

令和5年度 第3回安曇野市国民健康保険運営協議会 会議概要

1	審議会名	安曇野市国民健康保険運営協議会
2	日 時	令和6年2月1日 午後1時30分から午後2時10分まで
3	会 場	安曇野市役所 本庁舎3階 全員協議会室
4	出席者	有賀委員、佐々木委員、下里(眞)委員、關委員、中野委員、古川委員 丸山委員、千國委員、布山委員、下里(久)委員、三枝委員、中田委員 渡邊委員
5	市側出席者	吉田部長、新保課長、立岩係長、奥原係長、青柳係長、藤原係長、遠藤主査
6	公開・非公開の別	公開
7	傍聴人	0人 記者 2人
8	会議概要作成年月日	令和6年2月8日

協 議 事 項 等

1.	開会（新保課長）
2.	会長あいさつ（千國委員）
3.	保健医療部長あいさつ（吉田部長）
4.	協議・審議事項 <ul style="list-style-type: none"> (1) 議事録署名人の任命（下里(久)委員、渡邊委員） (2) 報告事項 <ul style="list-style-type: none"> ① 国民健康保険税条例改正について （資料に基づき事務局より説明） 【委員からの質問、意見】 特段なく了承される。 (3) 協議事項 <ul style="list-style-type: none"> ① 保健事業実施計画及び特定健康診査等実施計画策定について （資料に基づき事務局より説明） 【委員からの質問、意見】 特段なく了承される。 ② 令和6年度安曇野市国民健康保険特別会計予算（案）について （資料に基づき事務局より説明） 【委員からの質問、意見】 （委 員）基金残高はどの程度が目安か。 （事務局）国から明確な基準は示されていないが、県内19市の状況や5年度決算を見て検討していく。 （委 員）県広域化について、現時点でのスケジュールは。 （事務局）保険料統一化を含めた今後の運営方針については、 県から3月に発表される予定。 (4) その他 11/2（木）に開催された国保運営協議会委員研修について、講演内容が機関誌に掲載された。コピーを配布するので見ていただきたい。
5.	閉会（千國会長）

※会議概要は、原則として公開します。会議終了後、2週間以内に所定の手続により公開してください。

※会議を非公開又は一部非公開とした場合は、その理由を記載してください。

安曇野市国民健康保険運営協議会 会議次第

令和6年2月1日（木）午後1時30分～

安曇野市役所本庁舎3階 全員協議会室

1 開 会

2 会長あいさつ

3 保健医療部長あいさつ

4 協議・審議事項

(1) 議事録署名人の指名

・ ・

(2) 報告事項

①条例改正について

(3) 協議事項

①保健事業実施計画及び特定健康診査等実施計画について

②令和6年度安曇野市国民健康保険特別会計予算（案）について

(4) その他

5 閉 会

会 議 資 料

令和6年2月1日（木）

安曇野市国民健康保険運営協議会

目 次

報告事項について

- 1 国民健康保険税条例の一部改正について **【資料1】**

協議事項について

- 1 特定健康診査等実施計画及び保健事業実施計画について **【資料2】**
- 2 令和6年度国民健康保険特別会計予算（案）について **【資料3】**

安曇野市国民健康保険税条例の改正

法律の改正に伴い、子育て世帯の負担軽減を目的として、出産する被保険者の保険税額を一定期間減額する制度が創設されたため、12月に改正を行いました。

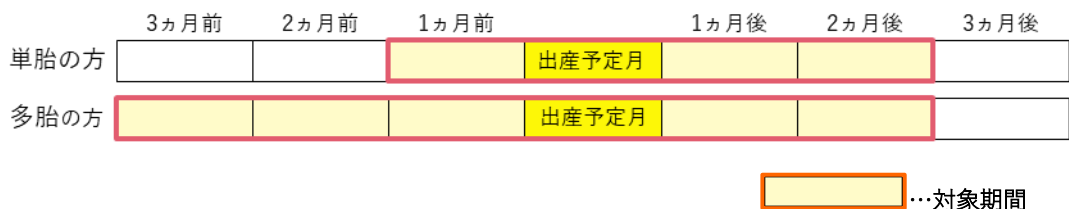
1 改正内容

(1) 対象者：国民健康保険に加入している出産する予定の方（出産した方）

(2) 減額の方法：出産する方の保険税の均等割額（加入者全員が均等に負担）と所得割額（所得に応じて負担）について、4ヵ月相当分または6ヵ月相当分を減額します。

① 単胎の場合・・・出産月の前月から出産月の翌々月までの4ヵ月相当分

② 多胎（双子以上）の場合・・・出産月の3ヵ月前から出産月の翌々月までの6ヵ月相当分



(3) 施行日：令和6年1月1日

※令和5年度は令和6年1月以降の期間の分だけが減額になり、それより前の期間は対象になりません。

例) 令和5年11月に出産した場合は令和6年1月分だけが減額になります。

(4) 減額の手続き：原則、対象の世帯から届出をしていただきます。

届出は出産予定日の6ヵ月前から可能です。

出産後の届出もできます。

2 対象者数

令和4年度の出産数から、年間約50人の方が対象になると見込まれます。

3 財政措置

減額された保険税の補填については、国が1/2、県が1/4を負担し、市が1/4を負担しますが、市の負担分は国が代わって負担（地方交付税措置）することになっています。

資料 2

安曇野市国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

素案

安曇野市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
 - 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の考察
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) ……33

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	39
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
4. 脳血管疾患重症化予防	
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
IV. 発症予防	
V. ポピュレーションアプローチ	
VI. 医療費適正化対策の保健事業	
第5章 計画の評価・見直し	66
第6章 計画の公表・周知及び個人情報への取扱い	67
第7章 SDGsへの貢献	67
参考資料	68
第3期データヘルス計画 共通評価指標及び共通情報データ一覧 (令和6年1月 長野県提供・長野県国保連合会作成)	82

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。

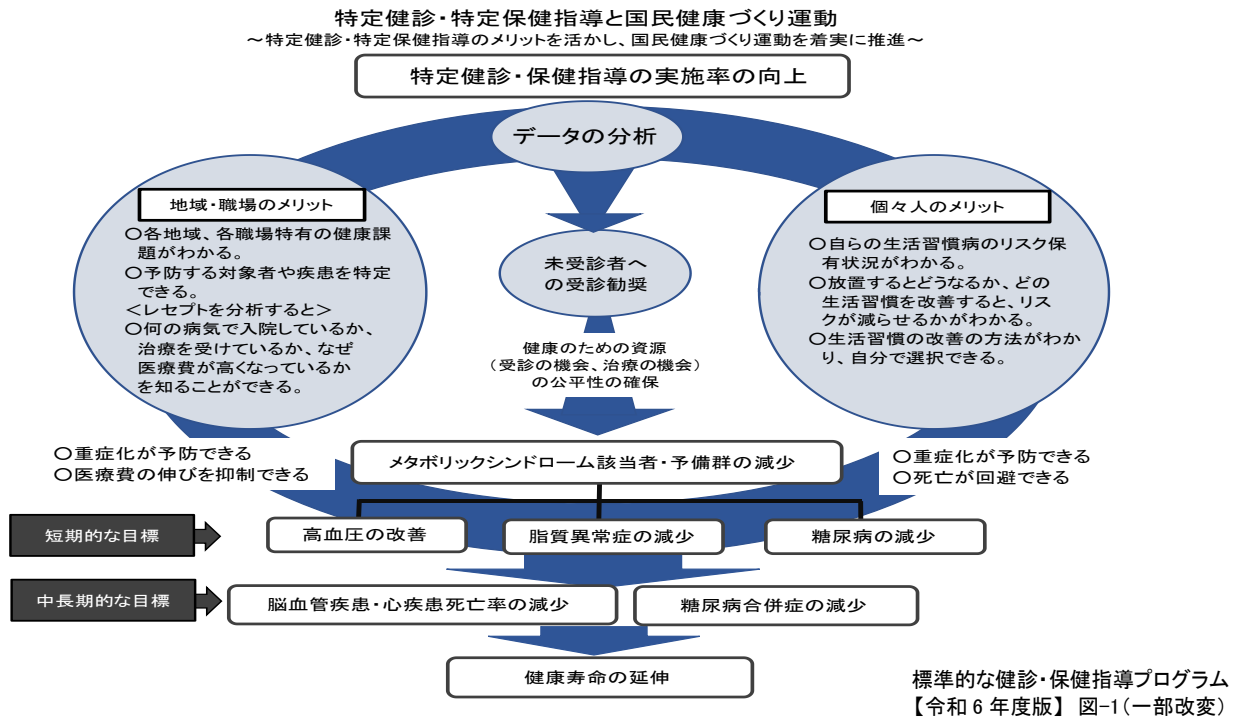
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

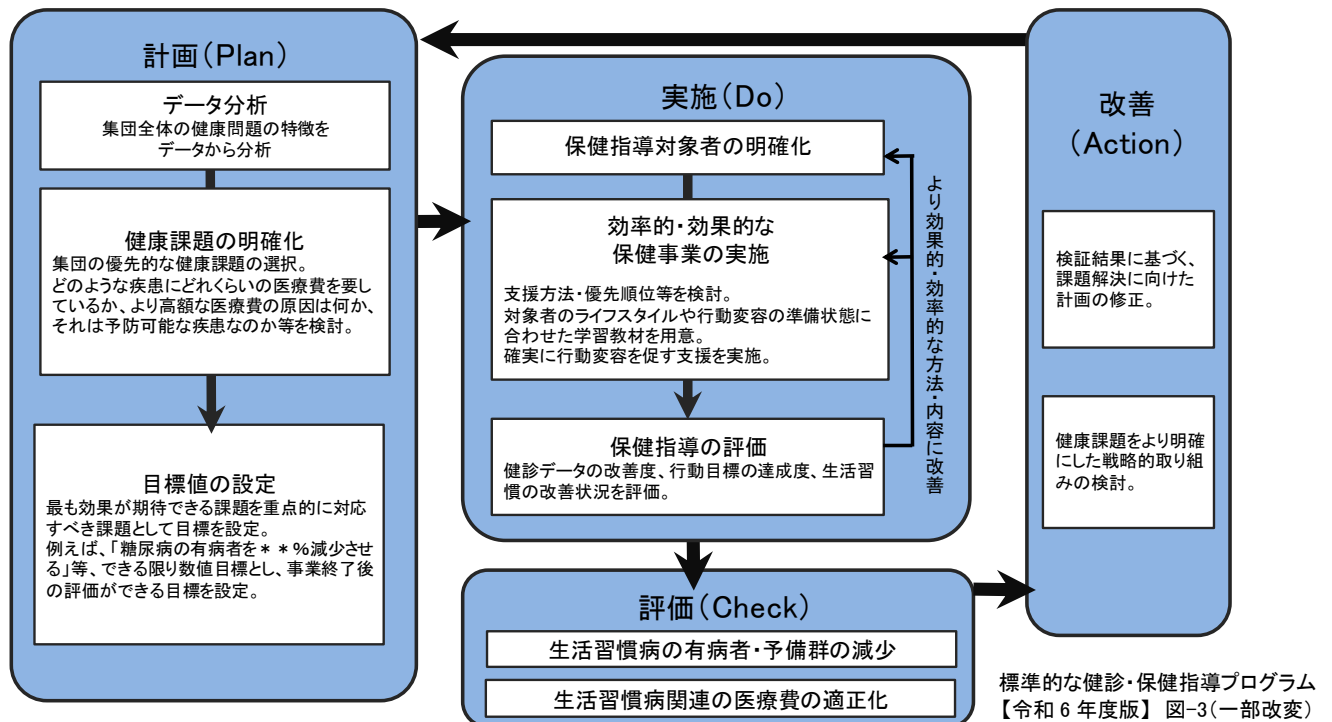
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024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	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 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	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 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



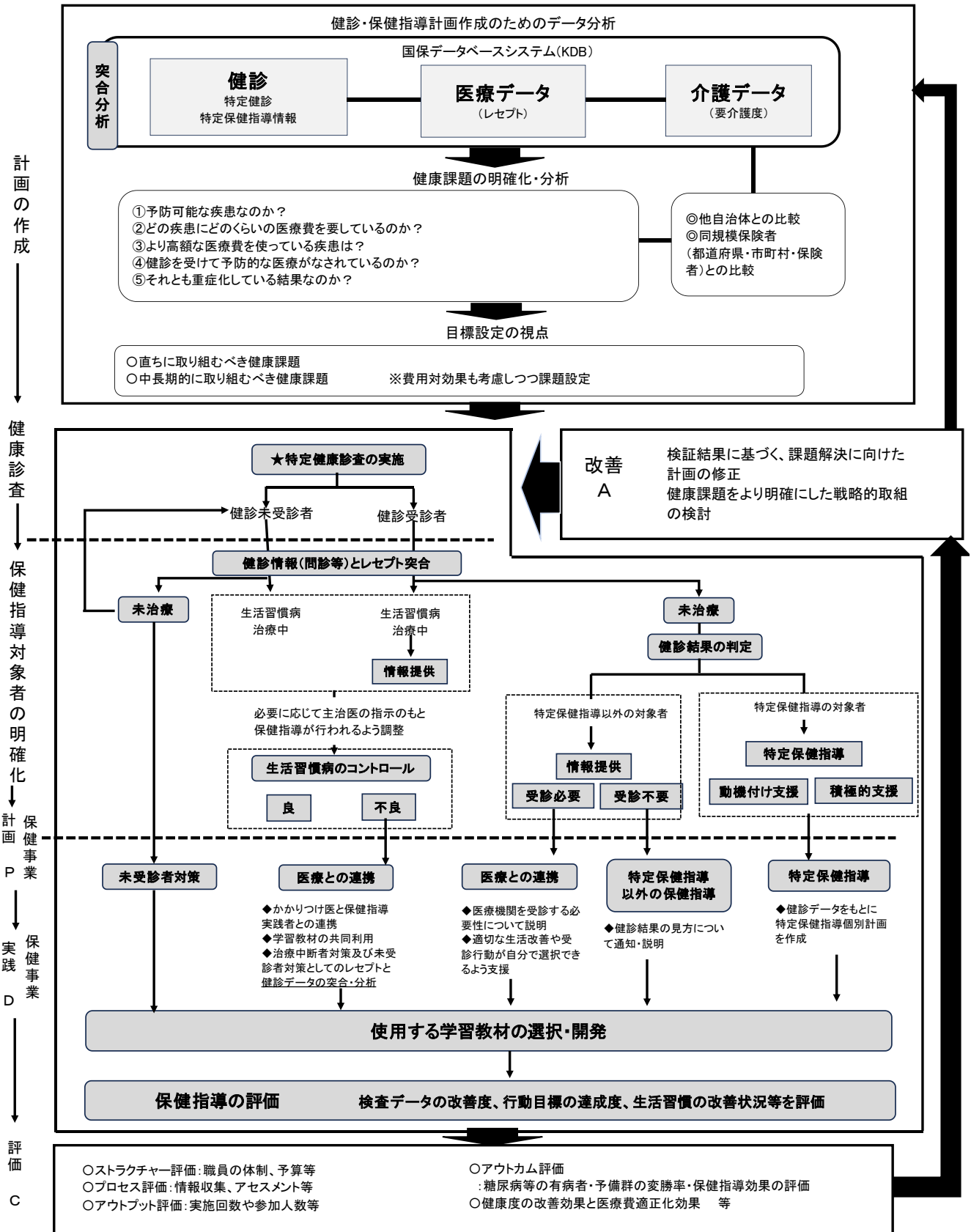
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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)



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

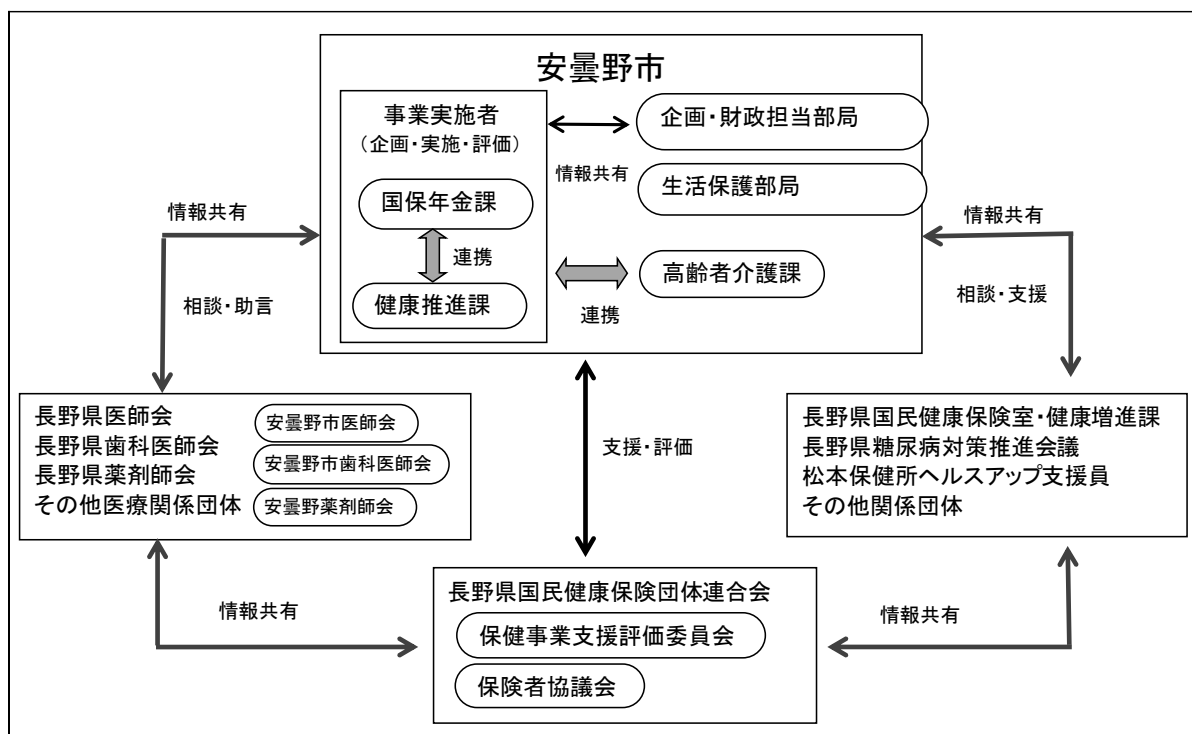
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期

計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(国保年金課)、保健衛生部局(健康推進課)、介護保険部局(高齢者介護課)、企画財政部局(政策経営課・財政課)、生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 安曇野市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

役職・職能	健康推進課						国保年金課			
	係長	保健師	管理栄養士	歯科衛生士	健康運動指導士	事務職	係長	事務職	保健師	レセプト点検
予算編成・執行 委託契約事務	◎					○	◎	○		
特定健診	○	○				○	○	◎	○	○
特定保健指導	○	◎	◎			○				
その他保健指導		◎	○	○	○	○				
法定報告業務 その他保健指導事務	○	◎	○			○	○	◎		○
実施評価	○	○	○				◎	○		
その他 国保保健事業							○	○	◎	○

2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、計画の策定・推進において関係機関との連携・協力が重要であり、共同保険者である長野県のほか、長野県国民健康保険団体連合会（以下国保連）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、安曇野市医師会・安曇野市歯科医師会・安曇野薬剤師会等の地域保健医療関係団体、長野県保険者協議会、長野県後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

さらに、市町村国保は退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、安曇野市国保と被用者保険の保険者とで、健康・医療情報の分析結果、健康課題、各事業の実施状況等の共有や、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

また、計画の推進においては、国保運営協議会等において実績や評価の報告を行い、助言や支援を得ることにより連携します。

<参考>手引きより抜粋

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、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8)

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8 保険者努力支援制度評価指標と年度得点(市町村分)

評価指標		各年度 得点		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
		安曇野市	配点	安曇野市	配点	安曇野市	配点		
交付額(万円)		4,601		4,778		4,685			
全国順位(1,741市町村中)		568位		326位		456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	95	70	60	70	110	70	
		(3)メタリックシート・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	15	40	25	40	35	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	40	45	50	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	40	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	10	130	
固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	85	100	100	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	24	40	24	50	50	50	
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	65	95	58	100	41	100	
合計点		614	1,000	662	960	626	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口 9.3 万人で、高齢化率 32%(令和 2 年度国勢調査)は、同規模、国と比較して高く、被保険者の平均年齢も 56 歳と高いです。出生率は低く、財政指数は同程度です。産業においては、第1次産業が 9.0%と同規模、国と比較しても高く、農業などの体への負担と長時間労働等は、被保険者の生活習慣や生活リズムに偏りを及ぼす可能性があり、壮年期の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 20.5%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成は 65～74 歳の前期高齢者が約 50%を占めています。(図表 10)

市内には 5 病院、85 診療所があり、いずれも同規模と比較して多いことから、医療資源に恵まれ、外来患者数は同規模と比較して高い傾向です。一方、病床数は同規模と比較して少なく入院患者数も低いですが、入院を要する疾患が増加すると市外の選択が必要な環境といえます。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
安曇野市	93,517	32.0	19,198 (20.5)	55.9	6.0	11.5	0.6	9.0	28.6	62.5
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、安曇野市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表 10 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	21,687		20,972		20,790		20,252		19,198	
65～74歳	10,630	49.0	10,277	49.0	10,369	49.9	10,148	50.1	9,463	49.3
40～64歳	6,757	31.2	6,530	31.1	6,375	30.7	6,269	31.0	6,069	31.6
39歳以下	4,300	19.8	4,165	19.9	4,046	19.5	3,835	18.9	3,666	19.1
加入率	22.8		22.1		21.9		21.3		20.5	

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 11 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	5	0.2	5	0.2	5	0.2	5	0.2	5	0.3	0.3	0.3
診療所数	87	4.0	85	4.1	83	4.0	84	4.1	85	4.4	3.6	3.5
病床数	963	44.4	983	46.9	983	47.3	983	48.5	983	51.2	59.4	52.2
医師数	248	11.4	248	11.8	241	11.6	241	11.9	253	13.2	10.0	11.8
外来患者数	745.3		743.0		703.2		731.4		750.4		719.9	691.5
入院患者数	19.3		18.9		17.0		18.4		17.9		19.6	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達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者が116人(認定率0.36%)、1号(65歳以上)被保険者が5,531人(認定率18.5%)と同規模と同程度ですが、高齢化が同じ県と比較すると1号・2号ともに認定者割合は高いです。平成30年度からは横ばいで推移しています。(図表12)

さらに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しており、介護給付費は、約80億円から約87億円に伸びています。(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6割以上、第1号被保険者で5割以上です。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、各年代で約9割、全年齢では9割以上と非常に高く、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と言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	安曇野市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	28,423人	29.9%	29,932人	32.0%	30.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	117人	0.36%	116人	0.36%	0.36%	0.28%	0.38%
新規認定者	21人		20人		--	--	--
1号認定者	5,185人	18.2%	5,531人	18.5%	18.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	735人		810人		--	--	--
再掲							
65～74歳	493人	3.5%	448人	3.2%	--	--	--
新規認定者	105人		90人		--	--	--
75歳以上	4,692人	33.1%	5,083人	32.2%	--	--	--
新規認定者	630人		720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 13 介護給付費の変化

	安曇野市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	80億4710万円	87億4058万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	283,119	292,014	274,536	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	58,310	57,943	63,298	62,434	59,662
居宅サービス	39,756	39,989	41,822	40,752	41,272
施設サービス	286,038	291,658	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 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)		116		448		5,083		5,531					
再)国保・後期		69		356		4,921		5,277					
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	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	循環器疾患	1	脳卒中	44 63.8%	脳卒中	184 51.7%	脳卒中	2,708 55.0%	脳卒中	2,892 54.8%	脳卒中	2,936 54.9%	
		2	腎不全	10 14.5%	虚血性心疾患	77 21.6%	虚血性心疾患	1,798 36.5%	虚血性心疾患	1,875 35.5%	虚血性心疾患	1,882 35.2%	
		3	虚血性心疾患	7 10.1%	腎不全	50 14.0%	腎不全	790 16.1%	腎不全	840 15.9%	腎不全	850 15.9%	
	合併症	4	糖尿病合併症	10 14.5%	糖尿病合併症	55 15.4%	糖尿病合併症	611 12.4%	糖尿病合併症	666 12.6%	糖尿病合併症	676 12.6%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				60 87.0%	基礎疾患	317 89.0%	基礎疾患	4,647 94.4%	基礎疾患	4,964 94.1%	基礎疾患	5,024 94.0%
	血管疾患合計				61 88.4%	合計	330 92.7%	合計	4,765 96.8%	合計	5,095 96.6%	合計	5,156 96.4%
	認知症			認知症	5 7.2%	認知症	76 21.3%	認知症	2,211 44.9%	認知症	2,287 43.3%	認知症	2,292 42.9%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	61 88.4%	筋骨格系	316 88.8%	筋骨格系	4,734 96.2%	筋骨格系	5,050 95.7%	筋骨格系	5,111 95.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少しており、令和4年度一人あたり医療費は、同規模保険者より約4千円低いです。しかし、国、県との比較では2.3万円高く、平成30年度と比較しても2万円高くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか2%程度にも関わらず、医療費全体の約37%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても約4万円高くなっています。(図表15)

年齢調整をした地域差指数は、令和3年度の国保は平成30年を下回っていますが、後期高齢者

では令和3年度は指数・順位ともに伸びています。(図表16)

一人あたり医療費が大きく変動する主要因は入院によるものが大きく、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るため、引き続きこ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

		安曇野市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		21,687人	19,198人	--	--	--
前期高齢者割合		10,630人 (49.0%)	9,463人 (49.3%)	--		
総医療費		74億1367万円	69億5669万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		341,849 県内12位 同規模94位	362,365 県内23位 同規模126位	366,294	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	573,950	613,570	610,160	607,840	617,950
	費用の割合	39.7	37.4	40.5	38.9	39.6
	件数の割合	2.5	2.3	2.7	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	22,550	24,430	24,470	24,340	24,220
	費用の割合	60.3	62.6	59.5	61.1	60.4
	件数の割合	97.5	97.7	97.3	97.5	97.5
受診率		764.614	768.287	739.503	709.111	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は安曇野市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

