

# 中野市国民健康保険

## 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

中野市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)・特定健康診査等実施計画

## 目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
1) 市町村国保の役割	
2) 関係機関との連携	
3) 被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	10
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
1) 第2期計画に係る評価	
2) 主な個別事業の評価と課題	
3. 第3期における健康課題の明確化	
1) 基本的な考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	34
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報の保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....41

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

第5章 計画の評価・見直し .....70

- 1. 評価の時期
- 2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....71

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....72

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<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(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・改善等を行うこととされました。

中野市(以下「本市」という。)では、効果的・効率的な保健事業を引き続き実施するため、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) 第4期特定健康診査等実施計画」(以下、「本計画」という。)を策定します。

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)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します。

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、長野県信州保健医療総合計画や中野市健康づくり計画、介護保険事業計画、県や市の国民健康保険運営方針(事業計画)、特定健康診査等実施計画と整合性を保ちながら推進します。(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。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)<sup>※5</sup>」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導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していきます。(図表2・3・4・5)

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

---

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

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

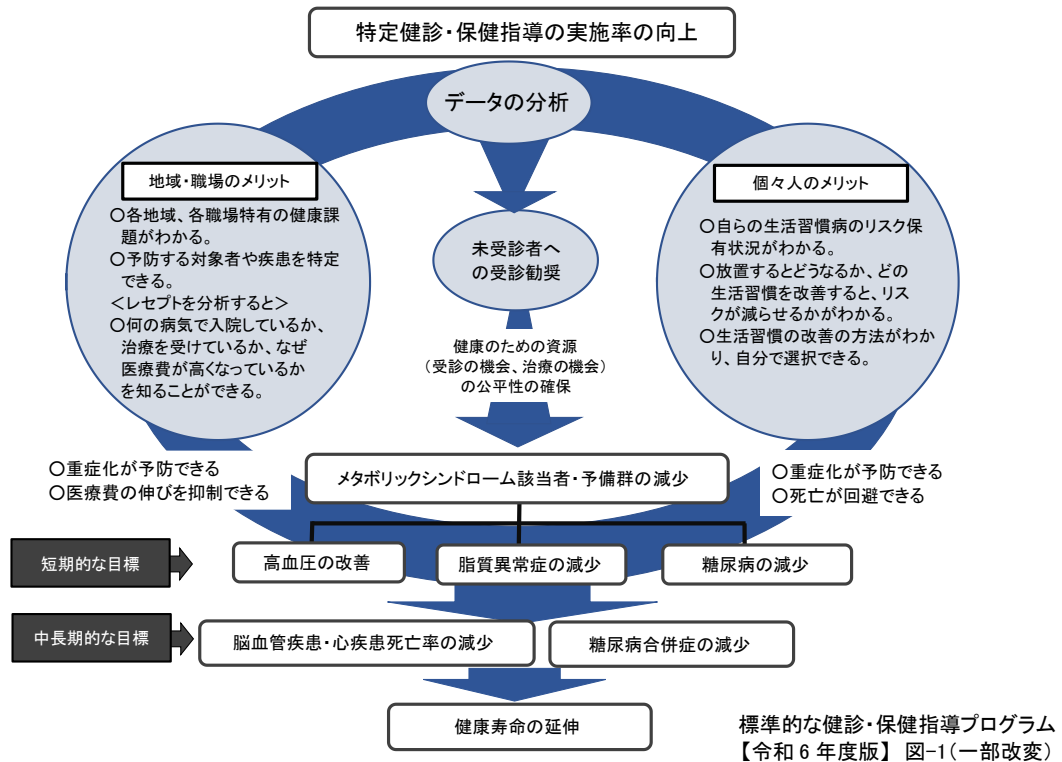
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他関連計画等との位置づけ

	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		中野市介護保険事業(支援)計画	信州保健医療総合計画	
		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		医療費適正化計画	医療計画(地域医療構想含む)
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
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 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	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026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
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	市町村:義務 都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	支えあいいきいきと健康に暮らせる健康長寿のまらの実現に向け、生活習慣の改善、疾病・重症化予防を含むライフステージに応じた健康づくりを推進する。	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、地域的條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。	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	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。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣等の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮		1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患	すべて	すべて
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症)</p> <p>循環器病 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>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</p> <p>生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム</p> <p>糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防</p>	<p>5疾病</p> <p>糖尿病 心筋梗塞等の 心臓血管疾患 脳卒中</p>
	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 ころの健康(うつ・不安)			認知症 フレイル 口腔機能、低栄養		がん 精神疾患
評価	<p>「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」</p> <p>○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性</p>	<p>①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心</p> <p>参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 &lt;アウトカム&gt; メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 &lt;アウトプット&gt; 特定健診実施率</p>	<p>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</p>	<p>①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業)</p> <p>②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連)</p> <p>③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)</p>	<p>(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</p> <p>(医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進</p>	<p>①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制(地域の状況に応じて設定)</p> <p>6事業</p> <p>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</p>
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		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	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	

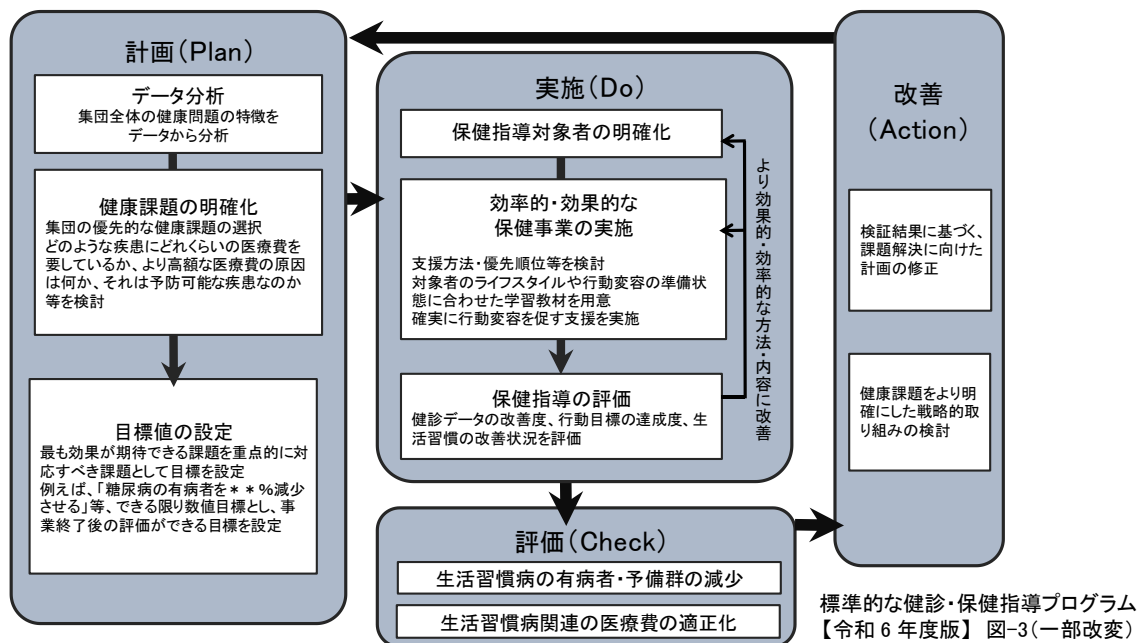
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～



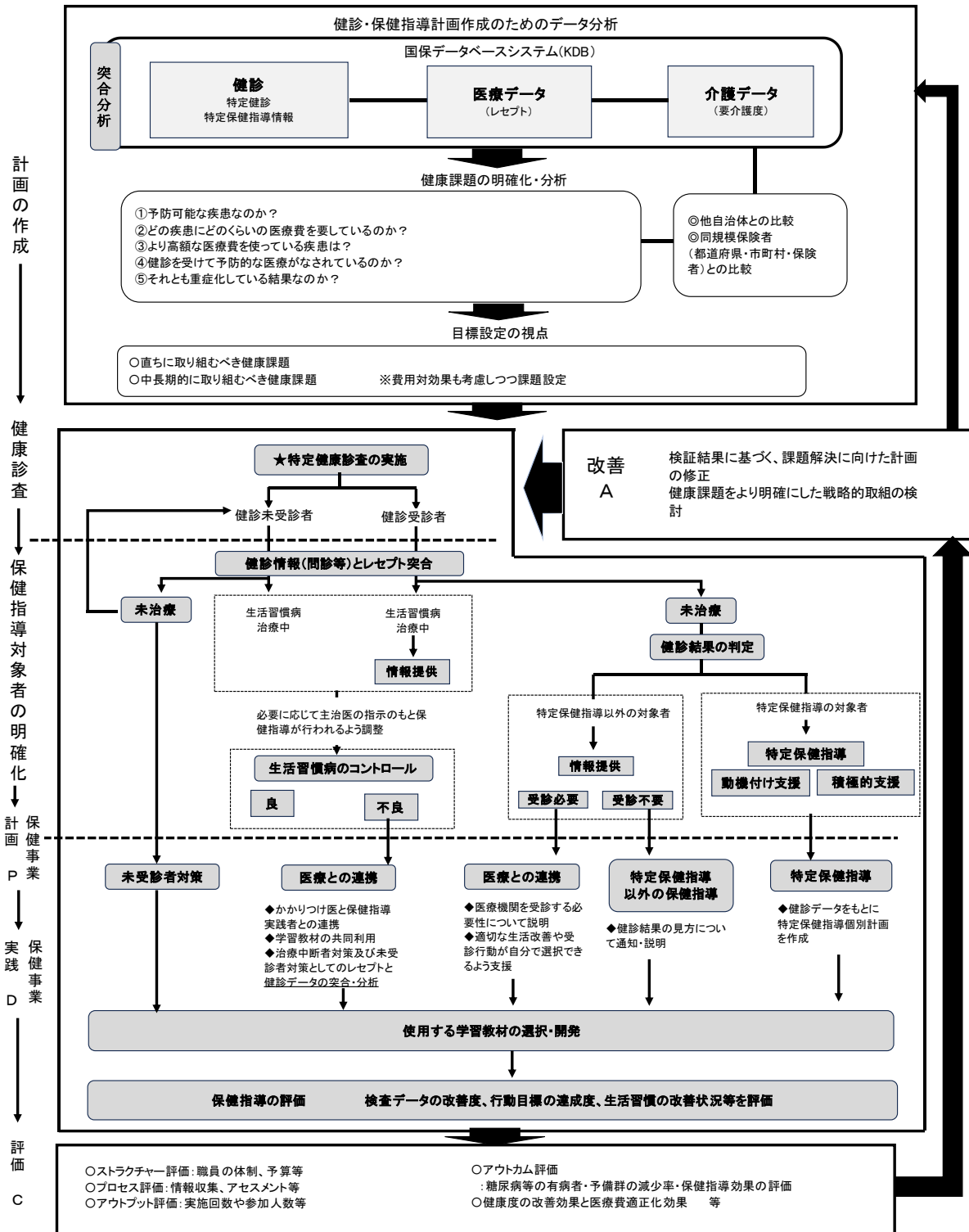
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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



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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに揭示)

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和06年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が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

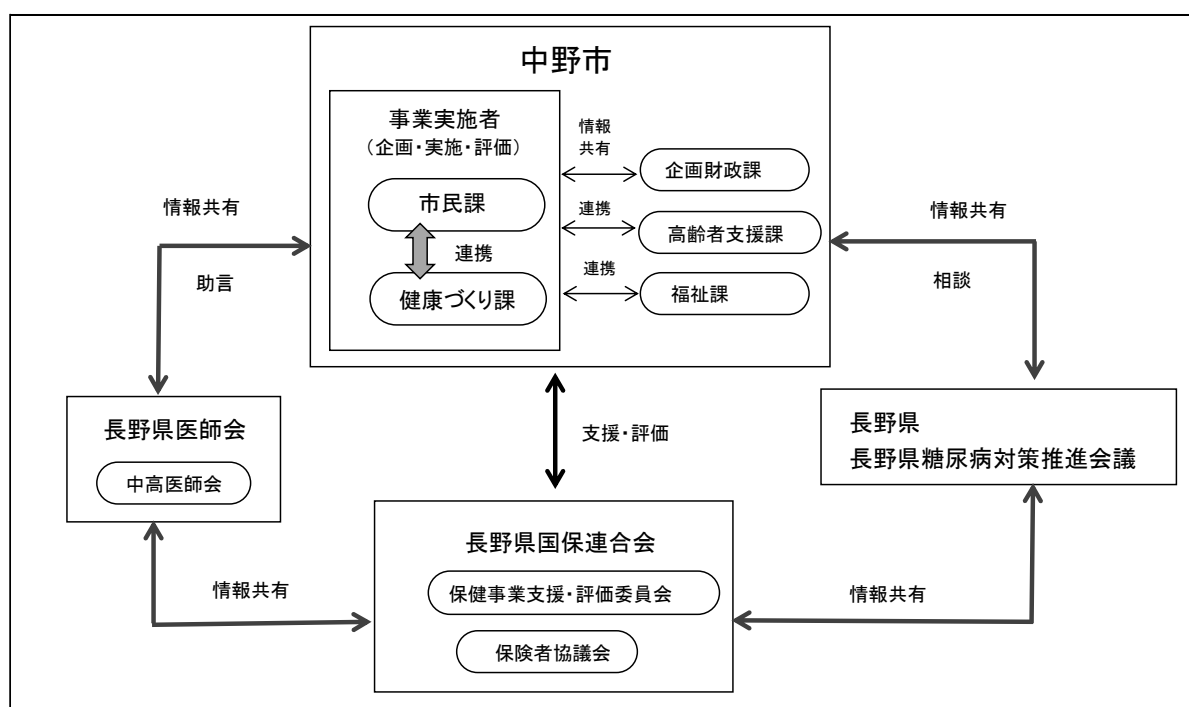
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者

の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、実施体制図(図表6)のように、高齢者福祉・介護保険部局(高齢者支援課)、保健衛生部局(健康づくり課)、企画部局(企画財政課)、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 中野市の実施体制図



## 2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である長野県その他、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、地域の医療機関やなどの社会資源等と連携、協力をします。

市国保は、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について、保健所の地域・職域連携推進会議などを活用し、共有し保健事業等の展開に努めます。

### 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

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

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

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		R03年度得点		R04年度得点		R05年度得点			
		中野市	配点	中野市	配点	中野市	配点		
交付額(万円)		2,753		2,218		2,694			
全国順位(1,741市町村中)			197位		249位		168位		
県内順位(77市町村中)			22位		25位		13位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	20	70	20	70	20	70	
		(2)特定保健指導実施率	55	70	0	70	20	70	
		(3)メタリックシフト・ローム該当者・予備群の減少率	0	50	20	50	35	50	
	②	(1)がん検診受診率等	0	40	20	40	22	40	
		(2)歯科健診受診率等	20	30	20	30	25	35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	70	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	35	90	35	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供	15	20	15	20	20	20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	40	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	70	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	10	30	33	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組	24	40	50	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	84	95	75	100	84	100	
合計点		698	1,000	678	960	691	940		

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約4.2人で、高齢化率は令和02年度国勢調査で32.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も54歳と県、国と比べて高く、出生率は低い市となっています。産業においては、第1次産業が23.8%と同規模、県、国と比較しても高く、農業の割合が多くなっています。(図表8)

国保加入率は23.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が46.4%を占めています。(図表9)

また本市内には2つの病院、29の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても少なく、病床数も少ないことから、医療資源の不足が危惧される状況です。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した中野市の特性 (R04年度)

	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
中野市	41,992	32.6	10,028 (23.9)	54.6	6.2	12.9	0.5	23.8	23.5	52.8
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
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、中野市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	11,422		11,055		10,919		10,564		10,028	
65～74歳	4,935	43.2	4,929	44.6	4,997	45.8	4,918	46.6	4,657	46.4
40～64歳	3,806	33.3	3,626	32.8	3,517	32.2	3,382	32.0	3,230	32.2
39歳以下	2,681	23.5	2,500	22.6	2,405	22.0	2,264	21.4	2,141	21.4
加入率	26.1		25.2		24.9		24.1		23.9	

出典: KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	0.4	0.3
診療所数	28	2.5	28	2.5	28	2.6	29	2.7	29	2.9	3.5	3.5
病床数	609	53.3	609	55.1	609	55.8	539	51.0	539	53.7	67.7	52.2
医師数	98	8.6	98	8.9	108	9.9	108	10.2	115	11.5	9.7	11.8
外来患者数	696.3		700.5		669.2		698.3		714.6		728.3	
入院患者数	16.6		17.8		18.9		19.2		18.6		23.6	

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)の伸びを抑えることを目指します。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、介護認定者の有病状況の多い疾患であった脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合と糖尿病治療中における糖尿病性腎症(人工透析)の割合の減少を目標としました。

2つ目は短期的な目標として、中長期的な目標を達成するために必要な目標を年度ごとに設定しました。対象となる疾患として、適切な時期での受診を促し、重症化を予防し入院に係る医療費を抑えるために、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合の減少を目標としました。(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04年度の要介護認定者は、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しているものの、2号(40～64歳)被保険者で46人(認定率0.33%)、1号(65歳以上)被保険者で2,368人(認定率17.3%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べると減少しています。(図表11)

しかし、75歳以上の認定者数は概ね横ばいであり、介護給付費は、約39億円から約40億円と微増しています。(図表12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約3割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置付けであると言えます。(図表13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	中野市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	12,910人	29.5%	13,670人	32.6%	36.2%	32.2%	28.7%
2号認定者	35人	0.24%	46人	0.33%	0.37%	0.28%	0.38%
新規認定者			7人		--	--	--
1号認定者	2,330人	18.0%	2,368人	17.3%	19.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	243人		304人		--	--	--
65～74歳	213人	3.5%	230人	3.5%	--	--	--
新規認定者	1人		49人		--	--	--
75歳以上	2,117人	31.3%	2,138人	30.2%	--	--	--
新規認定者	242人		255人		--	--	--

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	中野市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	39億2003万円	40億5508万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	303,643	296,641	300,230	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	62,027	59,735	70,503	62,434	59,662
居宅サービス	43,229	41,745	43,936	40,752	41,272
施設サービス	279,886	280,877	291,914	287,007	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R04年度）

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		46		230		2,138		2,368					
再)国保・後期		25		185		1,985		2,170					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合			
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	16 64.0%	脳卒中	76 41.1%	脳卒中	662 33.4%	脳卒中	738 34.0%	脳卒中	754 34.4%
			2	腎不全	5 20.0%	腎不全	22 11.9%	虚血性心疾患	427 21.5%	虚血性心疾患	448 20.6%	虚血性心疾患	451 20.5%
			3	虚血性心疾患	3 12.0%	虚血性心疾患	21 11.4%	腎不全	327 16.5%	腎不全	349 16.1%	腎不全	354 16.1%
		4	糖尿病合併症	3 12.0%	糖尿病合併症	26 14.1%	糖尿病合併症	216 10.9%	糖尿病合併症	242 11.2%	糖尿病合併症	245 11.2%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			22 88.0%	基礎疾患	166 89.7%	基礎疾患	1,877 94.6%	基礎疾患	2,043 94.1%	基礎疾患	2,065 94.1%	
	血管疾患合計			23 92.0%	合計	170 91.9%	合計	1,902 95.8%	合計	2,072 95.5%	合計	2,095 95.4%	
	認知症			6 24.0%	認知症	50 27.0%	認知症	796 40.1%	認知症	846 39.0%	認知症	852 38.8%	
	筋・骨格疾患			22 88.0%	筋骨格系	171 92.4%	筋骨格系	1,858 93.6%	筋骨格系	2,029 93.5%	筋骨格系	2,051 93.4%	

※新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：KDBシステム

## ② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約5万円低くなっていますが、H30年度と比較すると6万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか2.5%程度にも関わらず、医療費全体の約40%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7万円も高くなっています。(図表14)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を下回っているますが入院外来ともにH30年度よりも伸びています。(図表15)

図表 14 医療費の推移

		中野市		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)		11,422人	10,028人	--	--	--
前期高齢者割合		4,935人 (43.2%)	4,657人 (46.4%)	--		
総医療費		32億8352万円	34億4410万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		287,474	343,448	394,521	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	518,780	593,680	585,610	607,840	617,950
	費用の割合	36.7	39.6	43.3	38.9	39.6
	件数の割合	2.3	2.5	3.1	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	21,270	23,560	24,850	24,340	24,220
	費用の割合	63.3	60.4	56.7	61.1	60.4
	件数の割合	97.7	97.5	96.9	97.5	97.5
受診率		712.844	733.111	751.942	709.111	705.439

出典：KDBシステム

※同規模順位は、中野市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 15 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		
		中野市 (県内市町村中)		県 (47県中)	中野市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.872	0.941	0.959	0.767	0.801	0.895
		(57位)	(33位)	(38位)	(63位)	(60位)	(38位)
	入院	0.815	0.936	0.954	0.721	0.768	0.873
		(56位)	(34位)	(36位)	(65位)	(54位)	(33位)
	外来	0.929	0.966	0.968	0.835	0.859	0.924
		(33位)	(28位)	(38位)	(57位)	(49位)	(39位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると増加しており、慢性腎不全(HD)については、平成30年度より伸びており、同規模、県よりも高くなっています。また、脳血管疾患については、平成30年よりも医療費が減少しているものの、同規模、県、国と比較して高い状況です。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患が、患者数及び割合と減少していますが、虚血性心疾患については横ばい、人工透析については、40～



64歳で患者数、割合共に増加しています。(図表17)

