

妙高市国民健康保険  
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

妙高市国民健康保険

# 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. SDGsとの関係
6. 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 ……9

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) ……29

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 .....35

- 1. 保健事業の方向性
- 2. 重症化予防の取組
  - I. 糖尿病性腎症重症化予防
  - II. 脳血管疾患重症化予防
  - III. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
  - IV. 虚血性心疾患重症化予防
- 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 4. 発症予防
- 5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....63

- 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 .....64

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....65

# 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、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 月から都道府県が市町村国保の財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、新潟県健康増進計画や妙高市健康増進計画、新潟県医療費適正化計画、新潟県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画(データヘルス計画)、妙高市高齢者福祉計画・介護保険事業計画、妙高市国民健康保険運営方針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(以下「データヘルス計画」という。)と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は、全被保険者とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)<sup>※5</sup>」(以下「プログラム」という。)は、高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・保健指導の実施にあたり、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、以上のことも踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健診の結果やレセプト、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、国保被保険者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

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

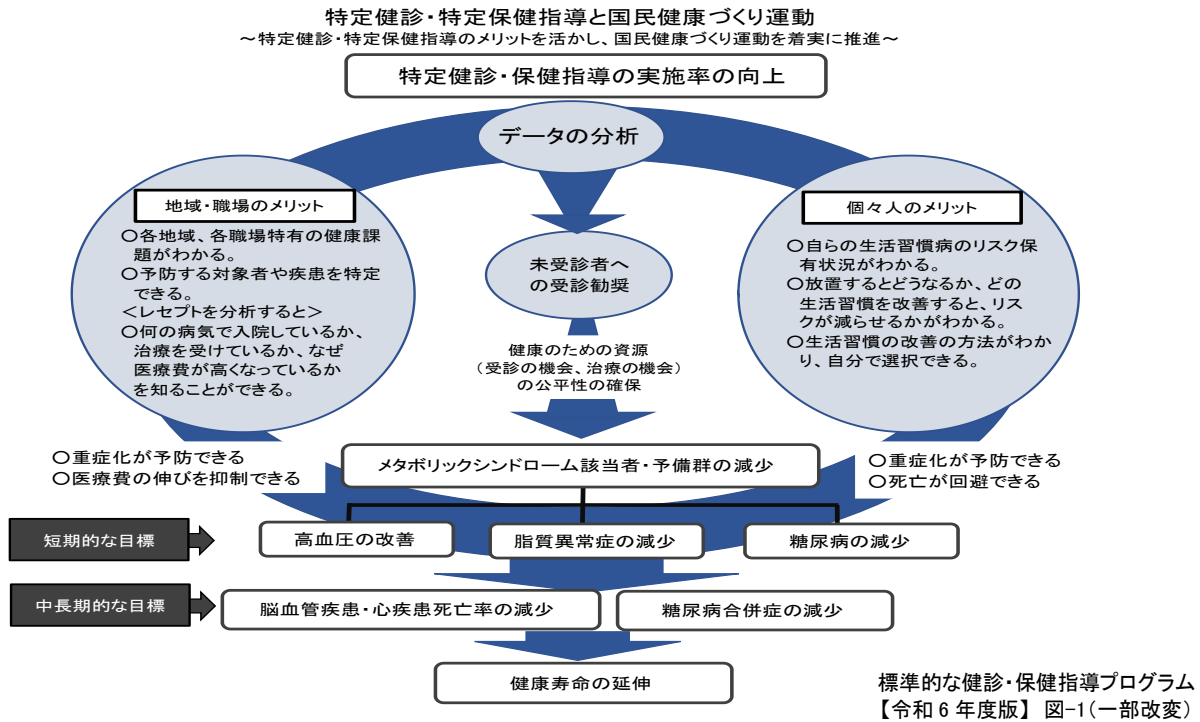
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステム

【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

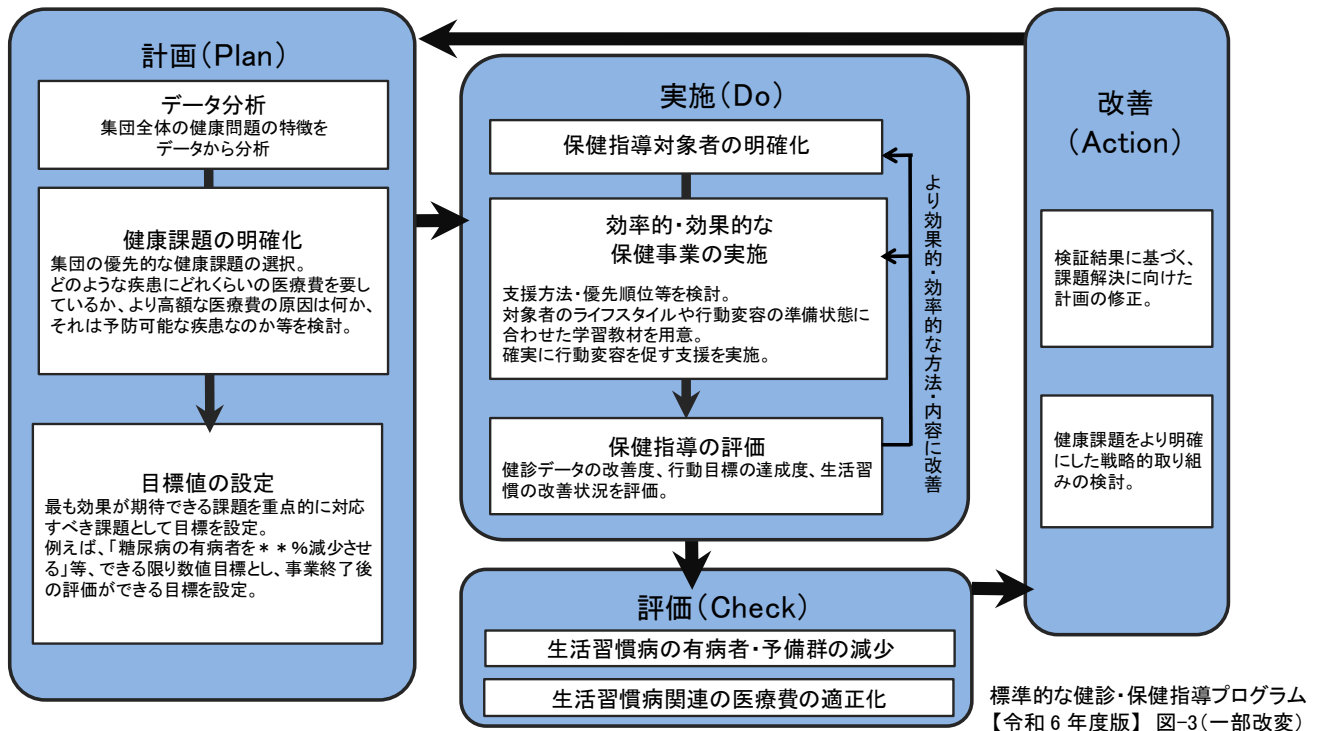
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、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青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん  精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3 生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2 自然に健康になれる環境づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上の割合 <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	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)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



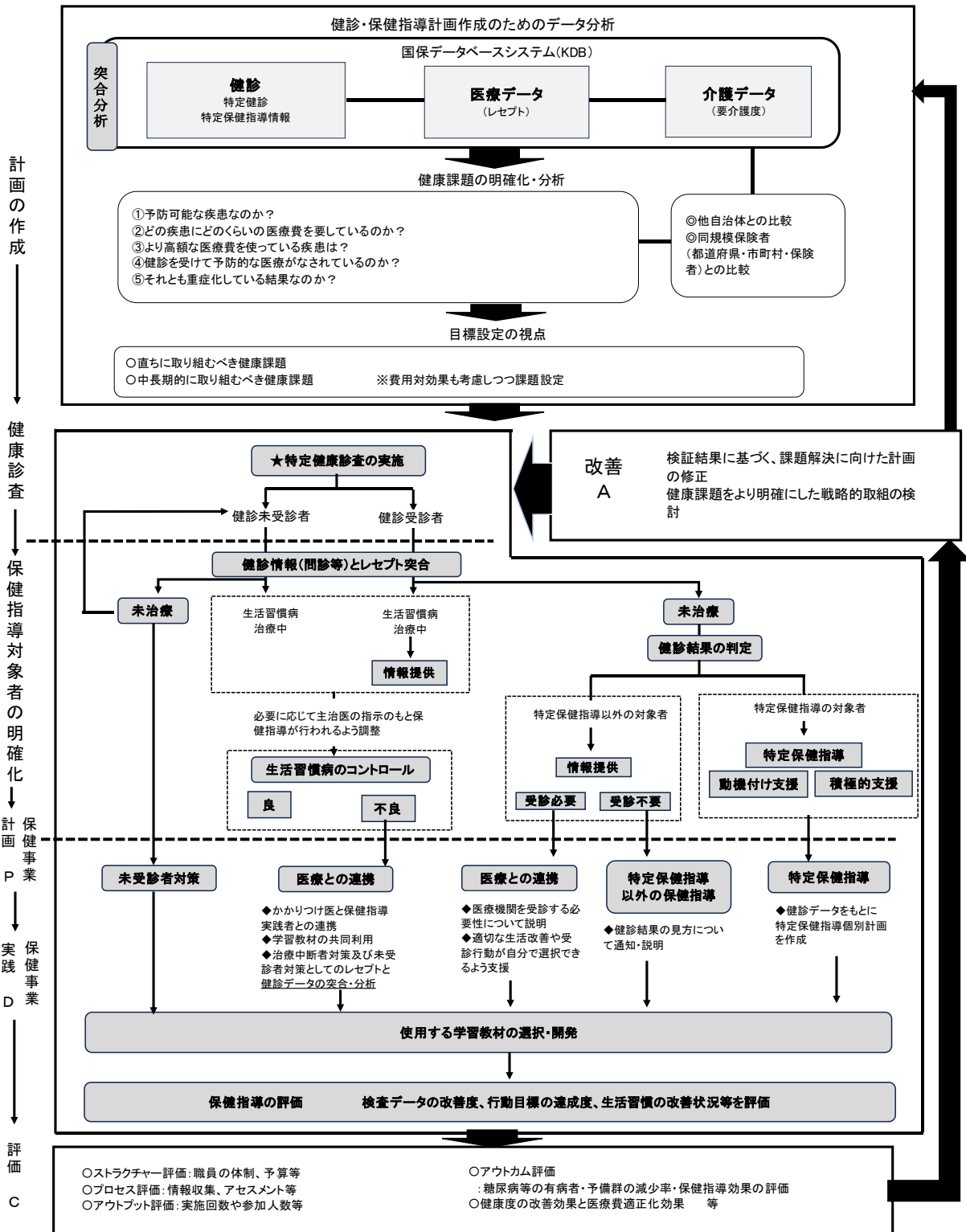
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【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)

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)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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



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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体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が選択し、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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量) 評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果) 評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者	

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

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が、令和6年度から11年度までの6年間の計画期間としていることから(図表6)、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保担当が中心となって、保健衛生担当等住民の健康の保持増進に関係する担当者と一緒に、保険者の健康課題を分析し策定等を進めます。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、高齢者医療担当・保健衛生担当（健康保険課）、介護保険担当・生活保護担当（福祉介護課）とも十分連携を図ることとします。

## 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で、新潟県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や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、計画策定の際に国保連から、特定健診データやレセプトデータなどに基いた課題抽出や、事業実施後の評価・分析などを的確に実施するために、KDB 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、財政運営の責任主体であり、市と共同保険者である県の関与は重要であり、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

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康寿命の延伸にあることから、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、計画策定や事業実施にあたっては、被保険者も国保運営協議会の委員として参画し、意見交換等を行っています。

## 5. SDGsとの関係



すべてはその手から  
SDGs 妙高  
未来都市

本市は、「誰一人取り残さない」という「SDGs（持続可能な開発目標）」の考えを取り入れ、市の強みである「自然（＝環境）」を守りながら、「経済」、「社会」との好循環を生み出す取組を加速させることにより、人と自然が共生する持続可能なまちを目指してまちづくりに取り組んでいます。令和4年12月には、SDGsの取組を総合的かつ計画的に推進し、持続可能な地域社会の実現に資するため「妙高市人と地球が笑顔になるSDGs推進条例」を制定しました。

本計画においても、SDGsの17の目標のうち、「3. すべての人に健康と福祉を」を中心に各目標を意識し、地域や関係団体と連携、協働しながら、市民の健康を支える取組を推進します。

## 6. 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、保険者の医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、取組状況に応じて交付金を交付する制度で、平成30年度より本格的に実施されています(取組評価分)。上記に加え、令和2年度から、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し(事業費分・事業費連動分)、取組評価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を後押ししています。

保険者努力支援制度(取組評価分)は、健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上や生活習慣病の発症・重症化予防の取組、保険料(税)収納率向上に関する取組の実施状況など、項目ごとに評価し配点されるほか、全国順位が年度ごとに公表されており、当市は令和4年度では全国1,741市町村中676位で、交付額は14,291千円でした(図表6)。

今後も、本制度を積極的かつ効果的・効率的に活用し、財源確保に努めていきます。

【図表6】 保険者努力支援制度評価指標(妙高市)

		令和3年度		令和4年度		令和5年度		
交付額(千円)		14,789		14,291		未確定		
全国順位(1,741市町村中)		557位		676位		313位		
評価指標		得点	配点	得点	配点	得点	配点	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	95	70	120	70	120	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	33	40	28	40	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	105	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	15	90	15	45	20	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	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	80	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	45	100	75	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	25	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	5	30	0	40	0	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	31	50	26	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	79	100	76	100
合計点		616	1,000	598	960	652	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3万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で37.4%でした。同規模市町村、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も58.3歳と高い状況です。一方、出生率は同規模市町村、県、国と比較すると低く、少子高齢化が進んでいる状況です。産業については、第3次産業が62.0%と最も多く、次いで第2次産業が31.9%と続きます。産業構造は、県、国と同様の傾向が見られますが、多様化する就業形態のなかで、サービス業をはじめ不規則な勤務形態で働く被保険者もあり、生活習慣及び生活リズムの乱れが懸念されます。そのため、働き盛り世代の健康課題を明確にすることが重要です(図表7)。

本市の国保加入率は21.3%で、人口減少に伴い被保険者数は年々減少していますが、加入率は横ばいです。年齢構成は65～74歳の前期高齢者が56.4%と半数以上を占めています(図表8)。また、本市内には2つの病院、8つの診療所がありますが、医師数・病床数ともに、同規模市町村、県と比較すると設置の割合が低く、医療資源は少ない状況にあります(図表9)。

【図表7】同規模・県・国と比較した妙高市の特性

	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
妙高市	30,284	37.4	6,447(21.3)	58.3	5.0	18.2	0.4	6.1	31.9	62.0
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	32.9	20.4	56.8	6.0	13.5	0.5	5.9	28.9	65.2
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※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、妙高市と同規模保険者(20市)の平均値を表す  
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8】国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	7,024		6,819		6,796		6,606		6,447	
65～74歳	3,837	54.6	3,824	56.1	3,882	57.1	3,851	58.3	3,634	56.4
40～64歳	2,072	29.5	1,971	28.9	1,901	28.0	1,830	27.7	1,762	27.3
39歳以下	1,115	15.9	1,024	15.0	1,013	14.9	925	14.0	1,051	16.3
加入率	21.2		20.6		20.5		19.9		21.3	

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

【図表9】医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模市町村	県
											割合	割合
病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	0.4	0.3
診療所数	15	2.1	15	2.2	15	2.2	14	2.1	8	1.2	3.5	3.7
病床数	230	32.7	230	33.7	230	33.8	176	26.6	176	27.3	67.7	60.3
医師数	26	3.7	26	3.8	27	4.0	27	4.1	19	2.9	9.7	10.8
外来患者数	731.5		732.7		702.6		715.1		715.8		728.3	
入院患者数	22.0		21.4		20.7		20.7		22.1		23.6	

出典:KDBシステム帳票 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として、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の社会保障費(医療費)の減少を設定しました。

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、高血圧と糖尿病を設定し、これらを悪化させる要因となる肥満の改善に向けた取組を個別事業としました。

### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(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52人(認定率0.52%)、1号(65歳以上)被保険者で2,193人(認定率19.4%)であり、2号被保険者の認定率は同規模市町村、県、国と比較すると高い状況です(図表10)。

介護保険認定率は、平成30年度と比較すると低下傾向にあり、また、介護給付費、一人当たり給付費も減少傾向にあります。1件当たり給付費は、同規模市町村、国と比較すると高い傾向にあります(図表11)。

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(脳出血・脳梗塞)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4割~5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で8割以上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12)。

【図表10】要介護認定者(率)の状況

	妙高市				同規模市町村	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	11,235人	33.9%	11,319人	37.4%	36.2%	32.9%	28.7%
2号認定者	50人	0.45%	52人	0.52%	0.37%	0.37%	0.38%
新規認定者	11人		9人		--	--	--
1号認定者	2,314人	20.6%	2,193人	19.4%	19.1%	19.1%	19.4%
新規認定者	275人		282人		--	--	--
再掲							
65~74歳	177人	3.6%	204人	3.9%	--	--	--
新規認定者	39人		55人		--	--	--
75歳以上	2,137人	34.0%	1,989人	32.4%	--	--	--
新規認定者	236人		227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 11】介護給付費の変化

	妙高市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	40億8334万円	39億0852万円	--	--	--
一人当たり給付費(円)	363,448	345,306	300,230	314,927	290,668
1件当たり給付費(円) 全体	69,619	72,588	70,503	72,809	59,662
居宅サービス	42,761	44,015	43,936	43,711	41,272
施設サービス	281,731	288,265	291,914	293,319	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 12】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		52		204		1,989		2,193		2,245		
再)国保・後期		34		168		1,934		2,102		2,136		
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	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	21	脳卒中	75	脳卒中	1,032	脳卒中	1,107	脳卒中	1,128
		割合	61.8%	割合	44.6%	割合	53.4%	割合	52.7%	割合	52.8%	
		2	腎不全	10	虚血性心疾患	30	虚血性心疾患	605	虚血性心疾患	635	虚血性心疾患	642
		割合	29.4%	割合	17.9%	割合	31.3%	割合	30.2%	割合	30.1%	
	3	虚血性心疾患	7	腎不全	17	腎不全	210	腎不全	227	腎不全	237	
	割合	20.6%	割合	10.1%	割合	10.9%	割合	10.8%	割合	11.1%		
	合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	30	糖尿病合併症	276	糖尿病合併症	306	糖尿病合併症	309
	割合	8.8%	割合	17.9%	割合	14.3%	割合	14.6%	割合	14.5%		
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			32	基礎疾患	143	基礎疾患	1,841	基礎疾患	1,984	基礎疾患	2,016	
割合	94.1%	割合	85.1%	割合	95.2%	割合	94.4%	割合	94.4%			
血管疾患合計			33	合計	151	合計	1,876	合計	2,027	合計	2,060	
割合	97.1%	割合	89.9%	割合	97.0%	割合	96.4%	割合	96.4%			
認知症	認知症	5	認知症	52	認知症	993	認知症	1,045	認知症	1,050		
割合	14.7%	割合	31.0%	割合	51.3%	割合	49.7%	割合	49.2%			
筋・骨格疾患	筋骨格系	29	筋骨格系	147	筋骨格系	1,854	筋骨格系	2,001	筋骨格系	2,030		
割合	85.3%	割合	87.5%	割合	95.9%	割合	95.2%	割合	95.0%			

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本市の総医療費は、国保加入者の減少とともに、平成 30 年と比べると約 4,700 万円減少しました。一方、一人当たり医療費は、平成 30 年度と比較すると 23,000 円伸びています。

また入院医療費は、レセプト全体のわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 43%を占めており、1 件当たりの入院医療費も平成 30 年度と比較して 48,000 円伸びています。

総医療費は減少傾向にあります。一方、一人当たり医療費、1 件当たり医療費は増加傾向にあることから、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要となります(図表 13)。

【図表 13】医療費の推移

	妙高市		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)	7,024人	6,447人	--	--	--
前期高齢者割合	3,837人 (54.6%)	3,634人 (56.4%)	--	--	--
総医療費	23億9538万円	23億4832万円	--	--	--
一人当たり医療費(円)	341,028	364,250	394,521	354,260	339,680
入院	1件当たり費用額(円)	546,330	594,400	585,610	617,950
	費用の割合	42.4	43.4	43.3	39.6
	件数の割合	2.9	3.0	3.1	2.5
外来	1件当たり費用額(円)	22,290	23,980	24,850	24,220
	費用の割合	57.6	56.6	56.7	60.4
	件数の割合	97.1	97.0	96.9	97.5
受診率	753.481	737.906	751.942	730.454	705.439

※同規模被保険者数:249

出典:KDB システム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表 14】一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	妙高市 (県内市町村中)		県 (47県中)	妙高市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R02年度	R02年度	H30年度	R02年度	R02年度	
地域差指数・順位	全体	0.948	0.914	0.965	0.799	0.728	0.814
		(13位)	(20位)	(35位)	(7位)	(26位)	(47位)
	入院	0.995	0.918	0.987	0.709	0.657	0.775
		(8位)	(21位)	(32位)	(13位)	(25位)	(46位)
	外来	0.918	0.907	0.947	0.909	0.813	0.850
		(20位)	(19位)	(44位)	(3位)	(19位)	(47位)

出典:厚労省「地域差分析」

### 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・慢性腎不全の医療費合計は、平成 30 年度と比較して約 9,400 万円増加し、総医療費に占める割合も平成 30 年度より約 4 ポイント伸びています。特に、脳血管疾患は平成 30 年度より 1.47 ポイント、慢性腎不全(透析有)は 3.15 ポイント伸びており、同規模市町村、県、国よりも高くなっています(図表 15)。

