

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 佐久穂町

## 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

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	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
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の明確化	9
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	23
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	29
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアに係る取組	44
第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 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る。

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とされた。

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となったが、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う。

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 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が創設されることとなった。

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 P D C A 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)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

佐久穂町においては、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を図られることを目的とする。

## 2. 計画の位置付け

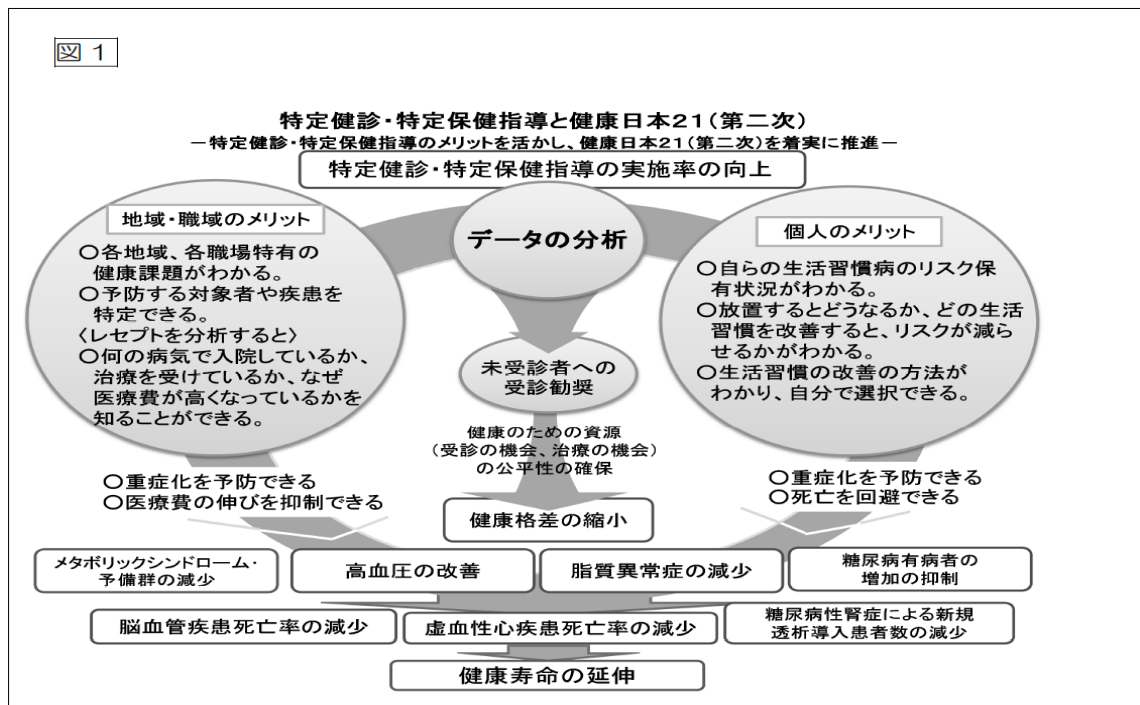
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

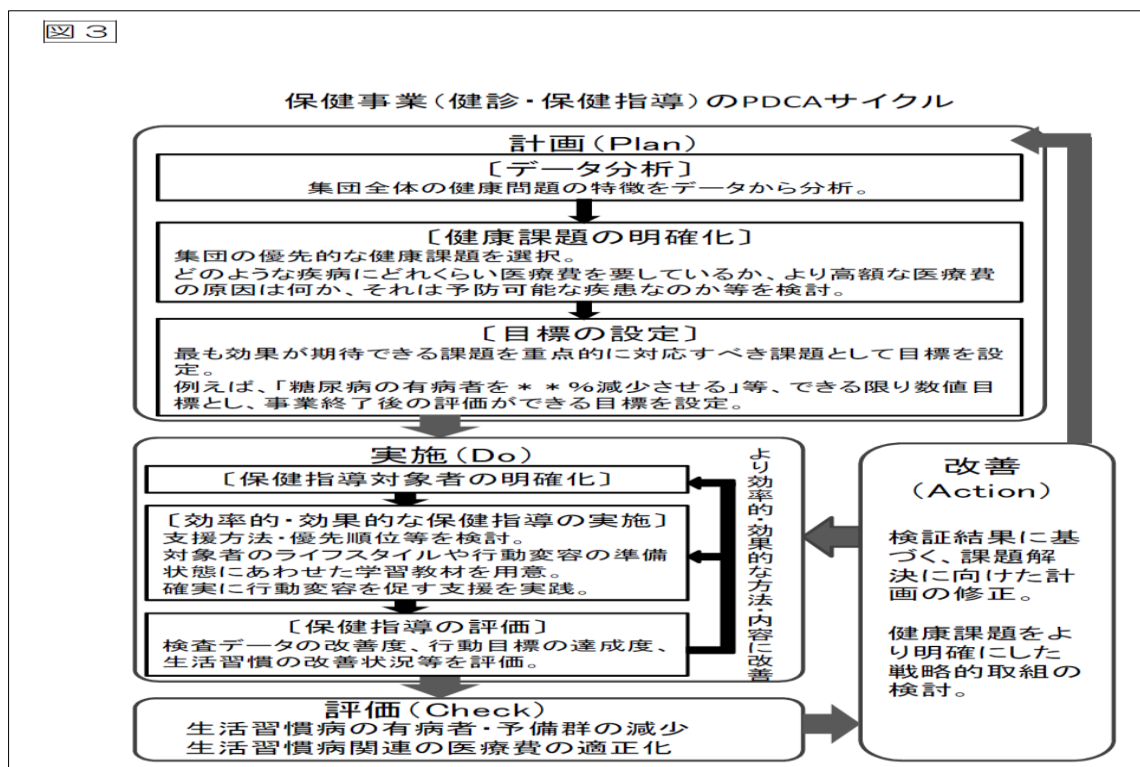
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施法）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年4月 特定健康診査及び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29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 老健局 平成29年4月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成29年4月 医療費適正化に関する指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年4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重点とするとともに、社会生活を営むために必要となる能力の維持及び向上を目指し、その結果、社会福祉制度が持続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国民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、重症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防止し、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達成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、被保険者の健全な生活の維持及び重症化予防の取組について、医療者がその支援の中心となり、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。被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政高負担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即ち自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、重症化リスクまたは要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは重症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、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増加しないよう、国民の健康かつ適切な医療を効果的に提供するための制度の整備を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において現れ得ない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供するための体制の整備を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青少年期、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高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期・小児期からの生活習慣づくり	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
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 初老期の認知症、早老症 骨の骨折症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、脊髄変性症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、脳多系統高尿酸血症 後縦靭帯骨化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関連する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の発症率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ③合併症患者の割合 ④脳梗塞・脳出血・脳腫瘍におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦特定健診・メタボ検出者 ⑧高血圧・脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の増加（増加、やせの減少） ⑩認知症の発症率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況（特定健診の結果を参照する） 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 (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 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	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	○医療費適正化の取組 外來 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の向上 ③予防給付費・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5医療-S事業 ②在宅医療連携体制 （地域の状況に応じて設定）
その他						被保険者協議会（事務局：国民連合会）を通じて、保険者との連携

【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】



### 3. 計画期間

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とが平成30年度から平成35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、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

佐久穂町においては、国民健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。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計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（住民税務課）、保健衛生部局（健康福祉課）、介護保険部局（健康福祉課）企画部局（総合政策課）、生活保護部局（健康福祉課）とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

#### 2) 外部有識者等の役割

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・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村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に努めることも期待される。

また、平成30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となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、

都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

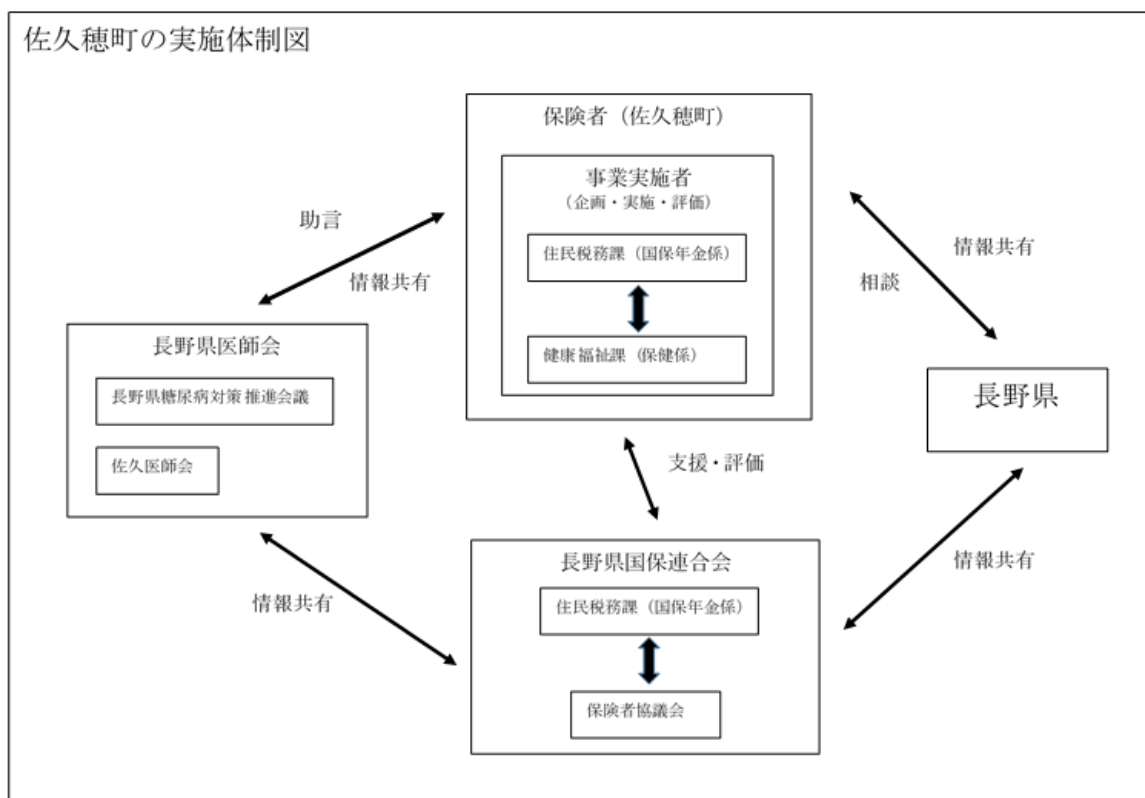
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 3) 被保険者の役割

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ある。

【図表 4】





## 5. 保険者努力支援制度

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、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成 30 年度から本格実施)

国は、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実施状況を高く評価している。(図表 5)

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
評価指標					
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		148.9			
町の総得点(体制構築加点含む)		202			
全国順位(1,741市町村中)		820			
共通 ①	特定健診受診率	25			50
	特定保健指導実施率				50
	メタボリック・シンドローム該当者・予備群の減少率				50
共通 ②	がん検診受診率	20			30
	歯周病疾患(病)検診の実施				25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供				70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	22			35
	後発医薬品の使用割合				40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	20			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70			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

### 健康課題の明確化

#### 1. 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

###### (1) 全体の経年変化

平成26年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は増加しており、死因別に脳疾患・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病による死亡の割合は2倍以上であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療の状況については、1人あたりの医療費が伸びており、医療費に占める入院費用の割合は減少したものの、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加の一方、特定健診受診率の増加と特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診者については適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていることが推測できるが、健診未受診者については受診率向上の効果を打ち消してしまうほど悪化傾向であることが予測される。

今後、さらなる特定健診受診勧奨と医療機関受診率の向上の取り組みが重要となる。

(参考資料1：様式6-1)

###### (2) 中長期目標の達成状況

##### ① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の変化については、給付額は全体として伸びているものの、1件当たりの給付費は、居宅サービス、施設サービスともに減少傾向であり、同期後平均と比較しても低い傾向である。件数の増加が主な要因であり、今後、いかに要介護者の増加を食い止められるか、要介護に至る前の予防事業の取り組みが大きな課題である。

介護給付費の変化							【図表6】	
年度	佐久穂町				同規模平均			
	介護給付費 (万円)	1件あたり給 付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり給 付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	
H26年度	111,679	51,110	36,481	270,826	69,548	42,583	285,610	
H28年度	114,028	49,816	34,543	264,089	68,807	42,403	278,098	

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、H25年度とH28年度を比較すると、総医療費ベースでは被保険者数の減少の影響もあり6.89%ほど減っているが、一人当たり医療費は5.66%も伸びている。同規模との伸び率比較では3%ほど低くなっているが、医療費の適正化・予防事業等が大きな課題となっている。特に入院よりも入院外の1人あたり医療費の伸びが顕著であるため、対策が必要である。

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							
			町	同規模			町	同規模			町	同規模						
1総医療費(円)	H25年度	931,529,570				394,782,310				516,379,890								
	H28年度	867,393,040	-64,136,530	-6.89%	-0.15%	311,713,160	-83,069,150	-21.04%	-1.07%	524,839,550	8,459,660	1.64%	0.54%					
2一人あたり医療費(円)	H25年度	21,690				9,323				12,367								
	H28年度	22,918	1,228	5.66%	8.85%	8,640	-683	-7.33%	8.18%	14,277	1,910	15.44%	9.35%					

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費計では減少傾向であるが、慢性腎不全は（透析有）・（透析無）ともに増加傾向となっている。

中長期・短期目標疾患のうち、新生物・精神疾患・筋骨疾患についてはいずれも前回よりも医療費が伸びており、特に筋・骨疾患については、国・県の平均よりも高い割合を占めていることがわかる。

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26年度と平成28年度との比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	1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							
											同規模					県内	慢性腎不全(透析有)
H25	佐久穂町	931,529,570	21,690	116位	52位	3.06%	0.16%	2.57%	1.70%	5.76%	6.14%	2.16%	200,726,040	21.55%	12.49%	7.56%	10.22%
		H28	867,393,040	22,918	133位	49位	3.59%	0.23%	1.28%	1.46%	5.72%	5.18%	2.68%	174,582,480	20.13%	14.36%	8.60%
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%
	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(調剤)による分析結果 【出典】KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題  
 ◆「最大医療資源(調剤)」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

④ 中長期的な疾患（図表 9）

佐久穂町では、虚血性心疾患に比べ脳血管疾患が多く長年の課題となっている。特に若い世代での発症で障害が残った場合、離職による経済的社会的損失が大きい。そのため発症予防が大切である。そのためには、生活習慣病の管理

が大切で、高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロールをよくしていくことが求められる。

人工透析は毎年新規導入者が見られ、注意が必要な重大疾病である。糖尿病が原因の方が5～6割を占めており、悪化させない取り組みが求められている。

新規導入者を見ていくと、被用者保険などから国保に移行するケースが多く、国保の方のみへのアプローチでは不十分である。町の健康診断は全町民を対象としているが、健診は受診したら終わりではなく、自らの生活改善につながるよう住民に意識づけをしていくことが大切である。

