

大町市国民健康保険
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

大町市国民健康保険

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 背景・目的	.....	2
2 計画の位置付けと基本的な考え方	.....	3
3 計画期間	.....	8
4 関係者が果たすべき役割と連携	.....	8
(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	.....	11

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	.....	12
2 第2期計画にかかる評価及び考察	.....	13
(1)第2期データヘルス計画の評価		
(2)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	.....	24
(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)

1 第四期特定健康診査等実施計画について	.....	34
2 目標値の設定	.....	34
3 対象者の見込み	.....	34
4 特定健診の実施	.....	34
5 特定保健指導の実施	.....	37
6 個人情報の保護	.....	40
7 結果の報告	.....	41
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	.....	41

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	.....	42
2 重症化予防の取組	.....	42
(1)糖尿病性腎症重症化予防		
(2)肥満・メタボリックシンドローム重症化予防		
(3)虚血性心疾患重症化予防		
(4)脳血管疾患重症化予防		
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	.....	67
4 発症予防	.....	68
5 ポピュレーションアプローチ	.....	69

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期	.....	70
2 評価方法・体制	.....	70

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	.....	71
2 個人情報の取扱い	.....	71

参考資料	72
------	-------	----

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

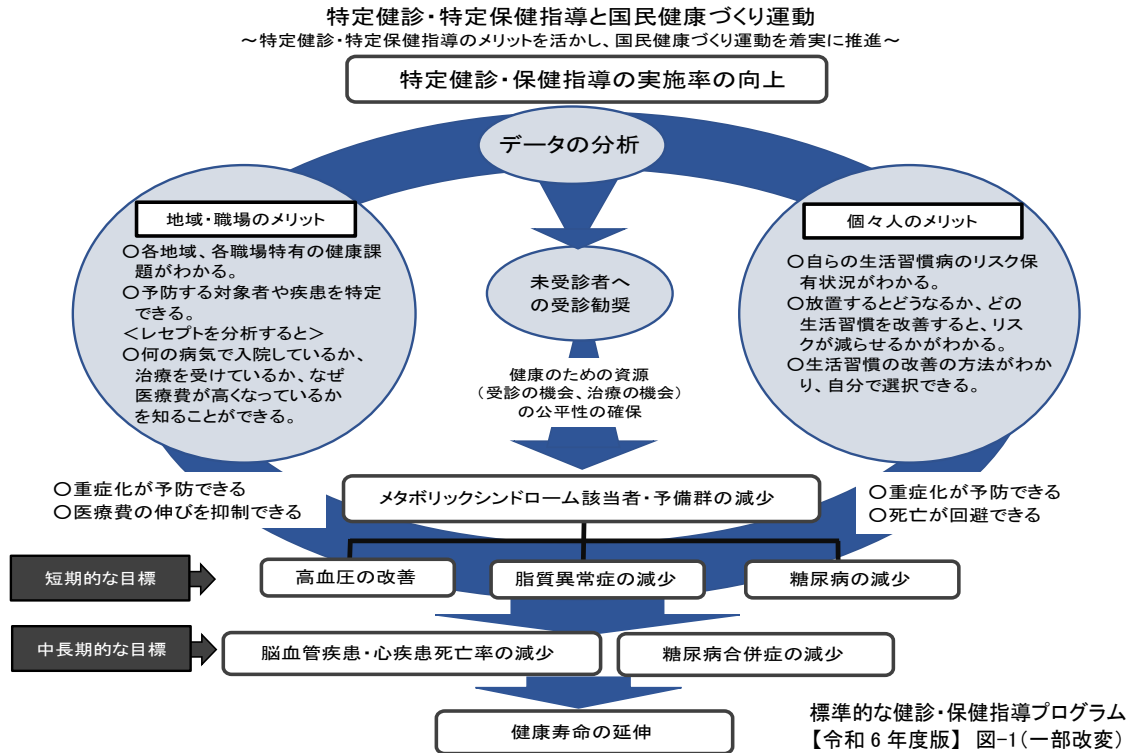
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
法定計画等の位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 <u>健康増進事業実施者(※)</u>	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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2年3月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
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
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。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 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	40歳～74歳
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)</p> <p>循環器病 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>
評 価	<p>「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」</p> <p>51目標項目</p> <p>○個人の行動と健康状態の改善に関する目標</p> <p>1生活習慣の改善</p> <p>2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防</p> <p>3生活機能の維持・向上</p> <p>○社会環境の質の向上</p> <p>1社会とのつながり・心の健康の維持・向上</p> <p>2自然に健康になれる環境づくり</p> <p>3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備</p> <p>○ライフコース</p> <p>1 こども、2 高齢者、3 女性</p>	<p>①事業全体の目標</p> <p>中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考</p> <p>②個別保険事業</p> <p>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</p> <p>参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例</p> <p>アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8%以上の割合</p> <p>アウトプット:特定健診実施率 特定保健指導実施率</p>	<p>①特定健診受診率</p> <p>②特定保健指導実施率</p> <p>③メタボリック該当者・予備群の減少</p>
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	

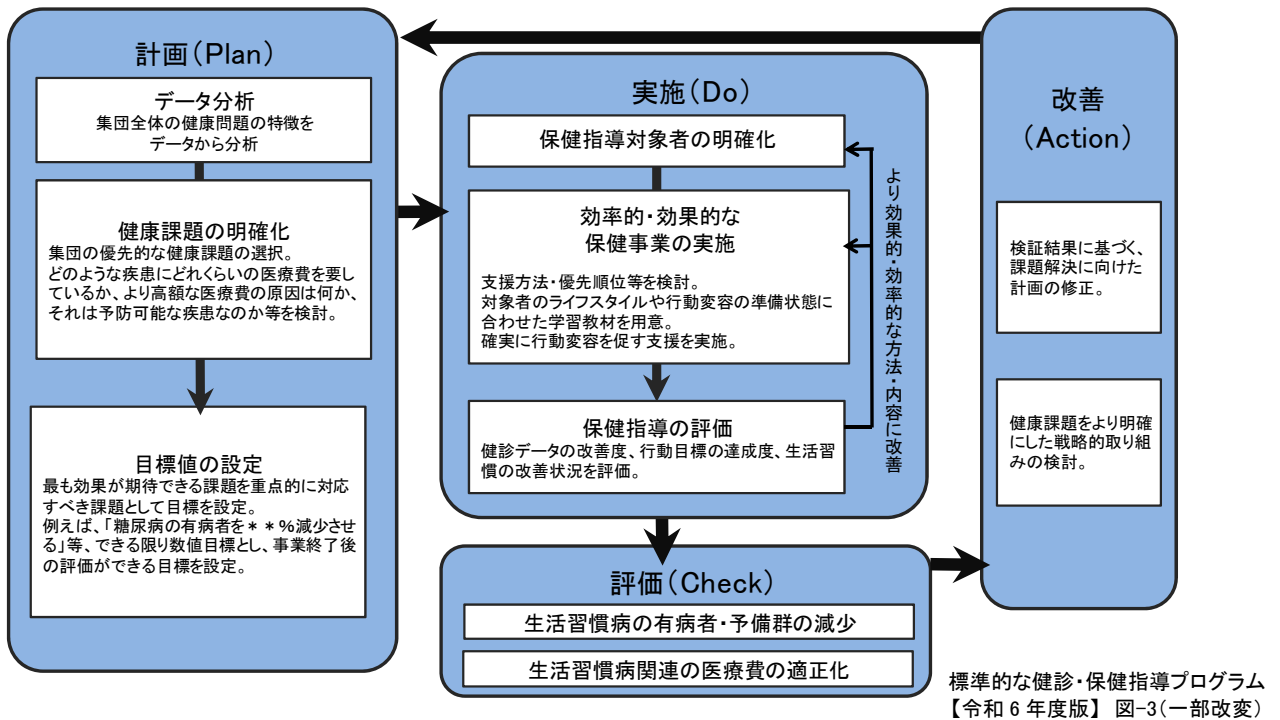
医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
厚生労働省 保険局 令和5年改正予定 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
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
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、他神経系疾患
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
	が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく 病床機能の分化・連携の推進の成果 を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	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サイクルの活用にする保険者 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)
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



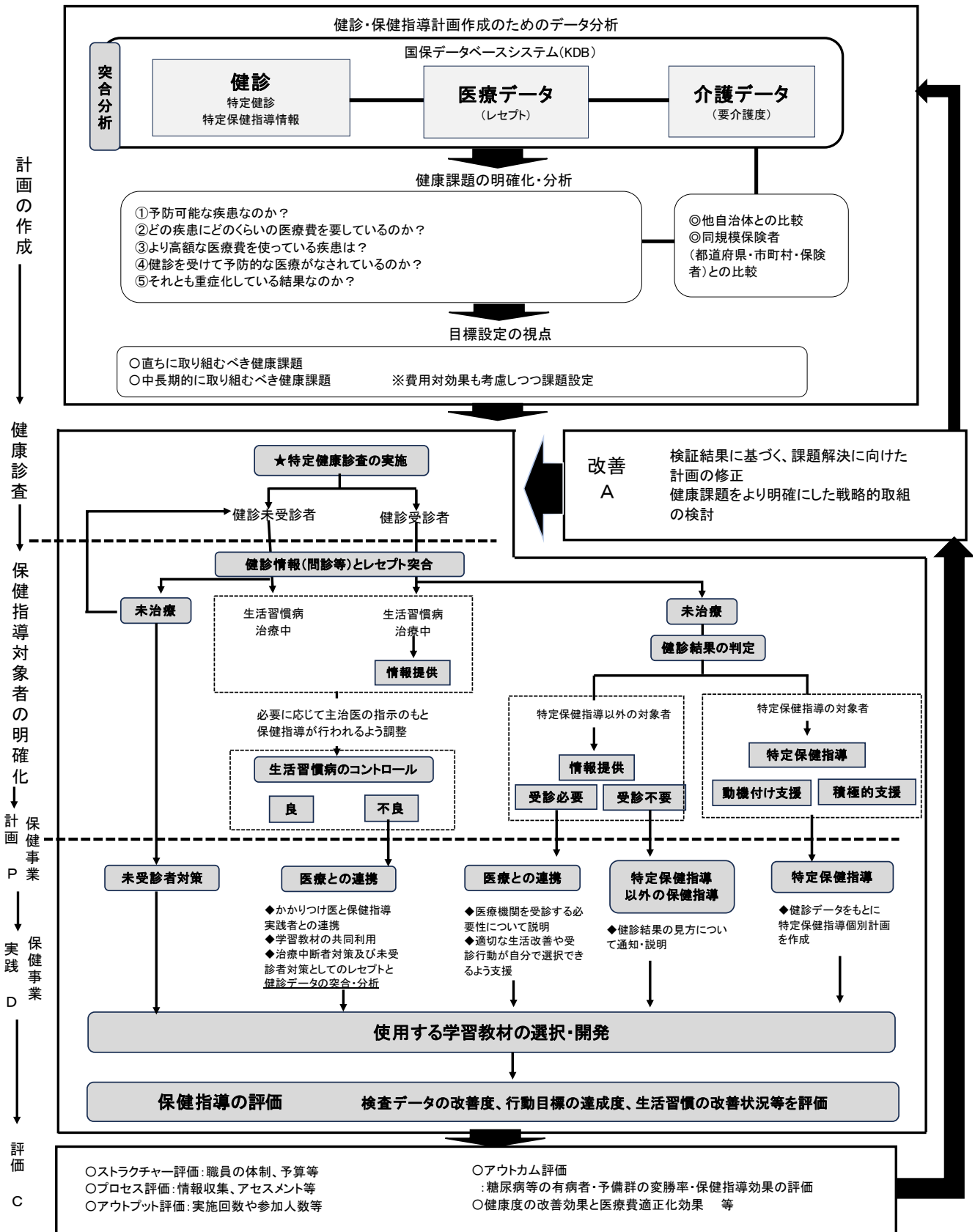
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。
(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

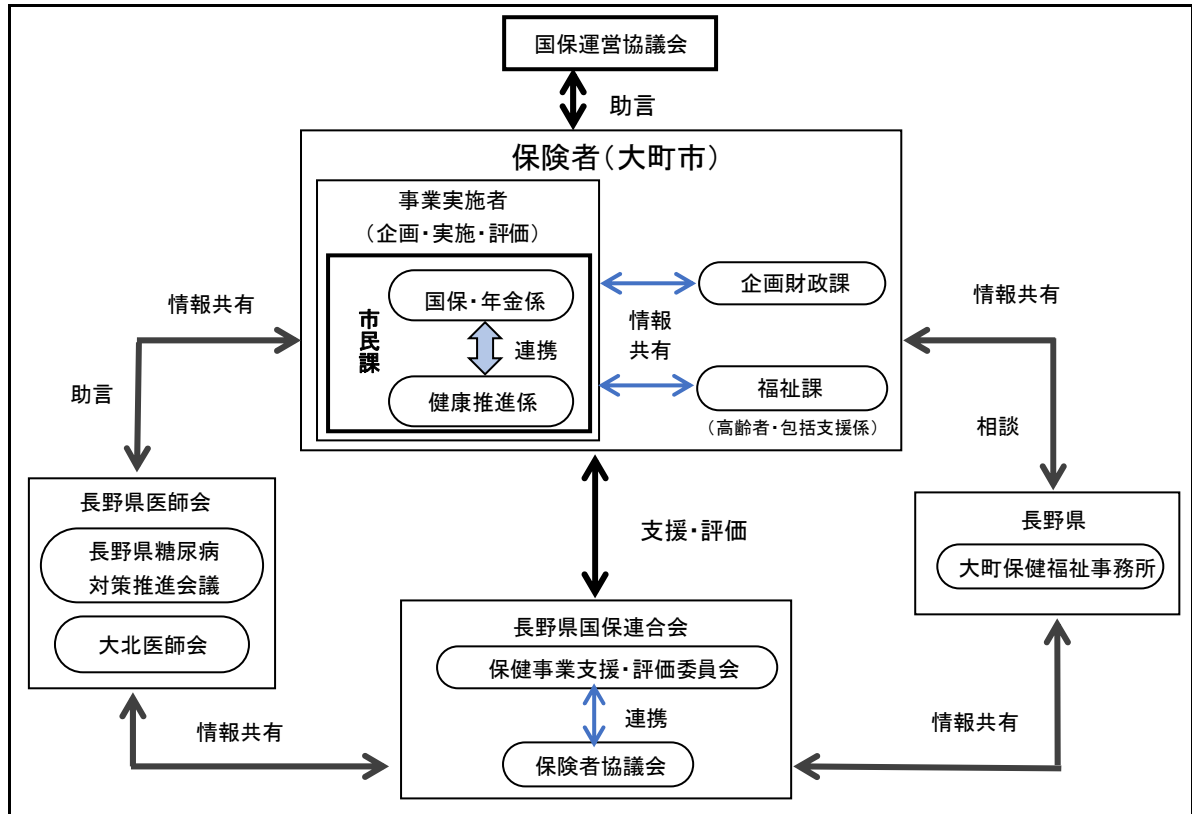
(1)市町村国保の役割

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、市民課国保担当部局が中心となって、健康推進係の保健師・栄養士等、住民の健康の保持増進に係る部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、福祉課及び企画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継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6）

図表 6 大町市の実施体制図



(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

ア 国民健康保険団体連合会(長野県国保連)

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが求められています。保険者は、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、KDB(国保データベースシステム)の活用によるデータ分析や技術支援など、保険者の職員向け研修を積極的に活用することで、計画策定及び評価に役立てていきます。

イ 都道府県(長野県)

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

郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会

等との連携を推進することが重要であり、国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場から平素より両者が積極的に連携に努めることが求められます。

本計画において長野県関係課は、大町市国保と連携し意見交換や助言を行うことが求められます。また計画を実施するにあたり、大町市国保と大北医師会等保健医療関係者との連携を円滑に行えるよう関与することが求められます。

ウ 保険者協議会

転職や加齢等により被保険者の往来があるため、保険者等は他の保険者との連携・協力が必要です。そのため保険者協議会は、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等がスムーズに行えるように支援することが求められます。

エ 国保運営協議会

保険者が策定するデータヘルス計画の諮問機関であり、保健事業の運営について助言等を行います。

(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、国保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きました。

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表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		
			大町市	配点	大町市	配点	大町市	配点	
交付額(万円)									
全国順位(1,741市町村中)			119位		112位		303位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	115	70	135	70	115	70	
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	23	40	20	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	90	50	45	55	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	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組		110	130	110	130	80	130
		(2)後発医薬品の使用割合							
	固有の指標	①	保険料(税)収納率		60	100	40	100	50	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		5	30	27	40	27	40
⑤		第三者求償の取組		28	40	50	50	50	50
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況		68	95	73	100	73	100
合計点			726	1,000	728	960	655	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、令和4年度(R4.9.30 現在)の人口 26,149 人で、高齢化率は 39.4%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、出生率は低い傾向にあります。被保険者の平均年齢は 55.8 歳で、県や国より高めです。産業においては、第3次産業の割合が高くサービス業が多いと思われます。(図表 8)

国保加入率は 22.6%で、被保険者数は年々減少傾向です。年齢構成では、65～74 歳の前期高齢者が約半数を占めています。(図表 9)

市内には1つの病院、27 の診療所があり、診療所数は同規模や県と比較しても多く、医療環境は恵まれています。外来患者数は少ない傾向にあります。入院患者数は同規模より低いですが、県と比較するとやや高めです。(図表 10)

図表 8 同規模・県・国と比較した大町市の特性 (R4)

	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
大町市	26,149	39.4	5,761 (22.6)	55.8	5.5	14.0	0.5	9.0	28.9	62.2
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

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	6,499		6,349 ↓		6,249 ↓		6,050 ↓		5,761 ↓	
65～74歳	3,219	49.5	3,153	49.7	3,161	50.6	3,062	50.6	2,846	49.4
40～64歳	1,978	30.4	1,955	30.8	1,896	30.3	1,866	30.8	1,823	31.6
39歳以下	1,302	20.0	1,241	19.5	1,192	19.1	1,122	18.5	1,092	19.0
加入率	23.5		22.9		22.6		21.8		22.6	

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

図表 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 割合	県 割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0.4	0.3
診療所数	29	4.5	28	4.4	28	4.5	28	4.6	27	4.7	3.5	3.5
病床数	278	42.8	278	43.8	199	31.8	199	32.9	199	34.5	67.7	52.2
医師数	54	8.3	54	8.5	56	9.0	56	9.3	59	10.2	9.7	11.8
外来患者数	653.5		658.7		626.2		660.8		670.2		728.3	691.5
入院患者数	21.7		22.1		20.8		21.4		22.2		23.6	17.6

