

# 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



# 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 …… 1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方 …… 2
3. 計画期間 …… 6
4. 関係者が果たすべき役割と連携 …… 6
  - 1) 市町村国保の役割 …… 6
  - 2) 関係機関との連携 …… 8
  - 3) 被保険者の役割 …… 8
5. 保険者努力支援制度 …… 9

## 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 …… 10
2. 第2期計画にかかる評価及び考察 …… 11
  - 1) 第2期データヘルス計画の評価 …… 11
  - 2) 主な個別事業の評価と課題 …… 19
  - 3) 第2期データヘルス計画の考察 …… 24
3. 第3期における健康課題の明確化 …… 25
  - 1) 基本的な考え方 …… 25
  - 2) 健康課題の明確化 …… 25
  - 3) 目標の設定 …… 31

## 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 …… 33
2. 目標値の設定 …… 33
3. 対象者の見込み …… 33
4. 特定健診の実施 …… 33
5. 特定保健指導の実施 …… 35
6. 個人情報の保護 …… 38
7. 結果の報告 …… 38
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知 …… 38

## 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 …… 39
- II. 重症化予防の取組 …… 39
  1. 糖尿病性腎症重症化予防 …… 41
  2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防 …… 47
  3. 虚血性心疾患重症化予防 …… 53
  4. 脳血管疾患重症化予防 …… 57
- III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 …… 62
- IV. 発症予防 …… 63
- V. ポピュレーションアプローチ …… 64
- VI. 医療費適正化対策の保健事業 …… 65

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

※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

※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。

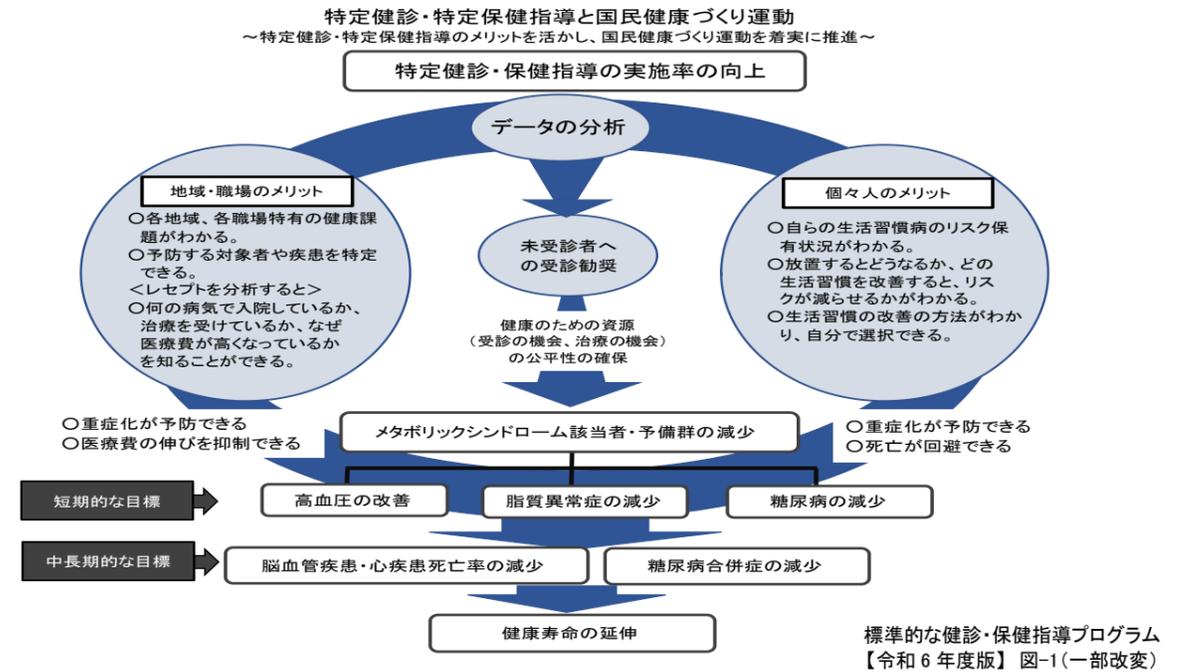
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

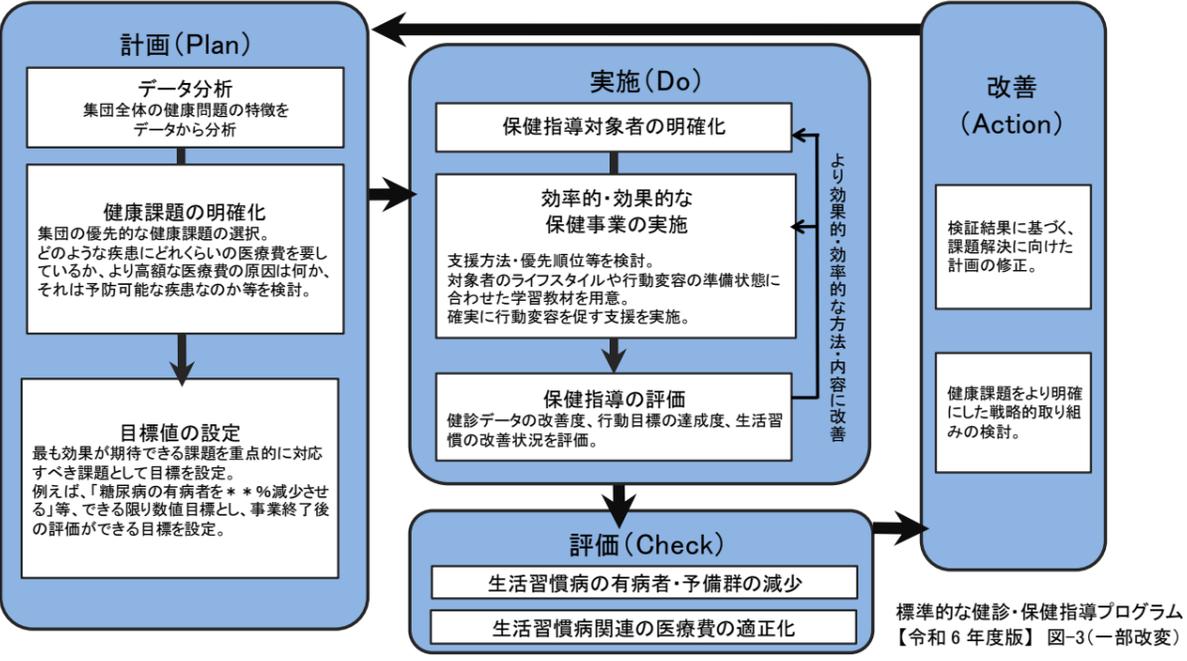
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高福祉法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「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 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6~8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	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に生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開により実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳~74歳	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、老年性 黄斑変性症、 パーキンソン病関連疾患、 脳神経系疾患	
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 生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 2 生活機能の維持・向上 3 社会環境の質の向上 ○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の指標を参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・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 ・バイオ後継品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療 ①PDCAサイクルを活用し 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・重症化防止等 (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)	①PDCAサイクルを活用し 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・重症化防止等 (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・事業費補助金)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



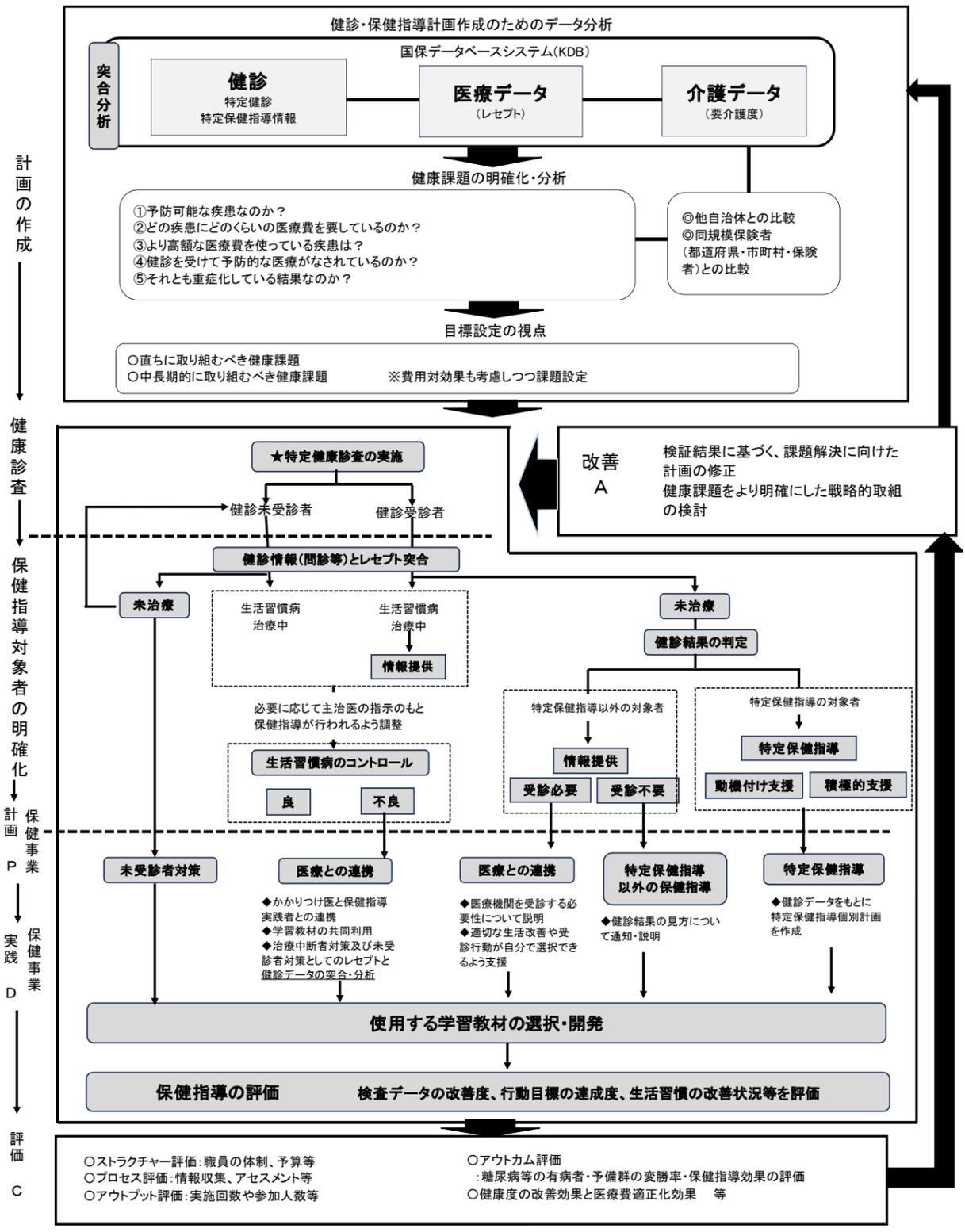
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとする事につながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



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
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。 健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、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。
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 個人の健康結果を踏み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
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	行動変容を促す手法
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 医療保険者
実施主体	市町村	

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

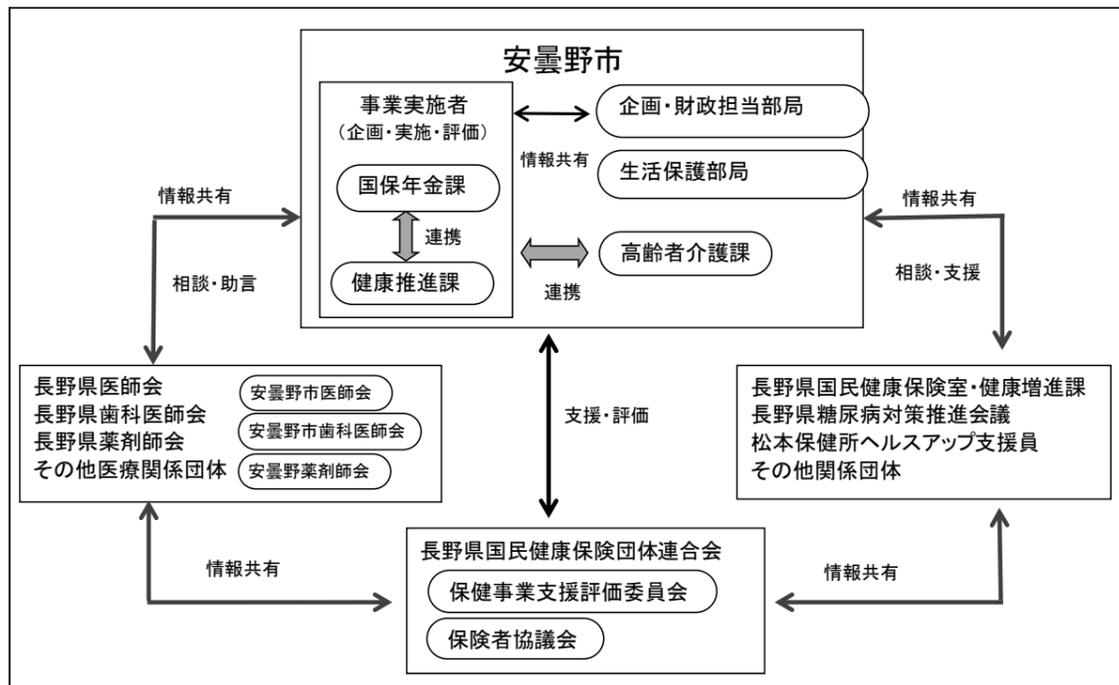
#### 1) 市町村国保の役割

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。

## 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

### 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	70	70		
		(2)特定保健指導実施率	95	70	60	70	110	70	
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	15	40	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	10	130	110	130	10	130	
		(2)後発医薬品の使用割合							
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	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		

### 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								
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	同規模	県								
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 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30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 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30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		5,647									
再掲	69		356		4,921		5,277		5,346									
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	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%
			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		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		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4千円低いですが、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	362,365	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%	1.45%
	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				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
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%
(中長期合併目標疾患)	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				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
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%
(中長期合併目標疾患)	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(糖尿病)/地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 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				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
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(脂質異常症)/地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、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		R03年度		H30年度		R03年度				
		受診者A	受診率	受診者B	受診率	未治療(内服なし)	未治療(内服なし)	未治療(内服なし)	未治療(内服なし)	未治療	治療中断	未治療	治療中断			
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		R03年度		H30年度		R03年度				
		HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	未治療(内服なし)	未治療(内服なし)	未治療(内服なし)	未治療(内服なし)	未治療	治療中断	未治療	治療中断			
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	翌年度健診結果		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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
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)

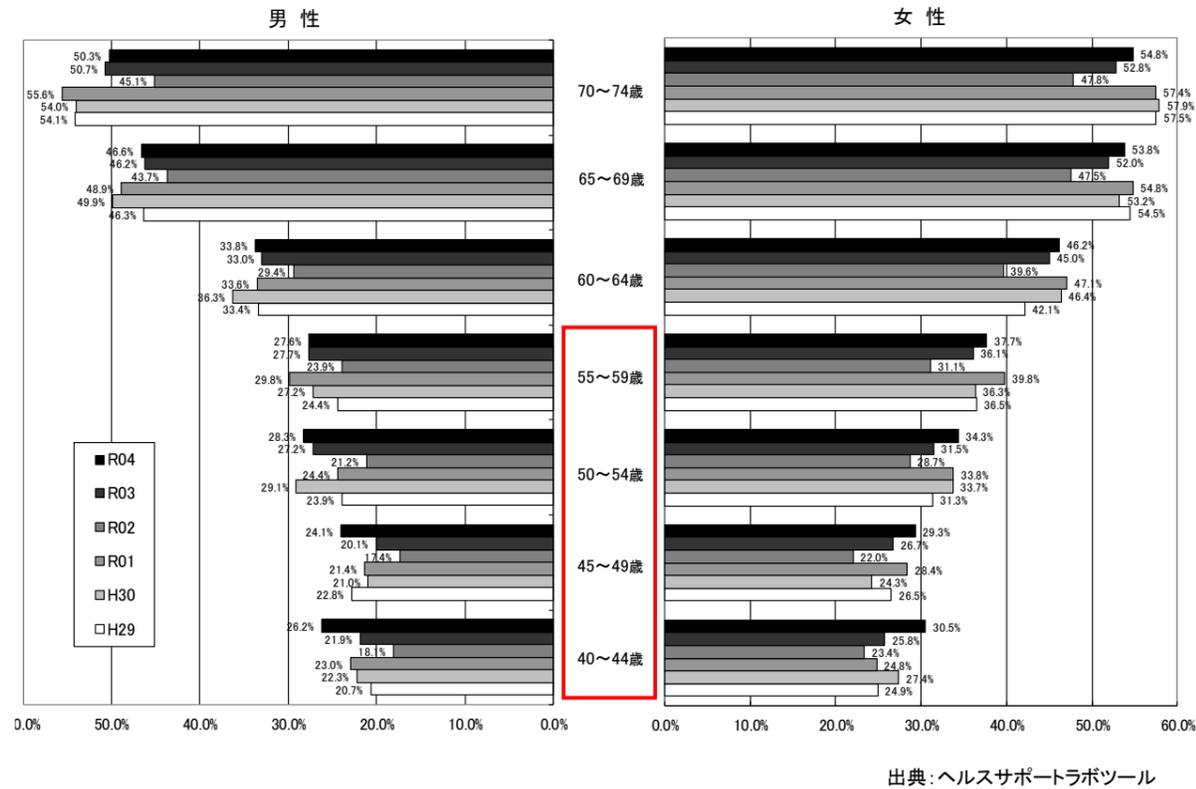
特定保健指導は、令和2年度に国の目標値である実施率60%以上を達成しましたが、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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



