

上越市国民健康保険
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3月

はじめに

近年、人口減少と少子高齢化の急速な進行に加え、就業構造の変化や短時間労働者に係る被用者保険の適用拡大など、国民健康保険制度を取り巻く状況が大きく変化する中において、当市においては、「暮らしやすく、希望あふれるまち」を上越市第7次総合計画の将来都市像に掲げ、各種の政策・施策を体系的に展開しています。

その基本目標の一つである「支え合い、生き生きと暮らせるまち」の達成に向け、全ての世代の誰もが生涯を通じて心と体の健康が保たれ、自立した暮らしを送ることができるよう、上越市健康増進計画に基づき、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目指して様々な取組を進めています。

あわせて、国民健康保険の保険者として、被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化と保険者の財政基盤強化を図るため、平成29年度に、「上越市国民健康保険第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」を策定し、特定健康診査の受診率向上や生活習慣病の発症と重症化の予防など、効果的かつ効率的な保健事業に取り組んできたところであります。

引き続き、幅広い年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図るため、令和6年度から6年間を計画期間とする「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」を策定いたしました。

本計画では、これまでの取組による成果と課題を検証し、保健事業の実効性をより高めていくため、アウトカム（結果）を重視した実施内容とするとともに、国が示す計画策定の手引きに基づき、県内の共通指標を設定するなど標準化の推進に努めました。

市では、今後も、持続的かつ安定的な国民健康保険制度の運営を図るとともに、生活習慣病の発症と重症化の予防を始めとする保健事業に取り組む、市民の皆さんが自身の健康状態に関心を持ち、主体的に健康づくりに取り組めるよう支援するなど、健康の保持増進に取り組んでまいります。

結びに、本計画の策定に当たり、熱心にご検討いただきました上越市国民健康保険運営協議会の委員の皆様、貴重なご意見をいただきました皆様へ、心から感謝を申し上げます。

令和6年3月

上越市長 中川 幹太

目次

計画の概要	1
第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	3
1 背景・目的	3
2 計画の位置付けと基本的な考え方	4
3 計画期間	6
4 関係者が果たすべき役割と連携	6
(1) 実施主体・関係部局の役割	6
(2) 外部有識者等との連携	7
(3) 被保険者との関わり	7
5 保険者努力支援制度	8
6 上越市国民健康保険等の概況	9
(1) 被保険者数の推移と今後の見通し	9
(2) 医療費の推移	10
(3) 介護給付費の推移	12
第2章 第2期計画に係る評価と第3期計画における健康課題の明確化	14
1 第2期計画に係る評価	14
(1) 第2期計画に係る状況	14
(2) 保健事業の取組状況	21
(3) 第2期計画に係る考察	23
2 第3期計画における健康課題の明確化	28
3 目標の設定	29
第3章 特定健診・特定保健指導の実施	31
1 第4期特定健診等実施計画について	31
2 対象者の見込み	31
3 目標値の設定	31
(1) 健診受診率の推移	31
(2) 保健指導実施率の推移	33
(3) 目標値	33

4	特定健診の実施	34
(1)	実施方法	34
(2)	特定健診委託基準	34
(3)	実施場所及び時期	35
(4)	特定健診実施項目	35
(5)	対象者	35
(6)	実施時期	36
(7)	医療機関との適切な連携	36
(8)	請求・支払い事務の代行機関	36
(9)	健診の案内方法	36
(10)	受診率向上に向けた取組	36
5	特定保健指導の実施	37
(1)	対象者の明確化と保健指導実施の流れ	37
(2)	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	38
6	個人情報の取り扱い	39
(1)	基本的な考え方	39
(2)	特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	39
7	結果の報告	39
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	39
第4章	保健事業の内容	40
1	保健事業の方向性	40
2	重症化予防の取組	40
(1)	脳血管疾患重症化予防	40
(2)	糖尿病性腎症重症化予防	41
(3)	虚血性心疾患重症化予防	41
3	重症化予防の取組の実際	42
(1)	保健指導の実施（脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患予防）	42
(2)	関係機関との連携	42
(3)	評価	42
(4)	実施期間及びスケジュール	42
4	広く市民に周知・啓発する取組	42

5	医療費適正化に向けた取組	43
	(1) 重複・頻回受診者及び多剤投薬者に対する保健指導	43
	(2) 後発医薬品の使用促進に向けた普及啓発	43
第5章	地域包括ケアシステムに係る取組	44
第6章	計画の評価・見直し	45
	1 評価の時期	45
	2 評価方法・体制	45
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	46
巻末資料		47
	1 計画の策定経過	47
	2 国民健康保険運営協議会 関連の法令、例規関連の法令、例規	48
	3 上越市国民健康保険運営協議会委員名簿	50
	4 用語解説	51
	5 資料	54

(注)本文中*印を付記した用語は、巻末の用語解説で解説しています。

計画の概要

第2期計画に係る考察【第2章から】

- ・国保被保険者のうち特定健診^{*1}の受診率が比較的高い世代が今後75歳となり後期高齢者医療制度に移行していくことから、今後は特に働き盛り世代の受診率の向上が課題となる。
- ・医療費が高額となる脳血管疾患^{*2}の治療者は、64歳以下では増加傾向にある。
- ・脳血管疾患等発症者や人工透析者は、高血圧、糖尿病、脂質異常等の基礎疾患を併せ持つことから、生活習慣病^{*3}重症化予防の取組の継続が必要
- ・男性のメタボ^{*4}該当者の割合が増加傾向となっており、肥満・血圧対策の継続が必要。

第3期計画における健康課題の明確化【第2章から】

- ・脳血管疾患、高血圧、糖尿病等の総医療費に占める割合は、国保・後期共に同規模市^{*5}と比べて高い状況にある。



脳血管疾患を発症すると、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧を始めとする生活習慣病の重症化予防を引き続き実施していく必要がある。

第3期計画における取組の方向性

受診率向上対策の強化

これまでの取組に加え、健診未受診者に対してナッジ理論^{*}等を活用し、申込みの手間を省いた日時・会場指定方式や受診勧奨通知等、より効果的な取組を導入する。

※ナッジ (nudge) は、ひじで軽く突くの意。望ましい方向が明らかの場合に、行動経済学を用いて、選択の余地を残したまま、人々が強制によってではなく自発的に望ましい行動を選択するよう促す仕掛けや手法

生活習慣病予防対策

- ・脳血管疾患・虚血性心疾患^{*6}・糖尿病性腎症^{*7}の予防のため、生活習慣病の重症化予防・発症予防の取組を継続する。
- ・生活習慣病を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

一体的な取組

- ・働き盛り世代から後期高齢者まで、一体的に発症予防から重症化予防に取り組む。

課題を解決するための主な取組と効果【第3章、第4章から】

主な取組	効果
<ul style="list-style-type: none"> ○受診率向上対策 <ul style="list-style-type: none"> ・直近の受診歴をもとに、日時や会場、健診内容をあらかじめ指定して案内 ・無料クーポンの発行 ・ナッジ理論を活用した健診未受診者への受診勧奨 ・国保加入手続きの際に健診予約 ・JA、商工会、事業所における健診結果の提供依頼 ・かかりつけ医に診療情報提供を依頼 ・人間ドック健診費用助成事業の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率の向上により、自分の健康状態を把握し生活習慣病予防につながる人が増える。 ○特定保健指導実施率の向上により、生活習慣病の重症化予防につながる。 ○脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症及びそれらに起因する透析の医療費の減少
<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導^{*8} <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果に基づき保健指導の優先順位付け(脳血管疾患発症リスクの高いⅡ度高血圧(160/100)以上など) 	
<ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣病予防対策 <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果に基づき生活習慣病が重症化しやすい対象者に保健指導を実施 	
<ul style="list-style-type: none"> ○医療費適正化対策 <ul style="list-style-type: none"> ・重複・頻回受診、多剤投薬者を対象とした保健指導の実施 ・ジェネリック医薬品^{*9}の使用促進に向けた普及啓発 	

健康寿命^{*10}の延伸・健康格差^{*11}の縮小・医療費の適正化

成果目標【第2章から】 ～第2期計画の評価や県が示す共通の評価指標を踏まえ設定～

中長期目標	①脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の総医療費に占める割合を減少させる。
短期目標	②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、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少させる。 ③特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少させる。

成果目標①に対応する指標

指 標		現状値	中間評価 R8	最終評価 R11
(評価値)		(R4)	(R7)	(R10)
総医療費に占める割合	脳血管疾患	2.27%	前年度より減少	現状値 R4 より減少させる
	(同規模市)	2.07%		
	虚血性心疾患	0.73%	前年度より減少	現状値 R4 より減少させる
	(同規模市)	1.45%		
	慢性腎不全（透析あり）	3.27%	前年度より減少	現状値 R4 より減少させる
	(同規模市)	4.76%		

成果目標②に対応する指標

指 標		現状値	中間評価 R8	最終評価 R11
(評価値)		(R4)	(R7)	(R10)
対象者割合	★ 高血圧受診勧奨判定値 ^{*12} (140/90mmHg) 以上者	26.0%	前年度より減少	25%台
	★ 高血圧受診勧奨判定値以上者の未治療者	52.8%	前年度より減少	51%台
	Ⅱ度高血圧 (160/100mmHg) 以上者	5.0%	前年度より減少	4%台
	★ HbA1c ^{*13} 6.5%以上者	6.2%	前年度より減少	5%台
	★ HbA1c6.5%以上者の未治療者	29.6%	28.0%	27.0%
	★◎ HbA1c8.0%以上者	0.7%	前年度より減少	現状値 R4 より減少させる
	LDL コレステロール ^{*14} 160 mg/dL 以上者	6.9%	前年度より減少	6%台
	★ メタボリックシンドローム該当者・予備群	24.1%	前年度より減少	23%台
	★◎ 特定保健指導対象者の減少率	17.6%	前年度より増加	現状値 R4 より増加させる
	★ 習慣的に喫煙している者の割合	12.2%	前年度より減少	11%台

成果目標③に対応する指標

指 標		現状値	中間評価 R8	最終評価 R11
(評価値)		(R4)	(R7)	(R10)
★◎	特定健診受診率	49.4%	52.3%	53.1%
★◎	特定保健指導実施率	69.6%	70.0%	70.0%

★：県の共通の評価指標 ◎：全ての都道府県で設定することが望ましい指標

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

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^{*15}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト^{*16}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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、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（以下「国指針」という。）において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{*17}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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

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月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）^{*18}」において、保険者におけるデータヘルス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・財政再生計画改革工程表2022^{*19}」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切なKPI^{*20}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、標準化の取組推進や評価指標の設定が進められています。

当市では、平成20年3月に「上越市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、数値目標を設定して、国保被保険者に対する特定健診・特定保健指導に取り組むとともに、平成27年3月に「上越市保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、市民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、実証データに基づき、予防可能な生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施してきました。その後、平成30年3月には、保健事業の実施及び評価、事業内容の見直しを行い、保健事業の実効性をより高めていくために、これら2つの計画を一体的な計画とした「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」（以下「第2期計画」という。）を策定しました。

今後も幅広い年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図るため、国の指針等に基づき「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」（以下「本計画」という。）を策定します。

2 計画の位置付けと基本的な考え方

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的・効率的な保健事業の推進を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果や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していきます。

計画の策定に当たっては、国が示す「国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」（以下「手引き」という。）に基づき、県内の共通指標を設定するなど標準化の推進に努めます。【図表 1-1】

また、本計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康にいがた21（新潟県健康増進計画）^{*21}、新潟県地域保健医療計画^{*22}、上越市健康増進計画、上越市第9期介護保険事業計画及び新潟県国民健康保険運営方針と調和・連携を図ります。【図表 1-2】

「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核を成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）」（以下「プログラム」という。）は、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当たり、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、プログラムの基本的な考え方に基づいて保健事業を展開します。【図表 1-3】

以上を踏まえ、当市では、国保データベースシステム^{*23}（以下「KDB」という。）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保被保険者の健康の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。

