

千曲市国民健康保険  
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)  
第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月

千曲市国民健康保険  
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
第3期特定健康診査等実施計画

目 次

第1章	保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	
1	背景・目的	1
2	計画の位置付け	2
3	計画期間	5
4	関係者が果たすべき役割と連携・体制	5
第2章	第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画の健康課題	
1	第1期計画に係る評価及び考察	7
2	第2期計画における健康課題の明確化	17
3	第2期計画における目標の設定	22
第3章	第3期千曲市特定健診・特定保健指導実施計画	
1	第3期特定健診等実施計画について	24
2	目標値の設定	24
3	対象者の見込み	24
4	特定健診の実施	24
5	特定保健指導の実施	26
6	特定健康診査等実施計画の評価・見直し	30
7	個人情報保護	30
8	結果の報告	30
9	特定健康診査等実施計画の公表・周知	30
第4章	保健事業の内容	
1	保健事業の方向性	31
2	重症化予防の取組	
	(1) 糖尿病性腎症重症化予防	31
	(2) 虚血性心疾患重症化予防	35
	(3) 脳血管疾患重症化予防	37
3	ポピュレーションアプローチ	39
第5章	計画の評価・見直し	
1	計画の評価・見直し	40
2	評価の方法・体制	40
3	データヘルス計画目標管理	41
第6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	42
2	個人情報の取扱い	42
第7章	地域包括ケアに係る取組	43
第8章	保険者努力支援制度等の保険者インセンティブ	44
	参考資料	45

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1 背景・目的

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

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

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費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りましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施はこれまでどおり市町村が行います。

また、医療費の適正化を図るため、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度が創設されることとなりました。

保険者等は、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。）の一部改正等に基づき、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、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

本市においては、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、医療費の適正化を図ることを目的とします。

## 2 計画の位置付け

本計画は、「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、「第2期信州保健医療総合計画」及び「千曲市健康アップ千曲21（第2次）」の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。（図表1）

データヘルス計画に関連する法定計画等の位置づけ

【図表1】

	健康アップ千曲21(第2次)計画	第2期千曲市保健事業実施計画(データヘルス計画) 第3期特定健診等実施計画	
		第2期データヘルス計画	第3期特定健診等実施計画
法律	健康増進法 第8条第9条 第6条健康増進事業実施者※1	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康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28年6月 国民健康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29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的指針
根拠・期間	法定 平成25年～34年(第2次)	指針 平成30年～35年(第2期)	法定 平成30年～35年(第3期)
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
基本的な方針	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、 <b>生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに</b> 、生活習慣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、 <b>社会保証制度が維持可能なものとなるよう</b> 、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。	生活習慣病対策をはじめとして被保険者の <b>自主的な健康増進及び疾病予防の取組</b> について保険者がその支援の中心になって被保険者の特性を踏まえた <b>効果的かつ効率的な保健事業を展開すること</b> を目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、 <b>医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化</b> が図られることは保険者自身にとっても重要である。	生活習慣病の改善による <b>糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病を予防</b> することができれば、通院患者を減らすことができ、 <b>更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らす</b> ことができ、この結果、国民生活の質の維持及び向上を図りながら <b>医療の伸びの抑制を実現</b> することが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドロームに着目し</b> 、生活習慣病を改善するための <b>特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出</b> するために行うものである。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期)に応じて	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世代、小児期からの生活習慣づくり	40歳～74歳
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧 脂質異常症 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	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	
評価	53項目中特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖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メタボ予備軍・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している人の者の増加 ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣の割合 ⑭成人喫煙率	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(質問表参照) 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)特定健診の受診率 ①特定健診受診率 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 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①特定健診受診率 ②特定健診保健指導率
その他		<p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> <small>保健事業支援・評価委員会(事務局・国保連合会)による計画作成支援</small> </p>	

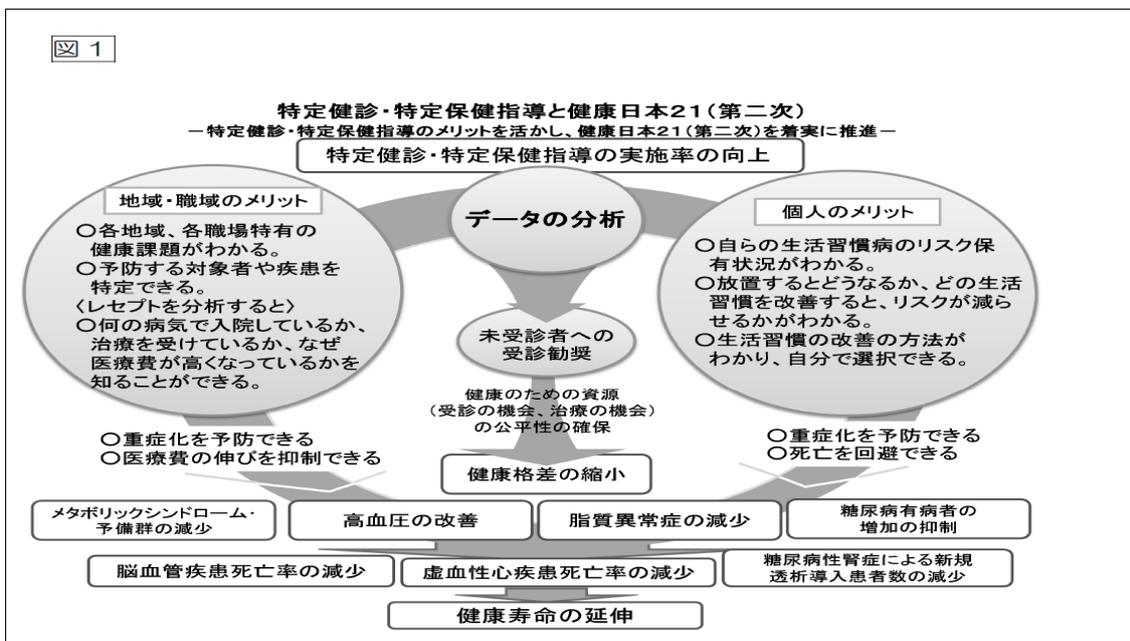
※1 健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法

また、当市では特定健康診査等実施計画と保健事業実施計画（データヘルス計画）の二つの計画を策定し実施してきましたが、この度データヘルス計画の改定にあたり、保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施することができるよう、第3章に特定健康診査等実施計画を章立てし両計画を一体的に策定しました。

第2期信州保健医療総合計画		
しなのの里ゴールドプラン21 第7期老人福祉計画・介護保険事業計画	長野県医療費適正化計画（第3期）	第7次長野県保健医療計画
介護保険法	高齢者医療確保に関する法律	医療法
第116条、第117条、第118条	第9条	第30条
厚生労働省 老健局 平成29年 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 保健局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針（全部改正）	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
法定 平成30年～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）
市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや要介護状態または要支援状態となる予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	<b>国民皆保険を堅持し</b> 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、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに良質かつ <b>適切な医療を効果的に提供する体制の確保</b> 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ける <b>切れ目ない医療の提供</b> を実現し、良質かつ <b>適切な医療を効率的に提供する体制</b> を確保を図る。
1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40歳～64歳 特定疾患	すべて	すべて
	メタボリックシンドローム	
糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん 初老期認知症、早老症 骨折、骨粗しょう症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮症側索硬化症 後縦靭帯硬化症		がん 精神疾患
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 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備軍の減少 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疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実態に応じて設定)
	 保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて保険者との連携	

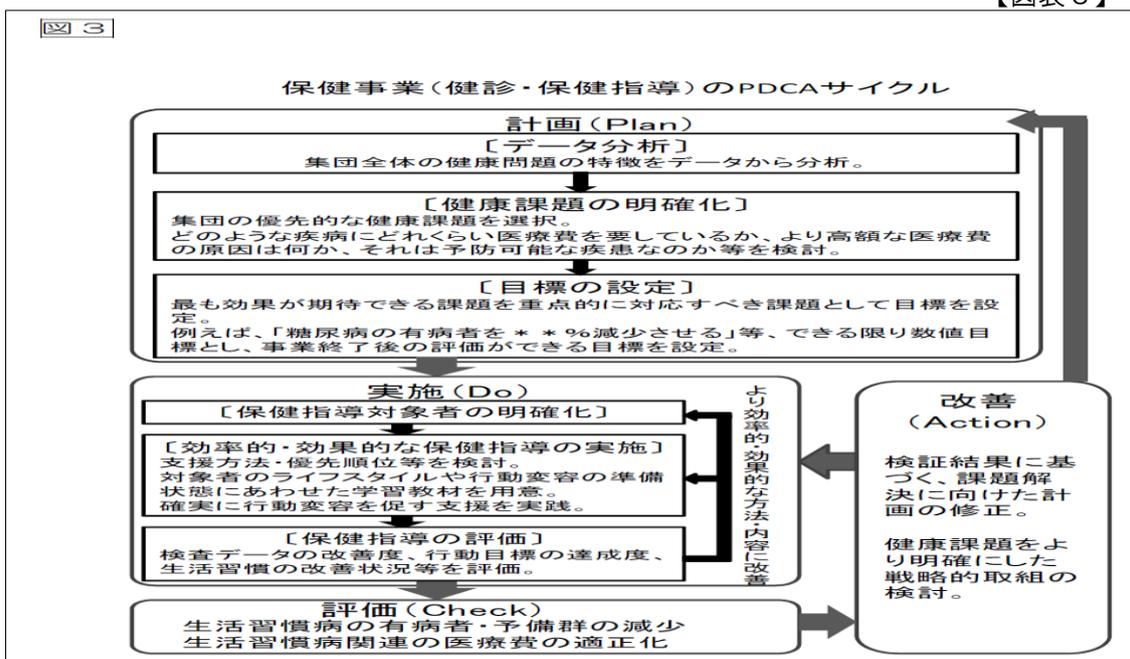
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿って運用するものです。（図表2・3）

【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」図1より抜粋

【図表3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」図3より抜粋

### 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、長野県における医療費適正化計画や医療計画が平成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り、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とします。（第1期データヘルス計画期間は、平成27年度から平成29年度）

### 4 関係者が果たすべき役割と連携・体制

#### (1) 実施主体部局の役割

本市においては、健康推進課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には他部局が関わっているため、関係部署と一体となって計画を進めていきます。

#### (2) 庁内連携

庁内関係部署と情報共有を図り、健康課題を把握し、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう連携を図ります。

#### (3) 地域連携

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、下記の通り、外部有識者等との連携・協力を強化していきます。

##### ア 国民健康保険団体連合会

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・評価委員会等に可能な限り支援を受けます。また、データヘルス計画策定にKDBの活用によってデータ分析による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、技術支援等協力を得ながら、取り組んでいきます。

##### イ 長野県

平成30年度から長野県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村とともに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、長野県の関与が更に重要となります。従って、本計画について長野県の担当課及び長野保健福祉事務所と意見交換を行い、連携に努めていきます。

##### ウ 千曲医師会等

千曲医師会、千曲歯科医師会、更埴薬剤師会、千曲市国保運営協議会等地域の保健医療関係者にデータの分析結果を提示するとともに健康課題や事業のねらいを共有します。さらに、重症化予防の対策における方針を確認し、対象者の選定基準・

介入方法・実施方法等について相談し助言を受けていきます。

エ その他

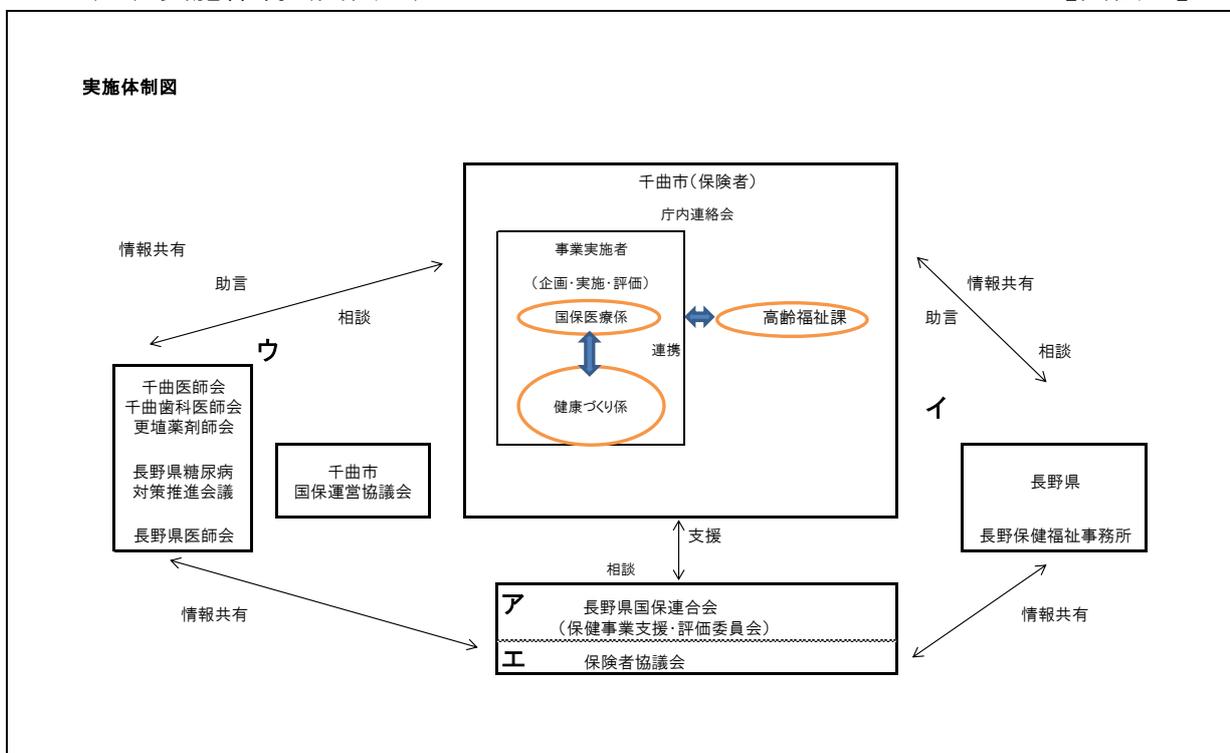
他の医療保険者との連携や協力にも努め、保険者協議会等へ参加し情報共有を図ります。

(4) 被保険者との連携

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であるため、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めるよう情報提供していきます。

(5) 実施体制 (図表4)

