

恵那市国民健康保険
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

恵那市

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第1章	保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方	1
1	背景・目的	1
2	計画の位置づけと基本的な考え方	2
3	計画期間	6
4	関係者が果たすべき役割と連携	7
	（1）恵那市国保の役割	
	（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	9
第2章	第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	11
1	保険者の特性	11
2	第2期計画にかかる評価及び考察	12
	（1）第2期データヘルス計画の評価	
	（2）主な個別事業の評価と課題	
	（3）第2期データヘルス計画にかかる考察	
3	第3期における健康課題の明確化	29
	（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）	39
1	第3期特定健康診査等実施計画の検証	39
	（1）第3期特定健診受診率からみる検証	
	（2）問診票調査からみる検証	
	（3）特定健診受診率向上対策による検証	
	（4）アンケート調査による検証	
2	第4期特定健康診査等実施計画について	43
	（1）目標値の設定	
	（2）対象者の見込み	
	（3）特定健診の実施	
	（4）特定保健指導の実施	
	（5）個人情報の取扱い	
	（6）結果の報告	
	（7）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.....	54
1	保健事業の方向性.....	54
2	重症化予防の取組.....	55
	(1) 糖尿病性腎症重症化予防	
	(2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
	(3) 虚血性心疾患重症化予防	
	(4) 脳血管疾患重症化予防	
3	適正受診・適正服薬を促す取組.....	79
4	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施.....	80
	(1) 基本的な考え方	
	(2) 事業の実施	
5	発症予防.....	81
6	ポピュレーションアプローチ.....	82
7	地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	83
第5章	計画の評価・見直し.....	84
1	評価の時期.....	84
2	評価方法・体制.....	84
第6章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い.....	85
1	計画の公表・周知.....	85
2	個人情報の取扱い.....	85

参考資料

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや恵那市の課題等を踏まえ、恵那市では、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年6月閣議決定）

※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 計画の位置づけと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査（以下「特定健診」という。）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、岐阜県健康増進計画や恵那市健康増進計画、岐阜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、国保運営方針、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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。

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

恵那市では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB^{※6}）を活用して特定健診の結果やレセプト、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）

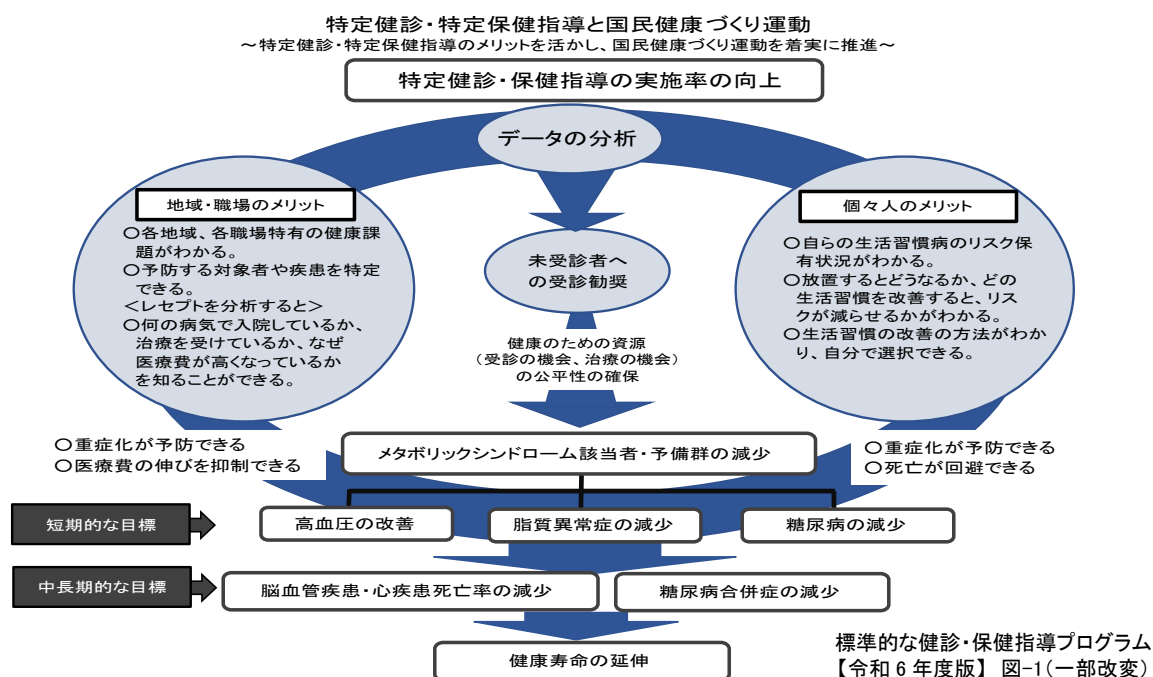
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

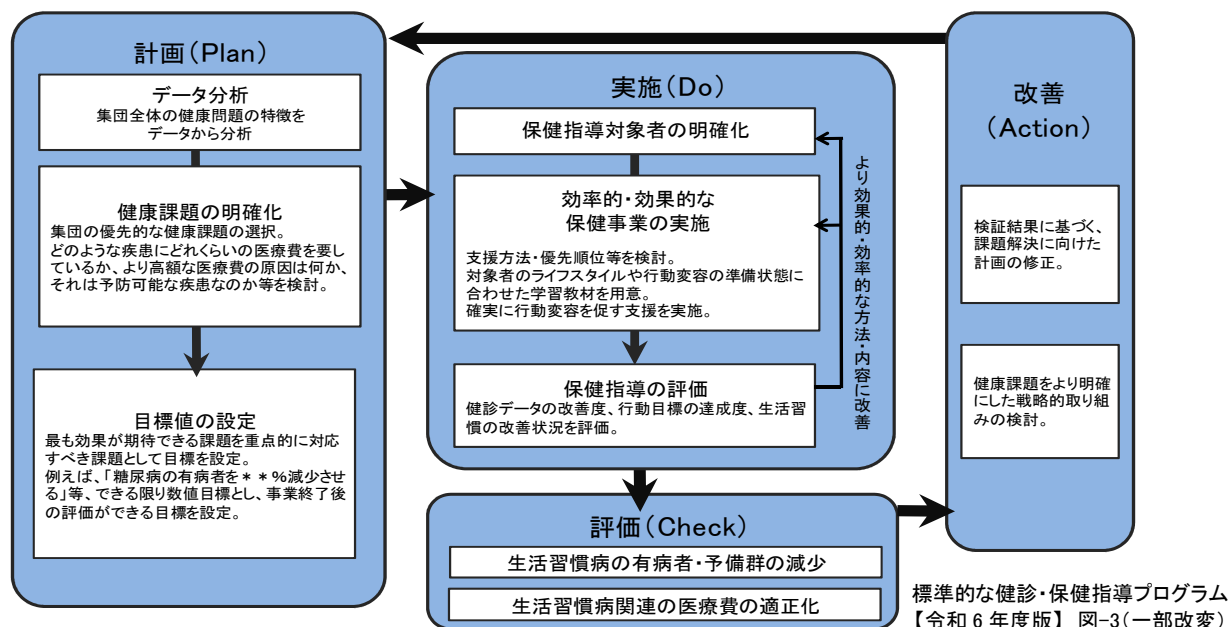
図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
法定計画等の位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			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
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
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) 2024～2035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 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 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 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じた設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



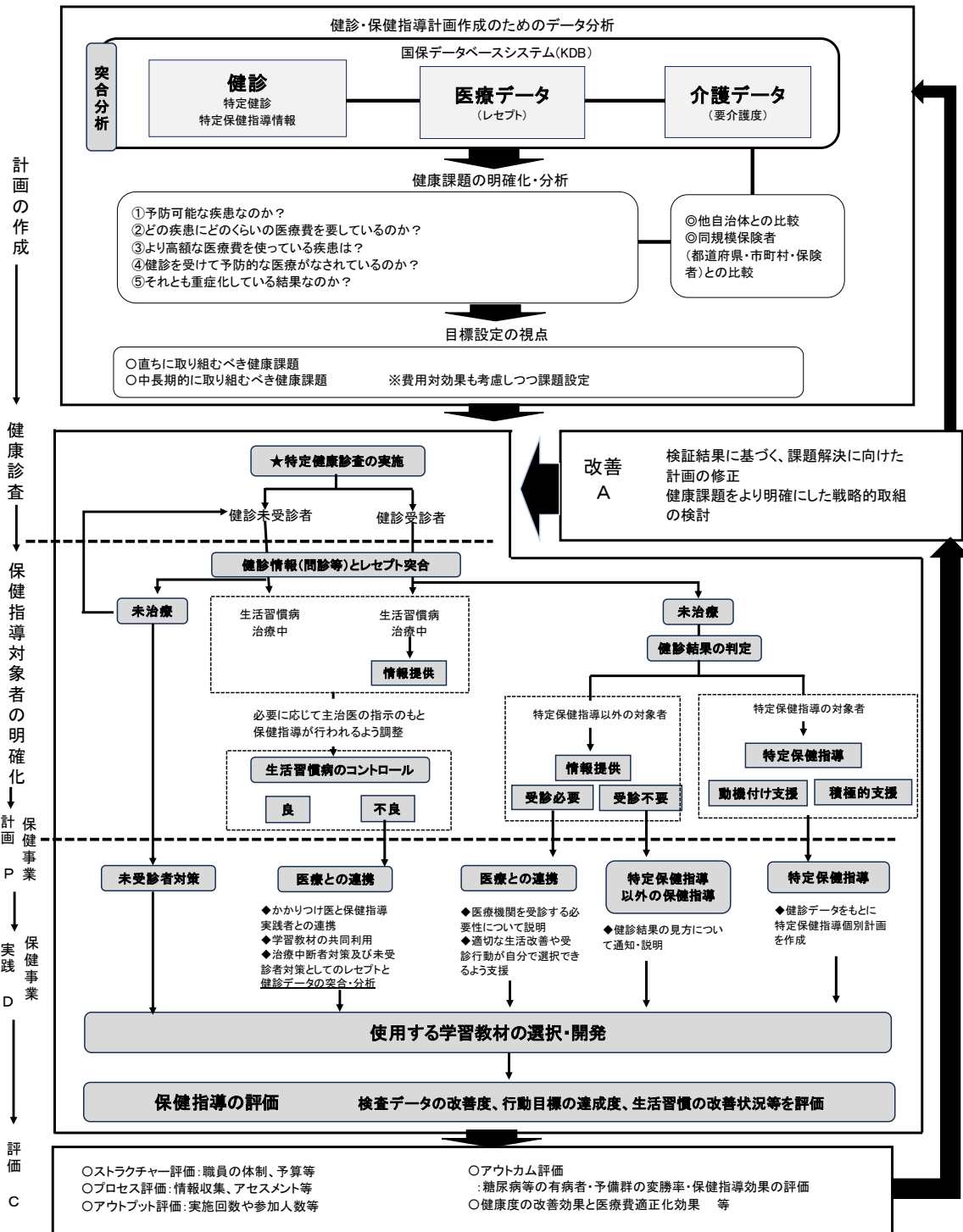
図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



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

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）



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）における基本的な考え方（一部改変）

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		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		結果を出さず保健指導	
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 個人の健康結果を読み解くともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者	

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）

→

行動変容を促す手法

注) 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。
 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、事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4 関係者が果たすべき役割と連携

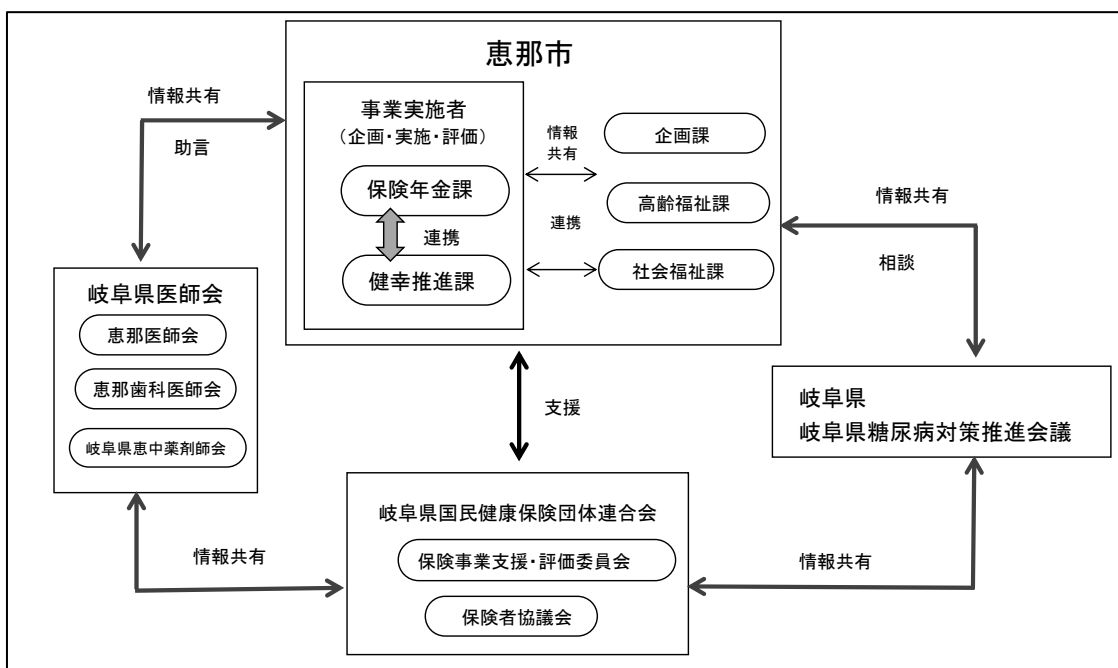
(1) 恵那市国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、恵那市が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局（保険年金課）、保健衛生部局（健幸推進課）、介護保険部局（高齢福祉課）、企画部門（企画課）、生活保護部局（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 恵那市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管栄…管理栄養士 歯…歯科衛生士 事…事務（注：支払い事務、受診券送付等） ◎…主担当 ○…副担当

	保	管栄	歯	事
国保事務				◎
健康診断 保健指導	◎	◎		
がん検診	◎			
予防接種	◎			
母子保健	◎	◎		
精神保健	○			
歯科保健			◎	

（２）関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である岐阜県のほか、岐阜県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力していきます。

また、岐阜県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、岐阜県の関与が更に重要となります。

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、岐阜県が岐阜県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と岐阜県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めていきます。

恵那市国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、恵那市国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、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ていきます。

(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、国保事業の運営に関する協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5 保険者努力支援制度

国保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（恵那市分）

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	
			恵那市	配点	恵那市	配点	恵那市	配点
交付額(万円)			1956		2101		1775	
全国順位(1,741市町村中)			253位		614位		516位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	55	40	35	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	30	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	50	50	50	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	10	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	85	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	36	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	86	95	84	100	81	100
合計点			682	1,000	610	960	614	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

恵那市は、人口約 47,000 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 35.5%、県、国と比較すると高齢者の割合、被保険者の平均年齢も 57.9 歳と高くなっています。

しかし、出生率は低く、財政指数は県、国、同規模とほぼ変わらない状況です。

産業においては、第 3 次産業が 58.7%と一番高いですが、県、国、同規模と比較すると、第 2 次産業の割合が多いことが分かります。被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、壮年期の健康課題を明確にすることが重要です。（図表 9）

国保加入率は 20.0%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 56%を占めています。（図表 10）

また恵那市内には 2 つの病院、41 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較して少なく、病床数も少ないことから、医療資源に乏しいが、外来患者数及び入院患者数は県、同規模と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

図表 9 同規模・県・国と比較した恵那市の特性（令和 4 年度）

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
恵那市	47,473	35.5	9,473 (20.0)	57.9	5.1	14.3	0.5	5.6	35.7	58.7
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.6	21.1	53.9	6.2	11.7	0.6	3.2	33.1	63.7
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、恵那市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	10,889		10,447		10,337		10,076		9,473	
65～74歳	5,799	53.3	5,718	54.7	5,805	56.2	5,773	57.3	5,346	56.4
40～64歳	3,121	28.7	2,925	28.0	2,844	27.5	2,696	26.8	2,585	27.3
39歳以下	1,969	18.1	1,804	17.3	1,688	16.3	1,607	15.9	1,542	16.3
加入率	21.3		20.5		20.3		19.8		20.0	

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	0.4	0.2
診療所数	40	3.7	39	3.7	39	3.8	40	4.0	41	4.3	3.5	3.9
病床数	255	23.4	255	24.4	255	24.7	255	25.3	255	26.9	67.7	48.3
医師数	58	5.3	58	5.6	63	6.1	63	6.3	59	6.2	9.7	11.2
外来患者数	730.5		738.0		699.7		732.8		748.6		728.3	748.2
入院患者数	21.6		21.8		19.9		20.5		20.1		23.6	17.4

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・介護給付費）の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）の減少を設定しました。

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

① 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）減少の達成状況

ア 介護給付費の状況

恵那市の令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で49人（認定率0.32%）、1号（65歳以上）被保険者で2,937人（認定率16.0%）と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べると認定率は低下しています。（図表12）

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しつつありますが、75歳以上の認定率は横ばいで推移しています。しかし、認定者数は増加しており、介護給付費は、約51億円から約54億円に伸びています。（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みると、どの年代でも脳血管疾患（脳卒中）が上位を占めており、第2号被保険者で6割弱、第1号被保険者でも4割強の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病予防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考えます。（図表14）

図表 12 要介護認定者（率）の状況

	恵那市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	16,620人	32.6%	16,856人	35.5%	36.2%	30.6%	28.7%
2号認定者	56人	0.34%	49人	0.32%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	13人		16人		--	--	--
1号認定者	2,935人	17.7%	2,937人	16.0%	19.1%	18.1%	19.4%
新規認定者	359人		323人		--	--	--
再掲	65～74歳	253人	3.3%	230人	3.0%	--	--
新規認定者	55人		47人		--	--	--
75歳以上	2,682人	29.8%	2,707人	29.8%	--	--	--
新規認定者	304人		323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

	恵那市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	51億3262万円	54億5943万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	308,822	323,886	300,230	286,208	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	59,107	60,460	70,503	59,511	59,662
居宅サービス	41,450	42,985	43,936	41,518	41,272
施設サービス	273,170	281,129	291,914	284,664	296,364

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和4年度）

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		49		230		2,707		2,937		2,986			
再)国保・後期		27		180		2,665		2,845		2,872			
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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
				割合		割合		割合		割合		割合	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	16	脳卒中	96	脳卒中	1,143	脳卒中	1,239	脳卒中	1,255
					59.3%		53.3%		42.9%		43.6%		43.7%
			2	虚血性心疾患	4	虚血性心疾患	46	虚血性心疾患	1,122	虚血性心疾患	1,168	虚血性心疾患	1,172
				14.8%		25.6%		42.1%		41.1%		40.8%	
		3	腎不全	1	腎不全	20	腎不全	418	腎不全	438	腎不全	439	
				3.7%		11.1%		15.7%		15.4%		15.3%	
		合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	42	糖尿病合併症	347	糖尿病合併症	389	糖尿病合併症	392
				11.1%		23.3%		13.0%		13.7%		13.6%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		21	基礎疾患	162	基礎疾患	2,504	基礎疾患	2,666	基礎疾患	2,687		
			77.8%		90.0%		94.0%		93.7%		93.6%		
	血管疾患合計		22	合計	173	合計	2,557	合計	2,730	合計	2,752		
			81.5%		96.1%		95.9%		96.0%		95.8%		
	認知症	認知症	4	認知症	45	認知症	1,267	認知症	1,312	認知症	1,316		
			14.8%		25.0%		47.5%		46.1%		45.8%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	19	筋骨格系	159	筋骨格系	2,536	筋骨格系	2,695	筋骨格系	2,714		
			70.4%		88.3%		95.2%		94.7%		94.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 医療費の状況

恵那市の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費も減少しています。

一人あたり医療費は、同規模よりは低いですが、県、国と比べて高く、平成30年度と比較しても約3万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか2.6%程度にも関わらず、医療費全体の約39%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても約6万円も高くなっています。

年齢調整をした地域差指数^{※7}で見ると、全国平均の1より低いことが分かります。また、全体では県と比較して低い傾向にあります。

一人あたりの医療費の地域差指数は、入院が主要因であり、入院が必要となる重症化を防ぐには、生活習慣病の重症化予防が重要です。引き続き生活習慣病の重症化予防の取組に力を入れる必要があります。（図表15、16）

※7 地域差指数：当該地域における一人当たりの医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し指数化(全国平均が1)としたもの

