】糖尿病管理台帳からの年次計画

地区:		担当者:														
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携													
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 ()人															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">内訳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①国保(生保)(A+B)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>		内訳		①国保(生保)(A+B)	人	②後期高齢者	人	③他保険	人	④住基異動(死亡・転出)	人	⑤確認できず	人	1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者 ○健診結果の確認 ○レセプトの確認
	内訳															
	①国保(生保)(A+B)	人														
	②後期高齢者	人														
	③他保険	人														
	④住基異動(死亡・転出)	人														
	⑤確認できず	人														
	A. 健診未受診者 ()人		2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認													
	A-① 未治療者(中断者を含む) ()人		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患の手術 ●人工透析 ●がん </div>													
		3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、 糖尿病専門医													
B. 結果把握 ()人		4. 結果から動く ○経年表で他のリスクの確認(メタボ、血圧等) ○経年データに応じた保健指導														
①HbA1cが悪化している ()人																
HbA1c7.0%以上で 昨年度より悪化している ()人																
②尿蛋白 ()人																
(±) ()人																
(+)以上:顕性腎症 ()人			栄養士中心													
③eGFR値の変化																
1年で25%以上低下 ()人			腎専門医													
1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 ()人																
保健指導の優先づけ																

(4) 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展の予防には、肥満是正、禁煙とともに、厳格な血糖、血圧、脂質の管理が最も重要です。腎不全への進行と心血管疾患の抑制を図るために、糖尿病性腎症病期分類とあわせてCKD(慢性腎臓病)重症度分類(図表44)を確認し、対象者の生活習慣病リスク因子の状況に応じた保健指導を行います。保健指導に当たっては、糖尿病治療ガイドやCKD診療ガイドなどを参考に作成した保健指導用教材を活用します。

【図表 44】糖尿病性腎症病期分類とCKD 重症度分類との関係

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
高血圧、腎炎、 多発性のう胞腎、 移植腎、不明、 その他	尿蛋白質定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	正常または 高値	90以上	第1期 (腎症前期)	第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)
	G2	正常または 軽度低下	60~90 未満			
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~60 未満			
	G3b	中等度~ 高度低下	30~45 未満	第4期 (腎不全期)		
	G4	高度低下	15~30 未満			
	G5	末期腎不全	15未満			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分で評価します。GFR区分と蛋白尿区分の交点の色が濃くなるほど末期腎不全や心血管死亡のリスクが高くなります。

出典：糖尿病治療ガイド 2016-2017、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言

(5) 保健指導の今後の展開

特定健診の尿蛋白検査は、尿試験紙を使って調べる尿蛋白定性検査が必須項目であり、本市では尿アルブミンの検査は実施していません。「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」では、微量アルブミン尿であっても試験紙法では(－)または(±)となる場合があると示されているほか、「CKD 診療ガイド 2012」では、試験紙法にて(－)～(2+)まで微量アルブミン尿の可能性があるとされています。

