

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものと規定されています。

当市の第1期及び第2期の計画は、計画期間を5年としていましたが、新潟県地域保健医療計画が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年間とします。

2 目標値の設定

特定健診受診率・特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度の実績が減少する見込みです。そのため、令和2年度以降の目標値を修正しました。

特定健診受診率の目標値は、年平均2.8ポイントずつ上げ、令和5年度には48.5%を目指します。特定保健指導実施率の目標値は、毎年1ポイントずつ上げ、令和5年度には63.0%を目指します【図表3-1】。

【図表3-1】特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

項目	実績				目標値			
	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
特定健診受診率	51.4%	52.4%	53.1%	53.0%	40.1%	43.6%	46.3%	48.5%
特定保健指導実施率	63.8%	64.5%	62.2%	68.4%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%

出典：上越市国保年金課

【目標設定の要点】

特定健診の受診率を、令和3年度以降平均して2.8ポイントずつ上げ、令和5年度の目標値を48.5%とします。

新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度は感染予防の観点から受診勧奨訪問を中止し、健診を事前予約制としました。あわせて、健診の受診控えもあり、健診の受診率が伸び悩んでいます。これらの理由から、令和2年度の健診受診率は、前年度比12.9ポイント減の40.1%となる見込みです。令和3年度以降は、前年度の未受診者や新たに国保加入する人に対して受診勧奨することで受診者数の増加を目指します。

特定保健指導実施率を、毎年1ポイントずつ上げ、令和5年度の目標値を63%とします。

新型コロナウイルス感染症の影響で、例年より保健指導実施率が減少する見込みです。保険者努力支援制度では国の目標である60%を達成していることが加算要件となっているため、令和2年度は60%を達成できることを目標とし、その後は1ポイントずつ上げていくこととします。

【図表 3-2】 特定健診受診率の推移（法定報告値）

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
対象者数	32,474	32,164	31,266	30,221	29,443	28,410	27,662
受診者数	14,871	15,451	15,711	15,524	15,335	15,080	14,665
受診率	45.8	48.0	50.2	51.4	52.1	53.1	53.0
前年差	△ 1.5	2.2	2.2	1.2	0.7	1.0	△ 0.1

出典：新潟県福祉保健年報 法定報告値

【図表 3-3】 特定保健指導実施率の推移（法定報告値）

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
動機づけ支援	対象者(人)	1,011	997	981	1,010	1,087	1,053	1,040
	実施者(人)	633	645	674	721	740	686	750
	実施率(%)	62.6	64.7	68.7	71.4	68.1	65.1	72.1
積極的支援	対象者(人)	300	294	291	257	245	214	220
	実施者(人)	123	136	137	124	119	102	112
	実施率(%)	41	46.3	47.1	48.2	48.6	47.7	50.9
合計	対象者(人)	1,311	1,291	1,272	1,267	1,332	1,267	1,260
	実施者(人)	756	781	811	845	859	788	862
	実施率(%)	57.7	60.5	63.8	66.7	64.5	62.2	68.4

出典：新潟県福祉保健年報 法定報告値

3 対象者の見込み

国保加入者数は今後も減少傾向にあると見込まれるため、特定健診・特定保健指導対象者を次のように見込みました【図表3-4】。

【図表3-4】特定健診・特定保健指導対象者の見込み

(単位：人)

		R3年度	R4年度	R5年度
特定健診	対象者	28,490	26,674	24,833
	うち64歳以下	11,830 (41.52%)	10,937 (41.0%)	10,054 (40.48%)
	うち65歳以上	16,660 (58.48%)	15,737 (59.0%)	14,779 (59.52%)
	受診者	12,422	12,350	12,044
特定保健指導	対象者	956	951	927
	実施者	583	590	584

*年度途中の国保脱退・加入を除く

出典：上越市国保年金課

* () 内は、対象者全体に対する割合を表す

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診は、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関をとりまとめ、県医師会と当市国保側のとりまとめ機関である公益財団法人 新潟県健康づくり財団が集合契約を行います。

- ① 集団・施設健診(市内施設)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 人間ドック(特定健診も実施している医療機関)

(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、及び実施基準第16条第1項に基づき、特定健診を委託できる者の具体的な基準は厚生労働大臣の告示で定められています。

(3) 実施場所及び時期

特定健診を実施する会場や日時は、市のホームページや健診カレンダー、個別通知等で市民へお知らせします【図表3-5】。

【図表3-5】 健診実施場所及び時期

健診の種類	実施場所	実施時期
集団健診	市内施設(公民館等)又は健診実施機関(医師会等)	委託先の健診機関が、健診実施機関や公民館など市内各所の施設で行う健診
個別健診	市内各医療機関	各医療機関の施設で、一般外来患者と同様に日時を限定せずに行う健診
人間ドック	県内各健診機関	国保加入者が委託先の健診機関で人間ドックを行う健診

(4) 対象者

特定健診の対象者は、当市の国民健康保険加入者のうち、実施年度中に40歳から74歳までになる人としします。ただし、妊産婦や厚生労働大臣が定める人(特別養護老人ホーム入所者、長期入院等の人)は対象外としします。

また、18歳から39歳までの人は特定健診と同じ内容の市民健診を、75歳以上の人には腹囲・眼底検査・血清尿酸・尿素窒素を除く他は、心電図を含め特定健診と同じ内容で健康づくり推進課が主体となって実施しします。

(5) 特定健診実施項目

生活習慣病予防のために特定保健指導を必要とする人を抽出する項目（内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準）を実施するほか、当市の国保加入者の健康実態を踏まえ、市独自で検査項目を追加して健診を実施します【図表 3-6】。

【図表 3-6】 健診項目

基本的な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ・理学的検査（身体診察） ・血圧測定 ・血中脂質検査（総コレステロール、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、non-HDL コレステロール） ・肝機能検査 AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GT (γ-GTP) ・血糖検査（空腹時血糖、随時血糖、HbA1c 検査） ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
	上越市独自の追加項目	<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能検査（血清尿酸、尿素窒素） ・尿検査（尿潜血）
詳細な健診項目（*）	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・眼底検査 ・腎機能検査（血清クレアチニン）、e-GFR
	上越市独自の追加項目	<ul style="list-style-type: none"> ・貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット値）

（*）心電図検査、眼底検査、腎機能検査（血清クレアチニン）、貧血検査は全員に実施します。

(6) 実施時期

年度当初の4月から翌年3月まで実施します。

(7) 医療機関との適切な連携

治療中でも特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診受診に向けた協力を依頼します。

また、本人同意にもとづいて診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力を求めて連携していきます。

(8) 請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用（自己負担額を除く）の請求・支払い事務は、新潟県国民健康保険団体連合会に委託して行います。

(9) 健診の案内方法

受診率の向上につながるよう、様々な機会を通じて受診や健診日程などを案内します。

- ① 郵送による特定健康診査受診券（以下「受診券」という。）及び特定健康診査日程等の案内
- ② 広報上越・ホームページ及び広報車による周知
- ③ 未受診者の状況把握及び受診勧奨の実施

受診率向上に向け、より予防効果の高い若い世代から定期健診受診を定着化し、将来の重症化を予防するため、未受診者対策を次のように行います。

目的	受診率向上に向けた取組内容
若年者の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健診、保育園、学校での健康教育及び受診勧奨の充実 ・小学校5年生、中学校2年生への血液検査の事前説明と結果説明の充実
各年代の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・年度末年齢40、50、60歳の人を対象に無料クーポンを発行 ・電話や訪問での受診勧奨の実施、未受診理由の把握 ・健診未受診者のうち、男性及び糖尿病や高血圧関連で治療中の方に受診勧奨通知を発送 ・国保加入者及び年度途中加入者への受診券の送付 ・JA、商工会、事業所における健診の結果提供依頼 ・健康づくり推進活動チーム研修会、健康講座等で受診勧奨 ・健康づくりポイントの活用
リピーター率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会や戸別訪問等での保健指導を実施 ・科学的根拠に基づく保健指導の質の向上
治療中の人の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医に特定健診受診率向上に向けた協力を依頼 ・受診券に診療情報提供書を同封し市民へ啓発