図表 15 医療費の推移

	恵那市		同規模	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	10,889人	9,473人	--	--	--	
前期高齢者割合	5,799人 (53.3%)	5,346人 (56.4%)	--			
総医療費	37億2427万円	35億1765万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	342,021	371,334	394,521	355,308	339,680	
	県内17位 同規模89位	県内21位 同規模204位				
入院	1件あたり費用額(円)	522,470	580,870	585,610	615,940	617,950
	費用の割合	40.3	39.0	43.3	37.4	39.6
	件数の割合	2.9	2.6	3.1	2.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,910	24,350	24,850	24,020	24,220
	費用の割合	59.7	61.0	56.7	62.6	60.4
	件数の割合	97.1	97.4	96.9	97.7	97.5
受診率	752.062	768.639	751.942	765.634	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は恵那市と同規模保険者 280 市町村の平均値を表したもの

図表 16 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

		国民健康保険			後期高齢者医療		
		恵那市 (県内市町村中)		県 (47県中)	恵那市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.959	0.967	0.989	0.803	0.806	0.918
		(32位)	(29位)	(31位)	(40位)	(37位)	(32位)
	入院	0.929	0.932	0.929	0.711	0.716	0.835
		(23位)	(21位)	(39位)	(40位)	(36位)	(40位)
	外来	0.968	0.975	1.022	0.904	0.900	1.000
		(30位)	(33位)	(16位)	(35位)	(33位)	(17位)

出典：地域差分析(厚労省)

ウ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全（透析有）については、平成 30 年度より 1.2 ポイント伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。（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平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患・脳血管疾患が、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については、わずかに増加していました。（図表 18）

人工透析は、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			恵那市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			37億2427万円	35億1765万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億5678万円	3億2066万円	--	--	--
			9.58%	9.12%	7.84%	8.36%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.66%	1.77%	2.10%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.56%	1.09%	1.39%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.82%	6.03%	4.05%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.54%	0.23%	0.30%	0.31%	0.29%
そ 疾 他 の	悪性新生物		14.34%	16.68%	16.91%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.06%	9.02%	9.00%	8.32%	8.68%
	精神疾患		9.02%	7.44%	8.74%	7.53%	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	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	10,889	9,473	a	795	700	813	654	44	45	
				a/A	7.3%	7.4%	7.5%	6.9%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	8,920	7,931	b	788	694	808	651	43	44	
	B/A	81.9%	83.7%	b/B	8.8%	8.8%	9.1%	8.2%	0.5%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	3,121	2,585	c	147	110	133	109	14	14
		C/A	28.7%	27.3%	c/C	4.7%	4.3%	4.3%	4.2%	0.4%	0.5%
	65~74歳	D	5,799	5,346	d	641	584	675	542	29	30
		D/A	53.3%	56.4%	d/D	11.1%	10.9%	11.6%	10.1%	0.5%	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 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）減少の達成状況

ア 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みると、治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。恵那市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,734	3,453	751	635	2,983	2,818	
	A/被保数	41.9%	43.5%	24.1%	24.6%	51.4%	52.7%	
（中長期 合併目標 疾患）	脳血管疾患	B	436	355	75	48	361	307
		B/A	11.7%	10.3%	10.0%	7.6%	12.1%	10.9%
	虚血性心疾患	C	587	480	83	77	504	403
		C/A	15.7%	13.9%	11.1%	12.1%	16.9%	14.3%
	人工透析	D	41	42	13	13	28	29
		D/A	1.1%	1.2%	1.7%	2.0%	0.9%	1.0%

出典：KDB システム_疾病管理一覧（高血圧）地域の全体像の把握

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)	A	2,386	2,341	506	475	1,880	1,866	
	A/被保数	26.7%	29.5%	16.2%	18.4%	32.4%	34.9%	
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	278	219	36	25	242	194
		B/A	11.7%	9.4%	7.1%	5.3%	12.9%	10.4%
	虚血性心疾患	C	429	380	68	60	361	320
		C/A	18.0%	16.2%	13.4%	12.6%	19.2%	17.1%
	人工透析	D	29	27	10	9	19	18
		D/A	1.2%	1.2%	2.0%	1.9%	1.0%	1.0%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	160	201	34	42	126	159
		E/A	6.7%	8.6%	6.7%	8.8%	6.7%	8.5%
	糖尿病性網膜症	F	425	409	92	76	333	333
		F/A	17.8%	17.5%	18.2%	16.0%	17.7%	17.8%
	糖尿病性神経障害	G	83	74	27	26	56	48
		G/A	3.5%	3.2%	5.3%	5.5%	3.0%	2.6%

出典：KDB システム_疾病管理一覽（糖尿病）地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
脂質異常症治療者(人)	A	3,178	2,989	674	577	2,504	2,412	
	A/被保数	35.6%	37.7%	21.6%	22.3%	43.2%	45.1%	
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	361	283	54	37	307	246
		B/A	11.4%	9.5%	8.0%	6.4%	12.3%	10.2%
	虚血性心疾患	C	528	424	73	64	455	360
		C/A	16.6%	14.2%	10.8%	11.1%	18.2%	14.9%
	人工透析	D	21	24	5	9	16	15
		D/A	0.7%	0.8%	0.7%	1.6%	0.6%	0.6%

出典：KDB システム_疾病管理一覽（脂質異常症）地域の全体像の把握

イ 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度高血圧以上・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約40%、糖尿病で6%ほどおり、その割合は448市町村と比較して高血圧は約5%高く、糖尿病は0.5%低くなっています。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、未治療者の方が多い原因としては、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することに加え、新型コロナウイルス感染症による受診控えが要因になったのではないかと考えます。今後は、未治療者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となります。

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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
恵那市	3,577	43.9	3,293	43.6	270	7.5	156	57.8	260	7.9	149	57.3	106	40.8	14	5.4
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

	HbA1c実施率				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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
恵那市	3,569	99.8	3,276	99.5	154	4.3	43	27.9	180	5.5	43	23.9	11	6.1	5	2.8
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、重複数が多いほど、虚血性心疾患等の心血管疾患や脳梗塞等の脳血管疾患の発症リスクが高くなることが分かっています。恵那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、約6%も伸びており、その中でも危険因子が重なっている割合が増加しています。

また危険因子の有所見割合を見てみると、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合はいずれも微増していますが、LDL160以上は減少しています。また、継続受診者の翌年度の改善割合を平成30年度と令和4年度で比較したところ、全ての危険因子で令和4年度の改善割合は下がっています。また、翌年度の健診未受診割合が、いずれも3割強程度存在し、結果が把握できていませんでした。まずは、有所見者の継続受診率を向上することが必要です。（図表23、24、25、26）

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	危険因子		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,732 (41.8%)	606 (16.2%)	197 (5.3%)	409 (11.0%)	386 (10.3%)
R04年度	3,218 (45.2%)	710 (22.1%)	242 (7.5%)	468 (14.5%)	279 (8.7%)

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→R1	344 (9.2%)	83 (24.1%)	107 (31.1%)	42 (12.2%)	112 (32.6%)
R3→R4	362 (10.8%)	69 (19.1%)	116 (32.0%)	41 (11.3%)	136 (37.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	270 (7.2%)	124 (45.9%)	45 (16.7%)	9 (3.3%)	92 (34.1%)
R3→R4	260 (7.7%)	90 (34.6%)	67 (25.8%)	10 (3.8%)	93 (35.8%)

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→R1	457 (12.3%)	187 (40.9%)	97 (21.2%)	43 (9.4%)	130 (28.4%)
R3→R4	401 (11.9%)	161 (40.1%)	83 (20.7%)	21 (5.2%)	136 (33.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

エ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

恵那市の特定健診受診率は、令和元年度には 44.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響で、令和2年度以降は受診率が低下しており、その後 42～43%を推移しています。

第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。（図表 27）

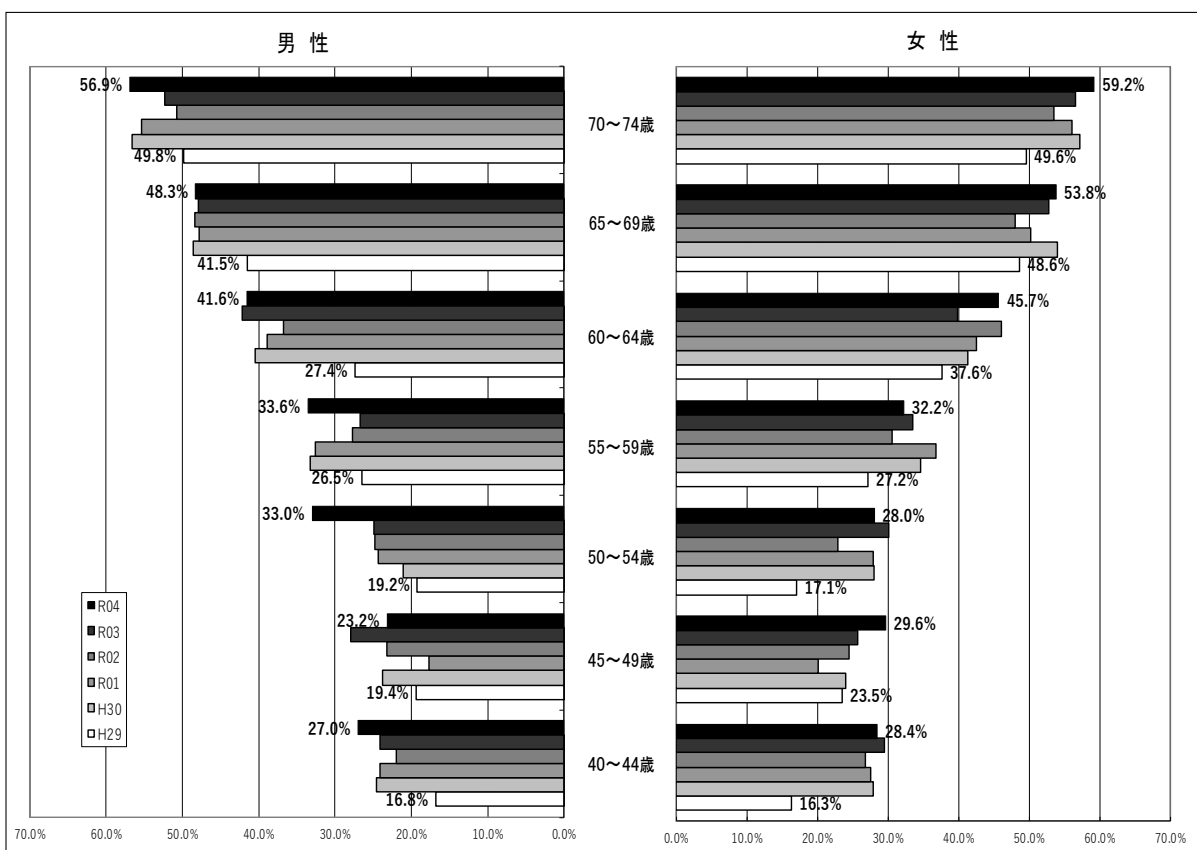
またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、国保以外の方も多く、その後の継続受診にはつながらないことや、自覚症状がない生活習慣病のための健診受診の優先順位が低い方も多く、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。（図表 28）

特定保健指導についても、令和2年度以降、実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、特に、40～50 歳代の若い年代は、年齢が低くなるほど指導率が低くなっており、この年代の早期介入及び、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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	3,577	3,471	3,181	3,293	3,101	健診受診率 60%
	受診率	43.9%	44.0%	40.2%	42.8%	43.6%	
特定保健指導	該当者数	366	327	301	292	254	特定保健指導実施率 70%
	割合	10.2%	9.4%	9.5%	8.9%	8.2%	
	実施者数	247	237	172	179	155	
	実施率	67.5%	72.5%	57.1%	61.3%	61.0%	

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（ハイリスクアプローチ）

ア 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って対象者を抽出し、重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、医療機関と市の専門職が連携して治療と保健指導を行い、腎不全、人工透析への移行を防止してきました。また、特定健診受診者で HbA1c6.5%以上の者を対象に糖尿病管理台帳を作成し、各地区担当保健師がレセプトにて治療状況を確認し、未治療者、中断者に受診勧奨を行っています。医療機関とも連携し、医療機関受診連絡票を作成し、医師から保健・栄養指導の指示をいただき、市の保健師、管理栄養士が指導を実施してきました。

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和元年度には 77.0%となりましたが、令和4年度には 52.4%へ低下しました。一方で血糖値有所見者割合は増加傾向にあります。

引き続き HbA1c6.5%以上の方を糖尿病管理台帳で管理し、治療状況の確認を継続して行っていきます。また、未治療者へは継続して保健指導を実施する体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら、受診できるための支援を行います。

さらに、治療中の方も医療機関と連携し、市の保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖コントロールの支援を行います。（図表 29）

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

年度		H 30	R 1	R 2	R 3	R 4
健診受診者	人(a)	3,577	3,471	3,181	3,293	3,218
血糖値有所見者 * 1	人(b)	344	344	259	332	311
	(b/a)	9.6%	9.9%	8.1%	10.1%	9.7%
保健指導実施者 * 2	人(c)	215	265	130	127	163
	(c/b)	62.5%	77.0%	50.2%	38.3%	52.4%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・電話等による面談実施者を計上

イ 虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目標に医療機関や健診機関と連携し、心電図検査は約7割実施できています。

心房細動未治療者については、経年的に治療や精密検査につながっていない方が一定人数存在します。心房細動のメカニズムを含め、治療や精密検査の必要性について保健指導を行い、医療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。(図表 30)

図表 30 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

年度	H30			R1			R2			R3			R4			
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	
健診受診者(人)	a	3,725	1,654	2,071	3,674	1,628	2,019	3,181	1,415	1,766	3,293	1,475	1,818	3,101	1,420	1,681
心電図受診者(人)	b	2,333	1,078	1,255	2,541	1,135	1,406	2,264	1,019	1,245	2,449	1,090	1,359	2,204	976	1,228
心電図実施率	b/a	62.6%	65.2%	60.6%	69.2%	69.7%	69.6%	71.2%	72.0%	70.5%	74.4%	73.9%	74.8%	71.1%	68.7%	73.1%
要医療者・要精査者(人)	c	58	30	28	78	48	30	48	29	19	59	37	22	76	41	35
有所見率	c/b	2.5%	2.8%	2.2%	3.1%	4.2%	2.1%	2.1%	2.8%	1.5%	2.4%	3.4%	1.6%	3.4%	4.2%	2.9%
心房細動(人)	e	33	27	6	37	33	4	28	23	5	25	20	5	16	15	1
心房細動有所見率	e/b	1.4%	2.5%	0.5%	1.5%	2.9%	0.3%	1.2%	2.3%	0.4%	1.0%	1.8%	0.4%	0.7%	1.5%	0.1%
うち、心房細動未治療(人)		6	5	1	3	3	0	3	2	1	5	4	1	3	3	0
受診勧奨後治療開始(人)		4	3	1	2	2	0	2	1	1	2	2	0	0	0	0

ウ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、6%台後半から7%台後半を推移しており、約4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106人のうち、治療につながったものは、わずか26人(24.5%)でした(恵那市調べ)。血圧Ⅲ度においては、41人のうち25人が未治療者でした。

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す。高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表 32 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。高リスク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と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。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が58.4%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導や栄養指導を行っていきます。(図表 31、32)

図表 31 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	人(a)	3,721	3,645	3,181	3,293	3,218	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	270	243	248	232	243	
	(b/a)	7.3%	6.7%	7.8%	7.0%	7.6%	
	治療あり	人(c)	114	98	143	132	142
		(c/b)	42.2%	40.3%	57.7%	56.9%	58.4%
	治療なし	人(d)	156	145	105	106	101
		(d/b)	57.8%	59.7%	42.3%	45.7%	41.6%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	54	40	58	41	50
		(f/a)	1.5%	1.1%	1.8%	1.2%	1.6%
	治療あり	人	16	16	44	16	25
	治療なし	人	38	24	14	25	25

図表 32 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4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)	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
	1,054	555 52.7%	346 32.8%	119 11.3%	34 3.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	31	C 20 3.6%	B 8 2.3%	B 3 2.5%	A 0 0.0%
	2.9%				
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	590	C 314 56.6%	B 206 59.5%	A 55 46.2%	A 15 44.1%
	56.0%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	433	B 221 39.8%	A 132 38.2%	A 61 51.3%	A 19 55.9%
	41.1%				

…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	282 26.8%
B 概ね1ヵ月後に再評価	438 41.6%
C 概ね3ヵ月後に再評価	334 31.7%

※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。

② ポピュレーションアプローチ

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

恵那市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、市民一人ひとりが、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。

新型コロナウイルス感染症蔓延により、健康づくりや生活習慣病予防に関する講座などでの十分なポピュレーションアプローチを行うことが困難でしたが、今後は生活習慣病重症化により医療費や介護給付費、社会保障費の増大に繋がっている実態や生活背景との関連について、広く市民へ周知していきます。

③ 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 33 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)	(活用データ年度)		
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	2.1%	2.0%	1.8%	KDBシステム		
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.6%	1.1%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.3%	5.8%	6.0%			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	31.0%	32.0%	33.0%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	41.0%	45.0%	15.0%		恵那市調べ	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	24.4%	27.7%	23.2%	恵那市 健幸推進課	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.2%	6.7%	8.4%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	12.3%	10.9%	9.5%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.2%	9.4%	11.1%		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少		0.37%	0.4%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	78.6%	72.4%	67.0%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合	40.0%	50.2%	52.4%		
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	43.9	40.2	43.6	法定報告値	
			特定保健指導実施率60%以上	67.5	57.1	61.0		
			特定保健指導対象者の割合の減少	10.2	9.5	8.3		
		努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	9.4	12.3	10.1	地域保健 事業報告
				肺がん検診受診者の増加	10.9	11.0	9.2	
大腸がん検診受診者の増加	13.6			12.5	10.4			
子宮がん検診受診者の増加	13.2			14.5	13.0			
乳がん検診受診者の増加	19.7			19.9	17.1			
5つのがん検診の平均受診率の増加	13.4			14.0	12.0			
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		63.0%	69.4%	72.5%	厚生労働省		

(3) 第2期データヘルス計画にかかる考察

第2期データヘルス計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防の取り組みに力を入れてきました。

短期的な目標疾患である、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者割合は増加していますが、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の総医療費割合は減少しています。

特定健診の結果から治療が必要な方に対し、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに治療を受けられていると考えられます。

しかし、慢性腎不全（透析あり）や糖尿病の医療費は国・県・同規模と比較しても高く、介護における糖尿病の有病率も高いため、重症化予防の対策は引き続き力を入れていく必要があります。

メタボリックシンドローム該当者が増加しており、重症化する危険因子の重なっている割合が増加しています。結果の改善につながる保健指導を実施すること、継続した健診受診をすすめる働きかけを行い、生活習慣病の予防、早期発見・治療にむすびつけていく必要があります。

被保険者の年齢が高くなるにつれ、一人あたりの医療費も高くなってきています。

介護保険1号認定者、2号認定者の割合は増減が見られませんが、一人あたりの介護給付費は増加しており、今後高齢化が進む中さらなる医療費や介護給付費の増加が予想されます。

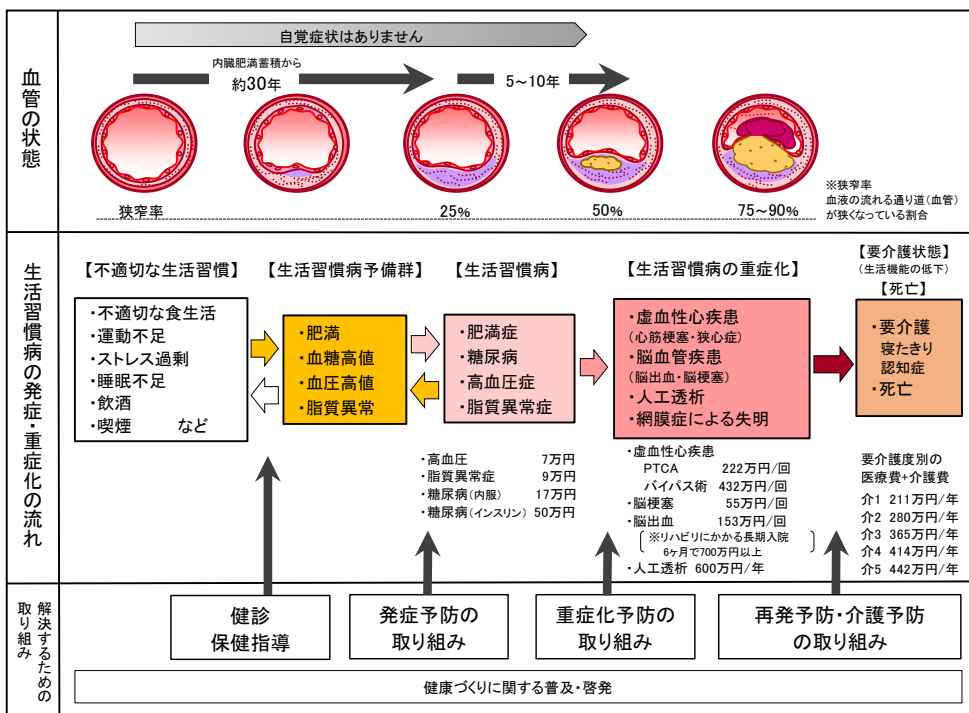
特定健診の受診率、特定保健指導の利用率を上げ、予防可能な生活習慣病を早期に発見し、重症化予防に取り組むことで、医療費や介護給付費の増加を抑制していく必要があります。

