

飯田市国民健康保険  
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(2024)～令和11年度(2029)

【素案】

飯田市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……32

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
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 .....38

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 脳血管疾患重症化予防
2. 糖尿病性腎症・慢性腎臓病重症化予防
3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....56

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 .....57

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....58

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

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

---

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(平成25年6月閣議決定)

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

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

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

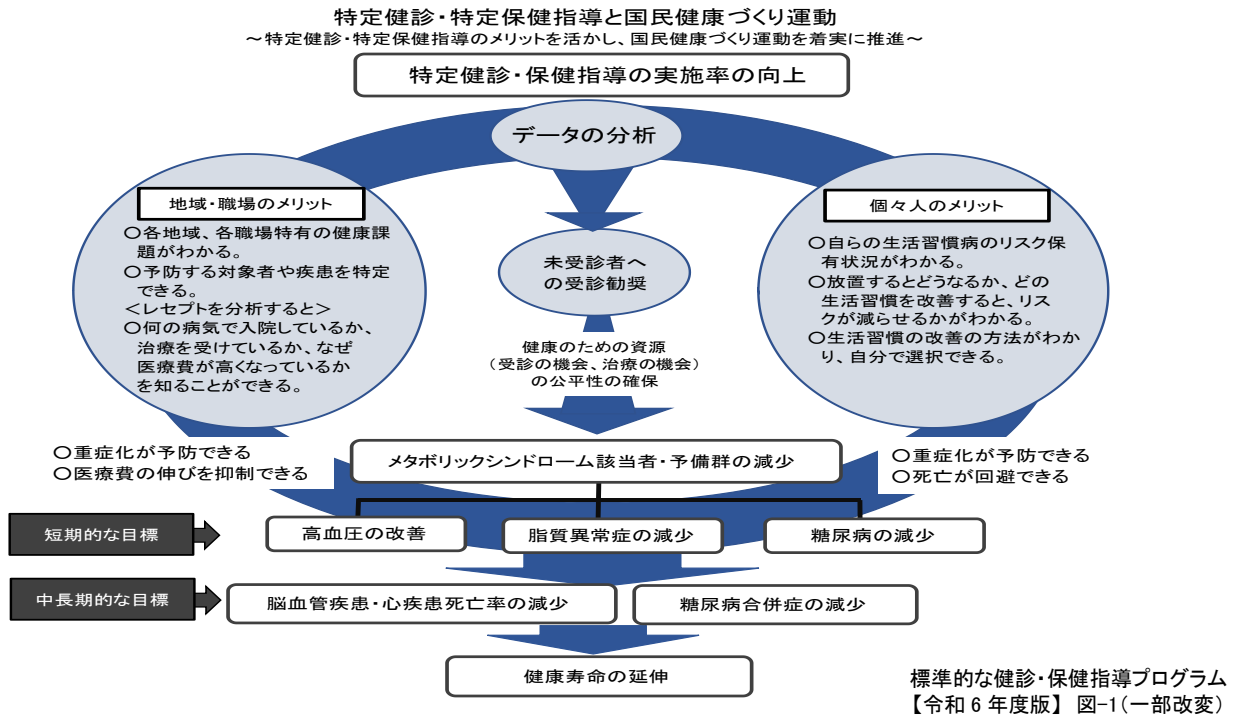
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

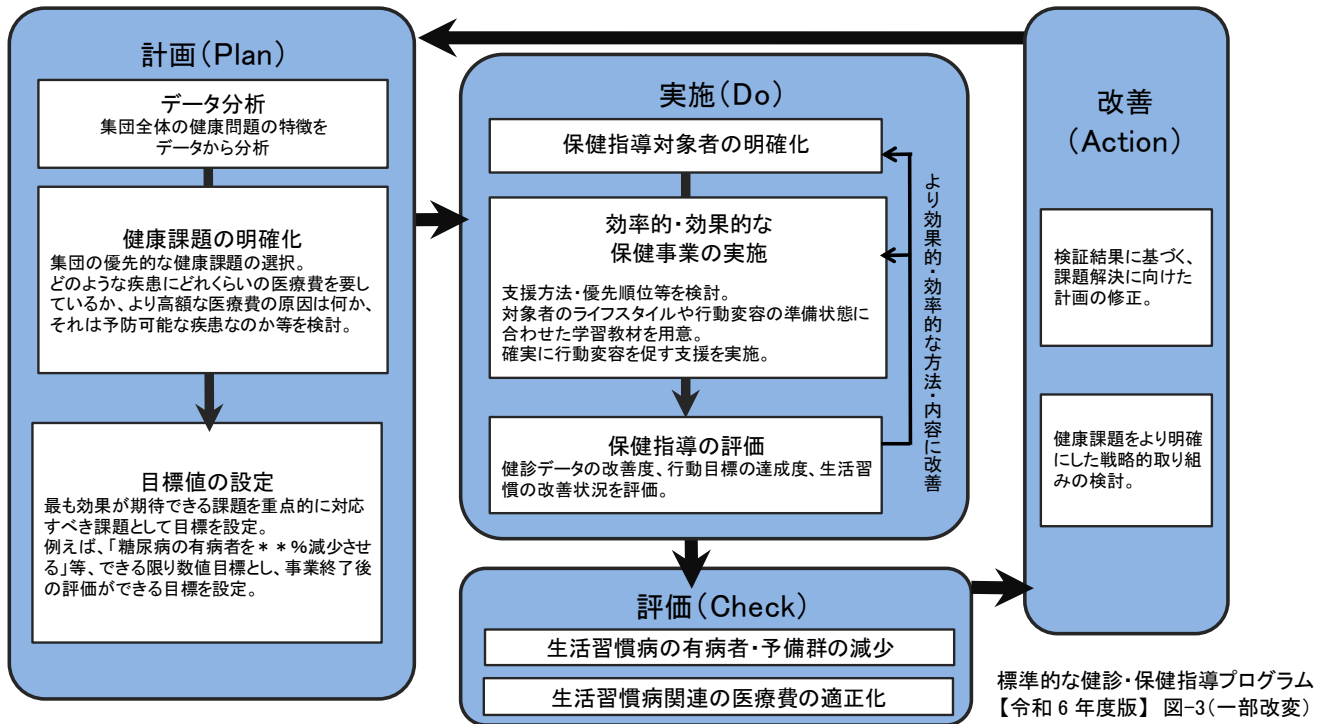
	※健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、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、 骨質・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以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



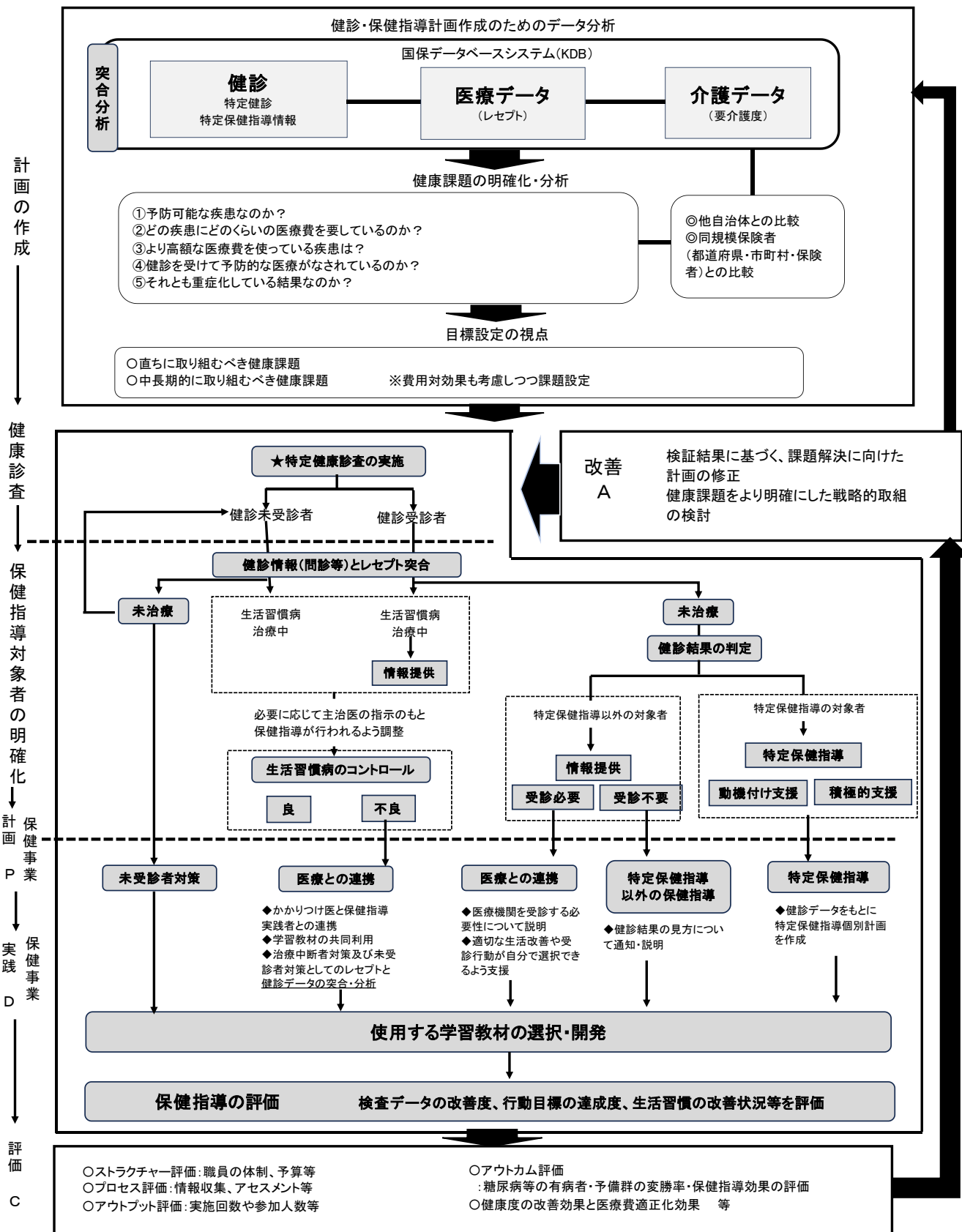
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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



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

	老人保健法	高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導	現在の健診・保健指導
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選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者

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とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

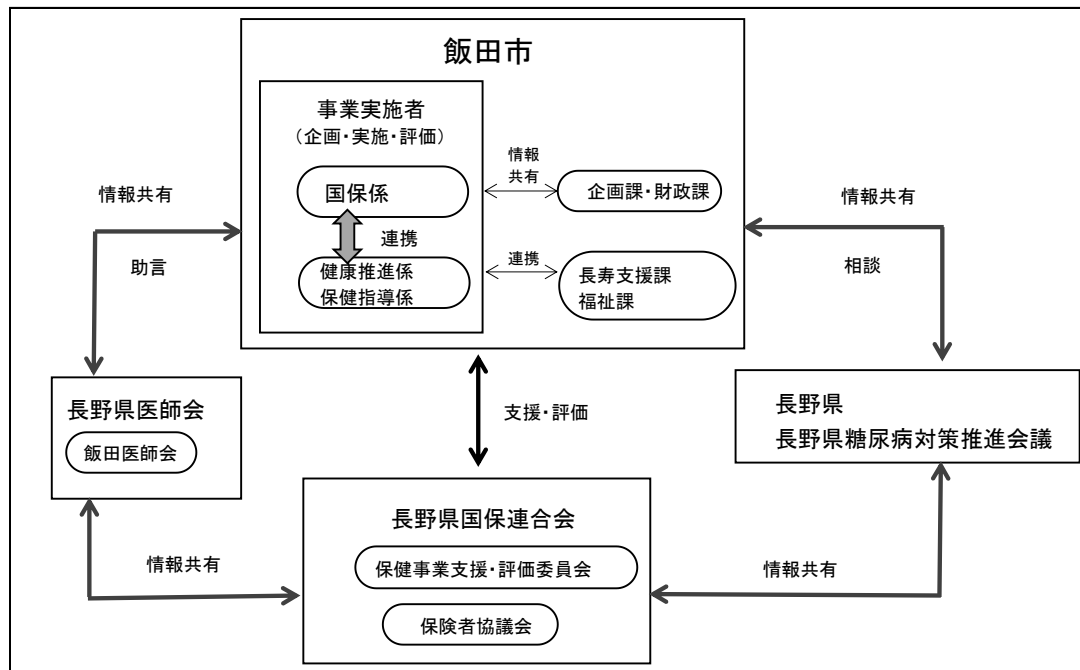
#### 1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、健康福祉部保健課が中心となって、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。健康福祉部長寿支援課、健康福祉部

福祉課、企画部企画課及び総務部財政課とも十分連携を図ることとします。

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

図表6 飯田市の実施体制図



## 2) 関係機関との連携

長野県国民健康保険団体連合会に設置された支援・評価委員会を活用し、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて支援を受け、保険者向け研修等に参加します。

都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者であることから、計画素案について県の関係課と意見交換を行い、県との連携に努めます。

また、飯田市国民健康保険運営協議会において健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、医師会等の有識者の意見を取り入れます。

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国民健康保険運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っています。

## 5. 保険者努力支援制度

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

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

図表7 保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		飯田市	配点	飯田市	配点	飯田市	配点	
交付額(万円)		4533		4278				
全国順位(1,741市町村中)		511位		633位				
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	100	70	100	70	80	70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	15	40	40	40	37	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	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	75	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	25	50	35	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	65	100	65	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	17	40	24	50	19	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	72	100	78	100
合計点		624	1,000	606	960	664	940	

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

飯田市の人口は約 10 万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で 33.0%、死亡率は 13.6%であり、同規模・県・国と比較すると高くなっています。産業においては、同規模と比較し、第1次産業は 8.4%、第2次産業は 32.4%と高くなっています。農業、建設業、製造業が多いと考えられ、生活習慣への影響を考慮する必要があります。また、第3次産業は飯田市全体の 59.2%を占めており、生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い世代の健康課題を明確にすることも重要です。(図表8)

国保加入率は 19.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 47.9%を占めています。(図表9)

また、国保被保険者千人当たりにおいて市内に6つの病院、87 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数や医師数の割合も高い状況です。外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して低い傾向にあります。(図表 10)

【図表8】保険者の特性

	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
飯田市	97,061	33.0	18,540 (19.1)	54.7	6.7	13.6	0.6	8.4	32.4	59.2
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、飯田市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