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		
		安曇野市 (県内市町村中)		県 (47県中)	安曇野市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.979	0.952	0.958	0.868	0.905	0.899
		(15位)	(26位)	(36位)	(31位)	(28位)	(38位)
	入院	0.968	0.929	0.963	0.830	0.875	0.883
		(29位)	(37位)	(35位)	(38位)	(34位)	(32位)
	外来	0.997	0.974	0.960	0.916	0.948	0.922
		(11位)	(19位)	(40位)	(23位)	(19位)	(36位)

出典:医療費の地域差分析(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・腎疾患の医療費が総医療費に占める割合を平成30年度と比較すると、合計および3疾患全てで減少しています。

しかし、同規模、県、国との比較では虚血性心疾患・腎疾患が高い状況です。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患は患者数及び割合が減少していますが、腎不全治療者の占める割合は横ばいです。

もっとも患者数の多い脳血管疾患は、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など、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			安曇野市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			74億1367万円	69億5669万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			6億6066万円	5億7397万円	--	--	--
			8.91%	8.25%	7.95%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.15%	1.97%	2.08%	2.15%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.56%	1.51%	1.42%	1.22%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.79%	4.39%	4.16%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.41%	0.38%	0.29%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		16.64%	16.91%	17.03%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		9.23%	9.95%	8.72%	9.18%	8.68%
	精神疾患		9.63%	8.61%	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(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。調剤含む)による分類結果

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	21,687	19,198	a	1,798	1,443	1,395	1,125	94	84	
				a/A	8.3%	7.5%	6.4%	5.9%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	17,387	15,532	b	1,779	1,430	1,382	1,113	91	84	
	B/A	80.2%	80.9%	b/B	10.2%	9.2%	7.9%	7.2%	0.5%	0.5%	
再 掲	40~64歳	C	6,757	6,069	c	360	289	256	206	40	38
		C/A	31.2%	31.6%	c/C	5.3%	4.8%	3.8%	3.4%	0.6%	0.6%
	65~74歳	D	10,630	9,463	d	1,419	1,141	1,126	907	51	46
		D/A	49.0%	49.3%	d/D	13.3%	12.1%	10.6%	9.6%	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、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・人工透析の割合は減っています。

本市は特定健診の結果で、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、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 19, 20, 21)

図表 19 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	6,784	6,255	1,518	1,378	5,266	4,877	
	A/被保数	39.0%	40.3%	22.5%	22.7%	49.5%	51.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	1,033	771	212	154	821	617
		B/A	15.2%	12.3%	14.0%	11.2%	15.6%	12.7%
	虚血性心疾患	C	905	747	152	113	753	634
		C/A	13.3%	11.9%	10.0%	8.2%	14.3%	13.0%
	人工透析	D	84	80	38	35	46	45
		D/A	1.2%	1.3%	2.5%	2.5%	0.9%	0.9%

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 20 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	3,732	3,386	874	826	2,858	2,560	
	A/被保数	21.5%	21.8%	12.9%	13.6%	26.9%	27.1%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	537	385	89	76	448	309
		B/A	14.4%	11.4%	10.2%	9.2%	15.7%	12.1%
	虚血性心疾患	C	531	450	99	82	432	368
		C/A	14.2%	13.3%	11.3%	9.9%	15.1%	14.4%
	人工透析	D	57	50	28	25	29	25
		D/A	1.5%	1.5%	3.2%	3.0%	1.0%	1.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	545	572	139	148	406	424
		E/A	14.6%	16.9%	15.9%	17.9%	14.2%	16.6%
	糖尿病性網膜症	F	572	575	149	150	423	425
		F/A	15.3%	17.0%	17.0%	18.2%	14.8%	16.6%
	糖尿病性神経障害	G	124	108	37	41	87	67
		G/A	3.3%	3.2%	4.2%	5.0%	3.0%	2.6%

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 21 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	6,194	6,015	1,518	1,539	4,676	4,476	
	A/被保数	35.6%	38.7%	22.5%	25.4%	44.0%	47.3%	
（中長期合併目標疾患）	脳血管疾患	B	818	636	147	114	671	522
		B/A	13.2%	10.6%	9.7%	7.4%	14.3%	11.7%
	虚血性心疾患	C	826	732	153	131	673	601
		C/A	13.3%	12.2%	10.1%	8.5%	14.4%	13.4%
	人工透析	D	34	44	17	21	17	23
		D/A	0.5%	0.7%	1.1%	1.4%	0.4%	0.5%

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)

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、高血圧有所見者は割合が伸びており、糖尿病は横ばいです。また未治療者が健診後、医療につながったかをレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 40%、糖尿病で約 7% おり、その割合は全国で同様の比較が可能な 448 市町村と比較しても高くなっています。(図表 22)

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、要医療域の方への受診勧奨を徹底し、今後も重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 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	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
安曇野市	7,933	45.6	7,104	43.3	439	5.5	255	58.1	464	6.5	270	58.2	178	38.4	21	4.5		
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	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
安曇野市	7,909	99.7	7,053	99.3	322	4.1	88	27.3	292	4.1	75	25.7	20	6.8	6	2.1		
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1		

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果で、平成30年度と令和4年度を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者は横ばい、予備群は微増です。

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、血圧、脂質はやや増加しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。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。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、重症化予防対象者への次年度の健診継続受診を勧める働きかけは年度当初から計画し行います。(図表23, 24, 25, 26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	7,933 (45.6%)	1,422 (17.9%)	522 (6.6%)	900 (11.3%)	744 (9.4%)
R04年度	6,961 (44.5%)	1,243 (17.9%)	396 (5.7%)	847 (12.2%)	696 (10.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表24 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	773 (9.8%)	197 (25.5%)	287 (37.1%)	85 (11.0%)	204 (26.4%)
R03→R04	618 (8.8%)	168 (27.2%)	225 (36.4%)	58 (9.4%)	167 (27.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 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	439 (5.5%)	207 (47.2%)	87 (19.8%)	18 (4.1%)	127 (28.9%)
R03→R04	464 (6.5%)	219 (47.2%)	86 (18.5%)	14 (3.0%)	145 (31.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 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	808 (10.2%)	353 (43.7%)	179 (22.2%)	64 (7.9%)	212 (26.2%)
R03→R04	776 (10.9%)	352 (45.4%)	176 (22.7%)	34 (4.4%)	214 (27.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 48.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

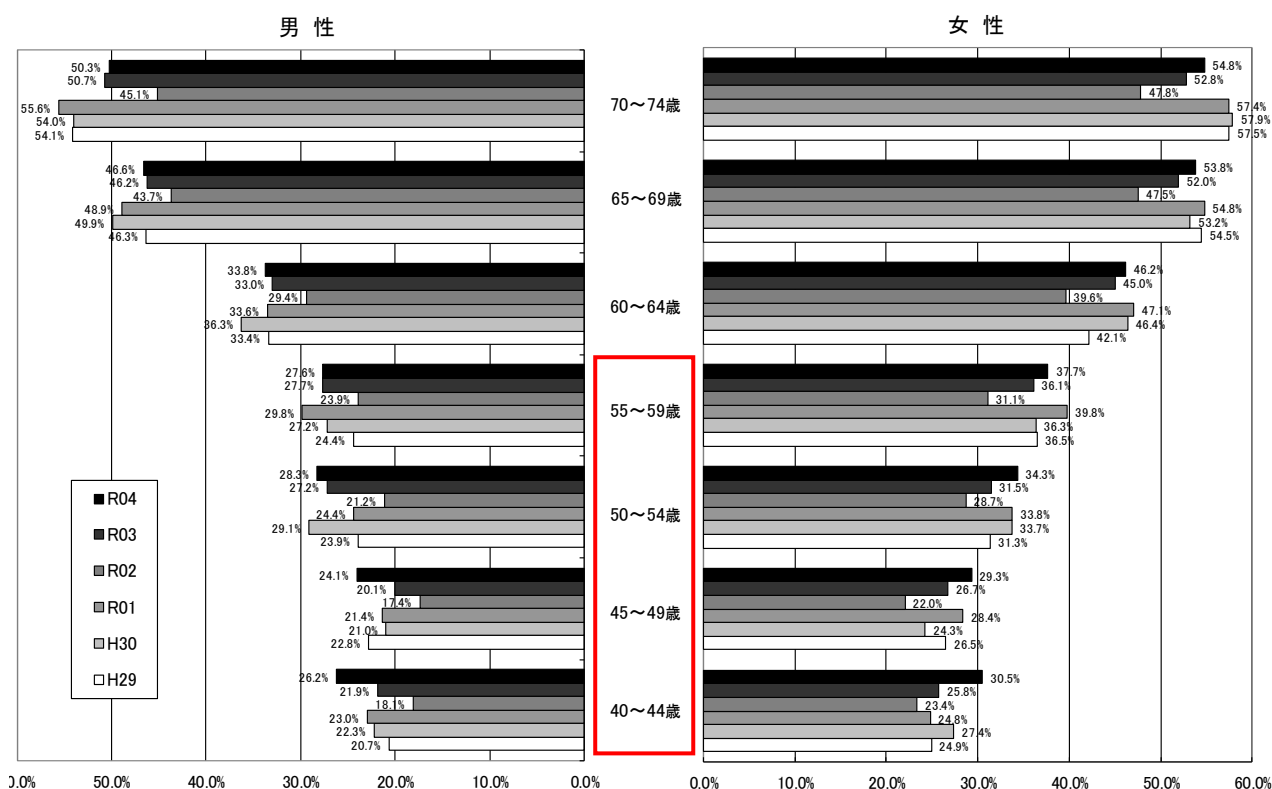
特定保健指導は、令和 2 年度に国の目標値である実施率 60%以上を達成しましたが、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 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	7,641	7,382	6,226	6,791	6,667	健診受診率 60%
	受診率	48.2%	47.9%	40.8%	45.7%	47.5%	
特定 保健指導	該当者数	907	791	670	696	653	特定保健指 導実施率 60%以上
	割合	11.9%	10.7%	10.8%	10.2%	9.8%	
	実施者数	474	432	428	437	428	
	実施率	52.3%	54.6%	63.9%	62.8%	65.5%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防(未治療者・治療中メタボ該当者)

平成 28 年に、長野県のプログラムを受けて、安曇野市医師会・安曇野市・安曇野市国民健康保険の連名により策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、重症化予防の取組みを進めています。この取組みのうち、未治療で血糖値有所見者への受診勧奨の保健指導は、該当者割合は減少しています。(個別事業 表 1)

しかし、HbA1c8.0%以上の未治療者は、HbA1c8.0%以上の者の約 3 割を占め、初めての健診受診で発見される場合もあることから、治療につながるような受診勧奨の支援が必要です。保健指導実施者の力量形成を図り、医療受診勧奨を行います。(個別事業 表 2)

「糖尿病治療中」と回答したメタボリックシンドローム該当者のうち、HbA1c8.0%以上または尿蛋白+以上に該当する場合、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となり、さらには重症化に繋がります。このため、治療中においても医療と連携し、行政の保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導の血糖改善の支援を行います。保健指導対象者数は減少していますが、「対象者と連絡が取れない」「対象者の時間が取れない」等から、保健指導実施率は 5 割前後となっているため、実施方法の工夫や力量形成に加え、関係機関等との連携も不可欠です。(個別事業 表 3)

※1 インスリン抵抗性：血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

個別事業 表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者(未治療者)

健診受診者		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c実施者	人(a)	7,909	7,677	6,433	7,053	6,922
受診勧奨値*1 以上で 未治療者	人(b)	406	364	291	293	274
	(b/a)	5.1%	4.7%	4.5%	4.2%	4.0%
保健指導*2実施者	人(c)	270	222	138	134	125
	(c/b)	66.5%	61.0%	47.4%	45.7%	45.6%

*1 血糖が空腹時126mg/dl以上または随時200mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上(管理台帳登録者)

*2 訪問または来所等による面接方式での保健指導のみ計上(管理台帳登録者)

個別事業 表2 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

健診受診者		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c実施者	人(a)	7,909	7,677	6,433	7,053	6,922
HbA1c8.0%以上	人(b)	68	93	57	72	73
	(b/a)	0.9%	1.2%	0.9%	1.0%	1.1%
未治療者	人(d)	27	25	13	22	21
	(d/b)	39.7%	26.9%	22.8%	30.6%	28.8%

個別事業 表3 糖尿病性腎症重症化予防対象者(糖治療中かつメタボ該当者)

健診受診者		H30	R1	R2	R3	R4	
HbA1c実施者	人(a)	7,909	7,677	6,433	7,053	6,922	
メタボかつ治療中*3 かつHbA1c8.0%以上	人(b)	68	41	26	34	31	
	保健指導*2実施者	人(c)	49	27	15	16	13
	実施率	(c/b)	72.1%	65.9%	57.7%	47.1%	41.9%
メタボかつ治療中*3 かつ尿蛋白(+)以上	人(e)	78	41	30	18	27	
	保健指導*2実施者	人(f)	53	16	18	8	13
	実施率	(f/e)	67.9%	39.0%	60.0%	44.4%	48.1%

*3 血糖が空腹時126mg/dlまたは随時200mg/dl、またはHbA1c6.5%いずれかを超えた「糖治療中」の回答者

ただし、未回答・回答不明者は除く

②脳血管疾患重症化予防

血圧Ⅱ度以上者の割合は約6%で、このうち約6割が未治療者です。また、血圧Ⅲ度においては、62人のうち約6割の37人が未治療者でした。(個別事業 表4)

個別事業 表4 血圧Ⅱ度(収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg)以上の者

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	7,933	7,728	6,506	7,104	6,961	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	371	430	401	464	396	
	(b/a)	4.7%	5.6%	6.2%	6.5%	5.7%	
	治療あり	人(c)	163	181	180	194	155
		(c/b)	43.9%	42.1%	44.9%	41.8%	39.1%
	治療なし	人(d)	208	249	221	270	241
		(d/b)	56.1%	57.9%	55.1%	58.2%	60.9%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	68	72	70	62	62
		(f/a)	0.9%	0.9%	1.1%	0.9%	0.9%
	治療あり	人	21	33	25	20	25
	治療なし	人	47	39	45	42	37

高血圧は、脳心血管病の最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。下表「個別事業 表5」は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。

A高リスクの未治療者、B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受診勧奨の支援を行っており、実施の際は血圧記録手帳を活用した家庭血圧測定を促します。また、高血圧の治療中にもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が4割いました。(図表74)服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

個別事業 表5

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

令和04年度

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
2,106		1,102 52.3%	763 36.2%	204 9.7%	37 1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	129	C 86 6.1%	B 36 4.7%	B 7 3.4%	A 0 0.0%
	1,285	C 655 51.0%	B 481 37.1%	A 123 9.5%	A 26 2.0%
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	692	B 361 52.2%	A 246 35.6%	A 74 10.7%	A 11 1.6%
	1,285	59.4%	63.0%	60.3%	70.3%
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	692	B 361 52.2%	A 246 35.6%	A 74 10.7%	A 11 1.6%
	2,106	32.8%	32.2%	36.3%	29.7%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	480
		22.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	885
		42.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	741
		35.2%

※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 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

③心原性脳梗塞症及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞症や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、8割以上の実施です。

有所見率は5割以上であり、加齢に伴い増加する心房細動については、未治療者に対しては精密検査依頼書の発行と保健指導により、医療受診勧奨を行いました。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

個別事業 表6 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)	a	7,933	7,728	6,506	7,104	6,961
心電図受診者(人)	b	6,149	6,075	5,296	6,065	5,980
心電図実施率	b/a	77.5%	78.6%	81.4%	85.4%	85.9%
有所見者(人)	c	3,235	3,153	2,149	3,153	3,235
有所見率	c/b	52.6%	51.9%	40.6%	52.0%	54.1%
心房細動(人)	d	83	76	68	71	60
心房細動有所見率	d/b	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.0%
うち、心房細動未治療(人)		28	23	16	22	23

(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。

安曇野市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しています。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健康づくり推進員の各地区活動(健康教室の開催)時に広く市民へ周知してきました。令和3年度からは、長野県後期高齢者医療広域連合からの受託事業である「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において、各地区健康教室等の機会に、医療専門職による健康講座を開催しました。

また、肥満の改善や減塩からの血圧適正化を目的として、集団健診会場で食品に含まれる脂や塩、砂糖などについて、展示や説明会、個別相談を実施しました。健診当日の健康意識が高い機会での介入支援は有効であり、引き続き機会をとらえて取り組みをすすめます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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			データの把握方法		
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5			
			(H30)	(R2)	(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の維持	2.2%	2.5%	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	1.6%	1.5%	1.5%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.8%	4.6%	4.4%			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	56.3%	56.3%	57.1%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	77.8%	72.7%	62.5%		国保連合会提供(R4はR3実績)	
	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	27.3%	29.2%	28.2%	特定健診等データ管理システム・KDBシステムの二次加工	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(□60/100以上)	5.5%	6.2%	5.7%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(□DL160以上)	10.2%	10.4%	9.4%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	9.8%	9.1%	8.8%		
			健診受診者のHbA1c8.4以上の割合の減少	0.7%	0.6%	0.8%		
			健診受診者のHbA1c6.5以上のうち治療者割合の増加	57.1%	59.6%	64.4%		
		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	48.2	40.8	47.5	法定報告値	
			特定保健指導実施率60%以上	52.3	63.9	65.5		
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.9	10.8	9.8		
		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	9.2	6.0	5.1
	肺がん検診受診者の増加			-	-	-		
	大腸がん検診受診者の増加			12.1	-	9.6		
	子宮がん検診受診者の増加			14.5	15.6	15.0		
	乳がん検診受診者の増加			15.3	15.9	15.2		
	自己の健康に関心を持つ住民の増加		健康ポイント取組み実施者の割合の増加(R1開始)	-	34.6%	34.4%		
適正受診・適正服薬の促進	重複多剤投薬者の改善(对被保険者1万人)		-	-	重複68多剤18	KDBシステム		
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上		75.8%	79.5%	80.6%	厚生労働省		

3) 第2期データヘルス計画の考察

第2期データヘルス計画中間評価において課題となった項目ごとに考察します。

(1) 健診受診率向上及び継続受診者の受診率向上

特定健診を受診していない場合、未治療者だけでなく治療中者においても全身状態およびコントロール状況を判断することができないため、自覚症状がないまま進行する生活習慣病の重症化予防は困難です。安曇野市においては、被保険者および健診対象者が減少しているため、継続受診者の増加と、新規健診受診者の受診率向上の両輪による受診率の向上が課題です。新型コロナウイルス感染症のまん延による集団健診の変更などで、令和元年度以降は健診受診者数・受診率がともに低迷しましたが、コロナウイルス感染症のり患により重症化する疾患として、生活習慣病のコントロール不良状況が知られており、健診を受診し結果を判断して体の状態を知ることは大変重要です。

個別の受診勧奨方法として通知や電話を中心に実施してきましたが、健診対象者の価値観や生活状況なども考慮し、効果的・効率的に受診勧奨を行う方法については、国保連合会支援評価委員会における助言や、受診率が高値で推移している保険者等の取り組みを参考にし、体制を整えて実践する必要があります。

(2) 実施後評価の確実な実施による重症化予防の取り組み

短期目標にある基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の受診勧奨値以上者への医療受診勧奨を目的とした保健指導の取り組み効果も見られ、治療者数は増加し、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)は減少または横ばいです。一人当たり医療費も同規模・県との比較では伸びが抑えられ、順位が下がっています。しかし、健診結果に基づく保健指導介入後においても、未治療や治療中のコントロール不良、治療中断等の状況があり、放置すれば重症化につながります。

未治療状態では特定保健指導対象者となる場合もあるため、メタボの視点にこだわらず最優先の健康課題を読み取り、対象者本人が判断し行動できる支援を行います。これら保健指導の評価としても、介入後や翌年度当初には、個別に状況を追っていく必要があります。健診・医療・介護の状況を串刺しで紐付けが可能なKDB(国保データベース)システムは、稼働から10年以上が経過していることから様々な二次加工ツール等が開発されています。複数人の多くの時間を要せずに、一律の方法で評価し、課題を明確化し続けるPDCAサイクルが重要です。

(3) 保健指導実施者としての従事者の力量形成と体制整備

保健指導対象者の継続受診率向上や特定保健指導終了率向上には、対象者自身の健診および保健指導に対する充実感が影響すると考えられます。また、結果データの改善には、保健指導実施者の最新の知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術など力量形成が不可欠です。

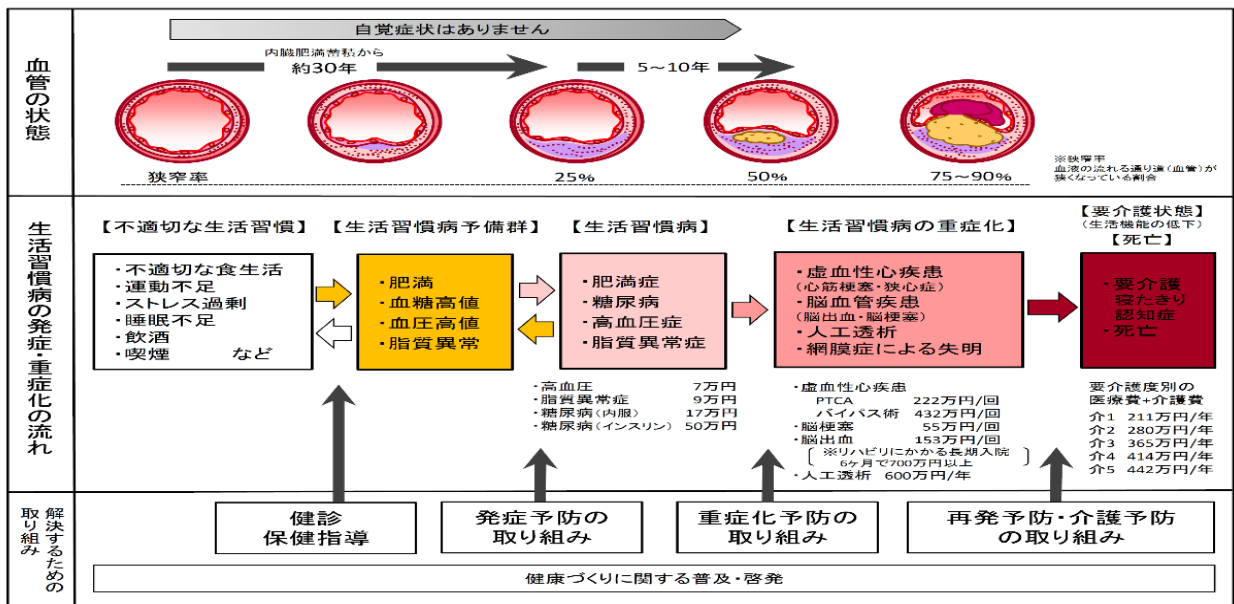
人事異動に伴う保健指導実施者の入れ替わりが短期間に起こることで、対象者の実態把握や地域の生活実態の継続した把握が難しくなります。保健指導実施者が効率的・効果的に保健指導に取り組むために、力量形成のための研修会等の参加を見極め、安曇野市の課題に対応した人材育成体系にも引き続き取り組む必要があります。また、これらの実施が確実にできるために、保健事業に係るデータを関係部署が共有し、総合的に取り組む組織体制を整備していく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、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者を増加させることが必要となります。

図表 30 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歳に到達した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。

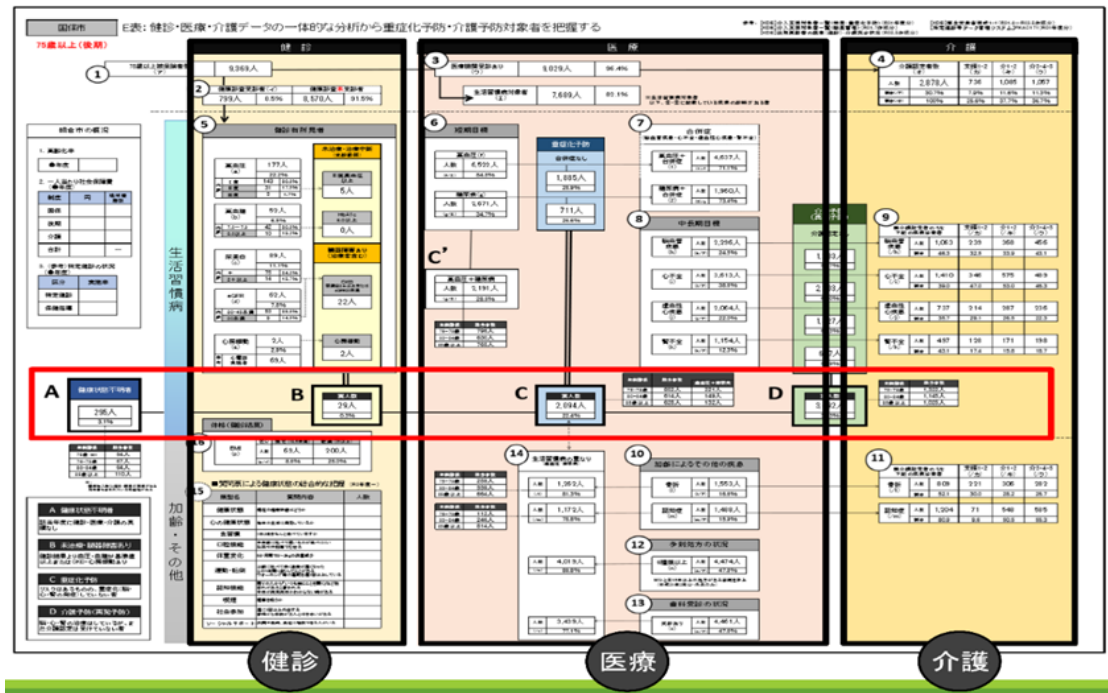
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析【参考】



(1) 医療費分析

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	21,687人	20,972人	20,790人	20,252人	19,198人	17,340人
総件数及び総費用額	件数 203,411件	195,347件	180,598件	184,572件	182,426件	258,987件
	費用額 74億1367万円	71億3913万円	66億5842万円	71億1352万円	69億5669万円	133億0256万円
一人あたり医療費	34.2万円	34.0万円	32.0万円	35.1万円	36.2万円	76.7万円