5 特定保健指導の実施

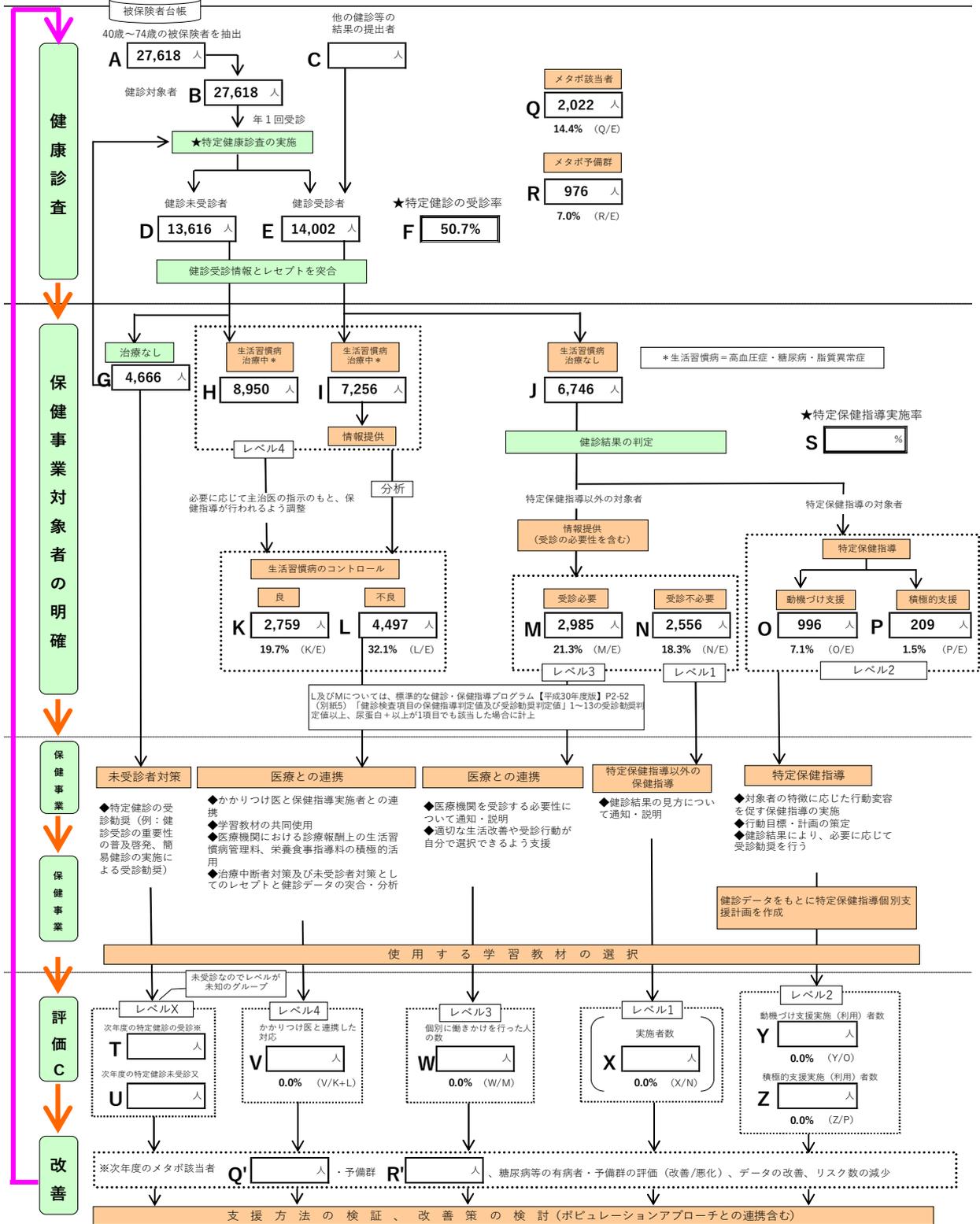
特定保健指導は、保険者の直接実施、または一般衛生部門への執行委任、外部健診機関への事業委託の形で行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います【図表3-7】。

【図表 3-7】糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（令和元年度実績）



出典：上越市健康づくり推進課・国保年金課

(2) 保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法

健診受診者には保健指導の優先順位をつけ、効果的な保健指導を実施します【図表3-8】。

【図表3-8】保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法
1	O P	特定保健指導 O：動機づけ支援 P：積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発）
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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

出典：上越市特定健診結果

(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

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します【図表3-9】。

【図表3-9】健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関（国保連合会）を通じて費用決済の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			
4月			◎特定健康診査費用の決済終了 ◎健診データ抽出
5月			◎実施率等の算出、社会保険診療報酬支払基金への報告

以降8月まで実施

出典：上越市国保年金課

6 個人情報の取扱い

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び上越市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

生活習慣病は、検査数値の異常が現れてから10年以上を経過して発症することも多いことから、国保加入者である期間は継続してデータを保管します。

7 結果の報告

特定健康診査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日までに実績報告を行います。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、当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 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、脳血管疾患、糖尿病性腎症及び虚血性心疾患における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等の減少を目指すものとし、特定健診における血圧、血糖、脂質の有所見率を維持・改善していきます。そのために、生活習慣病の重症化予防の取組として健診受診勧奨や保健指導を行います。さらに、重症化することが医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながる実態やその背景にある地域特性について、個人の実態と社会環境等に照らし合わせた中で市民に広く周知・啓発していきます。

自覚症状がない生活習慣病を予防するためには、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です。そのため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。第3章の特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施します。

当市においては男性のメタボ該当者が増加しており、退職時に有所見項目を複数保有した状態で国保に加入する人も多くなっています。有所見項目を複数保有している場合、将来的に重症化が進んでいくことが予測されるため、被用者保険との間で、健康課題の共有と重症化予防対策の連携を図ることが重要と考えています。また、健康増進計画に基づいた、生涯を通じた一貫した保健指導の取組として、妊娠期のころからの生活習慣病発症予防や75歳以上の重症化予防・介護予防を行っていきます。

2 重症化予防の取組

(1) 基本的な考え方

生活習慣病の重症化による合併症の発症・進行の抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取組を行います。具体的には医療機関の受診が必要な人には適切な受診勧奨を、また、治療中の人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。さらに、糖尿病性腎症の重症化予防の取組に当たっては、「上越市糖尿病性腎症重症化予防プログラム^{※48}」に基づき実施します。

(2) 対象者の明確化

重症化予防対象者の抽出に当たっては、特定健診受診者の健診データから実態を把握します。その際、治療の有無についても加えて分析することで、受診勧奨の対象者

を把握することができます。

保健指導対象者の優先順位を決め、より重症化しやすい対象者から保健指導を行っています。訪問指導対象者には39歳以下の若い世代や75歳以上の高齢世代も含まれており、市の健康診査を受診した全ての市民への重症化予防の保健指導を行います【図表4-1】。

【図表4-1】訪問指導対象者の優先度

区分		年齢	対象	備考	(参考) R1年度訪問対象者(集団・ドック地)						
優先度	項目				全数	18-39歳	40-64歳	65-74歳	健診時 74歳の 75歳	75-79歳	80歳以上
緊急	緊急訪問	年齢制限 なし	①1つ以上該当している人	健診受診後、1週間～10日程度で、上越医師会より簡易結果表が届く。 地区担当の保健師・栄養士は、対象者に連絡が取れ次第、訪問に行き、医療機関受診状況の確認と受診勧奨する。その後も継続して支援していく。	70	2	6	9	0	53	
			・HbA1c 10.5%(JDS10%)以上		3		1			2	
			・空腹時、随時血糖値40以下または300mg/dl以上		4		1	2		1	
			・中性脂肪 800mg/dl以上		1		1				
			・LDL 29以下または250mg/dl以上		8	2	1	1		4	
			・GOT・GPT 300IU/l以上		2			1		1	
			・γ-GPT 700IU/l以上		8		2	5		1	
			・クレアチニン 1.8mg/dl以上		41					41	
			・ヘモグロビン 5.9以下または20g/dl以上		5		1			4	
・心電図所見あり(心房細動など)	19				7		12				
1	特定保健指導	特定保健指導 対象年齢	② 積極的支援 (～64歳) ③ 動機づけ支援	※国保加入者のみ 6か月間の支援、評価を必ず実施する。 糖負荷試験、頸動脈エコーへ案内する(69歳以下)。	207		207				
2	重症化予防	74歳以下	④ II度以上高血圧 160/100mmHg以上		829	10	155	631	33		
			⑤ HbA1c 6.5%以上		650	2	80	529	39		
			⑥ 腎専門医へ紹介レベル*		1,920	71	283	1,466	100		
			⑦ LDL 160mg/dl以上	(LDL単独160以上の女性は地区担当判断で。)	793	50	218	505	20		
			⑧ 中性脂肪 300mg/dl以上		226	19	53	145	9		
			⑨ 心房細動・心房粗動あり		137		11	116	10		
			⑩ 脳心血管病リスク層別化の高リスク層*		567	5	49	479	34		
3	重症化予防	74歳以下	⑪ メタボ該当者及び予備群該当者のうち①～⑩に当てはまらない者(男性)		430	8	77	317	28		
			⑫ II度以上高血圧 160/100mmHg以上		484					484	
4	重症化予防	75歳以上	⑬ 心房細動あり	市職員が初回訪問し、必要に応じて包括支援センターへ引き継ぐ。	286					286	
			⑭ HbA1c 7.0%以上		130					68	62
			合計		7,586	167	1,315	4,878	273	953	