中長期的な疾患の状況 【図表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				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	3,613	98	2.7%	16	0.4%	1	0.0%	79	2.2%	39	1.1%	54	1.5%	
	65歳以下	2,336	22	0.9%	6	0.3%	0	0.0%	17	0.7%	12	0.5%	14	0.6%	
	65歳以上	1,277	76	6.0%	10	0.8%	1	0.1%	62	4.9%	27	2.1%	40	3.1%	
H28	全体	3,251	86	2.6%	20	0.6%	1	0.0%	66	2.0%	31	1.0%	52	1.6%	
	65歳以下	1,956	20	1.0%	6	0.3%	0	0.0%	12	0.6%	9	0.5%	12	0.6%	
	65歳以上	1,295	66	5.1%	14	1.1%	1	0.1%	54	4.2%	22	1.7%	40	3.1%	

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				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	3,613	147	4.1%	16	0.4%	1	0.0%	116	3.2%	56	1.5%	75	2.1%	
	65歳以下	2,336	37	1.6%	6	0.3%	1	0.0%	30	1.3%	14	0.6%	18	0.8%	
	65歳以上	1,277	110	8.6%	10	0.8%	0	0.0%	86	6.7%	42	3.3%	57	4.5%	
H28	全体	3,251	134	4.1%	20	0.6%	2	0.1%	104	3.2%	53	1.6%	85	2.6%	
	65歳以下	1,956	40	2.0%	6	0.3%	2	0.1%	27	1.4%	16	0.8%	20	1.0%	
	65歳以上	1,295	94	7.3%	14	1.1%	0	0.0%	77	5.9%	37	2.9%	65	5.0%	

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				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		
H25	全体	3,613	5	0.1%	1	0.0%	1	0.0%	5	0.1%	3	0.1%	3	0.1%	
	65歳以下	2,336	3	0.1%	1	0.0%	0	0.0%	3	0.1%	2	0.1%	2	0.1%	
	65歳以上	1,277	2	0.2%	0	0.0%	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%	1	0.1%	
H28	全体	3,251	6	0.2%	2	0.1%	1	0.0%	6	0.2%	4	0.1%	5	0.2%	
	65歳以下	1,956	4	0.2%	2	0.1%	0	0.0%	4	0.2%	2	0.1%	3	0.2%	
	65歳以上	1,295	2	0.2%	0	0.0%	1	0.1%	2	0.2%	2	0.2%	2	0.2%	

### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

短期目標疾患の状況をみていくと、糖尿病治療者(様式3-2)の割合は、H25からH28にかけて増加している。特に65歳以上の増加率が高い。また、糖尿病性腎症の割合も増加している。そのため、人工透析に至る方が増えないように注意していく必要がある。また、高血圧や脂質異常症を合併している方が

増加している。心疾患や脳血管疾患を起こさないためには、病態のコントロールが重要であり、特に生活習慣病をいくつも持っているリスクがさらに高くなる。生活習慣病は薬だけではコントロールが難しいため、食事・運動などが重要である。

高血圧（様式 3-3）は佐久穂町でも治療者の率が高い疾患である。脳血管障害を起こしやすい疾患であるため、予防のための内服・生活習慣の改善が大切である。

脂質異常症（様式 3-4）は、食生活等の変化により近年増加してきている疾病である。内服によりコントロールで、合併症は比較的抑えられている。しかし、内服中断で悪化する方も見られており、継続して受診することが望ましい。

短期目標疾病に共通して言えることであるが、生活習慣病は、内服のみではコントロールが難しく、食生活や運動などの改善が必要であり、様々な場面での保健指導を行っていくことも課題となっている。

短期的な疾患の状況 【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標									
		被保険者数		糖尿病				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	
				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
H25	全体	3,613	297	8.2%	34	0.9%	206	5.7%	160	4.4%	39	1.1%	56	1.5%	3	0.1%	6	0.2%			
	65歳以下	2,336	115	4.9%	17	0.7%	67	2.9%	66	2.8%	12	0.5%	14	0.6%	2	0.1%	1	0.0%			
	65歳以上	1,277	182	14.3%	17	1.3%	139	10.9%	94	7.4%	27	2.1%	42	3.3%	1	0.1%	5	0.4%			
H28	全体	3,251	289	8.9%	29	0.9%	204	6.3%	176	5.4%	31	1.0%	53	1.6%	4	0.1%	28	0.9%			
	65歳以下	1,956	92	4.7%	17	0.9%	58	3.0%	62	3.2%	9	0.5%	16	0.8%	2	0.1%	10	0.5%			
	65歳以上	1,295	197	15.2%	12	0.9%	146	11.3%	114	8.8%	22	1.7%	37	2.9%	2	0.2%	18	1.4%			

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標					
		被保険者数		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	
				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	3,613	679	18.8%	206	5.7%	299	8.3%	79	2.2%	116	3.2%	5	0.1%			
	65歳以下	2,336	214	9.2%	67	2.9%	99	4.2%	17	0.7%	30	1.3%	3	0.1%			
	65歳以上	1,277	465	36.4%	139	10.9%	200	15.7%	62	4.9%	86	6.7%	2	0.2%			
H28	全体	3,251	602	18.5%	204	6.3%	290	8.9%	66	2.0%	104	3.2%	6	0.2%			
	65歳以下	1,956	185	9.5%	58	3.0%	90	4.6%	12	0.6%	27	1.4%	4	0.2%			
	65歳以上	1,295	417	32.2%	146	11.3%	200	15.4%	54	4.2%	77	5.9%	2	0.2%			

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標					
		被保険者数		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	
				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	3,613	427	11.8%	160	4.4%	299	8.3%	54	1.5%	75	2.1%	3	0.1%			
	65歳以下	2,336	167	7.1%	66	2.8%	99	4.2%	14	0.6%	18	0.8%	2	0.1%			
	65歳以上	1,277	260	20.4%	94	7.4%	200	15.7%	40	3.1%	57	4.5%	1	0.1%			
H28	全体	3,251	428	13.2%	176	5.4%	290	8.9%	52	1.6%	85	2.6%	5	0.2%			
	65歳以下	1,956	158	8.1%	62	3.2%	90	4.6%	12	0.6%	20	1.0%	3	0.2%			
	65歳以上	1,295	270	20.8%	114	8.8%	200	15.4%	40	3.1%	65	5.0%	2	0.2%			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性はH25、H28ともBMI25以上が約3割、腹囲85以上が約4割となっており、内臓脂肪が高い方が多いことを示してい

る。原因としては、エネルギーの取り過ぎや消費量が少ない、飲酒が多いことなどが考えられ、そのため、糖代謝異常、高血圧、LDL コレステロールの上昇につながっている。特に HbA1c が高い人が増加しており、血管を痛める要因として注意が必要である。

女性では、男性に比較して腹囲で 90 cm以上の割合は少ないものの、BMI25 以上の方は 2 割強であり、5 人に 1 人は肥満である。なかには脂肪に比べ糖代謝異常の割合が高いことから、食事内容、間食の摂り方、運動の少なさが伺える。空腹時血糖に比べ、HbA1c の異常率が高い九、体内で高血糖状態が継続していることから合併症を起こさないよう注意が必要である。

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(厚労省様式6-2~6-7) 【図表11 No.23帳票】

	性別	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		血清クレアチニン		
			25以上(人)		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上(人)		130以上		85以上(人)		120以上(人)		1.3以上(人)		
			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	人数
	男性	合計	543	147	27.1%	226	41.6%	133	24.5%	117	21.5%	39	7.2%	229	42.2%	272	50.1%	36	6.6%	256	47.1%	116	21.4%	303	55.8%	4	0.7%
H25		40-64歳	236	70	29.7%	100	42.4%	64	27.1%	67	28.4%	15	6.4%	101	42.8%	100	42.4%	23	9.7%	87	36.9%	60	25.4%	139	58.9%	1	0.4%
		65-74歳	307	77	25.1%	126	41.0%	69	22.5%	50	16.3%	24	7.8%	128	41.7%	172	56.0%	13	4.2%	169	55.0%	56	18.2%	164	53.4%	3	1.0%
H28		合計	530	152	28.7%	228	43.0%	123	23.2%	125	23.6%	42	7.9%	254	47.9%	311	58.7%	33	6.2%	220	41.5%	115	21.7%	260	49.1%	4	0.8%
		40-64歳	201	65	32.3%	96	47.8%	48	23.9%	60	29.9%	23	11.4%	92	45.8%	106	52.7%	21	10.4%	72	35.8%	46	22.9%	106	52.7%	1	0.5%
		65-74歳	329	87	26.4%	132	40.1%	75	22.8%	65	19.8%	19	5.8%	162	49.2%	205	62.3%	12	3.6%	148	46.0%	69	21.0%	154	46.8%	3	0.9%
	女性	合計	565	127	22.5%	96	17.0%	75	13.3%	57	10.1%	12	2.1%	180	31.9%	329	58.2%	5	0.9%	220	38.9%	93	16.5%	353	62.5%	0	0.0%
H25		40-64歳	228	50	21.9%	38	16.7%	30	13.2%	25	11.0%	4	1.8%	73	32.0%	128	56.1%	3	1.3%	76	33.3%	41	18.0%	152	66.7%	0	0.0%
		65-74歳	337	77	22.8%	58	17.2%	45	13.4%	32	9.5%	8	2.4%	107	31.8%	201	59.6%	2	0.6%	144	42.7%	52	15.4%	201	59.6%	0	0.0%
H28		合計	593	134	22.6%	98	16.5%	72	12.1%	62	10.5%	17	2.9%	195	32.9%	359	60.5%	6	1.0%	184	31.0%	75	12.6%	359	60.5%	2	0.3%
		40-64歳	221	46	20.8%	31	14.0%	31	14.0%	17	7.7%	7	3.2%	57	25.8%	110	49.8%	1	0.5%	58	26.2%	31	14.0%	127	57.6%	0	0.0%
		65-74歳	372	88	23.7%	67	18.0%	41	11.0%	45	12.1%	10	2.7%	138	37.1%	249	66.9%	5	1.3%	126	33.9%	44	11.8%	232	62.4%	2	0.5%

メタボリックシンドロームは、健診受診者のうち男性で約 1 割、女性で 0.5 割が該当している。心臓病や脳血管疾患などの動脈硬化関連疾患を起こしやすい状態である。H25 と H28 を比較すると男女ともに該当者が増加している。

男性では特に高血圧・高血糖・脂質異常の 3 項目全てに当てはまる病態の方が多く、経年でも増加が著しい。

女性では、高血圧・脂質異常の 2 項目に該当する方の増加が目立っている。

また、メタボリックシンドローム予備群を該当者と比較すると、該当者の人数が多い。注意が必要な方の割合が高く、重大疾病を起こさないためにも病態の改善が必要である。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚労省様式6-8) 【図表11 No.24帳票】

性別	被保険者数	健診受診者		胸囲のみ		予備群						該当者												
		人数	割合	人数	割合	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	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	1,227	543	44.3%	30	2.4%	85	6.9%	10	0.8%	54	4.4%	21	1.7%	111	9.0%	24	2.0%	4	0.3%	51	4.2%	32	2.6%
	40-64歳	632	236	37.3%	17	2.7%	38	6.0%	5	0.8%	21	3.3%	12	1.9%	45	7.1%	12	1.9%	3	0.5%	21	3.3%	9	1.4%
	65-74歳	595	307	51.6%	13	2.2%	47	7.9%	5	0.8%	33	5.5%	9	1.5%	66	11.1%	12	2.0%	1	0.2%	30	5.0%	23	3.9%
女性	合計	1,136	530	46.7%	27	2.4%	93	8.2%	11	1.0%	62	5.5%	20	1.8%	108	9.5%	17	1.5%	13	1.1%	35	3.1%	43	3.8%
	40-64歳	516	201	39.0%	15	2.9%	41	7.9%	2	0.4%	25	4.8%	14	2.7%	40	7.8%	5	1.0%	6	1.2%	17	3.3%	12	2.3%
	65-74歳	620	329	53.1%	12	1.9%	52	8.4%	9	1.5%	37	6.0%	6	1.0%	68	11.0%	12	1.9%	7	1.1%	18	2.9%	31	5.0%

※ メタボリックシンドローム 該当者: 腹囲+(高血圧・高血糖・脂質異常のうち2つに当てはまる)  
予備群: 腹囲+(高血圧・高血糖・脂質異常のうち1つに当てはまる)

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに上昇している。特に保健指導の実施率の向上が課題であったが、実施機関との連携強化により大きな伸びにつながった。

ただし、特定健診、保健指導ともに50%は超えたものの、目標値には遠い状況であり、地域の健康課題の全体像を正しく把握できるものとは言えない。未受診者の中には、まだまだ重症化リスクが高い方が多く潜在していることが予想されるため、さらなる受診勧奨と、保健指導の実施率向上の取り組みが重要となってくる。

【図表12】

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	実施率	医療機関受診率	
								佐久穂町	同規模平均
H25年度	2410	1108	46.0%	39位	141	41	29.1%	51.1%	50.8%
H28年度	2223	1122	50.5%	35位	130	69	53.1%	51.5%	51.7%

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・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

第1期の2年間では結果として明確には出てこないため引き続き対策を行っていく。介護保険では、介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき

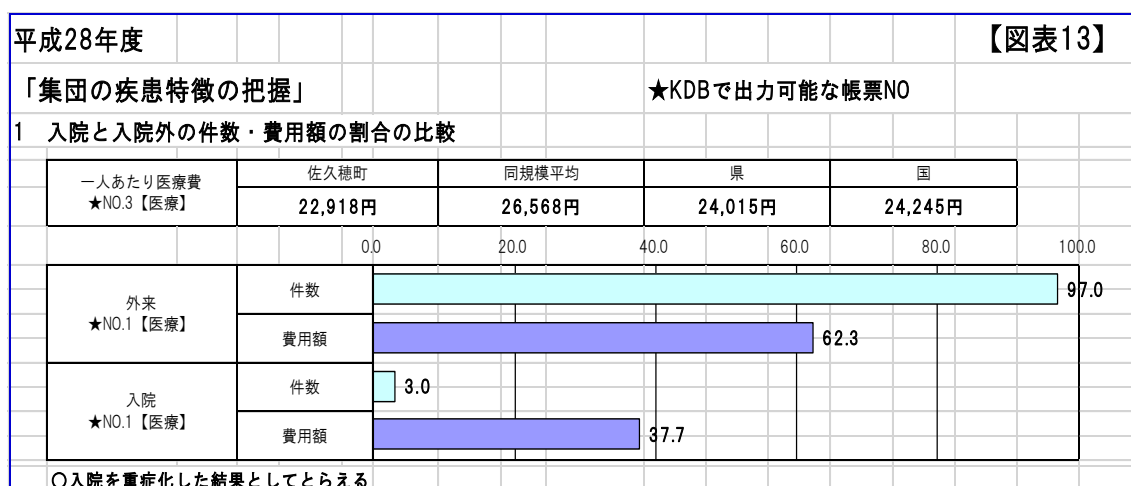
重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

