

伊那市国民健康保険  
第 3 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)  
令和 6 年度～令和 11 年度

伊那市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
  - 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) ……33

1. 第四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 ……40

- 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. 脳血管疾患重症化予防
3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防

## 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 .....67

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 .....68

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

## 参考資料 .....69

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

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

---

※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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

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

---

※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)

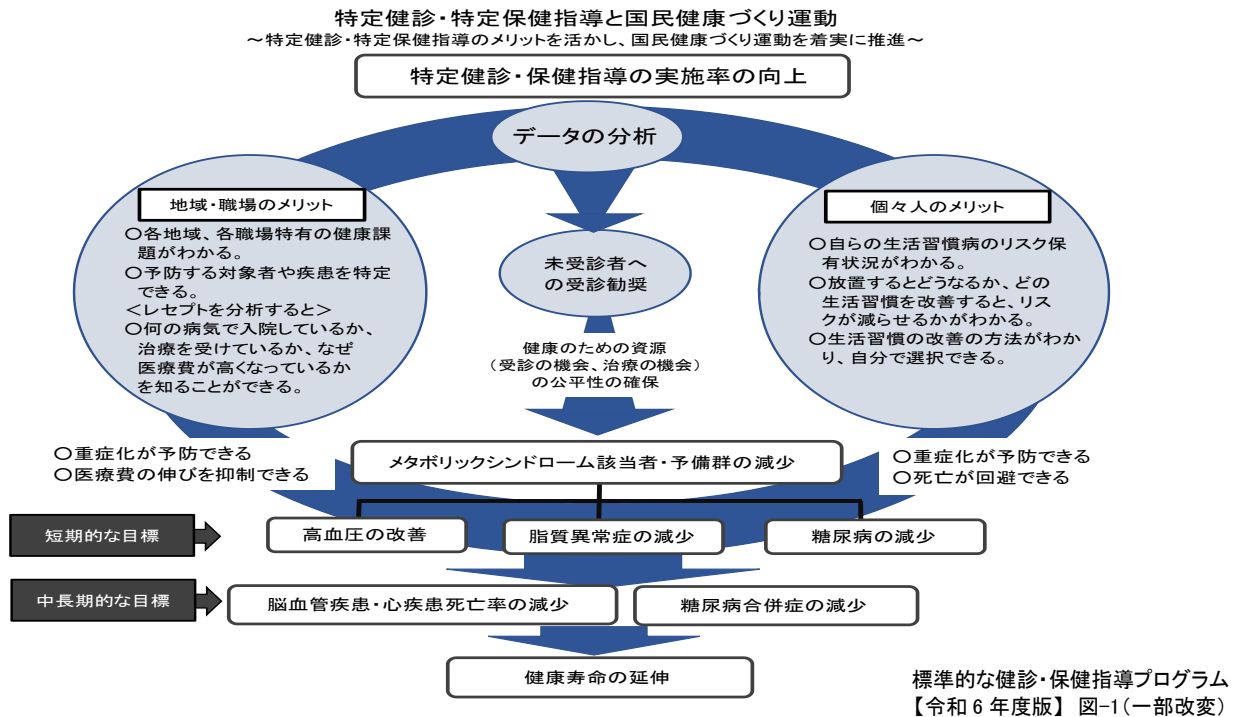
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

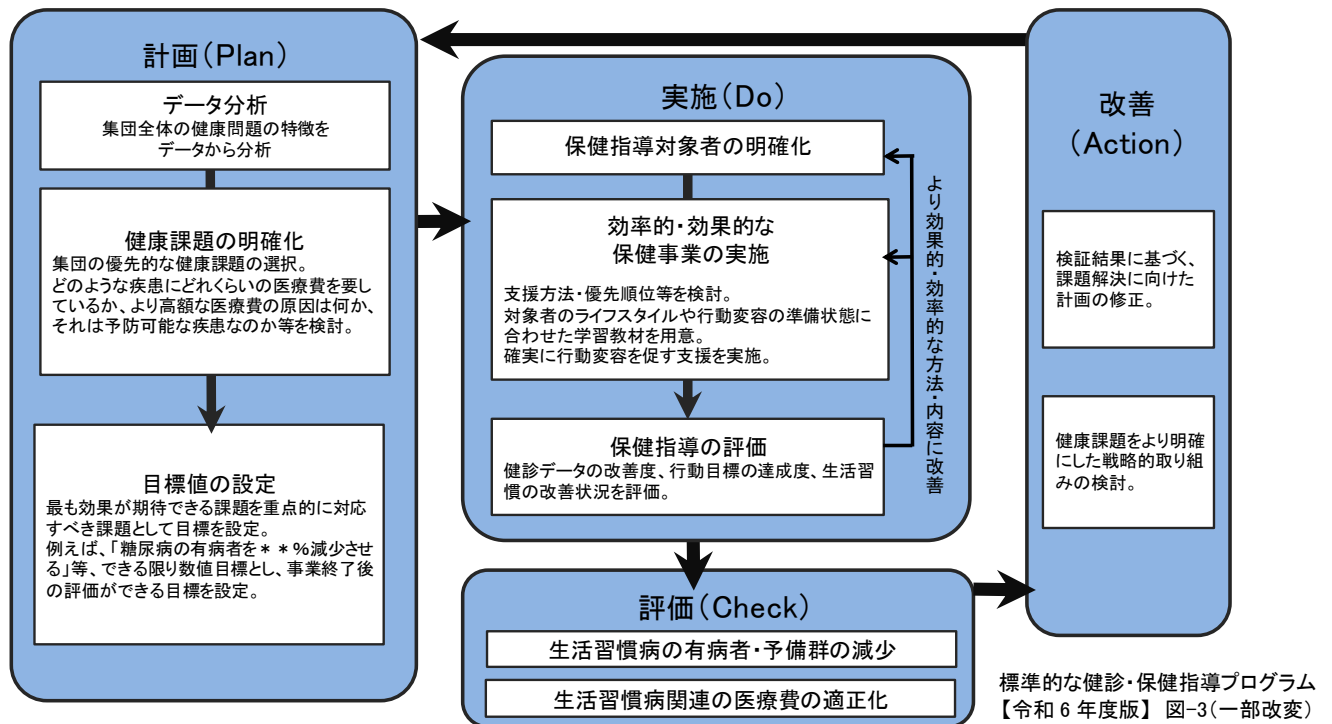
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5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 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳～74歳	すべて	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、 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こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病、6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④産前産後医療 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・事業費連動分)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



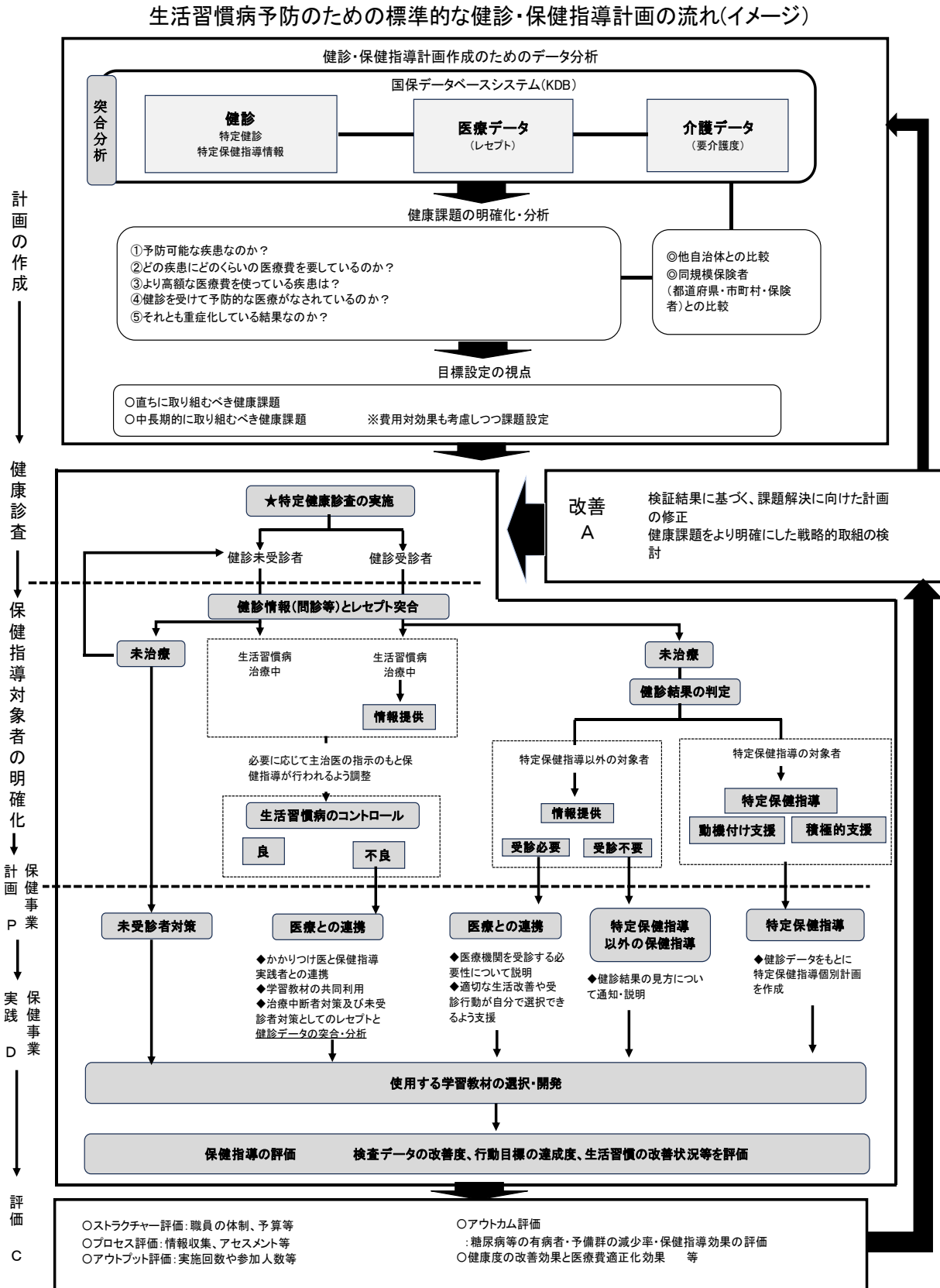
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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)

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

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

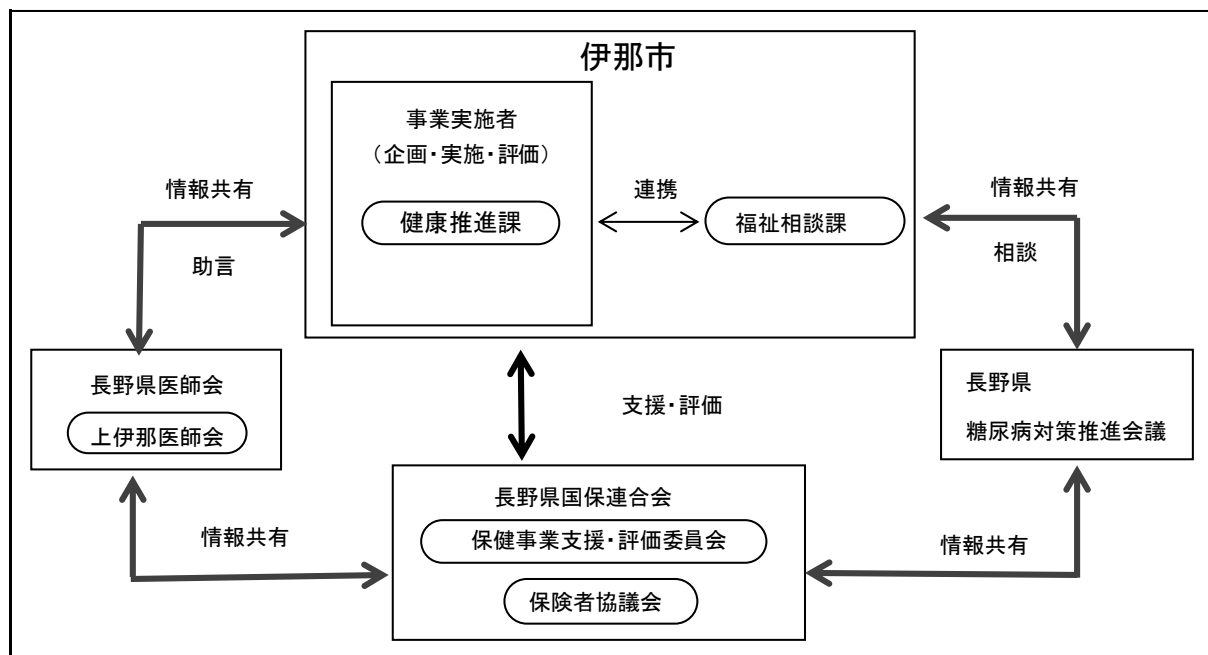
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、健康推進課を中心に、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応

じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者・介護部門(福祉相談課・社会福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 伊那市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	担当業務内容
保健師(係長)	統括、契約、補助金など
保健師(母子、成人、精神担当)	各分野事業統括
保健師(地区担当)	地区担当業務 新生児訪問、乳幼児健診、特定保健指導、 重症化予防保健指導、精神保健
管理栄養士	乳幼児健診、特定保健指導、重症化予防保健指導
事務	受診券等送付、支払い、受付事務など

## 2) 関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力していきます。

また、都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者であることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県との連携が重要となります。

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

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

## 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、被保険者の参画を得て、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		
		伊那市	配点	伊那市	配点	伊那市	配点	
交付額(万円)		2,930		3,444		3,959		
全国順位(1,741市町村中)		645位		67位		3位		
共通 の 指 標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	95	70	125	70	125	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	25	40	55	40	57	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	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	50	45	55	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	45	50	20	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	105	130	110	130
固有 の 指 標	①	保険料(税)収納率	65	100	70	100	100	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	81	95	75	100	78	100
合計点		597	1,000	748	960	800	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6.6万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で31.6%でした。同規模、県と高齢者の割合は同程度です。被保険者の平均年齢は55.2歳と同規模、県、国より高く、出生率も低い市となっています。産業においては、第3次産業が半数以上ですが、第1次、2次産業の割合が同規模より多く、季節により生活、活動量の変わる方、交代勤務等も考えられ、仕事の実態を踏まえ、健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は19.5%(令和4年度)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歳の前期高齢者が約半数を占めています。(図表10)

外来患者数は県と比較し多いですが、入院患者数は同規模、県と比較して低い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した伊那市の特性

	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
伊那市	65,326	31.6	12,766(19.5)	55.2	6.3	13.0	0.5	9.4	33.8	56.8
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、伊那市と同規模保険者(250市町村)の平

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	14,557		13,765		13,696		13,423		12,766	
65～74歳	6,860	47.1	6,653	48.3	6,688	48.8	6,602	49.2	6,183	48.4
40～64歳	4,568	31.4	4,324	31.4	4,261	31.1	4,128	30.8	3,987	31.2
39歳以下	3,129	21.5	2,788	20.3	2,747	20.1	2,693	20.1	2,596	20.3
加入率	21.5		20.3		20.2		19.8		19.5	

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	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	0.3	0.3	0.3
診療所数	59	4.1	59	4.3	57	4.2	56	4.2	55	4.3	3.6	3.5
病床数	780	53.6	780	56.7	780	57.0	779	58.0	779	61.0	59.4	52.2
医師数	152	10.4	152	11.0	166	12.1	166	12.4	170	13.3	10.0	11.8
外来患者数	731.4		728.2		685.5		711.7		714.6		719.9	691.5
入院患者数	16.0		16.0		14.5		15.8		16.3		19.6	17.6

出典: KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

#### ① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で57人(認定率0.26%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。1号(65歳以上)被保険者で認定率17.1%と同規模・県・国と比較すると低いですが、平成30年度と比べて高くなっています。(図表12)

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、平成30年の約57億円から令和4年は約62億円に伸びています。(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)が約5割を占めています。虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症など)も、年代が上がるほど割合が高くなっています。認知症も75歳以上では4割以上となっています。血脳卒中、認知症に共通する基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全体で約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

	伊那市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	20,421人	30.1%	20,663人	31.6%	30.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	66人	0.29%	57人	0.26%	0.36%	0.28%	0.38%
新規認定者	20人		8人		--	--	--
1号認定者	3,357人	16.4%	3,528人	17.1%	18.1%	17.7%	19.4%
新規認定者	466人		497人		--	--	--
再掲	65~74歳	251人	2.7%	235人	2.5%	--	--
新規認定者	59人		47人		--	--	--
75歳以上	3,106人	28.3%	3,293人	28.9%	--	--	--
新規認定者	407人		450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

	伊那市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	57億9475万円	62億5495万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	283,764	302,713	274,536	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	66,202	65,789	63,298	62,434	59,662
居宅サービス	38,373	39,525	41,822	40,752	41,272
施設サービス	277,472	287,869	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 04 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)		57		235		3,293		3,528					
再)国保・後期		34		198		3,129		3,327					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	循環器疾患	1	脳卒中	18 52.9%	脳卒中	96 48.5%	虚血性心疾患	1,427 45.6%	脳卒中	1,509 45.4%	脳卒中	1,527 45.4%	
		2	虚血性心疾患	5 14.7%	虚血性心疾患	66 33.3%	脳卒中	1,413 45.2%	虚血性心疾患	1,493 44.9%	虚血性心疾患	1,498 44.6%	
		3	腎不全	3 8.8%	腎不全	29 14.6%	腎不全	571 18.2%	腎不全	600 18.0%	腎不全	603 17.9%	
	合併症	4	糖尿病合併症	8 23.5%	糖尿病合併症	29 14.6%	糖尿病合併症	371 11.9%	糖尿病合併症	400 12.0%	糖尿病合併症	408 12.1%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				25 73.5%	基礎疾患	173 87.4%	基礎疾患	2,946 94.2%	基礎疾患	3,119 93.7%	基礎疾患	3,144 93.5%
	血管疾患合計				26 76.5%	合計	182 91.9%	合計	3,027 96.7%	合計	3,209 96.5%	合計	3,235 96.3%
	認知症			認知症	5 14.7%	認知症	43 21.7%	認知症	1,446 46.2%	認知症	1,489 44.8%	認知症	1,494 44.5%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	25 73.5%	筋骨格系	184 92.9%	筋骨格系	2,986 95.4%	筋骨格系	3,170 95.3%	筋骨格系	3,195 95.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少により総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、県や国より高く、平成 30 年度と比較しても 2 万円程度伸びています。

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

また年齢調整をした地域差指数では、県と比較すると国保・後期ともに低いですが、国保の方が高くなっています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を減らすためには、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組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		伊那市		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)		14,557人	12,766人	--	--	--
前期高齢者割合		6,860人 (47.1%)	6,183人 (48.4%)	--	--	--
総医療費		47億5065万円	44億1011万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		326,348 県内31位 同規模136位	345,457 県内35位 同規模161位	366,294	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	632,990	638,720	610,160	607,840	617,950
	費用の割合	38.0	37.1	40.5	38.9	39.6
	件数の割合	2.1	2.2	2.7	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	22,610	24,730	24,470	24,340	24,220
	費用の割合	62.0	62.9	59.5	61.1	60.4
	件数の割合	97.9	97.8	97.3	97.5	97.5
受診率		747.456	730.88	739.503	709.111	705.439

※KDB医療費情報と国保連提供の医療費情報に差異あり  
 ※同規模順位は伊那市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール  
 KDB

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		
		伊那市(県内市町村中)		県(47県中)	伊那市(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.975 (18位)	0.938 (30位)	0.958 (36位)	0.826 (52位)	0.839 (52位)	0.899 (38位)
		0.901 (42位)	0.836 (49位)	0.963 (35位)	0.744 (57位)	0.756 (63位)	0.883 (32位)
	入院	1.023 (7位)	0.994 (13位)	0.960 (40位)	0.915 (24位)	0.924 (27位)	0.922 (36位)
	外来						

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

総医療費は被保険者の減少とともに下がっているにも関わらず、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は変化がありません。そのため、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較して、増加し、同規模・県・国と比較しても高く、その中でも脳血管疾患、慢性腎不全(透析有)の割合が高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を見ると虚血性心疾患、脳血管疾患の割合は同程度でした。(図表18)

それにも関わらず、医療費の占める割合として脳血管疾患が高くなっているのは、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がかかっているからと考えられます。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

		伊那市		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)		47億5065万円	44億1011万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		4億5696万円	4億5383万円	--	--	--	
		9.62%	10.29%	7.95%	7.88%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.32%	2.97%	2.08%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.34%	1.00%	1.42%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.80%	6.01%	4.16%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.16%	0.31%	0.29%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		17.10%	17.79%	17.03%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		9.15%	8.68%	8.72%	9.18%	8.68%
	精神疾患		8.17%	8.05%	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 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	14,557	12,766	a	1,158	966	1,027	805	65	57
				a/A	8.0%	7.6%	7.1%	6.3%	0.4%	0.4%
40歳以上	B	11,428	10,170	b	1,150	963	1,019	797	63	57
	B/A	78.5%	79.7%	b/B	10.1%	9.5%	8.9%	7.8%	0.6%	0.6%
再 掲	40~64歳	4,568	3,987	c	199	179	196	159	29	22
				C/A	31.4%	31.2%	c/C	4.4%	4.5%	4.3%
	65~74歳	6,860	6,183	d	951	784	823	638	34	35
				D/A	47.1%	48.4%	d/D	13.9%	12.7%	12.0%

