

国民健康保険
第3期千曲市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期千曲市特定健康診査等実施計画
令和6年度～令和11年度

令和6年3月
千 曲 市

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期計画における健康課題の明確化…10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
 - 1)第2期データヘルス計画の評価
 - 2)主な個別事業の評価と課題
 - 3)第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1)基本的な考え方
 - 2)健康課題の明確化
 - 3)目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

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

第4章 課題解決するための個別保健事業42

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. 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61

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62

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料63

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市の課題等を踏まえ、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(平成25.6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及び千曲市健康アップ千曲21計画、しなのの里ゴールドプラン21などそれぞれの計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

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

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

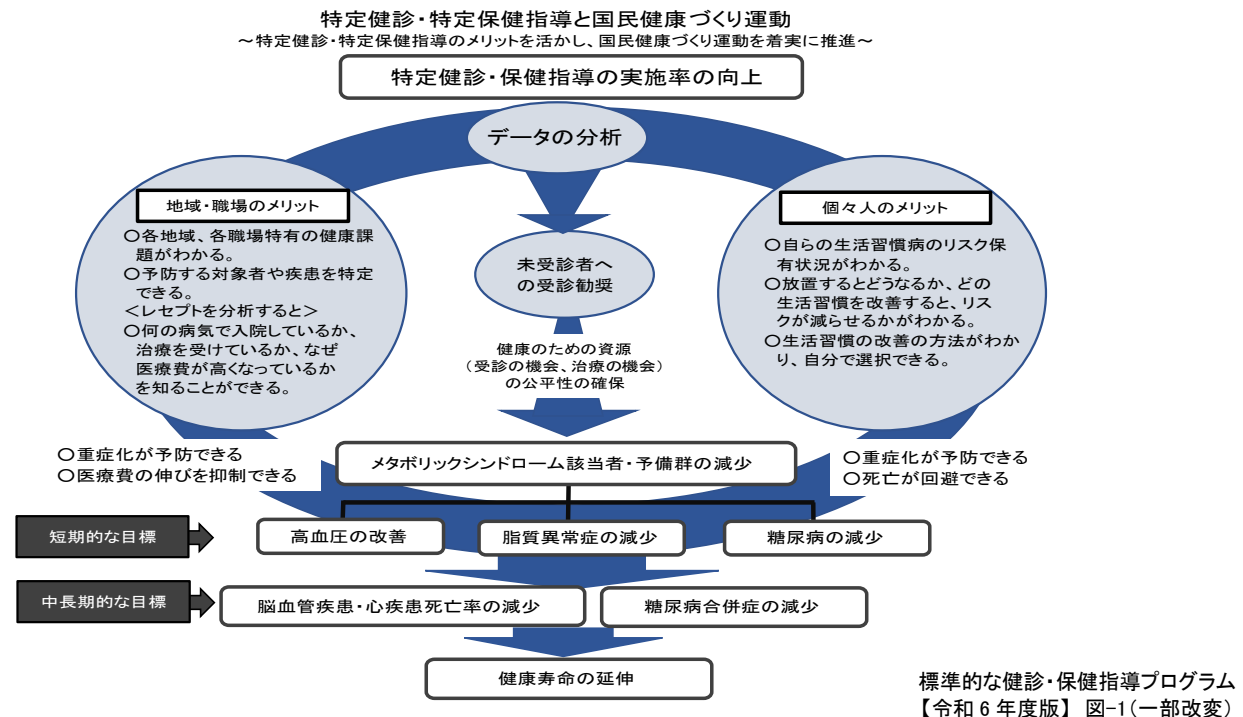
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

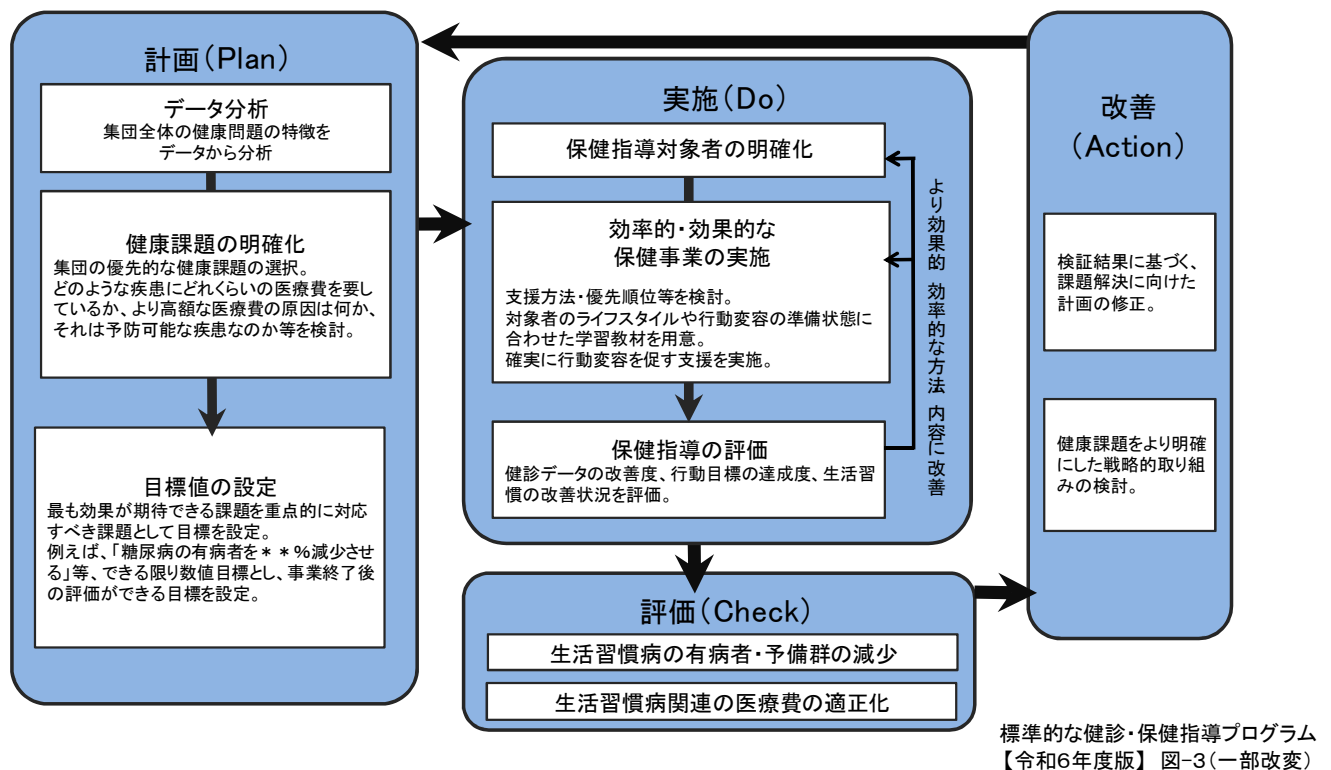
※健康増進事業実施とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				第3期信州保健医療総合計画		
健康アップ千曲21 (第3次)計画		第3期千曲市保健事業実施計画(データヘルス計画) 第4期特定健診等実施計画		しなのの里ゴールド プラン21 第8期老人福祉計画・ 介護保険事業計画	第8次長野県保健医療計画 (地域医療構想含む)	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024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6～8年(3年) 2024～2026年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	市町村:義務 都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な 考え方	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 率的に実施するための計画 を作成。	地域の実情に応じた介護 給付等サービス提供体制 の確保及び地域支援事 業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、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	40歳～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患	すべて	すべて
対象疾病	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	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	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	糖 尿 病 C K D 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中
	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)			認 知 症 フレイル 口腔機能低下、低栄養		慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん 精神疾患
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全 都 道 府 県 で 設 定 が 望 ま し い 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	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)	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 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
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・事業費連動分)交付金		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



