

第2期  
安曇野市国民健康保険保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

平成30(2018)年 3月 安曇野市

保健医療部 国保年金課  
健康推進課



# 目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 データヘルス計画の位置付け	1
3 データヘルス計画期間	5
4 関係者が果たすべき役割と連携	5
（1）実施主体関係部の役割	5
（2）外部有識者等の役割	6
（3）被保険者の役割	6
（4）保険者努力支援制度	7
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題	8
1 安曇野市の現状	8
（1）地理的条件	8
（2）人口・国民健康保険被保険者数と加入率の推移	8
（3）医療費の推移	9
（4）要介護認定者の現状	9
2 第1期計画に係る評価及び考察	10
（1）第1期計画に係る評価	10
（2）第1期に係る考察	15
3 第2期計画における健康課題の明確化	16
（1）中長期目標の視点における医療費適正化の状況	16
（2）健診受診者の実態	19
（3）糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況	20
（4）未受診者の把握	21
（5）目標の設定	22
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	23
1 第3期特定健康診査等実施計画について	23
2 目標値の設定	23
3 対象者の見込み	23
4 特定健診の実施	24
（1）実施形態	24
（2）特定健診実施項目	25
（3）特定健康診査の周知及び受診勧奨	26
（4）特定健康診査未受診者への対応	26

5	特定保健指導の実施	27
	(1) 健診から保健指導実施の流れ	27
	(2) 生活習慣病発症予防・重症化予防のための健診・保健指導スケジュール	28
	(3) 保健指導の優先順位と支援方法	28
	(4) 保健指導実施者の資質向上	29
6	実施体制・データ管理方法	29
	(1) 特定健康診査等の実施体制	29
	(2) データ管理方法	30
第4章	保健事業の内容	31
1	保健事業の方向性	31
2	重症化予防の取り組み	31
	(1) 糖尿病性腎症重症化予防	31
	(2) 脳血管疾患重症化予防	40
	(3) 虚血性心疾患重症化予防	46
3	ポピュレーションアプローチ	49
4	その他の保健事業	49
	(1) がん検診	49
	(2) 健康ポイント制度	49
	(3) 重複受診者及び頻回受診者等訪問指導	49
	(4) ジェネリック医薬品利用促進	49
第5章	地域包括ケアに係る取り組み	52
第6章	データヘルス計画の評価・見直し	54
1	評価の時期	54
2	評価方法・体制	54
3	目標管理一覧表	55
第7章	データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	56
1	データヘルス計画の公表・周知	56
2	個人情報の取り扱い	56

## 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

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することになりました。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することになりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行います。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30(2018)年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されました。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・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ための保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことになりました。

安曇野市（以下「当市」という。）においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とします。

### 2 データヘルス計画の位置付け

第2期データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

データヘルス計画は、「第3期安曇野市国民健康保険特定健康診査等実施計画」や健康増進法に基づく「安曇野市健康づくり計画（第2次）」と評価・指標等においても整合性を図ります。（図表1・2・3）

【図表 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

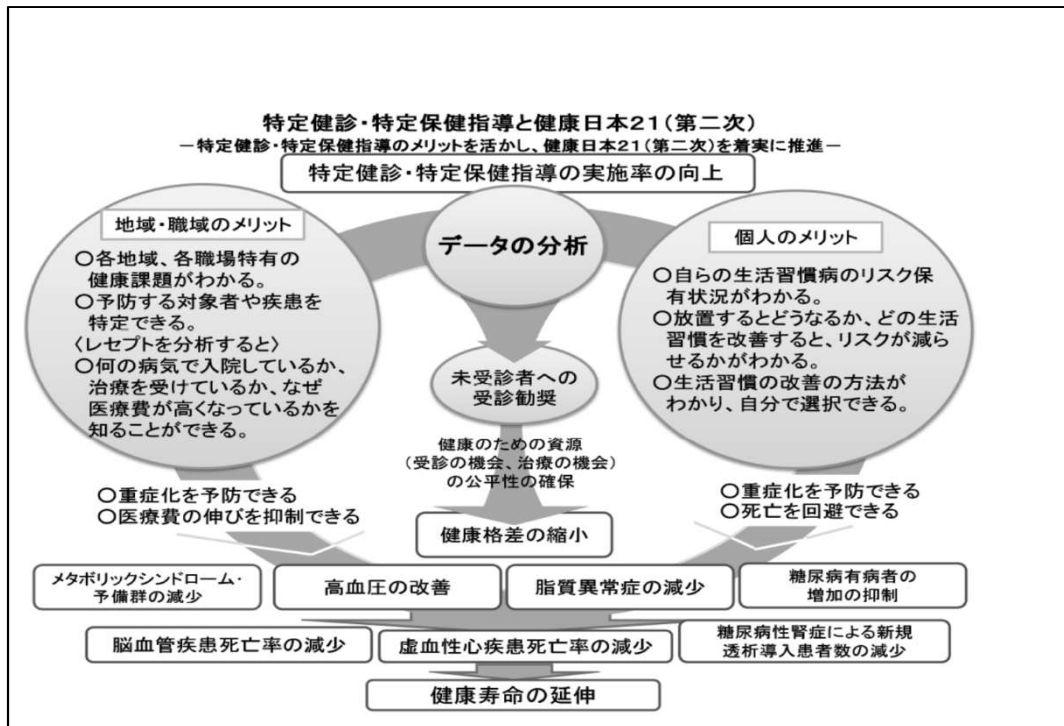
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者※1）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	高齢者の医療の 確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保険事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に関する 保険給付の円滑な実施 を確保するための基本的 な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する 施策について基本指針 【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に 関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、 都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予 防を図るとともに、社会生活を営むために必要 な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社 会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活 習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むこ とを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣 病の予防対策を進め、糖尿病等を予防すること ができれば、通院患者を減らすことができ、さら には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者 を減らすことができ、この結果、国民の生活の 質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの 抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の 発症や重症化を予防することを目的として、メタ ボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善 するための特定保健指導を必要とするものを、 的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の 自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みに ついて、保険者がその支援の中心となって、被 保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な 保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の 適正化及び保険者の財産基盤強化が図られる ことは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する 能力に応じ自立した日 常生活を営むことがで きるように支援すること や、要介護状態または 要支援状態となること の予防又は、要介護状 態等の軽減もしくは悪 化の防止を理念として いる。	国民皆保険を堅持し 続けていくため、国民の 生活の糧の維持及び向 上を確保しつつ、医療 費が過度に増大しない ようにしていくとともに、 良質かつ適切な医療を 効率的に提供する体制 の確保を図っていく。	医療機能の文化・連 携を推進することを通じ て、地域において切れ 目のない医療の提供を 実現し、良質かつ適切 な医療を効率的に提供 する体制の確保を図 る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期）青壮年期、高齢期） に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期 を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期か らの生活習慣作り	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて

※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

<p><b>対象疾病</b></p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p><b>糖尿病 糖尿病性腎症</b></p> <p>高血圧</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p><b>糖尿病 糖尿病性腎症</b></p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p><b>糖尿病 糖尿病性腎症</b></p> <p>高血圧 等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん</p>	<p><b>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</b></p> <p>脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん末期</p> <p>※2</p>	<p>メタボリックシンドローム</p> <p><b>糖尿病</b></p> <p>生活習慣病</p>	<p><b>糖尿病</b></p> <p>心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中</p> <p>がん</p> <p>精神疾患</p>
<p><b>評価</b></p>	<p>※53項目中 特定健診に係る項目15項目</p> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による 年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者</p> <p>⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症</p> <p>⑩適正体重を維持している者の増加 (肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者</p>	<p>①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率</p>	<p>健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮</p> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙</p> <p>(2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群</p> <p>(3)医療費等 ①医療費 ②介護費</p> <p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>	<p>①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化</p>	<p>○医療費適正化の取組</p> <p>外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進</p> <p>入院 病床機能分化・連携の推進</p>	<p>①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)</p>
<p><b>その他</b></p>	<p>保険事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援</p>				<p>保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>	

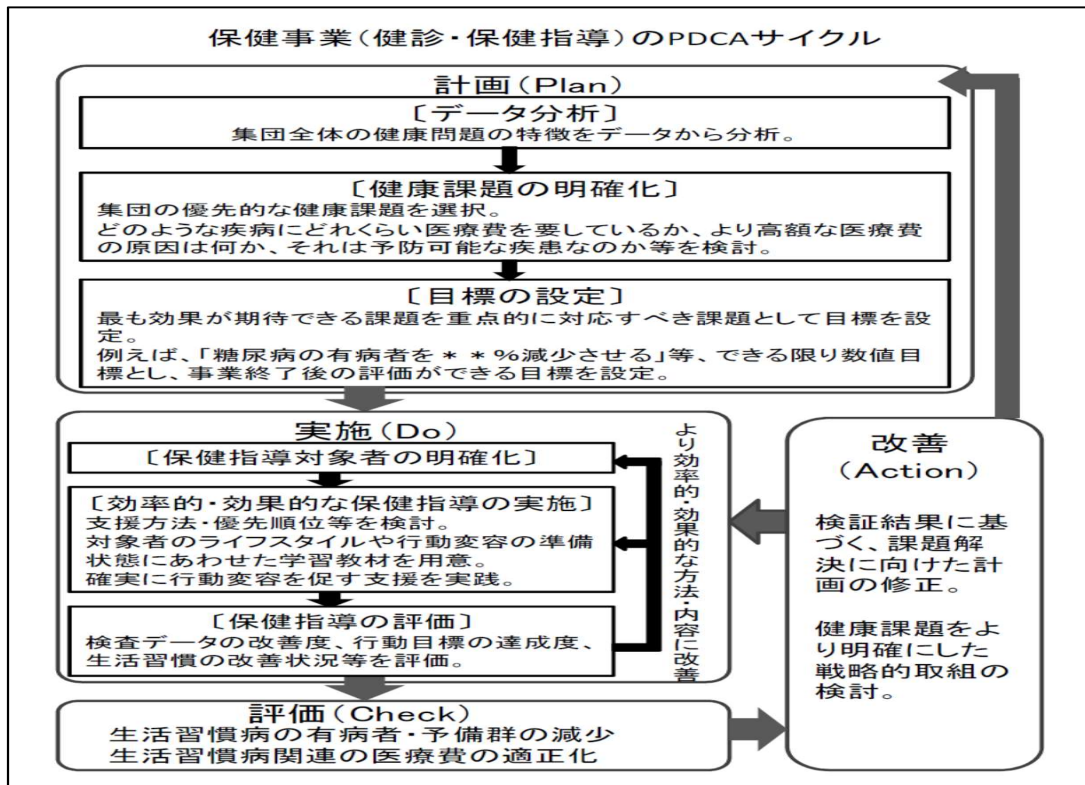
※2 初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗しょう症、パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、関節リウマチ、変形性関節症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯硬変症

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋



### 3 データヘルス計画期間

データヘルス計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が、平成30(2018)年度から平成35(2023)年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、データヘルス計画期間は平成30(2018)年度から平成35(2023)年度までの6年間とします。(図表4)

データヘルス計画及び関連計画の計画期間

【図表4】

計画	年度	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H36～	
安曇野市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)	第1期 計画終了									
	第2期 計画策定		→							
					中間評価					
安曇野市国民健康保険 特定健康診査等実施計画								第3期 計画策定	→	
	第2期 計画終了									
	第3期 計画策定		→							
安曇野市 健康づくり計画										
	第2次 中間評価・修正									
							第2次 最終評価			
							第3次 計画策定	→		

### 4 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体関係部の役割

当市においては、国保年金課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に健康推進課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となってデータヘルス計画策定を進めます。

具体的には、健康推進課、介護保険課、福祉課とも十分連携します。(図表5)

## (2) 外部有識者等の役割

データヘルス計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要です。

国保連は、保険者である市町村との共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データや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いて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実も期待されます。

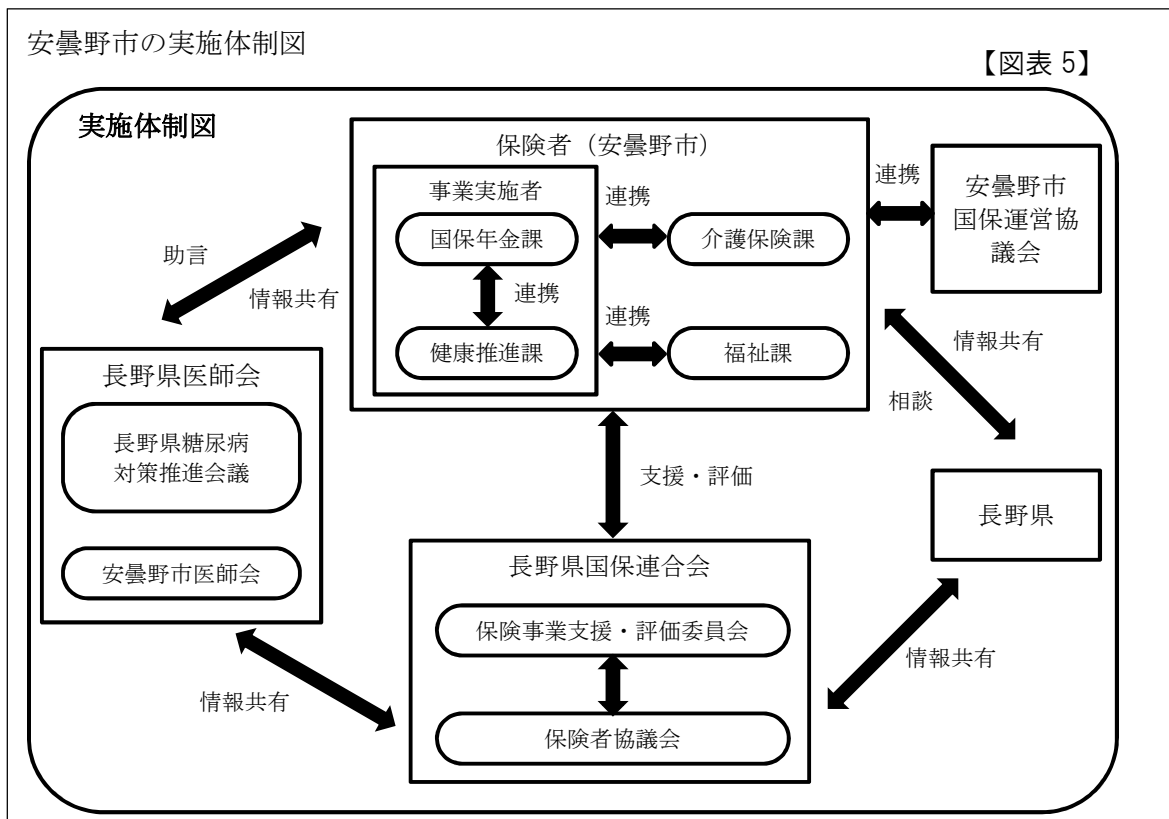
また、平成30(2018)年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要です。

このため、市は、データヘルス計画素案について県関係課や国保連と意見交換を行い、連携に努めます。

また、医師会などを代表する委員、公益を代表する委員や被用者保険を代表する委員などで構成された安曇野市国民健康保険運営協議会と連携を図ります。

## (3) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要です。



#### (4) 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度を創設しました。平成28年度から前倒しで市町村国保に対し、特別調整交付金の一部を活用して実施しています。(平成30(2018)年度から本格実施)

保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の配点を高くしています。(図表6)

【図表6】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満額)		345	580	850	850
交付額(万円)		1,278.8			
総得点(体制構築加点含む)		232			
全国順位(1,741市町村中)		374			
共通 ①	特定健診受診率	10			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)健診の実施	10			25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共有 ⑥	後発医薬品の促進	15			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	7			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事情運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題

### 1 安曇野市の現状

#### (1) 地理的条件

当市は長野県のほぼ中央に位置し、東西 25.9km、南北 21.0km、面積は 331.82km<sup>2</sup> の規模で、雄大な北アルプス連峰がそびえ立つ山岳地帯があり、海拔 500 から 700 メートルの概ね平坦な複合扇状地となっています。

気候は年間平均気温 11.5℃ で年間差が大きく、夏季は 30℃ を超え、冬季は -10℃ 以下となるときもある内陸性気候です。年間降水量は、全国平均を大きく下回っています。

#### (2) 人口・国民健康保険被保険者数と加入率の推移

当市の人口は、平成 28 年度市統計資料によると 95,086 人で、平成 24 年度から年々減少傾向にあります。世帯数は増加しています。

また、平成 28 年度国民健康保険被保険者数は 23,557 人で、国民健康保険加入率は 24.8% と減少傾向にあります。(図表 1)