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	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
			腎 慢性腎不全(透析有)	腎 慢性腎不全(透析無)	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧					脂質異常症		
① 国保	安曇野市	69億5669万円	29,298	4.39%	0.38%	1.97%	1.51%	6.01%	3.23%	1.84%	13億4535万円	19.3%	16.9%	8.61%	9.95%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	---	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	---	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	安曇野市	133億0256万円	65,093	3.97%	0.29%	4.01%	1.76%	4.10%	3.10%	1.02%	24億2879万円	18.3%	11.7%	4.94%	10.9%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	---	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	---	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 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	670人	672人	661人	704人	719人	1,794人
	件数	B	1,225件	1,260件	1,158件	1,247件	1,268件	3,109件
		B/総件数	0.60%	0.65%	0.64%	0.68%	0.70%	1.20%
	費用額	C	17億4717万円	17億4000万円	15億6712万円	18億2042万円	17億9968万円	39億7288万円
		C/総費用	23.6%	24.4%	23.5%	25.6%	25.9%	29.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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	58人	44人	46人	46人	39人	171人							
		D/A	8.7%	6.5%	7.0%	6.5%	5.4%	9.5%							
	件数	E	94件	87件	82件	79件	80件	267件							
		E/B	7.7%	6.9%	7.1%	6.3%	6.3%	8.6%							
	年代別	40歳未満	1	1.1%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	2	2.5%	65-69歳	3	1.1%
		40代	7	7.4%	2	2.3%	0	0.0%	3	3.8%	0	0.0%	70-74歳	3	1.1%
		50代	14	14.9%	14	16.1%	13	15.9%	13	16.5%	24	30.0%	75-80歳	51	19.1%
		60代	40	42.6%	30	34.5%	29	35.4%	29	36.7%	30	37.5%	80代	137	51.3%
		70-74歳	32	34.0%	41	47.1%	39	47.6%	34	43.0%	24	30.0%	90歳以上	73	27.3%
	費用額	F	1億2194万円	1億0879万円	1億0042万円	9868万円	9524万円	3億3526万円							
		F/C	7.0%	6.3%	6.4%	5.4%	5.3%	8.4%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(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	32人	51人	35人	30人	42人	81人							
		G/A	4.8%	7.6%	5.3%	4.3%	5.8%	4.5%							
	件数	H	40件	54件	39件	33件	49件	94件							
		H/B	3.3%	4.3%	3.4%	2.6%	3.9%	3.0%							
	年代別	40歳未満	1	2.5%	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	1.1%
		40代	1	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	4	10.0%	3	5.6%	3	7.7%	3	9.1%	6	12.2%	75-80歳	31	33.0%
		60代	15	37.5%	20	37.0%	16	41.0%	15	45.5%	12	24.5%	80代	53	56.4%
		70-74歳	19	47.5%	31	57.4%	19	48.7%	15	45.5%	31	63.3%	90歳以上	9	9.6%
	費用額	I	7922万円	8709万円	6165万円	6206万円	6605万円	1億2969万円							
		I/C	4.5%	5.0%	3.9%	3.4%	3.7%	3.3%							

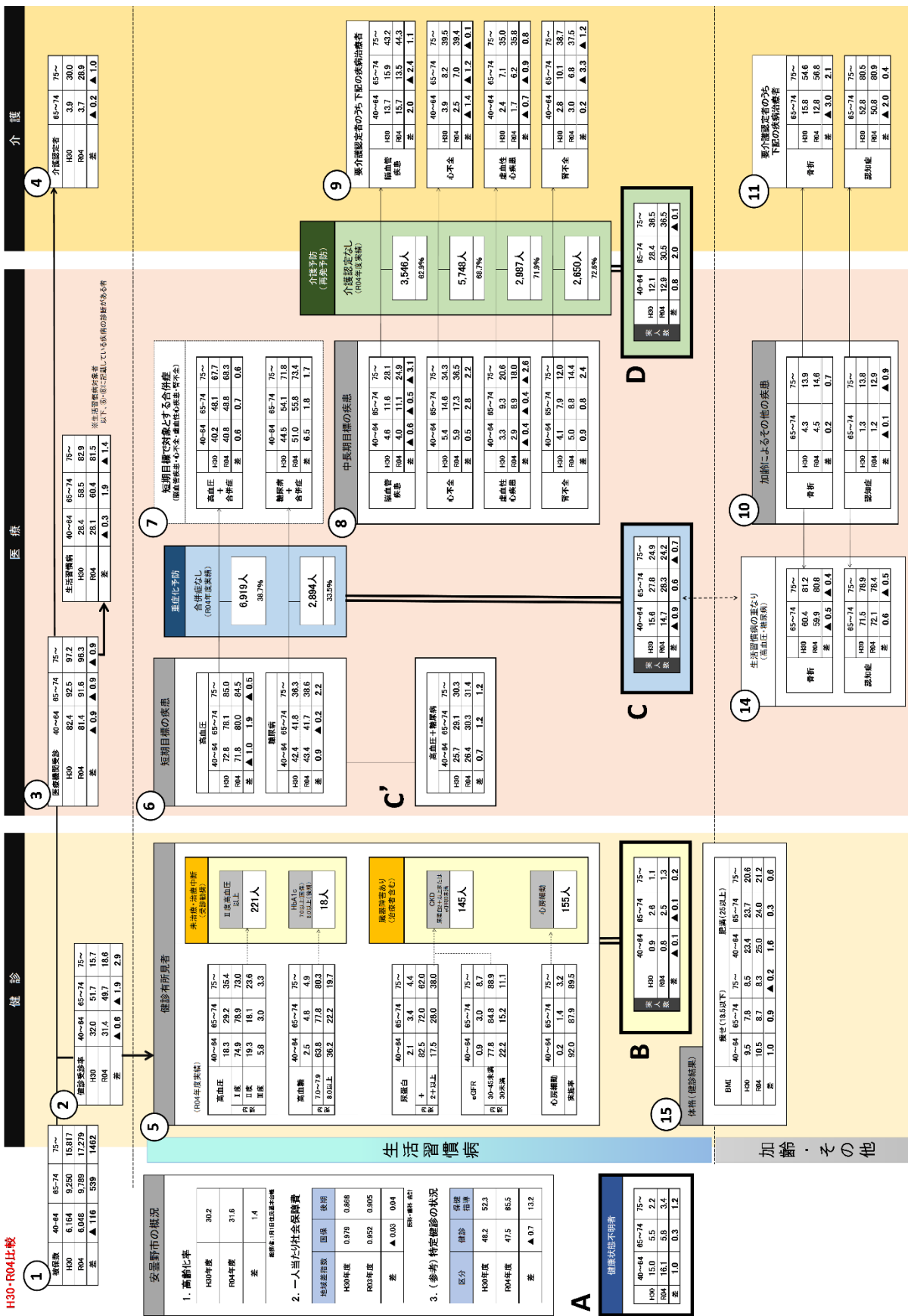
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

安曇野市 E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30-R04比較



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			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
H30	30.0	6,164	9,250	15,817	32.0	51.7	15.7	9.5	7.8	8.5	23.4	23.7	20.6
R04	28.9	6,048	9,789	17,279	31.4	49.7	18.6	10.5	8.7	8.3	25.0	24.0	21.2

図表 39 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80以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	77	3.9	(33)	287	6.0	(107)	161	6.5	(45)	48	2.4	(5)	203	4.2	(14)	20	0.8	(0)	20	1.0	65	1.4	58	2.3	1	0.1	63	1.3	77	3.1
R04	87	4.6	(37)	300	6.2	(117)	307	9.5	(67)	47	2.5	(1)	234	4.8	(16)	31	1.0	(1)	10	0.5	59	1.2	76	2.4	3	0.2	59	1.2	93	2.9

図表 40 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					
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.4	92.5	97.2	28.4	58.5	82.9	72.8	78.1	85.0	42.4	41.8	36.3	25.7	29.1	30.3	40.2	48.1	67.7	44.5	54.1	71.8			
R04	81.4	91.6	96.3	28.1	60.4	81.5	71.8	80.0	84.5	43.4	41.7	38.6	26.4	30.3	31.4	40.8	48.8	68.3	51.0	55.8	73.4			

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

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	4.6	11.6	28.1	3.3	9.3	20.6	5.4	14.6	34.3	4.1	7.9	12.0	13.7	15.9	43.2	2.4	7.1	35.0	3.9	8.2	39.5	2.8	10.1	38.7
R04	4.0	11.1	24.9	2.9	8.9	18.0	5.9	17.3	36.5	5.0	8.8	14.4	15.7	13.5	44.3	1.7	6.2	35.8	2.5	7.0	39.4	3.0	6.8	37.5

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	60.4	81.2	71.5	78.9	4.3	13.9	1.3	13.8	15.8	54.6	52.8	80.5
R04	59.9	80.8	72.1	78.4	4.5	14.6	1.2	12.9	12.8	56.8	50.8	80.9

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っている中、一人あたり医療費は令和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、令和3年以降は増加しコロナ前より高額となっています。さらに後期高齢者においては国保の2倍以上と高い状況です。(図表 32)

安曇野市国保では、これまで高血圧からの脳血管疾患予防に重点をおいた保健事業に取り組んでおり、短期目標疾患の高血圧および中長期目標疾患の脳血管疾患は、同規模、県、国のいずれと比較しても低くなっています。しかし、後期高齢者においては、脳血管疾患の占める割合が高い状態です。また、糖尿病の占める割合は、同規模、県、国と比較しても高く、中長期目標疾患の慢性腎不全も同様に高い状態となっています。(図表 33)

高額レセプトの推移では、国保においては毎年約1,000件のレセプトが発生し、後期高齢になると2倍以上に増えています。(図表 34)

疾病別では、脳血管疾患で80万円以上の高額レセプトの件数は、国保では年々減少し、費用額も減少しています。しかし、後期高齢者医療においては、267件発生し、3億円以上の費用額がかかっており、虚血性心疾患の件数及び費用額と比較しても、課題であることがわかります。この脳血管疾患は、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引き続き力を入れる必要があります。(図表 35、36)

健診・医療・介護のデータについて、平成30年度と令和4年度の各年代で一体的に分析すると、図表 38の①被保険者数は、40~64歳では減っていますが、65歳~74歳、75歳以上では増加が大きく、特に75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格では、特に40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合は4分の1(25%)と高くなっています。

図表 39 健診有所見の状況を見ると、血圧および血糖値で割合が高くなっており、未治療者・治療中断者への医療受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患と合併症の関係をみると、高血圧では微増であるのに比べ、糖尿病の合併症割合は各年代で増加しています。

図表 41 の中長期疾患の治療者割合を平成30年度と令和4年度を比較すると、心不全および腎不全で増加しています。介護認定者割合は減少していますが、脳血管疾患だけは、若い年代で令和4年度に増加しており、高額レセプト分析での課題と一体的分析では同じ課題があります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者には、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きます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)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。また、長野県で共通に評価指標とする項目、共通情報とするものについても明確にします。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

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

また、軽症時に通院しなかった結果、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化につながるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを旨とし、そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、栄養指導等の保健指導においては医療機関と連携します。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 43 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 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (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	2.0	2.0	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	1.5	1.5	1.5	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.4	4.4	4.4	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	57.1	56.5	55.9	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	62.5	57.5	52.5	
	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該当者・予備群の減少	28.2%	27.0%	26.0%	健診等データ管理システム・KDBシステムの二次加工
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	5.7%	5.2%	4.7%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	9.4%	8.9%	8.4%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	8.8%	8.5%	8.2%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.1%	1.0%	0.9%	
	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	★特定健康診査受診率60%以上	47.5	53.5	59.5	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	65.5	66.4	68.5	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.9	22.0	23.0	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 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	51.5%	53.5%	55.5%	57.5%	59.5%	60%以上
特定保健指導実施率	65.7%	66.4%	67.1%	67.8%	68.5%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 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 (法定該当者)	対象者数	13,107人	13,018人	12,930人	12,841人	12,752人	12,664人
	受診者数	6,750人	6,965人	7,176人	7,384人	7,588人	7,598人
特定保健指導	対象者数	675人	696人	718人	738人	759人	760人
	終了者数	443人	462人	482人	501人	520人	520人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。安曇野市国民健康保険との直接委託のほか、県・市医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会とは国保連合会が集合契約を、安曇野市医師会とは安曇野市が契約します。集団健診(安曇野市内各保健センターなど)方式と、個別健診(委託医療機関)方式にて行います。

(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

特定健診実施機関は、安曇野市ホームページに掲載するほか、個別通知等で周知します。

(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・心電図)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 46 特定健診検査項目(例示)

○安曇野市特定健診検査項目

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

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

(5) 実施期間

4 月から翌年 3 月末の間に実施します。

(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、保険者が診療時の検査データや事業主健診結果の提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医等と協力及び連携します。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払いは、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

受診率向上には、対象者に認知してもらうことが不可欠であるため、健診希望調査による回答等に関わらず、医療保険者として基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 事業起案	健診対象者の抽出 受診券等の印刷・送付 (期間中随時)
5月		特定健診の実施	前年度健診データ抽出
6月		人間ドック補助：通年 個別健診：6月～翌年2月末 集団健診：夏季	
7月			
8月		健診データ受取	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		費用決裁	保健指導対象者の抽出 特定保健指導等の開始
10月			健診受診率・保健指導実績の算出
11月	契約に関わる 予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月		特定健診・特定保健指導の実施 未受診者対策(受診勧奨電話など)	
1月			
2月	健診希望調査		
3月	契約準備	特定健診の当該年度受付終了 (特定保健指導の継続実施)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施する「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)

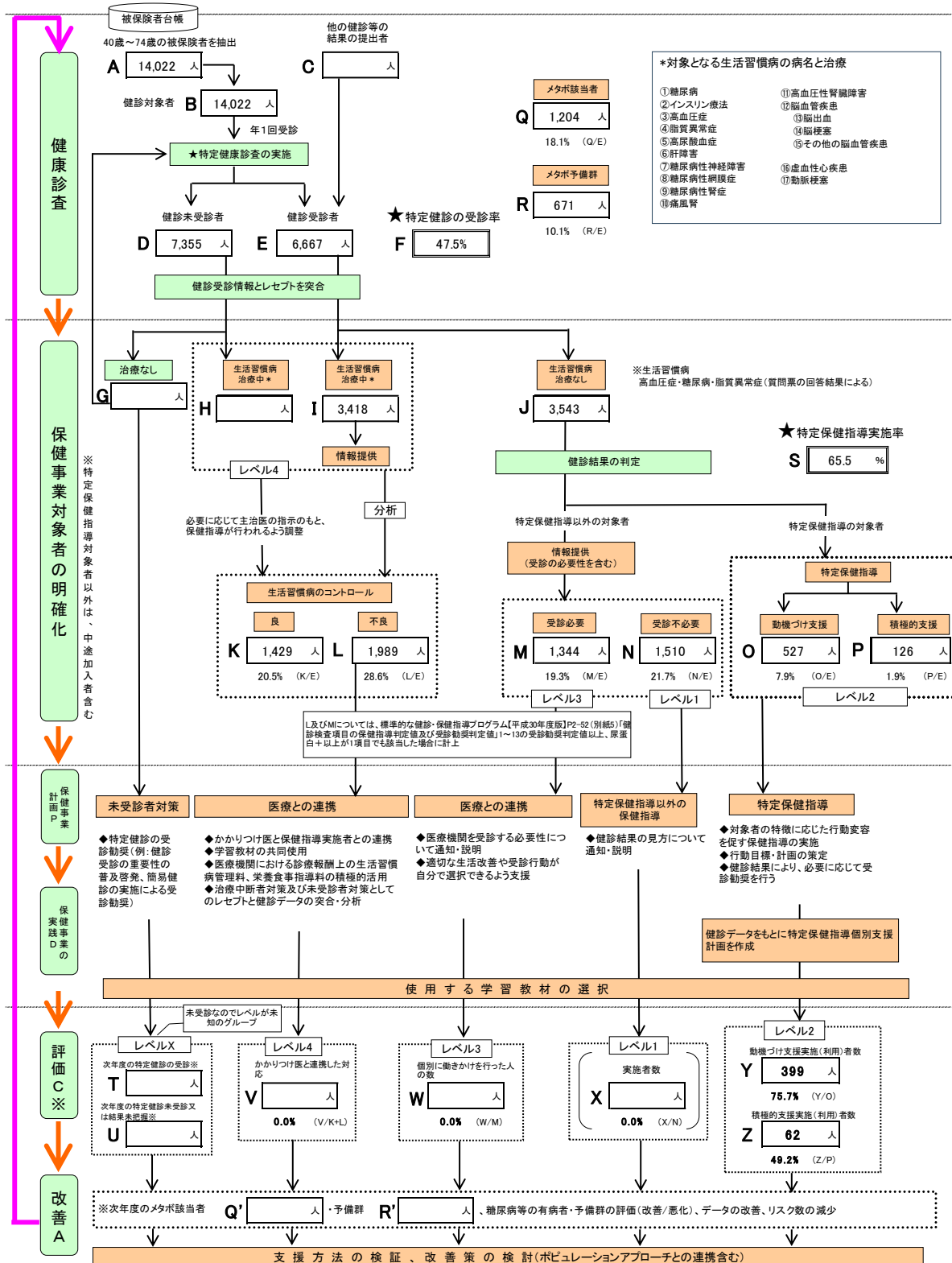
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母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 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 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	対象者見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	OP	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 ◆必要に応じて医療受診勧奨を行う	653人 (9.8%)	60%以上
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関受診の必要性を説明・通知 ◆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	1,344人 (19.3%)	血圧Ⅱ度 HbA1c6.5 以上は 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発、治療中データや事業主健診結果の提出依頼等)	7,355人 ※受診率目標達成までにあと1,746人	60%
4	I	情報提供 (生活習慣病治療中者)	◆かかりつけ医、専門医との連携(個別連携および連携会議等での事例検討等) ・二次健診結果の共有と活用 ・糖尿病連携手帳・血圧記録手帳等の活用による情報共有 ・レセプトと健診データの突合・分析による治療中断者および未受診者対策	3,418人 (51.3%)	60%
5	N	情報提供 (受診不要)	◆健診結果の見方について通知・説明	1,510人 (21.7%)	100%

(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

目標に向かう進捗状況管理とPDCAサイクルに基づく実践のため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 50 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	◎健診対象者の抽出および受診券の送付(集団・個別) ◎人間ドック申請受付(通年)		●年度途中の国保加入者に特定健診案内(随時)	
5月	◎診療情報・事業主健診等の提供依頼	○従事者研修会		
6月	個別健診開始(～2月末まで)	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始	
7月	集団健診実施	↓	●納税通知書に健診案内と受診勧奨のチラシ同封	
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	●未受診者への受診勧奨			
11月	(休日の集団健診)			
12月				
1月				
2月	集団・個別健診の終了		●健診こよみ各戸配布 ●健診希望調査	
3月	人間ドックの当該年度終了	○地域保健事業報告分実績報告	↓ 希望内容取り込み	

出典:ヘルスサポートラボツール

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ガイドライン、安曇野市個人情報保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、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、安曇野市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。なかでも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て重症化予防のための保健指導を実施します。

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ます。

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、結果データに応じた保健指導が重要です。特に、特定健診受診率および特定保健指導実施率の向上に努め、その実施においては、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

特定健診受診者で、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について各学会のガイドラインに基づき抽出すると、2,239人(受診者のうち32.2%)です。そのうち治療なしが710人(3疾患いずれかで治療無しのうち20.0%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が466人(65.6%)です。

また、安曇野市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者で重なる者が、710人中328人と約半数を占めるため、特定保健指導を徹底することで重症化予防にもつながり、効率的であることがわかります。

図表 51 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 の年間調査死に率の減少	虚血性心疾患 の年間調査死に率の減少	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)	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(2012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))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	2,239	2,239
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中データ中心 2013より	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	710	710
優先すべき 課題の明確化	高血圧症 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	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	328	328
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 2017年版 (日本動脈硬化学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)	466	466
重症化予防対象	該当者数	心臓細動	慢性腎臓病 (CKD)	145	145
	治療なし	心臓細動	糖尿病	401	401
	(再掲) 特定保健指導	心臓細動	糖尿病	---	---
	治療中	心臓細動	糖尿病	---	---
	139	23	106	145	145
	13	2	20	145	145
	134	23	95	80	80
	102	102	111	111	111
	57.7%	100.0%	44.7%	56.2%	100.0%
臓器障害 あり	139	23	55	118	145
CKD(専門医対象者)	13	2	16	13	145
心電図所見あり	134	23	46	112	80
臓器障害 なし	102	102	68	92	---
	42.3%	---	55.3%	43.8%	---
	6.3%	1.1%	2.8%	30.2%	9.9%
	155	37	54	1,033	337
	87	6	48	210	39
	22.0%	10.0%	27.1%	16.9%	8.1%
	241	23	123	210	145
	5.3%	0.6%	2.4%	5.9%	4.1%
	396	60	177	1,243	482
	5.7%	0.9%	2.5%	17.9%	6.9%
	396	60	177	1,243	482
	5.7%	0.9%	2.5%	17.9%	6.9%
	214	214	300mg/dl以上	432	432
	3.1%	3.1%	300mg/dl以上	6.2%	6.2%
	190	190	LDL-C 180mg/dl以上	3.4%	3.4%
	3.8%	3.8%	LDL-C 180mg/dl以上	3.4%	3.4%
	51	51	中性脂肪 300mg/dl以上	6.9%	6.9%
	23.8%	23.8%	中性脂肪 300mg/dl以上	6.9%	6.9%
	87	6	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	8.1%	8.1%
	22.0%	10.0%	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	8.1%	8.1%
	241	23	腎臓専門医 紹介基準該当者	14.6%	14.6%
	5.3%	0.6%	腎臓専門医 紹介基準該当者	20.0%	20.0%
	396	60	腎臓専門医 紹介基準該当者	32.2%	32.2%
	5.7%	0.9%	腎臓専門医 紹介基準該当者	32.2%	32.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

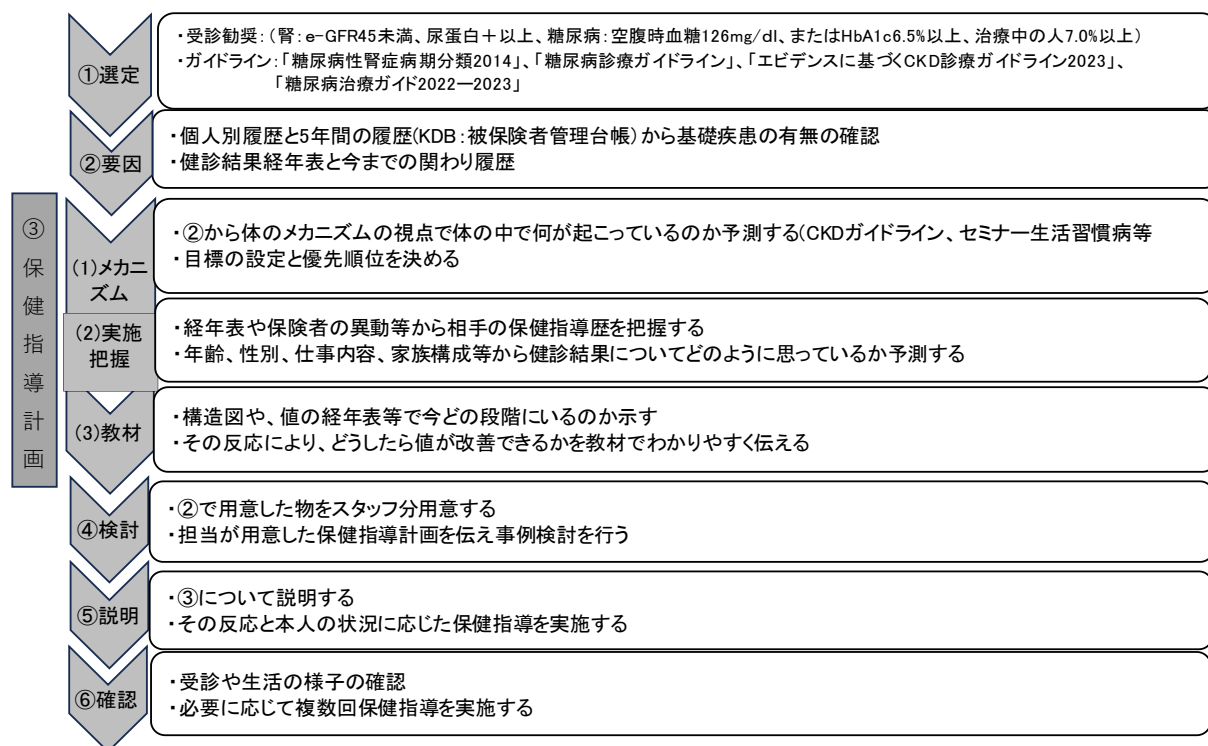
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 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【概要】



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。また、県及び安曇野市医師会と協議し、適切な対象者を選定していきます。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中ハイリスク者 (メタボ該当かつ HbA1c8%以上または尿蛋白+以上)

(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り、選定基準に基づく該当者の把握が必要です。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、該当者数を把握します。対象者抽出の際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤に、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。

図表 53 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	

安曇野市では、特定健診実施時に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おり、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)に対する尿蛋白の相関について図表 53 のとおり、「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、尿アルブミン検査が対象外の場合には、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能です。

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による医療機関受診状況を踏まえた対象者数把握の結果は図表 54 のとおりです。特定健診結果が糖尿病型Eと判定された 868 人中、糖尿病未治療者Fは 263 人(30.3%)であり、まずは未治療者の受診勧奨が必要です。

40~74 歳における糖尿病治療者H3,386 人のうち、未受診者Iは 2,781 人と 8 割以上です。糖尿病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する必要があります。また、糖尿病治療者Hのうち特定健診受診者Gは 605 人(17.8%)ですが、コントロール不良Jは 256 人いるため、その他リスク保有者には重症化予防のリスク管理や、継続受診に係る保健指導が重要です。