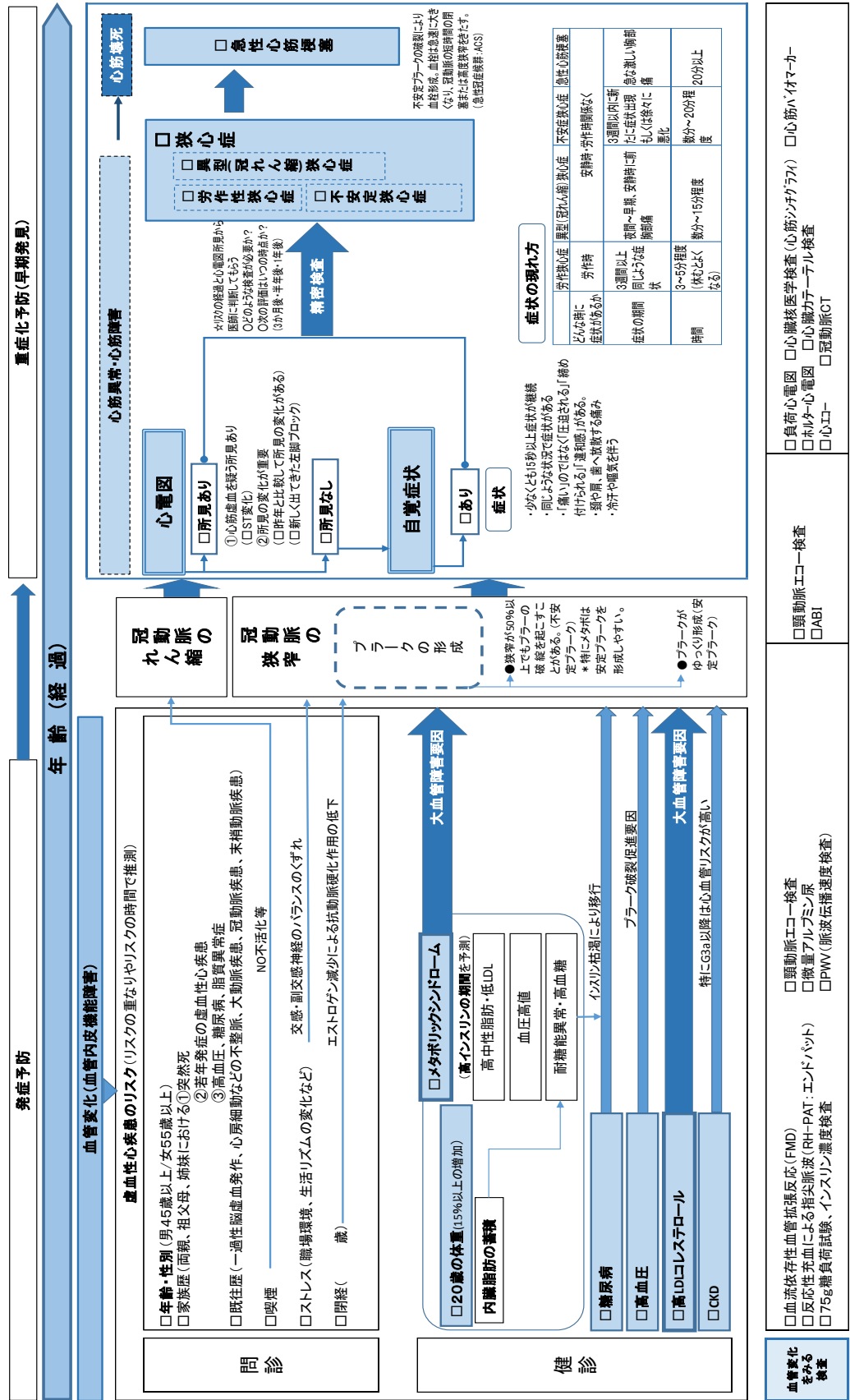
糖尿病性腎症の早期発見には微量アルブミン尿の検査が重要であり、早期介入によって病状の軽減が期待できるといわれています。現在、県の健(検)診ガイドラインでは尿蛋白(－)(±)を異常なしと判定しますが、早期腎症期への介入を逃さず腎症の重症化を予防するために、今後、糖尿病型のかたを対象に尿アルブミン検査の実施を検討します。

3) 虚血性心疾患の重症化予防

(1) 基本的な考え方

虚血性心疾患の重症化予防の取り組みに当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート^{*1}2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドラインなどに基づいて進めます(図表 45)。

【図表 45】虚血性心疾患予防の考え方



出典：虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

(2) 対象者の明確化

国保が保有するレセプトデータ及び市民特定健診データを活用し、対象者を選定します。

① 対象者の選定基準

対象者の選定基準は以下のア～エとします。

ア. 心電図検査でST^{※2}所見がある医療機関未受診のかた

イ. 特定保健指導に相当するレベルのかた

ウ. LDL コレステロール 180 mg/dl 以上

エ. eGFR50 ml/分/1.73 m²未満 (70 歳以上 40 未満)

② 選定基準に基づく該当者数の把握

ア. 基準に基づく該当者数の把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防で重要な検査の一つです。「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、心電図検査所見で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、血糖など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。当市の平成28年度市民特定健診受診者3,736人(19歳～74歳)のうち、心電図検査実施者は2,767人(74.1%)で、そのうちST変化の所見があったかたは139人でした。ST変化の所見がある139人のうち、精密検査が必要なかたは123人いましたが71人は医療機関未受診でした。医療機関未受診者の中には、メタボ該当者や血圧、血糖などのリスクを有するかたもいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります(図表46、47、48)。

