

小布施町国民健康保険
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

小布施町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 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) ……37

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

第4章 課題解決するための個別保健事業44

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し73

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74

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料75

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、信州保健医療総合計画や小布施町健康増進計画、小布施町介護保険事業計画、小布施町高齢者福祉計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

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

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

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

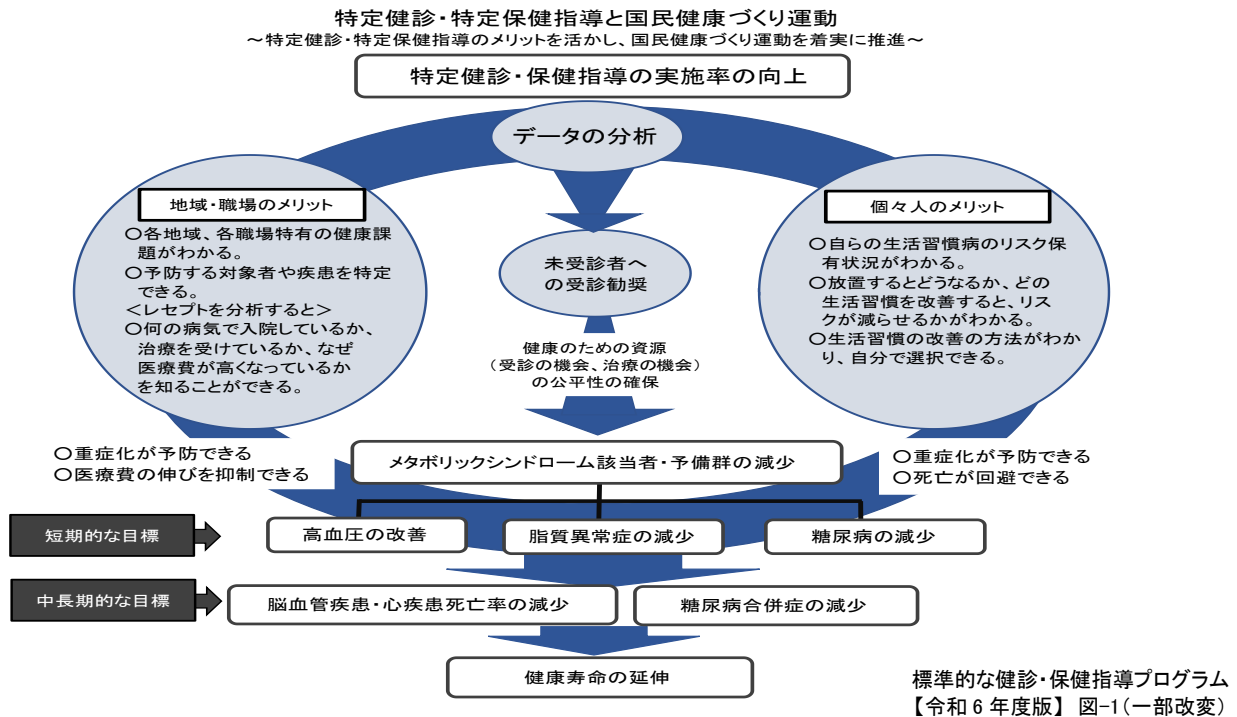
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

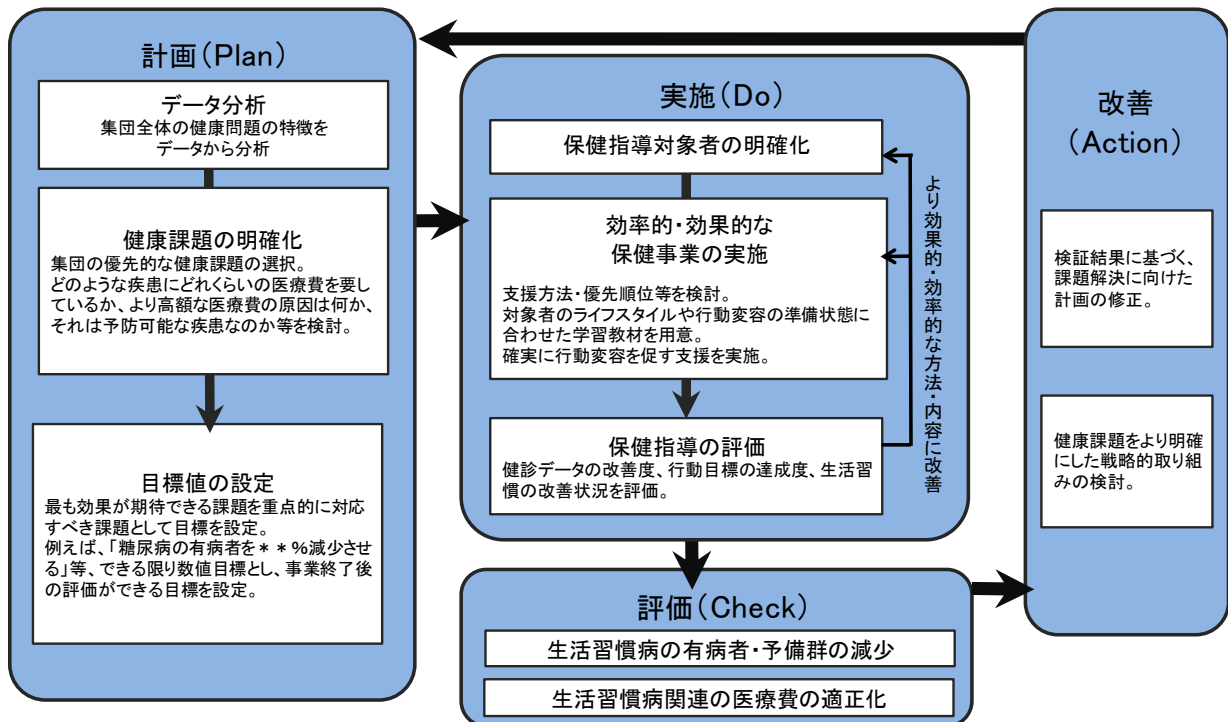
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重 度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1子ども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局：国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



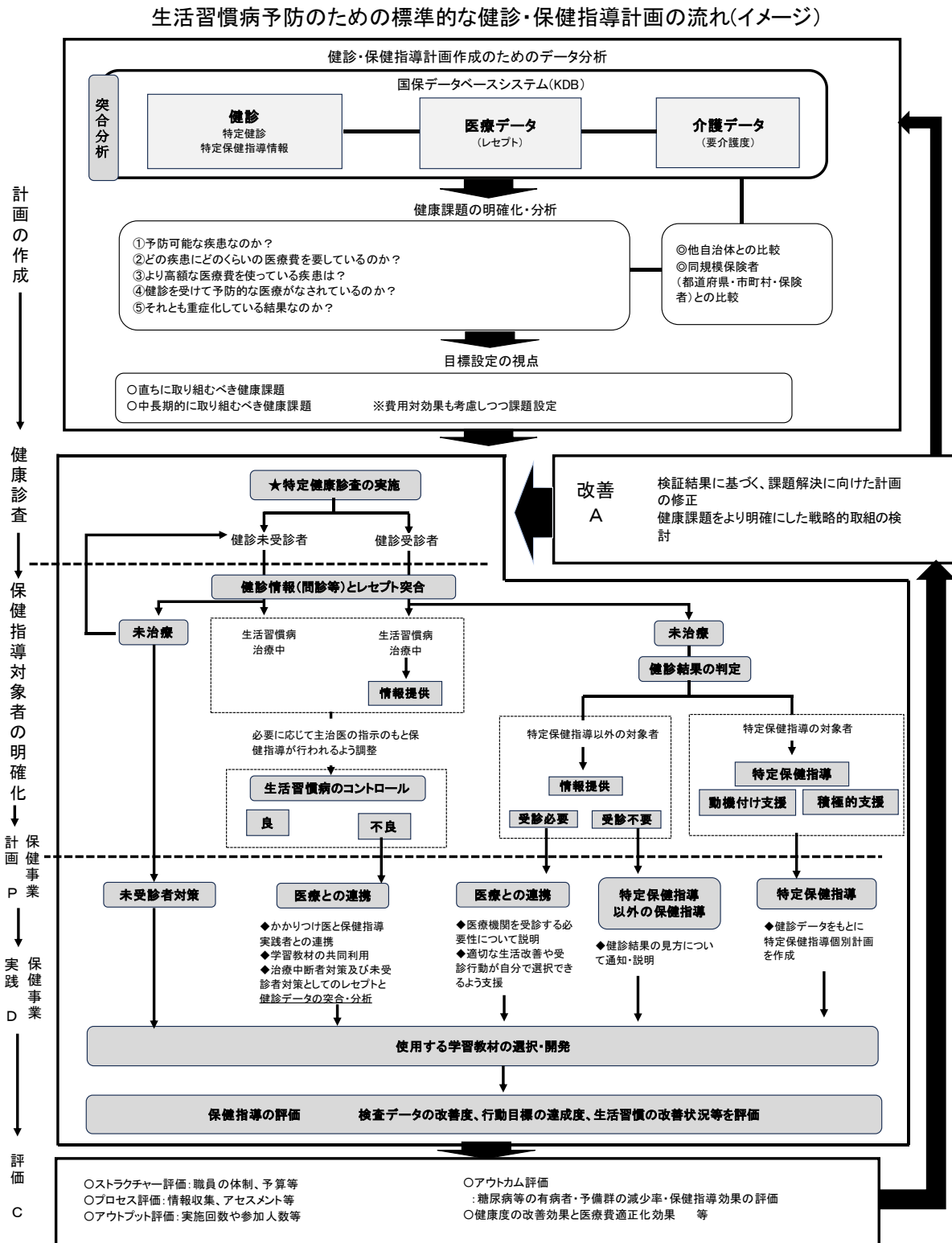
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



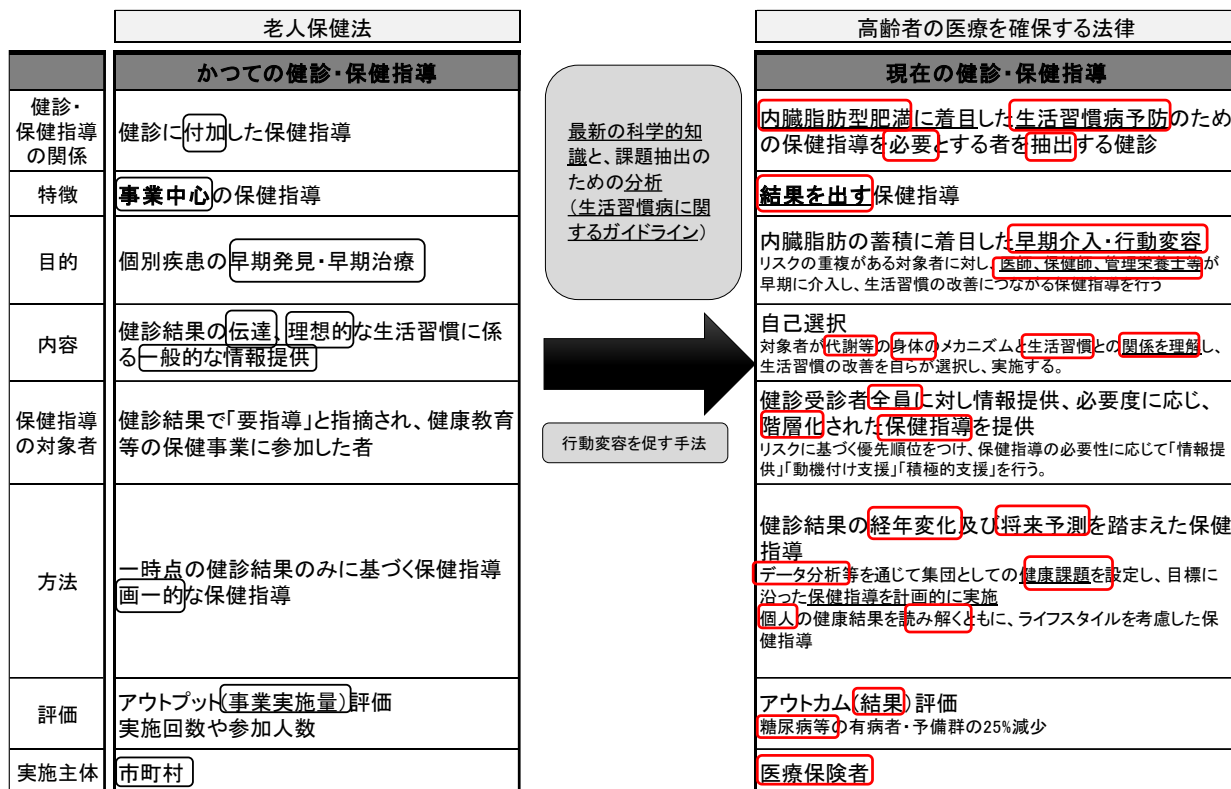
注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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(平成 30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)



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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが 6 年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

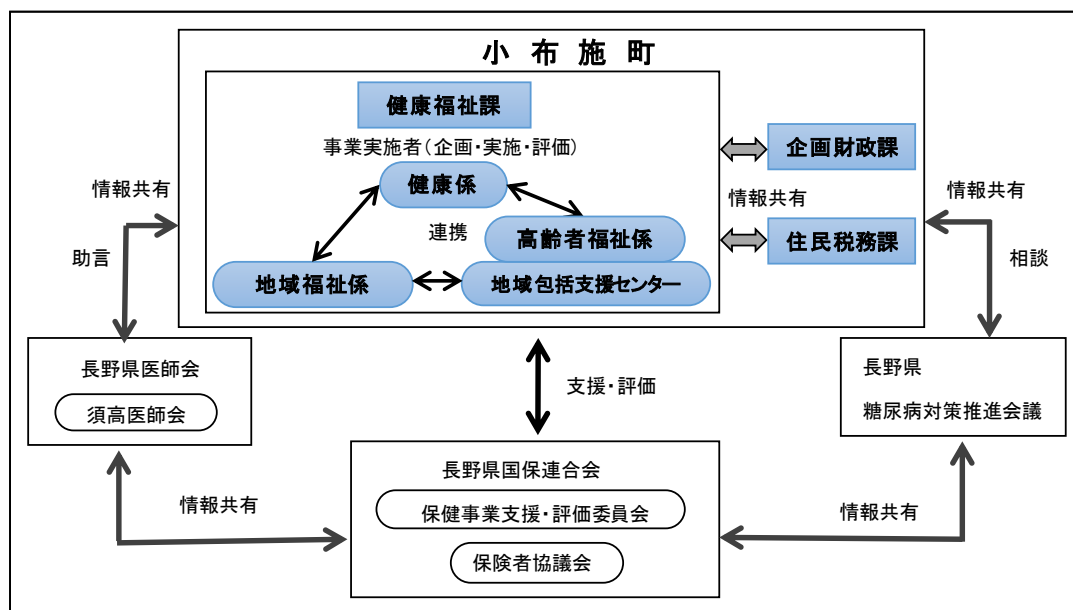
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保担当である健康福祉課健康係が中心に保険者の健康課題を分析し、関係部署と一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や

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、介護保険、高齢者福祉担当の高齢者福祉係、地域包括支援センター、障がい担当の地域福祉係、さらに全庁的な取り組みとして企画部局である企画財政課、収納担当の住民税務課とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 小布施町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務職 ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	管栄 (係長)	保	保	保	保	管栄 (会計年度)	事	事	事 (担当係長)	事	事
国保事務									○		◎
健康診断 保健指導		○	◎	○	○	○		○		○	
がん検診		◎						○		◎	
予防接種							○		○	◎	
母子保健				◎	○	○	○		○		
精神保健	○		◎								
歯科保健				◎				○			
保健福祉委員 (地区組織活動)		◎			○						

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のほか、長野県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)と、計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や事業実施後の評価分析などにおいて、国保データシステム(以下「KDB」という)の活用によってデータ分析や技術面における支援、協力し、実効性のある計画を連携して策定します。

さらに、保険者等と須高医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために、長野県等の支援を受けながら、町内医師をはじめとする保健医療関係者と健診、医療情報の分析結果の共有等に努めることが重要となります。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 8)

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
			小布施町	配点	小布施町	配点	小布施町	配点		
交付額(万円)			529.5		630		集計中			
全国順位(1,741市町村中)			975位		361位		434位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70		
		(2)特定保健指導実施率	-15	70	70	70	70	70		
		(3)メタリックシート・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	5	40	37	40		
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35		
	③	発症予防・重症化予防の取組		120	120	120	120	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	45	50	45	55	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供			15		15		15	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		45	50	45	50	45	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		80	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率		15	100	70	100	85	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		15	40	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組		31	40	38	50	26	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況		67	95	57	100	58	100	
合計点			538	960	655	960	631	935		

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

小布施町は、人口約1万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で35.2%でした。国や県と比較すると高いものの、同規模町村よりは若干低い状況です。出生率は国、県、同規模と比較しても高く、死亡率は国と同じくらいの割合となっています。産業においては、第3次産業が52.7%と多いが、国、県、同規模と比較して第1次産業が23.0%と高くなっています。(図表9)

国保加入率は23.5%(令和4年度)で、加入率、被保険者数は減少傾向ではあるが、40～64歳の加入割合が増加傾向にあります。(図表10)

また、7つの診療所があり、病床数及び医師数はいずれも同規模と比較しても多く、医療資源に恵まれており、外来患者数は同規模、県よりも多く、入院患者は少ないです。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した小布施町の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
小布施町	10,648	35.2	2,503(23.5)	55.1	7.3	11.4	0.4	23.0	24.3	52.7
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
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、小布施町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,796		2,734		2,723		2,636		2,503	
65～74歳	1,350	48.3	1,330	48.6	1,322	48.5	1,279	48.5	1,178	47.1
40～64歳	888	31.8	845	30.9	832	30.6	812	30.8	810	32.4
39歳以下	558	20.0	559	20.4	569	20.9	545	20.7	515	20.6
加入率	26.1		25.6		22.5		24.6		23.5	

出典:KDBシステム_

人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.3	0.3
診療所数	6	2.1	7	2.6	7	2.6	7	2.7	7	2.8	2.7	3.5
病床数	155	55.4	155	56.7	155	56.9	155	58.8	155	61.9	40.8	52.2
医師数	23	8.2	23	8.4	21	7.7	21	8.0	20	8.0	5.0	11.8
外来患者数	779.0		789.7		744.9		772.8		772.5		708.1	691.5
入院患者数	15.6		14.9		14.4		15.2		14.5		22.2	17.6

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

小布施町の令和4年度の要介護認定者は2号(40~64歳)被保険者で6人(認定率0.17%)、1号(65歳以上)被保険者で534人(認定率14.2%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても低く推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の新規認定者数が増加しており、介護給付費は、約7億8千万円から約9億5千万円に伸びています。特に居宅サービスが増えています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で8割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。第2号被保険者及び、第1号被保険者の65歳~74歳で血管疾患の割合が高く、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけといえます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	小布施町		同規模		県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	3,510人 32.8%	3,748人 35.2%	36.9%	32.2%	28.7%	
2号認定者	9人 0.26%	6人 0.17%	0.38%	0.28%	0.38%	
新規認定者	1人	1人	--	--	--	
1号認定者	536人 15.3%	534人 14.2%	18.6%	17.7%	19.4%	
新規認定者	55人	89人	--	--	--	
再掲						
65~74歳	38人 2.1%	43人 2.4%	--	--	--	
新規認定者	4人	12人	--	--	--	
75歳以上	498人 29.2%	491人 24.9%	--	--	--	
新規認定者	51人	77人	--	--	--	

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	小布施町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	7億7735万円	9億4760万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	221,466	252,828	303,361	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	60,372	65,746	72,528	62,434	59,662
居宅サービス	43,121	48,159	44,391	40,752	41,272
施設サービス	281,451	287,065	291,231	287,007	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4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)		6		43		491		534				
再)国保・後期		5		33		441		474				
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		
	循環器疾患	1	脳卒中	4 80.0%	脳卒中	16 48.5%	脳卒中	220 49.9%	脳卒中	236 49.8%	脳卒中	240 50.1%
		2	虚血性心疾患	1 20.0%	虚血性心疾患	7 21.2%	虚血性心疾患	190 43.1%	虚血性心疾患	197 41.6%	虚血性心疾患	198 41.3%
		3	腎不全	1 20.0%	腎不全	3 9.1%	腎不全	144 32.7%	腎不全	147 31.0%	腎不全	148 30.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 40.0%	糖尿病合併症	4 12.1%	糖尿病合併症	41 9.3%	糖尿病合併症	45 9.5%	糖尿病合併症	47 9.8%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4 80.0%	基礎疾患	31 93.9%	基礎疾患	436 98.9%	基礎疾患	467 98.5%	基礎疾患	471 98.3%
	血管疾患合計		5 100.0%	合計	33 100.0%	合計	437 99.1%	合計	470 99.2%	合計	475 99.2%	
	認知症		0 0.0%	認知症	9 27.3%	認知症	221 50.1%	認知症	230 48.5%	認知症	230 48.0%	
	筋・骨格疾患		4 80.0%	筋骨格系	28 84.8%	筋骨格系	428 97.1%	筋骨格系	456 96.2%	筋骨格系	460 96.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