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、治療者の割合は大きな変化はありません。

脳血管疾患や人工透析の方の過去の治療等の状況を見ると、未治療の方や健診未受診の方もいます。また、生活習慣病での受診につながるのが遅い、値の十分なコントロールができていない状況もあります。重症化する前に気付けるよう、未受診者への受診勧奨の取り組みをさらに進めていく必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		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	4,704	4,250	1,051	939	3,653	3,311
		A/被保数	41.2%	41.8%	23.0%	23.6%	53.3%	53.6%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	481	360	88	73	393	287
		B/A	10.2%	8.5%	8.4%	7.8%	10.8%	8.7%
	虚血性心疾患	C	614	516	108	100	506	416
		C/A	13.1%	12.1%	10.3%	10.6%	13.9%	12.6%
	人工透析	D	58	54	26	21	32	33
		D/A	1.2%	1.3%	2.5%	2.2%	0.9%	1.0%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		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	2,059	1,881	513	452	1,546	1,429
		A/被保数	18.0%	18.5%	11.2%	11.3%	22.5%	23.1%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	216	169	36	29	180	140
		B/A	10.5%	9.0%	7.0%	6.4%	11.6%	9.8%
	虚血性心疾患	C	333	293	70	56	263	237
		C/A	16.2%	15.6%	13.6%	12.4%	17.0%	16.6%
	人工透析	D	34	34	16	11	18	23
		D/A	1.7%	1.8%	3.1%	2.4%	1.2%	1.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	457	359	123	87	334	272
		E/A	22.2%	19.1%	24.0%	19.2%	21.6%	19.0%
	糖尿病性網膜症	F	387	377	106	100	281	277
		F/A	18.8%	20.0%	20.7%	22.1%	18.2%	19.4%
	糖尿病性神経障害	G	87	69	28	21	59	48
		G/A	4.2%	3.7%	5.5%	4.6%	3.8%	3.4%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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	4,572	4,197	1,164	1,051	3,408	3,146	
	A/被保数	40.0%	41.3%	25.5%	26.4%	49.7%	50.9%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	417	309	79	57	338	252
		B/A	9.1%	7.4%	6.8%	5.4%	9.9%	8.0%
	虚血性心疾患	C	609	510	127	106	482	404
		C/A	13.3%	12.2%	10.9%	10.1%	14.1%	12.8%
	人工透析	D	29	27	15	8	14	19
		D/A	0.6%	0.6%	1.3%	0.8%	0.4%	0.6%

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、該当者の割合は大きく変化していません。未治療者について問診で未治療の割合は平成 30 年度から減っていますが、健診後、医療につながったのか、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 30%、糖尿病で約 5%います。(図表 22)

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、今後重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_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
伊那市	5,691	54.6	5,252	54.2	181	3.2	113	62.4	171	3.3	98	57.3	57	33.3	11	6.4
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
伊那市	5,669	99.6	5,244	99.8	173	3.1	48	27.7	151	2.9	30	19.9	8	5.3	8	5.3
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

### ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、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、3%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コレステロール160以上の有所見割合を見ると、いずれも著変はないものの、翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の改善率は上がっていますが、HbA1c6.5以上は悪化率が増えています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割弱存在し、結果が把握できていません。(図表24～26)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っていきます。

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	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	5,691 (54.6%)	789 (13.9%)	235 (4.1%)	554 (9.7%)
R04年度	5,149 (52.5%)	852 (16.5%)	268 (5.2%)	584 (11.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	444 (7.8%)	130 (29.3%)	166 (37.4%)	35 (7.9%)	113 (25.5%)
R03→R04	336 (6.4%)	101 (30.1%)	105 (31.3%)	49 (14.6%)	81 (24.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	181 (3.2%)	95 (52.5%)	30 (16.6%)	3 (1.7%)	53 (29.3%)
R03→R04	171 (3.3%)	95 (55.6%)	29 (17.0%)	2 (1.2%)	45 (26.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	563 (9.9%)	251 (44.6%)	151 (26.8%)	35 (6.2%)	126 (22.4%)
R03→R04	592 (11.3%)	295 (49.8%)	125 (21.1%)	21 (3.5%)	151 (25.5%)

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、令和元年度には 55.4%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 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施していますが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

健診の受診は自分の体の状態を知る機会であり、生活習慣を見直すきっかけとなるため、受診率向上の取り組みは今後も重要となります。

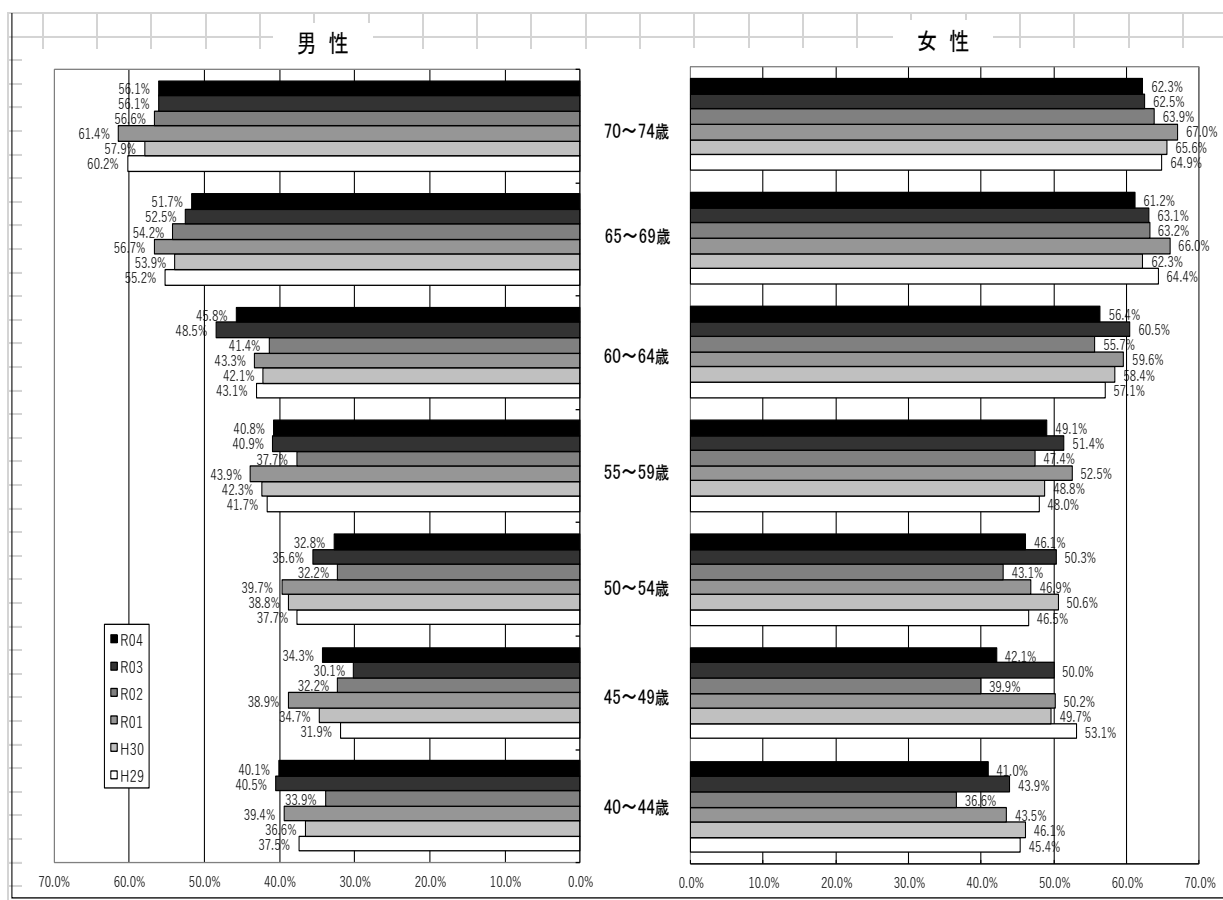
特定保健指導については 80%程度を維持しています。前述したように、重症化のリスクの高いⅡ度高血圧の方や、HbA1c6.5 以上の方の継続受診ができていない現状もあり、リスクの高い方に重点を置いた受診勧奨が必要です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 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	5,558	5,499	5,087	5,042	4,948	健診受診率 60%
	受診率	53.5%	55.4%	51.5%	52.0%	54.0%	
特定保健指導	該当者数	501	515	488	445	441	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.0%	9.4%	9.6%	8.8%	8.9%	
	実施者数	410	445	398	356	350	
	実施率	81.8%	86.4%	81.6%	80.0%	79.4%	

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

血糖値有所見者への保健指導実施を、未治療者、コントロール不良者を中心に実施してきました。

HbA1c8%以上の割合には大きな変化がありません。継続した保健指導、保健指導の質の向上が課題として残っています。未治療者は2~3人程度ですが、毎年おり、未治療者の方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また、治療中断にならないよう、コントロール良好に保てるよう、必要に応じ、医療機関とも情報共有しながら支援をおこないます。

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、合併症予防のための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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

年度		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c実施者	a	5,669	5,652	5,217	5,244	5,138
(再掲)	b	444	432	388	336	326
HbA1c6.5以上	b/a	7.8%	7.6%	7.4%	6.4%	6.3%

表 2 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

年度		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	a	5,669	5,652	5,217	5,244	5,138
HbA1c8以上の状況	b	37	31	36	31	37
	b/a	0.7%	0.5%	0.7%	0.6%	0.7%
(再掲) 未治療者	c	16	12	13	9	10
	c/b	43.2%	38.7%	36.1%	29.0%	27.0%



内服開始	10	9	7	7
------	----	---	---	---

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心房細動有所見者未治療者で健診受診後も、医療機関未受診の方がおり、心原性脳梗塞予防のためにも受診につなげていく必要があります。

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。

表 3 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30			R4		
		総計	男	女	総計	男	女
健診受診者	a	5,691	2,520	3,171	5,149	2,330	2,819
心電図受診者	b	4,285	1,902	2,383	4,457	2,057	2,400
心房細動	c	42	34	8	40	35	5
心房細動所見率	c/b	1.0%	1.8%	0.3%	0.9%	1.7%	0.2%
うち、未治療者		6	5	1	5	5	0



医療機関未受診



2	2	0
---	---	---

### 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3%の横ばいで、約6割が未治療者です。令和3年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者85人のうち、保健指導後、治療につながった方は、35人(41.2%)でした。

保健指導の中では、「家では高くない」と言われる方も一定数おり、白衣高血圧が疑われる方も、将来の高血圧発症リスクは高いため、家庭血圧測定の重要性、受診を判断する基準等をきちんと理解してもらえようような保健指導が必要です。

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。表6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高リスクかつ、Ⅱ度高血圧以上の未治療者、②高リスクで第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んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

表5 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

年度		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	a	5691	5664	5235	5252	5149
Ⅱ度高血圧以上の者	b	181	186	198	171	141
	b/a	3.2%	3.3%	3.8%	3.3%	2.7%
(再掲) 未治療者	c	113	118	110	98	85
	c/b	62.4%	63.4%	55.6%	57.3%	60.3%

内服開始				43	35
------	--	--	--	----	----

表6 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク第1層 予後影響因子がない	1,277	783 61.3%	409 32.0%	72 5.6%	13 1.0%
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	67	C 46 5.2%	B 18 4.4%	B 2 2.8%	A 1 7.7%
	734	C 471 60.2%	B 217 53.1%	A 44 61.1%	A 2 15.4%
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1つ以上ある	476	B 266 34.0%	A 174 42.5%	A 26 36.1%	A 10 76.9%
	734	C 471 60.2%	B 217 53.1%	A 44 61.1%	A 2 15.4%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分	該当者数
A	257 20.1%
B	503 39.4%
C	517 40.5%

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

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実態や食生活などの生活背景との関連について、広報や結果説明会などで市民へ周知を行いました。また、肥満の改善を目的として集団健診結果説明会では手軽に食べられる食品(パン、カップ麺など)に含まれる脂、糖の展示、野菜の展示などを実施してきました。

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。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.33%	3.07%	2.97%	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	1.34%	1.45%	1.00%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.83%	5.44%	6.01%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	36.6%	41.1%	40.7%	伊那市調べ手帳申請全員	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	44.4%	50.0%	31.8%		
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	22.2%	26.1%	26.2%	法定報告値	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.2%	3.8%	2.7%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.9%	10.2%	8.3%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	7.8%	7.4%	6.3%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.3%	0.30%	0.20%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	45.5%	48.9%	73.3%		
		糖尿病の保健指導を実施した割合	92.4%	83.3%	90.9%		
	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	53%	51%	54%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	81.8%	81.6%	79.4%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	9.0%	9.6%	8.9%		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加(バリウム)	12.2%	5.9%	10.6%	伊那市保健活動のありましより
			肺がん検診受診者の増加(CT)	29.2%	24.2%	24.8%	
			大腸がん検診受診者の増加	29.0%	18.0%	20.8%	
			子宮がん検診受診者の増加	27.8%	23.8%	22.7%	
乳がん検診受診者の増加			44.3%	40.5%	43.1%		
5つのがん検診の平均受診率の増加			28.5%	22.5%	24.4%		
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	76.1%	79.9%	82.4%	厚生労働省	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### 【考察】

脳血管疾患の発症予防、新規人工透析の減少を目指し、ハイリスク者の保健指導を中心に保健事業を実施してきました。

しかし、現状ではまだ、脳血管疾患の発症、新規人工透析が減少している状況とは言い切れません。

Ⅱ度高血圧については、第2期のみでは大きな減少はありませんが、平成20年度から比較すると、7.8%から2.7%に減少し、県内19市中一番低くなりました。医療費や中長期目標の疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）への影響は、5年、10年経って現れてくるものとされており、減少してきているⅡ度高血圧以上を今後も減少に向けて取り組みを続けていくことが必要です。

糖尿病については、経年受診者の変化で見たときに、悪化の割合が増えていること、また、HbA1c8以上の割合が減っていないことが大きな課題です。

糖尿病の治療の第一段階は、食事療法・運動療法とされ、服薬が開始となっても食事療法・運動療法の重要性は変わらない(糖尿病治療ガイド)ため、受診、服薬とともに保健指導が重要な位置づけとなります。

保健指導を実施する体制は整ってきたものの、結果の改善を一緒に確認しながらの継続した保健指導が十分にはできていない現状があります。

住民が自分の体を大切にしたいと思い、血管を守る、生活習慣病の発症、重症化を防ぐための生活の選択ができるような保健指導が実施できるよう、専門職が保健指導の技術を高めていくことも重要です。

また、特定保健指導対象者の割合は減少しているもののメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合は増えており、生活習慣病治療中の方の中での割合が増えています。

メタボリックシンドロームは心血管疾患を発症しやすい状態とされています。現状では、虚血性心疾患の人数、医療費とも増えていませんが、このまま、メタボリックシンドロームの割合が増えれば、今後、虚血性心疾患が増えていくことも予想されます。

上記の課題解決には、短期目標の疾患である、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常の改善のために、単年度ごとに振り返り、評価をすることが必要です。割合や数の変化のみではなく、自分たちの保健指導の結果(保健指導して医療につながったのか、改善したのかなど)とつなげての評価が不十分でした。単年度ごと丁寧に評価し、保健指導の体制や内容を改善していくことを積み重ねることが重要です。

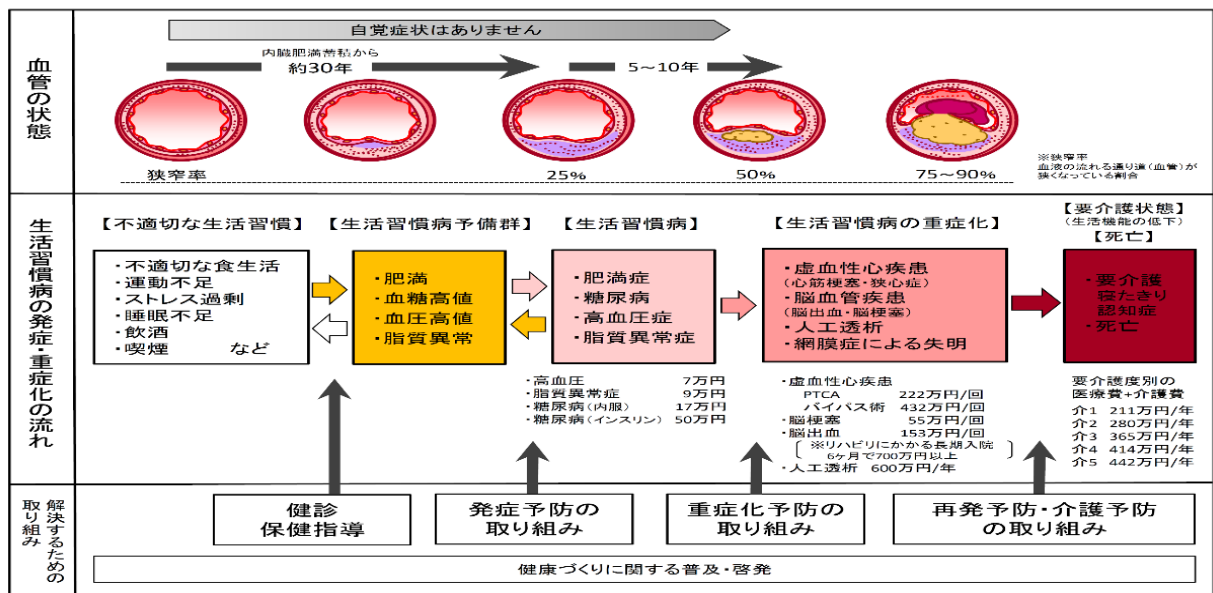
### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

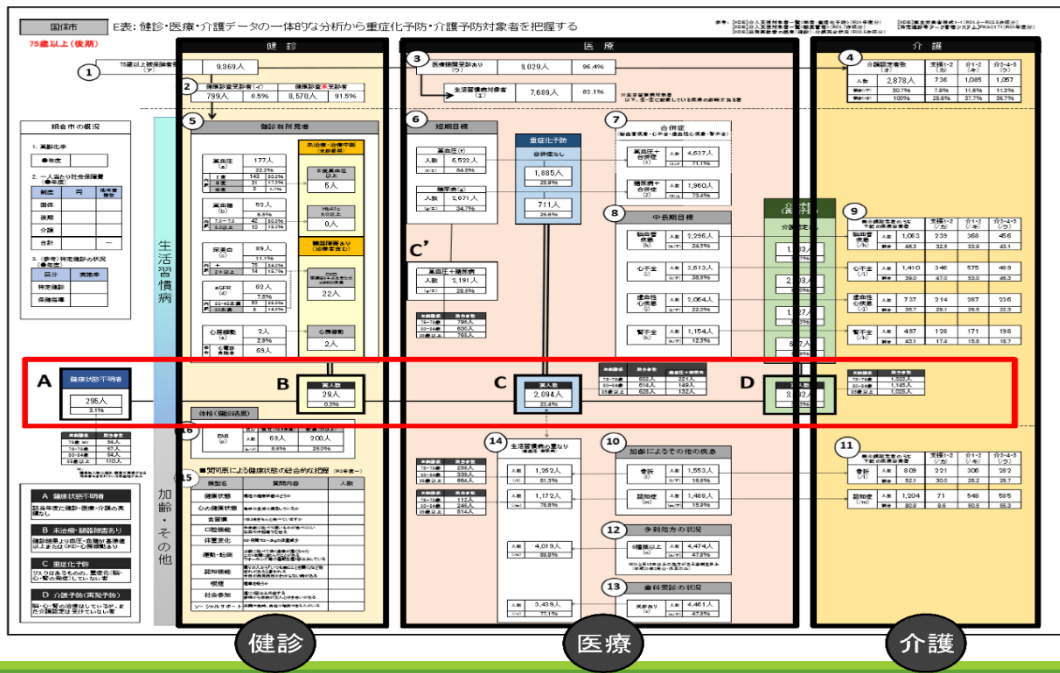
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	14,557人	13,765人	13,696人	13,423人	12,766人	12,171人	
総件数及び総費用額	件数	133,024件	125,657件	115,994件	118,594件	114,814件	178,555件
	費用額	47億5065万円	44億8178万円	43億4158万円	44億5334万円	44億1011万円	86億4010万円
一人あたり医療費	32.6万円	32.6万円	31.7万円	33.2万円	34.5万円	71.0万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症	9億6782万円	21.9%				
① 国保	伊那市	44億1011万円	28,074	6.01%	0.31%	2.97%	1.00%	5.40%	3.98%	2.28%	9億6782万円	21.9%	17.8%	8.05%	8.68%
	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	伊那市	86億4010万円	59,847	3.81%	0.29%	5.13%	1.24%	4.29%	3.95%	1.41%	17億3875万円	20.1%	11.6%	1.54%	11.9%
	同規模	—	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	—	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	—	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	—	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	485人	433人	415人	444人	452人	745人
	件数	B	839件	786件	792件	837件	851件	1,202件
		B/総件数	0.63%	0.63%	0.68%	0.71%	0.74%	0.67%
	費用額	C	12億5782万円	11億2284万円	11億7977万円	11億9317万円	10億7824万円	12億3109万円
C/総費用		26.5%	25.1%	27.2%	26.8%	24.4%	14.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	30人		32人		27人		35人		33人		95人		
		D/A	6.2%		7.4%		6.5%		7.9%		7.3%		12.8%		
	件数	E	62件		50件		77件		67件		70件		140件		
		E/B	7.4%		6.4%		9.7%		8.0%		8.2%		11.6%		
	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%	6	7.8%	0	0.0%	6	8.6%	70-74歳	0	0.0%
		50代	8	12.9%	7	14.0%	19	24.7%	9	13.4%	16	22.9%	75-80歳	27	19.3%
		60代	28	45.2%	26	52.0%	23	29.9%	18	26.9%	21	30.0%	80代	78	55.7%
		70-74歳	26	41.9%	17	34.0%	29	37.7%	40	59.7%	27	38.6%	90歳以上	35	25.0%
	費用額	F	8503万円		6219万円		1億1012万円		8996万円		9002万円		1億5356万円		
F/C		6.8%		5.5%		9.3%		7.5%		8.3%		12.5%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	18人		18人		23人		17人		10人		21人		
		G/A	3.7%		4.2%		5.5%		3.8%		2.2%		2.8%		
	件数	H	23件		19件		25件		19件		11件		22件		
		H/B	2.7%		2.4%		3.2%		2.3%		1.3%		1.8%		
	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%	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	13.0%	1	5.3%	2	8.0%	1	5.3%	2	18.2%	75-80歳	8	36.4%
		60代	12	52.2%	6	31.6%	11	44.0%	5	26.3%	3	27.3%	80代	13	59.1%
		70-74歳	8	34.8%	10	52.6%	12	48.0%	13	68.4%	6	54.5%	90歳以上	1	4.5%
	費用額	I	2817万円		2931万円		3609万円		2824万円		1231万円		2924万円		
I/C		2.2%		2.6%		3.1%		2.4%		1.1%		2.4%			