【図表9】国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	21,145		20,237		20,082		19,422		18,540	
65～74歳	9,702	45.9	9,542	47.2	9,592	47.8	9,422	48.5	8,883	47.9
40～64歳	6,691	31.6	6,343	31.3	6,238	31.1	5,870	30.2	5,695	30.7
39歳以下	4,752	22.5	4,352	21.5	4,252	21.2	4,130	21.3	3,962	21.4
加入率	21.0		20.1		20.0		19.3		19.1	

出典:KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表10】医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	7	0.3	7	0.3	7	0.3	7	0.4	6	0.3	0.3	0.3
診療所数	87	4.1	89	4.4	88	4.4	87	4.5	87	4.7	3.6	3.8
病床数	1,482	70.1	1,482	73.2	1,477	73.5	1,477	76.0	1,366	73.7	59.4	56.7
医師数	259	12.2	259	12.8	261	13.0	261	13.4	264	14.2	10.0	12.8
外来患者数	682.9		690.3		661.5		692.8		711.3		719.9	708.1
入院患者数	17.3		17.0		16.4		17.2		17.2		19.6	18.4

出典:KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画に係る評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、社会保障費(医療費・介護費)に影響の大きい脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)について有病率の減少を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の血管変化における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の有所見率の減少を設定しました。(図表2参照)

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

##### ① 介護給付費の状況

平成30年度と比べ高齢化率は高くなっている一方で、令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で88人(認定率0.28%)、1号(65歳以上)被保険者で5,784人(認定率18.1%)であり、介護認定率は低くなっています。同規模と比較しても介護認定率は低い状況です。(図表11)

平成30年度と比べ介護の総給付費と1人当たり給付費は、低く推移していますが、1人当たり給付費は同規模・県・国と比較すると高く、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するに当たり、介護の総給付費は今後伸びていくことが予想されます。(図表12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者と第1号被保険者で約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・脂質異常症の有病状況は、40～74歳で約8割、75歳以上で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

【図表11】要介護認定者(率)の状況

	飯田市				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	31,447人	31.3%	31,987人	33.0%	30.4%	32.2%	28.7%	
2号認定者	101人	0.31%	88人	0.28%	0.36%	0.28%	0.38%	
新規認定者	17人		15人		--	--	--	
1号認定者	6,300人	20.0%	5,784人	18.1%	18.1%	17.7%	19.4%	
新規認定者	676人		626人		--	--	--	
再掲	65～74歳	425人	3.0%	399人	2.8%	--	--	--
新規認定者	68人		81人		--	--	--	
75歳以上	5,875人	34.0%	5,385人	30.1%	--	--	--	
新規認定者	608人		545人		--	--	--	

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表12】介護給付費の変化

	飯田市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	103億3729万円	102億4645万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	328,721	320,332	274,536	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	60,236	60,201	63,298	62,434	59,662
居宅サービス	37,511	38,289	41,822	40,752	41,272
施設サービス	274,485	282,444	292,502	287,007	296,364

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表13】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（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)		88		399		5,385		5,784			
再)国保・後期		51		311		5,128		5,439			
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
血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	23 45.1%	脳卒中	147 47.3%	脳卒中	2,444 47.7%	脳卒中	2,591 47.6%	脳卒中	2,614 47.6%
		2 腎不全	11 21.6%	虚血性心疾患	51 16.4%	虚血性心疾患	1,601 31.2%	虚血性心疾患	1,652 30.4%	虚血性心疾患	1,662 30.3%
		3 虚血性心疾患	10 19.6%	腎不全	49 15.8%	腎不全	985 19.2%	腎不全	1,034 19.0%	腎不全	1,045 19.0%
	合併症	4 糖尿病合併症	9 17.6%	糖尿病合併症	45 14.5%	糖尿病合併症	570 11.1%	糖尿病合併症	615 11.3%	糖尿病合併症	624 11.4%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		42 82.4%	基礎疾患	262 84.2%	基礎疾患	4,807 93.7%	基礎疾患	5,069 93.2%	基礎疾患	5,111 93.1%
	血管疾患合計		44 86.3%	合計	279 89.7%	合計	4,928 96.1%	合計	5,207 95.7%	合計	5,251 95.6%
	認知症	認知症	9 17.6%	認知症	81 26.0%	認知症	2,431 47.4%	認知症	2,512 46.2%	認知症	2,521 45.9%
筋・骨格疾患	筋骨格系	44 86.3%	筋骨格系	283 91.0%	筋骨格系	4,951 96.5%	筋骨格系	5,234 96.2%	筋骨格系	5,278 96.1%	

② 医療費の状況

国保加入者数の減少に伴い総医療費は平成 30 年度と比較して減少しているものの、1人当たりにかかる医療費は、3万円程度伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2.4%にも関わらず、医療費全体の 39.3%を占めており、1件当たりの入院医療費は平成 30 年度と比較し5万円も伸びています。(図表 14)

年齢調整をした地域差指数をみると、全国平均の1を超えることはないものの、後期高齢者医療における入院の地域差指数が平成 30 年度よりも大幅に伸びており県と比較し高くなっています。(図表 15)

入院の原因となる重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

【図表14】医療費の推移

		飯田市		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)		21,145人	18,540人	--	--	--
前期高齢者割合		9,702人 (45.9%)	8,883人 (47.9%)	--	--	--
総医療費		66億0276万円	63億8148万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		312,261	344,201	366,294	352,023	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	583,630	638,520	610,160	607,840	619,090
	費用の割合	39.7	39.3	40.5	39.2	40.1
	件数の割合	2.5	2.4	2.7	2.5	2.6
外来	1件あたり費用額	22,480	23,780	24,470	24,510	24,520
	費用の割合	60.3	60.7	59.5	60.8	59.9
	件数の割合	97.5	97.6	97.3	97.5	97.4
受診率		700.295	728.409	739.503	709.111	705.439

【図表15】一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		飯田市 (県内市町村中)		県 (47県中)	飯田市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.916	0.930	0.959	0.891	0.929	0.895
		(40位)	(40位)	(38位)	(22位)	(9位)	(38位)
	入院	0.894	0.910	0.954	0.878	0.926	0.873
		(45位)	(40位)	(36位)	(30位)	(18位)	(33位)
	外来	0.938	0.948	0.968	0.908	0.931	0.924
		(32位)	(36位)	(38位)	(26位)	(28位)	(39位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は、平成30年度と比較すると高くなっており同規模・県と比較しても高い割合にあります。脳血管疾患と慢性腎不全で平成30年度と比較すると高くなっており、特に脳血管疾患は同規模・県と比較し総医療費に占める割合が高いです。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全で、患者割合が微増しています。内訳では40～64歳の脳血管疾患・腎不全で患者割合が微増しています。(図表17)

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

【図表16】中長期目標疾患の医療費の変化

			飯田市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			66億0276万円	63億8148万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5億3151万円	5億2332万円	--	--	--
			8.05%	8.20%	7.95%	7.88%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.55%	2.68%	2.08%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.21%	0.89%	1.42%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.01%	4.28%	4.16%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.35%	0.29%	0.22%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		15.28%	15.45%	17.03%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		8.09%	8.15%	8.72%	9.18%	8.68%
	精神疾患		9.49%	9.06%	8.04%	8.45%	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17】中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)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	21,145	18,540	a	1,399	1,252	1,100	988	89	86	
				a/A	6.6%	6.8%	5.2%	5.3%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	16,393	14,578	b	1,393	1,249	1,093	977	87	84	
	B/A	77.5%	78.6%	b/B	8.5%	8.6%	6.7%	6.7%	0.5%	0.6%	
再掲	40~64歳	D	6,691	5,695	d	275	238	237	198	38	42
		D/A	31.6%	30.7%	d/D	4.1%	4.2%	3.5%	3.5%	0.6%	0.7%
	65~74歳	C	9,702	8,883	c	1,118	1,011	856	779	49	42
		C/A	45.9%	47.9%	c/C	11.5%	11.4%	8.8%	8.8%	0.5%	0.5%

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・脂質異常症の治療状況を見ると、いずれも治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患割合は減っています。また、糖尿病による合併症である糖尿病性腎症の割合も減っています。高血圧と脂質異常症の治療状況に



おいては、合併症である人口透析の割合が40～64歳において増えています。(図表18、19、20)

特定健診の結果から、重症化予防対策として治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨を含めた保健指導を個別に実施しており、適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

【図表18】高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		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	6,635	6,248	1,615	1,516	5,020	4,732
		A/被保数	40.5%	42.9%	24.1%	26.6%	51.7%	53.3%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	725	638	133	114	592	524
		B/A	10.9%	10.2%	8.2%	7.5%	11.8%	11.1%
	虚血性心疾患	C	735	655	152	118	583	537
		C/A	11.1%	10.5%	9.4%	7.8%	11.6%	11.3%
	人工透析	D	76	80	36	40	40	40
		D/A	1.1%	1.3%	2.2%	2.6%	0.8%	0.8%

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19】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	3,108	2,928	756	718	2,352	2,210
		A/被保数	19.0%	20.1%	11.3%	12.6%	24.2%	24.9%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	369	327	66	49	303	278
		B/A	11.9%	11.2%	8.7%	6.8%	12.9%	12.6%
	虚血性心疾患	C	402	385	59	62	343	323
		C/A	12.9%	13.1%	7.8%	8.6%	14.6%	14.6%
	人工透析	D	43	42	20	19	23	23
		D/A	1.4%	1.4%	2.6%	2.6%	1.0%	1.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	657	503	165	110	492	393
		E/A	21.1%	17.2%	21.8%	15.3%	20.9%	17.8%
	糖尿病性網膜症	F	527	436	137	112	390	324
		F/A	17.0%	14.9%	18.1%	15.6%	16.6%	14.7%
	糖尿病性神経障害	G	187	157	61	51	126	106
		G/A	6.0%	5.4%	8.1%	7.1%	5.4%	4.8%

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20】脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	5,772	5,580	1,476	1,409	4,296	4,171	
	A/被保数	35.2%	38.3%	22.1%	24.7%	44.3%	47.0%	
（中長期併発症）	脳血管疾患	B	512	469	95	78	417	391
		B/A	8.9%	8.4%	6.4%	5.5%	9.7%	9.4%
	虚血性心疾患	C	661	595	124	98	537	497
		C/A	11.5%	10.7%	8.4%	7.0%	12.5%	11.9%
	人工透析	D	40	42	19	21	21	21
		D/A	0.7%	0.8%	1.3%	1.5%	0.5%	0.5%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握、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、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で32.9%、糖尿病で4.6%いる状況です。(図表21)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

【図表21】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	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
飯田市	5,976	40.0	5,746	41.0	196	3.3	114	58.2	292	5.1	181	62.0	96	32.9	14	4.8
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
飯田市	5,911	98.9	5,689	99.0	196	3.3	47	24.0	218	3.8	46	21.1	10	4.6	4	1.8
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

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

### 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。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、3ポイントも伸びており、3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表22)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上とLDL-C160以上の有所見者は微増しています。その有所見者の翌年度の結果では、改善率が上がっています。しかし、Ⅱ度高血圧以上の有所見者割合は2ポイント増加しており改善率も下がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表23、24、25)今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者の継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

【図表22】メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	5,976 (40.0%)	779 (13.0%)	237 (4.0%)	542 (9.1%)	551 (9.2%)
R04年度	5,612 (42.5%)	913 (16.3%)	296 (5.3%)	617 (11.0%)	557 (9.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

【図表23】HbA1c6.5%以上の前年度からの変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	403 (6.8%)	90 (22.3%)	152 (37.7%)	45 (11.2%)	116 (28.8%)
R03→R04	424 (7.5%)	107 (25.2%)	148 (34.9%)	42 (9.9%)	127 (30.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

【図表24】Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	196 (3.3%)	102 (52.0%)	25 (12.8%)	8 (4.1%)	61 (31.1%)
R03→R04	292 (5.1%)	144 (49.3%)	46 (15.8%)	12 (4.1%)	90 (30.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

【図表25】LDL-C160以上の前年度からの変化

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	628 (10.5%)	266 (42.4%)	143 (22.8%)	53 (8.4%)	166 (26.4%)
R03→R04	626 (10.9%)	289 (46.2%)	147 (23.5%)	33 (5.3%)	157 (25.1%)

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

特定健診受診率は、令和元年度には 42.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で集団健診を中止した令和2年度は受診率が 31.7%まで低下しました。その後、令和元年度の受診率まで近づきましたが、低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 26) 令和3年度の年代別受診率を県と比較すると、65～74 歳において県よりも受診率が低いことがわかります。(図表 27)平成 29 年度と令和4年度を比較し受診率の伸びをみると 65～74 歳において受診率が伸びています。これは集団健診に案内する年齢を 40～64 歳だけでなく 65～74 歳に拡大する地区を増やしたり、新規国保加入者の 60 代の方に受診勧奨を実施したこと等による受診勧奨の効果であると考えられます。

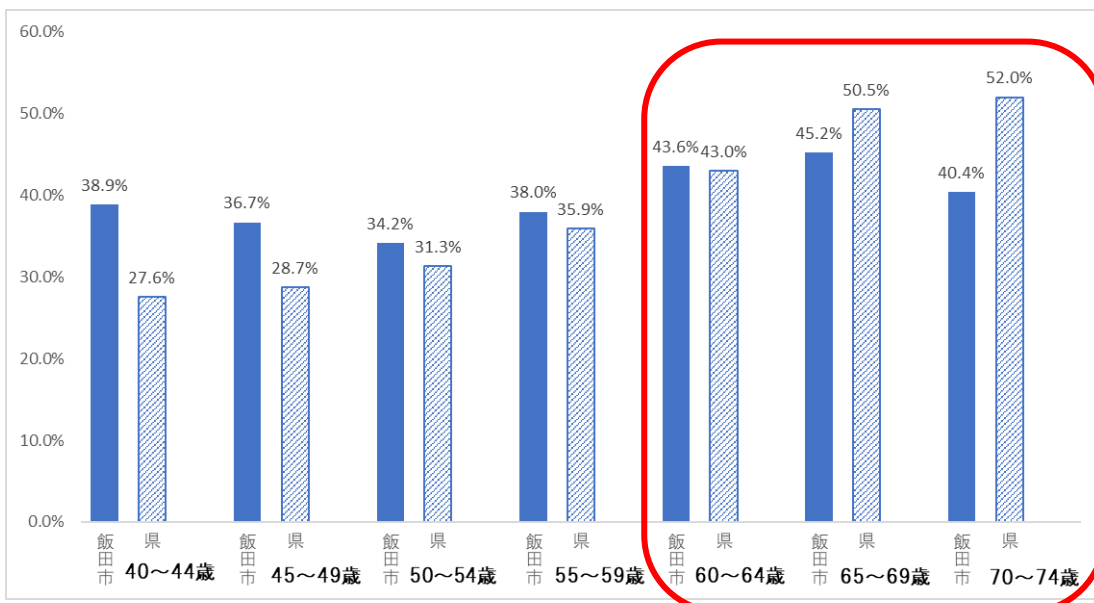
特定保健指導については、目標である 75%を概ね維持していますが、令和2年度と4年度は目標に達しませんでした。(図表 26)生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	5,976	6,125	4,564	5,746	5,612	健診受診率 50%
	受診率	40.0%	42.3%	31.7%	41.0%	42.5%	
特定保健指導	該当者数	570	601	449	601	517	特定保健指導実施率 75%
	割合	9.5%	9.8%	9.8%	10.5%	9.2%	
	実施者数	450	477	324	457	374	
	実施率	78.9%	79.4%	72.2%	76.0%	72.3%	