また、虚血性心疾患のリスクとなる、メタボやLDLコレステロール高値のほか、CKD重症度分類のうち特にG3a以降は心血管リスクが高いことから、これらの対象者に対して、虚血性心疾患のリスクを含め保健指導を実施する必要があります。

当市においては、特定保健指導対象者のほか特定保健指導対象者レベルの19歳～39歳のかたには虚血性心疾患のリスクを含めた保健指導を実施します。また、CKDについては専門医への紹介基準^{※3}であるLDLコレステロール180mg/dl以上、GFR50ml/分/1.73m²未満(70歳以上は40未満)を基準とし保健指導を実施します。

※1 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート：総合的な血管管理指針。

※2 ST：心電図のS波の終わりからT波の始まるの部分で、狭心症や心筋梗塞など病気の診断に用いられる。

※3 専門医への紹介基準：

脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015 より LDL-C \geq 180 mg/dl

生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言より eGFR50ml/分/1.73 m²未満 (70歳以上は 40 未満)

【図表 46】心電図検査結果(H28 年度)

健診受診者(a)	心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見※(d)		異常なし(e)	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
3,736	2,767	74.1%	139	3.7%	408	10.9%	2,220	59.4%

出典：妙高市市民特定健診結果集計（マルチマーカー）

※所見に ST 所見を含まず、心電図判定が「異常なし」でない者

【図表 47】ST 所見ありの医療機関受診状況(H28 年度)

ST所見あり(a)	要精検(b) ※心判定「受診勧奨」		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
			人数	割合	人数	割合
139	123	88.5%	52	42.3%	71	57.7%

出典：妙高市市民特定健診結果集計（マルチマーカー）

【図表 48】心電図以外の保健指導対象者の把握(H28 年度)

	受診者	心電図検査実施			心電図 実施なし	
		ST所見あり	その他の所見あり (ST所見を含まない)	異常なし		
	3736	139 3.7%	408 10.9%	2220 59.4%	969 25.9%	
メタボ該当者	747 20.0%	23 16.5%	88 21.6%	233 10.5%	220 22.7%	
メタボ予備群	380 10.2%	6 4.3%	37 9.1%	133 6.0%	96 9.9%	
メタボなし	3903 104.5%	109 78.4%	283 69.4%	1854 83.5%	650 67.1%	
LDL-C	140-159	416 11.1%	25 18.0%	23 5.6%	241 10.9%	68 7.0%
	160-179	131 3.5%	3 2.2%	10 2.5%	81 3.6%	18 1.9%
	180-	57 1.5%	4 2.9%	2 0.5%	35 1.6%	9 0.9%
【参考】						
non-HDL	170-189	414 11.1%	19 13.7%	30 7.4%	236 10.6%	61 6.3%
	190-	199 5.3%	10 7.2%	9 2.2%	132 5.9%	17 1.8%
CKD	eGFR50 未満 (70歳以上 40未満)	104 2.8%	6 4.3%	27 6.6%	41 1.8%	30 3.1%

出典: 妙高市特定健診結果(マルチマーカー)

イ. 介入方法

●受診勧奨

【対象者】

- 心電図検査でST所見がある医療機関未受診のかた (図表 47)・・・71人

【介入方法】

個別面談、個別訪問、電話などで対応

●保健指導

【対象者】

- 特定保健指導該当者に相当するレベルのかた (図表 30)・・・221人
- LDL コレステロール 180 mg/dl 以上 (図表 30)・・・52人
- eGFR50 ml/分/1.73 m²未満 (70歳以上 40未満) (図表 30)・・・38人

【介入方法】

個別面談、個別訪問、電話、手紙などで対応

(3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、毎年度作成する健診結果説明会対象者名簿により管理します。保健指導状況、受診状況を定期的に確認し、未受診者については電話などにより受診勧奨を行います。

(4) 保健指導の実施

保健指導の実施に当たっては、対象者の状況に応じた保健指導を行う必要があります。その際、保健指導教材を活用し、生活習慣病の影響や心電図の所見などを対象者がイメージしやすいように工夫します。また、治療が必要にもかかわらず医療機関を受診していない場合や、治療を中断している場合は受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います。

その他、早期に医療機関受診を行い、早期治療を行うことは、重症化の予防につながることから、虚血性心疾患の症状を高リスク者に周知し、重症化予防につなげます(図表 49)。

