

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)

保健医療部 国保年金課  
健康推進課



## 目次

1	保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	1
	（1）背景	1
	（2）保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ	1
	（3）計画期間	5
2	地域の健康課題	6
	（1）本市の概況	6
	（2）地域の特性	8
3	保健事業	20
	（1）循環器疾患・糖尿病等	20
	（2）COPD（慢性閉塞性肺疾患）	21
	（3）がん	22
	（4）子どもの生活習慣病	23
	（5）後発医薬品の使用促進	24
4	目標の設定と対策	25
	（1）健康格差（疾病・障害・死亡）の縮小	25
	（2）これまでの取り組み	25
	（3）成果目標	25
5	保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定	28
6	保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し	32
7	計画の公表・周知	32
8	事業運営上の留意事項	32
9	個人情報の保護	32
10	その他計画策定に当たっての留意事項	32
	<資料>	33

## 1 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

### （1）背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース(KDB)システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者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の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においても、「すべ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「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、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とされました。

これまででも、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

厚生労働省においては、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・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、保健事業の実施及び評価を行うものとしています。

安曇野市においては、保健事業実施指針に基づき、「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、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとします。

### （2）保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ

保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、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の実施計画です。計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行うこととしています。（図 1）

保健事業実施計画（データヘルス計画）は、「21 世紀における国民健康づくり運

動（健康日本21（第2次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、「長野県健康増進計画」及び「安曇野市健康づくり計画」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図ります。

なお、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定します。（図2）

図1) 標準的な健診・保健指導プログラム

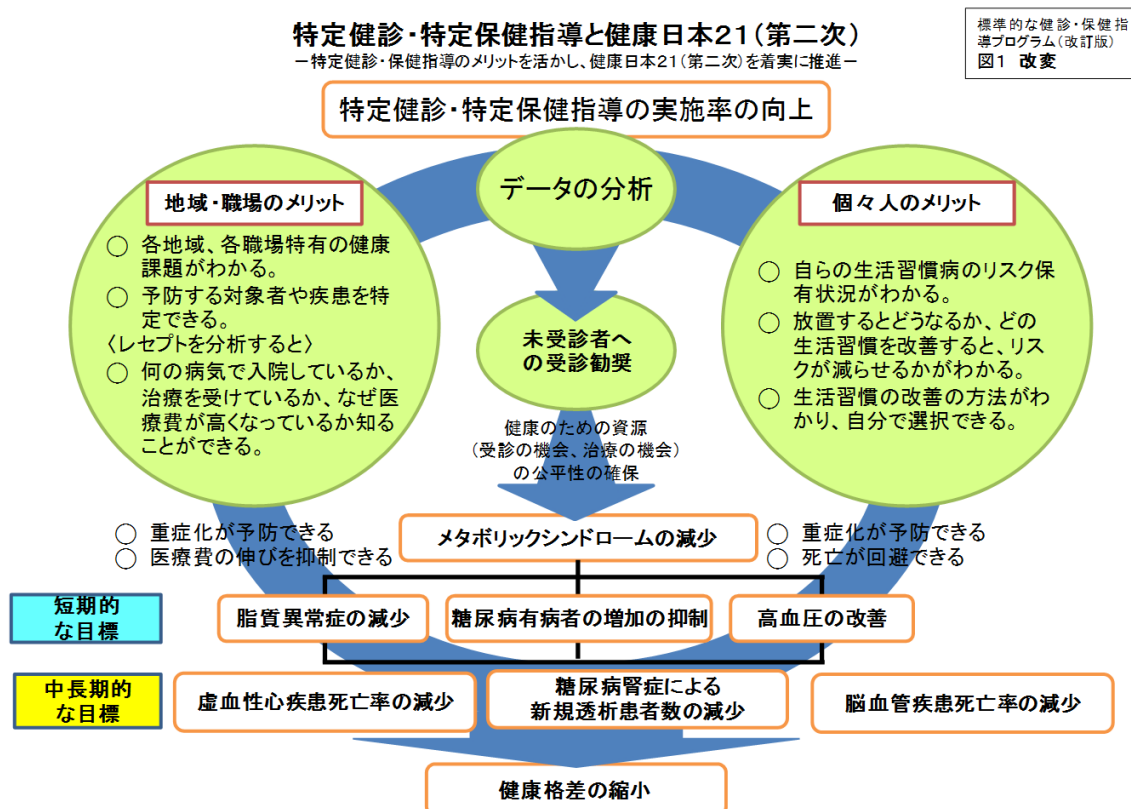


図2) データヘルス計画の位置づけ

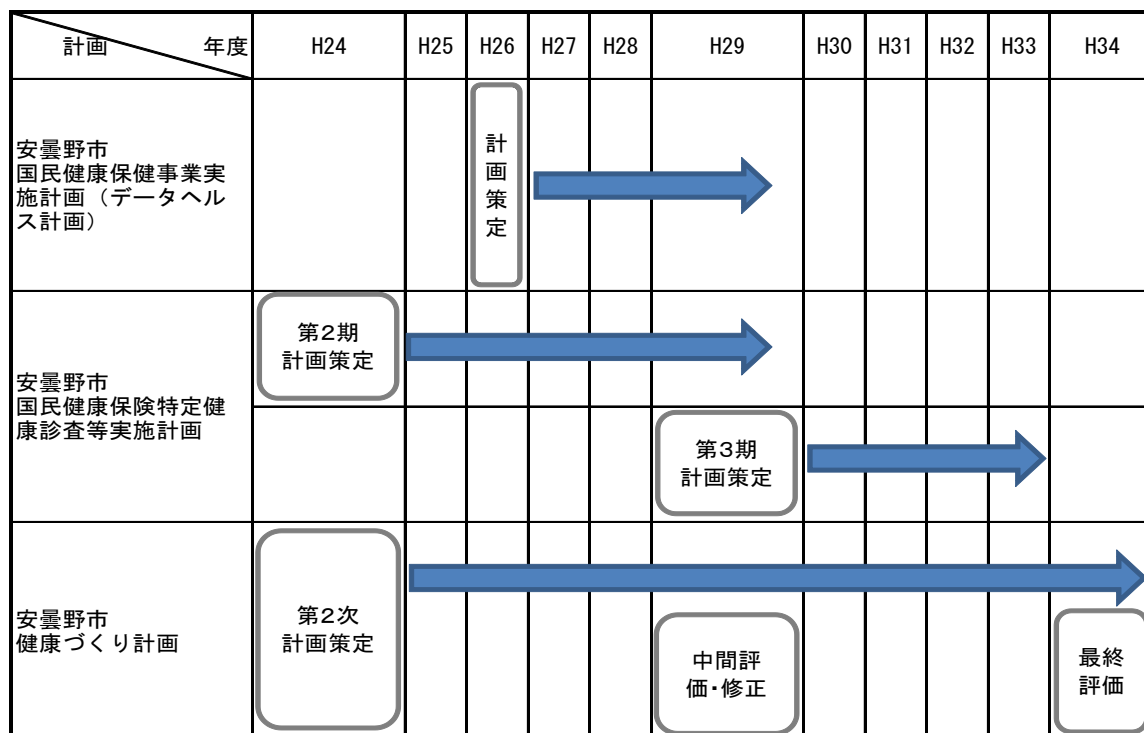
図2 データヘルス計画の位置づけ ~データヘルス計画を特定健診計画、健康日本21計画と一体的に策定するために~			
	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「健康日本21」計画
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第8条、第9条
基本的な指針	厚生労働省 保険局 (平成25年5月「特定健康診査計画作成の手引き」)	厚生労働省 保険局 (平成26年4月「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」)	厚生労働省 健康局 (平成24年6月「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」)
計画策定者	医療保険者	医療保険者	都道府県:義務、市町村:努力義務
基本的な考え方	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およ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旨とする。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政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。	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。
対象年齢	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)からの生活習慣づくり	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 等  虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症
		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん
			ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス

	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「健康日本21」計画																					
目 標	<p>【各医療保険者の目標値(第二期)】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療保険者</th> <th>特定健診</th> <th>特定保健指導</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>★全体</td> <td>70%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>①健康保険組合</td> <td>90%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>②共済組合</td> <td>90%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>③国保組合</td> <td>70%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>④全国健康保険協会</td> <td>65%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>⑤市町村国保</td> <td>60%</td> <td>60%</td> </tr> </tbody> </table>	医療保険者	特定健診	特定保健指導	★全体	70%	45%	①健康保険組合	90%	60%	②共済組合	90%	40%	③国保組合	70%	30%	④全国健康保険協会	65%	30%	⑤市町村国保	60%	60%	<p>○分析結果に基づき  (1)直ちにに取り組むべき健康課題  (2)中長期的に取り組むべき健康課題</p> <p>を明確にし、目標値を設定する。</p> <p>疾病の重症化を予防する取り組みとして</p> <p>①優先順位を設定し  ②適切な保健指導  ③医療機関への受診勧奨  ④医療との連携(治療中断者の保健指導等)</p> <p>★計画期間  平成29年度まで(医療費適正化計画の第2期の最終年度)</p>	<p>53項目の目標</p> <p>○健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標  ○主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標</p> <p>①がん  ②循環器疾患  脳血管、虚血性心疾患、高血圧、脂質異常症、メタボリック  特定健診・特定保健指導  ③糖尿病  ④COPD</p> <p>○社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標  ○栄養・食生活、身体活動・運動・飲酒・喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣</p> <p>①栄養・食生活 ②身体活動・運動(歩数) ③休養  ④飲酒 ⑤喫煙 ⑥歯・口腔の健康</p>
医療保険者	特定健診	特定保健指導																						
★全体	70%	45%																						
①健康保険組合	90%	60%																						
②共済組合	90%	40%																						
③国保組合	70%	30%																						
④全国健康保険協会	65%	30%																						
⑤市町村国保	60%	60%																						
評 価	<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しつつ行う。</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>◆質問票(22項目)</p> <p>①食生活 ③アルコール摂取量  14 人と比較した食べる速さが速い。 18 お酒を飲む頻度  15 就寝前の2時間以内に夕食をとる 19 飲食日の1日当たりの飲酒量  16 夕食後の間食 ④喫煙  17 朝食を抜くことが週3回以上ある 8 現在たばこを習慣的に吸っている</p> <p>②日常生活における歩数  10 1回30分以上の軽い汗をかく運動  11 日常生活において歩行は1日1時間以上実施  12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。</p>	<p>※53項目中 特定健診に関係する項目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の減少  ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少  ③治療継続者の割合の増加  ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少  ⑤糖尿病有病者の増加の抑制</p> <p>⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上  ⑦メタボ予備群・メタボ該当者の減少  ⑧高血圧の改善  ⑨脂質異常症の減少</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ものの増加  ⑫日常生活における歩数の増加  ⑬運動習慣者の割合の増加  ⑭成人の喫煙率の減少  ⑮生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少</p>																					