出典：ヘルスサポートラボツール



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	23.2	4,248	6,556	11,253	38.0	54.9	12.0	8.9	8.6	11.0	25.3	21.8	16.5
R04	26.1	3,997	6,322	12,242	38.5	52.3	18.1	10.6	8.7	10.0	27.3	22.2	17.2

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は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-							
年度	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人
H30	45	2.8	(23)	127	3.5	(39)	36	2.7	(17)	42	2.6	(4)	116	3.2	(11)	9	0.7	(1)	10	0.6	25	0.7	13	1.0	8	0.5	32	0.9	47	3.5						
R04	32	2.1	(14)	101	3.1	(36)	80	3.6	(20)	26	1.7	(3)	113	3.4	(8)	9	0.4	(0)	16	1.0	36	1.1	38	1.7	5	0.3	37	1.1	59	2.7						

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
	高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症											
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	80.7	92.9	96.9	27.8	62.0	82.2	72.5	79.7	84.6	35.2	34.5	29.7	23.6	25.8	24.6	43.2	53.1	71.6	51.3	63.1	77.0			
R04	80.1	91.4	96.4	27.7	60.9	82.2	75.4	81.4	85.6	36.1	35.6	31.7	24.1	27.2	26.3	45.4	53.2	70.7	49.1	63.6	76.2			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												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	3.9	12.9	26.1	3.6	10.9	22.4	6.6	17.5	37.9	5.2	10.3	14.9	7.8	8.5	36.2	1.9	2.5	27.3	2.5	3.6	31.3	2.7	5.0	30.5
R04	4.2	11.9	23.5	3.4	9.5	19.9	7.0	20.0	41.4	4.5	9.6	15.3	10.7	11.5	39.6	3.7	5.5	32.6	2.2	5.5	34.8	3.3	6.3	33.2



図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				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	59.4	77.2	65.5	79.3	3.6	12.2	0.9	13.6	6.0	44.3	41.4	65.4
R04	53.2	82.4	77.4	79.0	3.7	12.8	1.0	13.2	8.2	49.1	54.8	74.3

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、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医療費が、国保の2倍高くなっています。(図表 32)

脳血管疾患、慢性腎不全の医療費に占める割合が同規模・県・国よりも高い状況です。(図表 33) 高額レセプトについては、人数は減っているものの、件数は増えており、1人がより高額になっている状況が考えられます。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和2年度が一番多く77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70件、費用額も約9000万円ですが、5年間を見ると、増加傾向ととらえられます。件数が人数の2倍以上であり、長期の入院が必要な重度な方が増えていると考えられます。脳血管疾患は医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について引き続き取り組むことが重要です。(図表 34、35)

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 38の①被保険者数は、40~64歳、65歳~74歳と減っていますが、75歳以上では1,000人増え、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、どの年代でも肥満の率が増えています。図表 39 健診有所見の状況を見ると、特に75歳以上のⅡ度高血圧以上が増えており、75歳以上ではすでに、脳血管疾患等を発症している人も増えることから、再発、介護予防の視点でも、福祉相談課とともに保健指導に取り組むことが必要となります。

⑧の中長期目標の疾患の割合は全体で見ると減っていますが、⑥では糖尿病+高血圧がどの年代でも増え、⑪要介護認定者で認知症の割合が大きく増加し、⑭の認知症では高血圧+糖尿病を持つ割合が65~74歳では大きく増えています。この現状から、認知症の割合が増え、介護費用の増加が懸念されるため、さらに糖尿病+高血圧の課題を解決に向けた取り組みを進めていく必要があります。(図表 40, 41, 42)

### (4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、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(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

##### 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、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ますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる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

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

☆長野県で設定した評価指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	データの抽出先	実績				
				初期値 R 6 (R4)	中間評 価 (R7)	最終評 価 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	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（国保連提供）				
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持					
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の減少					
			糖尿病性腎症による透析者の割合の減少		障害者手帳申請			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少					
	データヘルス計画	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	特定健診・特定保健指導実施結果総括表			
				☆健診受診者のⅡ度以上高血圧者の割合減少（160/100以上）	保健指導実践ツール			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）				
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）				
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少				
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		評価表から		
	データヘルス計画	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	特定健診・特定保健指導実施結果総括表			
				★特定保健指導実施率60%以上				
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率				

長野県で設定した第3期データヘルス計画共通評価指標及び共通情報の詳細については「別冊共通評価指標及び共通情報」に記載。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四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 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	56%	57%	58%	59%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	8853 人	8453 人	8375 人	8284 人	8207 人	8131 人
	受診者数	4958 人	4818 人	4858 人	4888 人	4924 人	4878 人
特定保健指導	対象者数	496 人	482 人	486 人	489 人	492 人	488 人
	受診者数	397 人	385 人	389 人	391 人	394 人	390 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する。上伊那医師会との委託契約、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国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(伊那市保健センター、各地区公民館等)
- ② 伊那健康センター健診
- ③ 個別健診(委託医療機関)
- ④ 医療機関人間ドック
- ⑤ 勤務先、医療機関受診データみなし健診

## (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

集合契約における特定健診実施機関については、長野県国保連合会のホームページに掲載する。

(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 46 特定健診検査項目(例示)

○伊那市特定健診検査項目

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

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

## (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。

また、受診しやすい機会の確保として、休日健診も継続して実施します。

図表 47 特定健診実施スケジュール

伊那市国保	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団地区健診		受診券送付	----->	健診実施	----->			受診勧奨再通知	----->	健診追加実施		
伊那健康センター	受診案内	健診実施 通年	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->
個別医療健診			受診券送付 健診実施	----->	----->	----->	----->	受診勧奨 通知	----->	----->	----->	----->
医療人間ドック	受診案内 健診実施	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	補助申請受付通年	----->
勤務先健診									提出依頼通知 結果提出受付	----->	----->	----->
かかりつけ医データ提供			医療機関 依頼	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->	----->

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

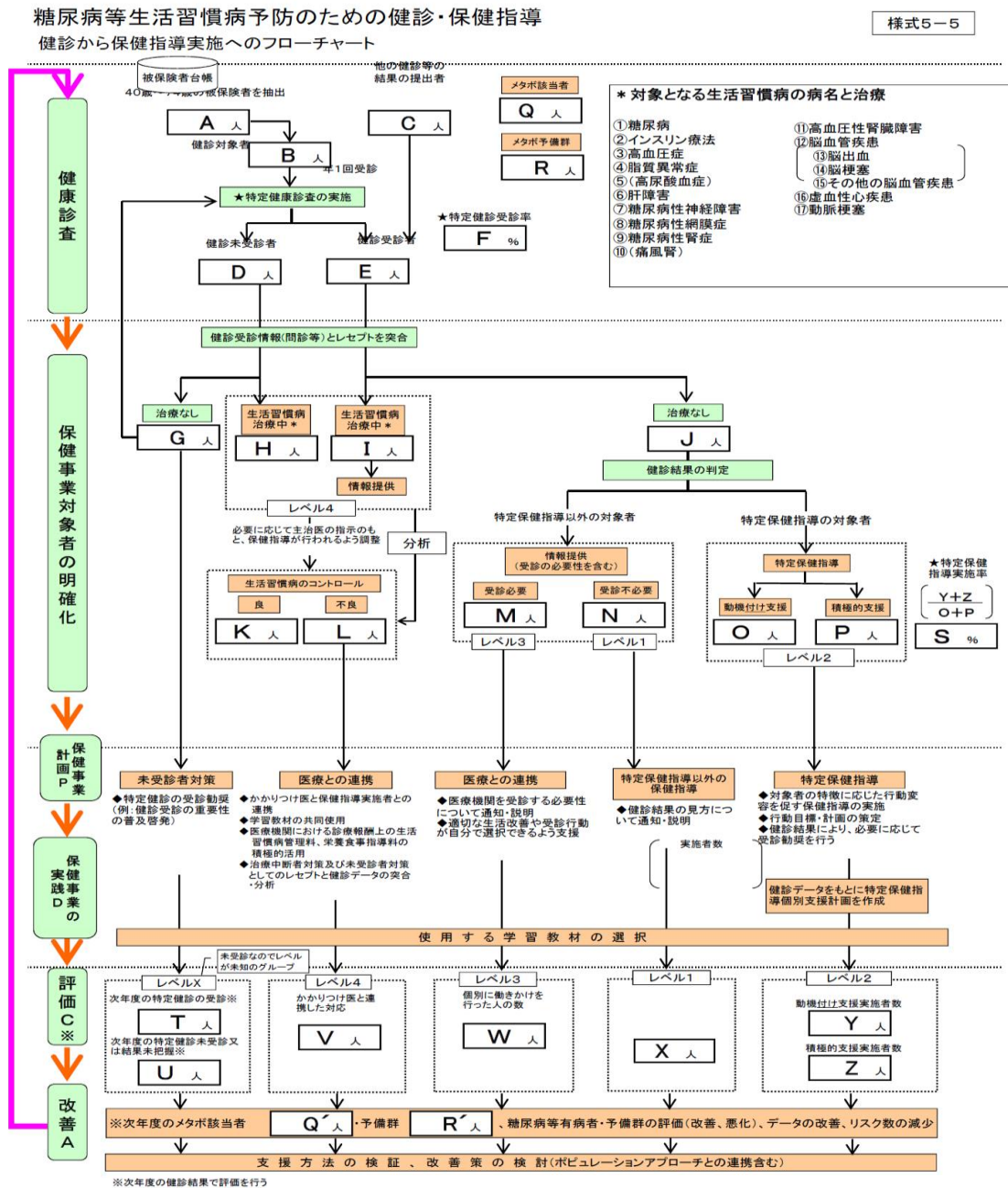
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



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 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込(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	◆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	464人 (9.0%)	80%
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	931人 (18.1%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (特にハイリスクを中心に訪問で実施。健診受診の重要性の普及啓発による受診勧奨)	4652 ※受診率目標達成までにあと1,230人	100%
4	L	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	1,302人 (25.3%)	HbA1c8以上については 100%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明(集団健診受診者には結果説明会開催)	1,226人 (23.8%)	60%
6	K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明(集団健診受診者には結果説明会開催) ◆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	1,226人 (23.8%)	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 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎がん検診開始
5月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎ハイリスク保健指導対象者の抽出と保健指導
6月	◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

## 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伊那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、伊那市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、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、重症化のハイリスク対象者の抽出基準を明確にし、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

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

### II. 重症化予防の取組

伊那市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、1,448人(28.1%)です。そのうち治療なしが427人(16.8%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取組むべき対象者が235人(55%)と高くなっています。

また、伊那市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、390人中202人(14.0%)と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり効率的であることが分かります。(図表 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の観点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 による年間新緑内障患者数の減少		健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究協議会))		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)	5,149人	52.5%
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ↳ 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症				<b>■各疾患の治療状況</b> 治療中 治療なし 高血圧 1,764 3,385 脂質異常症 1,496 3,652 糖尿病 436 4,702 3疾患 いずれも 2,528 2,621 <small>※問診結果による</small>	
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 2022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	141 2.7%	40 0.8%	137 2.7%	124 2.4%	852 16.5%	204 4.0%	380 7.4%	1,448 28.1%
治療なし	85 2.5%	10 0.4%	125 3.4%	92 2.5%	122 4.7%	86 1.8%	102 3.9%	427 16.3%
(再掲) 特定保健指導	31 22.0%	5 12.5%	27 19.7%	42 33.9%	122 14.3%	17 8.3%	28 7.4%	202 14.0%
治療中	56 3.2%	30 1.2%	12 0.8%	32 2.1%	730 28.9%	118 27.1%	278 11.0%	1,021 40.4%
臓器障害 あり	43 50.6%	10 100.0%	52 41.6%	35 38.0%	57 46.7%	40 46.5%	102 100.0%	235 55.0%
CKD(専門医対象者)	7	0	6	11	10	10	102	102
心電図所見あり	40	10	47	26	51	35	41	174
臓器障害 なし	42 49.4%	—	73 58.4%	57 62.0%	65 53.3%	46 53.5%	—	—

出典:ヘルサポートラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

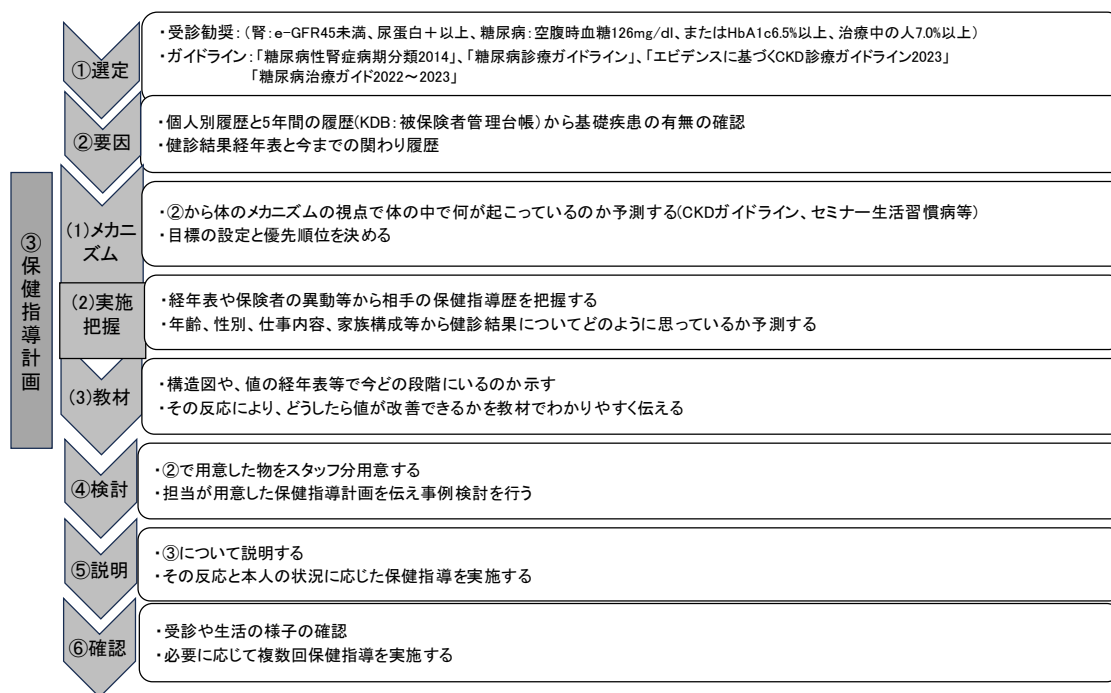
## 1) 基本的な考え方

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 糖尿病治療中者でコントロール不良
  - ア. 糖尿病性腎症に該当する者
  - 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 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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。

伊那市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイドライン2023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(+)とすることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### ② 基準に基づく該当者数の把握

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

特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、138人(24.0%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者2,065人のうち、特定健診受診者が436人(G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,629人(73.9%・I)については、治療中であるが、データが不明なため、医療機関での特定健診、みなし健診の活用など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。(図表54)

### ③介入方法と優先順位

図表 54 より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）・・・138人

#### 優先順位 2

##### 【保健指導】

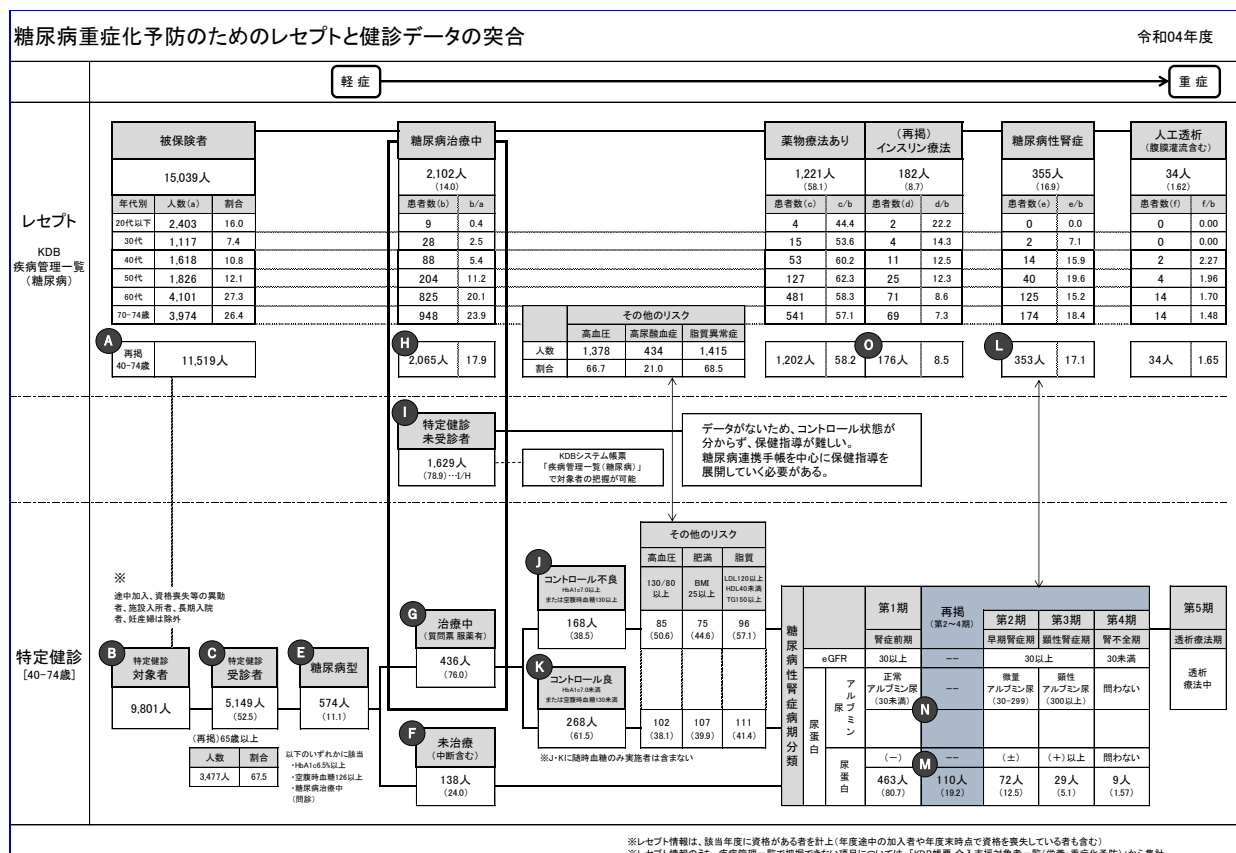
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・168人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 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
- ・Iの中から、治療中断者（国保連抽出ファイル）
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

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

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
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てみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
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 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	