3 第3期における健康課題の明確化

(1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さら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 34 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



(2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国保制度等から、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。

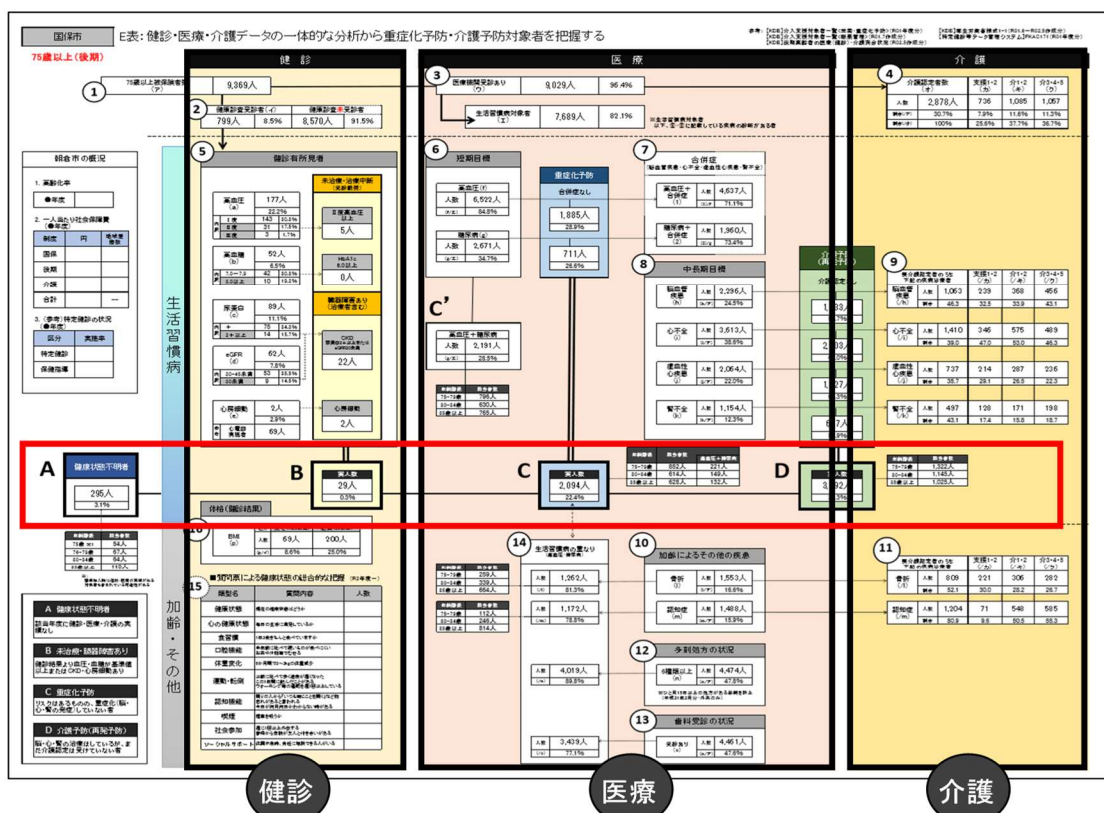
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、国保及び後期高齢者医療広域連合は、図表 35 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 35 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 36 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
被保険者数	10,889人	10,447人	10,337人	10,076人	9,473人	9,411人	
総件数及び総費用額	件数	99,958件	97,407件	90,250件	92,453件	90,495件	129,398件
	費用額	37億2427万円	37億7771万円	35億0055万円	35億8347万円	35億1765万円	66億0209万円
一人あたり医療費	34.2万円	36.2万円	33.9万円	35.6万円	37.1万円	70.2万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	恵那市	35億1765万円	29,878	6.03%	0.23%	1.77%	1.09%	6.42%	3.66%	2.23%	7億5366万円	21.43%	16.68%	7.44%	9.02%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	28,714	4.28%	0.31%	1.85%	1.92%	5.90%	3.47%	2.38%	--	20.11%	17.01%	7.53%	8.32%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	恵那市	66億0209万円	59,277	4.32%	0.54%	3.06%	1.99%	4.76%	3.91%	1.54%	13億2830万円	20.12%	11.44%	2.97%	10.76%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	64,978	3.92%	0.45%	3.70%	2.27%	4.68%	3.43%	1.64%	--	20.08%	12.11%	2.58%	11.02%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	334人	246人	257人	262人	364人	930人
	件数	B	556件	394件	424件	424件	597件	1,445件
		B/総件数	0.56%	0.40%	0.47%	0.46%	0.66%	1.12%
	費用額	C	7億4998万円	5億3659万円	5億7668万円	6億0681万円	8億2490万円	13億1024万円
C/総費用		20.1%	14.2%	16.5%	16.9%	23.5%	19.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度								
脳血管疾患	人数	D	26人	17人	15人	19人	22人	69人							
		D/A	7.8%	6.9%	5.8%	7.3%	6.0%	7.4%							
	件数	E	45件	24件	30件	27件	31件	114件							
		E/B	8.1%	6.1%	7.1%	6.4%	5.2%	7.9%							
	年代別	40歳未満	2	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	2	4.4%	3	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	2	4.4%	3	12.5%	2	6.7%	0	0.0%	4	12.9%	75-80歳	25	21.9%
		60代	18	40.0%	8	33.3%	11	36.7%	17	63.0%	7	22.6%	80代	54	47.4%
		70-74歳	21	46.7%	10	41.7%	17	56.7%	10	37.0%	20	64.5%	90歳以上	35	30.7%
	費用額	F	4950万円	3201万円	3446万円	3187万円	4048万円	9566万円							
F/C		6.6%	6.0%	6.0%	5.3%	4.9%	7.3%								

出典：ヘルスサポートラボツール

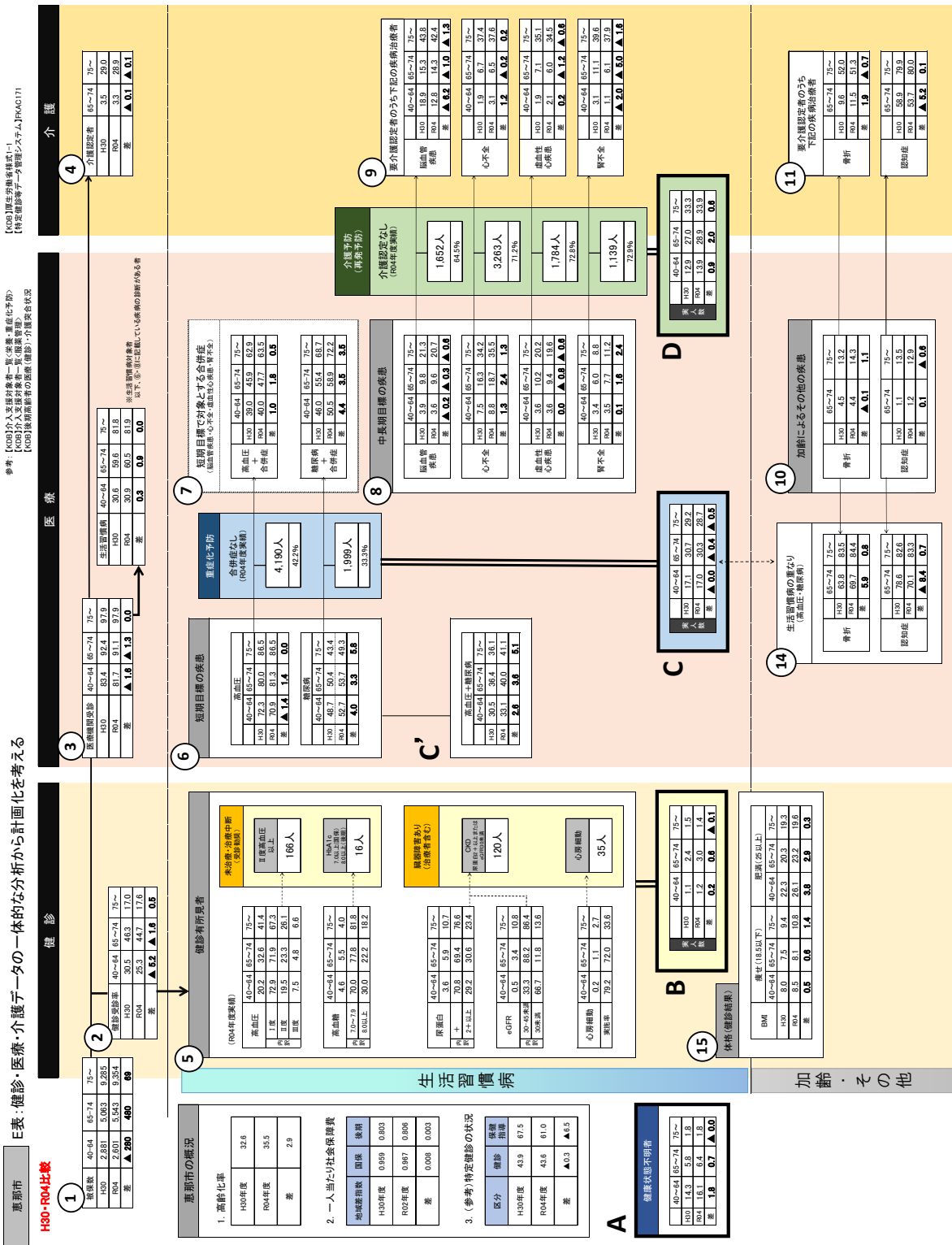
図表 40 高額レセプト（80万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数	G	14人		11人		11人		7人		14人		31人		
		G/A	4.2%		4.5%		4.3%		2.7%		3.8%		3.3%		
	件数	H	17件		12件		13件		7件		14件		34件		
		H/B	3.1%		3.0%		3.1%		1.7%		2.3%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	8.3%	1	7.7%	0	0.0%	1	7.1%	75-80歳	14	41.2%
		60代	7	41.2%	6	50.0%	6	46.2%	3	42.9%	3	21.4%	80代	12	35.3%
		70-74歳	10	58.8%	4	33.3%	6	46.2%	3	42.9%	10	71.4%	90歳以上	8	23.5%
	費用額	I	3351万円		2071万円		2118万円		1239万円		1867万円		4998万円		
I/C		4.5%		3.9%		3.7%		2.0%		2.3%		3.8%			

出典：ヘルスサポートラボツール

② 健診・医療・介護の一体的分析

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 42 被保険者数と健診受診状況

E表		④			①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数						健診受診率			体格(健診結果)					
		特定健診		長寿健診		BMI18.5未満			BMI25以上							
年齢	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	29.0	2,881	5,063	9,285	30.5	46.3	17.0	8.0	7.5	9.4	22.3	20.3	19.3			
R4	28.9	2,601	5,543	9,354	25.3	44.7	17.6	8.5	8.1	10.8	26.1	23.2	19.6			

図表 43 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	年齢	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動										
		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-						
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	50	5.7	(24)	173	7.4	(61)	169	10.7	(49)	24	2.7	(0)	104	4.4	(8)	11	0.7	(2)	6	0.7	37	1.6	69	4.4	1	0.1	19	0.8	20	1.3
R4	36	5.5	(19)	227	9.2	(86)	222	13.5	(61)	30	4.6	(5)	135	5.5	(11)	12	0.7	(0)	8	1.2	52	2.1	60	3.7	1	0.2	19	0.8	15	0.9

図表 44 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表		③						⑥									⑦					
年度	年齢	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
		高血圧		糖尿病		C'糖尿病+高血圧		高血圧+合併症			糖尿病+合併症											
40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-		
H30	83.4	92.4	97.9	30.6	59.6	81.8	72.3	80.0	86.5	48.7	50.4	43.4	30.5	36.4	36.1	39.0	45.9	62.9	46.0	55.4	68.7	
R4	81.7	91.1	97.9	30.9	60.5	81.9	70.9	81.3	86.5	52.7	53.7	49.3	33.1	40.0	41.1	40.0	47.7	63.5	50.5	58.9	72.2	

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

E表		⑧												⑨											
年度	年齢	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		
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	9.8	21.3	3.6	10.2	20.2	7.5	16.3	34.2	3.4	6.0	8.8	18.9	15.3	43.8	1.9	7.1	35.1	1.9	6.7	37.4	3.1	11.1	39.6	
R4	3.6	9.6	20.7	3.6	9.4	19.6	8.8	18.7	35.5	3.5	7.7	11.2	12.8	14.3	42.4	2.1	6.0	34.5	3.1	6.5	37.6	1.1	6.1	37.9	

図表 46 骨折・認知症の状況

E表	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 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
年度	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年齢	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	63.8	83.5	78.6	82.6	4.5	13.2	1.1	13.5	9.6	52.0	58.9	79.9
R4	69.7	84.4	70.1	83.3	4.4	14.3	1.2	12.9	11.5	51.3	53.7	80.0

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 36～46）

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令和2年度は新型コロナウイルスの影響で減ったものの、令和3年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり70万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。（図表 36）

恵那市では、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模、国、県と比べてわずかに高いことが分かります。その結果、中長期目標疾患の慢性腎不全（透析有）の国保医療費に占める割合が同規模、県、国と比べて高い状況です。（図表 37）

高額レセプト（80万円/件）については、国保においては毎年約450件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3.2倍に増えることが分かります。

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、国保で平成30年度が一番多く45件で4,950万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は31件と件数が減り、費用額も約4,048万円と減っています。

しかし、令和4年度の後期高齢においては、114件発生し、約1億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護給付費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。（図表 38、39）

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42の①被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65歳～74歳では約500名、75歳以上では約70名増え、75歳以上の後期高齢者が確実に増えていくことが分かります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が約4ポイントも高くなってきています。図表43 健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人

数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 44 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、糖尿病、糖尿病＋高血圧において、各年代高くなっています。

図表 45 の中長期疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患、虚血性心疾患はやや減少傾向にあるが、心不全、腎不全は全世代で令和 4 年度の割合が、約 1 ポイント程度上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

④ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章「課題解決するための個別保健事業」に記載していきます。

（３） 目標の設定

① 成果目標

ア 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く。評価指標については、まず全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 47）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

イ 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。

ウ 短期的な目標の設定

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

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

② 管理目標の設定

図表 47 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★全ての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.8		KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1		
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.0		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	33.0		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	15.0		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	23.2		恵那市 健幸推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	8.4		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	9.5		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	11.1		
			★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.2		
	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	43.6		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	61.0		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	24.8		

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

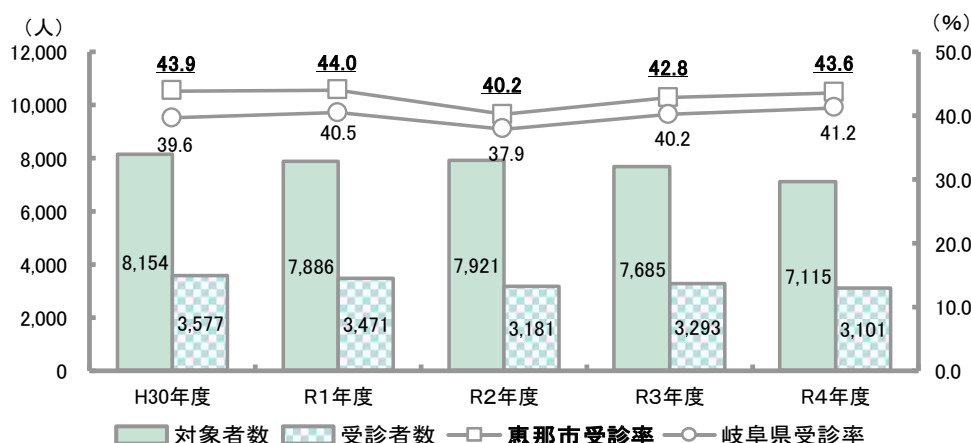
1 第3期特定健康診査等実施計画の検証

（1）第3期特定健診受診率からみる検証

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度に大きく減少しましたが、その後回復し令和4年度には43.6%となっています。いずれの年度も岐阜県の受診率を上回っていますが、国の目標値60%には達していません。また、女性に比べ男性で受診率が低く、特に男性の40～59歳、女性の40～49歳においては30%以下となっています。年齢が高くなるにつれ男女ともに受診率が上がる傾向がみられ、60歳代を境に仕事を退職し時間が取れるようになることや、老後に向けて健康への関心が高まること、通院治療する割合が高くなることなどが影響していると考えられます。

今後、目標とする60%を達成するための対策が必要となっています。

図表48 特定健診受診率の推移



図表49 年齢別受診率調べ

	合計	合計						
		40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性	40.6%	15.9%	28.4%	27.2%	27.9%	31.2%	43.5%	48.9%
女性	46.4%	23.1%	22.8%	31.1%	31.2%	42.3%	49.8%	53.0%
男女計	43.6%	19.1%	26.1%	29.0%	29.4%	37.5%	46.9%	51.0%

(2) 問診票調査からみる検証

令和4年度特定健診受診時の問診票から生活習慣の状況を県・同規模・国と比べると、運動習慣がない方が多く、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の服薬がある方の割合が高くなっています。今後もさらに高血圧症、脂質異常症、心臓病などの各分野での生活習慣改善に向けた取り組みを推進していく必要があります。

図表 50 生活習慣の比較

問診票の項目		問診票回答者に占める割合 (%)				
		恵那市	岐阜県	同規模	国	
喫煙	たばこを習慣的に吸っている	13.1	12.4	12.9	13.8	
運動	1回30分以上の運動なし	66.8	62.6	62.7	60.4	
	1日1時間以上運動なし	55.7	51.4	47.2	48.0	
食事	食べ方	食べる速度が速い	25.4	26.9	26.8	26.8
	食習慣	週3回以上就寝前に夕食を摂る	11.3	13.3	15.0	15.7
		週3回以上朝食を抜く	7.0	7.0	7.9	10.4
飲酒	習慣	お酒を毎日飲む	24.7	23.6	25.4	25.5
		お酒を時々飲む	19.3	20.0	20.5	22.5
	1回の量	1合未満	61.4	64.9	62.8	64.1
		1～2合未満	26.3	23.8	25.1	23.7
		2～3合未満	10.2	9.0	9.5	9.4
		3合以上	2.2	2.4	2.5	2.8
体重	20歳時体重から10kg以上増加	31.8	33.6	34.7	35.0	
改善意欲	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う	改善するつもりはない	28.7	31.6	30.5	27.6
		改善するつもりである	30.9	25.8	28.7	28.6
		改善意欲があり始めている	11.9	15.8	12.2	13.9
		既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	9.5	8.3	8.4	9.0
		既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	19.0	18.4	20.3	20.9
服薬	高血圧症	41.5	36.2	39.2	35.6	
	糖尿病	11.6	9.4	9.9	8.7	
	脂質異常症	34.6	28.9	29.2	27.9	
既往歴	脳卒中	3.6	2.9	3.3	3.1	
	心臓病	6.7	6.1	5.9	5.5	
	腎不全	0.8	0.9	0.9	0.8	

出典：KDB システム__地域の全体像の把握：令和4年度

(3) 特定健診受診率向上対策による検証

<p>現状・課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診は、集団健診と個別健診を実施しています。集団健診は、健診時の混雑を避けるため、電話、スマホでの予約制とし、受診忘れがないように予約日前日に確認メールが届くようにしました。 ○特定健診を受診する被保険者に対して、大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診の同時受診の機会提供を行っています。 ○特定健診の周知は、広報、ホームページ等にて実施しています。 ○心疾患により医療費が高額になる方が多いため、集団健診実施日では、心電図検査を全員に行っています。 ○人間ドックを受診する被保険者に助成金の補助をしています。 ○職場健診などを受診された被保険者に健診結果の提供をお願いし、市指定ごみ袋を進呈しています。 ○令和5年度特定健診に関心をもっていただくことを目的に、対象者全員に、40歳到達者用、未受診者用、健診受診者用とパターンを変えた案内を送付しました。 ○特定健診未受診者に対し、開催時期、地域を考慮して、勧奨はがきを発送し受診を促しています。 ○令和4年度に、継続受診を目的に、受診結果、健康に関するチラシ等を保存する健幸ファイルを健診結果と同時に配布しました ○情報提供事業を実施し、特定健診を未受診かつ生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症）で治療中の被保険者について、本人同意の上、血液検査等の結果のうち、特定健診の検査項目に相当する検査結果を医療機関から提供してもらい、提供データは特定健診結果として活用しています。 ○不定期受診者について、健診受診の意義について周知を図り、過去に受診した健診結果や健診の受診パターン等、個々の特性に基づいた受診勧奨を行うことにより、継続受診を促すことが必要です。
--------------	---