【図表 49】虚血性心疾患に関する症状

	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるのか	労作時	労作時・安静時	
臨床経過	発作の出かた・症状が3週間以上同じ	発作・症状に変化がある、労作性のまま増悪傾向、また安静時にも発現	
発作の症状	前胸部が「圧迫される」「締めつけられる」	前胸部・胸骨後部の胸痛、顎・首・肩などへの放散痛	激しい胸部痛、冷汗、吐気
発作の持続時間	3～5分程度(安静により軽減)	数分～20分程度	20分以上継続(安静でも軽減しない)

出典：病気がみえる（編集：医療情報科学研究所）

4) 関係機関との連携

(1) 医療との連携

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、受診勧奨を行い、治療中のかたには医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報は、かかりつけ医や対象者、KDBなどを活用しデータを収集します。

(2) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援などの必要が出てきた場合には、地域包括支援センターなどと連携します。

3 広く市民に周知・啓発する取り組み

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）によると「保健指導は、健診結果及び標準的な質問票等に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因に規定されることも大きい。」、また、生活習慣病予防への挑戦（矢島哲也著）では「ハイリスクアプローチ^{※1}は個人の健診データから入るので具体的で客観的なので介入し易い、しかし、ポピュレーションアプローチ^{※2}は住民啓発であり、効果を上げるのは難しい。住民誰もが知っていてほしいこと、住民が自ら理解し判断し、行動できることを、地域の住民が知り、地域に根差すことで健康づくりの文化が定着する」「特定健診で、データが蓄積されたことにより、地域特性を客観的にみることができるようになった。他の地域と比較することで自分の地域では普通と思っていた生活習慣が実は普通ではなかったことに気づく」とあります。

元気いきいき健康条例の基本理念である「自分の健康は自分で守り、つくる」ためには、市民一人ひとりが、自分の住む地域の実態を知り、住み慣れた地域でこれからも安心して暮らしていくために、自分なら何ができるかを自身で考え、健診の受診やその結果から、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着など生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援します。

また、本計画の目的である被保険者の健康の保持増進による医療費の適正化、さらに、市の健康増進計画である第 2 次妙高市すこやかライフプラン 21 の目標である健康寿命の延伸を目指し、保険者努力支援制度を活用した市民の健康づくりへの取り組みなどの推進を図るとともに、各団体や機関と連携しながら、妊娠期から高齢期までの生涯を通じた活動を実施し、多くの市民に広がるよう事業展開を行います（図表 50、51）。

※1 ハイリスクアプローチ：重症化予防の取組のこと。

※2 ポピュレーションアプローチ：まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること。

【図表 50】保険者努力支援制度

保険者努力支援制度の視点で、妙高市の社会保障費と予防・健康管理を見る(平成28年度)

人数 3万5千人
(国保被保険者7.5千人)
社会保障費 115億円/年

医療費 71億円/年
ア. 国保医療費 25億円 (KDBより)
1人あたり医療費/年 (2万7千円)
予防可能な生活習慣病にかかる医療費
糖尿病 1億3千万円(10.0%)
高血圧 1億2千万円(9.1%)
慢性腎臓病 8千万円(5.9%)
(透析含む)
重症化
人工透析の原因疾患 (H28厚生医療台帳、KDBより)
糖尿病による透析導入52.1%
イ. 後期高齢医療費 43億円 (後期高齢者広域連合資料より)
1人あたり医療費/年 73万6千円

介護費 40億円/年 (KDBより)
1号認定者(65歳以上)2,381人(認定率22.5%)
※参考: 同規模市平均20.5%
2号認定者(40-64歳) 42人(認定率0.3%)
※参考: 同規模市平均0.4%
予防の視点で2号認定者の有病状況を見る
心臓病 12人(25.5%) ※予防可能な疾患
脳疾患 6人(13.3%) が原因となっている
糖尿病 7人(16.7%) いる

生活保護費 4億円/年
保護率(千人対)8.5%(277人)
※参考: 全国平均16.9% 県平均9.26%
医療扶助を受けている人の割合78%(216人)

妙高市 270点/345点満点 (H28年度)