③ 優先順位と介入のポイント

安曇野市においては、以下のとおりとします。

優先順位 1 【受診勧奨】糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）…例 263 人

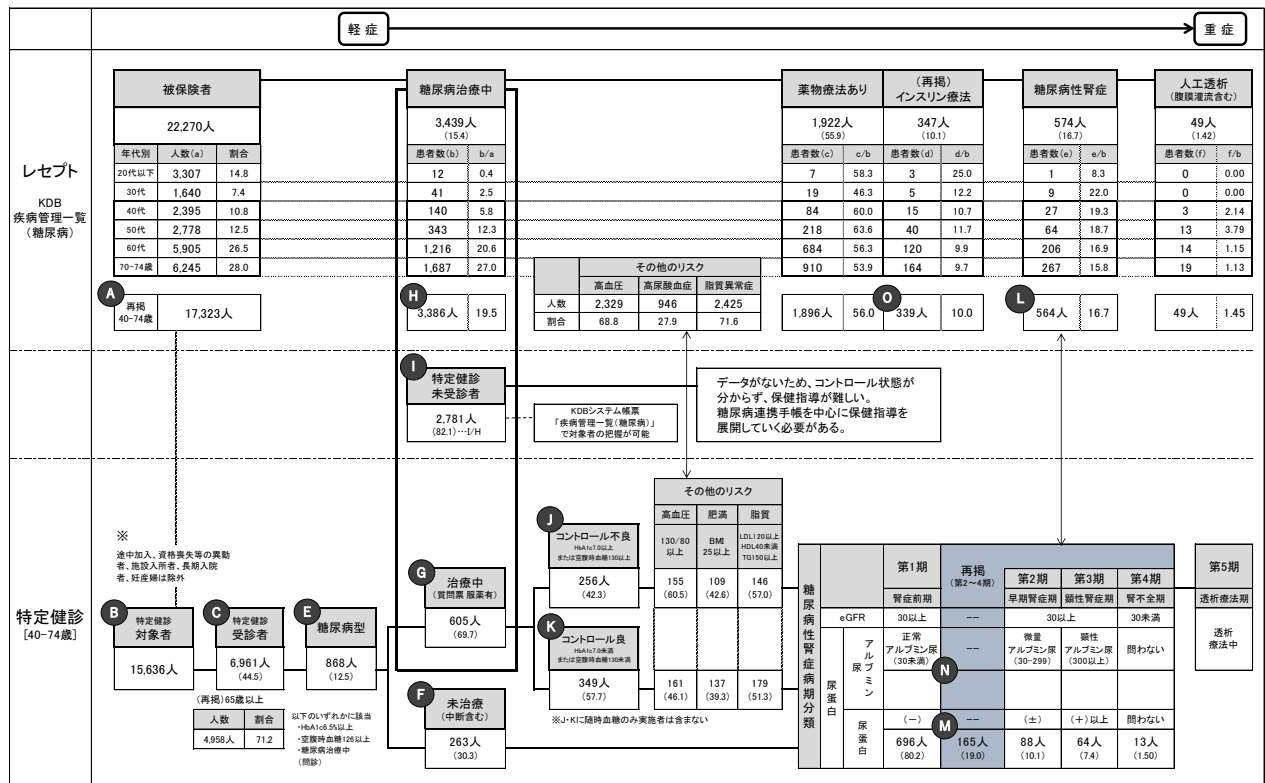
優先順位 2 【保健指導】糖尿病治療者のうち重症化するリスクの高い者（J）…例 256 人

- ・介入のポイントは、治療中断しない（継続受診）ことを目指した保健指導とする
- ・優先するポイントは、メタボ該当者で HbA1c8.0%以上または尿蛋白(+)以上とする
- ・保健指導のポイントは、メタボに起因するリスク軽減を目指す

図表 54 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



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。安曇野市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を組立ています。また、対象者への保健指導の際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ます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 伺うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞けど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きますか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良かった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診で基本とする検査項目は、尿蛋白定性検査のみのため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。糖尿病性腎症が重症化するハイリスク者の増加抑制のために、対象者のうち尿蛋白定性(〜±)者には、医療受診の動機づけとして尿アルブミン検査を実施し、結果に基づく早期介入により腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者の医療受診勧奨にあたっては、事前に協議済みの連絡票および精密検査依頼書や紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言を頂きます。かかりつけ医、専門医との連携においては長野県のプログラムに準じ行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、一体的実施プロジェクト会議においても情報を共有し、個別の保健指導に関しては各地域包括支援センター及び介護予防担当を主として高齢者介護課と連携していきます。

6) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価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、その際は糖尿病等管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用し、集団および個人の評価を行います。また、中長期的評価においては、図表56 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

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・HbA1cの変化
 - ・eGFRの変化(1年で25%以上または $5\text{ml}/1.73\text{m}^2$ 以上の著しい低下の有無)
 - ・尿蛋白の変化
 - ・服薬状況(検査・通院状況)の変化

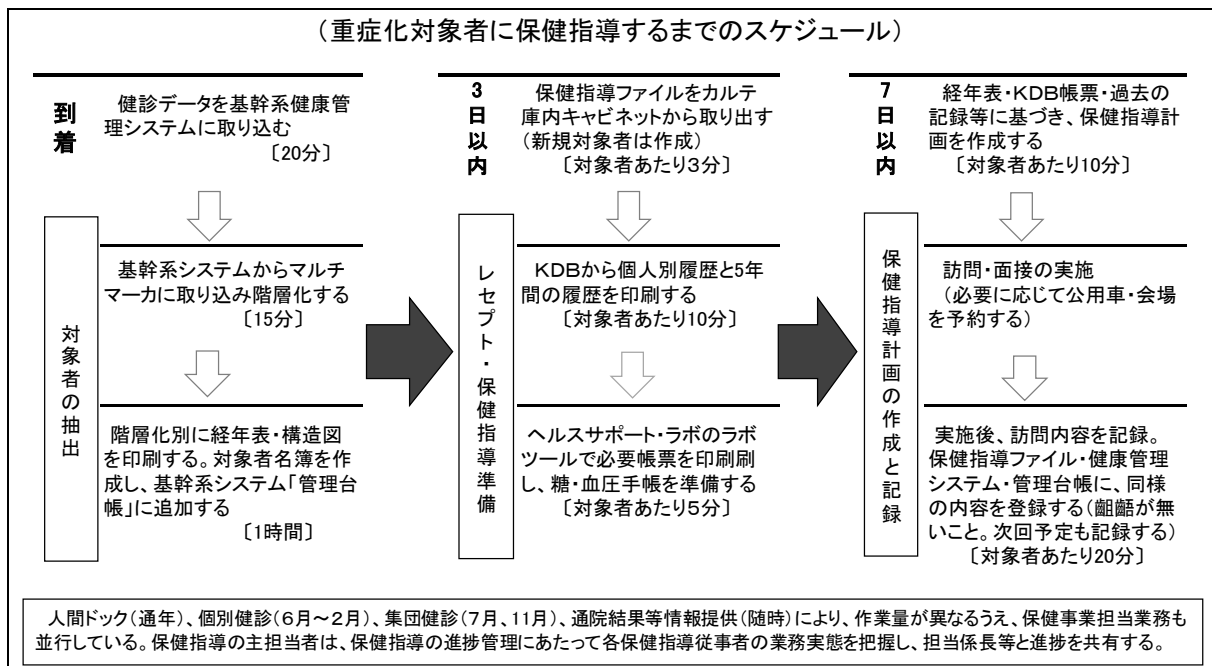
7) 実施期間及びスケジュール

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、管理台帳を作成し、地区担当を中心に対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

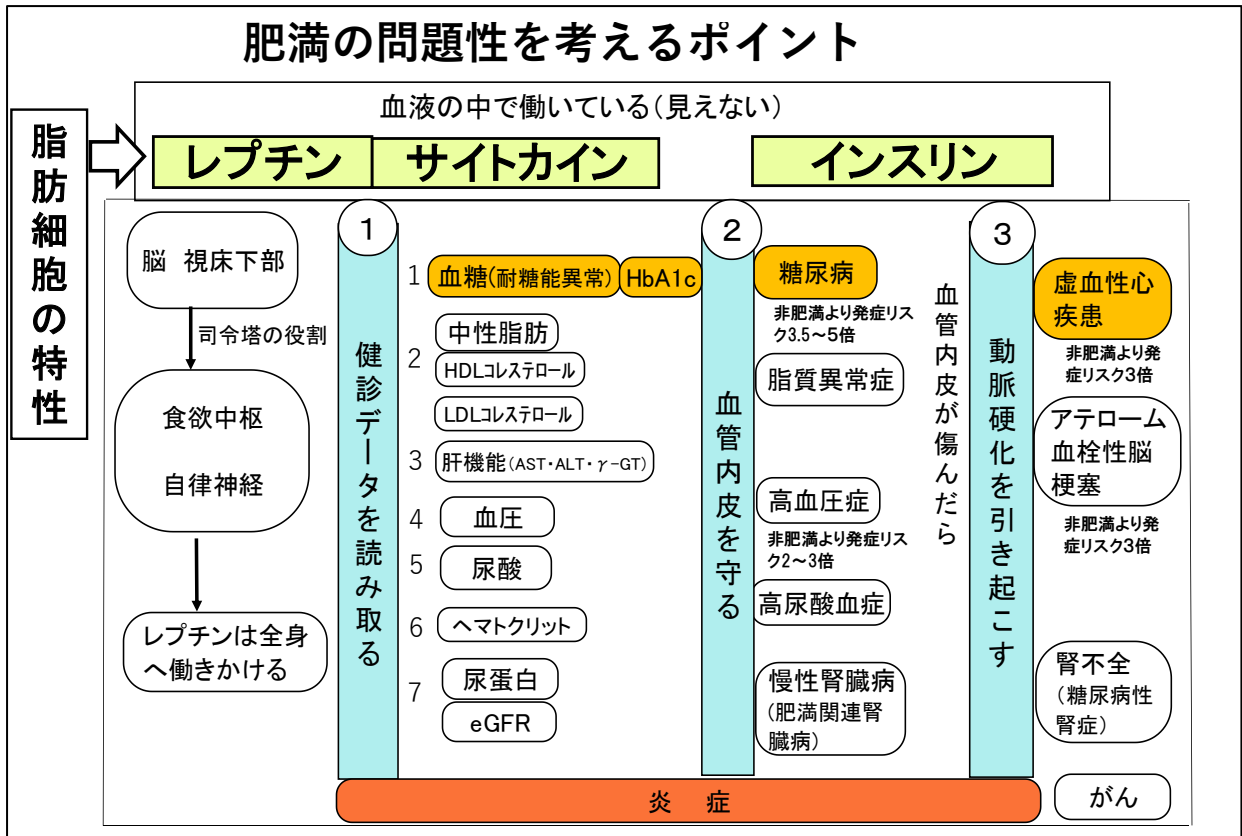


2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態ですが、「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)とあるため、安曇野市での取り組みについては、図表 58 に基づき実施します。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づく実態把握

図表 59 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	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳		
総数	2,003	4,958	500	1,184	407	1,044	78	122	11	16	4	2	
			25.0%	23.9%	20.3%	21.1%	3.9%	2.5%	0.5%	0.3%	0.2%	0.0%	
再掲	男性	876	2,101	289	609	234	556	50	47	3	5	2	1
				33.0%	29.0%	26.7%	26.5%	5.7%	2.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.0%
再掲	女性	1,127	2,857	211	575	173	488	28	75	8	11	2	1
				18.7%	20.1%	15.4%	17.1%	2.5%	2.6%	0.7%	0.4%	0.2%	0.0%

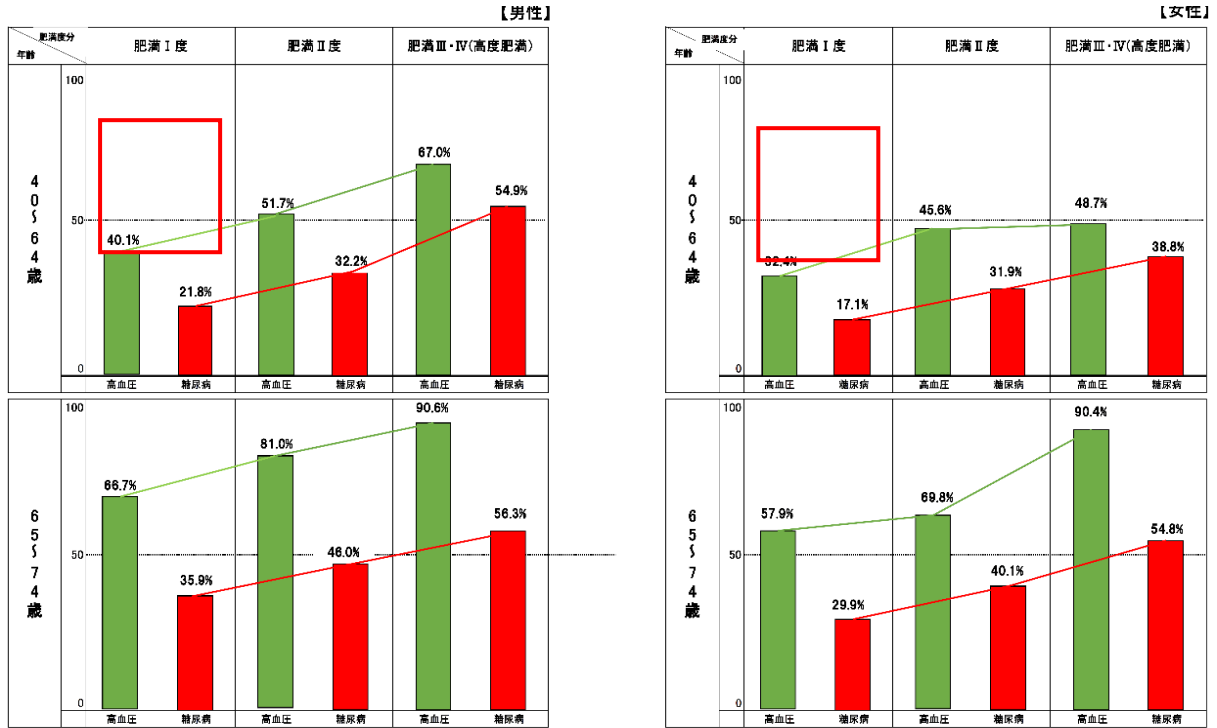
出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位

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。

① 肥満の解決のために、改善しやすい年代・段階

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？【参考】



② 「日常生活」で困っていること

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

生活	I 度 25~29.9		II 度 30~34.9		III 度 35~39.9		IV 度 40~	
	食事	<ul style="list-style-type: none"> 満腹感なく食べ過ぎてしまう。 心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない 	<ul style="list-style-type: none"> 夕食にご飯を食べるとスイーツが入り、食欲が抑えられない 	<ul style="list-style-type: none"> 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い 食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う 	<ul style="list-style-type: none"> 食欲が抑えられない 夜中起きると食べてしまう 食欲が止まらない 食欲をコントロールできない 			
排便	<ul style="list-style-type: none"> 胃腸 食べるとお腹が張って苦くなる 		<ul style="list-style-type: none"> 太っているからか腸の蠕動もおこるよ 	<ul style="list-style-type: none"> 便秘になって大変 便秘に座ると便座が割れる 				
動作	<ul style="list-style-type: none"> 歩行 疲労感がある 	<ul style="list-style-type: none"> 横になるとトイレに行きたくなる 	<ul style="list-style-type: none"> 尿意を感じて夜中に3回起きる 	<ul style="list-style-type: none"> トイレに何度も起きて寝た感じがしない むくみがあって5年くらい夜間頻尿が続いている。 膀胱炎になりやすい 				
	<ul style="list-style-type: none"> 日常動作 		<ul style="list-style-type: none"> 体重で足裏が痛い 階段を下るとき息切れする 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない 歩くとき足がしびれる 	<ul style="list-style-type: none"> 200m歩くのにも呼吸が苦しい 歩いたら苦くなるので横になっている だるくて寝ていることが多い 				
身体	<ul style="list-style-type: none"> 胸 	<ul style="list-style-type: none"> 2~3年前から胸の変な感じがある 仕事中時々胸の息苦しさ 1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた 胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと 	<ul style="list-style-type: none"> 動機がする 胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる 心臓が大きくなっているといわれた 少し動いただけでも心臓がきつい 	<ul style="list-style-type: none"> 左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった 心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル 今も段差上がったとき苦しくなる 心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。 				
	<ul style="list-style-type: none"> 先疫 皮膚 	<ul style="list-style-type: none"> 蜂窩織炎になる 背中がゆい 皮膚が赤くなる 	<ul style="list-style-type: none"> 蜂窩織炎になる 湿疹ができる 痒い 	<ul style="list-style-type: none"> 風邪をひきやすい 皮膚が赤く炎症を起こしてる 炎症で体毛が生えなくなる よく風邪をひく よく体調を崩す 足の皮膚が痒くなるので、よく皮を削っている。 全身の湿疹がつらい 皮膚科に毎月通院している 				

「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Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。」とあり、図表 61 のとおり、日常生活で困っている住民の声からも、深刻であることがわかります。

図表 60 では、肥満度が上がり年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病を合併する割合が高くなっているため、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度の若い年代(40～64歳)を対象とすることが効率的であることがわかります。

② 心・脳血管疾患を発症した事例

図表62 心・脳血管疾患を発症した事例(健診履歴あり)

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	健診 メタボ 判定時	転帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症			
1	男	70代			R3	R3	●	●	●	●	支2	H24	後期
2	男	60代			R3				●			H30	
3	男	40代	不明	不明	不明	R3	●	●	●			H30	死亡
4	女	70代			R3		●		●			R1	転出
5	男	70代		R2	R4	R3	●		●		支1	R3	

安曇野市 健診とレセプトの突合

3)対象者の明確化

図表 63 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	2,977	267	340	1,032	1,338	3,984	273	397	1,532	1,782	
メタボ該当者	B	865	34	81	328	422	378	5	24	160	189	
	B/A	29.1%	12.7%	23.8%	31.8%	31.5%	9.5%	1.8%	6.0%	10.4%	10.6%	
再掲	① 3項目全て	C	263	3	24	101	135	133	3	13	52	65
		C/B	30.4%	8.8%	29.6%	30.8%	32.0%	35.2%	60.0%	54.2%	32.5%	34.4%
	② 血糖+血圧	D	140	5	8	51	76	42	0	3	15	24
		D/B	16.2%	14.7%	9.9%	15.5%	18.0%	11.1%	0.0%	12.5%	9.4%	12.7%
	③ 血圧+脂質	E	413	21	43	154	195	180	1	8	82	89
		E/B	47.7%	61.8%	53.1%	47.0%	46.2%	47.6%	20.0%	33.3%	51.3%	47.1%
	④ 血糖+脂質	F	49	5	6	22	16	23	1	0	11	11
		F/B	5.7%	14.7%	7.4%	6.7%	3.8%	6.1%	20.0%	0.0%	6.9%	5.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				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	人数	割合		
総数	2,977	865	29.1%	690	79.8%	175	20.2%	3,984	378	9.5%	343	90.7%	35	9.3%		
40代	267	34	12.7%	13	38.2%	21	61.8%	273	5	1.8%	5	100.0%	0	0.0%		
50代	340	81	23.8%	54	66.7%	27	33.3%	397	24	6.0%	21	87.5%	3	12.5%		
60代	1,032	328	31.8%	259	79.0%	69	21.0%	1,532	160	10.4%	146	91.3%	14	8.8%		
70～74歳	1,338	422	31.5%	364	86.3%	58	13.7%	1,782	189	10.6%	171	90.5%	18	9.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 で年代別のメタボリックシンドローム該当者をみると、男性は 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性の 60 代～70 代でも 1 割程度のため、男性を優先することが効率的と考えます。

図表 64 で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を見ると、男女とも 8～9 割が治療中ですが、メタボリックシンドローム該当者は年代が上がるにつれ増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

図表 62 で心・脳血管疾患を発症した事例のうち健診結果がメタボ該当者をみると、男性が多く脂質異常症との重なりが見られます。脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、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、心血管に直接影響を与えた結果と考えられます。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です。

(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治療中の者には、医療中断からの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には、食事や運動などを含めた保健指導を行います。

(2)対象者の管理

対象者への保健指導の進捗管理は、担当地域ごとの管理台帳を作成し、共有して管理します。

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て行っています。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、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。安曇野市においても一部に国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診を実施・検討します。

【参考】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)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

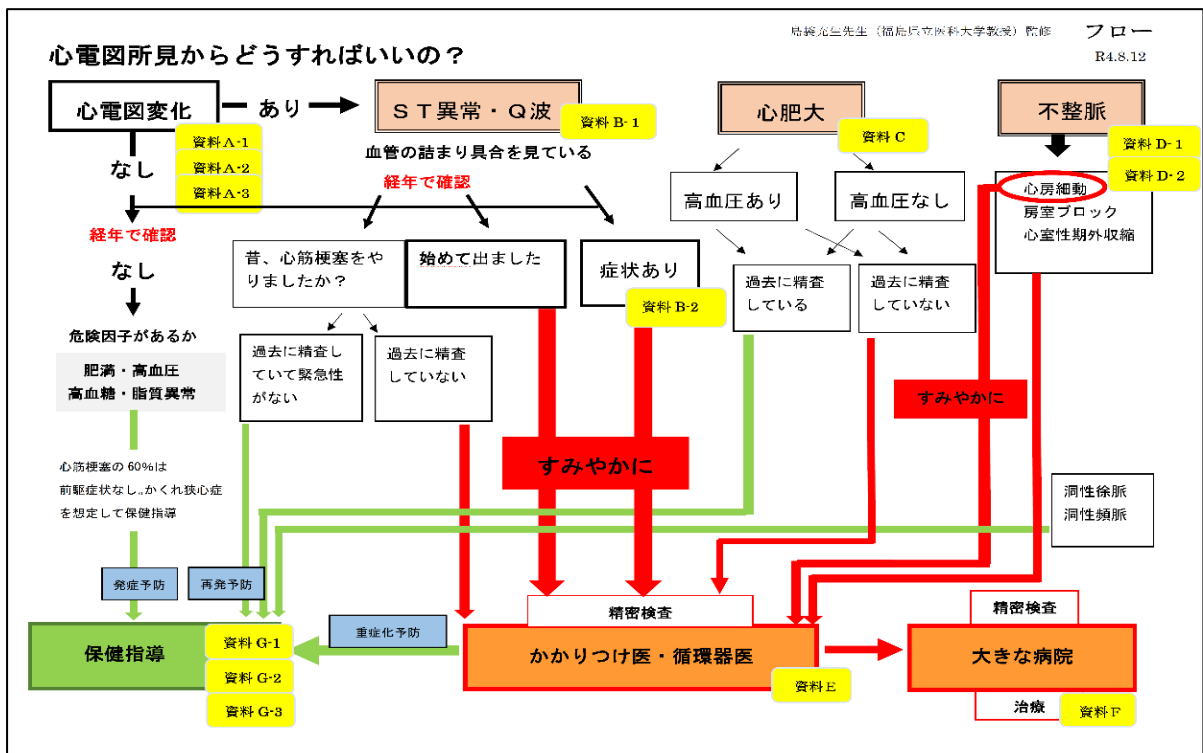
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

安曇野市においては、心電図検査を 5,980 人(85.9%)に実施し、そのうち有所見者が 2,483 人

(54.1%)でした。前述の ST-T 変化は 83 人(3.3%)に発見されています。(図表 67)

有所見者のうち、要医療とされ精密検査が必要な対象者には、精密検査依頼書により医療受診を勧奨するとともに、心房細動の有所見者には保健指導による支援を行います。

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 67 心電図検査結果

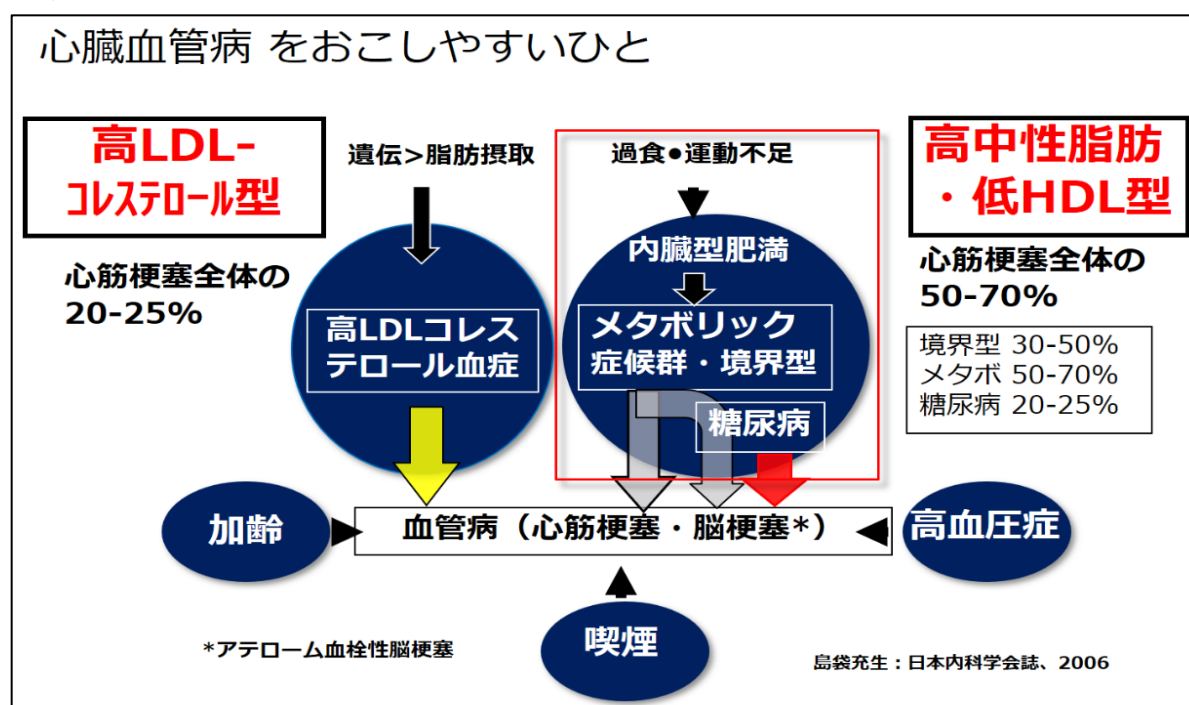
性別 年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳 (年度末)	5,980	85.9%	2,483	54.1%	95	3.8%	83	3.3%	67	2.7%	298	12.0%	81	3.3%	336	13.5%	63	2.5%	163	6.6%	
内訳	男性	2,570	86.3%	1,206	46.9%	52	4.3%	31	2.6%	23	1.9%	178	14.8%	48	4.0%	231	19.2%	48	4.0%	99	8.2%
	女性	3,410	85.6%	1,277	37.4%	43	3.4%	52	4.1%	44	3.4%	120	9.4%	33	2.6%	105	8.2%	15	1.2%	64	5.0%

安曇野市健診データまとめ(人間ドック結果含む)

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、または心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。虚血性心疾患はメタボリックシンドローム(高中性脂肪・低HDL型)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 68、69)

図表 68 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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
2,848				1,326	942	390	190	50	81	238	211
				46.6%	33.1%	13.7%	6.7%	8.6%	14.0%	41.0%	36.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	342	197	86	39	20	31	28	0	0
			12.0%	14.9%	9.1%	10.0%	10.5%	62.0%	34.6%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	1,188	514	430	164	80	9	24	133	78
			41.7%	38.8%	45.6%	42.1%	42.1%	18.0%	29.6%	55.9%	37.0%
	高リスク	120未満 (150未満)		1,215	567	386	176	86	8	26	102
			42.7%	42.8%	41.0%	45.1%	45.3%	16.0%	32.1%	42.9%	59.7%
再掲		100未満 (130未満) ※1	50	27	14	6	3	0	1	4	4
		1.8%	2.0%	1.5%	1.5%	1.6%	0.0%	1.2%	1.7%	1.9%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	103	48	40	11	4	2	3	3	7
			3.6%	3.6%	4.2%	2.8%	2.1%	4.0%	3.7%	1.3%	3.3%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 70 心電図所見からの保健指導教材(例示)

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、一体的実施プロジェクト会議においても情報を共有し、個別の保健指導に関しては各地域包括支援センター及び介護予防担当を主として高齢者介護課と連携していきます。

6) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価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、KDB 等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

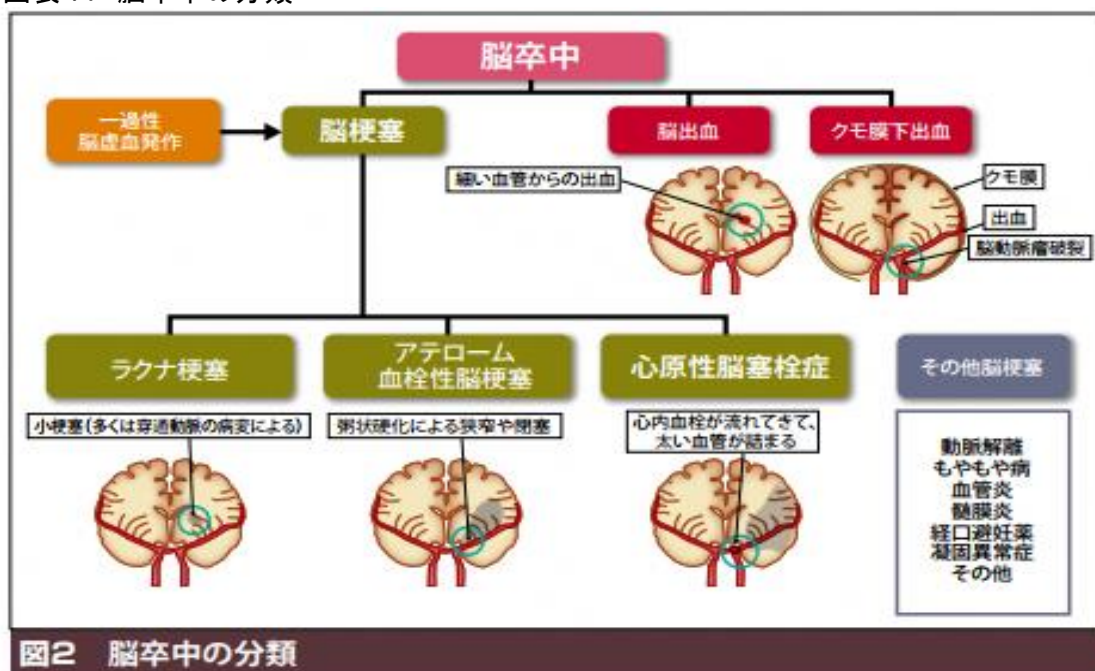
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 71,72)

図表 71 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。

図表 73 のレセプトをみると、高血圧治療中H6,255 人のうち、既に脳血管疾患 O を発症した人は 771 人(12.3%)います。特定健診をみると、Ⅱ度高血圧以上(GF)が 396 人(5.7%)おり、そのうち 241 人(60.1%)は未治療者F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(G)が 155 人(6.3%)います。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。

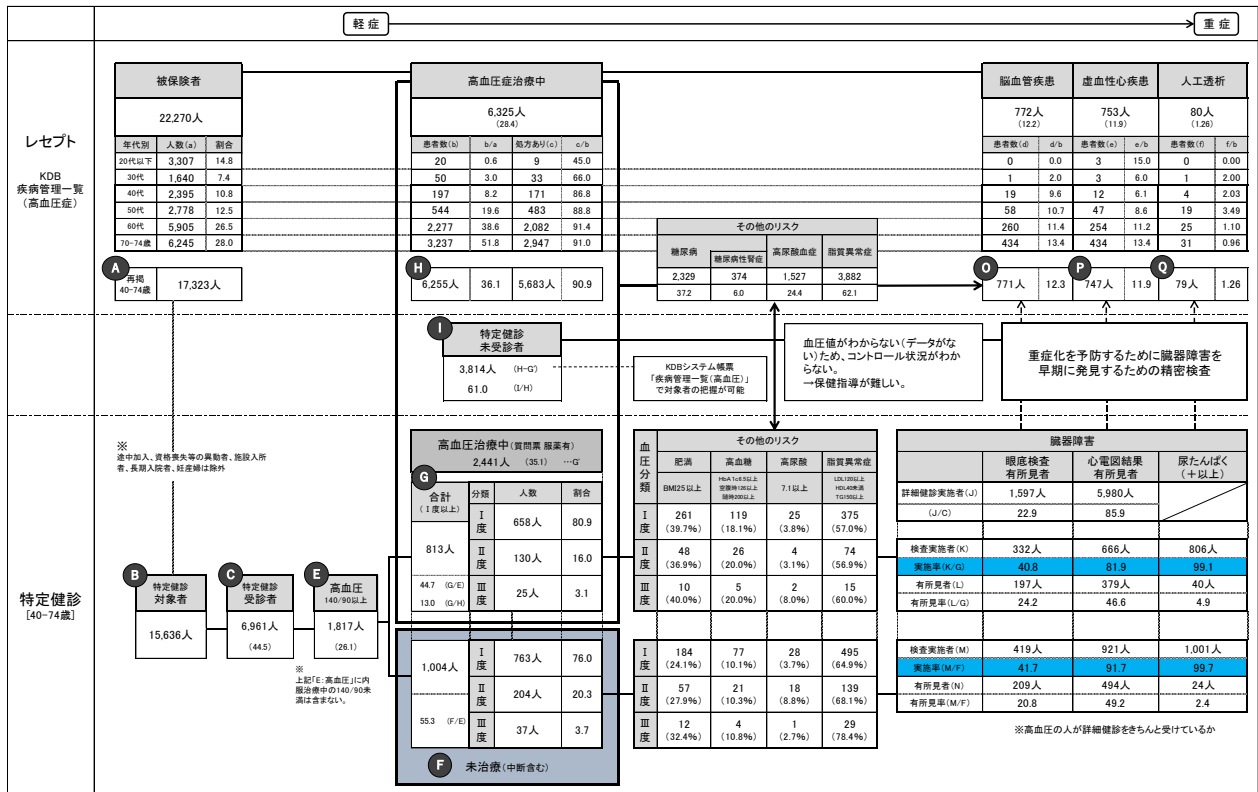
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)の実施状況は、1,597 人(22.9%)です。眼底検査(詳細検査)の実施対象となる条件は、Ⅰ度高血圧以上Eの場合等となっていることから、220 人(12.1%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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、検討をすすめる必要があります。

図表 73 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であり、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。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 74 では、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。

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
	2,106	1,102 52.3%	763 36.2%	204 9.7%	37 1.8%		
リスク第1層 予後影響因子がない	129	C 86 6.1%	B 36 7.8%	B 7 4.7%	A 0 3.4%	A	480 22.8%
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	1,285	C 655 61.0%	B 481 59.4%	A 123 63.0%	A 26 70.3%	B	885 42.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	692	B 361 32.9%	A 246 32.8%	A 74 32.2%	A 11 36.3%	C	741 35.2%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

(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 75、76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見者状況および治療状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 75 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	2,977	3,984	2,569	86.3%	3,411	85.6%	46	1.8%	14	0.4%	--	--
40代	267	273	249	93.3%	262	96.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	340	397	310	91.2%	350	88.2%	2	0.6%	1	0.3%	0.8%	0.1%
60代	1,032	1,532	886	85.9%	1,309	85.4%	8	0.9%	3	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,338	1,782	1,124	84.0%	1,490	83.6%	36	3.2%	10	0.7%	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 76 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	
60人	23人	38.3%	37人	61.7%

(人間ドック除く)

心電図検査において60人(1.0%)に心房細動所見がありました。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、そのうち約4割は未治療です。

心房細動は脳梗塞のリスクであり、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ることから、対象者の早期発見・早期介入を目的に心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)

- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の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、一体的実施プロジェクト会議においても情報を共有し、個別の保健指導に関しては各地域包括支援センター及び介護予防担当を主として高齢者介護課と連携していきます。

6) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価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、その際はKDB等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図るためには、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、後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進が必要です。

2) 事業の実施

市では、令和3年度より長野県後期高齢者医療広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行います。

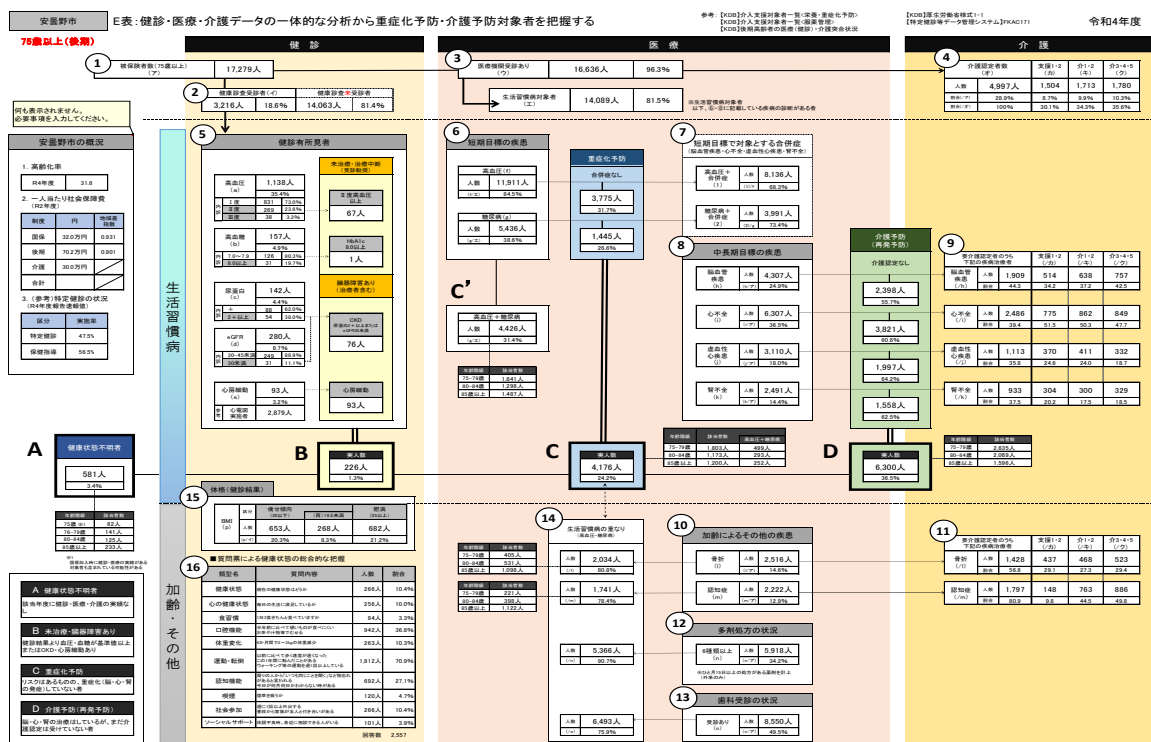
①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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地域を担当する医療専門職を配置

保健師・管理栄養士などの医療専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等を条件として抽出した後期高齢者(対象者)に個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳以上で支援が途切れないう、糖尿病・高血圧の管理台帳をもとに、重症化予防事業を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のために、高齢者介護課において実施する介護予防教室等や、地区での健康教育や健康相談を実施します。(ポピュレーションアプローチ)

図表 77 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、小児期の生活習慣病対策、特に肥満予防の重要性は容易に想起されます。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。

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

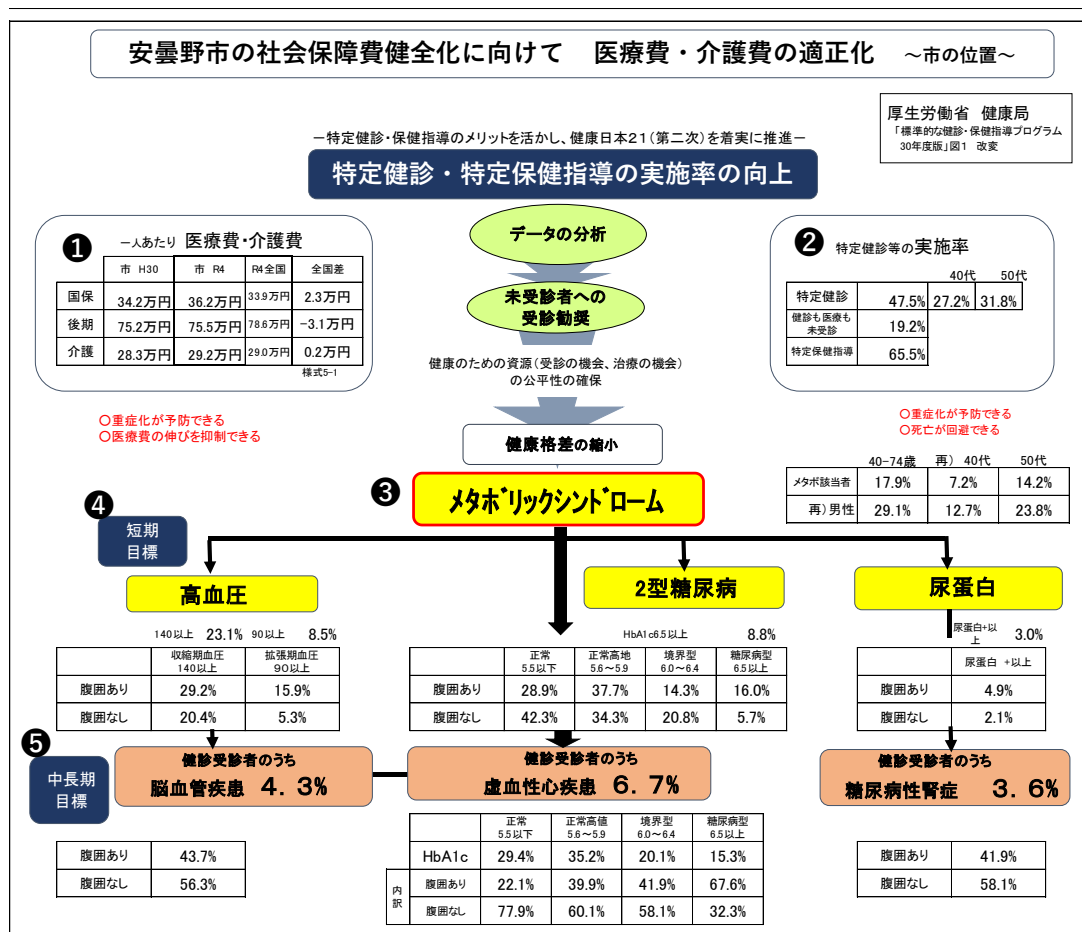
図表 78 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																
1 根拠法	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (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
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者	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)		
	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)妊婦糖尿病	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				加齢 [*] 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 79、80)

図表 79 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 80 統計からみえる安曇野市の食

統計からみえる安曇野市の食～総務省統計局 家計調査2019～2021年平均～

食品名	全国ランキング (購入量・金額)	食品名	全国ランキング (購入量・金額)
小麦粉	1位	肉類(全体)	52位
生うどん・そば	4位	牛肉および鶏肉	51位
乾うどん・そば	5位	生鮮魚介	48位
調理パン	2位	えのきたけ	1位
魚介加工品および缶詰	5位	しめじ	4位
りんご	2位	きゅうり	4位
ぶどうおよびもも	3位		
調味料			
食塩	3位		
酢	1位		
砂糖	7位		

県庁所在地(長野市)の調査結果を参考

県庁所在地および政令都市(計 52)の中の順位

VI. 医療費適正化対策の保健事業

保険者努力支援制度で求められる保険者共通指標および市町村国保固有の評価指標に明示される保健事業については、実施の適正化を判断し、必要に応じて取り組みます。特に、予防・健康づくり支援事業は、持続可能な社会保障制度のための施策として国において推進するものであり、市の現状の実態把握を行ったうえで、実施を決定していきます。

重複頻回受診者訪問指導事業、重複多剤投与者訪問指導事業、レセプト点検、医療費通知、後発医薬品差額通知などは、被保険者の健康意識を高め、適正受診・適正服薬は医療費適正化への直接的な効果が期待できるため、医療専門職等の確保や国民健康保険団体連合会等と共同して、効果的・効率的に実施します。

健康ポイント事業は、楽しみながら健康づくりを行えるとして、制度の理解や協力が進んでいますが、健診継続受診率の向上を目指し、制度の周知を行い利用促進を図ります。

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、次期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。

第7章 SDGsへの貢献

1. SDGs(Sustainable Development Goals: 持続可能な開発目標)とは

SDGsは、平成 27(2015)年 9 月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」に記載された令和 12(2030)年までの世界共通目標であり、地球上の「誰一人として取り残さない」社会の実現を目指すとしてされています。持続可能でより良い社会の実現に向けて、地方自治体が策定するあらゆる計画においても、この目標を念頭に置いた取組の推進が求められています。

2. SDGsへの貢献

SDGsには全部で 17 の目標があり、保健医療の分野ではとくに「3すべての人に健康と福祉を」「4質の高い教育をみんなに」「11 住み続けられるまちづくりを」に対する貢献が期待されます。



参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた安曇野市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳(国保) ②65～74 歳(国保)

③65～74 歳(後期) ④75 歳以上(後期)

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

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた安曇野市の位置

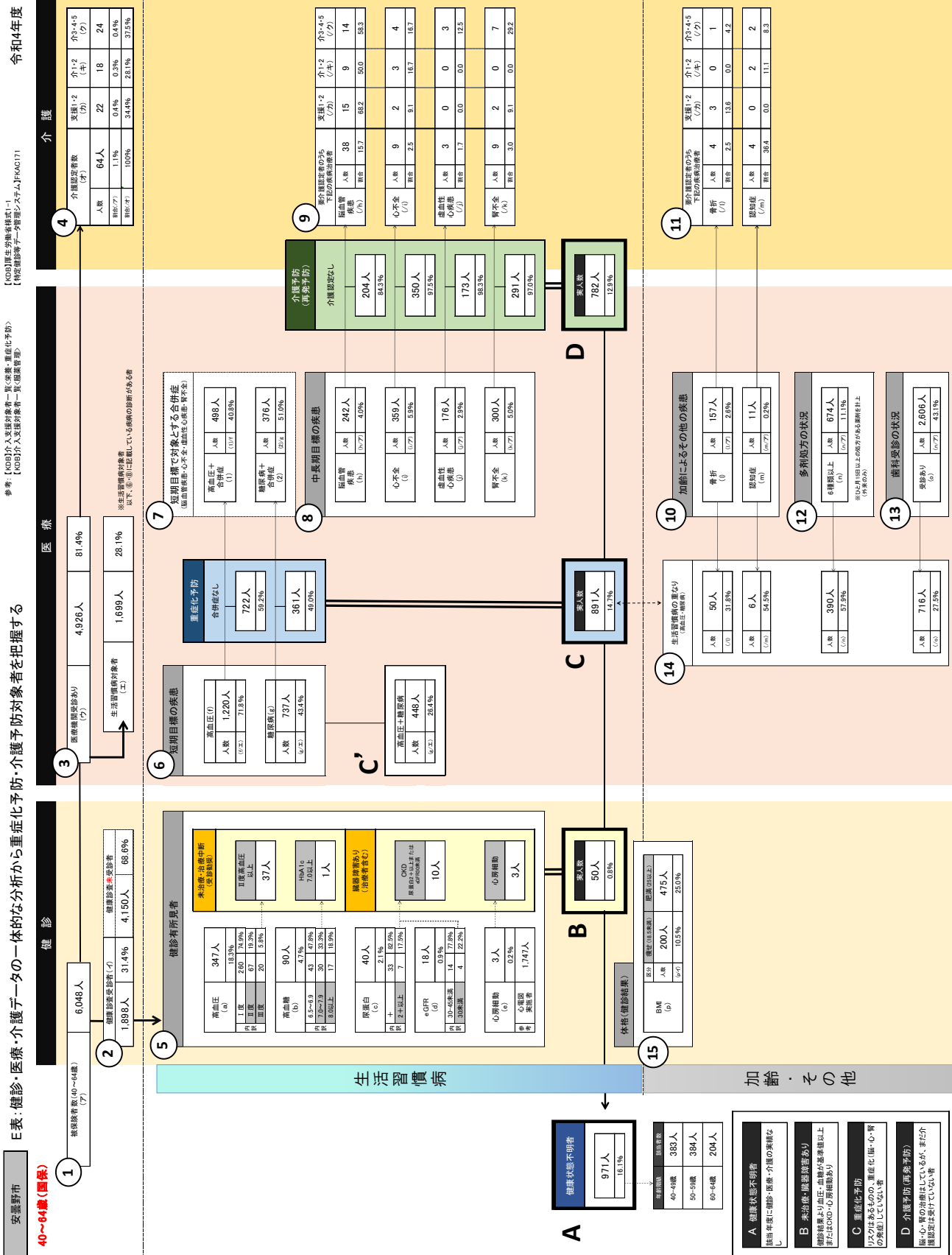
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた安曇野市の位置