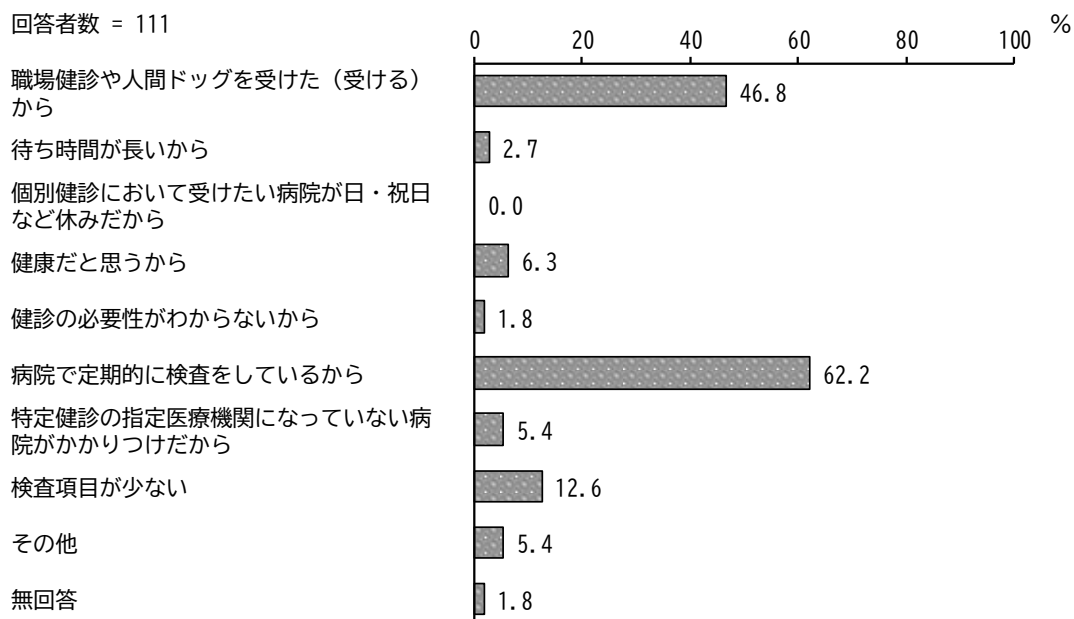
<p>方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○40歳代、50歳代の若年層に対し、健診受診に向けた働きかけを促進し、特定健診を身近に感じてもらうことが必要です。 ○特定健診への関心を高めることが必要です。 ○問診票により、運動習慣がない回答が多くみられ、健康づくりのため運動する機会の創出を進めます。
------------	---

(4) アンケート調査による検証

令和4年度に特定健診に対する意識調査の一環として、40歳から74歳の被保険者7,382人を対象にアンケート調査を実施しました。回答者数は674人で回答率は9.1%であり、うち60歳以上の回答が約9割でした。

特定健診の未受診理由についてみると、「病院で定期的に検査をしているから」の割合が62.2%と最も高く、次いで「職場健診や人間ドッグを受けた（受ける）から」の割合が46.8%、「検査項目が少ない」の割合が12.6%となっています。

図表 51 特定健診未受診理由



その他、自由意見からは、

- ・ 検査結果を早く知りたい。
- ・ 日曜や祝日、早朝等、受診機会を増やしてほしい。
- ・ 特定健診とがん検診の同時受診を実施してほしい。

などがありました。

以上のことから、健診を受けない理由として、職場健診や人間ドックなど受けているほか、現在通院中で、健診と同等の検査を受けていることがわかります。

また、一部の人からは、特定健診とがん検診の同時健診を望む意見、健診項目が少ないことや健診受診日が合わないことなど、健診受診率向上に向けて、今後検討していく必要があります。

2 第4期特定健康診査等実施計画について

高血圧症・糖尿病や脂質異常症等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積に起因するとされ、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患や脳疾患、腎不全等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念に基づき、その該当者及び予備群に対して、運動習慣の定着や重症化による虚血性心疾患や脳疾患、腎不全等の発症リスク低減を図ることが必要です。

特定健診及び特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるために実施します。

(1) 目標値の設定

① 目標値の考え方

達成しようとする目標は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第2項第2号により、国は特定健康診査等基本指針に基づき、特定健診受診率及び特定保健指導実施率は60%以上、特定保健指導対象者の減少率は平成20年度と比較し、減少率を25%以上とすることを計画最終年度令和11年度の目標値に設定することを掲げています。

図表 52 第4期計画における国の目標値

目標値の項目	令和11年度の目標値
①特定健診受診率	市町村国保の被保険者に係る受診率60%以上
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者に係る実施率60%以上
③特定保健指導対象者の減少率	平成20年度と比較し、減少率を25%以上とする

② 目標値（令和6年度から令和11年度の各目標値）

特定健診の受診率は、令和4年度法定報告で43.6%の実績となっています。令和11年度の目標値については、国の目標値である60%と設定します。

特定保健指導の実施率は、令和4年度法定報告で61.0%の実績となっています。令和11年度の目標値は75%と設定します。

また、特定保健指導対象者の減少率の国の目標値は、平成20年度と比較して、令和11年度では25%以上減少となっています。恵那市の目標値も国の目標値である25%以上減少と設定します。

図表 53 第4期計画における恵那市の目標値

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診の受診率（%）	45	48	51	54	57	60
特定保健指導の実施率（%）	65	67	69	71	73	75
特定保健指導対象者の減少率	平成20年度比25%以上減少					

（2）対象者の見込み

① 特定健診の見込み

図表 54 目標値より算出した男女別の特定健診対象者・受診者数及び受診率

項目	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者（人）	6,897	6,800	6,697	6,586	6,469	6,367
受診者（人）	3,104	3,264	3,415	3,556	3,687	3,820
受診率（%）	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0

② 特定保健指導の見込み

図表 55 目標値より算出した特定保健指導対象者・実施者数及び実施率

項目	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者（人）	263	279	295	310	325	339
実施者（人）	171	187	204	220	237	254
実施率（%）	65.0	67.0	69.0	71.0	73.0	75.0

(3) 特定健診の実施

① 実施方法

健診については、特定健診実施機関及び市内医療機関（恵那医師会含む）に委託契約を行います。

- ・ 集団健診（恵那市役所 会議棟他）
- ・ 個別健診（委託医療機関）

② 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」という。）第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

③ 健診実施医療機関リスト

特定健診実施医療機関については、恵那市のホームページに掲載します。

④ 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した、生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、引き続き市独自の検査として HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血に加え、医師の判断に基づき実施していた血液一般検査（貧血検査）も追加し実施します。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 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に代えられます。（実施基準第 1 条 4 項）

図表 56 特定健診の実施項目

診察	質問（問診）	既往症、服薬歴、喫煙習慣、自覚症状など		○
	身体計測	体重・身長・腹囲・BMI		○
	理学的検査	視診・触診・聴打診		○
	血圧測定			○
血液検査	血中脂質検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール		○
	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP (γ -GT)		○
	血糖検査	HbA1c (NGSP 値)		○
	腎機能検査	血清クレアチニン (eGFR)		●
尿酸		●		
尿検査	尿検査	尿蛋白、尿糖	半定量	○
		尿潜血	半定量	●
血液一般検査	血液一般検査	赤血球、血色素量、ヘマトクリット値		●
詳細な検査項目	心電図検査	12 誘導心電図		□
	眼底検査			□

○：必須項目

□：医師の判断に基づき選択的に実施する項目（詳細項目）

●：恵那市独自項目

※ 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 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に代えられます。

第4期からの基本的な健診の項目に含まれる質問項目は以下のとおりとします。

図表 57 問診表の内容

		質問項目	回答
1-3		現在、a から c の薬の使用の有無	
	1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
	2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
	3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
4		医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
5		医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
6		医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい ② いいえ
7		医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ
8		現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、直近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
9		20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
10		1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい ② いいえ
11		日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい ② いいえ
12		ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
13		食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14		人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② ふつう ③ 遅い
15		就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ

	質問項目	回答
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	① はい ② いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ

⑤ 実施時期

受診期間 5月～翌年2月末までとします。
受診券の発送 4月下旬（国保への途中加入者には随時送付）

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、かかりつけ医から被保険者へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

⑦ 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託します。

⑧ 健診の案内方法

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、受診案内の送付の他、医療保険者として加入者に対する周知、広報活動を行います。

● 健診の案内方法

1. 恵那市告知放送による周知（開催日前に放送）
2. えなっコチャンネルによる周知（5月～翌年2月上旬に定期的放送）
3. 広報えなへの掲載（毎月の健診日程、健康カレンダーの同時配布）
4. 恵那市ホームページへの掲載（健診ページと随時お知らせ）
5. 健幸フェスタ等の市イベントでの周知
6. 市内各地域協議会等への周知及び説明
7. 未受診者への勧奨ハガキの送付
8. 市民メールによる周知
9. 市役所行政情報ディスプレイにて周知

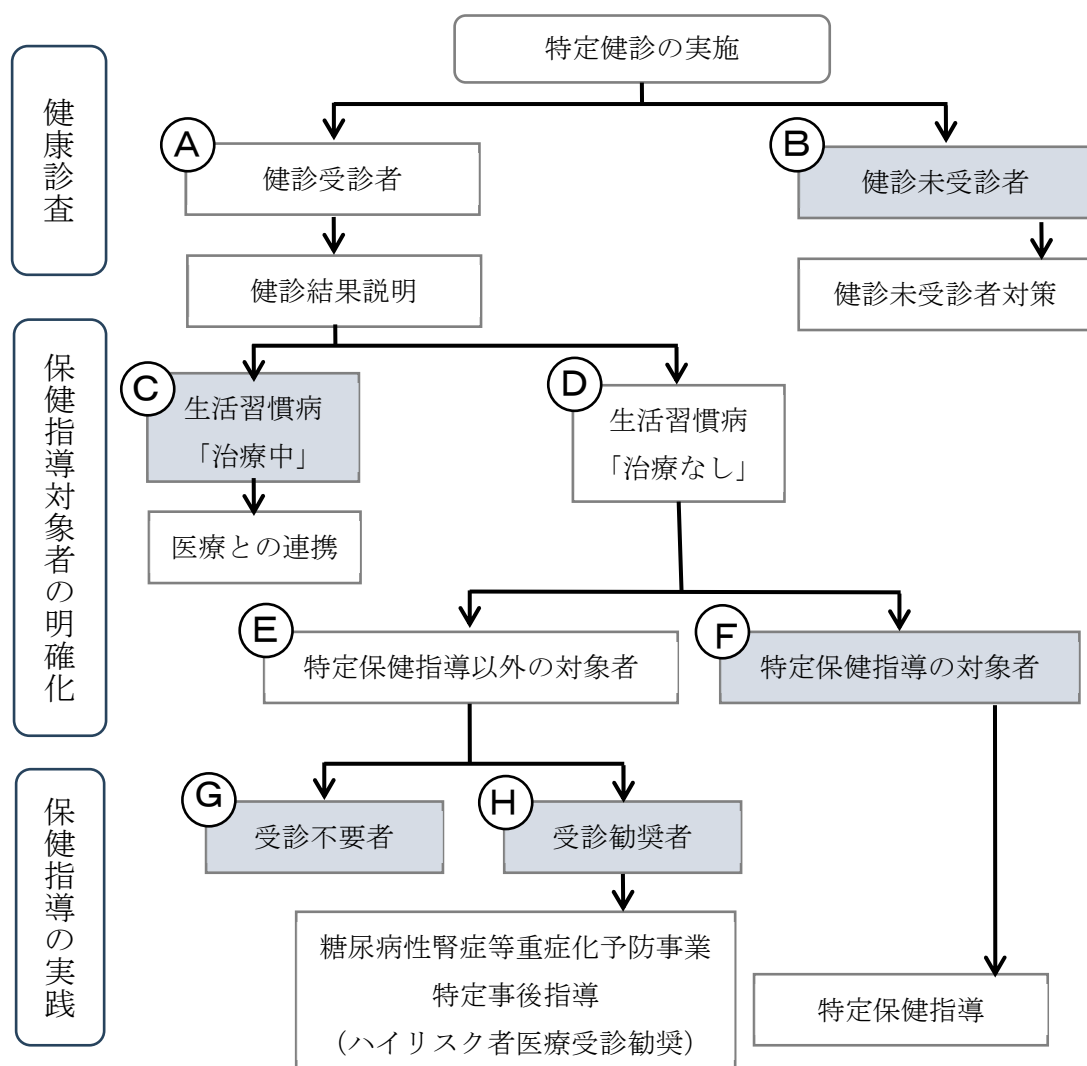
(4) 特定保健指導の実施

保健指導の実施については、一般衛生部門と連携して行います。

① 健診から保健指導実施の流れ

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 58 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導



※ 生活習慣病は質問票より高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患について治療ありと回答した者

図表 59 特定保健指導対象者の階層化

腹囲	追加リスク		対象	
	① 血糖 ② 脂質 ③ 血圧	④ 喫煙歴※ ¹	40 歳～64 歳	65 歳～74 歳
85 cm以上 (男性) 90 cm以上 (女性)	2 つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当	あり なし		
上記以外かつ BMI ≥25kg/m ²	3 つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2 つ該当	あり なし		
	1 つ該当			

※ 1 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

(追加リスク)

- ①血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100 mg/dl 以上、又は HbA1c5.6%（NGSP 値）以上
- ②脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③血圧：収縮期 130mmHg 以上、又は拡張期 85mmHg 以上

② 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

保健指導対象者の優先順位・支援方法について以下の表に示します。

図表 60 保健指導対象者の優先順位・支援方法

優先順位	様式	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込み
1	F	特定保健指導 動機付け支援 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	339 人
2	H	生活習慣病 「受診必要者」	◆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	997 人
3	B	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（健診受診の重要性の普及啓発）	2,547 人
4	G	受診不必要者	◆健診結果の見方を通知・説明	888 人
5	C	生活習慣病 「治療中」	◆かかりつけ医と保健指導、栄養指導実施者との連携（情報提供事業、受診連絡票の活用） ◆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	1,596 人

③ 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

- 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 61 健診・保健指導の年間スケジュール

区分	特定健康診査					特定保健指導	
	受診券送付	受診勧奨	受診	未受診者勧奨	情報提供事業	初回面接	最終評価 (3か月後)
4月							
5月	↑	↕	↑				
6月							
7月						↑	
8月				↕			
9月							
10月					↑		
11月							↑
12月				↕			
1月	↓			↕			
2月			↓		↓		
3月							
翌年4月						↓	
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							↓
12月							
1月							
2月							
3月							

(5) 個人情報の取扱い

① 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および恵那市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

② 特定健診・保健指導の記録の管理について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、健康管理システムで行います。

(6) 結果の報告

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

(7) 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、恵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

1 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、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。

2 重症化予防の取組

恵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、1,305人（40.6%）です。そのうち治療なしが363人（25.3%）を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が174人です。

また、恵那市においては、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、363人中146人と高いため、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 62 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和4年度 <参考> 健診受診者(受診率)	
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班編纂))		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)	
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	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%) <small>※脳卒中データリンク 2018年分</small> <small>※脳卒中データリンク 2018年分</small>		心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症				■各疾患の治療状況 治療中 治療なし 高血圧 1,288 1,928 脂質異常症 1,064 2,153 糖尿病 359 2,827 3疾患いYFn 1,782 1,436 <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	270 8.4%	16 0.5%	103 3.2%	110 3.4%	710 22.1%	263 8.2%	332 10.3%	1,305 40.6%
治療なし	153 7.9%	7 0.5%	90 4.2%	77 3.6%	93 6.5%	152 5.4%	78 5.4%	363 25.3%
(再掲) 特定保健指導	45 16.7%	1 6.3%	26 25.2%	20 18.2%	93 13.1%	21 8.0%	14 4.2%	146 11.2%
治療中	117 9.1%	9 0.5%	13 1.2%	33 3.1%	617 34.6%	111 30.9%	254 14.3%	942 52.9%
臓器障害 あり	60 39.2%	7 100.0%	29 32.2%	32 41.6%	33 35.5%	58 38.2%	78 100.0%	174 47.9%
CKD(専門医対象者)	11	2	4	15	7	29	78	78
心電図所見あり	54	7	27	20	29	39	30	126
臓器障害 なし	93 60.8%	—	61 67.8%	45 58.4%	60 64.5%	94 61.8%	—	—

出典:ヘルスサポートラボツール

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

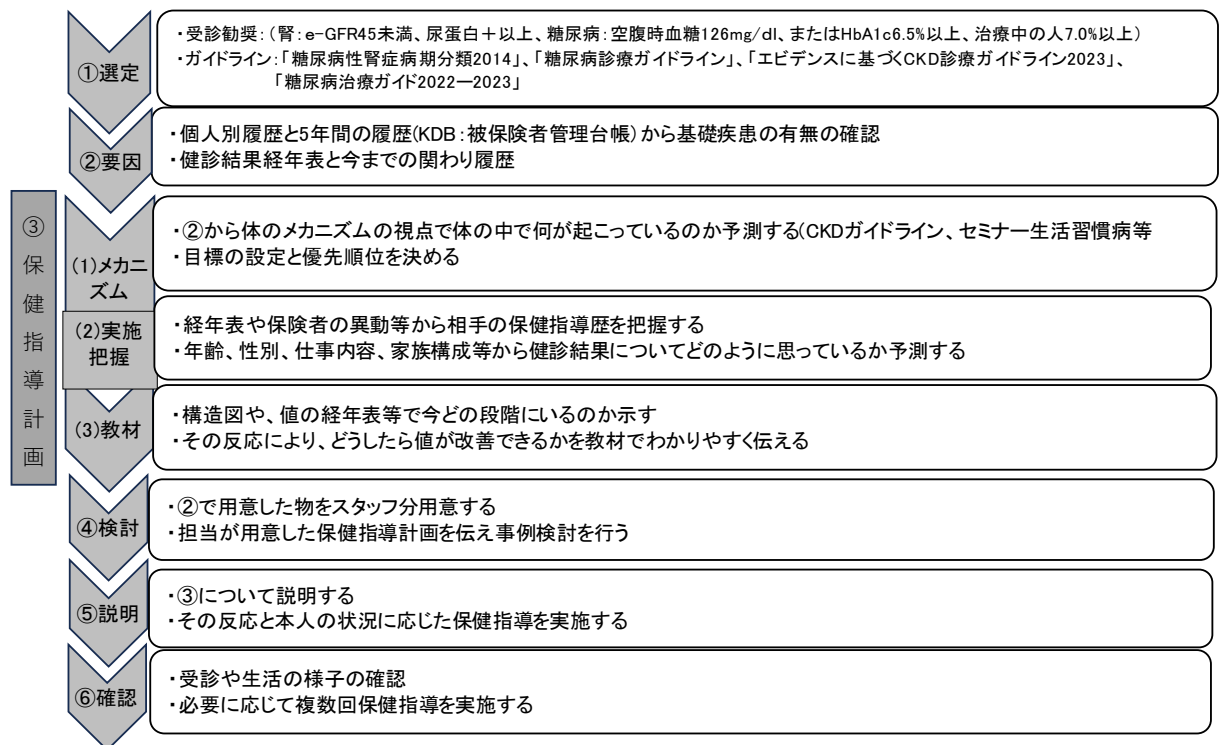
① 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進黨議 厚生労働省）及び岐阜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63に沿って実施します。

- ア 健診・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
- イ 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ウ 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 63 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

ア 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、恵那市糖尿病性腎症及び慢性腎不全（CKD）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. 糖尿病治療中断者
3. 治療中のハイリスク者に対する保健指導

イ 選定基準に基づく該当者の把握

（ア）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 64 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
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。

恵那市においては、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 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

(イ) 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。

恵那市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、179人(F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者2,622人のうち、特定健診受診者が363人(G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者2,259人(I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