交付額 479万2千円
1点あたりの金額 17,748円

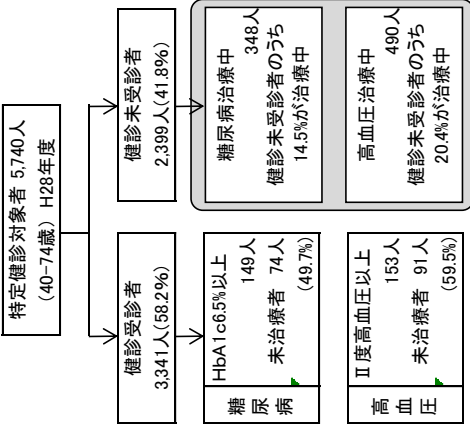
評価指標	30年度		28年度前例し分	
	満点	30年度	満点	当市
特定健診受診率	850	345	270	270
特定保健指導実施率	50	20	15	15
メタボ該当者・予備群の減少率	50	20	20	20
糖尿病等重症化予防の取組	100	20	0	0
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	40	40
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連携協議会との連携	(25)	20	20	20
・専門職の取組、事業評価	(25)	20	20	20
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者への面談	25	20	20	20
・保健指導、実施前後の健診結果の確認、評価	70	20	20	20
個人への分かりやすい情報提供	(55)	20	20	20
個人へインセンティブ提供	(15)	10	10	10
・個人ポイント付与等取組、効果検証	(5)	10	10	10
・商工部局、商店街等との連携	(35)	10	10	10
データヘルズ計画の取組	30	10	10	10
・第1期を作成、PDCAの回った保健事業実施	25	10	10	10
・第2期策定にあたり、現計画の定量評価、関係部署・	25	5	5	5
県・医師会等との連携	50	5	5	5
がん検診受診率	30	10	0	0
菌周疾患(病)検診実施状況	25	10	10	10
地域包括ケアの推進	25	5	5	5

H28保険者努力支援ポイントバック資料

県指	市町村指数の都道府県単位評価【200億円】
①	特定健診・保健指導実施率、糖尿病重症化予防の取組
②	都道府県の取組状況【150億円】
③	保険者協議会への関与、糖尿病重症化予防の取組
	医療費適正化のアウトカム評価【150億円】
	国保・年齢調整後1人当たり医療費

H30年度～

【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定する
国保加入者の保険料に影響



第3期特定健診・保健指導の運用の原直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人
同意のもと特定健診データとして活用できるよ
うルールの整備
○かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診
勧奨を行う。
○保険者は、かかりつけ医で実施された検査
等結果データのうち、基本健診項目をすべて
満たす結果データを受領し、特定健診結果
データとして活用する。

【図表 51】生活と食の実態

地域の状況	<p>(H28年3月31日現在、年齢別人口集計表より)</p> <p>人口 33,199人</p> <p>合計特殊出生率 1.57 (県: 1.43)</p> <p>高齢化率 34.5% (県: 30.6%)</p> <p>(H27年度国勢調査より)</p> <p>世帯数 11,528世帯 42.7% (県: 43.6%)</p> <p>核家族世帯 16.0% (県: 12.6%)</p> <p>3世帯同居世帯</p> <p>(H29年3月31日現在、住民基本台帳より)</p> <p>高齢者のみ世帯数 1,579世帯</p> <p>高齢者の独り暮らし世帯 2,167世帯</p> <p>(H27年度国勢調査より)</p> <p>就業の様子</p>

生活の状況	<p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本有数の豪雪地帯であるため、冬期は快晴日数が少ない。 ・冬期は外出する機会が減り、大人も子どもも体重増加が目立つ。 ・移動には車が欠かせない。 <p>【子ども】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝食を毎日食べない小学生は7.5%である。 ・メディア視聴時間やバス通学者の増加のため、運動時間が少なくなっている。 <p>【働き盛り世代】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・交代勤務者や宿泊業、飲食業に従事する人が多く、生活時間が乱れがち。 ・定期的な運動習慣をもつ人は43.4%と少ない。※ ・50代男性の肥満者が増えている。※ <p>※(H28抄高市市民特定健康診査より)</p> <p>【高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・米や野菜は自宅で作っている場合が多く、田畑の仕事が運動と思っている。 ・地域の集会所や近所のお茶のみに、煮物、漬物が欠かせない。
	<p>【運動施設数】</p> <p>総合体育館: 3カ所 プール: 2カ所</p> <p>民間運動施設: 4カ所</p> <p>(うち、プール併設1カ所)</p>