## 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<sup>\*1</sup>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 <sup>*1</sup> 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 <sup>*2</sup> 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 <sup>*3</sup> かつHbA1c8.0%以上	人(b)	68	41	26	34	31	
	保健指導 <sup>*2</sup> 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 <sup>*3</sup> かつ尿蛋白(+)以上	人(e)	78	41	30	18	27	
	保健指導 <sup>*2</sup> 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、令和 5 年度の血圧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	
	人(b)	371	430	401	464	396	
血圧Ⅱ度以上の者	(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	25	
	治療なし	人	47	39	45	42	

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 診察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)	高血圧			
		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
リスク層 予後影響因子がない	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%
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 63.0%	A 123 60.3%	A 26 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 32.9%	A 246 32.2%	A 74 36.3%	A 11 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%
	概ね1か月後に再評価	885 42.0%
C	概ね3か月後に再評価	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)	(活用データ)	
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	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	地域保健事業報告 (R4はR3公表値を記載)
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		健康ポイント取り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(対被保険者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、新型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(研修会等の実施)

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。

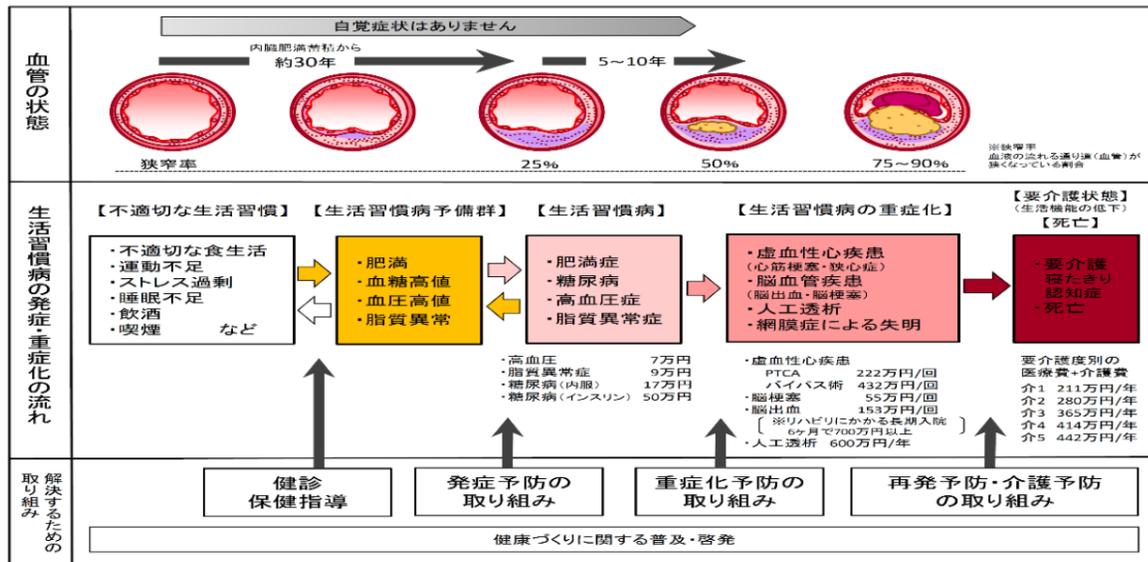
人事異動に伴う保健指導実施者の入れ替わりが短期間に起こることで、対象者の実態把握や地域の生活実態の継続した把握が難しくなります。保健指導実施者が効率的・効果的に保健指導に取り組むために、力量形成のための研修会等の参加を見極め、安曇野市の課題に対応した人材育成体系にも引き続き取り組む必要があります。また、これらの実施が確実にできるために、保健事業に係るデータを関係部署が共有し、総合的に取り組む組織体制を整備していく必要があります。

### 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



#### 2) 健康課題の明確化

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

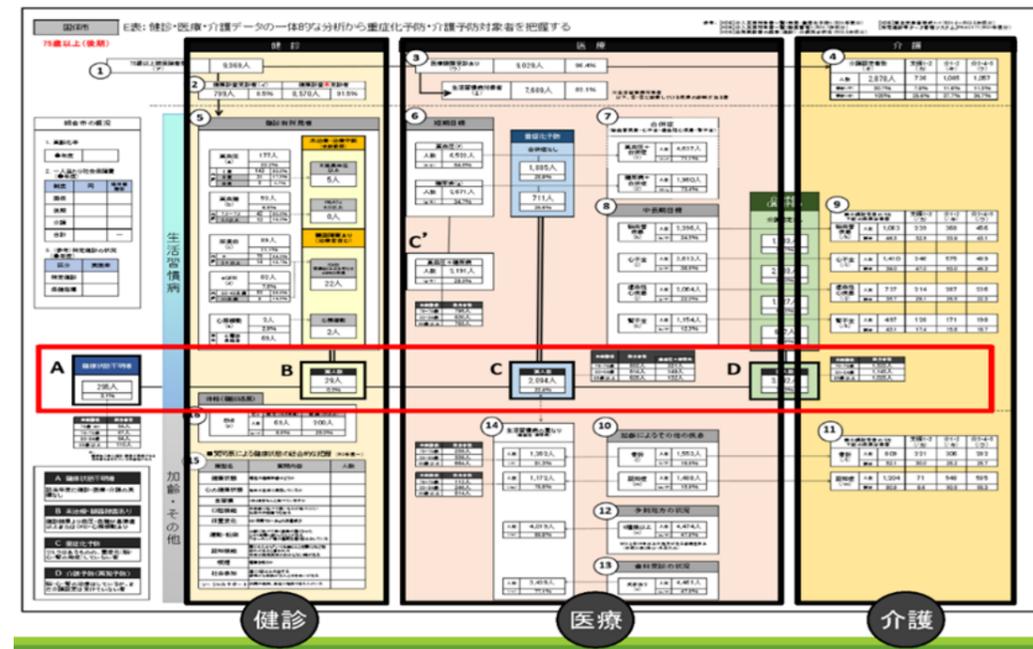
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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			
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞/脳出血	狭心症/心筋梗塞	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

Table with 8 columns: 対象年度, H30年度, R01年度, R02年度, R03年度, R04年度, 後期:R04年度. Rows include 人数, 件数, 費用額.

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)

Table with 8 columns: 対象年度, H30年度, R01年度, R02年度, R03年度, R04年度, 後期:R04年度. Rows include 人数, 件数, 年代別, 費用額.

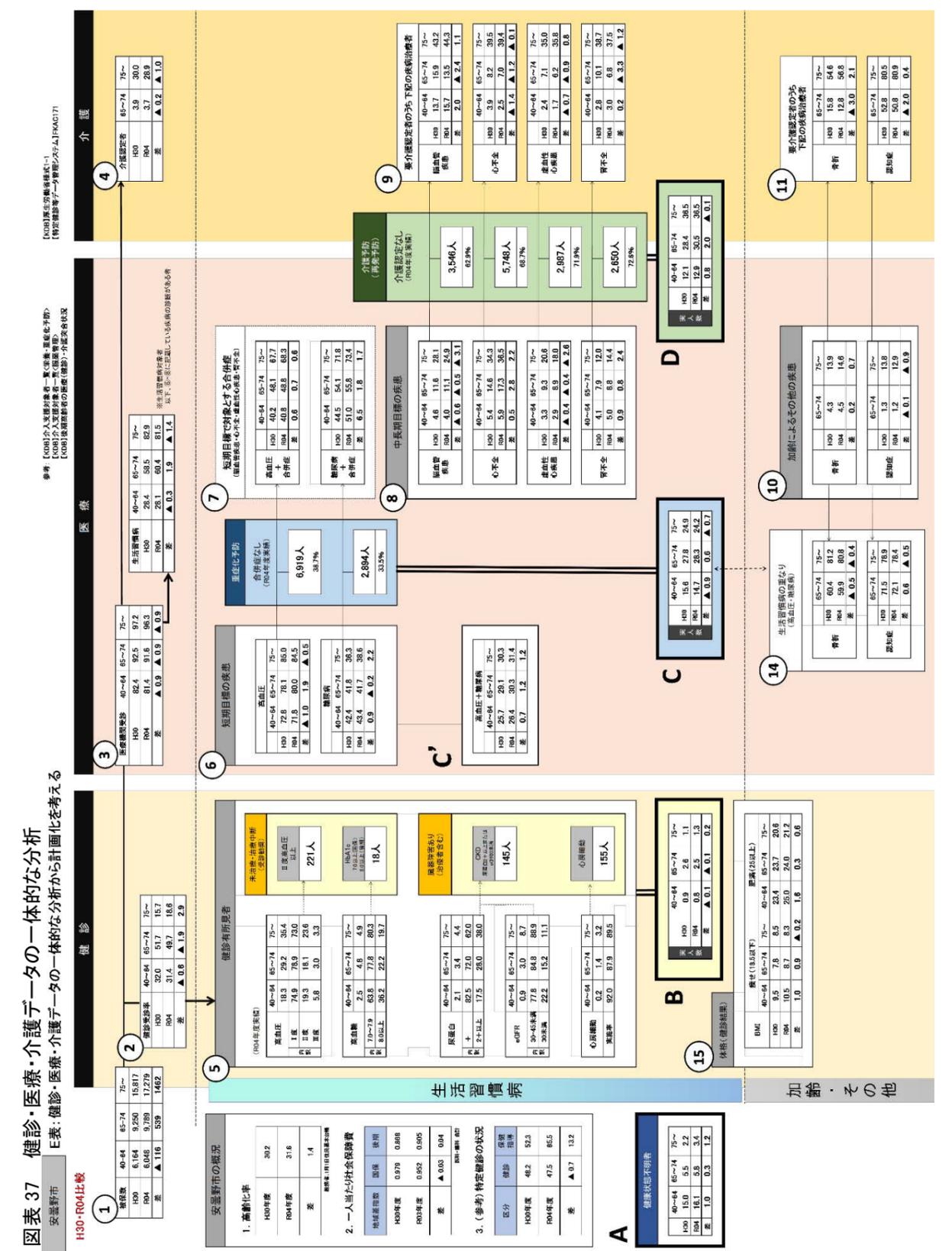
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト (80万円/件) 以上の推移 (虚血性心疾患)

Table with 8 columns: 対象年度, H30年度, R01年度, R02年度, R03年度, R04年度, 後期:R04年度. Rows include 人数, 件数, 年代別, 費用額.

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 (参考) 特定健診の状況

Table with 3 columns: 年齢, H30年度, R04年度. Rows include 高齢者, 中高年齢者, 若年層.

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			健診受診率			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	年度	⑤																												
		Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動													
		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-											
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	年度	③ 医療機関受診			⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症							
		生活習慣病対象者			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症				
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-		
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	年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
		脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.6	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 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)			⑩ 加齢による その他の疾患 (被保険者割)				⑪ 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
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。⑤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）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。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げるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

##### ③ 短期的な目標の設定

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

特に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 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.0	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 費用決裁	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		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 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月		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。

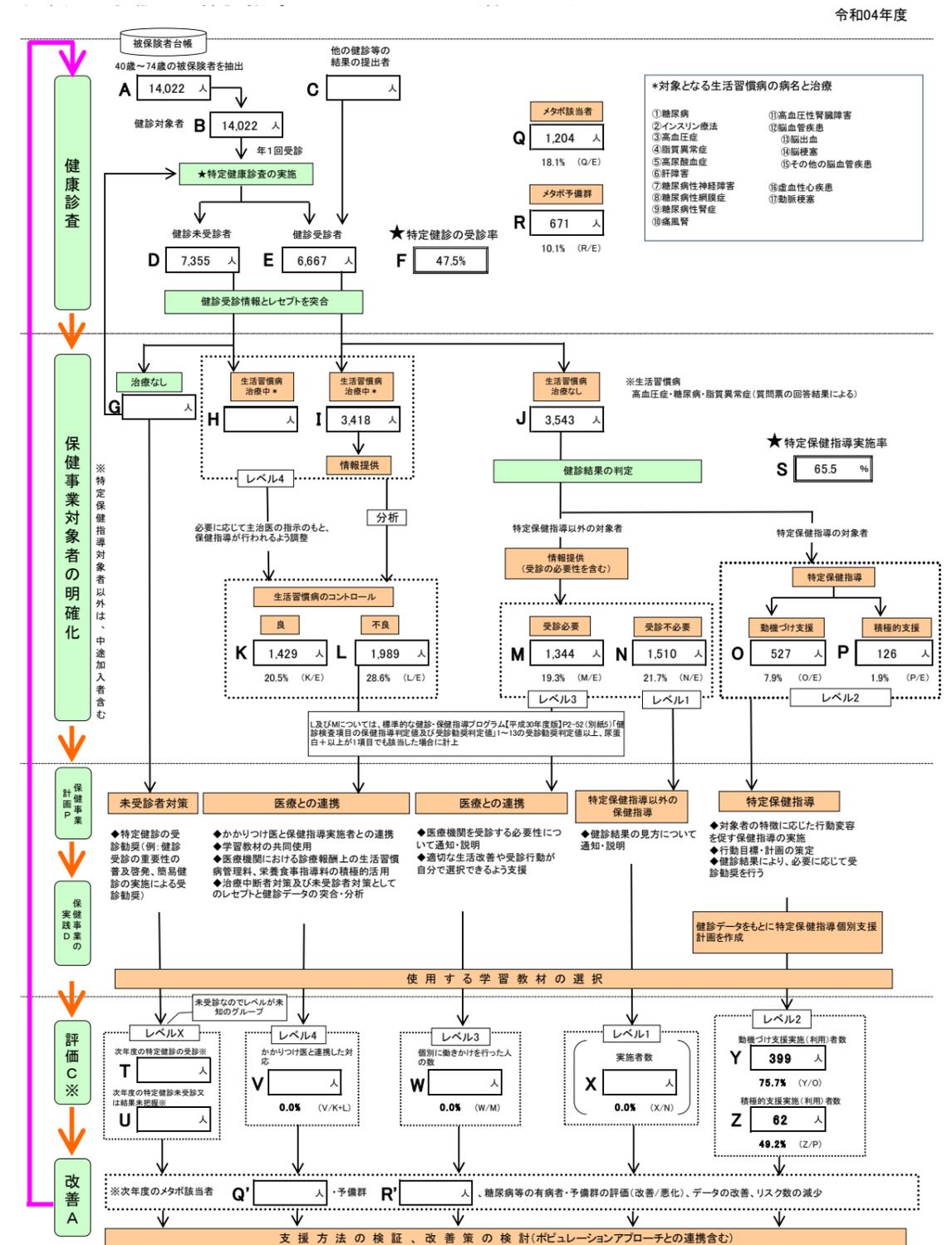
○第4期(2024年以降)における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導の見直し	変更点
(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)



## (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	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆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取組むべき対象者が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 - 重症化予防の観点から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	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	健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	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
脳血管疾患 の年間脳卒中死亡者の減少	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患 の年間脳卒中死亡者の減少	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (虚血性心疾患の診療と治療に関するガイドライン(2011年改訂版)参照)
糖尿病性腎症 による年間糖尿病性腎症入院患者数の減少	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	慢性腎臓病 (CKD)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)
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	糖尿病	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)
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)	腎臓専門医 紹介基準対象者	腎臓専門医 紹介基準対象者
心房細動	心房細動	重症化予防対象者 (実数)	重症化予防対象者 (実人数)
高血圧症	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	治療なし	710 (20.0%)
優先すべき 課題の明確化	科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	(重複) 特定保健指導	328 (14.6%)
重症化予防対象	重症化予防対象	治療中	1,529 (44.7%)
該当者数	該当者数	臓器障害 あり	466 (65.6%)
		CKD(専門医対象者)	145
		心電図所見あり	401
		臓器障害 なし	---
		臓器障害 なし	---