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 年度と比較すると虚血性心疾患の割合は減少傾向にありますが、脳血管疾患、慢性腎不全(人工透析有)は横ばいでした(図表 16)。脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、長期にわたり患者本人や家族の日常生活に大きな負担となっています。腎疾患においても食事制限や人工透析治療など生活への影響は大きいものです。したがって、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

【図表 15】 中長期目標疾患の医療費の推移

			妙高市		同規模 市町村	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			23億9538万円	23億4832万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億2937万円	2億2359万円	--	--	--
			5.40%	9.52%	7.84%	7.44%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.16%	2.63%	2.10%	2.31%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.24%	0.78%	1.39%	0.79%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.70%	5.85%	4.05%	4.02%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.27%	0.30%	0.32%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		16.47%	15.92%	16.91%	18.87%	16.69%
	筋・骨疾患		9.15%	7.74%	9.00%	8.06%	8.68%
	精神疾患		7.17%	7.30%	8.74%	8.04%	7.63%

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 16】 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	7,024	6,447	a	541	508	461	381	25	31	
				a/A	7.7%	7.9%	6.6%	5.9%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	5,909	5,396	b	538	503	459	376	25	31	
	B/A	84.1%	83.7%	b/B	9.1%	9.3%	7.8%	7.0%	0.4%	0.6%	
再 掲	40~64歳	D	2,072	1,762	d	103	94	81	55	12	16
		D/A	29.5%	27.3%	d/D	5.0%	5.3%	3.9%	3.1%	0.6%	0.9%
	65~74歳	C	3,837	3,634	c	435	409	378	321	13	15
		C/A	54.6%	56.4%	c/C	11.3%	11.3%	9.9%	8.8%	0.3%	0.4%

出典：KDB システム\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)



(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病の治療状況を見ると、40歳以上の治療者の割合は横ばい傾向ですが、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析において40～64歳の治療者の割合が増加しています(図表17、18)。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値のかたに対して、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、特に働き盛り世代への働きかけは今後も重要になります。

【図表17】高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			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	2,565	2,389	519	453	2,046	1,936
		A/被保数	43.4%	44.3%	25.0%	25.7%	53.3%	53.3%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	324	282	50	53	274	229
		B/A	12.6%	11.8%	9.6%	11.7%	13.4%	11.8%
	虚血性心疾患	C	323	270	54	35	269	235
		C/A	12.6%	11.3%	10.4%	7.7%	13.1%	12.1%
	人工透析	D	24	30	11	16	13	14
		D/A	0.9%	1.3%	2.1%	3.5%	0.6%	0.7%

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

【図表18】糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			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	1,313	1,220	305	252	1,008	968
		A/被保数	22.2%	22.6%	14.7%	14.3%	26.3%	26.6%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	148	136	26	23	122	113
		B/A	11.3%	11.1%	8.5%	9.1%	12.1%	11.7%
	虚血性心疾患	C	171	155	24	19	147	136
		C/A	13.0%	12.7%	7.9%	7.5%	14.6%	14.0%
	人工透析	D	12	19	6	13	6	6
		D/A	0.9%	1.6%	2.0%	5.2%	0.6%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	193	220	49	40	144	180
		E/A	14.7%	18.0%	16.1%	15.9%	14.3%	18.6%
	糖尿病性網膜症	F	281	254	60	44	221	210
		F/A	21.4%	20.8%	19.7%	17.5%	21.9%	21.7%
	糖尿病性神経障害	G	44	38	10	13	34	25
		G/A	3.4%	3.1%	3.3%	5.2%	3.4%	2.6%

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

【図表 19】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	2,530	2,366	591	497	1,939	1,869
		A/被保数	42.8%	43.8%	28.5%	28.2%	50.5%	51.4%
合 併 目 標 疾 患	脳血管疾患	B	261	234	37	36	224	198
		B/A	10.3%	9.9%	6.3%	7.2%	11.6%	10.6%
	虚血性心疾患	C	317	261	53	38	264	223
		C/A	12.5%	11.0%	9.0%	7.6%	13.6%	11.9%
	人工透析	D	13	18	6	10	7	8
		D/A	0.5%	0.8%	1.0%	2.0%	0.4%	0.4%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は減少傾向にあります。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されているかたが高血圧で約 40%、糖尿病で約 2%おり、高血圧に関しては、同じ方法で算出した全国の市町村(448 市町村)と比較しても高くなっています(図表 20)。

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、今後も要医療のかた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 20】結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移						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	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
妙高市	3,242	60.0	2,933	57.0	178	5.5	102	57.3	78	2.7	50	64.1	33	42.3	5	6.4
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						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	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
妙高市	3,232	99.7	2,922	99.6	112	3.5	24	21.4	86	2.9	11	12.8	2	2.3	2	2.3
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横ばい、予備群該当者は増加傾向にあります(図表21)。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、さらにLDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c、高血圧は減少傾向にあるものの、LDL-Cは増加しています。

また、翌年度健診を受診していないかたがいずれも約2~3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者へ継続受診を勧める働きかけを行っていく必要があります(図表22、23、24)。

【図表21】メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,242 (60.0%)	523 (16.1%)	178 (5.5%)	345 (10.6%)	223 (6.9%)
R04年度	2,797 (57.7%)	447 (16.0%)	171 (6.1%)	276 (9.9%)	213 (7.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

【図表22】HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	252 (7.8%)	85 (33.7%)	83 (32.9%)	23 (9.1%)	61 (24.2%)
R03→R04	209 (7.2%)	58 (27.8%)	90 (43.1%)	23 (11.0%)	38 (18.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

【図表23】Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	178 (5.5%)	97 (54.5%)	35 (19.7%)	5 (2.8%)	41 (23.0%)
R03→R04	78 (2.7%)	36 (46.2%)	18 (23.1%)	2 (2.6%)	22 (28.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

【図表24】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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	195 (6.0%)	98 (50.3%)	47 (24.1%)	20 (10.3%)	30 (15.4%)
R03→R04	193 (6.6%)	107 (55.4%)	43 (22.3%)	11 (5.7%)	32 (16.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診の受診率は、令和元年度までは58%台で推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は55%台に低下しており、第2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25)。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は、40～50歳代で特に低い状況が続いています(図表26)。

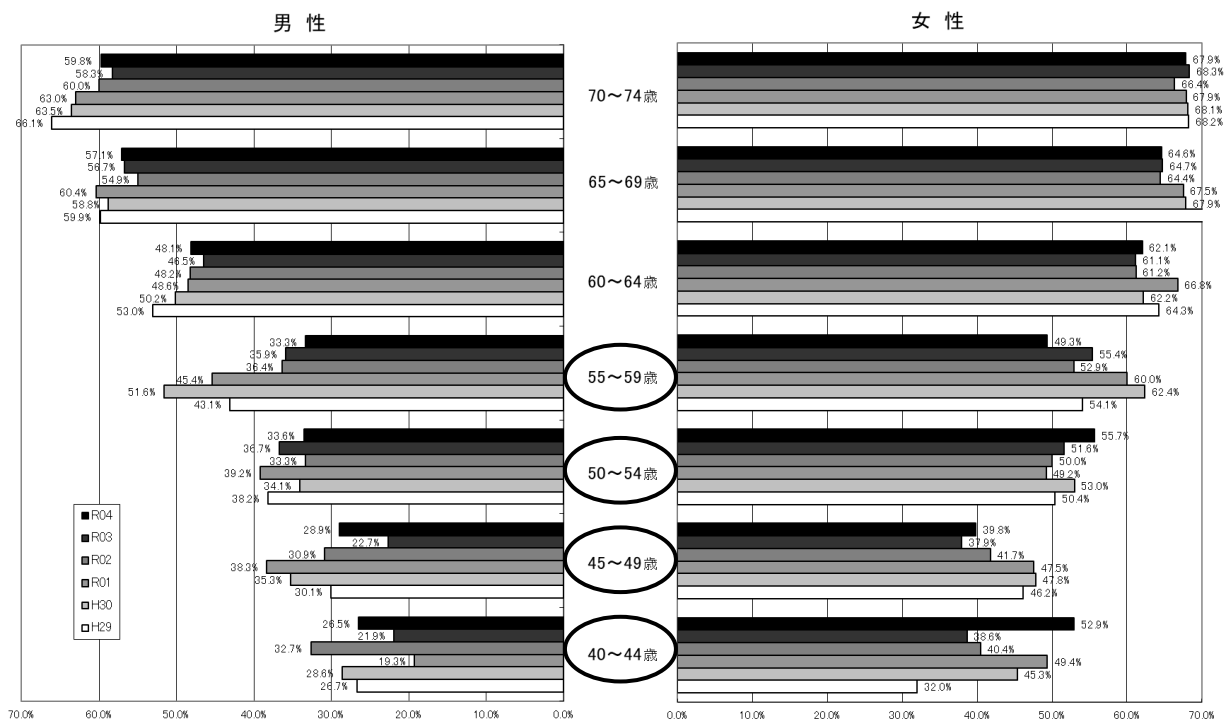
特定保健指導については、令和2年度、令和3年度と減少傾向となっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

【図表25】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	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	3,152	3,056	2,879	2,829	健診受診率 60%
	受診率	58.4%	58.2%	55.3%	55.6%	
特定保健指導	該当者数	246	227	195	189	特定保健指導 実施率 60%
	割合	7.8%	7.4%	6.8%	6.7%	
	実施者数	151	172	125	112	
	実施率	61.4%	75.8%	64.1%	59.3%	

出典：特定健診法定報告データ

【図表26】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

第2期計画では4つの個別事業に取り組みました。

### (1) 特定健康診査

特定健診の受診率は、令和元年度までは58%台で推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度以降は55%台に低下しており、目標は達成できていません。また、年代別に見ると、40～50歳代は受診率が2～3割と、低い状況が続いています。健診を受けやすくするため、インターネット予約や、休日健診の実施、加えて診療情報提供書の提供依頼などに取り組んできましたが、今後も働き盛り世代の受診率向上は課題です。

### (2) 特定保健指導

特定保健指導の該当者割合は、7%台から6%台へと減少傾向になっています。一方で、特定保健指導実施率は、令和元年度に75.8%まで上昇しましたが、令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響を受けて低迷しています。アプローチ方法を見直し、実施率の向上を図る必要があります。

### (3) 重症化予防保健指導

重症化予防保健指導の実施率は、令和3年度までは目標値を超えて比較的高く推移しており、多くの対象者へアプローチすることができました。しかし、令和4年度は87.8%と大きく低下しています。その背景としては、指導拒否や医療機関受診中であることを理由に保健指導を希望しなかった、電話や訪問を行っても連絡がとれない指導対象者が増加しています。効果的で受け入れ可能なアプローチをするために、保健指導のスキルアップを図っていく必要があります。

Ⅱ度高血圧以上の割合は平成28年度4.4%から令和4年度3.7%、HbA1c6.5%以上(40～64歳)の割合は平成28年度4.5%から令和4年度3.1%と減少傾向にあり、目標を達成しています。一方で、未治療のまま放置されているかたが高血圧で42.3%、糖尿病で2.3%おり(図表20)特に高血圧は高い状況です。保健指導時に医療機関への受診勧奨を行っていますが、一度の指導で終了するケースが多く、その後の追跡や継続的なフォローが不十分でした。医療に繋がる必要があるかたへの継続的なフォローができるよう体制を強化し、治療状況の確認を行っていくことが必要です。

【図表 27】 評価指標の推移(重症化予防保健指導)

評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベース ライン (H28年度)	実績値					
	R5年度		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
重症化予防保健指導実施率 (医療機関受診勧奨含む)	95%	97.6%	93.5%	95.6%	94.6%	99.3%	97.0%	87.8%
Ⅱ度高血圧以上の割合	4.4%	4.4%	4.8%	5.5%	5.2%	4.9%	3.0%	3.7%
HbA1c6.5%以上 (40～64歳)の割合	4.5%	4.5%	4.7%	5.4%	4.6%	4.4%	2.4%	3.1%

#### (4) 糖尿病・CKD 重症化予防保健指導

CKDハイリスク者、腎機能低下の要因となる高血圧や肥満者の割合は目標値を達成し、横ばいから微減傾向にあります。また、本市の人工透析患者は、平成28年度74人から令和4年度77人(図表28)と横ばい傾向にあり、新規人工透析患者数は例年5~10人程度で推移しています(図表29)。しかし、医療費においては、慢性腎臓病(透析有)の総医療費に占める割合が、平成30年2.7%から令和4年度5.85%(図表15)と3.15ポイント伸びており、同規模市町村、県、国よりも高くなっています。また、国保加入者の人工透析患者が増加しており、本人のQOL<sup>※7</sup>の低下とともに、社会保障費への影響が大きくなっています。

新規透析導入の要因としては、糖尿病性腎症と腎硬化症が5割以上を占めており、基礎疾患となる糖尿病や高血圧などの生活習慣病について、生活習慣の改善及び適切な医療受診により重症化を予防する必要があります。

【図表28】国保加入者の透析患者数

	年度	国保加入者	妙高市総数 ※国保以外を含む	新規			
				糖尿病性腎症	腎硬化症	その他	
人工透析患者 (長期化する疾患)	H28	18人	74人	16人	4人	4人	8人
	R4	28人	77人	6人	3人	2人	1人

出典：KDBシステム、新潟県調査(妙高市総数)、妙高市調査(新規)

【図表29】評価指標の推移(糖尿病・CKD 重症化予防保健指導)

評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値					
	R5年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
CKDハイリスク者(重症度分類【赤】該当者)の割合の増加を抑制する	2%未満	1.7%	1.9%	1.6%	1.8%	1.4%
新規透析導入患者数の減少	減少	9	5	7	8	6
BMI25以上者の割合の減少	25.1%	25.1%	24.2%	23.9%	24.6%	24.1%
HbA1c8.0%以上者の割合の減少	0.86%未満	0.85%	0.62%	0.66%	0.60%	0.67%
収縮期血圧130mmHg以上 または拡張期血圧80mmHg以上者の減少	59.7%	48.6%	47.9%	54.3%	54.6%	52.4%

※7 QOL:「Quality of Life(クオリティオブライフ)」の略称。「生活の質」「生命の質」などと訳される。主に、医療や福祉といった分野で使われ、治療や療養生活を送る患者の身体的、精神的、社会的、経済的、すべてを含めた生活の質を意味する。

(5) 第2期計画目標の達成状況一覧

【図表 30】 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
				初年度 H28	中間評価 R2	最終評価 R5		
				(H28)	(R1)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	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	5.97%	5.31%	15.64%	KDBシステム	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100mmHg以上)	4.4%	5.2%	3.1%		
		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	健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	4.5%	4.6%	7.5%		
特定健診等計画	・糖尿病性腎症の人数が増加している。	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	57.5%	58.0%	55.6%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)  (R04年度データがないため、R03年度を記載)	
		特定保健指導実施率60%以上	59.4%	75.8%	59.3%			
		特定保健指導対象者の割合の減少	7.2%	7.5%	6.7%			
努力支援制度	同上	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	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合の減少	23.4%	23.0%	23.2%	妙高市特定健診結果集計	
			糖尿病未治療者・治療中断者の減少 (HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mmHg/dℓ以上)	23.5%	21.4%	18.8%		
	その他	・がんの医療費が増加している。 ・がんの受診率が伸びない。	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	23.0%	21.1%	18.2%	健診対象者 (市独自計算方法有)÷検診受診者
				肺がん検診受診者の増加	45.1%	48.3%	47.5%	
				大腸がん検診受診者の増加	37.2%	41.3%	41.8%	
				子宮がん検診受診者の増加	30.4%	31.2%	29.4%	
				乳がん検診受診者の増加	24.0%	26.1%	24.2%	
	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り、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	72.3%	86.8%	82.2%	厚生労働省	

### 3) 第2期計画に係る考察

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、目標を達成することができませんでした。生活習慣病の発症及び重症化予防のため、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は今後も重要であり、継続した取組を行うことが必要です。

中長期的な目標に掲げた、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は増加傾向にあります(図表30)。なかでも、慢性腎不全(透析有)の割合が特に増加しており、その原因疾患となる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。また、高血圧については、健診受診者のうちⅡ度高血圧以上の割合は減少傾向にありますが、未治療のまま放置されている方が増加傾向にあるため、糖尿病や高血圧に対する取組みにより、新規人工透析導入者の抑制を目指していく必要があります。

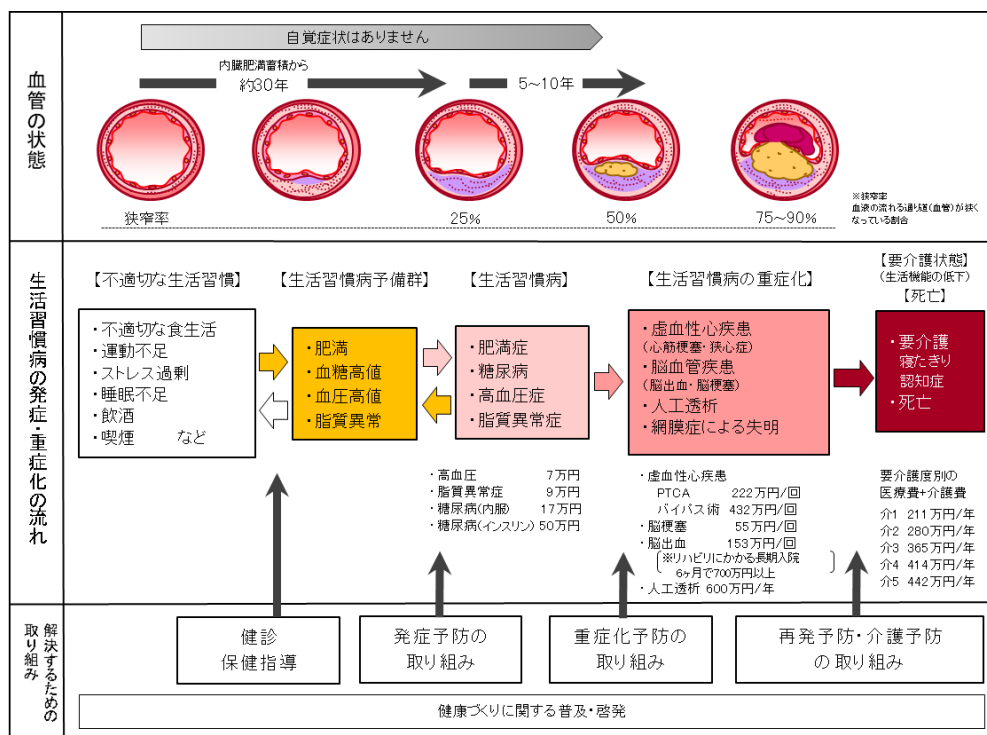
また、要介護認定状況と生活習慣病の関連を見ると、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の有病率は高く、基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況も非常に高い割合となっています。介護給付費、一人当たり給付費は減少傾向にありますが、1件当たり給付費は増加傾向にあり、今後の高齢化の進展を見据えるなかで、特に有病率の高い高血圧について、予防、改善対策が重要です。

## 3. 第3期における健康課題の明確化

### 1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるために、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かたを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さらに健康な状態に改善したかたを増加させることが必要となります。

【図表31】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移行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。

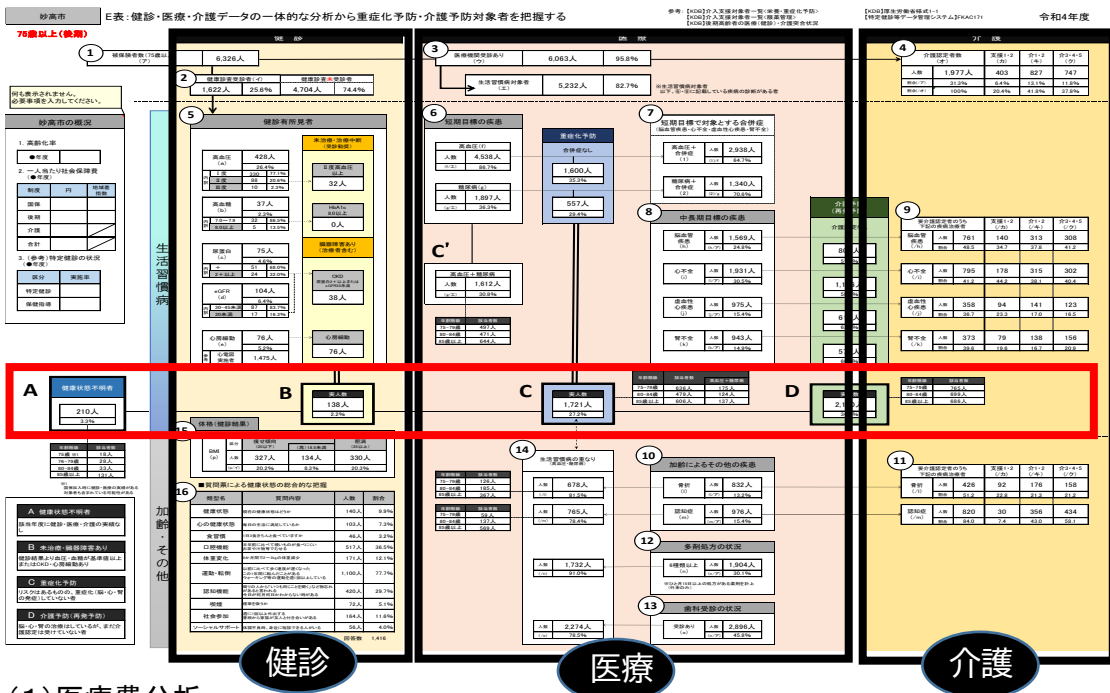
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市国保及び広域連合は、図表32に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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し、健康課題の抽出・明確化を図り、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歳未満のかたにも健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められるかたに対して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歳未満のかたを対象にした肥満対策も重要であると考えます。