※対象者は、令和元年度集団健診・ドック・個別健診・情報提供の受診者より(令和2年4月8日現在)。支援訪問対象者は、網掛けのうち集団のみ。
 * ⑥腎専門医へ紹介レベル:尿蛋白(+)以上、尿蛋白(±)以上かつ尿潜血(+)以上もしくはeGFR60未満、eGFR45未満(40歳未満はeGFR60未満)
 * ⑩脳心血管病リスク層別化の高リスク層:高値血圧(130/80)以上+3個以上の危険因子(65歳以上、喫煙、脂質異常症、肥満、メタボリックシンドローム等)
 * 継続訪問が必要な場合、対象者の状況に応じて保健師・栄養士の専門性を考慮して担当を決める。
 * 地区担当は、上記の対象者以外にも必要に応じて訪問する。【例:低栄養等、高齢による衰弱の予防等】

出典:上越市健康づくり推進課

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

健診の未受診により、自らの生活習慣病のリスク保有状況が分からず、気づかないうちに生活習慣病が発症することを防ぐため、過去の健診結果において血圧や血糖値等が高く、その後健診を受診していない人等に優先順位を決め、地区ごとに訪問を実施し受診勧奨を行います。

健康診断を受診した後は、自分の健診結果の理解につなげるために、地区特性に合わせた説明会を開催し、健診結果の見方やその背景について説明します。結果説明会後も必要な人へ訪問等行い、受診状況や服薬状況を確認し、健診結果と生活を結び付けて考えられるように保健指導を継続して行っていきます。

保健指導に当たっては、血圧の高い人には血圧のことがイメージできるように、また薬を内服している人には服薬管理の重要性が分かるように、それぞれ対象者に

応じた指導を行うとともに、保健指導教材を活用するなどの工夫をします。また、治療が必要にも関わらず医療機関を受診していない場合や治療を中断している場合は受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います

当市は、高血圧Ⅱ度以上の人の割合が高い状況にあり、優先的に受診勧奨及び生活改善に取り組むべき重症化予防対象者としています。地区ごとに保健指導の状況、治療状況を確認し、継続して保健指導を行っていきます。また、メタボ該当者が増加している実態もあり、健診結果に基づき対象者に合わせた身体活動の提案も保健指導時に行います。さらに、糖尿病性腎症の重症化予防の取組に当たっては、「上越市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、HbA1c6.5以上の人に対し、治療状況を把握し、適切な治療開始、継続を支援し、「糖尿病治療ガイド」に沿った保健指導を行います。

② 二次健診に基づいた保健指導

当市の課題である脳血管疾患の重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、適切な指導につなげていく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン^{*49}JCS2013には「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラーク^{*50}と血管機能不全^{*51}の二つの側面がある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある。」とあるため、当市においては、頸動脈エコー検査^{*52}を二次健診として実施します。

また、特定健診では、糖尿病性腎症の早期発見と腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、特定保健指導該当者等には二次健診(生活習慣病予防教室)を案内し、尿中アルブミン検査^{*53}等を実施して結果に基づき介入することで腎症重症化予防を目指します。

健診結果が糖尿病境界領域である人や糖尿病家族歴がある人等を対象に糖負荷試験^{*54}を実施します。参加者が検査結果と食事・運動等の生活習慣の関係を理解し実践できるよう保健指導を行います。

③ 対象者の管理

地区担当者が各地区の規模や健康課題など、実態を踏まえ計画的に保健指導を実施します。その際、地区担管理表を用い、地区ごとに対象者の保健指導実施状況を入力した訪問実施状況を把握した中で、進捗状況を管理します。

過去の健診で一度でもHbA1c6.5%以上または高血圧Ⅱ度以上に該当した人を把握するため、地区ごとに「高血圧・糖尿病管理台帳」を作成します。治療をしていない者、治療を中断している者に対し受診勧奨を行い、毎年の健診結果から該当者を追加し、把握漏れがないよう管理します【図表4-2】【図表4-3】。

【図表 4-3】令和元年度 訪問指導対象者訪問

ブロック	訪問区分	1			2、3			4			5			6			1~6 合計				(参考) 人口 (R2.3.31現在)	
		緊急			特保			Ⅱ度高血圧			HbA1c6.5以上			腎専門医紹介レベル								
		対象者	訪問済		対象者	訪問済		対象者	訪問済		対象者	訪問済		対象者	訪問済		対象者	訪問済				
			初回	2回目以降		初回	2回目以降		初回	2回目以降		初回	2回目以降		初回	2回目以降		初回	実施率	2回目以降		実施率
A	高田	13	12	4	138	123	31	94	77	10	61	49	15	254	187	3	560	448	80.0%	63	11.3%	27,841
	金谷	5	5	4	52	44	10	43	33	2	25	22	8	127	102	10	252	206	81.7%	34	13.5%	13,911
	和田	0	0	0	34	25	1	31	22	4	11	8	2	41	31	3	117	86	73.5%	10	8.5%	5,999
	三郷	0	0	0	6	5	5	8	8	0	2	2	0	19	15	2	35	30	85.7%	7	20.0%	1,309
B	春日	5	5	3	95	91	45	54	46	14	31	29	11	84	68	14	269	239	88.8%	87	32.3%	21,043
	新道	3	3	1	33	29	11	34	32	2	17	15	4	67	56	5	154	135	87.7%	23	14.9%	9,189
	津有	1	1	0	25	21	8	14	12	2	6	5	0	47	32	6	93	71	76.3%	16	17.2%	4,748
	高士	1	1	0	7	5	2	9	8	0	7	7	1	24	17	2	48	38	79.2%	5	10.4%	1,392
	諏訪	0	0	0	9	5	1	5	3	1	0	0	0	5	2	0	19	10	52.6%	2	10.5%	924
	三和	3	3	0	33	31	6	17	13	0	13	11	1	56	44	4	122	102	83.6%	11	9.0%	5,449
C	有田	5	5	3	51	40	5	37	31	1	22	13	3	97	73	4	212	162	76.4%	16	7.5%	15,340
	保倉	0	0	0	15	13	1	10	8	1	8	7	4	21	18	1	54	46	85.2%	7	13.0%	2,056
	北諏訪	0	0	0	6	3	1	8	6	0	2	2	0	7	7	0	23	18	78.3%	1	4.3%	1,499
	八千浦	1	1	0	17	11	1	13	10	1	12	9	2	46	39	6	89	70	78.7%	10	11.2%	3,885
	頸城	1	1	1	60	41	12	35	25	2	20	14	3	82	55	5	198	136	68.7%	23	11.6%	9,401
D	直江津	1	1	3	41	36	9	38	33	9	23	19	5	55	48	6	158	137	86.7%	32	20.3%	10,271
	五智	2	2	2	46	37	12	33	26	4	19	17	4	48	44	8	148	126	85.1%	30	20.3%	7,997
	谷浜	0	0	0	8	8	7	11	10	13	3	3	2	13	13	4	35	34	97.1%	26	74.3%	1,231
	桑取	1	1	1	1	1	0	3	3	3	1	1	1	2	1	0	8	7	87.5%	5	62.5%	253
	名立	2	2	4	17	17	9	20	20	16	4	4	4	28	27	4	71	70	98.6%	37	52.1%	2,457
E	安塚	2	2	2	19	11	4	5	1	0	9	9	6	49	20	4	84	43	51.2%	16	19.0%	2,206
	浦川原	2	2	0	17	13	2	15	14	1	8	7	1	28	23	2	70	59	84.3%	6	8.6%	3,211
	大島	1	1	1	9	9	7	5	5	6	7	7	3	25	21	4	47	43	91.5%	21	44.7%	1,425
F	柿崎	3	2	1	75	68	8	56	50	4	32	24	1	127	87	3	293	231	78.8%	17	5.8%	9,269
	大潟	5	2	1	47	37	24	61	53	14	22	21	5	137	113	4	272	226	83.1%	48	17.6%	9,300
	吉川	6	6	9	32	30	18	13	9	2	21	19	7	63	55	7	135	119	88.1%	43	31.9%	3,939
G	牧	1	1	0	7	7	5	19	16	5	8	7	4	36	29	2	71	60	84.5%	16	22.5%	1,740
	中郷	1	1	0	22	20	1	17	15	0	7	5	0	62	47	0	109	88	80.7%	1	0.9%	3,564
	板倉	2	1	2	36	31	0	20	14	0	19	16	2	71	55	0	148	117	79.1%	4	2.7%	6,559
	清里	2	2	0	16	12	1	6	5	0	14	13	4	57	46	2	95	78	82.1%	7	7.4%	2,584
合計	69	63	42	974	824	247	734	608	117	434	365	103	1,778	1,375	115	3,989	3,235	81.1%	624	15.6%	189,992	

出典：上越市健康づくり推進課・国保年金課

④ 保健指導の質の向上と体制整備

市民が納得できる保健指導を行い、課題の解決に結びつくよう保健指導の質の向上を目指します。そのために定期的に保健指導業務検討会を開催し健康課題や保健指導実施方法を共有し、保健指導のスキルアップを目指します。また、地区担当制をとることで異なる地域性を考慮するなど地区ごとの実態に基づいた保健指導を実施していきます【図表 4-4】。