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

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			中野市		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)			32億8352万円	34億4410万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億4093万円	2億5875万円	--	--	--
			7.34%	7.51%	7.84%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.54%	2.30%	2.10%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.47%	0.70%	1.39%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.21%	4.44%	4.05%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.12%	0.08%	0.30%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.18%	16.15%	16.91%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		9.88%	9.32%	9.00%	9.18%	8.68%
	精神疾患		12.45%	10.37%	8.74%	8.45%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 17 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	11,422	10,028	a	650	497	431	391	42	45	
				a/A	5.7%	5.0%	3.8%	3.9%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	8,741	7,887	b	646	492	427	385	42	45	
	B/A	76.5%	78.6%	b/B	7.4%	6.2%	4.9%	4.9%	0.5%	0.6%	
再掲	40～64歳	C	3,806	3,230	c	131	108	104	93	17	20
		C/A	33.3%	32.2%	c/C	3.4%	3.3%	2.7%	2.9%	0.4%	0.6%
	65～74歳	D	4,935	4,657	d	515	384	323	292	25	25
		D/A	43.2%	46.4%	d/D	10.4%	8.2%	6.5%	6.3%	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、治療者の割合は概ね横ばいで、その治療者のうち、合併症である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療している者の割合も横ばいです。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、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 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,663	3,362	945	820	2,718	2,542	
	A/被保数	41.9%	42.6%	24.8%	25.4%	55.1%	54.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	350	271	62	61	288	210
		B/A	9.6%	8.1%	6.6%	7.4%	10.6%	8.3%
	虚血性心疾患	C	302	267	63	60	239	207
		C/A	8.2%	7.9%	6.7%	7.3%	8.8%	8.1%
	人工透析	D	40	42	15	19	25	23
		D/A	1.1%	1.2%	1.6%	2.3%	0.9%	0.9%

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)

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,435	3,273	1,057	918	2,378	2,355	
	A/被保数	39.3%	41.5%	27.8%	28.4%	48.2%	50.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	226	188	37	36	189	152
		B/A	6.6%	5.7%	3.5%	3.9%	7.9%	6.5%
	虚血性心疾患	C	275	263	61	66	214	197
		C/A	8.0%	8.0%	5.8%	7.2%	9.0%	8.4%
	人工透析	D	16	20	5	11	11	9
		D/A	0.5%	0.6%	0.5%	1.2%	0.5%	0.4%

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,435	3,273	1,057	918	2,378	2,355	
	A/被保数	39.3%	41.5%	27.8%	28.4%	48.2%	50.6%	
(中長期合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	226	188	37	36	189	152
		B/A	6.6%	5.7%	3.5%	3.9%	7.9%	6.5%
	虚血性心疾患	C	275	263	61	66	214	197
		C/A	8.0%	8.0%	5.8%	7.2%	9.0%	8.4%
	人工透析	D	16	20	5	11	11	9
		D/A	0.5%	0.6%	0.5%	1.2%	0.5%	0.4%

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

① 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上高血圧・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約43%、糖尿病で5.6%ほどおり、高血圧の未治療者の割合は他市町村と比較しても高くなっています。(図表21)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は横ばいですが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の者には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
中野市	3,987	45.6	3,184	38.4	158	4.0	96	60.8	142	4.5	100	70.4	61	43.0	6	4.2
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療 (内服なし)		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
中野市	3,987	100.0	3,171	99.6	180	4.5	58	32.2	108	3.4	21	19.4	6	5.6	3	2.8
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典: KDBシステム

## ② 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は横ばいです。(図表22)

また重症化予防の観点からⅡ度以上高血圧、LDL-C160mg/dl以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しており、翌年度の結果を見ると、いずれも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者がいずれも2割程度存在し、結果が把握できていません。(図表24、25)

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,987 (45.6%)	748 (18.8%)	256 (6.4%)	492 (12.3%)	405 (10.2%)
R04年度	3,468 (42.7%)	631 (18.2%)	204 (5.9%)	427 (12.3%)	369 (10.6%)

出典：KDBシステム

図表 23 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	449 (11.3%)	138 (30.7%)	157 (35.0%)	31 (6.9%)	123 (27.4%)
R03→R04	232 (7.3%)	55 (23.7%)	98 (42.2%)	34 (14.7%)	45 (19.4%)

出典：KDBシステム

図表 24 Ⅱ度以上高血圧者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度以上高血圧	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	158 (4.0%)	64 (40.5%)	36 (22.8%)	3 (1.9%)	55 (34.8%)
R03→R04	142 (4.5%)	73 (51.4%)	32 (22.5%)	3 (2.1%)	34 (23.9%)

出典：KDBシステム

図表 25 LDL-C160 mg/dl以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	393 (9.9%)	152 (38.7%)	115 (29.3%)	30 (7.6%)	96 (24.4%)
R03→R04	337 (10.6%)	173 (51.3%)	86 (25.5%)	9 (2.7%)	69 (20.5%)

出典:KDBシステム

#### 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48.6%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01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26) 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27)

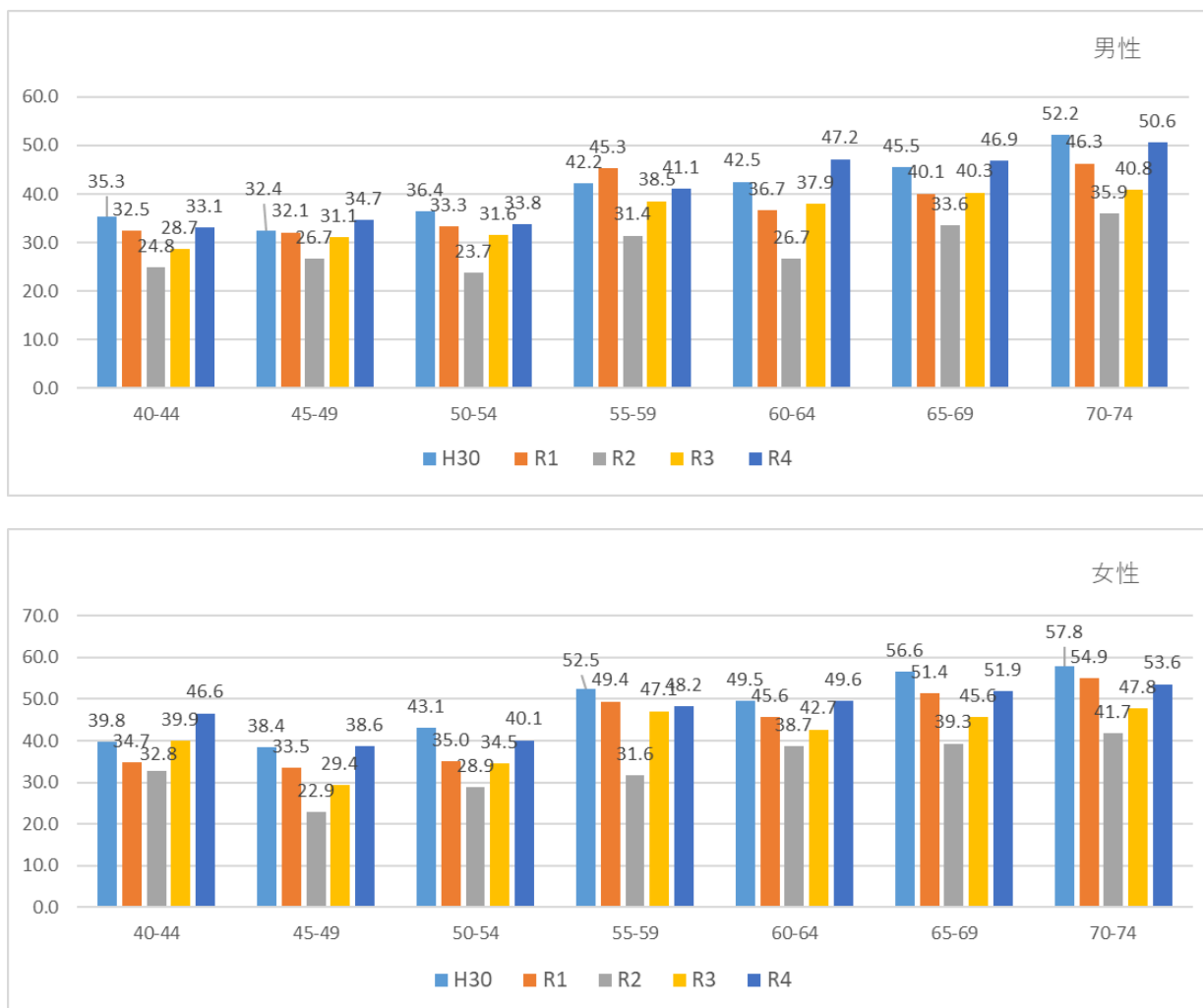
特定保健指導については、令和02年度以降、横ばいで経過しています。(図表26)生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	3,987	3,586	2,733	3,186	3,468	健診受診率 60%
	受診率	48.6%	45.0%	34.6%	41.1%	47.5%	
特定保健指導	該当者数	482	393	307	345	388	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.1%	11.0%	11.2%	10.8%	11.2%	
	実施者数	244	189	162	168	184	
	実施率	50.6%	48.1%	52.8%	48.7%	47.4%	

出典:中野市健康づくり課

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：中野市健康づくり課

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防事業評価表(図表28)によると、糖尿病性腎症の患者割合は横ばいであり、目標達成には至りませんでした。血糖受診勧奨対象者への受診勧奨及び保健指導を実施していますが、医療機関への受診に繋がった者が減少していることが一因であると考えられます。受診勧奨方法等を検討して必要な方を医療に繋ぐ支援を強化していく必要があります。また、糖尿病治療中における保健指導の状況について、保健指導を実施した結果を翌年の健診結果で評価していますが、HbA1c の数値は概ね改善しています。一方で、翌年度未受診であることにより評価に至らない者や保健指導対象者として抽出条件に該当するものの、保健指導の実施に至らない者が一定数あることが課題です。

引き続き、治療中の方も含めて、健診の継続受診者を増やす取組や、医療機関と情報共有しながら、行政においても保健師、管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖、腎機能の改善の支援を引き続き行っていきます。

図表 28 糖尿病性腎症重症化予防事業評価表

		目標値	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度		
糖尿病性腎症重症化予防	アウトプット	血糖受診勧奨対象者への受診勧奨	-	162人	94人	45人	56人	94人	
		再受診勧奨及び保健指導数	-	72人	76人	22人	18人	40人	
		医療機関受診率	-	65.9	51.1	51.1	51.8	39.4	
		かかりつけ医と連携した保健指導数	-	38人	19人	20人	19人	16人	
		保健指導実施人数	-	38人	19人	20人	19人	16人	
	かかりつけ医と連携した保健指導実施数・介入前後の検査値の比較	翌年度健診結果	改善	-	12人 31.6%	6人 31.6%	13人 65.0%	7人 36.8%	7人 43.8%
			変化なし	-	1人 2.6%	2人 10.5%	1人 5.0%	0人 0.0%	1人 6.3%
			悪化	-	7人 18.4%	4人 21.1%	4人 20.0%	8人 42.1%	2人 12.5%
			翌年未受診	-	18人 47.4%	7人 36.8%	2人 10.0%	4人 21.1%	6人 37.5%
	アウトカム	糖尿病性腎症患者数割合(%)	0.7	1.1	1.3	1.2	1.4	1.3	
人工透析患者割合(%)		-	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4		
新規人工透析患者数		-	5人	4人	4人	6人	2人		

出典：中野市健康づくり課

## ② 脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患重症化予防個別評価表(図表29)によると、脳血管疾患の重症化予防のため、受診勧奨及び保健指導を実施しましたが、半数以上が医療機関受診に至りませんでした。結果、脳血管疾患の患者割合は、目標値には至らず横ばいです。また脳血管疾患の最大の危険因子である高血圧について収縮期血圧160mmHg以上、拡張期血圧100mmHg以上の者の割合を経年でみると、やや増加傾向にあり、今後も適正な血圧値を維持することの必要性について啓発を継続していく必要があります。

要介護認定原因の一つでもある脳血管疾患の最大の危険因子の高血圧は、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ので、他の疾患やリスク因子との重なりを見て、介入していくことも課題です。



図表 29 脳血管疾患重症化予防事業評価表

		目標値	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度			
脳血管疾患重症化予防	アウトプット	受診勧奨者数	-	2136人	1899人	1472人	1677人	1405人		
		再受診勧奨及び保健指導数	-	72人	94人	189人	85人	60人		
		医療機関受診率(%)	-	47.1	42.3	48.5	46.2	45.5		
		健康教育実施数	回数	-	287回	328回	95回	75回	129回	
	延べ人数		-	延べ 5642人	延べ 7483人	延べ3166人	延べ1645人	延べ2072人		
	アウトカム	脳血管疾患の患者割合(%)		2.8	3.4	3.0	2.8	3.0	2.9	
		高血圧重症化予防対象者数割合の減少(%)	収縮期血圧(160mmHg以上)	男	-	3.8	3.5	3.7	3.6	4.0
			女	-	3.1	2.7	3.8	3.5	4.3	
		拡張期血圧(100mmHg以上)	男	-	2.3	2.0	2.9	2.6	3.0	
			女	-	1.0	0.6	1.3	1.5	1.5	
糖尿病重症化予防対象者数割合の減少(%)		HbA1c6.5%以上	男	-	13.9	11.2	10.5	10.2	12	
	女	-	9.0	6.8	6.2	4.8	5.9			
脂質異常症重症化予防対象者数割合の減少	LDLコレステロール140以上	男	-	22.4	20.9	23.4	25.2	22.5		
		女	-	29.2	25.3	30.5	30.2	29		

出典：中野市健康づくり課

### ③ 虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患重症化予防個別評価表(図表30)によると、虚血性心疾患の重症化予防のため、受診勧奨及び保健指導を実施し、半数弱の者を医療機関受診に繋げることができ、虚血性心疾患の患者割合は、目標値を達成しています。また、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームに関連することから、血圧、血糖、脂質異常に起因する動脈硬化因子を適正にコントロールすることが必要ですが、重症化予防の対象者割合はどれも横ばいから増加しています。そのため、要医療域を超える者の受診勧奨及び保健指導を継続していく必要があります。

本市においては、追加項目である心電図検査を基本的には全数に実施しています。心電図所見における ST 変化や心房細動の所見は、虚血性心疾患や心原性脳塞栓症を推測する重要な検査所見であり、血圧や血糖等のリスクと合わせて、介入の優先順位付けの指標として活用していくことを検討します。

図表 30 虚血性心疾患重症化予防個別評価表

		目標値	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度			
虚血性心疾患重症化予防	アウトプット	受診勧奨者数	-	2136人	1899人	1472人	1677人	1405人		
		再受診勧奨及び保健指導数	-	72人	94人	189人	85人	60人		
		医療機関受診率(%)	-	47.1	42.3	48.5	46.2	45.5		
		健康教育実施数	回数	-	287回	328回	95回	75回	129回	
	延べ人数		-	延べ 5642人	延べ 7483人	延べ3166人	延べ1645人	延べ2072人		
	アウトカム	虚血性心疾患患者数割合(%)		2.2	2.4	2.4	2.1	2.3	2.0	
		高血圧重症化予防対象者数割合の減少(%)	収縮期血圧(160mmHg以上)	男	-	3.8	3.5	3.7	3.6	4.0
				女	-	3.1	2.7	3.8	3.5	4.3
			拡張期血圧(100mmHg以上)	男	-	2.3	2.0	2.9	2.6	3.0
				女	-	1.0	0.6	1.3	1.5	1.5
糖尿病重症化予防対象者数割合の減少(%)		HbA1c6.5%以上	男	-	13.9	11.2	10.5	10.2	12	
			女	-	9.0	6.8	6.2	4.8	5.9	
脂質異常症重症化予防対象者数割合の減少		LDLコレステロール140以上	男	-	22.4	20.9	23.4	25.2	22.5	
	女		-	29.2	25.3	30.5	30.2	29		

出典：中野市健康づくり課

## (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程されることも大きい。」とされています。

本市においては、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継続受診し、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きます。

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など社会保障費の増大に繋がっている県の実態や運動習慣、食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、地域の実情や地域住民からの情報も広く活用しながら、各種団体等の依頼に基づき、健康講座を実施したり、地域のイベント等に出向いて出張講座を行い、広く市民へ周知を行っています。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 31 第2期データヘルス計画目標管理一覧

評価指標				目標	初期値	実績値						最終 評価	
				R05年度	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度		
中長期 評価	医療の状況	一人あたり 医療費(円)	中野市	一人あたり 医療費の伸 びを抑える	23,226	24,050	23,316	25,238	26,427	27,933	27,848	C	
			(参考) 県		23,316	24,640	25,052	25,941	25,941	27,089	27,549		
		入院件数 (件)	中野市	入院の伸びを 2023年度に国 並みにする	2,548	2,552	2,323	2,395	2,494	2,467	2,295	A	
					(参考) 国		7,264,111	7,146,507	7,019,275	6,807,624	6,230,820		6,255,643
	疾患ごとの 患者割合	糖尿病性腎症の 患者割合(%)			△0.2	0.9	1.0	1.1	1.3	1.2	1.4	1.3	C
		脳血管疾患の 患者割合(%)			△0.2	3.0	3.2	3.4	3.0	2.8	3.0	2.9	B
虚血性心疾患の 患者割合(%)			△0.2	2.4	2.4	2.4	2.4	2.1	2.3	2.0	A		
短期 評価	メタボリック シンドローム	メタボリック シンドローム 該当者(%)	男	減少	27.2	27.0	28.8	25.8	25.3%	26.7	27.7	B	
			女		9.8	10.1	10.3	10.6	9.0%	8.7	9.4		
		メタボリック シンドローム 予備軍(%)	男		14.3	16.4	16.1	16.3	17.7%	18.6	16.8		
		女	4.3		5.6	5.1	5.5	4.5%	4.1	5.1			
	特定健診	特定健診 受診率(%)	目標	-	-	51	55	60	64	68	C		
			実績	50.2	50.7	48.6	44.6	34.6	41.1	47.5			
特定保健指導	特定保健指導 実施率(%)	目標	-	-	39	40	42	43	44	A			
		実績	38.4	42.7	50.6	48.1	52.8	48.7	47.4				

A:達成 B:一部達成できているが、改善が必要 C:達成できていない D:評価困難

出典：中野市健康づくり課

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

中長期評価のうち、医療の状況における一人当たり医療費、入院件数をみると、入院件数は減っているものの、一人当たり医療費は増加しています。また、疾患ごとの患者割合をみると、虚血性心疾患は減少、脳血管疾患は横ばい、糖尿病性腎症は増加しています。これらのことから、医療費が高い重症化した状態で入院に至っていることが推測できます。

生活習慣病を早期に発見(健診を受診)し、生活習慣の改善や適切な医療機関の受診により、重症化を予防し、健康寿命の延伸、社会保障費を抑制するためには、特定健診、特定保健指導の実施率の向上が必要不可欠です。(図表2参照)

中長期評価を達成するために設定した短期目標である、特定健診、特定保健指導の実施率ですが、平成30年度以降、受診率は低下し、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和02年度には34.6%まで低下しました。令和04年度から開始した一律ではない個別性に応じたきめ細やかな受診勧奨により受診率は伸びてきていますが、依然目標値には至らない状況です。特定保健指導の実施率については、目標を達成しているものの、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の者の減少にはつながっていません。第2期計画の個別保健事業計画評価でも取り上げたとおり、中長期評価の目標疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症)の発症予防として、高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防対象者割合をアウトカム評価指標として設定しましたが、これらについても明らかな改善が認められないことから、中長期評価の目標達成に至りませんでした。

今後は、個別性に応じた受診勧奨の徹底と、健診を受けやすい体制の構築により、まずは受診率の向上を最優先課題として取り組む必要があります。健診の継続受診により、生活習慣病の発症予防・早期発見につながり、健康維持の行動変容のきっかけにつながります。