【図表32】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(例示)

※詳細は参考資料3(P69-72)を参照



### (1)医療費分析

【図表33】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	7,024人	6,819人	6,796人	6,606人	6,447人	6,230人	
総件数及び総費用額	件数	63,743件	61,858件	58,593件	59,284件	57,187件	79,856件
	費用額	23億9538万円	22億8869万円	22億8113万円	23億4345万円	23億4832万円	38億2578万円
一人あたり医療費	34.1万円	33.6万円	33.6万円	35.5万円	36.4万円	61.4万円	

【図表 34】 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	妙高市	23億4832万円	30,301	5.85%	0.27%	2.63%	0.78%	5.60%	2.86%	2.58%	4億8292万円	20.56%	15.92%	7.30%	7.74%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	28,748	4.02%	0.32%	2.31%	0.79%	5.25%	3.59%	2.17%	--	18.46%	18.87%	8.04%	8.06%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	妙高市	38億2578万円	51,588	2.11%	0.44%	3.42%	0.94%	5.06%	3.20%	1.62%	6億4223万円	16.79%	8.55%	2.55%	11.28%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	56,967	3.41%	0.48%	4.41%	0.88%	4.10%	3.75%	1.40%	--	18.43%	11.81%	3.74%	10.99%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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 35】 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	219人	184人	206人	192人	219人	480人
	件数	B	405件	337件	398件	403件	425件	689件
		B/総件数	0.64%	0.54%	0.68%	0.68%	0.74%	0.86%
	費用額	C	5億1158万円	4億2891万円	5億1628万円	5億5031万円	5億5931万円	8億3040万円
	C/総費用	21.4%	18.7%	22.6%	23.5%	23.8%	21.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 36】 高額レセプト(80万円/件以上)の推移(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	6人	7人	11人	9人	18人	31人			
		D/A	2.7%	3.8%	5.3%	4.7%	8.2%	6.5%			
	件数	E	11件	12件	15件	18件	35件	44件			
		E/B	2.7%	3.6%	3.8%	4.5%	8.2%	6.4%			
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	27.3%	0	0.0%	1	6.7%	75-80歳	8	18.2%
		60代	6	54.5%	6	50.0%	7	46.7%	80代	28	63.6%
		70-74歳	1	9.1%	6	50.0%	7	46.7%	90歳以上	8	18.2%
費用額	F	1264万円	1285万円	1829万円	2610万円	4767万円	4917万円				
	F/C	2.5%	3.0%	3.5%	4.7%	8.5%	5.9%				

出典：ヘルスサポートラボツール

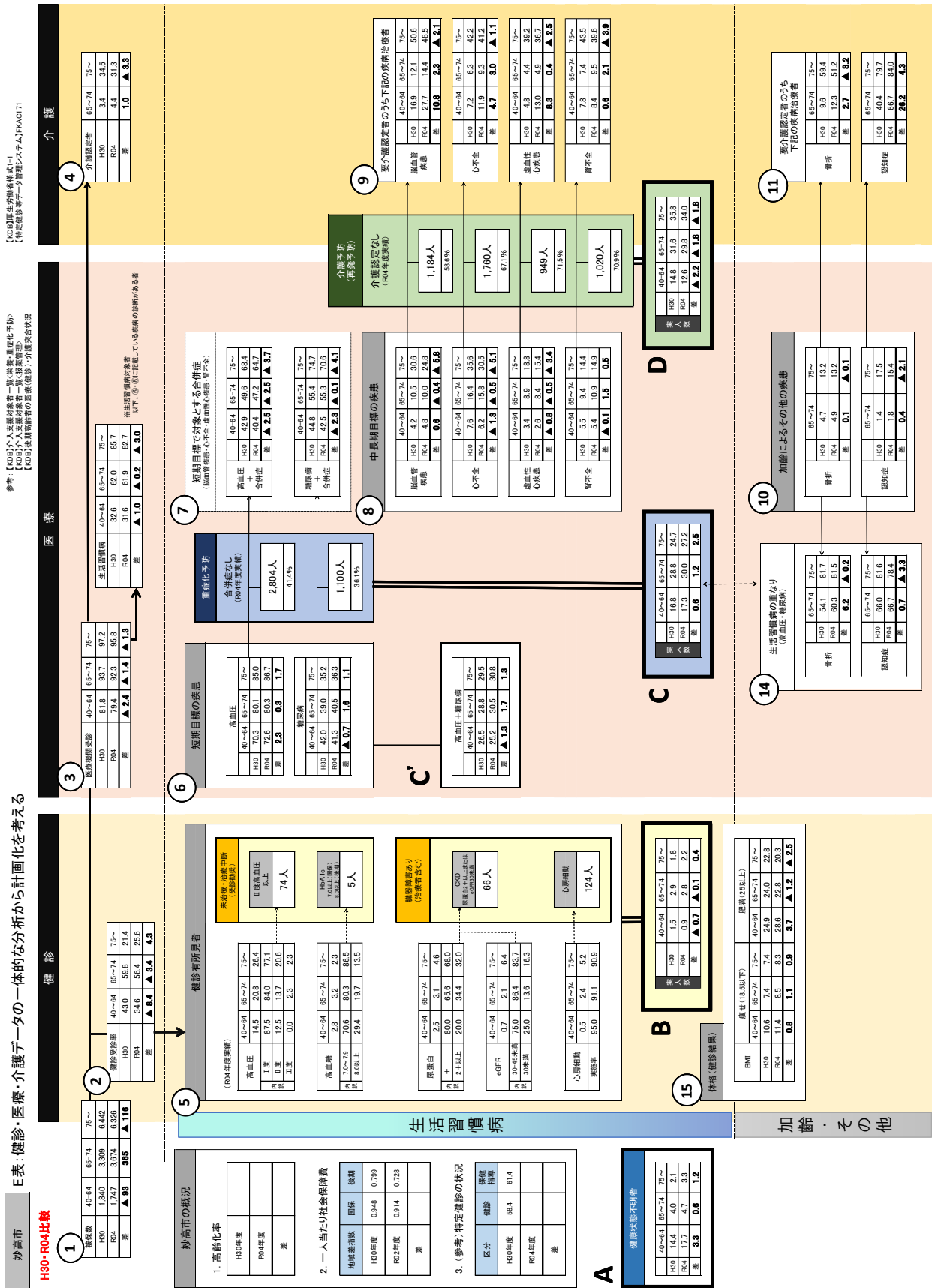
【図表 37】 高額レセプト(80万円/件以上)の推移(虚血性心疾患)

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	10人	5人	9人	7人	5人	11人			
		G/A	4.6%	2.7%	4.4%	3.6%	2.3%	2.3%			
	件数	H	12件	6件	10件	8件	5件	12件			
		H/B	3.0%	1.8%	2.5%	2.0%	1.2%	1.7%			
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	5	41.7%
		60代	9	75.0%	3	50.0%	6	60.0%	80代	6	50.0%
		70-74歳	2	16.7%	3	50.0%	3	30.0%	90歳以上	1	8.3%
費用額	I	2189万円	662万円	1209万円	878万円	686万円	1583万円				
	I/C	4.3%	1.5%	2.3%	1.6%	1.2%	1.9%				

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 38】 健診・医療・介護データの一体的な分析(例: 65~74 歳国保加入者)



【図表 39】被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定率	① 被保険者数						② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数						健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64		65-74		75-	特定 健診	長寿 健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
年度	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	34.5	1,840	3,309	6,442	43.0	59.8	21.4	10.6	7.4	7.4	24.9	24.0	22.8			
R04	31.3	1,747	3,674	6,326	34.6	56.4	25.6	11.4	8.5	8.3	28.6	22.8	20.3			

【図表 40】健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74		75-	40-64	65-74		75-										
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	40	5.1	(22)	109	5.5	(37)	97	7.0	(31)	22	2.8	(3)	73	3.7	(5)	9	0.7	(3)	3	0.4	29	1.5	33	2.4	1	0.1	27	1.4	52	3.8
R04	11	1.8	(7)	69	3.3	(35)	98	6.0	(32)	17	2.8	(1)	66	3.2	(4)	5	0.3	(0)	4	0.7	24	1.2	38	2.3	3	0.5	45	2.2	76	4.7

【図表 41】短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	81.8	93.7	97.2	32.6	62.0	85.7	70.3	80.1	85.0	42.0	39.0	35.2	26.5	28.8	29.5	42.9	49.6	68.4	44.8	55.4	74.7
R04	79.4	92.3	95.8	31.6	61.9	82.7	72.6	80.3	86.7	41.3	40.5	36.3	25.2	30.5	30.8	40.4	47.2	64.7	42.5	55.3	70.6

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 42】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 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.2	10.5	30.6	3.4	8.9	18.8	7.6	16.4	35.6	5.5	9.4	14.4	16.9	12.1	50.6	4.8	4.4	39.2	7.2	6.3	42.2	7.8	7.4	43.5
R04	4.8	10.0	24.8	2.6	8.4	15.4	6.2	15.8	30.5	5.4	10.9	14.9	27.7	14.4	48.5	13.0	4.9	36.7	11.9	9.3	41.2	8.4	9.5	39.6

【図表 43】骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	54.1	81.7	66.0	81.6	4.7	13.2	1.4	17.5	9.6	59.4	40.4	79.7
R04	60.3	81.5	66.7	78.4	4.9	13.2	1.8	15.4	12.3	51.2	66.7	84.0

(3)健康課題の明確化(図表 33~43)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人当たり医療費は令和元年度、2年度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年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると60万円を超え、国保の1.7倍も高い状況です(図表33)。

本市は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模市町村と比べて0.53ポイント低くなっています。しかし、後期高齢者になると同規模市町村より0.05ポイント高くなっています(図表34)。

高額レセプトは、国保においては、毎年約400件発生していますが、後期高齢者になると、約1.6倍に増えることがわかります。高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く35件で4,700万円以上の費用がかかり、年々増加しています。また、後期高齢者においては、44件発生し、約4,900万円の費用がかかっています。脳血管疾患は、医療のみならず、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さらに力を入れる必要があります。(図表34、35)

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、被保険者数は、40~64歳は減っていますが、65歳~74歳では365名増え、高齢化がさらに進んでいることがわかります。また⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3.7ポイントも高くなっています(図表39)。

健診有所見の状況では、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0以上の割合は減少していますが、高血圧では、未治療・治療中断者の割合が各年代で増加しています(図表40)。

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症では、高血圧や糖尿病と合併症が重なる人の割合は低下しているものの、40~64歳の高血圧治療者が増加しています。これは、BMIの増加(図表39)と比例しており、若い年代の適正体重の維持が必要です(図表41)。

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、どの疾患も40~64歳の介護認定者の割合の増加が大きくなっており、適切な時期に適切な受診ができるよう、保健指導の徹底が必要です(図表42)。

また、骨折・認知症の状況をみると、生活習慣病との重なりが、65~74歳で60%以上、75歳以上では約80%と高く、生活習慣病の重症化を予防することは高齢期の健康状況からも大切なことがわかります(図表43)。

#### (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、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。また、40～64歳の肥満者が増加しているため、引き続き特定保健指導を確実にを行い、メタボリックシンドロームの割合の減少を目指します。

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、改善までのプロセスを見直し、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必要です。

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、全ての都道府県で設定することが望ましい指標に加えて、当市の実情に応じて、脂質異常者の割合に関する指標を設定しました(図表44)。

##### 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、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。

特に高血圧や糖尿病の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要なかた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かた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て、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事が重要であるため、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。

【図表 44】第3期データヘルス計画目標管理一覧

課題を解決するための目標 ●県共通の評価指標			初期値 (R4)	目標値 (R10)	データの 抽出先
1	中 長 期 的 指 標	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維持	15.64%	15.64% 以下	KDB
2	ア ウ ト カ ム 指 標	● 収縮期血圧140mmhg以上、または 拡張期血圧90mmhg以上の者の割合	19.2%	17.25%	KDB
3		● HbA1c6.5%以上の者の割合	7.48%	7.29%	KDB
4		● HbA1c8%以上の者の割合	0.68%	0.62%	KDB
5		● メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	23.2% (R3)	20.45%	法定報告
6		脂質異常者(LDLコレステロール160mg/dℓ以上の人:40 ~74歳)の割合	5.3%	4.7%	KDB
7		● 未受診高血圧判定者の割合	17.9%	9.9%	KDB
8		● 未受診糖尿病判定者の割合	4.0%	2.6%	KDB
9		ア ウ ト プ ット 指 標	● 特定健康診査実施率	55.6% (R3)	59.5%
10	● 特定保健指導実施率		59.3% (R3)	60.0%	法定報告
11	● 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		19.6% (R3)	25.3%	法定報告
12	● 習慣的に喫煙している者の割合		9.50%	8.12%	妙高市 市民健診・国保特定 健診質問票

## 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 45】 特定健診・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
特定健診実施率	57.3%	57.8%	58.4%	58.9%	59.5%	60%以上
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60%以上

### 3. 対象者の見込み

【図表 46】 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	4,817人	4,727人	4,637人	4,547人	4,457人	4,367人
	受診者数	2,760人	2,732人	2,708人	2,678人	2,651人	2,620人
特定保健指導	対象者数	187人	185人	184人	182人	180人	178人
	受診者数	112人	111人	110人	109人	108人	106人

### 4. 特定健診の実施

#### (1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診
- ② 人間ドック(委託健診機関)

#### (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、及び実施基準第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・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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



【図表 47】 特定健診検査項目

健診項目		妙高市(集団健診)	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)	○	○
	総コレステロール	○	○
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、●…いずれかの項目の実施で可

(4) 実施期間

4月から翌年3月末まで実施します。

(5) 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、保険者は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、かかりつけ医との協力及び連携を図ります。

(6) 代行機関

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

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診の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、医療保険者として被保険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 48】 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) (特定健診(診療情報提供)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		(特定健診(集団健診)の開始)	
7月		健診データ受取 費用決裁	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
8月		保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)	
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
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、保険者の直営、人間ドックは健診機関への委託で行います。

【図表 49】 第 4 期(2024 年以降)における変更点

<b>特定保健指導 の見直し</b>	<b>(1) 評価体系の見直し</b> 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、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。
	<b>(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和</b> 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。
	<b>(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</b> 特定健康診査実施後又は特定保健指導開始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、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	<b>(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</b> 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、確認の手順等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。
	<b>(5) その他の運用の改善</b> 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。

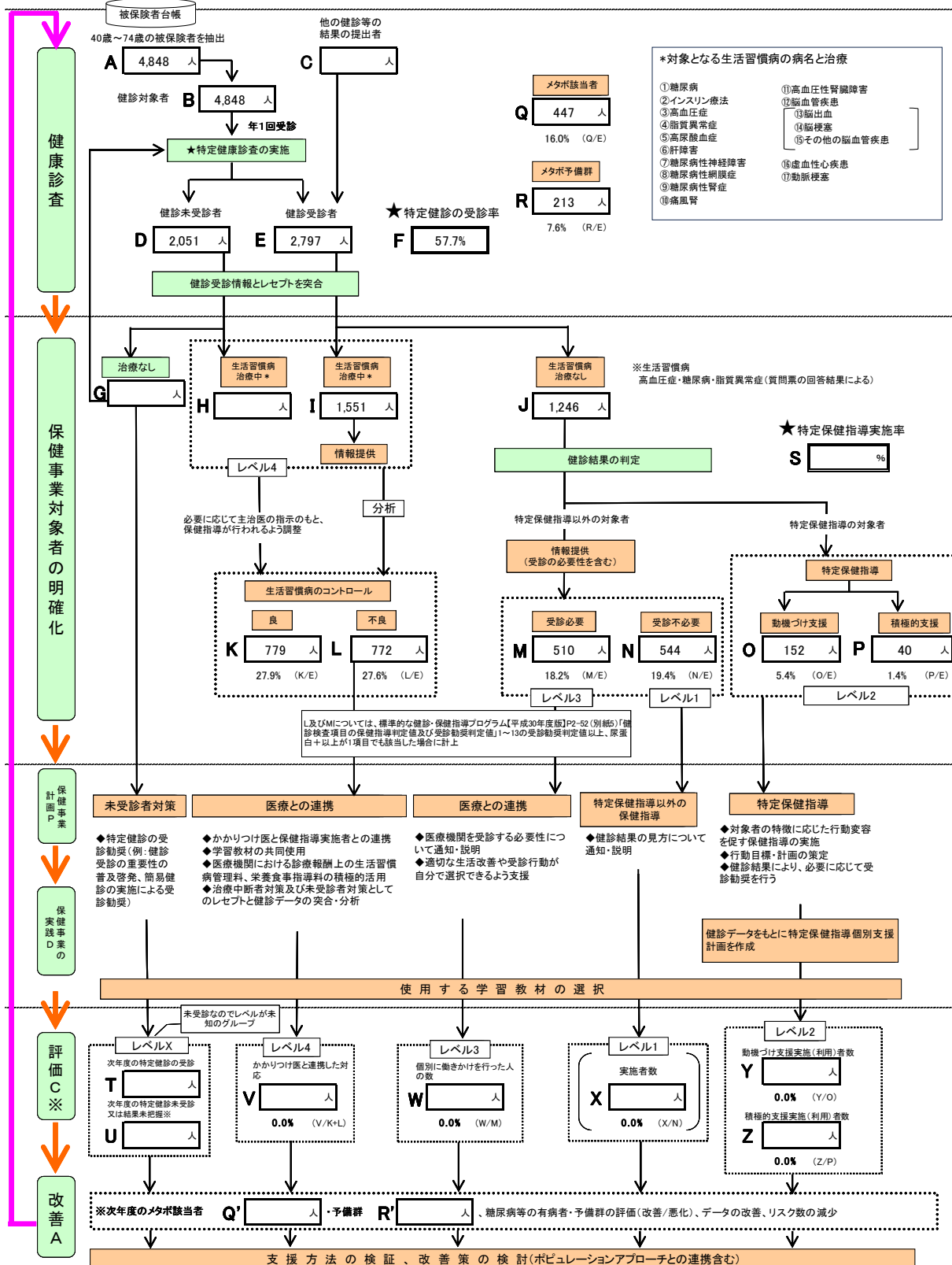
出典：特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

(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 50】 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

【図表 51】 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 (対象者数見込/受診者)
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	192 人 (6.9%)
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	510 人 (18.2%)
3	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	1551 人 (55.5%)
4	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)	2051 人 受診率目標達成まであと 112 人
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	544 人 (19.4%)

(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

目標に向かって進捗状況管理とPDCAサイクルを実践していくため、年間実施スケジュールを作成して、計画的に推進していきます。

【図表 52】 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(随時) ◎診療情報提供の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月	◎特定健康診査の開始		◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月		◎保健指導の開始	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月	◎健診の終了		
1月			
2月			
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び妙高市個人情報の保護に関する法律等施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際には、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、委託先の対応状況を管理します。

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

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、妙高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

### 1. 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、医療受診が必要なかたには適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中のかたには、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。

### 2. 重症化予防の取組

令和4年度の本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、819人(29.3%)です。そのうち治療なしが215人(17.3%)、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が102人です(図表53)。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者の重なるかたが、215人中72人(33.5%)と多いため、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、効果的・効率的であることが分かります(図表53)。

---

※8 ポピュレーションアプローチ: 疾患リスクの高いかたに限定せず、幅広く大勢のかたに働きかけを行い、集団全体としてリスクを下げる方法を意味する。一方で、疾患リスクの高いかたを対象者として絞り込み、対処していく方法をハイリスクアプローチという。

【図表 53】 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年別調整死亡率の減少  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 の年別調整死亡率の減少  虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病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))	糖尿病性腎症 による年間新診断導入患者数の減少  糖原糖治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	糖原糖性腎症 による年間新診断導入患者数の減少  OKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	各疾患の治療状況		
					治療中	治療なし	
科学的根拠に基づき 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	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	高血圧 1,051 脂質異常症 992 糖尿病 273 3疾患 いずれも 1,246	治療なし 1,746	1,790	2,518	1,246
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 (OKD)	
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)	心房細動 II度高血圧以上	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準 メタボ該当者 (2項目以上)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	OKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	83 3.0%	50 1.8%	LDL-C 180mg/dl以上	66 2.4%	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	53 3.0%	15 1.2%	57 2.0%	40 2.2%	128 4.6%	213 7.6%	819 29.3%
治療なし	7 8.4%	6 12.0%	8 14.0%	9 13.6%	59 2.3%	65 5.2%	215 17.3%
(再掲) 特定保健指導	30 2.9%	35 2.3%	7 0.7%	26 2.6%	69 25.3%	148 9.5%	604 38.9%
治療中	16 30.2%	15 100.0%	13 26.0%	12 30.0%	16 27.1%	65 100.0%	102 47.4%
臓器障害 あり	2	2	6	5	6	65	65
OKD(専門医対象者)	14	15	8	10	13	14	51
心電図所見あり	37 69.8%	--	37 74.0%	28 70.0%	43 72.9%	--	--
臓器障害 なし							