食の実態	<p>食べ方 (一人への聞き取りから)</p>
食品	<p>(家計調査H25～27年平均購入数量)</p> <p>※新潟県(新潟市)の集計【糖】</p> <p>米 全国5位</p> <p>もち 全国4位</p> <p>カップラーメン 全国2位</p> <p>即席めん 全国4位</p> <p>中華そば(外食) 全国2位</p> <p>塩さけ 全国1位</p> <p>塩干魚 全国4位</p> <p>魚介缶詰 全国2位</p> <p>食塩 全国4位</p> <p>味噌 全国4位</p> <p>カレーパウダー 全国5位</p> <p>野菜 全国1位</p> <p>漬物 全国15位</p> <p>天ぷら・フライ(惣菜) 全国1位</p> <p>酒(全体) 全国1位</p> <p>日本酒 全国2位</p> <p>ビール類 全国2位</p>
	<p>【子どもの肥満の状況】</p> <p>(H29年度団体格調査、学校健診結果より)</p> <p>図: 3. 66% 小学校: 7. 70% 中学校: 9. 37%</p> <p>(県平均 図: 4. 44% 小学校: 7. 53% 中学校: 7. 93%)</p> <p>(図は肥満度15%以上、学校は20%以上)</p>

体の状況	<p>(H28抄高市特定健康診査結果より)</p> <p>【糖】</p> <p>BMI25以上 23.6%</p> <p>HbA1c5.6以上 47.3%</p> <p>中性脂肪150以上 23.1%</p> <p>【塩】</p> <p>血圧130/85以上 45.3%</p> <p>eGFR60未満 15.0%</p> <p>【その他】</p> <p>LDL-C120以上 41.0%</p> <p>(疾病分類別統計: 新潟県国保連合会より)</p> <p>【医療費の状況】</p> <p>●入院外(75歳～)</p> <p>1位: 高血圧性疾患</p> <p>2位: 歯科疾病(歯含む)</p> <p>3位: 糖尿病</p> <p>および代謝疾患(LDL-C等)</p> <p>●入院(75歳～)</p> <p>1位: 骨折</p> <p>2位: 脳梗塞</p> <p>3位: その他の心疾患</p> <p>※1...すい臓・食道・十二指腸がん等</p> <p>※2...髄膜炎・睡眠障害等 ※3...心筋梗塞・心肥大等</p> <p>(市福祉介護課集計)</p> <p>【介護認定率】H28年度</p> <p>1位: 筋力低下 34.0%</p> <p>2位: 認知症 20.0%</p> <p>3位: 骨折 10.0%</p> <p>【介護認定事由】H28年度</p> <p>1位: 筋力低下 34.0%</p> <p>2位: 認知症 20.0%</p> <p>3位: 骨折 10.0%</p> <p>(新潟県福祉保健年報)</p> <p>【死因順位】H27年度</p> <p>1位: 悪性新生物</p> <p>2位: 心疾患(高血圧性を除く)</p> <p>3位: 脳血管疾患</p>
-------------	--