図表 1-1 新潟県国民健康保険における共通の評価指標

＜基本理念＞

健康寿命の延伸、医療費の適正化

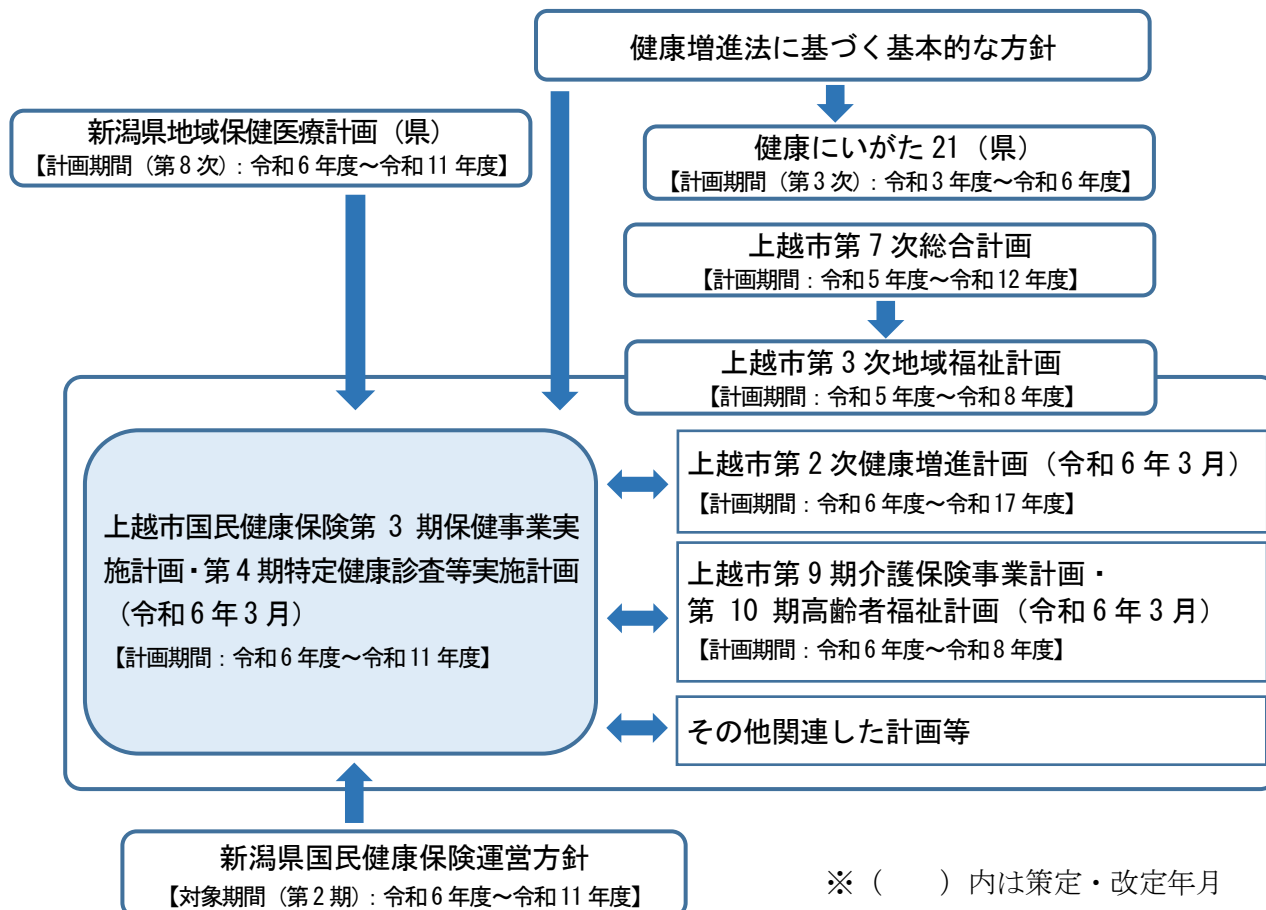
＜取組の方向性＞

脳血管疾患の発症と重症化を予防する、糖尿病の重症化を予防する

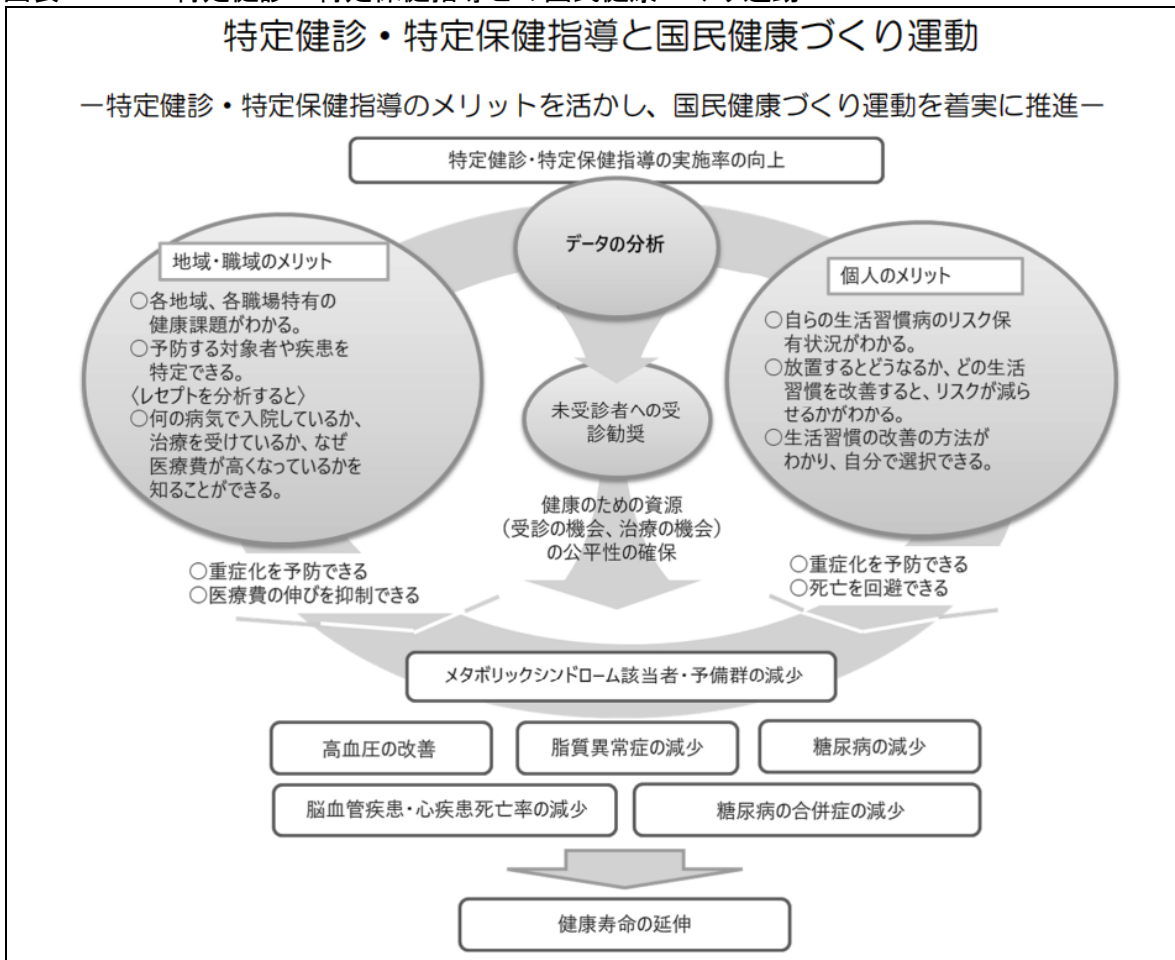
中長期的指標	1	高血圧の受診勧奨判定値である収縮期血圧*24 140mmHg 以上、または拡張期血圧*24 90mmHg 以上の者の割合
	2	HbA1c6.5%以上の者の割合
	3	HbA1c8.0%以上の者の割合 ◎
	4	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合
短期的指標	5	特定健康診査受診率 ◎
	6	特定保健指導実施率 ◎
	7	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ◎
	8	未治療高血圧判定者の割合
	9	未治療糖尿病判定者の割合
	10	習慣的に喫煙している者の割合

◎：全ての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 1-2 他の法定計画等との関連性



図表 1-3 特定健診・特定保健指導との国民健康づくり運動



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

3 計画期間

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されており、新潟県地域保健医療計画の次期計画期間が令和6年度から令和11年度までとされていることから、これらとの整合性を図るため、本計画の計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体・関係部局の役割

本計画は、健康福祉部が主体となり、市民の健康の保持増進に関係する部局とも連携し、策定を進めました。

具体的には、国保年金課と健康づくり推進課、各総合事務所等が事業の企画・実施・評価の部分で連携し、保健事業の実施に当たっては、介護保険を担当する高齢者支援課、生活保護を担当する生活援護課、地域包括ケアシステム^{*25}を担当するすこやかなくらし包括支援センターと実態の共有など連携を図っています。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、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など、実施体制の確保に努めます。

(2) 外部有識者等との連携

本計画の実効性を高めるためには、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、新潟県国民健康保険団体連合会*26（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会*27などの外部有識者との連携・協力が重要です。国保連からは、健診・レセプトデータ等による課題抽出や事業実施後の評価分析などにおけるKDBを活用したデータ分析等の技術支援、職員向け研修を受けており、今後もこうした支援の充実が期待されます。

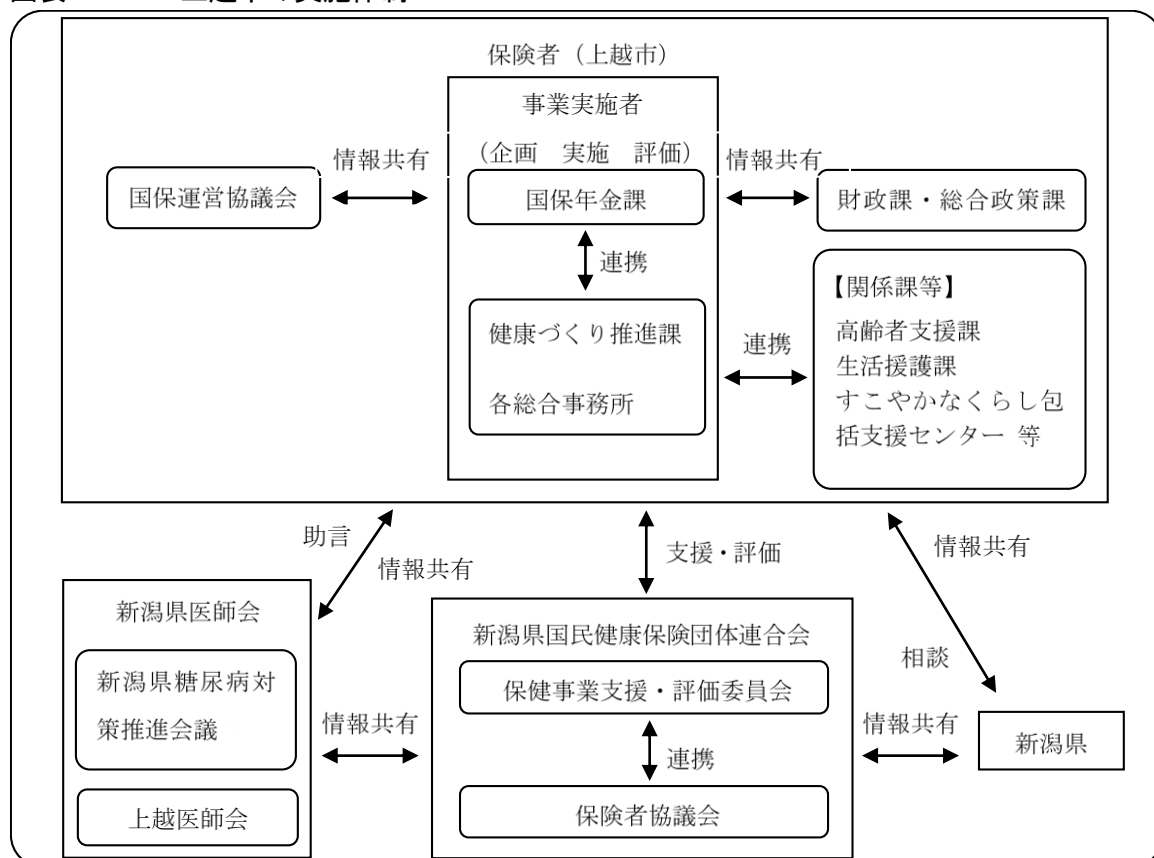
国保については、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、都道府県と市町村が共同保険者となったことから、特に保険者機能の強化については、新潟県（以下「県」という。）の関与が更に重要となります。このため、本計画の素案の策定段階から県国保・福祉指導課等と意見交換を行うことで、県との連携を図っています。

当市では、上越市国民健康保険運営協議会*28（以下「国保運営協議会」という。）に医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか、協会けんぽ等の他の保険者から委員として参画を得ながら連携を推進しています。

(3) 被保険者との関わり

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の重要性を理解し、主体的・積極的に取り組むことが重要です。そのため、地域選出及び公募の被保険者も参画する国保運営協議会において、計画策定に関する意見交換等を行ってきました。

図表 1-4 上越市の実施体制



5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化や健康づくりの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国が交付金を交付する制度として、平成30年度から本格的に実施されています（取組評価分）。

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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しています（事業費分・事業費連動分）。

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上や生活習慣病の発症・重症化予防の取組、保険料（税）収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっています。毎年の実績や実施状況を見ながら配点の見直しが行われており、全国順位が毎年公表されています。当市は、令和4年度では全国1,741市町村中127位（県内30市町村中5位）で、9,112万円交付されました。【図表 1-5】

計画に沿って質の高い保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度の財源が必要不可欠であることから、今後も、本制度を積極的かつ効果的・効率的に活用していきます。

図表 1-5 保険者努力支援制度（評価指標：市町村分）

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		上越市	配点	上越市	配点	上越市	配点	
交付額(万円)		9,770		9,112		未決定		
県内順位(30市町村中)		2位		5位		7位		
全国順位(1,741市町村中)		62位		127位		205位		
共通の指標	(1)	①特定健康診査受診率	70	70	70	70		
		②特定保健指導実施率	70	70	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	50	50		
	(2)	①がん検診受診率等	40	40	40	40		
		②歯科健診受診率等	30	30	30	35		
	(3)	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	100	100	
	(4)	①個人へのインセンティブ提供	90	45	45	45		
		②個人への分かりやすい情報提供	20	15	15	20		
	(5)	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	45	50	
	(6)	①後発医薬品の促進の取組 ②後発医薬品の使用割合	105	130	105	130	70	130
固有の指標	(1)	保険料(税)収納率	60	100	45	100	60	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	30	40	36	50	43	50
	(6)	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	72	100	71	100
合計点		761	1,000	721	960	679	940	

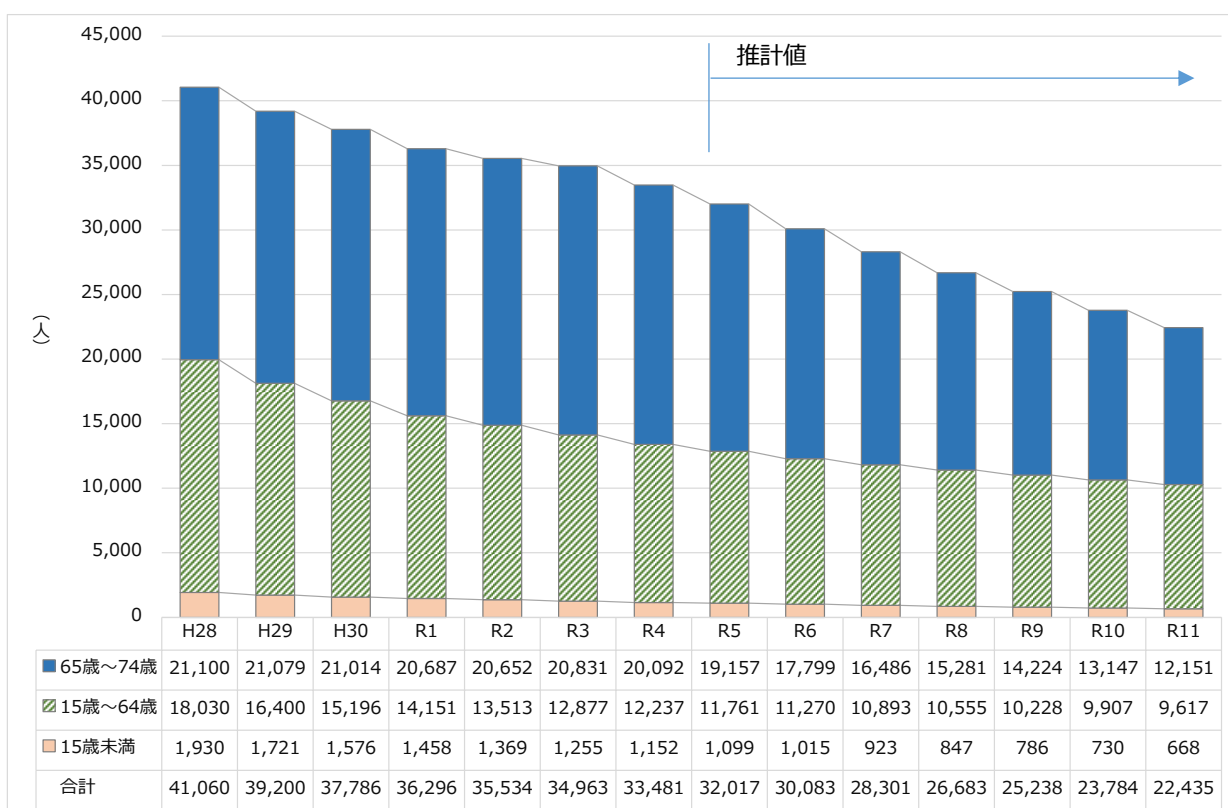
6 上越市国民健康保険等の概況

(1) 被保険者数の推移と今後の見通し

上越市国民健康保険の被保険者数は、人口減少や被用者保険の適用拡大^{*29}の影響等により、減少してきました。当市において今後の被保険者数を推計したところ、令和6年度以降も減少が続く見込みです。