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

<参考>  
健診受診者(受診率)  
2,797人 57.7%

■各疾患の治療状況

治療中	治療なし	
高血圧	1,051	1,746
脂質異常症	992	1,790
糖尿病	273	2,518
3疾患いずれも	1,551	1,246

※開診結果による

# I. 糖尿病性腎症重症化予防

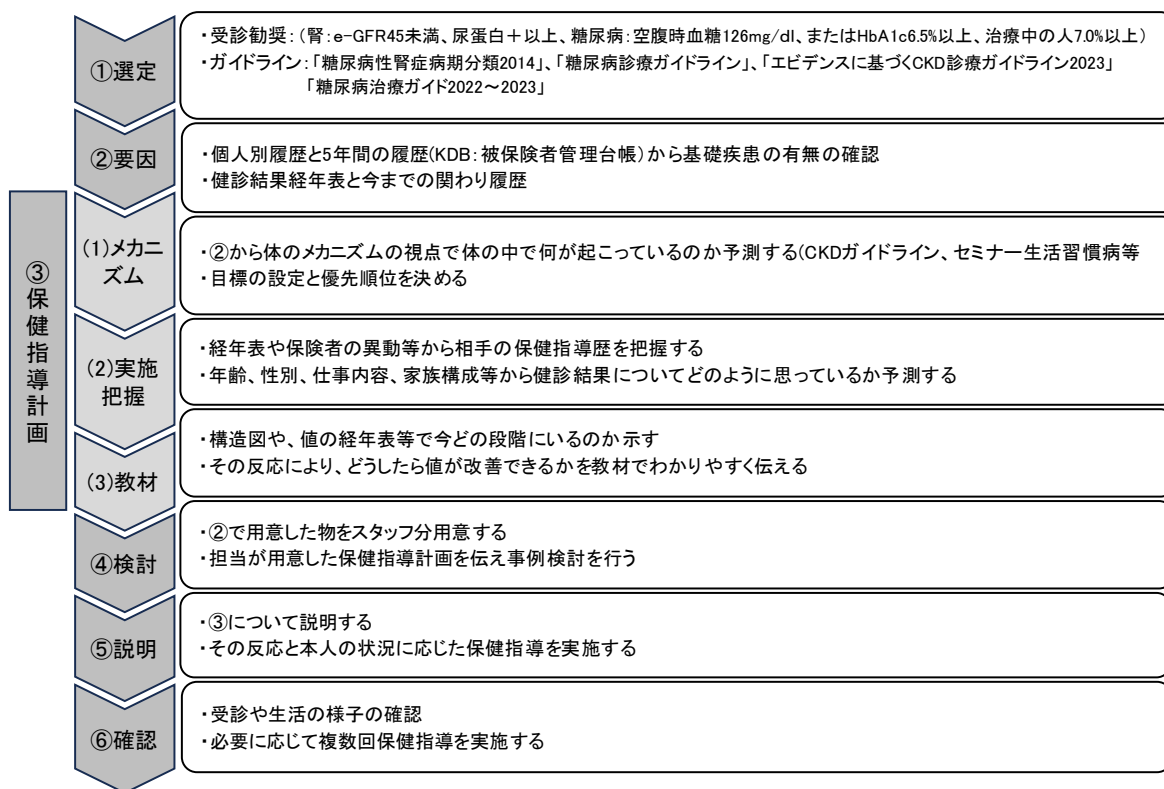
## 1) 基本的な考え方

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)及び妙高市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サイクルに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 54 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 54】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、妙高市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及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 55】糖尿病性腎症病期分類

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/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。しかし、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(図表 56)

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

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、78 人(22.2%・F)でした。また、40~74 歳における糖尿病治療者 664 人のうち、特定健診受診者は 237 人(77.8%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 947 人(77.6%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

図表 54 により本市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・78人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・88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

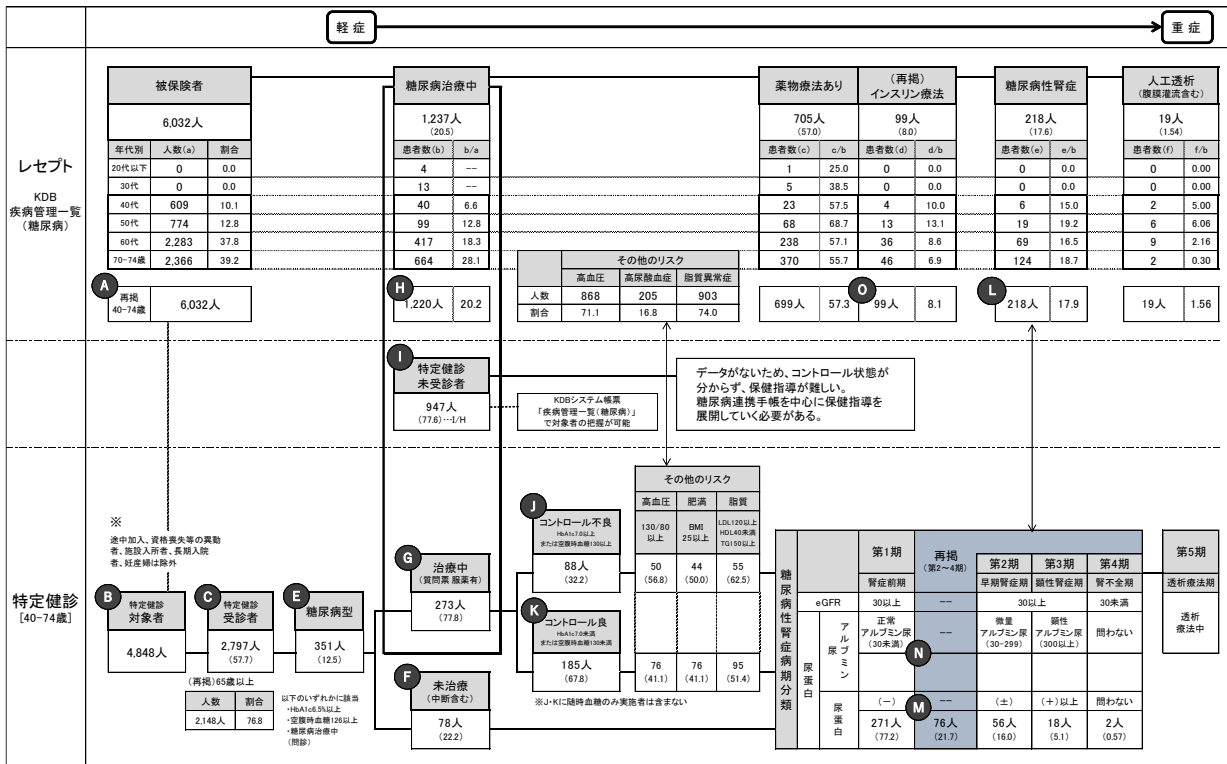
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→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 56】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、「KDB機票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

【図表 57】 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)

<p><b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b></p> <p>1-1 健診経年結果一覧</p> <p>1-2 糖尿病タイプ</p> <p>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</p> <p>1-4 ヘモグロビンA1cは・・・</p> <p>1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう</p> <p>1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？</p> <p>1-7 75グラム糖負荷検査結果</p> <p>1-8 私はどのパターン？</p> <p>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</p> <p>1-10 Zさん(男性)から教えていただきました</p> <p>1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？</p> <p>1-12 糖尿病による網膜症</p> <p>1-13 眼(網膜症)</p> <p>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</p> <p>1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化</p> <p>1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化</p> <p>1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます</p> <p>1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!</p> <p>1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方</p> <p>1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です</p> <p>1-21 糖尿病治療の進め方</p> <p>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</p> <p>1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か</p> <p>1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移</p> <p>1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移</p> <p>1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います</p> <p>1-27 健診データの推移と生活・食の変化</p> <p>1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例</p>	<p><b>2 高血糖を解決するための食</b></p> <p>2-1 健診結果と日常食べている食品</p> <p>2-2 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</p> <p>2-3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました</p> <p>2-4 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</p> <p>2-5 自分の食べている食品をみてみます</p> <p>2-6 糖尿病性腎症食事療法</p> <p><b>3 薬物療法</b></p> <p>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</p> <p>3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか</p> <p>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</p> <p>3-4 薬は体の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</p> <p>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</p> <p>3-6 イメグリミンってどんな薬？</p> <p>3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」</p> <p>3-8 ビグアナイド薬とは</p> <p>3-9 チアゾリジン薬とは？</p> <p>3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるでしょう</p> <p><b>4 参考資料</b></p> <p>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</p> <p>4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)</p> <p>4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法</p> <p>4-4 ライフステージごとの食品の目安量</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)</p>
---	--

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

健診受診者のうち、医療機関未受診者・治療中断者へは、糖代謝異常診療依頼書兼結果通知書を使用し、受診勧奨を行います。

### (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妙高市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行います。

## 5) 高齢者福祉との連携

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。短期的評価は、データヘルス計画の評価等と合わせて、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、中長期的評価は、図表 58 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

#### ②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

【図表 58】 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	妙高市										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	7,118人		6,921人		6,790人		6,790人		6,510人			
	②	(再掲)40-74歳		6,055人		5,909人		5,793人		5,809人		5,596人			
2	①	対象者数	B	5,404人		5,252人		5,207人		5,087人		4,827人			
	②	特定健診受診者数	C	3,242人		3,161人		2,974人		2,933人		2,797人			
	③	受診率		60.0%		60.2%		57.1%		57.7%		57.9%			
3	①	特定保健指導対象者数		246人		227人		195人		189人		176人			
	②	実施率		61.4%		75.8%		64.1%		59.3%		48.9%			
4	①	糖尿病型	E	406人	12.5%	390人	12.3%	391人	13.1%	374人	12.8%	351人	12.5%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	93人	22.9%	86人	22.1%	88人	22.5%	79人	21.1%	78人	22.2%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	313人	77.1%	304人	77.9%	303人	77.5%	295人	78.9%	273人	77.8%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	105人	33.5%	102人	33.6%	97人	32.0%	93人	31.5%	88人	32.2%		
	⑤	血圧 130/80以上		65人	61.9%	68人	66.7%	55人	56.7%	57人	61.3%	50人	56.8%		
	⑥	肥満 BMI25以上		57人	54.3%	46人	45.1%	39人	40.2%	45人	48.4%	44人	50.0%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	208人	66.5%	202人	66.4%	206人	68.0%	202人	68.5%	185人	67.8%		
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	280人	69.0%	226人	57.9%	304人	77.7%	288人	77.0%	271人	77.2%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		84人	20.7%	128人	32.8%	54人	13.8%	58人	15.5%	56人	16.0%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		31人	7.6%	32人	8.2%	27人	6.9%	24人	6.4%	18人	5.1%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.3%	3人	0.8%	2人	0.5%	2人	0.6%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		120.1人		119.1人		111.6人		111.3人		112.4人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		139.7人		137.9人		128.9人		128.2人		128.7人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)		4,081件 (690.6)		4,087件 (705.3)		4,194件 (725.2)		4,111件 (723.6)		3,978件 (737.2)		1,557,522件	(951.6)
	④	入院外(件数)		16件 (2.7)		15件 (2.6)		8件 (1.4)		15件 (2.6)		23件 (4.3)		7,406件	(4.5)
	⑤	糖尿病治療中		855人		824人		758人		756人		732人			
	⑥	(再掲)40-74歳	H	846人	14.0%	815人	13.8%	747人	12.9%	745人	12.8%	720人	12.9%		
	⑦	健診未受診者	I	533人	63.0%	502人	61.6%	444人	59.4%	450人	60.4%	447人	62.1%		
	⑧	インスリン治療		44人		44人		49人		42人		57人			
	⑨	(再掲)40-74歳	O	44人	5.2%	44人	5.4%	47人	6.3%	42人	5.6%	56人	7.8%		
	⑩	糖尿病性腎症		96人		123人		118人		125人		120人			
	⑪	(再掲)40-74歳	L	96人	11.3%	123人	15.1%	117人	15.7%	124人	16.6%	119人	16.5%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人		12人		11人		14人		14人			
	⑬	(再掲)40-74歳		11人		12人		11人		13人		14人			
	⑭	新規透析患者数		5人		1人		6人		4人		3人			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人		0人		4人		1人		1人			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人		16人		11人		6人		10人			
6	①	総医療費		23億9538万円		22億8869万円		22億8113万円		23億4345万円		23億4832万円		28億4626万円	
	②	生活習慣病総医療費		12億4401万円		11億5149万円		11億9276万円		12億1191万円		12億1479万円		15億3700万円	
	③	(総医療費に占める割合)		51.9%		50.3%		52.3%		51.7%		51.7%		54.0%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,876円		8,411円		7,208円		8,905円		8,766円		7,237円	
	⑤	健診未受診者		33,220円		30,843円		34,677円		33,276円		35,886円		38,862円	
	⑥	糖尿病医療費		1億3298万円		1億3250万円		1億3238万円		1億3252万円		1億3145万円		1億6596万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.7%		11.5%		11.1%		10.9%		10.8%		10.8%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億8657万円		3億9194万円		3億9547万円		4億1986万円		3億7906万円			
	⑨	1件あたり		35,075円		37,049円		38,526円		40,954円		39,350円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		3億1778万円		2億8049万円		2億8157万円		2億8736万円		3億1878万円			
	⑪	1件あたり		598,465円		608,436円		631,328円		692,427円		719,590円			
	⑫	在院日数		20日		21日		21日		20日		22日			
	⑬	慢性腎不全医療費		7172万円		7084万円		1億0982万円		1億3118万円		1億4361万円		1億2396万円	
	⑭	透析有り		6477万円		6719万円		9927万円		1億2415万円		1億3727万円		1億1532万円	
	⑮	透析なし		696万円		365万円		1055万円		703万円		634万円		863万円	
7	①	介護給付費		40億8334万円		41億2712万円		40億8894万円		39億6874万円		39億0852万円		34億9905万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		4件		2件		2件		2件		3件			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人		1人		4人		4人		4人		2,819人	1.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

## 7) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

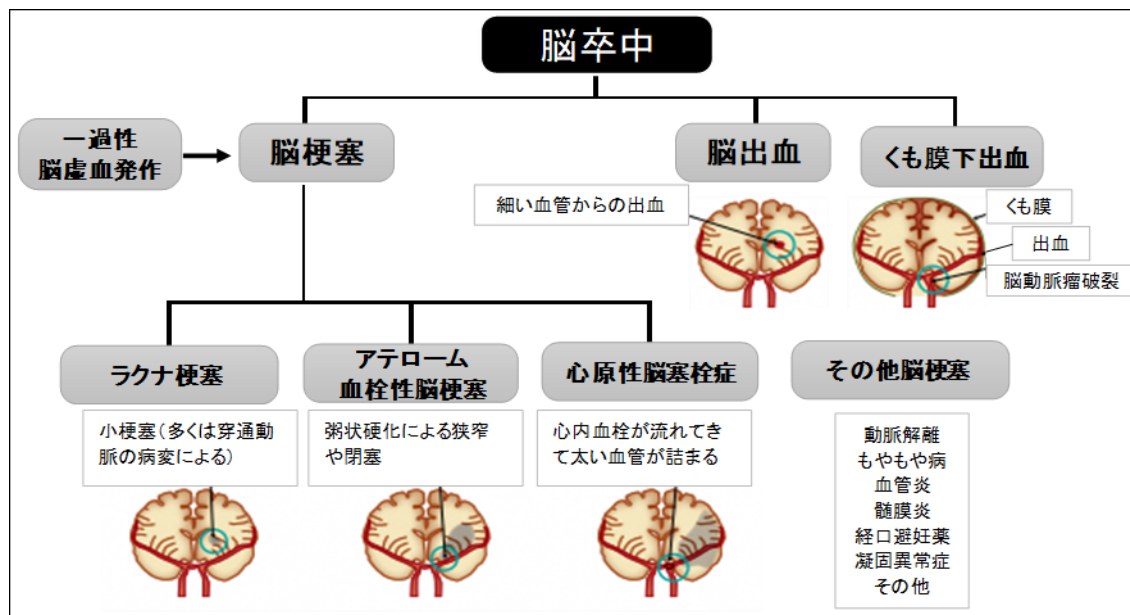
8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## II. 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 59、60)

【図表 59】脳卒中の分類



出典:脳卒中予防の提言 第3版

【図表 60】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 61 でみると、高血圧治療者 2,389 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人は 282 人(11.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 83 人(15.2%)であり、そのうち 53 人(63.9%)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。

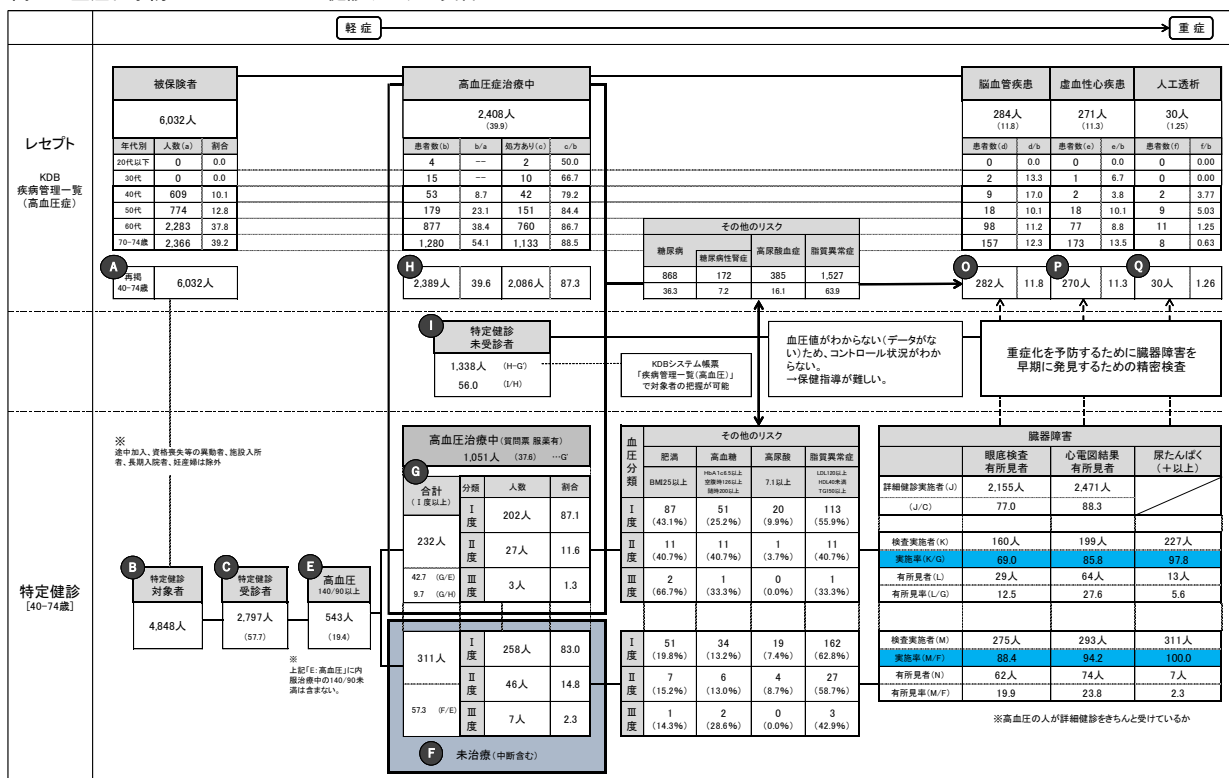
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 30 人(12.9%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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の眼底検査(詳細検査)は、2,155 人(72.0%)であり、集団健診では受診者全員に実施し、早期発見に努めています。

【図表 61】高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール



## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しているため、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 62】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	846	535	258	46	7
		63.2%	30.5%	5.4%	0.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	53	<b>C</b> 41	<b>B</b> 10	<b>B</b> 2	<b>A</b> 0
		6.3%	7.7%	3.9%	4.3%
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	459	<b>C</b> 288	<b>B</b> 140	<b>A</b> 25	<b>A</b> 6
		54.3%	53.8%	54.3%	54.3%
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	334	<b>B</b> 206	<b>A</b> 108	<b>A</b> 19	<b>A</b> 1
		39.5%	38.5%	41.9%	41.3%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	159
		18.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	358
		42.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	329
		38.9%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会  
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子  
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化  
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

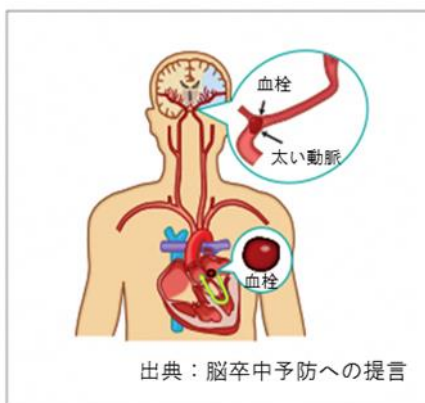
…高リスク  
…中等リスク  
…低リスク

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 62 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 63 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。

【図表 63】心房細動有所見状況(令和4年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査(※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	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	1,215	1,582	1,070	88.1%	1,401	88.6%	41	3.8%	9	0.6%	--	--
40代	60	84	59	98.3%	79	94.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	94	133	83	88.3%	125	94.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	430	624	377	87.7%	544	87.2%	13	3.4%	2	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	631	741	551	87.3%	653	88.1%	28	5.1%	7	1.1%	3.4%	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

【図表 64】心房細動有所見者の治療状況(令和4年度)

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
50	15	30.0	35	70.0

妙高市調べ

心電図検査において50人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、男女とも60代、70代で所見が見られます。また、心電図有所見者50人のうち35人は既に治療が開始されていましたが、15人はまだ治療につながっていません(図表64)。

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、対象者の状態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。治療中であるが脳心血管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ついては、健診結果と合わせて血管変化を早期に把握し、介入していく必要があります。対象者には、二次健診を勧め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、次の検査方法が用いられています。

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

### (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、治療中のかたに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

評価にあたっては、短期的評価と中長期的評価の二つの視点で考えていきます。短期的評価は、データヘルス計画評価等と合わせて年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

- 5月 対象者の選定基準の決定
- 6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 8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. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