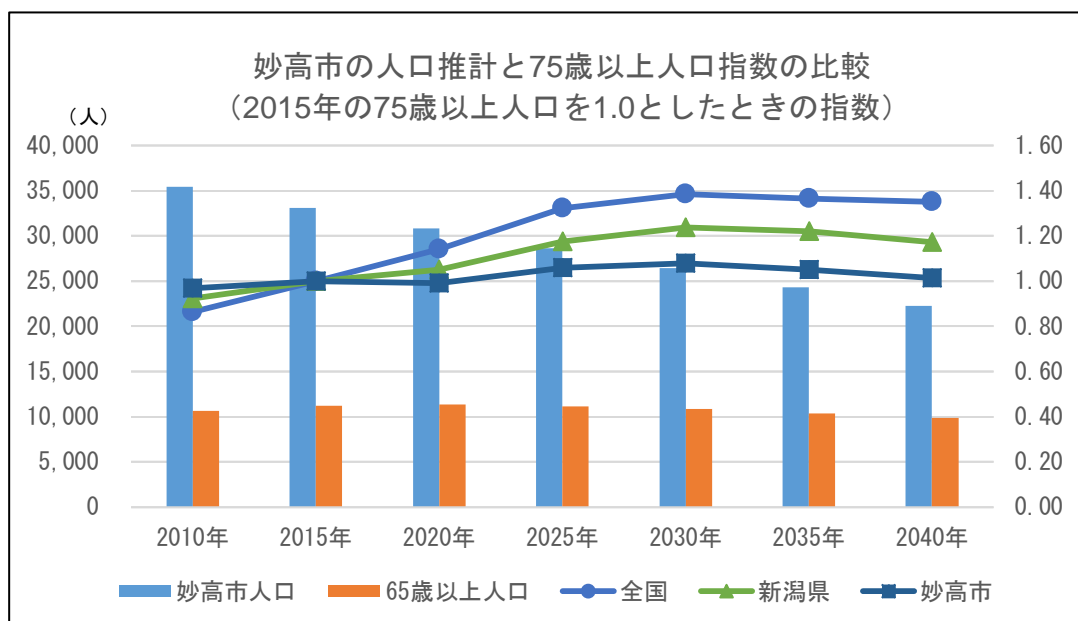
6章 地域包括ケアシステムに係る取り組み

国は、団塊の世代の高齢者が75歳以上となる2025年（平成37年）に向けて、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つのサービスを一体的に提供することにより、支援が必要な高齢者が、いつまでも住み慣れた地域で生活を送ることができる「地域包括ケアシステム」の深化・推進を目指しています。

当市では、介護予防・重度化防止、在宅医療・介護連携の推進、住まいの確保、生活支援体制の整備について、上越医師会や上越歯科医師会などの医療機関や介護事業所、民生委員・児童委員、町内会、介護予防サポーターなどの市民ボランティア、妙高市社会福祉協議会などと連携を図りながら進めています。

今後、一人暮らし高齢者が増加するとともに、後期高齢者の増加による医療・介護需要の増大が見込まれることから、さらに健康づくりなどに関する意識の向上を図るとともに、社会参加や健康増進・介護予防の活動など、人との関わりを持ちながら、いつまでも生きがいを持って元気に活躍できるよう、地域包括ケアシステムの充実を図ります（図表52）。

【図表52】妙高市の人口推計と75歳以上人口指数の比較



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」より作成

1 介護予防、重症化予防、自立支援の推進

介護予防の取り組みの一つとして、重度の要介護状態の原因となる脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析など生活習慣病の重症化予防を行うため、要介護状態に至った背景を分析し、それらを踏まえKDB・レセプトデータから抽出したハイリスク者に保健指導を実施し、要介護認定率の減少や市民一人ひとりの健康寿命の延伸を図ります。

また、健康長寿を目指して、100歳になっても要介護状態にならず、自立した生活を送ることができる高齢者を増やすために、健康長寿！『目指せ 元気100歳』運動を実施し、

自分自身の健康づくりと介護予防（普及啓発）、人づくり（人材育成）、場づくりを柱として、普及啓発のための講座や教室の開催、介護予防サポーターなどの養成、身近な介護予防の拠点となる地域の茶の間を広める他、要介護認定の原因疾患として最も多い筋・骨格系の疾患予防として、フレイル予防教室や低栄養予防訪問を行い介護予防に努めます。

更に、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるために実施されている、地域ケア会議や地域連携会議などで、KDB・レセプトデータなどを活用した地域の健康状況や訪問活動などから得られた地域の状況について情報提供を行います。

2 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、生活の場である住まいを拠点とし、住み慣れた地域でいつまでも自分らしい生活を送ることができるよう、医療・介護の連携の推進を目的とし、平成29年度上越市と合同で「在宅医療・介護連携推進協議会」を発足しました。

上越医師会内に設置されている上越地域在宅医療推進センターと連携を図りながら、今後も、在宅医療・介護連携についての課題に対する取り組みを協議し、支援体制を構築していきます。

第7章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

KDBなどを活用し、毎年、第3章の目標に対する評価を行います。また、3年後の平成32年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画を見直します。

また、本計画の最終年度の平成35年度には、目標の達成状況や次期計画の策定に向けた評価を行います。

2 評価方法・体制

保険者には、健診・医療情報を活用してPDC A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、努力支援制度でも4つの指標で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・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">・保健指導などの手順・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、糖尿病など生活習慣病の有病者の変化、要介護認定率など)

保健指導に係る保健師・管理栄養士などは、KDBシステムの健診・医療・介護のデータを活用し、健診の受診状況や治療の状況などについて、定期的に評価を行います。

また、特定健診の実施後、国への実績報告のデータを用いて、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ます。