出典：特定健診法定報告データ

【図表 27】令和 3 年度年代別健診受診率(飯田市・県)



図表28 6年間の受診率の伸びをみる

	総数						伸び率
	H29			R04			
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	15,545	6,018	38.7%	13,211	5,612	42.5%	3.8%
40代	1,946	672	34.5%	1,567	544	34.7%	0.2%
50代	2,065	761	36.9%	1,909	706	37.0%	0.1%
60代	6,709	2,835	42.3%	4,645	2,202	47.4%	5.1%
70代	4,825	1,750	36.3%	5,090	2,160	42.4%	6.2%
再)40～64歳	6,109	2,387	39.1%	4,923	1,899	38.6%	-0.5%
再)65～74歳	9,436	3,631	38.5%	8,288	3,713	44.8%	6.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

平成 28 年度より、健診受診者で血圧、血糖、LDL-C、腎機能の値が悪く、脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全等へ重症化するリスクの高い方には保健指導を実施しました。健診の結果、「対象者の条件」(図表 29)に該当する方には治療者・未治療者に関わらず保健指導を実施しており、治療者については生活・治療状況の把握と継続受療の支援を行い、未治療者については受療行動を促進する支援を行いました。

新型コロナウイルス感染症の影響で保健指導率が減少した令和2年度を除いて重症化予防対象者への指導実施率は90%を超えています。(図表 30)

図表 29 重症化予防対象者の条件

血圧	① II度以上 (収縮期 160mmHg 以上 又は 拡張期 100mmHg 以上)
	② I度高血圧リスク第3層 ※令和4年度より 血圧服薬なし + I度 (140～159 又は 90～99mmHg) + 以下ア～ウいずれかに該当 ア 糖尿病 (HbA1c6.5 以上または空腹時血糖 126 以上) イ 尿蛋白 (+) 以上 ウ 65 歳以上 + 男性 + 喫煙
糖	HbA1c 7.0 以上
脂質	男性 LDL-C 180mg/以上
腎	① eGFR45 未満 (69 歳以下)、eGFR40 未満 (70 歳以上) * 透析除く
	② 尿蛋白 (2+) 以上

図表 30 重症化予防対象者の指導実施率

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
受診者 ※1	人(a)	3923	3842	3858	3923	3377	3378
	重症化予防対象者 ※2	人(b)	365	282	317	447	327
	(b/a)	9.3%	7.3%	8.2%	11.4%	9.7%	10.8%
保健指導実施者 ※3	人(c)	347	263	310	354	313	349
	(c/b)	95.1%	93.3%	97.8%	79.2%	95.7%	95.9%

※1 集団健診受診者 (40～74 歳) 令和2年度は個別健診受診者

※2 重症化予防該当者 令和4年度は血圧における条件を拡大

※3 電話・面接による保健指導を実施した者

## ① 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、新型コロナウイルス感染症の影響で集団健診を中止した令和2年度を除き約3～4%で推移していますが増加傾向にあります。未治療者の割合は60～70%と高いにも関わらず、受療につながった者は50～60%で、受療につながりにくいことが課題です。(図表 31)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子で、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。高リスクの未治療者、中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行い、中等リスク第3層の対象者には令和4年度より保健指導を開始しています。また、令和3年度より集団健診で尿中塩分測定を実施し、食生活の改善に結びつけられるよう保健指導を実施しています。

高血圧の治療をしているにも関わらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者に対して引き続き保健指導において服薬状況を確認するとともに、リスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導を行っています。

図表 31 平成 29 年度～令和4年度 高血圧重症化予防の取り組み状況

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 ※1	人(a)	3923	3842	3858	2793	3377	3378
血圧Ⅱ度以上の者	人 (b)	128	80	120	239	143	144
	(b/a)	3.3%	2.1%	3.1%	8.6%	4.2%	4.3%
未治療者 ※2	人(c)	84	52	87	129	99	90
	(c/b)	65.6%	65.0%	72.5%	54.0%	69.2%	62.5%
医療につながった者	人(d)	49	33	60	71	64	49
	(d/c)	58.3%	63.5%	69.0%	55.0%	64.6%	54.4%

※1 集団健診受診者（R2年度は集団健診以外の受診者）

※2 血圧Ⅱ度以上のうち問診で血圧の内服なしと答えた者

## ② 糖尿病性腎症重症化予防

長野県糖尿病性重症化予防プログラムに沿って、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症等で通院する方のうち重症化するリスクが高い方に対して医療機関と連携して保健指導を行い人工透析への移行を防止することを目的に取組を行いました。

### <医療受診勧奨の取組>

健診受診者のうち HbA1c が要精密検査であるにも関わらず精密検査未受診者に対し医療機関への受診勧奨を行いました。また、再度の受診勧奨を行ったにも関わらず精密検査未受診の方については翌年度に健診受診勧奨を行いました。精検未受診者の割合はばらつきがあるものの、減少傾向であり、受診勧奨により6～7割程度の方が健診を受診しています。(図表 32) 翌年度健診受診をしていない方には、再度連絡をとっており、継続的に関わっています。治療中断者には、国保連合会より抽出された糖尿病治療中断者リストを用いて健診受診勧奨を行っていますが、中断者は健診受診勧奨をしても受診につながりにくく、保健師の関わりを拒否する方も多いため今後の課題となっています。

図表 32 平成 29 年度～令和 4 年度 糖尿病要精検者の医療受診状況

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
糖尿病要精検者 (HbA1c6.5以上)	人(a)	84	65	79	17	83	77
	精検未受診者	人(b)	47	26	26	5	25
	(b/a)	56.0%	40.0%	32.9%	29.4%	30.1%	18.2%
翌年度勸奨による受診者	人(c)	20	17	10	4	18	—
	(c/b)	42.6%	65.4%	38.5%	80.0%	72.0%	—

### <ハイリスク者に対する保健指導>

HbA1c7.0%以上の方について、治療・未治療に関わらず1回以上の保健指導を実施しました。平成 29 年度以降保健指導対象者は 100～110 名ほどで推移しており、健診受診者のうち約 3～4%の方が対象となっています。内服のない方の割合は平成 29 年から令和4年にかけて 10%減少しています。保健指導を実施した結果受療した方の割合は7割を超えていることから、未治療者が受療につながった結果と考えられます。(図表 33)HbA1c7.0%以上の未治療者については、患者紹介様式を用いた医療機関との連携を行っています。また、慢性腎臓病の原因は糖尿病のみでないことから、CKD ガイドラインに基づいた医療機関との連携を令和5年度より開始しています。

図表 33 平成 29 年度～令和 4 年度 糖尿病重症化予防の取り組み状況

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 ※1	人(a)	3923	3842	3858	2793	3377	3378
HbA1 c 7.0以上の者	人 (b)	118	108	114	114	104	99
	(b/a)	3.0%	2.8%	3.0%	4.1%	3.1%	2.9%
未治療者 ※2	人(c)	38	34	33	21	29	20
	( c /b)	32.2%	31.5%	28.9%	18.4%	27.9%	20.2%
医療につながった者	人(d)	29	26	28	16	21	15
	(d/c)	76.3%	76.5%	84.8%	76.2%	72.4%	75.0%

※1 集団健診受診者 (R2年度は集団健診以外の受診者)

※2 HbA1 c 7.0%以上のうち問診で糖の内服なしと答えた者

## (2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援することが大切です。

飯田市の取り組みとしては、各地区まちづくり委員会健康福祉委員の代表者会において、健康課題に基づいた生活習慣病予防に関する健康講座を行い、委員の皆さんと協力しながら健康講座を開催しました。また、企業や消防団の方を対象に出前健康講座を行い、広く市民へ健康に関する意識づけを行いました。また、健診受診者については、肥満の改善を目的として集団健診会場や結果説明会の場を利用して1日に食べる食事の目安を示したバランス食や、食品に含まれる脂や砂糖の展示等を行いました。

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### (1) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表34 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績					目標値	評価	データの把握方法 (活用データ年度)		
			初年度 H30	中間評価 R2	R3	R4	R5					
データヘルス計画	中長期目標 ①脳血管疾患死亡率の減少、患者数の減少 ②糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 ③虚血性心疾患死亡率の減少、患者数の減少	脳血管疾患年齢調整死亡率(男性)	43.3% (H27)	35.7% (H29)	39.1% (H30)	42.1% (R1)	27.7% (R2)	52.3%	A	保健所・市町村別統計		
		脳血管疾患年齢調整死亡率(女性)	26.1% (H27)	13.4% (H29)	25.3% (H30)	25.3% (R1)	23.9% (R2)	29.5%	A			
		脳血管疾患レセプト数の割合(男性40~74歳)	6.2%	6.0%	6.1%	6.2%	5.8%	6.1%	A	KDB		
		脳血管疾患レセプト数の割合(女性40~74歳)	4.0%	3.8%	4.1%	3.8%	3.6%	4.2%	A			
		虚血性心疾患年齢調整死亡率(男性)	18.5% (H27)	15.5% (H29)	26.2% (H30)	12% (R1)	17.9% (R2)	18.3%	A	保健所・市町村別統計		
		虚血性心疾患年齢調整死亡率(女性)	10.0% (H27)	9.4% (H29)	5.1% (H30)	10% (R1)	5.9% (R2)	5.6%	B			
		虚血性心疾患レセプト数の割合(男性40~74歳)	4.8%	4.8%	5.0%	5.2%	5.0%	4.7%	D	KDB		
		虚血性心疾患レセプト数の割合(女性40~74歳)	3.7%	3.4%	3.7%	3.3%	3.4%	3.6%	A			
		糖尿病性腎症による国保新規透析患者数	8人	7人	6人	5人	—	減少	A	身体障害者手帳交付台帳		
		腎不全(人工透析)レセプト人数の割合(男性40~74歳)	0.63%	0.61%	0.65%	0.71%	0.84%	0.50%	D	KDB		
		腎不全(人工透析)レセプト人数の割合(女性40~74歳)	0.23%	0.23%	0.22%	0.21%	0.23%	0.25%	A			
		糖尿病治療者の人工透析数の男性割合	2.2%	2.1%	2.2%	2.4%	2.7%	1.9%	D			
		糖尿病治療者の人工透析数の女性割合	0.8%	0.3%	0.3%	0.7%	0.5%	0.6%	A			
				慢性腎不全(透析有)の医療費の割合	7.3%	6.8%	7.0%	8.0%	—	減少	D	
		データヘルス計画	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症予防のため、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの対象者を減らす	健診受診者の高血圧者(Ⅱ度以上)の割合男性	4.2%	7.5%	5.9%	*6.2%	—	4.0%	D	法定報告 健診結果
健診受診者の高血圧者(Ⅱ度以上)の割合女性	2.6%			5.2%	4.4%	*4.2%	—	2.3%	D			
健診受診者の高血圧者(Ⅰ度以上40~64歳男性)の割合	15.4%			27.8%	23.0%	*23.4%	—	17.0%	D			
健診受診者の高血圧者(Ⅰ度以上40~64歳女性)の割合	9.8%			18.1%	14.8%	*15.6%	—	15.0%	D			
健診受診者の脂質異常者(LDL180以上男性)の割合	2.9%			2.4%	2.50%	*2.1%	—	2.70%	A			
健診受診者の脂質異常者(LDL160以上男性)の割合	9.4%			8.2%	9.8%	*8.7%	—	8.0%	D			
健診受診者の脂質異常者(LDL160以上女性)の割合	11.4%			10.5%	11.8%	*12.1%	—	11.0%	D			
健診受診者の糖尿病患者(HbA1c6.5以上40~64歳男性)の割合	5.8%			9.4%	6.4%	*6.8%	—	8%以下	A			
健診受診者の糖尿病患者(HbA1c6.5以上40~64歳女性)の割合	2.2%			3.6%	3.1%	*2.1%	—	5%以下	A			
健診受診者の糖尿病患者(HbA1c8.4以上男性)の割合	0.9%			0.8%	0.9%	*0.8%	—	1.4%	A			
健診受診者の糖尿病患者(HbA1c8.4以上女性)の割合	0.3%			0.4%	0.5%	*0.3%	—	0.4%	A			
糖尿病有病者の割合	10.0%			10.4%	10.4%	10.7%	10.8%	11.1%	A	KDB		
メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合 男性	37.2%			46.1%	43.4%	*42.8%	—	25.3%	D	法定報告 健診結果		
メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合 女性	11.0%			13.7%	12.7%	*12.4%	—	7.0%	D			
特定健診等	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、特定保健指導対象者を減らす			特定健診受診率	40.0%	31.7%	41.0%	*42.5%	—	50.0%	B	法定報告
		特定保健指導実施率	78.9%	72.2%	76.0%	*72.3%	—	75.0%	D			

評価区分

- A: 目標値に達した
- B: 目標値に達していないが改善傾向にある
- C: 変わらない
- D: 悪化している
- E: 評価が困難である

\* 令和5年10月法定報告時点の値(未確定)



## (2) 特定健診受診率について

健診受診勧奨の取り組みとして、ハガキや電話による受診勧奨を行ったり、利便性の向上として土日健診や大腸がん同時受診のセット健診を実施しましたが、受診率は目標の 50%を達成できていません。国保加入者に占める割合が高い 65～74 歳の受診率は県と比較し低く、課題となっています。集団健診を案内する年齢を拡大したことにより受診率は伸びてきていますが、65～74 歳の多くは医療機関に通院中であることから、医療機関訪問を実施し受診率向上に向けて協力の依頼をしています。

今後も受診率向上に向けて、利便性をさらに高めるための工夫や、受診勧奨対象者を分析し優先順位をつけながらハガキのみならず電話や訪問による勧奨を実施していく必要があります。