(ウ) 介入方法と優先順位

図表 65 より恵那市における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)・・・179人

優先順位 2

【保健指導】

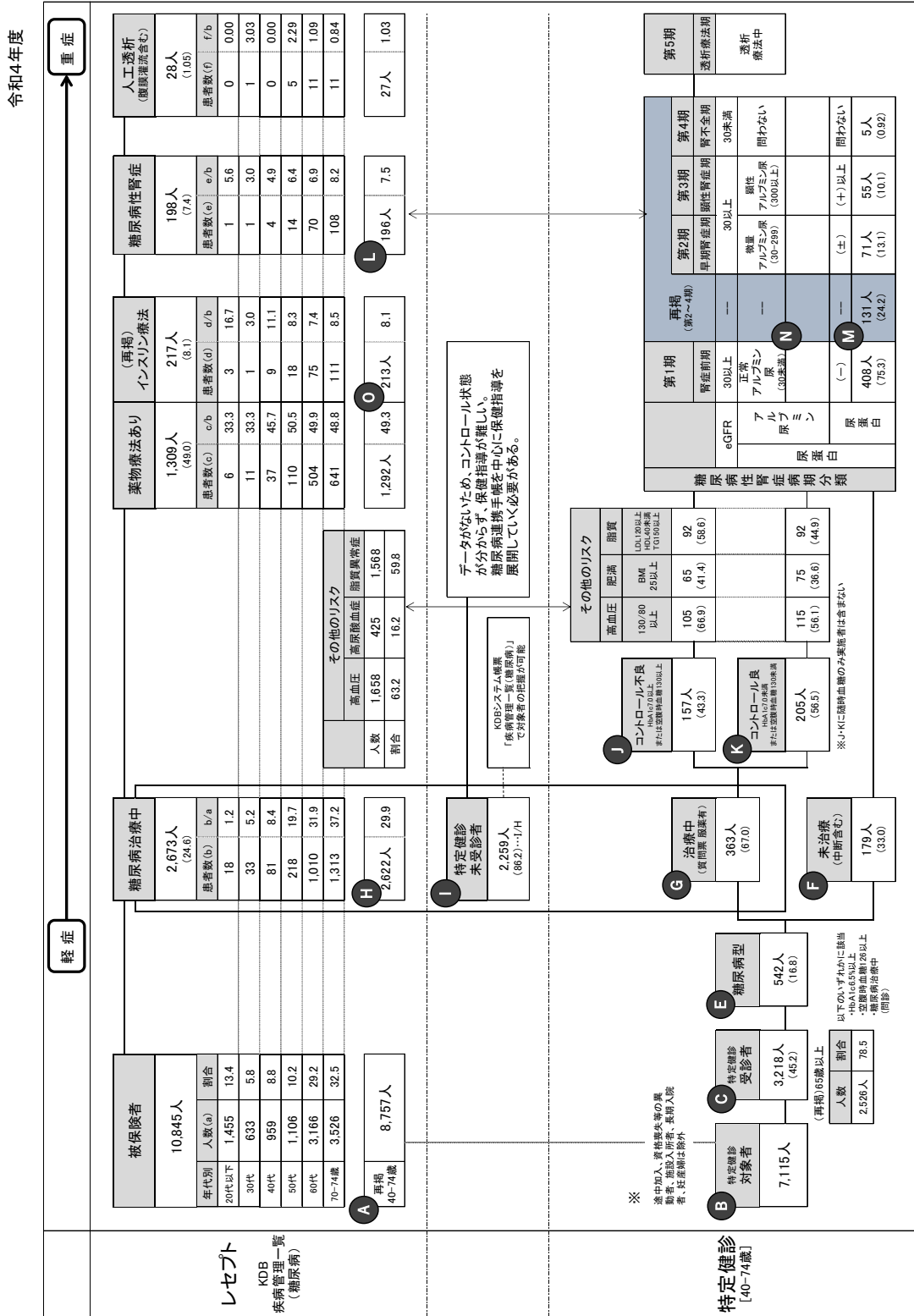
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (J)・・・157人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 65 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



※レセプト情報は、該当年度に算料がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点まで算料を算失している者を含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KOB糖尿病 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

③ 対象者の進捗管理

ア 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳及び年次計画書で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病管理台帳作成手順】

1. 健診データが届いたら、治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上の者は以下の情報を管理台帳に記載します。
HbA1c 血圧 体重 eGFR 尿蛋白
※当該年度の健診データのみではなく、過去5年間のうち特定健診結果が HbA1c6.5%以上であった場合は記載します。
2. 国保加入状況を確認します。
3. レセプトを確認し情報を記載します。
治療状況の把握
 - ・ 特定健診問診では服薬状況等の記入漏れがあるため、レセプトで確認。
 - ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を記入。
 - ・ 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入。
 - ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載。
4. 管理台帳記載後、結果の確認をします。
昨年データを比較し介入対象者を試算します。
5. 担当地区対象者数の把握をします。

④ 保健指導の実施

ア 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。恵那市においては、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行っていきます。

図表 66 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける
(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか	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	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のも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グロコシダーゼ阻害薬」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	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

⑤ 医療との連携

ア 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、事前に恵那医師会等と協議した糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム受診連絡票及び恵那市受診連絡票を使用します。

イ 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岐阜県プログラムに準じ行っていきます。

⑥ 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

⑦ 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、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66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

ア 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

イ 保健指導対象者に対する評価

（ア）保健指導実施率

（イ）糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突 合 表	恵那市						同規模保険者(平均)		デー タ 基	
			R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数280			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	10,526人		10,364人		10,110人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		8,754人		8,732人		8,486人					
2	① 特定健診	B	7,921人		7,685人		7,139人			市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	② 対象者数	C	3,247人		3,369人		3,212人					
	③ 受診率		--		--		--					
3	① 特定保健指導		301人		292人		258人					
	② 実施率		56.8%		61.3%		61.0%					
4	健診 デー タ	① 糖尿病型	E	482人	14.8%	565人	16.8%	541人	16.8%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	138人	28.6%	165人	29.2%	177人	32.7%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	344人	71.4%	400人	70.8%	364人	67.3%			
		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	140人	40.7%	183人	45.8%	158人	43.4%			
		⑤ 血圧 130/80以上		105人	75.0%	115人	62.8%	107人	67.7%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		58人	41.4%	80人	43.7%	65人	41.1%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	204人	59.3%	217人	54.3%	206人	56.6%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	346人	71.8%	424人	75.0%	408人	75.4%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		71人	14.7%	79人	14.0%	71人	13.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		58人	12.0%	54人	9.6%	55人	10.2%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	0.8%	4人	0.7%	5人	0.9%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		151.0人		160.7人		162.7人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		179.6人		188.7人		191.4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)	8,471件	(979.4)	8,683件	(1025.3)	8,602件	(1084.6)	5,563件	(835.1)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)	33件	(3.8)	32件	(3.8)	19件	(2.4)	26件	(4.1)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,589人	15.1%	1,666人	16.1%	1,645人	16.3%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	I	1,572人	18.0%	1,648人	18.9%	1,624人	19.1%			
		⑦ 健診未受診者		1,228人	78.1%	1,248人	75.7%	1,260人	77.6%			
		⑧ インスリン治療	O	115人	7.2%	110人	6.6%	114人	6.9%			
		⑨ (再掲)40-74歳	L	112人	7.1%	106人	6.4%	111人	6.8%			
		⑩ 糖尿病性腎症		114人	7.2%	113人	6.8%	122人	7.4%			
		⑪ (再掲)40-74歳		112人	7.1%	111人	6.7%	121人	7.5%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		23人	1.4%	19人	1.1%	23人	1.4%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
		⑬ (再掲)40-74歳		21人	1.3%	19人	1.2%	22人	1.4%			
		⑭ 新規透析患者数		11人		12人		13人				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		5人		6人		2人				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		34人	1.4%	36人	1.4%	34人	1.3%			
6	医療費	① 総医療費		35億0055万円		35億8347万円		35億1765万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費		19億6068万円		20億2168万円		19億2508万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		56.0%		56.4%		54.7%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,942円		5,824円		7,775円		5,580円		
		⑤ 健診未受診者		34,357円		35,055円		32,053円		38,833円		
		⑥ 糖尿病医療費		2億2841万円		2億3825万円		2億2580万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.6%		11.8%		11.7%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		7億2411万円		7億2531万円		7億2341万円				
		⑨ 1件あたり		33,320円		32,598円		33,522円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億8919万円		3億1197万円		3億4224万円				
		⑪ 1件あたり		641,168円		606,952円		642,107円				
		⑫ 在院日数		16日		15日		16日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		2億0903万円		2億1223万円		2億2004万円		1億2396万円		
⑭ 透析有り		2億0344万円		2億0453万円		2億1200万円		1億1532万円				
⑮ 透析なし		560万円		770万円		804万円		863万円				
7	介護	① 介護給付費		53億9354万円		54億7756万円		54億5943万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症										

出典:ヘルスサポートラボツール

⑧ 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へ介入（通年）

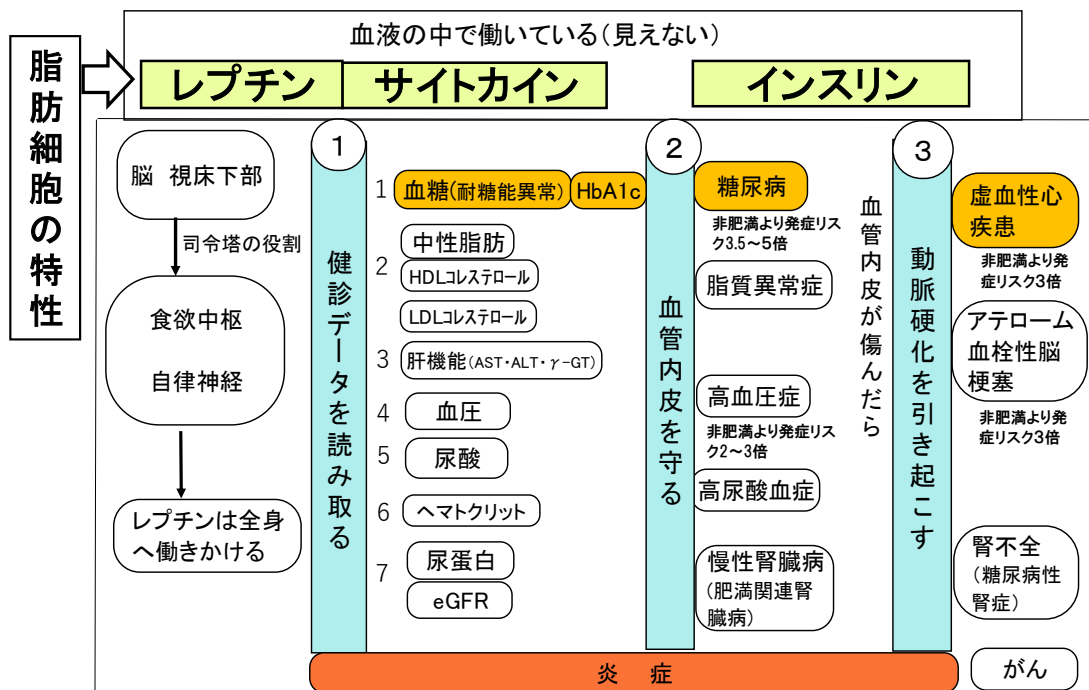
(2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

① 基本的な考え方

肥満・メタボリックシンドローム重症化予防の取組にあたっては、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、肥満症診療ガイドライン 2022、最新肥満症学等に基づいて進めていきます。

なお、取組にあたっては図表 68 に基づいて考えていきます。

図表 68 肥満の問題性を考えるポイント



② 肥満の状況

ア 肥満度分類に基いた実態把握

図表 69 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	692	2,526	178	590	148	516	25	66	3	5	2	3	
			25.7%	23.4%	21.4%	20.4%	3.6%	2.6%	0.4%	0.2%	0.3%	0.1%	
再掲	男性	327	1,151	112	334	98	293	11	36	2	3	1	2
				34.3%	29.0%	30.0%	25.5%	3.4%	3.1%	0.6%	0.3%	0.3%	0.2%
再掲	女性	365	1,375	66	256	50	223	14	30	1	2	1	1
				18.1%	18.6%	13.7%	16.2%	3.8%	2.2%	0.3%	0.1%	0.3%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 優先順位

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

年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなる傾向があることから、若い年代（40～64歳）を対象とすることが効率的と考えられます。

図表 70 年代別BMI 25.0以上の方が併せ持つリスクの割合

（令和4年度特定健診結果より）

BMI	25.0 ≤ BMI < 30.0		30.0 ≤ BMI < 35.0		35.0 ≤ BMI	
	高血圧	糖尿病	高血圧	糖尿病	高血圧	糖尿病
40～64歳 男性	60.2%	16.3%	36.4%	54.5%	66.7%	33.3%
65～74歳 男性	67.2%	20.5%	75%	41.7%	60.2%	16.3%

BMI	25.0 ≤ BMI < 30.0		30.0 ≤ BMI < 35.0		35.0 ≤ BMI	
	高血圧	糖尿病	高血圧	糖尿病	高血圧	糖尿病
40～64歳 女性	56%	8%	60.2%	16.3%	60.2%	16.3%
65～74歳 女性	64.1%	15.7%	56.7%	23.3%	100%	0

③ 対象者の明確化

図表 71 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	1,478	98	125	478	777	1,740	76	118	677	869	
メタボ該当者	B	526	20	34	175	297	184	2	6	74	102	
	B/A	35.6%	20.4%	27.2%	36.6%	38.2%	10.6%	2.6%	5.1%	10.9%	11.7%	
再掲	① 3項目全て	C	194	5	11	67	111	48	0	2	18	28
		C/B	36.9%	25.0%	32.4%	38.3%	37.4%	26.1%	0.0%	33.3%	24.3%	27.5%
	② 血糖+血圧	D	72	2	3	21	46	28	0	2	9	17
		D/B	13.7%	10.0%	8.8%	12.0%	15.5%	15.2%	0.0%	33.3%	12.2%	16.7%
	③ 血圧+脂質	E	231	11	15	81	124	100	2	2	41	55
		E/B	43.9%	55.0%	44.1%	46.3%	41.8%	54.3%	100.0%	33.3%	55.4%	53.9%
	④ 血糖+脂質	F	29	2	5	6	16	8	0	0	6	2
		F/B	5.5%	10.0%	14.7%	3.4%	5.4%	4.3%	0.0%	0.0%	8.1%	2.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 72 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	1,478	526	35.6%	451	85.7%	75	14.3%	1,740	184	10.6%	166	90.2%	18	9.8%
40代	98	20	20.4%	7	35.0%	13	65.0%	76	2	2.6%	1	50.0%	1	50.0%
50代	125	34	27.2%	26	76.5%	8	23.5%	118	6	5.1%	6	100.0%	0	0.0%
60代	478	175	36.6%	146	83.4%	29	16.6%	677	74	10.9%	61	82.4%	13	17.6%
70～74歳	777	297	38.2%	272	91.6%	25	8.4%	869	102	11.7%	98	96.1%	4	3.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 71)は、男性で 40 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。

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 72)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。

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。

ア 対象者の選定基準の考え方

- (ア) 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。
- (イ) 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導や栄養指導を行います。
- (ウ) 特定保健指導対象者の保健指導や栄養指導を行います。

イ 対象者の管理

対象者の進捗管理は担当地区ごとに管理します。

④ 保健指導の実施

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て行っていきます。

図表 73 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっ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	

(3) 虚血性心疾患重症化予防

① 基本的な考え方

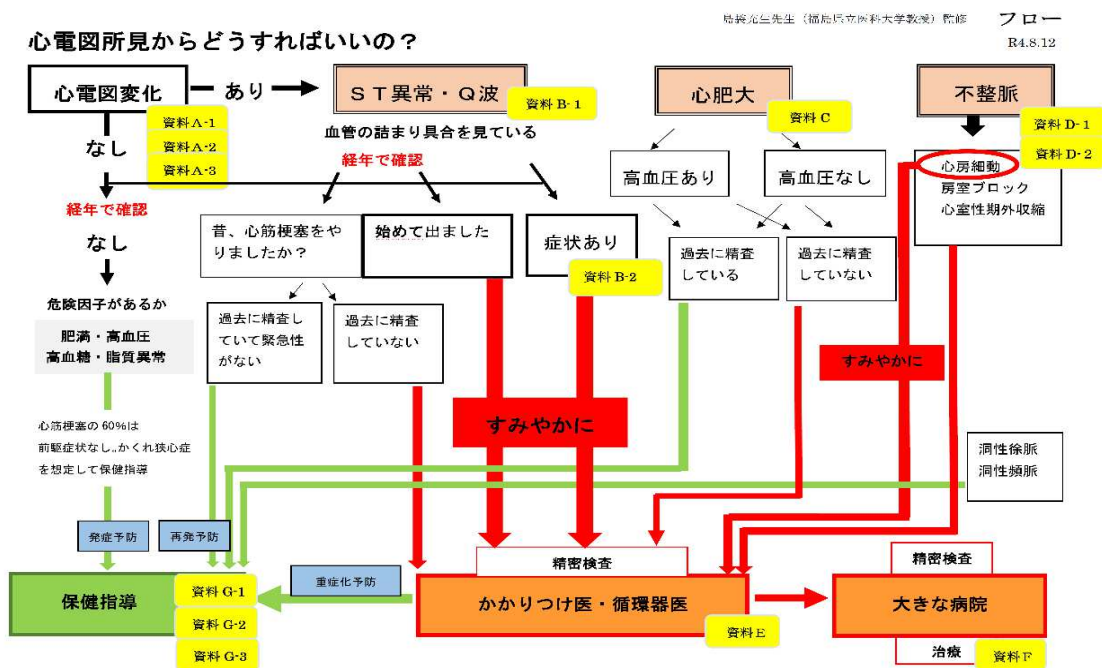
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

② 対象者の明確化

ア 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 74 に基づいて考えます。

図表 74 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



イ 重症化予防対象者の抽出

(ア) 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。

恵那市においては、心電図検査を2,204人(71.1%)に実施し、そのうち有所見者が840人(38.1%)でした。

また、有所見者のうち要精査が 67 人(8.0%)で、その後の受診状況をみると 18 人(26.9%)は未受診でした。(図表 75)。

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

図表 75 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	840		67	8.0%	49	73.1%	18	26.9%
男性	415	49.4%	38	9.2%	27	71.1%	11	28.9%
女性	425	50.6%	29	6.8%	22	75.9%	7	14.1%

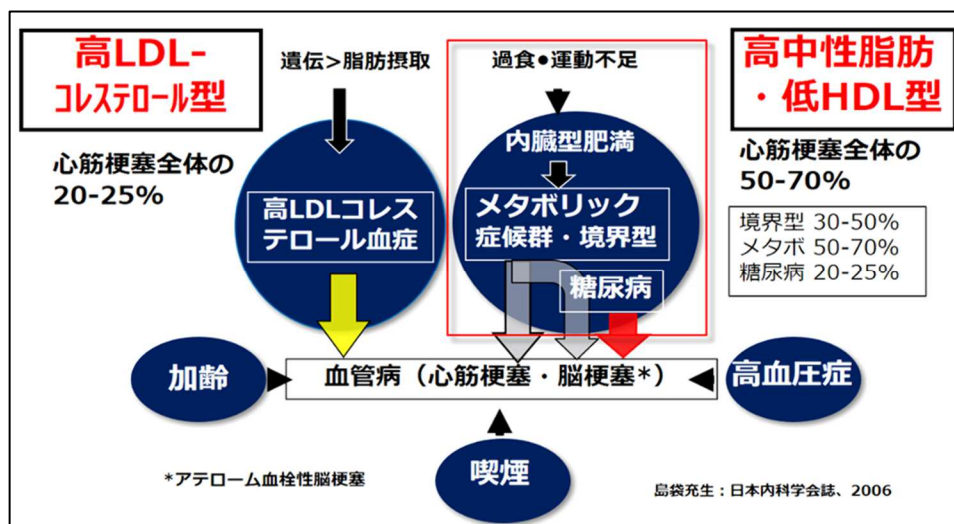
恵那市調べ

(イ) 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

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

図表 76 心血管病をおこしやすいひと



図表 75 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

- ・メタボタイプ：第4章 図表 71・72
- ・LDL コレステロールタイプ：図表 77

図表 77 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和4年度

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)					(再掲)LDL160以上の年代別			
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
			1,284	582	434	178	90	18	31	124	95
				45.3%	33.8%	13.9%	7.0%	6.7%	11.6%	46.3%	35.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	134	69	38	20	7	12	15	0	0
			10.4%	11.9%	8.8%	11.2%	7.8%	66.7%	48.4%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	548	235	197	77	39	3	8	68	37
			42.7%	40.4%	45.4%	43.3%	43.3%	16.7%	25.8%	54.8%	38.9%
高リスク	120未満 (150未満)		557	256	188	71	42	2	7	50	54
			43.4%	44.0%	43.3%	39.9%	46.7%	11.1%	22.6%	40.3%	56.8%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	36	17	11	6	2	0	2	4	2	
		2.8%	2.9%	2.5%	3.4%	2.2%	0.0%	6.5%	3.2%	2.1%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血柱性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	45	22	11	10	2	1	1	6	4
			3.5%	3.8%	2.5%	5.6%	2.2%	5.6%	3.2%	4.8%	4.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