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。

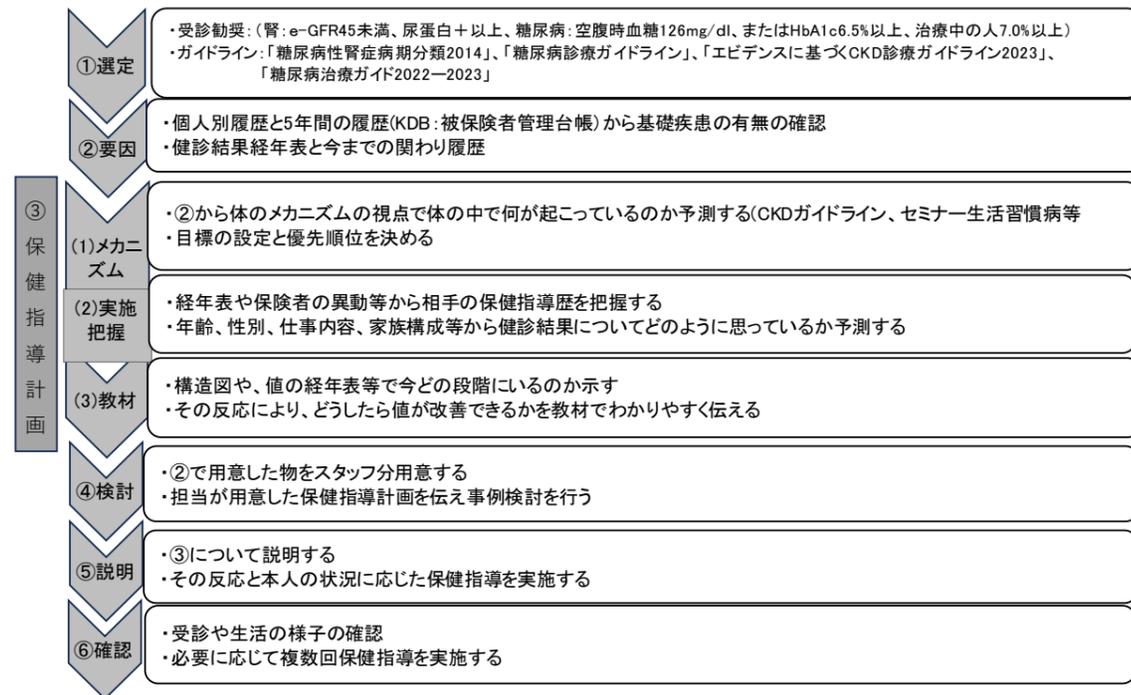
なお、取組にあたっては図表52に沿って実施します。

### (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

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H 3,386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

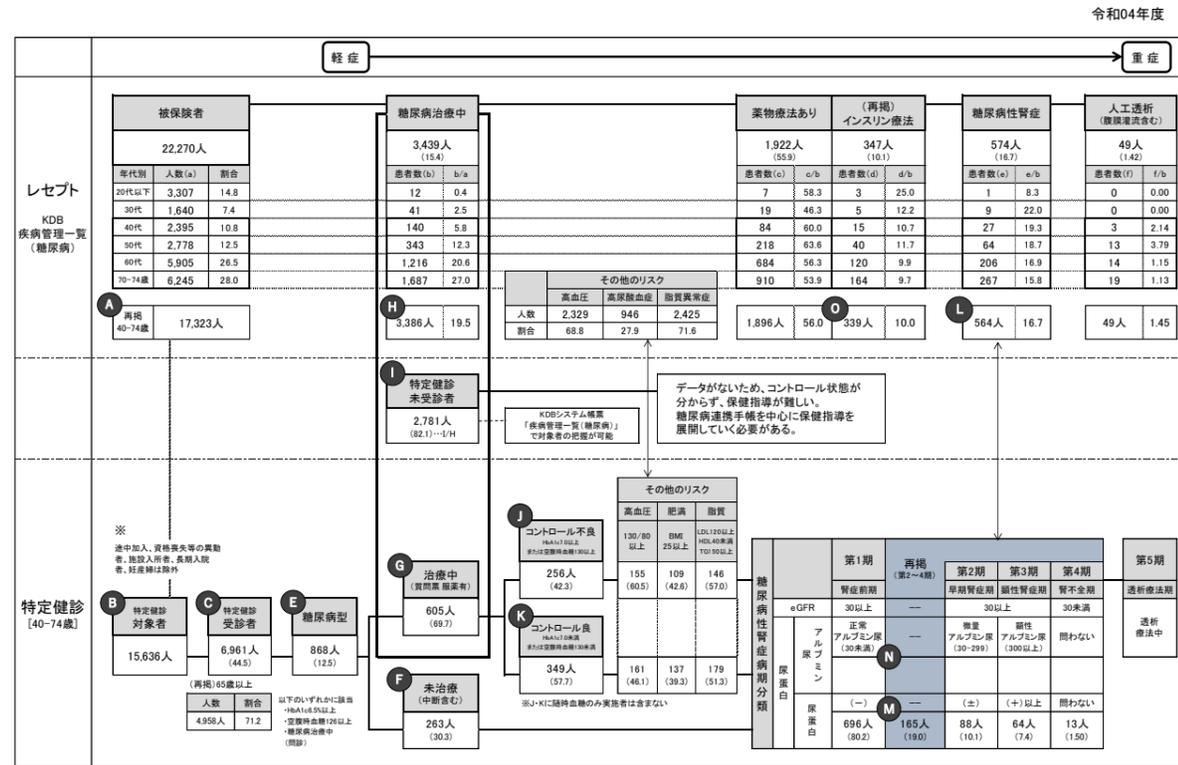
安曇野市においては、以下のとおりとします。

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



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**

- 1-1 健診結果年結果一覧
- 1-2 糖尿病タイプ
- 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
- 1-4 ヘモグロビンA1cは…
- 1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう
- 1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか?
- 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
- 1-10 Zさん(男性)から教えていただきました
- 1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか?
- 1-12 糖尿病による網膜症
- 1-13 眼(網膜症)
- 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
- 1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化
- 1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化
- 1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます
- 1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!
- 1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方
- 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
- 1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です
- 1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か
- 1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移
- 1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移
- 1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います
- 1-27 健診データの推移と生活・食の変化
- 1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例

**2 高血糖を解決するための食**

- 1 健診結果と日常食べている食品
- 2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
- 3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
- 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
- 5 自分の食べている食品をみてみます
- 6 糖尿病性腎症食事療法

**3 薬物療法**

- 3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど?」と質問されます
- 3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
- 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
- 3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさたりして血糖を調節しています
- 3-5 その薬はもしかして「αグリコシターゼ阻害薬」ですか
- 3-6 イメグリミンってどんな薬?
- 3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」ですか
- 3-8 ビグアナイド薬とは
- 3-9 チアゾリジン薬とは?
- 3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか

**4 参考資料**

- 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
- 4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
- 4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
- 4-4 ライフステージごとの食品の目安量
- 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
- 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・副作用・薬価・コストのまとめ
- 4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

### 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。

保健事業の的確かつ効果的な実施のために、健診・保健指導業務を実施者に必要な研修の企画運営、県等が実施する研修の受講機会の確保等、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づく実施に努めます。

#### (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(一~土)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て行っていきます。

## 5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行って行く中で、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まいります。

## 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まいります。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病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まいります。

### 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5ml/1.73m<sup>2</sup>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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突出表	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	A	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
	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	B	15,843人		15,405人		15,251人		14,866人		14,022人					
	② 特定健診 受診者数	C	7,641人		7,382人		6,226人		6,791人		6,667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 (各年度の法定報告)
	③ 受診率		48.2%		47.9%		40.8%		45.7%		47.5%					
3	① 特定 対象者数		907人		791人		670人		696人		653人					
	② 保健指導 実施率		52.3%		54.6%		63.9%		62.8%		65.5%					
4	① 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%				
	② 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%				
	③ 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%				
	④ コントロール不良 HbA1c7.5以上または空腹時血糖130以上	J	277人	43.5%	288人	47.7%	258人	51.5%	266人	46.2%	256人	42.3%				
	⑤ 血圧 130/80以上	J	172人	62.1%	177人	61.5%	172人	66.7%	156人	58.6%	157人	61.3%				
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	122人	44.0%	117人	40.6%	110人	42.6%	113人	42.5%	109人	42.6%				
	⑦ コントロール良 HbA1c7.5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%				
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	750人	72.9%	691人	71.5%	635人	80.6%	728人	84.4%	696人	80.2%				
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	75人	7.3%	73人	7.5%	75人	9.5%	63人	7.3%	88人	10.1%				
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	79人	7.7%	76人	7.9%	65人	8.2%	56人	6.5%	64人	7.4%				
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	13人	1.3%	12人	1.2%	10人	1.3%	7人	0.8%	13人	1.5%				
5	① 糖尿病受診率(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
	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					
	③ レセプト 入院外(件数)		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)
	④ (40-74歳) 入院(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)		
	⑤ 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%				
	⑥ (再掲)40-74歳	H	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%				
	⑦ 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%				
	⑧ 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%				
	⑨ (再掲)40-74歳	O	240人	9.2%	210人	8.5%	180人	7.9%	211人	8.8%	210人	8.8%				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑩ 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%				
	⑪ (再掲)40-74歳	L	356人	13.7%	364人	14.8%	309人	13.5%	332人	13.8%	343人	14.4%				
	⑫ 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%				
	⑬ (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%				
	⑭ 新規透析患者数		9人		10人		11人		8人							
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		7人		7人		8人		5人							
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		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	① 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			
	② 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			
	③ (総医療費に占める割合)		56.0%		56.2%		56.4%		55.0%		55.1%		53.2%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者		4,697円		7,814円		4,771円		6,203円		8,531円		6,937円			
	⑤ 健診未受診者		39,121円		34,834円		37,384円		38,704円		37,890円		38,519円			
	⑥ 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			
	⑦ (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%			
	⑧ 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					
	⑨ 1件あたり		35,895円		36,507円		36,307円		38,794円		39,956円					
	⑩ 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					
	⑪ 1件あたり		625,475円		654,238円		620,784円		680,335円		653,903円					
	⑫ 在院日数		17日		17日		16日		15日		15日					
	⑬ 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			
	⑭ 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			
	⑮ 透析なし		3016万円		3379万円		2882万円		2333万円		2661万円		1487万円			
7	① 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 (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

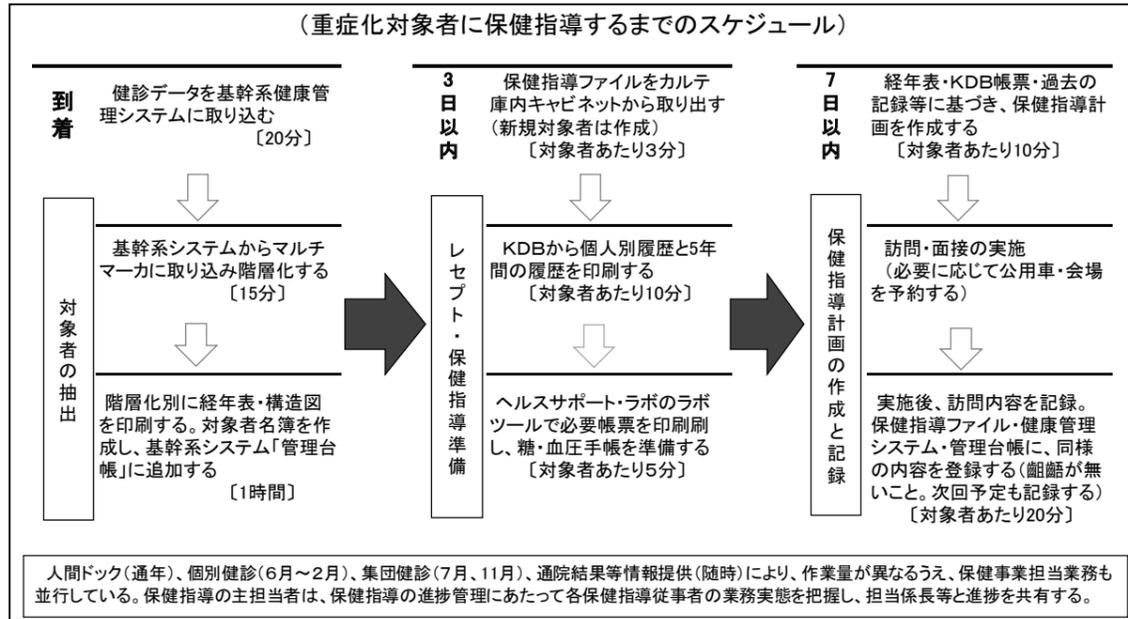
出典：ヘルスサポートラボツール

注) データ基が「KDB\_厚生労働省様式 様式3-2」については、各年度5月診療分の分析

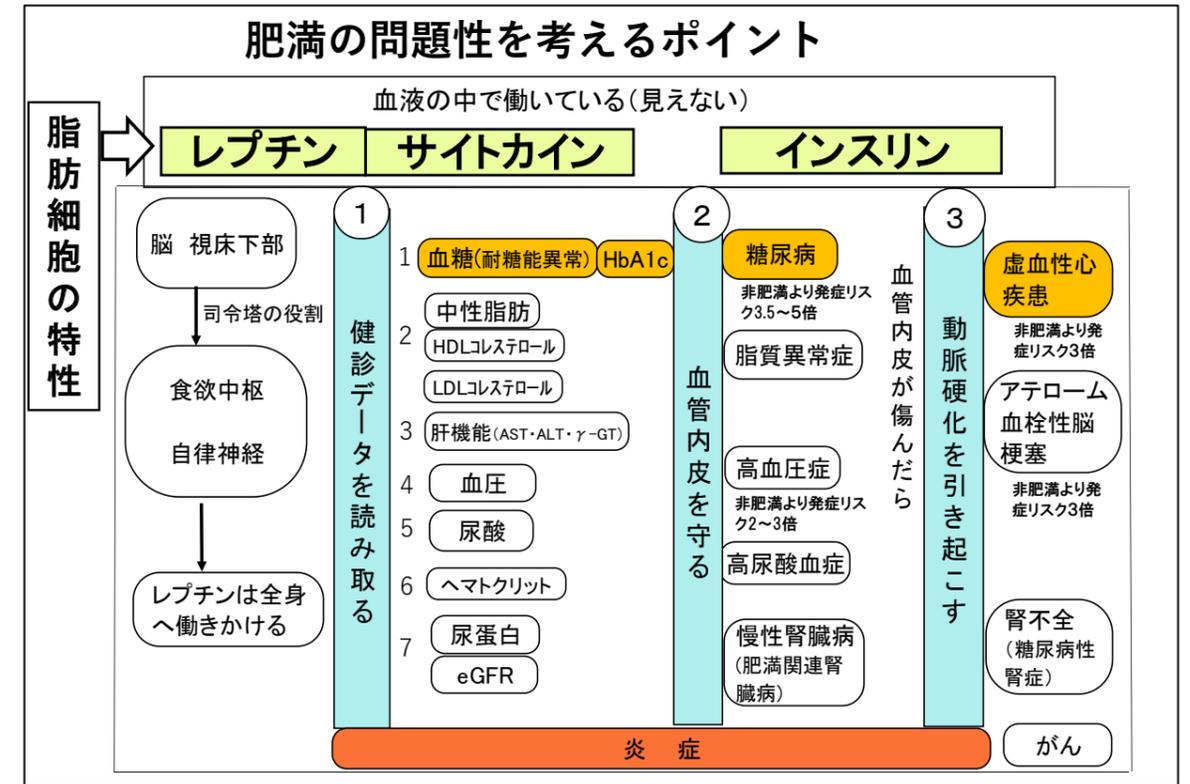
## 7) 実施期間及びスケジュール

- 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



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				
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
	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%	