【図表 4-4】 保健指導実施者と保健指導計画

職位等	該当者 (A)	年間目標件数			合計			1か月当たり 件数 (D/12か月)	
		訪問(B)	個別面談等 (C)	1人当たり件数 合計(D)	訪問合計 (A×B)	面談合計 (A×C)	保健指導 合計 (A×D)		
保健師長・栄養士長	9	35	15	50	315	135	450	4	
主任・保健師・栄養士	27	112	48	160	3,024	1,296	4,320	13	
主任・保健師・栄養士（育休復帰）	5	84	36	120	420	180	600	10	
主任・保健師・栄養士（育休予定）	2	21	9	30	42	18	60	3	
保健師（新採用）	2	70	30	100	140	60	200	8	
国保看護師	1	56	24	80	56	24	80	7	
会計年度任用職員	国保7時間勤務	3	224	96	320	672	288	960	27
	国保6時間勤務	4	175	75	250	700	300	1,000	21
	健康づくり推進課8時間勤務	2	175	75	250	350	150	500	21
	健康づくり推進課7時間勤務	2	224	96	320	448	192	640	27
	健康づくり推進課6時間勤務（その他）	1	84	36	120	84	36	120	10
日々雇用	1	100	0	250	100	0	250	21	
	1	200	0	200	200	0	200	17	
	2	100	0	100	200	0	200	8	
	3	40	0	40	120	0	120	3	
合計	65				6,871	2,679	9,700		

出典：上越市健康づくり推進課・国保年金課

(4) 関係機関との連携

医療機関未受診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、治療中の人には医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療や介護の情報については、KDB等を活用しデータを収集していきます。

また、血糖や血圧コントロールが必要な人に「糖尿病連携手帳^{※55}」「血圧手帳」を自己管理を目的として配布します。この手帳を活用し、保健指導の内容等をおかかりつけ医に情報提供します。また、歯科医師や薬剤師、ケアマネジャー等とも本人を介して手帳を共有し、多職種で重症化予防に取り組みます。

(5) 高齢者の特性を踏まえた保健指導

75歳以降の後期高齢者は、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルや認知症等の進行により健康上の個人差が大きくな

ります。こうした特性を踏まえ、75歳以降、国保から後期に移行後も、継続した保健指導を行い、重症化予防・介護予防を目指します。また、地域包括支援センターとは、重症化予防・介護予防の取組について、同じ視点で関わっていただけるよう連携します。特に当市の健康課題から重症化するおそれのある人に対して、重症化予防の視点を入れたケアプラン^{※56}の作成を行い、多職種の医師や薬剤師、ケアマネジャーや社会福祉士等と連携して自立に向けた支援を実施していきます。

(6) 評価

評価に当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。

短期的評価については高血圧・糖尿病管理台帳等の情報及びKDB等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と合わせて年に1回行います。また、中長期的評価については脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患等の評価と合わせて行います。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等有所見者割合で評価します。

イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の患者割合で評価します。

(7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 保健指導に関する業務検討会を開催。職員間で対象者の選定基準の決定、対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定、課題や実施方法等を共有
- 7月～ 特定健診結果が届き次第、地区垣管理表に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3 発症予防の取組

(1) 基本的な考え方

小児期・学童期は、将来の生活習慣病の発症予防を目指し、子どもの成長・発達と生活習慣の関係が理解できるよう取組を行います。具体的には子どもの発育・発達にあわせた生活習慣の確立のため、妊娠期から継続して健康教育を実施します。また、肥満や血液検査の有所見者には、生活習慣病の発症予防のための保健指導を実施します。さらに、子どもだけでなく家族を含めた生活習慣の見直しにつながるよう保健指導を実施します。

18歳から39歳の市民健診受診者に対しても、生活習慣病の発症予防の視点で、将来の重症化予防に向けて早期から取り組みます。

また、会社等を退職し国保に加入後、数年で生活習慣病が重症化する人が多い実態があります。企業看護職や健診機関の看護職を含めて保健指導実施方法について共有化していくとともに、事業所や協会けんぽ、健保組合と連携し個別保健指導や健康講座等を実施し、働き盛り世代からの重症化予防に取り組みます。

(2) 対象者の明確化

小児期・学童期の対象者の抽出に当たっては、乳幼児健診、保育園での身体計測、血液検査実施者の結果から実態を把握します。各期における保健指導対象者を決め、保育士や養護教諭等と連携しながら保健指導を行います。市民健診受診者については、対象者の抽出基準は重症化予防の取組に準じます【図表4-5】【図表4-6】【図表4-7】。

【図表4-5】乳幼児健診における肥満対応

対象	指導形態	実施時期
肥満度15%以上の児	個別指導	1歳6か月健診、2歳児健診 2歳6か月健診、3歳児健診
1歳6か月児健診から3歳児健診までに 4kg以上体重増加が見られた児		3歳児健診

出典：上越市健康づくり推進課

【図表4-6】保育園における肥満対応

肥満度	対応方法	対応者
15～19% (肥満傾向)	今以上に肥満度を上げず、肥満度20%までに抑えるよう指導	保育園
20～39% (軽度肥満)	食事指導や運動についての個別指導	地区担当 保健師・栄養士 との協働
40%以上 (高度肥満)	ただちに小児肥満治療専門機関へ紹介	

出典：上越市保育課・健康づくり推進課

【図表 4-7】学童期における血液検査結果保健指導対象者

検査項目		異常なし	要生活指導	要精密検査	
脂質検査	総コレステロール mg/dl	189以下	190～219	220以上	
	HDLコレステロール mg/dl	40以上		39以下	
	LDLコレステロール mg/dl	109以下	110～139	140以上	
糖代謝検査	HbA1c (NGSP) %	4.6～5.5		5.6以上	
貧血検査	白血球数 / μ l	3,500～9,999		3,499以下	
	ヘモグロビン g/dl	中学生男子	12.5以上	11.5～12.4	11.4以下
		中学生女子	12.0以上	11.0～11.9	10.9以下

出典：小児生活習慣病マニュアル(上越医師会)

(3) 保健指導の実施

① 妊娠期からの保健指導

妊娠期において、教材を活用し、妊婦健診結果から自分の体の状態がイメージできるようにするとともに、自分の結果に合わせた食事の食べ方等過ごし方を理解してもらえよう保健指導を行います。また、妊婦だけでなく参加している夫や家族についても自身の健康管理について考え、生活習慣の振り返りができるよう取り組みます。さらに、妊娠期には生活習慣病の発症リスクが出現しやすいことから、妊婦健診において高血圧や糖尿病等の症状が見られた妊婦に対しては、乳幼児健診や訪問等で産後の経過について把握し、生活習慣病の発症予防について周知していきます。

② 乳幼児期の保健指導

各健診における身体計測値を身長体重曲線に書き入れ、保護者と共有していきます。また、望ましい生活習慣の確立を目指し、生活リズムの重要性について保護者に理解してもらうとともに、肥満予防についても乳幼児期からの継続した保健指導を実施していきます。子どもの肥満や血液検査における有所見者の割合が増加しているため、乳幼児期から継続した発症予防の取組が必要であり、対象児については保健師、栄養士と保育園等で連携し支援します。

③ 学童期への保健指導

学童期は望ましい生活習慣を確立していくうえで、家庭の影響を受けやすい世代でもあるため、血液検査を通して家族全体で生活習慣を振り返る機会としていきます。

血液検査実施前に、子どもたちや保護者へ血液検査の必要性について説明し、より多く子どもたちが自身の身体の状態を知るために血液検査を受けてもらえるよう保健指導を実施します。血液検査の結果が判明した後は、血液検査実施の有無を問わず血液検査の数値から分かることを説明し、将来的な生活習慣病の予防と生活習慣を振り返り行動ができるよう保健指導を実施します。全ての生徒に生活習慣病予防の啓発を行うとともに、要生活指導、要精密検査対象者に対しては、個別の実態に合わせて、子どもたちや保護者に保健指導を実施します。

④ 39歳以下の市民健診受診者や被用者保険加入者に対する保健指導

18歳から39歳の市民健診受診者に対しては、重症化が予想される対象者に個別保健指導を実施し、将来における重症化を未然に防ぐ取組を実施します。

また、働き盛り世代に対しては従業員が50人未満の事業所が多く加入する協会けんぽ加入者が約6万人いることから、協会けんぽと協定を締結し、協会けんぽ加入者のハイリスク者には同意を得たうえで、個別保健指導を実施します。また、男性が多い事業所を退職した人の中に重症化している人が多いことから、男性の多い職場と連携し、健診結果に基づいた保健指導を実施します。さらに、健保組合等の企業看護職や健診実施機関の看護職に向けて、保健指導の実施方法について共有を図り、被用者保険加入者に対する保健指導の質の向上を図り、市民全体の発症予防・重症化予防を行います。

(4) 関係機関との連携

妊娠期では、妊婦健診を受診する医療機関や上越助産師会等と連携し、妊娠期から出産後まで健やかに過ごせるよう支援していきます。

乳幼児期では、保育園や幼稚園等と連携し、保健指導対象者に応じて役割分担をしながら、保健指導を実施します。また、肥満児の実態や課題等について健康づくり推進協議会等で医師会、歯科医師会等とも実態を共有し、効果的な保健指導や医療機関との連携を実施し、肥満児が増えないよう取り組みます。