【図表4】



## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画の健康課題

### 1 第1期計画に係る評価及び考察

#### (1) 千曲市国民健康保険の特性

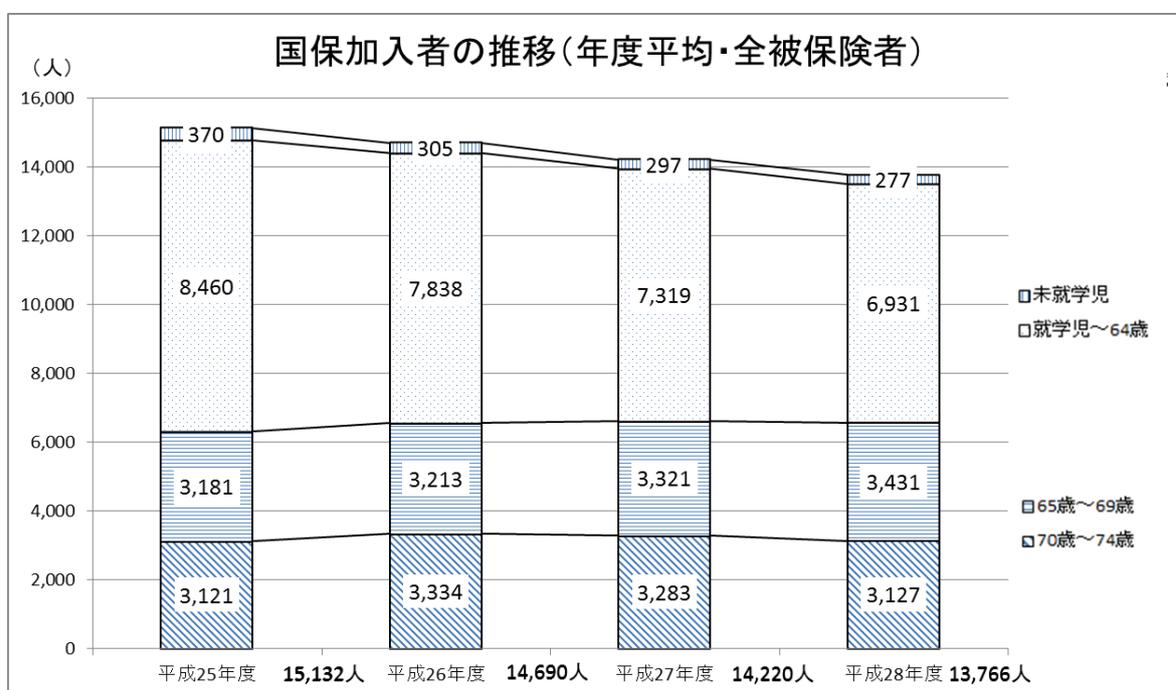
##### ① 国保加入者の推移（図表5-1、5-2）

平成25年度から平成28年度にかけて、国保加入者総数は減少しています。

国保加入者の年齢構成についてみると、未就学児及び未就学児から64歳は減少、65歳から69歳は増加、70歳から74歳は横ばいとなっています。

また、国保加入者の被保険者構成割合を全国同規模市平均と比較すると、65歳から74歳の構成割合が高くなっています。

【図表5-1】



#### 千曲市国保加入者 65～74歳構成割合

【図表5-2】

	千曲市(%)	同規模市(%)
H25年度	41.8	36.2
H28年度	48.5	42.4
伸び率 H25→H28	6.7	6.2

② 国保加入者の居住地域（図表5-3）

特定健康診査対象の被保険者数（平成28年5月現在）総計10,534人について、居住地域（行政区）別にみると、ひと地区あたり約120～600人となっています。

地区分担表

【図表5-3】

(1) 特定健診

地区名	人口		世帯数		担当者	
	2016/5/1現在	2016/5/1現在	2016/5/1現在	2016/5/1現在	保健師	栄養士
屋代	7,083	2,583	a	A		
倉科	1,693	576	b			
雨宮	3,829	1,323	c			
森	2,032	631	d			
打沢・小島・桜堂・中区・杭瀬下	10,804	4,089	e			
寂蒔・鑄物師屋・新田			f			
稻荷山	4,983	1,771	g	B		
桑原	1,678	526	h			
八幡	5,052	1,818	i			
戸倉	6,663	2,715	j	C		
更級	3,846	1,414	k			
五加						
上山田	5,661	2,343	m	D.		

(2) 未受診者対策（特定健診）・保健指導（発症予防・重症化予防）

① 健診…受診率の低い地区の担当を強化

② 保健指導…CKD重症化予防のために専門職による分担

NO	担当者	担当地区 (行政区)	被保険者 数 H28.5.18 現在	H28年度 (H29.2.28現在)		受診率アップ 協力体制 6地区 (嘱託・臨職 の雇用)
				受診者数	受診率	
1	a	屋代1～3区	533	184	34.5	
2	A	屋代4～6区	543	197	36.3	
4	b	倉科	291	94	32.3	◎
3	c	雨宮 土口	515	165	32.0	◎
4	E	生萱	106	45	42.5	
5	d	森	379	147	38.8	
6	e	寂蒔 鑄物師屋	444	156	35.1	◎
7	f	中区 杭瀬下	484	111	22.9	
8	n	新田	273	131	48.0	
9	E	打沢 小島 桜堂	432	252	58.3	
10	B	元町 治田町	304	109	35.9	
11	g	上八日 本八日 中町 荒町	513	255	49.7	
12	h	桑原	334	137	41.0	
13	i	代・大池・猿 捨・峯・中原・ 郡・上・辻・新 宿・森下	563	221	39.3	
14	E	北堀	139	70	50.4	
15	B	志川	245	90	36.7	
16	j	磯部・福井・ 新戸倉温泉	555	172	31.0	
17	C	中町 上町 上中町	512	164	32.0	◎
18	C	今井町・ 柏王・ 戸倉温泉	282	105	37.2	
19	k	若宮・ 黒彦・ 仙石・ 羽尾四・ 五区	606	231	38.1	
20	F	芝原	121	56	46.3	
21	F	須坂	84	32	38.1	
22	l	上徳間・小 船山	482	177	36.7	
22	D	内川・ 千本柳	549	209	38.1	
23	F	力石 新山 漆原	353	140	39.7	
24	m	三本木 中央 城藤 八坂	566	218	38.5	
25	F	上山田温泉	326	97	29.8	

(2) 医療費の状況

① 医療費の変化 (図表 6)

平成 28 年度総医療費は平成 25 年度と比較すると減少しており、国保加入者数の減少による影響があると推測されます。

一人当たり医療費は増加しており、一人当たり医療費の伸び率は全国同規模市平均よりも高くなっています。また、入院医療費の総額は平成 25 年度より増加しています。

【図表 6】

医療費の変化

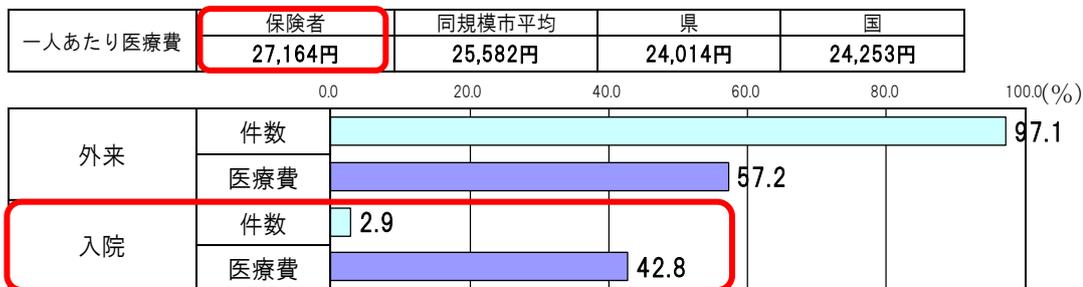
項目	全体				入院				入院外			
	医療費	増減	伸び率(%)		医療費	増減	伸び率(%)		医療費	増減	伸び率(%)	
			市	同規模			市	同規模			市	同規模
総額(円)	H25年度	45億2,855万円			18億7,891万円				26億4,964万円			
	H28年度	45億1,300万円	△2,725万円	△0.6	△3.3	19億2,691万円	4,800万円	2.6	△3.5	25億7,439万円	△7,525万円	△2.8
一人あたり(円)	H25年度	24,833円			10,303円				14,530円			
	H28年度	27,164円	2,331円	9.4	7.6	11,626円	1,323円	12.8	10.9	15,538円	1,008円	6.9

② 入院と入院外の件数・医療費の割合の比較 (図表 7)

千曲市の一人当たり医療費は 27,164 円で、全国・長野県・全国同規模市よりも高くなっています。医療費内訳を入院・外来別にみると、入院件数は全体の 2.9%であるのに対し医療費は全体の 42.8%を占めています。

入院と外来の件数・費用割合の比較 (H28年度)

【図表 7】



③ 入院医療費の変化 (図表 8-1・8-2)

疾患別入院医療費の割合について、平成 25 年度から平成 28 年度の変化を見ると、新生物、精神疾患、筋骨格疾患が増加しています。

予防可能な疾患をみると虚血性心疾患は減少していますが、脳梗塞はわずかに増加しています。

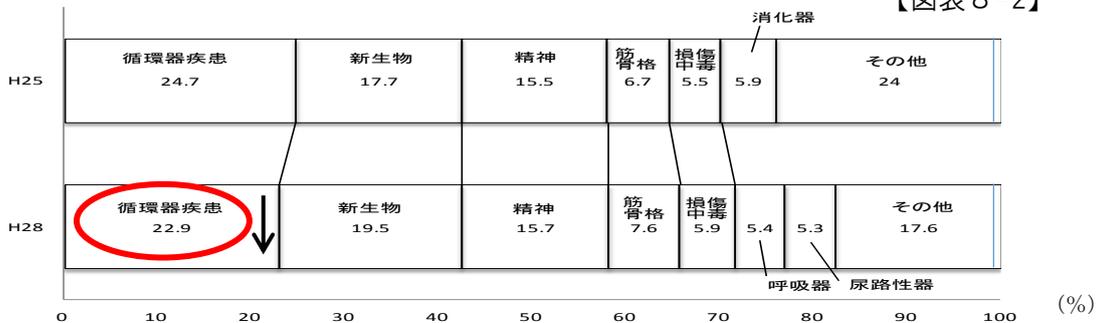
中分類別分析

【図表 8-1】

H25 (%)			H28 (%)		
循環器 24.7	虚血性心疾患	7.6	↓ 循環器 22.9	虚血性心疾患	6.1
	その他の心疾患	6.8		その他の心疾患	5.2
	脳梗塞	3.8		脳梗塞	3.9
新生物 17.7	その他の悪性新生物	7.3	↑ 新生物 19.5	その他の悪性新生物	6.6
	良性新生物及びその他の新生物	1.9		気管、気管支及び肺の悪性新生物	3.8
	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	1.7		直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	1.8
精神 15.5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	10.7	↑ 精神 15.7	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	11.1
	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.0		気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.1
	その他の精神及び行動の障害	1.7		その他の精神及び行動の障害	1.7
筋骨格 6.7	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.7	↑ 筋骨格 7.6	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.0
	関節症	1.5		関節症	2.0
	脊椎障害(脊椎症含む)	1.4		脊椎障害(脊椎症含む)	1.7

大分類別分析

【図表 8-2】



※最大医療資源傷病名を用いて計算、大分類別医療費のうち上位4位までを対象に中分類分析を行い、疾病別分類上位3位までを表示します。

④ 中長期的疾患及び短期的な疾患が医療費に占める割合 (図表 9)

平成 28 年度の中長期・短期目標疾患医療費計は、平成 25 年度よりも減少しているものの、全国や長野県と比較すると高くなっています。

疾患別にみると、新生物・精神疾患・筋骨格疾患にかかる医療費が増加しています。

また、中長期目標疾患である、虚血性心疾患に係る医療費は減少していますが、慢性腎不全、脳血管疾患に係る医療費が増加しています。

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

【図表 9】

市町村名	総医療費(円)	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧					脂質異常症	
			同規模市	県内												
H25 千曲市	4,528,546,660円	24833円	94位	17位	4.4%	0.16%	3.63%	3.01%	6.12%	6.95%	3.38%	1,253,567,090円	27.68%	12.83%	9.88%	8.39%
H28 千曲市	4,501,297,510円	27164円	84位	12位	5.01%	0.51%	3.88%	2.42%	5.52%	4.90%	2.97%	1,134,730,300円	25.21%	13.86%	10.72%	8.77%
H28 長野県	159,625,419,870円	24014円	--	--	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660円	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%
H28 国	9,677,041,336,540円	24253円	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700円	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

(3) 中長期的な疾患（図表 10）

中長期的な目標疾患について平成 25 年度から平成 28 年度の有病者数の割合をみると、脳血管疾患・人工透析で微増、虚血性心疾患で維持となっています。

平成 28 年度の人工透析者の年齢は、65 歳以上よりも 64 歳以下が占める割合の方が高くなっています。64 歳以下での透析治療開始は治療が長期化するとともに早世につながる危険があります。このことから 64 歳以下の人工透析導入を予防することが千曲市の課題と考えます。

中長期的な目標疾患における短期的な目標疾患の重なりをみると、どの疾患においても 7 割以上の方が高血圧であることが分かります。また、人工透析においては、約 6 割の方が糖尿病であることから、糖尿病性腎症により透析に移行していると推測されます。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	15,320	552	3.6%	123	22.3%	21	3.8%	428	77.5%	259	46.9%	352	63.8%
	64歳以下	9,055	127	1.4%	16	12.6%	15	11.8%	102	80.3%	64	50.4%	71	55.9%
	65歳以上	6,265	425	6.8%	107	25.2%	6	1.4%	326	76.7%	195	45.9%	281	66.1%
H28	全体	14,100	512	3.6%	103	20.1%	20	3.9%	404	78.9%	249	48.6%	376	73.4%
	64歳以下	7,460	107	1.4%	15	14.0%	14	13.1%	84	78.5%	56	52.3%	78	72.9%
	65歳以上	6,640	405	6.1%	88	21.7%	6	1.5%	320	79.0%	193	47.7%	298	73.6%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	15,320	657	4.3%	123	18.7%	9	1.4%	515	78.4%	263	40.0%	401	61.0%
	64歳以下	9,055	142	1.6%	16	11.3%	7	4.9%	105	73.9%	55	38.7%	77	54.2%
	65歳以上	6,265	515	8.2%	107	20.8%	2	0.4%	410	79.6%	208	40.4%	324	62.9%
H28	全体	14,100	628	4.5%	103	16.4%	11	1.8%	479	76.3%	262	41.7%	409	65.1%
	64歳以下	7,460	122	1.6%	15	12.3%	7	5.7%	93	76.2%	41	33.6%	68	55.7%
	65歳以上	6,640	506	7.6%	88	17.4%	4	0.8%	386	76.3%	221	43.7%	341	67.4%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	15,320	35	0.2%	9	25.7%	21	60.0%	29	82.9%	23	65.7%	15	42.9%
	64歳以下	9,055	27	0.3%	7	25.9%	15	55.6%	23	85.2%	16	59.3%	9	33.3%
	65歳以上	6,265	8	0.1%	2	25.0%	6	75.0%	6	75.0%	7	87.5%	6	75.0%
H28	全体	14,100	39	0.3%	11	28.2%	20	51.3%	36	92.3%	24	61.5%	22	56.4%
	64歳以下	7,460	28	0.4%	7	25.0%	14	50.0%	25	89.3%	17	60.7%	14	50.0%
	65歳以上	6,640	11	0.2%	4	36.4%	6	54.5%	11	100.0%	7	63.6%	8	72.7%

(4) 短期的な疾患

① 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表11)

短期的な目標である糖尿病治療状況をみると、インスリン療法の割合は減少していますが、人工透析及び糖尿病性腎症等重症者の割合が増加していることから、対象者について早期に受診勧奨を行い、治療が中断しないよう支援し重症化予防に努めていく必要があります。

【図表11】

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		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		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
全体	15,320	1,651	10.8%	188	11.4%	1,118	67.7%	1,036	62.7%	259	15.7%	263	15.9%	23	1.4%	122	7.4%
H25																	
64歳以下	9,055	525	5.8%	82	15.6%	324	61.7%	327	62.3%	64	12.2%	55	10.5%	16	3.0%	52	9.9%
65歳以上	6,265	1,126	18.0%	106	9.4%	794	70.5%	709	63.0%	195	17.3%	208	18.5%	7	0.6%	70	6.2%
H28																	
全体	14,100	1,525	10.8%	158	10.4%	1,054	69.1%	1,001	65.6%	249	16.3%	262	17.2%	24	1.6%	153	10.0%
64歳以下	7,460	420	5.6%	54	12.9%	260	61.9%	281	66.9%	56	13.3%	41	9.8%	17	4.0%	48	11.4%
65歳以上	6,640	1,105	16.6%	104	9.4%	794	71.9%	720	65.2%	193	17.5%	221	20.0%	7	0.6%	105	9.5%