小布施町の医療費をみると国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しています。一人あたり医療費も平成30年度と比較すると約4万円増加していますが、同規模保険者と比べると低くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2%程度にも関わらず、医療費全体の約35%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9万円も高くなっており、国や県、同規模保険者と比較しても費用の割合が低いのに費用額は高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数では、特に外来の地域差指数が平成30年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、外来が主要因であり、重症化を防ぐためにも必要な方には早めに医療にかかり、重症化を防ぐことが必要です。また、重症化してから医療にかかることを防ぐためにも、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		小布施町		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)		2,796人	2,503人	--	--	--
前期高齢者割合		1,350人 (48.3%)	1,178人 (47.1%)	--		
総医療費		8億0684万円	8億3473万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		288,568 県内55位 同規模131位	333,491 県内49位 同規模123位	378,542	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	553,890	649,670	592,330	607,840	617,950
	費用の割合	36.5	34.8	43.0	38.9	39.6
	件数の割合	2.0	1.8	3.0	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	19,310	22,920	24,690	24,340	24,220
	費用の割合	63.5	65.2	57.0	61.1	60.4
	件数の割合	98.0	98.2	97.0	97.5	97.5
受診率		794.578	786.997	730.302	709.111	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は小布施町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		小布施町 (県内市町村中)		県 (47県中)	小布施町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R02年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.839	0.854	0.959	0.853	0.829	0.895
		(61位)	(60位)	(38位)	(39位)	(52位)	(38位)
	入院	0.758	0.737	0.954	0.787	0.748	0.873
		(66位)	(65位)	(36位)	(46位)	(59位)	(33位)
	外来	0.900	0.957	0.968	0.944	0.932	0.924
		(46位)	(31位)	(38位)	(15位)	(27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、特に心疾患、慢性腎不全(透析有)は、平成30年度より伸びており、同規模、国や県よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数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、虚血性心疾患の全体の割合は減少していますが40～64歳で微増、脳血管疾患では全ての年代で割合が増加しています。また人工透析については、全体の割合は横ばいでしたが、40～60歳で割合が増加しています。(図表18)

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

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			小布施町		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)			8億0684万円	8億3473万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			6317万円	6881万円	--	--	--
			7.83%	8.24%	8.01%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.95%	2.07%	2.07%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.21%	1.63%	1.38%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.75%	4.39%	4.23%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.92%	0.15%	0.33%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		16.33%	19.53%	17.23%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		9.59%	8.17%	8.66%	9.18%	8.68%
	精神疾患		8.15%	5.86%	8.13%	8.45%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,796	2,503	a	332	319	202	164	12	12	
				a/A	11.9%	12.7%	7.2%	6.6%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	2,238	1,988	b	330	317	200	162	11	11	
	B/A	80.0%	79.4%	b/B	14.7%	15.9%	8.9%	8.1%	0.5%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	888	810	c	60	66	29	29	1	5
		C/A	31.8%	32.4%	c/C	6.8%	8.1%	3.3%	3.6%	0.1%	0.6%
	65~74歳	D	1,350	1,178	d	270	251	171	133	10	6
		D/A	48.3%	47.1%	d/D	20.0%	21.3%	12.7%	11.3%	0.7%	0.5%

疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
 出典:KDBシステム 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)

(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、治療者の割合はほぼ横ばいですが。しかし高血圧・糖尿病・脂質異常症の合併症である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合が40~64歳の年代で増加しています。(図表 19、20、21)

本町では40~50代の特定健診受診率・特定保健指導実施率が特に低いことから、健診や保健指導を受けていない間に重症化、または健診後医療機関受診につながっていない可能性も考えられます。まずは健診を受け、自身の身体の状態を知ってもらい、生活習慣病のリスクの高い方は適切な治療に繋げていくための保健指導が重要であると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,023	889	228	201	795	688	
	A/被保数	45.7%	44.7%	25.7%	24.8%	58.9%	58.4%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	111	87	16	13	95	74
		B/A	10.9%	9.8%	7.0%	6.5%	11.9%	10.8%
	虚血性心疾患	C	169	129	21	21	148	108
		C/A	16.5%	14.5%	9.2%	10.4%	18.6%	15.7%
	人工透析	D	11	9	1	4	10	5
		D/A	1.1%	1.0%	0.4%	2.0%	1.3%	0.7%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	546	504	119	104	427	400	
	A/被保数	24.4%	25.4%	13.4%	12.8%	31.6%	34.0%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	56	45	6	7	50	38
		B/A	10.3%	8.9%	5.0%	6.7%	11.7%	9.5%
	虚血性心疾患	C	95	85	12	13	83	72
		C/A	17.4%	16.9%	10.1%	12.5%	19.4%	18.0%
	人工透析	D	5	9	0	4	5	5
		D/A	0.9%	1.8%	0.0%	3.8%	1.2%	1.3%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	34	27	7	5	27	22
		E/A	6.2%	5.4%	5.9%	4.8%	6.3%	5.5%
	糖尿病性網膜症	F	86	63	17	15	69	48
		F/A	15.8%	12.5%	14.3%	14.4%	16.2%	12.0%
	糖尿病性神経障害	G	18	9	5	2	13	7
		G/A	3.3%	1.8%	4.2%	1.9%	3.0%	1.8%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	881	813	221	205	660	608
		A/被保数	39.4%	40.9%	24.9%	25.3%	48.9%	51.6%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	83	65	12	11	71	54
		B/A	9.4%	8.0%	5.4%	5.4%	10.8%	8.9%
	虚血性心疾患	C	138	118	20	21	118	97
		C/A	15.7%	14.5%	9.0%	10.2%	17.9%	16.0%
	人工透析	D	4	5	0	2	4	3
		D/A	0.5%	0.6%	0.0%	1.0%	0.6%	0.5%

出典:KDBシステム、
 疾病管理一覧(脂質異常症)
 地域の全体像の把握
 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上の高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、HbA1c7.0以上の有所見者の割合は減ってきていますが、Ⅱ度以上の高血圧の有所見者の割合は伸びてきています。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、HbA1c7.0以上では未治療の方全員が医療に繋がっていたのに対し、Ⅱ度以上の高血圧では未治療のまま放置されている方が約43%おり、その割合は同じ条件で比較した448市町村と比較しても高くなっています。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は特に40～64歳の年代で増えてきていることに加え、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、要医療域の方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 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療	治療中断		
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E		G	G/E	H
小布施町	937	45.0	832	43.0	60	6.4	23	38.3	58	7.0	33	56.9	25	43.1	1	1.7
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療	治療中断		
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K		M	M/K	N
小布施町	922	98.4	829	99.6	32	3.5	5	15.6	22	2.7	5	22.7	0	0.0	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。小布施町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、健診受診者が減っているにも関わらず、メタボリックシンドロームの該当者は、増加し、中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、II度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しているものの、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5以上、LDL-C160以上では改善率が上がってきています。一方で、II度高血圧以上は改善率が下がっており、さらに翌年度健診を受診していない方が増加し、結果が把握できていません。(図表24、25、26)

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、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う必要があります。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	937 (45.7%)	177 (18.9%)	52 (5.6%)	125 (13.3%)	97 (10.4%)
R04年度	716 (34.4%)	137 (19.1%) ↑	49 (6.8%)	88 (12.3%)	77 (10.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	55 (6.0%)	12 (21.8%)	21 (38.2%)	9 (16.4%)	13 (23.6%)
R03→R04	56 (6.8%)	14 (25.0%)	24 (42.9%)	8 (14.3%)	10 (17.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	60 (6.5%)	34 (56.7%)	9 (15.0%)	2 (3.3%)	15 (25.0%)
R03→R04	60 (7.2%)	22 (36.7%) ↓	2 (3.3%)	1 (1.7%)	35 (58.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	75 (8.1%)	29 (38.7%)	20 (26.7%)	5 (6.7%)	21 (28.0%)
R03→R04	82 (9.9%)	39 (47.6%)	15 (18.3%)	3 (3.7%)	25 (30.5%)

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

小布施町の特定健診受診率は、令和元年度には 45.0%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 2 年度には受診率は 38.6%に低下し、令和 4 年度受診率 40.5%まで回復しましたが、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は低い状況が続いています。(図表 28)

また、特定保健指導については、特定保健指導の対象となる方は増加傾向です。保健指導の実施率は、令和元年度、令和 2 年度は目標の 60%を超えていたが、令和 3 年度以降は低下しています。

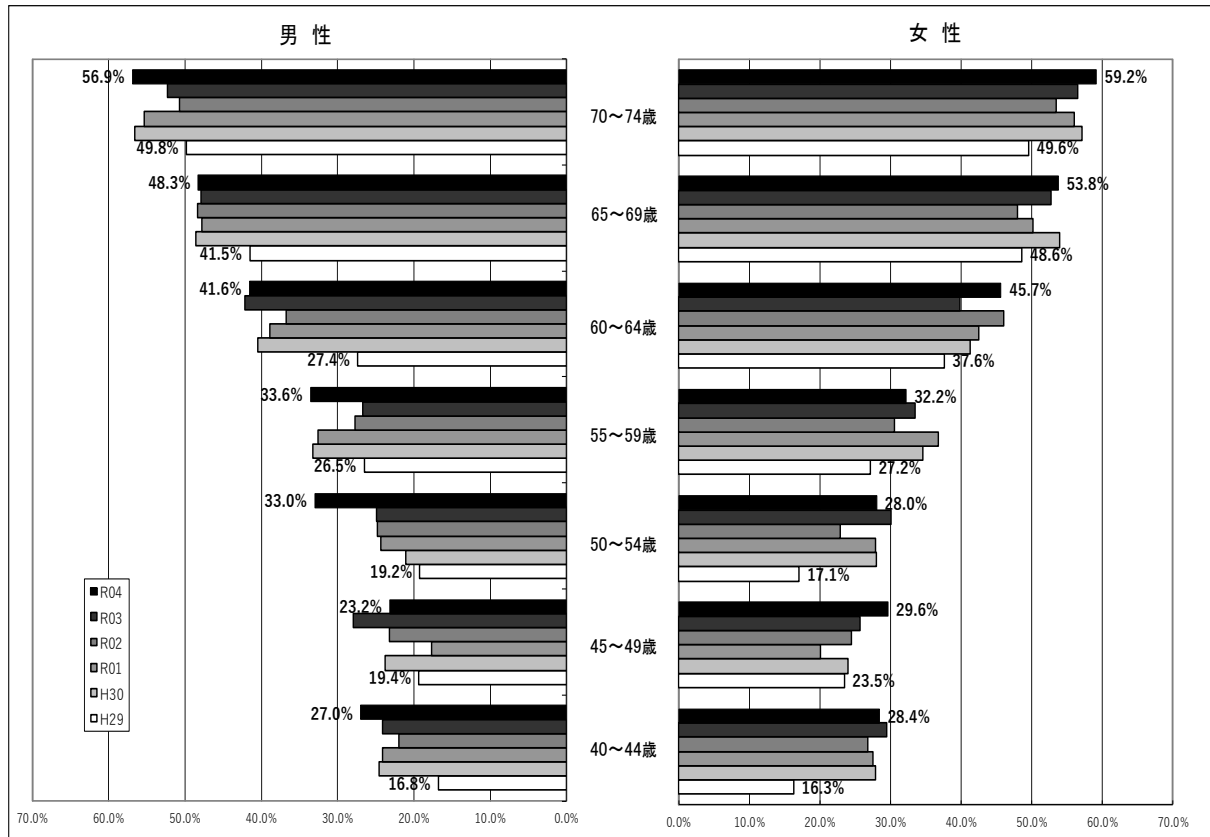
生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。そのために保健指導に従事できるための専門職の配置を含めた体制づくりも必要になってきます。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	908	914	766	816	737	健診受診率 60%
	受診率	44.3%	45.0%	38.6%	42.1%	40.5%	
特定保健指導	該当者数	85	86	77	94	68	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.4%	9.4%	10.1%	11.5%	9.2%	
	実施者数	50	52	49	52	35	
	実施率	58.8%	60.5%	63.6%	55.3%	51.5%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典:ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者の割合は横ばいで推移していますが、コロナ禍を経て、保健指導実施の割合は、コロナ流行前の割合に戻ってきています。治療が必要な方(HbA1c6.5%以上)の状況は、令和2年度以降、未治療、治療中断者の割合が増え、コントロール不良者の割合も増加しています。(図表29、図表30)

健診継続受診者の血糖改善率は上がり、健診未受診者も減っていることから(図表24)、健診を継続して受け、保健指導を行うことで、重症化を防ぐことにつながっていると思われます。糖尿病管理台帳を活用し、治療中の方も含め健診の受診勧奨や血糖コントロールについて保健指導や栄養指導を行うことが必要です。

平成28年度から健診結果から高血糖の者に個別の栄養指導等を行った結果、HbA1c7.0以上の方は健診の継続受診が定着してきています。よりよい血糖コントロールが行えるよう引き続き栄養指導を継続し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら支援を行うことが必要です。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して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改善の支援を引き続き行うことが必要です。

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

図表29 糖尿病性腎症重症化予防対象者及び保健指導実施状況

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	928	928	779	833	770
血糖値有所見者 (空腹時血糖126mg/dl以上または随時血糖200mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上)	人(b)	107	120	83	109	96
	率(b/a)	11.5%	12.9%	10.7%	13.1%	12.5%
保健指導実施者 (訪問、来所等による)	人(c)	40	32	23	49	37
	率(c/b)	37.4%	26.7%	27.7%	45.0%	38.5%

図表30 治療が必要な者の状況

		H30	R01	R02	R03	R04
血糖値有所見者	人(a)	107	120	83	109	96
血糖値有所見者の 未治療者・治療中断者	人(b)	21	24	24	34	26
	率(b/a)	19.6%	20.0%	28.9%	31.2%	27.1%
治療中	人(c)	86	96	59	75	70
	率(c/a)	80.4%	80.0%	71.1%	68.8%	72.9%
コントロール不良 (HbA1c7.0%以上または 空腹時血糖130以上)	人(d)	29	27	17	23	22
	率(d/c)	33.7%	28.1%	28.8%	30.7%	31.4%
コントロール良 (HbA1c7.0%未満かつ 空腹時血糖130未満)	人(e)	57	69	42	52	48
	率(e/c)	66.3%	71.9%	71.2%	69.3%	68.6%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し、健診受診勧奨を実施し、心電図検査は約9割実施できています。

ST所見や心房細動所見があり、要精査となった方へは医療機関への受診勧奨を行いました。

受診後も継続して受診しているか、治療中のコントロール状況等、医療機関受診後の継続した支援を行うことも重要であるため、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行うことが必要です。(図表 32)

図表 32 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R01			R02			R03			R04		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者	人	937	395	542	916	381	535	782	327	455	832	360	472	716	290	426
心電図受診者	人	880	375	505	825	350	475	725	299	426	792	342	450	669	267	402
	率	93.9%	94.9%	93.2%	90.1%	91.9%	88.8%	92.7%	91.4%	93.6%	95.2%	95.0%	95.3%	93.4%	92.1%	94.4%
有所見者	人	274	137	137	270	132	138	201	104	97	248	127	121	206	91	115
	率	31.1%	36.5%	27.1%	32.7%	37.7%	29.1%	27.7%	34.8%	22.8%	31.3%	37.1%	26.9%	30.8%	34.1%	28.6%
ST異常あり	人	16人	12人	4人	14人	10人	4人	19人	11人	8人	18人	6人	12人	10人	4人	6人
	率	1.8%	3.2%	0.8%	1.7%	2.9%	0.8%	2.6%	3.7%	1.9%	2.3%	1.8%	2.7%	1.5%	1.5%	1.5%
心房細動あり	人	2	1	1	6	5	1	6	4	2	6	5	1	1	1	0
	率	0.2%	0.3%	0.2%	0.7%	1.4%	0.2%	0.8%	1.3%	0.5%	0.8%	1.5%	0.2%	0.1%	0.4%	0.0%

小布施町調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 5～6%で推移しており、約 5 割が未治療者です。血圧Ⅲ度においては、令和 4 年度 4 人のうち 2 人が未治療者でした。(図表 33)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。「図表 34」は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組むことが重要です。高値血圧の方にも、家庭血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を行う必要があります。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が令和 4 年度 46%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります。(図表 33)

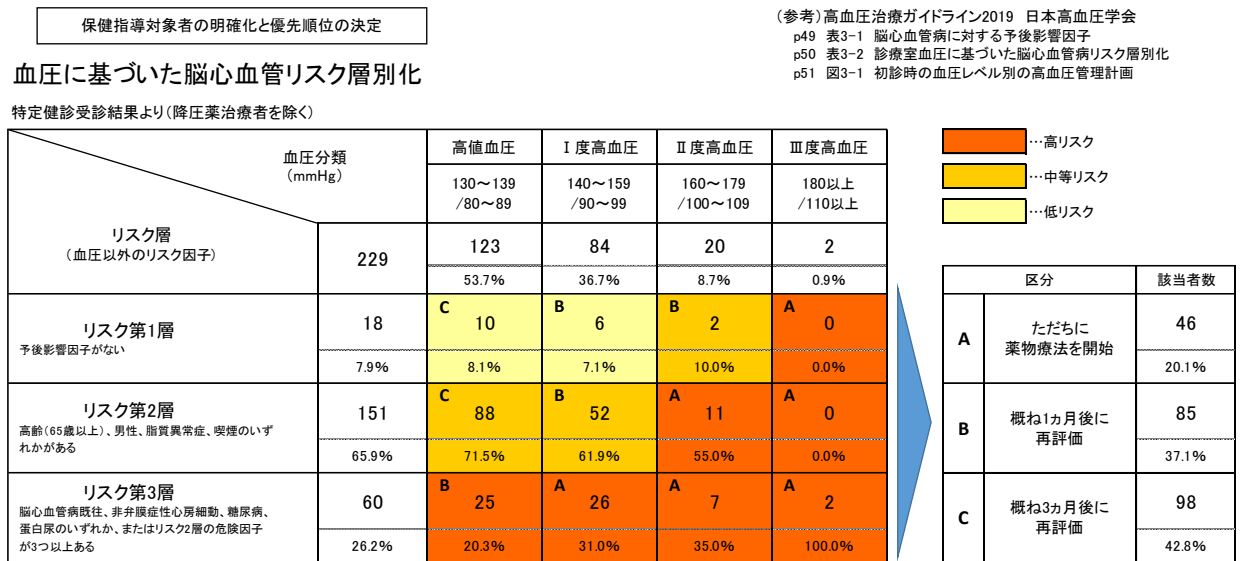
図表 33 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R01	R02	R03	R04	
健診受診者		人	937	916	782	832	716
血圧Ⅱ度以上の者		人	52	42	46	50	37
		率	5.5%	4.6%	5.9%	6.0%	5.2%
治療あり		人	31	19	29	23	17
		率	59.6%	45.2%	63.0%	46.0%	46.0%
治療なし		人	21	23	17	27	20
		率	40.4%	54.8%	37.0%	54.0%	54.1%
再掲	血圧Ⅲ度の者	人	8	7	4	10	4
		率	0.9%	0.8%	0.5%	1.2%	0.6%
	治療あり	人	6	4	1	3	2
	治療なし	人	2	3	3	7	2

小布施町調べ

・ 図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度



※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳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。

(2) ポピュレーションアプローチ

「標準的な健診・保健指導プログラム(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。

小布施町においても、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取り組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、保健福祉委員会等の学習会、集いの場等を活用し、住民へ説明を行いました。また高血圧改善を目的として集団健診結果説明の会場では、バランス食についてフードモデルを使った展示や減塩食品の紹介を行い、住民自ら行動変容を促せるよう支援しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標値 (R05)	
			初年度 H30	中間評 価 R02	最終評 価 R05		
			(H30)	(R02)	(R04)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.0%	2.3%	2.1%	3.0%	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.2%	0.8%	1.6%	3.2%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.8%	6.1%	4.4%	-	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	38.1%	41.4%	38.5%	40.0%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100.0%	16.7%	0.0%	-	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	29.7%	31.2%	30.0%	20.0%
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	6.4%	5.3%	8.7%	4.2%
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	2.7%	2.8%	6.5%	-
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5以上)	4.7%	5.0%	7.5%	-
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.8%	1.30%	0.3%	0.5%
			糖尿病の未治療者・治療中断者の割合の減少	19.6%	28.9%	27.1%	20.0%
			糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	37.4%	27.7%	38.5%	100.0%
		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	44.3%	38.6%	40.5%	60.0%
			特定保健指導実施率60%以上	58.8%	63.6%	51.5%	85.0%
			特定保健指導対象者の割合の減少	9.4%	10.1%	9.2%	25.0%
	努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	11.8%	10.7%	6.4%	15.0%
			肺がん検診受診者の増加	-	-	-	-
			大腸がん検診受診者の増加	13.5%	10.4%	8.4%	18.0%
			子宮がん検診受診者の増加	13.6%	12.5%	13.9%	15.5%
			乳がん検診受診者の増加	23.4%	23.2%	22.6%	26.0%
5つのがん検診の平均受診率の増加			12.5%	11.4%	10.3%	25.0%	
その他		歯周疾患の早期発見、早期治療	歯科検診(歯周病健診含む)の受診率の増加	-	-	妊婦歯科健診のみ実施	増加傾向
		自主的な予防、健康づくりの推進	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	-	-	15.0%	増加傾向
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	78.8%	81.9%	83.3%	85.0%
		生活習慣病重症化予防とフレイル予防	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	-	-	実施	実施

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。

平成30年度と令和4年度比較してみると、40歳から64歳の要介護認定の2号認定率等の減少はみられましたが、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患が医療費に占める割合、総医療費は増加しています。治療者数の内訳をみると、脳血管疾患の割合は伸びており、特に40～64歳の者の割合が多くなっています。虚血性心疾患、人工透析の割合は減少、横ばいですが、こちらも40～64歳の者が占める割合が増加しています。医療費の伸びを抑制するという目標は達成できておらず、課題が残ります。

また、短期的な目標疾患であるメタボリックシンドローム、高血圧、高脂血症、糖尿病の状況を見てみると、平成30年度と令和4年度の特定健診受診者では、メタボリックシンドローム該当者、Ⅱ度高血圧者、LDL160以上の者、HbA1c6.5以上の者の割合がいずれも増加しています。また、特定健診受診率については令和4年度が40.5%と目標の受診率は達成できていません。

中長期目標疾患の危険因子であるメタボリックシンドローム、高血圧、高脂血、糖尿病の減少・改善に向けて、家庭訪問等により特定保健指導やハイリスク者に対する保健指導を進めてきました。平成28年度からは、HbA1c7.0以上の高血糖者を対象者とし、医療機関と連携を図りながら保健指導を実施しています。令和4年度の健診結果では、未治療者・治療中断者の割合は減少がみられました。

Ⅱ度高血圧者、LDL160以上の者、HbA1c6.5以上の者の割合は増加傾向にありますが、LDL160以上の者、HbA1c6.5以上の者の翌年度健診結果では、改善率は上がっていることから、特定健診受診や受診後の保健指導は重要であると考えられ、健診の継続受診を勧めていく必要があります。

また、特定健診受診率の低い世代である40～60歳代の者が、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療を受けている割合が高くなってきています。生活習慣病は自覚症状がないまま進行します。重症化してから医療を受診することがないように、健診受診勧奨をし、状態に応じた保健指導の実施、健診の継続受診者を増やす取り組みを強化する必要があります。

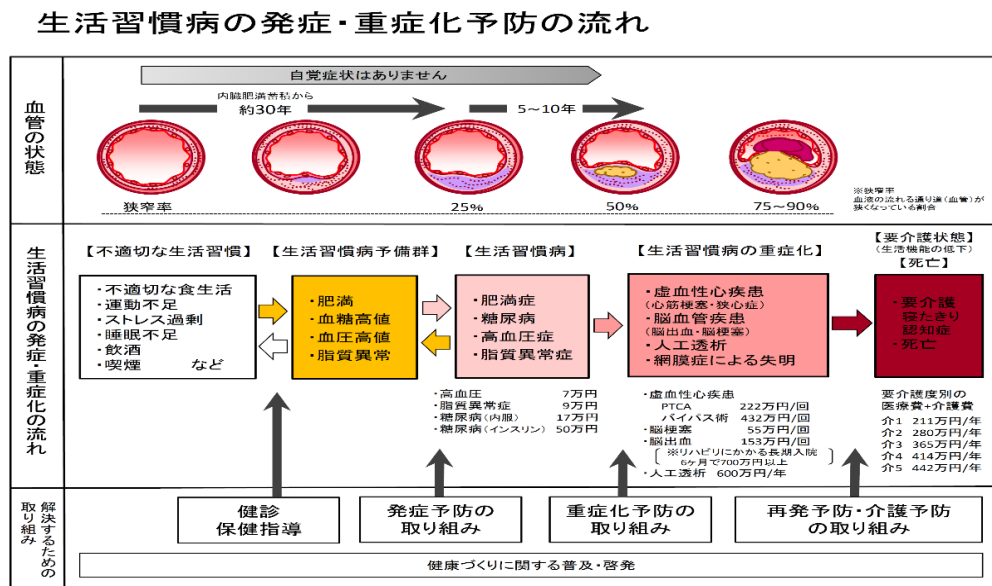
同様に健診の状況からも、Ⅱ度高血圧者、LDLコレステロール160以上の者の翌年度健診未受診者が増え、結果が把握できない者の割合が増えていることから、重症化予防の視点として、治療に繋がるまでの支援と継続した治療ができているか等の医療機関受診後の支援および治療者、ハイリスク者への継続した健診受診勧奨も取り組むべき重要な課題です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

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

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も約半数であり、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、町国保及び広域連合は、図表 37 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进行分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から保健指導対象者の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 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		2,796人	2,734人	2,503人	2,636人	2,503人	2,121人
総件数及び 総費用額	件数	27,080件	26,676件	24,812件	25,342件	↓ 24,197件	32,286件
	費用額	8億0684万円	8億4198万円	7億9174万円	8億3794万円	8億3473万円	14億5725万円
一人あたり医療費		28.9万円	30.8万円	31.6万円	31.8万円	↑ 33.3万円	68.7万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	小布施町	8億3473万円	27,149	4.39%	0.15%	2.07%	1.63%	6.02%	3.93%	3.53%	1億8129万円	21.7%	19.5%	5.86%	8.17%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	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	小布施町	14億5725万円	58,218	5.02%	0.30%	4.91%	2.50%	5.31%	3.88%	2.11%	3億5004万円	24.0%	10.3%	1.92%	11.5%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	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 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセ プト (80万円以 上/件)	人数	A	77人	72人	83人	85人	79人	196人
	件数	B	109件	131件	128件	145件	269件	551件
		B/総件数	0.40%	0.49%	0.52%	0.57%	1.11%	1.71%
	費用額	C	1億6610万円	1億8766万円	1億6530万円	1億9565万円	3億9042万円	7億2373万円
C/総費用		20.6%	22.3%	20.9%	23.3%	46.8%	49.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	4人		7人		6人		4人		5人		20人		
		D/A	5.2%		9.7%		7.2%		4.7%		6.3%		10.2%		
	件数	E	8件		7件		11件		12件		15件		66件		
		E/B	7.3%		5.3%		8.6%		8.3%		5.6%		12.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	53.3%	75-80歳	25	37.9%
		60代	4	50.0%	4	57.1%	0	0.0%	9	75.0%	2	13.3%	80代	11	16.7%
		70-74歳	4	50.0%	2	28.6%	11	100.0%	3	25.0%	5	33.3%	90歳以上	30	45.5%
	費用額	F	948万円		1282万円		1373万円		1530万円		↑1770万円		8838万円		
F/C		5.7%		6.8%		8.3%		7.8%		4.5%		12.2%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	2人		3人		2人		5人		6人		12人		
		G/A	2.6%		4.2%		2.4%		5.9%		7.6%		6.1%		
	件数	H	2件		4件		2件		7件		12件		29件		
		H/B	1.8%		3.1%		1.6%		4.8%		4.5%		5.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	7	24.1%
		60代	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	14.3%	2	16.7%	80代	12	41.4%
		70-74歳	1	50.0%	4	100.0%	1	50.0%	6	85.7%	10	83.3%	90歳以上	10	34.5%
	費用額	I	187万円		1028万円		280万円		763万円		↑1849万円		4215万円		
I/C		1.1%		5.5%		1.7%		3.9%		4.7%		5.8%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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		高齢者健診	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	24.3	822	1,157	1,980	30.4	46.8	2.5	8.8	5.5	16.3	26.0	25.9	18.4
R04	21.3	814	1,224	2,148	21.9	29.1	14.1	12.9	8.7	9.6	25.3	28.7	23.4

図表 45 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	%							
H30	10	4.0	(3)	39	7.2	(9)	6	12.2	(0)	2	0.8	(0)	21	3.9	(0)	0	--	(0)	1	0.4	4	0.7	0	--	0	--	3	0.6	0	--
R04	11	6.2	(6)	20	5.6	(4)	43	14.2	(8)	3	1.7	(0)	16	4.5	(1)	2	0.7	(0)	2	1.1	1	0.3	8	2.6	0	--	1	0.3	0	--

図表 46 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	83.9	93.0	97.9	34.2	67.2	88.3	70.5	81.5	88.3	36.3	44.4	46.1	25.3	35.5	41.3	36.4	52.8	74.5	37.3	54.8	74.8			
R04	80.7	93.0	96.9	31.8	70.0	87.8	72.6	80.4	87.6	35.9	47.4	49.8	26.3	38.7	44.1	44.7	58.6	75.8	43.0	58.4	75.3			

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 47 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												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.4	17.4	33.7	2.4	10.9	23.7	5.6	13.5	36.6	6.4	12.1	21.5	9.4	3.5	32.3	5.0	2.4	25.8	6.5	3.8	32.6	0.0	2.1	27.7
R04	7.6	20.0	32.6	3.2	10.4	21.7	4.3	15.3	37.2	7.7	17.2	26.4	6.5	7.3	28.4	3.8	2.4	24.8	2.9	6.4	30.5	1.6	2.4	24.4

(3)健康課題の明確化(図表 38～48)

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60万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表 38)

国保・後期高齢共に短期的目標疾患の高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて特に高いです。その結果、国保では腎不全(透析有)、狭心症・心筋梗塞の医療費に占める割合が高くなっています。後期高齢においては、腎不全(透析無)以外の短期目標、中長期目標疾患の全てが同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 39)

高額レセプトについては、国保においてはレセプトの件数が増えており、令和4年度は令和3年度に比べて2倍近くに増え、費用額も約2倍に増えています。(図表 40)

高額における疾患をみてみると、脳血管疾患、虚血性心疾患で高額になったレセプトは共に令和4年度が一番多く、脳血管疾患は15件で約1,700万円、虚血性心疾患は12件で約1,800万円の費用額となっています。個々の状況をみてみると、脳血管疾患で基礎疾患に高血圧がある方が80%、虚血性心疾患では全員の方に基礎疾患に高血圧がみられました。また特に脳血管疾患は、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も力を入れる必要があります。(図表 41、42)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表44の①被保険者数は、40～64歳は減っており、75歳以上では168名も増え、75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると、65歳以上の高齢者層でBMI25以上の率が増えており、40～64歳の年齢層ではBMI18.5未満の率が増え、高齢期世代と壮年期世代では状況が異なっています。

また図表45の⑤健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人数が増えており、医療機関への受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表46の⑦短期目標の疾患(高血圧、糖尿病)とする合併症の状況を見ると、高血圧、糖尿病共に各年代で高くなっています。

図表47の⑨中長期疾患(脳血管、虚血性心疾患、心不全、腎不全)と介護認定の状況を見ると、脳血管疾患と心不全、腎不全で前期高齢者(65～74歳)の割合が増えており、高額レセプト分析において費用額が伸びている要因が50歳代、60歳代で増えてきていることとも関連していることが考えられることから、壮年期の再発予防(介護予防)に力を入れる必要があります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患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(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。(図表 48)

② 中長期的な目標の設定

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

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくると考えると、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、医療受診が必要な方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方についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、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のが重要であるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 48 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
◎長野県の共通指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 (R8)	最終評価 (R11)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.1%			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.6%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.4%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	38.5%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少				
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の増加	30.5%			小布施町健康福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 Ⅱ度高血圧(160/100以上)	8.7%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	6.5%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	7.5%			
			健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合				
			◎健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.3%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合				
	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	40.5%			法定報告値
			◎特定保健指導実施率60%以上	51.5%			
			◎特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の増加	25.5%			

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、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 49 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	45%	48%	50%	54%	57%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	73%	75%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 50 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	1,704	1,646	1,588	1,530	1,472	1,414
	受診者数	767	790	794	826	839	848
特定保健指導	対象者数	77	79	79	83	84	85
	受診者数	46	51	55	61	63	68

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。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である長野県国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(小布施町公民館 北斎ホール)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

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

(参照) URL : <http://kokuho-nagano.or.jp>

(4) 特定健診実施項目

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

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 51 特定健診検査項目

小布施町特定健診検査項目

健診項目		小布施町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 42 令和 6 年度 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	特定保健指導の実施
5月		健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月		●特定健診(個別)の開始 ●特定健診(集団)の実施	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
7月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出(毎月)	
8月		特定保健指導の開始	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)
9月			
10月	契約に関わる 予算手続き	●特定健診(集団)の実施	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

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(健康福祉課健康係)の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 54 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	77人 (10.0%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	127人 (16.5%)	HbA1c6.5以上については 80%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	937人 ※受診率目標達成まであと255人	30%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	141人 (18.4%)	80%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	423人 (55.1%)	80%

(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

目標に向かったの進捗状況管理と 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 55 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 ◎個別健診、集団検診の委託契約		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎特定健診、後期高齢者健診、町民健診、がん検診開始
6月	◎特定健康診査(集団)の実施 ◎特定健康診査(個別)の開始		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	↓	◎対象者の抽出	
8月		◎保健指導の開始	
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		◎特定健康診査(集団)の実施	◎利用券の登録
12月			
1月	◎健診の終了		
2月			
3月		↓	
		~翌年度9月頃まで	

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

小布施町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、240人(33.5%)です。そのうち治療なしが55人(13.8%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が32人です。

また、小布施町においては、重症化予防対象者であり、治療中である者が、240人中185人と高く、そのうちの約半数84人に臓器障害があります。服薬状況やコントロールが良好かどうか、保健指導時にあわせて確認を行うことで適切な受診に繋がられ、医療機関と連携しながら重症化予防に取り組めます。(図表56)

図表 56 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)											
	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)	716人	34.4%										
科学的根拠に基づき	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)	■各疾患の治療状況											
↓ 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									<table border="1"> <tr><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>290 / 425</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>238 / 478</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>65 / 648</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれか</td><td>394 / 400</td></tr> </table>		治療中	治療なし	高血圧	290 / 425	脂質異常症	238 / 478	糖尿病	65 / 648	3疾患 いずれか	394 / 400
治療中	治療なし																			
高血圧	290 / 425																			
脂質異常症	238 / 478																			
糖尿病	65 / 648																			
3疾患 いずれか	394 / 400																			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)														
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)														
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/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	重症化予防対象者 (実人数)												
該当者数	41 / 5.7%	1 / 0.1%	18 / 2.5%	9 / 1.3%	137 / 19.1%	40 / 5.6%	57 / 8.0%	240 / 33.5%												
治療なし	22 / 5.2%	1 / 0.3%	14 / 2.9%	7 / 1.5%	18 / 4.5%	22 / 3.4%	14 / 3.5%	55 / 13.8%												
(再掲) 特定保健指導	7 / 17.1%	1 / 100.0%	4 / 22.2%	2 / 22.2%	18 / 13.1%	4 / 10.0%	5 / 8.8%	28 / 11.7%												
治療中	19 / 6.6%	0 / 0.0%	4 / 1.7%	2 / 0.8%	119 / 30.2%	18 / 27.7%	43 / 10.9%	185 / 47.0%												
※臓器障害 あり	8 / 36.4%	1 / 100.0%	8 / 57.1%	1 / 14.3%	10 / 55.6%	14 / 63.6%	14 / 100.0%	32 / 58.2%												
CKD(専門医対象者)	3	0	0	0	1	3	14	14												
心電図所見あり	5	1	8	1	9	12	5	23												
臓器障害 なし	14 / 63.6%	--	6 / 42.9%	6 / 85.7%	8 / 44.4%	8 / 36.4%	--	--												

治療中

臓器障害 あり	7 / 36.8%	0 / --	0 / 0.0%	1 / 50.0%	47 / 39.5%	6 / 33.3%	43 / 100.0%	84 / 45.4%	
CKD(専門医対象者)	1	0	0	1	17	2	43	43	
心電図所見あり	6	0	0	0	34	5	17	58	
臓器障害 なし	12 / 63.2%	--	4 / 100.0%	1 / 50.0%	72 / 60.5%	12 / 66.7%	--	--	

※「臓器障害あり」とは心電図、eGFR、尿蛋白の所見ありを計上しています。

出典:ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

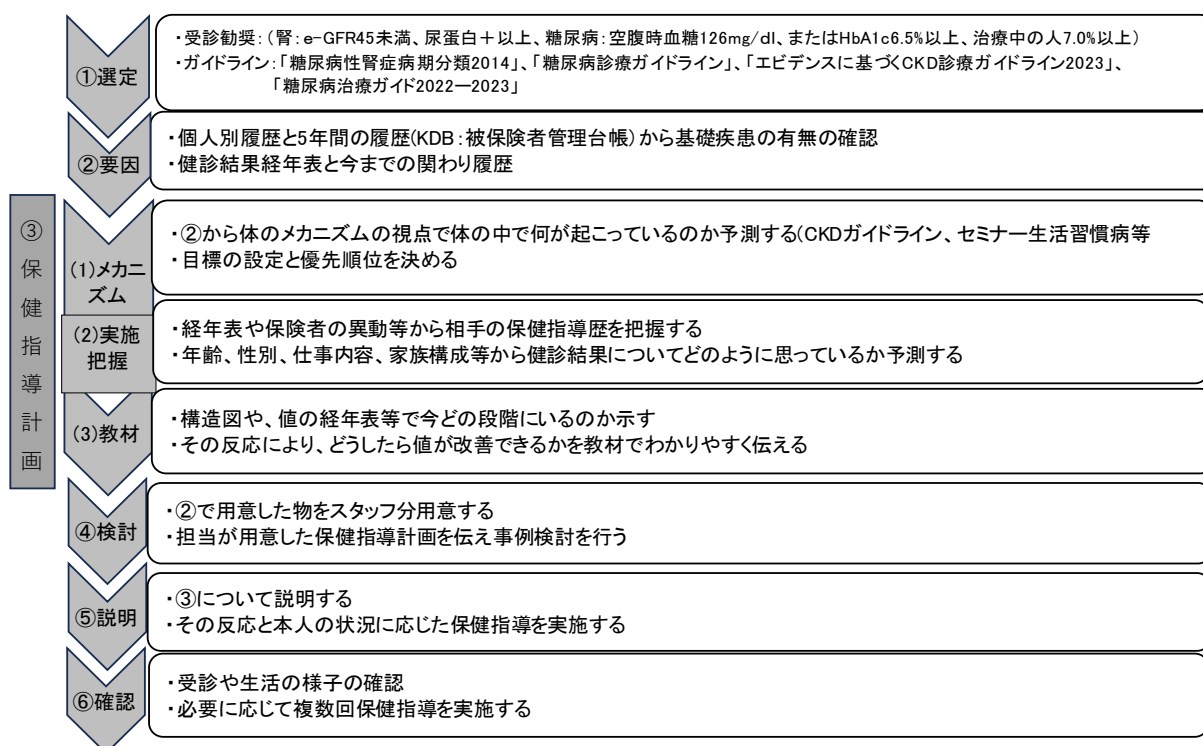
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



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 糖尿病治療中者
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「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 58 糖尿病性腎症病期分類

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

町では、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)検査から腎症病期の推測をします。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

小布施町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、27人(29.3%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者504人のうち、特定健診受診者が65人(70.7%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者439人(87.1%・I)については、治療中であるが、デ

一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

図表 59 より小布施町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・27人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・22人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

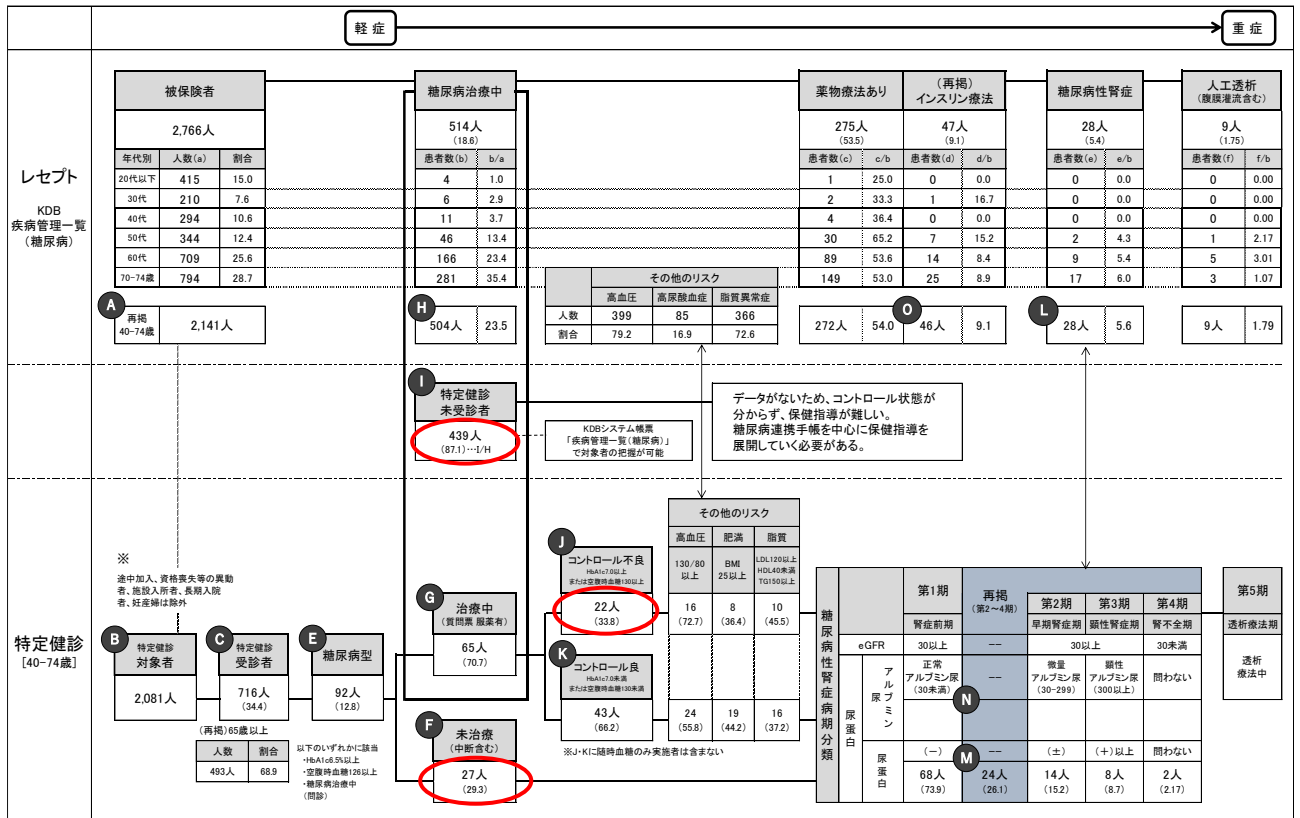
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 59 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度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

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。小布施町においては、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 60 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しわかりません 何うことから始めます
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ます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているでしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
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 都道府県別自家用兼用車数と歩数(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重症化予防対策

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
○HbA1c の変化

○eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	小布施町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	2,870人		2,803人		2,742人		2,712人		2,620人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳	2,292人		2,240人		2,185人		2,153人		2,094人					
2	① 対象者数	B	2,050人		2,032人		1,987人		1,936人		1,820人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
		② 特定健診 受診者数	928人		928人		779人		833人		770人					
		③ 受診率	45.3%		45.7%		39.2%		43.0%		40.5%					
3	① 特定 保健指導	② 対象者数	78人		86人		77人		94人		68人					
		③ 実施率	58.8%		60.5%		63.6%		55.3%		51.5%					
4	① 健診 データ	② 糖尿病型	E	107人	11.5%	120人	12.9%	83人	10.7%	109人	13.1%	96人	13.0%	特定健診結果		
		③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	21人	19.6%	24人	20.0%	24人	28.9%	34人	31.2%	26人	27.1%			
		④ 治療中(質問票 服薬あり)	G	86人	80.4%	96人	80.0%	59人	71.1%	75人	68.8%	70人	72.9%			
		⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	29人	33.7%	27人	28.1%	17人	28.8%	23人	30.7%	22人	31.4%			
		⑥ 血圧 130/80以上	J	20人	69.0%	21人	77.8%	13人	76.5%	19人	82.6%	16人	72.7%			
		⑦ 肥満 BMI25以上	J	11人	37.9%	12人	44.4%	9人	52.9%	8人	34.8%	8人	36.4%			
		⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	57人	66.3%	69人	71.9%	42人	71.2%	52人	69.3%	48人	68.6%			
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	77人	72.0%	91人	75.8%	72人	86.7%	80人	73.4%	72人	75.0%			
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)	M	21人	19.6%	16人	13.3%	5人	6.0%	17人	15.6%	14人	14.6%			
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)	M	9人	8.4%	12人	10.0%	5人	6.0%	11人	10.1%	8人	8.3%			
		⑫ 第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	1人	0.8%	1人	1.2%	1人	0.9%	2人	2.1%			
5	① レセプト	② 糖尿病受療率(被保険者対)		128.9人		128.8人		125.5人		135.3人		144.7人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		③ (再掲)40-74歳(被保険者対)		160.1人		160.7人		157.4人		169.1人		179.6人				
		④ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対	入院外(件数)	2,132件	(980.2)	2,142件	(957.1)	2,083件	(967.0)	2,114件	(1011.0)	2,073件	(1042.8)	334,283件	(942.0)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		⑤ 入院(件数)	3件	(1.4)	7件	(3.1)	2件	(0.9)	3件	(1.4)	6件	(3.0)	1,709件	(4.8)		
		⑥ 糖尿病治療中	H	370人	12.9%	361人	12.9%	344人	12.5%	367人	13.5%	379人	14.5%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		⑦ (再掲)40-74歳	H	367人	16.0%	360人	16.1%	344人	15.7%	364人	16.9%	376人	18.0%			
		⑧ 健診未受診者	I	281人	76.6%	274人	76.1%	285人	82.8%	289人	79.4%	306人	81.4%			
		⑨ インスリン治療	O	35人	9.5%	38人	10.5%	31人	9.0%	34人	9.3%	33人	8.7%			
		⑩ (再掲)40-74歳	O	35人	9.5%	38人	10.6%	31人	9.0%	34人	9.3%	33人	8.8%			
		⑪ 糖尿病性腎症	L	23人	6.2%	23人	6.4%	20人	5.8%	21人	5.7%	20人	5.3%			
		⑫ (再掲)40-74歳	L	23人	6.3%	23人	6.4%	20人	5.8%	21人	5.8%	20人	5.3%			
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.1%	5人	1.4%	8人	2.3%	7人	1.9%	8人	2.1%			
		⑭ (再掲)40-74歳		4人	1.1%	5人	1.4%	8人	2.3%	7人	1.9%	8人	2.1%			
		⑮ 新規透析患者数		2	50.0%	2	40.0%	2	25.0%	2	28.9%	1	12.5%			
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%			
		⑰ 【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)		4人	0.8%	4人	0.7%	4人	0.7%	6人	1.1%	4人	0.6%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	① 医療費	② 総医療費		8億0684万円		8億4198万円		7億9174万円		8億3794万円		8億3473万円		10億9648万円	KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
		③ 生活習慣病総医療費		4億6514万円		4億9084万円		4億6026万円		4億6166万円		4億6252万円		5億9067万円		
		④ (総医療費に占める割合)		57.6%		58.3%		58.1%		55.1%		55.4%		53.9%		
		⑤ 生活習慣病 対象者 (一人あたり)	健診受診者	3,251円		4,164円		3,922円		3,583円		3,236円		8,199円		
		⑥ 健診未受診者	28,257円		29,880円		29,771円		31,278円		35,414円		37,038円			
		⑦ 糖尿病医療費		4945万円		4928万円		4671万円		4667万円		5025万円		6602万円		
		⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.6%		10.0%		10.1%		10.1%		10.9%		11.2%		
		⑨ 糖尿病入院外総医療費		1億3447万円		1億5097万円		1億4390万円		1億5659万円		1億6601万円				
		⑩ 1件あたり		27,504円		31,244円		29,897円		31,763円		34,571円				
		⑪ 糖尿病入院総医療費		5737万円		6936万円		7210万円		6121万円		6382万円				
		⑫ 1件あたり		526,356円		737,835円		638,061円		582,906円		717,033円				
		⑬ 在院日数		14日		17日		17日		17日		15日				
		⑭ 慢性腎不全医療費		3772万円		5641万円		4869万円		4021万円		3793万円		4999万円		
		⑮ 透析有り		3027万円		5327万円		4808万円		3948万円		3668万円		4634万円		
		⑯ 透析なし		744万円		313万円		61万円		72万円		125万円		364万円		
7	① 介護	② 介護給付費		7億7735万円		8億3383万円		9億0148万円		9億3031万円		9億4760万円		13億3151万円		
		③ (2号認定者)糖尿病合併症		2件	40.0%	2件	28.6%	2件	28.6%	2件	25.0%	2件	40.0%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.7%	1人	0.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.7%	582人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典:ヘルスサポートラボツール

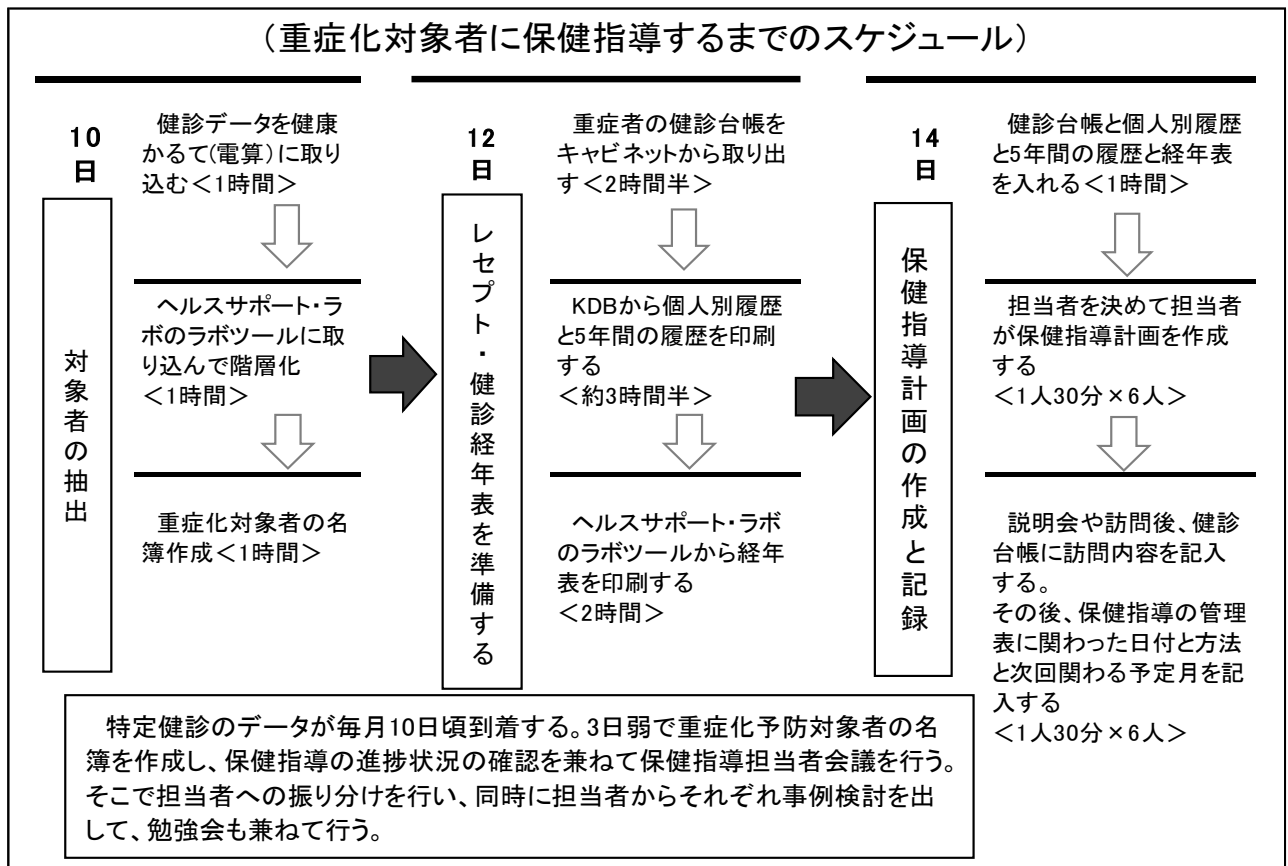
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 62 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

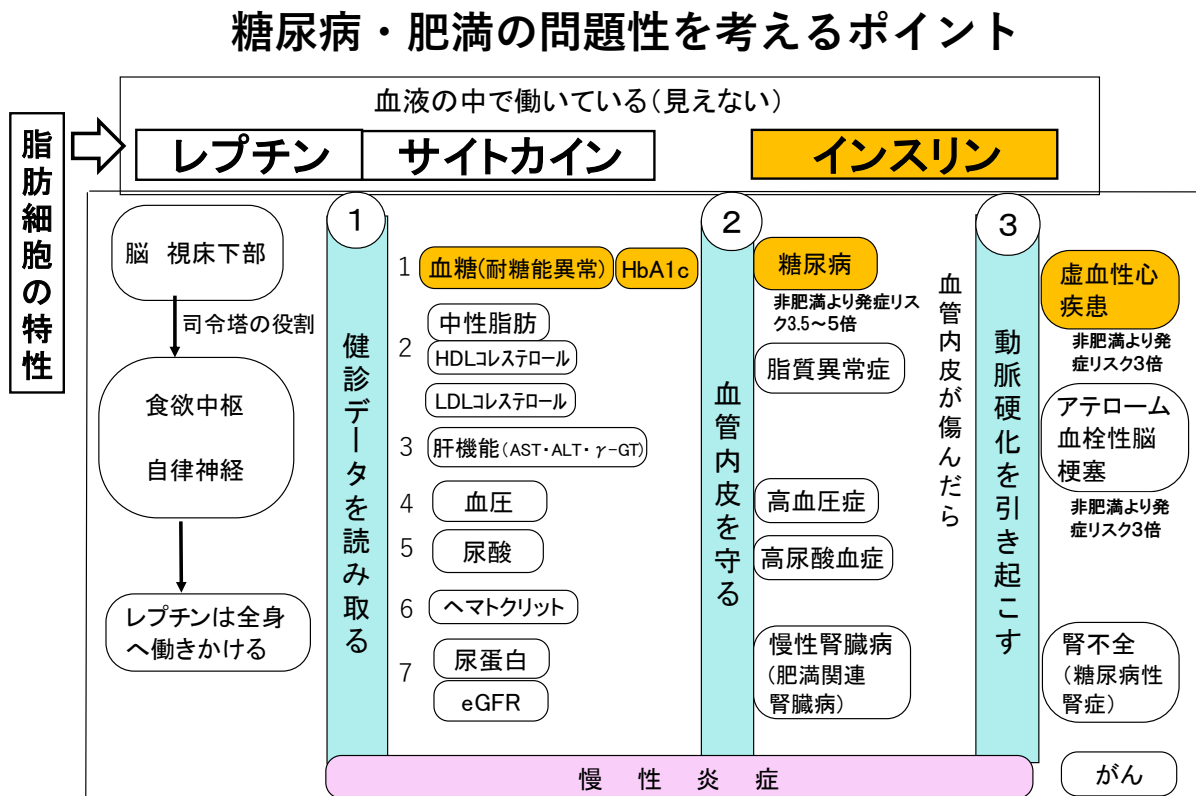
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のために行います。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より) という考え方にに基づき、特定健診・特定保健指導を実施します。

なお、取組みにあたっては図表 68 に基づいて考えていきます。

図表 63 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、実態把握をします。

図表 64 肥満度分類による実態(令和4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		
総数	223	493	59	136	47	123	10	12	2	0	0	1		
				26.5%	27.6%	21.1%	24.9%	4.5%	2.4%	0.9%	0.0%	0.0%	0.2%	
再掲	男性	94	196	37	70	28	63	8	7	1	0	0	0	
					39.4%	35.7%	29.8%	32.1%	8.5%	3.6%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	129	297	22	66	19	60	2	5	1	0	0	1	
					17.1%	22.2%	14.7%	20.2%	1.6%	1.7%	0.8%	0.0%	0.0%	0.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

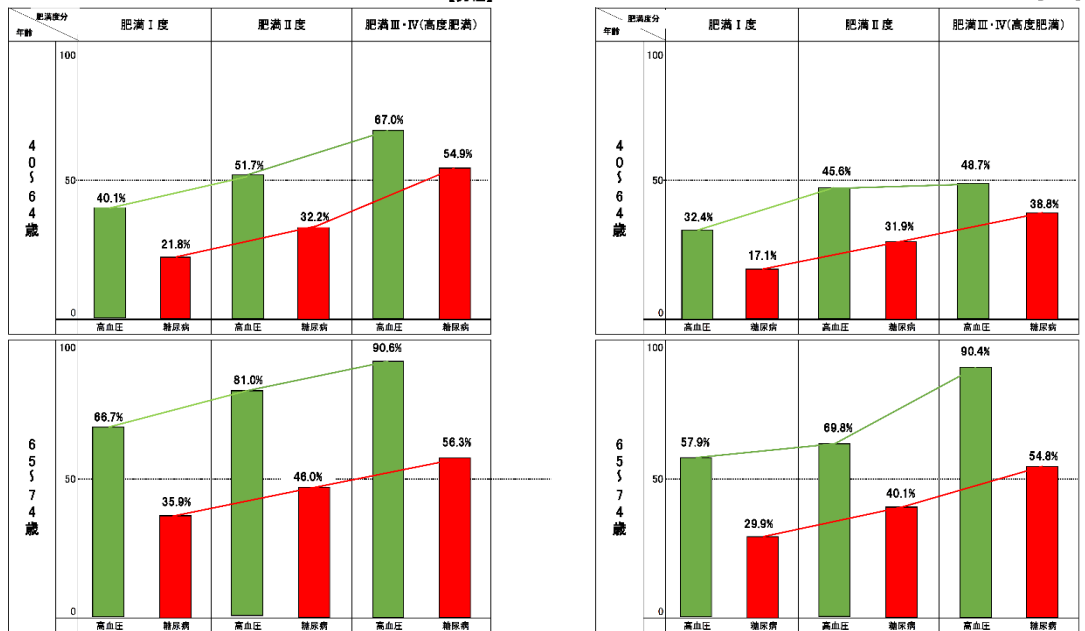
(2) 優先順位をつけます。

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。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 65 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



出典：ヘルスサポートラボツール

② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

③

図表 66 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

肥満度 BMI		I 度	II 度	III 度	IV 度
生活		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲	満腹感なく食べ過ぎてしまう。 心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	食べ始めたら止まらない ストレスを感じると食べる お腹すいてなくても食べたい 食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	食欲が抑えられない 夜中起きると食べてしまう 食欲が止まらない 食欲をコントロールできない
	胃痛	食べるとお腹が張って苦しくなる		太っているからか腸の蠕動もおこるよ	逆流性食道炎になった。
排泄	排便			便秘になって大変	便器に座ると便座が割れる
	排尿	横になるとトイレに行きたくなる	尿意を感じて夜中に3回起きる	トイレに何度も起きて寝た感じがしない むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 膀胱炎になりやすい	尿漏れする 起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	疲労感がある	長く歩くと息切れがする 階段を上るとき息切れする 坂道は息が切れる 運動するとすぐ息切れする	体重で足裏が痛い 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない 歩くとき足がしびれる	200m歩くのにも呼吸が苦しい 歩いたら苦しくなるので横になっている だるくて寝ていることが多い
	日常動作		目めず、足の爪を切ることができない 朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている 運動すると数日だるくなる 身体が動かづらい		お腹が邪魔で前に目めない シャワーがつらい 手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	2~3年前から胸の変な感じがある 仕事中時々胸の息苦しき 1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた 胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	動悸がする 胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる 心臓が大きくなっているといわれた 少し動いただけでも心臓がきつい	仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める 仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている 心臓はスピードのある作業するとバクバクする	左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった 心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル 今も段差上がったとき苦しくなる 心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	蜂窩織炎になる		風邪をひきやすい	よく風邪をひく よく体調を崩す
	皮膚	背中がかゆい 皮膚が赤くなる	湿疹ができる 痒い	皮膚が赤く炎症を起こしてる 炎症で体毛が生えなくなる	足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 全身の湿疹がつらい 皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、「6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種が連携してフォローアップを行う必要がある。」とあります。そのことは、図表 66 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 65 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満I度で、若い年代(40~64歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

3) 対象者の明確化

図表 67 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	290	27	29	103	131	426	27	48	139	212	
メタボ該当者	B	92	4	7	35	46	45	0	1	21	23	
	B/A	31.7%	14.8%	24.1%	34.0%	35.1%	10.6%	0.0%	2.1%	15.1%	10.8%	
再掲	① 3項目全て	C	33	1	2	9	21	16	0	1	5	10
		C/B	35.9%	25.0%	28.6%	25.7%	45.7%	35.6%	--	100.0%	23.8%	43.5%
	② 血糖+血圧	D	17	0	0	8	9	2	0	0	1	1
		D/B	18.5%	0.0%	0.0%	22.9%	19.6%	4.4%	--	0.0%	4.8%	4.3%
	③ 血圧+脂質	E	38	2	4	18	14	25	0	0	15	10
		E/B	41.3%	50.0%	57.1%	51.4%	30.4%	55.6%	--	0.0%	71.4%	43.5%
	④ 血糖+脂質	F	4	1	1	0	2	2	0	0	0	2
		F/B	4.3%	25.0%	14.3%	0.0%	4.3%	4.4%	--	0.0%	0.0%	8.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	290	92	31.7%	79	85.9%	13	14.1%	426	45	10.6%	40	88.9%	5	11.1%		
40代	27	4	14.8%	3	75.0%	1	25.0%	27	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	29	7	24.1%	5	71.4%	2	28.6%	48	1	2.1%	1	100.0%	0	0.0%		
60代	103	35	34.0%	34	97.1%	1	2.9%	139	21	15.1%	18	85.7%	3	14.3%		
70～74歳	131	46	35.1%	37	80.4%	9	19.6%	212	23	10.8%	21	91.3%	2	8.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 67)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 60 代、70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 68)は、男女とも 7 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ④ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 69 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 膝に圧力がから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。小布施町においても※二次健診の実施をします。

※二次健診とは、リスクの高い者に動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②内臓脂肪量測定検査(内臓脂肪を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

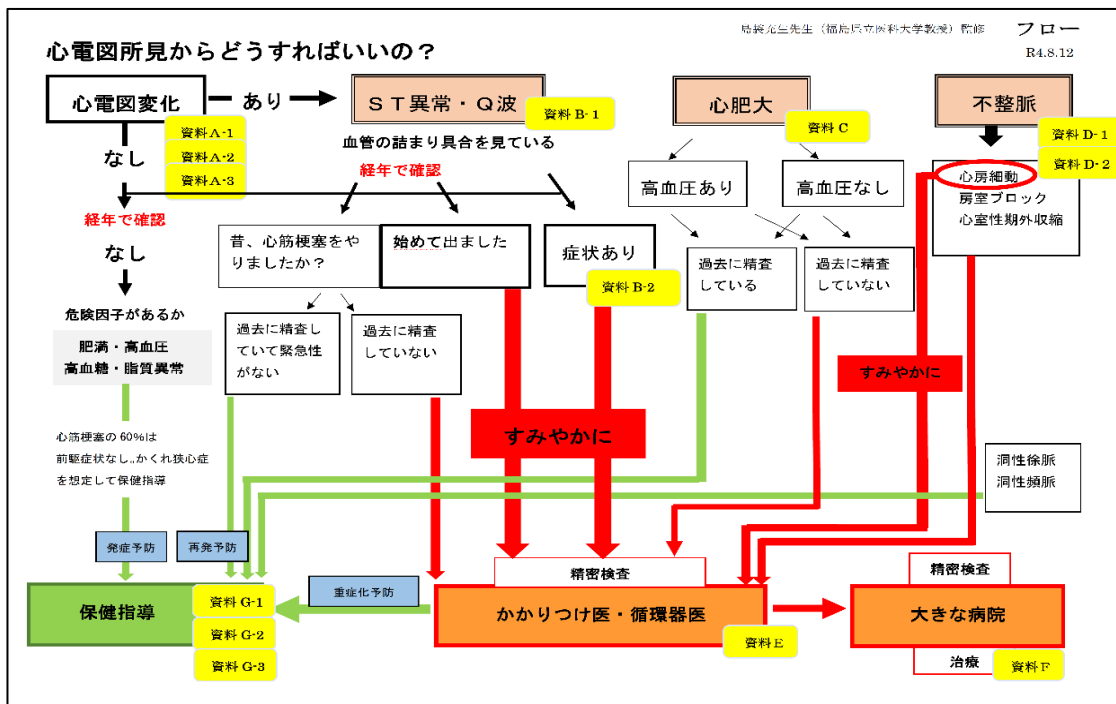
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019 年版、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 70 に基づいて考えます。

図表 70 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。

小布施町においては、心電図検査を 669 人(93.4%)に実施し、そのうち有所見者が 206 人(30.8%)でした。所見の中でも脚ブロックが 25 人(12.1%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 71)

また、ST-T 変化が 10 人(4.9%)みられますが、有所見者の要精査、要精査後の医療機関の受診率の有無について全数把握できていないため、治療状況の追跡ができませんでした(図表 71、72)。

有所見者に対しては医療機関受診の確認を行うと同時に、医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 71 心電図検査結果

性別・年齢	所見	健診受診者数	心電図検査		所見内訳																	
			実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
							異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
			人数	割合C/B	人数	割合D/B	人数	割合E/B	人数	割合F/B	人数	割合G/B	人数	割合H/B	人数	割合I/B	人数	割合J/B				
内訳	40~74歳	716	669	93.4	206	30.8	2	1.0%	10	4.9%	4	1.9%	24	11.7%	14	6.8%	25	12.1%	1	0.5%	17	8.3%
	男性	290	267	92.1	91	34.1%	1	0.4%	4	4.4%	3	3.3%	14	15.4%	9	9.9%	11	12.1%	1	1.1%	2	2.2%
	女性	426	402	94.4	115	28.6%	1	0.2%	6	5.2%	1	0.9%	10	8.7%	5	4.3%	14	12.2%	0	0.0%	15	13.0%

小布施町調べ

図表 72 心電図有所見者の医療機関受診状況

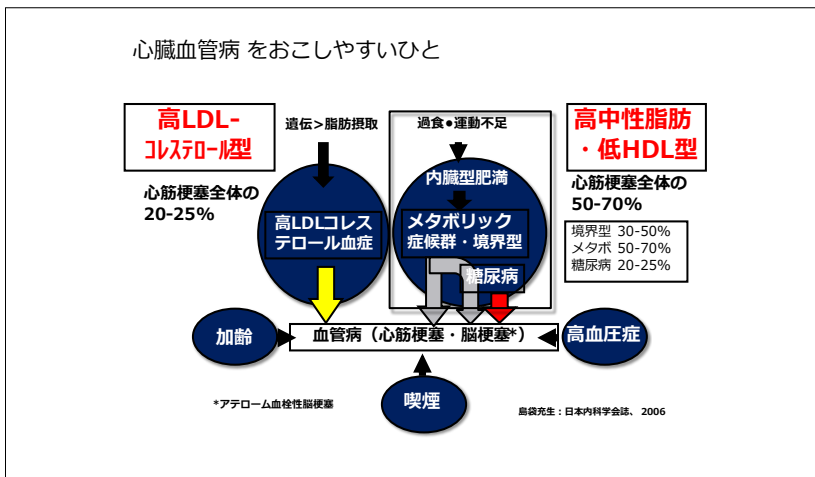
	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	把握できず						
男性								
女性								

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 73)

図表 73 心血管病をおこしやすいひと



図表 73 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 67・68)を参照します。

B:LDLコレステロールタイプ(図表 74)については、図表 74 の冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標を参照します。

図表 74 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				
			260	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
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)	43	27	11	4	1	0	5	0	0
			16.5%	19.7%	14.3%	12.5%	7.1%	0.0%	55.6%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	109	47	40	16	6	0	2	9	11
			41.9%	34.3%	51.9%	50.0%	42.9%	0.0%	22.2%	56.3%	61.1%
	高リスク	120未満 (150未満)	103	61	24	12	6	3	2	7	6
		39.6%	44.5%	31.2%	37.5%	42.9%	100.0%	22.2%	43.8%	33.3%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	3	2	0	0	1	0	0	1	0
			1.2%	1.5%	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%
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)	5	2	2	0	1	0	0	0	1
			1.9%	1.5%	2.6%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 75 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、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

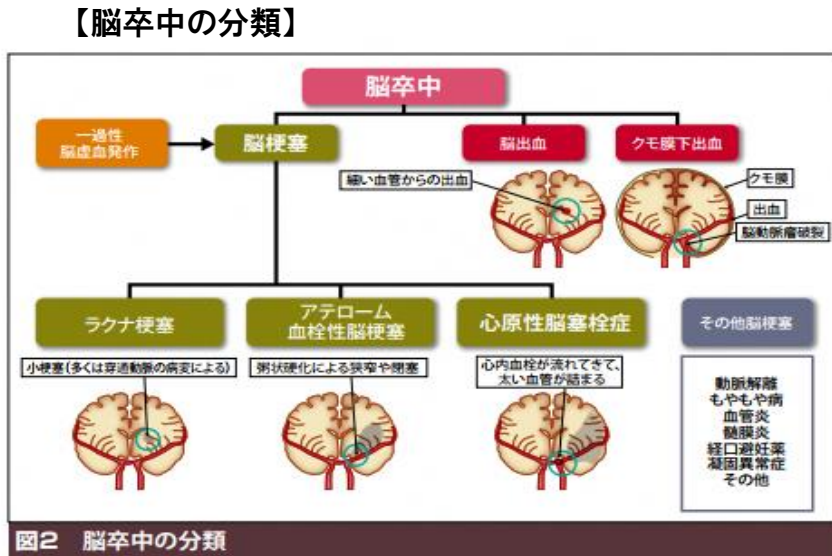
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 76,77)

図表 76 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 77 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	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 78 でみると、高血圧治療者 899 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 87 人(9.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 41 人(17.1%)であり、そのうち 22 人(53.7%)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 19 人(17.1%)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。

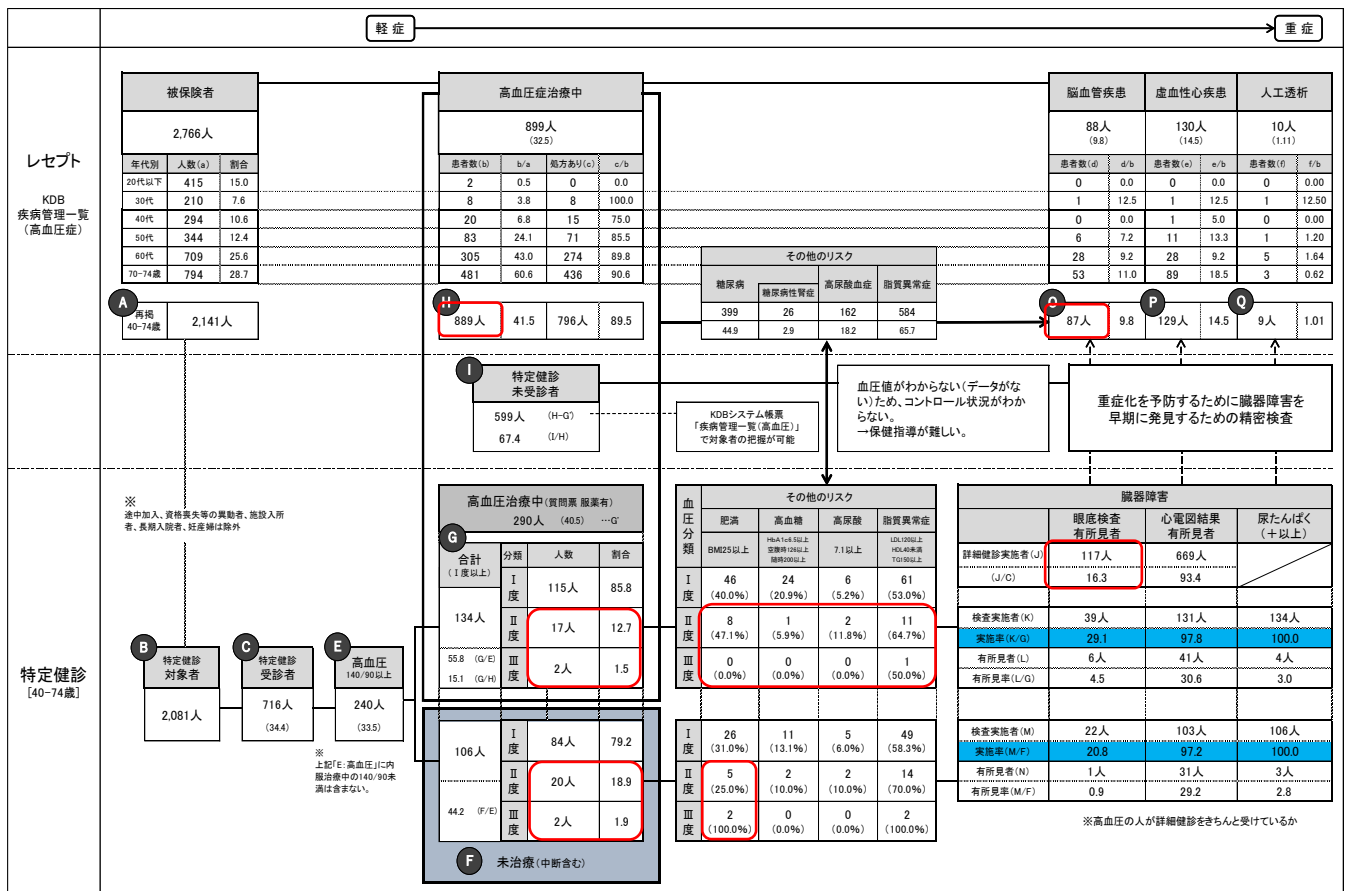
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 117 人(16.3%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、240 人(33.5%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 78 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

① 血圧に基づいた脳・心血管リスクの層別化

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

図表 79 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会			
		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子			
		p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化			
		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)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	229	123 53.7%	84 36.7%	20 8.7%	2 0.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	18 7.9%	C 10 8.1%	B 6 7.1%	B 2 10.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	151 65.9%	C 88 71.5%	B 52 61.9%	A 11 55.0%	A 0 0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	60 26.2%	B 25 20.3%	A 26 31.0%	A 7 35.0%	A 2 100.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	46 20.1%
B 概ね1か月後に再評価	85 37.1%
C 概ね3か月後に再評価	98 42.8%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳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。

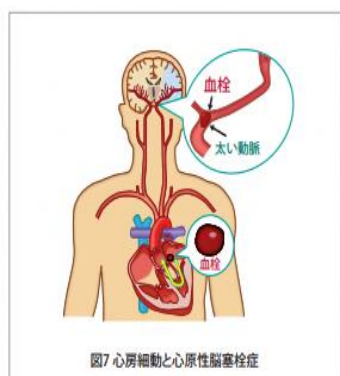
図表 79 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる A については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 80 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No	性別	発症 年齢	KDBから把握 レセプト							介護	特定 健診	転 帰		
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患							
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症				高尿酸血 症	
1	女	60代	●					●				要介護3	未受診	
2	女	60代	●					●					未受診	
3	男	60代		●				●					未受診	
4	男	60代				●		●	●	●			未受診	
5	女	70代			●			●	●	●			未受診	

図表 80 は、心・脳血管疾患を発症した事例で、医療費が高額だった方のレセプトの状況です。いずれも高血圧が基礎疾患にあり、発症した年の特定健診は未受診でした。健診を受けることによって、保健指導や受診勧奨、受診状況の確認に繋げることができるため、重症化予防の視点からも、未受診者対策に力を入れていく必要があります。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 81 心房細動有所見者の治療状況(令和3年度、令和4年度累計)

健診受診者 (R03.R04)	心房細動 有所見者		治療の有無			
			未治療者		治療中	
人	人	%	人	%	人	%
1,548	6	0.4	1	16.7%	5	83.3%

小布施町調べ(過去2年間)

令和3年度、令和4年度の健診では、心電図有所見者6人のうち5人は既に治療が開始されていましたが、1人はまだ治療につながっていません。

心房細動有所見者率はわずかですが、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。(図表81)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

小布施町は、令和2年度より長野県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

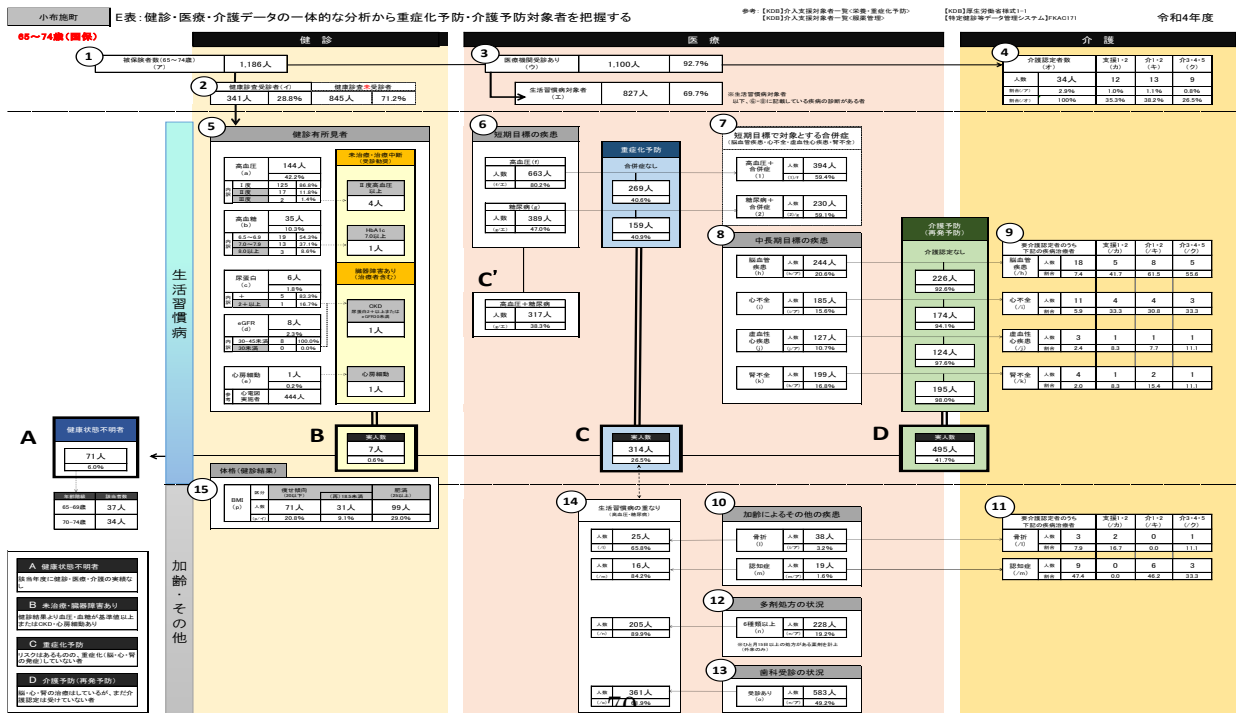
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施してまいります。(ポピュレーションアプローチ)

図表 82 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

小布施町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、はつらつおぶせ健康 21(健康増進計画)の取組みと連動しながら、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あります。

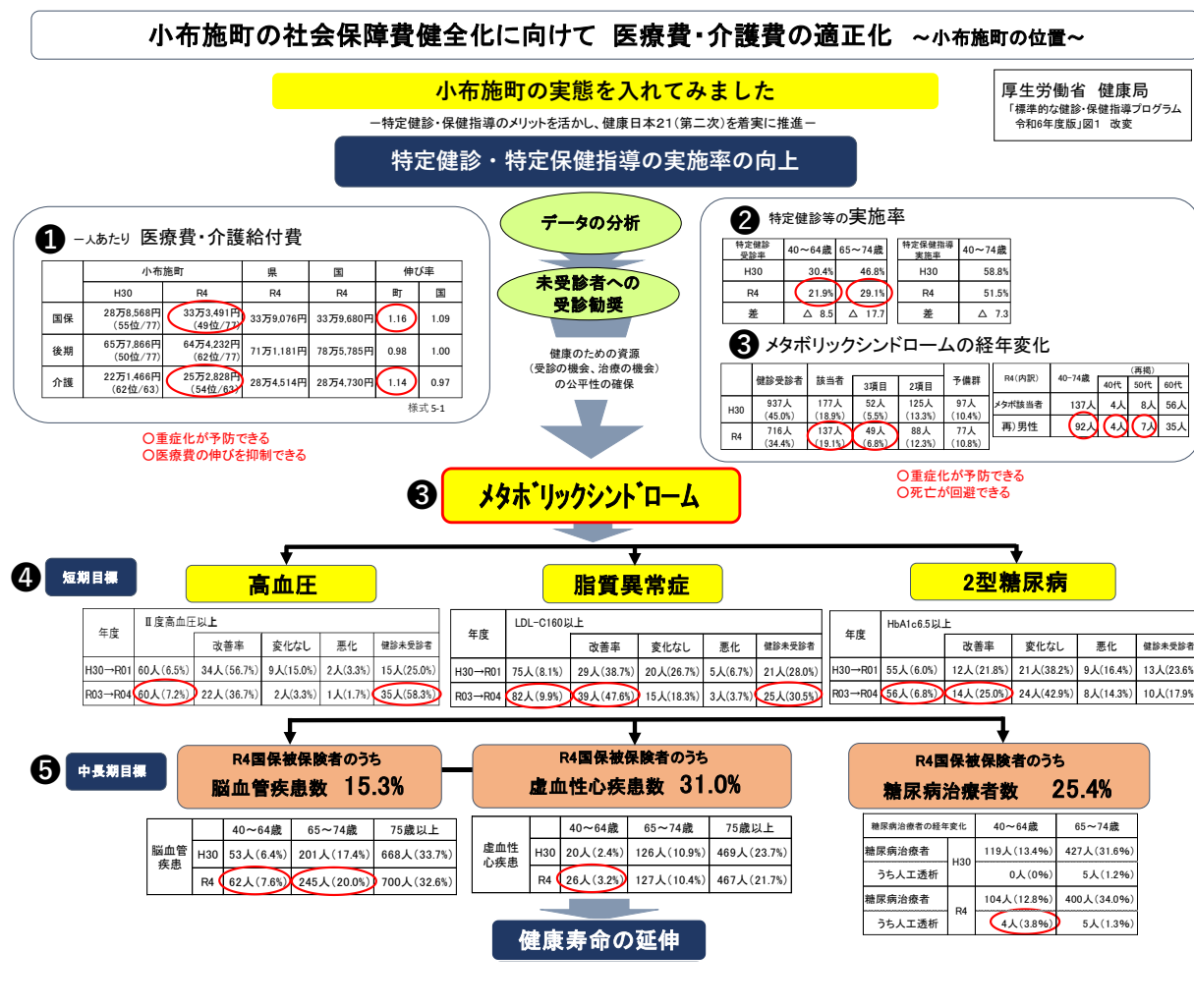
図表 83 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																
1 根拠法	健康増進法															
	母子保健法			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・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者	妊娠前		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 [*] 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
尿糖	(+)以上						(+)以上									
糖尿病家族歴																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 84、85)

図表 84 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 85 統計からみえる小布施町の食

統計からみえる小布施町(長野市)の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量)	店舗・種別	店舗数
小麦粉	1位	きゅうり	1位	町内飲食店総数	61
みそ	1位	葉菜菜(小松菜、にらなど)	3位	スーパー(町内)	1
砂糖	3位	キャベツ	8位	スーパー(町外:10分程度)	3
酢	4位	えのきだけ	1位	コンビニ(町内)	2
魚介の缶詰(シーチキンなど)	3位			パン屋(町内)	3
調理パン	2位				(町調べ)

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表します。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた小布施町の位置
- 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 10 第 3 期データヘルス計画_共通評価指標及び共通情報データ一覧

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた小布施町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた小布施町の位置

R04年度

項目		小布施町		同規模平均		長野県		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		10,648		1,808,758		2,008,244		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		65歳以上(高齢化率)		3,748	35.2	667,156	36.9	646,942	32.2	35,335,805		28.7	
		75歳以上		1,973	18.5	--	--	352,073	17.5	18,248,742		14.8	
		65~74歳		1,775	16.7	--	--	294,869	14.7	17,087,063		13.9	
		40~64歳		3,486	32.7	--	--	669,192	33.3	41,545,893		33.7	
	39歳以下		3,414	32.1	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		23.0		13.4		9.3		4.0	KDB_NO.3		
		第2次産業		24.3		27.1		29.2		25.0	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		第3次産業		52.7		59.5		61.6		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.7		80.4		81.8		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性		86.8		86.9		87.7		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		83.1		79.5		81.1		80.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性		84.8		83.9		85.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		男性		93.3		103.9		90.5		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性		98.3		101.5		93.8			
		死因	がん		26	47.3	7,103	46.7	6,380	47.9	378,272		50.6
			心臓病		19	34.5	4,457	29.3	3,679	27.6	205,485		27.5
			脳疾患		4	7.3	2,405	15.6	2,307	17.3	102,900		13.8
			糖尿病		2	3.6	309	2.0	238	1.8	13,896		1.9
			腎不全		2	3.6	582	3.8	375	2.8	26,946		3.6
	自殺		2	3.6	356	2.3	352	2.6	20,171	2.7			
	② 早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
		男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		534	14.1	123,092	18.6	113,468	17.7	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		7	0.3	2,019	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		2,110	14.6	352,830	12.6	412,294	13.8	21,785,044		12.9
			要介護1.2		6,961	48.3	1,291,061	46.3	1,367,247	45.8	78,107,378		46.3
			要介護3以上		5,342	37.1	1,146,606	41.1	1,208,489	40.4	68,963,503		40.8
	2号認定者		6	0.17	2,178	0.38	1,856	0.28	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		133	25.6	29,521	22.9	26,401	22.3	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		336	60.9	69,159	54.1	65,433	55.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		195	34.6	39,076	30.2	36,610	30.6	2,308,216	32.6		
		心臓病		360	66.7	77,477	60.7	74,350	63.3	4,224,628	60.3		
脳疾患		161	30.2	29,613	23.5	29,320	25.4	1,568,292	22.6				
がん		82	13.7	14,238	11.0	14,272	11.9	837,410	11.8				
筋・骨格 精神		324 216	59.5 39.2	67,887 48,712	53.1 38.1	65,213 44,457	55.5 37.9	3,748,372 2,569,149	53.4 36.8				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		252,828	947,597,481	303,361	202,389,376,142	288,366	186,555,887,417	290,668	1007424228889	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)		65,746		72,528		62,434		59,662				
	居宅サービス		48,159		44,391		40,752		41,272				
	施設サービス		287,065		291,231		287,007		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		8,433	8,988	8,534	8,610		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			認定なし		3,472	4,226	3,975	4,020					
4	① 国保の状況	被保険者数		2,503		440,282		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		1,178	47.1			200,162	45.1	11,129,271		40.5	
		40~64歳		810	32.4			142,060	32.0	9,088,015		33.1	
		39歳以下		515	20.6			101,156	22.8	7,271,596		26.5	
	加入率		23.5		24.3		22.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.4	139	0.3	126	0.3	8,237	0.3		
		診療所数		7	2.8	1,177	2.7	1,564	3.5	102,599	3.7		
		病床数		155	61.9	17,962	40.8	23,133	52.2	1,507,471	54.8		
		医師数		20	8.0	2,218	5.0	5,217	11.8	339,611	12.4		
		外来患者数		772.5		708.1		691.5		687.8			
入院患者数		14.5		22.2		17.6		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		333,491	県内49位 同規模123位	378,542		339,076		339,680	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	受診率		786.997		730.302		709.111		705.439				
	外 来	費用の割合		65.2		57.0		61.1			60.4		
		件数の割合		98.2		97.0		97.5			97.5		
	入 院	費用の割合		34.8		43.0		38.9			39.6		
		件数の割合		1.8		3.0		2.5			2.5		
1件あたり在院日数		16.4日		16.7日		15.6日		15.7日					

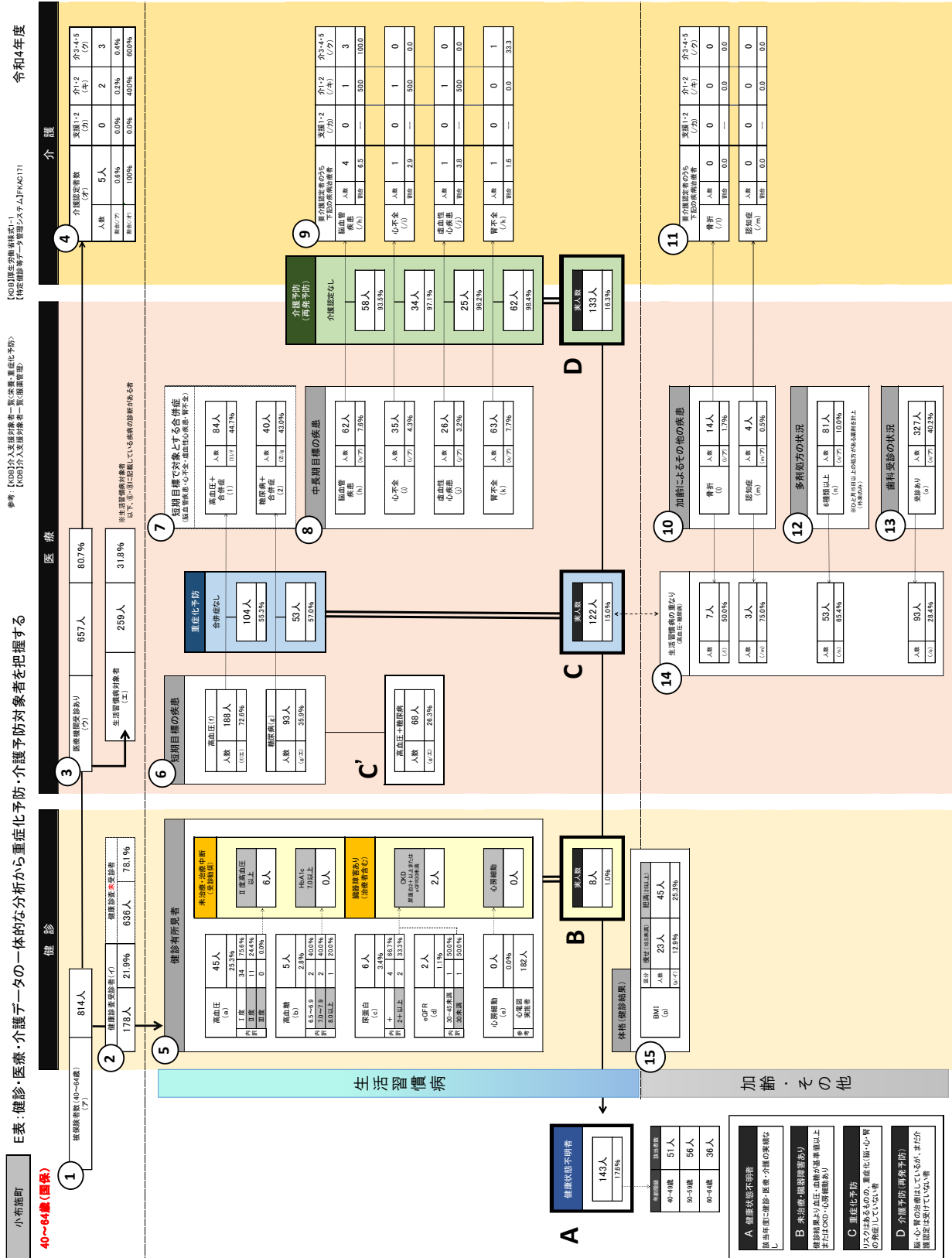
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた小布施町の位置

R04年度

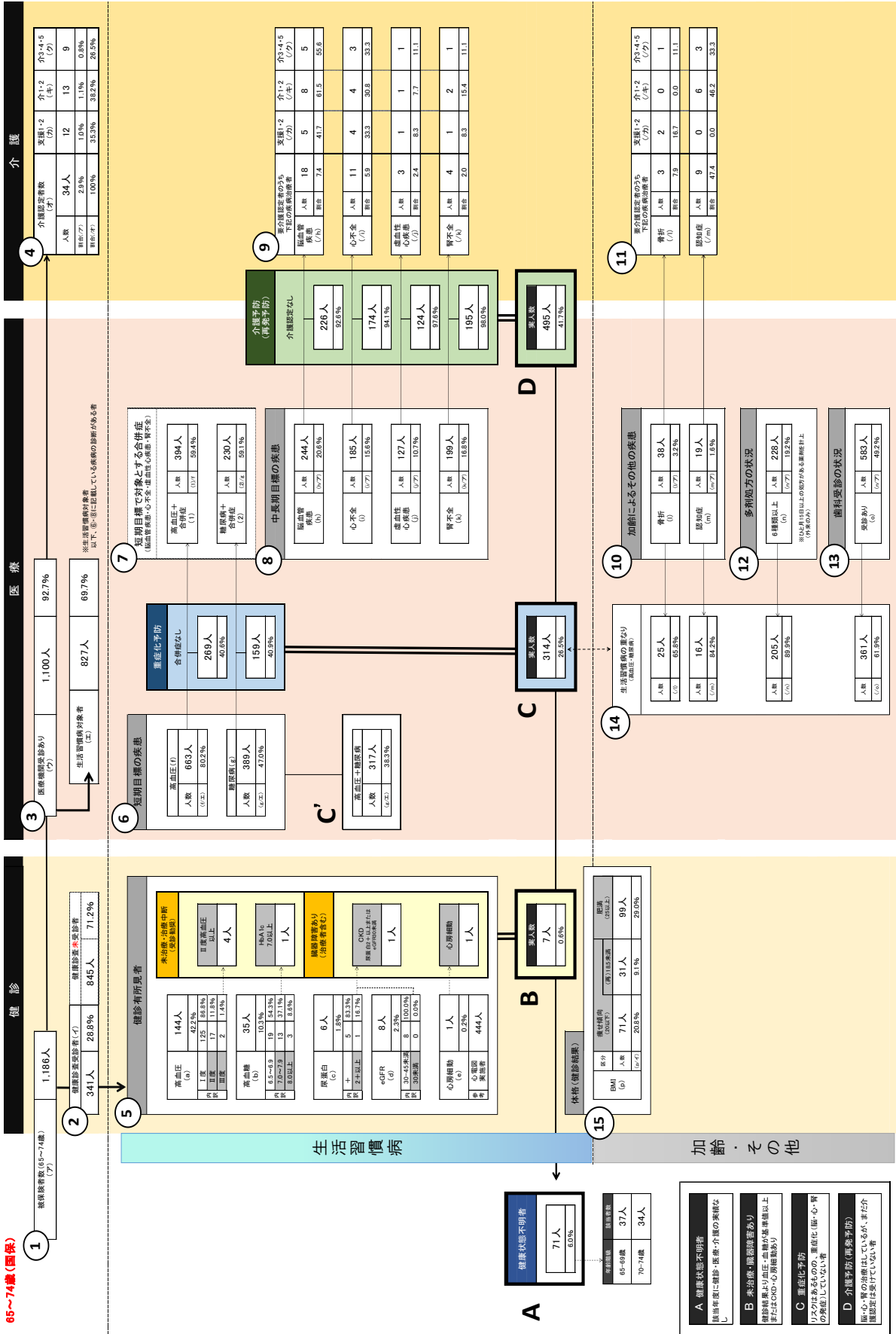
項目	小布施町		同規模平均		長野県		国		データ元 (CSV)								
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合									
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合	がん	163,013,340	35.2	32.0	30.8	32.2		KDB NO.3							
⑤	最大医療資源傷病名 (割合含む)	慢性腎不全(透析あり)	36,680,160	7.9	7.8	8.1	8.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題									
		糖尿病	50,250,210	10.9	11.2	10.7	10.4										
高血圧症		32,791,940	7.1	6.6	6.1	5.9											
脂質異常症		29,435,030	6.4	3.8	4.0	4.1											
脳梗塞・脳出血		17,293,330	3.7	3.9	4.0	3.9											
狭心症・心筋梗塞		13,590,110	2.9	2.5	2.3	2.8											
精神		48,930,350	10.6	15.1	15.8	14.7											
筋・骨格		68,214,960	14.7	16.1	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	149	0.1	363		0.2	296	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)					
				糖尿病	1,059	0.9	1,550		1.0	1,102	0.8						
	脂質異常症			--	--	73	0.0	72	0.1								
	脳梗塞・脳出血			6,217	5.4	6,817	4.2	6,367	4.8								
	虚血性心疾患			4,096	3.5	4,157	2.6	3,421	2.6								
	一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	腎不全	5,800	5.0	5,219	3.2	3,574	2.7								
			高血圧症	12,952	6.0	13,015	6.0	10,819	5.2								
			糖尿病	19,591	9.0	21,723	10.1	18,772	9.1								
			脂質異常症	11,760	5.4	7,634	3.5	7,200	3.5								
			脳梗塞・脳出血	692	0.3	951	0.4	847	0.4								
⑥	健診の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	1,284		2,885		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	14,050		13,033		12,517									
生活習慣病対象者一人当たり		健診受診者	3,236		8,199		7,685										
		健診未受診者	35,414		37,038		36,574										
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	414	55.5	85,001	58.4	79,724	54.3	KDB NO.1 地域全体像の把握								
		医療機関受診率	388	52.0	76,266	52.4	71,775	48.9									
		医療機関非受診率	26	3.5	8,735	6.0	7,949	5.4									
⑤	特定健診の状況	県内市町村数 79市町村 同規模市区町村数 152市町村	健診受診者	746		145,440		146,749		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握							
			受診率	40.9	県内71位 同規模108位	45.1	47.4	全国2位	37.6								
			特定保健指導終了者(実施率)	38	54.2	7604	44.9	8,489	53.5		203,239	24.9					
			⑤	メタボ	非肥満高血糖	81	10.9	15,946	11.0		13,026	8.9	620,953	9.0			
					該当者	男性	140	18.8	31,120		21.4	27,724	18.9	1,394,769	20.3		
						女性	95	31.8	21,723		32.1	19,815	29.1	974,828	32.0		
					予備群	男性	45	10.1	9,397		12.1	7,909	10.1	419,941	11.0		
						女性	88	11.8	16,346		11.2	15,532	10.6	772,619	11.2		
					男性	60	20.1	11,501	17.0		11,374	16.7	545,330	17.9			
			⑥	BMI	女性	28	6.3	4,845	6.2		4,158	5.3	227,289	5.9			
					総数	241	32.3	51,793	35.6		48,304	32.9	2,402,902	35.0			
			⑥	生活習慣の状況	同規模市区町村数 152市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	男性	164		54.8	36,271	53.6	34,855	51.2	1,683,473	55.3
							女性	77	17.2		15,522	20.0	13,449	17.1	719,429	18.8	
						BMI	総数	42	5.6		8,026	5.5	6,627	4.5	323,057	4.7	
							男性	7	2.3		1,315	1.9	1,160	1.7	51,841	1.7	
						女性	35	7.8	6,711		8.6	5,467	7.0	271,216	7.1		
						血糖のみ	3	0.4	976		0.7	891	0.6	43,987	0.6		
						血圧のみ	64	8.6	11,951		8.2	10,317	7.0	544,518	7.9		
						脂質のみ	21	2.8	3,419		2.4	4,324	2.9	184,114	2.7		
血糖・血圧	17	2.3				5,228	3.6	3,801	2.6	205,065	3.0						
血糖・脂質	7	0.9				1,508	1.0	1,521	1.0	70,937	1.0						
血圧・脂質	64	8.6				13,923	9.6	13,570	9.2	664,878	9.7						
血糖・血圧・脂質	52	7.0				10,461	7.2	8,832	6.0	453,889	6.6						
⑥	問診の状況	服薬				高血圧	306	41.0	57,362	39.5	51,273	34.9	2,447,146	35.6			
						糖尿病	73	9.8	14,635	10.1	12,794	8.7	594,927	8.7			
						脂質異常症	247	33.1	40,884	28.1	41,264	28.1	1,914,847	27.9			
⑥	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)				19	3.7	4,336	3.1	4,346	3.1	208,635	3.1				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)				29	5.7	8,271	6.0	7,600	5.5	367,822	5.5				
		腎不全				4	0.8	1,266	0.9	1,043	0.8	54,302	0.8				
		貧血				68	13.3	12,313	8.9	12,820	9.3	706,680	10.7				
⑥	生活習慣の状況	同規模市区町村数 152市町村	喫煙	66	8.8	20,089	13.8	19,063	13.0	948,575	13.8						
			週3回以上朝食を抜く	28	5.5	10,982	8.0	10,544	8.1	648,865	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～)	81	15.9	21,312	15.5	19,852	15.3	985,252	15.8						
			週3回以上就寝前夕食	81	15.9	21,312	15.5	19,852	15.3	985,252	15.8						
			食べる速度が速い	125	24.4	35,985	26.2	32,336	24.9	1,672,168	26.8						
			20歳時体重から10kg以上増加	171	33.3	47,947	34.9	41,728	32.0	2,191,006	35.0						
			1回30分以上運動習慣なし	350	68.5	89,088	64.7	84,450	64.9	3,777,161	60.4						
			1日1時間以上運動なし	256	50.3	67,154	48.8	58,822	45.2	3,004,820	48.0						
			睡眠不足	108	21.2	33,698	24.5	32,148	24.8	1,599,841	25.6						
			毎日飲酒	121	23.6	36,019	25.8	35,042	25.4	1,671,521	25.5						
			時々飲酒	114	22.3	29,419	21.0	32,825	23.8	1,475,568	22.5						
			⑥	一日飲酒量	1合未満	223	68.8	53,699	60.4	41,591	54.6	2,997,543	64.1				
					1～2合	70	21.6	23,461	26.4	23,551	30.9	1,110,800	23.7				
2～3合	30	9.3			9,159	10.3	8,605	11.3	438,425	9.4							
3合以上	1	0.3			2,579	2.9	2,410	3.2	130,129	2.8							

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



E表：健診・医療・介護予防対象者の一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



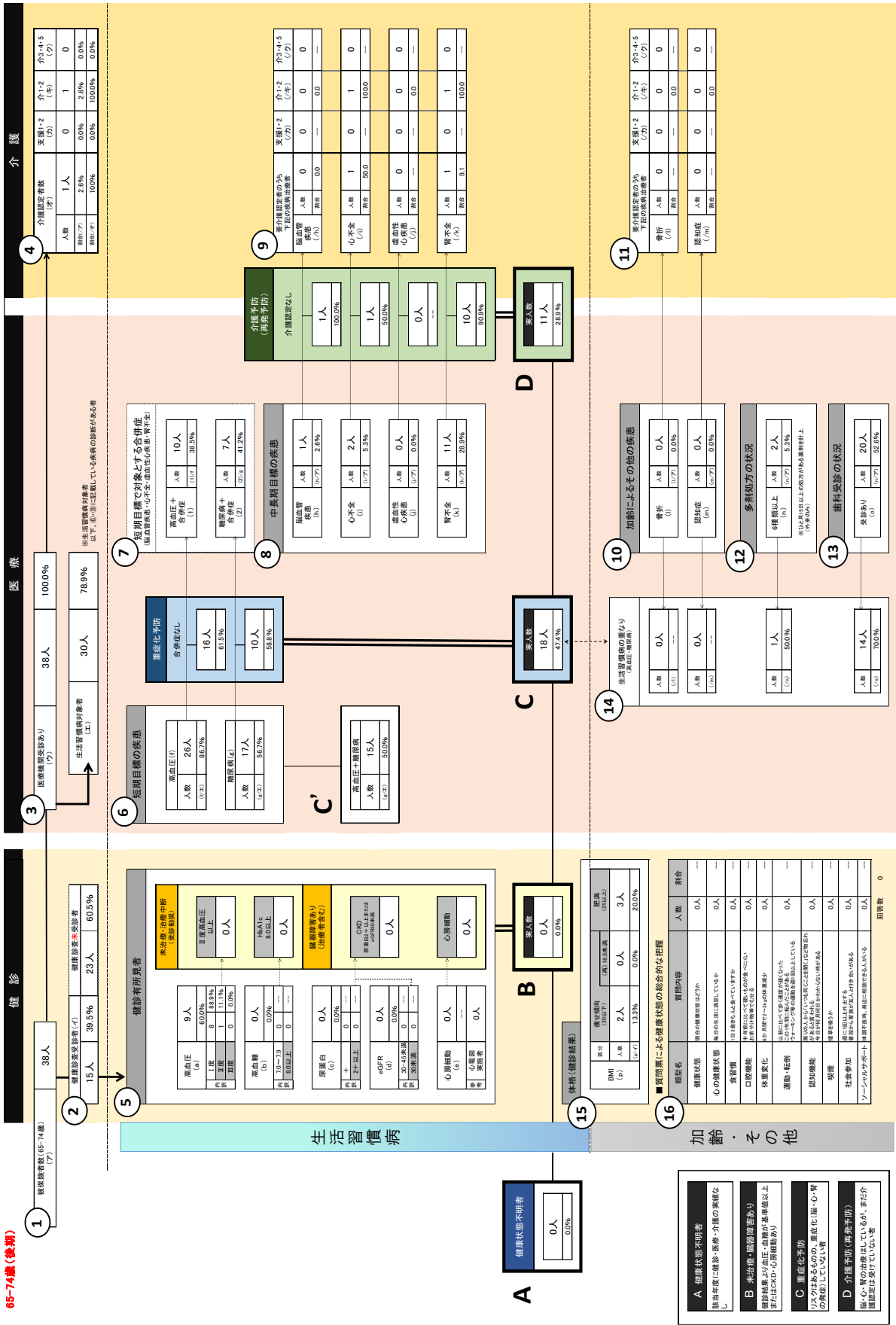
④ 65～74 歳(後期)

令和4年度

【OD】厚生労働省 保健方式-1
【特定高齢者】一列管理システム(JF64C17)

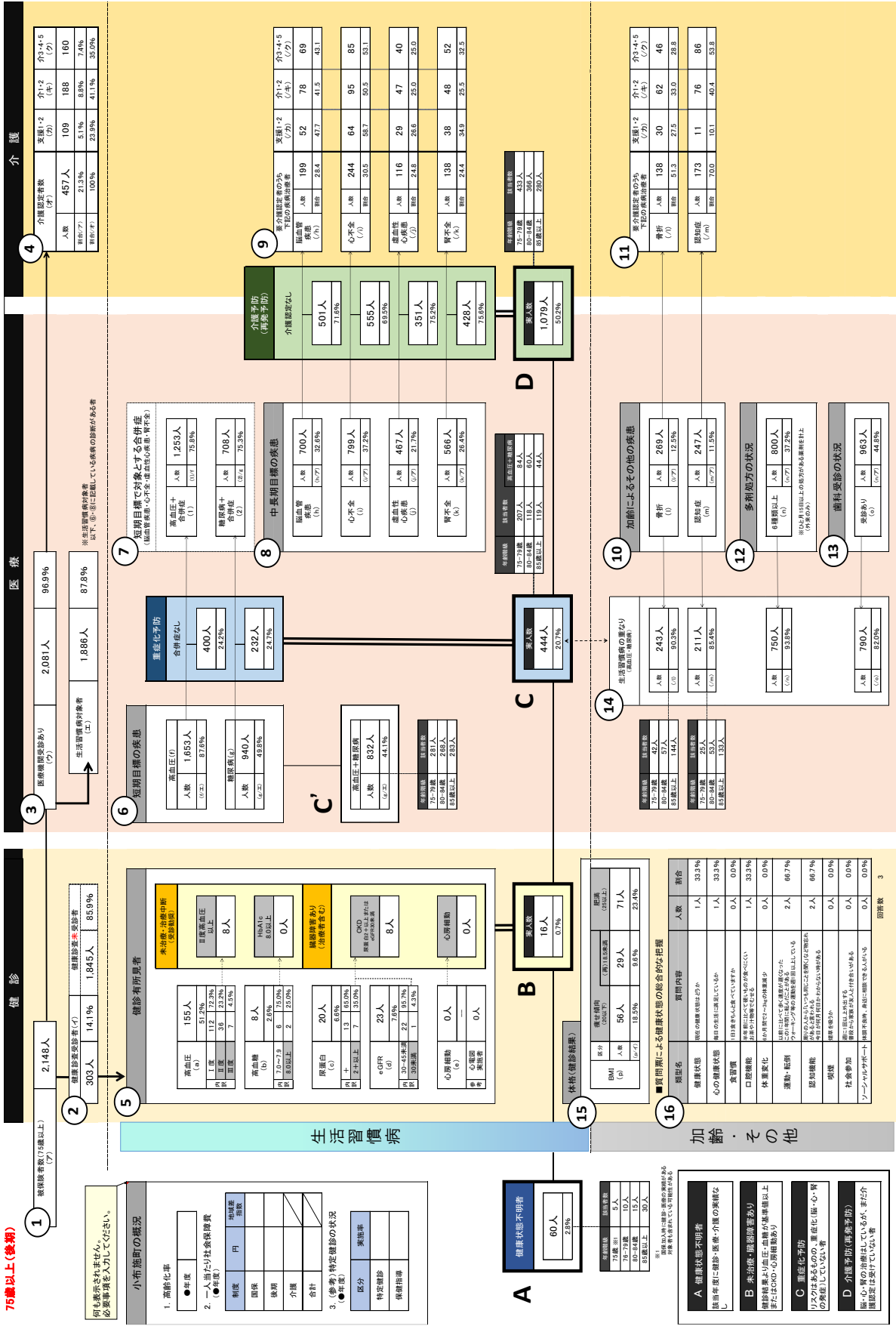
参考：【OD】介入生活防衛者-1
【特定高齢者】一列管理システム(JF64C17)
【OD】後援者等の医療(健康)・介護各状況

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



5 75歳以上(後期)

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



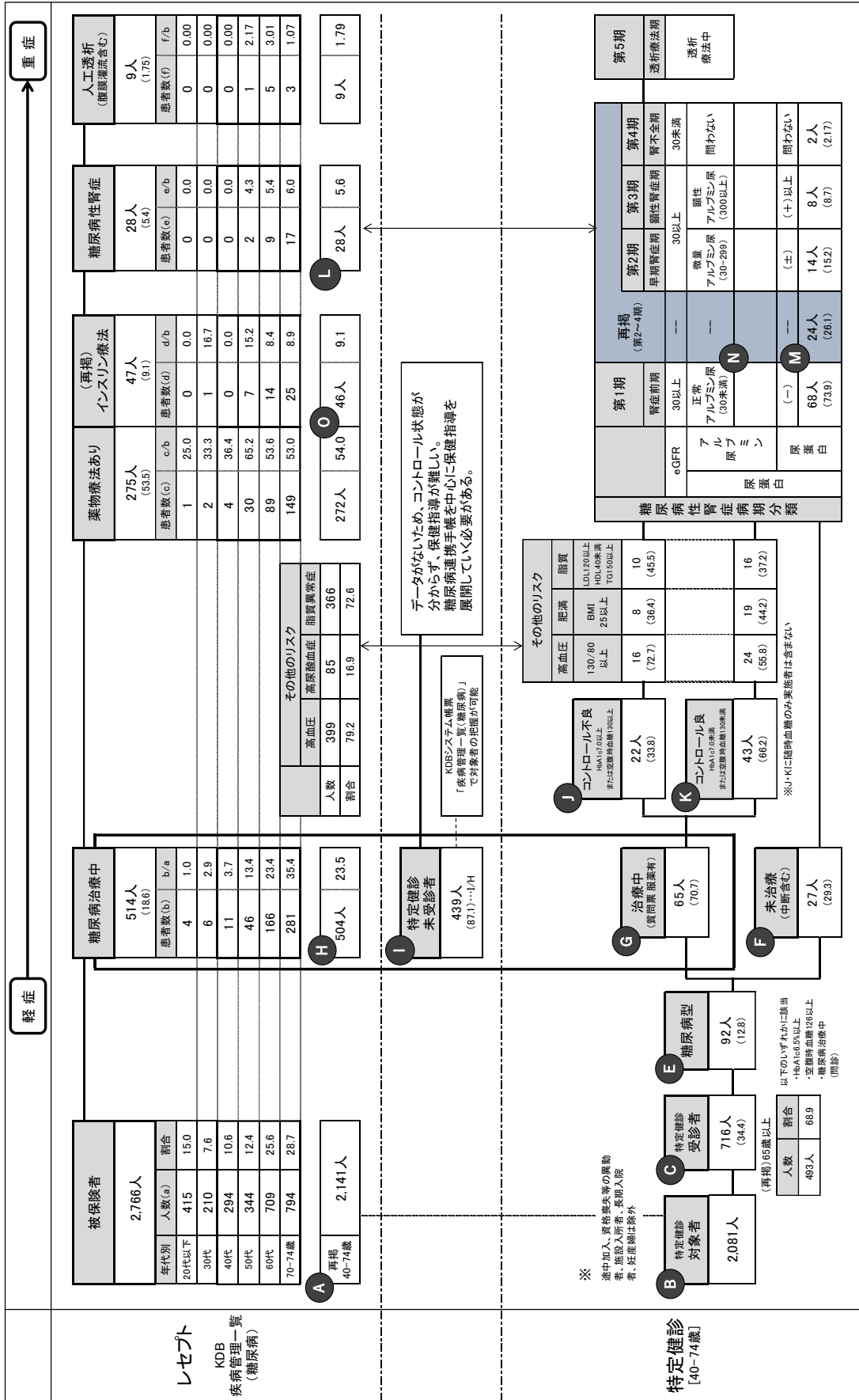
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	小布施町										同規模保険者(平均)		データ基													
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度															
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合														
1	① 被保険者数	A	2,870人		2,803人		2,742人		2,712人		2,620人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2														
			(再掲)40-74歳		2,292人		2,240人		2,185人		2,153人			2,094人													
2	① 特定健診 ② 対象者数 ③ 受診者数 ④ 受診率	B	2,050人		2,032人		1,987人		1,936人		1,820人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書														
			928人		928人		779人		833人		770人																
			45.3%		45.7%		39.2%		43.0%		40.5%																
3	① 特定 保健指導 ② 対象者数 ③ 実施率	C	78人		86人		77人		94人		68人		特定健診結果														
			58.8%		60.5%		63.6%		55.3%		51.5%																
4	① 健診 データ ② 糖尿病型 ③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし) ④ 治療中(質問票 服薬あり) ⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上 ⑥ 血圧 130/80以上 ⑦ 肥満 BMI25以上 ⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満 ⑨ 第1期 尿蛋白(-) ⑩ 第2期 尿蛋白(±) ⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上 ⑫ 第4期 eGFR30未満	E	107人		115.5%		120人		12.9%		83人		10.7%		109人		13.1%		96人		13.0%		特定健診結果				
			21人		19.6%		24人		20.0%		24人		28.9%		34人		31.2%		26人		27.1%						
			86人		80.4%		96人		80.0%		59人		71.1%		75人		68.8%		70人		72.9%						
			29人		33.7%		27人		28.1%		17人		28.8%		23人		30.7%		22人		31.4%						
			20人		69.0%		21人		77.8%		13人		76.5%		19人		82.6%		16人		72.7%						
			11人		37.9%		12人		44.4%		9人		52.9%		8人		34.8%		8人		36.4%						
			57人		66.3%		69人		71.9%		42人		71.2%		52人		69.3%		48人		68.6%						
			77人		72.0%		91人		75.8%		72人		86.7%		80人		73.4%		72人		75.0%						
			21人		19.6%		16人		13.3%		5人		6.0%		17人		15.6%		14人		14.6%						
			9人		8.4%		12人		10.0%		5人		6.0%		11人		10.1%		8人		8.3%						
			0人		0.0%		1人		0.8%		1人		1.2%		1人		0.9%		2人		2.1%						
5	① 糖尿病受療率(被保険者対) ② (再掲)40-74歳(被保険者対) ③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被療者対 ④ 入院外(件数) ⑤ 入院(件数) ⑥ 糖尿病治療中 ⑦ (再掲)40-74歳 ⑧ 健診未受診者 ⑨ インスリン治療 ⑩ (再掲)40-74歳 ⑪ 糖尿病性腎症 ⑫ (再掲)40-74歳 ⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合) ⑭ (再掲)40-74歳 ⑮ 新規透析患者数 ⑯ (再掲)糖尿病性腎症 ⑰ 【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)	H	128.9人		128.8人		125.5人		135.3人		144.7人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2														
			160.1人		160.7人		157.4人		169.1人		179.6人																
			2,132件		(980.2)		2,142件		(957.1)		2,083件		(967.0)		2,114件		(1011.0)		2,073件		(1042.8)		334,283件		(942.0)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
			3件		(1.4)		7件		(3.1)		2件		(0.9)		3件		(1.4)		6件		(3.0)		1,709件		(4.8)		
			370人		12.9%		361人		12.9%		344人		12.5%		367人		13.5%		379人		14.5%						
			367人		16.0%		360人		16.1%		344人		15.7%		364人		16.9%		376人		18.0%						
			281人		76.6%		274人		76.1%		285人		82.8%		289人		79.4%		306人		81.4%						
			35人		9.5%		38人		10.5%		31人		9.0%		34人		9.3%		33人		8.7%						
			35人		9.5%		38人		10.6%		31人		9.0%		34人		9.3%		33人		8.8%						
			23人		6.2%		23人		6.4%		20人		5.8%		21人		5.7%		20人		5.3%						
			23人		6.3%		23人		6.4%		20人		5.8%		21人		5.8%		20人		5.3%						
			4人		1.1%		5人		1.4%		8人		2.3%		7人		1.9%		8人		2.1%						
			4人		1.1%		5人		1.4%		8人		2.3%		7人		1.9%		8人		2.1%						
			2		50.0%		2		40.0%		2		25.0%		2		28.9%		1		12.5%						
			2		100.0%		2		100.0%		1		50.0%		1		50.0%		0		0.0%						
			4人		0.8%		4人		0.7%		4人		0.7%		6人		1.1%		4人		0.6%						
6	① 総医療費 ② 生活習慣病総医療費 ③ (総医療費に占める割合) ④ 生活習慣病 対象者 (一人あたり) ⑤ 健診受診者 ⑥ 健診未受診者 ⑦ 糖尿病医療費 ⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合) ⑨ 糖尿病入院外総医療費 ⑩ 1件あたり ⑪ 糖尿病入院総医療費 ⑫ 1件あたり ⑬ 在院日数 ⑭ 慢性腎不全医療費 ⑮ 透析有り ⑯ 透析なし	8億0684万円		8億4198万円		7億9174万円		8億3794万円		8億3473万円		10億9648万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題													
		4億6514万円		4億9084万円		4億6026万円		4億6166万円		4億6252万円		5億9067万円															
		57.6%		58.3%		58.1%		55.1%		55.4%		53.9%															
		3,251円		4,164円		3,922円		3,583円		3,236円		8,199円															
		28,257円		29,880円		29,771円		31,278円		35,414円		37,038円															
		4945万円		4928万円		4671万円		4667万円		5025万円		6602万円															
		10.6%		10.0%		10.1%		10.1%		10.9%		11.2%															
		1億3447万円		1億5097万円		1億4390万円		1億5659万円		1億6601万円																	
		27,504円		31,244円		29,897円		31,763円		34,571円																	
		5737万円		6936万円		7210万円		6121万円		6382万円																	
		526,356円		737,835円		638,061円		582,906円		717,033円																	
		14日		17日		17日		17日		15日																	
		3772万円		5641万円		4869万円		4021万円		3793万円		4999万円															
		3027万円		5327万円		4808万円		3948万円		3668万円		4634万円															
		744万円		313万円		61万円		72万円		125万円		364万円															
7	① 介護 ② 介護給付費 (2号認定者)糖尿病合併症	7億7735万円		8億3383万円		9億0148万円		9億3031万円		9億4760万円		13億3151万円		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題													
		2件		40.0%		2件		28.6%		2件		28.6%			2件		40.0%										
8	① 死亡	1人		0.7%		1人		0.7%		0人		0.0%		0人		0.0%		2人		1.7%		582人		1.1%			

考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

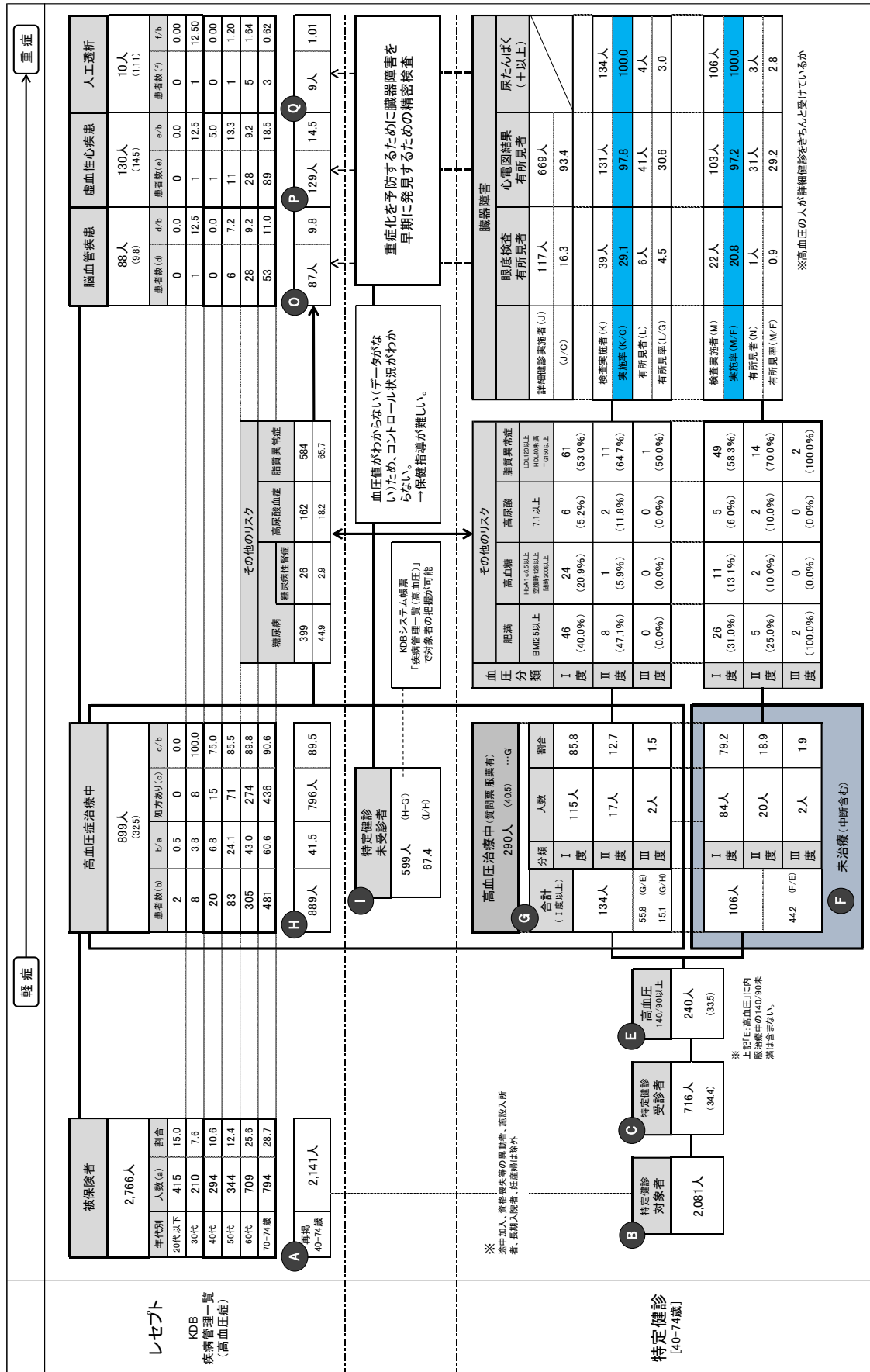


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KOB概要 介入支援対象者一覧(対象:重症化予防)」から集計

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

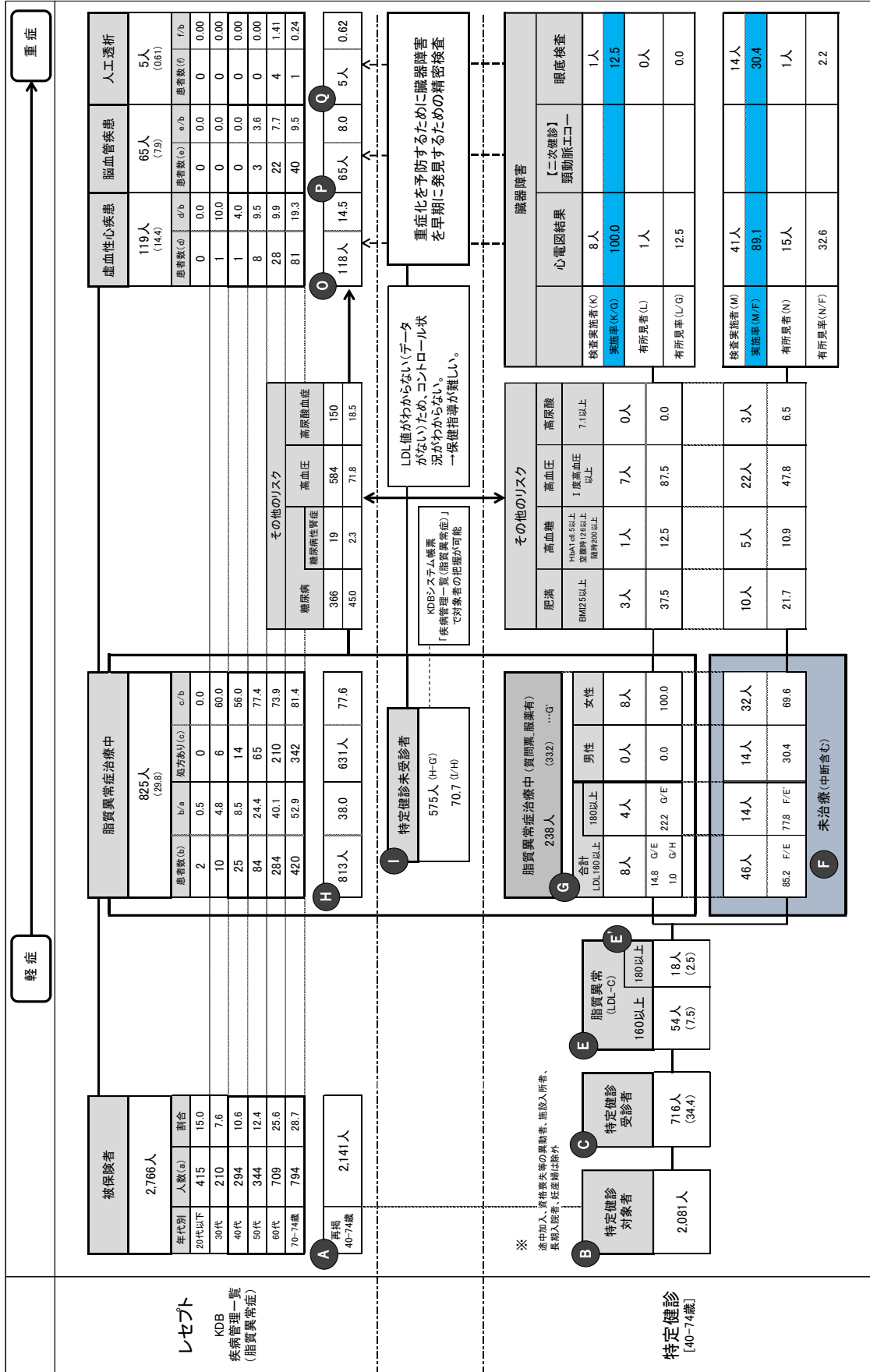
令和04年度



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

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲									
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標			糖尿病							合併症の危険が更に大きくなる					
					5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9						8.0以上		7.4以上		8.4以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A								
H29	958	368	38.4%	388	40.5%	131	13.7%	41	4.3%	23	2.4%	7	0.7%	20	2.1%	5	0.5%							
H30	922	391	42.4%	351	38.1%	125	13.6%	23	2.5%	22	2.4%	10	1.1%	20	2.2%	4	0.4%							
R01	911	409	44.9%	316	34.7%	125	13.7%	29	3.2%	20	2.2%	12	1.3%	20	2.2%	6	0.7%							
R02	781	297	38.0%	306	39.2%	132	16.9%	29	3.7%	14	1.8%	3	0.4%	8	1.0%	1	0.1%							
R03	829	325	39.2%	332	40.0%	116	14.0%	34	4.1%	17	2.1%	5	0.6%	6	0.7%	4	0.5%							
R04	713	278	39.0%	274	38.4%	104	14.6%	28	3.9%	22	3.1%	7	1.0%	17	2.4%	5	0.7%							

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	958	368	388	131	71	25	46	7.4%	3.1%	7.4%
					30	6	24	3.1%	20.0%	80.0%
					55	16	39	6.0%	29.1%	70.9%
H30	922	391	351	125	32	5	27	3.5%	15.6%	84.4%
					61	22	39	6.7%	36.1%	63.9%
					46	22	24	5.9%	47.8%	52.2%
R01	911	409	316	125	17	6	11	2.2%	35.3%	64.7%
					61	22	39	6.7%	36.1%	63.9%
					56	24	32	6.8%	42.9%	57.1%
R02	781	297	306	132	22	5	17	2.7%	22.7%	77.3%
					61	22	39	6.7%	36.1%	63.9%
					46	22	24	5.9%	47.8%	52.2%
R03	829	325	332	116	29	11	18	4.1%	37.9%	62.1%
					57	22	35	8.0%	38.6%	61.4%
					56	24	32	6.8%	42.9%	57.1%
R04	713	278	274	104	29	11	18	4.1%	37.9%	62.1%
					57	22	35	8.0%	38.6%	61.4%
					56	24	32	6.8%	42.9%	57.1%

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		合併症予防のための目標			糖尿病							合併症の危険が更に大きくなる					
					5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9						8.0以上		7.4以上		8.4以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A								
治療中	H29	90	9.4%	3	3.3%	19	21.1%	22	24.4%	17	18.9%	7	7.8%	16	17.8%	5	5.6%							
	H30	88	9.5%	4	4.5%	16	18.2%	29	33.0%	12	13.6%	21	23.9%	6	6.8%	16	18.2%							
	R01	92	10.1%	9	9.8%	15	16.3%	29	31.5%	14	15.2%	14	15.2%	11	12.0%	17	18.5%							
	R02	58	7.4%	1	1.7%	12	20.7%	21	36.2%	13	22.4%	8	13.8%	3	5.2%	7	12.1%							
	R03	73	8.8%	3	4.1%	17	23.3%	21	28.8%	15	20.5%	12	16.4%	5	6.8%	6	8.2%							
	R04	65	9.1%	5	7.7%	10	15.4%	15	23.1%	17	26.2%	12	18.5%	6	9.2%	13	20.0%							
治療なし	H29	868	90.6%	365	42.1%	369	42.5%	109	12.6%	19	2.2%	6	0.7%	0	0.0%	4	0.5%							
	H30	834	90.5%	387	46.4%	335	40.2%	96	11.5%	11	1.3%	1	0.1%	4	0.5%	2	0.2%							
	R01	819	89.9%	400	48.8%	301	36.8%	96	11.7%	15	1.8%	6	0.7%	1	0.1%	3	0.4%							
	R02	723	92.6%	296	40.9%	294	40.7%	111	15.4%	16	2.2%	6	0.8%	0	0.0%	1	0.1%							
	R03	756	91.2%	322	42.6%	315	41.7%	95	12.6%	19	2.5%	5	0.7%	0	0.0%	0	0.0%							
	R04	648	90.9%	273	42.1%	264	40.7%	89	13.7%	11	1.7%	10	1.5%	1	0.2%	4	0.6%							

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	969	232	23.9%	172	17.8%	273	28.2%	242	25.0%	44	4.5%	6	0.6%
H30	929	203	21.9%	148	15.9%	285	30.7%	233	25.1%	52	5.6%	8	0.9%
R01	916	213	23.3%	159	17.4%	258	28.2%	237	25.9%	42	4.6%	7	0.8%
R02	782	161	20.6%	119	15.2%	237	30.3%	215	27.5%	46	5.9%	4	0.5%
R03	832	169	20.3%	126	15.1%	251	30.2%	226	27.2%	50	6.0%	10	1.2%
R04	715	147	20.6%	117	16.4%	211	29.5%	199	27.8%	37	5.2%	4	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)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	969	404 41.7%	273 28.2%	242 25.0%	50	23	27						
					5.2%	46.0%	54.0%	5.2%					
H30	929	351 37.8%	285 30.7%	233 25.1%	60	23	37						
					6.5%	38.3%	61.7%	6.5%					
R01	916	372 40.6%	258 28.2%	237 25.9%	49	26	23						
					5.3%	53.1%	46.9%	5.3%					
R02	782	280 35.8%	237 30.3%	215 27.5%	50	20	30						
					6.4%	40.0%	60.0%	6.4%					
R03	832	295 35.5%	251 30.2%	226 27.2%	60	34	26						
					7.2%	56.7%	43.3%	7.2%					
R04	715	264 36.9%	211 29.5%	199 27.8%	41	22	19						
					5.7%	53.7%	46.3%	5.7%					

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	416	42.9%	45	10.8%	57	13.7%	137	32.9%	150	36.1%	23	5.5%	4	1.0%
	H30	392	42.2%	43	11.0%	44	11.2%	126	32.1%	142	36.2%	31	7.9%	6	1.5%
	R01	387	42.2%	35	9.0%	62	16.0%	117	30.2%	150	38.8%	19	4.9%	4	1.0%
	R02	320	40.9%	24	7.5%	39	12.2%	108	33.8%	119	37.2%	29	9.1%	1	0.3%
	R03	348	41.8%	35	10.1%	40	11.5%	118	33.9%	129	37.1%	23	6.6%	3	0.9%
	R04	290	40.6%	24	8.3%	44	15.2%	88	30.3%	115	39.7%	17	5.9%	2	0.7%
治療なし	H29	553	57.1%	187	33.8%	115	20.8%	136	24.6%	92	16.6%	21	3.8%	2	0.4%
	H30	537	57.8%	160	29.8%	104	19.4%	159	29.6%	91	16.9%	21	3.9%	2	0.4%
	R01	529	57.8%	178	33.6%	97	18.3%	141	26.7%	87	16.4%	23	4.3%	3	0.6%
	R02	462	59.1%	137	29.7%	80	17.3%	129	27.9%	96	20.8%	17	3.7%	3	0.6%
	R03	484	58.2%	134	27.7%	86	17.8%	133	27.5%	97	20.0%	27	5.6%	7	1.4%
	R04	425	59.4%	123	28.9%	73	17.2%	123	28.9%	84	19.8%	20	4.7%	2	0.5%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	969	539	55.6%	237	24.5%	114	11.8%	56	5.8%	23	2.4%
	H30	931	510	54.8%	203	21.8%	143	15.4%	48	5.2%	27	2.9%
	R01	916	467	51.0%	208	22.7%	159	17.4%	56	6.1%	26	2.8%
	R02	782	380	48.6%	193	24.7%	135	17.3%	54	6.9%	20	2.6%
	R03	832	418	50.2%	196	23.6%	136	16.3%	55	6.6%	27	3.2%
男性	H29	407	240	59.0%	91	22.4%	50	12.3%	18	4.4%	8	2.0%
	H30	392	239	61.0%	73	18.6%	60	15.3%	13	3.3%	7	1.8%
	R01	381	213	55.9%	79	20.7%	65	17.1%	19	5.0%	5	1.3%
	R02	327	182	55.7%	68	20.8%	55	16.8%	17	5.2%	5	1.5%
	R03	360	194	53.9%	77	21.4%	62	17.2%	19	5.3%	8	2.2%
女性	H29	562	299	53.2%	146	26.0%	64	11.4%	38	6.8%	15	2.7%
	H30	539	271	50.3%	130	24.1%	83	15.4%	35	6.5%	20	3.7%
	R01	535	254	47.5%	129	24.1%	94	17.6%	37	6.9%	21	3.9%
	R02	455	198	43.5%	125	27.5%	80	17.6%	37	8.1%	15	3.3%
	R03	472	224	47.5%	119	25.2%	74	15.7%	36	7.6%	19	4.0%
R04	426	225	52.8%	102	23.9%	59	13.8%	27	6.3%	13	3.1%	

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	969	539 55.6%	237 24.5%	114 11.8%	79 8.2%	66 83.5%	13 16.5%	2.4%	8.2%
H30	931	510 54.8%	203 21.8%	143 15.4%	75 8.1%	60 80.0%	15 20.0%	2.9%	8.1%
R01	916	467 51.0%	208 22.7%	159 17.4%	82 9.0%	70 85.4%	12 14.6%	2.8%	9.0%
R02	782	380 48.6%	193 24.7%	135 17.3%	74 9.5%	65 87.8%	9 12.2%	2.6%	9.5%
R03	832	418 50.2%	196 23.6%	136 16.3%	82 9.9%	76 92.7%	6 7.3%	3.2%	9.9%
R04	716	381 53.2%	183 25.6%	98 13.7%	54 7.5%	46 85.2%	8 14.8%	2.5%	7.5%

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	280	28.9%	198	70.7%	55	19.6%	14	5.0%	10	3.6%	3	1.1%
	H30	287	30.8%	193	67.2%	56	19.5%	23	8.0%	9	3.1%	6	2.1%
	R01	278	30.3%	187	67.3%	55	19.8%	24	8.6%	10	3.6%	2	0.7%
	R02	241	30.8%	155	64.3%	47	19.5%	30	12.4%	7	2.9%	2	0.8%
	R03	258	31.0%	170	65.9%	59	22.9%	23	8.9%	2	0.8%	4	1.6%
R04	239	33.4%	163	68.2%	47	19.7%	21	8.8%	4	1.7%	4	1.7%	
治療なし	H29	689	71.1%	341	49.5%	182	26.4%	100	14.5%	46	6.7%	20	2.9%
	H30	644	69.2%	317	49.2%	147	22.8%	120	18.6%	39	6.1%	21	3.3%
	R01	638	69.7%	280	43.9%	153	24.0%	135	21.2%	46	7.2%	24	3.8%
	R02	541	69.2%	225	41.6%	146	27.0%	105	19.4%	47	8.7%	18	3.3%
	R03	574	69.0%	248	43.2%	137	23.9%	113	19.7%	53	9.2%	23	4.0%
R04	477	66.6%	218	45.7%	136	28.5%	77	16.1%	32	6.7%	14	2.9%	

特定健診・特定保健指導

項目	性別	区分	自 国 圏	県	⑩ 喫煙の状況																															
					40代 自 国 圏	50代 自 国 圏	60代 自 国 圏	70代 自 国 圏	40代 県	50代 県	60代 県	70代 県	40代 自 国 圏	50代 自 国 圏	60代 自 国 圏	70代 自 国 圏	40代 県	50代 県	60代 県	70代 県																
⑩	喫煙の状況	総数	自 国 圏	76	8.4	79	8.7	70	9.1	70	8.6	66	8.8	4,426	11.4	4,225	11.2	3,745	10.9	3,679	10.7	3,654	10.8	18,504	12.0	17,539	11.8	14,465	11.1	15,686	11.4	15,594	11.5			
			男性	自 国 圏	63	16.4	67	17.5	59	18.6	60	17.2	55	18.4	3,484	21.2	3,335	20.8	2,952	20.2	2,920	19.9	2,867	19.9	14,904	21.9	14,172	21.5	11,711	20.2	12,620	20.6	12,450	20.6		
				年代別割合	自 国 圏	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代
			女性	自 国 圏	13	2.5	12	2.3	11	2.5	10	2.2	11	2.5	942	4.2	890	4.1	793	4.0	759	3.8	759	3.8	3,600	4.2	3,367	4.1	2,754	3.8	3,066	4.0	3,144	4.2		
年代別割合	自 国 圏	40代		50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
⑪	飲酒の状況	総数	自 国 圏	156	24.0	153	24.8	123	24.0	144	25.8	121	23.6	8,360	22.9	8,242	23.3	7,479	23.5	7,382	23.0	7,292	23.1	34,052	23.9	32,791	23.9	29,012	24.0	30,846	24.0	30,416	24.1			
			男性	自 国 圏	125	47.7	113	48.1	90	48.4	109	50.0	90	50.0	6,573	42.7	6,432	43.1	5,749	42.7	5,676	41.8	5,513	41.2	26,804	42.8	25,532	42.3	22,500	42.4	23,742	41.9	23,116	41.2		
				年代別割合	自 国 圏	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代
			女性	自 国 圏	31	8.0	40	10.5	33	10.1	35	10.2	31	9.3	1,787	8.5	1,810	8.9	1,730	9.4	1,706	9.2	1,779	9.8	7,248	9.0	7,259	9.4	6,512	9.6	7,104	9.9	7,300	10.4		
年代別割合	自 国 圏	40代		50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
⑫	3合以上飲酒	総数	自 国 圏	4	1.0	2	0.5	4	1.4	4	1.1	1	0.3	398	2.2	386	2.2	297	1.9	326	2.0	331	2.1	2,239	2.9	2,200	2.9	1,560	2.4	1,946	2.8	2,041	3.0			
			男性	自 国 圏	3	1.4	2	1.1	3	2.0	4	2.2	1	0.7	343	3.1	335	3.1	260	2.8	276	3.0	264	2.9	1,952	4.3	1,907	4.4	1,365	3.6	1,675	4.2	1,737	4.4		
				年代別割合	自 国 圏	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代
			女性	自 国 圏	1	0.6	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	55	0.7	51	0.7	37	0.6	50	0.8	50	0.8	287	0.9	293	0.9	195	0.7	271	0.9	304	1.1		
年代別割合	自 国 圏	40代		50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
⑬	特定保健指導 実施率	総数	自 国 圏	50	58.8	52	60.5	49	63.6	52	55.3	35	51.5	1,925	48.0	1,931	51.5	1,870	54.0	1,886	52.2	1,846	57.1	9,572	58.0	9,333	60.2	8,299	60.8	8,701	59.2	8,278	61.0			
			男性	自 国 圏	27	52.9	30	54.5	25	58.1	30	51.7	25	54.3	1,229	45.6	1,246	49.1	1,185	51.6	1,183	49.5	1,185	54.8	6,289	55.7	6,128	58.0	5,364	58.0	5,671	56.9	5,441	58.6		
				年代別割合	自 国 圏	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54
			女性	自 国 圏	23	67.6	22	71.0	24	70.6	22	61.1	10	45.5	696	53.2	685	56.4	685	58.6	703	57.6	703	66.1	3,283	63.1	3,205	65.1	2,935	66.8	3,030	64.2	2,837	66.1		
年代別割合	自 国 圏	40-44		45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59		
⑭	特定保健指導 対象者の減少率	総数	自 国 圏	12 / 78	15.4	13 / 78	16.7	7 / 83	8.4	15 / 72	20.8	16 / 87	18.4	702 / 3680	19.1	714 / 3629	19.7	519 / 3483	14.9	576 / 3188	18.1	656 / 3189	20.6	2845 / 15316	18.6	2901 / 15063	19.3	2167 / 14455	15.0	2384 / 12479	19.1	2582 / 13106	19.7			
			男性	自 国 圏	7 / 51	13.7	9 / 46	19.6	2 / 54	3.7	7 / 39	17.9	8 / 56	14.3	437 / 2501	17.5	455 / 2440	18.6	328 / 2350	14.0	333 / 2102	15.8	383 / 2112	18.1	1821 / 10457	17.4	1897 / 10323	18.4	1385 / 9851	14.1	1473 / 8444	17.4	1614 / 8915	18.1		
				年代別割合	自 国 圏	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	
			女性	自 国 圏	5 / 27	18.5	4 / 32	12.5	5 / 29	17.2	8 / 33	24.2	8 / 31	25.8	265 / 1179	22.5	259 / 1189	21.8	191 / 1133	16.9	243 / 1086	22.4	273 / 1077	25.3	1024 / 4859	21.1	1004 / 4740	21.2	782 / 4604	17.0	911 / 4035	22.6	968 / 4191	23.1		
年代別割合	自 国 圏	40-54		65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74	40-54	65-74				

特定健診・特定保健指導	④	HbA1c 8.0%以上の者の割合	総数	自 国 県	9	1.0	12	1.3	3	0.4	5	0.6	8	1.1																																	
					375	1.0	323	0.9	301	0.9	345	1.0	322	1.0																																	
					1,477	1.0	1,388	0.9	1,256	1.0	1,434	1.0	1,243	0.9																																	
⑤	Ⅱ度高血圧以上の者の割合	総数	自 国 県	5 239 949	1.3 1.5 1.4	4 203 899	1.0 1.3 1.4	2 201 830	0.6 1.4 1.4	4 226 968	1.1 1.5 1.6	5 215 852	0.6 1.5 1.4	8 215 852	1.1 1.5 1.4																																
																男性	総数	総数割合	自 国 県	5 239 949	1.3 1.5 1.4	4 203 899	1.0 1.3 1.4	2 201 830	0.6 1.4 1.4	4 226 968	1.1 1.5 1.6	5 215 852	0.6 1.5 1.4	8 215 852	1.1 1.5 1.4																
																																年代別割合	自 国 県	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74		
																1.0	1.4	0.9	1.1	0.0	0.9	0.0	1.6	1.0	2.0																						
																女性	総数	総数割合	自 国 県	4 528 528	0.8 0.6 0.6	8 489 489	1.5 0.6 0.6	1 426 426	0.2 0.6 0.6	1 466 466	0.2 0.6 0.6	3 107 391	0.7 0.6 0.5	0.7 0.5 0.5																	
																															年代別割合	自 国 県	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74					
																0.0	1.1	0.0	2.1	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.7	0.7																			
																⑥	Ⅱ度高血圧以上の者の割合	総数	自 国 県	57 1,904 6,847	6.3 4.9 4.4	48 1,813 6,694	5.3 4.8 4.5	49 2,119 7,017	6.4 6.2 6.4	56 2,146 7,482	6.9 6.2 5.7	43 2,074 7,178	5.8 6.1 5.3	5.8 6.1 5.3																	
																															男性	総数	総数割合	自 国 県	31 928 3,561	8.1 5.6 5.2	23 871 3,505	6.0 5.4 5.3	22 996 3,510	6.9 6.8 6.0	27 996 3,763	7.7 6.8 6.1	17 969 3,534	5.7 6.7 5.9			
																																													年代別割合	自 国 県	40-64
																															5.9	8.9	6.6	5.8	5.5	7.5	9.8	6.8	3.1	7.0							
																															女性	総数	総数割合	自 国 県	26 976 3,286	5.0 4.4 3.8	25 942 3,189	4.7 4.4 3.9	27 1,123 3,507	6.0 5.7 6.0	29 1,150 3,719	6.2 5.8 4.8	26 1,105 3,644	5.8 5.7 4.9			
年代別割合	自 国 県	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74																																				
												2.8	4.3	4.2	4.3																4.1	5.4	4.8	6.1	3.1	5.2											
⑦	医療費分析	生活習慣病の有病率（健診対象者）	高血圧	総数	自 国 県	905 30,479 123,544	44.0 37.5 37.6	892 29,700 119,900	43.9 37.7 37.7	865 30,079 120,865	43.5 38.2 38.3	849 29,574 119,242	43.9 38.7 38.8	783 27,748 111,983	43.0 38.4 38.6																																
																															男性	総数	総数割合	自 国 県	452 15,566 63,909	46.2 40.6 40.2	445 15,298 62,349	45.9 41.1 40.5	433 15,489 62,810	45.5 41.6 41.0	421 15,232 62,150	45.9 42.4 41.7	384 14,351 58,632	45.0 42.1 41.6			
																																													年代別割合	自 国 県	40代
																															166	270	496	822	144	307	470	629	161	302	470	604	135	301			
																															女性	総数	総数割合	自 国 県	453 14,913 59,635	42.1 34.8 35.2	447 14,402 57,551	42.1 34.6 35.2	432 14,590 58,055	41.7 35.1 35.7	428 14,342 57,092	42.0 35.5 36.1	399 13,397 53,351	41.2 35.7 37.7			
																年代別割合	自 国 県	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代																		
																														52	207	441	613	86	178	418	603	59	194	403	585	38	243	415	572		
																⑧	医療費分析	生活習慣病の有病率（健診対象者）	糖尿病	総数	自 国 県	487 17,137 66,632	23.7 21.1 20.3	466 16,768 64,589	22.9 21.3 20.3	492 16,937 65,066	24.7 21.5 20.6	484 16,546 64,107	25.0 21.7 20.9	447 15,377 59,320	24.5 21.3 20.4																
																																男性	総数	総数割合	自 国 県	272 9,398 36,762	27.8 24.5 23.1	256 9,157 35,639	26.4 24.6 23.1	275 9,277 35,956	28.9 24.9 23.5	258 9,090 35,541	28.1 25.3 23.9	233 8,492 32,987	27.3 24.9 23.4		
																																														年代別割合	自 国 県
																																69	198	282	381	62	181	253	385	80	177	303	393	48	189		
																																女性	総数	総数割合	自 国 県	210 7,739 29,870	20.0 18.1 17.6	210 7,611 28,950	19.8 18.3 17.7	217 7,660 29,110	20.9 18.4 17.9	209 7,456 28,566	22.0 18.5 18.0	214 6,885 26,333	22.1 18.1 17.6		
年代別割合	自 国 県	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代																																		
														09	86																	195	323	38	75	192	291	00	50	219	302	28	81	211	322		
⑨	医療費分析	生活習慣病の有病率（健診対象者）	脂質異常症	総数	自 国 県	787 28,621 114,391	38.3 35.2 34.8	781 28,294 112,601	38.5 35.9 35.4	784 28,552 113,494	39.4 36.2 35.9	793 28,483 113,149	41.0 37.3 37.8	727 26,916 106,528	39.9 37.3 36.7																																
																																男性	総数	総数割合	自 国 県	361 12,314 50,293	36.9 32.1 31.6	351 12,211 49,996	36.2 32.8 32.4	357 12,444 50,615	37.5 33.4 33.1	365 12,454 50,721	39.8 34.6 34.0	330 11,918 48,114	38.6 34.9 34.1		
																																														年代別割合	自 国 県
																																172	286	371	481	151	291	352	481	183	234	393	459	183	280		
																																女性	総数	総数割合	自 国 県	426 16,307 64,098	39.6 38.0 37.8	430 16,083 62,605	40.5 38.7 38.2	427 16,108 62,879	41.2 38.8 38.7	428 16,029 62,428	42.0 39.7 39.4	397 14,998 58,414	41.0 39.3 39.1		
																年代別割合	自 国 県	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代																		
																														69	229	394	585	86	185	399	577	29	216	408	568	38	235	433	561		

医療費分析	⑭	高額レセプト (80万円以上) の状況	総数 (80万円以上)	件数	自 園	109	131	128	134	140	
				件数	園	5,472	5,882	5,979	6,116	5,901	
				件数	県	24,181	24,591	25,200	26,285	25,721	
				医療費	自 園	166,096,540	187,663,510	165,302,560	184,557,420	203,349,880	
				医療費	園	7,800,144,190	8,323,179,800	8,642,615,740	8,852,799,930	8,557,119,710	
				医療費	県	33,954,886,410	34,564,456,280	35,604,208,850	37,631,701,530	37,243,674,620	
			脳血管疾患主病	件数	自 園	9	11	12	12	8	
				件数	園	498	484	530	591	467	
				件数	県	2,086	1,834	2,081	2,057	1,873	
				医療費	自 園	10,477,480	20,029,280	15,903,640	15,879,350	9,313,220	4.6
				医療費	園	687,128,980	687,917,040	730,221,010	807,027,440	675,127,950	7.9
				医療費	県	2,858,398,130	2,499,410,590	2,870,803,480	2,803,895,410	2,594,901,810	7.0
虚血性心疾患主病	件数	自 園	2	4	2	6	6				
	件数	園	305	272	254	258	219				
	件数	県	927	873	858	879	679				
	医療費	自 園	1,871,560	10,279,160	2,798,950	6,301,300	9,244,810	4.5			
	医療費	園	459,021,660	414,438,130	366,014,590	405,547,730	341,731,390	4.0			
	医療費	県	1,452,581,430	1,382,356,090	1,310,254,350	1,408,264,760	1,087,558,190	2.9			
⑮	人工透析者の 医療費	人工透析レセプト件数	自 園	104	144	155	141	132			
			園	4,435	4,503	4,403	4,613	4,545			
			県	19,481	19,622	19,584	20,126	19,932			
		人工透析医療費 (総医療費に占める割合)	自 園	44,940,950	71,779,970	75,528,040	70,196,760	66,702,170	8.0		
			園	2,102,631,740	2,147,165,080	2,128,227,730	2,147,492,600	2,054,545,130	5.8		
			県	8,983,777,250	9,127,070,260	9,134,925,170	9,312,272,630	8,983,026,350	6.3		
介護	⑯	要介護（要支援） 認定率	1号認定認定率	自 園	13.7	14.7	14.8	14.7	14.1		
			園	18.6	18.7	18.5	18.5	18.1			
		県	18.0	18.2	18.2	18.2	17.7				
		2号認定認定率	自 園	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2			
	園	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3					
	県	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3					
⑰	介護給付費	給付費総額	自 園	777,345,994	833,828,347	901,479,250	930,306,434	947,597,481			
			園	42,607,818,484	43,272,022,598	44,303,768,155	44,742,975,705	44,892,959,149			
		県	179,048,179,364	182,286,417,449	185,738,106,292	187,274,951,627	186,555,887,417				
		一件当たり給付費	自 園	60,372	59,368	63,601	66,153	65,746			
園	62,753		62,878	63,816	63,420	62,605					
県	62,215	62,530	63,476	63,158	62,434						

**小布施町国民健康保険
第3期保健事業実施計画**

発行:小布施町

編集:小布施町健康福祉課

住所:〒381-0297

長野県上高井郡小布施町小布施 1491-2

TEL:026-247-3111(代表)

FAX:026-247-3113