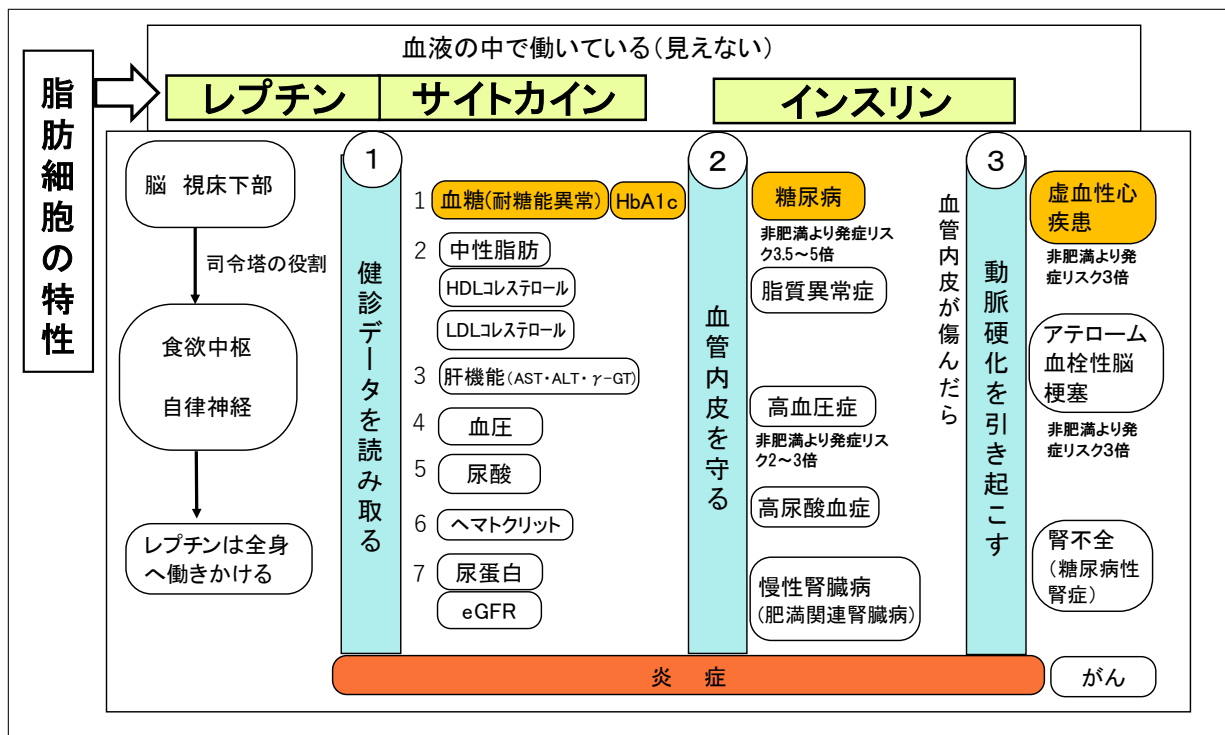
#### 1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値が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』では、「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。」「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。」とされています。

なお、重症化予防の取組にあたっては図表65に基づいて考えていきます。

【図表 65】 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

### (1) 肥満度分類に基づく、実態把握

【図表 66】肥満度分類による実態(令和4年度)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	649	2,148	182	492	156	432	20	51	5	9	1	0	
				28.0%	22.9%	24.0%	20.1%	3.1%	2.4%	0.8%	0.4%	0.2%	0.0%
再掲	男性	257	958	94	270	82	237	9	28	2	5	1	0
				36.6%	28.2%	31.9%	24.7%	3.5%	2.9%	0.8%	0.5%	0.4%	0.0%
	女性	392	1,190	88	222	74	195	11	23	3	4	0	0
				22.4%	18.7%	18.9%	16.4%	2.8%	1.9%	0.8%	0.3%	0.0%	0.0%

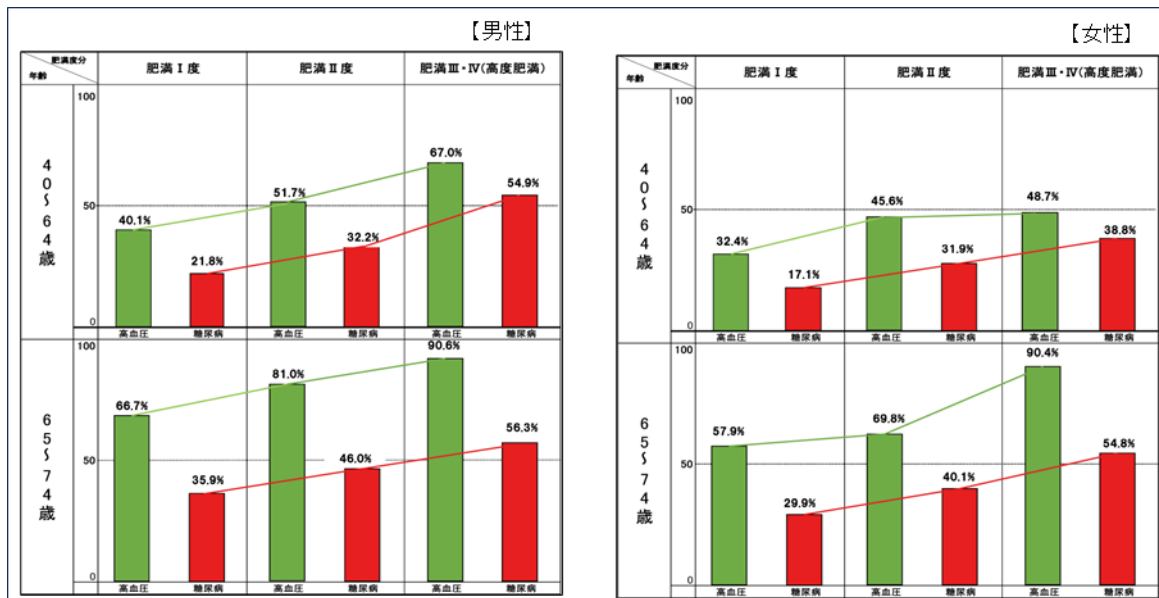
出典:ヘルスサポートラボツール

### (2) 優先順位の付与

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、効率が良いのかを科学的根拠(EBM)「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考えます。

【図表 67】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？



出典:全国485市町村合計

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 68】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	<ul style="list-style-type: none"> <li>満腹感なく食べ過ぎてしまう</li> <li>心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食べ始めたらずまらない</li> <li>ストレスを感じると食べる</li> <li>お腹すいてなくても食べたくなる</li> <li>食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食欲が抑えられない</li> <li>夜中起きると食べてしまう</li> <li>食欲が止まらない</li> <li>食欲をコントロールできない</li> </ul>	
	胃腸	<ul style="list-style-type: none"> <li>食べるとお腹が張って苦しくなる</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>太っているからか腸の痙攣もおこるよ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>逆流性食道炎になった</li> </ul>	
排泄	排便				<ul style="list-style-type: none"> <li>便秘になって大変</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>便器に座ると便座が割れる</li> </ul>
	排尿	<ul style="list-style-type: none"> <li>横になるとトイレに行きたくなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿意を感じて夜中に3回起きる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>トイレに何度も起きて寝た感じがしない</li> <li>むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている</li> <li>膀胱炎になりやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿漏れする</li> <li>起きてトイレに行くまで間に合わない</li> </ul>	
動作	歩行	<ul style="list-style-type: none"> <li>疲労感がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>長く歩くと息切れがする</li> <li>階段を上るとき息切れする</li> <li>坂道は息が切れる</li> <li>運動するとすぐ息が切れる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体重で足裏が痛い</li> <li>階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる</li> <li>ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない</li> <li>歩くと足がしびれる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>200m歩くのにも呼吸が苦しい</li> <li>歩いたら苦しくなるので横になっている</li> <li>だるくて寝ていることが多い</li> </ul>	
	日常動作		<ul style="list-style-type: none"> <li>屈めず、足の爪を切ることができない</li> <li>朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている</li> <li>運動すると数日だるくなる</li> <li>身体が動かづらい</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>お腹が邪魔で前に屈めない</li> <li>シャワーがづらい</li> <li>手が届かないので排泄の後始末ができない</li> </ul>	
身体	胸	<ul style="list-style-type: none"> <li>2～3年前から胸の変な感じがある</li> <li>仕事時々胸の息苦しさ</li> <li>1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた</li> <li>胸が痛くなることがある。止まるんじゃないかとグツと</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>動悸がする</li> <li>胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる</li> <li>心臓が大きくなっているといわれた</li> <li>少し動いただけでも心臓がきつい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める</li> <li>仰向けには寝れない、いつも横向きに寝ている</li> <li>心臓はスピードのある作業するとバクバクする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>左を向いて寝ると動悸が激しく眠れなかった</li> <li>心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル</li> <li>今も段差上がったとき苦しくなる</li> <li>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</li> </ul>	
	免疫	<ul style="list-style-type: none"> <li>蜂窩織炎になる</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>風邪をひきやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>よく風邪をひく</li> <li>よく体調を崩す</li> </ul>	
	皮膚	<ul style="list-style-type: none"> <li>背中がかゆい</li> <li>皮膚が赤くなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>湿疹ができる</li> <li>痒い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>皮膚が赤く炎症を起こしてる</li> <li>炎症で体毛が生えなくなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている</li> <li>全身の湿疹がづらい</li> <li>皮膚科に毎月通院している</li> </ul>	

出典：特定健診・特定保健指導実践へ向けて

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が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 68 の「日常生活」で困っている住民の声からも読み取れます。

次に図表 67 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により、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の良いことが分かります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

【図表 69】心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰	
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患							
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
1	男	60代		●	●			●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●		●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●		●	●	●	●		メタボ	

### 3) 対象者の明確化

【図表 70】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	1,215	60	94	430	631	1,582	84	133	624	741	
メタボ該当者	B	318	5	19	115	179	129	1	10	46	72	
	B/A	26.2%	8.3%	20.2%	26.7%	28.4%	8.2%	1.2%	7.5%	7.4%	9.7%	
再掲	① 3項目全て	C	119	1	7	40	71	52	0	5	13	34
		C/B	37.4%	20.0%	36.8%	34.8%	39.7%	40.3%	0.0%	50.0%	28.3%	47.2%
	② 血糖+血圧	D	25	0	1	12	12	8	0	1	1	6
		D/B	7.9%	0.0%	5.3%	10.4%	6.7%	6.2%	0.0%	10.0%	2.2%	8.3%
	③ 血圧+脂質	E	160	3	10	56	91	63	0	4	29	30
		E/B	50.3%	60.0%	52.6%	48.7%	50.8%	48.8%	0.0%	40.0%	63.0%	41.7%
	④ 血糖+脂質	F	14	1	1	7	5	6	1	0	3	2
		F/B	4.4%	20.0%	5.3%	6.1%	2.8%	4.7%	100.0%	0.0%	6.5%	2.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 71】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	あり	なし		あり	なし	あり	なし		
総数	1,215	318	26.2%	278	87.4%	40	12.6%	1,582	129	8.2%	124	96.1%	5	3.9%
40代	60	5	8.3%	2	40.0%	3	60.0%	84	1	1.2%	1	100.0%	0	0.0%
50代	94	19	20.2%	15	78.9%	4	21.1%	133	10	7.5%	9	90.0%	1	10.0%
60代	430	115	26.7%	97	84.3%	18	15.7%	624	46	7.4%	45	97.8%	1	2.2%
70~74歳	631	179	28.4%	164	91.6%	15	8.4%	741	72	9.7%	69	95.8%	3	4.2%

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 70)は、男性では 50 代から受診者の 2~3 割を超えますが、女性では 60 代、70 代で 1 割程度であるため、男性を優先することが効率的かつ効果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 71)は、男女とも 85%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、治療だけでは改善できないことが分かります。

また、図表 69 心・脳血管疾患を発症した事例を検証すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、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し、心血管へ直接影響を与えた結果であると考えます。このように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かたには、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中のかたには、治療を中断し、心血管疾患を起さ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は、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

### 【図表 72】 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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	6-6 食欲が抑えられない
~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~	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2 保健指導対象者の明確化	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプテンが出ています
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	7 健診データ・検査
2-2 おたずね	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-3 健診結果みる肥満のリスク	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
2-4 肥満がもたらすもの	7-3 血管が傷むとは
3 肥満の症状	7-4 体の中で起きていることは？
3-1 肥満がもたらす症状	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
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	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-10 肥満や高血糖になると
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	腎臓では何が起きているのでしょうか？
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)	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
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！	8 食事療法
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8-1 栄養指導の基本
3-7 新型コロナと肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4 高度肥満	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-1 外科手術という治療があります	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	9 運動療法
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
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	9-2 体重測定
5 保健指導教材で減量できた事例	10 参考資料
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	
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ついては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

## IV. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

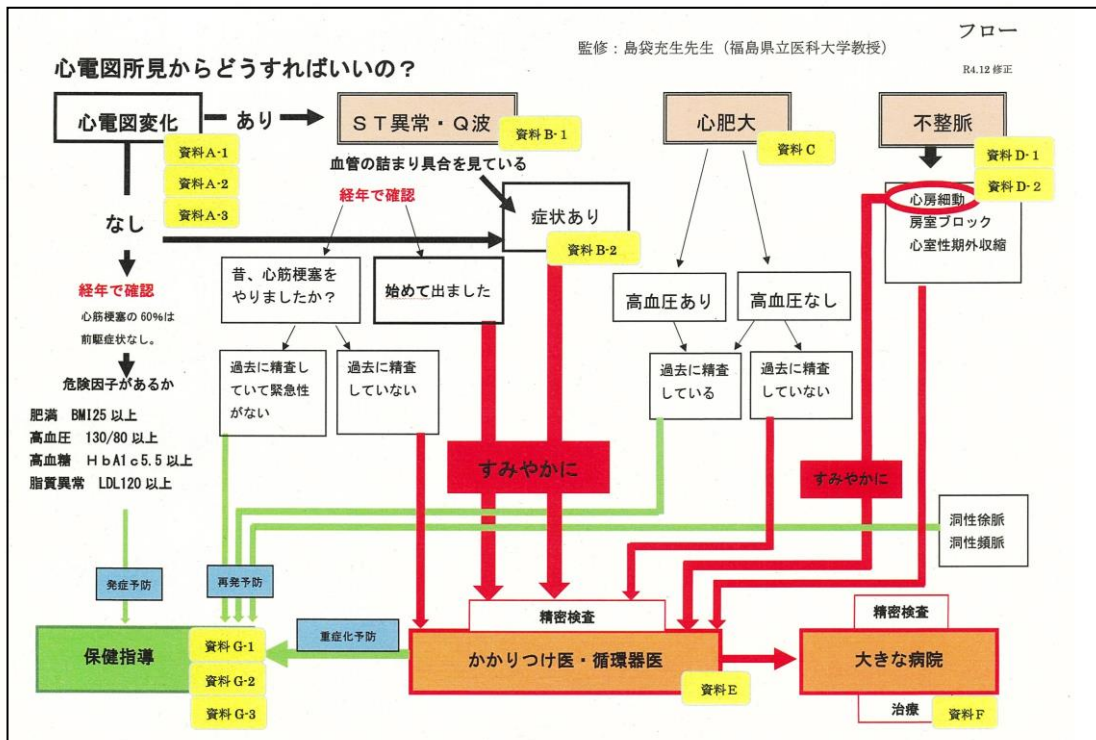
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

### 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 73 に基づいて考えます。

【図表 73】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。

本市の集団検診においては、心電図検査を1,991人(100.0%)に実施し、そのうち有所見者が396人(19.9%)でした。所見の中でも不整脈の脚ブロックが123人(31.1%)で、所見率が一番高いことがわかります(図表74)。

また、有所見者のうち要精査が82人(20.7%)で、その後の受診状況を見ると26人(31.7%)は未受診でした(図表75)。

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74】心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査			所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
		実施者数 A	実施率	有所見者 数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		輪偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,991	100.0%	396	19.9%	9	2.3%	13	3.3%	16	4.0%	73	18.4%	6	1.5%	123	31.1%	35	8.8%	52	13.1%
	男性	854	100.0%	222	26.0%	4	1.8%	5	2.3%	7	3.2%	38	17.1%	4	1.8%	68	30.6%	30	13.5%	27	12.2%
	女性	1,137	100.0%	174	15.3%	5	2.9%	8	4.6%	9	5.2%	35	20.1%	2	1.1%	55	31.6%	5	2.9%	25	14.4%

妙高市調べ

【図表75】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	396		82	20.7%	56	68.3%	26	31.7%
男性	222	56.1%	53	23.9%	35	66.0%	18	34.0%
女性	174	43.9%	29	16.7%	21	72.4%	8	27.6%

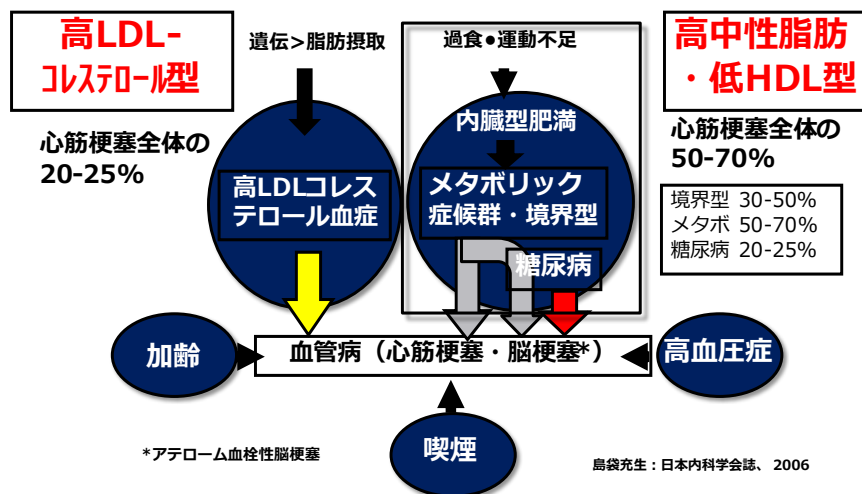
妙高市調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない又は心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)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76)。

【図表 76】心血管病をおこしやすいひと



図表 76 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 70、71)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 77)。

【図表 77】冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定 令和04年度

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

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
			882	478	268	86	50	9	26	61	40
				54.2%	30.4%	9.8%	5.7%	6.6%	19.1%	44.9%	29.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	112	61	27	14	10	9	15	0	0
			12.7%	12.8%	10.1%	16.3%	20.0%	100.0%	57.7%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	393	209	132	37	15	0	7	31	14
			44.6%	43.7%	49.3%	43.0%	30.0%	0.0%	26.9%	50.8%	35.0%
高リスク	120未満 (150未満)		344	188	99	33	24	0	4	29	24
			39.0%	39.3%	36.9%	38.4%	48.0%	0.0%	15.4%	47.5%	60.0%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	19	6	5	4	4	0	1	7	0	
		2.2%	1.3%	1.9%	4.7%	8.0%	0.0%	3.8%	11.5%	0.0%	
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)	33	20	10	2	1	0	0	1	2
			3.7%	4.2%	3.7%	2.3%	2.0%	0.0%	0.0%	1.6%	5.0%

※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。

出典:ヘルスサポートラボツール

### 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、対象者の状態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。治療中であっても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 78】心電図所見からの保健指導教材

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ついては、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、二次健診の受診を勧めていく必要があります。

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

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

#### (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方への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成して、健診や医療の受診、経過を把握して管理します。

#### 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、治療中の方に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

評価にあたっては、短期的評価と中長期的評価の二つ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て年 1 回行います。その際は、KDB 等の情報を利用します。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

5 月 対象者の選定基準の決定

6 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8 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)

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

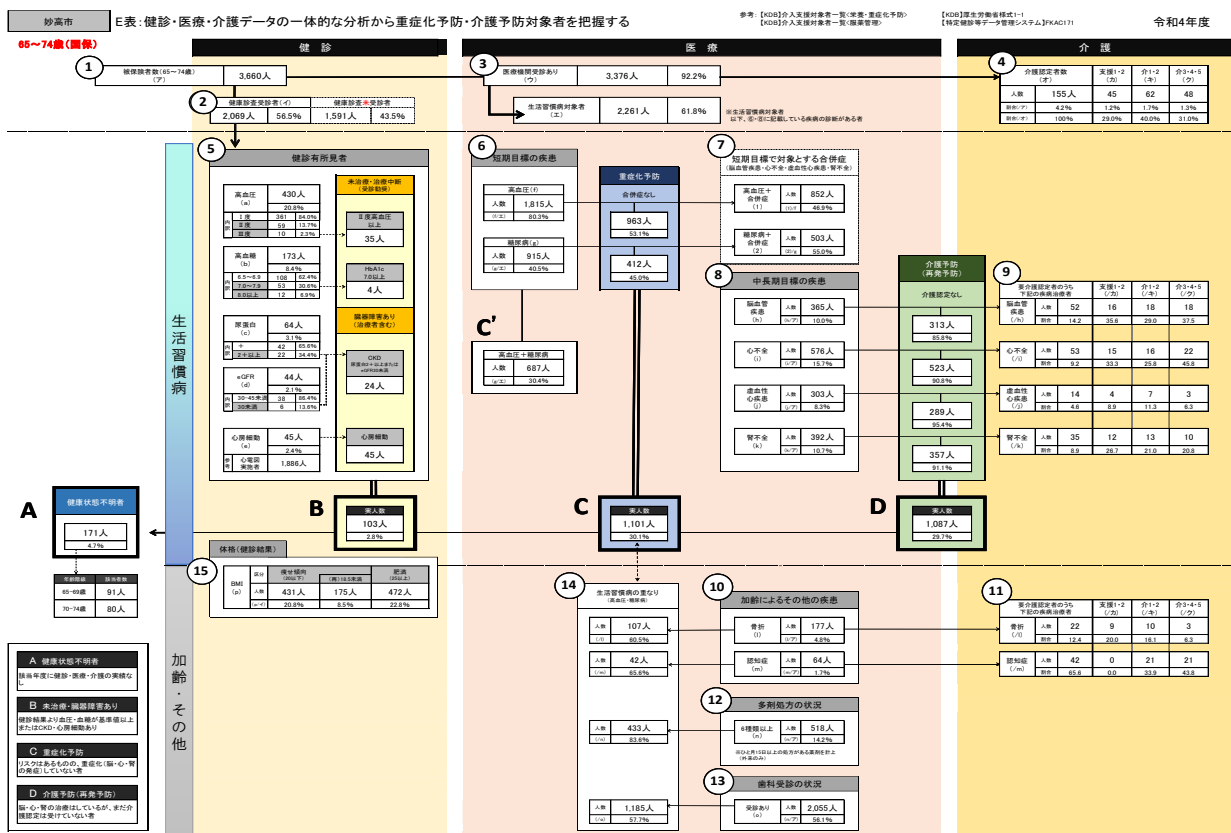
#### 2) 事業の実施

本市は、令和 5 年度より新潟県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。後期高齢者の自立した生活と健康寿命の延伸を目指し、令和 6 年度以降も引き続き事業を進めていきます。