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
全体	15,320	3,116	20.3%	1,118	35.9%	1,777	57.0%	428	13.7%	515	16.5%	29	0.9%
H25													
64歳以下	9,055	893	9.9%	324	36.3%	466	52.2%	102	11.4%	105	11.8%	23	2.6%
65歳以上	6,265	2,223	35.5%	794	35.7%	1,311	59.0%	326	14.7%	410	18.4%	6	0.3%
H28													
全体	14,100	2,933	20.8%	1,054	35.9%	1,725	58.8%	404	13.8%	479	16.3%	36	1.2%
64歳以下	7,460	715	9.6%	260	36.4%	384	53.7%	84	11.7%	93	13.0%	25	3.5%
65歳以上	6,640	2,218	33.4%	794	35.8%	1,341	60.5%	320	14.4%	386	17.4%	11	0.5%

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
全体	15,320	2,655	17.3%	1,036	39.0%	1,777	66.9%	352	13.3%	401	15.1%	15	0.6%
H25													
64歳以下	9,055	852	9.4%	327	38.4%	466	54.7%	71	8.3%	77	9.0%	9	1.1%
65歳以上	6,265	1,803	28.8%	709	39.3%	1,311	72.7%	281	15.6%	324	18.0%	6	0.3%
H28													
全体	14,100	2,532	18.0%	1,001	39.5%	1,725	68.1%	376	14.8%	409	16.2%	22	0.9%
64歳以下	7,460	680	9.1%	281	41.3%	384	56.5%	78	11.5%	68	10.0%	14	2.1%
65歳以上	6,640	1,852	27.9%	720	38.9%	1,341	72.4%	298	16.1%	341	18.4%	8	0.4%

② リスクの健診結果経年変化（図表 12-1、12-2）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、メタボ該当者の割合は、平成 28 年度に男性の割合が増加していますが、女性は減少しています。

メタボ該当者のうち、血糖、血圧、脂質の 3 項目全てに該当している者の割合は、男性が女性より 3 倍と高い状況です。

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

【図表 12-1】

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備軍						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	高血糖		高血圧		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	人数	割合	人数	割合										
男性	合計	1,841	36.0%	84	4.6%	336	18.3%	26	1.4%	225	12.2%	85	4.6%	510	27.7%	76	4.1%	28	1.5%	227	12.3%	179	9.7%
	40-64	519	23.8%	31	6.0%	96	18.5%	7	1.3%	57	11.0%	32	6.2%	128	24.7%	14	2.7%	11	2.1%	65	12.5%	38	7.3%
	65-74	1,322	45.1%	53	4.0%	240	18.2%	19	1.4%	168	12.7%	53	4.0%	382	28.9%	62	4.7%	17	1.3%	162	12.3%	141	10.7%
女性	合計	1,821	38.8%	94	5.2%	324	17.8%	16	0.9%	216	11.9%	92	5.1%	544	29.9%	69	3.8%	29	1.6%	242	13.3%	204	11.2%
	40-64	446	25.0%	32	7.2%	84	18.8%	4	0.9%	41	9.2%	39	8.7%	110	24.7%	7	1.6%	7	1.6%	57	12.8%	39	8.7%
	65-74	1,375	47.3%	62	4.5%	240	17.5%	12	0.9%	175	12.7%	53	3.9%	434	31.6%	62	4.5%	22	1.6%	185	13.5%	165	12.0%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備軍						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	高血糖		高血圧		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	人数	割合	人数	割合										
女性	合計	2,367	42.3%	53	2.2%	149	6.3%	10	0.4%	91	3.8%	48	2.0%	250	10.6%	30	1.3%	12	0.5%	131	5.5%	77	3.3%
	40-64	812	34.4%	25	3.1%	38	4.7%	3	0.4%	24	3.0%	11	1.4%	65	8.0%	8	1.0%	3	0.4%	35	4.3%	19	2.3%
	65-74	1,555	48.0%	28	1.8%	111	7.1%	7	0.5%	67	4.3%	37	2.4%	185	11.9%	22	1.4%	9	0.6%	96	6.2%	58	3.7%
男性	合計	2,357	45.8%	58	2.5%	148	6.3%	7	0.3%	94	4.0%	47	2.0%	242	10.3%	25	1.1%	22	0.9%	122	5.2%	73	3.1%
	40-64	653	34.6%	28	4.3%	38	5.8%	1	0.2%	29	4.4%	8	1.2%	44	6.7%	2	0.3%	9	1.4%	21	3.2%	12	1.8%
	65-74	1,704	52.4%	30	1.8%	110	6.5%	6	0.4%	65	3.8%	39	2.3%	198	11.6%	23	1.3%	13	0.8%	101	5.9%	61	3.6%

- ・メタボリックシンドローム該当者…腹囲（男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）に加え、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか 2 つ以上に該当する者
- ・メタボリックシンドローム予備軍…腹囲（男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）に加え、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか 1 つに該当する者

また、有所見者の割合では、男性はクレアチニン以外すべて平成 28 年度増加しています。女性は、HbA1c と LDL-C が増加しています。

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

【図表 12-2】

		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		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
H25	合計	521	28.3%	930	50.5%	514	27.9%	313	17.0%	163	8.9%	449	24.4%	1,115	60.6%	159	8.6%	829	45.0%	418	22.7%	781	42.4%	17	0.9%
	40-64	165	31.8%	255	49.1%	165	31.8%	112	21.6%	45	8.7%	103	19.8%	262	50.5%	62	11.9%	201	38.7%	153	29.5%	248	47.8%	7	1.3%
	65-74	356	26.9%	675	51.1%	349	26.4%	201	15.2%	118	8.9%	346	26.2%	853	64.5%	97	7.3%	628	47.5%	265	20.0%	533	40.3%	10	0.8%
H28	合計	517	28.4%	962	52.8%	549	30.1%	327	18.0%	165	9.1%	444	24.4%	1,163	63.9%	181	9.9%	858	47.1%	444	24.4%	776	42.6%	12	0.7%
	40-64	146	32.7%	226	50.7%	158	35.4%	116	26.0%	46	10.3%	75	16.8%	221	49.6%	57	12.8%	156	35.0%	135	30.3%	228	51.1%	0	0.0%
	65-74	371	27.0%	736	53.5%	391	28.4%	211	15.3%	119	8.7%	369	26.8%	942	68.5%	124	9.0%	702	51.1%	309	22.5%	548	39.9%	12	0.9%

		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		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
H25	合計	499	21.1%	452	19.1%	496	21.0%	171	7.2%	65	2.7%	311	13.1%	1,409	59.5%	23	1.0%	908	38.4%	320	13.5%	1,213	51.2%	0	0.0%
	40-64	158	19.5%	128	15.8%	158	19.5%	67	8.3%	24	3.0%	79	9.7%	425	52.3%	7	0.9%	228	28.1%	110	13.5%	429	52.8%	0	0.0%
	65-74	341	21.9%	324	20.8%	338	21.7%	104	6.7%	41	2.6%	232	14.9%	984	63.3%	16	1.0%	680	43.7%	210	13.5%	784	50.4%	0	0.0%
H28	合計	502	21.3%	448	19.0%	488	20.7%	187	7.9%	57	2.4%	334	14.2%	1,537	65.2%	22	0.9%	893	37.9%	356	15.1%	1,231	52.2%	1	0.0%
	40-64	153	23.4%	110	16.8%	106	16.2%	54	8.3%	16	2.5%	70	10.7%	367	56.2%	9	1.4%	170	26.0%	101	15.5%	365	55.9%	0	0.0%
	65-74	349	20.5%	338	19.8%	382	22.4%	133	7.8%	41	2.4%	264	15.5%	1,170	68.7%	13	0.8%	723	42.4%	255	15.0%	866	50.8%	1	0.1%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

平成 28 年度の特定健診受診率・保健指導実施率は、平成 25 年度と比べ向上しました。また、平成 28 年度の受診勧奨者は、全国同規模市平均よりも低いものの、平成 25 年度より医療機関受診率は上昇し、伸び率は全国同規模市平均と比べ高くなっています。特定健診を受診し医療機関につながる人が増加しました。

【図表 13】

項目	特定健診			特定保健指導			受診勧奨者			
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)	医療機関受診率			
							千曲市	伸び率	同規模 平均	伸び率
平成 25 年度	10,679	4,206	39.6	461	424	92.0	46.5%	1.5%	51.1%	0.4%
平成 28 年度	9,832	4,177	42.5	475	440	92.6	48.0%	51.5%		

(5) 介護給付費の状況（図表 14、15）

平成 28 年度介護給付費は平成 25 年度から増加していますが、給付費の伸び率は、県内同規模市平均と比較すると低くなっています。

新規認定者のうち、重度者（要介護 3～5）の原因疾患の経年変化についてみると、予防可能な疾患のうち、脳血管疾患が原因で介護認定を受ける人が増加しています。脳血管疾患の発症を予防することで、介護度の重度化を抑えていくことが重要です。

【図表 14】

介護給付費の変化

年度	千曲市	伸び率	県同規模平均	伸び率
平成 25 年度	42億 3,373 万円		49億 3,664 万円	
平成 28 年度	44億 1,452 万円	4.3%	51億 5,403 万円	4.4%

新規認定重度者（要介護 3～5）原因疾患の変化

【図表 15】



## (6) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。(参考資料 12-1、参考資料 12-2)

これまでに実施した保健事業のうち、特定健診の実施体制について、①平成22年度以降、被保険者について個別健診の案内通知を送付し、健診の情報提供及び受診勧奨に努めたほか、②検査項目の追加(平成20年度から特定健診検査項目にクレアチニン、尿酸及び尿潜血を追加、さらに平成28年度より尿定量検査を追加)、健診時期の拡大(平成22年度より、集団健診5月日程を追加、個別健診期間を5か月間から9か月間に延長)、個別健診実施機関の拡大(千曲医師会に加え、平成24年度より市外2病院を追加)、健診料金の見直し(平成24年度より40歳のみ無料)、③情報提供の拡大(平成21年度より、人間ドック・商工会議所・商工会・農協で実施済の健診結果を活用するほか、平成23年度より医療機関受診中の被保険者に対して特例業務によるデータ提供)を実施し、特定健診受診率が21.5%(H20)・39.6%(H25)・42.5%(H28)と向上し、受診機会の拡大により、一定の効果があったと考えられます。

また、保健指導の実施について、④地区担当者の配置(平成20年度より地区担当制による健診中断者及び未受診者への受診勧奨の実施、平成23年度より地区別対象者リストを作成し継続支援の強化、平成26年度より国保データベースシステム(KDB)を導入し、健診・医療・介護の情報を活用した受診勧奨・保健指導を実施)、⑤ポピュレーション(平成27年度より特定健診チラシ配布を薬局へ拡大)による啓発を実施しています。

さらに、重点事業として平成22年度より個別健診受診者の結果相談会を開始したほか、職員体制の強化(平成23年度より糖尿病対策事業(市単独で事務1名、栄養士1名を増員)、重点事業の活用(平成26年度から平成28年度 国保ヘルスアップ事業、平成29年度 国保保健指導事業)。

国保総加入者数は減少傾向にあり、総医療費は下がっていますが、65歳以上の加入者数は増加しているため、入院費が増え、一人当たりの医療費が上がっています。

さらに、特定健診の結果、男性メタボ予備軍及び該当者の割合の上昇、中長期目標疾患(虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析・糖尿病性腎症)の医療費増加など取り組むべき課題も明確になり、引き続き、重症化予防のため保健指導の取り組みを行っていく必要があります。

## 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の状況（図表 16）

平成 28 年度入院・外来のレセプト 1 件あたり医療費額（P46 参考資料 1）を比較すると、入院で高額になる疾患は、脳血管疾患・心疾患・腎不全・がんであり、外来では、腎不全がその他疾患と比べ、約 4 倍の医療費がかかっています。

入院（①ひと月あたり 200 万円以上及び②6 か月以上の長期入院のレセプト）、外来（③人工透析患者）の分析を行い、適切な治療と生活習慣の改善により重症化予防の可能性が高い生活習慣病について、基礎疾患の重なりと治療者数を分析します。

① ひと月あたり 200 万円以上の高額レセプト 94 件のうち、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）が医療費額の約 2 割を占め、平成 25 年度と同様の傾向がみられました。また、虚血性心疾患の年齢別傾向をみると、全ての人が 50～70 代に発症しています。

② 6 か月以上の長期入院レセプト 834 件のうち、脳血管疾患及び虚血性心疾患が 194 件、精神疾患が 590 件ありました。医療費額は、虚血性心疾患・脳血管疾患が約 3 割を占め、1 件あたりの医療費が高額となっています。

また、件数の多い精神疾患での長期入院については、千曲市地域福祉計画を始め、障害者計画・障害福祉計画・老人福祉計画・介護保険事業計画等に基づき、退院促進・地域移行支援を進めていく必要があります。

③ 外来のうち、1 人あたり医療費が最も高額になる腎不全（人工透析）をみると、入院（高額レセプト・長期入院レセプト）の 2～3 倍の医療費がかかっています。また、人工透析患者 522 件のうち、約 6 割が糖尿病性腎症により人工透析を受けています。

人工透析の適応となる慢性腎臓病（CKD）による末期腎不全及び慢性腎不全の腎機能障害は完治・改善が難しく（非可逆性）、半永久的に治療継続が必要となることから、新規透析導入者の減少や透析導入時期を遅らせることにより、被保険者の身体的・精神的な負担の軽減が期待できます。

このことから糖尿病性腎症への対策が、医療費適正化に向けた最優先課題であるといえます。

④ 生活習慣病について基礎疾患の重なりと治療者数を見ると（図表 16 ④⑤）、虚血性心疾患・脳血管疾患において、約 8 割が高血圧・脂質異常症を併せ持ち、約 5 割が糖尿病の治療者です。また、平成 25 年度と比べ、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症のほぼ全てにおいて、基礎疾患（血圧・脂質異常・糖尿病）の重なっている

る者が増加しています。

【図表 16】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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ます。

	対象レセプト		全体	中・長期的な目標			がん	精神疾患	厚労省様式							
				虚血性心疾患	脳血管疾患	糖尿病性腎症										
①	高額になる疾患 (200万円以上)	平成 25 年度	件数	85件	18件	3件	0件	15件	0件	様式1-1 ★NO.10 (CSV) *最大医療資源 傷病名(主病) で計上  *疾患別(脳・ 心・がん・その 他)の人数は同 一人物でも主病 が異なる場合に あるため、合計 人数とは一致し ない。						
				21.2%	3.5%	0.0%	17.6%	0.0%								
				年 代 別	40歳未満	0	0.0%	1	33.3%		0	0.0%	2	13.3%	0	0.0%
					40代	0	0.0%	0	0.0%		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
					50代	2	11.1%	1	33.3%		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60代	6	33.3%		1	33.3%	0	0.0%	8		53.3%	0	0.0%			
	70-74歳	10	55.6%	0	0.0%	0	0.0%	5	33.3%		0	0.0%				
	費用額	2億7016万円	5814万円	845万円	0万円	4122万円	0万円	15.3%	0.0%							
	平成 28 年度	件数	94件	13件	7件	2件	22件	0件	様式2-1 ★NO.11 (CSV) *精神疾患につ いては最大医療資源 傷病名(主病)で 計上 *脳血管疾患・虚 血性心疾患は併発 症の欄から抽出 (重複あり)							
			13.8%	7.4%	-	-	23.4%	0.0%								
年 代 別			40歳未満	0	0.0%	3	42.9%	-		-	0	0.0%	0	0.0%		
			40代	0	0.0%	0	0.0%	-		-	0	0.0%	0	0.0%		
			50代	2	15.4%	1	14.3%	-		-	1	4.5%	0	0.0%		
	60代	5	38.5%	2	28.6%	-	-	13		59.1%	0	0.0%				
70-74歳	6	46.2%	1	14.3%	-	-	8	36.4%		0	0.0%					
費用額	3億0519万円	5269万円	2051万円	424万円	5433万円	0万円	17.8%	0.0%								
②	長期入院 (6か月以上の入院)	平成 25 年度	件数	893件	93件	85件	12件	3件		689件	様式2-2 ★NO.12 (CSV) *糖尿病性腎症に ついては人工透析 患者のうち、基礎 疾患に糖尿病の診 断があるものを計 上					
				費用額	3億3214万円	3837万円	4540万円	1022万円		167万円		2億2171万円				
		平成 28 年度	件数	834件	72件	122件	12件	8件	590件							
				費用額	3億5137万円	3096万円	7814万円	992万円	374万円	2億0730万円						
③	人工透析患者 (長期化する疾患)	H25年 度 累計	件数	473件	277件	126件	298件	-	-							
				費用額	2億3793万円	1億4777万円	6230万円	1億4190万円	-	-						
		H28年 度 累計	件数	522件	246件	135件	325件	-	-							
				費用額	2億6685万円	1億3690万円	7342万円	1億5715万円	-	-						
④	生活習慣病の治療者数 構成割合	平成 25 年度	人数	5,809人	573人	682人	129人	-	-	様式3 ★NO.13~18 (帳票)						
				基礎疾患 の重なり	高血圧	447人	508人	96人	-		-					
					脂質 異常症	385人	435人	80人	-		-					
					糖尿病	272人	270人	129人	-		-					
					9.4%	11.5%	2.8%	-	-							
		平成 28 年度	人数	5,461人	512人	628人	153人	-	-							
				基礎疾患 の重なり	高血圧	409人	514人	131人	-		-					
					脂質 異常症	366人	428人	109人	-		-					
					糖尿病	245人	293人	159人	-		-					
					47.9%	46.7%	103.9%	-	-							