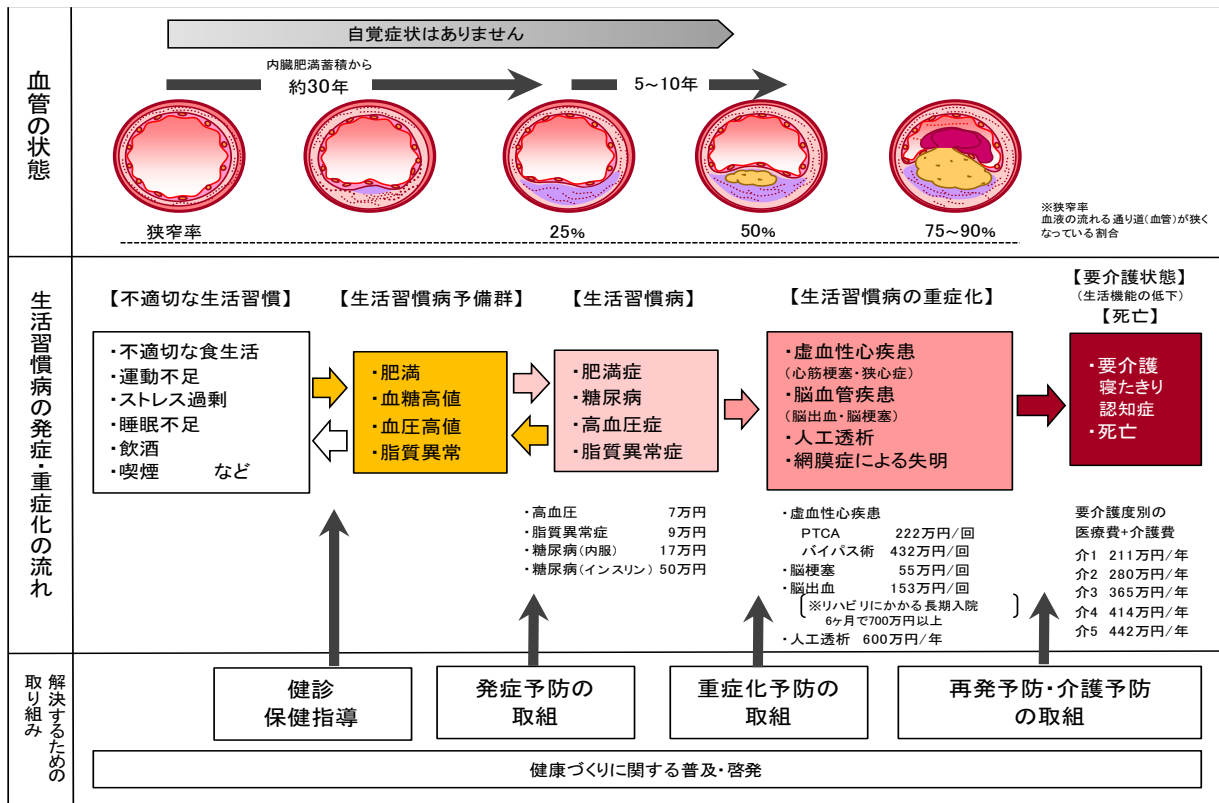
健診結果からの重症化予防事業の対象者の選定にあたっては、重症化リスクの高い者から優先順位付けをする等、効率的な保健指導を実施することにより、目標達成に向けて取組を進めていく必要があります。また、糖尿病腎症重症化予防等、医療との連携によるコントロール不良者への介入についても進めていく必要があります。

### 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 32 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

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

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は過半数を超えています。また、若年期からの生活習慣病が、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、国保及び後期高齢者医療広域連合は、健診・医療・介護の一体的分析(図表38)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析し、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生

活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

(1) 医療費分析

図表 33 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期高齢者医療 R04年度
被保険者数		11,422人	11,055人	10,919人	10,564人	10,028人	7,490人
総件数及び 総費用額	件数	100,042件	96,811件	90,822件	92,364件	90,666件	109,723件
	費用額	32億8352万円	34億0148万円	34億8826万円	35億9597万円	34億4410万円	52億7767万円
一人あたり医療費		28.7万円	30.8万円	31.9万円	34.0万円	34.3万円	70.5万円

出典：KDBシステム

図表 34 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（R04年度）

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	中野市	34億4410万円	27,848	4.44%	0.08%	2.30%	0.70%	6.14%	4.42%	2.09%	6億9464万円	20.2%	16.2%	10.37%	9.32%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	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	中野市	52億7767万円	59,672	2.96%	0.19%	4.12%	1.17%	4.71%	4.30%	1.27%	9億8803万円	18.7%	14.2%	1.86%	12.0%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	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 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期高齢者医療 R04年度	
高額レセプト (80万円 以上/件)	人数	A	261人	284人	604人	350人	329人	791人
	件数	B	457件	495件	1,168件	1,294件	621件	1,346件
		B/総件数	0.46%	0.51%	1.29%	1.40%	0.68%	1.23%
	費用額	C	6億4252万円	7億0207万円	15億9929万円	17億5174万円	8億4412万円	16億5716万円
C/総費用		19.6%	20.6%	45.8%	48.7%	24.5%	31.4%	

出典：KDBシステム

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期高齢者医療 R04年度		
人数	D	17人		18人		50人		21人		28人		74人		
	D/A	6.5%		6.3%		8.3%		6.0%		8.5%		9.4%		
件数	E	29件		32件		96件		92件		58件		109件		
	E/B	6.3%		6.5%		8.2%		7.1%		9.3%		8.1%		
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	0	0.0%	1	3.1%	2	2.1%	12	13.0%	2	3.4%	70-74歳	3	2.8%
	50代	0	0.0%	1	3.1%	0	0.0%	33	35.9%	0	0.0%	75-80歳	32	29.4%
	60代	13	44.8%	11	34.4%	40	41.7%	24	26.1%	21	36.2%	80代	39	35.8%
	70-74歳	16	55.2%	19	59.4%	53	55.2%	23	25.0%	35	60.3%	90歳以上	35	32.1%
費用額	F	3917万円		3886万円		1億1657万円		1億1169万円		7256万円		1億3383万円		
	F/C	6.1%		5.5%		7.3%		6.4%		8.6%		8.1%		

出典：KDBシステム

図表 37 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期高齢者医療 R04年度		
人数	G	16人		17人		20人		21人		5人		22人		
	G/A	6.1%		6.0%		3.3%		6.0%		1.5%		2.8%		
件数	H	21件		20件		21件		45件		6件		25件		
	H/B	4.6%		4.0%		1.8%		3.5%		1.0%		1.9%		
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
	50代	2	9.5%	2	10.0%	3	14.3%	10	22.2%	1	16.7%	75-80歳	6	24.0%
	60代	12	57.1%	12	60.0%	10	47.6%	15	33.3%	2	33.3%	80代	11	44.0%
	70-74歳	6	28.6%	6	30.0%	8	38.1%	20	44.4%	3	50.0%	90歳以上	8	32.0%
費用額	I	3707万円		3371万円		2926万円		6826万円		678万円		3379万円		
	I/C	5.8%		4.8%		1.8%		3.9%		0.8%		2.0%		

出典：KDBシステム

(2) 健診結果・医療レセプト・介護情報等の一体的分析

疾病の重症化を予防し、健康寿命の延伸を目指すための効果的な保健事業を実施していく上で、健診・医療・介護データの一体的な分析は、とても重要です。

図表38は、国保データベースシステム(KDB システム)が保有する健診・医療・介護データを突合し、一体的に分析した表です。一体的に分析することで、地域の全体像を把握し、重症化予防・介護予防対象者を抽出し、効率的・効果的に保健事業を実施することができます。





※図表 39～43 は図表 38 の数値を抜き出したもの

図表 39 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)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	28.4	3,506	4,327	7,125	40.0	50.2	0.0	8.3	7.5	未集計	24.1	22.8	未集計
R04	27.3	3,213	4,690	7,595	31.9	34.5	25.7	8.9	8.5	9.1	26.6	23.2	20.5

図表 40 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	54	3.9	(26)	86	4.0	(31)	0	未集計	(0)	51	3.6	(10)	109	5.0	(17)	0	未集計	(0)	8	0.6	23	1.1	0	0.0	0	0.0	22	1.0	0	未集計
R04	33	3.2	(22)	92	5.7	(39)	102	5.2	(24)	20	2.0	(2)	66	4.1	(6)	23	1.2	(0)	3	0.3	15	0.9	32	1.6	3	0.3	15	0.9	48	2.5

図表 41 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.1	92.3	96.3	31.7	61.3	81.8	73.2	82.7	88.8	44.4	46.9	42.6	25.9	35.6	37.1	37.4	42.1	60.4	33.8	42.8	62.8			
R04	82.6	90.1	95.8	30.8	61.6	81.6	74.7	83.4	89.1	44.9	47.4	46.5	29.2	36.2	40.4	37.6	42.6	59.6	34.9	43.8	61.9			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 42 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.0	8.7	20.7	2.4	5.3	12.8	5.7	13.6	29.5	4.6	9.3	12.7	10.5	15.1	47.6	2.4	5.3	37.2	1.0	6.0	36.5	1.8	5.0	33.0
R04	2.8	7.5	17.9	2.6	5.7	11.6	5.9	13.9	30.3	4.4	9.2	14.1	14.6	19.4	44.6	2.4	5.2	32.2	3.7	6.1	36.4	2.1	5.8	34.5

図表 43 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	65.6	79.9	68.9	75.6	3.6	11.3	1.0	11.4	8.9	53.3	55.6	77.7
R04	64.8	81.8	55.6	79.9	3.5	11.0	1.3	11.2	11.1	52.7	60.3	80.4

### (3) 健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり70万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表33)

本市は、これまで高血圧及び糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病、高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて依然として高く、その結果腎不全、脳梗塞及び脳出血の医療費に占める割合も、国保において、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表34)

高額レセプトについては、令和02年と令和03年のコロナ渦の影響を除き、国保においては毎年約500件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。(図表35) 高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和02年度が一番多く96件で1億円以上の費用がかかっていましたが、令和04年度は58件と件数が減り、費用額も約7200万円と減っています。しかし、後期高齢においては、109件発生し、約1.3億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防については引き続き力を入れる必要があります。(図表35、36)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和04年度の結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数は、40～64歳は減少していますが、65歳～74歳では約360人増え、75歳以上では約470人増えており、高齢者が確実に増えていることがわかります。(図表39)

⑩の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が2.5ポイントも高くなってきています。健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が一定数おり、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表40)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧及び糖尿病においては、各年代とも高くなっていきます。(図表41)

中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)のうち介護認定者数の状況をみると、脳血管疾患による介護認定の状況が40歳から74歳で、約4ポイント上がっています。(図表42)

#### (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）には高血圧、糖尿病等共通した要因や原因があります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画の目的、目標を達成するための方策

健診・医療・介護情報を活用して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ります。改善までのプロセスを継続することで、よりよい成果をあげていきます。

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ます。評価指標については、指標(図表44)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

##### ② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療・介護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及び慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

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

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

##### ③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患として糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、

個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

## (2) 管理目標の設定

図表 44 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 (活用データ年度)	
				初期値 R06年度 (R04年度)	中間評価 R08年度 (R07年度)	最終評価 R11年度 (R10年度)		
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	慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.44			KDBシステム	
			糖尿病治療中における糖尿病性腎症割合の減少	9.8				
			糖尿病治療中に占める慢性人工透析患者割合の減少	1.4				
			虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の総医療費に占める割合の維持	0.7				
			脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）の総医療費に占める割合の維持	2.3				
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の減少率	19.7			法定報告値
				健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	0.9			中野市健康づくり課
				健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL180以上）	11.2			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	8.8			
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.8			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	47.5			法定報告値	
			★特定保健指導実施率60%以上	47.4				
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	16.5				

## 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年を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

国が定める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(以下「基本指針」という。)に基づき、計画期間最終年度である令和11年度の特定健康診査受診率を60%以上、特定保健指導実施率を60%以上と目標を設定します。

図表 45 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 46 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	6,800人	6,600人	6,400人	6,200人	6,000人	5,800人
	受診者数	3,400人	3,432人	3,456人	3,472人	3,480人	3,480人
特定保健指導	対象者数	408人	412人	380人	382人	348人	348人
	受診者数	204人	214人	205人	214人	202人	209人

### 4. 特定健診の実施

#### (1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診(中野保健センター、地域の公民館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)は、今後実施に向け取り組みます。

## (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) 実施方法の周知

特定健診の実施については、全世帯へ配布する各種健(検)診のご案内や健康カレンダー、中野市の公式ホームページ等に掲載します。

## (4) 特定健診実施項目

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

なお、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代えられます。(実施基準第1条第4項)

図表 47 特定健診検査項目

○中野市特定健診検査項目

健診項目		中野市	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) 実施時期

6月から11月まで実施します。(個別健診の導入に伴い変更する可能性があります。)

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 48 特定健診実施スケジュール

	前年度	当年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健診の開始)	
7月		健診データ受取 費用決裁	保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)
8月			実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月		(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	
1月			
2月			
3月	契約準備		

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一部外部委託の形態で行います。  
 なお、令和6年4月から「標準的な健診・保健指導プログラム」が改訂されます。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

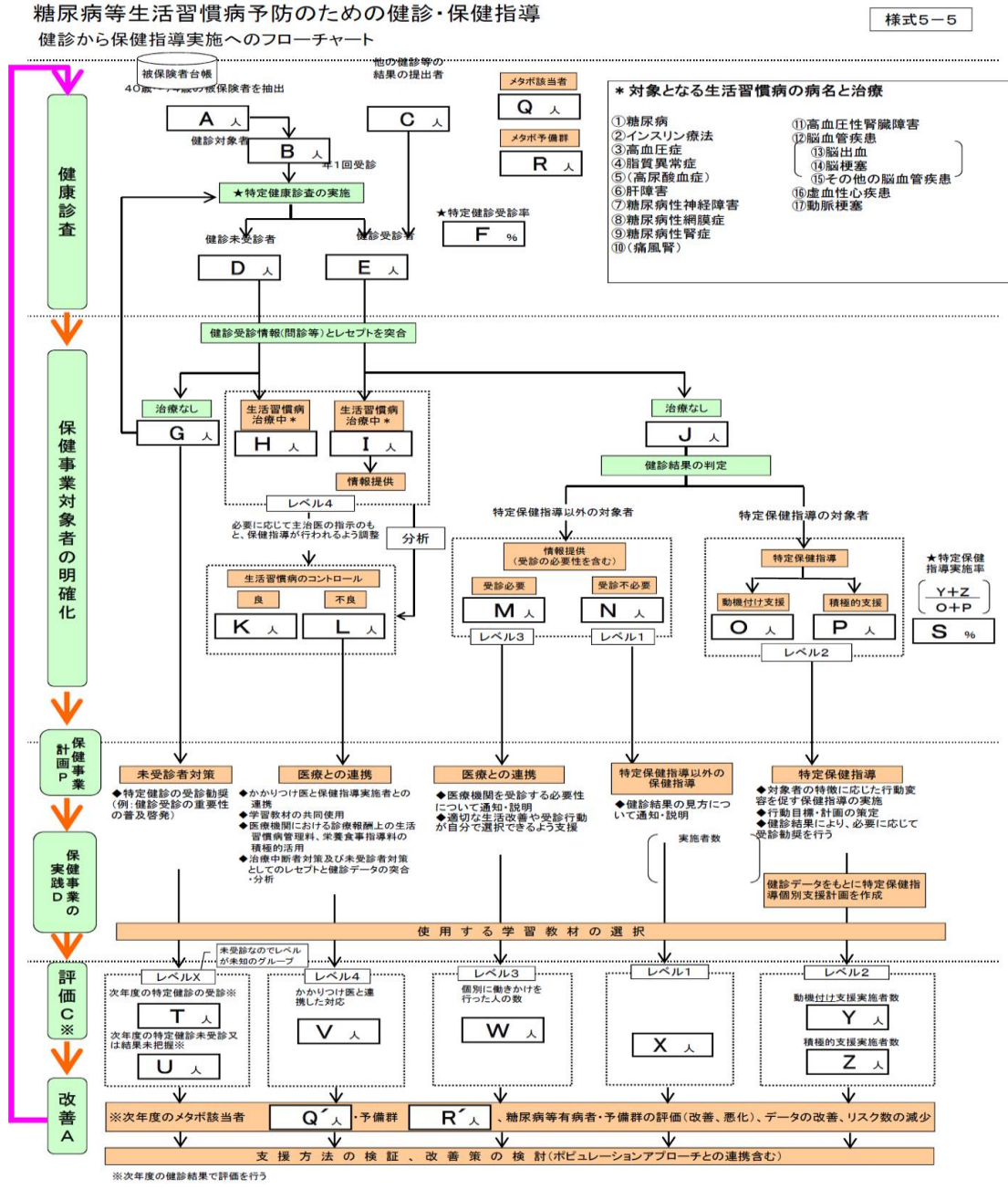
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母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



(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 49 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典: KDB システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

要保健指導対象者については、様式 5-5 をもとに保健指導レベルを設け、対象者に合わせた支援方法を行います。

図表 50 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
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う
2	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 個別性に応じた勧奨方法の工夫)
3	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援
4	L	医療との連携	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 51 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎がん検診開始
6月	◎特定健康診査の開始		◎いきいき健診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎健診の終了		
12月			
1月			
2月			
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び中野市個人情報の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、特定健診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

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

## 7. 結果の報告

健診結果の報告については、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、保険者は支払基金に対し、毎年度、当該年度の末日における特定健康診査等の実施状況に関する結果を報告することとされています。また、支払基金は保険者からの特定健康診査等の実施状況に関する結果データの受付及び点検処理を行った後、国へ報告する業務を行っています。

そのため、国保は特定健診等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の秋頃までに長野県国保報告します。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

中野市公式ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心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、メタリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果をする必要があります。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施します。

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・脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防等の取組を行います。

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

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

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

### 2. 重症化予防の取組

本市の令和04年度の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者を、各学会のガイドラインに基づき抽出した表が図表52になります。

重症化予防対象者は、1,052人(30.3%)です。そのうち治療なしが360人(19.7%)を占め、さらに治療なしのうち臓器障害があり、直ちに医療へつなげるべき対象者は317(88.1%)人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、390人中181人と高いため、特定保健指導の徹底をあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表52)

図表 52 脳・心・腎を守るための重症化予防対象者を考える (R04 年度)

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -				令和04年度		
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間顕著死亡者の減少	虚血性心疾患 の年間顕著死亡者の減少	糖尿病性腎症 による年間顕著死亡者数減少	糖化ヘモグロビン (HbA1c) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,052 30.3%	
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ラクナ 梗塞 (31.2%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ※脳卒中 データ中心 2018より 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 狭心症 安眠 狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	治療なし 高血圧 1,188 2,280 脂質異常症 882 2,586 糖尿病 302 3,148 3疾患 以上が 1,643 1,825 ※問診結果による		治療なし
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心臓細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心臓細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者
該当者数	160 4.6%	18 0.5%	97 2.8%	631 18.2%	201 5.8%	192 5.5%
治療なし	106 4.6%	10 0.5%	88 3.4%	114 6.2%	110 3.5%	57 3.1%
(再掲) 特定保健指導	39 24.4%	3 16.7%	35 36.1%	114 18.1%	31 15.4%	15 7.8%
治療中	54 4.5%	8 0.5%	9 1.0%	517 31.5%	91 30.1%	135 8.2%
臓器障害 あり	91 85.8%	10 100.0%	81 92.0%	99 86.8%	81 73.6%	57 100.0%
CKD(専門医対象者)	3	1	5	7	15	57
心電図所見あり	91	10	81	98	76	52
臓器障害 なし	15 14.2%	--	7 8.0%	15 13.2%	29 26.4%	--

出典:KDB システム

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

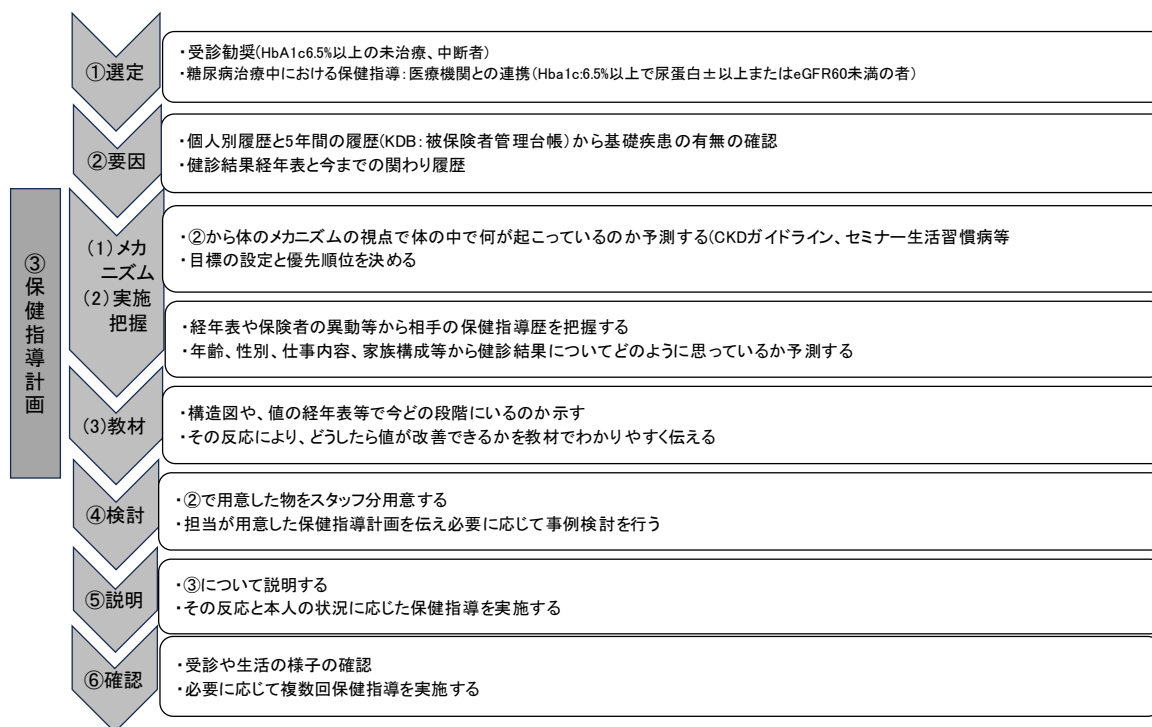
## 1) 基本的な考え方

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53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 53 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中でハイリスクの者

## (2) 選定基準に基づく該当者の把握

### ① 対象者の抽出

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

図表 54 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+))としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### ② 基準に基づく該当者数の把握

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

本市において令和04年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、136人(31.0%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者1,924人(H)のうち、特定健診未受診者1,621人(84.3%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