直ちに取り組むべき課題の重症化予防事業の実施状況は、毎年取りまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者などに広く周知することが重要であるため、国の指針に基づき、公表します。

具体的には、ホームページや広報を通じた市民への周知や、市内医療機関など関係団体に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨などをまとめた概要版を用いて行います。

2 個人情報の取り扱い

保険者などは、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、庁内などでの利用、外部委託事業者への業務委託などの各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう必要な措置を講じます。

【参考資料】KDB 帳票No.一覧表

NO	帳票No.	帳票名
1	1	地域全体像の把握
2	3	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
3	4	市町村別データ
4	4	同規模保健者比較
5	5	人口及び被保険者の状況
6	6	質問票調査の状況
7	7	健康の状況
8	8	医療費の状況
9	9	介護費の状況
10	10	厚生労働省様式(様式1-1)(30万円以上となったレセプト一覧)
11	11	厚生労働省様式(様式2-1)(6か月入院しているレセプト一覧)
12	12	厚生労働省様式(様式2-2)(人工透析患者一覧)
13	13	厚生労働省様式(様式3-1)(生活習慣病全体のレセプト分析)
14	14	厚生労働省様式(様式3-2)(糖尿病のレセプト分析)
15	15	厚生労働省様式(様式3-3)(高血圧のレセプト分析)
16	16	厚生労働省様式(様式3-4)(脂質異常症のレセプト分析)
17	17	厚生労働省様式(様式3-5)(虚血性心疾患のレセプト分析)
18	18	厚生労働省様式(様式3-6)(脳血管疾患のレセプト分析)
19	19	厚生労働省様式(様式3-7)(人工透析のレセプト分析)
20	20	厚生労働省様式(様式4-1)(都道府県の特徴)
21	21	厚生労働省様式(様式4-2)(都道府県別一人当たりの後期高齢者(老人)医療費の推移)
22	22	厚生労働省様式(様式4-3)(生活習慣病における死亡と医療費に状況)
23	23	厚生労働省様式(様式6-2~7)(健診有所見者状況)
24	24	厚生労働省様式(様式6-8)(メタボリック該当者・予備群)
25	25	厚生労働省様式(様式6-9)(健診受診状況)
26	26	厚生労働省様式(様式6-10)(糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)
27	27	厚生労働省様式(様式6-11)(性・年齢階級別保健指導実施率)
28	28	特定健診リスクパターン別集計表
29	29	質問票項目別集計表
30	31	特定健診結果総括表
31	32	特定保健指導結果総括表
32	33	特定健診・特定保健指導進捗・実績管理票
33	34	特定健診・特定保健指導実施結果総括表(都道府県別)
34	35	質問票項目別集計表(都道府県別)
35	36	特定健診リスクパターン別集計表(都道府県別①)
36	37	特定健診リスクパターン別集計表(都道府県別②)
37	38	特定健診結果総括表(都道府県別)
38	39	特定保健指導結果総括表(都道府県別)
39	40	医療費分析(1)細小分類
40	41	医療費分析(2)大、中、細小分類
41	42	疾病別医療費分析(大分類)
42	43	疾病別医療費分析(中分類)
43	44	疾病別医療費分析(細小82分類)
44	45	疾病別医療費分析(生活習慣病)
45	46	医療費分析(健診有無別)
46	47	要介護(支援)者認定状況
47	48	要介護(支援)者有病状況
48	49	要介護(支援)者突合状況
49	50	質問調査票の経年比較
50	51	保健指導群と非保健指導群の経年比較
51	52	医療費分析の経年比較
52	53-1	医療・介護の突合の経年比較
53	53-2	医療・介護の突合(要介護認定率)
54	53-3	医療・介護の突合(有病状況)
55	53-4	医療・介護の突合(居宅サービス・施設サービス)
56	54	健診ツリー図
57	55	保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者)
58	56	保健指導対象者一覧(受診勧奨者)
59	57	被保険者管理台帳
60	58	疾病管理(糖尿病)
61	59	疾病管理(脳卒中)
62	60	疾病管理(虚血性心疾患)
63	61	個人別履歴
64	62	5年間の履歴

妙高市国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健康診査等実施計画
平成30年3月

妙高市健康保険課
〒944-8686 新潟県妙高市栄町5番1号
TEL：0255-72-5111 FAX：0255-72-7659
E-mail：kenkohoken@city.myoko.niigata.jp