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期計画にかかる評価及び考察

(1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに、脳血管疾患・虚血性心疾患の総医療費に占める割合を1%減少、糖尿病性腎症による透析導入者数の割合の減少(導入者数の減少)を目指すことを設定しました。

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の必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少を設定しました。(図表2参照)

ア 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

㊦ 死亡の状況

令和4年度の死因を同規模・県・国と比較してみると、脳血管疾患と腎不全による死亡率が高い傾向にあることがわかります。(図表11)

図表11 死亡の状況

項目			大町市		同規模平均	長野県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
			割合				
死亡の 状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	94.9	90.2	103.4	90.5	100.0
		女性	88.6	93.7	101.4	93.8	100.0
	死因 (死亡率)	がん	42.9	47.4	47.8	47.9	50.6
		心臓病	32.3	27.1	29.3	27.6	27.5
		脳血管疾患	17.2	17.2	14.9	17.3	13.8
		糖尿病	1.5	1.6	1.9	1.8	1.9
	腎不全	2.5	3.6	3.9	2.8	3.6	

出典：KDB 様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大町市の位置

㊧ 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18人(認定率0.21%)、1号(65歳以上)被保険者で1,728人(認定率17.5%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べてやや減少傾向で推移しています。(図表12)

しかし、介護給付費は約28.8億円から約29.9億円に伸びており、今後団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加することから、介護給付費も増加が予想されます。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で76.9%、第1号被保険者で58.6%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、第2号被保険者は84.6%、第1号被保険者では94.2%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	大町市				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	9,766人	37.2%	9,891人	39.4%	36.2%	32.2%	28.7%	
2号認定者(40~64歳)	26人	0.28%	18人	0.21%	↓0.37%	0.28%	0.38%	
新規認定者	6人		0人		--	--	--	
1号認定者(65歳以上)	1,796人	18.4%	1,728人	17.5%	↓19.1%	17.7%	19.4%	
新規認定者	243人		225人		--	--	--	
再掲	65~74歳	139人	3.0%	122人	2.8%	--	--	--
		新規認定者	35人		30人		--	--
	75歳以上	1,657人	31.9%	1,606人	29.4%	--	--	--
		新規認定者	208人		195人		--	--

*同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同程度の保険者」を指し、大町市と同規模保険者(280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 13 介護給付費の変化

	大町市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	28億8308万円	29億9095万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	295,216	302,391	300,230	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	59,236	57,842	70,503	62,434	59,662
居宅サービス	37,614	37,708	43,936	40,752	41,272
施設サービス	268,754	272,821	291,914	287,007	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計						
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計						
介護件数(全体)		18		122		1,606		1,728						
再)国保・後期		13		95		1,464		1,559						
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	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			脳卒中	10	76.9%	脳卒中	60	63.2%	脳卒中	854	58.3%	脳卒中	914	58.6%
	循環器疾患	2	腎不全	2	15.4%	虚血性心疾患	30	31.6%	虚血性心疾患	561	38.3%	虚血性心疾患	591	37.9%
		3	虚血性心疾患	1	7.7%	腎不全	18	18.9%	腎不全	263	18.0%	腎不全	281	18.0%
		4	糖尿病合併症	3	23.1%	糖尿病合併症	29	30.5%	糖尿病合併症	202	13.8%	糖尿病合併症	231	14.8%
	基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)			11	84.6%	基礎疾患	87	91.6%	基礎疾患	1,382	94.4%	基礎疾患	1,469	94.2%
	血管疾患合計			11	84.6%	合計	90	94.7%	合計	1,414	96.6%	合計	1,504	96.5%
	認知症		認知症	3	23.1%	認知症	22	23.2%	認知症	680	46.4%	認知症	702	45.0%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	10	76.9%	筋骨格系	84	88.4%	筋骨格系	1,416	96.7%	筋骨格系	1,500	96.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

㊦医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで維持しており、一人あたり医療費は、H30 年度と比較して約 4 万円伸びています。また、入院医療費は、件数は全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費もH30 年度と比較して 4.6 万円も高くなっています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数で見ると、H30 年と比較し微増であるものの、国保加入者の入院は全国平均の 1 を超えており、後期高齢者保険の入院も県平均よりも高くなっています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、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 15 医療費の推移

		大町市		県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		6,499人	5,761人 ↓	--	--
前期高齢者割合		3,219人 (49.5%)	2,846人 (49.4%)		
総医療費		21億9850万円	21億9881万円	--	--
一人あたり医療費(円)		379,012 県内17位 19市中3位	438,927 県内8位 19市中1位	395,064	402,506
入院	1件あたり費用額(円)	575,210	621,880	607,840	617,950
	費用の割合	44.8	44.3	38.9	39.6
	件数の割合	3.2	3.2	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	23,460	25,950	24,340	24,220
	費用の割合	55.2	55.7	61.1	60.4
	件数の割合	96.8	96.8	97.5	97.5

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		大町市 (県内市町村中)		県 (47県中)	大町市 (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	0.977	0.986	0.959	0.893	0.904	0.895
		(16位)	(16位)	(38位)	(21位)	(24位)	(38位)
	入院	1.069	1.054	0.954	0.899	0.902	0.873
		(10位)	(14位)	(36位)	(23位)	(24位)	(33位)
	外来	0.921	0.941	0.968	0.895	0.909	0.924
		(39位)	(38位)	(38位)	(33位)	(38位)	(39位)

出典：地域差分析(厚労省)

㊦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、総医療費全体に占める割合は H30 年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全(透析有)は 0.79% 増えています。(図表 17)

中長期目標疾患の治療状況を見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患の患者数及び割合は減少していますが、人工透析は増えており、特に 65～74 歳が多くなっています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			大町市		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)			21億9850万円	21億9881万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億6978万円	1億5925万円	--	--	--
			7.72%	7.24%	7.84%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.35%	2.09%	2.10%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.39%	1.43%	1.39%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.66%	3.45%	4.05%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.27%	0.30%	0.22%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		16.37%	17.60%	16.91%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		10.63%	9.72%	9.00%	9.18%	8.68%
	精神疾患		9.16%	6.34%	8.74%	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 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0～74歳	A	6,499	5,761	a	665	522	468	397	22	26
				a/A	10.2%	9.1%	7.2%	6.9%	0.3%	0.5%
40歳以上	B	5,197	4,669	b	656	518	465	396	21	26
	B/A	80.0%	81.0%	b/B	12.6%	11.1%	8.9%	8.5%	0.4%	0.6%
再 掲	40～64歳	1,978	1,823	c	127	93	91	66	12	7
				C/A	30.4%	31.6%	c/C	6.4%	5.1%	4.6%	3.6%	0.6%	0.4%
	65～74歳	3,219	2,846	d	529	425	374	330	9	19
				D/A	49.5%	49.4%	d/D	16.4%	14.9%	11.6%	11.6%	0.3%	0.7%

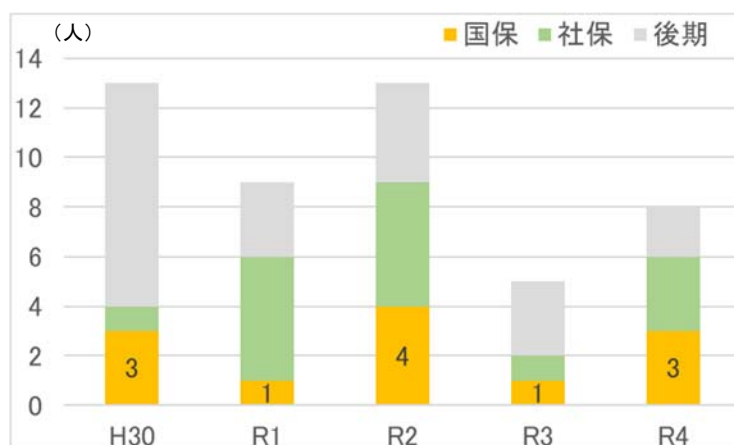
出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

㊤人工透析新規導入者の年次推移

新規透析導入者は年によって偏りはあるものの、10人前後で推移しています。そのうち、透析開始時に国保加入者であったのは5年間で12人(25%)、原疾患として糖尿病性腎症や腎硬化症など、生活習慣病が原因と考えられるものが4割程度であることがわかります。(図表 19)

人工透析は、週3日程度通院治療が必要となるため、日常生活の制限、透析後の体調不良等、患者本人や家族にとって長期にわたって大きな負担がかかりますので、原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 19 新規透析導入者の年次推移



うち国保被保険者の透析導入原疾患

	H30-R4	
糖尿病性腎症	3人	25.0%
腎硬化症	2人	16.7%
その他	7人	58.3%

イ 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

㊦短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、いずれも65～74歳で治療者の割合は増えています。それぞれの合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っているものの、人工透析の割合は全体的に増えています。また、糖尿病治療者のうち、合併症(腎症、網膜症、神経障害)を発症している者の割合も増えており、若い世代(40～64歳)からその傾向が見られます。(図表 20・21・22)

本市では特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。引き続き、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理と、早期予防ができるような保健指導が必要と考えます。

図表 20 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	2,143	1,906	461	376	1,682	1,530	
	A/被保数	41.2%	40.8%	23.3%	20.6%	52.3%	53.8%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	418	342	67	48	351	294
		B/A	19.5%	17.9%	14.5%	12.8%	20.9%	19.2%
	虚血性心疾患	C	339	273	54	41	285	232
		C/A	15.8%	14.3%	11.7%	10.9%	16.9%	15.2%
	人工透析	D	14	21	7	5	7	16
		D/A	0.7%	1.1%	1.5%	1.3%	0.4%	1.0%

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

図表 21 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	1,131	1,032	253	211	878	821	
	A/被保数	21.8%	22.1%	12.8%	11.6%	27.3%	28.8%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	217	186	36	25	181	161
		B/A	19.2%	18.0%	14.2%	11.8%	20.6%	19.6%
	虚血性心疾患	C	195	169	36	24	159	145
		C/A	17.2%	16.4%	14.2%	11.4%	18.1%	17.7%
	人工透析	D	9	14	6	3	3	11
		D/A	0.8%	1.4%	2.4%	1.4%	0.3%	1.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	205	218	51	54	154	164
		E/A	18.1%	21.1%	20.2%	25.6%	17.5%	20.0%
	糖尿病性網膜症	F	232	188	57	50	175	138
		F/A	20.5%	18.2%	22.5%	23.7%	19.9%	16.8%
	糖尿病性神経障害	G	48	48	15	16	33	32
		G/A	4.2%	4.7%	5.9%	7.6%	3.8%	3.9%

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

図表 22 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	1,906	1,830	457	396	1,449	1,434	
	A/被保数	36.7%	39.2%	23.1%	21.7%	45.0%	50.4%	
（中長期併発目標疾患）	脳血管疾患	B	345	290	60	45	285	245
		B/A	18.1%	15.8%	13.1%	11.4%	19.7%	17.1%
	虚血性心疾患	C	317	274	55	36	262	238
		C/A	16.6%	15.0%	12.0%	9.1%	18.1%	16.6%
	人工透析	D	10	17	4	4	6	13
		D/A	0.5%	0.9%	0.9%	1.0%	0.4%	0.9%

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

①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 以上について、有所見者の割合と未治療者の割合をH30年度とR03年度で比較してみると、高血圧では増えていますが、HbA1cは減少しています。しかし、未治療者が健診後に医療機関を受診したかをレセプトで確認した結果、高血圧で約51%、糖尿病で11%ほどが未治療であり、その割合は同規模市町村と比べ高くなっています。（図表23）

高血圧・糖尿病・脂質異常症の合併症うち、人工透析の割合が増えている背景には、未治療のまま放置して重症化している可能性も否定できません。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、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す。

図表 23 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断		
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
大町市	2,318	48.8	2,144	48.5	122	5.3	69	56.6	123	5.7	74	60.2	63	51.2	6	4.9
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断		
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
大町市	2,262	97.6	2,116	98.7	129	5.7	29	22.5	113	5.3	23	20.4	13	11.5	3	2.7
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

㊦ 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、脳血管疾患などを発症させる危険因子(高血圧、耐糖能異常、脂質異常症など)が軽度であっても重複した病態を指し、危険因子の数値と保有数で、メタボリックシンドローム該当者と予備軍に診断されます。

H30年度とR04年度の経年変化をみると、メタボリックシンドローム該当者が1.5ポイント伸びています。(図表24)

また重症化予防の観点から、継続受診者に関して改善状況の経年変化をみると、HbA1c6.5以上は改善は見られませんが、Ⅱ度高血圧以上はやや改善傾向が見られます。LDL-C160以上は改善率が15.9ポイント上がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3~4割程度存在し、結果が把握できていません。このことから、結果の改善につながる保健指導を実施するとともに、特に重症化予防対象者については継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表25・26・27)

図表24 メタボリックシンドロームの経年変化(全受診者数)

年度	健診受診者	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,318	435 (18.8%)	161 (6.9%)	274 (11.8%)	238 (10.3%)
R04年度	2,048	416 (20.3%)	139 (6.8%)	277 (13.5%)	209 (10.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	275 (12.2%)	57 (20.7%)	105 (38.2%)	22 (8.0%)	91 (33.1%)
R03→R04	223 (10.5%)	45 (20.2%)	66 (29.6%)	24 (10.8%)	88 (39.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表26 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	122 (5.3%)	46 (37.7%)	28 (23.0%)	6 (4.9%)	42 (34.4%)
R03→R04	123 (5.7%)	48 (39.0%)	18 (14.6%)	3 (2.4%)	54 (43.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 27 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	295 (12.7%)	72 (24.4%)	121 (41.0%)	22 (7.5%)	80 (27.1%)
R03→R04	243 (11.3%)	98 (40.3%)	62 (25.5%)	11 (4.5%)	72 (29.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

①健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 49.0%まで伸びましたが、令和 2 年度以降は低迷しており、目標値 60%は達成できていません。(図表 28)

また、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、年代別の受診率では、40 歳～50 歳代は特に低い状況が続いています。(図表 29)

特定保健指導については、令和 3 年度大きく実施率が下がっています。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 28 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	2,297	2,242	2,070	2,019	1,955	健診受診率 60%
	受診率	48.9%	49.0%	45.4%	45.8%	46.9%	
特定 保健指導	該当者数	279	264	222	247	229	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.1%	11.8%	10.7%	12.2%	11.7%	
	実施者数	175	170	147	130	131	
	実施率	62.7%	64.4%	66.2%	52.6%	57.2%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 29 年代別特定健診受診率の推移

(%)

	40 歳代		50 歳代		60 歳代		70～74 歳	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
H30	20.0	37.8	31.2	36.8	46.6	56.8	58.3	57.6
R1	23.5	36.6	28.0	39.8	47.9	57.5	54.7	58.1
R2	21.0	35.5	31.5	39.4	44.0	52.0	49.1	53.2
R3	21.0	28.4	32.6	44.3	45.6	54.3	51.6	55.9

出典:特定健診法定報告データ

ウ 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

【評価区分】 A:改善 B:変化なし C:悪化 D:評価困難

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初年度	中間	最終	評価	データの把握方法 (活用データ)	
			H30	評価	評価			
			(H28)	(R1)	(R4)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合 1%減少	3.0%	2.22%	2.09%	A	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合 1%減少	2.0%	2.32%	1.43%	A		
		糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	0人	0人	0人	A		
		一人当たりの入院医療費の伸び率の抑制(県並み)	県より0.8%高い	県より1.9%高い	県より0.2%高い	A		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少率25% (該当者割合)	26.9%	28.1%	30.5%	C	大町市健康増進計画
			健診受診者の高血圧者の割合の5%減少 (140/90以上)	25.5%	25.9%	25.0%	B	
			男性健診受診者の脂質異常者の割合の2%減少 (LDL160以上)	8.0%	9.2%	9.2%	C	
			女性健診受診者の脂質異常者の割合の2%減少 (LDL160以上)	11.6%	15.4%	11.9%	B	
			健診受診者の血糖異常者の割合の3%減少 (HbA1C6.5%以上)	11.6%	10.3%	10.1%	B	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 70%	33.3%	73.1%	56.2%	B	
			糖尿病の保健指導を実施した割合 80%以上	56.1%	82.7%	46.9%	B	
	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	45.8%	49.0%	46.9%	B	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	63.4%	64.4%	57.2%	C		
特定保健指導対象者の割合の25%減少(対象者数)		273人	264人	243人	B			
努力支援制度	その他 がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加 5%以上	3.4%	10.4%	9.3%	A	地域保健事業報告	
		肺がん検診受診者の増加 10%以上	6.6%	8.4%	6.5%	B		
		大腸がん検診受診者の増加 10%以上	6.7%	7.8%	7.1%	B		
		子宮がん検診受診者の増加 6%以上	4.2%	8.0%	7.3%	A		
		乳がん検診受診者の増加 6%以上	3.5%	6.7%	6.4%	A		

(2) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

特定健診受診率の向上に加え、中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の減少と、その共通リスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少を短期目標として取り組んできました。

受診率は、令和 2 年度の新型コロナウイルス感染症の拡大による受診控えや外出自粛も影響し、若干低下した状態からその後も伸び悩み、目標値(60%)に達していない状況ですが、保健師等による訪問や、年代別に内容を変えた通知発送等による受診勧奨など、一定の成果はみられています。更なる受診率の向上のため、新規国保加入者や 40～50 代への勧奨等様々な取組を継続しつつ、新たな勧奨方法についても検討する必要があります。

短期目標のうち、脂質異常症に関しては LDL160 以上の者では翌年の改善率は上がっており、個別指導等により医療につながったケースや生活習慣の見直しの結果であると推測されます。しかし高血圧や糖尿病については、Ⅱ度高血圧又は HbA1c7.0%以上の者において、未治療者や健診後治療につながっていない者の割合が高い状態です。

総医療費では、脳血管疾患や虚血性心疾患の医療費は減少しているものの、人工透析の割合が増えています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診で医療の必要性を指摘されても、未治療のまま放置し、重症化してから受診することも少なくありません。自覚症状のないうちに受診し、適切な値にコントロールすることで、医療費の抑制や自身の QOL(生活の質)が保たれます。

まずは健診を受けていただき、健診結果から自分の体の状況が理解でき、生活習慣の見直しや行動変容につながるよう、保健師等の力量形成を図りながら保健指導を充実させていきます。