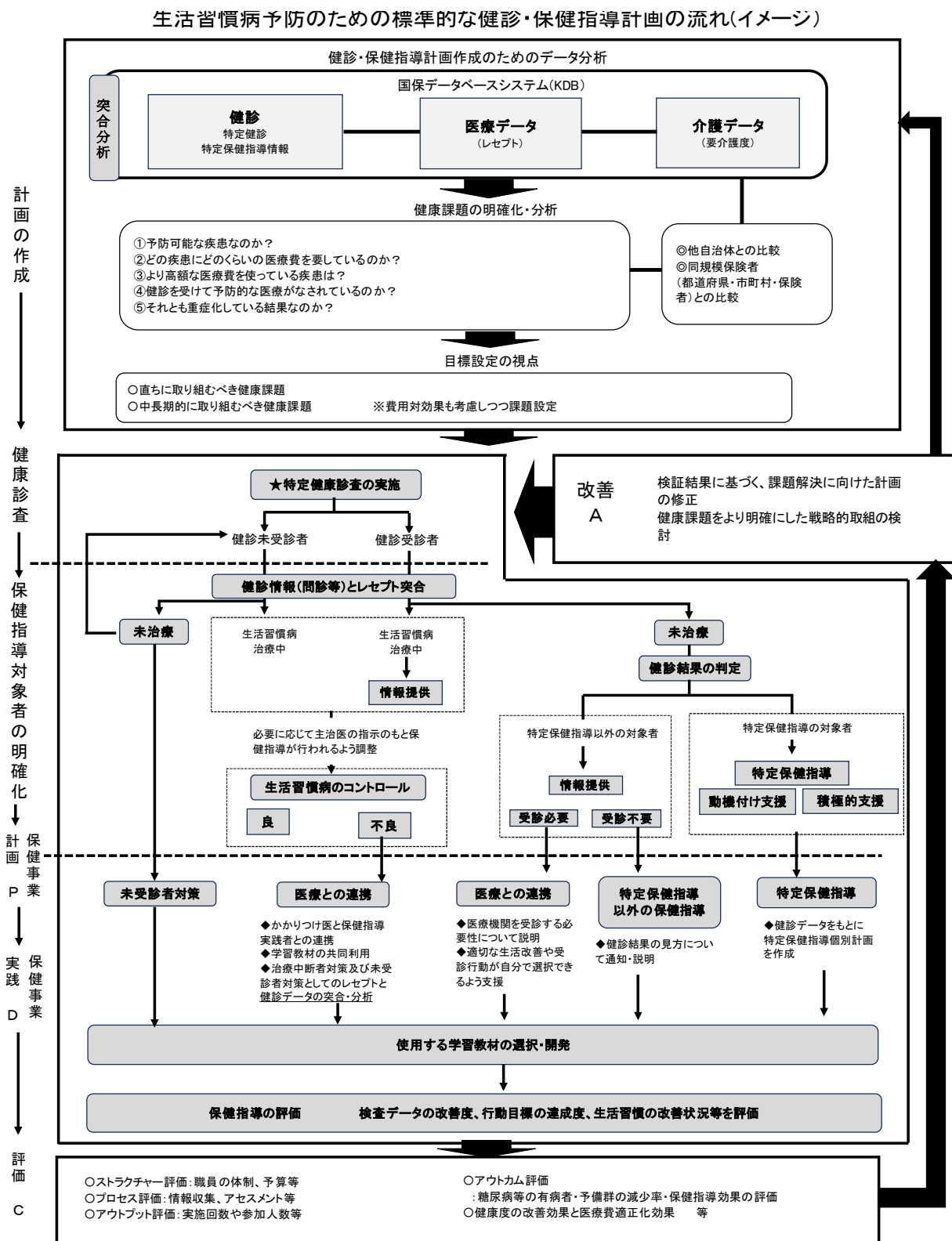
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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)

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

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

〈SDGsの達成への寄与〉

SDGsは、持続可能な世界の実現を目指す国際的な目標です。本計画に掲げる施策の推進においても、SDGsのゴールとの関連を意識し、本計画の推進がSDGsにおける目標の達成に資するものとして位置づけます。



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。

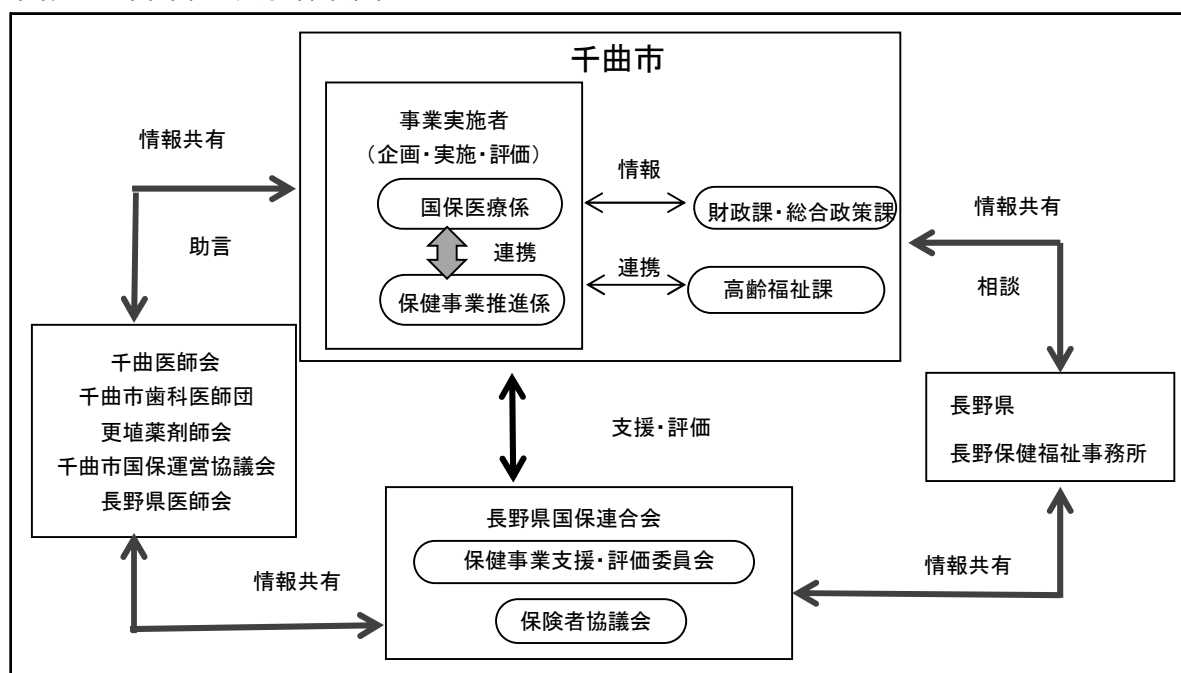
4. 関係者が果たすべき役割と連携

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、健康推進課が中心となって、保険者の健康課題を分析し、市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、計画の見直しを行います。

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体制を整えます。（図表6・7）

図表6 千曲市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担（R5.4現在）

職種	人数*1	
国保事務(支払い事務、受診券送付等)	13人(内係長1人)	
保健師	17人(内課長1人、係長2人)	保健事業推進係6人、健康増進係4人、母子保健係6人
管理栄養士	8人(内係長1人)	保健事業推進係6人、母子保健係2人
事務(入力・統計・受診券送付等)	3人	保健事業推進係3人

*1 会計年度任用職員含む

保健事業、母子保健、精神保健については地区担当制
がん検診、新型コロナワクチンは当日スタッフとして業務

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、下記の通り外部

有識者等との連携・協力を強化していきます。

ア 国民健康保険団体連合会

国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等に可能な限り支援を受けます。また、データヘルス計画策定にKDBの活用によってデータ分析による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、技術支援等協力を得ながら取り組んでいきます。