総人口と国保被保険者数・加入率の推移

【図表 1】

区 分		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
総人口	人	96,575	96,256	95,850	95,282	95,086
国保被保険者数	人	25,836	25,653	25,326	24,508	23,557
加入率	%	26.8	26.7	26.4	25.7	24.8

(総人口は市統計資料、国保被保険者数は事業年報)

年齢 3 区分別人口の推移をみると、総人口はこの 5 年間減少している反面、老年人口 (65 歳以上) は大きく増加しています。平成 28 年度の高齢化率は、県平均の 30.7% に比べるとやや低い 30.5% という状況です。

一方、年少人口 (14 歳以下) は、減少傾向にあります。(図表 2)

年齢 3 区分別人口の推移

【図表 2】

区 分		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
年少人口 (0-14 歳)	人	13,210	12,897	12,673	12,449	12,170
	%	13.7	13.4	13.2	13.0	12.8
生産年齢人口 (15-64 歳)	人	57,110	56,182	55,184	54,442	53,738
	%	59.2	58.4	57.6	57.0	56.6
老年人口 (65 歳以上)	人	26,185	27,107	27,923	28,542	28,957
	%	27.1	28.2	29.2	29.9	30.5

※年齢不詳者を除く

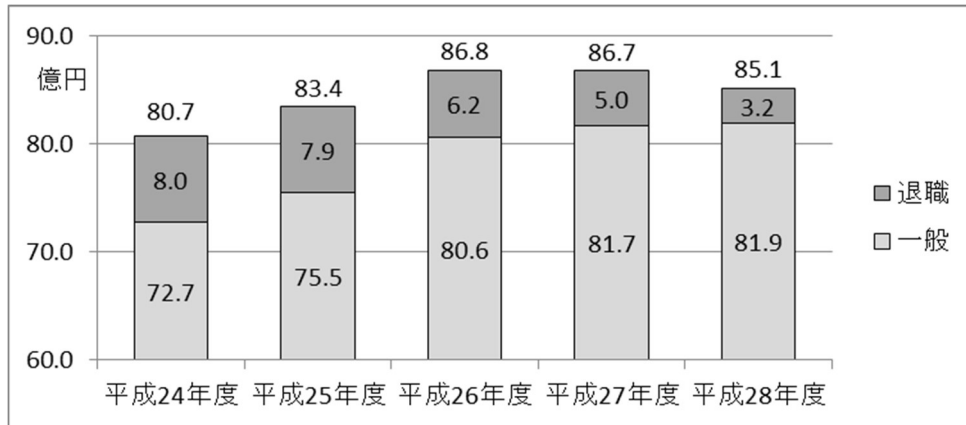
(市統計資料)

### (3) 医療費の推移

医療費の推移をみると、年々増加傾向にあり、平成24年度からの5年間で1.05倍に増加し、平成28年度は85.1億円となっています。特に平成24～26年度の伸びが大きく、対前年比103～104%増加しました。平成27年度からは、やや減少しています。(図表3)

国民健康保険医療費の推移（各年度末）

【図表3】



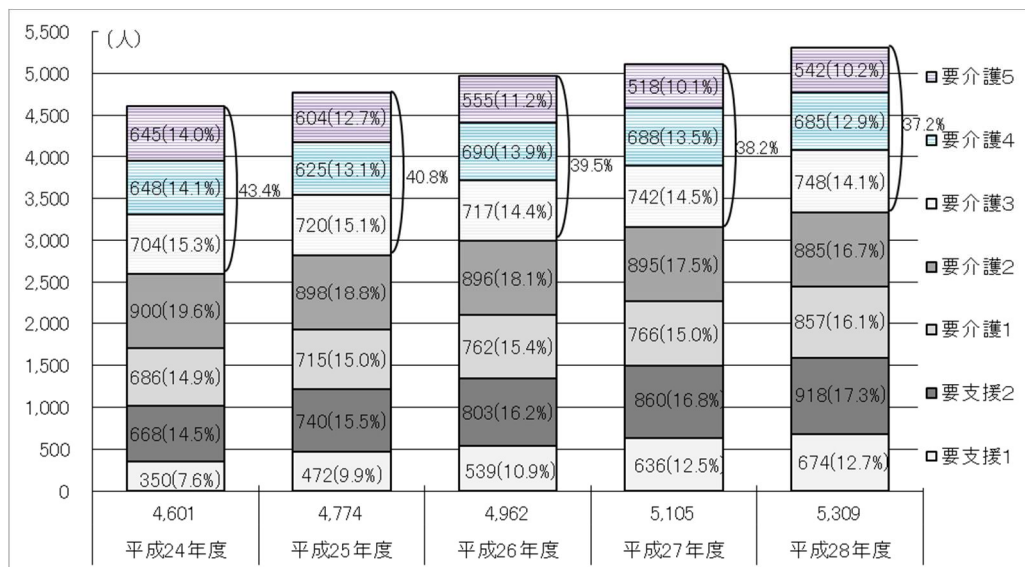
(国保事業年報)

### (4) 要介護認定者の現状

要介護認定者数は年々増加しており、平成24年度から平成28年度までの5年間で、約1.15倍に増加しています。要介護度別の状況をみると、重度と区分される要介護3以上の認定者が減少傾向にあり、軽度と区分される要支援認定者数が増加傾向にあります。(図表4)

要介護認定者数の推移（各年度末）

【図表4】



(市資料)

## 2 第1期計画に係る評価及び考察

### (1) 第1期計画に係る評価

#### ア 全体の経年変化

参考資料1の平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別では脳血管疾患・糖尿病による死亡割合が増加しており、同規模平均<sup>1</sup>よりも高い割合を占めています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、65歳以上、40～64歳ともに介護認定率は上昇しているものの、介護度3以上の重度者の占める割合は減少しています。そのため、介護給付費は増加していますが、1件当たり給付費は減少しています。有病状況も重度になりやすい「脳血管疾患」は減少し、比較的軽度が多い「筋・骨格」が伸びています。

また、医療費の状況は、受診率が増加し、1人当たりの医療費が伸びています。特に入院費用の割合が増加し、外来費用の割合は減少しています。傷病別には新生物、慢性腎不全（透析あり）が増加しており、精神は同規模平均や県平均と比べても高い状況です。

#### イ 中長期目標の達成状況

##### (ア) 介護給付費の状況

平成25年度と平成28年度の介護認定者数を比較すると535人増加しており、介護給付費も4億1609万円増額しています。1件当たりの介護給付費は、平成28年度は平成25年度に比べ4,049円低く、特に施設サービスが9,815円低くなっています。同規模平均も同様の傾向ですが、当市は1件当たりの介護給付費は低い状況です。（図表5）

【図表5】

介護給付費の変化

年度	安曇野市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	76億6540万円	58,818	38,929	289,000	63,212	40,782	284,377
H28年度	80億8149万円↑	54,769↓	37,325	279,185	61,245	40,247	278,147

(KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題)

<sup>1</sup> 同規模平均とは、総人口が近い値の自治体の平均値（一部総人口などは総数）を表します。

(イ) 医療費の状況

総医療費は、平成 28 年度は前年度よりは減少したものの、平成 25 年度と比べると 0.8 億円増加しています。これは入院費用額が増えているためで、同規模平均と比べても伸び率が高くなっています。同様に入院の 1 人当たりの医療費が同規模平均と比べ伸び率が高くなっています。(図表 6)

医療費の変化

【図表 6】

項目	全体				入院				入院外				
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		
			市	同規模			市	同規模			市	同規模	
1 総医療費(円) (歯科除く)	H25年度	74億2165万円	-	-	-	28億7033万円	-	-	-	45億5132万円	-	-	-
	H28年度	75億3613万円	1億1448万円	1.54	-3.31	29億8926万円	1億1893万円	4.14	-3.55	45億4686万円	△446万円	-0.1	-3.14
2 一人当たり 医療費(円)	H25年度	23,931	-	-	-	9,318	-	-	-	14,775	-	-	-
	H28年度	26,464	2,533	10.58	9.01	10,753	1,435	15.4	10.57	16,355	1,580	10.69	11.04

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

(KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題)

(ウ) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析有)に係る医療費について、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、慢性腎不全(透析有)の割合が増加しており、国・県の平均と比べて多い状況です。また、脳梗塞・脳出血は微増し、国・県の平均と比べても、割合が高い状況です。短期目標疾患のうち、糖尿病は増加し、高血圧は減少しています。目標疾患医療費集計において平成 25 年度と平成 28 年度の割合を比較すると、減少していますが国・県の平均よりも高くなっています。(図表 7)

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

【図表 7】

市町村名	総医療費 (歯科除く)	一人あたり医療費		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	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	18年度				25年度
			同規模	県内	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								
H25 安曇野市	7,421,654,320	23,931	118位	22位	5.62%	0.41%	3.18%	2.12%	4.96%	6.71%	2.52%	1,894,368,550	25.52%	12.11%	11.69%	9.11%
H28 安曇野市	7,536,125,370	26,463	105位	16位	6.74%	0.39%	3.29%	1.70%	5.21%	4.87%	2.36%	1,851,528,700	24.57%	14.34%	10.71%	9.04%
H28 長野県	159,625,419,870	24,014	--	--	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%
H28 国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も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

(エ) 中長期的な疾患

人工透析は平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると人数が増加しており、特に 65 歳以上では、重症化した疾患である脳血管疾患や虚血性心疾患を併せ持つ人が多くみられます。また、人工透析は 64 歳以下では糖尿病受診者が 6 割近くおり、年々割合が増加しています。

脳血管疾患・虚血性心疾患は 65 歳以上に多い状況ですが、割合はほぼ横ばいです。高血圧・糖尿病・脂質異常症を併せ持つ人が多くみられます。(図表 8)

【図表 8】

厚労省様式 様式 3-7		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		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
H25	全体	25,961	76	0.3%	28	36.8%	33	43.4%	71	93.4%	38	50.0%	20	26.3%	
	64歳以下	15,869	38	0.2%	11	28.9%	16	42.1%	35	92.1%	20	52.6%	9	23.7%	
	65歳以上	10,092	38	0.4%	17	44.7%	17	44.7%	36	94.7%	18	47.4%	11	28.9%	
H28	全体	24,201	89	0.4%	28	31.5%	30	33.7%	82	92.1%	45	50.6%	28	31.5%	
	64歳以下	13,077	37	0.3%	8	21.6%	10	27.0%	34	91.9%	22	59.5%	11	29.7%	
	65歳以上	11,124	52	0.5%	20	38.5%	20	38.5%	48	92.3%	23	44.2%	17	32.7%	

厚労省様式 様式 3-6		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		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
H25	全体	25,961	1,164	4.5%	229	19.7%	28	2.4%	897	77.1%	434	37.3%	641	55.1%	
	64歳以下	15,869	262	1.7%	34	13.0%	11	4.2%	177	67.6%	81	30.9%	125	47.7%	
	65歳以上	10,092	902	8.9%	195	21.6%	17	1.9%	720	79.8%	353	39.1%	516	57.2%	
H28	全体	24,201	1,068	4.4%	200	18.7%	28	2.6%	811	75.9%	408	38.2%	634	59.4%	
	64歳以下	13,077	188	1.4%	24	12.8%	8	4.3%	133	70.7%	58	30.9%	98	52.1%	
	65歳以上	11,124	880	7.9%	176	20.0%	20	2.3%	678	77.0%	350	39.8%	536	60.9%	

厚労省様式 様式 3-5		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		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
H25	全体	25,961	1,183	4.6%	229	19.4%	33	2.8%	910	76.9%	497	42.0%	758	64.1%	
	64歳以下	15,869	290	1.8%	34	11.7%	16	5.5%	204	70.3%	109	37.6%	188	64.8%	
	65歳以上	10,092	893	8.8%	195	21.8%	17	1.9%	706	79.1%	388	43.4%	570	63.8%	
H28	全体	24,201	1,104	4.6%	200	18.1%	30	2.7%	870	78.8%	480	43.5%	780	70.7%	
	64歳以下	13,077	224	1.7%	24	10.7%	10	4.5%	162	72.3%	88	39.3%	150	67.0%	
	65歳以上	11,124	880	7.9%	176	20.0%	20	2.3%	708	80.5%	392	44.5%	630	71.6%	

(KDB 厚生労働省様式)



ウ 短期目標の達成状況

(ア) 共通リスク(様式3-2~3-4)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、特に64歳以下で糖尿病治療者が減少していますが、糖尿病性腎症の割合や人工透析が増加していることから、未治療者・中断者への糖尿病性腎症重症化予防に取り組む必要があります。(図表9)

【図表9】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	25,961	2,530	9.7%	222	8.8%	1,772	70.0%	1,635	64.6%	497	19.6%	434	17.2%	38	1.5%	160	6.3%
	64歳以下	15,869	793	5.0%	86	10.8%	490	61.8%	510	64.3%	109	13.7%	81	10.2%	20	2.5%	63	7.9%
	65歳以上	10,092	1,737	17.2%	136	7.8%	1,282	73.8%	1,125	64.8%	388	22.3%	353	20.3%	18	1.0%	97	5.6%
H28	全体	24,201	2,610	10.8%	231	8.9%	1,808	69.3%	1,742	66.7%	480	18.4%	408	15.6%	45	1.7%	306	11.7%
	64歳以下	13,077	647	4.9%	81	12.5%	391	60.4%	420	64.9%	88	13.6%	58	9.0%	22	3.4%	80	12.4%
	65歳以上	11,124	1,963	17.6%	150	7.6%	1,417	72.2%	1,322	67.3%	392	20.0%	350	17.8%	23	1.2%	226	11.5%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	25,961	5,402	20.8%	1,772	32.8%	2,965	54.9%	910	16.8%	897	16.6%	71	1.3%
	64歳以下	15,869	1,554	9.8%	490	31.5%	810	52.1%	204	13.1%	177	11.4%	35	2.3%
	65歳以上	10,092	3,848	38.1%	1,282	33.3%	2,155	56.0%	706	18.3%	720	18.7%	36	0.9%
H28	全体	24,201	5,158	21.3%	1,808	35.1%	2,961	57.4%	870	16.9%	811	15.7%	82	1.6%
	64歳以下	13,077	1,207	9.2%	391	32.4%	657	54.4%	162	13.4%	133	11.0%	34	2.8%
	65歳以上	11,124	3,951	35.5%	1,417	35.9%	2,304	58.3%	708	17.9%	678	17.2%	48	1.2%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	25,961	4,213	16.2%	1,635	38.8%	2,965	70.4%	758	18.0%	641	15.2%	20	0.5%
	64歳以下	15,869	1,349	8.5%	510	37.8%	810	60.0%	188	13.9%	125	9.3%	9	0.7%
	65歳以上	10,092	2,864	28.4%	1,125	39.3%	2,155	75.2%	570	19.9%	516	18.0%	11	0.4%
H28	全体	24,201	4,300	17.8%	1,742	40.5%	2,961	68.9%	780	18.1%	634	14.7%	28	0.7%
	64歳以下	13,077	1,137	8.7%	420	36.9%	657	57.8%	150	13.2%	98	8.6%	11	1.0%
	65歳以上	11,124	3,163	28.4%	1,322	41.8%	2,304	72.8%	630	19.9%	536	16.9%	17	0.5%

(KDB 厚生労働省様式)

(イ) 健診結果の経年変化

健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに腹囲・空腹時血糖・HbA1c・高血圧の有所見者が増加しています。

そのため、メタボリックシンドロームは男女ともに該当者は増加傾向にあります。特に重症化する可能性が高い、血糖・血圧・脂質の3項目すべてに該当する人が増加しています。(図表 10)

【図表 10】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代別を把握する(厚生労働省6-2~6-7)

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		血清クレアチニン	
		25以上		男85cm以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	750	25.4%	1,334	45.2%	962	32.6%	550	18.6%	341	11.6%	469	15.9%	1,856	62.9%	331	11.2%	1,328	45.0%	731	24.8%	1,322	44.8%	20	0.7%
	H25 40-64歳	240	29.5%	356	43.8%	297	36.5%	212	26.1%	88	10.8%	128	15.7%	436	53.6%	101	12.4%	306	37.6%	217	26.7%	408	50.2%	4	0.5%
	65-74歳	510	23.9%	978	45.8%	665	31.1%	338	15.8%	253	11.8%	341	16.0%	1,420	66.4%	230	10.8%	1,022	47.8%	514	24.1%	914	42.8%	16	0.7%
女性	合計	922	26.8%	1,652	48.1%	1,100	32.0%	691	20.1%	303	8.8%	676	19.7%	2,388	69.5%	283	8.2%	1,657	48.2%	920	26.8%	1,535	44.7%	27	0.8%
	H25 40-64歳	281	30.6%	428	46.6%	339	36.9%	271	29.5%	79	8.6%	152	16.6%	538	58.6%	101	11.0%	343	37.4%	257	28.0%	458	49.9%	5	0.5%
	65-74歳	641	25.4%	1,224	48.6%	761	30.2%	420	16.7%	224	8.9%	524	20.8%	1,850	73.4%	182	7.2%	1,314	52.2%	663	26.3%	1,077	42.8%	22	0.9%