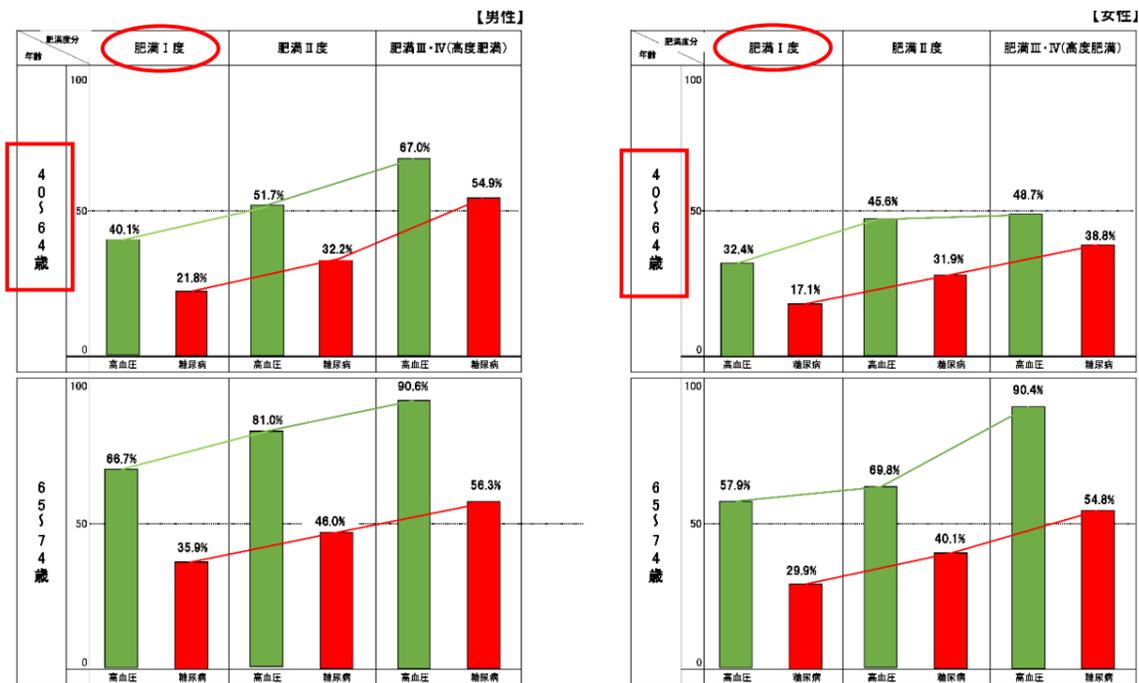
出典：ヘルスサポートラボツール

### (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】



「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くため、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 N.º	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

② 保健指導時に住民から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 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

生活	「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			
	I 度 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~
食事	食欲 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	食欲 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	食欲 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なくなる 食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	食欲 食欲が抑えられない 夜中起きて食べてしまう 食欲が止まらない 食欲をコントロールできない
	胃腸 食べるとお腹が張って苦しくなる	胃腸 太っているからか腸の蠕動もおこるよ	胃腸 逆流性食道炎になった。	胃腸 便秘になる
排泄	排便 痛くなるトイレに行きたくなる	排便 尿意を感じて夜中に3回起きる	排便 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6時間くらい夜間頻尿が続いている。 膀胱炎になりやすい	排便 尿漏れする 起きてトイレに行くまで間に合わない
	歩行 疲労感がある	歩行 長く歩くと息切れがする 階段を上るとき息切れがする 坂道は息が切れる 運動するとすぐ息切れがする	歩行 体重で足裏が痛い 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりに歩けず、電話に間に合わない 歩く足がしびれる	歩行 200m歩くのにも呼吸が苦しい 歩いたら苦し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
動作	日常動作 肩が凝る、足の爪を切ることができない 朝起きると体重で手がしびれて色が変なっている 運動すると数日だるくなる 身体が動かさじらい	日常動作 お腹が邪魔で前に屈めない シャワーがつかない 手が届かないので排泄の後始末ができない	日常動作 仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める 仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている 心臓はスピードのある作業するとバクバクする	日常動作 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年前から心臓カテーテル 今も段差上がったとき苦しくなる 心臓、速く呼吸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。
	身体	皮膚 背中がかゆい 皮膚が赤くなる	皮膚 湿疹ができる 痒い	皮膚 皮膚が赤く炎症を起こしている 炎症で体毛が生えなくなる

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					
		人数	割合	あり	なし		人数	割合	あり	なし				
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ソール

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みると、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行っていきます。

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 脂肪細胞ってなに①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってなに②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中心
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いますか？
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 膝が痛いとお聞きしますが、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、運動するといひの？
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)
- ④ 75 g 糖負荷検査 (高インスリン状態を見る検査)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

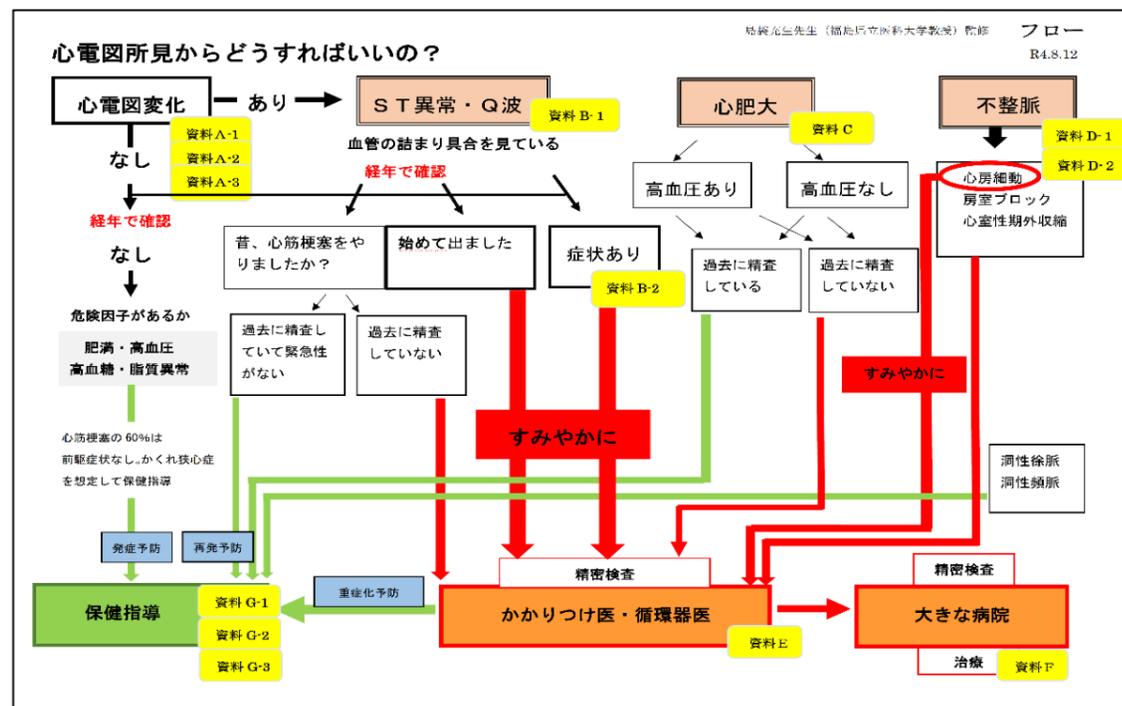
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 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

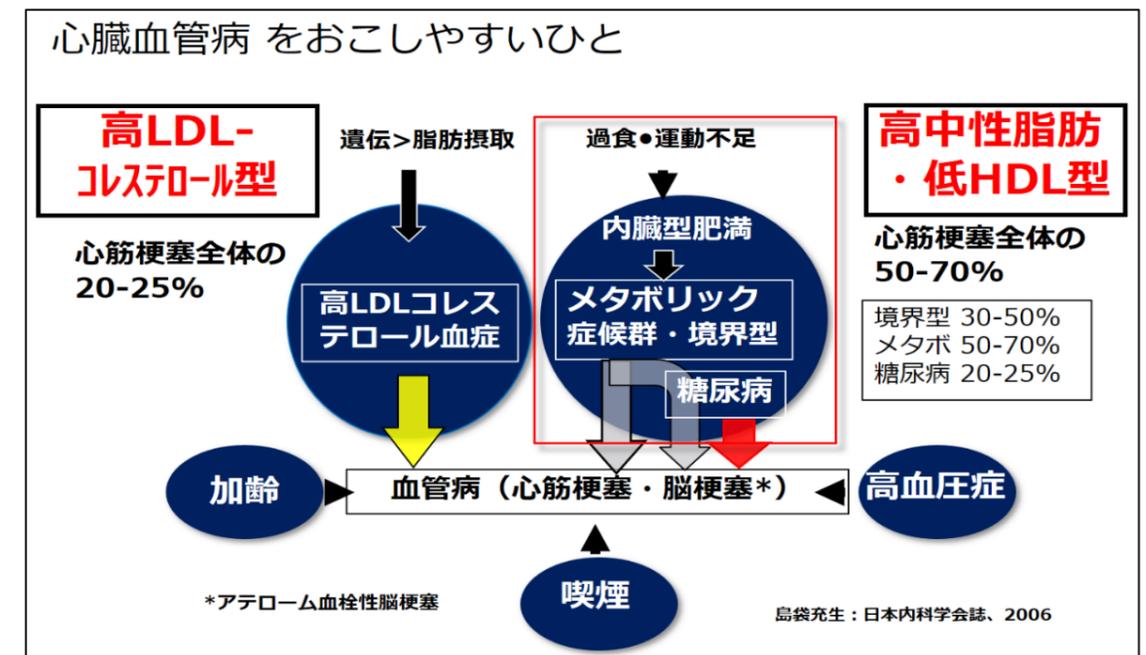
性別 年齢	心電図検査			所見内訳																	
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
					異常Q波 人数C	割合C/B	ST-T変化 人数D	割合D/B	左室肥大 人数E	割合E/B	軸偏位 人数F	割合F/B	房室ブロック 人数G	割合G/B	脚ブロック 人数H	割合H/B	心房細動 人数I	割合I/B	期外収縮 人数J	割合J/B	
40~74歳 (年度末)	5,980	85.9%	2,483	54.1%	95	3.8%	83	3.3%	67	2.7%	298	12.0%	81	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設定

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	126	
			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

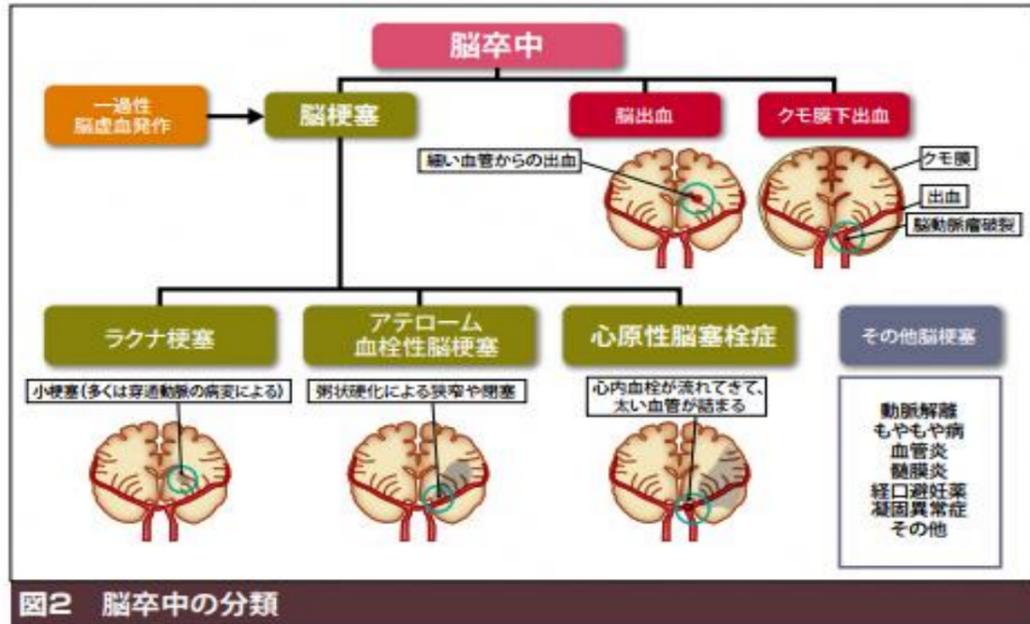
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月~特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 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 脳卒中の種類



(脳卒中予防への提言より引用)

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

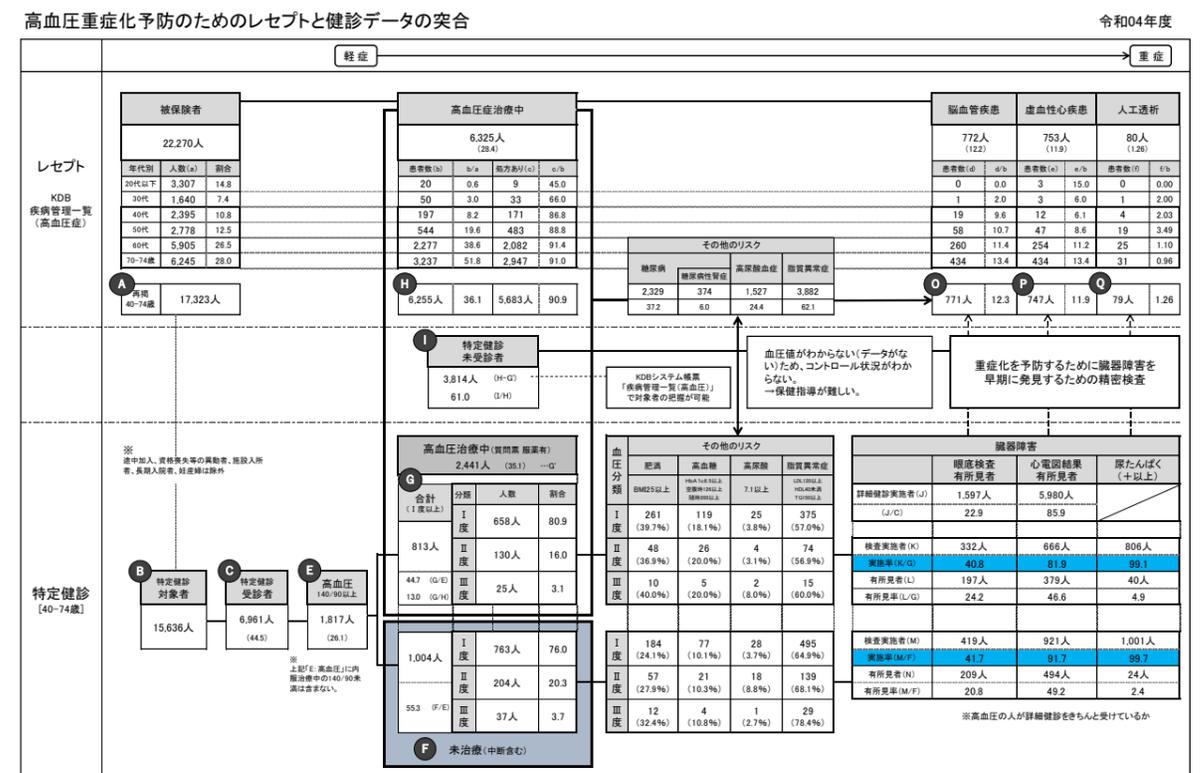
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。

図表 73 のレセプトをみると、高血圧治療中H 6,255 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