### (3) 計画期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第4の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを踏まえ、具体的には、平成26年度中に保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、計画期間は、安曇野市国保特定健康診査等実施計画第2期の最終年度である平成29年度までとなります。

図3) 計画期間





## 2 地域の健康課題

### (1) 本市の概況

#### ア 地理的条件

安曇野市は、長野県のほぼ中央に位置し、海拔 550m 前後の概ね平坦な複合扇状地で、東西 25.9 km、南北 21.0 km、面積は 331.82 km<sup>2</sup>の規模になります。

米をはじめ、安曇野りんごの産地となっています。また、全国的にも有名な信州わさびの栽培、虹鱒や信州サーモン等の養殖が行われ、自然に恵まれた田園産業都市です。

気候は年間平均気温は 11.4℃で年間差が大きく、夏季は 30℃、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ります。

#### イ 産業

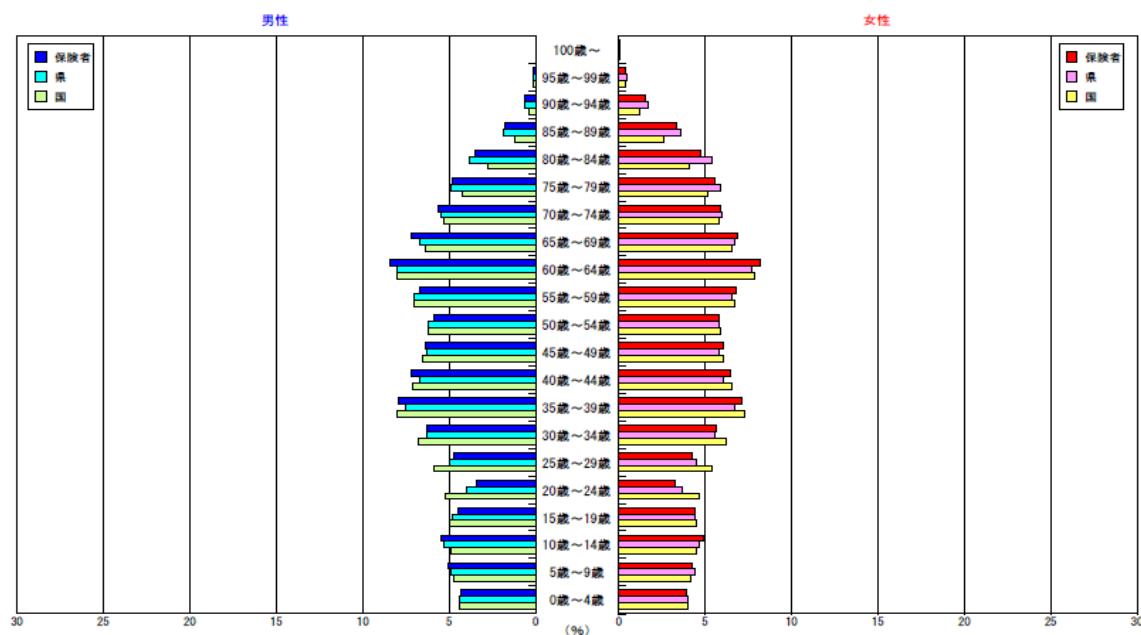
第 1 次産業従事者が同規模自治体より多く、特に米やりんごなどの果樹農業が主となっています。一方、工業では県内でも製造品出荷額が上位であり、農業・工業ともにバランスが取れています、しかし、農業では高齢化・後継者不足、また工業では事業所・従事者の減少傾向があります。

#### ウ 人口と世帯

人口はほぼ横ばいですが、高齢化率は平成 25 年度 26.2%であり、年々増加しており、同規模平均より高く、県平均並みとなっています。人口構成は 64 歳以下の人口が平成 21 年から平成 25 年までの 5 年間に 2,772 人減少したのに対し、65 歳以上の人口は 2,608 人増加しています。

人口構成でも団塊の世代の 60 代にピークが来ているおり、県や同規模市に比べて多いため、この世代が後期高齢者を迎える頃、人口構成がさらに変化すると思われます。

図 4) 人口構成



\*KDB 帳票 5

表 1) 高齢化率

平成 25 年度

人口	安曇野市		長野県	同規模平均	国
総人口(人)	99,208 人		2,115,647 人	18,634,367 人	124,852,975 人
	実数	割合	割合	割合	割合
65 歳以上(高齢化率)	26,678 人	26.9%	26.8%	24.3%	23.2%
75 歳以上	13,653 人	13.8%	14.4%		11.2%

\*安曇野市：平成 25 年 4 月 1 日人口 \*長野県・同規模・国 KDB 帳票 1

## エ 国民健康保険被保険者の状況

本市は 1 次産業の加入率が高い状況なのに、国保加入率は 27.1%であり、県や同規模平均、国よりも低くなっています。また、年齢別では 64 歳以下が他に比べて低いのに対し、逆に 65 歳以上では加入率が高くなっています。そのため、本市は全加入者に占める前期高齢者の割合が 4 割弱を占め、他と比べて高齢化した保険者と言えます。

また、前期高齢者の占める割合は年々増加しているため、今後もこの状態が続くと考えられます。

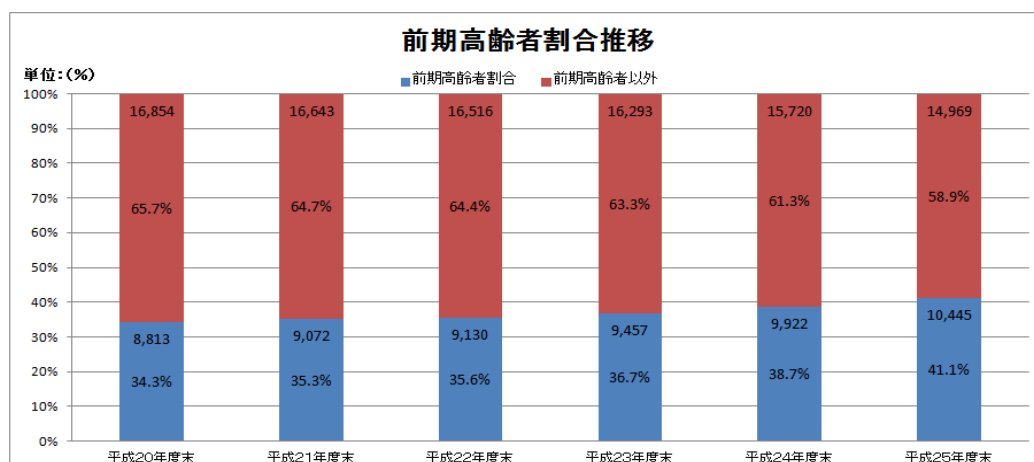
表 2) 国保の状況

平成 25 年度

国保の状況	安曇野市		長野県	同規模平均	国
被保険者数	25,945 人		607,378 人	3,566,359 人	21,830,573 人
	実数	割合	割合	割合	割合
65~74 歳	9,902 人	38.2%	34.6%		32.4%
40~64 歳	9,345 人	36.0%	37.0%		37.4%
39 歳以下	6,698 人	25.8%	28.4%		30.2%
加入率	27.1%		28.3%	28.3%	29.7%

\*KDB 帳票 1

図 5) 前期高齢者割合推移



\*国保事業年報

## (2) 地域の特性

### ア 死亡の状況

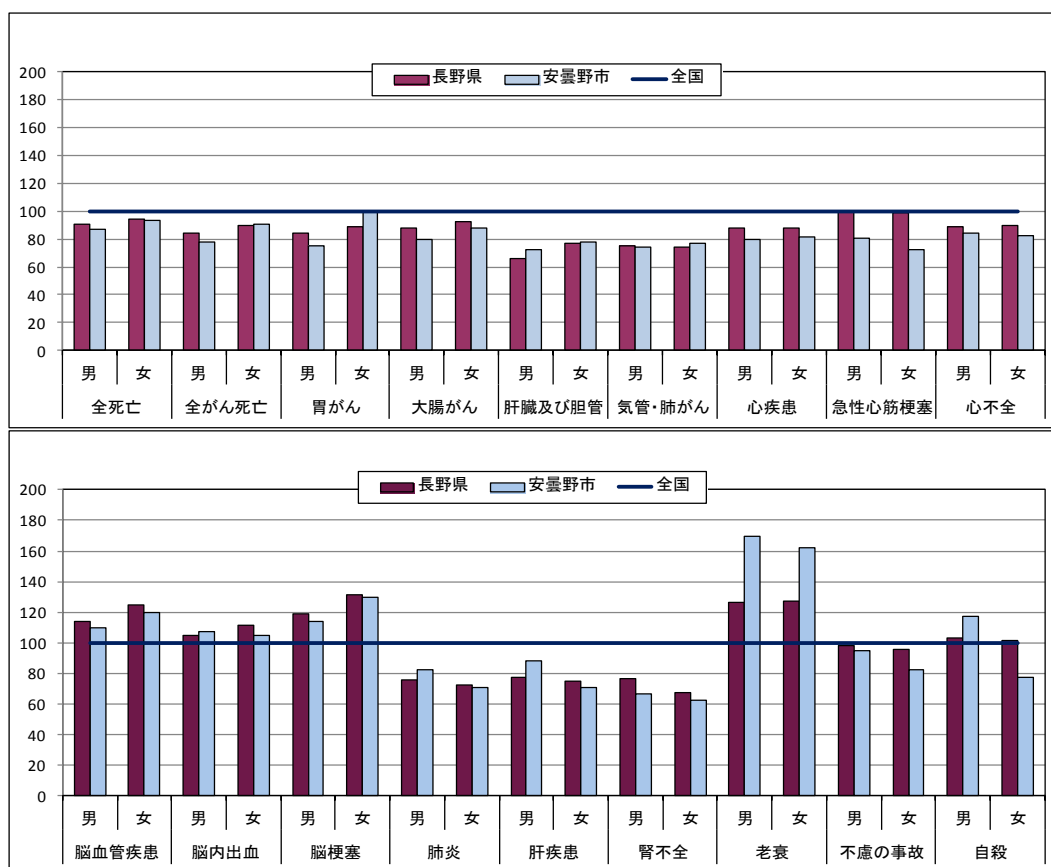
長野県は、2010年の平均寿命が男性女性ともに全国1位でした。また、65歳未満の死亡率も、全国でも低い長寿県です。安曇野市は平均寿命が長く、65歳未満の早世死亡は少ないため、死亡に関しては良好な状態です。(表3)