## 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、事前に上伊那医師会等と協議した連絡票等を使用します。

### (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糖尿病性重症化予防プログラムに準じ行っています。

## 5) 高齢者福祉部門との連携

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、福祉相談課と連携していきます。

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		統合表	伊那市										同規模保険者(平均)	
			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	15,175人		14,387人		13,841人		13,745人		13,428人			
	② (再掲)40-74歳		11,859人		11,385人		11,056人		11,040人		10,756人			
2	① 対象者数	B	10,393人		9,921人		9,878人		9,687人					
	② 特定健診 受診者数	C	5,707人		5,646人		5,219人		5,233人		5,122人			
	③ 受診率		54.9%		56.9%		52.8%		54.0%		—			
3	① 特定 保健指導 対象者数		501人		515人		488人		445人					
	② 実施率		81.8%		86.4%		81.6%		80.0%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	635人	11.1%	633人	11.2%	612人	11.7%	594人	11.4%	568人	11.1%	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	218人	34.3%	185人	29.2%	188人	30.7%	167人	28.1%	138人	24.3%	
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	417人	65.7%	448人	70.8%	424人	69.3%	427人	71.9%	430人	75.7%	
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	179人	42.9%	190人	42.4%	165人	38.9%	179人	41.9%	165人	38.4%	
		⑤ 血圧 130/80以上		99人	55.3%	95人	50.0%	86人	52.1%	104人	58.1%	84人	50.9%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		75人	41.9%	90人	47.4%	70人	42.4%	77人	43.0%	73人	44.2%	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	238人	57.1%	258人	57.6%	259人	61.1%	248人	58.1%	265人	61.6%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	532人	83.8%	527人	83.3%	519人	84.8%	488人	82.2%	458人	80.6%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		67人	10.6%	65人	10.3%	47人	7.7%	65人	10.9%	72人	12.7%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		28人	4.4%	29人	4.6%	41人	6.7%	35人	5.9%	29人	5.1%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		6人	0.9%	9人	1.4%	5人	0.8%	6人	1.0%	9人	1.6%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		103.3人		102.9人		96.5人		106.5人		104.3人		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		130.6人		128.2人		119.3人		130.4人		128.5人		
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	8,635件 (755.6)	8,687件 (791.4)	8,659件 (790.8)	8,932件 (832.4)	8,457件 (831.6)	2,480,774件 (911.6)					
		④ 入院(件数)	33件 (2.9)	25件 (2.3)	36件 (3.3)	35件 (3.3)	17件 (1.7)	10,514件 (3.9)						
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,567人	10.3%	1,481人	10.3%	1,335人	9.6%	1,464人	10.7%	1,400人	10.4%	
		⑥ (再掲)40-74歳		1,549人	13.1%	1,460人	12.8%	1,319人	11.9%	1,440人	13.0%	1,382人	12.8%	
		⑦ 健診未受診者	I	1,132人	73.1%	1,043人	71.4%	895人	67.9%	1,013人	70.3%	952人	68.9%	
		⑧ インスリン治療	O	142人	9.1%	134人	9.0%	119人	8.9%	143人	9.8%	117人	8.4%	
		⑨ (再掲)40-74歳		135人	8.7%	127人	8.7%	114人	8.6%	138人	9.6%	114人	8.2%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	311人	19.8%	279人	18.8%	238人	17.8%	257人	17.6%	239人	17.1%	
		⑪ (再掲)40-74歳		308人	19.9%	271人	18.6%	233人	17.7%	254人	17.6%	238人	17.2%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.5%	25人	1.7%	28人	2.1%	25人	1.7%	26人	1.9%	
		⑬ (再掲)40-74歳		24人	1.5%	24人	1.6%	28人	2.1%	25人	1.7%	26人	1.9%	
		⑭ 新規透析患者数		6		5		3		3		8		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2	33.3%	4	80.0%	3	100.0%	2	66.7%	4	50.0%	
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		38人	1.7%	40人	1.7%	35人	1.5%	34人	1.4%	37人	1.5%	
6	医療費	① 総医療費		47億5065万円		44億8178万円		43億4158万円		44億5334万円		44億1011万円		50億8753万円
		② 生活習慣病総医療費		27億1947万円		25億4319万円		25億2395万円		25億6572万円		24億9889万円		27億0662万円
		③ (総医療費に占める割合)		57.2%		56.7%		58.1%		57.6%		56.7%		53.2%
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,542円		6,517円		8,014円		6,759円		7,810円		6,937円
		⑤ 健診未受診者	33,229円		33,008円		33,481円		35,238円		35,011円		38,519円	
		⑥ 糖尿病医療費		2億4834万円		2億5785万円		2億7026万円		2億6291万円		2億3803万円		2億9434万円
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.1%		10.1%		10.7%		10.2%		9.5%		10.9%
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億8870万円		6億8590万円		7億1183万円		7億0770万円		6億7960万円		
		⑨ 1件あたり		34,175円		35,314円		37,271円		36,376円		37,427円		
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億9997万円		2億8929万円		3億1671万円		2億9696万円		2億8640万円		
		⑪ 1件あたり		776,637円		638,609円		716,535円		638,628円		712,439円		
		⑫ 在院日数		15日		15日		16日		18日		17日		
		⑬ 慢性腎不全医療費		2億8308万円		2億8105万円		2億4469万円		2億5917万円		2億7868万円		2億2640万円
		⑭ 透析有り		2億7554万円		2億7564万円		2億3618万円		2億5400万円		2億6507万円		2億1152万円
		⑮ 透析なし		754万円		541万円		851万円		516万円		1361万円		1487万円
7	介護	① 介護付費		57億9475万円		58億6877万円		60億7417万円		61億1919万円		62億5495万円		56億7154万円
		② (2号認定者)糖尿病合併症		7件	22.6%	10件	24.4%	11件	26.2%	11件	26.2%	8件	23.5%	
8	① 死亡		14人	1.8%	14人	1.8%	17人	2.2%	13人	1.7%	8人	0.9%	3,958人	1.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

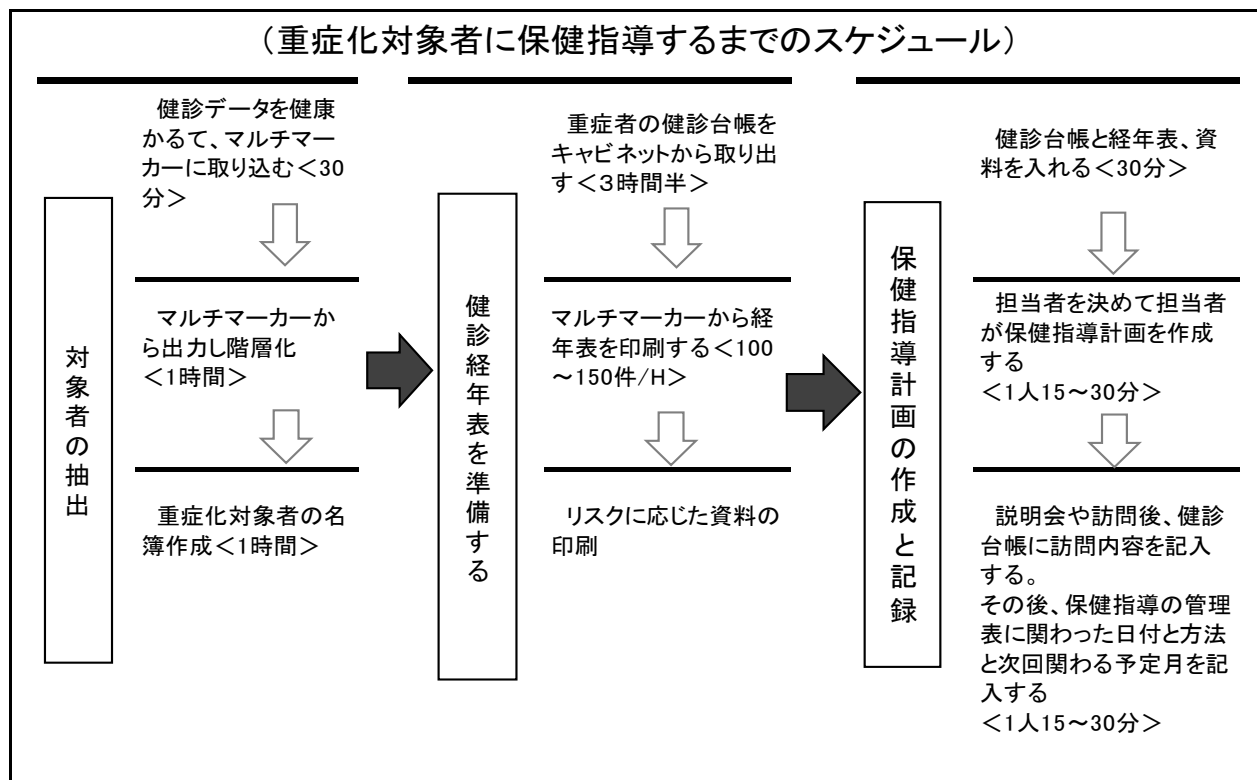
## 7) 実施期間及びスケジュール

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 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

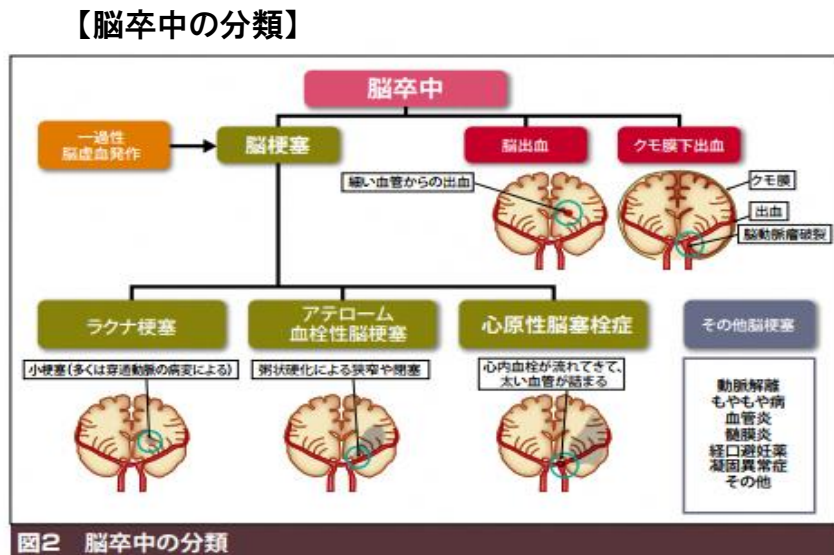


## 2. 脳血管疾患重症化予防

### 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 58,59)

図表 58 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 59 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

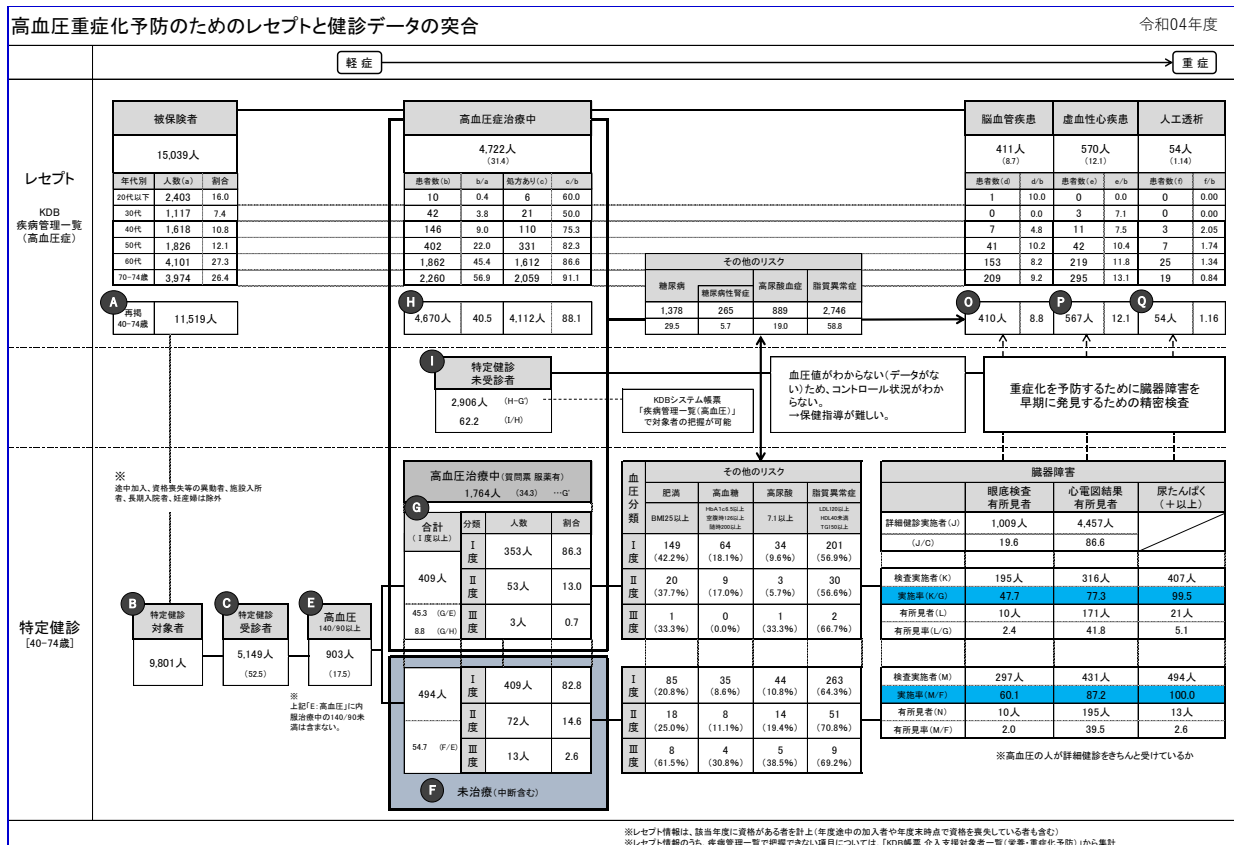
### (1) 重症化予防対象者の抽出

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 60 でみると、高血圧治療者 4,112 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 410 人(8.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 141 人(2.7%)であり、そのうち 85 人(60%)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 56 人(39.7%)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。(図表 60)

図表 60 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

### (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、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 61 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

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)	1,277	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
			783 61.3%	409 32.0%	72 5.6%	13 1.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	67	5.2%	C 46 5.9%	B 18 4.4%	B 2 2.8%	A 1 7.7%
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	734	57.5%	C 471 60.2%	B 217 53.1%	A 44 61.1%	A 2 15.4%
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	476	37.3%	B 266 34.0%	A 174 42.5%	A 26 36.1%	A 10 76.9%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

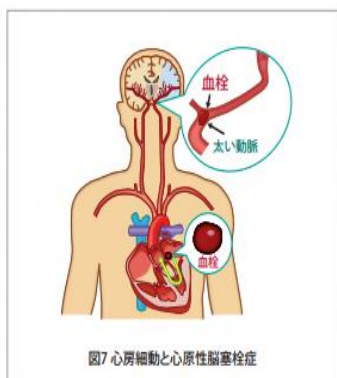
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	257
		20.1%
B	概ね1ヵ月後に再評価	503
		39.4%
C	概ね3ヵ月後に再評価	517
		40.5%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 61 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。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

図表 62、63 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

心電図検査において 40 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動未治療者は心原性脳梗塞のリスクであるため、継続して受診勧奨を行う必要があります。

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 62 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	2,330	2,819	2,057	88.3%	2,400	85.1%	35	1.7%	5	0.2%	--	--
40代	257	233	243	94.6%	217	93.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	292	325	271	92.8%	296	91.1%	1	0.4%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	810	1,066	718	88.6%	916	85.9%	15	2.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	971	1,195	825	85.0%	971	81.3%	19	2.3%	5	0.5%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率  
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 63 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
40	2	5.0%	38	95.0%

伊那市調べ(R4)

### 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) 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、福祉相談課と連携していきます。

#### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 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対象者ファイル、管理表作成。

作成後順次、対象者へ介入(通年)



### 3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

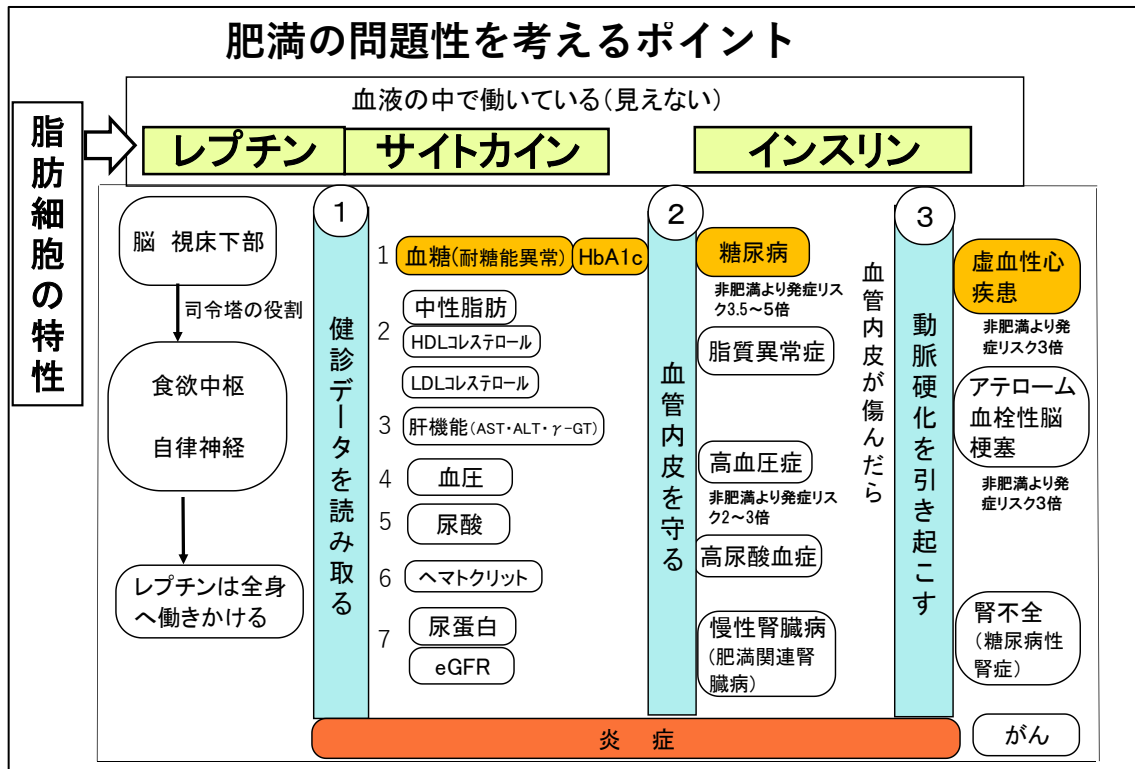
#### 1) 基本的な考え方

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ある。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表 64 に基づいて考えていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 対象者の明確化

### (1) 肥満度分類に基づく実態把握

図表 65 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,672	3,477	452	772	343	675	86	84	21	11	2	2	
			27.0%	22.2%	20.5%	19.4%	5.1%	2.4%	1.3%	0.3%	0.1%	0.1%	
再掲	男性	770	1,560	256	406	198	367	49	36	8	2	1	1
				33.2%	26.0%	25.7%	23.5%	6.4%	2.3%	1.0%	0.1%	0.1%	0.1%
再掲	女性	902	1,917	196	366	145	308	37	48	13	9	1	1
				21.7%	19.1%	16.1%	16.1%	4.1%	2.5%	1.4%	0.5%	0.1%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

### (2) 肥満と高血圧、糖尿病

生活習慣病の短期目標の疾患の中で、伊那市の課題となっている高血圧、糖尿病を肥満の有無で比較すると、肥満がある場合の方が、高血圧、糖尿病ともに発症の割合が高くなっています。(図表 66,67)

図表 66 肥満の有無と高血圧

分類	正常域	正常高値血圧	高血圧
血圧	130/80未満	130～139または /80～89	140以上または /90以上
肥満なし	63.5%	20.6%	15.9%
肥満あり	54.4%	22.1%	<b>23.5%</b>

図表 67 肥満の有無と糖尿病

分類	正常領域	正常高値	境界領域	糖尿病領域
HbA1c	～5.5	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5～
肥満なし	52.6%	32.5%	10.2%	4.6%
肥満あり	34.7%	35.2%	18.9%	<b>11.2%</b>

### (3) メタボリックシンドロームの状況

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 68)は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えるが、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。

また、年代が上がるほど、割合が増えるため、若いうちから関わるのが効率的です。

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 69)は、男女とも 8 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。

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。

図表 68 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	2,330	257	292	810	971	2,819	233	325	1,066	1,195	
メタボ該当者	B	599	39	59	226	275	253	9	15	108	121	
	B/A	25.7%	15.2%	20.2%	27.9%	28.3%	9.0%	3.9%	4.6%	10.1%	10.1%	
再掲	① 3項目全て	C	191	6	21	76	88	77	3	2	34	38
		C/B	31.9%	15.4%	35.6%	33.6%	32.0%	30.4%	33.3%	13.3%	31.5%	31.4%
	② 血糖+血圧	D	92	4	3	31	54	36	1	4	17	14
		D/B	15.4%	10.3%	5.1%	13.7%	19.6%	14.2%	11.1%	26.7%	15.7%	11.6%
	③ 血圧+脂質	E	276	25	27	109	115	127	5	6	51	65
		E/B	46.1%	64.1%	45.8%	48.2%	41.8%	50.2%	55.6%	40.0%	47.2%	53.7%
	④ 血糖+脂質	F	40	4	8	10	18	13	0	3	6	4
		F/B	6.7%	10.3%	13.6%	4.4%	6.5%	5.1%	0.0%	20.0%	5.6%	3.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 69 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし				
総数	2,330	599	25.7%	499	83.3%	100	16.7%	2,819	253	9.0%	231	91.3%	22	8.7%		
40代	257	39	15.2%	16	41.0%	23	59.0%	233	9	3.9%	7	77.8%	2	22.2%		
50代	292	59	20.2%	41	69.5%	18	30.5%	325	15	4.6%	13	86.7%	2	13.3%		
60代	810	226	27.9%	192	85.0%	34	15.0%	1,066	108	10.1%	97	89.8%	11	10.2%		
70~74歳	971	275	28.3%	250	90.9%	25	9.1%	1,195	121	10.1%	114	94.2%	7	5.8%		

出典:ヘルスサポートラボツール

## (1) 対象者の選定基準の考え方

### ① 特定保健指導対象者の保健指導

② 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。

③ 治療中の者へは年齢やリスクを考慮し、治療中断により、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) 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 70 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 体の中で起きていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