具体的には、

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置して、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するとともに、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域ごとに担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、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。
- ③ 生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(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



## 4. 発症予防

生活習慣病は成人の死因との関連性が高いことから、その予防は現在における健康上の大きな課題となっています。健康的な生活習慣の確立が幼児期・学童期に端を発することを考えれば、幼児や児童に対する生活習慣病対策、特に肥満予防の重要性は容易に想起されます。幼児期・学童期の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、その後のライフステージにおいて成人期の生活習慣病や、それに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、また全被保険者がデータヘルス計画の対象者であることから、それらのデータをライフサイクルの視点で見ても有効に活用していくことが重要です。

【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

【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）

重症予防 ← 健康増進法 → 重症化予防

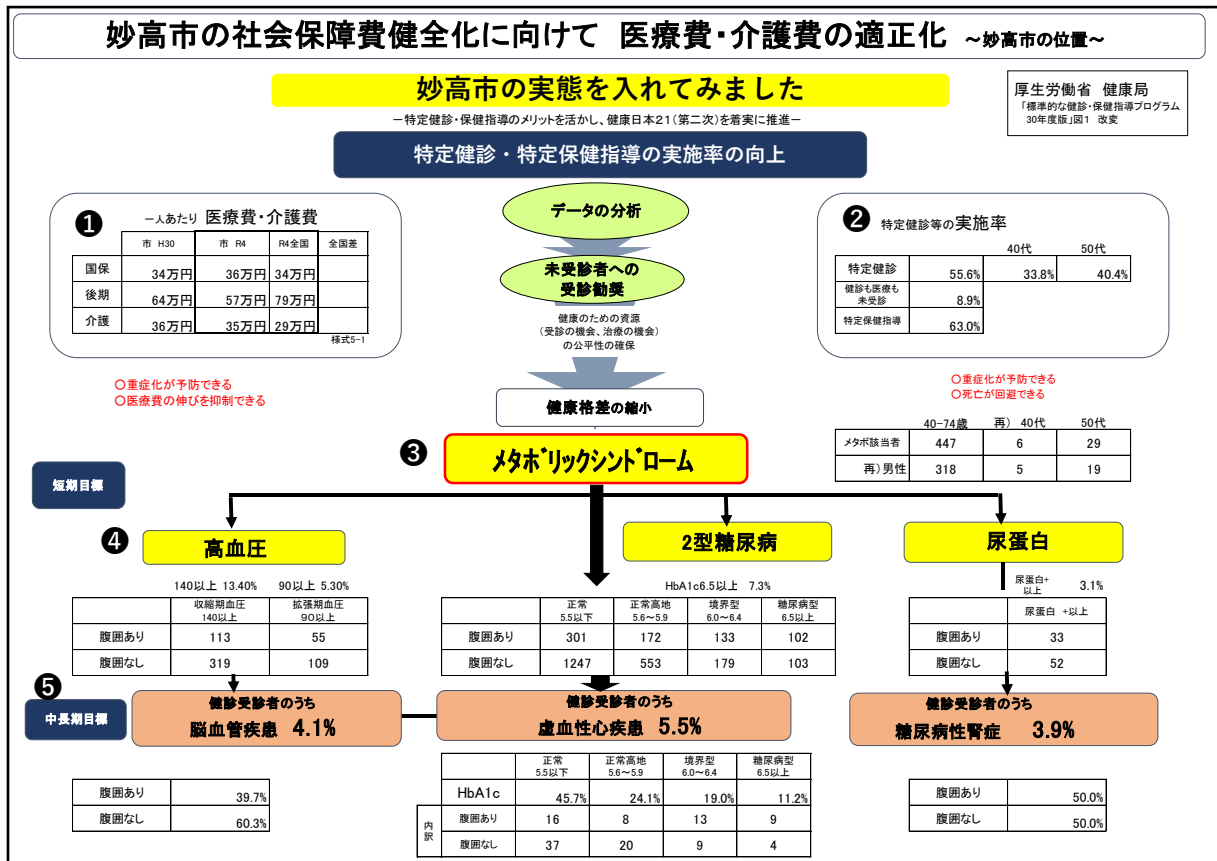
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法																
	母子保健法		学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)										
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）（他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能） データヘルズ計画（保健事業実施計画）（各保健者）																
3 年代	妊婦（胎児期）		0歳～5歳		6歳～14歳		15～18歳		30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上		
	産婦 健康 (13条)	産後 1年以 内	乳幼児健康診査 (第12・13条)	保育所・幼稚園 健康診査	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)	小学校 中学校 高等学校	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)								
4 健康診査 (根拠法)	妊婦前	妊婦中	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園 児	就学時 健診 (11・12条)	小学校	労働安全衛生規則（第13・44条）								
									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
5 対象者	血糖	95mg/dl以上							6.5%以上								
	HbA1c	6.5%以上															
	5OGCT	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															
	(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																
	肥満度																
	尿糖	(+) 以上															
	糖尿病 家族歴																



## 5. 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という実態や、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に周知していきます(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し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。

【図表 82】 評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、KDB システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当地区の被保険者分については定期的に確認し、把握に努めます。

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ることから、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、ホームページや市広報等を通じた周知のほか、上越医師会などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

### 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 国民健康保険の総医療費と予防可能な生活習慣病にかかる医療費の推移
- 参考資料2 様式 5-1 国・県・同規模市町村平均と比べてみた妙高市の位置(H30～R04 年度)
- 参考資料3 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料4 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料5 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6 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7 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8 HbA1c の年次比較
- 参考資料9 血圧の年次比較
- 参考資料10 LDL-C の年次比較

参考資料1 国民健康保険の総医療費と予防可能な生活習慣病にかかる医療費の推移

最大医療資源 傷病名	妙高市										新潟県	
	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	医療費の 増減 (R4-H28)	R4			
	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費の 増減 (R4-H28)	医療費(円)	総医療費 に占める 割合		
総医療費	2,471,679,270	2,420,956,660	2,389,413,260	2,283,389,600	2,281,134,040	2,135,646,980	2,348,322,150	-123,357,120	157,091,791,880			
一人当たり医療費	26,971	27,701	28,244	27,836	28,158	28,872	30,301	3,330	28,748			
中長期 疾病目標	516,886,540	483,374,110	453,474,440	429,730,600	456,444,900	414,623,450	626,531,790	109,545,250	358,165,841,110	22.8%		
脳 (脳血管疾患 虚血性心疾患 (狭心症・心筋梗塞))	38,211,970	31,410,100	27,892,540	32,958,810	37,180,800	27,427,340	61,653,220	23,441,250	3,623,949,640	2.3%		
心	25,712,210	24,023,700	29,757,910	17,475,340	22,019,460	19,433,920	18,323,010	-7,389,200	1,240,446,320	0.8%		
腎	83,555,780	73,076,390	71,724,230	70,839,570	109,816,540	119,195,150	143,614,440	60,058,660	6,821,064,000	4.3%		
慢性腎不全	79,798,830	69,580,120	64,768,940	67,191,610	99,267,900	113,047,980	137,273,740	57,474,910	6,317,078,210	4.0%		
再透析あり	3,756,950	3,496,270	6,955,290	3,647,960	10,548,640	6,147,170	6,340,700	2,583,750	503,985,790	0.3%		
透析なし	147,479,960	128,510,190	129,374,680	121,273,720	169,016,800	166,056,410	367,205,110	219,725,150	18,506,523,960	11.7%		
中長期目標 疾患の計	122,431,750	108,707,700	94,058,000	88,352,900	85,500,930	65,736,740	67,168,850	-55,262,900	5,645,788,980	3.6%		
高血圧症	134,713,040	135,535,030	132,976,620	132,501,100	132,384,520	118,480,890	131,454,540	-3,258,500	8,254,950,160	5.3%		
糖尿病	112,361,790	110,821,190	97,065,140	87,602,880	69,542,650	64,349,410	60,703,290	-51,658,500	3,409,321,010	2.2%		
脂質異常症	369,506,580	354,863,920	324,099,760	308,456,880	287,428,100	248,567,040	259,326,680	-110,179,900	17,310,060,150	11.0%		
短期目標 疾患の計	450,233,330	429,164,140	394,496,980	371,429,300	363,517,910	376,779,600	379,967,830	-76,265,500	29,638,493,450	18.9%		
その他 悪性新生物												

KDBシステム(健診・医療・介護データから見る地域の健康課題)



項目		妙高市										同規模市町村平均		新潟県		国								
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度								
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4 医療	⑤	医療費分析	入院	高血圧症	461	0.3	679	0.5	502	0.4	268	0.2	216	0.1	380	0.2	282	0.2	256	0.2				
				糖尿病	759	0.5	775	0.6	422	0.3	861	0.6	1,626	1.0	1,531	0.9	1,114	0.8	1,144	0.9				
				脂質異常症	85	0.1	98	0.1	123	0.1	403	0.3	8	0.0	89	0.1	31	0.0	53	0.0				
				脳梗塞・脳出血	2,806	1.9	3,597	2.7	4,188	3.0	3,415	2.3	8,512	5.4	7,151	4.2	6,888	4.8	5,993	4.5				
				虚血性心疾患	3,447	2.4	1,797	1.3	2,301	1.6	2,382	1.6	1,863	1.2	4,385	2.6	2,252	1.6	3,942	2.9				
		腎不全	3,944	2.7	2,561	1.9	2,585	1.8	4,716	3.2	7,708	4.9	4,815	2.8	3,962	2.8	4,051	3.0						
		医療費分析	外来	高血圧症	12,930	6.6	12,278	6.1	12,079	6.2	10,643	5.1	10,202	4.9	13,011	5.8	12,445	5.9	10,143	4.9				
				糖尿病	18,303	9.3	18,763	9.3	18,900	9.6	19,340	9.3	19,157	9.3	22,014	9.8	17,967	8.5	17,720	8.6				
				脂質異常症	13,734	7.0	12,747	6.3	10,110	5.2	10,205	4.9	9,408	4.6	7,959	3.6	7,857	3.6	7,092	3.5				
				脳梗塞・脳出血	1,164	0.6	1,237	0.6	1,283	0.7	1,240	0.6	1,051	0.5	1,056	0.5	1,215	0.6	825	0.4				
	虚血性心疾患			1,437	0.7	1,212	0.6	1,115	0.6	1,331	0.6	1,308	0.6	1,975	0.9	1,237	0.6	1,722	0.8					
	腎不全	14,112	7.2	15,524	7.7	17,340	8.9	18,869	9.0	18,874	9.1	18,492	8.3	17,399	8.3	15,781	7.7							
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	3,081		2,856		2,346		2,859		2,725		2,592		2,393		2,031						
			健診未受診者	11,531		10,472		11,284		10,685		11,153		13,920		11,613		13,295						
			生活習慣病対象者一人当たり	8,876		8,411		7,208		8,905		8,766		7,237		7,631		6,142						
	⑦	健診・レセ会計	受診勧奨者	1,670	52.9	1,634	53.5	1,478	51.5	1,347	47.5	1,242	45.9	346,525	57.5	81,031	55.1	3,881,055	57.0					
			医療機関受診率	1,522	48.2	1,502	49.1	1,335	46.5	1,182	41.7	1,095	40.4	313,811	52.0	72,727	49.5	3,543,116	52.0					
			医療機関非受診率	148	4.7	132	4.3	144	5.0	165	5.8	147	5.4	32,714	5.4	8,304	5.6	337,939	5.0					
	5 健診	特定健診の状況	県内市町村数 33市町村 同規模市区町村数 280市町村	健診受診者	3,157		3,056		2,871		2,835		2,708		602,959		147,042		6,812,842					
受診率				58.5		58.3	県内4位 同規模9位	55.2	県内4位 同規模6位	55.1	県内5位 同規模9位	55.9	県内5位 同規模8位	40.5	43.0	全国11位	37.1							
特定保健指導終了者(実施率)				152	61.5	174	76.7	124	64.2	112	58.9	95	52.2	17,768	26.0	4,356	28.1	107,925	13.4					
非肥満高血糖				321	10.2	308	10.1	320	11.1	326	11.5	256	9.5	64,401	10.7	18,782	12.8	615,549	9.0					
メタボ				該当者	510	16.2	483	15.8	476	16.6	459	16.2	435	16.1	128,378	21.3	29,670	20.2	1,382,506	20.3				
				男性	353	25.0	332	24.1	326	25.8	321	25.8	306	26.0	88,752	32.7	20,950	31.0	965,486	32.0				
				女性	157	9.0	151	9.0	150	9.3	138	8.7	129	8.4	39,626	12.0	8,720	11.0	417,020	11.0				
				予備群	216	6.8	209	6.8	199	6.9	199	7.0	207	7.6	65,375	10.8	13,575	9.2	765,405	11.2				
メタボ該当・予備群レベル				男性	158	11.2	161	11.7	157	12.4	153	12.3	156	13.3	45,739	16.8	9,882	14.6	539,738	17.9				
				女性	58	3.3	48	2.9	42	2.6	46	2.9	51	3.3	19,636	5.9	3,693	4.6	22,567	5.9				
				総数	786	24.9	751	24.6	721	25.1	703	24.8	692	25.6	211,634	35.1	46,828	31.8	2,860,778	34.9				
				BMI	男性	55	3.9	49	3.6	38	3.0	39	3.1	37	3.1	4,979	1.8	1,330	2.0	51,248	1.7			
女性					179	10.3	175	10.4	162	10.1	160	10.1	137	8.9	26,874	8.1	5,852	7.4	268,790	7.1				
総数					234	7.4	224	7.3	200	7.0	199	7.0	174	6.4	31,853	5.3	7,182	4.9	320,038	4.7				
6 問診				問診の状況	生活習慣の状況	服薬	高血圧	1,154	36.6	1,114	36.5	1,112	38.7	1,104	38.9	1,025	37.9	236,115	39.2	54,780	37.3	2,428,038	35.6	
						糖尿病	306	9.7	291	9.5	295	10.3	285	10.1	266	9.8	59,860	9.9	12,720	8.7	589,470	8.7		
						脂質異常症	1,047	33.2	1,045	34.2	1,074	37.4	1,043	36.8	976	36.0	176,172	29.2	43,220	29.4	1,899,637	27.9		
						脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	115	3.7	102	3.4	109	3.9	100	3.6	81	3.0	19,155	3.3	5,262	3.6	207,385	3.1		
						心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	133	4.3	114	3.8	113	4.0	111	4.0	105	3.9	34,801	5.9	7,181	4.9	365,407	5.5		
	腎不全	43	1.4			33	1.1	26	0.9	30	1.1	29	1.1	5,373	0.9	1,218	0.8	53,898	0.8					
	貧血	206	6.6			206	6.8	182	6.5	178	6.4	167	6.2	58,230	10.0	17,383	11.9	702,088	10.7					
	喫煙	413	13.1			397	13.0	356	12.4	313	11.6	313	11.6	77,778	12.9	19,377	13.2	939,212	13.8					
	週3回以上朝食を抜く	156	5.0			149	4.9	143	5.0	157	5.6	157	5.8	44,690	7.9	10,625	7.4	642,886	10.4					
	週3回以上食後開食(～H23)	0	0.0			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0					
	週3回以上就寝前夕食(H30～)	412	13.2			400	13.2	334	11.8	327	11.7	337	12.6	85,443	15.0	20,498	14.2	976,348	15.7					
	週3回以上就寝前夕食	412	13.2			400	13.2	334	11.8	327	11.7	337	12.6	85,443	15.0	20,498	14.2	976,348	15.7					
	食べ進む速度が遅い	756	24.1			752	24.7	695	24.4	699	24.8	650	24.2	152,716	26.8	35,279	24.4	1,659,705	26.8					
	20歳時体重から10kg以上増加	901	28.8			850	28.0	796	27.9	785	27.8	735	27.3	197,996	34.7	44,629	30.9	2,175,065	35.0					
1日30分以上運動習慣なし	1,946	62.3	1,935	63.8	1,754	61.7	1,780	63.2	1,708	63.5	357,338	62.7	93,242	64.7	3,749,069	60.4								
1日1時間以上運動なし	1,413	45.2	1,236	40.8	1,124	39.5	933	33.2	867	32.3	270,721	47.2	61,379	42.7	2,982,100	48.0								
睡眠不足	669	21.4	664	21.9	600	21.1	590	20.9	607	22.6	142,888	25.0	30,389	21.2	1,587,311	25.6								
毎日飲酒	846	27.0	814	26.8	765	26.7	745	26.3	734	27.1	147,864	25.4	43,768	30.0	1,658,999	25.5								
時々飲酒	842	26.8	812	26.7	729	25.4	724	25.6	696	25.7	119,430	20.5	33,520	23.0	1,463,468	22.5								
一日飲酒量	1合未満	1,998	69.6	1,976	70.3	1,851	71.6	1,863	72.7	1,794	71.9	236,943	62.8	76,536	64.0	2,978,351	64.1							
	1～2合	642	22.4	622	22.1	552	21.4	514	20.0	514	20.6	94,723	25.1	29,618	24.8	1,101,465	23.7							
	2～3合	209	7.3	191	6.8	155	6.0	168	6.6	164	6.6	35,964	9.5	11,104	9.3	434,461	9.4							
	3合以上	22	0.8	23	0.8	27	1.0	19	0.7	24	1.0	9,408	2.5	2,327	1.9	128,716	2.8							

# 参考資料3 健診・医療・介護の一体的な分析

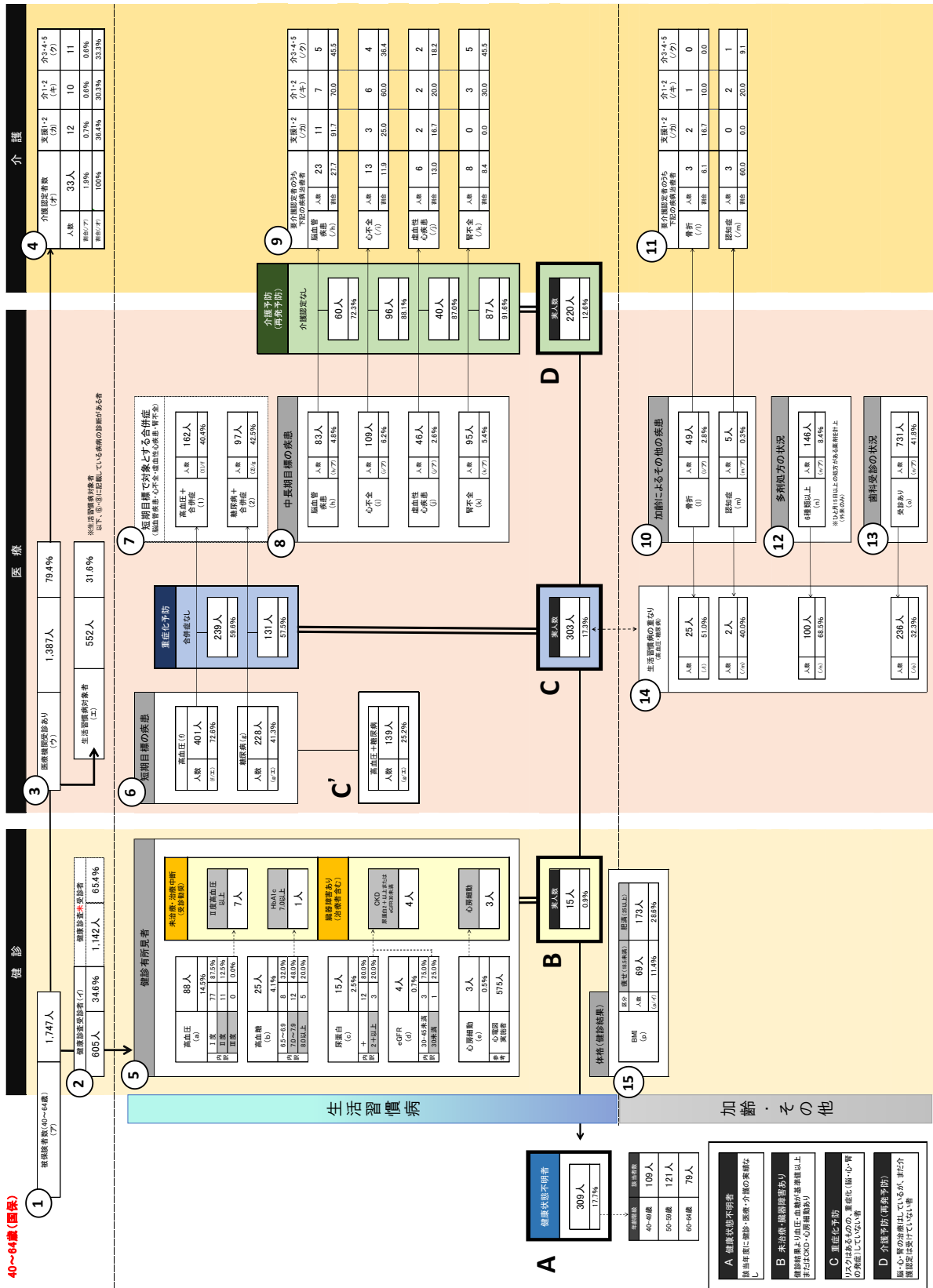
## ① 40～64歳(国保)