### ③ 介入方法と優先順位

本市において令和4年度の介入方法を以下のとおりとします。

#### 優先順位1

#### 【受診勧奨及び保健指導】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者

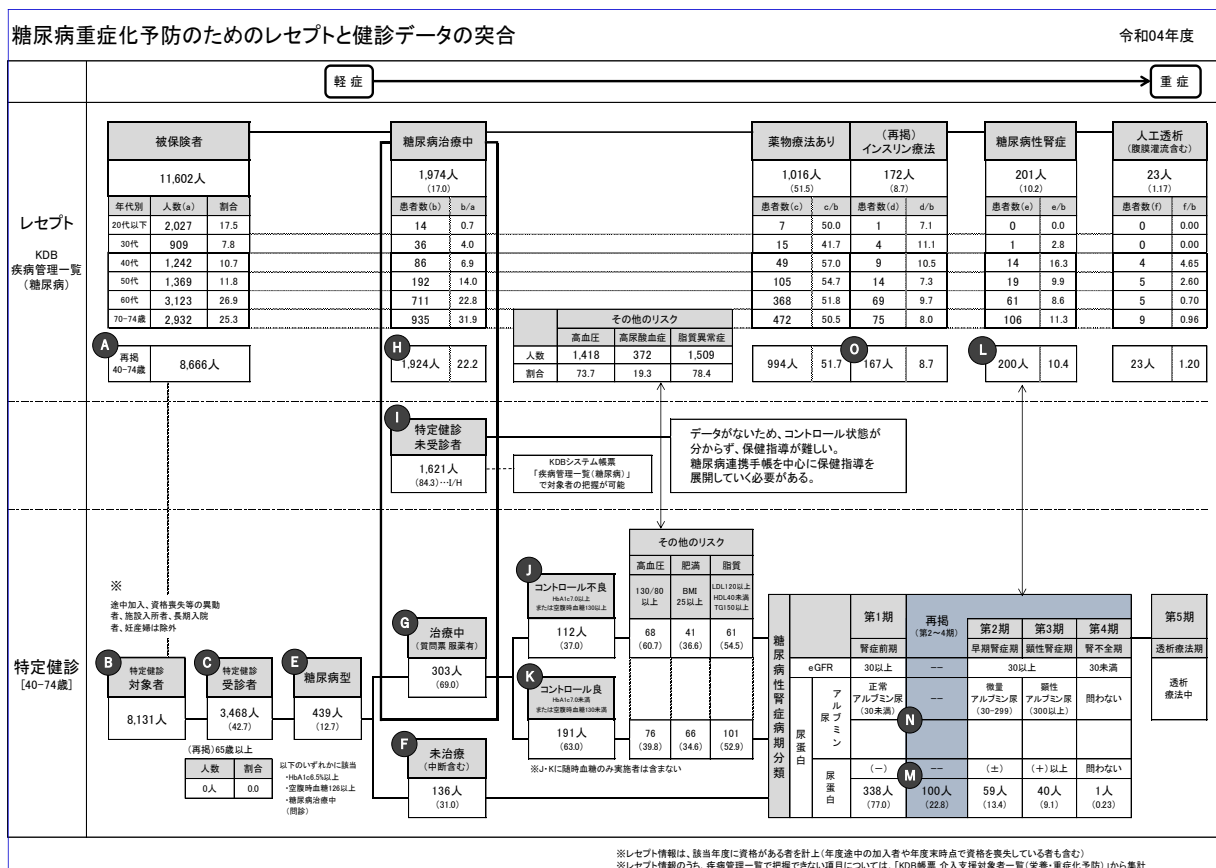
HbA1c:6.5%以上の未治療者・中断者

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病の治療している患者のうち重症化するリスクの高い者  
治療中断しない(継続受診)のための保健指導  
糖尿病治療中で
  - ① HbA1c:8.0%以上の者
  - ② HbA1c:6.5%以上で、尿蛋白±以上または eGFR60未満の者
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、通知等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導の実施

図表 55 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 (R04 年度)



出典: KDB システム



### 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ってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 56 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	<b>3 薬物療法</b>
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	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
1-12 糖尿病による網膜症	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-13 眼(網膜症)	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起ころう
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	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 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	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

## (2) 二次健診等を活用した保健指導及び受診勧奨による重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、必要な者を早期に医療機関へつなぎ、尿アルブミン検査等必要な検査を早期に実施できるよう対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等での尿アルブミン検査の実施を検討する等、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、必要に応じて中高医師会等と連携し実施します。

### (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、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、中高医師会等と協議した糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票(紹介)を使用し連携を図り実施します。

## 5) 高齢者福祉・介護保険部局(高齢者支援課)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、高齢者支援課と連携していきます。具体的には、定期的な庁内連携会議を開催し、健診・医療・介護情報等のデータの一体的分析を行い、本市の健康課題を明確にし、事業の進捗状況を把握しながら課題解決のためのPDCAサイクルに沿って実施していきます。

## 6) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価を年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及び国保データシステム(KDB)等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(図表57)を用いて行っていきます。

### 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化の比較

○HbA1cの変化

○CKD 重症度分類の変化

○体重の変化

図表 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実 合 表	中野市										
			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	① 被保険者数	A	11,856人		11,407人		11,051人		10,893人		10,538人		
	② (再掲)40-74歳		9,015人		8,769人		8,576人		8,558人		8,324人		
2	① 特定健診 対象者数	B	8,201人		7,971人		7,902人		7,752人		7,294人		
	② 受診者数	C	3,987人		3,554人		2,733人		3,186人		3,468人		
	③ 受診率		48.6%		44.6%		34.6%		41.1%		47.5%		
3	① 特定保健指導 対象者数		482人		393人		307人		345人		388人		
	② 実施率		50.6%		48.1%		52.8%		48.7%		47.4%		
4	健診データ	① 糖尿病型	E	594人	14.5%	483人	13.0%	364人	13.2%	371人	11.6%	449人	12.6%
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	250人	42.1%	152人	31.5%	83人	22.8%	91人	24.5%	138人	30.7%
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	344人	57.9%	331人	68.5%	281人	77.2%	280人	75.5%	311人	69.3%
		④ コントロール不良	J	161人		133人		100人		110人		115人	
		⑤ 血圧 130/80以上		82人		74人		63人		62人		71人	
		⑥ 肥満 BMI25以上		62人		38人		40人		44人		43人	
		⑦ コントロール良	K	183人	53.2%	198人	59.8%	181人	64.4%	170人	60.7%	196人	63.0%
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	446人		365人		292人		300人		346人	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		87人		72人		46人		47人		61人	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		30人		30人		24人		20人		40人	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人		3人		2人		4人		1人	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	H	133.9人		133.9人		128.5人		140.2人		134.7人	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		174.5人		171.4人		163.5人		176.0人		168.1人	
		③ レセプト件数(40-74歳)		7,324件	(837.9)	7,452件	(871.1)	7,431件	(872.8)	7,571件	(912.2)	7,189件	(911.5)
		④ 入院外(件数)		29件	(3.3)	35件	(4.1)	28件	(3.3)	28件	(3.4)	38件	(4.8)
		⑤ 糖尿病治療中		1,588人	13.4%	1,527人	13.4%	1,420人	12.8%	1,527人	14.0%	1,419人	13.5%
		⑥ (再掲)40-74歳		1,573人	17.4%	1,503人	17.1%	1,402人	16.3%	1,506人	17.6%	1,399人	16.8%
		⑦ 健診未受診者		1,229人	78.1%	1,159人	77.1%	1,121人	80.0%	1,226人	81.4%	1,088人	77.8%
		⑧ インスリン治療		100人	6.3%	95人	6.2%	76人	5.4%	99人	6.5%	79人	5.6%
		⑨ (再掲)40-74歳		97人	6.2%	92人	6.1%	73人	5.2%	94人	6.2%	74人	5.3%
		⑩ 糖尿病性腎症		132人	8.3%	148人	9.7%	133人	9.4%	148人	9.7%	139人	9.8%
		⑪ (再掲)40-74歳		130人	8.3%	144人	9.6%	131人	9.3%	146人	9.7%	138人	9.9%
		⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		13人	0.8%	16人	1.0%	13人	0.9%	16人	1.0%	20人	1.4%
		⑬ (再掲)40-74歳		13人	0.8%	16人	1.1%	13人	0.9%	15人	1.0%	20人	1.4%
		⑭ 新規透析患者数		5	0.3	4	0.3	4	0.3	6	0.4	2	0.1
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2	0.1	1	0.1	4	0.3	4	0.3	2	0.1
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		14人	0.7%	15人	0.8%	17人	0.9%	17人	0.9%	15人	0.7%
6	医療費	① 総医療費	32億8352万円		34億0148万円		34億8826万円		35億9597万円		34億4410万円		
		② 生活習慣病総医療費	18億9245万円		19億7375万円		19億9908万円		21億4557万円		19億3637万円		
		③ (総医療費に占める割合)	57.6%		58.0%		57.3%		59.7%		56.2%		
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	6,805円		6,932円		3,665円		6,197円		5,368円		
		⑤ 健診未受診者	30,517円		33,077円		36,937円		37,979円		37,095円		
		⑥ 糖尿病医療費	2億0173万円		2億1595万円		2億0858万円		2億1236万円		2億1162万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.7%		10.9%		10.4%		9.9%		10.9%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	5億5527万円		5億7204万円		5億6646万円		6億3793万円		5億5849万円		
		⑨ 1件あたり	28,203円		29,335円		29,790円		33,002円		31,041円		
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億8036万円		2億6833万円		3億0945万円		2億7569万円		2億8986万円		
		⑪ 1件あたり	564,107円		570,924円		597,394円		611,289円		686,881円		
		⑫ 在院日数	17日		15日		15日		15日		17日		
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億0929万円		1億3017万円		1億5301万円		1億5466万円		1億5549万円		
		⑭ 透析有り	1億0526万円		1億2377万円		1億4723万円		1億4896万円		1億5275万円		
		⑮ 透析なし	403万円		640万円		578万円		569万円		274万円		
7	① 介護	介護給付費	39億2003万円		39億8375万円		39億9894万円		40億3660万円		40億5508万円		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	7人	1.3%	3人	0.5%	10人	1.8%	2人	0.4%	5人	0.9%	

7) 実施期間及びスケジュール

出典: KDB システム

4月 対象者の選定基準の決定

6月~ 特定健診の開始

7月~ 順次結果の受理及び対象者の抽出、台帳に記載しケース管理、対象者への介入

3月 結果とりまとめ、評価

## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### 1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、ウエスト周囲長の増大で評価される内臓脂肪蓄積を必須項目として、高血糖、脂質代謝異、血圧高値の3項目のうち2項目以上を満たす場合に診断されます。

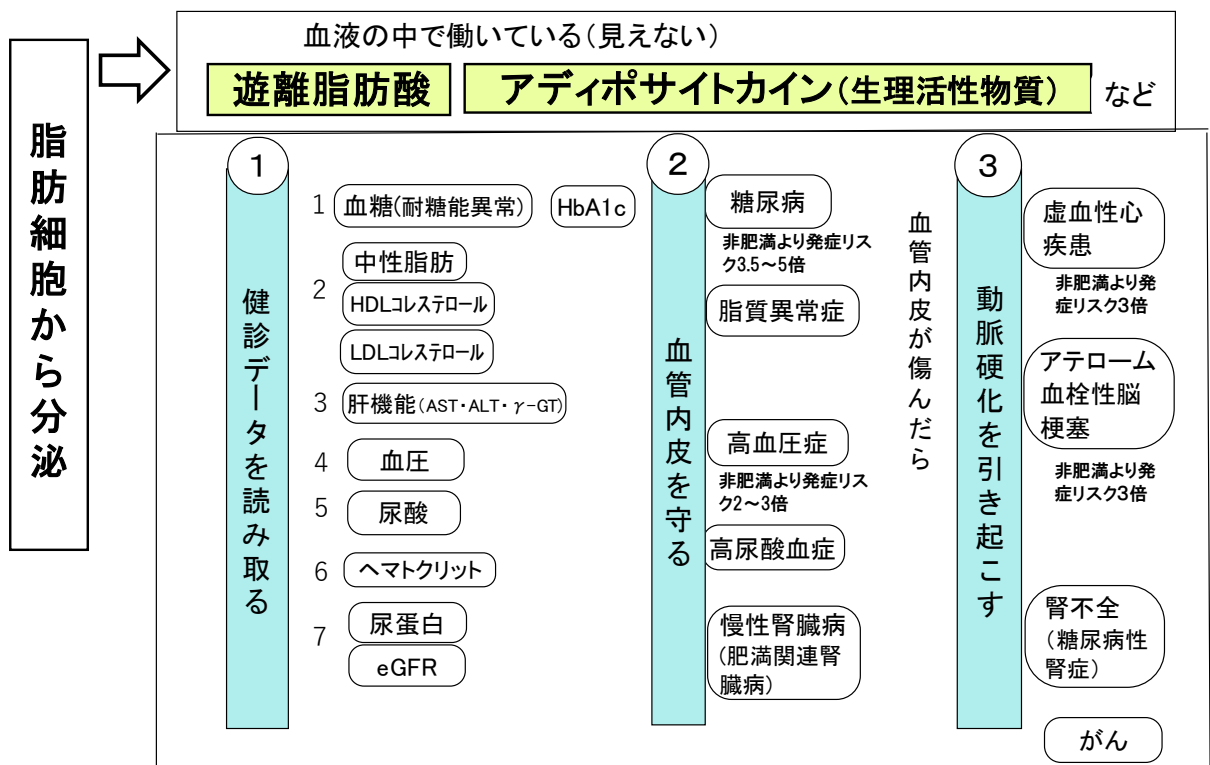
過剰な脂肪組織は大量の遊離脂肪酸(FFA)を放出することによって脂質異常症を惹き起こす他、高酸化ストレス状態になりやすく、動脈硬化性心血管疾患や血栓形成との関連も報告されています。

また、様々な生理活性物質も分泌しており、過剰な内臓脂肪が蓄積する病態ではこれら物質の産生調節異常を伴います。こうした状態では、高血糖、血圧高値などのリスクも増大します。

メタボリックシンドロームでは、個々の危険因子それぞれの治療だけでなく、第一に食事、運動を含めた生活習慣改善指導を通じて病態の基盤である内臓脂肪の減少を目指すことが重要です。これにより複数の危険因子の包括的な改善が期待できます。

取組にあたっては図表58に基づき、健診を受診しなすは、自身の体の状態を知ることが大切です。結果から改善が必要な場合は生活習慣を見直すとともに必要な治療を受け、虚血性心疾患や脳梗塞、腎不全といった重症化を予防することが重要です。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態を把握します。

図表59 肥満度分類による実態 (R04年度)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	1,218	2,250	332	547	266	485	54	56	8	5	4	1	
			27.3%	24.3%	21.8%	21.6%	4.4%	2.5%	0.7%	0.2%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	597	1,059	201	302	163	276	31	24	5	2	2	0
				33.7%	28.5%	27.3%	26.1%	5.2%	2.3%	0.8%	0.2%	0.3%	0.0%
	女性	621	1,191	131	245	103	209	23	32	3	3	2	1
				21.1%	20.6%	16.6%	17.5%	3.7%	2.7%	0.5%	0.3%	0.3%	0.1%

出典: KDBシステム

(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン2022」に基づき、優先順位をつけます。

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

## 3) 対象者の明確化

図表60 年代別メタボリック該当者の状況 (R04年度)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	1,656	173	220	594	669	1,812	158	217	709	728	
メタボ該当者	B	459	26	53	177	203	172	5	19	55	93	
	B/A	27.7%	15.0%	24.1%	29.8%	30.3%	9.5%	3.2%	8.8%	7.8%	12.8%	
再掲	① 3項目全て	C	148	6	19	57	66	56	1	3	21	31
		C/B	32.2%	23.1%	35.8%	32.2%	32.5%	32.6%	20.0%	15.8%	38.2%	33.3%
	② 血糖+血圧	D	69	2	3	26	38	20	0	5	5	10
		D/B	15.0%	7.7%	5.7%	14.7%	18.7%	11.6%	0.0%	26.3%	9.1%	10.8%
	③ 血圧+脂質	E	220	17	26	84	93	88	3	9	26	50
		E/B	47.9%	65.4%	49.1%	47.5%	45.8%	51.2%	60.0%	47.4%	47.3%	53.8%
	④ 血糖+脂質	F	22	1	5	10	6	8	1	2	3	2
		F/B	4.8%	3.8%	9.4%	5.6%	3.0%	4.7%	20.0%	10.5%	5.5%	2.2%

出典: KDBシステム

図表61 メタボリック該当者の治療状況 (R04年度)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,656	459	27.7%	376	81.9%	83	18.1%	1,812	172	9.5%	141	82.0%	31	18.0%		
40代	173	26	15.0%	16	61.5%	10	38.5%	158	5	3.2%	1	20.0%	4	80.0%		
50代	220	53	24.1%	34	64.2%	19	35.8%	217	19	8.8%	15	78.9%	4	21.1%		
60代	594	177	29.8%	145	81.9%	32	18.1%	709	55	7.8%	47	85.5%	8	14.5%		
70～74歳	669	203	30.3%	181	89.2%	22	10.8%	728	93	12.8%	78	83.9%	15	16.1%		

出典：KDBシステム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表60)は、男性では受診者の3人に一人程度ですが、女性では10人に一人程度であるため、男性へのアプローチを優先とすることが効率的であると考えます。

また、年齢が高くなるほど、メタボリックシンドローム該当者の割合は高くなり、3疾患の治療割合も高くなることから、3疾患の発症前の、若い年代を対象とした取組が効果的であることがわかります。(図表61)

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である3疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の治療状況(図表61)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

メタボリックシンドロームは、必要に応じて生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

#### (1) 対象者選定基準の考え方

若い年代の疾患発症前からの肥満者への保健指導の介入が重要ですが、リスク因子を踏まえ優先順位をつける選定が効率的かつ効果的なことから次の①～③の物を対象に取り組みます。

- ① メタボリックシンドローム判定者で、特定保健指導対象者
- ② 脳血管疾患重症化予防対象者もしくは糖尿病腎症重症化予防対象者
- ③ BMI 30以上(要医療判定値)の者

#### (2) 対象者の管理

対象者の進捗管理は特定保健指導対象者(メタボリックシンドローム該当者)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

## 4) 保健指導の実施

### (1) 生活習慣の改善にむけた保健指導

肥満・メタボリックシンドロームは、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤にあることから、生活習慣の改善にむけた保健指導が重要であり、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

図表 62 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

### (2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

当市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎二次検査の実施に当たっては、動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査が考えられます。

- 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 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

## 5) 医療との連携

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は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

メタボリックシンドロームは、必要に応じて生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。治療中の場合は、かかりつけ医からの指示や助言をもらい生活改善を進めていく必要があります。

また、二次健診の実施にあたっては、中高医師会等と協議をしながら事業の実施について検討をしていきます。

## 6) 保育所・学校等との連携

肥満・メタボリックシンドロームは、飽食と運動不足によって生じる過栄養が基盤にあり、治療だけでは解決が難しいことから、生涯を通じて望ましい生活習慣を獲得していくことが重要です。

胎児に影響する妊娠期からの適正体重を意識した健康的な生活習慣を維持するための働きかけや子どもの頃から生活習慣病予防を意識した生活を意識するための取組を保育所・学校等と連携していきます。

## 7) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価を年1回行います。その際は国保データシステム(KDB)等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患の患者割合により重症化予防の視点で評価します。

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

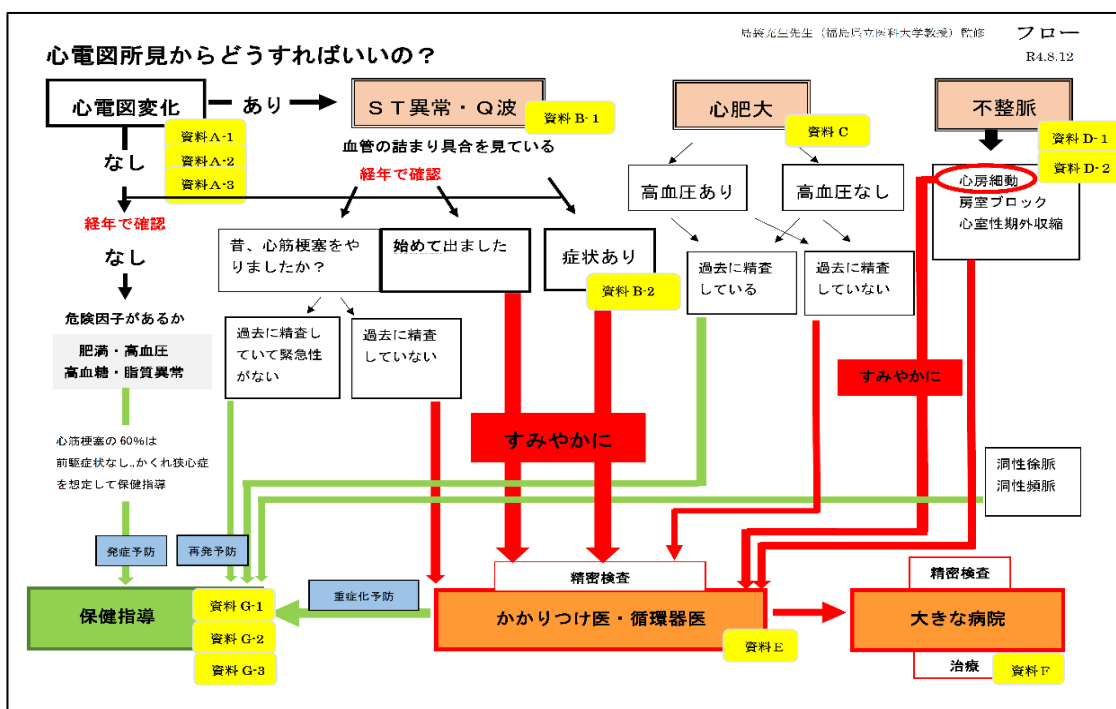
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2023年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 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、心電図所見からのフロー図(図表63)に基づいて考えます。