## (3) 重症化予防の取り組みについて

### ① 高血圧

脳血管年齢調整死亡率は男女ともに減少していますが、要介護者の有病状況は脳血管疾患が約 50%を占めており、脳血管疾患が総医療費に占める割合は平成 30 年度と比較し増加しています。脳血管疾患の最大のリスク因子である高血圧者の割合が増加しています。重症化予防の取り組みとして、リスクの高い高血圧Ⅱ度以上の方には医療受診・未受診に関わらず保健指導を行っています。また、令和 4 年度から高血圧Ⅱ度以上の方のみならず、Ⅰ度リスク第 3 層の方にも保健指導を実施し、家庭血圧測定の状態を確認したうえで医療機関への受診勧奨を実施しています。さらに令和 3 年度から集団健診受診者については減塩の動機付けとして尿中塩分測定を実施し、生活状況に沿った食事指導につなげています。高血圧の方は、家庭血圧が重視されることから医療機関の受療につながらない方が多いため、血圧の仕組みやリスクと医療機関受診の目安を伝えていく必要があります。また、地区健康教室等の場を利用して飯田市の課題である高血圧についての現状を伝えていく必要があります。

### ② 糖尿病

糖尿病性腎症による国保新規透析者数が減少していますが、医療費に占める割合は透析の有無に関わらず慢性腎不全で平成 30 年度と比較し増加しています。健診受診者における HbA1c 高値の方の割合は 40～64 歳男性において増加しています。重症化予防の取り組みとして HbA1c 7.0 以上の方には、医療受診・未受診に関わらず保健指導を行っています。特に未治療者については、医療の受診勧奨を行い、医療機関との連携を図っています。精密検査を受診していない方には健診の受診勧奨を行ったりレセプトを確認したりと継続的に関わっています。治療中断者については、健診受診勧奨を実施していますが、現状把握が困難である方もおり今後の課題となっています。

### ③ メタボリックシンドローム

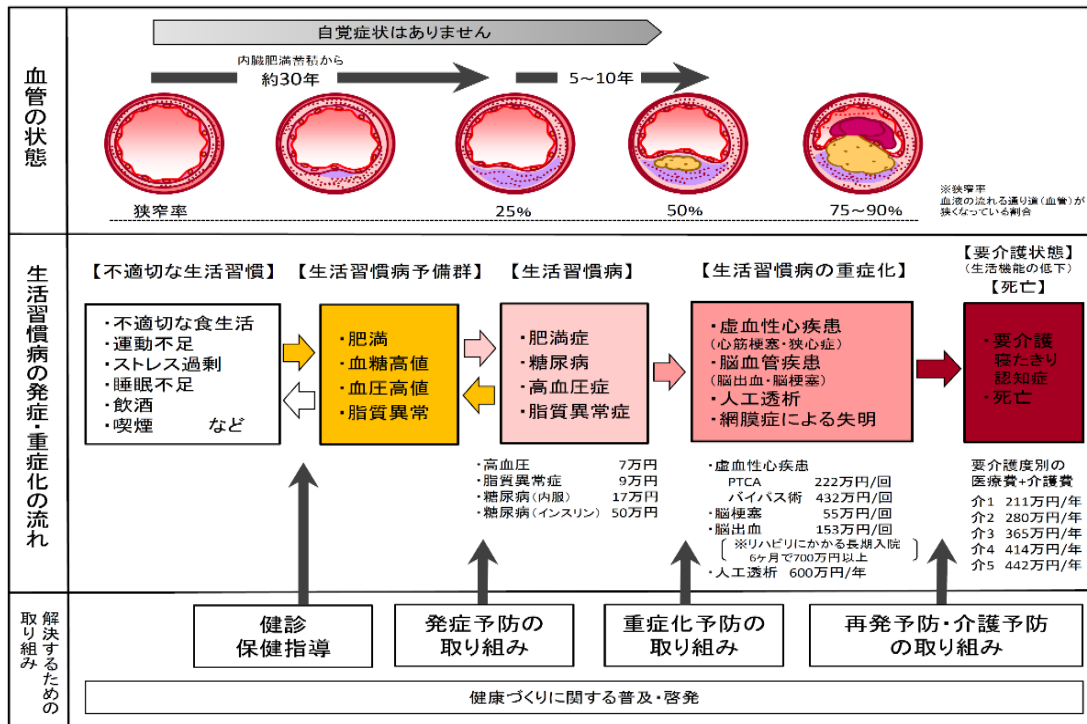
メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合は、男性で顕著に増加しています。内臓脂肪の蓄積は若年よりはじまることから 39 歳以下の健診機会を設け保健指導該当者には保健指導を実施しており、消防団や企業に出向き働き世代から健康への意識づけを行うことができるようポピュレーションアプローチも行っています。一方で、39 歳以下の方は希望による申込制で健診を受けていることから健診受診者が少ないことが課題となっています。今後は 39 歳以下の方にも健診受診の機会を積極的に周知し、早期に生活習慣病のリスクを軽減できるよう関わっていくことが必要です。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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

図表 35 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

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

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

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

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導

対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

(1)医療費分析

図表 36 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	21,145人	20,237人	20,082人	19,422人	18,540人	18,532人	
総件数及び 総費用額	件数	181,520件	175,471件	164,570件	168,000件	166,826件	268,180件
	費用額	66億0276万円	64億3865万円	63億7399万円	65億1275万円	63億8148万円	145億4683万円
一人あたり医療費	31.2万円	31.8万円	31.7万円	33.5万円	34.4万円	78.5万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 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	飯田市	63億8148万円	27,863	4.28%	0.35%	2.68%	0.89%	6.43%	3.85%	2.35%	13億2904万円	20.83%	15.45%	9.06%	8.15%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.03%	16.43%	8.45%	9.18%
	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	飯田市	145億4683万円	66,121	4.81%	0.42%	6.18%	1.05%	5.14%	3.48%	1.23%	32億4664万円	22.32%	9.66%	2.15%	11.85%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.08%	11.77%	2.73%	12.28%
	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%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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 38 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	597人	634人	646人	638人	626人	2,049人
	件数	B	1,124件	1,096件	1,182件	1,179件	1,128件	3,842件
		B/総件数	0.62%	0.62%	0.72%	0.70%	0.68%	1.43%
	費用額	C	15億6779万円	15億4405万円	16億9750万円	17億1519万円	16億2719万円	47億6350万円
C/総費用		23.7%	24.0%	26.6%	26.3%	25.5%	32.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(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	53人		66人		49人		42人		46人		262人		
		D/A	8.9%		10.4%		7.6%		6.6%		7.3%		12.8%		
	件数	E	78件		97件		86件		61件		84件		482件		
		E/B	6.9%		8.9%		7.3%		5.2%		7.4%		12.5%		
	年代別	40歳未満	3	3.8%	2	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	0.2%
		40代	1	1.3%	0	0.0%	3	3.5%	2	3.3%	0	0.0%	70-74歳	2	0.4%
		50代	10	12.8%	5	5.2%	8	9.3%	11	18.0%	5	6.0%	75-80歳	75	15.6%
		60代	28	35.9%	49	50.5%	40	46.5%	14	23.0%	28	33.3%	80代	270	56.0%
		70-74歳	36	46.2%	41	42.3%	35	40.7%	34	55.7%	51	60.7%	90歳以上	134	27.8%
	費用額	F	9781万円		1億2463万円		1億1901万円		8553万円		1億2097万円		6億1501万円		
		F/C	6.2%		8.1%		7.0%		5.0%		7.4%		12.9%		

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

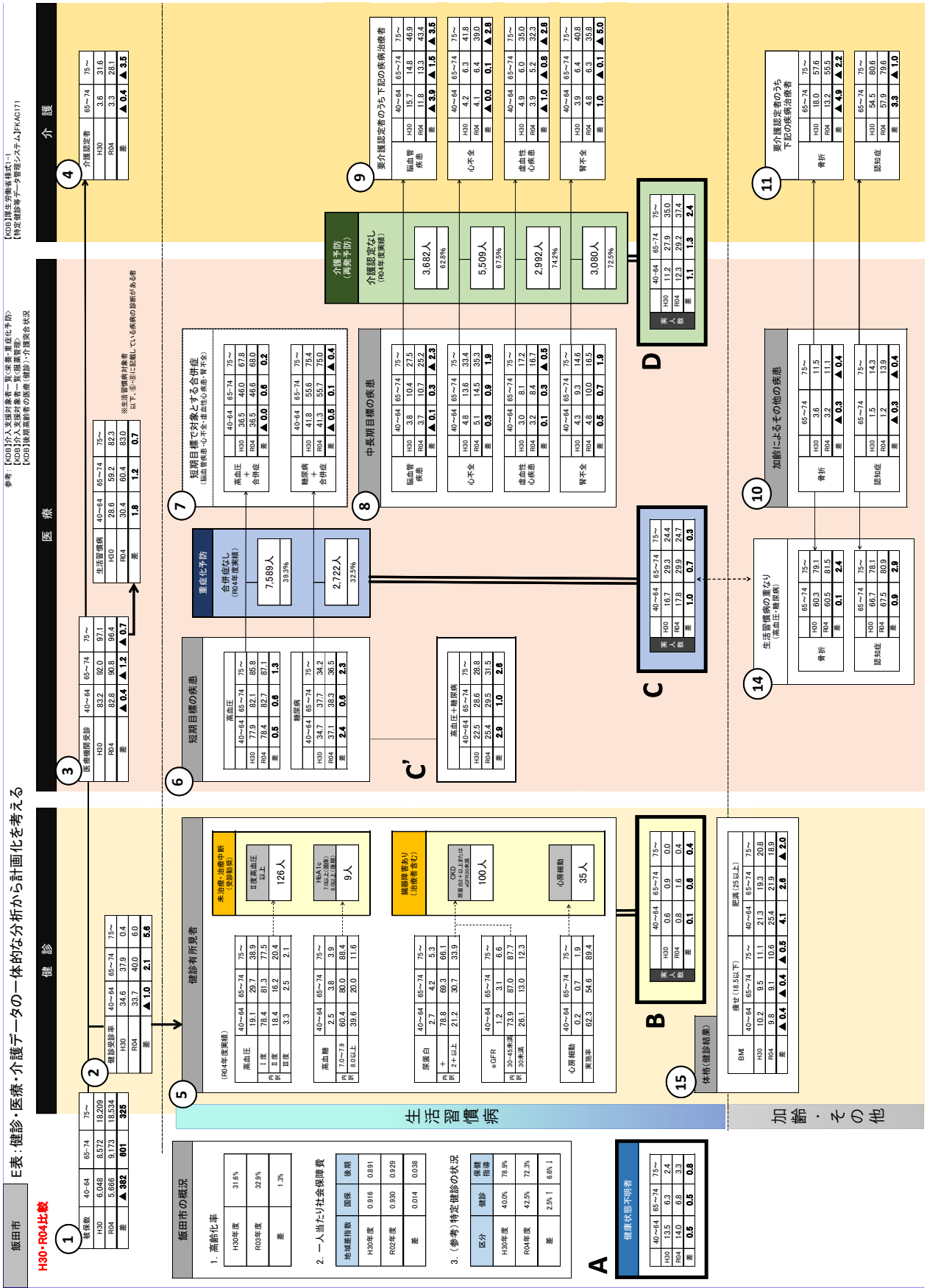
出典:ヘルスサポートラボツール

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	28人		38人		27人		38人		15人		39人		
		G/A	4.7%		6.0%		4.2%		6.0%		2.4%		1.9%		
	件数	H	29件		45件		30件		42件		15件		42件		
		H/B	2.6%		4.1%		2.5%		3.6%		1.3%		1.1%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	2.4%
		40代	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	3.4%	3	6.7%	1	3.3%	3	7.1%	1	6.7%	75-80歳	16	38.1%
		60代	12	41.4%	23	51.1%	17	56.7%	13	31.0%	6	40.0%	80代	21	50.0%
		70-74歳	16	55.2%	18	40.0%	12	40.0%	25	59.5%	8	53.3%	90歳以上	4	9.5%
	費用額	I	4481万円		6271万円		4936万円		6966万円		2378万円		5691万円		
		I/C	2.9%		4.1%		2.9%		4.1%		1.5%		1.2%		

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 41 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 42 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
						特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	31.6	6,048	8,572	18,209	34.6	37.9	0.4	10.2	9.5	11.1	21.3	19.3	20.8	
R04	28.1	5,666	9,173	18,534	33.7	40.0	6.0	9.8	9.1	10.6	25.4	21.9	18.9	

図表 43 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-	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	37	1.8	(16)	125	3.8	(32)	5	6.9	(0)	38	1.8	(2)	124	3.8	(4)	1	1.4	(0)	19	0.9	35	1.1	1	1.4	3	0.1	10	0.3	0	--
R04	79	4.1	(25)	204	5.6	(70)	97	8.8	(31)	48	2.5	(3)	140	3.8	(6)	5	0.5	(0)	15	0.8	59	1.6	26	2.3	2	0.1	14	0.4	19	1.7

図表 44 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
	高血圧		糖尿病		C' 糖尿病+高血圧		高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症											
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	83.2	92.0	97.1	28.6	59.2	82.3	77.9	82.1	85.8	34.7	37.7	34.2	22.5	28.6	28.8	36.5	46.0	67.8	41.8	55.6	75.4
R04	82.8	90.8	96.4	30.4	60.4	83.0	78.4	82.7	87.1	37.1	38.3	36.5	25.4	29.5	31.5	36.5	46.6	68.0	41.3	55.7	75.0

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 45 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(被保険割合)												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	3.8	10.4	27.5	3.0	8.1	17.2	4.8	13.6	33.4	4.3	9.3	14.6	15.7	14.8	46.9	4.9	6.0	35.0	4.2	6.3	41.8	3.9	6.4	40.8
R04	3.7	10.7	25.2	3.2	8.4	16.7	5.1	14.5	35.3	4.8	10.0	16.5	11.8	13.3	43.4	3.9	5.2	32.3	4.1	6.4	39.0	4.8	6.3	35.8

図表 46 骨折・認知症の状況

E表	⑩ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑪ 加齢による その他の疾患 (被保険割合)				⑫ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	60.3	79.1	66.7	78.1	3.6	11.5	1.5	14.3	18.0	57.6	54.5	80.6
R04	60.5	81.5	67.5	80.9	3.2	11.1	1.2	13.9	13.2	55.5	57.9	79.6

### (3)健康課題の明確化(図表 36~46)

国保の被保険者数は年々減少していますが、1人当たり医療費は、令和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、年々増加しています。後期高齢者になると1人当たり78万円を超え、国保の2.2倍となっています。(図表 36)