※1 糖尿病性腎症 2 期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

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

③ 保健指導の実施

ア 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。

イ 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、担当地区ごとで管理します。

④ 医療との連携

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

⑤ 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

④ 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

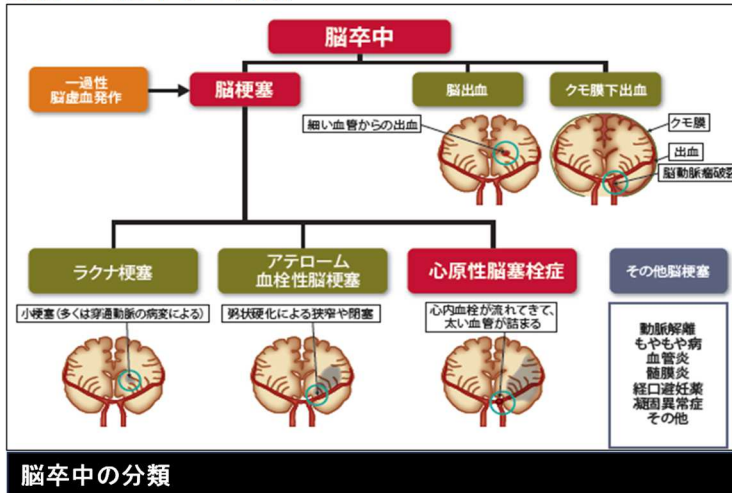
6月～特定健診結果が届き次第対象者へ介入（通年）

(4) 脳血管疾患重症化予防

① 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 78、79)

図表 78 脳卒中の分類



出典: 脳卒中予防の提言

図表 79 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

ア 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 80 でみると、高血圧治療者 3,889 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 419 人(10.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 270 人(8.4%)であり、そのうち 153 人(56.7%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

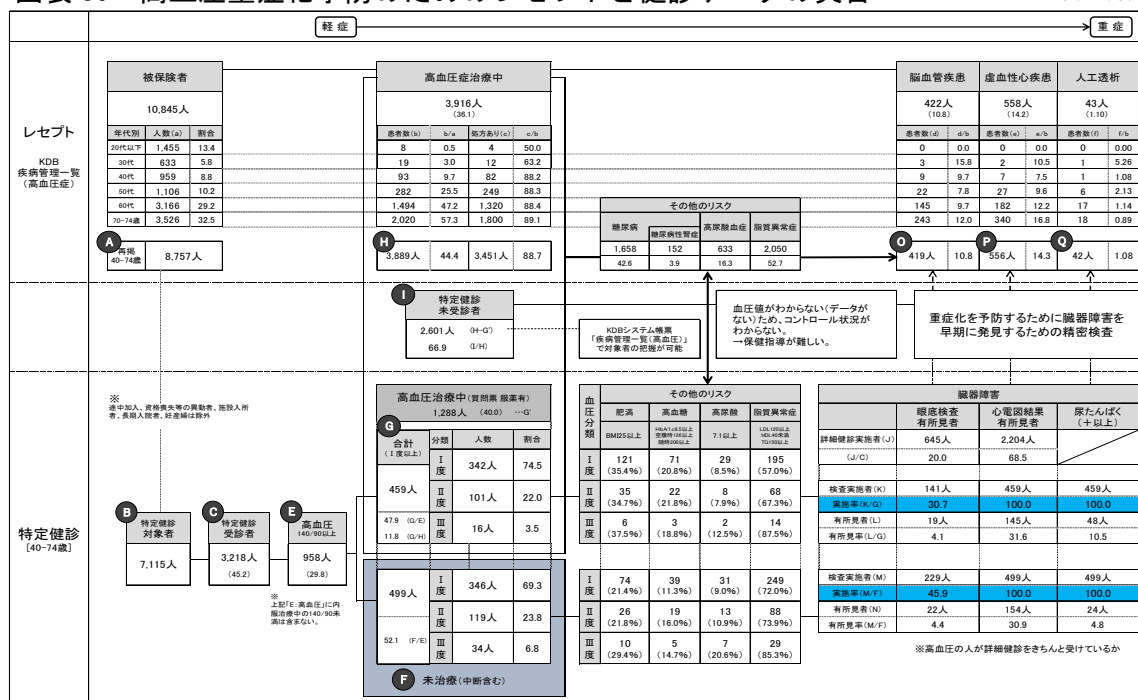
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 117 人(3.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか645人(20.0%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、958人(29.8%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 80 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



イ 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ける必要があります。

図表 81 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 81 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4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						
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子						
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化						
		p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画						
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	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	区分	該当者数	
	1,054	555 52.7%	346 32.8%	119 11.3%	34 3.2%			
リスク第1層 予後影響因子がない	31	C 20	B 8	B 3	A 0	A	ただちに 薬物療法を開始	282 26.8%
	2.9%	3.6%	2.3%	2.5%	0.0%			
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	590	C 314	B 206	A 55	A 15	B	概ね1ヵ月後に 再評価	438 41.6%
	56.0%	56.6%	59.5%	46.2%	44.1%			
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	433	B 221	A 132	A 61	A 19	C	概ね3ヵ月後に 再評価	334 31.7%
	41.1%	39.8%	38.2%	51.3%	55.9%			

※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。

ウ 心電図検査における心房細動の実態

図表 82 心房細動と心原性脳梗塞栓症



心原性脳梗塞栓症とは、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 83 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。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 83 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	1,478	1,740	976	66.0%	1,228	70.5%	15	1.0%	1	0.1%	--	--
40代	98	76	85	86.7%	68	89.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	125	118	90	72.0%	83	70.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	478	677	333	69.7%	499	73.7%	2	0.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	777	869	468	60.2%	578	66.5%	13	1.7%	1	0.1%	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 84 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	%
16	1	6.3	15	93.8

恵那市調べ

図表 84 では、心電図検査において 16 人に心房細動の所見がありました。有所見率をみるとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 16 人のうち 15 人は既に治療が開始されていましたが、1 人はまだ治療につながっていません。

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

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

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

イ 対象者の管理

(ア) 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。

(イ) 心房細動者の管理

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

④ 医療との連携

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

⑤ 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

⑥ 評価

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

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

⑦ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第対象者へ介入（通年）

3 適正受診・適正服薬を促す取組

被保険者の平均年齢は徐々に上昇し、それに伴う1人あたりの医療費も増加傾向にあります。重複受診や重複服薬等の受診行動の適正化や後発医薬品の利用促進を図ることで、医療費の適正化を図ります。

これらの取組については、「恵那市国民健康保険重複多受診・重複多剤投与者等訪問（電話）指導実施計画」及び「恵那市後発医薬品使用促進計画」に沿って実施していきます。

4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 基本的な考え方

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

(2) 事業の実施

恵那市は、令和2年度より岐阜県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

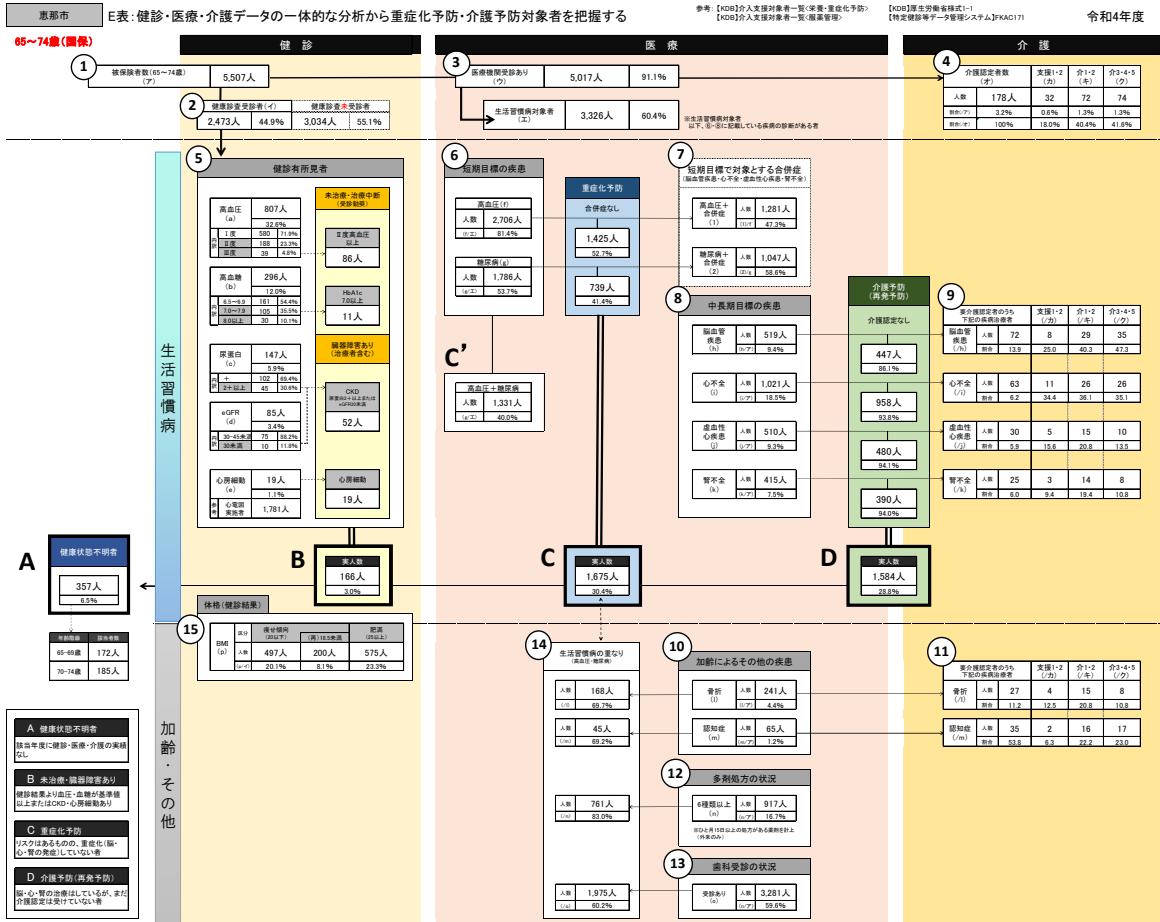
具体的には、

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と管理栄養士を配置し、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等をもとに、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 85 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



5 発症予防

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

恵那市においては、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えていくことが必要であります。

図表 86 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ました)							
発症予防													重症化予防									
健康増進法																						
1 根拠法																						
6条 健康増進事業実施指針													母子保健法		児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>	
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)				特定健康診査等実施計画(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							
4 健康診査(根拠法)																						
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)		後期高齢者健康診査(第125条)							
妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 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)										
5 対象者																						
健診内容	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)妊婦糖尿病	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																					
尿糖	(+)以上									(+)以上												
糖尿病家族歴																						

6 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給付費等、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。

7 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

恵那市は高齢化が進んでおり、高齢単独世帯も徐々に増加しています。被保険者の中には高齢で一人暮らしや障がいを持つ人も少なくありません。

KDB等を活用したデータの提供により地域の課題を共有、対応策を検討する等の地域包括ケアに資する取組を行うことで、生活習慣病発症予防、重症化予防につなげていきます。さらに、医療や介護が必要になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、医療や保健、介護関係者との連携だけでなく、高齢福祉課、社会福祉課（生活困窮者、生活保護担当）とも連携していく必要があります。

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が、定期的に自身の担当地区の被保険者分について行います。

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、地域の医師会等々の関係団体経由で医療機関等に周知します。

2 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り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恵那市の位置
- 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

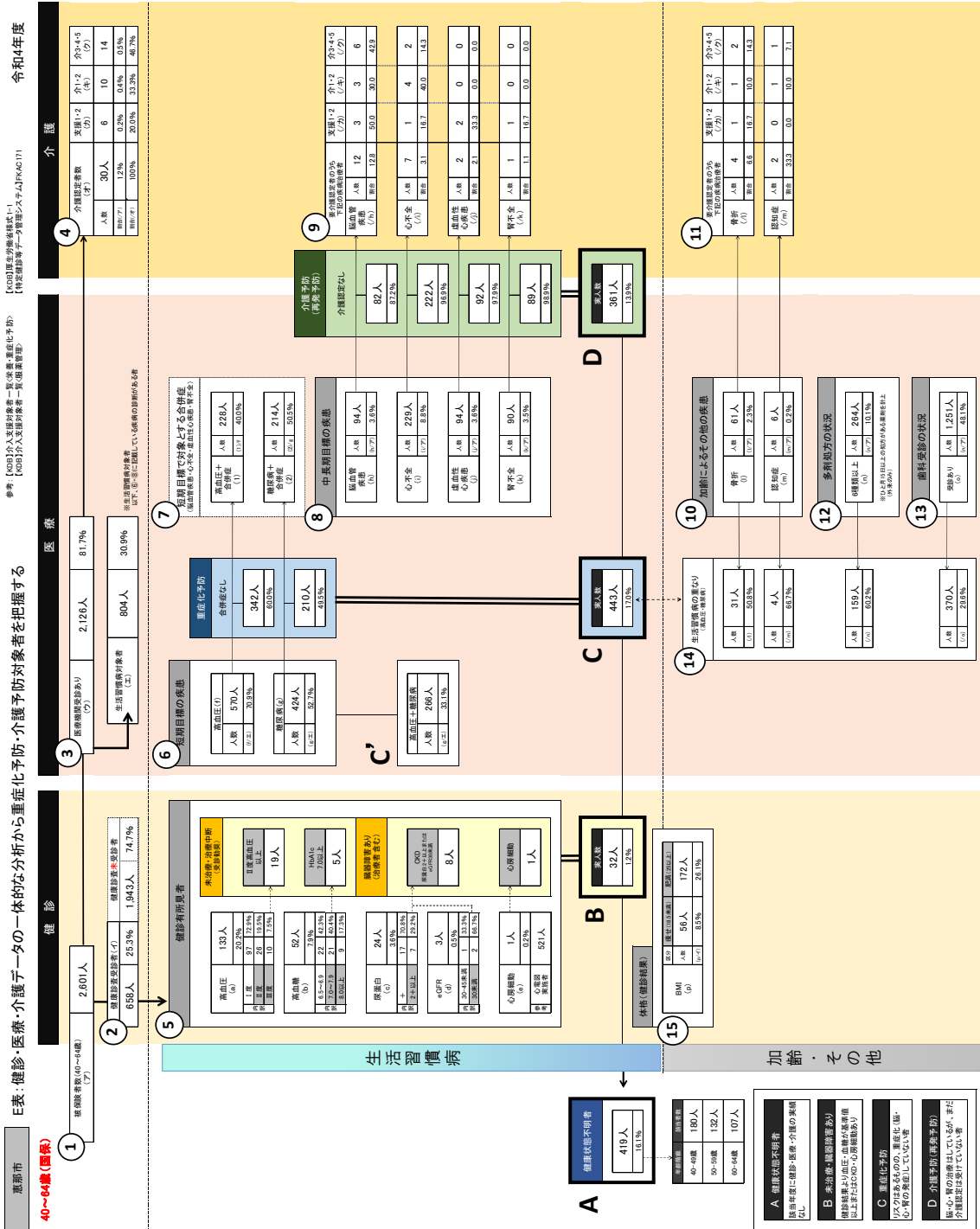
参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた恵那市の位置

項目		恵那市		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	47,473		9,014,657		1,939,486		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	16,856	35.5	3,263,279	36.2	593,751	30.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上	9,076	19.1	---	---	307,534	15.9	18,248,742	14.8		
		65～74歳	7,780	16.4	---	---	286,217	14.8	17,087,063	13.9		
		40～64歳	15,302	32.2	---	---	643,485	33.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下	15,315	32.3	---	---	702,250	36.2	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	5.6		10.7		3.2		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	35.7		27.3		33.1		25.0			
		第3次産業	58.7		62.0		63.7		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.7		80.4		81.0		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.8		86.9		86.8		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.2		79.7		80.8		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性	83.8		84.3		84.5		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	101.9		103.4		99.5		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		男性	101.9		103.4		99.5		100			
		女性	98.1		101.4		102.5		100			
		がん	185	50.5	34,996	47.8	6,043	50.8	378,272	50.6		
		心臓病	117	32.0	21,437	29.3	3,281	27.6	205,485	27.5		
		脳疾患	38	10.4	10,886	14.9	1,678	14.1	102,900	13.8		
	死因	糖尿病	3	0.8	1,391	1.9	166	1.4	13,896	1.9		
		腎不全	12	3.3	2,819	3.9	444	3.7	26,946	3.6		
		自殺	11	3.0	1,654	2.3	291	2.4	20,171	2.7		
		合計										
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚生省HP 人口動態調査		
	男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,937	17.8	619,810	19.1	106,977	18.1	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	36	0.2	10,081	0.3	1,890	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	7,844	8.7	1,984,426	14.3	374,899	13.1	21,785,044		12.9
			要介護1.2	42,826	47.4	6,527,659	47.0	1,239,390	43.4	78,107,378		46.3
			要介護3以上	39,628	43.9	5,384,278	38.7	1,241,248	43.5	68,963,503		40.8
	2号認定者	49	0.32	10,759	0.37	2,262	0.35	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	783	25.3	154,694	23.8	32,279	28.8	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	1,605	52.9	352,398	54.8	63,115	56.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	867	28.5	203,112	31.2	37,888	33.7	2,308,216	32.6		
		心臓病	1,861	61.2	397,324	61.9	72,756	65.5	4,224,628	60.3		
		脳疾患	635	21.7	151,330	23.9	24,300	22.2	1,568,292	22.6		
		がん	279	8.9	74,764	11.4	12,564	11.2	837,410	11.8		
		筋・骨格	1,602	53.4	350,465	54.5	62,696	56.4	3,748,372	53.4		
		精神	1,028	34.0	246,296	38.6	42,026	38.2	2,569,149	36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	323,886	5,459,430,484	300,230	979,734,915,124	286,208	189,936,038,921	290,668	1,074,274,228,089	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
1件当たり給付費(全体)		60,460		70,503		59,511		59,662				
居宅サービス		42,985		43,936		41,518		41,272				
施設サービス		281,129		291,914		284,664		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,298		9,043		7,801		8,610	KDB NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	3,912		4,284		3,787		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	9,473		2,020,054		409,533		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	5,346	56.4			187,666	45.8	11,129,271	40.5		
		40～64歳	2,585	27.3			127,712	31.2	9,088,015	33.1		
		39歳以下	1,542	16.3			94,155	23.0	7,271,596	26.5		
	加入率		20.0		22.4		21.1		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.2	873	0.4	97	0.2	8,237	0.3	KDB NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	41	4.3	7,141	3.5	1,610	3.9	102,599	3.7		
		病床数	255	26.9	136,833	67.7	19,782	48.3	1,507,471	54.8		
		医師数	59	6.2	19,511	9.7	4,580	11.2	339,611	12.4		
		外来患者数	748.6		728.3		748.2		687.8			
	入院患者数	20.1		23.6		17.4		17.7				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	371,334		394,521		355,308		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	768,639		751,942		765,634		705,439			
		外来	費用の割合	61.0		56.7		62.6		60.4		
			件数の割合	97.4		96.9		97.7		97.5		
入院		費用の割合	39.0		43.3		37.4		39.6			
		件数の割合	2.6		3.1		2.3		2.5			
1件あたり在院日数	15.3日		17.1日		15.5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	586,628,640	30.5	31.3	32.0	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)	211,999,640	11.0	7.5	8.1	8.2								
			糖尿病	225,802,720	11.7	10.8	11.1	10.4								
			高血圧症	128,754,940	6.7	6.3	6.5	5.9								
			脂質異常症	78,445,520	4.1	3.8	4.5	4.1								
			脳梗塞・脳出血	62,135,630	3.2	3.9	3.5	3.9								
			狭心症・心筋梗塞	38,488,310	2.0	2.6	3.6	2.8								
			精神	261,780,410	13.6	16.2	14.2	14.7								
			筋・骨格	317,466,650	16.5	16.7	15.6	16.7								
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	160	0.1	380	0.2	195	0.1	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
				糖尿病	902	0.6	1,531	0.9	1,122	0.8	1,144	0.9				
				脂質異常症	13	0.0	89	0.1	63	0.0	53	0.0				
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	5,827	4.0	7,151	4.2	5,824	4.4	5,993	4.5				
				虚血性心疾患	2,918	2.0	4,385	2.6	5,183	3.9	3,942	2.9				
				腎不全	3,798	2.6	4,815	2.8	3,933	3.0	4,051	3.0				
	⑥	健診有無別 一人当たり点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,789		2,592		2,817		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	11,499		13,920		12,879		13,295					
				生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,775		7,237		7,787		6,142	KDB NO.1 地域全体像の把握			
					健診未受診者	32,053		38,862		35,596		40,210				
		⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,840	59.3	349,456	57.5	65,797	56.0	3,916,059	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握			
				医療機関受診率	1,660	53.5	316,518	52.1	59,344	50.5	3,574,558	52.0				
	5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 44市町村 同規模市区町村 数 280市町村	健診受診者	3,101		607,876		117,402		6,875,056		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	43.5		県内21位 同規模100位		40.9		41.3			全国14位	37.6	
特定保健指導終了者(実施率)				164	63.1	29,074	42.2	5,047	40.1	203,239	24.9					
非肥満高血糖				285	9.2	65,026	10.7	9,806	8.4	620,953	9.0					
メタボ				該当者	694	22.4	129,549	21.3	23,182	19.7	1,394,769	20.3				
				男性	515	36.3	89,592	32.7	15,954	31.1	974,828	32.0				
				女性	179	10.6	39,957	12.0	7,228	10.9	419,941	11.0				
予備群				男性	267	8.6	65,867	10.8	12,182	10.4	772,619	11.2				
				女性	192	13.5	46,107	16.8	8,571	16.7	545,330	17.9				
メタボ該当・予備群レベル				BMI	総数	総数	1,014	32.7	213,429	35.1	38,999	33.2		2,402,902	35.0	KDB NO.1 地域全体像の把握
						男性	747	52.6	147,974	54.0	27,035	52.7		1,683,473	55.3	
					女性	267	15.9	65,455	19.6	11,964	18.1	719,429		18.8		
					血糖のみ	総数	151	4.9	32,128	5.3	5,525	4.7		323,057	4.7	
						男性	21	1.5	5,020	1.8	970	1.9		51,841	1.7	
						女性	130	7.7	27,108	8.1	4,555	6.9		271,216	7.1	
						血圧のみ	13	0.4	4,055	0.7	610	0.5		43,987	0.6	
血圧のみ				199		6.4	47,192	7.8	8,392	7.1	544,518	7.9				
脂質のみ				55	1.8	14,620	2.4	3,180	2.7	184,114	2.7					
血糖・血圧				99	3.2	20,232	3.3	2,929	2.5	205,065	3.0					
血糖・脂質	33	1.1	6,681	1.1	1,184	1.0	70,937	1.0								
血圧・脂質	323	10.4	58,708	9.7	11,538	9.8	664,878	9.7								
血糖・血圧・脂質	239	7.7	43,928	7.2	7,531	6.4	453,889	6.6								
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	1,260	40.6	238,152	39.2	42,451	36.2	2,447,146	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			糖尿病	352	11.4	60,500	10.0	11,007	9.4	594,927	8.7					
			既往歴	脂質異常症	1,044	33.7	177,714	29.2	33,850	28.8	1,914,847	27.9				
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	99	3.6	19,286	3.3	3,341	2.9	208,635	3.1				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	184	6.7	35,029	5.9	6,961	6.1	367,822	5.5				
				腎不全	21	0.8	5,417	0.9	1,064	0.9	54,302	0.8				
				貧血	323	11.8	58,550	10.0	12,075	10.4	706,680	10.7				
				③	生活習慣の 状況	喫煙	406	13.1	78,412	12.9	14,517	12.4	948,575	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
週3回以上朝食を抜く	193	7.0	44,904			7.9	5,937	7.0	648,865	10.4						
週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0			0.0	0	0.0	0	0.0						
週3回以上就寝前夕食(H30～)	310	11.2	85,896			15.0	12,472	13.3	985,252	15.8						
週3回以上就寝前夕食	310	11.2	85,896			15.0	12,472	13.3	985,252	15.8						
食べる速度が速い	707	25.5	153,567			26.8	22,942	26.9	1,672,168	26.8						
20歳時体重から10kg以上増加	881	31.7	199,198			34.7	28,686	33.6	2,191,006	35.0						
1回30分以上運動習慣なし	1,854	66.6	359,571			62.7	58,247	62.6	3,777,161	60.4						
1日1時間以上運動なし	1,534	55.3	272,500			47.3	48,264	51.4	3,004,820	48.0						
睡眠不足	744	27.0	143,717			25.0	25,013	26.7	1,599,841	25.6						
毎日飲酒	745	24.8	148,835			25.4	20,375	23.6	1,671,521	25.5						
時々飲酒	591	19.7	120,277			20.5	17,285	20.1	1,475,568	22.5						
⑭	日飲酒量	1合未満	1,193			62.8	238,459	62.8	33,795	64.9	2,997,543	64.1				
		1～2合	482			25.4	95,416	25.1	12,383	23.8	1,110,600	23.7				
		2～3合	188	9.9	36,200	9.5	4,695	9.0	438,425	9.4						
		3合以上	37	1.9	9,467	2.5	1,219	2.3	130,129	2.8						