図表 63 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。

当市においては、令和4年度の特定健診受診者の40～74歳では心電図検査を2,761人に実施し、そのうち有所見者が956人(34.6%)でした。所見の中でも ST-T 変化が277人(29.0%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表64)

また、有所見者のうち要精査が163人(17.1%)で、精密検査の受診状況をみると82人(50.3%)は未受診でした。(図表65)。

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高血圧、高血糖などでの重症化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64 心電図検査結果 (R04年度)

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
				異常Q波		ST-T変化		左室肥大		輪偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮			
		人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B				
40～74歳 内訳		2,761	99.2	956	34.6	55	5.8	277	29.0	82	8.6	89	9.3	80	8.4	126	13.2	17	1.8	55	5.8
	男性	1,272	99.1	487	38.3	33	6.8	97	19.9	52	10.7	53	10.9	50	10.3	89	18.3	16	3.3	34	7.0
	女性	1,489	99.2	469	31.5	22	4.7	180	38.4	30	6.4	36	7.7	30	6.4	37	7.9	1	0.2	21	4.5

出典：中野市調べ(健診結果より)

図表65 心電図有所見者の医療機関受診状況 (R04年度)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診状況			
					医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	956		163	17.1	81	49.7	82	50.3
男性	487	50.9	86	52.8	33	38.4	53	61.6
女性	469	49.1	77	47.2	48	62.3	29	37.7

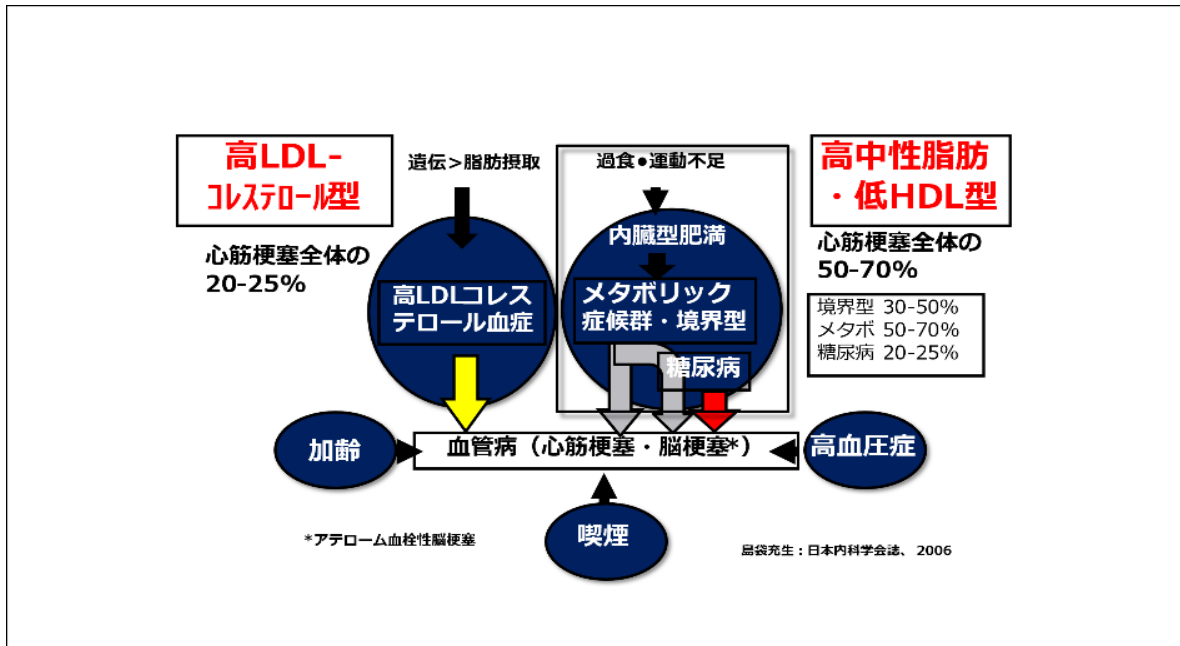
出典：中野市調べ(健診結果より)

## 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。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表66)

図表 66 心血管病を起こしやすい人



図表66をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表60・61)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプについては、図表67を参照します。

図表67 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定 令和04年度

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

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL	健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別						
	1,442	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
	645 44.7%	491 34.0%	218 15.1%	88 6.1%	34 11.1%	54 17.6%	129 42.2%	89 29.1%			
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)	189 13.1%	107 16.6%	54 11.0%	20 9.2%	8 9.1%	13 38.2%	15 27.8%	0 0.0%	0 0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	587 40.7%	239 37.1%	223 45.4%	87 39.9%	38 43.2%	9 26.5%	17 31.5%	76 58.9%	23 25.8%
		高リスク	120未満 (150未満)	600 41.6%	265 41.1%	195 39.7%	101 46.3%	39 44.3%	11 32.4%	21 38.9%	48 37.2%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	41 2.8%	26 4.0%	9 1.8%	4 1.8%	2 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.3%	3 3.4%
		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)	66 4.6%	34 5.3%	19 3.9%	10 4.6%	3 3.4%	1 2.9%	1 1.9%

※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) 保健指導及び受診勧奨

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に受診勧奨を行います。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。治療中で重症化リスクが高い場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 68 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
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1 狭心症になった人から学びました
資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

#### (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者に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、二次健診の実施を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2023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されており、下記の検査方法が用いられています。

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

### (3) 対象者の管理

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

### 4) 医療との連携

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

### 5) 高齢者福祉・介護保険部局(高齢者支援課)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、高齢者支援課と連携していきます。具体的には、定期的な庁内連携会議を開催し、健診・医療・介護情報等のデータの一体的分析を行い、本市の健康課題を明確にし、事業の進捗状況を把握しながら課題解決のための PDCA サイクルに沿って実施していきます。

### 6) 評価

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

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

### 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

6月～ 特定健診の開始

7月～ 順次結果の受理及び対象者の抽出、台帳に記載しケース管理、対象者への介入

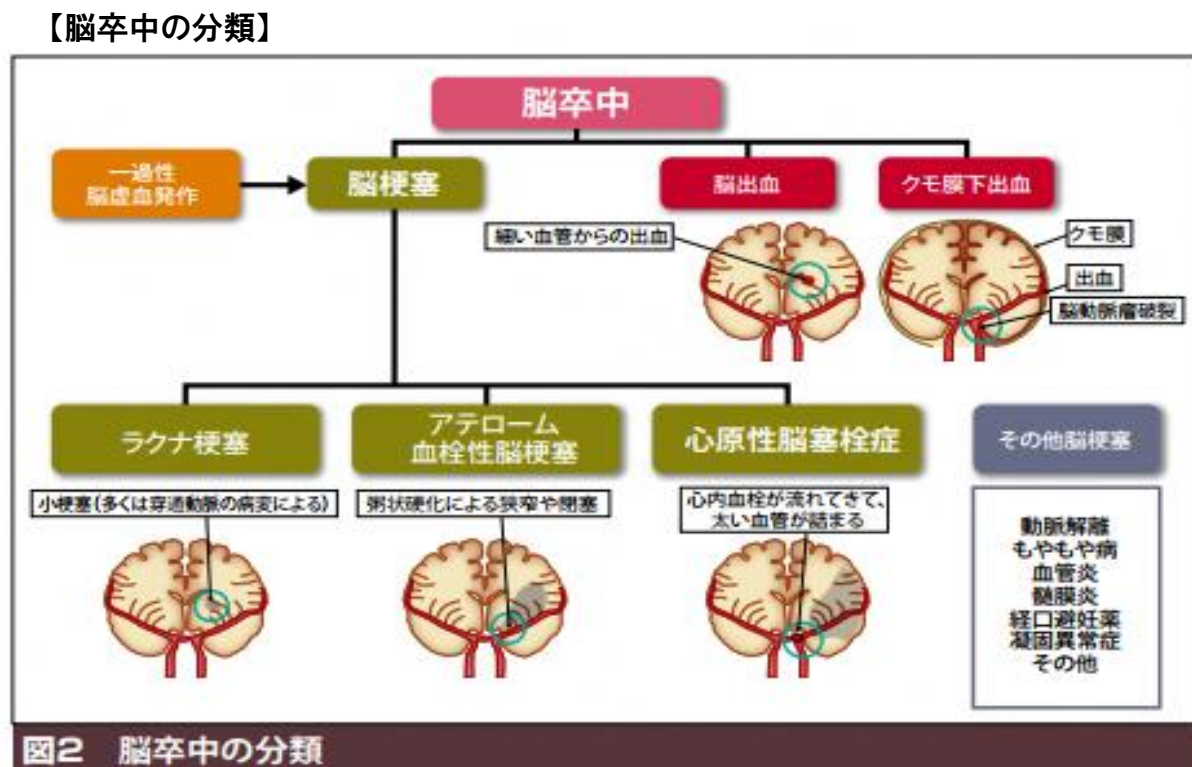
3月 結果とりまとめ、評価

## 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69,70)

図表 69 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 70 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

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

出典:ヘルスサポートラボ

## 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。令和04年度の特定健診受診者のうち40～74歳における高血圧治療者3,362人<sup>H</sup>のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が271人(8.1%<sup>O</sup>)でした。

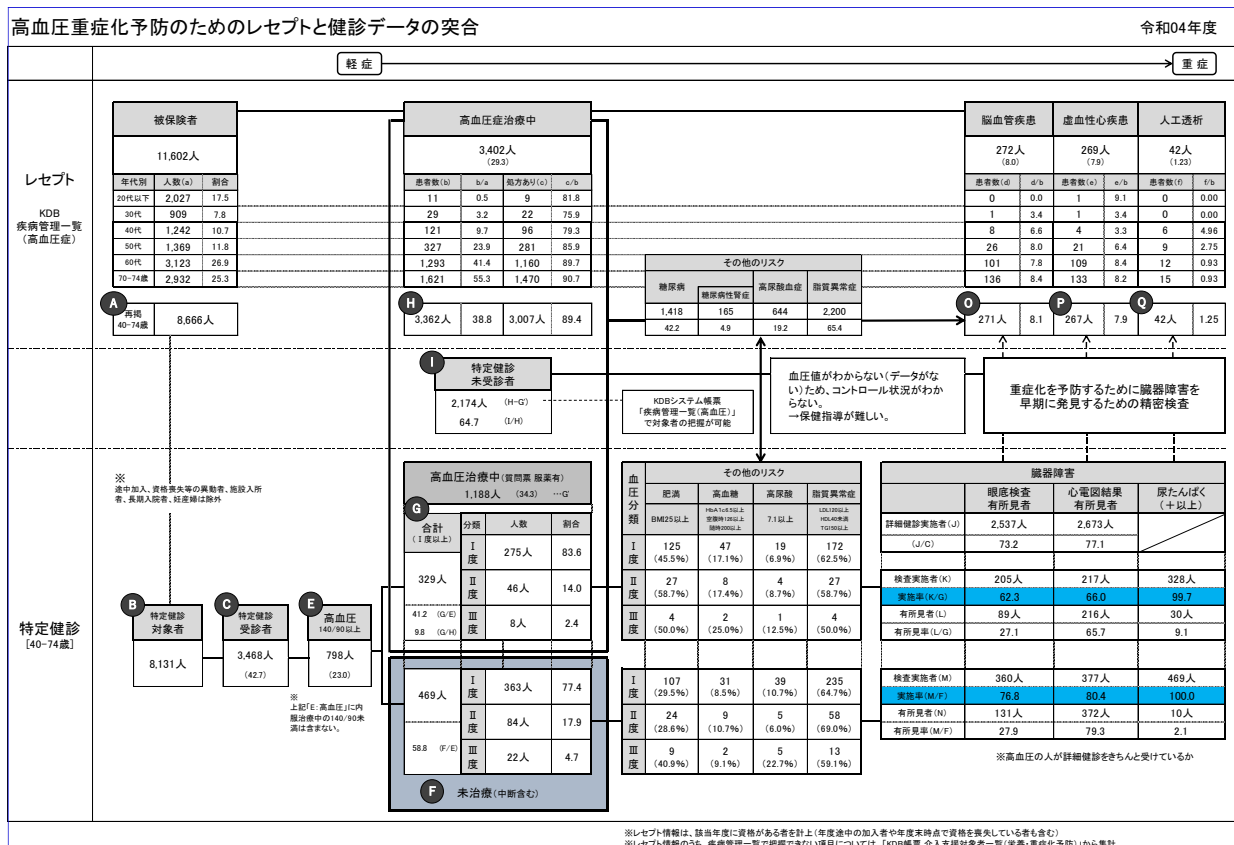
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が160人(4.6%)であり、そのうち106人(66.3%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が54人(4.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、2,537人(73.2%)受診しており、眼底検査結果を有効に活用し保健指導を実施していく必要があります。

図表 71 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: KDB システム

### (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより心疾患や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 72 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる「A」については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 72 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会  
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子  
p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化  
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)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	1,004	535 53.3%	363 36.2%	84 8.4%	22 2.2%
<b>リスク第1層</b> 予後影響因子がない	47 4.7%	<b>C</b> 29 5.4%	<b>B</b> 13 3.6%	<b>B</b> 4 4.8%	<b>A</b> 1 4.5%
<b>リスク第2層</b> 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	563 56.1%	<b>C</b> 313 58.5%	<b>B</b> 188 51.8%	<b>A</b> 49 58.3%	<b>A</b> 13 59.1%
<b>リスク第3層</b> 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	394 39.2%	<b>B</b> 193 36.1%	<b>A</b> 162 44.6%	<b>A</b> 31 36.9%	<b>A</b> 8 36.4%

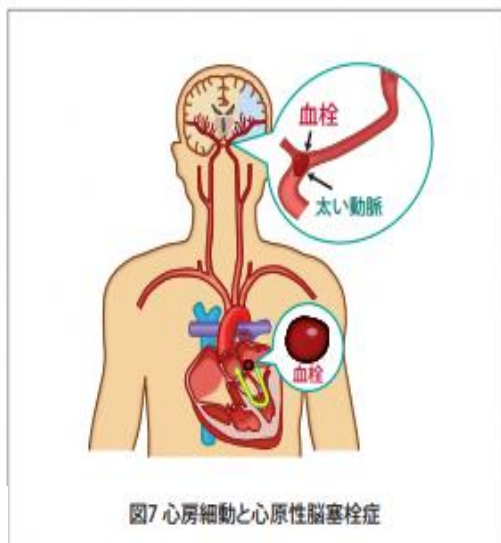
…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分	該当者数
<b>A</b>	264 26.3%
<b>B</b>	398 39.6%
<b>C</b>	342 34.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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73は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表73 心房細動有所見状況（R04年度）

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,656	1,812	1,237	74.7%	1,436	79.2%	17	1.4%	1	0.1%	--	--
40代	173	158	158	91.3%	149	94.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	220	217	193	87.7%	186	85.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	594	709	420	70.7%	541	76.3%	5	1.2%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	669	728	466	69.7%	560	76.9%	12	2.6%	1	0.2%	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：KDBシステム

図表74 心房細動有所見者の治療状況（R04年度）

心房細動 有所見者	治療の有無				不明者	
	未治療者		治療中			
人	人	%	人	%	人	%
18	6	33.3	11	61.1	1	5.6

出典：中野市調べ(健診結果より)

心電図検査において18人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者18人のうち11人は既に治療が開始されていましたが、6人は治療につながっていない状況でした。(図表74)

心房細動は、心房内の血液がよどんで、「血液の固まり(血栓)」ができやすくなります。これにより「塞栓症」や「脳梗塞」を引き起こすリスクがあり、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ります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続していく必要があります。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診を検討していく必要があります。

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

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

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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

#### ② 心房細動者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉・介護保険部局(高齢者支援課)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、高齢者支援課と連携していきます。

## 6) 評価

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

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

## 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

6月～ 特定健診の開始

7月～ 順次結果の受理及び対象者の抽出、台帳に記載しケース管理、対象者への介入

3月 結果とりまとめ、評価

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

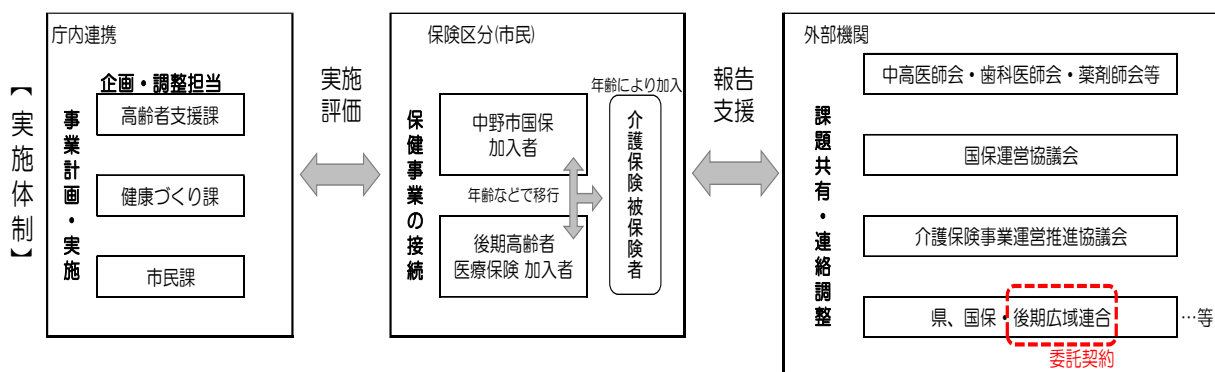
#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

令和03年度から、本市が長野県後期高齢者広域連合の事業を受託し「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06年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には企画・調整等を担当する医療専門職（保健師等）を配置し、事業の企画・調整等を行い、国保データシステム（KDB）等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から地域の健康課題の分析、重症化予防・介護予防対象者を把握します。また、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

図表75 実施体制



### 3) 高齢者に対する支援内容

#### (1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

保健師等が、国保データシステム（KDB）等を活用し、生活習慣病の重症化予防・口腔機能低下予防・低栄養防止等を行うための訪問相談等を行います。

後期高齢者の質問票により健康状態や心身機能を把握し、個別に相談・指導を行い、必要に応じて受診勧奨を実施する等、適切な医療・介護サービスにつなげ、通いの場等への参加勧奨等を行います。（図表76）

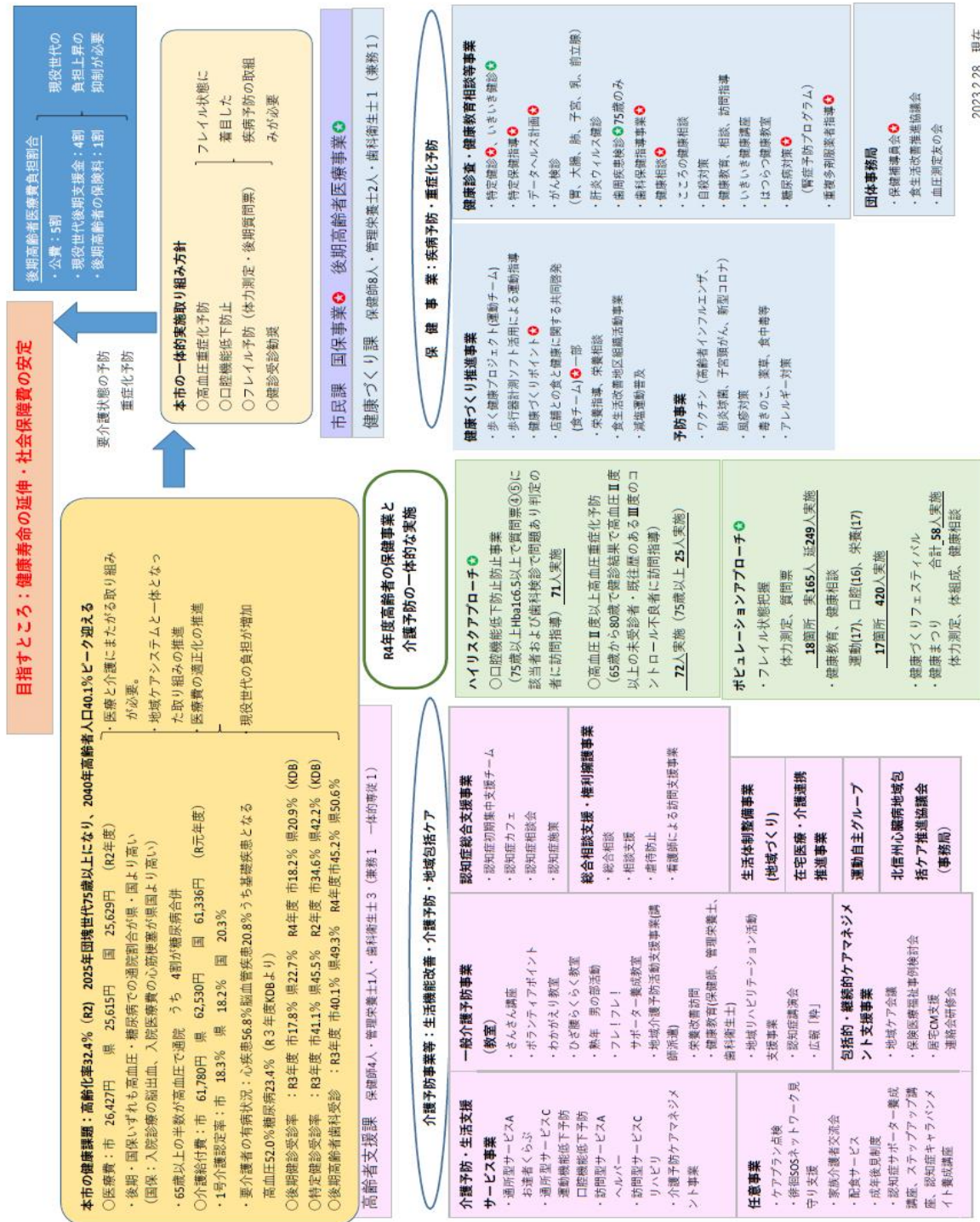
#### (2) 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