医療費に占める生活習慣病の割合をみると、短期的目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症ともに総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて高くなっています。また、中長期目標疾患である脳血管疾患は、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて高い状況です。特に後期高齢における脳血管疾患の医療費に占める割合は他に比べ高くなっており、重症化を予防することが課題です。(図表 37)

高額レセプトについて、国保においては毎年約1,100件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3.5倍に増えていることがわかります。

高額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、国保では令和元年度が一番多く97件で1億2,000万円以上の費用がかかっていました。後期高齢においては、令和4年度482件発生し、約6億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表 38、39)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表42の①被保険者数は、40~64歳は減少していますが、65歳~74歳と75歳以上で926名増えており、高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の方の割合が4.1%も高くなってきており、4人に1人が肥満です。図表43健診有所見の状況を見ると、高血圧、HbA1cの有所見者数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表44の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)の合併症をみると、65歳以上の年代で若干割合が増えてきています。

図表45の中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において被保険者に対する割合を、平成30年度と令和4年度を比較すると、心不全、腎不全の割合が増えてきています。

図表46の介護が必要となる疾患である骨折と認知症の状況を見ると、高血圧と糖尿病を併せ持つ者の割合が高いことがわかります。介護予防のために高血圧と糖尿病の予防は重要です。

### (4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)の中でも脳血管疾患と腎不全が最も優先して取り組むべき課題です。そのリスクとなる高血圧と糖尿病等の重症化予防の保健指導により、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を、治療中の方へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を継続していきます。増加傾向である肥満に対する保健指導についても力を入れていきます。

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。

図表 47 健康課題の優先付け・達成すべき目的と課題を解決するための目標

項目	健康課題	選定理由	優先順位	対応する保健事業
A	脳血管疾患の減少・医療費の抑制 (高血圧の改善)	・脳疾患による死亡割合が同規模・県・国に比べ高い。 ・総医療費に占める脳血管疾患の医療費が同規模・県・国に比べ高い。 ・健診結果で高血圧の有所見者が増加している。	1	脳血管疾患重症化予防
B	糖尿病性腎症・慢性腎臓病の重症化予防	・被保険者の腎不全を有する者の割合が増加している。 ・糖尿病有病者割合が増加している。 ・後期高齢者の慢性腎不全(透析有)医療費の割合が同規模・県・国に比べ高い。	2	糖尿病性腎症・慢性腎臓病重症化予防
C	メタボリックシンドロームの改善	・メタボリックシンドローム該当者・予備軍が増加している。 ・40～64歳のBMI25以上の肥満者が増加している。	3	特定保健指導 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
D	特定健診受診率の向上	・国の示す目標の60%に達していない。 ・受診率が50%に満たない状況で、被保険者の健康状態を把握し課題抽出するためのデータが不十分である。	1	受診率向上の取組み

★県共通評価指標

項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標	短期/長期
A	脳血管疾患の発症予防 高血圧の改善	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少	長期目標
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	
B	糖尿病性腎症の減少	健診受診者の高血圧者(Ⅱ度以上)の割合の減少★	短期目標
		健診受診者の高血圧者(Ⅰ度以上)の割合の減少	
	糖尿病治療継続者の増加 血糖コントロール不良者の減少	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	長期目標
		糖尿病性腎症による国保新規透析患者数の減少	
C	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少	HbA1c6.5%以上の者で糖尿病治療中の者の割合の増加	短期目標
		HbA1c8.0%以上の者の割合の減少★	
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合の維持	
D	特定健診受診率の向上	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少★	短期目標
		特定保健指導実施率70%以上★	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★	
		肥満者の減少	短期目標
		健診受診者の肥満者(BMI25以上)割合の減少	短期目標
		特定健診受診率60%以上★	短期目標

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、県共通評価指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 48)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。



## ② 中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せずに重症化して入院となることが、医療費が高額となることに繋がるため、医療費適正化に向け適切な時期での受診勧奨や重症化予防により、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。

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

## (2) 管理目標の設定

図表48 データヘルス計画の目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法 (活用データ年度)		
				R 5	中間評価 R 8	最終評価 R 11			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（男性）	27.7以下	27.7 (R2)	(R5)	(R8)	人口動態統計・県衛生年報	
			脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（女性）	23.9以下	23.9 (R2)	(R5)	(R8)		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.68	2.68 (R4)	(R7)	(R10)	K08・ヘルスサポートラポツール	
			虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（男性）	17.9以下	17.9 (R2)	(R5)	(R8)		
			虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（女性）	5.9以下	5.9 (R2)	(R5)	(R8)	人口動態統計・県衛生年報	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.89	0.89 (R4)	(R7)	(R10)		
			慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合の維持	4.28	4.28 (R4)	(R7)	(R10)	K08・ヘルスサポートラポツール	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.8以下	1.8 (R5)	(R8)	(R11)		
			糖尿病性腎症による国保新規透析患者数の減少	5人以下	5人 (R4)	(R7)	(R10)	K08厚労省様式3-2 福祉台帳	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	検討中	5.1 (R4)	(R7)	(R10)	法定報告
				健診受診者の高血圧者の割合減少（140/90以上）（男性）	検討中	29.7 (R4)	(R7)	(R10)	
				健診受診者の高血圧者の割合減少（140/90以上）（女性）	検討中	23.4 (R4)	(R7)	(R10)	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）（男性）	7.6	8.7 (R4)	(R7)	(R10)	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）（女性）	10.6	12.1 (R4)	(R7)	(R10)	
				健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c6.5%以上）	検討中	7.3 (R4)	(R7)	(R10)	
				HbA1c6.5%以上の者で糖尿病治療中の者の割合の増加	70	68.2 (R4)	(R7)	(R10)	
				★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.0	0.8 (R4)	(R7)	(R10)	
				メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少口男性	37.4	42.8 (R4)	(R7)	(R10)	
				メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少口女性	11.1	12.4 (R4)	(R7)	(R10)	
				BMI25以上の減少（40～64歳男性）	32.5未満	34.1 (R4)	(R7)	(R10)	
				BMI25以上の減少（40～64歳女性）	17未満	18.3 (R4)	(R7)	(R10)	
				アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	60	42.5 (R4)	
		★特定保健指導実施率75%以上	75			72.3 (R4)	(R7)	(R10)	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	県集計待ち						

## 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1期としていたが、医療費適正化計画等が6年1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1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診受診率	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%
特定保健指導実施率	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 50 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	14,035 人	13,083 人	12,498 人	11,910 人	10,830 人	10,244 人
	受診者数	6,667 人	6,542 人	6,561 人	6,551 人	6,227 人	6,146 人
特定保健指導	対象者数	667 人	654 人	656 人	655 人	623 人	615 人
	実施者数	500 人	491 人	492 人	491 人	467 人	461 人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)対象者

飯田市国保加入者のうち、特定健診の実施年度中に 40～74 歳となる方※で、かつ当該年度の1年間を通じて加入している方(年度途中での加入・脱退等異動のない方)のうち、妊産婦等除外規定の該当者(刑務所入所中、海外在住、長期入院等)を除いた方。

※当該年度において75歳に達する方も含める。

#### (2)実施方法、実施場所、実施時期

ア 集団健診 会場 各地区公民館のほか、公共施設、健康診断機関

時期 5月末頃から10月

イ 個別健診 会場 市の指定した医療機関等

時期 6月から翌年3月(ただし、人間ドック併用は4月から)

ウ 診療上の検査によるもの(検査結果提出事業)

市の指定した医療機関等で診療上に検査した特定健診結果相当のデータを本人同意の上で医療機関等から収集する

時期 6月から12月

エ その他の健診等によるもの

事業主や他の保険者の健診(検診)で検査した特定健診結果相当のデータを本人から収集する。

時期 6月から翌年3月

(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。集団健診のみ、貧血検査と尿中塩分測定検査を実施します。心電図と眼底検査は、医師の判断に基づき実施する検査ですが集団健診においては、希望者は検査を実施することができます。

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 以上また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)

飯田市特定健診検査項目

健診項目		集団健診	個別健診	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)	○	○	○
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	□(希望者も可)	□(希望不可)	□
	眼底検査	□(希望者も可)	□(希望不可)	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	○	□
	尿酸	○	○	
	推定1日食塩量摂取検査	○		

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

詳細健診の該当項目・判断基準

貧血	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者
心電図	当該年度の特定健診の結果において、収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上または問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健診の結果において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者 ①収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上 ②空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上または随時血糖126mg/dl以上

ただし、当該年度の特定健診において血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果を確認できない場合は、前年度の特定健診の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。

#### (4) 外部委託について

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

特定健診について、本市職員と所有設備では対応できない部分を外部委託します。集団健診に適した巡回型の健診機関と個別契約し、個別健診と健診相当の検査結果提出事業については利便性を図り地元医師会と集合契約をします。

#### (5) 代行機関

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

#### (6) 医療機関との適切な連携

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

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

#### (7) 健診の周知と受診勧奨

健診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、パンフレット、ちらし、広報いいた、地区組合回覧、ホームページ等のあらゆる媒体を使い医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

また、40 歳から 74 歳の方全員へ健診受診券を送付し、未受診者については以下の対象者を中心にハガキ・電話・訪問による受診勧奨を実施します。

- ア 前年度重症化予防対象者で当該年度未受診者
- イ 前年度受診者のうち、当該年度未受診者
- ウ 新規国保加入者
- エ 2, 3 年前受診者で以降未受診者
- オ 新たに特定健診の対象となる 40 歳

## 5. 特定保健指導の実施

### (1) 対象者

特定健診の結果、腹囲・BMI の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上まわる方のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方を除いた全員の方。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(2)実施場所、実施時期

ア 会場 各地区の公民館、公共施設等

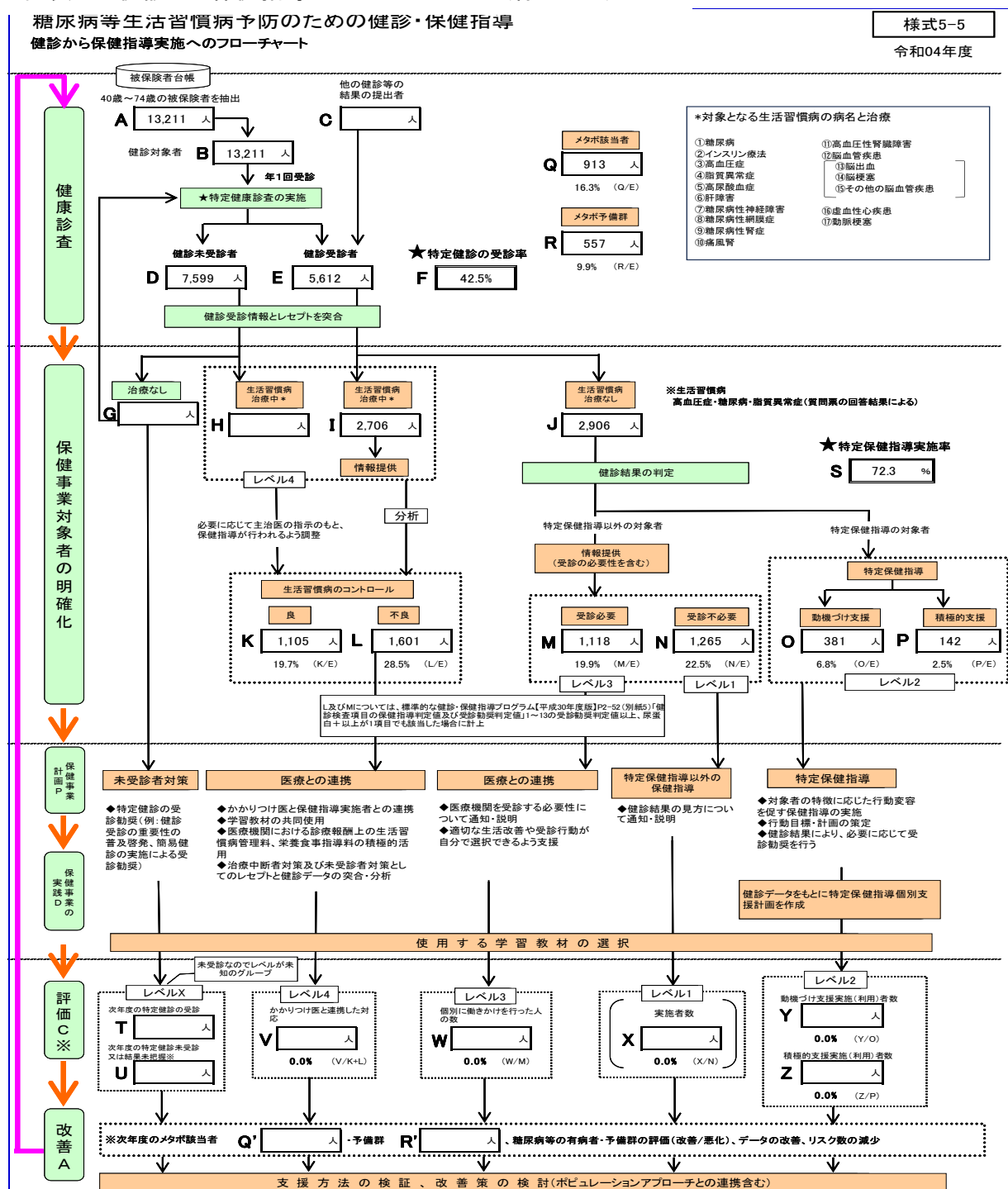
イ 時期 6月から翌年9月

ウ 実施者 原則、保健課の保健師、管理栄養士

(3)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 51 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



#### (4) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表52 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込(受診者の〇%)
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	523人 (9.3%)
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	1,118人 (19.9%)
3	L	生活習慣病のコントロール(不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,601人 (28.5%)
4	N・K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	2,370人 (42.2%)

#### (5) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表53 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	受診勧奨
前年度	委託契約準備開始		
10月	予算手続き		
前年度	計画の見直し		
11月			
前年度			健診の広報(随時)
2月			
前年度	委託契約		
3月	人間ドック受診券先行発行 健診結果提出事業の依頼		
4月	健診対象者の抽出 受診券の送付開始 人間ドック受診開始(3月まで)		
5月	特定健診(集団) 各地区公民館等(8月上旬まで)		
6月	特定健診(個別) 特定健診実施医療機関(3月まで)	個別(ドック含む)受診者保健指導開始 ・市役所、公民館等で面接又は訪問	受診勧奨(ハガキ・電話・訪問) 新規国保・40歳を中心に
7月		集団受診者保健指導開始 ・電話や通知で日程お知らせ ・各地区公民館等で面接又は訪問	受診勧奨(ハガキ・電話・訪問) 過去に集団健診受診者の未受診者を中心に
8月		受診後フォロー開始 ・要医療者の受診勧奨 ・継続保健指導の実施	
9月			
10月	秋の集団健診1会場		受診勧奨(ハガキ・電話・訪問) 過去に個別健診受診者の未受診者を中心に
11月	保健事業の現状分析		
12月			データ提出者へインセンティブ
1月			
2月	運営に関する協議会		健診受診者へインセンティブ
3月	予算案決議		
翌年5月	費用決済(最終)		
翌年9月	提出検査データ入力	保健指導データ入力	
翌年10月	受診・実施率実績の算出(法定報告)		
翌年11月	実施実績の分析と評価		