### 令和4年度

【CGI】厚生労働省様式1-1  
【特定健診電子データシステム(PFASG17)】

参考：【CGI】介入支援対象者(一宮・二宮・三宮・四宮・五宮・六宮)  
【CGI】介入支援対象者(一宮・二宮・三宮・四宮・五宮・六宮)  
※生活習慣病対象者  
以下、色で区別している

### E表：健診・医療・介護電子データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する





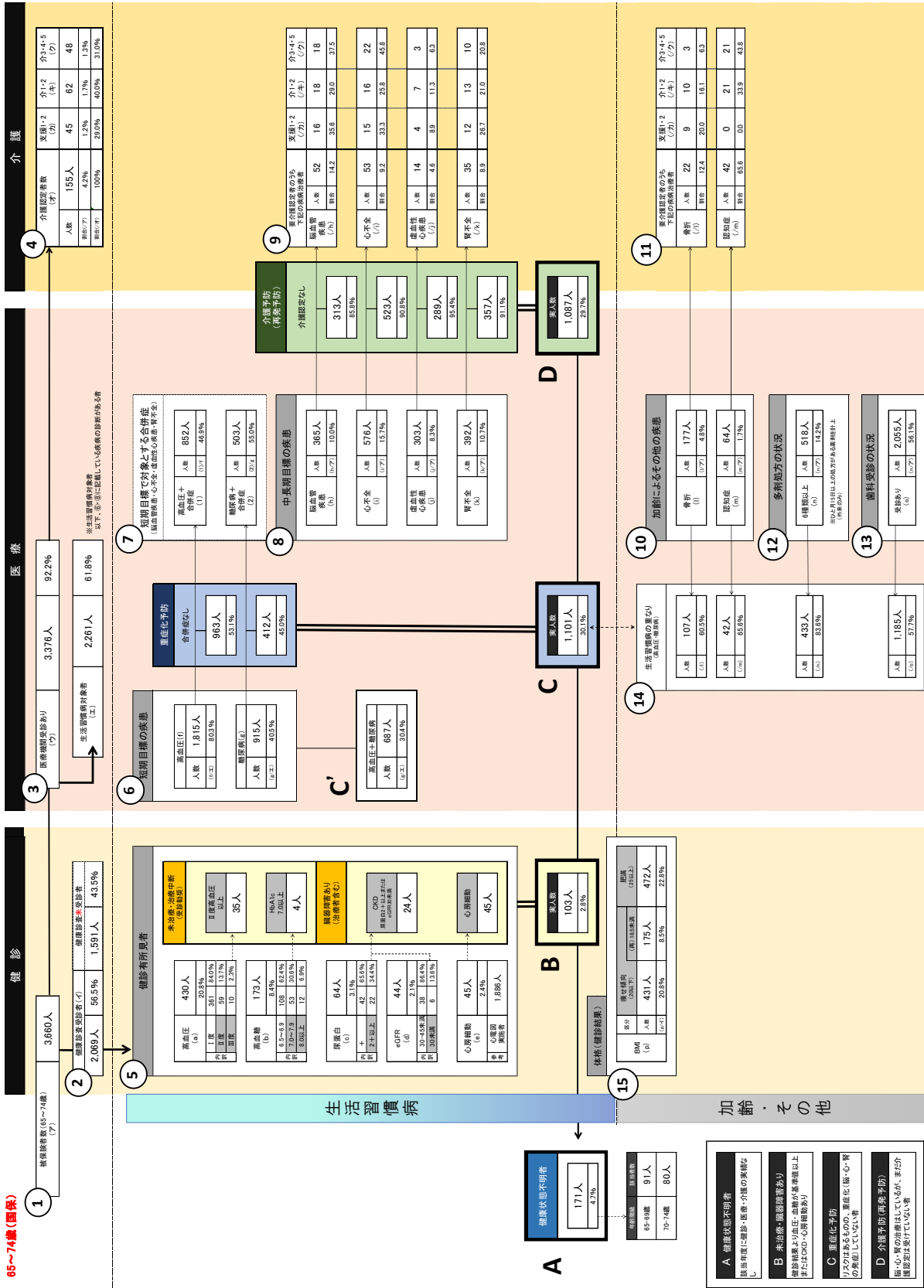
② 65～74 歳(国保)

令和4年度

【KOB】厚生労働省様式1-1  
【特定保健診察予一】管理シマテ、PRAQ171

参考：【KOB】介護予防対象者一覧(受診・受診者・重症心不全)  
【KOB】介護予防対象者一覧(糖尿病)

E表：健診・医療・介護予防対象者から重症化予防・介護予防対象者を把握する



③ 65～74 歳(後期)

令和4年度

【KQ9】重症化予防・介護予防  
【特定高齢者一斉健康シナリオ(PHAC)1】

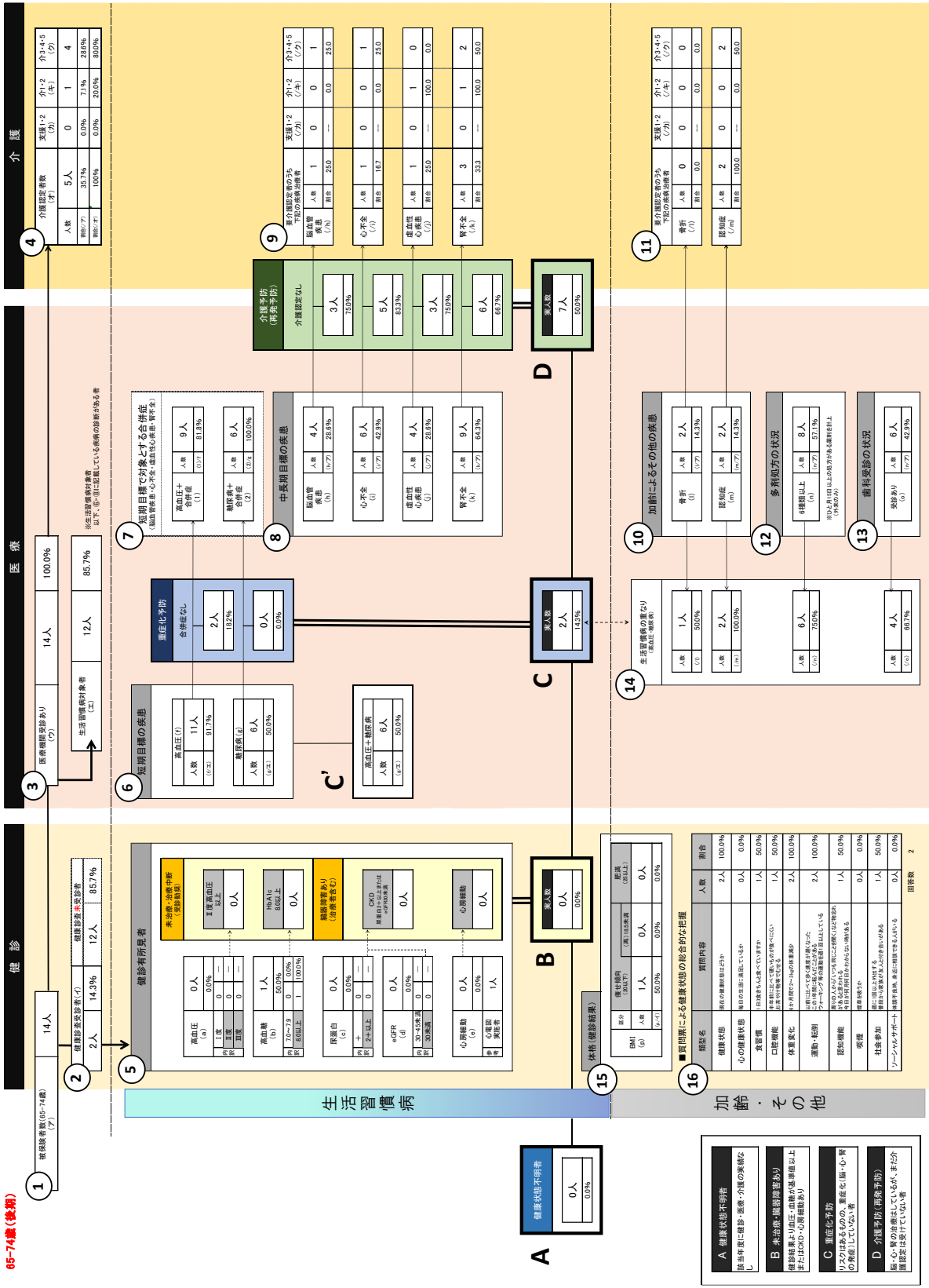
【KQ10】重症化予防・介護予防  
【特定高齢者一斉健康シナリオ(PHAC)1】

【KQ11】重症化予防・介護予防  
【特定高齢者一斉健康シナリオ(PHAC)1】

【KQ12】重症化予防・介護予防  
【特定高齢者一斉健康シナリオ(PHAC)1】

抄高市  
65～74歳(後期)

E表: 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する



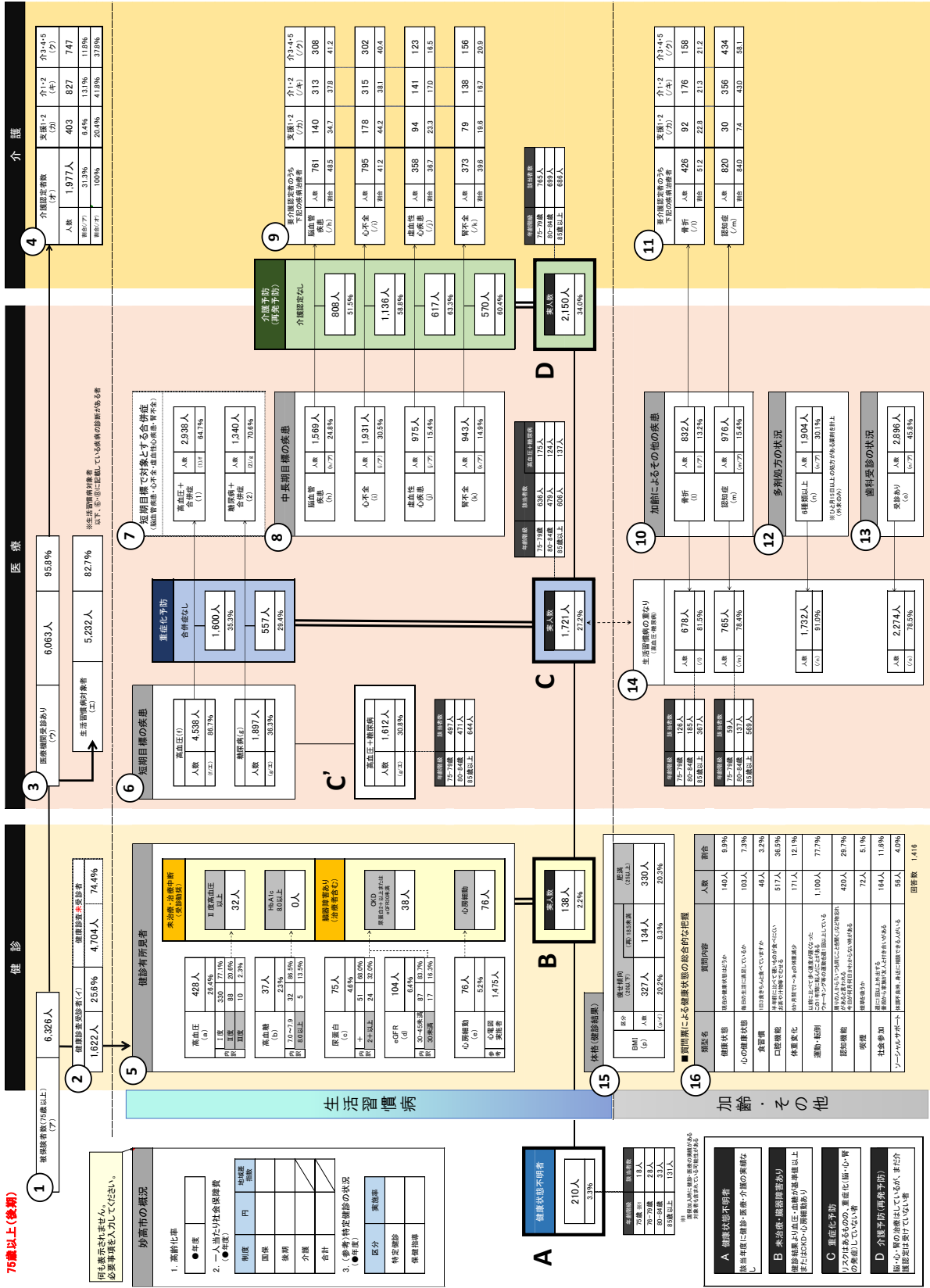
④ 75歳以上(後期)

令和4年度

【CDB】厚生労働省様式1-1  
【特定療養等子午管理システム】PFA60171

参考: 【CDB】介護予防対象者一覧(介護・医療・重症化予防)  
【CDB】介護予防対象者一覧(健康増進)  
【CDB】後期高齢者の健康増進(高齢者・介護予防)

E表: 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する

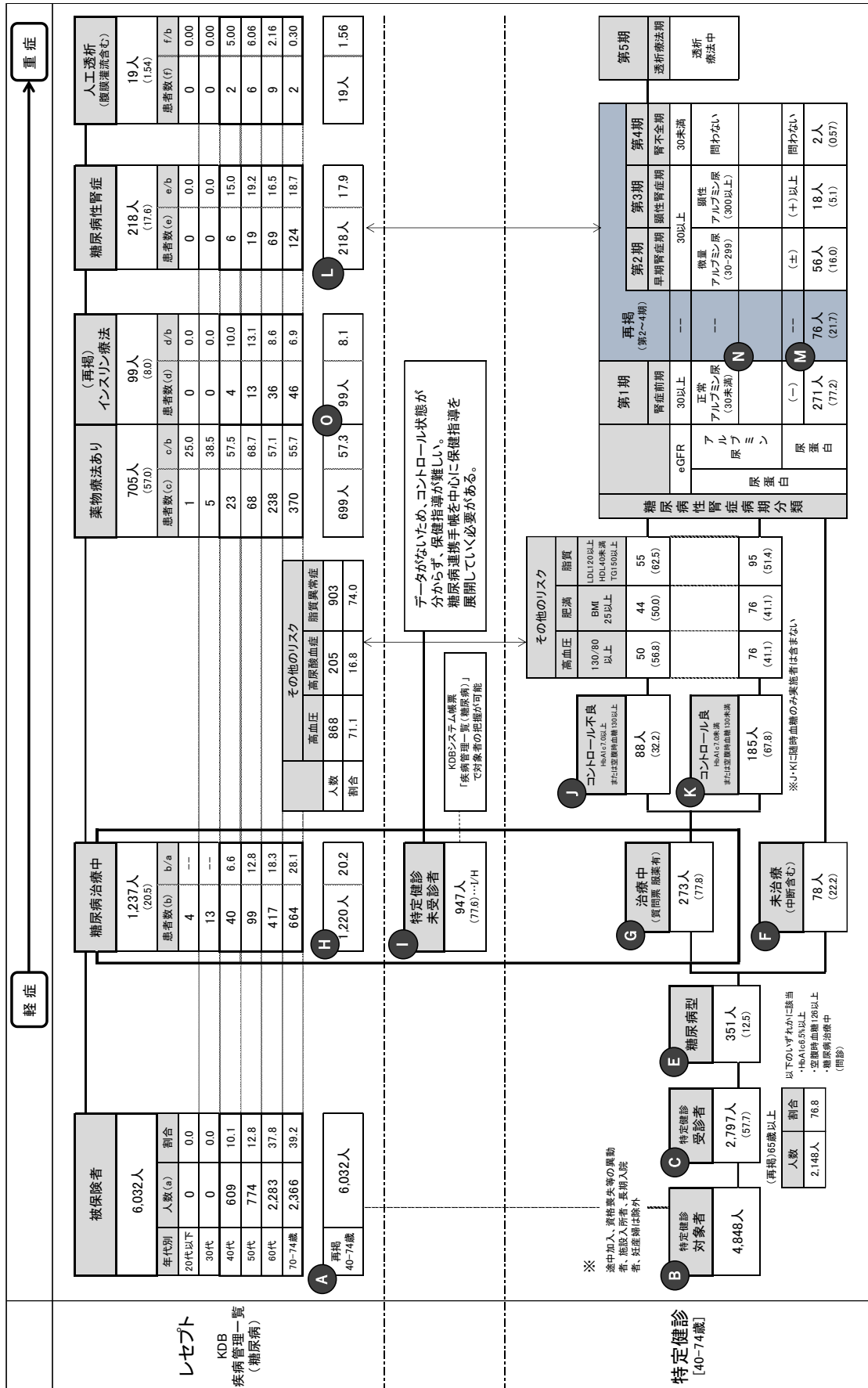


参考資料4 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	妙高市										同規模市町村 保険者(平均)		データ基
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	7,118人		6,921人		6,790人		6,790人		6,510人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		6,055人		5,909人		5,793人		5,809人		5,596人				
2	① 特定健診 対象者数	B	5,404人		5,252人		5,207人		5,087人		4,827人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	3,242人		3,161人		2,974人		2,933人		2,797人				
3	① 特定 保健指導 対象者数		246人		227人		195人		189人		176人				
	② 特定 保健指導 実施率		61.4%		75.8%		64.1%		59.3%		48.9%				
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	406人	12.5%	390人	12.3%	391人	13.1%	374人	12.8%	351人	12.5%		特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	93人	22.9%	86人	22.1%	88人	22.5%	79人	21.1%	78人	22.2%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	313人	77.1%	304人	77.9%	303人	77.5%	295人	78.9%	273人	77.8%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	105人	33.5%	102人	33.6%	97人	32.0%	93人	31.5%	88人	32.2%		
		⑤ 血圧 130/80以上		65人	61.9%	68人	66.7%	55人	56.7%	57人	61.3%	50人	56.8%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		57人	54.3%	46人	45.1%	39人	40.2%	45人	48.4%	44人	50.0%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	208人	66.5%	202人	66.4%	206人	68.0%	202人	68.5%	185人	67.8%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	280人	69.0%	226人	57.9%	304人	77.7%	288人	77.0%	271人	77.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		84人	20.7%	128人	32.8%	54人	13.8%	58人	15.5%	56人	16.0%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		31人	7.6%	32人	8.2%	27人	6.9%	24人	6.4%	18人	5.1%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.3%	3人	0.8%	2人	0.5%	2人	0.6%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		120.1人		119.1人		111.6人		111.3人		112.4人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		139.7人		137.9人		128.9人		128.2人		128.7人			
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対	H	入院外(件数)	4,081件 (690.6)	4,087件 (705.3)	4,194件 (725.2)	4,111件 (723.6)	3,978件 (737.2)	1,557,522件 (951.6)	7,406件 (4.5)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④ 入院(件数)		16件 (2.7)	15件 (2.6)	8件 (1.4)	15件 (2.6)	23件 (4.3)	7,406件 (4.5)						
		⑤ 糖尿病治療中	H	855人	12.0%	824人	11.9%	758人	11.2%	756人	11.1%	732人	11.2%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		846人	14.0%	815人	13.8%	747人	12.9%	745人	12.8%	720人	12.9%		
		⑦ 健診未受診者	I	533人	63.0%	502人	61.6%	444人	59.4%	450人	60.4%	447人	62.1%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑧ インスリン治療	O	44人	5.1%	44人	5.3%	49人	6.5%	42人	5.6%	57人	7.8%		
		⑨ (再掲)40-74歳		44人	5.2%	44人	5.4%	47人	6.3%	42人	5.6%	56人	7.8%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	96人	11.2%	123人	14.9%	118人	15.6%	125人	16.5%	120人	16.4%		
		⑪ (再掲)40-74歳		96人	11.3%	123人	15.1%	117人	15.7%	124人	16.6%	119人	16.5%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.3%	12人	1.5%	11人	1.5%	14人	1.9%	14人	1.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
		⑬ (再掲)40-74歳	11人	1.3%	12人	1.5%	11人	1.5%	13人	1.7%	14人	1.9%			
		⑭ 新規透析患者数	5人	0.6%	1人	0.1%	6人	0.8%	4人	0.5%	3人	0.4%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	0人	0%	0人	0.0%	4人	0.5%	1人	0.1%	1人	0.1%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	1.0%	16人	1.2%	11人	0.9%	6人	0.5%	10人	0.8%		
6	医療費	① 総医療費	23億9538万円	22億8869万円	22億8113万円	23億4345万円	23億4832万円	28億4626万円					KDB 健診・医療・介護データか らみられる地域の健康課題		
		② 生活習慣病総医療費	12億4401万円	11億5149万円	11億9276万円	12億1191万円	12億1479万円	15億3700万円							
		③ (総医療費に占める割合)	51.9%	50.3%	52.3%	51.7%	51.7%	54.0%							
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,876円	8,411円	7,208円	8,905円	8,766円	7,237円						
		⑤ 健診未受診者	33,220円	30,843円	34,677円	33,276円	35,886円	38,862円							
		⑥ 糖尿病医療費	1億3298万円	1億3250万円	1億3238万円	1億3252万円	1億3145万円	1億6596万円							
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.7%	11.5%	11.1%	10.9%	10.8%	10.8%							
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	3億8657万円	3億9194万円	3億9547万円	4億1986万円	3億7906万円								
		⑨ 1件あたり	35,075円	37,049円	38,526円	40,954円	39,350円								
		⑩ 糖尿病入院総医療費	3億1778万円	2億8049万円	2億8157万円	2億8736万円	3億1878万円								
		⑪ 1件あたり	598,465円	608,436円	631,328円	692,427円	719,590円								
		⑫ 在院日数	20日	21日	21日	20日	22日								
		⑬ 慢性腎不全医療費	7172万円	7084万円	1億0982万円	1億3118万円	1億4361万円	1億2396万円							
		⑭ 透析有り	6477万円	6719万円	9927万円	1億2415万円	1億3727万円	1億1532万円							
		⑮ 透析なし	696万円	365万円	1055万円	703万円	634万円	863万円							
7	介護	① 介護給付費	40億8334万円	41億2712万円	40億8894万円	39億6874万円	39億0852万円	34億9905万円							
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件	13.3%	2件	8.3%	2件	7.1%	2件	6.7%	3件	8.8%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人	0.4%	1人	0.2%	4人	0.8%	4人	0.8%	4人	0.7%	2,819人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題