このうち、前期高齢者（65歳～74歳）は、令和4年度では20,092人と被保険者全体（33,481人）のうち約6割を占めています。【図表 1-6】

図表 1-6 被保険者数の推移

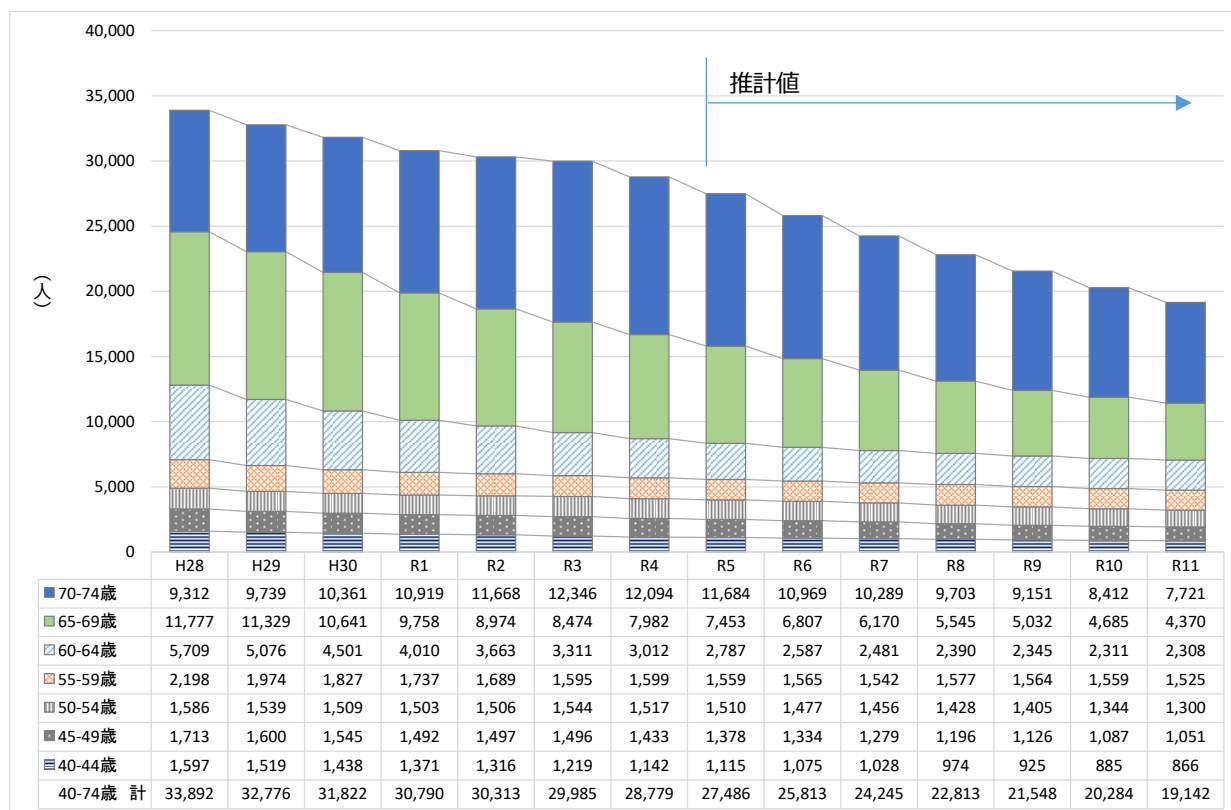


※令和5年9月末までの被保険者数を基に推計

※各年度の合計被保険者数は、各月の各歳を年平均しているため、国民健康保険事業月報等の平均被保険者数と一致しない。

特定健診の対象となる40歳から74歳の今後の被保険者数の推計では、これまで増加傾向にあった70歳から74歳の年齢においても、団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行を契機に減少していきます。第3期計画期間の終期である令和11年度と令和4年度を比較すると、65歳から69歳の年齢と70歳から74歳の年齢でそれぞれ約4割が減少し、40歳以上の被保険者全体では、約3割減の約19,100人となる見込みです。【図表 1-7】

図表 1-7 年齢階級別被保険者数（特定健康診査の対象となる40歳～74歳）の推計



(2) 医療費の推移

① 国保の状況

ア 保険給付費と1人当たり給付費の推移

医療費のうち国保が負担する保険給付費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症（以下「感染症」という。）の影響による受診控えなどに伴い大幅に減少しました。令和3年度は受診控えからの回復により増加しましたが、国保被保険者の減少に伴い、経年的に減少傾向にあります。また、保険給付費のうち、前期高齢者（65～74歳）に係る部分が約7割を占めています。【図表 1-8】

一方、1人当たり給付費は、令和2年度は感染症などの影響により減少しましたが、高齢化などにより、増加傾向にあります。【図表 1-9】

図表 1-8 保険給付費の状況（国保）

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
全体	128億7,660万円	128億1,139万円	121億6,056万円	123億8,471万円	122億1,035万円
一般被保険者	126億3,755万円	127億8,101万円	121億6,008万円	123億8,466万円	122億1,035万円
前期高齢者 (65歳～74歳)	86億521万円	87億2,793万円	83億9,447万円	86億7,895万円	85億4,391万円
退職被保険者	2億3,905万円	3,038万円	48万円	5万円	0円

※審査費、出産育児一時金、葬祭費及び傷病手当金を含まない。

※表示単位未満四捨五入のため、内訳と全体が不一致の場合がある。

出典：各年度の事業別決算説明（決算の概況）資料

図表 1-9 1人当たり給付費の状況

(単位：円)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
全体	340,462	352,630	341,886	353,859	364,281
一般被保険者	338,936	352,803	341,883	353,857	364,281
前期高齢者 (65歳～74歳)	411,969	424,077	408,550	418,485	427,067
退職被保険者	446,828	292,089	475,909	—	—

※保険給付費（審査費、出産育児一時金、葬祭費及び傷病手当金を含まない。）を年間被保険者数で除した額

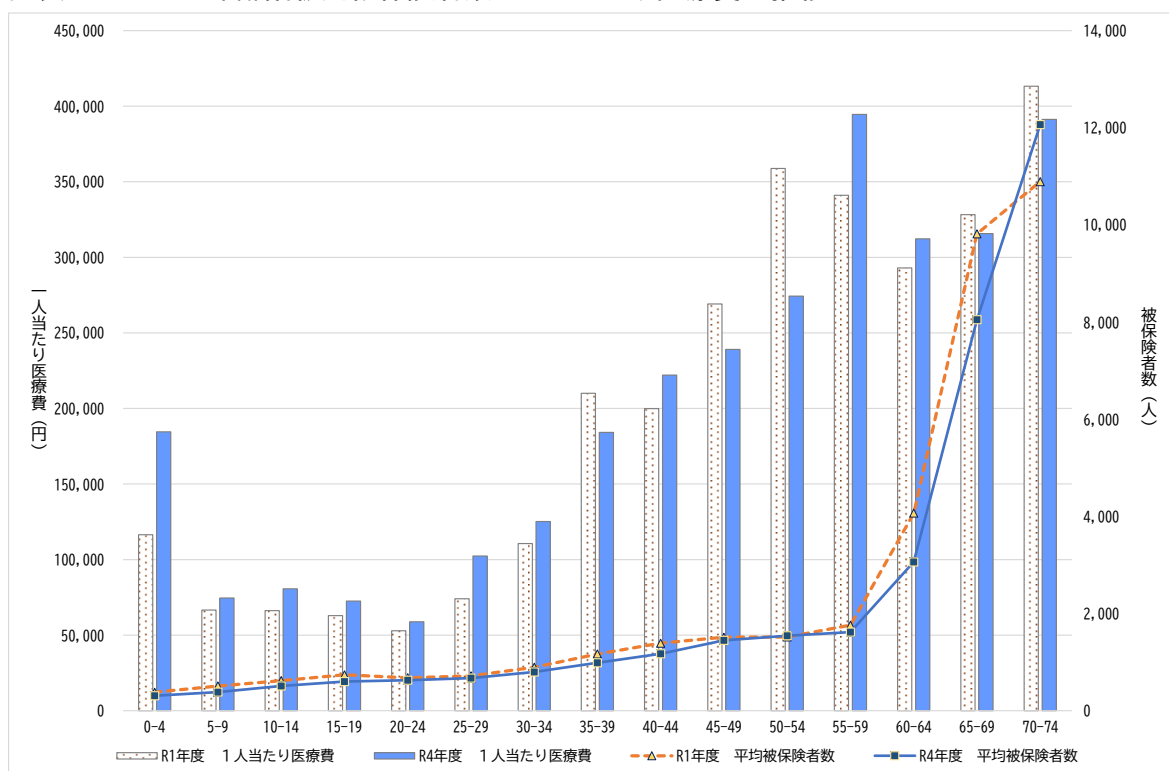
※令和3年度及び4年度の退職被保険者はいないため、算出しない。

出典：各年度の事業別決算説明（決算の概況）資料

イ 年齢階級別の医療費の状況

年齢階級別の1人当たり医療費は、感染症の影響による受診控えとその後の回復状況など、年代によって経年の推移に違いがありますが、年齢が高くなるほど高い傾向にあります。【図表 1-10】

図表 1-10 年齢階級別被保険者数・1人当たり医療費の推移



出典：KDB「医療費分析の経年比較」

② 後期高齢者の状況

ア 保険給付費と1人当たり給付費の推移

75歳以上の後期高齢者の保険給付費も、国保と同様、令和2年度は感染症の影響による受診控えなどに伴い大幅に減少しましたが、令和3年度以降は受診控えからの回復に加え、被保険者数の増加に伴い増加傾向にあります。

なお、1人当たり給付費は、令和2年度は感染症などの影響により減少しましたが、国保の1人当たり給付費（図表1-9）と比較すると約2倍の水準となっています。【図表1-11】

図表 1-11 保険給付費の状況（後期高齢者）

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
全体	214億5,567万円	224億1,492万円	213億3,010万円	218億777万円	218億9,506万円
被保険者数	31,907人	32,265人	32,206人	31,939人	32,731人
1人当たり給付費	672,444円	694,713円	662,302円	682,794円	668,940円

※1人当たり給付費は、保険給付費総額を年間平均被保険者数で除した額

出典：各年度の事業別決算説明（決算の概況）資料

(3) 介護給付費の推移

令和4年度の要介護認定率は、第2号被保険者^{*30}で0.42%、第1号被保険者で20.5%と同規模市・県・国と比較すると高い状況ですが、平成30年度と比較すると第1号及び第2号いずれも減少しています。【図表1-12】

介護給付費の総給付費は平成30年度と比較して増加しています。一方で、当市の1人当たり介護給付費は、同規模市、県、国と比較して高いものの、平成30年度と比較すると減少しています。【図表1-13】

図表 1-12 要介護認定者（率）の状況

	上越市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	58,970人	30.1%	61,460人	33.1%	27.8%	32.9%	28.7%
2号認定者	282人	0.43%	255人	0.42%	0.38%	0.37%	0.38%
新規認定者	62人		45人		--	--	--
1号認定者	12,698人	21.4%	12,525人	20.5%	18.2%	19.1%	19.4%
新規認定者	1,646人		1,489人		--	--	--
再掲	65～74歳	1,271人	4.6%	1,254人	4.3%	--	--
新規認定者	276人		271人		--	--	--
75歳以上	11,427人	36.8%	11,271人	35.2%	--	--	--
新規認定者	1,370人		1,218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 1-13 介護給付費の変化

	上越市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	210億1,233万円	211億5,626万円	--	--	--
1人当たり給付費(円)	356,322	344,228	270,595	314,927	290,668
1件当たり給付費(円) 全体	68,034	67,136	56,514	72,809	59,662
居宅サービス ^{*31}	42,966	42,770	40,217	43,711	41,272
施設サービス ^{*31}	286,452	292,600	295,032	293,319	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

第2章 第2期計画に係る評価と第3期計画における健康課題の明確化

1 第2期計画に係る評価

(1) 第2期計画に係る状況

① 中長期目標に係る状況

ア 医療費の状況

当市の総医療費は、第1章 6(2)に記載のとおり国保被保険者の減少に伴い減少傾向である一方、1人当たり医療費は増加しています。

入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2.5%程度にもかかわらず、医療費全体の約4割を占めており、令和4年度の1件当たりの入院医療費は平成30年度と比較して約1割増加しています。【図表 2-1】

年齢調整をした地域差指数^{*32}をみると、入院は全国平均の1を下回っています。1人当たり医療費を上げる要因が入院であり、入院を抑制するには、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 2-2】

図表 2-1 医療費の推移

	上越市		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)	37,261人	32,759人	--	--	--	
前期高齢者割合	20,792人 (55.8%)	19,475人 (59.4%)	--	54.3%	43.8%	
総医療費	136億2,379万円	125億12万円	--	--	--	
1人当たり医療費(円)	365,631	381,578	348,500	363,845	358,522	
入院	1件当たり費用額(円)	527,540	582,690	626,760	594,830	619,090
	費用の割合(%)	39.2	38.7	38.6	40.8	40.1
	件数の割合(%)	2.7	2.5	2.4	2.7	2.6
外来	1件当たり費用額(円)	22,930	24,040	24,410	24,240	24,520
	費用の割合(%)	60.8	61.3	61.4	59.2	59.9
	件数の割合(%)	97.3	97.5	97.6	97.3	97.4
受診率	812.93	804.996	724.736	741.223	728.39	

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 2-2 1人当たり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		上越市 (県内37市区町村中)		県 (47都道府県中)	上越市 (県内37市区町村中)		県 (47都道府県中)
		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	1.004	0.989	0.965	0.779	0.782	0.814
		(8位)	(8位)	(35位)	(13位)	(17位)	(47位)
	入院	0.969	0.957	0.987	0.636	0.652	0.775
		(10位)	(14位)	(32位)	(29位)	(26位)	(46位)
	外来	1.035	1.013	0.947	0.937	0.925	0.850
		(4位)	(6位)	(44位)	(1位)	(1位)	(47位)

出典：地域差分析(厚労省)

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費が総医療費に占める割合は、令和4年度は平成30年度と比較すると、脳血管疾患が0.41ポイント減の2.27%、虚血性心疾患は0.37ポイント減の0.73%、腎疾患は慢性腎不全（透析有）で0.25ポイント増の3.27%、合計では0.45ポイント減の6.56%と減少しています。このうち脳血管疾患は、同規模市や国と比較して高いことが特徴です。【図表 2-3】

また、これらの疾患の治療状況を平成30年度と比較すると、40歳以上では脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少し、人工透析の割合は横ばいで推移しています。

【図表 2-4】

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

図表 2-3 中長期目標医療費の変化（総医療費に占める割合）

			上越市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費			136億2,379万円	125億12万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計			9億5464万円	8億1978万円	--	--	--
			7.01%	6.56%	8.55%	7.53%	8.20%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.68%	2.27%	2.07%	2.33%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.10%	0.73%	1.45%	0.79%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.02%	3.27%	4.76%	4.09%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.21%	0.29%	0.27%	0.32%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物 *33		15.42%	18.59%	16.35%	18.93%	16.77%
	筋・骨疾患		8.55%	7.53%	8.62%	8.03%	8.71%
	精神疾患		9.19%	8.25%	7.75%	8.16%	7.88%

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 2-4 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の治療状況

(単位：人)

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 0～74歳	A	37,261	32,759	a	3,538	3,036	2,484	2,052	165	157	
				a/A	9.5%	9.3%	6.7%	6.3%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	31,234	27,951	b	3,517	3,012	2,462	2,031	165	153	
	B/A	83.8%	85.3%	b/B	11.3%	10.8%	7.9%	7.3%	0.5%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	10,442	8,476	c	590	483	458	329	65	53
		C/A	28.0%	25.9%	c/C	5.7%	5.7%	4.4%	3.9%	0.6%	0.6%
	65～74歳	D	20,792	19,475	d	2,927	2,529	2,004	1,702	100	100
		D/A	55.8%	59.4%	d/D	14.1%	13.0%	9.6%	8.7%	0.5%	0.5%

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)

脳血管疾患の治療者のうち、約7割の人が高血圧を有しています。高血圧以外の危険因子も加わることにより、虚血性心疾患等の臓器障害の発症とも関係しています。【図表 2-5】

図表 2-5 脳血管疾患治療状況（レセプト件数）の変化

(単位：人)

	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標					
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年度	38,599	2,155	5.6%	281	13.0%	28	1.3%	1,611	74.8%	823	38.2%	1,262	58.6%
R1年度	37,261	2,039	5.5%	281	13.8%	20	1.0%	1,556	76.3%	784	38.5%	1,193	58.5%
R2年度	35,627	1,968	5.5%	278	14.1%	25	1.3%	1,482	75.3%	699	35.5%	1,180	60.0%
R3年度	34,696	1,823	5.3%	240	13.2%	25	1.4%	1,405	77.1%	686	37.6%	1,117	61.3%
R4年度	32,759	1,700	5.2%	220	12.9%	27	1.6%	1,284	75.5%	603	35.5%	1,060	62.4%

出典：KDBシステム_厚生労働省様式(様式3-6)

イ 介護の状況

第1章 6(3)のとおり、令和4年度の要介護認定率は、第2号被保険者で0.42%、第1号被保険者で20.5%と同規模市・県・国と比較すると高い状況ですが、平成30年度の第1号介護認定率21.4%と比べて減少しています。【図表 1-12】

また、介護給付費の総給付費は平成30年度と比較して増加しています。一方で、当市の1人当たり介護給付費は、同規模市、県、国と比較して高いものの、平成30年度と比較すると減少しています。【図表 1-13】

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・

糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置付けであると言えます。【図表2-6】

図表 2-6 血管疾患の視点で見た要介護者の有病状況 (R4年度)

(単位：件)