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

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

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、原則特定健康診査等データ管理システムで行い、カード式入室システムが設置されているサーバー室または認証キーが必要なパソコンにおいて保管します。また、紙媒体や磁気媒体は最低でも5年以上は保存し、業務管理者である健康福祉部保健課長の判断により廃棄します。なお、電子データの保管管理等の業務の一部については、国保連による共同処理も行います。

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患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の減少を目指すために、特定健診における血圧、血糖、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て実施いく必要があります。

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、脳血管疾患重症化予防、糖尿病性腎症・慢性腎臓病重症化予防等の取組を行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の



実態を広く市民へ周知していきます。

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

## II. 重症化予防の取組

飯田市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,703人(30.3%)です。そのうち治療なしが538人(18.5%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が261人です。

また、治療していない重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、538人中232人いるため、特定保健指導の徹底をあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります(図表54)。

図表54 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)
科学的根拠に基づき ↓ 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	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器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))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		5,612人 42.5%
	クモ膜下出血 (5.8%)	脳出血 (18.5%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	糖尿病性腎症	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	■各疾患の治療状況
	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%)	安静 狭心症			治療中 治療なし
	非心原性脳梗塞						高血圧 1,860 3,752
							脂質異常症 1,494 4,117
							糖尿病 430 5,138
							3疾患 いずれか 2,706 2,906
							※照診結果による
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	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	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	287 5.1%	16 0.3%	163 2.9%	123 2.2%	913 16.3%	489 8.7%	1,703 30.3%
治療なし	163 4.3%	5 0.2%	142 3.4%	88 2.1%	155 5.3%	131 2.5%	538 18.5%
(再掲) 特定保健指導	46 16.0%	3 18.8%	35 21.5%	28 22.8%	155 17.0%	48 9.8%	232 13.6%
治療中	124 6.7%	11 0.4%	21 1.4%	35 2.4%	758 28.0%	340 12.6%	1,165 43.1%
臓器障害 あり	72 44.2%	5 100.0%	36 25.4%	35 39.8%	63 40.6%	49 100.0%	261 48.5%
CKD(専門医対象者)	24	1	12	15	21	21	149
心電図所見あり	57	5	30	25	49	32	147
臓器障害 なし	91 55.8%	--	106 74.6%	53 60.2%	92 59.4%	--	--

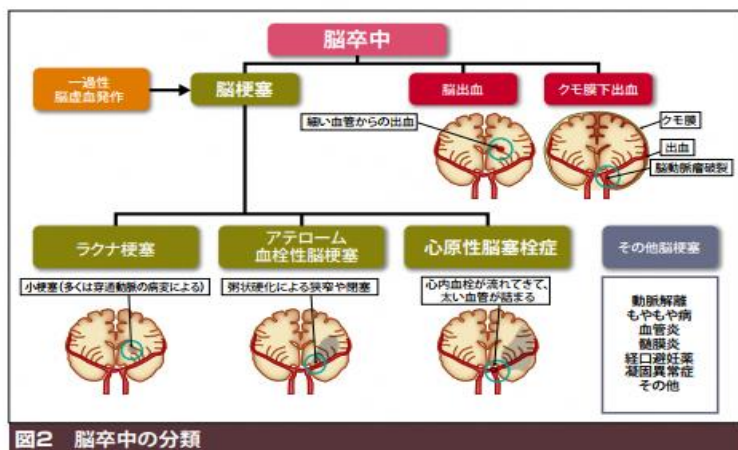
出典:ヘルサポートラボツール

# 1 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 55、54)

図表 54 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図2 脳卒中の分類

図表 55 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 56 でみると、高血圧治療者 6,248 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 638 人(10.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 287 人(5%)であり、そのうち 163 人(56.8%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 124 人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。

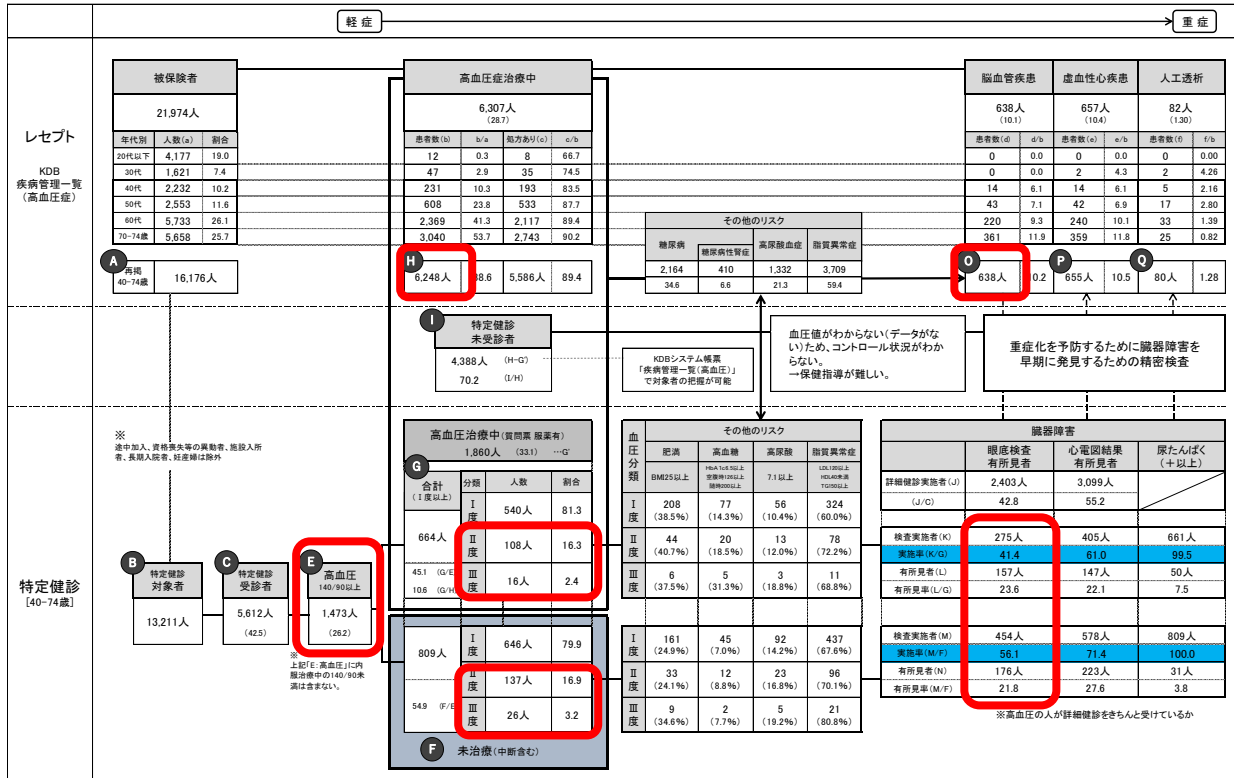
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)の実施条件として、Ⅰ度高血圧以上の場合となっています。高血圧 1,473 人(26.2%・E)のうち眼底検査を実施しているのは 729 人(49.5%)で、744 人(50.5%)は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 56 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

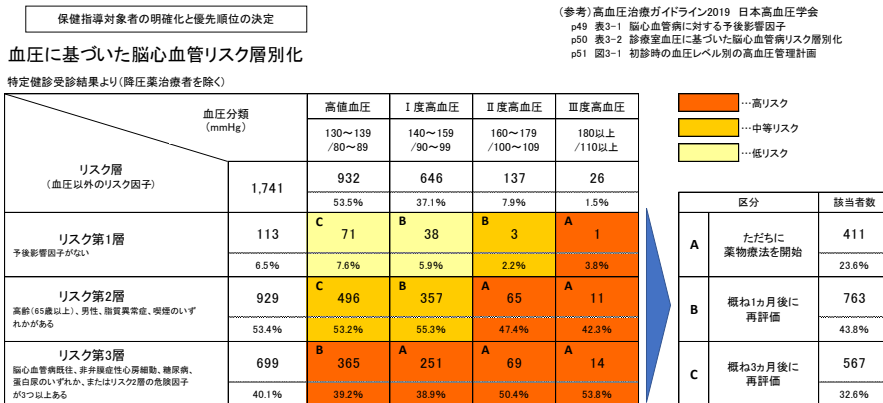
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 57 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

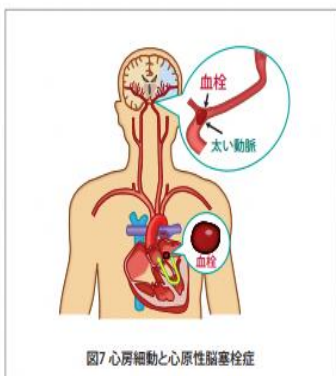
令和04年度



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

図表 57 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 58 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 58 心房細動有所見状況

	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	2,623	3,182	1,476	56.3%	1,720	54.1%	14	0.9%	2	0.1%	--	--
40代	305	280	168	55.1%	143	51.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	362	391	241	66.6%	236	60.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	977	1,305	563	57.6%	733	56.2%	8	1.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	979	1,206	504	51.5%	608	50.4%	6	1.2%	2	0.3%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 59 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
16	2	12.5%	14	87.5%

飯田市調べ

心電図検査において 16 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 16 人のうち 14 人は既に治療が開始されていましたが、2人はまだ治療につながっていませんでした。

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年に1度の心電図検査を勧めていきます。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握

された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 60 高血圧改善へ向けて(保健指導教材)

高血圧の理解と改善に向けて保健指導教材
もくじ
1 高血圧の構造図
2 「血圧が高い」と言われても自覚症状がないのですが・・・
3 血圧の基準値はひとり一人違います 自分の基準値を確認しましょう
4 血圧は1回の測定で判断できません 「白衣高血圧」「仮面高血圧」
5 血圧は1回の測定で判断できません 早朝高血圧が見逃されています
6 血圧の正しい測定方法
7 私の血圧を水圧にしてみると
8 高血圧になると影響を受ける臓器はどこか？
9 脳卒中の最大の危険因子は高血圧
10 高血圧が起こす血管変化をみる検査
11 「眼底検査」って何を見ているの？
12 血圧値はどの値にするとよいでしょう？
13 減塩だけでは血圧を下げられない人もいます
14 高血圧の薬は細動脈が硬くならないうちに始めることが大切です
15 血圧記録手帳

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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。

集団健診受診者のⅠ度高血圧リスク第3層で高血圧未治療者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況を確認します。

#### 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経過を把握していきます。

### 4) 医療との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

### 6) 評価

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

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6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)

## 2. 糖尿病性腎症・慢性腎臓病重症化予防

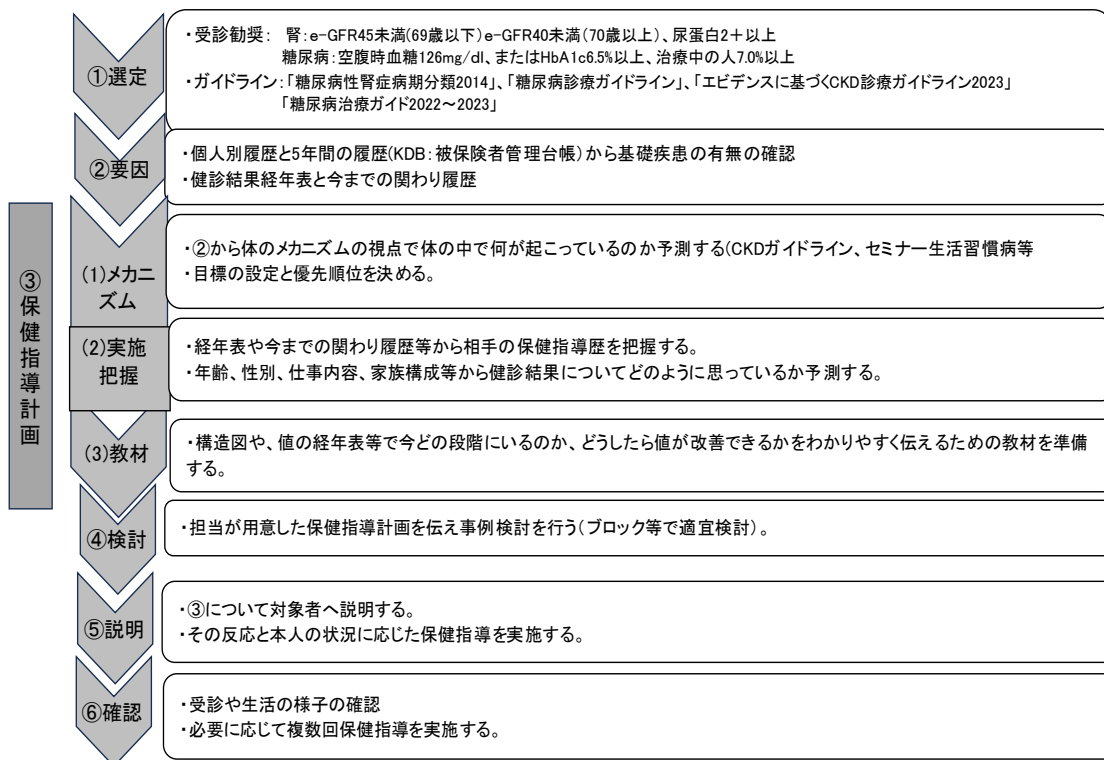
### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。また、腎血管の動脈硬化による腎硬化症等、糖尿病を原因としない人工透析導入を予防するため、飯田医師会の CKD(慢性腎臓病)連携ツールを活用し、慢性腎臓病の重症化予防についても取り組みます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 61 糖尿病性腎症・慢性腎臓病重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2)対象者の明確化

### (1)対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ ハイリスク者
  - ア HbA1c7.0 以上の方
  - イ eGFR45 未満(69 歳以下)または eGFR40 未満(70 歳以上)または尿蛋白陽性の方

### (2)選定基準に基づく該当者の把握

#### ①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、CKD 診療ガイドラインの CKD 重症度分類に基づき行います。

図表 62 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準 (CKD 診療ガイドライン 2018)