参考資料5 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

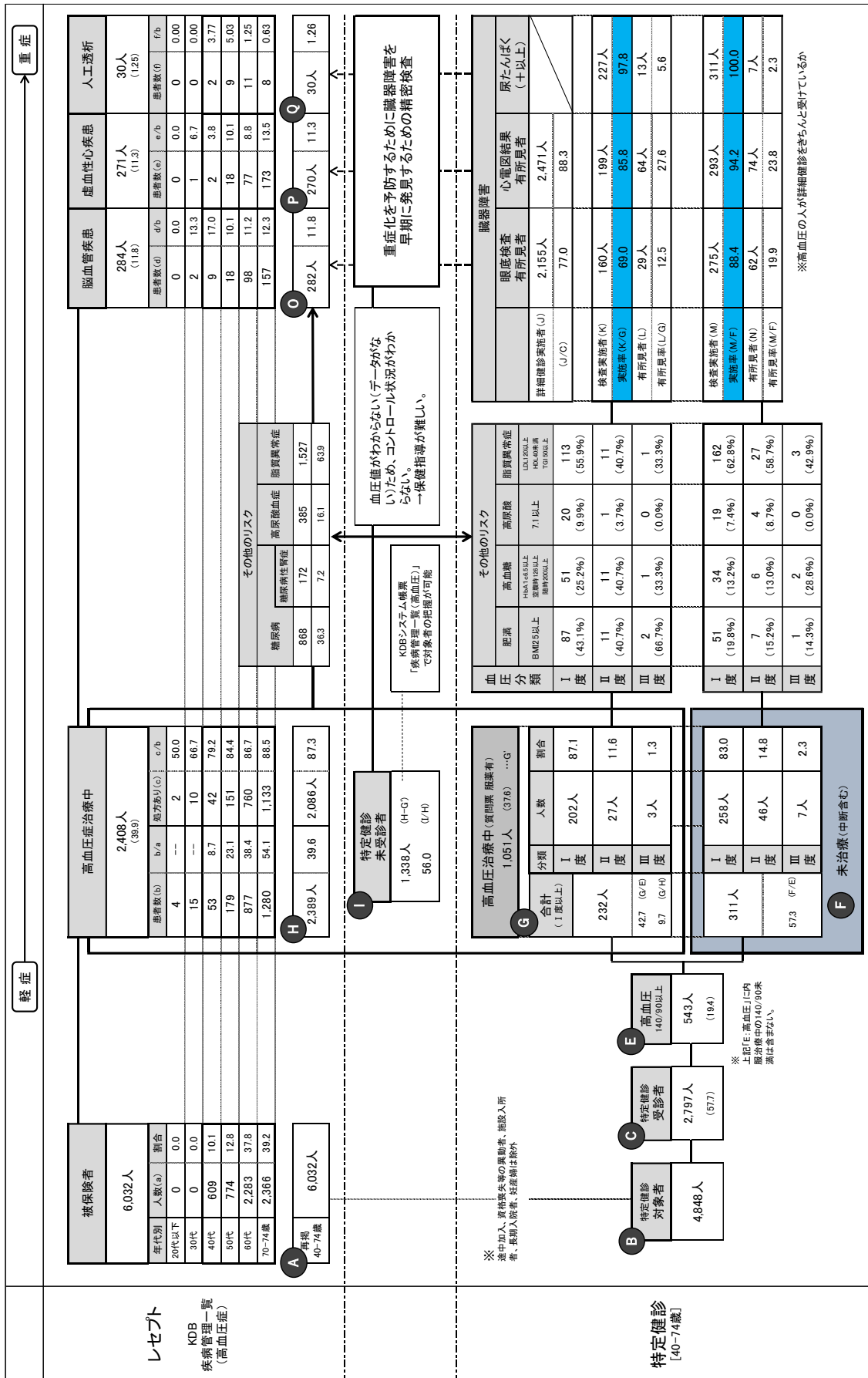
令和04年度  
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料6 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

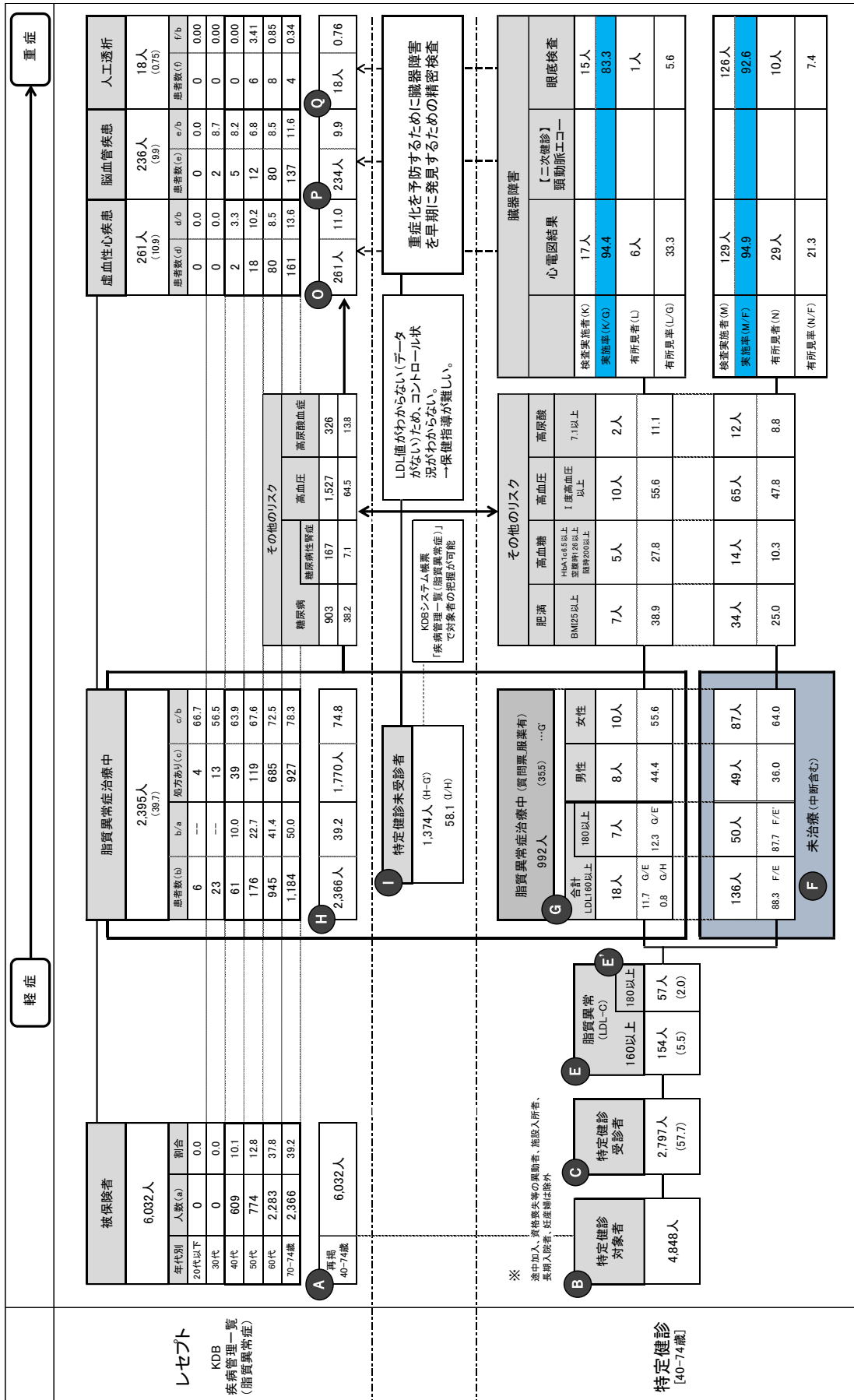


※レセプト情報は、施設年度に診療がある患者と(年度途中の加入者や年度途中で診療を中断している者も含む)  
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、KDB検索(入支援対象者一覧(栄養・重症化予防))から集計

参考資料7 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

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



# 参考資料8 HbA1cの年次比較

## HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる							
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上				7.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	3,315	1,552	46.8%	1,107	33.4%	404	12.2%	154	4.6%	75	2.3%	23	0.7%	54	1.6%	18	0.5%		
H30	3,232	1,600	49.5%	1,007	31.2%	373	11.5%	140	4.3%	86	2.7%	26	0.8%	58	1.8%	18	0.6%		
R01	3,150	1,856	58.9%	751	23.8%	330	10.5%	122	3.9%	71	2.3%	20	0.6%	44	1.4%	16	0.5%		
R02	2,972	1,532	51.5%	846	28.5%	358	12.0%	133	4.5%	83	2.8%	20	0.7%	44	1.5%	12	0.4%		
R03	2,922	1,577	54.0%	798	27.3%	338	11.6%	123	4.2%	69	2.4%	17	0.6%	39	1.3%	9	0.3%		
R04	2,791	1,549	55.5%	725	26.0%	312	11.2%	121	4.3%	66	2.4%	18	0.6%	43	1.5%	12	0.4%		

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		7.6%	
					再)7.0以上	未治療	治療	7.6%	7.8%		
											人数
H29	3,315	1,552	1,107	404	252	7.6%	91	28.6%	161	71.4%	7.6%
					98	3.0%	28	28.6%	70	71.4%	
H30	3,232	1,600	1,007	373	252	7.8%	79	21.4%	173	68.7%	7.8%
					112	3.5%	24	21.4%	88	78.6%	
R01	3,150	1,856	751	330	213	6.8%	65	19.8%	148	69.5%	6.8%
					91	2.9%	18	19.8%	73	80.2%	
R02	2,972	1,532	846	358	236	7.9%	70	24.3%	166	70.3%	7.9%
					103	3.5%	25	24.3%	78	75.7%	
R03	2,922	1,577	798	338	209	7.2%	62	12.8%	147	70.3%	7.2%
					86	2.9%	11	12.8%	75	87.2%	
R04	2,791	1,549	725	312	205	7.3%	59	17.9%	146	71.2%	7.3%
					84	3.0%	15	17.9%	69	82.1%	

## 治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる							
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上				7.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	277	8.4%	8	2.9%	33	11.9%	75	27.1%	91	32.9%	59	21.3%	11	4.0%	36	13.0%	9	3.2%
	H30	310	9.6%	8	2.6%	35	11.3%	94	30.3%	85	27.4%	68	21.9%	20	6.5%	47	15.2%	15	4.8%
	R01	303	9.6%	12	4.0%	43	14.2%	100	33.0%	75	24.8%	57	18.8%	16	5.3%	35	11.6%	14	4.6%
	R02	303	10.2%	6	2.0%	40	13.2%	91	30.0%	88	29.0%	64	21.1%	14	4.6%	33	10.9%	6	2.0%
	R03	295	10.1%	9	3.1%	45	15.3%	94	31.9%	72	24.4%	64	21.7%	11	3.7%	32	10.8%	6	2.0%
	R04	273	9.8%	6	2.2%	41	15.0%	80	29.3%	77	28.2%	57	20.9%	12	4.4%	35	12.8%	9	3.3%
治療なし	H29	3,038	91.6%	1,544	50.8%	1,074	35.4%	329	10.8%	63	2.1%	16	0.5%	12	0.4%	18	0.6%	9	0.3%
	H30	2,922	90.4%	1,592	54.5%	972	33.3%	279	9.5%	55	1.9%	18	0.6%	6	0.2%	11	0.4%	3	0.1%
	R01	2,847	90.4%	1,844	64.8%	708	24.9%	230	8.1%	47	1.7%	14	0.5%	4	0.1%	9	0.3%	2	0.1%
	R02	2,669	89.8%	1,526	57.2%	806	30.2%	267	10.0%	45	1.7%	19	0.7%	6	0.2%	11	0.4%	6	0.2%
	R03	2,627	89.9%	1,568	59.7%	753	28.7%	244	9.3%	51	1.9%	5	0.2%	6	0.2%	7	0.3%	3	0.1%
	R04	2,518	90.2%	1,543	61.3%	684	27.2%	232	9.2%	44	1.7%	9	0.4%	6	0.2%	8	0.3%	3	0.1%



## 参考資料9 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	3,327	786	23.6%	531	16.0%	1,117	33.6%	730	21.9%	136	4.1%	27	0.8%
H30	3,240	822	25.4%	489	15.1%	1,056	32.6%	695	21.5%	160	4.9%	18	0.6%
R01	3,161	792	25.1%	508	16.1%	1,001	31.7%	698	22.1%	142	4.5%	20	0.6%
R02	2,974	815	27.4%	537	18.1%	918	30.9%	580	19.5%	108	3.6%	16	0.5%
R03	2,933	806	27.5%	527	18.0%	1,031	35.2%	491	16.7%	74	2.5%	4	0.1%
R04	2,797	769	27.5%	553	19.8%	932	33.3%	460	16.4%	73	2.6%	10	0.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再診	再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合
					再Ⅱ度高血圧	再掲						
						人数	割合					
H29	3,327	1,317 39.6%	1,117 33.6%	730 21.9%	163 4.9%	85 52.1%	78 47.9%	27 0.8%	18 66.7%	9 33.3%	0.8%	4.9%
H30	3,240	1,311 40.5%	1,056 32.6%	695 21.5%	178 5.5%	102 57.3%	76 42.7%	18 0.6%	14 77.8%	4 22.2%	0.6%	5.5%
R01	3,161	1,300 41.1%	1,001 31.7%	698 22.1%	162 5.1%	102 63.0%	60 37.0%	20 0.6%	17 85.0%	3 15.0%	0.6%	5.1%
R02	2,974	1,352 45.5%	918 30.9%	580 19.5%	124 4.2%	74 59.7%	50 40.3%	16 0.5%	9 56.3%	7 43.8%	0.5%	4.2%
R03	2,933	1,333 45.4%	1,031 35.2%	491 16.7%	78 2.7%	50 64.1%	28 35.9%	4 0.1%	3 75.0%	1 25.0%	0.1%	2.7%
R04	2,797	1,322 47.3%	932 33.3%	460 16.4%	83 3.0%	53 63.9%	30 36.1%	10 0.4%	7 70.0%	3 30.0%	0.4%	3.0%

### 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,206	36.2%	163	13.5%	191	15.8%	440	36.5%	334	27.7%	69	5.7%	9	0.7%
	H30	1,172	36.2%	178	15.2%	204	17.4%	432	36.9%	282	24.1%	72	6.1%	4	0.3%
	R01	1,146	36.3%	188	16.4%	189	16.5%	405	35.3%	304	26.5%	57	5.0%	3	0.3%
	R02	1,135	38.2%	218	19.2%	220	19.4%	388	34.2%	259	22.8%	43	3.8%	7	0.6%
	R03	1,133	38.6%	224	19.8%	219	19.3%	449	39.6%	213	18.8%	27	2.4%	1	0.1%
	R04	1,051	37.6%	205	19.5%	217	20.6%	397	37.8%	202	19.2%	27	2.6%	3	0.3%
治療なし	H29	2,121	63.8%	623	29.4%	340	16.0%	677	31.9%	396	18.7%	67	3.2%	18	0.8%
	H30	2,068	63.8%	644	31.1%	285	13.8%	624	30.2%	413	20.0%	88	4.3%	14	0.7%
	R01	2,015	63.7%	604	30.0%	319	15.8%	596	29.6%	394	19.6%	85	4.2%	17	0.8%
	R02	1,839	61.8%	597	32.5%	317	17.2%	530	28.8%	321	17.5%	65	3.5%	9	0.5%
	R03	1,800	61.4%	582	32.3%	308	17.1%	582	32.3%	278	15.4%	47	2.6%	3	0.2%
	R04	1,746	62.4%	564	32.3%	336	19.2%	535	30.6%	258	14.8%	46	2.6%	7	0.4%

# 参考資料10 LDL-Cの年次比較

## LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	3,326	1,968	59.2%	795	23.9%	386	11.6%	133	4.0%	44	1.3%
	H30	3,241	1,833	56.6%	774	23.9%	439	13.5%	137	4.2%	58	1.8%
	R01	3,160	1,692	53.5%	802	25.4%	446	14.1%	163	5.2%	57	1.8%
	R02	2,974	1,641	55.2%	696	23.4%	421	14.2%	158	5.3%	58	2.0%
	R03	2,914	1,681	57.7%	676	23.2%	364	12.5%	141	4.8%	52	1.8%
R04	2,782	1,678	60.3%	628	22.6%	322	11.6%	97	3.5%	57	2.0%	
男性	H29	1,501	964	64.2%	313	20.9%	155	10.3%	48	3.2%	21	1.4%
	H30	1,456	897	61.6%	334	22.9%	159	10.9%	49	3.4%	17	1.2%
	R01	1,425	826	58.0%	343	24.1%	165	11.6%	67	4.7%	24	1.7%
	R02	1,311	773	59.0%	283	21.6%	166	12.7%	69	5.3%	20	1.5%
	R03	1,273	769	60.4%	288	22.6%	140	11.0%	55	4.3%	21	1.6%
R04	1,204	755	62.7%	259	21.5%	133	11.0%	42	3.5%	15	1.2%	
女性	H29	1,825	1,004	55.0%	482	26.4%	231	12.7%	85	4.7%	23	1.3%
	H30	1,785	936	52.4%	440	24.6%	280	15.7%	88	4.9%	41	2.3%
	R01	1,735	866	49.9%	459	26.5%	281	16.2%	96	5.5%	33	1.9%
	R02	1,663	868	52.2%	413	24.8%	255	15.3%	89	5.4%	38	2.3%
	R03	1,641	912	55.6%	388	23.6%	224	13.7%	86	5.2%	31	1.9%
R04	1,578	923	58.5%	369	23.4%	189	12.0%	55	3.5%	42	2.7%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲		再)180以上	未治療	治療	
					人数	割合	人数	割合	人数				割合
H29	3,326	1,968 59.2%	795 23.9%	386 11.6%	177 5.3%	160 90.4%	17 9.6%	44 1.3%	40 90.9%	4 9.1%	5.3%		
H30	3,241	1,833 56.6%	774 23.9%	439 13.5%	195 6.0%	173 88.7%	22 11.3%	58 1.8%	53 91.4%	5 8.6%	6.0%		
R01	3,160	1,692 53.5%	802 25.4%	446 14.1%	220 7.0%	198 90.0%	22 10.0%	57 1.8%	49 86.0%	8 14.0%	7.0%		
R02	2,974	1,641 55.2%	696 23.4%	421 14.2%	216 7.3%	183 84.7%	33 15.3%	58 2.0%	45 77.6%	13 22.4%	7.3%		
R03	2,914	1,681 57.7%	676 23.2%	364 12.5%	193 6.6%	174 90.2%	19 9.8%	52 1.8%	49 94.2%	3 5.8%	6.6%		
R04	2,782	1,678 60.3%	628 22.6%	322 11.6%	154 5.5%	136 88.3%	18 11.7%	57 2.0%	50 87.7%	7 12.3%	5.5%		

### 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	1,006	30.2%	750	74.6%	183	18.2%	56	5.6%	13	1.3%	4	0.4%
	H30	1,064	32.8%	795	74.7%	183	17.2%	64	6.0%	17	1.6%	5	0.5%
	R01	1,072	33.9%	763	71.2%	217	20.2%	70	6.5%	14	1.3%	8	0.7%
	R02	1,101	37.0%	812	73.8%	187	17.0%	69	6.3%	20	1.8%	13	1.2%
	R03	1,058	36.3%	814	76.9%	166	15.7%	59	5.6%	16	1.5%	3	0.3%
R04	992	35.7%	770	77.6%	150	15.1%	54	5.4%	11	1.1%	7	0.7%	
治療なし	H29	2,320	69.8%	1,218	52.5%	612	26.4%	330	14.2%	120	5.2%	40	1.7%
	H30	2,177	67.2%	1,038	47.7%	591	27.1%	375	17.2%	120	5.5%	53	2.4%
	R01	2,088	66.1%	929	44.5%	585	28.0%	376	18.0%	149	7.1%	49	2.3%
	R02	1,873	63.0%	829	44.3%	509	27.2%	352	18.8%	138	7.4%	45	2.4%
	R03	1,856	63.7%	867	46.7%	510	27.5%	305	16.4%	125	6.7%	49	2.6%
R04	1,790	64.3%	908	50.7%	478	26.7%	268	15.0%	86	4.8%	50	2.8%	

**妙高市国民健康保険  
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3月**

**発行:新潟県妙高市**

**編集:健康保険課**

**〒944-8686 新潟県妙高市栄町5番1号**

**TEL:0255-74-0014 FAX:0255-72-7659**

**E-mail:kokuho@city.myoko.niigata.jp**