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)		255		1,254		11,271		12,525		12,780		
再)国保・後期		156		1,034		11,063		12,097		12,253		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
	循環器疾患	1	脳血管疾患	91 58.3%	脳血管疾患	497 48.1%	脳血管疾患	5,728 51.8%	脳血管疾患	6,225 51.5%	脳血管疾患	6,316 51.5%
		2	虚血性心疾患	29 18.6%	虚血性心疾患	218 21.1%	虚血性心疾患	3,538 32.0%	虚血性心疾患	3,756 31.0%	虚血性心疾患	3,785 30.9%
		3	腎不全	19 12.2%	腎不全	146 14.1%	腎不全	2,052 18.5%	腎不全	2,198 18.2%	腎不全	2,217 18.1%
		4	糖尿病合併症	27 17.3%	糖尿病合併症	190 18.4%	糖尿病合併症	1,359 12.3%	糖尿病合併症	1,549 12.8%	糖尿病合併症	1,576 12.9%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		134 85.9%	基礎疾患	921 89.1%	基礎疾患	10,577 95.6%	基礎疾患	11,498 95.0%	基礎疾患	11,632 94.9%	
	血管疾患合計		136 87.2%	合計	948 91.7%	合計	10,744 97.1%	合計	11,692 96.7%	合計	11,828 96.5%	
	認知症		20 12.8%	認知症	233 22.5%	認知症	5,098 46.1%	認知症	5,331 44.1%	認知症	5,351 43.7%	
	筋・骨格疾患		130 83.3%	筋骨格系	884 85.5%	筋骨格系	10,526 95.1%	筋骨格系	11,410 94.3%	筋骨格系	11,540 94.2%	

*34 出典：ヘルスサポートラボツール

② 短期目標に係る状況

ア 高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況の変化

有所見者割合を減らすことを短期目標とした高血圧のほか、糖尿病、脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えていますが、こうした疾患の重症化等による脳血管疾患・虚血性心疾患を合併している人の割合は減少傾向です。

【図表 2-7】

当市では特定健診の結果から治療が必要な値の人に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 2-7 高血圧・糖尿病・脂質異常症治療者の経年変化

疾病管理一覧 (40歳以上)		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者	A	14,234	13,482	7,852	7,265	13,334	13,161	
	A/被保数	45.6%	48.2%	25.1%	26.0%	42.7%	47.1%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	2,165	1,888	1,169	975	1,752	1,569
		B/A	15.2%	14.0%	14.9%	13.4%	13.1%	11.9%
	虚血性心疾患	C	1,778	1,477	1,081	1,015	1,632	1,399
		C/A	12.5%	11.0%	13.8%	14.0%	12.2%	10.6%
	人工透析	D	154	148	95	87	98	95
		D/A	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	0.7%	0.7%

出典:KDBシステム・疾病管理一覧、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)

健診結果からⅡ度高血圧以上・HbA1c 7.0以上の該当者を平成30年度と令和3年度で比較すると、該当者の割合が減少しています。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者が高血圧で約30%、糖尿病で約5%います。【図表 2-8】

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、治療が必要な人には医療受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 2-8 高血圧・高血糖者の健診結果の改善及び医療のかかり方

(単位:人)

	健診結果の改善									医療のかかり方						
	H30年度					R3年度				レセプト情報 (R3.4~R4.3)						
	受診者		該当者		問診結果		受診者		該当者		問診結果		未治療*1		治療中断*2	
					未治療 (内服なし)						未治療 (内服なし)					
A	C	C/A	D	D/C	B	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E			
Ⅱ度高血圧以上の推移	16,589	1,086	6.5%	572	52.7%	12,560	644	5.1%	335	52.0%	210	32.6%	26	4.0%		
HbA1c7.0%以上の推移	16,480	549	3.3%	142	25.9%	12,509	317	2.5%	76	24.0%	15	4.7%	5	1.6%		

*1未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典:ヘルスサポートラボツール

イ 健診結果の有所見者割合の経年変化

特定健診結果の有所見者(保健指導判定値*35以上の者)の割合の経年変化を見ると、男女共に各項目で有所見割合は減少しています。しかし、拡張期血圧の有所見者割合は、国や県と比較して高い状況です。【図表 2-9】

図表 2-9 特定健診の有所見者（保健指導判定値以上の者）の割合

(単位：人)

			特定健診(40～74歳)							
			高血圧				糖尿病		脂質異常	
			収縮期血圧		拡張期血圧		HbA1c		LDLコレステロール	
			130mmHg以上		85mmHg以上		5.6%以上		120mg/dl以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	H30年度	上越市	3,330	48.0%	2,839	40.9%	3,402	49.1%	2,740	39.5%
	R4年度	上越市	2,448	44.9%	1,595	29.2%	2,351	43.1%	2,101	38.5%
		県	29,639	47.8%	16,108	26.0%	40,635	65.6%	26,856	43.4%
		国		50.8%		25.7%		59.1%		44.7%
女性	H30年度	上越市	3,535	43.1%	2,237	27.3%	4,080	49.7%	3,933	48.0%
	R4年度	上越市	2,799	41.7%	1,409	21.0%	2,719	40.5%	3,093	46.1%
		県	31,952	43.0%	12,703	17.1%	49,436	66.5%	38,382	51.6%
		国		46.3%		16.9%		57.6%		54.0%

出典：KDBシステム、厚生労働省様式(様式5-2)

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積と高血圧等の危険因子を複数保有することで、脳血管疾患などの心血管病を発症させる可能性があります。これらの危険因子が軽度であっても重複すると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることが分かっています。当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の割合は、同規模市や国と比較して低い状況ですが、男性のメタボリックシンドローム該当者の割合は増加しています。【図表 2-10】

図表 2-10 メタボリックシンドローム該当者割合の経年変化

	上越市		同規模市	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
該当者	16.3%	16.5%	20.5%	20.4%	20.6%
男性	24.9%	26.4%	33.0%	31.5%	32.9%
女性	8.9%	8.3%	11.4%	11.1%	11.3%
予備軍	7.5%	7.6%	11.0%	9.1%	11.1%

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

重症化予防の観点から、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 6.5%以上、LDL コレステロール 160 mg/dL 以上の該当者の割合を見ると、LDL コレステロール 160 mg/dL 以上は増加しているものの、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 6.5%以上は減少しています。翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 mg/dL 以上で改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない人がいずれも約2割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者に対して健診の継続受診を勧める働きかけが必要です。【図表 2-11、図表 2-12、図表 2-13】

図表 2-1 1 II度高血圧以上の者の前年度からの変化

(単位：人)

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	1,086 (6.6%)	⇒	R1	552 (50.8%)	297 (27.3%)	51 (4.7%)	186 (17.1%)
R3	644 (5.1%)	⇒	R4	350 (54.3%)	169 (26.2%)	25 (3.9%)	100 (15.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 2-1 2 HbA1c 6.5%以上の者の前年度からの変化

(単位：人)

年度	HbA1c 6.5%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	1,211 (7.3%)	⇒	R1	449 (37.1%)	401 (33.1%)	118 (9.7%)	243 (20.1%)
R3	777 (6.2%)	⇒	R4	248 (31.9%)	291 (37.5%)	97 (12.5%)	141 (18.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 2-1 3 LDLコレステロール 160 mg/dL 以上の者の前年度からの変化

(単位：人)

年度	LDLコレステロール 160mg/dL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	1,186 (7.2%)	⇒	R1	566 (47.7%)	312 (26.3%)	72 (6.1%)	236 (19.9%)
R3	935 (7.5%)	⇒	R4	554 (59.3%)	211 (22.6%)	48 (5.1%)	122 (13.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、平成30年度には53.1%まで伸びましたが、感染症の影響で令和2年度以降は受診率が低下し、その後回復傾向にあります。令和4年度は49.4%で第2期特定健診等実施計画の目標を達成しています。また、特定保健指導実施率についても、感染症の影響で令和2年度は低下したものの、その後、コロナ禍前の水準に回復しています。【図表 2-1 4】

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 2-14 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移（法定報告値）

（単位：人）

		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	15,080	14,665	11,398	11,786	12,297	健診受診率 48.5%
	受診率	53.1%	53.0%	41.4%	44.7%	49.4%	
特定保健指導	該当者数	1,267	1,260	882	912	979	特定保健指 導実施率 63.0%
	割合	8.4%	8.6%	7.7%	7.7%	8.0%	
	実施者数	788	862	544	577	681	
	実施率	62.2%	68.4%	61.7%	63.3%	69.6%	

(2) 保健事業の取組状況

①重症化予防の取組

ア 保健指導の実施

健診の受診率向上のため、未受診者への受診勧奨通知や地区担当保健師による訪問等での受診勧奨を実施しています。また、近年は感染症の影響で減少した受診率向上のために、国民健康保険の加入手続き時の受診勧奨、健診日時等の指定方式の再導入、医療機関や事業所への健診結果情報提供の依頼などにも取り組んでいます。

健診受診後は、健診結果から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実施しています。保健指導に当たっては、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教材を活用するなど、それぞれの対象者に応じた指導が行えるように工夫しています。特に、脳血管疾患等の原因となっている高血圧や糖尿病の重症化予防対象者については、随時、受診状況や服薬情報の確認を行い、保健指導実施状況等の進捗管理も実施しています。

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、経年変化を見ると減少し、5%台で推移しています。そのうち、治療なしの人が約5割おり、治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者も約5割います。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の実施が必要です。【図表2-15】

図表 2-15 II度高血圧以上の者の推移と治療状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	16,574	16,082	12,166	12,555	13,652
II度高血圧以上	人(b)	1,086	1,055	692	644	679
	(b/a)	6.6%	6.6%	5.7%	5.1%	5.0%
治療あり	人(c)	514	477	334	309	304
	(c/b)	47.3%	45.2%	48.3%	48.0%	44.8%
治療なし	人(d)	572	578	358	335	375
	(d/b)	52.7%	54.8%	51.7%	52.0%	55.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

HbA1c6.5%以上の者の割合は、平成30年度と比較して減少傾向にあります。そのうち、治療なしの人は30%程度と横ばいで推移しています。受診のない人への保健指導を優先的に実施するとともに、治療中断とならないよう継続した関わりができる支援が必要です。【図表 2-16】

図表 2-16 HbA1c6.5%以上の者の推移と治療状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
健診受診者	人(a)	16,480	15,985	12,099	12,509	13,607	
HbA1c6.5%以上	人(b)	1,211	999	820	777	837	
	(b/a)	7.3%	6.2%	6.8%	6.2%	6.2%	
治療あり	人(c)	838	734	564	542	589	
	(c/b)	69.2%	73.5%	68.8%	69.8%	70.4%	
治療なし	人(d)	373	265	256	235	248	
	(d/b)	30.8%	26.5%	31.2%	30.2%	29.6%	
(再掲)	HbA1c8.0%以上	人(e)	160	113	70	90	92
		(e/a)	1.0%	0.7%	0.6%	0.7%	0.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

LDL コレステロール 160 mg/dL 以上の者の割合は、増減はあるものの7%から9%程度と横ばいで推移しています。そのうち、治療なしの人が約9割と高い状況です。血液検査結果以外のリスク因子を確認しながら、保健指導することが必要です。【図表 2-17】

図表 2-17 LDL コレステロール 160 mg/dL 以上の者の推移と治療状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	16,562	16,067	12,162	12,529	13,628
LDLコレステロール 160mg/dl以上	人(b)	1,186	1,283	1,082	935	939
	(b/a)	7.2%	8.0%	8.9%	7.5%	6.9%
治療あり	人(c)	146	156	138	115	94
	(c/b)	12.3%	12.2%	12.8%	12.3%	10.0%
治療なし	人(d)	1,040	1,127	944	820	845
	(d/b)	87.7%	87.8%	87.2%	87.7%	90.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

②発症予防、広く市民に周知・啓発する取組

妊娠期、小児期・学童期など生涯を通じた生活習慣病の発症予防を意識した健康教育を実施し、肥満や血液検査の有所見者にも個別の保健指導を実施しています。

また、39歳以下の市民健診受診者に対しても、将来における重症化が予想される対象者へ個別保健指導を実施しています。働き盛り世代に対しては、国保被保険者以外への健康教育や保健指導が実施できるよう、企業や協会けんぽ、生命保険会社等の事業者とも連携した取組を推進しています。

市民自ら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康講座への参加、食事や運動習慣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ています。

今後も、市民が市の健康課題を身近に考えられるよう、保健指導教材を活用した啓発等を継続していく必要があります。

(3) 第2期計画に係る考察

特定健診受診率の向上に向けた取組を継続し、受診率は回復傾向にありますが、国が目標とする60%には到達していません。さらに、国保被保険者のうち特定健診受診率が比較的高い世代が今後75歳となり後期高齢者医療制度に移行していくことから、受診率の低い働き盛り世代の受診率向上が課題となっています。(第3章参照)

医療費は、国保被保険者の減少に伴い減少傾向にありますが、1人当たり医療費は増加しています。医療費が高額となる脳血管疾患等の治療者割合は、64歳以下の働き盛り世代で増加傾向にあります。また、第1号介護認定率は減少傾向にありますが、介護の原因として脳血管疾患の割合が高いことが分かっています。脳血管疾患等発症者や人工透析者は、高血圧、糖尿病、脂質異常等の基礎疾患を併せ持っていることから、生活習慣病重症化予防の取組を継続していく必要があります。

健診結果では、男性のメタボ該当者の割合が増加傾向となっており、肥満・血圧対策の継続が必要です。【図表 2-18】

図表 2-18 第2期データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	達成すべき目標	課題を解決するための目標	実績		最終評価値	最終目標値	R4までの状況		
			H28 基準値	R1 中間評価値	R4	R5			
特定健診等	①特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	令和2年度の間見直し後は 特定健診受診率48.5%以上 (令和3年度以降、年平均2.8ポイントずつ増加) [受診者数(人)/対象者数(人)]	51.4%	(53.8%) 53.0%	(46.3%) 49.4%	48.5%	コロナ禍を受け低下後、回復傾向		
		(同規模市)	36.3%	37.7%					
		令和2年度の間見直し後は 特定保健指導実施率63.0%以上 (令和3年度以降、毎年1.0ポイントずつ増加) [終了者数(人)/対象者数(人)]	66.7%	(69.7%) 68.4%	(62.0%) 69.6%	63.0%	R4までの状況において達成		
		(同規模市)	19.2%	20.7%					
データヘルス計画	長期	②1人当たり医療費の伸びを抑える(同規模市と比較して)		0.04%	0.06%	0.01%	抑制へ	達成	
			(同規模市)	0.09%	0.08%	0.06%			
	中期	③脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の治療者割合を維持・減少する	脳血管疾患	64歳以下	2.1%	2.0%	3.0%	2.0%	未達成
				65歳以上	8.7%	8.2%	7.3%	8.2%	達成
				後期高齢者	22.2%	21.2%	18.2%	21.2%	達成
			虚血性心疾患	64歳以下	1.7%	1.7%	2.3%	1.7%	未達成
				65歳以上	6.6%	6.4%	5.9%	6.4%	達成
				後期高齢者	14.2%	13.8%	12.1%	13.8%	達成
		人工透析	64歳以下	0.3%	0.3%	0.5%	0.3%	未達成	
			65歳以上	0.4%	0.3%	0.4%	0.3%	未達成	
			後期高齢者	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	達成	
	④介護保険の1号要介護認定率の伸びを抑える	介護保険の1号要介護認定率の伸びを0.3ポイント以内に抑える(令和元年度と比較して)	23.0%	21.7%	(22.0%) 20.5%	22.3%	達成		
		(同規模市)	20.8%	18.5%	18.2%				
短期	⑤健診結果の高血圧、肥満等の有所見割合を減らす	健診受診者の高血圧Ⅱ度以上者の割合を6%台にする(160/100以上)	6.2%	6.9%	5.1%	6%台	達成		
		男性のメタボ該当者の割合を25%に維持する	22.7%	25.0%	26.4%	25.0%	未達成		
		(同規模市)	28.5%	30.9%	33.0%				
	⑥3歳児の肥満割合を減少する	3歳児健診の肥満児割合を減少する	4.3%	6.5%	5.4%	6.5%	未達成		
(県)	3.8%	4.2%							