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
eGFR区分 (mL/分/ 1.73㎡)	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89		血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

慢性腎臓病の病期分類は蛋白尿及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

飯田市においては、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ます。尿アルブミンは検査していませんが、CKD診療ガイド 2018 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

#### ②基準に基づく該当者数の把握

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

飯田市において特定健診受診者で糖尿病型 596 人のうち、糖尿病未治療者は 164 人(27.5%・

F)、糖尿病治療者は 432 人 (72.5%・G) でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 2,976 人のうち、特定健診未受診者 2,496 人 (85.2%・I) については、治療中であるが、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。

#### ④ 介入方法と優先順位

ア 糖尿病性腎症重症化予防は、図表 63 より介入方法を以下のとおりとします。

##### 優先順位 1

###### 【受診勧奨・保健指導】

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・164 人

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・HbA1c7.0%以上は糖尿病保健指導情報提供書を使用し医療機関と連携した保健指導

##### 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)・・・180 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

###### 【受診勧奨】

過去の特定健診で要精密検査となったが医療受診しておらず、特定健診も未受診の者  
糖尿病治療中断の可能性がある者 (6 か月間レセプトがない者)

- ・介入方法としてハガキ、電話、個別面談、個別訪問等に対応

イ 慢性腎臓病重症化予防

###### 【受診勧奨】

eGFR45 未満 (69 歳以下) または eGFR40 未満 (70 歳以上) または尿蛋白 2+以上のうち、腎疾患の受療のない者

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・CKD 連携ツールを使用して医療機関と連携した保健指導

###### 【保健指導】

尿蛋白+、±で腎疾患の受療のない者

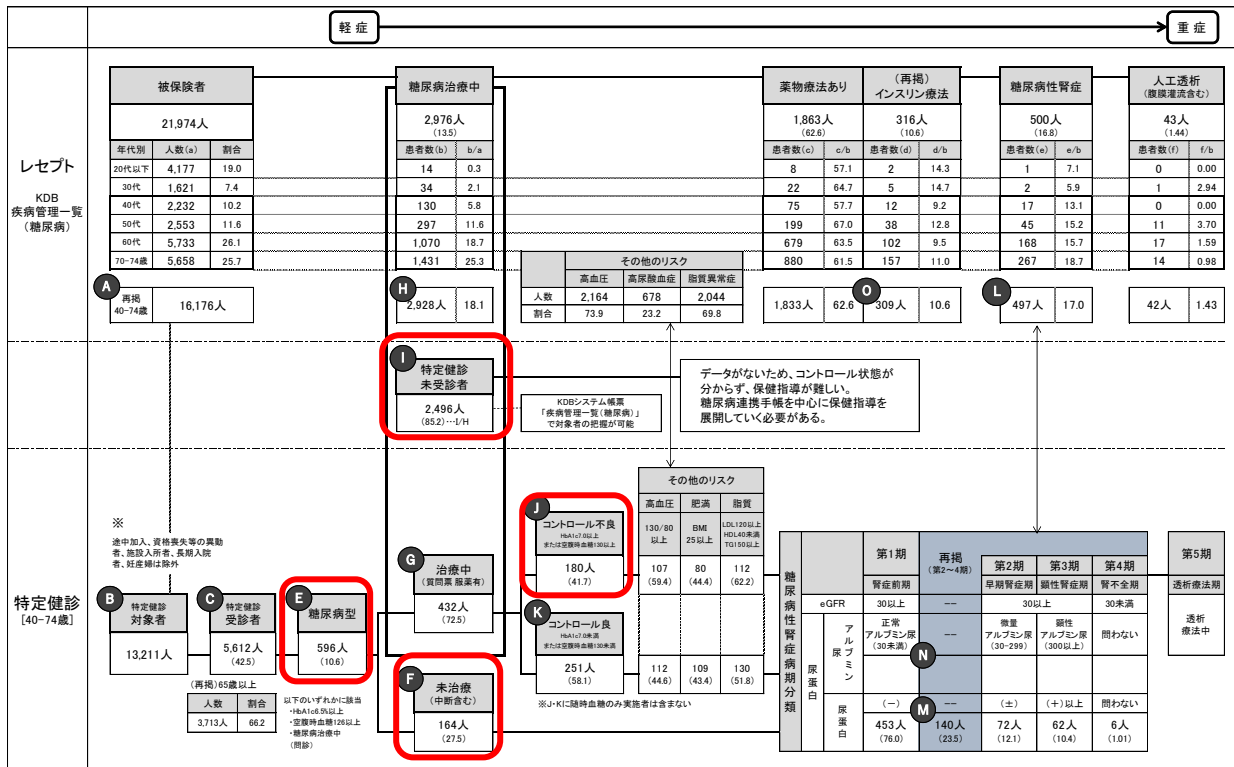
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・尿蛋白や CKD の情報提供、希望により CKD 連携ツールの使用



図表 63 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



図表 64 慢性腎臓病該当者 (CKD 重症度分類)

原疾患	糖尿病		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿		
	高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿		
尿蛋白区分			A1	A2	A3		
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )			(-)	(±)	(+)以上		
尿検査・GFR 共に実施			4,816人	527人	61人		
			86.7%	9.5%	11.6%		
			4,816人	527人	61人		
			86.7%	9.5%	11.6%		
G1	正常または高値	90以上	354人 6.4%	307人 5.5%	37人 0.7%	5人 13.5%	10人 0.2%
G2	正常または軽度低下	60-90未満	3,880人 69.8%	3,431人 61.8%	341人 6.1%	38人 11.1%	108人 1.9%
G3a	軽度~中等度低下	45-60未満	1,181人 21.3%	995人 17.9%	124人 2.2%	17人 13.7%	62人 1.1%
G3b	中等度~高度低下	30-45未満	119人 2.1%	77人 1.4%	22人 0.4%	1人 4.5%	20人 0.4%
G4	高度低下	15-30未満	18人 0.3%	6人 0.1%	3人 0.1%	0人 0.0%	9人 0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	3人 0.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 —	3人 0.1%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症・慢性腎臓病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、腎機能低下の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。飯田市においては、特定健診受診者を慢性腎臓病の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行っていきます。

図表 65 糖尿病性腎症・慢性腎臓病重症化予防(保健指導教材)

糖尿病や耐糖能異常の原因を明らかにし改善と合併症を防ぐための支援・腎機能の状態を知り低下を防ぐための実践に向けて	
<b>もくじ</b>	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	3-5 食べる時間とインスリン分泌
1-1 健診経年結果一覧	3-6 分食という方法
1-2 糖尿病のタイプ	
1-3 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	<b>4 薬物療法</b>
1-4 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	4-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-5 Zさん(男性)から教えていただきました	4-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-6 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	4-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-7 糖尿病による網膜症	4-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-8 眼(網膜症)	4-5 その薬はもしかして「αグルコシダーゼ阻害薬」ですか
1-9 肥満や高血糖は腎臓で何が起こるのでしょうか	4-6 イメグリミンってどんな薬？
1-10 HbA1cとeGFRの経年変化	4-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-11 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	4-8 ビグアナイド薬とは
1-12 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	4-9 チアソリジン薬とは？
1-13 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	4-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起こるのでしょうか
1-14 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>5 慢性腎臓病</b>
1-15 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います	5-1 慢性腎臓病(CKD)の構造図
1-16 食べ方を変えて良くなった人の事例	5-2 自分はこの位置にいるのか
<b>2 基本的な糖尿病の資料</b>	5-3 腎機能の経過をみてみましょう(eGFRグラフ)
2-1 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	5-4 腎臓の働きをご存じですか？
2-2 ヘモグロビンA1cは・・・	腎機能低下のリスク要因・腎臓専門医への紹介基準
2-3 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	年齢による腎機能(eGFR)の低下速度・腎臓を守るためのポイント
2-4 糖尿病治療の進め方	
2-5 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	<b>6 参考資料</b>
2-6 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	6-1 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
2-7 64歳以下 HbA1cと体重の推移	6-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
2-8 64歳以上 HbA1cと体重の推移	6-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
<b>3 高血糖を解決するための食</b>	6-4 ライフステージごとの食品の目安量
3-1 健診データと病気に基づいた食品の基準量	6-5 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
3-2 生活は住民の方しわかりません 伺うことから始まります	6-6 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
3-3 今、増えてきた食品等の資料を作りました	6-7 CKD診療ガイドライン2018
3-4 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	

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に飯田医師会と協議した連携様式や精密検査票を使用します。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集を行い、必要に応じて保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県プログラムに準じ行っていきます。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

### 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

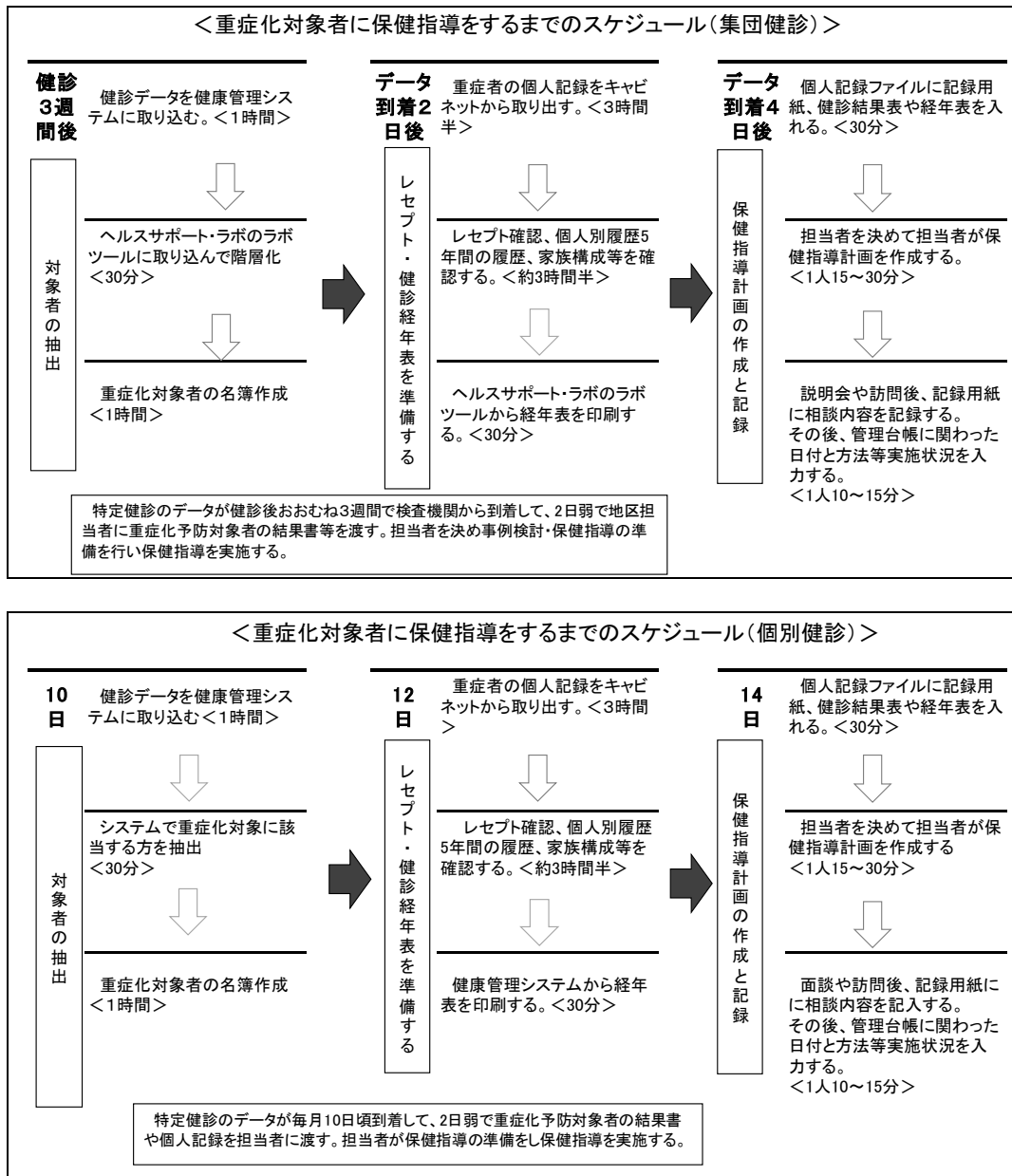
### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 介入者の翌年度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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 66 重症化対象者に保健指導をするまでのスケジュール



### 3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

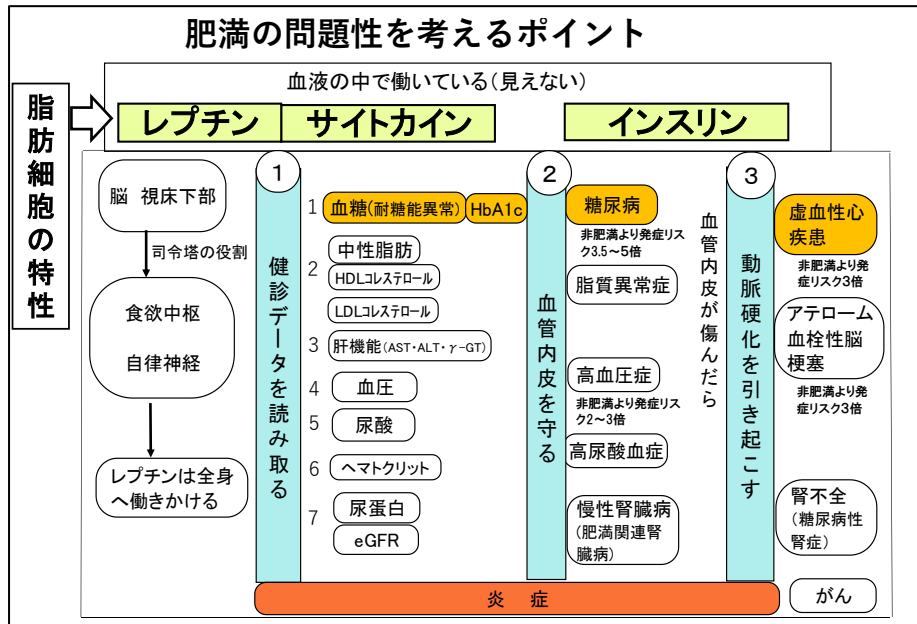
#### 1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高い

とされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」とされています。(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より) なお、取組みにあたっては図表 67 に基づいて考えていきます。

図表 67 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

「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 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。図表 68 にある通り肥満症による「日常生活」への影響は住民の声からも深刻です。