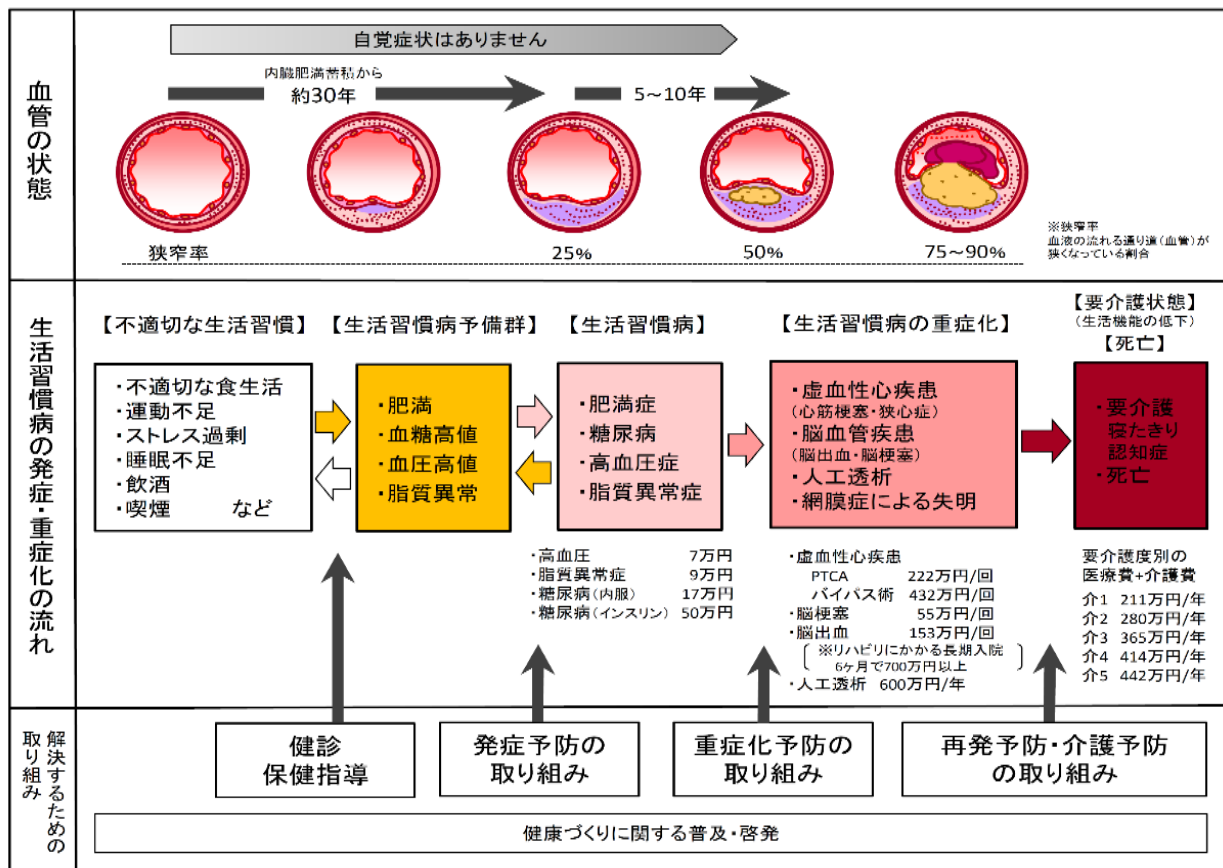
3 第3期における健康課題の明確化

(1) 基本的考え方

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 31 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

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のですが、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。

ア 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、総医療費はほぼ横ばいで、一人あたり医療費は令和 3 年度以降増加傾向で、後期高齢者になると国保の約 2 倍高くなるのがわかります。(図表 32)

大町市は、これまで高血圧と糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期目標でもあるそれらの総医療費に占める割合をH30とR4で比較してみると、国保・後期ともに糖尿病の割合が増えています。また、国保では慢性腎不全による透析の費用も増え、後期でも割合は減っているものの県よりも高い状況です。糖尿病は透析導入の原疾患となることを考えると、症状がないまま放置し、重症化した結果とも推測されます。(図表 33)

高額レセプトについては、国保から後期高齢になると、レセプト件数は約 2.4 倍、費用は約 1.9 倍に増えるのがわかります。(図表 34)

あわせて高額レセプトにおける疾病をみてみると、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 17 件で 2,000 万円以上の費用がかかり、後期高齢においては 58 件で 7,000 万円以上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も力を入れる必要があります。また、虚血性心疾患は、国保の令和 4 年度を除き脳血管疾患より費用が高額なのがわかります。1 件当たりの費用を比較すると、虚血性心疾患の高額であるのがわかります。入院医療費もかかり、その後の生活にも影響があることを考えると、原疾患となる脂質異常症や糖尿病等、リスクのコントロールが必要です。(図表 35・36)

図表 32 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		6,499人	6,349人	6,249人	6,050人	5,761人	5,826人
総件数及び 総費用額	件数	53,410件	52,253件	48,564件	50,224件	48,778件	79,875件
	費用額	21億9850万円	21億8116万円	20億7723万円	22億0656万円	21億9881万円	43億7056万円
一人あたり医療費		33.8万円	34.4万円	33.2万円	36.5万円	38.2万円	75.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

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		
			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	大町市(H30)	21億9850万円	27,793	2.66%	0.32%	2.35%	2.39%	5.18%	3.17%	2.39%	4億595万円	18.5%
	大町市(R4)	21億9881万円	31,211	3.45%	0.27%	2.09%	1.43%	5.61%	2.53%	2.33%	3億8963万円	17.7%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%
② 後期	大町市(H30)	43億7610万円	64,511	5.24%	0.59%	5.92%	2.38%	3.69%	3.07%	1.50%	9億8003万円	22.4%
	大町市(R4)	43億7056万円	62,939	4.33%	0.48%	4.29%	1.19%	4.33%	2.80%	1.42%	8億2276万円	18.8%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

県・国はR4

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

図表 34 高額レセプト(100万円/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 (100万円 以上/件)	人数	A	172人	142人	154人	153人	174人	474人
	件数	B	258件	197件	209件	246件	262件	617件
		B/総件数	0.48%	0.38%	0.43%	0.49%	0.54%	0.77%
	費用額	C	4億4499万円	3億8225万円	3億5974万円	4億2663万円	4億8178万円	8億9798万円
C/総費用		20.2%	17.5%	17.3%	19.3%	21.9%	20.5%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(100万円/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						
人数	D	8人	4人	4人	9人	13人	43人						
	D/A	4.7%	2.8%	2.6%	5.9%	7.5%	9.1%						
件数	E	12件	5件	4件	10件	17件	58件						
	E/B	4.7%	2.5%	1.9%	4.1%	6.5%	9.4%						
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%			
	40代	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	70-74歳	1	1.7%			
	50代	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	5	8.6%			
	60代	1	8.3%	4	80.0%	0	0.0%	80代	31	53.4%			
	70-74歳	10	83.3%	0	0.0%	4	100%	7	70.0%	11	64.7%	90歳以上	21	36.2%
費用額	F	1776万円	606万円	437万円	1353万円	2081万円	7375万円						
	F/C	4.0%	1.6%	1.2%	3.2%	4.3%	8.2%						
1件当たり費用		148万	121万	109万	135万	122万							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(100万円/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	15人	7人	8人	15人	7人				12人				
		G/A	8.7%	4.9%	5.2%	9.8%	4.0%				2.5%				
	件数	H	18件	7件	8件	16件	8件				12件				
		H/B	7.0%	3.6%	3.8%	6.5%	3.1%				1.9%				
	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	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	75-80歳	4	33.3%
		60代	5	27.8%	2	28.6%	4	50.0%	10	62.5%	4	50.0%	80代	6	50.0%
		70-74歳	10	55.6%	4	57.1%	4	50.0%	5	31.3%	4	50.0%	90歳以上	2	16.7%
	費用額	I	3109万円	2861万円	1276万円	3269万円	1178万円				1557万円				
I/C		7.0%	7.5%	3.5%	7.7%	2.4%				1.7%					
1件当たり費用		172万	408万	156万	204万	147万									

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 健診の分析

健診の受診状況を見ると、40～50 歳代の受診率が低いことがわかります。特に男性は、2割～3割の受診率です。(図表 37)

健診受診者の有所見状況では、男女ともBMIと腹囲が県(40～74 歳)より高いことがわかります。あわせて中性脂肪や GPT、HDL コレステロールの割合も高く、内臓脂肪の蓄積が推測される状況です。血糖値や HbA1c も全国及び県より高く、こちらは 65～74 歳の方が多くなっています。(図表 38)

各所見について、平成 30 年度と令和 4 年度のデータを比較すると、血圧は I 度高血圧値の割合が減少したものの、II 度・III 度高血圧値の割合が増えています。血糖では、HbA1c6.5%以上の糖尿病型と呼ばれる割合が減少しています。LDL コレステロールでは、全体として改善傾向ではあるものの、男性の 180 以上の割合増えていることが課題です。(図表 39)

次に、令和 3 年度と 4 年度の健診受診者の有所見状況を見ると、HbA1c と血圧は治療中であっても受診勧奨値以上の者の割合が多く、LDL コレステロールは治療中であればほぼ受診勧奨値以下になっています。治療中とは服薬が確認できる状況のことですが、血圧や特に血糖については服薬だけではコントロールが難しい状況がわかります。(図表 40)

未受診者の状況をみると、健診も医療も受けていない者(G)が 40～64 歳(上段)で 551 人、65～74 歳(下段)で 331 人で、この方は健康状態が把握できません。また治療中で健診未受診者(H)は 40～64 歳では 33%、65～74 歳で 37.7%と多く、治療中の者は健診受診への意識が低いことがうかがえるため、治療中であっても健診を受ける必要があることを、本人や医療機関へ更に周知する必要があります。

健診受診の有無による生活習慣医療費の比較をすると、健診を受けていない者の方が約 3 万円医療費が高くなります。重症化する前に健診を勧め、自分の健康状況の把握と、生活習慣病の予防と早期発見につなげることが重要です。(図表 41)

図表 37 性・年齢階級別の健診受診状況

		40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
総数	H30	22.6%	31.0%	32.8%	37.3%	42.2%	54.0%	58.9%
	R04	27.5%	29.5%	32.9%	38.0%	48.5%	56.6%	55.2%
男性	H30	14.6%	25.1%	28.8%	32.8%	34.0%	49.0%	59.2%
	R04	22.8%	22.4%	25.7%	31.2%	44.1%	52.4%	53.5%
女性	H30	34.3%	38.0%	37.6%	42.7%	48.8%	58.5%	58.5%
	R04	32.5%	39.6%	40.9%	46.2%	52.7%	60.3%	56.7%

図表 38 健診有所見状況(項目別・年代別:R4)

(県より高い項目に○印)

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
全国		34.2		55.3		28.1		21.4		7.2		34.7		57.8	
県		20,119	31.4	32,710	51.1	17,561	27.4	13,377	20.9	4,918	7.7	23,547	36.8	37,042	57.9
保険者	合計	276	33.4	444	53.8	232	28.1	167	20.2	62	7.5	350	42.4	489	59.2
	40-64	85	39.0	119	54.6	70	32.1	68	31.2	19	8.7	81	37.2	93	42.7
	65-74	191	31.4	325	53.5	162	26.6	99	16.3	43	7.1	269	44.2	396	65.1

性別	項目	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		12.5		50.2		26.4		45.6		2.5	
県		9,031	14.1	28,324	44.2	17,341	27.1	29,660	46.3	1,550	2.4
保険者	合計	112	13.6	367	44.4	220	26.6	360	43.6	23	2.8
	40-64	41	18.8	74	33.9	68	31.2	114	52.3	4	1.8
	65-74	71	11.7	293	48.2	152	25.0	246	40.5	19	3.1

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
全国		21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		21.9		56.6	
県		15,110	20.3	12,731	17.1	11,887	15.9	6,573	8.8	1,202	1.6	17,800	23.9	42,292	56.7
保険者	合計	234	23.4	184	18.4	188	18.8	103	10.3	21	2.1	285	28.6	616	61.7
	40-64	64	24.2	52	19.6	44	16.6	29	10.9	8	3.0	46	17.4	127	47.9
	65-74	170	23.2	132	18.0	144	19.6	74	10.1	13	1.8	239	32.6	489	66.7

性別	項目	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		1.8		45.4		16.9		54.0		0.3	
県		1,336	1.8	31,164	41.8	13,419	18.0	40,088	53.8	204	0.3
保険者	合計	11	1.1	443	44.4	151	15.1	510	51.1	4	0.4
	40-64	5	1.9	69	26.0	41	15.5	128	48.3	0	0.0
	65-74	6	0.8	374	51.0	110	15.0	382	52.1	4	0.5

図表 39 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)の状況(各所見の年次比較)

○は改善
○は悪化

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	
H30	2,314	671	29.0%	397	17.2%	657	28.4%	467	20.2%	102	4.4%	20	0.9%
R04	2,048	592	28.9%	363	17.7%	582	28.4%	397	19.4%	94	4.6%	20	1.0%

HbA1cの年次変化

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
		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	
H30	2,261	690	30.5%	856	37.9%	440	19.5%	146	6.5%	90	4.0%	39	1.7%
R04	2,025	763	37.7%	690	34.1%	367	18.1%	105	5.2%	78	3.9%	22	1.1%

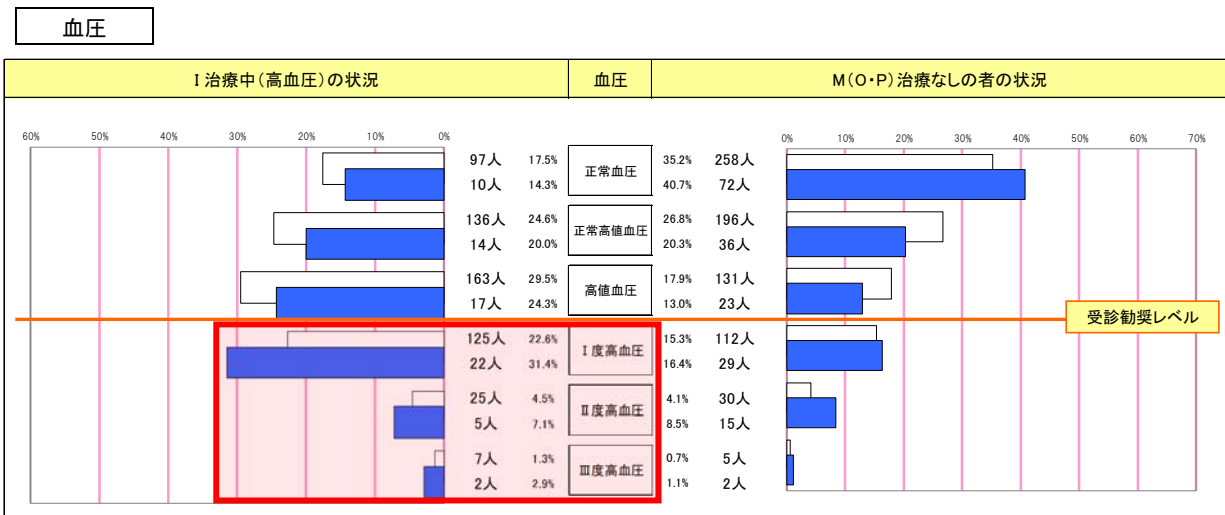
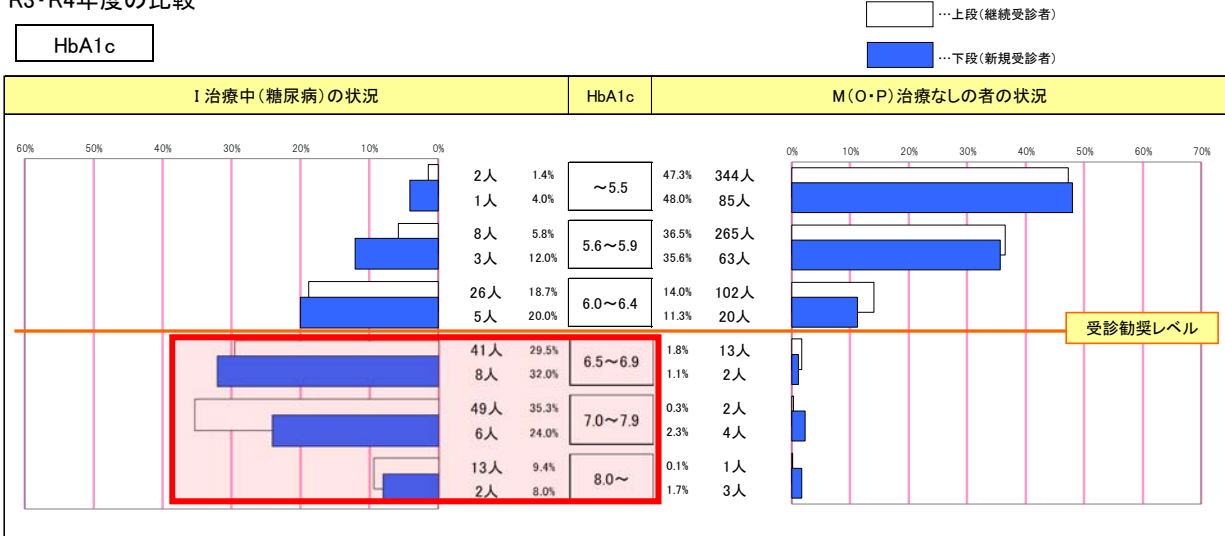
再掲			
7.4以上		8.4以上	
人数	割合	人数	割合
H	H/A	I	I/A
80	3.5%	30	1.3%
58	2.9%	14	0.7%