表3) 平均寿命と65歳未満死亡率

項目	平均寿命				65歳未満死亡率			
	男性		女性		男性		女性	
性別	男性		女性		男性		女性	
年	H12年	H22年	H12年	H22年	H12年	H22年	H12年	H22年
国	77.6歳	79.6歳	84.6歳	86.4歳	26.3%	18.9%	14.9%	10.0%
長野県	78.9歳	80.9歳	85.2歳	87.2歳	20.4%	13.2%	10.2%	6.7%
安曇野市	—	80.9歳	—	87.8歳	—	11.8%	—	6.9%

死亡原因をみると安曇野市は長野県と同様に脳梗塞をはじめとした脳血管疾患が高い状況です。また、高齢化率が高い事もあり、老衰が高くなっています。がんについては長野県・安曇野市は低くなっています。(図6)

図6) SMR (標準化死亡比) 平成20年~24年



\* 人口動態調査結果

## イ 介護の状況

安曇野市の介護保険の認定率は、1号被保険者、新規認定率は同規模、県と同率であり、約5人に1人が認定を受けています。40～64歳の2号被保険者は認定率が低く、良い状態のため、予防可能な疾患での認定者を出さないようにしていくことが課題です。(表4)また、1件当たりの介護給付費は、他に比べてやや低い状況ですが施設サービス費は同規模に比べて高くなっているため、今後施設入所者が増加すると介護給付費が上がる可能性があります。(表5)

表4) 介護認定の状況

平成25年度

介護保険	安曇野市		県	同規模平均	国
	実数	割合	割合	割合	割合
1号認定者数(認定率)	4,750人	18.8%	18.7%	18.7%	19.4%
新規認定者	84人	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
2号認定者	106人	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%

\*KDB 帳票 1

表5) 介護給付費の状況

平成25年度

介護給付費(円)	安曇野市	長野県	同規模平均	国
1件当たり給付費(全体)	58,797	59,744	63,607	62,286
居宅サービス	39,624	39,851	41,592	41,562
施設サービス	259,493	254,717	258,694	260,295

\*KDB 帳票 1

表6) 要介護認定者の有病状況

平成25年度

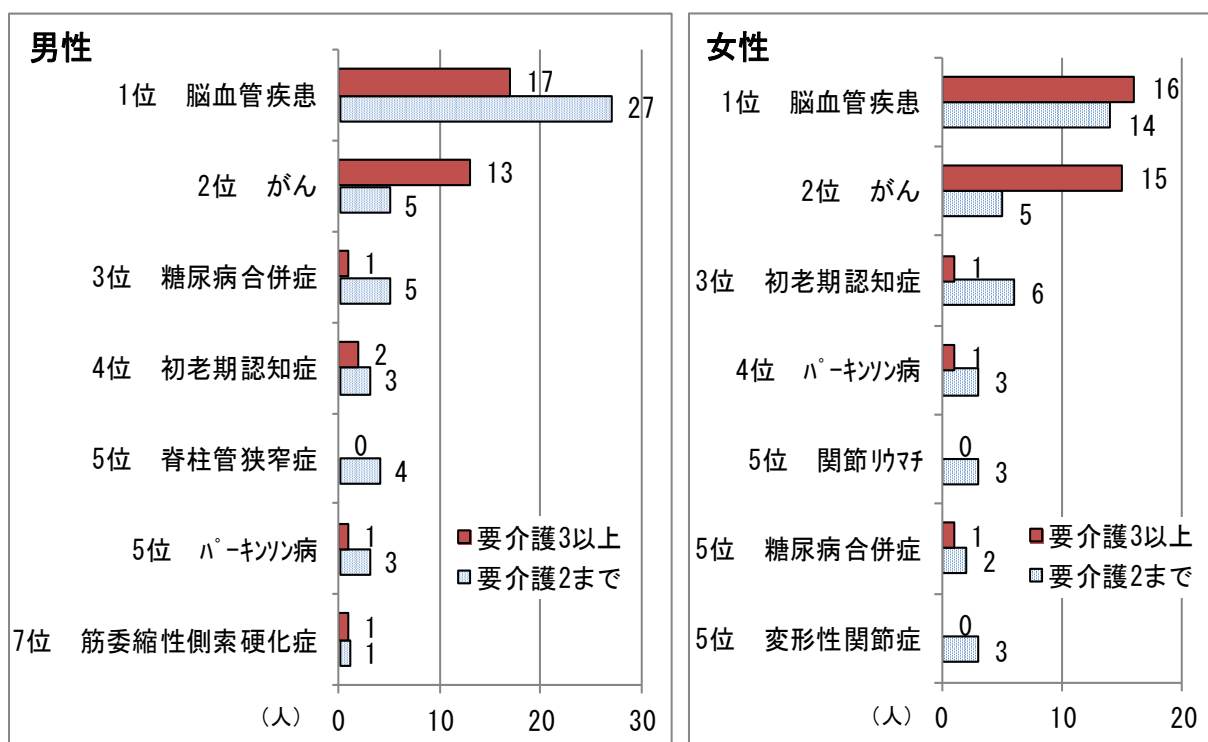
要介護者有病状況	安曇野市		長野県	同規模平均	国
	実数	割合	割合	割合	割合
糖尿病	1201人	23.7%	22.1%	18.5%	18.6%
高血圧症	2759人	56.2%	53.8%	40.0%	39.1%
脂質異常症	1254人	25.3%	24.6%	20.7%	20.7%
心臓病	3173人	64.5%	62.4%	46.6%	45.5%
脳血管疾患	1649人	33.4%	31.5%	22.3%	21.9%

\*KDB 帳票 1

介護認定者の有病状況をみると、心臓病、脳血管疾患、糖尿病の生活習慣病の有病率は、県や同規模に比べても高い状況です。(表6) 2号被保険者の若い年代においても脳血管疾患等が48.3%を占め、介護度も重くなっています。予防可能である血管疾患を守るということが最重要課題となっています。(図7)

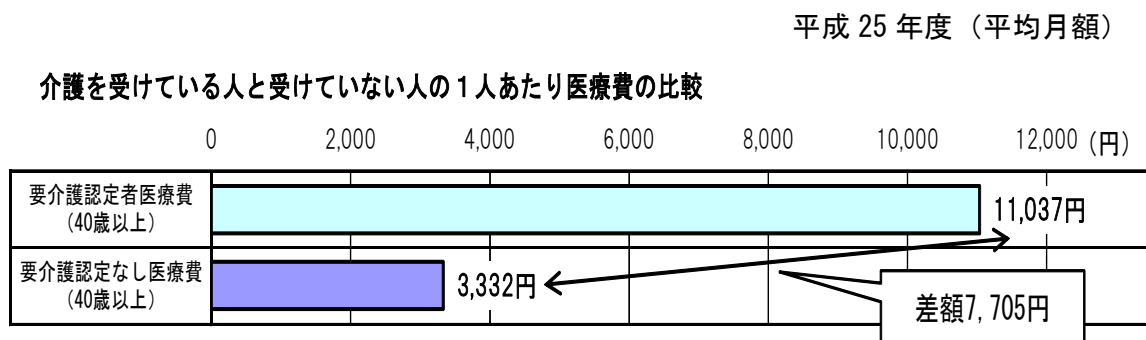
また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より7,705円も高くなっています。今後、生活習慣病の重症化予防をすることは、本人・介護者のQOLの低下にも影響するとともに医療費や介護給付費の伸びの抑制にもつながります。(図8)

図7) 2号被保険者の介護認定の原因疾患(平成20~25年度の6年間の合計)



\*市介護保険課資料

図8) 要介護認定と医療費



\*KDB 帳票1

## ウ 医療の状況

安曇野市の医療のかかり方は、循環器疾患の受診状況は県・同規模平均・国と比べ入院は全体的に低いものの、脳梗塞は高くなっています。また、外来は高齢化率が高いため、高血圧治療者は多いが、糖尿病や脂質異常症は少ない状況です。しかし、脳梗塞、慢性腎不全などの重症化した件数の有病者の割合が高いため、医療が必要な人が重症化する前に受診できているかなどの確認が必要です。(表7)

医療費の状況を見ると、安曇野市の1人当たり国保医療費は国や同規模平均より高く、順位が上がっています。また、後期高齢者は県より高くなっていますが、ほぼ横ばいです。(表8)

入院はわずか2.6%の件数で、費用額全体の約38.6%を占めています。重症化した疾患により入院することが多いため、重症化予防に取り組んでいくことは、費用対効果の面からも効率がよいと捉えます。(図9)

表7) 医療のかかり方

入院

平成25年度

被保険者千人当たりレセプト件数 細小分類	安曇野市	長野県	同規模	国
高血圧症	0.145	0.133	0.138	0.137
糖尿病	0.216	0.281	0.325	0.310
脂質異常症	0.013	0.020	0.032	0.031
脳梗塞	0.509	0.433	0.491	0.466
脳出血	0.193	0.233	0.248	0.244
狭心症	0.316	0.367	0.443	0.431
心筋梗塞	0.042	0.071	0.070	0.068
慢性腎不全(透折あり)	0.235	0.265	0.293	0.284

外来

被保険者千人当たりレセプト件数 細小分類	安曇野市	長野県	同規模	国
高血圧症	74.358	68.690	70.037	65.184
糖尿病	49.830	49.597	51.269	47.938
脂質異常症	29.065	30.875	36.729	33.997
脳梗塞	5.766	4.368	4.615	4.446
脳出血	0.557	0.629	0.555	0.528
狭心症	7.852	7.157	8.109	7.780
心筋梗塞	0.721	0.744	0.853	0.813
慢性腎不全(透折あり)	2.753	2.530	2.468	2.325

\*KDB 帳票 43

表 8) 医療費の変化

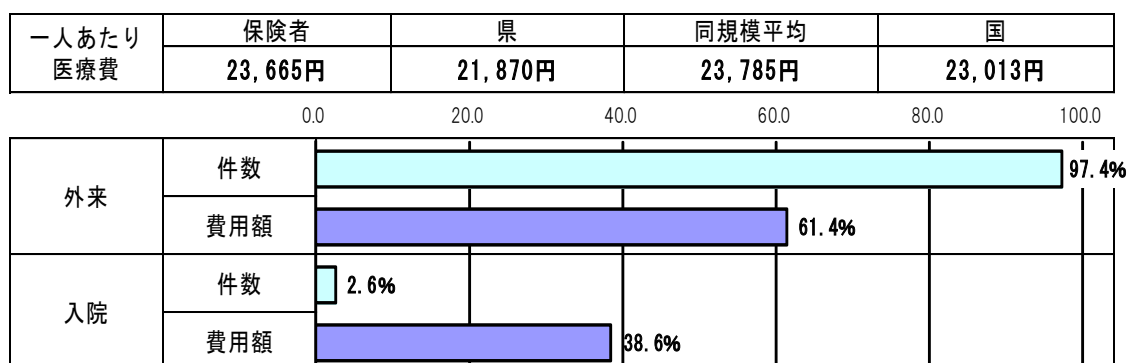
国保中央会資料 (単位: 円)