## (2) 二次健診の実施

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

伊那市においても特定保健指導対象者に二次健診を実施します。

### ◎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微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

## (3) 高度肥満の場合の保健指導

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

## 4. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 71、72 に基づいて考えます。

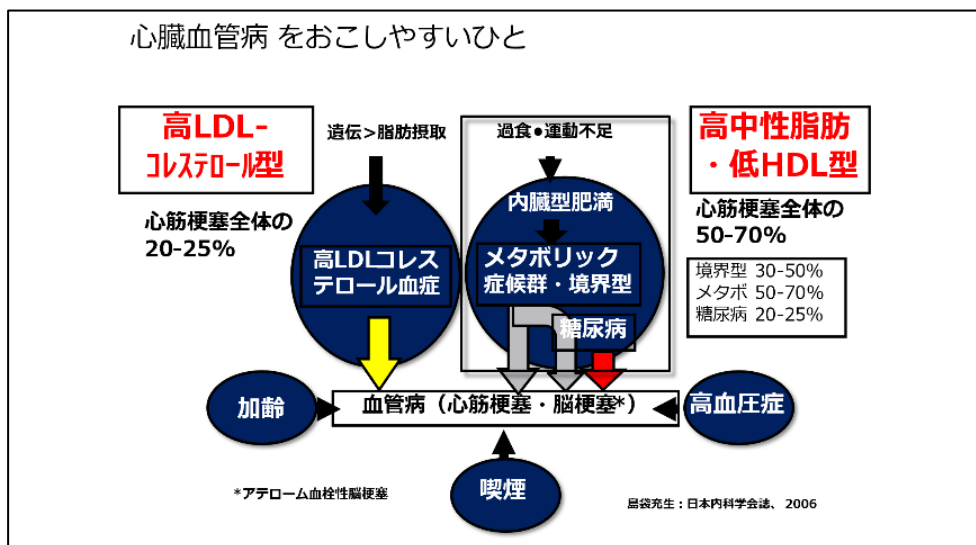
#### (2) 重症化予防対象者の抽出

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。

#### ①メタボリックシンドローム該当者・予備群

第 4 章「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 68、69)を参照します。

図表 71 心血管病をおこしやすいひと





### ③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メタボリックシンドローム、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。

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患の発症リスクであり、心電図に所見が現れている方はその中でも発症のハイリスクと考えられます。心筋の虚血(酸素不足)を表す、ST 変化や心筋梗塞の場合に現れる異常 Q 波の所見がある方のうち、メタボリックシンドローム該当者・予備群の方は 123 人(8.3%)です。そのうち、要医療・精密検査が必要な方が 25 人(1.3%)います。(図表 74)

医療機関の受診を勧めるとともに、血圧、血糖などのリスクのある方に対しては、対象者の状態に応じた保健指導も必要となります。

図表 74 心電図検査結果

所見 C	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						
					有所見者		(再)メタボリックシンドローム該当者・予備群		(再)要医療・精密検査		
	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数D	割合D/B					
40～74歳	4,457	86.6%	1,943	43.6%	388	20.0%	123	6.3%	25	1.3%	
内訳	男性	2,057	88.3%	973	47.3%	175	18.0%	87	8.9%	18	1.8%
	女性	2,400	85.1%	970	40.4%	213	22.0%	36	3.7%	7	0.7%

R4健診受診者

## 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？

### (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、福祉相談課と連携していきます。

## 6) 評価

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

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対象者ファイル、管理表作成。

作成後順次、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組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

#### 2) 事業の実施

令和3年度より長野県県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「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いきます。

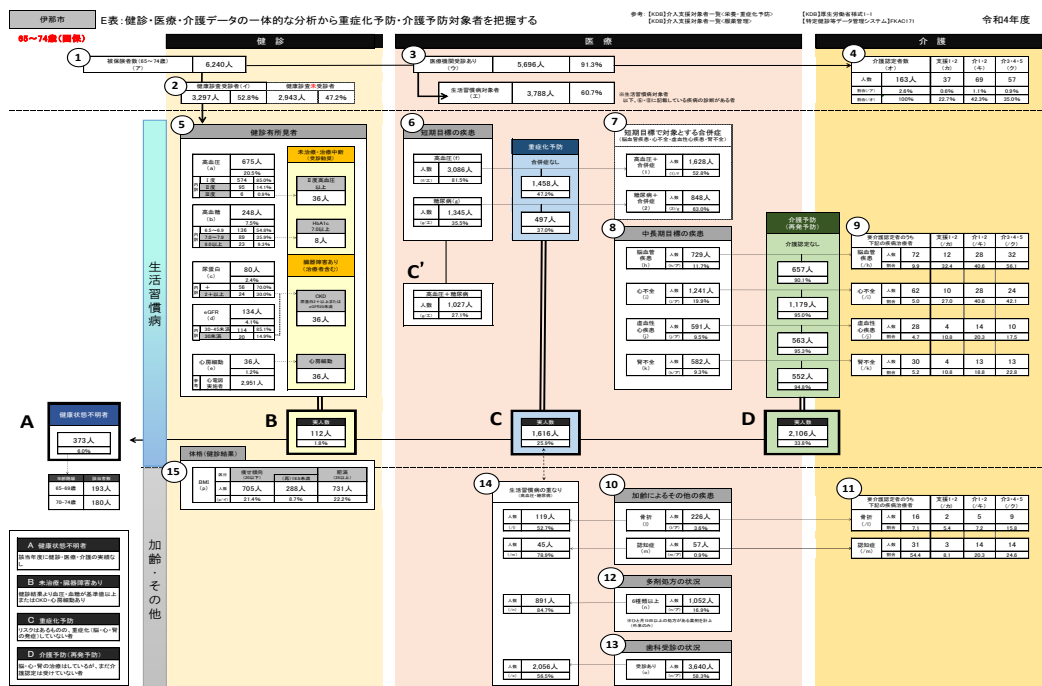
具体的には、

##### 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いきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 76 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 (参考資料 2)



## 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。小児の肥満予防は、小児期の健康と深く関わるだけでなく、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます重要となってきます。

伊那市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ている、乳幼児期からの体づくり、生活習慣病発症予防の取り組みを実施していきます。

図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

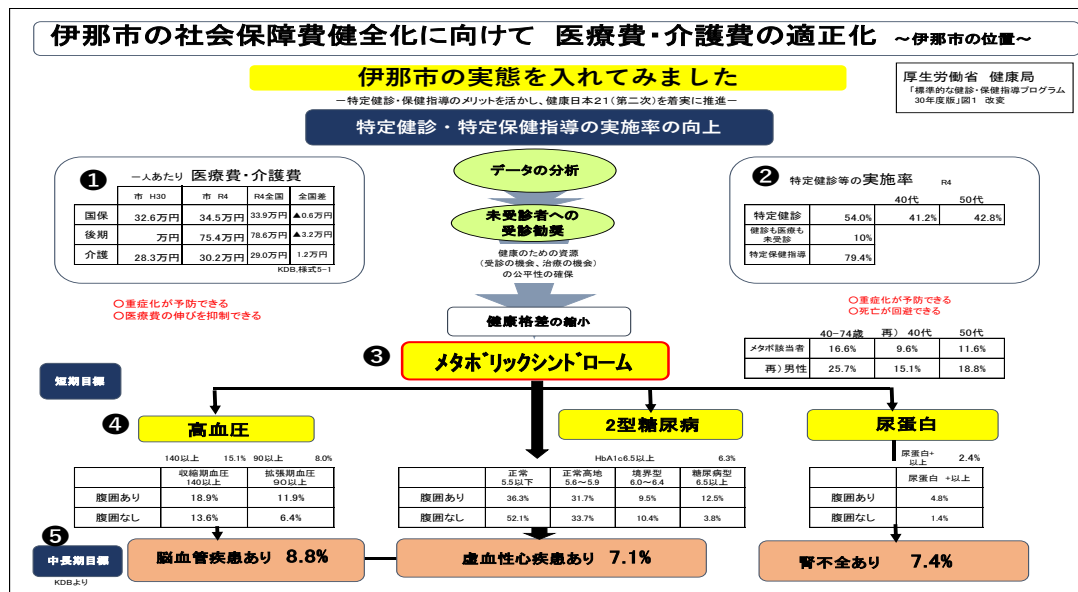
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える															
—基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>発症予防</span> <span style="font-size: 2em;">→</span> <span>重症化予防</span> </div>													
1 根拠法	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
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 <sup>*</sup> 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
尿糖	(+)以上			(+)以上											
糖尿病家族歴															

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 78,79)

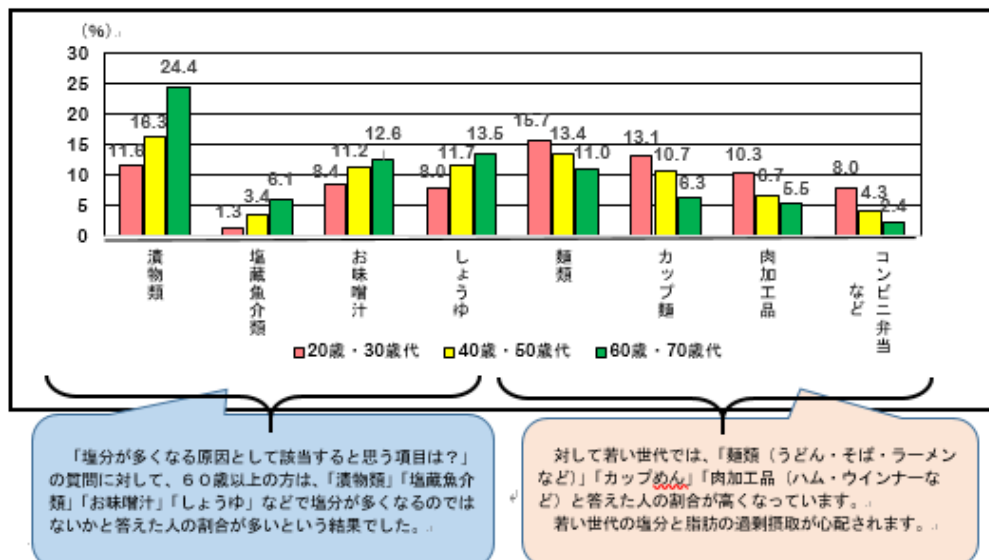
伊那市の課題として、脳血管疾患、心不全があり、その原因となる高血圧の課題は続いています。高血圧の改善のみならず、動脈硬化予防のために減塩は効果的です。減塩に向けた、環境整備、情報提供等の取り組みも進めていきます。

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 79 アンケートからみえる伊那市の食

塩分が多くなる原因と思う食品は？



## 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えるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。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伊那市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

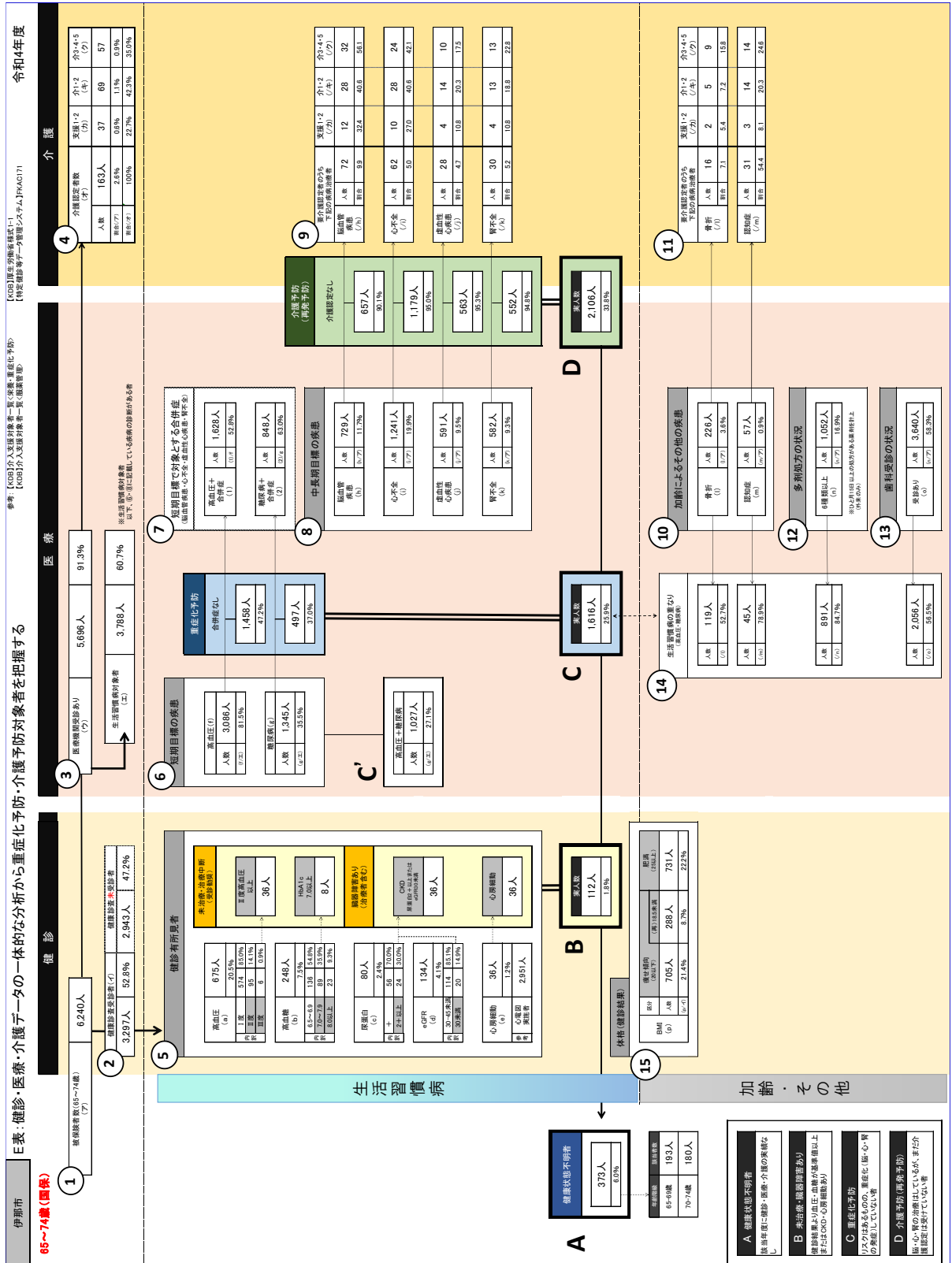


参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた伊那市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた伊那市の位置										R04年度			
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		65,326		16,969,503		2,008,244		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		20,663 31.6		5,164,670 30.4		646,942 32.2		35,335,805 28.7			
		75歳以上		11,398 17.4		---		352,073 17.5		18,248,742 14.8			
		65~74歳		9,265 14.2		---		294,869 14.7		17,087,063 13.9			
		40~64歳		22,013 33.7		---		669,192 33.3		41,545,893 33.7			
	39歳以下		22,650 34.7		---		692,110 34.5		46,332,563 37.6				
	② 産業構成		第1次産業		9.4		5.6		9.3		4.0		
			第2次産業		33.8		28.6		29.2		25.0		
			第3次産業		56.8		65.8		61.6		71.0		
	③ 平均寿命		男性		82.0		80.7		81.8		80.8		
		女性		88.0		87.0		87.7		87.0			
④ 平均自立期間 (要介護2以上)		男性		81.8		80.1		81.1		80.1			
		女性		85.6		84.4		85.2		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		89.0		100.3		90.5		100			
				男性		94.4		101.2		93.8			
				女性		---		---		---			
		死因		がん		197 44.6		53,892 49.4		6,380 47.9		378,272 50.6	
				心臓病		133 30.1		30,362 27.8		3,679 27.6		205,485 27.5	
				脳疾患		80 18.1		16,001 14.7		2,307 17.3		102,900 13.8	
				糖尿病		8 1.8		2,063 1.9		238 1.8		13,896 1.9	
			腎不全		10 2.3		3,958 3.6		375 2.8		26,946 3.6		
			自殺		14 3.2		2,854 2.6		352 2.6		20,171 2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)		合計		50 5.6		1,809 6.3		129,016 8.2		厚労省HP 人口動態調査		
		男性		29 6.5		1,157 8.2		84,891 10.6					
		女性		21 4.7		652 4.5		44,125 5.7					
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		3,528 17.4		932,725 18.1		113,468 17.7		6,724,030 19.4			
		新規認定者		42 0.3		15,476 0.3		1,716 0.2		110,289 0.3			
		介護度別総件数		要支援1.2		12,675 13.3		2,980,586 13.3		412,294 13.8		21,785,044 12.9	
				要介護1.2		42,818 45.0		10,399,684 46.4		1,367,247 45.8		78,107,378 46.3	
				要介護3以上		39,583 41.6		9,019,896 40.3		1,208,489 40.4		68,963,503 40.8	
			2号認定者		57 0.26		20,148 0.36		1,856 0.28		156,107 0.38		
	② 有病状況		糖尿病		701 18.7		237,003 24.2		26,401 22.3		1,712,613 24.3		
			高血圧症		2,126 58.0		523,600 53.8		65,433 55.6		3,744,672 53.3		
			脂質異常症		1,266 34.2		312,282 31.8		36,610 30.6		2,308,216 32.6		
			心臓病		2,450 67.2		590,733 60.8		74,350 63.3		4,224,628 60.3		
		脳疾患		936 25.9		221,742 23.1		29,320 25.4		1,568,292 22.6			
		がん		435 11.2		111,991 11.3		14,272 11.9		837,410 11.8			
		筋・骨格		2,074 56.5		516,731 53.1		65,213 55.5		3,748,372 53.4			
		精神		1,451 39.4		358,088 37.0		44,457 37.9		2,569,149 36.8			
③ 介護給付費		一人当たり給付費/総給付費		302,713 6,254,954,529		274,536 1,417,885,670,317		288,366 186,555,887,417		290,668 100,742,426,889			
		1件当たり給付費(全体)		65,789		63,298		62,434		59,662			
		居宅サービス		39,525		41,822		40,752		41,272			
		施設サービス		287,869		292,502		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 7,805 認定なし 3,824		8,654 4,013		8,534 3,975		8,610 4,020			
4	① 国保の状況	被保険者数		12,766		3,472,300		443,378		27,488,882			
		65~74歳		6,183 48.4		---		200,162 45.1		11,129,271 40.5			
		40~64歳		3,987 31.2		---		142,060 32.0		9,088,015 33.1			
		39歳以下		2,596 20.3		---		101,156 22.8		7,271,596 26.5			
			加入率		19.5		20.5		22.1		22.3		
	② 医療の概況 (人口千対)		病院数		4 0.3		1146 0.3		126 0.3		8,237 0.3		
			診療所数		55 4.3		12,471 3.6		1,564 3.5		102,599 3.7		
			病床数		779 61.0		206,222 59.4		23,133 52.2		1,507,471 54.8		
			医師数		170 13.3		34,837 10.0		5,217 11.8		339,611 12.4		
			外来患者数		714.6		719.9		691.5		687.8		
		入院患者数		16.3		19.6		17.6		17.7			
③ 医療費の状況		一人当たり医療費		345,457		県内35位 同規模161位 366,294		339,076		339,680			
		受診率		730.88		739,503		709,111		705,439			
		外来		費用の割合 62.9 件数の割合 97.8		59.5 97.3		61.1 97.5		60.4 97.5			
		入院		費用の割合 37.1 件数の割合 2.2		40.5 2.7		38.9 2.5		39.6 2.5			
		1件あたり在院日数		15.5日		16.3日		15.6日		15.7日			