学童期では、教育委員会、各学校の養護教諭等と連携し、血液検査の受診率向上や効果的な保健指導実施方法について検討し、保健指導を実施します。また、医師会等と連携し、家族性高コレステロール血症者等が把握できた場合の対応方法等について検討し、早期に発見できた異常を将来、重症化させないよう取組を行います。

働き盛り世代では、協会けんぽや健保組合、健診機関の看護職、県と連携するとともに、市内の各事業所等の衛生管理者等の健康管理担当者や生命保険会社等の国保加入者以外とも関わりを持てる民間事業者とも連携していきます。

(5) 評価

評価に当たっては、短期目標として乳幼児期の肥満児割合の推移と学童期における血液検査での有所見者割合を評価します。また、若い世代のメタボが増えていることから、短期目標として市民健診のBMI 有所見割合を評価します。

(6) 実施期間及びスケジュール

- 1～3月 次年度の保健指導実施内容について養護教諭と打合せ
- 2～9月 事前保健指導実施
- 4～9月 血液検査実施
- 6月～ 対象者の抽出
- 7月～ 事後保健指導実施（集団指導・個別指導）

4 広く市民に周知・啓発する取組

標準的な健診・保健指導プログラム（平成30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方向で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、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。」とされています。（出典：標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版））

当市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実態を知り、高齢化が進む自分の地域でこれからも安心して暮らしていくために、自分なら何ができるかを自身で考え、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ます【図表4-8～4-10】。

健康増進計画や本計画の目標である健康寿命の延伸及び、健康格差の縮小の実現を目指すため、保険者努力支援制度を活用した市民の健康づくりへの取組等の推進を図ります。市民自らの健康づくりに対する取組や疾病予防に向けた行動を促すため、各種健康診査の受診や健診結果説明会、健康講座等への参加、減塩などの食事や運動習慣などの健康管理の継続した取組に対してポイントを付与する健康づくりポイント事業を実施します。【図表4-11】

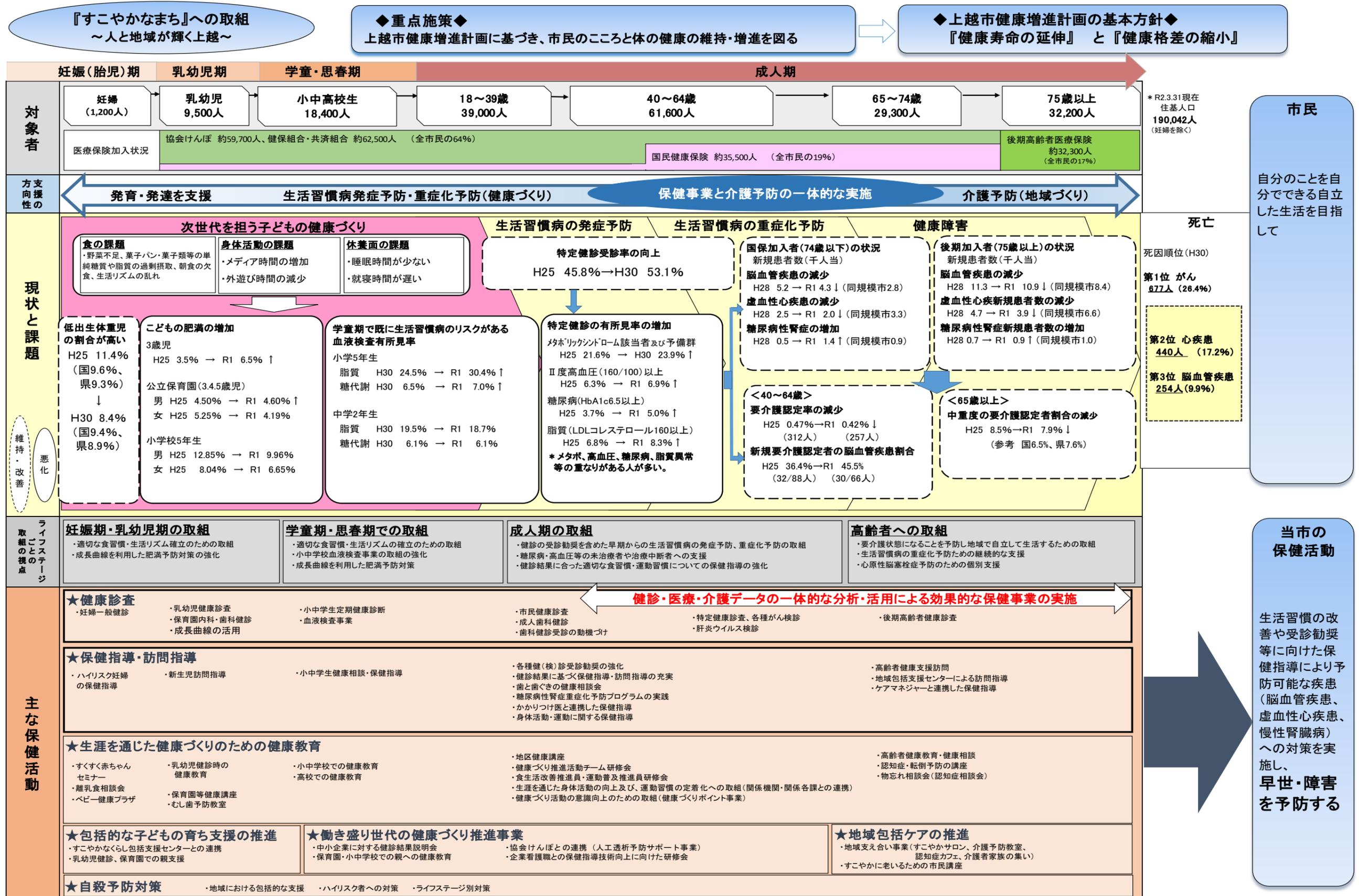
健康増進の取組が多くの人に広がるよう健康づくり推進活動チーム研修会の実施、

健康づくりリーダー、食生活改善推進員、運動普及推進員と連携した地域活動事業を実施します。また、生涯を通じて心身ともに健康で暮らせるように、様々な分野の団体や機関、保険会社等と連携しながら、妊娠期から高齢期まで生涯を通じた健康づくり活動を実施します。