イ 長野県

平成30年度から長野県が国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、長野県の関与が更に重要となります。従って、本計画について長野県の担当課及び長野保健福祉事務所と意見交換を行い、連携に努めていきます。

ウ 千曲医師会等

千曲医師会、千曲市歯科医師団、更埴薬剤師会、千曲市国保運営協議会等地域の保健医療関係者にデータの分析結果を提示するとともに健康課題や事業のねらいを共有します。さらに、重症化予防の対策における方針を確認し、対象者の選定基準・介入方法・実施方法等について相談し助言を受けていきます。

エ その他

退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保険者間で連携して保健事業を展開していくことに努めます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表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	
			千曲市	配点	千曲市	配点	千曲市	配点
交付額(万円)			2663		2470		2437	
全国順位(1,741市町村中)			439位		633位		665位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	90	70	90	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メボリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	20	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	10	130	10	130	10	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	70	100	70	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	21	40	24	50	19	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	78	95	72	100	83	100
合計点			639	1,000	606	960	587	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約6万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で33.5%でした。同規模、県、国と比較すると、被保険者の平均年齢も57.1歳と高く出生率は5.9と低い市となっています。産業においては、第2次産業が33.7%と高く、同規模・県・国と比較すると高い状況です。その中でも製造業の割合が高く、雇人のない業主が多い傾向にあります。(図9)

国保加入率は18.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が半分以上を占めています。(図10)

また外来患者数は同規模と比較して多いが、入院患者数は少ない傾向にあります。(図11)

図表9 同規模・県・国と比較した千曲市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
千曲市	58,535	33.5	10,680 (18.2)	57.1	5.9	13.4	0.5	6.6	33.7	59.7
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、千曲市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	12,164		11,626		11,474		11,230		10,680	
65～74歳	6,125	50.4	5,977	51.4	5,993	52.2	5,959	53.1	5,547	51.9
40～64歳	3,829	31.5	3,648	31.4	3,550	30.9	3,401	30.3	3,314	31.0
39歳以下	2,210	18.2	2,001	17.2	1,931	16.8	1,870	16.7	1,819	17.0
加入率	20.2		19.3		19.0		18.6		18.2	

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 割合	県 割合
病院数	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	0.4	4	0.4	0.3	0.3
診療所数	38	3.1	39	3.4	40	3.5	39	3.5	40	3.7	3.6	3.5
病床数	611	50.2	611	52.6	611	53.3	611	54.4	611	57.2	59.4	52.2
医師数	62	5.1	62	5.3	61	5.3	61	5.4	67	6.3	10.0	11.8
外来患者数	724.5		726.3		691.0		727.9		742.2		719.9	691.5
入院患者数	19.7		20.1		19.3		19.5		19.2		19.6	17.6

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標として、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)の減少を設定しました。

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、脂質異常症の減少を設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で46人(認定率0.24%)、1号(65歳以上)被保険者で3,375人(認定率17.2%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べると横ばい傾向です。(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歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約46億円から約47億円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で約6割、第1号被保険者でも約5割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	千曲市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	18,912人	31.4%	19,628人	33.5%	30.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	58人	0.29%	46人	0.24%	0.36%	0.28%	0.38%
新規認定者	17人		10人		--	--	--
1号認定者	3,110人	16.4%	3,375人	17.2%	18.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	397人		512人		--	--	--
再掲	65～74歳	263人	2.9%	276人	3.2%	--	--
	新規認定者	53人		52人	--	--	--
	75歳以上	2,847人	29.2%	3,099人	28.5%	--	--
新規認定者	344人		460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

	千曲市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	46億5955万円	47億8254万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	246,381	243,659	274,536	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	68,710	68,391	63,298	62,434	59,662
居宅サービス	43,805	43,331	41,822	40,752	41,272
施設サービス	269,263	276,279	292,502	287,007	296,364

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)				46		276		3,099		3,375		3,421	
再)国保・後期				24		197		2,961		3,158		3,182	
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	14 58.3%	脳卒中	96 48.7%	脳卒中	1,664 56.2%	脳卒中	1,760 55.7%	脳卒中	1,774 55.8%	
		2	虚血性心疾患	3 12.5%	虚血性心疾患	48 24.4%	虚血性心疾患	961 32.5%	虚血性心疾患	1,009 32.0%	虚血性心疾患	1,012 31.8%	
		3	腎不全	2 8.3%	腎不全	33 16.8%	腎不全	427 14.4%	腎不全	460 14.6%	腎不全	462 14.5%	
	合併症	4	糖尿病合併症	1 4.2%	糖尿病合併症	40 20.3%	糖尿病合併症	388 13.1%	糖尿病合併症	428 13.6%	糖尿病合併症	429 13.5%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		20 83.3%	基礎疾患	183 92.9%	基礎疾患	2,824 95.4%	基礎疾患	3,007 95.2%	基礎疾患	3,027 95.1%	
	血管疾患合計			21 87.5%	合計	187 94.9%	合計	2,871 97.0%	合計	3,058 96.8%	合計	3,079 96.8%	
	認知症		認知症	2 8.3%	認知症	54 27.4%	認知症	1,439 48.6%	認知症	1,493 47.3%	認知症	1,495 47.0%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	20 83.3%	筋骨格系	175 88.8%	筋骨格系	2,854 96.4%	筋骨格系	3,029 95.9%	筋骨格系	3,049 95.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況(図表15)

本市の医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費も減少しています。しかし、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて低くなっていますが、国、県と比べると高く、平成30年度と比較しても3万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約40%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても4万円高くなっています。

図表15 医療費の推移

		千曲市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		12,164人	10,680人	--	--	--
	前期高齢者割合	6,125人 (50.4%)	5,547人 (51.9%)	--	--	--
総医療費		39億7529万円	38億0614万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		326,808	356,381	366,294	339,076	339,680
		県内35位 同規模141位	県内30位 同規模135位			
入院	1件あたり費用額(円)	546,710	587,620	610,160	607,840	617,950
	費用の割合	40.6	39.1	40.5	38.9	39.6
	件数の割合	2.6	2.5	2.7	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	21,710	23,690	24,470	24,340	24,220
	費用の割合	59.4	60.9	59.5	61.1	60.4
	件数の割合	97.4	97.5	97.3	97.5	97.5
受診率		744.185	761.387	739.503	709.111	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は千曲市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

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年度と比較すると脳血管疾患・虚血性心疾患は、減少しています。しかし、腎疾患(慢性腎不全透析有)については、平成30年度より3ポイントも伸びており、同規模、国、県よりも高くなっています。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが人工透析については患者数、割合ともに増加しています。(図表17)

人工透析は、医療費がかかるだけでなく、透析による通院等により本人や家族の日常生活に大きな影響を及ぼすため、その原因となる糖尿病、高血圧等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表16 中長期目標疾患の医療費の推移

			千曲市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			39億7529万円	38億0614万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億5271万円	3億5643万円	--	--	--
			8.87%	9.36%	7.95%	7.88%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.60%	2.12%	2.08%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.84%	0.98%	1.42%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.23%	6.01%	4.16%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.21%	0.26%	0.29%	0.22%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		13.97%	15.35%	17.03%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		9.62%	10.57%	8.72%	9.18%	8.68%
	精神疾患		10.24%	9.72%	8.04%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	12,164	10,680	a	996	771	754	617	50	61	
				a/A	8.2%	7.2%	6.2%	5.8%	0.4%	0.6%	
40歳以上	B	9,954	8,861	b	990	769	749	611	49	59	
	B/A	81.8%	83.0%	b/B	9.9%	8.7%	7.5%	6.9%	0.5%	0.7%	
再掲	40~64歳	C	3,829	3,314	c	176	123	137	116	30	35
		C/A	31.5%	31.0%	c/C	4.6%	3.7%	3.6%	3.5%	0.8%	1.1%
	65~74歳	D	6,125	5,547	d	814	646	612	495	19	24
		D/A	50.4%	51.9%	d/D	13.3%	11.6%	10.0%	8.9%	0.3%	0.4%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を