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	784,453,600	31.4	32.0	30.8	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
			慢性腎不全(透析あり)	265,069,710	10.6	7.8	8.1	8.2								
			糖尿病	238,029,860	9.5	10.9	10.7	10.4								
			高血圧症	175,586,130	7.0	6.2	6.1	5.9								
			脂質異常症	100,375,440	4.0	4.0	4.0	4.1								
			脳梗塞・脳出血	131,010,290	5.3	3.9	4.0	3.9								
			狭心症・心筋梗塞	44,139,010	1.8	2.7	2.3	2.8								
			精神	354,911,160	14.2	15.1	15.8	14.7								
	筋・骨格	382,906,830	15.3	16.4	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	90	0.1	299	0.2	296	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)					
				糖尿病	498	0.4	1,297	0.9	1,102	0.8		1,144	0.9			
				脂質異常症	0	0.0	61	0.0	72	0.1		53	0.0			
		脳梗塞・脳出血	9,509	7.4	6,621	4.5	6,367	4.8	5,993	4.5						
		虚血性心疾患	2,325	1.8	4,143	2.8	3,421	2.6	3,942	2.9						
		腎不全	6,543	5.1	4,389	3.0	3,574	2.7	4,051	3.0						
	一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	13,665	6.3	11,711	5.4	10,819	5.2	10,143	4.9					
			糖尿病	18,559	8.5	20,415	9.4	18,772	9.1	17,720	8.6					
			脂質異常症	7,863	3.6	7,802	3.6	7,200	3.5	7,092	3.5					
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	2,790		2,421		2,630		2,031	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			12,506		13,441		12,517		13,295							
⑦	健診・レセ突合	生活習慣病対象者一人当たり	7,810		6,937		7,685		6,142	KDB NO.1 地域全体像の把握						
		健診未受診者	35,011		38,519		36,574		40,210							
5	①	特定健診の状況	受診勧奨者	2,348	47.5	564,124	57.0	75,163	54.2	3,835,832	57.0	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				
			医療機関受診率	2,007	40.6	511,459	51.7	67,600	48.8	3,501,508	52.0					
			医療機関非受診率	341	6.9	52,665	5.3	7,563	5.5	334,324	5.0					
			健診受診者	4,940		990,213		138,602		6,735,405						
			受診率	53.8		県内27位 同規模6位		44.5		全国7位			36.7			
			特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	20055	17.6	2,089	14.0	91,478	11.5					
			非肥満高血糖	419	8.5	100,690	10.2	12,056	8.7	608,503	9.0					
			⑤	メタボ	該当者	819	16.6	206,207	20.8	26,019	18.8		1,366,220	20.3		
					男性	575	25.7	142,239	32.7	18,538	29.0		953,975	32.0		
					女性	244	9.0	63,968	11.5	7,481	10.0		412,245	11.0		
			⑥	予備群	男性	471	9.5	109,386	11.0	14,636	10.6		756,692	11.2		
					女性	349	15.6	76,022	17.5	10,693	16.7		533,553	17.9		
			⑦	県内市町村数 79市町村	女性	122	4.5	33,364	6.0	3,943	5.3		223,139	5.9		
					総数	1,444	29.2	346,347	35.0	45,441	32.8		2,352,941	34.9		
					⑧	メタボ	男性	1,039	46.4	239,284	55.0		32,710	51.1	1,646,925	55.3
							女性	405	15.0	107,063	19.3		12,731	17.1	706,016	18.8
					⑨	BMI	総数	233	4.7	47,861	4.8		6,274	4.5	316,378	4.7
							男性	37	1.7	6,810	1.6		1,095	1.7	50,602	1.7
					⑩	同規模市区町村数 250市町村	女性	196	7.3	41,051	7.4		5,179	6.9	265,776	7.1
血糖のみ	33	0.7					6,675	0.7	821	0.6	43,022	0.6				
⑪	予備群レベル	血糖のみ			266	5.4	77,195	7.8	9,695	7.0	533,361	7.9				
		脂質のみ			172	3.5	25,516	2.6	4,130	3.0	180,309	2.7				
⑫	生活習慣の状況	血糖・血圧	126	2.6	30,968	3.1	3,543	2.6	200,700	3.0						
		血糖・脂質	48	1.0	10,598	1.1	1,428	1.0	69,468	1.0						
⑬	生活習慣の状況	血圧・脂質	389	7.9	96,031	9.7	12,844	9.3	651,885	9.7						
		血糖・血圧・脂質	256	5.2	68,610	6.9	8,204	5.9	444,167	6.6						
⑭	生活習慣の状況	高血圧	1,706	34.5	369,548	37.3	48,152	34.7	2,401,322	35.7						
		糖尿病	419	8.5	91,570	9.3	11,925	8.6	582,344	8.6						
⑮	問診の状況	脂質異常症	1,457	29.5	286,429	28.9	38,780	28.0	1,877,854	27.9						
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	128	2.6	30,931	3.2	4,150	3.1	205,223	3.1						
⑯	問診の状況	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	363	7.3	57,289	6.0	7,181	5.4	361,423	5.5						
		腎不全	39	0.8	7,805	0.8	964	0.7	53,281	0.8						
⑰	問診の状況	貧血	626	12.7	101,300	10.6	12,221	9.3	694,361	10.7						
		喫煙	588	11.9	125,652	12.7	18,224	13.2	927,614	13.8						
6	④	生活習慣の状況	週3回以上朝食を抜く	363	7.4	77,371	8.5	10,174	8.2	633,871	10.3	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			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～)	770	15.6	133,382	14.4	19,058	15.4	964,244	15.7					
			週3回以上就寝前夕食	770	15.6	133,382	14.4	19,058	15.4	964,244	15.7					
			食べる速度が速い	1,194	24.2	235,836	25.8	30,736	24.8	1,640,770	26.8					
			20歳時体重から10kg以上増加	1,484	30.0	316,289	34.4	39,668	31.9	2,149,988	34.9					
			1回30分以上運動習慣なし	3,136	63.5	548,873	59.7	80,694	64.9	3,707,647	60.4					
			1日1時間以上運動なし	1,964	39.8	429,802	46.5	56,114	45.2	2,949,573	48.0					
			睡眠不足	1,251	25.4	230,586	25.0	30,732	24.8	1,569,769	25.6					
			毎日飲酒	1,164	23.6	232,725	24.4	33,339	25.3	1,639,941	25.5					
			時々飲酒	1,169	23.7	203,714	21.4	31,286	23.8	1,446,573	22.5					
			⑭	一日飲酒量	1合未満	1,230	51.4	413,555	65.2	39,531	54.6		2,944,274	64.2		
					1～2合	780	32.6	149,192	23.5	22,401	30.9		1,088,435	23.7		
					2～3合	316	13.2	56,491	8.9	8,199	11.3		428,995	9.3		
3合以上	68	2.8			14,607	2.3	2,306	3.2	126,933	2.8						



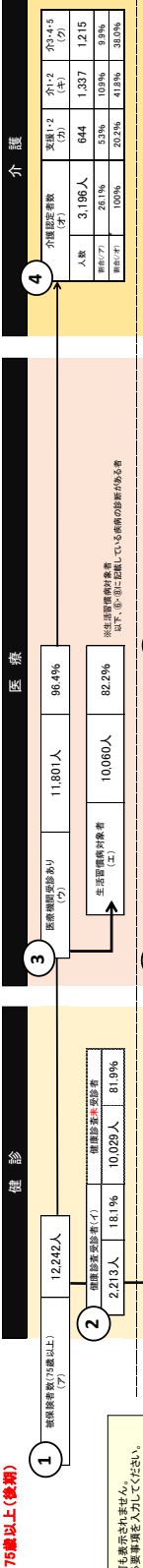




【609】厚生労働省健康づくり推進事業「重症化予防」  
【特定高齢者等一斉健診】  
【70歳以上高齢者の医師・介護予防支援】

参考【KOD】介護入居高齢者一斉健康調査「重症化予防」  
【特定高齢者等一斉健診】  
【70歳以上高齢者の医師・介護予防支援】

令和4年度



**1 75歳以上(後編)**

健康状態不明者	380人	3.1%
健康状態不明者	380人	3.1%
健康状態不明者	380人	3.1%

**2 健康状態不明者(75歳以上)**

健康状態不明者	12,242人	
健康状態不明者	2,213人	18.1%
健康状態不明者	10,029人	81.9%

**3 医療・健診・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**

医療・健診・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	11,901人	96.4%
医療・健診・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	10,060人	82.2%

**4 介護予防**

介護予防	3,196人	26.1%
介護予防	644人	13.7%
介護予防	1,337人	41.5%
介護予防	1,215人	38.0%

**5 健診**

健診	22,213人	18.1%
健診	10,029人	81.9%

**6 短期目標の疾患**

高血圧	8,610人	38.5%
糖尿病	3,184人	31.7%

**7 短期目標で対象とする合併症**

高血圧+	6,091人	70.7%
糖尿病+	2,425人	79.2%

**8 中長期目標の疾患**

脳血管	2,877人	23.3%
心不全	5,079人	41.4%
慢性心臓病	2,438人	19.9%
腎不全	1,878人	15.3%

**9 介護予防(新規予防)**

介護予防	1,737人	50.4%
介護予防	3,207人	93.7%
介護予防	1,642人	47.8%
介護予防	1,254人	36.8%

**10 加齢によるその他の疾患**

骨折	1,561人	12.0%
認知症	1,617人	12.5%

**11 生活習慣病の改善**

生活習慣病	1,298人	32.4%
生活習慣病	1,276人	79.0%

**12 多病状態**

多病状態	4,086人	80.7%
------	--------	-------

**13 高齢者の状況**

高齢者の状況	4,940人	33.6%
--------	--------	-------

**14 生活習慣病の改善(再確認)**

生活習慣病	1,276人	32.4%
生活習慣病	1,276人	79.0%

**15 併発(健診結果)**

併発	2,707人	22.1%
----	--------	-------

**16 質問票による健康状態の総合的な把握**

健康状態	241人	12.0%
心の健康状態	241人	12.0%
食習慣	68人	3.4%
口腔健康	663人	32.5%
体重変化	1,939人	9.7%
運動・転倒	1,475人	73.3%
認知機能	516人	25.6%
喫煙	68人	4.3%
社会参加	1,689人	8.4%
フレイルのリスク	671人	3.3%

**A 健康状態不明者**

健康状態不明者	380人	3.1%
---------	------	------

**B 併発(健診結果)**

併発	2,707人	22.1%
----	--------	-------

**C 併発(健診結果)**

併発	2,707人	22.1%
----	--------	-------

**D 併発(健診結果)**

併発	2,707人	22.1%
----	--------	-------

**加齢・その他**

**A 健康状態不明者**

健康状態不明者は、重症化予防・介護予防の対象外である。

**B 未診断・医師診察あり**

健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはOCD・心臓病あり

**C 重症化予防**

リスクがあるものの、重症化(脳・心臓)の発症していない者

**D 介護予防(重症予防)**

重症化予防の対象外であるが、重症化(脳・心臓)の発症していない者

**伊那市の概況**

1. 高齢化率

65歳以上	32.0%
-------	-------

2. 一人当たりの社会保険料

制度	円
国民健康保険	382,899
国民年金	368,242
介護	
合計	

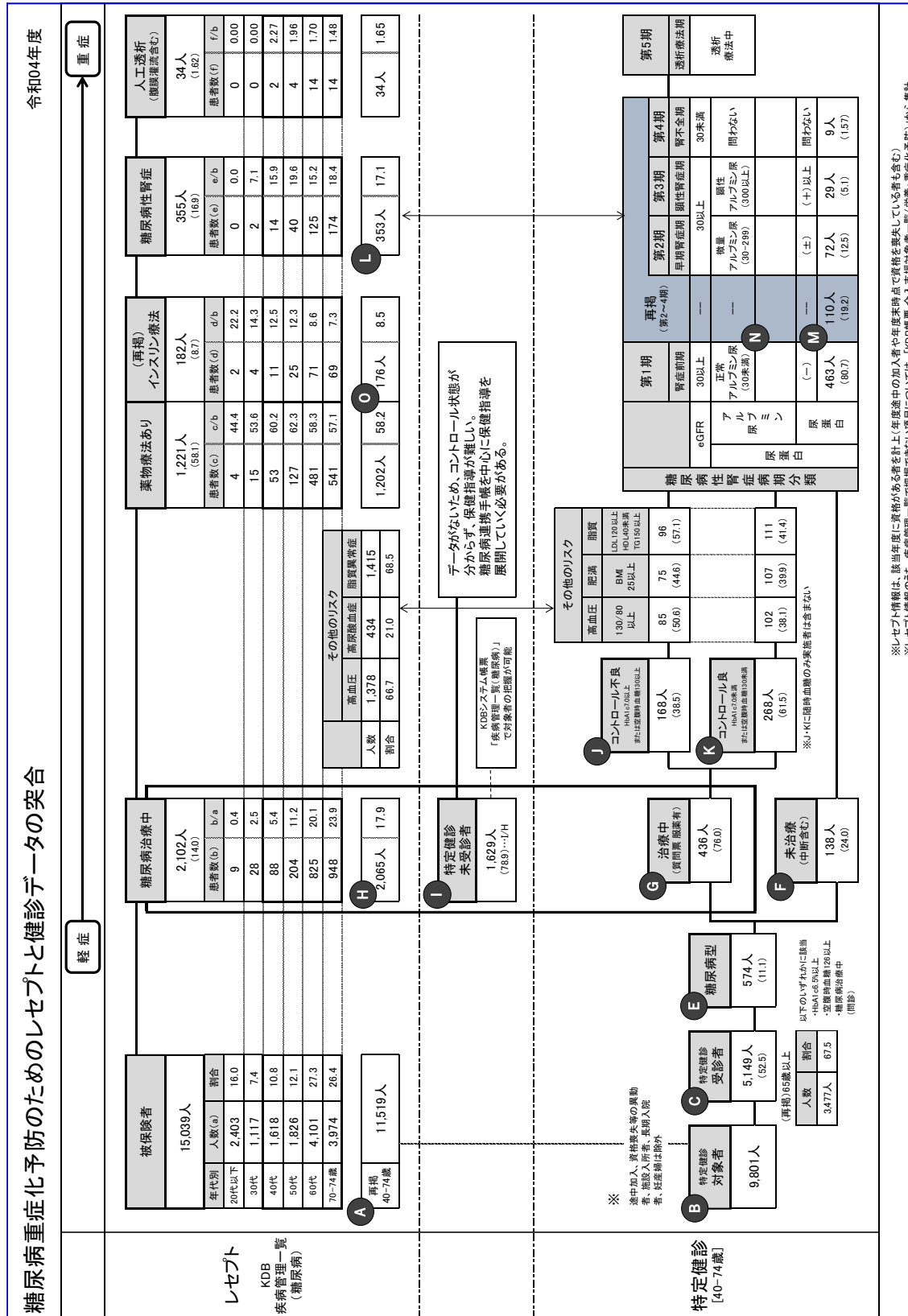
3. (参考)特定健診の状況 (19年度)

区分	実施率
特定健診	52.0%
保健指導	80.0%

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

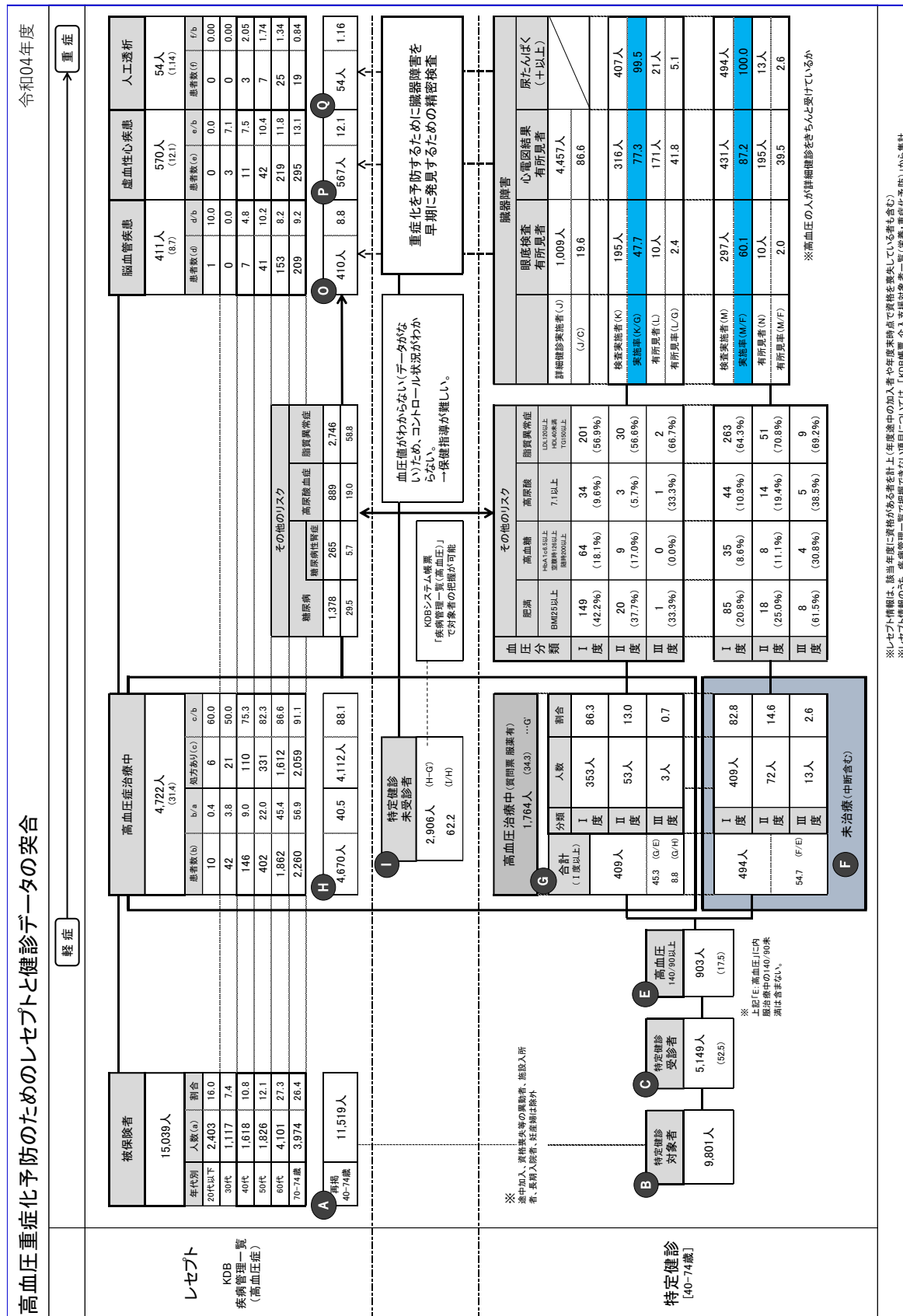
項目			実合表	伊那市										同規模保険者(平均)						
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度						
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	被保険者数	A	15,175人		14,387人		13,841人		13,745人		13,428人								
	②	(再掲)40-74歳		11,859人		11,385人		11,056人		11,040人		10,756人								
2	①	対象者数	B	10,393人		9,921人		9,878人		9,687人										
	②	特定健診 受診者数		C	5,707人		5,646人		5,219人		5,233人		5,122人							
	③	受診率			54.9%		56.9%		52.8%		54.0%		—							
3	①	特定 保健指導 対象者数		501人		515人		488人		445人										
	②	実施率		81.8%		86.4%		81.6%		80.0%										
4	健診 データ	①	糖尿病型	E	635人	11.1%	633人	11.2%	612人	11.7%	594人	11.4%	568人	11.1%						
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	218人	34.3%	185人	29.2%	188人	30.7%	167人	28.1%	138人	24.3%					
		③	治療中(質問票 服薬あり)			G	417人	65.7%	448人	70.8%	424人	69.3%	427人	71.9%	430人	75.7%				
		④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上				J	179人	42.9%	190人	42.4%	165人	38.9%	179人	41.9%	165人	38.4%			
								⑤	④	99人	55.3%	95人	50.0%	86人	52.1%	104人	58.1%	84人	50.9%	
								⑥	④	75人	41.9%	90人	47.4%	70人	42.4%	77人	43.0%	73人	44.2%	
		⑦	④				肥満 BMI25以上	K	238人	57.1%	258人	57.6%	259人	61.1%	248人	58.1%	265人	61.6%		
		⑧	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満				M		⑧	第1期 尿蛋白(-)	532人	83.8%	527人	83.3%	519人	84.8%	488人	82.2%	458人	80.6%
									⑨	第2期 尿蛋白(±)	67人	10.6%	65人	10.3%	47人	7.7%	65人	10.9%	72人	12.7%
								⑩	第3期 尿蛋白(+)	28人	4.4%	29人	4.6%	41人	6.7%	35人	5.9%	29人	5.1%	
								⑪	第4期 eGFR30未満	6人	0.9%	9人	1.4%	5人	0.8%	6人	1.0%	9人	1.6%	
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	H			103.3人		102.9人		96.5人		106.5人		104.3人					
		②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		130.6人			128.2人		119.3人		130.4人		128.5人						
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は再掲千対		入院外(件数)	8,635件	(755.6)	8,687件	(791.4)	8,659件	(790.8)	8,932件	(832.4)	8,457件	(831.6)	2,480,774件	(911.6)			
						④	入院(件数)	33件	(2.9)	25件	(2.3)	36件	(3.3)	35件	(3.3)	17件	(1.7)	10,514件	(3.9)	
		⑤	糖尿病治療中		1,567人	10.3%	1,481人	10.3%	1,335人	9.6%	1,464人	10.7%	1,400人	10.4%						
		⑥	(再掲)40-74歳		1,549人	13.1%	1,460人	12.8%	1,319人	11.9%	1,440人	13.0%	1,382人	12.8%						
		⑦	健診未受診者		1,132人	73.1%	1,043人	71.4%	895人	67.9%	1,013人	70.3%	952人	68.9%						
		⑧	インスリン治療		O	142人	9.1%	134人	9.0%	119人	8.9%	143人	9.8%	117人	8.4%					
						⑨	(再掲)40-74歳	135人	8.7%	127人	8.7%	114人	8.6%	138人	9.6%	114人	8.2%			
		⑩	糖尿病性腎症		L	311人	19.8%	279人	18.8%	238人	17.8%	257人	17.6%	239人	17.1%					
						⑪	(再掲)40-74歳	308人	19.9%	271人	18.6%	233人	17.7%	254人	17.6%	238人	17.2%			
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.5%	25人	1.7%	28人	2.1%	25人	1.7%	26人	1.9%						
		⑬	(再掲)40-74歳		24人	1.5%	24人	1.6%	28人	2.1%	25人	1.7%	26人	1.9%						
		⑭	新規透析患者数																	
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症																	
		⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		38人	1.7%	40人	1.7%	35人	1.5%	34人	1.4%	37人	1.5%						
6	医療費	①	総医療費	47億5065万円		44億8178万円		43億4158万円		44億5334万円		44億1011万円		50億8753万円						
		②	生活習慣病総医療費	27億1947万円		25億4319万円		25億2395万円		25億6572万円		24億9889万円		27億0662万円						
		③	(総医療費に占める割合)	57.2%		56.7%		58.1%		57.6%		56.7%		53.2%						
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,542円		6,517円		8,014円		6,759円		7,810円		6,937円					
					⑤	健診未受診者	33,229円		33,008円		33,481円		35,238円		35,011円		38,519円			
		⑥	糖尿病医療費	2億4834万円		2億5785万円		2億7026万円		2億6291万円		2億3803万円		2億9434万円						
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.1%		10.1%		10.7%		10.2%		9.5%		10.9%						
		⑧	糖尿病入院外総医療費	1件あたり	6億8870万円		6億8590万円		7億1183万円		7億0770万円		6億7960万円							
					⑨	34,175円		35,314円		37,271円		36,376円		37,427円						
		⑩	糖尿病入院総医療費	1件あたり	3億9997万円		2億8929万円		3億1671万円		2億9696万円		2億8640万円							
					⑪	776,637円		638,609円		716,535円		638,628円		712,439円						
		⑫	在院日数	15日		15日		16日		18日		17日								
		⑬	慢性腎不全医療費	透析有り	2億8308万円		2億8105万円		2億4469万円		2億5917万円		2億7868万円		2億2640万円					
					⑭	透析なし	2億7554万円		2億7564万円		2億3618万円		2億5400万円		2億6507万円		2億1152万円			
					⑮	754万円		541万円		851万円		516万円		1361万円		1487万円				
7	介護	①	介護給付費	57億9475万円		58億6877万円		60億7417万円		61億1919万円		62億5495万円		56億7154万円						
		②	(2号認定者)糖尿病合併症	7件	22.6%	10件	24.4%	11件	26.2%	11件	26.2%	8件	23.5%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	14人	1.8%	14人	1.8%	17人	2.2%	13人	1.7%	8人	0.9%	3,958人	1.0%						