○基礎疾患は、自覚症状がないまま悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とします。

(2) 何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 17-1、17-2)

介護保険の要介護認定率のうち、64歳以下の2号被保険者認定者割合は0.27%で、平成25年度と比較すると約0.1%下がっており、全国・長野県・全国同規模市と同様の水準になっています。

また、介護認定者の介護給付費(P46参考資料1)は、1件あたり給付費が60,554円で、全国・長野県よりも高く、全国同規模市より低い額になっています。

介護保険認定者の有病状況をみると、脳卒中が6割を占めており、約9割の人が血

管疾患の治療を受けていることから、介護予防の視点からも引き続き糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防に取り組む必要があります。

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 17-1】

平成25年度

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号		1号		合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	被保険者数	20,473人		8,124人		8,857人		16,981人		37,454人				
認定者数	69人		273人		2,663人		2,936人		3,005人					
	認定率		0.34%		3.4%		30.1%		17.3%		8.0%			
新規認定者数（※1）		60人		250人		78人		328人		388人				
介護度別人数	要支援1・2		17	24.6%	86	31.5%	627	23.5%	713	24.3%	730	24.3%		
	要介護1・2		23	33.3%	105	38.5%	1,031	38.7%	1,136	38.7%	1,159	38.6%		
	要介護3～5		29	42.0%	82	30.0%	1,005	37.7%	1,087	37.0%	1,116	37.1%		
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号		1号		合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数（全体）		248		764		998		1,762		2,010			
有病状況 （レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	循環器疾患	1	脳卒中	143	57.7%	389	50.9%	597	59.8%	986	52.5%	1,129	52.5%
			2	虚血性心疾患	19	7.7%	131	17.1%	351	35.2%	482	16.9%	501	14.6%
		3	腎不全	8	3.2%	68	8.9%	89	8.9%	157	9.0%	165	7.6%	
		基礎疾患（※2）	糖尿病	73	29.4%	274	35.9%	-	-	274	36.4%	347	34.7%	
			高血圧	138	55.6%	477	62.4%	-	-	477	63.4%	615	61.5%	
			脂質異常症	75	30.2%	334	43.7%	-	-	334	44.4%	409	40.9%	
		血管疾患合計		合計	195	78.6%	670	87.7%	931	93.3%	1,601	90.9%	1,796	89.4%
		認知症		認知症	61	24.6%	252	33.0%	119	11.9%	371	21.1%	432	21.5%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	159	64.1%	541	70.8%	809	81.1%	1,350	76.6%	1,509	75.1%

中・長期的な目標

短期的な目標

平成28年度

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号		1号		合計						
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		1号・計						
	被保険者数	20,473人		8,124人		8,857人		16,981人		37,454人					
認定者数	56人		283人		2,772人		3,055人		3,111人						
	認定率		0.27%		3.5%		31.3%		18.0%		8.3%				
新規認定者数（※1）		9人		113人		74人		187人		196人					
介護度別人数	要支援1・2		20	35.7%	88	31.1%	720	26.0%	808	26.4%	828	26.6%			
	要介護1・2		21	37.5%	104	36.7%	1,022	36.9%	1,126	36.9%	1,147	36.9%			
	要介護3～5		15	26.8%	91	32.2%	1,030	37.2%	1,121	36.7%	1,136	36.5%			
有病状況 （レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	件数	-	139	861	1,000	1,861	2,000							
			循環器疾患	1	脳卒中	84	60.4%	464	53.9%	620	62.0%	1,084	58.2%	1,168	58.4%
				2	腎不全	18	12.9%	200	23.2%	321	32.1%	521	28.0%	539	27.0%
				3	虚血性心疾患	14	10.1%	44	5.1%	156	15.6%	200	10.7%	214	10.7%
			基礎疾患（※2）	糖尿病	28	20.1%	357	41.5%	338	33.8%	695	37.3%	723	36.2%	
				高血圧	102	73.4%	615	71.4%	810	81.0%	1,425	76.6%	1,527	76.4%	
				脂質異常症	61	43.9%	338	39.3%	489	48.9%	827	44.4%	888	44.4%	
			血管疾患合計		合計	130	93.5%	758	88.0%	942	94.2%	1,700	91.3%	1,830	91.5%
			認知症		認知症	41	29.5%	301	35.0%	363	36.3%	664	35.7%	705	35.3%
			筋・骨格疾患		筋骨格系	97	69.8%	736	85.5%	924	92.4%	1,660	89.2%	1,757	87.9%

中・長期的な目標

短期的な目標

\*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

2号被保険者の介護認定状況年次推移と平成35年度目標値

【図表 17-2】

項目			千曲市						データ元		
			平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成32年度	平成35年度目標値			
介護	2号被保険者の認定状況	認定者数	人	69	↘ 66	↘ 60	↘ 56		56	2号被保険者・40～64歳 …/40～64歳被保険者数	
		認定率		0.34%	↘ 0.32%	↘ 0.29%	↘ 0.27%		0.27%		
		介護度重度者の割合 (要介護3～5)		42.0%	↘ 34.8%	↘ 33.3%	↘ 26.8%		26.8%		
	2号認定者の有病状況 (しせより重複計上)	重症化	件数	件	248	↘ 187	↘ 153	↘ 151		151	KDB_NO3、 NO49 (KDBあなみ)  …/件数
			脳卒中		57.7%	↘ 45.5%	↘ 39.9%	↘ 60.4%		39.9%	
		虚血性心疾患		7.7%	↗ 11.2%	↗ 11.1%	↘ 10.1%		7.7%		
		腎不全		3.2%	↗ 6.4%	↗ 9.2%	↗ 12.9%		3.2%		
		高血圧		55.6%	↗ 65.8%	↗ 69.3%	↗ 73.4%		55.6%		
		糖尿病・合併症含		29.4%	↗ 38.5%	↘ 33.3%	↘ 20.1%		25.2%		
		血管疾患合計		78.6%	↗ 84.5%	↘ 80.4%	↗ 93.5%		78.6%		

(3) 健診受診者の実態 (図表 12、18)

① 健診受診者の健診データの状況

メタボ該当者は男性 29.9% (4人に1人)、女性 10.3% (10人に1人) であり、男女とも腹囲・中性脂肪の割合が全国・長野県より高い状況です。HbA1cの割合も長野県よりわずかに低いものの全国と比較すると男性で 8.3 ポイント、女性で 10.0 ポイント高くなっています。

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の危険因子となります。本市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものと推測されます。

【図表 18】

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 (厚生労働省様式6-2~6-7) ★N0.23 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	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	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	19,812	27.8	32,823	46.0	20,223	28.3	14,275	20.0	6,196	8.7	20,727	29.0	46,222	64.8	12,481	17.5	31,126	43.6	17,668	24.8	33,415	46.8	1,129	1.6	
保険者	合計	517	28.4	962	52.8	549	30.1	327	18.0	165	9.1	444	24.4	1,163	63.9	181	9.9	858	47.1	444	24.4	776	42.6	12	0.7
	40-64	146	32.7	226	50.7	158	35.4	116	26.0	46	10.3	75	16.8	221	49.6	57	12.8	156	35.0	135	30.3	228	51.1	0	0.0
	65-74	371	27.0	736	53.5	391	28.4	211	15.3	119	8.7	369	26.8	942	68.5	124	9.0	702	51.1	309	22.5	548	39.9	12	0.9
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	16,628	19.0	13,394	15.3	14,927	17.1	7,281	8.3	1,827	2.1	15,116	17.3	57,348	65.6	1,905	2.2	33,419	38.2	13,102	15.0	49,030	56.1	148	0.2	
保険者	合計	502	21.3	448	19.0	488	20.7	187	7.9	57	2.4	334	14.2	1,537	65.2	22	0.9	893	37.9	356	15.1	1,231	52.2	1	0.0
	40-64	153	23.4	110	16.8	106	16.2	54	8.3	16	2.5	70	10.7	367	56.2	9	1.4	170	26.0	101	15.5	365	55.9	0	0.0
	65-74	349	20.5	338	19.8	382	22.4	133	7.8	41	2.4	264	15.5	1,170	68.7	13	0.8	723	42.4	255	15.0	866	50.8	1	0.1

\*全国については、有所見割合のみ表示

② 糖尿病、血圧、LDL-C のコントロール状況（図表 19）

健診結果にて糖尿病、血圧、LDL-C の値が受診勧奨レベル以上の者には、医療機関を受診することを勧めていきます。

また、高血圧・高 LDL-C は、継続して医療を受診することで、検査値が高値になる人数は減少しています。このように生活習慣病治療者は医療の継続受診が必要となること治療中断者にも医療機関受診を勧め、重症化を予防していく必要があります。

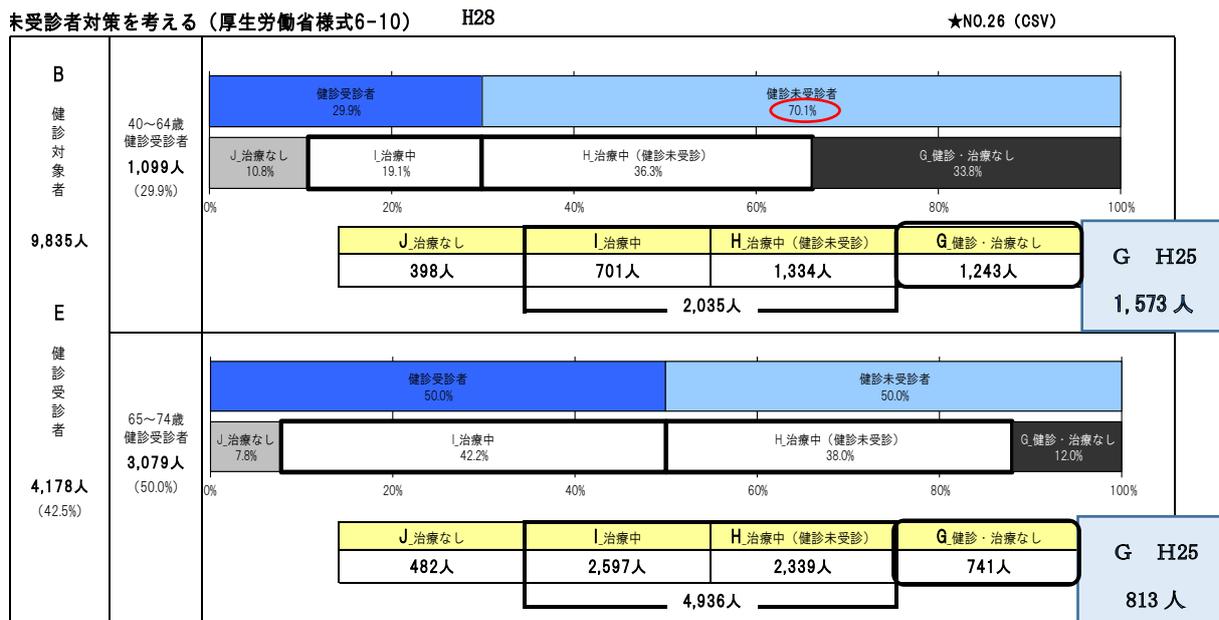
【図表 19】



#### (4) 未受診者の把握 (図表 20)

平成 28 年度 40～64 歳の「G\_健診・治療なし」が 1,243 人、65～74 歳の「G\_健診・治療なし」が 741 人、合わせて 1,984 人います。平成 25 年度の策定時と比較すると 402 人減っています。健診も治療も受けていないということは、体の状況が全くわからないため、引き続き地区別対象者リストを作成し、地区担当制による健診の受診勧奨を行います。

【図表 20】



○G\_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

### 3 第2期計画における目標の設定

#### (1) 中長期的な目標設定

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します。平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、上記 3 つの疾患が医療費に占める割合をそれぞれ減少させることを数値目標とし、計画に沿って進行管理を行います。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷むことを考えると、一人当たり医療費を抑えることは難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。数値目標として図表 21 から、平成 30 年度から平成 35 年度までの「一人当たり医療費伸び率 (前年比)」について、2.0%より低く抑えることを目標とします。

中長期的な目標疾患の平成 35 年度目標値

【図表 21】

項 目			千曲市					データ元		
			平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成32年度		平成35年度 目標値	
中長期的な目標	一人当たり医療費(1か月分)	医療費 円	24,833	25,851	26,641	27,164		<b>27,707</b>	KDB_NO3 (KDBあなみ)	
		伸び率(前年比)	8.1%	4.1%	3.1%	2.0%		<b>2.0%</b>		
	入院 (重症化の結果)	件数の割合		2.8%	2.9%	2.8%	2.9%		<b>2.8%</b>	…/全受療件数
		費用の割合	割合	41.5%	41.7%	40.2%	42.8%		<b>40.2%</b>	…/全費用額
			伸び率(前年比)	1.3%	0.2%	-1.5%	2.6%		<b>-2.6%</b>	
	疾患別医療費 医科・DPC・調剤	重症化	脳血管疾患 億円	1.64	1.71	1.32	1.75		<b>1.32</b>	…脳出血・脳梗塞
			虚血性心疾患 億円	1.37	1.34	1.25	1.09		<b>1.09</b>	…狭心症・心筋梗塞
			人工透析 億円	2.00	2.08	2.02	2.25		<b>2.0</b>	
		生活習慣病(がん除く) 億円		12.65	12.47	11.59	10.58		<b>10.58</b>	KDB_NO3
		医療費割合 (生活習慣病医療費/医科医療費) %		27.9	26.8	25.4	23.5		<b>23.5</b>	

(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します。

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、毎年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)について個人の検査結果を改善していくこととします。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います。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します。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられます。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、医療機関と連携しながら栄養指導等の保健指導を行っていきます。

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)」に記載します。

## 第3章 第3期千曲市特定健診・特定保健指導実施計画

### 1 第3期特定健診等実施計画について

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

第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定します。

### 2 目標値の設定

【図表 22】

	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	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