図表 2-19 データヘルス計画の目標に対する4つの視点での評価表

<凡例：課題○、目標●>

○未受診者対策

課題・目標	○受診率が約半数で半数の人が未受診 ○40・50歳代の受診率が低い。 ○医療機関治療中で健診未受診者が多い。 ●特定健診受診率 令和5年度 48.5%を目指す（令和4年度 46.3%）。														
評価	①ストラクチャー (構造)	・地区別受診率や未受診者対策の方法等を月1回の業務検討会で共有した。													
	②プロセス (やってきた実践の過程)	・40.50.60歳へ無料クーポンを配布し、対象者に訪問等で受診勧奨を実施した。 ・健診未受診者の中で男性や糖尿病対象者等を抽出して、受診勧奨通知を送付した。 ・地区ごとに受診勧奨対象者を抽出し、訪問や電話等で受診勧奨を行った。													
	③アウトプット (事業実施量)	受診勧奨訪問数 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問数(件) (直営、委託含む)</td> <td>6,712</td> <td>3,723</td> <td>2,347</td> <td>1,082</td> </tr> </tbody> </table> ※R2年度以降は電話対応含む ※年度により健診の実施方法、受診勧奨方法は異なる。				年度	R1	R2	R3	R4	訪問数(件) (直営、委託含む)	6,712	3,723	2,347	1,082
	年度	R1	R2	R3	R4										
訪問数(件) (直営、委託含む)	6,712	3,723	2,347	1,082											
④アウトカム (結果)	特定健診受診率 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受診率(%)</td> <td>53.0</td> <td>41.4</td> <td>44.7</td> <td>49.4</td> </tr> </tbody> </table>				年度	R1	R2	R3	R4	受診率(%)	53.0	41.4	44.7	49.4	
年度	R1	R2	R3	R4											
受診率(%)	53.0	41.4	44.7	49.4											
残っている課題	○受診率向上の取組の工夫と継続が必要。														

○重症化予防対策

課題・目標	<p>○国保被保険者全体では脳血管疾患等の患者割合が増加している。</p> <p>○脳血管疾患・虚血性心疾患等の基礎疾患に高血圧や糖尿病等の生活習慣病を併せ持っている人が多い。</p> <p>○男性のメタボ該当者が増加傾向</p> <p>●Ⅱ度高血圧以上の者の割合を6%台にする。</p>																				
評価	<p>①ストラクチャー(構造)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市の健康課題や保健指導実施方法を月1回の業務検討会で共有した。 ・頸北地区の高血圧対策において、医療機関や薬局と市の健康課題や取組を共有した。 																				
	<p>②プロセス(やってきた実践の過程)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果から、生活習慣病の重症化が懸念される対象者を抽出し、訪問等の個別保健指導を実施した。 ・糖尿病管理台帳を地区ごとに作成し、医療機関未受診者や中断者を含めて、継続した支援を実施した。 ・糖尿病連携手帳や血圧手帳を活用し、必要な情報共有を図るなど医療との連携に取り組んだ。 																				
	<p>③アウトプット(事業実施量)</p> <p>重症化予防対象者への保健指導実施者数</p> <table border="1" data-bbox="526 1010 1329 1099"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施数(人)</td> <td>4,776</td> <td>3,541</td> <td>3,747</td> <td>4,000</td> </tr> </tbody> </table> <p>糖尿病未治療者が治療につながった割合</p> <table border="1" data-bbox="526 1189 1329 1279"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合(%)</td> <td>73.3</td> <td>64.4</td> <td>69.4</td> <td>64.4</td> </tr> </tbody> </table>	年度	R1	R2	R3	R4	実施数(人)	4,776	3,541	3,747	4,000	年度	R1	R2	R3	R4	割合(%)	73.3	64.4	69.4	64.4
	年度	R1	R2	R3	R4																
実施数(人)	4,776	3,541	3,747	4,000																	
年度	R1	R2	R3	R4																	
割合(%)	73.3	64.4	69.4	64.4																	
<p>④アウトカム(結果)</p> <p>Ⅱ度高血圧以上の者の割合</p> <table border="1" data-bbox="526 1368 1329 1458"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合(%)</td> <td>6.6</td> <td>5.7</td> <td>5.1</td> <td>5.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>HbA1c6.5%以上の者の割合</p> <table border="1" data-bbox="526 1547 1329 1637"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合(%)</td> <td>6.2</td> <td>6.8</td> <td>6.2</td> <td>6.2</td> </tr> </tbody> </table>	年度	R1	R2	R3	R4	割合(%)	6.6	5.7	5.1	5.0	年度	R1	R2	R3	R4	割合(%)	6.2	6.8	6.2	6.2	
年度	R1	R2	R3	R4																	
割合(%)	6.6	5.7	5.1	5.0																	
年度	R1	R2	R3	R4																	
割合(%)	6.2	6.8	6.2	6.2																	
残っている課題	<p>○重症化予防訪問の継続と健診結果改善にむけた効果的なアプローチを検討していく。</p>																				

○広く市民に周知する対策

課題・目標	<p>○国保被保険者全体では脳血管疾患等の患者割合が増加している。</p> <p>○脳血管疾患・虚血性心疾患等の基礎疾患に高血圧や糖尿病等の生活習慣病を併せ持っている人が多い。</p> <p>○受診率が約半数で半数の人が未受診、40・50歳代の受診率が低い。</p> <p>●特定健診受診率 令和5年度 48.5%を目指す（令和4年度 46.3%）。</p>																														
評価	<p>①ストラクチャー（構造）</p> <p>・市の健康課題について、講座や研修会の機会に市民や関係機関に周知した。</p>																														
	<p>②プロセス（やってきた実践の過程）</p> <p>・KDBシステムの市の医療や介護等の分析等から市の健康実態を共有するための資料を作成した。</p> <p>・市の集団健診受診者に対し、健診当日や結果説明会等の保健指導の機会を設けた。</p> <p>・健康管理等の継続した取組の推進のため、健康づくりポイント事業を実施し、広く市民に周知した。</p>																														
	<p>③アウトプット（事業実施量）</p> <p>健診時保健指導実施者数</p> <table border="1" data-bbox="560 925 1369 1059"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>回数（回）</td> <td>216</td> <td>234</td> <td>222</td> <td>218</td> </tr> <tr> <td>人数（人）</td> <td>21,635</td> <td>15,451</td> <td>16,859</td> <td>19,234</td> </tr> </tbody> </table> <p>健診結果説明会実施者数</p> <table border="1" data-bbox="560 1149 1369 1283"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>回数（回）</td> <td>400</td> <td>292</td> <td>271</td> <td>271</td> </tr> <tr> <td>人数（人）</td> <td>7,336</td> <td>4,523</td> <td>4,704</td> <td>4,829</td> </tr> </tbody> </table>	年度	R1	R2	R3	R4	回数（回）	216	234	222	218	人数（人）	21,635	15,451	16,859	19,234	年度	R1	R2	R3	R4	回数（回）	400	292	271	271	人数（人）	7,336	4,523	4,704	4,829
	年度	R1	R2	R3	R4																										
回数（回）	216	234	222	218																											
人数（人）	21,635	15,451	16,859	19,234																											
年度	R1	R2	R3	R4																											
回数（回）	400	292	271	271																											
人数（人）	7,336	4,523	4,704	4,829																											
<p>④アウトカム（結果）</p> <p>健診受診率</p> <table border="1" data-bbox="560 1373 1369 1462"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受診率（%）</td> <td>53.0</td> <td>41.4</td> <td>44.7</td> <td>49.4</td> </tr> </tbody> </table>	年度	R1	R2	R3	R4	受診率（%）	53.0	41.4	44.7	49.4																					
年度	R1	R2	R3	R4																											
受診率（%）	53.0	41.4	44.7	49.4																											
残っている課題	<p>○市民が市の健康課題を身近に考えられるように資料作成し、啓発を継続していく。</p>																														

2 第3期計画における健康課題の明確化

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、健康課題を抽出し、費用対効果の観点から保健指導対象者の優先順位を決定します。

第2期計画において脳血管疾患等による透析の治療者割合を減少させることを中長期目標としました。脳血管疾患の治療者のうち、約7割が高血圧を有していることから、これまで高血圧に重点をおいた重症化予防に取り組んできましたが、脳血管疾患の総医療費に占める割合は、国保では同規模市と比較して高い状況にあります。また、第2期計画において高血圧、肥満等の有所見者割合を減らすことを短期的目標としましたが、高血圧や糖尿病等の総医療費に占める割合は、国保・後期高齢者医療共に同規模市と比べて高い状況です。【図表 2-20】

図表 2-20 データヘルス計画の目標疾患が医療費に占める割合（令和4年度）

市町村名	総医療費	1人当たり医療費 (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	上越市	125億0012万円	30,785円	3.27%	0.29%	2.27%	0.73%	5.90%	3.86%	2.74%	23億8154万円	19.05%	18.59%	8.25%	7.53%
	同規模	--	28,134円	4.76%	0.27%	2.07%	1.45%	5.59%	3.08%	2.27%	--	19.48%	16.35%	7.75%	8.62%
	県	--	29,500円	4.09%	0.32%	2.33%	0.79%	5.26%	3.58%	2.17%	--	18.54%	18.93%	8.16%	8.03%
	国	--	29,043円	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.82%	16.77%	7.88%	8.71%
② 後期	上越市	215億8344万円	54,487円	2.38%	0.62%	3.79%	1.00%	5.02%	4.08%	1.62%	39億9457万円	18.51%	11.30%	3.88%	10.21%
	同規模	--	66,499円	4.71%	0.42%	3.85%	1.64%	4.32%	3.12%	1.61%	--	19.67%	11.29%	3.72%	12.12%
	県	--	56,967円	3.41%	0.48%	4.41%	0.88%	4.10%	3.75%	1.40%	--	18.43%	11.81%	3.74%	10.99%
	国	--	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

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

1件80万円以上の高額レセプトにおける疾病では、令和4年度に脳血管疾患で高額となったレセプトは、国保で128件・約1億5千万円、後期高齢者医療では316件・約3億6千万円となっています。脳血管疾患は、虚血性心疾患と比較し、発生件数が多いため、医療費が多額となっています。【図表 2-21】

脳血管疾患を発症すると、要介護状態となり、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を始めとする生活習慣病の重症化予防を引き続き実施していく必要があります。

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民健康保険等から、後期高齢者医療制度へ移行することになるため、保健事業においても、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必要です。

図表 2-2 1 高額レセプト（80万円以上/件）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 1,120人	1,125人	1,101人	1,105人	1,073人	2,478人
	件数	B 1,827件	1,936件	1,930件	2,038件	1,982件	3,734件
		B/総件数 0.49%	0.54%	0.57%	0.60%	0.61%	0.77%
	費用額	C 24億6,477万円	26億4,241万円	25億5,902万円	26億9,490万円	27億7,080万円	44億7,375万円
C/総費用 18.1%		19.7%	20.1%	21.0%	22.2%	20.7%	
脳血管疾患	人数	D 86人	75人	75人	72人	76人	213人
		D/A 7.7%	6.7%	6.8%	6.5%	7.1%	8.6%
	件数	E 158件	138件	115件	98件	128件	316件
		E/B 8.6%	7.1%	6.0%	4.8%	6.5%	8.5%
	費用額	F 1億8,416万円	1億5,401万円	1億3,200万円	1億1,951万円	1億5,712万円	3億6,688万円
		F/C 7.5%	5.8%	5.2%	4.4%	5.7%	8.2%
虚血性心疾患	人数	G 50人	66人	38人	44人	35人	60人
		G/A 4.5%	5.9%	3.5%	4.0%	3.3%	2.4%
	件数	H 58件	74件	40件	53件	38件	66件
		H/B 3.2%	3.8%	2.1%	2.6%	1.9%	1.8%
	費用額	I 1億112万円	9,521万円	5,944万円	8,691万円	5,656万円	1億868万円
		I/C 4.1%	3.6%	2.3%	3.2%	2.0%	2.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

3 目標の設定

第3期計画における目標は、第2期計画の評価や県が示す共通の評価指標（5ページ・図表 1-1）を踏まえ、次のとおり設定することとし、第3章及び第4章に記載する取組を展開することにより、目標達成を目指します。

①中長期的な目標の設定

第2期計画の評価を踏まえ、医療費が高額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、虚血性心疾患、慢性腎不全（透析）の総医療費に占める割合を減少させることを目標とします。

また、軽症時に医療受診せず、重症化することで入院などの医療費の高額化にもつながることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるため、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。

②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少させることを目標とします。

特に、当市の課題である脳血管疾患へつながるⅡ度高血圧以上やHbA1c6.5%以上の有所見者の割合が減少することを目指します。そのためには、医療受診が必要な人への受診の働きかけや治療継続への支援を行います。

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、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ことから、健診受診率の向上に係る目標値を設定します。目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施」において記載します。

図表 2-22 第3期データヘルス計画の目標管理一覧表

★県の共通の評価指標
◎全ての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績	目標値		データの把握方法 (活用データ年度)
			現状値 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.27%	前年度より減少	現状値R4より減少させる	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	0.73%	前年度より減少	現状値R4より減少させる	
		慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の減少	3.27%	前年度より減少	現状値R4より減少させる	
短期目標	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減少	★ 健診受診者の高血圧受診勧奨判定値（140/90mmHg）以上者の割合を25%台に減少	26.0%	前年度より減少	25%台	上越市 特定健診結果
		★ 健診受診者の高血圧受診勧奨判定値以上者の未治療者割合を51%台に減少	52.8%	前年度より減少	51%台	
		健診受診者のⅡ度高血圧以上者の割合を4%台に減少	5.0%	前年度より減少	4%台	
		★ 健診受診者のHbA1c6.5%以上者の割合を5%台に減少	6.2%	前年度より減少	5%台	
		★ HbA1c6.5%以上者の未治療者割合の減少	29.6%	28.0%	27.0%	
		★ 健診受診者のHbA1c8.0%以上者の割合の減少	0.7%	前年度より減少	現状値R4より減少させる	
		健診受診者のLDL160mg/dl以上者の割合を減少	6.9%	前年度より減少	6%台	
		★ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	24.1%	前年度より減少	23%台	
		★ ◎ 特定保健指導対象者の減少率 ※ (減少率：前年度の特定保健指導対象者のうち今年度に特定保健指導の対象者ではなくなった者の割合)	17.6%	前年度より増加	現状値R4より増加させる	
		★ 習慣的に喫煙している者の割合の減少	12.2%	前年度より減少	11%台	
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させ、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少	★ ◎ 特定健診受診率60%以上	49.4%	52.3%	53.1%	法定報告値
		★ ◎ 特定保健指導実施率60%以上	69.6%	70.0%	70.0%	

※「特定保健指導対象者の減少率」は、評価年度において確定している前々年度の法定報告値をもって評価を行うこととし、「n-3年度の特定保健指導対象者のうちn-2年度に特定保健指導の対象者ではなくなった者の割合」により評価する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1 第4期特定健診等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

なお、本計画の計画期間は、新潟県地域保健医療計画の次期計画期間と整合を図り、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2 対象者の見込み

被保険者数の推移と今後の見通し（第1章 6(1)）を踏まえ、特定健診・特定保健指導の対象者を次のように見込みます。【図表 3-1】

図表 3-1 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

(単位：人)

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	22,659	21,282	20,025	18,915	17,805	16,803
特定保健指導	989	947	908	859	811	766

※年度途中脱退・加入等を除く

3 目標値の設定

(1) 健診受診率の推移

①全体

第3期計画期間の受診率を見ると、令和元年度までは増加傾向にあったものの、感染症などの影響による健診の受診控えに伴い、令和2年度は大幅に受診率が低下しました。その後は回復傾向にあり、令和4年度は第3期計画の目標値を上回る49.4%となりましたが、依然としてコロナ禍前の水準まで回復していない状況です。【図表 3-2】