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



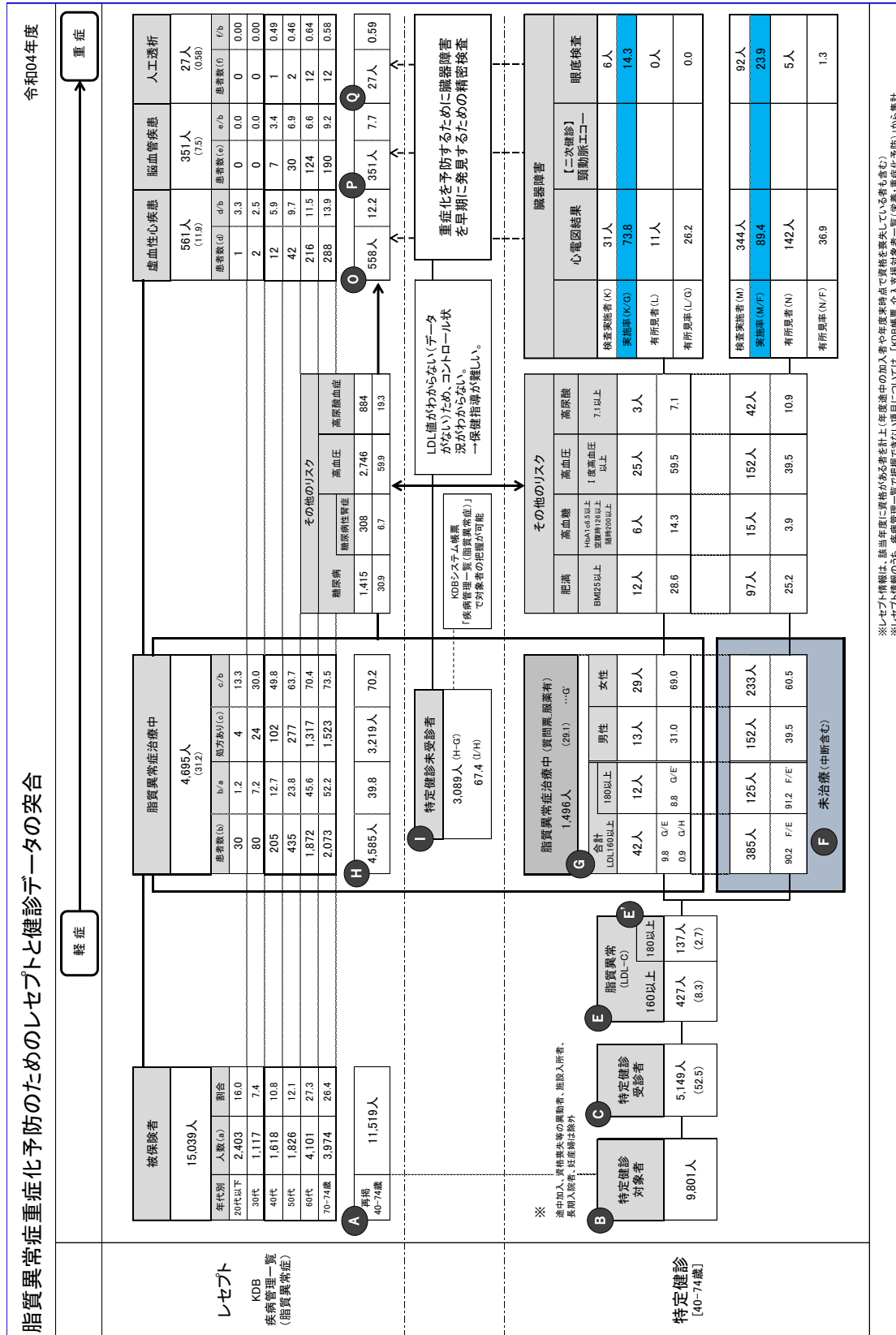


参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者(年齢・年齢・年齢)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構築」介入支援対象者一覧(業・重症化予防)から集計

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標					
		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	5,933	1,866	31.5%	2,498	42.1%	1,150	19.4%	236	4.0%	149	2.5%	34	0.6%	93	1.6%	23	0.4%
H30	5,669	1,778	31.4%	2,314	40.8%	1,133	20.0%	271	4.8%	136	2.4%	37	0.7%	89	1.6%	29	0.5%
R01	5,652	2,055	36.4%	2,187	38.7%	978	17.3%	257	4.5%	144	2.5%	31	0.5%	84	1.5%	20	0.4%
R02	5,217	1,984	38.0%	1,976	37.9%	869	16.7%	222	4.3%	130	2.5%	36	0.7%	82	1.6%	24	0.5%
R03	5,244	2,454	46.8%	1,817	34.6%	637	12.1%	185	3.5%	120	2.3%	31	0.6%	75	1.4%	15	0.3%
R04	5,138	2,440	47.5%	1,701	33.1%	671	13.1%	182	3.5%	107	2.1%	37	0.7%	77	1.5%	29	0.6%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		7.1%
					再)7.0以上	未治療	治療	3.1%	7.8%	
H29	5,933	1,866	2,498	1,150	419	7.1%	171	59.2%	248	7.1%
					183	3.1%	50	27.3%	133	3.1%
H30	5,669	1,778	2,314	1,133	444	7.8%	187	57.9%	257	7.8%
					173	3.1%	48	27.7%	125	3.1%
R01	5,652	2,055	2,187	978	432	7.6%	158	63.4%	274	7.5%
					175	3.1%	39	22.3%	136	3.1%
R02	5,217	1,984	1,976	869	388	7.4%	136	64.9%	252	7.4%
					166	3.2%	43	25.9%	123	3.2%
R03	5,244	2,454	1,817	637	336	6.4%	109	67.6%	227	6.4%
					151	2.9%	30	19.9%	121	2.9%
R04	5,138	2,440	1,701	671	326	6.3%	86	73.6%	240	6.3%
					144	2.8%	26	18.1%	118	2.8%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	419	7.1%	1	0.2%	44	10.5%	126	30.1%	115	27.4%	115	27.4%	18	4.3%	64	15.3%	11	2.6%
	H30	415	7.3%	7	1.7%	30	7.2%	121	29.2%	132	31.8%	104	25.1%	21	5.1%	61	14.7%	15	3.6%
	R01	450	8.0%	4	0.9%	45	10.0%	127	28.2%	138	30.7%	117	26.0%	19	4.2%	65	14.4%	11	2.4%
	R02	427	8.2%	5	1.2%	41	9.6%	129	30.2%	129	30.2%	100	23.4%	23	5.4%	55	12.9%	13	3.0%
	R03	433	8.3%	13	3.0%	64	14.8%	129	29.8%	106	24.5%	99	22.9%	22	5.1%	61	14.1%	9	2.1%
	R04	436	8.5%	17	3.9%	51	11.7%	128	29.4%	122	28.0%	90	20.6%	28	6.4%	63	14.4%	22	5.0%
治療なし	H29	5,514	92.9%	1,865	33.8%	2,454	44.5%	1,024	18.6%	121	2.2%	34	0.6%	16	0.3%	29	0.5%	12	0.2%
	H30	5,254	92.7%	1,771	33.7%	2,284	43.5%	1,012	19.3%	139	2.6%	32	0.6%	16	0.3%	28	0.5%	14	0.3%
	R01	5,202	92.0%	2,051	39.4%	2,142	41.2%	851	16.4%	119	2.3%	27	0.5%	12	0.2%	19	0.4%	9	0.2%
	R02	4,790	91.8%	1,979	41.3%	1,935	40.4%	740	15.4%	93	1.9%	30	0.6%	13	0.3%	27	0.6%	11	0.2%
	R03	4,811	91.7%	2,441	50.7%	1,753	36.4%	508	10.6%	79	1.6%	21	0.4%	9	0.2%	14	0.3%	6	0.1%
	R04	4,702	91.5%	2,423	51.5%	1,650	35.1%	543	11.5%	60	1.3%	17	0.4%	9	0.2%	14	0.3%	7	0.1%

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	5,954	2,101	35.3%	1,218	20.5%	1,474	24.8%	930	15.6%	207	3.5%	24	0.4%
H30	5,691	2,078	36.5%	1,136	20.0%	1,482	26.0%	814	14.3%	155	2.7%	26	0.5%
R01	5,664	2,061	36.4%	1,073	18.9%	1,527	27.0%	817	14.4%	161	2.8%	25	0.4%
R02	5,235	1,645	31.4%	1,059	20.2%	1,454	27.8%	879	16.8%	159	3.0%	39	0.7%
R03	5,252	1,855	35.3%	1,059	20.2%	1,429	27.2%	738	14.1%	150	2.9%	21	0.4%
R04	5,149	1,870	36.3%	1,037	20.1%	1,339	26.0%	762	14.8%	125	2.4%	16	0.3%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	割合
					再)III度高血圧	未治療	治療		
H29	5,954	3,319 55.7%	1,474 24.8%	930 15.6%	231 3.9%	139 60.2%	92 39.8%	0.4%	3.9%
H30	5,691	3,214 56.5%	1,482 26.0%	814 14.3%	181 3.2%	113 62.4%	68 37.6%	0.5%	3.2%
R01	5,664	3,134 55.3%	1,527 27.0%	817 14.4%	186 3.3%	118 63.4%	68 36.6%	0.4%	3.3%
R02	5,235	2,704 51.7%	1,454 27.8%	879 16.8%	198 3.8%	110 55.6%	88 44.4%	0.7%	3.8%
R03	5,252	2,914 55.5%	1,429 27.2%	738 14.1%	171 3.3%	98 57.3%	73 42.7%	0.4%	3.3%
R04	5,149	2,907 56.5%	1,339 26.0%	762 14.8%	141 2.7%	85 60.3%	56 39.7%	0.3%	2.7%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,918	32.2%	400	20.9%	438	22.8%	569	29.7%	419	21.8%	86	4.5%	6	0.3%
	H30	1,859	32.7%	430	23.1%	401	21.6%	587	31.6%	373	20.1%	58	3.1%	10	0.5%
	R01	1,891	33.4%	410	21.7%	390	20.6%	635	33.6%	388	20.5%	65	3.4%	3	0.2%
	R02	1,836	35.1%	345	18.8%	396	21.6%	596	32.5%	411	22.4%	80	4.4%	8	0.4%
	R03	1,835	34.9%	414	22.6%	396	21.6%	613	33.4%	339	18.5%	69	3.8%	4	0.2%
	R04	1,764	34.3%	409	23.2%	390	22.1%	556	31.5%	353	20.0%	53	3.0%	3	0.2%
治療なし	H29	4,036	67.8%	1,701	42.1%	780	19.3%	905	22.4%	511	12.7%	121	3.0%	18	0.4%
	H30	3,832	67.3%	1,648	43.0%	735	19.2%	895	23.4%	441	11.5%	97	2.5%	16	0.4%
	R01	3,773	66.6%	1,651	43.8%	683	18.1%	892	23.6%	429	11.4%	96	2.5%	22	0.6%
	R02	3,399	64.9%	1,300	38.2%	663	19.5%	858	25.2%	468	13.8%	79	2.3%	31	0.9%
	R03	3,417	65.1%	1,441	42.2%	663	19.4%	816	23.9%	399	11.7%	81	2.4%	17	0.5%
	R04	3,385	65.7%	1,461	43.2%	647	19.1%	783	23.1%	409	12.1%	72	2.1%	13	0.4%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	5,952	2,827	47.5%	1,519	25.5%	1,018	17.1%	413	6.9%	175	2.9%
	H30	5,691	2,732	48.0%	1,462	25.7%	934	16.4%	400	7.0%	163	2.9%
	R01	5,662	2,626	46.4%	1,454	25.7%	965	17.0%	421	7.4%	196	3.5%
	R02	5,234	2,478	47.3%	1,369	26.2%	854	16.3%	365	7.0%	168	3.2%
	R03	5,250	2,477	47.2%	1,320	25.1%	861	16.4%	405	7.7%	187	3.6%
	R04	5,148	2,655	51.6%	1,297	25.2%	769	14.9%	290	5.6%	137	2.7%
男性	H29	2,656	1,357	51.1%	634	23.9%	446	16.8%	160	6.0%	59	2.2%
	H30	2,520	1,287	51.1%	599	23.8%	404	16.0%	178	7.1%	52	2.1%
	R01	2,550	1,279	50.2%	608	23.8%	415	16.3%	174	6.8%	74	2.9%
	R02	2,337	1,163	49.8%	591	25.3%	370	15.8%	150	6.4%	63	2.7%
	R03	2,329	1,160	49.8%	580	24.9%	352	15.1%	170	7.3%	67	2.9%
	R04	2,330	1,288	55.3%	541	23.2%	336	14.4%	123	5.3%	42	1.8%
女性	H29	3,296	1,470	44.6%	885	26.9%	572	17.4%	253	7.7%	116	3.5%
	H30	3,171	1,445	45.6%	863	27.2%	530	16.7%	222	7.0%	111	3.5%
	R01	3,112	1,347	43.3%	846	27.2%	550	17.7%	247	7.9%	122	3.9%
	R02	2,897	1,315	45.4%	778	26.9%	484	16.7%	215	7.4%	105	3.6%
	R03	2,921	1,317	45.1%	740	25.3%	509	17.4%	235	8.0%	120	4.1%
	R04	2,818	1,367	48.5%	756	26.8%	433	15.4%	167	5.9%	95	3.4%

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	5,952	2,827	1,519	1,018	588	536	52	9.9%	2.9%
					9.9%	91.2%	8.8%		
H30	5,691	2,732	1,462	934	563	511	52	9.9%	2.9%
					9.9%	90.8%	9.2%		
R01	5,662	2,626	1,454	965	617	564	53	10.9%	3.5%
					10.9%	91.4%	8.6%		
R02	5,234	2,478	1,369	854	533	484	49	10.2%	3.2%
					10.2%	90.8%	9.2%		
R03	5,250	2,477	1,320	861	592	533	59	11.3%	3.6%
					11.3%	90.0%	10.0%		
R04	5,148	2,655	1,297	769	427	385	42	8.3%	2.7%
					8.3%	90.2%	9.8%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,345	22.6%	857	63.7%	299	22.2%	137	10.2%	35	2.6%	17	1.3%
	H30	1,368	24.0%	907	66.3%	294	21.5%	115	8.4%	34	2.5%	18	1.3%
	R01	1,454	25.7%	943	64.9%	319	21.9%	139	9.6%	32	2.2%	21	1.4%
	R02	1,489	28.4%	1,010	67.8%	317	21.3%	113	7.6%	36	2.4%	13	0.9%
	R03	1,513	28.8%	1,024	67.7%	313	20.7%	117	7.7%	36	2.4%	23	1.5%
	R04	1,496	29.1%	1,056	70.6%	306	20.5%	92	6.1%	30	2.0%	12	0.8%
治療なし	H29	4,607	77.4%	1,970	42.8%	1,220	26.5%	881	19.1%	378	8.2%	158	3.4%
	H30	4,323	76.0%	1,825	42.2%	1,168	27.0%	819	18.9%	366	8.5%	145	3.4%
	R01	4,208	74.3%	1,683	40.0%	1,135	27.0%	826	19.6%	389	9.2%	175	4.2%
	R02	3,745	71.6%	1,468	39.2%	1,052	28.1%	741	19.8%	329	8.8%	155	4.1%
	R03	3,737	71.2%	1,453	38.9%	1,007	26.9%	744	19.9%	369	9.9%	164	4.4%
	R04	3,652	70.9%	1,599	43.8%	991	27.1%	677	18.5%	260	7.1%	125	3.4%

伊那市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

別冊  
共通評価指標及び共通情報

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

伊那市

項目			自：伊那市 圏：上伊那圏域 県：長野県												
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
①	人口構成	総数	自 圏 県	68,310 184,905 2,101,891		67,724 183,785 2,087,307		67,084 182,335 2,072,219		66,528 181,038 2,056,970		66,016 179,818 2,043,798			
		39歳以下	自 圏 県	25,033 68,461 764,509	36.6 37 36.4	24,484 67,300 749,825	36.2 36.6 35.9	23,850 65,671 734,118	35.6 36 35.4	23,386 64,418 719,806	35.2 35.6 35	22,964 63,443 709,886	34.8 35.3 34.7		
			40~64歳	自 圏 県	22,488 60,158 688,986	32.9 32.5 32.8	22,354 59,909 686,178	33 32.6 32.9	22,277 59,799 683,112	33.2 32.8 33	22,053 59,400 679,670	33.1 32.8 33	21,941 59,274 678,299	33.2 33 33.2	
		65~74歳		自 圏 県	9,458 26,105 300,293	13.8 14.1 14.3	9,319 25,626 296,721	13.8 13.9 14.2	9,398 25,793 299,888	14 14.1 14.5	9,474 25,947 301,032	14.2 14.3 14.6	9,118 24,943 289,050	13.8 13.9 14.1	
			75歳以上	自 圏 県	11,331 30,181 347,644	16.6 16.3 16.5	11,567 30,950 354,146	17.1 16.8 17	11,559 31,072 354,619	17.2 17 17.1	11,615 31,273 355,986	17.5 17.3 17.7	11,993 32,158 366,144	18.2 17.9 17.9	
		②		65歳以上（高齢化率）	自 圏 県	20,789 56,286 647,937	30.4 30.4 30.8	20,886 56,576 650,867	30.8 30.8 31.2	20,957 56,865 654,507	31.2 31.2 31.6	21,089 57,220 657,018	31.7 31.6 31.9	21,111 57,101 655,194	32.0 31.8 32.1
			③		被保険者構成	総被保険者数	自 圏 県	14,557 38,641 459,992		13,765 36,860 445,046		13,696 36,414 438,548		13,423 35,595 426,859	
		39歳以下		自 圏 県		3,129 8,021 101,741	21.5 20.8 22.1	2,788 7,352 96,815	20.3 19.9 21.8	2,747 7,063 92,009	20.1 19.4 21.0	2,693 6,869 87,902	20.1 19.3 20.6	2,596 6,638 85,489	20.3 19.7 21.0
				40~64歳		自 圏 県	4,568 11,771 144,090	31.4 30.5 31.3	4,324 11,163 138,757	31.4 30.3 31.2	4,261 10,958 135,630	31.1 30.1 30.9	4,128 10,626 131,688	30.8 29.9 30.9	3,987 10,258 128,003
		65~74歳				自 圏 県	6,860 18,849 214,161	47.1 48.8 46.6	6,653 18,345 209,474	48.3 49.8 47.1	6,688 18,393 210,909	48.8 50.5 48.1	6,602 18,100 207,269	49.2 50.8 48.6	6,183 16,868 194,198
男性	総被保険者数			自 圏 県		7,255 19,134 225,722		6,828 18,197 218,507		6,796 18,024 215,590		6,651 17,559 209,118		6,304 16,706 200,200	
	39歳以下	自 圏 県		1,645 4,148 52,759		22.7 21.7 23.4	1,439 3,759 50,162	21.1 20.7 23.0	1,416 3,670 47,750	20.8 20.4 22.1	1,379 3,535 45,340	20.7 20.1 21.7	1,309 3,416 44,289	20.8 20.4 22.1	
		40~64歳		自 圏 県		2,342 6,056 72,128	32.3 31.7 32.0	2,218 5,748 69,771	32.5 31.6 31.9	2,182 5,633 68,585	32.1 31.3 31.8	2,124 5,507 66,777	31.9 31.4 31.9	2,047 5,323 65,370	32.5 31.9 32.7
	65~74歳			自 圏 県		3,268 8,930 100,835	45.0 46.7 44.7	3,171 8,690 98,574	46.4 47.8 45.1	3,198 8,721 99,255	47.1 48.4 46.0	3,148 8,517 97,001	47.3 48.5 46.4	2,948 7,967 90,541	46.8 47.7 45.2
		女性		総被保険者数		自 圏 県	7,302 19,507 234,270		6,937 18,663 226,539		6,900 18,390 222,958		6,772 18,036 217,741		6,462 17,058 207,490
	39歳以下			自 圏 県		1,484 3,873 48,982	20.3 19.9 20.9	1,349 3,593 46,653	19.4 19.3 20.6	1,331 3,393 44,259	19.3 18.5 19.9	1,314 3,334 42,562	19.4 18.5 19.5	1,287 3,222 41,200	19.9 18.9 19.9
40~64歳			自 圏 県	2,226 5,715 71,962	30.5 29.3 30.7	2,106 5,415 68,986	30.4 29.0 30.5	2,079 5,325 67,045	30.1 29.0 30.1	2,004 5,119 64,911	29.6 28.4 29.8	1,940 4,935 62,633	30.0 28.9 30.2		
	65~74歳		自 圏 県	3,592 9,919 113,326	49.2 50.8 48.4	3,482 9,655 110,900	50.2 51.7 49.0	3,490 9,672 111,654	50.6 52.6 50.1	3,454 9,583 110,268	51.0 53.1 50.6	3,235 8,901 103,657	50.1 52.2 50.0		
④		平均余命	男性	自 圏 県	81.9 81.4 82.0		81.7 81.9 82.1		82.3 83.0 82.5		82.5 83.4 82.5		83.1 82.9 82.5		
	女性			自 圏 県	88.1 88.0 87.8		88.1 88.0 87.8		87.8 88.4 88.0		88.5 88.8 87.9		88.6 88.3 88.3		
			⑤	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	自 圏 県	80.7 80.1 80.6		80.5 80.6 80.7		81.0 81.6 81.0		81.2 81.9 81.1		81.8 81.5 81.1
	女性					自 圏 県	85.5 85.1 84.6		85.4 85.2 84.7		85.1 85.5 84.9		85.6 85.8 84.9		85.6 85.2 85.2
⑥		死亡の状況	死因	心疾患	自 圏 県	85 300 3,968	10.9 14.1 15.6	106 319 3,886	12.7 14.7 14.9	133 325 3,679	15.7 14.9 14.5	96 292 3,725	12.7 13.6 14.3	107 338 4,242	12.0 13.4 14.9
	脳血管疾患				自 圏 県	57 177 2,405	7.3 8.3 9.5	73 206 2,457	8.7 9.5 9.4	80 197 2,307	9.5 9.0 9.1	60 176 2,300	8.0 8.2 8.8	71 215 2,365	7.9 8.5 8.3
				腎不全	自 圏 県	12 31 402	1.5 1.5 1.6	10 34 390	1.2 1.6 1.5	10 34 375	1.2 1.6 1.5	12 33 426	1.6 1.5 1.6	9 43 475	1.0 1.7 1.7
	⑦		標準化死亡比 (SMR) 圏：伊那保健所		男性	自 圏 県	89.0 91.2 90.5		89.0 91.2 90.5		89.0 91.2 90.5		89.0 91.2 90.5		89.0 91.2 90.5
				女性		自 圏 県	94.4 93.4 93.8	H25- H29	94.4 93.4 93.8	H25- H29	94.4 93.4 93.8	H25- H29	94.4 93.4 93.8	H25- H29	94.4 93.4 93.8

項目

自：伊那市  
圏：上伊那圏域  
県：長野県

①～⑱：共通情報  
①～⑤：共通評価指標

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

Main data table with columns for project (項目), gender (性別), age group (年代別割合), and years (年度). Rows include categories like 特定健診受診率, BMI, 腹囲, 中性脂肪, and HbA1c.