## 2. 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

#### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

佐久穂町の入院件数は3.0%で、費用額全体の37.7%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。佐久穂町は、入院に比べて外来の占める割合が高いという特徴があるが、外来受診によって入院に至るような重症化が予防されているのか、頻回受診など適正化が必要な状況かは慎重な分析が必要である。1人あたりの医療費は、国・県・同規模と比較しても低いため、さらにこの水準を維持低減していく努力が求められる。



#### (2) 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 14)

H28年度中の200万円以上の高額レセは15件あったが、データヘルス計画の予防対象疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症に該当するものはなかった。

また、6か月以上の長期入院のレセ94件中、予防対象疾患に該当するのは脳血管疾患16件(費用額にして5.5%)のみだった。

人工透析78件中、その半数以上64.1%が糖尿病性腎症の罹患者であり、糖尿病の重症化予防の取組が今後の重要な課題となっている。

生活習慣病の治療者1125人のうち、脳血管疾患の割合が11.9%と高く、虚血性心疾患7.6%、糖尿病性腎症2.5%と続いている。生活習慣病のない方の虚血性心疾患の危険性を1とすると、1つの病気で5倍、2つで10倍、3つで31倍という報告がある。



脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症はいずれも血管が痛むことで起きる病気であり、佐久穂町でも生活習慣病を持っている方が発症していることがわかる。

2. 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14】	
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。							
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★No.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	15件	0件 0.0%	0件 0.0%	--	
		費用額	4266万円	--	--	--	
様式2-1 ★No.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上入院)	件数	94件	16件 17.0%	0件 0.0%	--	
		費用額	3879万円	213万円 5.5%	--	--	
様式2-2 ★No.11 (CSV)	人工透析 (長期化する疾患)	件数	78件	16件 20.5%	12件 15.4%	50件 64.1%	
		費用額	3111万円	557万円 17.9%	514万円 16.5%	2004万円 64.4%	
厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★No.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		1125人	134人 11.9%	86人 7.6%	28人 2.5%	
			基 礎 な 疾 患 の	高血圧	104人 77.6%	66人 76.7%	23人 82.1%
				糖尿病	53人 39.6%	31人 36.0%	28人 100.0%
				脂質異常症	85人 63.4%	52人 60.5%	24人 85.7%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
			602人 53.5%	289人 25.7%	428人 38.0%	114人 10.1%	

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は、予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

### (3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護の状況を見ると、65歳以上の認定は18.8%で、5人に1人が介護認定を受けている状況である。

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが82.7%であり、筋骨格系疾患83.7%とともに非常に高い割合を示していた。血管疾患の基礎疾患をみると、高血圧の割合が高く、75歳以上では75.4%を締めている。佐久穂町では、高血圧で治療中の方が特に多く、脳卒中のリスク因子として懸念される。

高血圧、脂質異常症や糖尿病などを基礎疾患として発症する脳卒中、虚血性心疾患、腎不全は年齢が上がるほど発症率が上がる。特に75歳以上では、84.6%が血管疾患を有しており、年齢とともに増加していく状況から、若いころからの血管の予防が介護予防にもつながるといえる。

また、介護を受けている方の医療費は、受けていない方の2倍以上となっており、血管疾患の予防対策が、介護予防となり、ひいては医療費の抑制につながる。

平成28年度 【図表15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

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		4,101人	1,580人	2,264人	3,844人				7,945人								
	認定者数		9人	55人	668人	723人				732人								
	認定率		0.22%	3.5%	29.5%	18.8%				9.2%								
	新規認定者数 (*1)		2人	10人	108人	118人				120人								
介護度別人数	要支援1・2	1	11.1%	12	21.8%	108	16.2%	120	16.6%	121	16.5%							
	要介護1・2	4	44.4%	29	52.7%	299	44.8%	328	45.4%	332	45.4%							
	要介護3～5	4	44.4%	14	25.5%	261	39.1%	275	38.0%	279	38.1%							
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) 有病状況	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	--	9		55		668		723		732				
		循環器 疾患	1	脳卒中	5	55.6%	脳卒中	17	30.9%	脳卒中	289	43.3%	脳卒中	306	42.3%	脳卒中	311	42.5%
			2	虚血性 心疾患	1	11.1%	虚血性 心疾患	6	10.9%	虚血性 心疾患	178	26.6%	虚血性 心疾患	184	25.4%	虚血性 心疾患	185	25.3%
			3	腎不全	1	11.1%	腎不全	3	5.5%	腎不全	52	7.8%	腎不全	55	7.6%	腎不全	56	7.7%
		基礎疾患 (*2)		糖尿病	1	11.1%	糖尿病	15	27.3%	糖尿病	189	28.3%	糖尿病	204	28.2%	糖尿病	205	28.0%
				高血圧	4	44.4%	高血圧	24	43.6%	高血圧	504	75.4%	高血圧	528	73.0%	高血圧	532	72.7%
				脂質 異常症	2	22.2%	脂質 異常症	11	20.0%	脂質 異常症	215	32.2%	脂質 異常症	226	31.3%	脂質 異常症	228	31.1%
			血管疾患 合計	合計	6	66.7%	合計	34	61.8%	合計	565	84.6%	合計	599	82.8%	合計	605	82.7%
			認知症	認知症	2	22.2%	認知症	7	12.7%	認知症	246	36.8%	認知症	253	35.0%	認知症	255	34.8%
			筋・骨格疾患	筋骨格系	6	66.7%	筋骨格系	30	54.5%	筋骨格系	577	86.4%	筋骨格系	607	84.0%	筋骨格系	613	83.7%
		*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上 *2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む																
		介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較										★NO.1【介護】						
0      2,000      4,000      6,000      8,000      10,000      12,000																		
要介護認定者医療費 (40歳以上)										10,211								
要介護認定なし医療費 (40歳以上)										4,284								

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診のデータを見ると、男性は女性に比べて摂取エネルギーが過剰であることが伺える。

男性では内臓脂肪型の肥満が多いことがわかる。全国や県に比べて GPT31 以上の割合が高いことから、脂肪肝が多い、または飲酒量が多いのではないかと推測できる。血

管を傷つける因子としては空腹時血糖、HbA1c の値が高く、特に空腹時血糖の率は全国や県と比べても高いことから、耐糖能障害を発症するリスクが高いといえる。肥満、摂取エネルギーの過剰、糖代謝異常、高血圧が重なると血管へのダメージが高くなる。心電図、眼底検査を見ると異常所見者が多く注意が必要である。

女性では、摂取エネルギーの過剰は少ないものの、GPT31 以上の割合は国・県よりも高く、飲酒による影響が考えられる。女性は肥満者が男性と比べて少ないが、空腹時血糖や HbA1c の高い方が多い。また LDL コレステロールも上昇している。このような状態から食事のバランスや運動不足などが伺える。眼底検査では国・県よりも有所見者率が高く、動脈硬化が進行している方が多い。

男女共通の結果として、糖代謝異常が 40 代から多いこと。LDL コレステロール、高血圧を合わせた生活習慣病が多いことが示されている。腎臓・心臓・脳血管疾患などの重大な疾病につながらないための対応を考えていく必要がある。

4 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(厚労省様式6-2~6-7) 【図表16 №23帳票】

	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		血清クレアチニン		
		25以上(人)		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上(人)		130以上(人)		85以上(人)		120以上(人)		1.3以上(人)		
		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	
全国	3,416,820	1,045,058	30.6%	1,714,251	50.2%	964,319	28.2%	699,126	20.5%	295,383	8.6%	966,218	28.3%	1,904,728	55.7%	470,809	13.8%	1,687,370	49.4%	825,003	24.1%	1,624,332	47.5%	60,107	1.8%	
県	78,793	21,950	27.9%	36,456	46.3%	22,085	28.0%	15,711	19.9%	6,763	8.6%	24,025	30.3%	51,246	65.2%	12,919	16.4%	34,608	43.9%	19,798	25.1%	36,940	46.9%	1,192	1.5%	
保険者	合計	530	152	28.7%	228	43.0%	123	23.2%	125	23.6%	42	7.9%	254	47.9%	311	58.7%	33	6.2%	220	41.5%	115	21.7%	260	49.1%	4	0.8%
	40-64歳	201	65	32.3%	96	47.8%	48	23.9%	60	29.9%	23	11.4%	92	45.8%	106	52.7%	21	10.4%	72	35.8%	46	22.9%	106	52.7%	1	0.5%
	65-74歳	329	87	26.4%	132	40.1%	75	22.8%	65	19.8%	19	5.8%	162	49.2%	205	62.3%	12	3.6%	148	45.0%	69	21.0%	154	46.8%	3	0.9%
女性	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		血清クレアチニン		
		25以上(人)		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上(人)		130以上(人)		85以上(人)		120以上(人)		1.3以上(人)		
		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	
全国	4,481,600	921,428	20.6%	776,329	17.3%	727,269	16.2%	390,023	8.7%	80,888	1.8%	762,087	17.0%	2,475,800	55.2%	80,398	1.8%	1,915,700	42.7%	646,284	14.4%	2,564,613	57.2%	9,294	0.2%	
県	94,907	18,185	19.2%	14,611	15.4%	16,172	17.0%	7,904	8.3%	1,948	2.1%	17,152	18.1%	62,563	65.9%	1,980	2.1%	36,338	38.3%	14,343	15.1%	53,213	56.1%	157	0.2%	
保険者	合計	593	134	22.6%	98	16.5%	72	12.1%	62	10.5%	17	2.9%	195	32.9%	359	60.5%	6	1.0%	184	31.0%	75	12.6%	359	60.5%	2	0.3%
	40-64歳	221	46	20.8%	31	14.0%	31	14.0%	17	7.7%	7	3.2%	57	25.8%	110	49.8%	1	0.5%	58	26.2%	31	14.0%	127	57.5%	0	0.0%
	65-74歳	372	88	23.7%	67	18.0%	41	11.0%	45	12.1%	10	2.7%	138	37.1%	249	66.9%	5	1.3%	126	33.9%	44	11.8%	232	62.4%	2	0.5%

佐久穂町のメタボリックシンドロームの割合は、男女とも予備群、該当者の割合は県・国よりも低い状況にある。

「腹囲＋予備群＋該当者」の県と町の状況を見ると、県の男性の「腹囲＋予備群＋該当者」は 46.2%、町は 20.1%と腹囲で該当になる人が約半数となっている。一方、県の女性では、15.5%、町では 9%と腹囲でチェックされる人は 1 割を切っている。

上記より肥満やメタボについては、県より町の状況はよいといえるが、予備群・高血糖の割合は男女とも県とほぼ同じか、高値を示しており、高血糖については注意が必要である。

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚労省様式6-8)

【図表17 No.24帳票】

性別	被保険者数	健診受診者		胸囲のみ		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	人数	割合
		全国	3,416,820	32.9%			588,308	17.2%			897	1.1%	7,995	10.1%	3,421	4.3%	19,933	25.3%	3,273	4.2%	1,303	1.7%	9,156	11.3%	6,201
県	78,793	43.1%	4,210	5.3%	12,313	15.6%			11	1.0%	62	5.5%	20	1.8%	108	9.5%	17	1.5%	13	1.1%	35	3.1%	43	3.8%	
保険者	1,136	530	46.7%	27	2.4%	93	8.2%			2	0.4%	25	4.8%	14	2.7%	40	7.8%	5	1.0%	6	1.2%	17	3.3%	12	2.3%
40-64歳	516	201	39.0%	15	2.9%	41	7.9%			2	0.4%	25	4.8%	14	2.7%	40	7.8%	5	1.0%	6	1.2%	17	3.3%	12	2.3%
65-74歳	620	329	53.1%	12	1.9%	52	8.4%			9	1.5%	37	6.0%	6	1.0%	68	11.0%	12	1.9%	7	1.1%	18	2.9%	31	5.0%

性別	被保険者数	健診受診者		胸囲のみ		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	人数	割合
		全国	4,481,600	39.6%			259,424	5.8%			294	0.3%	3,171	3.3%	1,247	1.3%	8,142	9.5%	1,034	1.1%	525	0.6%	3,979	4.2%	2,574
県	94,907	49.8%	1,756	1.9%	4,713	5.0%			6	0.6%	19	1.7%	5	0.5%	57	5.2%	9	0.8%	2	0.2%	31	2.9%	15	1.4%	
保険者	1,086	593	54.6%	11	1.0%	30	2.8%			2	0.4%	5	1.1%	2	0.4%	15	3.2%	0	0.0%	1	0.2%	12	2.6%	2	0.4%
40-64歳	463	221	47.7%	7	1.5%	9	1.9%			2	0.4%	5	1.1%	2	0.4%	15	3.2%	0	0.0%	1	0.2%	12	2.6%	2	0.4%
65-74歳	623	372	59.7%	4	0.6%	21	3.4%			4	0.6%	14	2.2%	3	0.5%	42	6.7%	9	1.4%	1	0.2%	19	3.0%	13	2.1%

※ メタボリックシンドローム 該当者: 腹囲+(高血圧・高血糖・脂質異常のうち2つに当てはまる)  
予備群: 腹囲+(高血圧・高血糖・脂質異常のうち1つに当てはまる)

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

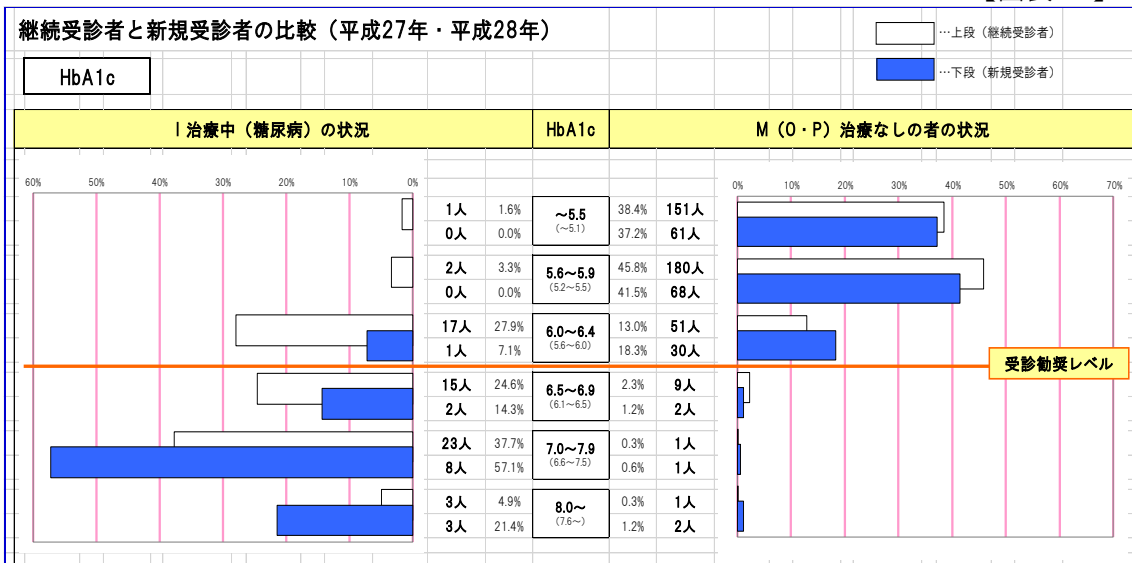
糖尿病、血圧、コレステロールの状況を比較した表だが、一般論的には、健診受診者(特に継続受診している方)は、受診勧奨レベルより正常値に近い状況に分布していることが理想とされる。