LDL-Cの年次比較

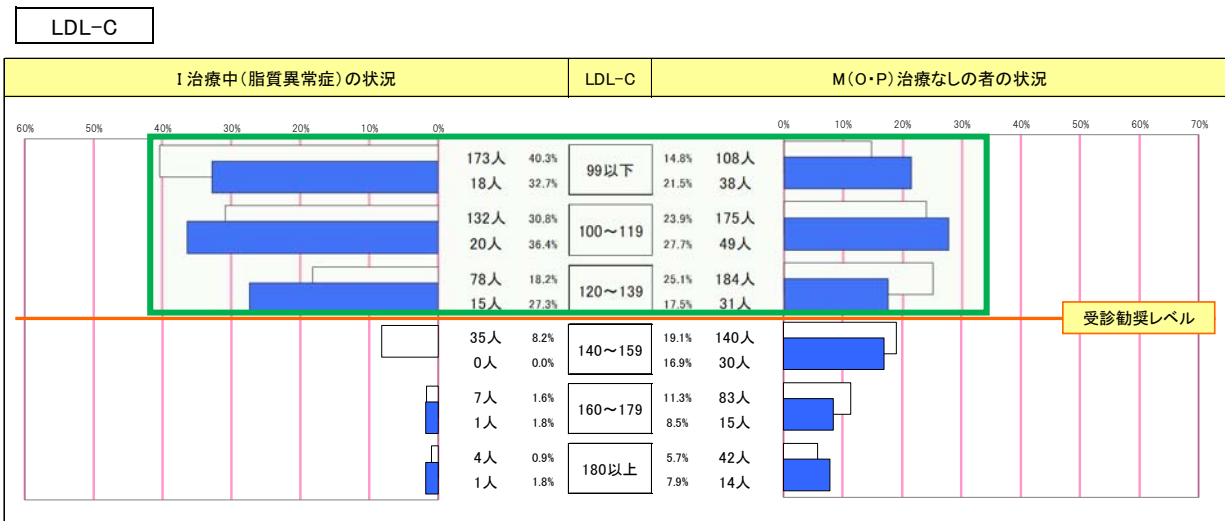
	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H30	2,314	1,080	46.7%	563	24.3%	376	16.2%	206	8.9%	89	3.8%
	R04	2,048	1,067	52.1%	455	22.2%	308	15.0%	143	7.0%	75	3.7%
男性	H30	1,022	522	51.1%	247	24.2%	150	14.7%	79	7.7%	24	2.3%
	R04	918	510	55.6%	193	21.0%	131	14.3%	53	5.8%	31	3.4%
女性	H30	1,292	558	43.2%	316	24.5%	226	17.5%	127	9.8%	65	5.0%
	R04	1,130	557	49.3%	262	23.2%	177	15.7%	90	8.0%	44	3.9%

図表 40 継続受診者と新規受診者における医療及び健診の状況

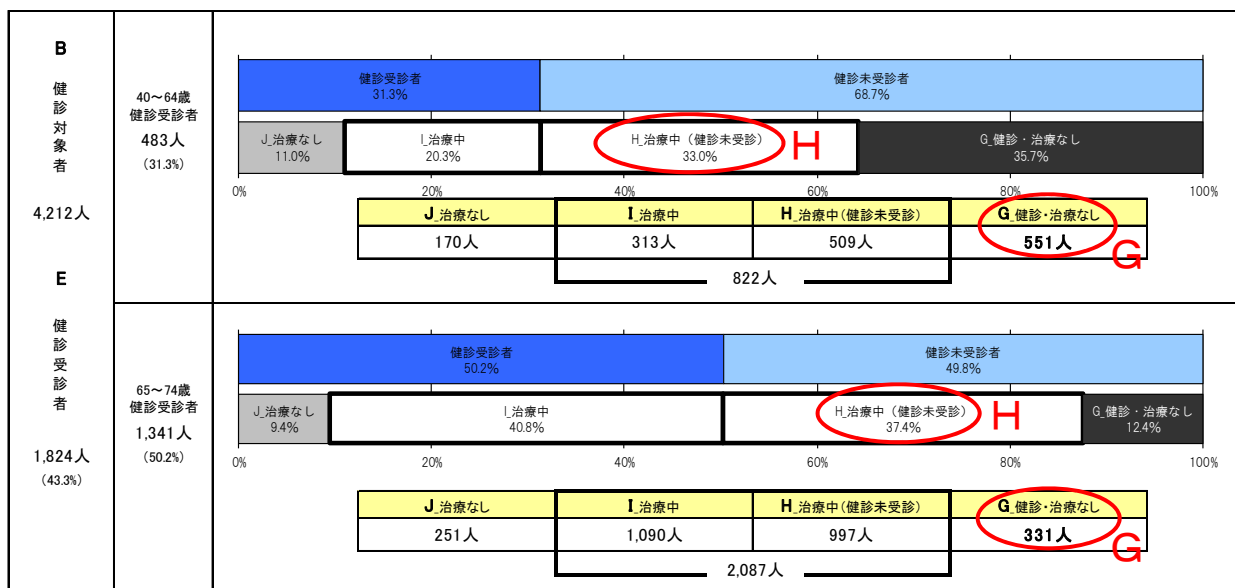
R3・R4年度の比較



553人

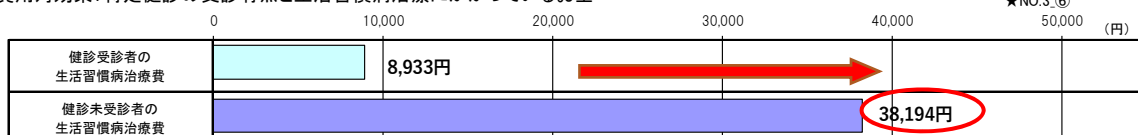


図表 41 健診及び医療の未受診者の状況



OG.健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



ウ 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。

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

ア 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておくことが必要です。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表42)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

①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脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

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

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ため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。

②短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指し、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていきます。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すとともに、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す。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。

イ 管理目標の設定

図表 42 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.09%		2.0%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.43%		1.4%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.45%		3.5%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	0人		0人	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率25%	30.5%		25.0%	大町市 市民課 健康推進係
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.8%		5.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少【男性】 (LDL160以上)	9.2%		8.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少【女性】 (LDL160以上)	11.9%		10.5%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	10.1%		9.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.1%		1.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	56.2%		70.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	56.2%		70.0%	
	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	46.9%		60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	57.2%		75.0%	
			★特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率※	13.6%		20.0%	

※分母のうち今年特定保健指導ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていましたが、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、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2 目標値の設定

図表 43 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	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60%以上
特定保健指導実施率	62.0%	65.0%	68.0%	71.0%	73.0%	75%以上

3 対象者の見込み

図表 44 特定健診・特定保健指導対象者の見込み (人)

		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	4,512	4,093	3,766	3,462	3,221	3,013
	受診者数	2,165	2,046	1,958	1,904	1,868	1,808
特定保健指導	対象者数	257	239	225	213	202	190
	受診者数	168	155	153	151	147	143

4 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(大町市保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、長野県国保連合会(市町村)や市のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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)

図表 45 特定健診検査項目

○大町市特定健診検査項目

健診項目		大町市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (non-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

5月から12月末までとし、受診状況に応じて必要時翌年3月末まで追加し実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 46 特定健診実施スケジュール

		特定健診		特定保健指導	
		集団健診	個別健診		
前年度	12月	・事業見直し			
	1月				
	2月	・健診申込書送付			
当年度	3月	・健診申込取りまとめ ・実施機関との委託契約締結			
	4月	・受診券 作成・発送			
	5月		↑ 集団健診実施	↑ 個別健診実施	
	6月	・健診結果收受、階層化 ・保健指導準備(以降毎月)	↓	↓	↑ 保健指導実施
	7月				
	8月				
	9月				
	10月		↑ 集団追加実施①		
	11月				
	12月	・当年度事業評価・見直し ・国保特別会計予算 積算・要求		↓	
	1月		↑ 集団追加実施②		
	2月		↓		
	翌年度	3月			
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月	・法定報告作成			↓	

5 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

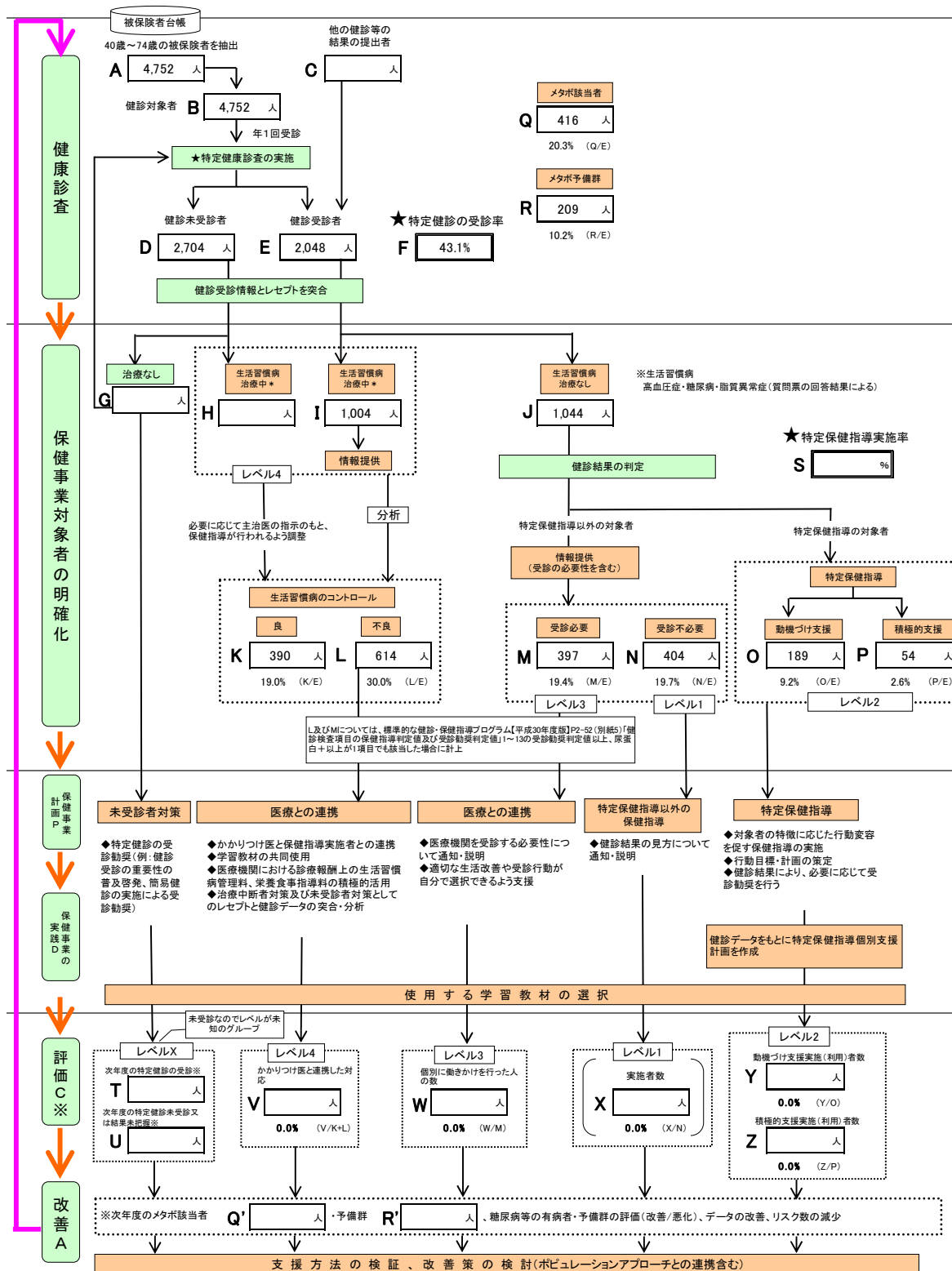
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 47 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

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

様式5-5
令和04年度



出典:ヘルサポータルツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 48 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	243人 (11.9%)	60%
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	397人 (19.4%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,704人 ※受診率目標 達成まで あと700人	通知 100% 訪問 85%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	404人 (19.7%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,004人 (49.0%)	60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 49 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始 ◎未受診者勧奨		◎健康診査、後期高齢者健診、がん検診等開始
6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
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
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および大町市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7 結果の報告

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

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、大町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て実施していく必要があります。

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

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

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

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

2 重症化予防の取組

大町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、711人(34.7%・㊦)です。そのうち治療なしが223人(21.4%・㊧)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が111人(㊨)です。

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りが、223人中109人(㊩)と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表50)

図表 50

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-

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 による年間新発透析導入患者数の減少	重症化予防対象者 (実人数)
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(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	2,048人 48.8%
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ラクナ梗塞 (31.2%) 心房性脳塞栓症 (27.7%) 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	治療なし 高血圧 724 脂質異常症 554 糖尿病 201 3疾患いっしょに 1,004	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症 高血圧治療ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	メタボリック シンドローム メタボリックシンドロームの 診断基準	慢性腎臓病 (CKD) CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	II度高血圧以上	脂質異常症 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	糖尿病 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	
重症化予防対象	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	
該当者数	114 5.6%	71 3.5%	144 7.0%	711 34.7%
治療なし	71 5.4%	51 3.4%	59 3.2%	223 21.4%
(再掲) 特定保健指導	21 18.4%	17 23.9%	15 10.4%	109 15.3%
治療中	43 5.9%	20 3.6%	85 42.3%	488 48.6%
臓器障害 あり	37 52.1%	16 31.4%	23 39.0%	111 49.8%
CKD(専門医対象者)	3	6	4	38
心電図所見あり	35	13	20	87
臓器障害 なし	34 47.9%	35 66.6%	36 61.0%	--

令和04年度

<参考>
健診受診者(受診率)
2,048人 48.8%

■各疾患の治療状況

治療中	治療なし
高血圧 724	1,324
脂質異常症 554	1,494
糖尿病 201	1,824
3疾患いっしょに 1,004	1,044

※問診結果による

出典：ヘルサポートラボツール

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

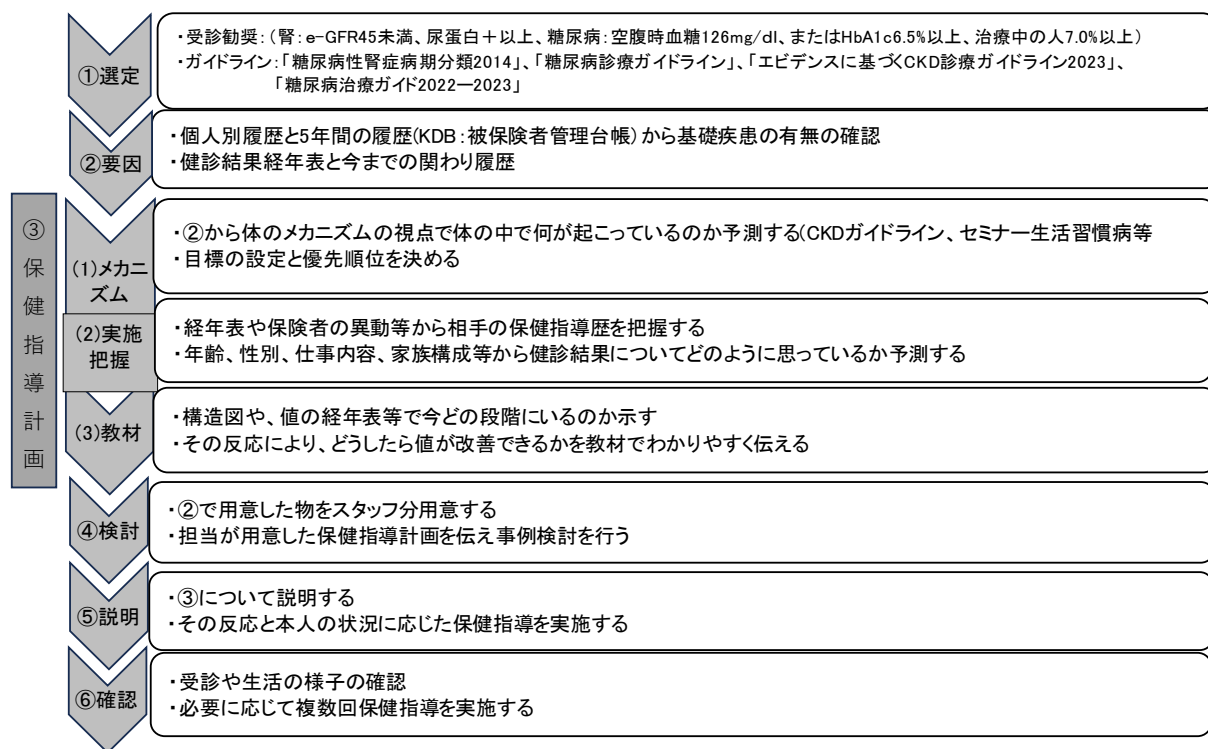
ア 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 51 に沿って実施します。

- ㊦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
- ㊧治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ㊨糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 51 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