### 3 対象者の見込み（40～74歳の国民健康保険加入者）

【図表 23】

		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	10,000人	9,350人	8,960人	7,900人	7,180人	6,510人
	受診者数	4,500人	4,581人	4,748人	4,503人	4,308人	3,906人
特定保健指導	対象者数	675人	687人	712人	675人	646人	585人
	実施者数	405人	412人	427人	405人	387人	351人

### 4 特定健診の実施

#### （1）実施方法と実施場所

健診については、特定健診実施機関に委託して、集団方式と個別方式により実施します。

集団方式においては、市内保健センター・公民館で実施します。

個別方式においては、千曲医師会が実施機関のとりまとめを行います。また、市外医療機関については、市国民健康保険被保険者の受診が相当数ある医療機関に拡大していきます。

#### （2）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣病予防のため国が定めた項目と受診者全員にHbA1cを実施します。それに加え、追加の検査（尿酸、尿潜血、尿クレアチニン・尿蛋白定量）を実施します。

### (3) 委託契約の方法、契約書の様式

個別方式による千曲市・坂城町内の実施機関については、千曲医師会と市が契約を行います。千曲医師会以外の実施機関及び集団方式による健診の実施機関については個別に契約を行います。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、健診結果の報告(データ作成)です。契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成します。

### (4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施。

### (5) 医療機関等との連携

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、かかりつけ医と連携し、健診の受診勧奨を行います。

また、本人同意のもと、保険者が診療における検査データの提供を受けた場合は、特定健診結果のデータとして活用していきます。

その他に、事業者健診や人間ドックの健診結果を受診者本人から受領できるように、また、事業者の中でまとまった数のデータの提供元がある場合は、その提供元との協議調整を行い、円滑に受領できる体制づくりを行います。

### (6) 代行機関の名称

特定健診にかかる医療費(自己負担額を除く)の請求・支払の代行は、長野県国民健康保険団体連合会に委託します。

### (7) 受診券の交付

対象者に受診方法の希望をとり、受診券を発行します。

受診券の様式は、受診方法や実施医療機関により異なる場合がありますが、受診者氏名、性別、生年月日、住所の記載を行います。

## 5 特定保健指導の実施

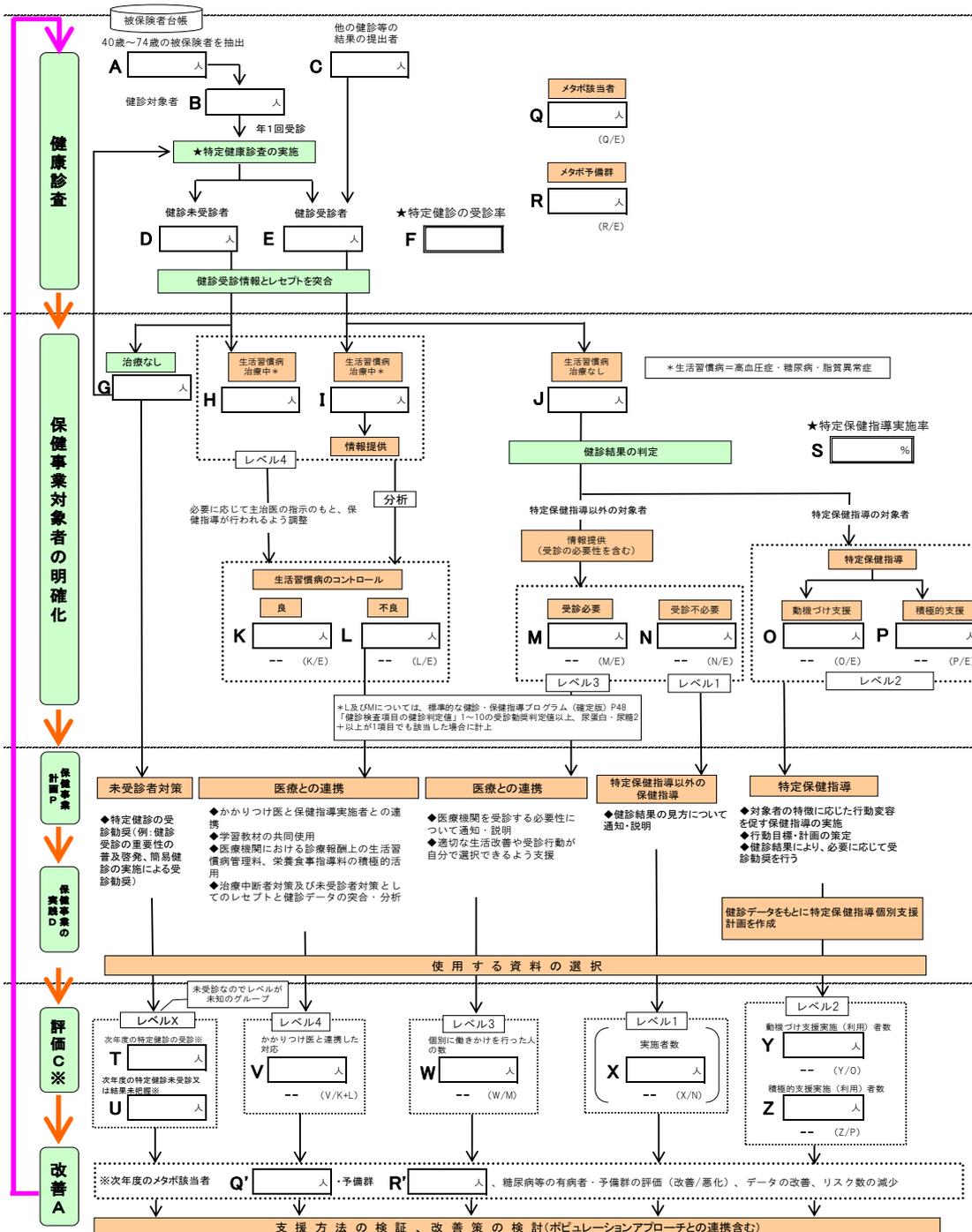
特定保健指導については保険者が行い、市保健師、管理栄養士が行います。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」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・実践評価を行います。(図表24) 【図表24】

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

様式5-5

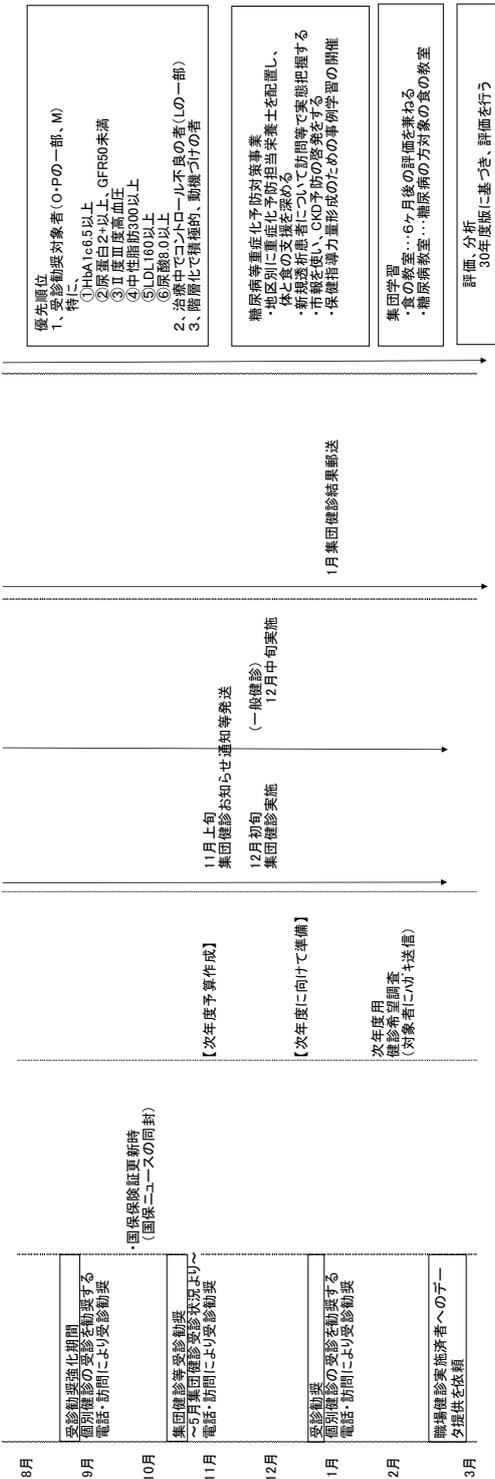


(2) 保健指導レベルと支援方法 (図表 25)

【図表 25】

優先順位	保健指導レベル	様式 5-5	支援方法	目標 実施率	《参考》 平成 28 年度対象者数 (受診者の〇%)
1	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	O P	◆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	45%	475 人 (11.4%)
2	情報提供 (受診必 要)	M	◆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	HbA1c6.5 以上 については 100%	691 人 (16.5%)
3	健診未受診者	D	◆特定健診の受診勧奨 (例： 健診受診の重要性の普及啓 発、ポピュレーションアプロ ーチ (詳細 P 36))	100%	5,655 人 ※受診率目標達成ま でにあと 1,230 人
4	情報提供	N	◆健診結果の見方について通 知・説明	100%	906 人 (21.7%)
5	情報提供	L	◆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・分析を基に した保健指導	生活習慣病治 療コントロール 不良者で重 症者につい ては 100%	2,105 人 (50.4%)  (内コントロール不良者) (1,112 人)





優先順位  
1、受診勧奨対象者(O・Pの一部、M)  
特に、  
①HbA1c6.5以上  
②尿蛋白2+以上、GFR50未満  
③Ⅱ度血圧高血圧  
④中性脂肪300以上  
⑤LDL160以上  
⑥尿酸8.0以上  
2、治療中コントロール不良の者(の一部)  
3、糖尿病で精神的、労働づけの者

糖尿病等重症化予防対策事業  
・地区別に重症化予防担当栄養士を配置し、  
体と食の支援を受ける。  
・新規発症者について訪問等で薬能把握する。  
・市報を渡し、GK0予防の啓蒙をする。  
・保健指導力養成のための事例学習の開催

集団学習  
・食の教室…6ヶ月後の評価を兼ねる  
・糖尿病教室…糖尿病の方対象の食の教室

評価、分析  
30年度版に基づき、評価を行う

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	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
千曲市の目標	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	45.0%	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%	60.0%
千曲市の実績	39.6%	41.0%	43.7%	42.5%							

年度	受診者	全体		積極的支援		動機づけ支援	
		該当者	実施者	該当者	実施者	該当者	実施者
平成25年度	4,206	461	424	91	78	370	346
平成26年度	4,344	465	424	103	83	362	341
平成27年度	4,479	511	466	92	73	419	393
平成28年度	4,177	475	440	95	74	380	366
平成29年度							
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							

★生活習慣病予防をライフサイクルで見えていく。地区担当と業務分担を併用しているが、「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

実績 D → 評価 C ※ → 改善 A

## 6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

評価対象は、以下の3つとします。

- (1) 特定健診・特定保健指導の実施率
- (2) メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少
- (3) その他（実施方法・内容・スケジュール等）

実施方法や内容、スケジュールについて、①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から実施状況を比較・評価し、計画の進捗管理を行います。

## 7 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

個人情報の取り扱いは、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン（千曲市個人情報保護条例（平成25年千曲市条例第16号））によるものとします。

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

代行機関が受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

記録の管理は、記録作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入となった日の属する年度の翌年度の末日となります。

## 8 結果の報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成20年厚生労働省告示第380号）及び通知で定められています。

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日までに報告します。

## 9 特定健康診査等実施計画の公表・周知

千曲市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 保健事業の内容

### 1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、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います。具体的には医療機関の受診が必要な者には適切な働きかけを行い、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きます。その実施にあたって図表2を参考にします。【図表2】

### 2 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)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、PDCAサイクルに沿って実施します。

なお、上記報告書に基づき、基本的な取組は、以下の通りとします。

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

また、上記取組を進めるにあたっては、重症化予防の基本的な取組の流れ(参考資料2)に沿って実施します。

##### ② 対象者の明確化

###### ア 対象者選定基準

長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、以下のとおりとします。(参考資料11)

- a 特定健診でHbA1c6.5以上かつ医療機関未受診者
- b 糖尿病治療中断者(レセプトより最終受診日から6か月経過しても糖尿病受療歴がない者)
- c 糖尿病により医療機関受診中の者のうち、重症化するリスクの高い者
  - ・糖尿病性腎症で通院している者
  - ・糖尿病性腎症を発症していないが、高血圧等のリスクを有する者

###### イ 選定基準に基づく対象数の把握

特定健診データを活用し、対象者を選定します。

また、受診状況等医療の情報については、かかりつけ医との連携、対象者からの聞き

取り、国保データベース（KDB）システム等活用しデータを把握します。

### ③ 実施方法

対象者選定基準を基に糖尿病管理台帳(参考資料4)及び年次計画(参考資料5)を作成し、医療機関と連携して保健指導を行います。また、糖尿病管理台帳及び年次計画を活用して継続した保健指導を行い、進捗管理をしていきます。

#### ア 対象者の優先順位と支援方法

【図表 27-1】

優先順位	対象者	保健指導レベル	支援方法
1	医療機関未受診者または糖尿病治療中断者	医療機関受診勧奨	・個別訪問、面談 電話、手紙等
2	糖尿病治療中で重症化するリスクの高い者	重症化予防を目的とした保健指導	・医療機関と連携した保健指導
3	過去に特定健診受診歴がある糖尿病治療者	血糖コントロールを目的とした保健指導	・個別訪問、面談、 電話、手紙等

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となります。

また、糖尿病性腎症の進展とともに虚血性心疾患や脳血管疾患の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの危険因子の管理も必要となります。

千曲市では、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、対象者に合わせた保健指導を行います。

#### イ 医療との連携

##### a 医療機関未受診者及び治療中断者への対応

医療機関未受診者及び治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に千曲市医師会等と協議した連絡票等を活用します。(参考資料 11)

##### b 治療中の者への対応

糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携を図ります。

#### ウ 高齢者福祉部門との連携

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支援します。

#### ④ 評価

##### ア 中長期的評価

中長期取組み評価表については、様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(参考資料6)を用いて、中間評価(平成 32 年度)及び最終年度評価(平成 35 年度)を行います。

##### イ 短期的評価

糖尿病管理台帳及び国保データベース (KDB) システムの情報を活用し、年度ごとに評価します。(参考資料 13、14-1、14-2)

##### a 受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨対象者への介入率
- ・ 医療機関受診率

##### b 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を経年比較  
(健診分析ソフト(あなみツール図表 3,4)経年比較、を活用)

- ・ 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

- ・ 医療機関未受診者及び中断者の人数・割合の変化(図表 27-2)