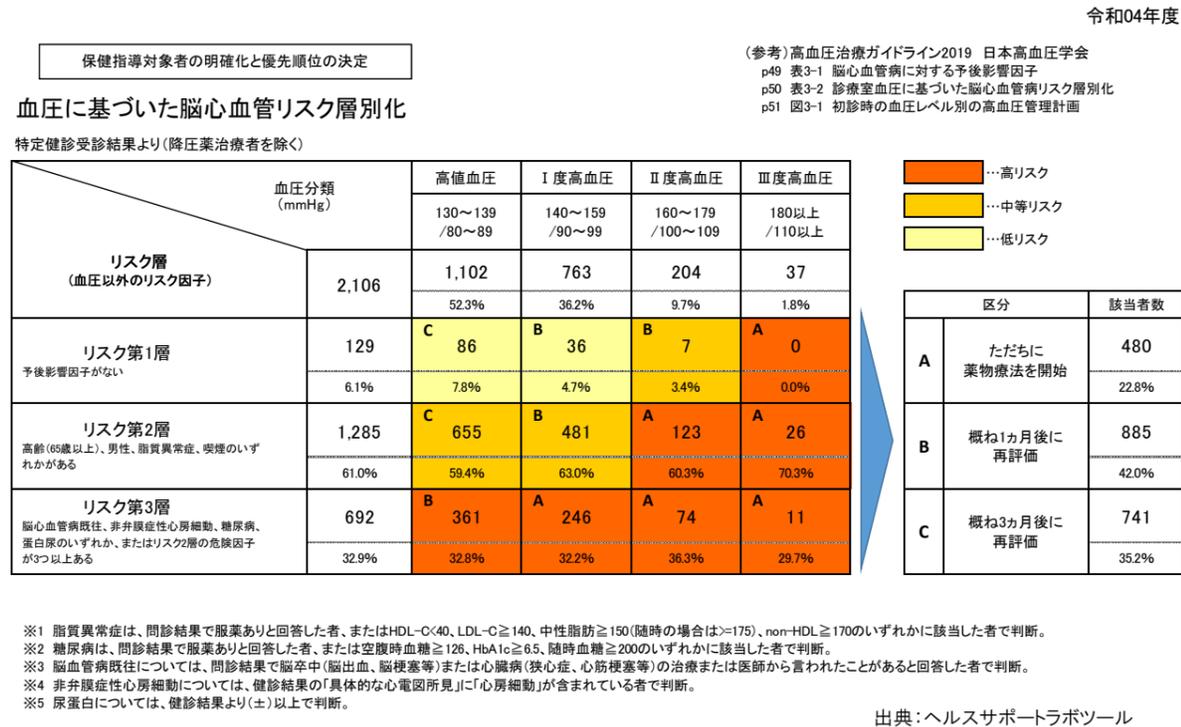


出典：ヘルスサポートラボツール

## (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



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。

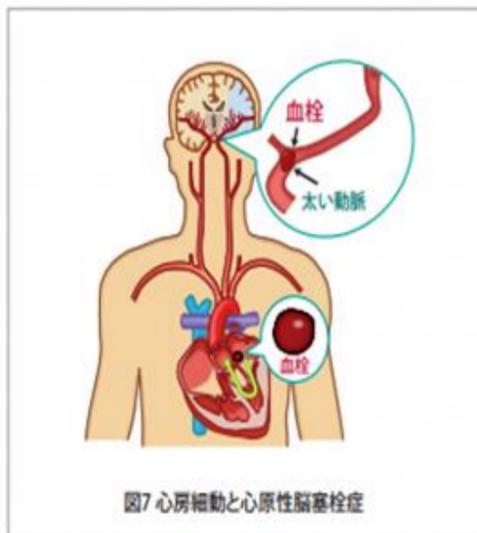
### (2) 二次健診の実施

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ます。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

- ① 形態学的検査法 … 頸動脈エコー検査(頸動脈内中膜厚(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) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防への提言より引用)

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。

### (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。

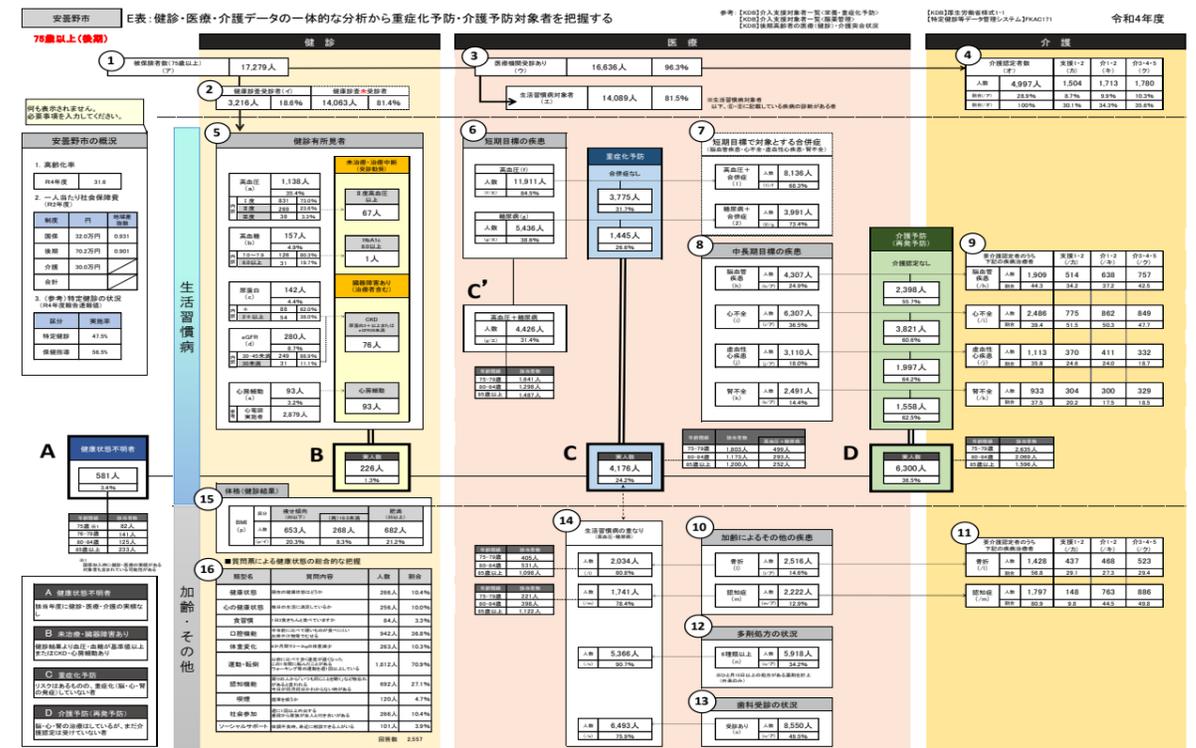
#### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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よう、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





## 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)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・実施における必要な研修会等の企画運営</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・最新の知見に基づいた効果的な知識・技術の修得による保健指導か(研修等の参加状況)</li><li>・必要なデータは入手できているか</li><li>・スケジュールどおり行われているか</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の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。

健診・保健事業の的確かつ効果的な実施のために、評価に際しては、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づく事業評価を行います。

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

## 参考資料

### 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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

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  
① 40～64歳（国保） ② 65～74歳（国保）  
③ 65～74歳（後期） ④ 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

## 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

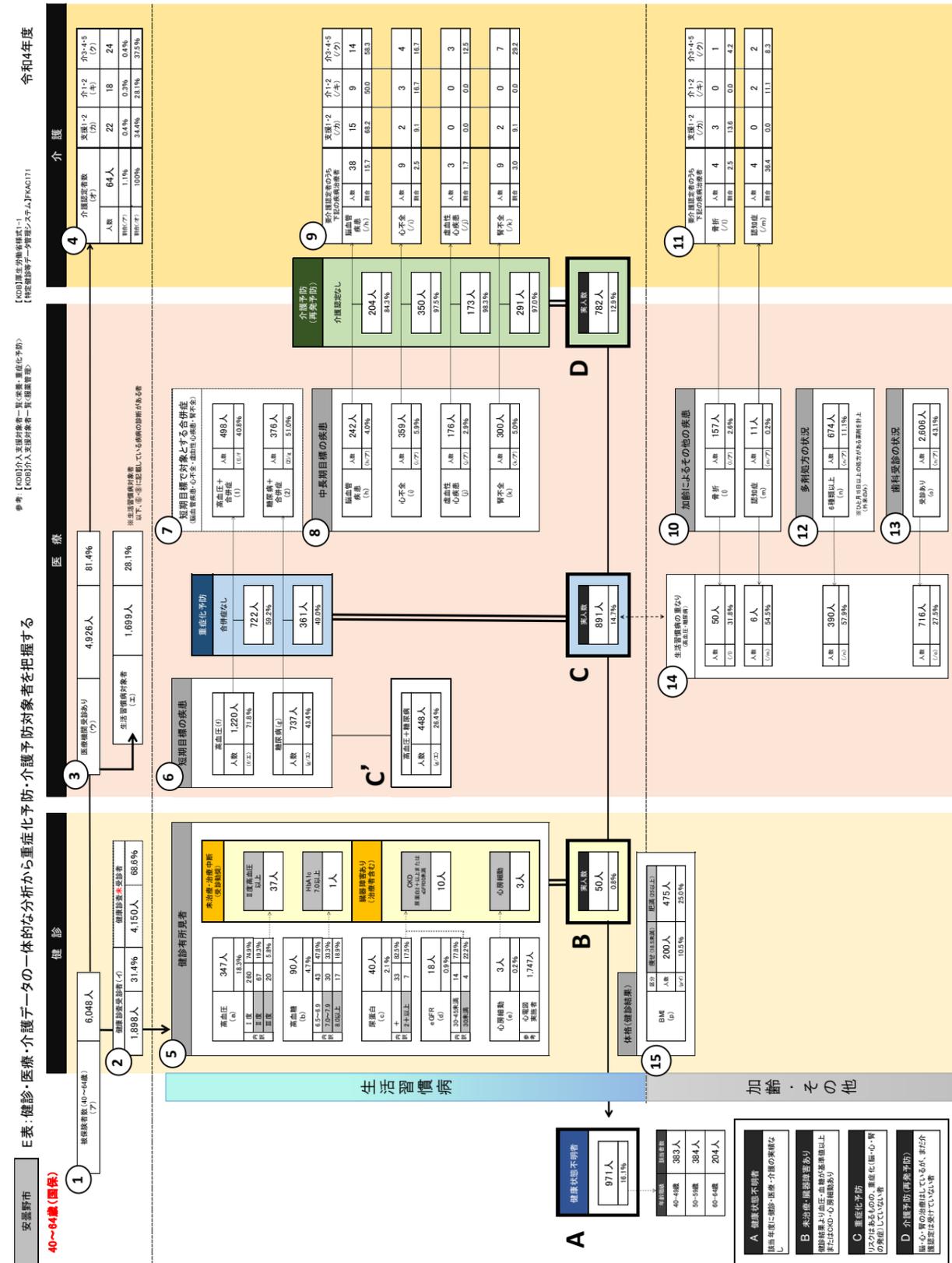
R04年度

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 人口構成	総人口	93,517		16,969,503		2,008,244		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	65歳以上(高齢化率)	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			
2 産業構成	第1次産業	9.0		5.6		9.3		4.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	第2次産業	28.6		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	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	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	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	85.1		84.4		85.2		84.4			
2 死亡の状況	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	94.4	100.3	90.5	100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		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
		合計									
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚生省HP 人口動態調査
男性											
3 介護保険	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	要支援1.2	103	0.3	15,476	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3
			要介護1.2	26,568	17.6	2,980,586	13.3	412,294	13.8	21,785,044	12.9
			要介護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	1,417,885,870,317	288,366	186,555,887,417	290,668	10,074,274,228,888		
	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			
	医療費等	8,056		8,654		8,534		8,610			
4 国保の状況	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		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	150日		163日		156日		157日			

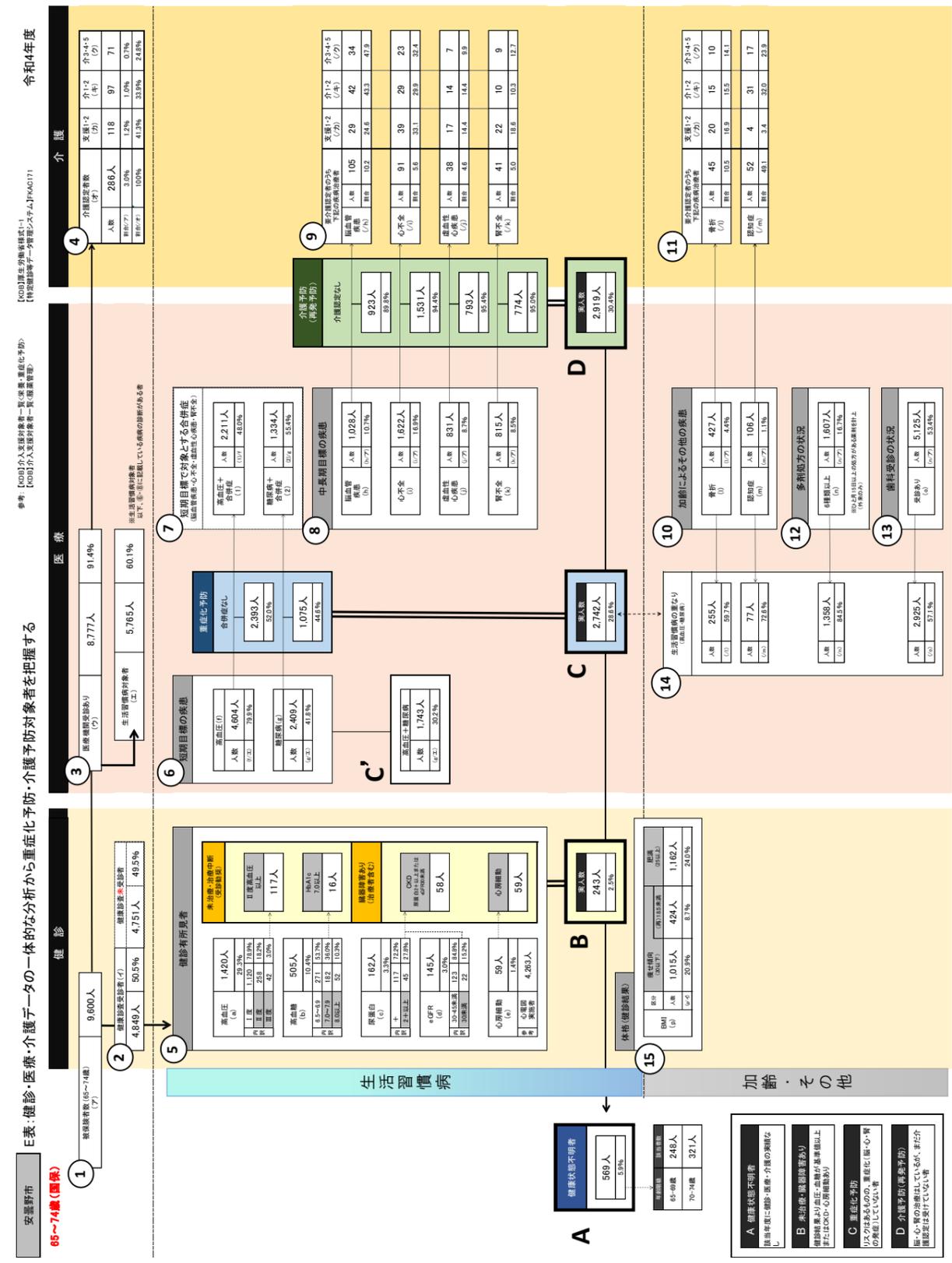
4	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	1,176,705,740	30.7	32.0	30.8	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全(透析あり)	305,485,520	8.0	7.8	8.1	8.2			
		糖尿病	418,220,190	10.9	10.9	10.7	10.4			
		高血圧症	224,925,970	5.9	6.2	6.1	5.9			
		脂質異常症	128,238,610	3.3	4.0	4.0	4.1			
		脳梗塞・脳出血	136,809,970	3.6	3.9	4.0	3.9			
		狭心症・心筋梗塞	105,063,780	2.7	2.7	2.3	2.8			
		精神	599,171,090	15.6	15.1	15.8	14.7			
		筋・骨格	692,147,570	18.0	16.4	17.2	16.7			
		5	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合 医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	高血圧症	406	0.3	299		0.2	296
糖尿病	1,110			0.8	1,297	0.9	1,102	0.8		
脂質異常症	57			0.0	61	0.0	72	0.1		
脳梗塞・脳出血	6,199			4.6	6,621	4.5	6,367	4.8		
虚血性心疾患	4,305			3.2	4,143	2.8	3,421	2.6		
腎不全	3,259			2.4	4,389	3.0	3,574	2.7		
高血圧症	11,310			5.0	11,711	5.4	10,819	5.2		
糖尿病	21,188			9.3	20,415	9.4	18,772	9.1		
脂質異常症	6,623			2.9	7,802	3.6	7,200	3.5		
脳梗塞・脳出血	928			0.4	937	0.4	847	0.4		
虚血性心疾患	1,640	0.7	1,875	0.9	1,629	0.8				
腎不全	19,792	8.7	17,220	7.9	16,616	8.0				
6	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	3,033		2,421		2,630		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		健診未受診者	13,472		13,441		12,517			
7	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	8,531		6,937		7,685		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		健診未受診者	37,890		38,519		36,574			
5	特定健診の 状況 県内市町村数 79市町村 同規模市区町村数 250市町村	受診率	6,680		990,213		138,602		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	47.0		40.0		44.5			
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
		特定保健指導終了者(実施率)	0		20055	17.6	2,089	14.0		
6	問診の状況	服薬	2,371	35.5	369,548	37.3	48,152	34.7	2,401,322	35.7
		糖尿病	585	8.8	91,570	9.3	11,925	8.6	582,344	8.6
		脂質異常症	1,862	27.9	286,429	28.9	38,780	28.0	1,877,854	27.9
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	159	3.1	30,931	3.2	4,150	3.1	205,223	3.1
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	238	4.7	57,289	6.0	7,181	5.4	361,423	5.5
		腎不全	30	0.6	7,805	0.8	964	0.7	53,281	0.8
		貧血	536	10.6	101,300	10.6	12,221	9.3	694,361	10.7
		喫煙	677	10.1	125,652	12.7	18,224	13.2	927,614	13.8
		週3回以上朝食を抜く	340	6.7	77,371	8.5	10,174	8.2	633,871	10.3
		週3回以上食後間食 (~H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
週3回以上就寝前夕食 (H30~)	742	14.6	133,382	14.4	19,058	15.4	964,244	15.7		
週3回以上就寝前夕食	742	14.6	133,382	14.4	19,058	15.4	964,244	15.7		
食べる速度が遅い	1,133	22.3	235,836	25.8	30,736	24.8	1,640,770	26.8		
20歳時体重から10%以上増加	1,525	30.0	316,289	34.4	39,668	31.9	2,149,988	34.9		
1回30分以上運動習慣なし	3,126	61.5	548,873	59.7	80,694	64.9	3,707,647	60.4		
1日1時間以上運動なし	2,049	40.4	429,802	46.5	56,114	45.2	2,949,573	48.0		
睡眠不足	1,227	24.2	230,586	25.0	30,732	24.8	1,569,769	25.6		
毎日飲酒	1,245	24.5	232,725	24.4	33,339	25.3	1,639,941	25.5		
時々飲酒	1,244	24.5	203,714	21.4	31,286	23.8	1,446,573	22.5		
14	一日 飲 酒 量	1合未満	1,884	60.9	413,555	65.2	39,531	54.6	2,944,274	64.2
		1~2合	832	26.9	149,192	23.5	22,401	30.9	1,088,435	23.7
		2~3合	308	9.9	56,491	8.9	8,199	11.3	428,995	9.3
		3合以上	72	2.3	14,607	2.3	2,306	3.2	126,933	2.8