R04年度

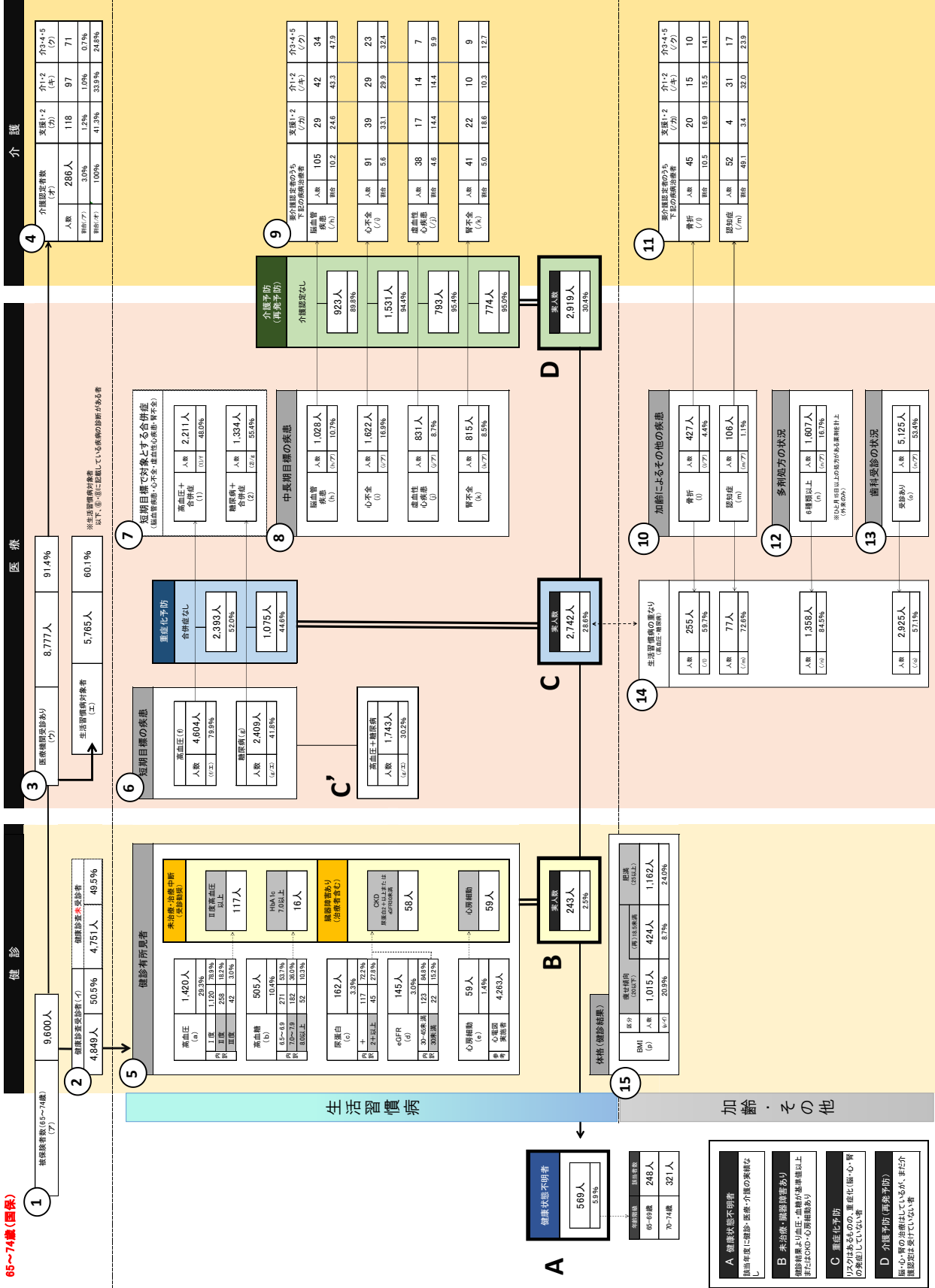
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		93,517		16,969,503		2,008,244		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		29,932 32.0		5,164,670 30.4		646,942 32.2		35,335,805 28.7		
		75歳以上		15,780 16.9		---		352,073 17.5		18,248,742 14.8		
		65~74歳		14,152 15.1		---		294,869 14.7		17,087,063 13.9		
		40~64歳		32,219 34.5		---		669,192 33.3		41,545,893 33.7		
	39歳以下		31,366 33.5		---		692,110 34.5		46,332,563 37.6		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	
	② 産業構成	第1次産業		9.0		5.6		9.3		4.0		
		第2次産業		28.6		28.6		29.2		25.0		
		第3次産業		62.5		65.8		61.6		71.0		
	③ 平均寿命	男性		81.1		80.7		81.8		80.8		
女性		87.7		87.0		87.7		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.2		80.1		81.1		80.1			
	女性		85.1		84.4		85.2		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		94.4		100.3		95.5		100		
		男性		94.2		101.2		93.8		100		
		女性		94.2		101.2		93.8		100		
		死因	がん		267 48.4		53,892 49.4		6,380 47.9		378,272 50.6	
			心臓病		150 27.2		30,362 27.8		3,679 27.6		205,485 27.5	
			脳疾患		94 17.0		16,001 14.7		2,307 17.3		102,900 13.8	
	糖尿病		13 2.4		2,063 1.9		238 1.8		13,896 1.9			
	腎不全		11 2.0		3,958 3.6		375 2.8		26,946 3.6			
	自殺		17 3.1		2,854 2.6		352 2.6		20,171 2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										
男性												
		女性										
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		5,531 18.5		932,725 18.1		113,468 17.7		6,724,030 19.4		
		新規認定者		103 0.3		15,476 0.3		1,716 0.2		110,289 0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		26,568 17.6		2,980,586 13.3		412,294 13.8		21,785,044 12.9	
			要介護1.2		61,190 40.6		10,399,684 46.4		1,367,247 45.8		78,107,378 46.3	
			要介護3以上		63,091 41.8		9,019,896 40.3		1,208,489 40.4		68,963,503 40.8	
	2号認定者		116 0.36		20,148 0.36		1,856 0.28		156,107 0.38			
	② 有病状況	糖尿病		1,306 22.5		237,003 24.2		26,401 22.3		1,712,613 24.3		
		高血圧症		3,245 56.0		523,600 53.8		65,433 55.6		3,744,672 53.3		
		脂質異常症		1,753 29.9		312,282 31.8		36,610 30.6		2,308,216 32.6		
		心臓病		3,771 65.2		590,733 60.8		74,350 63.3		4,224,628 60.3		
		脳疾患		1,579 27.6		221,742 23.1		29,320 25.4		1,568,292 22.6		
		がん		692 11.7		111,991 11.3		14,272 11.9		837,410 11.8		
		筋・骨格		3,302 56.7		516,731 53.1		65,213 55.5		3,748,372 53.4		
	精神		2,282 39.3		358,088 37.0		44,457 37.9		2,569,149 36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		292,014 8,740,577,938		274,536 1,417,885,670,317		288,366 186,555,887,417		290,668 107,627,422,689		
1件当たり給付費(全体)		57,943		63,298		62,434		59,662				
居宅サービス		39,989		41,822		40,752		41,272				
施設サービス		291,658		292,502		287,007		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		8,056 認定あり 3,867 認定なし		8,654 認定あり 4,013 認定なし		8,534 認定あり 3,975 認定なし		8,610 認定あり 4,020 認定なし			
4	① 国保の状況	被保険者数		19,198		3,472,300		443,378		27,488,882		
		65~74歳		9,463 49.3				200,162 45.1		11,129,271 40.5		
		40~64歳		6,069 31.6				142,060 32.0		9,088,015 33.1		
		39歳以下		3,666 19.1				101,156 22.8		7,271,596 26.5		
	加入率		20.5		20.5		22.1		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		5 0.3		1146 0.3		126 0.3		8,237 0.3		
		診療所数		85 4.4		12,471 3.6		1,564 3.5		102,599 3.7		
		病床数		983 51.2		206,222 59.4		23,133 52.2		1,507,471 54.8		
		医師数		253 13.2		34,837 10.0		5,217 11.8		339,611 12.4		
		外来患者数		750.4		719.9		691.5		687.8		
		入院患者数		17.9		19.6		17.6		17.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		362,365 県内23位 同規模126位		366,294		339,076		339,680		
		受診率		768,287		739,503		709,111		705,439		
		外 来	費用の割合		62.6		59.5		61.1		60.4	
			件数の割合		97.7		97.3		97.5		97.5	
入 院		費用の割合		37.4		40.5		38.9		39.6		
		件数の割合		2.3		2.7		2.5		2.5		
1件あたり在院日数		15.0日		16.3日		15.6日		15.7日				

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)



65～74歳（国保）



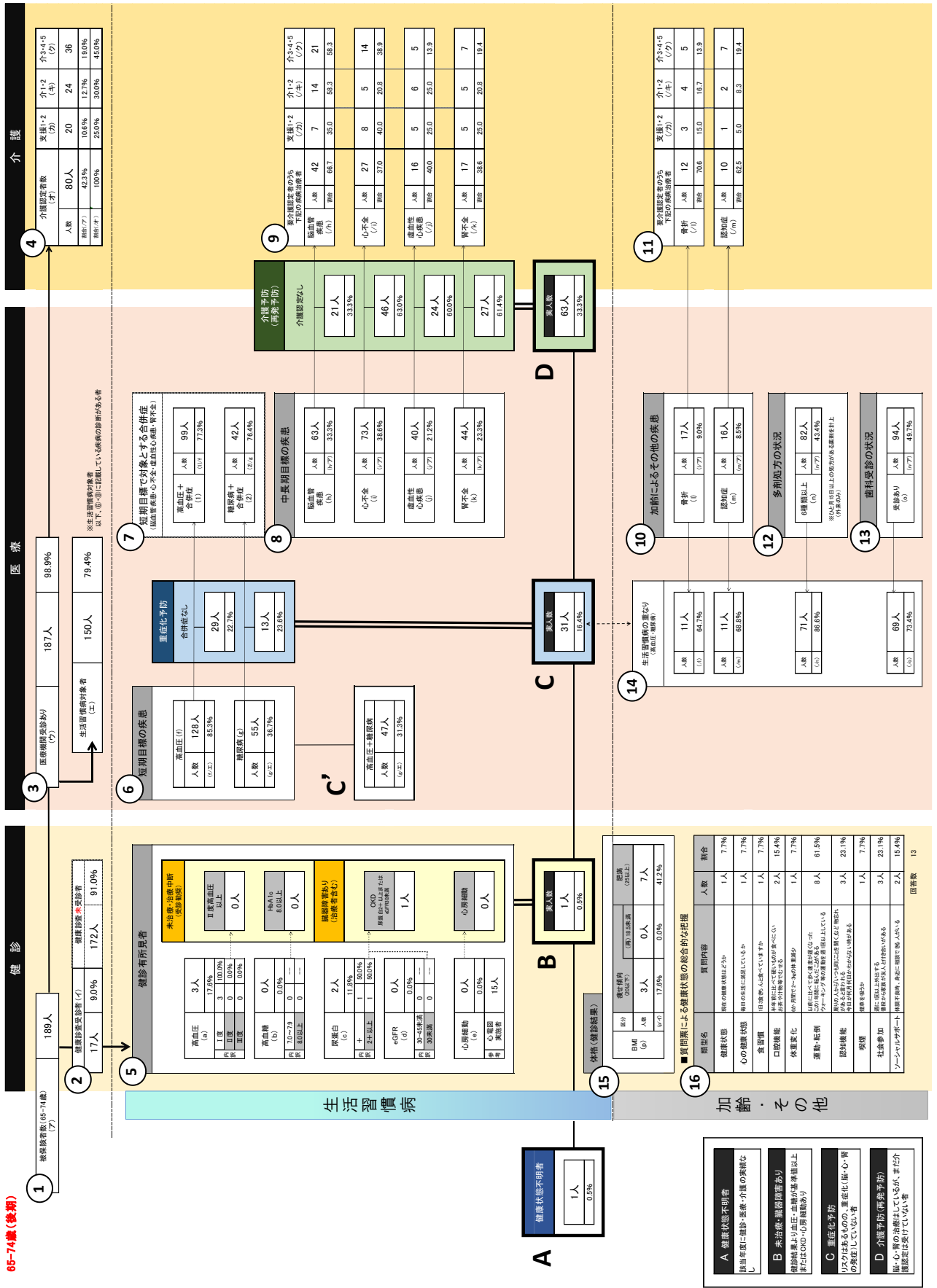
③65~74歳(後期)

安曇野市

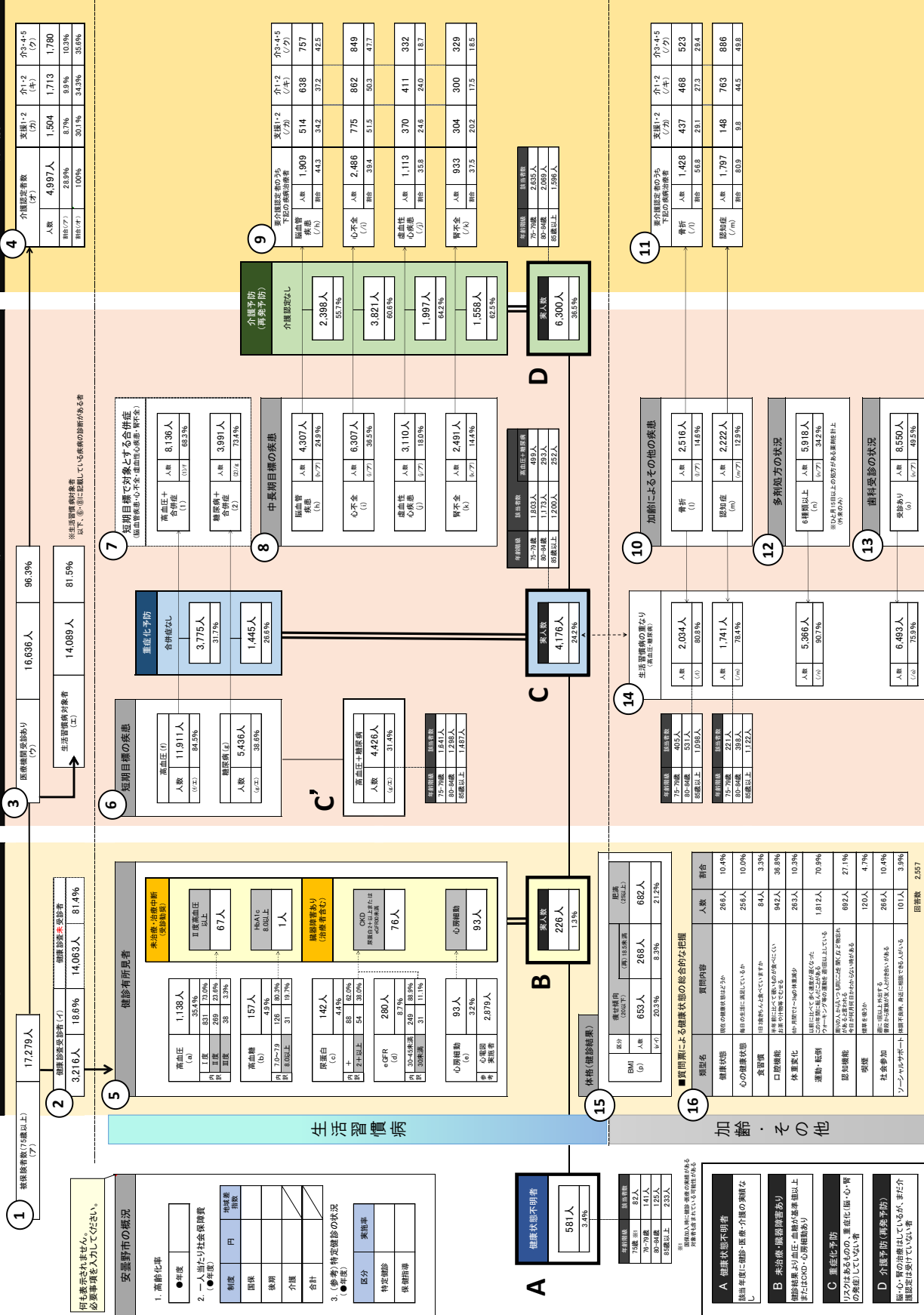
令和4年度

参考:【(A)】介入支援対象者一覧(健康・重症化予防)
【(B)】介入支援対象者一覧(健康・重症化予防)
【(C)】介入支援対象者一覧(健康・重症化予防)
【(D)】介入支援対象者一覧(健康・重症化予防)

E表:健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



75歳以上(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

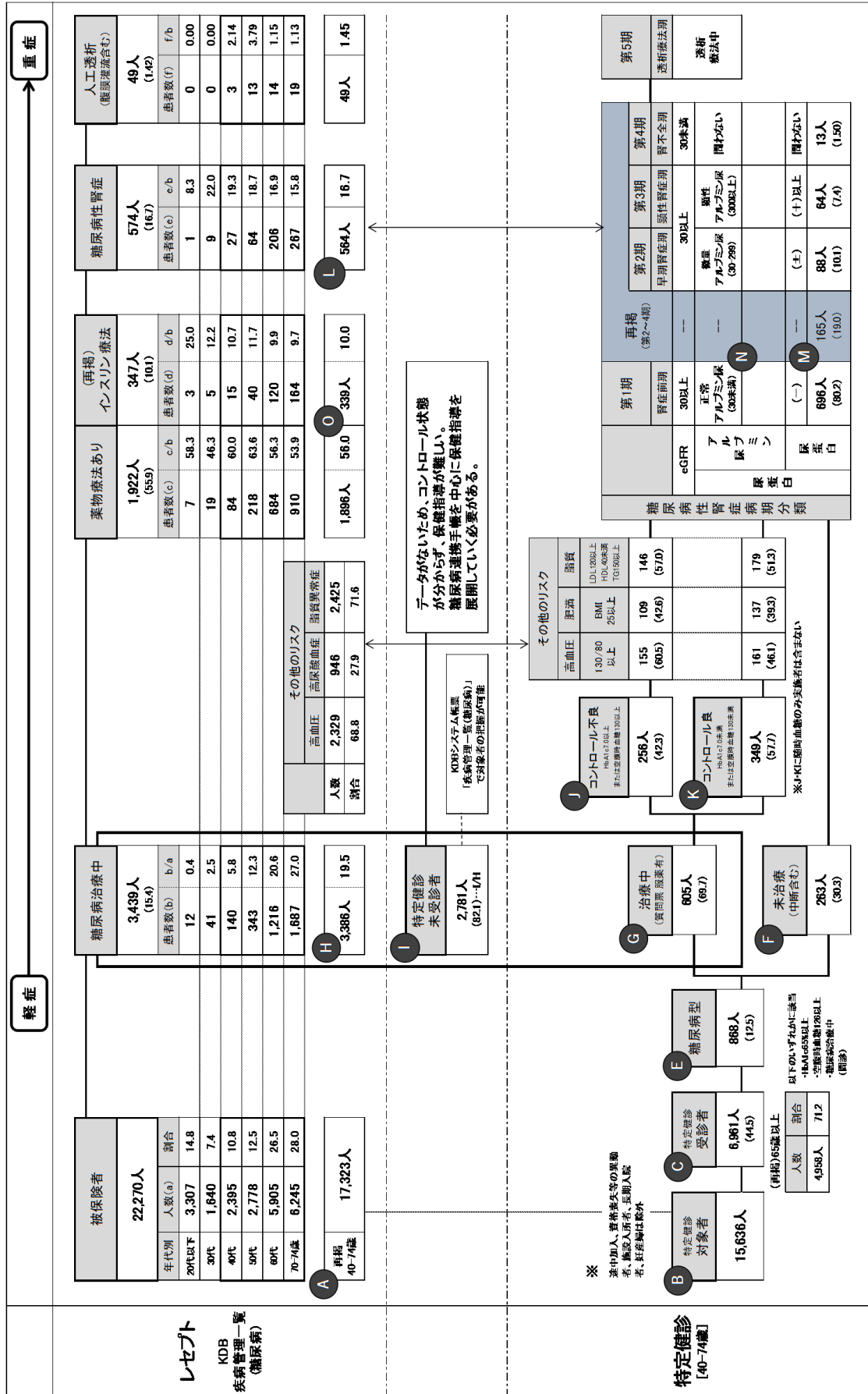
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実数表	安曇野市										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ①	被保険者数	22,477人		21,616人		20,993人		20,682人		20,243人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
1 ②	(再掲)40-74歳	18,021人		17,405人		16,923人		16,815人		16,427人						
2 ①	対象者数	15,843人		15,405人		15,251人		14,866人		14,022人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
2 ②	受診者数	7,641人		7,382人		6,226人		6,791人		6,667人						
2 ③	受診率	48.2%		47.9%		40.8%		45.7%		47.5%						
3 ①	対象者数	907人		791人		670人		696人		653人						
3 ②	実施率	52.3%		54.6%		63.9%		62.8%		65.5%						
4	健診 データ	糖尿病型	E 1,029人 13.5%		967人 13.1%		788人 12.7%		863人 12.7%		868人 13.0%				特定健診結果	
		①	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F 392人 38.1%		363人 37.5%		287人 36.4%		287人 33.3%		263人 30.3%				
		②	治療中(質問票 服薬あり)	G 637人 61.9%		604人 62.5%		501人 63.6%		576人 66.7%		605人 69.7%				
		③	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	277人 43.5%		288人 47.7%		258人 51.5%		266人 46.2%		256人 42.3%				
		④	血圧 130/80以上	172人 62.1%		177人 61.5%		172人 66.7%		156人 58.6%		157人 61.3%				
		⑤	肥満 BMI25以上	122人 44.0%		117人 40.6%		110人 42.6%		113人 42.5%		109人 42.6%				
		⑥	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K 360人 56.5%		316人 52.3%		243人 48.5%		310人 53.8%		349人 57.7%				
		⑦	第1期 尿蛋白(-)	750人 72.9%		691人 71.5%		635人 80.6%		728人 84.4%		696人 80.2%				
		⑧	第2期 尿蛋白(+)	75人 7.3%		73人 7.5%		75人 9.5%		63人 7.3%		88人 10.1%				
		⑨	第3期 尿蛋白(+)以上	79人 7.7%		76人 7.9%		65人 8.2%		56人 6.5%		64人 7.4%				
		⑩	第4期 eGFR30未満	13人 1.3%		12人 1.2%		10人 1.3%		7人 0.8%		13人 1.5%				
5	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	117.1人		115.5人		110.0人		117.9人		119.2人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳(被保険者千対)	144.4人		141.5人		134.8人		143.2人		145.1人					
		レセプト件数 (40-74歳) (1千円未満被保険者千対)	13,808件 (794.2)	13,633件 (811.2)	13,112件 (783.1)	13,572件 (826.7)	13,751件 (885.3)	2,480,774件 (911.6)					KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
		入院外(件数)	52件 (3.0)	64件 (3.8)	48件 (2.9)	64件 (3.9)	47件 (3.0)	10,514件 (3.9)								
		糖尿病治療中	H 2,631人 11.7%		2,497人 11.6%		2,310人 11.0%		2,438人 11.8%		2,412人 11.9%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳	2,603人 14.4%		2,462人 14.1%		2,282人 13.5%		2,408人 14.3%		2,383人 14.5%					
		健診未受診者	I 1,966人 75.5%		1,825人 74.1%		1,781人 78.0%		1,832人 76.1%		1,778人 74.6%					
		インスリン治療	O 242人 9.2%		212人 8.5%		181人 7.8%		215人 8.8%		212人 8.8%					
		(再掲)40-74歳	240人 9.2%		210人 8.5%		180人 7.9%		211人 8.8%		210人 8.8%					
		糖尿病性腎症	L 358人 13.6%		365人 14.6%		310人 13.4%		336人 13.8%		348人 14.4%					
		(再掲)40-74歳	356人 13.7%		364人 14.8%		309人 13.5%		332人 13.8%		343人 14.4%					
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	45人 1.7%		36人 1.4%		40人 1.7%		45人 1.8%		44人 1.8%					
		(再掲)40-74歳	45人 1.7%		36人 1.5%		40人 1.8%		45人 1.9%		44人 1.8%					
		新規透析患者数	9人		10人		11人		8人							
		(再掲)糖尿病性腎症	7人		7人		8人		5人							
		【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)	46人 1.3%		47人 1.3%		55人 1.5%		60人 1.6%		60人 1.5%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	医療費	総医療費	74億1367万円		71億3913万円		66億5842万円		71億1352万円		69億5669万円		50億8753万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
		生活習慣病総医療費	41億5028万円		40億1082万円		37億5371万円		39億1526万円		38億3565万円		27億0662万円			
		(総医療費に占める割合)	56.0%		56.2%		56.4%		55.0%		55.1%		53.2%			
		生活習慣病 対象者 一人あたり	4,697円		7,814円		4,771円		6,203円		8,531円		6,937円			
		健診未受診者	39,121円		34,834円		37,384円		38,704円		37,890円		38,519円			
		糖尿病医療費	3億9890万円		4億1049万円		3億8828万円		4億1175万円		4億1822万円		2億9434万円			
		(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.6%		10.2%		10.3%		10.5%		10.9%		10.9%			
		糖尿病入院外総医療費	12億2047万円		12億0605万円		11億6822万円		12億6720万円		12億5982万円					
		1件あたり	35,895円		36,507円		36,307円		38,794円		39,956円					
		糖尿病入院総医療費	6億1672万円		6億0059万円		5億0904万円		5億9121万円		5億3620万円					
		1件あたり	625,475円		654,238円		620,784円		680,335円		653,903円					
		在院日数	17日		17日		16日		15日		15日					
		慢性腎不全医療費	3億8538万円		3億4180万円		3億3353万円		3億5693万円		3億3210万円		2億2640万円			
		透析有り	3億5521万円		3億0802万円		3億0471万円		3億3361万円		3億0549万円		2億1152万円			
		透析なし	3016万円		3379万円		2882万円		2333万円		2661万円		1487万円			
7	介護	介護給付費	80億4710万円		82億3199万円		85億4085万円		87億0298万円		87億4058万円		56億7154万円			
		(2号認定者)糖尿病合併症	10件 13.5%		10件 13.0%		10件 16.1%		12件 17.6%		10件 14.5%					
8 ①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	16人 1.4%		18人 1.6%		11人 1.0%		13人 1.2%		13人 1.2%		3,958人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

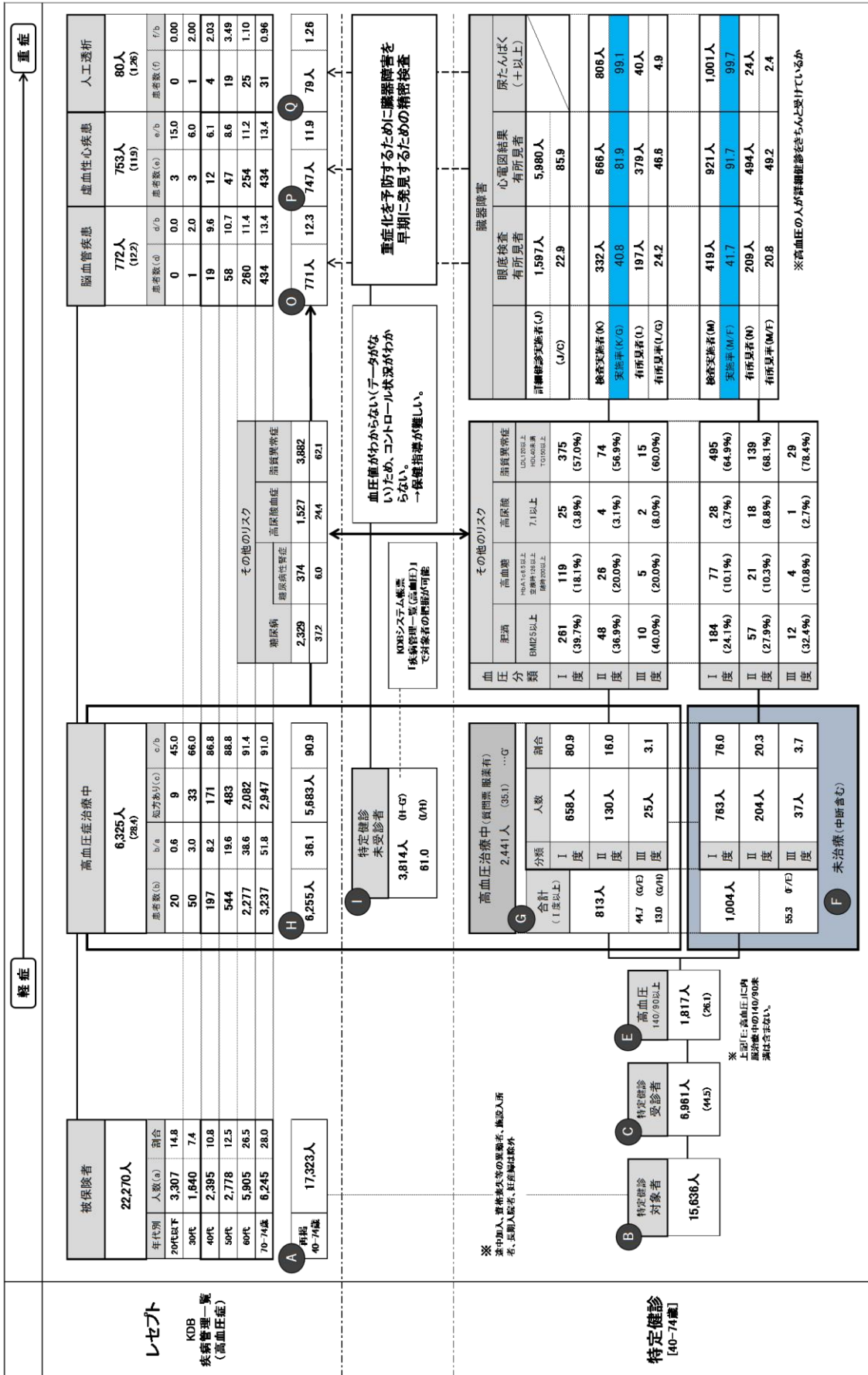


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度途中で資格を失っている者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、KDB糖尿病介入支援対象者一覧(重症化予防)から集計

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

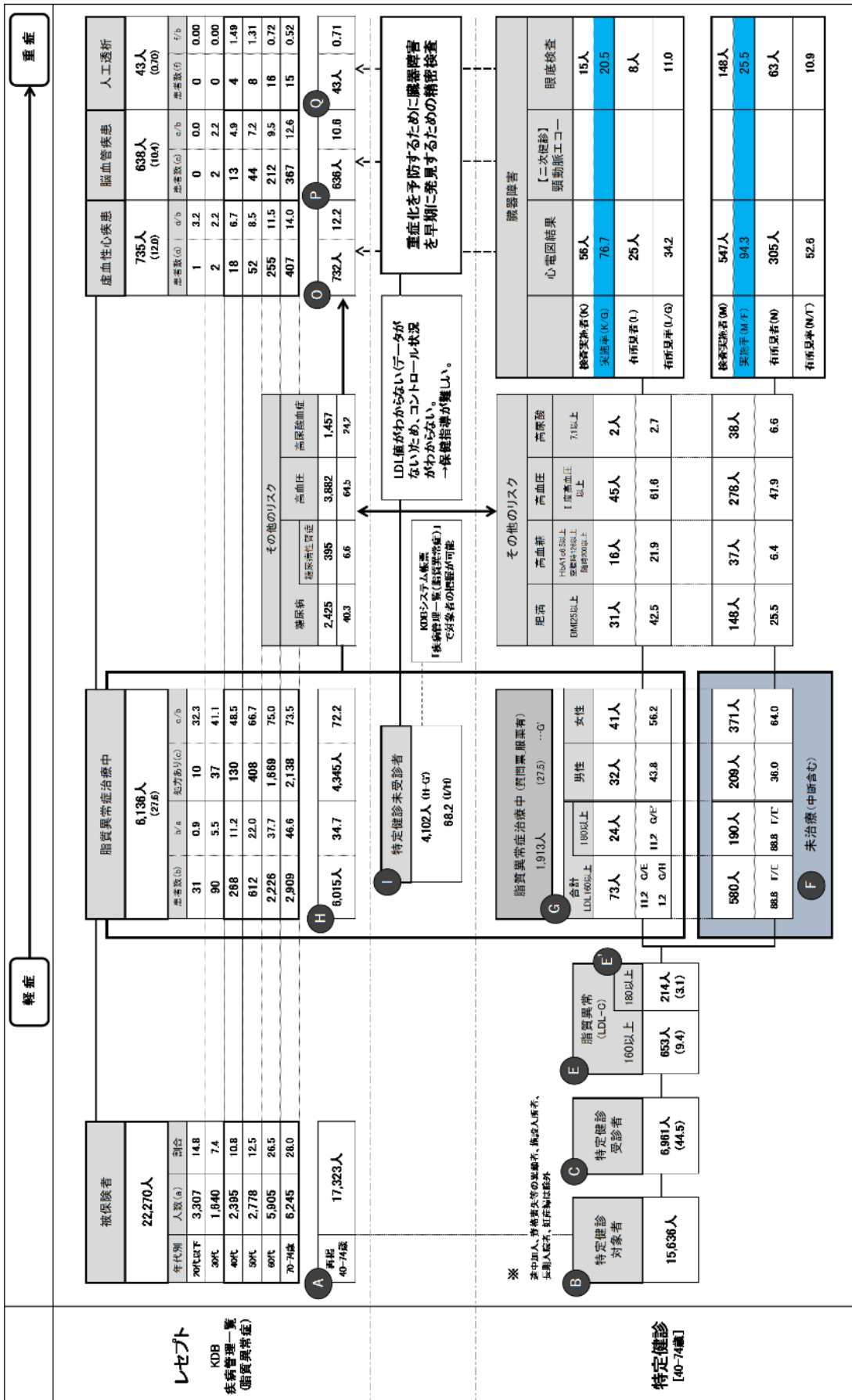
令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に診療がある患者を主とし(年度途中の加入者や年度末時点で診療を中止している者も含む)
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、I, KDB構築、介入支援担当者一覧(受診・重症化予防)から集計

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※セプト情報：該当年度に診療がある患者の年度途中の加入者や年度途中の加入者や年度途中の加入者や年度途中の加入者(年齢・性別・性別)から集計
※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、1000名未満の患者(年齢・性別)から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	7,948	2,616	32.9%	3,119	39.2%	1,479	18.6%	424	5.3%	233	2.9%	77	1.0%	166	2.1%	49	0.6%
H30	7,909	2,273	28.7%	3,147	39.8%	1,716	21.7%	451	5.7%	254	3.2%	68	0.9%	170	2.1%	52	0.7%
R01	7,677	2,593	33.8%	2,882	37.5%	1,462	19.0%	408	5.3%	239	3.1%	93	1.2%	178	2.3%	71	0.9%
R02	6,433	2,343	36.4%	2,385	37.1%	1,121	17.4%	295	4.6%	232	3.6%	57	0.9%	152	2.4%	41	0.6%
R03	7,053	2,778	39.4%	2,498	35.4%	1,159	16.4%	326	4.6%	220	3.1%	72	1.0%	155	2.2%	46	0.7%
R04	6,922	2,647	38.2%	2,537	36.7%	1,129	16.3%	323	4.7%	213	3.1%	73	1.1%	162	2.3%	54	0.8%

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	人数	割合		
H29	7,948	2,616 32.9%	3,119 39.2%	1,479 18.6%	734 9.2%	317 43.2%	417 56.8%	310 3.9%	83 26.8%	227 73.2%	9.2%
H30	7,909	2,273 28.7%	3,147 39.8%	1,716 21.7%	773 9.8%	332 42.9%	441 57.1%	322 4.1%	88 27.3%	234 72.7%	9.8%
R01	7,677	2,593 33.8%	2,882 37.5%	1,462 19.0%	740 9.6%	318 43.0%	422 57.0%	332 4.3%	83 25.0%	249 75.0%	9.6%
R02	6,433	2,343 36.4%	2,385 37.1%	1,121 17.4%	584 9.1%	236 40.4%	348 59.6%	289 4.5%	73 25.3%	216 74.7%	9.1%
R03	7,053	2,778 39.4%	2,498 35.4%	1,159 16.4%	618 8.8%	233 37.7%	385 62.3%	292 4.1%	75 25.7%	217 74.3%	8.8%
R04	6,922	2,647 38.2%	2,537 36.7%	1,129 16.3%	609 8.8%	217 35.6%	392 64.4%	286 4.1%	71 24.8%	215 75.2%	8.8%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	631	7.9%	8	1.3%	44	7.0%	162	25.7%	190	30.1%	169	26.8%	58	9.2%	123	19.5%	36	5.7%
	H30	635	8.0%	9	1.4%	42	6.6%	143	22.5%	207	32.6%	193	30.4%	41	6.5%	125	19.7%	30	4.7%
	R01	603	7.9%	12	2.0%	28	4.6%	141	23.4%	173	28.7%	181	30.0%	68	11.3%	139	23.1%	49	8.1%
	R02	501	7.8%	3	0.6%	24	4.8%	126	25.1%	132	26.3%	172	34.3%	44	8.8%	117	23.4%	33	6.6%
	R03	576	8.2%	9	1.6%	49	8.5%	133	23.1%	168	29.2%	167	29.0%	50	8.7%	115	20.0%	29	5.0%
R04	603	8.7%	18	3.0%	40	6.6%	153	25.4%	177	29.4%	163	27.0%	52	8.6%	124	20.6%	37	6.1%	
治療なし	H29	7,317	92.1%	2,608	35.6%	3,075	42.0%	1,317	18.0%	234	3.2%	64	0.9%	19	0.3%	43	0.6%	13	0.2%
	H30	7,274	92.0%	2,264	31.1%	3,105	42.7%	1,573	21.6%	244	3.4%	61	0.8%	27	0.4%	45	0.6%	22	0.3%
	R01	7,074	92.1%	2,581	36.5%	2,854	40.3%	1,321	18.7%	235	3.3%	58	0.8%	25	0.4%	39	0.6%	22	0.3%
	R02	5,932	92.2%	2,340	39.4%	2,361	39.8%	995	16.8%	163	2.7%	60	1.0%	13	0.2%	35	0.6%	8	0.1%
	R03	6,477	91.8%	2,769	42.8%	2,449	37.8%	1,026	15.8%	158	2.4%	53	0.8%	22	0.3%	40	0.6%	17	0.3%
R04	6,319	91.3%	2,629	41.6%	2,497	39.5%	976	15.4%	146	2.3%	50	0.8%	21	0.3%	38	0.6%	17	0.3%	

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	7,988	2,231	27.9%	1,485	18.6%	2,180	27.3%	1,629	20.4%	407	5.1%	56	0.7%
H30	7,933	2,129	26.8%	1,553	19.6%	2,159	27.2%	1,653	20.8%	371	4.7%	68	0.9%
R01	7,721	2,139	27.7%	1,417	18.4%	2,190	28.4%	1,545	20.0%	358	4.6%	72	0.9%
R02	6,505	1,630	25.1%	1,208	18.6%	1,828	28.1%	1,438	22.1%	331	5.1%	70	1.1%
R03	7,104	1,922	27.1%	1,324	18.6%	1,898	26.7%	1,496	21.1%	402	5.7%	62	0.9%
R04	6,961	1,934	27.8%	1,335	19.2%	1,875	26.9%	1,421	20.4%	334	4.8%	62	0.9%

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	割合	割合	
H29	7,988	3,716 46.5%	2,180 27.3%	1,629 20.4%	463	256	207	5.8%	5.8%	
					56	35	21			
H30	7,933	3,682 46.4%	2,159 27.2%	1,653 20.8%	439	255	184	5.5%	5.5%	
					68	47	21			
R01	7,721	3,556 46.1%	2,190 28.4%	1,545 20.0%	430	249	181	5.6%	5.6%	
					72	39	33			
R02	6,505	2,838 43.6%	1,828 28.1%	1,438 22.1%	401	221	180	6.2%	6.2%	
					70	45	25			
R03	7,104	3,246 45.7%	1,898 26.7%	1,496 21.1%	464	270	194	6.5%	6.5%	
					62	42	20			
R04	6,961	3,269 47.0%	1,875 26.9%	1,421 20.4%	396	241	155	5.7%	5.7%	
					62	37	25			

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	2,795	35.0%	406	14.5%	519	18.6%	908	32.5%	755	27.0%	186	6.7%	21	0.8%
	H30	2,707	34.1%	338	12.5%	549	20.3%	884	32.7%	752	27.8%	163	6.0%	21	0.8%
	R01	2,644	34.2%	388	14.7%	505	19.1%	867	32.8%	703	26.6%	148	5.6%	33	1.2%
	R02	2,384	36.6%	304	12.8%	439	18.4%	762	32.0%	699	29.3%	155	6.5%	25	1.0%
	R03	2,495	35.1%	347	13.9%	498	20.0%	797	31.9%	659	26.4%	174	7.0%	20	0.8%
	R04	2,441	35.1%	351	14.4%	504	20.6%	773	31.7%	658	27.0%	130	5.3%	25	1.0%
治療なし	H29	5,193	65.0%	1,825	35.1%	966	18.6%	1,272	24.5%	874	16.8%	221	4.3%	35	0.7%
	H30	5,226	65.9%	1,791	34.3%	1,004	19.2%	1,275	24.4%	901	17.2%	208	4.0%	47	0.9%
	R01	5,077	65.8%	1,751	34.5%	912	18.0%	1,323	26.1%	842	16.6%	210	4.1%	39	0.8%
	R02	4,121	63.4%	1,326	32.2%	769	18.7%	1,066	25.9%	739	17.9%	176	4.3%	45	1.1%
	R03	4,609	64.9%	1,575	34.2%	826	17.9%	1,101	23.9%	837	18.2%	228	4.9%	42	0.9%
	R04	4,520	64.9%	1,583	35.0%	831	18.4%	1,102	24.4%	763	16.9%	204	4.5%	37	0.8%

参考資料9 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	7,988	4,096	51.3%	2,000	25.0%	1,172	14.7%	486	6.1%	234	2.9%
	H30	7,933	3,848	48.5%	2,009	25.3%	1,268	16.0%	538	6.8%	270	3.4%
	R01	7,721	3,697	47.9%	1,958	25.4%	1,276	16.5%	516	6.7%	274	3.5%
	R02	6,505	3,164	48.6%	1,627	25.0%	1,040	16.0%	457	7.0%	217	3.3%
	R03	7,103	3,445	48.5%	1,752	24.7%	1,130	15.9%	522	7.3%	254	3.6%
男性	R04	6,961	3,540	50.9%	1,693	24.3%	1,075	15.4%	439	6.3%	214	3.1%
	H29	3,490	1,946	55.8%	827	23.7%	472	13.5%	172	4.9%	73	2.1%
	H30	3,505	1,858	53.0%	863	24.6%	503	14.4%	200	5.7%	81	2.3%
	R01	3,374	1,779	52.7%	806	23.9%	516	15.3%	183	5.4%	90	2.7%
	R02	2,844	1,526	53.7%	683	24.0%	394	13.9%	174	6.1%	67	2.4%
女性	R03	3,091	1,634	52.9%	730	23.6%	433	14.0%	215	7.0%	79	2.6%
	R04	2,977	1,621	54.5%	708	23.8%	407	13.7%	172	5.8%	69	2.3%
	H29	4,498	2,150	47.8%	1,173	26.1%	700	15.6%	314	7.0%	161	3.6%
	H30	4,428	1,990	44.9%	1,146	25.9%	765	17.3%	338	7.6%	189	4.3%
	R01	4,347	1,918	44.1%	1,152	26.5%	760	17.5%	333	7.7%	184	4.2%
女性	R02	3,661	1,638	44.7%	944	25.8%	646	17.6%	283	7.7%	150	4.1%
	R03	4,012	1,811	45.1%	1,022	25.5%	697	17.4%	307	7.7%	175	4.4%
	R04	3,984	1,919	48.2%	985	24.7%	668	16.8%	267	6.7%	145	3.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	
					再)180以上	未治療	治療		
H29	7,988	4,096 51.3%	2,000 25.0%	1,172 14.7%	720 9.0%	649 90.1%	71 9.9%	2.9%	9.0%
H30	7,933	3,848 48.5%	2,009 25.3%	1,268 16.0%	808 10.2%	723 89.5%	85 10.5%	3.4%	10.2%
R01	7,721	3,697 47.9%	1,958 25.4%	1,276 16.5%	790 10.2%	707 89.5%	83 10.5%	3.5%	10.2%
R02	6,505	3,164 48.6%	1,627 25.0%	1,040 16.0%	674 10.4%	603 89.5%	71 10.5%	3.3%	10.4%
R03	7,103	3,445 48.5%	1,752 24.7%	1,130 15.9%	776 10.9%	696 89.7%	80 10.3%	3.6%	10.9%
R04	6,961	3,540 50.9%	1,693 24.3%	1,075 15.4%	653 9.4%	580 88.8%	73 11.2%	3.1%	9.4%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,910	23.9%	1,309	68.5%	371	19.4%	159	8.3%	56	2.9%	15	0.8%
	H30	1,920	24.2%	1,254	65.3%	403	21.0%	178	9.3%	61	3.2%	24	1.3%
	R01	1,975	25.6%	1,293	65.5%	407	20.6%	192	9.7%	53	2.7%	30	1.5%
	R02	1,721	26.5%	1,160	67.4%	343	19.9%	147	8.5%	53	3.1%	18	1.0%
	R03	1,905	26.8%	1,296	68.0%	364	19.1%	165	8.7%	52	2.7%	28	1.5%
治療なし	R04	1,913	27.5%	1,340	70.0%	367	19.2%	133	7.0%	49	2.6%	24	1.3%
	H29	6,078	76.1%	2,787	45.9%	1,629	26.8%	1,013	16.7%	430	7.1%	219	3.6%
	H30	6,013	75.8%	2,594	43.1%	1,606	26.7%	1,090	18.1%	477	7.9%	246	4.1%
	R01	5,746	74.4%	2,404	41.8%	1,551	27.0%	1,084	18.9%	463	8.1%	244	4.2%
	R02	4,784	73.5%	2,004	41.9%	1,284	26.8%	893	18.7%	404	8.4%	199	4.2%
治療なし	R03	5,198	73.2%	2,149	41.3%	1,388	26.7%	965	18.6%	470	9.0%	226	4.3%
	R04	5,048	72.5%	2,200	43.6%	1,326	26.3%	942	18.7%	390	7.7%	190	3.8%

項目				白：安曇野市 黒：松本圏域 赤：長野県														
				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					
①~⑦: 共通情報 ①~⑤: 共通評価指標	①	人口構成	総数	自	97,800		自	97,494		自	97,152		自	96,752		自	96,605	
			黒	427,258		黒	425,428		黒	423,713		黒	421,597		黒	420,476		
			赤	2,101,891		赤	2,087,307		赤	2,072,219		赤	2,056,970		赤	2,043,798		
			39歳以下	自	34,797		自	34,220		自	33,637		自	32,957		自	32,614	
			黒	161,947		黒	159,286		黒	156,928		黒	154,137		黒	152,818		
			赤	764,509		赤	749,825		赤	734,118		赤	719,806		赤	709,886		
	40~64歳	自	33,148		自	33,182		自	33,095		自	33,240		自	33,368			
	黒	142,695		黒	142,786		黒	142,666		黒	142,716		黒	143,141				
	赤	688,986		赤	686,178		赤	683,112		赤	679,670		赤	678,299				
	65~74歳	自	14,500		自	14,204		自	14,323		自	14,207		自	13,674			
	黒	57,293		黒	56,422		黒	56,995		黒	56,931		黒	54,646				
	赤	300,293		赤	296,721		赤	299,888		赤	301,032		赤	289,050				
	75歳以上	自	15,355		自	15,888		自	16,097		自	16,348		自	16,949			
	黒	65,234		黒	66,826		黒	67,015		黒	67,700		黒	69,803				
	赤	347,644		赤	354,146		赤	354,619		赤	355,986		赤	366,144				
	②		65歳以上（高齢化率）	自	29,855		自	30,092		自	30,420		自	30,555		自	30,623	
	黒	122,527		黒	123,248		黒	124,010		黒	124,631		黒	124,449				
	赤	647,937		赤	650,867		赤	654,507		赤	657,018		赤	655,194				
	③	被保険者構成	総被保険者数	自	21,687		自	20,972		自	20,790		自	20,252		自	19,198	
			黒	91,799		黒	89,128		黒	88,084		黒	85,653		黒	81,553		
赤			459,992		赤	445,046		赤	438,548		赤	426,859		赤	407,690			
39歳以下			自	4,300		自	4,165		自	4,046		自	3,835		自	3,666		
黒			21,657		黒	20,608		黒	19,897		黒	18,887		黒	18,085			
赤			101,741		赤	96,815		赤	92,009		赤	87,902		赤	85,489			
40~64歳			自	6,757		自	6,530		自	6,375		自	6,269		自	6,069		
黒			28,825		黒	28,236		黒	27,612		黒	27,038		黒	26,302			
赤			144,090		赤	138,757		赤	135,630		赤	131,688		赤	128,003			
65~74歳			自	10,630		自	10,277		自	10,369		自	10,148		自	9,463		
黒			41,317		黒	40,284		黒	40,575		黒	39,728		黒	37,166			
赤			214,161		赤	209,474		赤	210,909		赤	207,269		赤	194,198			
男性			総被保険者数	自	10,449		自	10,128		自	10,004		自	9,681		自	9,205	
			黒	44,633		黒	43,368		黒	42,898		黒	41,574		黒	39,666		
			赤	225,722		赤	218,507		赤	215,590		赤	209,118		赤	200,200		
			39歳以下	自	2,184		自	2,142		自	2,057		自	1,938		自	1,859	
			黒	11,038		黒	10,561		黒	10,193		黒	9,615		黒	9,222		
			赤	52,759		赤	50,162		赤	47,750		赤	45,340		赤	44,289		
40~64歳	自	3,352		自	3,254		自	3,183		自	3,137		自	3,087				
黒	14,350		黒	14,129		黒	13,904		黒	13,643		黒	13,439					
赤	72,128		赤	69,771		赤	68,585		赤	66,777		赤	65,370					
65~74歳	自	4,913		自	4,732		自	4,764		自	4,606		自	4,259				
黒	19,245		黒	18,678		黒	18,801		黒	18,316		黒	17,005					
赤	100,835		赤	98,574		赤	99,255		赤	97,001		赤	90,541					
女性	総被保険者数	自	11,238		自	10,844		自	10,786		自	10,571		自	9,993			
	黒	47,166		黒	45,760		黒	45,186		黒	44,079		黒	41,887				
	赤	234,270		赤	226,539		赤	222,958		赤	217,741		赤	207,490				
	39歳以下	自	2,116		自	2,023		自	1,989		自	1,897		自	1,807			
	黒	10,619		黒	10,047		黒	9,704		黒	9,272		黒	8,863				
	赤	48,982		赤	46,653		赤	44,259		赤	42,562		赤	41,200				
40~64歳	自	3,405		自	3,276		自	3,192		自	3,132		自	2,982				
黒	14,475		黒	14,107		黒	13,708		黒	13,395		黒	12,863					
赤	71,962		赤	68,986		赤	67,045		赤	64,911		赤	62,633					
65~74歳	自	5,717		自	5,545		自	5,605		自	5,542		自	5,204				
黒	22,072		黒	21,606		黒	21,774		黒	21,412		黒	20,161					
赤	113,326		赤	110,900		赤	111,654		赤	110,268		赤	103,657					
④	平均余命	男性	自	81.1		自	81.8		自	82.2		自	82.6		自	82.8		
			黒	82.3		黒	82.5		黒	82.3		黒	82.3		黒	82.9		
		赤	82.0		赤	82.1		赤	82.5		赤	82.5		赤	82.5			
		女性	自	87.8		自	88.0		自	87.9		自	88.2		自	88.4		
黒	88.1		黒	88.0		黒	88.1		黒	88.2		黒	88.3					
赤	87.8		赤	87.8		赤	88.0		赤	87.9		赤	88.3					
⑤	平均自立期間 （要介護2以上）	男性	自	79.6		自	80.3		自	80.7		自	81.0		自	81.2		
			黒	80.6		黒	80.8		黒	80.7		黒	80.8		黒	81.3		
		赤	80.6		赤	80.7		赤	81.0		赤	81.1		赤	81.1			
		女性	自	84.5		自	84.7		自	84.7		自	84.9		自	85.1		
黒	84.7		黒	84.7		黒	84.8		黒	84.9		黒	85.2					
赤	84.6		赤	84.7		赤	84.9		赤	84.9		赤	85.2					
⑥	死亡の状況	死因	心疾患	自	149		自	126		自	150		自	176		自	174	
			黒	721		黒	665		黒	665		黒	686		黒	804		
			赤	3,968		赤	3,886		赤	3,679		赤	3,725		赤	4,242		
		脳血管疾患	自	95		自	121		自	94		自	108		自	122		
		黒	414		黒	453		黒	424		黒	439		黒	460			
		赤	2,405		赤	2,457		赤	2,307		赤	2,300		赤	2,365			
		腎不全	自	21		自	14		自	11		自	22		自	20		
		黒	89		黒	63		黒	65		黒	73		黒	74			
赤	402		赤	390		赤	375		赤	426		赤	475					
⑦	標準化死亡比 （SMR） 圏：松本保健所	男性	自	94.4		自	94.4		自	94.4		自	94.4		自	94.4		
			黒	89.9		黒	89.9		黒	89.9		黒	89.9		黒	89.9		
		赤	90.5		赤	90.5		赤	90.5		赤	90.5		赤	90.5			
		女性	自	94.2		自	94.2		自	94.2		自	94.2		自	94.2		
黒	92.0		黒	92.0		黒	92.0		黒	92.0		黒	92.0					
赤	93.8		赤	93.8		赤	93.8		赤	93.8		赤	93.8					

項目				自：安曇野市 圏：松本圏域 県：長野県																				
				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		
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	特定健診受診率	総数	自	7,641	48.2	7,382	47.9	6,226	40.8	6,791	45.7	6,667	47.5											
			圏	29,778	46.2	27,859	44.8	23,516	37.9	26,127	43.4	25,139	44.2											
			県	153,815	46.9	148,217	46.8	130,662	41.5	138,936	45.3	135,020	46.5											
		男性	総数	総数割合	自	3,371	44.6	3,234	44.1	2,716	37.5	2,948	41.9	2,862	43.1									
					圏	12,838	41.5	12,046	40.3	10,046	33.8	11,284	39.0	10,831	39.7									
			年代別割合	自	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59				
				圏	23.8	22.4	30.7	29.5	24.3	22.3	25.0	32.1	18.7	18.8	22.2	24.7	23.0	20.8	29.1	28.9	29.9	24.9	29.7	
				県	21.6	23.8	27.3	28.1	22.0	22.8	24.8	28.3	15.1	18.7	21.4	22.4	21.0	22.7	25.9	27.8	22.9	23.5	26.6	28.8
				県	25.1	25.9	28.5	31.5	26.7	25.8	28.8	32.4	21.1	22.4	24.7	27.4	25.2	26.4	28.6	31.4	27.0	26.8	29.0	32.4
		年代別割合	自	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74			
			圏	38.9	52.1	54.6	35.4	51.5	55.7	35.8	47.4	50.6	31.4	45.4	46.0	34.6	49.1	51.7	37.1	50.4	51.9			
			県	37.8	48.5	52.0	35.8	47.4	50.6	35.8	47.4	50.6	29.1	40.0	42.9	34.4	46.3	47.9	36.3	47.0	48.5			
県	39.1		48.4	52.4	38.4	48.2	51.7	38.4	48.2	51.7	33.7	43.3	46.4	37.9	46.9	49.4	39.7	48.8	51.0					
女性	総数	総数割合	自	4,270	51.5	4,148	51.4	3,510	43.9	3,843	49.1	3,805	51.6											
			圏	16,940	50.6	15,813	48.9	13,470	41.8	14,843	47.5	14,308	48.5											
	年代別割合	自	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59						
		圏	30.1	25.0	36.8	39.5	26.0	29.0	34.7	40.6	25.5	23.3	30.6	34.1	27.7	29.6	34.9	37.5	34.4	30.8	34.9			
		県	28.2	27.6	33.1	41.6	26.2	28.4	32.2	40.7	21.3	22.3	27.9	32.0	27.3	28.6	33.0	37.4	26.9	29.8	34.2	38.5		
		県	31.3	31.2	35.6	42.3	30.6	32.1	35.2	41.7	26.5	26.7	30.2	35.8	30.9	31.8	34.7	40.5	32.3	33.5	35.4	41.0		
年代別割合	自	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74					
	圏	50.6	55.9	59.3	51.0	56.9	58.0	43.0	49.5	48.7	48.3	55.3	54.1	51.0	57.5	57.2	51.0	57.5	57.2					
	県	49.7	55.8	58.9	48.4	53.7	56.6	39.2	45.3	49.9	45.9	52.3	54.4	47.4	53.1	55.6	49.3	54.6	55.8					
	県	49.3	55.9	57.1	49.2	55.7	56.6	42.9	49.0	51.1	47.1	53.5	54.2	47.1	53.5	54.2	49.3	54.6	55.8					