項目		国保医療費			後期医療費		
年度		H23	H24	H25	H23	H24	H25
1人あたり費用額	全国	305,276	311,899	321,378	908,543	907,497	919,610
	長野県	294,469 35位	300,761 35位	312,135 35位	776,334 44位	780,622 43位	792,450 43位
	安曇野市 (県内順位) (19市順位)	305,532 (30位) (8位)	311,308 (27位) (5位)	328,568 (23位) (4位)	806,511 (15位) (8位)	806,943 (15位) (5位)	804,261 (20位) (9位)

\*全国・長野県 (4月～翌年3月分) 安曇野市 (3月～翌年2月分)

図 9) 医療費の状況

平成 25 年度



\*KDB 帳票 10.11.12

医療費増大に影響のある、医療費が高額になっている疾患、長期に入院する疾患については次の状況でした。

まず、ひと月 200 万円以上の高額になる疾患は脳血管疾患と虚血性心疾患が問題であり、この二つで費用額、件数は全体の 20%を占めています。(表 9) 疾患の重なりをみると、高血圧が 75%で、脂質異常 50%以上、糖尿病が 40%以上重なっており、他よりも、3つの疾患の重なりによるメタボリック症候群の多い本市においては、対象者を明確にすることが必要となっています。(表 10)

また、6か月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が高く、全体の 8.9%の件数で、12.7%の費用を占めています。(表 9)

さらに、長期療養する疾患である人工透析を分析すると、全体の半数以上の 51.9%が糖尿病性であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができます。(表 9)

表9) 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 25 年度

対象レセプト	(25年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	103件	5件 4.9%	16件 15.5%	--
	費用額	3億0266万円	1489万円 4.9%	5357万円 17.7%	--
長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,410件	126件 8.9%	79件 5.6%	--
	費用額	6億0193万円	7625万円 12.7%	2934万円 4.9%	--
人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	951件	352件 37.0%	410件 43.1%	494件 51.9%
	費用額	4億3639万円	1億6569万円 38.0%	1億8628万円 42.7%	2億4004万円 55.0%

\*KDB 帳票 10.11.12

表 10) 疾患の重なり

平成 25 年 5 月レセプト分

疾患名	人数	糖尿病		高血圧症		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
虚血性心疾患	1,235 人	562 人	45.5%	933 人	75.5%	793 人	64.2%
脳血管疾患	1,293 人	539 人	41.7%	974 人	75.3%	706 人	54.6%
人工透析	67 人	38 人	56.7%	63 人	94.0%	18 人	26.9%

\*KDB 帳票 17.18.19

## エ 健診の状況

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである特定健康診査受診率は、本市では 38.0%と、県平均よりも低くなっていますが、特定保健指導実施率は 47.4%で、同規模、県、国より高くなっています。現在の受診率では住民の健康状態や適正に医療を受けているかなどの把握ができませんので、受診率向上が必要です。

表 11) 特定健診・特定保健指導実施率

実施率	国の目標	安曇野市(法定報告)					
		H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度
特定健診	60%	27.2%	30.1%	31.5%	36.4%	36.6%	38.0%
特定保健指導	60%	28.8%	35.2%	33.1%	42.0%	47.1%	47.4%

\*特定健診・特定保健指導実施結果総括表

糖尿病と生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等が重複した場合、特に 3 個以上合併した場合の危険率は、正常の方の 30 倍以上にも達するとされ、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなります。



本市においては、健診の結果、メタボリック該当者の割合が男性では27.8%と同規模平均に比べ高いのに対し、女性では7.9%と低くなっています。また危険因子の重複をみると、血圧+脂質が8.1%と1番多いものの、血糖・血圧・脂質3つ全てに該当している人の割合が5.0%と他より高くなっています。(表12)

次に健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、男性・女性共に中性脂肪、HbA1cの項目で全国・県より高く、特に40～64歳の若い年代の男性データが悪いことがわかります。(表13)

上記の結果を踏まえると、ターゲットは、男性の40代、50代の若い層となります。

しかし、その年代の特定健診受診率は、年々増加はしているものの25%にも届かないため、まず若い年代から健診を受けてもらうことが最優先課題となります。(図10)

表12) メタボ該当・予備群レベル

25年度

項目		安曇野市		長野県	同規模	国	
		実数	割合	割合	割合	割合	
メタボ	該当者	1,090人	16.4%	14.9%	16.4%	16.4%	
	男性	797人	27.0%	23.3%	25.6%	25.5%	
	女性	293人	7.9%	8.1%	9.5%	9.4%	
	予備群	584人	8.8%	10.0%	10.9%	11.0%	
	男性	435人	14.7%	15.9%	17.3%	17.3%	
	女性	149人	4.0%	5.2%	6.1%	6.1%	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	1,833人	27.6%	28.3%	30.8%	31.0%
		男性	1,336人	45.3%	44.7%	48.2%	48.2%
		女性	497人	13.4%	15.1%	17.7%	17.7%
	BMI	総数	307人	4.6%	4.7%	4.8%	4.9%
		男性	47人	1.6%	1.8%	1.7%	1.9%
		女性	260人	7.0%	7.0%	7.2%	7.2%
	危険因子	血糖のみ	42人	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%
		血圧のみ	373人	5.6%	6.6%	7.5%	7.6%
		脂質のみ	169人	2.5%	2.7%	2.7%	2.7%
		血糖・血圧	153人	2.3%	2.3%	2.5%	2.6%
		血糖・脂質	67人	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%
		血圧・脂質	538人	8.1%	7.5%	8.3%	8.3%
		血糖・血圧・脂質	332人	5.0%	4.2%	4.7%	4.7%

\*KDB 帳票1

表 13) 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

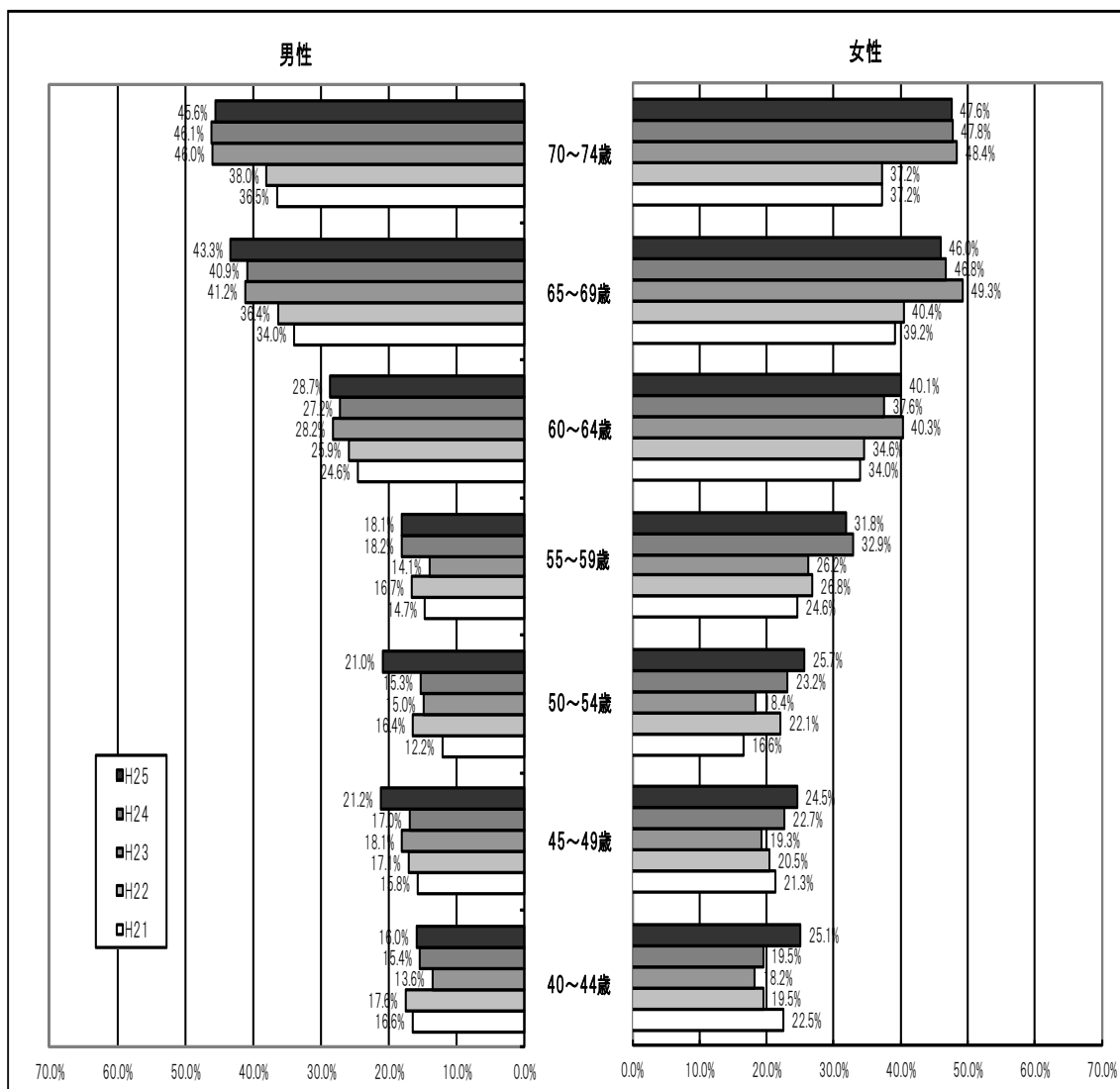
平成 25 年度

男性		割合 (%)				
		合計	安曇野市		県	全国
			40-64 歳	65-74 歳		
BMI	25 以上	25.5	29.6	23.9	26.7	29.6
腹囲	85 以上	45.3	44.0	45.7	44.7	48.2
中性脂肪	150 以上	32.7	36.9	31.1	27.8	28.3
GPT	31 以上	18.6	26.0	15.8	18.9	20.0
HDL-C	40 未満	11.6	10.9	11.8	9.1	9.2
空腹時血糖	100 以上	15.9	15.7	16.0	27.1	26.5
HbA1c	5.6 以上	62.9	53.5	66.4	57.2	50.8
尿酸	7.0 以上	11.2	12.5	10.8	16.6	12.6
収縮期血圧	130 以上	45.0	37.7	47.8	44.1	49.4
拡張期血圧	85 以上	24.8	26.7	24.1	25.0	23.9
LDL-C	120 以上	44.8	50.1	42.8	48.3	48.6
クレアチン	1.3 以上	0.7	0.5	0.7	1.4	1.5

女性		割合 (%)				
		合計	安曇野市		県	全国
			40-64 歳	65-74 歳		
BMI	25 以上	17.5	15.5	18.6	18.9	21.0
腹囲	90 以上	13.4	10.8	14.9	15.1	17.7
中性脂肪	150 以上	23.0	17.6	25.9	16.6	17.0
GPT	31 以上	7.1	8.5	6.4	7.8	8.7
HDL-C	40 未満	3.1	1.9	3.7	2.3	2.2
空腹時血糖	100 以上	8.0	7.2	8.5	15.4	15.9
HbA1c	5.6 以上	65.9	57.6	70.3	59.1	50.9
尿酸	7.0 以上	1.3	0.8	1.6	1.8	1.5
収縮期血圧	130 以上	39.5	28.9	45.2	38.7	43.2
拡張期血圧	85 以上	14.6	14.2	14.9	15.2	14.5
LDL-C	120 以上	53.9	55.0	53.4	58.2	58.8
クレアチン	1.3 以上	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2

\*KDB 帳票 23

図 10) 特定健診受診率の推移



\* 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

### オ 未受診者の状況

健診受診率は年齢別でみると 65 歳以上の受診率は 45.6%となっているのに対し、40~64 歳代はわずか 27.9%です。特に健診も治療も受けていない方(図 11 の G)は、重症化しているかどうかの実態が全くわからない状況です。また、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 人当り生活習慣病に係る医療費は、健診受診者より 15,624 円も高くなっています。

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することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につながっていきます。

図 11) 健診未受診者の把握

平成 25 年度

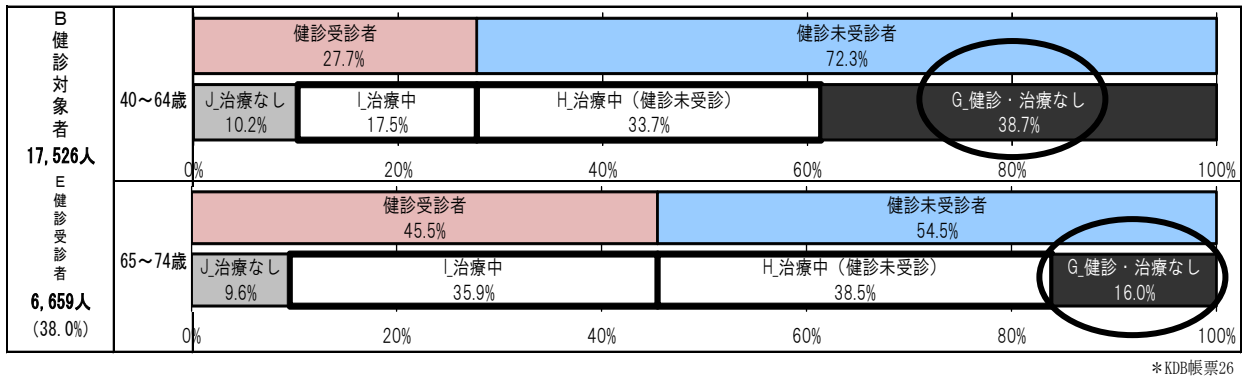
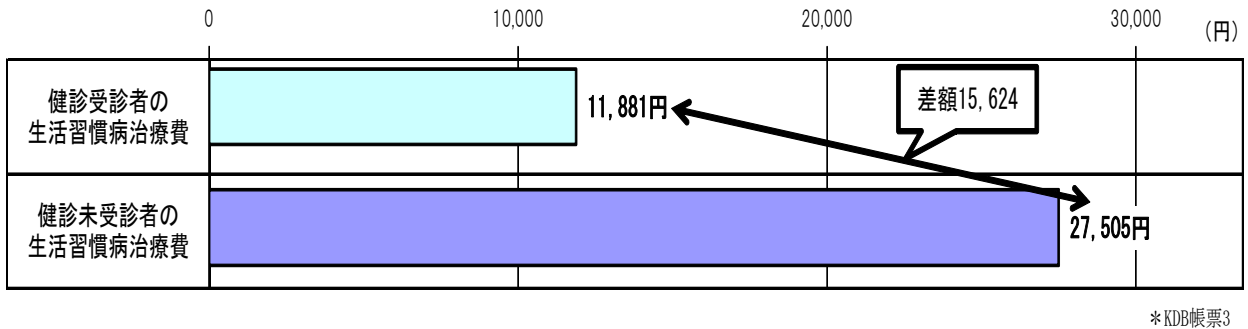


図 12) 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

平成 25 年度 (平均月額)



**カ 重症化予防対象者の状況**

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると 1,872 人、28.0%で 4 人に 1 人以上です。そのうち治療なしが 683 人で 18.7%を占め、さらに治療がないのに臓器障害があるため、直ちに取り組むべき予防対象者が 231 人となっています。(図 13)

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる率が 1,872 人中 335 人しかいないため、特定保健指導以外の対象者であっても、生活習慣病の重複する危険因子が有るものに対しては、積極的に保健指導を行わないと重症化予防につながらない事がわかります。

重症化予防対象者への取り組みは、医療との連携が不可欠であり、保健指導を行った後、確実に医療機関を受診したのか、状況を確認し、その後も治療中断しないか等の疾病管理を行う必要があります。さらに重症化予防のために平成 26 年度から行っている二次健診の拡大や内容の検討を進めていくことも必要となっています。

特定健診の結果、特定保健指導の対象者にはならないものの、生活習慣病の重複する危険因子があるものに対しては、積極的に保健指導を実施する必要があります。

図 13) 重症化予防対象者の状況

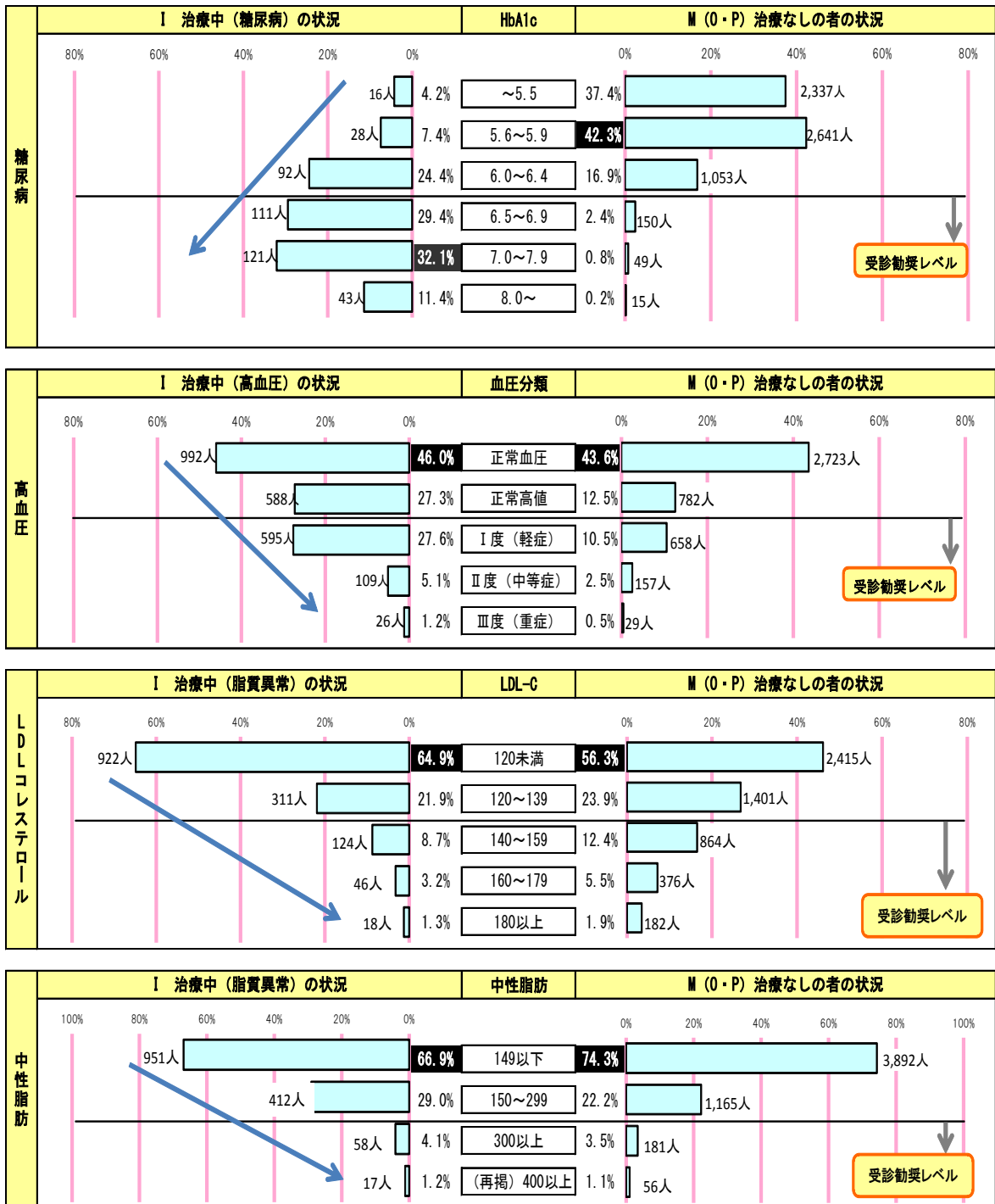
平成 25 年度特定健診結果

優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		重症化予防対象者(実人数)
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009(日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド2012-2013(日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012(日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者(2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上(治療中:7.0%以上)	蛋白尿(2+)以上	eGFR50未満70歳以上40未満	
受診者数 6,659 対象者数	321 4.8%	68 1.0%	200 3.0%	239 3.6%	1,087 16.3%	378 5.7%	54 0.8%	158 2.4%	1,872 28.1%
治療なし	186 4.3%	20 0.5%	182 3.5%	181 3.5%	273 7.5%	214 3.4%	11 0.3%	30 0.8%	683 18.7%
(再掲) 特定保健指導	78 24.3%	9 13.2%	46 23.0%	77 32.2%	273 25.1%	44 11.6%	3 5.6%	6 3.8%	368 19.7%
治療中	135 5.8%	48 1.6%	18 1.3%	58 4.1%	814 27.1%	164 39.9%	43 1.4%	128 4.3%	1,189 39.6%
臓器障害あり	60 32.3%	20 100.0%	53 29.1%	47 26.0%	81 29.7%	84 39.3%	11 100.0%	30 100.0%	231 33.8%

\*法定報告分

治療においてデータをみると、医療機関へ受診していても解決しない疾患にメタボリック症候群と糖尿病があります。(図 14) それは、治療において薬物療法だけでは難しく、食事療法や生活習慣改善と併用して治療を行うことが必要な疾患であるためです。そのため、今後も治療中であっても主治医と相談しながら保健指導を行うこととします。

図 14) 治療中者・受診勧奨対象者の特定健診結果



\* 市健康推進課資料

### 3 保健事業

保健事業の実施指針では、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になって、地域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しています。

保健事業の実施指針で取り扱う対象疾病は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症及び慢性閉塞性肺疾患（COPD）、がんの5つで、特に心臓、脳、腎臓、肺の臓器を守ることであり、そのためには、まず健康・医療情報を分析する必要があります。

本市においては国保年金課に保健師等の専門職員が配置されていないため、健康推進課の保健師・管理栄養士が本計画に沿った事業を展開することとします。

#### （1）循環器疾患・糖尿病等

保健事業の実施指針で取り扱う対象疾病のうち、循環器疾患である虚血性心疾患と脳血管疾患、そして糖尿病性腎症は重症化した疾患であり、それらによる死亡を減らす事が計画の目標であり、罹患者を減らす事が中長期的目標になります。

その発症には加齢や遺伝に加えて高血圧、糖尿病、脂質異常症などの疾患や、喫煙や多量飲酒、運動不足などの生活習慣の関与が明らかにされています。そのため、これらの危険因子を健診データに基づき、改善を図っていく必要があります。

##### ア 脳血管疾患

高齢化に伴い、脳梗塞をはじめとした脳血管疾患は今後も増加していくことが予測されますが、本市の死亡・介護・医療においては脳梗塞のデータも悪く、特に長期にわたって治療・リハビリが必要な場合も多いため、優先的に取り組まないと目標達成はできません。特に、若い世代での発症が一番の健康課題となるため、高血圧をはじめとした危険因子の管理と生活習慣改善へ取り組む必要があります。

##### イ 虚血性心疾患

心筋梗塞・狭心症などの虚血性心疾患は、血管の動脈硬化性変化によっておこる循環器疾患です。本市では脳血管疾患に比べて死亡・介護のデータは悪くないものの、ひと月200万円を超える高額な医療費の内訳では脳梗塞より高くなっています。

##### ウ 糖尿病性腎症（2型糖尿病）

糖尿病は心血管疾患発症の危険度を高め、コントロール不良により、網膜症や神経障害、腎症といった合併症が起こってきます。

糖尿病性腎症により透析が必要な状態になると本人のQOLの低下を招くとともに医療費増にもつながります。本市は透析者が年々増加しており、原因が糖尿病によるものが多いため、糖尿病のコントロールにより人工透析導入の前段階の者の腎機能低下を遅延し、透析導入の予防または導入の時期を遅らせることを目標にします。

## (2) COPD (慢性閉塞性肺疾患)

今回新しく追加された閉塞性肺疾患 (COPD) は、「たばこ病」ともいわれるように、主に喫煙が原因で起こる「肺の生活習慣病」です。

平成 24 年 (2012 年)、「健康日本 21 (第 2 次)」の中で、今後、取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられました。

### ア COPD の影響

COPD 自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPD を全身性疾患として捉える考え方もあります。

厚生労働省の患者調査では、平成 20 年に 17 万人と集計上は減少しているが、多くの潜在 COPD 患者が見逃され、正確な診断を受けられていない現状にあると予想されます。

COPD の診断が遅れ、治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下していく人もいます。酸素療法が必要な段階まで悪化することにより、本人や家族の負担も大きくなります。

### イ 被保険者の健康課題の分析・評価

#### (ア) 生活習慣の状況より

表 15) 特定健診受診者の喫煙率を同規模と比較

	平成 24 年度	平成 25 年度
安曇野市	10.4%	10.8%
長野県	12.9%	13.3%
同規模	12.8%	13.0%
国	13.9%	14.0%

#### (イ) 医療機関への受診状況・医療費の状況

表 16) 被保険者千人当たりレセプト件数

平成 25 年度

入院	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	肺気腫	間質性肺炎	気管支喘息
安曇野市	0.032	0.039	0.064	0.055
長野県	0.033	0.046	0.060	0.070
同規模	0.025	0.047	0.061	0.071
国	0.025	0.043	0.058	0.070

外来	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	肺気腫	間質性肺炎	気管支喘息
安曇野市	1.268	0.811	0.644	8.177
長野県	1.050	0.771	0.534	8.532
同規模	0.928	0.895	0.499	9.103
国	0.914	0.811	0.475	9.170

\*KDB システム 疾病別医療費分析(細小(82)分類)



安曇野市の特定健診受診者の喫煙率は 10.8%と県・同規模と比べても 2%以上低い状況です。

被保険者千人当たりのレセプト件数(入院)から呼吸器疾患の受診状況を見ても、COPD を除く肺気腫、間質性肺炎での入院件数が国、県、同規模と比較して低い状況にあります。これらの結果から、健康づくり計画の目標同様、喫煙率の減少を短期目標とします。

### (ウ) 事業計画に基づく事業の実施

保健指導の中で、喫煙をやめたい人に対して禁煙支援を同時に行います。

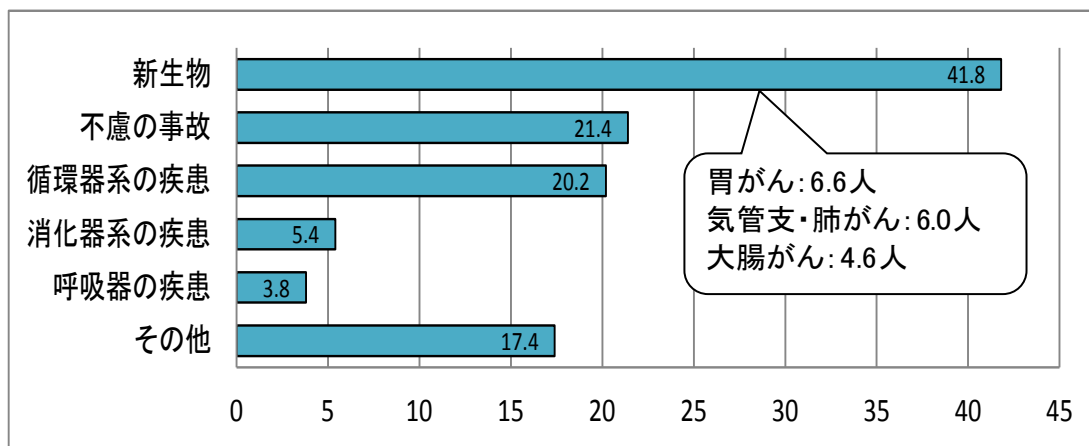
また、女性の喫煙率は男性に比較して低いものの横ばいであり、妊娠届出時の聞き取りでは過去に吸っていた人が 20%もいるため、母子保健において、若年女性も含めた喫煙対策にも取り組む必要があります。

さらに今後実施予定の若年者健診の個別相談においても喫煙者への指導を行います。

### (3) がん

高齢化に伴い、がんによる死亡者・罹患者は今後も増加して行くことが予想されます。本市では全国に比べてがんの標準化死亡比は低いものの、65 歳未満の早世死亡の原因の 4 割を占め、年間 40 人以上の方が亡くなっている状況です。(図 15)

図 15) 65 歳未満死亡原因 (平成 19 年～23 年の 1 年間の平均) (人/年)



\*人口動態調査結果

がんの発症には原因が多岐にわたるため、予防が難しい面もありますが、喫煙・多量飲酒・肥満・運動不足・野菜不足など生活習慣の中にもがんを発症させる原因が潜んでいます。これらは循環器疾患・糖尿病などとも関連がある生活習慣のため、今後も生活習慣改善による発症予防に努める必要があります。

また、内訳では胃がん・肺がん・大腸がんが多く、この 3 つで 40%になります。これらは市でもがん検診を行っているため、検診受診率の維持・向上して行くことにより、若年者のがん死亡を防ぎます。(表 17)

表 17) 安曇野市がん検診受診率の推移

検診	算出年齢	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	国の目標
胃がん	40～69歳	15.8%	13.2%	13.3%	12.0%	13.1%	40% (当面)
大腸がん	40～69歳	21.9%	18.7%	19.7%	18.7%	22.0%	
肺がんCT	40～69歳	3.9%	3.6%	3.8%	4.1%	4.8%	
子宮頸がん	20～69歳	23.3%	19.1%	19.4%	19.0%	20.9%	50%
乳がん (視触診・マンモ)	40～69歳	31.4%	23.7%	26.9%	22.1%	22.0%	

\*市健康推進課資料

#### (4) 子どもの生活習慣病

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症は、遺伝的な要因等もありますが、食や生活リズム、運動習慣など共通する生活習慣がその背景にあります。

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがあります。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活になってきています。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にあり、特に長野県の子どもの運動不足が指摘されています。本市においては、幼児の健診等で実施している問診をみると、早寝早起きを心がけている家庭も増えてきていますが、就寝の時間が午後9時過ぎになってしまう子どもが2～3割近くいます。

大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響し、乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活していくことが望まれます。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となります。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながります。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要です。運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておくことが必要です。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていきます。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていく事が重要となります。

(図 16)

図 16) 子どもの成長発達と親が学習する機会

		2か月	4か月	7か月	10か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育所	学校	成人期	
子どもの成長・発達	食			<b>離乳食</b> 消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく。									
			<b>すい臓完成</b> すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。										
			<b>味覚の形成</b> 酸味や苦み（野菜）は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。 塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。				<b>3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取</b> 4歳で大人と同じエネルギー配分になる （糖質・蛋白質・脂質 = 60 : 15 : 25の比率）						
	生活リズム	<b>生活リズムをコントロールする脳</b> 生活リズムをコントロールする脳は、4歳～5歳で完成。 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起し、夜は寝かしつけることを続ける。（早寝早起）											
	運動	<b>全身運動の基礎</b> 月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。											
親が学習する機会		訪問	前期健診	教室	後期健診	教室	1歳6か月健診	教室	3歳児健診				
		身長・体重の伸び（成長）と体格（身長と体重のバランス）をみていく											

\* 市健康推進課資料

### （5）後発医薬品の使用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）を選択できる情報提供を行うため、後発医薬品を使用した場合の自己負担額の減額効果を記載した後発医薬品利用差額通知を実施します。

## 4 目標の設定と対策

### (1) 健康格差（疾病・障害・死亡）の縮小

今回の計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の死亡を減らし、健康格差を縮小することにあります。本市においては医療、介護及び健診の分析から、医療費が高額で死亡率が高く、要介護の最大の原因疾患となっている、脳血管疾患の重症化予防が喫緊の課題であり、最優先事項として取り組むことが重要です。

また、今後は増加している糖尿病性腎症による新規透析導入の減少も目指していきます。

### (2) これまでの取り組み

本市においては、これまでメタボリック症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導に取り組み、県平均には届かないが特定健診受診率は5年間で10%向上し、特定保健指導実施率は特定健診等実施計画どおりに伸びてきています。

個の解決のために、集団から個への保健指導へと事業の在り方を見直し、特定保健指導対象者以外の対象者に対しても取り組みをしています。

しかし、メタボリック該当者の割合は減少傾向にあるものの、県下では高い割合となっています。また高血圧Ⅲ度やHbA1c 8%以上、LDL 180mg/dl 以上など重度の値で未治療の者が依然としていることも事実であり、人工透析者の数も年々増加しています。

これからは、まず重症化予防対象者を明確化し、治療を受けていない方に治療の必要性を理解してもらい、治療につなげることが必要となっています。例えば人工透析導入を1年遅らすことで、年間1人500万円の医療費の適正化に寄与することができます。

### (3) 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、医療費の高額となる虚血性疾患、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、そして国・県に比べて総数に占める割合が高く1人あたり医療費の高い糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とします。

特に、本市の健康課題である脳血管疾患は平成26年度と平成29年度を比較して40～74歳で現在の有病状況の5%減少させることを目標とします。

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

本市の医療のかかり方は、普段から医療にかかる人が多く、入院する人は少ない状況です。しかし健診も医療受診もない人も多いため、重症化予防、医療費の適正化へつなげるためには、重症化予防に取り組み1人あたり医療費を平成29年度には、19市平均並みとすることを目指します。

## イ 短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスク、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリック症候群等を減らしていくことを短期的な目標とします。特に危険因子が3疾患重複して持つ人を減らし、県平均並みとすることを目指します。

そのためには、まずは健診受診率を向上させ、また医療受診が必要な者に適切な受診勧奨や、治療を継続するための働きかけを行います。

なお、安曇野市健康づくり計画（平成24年度策定）でも、重症化予防の項目がありますので、その目標を目指します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することによる、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。特定健診受診率、特定保健指導実施率も短期的な目標とし、特定健診等実施計画に準ずることとします。

生活習慣においては、同規模自治体より状況の悪い「1回30分以上運動習慣なし」の割合を減らし、運動習慣のある住民の増加を目指します。また、「1日飲酒量2合以上の多量飲酒者」が同規模自治体より多いため、その減少を目指します。

表 18) 目標値

	項目	現状 (H25)	目標値 (H29)
中長期的目標	脳血管疾患有病状況の減少①	6.6	6.3 (5%減少)
	国保一人あたり医療費の減少②	19市中4位	19市平均
短期的目標	特定健診で高血圧・高血糖・脂質異常の3疾患重複して持つ人の減少③	5.1 県平均 (5.0)	県平均
	特定健診で1回30分以上運動習慣なしの者の減少③	64.6%	60%
	特定健診における喫煙率の減少③	10.8%	減少
	特定健診における1日飲酒量2合以上③	13.5%	10%
	特定健診受診率の増加④	38.0%	60%
	特定保健指導実施率の増加④	47.4%	60%
健康づくり計画の目標 (抜粋)	メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 (H20より25%減) ⑤	該当者 19.5% 予備群 8.2% (H23)	該当者 15.7% 予備群 6.0% (H28)
	高血圧 (中～重症)の割合の減少⑤	5.1% (H23)	4% (H34)
	LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の割合の減少⑤	男性 6.1% 女性 10.1% (H23)	男性 6.0% 女性 8.5% (H34)
	血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c8.0%以上の者の割合) ⑤	0.7% (H23)	0.7% (H28)

- ①KDB（帳票 18 様式 3-6 脳血管疾患のレセプト分析）
- ②国保連合会統計
- ③KDB（帳票 1 様式 6-1 地域全体像の把握）
- ④特定健診・特定保健指導実施結果総括表
- ⑤特定健診結果

## ウ 対策

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の具体的な保健事業計画については、次年度以降に定めることとします。なお、保健指導についての「対象者」「保健事業内容」「実施方法」「実施者」「実施期間」等を明確にします。

また、上記以外については次のように取り組みます。

表 19) 対策

項目	施策	内容
循環器	発症予防及び重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果に基づく一人ひとりの自己管理の積極的推進</li> <li>・ 若年者市民健診と個別指導の実施（歯科を含む）</li> <li>・ 二次検診（頸動脈エコー）の拡大</li> <li>・ 市国保以外の検診と保健指導の検討</li> <li>・ 広報等を通じての住民への啓発</li> </ul>
COPD	教育・啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供（がん検診時等）</li> <li>・ 両親学級、乳幼児相談等の母子保健事業での禁煙教育</li> </ul>
	禁煙支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診、若年者健診結果に基づいた禁煙・治療への個別指導</li> </ul>
がん	検診受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別案内や広報、講演会などを利用した啓発</li> <li>・ 施設検診導入など受けやすい検診体制整備</li> <li>・ 自己負担の見直しなどの受けやすい環境整備</li> </ul>
運動	身体活動及び運動習慣の向上の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地区組織活動を通じての運動習慣の普及</li> <li>・ 市内自主グループへの支援</li> <li>・ ライフステージや個人の状態に応じた適切な運動指導</li> </ul>
飲酒	適正飲酒による生活習慣病予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康診査結果に基づいた適度な飲酒への個別指導</li> </ul>
母子	発症予防への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊婦健診結果に基づく個別支援</li> <li>・ 母子事業時に乳幼児期からの発症予防に向けた周知</li> <li>・ 広報・講演会等での住民への啓発</li> </ul>

## 5 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定

評価については、国保データベース（KDB）システムの情報を活用し毎年行うこととします。

また、データについては経年変化、国、県、同規模保険者との比較を行い評価します。

### 表 20) 全体の経年変化

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた安曇野市の位置

項目	H26		H27		H28		H29		データ元 (CSV)
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 介護保険	1号認定者数（認定率）							
		新規認定者							
	2号認定者								
	② 有病状況	糖尿病							
		高血圧症							
		脂質異常症							
		心臓病							
		脳疾患							
		がん							
	③ 介護給付費	筋・骨格							
		精神							
		1件当たり給付費（全体）							
	④ 医療費等	要介護認定別		認定あり					
医療費（40歳以上）		認定なし							
① 国保の状況	被保険者数								
	65～74歳								
	40～64歳								
	39歳以下								
加入率									
② 医療の概況 (人口千対)	病院数								
	診療所数								
	病床数								
	医師数								
	外来患者数								
入院患者数									
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費								
	受診率								
	外 来	費用の割合							
		件数の割合							
	入 院	費用の割合							
		件数の割合							
1件あたり在院日数									
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源消費病 名（調別含む）	新生物								
	慢性腎不全（透析あり）								
	糖尿病								
	高血圧症								
	精神								
⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数79 入院の( )内 は在院日数	入 院	筋・骨疾患							
		糖尿病							
		高血圧							
		脂質異常症							
		脳血管疾患							
	外 来	心疾患							
		腎不全							
		精神							
		悪性新生物							
		糖尿病							
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者							
		健診未受診者							
生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者								
	健診未受診者								
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者								
	医療機関受診率								
医療機関非受診率									

表 21) 医療費の変化

総医療費

項目	総医療費					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
○年度						

\*KDB 帳票 52 「医療費分析の経年比較」

一人当たり医療費

	項目	1人当たり医療費 (円)			伸び率		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
○年度	保険者						
	同規模						
	県						
	国						

\*KDB の 1 人当たり医療費は、月平均での表示となる

表 22) 疾病の発生状況の経年変化 (1)

中長期的な目標疾患

KDB 帳票 21.23 「厚生労働省様式」 「医療費分析 (1) 最小分類」

疾患	虚血性心疾患								
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数 (千人当たり)		入院医療費			
				保険者	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成○年									

\*毎年 5 月診療分 (KDB 7 月作成)

疾患	脳血管疾患								
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数 (千人当たり)		入院医療費			
				保険者	同規模	脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
平成○年									

\*毎年 5 月診療分 (KDB 7 月作成)

疾患	脳血管疾患						
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数 (千人当たり)		入院医療費	
				保険者	同規模	糖尿病	伸び率
平成○年							

\*毎年 5 月診療分 (KDB 7 月作成)



疾患	慢性閉塞性肺疾患（COPD）（82 疾患）			
	患者数（千人当たり）-入院		患者数（千人当たり）-外来	
	保険者	同規模	保険者	同規模
平成〇年				

\*年度累計

表 23) 疾病の発生状況の経年変化(2)

共通する基礎疾患（短期的な目標疾患）

KDB 帳票 No. 21 「厚生労働省様式」「医療費分析 8 1）最小分類

疾患	糖尿病				高血圧					
	患者数	増減	増減率	新規患者数（千人当たり）		患者数	増減	増減率	新規患者数（千人当たり）	
				保険者	同規模				保険者	同規模
平成〇年										

疾患	脂質異常症				高尿酸血症					
	患者数	増減	増減率	新規患者数（千人当たり）		患者数	増減	増減率	新規患者数（千人当たり）	
				保険者	同規模				保険者	同規模
平成〇年										

\*毎年5月診療分（KDB 7月作成分）

表 24) 有所見割合の経年変化

男性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	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	5.5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
〇年度	合計											
	40-64											
	65-74											

女性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	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	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.5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
〇年度	合計											
	40-64											
	65-74											

\*厚生労働省様式6-2~6-7 KDB帳票

表 25) メタボリック該当者・予備群の経年変化

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
○ 年度	合計																					
	40-64																					
	65-74																					

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
○ 年度	合計																					
	40-64																					
	65-74																					

\*厚生労働省様式6-8 KDB帳票24

表 26) 質問票調査の経年変化

項目	服薬	喫煙	週3回以上朝食を抜く	週3回以上夕食後間食	週3回以上就寝前夕食	食べる速度が速い	20歳時体重から10kg体重増加	1日30分以上運動なし	1日1時間以上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒
○年度												

\*KDB帳票22「質問票項目集計表」(保険者、同規模別)

表 27) 特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化

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	同規模内の順位	医療機関受診率	
									安曇野市	同規模平均
○年度										

\*KDB帳票1.22

## **6 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し**

計画の見直しは、最終年度となる平成 29 年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行います。

国保データベース（KDB）システムに毎月健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は保健指導にかかわる保健師・栄養士等が被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けることとします。

## **7 計画の公表・周知**

策定した計画は、市のホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しを行います。

## **8 事業運営上の留意事項**

安曇野市は国保部門に保健師等の専門職が配置されていないが、平成 25 年度の第 2 期からの特定健診・特定保健指導事業において、健康推進課の保健師・栄養士が事業実施をしています。データヘルス計画策定作業を通じて、今後も連携を強化するとともに、介護保険課等関係部署と共通認識をもって、課題解決に取り組むものとします。

## **9 個人情報の保護**

安曇野市における個人情報の取り扱いは、安曇野市個人情報保護条例(平成 18 年 3 月 27 日安曇野市条例第 6 号)によるものとします。

## **10 その他計画策定に当たっての留意事項**

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

## <資料>

安曇野市の特性を把握するために、KDBの以下の帳票から情報を把握します。

- ①地域の全体像の把握(帳票 1)
- ②健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(帳票 3)
- ③市区町村別データ(帳票 5)
- ④同規模保険者比較(帳票 5)
- ⑤人口及び被保険者の状況(帳票 6)

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた安曇野市の位置

25年度

項目		安曇野市		長野県		同規模平均		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	99,208		2,115,647		18,634,367		124,852,975		
		65歳以上(高齢化率)	26,678	26.9	567,919	26.8	4,525,313	24.3	29,020,766	23.2	
		75歳以上	13,653	13.8	303,854	14.4			13,989,864	11.2	
		65～74歳	13,025	13.1	264,065	12.5			15,030,902	12.0	
		40～64歳	33,321	33.6	701,088	33.1			42,411,922	34.0	
		39歳以下	39,209	39.5	846,640	40.0			53,420,287	42.8	
	② 産業構成	第1次産業	9.2		9.8		6.2		4.2		
		第2次産業	29.4		29.5		29.0		25.2		
		第3次産業	61.4		60.7		64.8		70.6		
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.9		79.6		79.6		
女性		87.8		87.2		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.0		65.8		65.2		65.2			
	女性	67.8		67.2		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	89.4		91.1		100.5		100		
			男性	100.5		94.3		100.6		100	
		死因	がん	257	46.3	6,270	43.8	54,869	46.7	356,804	48.3
			心臓病	142	25.6	3,717	26.0	31,905	27.2	196,543	26.6
			脳疾患	107	19.3	3,191	22.3	20,243	17.2	120,280	16.3
			糖尿病	13	2.3	289	2.0	2,357	2.0	14,325	1.9
			腎不全	15	2.7	390	2.7	4,072	3.5	24,768	3.4
	自殺		21	3.8	447	3.1	3,991	3.4	25,969	3.5	
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	94	9.4	2,452	10.0					
		男性	60	11.8	1,645	13.2					
女性		34	6.9	807	6.7						
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	4,750	18.8	107,206	18.7	688,249	18.7	3,583,953	19.4	
		新規認定者	84	0.3	1,703	0.3	22,400	0.3	106,789	0.3	
		2号認定者	106	0.3	2,348	0.4	19,904	0.4	106,056	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	1201	23.7	24,725	22.1	137,354	18.5	706,966	18.6	
		高血圧症	2759	56.2	59,627	53.8	294,569	40.0	1,481,936	39.1	
		脂質異常症	1254	25.3	27,898	24.6	152,594	20.7	788,898	20.7	
		心臓病	3173	64.5	68,902	62.4	341,978	46.6	1,717,585	45.5	
		脳疾患	1649	33.4	34,663	31.5	163,426	22.3	823,139	21.9	
		がん	622	12.3	14,065	12.9	71,280	9.7	364,723	9.7	
		筋・骨格	2665	54.5	58,080	52.4	291,432	39.7	1,466,677	38.9	
	精神	1543	30.9	29,592	26.5	147,937	20.1	751,752	19.9		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	58,797		59,744		63,607		62,286		
		居宅サービス	39,624		39,851		41,592		41,562		
施設サービス		259,493		254,717		258,694		260,295			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	11,037		7,771		8,092		8,179			
	認定あり 認定なし	3,332		3,544		3,700		3,726			

項目		安曇野市		長野県		同規模平均		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4	① 国保の状況	被保険者数	25,945		607,378		3,566,359		21,830,573		
		65～74歳	9,902	38.2	210,168	34.6			7,070,203	32.4	
		40～64歳	9,345	36.0	224,521	37.0			8,165,826	37.4	
		39歳以下	6,698	25.8	172,689	28.4			6,594,544	30.2	
		加入率	27.1		28.3		28.3		29.7		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.2	131	0.2	1056	0.3	5,778	0.3	
		診療所数	82	3.2	1,554	2.6	10,341	2.5	58,106	2.6	
		病床数	959	37.3	24,350	40.7	191,881	45.9	1,030,614	45.4	
		医師数	234	9.1	4,723	7.9	26,417	6.3	174,111	7.7	
		外来患者数	674.4		631.4		656.8		642.6		
		入院患者数	18.0		16.8		19.4		18.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	23,665	県内23位 同規模99位	21,870		23,785		23,013		
		受診率	692.416		648.217		678.137		661.966		
		外来	費用の割合	61.4		60.7		58.8		58.9	
			件数の割合	97.4		97.4		97.1		97.2	
		入院	費用の割合	38.6		39.3		41.2		41.1	
			件数の割合	2.6		2.6		2.9		2.8	
		1件あたり在院日数	16.3日		15.3日		16.6日		16.3日		
	④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	新生物	22.2		23.7		24.0		24.4		
		慢性腎不全(透析あり)	9.6		9.8		9.4		9.4		
糖尿病		10.1		11.2		10.8		10.7			
高血圧症		8.1		8.2		8.1		7.9			
精神		20.0		17.1		17.6		17.4			
筋・骨疾患		17.1		16.3		15.3		15.4			
4	⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数79	入院	糖尿病	566,767	34位	(17)					
			高血圧	599,934	36位	(17)					
			脂質異常症	555,195	33位	(17)					
			脳血管疾患	680,589	23位	(17)					
			心疾患	645,427	44位	(13)					
			腎不全	710,585	40位	(16)					
			精神	440,334	35位	(26)					
			悪性新生物	598,477	26位	(12)					
	入院の( )内 は在院日数	外来	糖尿病	34,895	41位						
			高血圧	29,066	32位						
			脂質異常症	25,646	38位						
			脳血管疾患	38,342	26位						
			心疾患	42,112	20位						
			腎不全	178,216	28位						
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者	4,171		4,330		3,900		3,742		
		健診受診者	9,656		9,374		10,640		10,591		
		健診未受診者	11,881		12,452		11,091		10,931		
		健診未受診者	27,505		26,955		30,261		30,935		
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	3,425	51.5	84,070	53.7	538,078	55.9	2,698,536	56.4		
	医療機関受診率	3,220	48.4	71,473	45.6	448,605	46.6	2,242,275	46.9		
	医療機関非受診率	205	3.1	12,597	8.0	89,471	9.3	456,222	9.5		

項目		安曇野市		長野県		同規模平均		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数79	健診受診者	6,659		162,099						国保連合会資料 (平成25年度 速報値)		
		受診率	38.0	県内65位	43.2								
		特定保健指導終了者(実施率)	363	47.4	7,973	46.0							
		非肥満高血糖	178	2.7	7,418	4.7	44,737	4.6	237,099	5.0			
		メタボ	該当者	1,090	16.4	23,324	14.9	157,912	16.4	785,574	16.4	KDB_NO. 3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO. 1 地域全体像の把握	
			男性	797	27.0	16,305	23.3	105,845	25.6	531,700	25.5		
			女性	293	7.9	7,019	8.1	52,067	9.5	253,874	9.4		
			予備群	584	8.8	15,624	10.0	104,841	10.9	525,242	11.0		
			男性	435	14.7	11,158	15.9	71,385	17.3	359,822	17.3		
			女性	149	4.0	4,466	5.2	33,456	6.1	165,420	6.1		
		メタボ該当・ 予備群レ ベル	腹囲	総数	1,833	27.6	44,416	28.3	296,796	30.8	1,483,048		31.0
				男性	1,336	45.3	31,305	44.7	199,318	48.2	1,005,165		48.2
				女性	497	13.4	13,111	15.1	97,478	17.7	477,883		17.7
			BMI	総数	307	4.6	7,354	4.7	46,633	4.8	234,046		4.9
				男性	47	1.6	1,267	1.8	7,150	1.7	39,553		1.9
				女性	260	7.0	6,087	7.0	39,483	7.2	194,493		7.2
			血糖のみ	42	0.6	1,005	0.6	6,335	0.7	31,362	0.7		
			血圧のみ	373	5.6	10,409	6.6	72,146	7.5	364,212	7.6		
			脂質のみ	169	2.5	4,210	2.7	26,360	2.7	129,668	2.7		
血糖・血圧	153		2.3	3,606	2.3	24,435	2.5	123,363	2.6				
血糖・脂質	67		1.0	1,354	0.9	8,824	0.9	42,693	0.9				
血圧・脂質	538		8.1	11,819	7.5	79,656	8.3	395,819	8.3				
血糖・血圧・脂質	332		5.0	6,545	4.2	44,997	4.7	223,699	4.7				
6	生活習慣の 状況	服薬	3,001	45.1	68,843	44.2	431,676	44.8	2,127,684	44.5	KDB_NO. 1 地域全体像の把握		
		既往歴	331	8.8	78,079	52.3	559,428	61.5	2,616,482	57.4			
		喫煙	719	10.8	20,779	13.3	124,890	13.0	668,778	14.0			
		週3回以上朝食を抜く	141	3.8	7,209	5.4	51,914	6.5	301,742	7.5			
		週3回以上食後間食	211	5.6	15,116	11.4	88,651	11.1	473,832	11.8			
		週3回以上就寝前夕食	451	12.0	20,147	15.2	120,439	15.1	642,958	16.1			
		食べる速度が速い	824	21.9	31,430	23.7	198,766	25.0	1,039,135	26.0			
		20歳時体重から10kg以上増加	923	24.5	39,122	26.2	248,174	26.8	1,279,084	28.1			
		1回30分以上運動習慣なし	2,444	65.0	88,866	64.5	476,409	58.9	2,411,978	59.9			
		1日1時間以上運動なし	1,018	27.1	59,370	43.1	366,425	45.3	1,910,806	47.5			
		睡眠不足	531	14.1	29,476	21.5	189,803	23.7	980,410	24.6			
		毎日飲酒	879	23.4	42,825	28.8	218,760	24.4	1,117,644	25.5			
		時々飲酒	850	22.6	35,330	23.8	184,652	20.6	922,913	21.1			
		一 日 飲 酒 量	1合未満	961	54.6	41,541	55.7	375,774	65.8	1,865,176		64.0	
			1~2合	583	33.1	24,291	32.6	132,667	23.2	703,754		24.2	
			2~3合	173	9.8	7,034	9.4	49,773	8.7	265,466		9.1	
			3合以上	42	2.4	1,741	2.3	13,152	2.3	77,682		2.7	



## **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 27 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

〒399-8303 安曇野市穂高 6658 番地(穂高支所)

TEL: 0263(82)3131(支所代表) FAX: 0263(82)6622

保健医療部 健康推進課 保健予防係

〒399-8303 安曇野市穂高 9181 番地(穂高健康支援センター)

TEL: 0263(81)1622(代表) FAX: 0263(81)0703