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



② 65～74歳(国保)





参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

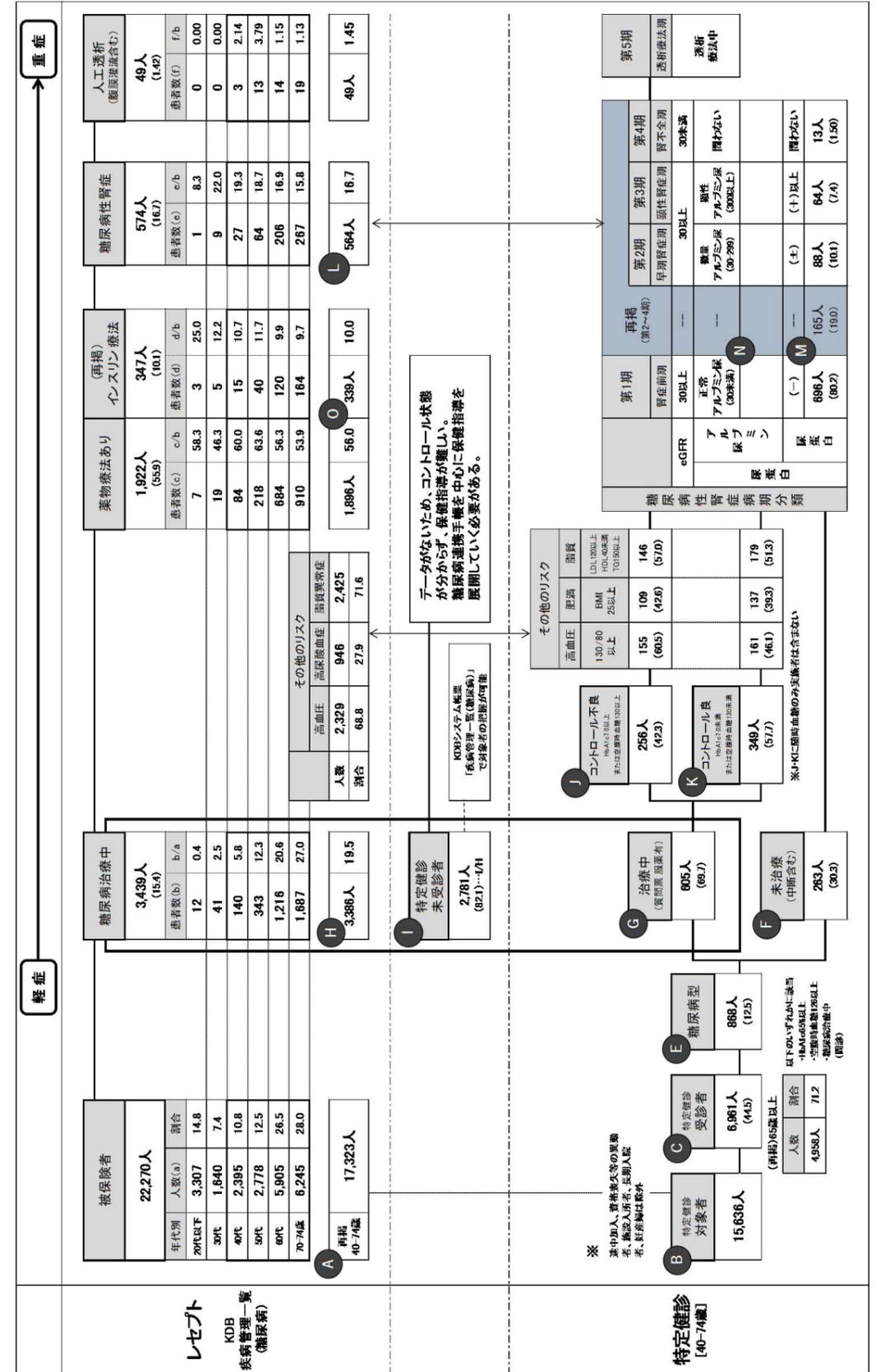
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	統合表	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									
1 ① 被保険者数	A	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
2 ① 特定健診対象者数	B	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-特定保健指導状況報告書(各年度の法定報告)
2 ② 特定健診受診率	C	7,641人	48.2%	7,382人	47.9%	6,226人	40.8%	6,791人	45.7%	6,667人	47.5%			
3 ① 特定保健指導対象者数		907人		791人		670人		696人		653人				
3 ② 特定保健指導実施率		52.3%		54.6%		63.9%		62.8%		65.5%				
4 ① 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%			
4 ② 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%			
4 ③ 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%			
4 ④ コントロール不良 (HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上)	J	277人	43.5%	288人	47.7%	258人	51.5%	266人	46.2%	256人	42.3%			
4 ⑤ 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%			
4 ⑥ 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%			
4 ⑦ コントロール良 (HbA1c 7.0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%			
4 ⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	750人	72.9%	691人	71.5%	635人	80.6%	728人	84.4%	696人	80.2%			
4 ⑨ 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%			
4 ⑩ 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%			
4 ⑪ 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 ① 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
5 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				
5 ③ レセプト件数 (40-74歳)		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)		2490.774件 (911.6)		KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
5 ④ 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)		
5 ⑤ 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%			
5 ⑥ (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%			
5 ⑦ 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%			
5 ⑧ 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%			
5 ⑨ (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%			
5 ⑩ 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%			
5 ⑪ (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%			
5 ⑫ 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%			
5 ⑬ (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%			
5 ⑭ 新規透析患者数		9人		10人		11人		8人		8人				
5 ⑮ (再掲)糖尿病性腎症		7人		7人		8人		5人		5人				
5 ⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		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 ① 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		
6 ② 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		
6 ③ (総医療費に占める割合)		56.0%		56.2%		56.4%		55.0%		55.1%		53.2%		
6 ④ 生活習慣病 健診受診者		4,697人		7,814人		4,771人		6,203人		8,531人		6,937人		
6 ⑤ 生活習慣病 健診未受診者		39,121人		34,834人		37,384人		38,704人		37,890人		38,519人		
6 ⑥ 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		
6 ⑦ (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%		
6 ⑧ 糖尿病入院総医療費		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				KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
6 ⑨ 1件あたり		35,895円		36,507円		36,307円		38,794円		39,956円				
6 ⑩ 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				
6 ⑪ 1件あたり		625,475円		654,238円		620,784円		680,335円		653,903円				
6 ⑫ 在院日数		17日		17日		16日		15日		15日				
6 ⑬ 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		
6 ⑭ 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		
6 ⑮ 透析なし		3016万円		3379万円		2882万円		2333万円		2661万円		1487万円		
7 ① 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		
7 ② (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

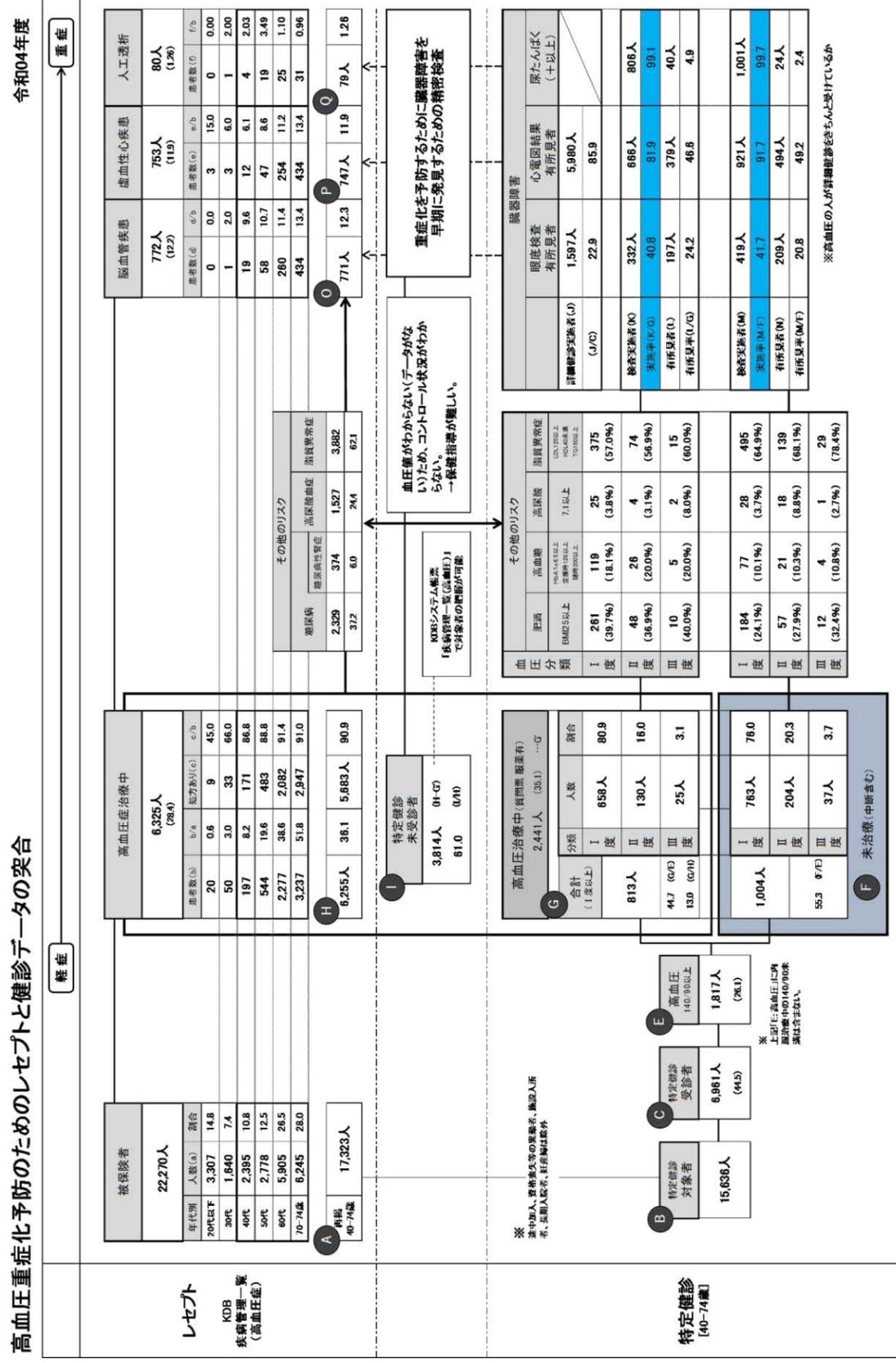
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

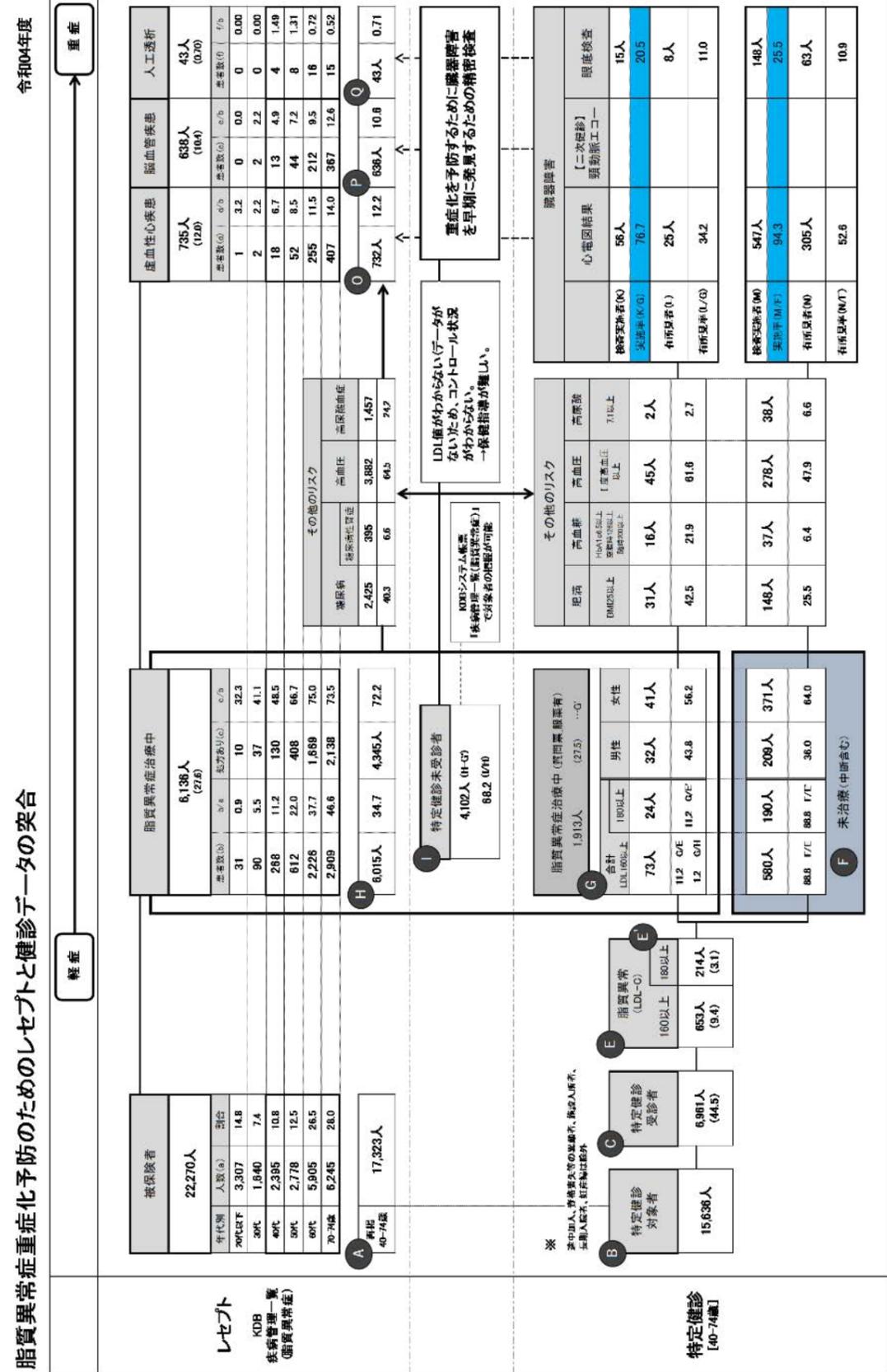
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料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