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		血清クレアチニン	
		25以上		男85cm以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	650	17.5%	497	13.4%	854	23.0%	266	7.2%	114	3.1%	297	8.0%	2,447	66.0%	49	1.3%	1,463	39.5%	540	14.6%	2,000	53.9%	3	0.1%
	H25 40-64歳	202	15.6%	139	10.7%	228	17.6%	111	8.6%	25	1.9%	92	7.1%	749	57.8%	10	0.8%	373	22.8%	182	14.1%	713	55.1%	1	0.1%
	65-74歳	448	18.6%	358	14.8%	626	25.9%	155	6.4%	89	3.7%	205	8.5%	1,698	70.4%	39	1.6%	1,090	35.0%	358	14.8%	1,287	53.3%	2	0.1%
H28	合計	832	19.0%	678	15.4%	929	21.2%	404	9.2%	101	2.3%	501	11.4%	3,192	72.7%	42	1.0%	1,844	42.0%	703	16.0%	2,304	52.5%	2	0.0%
	40-64歳	223	17.0%	190	14.5%	217	16.5%	127	9.7%	16	1.2%	109	8.3%	821	62.5%	8	0.6%	355	27.0%	186	14.2%	686	52.2%	2	0.2%
	65-74歳	609	19.8%	488	15.9%	712	23.1%	277	9.0%	85	2.8%	392	12.7%	2,371	77.1%	34	1.1%	1,489	48.4%	517	16.8%	1,618	52.6%	0	0.0%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		健康受診者		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	受診率	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	2,950	34.6	104	3.5	436	14.8	31	1.1	275	9.3	130	4.4	794	26.9	123	4.2	54	1.8	381	12.9	236	8.0
	H25 40-64歳	813	22.1	37	4.6	123	15.1	8	1.0	59	7.3	56	6.9	196	24.1	23	2.8	20	2.5	109	13.4	44	5.4
	65-74歳	2,137	44.1	67	3.1	313	14.6	23	1.1	216	10.1	74	3.5	598	28	100	4.7	34	1.6	272	12.7	192	9.0
H28	合計	3,437	43.1	140	4.1	517	15.0	44	1.3	329	9.6	144	4.2	995	28.9	162	4.7	83	2.4	418	12.2	332	9.7
	40-64歳	918	30.3	61	6.6	148	16.1	12	1.3	72	7.8	64	7.0	219	23.9	24	2.6	26	2.8	105	11.4	64	7.0
	65-74歳	2,519	50.9	79	3.1	369	14.6	32	1.3	257	10.2	80	3.2	776	30.8	138	5.5	57	2.3	313	12.4	268	10.6

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		健康受診者		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	受診率	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	3,708	40.5	55	1.5	149	4.0	11	0.3	98	2.6	40	1.1	293	7.9	30	0.8	13	0.4	155	4.2	95	2.6
	H25 40-64歳	1,295	32.6	27	2.1	50	3.9	6	0.5	30	2.3	14	1.1	62	4.8	9	0.7	2	0.2	33	2.5	18	1.4
	65-74歳	2,413	46.5	28	1.2	99	4.1	5	0.2	68	2.8	26	1.1	231	9.6	21	0.9	11	0.5	122	5.1	77	3.2
H28	合計	4,390	50.5	79	1.8	172	3.9	13	0.3	119	2.7	40	0.9	427	9.7	69	1.6	31	0.7	171	3.9	156	3.6
	40-64歳	1,314	41.0	41	3.1	58	4.4	5	0.4	35	2.7	18	1.4	91	6.9	23	1.8	11	0.8	35	2.7	22	1.7
	65-74歳	3,076	56.1	38	1.2	114	3.7	8	0.3	84	2.7	22	0.7	336	10.9	46	1.5	20	0.7	136	4.4	134	4.4

(KDB 厚生労働省様式)

(ウ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は年々増加傾向ですが、特定保健指導実施率は年度によって変動があります。いずれも目標の60%は達成できていません。(図表11)

【図表11】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								安曇野市	同規模平均
H25年度	17,526	6,659	38.0%	123位/269中	766	363	47.4%	93.4%	91.4%
H26年度	17,537	7,279	41.5%	82位/269中	833	333	40.0%	92.9%	91.8%
H27年度	17,247	7,308	42.4%	88位/271中	817	340	41.6%	94.4%	92.2%
H28年度	16,650	7,825	47.0%	↑50位/266中	951	471	49.5%	94.0%	92.3%

※H29.11.28時点。同規模内の順位は、(安曇野市の順位) / (同規模市区町村数) で表しています。  
(法定報告、KDB 地域の全体像の把握)

(2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全のうち、特に市の健康課題であった脳血管疾患を重点に重症化予防を進めてきました。脳血管疾患と虚血性心疾患の平成25年度と平成28年度の有病状況を比較すると減少しているほか、介護保険の有病状況の減少や1件当たり介護給付費の減少などがみられます。

一方、一人当たり医療費は増加し、第1期計画策定当時から懸念されていた慢性腎不全(透析あり)が増加し、医療費に占める割合も増えています。

また、メタボリックシンドロームの該当者は増加しており、該当者のうち高血圧・高血糖・脂質異常の3項目を重複して持つ人が増加しています。同規模平均や県平均と比べても高い状況です。項目を重複して持つ人は、重症化ハイリスクとして捉え、特定保健指導や糖尿病性腎症の重症化予防に向けた取り組みの推進が重要です。

平成29年度は特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに目標の60%を達成する見込みがないため、今後も受診率の向上を目指していく必要があります。また、受診勧奨者のうち医療機関を受診した人は9割を超えていますが、重症化の対象者を明確にして、健診データに基づいた個別の保健指導を実施するとともに、必要な人には適正な医療受診勧奨を進めていく必要があります。

### 3 第2期計画における健康課題の明確化

#### (1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

##### ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

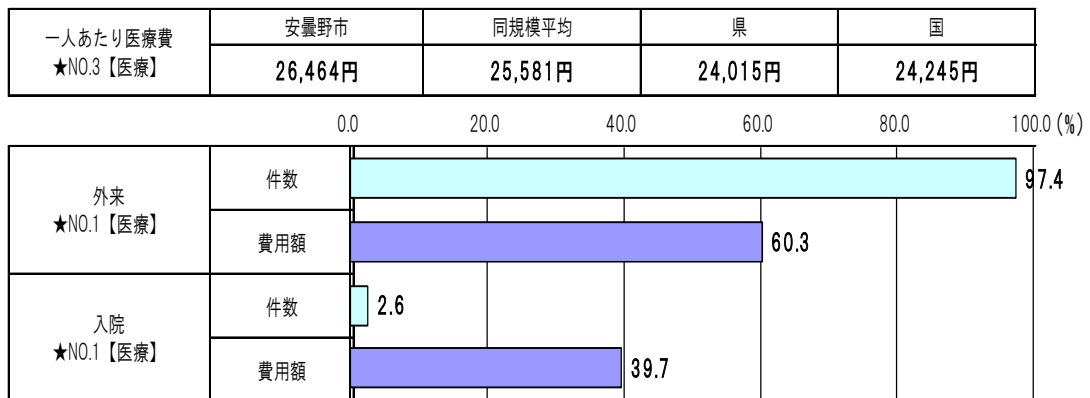
入院と外来の件数と費用額を比較すると、入院の件数割合は全体の2.6%に対し、費用額割合は全体の39.7%を占めています。重症化した疾病を予防し、入院を減らすことは、費用対効果の面からも重要と考えます。(図表12)

【図表12】

#### 「集団の疾患特徴の把握」

##### 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

平成28年度



(KDB 地域の全体像の把握)

イ 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

平成 28 年度の 200 万円以上の高額レセプトは、126 件で費用額は 3 億 8 千万円で、そのうちの約 2 割 24 件がデータヘルス計画の中長期的目標である脳血管疾患・虚血性心疾患に該当します。費用額の 21.5%にあたります。

6 か月以上の長期入院 1,159 件のうち、脳血管疾患・虚血性心疾患は 122 件で 1 割を占めています。

長期療養となる人工透析患者は 1,148 件のうち、糖尿病性腎症が 586 件で全体の 51.0%を占めています。人工透析患者は脳血管疾患・虚血性心疾患でもそれぞれ 3 割治療を受けていることから、糖尿病の重症化が予防できれば新規人工透析患者を減らすだけでなく、脳血管疾患・虚血性心疾患の予防になると考えます。

また平成 28 年 5 月分の生活習慣病の治療者数をみると、脳血管疾患や虚血性心疾患がある人の基礎疾患は高血圧が 7 割、脂質異常症が 6～7 割、糖尿病は 4 割あります。重症化を予防していくには、健診を受けるとともに必要な応じて基礎疾患の治療を開始し、治療の中断がないようにしていくことが必要です。(図表 13)

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 13】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。平成28年度

厚労省様式	対象レセプト (28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
	件数	費用額		件数	費用額	件数
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	126件	3億8189万円	9件 7.1%	15件 11.9%	--
				2775万円 7.3%	5417万円 14.2%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	1,159件	5億2575万円	57件 4.9%	65件 5.6%	--
				3284万円 6.2%	3436万円 6.5%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	1,148件	5億3794万円	322件 28.0%	358件 31.2%	586件 51.0%
				1億4454万円 26.9%	1億7261万円 32.1%	2億8732万円 53.4%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
			人数	人数	人数	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	9,507人	1,068人 11.2%	1,104人 11.6%	306人 3.2%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	811人 75.9%	870人 78.8%	193人 63.1%
			糖尿病	408人 38.2%	480人 43.5%	306人 100%
			脂質異常症	634人 59.4%	780人 70.7%	177人 57.8%
		高血圧症	5,158人 54.3%	2,610人 27.5%	4,300人 45.2%	1,200人 12.6%
		糖尿病				
脂質異常症						
高尿酸血症						

H29.11.28時点

(KDB 厚生労働省様式)

ウ 何の疾患で介護認定を受けているのか

40～64歳の2号被保険者の認定者数は122人で、うち新規認定者は3人です。同規模平均と比較すると認定率はほぼ同率です。医療件数のうち、最も多いのが脳血管疾患で67.6%を占めています。

要介護者のうち糖尿病などの基礎疾患を持つ人がどの年代でも高い割合を占めています。基礎疾患の重症化を予防することが介護予防に繋がると考えます。

また、40歳以上の医療費では、要介護認定を受けている人は、要介護認定を受けていない人に比べ、月額3,746円高くなっています。(図表14)

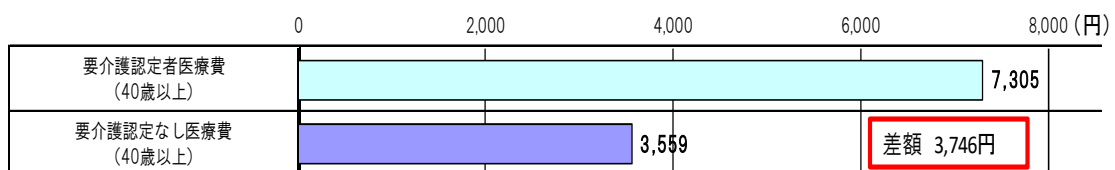
【図表14】

何の疾患で介護保険を受けているのか

平成29年3月分

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号				1号				合計							
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	被保険者数	32,315人		12,147人		12,800人		24,947人		57,262人		57,262人						
認定者数	122人		544人		4,713人		5,257人		5,379人		5,379人							
	認定率		0.38%		4.5%		36.8%		21.1%		9.4%							
新規認定者数		3人		12人		77人		89人		92人		92人						
介護度別人数	要支援1・2		42	34.4%	167	30.7%	1,389	29.5%	1,556	29.6%	1,598	29.7%						
	要介護1・2		38	31.1%	181	33.3%	1,544	32.8%	1,725	32.8%	1,763	32.8%						
	要介護3～5		42	34.4%	196	36.0%	1,780	37.8%	1,976	37.6%	2,018	37.5%						
要介護突合状況 ★NO.49	(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		
		件数		--	74		453		4583		5036		5110					
		循環器疾患	1	脳血管疾患	50	67.6%	脳血管疾患	238	52.5%	脳血管疾患	2477	54.0%	脳血管疾患	2715	53.9%	脳血管疾患	2765	54.1%
			2	虚血性心疾患	12	16.2%	虚血性心疾患	110	24.3%	虚血性心疾患	1698	37.0%	虚血性心疾患	1808	35.9%	虚血性心疾患	1820	35.6%
			3	腎不全	12	16.2%	腎不全	46	10.2%	腎不全	412	9.0%	腎不全	458	9.1%	腎不全	470	9.2%
		基礎疾患	糖尿病等		62	83.8%	糖尿病等	380	83.9%	糖尿病等	4177	91.1%	糖尿病等	4557	90.5%	糖尿病等	4619	90.4%
			血管疾患合計		63	85.1%	合計	408	90.1%	合計	4347	94.9%	合計	4755	94.4%	合計	4818	94.3%
		認知症		認知症	10	13.5%	認知症	103	22.7%	認知症	1952	42.6%	認知症	2055	40.8%	認知症	2065	40.4%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	61	82.4%	筋骨格系	382	84.3%	筋骨格系	4259	92.9%	筋骨格系	4641	92.2%	筋骨格系	4702	92.0%

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



(KDB 要介護 (支援) 認定状況、要介護 (支援) 突合状況、地域の全体像の把握)

## (2) 健診受診者の実態

健診の有所見状況をみると、男女とも中性脂肪・HbA1c が国・県の平均よりも高いことがわかります。

性別・年代別にみると、40～64歳の男性について、有所見割合の高い項目（BMI・中性脂肪・GPT・LDL コレステロール）が多く、若い頃からの血管の変化、動脈硬化の進行が心配されます。

国・県の平均と比べると、メタボ該当者の割合が多い状況です。メタボ該当者のリスクでは血糖と他のリスクの組み合わせを持つ人の割合が多くなっています。当市は非肥満でも高血糖者の割合が多く、肥満になると他のリスクも合わせ持つためメタボ該当者が多くなります。リスクの割合をみると血圧と脂質を併せ持つ人と3項目を併せ持つ人の割合が多い状況です。メタボリックシンドローム対策を推進していくことが、短期的目標であるリスクの改善、将来的には中長期的目標である脳・心・腎を守ることに繋がっていくと考えます。（図表15・16）

【図表15】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（概要）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
国	30.6	50.2	28.2	20.5	8.6	28.3	55.7	13.8	49.4	24.1	47.5	1.8													
長野県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5	
安曇野市	合計	922	26.8	1,652	48.1	1,100	32.0	691	20.1	303	8.8	676	19.7	2,388	69.5	283	8.2	1,657	48.2	920	26.8	1,535	44.7	27	0.8
	40-64	281	30.8	428	46.6	339	36.9	271	29.5	79	8.6	152	16.6	538	58.6	101	11.0	343	37.4	257	28.0	458	49.9	5	0.5
	65-74	641	25.4	1,224	48.6	761	30.2	420	16.7	224	8.9	524	20.8	1,850	73.4	182	7.2	1,314	52.2	663	26.3	1,077	42.8	22	0.9

\*国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

【図表16】

★6-1表

全体	健診受診者		非肥満高血糖		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国	7,362,845	34.0%	687,157	9.3%	790,096	10.7%	48,685	0.7%	546,667	7.4%	194,744	2.6%	1,272,714	17.3%	196,978	2.7%	69,975	1.0%	619,684	8.4%	386,077	5.2%
長野県	158,763	42.2%	16,151	10.2%	15,393	9.7%	1,062	0.7%	10,052	6.3%	4,279	2.7%	25,333	16.0%	3,834	2.4%	1,652	1.0%	12,020	7.6%	7,827	4.9%
同規模平均	1,200,553	38.0%	119,080	9.9%	128,835	10.7%	8,214	0.7%	88,982	7.4%	31,639	2.6%	209,544	17.5%	32,969	2.7%	11,910	1.0%	101,012	8.4%	63,653	5.3%
安曇野市	7,827	47.0%	1,324	16.9%	689	8.8%	57	0.7%	448	5.7%	184	2.4%	1,422	18.2%	231	3.0%	114	1.5%	589	7.5%	488	6.2%