図表 3-2 特定健診受診率の推移（法定報告値）

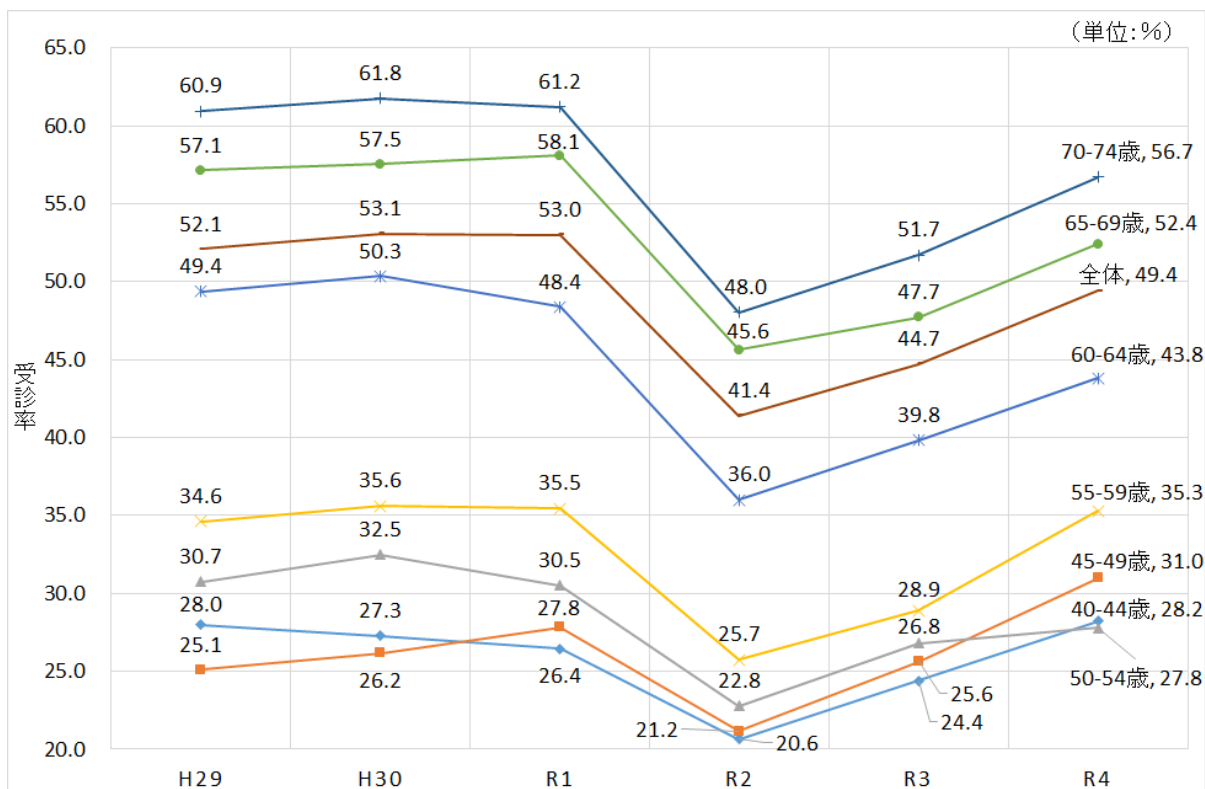
	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者（人）	30,221	29,443	28,410	27,662	27,541	26,341	24,871
受診者（人）	15,524	15,335	15,080	14,665	11,398	11,786	12,297
受診率（％）	51.4	52.1	53.1	53.0	41.4	44.7	49.4
目標値（％）	57.0	52.4	53.1	53.8	40.1	43.6	46.3

②年齢階級別

各年度の受診率を年齢階級別に見ると、年齢が高くなるにつれ受診率が高くなっており、65歳以上では平均して50%を超えています。一方、60歳未満の受診率は低く、年代によっては30%を下回っています。

コロナ禍前からの回復傾向を見ると、60歳未満の回復のペースが速く、年代によってはコロナ禍前を上回る受診率となっていますが、60歳以上の各年代では回復のペースが遅く、令和4年度時点でコロナ禍前の水準までには回復していません。【図表 3-3】

図表 3-3 特定健診受診率の推移（年齢階級別）



(2) 保健指導実施率の推移

特定保健指導実施率は、平成28年度から高い水準を維持し、国の目標である60%以上を達成しています。【図表 3-4】

図表 3-4 特定保健指導実施率の推移（法定報告値）

		H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
動機付け支援	対象者（人）	1,010	1,087	1,053	1,040	735	757	795
	実施者（人）	721	740	686	750	483	512	569
	実施率（%）	71.4	68.1	65.1	72.1	65.7	67.6	71.6
積極的支援	対象者（人）	257	245	214	220	147	155	184
	実施者（人）	124	119	102	112	61	65	112
	実施率（%）	48.2	48.6	47.7	50.9	41.5	41.9	60.9
合計	対象者（人）	1,267	1,332	1,267	1,260	882	912	979
	実施者（人）	845	859	788	862	544	577	681
	実施率（%）	66.7	64.5	62.2	68.4	61.7	63.3	69.6
目標値		58.0	67.7	68.7	60.0	61.0	62.0	63.0

(3) 目標値

①特定健診受診率

被保険者数や健診受診率の推移を踏まえ、令和8年度にコロナ禍前の水準に回復させ、令和9年度以降も受診率を維持向上することを目標とします。また、中間評価時点において、実績を踏まえ以後の目標値を見直します。【図表 3-5】

国が示す市町村国保の目標値である60%の受診率をできるだけ早期に達成できるよう、36ページに記載する受診率向上に向けた取組を推進します。

図表 3-5 特定健診受診率の目標値

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者数（人）	22,659	21,282	20,025	18,915	17,805	16,803
受診者数（人）	11,647	11,131	10,633	10,044	9,455	8,922
受診率（%）	51.4	52.3	53.1	53.1	53.1	53.1

【目標設定の要点】

特定健診受診率を毎年平均0.9ポイントずつ上げ、令和8年度の目標値をコロナ禍前の水準である53.1%とし、令和9年度以降も維持することを目標とします。被保険者全体の約7割を占める60歳以上の受診率は高いものの、コロナ禍前の

水準まで回復していないことから、60歳以上の受診率をコロナ禍前の水準へ回復させることを目指します。

また、60歳未満の働き盛り世代の受診率が低いことから、健診予約の申込みの手間を省いた日時・会場指定方式やナッジ理論等を活用した受診勧奨通知などの効果的な取組を行うことにより、60歳未満の受診率は35%を目標に底上げを図り、受診率全体の維持向上を目指します。

②特定保健指導実施率

令和4年度の実績がコロナ禍前の水準に回復していることを踏まえ、令和6年度以降は70.0%を目標とし、実施率の維持向上を目指します。なお、「標準的な健診・保健指導プログラム」の改訂により、令和6年度からアウトカム評価を基本とする評価方法が導入されることに伴い、実施者数の算定方法が変更となることから、中間評価時点において、実績を踏まえ以後の目標値を見直します。【図表3-6】

図表 3-6 特定保健指導実施率の目標値

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者数（人）	989	947	908	859	811	766
実施者数（人）	692	663	636	601	568	536
実施率（％）	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0

【目標設定の要点】

特定健診受診者の減少に伴い、特定保健指導の対象者も減少する見込みですが、令和4年度の実施率（69.6%）を踏まえ、令和6年度の目標値を70.0%とし、令和7年度以降も維持することを目標とします。

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契約し実施します。

- 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、個別通知等で被保険者へお知らせします。【図表 3-7】

図表 3-7 健診実施場所

健診の種類		実施場所	実施時期
集団健診	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	市内施設（公民館等）又は健診実施機関（医師会等）	4月～翌年2月
個別健診	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	市内各医療機関	4月～翌年3月
人間ドック	委託先の健診機関で日時を限定せずに行う人間ドック	県内各健診機関	4月～翌年3月

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準に基づく健診項目を実施するほか、当市の国保被保険者の健康実態を踏まえ、必要に応じて市独自の検査項目を追加して健診を実施します。【図表 3-8】

図表 3-8 健診項目（令和6年度）

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）

(5) 対象者

特定健診の対象者は、当市の国保被保険者のうち、実施年度中に40歳から74歳に到達する人としてします。ただし、厚生労働大臣が定める人（妊産婦や特別養護老人ホーム入所者、長期入院等の人）は対象外としてします。

また、18歳から39歳までの人に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・尿素窒素を除くほかは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

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

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

(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、国保連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健診日程等を案内します。

- ①日時や会場を指定したはがきや特定健康診査受診券等による案内
- ②特定健康診査カレンダー及びホームページによる周知

(10) 受診率向上に向けた取組

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、将来の疾病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
各年代の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・前年度受診者の健診日時や会場、健診項目を指定した案内通知の発送 ・年度途中の国保被保険者への案内通知の発送 ・年度末年齢40歳、50歳、60歳の人を対象とした無料クーポンの発行 ・電話や訪問による受診勧奨の実施及び未受診者理由の把握 ・ナッジ理論を活用した健診未受診者への受診勧奨通知の発送 ・国保加入手続きの際に健診を案内 ・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、健康講座等での受診勧奨 ・健康づくりポイント^{*36}の活用 ・人間ドック健診費用助成事業の実施
リピート率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会や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"> ・前年度にかかりつけ医での診療情報提供があった人に特定健康診査受診券を送付 ・医療機関に受診率向上に向けた協力を依頼

5 特定保健指導の実施

(1) 対象者の明確化と保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5を基に、健診結果から保健指導対象者を明確にし、保健指導計画の策定・実践を次のように行います。【巻末図表1、図表3-9】

図表 3-9 要保健指導対象者の優先順位

優先順位	保健指導レベル	支援方法	R4年度対象者数見込 (受診者割合)
1	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 を実施	1,076人 (7.9%)
2	情報提供 (受診必要)	○医療機関を受診する必要性について通 知・説明 ○適切な生活改善や受診行動が自分で選 択できるよう支援	2,433人 (17.8%)
3	健診未受診者	○特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発)	11,364人
4	情報提供	○健診結果の見方について通知・説明	2,360人 (17.3%)
5	情報提供	○かかりつけ医との連携 ○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	7,792人 (57.0%)

(2) 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 3-10】

図表 3-10 年間実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	受診率向上に向けた取組
3月	○健診対象者の抽出及び健診案内通知の発送 ○診療情報提供の依頼 ○個別健診実施の依頼		○特定健康診査を始めとした各種健診の広報
4月	○特定健康診査の開始 (市民健康診査、後期高齢者健康診査、がん検診と同時実施)		○無料クーポンの発行 ○加入手続時の健診案内 ○事業所健診等の結果提供依頼 ○電話や訪問による受診勧奨
5月			
6月	○健診データ受取 ○代行機関(国保連合会)を通じて費用決済の開始	○対象者抽出	
7月		○特定保健指導の開始	
8月			○ナッジ理論を活用した受診勧奨通知の発送
9月	○前年度の特定健康診査及び特定保健指導の実績報告終了		
10月		○利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	○健診の終了		
3月			
翌年度	○費用決済終了	○翌年度8月まで実施	

6 個人情報の取り扱い

(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関係法令等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あることから、国保被保険者である期間は継続してデータを保存します。

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、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、メタボリックシンドローム等の該当者割合の減少を目指し、特定健診における血糖、血圧、脂質、肥満の有所見率を改善していきます。そのために、生活習慣病の重症化予防の取組として個人の健診結果に基づいた保健指導を行います。

ポピュレーションアプローチ^{*37}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の健康課題について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、まずは健診を受けていただき、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努める必要があります。実施に当たっては、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

当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^{*37}の重症化予防対象者を各学会のガイドラインに基づき抽出し、保健指導を実施します。

【巻末図表 2】

(1) 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当たっては、脳卒中予防への提言、脳卒中治療ガイドライン、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。【図表 4-1】

図表 4-1 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	●							

出典：脳卒中予防の提言

② 対象者の明確化

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子であり、高血圧者の中でもより重症化しやすいⅡ度高血圧以上の者から優先的に保健指導を実施します。また、Ⅱ度高血圧以上の者のうち約5割は未治療者であり、併せて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。【巻末図表 3、巻末図表 4】

脳血管疾患のリスク因子である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なため、当市の集団健診では心電図検査を全員実施しています。

心電図検査における心房細動の有所見者については、医療機関の受診状況を確認し、継続受診の指導や未治療者への受診勧奨を行います。

あわせて、生活習慣病のリスクを高める喫煙や飲酒の生活習慣についても、健診結果と関連付けて保健指導を行います。

(2) 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当たっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び「上越市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実施していきます。

② 対象者の明確化

対象者の選定基準に当たっては、上越市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を特定健診結果からHbA1c6.5%以上、尿蛋白(1+)以上またはeGFR^{*38}45 (ml/分/1.73 m²)未満の者とします。さらに、特定健診データとレセプトデータを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者を把握していきます。

特定健診未受診者の中でも、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者は糖尿病管理台帳等で把握し、継続受診の確認や健診の受診勧奨を行っていきます。【巻末図表5】

(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当たっては、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年版等の各ガイドラインに基づいて進めていきます。

② 対象者の明確化

虚血性心疾患は、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、喫煙との関係が明らかになっているため、健診結果から保健指導対象者として把握していきます。

特に、脂質異常者の中でも重症化しやすいLDLコレステロール160 mg/dL以上の者を優先的な保健指導対象者とします。また、LDLコレステロール160 mg/dL以上の者のうち約9割は未治療であり、高血圧や糖尿病等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っていきます。【巻末図表6】

3 重症化予防の取組の実際

(1) 保健指導の実施（脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患予防）

保健指導の実施に当たっては、健診の経年結果や受診状況等を確認し、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、対象者が生活習慣の改善などイメージしやすいように心がけます。

特定健診受診者は、地区ごとに健診結果や保健指導対象者をわかるように一覧表で管理していきます。地区担当の保健師等は、対象者の生活状況や受診状況を確認し、必要に応じて継続した保健指導を行います。一覧表には、保健指導の実施状況を入力し、進捗管理していきます。

(2) 関係機関との連携

医療の情報については、KDB等を活用しデータを収集していきます。健診結果から治療が必要にもかかわらず医療機関の未受診や中断が把握された場合には、受診勧奨を行います。また、治療中であっても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。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、国保から後期高齢者医療制度に移行後も、健診結果等に応じた保健指導を継続していく必要があるため、必要に応じて地域包括支援センター等と連携していきます。

(3) 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で行います。評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、短期的評価は年1回、中長期的評価は中間評価及び最終評価において行います。その際はKDB等の情報を活用します。

(4) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準、実施方法等の決定

保健指導に関する業務検討会で保健指導に従事する保健師、栄養士等で共有

7月～特定健診結果が届き次第、地区ごとの台帳に記載。記載後、対象者へ保健指導を実施（通年）

4 広く市民に周知・啓発する取組

生涯を通じた健康づくりの取組として、生活習慣病の発症予防・重症化予防を意識した健康教育や保健指導を実施していきます。生活習慣病の重症化から医療受診や介護サービスの利用につながり、社会保障費の増大につながっていく実態や市の健康課題についても周知し、市民一人一人何ができるかを自身で考え、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。

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し、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。

5 医療費適正化に向けた取組

(1) 重複・頻回受診者及び多剤投薬者に対する保健指導

同じ症状に対して複数の医療機関で受診すること（重複受診）や、頻繁に医療機関を受診すること（頻回受診）は、医療費を増加させ、国保財政を圧迫することにつながります。

また、受診頻度が多くなることで、処方される薬剤の種類が増え、重複投薬や併用禁忌薬剤^{*39}となるリスクが高まり、副作用や薬物有害事象^{*40}を起こすおそれがあります。

こうした課題に対応するため、レセプトデータにより定期的に対象者を抽出し、保健師等が訪問等により健康状態・健康不安を聴き取り、受診行動の改善を促します。また、かかりつけ医やかかりつけ薬局を持つことの重要性やお薬手帳の活用についても、広く周知・啓発を図ります。