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			合併症の危険が更に大きくなる						
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		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			
					再掲						
					再)7.0以上	未治療	治療				
H29	7,948	2,616	32.9%	3,119	1,479	734	317	417	9.2%	3.9%	9.2%
H30	7,909	2,273	28.7%	3,147	1,716	773	332	441	9.8%	4.1%	9.8%
R01	7,677	2,593	33.8%	2,882	1,462	740	318	422	9.6%	4.3%	9.6%
R02	6,433	2,343	36.4%	2,385	1,121	584	236	348	9.1%	4.5%	9.1%
R03	7,053	2,778	39.4%	2,498	1,159	618	233	385	8.8%	4.1%	8.8%
R04	6,922	2,647	38.2%	2,537	1,129	609	217	392	8.8%	4.1%	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			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		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%
治療中	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%
治療中	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%
治療中	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%
治療中	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%
治療中	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%
治療なし	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%
治療なし	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%
治療なし	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%
治療なし	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%
治療なし	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	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	高値	I度高血圧	II度高血圧以上			再掲		
					再)II度高血圧					
					再)II度高血圧	未治療	治療			
H29	7,988	3,716	2,180	1,629	463	256	207	5.8%	0.7%	5.8%
H30	7,933	3,682	2,159	1,653	439	255	184	5.5%	0.9%	5.5%
R01	7,721	3,556	2,190	1,545	430	249	181	5.6%	0.9%	5.6%
R02	6,505	2,838	1,828	1,438	401	221	180	6.2%	1.1%	6.2%
R03	7,104	3,246	1,898	1,496	464	270	194	6.5%	0.9%	6.5%
R04	6,961	3,269	1,875	1,421	396	241	155	5.7%	0.9%	5.7%

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%
治療中	H30	2,707	34.1%	338	12.5%	549	20.3%	884	32.7%	752	27.8%	163	6.0%	21	0.8%
治療中	R01	2,644	34.2%	388	14.7%	505	19.1%	867	32.8%	703	26.6%	148	5.6%	33	1.2%
治療中	R02	2,384	36.6%	304	12.8%	439	18.4%	762	32.0%	699	29.3%	155	6.5%	25	1.0%
治療中	R03	2,495	35.1%	347	13.9%	498	20.0%	797	31.9%	659	26.4%	174	7.0%	20	0.8%
治療中	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%
治療なし	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%
治療なし	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%
治療なし	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%
治療なし	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%
治療なし	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

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

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%
	R04	6,961	3,540	50.9%	1,693	24.3%	1,075	15.4%	439	6.3%	214	3.1%
男性	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%
	R03	3,091	1,634	52.9%	730	23.6%	433	14.0%	215	7.0%	79	2.6%
女性	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%
	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	再掲	再掲
					再180以上	未治療	治療			
H29	7,988	4,096	2,000	1,172	720	649	71	9.0%	90.1%	9.9%
		51.3%	25.0%	14.7%	234	219	15	2.9%	93.6%	6.4%
H30	7,933	3,848	2,009	1,268	808	723	85	10.2%	89.5%	10.5%
		48.5%	25.3%	16.0%	270	246	24	3.4%	91.1%	8.9%
R01	7,721	3,697	1,958	1,276	790	707	83	10.2%	89.5%	10.5%
		47.9%	25.4%	16.5%	274	244	30	3.5%	89.1%	10.9%
R02	6,505	3,164	1,627	1,040	674	603	71	10.4%	89.5%	10.5%
		48.6%	25.0%	16.0%	217	199	18	3.3%	91.7%	8.3%
R03	7,103	3,445	1,752	1,130	776	696	80	10.9%	89.7%	10.3%
		48.5%	24.7%	15.9%	254	226	28	3.6%	89.0%	11.0%
R04	6,961	3,540	1,693	1,075	653	580	73	9.4%	88.8%	11.2%
		50.9%	24.3%	15.4%	214	190	24	3.1%	88.8%	11.2%

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	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%
	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%	

安曇野市

項目		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 人口構成	総数	97,800		97,494		97,152		96,752		96,605	
	39歳以下	427,258		425,428		423,713		421,597		420,476	
	40~64歳	2,101,891		2,087,307		2,072,219		2,056,970		2,043,798	
	65~74歳	34,797	35.6%	34,220	35.1%	33,637	34.6%	32,957	34.1%	32,614	33.8%
	75歳以上	161,947	37.9%	159,286	37.4%	156,928	37.3%	154,137	36.6%	152,818	36.3%
	65歳以上(高齢化率)	764,509	36.4%	749,825	35.9%	734,118	35.4%	719,806	35.3%	709,886	34.7%
	総被保険者数	33,148	33.9%	33,182	34.0%	33,240	34.1%	33,240	34.4%	33,368	34.5%
	39歳以下	142,695	33.4%	142,786	33.6%	142,666	33.7%	142,716	33.9%	143,141	34.0%
	40~64歳	688,986	32.8%	686,178	32.9%	683,112	33.3%	679,670	33.3%	678,299	33.2%
	65~74歳	14,500	14.8%	14,204	14.6%	14,323	14.7%	14,207	14.7%	13,674	14.2%
75歳以上	57,293	13.4%	56,422	13.3%	56,995	13.5%	56,931	13.5%	54,646	13.0%	
② 被保険者構成	総被保険者数	300,293	14.3%	296,721	14.2%	299,888	14.5%	301,032	14.6%	289,050	14.1%
	39歳以下	15,355	15.7%	15,888	16.3%	16,097	16.6%	16,348	16.9%	16,949	17.5%
	40~64歳	65,234	15.3%	66,826	15.7%	67,015	15.8%	67,700	16.1%	69,803	16.6%
	65~74歳	347,644	16.5%	354,146	17.1%	354,619	17.1%	355,986	17.3%	366,144	17.9%
	総被保険者数	29,855	30.5%	30,092	30.9%	30,420	31.3%	30,555	31.6%	30,623	31.7%
	39歳以下	122,527	28.7%	123,248	29.0%	124,010	29.3%	124,631	29.6%	124,449	29.6%
	40~64歳	647,937	30.8%	650,867	31.2%	654,507	31.6%	657,018	31.9%	655,194	32.1%
	65~74歳	21,687	20.972%	20,972	20.790%	20,790	20.252%	20,252	19.198%	19,198	18.553%
	75歳以上	91,799	89.128%	89,128	88.084%	88,084	85.653%	85,653	81.553%	81,553	77.690%
	総被保険者数	459,992	445.046%	445.046%	438.548%	426.859%	407.690%	407.690%			
39歳以下	4,300	19.8%	4,165	19.9%	4,046	19.5%	3,835	18.9%	3,666	19.1%	
40~64歳	21,657	23.6%	20,608	23.1%	19,897	22.6%	18,887	22.1%	18,085	22.2%	
65~74歳	101,741	22.1%	96,815	21.8%	92,009	21.0%	87,902	20.6%	85,489	21.0%	
75歳以上	6,757	31.2%	6,530	31.1%	6,375	30.7%	6,269	31.0%	6,069	31.6%	
総被保険者数	28,825	31.4%	28,236	31.7%	27,612	31.3%	27,038	31.6%	26,302	32.3%	
39歳以下	144,090	31.3%	138,757	31.2%	135,630	30.9%	131,688	30.9%	128,003	31.4%	
40~64歳	10,630	49.0%	10,277	49.0%	10,369	49.9%	10,148	50.1%	9,463	49.3%	
65~74歳	41,317	45.0%	40,284	45.2%	40,575	46.1%	39,728	46.4%	37,166	45.6%	
75歳以上	214,161	46.6%	209,474	47.1%	210,909	48.1%	207,269	48.6%	194,198	47.6%	
③ 平均余命	総被保険者数	10,449	10.128%	10,128	10.004%	10,004	9.681%	9,681	9.205%	9,205	8.896%
	39歳以下	44,633	43.368%	43,368	42.898%	42,898	41.574%	41,574	39.666%	39,666	37.666%
	40~64歳	225,722	215.507%	215.507%	215.590%	209,118	200.200%	200.200%			
	65~74歳	2,184	20.9%	2,142	21.1%	2,057	20.6%	1,938	20.0%	1,859	20.2%
	75歳以上	10,193	24.7%	10,561	24.4%	10,193	23.8%	9,615	23.1%	9,222	23.2%
	男性	52,759	23.4%	50,162	23.0%	47,750	22.1%	45,340	21.7%	44,289	22.1%
	39歳以下	3,352	32.1%	3,254	32.1%	3,183	31.8%	3,137	32.4%	3,087	33.5%
	40~64歳	14,350	32.2%	14,129	32.6%	13,904	32.4%	13,643	32.8%	13,439	33.9%
	65~74歳	72,128	32.0%	69,771	31.9%	68,585	31.8%	66,777	31.9%	65,370	32.7%
	75歳以上	4,913	47.0%	4,732	46.7%	4,764	47.6%	4,606	47.6%	4,259	46.3%
女性	19,245	43.1%	18,678	43.1%	18,801	43.8%	18,316	44.1%	17,005	42.9%	
総被保険者数	100,835	44.7%	98,574	45.1%	99,255	46.0%	97,001	46.4%	90,541	45.2%	
39歳以下	11,238	10.844%	10,844	10.786%	10,786	10.571%	10,571	9.993%	9,993	9.487%	
40~64歳	47,166	45.760%	45,760	45.186%	45,186	44.079%	44,079	41.887%	41,887	39.666%	
65~74歳	234,270	226.539%	226.539%	222.958%	217,741	207.490%	207.490%				
75歳以上	2,116	18.8%	2,023	18.7%	1,989	18.4%	1,897	17.9%	1,807	18.1%	
男性	10,619	22.5%	10,047	22.0%	9,704	21.5%	9,272	21.0%	8,863	21.2%	
39歳以下	48,982	20.6%	46,653	20.6%	44,259	19.9%	42,562	19.5%	41,200	19.9%	
40~64歳	3,405	30.3%	3,276								

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	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
⑧ 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		
		県	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	自	3,371	44.6	3,234	44.1	2,716	37.5	2,948	41.9	2,862	43.1	
			県	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	23.8	22.4	30.7	29.5	24.3	22.3	25.0	32.1	18.7	18.8
			県	40-44	21.6	23.8	27.3	28.1	22.0	22.8	24.8	28.3	15.1	18.7
			県	40-44	25.1	25.0	28.5	31.5	26.2	25.8	28.8	32.4	21.1	22.4
			県	40-44	38.9	52.4	54.6	55.7	35.4	51.5	55.7	31.4	45.4	46.0
	総数	自	4,270	51.5	4,148	51.4	3,510	43.9	3,843	49.1	3,805	51.6		
		県	16,940	50.6	15,813	48.9	13,470	41.8	14,843	47.5	14,308	48.5		
	女性	総数	自	85,850	50.8	82,543	50.6	72,674	44.8	77,145	48.8	74,775	50.1	
県			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	30.1	25.0	38.3	39.8	28.0	29.0	34.7	40.8	25.5	23.3	
		県	40-44	28.2	27.6	33.1	41.6	26.2	28.4	32.2	40.7	21.3	22.3	
		県	40-44	31.3	31.2	35.6	42.3	30.6	32.1	35.2	41.7	26.5	26.7	
		県	40-44	50.6	55.9	59.3	59.3	51.0	56.9	58.0	43.0	49.5	48.7	
総数	自	1,829	23.9	1,760	23.8	1,581	25.4	1,632	24.0	1,623	24.3			
	県	7,392	24.8	6,938	24.9	6,220	26.4	6,587	26.0	6,390	25.4			
BMI	総数	自	37,068	24.1	36,102	24.3	33,318	25.5	35,265	25.6	33,919	25.1		
		県	984	29.2	924	28.5	816	30.0	863	29.3	870	30.4		
		県	3,965	30.9	3,742	31.0	3,300	32.8	3,587	32.9	3,509	32.3		
	男性	総数	自	20,032	29.4	19,626	29.8	18,159	31.3	19,395	31.6	18,758	31.1	
			県	984	29.2	924	28.5	816	30.0	863	29.3	870	30.4	
		年代別割合	自	40代	33.9	36.9	31.5	27.8	37.7	38.0	32.2	27.1	39.3	41.0
			県	40代	35.8	36.9	31.5	27.8	37.7	38.0	32.2	27.1	39.3	41.0
			県	40代	35.0	36.1	29.8	28.2	35.2	36.6	30.3	26.7	38.2	38.4
			県	40代	44.5	49.9	51.1	51.1	49.2	55.7	51.1	42.9	49.0	51.1
	総数	自	845	19.8	836	20.1	765	21.8	769	20.7	753	19.8		
		県	3,427	20.2	3,196	20.2	2,920	21.7	3,000	20.7	2,881	20.1		
	女性	総数	自	17,036	19.8	16,476	19.9	15,159	20.8	15,870	20.7	15,161	20.2	
県			845	19.8	836	20.1	765	21.8	769	20.7	753	19.8		
年代別割合		自	40代	10.4	25.1	42.4	50.4	9.4	26.4	41.3	49.0	11.3	24.5	
		県	10.7	24.1	39.7	49.7	8.9	23.0	38.7	48.2	10.0	23.2		
		県	11.8	23.8	39.7	48.4	11.3	23.9	39.0	48.4	13.0	25.8		
		県	11.8	23.8	39.7	48.4	11.3	23.9	39.0	48.4	13.0	25.8		
腹囲	総数	自	47,605	30.9	46,540	31.4	42,784	32.7	45,327	32.9	43,994	32.5		
		県	1,647	48.8	1,581	48.8	1,363	50.1	1,492	50.6	1,413	49.4		
		県	6,434	50.1	6,106	50.6	5,390	53.6	5,790	53.1	5,576	51.4		
	男性	総数	自	33,571	49.3	32,829	49.9	30,085	51.8	31,997	52.2	31,065	51.5	
			県	1,647	48.8	1,581	48.8	1,363	50.1	1,492	50.6	1,413	49.4	
		年代別割合	自	40代	42.7	51.4	48.2	49.9	42.4	47.3	50.5	48.7	44.0	49.4
			県	44.6	50.6	51.0	50.2	45.0	48.7	52.5	50.4	48.2	52.8	
			県	44.9	49.9	50.2	49.2	45.0	50.1	50.8	50.1	46.6	52.1	
			県	44.9	49.9	50.2	49.2	45.0	50.1	50.8	50.1	46.6	52.1	
	総数	自	653	15.3	659	15.9	630	17.9	678	17.7	641	16.8		
		県	2,678	15.8	2,511	15.9	2,380	17.7	2,464	17.0	2,374	16.6		
	女性	総数	自	14,034	16.3	13,711	16.6	12,699	17.5	13,330	17.4	12,929	17.3	
県			653	15.3	659	15.9	630	17.9	678	17.7	641	16.8		
年代別割合		自	40代	7.7	14.7	15.1	16.6	7.2	15.7	16.4	16.4	14.4	14.2	
		県	10.3	13.8	15.4	17.6	10.2	13.9	15.7	17.3	13.1	13.9		
		県	11.7	14.5	16.3	17.6	11.3	15.3	16.4	18.4	12.4	15.9		
		県	11.7	14.5	16.3	17.6	11.3	15.3	16.4	18.4	12.4	15.9		
中性脂肪	総数	自	32,813	21.3	31,340	21.1	28,662	21.6	29,987	21.7	28,346	21.0		
		県	1,039	30.8	949	29.3	806	29.6	777	26.3	769	26.9		
		県	3,870	30.1	3,588	29.7	3,127	31.1	3,331	30.5	3,209	29.6		
	男性	総数	自	18,686	27.4	18,011	27.4	16,308	28.1	17,196	28.1	16,393	27.2	
			県	1,039	30.8	949	29.3	806	29.6	777	26.3	769	26.9	
		年代別割合	自	40代	35.6	37.7	31.0	28.4	33.2	37.9	28.9	27.3	37.2	31.4
			県	34.4	35.2	30.0	28.1	33.2	35.4	30.1	27.5	34.3	36.7	
			県	32.4	32.4	27.9	24.7	31.6	32.5	27.7	25.0	32.4	32.7	
			県	32.4	32.4	27.9	24.7	31.6	32.5	27.7	25.0	32.4	32.7	
	総数	自	812	19.0	769	18.5	631	18.0	629	16.4	614	16.1		
		県	3,199	18.9	3,022	19.1	2,660	19.7	2,718	18.8	2,583	18.0		
	女性	総数	自	14,127	16.4	13,329	16.1	12,354	17.0	12,791	16.7	11,953	16.0	
県			812	19.0	769	18.5	631	18.0	629	16.4	614	16.1		
年代別割合		自	40代	9.8	15.6	18.2	21.9	10.0	15.1	19.0	21.5	11.8	16.2	
		県	10.0	14.1	16.4	18.1	9.9	14.5	18.3	17.3	10.9	14.7		
		県	10.0	14.1	16.4	18.1	9.9	14.5	18.3	17.3	10.9	14.7		
		県	10.0	14.1	16.4	18.1	9.9	14.5	18.3	17.3	10.9	14.7		
HbA1c	総数	自	99,520	64.6	93,233	62.8	83,033	63.5	80,152	58.1	79,779	59.0		
		県	5,461	71.5	4,892	66.2	3,943	63.3	4,098	60.3	4,115	61.7		
		県	17,768	59.6	16,431	58.9	13,644	58.0	13,781	54.3	13,385	53.1		
	男性	総数	自	7,604	59.2	7,071	58.6	5,898	58.7	6,123	56.2	5,902	54.4	
			県	43,290	63.6	40,968	62.3	36,786	63.4	36,427	59.4	36,373	60.3	
		年代別割合	自	40代	44.4	56.2	71.4	76.1	36.1	47.3	66.1	70.1	36.1	47.7
			県	48.1	60.1	60.9	65.5	30.5	46.9	60.0	65.4	31.0	46.9	
			県	38.1	52.5	65.5	69.6	36.6	50.8	63.6	69.1	37.1	50.9	
			県	38.1	52.5	65.5	69.6	36.6	50.8	63.6	69.1	37.1	50.9	
	総数	自	3,096	72.5	2,818	67.9	2,217	63.1	2,267	59.0	2,319	60.9		
		県	10,164	60.0	9,360	59.1	7,746	57.5	7,658	52.9	7,483	52.2		
	女性	総数	自	56,230	65.4	52,265	63.2	46,247	63.6	43,725	57.0	43,406	58.0	
県			3,096	72.5	2,818	67.9	2,217	63.1	2,267	59.0	2,319	60.9		
年代別割合		自	40代	36.0	55.3	75.6	77.4	30.0	54.5	70.1	73.2	25.8	51.3	
		県	36.4	44.8	63.1	65.8	26.1	45.1	64.3	68.2	26.1	45.1		
		県	30.0	52.0	67.6	72.1	27.6	49.3	65.4	69.8	29.7	49.2		
		県	30.0	52.0	67.6	72.1	27.6	49.3	65.4	69.8	29.7	49.2		