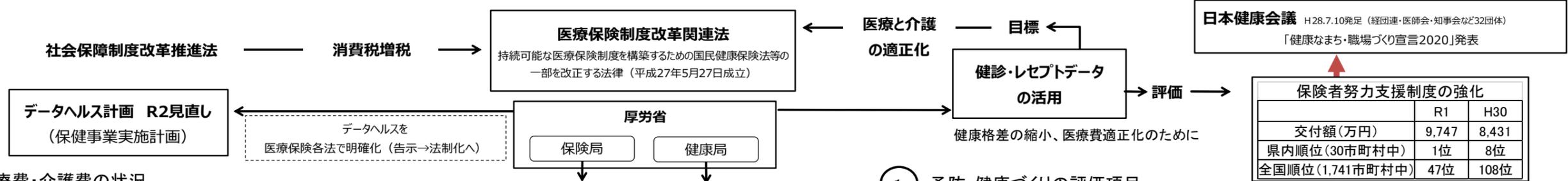
第4章 保健事業の内容

【図表 4-8】上越市健康増進計画改訂版に基づく保健活動

上越市健康増進計画改訂版に基づく保健活動

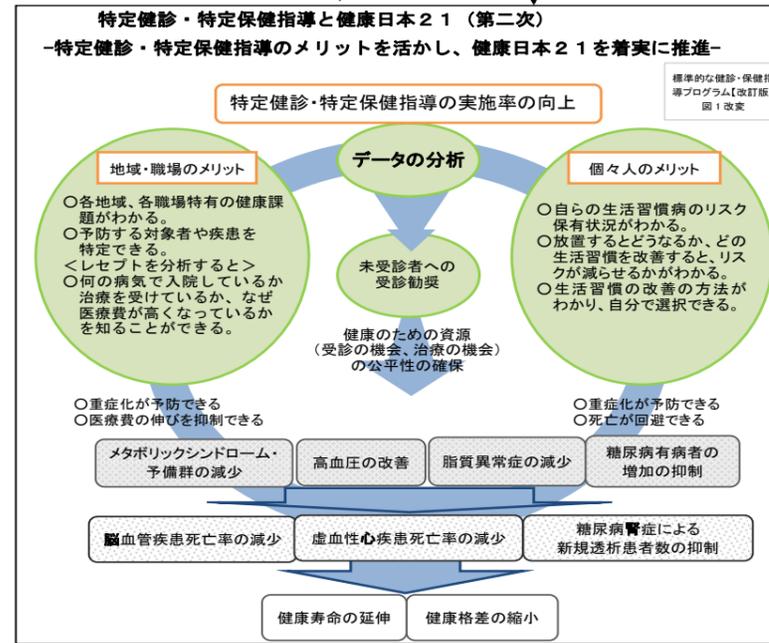


予防・健康管理（データヘルス）の視点で見た上越市の課題 ～生涯を通じた加入者の健康管理を進めるために～



3 医療費・介護費の状況
 ・国保・後期・介護とも1人当費用額の伸び率は同規模市より低く抑えられており、後期と介護を併せた費用額は当市の方が低い状況である。

条件	上越市 (同規模市の順位)	同規模市 (平均)			
65～74歳割合 (国保加入者)	57.1%	44.4%			
病院病床数 人口千人対	71.2床	57.1床			
1人当年間医療費					
	予防可能な 疾患医療費	1人当年間 医療費	予防可能な 疾患医療費		
国保	H26	32.8万円 (4位/35)	8.5万円	27.3万円	7.0万円
	R1	36.6万円 (2位/31)	6.1万円	31.9万円	5.5万円
	伸び率	1.11%	0.71%	1.16%	0.78%
	差額	3.8万円	▲2.4万円	4.6万円	▲1.5万円
後期	H26	67.9万円 (39位/40)	16.0万円	80.0万円	20.6万円
	R1	68.6万円 (30位/31)	10.6万円	81.3万円	14.2万円
	伸び率	1.01%	0.66%	1.01%	0.68%
	差額	0.7万円	▲5.4万円	1.3万円	▲6.4万円
介護 給付当 費以上	H26	38.6万円		26.8万円	
	R1	35.3万円		27.1万円	
	伸び率	0.91%		1.01%	
差額	▲3.3万円		0.3万円		



1 予防・健康づくりの評価項目
 ・特定健診受診率は5割であり、同規模市内1位である。メタボ該当者は同規模市と比較して少ないものの、増加傾向である。

	H26	H30	国の目標	
特定健診受診率	上越市 (同規模市順位)	48.0% (1位/36)	53.1% (1位/31)	60%以上
	同規模市	35.3%	37.3%	
特定保健指導実施率	上越市	60.5%	62.2%	60%以上
	同規模市	18.2%	18.4%	
メタボ該当者	上越市	14.1%	16.4%	H20より25%減 (18.6%以下)
	同規模市	16.9%	18.7%	
メタボ予備群	上越市	7.7%	7.3%	
	同規模市	10.3%	10.6%	

R1 未受診者訪問 4,639人(延べ)
 R1 保健指導訪問 6,057人(延べ)
 R1 結果説明会参加数 7,336人(延べ)

2 特定健診・後期高齢者健診の有所見状況 (R1)
 ・高血圧の拡張期血圧の有所見率は県・全国と比較して高く、糖尿病・脂質異常は低い状況にある。

	特定健診(40～74歳)								後期高齢者健診(75歳以上)								
	高血圧		糖尿病		脂質異常		高血圧		糖尿病		脂質異常						
	収縮期血圧	拡張期血圧	HbA1c	LDL	収縮期血圧	拡張期血圧	HbA1c	LDL									
	130以上	85以上	5.6以上	120以上	140以上	90以上	6.5以上	140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					
男性	市	3,089	47.2	2,759	42.1	2,737	41.8	2,835	43.3	956	28.0	502	14.7	211	6.2	401	11.8
	県	32,193	47.2	18,427	27.0	44,976	66.0	31,163	45.7	10,779	27.8	2,546	6.6	5,014	12.9	4,611	11.9
	全国		49.3		24.3		58.5		47.6		30.0		6.2		13.7		14.7
女性	市	3,211	41.8	2,162	28.1	2,972	38.7	3,986	51.8	1,075	32.0	451	13.4	132	3.9	650	19.3
	県	33,591	40.6	13,800	16.7	55,469	67.1	45,299	54.8	14,136	28.9	2,656	5.4	4,300	8.8	8,814	18.0
	全国		43.6		15.1		57.6		57.6		32.1		5.4		9.0		22.5

4 介護認定の状況
 ・1号、2号被保険者とも要介護認定率は減少傾向である。

	上越市	認定者数	同規模市 (平均)	
2号	H26	0.5%	325人	0.4%
	R1	0.4%	285人	0.4%
	差	▲0.1ポイント	▲40人	0ポイント
1号	H26	24.4%	13,163人	19.5%
	R1	21.7%	12,790人	18.5%
	差	▲2.7ポイント	▲373人	▲1ポイント

5 介護認定者の有病状況
 ・脳疾患が減少傾向だが、同規模市と比較すると高い。

	心疾患	脳疾患	高血圧症	糖尿病	がん	
市	H27	64.6%	31.0%	56.9%	23.5%	10.7%
	R1	64.3%	28.6%	56.9%	24.0%	10.9%
同規模市	R1	58.3%	23.9%	51.5%	23.0%	10.7%

6 死亡割合の状況
 ・心臓病が増加し、脳疾患が減少している。

市	H27	心臓病	脳疾患	腎不全	糖尿病	自殺	がん
	R1	25.6%	18.2%	2.5%	2.0%	4.6%	47.1%
同規模市	R1	30.5% ↑	16.0% ↓	2.7%	1.3%	3.1% ↓	46.4%
同規模市	R1	26.4%	14.4%	3.2%	1.9%	2.9%	51.1%

7 国保・後期の入院の疾病状況
 ・心不全が割合も高く増加傾向にあるが、脳梗塞・脳出血、腎不全、虚血性心疾患は同規模市より割合が低い傾向にある。

	心不全		脳梗塞・脳出血		腎不全		虚血性心疾患		
	1人当医療費	割合	1人当医療費	割合	1人当医療費	割合	1人当医療費	割合	
国保	H27	0.6万円	4.4%	0.5万円	3.9%	0.2万円	1.6%	0.3万円	2.8%
	R1	0.8万円 ↑	6.7% ↑	0.5万円	4.6% ↑	0.2万円	2.1%	0.2万円 ↓	2.5% ↓
	R1(同規模市)	0.8万円	6.5%	0.6万円	4.7%	0.4万円	3.3%	0.4万円	3.4%
後期	H27	2.5万円	9.1%	1.9万円	6.8%	0.5万円	1.9%	0.6万円	2.1%
	R1	3.5万円 ↑	11.9% ↓	2万円	6.8%	0.5万円	1.7%	0.7万円	2.2%
	R1(同規模市)	3.8万円	9.8%	2.8万円	7.2%	1.6万円	4.3%	1.1万円	2.9%