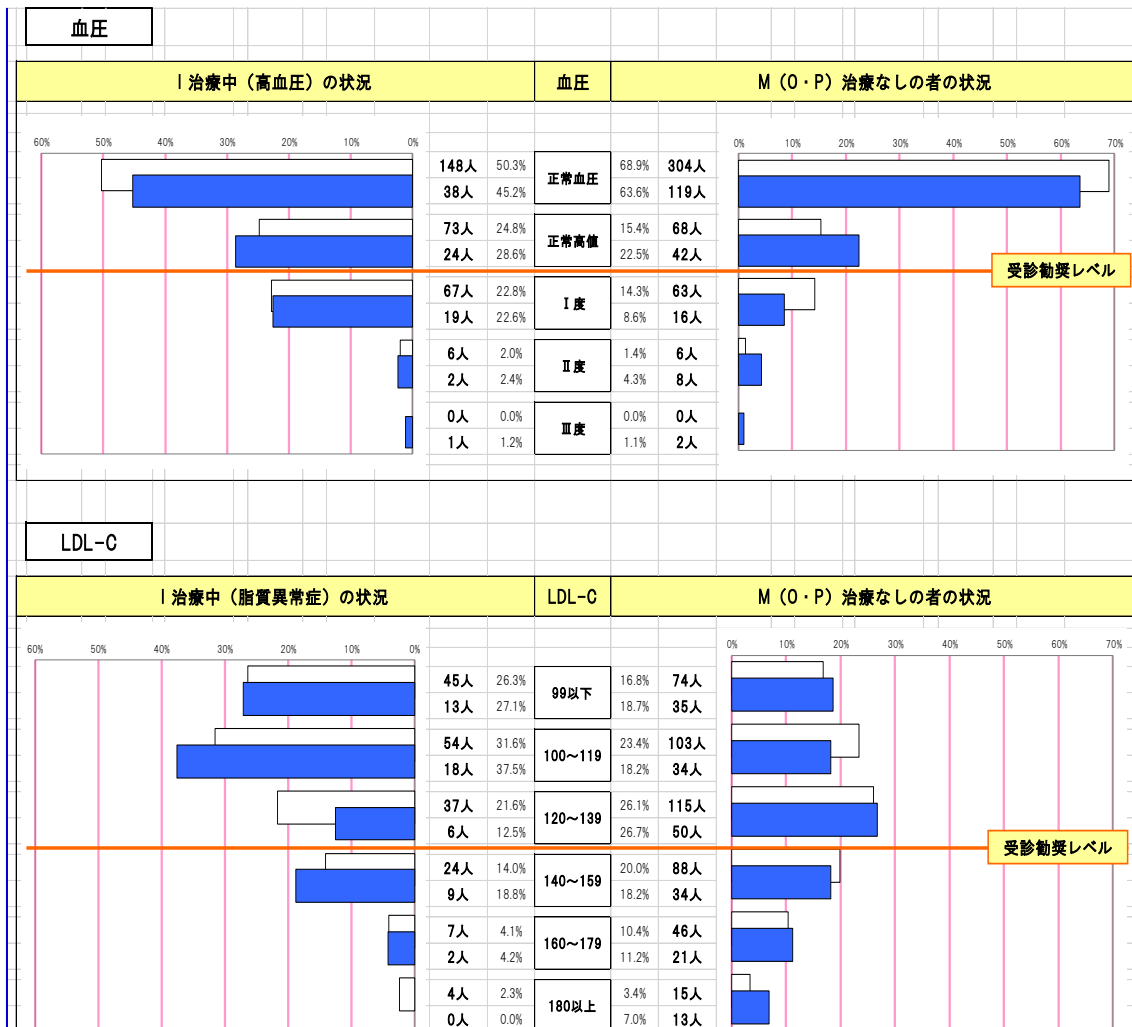
また、継続受診者と新規受診者の人数を比較した場合、新規受診者より継続受診者のヤマの方が多く、理想と考えられる。

こうしてみた場合、血糖値(HbA1c)の状況では、同じ健診受診者でも糖尿病治療中の方は、レベル値よりも悪化状態の方が多く、いったん糖尿病になってしまうと血糖のコントロールが難しい状況であることがわかる。

一方、血圧とLDLコレステロールについては、いずれも健診受診者の方が、レベル値より正常レベルに多く分布していることから、健診受診や適切な治療を受けることが悪化を防ぐことにつながっていると考えられる。

【図表 18】





#### 4）未受診者の把握（図表 19）

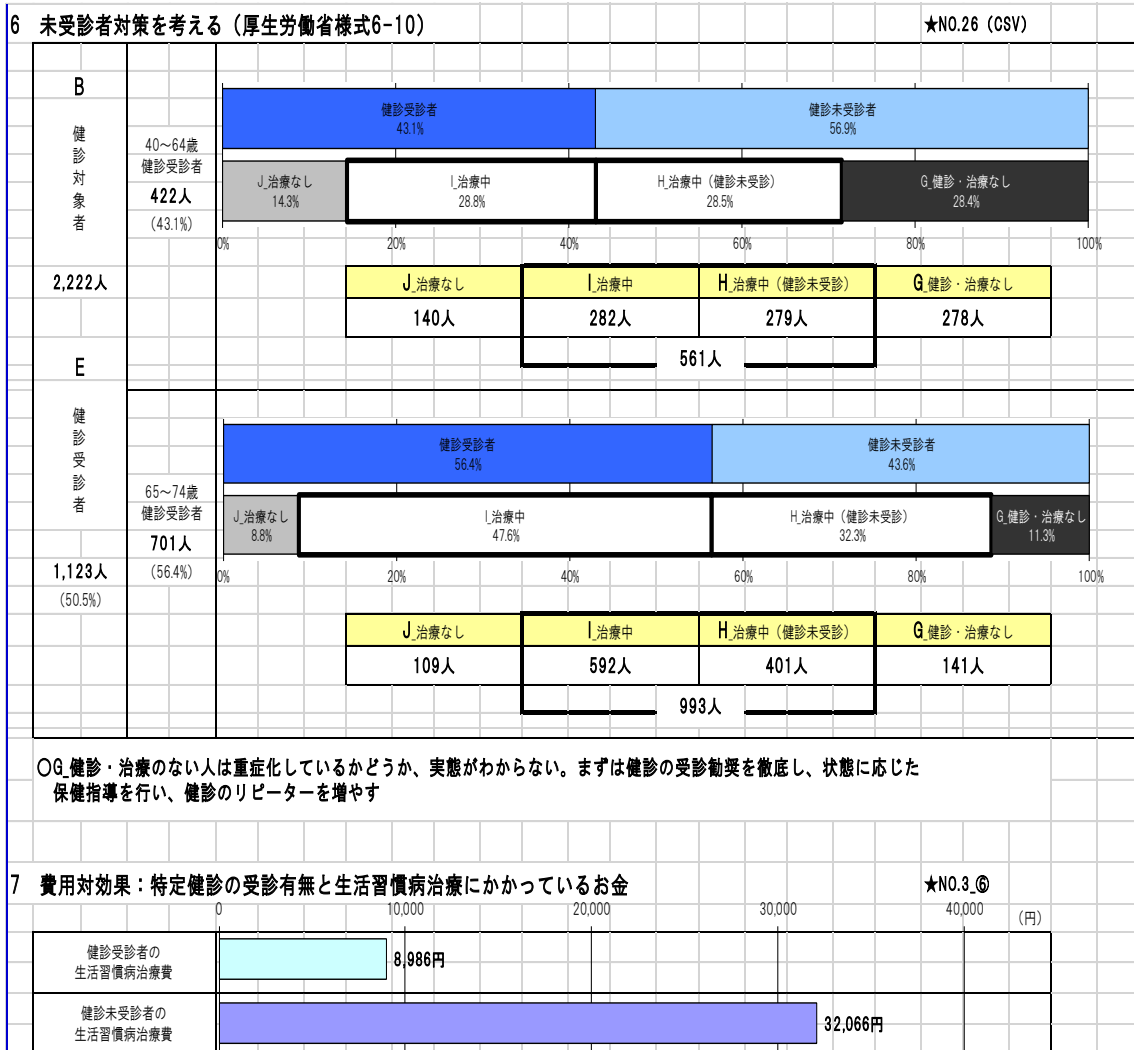
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていないグループを見ると、年齢が若い40～64歳の割合が28.4%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

また、健診受診率が5割に満たないということは、KDBシステム上でも地域の全体的な医療課題や状況を正確に分析できないということを意味しているため、未受診者対策によって受診率の向上を目指していくことは重要である。

健診受診の有無と、生活習慣病治療に係る費用との関連性をみていくと、健診未受診の方の治療費は受診者の治療費の3.5倍以上である。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る。

【図表 19】



### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① 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ある、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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する。

そのためには病気の早期発見と早期治療及び重症化予防が大切であり、その結果が医療費の適正化へつながる。計画では、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とする。

## ②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、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する。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者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者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ることとする。

町の健康課題にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

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っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、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、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、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表20】

	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	55.0%	60.0%	62.5%	65.0%	67.5%	70.0%
特定保健指導実施率	55.0%	60.0%	62.5%	65.0%	67.5%	70.0%

### 3. 対象者の見込み

【図表21】

		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	2,200	2,180	2,160	2,140	2,120	2,100
	受診者	1,210	1,308	1,350	1,391	1,431	1,470
特定保健指導	対象者数	130	128	126	124	122	120
	実施者数	72	77	79	81	82	84

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。佐久穂町内の公共施設において集団検診を実施。また指定する委託医療機関においても健診を実施する。

- ① 集団健診(佐久総合病院 健康管理センター)
- ② 外部委託(佐久総合病院本院・小海分院、佐久穂町立千曲病院、八千穂クリニック等)

#### (2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

#### (3)特定健診実施項目

##### ア 基本的な健診項目

- (ア) 質問票（服薬歴、喫煙歴等）
- (イ) 身体計測（身長・体重・肥満度・腹囲）



- (ウ) 理学的検査（身体診察）
- (エ) 血圧測定
- (オ) 脂質検査（中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール）
- (カ) 肝機能検査（GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP）
- (キ) 血糖検査（空腹時血糖、ヘモグロビン A1c）
- (ク) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

イ 詳細検査項目

- (ア) 心電図検査
- (イ) 眼底検査
- (ウ) 貧血検査（ヘマクリット値、血色素量、赤血球数）

ウ 追加検査

- (ア) 血液化学検査（白血球・血小板・血清鉄・総コレステロール・クレアチニン・尿酸・フォスタファアーゼ・総ビリルビン・尿素窒素・カルシウム・無機リン・ヘモグロビン A1c または血糖）、尿検査（潜血）

(4)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(5)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関との連携強化を図る。

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

(6)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(7)健診の案内方法・健診実施スケジュール

【図表 22】

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
翌年度の健診希望申込案内(全戸配布)	0											
健診実施委託機関への受診希望者リストの送付			上旬									
個別健診の契約締結		0										
個別健診の実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
集団健診の契約締結								0				
集団健診 案内通知・問診票の発送(被保険者あて)									上旬			
集団健診の実施									下旬	上旬		

5. 特定保健指導の実施

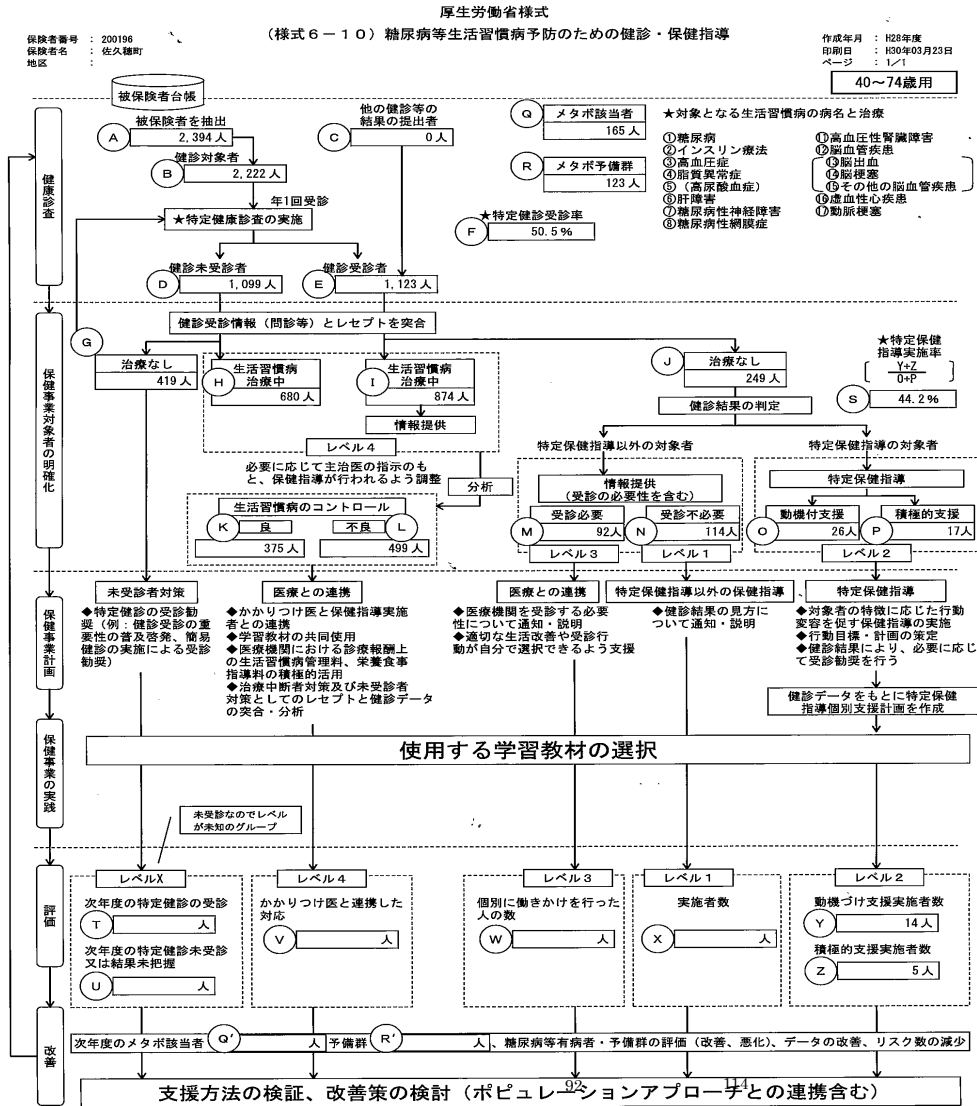
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結