国保データシステム（KDB）等により把握した地域の健康課題をもとに、健康教育、健康相談等を実施します。通いの場等においてフレイル予防の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施します。（図表76）

(3) 介護予防事業等(高齢者支援課)と保健事業(健康づくり課)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めていながら、高齢者支援課による生活機能の低下を防止するための介護予防事業や健康づくり課による生活習慣病等の重症化を予防のための保健事業等関連する事業についても同時に取り組んでいきます。(図表76)

図表76 高齢者に対する支援事業



2023.2.28 現在



## 4. 発症予防

生活習慣病の予防は、平均寿命・健康寿命の延伸を目ざす上で重要です。

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦、乳幼児期及び成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要です。そのため、保育所、学校、福祉施設、スポーツ推進部局（スポーツ振興課）等と連携しながら事業を推進していきます。

図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

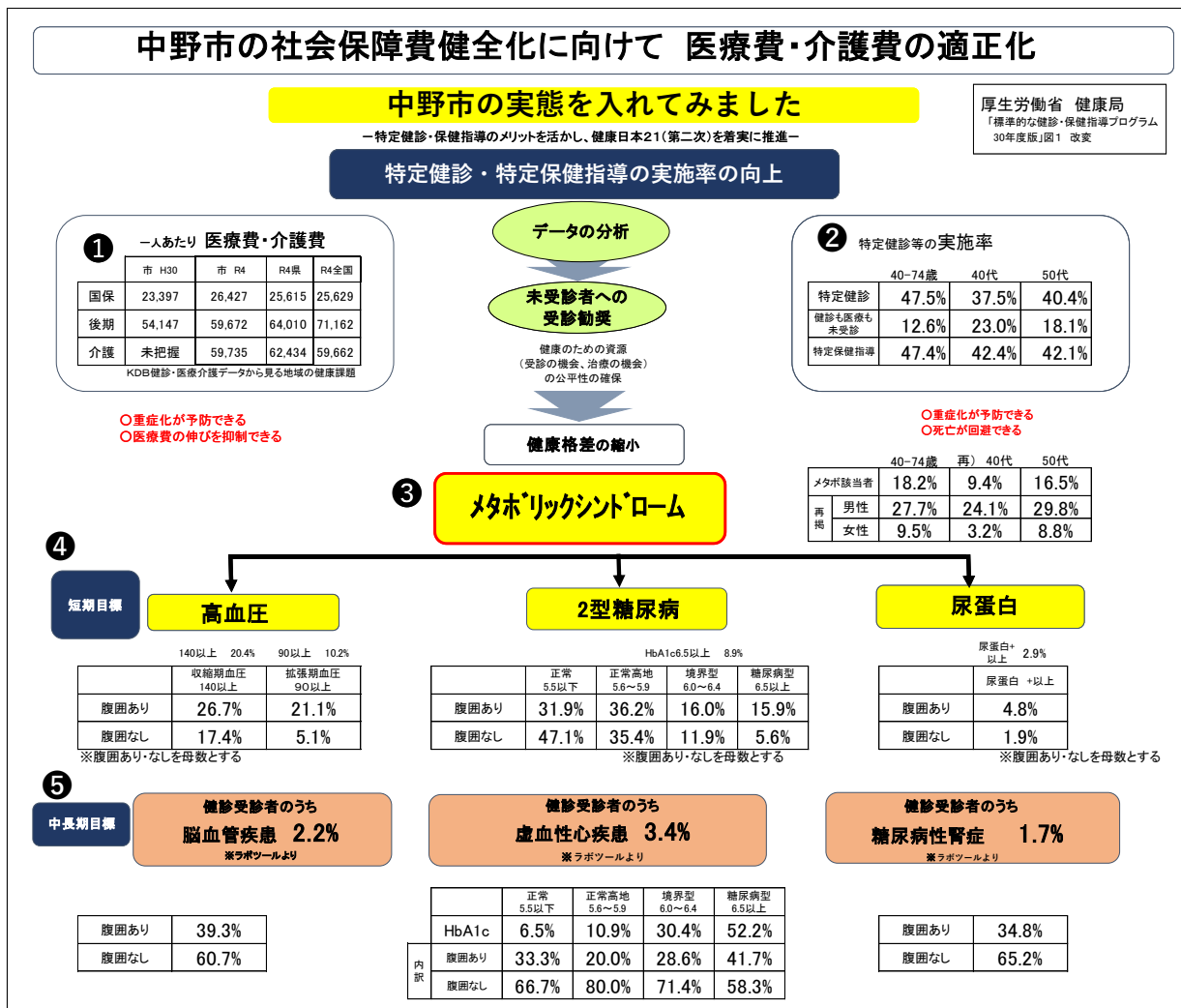
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える															
- 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
1 根拠法	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各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

出典：ヘルスサポートラボ

## 5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、特に短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)と生活習慣(食塩摂取量、摂取エネルギーと運動量等)の関係について住民とともに学習し、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表77、78)

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典: KDB システム

## 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08年度に進捗確認のための中間評価を行います。  
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

### 2. 評価方法・体制

評価にあたっては、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り、保険者努力支援制度においても4つの指標で評価します。

#### ※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>・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>・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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が地区担当の被保険者分については定期的に把握し、適切な医療受診につながるようサポートを心がけます。

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



## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

国指針において、公表するものとされていますので、市公式ホームページや広報紙を通じた公表・周知のほか、中高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。

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた中野市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた中野市の位置

(R4 年度)

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)								
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合									
1	① 人口構成	総人口		41,992		9,014,657		2,008,244		123,214,261								
		65歳以上(高齢化率)		13,670	32.6	3,263,279	36.2	646,942	32.2	35,335,805	28.7	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						
		75歳以上		7,079	16.9	--	--	352,073	17.5	18,248,742	14.8							
		65~74歳		6,591	15.7	--	--	294,869	14.7	17,087,063	13.9							
		40~64歳		14,153	33.7	--	--	669,192	33.3	41,545,893	33.7							
	39歳以下		14,169	33.7	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6								
	② 産業構成	第1次産業		23.8		10.7		9.3		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題						
		第2次産業		23.5		27.3		29.2		25.0								
		第3次産業		52.8		62.0		61.6		71.0								
	③ 平均寿命	男性		81.8		80.4		81.8		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握						
女性		87.6		86.9		87.7		87.0										
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.0		79.7		81.1		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握							
	女性		84.5		84.3		85.2		84.4									
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		94.3		103.4		90.5		100		KDB NO.1 地域全体像の把握						
		男性		94.3		103.4		90.5		100								
		女性		98.7		101.4		93.8		100								
		がん		139	49.5	34,996	47.8	6,380	47.9	378,272	50.6							
		心臓病		81	28.8	21,437	29.3	3,679	27.6	205,485	27.5							
		脳疾患		39	13.9	10,886	14.9	2,307	17.3	102,900	13.8							
		糖尿病		5	1.8	1,391	1.9	238	1.8	13,896	1.9							
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		40		7		1809		8.2		厚労省HP 人口動態調査						
		男性		24		8.2		1157		4.5								
		女性		16		5.7		652		17.7								
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,368		17.4		619,810		19.1		KDB NO.1 地域全体像の把握						
		新規認定者		31		0.2		10,081		0.3								
		介護度別 総件数		要支援1.2		6,470		9.5		1,984,426			14.3					
				要介護1.2		32,883		48.4		6,527,659			47.0					
				要介護3以上		28,531		42.0		5,384,278			38.7					
	2号認定者		46		0.33		10,759		0.37		1,856		0.28					
	② 有病状況	糖尿病		598		24.0		154,694		23.8		26,401		22.3		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		高血圧症		1,252		51.8		352,398		54.8		65,433		55.6				
		脂質異常症		771		32.0		203,112		31.2		36,610		30.6				
		心臓病		1,366		56.6		397,324		61.9		74,350		63.3				
		脳疾患		427		19.2		151,330		23.9		29,320		25.4				
		がん		231		9.5		74,764		11.4		14,272		11.9				
		筋・骨格		1,096		45.4		350,465		54.5		65,213		55.5				
		精神		739		30.8		246,296		38.6		44,457		37.9				
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		296,641		4,055,075,743		300,230		979,734,915,124		288,366		186,555,887,417		290,668		10074274226989
1件当たり給付費(全体)		59,735		70,503		62,434		59,662		41,272		296,364						
居宅サービス		41,745		43,936		40,752		41,272		296,364								
施設サービス		280,877		291,914		287,007		296,364										
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		8,307		9,043		8,534		8,610								
	認定なし		3,719		4,284		3,975		4,020									
4	① 国保の状況	被保険者数		10,028		2,020,054		443,378		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況						
		65~74歳		4,657		46.4		200,162		45.1								
		40~64歳		3,230		32.2		142,060		32.0								
		39歳以下		2,141		21.4		101,156		22.8								
	加入率		23.9		22.4		22.1		22.3									
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2		0.2		873		0.4		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握						
		診療所数		29		2.9		7,141		3.5								
		病床数		539		53.7		136,833		67.7								
		医師数		115		11.5		19,511		9.7								
		外来患者数		714.6		728.3		691.5		687.8								
入院患者数		18.6		23.6		17.6		17.7										
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		343,448		県内39位 同規模247位		394,521		339,076		339,680							
	受診率		733.111		751.942		709.111		705.439									
	外来		費用の割合		60.4		56.7		61.1		60.4							
			件数の割合		97.5		96.9		97.5		97.5							
	入院		費用の割合		39.6		43.3		38.9		39.6							
			件数の割合		2.5		3.1		2.5		2.5							
1件あたり在院日数		16.7日		17.1日		15.6日		15.7日										

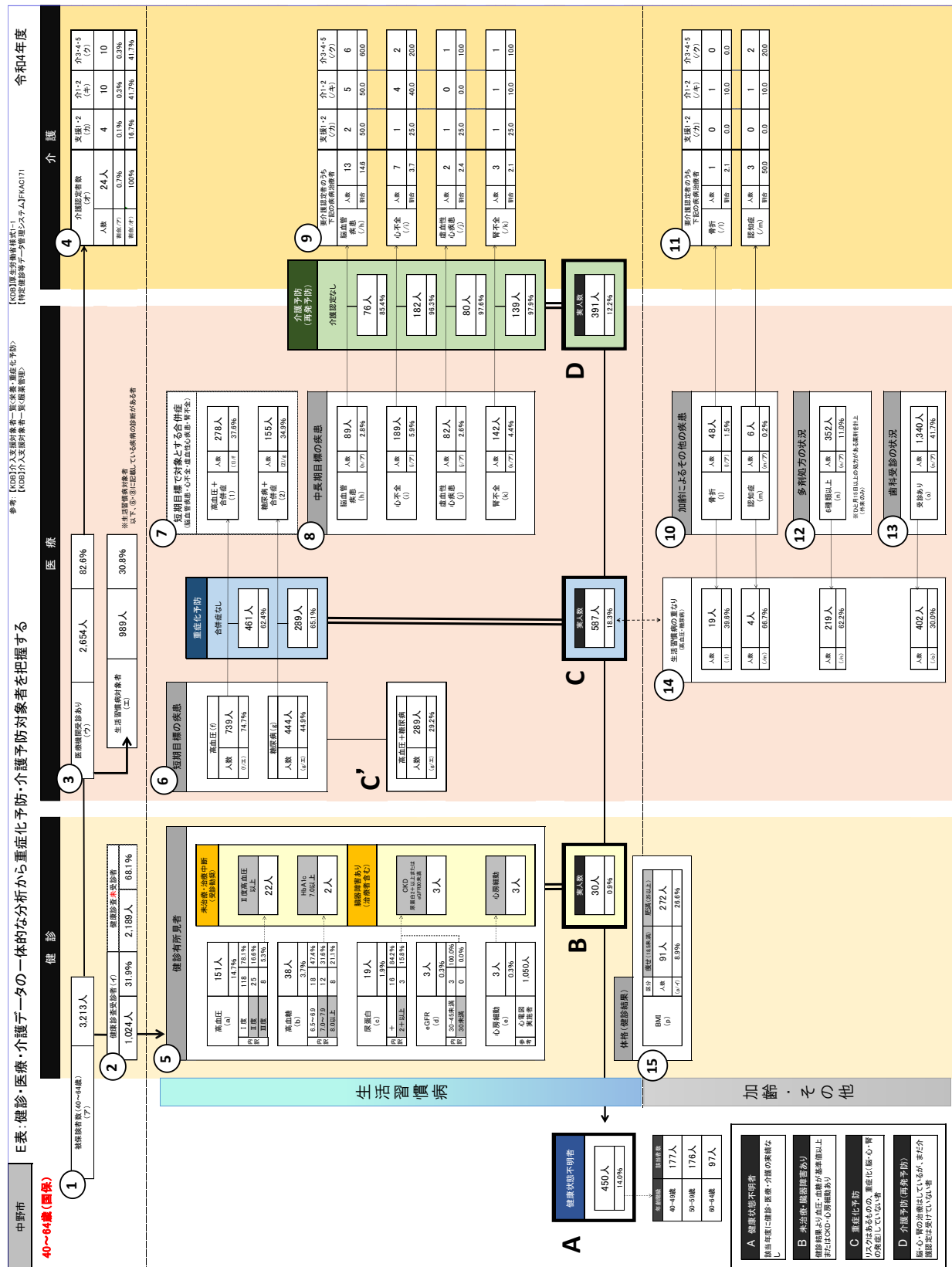
出典:KDB システム

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源債権名 (請附含む)	がん		556,236,180	28.7	31.3	30.8	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題				
		慢性腎不全(透析あり)	152,753,120	7.9	7.5	8.1	8.2					
		糖尿病	211,619,530	10.9	10.8	10.7	10.4					
		高血圧症	152,391,690	7.9	6.3	6.1	5.9					
		脂質異常症	71,880,960	3.7	3.8	4.0	4.1					
		脳梗塞・脳出血	79,083,450	4.1	3.9	4.0	3.9					
		狭心症・心筋梗塞	24,176,560	1.2	2.6	2.3	2.8					
		精神	357,097,390	18.4	16.2	15.8	14.7					
		筋・骨格	320,859,280	16.6	16.7	17.2	16.7					
		⑤ 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	673	0.5	380		0.2	296	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)
糖尿病	2,410			1.8	1,531	0.9	1,102	0.8				
脂質異常症	134			0.1	89	0.1	72	0.1				
脳梗塞・脳出血	7,175			5.3	7,151	4.2	6,367	4.8				
虚血性心疾患	1,621			1.2	4,385	2.6	3,421	2.6				
腎不全	2,772		2.0	4,815	2.8	3,574	2.7					
外来	高血圧症		14,523	7.0	13,011	5.8	10,819	5.2	10,143	4.9		
	糖尿病		19,670	9.5	22,014	9.8	18,772	9.1	17,720	8.6		
	脂質異常症		7,034	3.4	7,959	3.6	7,200	3.5	7,092	3.5		
	脳梗塞・脳出血		711	0.3	1,056	0.5	847	0.4	825	0.4		
	虚血性心疾患	1,358	0.7	1,975	0.9	1,629	0.8	1,722	0.8			
腎不全	17,801	8.6	18,492	8.3	16,616	8.0	15,781	7.7				
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,091		2,592		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	14,449		13,920		12,517					
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,368		7,237		7,685					
		健診未受診者	37,095		38,862		36,574					
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,405	52.7	347,448	57.5	78,052	54.3	3,897,959	57.0			
	医療機関受診率	1,214	45.5	314,652	52.1	70,243	48.9	3,558,319	52.0			
	医療機関非受診率	191	7.2	32,796	5.4	7,809	5.4	339,640	5.0			
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ 5 特定健診の 状況	健診受診者		2,666		604,497		143,721		6,841,520			
		受診率	47.5		40.6		46.2	全国5位	37.3			
	特定保健指導終了者(実施率)	184	47.4	20213	29.5	3,421	22.0	128,960	15.9			
	非肥満高血糖	203	7.6	64,587	10.7	12,663	8.8	618,057	9.0			
	メタボ	該当者	436	16.4	128,683	21.3	27,070	18.8	1,388,590	20.3		
		男性	319	26.0	88,983	32.7	19,322	29.0	970,094	32.0		
		女性	117	8.1	39,700	11.9	7,748	10.0	418,496	11.0		
		予備群	285	10.7	65,512	10.8	15,233	10.6	768,935	11.2		
	県内市町村数	男性	211	17.2	45,843	16.8	11,144	16.7	542,453	17.9		
		女性	74	5.1	19,669	5.9	4,089	5.3	226,482	5.9		
	79市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	821	30.8	212,104	35.1	47,260	32.9	2,391,618	35.0
	男性			597	48.7	147,033	54.0	34,067	51.2	1,674,817	55.3	
	女性		224	15.5	65,071	19.6	13,193	17.1	716,801	18.8		
	同規模市区町村数 280市町村		BMI	総数	119	4.5	31,954	5.3	6,479	4.5	321,466	4.7
		男性		22	1.8	5,003	1.8	1,139	1.7	51,547	1.7	
			女性	97	6.7	26,951	8.1	5,340	6.9	269,919	7.1	
		血糖のみ	17	0.6	4,033	0.7	872	0.6	43,725	0.6		
		血圧のみ	166	6.2	46,927	7.8	10,095	7.0	541,974	7.9		
		脂質のみ	102	3.8	14,552	2.4	4,266	3.0	183,236	2.7		
	血糖・血圧	53	2.0	20,073	3.3	3,693	2.6	204,070	3.0			
	血糖・脂質	19	0.7	6,644	1.1	1,481	1.0	70,564	1.0			
	血圧・脂質	243	9.1	58,392	9.7	13,312	9.3	662,217	9.7			
	血糖・血圧・脂質	121	4.5	43,574	7.2	8,584	6.0	451,739	6.6			
① ② 6 問診の状況	服薬	高血圧	841	31.5	236,692	39.2	50,072	34.8	2,437,293	35.6		
		糖尿病	204	7.7	60,007	9.9	12,463	8.7	591,972	8.7		
		脂質異常症	619	23.2	176,607	29.2	40,376	28.1	1,907,025	27.9		
	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	74	2.8	19,188	3.3	4,282	3.1	208,100	3.1		
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	163	6.1	34,854	5.9	7,429	5.5	366,617	5.5		
		腎不全	9	0.3	5,400	0.9	997	0.7	54,096	0.8		
貧血	330	12.4	58,328	10.0	12,642	9.3	704,463	10.7				
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ 6 生活習慣の 状況	喫煙	396	14.9	77,981	12.9	18,762	13.1	944,145	13.8			
	週3回以上朝食を抜く	249	9.3	44,776	7.9	10,426	8.1	646,557	10.4			
	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～)	510	19.1	85,599	15.0	19,593	15.3	981,532	15.7			
	週3回以上就寝前夕食	510	19.1	85,599	15.0	19,593	15.3	981,532	15.7			
	食べる速度が速い	545	20.4	152,970	26.8	31,812	24.8	1,666,344	26.8			
	20歳時体重から10kg以上増加	877	32.9	198,361	34.7	41,073	32.0	2,184,280	35.0			
	1回30分以上運動習慣なし	1,996	74.9	358,030	62.7	83,195	64.9	3,763,456	60.4			
	1日1時間以上運動なし	1,316	49.4	271,262	47.3	57,890	45.1	2,993,291	48.0			
	睡眠不足	798	29.9	143,151	25.0	31,700	24.8	1,593,714	25.6			
	毎日飲酒	699	26.2	148,206	25.4	34,427	25.4	1,666,174	25.5			
	時々飲酒	623	23.4	119,704	20.5	32,342	23.8	1,469,490	22.5			
	一日飲酒量	1合未満	615	46.5	237,497	62.8	40,758	54.5	2,987,540	64.1		
		1～2合	468	35.4	94,958	25.1	23,169	31.0	1,106,496	23.7		
2～3合		184	13.9	36,039	9.5	8,482	11.3	436,918	9.4			
3合以上		55	4.2	9,421	2.5	2,376	3.2	129,644	2.8			