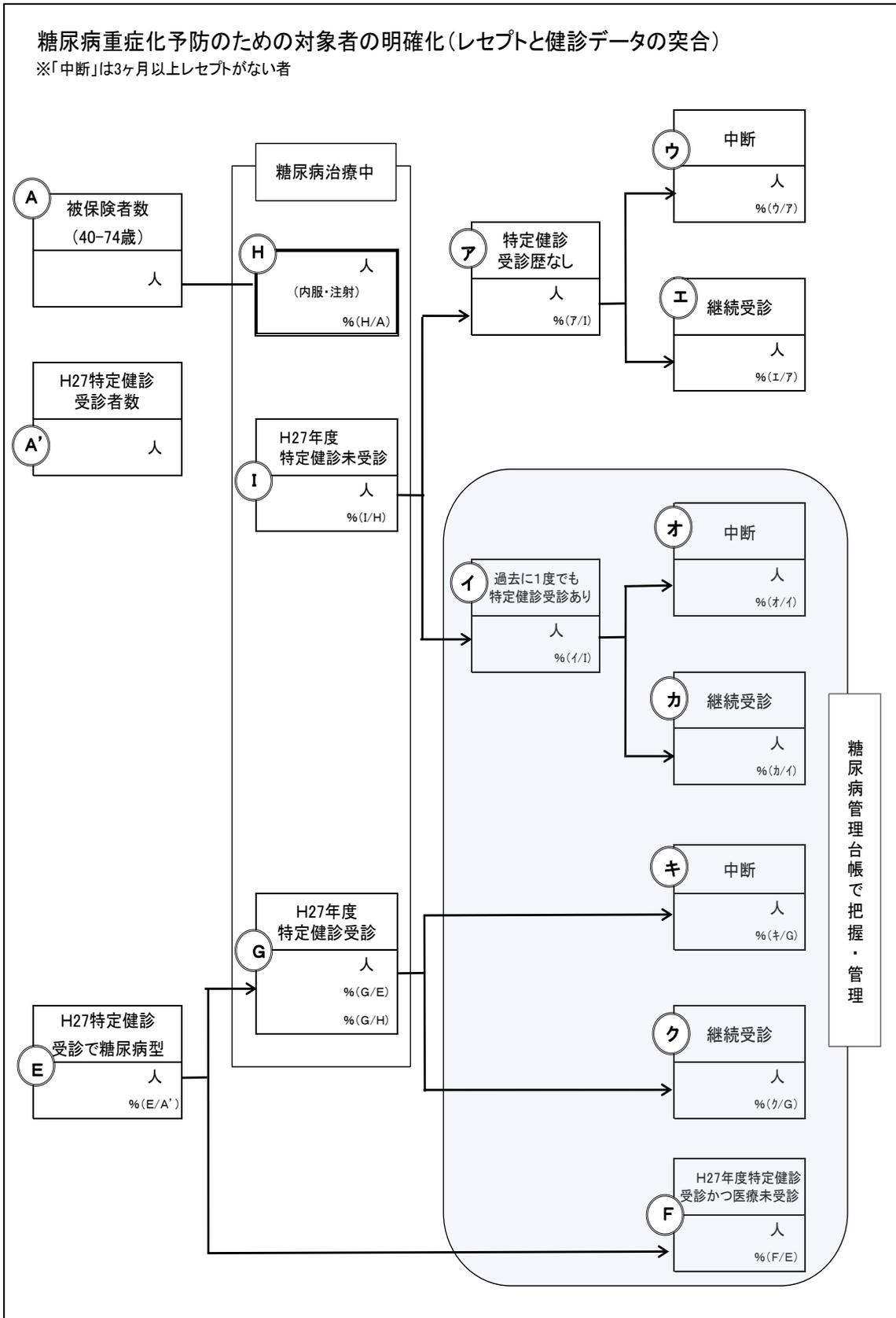
#### ⑤ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の見直し

5月 対象者の抽出(概数の試算)、支援方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第、対象者を糖尿病管理台帳に追記。台帳記載後順次、対象者へ支援を実施(通年)

【図表 27-2】



## (2) 虚血性心疾患重症化予防

### ① 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。(参考資料7)

心電図検査は心筋虚血の所見を発見するために有効な検査とされています。

### ② 対象者の明確化

#### ア 対象者選定基準

脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づき、以下の通りとします。

(参考資料8)

a 心電図検査で ST 変化のある者

b 心電図検査で所見のない者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍、又は LDL-C140mg/dl以上、CKD(G3aA1 以上)の者

#### イ 選定基準に基づく対象数の把握

特定健診データを活用し、対象者を選定します。

また、受診状況等医療の情報については、かかりつけ医との連携、対象者からの聞き取りの他、国保データベース (KDB) システム等活用しデータを把握します。

### ③ 実施方法

対象者選定基準を基に、虚血性心疾患予防管理台帳を作成します。

また、糖尿病管理台帳を基に重症化予防の管理を行うこととし、糖尿病管理台帳に記載のない LDL-C に関連する虚血性心疾患の管理については、今後作成していきます。

#### ア 対象者の優先順位と支援方法

【図表 28】

優先順位	対象者	保健指導レベル	支援方法
1	医療機関未受診者	医療機関受診勧奨	・個別訪問、面談、電話、手紙等
2	重症化するリスクの高い者	重症化予防を目的とした保健指導	・医療機関と連携した保健指導
3	ST 所見を除く有所見者	心電図所見があらわす心臓の変化を伝える保健指導	・個別訪問、面談、電話、手紙等

心電図検査において ST 所見は心筋虚血の存在を推測するものであり、その場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関への受診を勧めます。

#### イ 医療との連携

対象者選定基準に基づき、医療機関未受診及び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ます。

#### ウ 高齢者福祉部門との連携

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支援します。

### ④ 評価

#### ア 中長期的評価

中長期取組み評価表については、様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(参考資料6)を用いて、中間評価(平成 32 年度)及び最終年度評価(平成 35 年度)を行います。

#### イ 短期的評価

虚血性心疾患予防管理台帳及び国保データベース(KDB)システムの情報を活用し、年度ごとに評価します。(参考資料 13、14-2)

##### a 受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨対象者への介入率
- ・ 医療機関受診率

##### b 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 虚血性心疾患予防管理台帳及び健診分析ソフトから介入前後の検査値の変化を経年比較(健診分析ソフト(あなみツール図表 3,4)経年比較、を活用)

- ・ 心電図所見の変化
- ・ メタボリックシンドローム該当者数の変化
- ・ LDL-C の変化

### ⑤ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の見直し

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第、虚血性心疾患予防管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ支援を実施(通年)

### (3) 脳血管疾患重症化予防

#### ① 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 37、38)

#### ② 対象者の明確化

##### ア 対象者選定基準

脳卒中治療ガイドライン 2015(2017 追補)に基づき、以下のとおりとします。

- a II 度高血圧(140/90mmHg)以上
- b 心電図検査で心房細動の所見が認められる者
- c eGFR50 未満(70 歳以上 40 未満)または尿蛋白(2+)以上
- d HbA1c6.5%以上(糖尿病治療中 7.0%以上)
- e LDL-C 180mg/dl以上

##### イ 選定基準に基づく対象数の把握

特定健診データを活用し、対象者を選定します。

また、受診状況等医療の情報については、かかりつけ医との連携、対象者からの聞き取りの他、国保データベース (KDB) システム等活用しデータを把握します。

#### ③ 実施方法

対象者選定基準を基に、高血圧者管理台帳(参考資料9)を作成します。また、心房細動の所見が認められる者については、心房細動台帳(参考資料 10)及び個人カルテを作成し、経過を把握します。

##### ア 対象者の優先順位と支援方法

【図表 29】

優先順位	対象者	保健指導レベル	支援方法
1	医療機関未受診者または高血圧治療中断者	医療機関受診勧奨	・個別訪問、面談 電話、手紙等
2	重症化するリスクの高い者	重症化予防を目的とした保健指導	・医療機関と連携した保健指導
3	過去に特定健診受診歴がある高血圧治療者	血圧コントロールを目的とした保健指導	・個別訪問、面談、 電話、手紙等

##### イ 医療との連携

対象者選定基準に基づき、医療機関未受診及び治療中断であることを把握した場合には

受診勧奨を行います。

#### ウ 高齢者福祉部門との連携

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支援します。

### ④ 評価

#### ア 中長期的評価

中長期取組み評価表については、様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(参考資料6)を用いて、中間評価(平成 32 年度)及び最終年度評価(平成 35 年度)を行います。

#### イ 短期的評価

高血圧者管理台帳及び国保データベース (KDB) システムの情報を活用し、年度ごとに評価します。(参考資料 13、14-2、14-3)

##### a 受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨対象者への介入率
- ・ 医療機関受診率

##### b 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 高血圧者管理台帳及び健診分析ソフトから介入前後の検査値の変化を経年比較(健診分析ソフト(あなみツール図表 3,4)経年比較、を活用)・血圧の変化

- ・ 心電図所見の変化
- ・ eGFR の変化
- ・ HbA1c の変化
- ・ LDL-C の変化

### ⑤ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の見直し

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

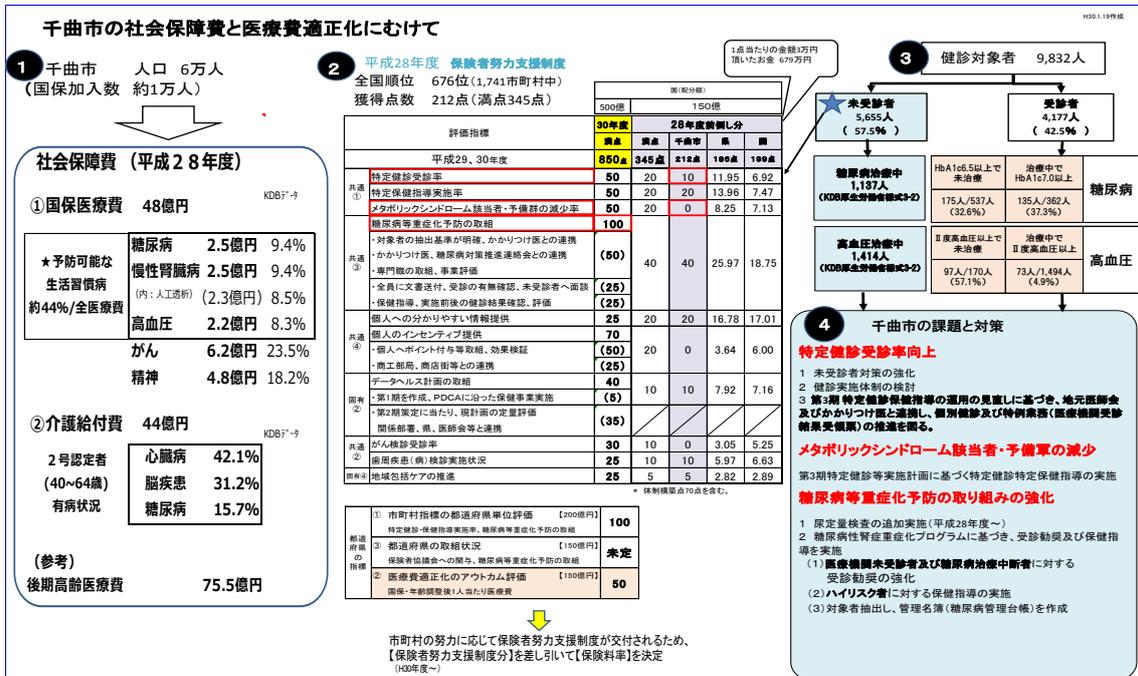
6月～特定健診結果が届き次第、高血圧者管理台帳に記載

心房細動の所見が認められる者については、個人カルテを作成  
順次、対象者へ支援を実施(通年)

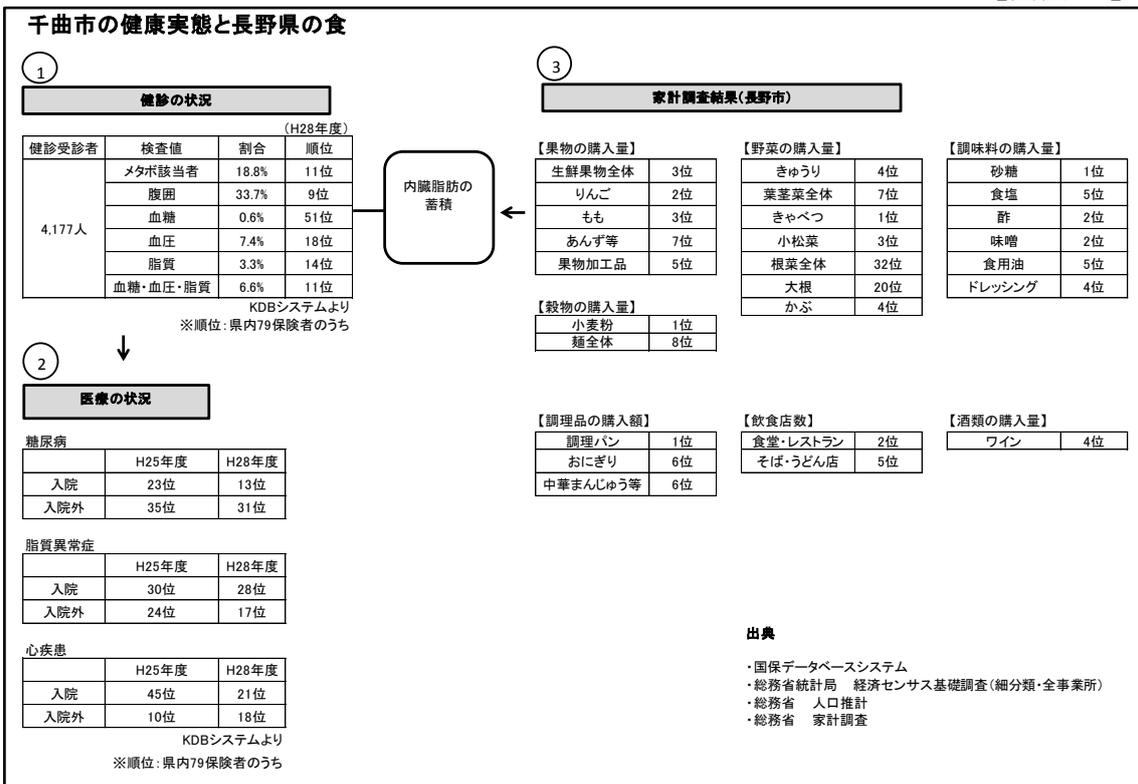
### 3 ポピュレーションアプローチ

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市民へ周知していきます。(図表 30、31)

【図表 30】



【図表 31】



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1 計画の評価・見直し

最終年度となる平成35年度に計画に掲げた目的・目標の達成状況を評価して計画の見直しを行います。

国保データベース（KDB）システムで収載される健診・医療・介護のデータにより受診率・受療率、医療費等の動向等を確認します。

また、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。

### 2 評価方法・体制

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いることから、健診・医療情報を活用して評価を行います。保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

【図表 32】

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む）</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB 活用環境の確保</li> </ul>
プロセス （保健事業の実施過程）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・必要なデータは入手できているか。</li> <li>・スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット （保健事業の実施量）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム （成果）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・設定した目標に達することができたか                （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）</li> </ul>

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、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います。

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

### 3 データヘルス計画の目標管理

データヘルス計画の目標管理は、データヘルス計画目標管理一覧表(参考資料 13)で確認します。

## 第6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ます。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌に掲載します。

### 2 個人情報の取扱い

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、個人情報の取り扱いは、千曲市個人情報保護条例（平成25年千曲市条例第16号）によるものとします。

## 第7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ました。

重度の要介護状態となる原因疾患のうち生活習慣病（脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等）は予防可能であり、重症化予防の推進が、重度の要介護者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。

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ます。

住み慣れた地域で最後まで自分らしく暮らせるよう、少しでも重症化を予防するため、国保データベースシステム（KDB）のレセプトデータを活用し、ハイリスク対象者を抽出し、担当部局と連携して支援します。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など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ります。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づくりにより、地域で元気に暮らしていけるよう地域包括ケアの構築を進めます。

## 第8章 保険者努力支援制度等の保険者インセンティブ

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30年度から本格実施します。(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)

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直しするとしています。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ます。(図表33)

保険者努力支援制度

【図表33】

評価指標		評価対象 (空白は当該年度)	H28 配点	H29 計画配点	H30 計画配点	H30 (参考)
総得点(満点)			345	580	850	850
交付額(万円)			679			
総得点(体制構築加点含)			212	353	486	850
全国順位(1741市町村中)			676			
共通①	特定健診受診率	当該年度 2年前	10	0	0	50
	特手健診保健指導率	当該年度 2年前	20	30	50	50
	メタボ該当者・予備軍減少率	当該年度 2年前	0	0	20	50
共通②	がん受診率	当該年度 2年前	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診実施		10	10	25	25
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況		40	70	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況		10	30	40	40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供		20	20	25	25
	個人へのインセンティブ提供		0	15	15	70
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み		0	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	当該年度 1年前	0	0	0	35
	後発医薬品の使用割合	当該年度 1年前	5	7	10	40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	当該年度 1年前	15	45	50	100
固有③	医療費通知の取組実施状況		0	0	0	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組実施状況		5	15	17	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況		7	16	16	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		0	0	23	50
体制構築加点			70	70	60	60