★NO.24（概要）

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
国	3,420,993				588,308	17.2%							940,335	27.5%									
長野県	79,029				12,313	15.6%							19,933	25.3%									
安曇野市	合計	3,437	43.1%	140	4.1%	517	15.0%	44	1.3%	329	9.6%	144	4.2%	995	28.9%	162	4.7%	83	2.4%	418	12.2%	332	9.7%
	40-64	918	30.3%	61	6.6%	148	16.1%	12	1.3%	72	7.8%	64	7.0%	219	23.9%	24	2.6%	26	2.8%	105	11.4%	64	7.0%
	65-74	2,519	50.9%	79	3.1%	369	14.6%	32	1.3%	257	10.2%	80	3.2%	776	30.8%	138	5.5%	57	2.3%	313	12.4%	268	10.6%

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
国	4,477,434				259,425	5.8%							425,520	9.5%									
長野県	94,672				4,713	5.0%							8,142	8.6%									
安曇野市	合計	4,390	50.5%	79	1.8%	172	3.9%	13	0.3%	119	2.7%	40	0.9%	427	9.7%	69	1.6%	31	0.7%	171	3.9%	156	3.6%
	40-64	1,314	41.0%	41	3.1%	58	4.4%	5	0.4%	35	2.7%	18	1.4%	91	6.9%	23	1.8%	11	0.8%	35	2.7%	22	1.7%
	65-74	3,076	56.1%	38	1.2%	114	3.7%	8	0.3%	84	2.7%	22	0.7%	336	10.9%	46	1.5%	20	0.7%	136	4.4%	134	4.4%

(KDB 厚生労働省様式)

### (3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況

高血圧・高 LDL コレステロールは、適切な治療をすることで、検査値が改善しています。糖尿病は治療中の人でも血糖値のコントロールができていない人が多く、通院だけでは改善しにくいと思われます。高 LDL コレステロールは、高値でも治療をしていない人がおり、受診勧奨が必要です。(図表 17)

【図表 17】

#### 継続受診者と新規受診者の比較



(KDB 厚生労働省様式)



#### (4) 未受診者の把握

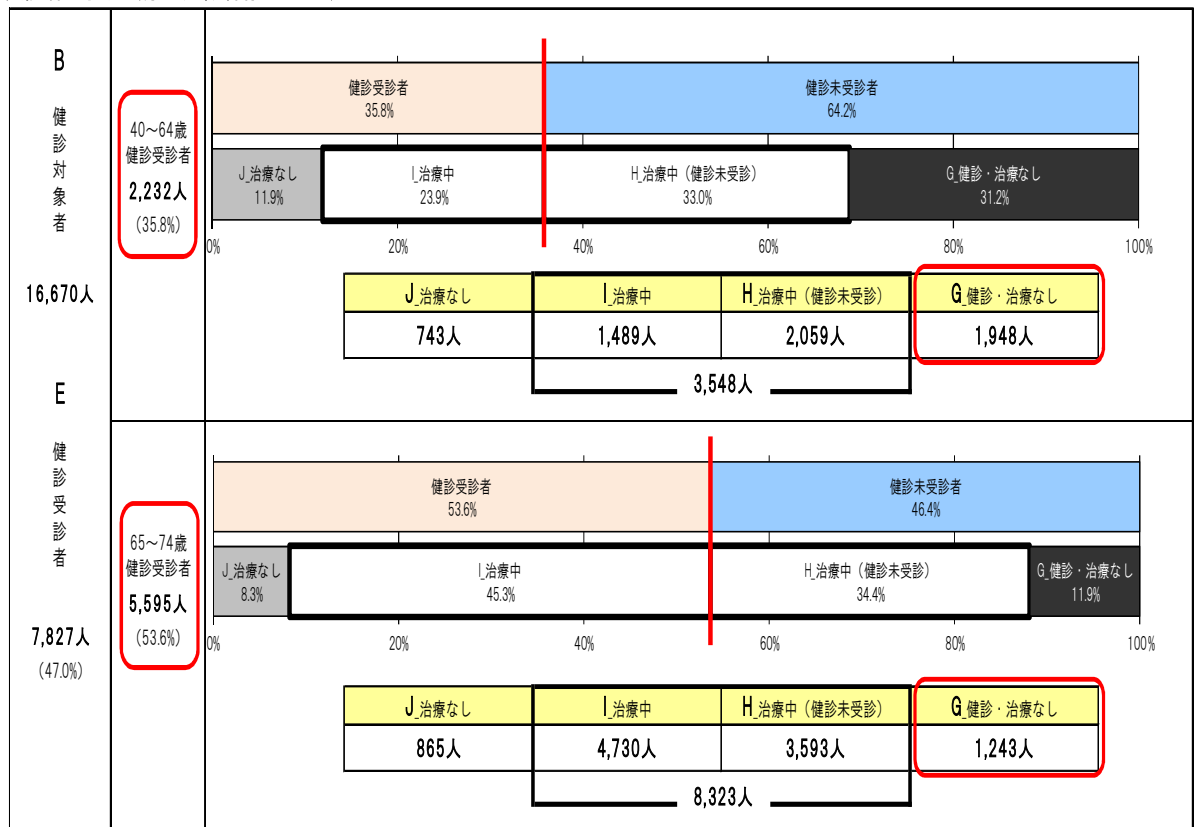
40～64歳の健診・治療なし1,948人、64～74歳の健診・治療なし1,243人、合わせて3,191人の健康状態が全く分からない状況です。健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の1人当たり医療費「G」は、健診受診者よりも17,657円高くなっています。未受診者に対して受診勧奨を行い、受診後に個々の体の状態に応じた保健指導を行うことで生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋がると考えます。(図表18)

【図表18】

未受診者の状況(厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)

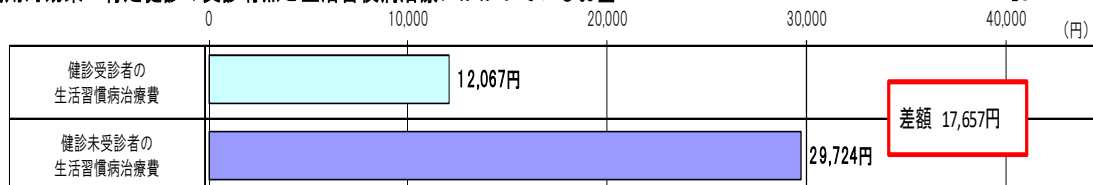
平成28年度



(KDB 厚生労働省様式)

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



(KDB 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題)

## (5) 目標の設定

### ア 成果目標

#### (ア) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患で予防可能な疾患は、糖尿病性腎症による人工透析、脳血管疾患です。そこで平成35(2023)年度には平成30(2018)年度と比較して、人工透析者のうち糖尿病がある人の割合と、脳血管疾患の総医療費に占める割合を減らしていくことを目標とします。また、3年後の平成32(2020)年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じてデータヘルス計画を見直します。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳・心臓・腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。

しかし、当市は重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化につなげるため、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35(2023)年度に国並みとすることを目指します。

#### (イ) 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・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

具体的には一年毎、血圧・血糖・脂質等の検査結果の改善を目指します。

そのためには、医療受診が必要な人に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している人についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ります。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられます。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行います。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施して、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す。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に定めます。

### 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

#### 1 第3期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期(平成30(2018)年度以降)は6年1期として策定します。

#### 2 目標値の設定

国が示した目標値をもとに、計画最終年度の平成35(2023)年度までに60%以上を達成するため、年度ごとの目標を次のように定めて達成を目指します。(図表1)

【図表1】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

#### 3 対象者の見込み

対象者数・受診者数は「第2次安曇野市総合計画の基礎資料」の人口推計及び平成27年度の年齢階層別安曇野市国民健康保険加入率、目標率から推計して見込んでいます。(図表2)

【図表2】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	16,069人	15,962人	15,851人	15,508人	15,168人	14,827人
	受診者数	8,035人	8,300人	8,560人	8,684人	8,798人	8,896人
特定保健指導	対象者数	936人	966人	996人	1,014人	1,030人	1,045人
	実施者数	468人	502人	538人	568人	598人	627人

## 4 特定健診の実施

### (1) 実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託し、下記の形態で実施します。

健診の実施形態

【図表 3】

形態	場所	時期	実施方法
集団健診	市内5か所 各地域保健センター	5月～8月 ※詳細は年度当初 に公表	市へ申し込み後、受 診券(問診票)を持参 し健診会場で受診
個別健診	市内の健診実施医療機関 ※詳細は実施時期前まで に公表	6月～2月 ※詳細は実施時期 前までに公表	市へ申し込み後、健 診実施医療機関へ予 約の上、受診券(問診 票)を持参し受診
通院治療者に 対する受診結 果受領	市内の健診実施医療機関 ※詳細は実施時期前まで に公表	8月～2月 ※詳細は実施時期 前までに公表	市へ申し込み後、健 診実施医療機関へ予 約の上、医療機関受 診結果受領票用紙を 持参し、検査データ 記入後に提出
人間ドック (受診要件あり)	助成契約対象医療機関 (契約対象外の医療機関で も償還で対応可能)	通年	実施医療機関へ予約 後、市へ補助金申請 後に受診(助成の場 合は助成券を持参)

なお、国民健康保険被保険者で、職場健診など医師による健康診断を受けた結果を提出することで、特定健康診査を受診したものとみなします。

## (2) 特定健診実施項目

メタボリックシンドローム（内蔵脂肪症候群）の該当者・予備群の人を抽出し効果的な保健指導を実施するための特定健康診査項目を設定します。

### ①基本的な健診（健診対象者の全員が受ける健診）

【図表 4】

項 目		国の基準	市の実施項目
問診（質問票）		○	○
理学的所見（身体診察）		○	○
身体測定	計測	身長	○
		体重	○
		BMI（体重(kg)/身長(m) <sup>2</sup> ）	○
		腹囲	○
血圧測定		○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○
	ALT（GPT）	○	○
	γ-GT（γ-GTP）	○	○
血中脂質検査	中性脂肪	○	○
	HDL コレステロール	○	○
	LDL コレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	ヘモグロビンA1c	●	○
	随時血糖	●*1	●*1
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
腎機能検査	尿酸	—	◎
	尿潜血	—	◎

\*1 食後 3.5 時間以上のものが基準該当

### ②詳細な健診（医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診）

項 目		国の基準	市の実施項目
血液学検査 （貧血検査）	ヘマトクリット値	□	◎
	血色素量	□	◎
	赤血球数	□	◎
心電図検査		□	◎
眼底検査		□	□
血清クレアチニン検査		□	◎

○…全員実施

●…いずれかの項目の実施で可

□…医師の判断により選択的に実施

◎…当市が追加で実施

### (3) 特定健康診査の周知及び受診勧奨

市の広報をはじめとする様々な周知・広報活動を行うとともに、関係機関などの協力・連携を図りながら、特定健康診査の受診の必要性の周知と受診勧奨を行います。

周知・案内方法

【図表 5】

項目	概要
広報等での周知	市広報紙へ定期的に生活習慣病予防の周知や特定健康診査の実施、受診勧奨等の情報を掲載します。また、平成 30(2018)年度から健診項目ごとに選択できるよう申し込み票はがきを対象者へ送付します。(後期高齢者健診も同送)
市ホームページでの周知	市のホームページに、生活習慣病予防や特定健康診査の情報・案内を提供します。
ポスター、チラシ等の作成・配布	特定健康診査広報用ポスターの作成し、市内医療機関や保健センター等関係機関へ配布します。また、市の現状を踏まえた受診勧奨・受診啓発のチラシを作成し、市のイベントや関係機関へ配布します。
新聞・ラジオでの周知	特定健康診査の実施時期に応じた情報提供ができるよう地域新聞への記事の掲載や民間ラジオ放送を通じて案内します。
地域活動を通じた周知	健診の必要性等について意識啓発を図るため、地区活動での周知や、関係団体に対して生活習慣病予防及び特定健康診査情報に関する出前講座などを必要に応じて実施します。

### (4) 特定健康診査未受診者への対応

特定健康診査の申し込みがない人及び集団健診未受診者には、個別健診案内もしくは、通院治療者に対する受診結果受領票案内通知を送付します。

また、定期的に医療機関へ通院していることによる特定健康診査未受診者には、通院先での検査項目が特定健診の必須検査項目を満たしている場合、医療機関の協力のもと、その検査結果データの受領に努めます。

更に、年 1 回は全未受診者に受診希望調査票を送付し、受診動向の把握と受診勧奨を行います。



## (2) 生活習慣病発症予防・重症化予防のための健診・保健指導スケジュール

糖尿病等生活習慣病発症・重症化予防のため PDCA サイクルに基づいて健診・保健指導を実施します。(参考資料 2)

## (3) 保健指導の優先順位と支援方法

特定保健指導、それ以外の保健指導の対象者は図表 6 (標準的な健診・保健指導プログラム 30 年度版様式 5-5) にグループ分けをし、図表 7 のように優先順位をつけて保健指導を実施します。

保健指導は、個々の健診データに基づいた支援とするため、個別面接を中心に実施します。

【図表 7】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	平成 35(2023)年度 (最終目標年度)		
				対象者見込 (受診者の割合)	目標実施率	実施予定数
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	1,045 人 (11.7%)	60%	627 人
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	1,690 人 (19.0%)	100%	1,690 人
3	L	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆適切な生活改善や受診継続ができるよう支援 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,321 人 (26.1%)	100%	2,321 人
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：前年度特定保健指導・保健指導実施者に対し、受診勧奨を行う)	6,918 人	—	—
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	2,010 人 (22.6%)	100%	2,010 人
6	K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,796 人 (20.2%)	100%	1,796 人



#### (4) 保健指導実施者の資質向上

特定健診・特定保健指導では、保険者が健診結果により内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活改善の必要性を理解したうえで、実践に繋がることを目指し専門職が個別に介入します。

こうした対象者の個別性を重視した効果的な保健指導の実践は、加入者の健康の保持・増進や医療費適正化の観点から重要な保険者の役割と言われており、実施率の更なる向上が求められています。

また、個人にあった効果的な保健指導が実践できるように積極的に研修会へ参加するとともに、保健指導実施者全体の質の向上を図るための研修会を実施します。

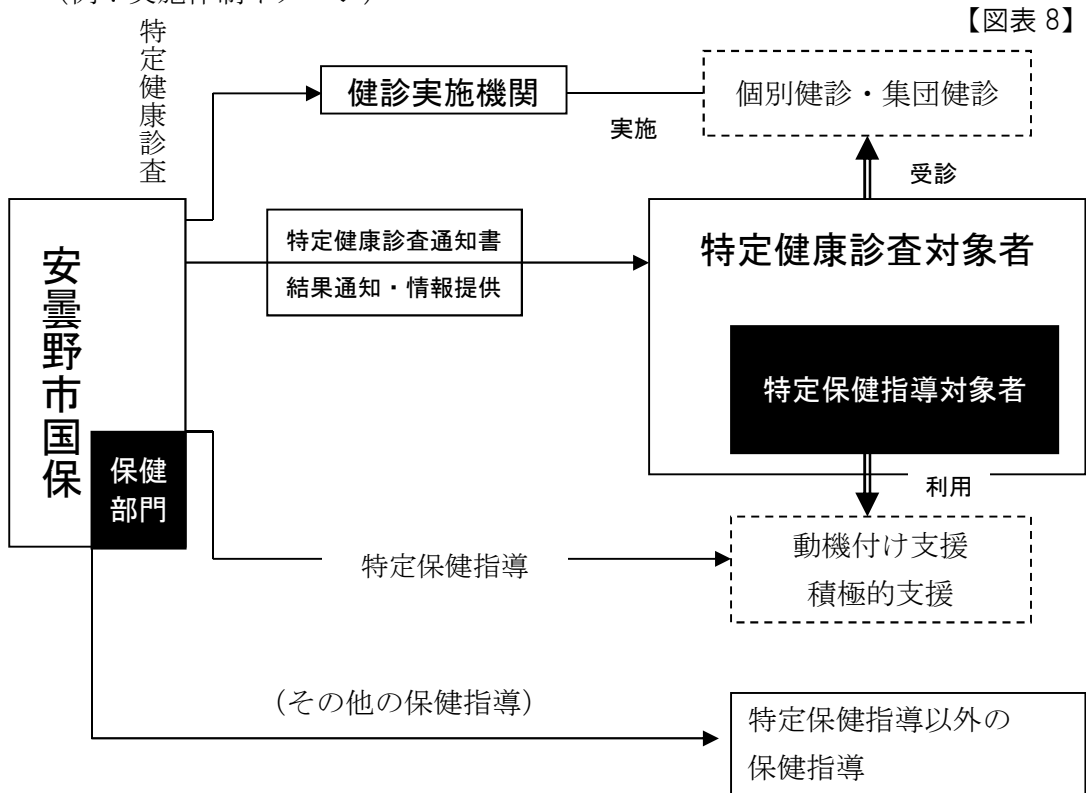
## 6 実施体制・データ管理方法

### (1) 特定健康診査等の実施体制

特定健康診査	○ 個別健診、集団健診ともに、安曇野市医師会に委託します。
	○ 情報提供は、市が実施します。
特定保健指導	○ 積極的支援、動機付け支援ともに、市が実施します。