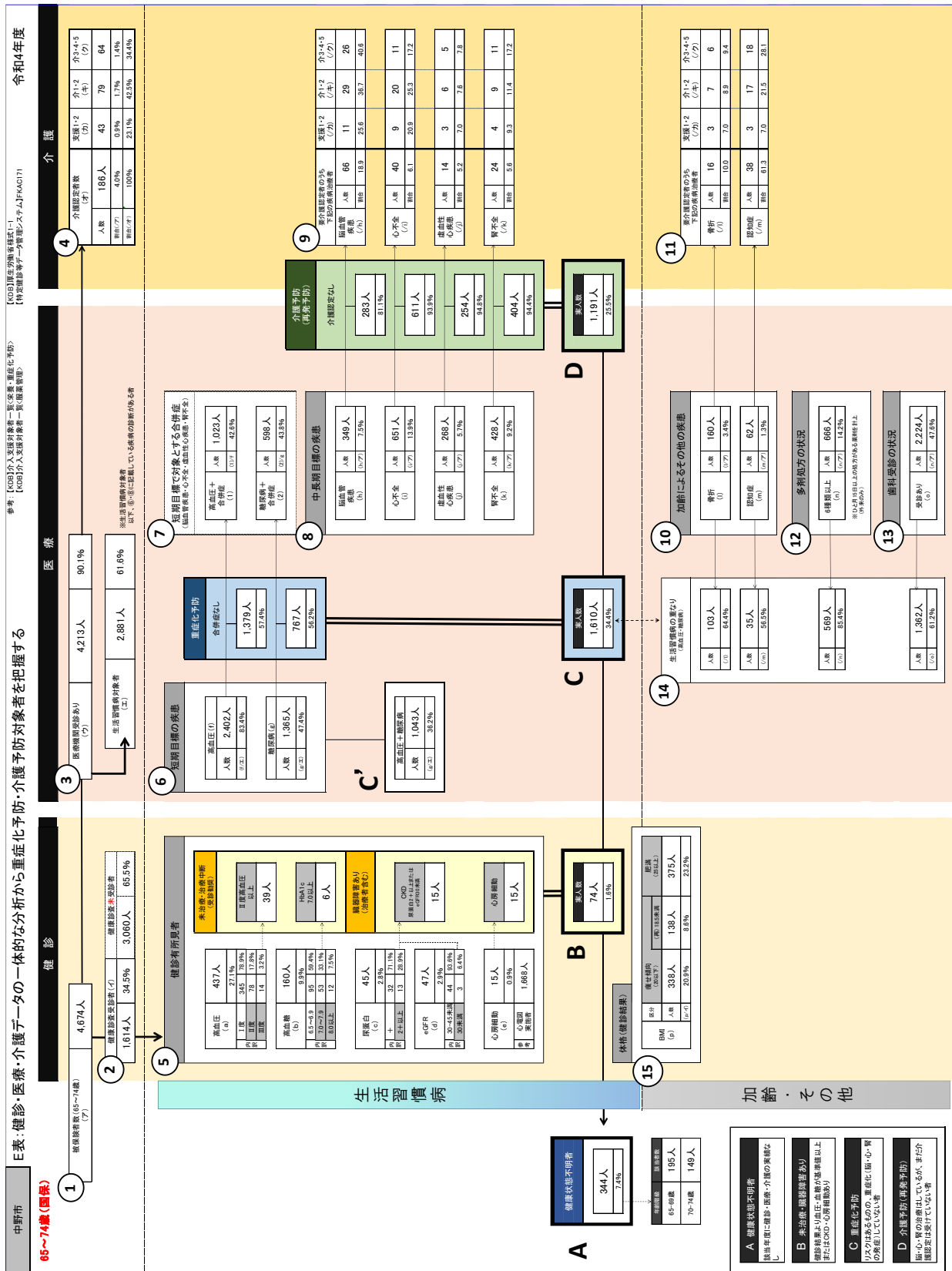
出典:KDB システム

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)

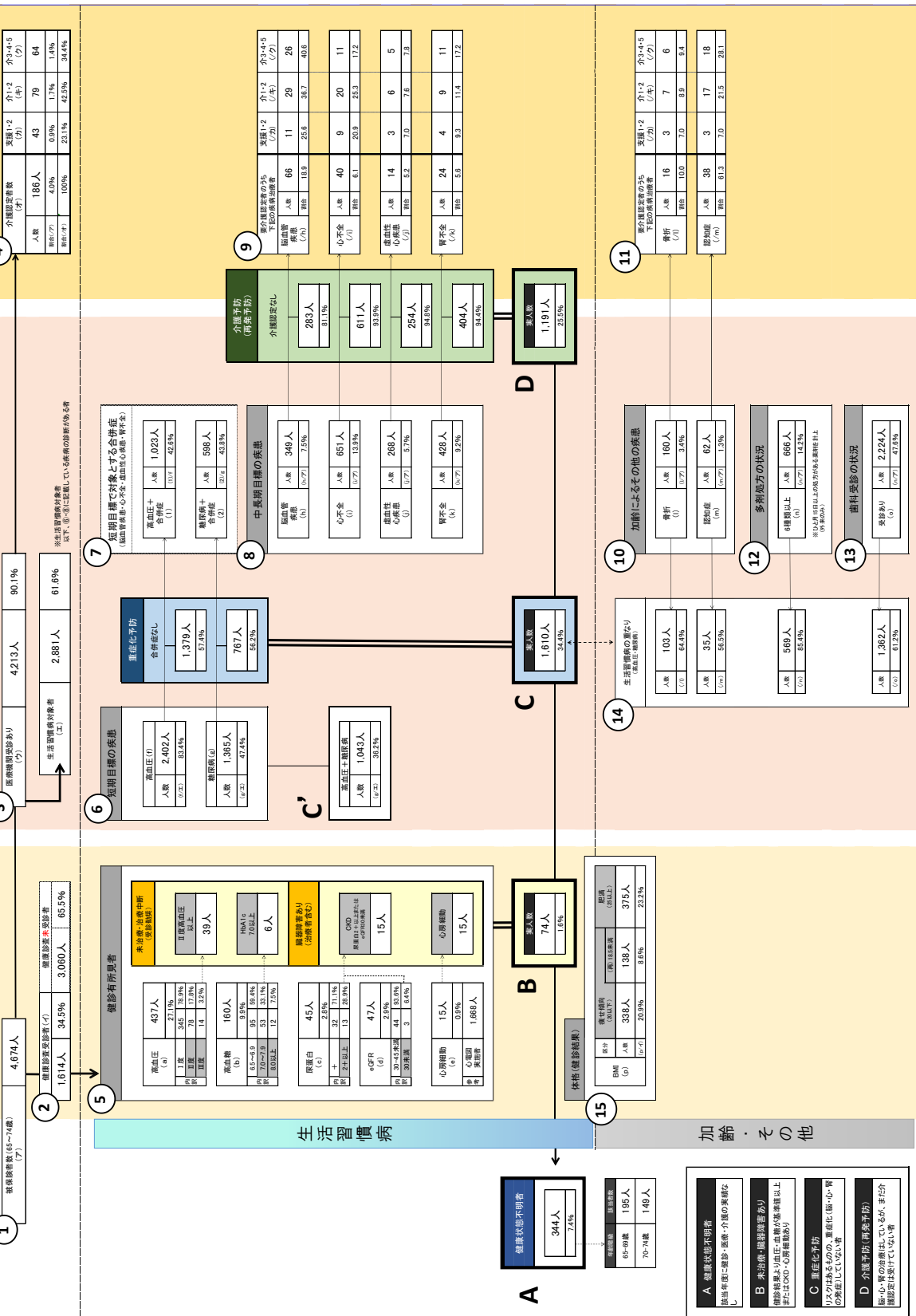


出典: KDB システム



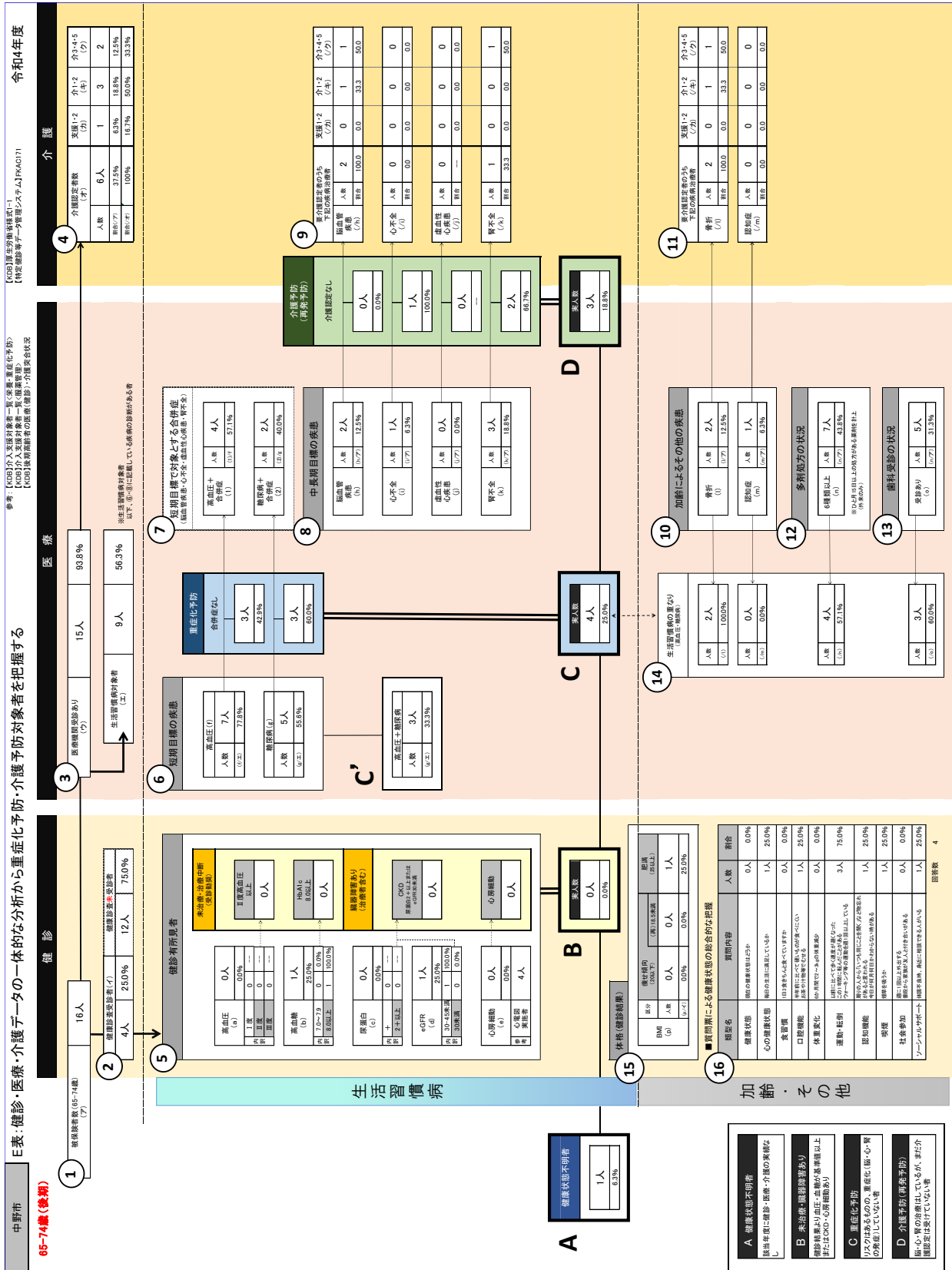
参考：【KDB】介入対象者数一覧【国保】  
 【KDB】介入対象者数一覧【国保】  
 【KDB】介入対象者数一覧【国保】

令和4年度



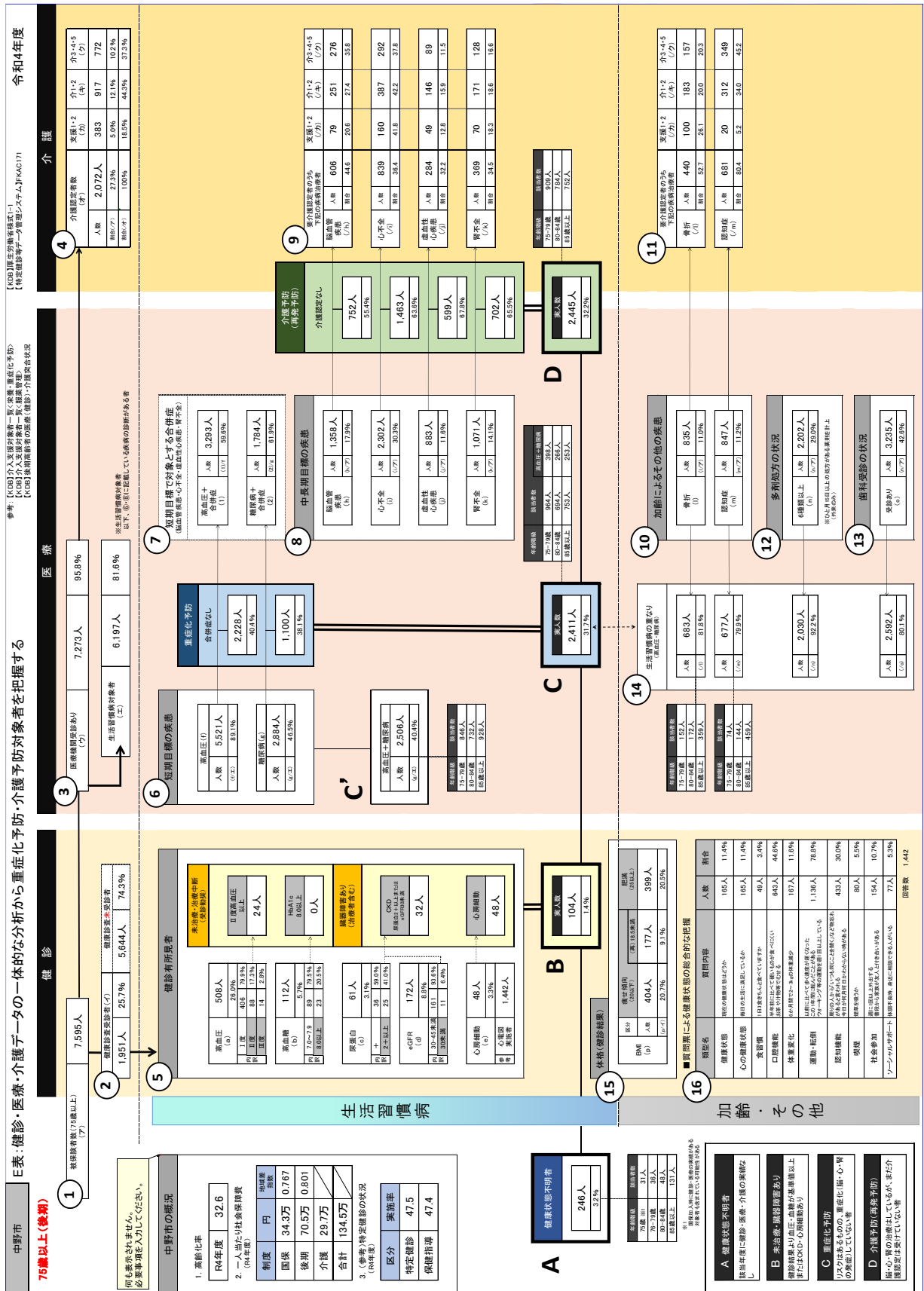
出典：KDB システム

③ 65～74 歳(後期)



出典:KDB システム

④75歳以上(後期)