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

「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

日常生活	肥満度			
	1度 25~29.9	2度 30~34.9	3度 35~39.9	4度 40~
食事	食慾 満腹感なく食べ過ぎてしまう。 心療内科の薬飲むと、食慾が抑えられない	夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食慾が抑えられない	食べ始めたら止まらない ストレスを感じると食べる お腹すいてなくても食べたくなる 食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	食慾が抑えられない 夜中起きて食べてしまう 食慾が止まらない 食慾をコントロールできない
	胃腸 食べるとお腹が張って苦しくなる		太っているからか腸の蠕動もおこるよ	逆流性食道炎になった。 便秘に陥ると腹重が割れる
排泄			便秘になって大変	
	排泄 横になるとトイレに行きたくなる	尿意を感じて夜中に3回起きる	トイレに何度も起きて寝た感じがしない むくみがあったり5年間くらい夜間頻尿が続いている。 膀胱炎になりやすい	尿漏れする 起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行 疲労感がある	長く歩くと息切れがする 階段を上るとき息切れする 坂道は息が切れる 運動するとすぐ息切れする	体重で足裏が痛い 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない 歩く足がしびれる	200m歩くにも呼吸が苦しい 歩いたら苦しいので頻りに休んでいる だるくて寝ていることが多い
	日常動作	屈まず、足の爪を切るができない 服起きると体重で手がしびれて色が変わっている 運動すると数日たるとなる 身体が動かすづらい		お腹が邪魔で前に屈めない シャワーがつからい 手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸 2~3年前から胸の重さを感じる 仕事で時々胸の息苦しさ 1年前から動機あり、休みながら仕事していた 胸が重くなることある。止まるんじゃないかとグツと	動機がする 胸が締め付けられる感じ、8年前から時々起こる 心臓が大きくなったといわれた 少し動いただけでも心臓がきつい	仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める 胸が締め付けられる感じがする 心臓はスピードのある作業するとバクバクする	花を向いて寝ると動機が強く寝れなかった 心臓の圧迫感で10年前狭心症でワーテル 今も段差上がったとき苦しい 心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫 頻りに発熱する		風邪をひきやすい	よく風邪をひく よく体調を崩す
皮膚	背中がかゆい 皮膚が赤くなる	湿疹ができる 痒い	皮膚が赤く炎症を起こしている 炎症で体毛が生えなくなる	足の皮膚が痒くなるので、よく皮を削っている。 全身の湿疹がつかない 皮膚科に毎月通院している

次に図表 69 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64歳）を対象とすることが効率いいことがわかります。

図表 69 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類									
					肥満				高度肥満					
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上			
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳		
総数	2,018	3,787	514	822	398	728	90	80	20	13	6	1		
				25.5%	21.7%	19.7%	19.2%	4.5%	2.1%	1.0%	0.3%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	935	1,688	318	470	252	432	53	32	12	5	1	1	
					34.0%	27.8%	27.0%	25.6%	5.7%	1.9%	1.3%	0.3%	0.1%	0.1%
	女性	1,083	2,099	196	352	146	296	37	48	8	8	5	0	
					18.1%	16.8%	13.5%	14.1%	3.4%	2.3%	0.7%	0.4%	0.5%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

### 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	2,538	281	348	942	967	3,074	263	358	1,260	1,193	
メタボ該当者	B	688	48	77	268	295	225	5	18	96	106	
	B/A	27.1%	17.1%	22.1%	28.5%	30.5%	7.3%	1.9%	5.0%	7.6%	8.9%	
再掲	① 3項目全て	C	225	7	22	96	100	71	1	5	33	32
		C/B	32.7%	14.6%	28.6%	35.8%	33.9%	31.6%	20.0%	27.8%	34.4%	30.2%
	② 血糖＋血圧	D	88	3	7	29	49	23	1	3	9	10
		D/B	12.8%	6.3%	9.1%	10.8%	16.6%	10.2%	20.0%	16.7%	9.4%	9.4%
	③ 血圧＋脂質	E	345	34	42	134	135	120	3	10	48	59
		E/B	50.1%	70.8%	54.5%	50.0%	45.8%	53.3%	60.0%	55.6%	50.0%	55.7%
	④ 血糖＋脂質	F	30	4	6	9	11	11	0	0	6	5
		F/B	4.4%	8.3%	7.8%	3.4%	3.7%	4.9%	0.0%	0.0%	6.3%	4.7%

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

	受診者	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患治療の有無				メタボ該当者		3疾患治療の有無				
				あり		なし				あり		なし		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
総数	2,623	709	27.0%	576	81.2%	133	18.8%	3,182	229	7.2%	203	88.6%	26	11.4%
40代	305	51	16.7%	26	51.0%	25	49.0%	280	5	1.8%	3	60.0%	2	40.0%
50代	362	80	22.1%	51	63.8%	29	36.3%	391	19	4.9%	13	68.4%	6	31.6%
60代	977	278	28.5%	231	83.1%	47	16.9%	1,305	99	7.6%	89	89.9%	10	10.1%
70～74歳	979	300	30.6%	268	89.3%	32	10.7%	1,206	106	8.8%	98	92.5%	8	7.5%

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50代から受診者の2～3割を超えるが、女性では1割以下であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 71)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

#### (1) 対象者の選定基準の考え方

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

#### (2) 対象者の管理

対象者の進捗管理は特定保健指導台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

### 4) 保健指導の実施

#### (1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 72 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策</b>	<b>6 脂肪細胞の特性</b>
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 健診データを見ながら考えます。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 肥満症の概念と診断・治療	6-5 大型化した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
<b>2 保健指導対象者の明確化</b>	6-7 脳の萎縮を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたすね	<b>7 健診データ・検査</b>
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
<b>3 肥満の症状</b>	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6-1 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-6-2 脂肪肝にいい体操があったんです
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？	7-7 体重が増えること、なぜ血圧が高くなるのでしょうか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
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)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
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？	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-12 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん汗が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-7 新型コロナと肥満	<b>8 食事療法</b>
<b>4 高度肥満</b>	8-1 栄養指導の基本
4-1 外科手術という治療があります	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
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	<b>9 運動療法</b>
<b>5 保健指導教材で減量できた事例</b>	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといわれるの？
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	9-2 体重測定 いつ測るのがいい？
5-2 住民の体重変化	<b>10 参考資料</b>

## (2) 医療との連携

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、動脈硬化の有無や進行の程度が確認できる検査について必要な方に情報提供できるように、医師会と連携していきます。

### ◎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)

## Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

### 1) 基本的な考え方

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

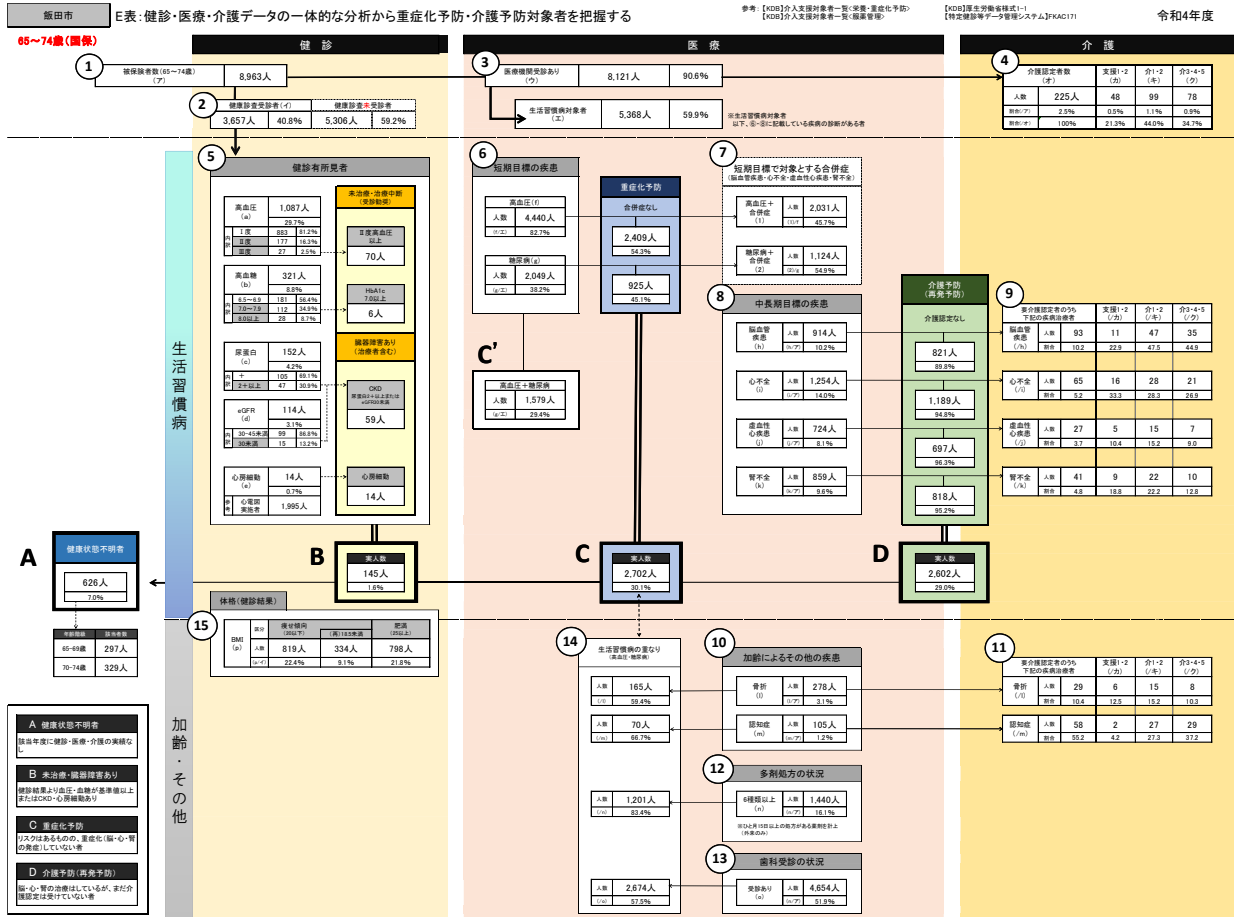
### 2) 事業の実施

飯田市は、令和2年度より長野県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「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。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置  
KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)



図表 73 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

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

飯田市においては、健康増進法のもと妊娠時及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ることが必要です。若年層の肥満が増加傾向にあることから、39歳以下の被保険者を対象とした健診も積極的に進めていきます。

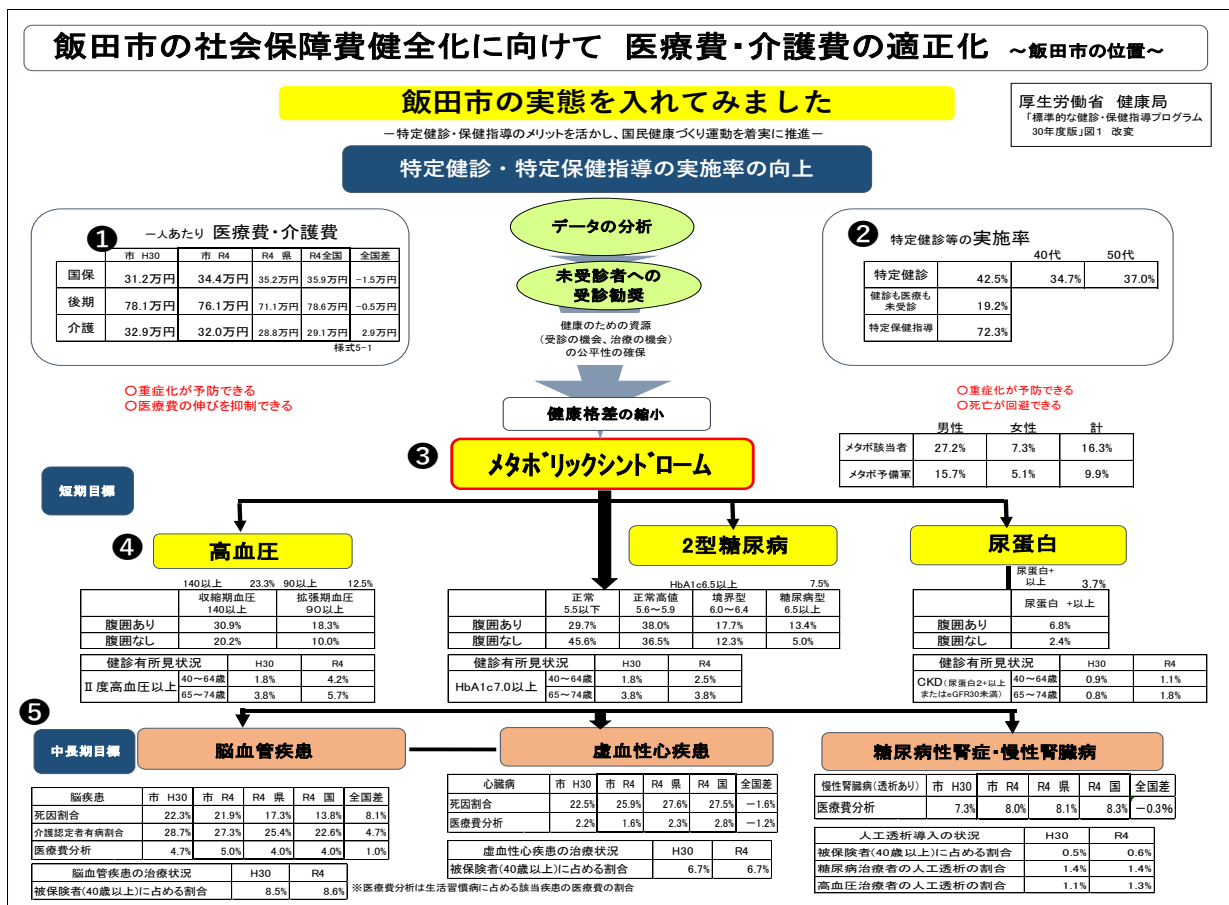
図表 74 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>発症予防</span> <span style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <span style="position: absolute; right: -10px; top: -5px;">→</span> </span> <span>重症化予防</span> </div>															
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>				
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）														
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者 健診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上							
	50GCT	1時間値140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長 体重														
	BMI											25以上			
	肥満度				加ア <sup>*</sup> 18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上							
	尿糖	(+) 以上						(+) 以上							
糖尿病家族歴															

## V. ポピュレーションアプローチ

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

図表 75 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月収載される、健診・医療・介護のデータ等を用います。受療の動向等は、レセプトや精検票の返書状況を確認しながら、データ管理を行っていきます。

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、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、ホームページを通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解

を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

## 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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた〇〇市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較