個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。しかし、人工透析においては割合の増加がみられます。専門職の保健指導のさらなる力量形成が重要であるとともに、人工透析予防に向け、市として重点的に取り組んでいく必要があります。(図表18・19・20)

図表18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	4,009	3,683	903	788	3,106	2,895
		A/被保数	40.3%	41.6%	23.6%	23.8%	50.7%	52.2%
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	626	501	92	74	534	427
		B/A	15.6%	13.6%	10.2%	9.4%	17.2%	14.7%
	虚血性心疾患	C	543	450	96	79	447	371
		C/A	13.5%	12.2%	10.6%	10.0%	14.4%	12.8%
	人工透析	D	48	57	29	34	19	23
		D/A	1.2%	1.5%	3.2%	4.3%	0.6%	0.8%

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)

図表19 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	2,210	2,056	535	491	1,675	1,565
		A/被保数	22.2%	23.2%	14.0%	14.8%	27.3%	28.2%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	345	285	59	47	286	238
		B/A	15.6%	13.9%	11.0%	9.6%	17.1%	15.2%
	虚血性心疾患	C	346	270	61	50	285	220
		C/A	15.7%	13.1%	11.4%	10.2%	17.0%	14.1%
	人工透析	D	34	41	22	24	12	17
		D/A	1.5%	2.0%	4.1%	4.9%	0.7%	1.1%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	310	285	89	80	221	205
		E/A	14.0%	13.9%	16.6%	16.3%	13.2%	13.1%
	糖尿病性網膜症	F	462	399	109	90	353	309
		F/A	20.9%	19.4%	20.4%	18.3%	21.1%	19.7%
	糖尿病性神経障害	G	113	81	30	20	83	61
		G/A	5.1%	3.9%	5.6%	4.1%	5.0%	3.9%

出典：KDBシステム

疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)

図表20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A		3,679	3,459	915	838	2,764	2,621
	A/被保数		37.0%	39.0%	23.9%	25.3%	45.1%	47.3%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	536	397	76	48	460	349
		B/A	14.6%	11.5%	8.3%	5.7%	16.6%	13.3%
	虚血性心疾患	C	503	423	79	72	424	351
		C/A	13.7%	12.2%	8.6%	8.6%	15.3%	13.4%
	人工透析	D	28	36	16	18	12	18
		D/A	0.8%	1.0%	1.7%	2.1%	0.4%	0.7%

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)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約32.9%、糖尿病で7.2%ほどいます。その割合は、同規模の市町村と比較して、高血圧は低く、糖尿病は高いです。治療中断者は高血圧・糖尿病とも同規模と比較して低いです。(図表21)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の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21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
	受診者A		受診者B		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	受診率	受診率	受診率	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
千曲市	4,001	44.0	4,102	48.7	178	4.4	96	53.9	213	5.2	111	52.1	70	32.9	8	3.8
同規模5	309,485	40.3	278,818	38.7	16,067	5.2	9,448	58.8	16,799	6.0	9,823	58.5	6,164	36.7	869	5.2

	糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
	HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
千曲市	173	4.4	48	27.7	236	5.9	46	19.5	17	7.2	4	1.7
同規模5	307,071	4.6	3,869	27.5	276,405	4.9	3,554	26.0	947	6.9	435	3.2

出典：ヘルスサポートラボツール

- 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同規模5…人口5万人～10万人未満の市町村

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は2.1ポイント伸びており、その中でも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22）

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、HbA1cと高血圧は増加、LDL-Cは横ばいです。翌年度の結果を見ると、HbA1c、高血圧、LDL-Cとも改善率が上がってきていますが、一方で、高血圧、LDL-Cでは悪化している人も増加しています。また翌年度健診を受診していない方は減少してきているもののいずれも3割近く存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。（図表23・24・25）

図表22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,001 (44.0%)	836 (20.9%)	310 (7.7%)	526 (13.1%)	455 (11.4%)
R04年度	4,072 (50.8%)	936 (23.0%)	363 (8.9%)	573 (14.1%)	441 (10.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表23 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	383 (9.7%)	82 (21.4%)	145 (37.9%)	46 (12.0%)	110 (28.7%)
R03→R04	471 (11.7%)	123 (26.1%)	180 (38.2%)	43 (9.1%)	125 (26.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	178 (4.4%)	92 (51.7%)	28 (15.7%)	5 (2.8%)	53 (29.8%)
R03→R04	213 (5.2%)	112 (52.6%)	34 (16.0%)	10 (4.7%)	57 (26.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 LDL-C160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	326 (8.1%)	140 (42.9%)	69 (21.2%)	18 (5.5%)	99 (30.4%)
R03→R04	330 (8.0%)	157 (47.6%)	61 (18.5%)	27 (8.2%)	85 (25.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で一旦下がりましたが、年々増加傾向です。しかし、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表26)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50歳代は特に低い状況が続いています。(図表27)

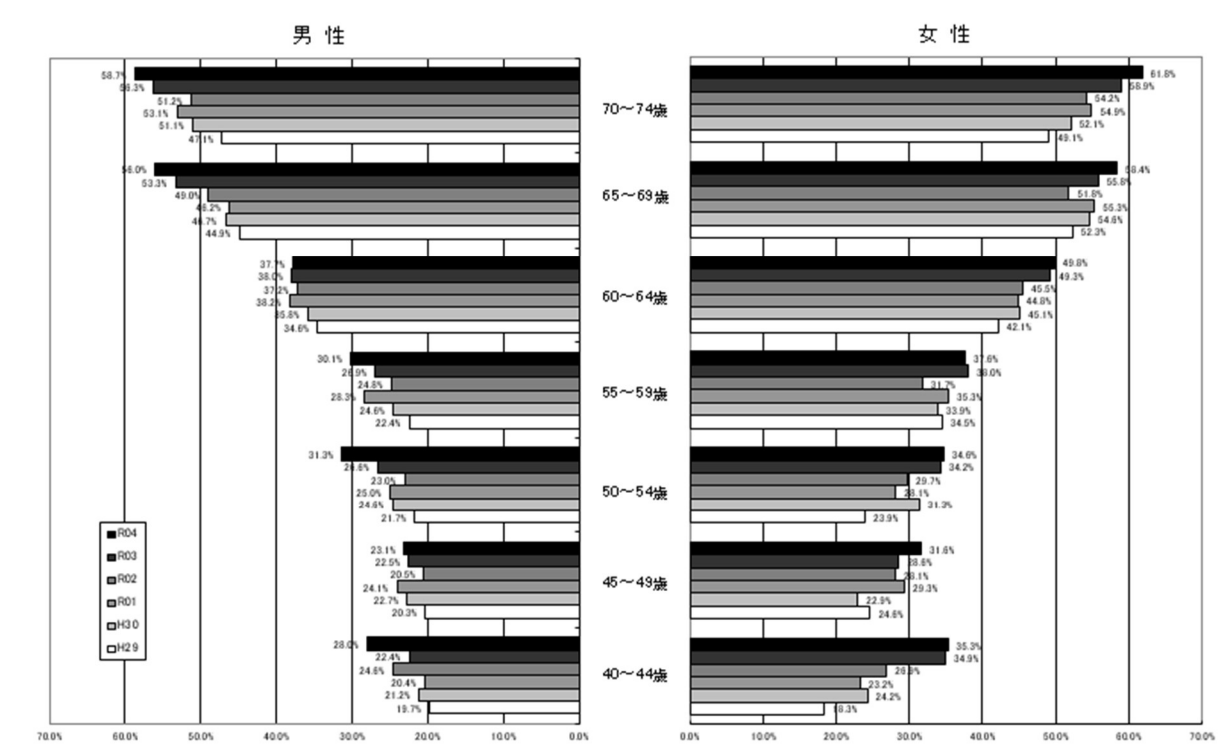
特定保健指導の実施率については、年々減少傾向がみられます。こちらは、全体で見ると40～50代の受診率は低いものの、経年でみると増加傾向にあり、この年代の保健指導率が課題と考えます。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	4,000	3,993	3,854	4,102	4,072	健診受診率 60%
	受診率	44.0%	45.5%	44.7%	48.7%	50.8%	
特定保健 指導	該当者数	466	457	442	466	453	特定保健指 導実施率 60%
	割合	11.7%	11.4%	11.5%	11.4%	11.1%	
	実施者数	429	418	395	408	400	
	実施率	92.1%	91.5%	89.4%	87.6%	88.3%	