特定健診・特定保健指導

各種検査項目の有所見率

項目	①〜⑰ : 共通情報 ①〜⑤ : 共通評価指標												自 : 安曇野市 圏 : 松本圏域 県 : 長野県																	
					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							
各種検査項目の有所見率	⑨	空腹時血糖	総数	自 圏 県																										
					男性	総数	総数割合	自 圏 県	年代別割合				年代別割合				年代別割合				年代別割合									
女性	総数	総数割合	自 圏 県	40代					50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代			
				特定健診・特定保健指導	各種検査項目の有所見率	空腹時血糖	総数	自 圏 県	1,454 19.0 6,315 21.2 37,802 24.5				1,479 20.0 6,447 23.1 37,688 25.4				1,607 25.8 5,833 24.8 33,240 25.4				1,786 26.3 6,073 23.9 35,779 25.9				1,568 23.5 6,099 24.2 33,908 25.1					
男性	総数	総数割合	自 圏 県						814 24.1 3,517 27.4 21,379 31.4				816 25.2 3,572 29.6 21,279 32.3				879 32.3 3,154 31.4 18,553 32.0				948 32.1 3,275 30.0 19,946 32.5				845 29.5 3,334 30.7 19,163 31.8					
							女性	総数	総数割合	自 圏 県	640 15.0 2,798 16.5 16,423 19.1				663 16.0 2,875 18.2 16,409 19.9				728 20.7 2,679 19.9 14,687 20.2				838 21.8 2,798 19.3 15,833 20.7				723 19.0 2,765 19.3 14,745 19.7			
年代別割合	自 圏 県	40代	50代								60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代
		12.1	22.4				25.4	25.3	13.4	24.2	27.4	25.5	18.8	24.7	33.7	34.6	17.1	25.7	35.8	33.2	17.1	26.9	30.0	32.1	17.1	28.9	33.1	31.8		
収縮期血圧	総数	自 圏 県	3,406 44.6 12,690 42.6 64,697 42.0				3,239 43.8 11,642 41.7 62,256 41.9				3,003 48.2 10,698 45.5 60,044 45.9				3,131 46.1 11,682 46.0 61,858 44.8				2,918 43.7 11,085 44.0 59,258 43.8											
			男性			総数	総数割合	自 圏 県	1,592 47.2 5,845 45.5 30,585 44.9				1,514 46.7 5,418 44.9 29,477 44.8				1,405 51.7 4,907 48.8 28,235 48.6				1,473 49.9 5,359 49.1 28,865 47.1				1,316 46.0 4,990 46.0 27,423 45.4					
	女性	総数							総数割合	自 圏 県	1,814 42.5 6,845 40.4 34,112 39.7				1,725 41.6 6,224 39.3 32,779 39.7				1,598 45.5 5,791 43.0 31,809 43.7				1,658 43.2 6,323 43.7 32,993 43.0				1,602 42.0 6,095 42.5 31,835 42.5			
			年代別割合			自 圏 県	40代	50代			60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代
	23.0	36.1					47.2	53.5	21.8	42.6	47.9	50.5	28.8	41.4	51.6	57.0	23.8	38.2	51.9	54.8	22.8	34.2	48.6	51.2	22.7	34.2	46.5	50.6	22.9	34.2
	拡張期血圧	総数	自 圏 県			1,625 21.3 5,720 19.2 30,845 20.0				1,587 21.5 5,380 19.3 30,073 20.3				1,337 21.5 4,733 20.1 28,885 22.1				1,490 21.9 5,609 22.1 30,841 22.4				1,411 21.1 5,319 21.1 29,971 22.2								
男性						総数	総数割合	自 圏 県	901 26.7 3,135 24.4 17,172 25.2				848 26.2 2,890 24.0 16,704 25.4				706 26.0 2,535 25.2 15,740 27.1				804 27.3 2,967 27.2 16,752 27.3				750 26.2 2,824 26.0 16,275 27.0					
		女性	総数		総数割合				自 圏 県	724 17.0 2,585 15.3 13,673 15.9				739 17.8 2,490 15.7 13,369 16.2				631 18.0 2,198 16.3 13,145 18.1				686 17.9 2,642 18.2 14,089 18.4				661 17.3 2,495 17.4 13,696 18.3				
年代別割合						自 圏 県	40代	50代		60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代
		10.4	25.1		42.4		50.4	9.4	26.4	41.3	49.0	11.3	24.5	44.9	54.5	11.5	24.1	42.3	51.6	12.2	25.1	40.2	50.9	11.8	23.8	39.7	48.4	11.3	23.9	39.0
HDL コレステロール		総数	自 圏 県		377 4.9 1,601 5.4 7,318 4.7				385 5.2 1,353 4.9 6,803 4.6				299 4.8 1,220 5.2 5,919 4.5				280 4.1 1,161 4.6 6,306 4.6				288 4.3 1,099 4.4 5,903 4.4									
	男性				総数	総数割合	自 圏 県	293 8.7 1,225 9.5 5,780 8.5				296 9.1 1,060 8.8 5,357 8.1				242 8.9 943 9.4 4,683 8.1				221 7.5 928 8.5 5,066 8.3				227 7.9 865 8.0 4,695 7.8						
		女性	総数					総数割合	自 圏 県	84 2.0 376 2.2 1,538 1.8				89 2.1 293 1.9 1,446 1.7				57 1.6 277 2.1 1,236 1.7				59 1.5 233 1.6 1,240 1.6				61 1.6 234 1.6 1,208 1.6				
	年代別割合				自 圏 県	40代	50代			60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代
		9.6	9.3			6.5	10.4	11.3	11.1	8.1	9.2	9.9	9.2	8.3	9.2	10.5	8.9	7.2	7.0	11.8	9.2	7.9	7.0	11.4	8.5	8.7	10.2	11.0	8.6	8.4
	LDL コレステロール	総数	自 圏 県		3,934 51.5 15,423 51.8 81,284 52.8				3,831 51.8 14,607 52.4 80,082 53.9				3,195 51.3 11,894 50.6 69,031 52.8				3,484 51.3 13,448 53.0 72,888 52.8				3,276 49.1 12,654 50.2 67,725 50.1									
男性					総数	総数割合	自 圏 県	1,575 46.7 5,940 46.2 32,467 47.7				1,520 46.9 5,642 46.8 32,260 49.0				1,268 46.6 4,475 44.5 27,735 47.8				1,381 46.8 5,205 47.7 29,622 48.3				1,297 45.3 4,885 45.0 27,426 45.5						
		女性	総数					総数割合	自 圏 県	2,359 55.2 9,483 56.0 48,817 56.8				2,311 55.7 8,965 56.6 47,822 57.9				1,927 54.9 7,419 55.1 41,296 56.8				2,103 54.8 8,243 56.9 43,266 56.4				1,979 51.9 7,769 54.2 40,299 53.8				
年代別割合					自 圏 県	40代	50代			60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代
		34.7	57.5	58.4		53.8	42.6	57.6	58.2	54.4	39.2	57.4	59.2	52.3	41.6	55.7	57.2	54.2	34.9	52.6	55.7	50.9	35.8	59.4	59.9	54.0	37.8	59.4	60.4	55.2

項目				自：安曇野市 圏：松本圏域 県：長野県											
				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		
医療費分析	⑭ 高額レセプト (80万円以上) の状況	総数 (80万円以上)	件数	自 圏 県	1,225 5,126 24,181		1,260 5,216 24,591		1,158 5,268 25,200		1,247 5,549 26,285		1,268 5,455 25,721		
			医療費	自 圏 県	1,747,171,440 7,138,018,470 33,954,886,410		1,740,001,540 7,248,350,610 34,564,456,280		1,567,115,240 7,377,384,190 35,604,208,850		1,820,422,000 7,967,502,140 37,631,701,530		1,799,682,410 8,093,001,500 37,243,674,620		
				件数	自 圏 県	110 458 2,086		99 406 1,834		94 452 2,081		95 421 2,057		92 393 1,873	
		医療費	自 圏 県	151,522,460 619,943,290 2,858,398,130	8.7 8.7 8.4	131,038,890 542,377,470 2,499,410,590	7.5 7.5 7.2	121,112,500 593,638,150 2,870,803,480	7.7 8.0 8.1	131,560,240 582,279,150 2,803,895,410	7.2 7.3 7.5	113,849,610 539,596,660 2,594,901,810	6.3 6.7 7.0		
			件数	自 圏 県	40 198 927		54 186 873		39 191 858		33 189 879		49 163 679		
		医療費	自 圏 県	79,222,320 322,082,380 1,452,581,430	4.5 4.5 4.3	87,089,860 295,699,140 1,382,356,090	5.0 4.1 4.0	61,646,780 311,819,250 1,310,254,350	3.9 4.2 3.7	62,060,980 318,441,240 1,408,264,760	3.4 4.0 3.7	66,050,420 285,899,490 1,087,558,190	3.7 3.5 2.9		
			件数	自 圏 県	1,030 4,900 19,481		942 4,923 19,622		960 4,854 19,584		1,032 5,017 20,126		958 4,841 19,932		
		⑮ 人工透析者の 医療費	人工透析レセプト件数	自 圏 県	482,557,520 2,245,780,480 8,983,777,250	6.5 7.4 6.1	435,552,960 2,290,429,110 9,127,070,260	6.1 7.6 6.3	438,203,500 2,235,552,460 9,134,925,170	6.6 7.7 6.5	474,154,850 2,324,918,230 9,312,272,630	6.7 7.7 6.4	433,504,470 2,247,030,970 8,983,026,350	6.2 7.5 6.3	
				人工透析医療費 (総医療費に占める割合)	自 圏 県	18.2 19.0 18.0		18.6 19.4 18.2		18.9 19.4 18.2		19.2 19.4 18.2		18.5 18.5 17.7	
					2号認定認定率	自 圏 県	0.4 0.3 0.3		0.4 0.3 0.3		0.4 0.3 0.3		0.3 0.3 0.3		0.4 0.3 0.3
	介護	⑯ 要介護（要支援） 認定率	1号認定認定率	自 圏 県	8,047,096,239 34,492,976,737 179,048,179,364		8,231,986,306 35,140,276,187 182,286,417,449		8,540,853,275 35,608,324,724 185,738,106,292		8,702,978,115 35,618,216,520 187,274,951,627		8,740,577,938 35,572,025,141 186,555,887,417		
			一件当たり給付費	自 圏 県	58,310 57,726 62,215		58,654 58,084 62,530		59,156 58,411 63,476		58,335 57,805 63,158		57,943 57,440 62,434		

第3期安曇野市国民健康保険保健事業実施計画（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（2024）年3月発行

編集、発行 : 保健医療部 国保年金課 国保年金担当

〒399-8281 安曇野市豊科 6000 番地（本庁舎）

TEL : 0263(71)2000(代表) Fax : 0263 (71) 2503

: 保健医療部 健康推進課 健康支援担当

〒399-8303 安曇野市穂高 9181 番地（穂高健康支援センター）

TEL : 0263(81)0726(代表) Fax : 0263 (81) 0703

令和 6 年度安曇野市国民健康保険特別会計予算（案）について

令和 6 年度安曇野市国民健康保険特別会計予算編成における国民健康保険事業の
現況と今後の見通し（概要）

○安曇野市国民健康保険の現況

国民健康保険に加入している被保険者数は、令和 5 年 12 月末現在で 18,486 人であり、前年同時期(令和 4 年 12 月末 19,282 人)と比較して 796 人(-4.13%)と、被保険者数は減少しています。

被保険者数の主な減少理由としては、令和 4 年 10 月の社会保険の適用拡大によるものと、後期高齢者医療制度への移行によるものであり、後期移行者の人数は月平均 118 人程であり、団塊の世代（1947～1949 生）が後期高齢者医療制度への移行を迎えているため、被保険者の減少は引き続き続くと見込まれます。

また、前期高齢者と呼ばれる 65 歳以上 75 歳未満の区分は、令和 5 年 12 月末現在で 9,021 人であり、前年同時期(令和 4 年 12 月末は、9,613 人)と比較して、被保険者全体に占める前期高齢者の加入率は、48.8%と前年同時期と比較して 1.1 ポイントの減少となっています。前期高齢者の医療費費用額の割合は、62.4%（11 月診療分迄）と高い割合を示しております。

令和 5 年度の一人当たり医療費については、令和 6 年度に判明するため、現状では比較できませんが、12 月時点での一人当たりの保険給付費（療養給付・療養費・高額療養費）の執行額を前年と比較すると、約 3.5%と増加しており、コロナの影響で落ち込んだ令和 2 年度を除き毎年増加しています。

令和 6 年度の予算編成は、保険給付費においては、県の試算と令和 5 年度の実績を基に 6,864,961 千円、県に納付する国保事業費納付金は 2,272,226 千円の予算計上を行いました。（予算総額は、以下のとおり）

令和 6 年度予算額（案）	9 3 億 7, 8 0 5 万 8 千円
前年度当初予算額	9 6 億 4, 6 0 6 万 2 千円
対前年度比	2 億 6, 8 0 0 万 4 千円減（△2.8%）

1. 被保険者数の状況

	H30	R元	R2	R3	R4	R5
被保険者数	21,782	21,015	20,658	20,241	19,282	18,486
うち65歳以上	10,744	10,349	10,345	10,213	9,613	9,021

12月末現在：人

2. 国民健康保険税の状況

(単位：千円)

年 度	一般被保険者			退職被保険者等			全体		
	収入額	増減額	前年比	収入額	増減額	前年比	収入額	増減額	前年比
30	1,953,447	-29,605	98.5%	17,483	-25,342	40.8%	1,970,930	-54,947	97.3%
元	2,014,001	60,554	103.1%	3,159	-14,324	18.1%	2,017,160	46,230	102.3%
2	1,974,464	-39,537	98.0%	471	-2,688	14.9%	1,974,935	-42,225	97.9%
3	1,969,752	-4,712	99.8%	69	-402	14.6%	1,969,820	-5,115	99.7%
4	1,844,166	-125,586	93.6%	1,051	982	1,523.2%	1,845,217	-124,603	93.7%
5	1,758,550	-85,616	95.4%	13	-1,038	1.2%	1,758,563	-86,654	95.3%
6	1,687,000	-71,550	95.9%	4	-9	30.8%	1,687,004	-71,559	95.9%

(令和4年度までの数値は各年度の決算値、令和5年度は決算見込、令和6年度は予算ベース。以降の各表も同様です。)

試算では、56%の方が国保税の軽減対象となっており厳しい状況となっております。

3. 医療諸費の状況

・療養給付費・療養費・高額療養費(介護合算含む)の状況

(単位：千円)

年 度	一般被保険者			退職被保険者等			全体		
	支出額	増減額	前年比	支出額	増減額	前年比	支出額	増減額	前年比
30	7,059,400	70,274	101.0%	47,208	-78,202	37.6%	7,106,608	-7,928	99.9%
元	6,895,275	-164,125	97.7%	7,214	-39,994	15.3%	6,902,489	-204,119	97.1%
2	6,365,965	-529,310	92.3%	143	-7,071	2.0%	6,366,108	-536,381	92.2%
3	6,803,347	437,382	106.9%	17	-126	11.9%	6,803,364	437,256	106.9%
4	6,681,882	-121,465	98.2%	0	-17	13.5%	6,681,882	-121,448	98.2%
5	6,913,200	231,318	103.5%	0	0	-	6,913,200	231,318	103.5%
6	6,813,200	-100,000	98.6%	-	-	-	6,813,200	-100,000	98.6%

<被保険者一人当たりの医療費状況>

(単位：円)

年 度	一般被保険者			退職被保険者等			全体		
	医療費	増減額	前年比	医療費	増減額	前年比	医療費	増減額	前年比
30	380,839	7,185	101.9%	357,613	10,869	103.1%	380,675	7,553	102.0%
元	382,834	1,995	100.5%	271,044	86,569	75.8%	382,660	1,985	100.5%
2	361,617	-21,217	94.5%	-	-	-	361,616	-21,044	94.5%
3	392,537	30,920	108.6%	-	-	-	392,537	30,921	108.6%
4	399,400	6,863	101.7%	-	-	-	399,400	6,863	101.7%

*令和2年度以降退職被保険者の年度平均人数が0人のため

4. 国保事業費納付金の状況

(単位：千円)

年 度	医療分			後期高齢者支援金分			介護分	合計
	一般分	退職分	小計	一般分	退職分	小計	一般分	
元	1,988,451	1,670	1,990,120	642,450	545	642,995	224,134	2,857,250
2	1,652,015	200	1,652,215	597,475	70	597,545	221,561	2,471,320
3	1,672,840	260	1,673,100	589,463	70	589,533	207,638	2,470,272
4	1,641,272	15	1,641,286	578,672	5	578,677	206,123	2,426,086
5	1,548,509	8	1,548,517	635,407	1	635,409	215,165	2,399,090
6	1,434,957	0	1,434,957	625,391	0	625,391	211,878	2,272,226

※端数処理で合計額と差がある場合があります。

5. 特定健診等事業および保健事業の状況

令和6年度～令和11年度を計画期間とする「第3期国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」「第4期特定健康診査等実施計画」を策定し、特定健診等事業の推進により、被保険者の健康課題の明確化と必要な保健事業の実施による医療費の伸びを抑制します。

・特定健診受診率の推移

H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4(報告値)	R5(目標値)
47.0%	48.2%	48.2%	47.9%	40.8%	45.7%	47.5%	50.0%

・各種健診受診者人数の推移(市システム登録状況) ※12月末現在 ※※予算根拠

年度	集団健診	個別健診	通院治療者 等情報提供	人間ドック	合計 (実人数)
H30	2,898	1,105	1,587	2,554	8,144
R1	2,612	1,219	1,436	2,608	7,875
R2		3,172	1,178	2,399	6,749
R3	1,218	2,606	1,062	2,546	7,432
R4	1,553	2,308	1,078	2,517	7,456
R5*	1,467	1,236	739	1,739	5,181
R6**	2,200	2,800	300	3,150	8,450

・ドック受診者人数の推移(支払状況) ※12月末現在 ※※予算根拠

年度	人間ドック	オプション 脳ドック	特定健診含む 脳ドック	その他 脳ドック	延べ件数	支出額 (千円)
H30	2,518	560	36	30	3,144	70,539
R1	2,757	683	33	25	3,316	72,458
R2	2,391	638	8	7	3,044	66,879
R3	2,526	679	20	8	3,233	70,934
R4	2,517	771	14	12	3,314	71,631
R5*	1,739	542	14	6	2,301	49,592
R6**	3,150	800	40	40	4,030	89,100

(助成額)：1日ドック：25,000円、1泊2日ドック：30,000円、オプション脳ドック：10,000円
 特定健診含む脳ドック：20,000円、その他脳ドック：15,000円

・令和5年度の取り組み

○国保特定健診

個別健診は、6月から翌年2月末まで市内36医療機関のご協力で実施しています。

集団健診は、7月(18日間：6日から28日まで)と11月(2日間：18・19日)の合計20日間を市内の3保健センターで実施しました。このうち休日健診は両月とも2日間ずつ計4日間実施し、受診率の低い若年世代の受診機会の確保に努めました。

また、人間ドック補助や通院治療者健診および事業主健診等の結果情報提供など、健診結果データを取得し、健診受診率向上と保健指導対象者の抽出に活用しています。

受診率向上のための未受診者対策として、新たにWeb予約システムによる申込受付を開始し、270件以上の利用がありました。また、節目年齢者(40歳・50歳)に予約不要で自己負担無料の集団健診案内(6月)、受診勧奨を兼ねた意向調査(9月)、健康推

進課と連携した電話勧奨(10月)など対象者に合わせた勧奨を行いました。

10月に実施しました令和4年度法定報告による健診受診率47.5%は、前年比1.8%上昇し、19市平均の令和3年度43.9%から令和4年度45.2%(1.3%上昇)よりも高い伸び率です。コロナ以前の令和元年度47.9%に近づき、19市中4位と上昇しました。

被保険者の減少が続く今後においては、継続受診者の増加(継続受診率向上)が重要となるため、健康推進課と情報共有し、効果的な健診受診率向上に取り組めます。

○その他保健事業

健康ポイント事業は、4,842人に対し5,524枚の割引券を配布し、令和5年12月末現在3,984枚の使用状況(使用割合72.1%)は、昨年同期実績72.3%と同程度です。

使用率向上のため、特定健診案内や勧奨通知、保険料納付通知に同封するチラシ等で制度の周知に努め、11月には未使用世帯を対象に利用促進を兼ねたアンケートを送付しました。

医療費通知および後発医薬品差額通知の送付については、医療費控除への活用や後発医薬品の制度周知を目的に国保連合会に作成を委託しています。本年度より医療費通知が年1回封書による通知に変更され、後発医薬品差額通知はより分かりやすい制度広報も含めて内容が変更され、いずれも令和6年1月から2月に通知予定です。

重複頻回受診者および重複多剤投与者への保健師による保健指導は、国保連合会作成の対象者名簿を活用し、訪問による状況確認を行いました。必要時は数か月後の再訪問や、地域包括支援センターと連携しています。令和5年12月末現在の対象者は42名でこのうち35名に介入しています。

これらの保健事業はいずれも、医療費適正化を目指す保険者努力支援制度の取組評価項目となっているため、今後も制度の普及や取組に努めます。

6. 国保運営状況の現状と見通し

・令和5年度の状況

保険税の収納状況ですが、12月末現在の状況は、昨年に比べ3,500万円の減となっています。また、一般会計繰入金についても2,200万円の減を想定しています。これは、被保険者数の減による対象額の減によるものです。

歳出ですが、医療費諸費についても、被保険者数の減少により毎年度減少傾向にありますが、一人当たりの費用額で見ると令和2年度を除き毎年度伸びています。

今年度は、入院の件数・費用額が昨年度同時期に比べ17,000万円以上(9.0%)と大幅に伸びています。

今後の状況については、不透明な部分もありますが、大勢としては医療費の伸びは、被保険者数の減少もあり全体としては2%程度の増加を見込んでいます。

・令和6年度の見込み

「1. 国民健康保険税の状況」においても触れていますが、令和6年度については、保険税の減少や一人当たりの費用額が増加を見込み、それに伴い支払準備基金からの

繰入は、15,000万円を計上し、令和6年度末基金残高は約20,000万円程度になる見込みです。基金の減少により安定的な運営が難しくなっており今後更に基金残高が減少するようであれば税率検討を進めていかなければならない状況です。

・基金の現状及び今後の見込み

(単位：千円)

年度	繰越金	積立て	取崩し	年度末残高
30	293,933	82,002	150,000	782,273
元	92,752	48,476	330,000	500,748
2	68,287	36,286	0	537,035
3	78,926	40,968	0	578,003
4	48,663	25,872	60,000	543,875
5	18,708	10,914	210,000	344,788
6	4,000	2,967	150,000	197,756

(端数処理の関係で年度末残高が計算値と一致しない年度があります。)

年度別 国民健康保険支払準備基金の推移

(単位：円)

年度	前年度繰越金	基金積立金	基金取り崩し	年度末基金残高	前年度比	
17		10,080,159	141,000,000	453,364,996		
18	377,640,025	250,000,000	345,000,000	358,364,996	-95,000,000	
19	556,229,248	375,127,457	350,000,000	383,492,453	25,127,457	
20	579,313,939	671,521,142	504,430,000	550,583,595	167,091,142	税率改正
21	352,722,935	531,560,758	50,000,000	1,032,144,353	481,560,758	税率改正
22	143,978,327	83,864,000	0	1,116,008,353	83,864,000	
23	129,638,362	270,181,647	276,190,000	1,110,000,000	-6,008,353	
24	177,500,331	304,728,600	400,000,000	1,014,728,600	-95,271,400	
25	376,567,716	323,066,279	350,000,000	987,794,879	-26,933,721	
26	296,324,621	153,488,546	350,000,000	791,283,425	-196,511,454	
27	404,848,191	205,318,354	300,000,000	696,601,779	-94,681,646	
28	394,469,762	191,809,567	250,000,000	638,411,346	-58,190,433	
29	477,391,086	211,859,794	0	850,271,140	211,859,794	
30	293,933,363	82,001,395	150,000,000	782,272,535	-67,998,605	広域化
31	92,752,610	48,475,574	330,000,000	500,748,109	-281,524,426	税率改正
2	68,286,984	36,286,491	0	537,034,600	36,286,491	
3	78,926,486	40,968,125	0	578,002,725	40,968,125	
4	48,663,032	25,872,058	60,000,000	543,874,783	-34,127,942	
5	18,708,398	10,913,539	210,000,000	344,788,322	-199,086,461	R6.3月補正まで
6	4,000,000	2,967,212	150,000,000	197,755,534	-147,032,788	R6.3月補正まで

見込み