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)

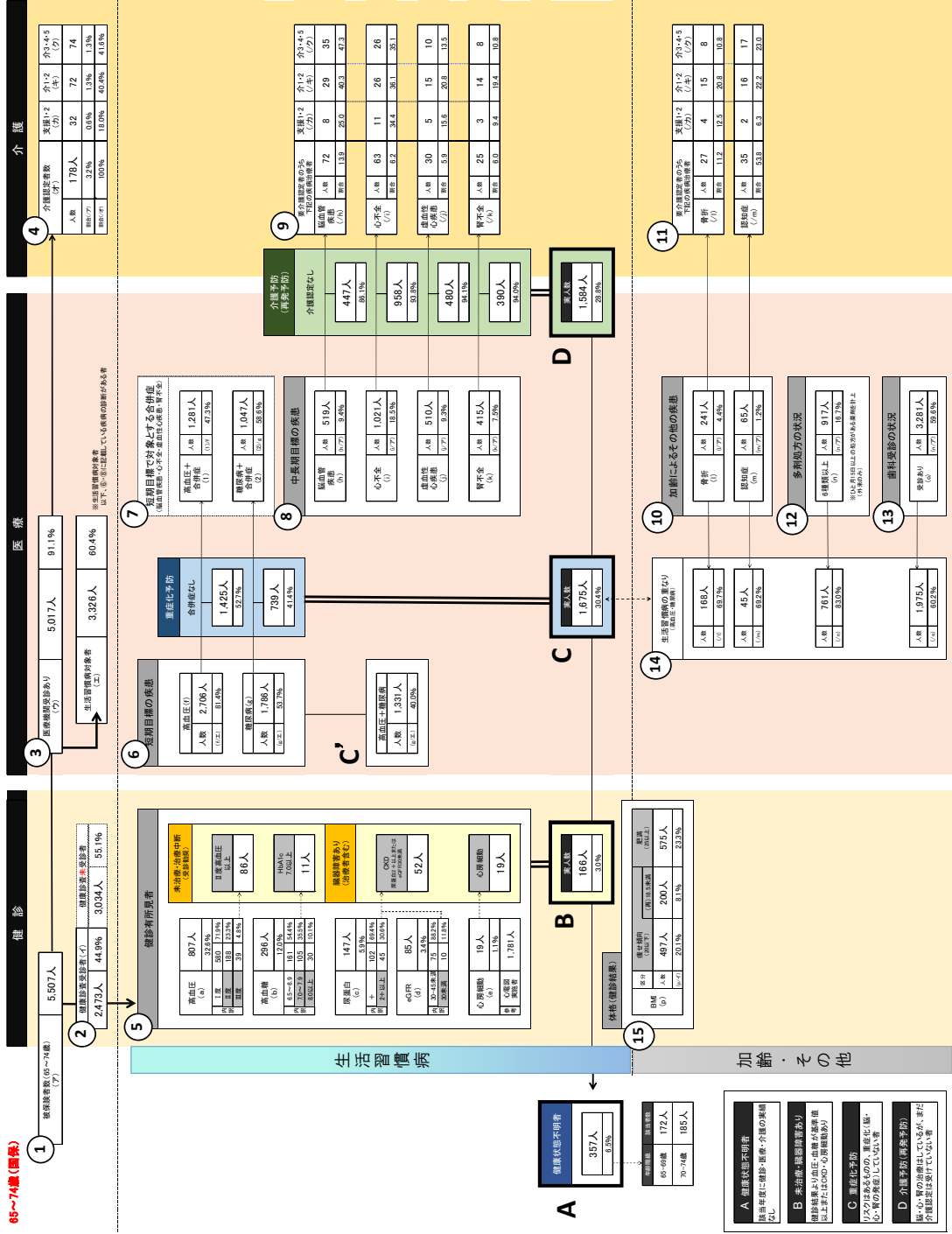


②65～74歳(国保)

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

参考: 【055】個人生活習慣病診断結果、【065】重症化予防、【066】介護予防
【055】個人生活習慣病診断結果一覧(国保)【065】重症化予防【066】介護予防

令和4年度



④75歳以上(後期)

令和4年度

【K03】高齢者の健康増進
【K04】高齢者の生活支援
【K05】高齢者の社会参加
【K06】高齢者の地域貢献
【K07】高齢者の健康増進
【K08】高齢者の生活支援
【K09】高齢者の社会参加
【K10】高齢者の地域貢献

参考 【K03】高齢者の健康増進
【K04】高齢者の生活支援
【K05】高齢者の社会参加
【K06】高齢者の地域貢献
【K07】高齢者の健康増進
【K08】高齢者の生活支援
【K09】高齢者の社会参加
【K10】高齢者の地域貢献

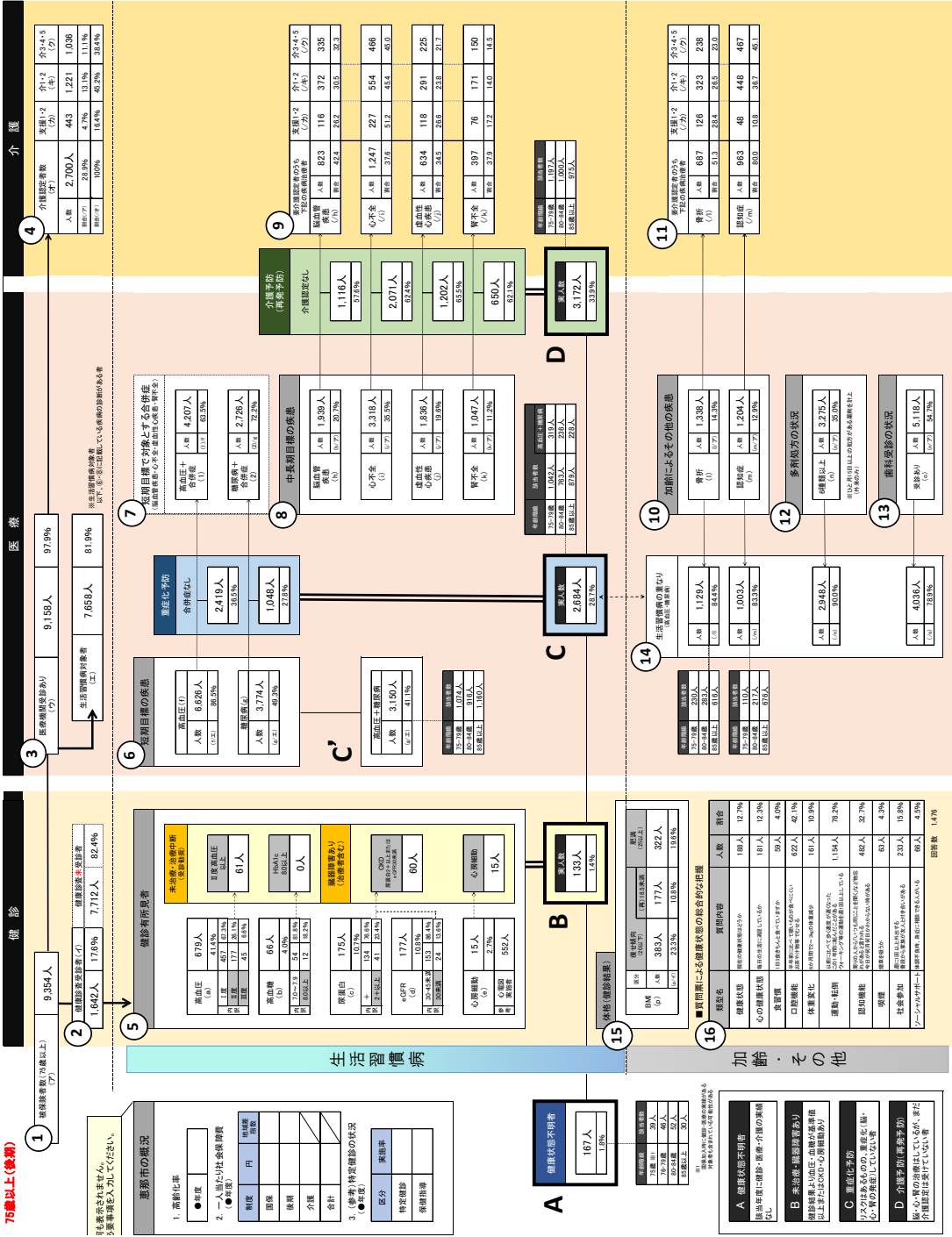
E表・健診・医療・介護・介護予防の一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

75歳以上(後期)

1. 高齢化率
2. 一人当たり高齢者数
3. 参考: 介護認定状況

1. 高齢化率
2. 一人当たり高齢者数
3. 参考: 介護認定状況

1. 高齢化率
2. 一人当たり高齢者数
3. 参考: 介護認定状況



区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
高齢者数	1,116人	2,071人	4,202人	1,202人	650人
割合	5.78%	9.74%	20.1%	5.65%	3.12%

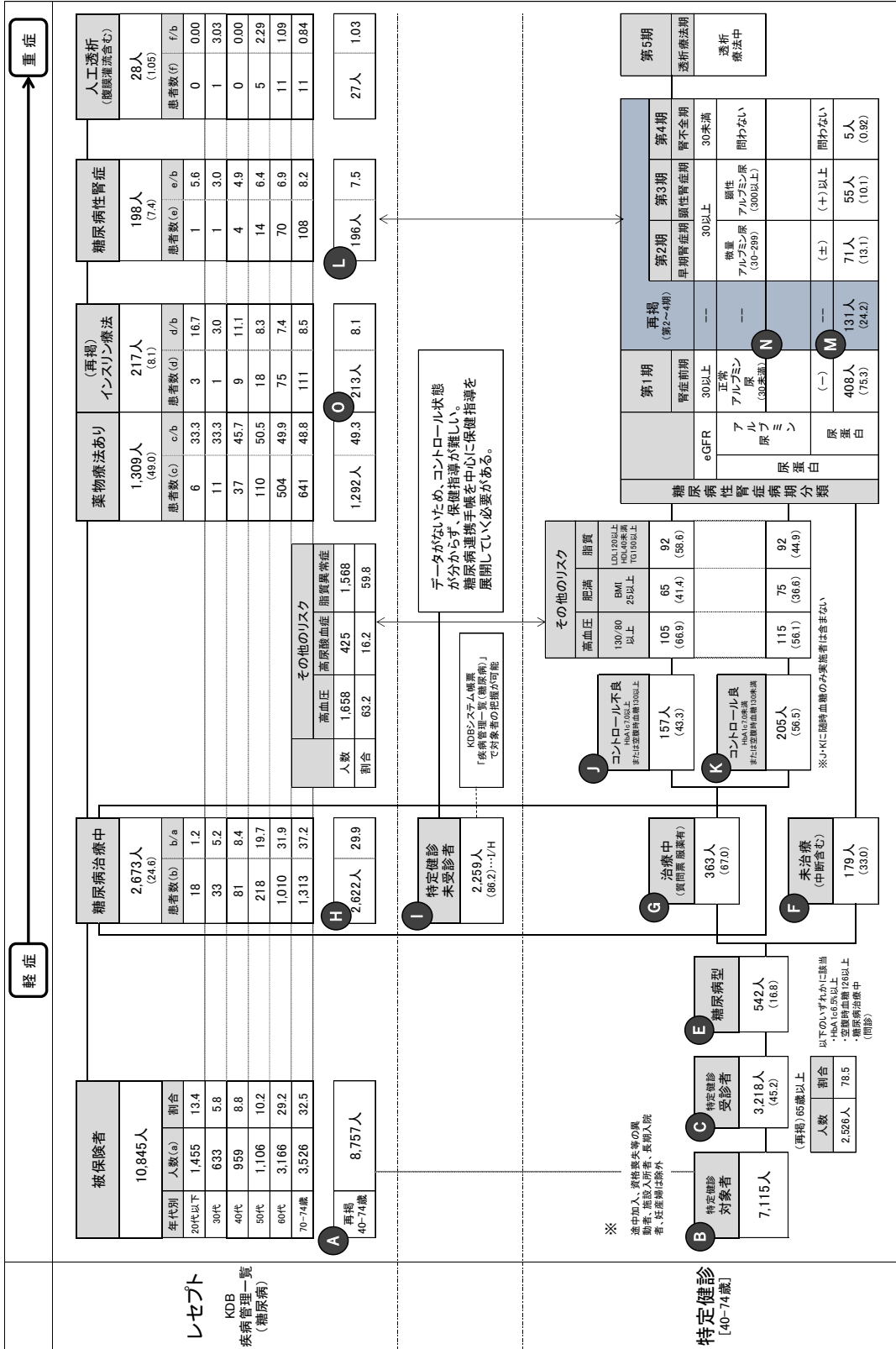
区分	介護費用	介護費用	介護費用	介護費用	介護費用
高齢者数	1,116人	2,071人	4,202人	1,202人	650人
割合	5.78%	9.74%	20.1%	5.65%	3.12%

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	恵那市						同規模保険者(平均)		データ基		
		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数280				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	10,526人		10,364人		10,110人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	A	8,754人		8,732人		8,486人					
2	① 対象者数	B	7,921人		7,685人		7,139人			市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	3,247人		3,369人		3,212人					
	③ 受診率	C	---		---		---					
3	① 特定保健指導 対象者数		301人		292人		258人					
	② 実施率		56.8%		61.3%		61.0%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	482人	14.8%	565人	16.8%	541人	16.8%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	138人	28.6%	165人	29.2%	177人	32.7%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	344人	71.4%	400人	70.8%	364人	67.3%			
		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	140人	40.7%	183人	45.8%	158人	43.4%			
		⑤ 血圧 130/80以上	J	105人	75.0%	115人	62.8%	107人	67.7%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	58人	41.4%	80人	43.7%	65人	41.1%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	204人	59.3%	217人	54.3%	206人	56.6%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	346人	71.8%	424人	75.0%	408人	75.4%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		71人	14.7%	79人	14.0%	71人	13.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		58人	12.0%	54人	9.6%	55人	10.2%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	0.8%	4人	0.7%	5人	0.9%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		151.0人		160.7人		162.7人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		179.6人		188.7人		191.4人				
		③ レセプト件数 (40-74歳)	H	8,471件	(979.4)	8,683件	(1025.3)	8,602件	(1084.6)	5,563件	(835.1)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		33件	(3.8)	32件	(3.8)	19件	(2.4)	26件	(4.1)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,589人	15.1%	1,666人	16.1%	1,645人	16.3%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		1,572人	18.0%	1,648人	18.9%	1,624人	19.1%			
		⑦ 健診未受診者	I	1,228人	78.1%	1,248人	75.7%	1,260人	77.6%			
		⑧ インスリン治療	O	115人	7.2%	110人	6.6%	114人	6.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑨ (再掲)40-74歳		112人	7.1%	106人	6.4%	111人	6.8%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	114人	7.2%	113人	6.8%	122人	7.4%			
		⑪ (再掲)40-74歳		112人	7.1%	111人	6.7%	121人	7.5%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		23人	1.4%	19人	1.1%	23人	1.4%			
		⑬ (再掲)40-74歳		21人	1.3%	19人	1.2%	22人	1.4%			
		⑭ 新規透析患者数		11人		12人		13人				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		5人		6人		2人				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		34人	1.4%	36人	1.4%	34人	1.3%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	医療費	① 総医療費		35億0055万円		35億8347万円		35億1765万円		28億4626万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		19億6068万円		20億2168万円		19億2508万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		56.0%		56.4%		54.7%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	5,942円		5,824円		7,775円			5,580円
		⑤ 健診未受診者		34,357円		35,055円		32,053円		38,833円		
		⑥ 糖尿病医療費		2億2841万円		2億3825万円		2億2580万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.6%		11.8%		11.7%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		7億2411万円		7億2531万円		7億2341万円				
		⑨ 1件あたり		33,320円		32,598円		33,522円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億8919万円		3億1197万円		3億4224万円				
		⑪ 1件あたり		641,168円		606,952円		642,107円				
		⑫ 在院日数		16日		15日		16日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		2億0903万円		2億1223万円		2億2004万円		1億2396万円		
		⑭ 透析有り		2億0344万円		2億0453万円		2億1200万円		1億1532万円		
		⑮ 透析なし		560万円		770万円		804万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費		53億9354万円		54億7756万円		54億5943万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症										
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人	0.7%	6人	0.8%	3人	0.4%	8人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