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 全国・県・全国同規模市平均と比べてみた千曲市の位置
- 参考資料 2 糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ
- 参考資料 3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 6 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 7 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 8 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 9 血圧評価表
- 参考資料 10 心房細動管理台帳
- 参考資料 11 糖尿病性腎症（CKD）重症化予防における医療機関との連携体制
- 参考資料 12-1、12-2 千曲市特定健診・特定保健指導の取り組みの経過
- 参考資料 13 データヘルス計画の目標管理一覧
- 参考資料 14-1、14-2、14-3 重症化予防経年比較

同規模比較平均と比較：  良いところ  悪いところ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた千曲市の位置

項目	H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
	千曲市		千曲市		同規模平均		県					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1 市の特徴	① 人口構成	総人口	61,267	61,267	18,346,852	2,115,647	124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況			
		65歳以上(高齢化率)	16,981	27.7	16,981	27.7	4,430,444	24.1	567,919	26.8	29,020,766	23.2
		75歳以上	8,857	14.5	8,857	14.5			303,854	14.4	13,989,864	11.2
		65~74歳	8,124	13.3	8,124	13.3			264,065	12.5	15,030,902	12.0
		40~64歳	20,473	33.4	20,473	33.4			701,088	33.1	42,411,922	34.0
	39歳以下	23,813	38.9	23,813	38.9			846,640	40.0	53,420,287	42.8	
	② 産業構成	第1次産業	7.5	7.5	6.1	9.8	4.2					
		第2次産業	33.6	33.6	28.9	29.5	25.2					
		第3次産業	59.0	59.0	65.0	60.7	70.6					
	③ 平均寿命	男性	80.2	80.2	79.6	80.9	79.6					
女性		87.7	87.7	86.3	87.2	86.4						
④ 健康寿命	男性	64.8	64.8	65.3	65.7	65.2						
	女性	67.4	67.4	66.8	67.2	66.8						
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	87.1	91.5	100.0	90.3	100				
		女性	96.1	93.0	100.9	94.5	100					
		がん	167	40.8	184	46.9	54,818	48.1	6,285	44.7	367,905	49.6
		心臓病	114	27.9	105	26.8	30,930	27.1	3,777	26.9	196,768	26.5
		脳疾患	94	23.0	73	18.6	18,797	16.5	2,908	20.7	114,122	15.4
		糖尿病	10	2.4	8	2.0	2,153	1.9	270	1.9	13,658	1.8
		腎不全	7	1.7	11	2.8	3,750	3.3	370	2.6	24,763	3.3
	自殺	17	4.2	11	2.8	3,547	3.1	436	3.1	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	77	10.8	55	7.4	1,961	7.8	136,994	10.5		
		男性	52	13.4	35	9.7	1,294	10.3	91,123	13.5		
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,936	77.3	3,055	18.1	891,715	20.2	111,407	19.7	5,882,340	21.2
		新規認定者	44	0.2	48	0.3	15,309	0.3	1,767	0.3	105,654	0.3
		2号認定者	69	0.4	56	0.3	21,986	0.4	2,068	0.3	151,745	0.4
	② 有病状況	糖尿病	644	21.9	661	21.0	203,607	21.9	23,893	20.7	1,343,240	21.9
		高血圧症	1,676	54.6	1,742	55.6	478,594	51.8	62,178	54.1	3,085,109	50.5
		脂質異常症	913	29.4	1,013	31.6	255,994	27.6	30,991	26.7	1,733,323	28.2
		心臓病	1,853	60.4	1,909	61.2	545,522	59.1	71,297	62.0	3,511,354	57.5
		脳疾患	1,016	34.3	1,036	33.1	239,267	26.2	32,970	28.8	1,530,506	25.3
		がん	259	8.5	281	9.3	92,924	10.0	12,090	10.4	629,053	10.1
		筋・骨格	1,502	48.8	1,636	52.2	468,953	50.8	61,653	53.6	3,051,816	49.9
精神	1,146	36.7	1,176	37.7	330,813	35.6	42,035	36.4	2,141,890	34.9		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	60,500	60,554	61,236	58,537	58,349						
	居室サービス	39,905	39,527	40,245	38,583	39,683						
	施設サービス	265,627	261,944	278,146	272,582	281,115						
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	8,251	7,697	8,026	7,746	7,980					
	医療費(40歳以上)	認定なし	3,589	3,723	3,809	3,668	3,822					
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	14,986	13,377	4,516,485	540,824	32,587,223					
		65~74歳	6,481	43.2	6,482	48.5	229,559	42.4	12,462,053	38.2		
		40~64歳	5,167	34.5	4,243	31.7	176,386	32.6	10,946,693	33.6		
		39歳以下	3,338	22.3	2,652	19.8	134,879	24.9	9,178,477	28.2		
	加入率	24.5	21.8	24.7	25.6	26.9						
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	4	0.3	4	0.3	1257	0.3	131	0.2	8,255	0.3
		診療所数	37	2.5	37	2.8	12,813	2.8	1,561	2.9	96,727	3.0
		病床数	615	41.0	611	45.7	227,288	50.3	24,190	44.7	1,524,378	46.8
		医師数	63	4.2	58	4.3	33,690	7.5	4,786	8.8	299,792	9.2
		外来患者数	697.5	720.4	688.2	668.8	668.3					
入院患者数	20.2	21.2	19.8	17.7	18.2							
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	24,833	27,164	25,582	24,014	24,253						
	受診率	717.764	741.628	708.019	686.476	686.501						
	外来	費用の割合	58.5	57.2	59.3	60.9	60.1					
	件数の割合	97.2	97.1	97.2	97.4	97.4						
	入院	費用の割合	41.5	42.8	40.7	39.1	39.9					
	件数の割合	2.8	2.9	2.8	2.6	2.6						
	1件あたり在院日数	16.0日	16.2日	16.2日	15.1日	15.6日						
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	がん	581,196,160	21.7	623,896,890	23.5	25.0	24.8	25.6				
	慢性腎不全(透析あり)	200,597,280	7.5	225,632,890	8.5	9.5	9.5	9.7				
	糖尿病	276,967,650	10.4	248,675,350	9.4	10.1	10.0	9.7				
	高血圧症	314,703,670	11.8	220,398,570	8.3	8.9	8.8	8.6				
	精神	447,485,890	16.7	482,576,830	18.2	17.6	17.7	16.9				
筋・骨格	379,937,760	14.2	394,918,710	14.9	14.9	15.7	15.2					



【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【参考資料 2】

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



【参考資料 4】

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

【参考資料 5】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 28 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													
<p>糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ( 883 )人</p> <p>㉔健診未受診者 ( 388 )人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>( 203 )人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>( 165 )人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>( 19 )人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>( 1 )人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>( 0 )人</td> </tr> </table> <p>①-1 未治療者(中断者含む) ( 65 )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</p>		結果把握(内訳)		①国保(生保)	( 203 )人	②後期高齢者	( 165 )人	③他保険	( 19 )人	④住基異動(死亡・転出)	( 1 )人	⑤確認できず	( 0 )人	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <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> <p>3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>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 ----- 尿アルブミン検査の継続</p>	
結果把握(内訳)															
①国保(生保)	( 203 )人														
②後期高齢者	( 165 )人														
③他保険	( 19 )人														
④住基異動(死亡・転出)	( 1 )人														
⑤確認できず	( 0 )人														
<p>㉕結果把握 ( 483 )人</p> <p>①HbA1cが悪化している ( 189 )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</p> <p>②尿蛋白 (-) ( 359 )人 (±) ( 56 )人 (+) ~顕性腎症 ( 38 )人</p> <p>③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( 5 )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( 91 )人</p>		<p>----- 栄養士中心</p> <p>----- 腎専門医</p>													

【参考資料6】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者		データ元
		H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ① 被保険者数 (再掲)40-74歳	A	14100人							KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2 ① 特定健診 ② 健診対象者数 ③ 健診受診者数 ④ 健診受診率	B	9,832人							あなみツール ②.1 集計ツール 2017.7DM腎症 (レセ×突合)	
	C	4,177人								
		42.50%								
3 ① 特定保健指導 ② 保健指導対象者数 実施率		475人							市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導実施状況概況 報告書	
		92.6%								
健診データ									特定健康診査結果	
① 糖尿病型	E	537人	12.9%							
② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	175人	32.6%							
③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	362人	67.4%							
④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	135人	37.3%							
⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		80人	59.3%							
⑥ 肥満 BMI25.0以上		56人	41.5%							
⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	227人	62.7%							
⑧ 糖尿病病気分類	M									
⑨ 尿蛋白(-) 第1期		424人	79.0%							
⑩ (±) 第2期		69人	12.8%							
⑪ (+)以上 第3期		42人	7.8%							
⑫ eGFR(30未満) 第4期		2人	0.4%							
5 ① レセプト ② 糖尿病受診率(人口10万人対) ③ 入院外 ④ 入院 ⑤ 糖尿病治療中 (再掲)40-74歳 ⑥ 健診未受診者 ⑦ 糖尿病性腎症 (再掲)40-74歳 ⑧ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合) (再掲)40-74歳 ⑨ 新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症 ⑩ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)	H	1,525人	10.8%						KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	I	1,499人	13.3%							
	L	1,137人	75.9%							
		153人	10.0%							
		148人	9.9%							
	6 ① 医療費 ② 総医療費 ③ 生活習慣病総医療費 (総医療費に占める割合) ④ 生活習慣病対象者 一人当たり ⑤ 健診受診者 健診未受診者 ⑥ 糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合) ⑦ 糖尿病入院外総医療費 1件あたり ⑧ 糖尿病入院総医療費 1件あたり ⑨ 在院日数 ⑩ 慢性腎不全医療費 透析あり ⑪ 透析なし	a	45.3億円							
b		15.1億円								
b/a		40.0%								
		5,131円								
		35,878円								
c		2.5億円								
c/b		13.8%								
		7.4億円								
		36,145円								
		5.0億円								
		679,055円								
		16日								
		2.3億円								
		0.2億円								
7 ① 介護 ② 介護給付費 (再掲)2号認定者の有所見 糖尿病合併症			44.1億円							KDB 同規模保険者比較 更介護(支援)者認定状況
		5.4%								
8 ① 死亡 ② 死因別死亡者数 糖尿病		8人	2.0%						KDB 地域の全体像の把握	



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症  <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。  メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~				
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~	
		食後	~199		200~		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~		
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50		51~		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99		100~125	126~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	~139		140~199	200~	
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	~84	85~89	90~			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3a1~					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24						

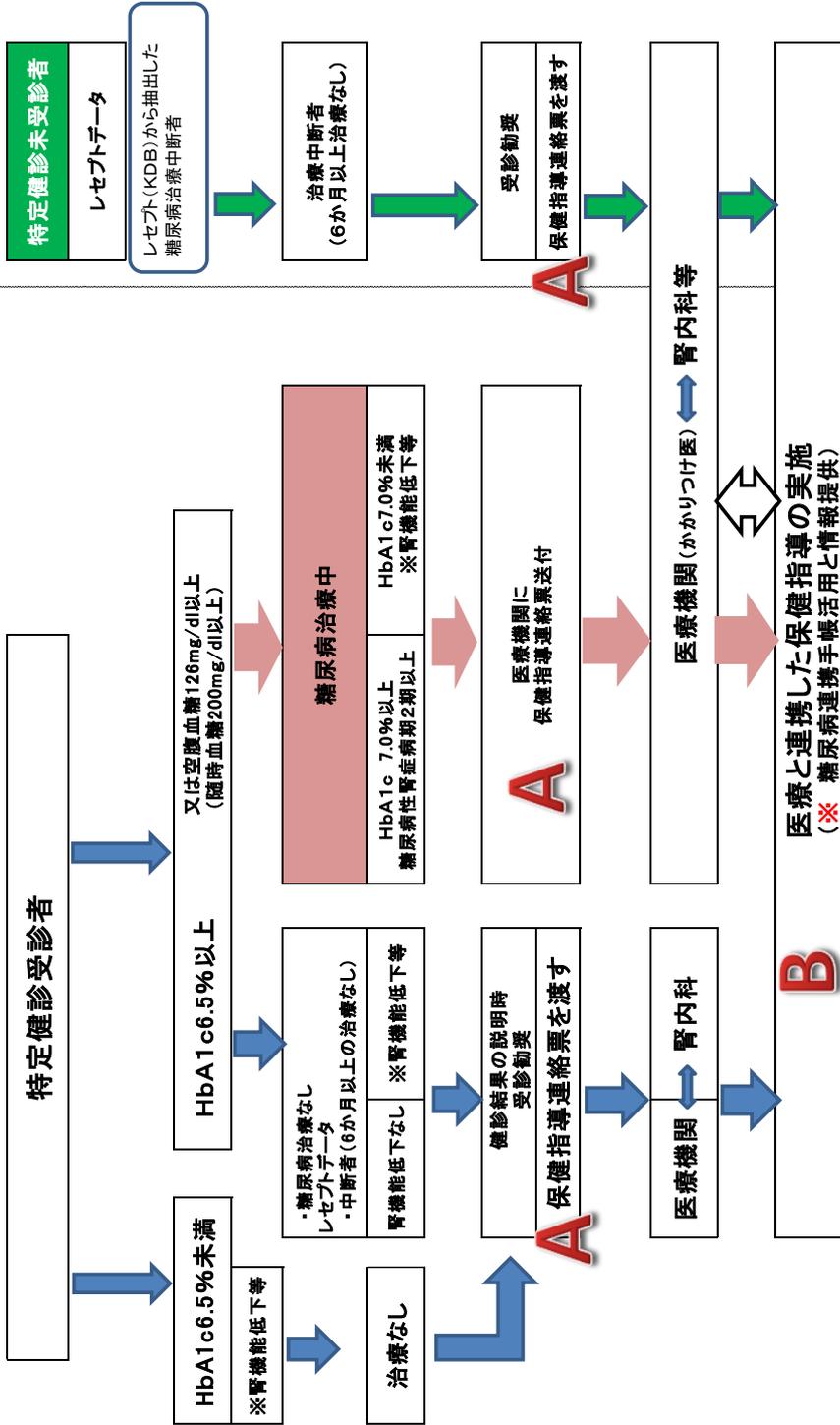
参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



# 糖尿病性腎症 (CKD)重症化予防における医療機関との連携体制 (案) 千曲市

千曲市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的及び対象者選定の考え方は、県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参照