特定健診・特定保健指導

各種検査項目の有所見率



項目

自：伊那市  
圏：上伊那圏域  
県：長野県

①～⑱：共通情報  
①～⑤：共通評価指標

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

Table with multiple columns for medical metrics (空腹時血糖, 収縮期血圧, 拡張期血圧, HDLコレステロール, LDLコレステロール) and rows for gender (総数, 男性, 女性) and age groups (40代, 50代, 60代, 70代). Includes comparison between 'Self' (伊那市) and 'Region' (上伊那圏域).

特定健診・特定保健指導

各種検査項目の有所見率

⑨

項目				自：伊那市 圏：上伊那圏域 県：長野県																					
				①～⑬：共通情報		①～⑤：共通評価指標		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度									
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合										
⑩	喫煙の状況	総数	自	676	12.2	1,627	11.8	1,339	10.5	1,478	11.0	1,476	11.5												
			圏	18,504	12.0	17,539	11.8	14,465	11.1	15,686	11.4	15,594	11.5												
			県																						
		男性	総数	自	562	22.7	1,361	21.9	1,122	19.3	1,235	20.4	1,204	20.4											
				圏	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	38.8	31.0	22.5	16.6	36.0	32.7	21.9	16.5	32.3	28.1	19.6	14.0	36.4	28.7	19.2	15.1	38.5	30.8	19.6	16.1	
				圏	36.7	30.2	22.2	16.2	34.7	29.5	22.4	16.2	31.9	27.1	19.3	14.2	32.8	28.0	20.0	16.4	33.8	27.8	20.9	15.2	
				県	33.1	31.1	22.5	16.6	32.9	31.2	22.1	16.4	30.8	29.5	21.0	15.7	31.7	30.1	21.4	15.7	30.6	29.2	21.8	15.7	
				70代	10.4	10.9	2.2	2.2	12.9	8.8	2.7	1.4	11.1	8.3	2.4	1.3	8.3	8.8	2.6	1.2	10.1	11.3	3.4	3.4	
		女性	総数	114	3.7	266	3.5	86	3.1	217	3.1	243	3.3	272	3.9										
			年代別割合	11.8	9.6	2.4	1.8	12.7	9.5	2.7	1.5	10.6	9.6	2.5	1.3	10.0	8.7	2.7	1.7	10.8	10.6	3.4	1.9		
		⑪	飲酒の状況	毎日飲酒	総数	自	1,269	22.8	3,140	23.6	2,860	23.6	3,010	23.7	2,939	24.1									
圏	34,052					23.9	32,791	23.9	29,012	24.0	30,846	24.0	30,416	24.1											
県																									
男性	総数				1,039	42.0	2,570	43.2	2,477	42.0	2,301	42.1	2,389	41.8	2,288	41.0									
	年代別割合				29.9	34.7	44.8	45.4	26.8	34.2	43.1	45.0	24.0	32.9	44.1	44.2	28.2	34.1	41.9	45.4	24.7	31.2	42.7	45.3	
	70代				15.7	9.6	3.5	4.2	12.9	10.9	8.8	5.9	12.7	13.5	9.0	6.5	15.7	13.5	9.0	6.8	14.5	12.7	9.2	8.1	
女性	総数			230	7.5	570	7.8	245	8.1	559	8.4	621	9.0	657	9.5										
	年代別割合			14.7	11.8	8.2	4.9	12.9	13.0	8.6	6.0	12.4	13.9	8.7	6.6	14.6	13.7	9.0	7.0	13.4	13.7	10.2	8.2		
	70代			14.9	13.5	9.4	6.4	14.9	14.2	9.9	7.0	14.2	14.7	10.3	7.3	14.9	14.7	10.6	7.5	15.5	14.2	11.0	8.1		
3合以上飲酒	総数			自	59	2.2	196	3.1	133	2.2	165	2.6	204	3.3											
				圏	2,239	2.9	2,200	2.9	1,560	2.4	1,946	2.8	2,041	3.0											
				県																					
	男性	総数	55	3.2	172	4.2	119	3.0	151	3.8	179	4.7													
		年代別割合	8.0	5.4	3.5	1.4	10.9	7.9	4.4	1.1	9.3	4.9	2.1	1.8	9.8	8.3	2.0	2.7	5.0	9.1	3.7	2.8			
		70代	8.5	6.1	4.8	2.1	10.0	7.4	5.9	1.8	9.0	5.2	2.8	1.8	10.5	7.3	3.1	2.4	8.8	9.0	4.9	2.9			
女性	総数	4	0.4	24	1.1	28	1.3	14	0.6	14	0.6	25	1.1												
	年代別割合	0.0	3.9	0.0	0.0	5.0	2.8	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.3	0.0	0.9	0.3	0.0	3.3	2.8	0.5	0.0				
	70代	3.6	2.3	0.4	0.4	3.6	2.4	0.5	0.3	2.7	2.0	0.4	0.3	3.3	2.7	0.6	0.2	4.2	2.7	0.7	0.3				
⑫	特定保健指導実施率	総数	自	410	81.8	999	80.0	1,002	82.5	943	80.2	877	80.2												
			圏	9,572	58.0	9,333	60.2	8,299	60.8	8,701	59.2	8,278	61.0												
			県																						
			男性	総数	268	79.5	682	78.3	694	78.3	685	81.2	644	78.3	617	79.5									
				年代別割合	40-44	68.6	64.1	78.7	76.1	77.0	63.9	67.6	70.0	68.3	75.9	70.4	72.0	77.4	71.1	60.9	65.0	71.9	53.8	67.6	63.6
				70-74	49.9	47.2	50.7	51.1	46.3	48.3	48.7	50.8	52.4	47.4	46.4	51.6	49.4	50.0	47.9	52.8	52.4	51.7	49.9	53.8	
		女性	総数	142	86.6	317	84.1	323	84.6	317	85.4	299	84.5	260	81.8										
			年代別割合	40-44	75.0	100.0	83.3	77.8	80.0	71.4	83.3	100.0	57.1	100.0	66.7	75.0	80.0	72.7	66.7	83.6	80.0	57.1	66.7	85.7	
			70-74	58.1	57.3	59.6	58.9	52.4	54.4	61.2	59.8	59.4	57.7	59.1	60.7	59.2	60.8	53.7	64.4	55.3	59.5	62.8	61.1		
		特定保健指導対象者の減少率	総数	自	108 / 500	21.6	261 / 1186	22.0	245 / 1128	21.7	223 / 1175	19.0	262 / 1109	23.6	263 / 1051	25.0									
				圏	2845 / 15316	18.6	2901 / 15063	19.3	2167 / 14455	15.0	2384 / 12479	19.1	2582 / 13106	19.7											
				県																					
男性	総数		67 / 348	19.3	170 / 832	20.4	158 / 787	20.1	146 / 825	17.7	160 / 770	20.8	172 / 739	23.3											
	年代別割合		15.6	16.4	21.7	23.1	11.5	16.2	21.7	22.7	15.0	15.2	19.4	16.7	18.3	22.2	18.9	25.2	27.8	25.2	18.5				
	70-74		16.4	16.4	18.0	17.6	17.6	18.8	18.8	12.8	14.8	16.5	18.0	17.5	17.5	18.0	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5				
女性	総数	41 / 152	27.0	91 / 354	25.7	87 / 341	25.5	77 / 350	22.0	102 / 339	30.1	91 / 312	29.2												
	年代別割合	22.0	25.6	30.1	25.8	24.0	22.3	24.0	24.0	29.4	17.9	20.8	31.8	27.7	27.7	31.8	27.7	27.7	27.7	30.0					
	70-74	19.0	19.0	22.2	19.3	19.3	22.1	22.1	16.4	17.2	17.2	23.1	22.4	22.4	23.1	22.4	22.4	22.4	22.4						

項目				自：伊那市 圏：上伊那圏域 県：長野県															
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度							
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
④ HbA1c8.0%以上の者の割合	① 総数	自		36	0.6	31	0.6	33	0.7	29	0.6	33	0.7						
		圏		98	0.7	101	0.7	95	0.7	108	0.8	99	0.8						
		県		1,477	1.0	1,388	0.9	1,256	1.0	1,434	1.0	1,243	0.9						
		② 男性	総数	22	0.9	24	1.0	25	1.1	23	1.0	28	1.2						
			総数割合	61	1.0	75	1.2	63	1.1	77	1.3	75	1.3						
		年代別割合		自		40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74				
	圏		1.8	0.5	1.2	0.9	1.7	0.9	1.2	1.0	1.2	1.3							
	県		1.4	0.8	1.2	1.2	1.4	1.0	1.4	1.2	1.6	1.1							
	女性		14	0.5	7	0.2	8	0.3	6	0.2	5	0.2							
	総数	37	0.5	26	0.3	32	0.5	31	0.4	24	0.3								
	総数割合	528	0.6	489	0.6	426	0.6	466	0.6	391	0.5								
	年代別割合		自		40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74							
圏		0.3	0.5	0.2	0.2	0.5	0.2	0.4	0.1	0.1	0.2								
県		0.4	0.5	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.3	0.4								
県		0.5	0.7	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5								
⑤ Ⅱ度高血圧以上の者の割合	① 総数	自		178	3.2	183	3.3	195	3.8	166	3.3	138	2.8						
		圏		440	3.2	493	3.6	534	4.2	480	3.6	423	3.3						
		県		6,847	4.4	6,694	4.5	7,017	5.4	7,482	5.4	7,178	5.3						
		② 男性	総数	100	4.0	103	4.2	113	5.0	90	4.0	82	3.7						
			総数割合	258	4.2	280	4.5	295	5.1	261	4.3	236	4.0						
		年代別割合		自		40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74						
	圏		4.1	4.0	3.5	4.5	4.5	5.2	3.7	4.1	3.5	3.7							
	県		3.9	4.2	3.8	4.7	4.8	5.2	4.1	4.4	3.2	4.3							
	県		4.8	5.4	5.0	5.5	5.6	6.2	5.8	6.2	5.3	6.1							
	③ 女性	総数	78	2.5	80	2.6	82	2.9	76	2.7	56	2.1							
		総数割合	182	2.4	213	2.8	239	3.4	219	3.0	187	2.7							
	年代別割合		自		40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74	40-64	65-74							
圏		1.6	2.9	1.6	3.1	2.8	3.0	1.5	3.2	0.8	2.6								
県		1.6	2.7	2.2	3.1	2.4	3.8	1.4	3.6	1.4	3.2								
県		2.6	4.3	2.7	4.3	3.2	5.4	3.1	5.5	3.2	5.5								
⑬ 生活習慣病の有病率（健診対象者）	① 高血圧	② 総数	自		4,091	39.2	3,928	39.5	3,863	39.0	3,796	39.1	3,534	38.5					
			圏		10,648	38.2	10,315	38.6	10,374	39.2	10,261	39.6	9,564	39.2					
			県		123,544	37.6	119,900	37.7	120,865	38.3	119,242	38.8	111,983	38.6					
			③ 男性	総数	2,063	40.2	1,977	40.4	1,938	39.8	1,894	39.6	1,790	39.6					
				総数割合	5,451	40.0	5,304	40.6	5,336	41.2	5,256	41.5	4,962	41.5					
			年代別割合		自		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	
		圏		10.9	22.9	41.6	58.1	11.1	25.1	41.6	57.0	10.6	25.2	40.6	55.5	9.8	24.1	41.7	54.9
		県		11.1	23.6	42.6	54.6	11.7	25.0	42.3	55.3	11.9	25.1	42.7	55.5	11.2	24.7	44.4	55.0
		県		10.3	24.0	44.1	55.4	10.6	24.1	44.1	55.3	10.6	24.4	44.3	55.7	11.1	25.1	45.1	56.2
		④ 女性	総数	2,028	38.2	1,951	38.7	1,925	38.3	1,902	38.6	1,744	37.5						
			総数割合	5,197	36.5	5,011	36.8	5,038	37.2	5,005	37.8	4,602	36.9						
		年代別割合		自		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
	圏		5.9	20.3	38.7	53.7	6.1	18.9	38.3	54.4	7.6	18.8	37.5	53.3	8.0	17.4	36.5	54.4	
	県		6.1	19.4	36.0	50.9	5.9	19.5	35.8	50.7	6.7	19.5	35.8	50.7	6.9	18.7	35.7	51.7	
	県		7.0	18.4	35.2	50.1	6.9	18.6	34.8	49.2	7.0	18.4	34.9	49.3	7.2	18.7	35.2	49.4	
	⑤ 糖尿病	② 総数	自		1,760	16.9	1,719	17.3	1,693	17.1	1,690	17.4	1,546	16.8					
			圏		4,957	17.8	4,798	18.0	4,857	18.3	4,893	18.9	4,477	18.3					
			県		66,632	20.3	64,589	20.3	65,066	20.6	64,107	20.9	59,320	20.4					
			③ 男性	総数	973	19.0	967	19.8	961	19.7	952	19.9	872	19.3					
				総数割合	2,711	19.9	2,642	20.2	2,696	20.8	2,686	21.2	2,481	20.7					
			年代別割合		自		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	
	圏		6.1	11.4	19.5	26.8	5.5	13.1	21.0	26.9	5.3	14.4	20.4	26.6	5.8	14.4	20.9	26.4	
	県		6.6	12.4	20.7	27.0	6.9	13.3	21.0	27.0	6.8	14.2	21.4	27.4	6.9	14.4	21.8	27.8	
	県		7.2	14.7	24.6	31.9	7.2	14.8	24.3	31.7	7.3	15.1	24.6	31.6	7.6	15.5	24.8	32.0	
	④ 女性	総数	787	14.8	752	14.9	732	14.6	738	15.0	674	14.5							
		総数割合	2,246	15.8	2,156	15.8	2,161	16.0	2,207	16.7	1,996	16.0							
	年代別割合		自		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代			
	圏		2.8	7.9	14.7	21.1	4.2	8.8	14.9	19.8	4.5	9.3	14.7	18.8	4.1	7.5	14.6	20.3	
	県		3.1	8.3	15.3	22.2	4.0	8.8	15.2	21.5	4.2	8.6	15.5	21.2	4.3	8.4	16.0	22.2	
	県		4.7	9.5	17.7	24.6	5.0	9.4	17.6	24.2	5.1	9.7	17.5	24.2	5.2	10.0	17.5	24.3	
	⑥ 脂質異常症	② 総数	自		3,986	38.2	3,898	39.2	3,851	38.9	3,853	39.7	3,559	38.8					
			圏		10,385	37.3	10,177	38.1	10,273	38.8	10,312	39.8	9,556	39.1					
			県		114,391	34.8	112,601	35.4	113,494	35.9	113,149	36.8	106,528	36.7					
			③ 男性	総数	1,737	33.9	1,716	35.1	1,687	34.6	1,689	35.3	1,582	35.0					
				総数割合	4,504	33.0	4,468	34.2	4,490	34.6	4,485	35.4	4,238	35.4					
			年代別割合		自		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	
圏		13.1	25.6	34.8	45.2	13.4	26.0	35.7	46.7	12.1	25.6	36.1	45.2	13.5	26.1	37.2	45.3		
県		13.1	24.7	34.3	42.7	14.6	24.8	35.8	43.3	14.1	24.6	36.4	43.7	15.1	24.9	37.2	44.3		
県		12.9	22.5	33.8	41.0	13.4	23.1	34.6	41.7	13.2	23.1	35.3	42.1	14.1	23.9	36.3	43.2		
④ 女性		総数	2,249	42.4	2,182	43.2	2,164	43.1	2,164	44.0	1,977	42.5							
		総数割合	5,881	41.3	5,709	41.9	5,783	42.8	5,827	44.0	5,318	42.7							
年代別割合		自		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代				
圏		8.1	23.2	44.6	56.9	8.4	22.8	44.5	58.1	8.9	24.3	44.5	56.7	10.6	22.9	45.3	57.3		
県		8.2	23.8	42.6	54.4	8.1	22.9	42.6	55.2	8.8	23.3	43.5	55.5	10.8	23.3	44.9	56.3		
県		8.9	20.9	39.7	50.6	8.8	21.1	39.9	50.6	9.0	21.4	39.7	50.9	9.3	21.8	40.6	51.4		

項目				自：伊那市 圏：上伊那圏域 県：長野県											
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
医療費分析	⑭	高額レセプト (80万円以上) の状況	総数 (80万円以上)	件数	自 圏	839		786		792		837		851	
				圏	2,182		2,204		2,053		2,098		2,183		
			県	24,181		24,591		25,200		26,285		25,721			
			医療費	自 圏	1,257,814,960		1,122,837,460		1,179,768,590		1,193,166,020		1,200,841,320		
				圏	3,164,459,330		3,138,389,770		2,958,180,380		2,986,592,290		3,191,703,400		
			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 圏	72		57		84		75		81	
				圏	203		179		158		161		185		
			県	2,086		1,834		2,081		2,057		1,873			
			医療費	自 圏	103,171,440	8.2	76,032,080	6.8	129,258,730	11.0	105,113,110	8.8	114,031,780	9.5	
				圏	303,733,260	9.6	241,260,180	7.7	231,591,550	7.8	223,710,530	7.5	264,541,830	8.3	
			県	2,858,398,130	8.4	2,499,410,590	7.2	2,870,803,480	8.1	2,803,895,410	7.5	2,594,901,810	7.0		
虚血性心疾患主病	件数	自 圏	23		19		25		19		11				
	圏	64		74		68		52		39					
県	927		873		858		879		679						
医療費	自 圏	28,174,020	2.2	29,309,560	2.6	36,089,120	3.1	28,241,500	2.4	20,287,620	1.7				
	圏	94,803,080	3.0	123,990,580	4.0	95,543,880	3.2	77,954,850	2.6	59,133,270	1.9				
県	1,452,581,430	4.3	1,382,356,090	4.0	1,310,254,350	3.7	1,408,264,760	3.7	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 圏	731		698		669		666		664			
			圏	1,599		1,559		1,457		1,533		1,580			
		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 圏	385,115,680	8.1	342,902,450	7.7	337,795,450	7.8	330,968,540	7.4	336,290,680	7.6		
			圏	761,191,420	6.2	741,696,250	6.2	706,217,660	6.3	748,233,950	6.5	736,247,430	6.4		
			県	8,983,777,250	6.1	9,127,070,260	6.3	9,134,925,170	6.5	9,312,272,630	6.4	8,983,026,350	6.3		
⑯	要介護（要支援） 認定率	1号認定認定率	自 圏	16.4		16.5		16.6		17.1		17.4			
			圏	15.4		15.7		15.9		16.3		15.9			
		県	18.0		18.2		18.2		18.2		17.7				
		2号認定認定率	自 圏	0.3		0.3		0.3		0.3		0.3			
圏	0.2			0.3		0.2		0.2		0.2					
県	0.3		0.3		0.3		0.3		0.3						
⑰	介護給付費	給付費総額	自 圏	5,794,744,959		5,868,768,821		6,074,171,556		6,119,191,758		6,254,954,529			
			圏	15,091,743,071		15,380,419,562		15,941,116,418		16,064,248,152		15,992,862,359			
		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 圏	66,202		66,009		67,873		66,696		65,789			
			圏	66,425		65,754		67,120		65,989		65,109			
県	62,215		62,530		63,476		63,158		62,434						

介護