出典:特定健診法定報告データ

図表27 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防(図表28～30)

血糖値有所見者の割合は、増加傾向です。本市では、重症化予防対象者として、HbA1c6.5%以上の血糖値有所見者を対象者に保健指導や受診勧奨を実施しています。ほぼ全ての方に保健指導を実施していますが、対面(訪問・来所等)での保健指導の実施率は減少しました。(図表28)

血糖値有所見者のうち未治療者・治療中断者の割合は、年々減少しています。保健指導と受診勧奨により治療継続者、医療機関受診者がともに増加したと考えられます。本計画より、保健指導および受診勧奨実施後、治療につながったかを確認し、医療機関未受診者へは治療の必要性が理解できるよう支援し再勧奨をしていきます。(図表29)

HbA1c8%以上の高血糖者も増加傾向です。対面により保健指導教材や糖尿病連携手帳を活用し、対象者自らが検査結果を理解し、管理目標に向けて、自分自身の食べ方が判断できるよう保健指導を継続して実施していきます。未治療者に対し受診勧奨を実施しましたが、R3年度は5人、R4年度は7人治療につながっておらず、個人の生活等を把握したうえで、保健指導教材を使用し治療の必要性が理解できるよう丁寧に支援していきます。また、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受診できるための支援をおこないます。(図表30)

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っていきます。

※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28 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	4,001	3,993	3,854	4,102	4,072
血糖値有所見者 *1	人(b)	383	416	413	470	465
	(b/a)	9.6%	10.4%	10.7%	11.5%	11.4%
	保健指導実施者	人(c)	375	410	400	464
		(c/b)	98%	99%	97%	99%
	訪問・来所等による 面談実施者	人(d)	358	388	370	345
		(d/b)	93.5%	93.3%	89.6%	77.4%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

※健診受診者、血糖値有所見者、保健指導実施者については、特定健診法定報告後データを使用。

※訪問・来所等による面談実施者については、実人数を記載。

図表29 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	383	416	413	470	465
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *2	人(b)	145	148	138	147	146
	(b/a)	37.9%	35.6%	33.4%	31.3%	31.4%
	治療開始した者	人(c)				102
		(c/b)				69.9%

*2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表30 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	4,001	3,993	3,854	4,102	4,072
HbA1c8.0%以上	人(b)	30	34	39	51	47
	(b/a)	0.7%	0.9%	1.0%	1.2%	1.2%
	保健指導実施	人(c)	30	34	38	46
		(c/b)	100.0%	100.0%	84.6%	97.9%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	11	4	8	12	14
	(b/a)	36.7%	11.8%	20.5%	23.5%	29.8%

	↓	↓	↓	↓
内服治療開始	1人	4人	5人	4人
元々治療中	3人	2人	2人	3人
治療無し	0人	2人	5人	7人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防（図表31～33）

本市では、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、令和2年度より心電図全数実施を目指し受診勧奨を開始して以降、集団健診・個別健診で心電図検査を実施できています。

有所見者のうちST所見をみると、要精査・医療と判定を受けた者のうち、医療機関を受診した人数は年度により偏りがみられますが、心房細動未治療者については、全数が治療や精密検査に

つながっています。

ST所見で要精査・要治療以外の判定のものや、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、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っています。

図表 31 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況(集団健診のみ掲載)

		R2			R3			R4			
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	
心電図受診者(人)		a	952	429	523	1,035	466	569	1,093	419	602
有所見者	要医療者(人)	b	2	2	0	2	2	0	1	1	0
	要精査者(人)	c	44	22	22	31	16	15	37	17	20
	有所見率	(b+c)/a	4.8%	5.6%	4.2%	3.2%	3.9%	2.6%	3.5%	4.3%	3.3%
心房細動(人)		d	8	5	3	7	6	1	8	6	2
心房細動有所見率		d/a	0.8%	1.2%	0.6%	0.7%	1.3%	0.2%	0.7%	1.4%	0.3%
うち、心房細動未治療(人)			2	2	0	1	1	0	2	2	0

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 32 心電図受診者のうち、ST 所見の状況(集団健診のみ掲載)

		R2		R3		R4	
心電図実施者		952		1,035		1,093	
ST異常所見		21	2.2%	39	3.8%	25	2.3%
	要医療・要精査	10	47.6%	14	35.9%	5	20.0%
	医療機関受診あり	4	40.0%	3	21.4%	3	60.0%
	医療機関受診なし	6	60.0%	11	78.6%	2	40.0%
	それ以外の判定	11	52.4%	25	64.1%	20	80.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 33 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況(集団健診のみ掲載)

		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		8		7		8	
心房細動未治療者		2	25.0%	1	14.3%	2	25.0%
	検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	治療開始	2	100.0%	1	100.0%	2	100.0%

③ 脳血管疾患重症化予防(図表34)

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、令和4年度6.1%で令和元年度4.5%と比べ増加傾向です。そのうち、未治療者は令和4年度57.4%で、令和2年度48.4%と比べるとこちらも増加しています。中でも特にⅢ度以上の未治療者が増加しています。

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

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42.6%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っていきます。

		R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	3,993	3,854	4,102	4,072	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	179	223	213	249	
	(b/a)	4.5%	5.8%	5.2%	6.1%	
	治療あり	人(C)	77	115	102	106
		(C/b)	43.0%	51.6%	47.9%	42.6%
	治療なし	人(d)	102	108	111	143
		(d/b)	57.0%	48.4%	52.1%	57.4%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	25	33	29	47
		(f/a)	0.6%	0.9%	0.7%	1.2%
	治療あり	人	9	15	8	13
	治療なし	人	16	18	21	34

22

(2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、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。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、食生活改善推進員等で継続学習を行いました。また、区長会や民生児童委員会で説明をし、広く市民へ周知を行いました。

肥満の改善を目的として、結果相談会の会場で簡単にできる体操のDVDを流し、待ち時間に実施しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表36 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績（％）				データの把握方法 （活用データ）
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	評価	
				（H30）	（R2）	（R4）		
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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	6.5	5.6	3.8	A	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	3.3	2.7	1.7	A	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.8	9.1	10.7	D	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.9	2.2	3.1	D	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	42.9	57.9	50.0	C	健康推進課
	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	32.1	34.8	33.5	D	健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	4.5	5.7	6.1	D	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	8.2	8.8	7.5	A	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5以上）	9.5	10.6	11.4	D	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	39.4	23.8	26.1	A	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	81.8	85.0	89.9	A	
		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	44.0	44.7	50.8	B	法定報告値
			特定保健指導実施率60％以上	92.1	89.4	88.3	A	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.7	11.5	11.1	C	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	2.0	5.4	5.3	A	地域保健事業報告 （R04年度データがないため、R03年度を記載）
			肺がん検診受診者の増加	-	-	-		
			大腸がん検診受診者の増加	11.2	8.2	10.0	D	
			子宮がん検診受診者の増加	11.2	9.0	9.7	D	
			乳がん検診受診者の増加	11.4	10.4	10.6	C	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	7.2	6.6	7.1	C	
	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	71.5	77.3	78.7	B	厚生労働省	