果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表24)

【図表24】					
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機づけ支援 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	43人 (44.1%)	55%
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	92人 (100%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施により受診勧奨)	1,099人 ※目標達成まであと123人	45%
4	N	情報提供	◆結果の味方について通知・説明	114人 (100人)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	847人 (100%)	100%

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】

H30年度 成人保健年間実施スケジュール		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診	内容・対象者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	健診受診率の向上	訪問 (5月)				来場集計 (8月)							評価
	健診受診率の向上	対象：ドック・ボーン等の健診でドックの申し込みの無い方											
	健診受診率の向上	健診受診率の向上 他課と連携し受診勧奨を実施											
特定保健指導	内容・対象者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	健診受診率の向上	訪問 (5月)											
	健診受診率の向上	対象：ドック・ボーン等の健診でドックの申し込みの無い方											
	健診受診率の向上	健診受診率の向上 他課と連携し受診勧奨を実施											
重症化予防	内容・対象者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	健診受診率の向上	訪問 (5月)											
	健診受診率の向上	対象：ドック・ボーン等の健診でドックの申し込みの無い方											
	健診受診率の向上	健診受診率の向上 他課と連携し受診勧奨を実施											

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および佐久穂町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、佐久穂町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者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ていく。日常生活の改善や見直しによって生活習慣病の発症が予防可能な者には、悪化予防・状態改善のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては生活習慣病の実態や、高血糖・高血圧などの重症化予防の必要性を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診受診につながる取組や、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。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る。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する。

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」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)及び佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、佐久地域プログラムとする)に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (1)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
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 26】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 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佐久地域プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中でハイリスクの者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 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る。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う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対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となる。(参考資料 2)

#### ② 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った。(図表 28)

町において特定健診受診者で糖尿病型(E)のうち糖尿病未治療者は 58 人(39.7%・F)



であった。また40～74歳における糖尿病治療者281人(H)中のうち、特定健診受診者が88人(31.3%)であった。そのうち、56人(63.6%-J)はコントロール不良群であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者は193人(68.7%-I)であった。データがないためコントロールの状況はわからないが、今後は重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

### ③ 介入方法と優先順位

図表28より町においての介入方法を以下の通りとする。

#### 優先順位1

##### 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者(F)**

#### 優先順位2

##### 【保健指導】

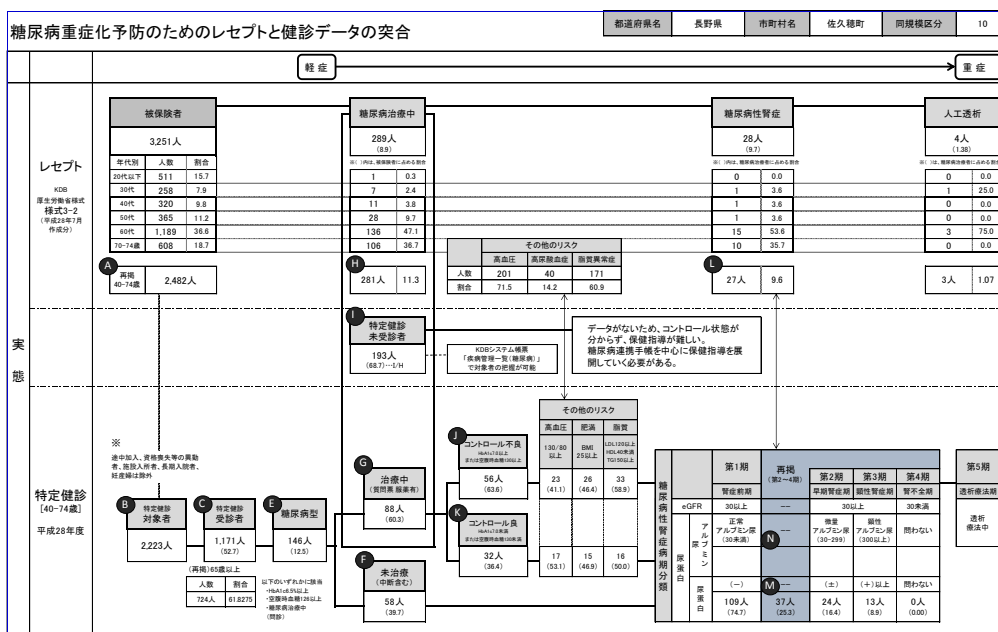
- ・糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者**
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位3

##### 【保健指導】

- ・糖尿病治療中であったが**中断者**
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者
- ・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

【図表28】



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 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 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

#### 【糖尿病台帳作成手順】

(1) 糖尿病管理台帳名簿が国保連から提供されるので、下記(4)(5)を行い、名簿を整備する。台帳へ追加する(2)(3)については名簿の整備ができ次第行う。

(2) レセプトを確認し情報を記載する

##### ① 治療状況の把握

- ・特定健診の間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

(3) 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。

(4) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(5) 資格を確認する

(6) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

## 4) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症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ある。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

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こるのでしょうか？             <ul 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～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </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 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</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か？</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>

## (2) 2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の実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へはフォローアップ検査を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者は、集団健康診査・クリニックドックの場合は精密検査依頼書があるのでそれを病院へ持参するように指導する。治療中断者を医療機関につなぐ場合は、個々に医療機関と相談をする。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用する。必要な場合はかかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐久地区プログラムに準じていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)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出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

## 7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。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回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～対象者へ介入(通年)

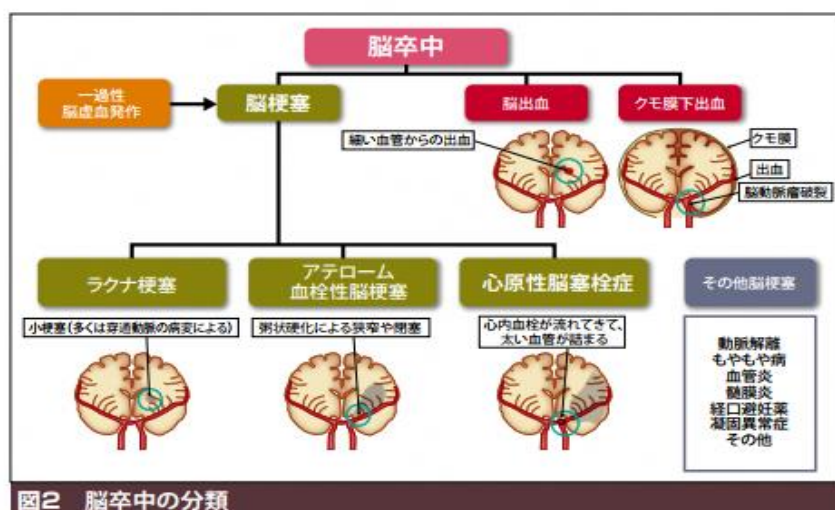
## 2. 生活習慣病重症化予防

### 1) 基本的な考え方

生活習慣病の悪化からくる、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患などの重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、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、動脈硬化性疾患予防ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

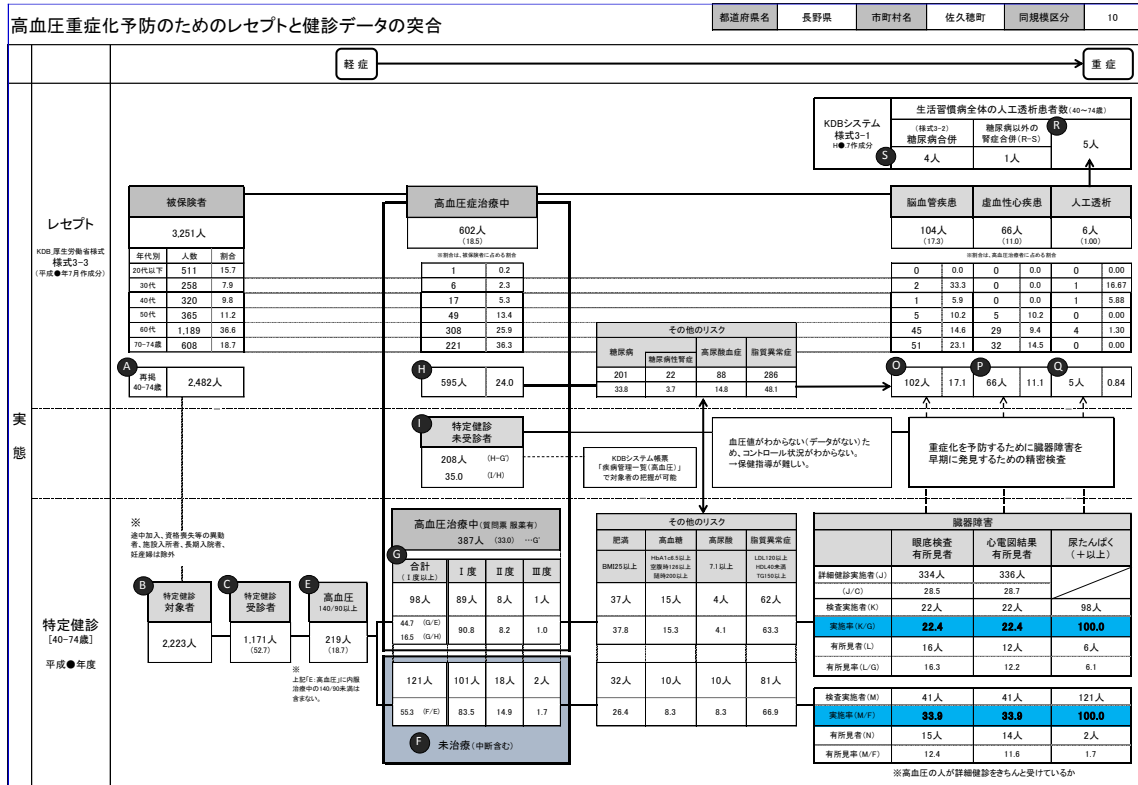
重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 36】

平成28年度特定健診結果														
受診者数		1 次		2 次		3 次								
1,171人 (受診率 52.7%)		53 4.5%		464 39.6%		654 55.8%								
1次：全ての健診項目が正常の人 2次：1次、3次以外 3次：健診項目のうち一つでも受診勧奨判定値以上の項目がある人		発症を予防する		早期発見、早期治療による重症化の予防		発病後、進行を抑制し、重症化や重症化を防止								
項目	受診者数	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		再掲①		再掲②		参考		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
身体の大きさ	BMI	1,171	874	74.6%	297	25.4%	--	--	--	--	--	メタボリックシンドローム診断基準検討委員会「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」		
	腹囲	1,170	836	71.5%	334	28.5%	--	--	--	--	--			
内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	1,171	967	82.6%	183	15.6%	21	1.8%	7	0.6%	--	日本動脈硬化学会動脈硬化性疾患予防ガイドライン		
	HDLコレステロール	1,171	1,112	95.0%	38	3.2%	21	1.8%	--	--	--			
	AST (GOT)	1,171	1,002	85.6%	135	11.5%	34	2.9%	--	--	--			
	ALT (GPT)	1,171	978	83.5%	142	12.1%	51	4.4%	--	--	--	日本消化器学会「肝機能研究班意見書」		
	γ-GT (γ-GTP)	1,171	982	83.9%	131	11.2%	58	5.0%	--	--	--			
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	血圧	収縮期	1,171	754	64.4%	240	20.5%	177	15.1%	17	1.5%	0	0.0%	日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」
		拡張期	1,171	969	82.7%	85	7.3%	117	10.0%	21	1.8%	3	0.3%	
		計	1,171	719	61.4%	230	19.9%	219	18.7%	29	2.5%	3	0.3%	
尿酸	512	473	92.4%	29	5.5%	11	2.1%	--	--	--	--	日本高尿酸血症・腎臓病学会「高尿酸血症・痛風の診断ガイドライン」		
インスリン抵抗性	空腹時血糖	924	452	48.9%	385	41.7%	87	9.4%	--	--	--	--	日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイドライン」	
	HbA1c	1,019	316	31.0%	610	59.9%	93	9.1%	45	4.4%	9	0.9%	日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイドライン」	
腎臓	尿糖	1,170	1,154	98.6%	2	0.2%	14	1.2%	--	--	--	--	人間ドック学会「判定区分」	
	クレアチニン	512	378	73.8%	127	24.8%	7	1.4%	--	--	--	--		
	GFR (糸球体濾過量)	512	403	78.7%	96	18.8%	13	2.5%	--	--	--	--		
	尿蛋白	1,169	1,132	96.8%	23	2.0%	14	1.2%	--	--	--	--	日本腎臓学会「CKD診療ガイドライン」	
	尿潜血	509	465	91.4%	34	6.7%	10	2.0%	--	--	--	--		
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	1,171	529	45.2%	289	24.7%	353	30.1%	137	11.7%	41	3.5%	日本動脈硬化学会動脈硬化性疾患予防ガイドライン	

町では、保健指導判定値と判断される割合が高い疾患として、ヘモグロビン A1c(59.9%)、空腹時血糖(41.7%)がある。受診勧奨判定値と判断される割合が高い疾患としては、血圧(収縮期 15.1%、拡張期 10.0%)があり、次いでヘモグロビン A1c(9.1%)、空腹時血糖(9.4%)がある。腎機能についても e-GFR50 未満の受診勧奨判定値とされる方が13名おり、重症化予防が大切である。

【図表 37】



脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者を見るとⅡ度高血圧以上が 29 人(2.5%)であり、20 人は未治療者であった。また未治療者のうち 15 人(12.4%)は眼底所見有、14人(11.6%)は心電図所見有、2人(1.7%)は尿たんぱく+以上で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ある。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 9 人(9.2%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) 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あるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。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対象者を明確にしていく必要がある。(図表 38)