事業の実施に当たっては、医師会や薬剤師会など関係機関と情報共有し、必要に応じて対象者のフォローアップについて助言を受けるなど連携して対応します。

(2) 後発医薬品の使用促進に向けた普及啓発

後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と同じ有効成分を使用し、品質や効果、安全性が同等として国の承認を受けた医薬品です。先発医薬品と比べ費用が安価であることから、ジェネリック医薬品の使用を促進することで、自己負担の軽減につながるほか、国保財政の負担軽減にもつながります。

ジェネリック医薬品の使用促進をめぐっては、令和3年6月の閣議決定において、後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、令和5年度末までに全ての都道府県で80%以上とする新たな目標が定められました。

令和5年3月の県内市町村の平均普及率は82.1%で、当市は83.6%と県の平均普及率を上回っています。

当市においては、「ジェネリック医薬品利用差額通知」を年2回送付しているほか、「ジェネリック医薬品希望カード」を市窓口を設置し使用促進を図ってきました。また、令和5年度には、被保険者証の一斉更新時に「ジェネリック医薬品希望シール」を配布し普及啓発を行いました。

今後もこうした取組を継続することで、医療費の適正化につなげます。

図表 4-2 ジェネリック医薬品の普及目標

区 分	R4 年度 (実績値)	R8 年度 (計画中間年度)	R11 年度 (計画最終年度)
ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）※	83.6%	84.0%	84.5%

※「ジェネリック医薬品に変更済の医薬品」の数量を「全医療用医薬品のうち、ジェネリック医薬品に変更済と変更可能な医薬品」の数量で除した値

※今後、国が示す普及目標が見直された場合は、中間評価において見直すこととする。

第5章 地域包括ケアシステムに係る取組

当市では、上越市第3次地域福祉計画の基本理念である「誰もが居場所と出番を持って、共に支え合いながら、安心してすこやかに自分らしく暮らせる地域社会の実現」を目指し、上越市第9期介護保険事業計画・第10期高齢者福祉計画では3つの基本目標のもと、「上越市版地域包括ケアシステム」の深化に向けた取組を推進します。

【基本目標1】住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる環境づくりを推進します

【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

①介護予防・重症化予防の取組（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）

当市では、高齢化の進行に伴い、後期高齢者人口や認知症高齢者の増加が見込まれています。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があります。

当市は、令和2年度より新潟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うとともに、フレイル^{*41}のリスクがある高齢者を把握して「通いの場」につなぐなど、関係部署が連携した介護予防の取組を推進します。

KDBや見える化システム^{*42}を活用し、若い年代から高齢期までの健診・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・重度化防止につなげます。また、対象者を明確にした個別支援と健康教育・相談支援の双方の取組を行います。

②地域で支え合う仕組みづくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくためには、高齢者自身を含めた多様な世代が主体的に地域の担い手となって支え合い、高齢者の介護予防活動や日常生活を支援する体制の整備を進めていく必要があります。多様な社会資源と、地域で活動する多くの人々による「地域の活力」をいかし、行政と市民等が一体となって、高齢者を地域で支え合う体制づくりを一層推進していきます。

③地域包括支援センターの機能強化

高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括支援センターの総合相談機能を強化し、きめ細やかな相談対応や一人ひとりの状態に応じた支援を行っていきます。また、地域における多職種相互の連携・協働の体制づくりや介護支援専門員に対する支援など、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを強化します。

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、3年後の令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画の見直しを行います。

計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定に向けた評価を行います。

なお、評価指標によっては翌年度に実績値が確定するものがあることから、中間評価及び最終評価に当たっては、それぞれ令和7年度を中間評価値、令和10年度を最終評価値として評価を行うこととします。(ただし、「特定保健指導対象者の減少率」については、30ページに記載のとおり評価を行います。)

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います。中間評価及び最終評価においては、4つの指標による評価も併せて行います。

※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)

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ていきます。

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ことから、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た周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。

公表・周知に当たっては、計画の要旨等をまとめた概要版を用いるなど、被保険者や保健医療関係者の理解の促進に努めます。

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。

巻末資料

1 計画の策定経過

年	月日	会議等	協議内容
令和5年	6月29日	第1回 上越市国民健康保険運営協議会	第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)等の策定について、第2期計画における目標の進捗状況、策定の進め方について協議
			内容 <ul style="list-style-type: none"> ・計画の概要・位置付け、計画策定の目的 ・第2期計画における目標の進捗状況 ・計画策定の進め方
	8月3日	第2回 上越市国民健康保険運営協議会	第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)等の策定について、第2期取組の評価から見える健康課題を解決するための第3期計画における取組の方向性について協議
			内容 <ul style="list-style-type: none"> ・第2期計画における健康課題を解決するための取組の成果 ・第2期取組の評価から見える健康課題と第3期における取組の方向性
	10月19日	第3回 上越市国民健康保険運営協議会	「上越市第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」の素案について協議
内容 <ul style="list-style-type: none"> ・健康課題に対する具体的な対策、評価項目について協議 ・会議後、書面による意見聴取 			
令和6年	12月25日～ 1月24日	パブリックコメントの実施	
	2月8日	第4回 上越市国民健康保険運営協議会	「上越市第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」の最終案について協議
			内容 <ul style="list-style-type: none"> ・第3回協議会からの変更点についての報告 ・計画の最終案についての協議
3月	計画策定		

2 国民健康保険運営協議会 関連の法令、例規関連の法令、例規

国民健康保険法（抜粋）

（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）

（国民健康保険運営協議会）

第十一条 省略

- 2 国民健康保険事業の運営に関する事項（この法律の定めるところにより市町村が処理することとされている事務に係るものであつて、第四章の規定による保険給付、第七十六条第一項の規定による保険料の徴収その他の重要事項に限る。）を審議させるため、市町村に市町村の国民健康保険事業の運営に関する協議会を置く。
- 3 前二項に定める協議会は、前二項に定めるもののほか、国民健康保険事業の運営に関する事項（第一項に定める協議会にあつてはこの法律の定めるところにより都道府県が処理することとされている事務に係るものに限り、前項に定める協議会にあつてはこの法律の定めるところにより市町村が処理することとされている事務に係るものに限る。）を審議することができる。
- 4 前三項に規定するもののほか、第一項及び第二項に定める協議会に関して必要な事項は、政令で定める。

国民健康保険法施行令（抜粋）

（昭和 33 年 12 月 27 日政令第 362 号）

（国民健康保険運営協議会の組織）

- 第三条 法第十一条第一項に定める協議会（第五項において「都道府県協議会」という。）は、被保険者を代表する委員、保険医又は保険薬剤師を代表する委員、公益を代表する委員及び被用者保険等保険者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七条第三項に規定する被用者保険等保険者をいう。以下この条において同じ。）を代表する委員をもつて組織する。
- 2 前項の委員のうち、被保険者を代表する委員、保険医又は保険薬剤師を代表する委員及び公益を代表する委員の数は各同数とし、被用者保険等保険者を代表する委員の数は、被保険者を代表する委員の数の二分の一以上当該数以内の数とする。
 - 3 法第十一条第二項に定める協議会（以下この条において「市町村協議会」という。）は、被保険者を代表する委員、保険医又は保険薬剤師を代表する委員及び公益を代表する委員各同数をもつて組織する。
 - 4 市町村協議会は、被保険者を代表する委員の数以内の数の被用者保険等保険者を代表する委員を加えて組織することができる。
 - 5 都道府県協議会及び市町村協議会（次条及び第五条第一項において「協議会」という。）の委員の定数は、条例で定める。

（委員の任期）

- 第四条 協議会の委員の任期は、三年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。（会長）

第五条 協議会に、会長一人を置き、公益を代表する委員のうちから、全委員がこれを選挙する。

- 2 会長に事故があるときは、前項の規定に準じて選挙された委員が、その職務を代行する。

上越市国民健康保険条例（抜粋）

（昭和 46 年 4 月 29 日条例第 66 号）

（国民健康保険運営協議会の委員の定数）

第 2 条 上越市国民健康保険運営協議会（以下「協議会」という。）の委員の定数は、次の各号に定めるところによる。

- (1) 被保険者を代表する委員 5 人
- (2) 保険医又は保険薬剤師を代表する委員 5 人
- (3) 公益を代表する委員 5 人
- (4) 被用者保険等保険者を代表する委員 5 人

（規則への委任）

第 3 条 前条に定めるもののほか、協議会に関して必要な事項は、規則で定める。

上越市国民健康保険運営協議会規則

(昭和 46 年 4 月 29 日規則第 20 号)

(目的)

第 1 条 本市国民健康保険運営協議会(以下「協議会」という。)については、法令又は上越市国民健康保険条例(昭和 46 年上越市条例第 66 号)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(会長及び会長職務代理者)

第 2 条 協議会に会長を置く。

2 会長は、会議の議長として議事を整理し、協議会の事務を掌理する。

3 会長が欠けたとき、又は事故があるときは、あらかじめ委員が互選した者が、その職務を代理する。

(会議)

第 3 条 会議は、会長がこれを招集する。ただし、会長及びその職務を代理するものが共に欠け、若しくは事故があるとき、又は最初に行われる会議は、市長がこれを招集する。

2 会議を招集するときは、市長に通知しなければならない。

3 会議は、委員定数の 2 分の 1 以上が出席しなければこれを開くことができない。

(議事決定)

第 4 条 会議の議事は、出席委員の過半数でこれを決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

2 前項の場合において、議長は、委員として議決に加わることができない。

(協議会の書記)

第 5 条 協議会に書記を置く。

2 書記は、会長の指揮を受け庶務に従事する。

(会議録の作成)

第 6 条 会長は、協議会の書記をして会議録を調整し、会議の次第及び出席者の氏名を記載させなければならない。

2 会議録には、会長及び委員会において定めた 2 人以上の委員が署名しなければならない。

3 会長は、会議録の写しを添えて会議の結果を市長に報告しなければならない。

(会長及び委員の辞職)

第 7 条 委員が辞職しようとするときは、市長の承認を得なければならない。

2 会長が辞職しようとするときは、協議会の承認を得なければならない。

(委任)

第 8 条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、協議会が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

3 上越市国民健康保険運営協議会委員名簿

(順不同、敬称略)

区 分	氏 名	所属団体等
被保険者を代表する委員 (定数 5 人)	しみず あ や こ 清水 亜矢子	被保険者(公募)
	の ぎ き た か ゆ き 野崎 貴之	被保険者(公募)
	は ら だ ま り 原田 真理	被保険者(安塚・浦川原・大島・牧)
	や ま も と も と こ 山本 元子	被保険者(柿崎・大潟・頸城・吉川)
	こ ば や し ま さ こ 小林 昌子	被保険者(中郷・板倉・清里・三和・名立)
保険医又は保険薬剤師を 代表する委員 (定数 5 人)	か わ さ き こ う い ち 川崎 浩一	上越医師会
	か な ざ わ た だ よ し 金澤 責	上越医師会
	は お ひ ろ つ ぐ 羽尾 博嗣	上越歯科医師会
	た け な か た か こ 竹中 高子	上越歯科医師会
	た な か つ ゆ 田中 露	上越薬剤師会
公益を代表する委員 (定数 5 人)	み や こ し せ い ぞ う 宮越 誠三	上越地区保護司会
	た か し ま ふ み こ 高島 文子	上越人権擁護委員協議会
	お た け き よ た か 尾竹 清隆	新潟県社会保険労務士会 上越支部
	い が ら し た か い ち 五十嵐 隆一	上越市農業委員会
	み の わ あ き ら 蓑和 章	上越市商工会連絡協議会
被用者保険等保険者を 代表する委員 (定数 5 人)	こ ば や し ま さ や 小林 正哉	新潟県被用者保険協議会
	み ず し ま た だ し 水嶋 正	新潟県被用者保険協議会
	く ぼ し き た か し 久保敷 隆	新潟県被用者保険協議会
	い け だ ゆ り 池田 祐里	新潟県被用者保険協議会
	た ぐ ち ゆ き ひ ろ 田口 幸弘	新潟県被用者保険協議会

※ 令和 6 年 3 月末現在

※ 委員任期：令和 4 年 8 月 1 日から令和 7 年 7 月 31 日まで

4 用語解説

No	初出	用語	解説
1	計画の概要	特定健康診査 (特定健診)	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防する観点で、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳までを対象とする健診
2	計画の概要	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれるものなど、脳血管に関する病気の総称。 脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下出血、クモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別される。
3	計画の概要	生活習慣病	糖尿病、循環器疾患（脳血管疾患・心疾患など）、がん及び歯周病などが代表的なもので、食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒など日常生活習慣の在り方が心身の健康状態を悪化することに大きく影響し、発症や進行する疾病のこと。
4	計画の概要	メタボリックシンドローム（メタボ）	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のこと。内臓脂肪が蓄積し、脂質異常・高血圧・高血糖の2つ以上が当てはまると、メタボリックシンドロームと診断される。
5	計画の概要	同規模市	国保データベースシステム（KDB）には同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分されており、当市は「同規模区分3」に分類されている。（同規模区分3（令和5年度現在）：全23市…つくば市、伊勢崎市、太田市、熊谷市、所沢市、春日部市、草加市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、厚木市、大和市、長岡市、上越市、沼津市、富士市、春日井市、加古川市、四日市市、岸和田市、茨木市、宝塚市、佐賀市）
6	計画の概要	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因といわれている。
7	計画の概要	糖尿病性腎症	糖尿病三大合併症の一つとされている疾患。糖尿病によって高血糖状態が持続し、腎臓の内部に張り巡らされている細小血管が障害を受けることで発症する。悪化すると腎不全に移行し、血液透析が必要となることもあり、人工透析の原因疾患の第1位が糖尿病性腎症となっている。
8	計画の概要	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人一人の身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。（よりリスクが高い方が積極的支援）
9	計画の概要	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に製造・販売される、新薬と同じ有効成分を同量含み、同等の効能・効果をもつ医薬品のこと。
10	計画の概要	健康寿命	WHOが提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間
11	計画の概要	健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差
12	計画の概要	受診勧奨判定値	判定値を超えるレベルの場合、再検査や生活習慣改善指導等を含め医療機関での管理が必要な場合がある数値。各検査項目において関係学会のガイドライン等で判定値が定められている。

No	初出	用語	解説
13	計画の概要	HbA1c	赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。
14	計画の概要	LDL コレステロール	低比重リポ蛋白 (LDL) として血中に存在するコレステロール。HDL コレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDL は、肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
15	3	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など民間活力を引き出すことを主目的に第二次安倍内閣が掲げた成長戦略。その中で健康長寿社会の実現を目指している。
16	3	レセプト	患者が受けた診療について、医療機関が保険者(市町村や健康保険組合等)に請求する医療費の明細書
17	3	PDCA サイクル	Plan (計画)、Do (実行)、Check (測定・評価)、Action (対策・改善)の頭文字をとったもので、サイクルを繰り返し行うことで、継続的な業務の改善を促す概念・手法
18	3	経済財政運営と改革の基本方針(骨太方針)	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
19	3	新経済・財政再生計画改革工程表	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
20	3	KPI	「Key Performance Indicator」の略で、「重要業績評価指標」と訳され、目標到達までのプロセスにおける達成度を示す指標
21	4	健康にいがた 21 (新潟県健康増進計画)	新潟県民の一人ひとりが、積極的に健康づくりに取り組み、「すこやかで、いきがいに満ちた生活を送ることができる社会」の実現を目指して策定した新潟県の健康増進計画
22	4	新潟県地域保健医療計画	「医療費適正化計画」と「医療計画」を一体的に作成した新潟県の保健医療分野における施策推進の具体的な目標と方向性を示した計画
23	4	国保データベースシステム (KDB)	国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療(後期高齢者医療含む)」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施を支援することを目的として構築されたシステム
24	5	収縮期血圧、拡張期血圧	心臓が収縮したときの血圧を収縮期血圧(収縮血圧、最大血圧、最高血圧ともいう。)、心臓が拡張したときの血圧を拡張期血圧という。
25	6	地域包括ケア	厚生労働省において、2025年(令和7年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービスを提供する体制。地域包括ケアシステムはその仕組みのこと。
26	7	新潟県国民健康保険団体連合会	国民健康保険法第83条に基づき設立された公的な法人で、都道府県ごとに47団体が組織されている。
27	7	保健事業支援・評価委員会	保険者が実施するデータ分析に基づく保健事業の計画・実施・評価(PDCA サイクル)の取組について、専門的見地から助言・支援を行う機関
28	7	国民健康保険運営協議会	国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために設置されている機関。国民健康保険法11条に定められており、都道府県及び市町村に設置することとされている。