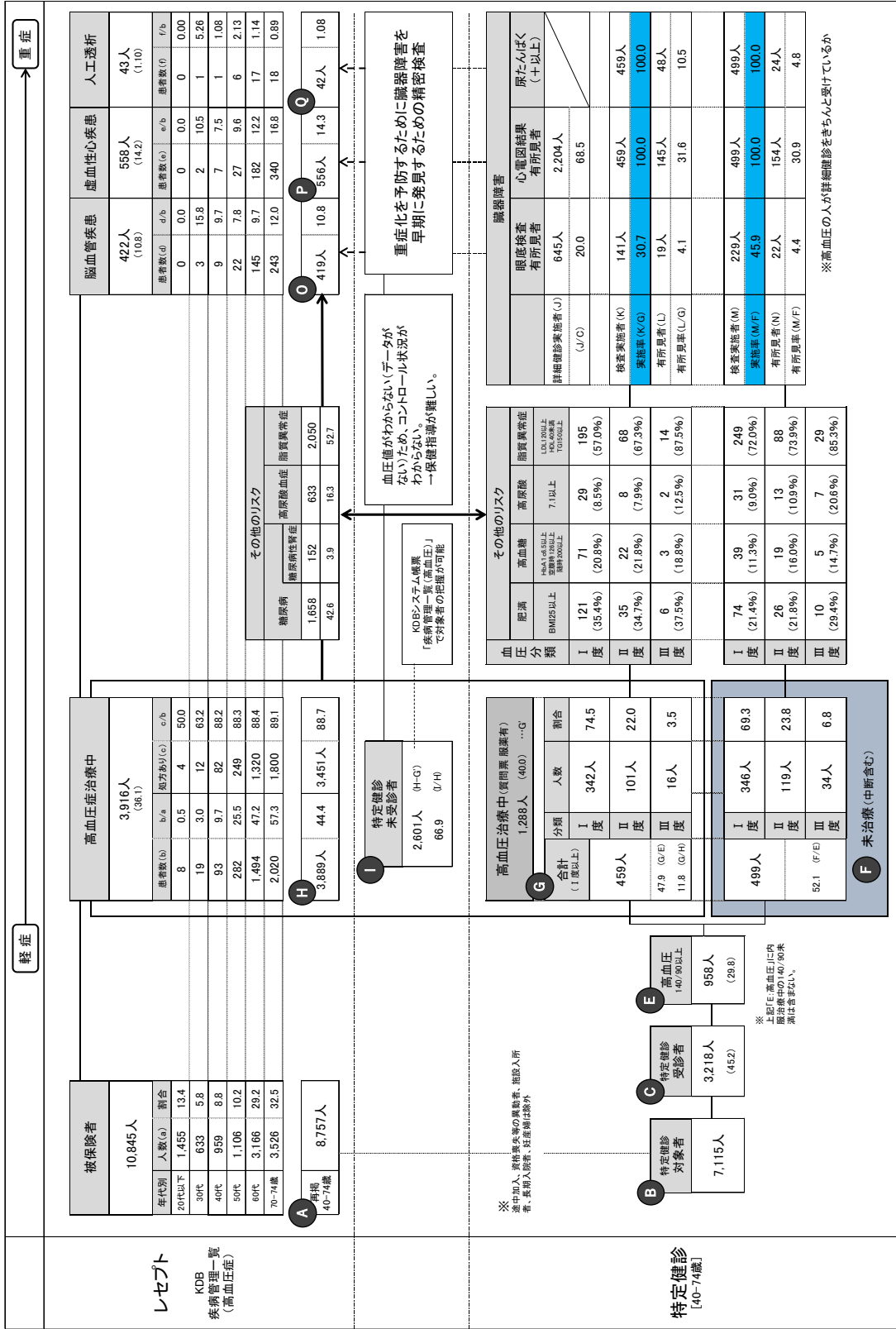
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



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

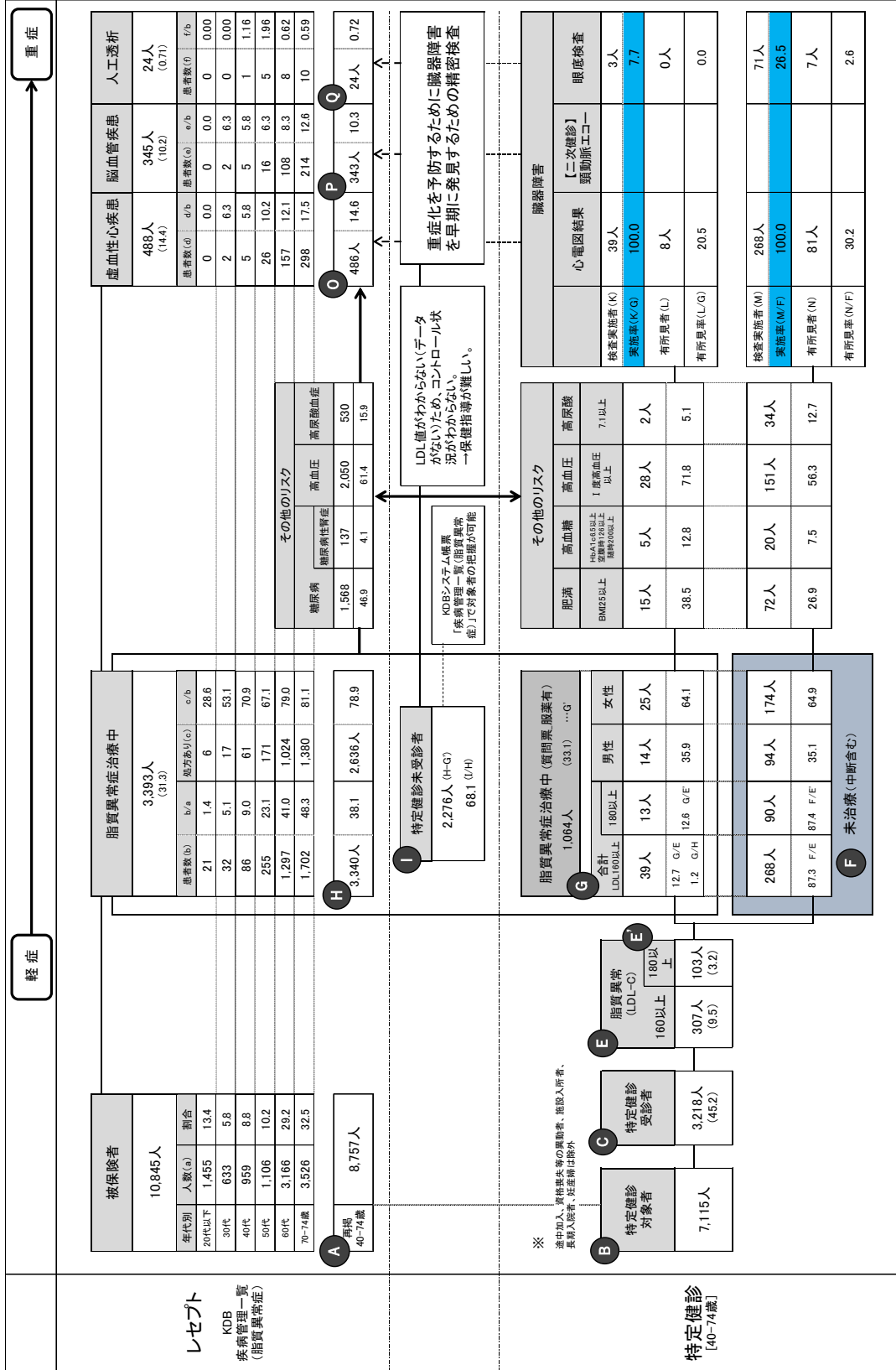
令和4年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を基とし(年度途中の加入者や年度末時点での資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧(薬業・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

令和4年度



参考資料7 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる						
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B		C		D		E		F		G		H		I		
H29	3,953	1,665	42.1%	1,455	36.8%	549	13.9%	157	4.0%	97	2.5%	30	0.8%	65	1.6%	22	0.6%	
H30	3,722	1,545	41.5%	1,320	35.5%	513	13.8%	190	5.1%	110	3.0%	44	1.2%	87	2.3%	31	0.8%	
R01	3,650	1,500	41.1%	1,235	33.8%	571	15.6%	169	4.6%	124	3.4%	51	1.4%	106	2.9%	33	0.9%	
R02	3,269	1,409	43.1%	1,118	34.2%	443	13.6%	152	4.6%	115	3.5%	32	1.0%	68	2.1%	23	0.7%	
R03	3,348	1,414	42.2%	1,095	32.7%	477	14.2%	182	5.4%	131	3.9%	49	1.5%	100	3.0%	36	1.1%	
R04	3,186	1,166	36.6%	1,137	35.7%	530	16.6%	187	5.9%	127	4.0%	39	1.2%	90	2.8%	21	0.7%	

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		
					再)7.0以上		未治療	治療	割合	割合
					人数	割合	人数	割合		
H29	3,953	1,665 42.1%	1,455 36.8%	549 13.9%	284 7.2%	127 3.2%	139 3.5%	145 3.7%	7.2%	
H30	3,722	1,545 41.5%	1,320 35.5%	513 13.8%	344 9.2%	154 4.1%	126 3.4%	218 5.9%	4.1%	
R01	3,650	1,500 41.1%	1,235 33.8%	571 15.6%	344 9.4%	175 4.8%	119 3.3%	225 6.1%	4.8%	
R02	3,269	1,409 43.1%	1,118 34.2%	443 13.6%	299 9.1%	147 4.5%	113 3.5%	186 5.7%	4.5%	
R03	3,348	1,414 42.2%	1,095 32.7%	477 14.2%	362 10.8%	180 5.4%	121 3.6%	241 7.2%	5.4%	
R04	3,186	1,166 36.6%	1,137 35.7%	530 16.6%	353 11.1%	166 5.2%	152 4.8%	201 6.3%	5.2%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる							
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A		B		C		D		E		F		G		H		I			
治療中	H29	305	7.7%	15	4.9%	58	19.0%	87	28.5%	57	18.7%	70	23.0%	18	5.9%	47	15.4%	11	3.6%
	H30	393	10.6%	17	4.3%	53	13.5%	105	26.7%	107	27.2%	84	21.4%	27	6.9%	64	16.3%	17	4.3%
	R01	425	11.6%	8	1.9%	68	16.0%	124	29.2%	99	23.3%	88	20.7%	38	8.9%	77	18.1%	23	5.4%
	R02	348	10.6%	21	6.0%	55	15.8%	86	24.7%	84	24.1%	79	22.7%	23	6.6%	50	14.4%	16	4.6%
	R03	397	11.9%	21	5.3%	63	15.9%	72	18.1%	104	26.2%	103	25.9%	34	8.6%	80	20.2%	25	6.3%
R04	359	11.3%	16	4.5%	54	15.0%	88	24.5%	90	25.1%	83	23.1%	28	7.8%	66	18.4%	14	3.9%	
治療なし	H29	3,648	92.3%	1,650	45.2%	1,397	38.3%	462	12.7%	100	2.7%	27	0.7%	12	0.3%	18	0.5%	11	0.3%
	H30	3,329	89.4%	1,528	45.9%	1,267	38.1%	408	12.3%	83	2.5%	26	0.8%	17	0.5%	23	0.7%	14	0.4%
	R01	3,225	88.4%	1,492	46.3%	1,167	36.2%	447	13.9%	70	2.2%	36	1.1%	13	0.4%	29	0.9%	10	0.3%
	R02	2,921	89.4%	1,388	47.5%	1,063	36.4%	357	12.2%	68	2.3%	36	1.2%	9	0.3%	18	0.6%	7	0.2%
	R03	2,951	88.1%	1,393	47.2%	1,032	35.0%	405	13.7%	78	2.6%	28	0.9%	15	0.5%	20	0.7%	11	0.4%
R04	2,827	88.7%	1,150	40.7%	1,083	38.3%	442	15.6%	97	3.4%	44	1.6%	11	0.4%	24	0.8%	7	0.2%	

参考資料8 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	3,982	931	23.4%	786	19.7%	1,167	29.3%	835	21.0%	216	5.4%	47	1.2%
H30	3,726	875	23.5%	682	18.3%	1,155	31.0%	744	20.0%	216	5.8%	54	1.4%
R01	3,653	868	23.8%	711	19.5%	1,031	28.2%	799	21.9%	204	5.6%	40	1.1%
R02	3,276	637	19.4%	640	19.5%	961	29.3%	760	23.2%	226	6.9%	52	1.6%
R03	3,363	751	22.3%	578	17.2%	1,005	29.9%	769	22.9%	219	6.5%	41	1.2%
R04	3,216	627	19.5%	657	20.4%	974	30.3%	688	21.4%	220	6.8%	50	1.6%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	
					人数	割合	人数	割合	人数					割合
H29	3,982	1,717 43.1%	1,167 29.3%	835 21.0%	263 6.6%	157 59.7%	106 40.3%	47 1.2%	28 59.6%	19 40.4%	6.6%			
H30	3,726	1,557 41.8%	1,155 31.0%	744 20.0%	270 7.2%	156 57.8%	114 42.2%	54 1.4%	38 70.4%	16 29.6%	7.2%			
R01	3,653	1,579 43.2%	1,031 28.2%	799 21.9%	244 6.7%	146 59.8%	98 40.2%	40 1.1%	24 60.0%	16 40.0%	6.7%			
R02	3,276	1,277 39.0%	961 29.3%	760 23.2%	278 8.5%	167 60.1%	111 39.9%	52 1.6%	32 61.5%	20 38.5%	8.5%			
R03	3,363	1,329 39.5%	1,005 29.9%	769 22.9%	260 7.7%	149 57.3%	111 42.7%	41 1.2%	28 68.3%	13 31.7%	7.7%			
R04	3,216	1,284 39.9%	974 30.3%	688 21.4%	270 8.4%	153 56.7%	117 43.3%	50 1.6%	34 68.0%	16 32.0%	8.4%			

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	1,382	34.7%	161	11.6%	235	17.0%	494	35.7%	386	27.9%	87	6.3%	19	1.4%
	H30	1,290	34.6%	151	11.7%	215	16.7%	495	38.4%	315	24.4%	98	7.6%	16	1.2%
	R01	1,289	35.3%	165	12.8%	240	18.6%	404	31.3%	382	29.6%	82	6.4%	16	1.2%
	R02	1,183	36.1%	113	9.6%	228	19.3%	382	32.3%	349	29.5%	91	7.7%	20	1.7%
	R03	1,266	37.6%	144	11.4%	224	17.7%	434	34.3%	353	27.9%	98	7.7%	13	1.0%
	R04	1,288	40.0%	112	8.7%	298	23.1%	419	32.5%	342	26.6%	101	7.8%	16	1.2%
治療なし	H29	2,600	65.3%	770	29.6%	551	21.2%	673	25.9%	449	17.3%	129	5.0%	28	1.1%
	H30	2,436	65.4%	724	29.7%	467	19.2%	660	27.1%	429	17.6%	118	4.8%	38	1.6%
	R01	2,364	64.7%	703	29.7%	471	19.9%	627	26.5%	417	17.6%	122	5.2%	24	1.0%
	R02	2,093	63.9%	524	25.0%	412	19.7%	579	27.7%	411	19.6%	135	6.5%	32	1.5%
	R03	2,097	62.4%	607	28.9%	354	16.9%	571	27.2%	416	19.8%	121	5.8%	28	1.3%
	R04	1,928	60.0%	515	26.7%	359	18.6%	555	28.8%	346	17.9%	119	6.2%	34	1.8%

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	3,981	1,784	44.8%	1,047	26.3%	669	16.8%	319	8.0%	162	4.1%
	H30	3,729	1,711	45.9%	924	24.8%	637	17.1%	302	8.1%	155	4.2%
	R01	3,651	1,766	48.4%	895	24.5%	591	16.2%	252	6.9%	147	4.0%
	R02	3,276	1,465	44.7%	768	23.4%	580	17.7%	284	8.7%	179	5.5%
	R03	3,363	1,598	47.5%	797	23.7%	567	16.9%	263	7.8%	138	4.1%
R04	3,217	1,620	50.4%	765	23.8%	525	16.3%	204	6.3%	103	3.2%	
男性	H29	1,733	871	50.3%	430	24.8%	262	15.1%	122	7.0%	48	2.8%
	H30	1,656	870	52.5%	397	24.0%	250	15.1%	91	5.5%	48	2.9%
	R01	1,629	890	54.6%	379	23.3%	226	13.9%	89	5.5%	45	2.8%
	R02	1,453	721	49.6%	351	24.2%	209	14.4%	111	7.6%	61	4.2%
	R03	1,501	796	53.0%	353	23.5%	221	14.7%	83	5.5%	48	3.2%
R04	1,478	838	56.7%	339	22.9%	193	13.1%	76	5.1%	32	2.2%	
女性	H29	2,248	913	40.6%	617	27.4%	407	18.1%	197	8.8%	114	5.1%
	H30	2,073	841	40.6%	527	25.4%	387	18.7%	211	10.2%	107	5.2%
	R01	2,022	876	43.3%	516	25.5%	365	18.1%	163	8.1%	102	5.0%
	R02	1,823	744	40.8%	417	22.9%	371	20.4%	173	9.5%	118	6.5%
	R03	1,862	802	43.1%	444	23.8%	346	18.6%	180	9.7%	90	4.8%
R04	1,739	782	45.0%	426	24.5%	332	19.1%	128	7.4%	71	4.1%	

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

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	3,981	1,784 44.8%	1,047 26.3%	669 16.8%	481 12.1%	431 89.6%	50 10.4%	12.1%	
					162 4.1%	143 88.3%	19 11.7%	4.1%	
H30	3,729	1,711 45.9%	924 24.8%	637 17.1%	457 12.3%	411 89.9%	46 10.1%	12.3%	
					155 4.2%	135 87.1%	20 12.9%	4.2%	
R01	3,651	1,766 48.4%	895 24.5%	591 16.2%	399 10.9%	350 87.7%	49 12.3%	10.9%	
					147 4.0%	128 87.1%	19 12.9%	4.0%	
R02	3,276	1,465 44.7%	768 23.4%	580 17.7%	463 14.1%	411 88.8%	52 11.2%	14.1%	
					179 5.5%	160 89.4%	19 10.6%	5.5%	
R03	3,363	1,598 47.5%	797 23.7%	567 16.9%	401 11.9%	360 89.8%	41 10.2%	11.9%	
					138 4.1%	125 90.6%	13 9.4%	4.1%	
R04	3,217	1,620 50.4%	765 23.8%	525 16.3%	307 9.5%	268 87.3%	39 12.7%	9.5%	
					103 3.2%	90 87.4%	13 12.6%	3.2%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,048	26.3%	655	62.5%	241	23.0%	102	9.7%	31	3.0%	19	1.8%
	H30	985	26.4%	628	63.8%	201	20.4%	110	11.2%	26	2.6%	20	2.0%
	R01	1,050	28.8%	698	66.5%	208	19.8%	95	9.0%	30	2.9%	19	1.8%
	R02	971	29.6%	639	65.8%	188	19.4%	92	9.5%	33	3.4%	19	2.0%
	R03	1,057	31.4%	726	68.7%	201	19.0%	89	8.4%	28	2.6%	13	1.2%
R04	1,064	33.1%	751	70.6%	183	17.2%	91	8.6%	26	2.4%	13	1.2%	
治療なし	H29	2,933	73.7%	1,129	38.5%	806	27.5%	567	19.3%	288	9.8%	143	4.9%
	H30	2,744	73.6%	1,083	39.5%	723	26.3%	527	19.2%	276	10.1%	135	4.9%
	R01	2,601	71.2%	1,068	41.1%	687	26.4%	496	19.1%	222	8.5%	128	4.9%
	R02	2,305	70.4%	826	35.8%	580	25.2%	488	21.2%	251	10.9%	160	6.9%
	R03	2,306	68.6%	872	37.8%	596	25.8%	478	20.7%	235	10.2%	125	5.4%
R04	2,153	66.9%	869	40.4%	582	27.0%	434	20.2%	178	8.3%	90	4.2%	

**恵那市国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健康診査等実施計画**

発行 令和6年3月
恵那市市民サービス部保険年金課
〒509-7292 恵那市長島町正家一丁目1番地1
TEL 0573-26-2111
FAX 0573-26-0087
E-mail : kokuho@city.ena.lg.jp