イ 対象者の明確化

㊦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。

- a 医療機関未受診者
- b 医療機関受診中断者
- c 糖尿病治療中者
- ㊨糖尿病性腎症で通院している者

⑥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

①選定基準に基づく該当者の把握

a 対象者の抽出

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

図表 52 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
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難しい状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+)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。

b 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。(図表 53)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、87人(30.0%・⑥)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,028人のうち、特定健診受診者が203人(19.7%・⑦)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者825人(80.3%・⑧)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。

c 介入方法と優先順位

図表 53 より当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 ㊦ . . . 87 人

優先順位 2

【保健指導】

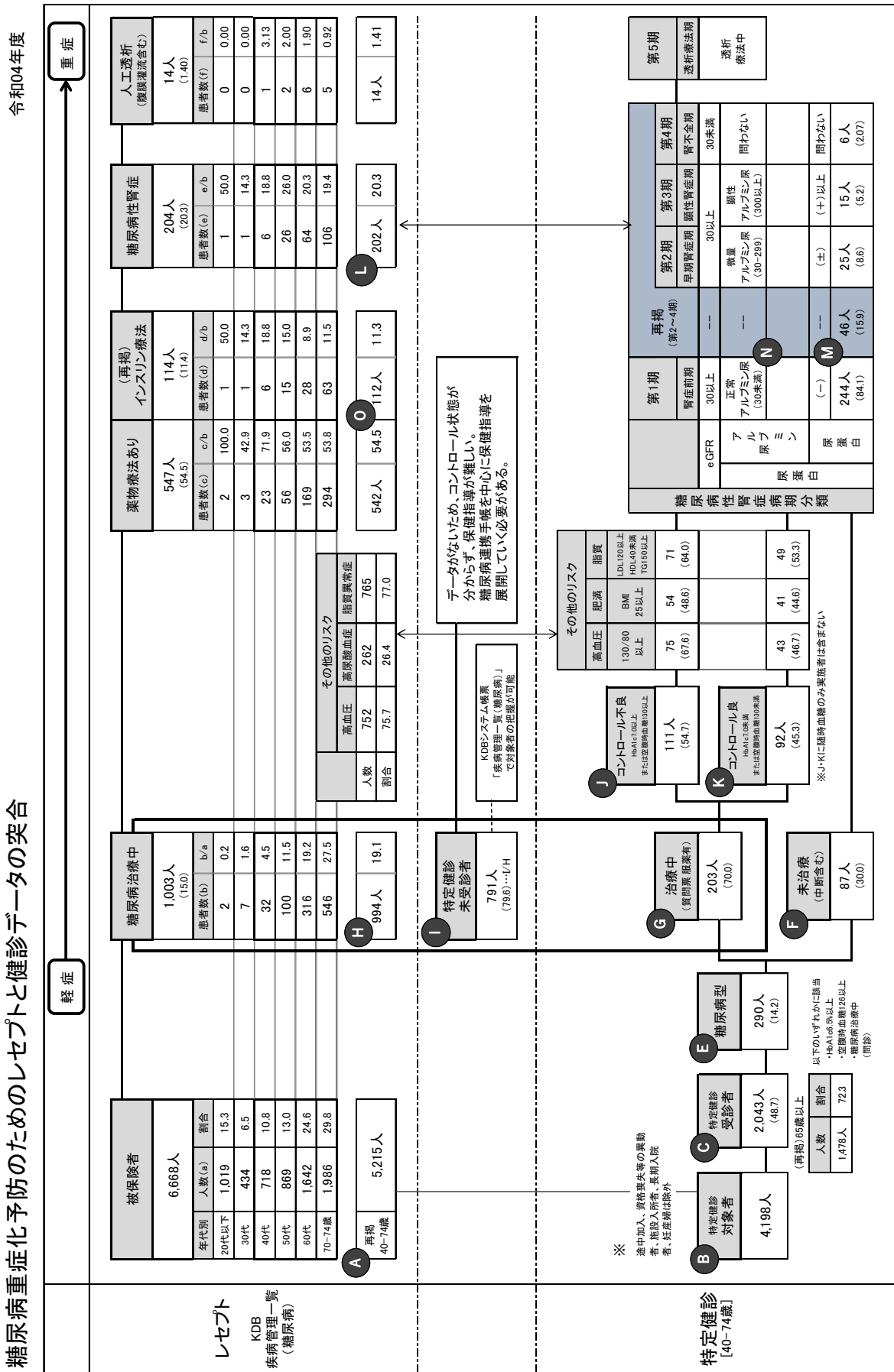
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 ㊧ . . . 111 人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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 53 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



※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帳票 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

ウ 保健指導の実施

㊦ 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

㊧ 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

エ 医療との連携

㊦ 医療機関未受診者について

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

㊧ 治療中の者への対応

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

オ 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。

カ 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、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

㊦受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

㊧保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 54 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	大町市										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	6,691人		6,405人		6,275人		6,222人		5,999人				
	②	(再掲)40-74歳	A	5,364人		5,151人		5,093人		5,071人		4,912人				
2	①	対象者数	B	4,699人		4,576人		4,564人		4,411人						
	②	特定健診 受診者数	C	2,297人		2,242人		2,070人		2,019人		2,021人				
	③	受診率	C	48.9%		49.0%		45.4%		45.8%		--				
3	①	特定 保健指導 対象者数		279人		264人		222人		247人						
	②	実施率		62.7%		64.4%		66.2%		52.6%						
4	健診 データ	①	糖尿病型	E	361人	15.7%	324人	14.5%	329人	15.9%	321人	15.9%	285人	14.1%		
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	112人	31.0%	116人	35.8%	106人	32.2%	111人	34.6%	85人	29.8%		
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	249人	69.0%	208人	64.2%	223人	67.8%	210人	65.4%	200人	70.2%		
		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	138人	55.4%	115人	55.3%	124人	55.6%	113人	53.8%	108人	54.0%		
		⑤		血圧 130/80以上	J	97人	70.3%	73人	63.5%	83人	66.9%	79人	69.9%	74人	68.5%	
		⑥		肥満 BMI25以上	J	60人	43.5%	57人	49.6%	59人	47.6%	59人	52.2%	53人	49.1%	
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	111人	44.6%	93人	44.7%	99人	44.4%	97人	46.2%	92人	46.0%		
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	284人	78.7%	262人	80.9%	267人	81.2%	264人	82.2%	239人	83.9%		
		⑨		第2期 尿蛋白(±)	M	43人	11.9%	37人	11.4%	36人	10.9%	31人	9.7%	25人	8.8%	
		⑩		第3期 尿蛋白(+)以上	M	26人	7.2%	23人	7.1%	24人	7.3%	22人	6.9%	15人	5.3%	
		⑪		第4期 eGFR30未満	M	8人	2.2%	1人	0.3%	2人	0.6%	4人	1.2%	6人	2.1%	
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		107.5人		109.1人		103.7人		113.5人		123.4人			
		②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		132.7人		134.9人		126.3人		138.6人		149.4人			
		③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		3,717件 (754.3)		3,534件 (691.9)		3,514件 (694.9)		3,717件 (754.3)		3,597件 (770.4)	1,557,522件 (951.6)	
		入院(件数)			24件 (4.9)		25件 (4.9)		21件 (4.2)		24件 (4.9)		22件 (4.7)	7,406件 (4.5)		
		④	糖尿病治療中	H	719人	10.7%	699人	10.9%	651人	10.4%	706人	11.3%	740人	12.3%		
		⑤	(再掲)40-74歳	H	712人	13.3%	695人	13.5%	643人	12.6%	703人	13.9%	734人	14.9%		
		⑥	健診未受診者	I	463人	65.0%	446人	64.2%	420人	65.3%	493人	70.1%	534人	72.8%		
		⑦	インスリン治療	O	64人	8.9%	59人	8.4%	66人	10.1%	69人	9.8%	71人	9.6%		
		⑧	(再掲)40-74歳	O	62人	8.7%	57人	8.2%	65人	10.1%	67人	9.5%	69人	9.4%		
		⑨	糖尿病性腎症	L	118人	16.4%	111人	15.9%	123人	18.9%	134人	19.0%	122人	16.5%		
		⑩	(再掲)40-74歳	L	116人	16.3%	110人	15.8%	121人	18.8%	133人	18.9%	121人	16.5%		
		⑪	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.0%	8人	1.1%	11人	1.7%	14人	2.0%	11人	1.5%		
		⑫	(再掲)40-74歳		7人	1.0%	8人	1.2%	11人	1.7%	14人	2.0%	11人	1.5%		
		⑬	新規透析患者数		3人	42.9%	1人	12.5%	4人	36.4%	1人	7.1%	3人	27.3%		
		⑭	(再掲)糖尿病性腎症		2人	66.7%	0人	0.0%	1人	25.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑮	【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)		26人	2.0%	24人	1.9%	23人	1.9%	22人	1.7%	18人	1.3%		
6	医療費	①	総医療費		21億9850万円		21億8116万円		20億7723万円		22億0656万円		21億9881万円		28億4626万円	
		②	生活習慣病総医療費		12億0643万円		11億5883万円		11億1097万円		12億2482万円		11億3402万円		15億3700万円	
		③	(総医療費に占める割合)		54.9%		53.1%		53.5%		55.5%		51.6%		54.0%	
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,986円		8,659円		8,286円		6,958円		8,933円		7,237円
		健診未受診者			37,172円		36,242円		35,800円		40,243円		38,194円		38,862円	
		⑤	糖尿病医療費		1億1387万円		1億1657万円		1億1490万円		1億2700万円		1億2346万円		1億6596万円	
		⑥	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%		10.1%		10.3%		10.4%		10.9%		10.8%	
		⑦	糖尿病入院外総医療費		3億2656万円		3億5088万円		3億5544万円		4億0464万円		3億6946万円			
		⑧	1件あたり		35,380円		38,537円		39,158円		41,244円		39,489円			
		⑨	糖尿病入院総医療費		1億6930万円		2億2984万円		1億7897万円		1億8299万円		2億3733万円			
		⑩	1件あたり		547,891円		642,024円		586,787円		616,129円		644,920円			
		⑪	在院日数		15日		16日		14日		13日		15日			
		⑫	慢性腎不全医療費		6553万円		7972万円		9503万円		9390万円		8187万円		1億2396万円	
		⑬	透析有り		5844万円		7016万円		8631万円		8422万円		7589万円		1億1532万円	
		⑭	透析なし		709万円		956万円		872万円		967万円		599万円		863万円	
7	介護	①	介護給付費		28億8308万円		29億9554万円		30億4335万円		30億6513万円		29億9095万円		34億9905万円	
		②	(2号認定者)糖尿病合併症		4件	22.2%	3件	15.8%	2件	10.0%	3件	14.3%	3件	23.1%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		3人	0.8%	4人	1.1%	5人	1.3%	4人	1.1%	3人	0.8%	2,819人	1.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

キ 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。
その後順次、対象者へ介入 (通年)

(2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

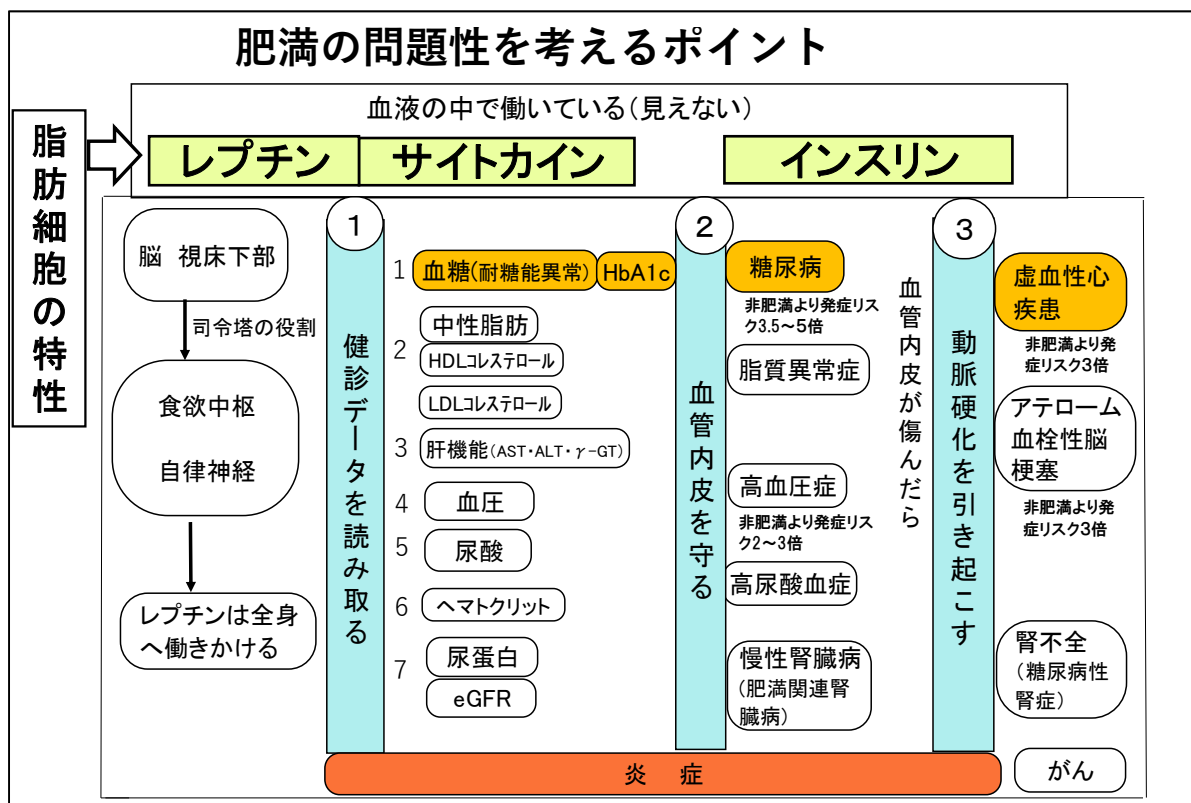
ア 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドローム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。」(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 55 に基づいて考えていきます。

図表 55 肥満の問題性を考えるポイント



イ 肥満の状況

㊦肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 56 肥満度分類による実態(R4)

	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	40～64歳	65～74歳
総数	568	1,480	170	397	138	346	25	47	6	4	1	0	
			29.9%	26.8%	24.3%	23.4%	4.4%	3.2%	1.1%	0.3%	0.2%	0.0%	
再掲	男性	249	669	92	209	73	190	16	17	3	2	0	0
				36.9%	31.2%	29.3%	28.4%	6.4%	2.5%	1.2%	0.3%	0.0%	0.0%
再掲	女性	319	811	78	188	65	156	9	30	3	2	1	0
				24.5%	23.2%	20.4%	19.2%	2.8%	3.7%	0.9%	0.2%	0.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

㊧優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(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。

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の治療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

肥満度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から、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)を対象とすることとします。

ウ 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 57)は、男性で50代から受診者の2～3割を超えますが、女性では70代でも1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 58)は、40代女性を除き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。

また、心・脳血管疾患を発症した事例の中には、メタボリックシンドローム該当者もあり、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こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与え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。

図表 57 年代別メタボリック該当者の状況 (R4)

		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	918	62	93	314	449	1,130	80	122	402	526	
メタボ該当者	B	296	10	25	107	154	120	5	7	30	78	
	B/A	32.2%	16.1%	26.9%	34.1%	34.3%	10.6%	6.3%	5.7%	7.5%	14.8%	
再掲	① 3項目全て	C	100	1	6	35	58	39	1	1	11	26
		C/B	33.8%	10.0%	24.0%	32.7%	37.7%	32.5%	20.0%	14.3%	36.7%	33.3%
	② 血糖+血圧	D	49	0	5	19	25	18	1	1	2	14
		D/B	16.6%	0.0%	20.0%	17.8%	16.2%	15.0%	20.0%	14.3%	6.7%	17.9%
	③ 血圧+脂質	E	126	6	11	47	62	58	2	4	15	37
		E/B	42.6%	60.0%	44.0%	43.9%	40.3%	48.3%	40.0%	57.1%	50.0%	47.4%
	④ 血糖+脂質	F	21	3	3	6	9	5	1	1	2	1
		F/B	7.1%	30.0%	12.0%	5.6%	5.8%	4.2%	20.0%	14.3%	6.7%	1.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 58 メタボリック該当者の治療状況 (R4)

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
				人数	割合	人数	割合				人数	割合	人数	割合
総数	918	296	32.2%	236	79.7%	60	20.3%	1,130	120	10.6%	105	87.5%	15	12.5%
40代	62	10	16.1%	5	50.0%	5	50.0%	80	5	6.3%	2	40.0%	3	60.0%
50代	93	25	26.9%	16	64.0%	9	36.0%	122	7	5.7%	6	85.7%	1	14.3%
60代	314	107	34.1%	85	79.4%	22	20.6%	402	30	7.5%	26	86.7%	4	13.3%
70~74歳	449	154	34.3%	130	84.4%	24	15.6%	526	78	14.8%	71	91.0%	7	9.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

㊦対象者の選定基準の考え方

- a 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。
- b 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。
- c 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

㊧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。

エ 保健指導の実施

㊦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ます。

㊧二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、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

- a 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)
- b 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- c 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- d 75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(3) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

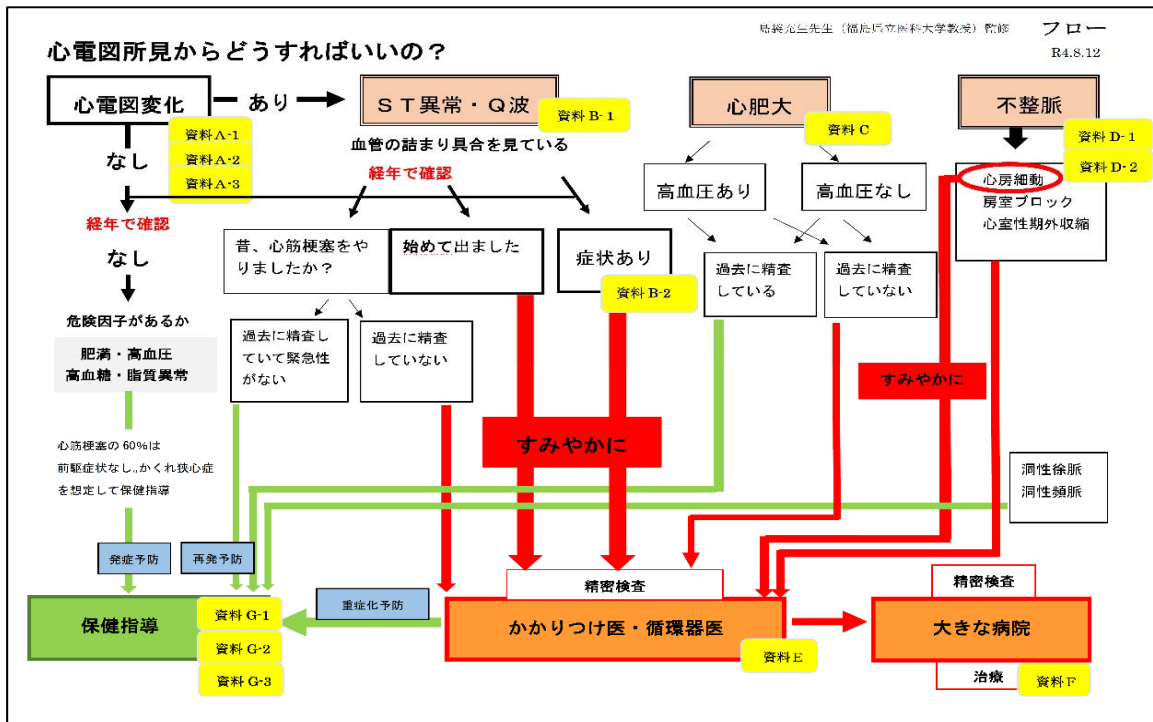
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

イ 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59に基づいて考えます。

図表59 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



① 重症化予防対象者の抽出

a 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。

本市においては、R4年度心電図検査を 1,274 人(62.2%)に実施し、そのうち有所見者が 569

人(44.7%)という結果でした。所見の中でも少数ですが、重篤な疾患につながりやすい ST 変化・異常 Q 波、心房細動がみられます。(図表 60)

また、有所見者のうち要精査が 32 人(2.5%)で、その後の受診状況を見ると 23 人(71.9%)は未受診でした。(図表 61)。

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 60 心電図検査結果(R4)