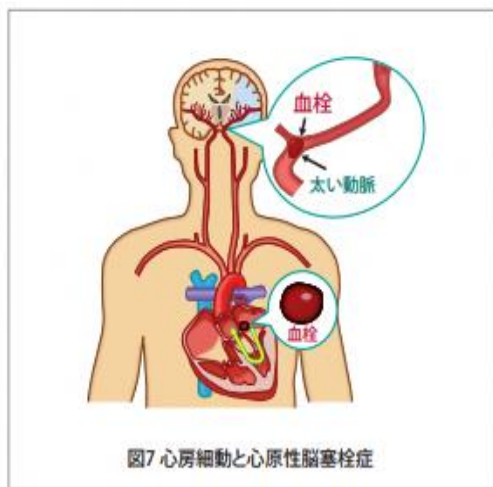
【図表 38】

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間脳死死亡数の減少	虚血性心疾患 の年間脳死死亡数の減少	糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少						
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科診療と治療に関するガイドライン (2006年改訂版))	糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)						
	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性脳塞栓症 (27%) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム血栓性脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン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/d以上 中性脂肪 300mg/d以上	メタボリックシンドローム (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	重症化予防対象者 (英人数)		
受診者数	1,171						303		
対象者数	29 2.5%	6 0.5%	41 3.5%	21 1.8%	169 14.4%	76 6.5%	14 1.2%	13 1.1%	303 25.9%
治療なし	20 2.6%	3 0.5%	37 3.9%	17 1.8%	32 4.8%	38 4.0%	4 0.6%	3 1.0%	104 16.7%
(再掲) 特定保健指導	8 27.6%	2 33.3%	5 12.2%	4 19.0%	32 18.9%	7 9.2%	1 7.1%	0 0.0%	48 15.6%
治療中	9 2.3%	3 0.6%	4 1.7%	4 1.7%	137 26.9%	38 50.0%	10 2.0%	10 4.6%	199 39.0%
臓器障害あり	4 20.0%	3 100.0%	4 10.8%	5 29.4%	1 3.1%	5 13.2%	4 100.0%	3 100.0%	19 18.3%
CKD (専門医対象者)	0	0	1	2	0	0	4	3	7
尿蛋白 (2+) 以上	0	0	1	2	0	0	4	0	4
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は除外)	0	0	0	0	0	0	0	3	3
心電図所見あり	4	3	3	3	1	5	0	1	13
臓器障害 なし	16 80.0%	--	33 89.2%	12 70.6%	31 96.9%	33 86.8%	--	--	--

図表 38 脳・心・腎を守るための視点で表した表である。高リスク群にあたる臓器障害を  
起こしているもの早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)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。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  
能である。集団健康診査・町民ドックなどで心電  
図検査を行っており、心房細動の有所見につい  
ては、受診勧奨を行っている。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 39】

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 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う。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る。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う。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う。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う。

#### (2) フォローアップ検査の実施

生活習慣病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る。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フォローアップ検査において、これらの検査を実施していく。

#### (3) 対象者の管理

##### ① 高血糖の管理

ヘモグロビン A1c5.6～6.4 または、空腹時血糖 110～125 の方に対してフォローアップ検査を行う。69歳以下でヘモグロビン A1c6.0～6.4 または空腹時血糖 110～125 または随時血糖 140～199 の方に対しては糖負荷検査・頸部動脈超音波検査を行い、状態の悪化防止について保健指導を行う。

##### ② 脂質異常症の管理

**LDL コレステロール 140-179 の方に対しては、フォローアップ検査を行う**

##### ③ 腎予防の管理

74歳以下の e-GFR 45～60 で糖尿病治療なし、尿たんぱく(+-)までの方に対して尿アルブミン検査・フォローアップ検査を行い保健指導をする。

#### 4) 医療との連携

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

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)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出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

#### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。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 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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

##### (1) 短期的評価

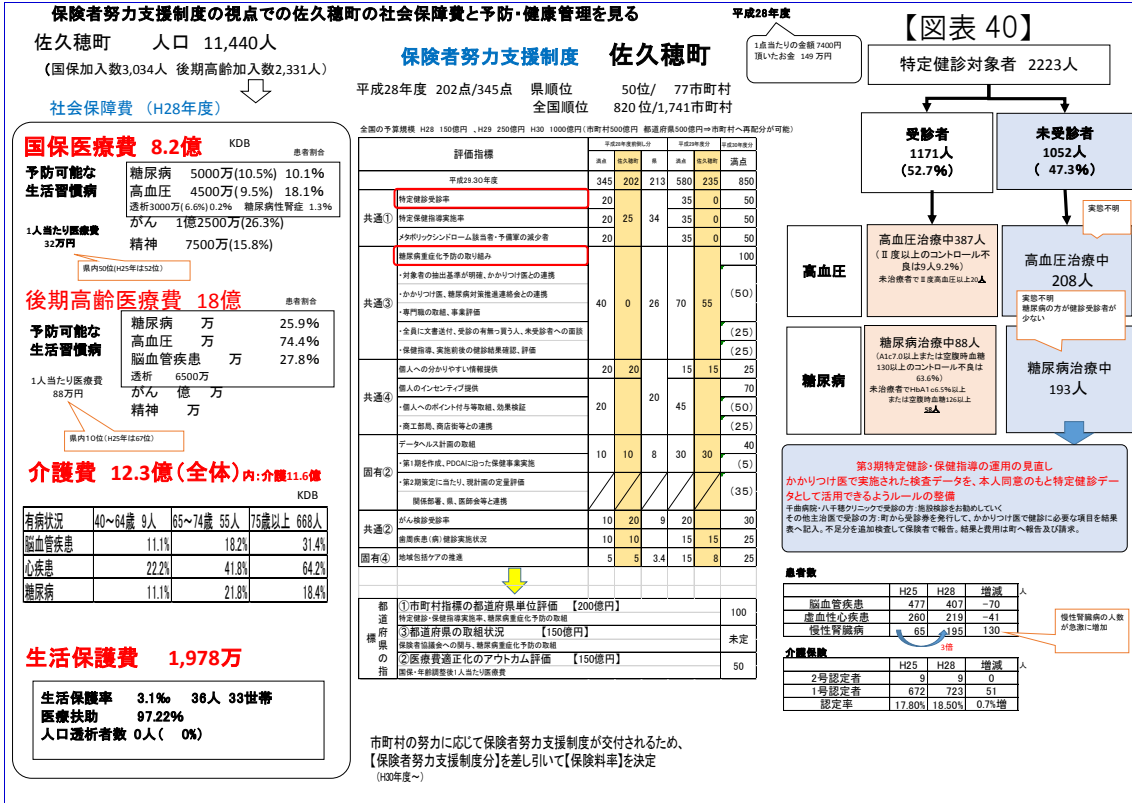
高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

#### 7) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

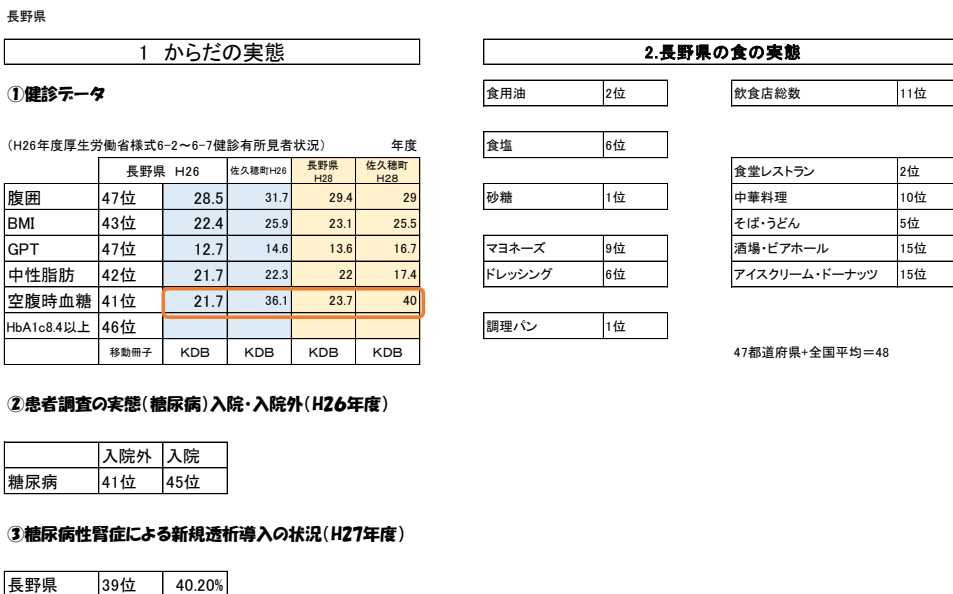
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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り医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。【図表 40】



県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

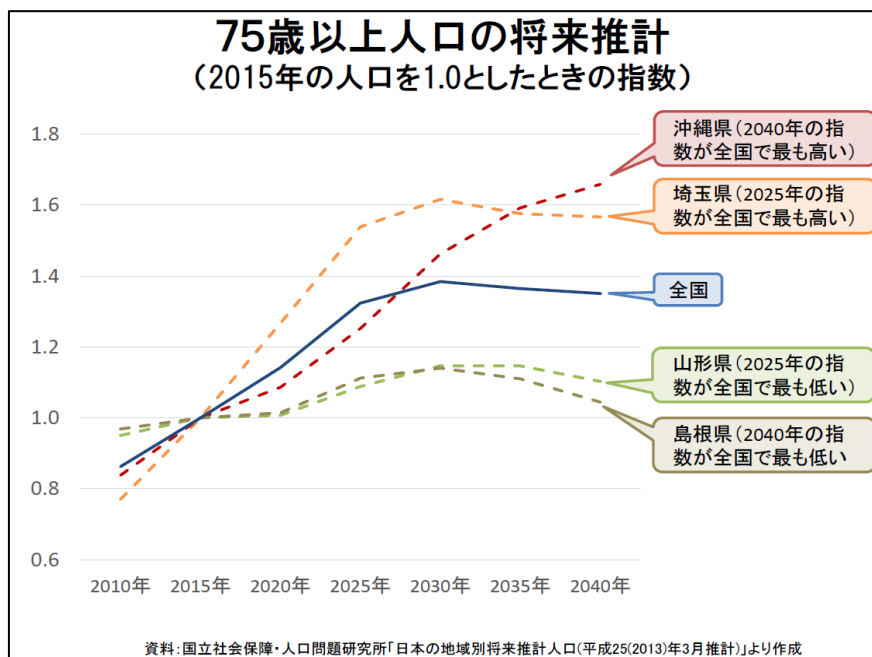
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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る。要介護になる原因疾患の脳血管疾患、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、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。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する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

長野県は、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 1.66 と全国一高くなると推計されている。(図表 42)

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る。このような状況にかんがみれば、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ある。

【図表 42】



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となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者との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町民を増やしていくことにつながる。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。  
また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

### 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る。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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、地域の医師等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

### 2. 個人情報の取扱い

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



## 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〇〇町の位置

参考資料 2 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 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた佐久穂町の位置

28年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	11,980		1,944,956		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）	3,844	32.1	575,439	29.6	567,919	26.8	29,020,766		23.2
		75歳以上	2,264	18.9			303,854	14.4	13,989,864		11.2
		65～74歳	1,580	13.2			264,065	12.5	15,030,902		12.0
		40～64歳	4,101	34.2			701,088	33.1	42,411,922		34.0
	39歳以下	4,035	33.7			846,640	40.0	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		16.3		14.7		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		29.8		26.9		29.5		25.2	
		第3次産業		53.9		58.3		60.7		70.6	
	③ 平均寿命	男性		81.2		79.3		80.9		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			86.5		86.4		87.2		86.4		
④ 健康寿命	男性		65.9		65.1		65.7		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性		66.4		66.8		67.2		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		98.3		105.0		90.3		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性									
		女性									
		がん	44	40.0	6,768	45.4	6,285	44.7	367,905	49.6	
		心臓病	34	30.9	4,236	28.4	3,777	26.9	196,768	26.5	
		脳疾患	22	20.0	2,609	17.5	2,908	20.7	114,122	15.4	
		糖尿病	3	2.7	263	1.8	270	1.9	13,658	1.8	
	腎不全	3	2.7	584	3.9	370	2.6	24,763	3.3		
	自殺	4	3.6	444	3.0	436	3.1	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査
男性											
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	723	18.5	114,823	20.2	111,407	19.7	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	17	0.3	1,946	0.3	1,767	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	9	0.3	2,492	0.4	2,068	0.3	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	136	18.2	25,557	21.3	23,893	20.7	1,343,240	21.9	
		高血圧症	393	53.8	63,736	53.4	62,178	54.1	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	132	18.2	31,917	26.6	30,991	26.7	1,733,323	28.2	
		心臓病	453	62.0	72,144	60.5	71,297	62.0	3,511,354	57.5	
		脳疾患	221	29.9	32,336	27.3	32,970	28.8	1,530,506	25.3	
		がん	70	9.2	11,669	9.6	12,090	10.4	629,053	10.1	
		筋・骨格	442	59.4	61,988	51.8	61,653	53.6	3,051,816	49.9	
	精神	247	33.8	44,120	36.6	42,035	36.4	2,141,880	34.9		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		49,816		68,805		58,537		58,349	
		居宅サービス		34,543		42,403		38,583		39,683	
		施設サービス		264,089		278,100		272,582		281,115	
	④ 医療費等	要介護認定別		10,192		8,196		7,746		7,980	
医療費 (40歳以上)			4,288		3,956		3,668		3,822		
4	① 国保の状況	被保険者数	3,071		509,754		540,824		32,587,223	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	1,295	42.2			229,559	42.4	12,462,053		38.2
		40～64歳	1,099	35.8			176,386	32.6	10,946,693		33.6
		39歳以下	677	22.0			134,879	24.9	9,178,477		28.2
		加入率		25.6		26.6		25.6			26.9
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	121	0.2	131	0.2	8,255	0.3	
		診療所数	6	2.0	1,138	2.2	1,561	2.9	96,727	3.0	
		病床数	97	31.6	17,242	33.8	24,190	44.7	1,524,378	46.8	
		医師数	11	3.6	1,935	3.8	4,786	8.8	299,792	9.2	
		外来患者数		593.5		682.6		668.8		668.3	
	③ 医療費の状況	入院患者数		18.7		22.4		17.7		18.2	
		一人当たり医療費	22,918		26,567		24,014		24,253		
		受診率	612,133		705,016		686,476		686,501		
		外来費用の割合	62.3		57.2		60.9		60.1		
		入院費用の割合	37.7		42.8		39.1		39.9		
1件あたり在院日数		12.8日		16.7日		15.1日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名 (調期含む)		がん	124,565,820	26.3	23.7		24.8		25.6		
	慢性腎不全 (透析あり)	31,110,280	6.6	9.5		9.5		9.7			
	糖尿病	49,617,250	10.5	10.3		10.0		9.7			
	高血圧症	44,967,560	9.5	9.2		8.8		8.6			
	精神	74,628,230	15.8	18.8		17.7		16.9			
筋・骨格	96,852,670	20.5	15.1		15.7		15.2				