<評価について>

A:目標値に達した、B:現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある、C:変わらない、D:悪化している

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・慢性腎不全の医療費にしめる割合をそれぞれ減少させることを目標に保健事業を実施してきました。

これまでに実施した保健事業のうち、特定健診の実施体制について、①健診の情報提供及び受診勧奨(被保険者全員について特定健診の案内通知を送付、40歳・50歳・65歳到達者に毎月ハガキによる受診勧奨に加え、令和3年から66歳から73歳の国保新規加入者も追加)、②検査項目の追加(クレアチニン・尿酸・尿潜血・尿定量検査を追加、さらに令和2年度より心電図検査を全員に実施)、健診時期の拡大(集団健診は5月・12月・2月・協会健保との相互乗入れ、個別健診は6月～2月まで切れ目のないように実施)、個別健診実施機関の拡大(千曲医師会に加え、市外2病院を追加)、健診料金の見直し(40歳のみ無料、加えて令和5年度より50歳も無料)、③健診データ情報提供の拡大(人間ドック・商工会議所、さらにシルバー人材センター等で実施済の健診結果を活用するほか、医療機関受診中の被保険者に対して特例業務によるデータ提供)を実施し、特定健診受診率が21.5%(平成20年度)・39.6%(平成25年度)・42.5%(平成28年度)・50.8%(令和4年度)と向上し、受診機会の拡大により、受診率向上に効果があったと考えられます。

また、保健指導の実施について、④地区担当者の配置(地区担当制により、地区別対象者リストを作成し健診中断者及び未受診者への受診勧奨を実施し、継続支援の強化、国保データベースシステム(KDB)とレセプト情報により、健診・医療・介護の情報を活用した受診勧奨・保健指導を実施)、⑤ポピュレーションアプローチ(平成27年度より特定健診チラシ配布を薬局へ拡大)による啓発を実施しています。

さらに、重点事業として平成22年度より個別健診受診者の結果相談会を開始したほか、職員体制の強化、国保ヘルスアップ事業の活用を実施してきました。

国保総加入者数は減少傾向にあり、総医療費は下がっていますが、65歳以上の加入者数は50%を超えているため、一人当たりの医療費が上がっています。

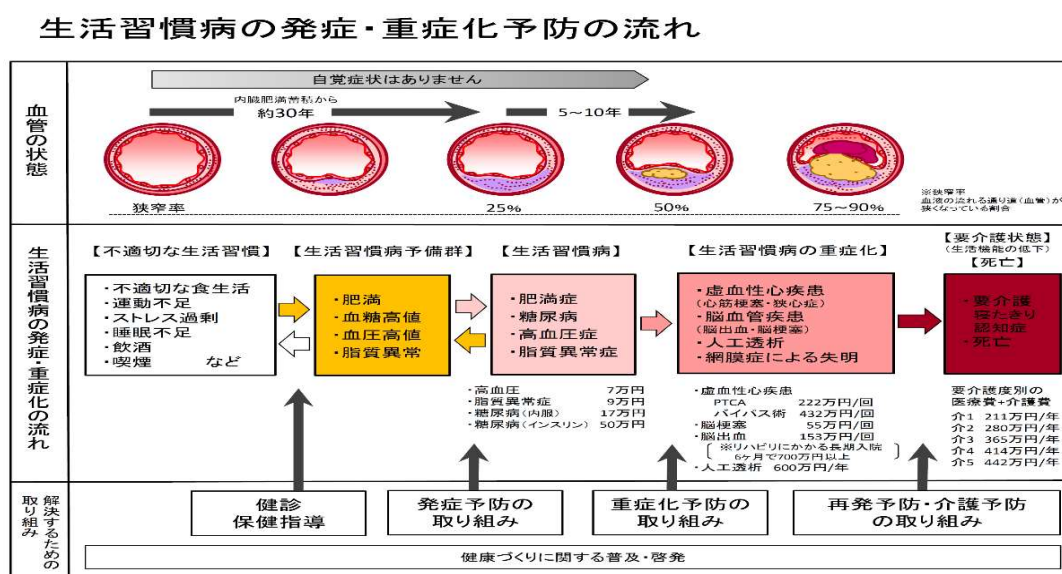
さらに、特定健診の結果、男女ともにメタボリックシンドローム該当者割合の上昇、中長期目標疾患では、糖尿病性腎症による新規透析患者数が増加しています。メタボリックシンドロームについては、40歳未満から健診を受けやすくし継続受診していく中で健康づくりの意識付けをする必要があります。糖尿病性腎症については糖尿病管理台帳によりリスクの高い方には、継続受診を勧め重症化予防のための保健指導を行っていく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する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37 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



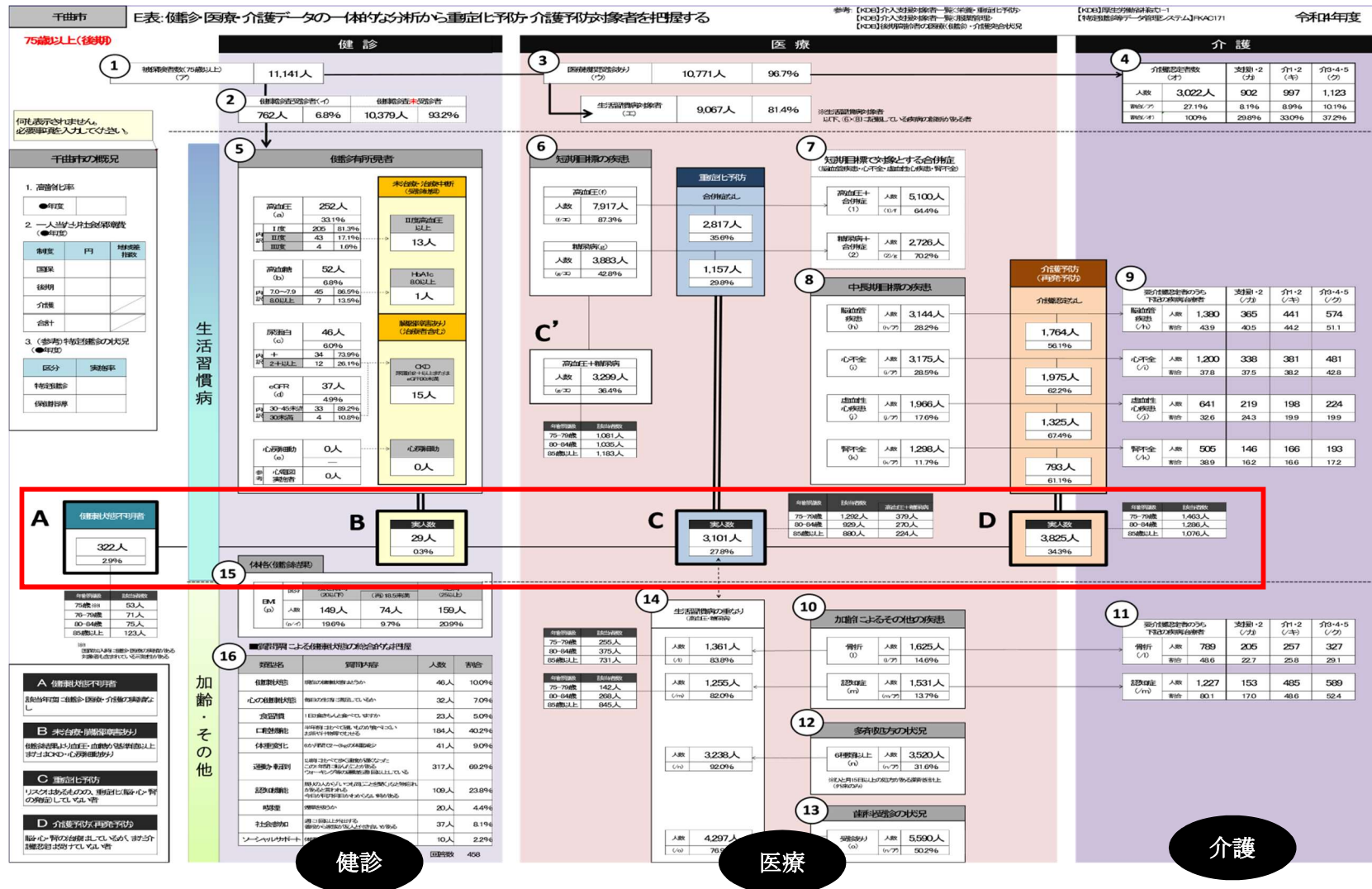
2) 健康課題の明確化

国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が51.9%と高く、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表38に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等进行分析、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歳未満の健診を引き続き実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表38 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