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,274	62.2%	569	44.7%	8	1.4%	26	4.6%	26	4.6%	84	14.8%	27	4.7%	74	13.0%	16	2.8%	40	7.0%
	男性	594	64.7%	304	51.2%	6	2.0%	12	3.9%	12	3.9%	35	11.5%	20	6.6%	53	17.4%	14	4.6%	26	8.6%
	女性	680	60.2%	265	39.0%	2	0.8%	14	5.3%	14	5.3%	49	18.5%	7	2.6%	21	7.9%	2	0.8%	14	5.3%

大町市調べ

図表 61 心電図有所見者の医療機関受診状況(R4)

	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	1,274		32	2.5%	9	28.1%	23	71.9%
男性	594	46.6%	19	3.2%	6	31.6%	13	68.4%
女性	680	53.4%	13	1.9%	3	23.1%	10	76.9%

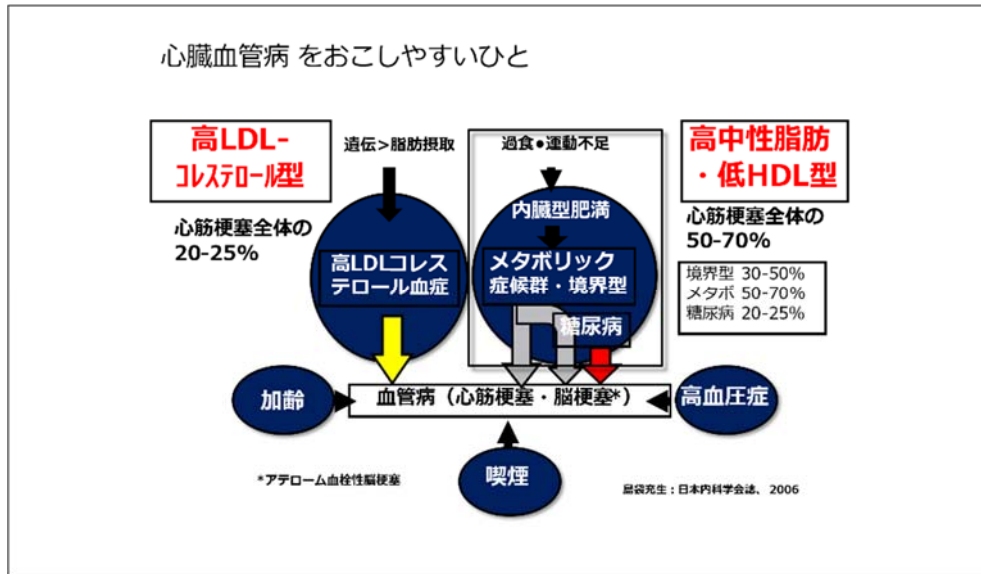
大町市調べ

b 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)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 62)

図表 62 心血管病をおこしやすいひと



- ㊦: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 57・58)を参照
- ㊧:LDL コレステロールタイプ(図表 63)

図表 63 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			
	814	349	264	132	69	16	26	73	86		
		42.9%	32.4%	16.2%	8.5%	8.0%	12.9%	36.3%	42.8%		
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)	88	50	19	15	4	9	10	0	0
			10.8%	14.3%	7.2%	11.4%	5.8%	56.3%	38.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	328	128	114	60	26	6	8	41	31
			40.3%	36.7%	43.2%	45.5%	37.7%	37.5%	30.8%	56.2%	36.0%
高リスク	120未満 (150未満)	398	171	131	57	39	1	8	32	55	
		48.9%	49.0%	49.6%	43.2%	56.5%	6.3%	30.8%	43.8%	64.0%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	23	10	10	2	1	0	2	0	1	
		2.8%	2.9%	3.8%	1.5%	1.4%	0.0%	7.7%	0.0%	1.2%	
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)	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

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

ウ 保健指導の実施

㊦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。

㊧二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 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。

- a 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)
- b 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)

㊨対象者の管理

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

エ 医療との連携

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

オ 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。

カ 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、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。

キ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

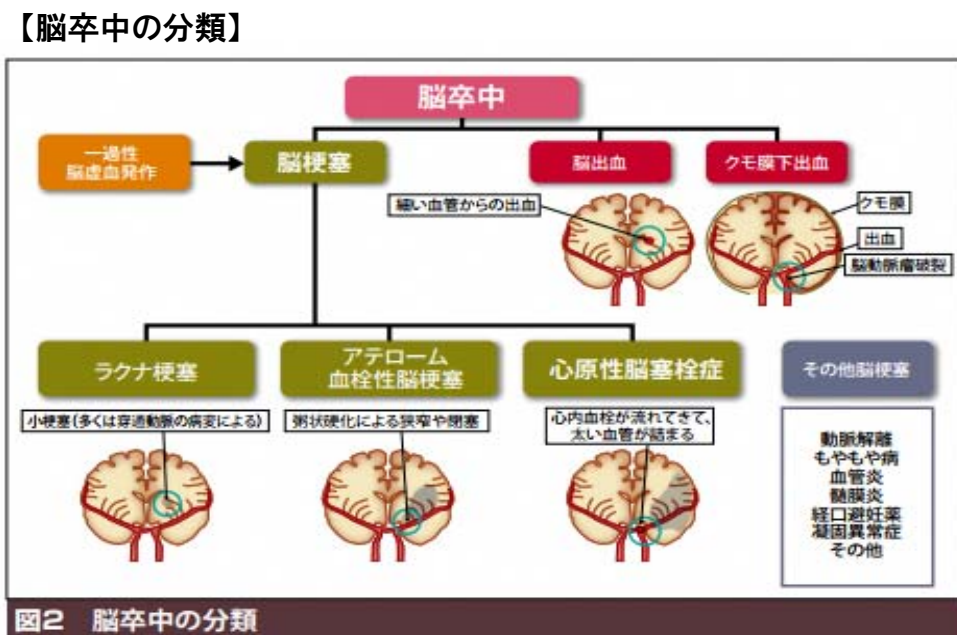
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

(4) 脳血管疾患重症化予防

ア 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 64・65)

図表 64 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 65 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

イ 対象者の明確化

㊦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 66 でみると、高血圧治療者 1,886 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 335 人(17.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 113 人(5.5%)であり、そのうち 70 人(61.9%)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 43 人(5.9%)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。

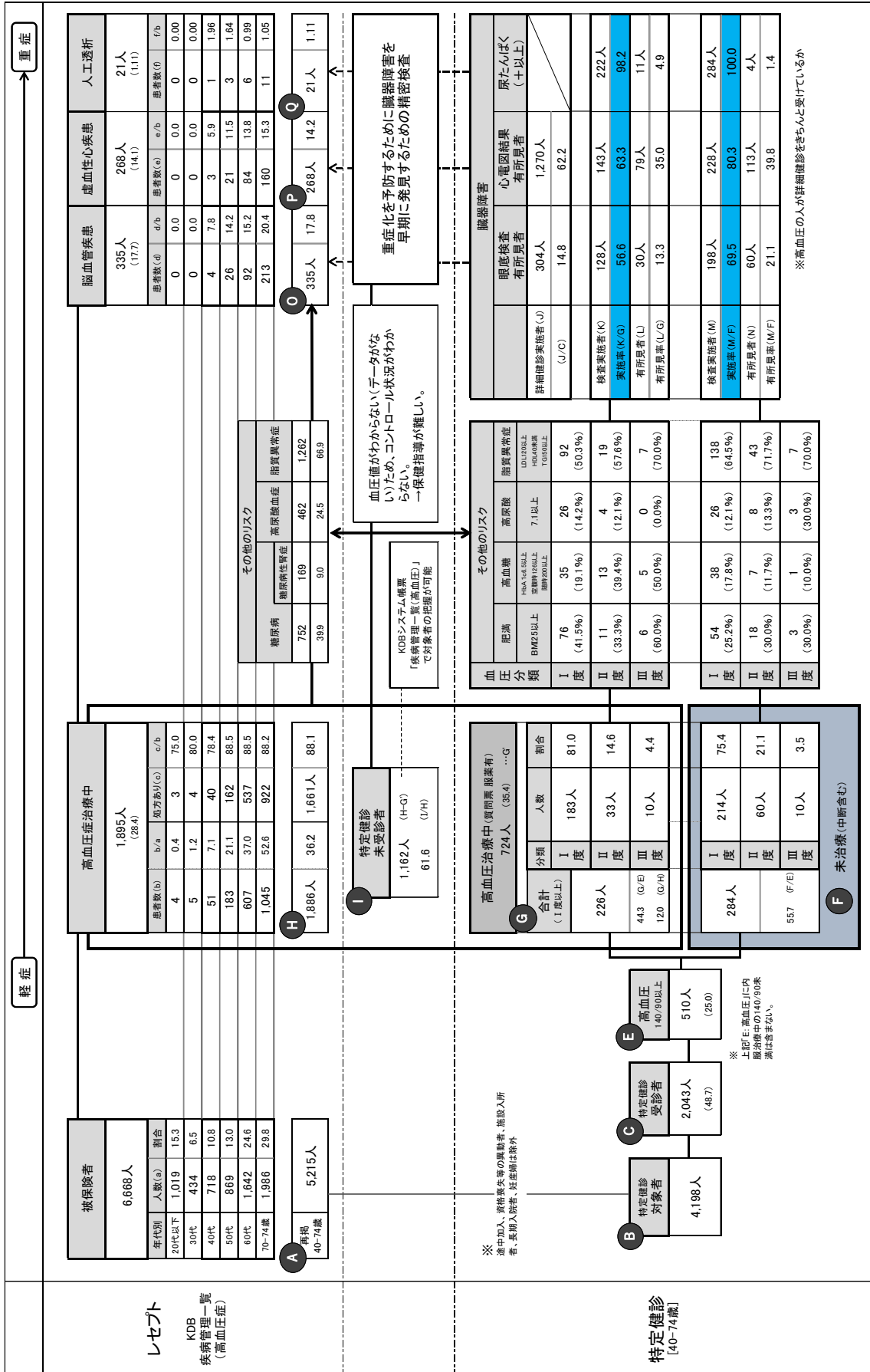
重症化を予防するため臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、検査の対象条件となるⅠ度高血圧以上の者のうち 6 割以上が実施しており、そのうち有所見者は治療中で 30 人(13.3%)、未治療で 60 人(21.1%)と、未治療者の割合が高くなっています。眼底検査は血管変化(動脈硬化)を予測する検査として有効なため、対象者の実施率を上げ、必要な者は医療に繋げることが重要です

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

図表 66 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

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



①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 67 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

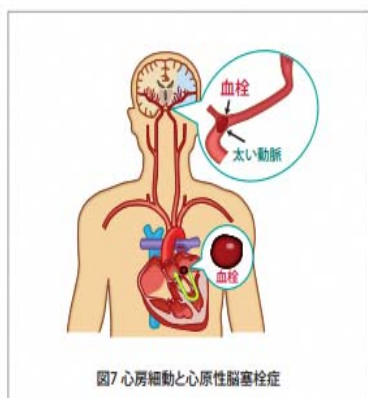
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会			
血圧分類 (mmHg)		高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 / 80~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	609	325	214	60	10
		53.4%	35.1%	9.9%	1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	34	C 23	B 9	B 2	A 0
		5.6%	7.1%	4.2%	3.3%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	342	C 189	B 113	A 35	A 5
		56.2%	58.2%	52.8%	58.3%
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	233	B 113	A 92	A 23	A 5
		38.3%	34.8%	43.0%	38.3%

区分	該当者数
A	160
	26.3%
B	237
	38.9%
C	212
	34.8%

※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。

図表 67 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。

②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の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 68 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 68 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	918	1,130	594	64.7%	680	60.2%	14	2.4%	2	0.3%	--	--
40代	62	80	41	66.1%	44	55.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	93	122	52	55.9%	70	57.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	314	402	210	66.9%	247	61.4%	3	1.4%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	449	526	291	64.8%	319	60.6%	11	3.8%	1	0.3%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 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	4	25.0%	12	75.0%

大町市調べ

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4人(25.0%)はまだ治療につながっていません。(図表 69)

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。

ウ 保健指導の実施

㊦ 受診勧奨及び保健指導

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

㊧ 二次健診の実施

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

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

- a 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)
- b 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)

㊦対象者の管理

a 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。

b 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。

エ 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。

オ 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。

カ 評価

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

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

キ 実施期間及びスケジュール

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

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

当市は、令和3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まいります。

具体的には、

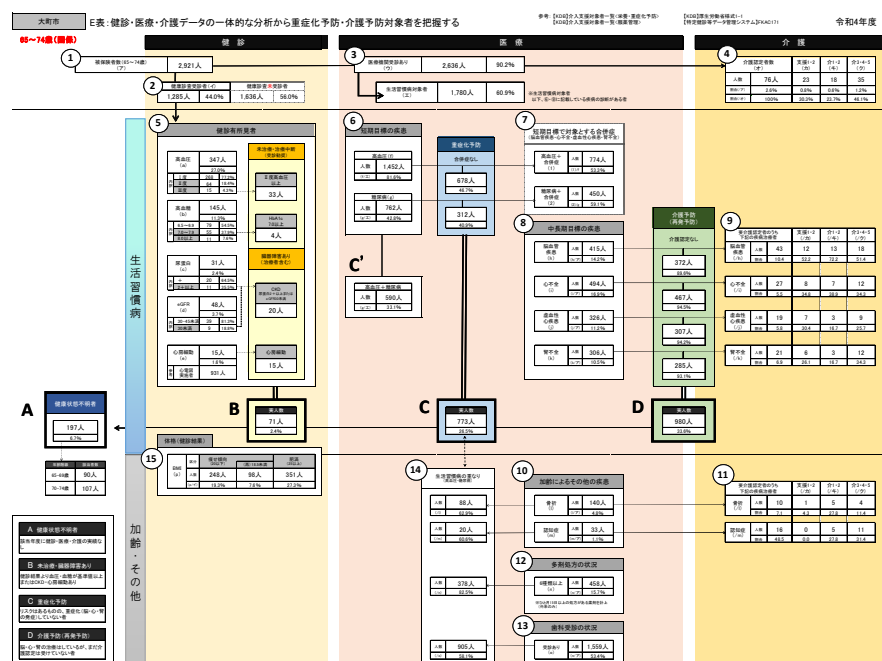
ア 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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。

イ 地域を担当する保健師を配置

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管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施してまいります。(ポピュレーションアプローチ)

図表 70 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4 発症予防

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

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

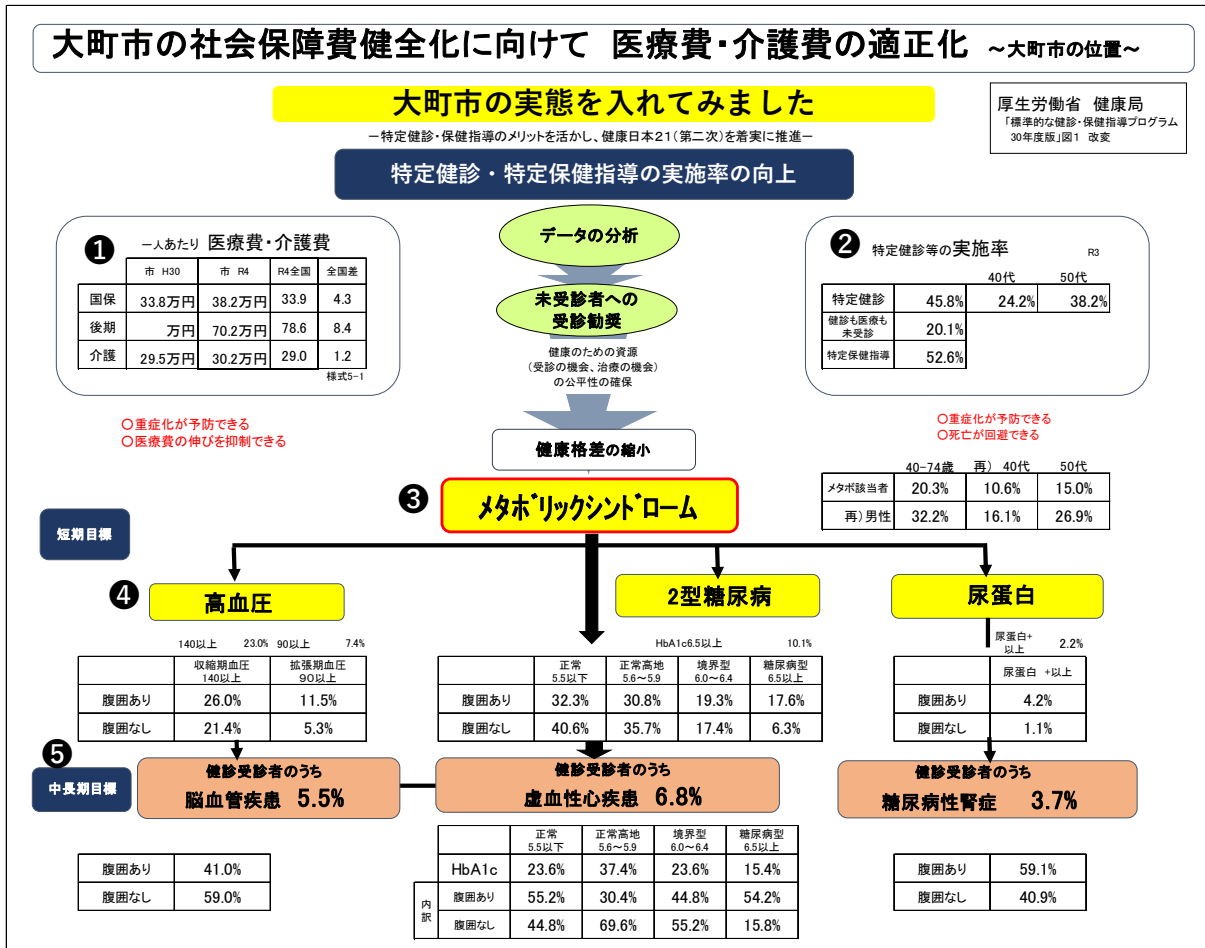
図表 71 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>														
1 根拠法	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)		
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
データヘルス計画【保健事業実施計画】(各被保険者)														
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
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)	産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (第11・12条)			児童・生徒の定期健康診断 (第13・14条)		定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
5 対象者 診 査 内 容	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの												
	身長													
	体重													
	BMI											25以上		
	肥満度			かつ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														

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 72・73)

図表 72 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 73 統計からみえる長野県(県庁所在地)の食(例示)