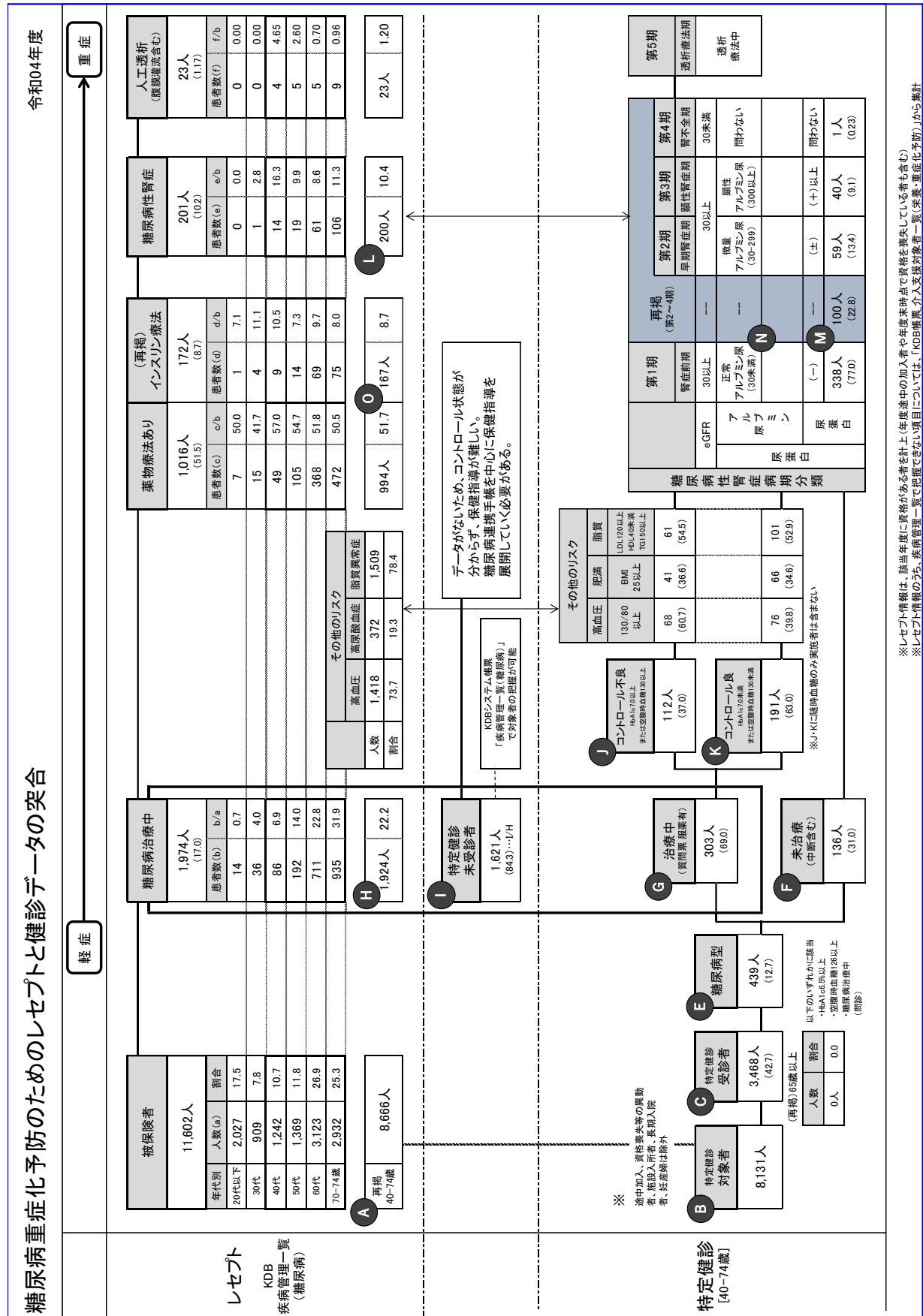


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

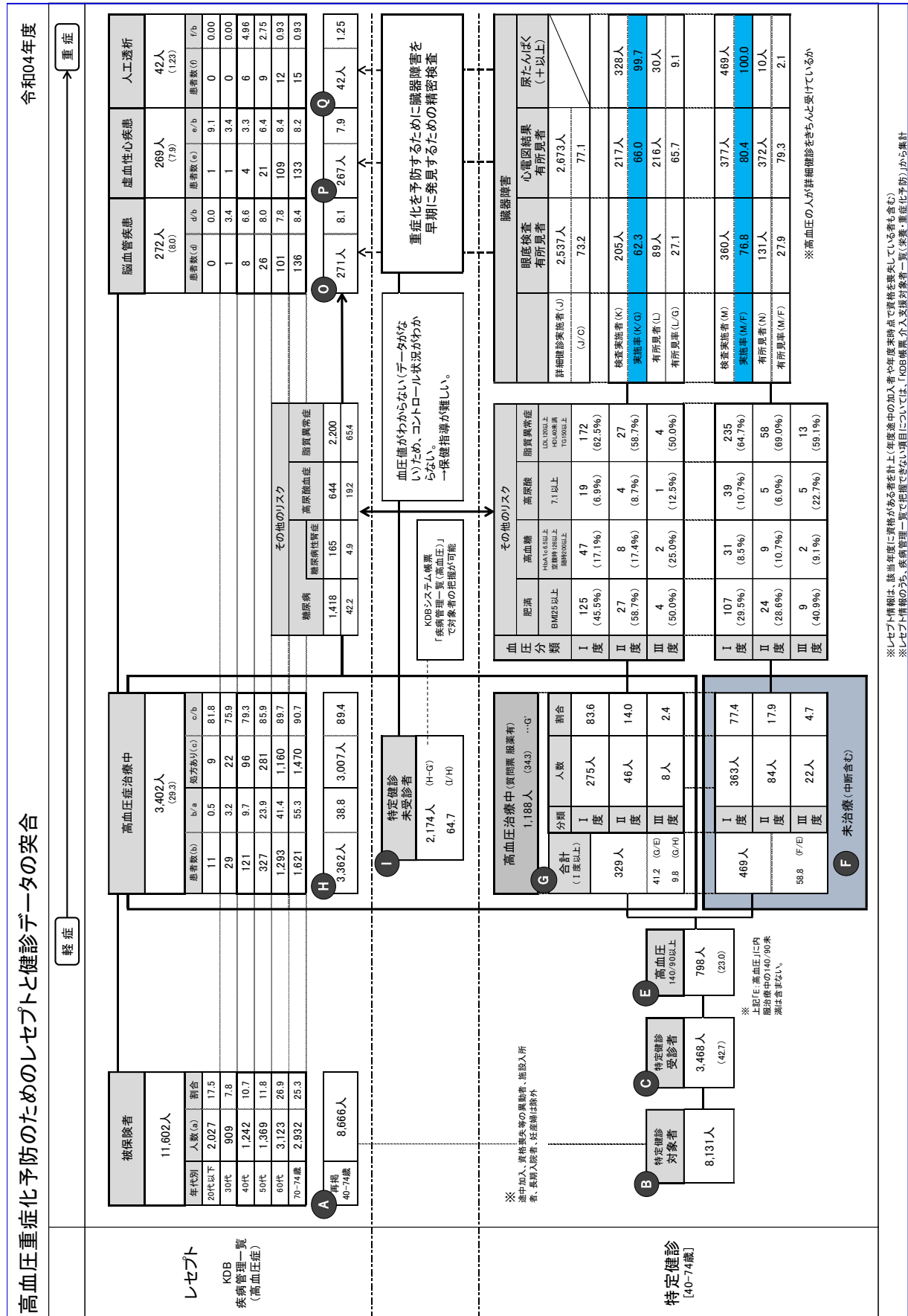
項目		突出表	中野市										
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	11,856人		11,407人		11,051人		10,893人		10,538人		
	② (再掲)40-74歳		9,015人		8,769人		8,576人		8,558人		8,324人		
2	① 特定健診 対象者数	B	8,201人		7,971人		7,902人		7,752人		7,294人		
	② 受診者数	C	3,987人		3,554人		2,733人		3,186人		3,468人		
	③ 受診率		48.6%		44.6%		34.6%		41.1%		47.5%		
3	① 特定保健指導 対象者数		482人		393人		307人		345人		388人		
	② 実施率		50.6%		48.1%		52.8%		48.7%		47.4%		
4	健診データ	E	594人	14.5%	483人	13.0%	364人	13.2%	371人	11.6%	449人	12.6%	
		F	250人	42.1%	152人	31.5%	83人	22.8%	91人	24.5%	138人	30.7%	
		G	344人	57.9%	331人	68.5%	281人	77.2%	280人	75.5%	311人	69.3%	
		J	コントロール不良 HbA1c7.5以上または空腹時血糖130以上	161人	46.8%	133人	40.2%	100人	35.6%	110人	39.3%	115人	37.0%
			血圧 130/80以上	82人	50.9%	74人	55.6%	63人	63.0%	62人	54.4%	71人	61.7%
		K	肥満 BMI25以上	62人	38.5%	38人	28.6%	40人	40.0%	44人	40.0%	43人	37.4%
			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	183人	53.2%	198人	59.8%	181人	64.4%	170人	60.7%	196人	63.0%
		M	第1期 尿蛋白(-)	446人	75.1%	365人	75.6%	292人	80.2%	300人	80.9%	346人	77.1%
			第2期 尿蛋白(±)	87人	14.6%	72人	14.9%	46人	12.6%	47人	12.7%	61人	13.6%
			第3期 尿蛋白(+)	30人	5.1%	30人	6.2%	24人	6.6%	20人	5.4%	40人	8.9%
			第4期 eGFR30未満	5人	0.8%	3人	0.6%	2人	0.5%	4人	1.1%	1人	0.2%
5	レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者千対)	133.9人		133.9人		128.5人		140.2人		134.7人	
			(再掲)40-74歳(被保険者千対)	174.5人		171.4人		163.5人		176.0人		168.1人	
			レセプト件数(40-74歳)	7,324件	(837.9)	7,452件	(871.1)	7,431件	(872.8)	7,571件	(912.2)	7,189件	(911.5)
			入院外(件数)	29件	(3.3)	35件	(4.1)	28件	(3.3)	28件	(3.4)	38件	(4.8)
		I	糖尿病治療中	1,588人	13.4%	1,527人	13.4%	1,420人	12.8%	1,527人	14.0%	1,419人	13.5%
			(再掲)40-74歳	1,573人	17.4%	1,503人	17.1%	1,402人	16.3%	1,506人	17.6%	1,399人	16.8%
		O	健診未受診者	1,229人	78.1%	1,159人	77.1%	1,121人	80.0%	1,226人	81.4%	1,088人	77.8%
			インスリン治療	100人	6.3%	95人	6.2%	76人	5.4%	99人	6.5%	79人	5.6%
		L	(再掲)40-74歳	97人	6.2%	92人	6.1%	73人	5.2%	94人	6.2%	74人	5.3%
			糖尿病性腎症	132人	8.3%	148人	9.7%	133人	9.4%	148人	9.7%	139人	9.8%
			(再掲)40-74歳	130人	8.3%	144人	9.6%	131人	9.3%	146人	9.7%	138人	9.9%
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	13人	0.8%	16人	1.0%	13人	0.9%	16人	1.0%	20人	1.4%
			(再掲)40-74歳	13人	0.8%	16人	1.1%	13人	0.9%	15人	1.0%	20人	1.4%
			新規透析患者数	5	0.3	4	0.3	4	0.3	6	0.4	2	0.1
			(再掲)糖尿病性腎症	2	0.1	1	0.1	4	0.3	4	0.3	2	0.1
			【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	14人	0.7%	15人	0.8%	17人	0.9%	17人	0.9%	15人	0.7%
6	医療費	① 総医療費	32億8352万円		34億0148万円		34億8826万円		35億9597万円		34億4410万円		
		② 生活習慣病総医療費	18億9245万円		19億7375万円		19億9908万円		21億4557万円		19億3637万円		
		③ (総医療費に占める割合)	57.6%		58.0%		57.3%		59.7%		56.2%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,805円		6,932円		3,665円		6,197円		5,368円	
			健診未受診者	30,517円		33,077円		36,937円		37,979円		37,095円	
		⑤ 糖尿病医療費	2億0173万円		2億1596万円		2億0858万円		2億1236万円		2億1162万円		
		⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.7%		10.9%		10.4%		9.9%		10.9%		
		⑦ 糖尿病入院外総医療費	5億5527万円		5億7204万円		5億6646万円		6億3793万円		5億5849万円		
			1件あたり	28,203円		29,335円		29,790円		33,002円		31,041円	
		⑧ 糖尿病入院総医療費	2億8036万円		2億6833万円		3億0945万円		2億7569万円		2億8986万円		
			1件あたり	564,107円		570,924円		597,394円		611,289円		686,881円	
		⑨ 在院日数	17日		15日		15日		15日		17日		
		⑩ 慢性腎不全医療費	1億0929万円		1億3017万円		1億5301万円		1億5466万円		1億5549万円		
透析有り	1億0526万円		1億2377万円		1億4723万円		1億4896万円		1億5275万円				
透析なし	403万円		640万円		578万円		569万円		274万円				
7	① 介護	介護給付費	39億2003万円		39億8375万円		39億9894万円		40億3660万円		40億5508万円		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	7人	1.3%	3人	0.5%	10人	1.8%	2人	0.4%	5人	0.9%	

出典：KDB システム

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

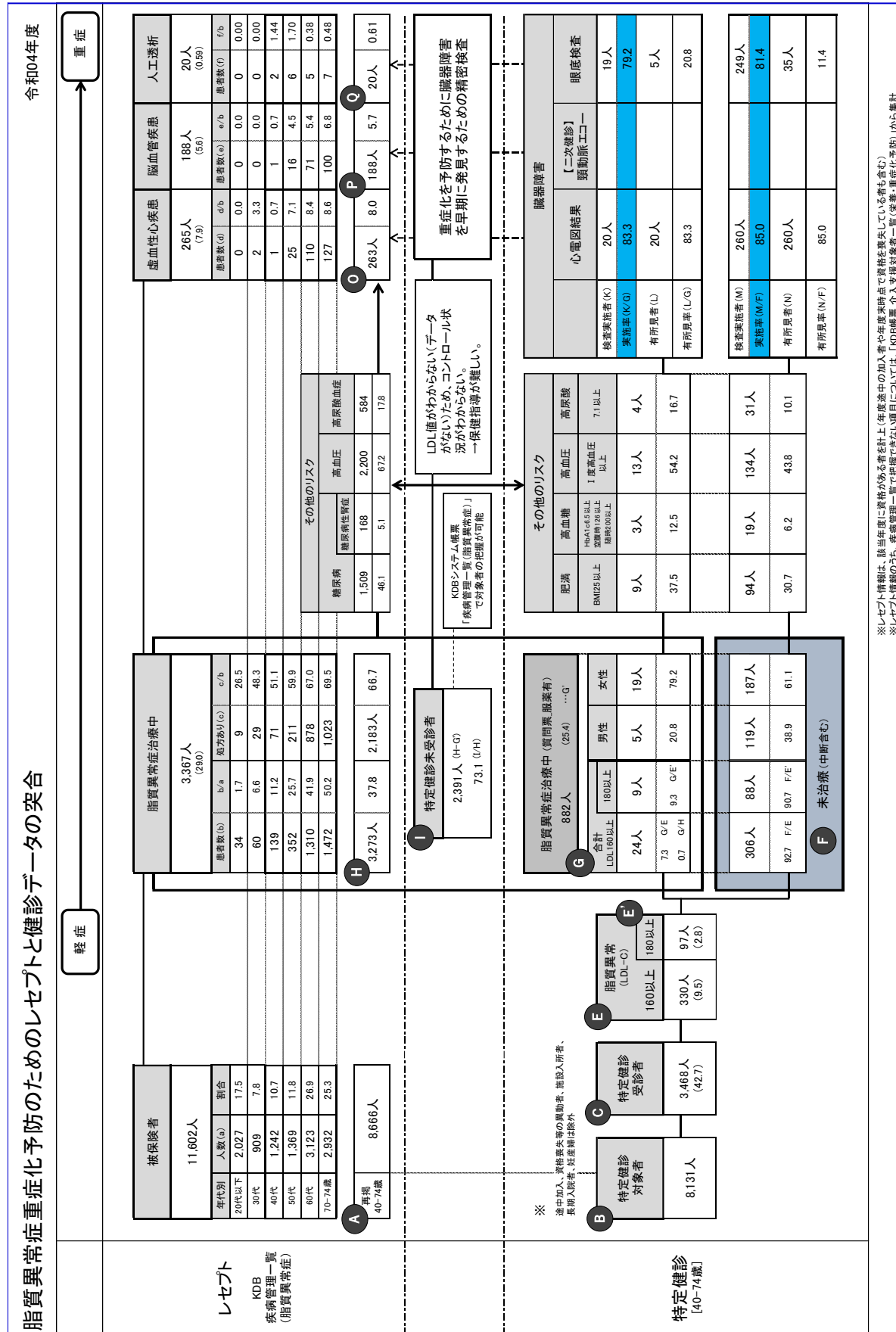


参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点での資格を喪失している者も含む) ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB疾患介入受診対象者一覧(表裏:重症化予防)」から集計

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



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

参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			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		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		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	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	4,237	1,274	30.1%	1,698	40.1%	887	20.9%	226	5.3%	123	2.9%	29	0.7%	76	1.8%	17	0.4%		
H30	3,987	1,103	27.7%	1,544	38.7%	891	22.3%	269	6.7%	132	3.3%	48	1.2%	99	2.5%	35	0.9%		
R01	3,554	1,178	33.1%	1,405	39.5%	658	18.5%	185	5.2%	98	2.8%	30	0.8%	68	1.9%	18	0.5%		
R02	2,631	901	34.2%	1,023	38.9%	483	18.4%	139	5.3%	67	2.5%	18	0.7%	47	1.8%	8	0.3%		
R03	3,171	1,515	47.8%	1,038	32.7%	386	12.2%	124	3.9%	77	2.4%	31	1.0%	58	1.8%	16	0.5%		
R04	3,548	1,502	42.3%	1,269	35.8%	464	13.1%	186	5.2%	99	2.8%	28	0.8%	68	1.9%	20	0.6%		

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		3.6%	8.9%	
					再)7.0以上	未治療	治療	3.6%	11.3%			
												人数
H29	4,237	1,274	1,698	887	378	162	216	8.9%	42.9%	57.1%	3.6%	8.9%
H30	3,987	1,103	1,544	891	449	209	240	11.3%	46.5%	53.5%	4.5%	11.3%
R01	3,554	1,178	1,405	658	313	120	193	8.8%	38.3%	61.7%	3.6%	8.8%
R02	2,631	901	1,023	483	224	67	157	8.5%	29.9%	70.1%	3.2%	8.5%
R03	3,171	1,515	1,038	386	232	66	166	7.3%	28.4%	71.6%	3.4%	7.3%
R04	3,548	1,502	1,269	464	313	111	202	8.8%	35.5%	64.5%	3.6%	8.8%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			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		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		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	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	315	7.4%	1	0.3%	14	4.4%	84	26.7%	103	32.7%	93	29.5%	20	6.3%	54	17.1%	11	3.5%
	H30	337	8.5%	6	1.8%	15	4.5%	76	22.6%	118	35.0%	94	27.9%	28	8.3%	66	19.6%	19	5.6%
	R01	319	9.0%	5	1.6%	25	7.8%	96	30.1%	95	29.8%	76	23.8%	22	6.9%	53	16.6%	13	4.1%
	R02	270	10.3%	11	4.1%	27	10.0%	75	27.8%	88	32.6%	54	20.0%	15	5.6%	42	15.6%	6	2.2%
	R03	280	8.8%	6	2.1%	35	12.5%	73	26.1%	79	28.2%	63	22.5%	24	8.6%	48	17.1%	11	3.9%
	R04	310	8.7%	8	2.6%	28	9.0%	72	23.2%	109	35.2%	77	24.8%	16	5.2%	46	14.8%	10	3.2%
治療なし	H29	3,922	92.6%	1,273	32.5%	1,684	42.9%	803	20.5%	123	3.1%	30	0.8%	9	0.2%	22	0.6%	6	0.2%
	H30	3,650	91.5%	1,097	30.1%	1,529	41.9%	815	22.3%	151	4.1%	38	1.0%	20	0.5%	33	0.9%	16	0.4%
	R01	3,235	91.0%	1,173	36.3%	1,380	42.7%	562	17.4%	90	2.8%	22	0.7%	8	0.2%	15	0.5%	5	0.2%
	R02	2,361	89.7%	890	37.7%	996	42.2%	408	17.3%	51	2.2%	13	0.6%	3	0.1%	5	0.2%	2	0.1%
	R03	2,891	91.2%	1,509	52.2%	1,003	34.7%	313	10.8%	45	1.6%	14	0.5%	7	0.2%	10	0.3%	5	0.2%
	R04	3,238	91.3%	1,494	46.1%	1,241	38.3%	392	12.1%	77	2.4%	22	0.7%	12	0.4%	22	0.7%	10	0.3%

出典:KDB システム

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	4,275	1,441	33.7%	807	18.9%	1,067	25.0%	792	18.5%	149	3.5%	19	0.4%
H30	3,987	1,371	34.4%	793	19.9%	950	23.8%	715	17.9%	130	3.3%	28	0.7%
R01	3,554	1,249	35.1%	691	19.4%	887	25.0%	599	16.9%	116	3.3%	12	0.3%
R02	2,732	904	33.1%	493	18.0%	695	25.4%	506	18.5%	119	4.4%	15	0.5%
R03	3,185	1,123	35.3%	584	18.3%	810	25.4%	526	16.5%	118	3.7%	24	0.8%
R04	3,567	1,166	32.7%	638	17.9%	938	26.3%	657	18.4%	136	3.8%	32	0.9%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再掲				
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	4,275	2,248 52.6%	1,067 25.0%	792 18.5%	168 3.9%	101 60.1%	67 39.9%	3.9%	
H30	3,987	2,164 54.3%	950 23.8%	715 17.9%	158 4.0%	96 60.8%	62 39.2%	4.0%	
R01	3,554	1,940 54.6%	887 25.0%	599 16.9%	128 3.6%	69 53.9%	59 46.1%	3.6%	
R02	2,732	1,397 51.1%	695 25.4%	506 18.5%	134 4.9%	85 63.4%	49 36.6%	4.9%	
R03	3,185	1,707 53.6%	810 25.4%	526 16.5%	142 4.5%	100 70.4%	42 29.6%	4.5%	
R04	3,567	1,804 50.6%	938 26.3%	657 18.4%	168 4.7%	112 66.7%	56 33.3%	4.7%	

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	1,404	32.8%	295	21.0%	283	20.2%	419	29.8%	340	24.2%	57	4.1%	10	0.7%
	H30	1,358	34.1%	298	21.9%	288	21.2%	410	30.2%	300	22.1%	54	4.0%	8	0.6%
	R01	1,206	33.9%	265	22.0%	272	22.6%	360	29.9%	250	20.7%	57	4.7%	2	0.2%
	R02	958	35.1%	192	20.0%	182	19.0%	308	32.2%	227	23.7%	43	4.5%	6	0.6%
	R03	1,064	33.4%	237	22.3%	224	21.1%	330	31.0%	231	21.7%	34	3.2%	8	0.8%
	R04	1,212	34.0%	253	20.9%	233	19.2%	389	32.1%	281	23.2%	47	3.9%	9	0.7%
治療なし	H29	2,871	67.2%	1,146	39.9%	524	18.3%	648	22.6%	452	15.7%	92	3.2%	9	0.3%
	H30	2,629	65.9%	1,073	40.8%	505	19.2%	540	20.5%	415	15.8%	76	2.9%	20	0.8%
	R01	2,348	66.1%	984	41.9%	419	17.8%	527	22.4%	349	14.9%	59	2.5%	10	0.4%
	R02	1,774	64.9%	712	40.1%	311	17.5%	387	21.8%	279	15.7%	76	4.3%	9	0.5%
	R03	2,121	66.6%	886	41.8%	360	17.0%	480	22.6%	295	13.9%	84	4.0%	16	0.8%
	R04	2,355	66.0%	913	38.8%	405	17.2%	549	23.3%	376	16.0%	89	3.8%	23	1.0%

出典:KDB システム

参考資料9 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	4,275	2,168	50.7%	1,107	25.9%	625	14.6%	261	6.1%	114	2.7%
	H30	3,986	1,929	48.4%	1,016	25.5%	649	16.3%	254	6.4%	138	3.5%
	R01	3,553	1,593	44.8%	943	26.5%	594	16.7%	293	8.2%	130	3.7%
	R02	2,731	1,239	45.4%	748	27.4%	443	16.2%	208	7.6%	93	3.4%
	R03	3,184	1,479	46.5%	817	25.7%	551	17.3%	230	7.2%	107	3.4%
R04	3,566	1,799	50.4%	846	23.7%	582	16.3%	240	6.7%	99	2.8%	
男性	H29	1,995	1,100	55.1%	474	23.8%	271	13.6%	105	5.3%	45	2.3%
	H30	1,829	969	53.0%	450	24.6%	266	14.5%	93	5.1%	51	2.8%
	R01	1,630	802	49.2%	404	24.8%	252	15.5%	123	7.5%	49	3.0%
	R02	1,260	627	49.8%	338	26.8%	190	15.1%	73	5.8%	32	2.5%
	R03	1,481	746	50.4%	361	24.4%	244	16.5%	98	6.6%	32	2.2%
R04	1,701	939	55.2%	383	22.5%	254	14.9%	85	5.0%	40	2.4%	
女性	H29	2,280	1,068	46.8%	633	27.8%	354	15.5%	156	6.8%	69	3.0%
	H30	2,157	960	44.5%	566	26.2%	383	17.8%	161	7.5%	87	4.0%
	R01	1,923	791	41.1%	539	28.0%	342	17.8%	170	8.8%	81	4.2%
	R02	1,471	612	41.6%	410	27.9%	253	17.2%	135	9.2%	61	4.1%
	R03	1,703	733	43.0%	456	26.8%	307	18.0%	132	7.8%	75	4.4%
R04	1,865	860	46.1%	463	24.8%	328	17.6%	155	8.3%	59	3.2%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	4,275	2,168 50.7%	1,107 25.9%	625 14.6%	375 8.8%	337 89.9%	38 10.1%	2.7%	9.8%
H30	3,986	1,929 48.4%	1,016 25.5%	649 16.3%	392 9.8%	352 89.8%	41 10.5%	3.5%	9.8%
R01	3,553	1,593 44.8%	943 26.5%	594 16.7%	423 11.9%	381 90.1%	42 9.9%	3.7%	11.9%
R02	2,731	1,239 45.4%	748 27.4%	443 16.2%	301 11.0%	264 87.7%	38 12.6%	3.4%	11.0%
R03	3,184	1,479 46.5%	817 25.7%	551 17.3%	337 10.6%	307 91.1%	30 8.9%	3.4%	10.6%
R04	3,566	1,799 50.4%	846 23.7%	582 16.3%	339 9.5%	315 92.9%	25 7.4%	2.8%	9.5%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	939	22.0%	597	63.6%	225	24.0%	79	8.4%	26	2.8%	12	1.3%
	H30	913	22.9%	538	58.9%	219	24.0%	115	12.6%	29	3.2%	12	1.3%
	R01	831	23.4%	486	58.5%	215	25.9%	88	10.6%	32	3.9%	10	1.2%
	R02	765	28.0%	459	60.0%	197	25.8%	71	9.3%	28	3.7%	10	1.3%
	R03	796	25.0%	483	60.7%	207	26.0%	76	9.5%	22	2.8%	8	1.0%
R04	900	25.2%	619	68.8%	182	20.2%	74	8.2%	16	1.8%	9	1.0%	
治療なし	H29	3,336	78.0%	1,571	47.1%	882	26.4%	546	16.4%	235	7.0%	102	3.1%
	H30	3,074	77.1%	1,391	45.3%	797	25.9%	534	17.4%	225	7.3%	127	4.1%
	R01	2,723	76.6%	1,107	40.7%	729	26.8%	506	18.6%	261	9.6%	120	4.4%
	R02	1,967	72.0%	780	39.7%	551	28.0%	372	18.9%	181	9.2%	83	4.2%
	R03	2,389	75.0%	996	41.7%	611	25.6%	475	19.9%	208	8.7%	99	4.1%
R04	2,667	74.8%	1,180	44.2%	664	24.9%	508	19.0%	224	8.4%	91	3.4%	

出典:KDB システム