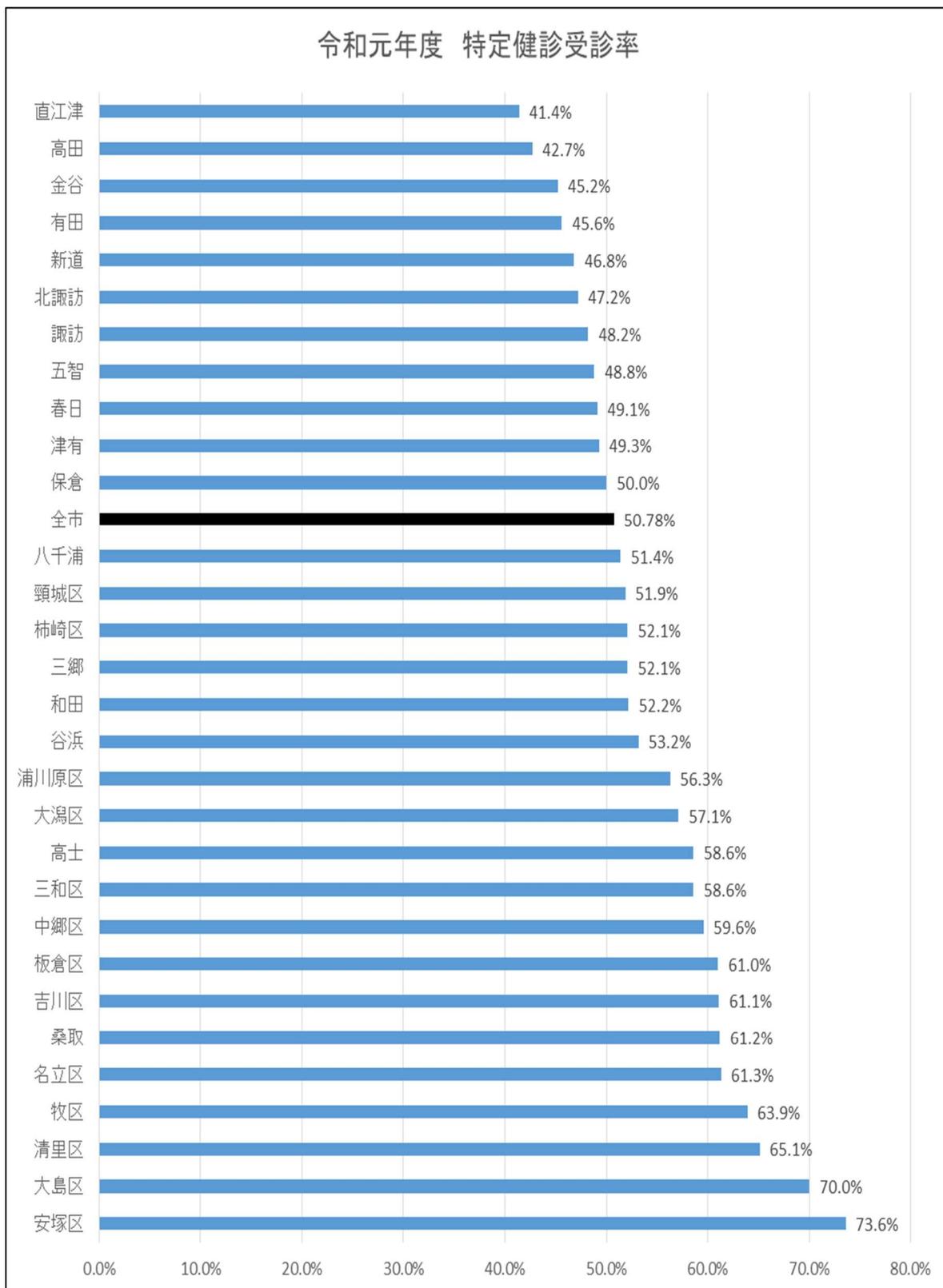
今後の方向性
 予防可能な脳・心・腎を重症化させない取組の継続

- ・健診受診率向上に向けた取組
- ・重症化させないためのメタボ・高血圧・糖尿病等に対する継続した保健指導
- ・生涯を通じた生活習慣病予防の取組

※ 同規模市と比較して悪い値に○、よい値に■、経年変化のある疾病等の上昇に↑、下降に↓をつけてあります。

データの出典:KDB(国保データベース)

【図表 4-9】 地区別特定健診受診率



出典：上越市特定健診結果

【図表 4-10】 特定健診結果 高血圧の地区別状況

	高血圧治療なし									高血圧治療中									
	継続受診者			新規受診者			継続受診者			新規受診者									
	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合	
全市	8,935	549	6.1%	7,196	392	5.4%	1,739	157	9.0%	5,089	415	7.2%	4,361	339	7.8%	728	76	10.4%	
Aブロック	高田	1,265	83	6.6%	1,004	55	5.5%	261	28	10.7%	604	39	7.0%	499	29	5.8%	105	10	9.5%
	金谷	572	28	4.9%	454	21	4.6%	118	7	5.9%	340	29	8.0%	299	25	8.4%	41	4	9.8%
	和田	281	17	6.0%	209	12	5.7%	72	5	6.9%	136	20	8.2%	118	16	13.6%	18	4	22.2%
	三郷	62	5	8.1%	55	2	3.6%	7	3	42.9%	36	4	5.7%	30	3	10.0%	6	1	16.7%
Bブロック	春日	793	36	4.5%	600	23	3.8%	193	13	6.7%	398	33	6.9%	329	28	8.5%	69	5	7.2%
	新道	386	19	4.9%	304	16	5.3%	82	3	3.7%	196	21	9.1%	155	15	9.7%	41	6	14.6%
	津有	223	14	6.3%	175	9	5.1%	48	5	10.4%	115	9	9.7%	100	5	5.0%	15	4	26.7%
	諏訪	47	4	8.5%	34	2	5.9%	13	2	15.4%	19	3	2.8%	15	3	20.0%	4	0	0.0%
	高士	75	7	9.3%	64	6	9.4%	11	1	9.1%	57	4	5.7%	43	3	7.0%	14	1	7.1%
	三和	272	19	7.0%	223	14	6.3%	49	5	10.2%	165	8	6.4%	144	8	5.6%	21	0	0.0%
Cブロック	有田	543	34	6.3%	437	30	6.9%	106	4	3.8%	258	15	5.9%	204	14	6.9%	54	1	1.9%
	八千浦	163	6	3.7%	150	5	3.3%	13	1	7.7%	133	11	6.9%	122	10	8.2%	11	1	9.1%
	北諏訪	81	7	8.6%	55	6	10.9%	26	1	3.8%	43	2	9.9%	38	2	5.3%	5	0	0.0%
	保倉	105	4	3.8%	87	1	1.1%	18	3	16.7%	66	9	9.1%	50	4	8.0%	16	5	31.3%
	頸城	403	27	6.7%	326	20	6.1%	77	7	9.1%	226	23	8.7%	202	19	9.4%	24	4	16.7%
Dブロック	直江津	397	32	8.1%	315	22	7.0%	82	10	12.2%	224	17	6.5%	194	12	6.2%	30	5	16.7%
	五智	341	29	8.5%	253	18	7.1%	88	11	12.5%	196	17	6.8%	158	14	8.9%	38	3	7.9%
	谷浜	76	8	10.5%	58	8	13.8%	18	0	0.0%	54	4	4.2%	44	4	9.1%	10	0	0.0%
	桑取	18	2	11.1%	14	2	14.3%	4	0	0.0%	8	2	12.1%	6	1	16.7%	2	1	50.0%
	名立	164	12	7.3%	138	8	5.8%	26	4	15.4%	96	12	9.5%	87	11	12.6%	9	1	11.1%
Eブロック	浦川原	167	8	4.8%	142	6	4.2%	25	2	8.0%	103	8	9.3%	90	8	8.9%	13	0	0.0%
	安塚	173	5	2.9%	150	5	3.3%	23	0	0.0%	142	7	7.4%	129	6	4.7%	13	1	7.7%
	大島	104	4	3.8%	91	3	3.3%	13	1	7.7%	76	2	1.5%	70	1	1.4%	6	1	16.7%
Fブロック	柿崎	555	34	6.1%	456	25	5.5%	99	9	9.1%	334	39	9.6%	294	36	12.2%	40	3	7.5%
	大潟	524	48	9.2%	430	28	6.5%	94	20	21.3%	355	31	8.1%	318	27	8.5%	37	4	10.8%
	吉川	270	15	5.6%	241	12	5.0%	29	3	10.3%	155	8	7.1%	128	4	3.1%	27	4	14.8%
Gブロック	牧	138	13	9.4%	120	10	8.3%	18	3	16.7%	76	9	7.1%	73	9	12.3%	3	0	0.0%
	中郷	214	8	3.7%	179	5	2.8%	35	3	8.6%	129	15	6.4%	118	13	11.0%	11	2	18.2%
	板倉	357	16	4.5%	299	15	5.0%	58	1	1.7%	242	11	5.6%	213	7	3.3%	29	4	13.8%
	清里	166	5	3.0%	133	3	2.3%	33	2	6.1%	107	3	4.2%	91	2	2.2%	16	1	6.3%

*令和元年度 特定健診結果 高血圧治療の有無別、高血圧Ⅱ度以上の状況
(集団・ドック・個別健診受診者)

出典：上越市特定健診結果

平成29年度～令和元年度 上越市30地区 収縮期血圧・拡張期血圧の有所見率ランキング(国保)