図表39 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		12,164人	11,626人	11,474人	11,230人	10,680人	11,212人
総件数及び 総費用額	件数	111,653件	106,681件	98,523件	102,386件	100,430件	164,793件
	費用額	39億7529万円	40億0932万円	39億5235万円	40億0241万円	38億0614万円	86億6119万円
一人あたり医療費		32.7万円	34.5万円	34.4万円	35.6万円	35.6万円	77.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表40 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	千曲市	38億0614万円	28,855	6.01%	0.26%	2.12%	0.98%	5.69%	3.17%	2.31%	7億8156万円	20.5%	15.4%	9.72%	10.57%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	千曲市	86億6119万円	65,183	3.63%	0.29%	5.88%	1.21%	4.04%	3.06%	1.43%	16億9328万円	19.6%	11.6%	2.62%	17.1%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表41 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	378人	375人	410人	377人	362人	1,258人
	件数	B	604件	660件	727件	662件	609件	2,244件
		B/総件数	0.54%	0.62%	0.74%	0.65%	0.61%	1.36%
	費用額	C	8億4070万円	8億9109万円	10億0508万円	9億4705万円	8億5829万円	28億0036万円
		C/総費用	21.1%	22.2%	25.4%	23.7%	22.6%	32.3%

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(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	37人		27人		36人		28人		21人		137人		
			D/A	9.8%		7.2%		8.8%		7.4%		5.8%		10.9%		
	件数		E	66件		51件		81件		71件		43件		264件		
			E/B	10.9%		7.7%		11.1%		10.7%		7.1%		11.8%		
	年代別	40歳未満	1	1.5%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	0.8%	
		40代	13	19.7%	10	19.6%	16	19.8%	19	26.8%	4	9.3%	70-74歳	3	1.1%	
		50代	2	3.0%	3	5.9%	5	6.2%	5	7.0%	8	18.6%	75-80歳	46	17.4%	
		60代	21	31.8%	17	33.3%	27	33.3%	15	21.1%	10	23.3%	80代	162	61.4%	
		70-74歳	29	43.9%	21	41.2%	32	39.5%	32	45.1%	21	48.8%	90歳以上	51	19.3%	
	費用額		F	8683万円		6629万円		1億0269万円		8650万円		6442万円		3億3916万円		
F/C			10.3%		7.4%		10.2%		9.1%		7.5%		12.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表43 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	28人		21人		27人		29人		10人		38人		
			G/A	7.4%		5.6%		6.6%		7.7%		2.8%		3.0%		
	件数		H	31件		24件		31件		36件		11件		42件		
			H/B	5.1%		0.0%		4.3%		5.4%		1.8%		1.9%		
	年 代 別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%	70-74歳	1	2.4%
		50代		3	9.7%	4	16.7%	1	3.2%	1	2.8%	1	9.1%	75-80歳	16	38.1%
		60代		11	35.5%	10	41.7%	13	41.9%	16	44.4%	2	18.2%	80代	21	50.0%
		70-74歳		17	54.8%	10	41.7%	17	54.8%	18	50.0%	8	72.7%	90歳以上	4	9.5%
	費用額		I	5158万円		3426万円		4475万円		6400万円		1616万円		6084万円		
I/C			6.1%		3.8%		4.5%		6.8%		1.9%		2.2%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表44 健診・医療・介護データの一体的な分析

図表44 健診・医療・介護データの一体的な分析

千曲市 E表:健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



図表45 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮						
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)						
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上			
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	27.4	3,963	9,071	10,639	26.6	47.6	3.4	9.2	7.1	6.6	28.6	25.1	21.4		
R04	27.2	3,284	5,729	11,165	31.0	53.4	7.8	8.3	8.2	9.2	31.5	26.2	22.2		

図表46 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	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	%	
H30	35	3.3	(18)	207	4.8	(49)	12	3.3	(3)	29	2.8	(2)	221	5.1	(12)	3	0.8	(0)	13	1.2	62	1.4	7	1.9	1	0.1	22	0.5	1	0.3
R04	58	5.7	(28)	187	6.1	(66)	56	6.4	(16)	33	3.2	(5)	168	5.5	(18)	10	1.1	(1)	9	0.9	35	1.1	18	2.1	1	0.1	29	0.9	13	1.5

図表47 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表			③						⑥												⑦					
年度	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							
	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	80.3	93.0	97.3	29.1	60.3	81.3	74.1	83.0	86.1	43.6	44.9	40.1	28.2	33.3	33.9	37.1	36.2	64.9	44.9	42.8	70.2					
R04	81.9	91.1	96.7	29.3	59.3	81.4	72.4	82.2	87.3	45.5	43.9	42.9	27.7	33.0	36.4	36.6	45.1	64.3	43.2	51.6	70.1					

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48 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											
年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.8	9.0	31.1	3.1	6.7	18.2	5.2	9.9	27.3	4.1	7.4	11.2	14.8	14.0	40.0	2.4	5.1	32.1	4.4	5.8	37.1	4.9	7.4	41.0
R04	3.1	10.9	28.2	3.2	8.2	17.6	5.5	14.6	28.4	4.6	7.4	11.7	14.6	11.1	43.9	1.0	5.3	32.6	2.2	6.6	37.8	2.0	8.7	39.1

図表49 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	62.0	81.5	61.3	80.9	2.9	13.7	1.3	13.9	9.4	49.6	44.5	75.7
R04	60.3	83.8	78.7	82.0	4.5	14.6	1.6	13.8	11.7	48.6	44.9	80.2

出典:ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり77万円を超え、国保の2.2倍も高い状況です。(図表39)

糖尿病の総医療費に占める割合は、県、同規模より低いが国より高く、慢性腎不全(透析有)の医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べ高く、脳梗塞・脳出血においても同規模・国よりも高い状況です。(図表40)

高額レセプトについては、国保においては毎年約600件以上のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3.7倍に増えることがわかります。(図表41)

高額な疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和2年度が一番多く81件で1億円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は43件と件数が減り、費用額も約6,400万円と減っています。しかし、後期高齢においては、264件発生し、約3億4千万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表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45の①被保険者数は、40～64歳、65～74歳と減っていますが、75歳以上では526名増え、高齢化率の高い本市では今後も後期高齢者が確実に増えていくことが予想されます。

図表46健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上の対象の割合は各年代で増えており、心房細動については令和2年度より心電図を集団健診・個別健診で全数実施しているため有所見者が増加しています。さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表47の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)では75歳以上は糖尿病、高血圧の両方を持っている者の割合が平成30年度に比べ令和4年度は2.5ポイント増加しています。また、合併症では高血圧、糖尿病共に65歳以上の高齢者において割合が増加しています。

図表48の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、虚血性心疾患、心不全とも65～74歳で令和4年度の割合が増加し、介護認定者も微増しています。75歳以上では、脳血管疾患の介護認定者の割合が令和4年度では3.9ポイント増加しています。

図表49骨折・認知症の状況では、骨折、認知症共に高血圧、糖尿病の重なりがある人が増加しています。認知症のうち要介護認定者は75歳以上で4.5ポイント増加しています。

今後の高齢化に伴い、社会保障費は増加していくものと思われるため、心疾患、脳血管疾患のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の重症化予防について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、慢性腎不全等への重症

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、評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表50)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、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、脂質異常症の未治療者、コントロール不良者を減らしていくことを短期的な目標とします。

またメタボリックシンドローム該当者及び予備群が減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患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ことが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表50 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績（％）			データの把握方法 (活用データ)
					初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症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	3.8			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	1.7			
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	10.7			
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.1			
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0			
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	33.5			千曲市健康増進課
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.1			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	7.5			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.4			
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.2			
				糖尿病の未治療者を治療に結び付けた割合の増加	69.9			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	50.8			法定報告値	
			★特定保健指導実施率の維持	88.3				
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	11.1				
努力支援制度		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			厚生労働省	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表51 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	52%	54%	56%	58%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	88%	88%	88%	88%	88%	88%以上

＜参考＞第3期データヘルス計画目標：特定保健指導実施率の維持(R4:88.3%)

3. 対象者の見込み

図表52 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	8000人	7700人	7400人	7100人	6800人	6500人
	受診者数	4160人	4158人	4144人	4118人	4080人	3900人
特定保健指導	対象者数	499人	499人	497人	494人	490人	468人
	受診者数	299人	299人	298人	296人	294人	281人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については特定健診実施機関に委託して、集団方式と個別方式により実施します。

集団方式については、庁舎・観光会館で実施します。

個別方式においては、千曲医師会が実施機関のとりまとめを行います。また、市外医療機関については、市国民健康保険被保険者の受診が相当数ある医療機関に拡大していきます。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、および実施基準第16条第1項に基づき、具体的に

委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市ホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣病予防のため国が定めた項目と受診者全員にHbA1cを実施します。それに加え、追加の検査(尿酸、尿潜血、尿クレアチニン・尿蛋白定量、心電図)を実施します。

図表53 特定健診検査項目

○千曲市特定健診検査項目

健診項目		千曲市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○(集団・個別)	□
	眼底検査		□
	血清クレアチニン(eGFR)	○(集団・個別)	□
	尿酸	○(集団・個別)	

○…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。

その他に、事業者健診や人間ドックの健診結果を受診者本人から受領できるように、また、事業者の中でまとまった数のデータの提出元がある場合は、その提出元との協議調整を行い、円滑に受領できる体制づくりを行います。

(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54 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 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月		集団健診(約7日間) ↓ 健診データ受取	健診データ抽出(前年度)
6月		個別健診(市内医療機関) → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		(特定保健指導・重症化予防保健指導の開始)	↓
8月		↓	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診の実施)	↓
10月	契約に関わる	↓	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告
12月	↓	集団健診(約3日間)	(ファイル作成・送付)
1月	↓	↓	
2月	↓	集団健診(約2日間)	
3月	契約準備	(特定健診当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

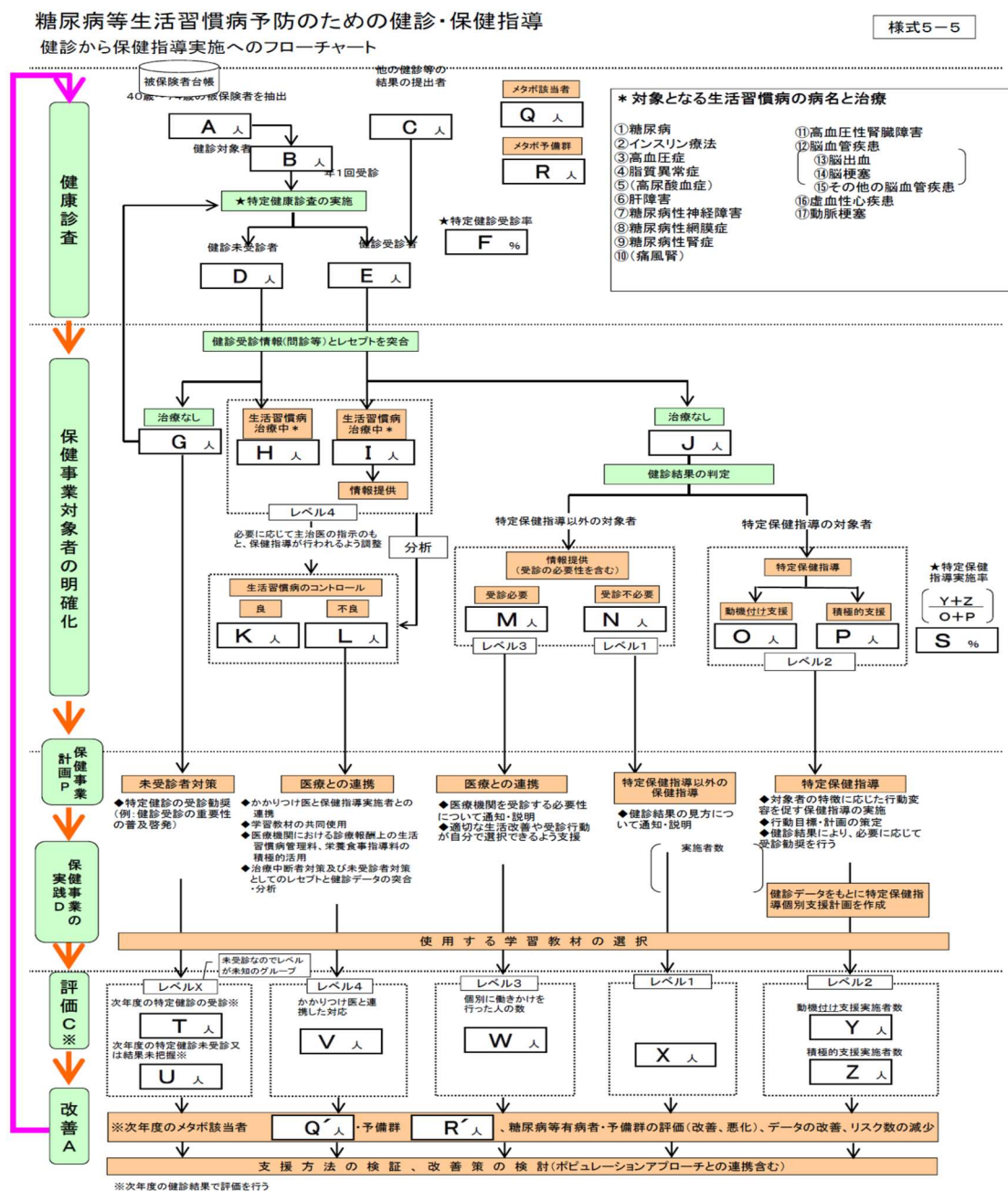
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表55 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表56 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○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	449人 (11.0%)	90%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	668人 (16.4%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,257人 (55.4%)	63%
4	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)	3937 ※受診率目標達成までにあと733人	15.3%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	698人 (17.1%)	60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表57 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	健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(随時可)		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎がん検診開始
5月	↓ 集団健診(約7日間)		
6月	健診データ受取 個別健診(市内医療機関)	↓ 保健指導対象者の抽出	◎後期高齢者健診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		(特定保健指導・重症化予防保健指導の開始)	
8月	↓		
9月	(特定健診の実施)		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	↓		
11月	↓		
12月	↓ 集団健診(約3日間)		◎一般健診(2日間)
1月	↓		
2月	↓ 集団健診(約2日間)		
3月	(特定健診当該年度受付終了)		

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千曲市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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