統計からみえる長野市の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
小麦粉	1位
えのきたけ	1位
りんご	2位
酢	1位(量)
食塩	3位(量)
調理パン	2位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
肉類	52位
ソース	52位
キャンデー	53位

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
大衆食堂・ファミリーレスト	2位
そば・うどん店	6位

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

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

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

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大町市の位置
- 参考資料2 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料3 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4 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5 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6 HbA1c の年次比較
- 参考資料7 血圧の年次比較
- 参考資料8 LDL-C の年次比較
- 参考資料9 長野県共通指標の状況(圏域・県比較)

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた大町市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大町市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	26,149		9,014,657		2,008,244		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	10,048	39.4	3,263,279	36.2	646,942	32.2	35,335,805	28.7		
		75歳以上	5,735	21.9	--	--	352,073	17.5	18,248,742	14.8		
		65~74歳	4,377	16.7	--	--	294,869	14.7	17,087,063	13.9		
		40~64歳	8,541	32.7	--	--	669,192	33.3	41,545,893	33.7		
	39歳以下	7,496	28.7	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	9.0		10.7		9.3		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	28.9		27.3		29.2		25.0			
		第3次産業	62.2		62.0		61.6		71.0			
	③ 平均寿命	男性	82.5		80.4		81.8		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.5		86.9		87.7		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.5		79.7		81.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	86.6		84.3		85.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	90.2		103.4		90.5		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	91	47.4	34,996	47.8	6,380	47.9	378,272	50.6		
		心臓病	52	27.1	21,437	29.3	3,679	27.6	205,485	27.5		
		脳疾患	33	17.2	10,886	14.9	2,307	17.3	102,900	13.8		
		糖尿病	3	1.6	1,391	1.9	238	1.8	13,896	1.9		
		腎不全	7	3.6	2,819	3.9	375	2.8	26,946	3.6		
		自殺	6	3.1	1,654	2.3	352	2.6	20,171	2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
		男性										
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,728	17.6	619,810	19.1	113,468	17.7	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者			28	0.2	10,081	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3		
介護度別 総件数			要支援1.2	5,749	11.1	1,984,426	14.3	412,294	13.8	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	23,769	46.0	6,527,659	47.0	1,367,247	45.8	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	22,191	42.9	5,384,278	38.7	1,208,489	40.4	68,963,503	40.8	
2号認定者		18	0.21	10,759	0.37	1,856	0.28	156,107	0.38			
② 有病状況		糖尿病	380	21.2	154,694	23.8	26,401	22.3	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	991	56.0	352,398	54.8	65,433	55.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	583	30.7	203,112	31.2	36,610	30.6	2,308,216	32.6		
		心臓病	1,109	62.8	397,324	61.9	74,350	63.3	4,224,628	60.3		
	脳疾患	538	30.0	151,330	23.9	29,320	25.4	1,568,292	22.6			
	がん	276	15.3	74,764	11.4	14,272	11.9	837,410	11.8			
	筋・骨格	991	55.5	350,465	54.5	65,213	55.5	3,748,372	53.4			
	精神	721	40.3	246,296	38.6	44,457	37.9	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	302,391	2,990,946,990	300,230	979,734,915,124	288,366	186,555,887,417	290,668	10,074,274,226,889	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)	57,842		70,503		62,434		59,662				
	居宅サービス	37,708		43,936		40,752		41,272				
	施設サービス	272,821		291,914		287,007		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,431	9,043	8,534	8,610	4,466	4,284	3,975	4,020	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定なし											
4	① 国保の状況	被保険者数	5,761		2,020,054		443,378		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳	2,846	49.4			200,162	45.1	11,129,271	40.5		
		40~64歳	1,823	31.6			142,060	32.0	9,088,015	33.1		
		39歳以下	1,092	19.0			101,156	22.8	7,271,596	26.5		
	加入率	22.6		22.4		22.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	873	0.4	126	0.3	8,237	0.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		診療所数	27	4.7	7,141	3.5	1,564	3.5	102,599	3.7		
		病床数	199	34.5	136,833	67.7	23,133	52.2	1,507,471	54.8		
		医師数	59	10.2	19,511	9.7	5,217	11.8	339,611	12.4		
		外来患者数	670.2		728.3		691.5		687.8			
③ 医療費の状況	入院患者数	22.2		23.6		17.6		17.7				
	一人当たり医療費	438,927	県内8位 19市中1位	394,521	395,064	402,506	692,387	751,942	709,111	705,439		
	外来	費用の割合	55.7		56.7		61.1		60.4			
		件数の割合	96.8		96.9		97.5		97.5			
	入院	費用の割合	44.3		43.3		38.9		39.6			
		件数の割合	3.2		3.1		2.5		2.5			
1件あたり在院日数	14.2日		17.1日		15.6日		15.7日					

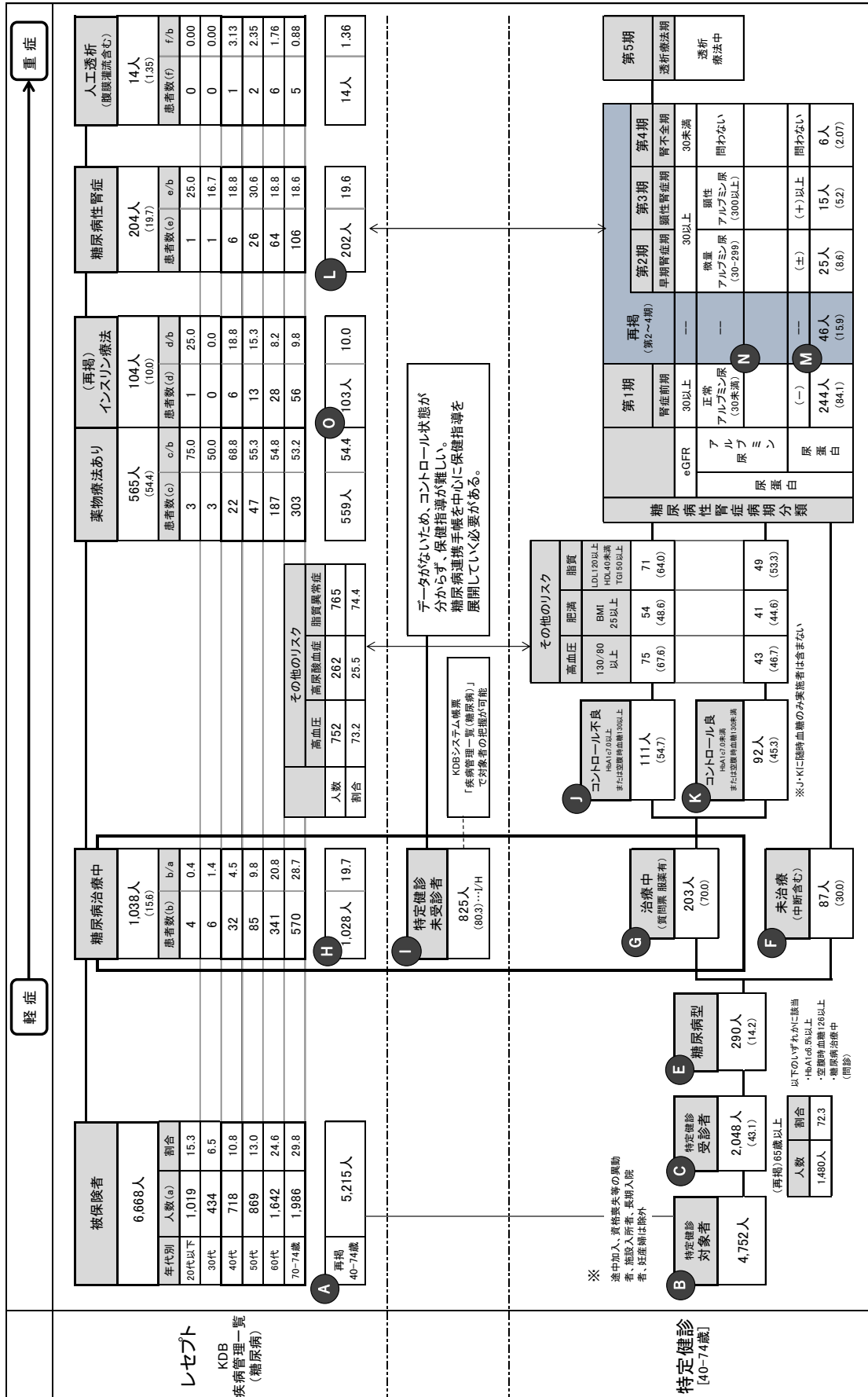
項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	387,017,310	34.1	31.3	30.8	32.2	KDB.NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	75,885,820	6.7	7.5	8.1	8.2						
			糖尿病	123,462,670	10.9	10.8	10.7	10.4						
			高血圧症	55,731,930	4.9	6.3	6.1	5.9						
			脂質異常症	51,185,680	4.5	3.8	4.0	4.1						
			脳梗塞・脳出血	45,852,430	4.0	3.9	4.0	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	31,520,240	2.8	2.6	2.3	2.8						
			精神	139,345,140	12.3	16.2	15.8	14.7						
	筋・骨格	213,692,650	18.8	16.7	17.2	16.7								
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	193	0.1	380	0.2	296	0.2	KDB.NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
			糖尿病	1,689	1.0	1,531	0.9	1,102	0.8	1,144		0.9		
			脂質異常症	207	0.1	89	0.1	72	0.1	53		0.0		
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	7,029	4.2	7,151	4.2	6,367	4.8		5,993	4.5	
			虚血性心疾患	4,013	2.4	4,385	2.6	3,421	2.6	3,942		2.9		
腎不全			3,290	1.9	4,815	2.8	3,574	2.7	4,051	3.0				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者	2,936		2,592		2,630		2,031	KDB.NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題			
		一人当たり	健診未受診者	12,553		13,920		12,517		13,295				
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,933		7,237		7,685		6,142					
		健診未受診者	38,194		38,862		36,574		40,210					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,010	55.4	345,730	57.5	75,163	54.2	3,835,832	57.0	KDB.NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	894	49.0	313,063	52.0	67,600	48.8	3,501,508	52.0				
		医療機関非受診率	116	6.4	32,667	5.4	7,563	5.5	334,324	5.0				
5	①-④	特定健診の 状況	健診受診者	1,955				146,531			KDB.NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握			
			受診率	46.9	県内52位			47.4						
			131	57.2			8,467	54.3						
			特定保健指導終了者(実施率)	131	57.2			8,467	57.4	91,478		11.5		
	④	非肥満高血糖	201	11.0	64,197	10.7	12,056	8.7	608,503	9.0				
	⑤-⑥	県内市町村数 79市町村	メタボ	該当者	402	20.6	127,981	21.3	27,706	18.9		1,366,220	20.3	
				男性	285	32.2	88,474	32.7	19,800	29.1		953,975	32.0	
				女性	117	10.9	39,507	11.9	7,906	10.1		412,245	11.0	
				予備群	196	10.0	65,260	10.8	15,517	10.6		756,692	11.2	
				男性	132	14.9	45,668	16.9	11,363	16.7		533,553	17.9	
				女性	64	6.0	19,592	5.9	4,154	5.3		223,139	5.9	
	⑦-⑱	同規模市区町村数 280市町村	メタボ 該当 予備 群 レ ベル	腹囲	総数	628	34.4	211,082	35.1	45,441		32.8	2,352,941	34.9
					男性	444	53.8	146,298	54.0	32,710		51.1	1,646,925	55.3
					女性	184	18.4	64,784	19.6	12,731		17.1	706,016	18.8
				BMI	総数	92	5.0	31,765	5.3	6,274		4.5	316,378	4.7
					男性	14	1.7	4,968	1.8	1,095		1.7	50,602	1.7
					女性	78	7.8	26,797	8.1	5,179		6.9	265,776	7.1
				血糖のみ	15	0.8	4,020	0.7	821	0.6		43,022	0.6	
				血圧のみ	118	6.5	46,733	7.8	9,685	7.0		533,361	7.9	
脂質のみ				60	3.3	14,507	2.4	4,130	3.0	180,309	2.7			
血糖・血圧				59	3.2	19,961	3.3	3,543	2.6	200,700	3.0			
血糖・脂質				22	1.2	6,610	1.1	1,428	1.0	69,468	1.0			
血圧・脂質				168	9.2	58,126	9.7	12,844	9.3	651,885	9.7			
血糖・血圧・脂質				120	6.6	43,284	7.2	8,204	5.9	444,167	6.6			
6	①-②	問診の状況	服薬	高血圧	645	35.4	235,433	39.1	48,152	34.7	2,401,322	35.7	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	182	10.0	59,612	9.9	11,925	8.6	582,344	8.6			
			脂質異常症	494	27.1	175,568	29.2	38,780	28.0	1,877,854	27.9			
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	59	4.0	19,102	3.3	4,150	3.1	205,223	3.1		
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	82	5.6	34,697	5.9	7,181	5.4	361,423	5.5					
	腎不全	9	0.6	5,359	0.9	964	0.7	53,281	0.8					
	貧血	130	8.9	58,132	10.0	12,221	9.3	694,361	10.7					
	③-⑬	生活習慣の 状況	喫煙	215	11.8	77,562	12.9	18,224	13.2	927,614	13.8	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	126	8.6	44,667	7.9	10,174	8.2	633,871	10.3			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	222	15.2	85,374	15.0	19,058	15.4	964,244	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	222	15.2	85,374	15.0	19,058	15.4	964,244	15.7			
			食べる速度が速い	341	23.3	152,554	26.8	30,736	24.8	1,640,770	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	498	34.0	197,783	34.7	39,668	31.9	2,149,988	34.9			
1回30分以上運動習慣なし			943	64.5	356,755	62.7	80,694	64.9	3,707,647	60.4				
1日1時間以上運動なし			567	38.8	270,288	47.3	56,114	45.2	2,949,573	48.0				
睡眠不足			369	25.2	142,775	25.0	30,732	24.8	1,569,769	25.6				
毎日飲酒	355	23.9	147,614	25.4	33,339	25.3	1,639,941	25.5						
時々飲酒	356	23.9	119,206	20.5	31,286	23.8	1,446,573	22.5						
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	326	45.9	236,347	62.8	39,531	54.6	2,944,274	64.2				
		1～2合	256	36.0	94,518	25.1	22,401	30.9	1,088,435	23.7				
		2～3合	109	15.3	35,904	9.5	8,199	11.3	428,995	9.3				
		3合以上	20	2.8	9,402	2.5	2,306	3.2	126,933	2.8				

参考資料2 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	大町市						同規模保険者(平均)			
			H30年度		R02年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	6,499人		6,249人		5,761人					
	②	(再掲)40-74歳	5,197人		5,057人		4,669人					
2	①	対象者数	4,699人		4,564人		4,165人					
	②	特定健診 受診者数	2,297人		2,070人		1,955人					
	③	受診率	48.9%		45.4%		46.9%					
3	①	特定 保健指導 対象者数	279人		222人		229人					
	②	実施率	62.7%		66.2%		57.2%					
4	①	糖尿病型	E	361人	15.7%	329人	15.9%	285人	14.1%			
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	112人	31.0%	106人	32.2%	85人	29.8%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	249人	69.0%	223人	67.8%	200人	70.2%			
	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	138人		124人		108人		54.0%		
	⑤			血压 130/80以上	97人		83人		74人		68.5%	
	⑥			肥満 BMI25以上	60人		59人		53人		49.1%	
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	111人		99人		92人		46.0%		
	⑧	第1期	M	284人		267人		239人		83.9%		
	⑨	第2期		43人		36人		25人		8.8%		
	⑩	第3期		26人		24人		15人		5.3%		
	⑪	第4期		8人		2人		6人		2.1%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	107.5人		103.7人		123.4人					
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	132.7人		126.3人		149.4人					
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	3,717件 (754.3)		3,514件 (694.9)		3,597件 (770.4)		1,557,522件 (951.6)			
	④		入院外(件数)	24件 (4.9)		21件 (4.2)		22件 (4.7)		7,406件 (4.5)		
	⑤	糖尿病治療中	H	719人		651人		740人		12.3%		
	⑥	(再掲)40-74歳		712人		643人		734人		14.9%		
	⑦	健診未受診者	I	463人		420人		534人		72.8%		
	⑧	インスリン治療	O	64人		66人		71人		9.6%		
	⑨	(再掲)40-74歳		62人		65人		69人		9.4%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	118人		123人		122人		16.5%		
	⑪	(再掲)40-74歳		116人		121人		121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)	7人 1.0%		11人 1.7%		11人 1.5%					
	⑬	(再掲)40-74歳	7人 1.0%		11人 1.7%		11人 1.5%					
	⑭	新規透析患者数	3人		4人		3人					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	2人		1人		0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)	26人 2.0%		23人 1.9%		18人 1.3%					
6	①	総医療費	21億9850万円		20億7723万円		21億9881万円		28億4626万円			
	②	生活習慣病総医療費	12億0643万円		11億1097万円		11億3402万円		15億3700万円			
	③	(総医療費に占める割合)	54.9%		53.5%		51.6%		54.0%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	8,986円		8,286円		8,933円		7,237円			
	⑤		健診未受診者	37,172円		35,800円		38,194円		38,862円		
	⑥	糖尿病医療費	1億1387万円		1億1490万円		1億2346万円		1億6596万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.4%		10.3%		10.9%		10.8%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	3億2656万円		3億5544万円		3億6946万円					
	⑨	1件あたり	35,380円		39,158円		39,489円					
	⑩	糖尿病入院総医療費	1億6930万円		1億7897万円		2億3733万円					
	⑪	1件あたり	547,891円		586,787円		644,920円					
	⑫	在院日数	15日		14日		15日					
	⑬	慢性腎不全医療費	6553万円		9503万円		8187万円		1億2396万円			
	⑭	透析有り	5844万円		8631万円		7589万円		1億1532万円			
	⑮	透析なし	709万円		872万円		599万円		863万円			
7	①	介護給付費	28億8308万円		30億4335万円		29億9095万円		34億9905万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	4件 22.2%		2件 10.0%		3件 23.1%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	3人 0.8%		5人 1.3%		3人 0.8%		2,819人 1.0%			

参考資料3 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

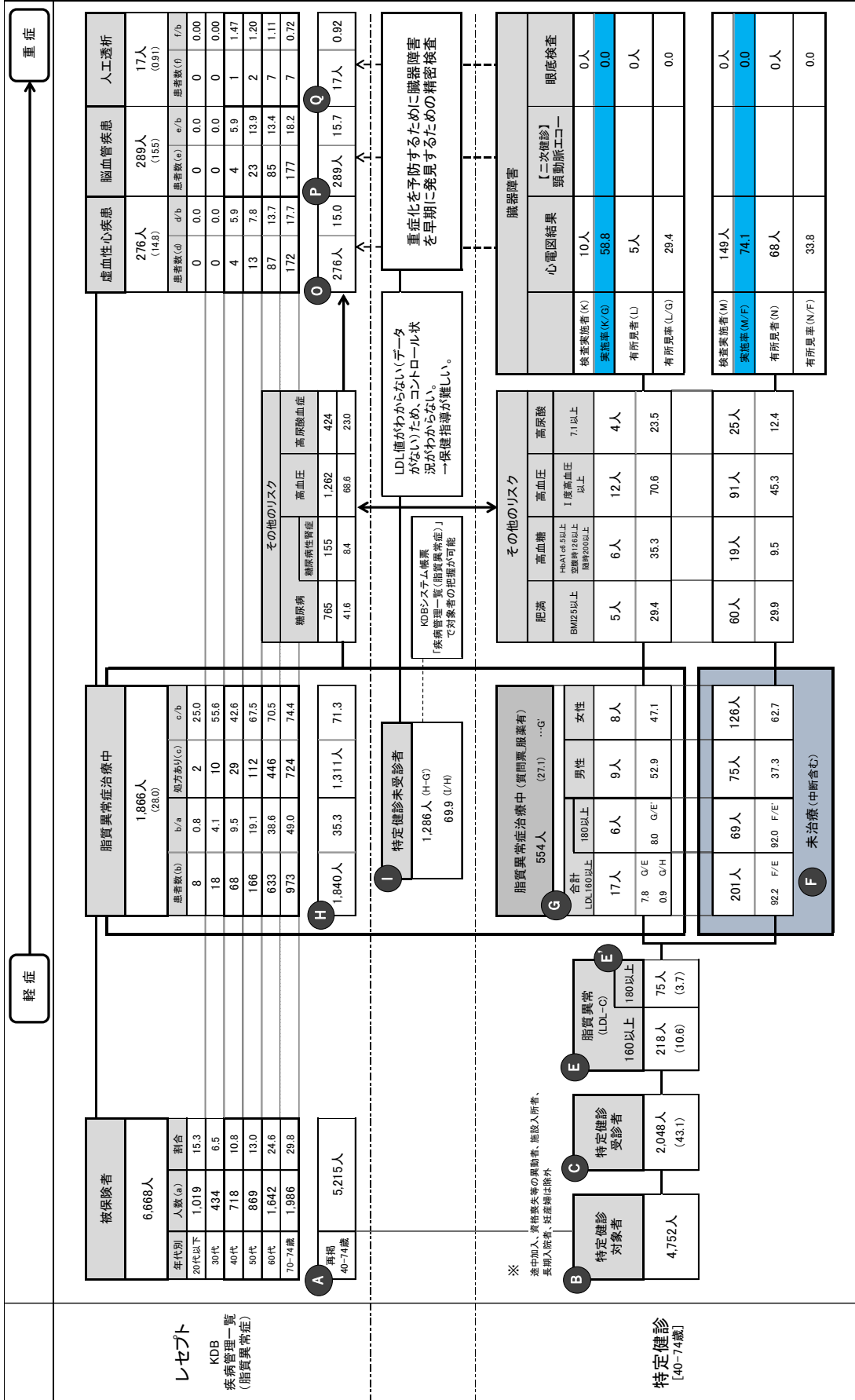


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし、年度中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「f/b患者」に「糖尿病重症化予防」から集計

参考資料5 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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を社上(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(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料6 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる
		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	2,331	703	30.2%	926	39.7%	446	19.1%	127	5.4%	91	3.9%	38	1.6%	77	3.3%	26	1.1%
H30	2,261	690	30.5%	856	37.9%	440	19.5%	146	6.5%	90	4.0%	39	1.7%	80	3.5%	30	1.3%
R01	2,295	721	31.4%	858	37.4%	480	20.9%	126	5.5%	84	3.7%	26	1.1%	66	2.9%	17	0.7%
R02	2,173	743	34.2%	782	36.0%	405	18.6%	120	5.5%	86	4.0%	37	1.7%	70	3.2%	22	1.0%
R03	2,116	778	36.8%	729	34.5%	386	18.2%	110	5.2%	86	4.1%	27	1.3%	67	3.2%	20	0.9%
R04	2,025	763	37.7%	690	34.1%	367	18.1%	105	5.2%	78	3.9%	22	1.1%	58	2.9%	14	0.7%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		割合	
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合		
											人数	割合	人数	割合
H29	2,331	703	926	446	256	256	0	11.0%	100.0%	0.0%	11.0%
					129	129	0	5.5%	100.0%	0.0%	
H30	2,261	690	856	440	275	90	185	12.2%	32.7%	67.3%	12.2%
					129	29	100	5.7%	22.5%	77.5%	
R01	2,295	721	858	480	236	88	148	10.3%	37.3%	62.7%	10.3%
					110	27	83	4.8%	24.5%	75.5%	
R02	2,173	743	782	405	243	73	170	11.2%	30.0%	70.0%	11.2%
					123	21	102	5.7%	17.1%	82.9%	
R03	2,116	778	729	386	223	79	144	10.5%	35.4%	64.6%	10.5%
					113	23	90	5.3%	20.4%	79.6%	
R04	2,025	763	690	367	205	59	146	10.1%	28.8%	71.2%	10.1%
					100	15	85	4.9%	15.0%	85.0%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる
		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	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
	H30	239	10.6%	2	0.8%	13	5.4%	39	16.3%	85	35.6%	73	30.5%	27	11.3%	62	25.9%
	R01	216	9.4%	6	2.8%	10	4.6%	52	24.1%	65	30.1%	63	29.2%	20	9.3%	48	22.2%
	R02	227	10.4%	2	0.9%	8	3.5%	47	20.7%	68	30.0%	70	30.8%	32	14.1%	59	26.0%
	R03	213	10.1%	1	0.5%	7	3.3%	61	28.6%	54	25.4%	69	32.4%	21	9.9%	55	25.8%
R04	204	9.9%	3	1.5%	12	6.0%	40	19.9%	61	30.3%	69	34.3%	16	8.0%	47	23.4%	
治療なし	H29	2,331	100.0%	703	30.2%	926	39.7%	446	19.1%	127	5.4%	91	3.9%	38	1.6%	77	3.3%
	H30	2,022	89.4%	688	34.0%	843	41.7%	401	19.8%	61	3.0%	17	0.8%	12	0.6%	18	0.9%
	R01	2,079	90.6%	715	34.4%	848	40.8%	428	20.6%	61	2.9%	21	1.0%	6	0.3%	18	0.9%
	R02	1,946	89.6%	741	38.1%	774	39.8%	358	18.4%	52	2.7%	16	0.8%	5	0.3%	11	0.6%
	R03	1,903	89.9%	777	40.8%	722	37.9%	325	17.1%	56	2.9%	17	0.9%	6	0.3%	12	0.6%
R04	1,824	90.1%	760	41.7%	678	37.2%	327	17.9%	44	2.4%	9	0.5%	6	0.3%	11	0.6%	

参考資料7 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	2,401	687	28.6%	453	18.9%	661	27.5%	461	19.2%	122	5.1%	17	0.7%		
H30	2,314	671	29.0%	397	17.2%	657	28.4%	467	20.2%	102	4.4%	20	0.9%		
R01	2,348	656	27.9%	432	18.4%	653	27.8%	492	21.0%	97	4.1%	18	0.8%		
R02	2,207	609	27.6%	367	16.6%	646	29.3%	450	20.4%	112	5.1%	23	1.0%		
R03	2,144	572	26.7%	391	18.2%	614	28.6%	444	20.7%	96	4.5%	27	1.3%		
R04	2,048	592	28.9%	363	17.7%	582	28.4%	397	19.4%	94	4.6%	20	1.0%		

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	2,401	1,140 47.5%	661 27.5%	461 19.2%	139 5.8%	139 100.0%	0 0.0%	58%	
					17 0.7%	17 100.0%	0 0.0%	0.7%	
H30	2,314	1,068 46.2%	657 28.4%	467 20.2%	122 5.3%	69 56.6%	53 43.4%	5.3%	
					20 0.9%	15 75.0%	5 25.0%	0.9%	
R01	2,348	1,088 46.3%	653 27.8%	492 21.0%	115 4.9%	79 68.7%	36 31.3%	4.9%	
					18 0.8%	13 72.2%	5 27.8%	0.8%	
R02	2,207	976 44.2%	646 29.3%	450 20.4%	135 6.1%	87 64.4%	48 35.6%	6.1%	
					23 1.0%	19 82.6%	4 17.4%	1.0%	
R03	2,144	963 44.9%	614 28.6%	444 20.7%	123 5.7%	74 60.2%	49 39.8%	5.7%	
					27 1.3%	18 66.7%	9 33.3%	1.3%	
R04	2,048	955 46.6%	582 28.4%	397 19.4%	114 5.6%	71 62.3%	43 37.7%	5.6%	
					20 1.0%	10 50.0%	10 50.0%	1.0%	

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	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--		
	H30	796	34.4%	117	14.7%	139	17.5%	282	35.4%	205	25.8%	48	6.0%		
	R01	809	34.5%	112	13.8%	141	17.4%	301	37.2%	219	27.1%	31	3.8%		
	R02	782	35.4%	121	15.5%	129	16.5%	275	35.2%	209	26.7%	44	5.6%		
	R03	777	36.2%	109	14.0%	134	17.2%	266	34.2%	219	28.2%	40	5.1%		
	R04	724	35.4%	120	16.6%	122	16.9%	256	35.4%	183	25.3%	33	4.6%		
治療なし	H29	2,401	100.0%	687	28.6%	453	18.9%	661	27.5%	461	19.2%	122	5.1%		
	H30	1,518	65.6%	554	36.5%	258	17.0%	375	24.7%	262	17.3%	54	3.6%		
	R01	1,539	65.5%	544	35.3%	291	18.9%	352	22.9%	273	17.7%	66	4.3%		
	R02	1,425	64.6%	488	34.2%	238	16.7%	371	26.0%	241	16.9%	68	4.8%		
	R03	1,367	63.8%	463	33.9%	257	18.8%	348	25.5%	225	16.5%	56	4.1%		
	R04	1,324	64.6%	472	35.6%	241	18.2%	326	24.6%	214	16.2%	61	4.6%		

参考資料8 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	2,401	1,168	48.6%	615	25.6%	356	14.8%	175	7.3%	87	3.6%
	H30	2,314	1,080	46.7%	563	24.3%	376	16.2%	206	8.9%	89	3.8%
	R01	2,348	1,016	43.3%	644	27.4%	391	16.7%	191	8.1%	106	4.5%
	R02	2,206	1,035	46.9%	585	26.5%	349	15.8%	148	6.7%	89	4.0%
	R03	2,144	1,045	48.7%	552	25.7%	304	14.2%	164	7.6%	79	3.7%
R04	2,048	1,067	52.1%	455	22.2%	308	15.0%	143	7.0%	75	3.7%	
男性	H29	1,067	574	53.8%	249	23.3%	148	13.9%	69	6.5%	27	2.5%
	H30	1,022	522	51.1%	247	24.2%	150	14.7%	79	7.7%	24	2.3%
	R01	1,043	510	48.9%	281	26.9%	156	15.0%	64	6.1%	32	3.1%
	R02	994	506	50.9%	256	25.8%	134	13.5%	65	6.5%	33	3.3%
	R03	973	540	55.5%	229	23.5%	113	11.6%	61	6.3%	30	3.1%
R04	918	510	55.6%	193	21.0%	131	14.3%	53	5.8%	31	3.4%	
女性	H29	1,334	594	44.5%	366	27.4%	208	15.6%	106	7.9%	60	4.5%
	H30	1,292	558	43.2%	316	24.5%	226	17.5%	127	9.8%	65	5.0%
	R01	1,305	506	38.8%	363	27.8%	235	18.0%	127	9.7%	74	5.7%
	R02	1,212	529	43.6%	329	27.1%	215	17.7%	83	6.8%	56	4.6%
	R03	1,171	505	43.1%	323	27.6%	191	16.3%	103	8.8%	49	4.2%
R04	1,130	557	49.3%	262	23.2%	177	15.7%	90	8.0%	44	3.9%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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		割合		
					再)180以上	未治療	治療					
H29	2,401	1,168 48.6%	615 25.6%	356 14.8%	262 10.9%	262 100.0%	0 0.0%	87 3.6%	87 100.0%	0 0.0%	3.6%	10.9%
H30	2,314	1,080 46.7%	563 24.3%	376 16.2%	295 12.7%	263 89.2%	32 10.8%	89 3.8%	82 92.1%	7 7.9%	3.8%	12.7%
R01	2,348	1,016 43.3%	644 27.4%	391 16.7%	297 12.6%	262 88.2%	35 11.8%	106 4.5%	93 87.7%	13 12.3%	4.5%	12.6%
R02	2,206	1,035 46.9%	585 26.5%	349 15.8%	237 10.7%	216 91.1%	21 8.9%	89 4.0%	86 96.6%	3 3.4%	4.0%	10.7%
R03	2,144	1,045 48.7%	552 25.7%	304 14.2%	243 11.3%	224 92.2%	19 7.8%	79 3.7%	75 94.9%	4 5.1%	3.7%	11.3%
R04	2,048	1,067 52.1%	455 22.2%	308 15.0%	218 10.6%	201 92.2%	17 7.8%	75 3.7%	69 92.0%	6 8.0%	3.7%	10.6%

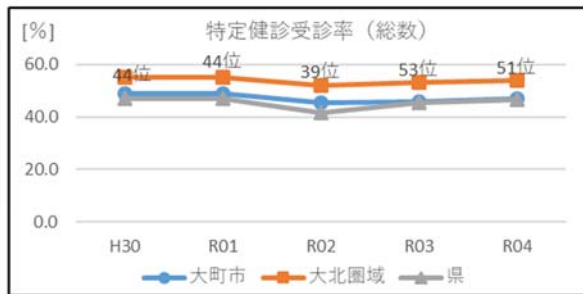
治療と未治療の状況

	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	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
	H30	561	24.2%	372	66.3%	107	19.1%	50	8.9%	25	4.5%	7	1.2%
	R01	592	25.2%	366	61.8%	131	22.1%	60	10.1%	22	3.7%	13	2.2%
	R02	580	26.3%	385	66.4%	121	20.9%	53	9.1%	18	3.1%	3	0.5%
	R03	592	27.6%	411	69.4%	121	20.4%	41	6.9%	15	2.5%	4	0.7%
R04	554	27.1%	389	70.2%	105	19.0%	43	7.8%	11	2.0%	6	1.1%	
治療なし	H29	2,401	100.0%	1,168	48.6%	615	25.6%	356	14.8%	175	7.3%	87	3.6%
	H30	1,753	75.8%	708	40.4%	456	26.0%	326	18.6%	181	10.3%	82	4.7%
	R01	1,756	74.8%	650	37.0%	513	29.2%	331	18.8%	169	9.6%	93	5.3%
	R02	1,626	73.7%	650	40.0%	464	28.5%	296	18.2%	130	8.0%	86	5.3%
	R03	1,552	72.4%	634	40.9%	431	27.8%	263	16.9%	149	9.6%	75	4.8%
R04	1,494	72.9%	678	45.4%	350	23.4%	265	17.7%	132	8.8%	69	4.6%	

参考資料9 長野県評価指標の状況(圏域・県比較)

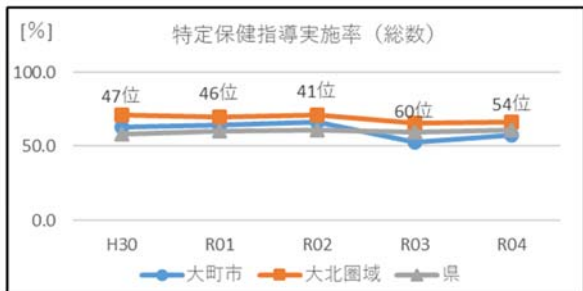
①特定健診受診率

年度	H30	R01	R02	R03	R04
大町市	48.9	49.0	45.4	45.8	46.9
大北圏域	55.0	55.1	52.1	53.0	53.9
県	46.9	46.8	41.5	45.3	46.5



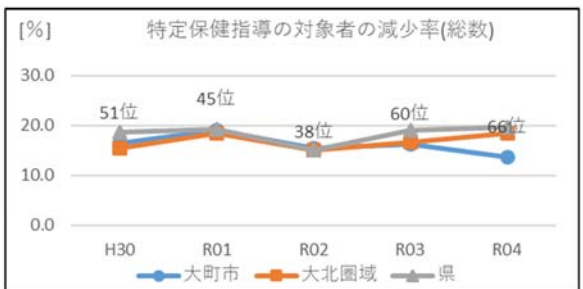
②特定保健指導率

年度	H30	R01	R02	R03	R04
大町市	62.7	64.4	66.2	52.6	57.2
大北圏域	71.0	69.9	70.9	65.4	66.4
県	58.0	60.2	60.8	59.2	61.0



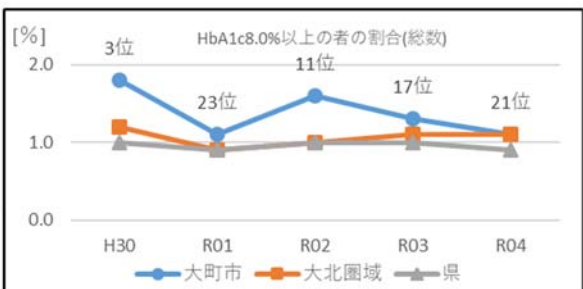
③特定保健指導対象者の減少

年度	H30	R01	R02	R03	R04
大町市	16.4	19.1	15.4	16.2	13.6
大北圏域	15.4	18.4	15.1	16.7	18.4
県	18.6	19.3	15.0	19.1	19.7



④HbA1c8.0%以上の者の割合

年度	H30	R01	R02	R03	R04
大町市	1.8	1.1	1.6	1.3	1.1
大北圏域	1.2	0.9	1.0	1.1	1.1
県	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9



⑤Ⅱ度高血圧以上の者の割合

年度	H30	R01	R02	R03	R04
大町市	5.4	4.9	6.1	5.6	5.8
大北圏域	4.5	4.4	5.6	5.1	5.4
県	4.4	4.5	5.4	5.4	5.3