	平成29年度				平成30年度				令和元年度				平成29～令和元年度合計			
	収縮期血圧(130以上)		拡張期血圧(85以上)		収縮期血圧(130以上)		拡張期血圧(85以上)		収縮期血圧(130以上)		拡張期血圧(85以上)		収縮期血圧(130以上)		拡張期血圧(85以上)	
1	桑取	56.7	浦川原	42.6	谷浜	57.0	谷浜	43.8	桑取	55.2	柿崎	40.9	桑取	55.6	柿崎	41.2
2	三郷	54.0	保倉	42.4	桑取	54.8	柿崎	41.9	三郷	53.3	名立	40.3	柿崎	52.3	谷浜	40.4
3	八千浦	52.0	三郷	42.0	柿崎	53.1	桑取	41.9	柿崎	52.2	浦川原	37.7	三郷	52.1	三郷	39.9
4	柿崎	51.7	八千浦	41.6	頸城	52.1	三郷	40.7	谷浜	50.4	谷浜	37.6	谷浜	51.4	桑取	38.8
5	津有	51.7	高士	41.3	三郷	49.1	頸城	38.0	吉川	49.5	頸城	37.5	頸城	49.6	頸城	38.6
6	頸城	51.6	柿崎	40.8	八千浦	48.4	和田	36.7	北諏訪	49.3	三郷	37.1	八千浦	49.3	浦川原	38.3
7	吉川	49.7	頸城	40.3	高士	48.3	高士	36.4	大潟	48.7	大潟	36.7	吉川	48.4	八千浦	37.8
8	保倉	48.9	桑取	40.0	大潟	47.1	八千浦	36.1	高士	48.0	和田	36.4	津有	47.1	保倉	37.4
9	安塚	48.4	谷浜	39.8	安塚	46.6	金谷	35.2	八千浦	47.6	北諏訪	35.9	和田	47.1	和田	37.0
10	浦川原	48.3	津有	39.8	津有	46.5	吉川	35.2	和田	47.5	吉川	35.8	北諏訪	47.1	高士	36.5
11	和田	47.4	諏訪	38.3	和田	46.5	保倉	34.6	全国	46.1	八千浦	35.6	高士	47.0	吉川	36.2
12	新道	47.0	和田	38.0	北諏訪	46.3	浦川原	34.5	浦川原	46.0	保倉	35.2	大潟	46.8	金谷	35.1
13	谷浜	46.9	新道	37.8	新道	46.3	有田	33.8	中郷	45.5	直江津	35.1	全国	46.3	新道	35.0
14	牧	46.9	吉川	37.5	全国	46.3	新道	33.8	頸城	45.1	金谷	35.0	新道	45.9	大潟	34.7
15	直江津	46.8	牧	36.9	大島	46.1	北諏訪	33.6	名立	44.9	諏訪	34.8	安塚	45.6	名立	34.5
16	全国	46.4	高田	35.9	吉川	46.0	大潟	33.5	直江津	44.8	桑取	34.5	上越市	45.3	上越市	34.4
17	金谷	46.1	春日	35.5	三和	45.7	上越市	33.5	上越市	44.5	高田	34.4	直江津	45.2	高田	34.3
18	春日	46.0	上越市	35.5	中郷	45.6	大島	33.3	新道	44.5	上越市	34.2	金谷	45.1	津有	34.0
19	上越市	45.9	金谷	35.1	上越市	45.4	高田	32.5	牧	44.4	三和	33.8	浦川原	45.0	大島	33.7
20	北諏訪	45.6	大島	34.2	金谷	45.0	安塚	32.4	金谷	44.1	大島	33.7	中郷	44.9	諏訪	33.5
21	高士	44.7	大潟	33.8	板倉	44.7	三和	32.3	三和	44.0	春日	33.5	牧	44.6	春日	33.5
22	大潟	44.6	五智	33.3	五智	44.5	春日	31.4	大島	43.9	新道	33.5	三和	44.4	牧	33.4
23	高田	44.1	安塚	33.3	保倉	44.1	牧	31.1	県	43.8	有田	32.9	保倉	44.4	北諏訪	33.2
24	県	44.0	有田	32.8	県	44.0	板倉	31.0	春日	43.7	牧	32.3	春日	44.0	有田	33.2
25	五智	43.7	名立	32.8	直江津	44.0	津有	30.8	津有	43.2	高士	31.8	県	43.9	三和	32.2
26	三和	43.6	直江津	32.3	有田	43.9	五智	30.5	高田	42.7	清里	31.6	大島	43.6	直江津	32.1
27	中郷	43.6	板倉	31.2	高田	43.1	名立	30.4	五智	42.4	津有	31.5	五智	43.5	五智	31.7
28	諏訪	43.2	三和	30.4	牧	42.6	中郷	29.5	安塚	41.8	五智	31.3	高田	43.3	安塚	30.9
29	有田	42.9	北諏訪	30.2	春日	42.3	直江津	28.9	板倉	41.4	中郷	30.7	有田	42.2	中郷	28.9
30	大島	40.9	清里	26.6	浦川原	40.6	諏訪	27.5	諏訪	40.6	安塚	26.9	板倉	42.0	板倉	28.7
31	名立	40.3	中郷	26.5	名立	37.7	清里	27.0	保倉	40.3	板倉	23.9	名立	41.0	清里	28.4
32	板倉	39.9	県	21.5	諏訪	36.2	県	21.4	有田	39.7	県	21.4	諏訪	40.0	県	21.4
33	清里	35.3	全国	18.7	清里	35.4	全国	18.9	清里	34.6	全国	19.1	清里	35.1	全国	18.9

出典：KDB

【図表 4-11】健康づくりポイント事業チラシ

健康づくりポイント



令和2年度は、新たに健康管理等の目標を設定し達成したことにポイントが付きます。自分に合った取組に挑戦してください。

健康診査やがん検診の受診、ご自身の健康管理や健康づくりに関する講座等に参加し、ポイントを貯めて応募してください。楽しみながら健康づくりをして、健康な生活習慣を手に入れましょう。



ポイント内容

1 健康ポイント
健康診査やがん検診などを積極的に受診して、ポイントを貯めて応募してください。

2 がんばるポイント
運動習慣や健康管理の具体的な取組です。無理をせず、自分にあった取組に挑戦してください。頑張った成果でさらにポイントを貯めてください。

3 グループポイント
2人以上のグループで健康づくりポイントに取組む(友人を誘って健診に行く、運動を始めるなど)

15ポイント以上貯め、取組シートを提出

①市温浴施設等の入浴券(1回分)
全員プレゼント!

②特別賞
抽選でプレゼント!

A・B・Cのいずれかの希望商品を選んで取組シートに記入してください。

A賞 市宿泊施設の宿泊利用券
(2万円分)



(10名様)

B賞 メイド・イン上越
認証品セット
(3,500円相当)



(100名様)

※セット内容は写真と変わる場合があります。

C賞 クオカード
(1,000円分)



(200名様)

※クオカードはコンビニやドラッグストア・ガソリンスタンドなどで利用できる全国共通のギフト券(商品券)です。

対 象	18歳以上の市民 (令和3年3月31日現在の年齢)
取 組 期 間	令和2年4月～令和3年3月末
応 募 締 切	令和3年3月12日(金)まで <small>令和3年3月13日～3月31日までの達成見込のポイントについてもポイントがつけられます。</small>
応 募 方 法 等	<ul style="list-style-type: none"> ■窓口で応募……取組シートに必要事項を記入し、健康づくり推進課、国保年金課、各総合事務所、南・北出張所に提出してください。 ■その他の応募……郵送、ファックス、メールで下記の応募先、アドレスに送付してください。 ■取組シートは応募窓口にあります。市ホームページからもダウンロードができます。 ■ご記入いただいた個人情報は健康づくりポイント事業以外の目的には使用しません。 <p><small>※応募は1人につき1回です。 ※特別賞については応募締切後、厳正なる抽選を行い、3月中に賞品を発送いたします。 ※市温浴施設の入浴券は応募があった順に毎月郵送で送付いたします。</small></p>



問合せ **上越市健康づくり推進課** 電話：025-526-5111 (問い合わせは閉庁日を除く午前8時30分～午後5時15分)

応募先 〒943-8601 上越市木田1丁目1番3号 FAX：025-526-6116
応募先メールアドレス kenkoupointo@city.joetsu.lg.jp

第5章 地域包括ケアシステムに係る取組

当市では、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）など、今後の高齢化が急速に進展することが予想されています。上越市第8期介護保険事業計画・第9期高齢者福祉計画では、3つの基本目標のもと、地域包括ケアシステムの推進と定着に取り組んでいくこととしています。

- 【基本目標1】 住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための体制の整備を強化します
- 【基本目標2】 利用者の自立を支え、介護する家族等を支援する介護保険サービスの充実を図ります
- 【基本目標3】 一人ひとりの出番を創出し、生きがいを持っていきいきと暮らせるまちづくりを推進します

当市の業務体制は、国保・後期部門を担う健康づくり推進課・国保年金課がデータの分析、情報提供を行い、高齢者支援課が、地域支え合い事業（居場所や介護予防としての通いの場）を行うとともに、すこやかなくらし包括支援センターが地域ケア会議を実施しています。

当市の地域包括ケアシステムの定着に向けて、国保部局では、KDB等を活用し、国保、後期高齢者医療、介護保険のデータについて総合的に現状分析や課題抽出を実施し、定期的に各部門の専門職で共有し、地域ケアシステムにおける会議等に参画し、検討を進めていくことが重要です。

① 介護予防・重度化予防の推進

KDBや見える化システムを活用し、健診・医療・介護データを一体的に分析することで効率的・効果的な保健事業を展開し、介護予防・重度化防止の推進に繋がります。また、対象者を明確にした個別支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場などの健康教育・健康支援（ポピュレーションアプローチ）の双方への取組を行います。また、自立支援・重度化防止のためのケアプランを作成するために、地域包括支援センターや介護支援専門員と保健師・栄養士が連携した取組を継続します。

② 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護が円滑に提供される仕組みを構築します。

医療・介護連携の推進に向け、ケアマネジャーや医療機関等において、ICTなどの情報共有ツールの活用促進を図るとともに、専門職の研修会を実施していきます。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

KDB等の情報を活用し、毎年、評価を行います。また、本計画の最終年度である令和5年度には、次期計画の策定に向けた評価を行います。

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おり、本計画2章の中で4つの指標に基づいて評価を実施しています。

KDBシステムの健診医療・介護のデータを基に、地区担当の保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について定期的に評価を行います。

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ます。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第7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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等に広く周知することが重要であるため、国指針において、公表するものとされています。

具体的には、ホームページ等を通じて広く市民に周知し、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等にも周知します。

また、公表・周知に当たっては、本計画の2ページ「予防・健康管理（データヘルス）の視点で見た上越市の課題」を用いて、被保険者、保健医療関係者の理解を促進します。

2 個人情報の取扱い

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