※特定保健指導対象外の人でも必要に応じて健康相談や保健指導を行います。

(例：実施体制イメージ)



## (2) データ管理方法

### ア 記録の管理・保存

特定健康診査データは、国の定める標準的な電子ソフトにより、原則として安曇野市医師会が長野県国民健康保険団体連合会へ提出します。

職場健診や医療機関の検査結果データ等収集した特定健康診査及び特定保健指導のデータについては、国の定める標準的な電子ソフトにより、当市が長野県国民健康保険団体連合会へ提出します。

特定健康診査及び特定保健指導に関するデータは、原則5年間保存とし、長野県国民健康保険団体連合会が提供する特定健診等データ管理システムに保管します。

### イ 個人情報保護の取り扱い

特定健康診査・特定保健指導の実施にかかる個人情報の保護並びに守秘義務については、国の個人情報保護法に基づく関連するガイドライン、高齢者の医療の確保に関する法律、安曇野市個人情報保護条例、安曇野市情報セキュリティポリシーに従い適切に運用します。

なお、特定健康診査及び特定保健指導を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、業務によって知り得た情報について守秘義務の徹底を図って委託先の契約遵守状況を管理します。

## 第4章 保健事業の内容

### 1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の減少することを実現するために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくことを目指します。そのためには重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施する必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患の重症化予防の取り組みを行います。具体的には医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の人へ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ます。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費の影響などの実態を広く市民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、健診結果に応じた受診勧奨や保健指導をすることが重要です。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとします。

### 2 重症化予防の取り組み

#### (1) 糖尿病性腎症重症化予防

##### ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び安曇野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PDCAサイクルに沿って実施します。なお、取り組みにあたっては図表1に沿って実施します。

- (ア) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (イ) 治療中の人に対する医療と連携した保健指導
- (ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 1】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

\*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

## イ 対象者の明確化

### (ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては安曇野市糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより抽出すべき対象者を、次のとおりとします。

- a 医療機関未受診者
- b 医療機関受診中断者
- c 糖尿病治療中者

(メタボリックシンドローム基準に該当する人を優先する)

### (イ) 選定基準に基づく該当数の把握

#### a 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。糖尿病性腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基本とします。

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。当市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能です。(図表2)

【図表2】

糖尿病性腎症病期分類			第1期	再掲 (第2~4期)			第5期
			腎症前期	第2期	第3期	第4期	透析療法期
				早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	
	eGFR		30以上	--	30以上		30未満
尿蛋白	アルブミン尿	正常 アルブミン尿 (30未満)	--	微量 アルブミン尿 (30-299)	顕性 アルブミン尿 (300以上)	問わない	透析 療法中
	尿蛋白	(-)	--	(±)	(+)以上	問わない	

#### b 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行います。(図表 3)

当市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 364 人 (37.0%・F) です。また、40～74 歳における糖尿病治療者 1758 人中のうち、特定健診受診者は 621 人 (35.3%・G) でしたが、55 人 (8.9%・キ) は治療を中断しています。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1137 人 (64.7%・I) のうち、過去に 1 度も特定健診受診歴がある 226 人中 34 人は、治療を中断していることが分かります。また、継続受診者の 192 人については、重症化予防に向けて医療機関と連携が必要です。

#### c 介入方法と優先順位

図表 3 より当市においての介入方法を次のとおりとします。

##### 優先順位 1

###### 【受診勧奨】(図表 3 ☆印)

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 ㉞・・・364 人
- ・糖尿病治療中であつたが中断している人 ㉜・㉝・・・89 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

##### 優先順位 2

###### 【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人 ㉟・・・566 人
- ・介入方法として、戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

##### 優先順位 3

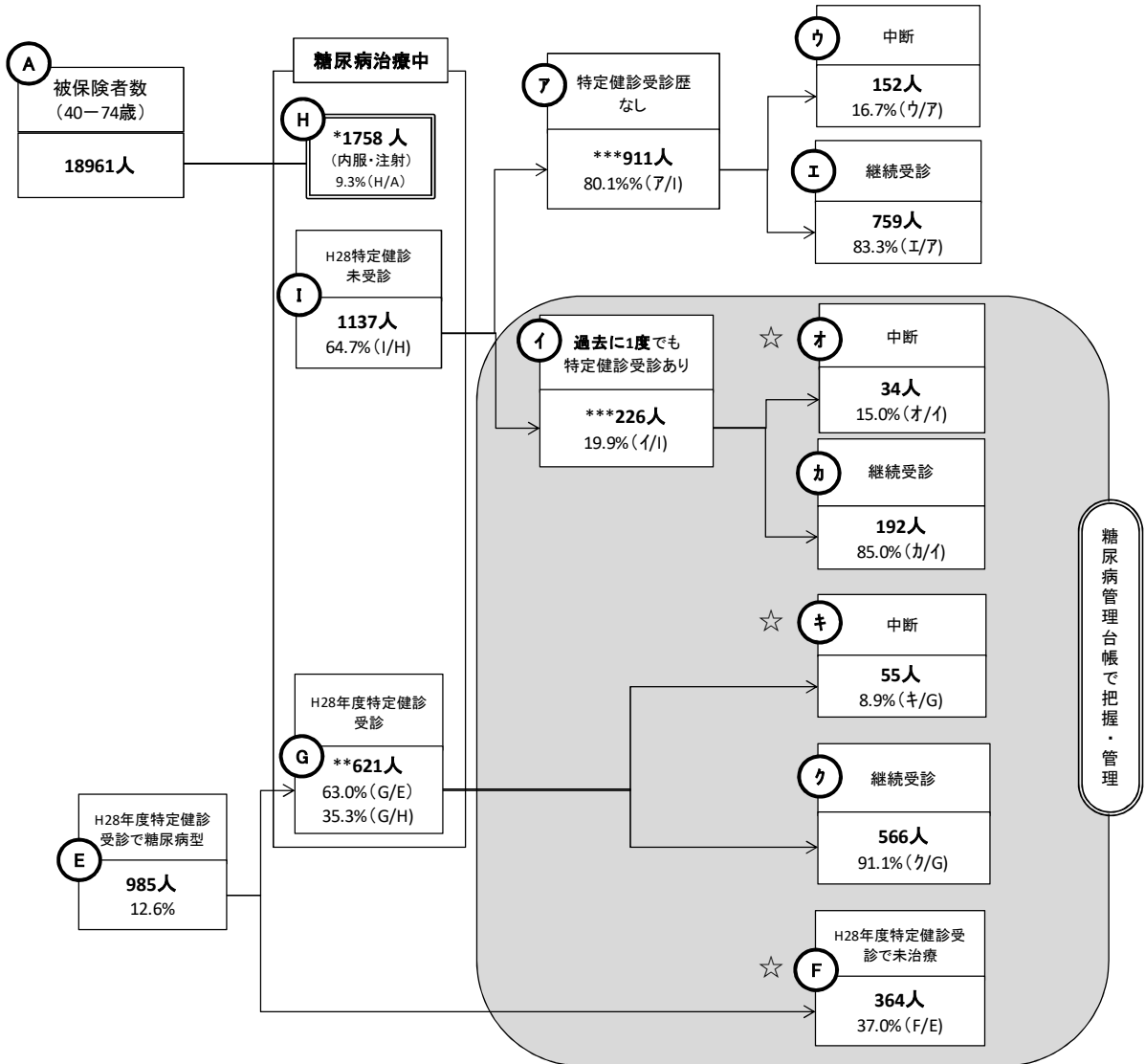
###### 【保健指導】

- ・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 ㊱・・・192 人
- ・介入方法として、戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者

【図表 3】



\*HはKDB疾病管理一覧(糖尿病)(平成28年度)から抽出

\*\*GはKDB厚生労働省様式1-1(平成29年10月~12月)から抽出

\*\*\*ア・イはKDB疾病管理一覧(糖尿病)(平成25年度~27年度)から抽出

## ウ 対象者の進捗管理

### (ア) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 4）及び年次計画表（参考資料 5）で行い、担当地区ごとに作成し管理します。

#### 【糖尿病台帳作成手順】

- a 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は、以下の情報を管理台帳に記載

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

- b 資格の確認

- c レセプトを確認し情報を記載

#### (a) 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病・高血圧治療中の場合は、診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- d 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し、介入対象者を試算する

- e 担当地区の対象者数の把握

#### (a) 未治療者・中断者（受診勧奨者）

#### (b) 糖尿病性腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）



## エ 保健指導の実施

### (ア) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要です。当市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えます。また、保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行います。(図表 4)

【図表 4】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすずみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="text-align: right;">} 6.0%未満</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

#### (イ) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみを実施しているため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。糖尿病性腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のために、対象者のうち尿蛋白定性（－）～（±）には二次健診等として微量アルブミン尿検査を実施し、結果に基づいて早期介入を行うことで、糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

#### オ 医療との連携

##### (ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関の受診へ繋げる場合、事前に市医師会と協議した精密検査票・情報提供書等を使用します。

##### (イ) 治療中の人への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言を受けます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、安曇野市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行います。

#### カ 高齢者福祉部門（介護保険課）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要がある場合は、地域包括支援センター等と連携します。

#### キ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせて年1回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表（参考資料6）を用いて行います。

##### (ア) 短期的評価

###### a 受診勧奨者に対する評価

- (a) 受診勧奨対象者への介入率
- (b) 医療機関受診率
- (c) 医療機関未受診者への再勧奨数

###### b 保健指導対象者に対する評価

- (a) 保健指導実施率

(b) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5 ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

ク 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

4月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

4月以降 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載  
台帳記載後順次、対象者へ介入 (通年)

## (2) 脳血管疾患重症化予防

### ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表5・6)

【脳卒中の分類】

【図表5】

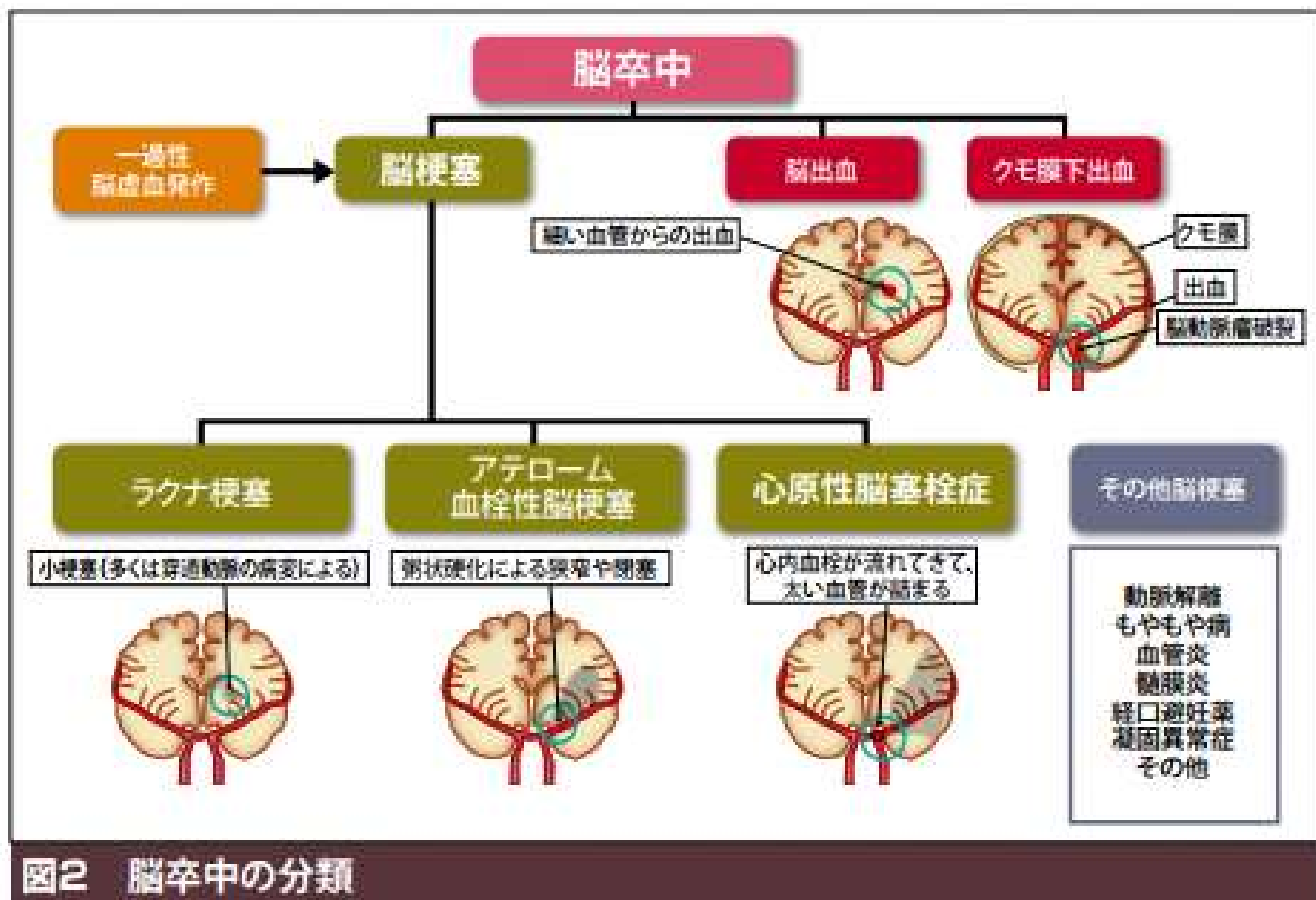


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

## 脳血管疾患とリスク因子

【図表6】

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	●							

## イ 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、図表 7 に基づいて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、治療の有無の視点も加えて分析することにより、受診勧奨対象者の把握が明確になります。

【図表 7】

特定健診受診者における重症化予防対象者

平成28年度

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●													
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○			○				
	心原性脳塞栓症	●						●		○		○			
脳 出 血	脳出血	●								○		○			
	クモ膜下出血	●													
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		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者 (2項目以上)		蛋白尿 (2+)以上		eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数 7,825人		390人	5.0%	573人	7.3%	222人	2.8%	75人	1.0%	347人	18.1%	80人	1.0%	73人	0.9%
治療なし		233人	4.6%	348人	4.8%	202人	3.3%	26人	0.6%	1417人	8.2%	24人	0.6%	26人	1.2%
治療あり		157人	5.8%	225人	39.9%	20人	1.1%	49人	1.4%	1070人	29.6%	56人	1.6%	47人	3.2%
臓器障害あり		116人	49.8%	216人	62.1%	84人	41.6%	26人	100.0%	214人	61.7%	24人	100.0%	26人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象)	9人		9人		2人		1人		9人		24人		26人	
	尿蛋白 (2+) 以上	4人		5人		1人		0人		5人		24人		0人	
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+)	1人		2人		0人		0人		2人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	4人		3人		1人		1人		3人		0人		26人	
	心電図所見あり	113人		214人		83人		26人		213人		16人		22人	

(KDB 厚生労働省様式)

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上 390 人 (5.0%) のうち 233 人は未治療者です。また未治療者のうち 116 人 (49.8%) は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要です。

なお治療中であってもⅡ度高血圧である人も 157 人 (5.8%) いることがわかります。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要です。

(イ) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度に深く関与しています。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要があります。(図表 8)

【図表 8】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

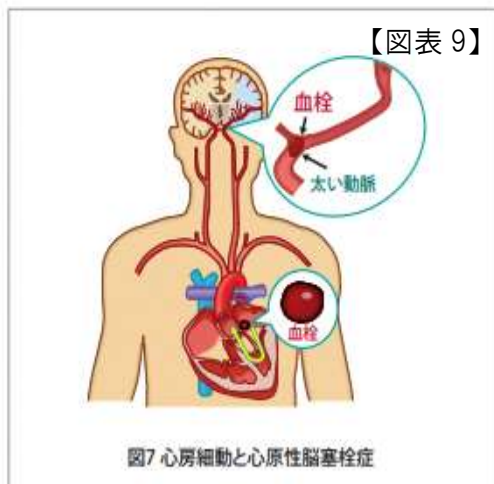
平成28年度特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上				
リスク第1層	5,104	1,783	1,266	933	889	183	50	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療	
	638	366	142	79	38	11	2	38	538	546	
リスク第2層	2,967	1,025	756	543	527	94	22	0.7%	10.5%	10.7%	
	2,967	1,025	756	543	527	94	22	38	11	2	
リスク第3層	1,499	392	368	311	324	78	26	--	527	116	
	1,499	392	368	311	324	78	26	--	527	116	
再掲 重複あり	糖尿病	449	114	120	91	98	18	8	--	--	428
	慢性腎臓病 (CKD)	509	175	111	96	95	22	10	--	--	428
	3個以上の危険因子	817	161	199	187	197	54	19	--	--	428

図表 8 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要です。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高いとされています。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。図表 10 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 10】

## 特定健診における心房細動有所見状況

平成28年度

年代	心電図検査受診者*		心房細動有所見者				日循環疫学調査**	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,300	1,817	25	1.9	10	0.6	-	-
40歳代	128	135	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	111	156	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	558	897	7	1.3	5	0.6	1.9	0.4
70~74歳	503	629	18	3.6	5	0.8	3.4	1.1

【図表 11】

## 心房細動有所見者の治療の有無

平成28年度

心房細動 有所見者 *	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
35	2	5.7	33	94.3

\*平成28年度特定健診集団健診受診者分

\*\*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

心電図検査において 35 人に心房細動の所見があります。有所見率を見ると年齢が上がるほど高くなっています。また 35 人のうち 33 人は既に治療が開始されていますが、2 人は受診勧奨が必要な対象者です。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。今後も早期発見・早期介入するために心電図検査の全数実施を継続します。(図表 10・11)

## ウ 保健指導の実施

### (ア) 受診勧奨及び保健指導

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

### (イ) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入し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 JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「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」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、脈波伝播速度 (PWV)、足関節上腕血圧比 (ABI)、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)、尿中アルブミン検査を実施します。

### (ウ) 対象者の管理

#### a 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。(参考資料 7)

#### b 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握します。(参考資料 8)



## エ 医療との連携

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

## オ 高齢者福祉部門（介護保険課）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要がある場合は、地域包括支援センター等と連携します。

## カ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際は、血圧評価表、心房細動管理台帳、KDB等の情報を活用します。

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

### (ア) 短期的評価

高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム等、重症化予防対象者の減少

## キ 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 4月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 4月以降 特定健診結果が届き次第管理台帳に記載  
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

### (3) 虚血性心疾患重症化予防

#### ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めます。(参考資料 9)

#### イ 対象者の明確化

##### (ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えます。(参考資料 10)

##### (イ) 重症化予防対象者の抽出

###### a 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つです。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。当市の集団健診 3,122 人のうち心電図検査実施者は 3,117 人 (99.8%) であり、そのうち ST 所見があった 307 人中 (図表 12) のうち 108 人は要精密検査であり、その後の受診状況を見ると 32 人は医療機関未受診です (図表 13)。未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する人もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また要精密検査には該当しませんが ST 所見ありの 199 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

【図表 12】

心電図検査結果

平成28年度

	健診 受診者*	心電図検査		ST所見あり		その他の所見		異常なし	
	(a)(人)	(b)(人)	(b/a)(%)	(c)(人)	(c/b)(%)	(d)(人)	(d/b)(%)	(e)(人)	(e/b)(%)
平成28年度	3,122	3,117	99.8%	307	9.8%	800	25.7%	2,010	64.5%

【図表 13】

ST所見ありの医療機関受診状況

平成28年度

ST所見あり *	要精密検査者		医療機関受診あり		受診なし	
	(a)(人)	(b)(人)	(c)(人)	(d)(人)	(b/a)(%)	(d/b)(%)
307	108	35.2%	76	32	70.4%	29.6%

\*平成28年度特定健診集団健診受診者分

## ウ 保健指導の実施

### (ア) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 14 の問診が重要です。対象者が症状を理解し、症状の変化があった場合は、早期に医療機関を受診することにより、重症化予防に繋がります。保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

## 虚血性心疾患に関する症状

【図表 14】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

#### (イ) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 10 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入し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 JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「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」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから、対象者へは二次健診において、脈波伝播速度 (PWV)、足関節上腕血圧比 (ABI)、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)、尿中アルブミン検査を実施します。

#### (ウ) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート (動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)」によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっています。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討します。

#### エ 医療との連携

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

#### オ 高齢者福祉部門 (介護保険課) との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要がある場合は、地域包括支援センター等と連携します。

## カ 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等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・メタボリックシンドローム・LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

## キ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

4月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

4月以降 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載  
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

## 3 ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化による医療費や介護費等社会保障費の増大に繋がっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、資料を作成し（図表 15・16）個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知します。

## 4 その他の保健事業

### (1) がん検診

「安曇野市健康増進計画」に基づいて受診勧奨し、受診率の向上を目指します。

### (2) 健康ポイント制度

「安曇野市国民健康保険健康ポイント制度」に基づいて事業展開し、楽しみながら健康づくりを行う健康意識の向上を目指します。

### (3) 重複受診者及び頻回受診者等訪問指導

訪問指導による状況説明と意識の改善により、受診状況の改善を目指します。

### (4) ジェネリック医薬品利用促進

広報や広告などによる周知とジェネリック医薬品利用差額通知により、使用割合の向上を目指します。

皆さんが、社会保障費の安定のためにできること  
 ～ 安曇野市の医療費と特定健診受診率の関係 ～

平成29年度 2017.1.19(作成)  
 安曇野市 住民版

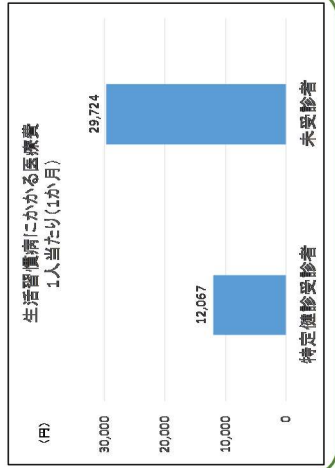
**1** 安曇野市 人口 9.5万人  
 国保加入数 2.3万人(24%)

**1** 社会保障費 (H28年度)

**国保医療費 75億**

予防可能な生活習慣病 一人当たり医療費 32.6万円

慢性腎不全 (透析有)	5億(11.4%)	0.4%
糖尿病	4億(8.8%)	10.8%
高血圧	4億(8.8%)	21.3%
がん	11億(24.3%)	
精神	8億(18.1%)	



**2** 平成28年度 保険者努力支援制度が開始

保険者努力支援制度とは、医療費適正化に向けて努力を行っていると思われる市町村に、国と県からお金がもらえる制度です。

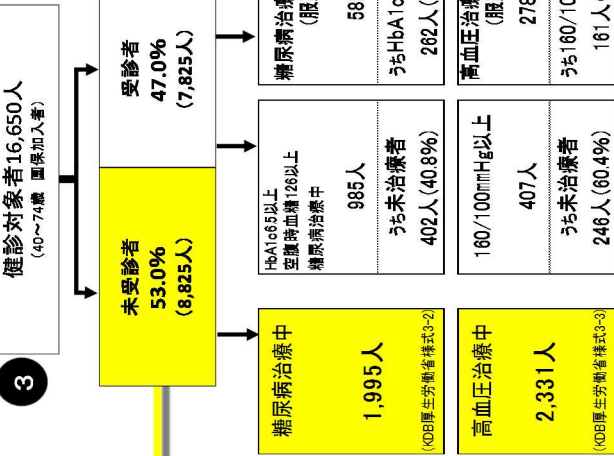
安曇野市	232点	人口 6.7万人
努力支援制度得点	241点	8市(込)
1点当たりの金額	約5.5万円	努力支援制度得点
頂いたお金	約1,276万円	1点当たりの金額
	約913万円	頂いたお金

\* 人口(保険加入者数)が多いと、1点当たりの金額が大きくなる仕組みです。

評価指標	28年度		30年度	
	県内順位	満点	満点	満点
安曇野市	232点	345点	850点	
特定健診受診率	10	20	50	
① 特定保険者努力率	15	20	50	
② マチリウツジンドローム該当者、予備群の減少率	10	20	50	
③ がん検診受診率	10	20	55	
④ 歯周疾患(歯)減勢率	40	40	100	
⑤ 糖尿病重症化予防の取組				

保険者努力支援制度の評価指標により、特定健診受診率で満点(50点)をとるためには、受診率60%が必要です。

安曇野市は受診率47%(48位/77市町村)であるため、**あと2200人**の方が特定健診を受診していただくと、満点がいただけます。



**4** 特定健診を受けるメリット

★受診率が上がると、国から補助した分の交付金がもらえます。  
 30年度からは、もらえた金額に応じて、皆さんが負担する保険料率が決まります。  
 → 努力が保険料に反映されます。

★自らの生活習慣病のリスク低減状況が分かります。  
 (発症予防、重症化予防)

【図表 15】

安曇野市のからだの実態と食の実態を結び、健康結果と生活を科学的に解明する～

2018.3.13(作成)  
安曇野市 住民版

からだの実態

医療の状況  
(0～74歳)

慢性腎不全の医療費割合  
(透析あり)

	H25	H28
安曇野市	9.5%	11.4%
同規模	9.4%	9.5%

KOB 厚生労働省様式0-1より

健診の状況  
(40～74歳)

メタボ該当者の割合

	H25	H28
安曇野市	16.3%	18.2%
同規模	16.3%	17.5%

KOB 厚生労働省様式6-1より

人工透析者が合わせ持っている生活習慣病

	H25	H28
人工透析者数	76人	89人
糖尿病	50.0%	50.6%
高血圧	93.4%	92.1%

KOB 厚生労働省様式0-7より

糖尿病の割合

	H25	H28
HbA1c6.0%以上	7.4%	9.5%

特定健康診査結果(法定報告)より

高血圧の割合

	H25	H28
140/90mmHg以上	23.6%	25.9%

特定健康診査結果(法定報告)より

※安曇野市の同規模:  
全国の人口5万以上10万未満である  
266市の平均値

食の実態

家計調査(H26～28平均)より

※順位:県庁所在地及び政令都市53のうち、購入量・購入額の多い順

【調理食品の購入額】

調理食品 (りんご、バナナ、エゴシ、かんぱん等)	順位
おにぎり	6位
	1位

【飲料の購入額】

コーヒー飲料	15位
乳酸菌飲料	15位

【穀物の購入量】

小麦粉	1位
麺全体	8位

【果物の購入量】

りんご	2位
もも	3位
果物加工品 (果物缶詰、干果など)	5位

【酒類の購入量】

ワイン	4位
清酒	10位
ビール	10位

【調味料の購入量】

砂糖	1位
みそ	2位
ドレッシング	4位
食塩	5位

【野菜の購入量】

キャベツ	1位
きゅうり	4位
ほうれんそう	37位

国民健康・栄養調査(H28)より

順位	野菜摂取量	
	男性	女性
1位	長野県 352g	長野県 335g
2位	福島県 347g	福島県 314g
3位	宮城県 332g	徳島県 309g
4位	福岡県 320g	神奈川県 304g
5位	青森県 319g	青森県 300g

順位	食塩摂取量	
	男性	女性
1位	宮城県 11.9g	長野県 10.1g
2位	福島県 11.9g	福島県 9.9g
3位	長野県 11.8g	山形県 9.8g
4位	福岡県 11.7g	青森県 9.7g
5位	秋田県 11.6g	千葉県 9.7g

【図表16】

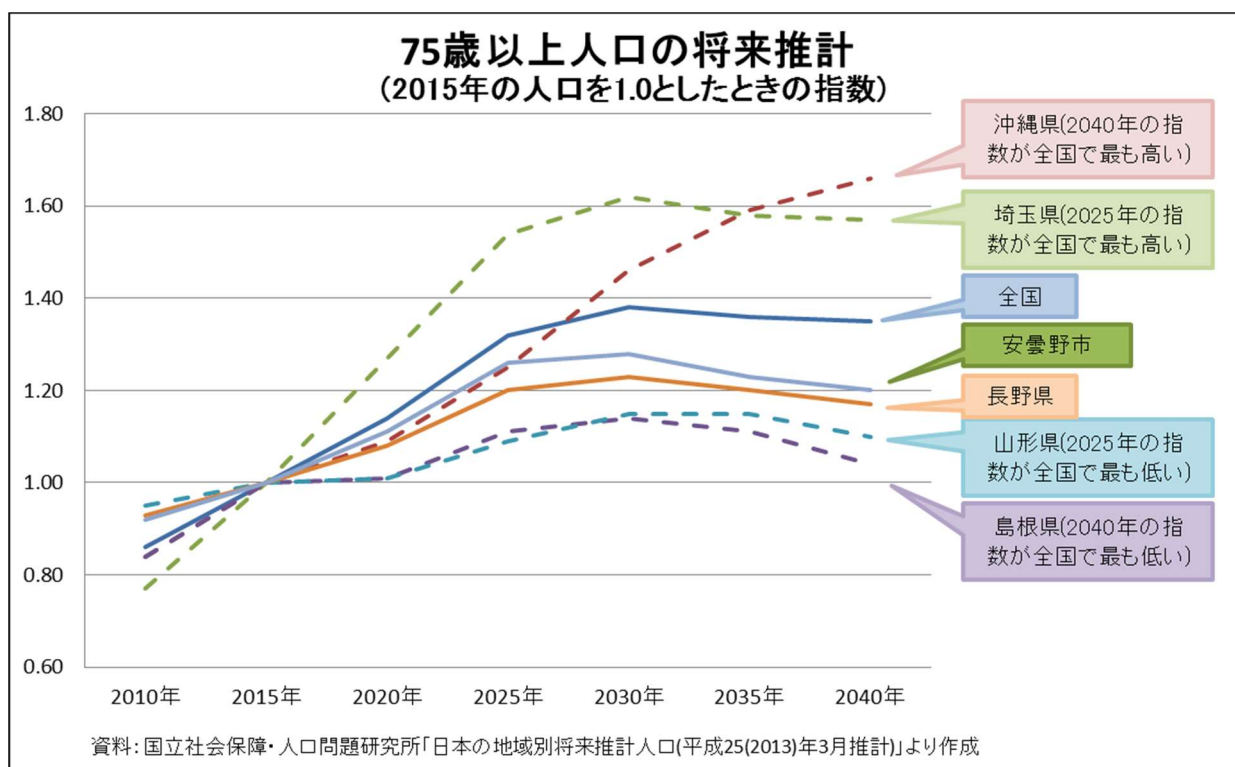
## 第5章 地域包括ケアに係る取り組み

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

重度の要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患・糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸に繋がります。要介護状態により、地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。つまり、第4章の重症化予防の取り組みそのものを、介護予防として捉えることができます。

当市の 75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.20 であり、全国平均の 1.35 よりは低い状況ですが、長野県平均の 1.17 より高くなると推計されています。なお、指数は 2025 年まで増加傾向ですが、2035 年以降に減少傾向となることも推計されています。(図表 1)

【図表 1】





国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えています。このような状況をかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても市町村にとっても非常に重要です。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉などの各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要です。かかりつけ医・薬剤師・ケアマネージャーやホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉のサービス関係者と、ネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにも繋がります。

## 第6章 データヘルス計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

データヘルス計画の見直しは、3年後の平成 32(2020)年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、データヘルス計画の最終年度の平成 35(2023)年度においては、次期計画策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

### 2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標（参考資料 11・12）

【図表 1】

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"><li>・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）</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB 活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか</li><li>・スケジュールどおり行われているか</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムでデータが集約されるので、受診率・受療率・医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に確認します。

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。

### 3 目標管理一覧表

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表2】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値			最終評価値	目標値	現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35					
特定健診等計		医療費削減のために、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	特定健診受診率60%以上	47.0%									60%以上	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）		
			特定保健指導実施率60%以上	47.4%									60%以上			
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.3%									25.0%			
データヘルス計画	中長期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血糖者の割合が県内、同規模と比較して高い。</li> <li>・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の51%を占めている。</li> <li>・介護保険2号被保険者の67.6%が脳血管疾患の治療をしている。</li> </ul>	糖尿病性腎症による透析、脳血管疾患の医療費の伸びを抑制する	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	51.0%								50.0%	KDB様式2-2		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.3%										2.5%	KDB帳票3	
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	該当者	18.2%										15.6%	安曇野市健康増進計画（目標年度は平成34年）
				予備群	8.8%										8.5%	
			高血圧の改善 健診受診者の高血圧者（中～重症）の割合の減少	男性	7.5%										5.2%	
				女性	10.9%										8.5%	
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	糖尿病の治療継続者（HbA1c6.5以上のうち治療中と回答した人）の割合の増加	53.9%											60.0%		
		血糖コントロール指標におけるコントロール不良者（HbA1c8.4%以上）の割合の減少	0.7%											0.5%		
		糖尿病有病者（HbA1c6.5以上）の割合の減少	9.5%											7.3%		
	短期	がん検診の受診率が国と比較して低い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の向上 胃がん検診	13.1%										15.0%	
				肺がん検診	5.7%										7.0%	
				大腸がん検診	24.8%										30.0%	
子宮頸がん検診				24.4%										30.0%		
乳がん検診				28.8%										35.0%		
保険者努力支援制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広い重症化予防と健康づくりの取り組み実施</li> <li>・加入者の適正受診・適正服薬を促す取り組み実施</li> <li>・数量シェア 平成28年度 69.5%</li> </ul>	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上（健康ポイント実施者は平成31年度から集計）										25.0%	安曇野市国保年金課		
			訪問指導により重複受診・頻回受診・重複投薬となる対象者のうち65%以上の受診状況の改善											65.0%		
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上（平成32年（2020年）9月までに）	69.5%									80.0%	厚生労働省公表結果	

## 第7章 データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

### 1 データヘルス計画の公表・周知

データヘルス計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、国の指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等を通じ医療機関等に周知します。

### 2 個人情報の取り扱い

当市は、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、庁内等での利用にはその保有する個人情報を適切に取り扱います。また、外部委託事業者に対し同様の取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた安曇野市の位置
- 参考資料 2 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール
- 参考資料 3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 6 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 7 血圧評価表
- 参考資料 8 心房細動管理台帳
- 参考資料 9 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 10 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた安曇野市の位置

良いところ



悪いところ



項目	平成25年度		平成28年度		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
	安曇野市		安曇野市										
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 人口構成	総人口	95,043		95,043		18,346,852		2,115,647		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
	65歳以上(高齢化率)	24,947	26.2	24,947	26.2	4,430,444	24.1	567,919	26.8	29,020,766		23.2	
	75歳以上	12,800	13.5	12,800	13.5	-	-	303,854	14.4	13,989,864		11.2	
	65~74歳	12,147	12.8	12,147	12.8	-	-	264,065	12.5	15,030,902		12.0	
	40~64歳	32,315	34.0	32,315	34.0	-	-	701,088	33.1	42,411,922		34.0	
39歳以下	37,781	39.8	37,781	39.8	-	-	846,640	40.0	53,420,287	42.8			
2 産業構成	第1次産業	9.2		9.2		6.1		9.8		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
	第2次産業	29.4		29.4		28.9		29.5		25.2			
	第3次産業	61.4		61.4		65.0		60.7		70.6			
3 平均寿命	男性	80.9		80.9		79.6		80.9		79.6	KDB_NO.1 地域全体の把握		
	女性	87.8		87.8		86.3		87.2		86.4			
2 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	89.4		87.3		100.0		90.3		100	KDB_NO.1 地域全体の把握	
		女性	100.5		93.8		100.9		94.5		100		
	死因	がん	257	46.3	279	45.8	54,818	48.1	6,285	44.7	367,905		49.6
		心臓病	142	25.6	153	25.1	30,930	27.1	3,777	26.9	196,768		26.5
		脳血管疾患	107	19.3	126	20.7	18,797	16.5	2,908	20.7	114,122		15.4
		糖尿病	13	2.3	15	2.5	2,153	1.9	270	1.9	13,658		1.8
		腎不全	15	2.7	15	2.5	3,750	3.3	370	2.6	24,763		3.3
		自殺	21	3.8	21	3.4	3,547	3.1	436	3.1	24,294		3.3
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	83	8.1	102	9.2	-	-	1,961	7.8	136,944		10.5
		男性	62	11.3	65	11.3	-	-	1,294	10.3	91,123		13.5
女性	21	4.4	37	6.9	-	-	667	5.3	45,821	7.2			
3 介護保険	① 介護認定者数 (認定率)	1号認定者数	4,751	18.9	5,257	20.8	891,869	20.2	111,462	19.7	5,885,270	21.2	
		新規認定者	84	0.3	89	0.3	15,306	0.3	1,767	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	106	0.3	122	0.4	21,986	0.4	2,068	0.3	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	1,042	21.0	1,105	21.0	203,882	22.0	23,930	20.8	1,350,152	22.1	
		高血圧症	2,716	55.4	3,066	56.0	479,210	51.8	62,279	54.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	1,229	24.8	1,447	26.3	256,268	27.6	31,038	26.7	1,741,866	28.4	
		心臓病	3,110	63.2	3,526	64.1	546,239	59.2	71,424	62.1	3,529,682	58.0	
		脳血管疾患	1,593	32.7	1,663	30.2	239,587	26.2	33,027	28.9	1,538,683	25.5	
		がん	465	9.4	532	9.8	93,015	10.0	12,106	10.5	631,950	10.3	
	筋・骨格	2,632	53.9	3,049	55.9	469,492	50.8	61,749	53.7	3,067,196	50.3		
精神	1,920	38.1	2,115	38.9	331,335	35.6	42,134	36.4	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	58,818		54,769		61,245		58,547		58,284	厚労省HP 人口動態調査		
	居宅サービス	38,929		37,325		40,247		38,590		39,662			
	施設サービス	289,000		279,185		278,147		272,580		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別	7,470		7,305		8,027		7,747		7,980	KDB_NO.1 地域全体の把握		
	医療費 (40歳以上) 認定あり	3,444		3,559		3,808		3,666		3,816			
4 国保の状況	① 被保険者数	被保険者数	25,671		23,167		4,516,800		540,810		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳	10,509	40.9	11,005	47.5	-	-	229,556	42.4	12,461,613		38.2
		40~64歳	8,854	34.5	7,293	31.5	-	-	176,381	32.6	10,946,712		33.6
		39歳以下	6,308	24.6	4,869	21.0	-	-	134,873	24.9	9,179,541		28.2
	加入率	27.0		24.4		24.7		25.6		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.2	5	0.2	1257	0.3	131	0.2	8,255		0.3
		診療所数	82	3.2	85	3.7	12,813	2.8	1,561	2.9	96,727		3.0
		病床数	959	37.4	968	41.8	227,288	50.3	24,190	44.7	1,524,378		46.8
		医師数	234	9.1	231	10.0	33,690	7.5	4,786	8.8	299,792		9.2
		外来患者数	681.7		723.2		688.2		668.8		668.1		
入院患者数	18.2		19.1		19.8		17.7		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	23,931		26,464		25,581		24,015		24,245	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体の把握		
	受診率 (人口千対)	699.962		742.32		707.975		686.489		686.286			
	外 費用の割合	61.3		60.3		59.3		60.9		60.1			
	来 件数の割合	97.4		97.4		97.2		97.4		97.4			
	入 費用の割合	38.7		39.7		40.7		39.1		39.9			
	院 件数の割合	2.6		2.6		2.8		2.6		2.6			
1件あたり在院日数	16.2日		15.6日		16.2日		15.1日		15.6日				
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療費疾患名 (調剤含む))	がん	898,219,700	20.1	1,080,123,190	24.3	25.0		24.8		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
	慢性腎不全 (透析あり)	416,387,920	9.5	508,627,260	11.4	9.5		9.5		9.7			
	糖尿病	368,649,060	8.4	393,278,810	8.8	10.1		10.0		9.7			
	高血圧症	498,727,890	11.5	367,430,330	8.3	8.9		8.8		8.6			
	精神	868,722,910	19.8	806,814,130	18.1	17.6		17.7		16.9			
筋・骨格	680,001,000	15.5	682,838,120	15.3	14.9		15.7		15.2				

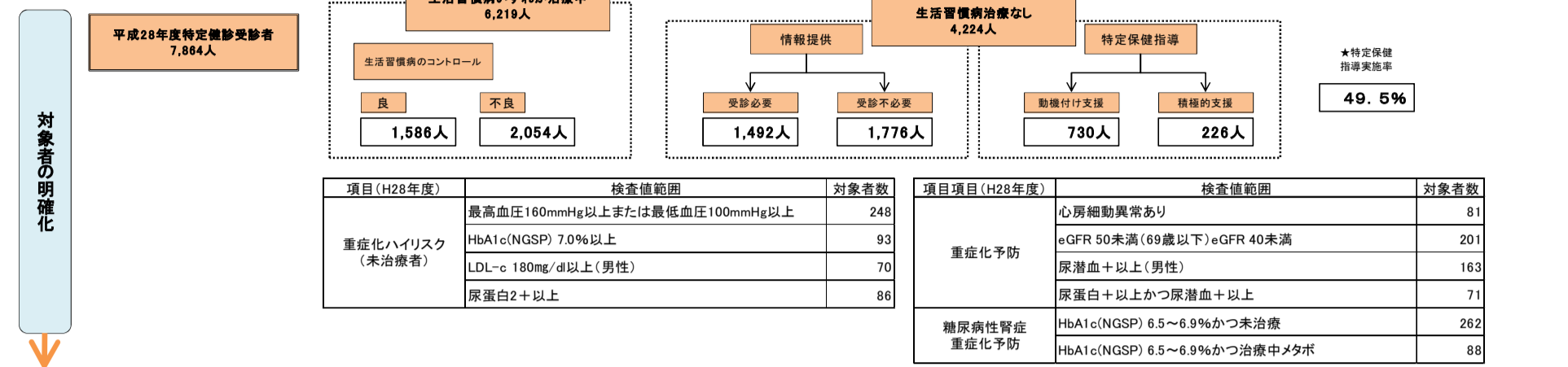
※同規模平均とは、総人口に近い値の自治体の平均値(一部総人口などは総数)となっています。

項目	平成25年度				平成28年度				同規模平均		県		国		データ元 (CSV)
	安曇野市				安曇野市				人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合							
4	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	572,910	45位 (17)	621,992	23位 (17)	同規模平均	2,775	県	4,133	国	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	599,333	37位 (17)	646,103								26位 (16)
				脂質異常症	555,288	34位 (17)	581,096								32位 (17)
				脳血管疾患	705,765	30位 (18)	731,960								23位 (17)
				心疾患	654,691	49位 (13)	731,987								23位 (14)
				腎不全	701,194	42位 (16)	684,322								31位 (17)
				精神	440,482	37位 (26)	485,043								30位 (25)
				悪性新生物	621,896	33位 (12)	592,471								46位 (12)
				糖尿病	34,735	43位	36,233								30位
				高血圧	29,054	34位	29,811								29位
				脂質異常症	25,676	38位	26,022								36位
				脳血管疾患	38,413	28位	38,027								23位
				心疾患	42,066	21位	40,474								33位
				腎不全	178,225	34位	194,264								18位
精神	28,917	41位	29,075	36位											
悪性新生物	50,866	30位	57,198	24位											
6	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	4,371	4,447	2,775	4,133	2,346								
		健診未受診者 一人当たり	10,292	10,954	12,265	10,132	12,339								
7	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	11,966	12,067	7,618	11,509	6,742								
		健診未受診者 一人当たり	28,178	29,724	33,667	28,217	35,459								
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数79	受診勧奨者	3,429	51.5	4,195	53.6	692,271	55.8	92,792	53.4	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			医療機関受診率	3,203	48.1	3,942	50.4	639,185	51.6	85,477	49.2	4,069,618	51.5		
			医療機関非受診率	226	3.4	253	3.2	53,086	4.3	7,315	4.2	357,742	4.5		
			健診受診者	6,659		7,825		1,239,776		173,700		7,898,427			
			受診率	38.0	県内67位 同規模123位	47.0	県内50位 同規模50位	39.5	46.5	全国2位	36.4				
			特定保健指導終了者(実施率)	383	49.8	455	47.4	44,581	30.2	8,832	46.4	198,683	21.1		
			非肥満高血糖	900	13.5	1,324	16.9	123,451	10.0	17,859	10.3	737,886	9.3		
			メタボ	該当者	1,087	16.3	1,422	18.2	217,023	17.5	28,075	16.2	1,365,855		17.3
				男性	794	26.9	995	28.9	147,338	27.5	19,933	25.3	940,335		27.5
			女性	293	7.9	427	9.7	69,685	9.9	8,142	8.6	425,520	9.5		
			予備群	男性	585	8.8	689	8.8	133,280	10.8	17,026	9.8	847,733		10.7
				女性	436	14.8	517	15.0	91,585	17.1	12,313	15.6	588,308		17.2
			女性	149	4.0	172	3.9	41,695	5.9	4,713	5.0	259,425	5.8		
			メタボ	総数	1,831	27.5	2,330	29.8	392,620	31.7	51,067	29.4	2,490,581		31.5
				男性	1,334	45.2	1,652	48.1	266,875	49.7	36,456	46.3	1,714,251		50.2
			女性	497	13.4	678	15.4	125,745	17.9	14,611	15.4	776,330	17.2		
			BMI	総数	309	4.6	348	4.4	59,011	4.8	8,022	4.6	372,685		4.7
				男性	46	1.6	50	1.5	8,804	1.6	1,383	1.8	59,615		1.7
			女性	263	7.1	298	6.8	50,207	7.1	6,639	7.0	313,070	7.0		
血糖のみ	42	0.6	57	0.7	8,516	0.7	1,191	0.7	52,296	0.7					
血圧のみ	373	5.6	448	5.7	92,153	7.4	11,167	6.4	587,214	7.4					
脂質のみ	170	2.6	184	2.4	32,611	2.6	4,668	2.7	208,214	2.6					
血糖・血圧	153	2.3	231	3.0	34,257	2.8	4,337	2.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	67	1.0	114	1.5	12,318	1.0	1,828	1.1	75,032	0.9					
血圧・脂質	536	8.1	589	7.5	104,384	8.4	13,135	7.6	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	331	5.0	488	6.2	66,064	5.3	8,775	5.1	415,310	5.3					
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	2,310	34.7	2,722	34.8	425,898	34.4	57,994	33.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	411	6.2	567	7.2	96,501	7.8	13,400	7.7	589,711	7.5		
			脂質異常症	1,420	21.3	1,780	22.7	296,409	23.9	40,689	23.4	1,861,221	23.6		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	101	2.7	170	3.4	38,719	3.3	5,005	3.1	246,252	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	231	6.1	370	7.4	69,715	5.9	10,576	6.5	417,378	5.5		
			腎不全	21	0.6	9	0.2	7,694	0.6	935	0.6	39,184	0.5		
			貧血	28	0.7	272	5.4	119,794	10.1	12,257	7.6	761,573	10.2		
			喫煙	721	10.8	842	10.8	163,058	13.2	23,063	13.3	1,122,649	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	140	3.7	227	4.5	74,067	7.1	8,819	6.1	585,344	8.7		
			週3回以上食後間食	213	5.7	330	6.6	114,882	11.0	16,790	11.2	803,966	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	452	12.0	649	12.9	153,932	14.5	21,566	15.0	1,054,516	15.5		
			食べる速度が速い	821	21.8	1,227	24.4	261,903	25.1	36,724	25.5	1,755,597	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増加	926	24.6	1,246	24.8	335,672	31.7	43,857	29.1	2,192,264	32.1		
			1日30分以上運動なし	2,447	65.0	3,357	66.8	622,490	58.4	96,372	64.0	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	1,016	27.0	1,883	37.5	475,229	44.6	69,243	45.9	3,209,187	47.0					
14	睡眠不足	531	14.1	760	15.2	256,868	24.3	33,670	22.4	1,698,104	25.1				
		毎日飲酒	877	23.3	1,253	24.9	286,446	24.6	39,809	24.6	1,886,293	25.6			
		時々飲酒	850	22.6	1,117	22.2	244,207	21.0	37,629	23.2	1,628,466	22.1			
		1合未満	958	54.5	1,743	58.8	480,326	64.5	45,236	54.2	3,333,836	64.0			
1~2合	584	33.2	884	29.8	178,086	23.9	26,776	32.1	1,245,341	23.9					
2~3合	173	9.8	280	9.4	68,324	9.2	8,877	10.6	486,491	9.3					
3合以上	42	2.4	58	2.0	18,320	2.5	2,539	3.0	142,733	2.7					

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

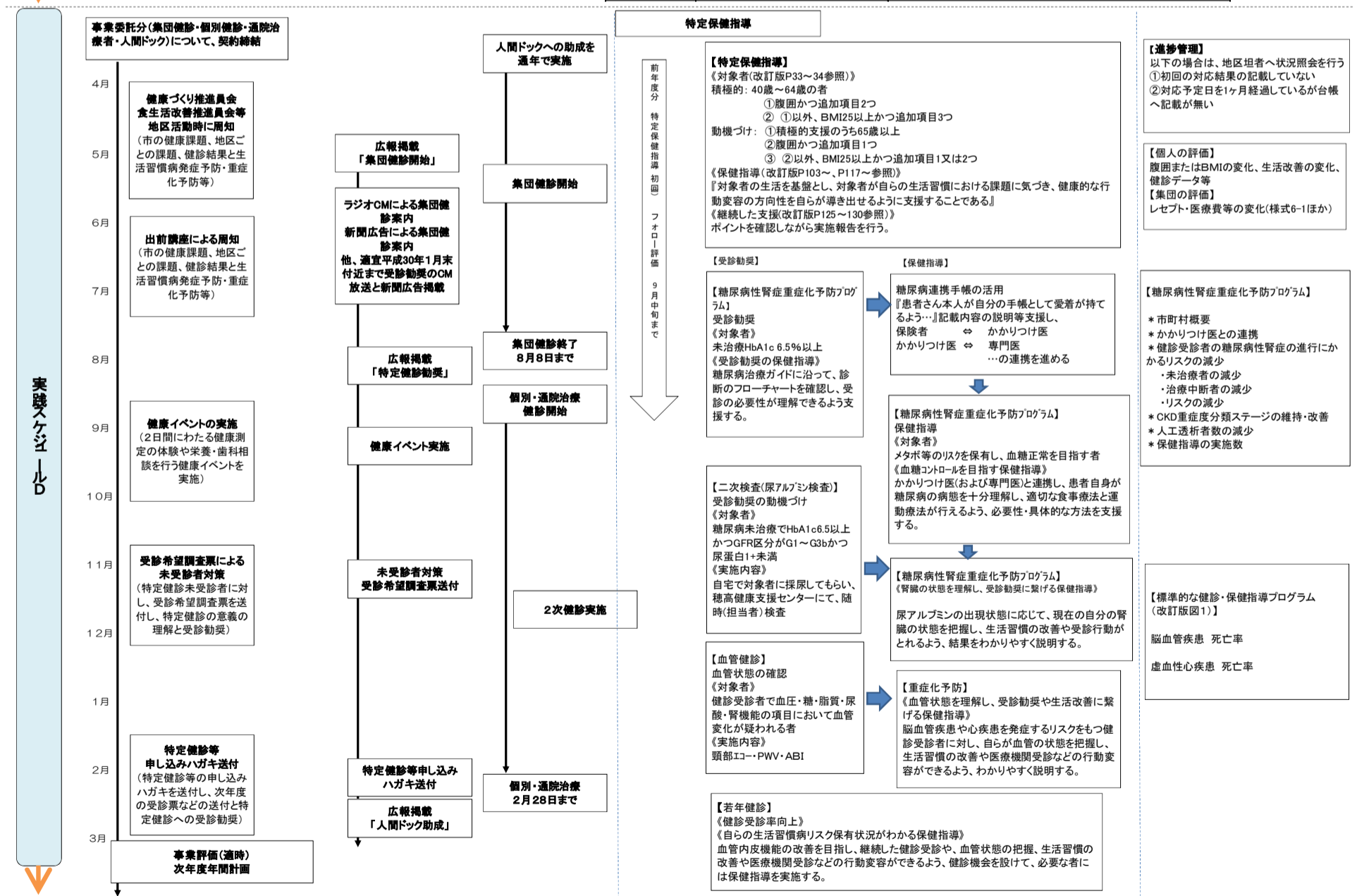
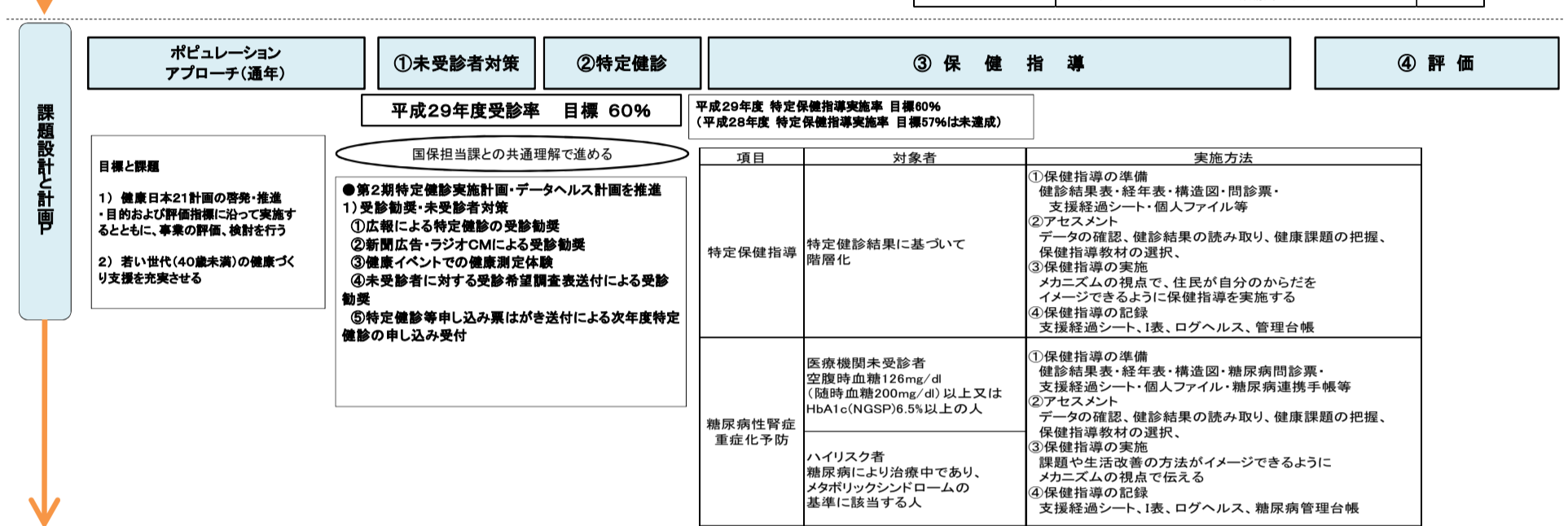
【参考資料2】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



項目 (H28年度)	検査値範囲	対象者数
重症化ハイリスク (未治療者)	最高血圧160mmHg以上または最低血圧100mmHg以上	248
	HbA1c(NGSP) 7.0%以上	93
	LDL-c 180mg/dl以上(男性)	70
	尿蛋白2+以上	86

項目項目 (H28年度)	検査値範囲	対象者数
重症化予防	心房細動異常あり	81
	eGFR 50未満(69歳以下)eGFR 40未満	201
	尿潜血+以上(男性)	163
	尿蛋白+以上かつ尿潜血+以上	71
糖尿病性腎症重症化予防	HbA1c(NGSP) 6.5~6.9%かつ未治療	262
	HbA1c(NGSP) 6.5~6.9%かつ治療中メタボ	88



特定健診・保健指導実施状況	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定健診受診率	34.0%	44.0%	65.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
安曇野市の目標	34.0%	44.0%	65.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
安曇野市の実績	31.5%	36.4%	36.6%	38.0%	41.5%	42.4%	
全国市町村国保の実績	32.0%	32.7%	33.7%	34.3%	35.4%		

年度	全体				積極的支援				動機付け支援				
	受診者	該当率	実施者	実施率	受診者	該当率	実施者	実施率	受診者	該当率	実施者	実施率	
平成23年度	6,285	802	12.8%	338	42.1%	208	3.3%	75	36.1%	594	9.5%	262	44.1%
平成24年度	6,360	705	11.1%	332	47.1%	181	2.8%	62	34.3%	524	8.2%	270	51.5%
平成25年度	6,659	766	11.5%	363	47.4%	177	2.7%	71	40.1%	589	8.8%	292	49.6%
平成26年度	7,279	833	11.4%	333	40.0%	192	2.6%	44	22.9%	641	8.8%	289	45.1%
平成27年度	7,308	817	11.2%	340	41.6%	192	2.6%	69	35.9%	625	8.6%	271	43.4%

対象疾患	LDL コレステロール	CKD	高血圧	中性脂肪	尿酸
評価指標	・受診状況 ・HbA1c値のコントロール状況 (直近の血液検査値または次年度健診結果)	・受診状況 ・リスクコントロール状況 ・検査値等 ・△eGFR5未満	・血圧測定状況 ・受診状況	・受診状況 ・TG値	・受診状況 ・UA値

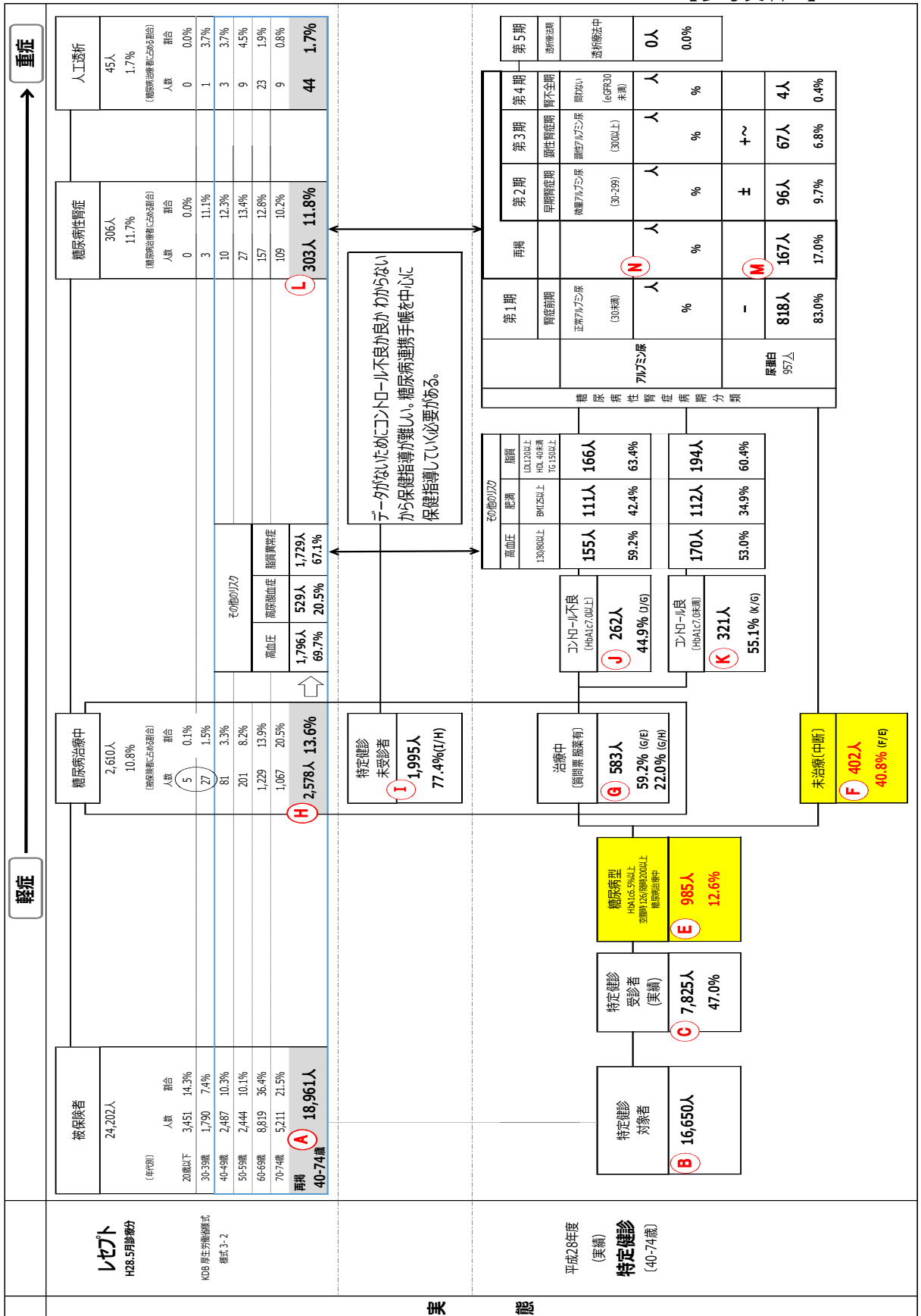
  

対象疾患	H26年度保健指導実施し、H27年度健診受診者		
	改善	維持	悪化
糖尿病	34.2%	46.3%	19.5%
CKD	6.1%	88.7%	5.2%
LDL	77.1%	19.1%	3.8%
高血圧	70.4%	75.1%	4.7%

評価C※  
改善A



糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合



【参考資料 4】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 5】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度			担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携		
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤)	( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認  4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力  ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん  かかりつけ医、糖尿病専門医  尿アルブミン検査の継続  栄養士中心  腎専門医	
	④健診未受診者	( )人			
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保)	( )人			
	②後期高齢者	( )人			
	③他保険	( )人			
	④住基異動(死亡・転出)	( )人			
	⑤確認できず	( )人			
	①-1 未治療者(中断者含む)	( )人			
	*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				
保健指導の優先づけ	⑥結果把握	( )人			
	①HbA1cが悪化している	( )人			
	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している	( )人			
	*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
	②尿蛋白 (-)	( )人			
	(±)	( )人			
(+) ~顕性腎症	( )人				
③eGFR値の変化					
1年で25%以上低下	( )人				
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下	( )人				

【参考資料 6】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数266			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	24,201人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	18,960人								
2	① 特定健診 ② 対象者数	B	16,650人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	③ 受診者数	C	7,825人								
	④ 受診率	C	47.0%								
3	① 特定 保健指導 ② 対象者数		951人								
	② 実施率		49.5%								
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	985人	12.1%						特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	402人	40.8%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	583人	59.2%						
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	262人	44.9%						
		⑤ 血圧 130/80以上	J	155人	59.2%						
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	111人	42.4%						
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	321人	55.1%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	818人	83.0%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		96人	9.7%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		67人	6.8%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	0.4%						
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		107.8人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		136.0人							
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	13,017件	(711.4)			9,887件	(770.4)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ ( )内は被保険者対 入院(件数)		56件	(3.1)			65件	(5.0)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,610人	10.8%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	H	2,578人	13.6%						
		⑦ 健診未受診者	I	1,995人	77.4%						
		⑧ インスリン治療	O	231人	8.9%						
		⑨ (再掲)40-74歳		225人	8.7%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	306人	11.7%						
		⑪ (再掲)40-74歳		303人	11.8%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		45人	1.72%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
		⑬ (再掲)40-74歳		44人	1.71%						
		⑭ 新規透析患者数		8人	0.31%						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		7人	0.27%						
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		43人	1.3%						
6	医療費	① 総医療費		75億3613万円				53億6462万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		② 生活習慣病総医療費		44億5141万円				30億4443万円			
		③ (総医療費に占める割合)		59.1%				56.8%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	12,067円				7,618円			
		⑤ 健診未受診者		29,724円				33,667円			
		⑥ 糖尿病医療費		3億9328万円				3億0618万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.8%				10.1%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		12億4034万円							
		⑨ 1件あたり		36,233円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5億9400万円							
		⑪ 1件あたり		621,992円							
		⑫ 在院日数		17日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		5億3783万円				3億0863万円			
		⑭ 透析有り		5億0863万円				2億8998万円			
		⑮ 透析なし		2920万円				1864万円			
7	① 介護 ② (2号認定者)糖尿病合併症		80億8149万円				49億7433万円				
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		15人	1.6%			8人	1.2%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		





虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧		症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑥ 発症予防対象者			
	判定	正常	軽度		重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲				男 85～ 女 90～		
	□BMI	～24.9			25～		
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	□HDL-C	40～	35～39		～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□ALT	～30	31～50		51～		
	□γ-GT	～50	51～100		101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験	
		食後	～139	140～199	200～	【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～				
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ □LDL-C	～119	120～139	140～		□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
□C K D重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



## 第2期安曇野市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)

---

平成 30(2018)年 3 月発行

編集、発行 : 保健医療部 国保年金課 国保年金担当

〒399-8281 安曇野市豊科 6000 番地(本庁舎)

TEL: 0263(71)2000(代表) FAX: 0263(71)2503

保健医療部 健康推進課 健康支援担当

〒399-8281 安曇野市豊科 6000 番地(本庁舎)

TEL: 0263(71)2000(代表) FAX: 0263(71)5000

〒399-8303 安曇野市穂高 9181 番地(穂高健康支援センター)

TEL: 0263(81)0726(代表) FAX: 0263(81)0703