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	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
⑨ 特定健診・特定保健指導	総数	自	1,454	19.0	1,479	20.0	1,607	25.8	1,786	26.3	1,568	23.5		
		県	6,315	21.2	6,447	23.1	5,833	24.8	6,073	23.9	6,099	24.2		
		県	37,802	24.5	37,688	25.4	33,240	25.4	35,779	25.9	33,908	25.1		
	男性	総数	自	814	24.1	816	25.2	879	32.3	948	32.1	845	29.5	
			県	3,517	27.4	3,572	29.6	3,154	31.4	3,275	30.0	3,334	30.7	
		年代別割合	自	40代	12.1	22.4	25.4	25.3	13.4	24.2	27.4	25.5	18.8	24.7
			県	12.1	22.4	25.4	25.3	13.4						

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		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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
⑩ 喫煙の状況	総数	自	827	10.8	771	10.4	603	9.7	700	10.3	677	10.1	827	10.8	771	10.4	603	9.7	700	10.3	677	10.1	827	10.8	
		県	3,492	11.7	3,248	11.7	2,463	10.5	2,836	11.2	2,812	11.2	3,492	11.7	3,248	11.7	2,463	10.5	2,836	11.2	2,812	11.2	3,492	11.7	
		市	18,504	12.0	17,539	11.8	14,465	11.1	15,686	11.4	15,594	11.5	18,504	12.0	17,539	11.8	14,465	11.1	15,686	11.4	15,594	11.5	18,504	12.0	
		男性	674	20.0	635	19.6	496	18.2	565	19.2	547	19.1	674	20.0	635	19.6	496	18.2	565	19.2	547	19.1	674	20.0	
		女性	153	3.6	136	3.3	107	3.0	135	3.5	130	3.4	153	3.6	136	3.3	107	3.0	135	3.5	130	3.4	153	3.6	
	年代別割合	40代	28.0	30.4	19.0	17.3	29.0	27.9	20.6	15.8	26.2	24.7	19.8	14.7	32.4	28.6	20.5	14.7	24.8	21.7	20.7	15.7	28.0	30.4	
		50代	32.5	31.3	21.1	17.1	31.9	29.8	22.1	17.1	28.1	27.4	20.1	16.1	32.9	28.2	21.3	16.0	28.7	27.6	21.5	16.2	32.5	31.3	
		60代	33.1	31.1	22.5	16.6	32.9	31.2	22.1	16.4	30.9	29.5	21.0	15.7	31.7	30.1	21.4	15.7	30.6	29.2	21.8	15.7	33.1	31.1	
		70代	1.9	1.2	0.4	0.2	1.0	0.8	0.3	0.2	1.2	0.9	0.4	0.2	1.4	1.0	0.5	0.3	1.1	0.8	0.4	0.2	1.9	1.2	
		80代	12.8	9.0	3.6	2.2	12.5	9.1	3.6	2.1	11.2	9.1	3.4	2.0	12.1	9.2	3.6	2.1	10.9	9.3	3.9	2.4	12.8	9.0	
⑪ 飲酒の状況	総数	自	1,230	24.5	1,162	24.7	1,064	25.4	1,195	25.1	1,245	24.5	1,230	24.5	1,162	24.7	1,064	25.4	1,195	25.1	1,245	24.5	1,230	24.5	
		県	6,567	25.1	6,183	25.5	5,138	24.8	5,747	25.0	5,638	24.9	6,567	25.1	6,183	25.5	5,138	24.8	5,747	25.0	5,638	24.9	6,567	25.1	
		市	34,052	23.9	32,791	23.9	29,012	24.0	30,846	24.0	30,416	24.1	34,052	23.9	32,791	23.9	29,012	24.0	30,846	24.0	30,416	24.1	34,052	23.9	
		男性	965	44.2	867	43.0	792	45.1	885	43.8	889	41.6	965	44.2	867	43.0	792	45.1	885	43.8	889	41.6	965	44.2	
		女性	265	9.3	295	10.9	272	11.2	310	11.3	356	12.1	265	9.3	295	10.9	272	11.2	310	11.3	356	12.1	265	9.3	
	年代別割合	40代	33.3	38.2	45.5	46.7	29.6	38.1	44.2	46.2	32.9	38.1	47.5	46.2	32.9	38.1	47.5	46.2	32.9	38.1	47.5	46.2	33.3	38.2	
		50代	30.2	38.0	49.0	49.2	30.1	38.7	47.4	47.1	45.6	29.0	37.2	46.6	45.1	32.1	38.5	47.1	45.6	29.0	37.2	46.6	45.1	30.2	38.0
		60代	31.2	37.2	44.4	44.4	30.9	37.2	44.5	44.1	31.4	35.6	44.8	44.2	30.7	35.9	44.1	43.9	29.1	34.3	43.2	44.0	31.2	37.2	
		70代	4.7	6.1	4.7	1.5	8.5	4.4	4.4	1.6	9.6	5.9	3.6	1.4	9.5	4.4	4.0	2.0	9.0	6.8	3.2	2.3	4.7	6.1	
		80代	6.7	5.6	3.5	2.0	8.2	5.5	3.8	2.5	6.9	6.6	3.0	1.8	8.1	5.7	3.4	1.9	7.1	6.2	3.6	2.0	6.7	5.6	
⑫ 特定保健指導実施率	総数	自	474	52.3	432	54.6	428	63.9	437	62.8	428	65.5	474	52.3	432	54.6	428	63.9	437	62.8	428	65.5	474	52.3	
		県	1,546	49.3	1,457	51.2	1,309	53.6	1,433	51.5	1,371	53.7	1,546	49.3	1,457	51.2	1,309	53.6	1,433	51.5	1,371	53.7	1,546	49.3	
		市	9,572	58.0	9,333	60.2	8,299	60.8	8,701	59.2	8,278	61.0	9,572	58.0	9,333	60.2	8,299	60.8	8,701	59.2	8,278	61.0	9,572	58.0	
		男性	317	51.5	287	54.7	264	59.3	285	59.3	289	62.8	317	51.5	287	54.7	264	59.3	285	59.3	289	62.8	317	51.5	
		女性	1,002	46.8	931	48.8	801	49.7	904	48.4	882	51.2	1,002	46.8	931	48.8	801	49.7	904	48.4	882	51.2	1,002	46.8	
	年代別割合	40代	23.8	25.0	31.4	35.0	44.4	45.1	35.0	45.5	19.0	30.6	48.4	46.4	36.0	22.6	37.0	35.9	53.1	28.2	42.5	50.0	23.8	25.0	
		50代	37.8	28.8	36.9	42.6	36.6	39.2	39.4	43.4	23.2	31.1	38.8	46.2	30.2	39.1	36.2	46.2	52.4	39.3	35.9	46.5	37.8	28.8	
		60代	49.9	47.2	50.7	51.1	46.3	48.3	48.7	50.8	52.4	47.4	46.4	51.6	49.4	50.0	47.9	52.8	52.4	51.7	49.9	53.8	49.9	47.2	
		70代	50.9	60.7	50.7	32.7	63.2	60.3	45.9	62.1	71.6	36.4	77.9	65.3	53.1	82.1	70.5	35.3	82.1	70.5	35.3	82.1	50.9	60.7	
		80代	37.6	54.7	51.5	36.5	55.0	55.5	41.3	56.9	57.5	38.8	56.7	54.9	45.1	62.6	54.9	50.1	64.8	59.6	54.6	67.0	37.6	54.7	
⑬ 特定保健指導対象者の減少率	総数	自	134 / 811	16.5	168 / 816	20.6	112 / 723	15.5	121 / 608	19.9	114 / 616	18.5	134 / 811	16.5	168 / 816	20.6	112 / 723	15.5	121 / 608	19.9	114 / 616	18.5	134 / 811	16.5	
		県	509 / 2929	17.4	539 / 2837	19.0	347 / 2656	13.1	440 / 2219	19.8	475 / 2473	19.2	509 / 2929	17.4	539 / 2837	19.0	347 / 2656	13.1	440 / 2219	19.8	475 / 2473	19.2	509 / 2929	17.4	
		市	2845 / 15316	18.6	2901 / 15063	19.3	2167 / 14455	15.0	2384 / 12479	19.1	2582 / 13106	19.7	2845 / 15316	18.6	2901 / 15063	19.3	2167 / 14455	15.0	2384 / 12479	19.1	2582 / 13106	19.7	2845 / 15316	18.6	
		男性	88 / 540	16.3	114 / 558	20.4	69 / 478	14.4	75 / 404	18.6	74 / 422	17.5	88 / 540	16.3	114 / 558	20.4	69 / 478	14.4	75 / 404	18.6	74 / 422	17.5	88 / 540	16.3	
		女性	329 / 1972	16.7	348 / 1942	17.9	227 / 1777	12.8	265 / 1453	18.2	318 / 1661	19.1	329 / 1972	16.7	348 / 1942	17.9	227 / 1777	12.8	265 / 1453	18.2	318 / 1661	19.1	329 / 1972	16.7	
	年代別割合	40代	15.5	16.7	21.1	20.1	15.8	13.9	17.1	19.3	20.1	16.0	15.5	16.7	21.1	20.1	15.8	13.9	17.1	19.3	20.1	16.0	15.5	16.7	
		50代	16.7	16.7	16.0	19.0	11.1	13.7	16.9	19.0	20.3	16.7	16.7	16.7	16.0	19.0	11.1	13.7	16.9	19.0	20.3	16.7	16.7		
		60代	16.4	18.0	17.6	18.8	12.8	14.8	16.5	18.0	17.5	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	
		70代	4.6 / 271	17.0	5.4 / 258	20.9	4.3 / 245	17.6	4.6 / 204	22.5	4.0 / 194	20.6	4.6 / 271	17.0	5.4 / 258	20.9	4.3 / 245	17.6	4.6 / 204	22.5	4.0 / 194	20.6	4.6 / 271	17.0	
		80代	18.0 / 957	18.8	19.1 / 895	21.3	12.0 / 879	13.7	17.5 / 766	22.8	15.7 / 812	19.3	18.0 / 957	18.8	19.1 / 895	21.3	12.0 / 879	13.7	17.5 / 766	22.8	15.7 / 812	19.3	18.0 / 957	18.8	

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		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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
⑭ HbA1c8%以上の者の割合	総数	自	65	0.9	89	1.2	54	0.9	68	1.0	69	1.0	65	0.9	89	1.2	54	0.9	68	1.0	69	1.0	65	0.9	
		県	264	0.9	291	1.1	238	1.0	273	1.0	232	0.9	264	0.9	291	1.1	238	1.0	273	1.0	232	0.9	264	0.9	
		市	1,477	1.0	1,388	0.9	1,256	1.0	1,434	1.0	1,243	0.9	1,477	1.0	1,388	0.9	1,256	1.0	1,434	1.0	1,243	0.9	1,477	1.0	
		男性	39	1.2	50	1.6	33	1.2	43	1.5	43	1.5	39	1.2	50	1.6	33	1.2	43	1.5	43	1.5	39	1.2	
		女性	26	0.6	39	0.9	21	0.6	25	0.7	26	0.7	26	0.6	39	0.9	21	0.6	25	0.7	26	0.7	26	0.6	
	年代別割合	40代	0.8	1.3	1.6	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	0.8	1.3	1.6	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	0.8	1.3	
		50代	1.4	1.3	2.0	1.4	1.7	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	2.0	1.4	1.7	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	
		60代	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.4	
		70代	0.4	0.7	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.4	0.4	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.4	0.7	
		80代	0.5	0.7	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.7	
⑮ Ⅱ度高血圧以上の者の割合	総数	自	425	5.6	410	5.6	388	6.2	446	6.6	381	5.7	425	5.6	410	5.6	388	6.2	446	6.6	381	5.7	425	5.6	
		県	1,273	4.3	1,266	4.5	1,173	5.0	1,464	5.6	1,313	5.2	1,273	4.3	1,266	4.5	1,173	5.0	1,464	5.6	1,313	5.2	1,273	4.3	
		市	6,847	4.4	6,694	4.5	7,017	5.4	7,482	5.4	7,178	5.3	6,847	4.4	6,694	4.5	7,017	5.4	7,482	5.4	7,178	5.3	6,847	4.4	
		男性	203	6.0	187	5.8</																			

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
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 1,225	1,260	1,158	1,247	1,268				
				圏 5,126	5,216	5,268	5,549	5,455					
			医療費	自 24,181	24,591	25,200	26,285	25,721					
				圏 1,747,171,440	1,740,001,540	1,567,115,240	1,820,422,000	1,799,682,410					
			脳血管疾患主病	件数	自 110	99	94	95	92				
				圏 458	406	452	421	393					
			医療費	自 2,086	1,834	2,081	2,057	1,873					
				圏 151,522,460	131,038,890	121,112,500	131,560,240	113,849,610					
			虚血性心疾患主病	件数	自 40	54	39	33	49				
				圏 198	186	191	189	163					
			医療費	自 927	873	858	879	679					
				圏 79,222,320	87,089,860	61,646,780	62,060,980	66,050,420					
			介護	⑮	人工透析者の 医療費	人工透析レセプト件数	件数	自 1,030	942	960	1,032	958	
							圏 4,900	4,923	4,854	5,017	4,841		
人工透析医療費 (総医療費に占める割合)	割合	自 19,481				19,622	19,584	20,126	19,932				
	圏 482,557,520	435,552,960				438,203,500	474,154,850	433,504,470					
2号認定認定率	自 0.4	0.4				0.4	0.3	0.4					
	圏 0.3	0.3				0.3	0.3	0.3					
1号認定認定率	自 18.2	18.6				18.9	19.2	18.5					
	圏 19.0	19.4				19.4	19.4	18.5					
介護給付費	給付費総額	自 8,047,096,239				8,231,986,306	8,540,853,275	8,702,978,115	8,740,577,938				
	圏 34,492,976,737	35,140,276,187				35,608,324,724	35,618,216,520	35,572,025,141					
一件当たり給付費	自 179,048,179,364	182,286,417,449				185,738,106,292	187,274,951,627	186,555,887,417					
	圏 58,310	58,654				59,156	58,335	57,943					
介護給付費	自 57,726	58,084				58,411	57,805	57,440					
	圏 62,215	62,530				63,476	63,158	62,434					

**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(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(本庁舎内)  
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