【参考資料 2】

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	574,783	39位	(11)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	551,123	54位	(13)							
				脂質異常症	504,768	58位	(14)							
				脳血管疾患	558,382	63位	(14)							
				心疾患	926,605	4位	(10)							
				腎不全	375,491	66位	(10)							
				精神	439,106	63位	(23)							
				悪性新生物	658,844	27位	(13)							
				外来	糖尿病	40,396	12位							
					高血圧	30,878	19位							
					脂質異常症	33,331	3位							
					脳血管疾患	39,729	18位							
					心疾患	32,830	60位							
					腎不全	140,917	57位							
精神	26,877	53位												
悪性新生物	59,019	15位												
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,190		2,779		2,584		2,065		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			健診未受診者	11,162		12,249		11,934		12,683				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,892		7,539		7,237		5,940				
			健診未受診者	35,126		33,226		33,421		36,479				
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	618	55.0	85,600	56.7	84,602	53.3	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	578	51.5	77,924	51.6	77,778	49.0	3,799,744	51.6				
		医療機関非受診率	40	3.6	7,676	5.1	6,824	4.3	316,786	4.3				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数79	健診受診者	1,123		150,884		158,763		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
					受診率	50.3	県内33位 同規模40位	41.2	42.2	全国7位	34.0			
				特定保健指導終了者(実施率)	11	8.5	1,988	10.6	572	3.3	35,557	4.1		
				非肥満高血糖	144	12.8	16,132	10.7	16,151	10.2	687,157	9.3		
				メタボ	該当者	165	14.7	26,708	17.7	25,333	16.0	1,272,714		17.3
					男性	108	20.4	18,450	26.8	17,887	25.1	875,805		27.5
					女性	57	9.6	8,258	10.1	7,446	8.5	396,909		9.5
					予備群	123	11.0	16,517	10.9	15,393	9.7	790,096		10.7
				BMI	男性	93	17.5	11,305	16.4	11,071	15.5	548,609		17.2
					女性	30	5.1	5,212	6.4	4,322	4.9	241,487		5.8
					総数	326	29.0	48,306	32.0	46,217	29.1	2,320,533		31.5
					男性	228	43.0	33,087	48.1	32,823	46.0	1,597,371		50.1
				BMI	女性	98	16.5	15,219	18.6	13,394	15.3	723,162		17.3
					総数	59	5.3	8,411	5.6	7,337	4.6	346,181		4.7
				BMI	男性	8	1.5	1,366	2.0	1,273	1.8	55,460		1.7
					女性	51	8.6	7,045	8.6	6,064	6.9	290,721		7.0
				血糖のみ	17	1.5	1,113	0.7	1,062	0.7	48,685	0.7		
				血圧のみ	81	7.2	11,749	7.8	10,052	6.3	546,667	7.4		
				脂質のみ	25	2.2	3,655	2.4	4,279	2.7	194,744	2.6		
血糖・血圧	26	2.3	4,972	3.3	3,834	2.4	196,978	2.7						
血糖・脂質	15	1.3	1,383	0.9	1,652	1.0	69,975	1.0						
血圧・脂質	66	5.9	12,150	8.1	12,020	7.6	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	58	5.2	8,203	5.4	7,827	4.9	386,077	5.2						
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	378	33.7	53,167	35.3	52,469	33.1	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	85	7.6	12,333	8.2	11,955	7.5	551,051	7.5		
				脂質異常症	220	19.6	33,165	22.0	36,892	23.2	1,738,149	23.6		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	34	3.0	4,411	3.0	4,697	3.1	230,777	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	72	6.4	7,617	5.3	10,003	6.6	391,296	5.5		
				腎不全	3	0.3	756	0.5	882	0.6	37,041	0.5		
				貧血	83	7.4	12,367	8.7	11,296	7.5	710,650	10.1		
				喫煙	160	14.2	21,922	14.5	21,320	13.4	1,048,171	14.2		
				週3回以上朝食を抜く	49	4.4	9,740	7.0	8,333	6.2	540,374	8.5		
				週3回以上食後間食	105	9.4	16,764	12.0	15,693	11.3	743,581	11.8		
				週3回以上就寝前夕食	170	15.2	22,143	15.8	20,055	15.0	983,474	15.4		
				食べる速度が遅い	353	31.5	37,641	27.0	33,797	25.3	1,636,988	25.9		
				20歳時体重から10kg以上増加	353	31.7	45,144	32.3	40,560	29.0	2,047,756	32.1		
				1回30分以上運動習慣なし	798	71.2	90,055	64.4	89,671	63.9	3,761,302	58.7		
1日1時間以上運動なし	563	50.2	65,817	47.1	63,966	45.6	2,991,854	46.9						
睡眠不足	176	15.7	34,533	24.7	30,611	21.9	1,584,002	25.0						
毎日飲酒	282	25.2	37,127	26.1	36,779	24.4	1,760,104	25.6						
時々飲酒	259	23.1	28,746	20.2	34,747	23.0	1,514,321	22.0						
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	225	41.7	59,598	61.3	41,350	54.0	3,118,433	64.1				
		1～2合	222	41.2	24,348	25.0	24,618	32.1	1,158,318	23.8				
		2～3合	75	13.9	9,953	10.2	8,209	10.7	452,785	9.3				
		3合以上	17	3.2	3,329	3.4	2,397	3.1	132,608	2.7				

黄色は糖尿病重症化予防評価項目

【参考資料 3】

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 4】

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 ↓ 保健指導の優先づけ	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   かかりつけ医、糖尿病専門医   栄養士中心   腎専門医	
	④健診未受診者 ( )人				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●合併症</li> <li>●脳・心疾患-手術</li> <li>●人工透析</li> <li>●がん</li> </ul> </div>
	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				
	⑤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 *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 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模  
区分 10

都道  
府県 20

市町村名

佐久穂町

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152			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	3,251人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳	2,482人							
2	①	特定健診	B	2,223人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②		対象者数	1,171人							
	③		受診率	52.7%							
3	①	特定 保健指導		130人							
	②		実施率	0.5%							
4	①	健診 データ	E	146人	12.5%					特定健診結果	
	②		糖尿病型	F	58人	39.7%					
	③		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G	88人	60.3%					
	④		治療中(質問票 服薬あり)	J	56人	63.6%					
	⑤		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	23人	41.1%					
	⑥		血圧 130/80以上	J	26人	46.4%					
	⑦		肥満 BMI25以上	J	32人	36.4%					
	⑧		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	109人	74.7%					
	⑨		第1期 尿蛋白(-)	M	24人	16.4%					
	⑩		第2期 尿蛋白(±)	M	13人	8.9%					
	⑪		第3期 尿蛋白(+)	M	0人	0.0%					
⑫	第4期 eGFR30未満	M									
5	①	レセプト		88.9人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		糖尿病受療率(被保険者対)	113.2人							
	③		(再掲)40-74歳(被保険者対)	1,466件	(612.4)			2,076件	(799.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者対	入院外(件数)	9件	(3.8)		16件	(6.0)		
	⑤		糖尿病治療中	H	289人	8.9%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳	H	281人	11.3%					
	⑦		健診未受診者	I	193人	68.7%					
	⑧		インスリン治療	O	29人	10.0%					
	⑨		(再掲)40-74歳	O	28人	10.0%					
	⑩		糖尿病性腎症	L	28人	9.7%					
	⑪		(再掲)40-74歳	L	27人	9.6%					
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.38%					
	⑬		(再掲)40-74歳		3人	1.07%					
	⑭		新規透析患者数		2人						
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		1人						
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	0.9%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	医療費		8億6739万円				10億9540万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②		総医療費	4億7328万円				6億2690万円			
	③		(総医療費に占める割合)	54.6%				57.2%			
	④		生活習慣病 対象者	健診受診者	6,892円				7,539円		
	⑤		一人あたり	健診未受診者	35,126円				33,226円		
	⑥		糖尿病医療費	4962万円				6464万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.5%				10.3%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費	1億4716万円							
	⑨		1件あたり	40,396円							
	⑩		糖尿病入院総医療費	6265万円							
	⑪		1件あたり	574,783円							
	⑫		在院日数	11日							
	⑬		慢性腎不全医療費	3307万円				6348万円			
	⑭		透析有り	3111万円				5980万円			
	⑮		透析なし	196万円				368万円			
7	①	介護		11億4028万円				11億9799万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	13件 #VALUE!							
8	①	死亡		3人	1.8%			2人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

第2期住久郷町国民健康保険子一ヘルス計画実施計画書

事業名(優先順位)	①P計画										②D実施(体制)		③C E30年度末評価	④A H30年度見直し更新	③C E35年度末最終評価	④A35年度見直し更新
	(a)現状分析及び(b)健康課題の抽出	H30	H31	H32	H33	H34	H35	(c)目的	(C)目標	対象者	保健事業内容	実施方法				
<p>○特定健康状態を把握できない者への指導</p> <p>(a)特定健康状態を把握できない者への指導</p> <p>1 (a)特定健康状態の5年未受診者327人への個別訪問等による受診勧奨を実施したが、(b)健康状態を把握できない者への個別訪問等による受診勧奨にはかたがた困難な状況である。2 (a)町民ドックの無料クーポン券の配布に合わせたドックの受診勧奨を実施したところ、(b)町民ドックの申込につながり、効果的であった。3 (a)集団健康診査の期日にあわせ健康診査を実施したところ、集団健康診査の申込忘れに効果が認められ、H26年度特定健康診査率46.7%であった。</p>							特定健康診査の受診率向上、及び生活習慣病対策の推進。	受診率 65% (「住久郷町国民健康保険実施計画(第2期)」より)	特定健康診査対象者	未受診者を中心にした各種健康診査・事業所等町内全体への啓発活動を行う。	1 特定健康診査への5年未受診者への個別訪問等による受診勧奨の継続 2 町民ドックの無料クーポン券の配布に合わせたドックの受診勧奨の継続 3 集団健康診査の期日にあわせ健康診査の継続 4 国民健康診査の期日にあわせ健康診査の継続 5 国民健康診査の期日にあわせ健康診査の継続 6 転入者への健康診査案内の交付	保健師 国民健康保険係 主任係窓口 健康づくり係				
<p>○健康状態を把握できない者への指導</p> <p>(b)健康状態を把握できない者への指導</p> <p>1 (a)特定健康状態の5年未受診者の中には、小規模の事業所等に勤務している国民健康診査が実施されることが多いが、(b)健康状態を把握できない者への個別訪問等による受診勧奨にはかたがた困難な状況である。2 (a)町民ドックの無料クーポン券の配布に合わせたドックの受診勧奨を実施したところ、(b)町民ドックの申込につながり、効果的であった。3 (a)集団健康診査の期日にあわせ健康診査を実施したところ、集団健康診査の申込忘れに効果が認められ、H26年度特定健康診査率46.7%であった。</p>							特定健康診査の受診率向上、及び生活習慣病対策の推進。	受診率 65% (「住久郷町国民健康保険実施計画(第2期)」より)	町内の他保険未加入事業所	他保険に加入していない小規模事業所の町民健康診査の案内を有効利用して、もともと社内に事業主及び従業員が健康診査受診勧奨を行う。	1 商工会を通じて町民健康診査の案内を有効利用して、もともと社内に事業主及び従業員が健康診査受診勧奨を行う。	国民健康保険係 保健師				
<p>○医療機関連携強化</p> <p>(c)医療機関連携強化</p> <p>1 (a)28年度の特定健康診査終了者の割合は、53.1% (前年度比20.7%)であった。(b)ある委託医療機関での指導率が低かったが、特定健康診査データ管理システムへの導入にあわせ、国民健康診査の導入による入力方法の指導や支援計画・実施報告書の簡易化(ア)簡易化の検討)を行った。(c)平成30年度から21年度の健康診査の特定健康診査を医療機関に委託する予定。</p>							生活習慣病予防および重症化予防のための特定健康診査の徹底。	特定健康診査目標値 65%	特定健康診査委託医療機関 (3医療機関)	委託医療機関での効果向上を期し、実施率の向上を図る。第3期からの変更点を踏まえ、今までの実施状況を踏まえ、今後の実施方法について検討する。	1 第3期特定健康診査委託医療機関との連携強化を図る。第3期の変更点等について、委託医療機関へ説明し、実施報告書の提出を依頼する。第3期からの変更点を踏まえ、今までの実施状況を踏まえ、今後の実施方法について検討する。	国民健康保険係 保健師				
<p>○精密検査未受診者対策</p> <p>(c)精密検査未受診者対策</p> <p>1 (a)各種検査により「要精密検査」と判定された者に対して、再検査の案内が送付されているが、(b)未受診者が多いことからさらなる積極的な受診勧奨を実施する。</p>							疾病の早期発見と重症化予防。	受診勧奨率 90%以上 精密検査受診率 100%	精密検査対象者	精密検査対象者への受診勧奨の実施。及び一定期間後の再勧奨の実施。	1 健康診査結果報告書及び健康相談の受診勧奨の実施 2 6ヶ月後未受診者に対する個別再勧奨の実施	保健師				

特定健康診査・特定健康診査指導

第2期佐久穂町国民健康保険一ヘルス計画実施計画書

事業名(優先順位)	①P計画						②D実施(体制)		③C 1830年度未評価	④A 1830年度見直し更新	③C 1835年度末最終評価	④A1835年度末見直し更新
	(a)現状分析及び(b)健康課題の抽出	H30	H31	H32	H33	H34	H35	保健事業内容				
健康診査	<p>(a)現状分析及び(b)健康課題の抽出</p> <p>1. (a)町で実施している健康診査(検診)メニューは、町民トック(節目トックを含む)施設健康診査・集団健康診査・マンモグラフィ検診などがあるが、(b)健康診査(検診)受診率は横ばい状況にあり、特に若い世代の変診が少ないことが課題となっている。また、佐久穂町のマンモグラフィ検診の対象者は40歳～60歳としてきたが、国のガイドラインではマンモグラフィ検査(単独)の対象年齢は40歳～74歳としている。</p>							<p>1. 集団健康診査(18歳以上の全町民)</p> <p>2. 施設健康診査(35以上の全町民)</p> <p>3. 町民トック(35～74歳の全町民)</p> <p>4. 節目トック(40.45.50.55.60歳の町民のみ)</p> <p>5. 胃カメラ検査(35歳以上の全町民)</p> <p>6. 乳房子宮頸がん検診(18歳以上の女性のみの)</p> <p>7. マンモグラフィ検査(40～74歳の女性のみ)</p>	<p>委託医療機関</p> <p>委託事業者</p> <p>保健係</p> <p>健康づくり係</p>			
〇地区プロモーション委員会	<p>1. (a)保健推進員の各プロモーションごとに毎年テーマを決め町の健康課題について学習会を実施し「福祉と健康のつどい」で学習発表会を行っている。(b)学習の成果をより多くの町民に知ってもらうことにより疾病予防により大きな効果が期待できる。</p>							<p>町の健康課題と各プロモーションを各プロモーションごとに決め学習内容を深め、学習内容をまとめる。町民を対象にテーマに対する予防法などを広める。</p>	<p>1. 4～5回の学習会の実施</p> <p>2. 必要により専門家による講習や各種学習の開催</p> <p>3. 学習内容のまとめ及び公表</p>	<p>保健師</p> <p>関係医療機関</p>		
〇地区健康教室	<p>1. (a)町内50歳以上で150回以上開催し、延べ人数は約22,000人が参加している。(b)参加者の高齢化が進んでいることと、男性の参加者が少ない状況にある。</p>							<p>各専門職と連携し、筋力アップ転倒予防、認知症予防、介護予防を図る。町社会福祉協議会主催のサロンと同時開催し参加者の増員を図る。</p>	<p>1. 各地区で年3回開催</p> <p>2. 筋力アップ転倒予防・認知症予防・介護予防を主に開催</p> <p>3. 参加者の増加を図る。</p>	<p>保健師</p> <p>管理栄養士</p> <p>理学療法士</p> <p>作業療法士</p> <p>作業療法士</p> <p>アイヨガインストラクター</p> <p>佐久穂町社会福祉協議会</p>		
〇ヘルスアップ教室	<p>1. (a)農業に従事する者が回帰農自活体や眼と比較して多い。(b)医療費に占める筋・骨格疾患の割合も高い。重症化しないための予防の取組が必要状況にある。</p>							<p>継続可能な軽い運動を指導し、体の基本的な機能の向上及び維持を図る。町社会福祉協議会を軸とした参加条件とする。</p>	<p>1. 月1回の開催</p> <p>2. 交通弱者のため3回の巡回バス運行</p> <p>3. 運動前の健康チェックの実施</p> <p>4. 家庭での血圧測定・運動継続の推進</p>	<p>保健師</p> <p>理学療法士</p> <p>健康運動指導士</p> <p>健康づくり係</p>		
〇おとこの料理教室	<p>1. (a)社会環境の変化により高齢男性が食事を用意することが難しくなる。(b)食に関心を持つ機会に加え、自ら調理する機会も少ない。調理の技術の身に付け基礎的な調理の技術が必要とされる。</p>							<p>調理実習と栄養学学習(ミニ講座)により食生活の改善を図る。</p>	<p>1. 年3回の実施</p> <p>2. 調理実習参加及び栄養学習(ミニ講座)</p> <p>3. 自宅での調理の推進</p>	<p>管理栄養士</p> <p>保健師</p> <p>社会福祉士</p> <p>食生活改善推進員</p>		

第2期佐久郡町国民健康保険データヘルス計画実施計画書

事業名(優先順位)	①計画										②の実施(体制)			③C H30年度未評価	④A H30年度見直し更新	⑤C H35年度未最終評価	⑥H35年度見直し更新
	(a)現状分析及び(b)健康課題	H30H31H32H33H34H35	(c)目的	(C)目標	対象者	保健事業内容	実施方法	実施者									
健康教室	<p>(a)現状分析及び(b)健康課題</p> <p>1. (a)非肥満高血糖者及び特定高齢者の血糖値が同程度に治療及び血糖と比較して多い、(b)追跡検査である糖尿病検査に時間がかかっているため、参加者が少ない状況にある。 対象者：ヘモグロビンA1c5.6～6.4で糖尿病治療中は除く</p>										<p>1 年1回町立千曲病院で実施 2 身体・腹囲測定及び血圧検査 3 75g糖負荷血液検査 4 頸部超音波検査 5 糖代謝学習</p>	委託医療機関 保健係					
健康相談	<p>(a)生後90日未満の乳児に乳児肥満を懸念した母親を支援</p> <p>1. (a)特定健診の空腹時血糖値、ヘモグロビンA1cの有所見者は県内でもワースト10に入っている。糖尿病性腎症も有病者が増加している。(b)人工透析による人々をみると糖尿病をもち方は5～6割であり、糖尿病の悪化防止が必要である。</p>										<p>糖尿病小児科、人工透析透析患者をださない。</p>	国際係 保健づくり係 保健師 管理栄養士 医療機関	新シート				
歯科保健	<p>1. (a)期日を指定して医療機関勤務以外の町民ドック・施設健康診査を実施しているが、(b)平日のため勤務状況により報告率参加状況にバラつきがある。</p>										<p>健康相談日を設定し、年間で設定することにより、相談者が利用しやすい相談環境の確保。</p>	保健師 管理栄養士					
健康づくり推進	<p>1. (a)医療費の分析から歯科治療・歯周病疾患の者が多く、小児の歯保存も県及び佐久地区と比較しても多い状況にある。(b)歯科保健の充実が求められる。</p>										<p>1 集団健康診査での歯科検診の推奨 2 個別妊婦歯科検診への受診勧誘 3 乳幼児健康診査での歯科指導の充実 4 保育園児への歯科講話の実施</p>	保健師 歯科衛生士 佐久歯科医師会					
健康づくり推進	<p>1. (a)保健推進員を中心に健康づくりに関する各種活動を実施しており、継続していくことが必要不可欠となっている。(b)しかしながら、社会環境の変化により個々が意識される中で、健康づくりの取り組みによるソーシャルキャピタルの確立が求められている。</p>										<p>1 福祉と健康のつどいの開催 2 夏の健康管理合会 3 保健推進員協議会 4 食生活改善推進協議会 5 食育推進委員会(年3回)</p>	健康づくり係 保健係 関係組織等					



佐久穂町事業評価計画 30年度

糖尿病性腎症予防プログラム(ハイリスク者)

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
ア (アウト 成果カ ム)	1)医療機関連携 2)リスク因子の改善	1)医療機関連携率(連携数/ハイリスク者) 2)保健指導実施率(保健指導対象者/ハイリスク者) 3)受診が中断する	1)目標設定なし 2)目標設定なし 3)0%	1)2)レセプト・精密検査返書・個別台帳で確認 3)翌年の健診結果で確認	1)2)年度末 3)翌年の年度末に確認	事業担当		
ア (事業ト 果実プ 施量ト 量)	1)対象者と面談・電話 ができた。 2)必要者に対して保健 指導ができた	1)状況把握数 2)医療機関との連携数 3)保健指導実施数 4)糖尿病連携バスの使用状況	1)80%(訪問・面談・TEL) 2)目標設定なし 3)目標設定なし 4)目標設定なし	1)2)3)対応記録で確認	年度末			
プロセス (過程)	1)対象者の状態確認 2)医療状況の確認(本人) 3)保健指導の可否に ついて医療機関へ連携 をもつ	1)2)健診結果・レセプトの読み取りを行い個人台帳を作成 する 3)保健指導のほか、必要者は医療機関と連携を持つ	1)2)対象者選定後3か月以内 3)医療連携を持つ	1)2)3)対象者リストで確認	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員		
スト (予算 算人 員チャ ー)	1)対象者の選定作業 時間 2)保健指導の人員	1)対象者の選定が正確に行っている 2)保健指導の時間・人員が確保できるか 3)必要者に対し検査ができる予算が確保される	1)システムの整備がされデータ に不足がない 2)対象者の人数は保健指導実 施できる体制にある 3)検査が実施される	1)リストの整備がされる 2)対応可能な人数であった 3)検査が実施された	年度末			

佐久穂町事業評価計画 30年度

糖尿病性腎症予防プログラム(治療中断者)

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関受診率 2)1年に1回は健診を受ける 3)リスク因子の改善	1)医療機関受診率(中断者/保健指導実施者) 2)健診受診率 3)検査値の改善率(リスク因子の値の変化)	1)目標なし 2)20% 3)状態が悪化しない60%	1)レセプト・個別台帳で確認 2)健診受診記録で確認 3)健診結果などで確認	年度末	事業担当		
(事業実施量)	1)受診中断者に対する保健指導 2)必要者に対して医療機関と連携を持つまたはフオロアーアップ採血・アルブミン尿検査実施者数	1)医療状況把握数 2)受診勧奨者数・保健指導実施者数 3)医療機関との連携数・町の採血を案内した数・受診数	1)レセプトでの受診状況把握率100%。訪問・面談・TELでの状況把握率：目標設定なし 2)必要者の50%(訪問・面談・TEL) 3)目標設定なし	1)2)3)対応記録で確認	年度末			
プロセス(過程)	1)地区担当は受診状況を確認する 2)必要者に対して保健指導を実施する	1)健診結果・レセプトの読み取りを行う 2)保健指導のほか、必要者は医療機関と連携を持つ		1)2)対象者リストで確認	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員		
ストラテジー(算入人員)	1)国保連からくるリスクを地区担当ごとに割り振る作業 2)中断かどうかを確認する時間 3)必要者への保健指導時間・人員	1)対象者の選定が正確に行えている 2)レセプト確認をする時間 3)保健指導の時間・人員が確保できるか	1)システムの整備がされデータに不足がない 2)対象者の人数は保健指導実施できる体制にある	1)リストの整備がされる 2)対応可能な人数であった	年度末			

佐久穂町事業評価計画30年度

糖尿病管台帳整備事業

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム 果)	1) 健診を継続して受けている 2) 健診結果ではリスク因子の改善がみえる	1) 健診の継続受診状況 2) ヘモグロビンA1Cの改善状況	1) 健診を毎年受けている方20% 2) リスク要因の改善 20%	リスト及び個票で確認	年度末	専 業 担 当		
(結								
(事業 アウト カム 実 施 量 )	1) 糖尿病管理台帳 対象者の追跡ができる 2) 集団健診報告会で の対象者を決定し指導 する	1) 健診の追跡数/管理台帳者数) 2) 実態把握率(追跡数/管理台帳者数) 2) 保健指導が実施できた方	1) 50% 2) 対象者の100%	リスト及び個票で確認	年度末			
プロセス (過程)	1) 糖尿病台帳は国保 連が作成したものを利 用し、地区ごとに国保 担当者が振り分ける 2) 受診状況をレセプト で確認する 3) 対象者のうち集団換 診受診者に対して保健 指導を実施する	1) 地区ごとの糖尿病管理台帳が整備される 2) レセプトで受診状況を確認し、状況を確認する 3) 集団 健診受診者については保健指導を実施する	1) 国保連から台帳が来て1か月 以内に糖尿病管理台帳の地区別 台帳が整備され地区担当保健師 に振り分けができた 2) 状況把握が行える 3) 報告会で保健指導を実施した	1) 2) 3) 対象者リストで確認	年度末	主 に は 専 業 担 当 ・ 指 導 に 携 わ る 全 職 員		
スト 算 人 員 )	1) 糖尿病管理台帳整 備は国保連が行う 2) 保健指導は地区担 当保健師が実施	1) 糖尿病管理台帳が整備する時間と人員が確 保できたか 2) 対象者の追跡の時間・人員が確保できるか 3) 必要者に対し保健指導ができる時間が確保 されたか	1) 糖尿病管理台帳が整備される 2) 保健師の時間と人員が確保さ れる	1) 糖尿病管理台帳が整備がされる 2) 追跡と保健指導がどのくらいできた か	年度末			

佐久穂町事業評価計画 30年度

腎障害予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム (結果力)	1) 状況確認ができたか 2) リスク因子の改善	1) 把握率(把握者/対象者) 2) 保健指導実施率(保健指導実施者/対象者)	1) 50% 2) 目標設定なし	1) 2) 個別台帳で確認	年度末			
(事業実施量) ア ウ ト カ ム	1) 腎障害予防対象者 に対し状況確認・保健 指導を行う 2) 必要者に対しフオ ローアップ採血・アルブ ミン尿検査を実施	1) 状況確認率(保健指導実施者数) 2) フローアップ採血・検査を案内した人数・ 受けた人数	1) 50% 2) 目標なし 3) 目標なし	1) 2) 3) 対応記録で確認	年度末	事業担当		
プロセス (過程)	1) 対象者の健診結果 を確認する 2) 必要者に対して保健 指導を実施する 3) 必要者に採血の案 内をする	1) 2) 健診結果・レポートの読み取りを行い個人 台帳を作成する。対象者は数値選定後、保健師 が確認したものを対象とする。 3) 微量アルブミン尿検査が必要な場合は、フオ ローアップ採血を案内する。保健指導のほか、 必要者は医療機関と連携を持つ	1) 2) 対象者選定後3か月以内	1) 2) 対象者リストで確認	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員		
ス トラ ク チ ャ ー (予算人員)	1) 対象者の選定を担 当が行い、保健指導は 地区担当保健師が実 施 2) 検査予算はフオロー アップ採血で確保	1) 対象者の選定が正確に行えている。集団健 診受診者のうち74歳以下でe-GFR45・80、DM治 療中抜く、尿たんぱく(+)以上抜く 2) 保健指導の時間・人員の確保 3) 必要者に対し検査ができる予算が確保	1) システムの整備がされデータ に不足がない 2) 対象者の人数は保健指導実 施できる体制にある 3) 検査が必要な場合は実施がで きる	1) リストの整備がされる 2) 対応可能な人数であった 3) 検査が実施された	年度末			

佐久穂町事業評価計画30年度

糖尿病性腎症予防プログラム(未受診者)

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
ア (ウ ト カ ム )	1)医療機関受診 2)リスク因子の改善	1)医療機関受診率(受診者/未受診者) 2)保健指導実施率(保健指導者/保健指導対象者) 3)翌年の検査値の改善率(リスク因子の値の変化)	1)80% 2)80% 3)状態が悪化しない80%	1)2)レセプト・精密検査返書・個別台帳で確認 3)翌年の検査値結果で確認	1)2)年度末 3)翌年の年度末に確認	事業担当		
ア (ウ ト カ ム )	1)未受診に対し受診確認、保健指導ができた。 2)フロア・アアップ採血・アルブミン尿検査実施者数	1)受診勧奨者数・保健指導実施者数 2)医療機関との連携数 3)検査を案内した人数・受けた人数	1)80%(訪問・面談・E) 2)目標設定なし 3)目標設定なし	1)2)3)対応記録で確認	年度末			
プロセス (過程)	1)対象者の状態確認 2)精密検査の返書・レセプトで受診状況を確認 3)必要者に対して保健指導を実施する 4)必要者に採血通知を出す	1)2)健診結果・レセプトの読み取りを行う 3)保健指導のほか、必要者は医療機関と連携を持つ 4)採血対象者の選定ができる	1)2)対象者選定後3か月以内 3)保健指導を実施し行動変容につなげる	1)2)3)対象者リストで確認	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員		
スト (予算 ク チ ャ ー )	1)対象者の選定作業時間 2)保健指導の人員 3)検査予算をフロア・アアップ採血で確保	1)対象者の選定が正確に行えている 2)保健指導の時間・人員が確保できるか 3)必要者に対し検査ができる予算が確保される	1)システムの整備がされデータに不足がない 2)対象者の人数は保健指導実施できる体制にある 3)検査が実施される	1)リストの整備がされる 2)対応可能な人数であった 3)検査が実施された	年度末			