No	初出	用語	解説
29	9	被用者保険の適用拡大	被用者保険は職域保険と呼ばれ、企業等で働く被用者が加入する保険である。被用者にふさわしい保障の実現や社会保障の機能強化を目的に、法改正により、労働時間や賃金など一定の条件を満たす短時間労働者について、被用者保険の適用拡大が段階的に進められている。令和2年の法改正では、従業員50人超の企業等まで適用範囲が拡大された(令和6年10月施行)。
30	12	第1号被保険者、第2号被保険者	第1号被保険者は65歳以上の介護保険被保険者。このうち、1号認定者は65歳以上で介護が必要と認定された人。 第2号被保険者は40歳以上65歳未満の介護保険被保険者。このうち、2号認定者は40歳以上65歳未満で介護が必要と認定された人。
31	13	居宅サービス、施設サービス	介護サービスのことで、大きく居宅サービスと施設サービスに分けられる。居宅サービスとは、通所介護(デイサービス)や訪問介護、訪問看護、通所リハビリテーションなどの自宅にいながら利用できる介護サービスのこと。施設サービスとは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などに入所している人が利用する介護サービスのこと。
32	14	地域差指数	医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。
33	15	悪性新生物	腫瘍と同義。組織・細胞が生体内の制御に反して自律的に過剰に増殖することによってできる組織塊のこと。良性と悪性(がん)に分けられる。
34	17	ヘルスサポートラボツール	データヘルス計画策定支援業務の委託先が提供するツールで、重症化予防の対象者の明確化や評価・分析等のため、KDBデータ等を集計し図表作成等ができる独自ツール
35	18	保健指導判定値	特定保健指導の対象となる数値
36	36	健康づくりポイント	市民が自ら行う健康づくりに関する取組に対しポイントを付与する当市の事業。健康診査やがん検診の受診、自身の健康管理や健康づくりに関する講座等に参加し、取り組んだ内容に応じて貯めたポイントを市に応募することで、市温浴施設等の入浴券又は地産地消推進店の利用券がプレゼントされる。
37	40	ポピュレーションアプローチ	保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけを行い、全体としてリスクを下げるアプローチを指す。一方で、疾患リスクの高い対象者に絞り込んで対処していく方法を、ハイリスクアプローチという。
38	41	eGFR	推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体におけるろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢、性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式により算出する。腎機能が低下すると、糸球体濾過量(GFR)は低下する。
39	43	使用禁忌薬剤	飲み合わせが悪い薬のこと。
40	43	薬物有害事象	薬物アレルギーなどの確率的有害事象のほかに、薬効が強く出過ぎることで起こる有害事象や血中濃度の過上昇による臓器障害も含む。
41	44	フレイル	要介護状態に至る前段階として位置付けられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態
42	44	見える化システム	都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムである「地域包括ケア“見える化”システム」の略称

5 資料

(保健事業の実施における対象者の明確化等のための資料)

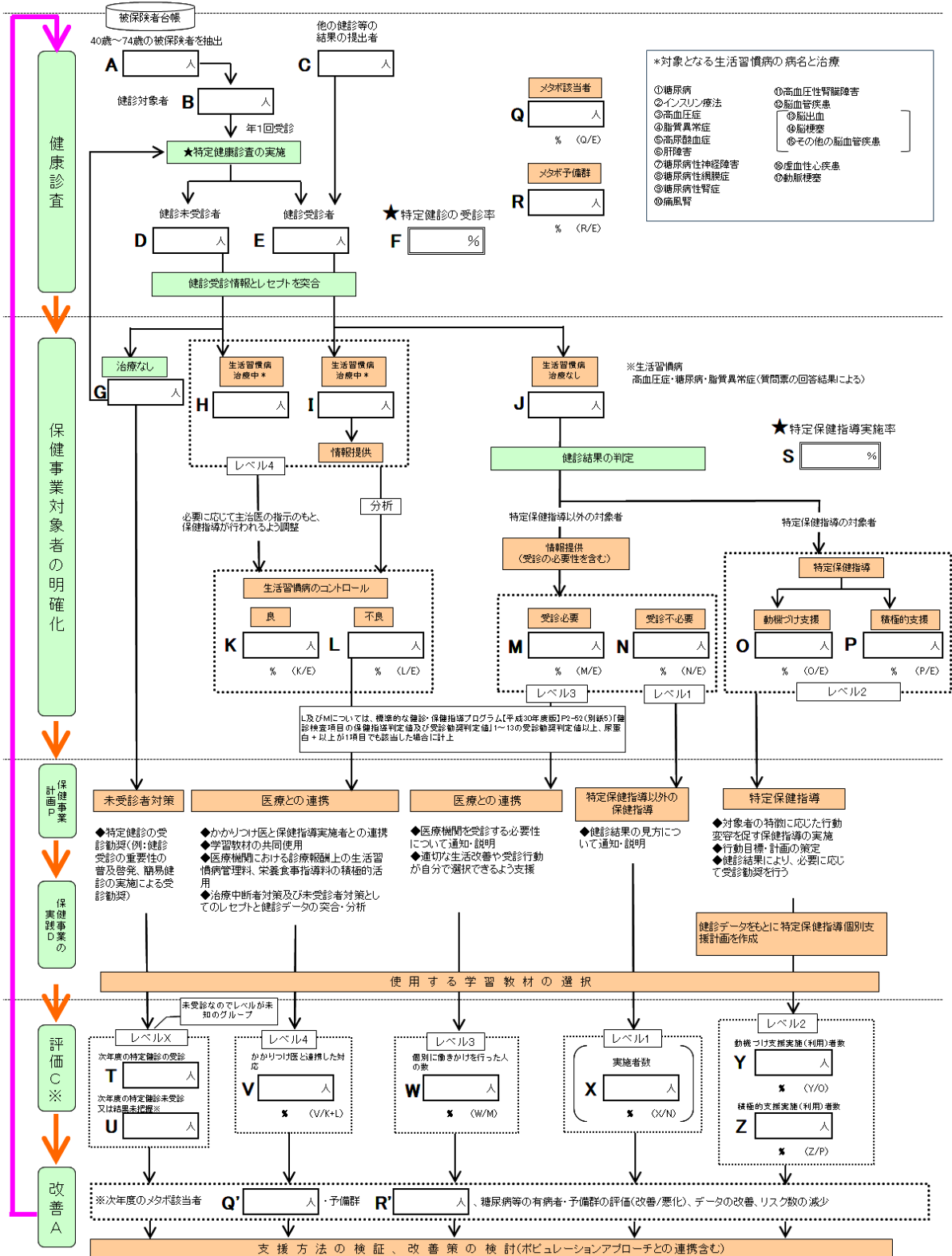
巻末図表 1 健診から保健指導へのフローチャート (様式 5-5)

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

様式5-5

令和__年度



巻末図表 4 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和__年度

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

保健指導対象者の明確化と優先順位決定

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)	高血圧		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	130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 第1層 予後影響因子がない	C	B	B	A	C	B	B	A
リスク層 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	C	B	A	A	C	A	A	A
リスク層 第3層 脳心血管病既往症、非弁脈硬化性心臓病、糖尿病、 蛋白尿のいずれかが、またはリスク2層の危険因子 が3つ以上ある	B	A	A	A	B	A	A	A

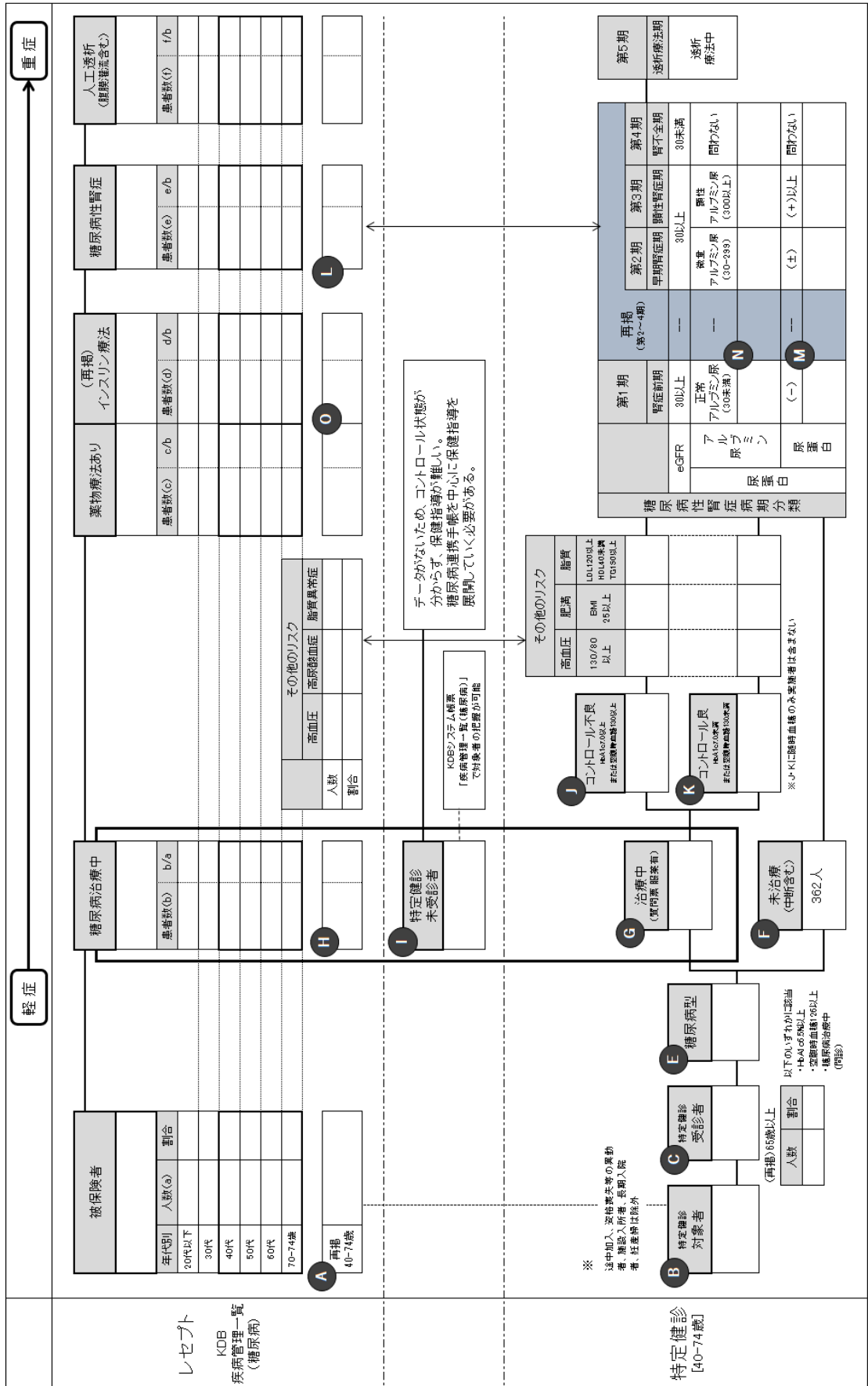
区分	該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始
B	概ね1ヵ月後に 再評価
C	概ね3ヵ月後に 再評価

※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)の診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 非弁脈硬化性心臓病については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心臓細動」が含まれている者で判断。
 ※5 蛋白尿については、健診結果より(+)以上で判断。

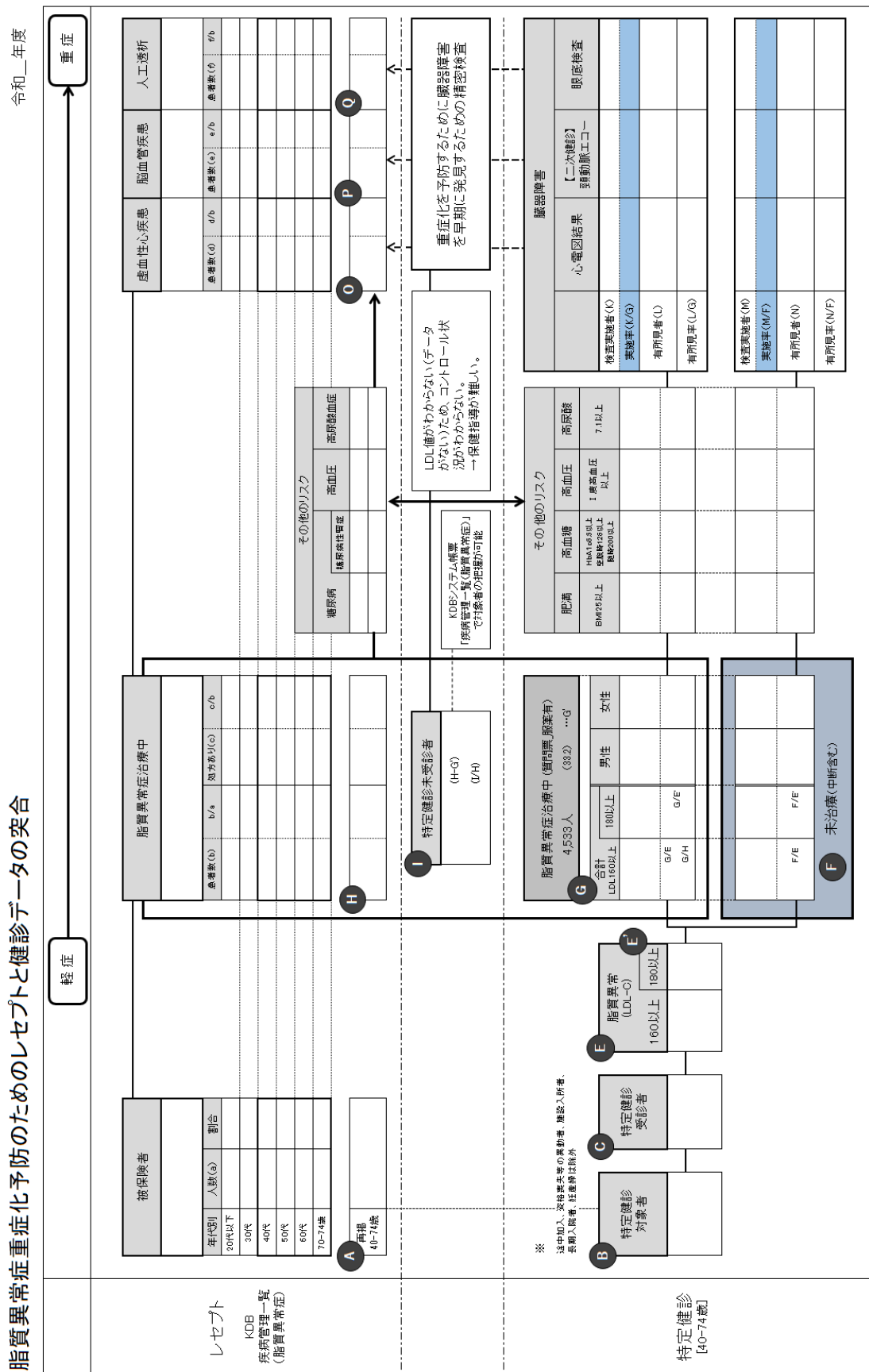
巻末図表 5 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和__年度



巻末図表 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



出典：ヘルスサポートラボツール

上越市国民健康保険
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3月

発行 新潟県上越市
編集 上越市健康福祉部国保年金課
〒943-8601 新潟県上越市木田1丁目1番3号
TEL (025)520-5715 FAX (025)526-6116
E-mail : kokuho-nenkin@city.joetsu.lg.jp