## 千曲市国保加入者



※本人同意のもと、随時、データ等の共有を行う

千曲市特定健診・特定保健指導の取り組みの経過

		第1期					
		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度		
千曲市特定健診・保健指導実施計画		第1期(H20.3策定)					
千曲市データヘルス計画							
受診率		21.5	27.5	33	35.7		
受診者数		2,292	2,972	3,540	3,819		
特定保健指導実施率		35.3	27.2	54.3	66.5		
修了者数		159	154	252	314		
保健指導者数		376	382	1,471	1,687		
1	通知関係	集団・個別の希望者のみ		集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知	集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知		
2	健診見直し	基本チェックリスト	基本チェックリスト廃止				
		集団健診	実施時期	12月	12月	5月、12月	5月、12月
			大田原出張診療所		実施	実施	実施
			夜間健診	実施	実施 2回	実施 1回	実施 1回
		個別健診	対象年齢	40~64歳まで	全年齢	全年齢	全年齢
			個別健診実施時期	6-9月	6-9月 2月	6-2月	6-2月
			個別実施機関	千曲医師会	千曲医師会	千曲医師会	千曲医師会
	健診料金	1000円	1000円	1000円	1000円		
	追加検査項目	クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸		
	2次健診	糖負荷検査	糖負荷検査	糖負荷検査	糖負荷検査		
3	情報提供(データ提供)の拡大		人間ドック 商工会議所・商工会・農協	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 医療機関 1医療機関	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務		
4	(電話・受診勧奨・通知・訪問等)	40歳到達者への通知	7月	7月			
		集団未実施者へ電話・勧奨	7月	11月	11月	11月	
		申込み未の人		4月・7月・8月・12月・1月(国保と) 1月 はがき	4月・7月・8月・12月・1月 (国保と)		
		全体計画一斉勧奨				6月・8月・11月・1月(国保と)	
	地区担当者 健診中断者及び未受診者の受診勧奨 ★レセプトより医療機関受診中断者でハイ リスク者への受診勧奨と保健指導	随時	随時	随時	地区別対象者リスト作成 随時		
5	ポピュレーション	受診率		地区単位	月1回 地区単位 議会議長	月1回 地区単位 健康推進員会 食改 議会・区長会・民生委員	
		国保保険証更新時 パンフレット配布と受診勧奨	実施	実施	実施	国保ニュースの発行 3回	
		チラシ配布			実施(がん検診受診者に配布)	実施(がん検診受診者に配布)	
		介護保険説明会		4-8月	毎月 血圧・尿検査	毎月 尿検査	
		市報・健診周知	実施	実施	実施	実施	
		テレビ、有線等 有線放送、ケーブルテレビ放映 、ケーブルテレビかわら版掲載	実施	実施	実施	実施	
		ポスター作製			市内施設・医療機関等配布	医療機関へのポスター貼り	
		医療機関回り		実施	実施		
		団体の継続学習	健康推進員・食改	健康推進員・食改	健康推進員・食改	健康推進員・食改	
		区長会での説明		戸倉・上山田区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会	
民生児童委員会での説明				民生児童委員			

【参考資料 12-1】

第2期					
H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
第2期 (H25.3策定)		(H27.3策定)			
37.4	39.6	41.0	43.7	42.5	
3,975	4,206	4,344	4,479	4,177	
88.4	92.0	91.6	91.2	92.6	
437	424	426	511	475	
2,039	2,367	2,037	2,046		
集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知	集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知	集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知	集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知	集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知	集団希望者 ドック等希望なし全員に個別健診 案内通知
5月、12月	5月、12月	5月、12月	5月、12月	5月、12月	5月、12月
廃止	廃止	廃止	廃止	廃止	廃止
実施 1回	実施 1回	実施 1回	実施 1回	実施 1回	実施 1回
全年齢	全年齢	全年齢	全年齢	全年齢	全年齢
6-2月	6-2月	6-2月	6-2月	6-2月	6-2月
千曲医師会 厚生連(篠ノ井・松代)	千曲医師会 厚生連(篠ノ井・松代)	千曲医師会 厚生連(篠ノ井・松代)	千曲医師会 厚生連(篠ノ井・松代)	千曲医師会 厚生連(篠ノ井・松代)	千曲医師会 厚生連(篠ノ井・松代)
1000円(40歳無料)	1000円(40歳無料)	1000円(40歳無料)	1000円(40歳無料)	1000円(40歳無料)	1000円(40歳無料)
クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸	クレアチニン・尿酸・尿たん白定量	クレアチニン・尿酸・尿たん白定量
糖負荷検査	糖負荷検査	糖負荷検査	糖負荷検査	糖負荷検査	糖負荷検査
人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務 特殊徴収リスト作成	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務 特殊徴収リスト作成	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務 特殊徴収リスト作成 市職場健診のデータ取得	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務 特殊徴収リスト作成 市職場健診のデータ取得	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務 特殊徴収リスト作成 市職場健診のデータ取得	人間ドック 商工会議所・商工会・農協 特例業務 特殊徴収リスト作成 市職場健診のデータ取得
11月	11月	11月	11月	11月	11月
			10月はがき受診勧奨	10月はがき受診勧奨	10月はがき受診勧奨
6月・8月・11月・1月	6月・8月・11月・1月	8月・11月・1月	8月・11月	8月・11月	8月・11月・1月
随時	随時	随時 ★KDBを活用し、過去に健診未・ 治療未をターゲットに受診勧奨	随時(早期に勧奨する) ★KDBを活用し、過去に健診未・ 治療未をターゲットに受診勧奨	随時(早期に勧奨する) ★KDBを活用し、過去に健診未・ 治療未をターゲットに受診勧奨	随時(早期に勧奨する) ★KDBを活用し、過去に健診未・ 治療未をターゲットに受診勧奨 ★新発病管理台帳
月2回 地区単位 健康推進委員会 食改 議会・区長会・民生委員	月3回 地区単位 健康推進委員会 食改 議会・区長会・民生委員	月3回 地区単位 健康推進委員会 食改 議会・区長会・民生委員	月3回 地区単位 健康推進委員会 食改 議会・区長会・民生委員	月1回 地区単位 健康推進委員会 食改 議会・区長会・民生委員	月1回 地区単位 健康推進委員会 食改 議会・区長会・民生委員
国保ニュースの発行 3回	国保ニュースの発行 3回	国保ニュースの発行 3回	国保ニュースの発行 3回	国保ニュースの発行 3回	国保ニュースの発行 3回
実施(がん検診受診者に配布)	実施(がん検診受診者に配布)	実施(がん検診受診者に配布)	実施(がん検診受診者に配布 薬局での配布)	実施(がん検診受診者に配布 薬局での配布)	実施(がん検診受診者に配布 薬局での配布)
毎月 尿検査	毎月 尿検査	毎月 尿検査	毎月 尿検査	毎月 尿検査	毎月 尿検査
実施	実施	実施	実施	実施	実施
実施	実施	実施	実施	実施	実施
医療機関へのポスター貼り	医療機関へのポスター貼り	医療機関へのポスター貼り	医療機関へのポスター貼り 薬局へのポスター貼り	医療機関へのポスター貼り 薬局へのポスター貼り	医療機関へのポスター貼り 薬局へのポスター貼り
		薬剤師との連絡会、薬局での啓発に ついて検討	薬剤師との連絡会、薬局での啓発 (受診勧奨のチラシ・ポスター配布)	薬剤師との連絡会、薬局での啓発 (受診勧奨のチラシ・ポスター配布)	薬剤師との連絡会、薬局での啓発 (受診勧奨のチラシ・ポスター配布)
健康推進員・食改	健康推進員・食改	健康推進員・食改	健康推進員・食改	健康推進員・食改	健康推進員・食改
戸倉・上山田区長会 全体区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会	戸倉・上山田区長会 全体区長会
民生児童委員会	民生児童委員会	民生児童委員会	民生児童委員会	民生児童委員会	民生児童委員会

千曲市特定健診・特定保健指導の取り組みの経過

		第1期			
		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
	<b>重点事業</b>			国保ヘルスアップ事業(保健事業)・国補助事業 (H22 単年)	糖尿病対策事業(市単) (H)
保健指導実践の経緯	保健指導実施対象健診	集団健診 個別健診	集団健診 個別健診	集団健診 個別健診	集団健診 個別健診 人間ドック 特例業務
	集団健診時に個別相談				
	個別健診受診者の結果相談会			H22～開始 6月末～3月 毎月2～3回(2保健センターで開催)	
	保健指導実施対象者	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者(糖・腎中心)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③メタボを伴わない、糖尿病等3次予防者優先(糖・腎中心) ④治療中のコントロール不良者(重症者)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③メタボを伴わない、糖尿病等3次予防者優先(糖・腎中心) ④治療中のコントロール不良者(糖・腎中心)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③メタボを伴わない、糖尿病等3次予防者優先(糖・腎中心) ④治療中のコントロール不良者(糖・腎中心)
保健指導教材 (保健活動を考える自主的研究会作成学習教材による)	千曲市健康記録の配布と個別用教材使用「健康記録」			「糖尿病ノート」	「腎ノート、腎食ノート」
職員体制(正規職員)	保健師8名 栄養士5名	保健師8名 栄養士5名	保健師11名 栄養士5名	保健師10名(10月～12名) 栄養士5名	
職員体制(臨時職員)	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【糖尿病対策事業(市単独)】 事務1名・栄養士1名	
力量形成(H17～)	年3～4回	年3回	年4回	年4回	
国保ヘルスアップ事業					

【参考資料 12-2】

第2期					
H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
(23～H25 3か年)		国保ヘルスアップ事業・国特別調整交付金 (H26.10～H28 3か年)			国保保健指導事業 (H29 単年)
集団健診 個別健診 人間ドッグ 特例業務	集団健診 個別健診 人間ドッグ 特例業務	集団健診 個別健診 人間ドッグ 特例業務	集団健診 個別健診 人間ドッグ 特例業務	集団健診 個別健診 人間ドッグ 特例業務	集団健診 個別健診 人間ドッグ 特例業務
					→
					→
①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③重症化予防対象者 (特定健診・保健指導プログラム改訂版図1(厚労省)の中・長期的目標達成のため)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③重症化予防対象者 (特定健診・保健指導プログラム改訂版図1(厚労省)の中・長期的目標達成のため)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③重症化予防対象者 (特定健診・保健指導プログラム改訂版図1(厚労省)の中・長期的目標達成のため)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③重症化予防対象者 (特定健診・保健指導プログラム改訂版図1(厚労省)の中・長期的目標達成のため)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③重症化予防対象者 (特定健診・保健指導プログラム改訂版図1(厚労省)の中・長期的目標達成のため)	①特定健診保健指導対象者 ②糖尿病等3次予防者優先者 ③重症化予防対象者 (特定健診・保健指導プログラム改訂版図1(厚労省)の中・長期的目標達成のため)
「食ノート」	「からだノート」				糖尿病性腎症重症化予防の保健指導教材～冒険と挑戦～
保健師13名 栄養士5名	保健師14名 栄養士5名	保健師14名 栄養士5名	保健師13名 栄養士5名	保健師14名 栄養士5名	保健師15名 栄養士4名
【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【糖尿病対策事業(市単独)】 事務1名・栄養士1名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【糖尿病対策事業(市単独)】 事務1名・栄養士1名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【重症化予防(～9月市単独)(10月～ヘルスアップ事業補助)】 事務1名・栄養士1名 【重症化予防(10月～ヘルスアップ事業補助)】 臨時職員受	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【重症化予防(ヘルスアップ事業補助)】 事務1名・栄養士1名 臨時職員受診動員2名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【重症化予防(ヘルスアップ事業補助)】 事務1名・栄養士1名 臨時職員受診動員2名	【特定健診・特定保健事業補助事業】 事務1名・栄養士1名 【重症化予防(保健指導事業補助)】 事務2名・栄養士1名 臨時職員受診動員2名
年4回	年4回	年4回	年3回	年3回	年3回
		国保ヘルスアップ事業・国特別調整交付金 (H26.10～H28年度 3か年)	【補助事業で】訪問用軽乗用車リース2台(リース期間H27.6月～H30.6月まで)	【補助事業で】訪問用軽乗用車リース2台(リース期間H27.6月～H30.6月まで)	【補助事業で】訪問用軽乗用車リース2台(リース期間H27.6月～H30.6月まで)

データヘルス計画目標管理一覧

【参考資料 13】

		○:アウトカム、空白:アウトプット		初期値												
課題	達成すべき目的	目標分類	評価項目	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	データ元				
短期目標	特定健診 健診受診率は国平均と比較してやや高いものの、国目標値より低い。		特定健診受診率60%以上	42.5								KDB2次加工ツール(あなみツール様式6-1)				
			特定保健指導実施率60%以上	92.4												
			○ 特定保健指導対象者の減少率25%	18.8												
			○ メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%													
	糖尿病性腎症 人工透析のうち、約6割が糖尿病性腎症によるものであり、外来1人あたり医療費が最も高額である。			受診勧奨対象者への介入率									糖尿病管理台帳			
				○ 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合○%												
				糖尿病の保健指導を実施した割合○%以上												
				○ 健診受診者のうち糖尿病型の者の割合減少○%(HbA1c5.5以上)										KDB2次加工ツール(あなみツール様式6-1)		
				○ HbA1c 経年比較で悪化した者の割合減少												
				○ eGFRの変化 経年比較で悪化した者の割合減少												
				○ 尿蛋白の変化												
				○ 質問票の変化												
	虚血性心疾患 県内79市町村のうち、入院医療費21位、外来16位であり、上位3割に該当する。			受診勧奨対象者への介入率									虚血性心疾患予防管理台帳			
				○ 医療機関受診率												
				保健指導実施率												
				脳血管疾患 県内79市町村のうち、入院医療費26位、外来35位であり、上位5割に該当する。			○ 心電図所見(ST所見)の変化									健診分析ソフト(あなみツール)経年比較
							○ メタボリックシンドローム該当者数の変化									
							○ 健診受診者の脂質異常者の割合減少○%(LDL140以上)									
	○ 質問票の変化															
	脳血管疾患 県内79市町村のうち、入院医療費26位、外来35位であり、上位5割に該当する。			受診勧奨対象者への介入率									高血圧者管理台帳			
○ 医療機関受診率																
保健指導実施率																
中長期目標						○ 健診受診者の高血圧者の割合減少○%(160/100以上)									健診分析ソフト(あなみツール)経年比較	
						○ 心電図所見(心房細動)の変化										
						○ eGFRの変化										
						○ HbA1cの変化										
						○ LDLコレステロールの変化										
中長期目標			○ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少○%									KDB厚労省様式3-2				
			○ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合○%減少													
			○ 脳血管疾患の総医療費に占める割合○%減少													
			○ メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%									KDB2次加工ツール(あなみツール様式6-1)				

1. CKD重症度分類別人数（2カ年の推移）

年度	健診受診者		尿蛋白/GFR 共に実施	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	(参考) 65歳以上 割合
	人数	受診率		(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
							G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3	
27年度				人	人	人	人	人	人	人	
				%	%	%	%	%	%	%	
28年度				人	人	人	人	人	人	人	
				%	%	%	%	%	%	%	

2. 前年度を起点に今年度の結果でどの層が改善・悪化しているかをみる

前年度受診者 (尿蛋白・GFR共に実施)  0人			今年度の健診結果								健診 未受診	75歳 到達者
			ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1			
			(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2			
			人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
GFR	正常 または 高値	ハイリスク群 (G1A1) (G2A1)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G1A2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
90	正常または 軽度低下	G1A3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G2A2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
60	軽度～ 中等度低下	G2A3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G3aA1	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
45	中等度～ 高度低下	G3aA2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G3aA3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
30	高度低下	G3bA1	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G3bA2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
15	末期腎不全	G3bA3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G4A1	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		G4A2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
		G4A3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
		G5A1	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
		G5A2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
		G5A3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	

受診勧奨判定値以上\_リスク減少の評価

...改善  ...悪化

前年度の結果	今年度の結果をみる									
	継続受診者					未受診(中断)				
	6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	75歳到達者	6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	75歳到達者
HbA1c6.5以上 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
6.5~6.9 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
7.0~7.9 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
8.0以上 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %

前年度の結果	今年度の結果をみる									
	継続受診者					未受診(中断)				
	正常高値以下	I度	II度	III度	75歳到達者	正常高値以下	I度	II度	III度	75歳到達者
I度高血圧以上 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
I度 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
II度 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
III度 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %

前年度の結果	今年度の結果をみる									
	継続受診者					未受診(中断)				
	140未満	140~159	160~179	180以上	75歳到達者	140未満	140~159	160~179	180以上	75歳到達者
140以上 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
140~159 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
160~179 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %
180以上 人	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %