

坂城町国民健康保険

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 年度～平成 35 年度>

平成 30 年 3 月

坂城町国民健康保険

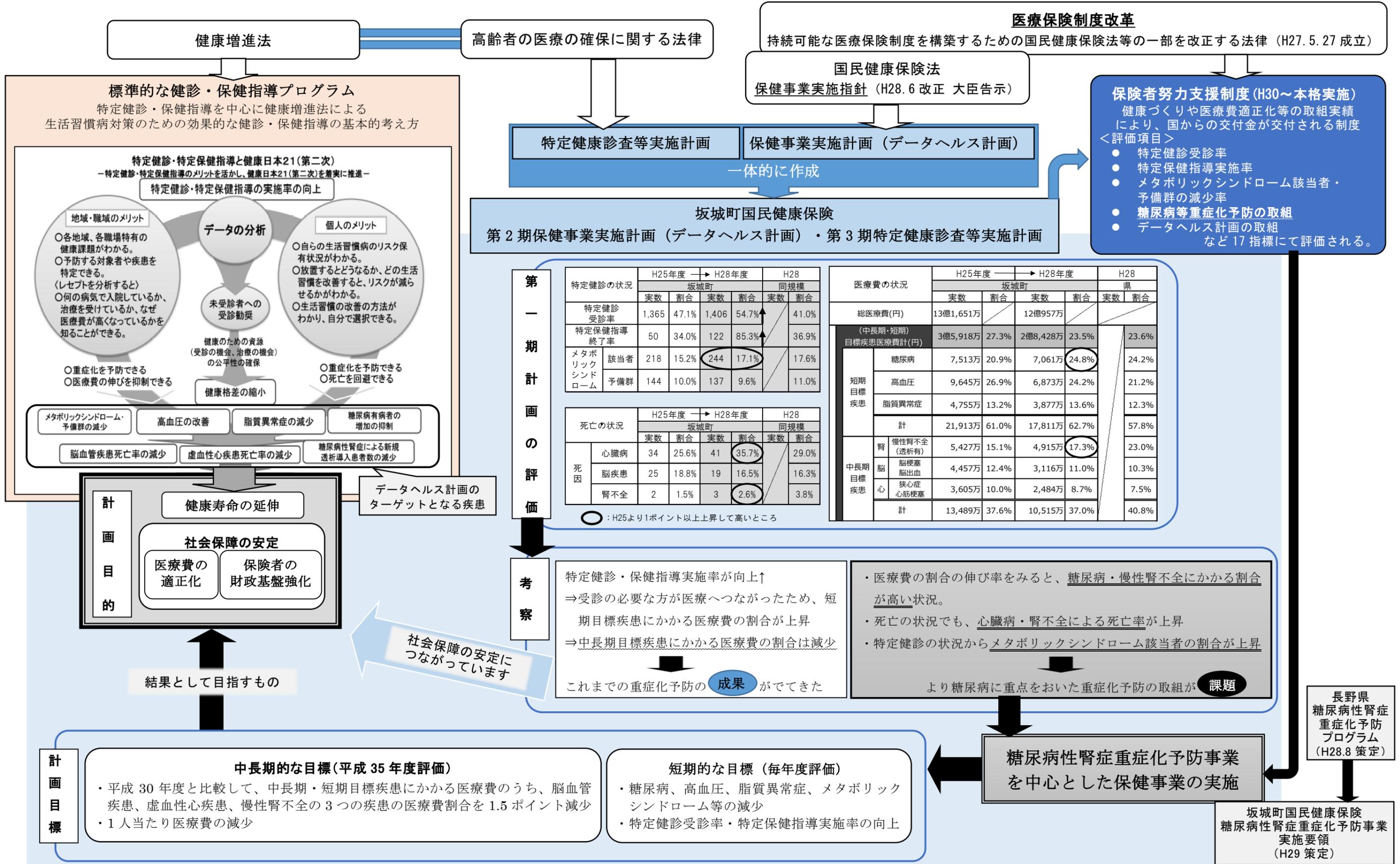
『第2期保健事業計画(データヘルス計画)』『第3期特定健康診査等実施計画』の概要

保健事業実施計画(データヘルス計画)		特定健康診査等実施計画	
国民健康保険法 第82条	法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	
第1期:平成27~29年度(3年) ↓ 第2期:平成30~35年度(6年)	計画期間	第1期:平成20~24年度(5年) ↓ 第2期:平成25~29年度(5年) ↓ 第3期:平成30~35年度(6年)	
医療保険者	計画策定者	医療保険者	
生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。	
被保険者全員	対象年齢	40~74歳	
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 COPD(慢性閉塞性肺疾患)・がん	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・脂質異常症 虚血性心疾患・脳血管疾患	
健康・医療情報を活用して、費用対効果の視点も考慮しつつ行う ①生活習慣の状況 ②健康診査等の受診率 ③医療費等	評価項目	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	



坂城町国民健康保険 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	
計画名	坂城町国民健康保険 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
計画期間	平成30~35年度(6年間)
計画策定者	医療保険者(坂城町福祉健康課:保険係・保健センター)
基本的な考え方	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、保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行う。脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患等を減らしていくことを中長期目標、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を減らしていくことを短期目標と定め、被保険者の健康増進・維持に取り組むこととし、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られるものとする。
対象年齢	被保険者全員
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、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患
評価項目	健康・医療情報を活用して、費用対効果の視点も考慮しつつ行う ①生活習慣の状況、②健康診査等の受診率、③医療費等
インセンティブ	<保険者努力支援制度> 特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率 糖尿病等重症化予防の取組 個人への分かりやすい情報提供 データヘルス計画の取組

坂城町国民健康保険『保健事業実施計画（データヘルス計画）・特定健康診査等実施計画』の概要  
 ～国民健康保険加入者の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するために～



## <目次>

<b>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</b> . . .	1
1 背景・目的 . . . . .	1
2 計画の位置付け . . . . .	2
3 計画期間 . . . . .	6
4 関係者が果たすべき役割と連携 . . . . .	6
(1) 実施主体関係部局の役割	
(2) 外部有識者等の役割	
(3) 被保険者の役割	
5 保険者努力支援制度 . . . . .	8
<b>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</b> . . . . .	9
1 第1期計画に係る評価及び考察 . . . . .	9
(1) 第1期計画に係る評価	
(2) 第1期に係る考察	
2 第2期計画における健康課題の明確化 . . . . .	19
(1) 当町の地域特性	
(2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況	
(3) 特定健診受診者の実態	
3 目標の設定 . . . . .	24
(1) 成果目標	
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b> . . . . .	27
1 第三期特定健診等実施計画について . . . . .	27
2 目標値の設定 . . . . .	27
3 対象者の見込み . . . . .	28
4 特定健診の実施 . . . . .	29
(1) 実施方法	
(2) 特定健診委託基準	
(3) 実施場所及び時期	

(4) 対象者	
(5) 特定健診実施項目	
(6) 実施時期	
(7) 医療機関との適切な連携	
(8) 請求・支払い事務の代行機関	
(9) 健診の案内方法	
<b>5 特定保健指導の実施</b> . . . . .	<b>31</b>
(1) 健診から保健指導実施の流れ	
(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	
(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	
<b>6 個人情報の取扱い</b> . . . . .	<b>34</b>
(1) 基本的な考え方	
(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	
<b>7 実績の報告</b> . . . . .	<b>35</b>
<b>8 特定健康診査等実施計画の公表・周知</b> . . . . .	<b>35</b>
<b>第4章 保健事業の内容</b> . . . . .	<b>36</b>
<b>I 保健事業の方向性</b> . . . . .	<b>36</b>
<b>II 重症化予防の取組</b> . . . . .	<b>36</b>
<b>1 糖尿病性腎症重症化予防</b> . . . . .	<b>36</b>
(1) 基本的な考え方	
(2) 対象者の明確化	
(3) 対象者の進捗管理	
(4) 保健指導の実施	
(5) 医療との連携	
(6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携	
(7) 評価	
(8) 実施期間及びスケジュール	
<b>2 脳血管疾患重症化予防</b> . . . . .	<b>46</b>
(1) 基本的な考え方	
(2) 対象者の明確化	
(3) 保健指導の実施	
(4) 医療との連携	
(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携	
(6) 評価	

(7) 実施期間及びスケジュール	
3 虚血性心疾患重症化予防	52
(1) 基本的な考え方	
(2) 対象者の明確化	
(3) 保健指導の実施	
(4) 医療との連携	
(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携	
(6) 評価	
(7) 実施期間及びスケジュール	
III 広く町民に周知・啓発する取組	54
<b>第5章 地域包括ケアに係る取組</b>	<b>56</b>
<b>第6章 計画の評価・見直し</b>	<b>57</b>
1 評価の時期	57
2 評価方法・体制	57
<b>第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>58</b>
1 評価の公表・周知	58
2 個人情報の取扱い	58

# 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。)等の電子化が進展するとともに、国保データベースシステム(以下「KDB」という。)等の整備により、市町村国民健康保険、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。)の三者(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、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月に閣議決定された「日本再興戦略」では、「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。」と明記されました。

また、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(以下「国保」という。)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を決定し、市町村と共に保険者となって財政運営を担うとともに、市町村は、これまでどおり保健事業など医療費適正化の取組を主に行うという、いわゆる「国民健康保険制度の広域化」が図られることとなりました。さらに、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援を拡充する一環として医療保険加入者の重症化予防と健康づくりを進め、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることとなり、平成28年度から前倒しで実施されています。

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。)の一部改正等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

当町においては、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)」を策定し、脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患等を減らしていくことを中長期目標、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を減らしていくことを短期目標と定め、被保険者の健康増進・維持に取り組むこととし、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られるものと考えています。

## 2 計画の位置付け

当町では、国民健康保険の保険者として国民皆保険制度を将来にわたり持続可能な制度とするため、平成 20 年 3 月に「坂城町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、数値目標を設定して、国民健康保険加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んでいます。

また、町民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、平成 27 年 3 月に「坂城町保健事業実施計画（データヘルス計画）」を作成し、データに基づき、予防可能な生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施してきました。

このように、当町においては、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)の二つの計画を両輪として保健事業を実施してきましたが、この度のデータヘルス計画の改定に当たり、保健事業の実効性をより高めていくために、一体的な計画として第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「本計画」という。）を策定しました。

本計画は、効果的で効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果や、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿って運用していきます。

また、本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「信州保健医療総合計画（健康増進計画・医療費適正化計画・医療計画等）」や「すこやかさかき 21」等と連携を図ります。（図表 1・2・3）

これに伴い、平成 27 年 3 月に策定した計画を「第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」と位置付けます。

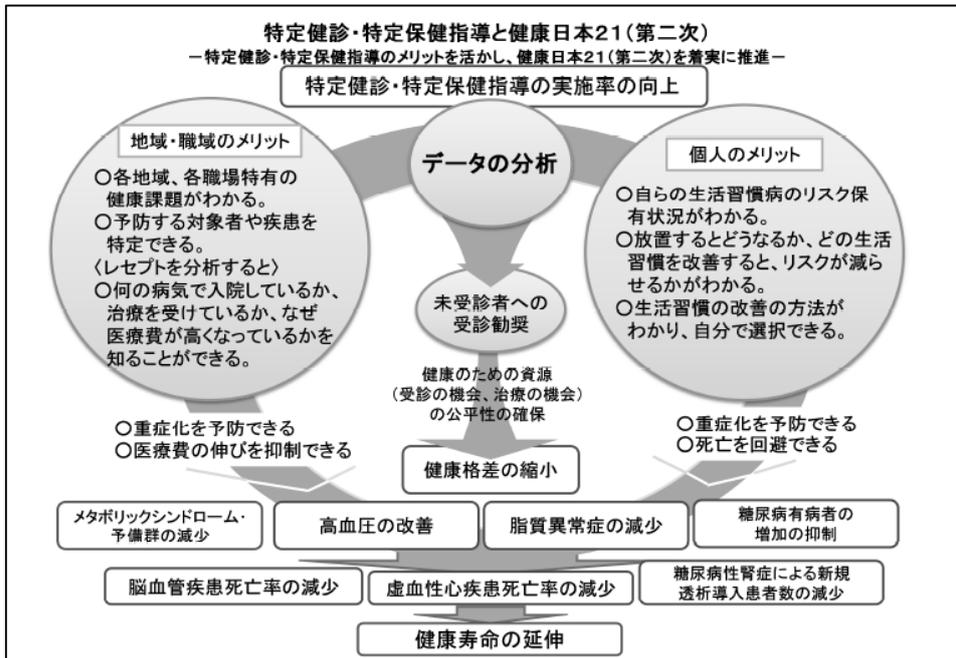
【図表 1】平成 30 年度に向けた法定計画等の位置づけ

		「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」
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※)	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
基本的な指針		厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」
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)
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
基本的な考え方		健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能 の維持及び向上を目指し、その結果、社会保険 制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善 及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者 を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を 抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を表現 することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする ものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保 険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化 及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者 自身にとっても重要である。
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	40歳～74歳	被保険者全員
対象 疾病	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  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 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
	糖 尿 病 連 関 連 病	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導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者  ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症  ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	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(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール 摂取量 ④喫煙  (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  保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定
その他			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	

※健康増進事業実施者…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

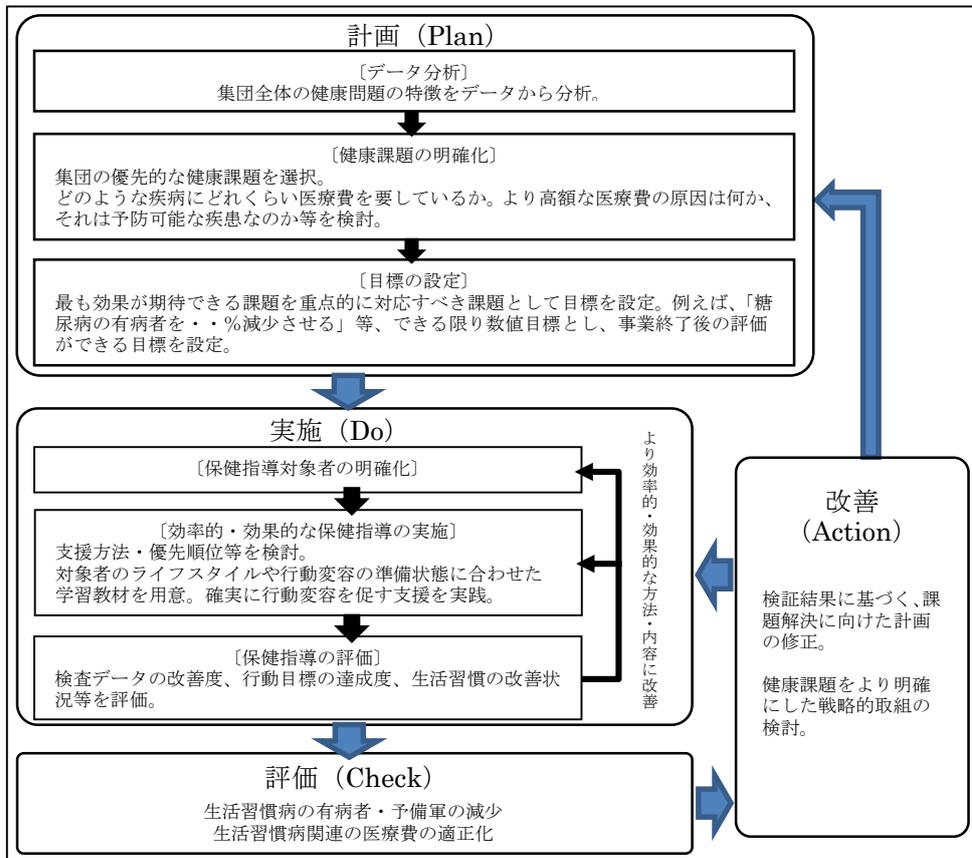
「介護保険事業計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
高齢者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に支援することや、要介護状態または要支援状態となることの <b>予防</b> 又は、要介護状態等の <b>軽減</b> もしくは <b>悪化の防止</b> を理念としている	<b>国民皆保険を堅持</b> 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、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、 <b>良質かつ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、 <b>地域において切れ目のない医療の提供</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る
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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>糖尿病性腎症</b>  <b>糖尿病性神経障害</b>  <b>糖尿病性網膜症</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>脳血管疾患</b>  <b>閉塞性動脈硬化症</b> </div>	メタボリックシンドローム  <b>糖尿病</b>  生活習慣病	<b>糖尿病</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>心筋梗塞等の心血管疾患</b>  <b>脳卒中</b> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>慢性閉塞性肺疾患(COPD)</b>  <b>がん末期</b> </div> 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	生活習慣病	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>がん</b> </div> <b>精神疾患</b>
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疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
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		

【図表 2】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】

【図表 3】 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】

### 3 計画期間

本計画の計画期間に関し、国指針第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」としていること、また、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（以下「手引書」という。）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」としていること、さらに、信州保健医療総合計画の次期計画期間が平成30年度から平成35年度までとされていることから、これらとの整合性を図るため、計画期間は平成30（2018）年度から平成35（2023）年度の6年間とします。

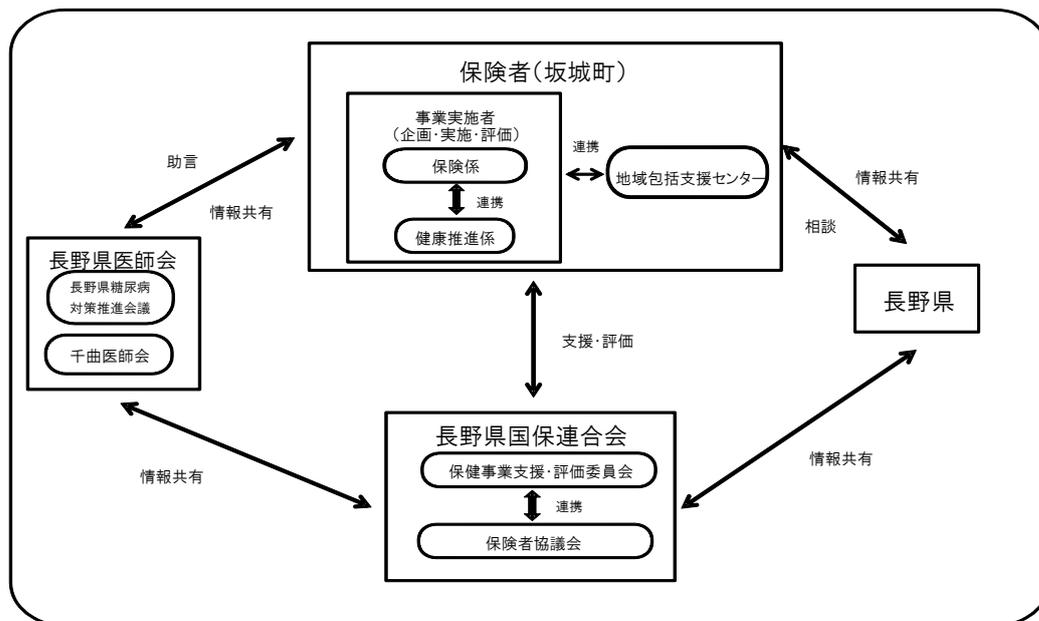
### 4 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体・関係部局の役割

本計画は、国民健康保険を主管する福祉健康課保険係が主体となり、町民の健康の保持増進に関わりのある保健衛生を担当する健康推進係（保健センター）と連携し、策定を進めました。

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

【図表4】坂城町の実施体制



## (2) 外部有識者等の役割

本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、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保健事業支援・評価委員会（以下「委員会」という。）などの外部有識者との連携・協力が重要です。特に委員会からは、データヘルス計画作成等の支援を受けています。保険者として町は、委員会の幅広い専門的知見に基づく健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBを活用したデータ分析や技術支援、職員向け研修を受けております。

また、国保については、平成 30 年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村と共に保険者となることから、特に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ります。このため、本計画の素案の段階から長野県健康福祉部や長野保健福祉事務所等と意見交換を行い、県と連携を図っています。

また、保険者と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、県が長野県医師会等との連携を推進することが重要であり、当町では、坂城町国民健康保険運営協議会に医師会、歯科医師会、薬剤師会から委員として参画を得て、連携を推進しています。

保険者等の間では、転職や加齢等による被保険者の異動が多いことから、他の医療保険者と健康・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す。そのためには、保険者協議会等を活用することも有用と考えています。

## (3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、国保運営協議会に地域選出及び公募の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

## 5 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として新たに保険者努力支援制度を創設し、平成30年度から本格実施することとなっており、既に平成28年度から特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されています。

保険者努力支援制度による評価は初めての仕組みで、平成30年度は糖尿病等の重症化予防の取組や保険料(税)収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっており、本計画策定も評価指標の一つとなっております。毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させる仕組みとしています。

当町は、平成28年度では全国1,741市町村中126位で、交付額は213万7千円でした。健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分されます。(図表5)

【図表5】保険者努力支援制度の評価指標

評価指標		H28		H29		H30	
		町	満点	町	満点	町	満点
総得点		256	345		580		850
交付額(千円)		2,137					
全国順位(1,741市町村中)		126					
共通 ①	特定健診受診率	15	20		35		50
	特定保健指導実施率	15	20		35		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15	20		35		50
共通 ②	がん検診受診率	0	10		20		30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10	10		15		25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40	40		70		100
共通 ④	個人のインセンティブ提供	0	20		45		70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20		15		25
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	10		25		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	15		25		35
	後発医薬品の使用割合	10	15		30		40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	40		70		100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10	10		30		40
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0	10		15		25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5		15		25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10		30		40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						50
体制構築加算		70	70		70		60

出典：厚生労働省保険局・坂城町福祉健康課保険係

## 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 全体の経年変化及び同規模町村の平均と比較した町の状況

当町では、脳血管疾患・糖尿病性腎症・虚血性心疾患等を減らすことを中長期目標として取り組んできました。死亡の状況をみると、脳疾患の死亡割合が減少しているものの、心臓病・糖尿病・腎不全による死亡割合は増加しており、同規模町村と比べて高い傾向にあります（図表6項目2-①）。

要介護認定率は1号認定者数が709人、認定率15.7%と増加していましたが、同規模町村と比べると低い状況にあります（図表6項目3-①）。また有病状況ではいずれも同規模町村より高い割合となっており、特に基礎疾患として糖尿病の有病率が39.3%と平成25年度より5.7ポイント上昇し高い状況にあります（図表6項目3-②）。

医療費の状況をみると、入院費用・件数の割合は、ともに減少して同規模町村の平均よりも低く、重症化した結果としての入院が減少しています（図表6項目4-③）。しかし、疾患別にみると脳血管疾患による入院費用は1件当たり平均約81万円と県内7位と高額になっています（図表6項目4-⑤）。

これらより、第1期計画から中長期目標では脳疾患による死亡・入院を減らすこと、短期目標では糖尿病の有病率を減らすことが課題となっています。

##### （用語解説）

※KDB：国保中央会から出される数値で、年度途中の国保脱退、加入者を除いていますが、法定報告値（国に報告する数値）とは差異があります。同規模町村の比較が可能です。

※同規模町村：KDBには同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分され、当町は「同規模区分11（人口規模15,000人～20,000人の町村）」に分類されています。

##### 【同規模区分11の町村】

県内：富士見町、御代田町、南箕輪村

県外：約120町村

【図表 6】坂城町の地域特性

○ …同規模平均と比べて良  
 ○ …同規模平均と比べて悪

↑ …経年変化で上昇  
 ↓ …経年変化で減少

項目	H25年度				H28年度				データ元 (CSV)					
	坂城町		同規模平均		県		国							
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
1 ① 人口構成	総人口	15,459		15,459		2,213,234		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)	4,532	29.3	4,532	29.3	623,636	28.2	567,919	26.8	29,020,766	23.2			
	75歳以上	2,284	14.8	2,284	14.8			303,854	14.4	13,989,864	11.2			
	65～74歳	2,248	14.5	2,248	14.5			264,065	12.5	15,030,902	12.0			
	40～64歳	5,107	33.0	5,107	33.0			701,088	33.1	42,411,922	34.0			
39歳以下	5,820	37.6	5,820	37.6			846,640	40.0	53,420,287	42.8				
2 ② 産業構成	第1次産業	8.2		8.2		12.2		9.8		4.2		KDB NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の		
	第2次産業	45.0		45.0		27.7		29.5		25.2				
	第3次産業	46.8		46.8		60.1		60.7		70.6				
3 ③ 平均寿命	男性	80.6		80.6		79.3		80.9		79.6		KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	女性	86.2		86.2		86.3		87.2		86.4				
4 ④ 健康寿命	男性	65.5		65.5		65.1		65.7		65.2		KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	女性	66.7		66.7		66.8		67.2		66.8				
2 ① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)			93.3		98.6		103.9		90.3		KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	男性			98.9		111.6		102.0		94.5				
	女性									100				
	がん	68	51.1	44	38.3	7,565	46.0	6,285	44.7	367,905	49.6			
	心臓病	34	25.6	41	35.7	4,757	29.0	3,777	26.9	196,768	26.5			
	脳疾患	25	18.8	19	16.5	2,675	16.3	2,908	20.7	114,122	15.4			
	糖尿病	1	0.8	3	2.6	338	2.1	270	1.9	13,658	1.8			
	腎不全	2	1.5	3	2.6	619	3.8	370	2.6	24,763	3.3			
	自殺	3	2.3	5	4.3	474	2.9	436	3.1	24,294	3.3			
	合計													
2 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)	649	14.2	709	15.7	126,477	20.4	111,462	19.7	5,885,270	21.2	KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	新規認定者	17	0.3	5	0.2	2,113	0.3	1,767	0.3	151,813	0.3			
	2号認定者	11	0.3	13	0.2	2,818	0.4	2,068	0.3	151,813	0.4			
	糖尿病	239	33.6	292	39.3	27,976	21.2	23,930	20.8	1,350,152	22.1			
	高血圧症	405	62.0	464	63.3	69,160	52.8	62,279	54.1	3,101,200	50.9			
	脂質異常症	264	37.2	288	41.1	35,266	26.8	31,038	26.7	1,741,866	28.4			
	心臓病	465	43.7	510	70.1	78,851	60.3	71,424	62.1	3,529,682	58.0			
	脳疾患	290	70.8	300	41.4	34,930	26.8	33,027	28.9	1,538,683	25.5			
	がん	71	10.4	91	12.1	13,037	9.8	12,106	10.5	631,950	10.3			
	筋・骨格	404	60.7	460	63.2	67,521	51.7	61,749	53.7	3,067,196	50.3			
	精神	242	36.7	275	38.5	47,722	36.3	42,134	36.4	2,154,214	35.2			
	3 ③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	63,811		60,569		67,108		58,547		58,284			KDB NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題
		居宅サービス	43,900		38,472		41,924		38,590		39,662			
		施設サービス	274,876		264,015		276,079		272,580		281,186			
3 ④ 医療費等	要介護認定別	8,728		8,345		8,324		7,747		7,980		KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	医療費 (40歳以上) 認定あり	3,673		3,599		3,994		3,666		3,816				
4 ① 国保の状況	被保険者数	4,007		3,446		574,796		540,810		32,587,866		KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	65～74歳	1,772	44.2	1,787	51.9			229,556	42.4	12,461,613	38.2			
	40～64歳	1,383	34.5	1,045	30.3			176,381	32.6	10,946,712	33.6			
	39歳以下	852	21.3	614	17.8			134,873	24.9	9,179,541	28.2			
4 ② 医療の概況 (人口千対)	加入率	25.9		22.3		26.0		25.6		26.9		KDB NO.5 被保険者の状 況		
	病院数	0	0.0	0	0.0	173	0.3	131	0.2	8,255	0.3			
	診療所数	9	2.2	10	2.9	1,295	2.3	1,561	2.9	96,727	3.0			
	病床数	0	0.0	0	0.0	22,850	39.8	24,190	44.7	1,524,378	46.8			
	医師数	8	2.0	8	2.3	2,887	5.0	4,786	8.8	299,792	9.2			
	外来患者数	794.1		818.1		686.7		668.8		668.1				
4 ③ 医療費の状況	入院患者数	21.4		21.3		22.1		17.7		18.2		KDB NO.1 地域全体像の 把握		
	一人当たり医療費	26,998		28,183		26,719		24,015		24,245				
	受診率	815,495		839,415		708,781		686,489		686,286				
	外 費用の割合	57.9		59.1		57.8		60.9		60.6				
	来 件数の割合	97.4		97.5		96.9		97.4		97.4				
	入 費用の割合	42.1		40.9		42.2		39.1		39.9				
	院 件数の割合	2.6		2.5		3.1		2.6		2.6				
	1件あたり在院日数	15.9日		16.3日		16.6日		15.1日		15.6日				
4 ④ 医療費分析 (総額に占める割合)	新生物	240		27.5		24.4		24.8		25.6		KDB NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域		
	慢性腎不全 (透析あり)	7.1		6.9		9.4		9.5		9.7				
	糖尿病	9.8		9.9		10.2		10.0		9.7				
	高血圧症	12.5		9.7		9.0		8.8		8.6				
	精神	15.0		17.0		18.4		17.7		16.9				
最大医療資源集積病名 (調剤含む)	筋・骨疾患	13.3		15.1		15.2		15.7		15.2				

出典：KDB

項目	H25年度				H28年度				国		データ元 (CSV)		
	坂城町				同規模平均		県		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4	費用額 (1件あたり) 入院 県内順位 順位総数79	糖尿病	669,305	9位 (18)	608,589	26位 ↓ (14)					KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域		
		高血圧	675,673	13位 (16)	659,215	21位 ↓ (14)							
		脂質異常症	557,186	33位 (16)	613,433	21位 ↑ (16)							
		脳血管疾患	675,913	36位 (18)	805,116	7位 ↑ (21)							
		心疾患	745,227	26位 (12)	689,734	36位 ↓ (12)							
		腎不全	720,437	38位 (21)	646,310	36位 ↑ (19)							
		精神	434,144	42位 (25)	466,032	43位 ↓ (26)							
		悪性新生物	644,894	24位 (14)	663,633	24位 ↓ (12)							
		入院の( )内 は在院日数	糖尿病	27,534	73位	27,571	72位 ↑						
			高血圧	24,982	62位	23,075	70位 ↓						
			脂質異常症	23,390	60位	23,584	61位 ↓						
			脳血管疾患	26,530	70位	27,713	68位 ↑						
			心疾患	33,260	53位	33,550	59位 ↓						
			腎不全	164,195	49位	156,769	46位 ↑						
外来	精神	26,067	64位	26,455	58位 ↑								
	悪性新生物	39,542	69位	48,857	49位 ↑								
6	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	4,157		7,413	↑	3,095		4,133		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域		
		健診未受診者 一人当たり	10,990		8,243	↓	12,111		10,132				
		生活習慣病対象者 一人当たり	9,614		17,380	↓	8,344		11,509				
		健診未受診者 一人当たり	25,415		19,325	↓	32,649		28,217				
7	健診・レセ 突合	受診勧奨率	714	49.8	714	50.2 ↑	94,649	55.9	92,802	53.4	4,427,425	56.1	
		医療機関受診率	656	45.7	679	47.7 ↑	86,527	51.1	85,484	49.2	4,069,632	51.5	
		医療機関非受診率	58	4.0	35	2.5 ↓	8,122	4.8	7,318	4.2	357,793	4.5	
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数79	健診受診者	1,365		1,406	↑	169,425		173,728		7,898,602		
		受診率	47.1	県内29位 同規模24位	54.7	↑	41.0		46.5	全国2位	36.4		
		特定保健指導終了者(実施率)	50	34.0	122	85.3 ↑	7675	36.9	8,792	46.2	191,922	20.3	
		非肥満高血糖	該当者	156	10.9	157	11.0 ↑	16,972	10.0	17,860	10.3	737,871	9.3
			メタボ	218	15.2	244	17.1 ↑	29,849	17.6	28,080	16.2	1,365,885	17.3
		予備群	男性	172	26.3	187	27.8 ↑	20,492	26.8	19,936	25.3	940,350	27.5
			女性	46	6.9	57	7.6 ↑	9,357	10.1	8,144	8.6	425,535	9.5
		メタボ	男性	144	10.0	137	9.6 ↓	18,589	11.0	17,028	9.8	847,757	10.7
			女性	106	16.2	99	14.7 ↓	12,858	16.8	12,314	15.6	588,322	17.2
		BMI	男性	38	4.9	38	5.1 ↓	5,731	6.2	4,714	5.0	259,435	5.8
			女性	38	4.9	38	5.1 ↓	5,731	6.2	4,714	5.0	259,435	5.8
		BMI	男性	413	28.8	445	31.3 ↑	54,266	32.0	51,075	29.4	2,490,653	31.5
			女性	313	47.9	331	49.2 ↑	37,210	48.6	36,460	46.3	1,714,294	50.2
		BMI	男性	100	12.8	114	15.2 ↑	17,056	18.4	14,615	15.4	776,359	17.3
			女性	74	5.2	68	4.8 ↓	8,621	5.1	8,024	4.6	372,673	4.7
		BMI	男性	11	1.7	11	1.6 ↓	1,455	1.9	1,382	1.8	59,609	1.7
			女性	63	8.1	57	7.6 ↓	7,166	7.7	6,642	7.0	313,064	7.0
		手 備 レ ベ ル	血糖のみ	12	0.8	8	0.6 ↓	1,181	0.7	1,190	0.7	52,299	0.7
			血圧のみ	94	6.6	97	6.8 ↑	12,870	7.6	11,169	6.4	587,214	7.4
脂質のみ	38		2.6	32	2.2 ↓	4,538	2.7	4,669	2.7	208,235	2.6		
血糖・血圧	46		3.2	36	2.5 ↓	5,121	3.0	4,337	2.5	211,996	2.7		
血糖・脂質	11		0.8	15	1.1 ↑	1,656	1.0	1,829	1.1	75,037	1.0		
血圧・脂質	101		7.0	114	8.0 ↑	13,984	8.3	13,137	7.6	663,535	8.4		
血糖・血圧・脂質	60		4.2	79	5.6 ↑	9,088	5.4	8,777	5.1	415,318	5.3		
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	513	35.8	488	35.0 ↓	57,583	34.9	52,469	33.1	2,479,216	33.7
			糖尿病	102	7.1	124	8.9 ↑	13,351	8.1	11,955	7.5	551,051	7.5
			脂質異常症	345	24.1	355	25.4 ↑	37,967	23.0	36,892	23.2	1,738,149	23.6
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	54	4.7	42	4.0 ↓	5,029	3.2	4,697	3.1	230,777	3.3
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	71	6.2	59	5.6 ↓	9,442	6.0	10,003	6.6	391,296	5.5
			腎不全	8	0.7	3	0.3 ↓	760	0.5	882	0.6	37,041	0.5
		喫煙	貧血	147	12.7	140	13.3 ↑	13,633	8.7	11,296	7.5	710,650	10.1
			週3回以上朝食を抜く	162	11.3	188	13.5 ↑	23,392	14.2	21,320	13.4	1,048,171	14.2
			週3回以上朝食後間食	55	4.8	63	6.0 ↑	10,187	6.9	8,333	6.2	540,374	8.5
			週3回以上就寝前夕食	102	8.8	88	8.4 ↓	18,736	12.8	15,693	11.3	743,581	11.8
			食べる速度が速い	144	12.5	125	11.9 ↓	23,368	15.9	20,055	15.0	983,474	15.4
			20歳時体重から10kg以上増加	252	21.9	225	21.4 ↓	40,153	27.4	33,797	25.3	1,636,988	25.9
			1日1時間以上運動なし	344	29.9	316	30.1 ↑	46,810	32.0	40,560	29.0	2,047,756	32.1
			1回30分以上運動習慣なし	718	65.4	660	66.3 ↑	92,258	62.9	89,671	63.9	3,761,302	58.7
睡眠不足	548		47.7	528	50.4 ↑	69,526	47.6	63,966	45.6	2,991,854	46.9		
毎日飲酒	253		22.0	229	21.9 ↓	37,012	25.4	30,611	21.9	1,584,002	25.0		
時々飲酒	272		23.5	257	24.4 ↑	39,922	25.3	36,779	24.4	1,760,104	25.6		
一日 飲 酒 量	1合未満	284	24.5	248	23.5 ↓	32,025	20.3	34,747	23.0	1,514,321	22.0		
	1~2合	326	55.7	300	55.1 ↓	63,747	62.0	41,350	54.0	3,118,433	64.1		
	2~3合	190	32.5	186	34.2 ↑	25,691	25.0	24,618	32.1	1,158,318	23.8		
3合以上	59	10.1	52	9.6 ↓	10,483	10.2	8,209	10.7	452,785	9.3			
		10	1.7	6	1.1 ↓	2,902	2.8	2,397	3.1	132,608	2.7		

## ② 中長期目標の達成状況

### ア 介護の状況

高齢化に伴い介護認定者数・認定率が増加しているため平成 28 年度の介護給付費は平成 25 年度と比べると約 4,300 万円の増額となっていますが、1 件当たりの給付費は平成 25 年度と比べ減少し、同規模町村と比べると約 6,500 円低く、費用額の伸び率は抑えられてきています（図表 7）。

【図表 7】 介護給付費の変化

年度	坂城町						同規模平均		
	介護認定者	認定率	介護給付費	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25	660人	6.8%	11億2,218万	63,811	43,900	274,876	67,974	42,036	282,141
H28	722人	7.5%	11億6,474万	60,569 ↓	38,472	264,015	67,108 ↓	41,924	276,069

(単位:円)

出典：KDB

### イ 医療費の状況

医療費の状況をみると、総医療費は約 1 億円減少していますが、一人当たりの医療費（月平均額）は 28,183 円と約 1,200 円増加しており、県内 8 位と高い状況です。しかし、平成 25 年からの一人当たり医療費の伸び率は、入院では 1.5 ポイント、外来 6.5 ポイントと同規模町村より入院・外来費用ともに伸び率は抑えられています（図表 8）。

【図表 8】 国保医療費の変化

年度	被保険者				総医療費					
	人数	加入率	65歳以上		全体		入院		入院外	
			人数	割合	費用額(円)	増減(円)	費用額(円)	増減(円)	費用額(円)	増減(円)
H25	4,007	25.9%	1,772	44.2%	13億1,651万		5億5,386万		7億6,265万	
H28	3,446 ↓	22.3%	1,787	51.9%	12億 957万	△1億694万	4億9,484万	△5,902万	7億1,473万	△4,792万

年度	一人当たり医療費											
	全体				入院			入院外				
	費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率	費用額(円)	増減(円)	伸び率		
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
H25	26,998				11,360				15,640			
H28	28,183 ↑	1,185	4.4	< 8.2	11,530	170	1.5	< 6.4	16,650	1,010	6.5	< 9.5

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

出典：KDB

総医療費に占める中長期目標で示している 3 疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全）の医療費割合は、減少傾向がみられています。

短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の医療費割合は、県・国より高い状況となっています（図表 9）。

このことから、健診結果から重症化しないうちに適切な治療を受けるなど自己管理しているため、短期目標疾患の医療費割合が高くなっていること、また、重症化した結果である中長期目標疾患の医療費割合が減少傾向みられており、平成 25 年よりも重症化が抑えられていることが分かりました。

【図表 9】 データヘルス計画対象疾患が医療費に占める割合

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 (円)		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
		金額 (円)	順位		腎		脳		心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症				B	B/A
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
					a/B	b/B	c/B	d/B	e/B								
H25 坂城町	13億1,651万	26,998	31位	7位	15.1%	1.4%	12.4%	10.0%	20.9%	26.9%	13.2%	3億5,918万	27.3%	14.0%	8.7%	7.7%	
H28	12億957万	28,183	41位	8位	17.3%↑	0.4%↓	11.0%↓	8.7%↓	24.8%↑	24.2%↓	13.6%↑	2億8,428万	23.5%	16.2%	10.0%	8.9%	
H28 長野県	1,596億2,542万	24,014	--	--	23.0%	1.4%	10.3%	7.5%	24.2%	21.2%	12.3%	376億7,575万	23.6%	14.2%	10.1%	9.0%	
H28 国	9兆6,770億4,134万	24,253	--	--	23.4%	1.5%	9.6%	8.8%	23.4%	20.6%	12.8%	2兆2,370億8,555万	23.1%	14.2%	9.4%	8.4%	

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果  
 ◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】  
 KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

### ウ 中長期的な疾患の治療状況

右表のように被保険者を前期高齢者となる 65 歳を境に区分し、平成 25 年度と平成 28 年度を比較してみると、65 歳以上の被保険者の割合が、高齢化に伴い平成 25 年度の 42% から、平成 28 年度は 50% となり、4 年間で 8 ポイント増加しています。

右表の区分別に中長期的な疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(人工透析)の治療状況

をレセプト件数からみると、脳血管疾患治療者が被保険者の 7.1% と一番多く、次いで虚血性心疾患治療者が 5.2%、慢性腎不全による人工透析導入者が 0.2% を占めています（図表 10、11、12）。

64 歳以下では虚血性心疾患、人工透析を併せ持つ方が増加しており、より重症化した状態で国保に加入していることが考えられます。このことから、被用者保険との連携や国保加入前、若い世代からの生活習慣病を予防する取組が必要と考えられます。

		被保険者	
		人数	割合
H25	全体	4,120	100%
	64歳以下	2,372	58%
	65歳以上	1,748	42%
H28	全体	3,698	100%
	64歳以下	1,840	50%
	65歳以上	1,858	50%

【図表 10】脳血管疾患治療状況（レセプト件数）の変化

※平成 25 年度と比較して悪化しているものに ○ を付けています。

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		高血圧症		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	257	6.2%	60	23.3%	1	0.4%	211	82.1%	159	61.9%	176	68.5%
	64歳以下	46	1.9%	5	10.9%	1	2.2%	39	84.8%	27	58.7%	33	71.7%
	65歳以上	211	12.1%	55	26.1%	0	0.0%	172	81.5%	132	62.6%	143	67.8%
H28	全体	263	7.1%	50	19.0%	5	1.9%	196	74.5%	153	58.2%	181	68.8%
	64歳以下	37	2.0%	8	21.6%	4	10.8%	23	62.2%	20	54.1%	23	62.2%
	65歳以上	226	12.2%	42	18.6%	1	0.4%	173	76.5%	133	58.8%	158	69.9%

出典：KDB(厚労省様式:様式3-6)

【図表 11】虚血性心疾患治療状況（レセプト件数）の変化

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		高血圧症		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	233	5.7%	60	25.8%	4	1.7%	184	79.0%	146	62.7%	171	73.4%
	64歳以下	48	2.0%	5	10.4%	4	8.3%	38	79.2%	28	58.3%	33	68.8%
	65歳以上	185	10.6%	55	29.7%	0	0.0%	146	78.9%	118	63.8%	138	74.6%
H28	全体	194	5.2%	50	25.8%	6	3.1%	142	73.2%	120	61.9%	137	70.6%
	64歳以下	31	1.7%	8	25.8%	4	12.9%	19	61.3%	21	67.7%	22	71.0%
	65歳以上	163	8.8%	42	25.8%	2	1.2%	123	75.5%	99	60.7%	115	70.6%

出典：KDB(厚労省様式:様式3-5)

【図表 12】人工透析導入者の治療状況（レセプト件数）の変化

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		高血圧症		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	9	0.2%	1	11.1%	4	44.4%	8	88.9%	6	66.7%	5	55.6%
	64歳以下	9	0.4%	1	11.1%	4	44.4%	8	88.9%	6	66.7%	5	55.6%
	65歳以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	9	0.2%	5	55.6%	6	66.7%	8	88.9%	7	77.8%	6	66.7%
	64歳以下	7	0.4%	4	57.1%	4	57.1%	6	85.7%	5	71.4%	4	57.1%
	65歳以上	2	0.1%	1	50.0%	2	100.0%	2	100.0%	2	100.0%	2	100.0%

出典：KDB(厚労省様式:様式3-7)

### ③ 短期目標の達成状況

#### ア 糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況の変化

短期目標である糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病治療者の割合が増加する一方で、インスリン療法の割合が減少していることから、早期の治療が重症化の予防につながっていることが推測されます。

また 65 歳以上の方のそれぞれの割合は減少傾向にあり、重症化予防に向かってしていると推測されますが、高血圧症の方で糖尿病・脂質異常症を併せ持つ方の割合がそれぞれ 5 割を超えていることから、高血圧対策を継続していく必要があります(図表 13・14・15)。

【図表 13】糖尿病の治療状況（レセプト件数）の変化

※平成 25 年度と比較して悪化しているものに ○ を付けています。

		短期的な目標								中長期的な目標							
		糖尿病		インスリン療法		高血圧症		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
H25	全体	772	18.7%	57	7.4%	560	72.5%	574	74.4%	146	18.9%	159	20.6%	6	0.8%	15	1.9%
	64歳以下	231	9.7%	27	11.7%	153	66.2%	174	75.3%	28	12.1%	27	11.7%	6	2.6%	5	2.2%
	65歳以上	541	30.9%	30	5.5%	407	75.2%	400	73.9%	118	21.8%	132	24.4%	0	0.0%	10	1.8%
H28	全体	721	19.5%	51	7.1%	498	69.1%	530	73.5%	120	16.6%	153	21.2%	7	1.0%	37	5.1%
	64歳以下	149	8.1%	15	10.1%	92	61.7%	107	71.8%	21	14.1%	20	13.4%	5	3.4%	9	6.0%
	65歳以上	572	30.8%	36	6.3%	406	71.0%	423	74.0%	99	17.3%	133	23.3%	2	0.3%	28	4.9%

出典：KDB(厚労省様式:様式3-2)

【図表 14】高血圧症の治療状況（レセプト件数）の変化

		短期的な目標						中長期的な目標					
		高血圧症		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
H25	全体	1,108	26.9%	560	50.5%	677	61.1%	184	16.6%	211	19.0%	8	0.7%
	64歳以下	313	13.2%	153	48.9%	182	58.1%	38	12.1%	39	12.5%	8	2.6%
	65歳以上	795	45.5%	407	51.2%	495	62.3%	146	18.4%	172	21.6%	0	0.0%
H28	全体	968	26.2%	498	51.4%	598	61.8%	142	14.7%	196	20.2%	8	0.8%
	64歳以下	184	10.0%	92	50.0%	108	58.7%	19	10.3%	23	12.5%	6	3.3%
	65歳以上	784	42.2%	406	51.8%	490	62.5%	123	15.7%	173	22.1%	2	0.3%

出典：KDB(厚労省様式:様式3-3)

【図表 15】脂質異常症の治療状況（レセプト件数）の変化

		短期的な目標						中長期的な目標					
		脂質異常症		糖尿病		高血圧症		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
H25	全体	992	24.1%	574	57.9%	677	68.2%	171	17.2%	176	17.7%	5	0.5%
	64歳以下	315	13.3%	174	55.2%	182	57.8%	33	10.5%	33	10.5%	5	1.6%
	65歳以上	677	38.7%	400	59.1%	495	73.1%	138	20.4%	143	21.1%	0	0.0%
H28	全体	914	24.7%	530	58.0%	598	65.4%	137	15.0%	181	19.8%	6	0.7%
	64歳以下	200	10.9%	107	53.5%	108	54.0%	22	11.0%	23	11.5%	4	2.0%
	65歳以上	714	38.4%	423	59.2%	490	68.6%	115	16.1%	158	22.1%	2	0.3%

出典：KDB(厚労省様式:様式3-4)

## イ 健診結果の有所見者割合の変化

健診結果の有所見者割合（保健指導判定値以上）の経年変化を見ると、男性では腹囲・中性脂肪・HDL-C（HDL コレステロール）が増加しております。これは20歳頃やせで脂肪細胞が少なかった方が、中性脂肪が高くなると、肝臓等の内臓に脂肪が貯まり、腹囲の増加、HDL-C いわゆる善玉コレステロールの減少を引き起こしていると考えられます。

また、女性でも腹囲の割合が増加しており、空腹時血糖・収縮期血圧・拡張期血圧の増加を引き起こしています（図表16）。

腹囲が基準値を超えている方の割合の増加とあわせて、メタボリックシンドローム該当者の割合が男女ともに増加していることから、今後特定保健指導と合わせ、生活習慣病治療中の方にも医療機関と連携した保健指導を行う必要があります（図表17）。

【図表16】 有所見者割合の変化

町・県・全国と比較して高いものに○を、平成25年度と比較して増減しているものに↑↓を付けています。

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
H25	合計	179	27.4	313	47.9	159	24.3	115	17.6	60	9.2	175	26.8	391	59.9
	40-64歳	60	30.2	94	47.2	55	27.6	45	22.6	17	8.5	40	20.1	105	52.8
	65-74歳	119	26.2	219	48.2	104	22.9	70	15.4	43	9.5	135	29.7	286	63.0
H28	合計	171	25.4↓	331	49.2↑	179	26.6↑	106	15.8↓	69	10.3○	173	25.7↓	396	58.8↓
	40-64歳	39	27.7↓	68	48.2↑	46	32.6↑	32	22.7↑	13	9.2↑	26	18.4↓	58	41.1↓
	65-74歳	132	24.8↓	263	49.4↑	133	25.0↑	74	13.9↓	56	10.5↑	147	27.6↓	338	63.5↑
	全国		30.6○		50.2○		28.2○		20.5○		8.6		28.3		55.7
県	21,951	27.9	36,460	46.3	22,086	28.0	15,713	19.9	6,763	8.6	24,026	30.5○	51,347	65.2○	

性別	年齢	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
H25	合計	64	9.8	284	43.5	154	23.6	275	42.1	7	1.1
	40-64歳	24	12.1	73	36.7	60	30.2	89	44.7	2	1.0
	65-74歳	40	8.8	211	46.5	94	20.7	186	41.0	5	1.1
H28	合計	45	6.7↓	301	44.7↓	149	22.1↓	262	38.9↓	4	0.6↓
	40-64歳	23	16.3↑	38	27.0↓	33	23.4↓	67	47.5↑	1	0.7↓
	65-74歳	22	4.1↓	263	49.4↑	116	21.8↑	195	36.7↓	3	0.6↓
	全国		13.8		49.4○		24.1		47.5○		1.8○
県	12,920	16.4○	34,613	43.9	19,799	25.1○	36,940	46.9	1,192	1.5	

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
H25	合計	145	18.5	100	12.8	115	14.7	51	6.5	19	2.4	124	15.9	469	60.0
	40-64歳	45	16.3	30	10.9	38	13.8	18	6.5	7	2.5	32	11.6	138	50.0
	65-74歳	100	19.8	70	13.8	77	15.2	33	6.5	12	2.4	92	18.2	331	65.4
H28	合計	139	18.5	114	15.2↑	125	16.7↑	50	6.7↑	15	2.0↓	153	20.4	440	58.7↓
	40-64歳	39	19.0↑	31	15.1↑	26	12.7↓	13	6.3↓	5	2.4↓	29	14.1↑	90	43.9↓
	65-74歳	100	18.3↓	83	15.2↑	99	18.2↑	37	6.8↑	10	1.8↓	124	22.8↑	350	64.2↓
	全国		20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2
県	18,192	19.2	14,615	15.4	16,174	17.0	7,907	8.3	1,949	2.1	17,154	18.1	62,571	65.9	

女性		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
H25	合計	8	1.0	249	31.8	97	12.4	442	56.5	0	0.0
	40-64歳	1	0.4	62	22.5	32	11.6	170	61.6	0	0.0
	65-74歳	7	1.4	187	37.0	65	12.8	272	53.8	0	0.0
H28	合計	3	0.4↓	284	37.9↑	102	13.6↑	410	54.7↓	0	0.0
	40-64歳	2	1.0↑	56	27.3↑	30	14.6↑	115	56.1↑	0	0.0
	65-74歳	1	0.2↓	228	41.8↑	72	13.2↑	295	54.1↑	0	0.0
	全国		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2
県	1,980	2.1	36,343	38.3	14,345	15.1	53,223	56.1	157	0.2	

出典:KDB(厚労省様式:様式6-2~6-7)

【図表 17】メタボリックシンドローム該当者・予備群の変化

町・県・全国で比較して高いものに○を、平成25年度と比較して増減しているものに↑↓を付けています。

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	653	45.0	35	5.4%	106	16.2%	11	1.7%	66	10.1%	29	4.4%	172	26.3%	42	6.4%	9	1.4%	74	11.3%	47	7.2%
	40-64歳	199	32.2	15	7.5%	33	16.6%	3	1.5%	19	9.5%	11	5.5%	46	23.1%	9	4.5%	5	2.5%	19	9.5%	13	6.5%
	65-74歳	454	54.5	20	4.4%	73	16.1%	8	1.8%	47	10.4%	18	4.0%	126	27.8%	33	7.3%	4	0.9%	55	12.1%	34	7.5%
H28	合計	673	52.2↑	45	6.7%↑	99	14.7%↑	7	1.0%↓	72	10.7%↑	20	3.0%↓	187	27.8%↑	27	4.0%↑	12	1.8%↑	82	12.2%↑	66	9.8%↑
	40-64歳	141	30.9↓	21	14.9%↑	19	13.5%↑	1	0.7%↓	13	9.2%↓	5	3.5%↓	28	19.9%↓	0	0.0%↓	3	2.1%↓	16	11.3%↑	9	6.4%↑
	65-74歳	532	63.9↑	24	4.5%↑	80	15.0%↑	6	1.1%↓	59	11.1%↑	15	2.8%↓	159	29.9%↑	27	5.1%↑	9	1.7%↑	66	12.4%↑	57	10.7%↑
	全国					17.2%							27.5%										
県					12,314	15.6%							19,936	25.3%									
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	782	52.6	16	2.0%	38	4.9%	1	0.1%	28	3.6%	9	1.2%	46	5.9%	4	0.5%	2	0.3%	27	3.5%	13	1.7%
	40-64歳	276	44.4	8	2.9%	15	5.4%	1	0.4%	8	2.9%	6	2.2%	7	2.5%	0	0.0%	1	0.4%	3	1.1%	3	1.1%
	65-74歳	506	58.5	8	1.6%	23	4.5%	0	0.0%	20	4.0%	3	0.6%	39	7.7%	4	0.8%	1	0.2%	24	4.7%	10	2.0%
H28	合計	750	58.6↑	19	2.5%↑	38	5.1%↑	1	0.1%↑	25	3.3%↓	12	1.6%↑	57	7.6%↑	9	1.2%↑	3	0.4%	32	4.3%↑	13	1.7%↑
	40-64歳	205	47.5↓	6	2.9%↑	10	4.9%↑	0	0.0%↓	4	2.0%↑	6	2.9%↑	15	7.3%↑	3	1.5%↑	1	0.5%↑	9	4.4%↑	2	1.0%↑
	65-74歳	545	64.0↑	13	2.4%↑	28	5.1%↑	1	0.2%↑	21	3.9%↑	6	1.1%↑	42	7.7%↑	6	1.1%↑	2	0.4%	23	4.2%↑	11	2.0%↑
	全国					5.8%						9.5%											
県					4,714	5.0%						8,144	8.6%										

出典:KDB(厚労省様式:様式6-8)

## ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は平成 25 年度と比べて平成 28 年度では 7.6 ポイント上昇し、54.7%となり、同規模町村の中で 8 位です。特定保健指導率でも 51.3 ポイント上昇し、85.3%となり、第 2 期特定健診等実施計画での目標値 60%を達成しました。引き続き受診率・実施率の向上に取り組んでいきます（図表 18）。

【図表 18】 特定健診受診率・特定保健指導実施率の変化（法定報告値）

年度	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	同規模町村での順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								町	同規模平均
H25	2,900	1,365	47.1%	24位	147	50	34.0%	45.7%	51.1%
H28	2,570	1,406	54.7%↑	8位↑	143	122	85.3%↑	47.7%↑	51.1%

出典：特定健診等データ管理システム

### (2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、特定健診受診率・特定保健指導終了率の向上に努め、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の 3 疾患に重点を置いて重症化予防を進めてきました。

その結果、特定健診受診率・特定保健指導終了率は向上することができたため、受診勧奨による外来受診率は増加しました。医療による治療が開始されたことにより、短期目標の治療コントロールができ、入院医療費の抑制や中長期目標疾患にかかる医療費の減少などの医療費適正化に繋がり、重症化予防の成果が出てきていると考えられます。今後も住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、さらなる特定健診受診率の向上が重要です。

また新たに糖尿病・慢性腎不全の死亡率や医療費の割合の増加などの課題も出てきました。その背景として、糖尿病等により医療機関での治療が開始されましたが、治療継続が困難であること、食事療法や運動療法に取り組むことが困難であることが推測されます。そのため、糖尿病を中心とした医療機関受診後の継続した保健指導などの支援も取り組むべき課題となります。

今後は高齢化がさらに進展し、医療費が増える一方、保険税を納める青・壮年期の人口が減る傾向が続くため、青・壮年期から予防可能な生活習慣病の発症と重症化予防に努め、健康寿命の延伸を図ることが重要です。

## 2 第2期計画における健康課題の明確化

### (1) 当町の地域特性

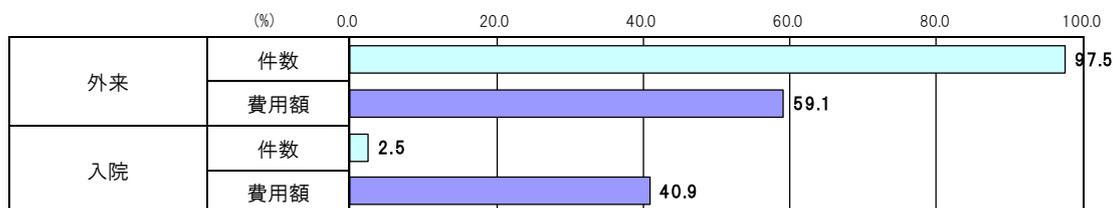
現在、国保加入率は町人口の22.3%と平成25年度の25.9%より3.6ポイント減少しています。そのうち65～74歳の割合が51.9%と平成25年度の44.2%より7.7ポイント増加しており、県・国より被保険者の高齢化率が高い状況です(図表6項目4-①)。

産業構成を見ると、第2次産業の就業率が45%と同規模町村の27.7%と比べて高い状況にあることから被用者保険加入者が多いと推測され、将来、これらの人が国保に加入してくると思われられます(図表6項目1-②)。

### (2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

当町では、入院件数がレセプト件数全体の2.5%を、また費用額全体の40.9%を占めています。重症化予防の取組により入院を減らすことで、結果として医療費の適正化につながっていくものと考えています(図表19)。

【図表19】入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(平成28年度)



出典：KDB

1か月当たり100万円以上の高額になる疾患では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用全体の2割を超え、約5千万円程度を占めていることが分かりました。

6か月以上の長期入院レセプトを見ると、脳血管疾患では長期入院の件数が平成25年度225件中19件(8.4%)でしたが、平成28年度は228件中42件(18.4%)と増加しており、費用額も増加していることが分かりました。

長期化する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の約8割を占めており、1人当たり年間約600万円以上の医療費がかかり、糖尿病由来の他の合併症によりQOL(生活の質)も低下することから、新規人工透析導入者を減少させる必要があります。糖尿病の重症化を予防することが腎臓を守り、新規人工透析導入者を減らすことにつながるとともに、脳血管疾患や心疾患の予防にも効果があります。

【図表 20】 疾患別医療費・件数の状況（平成 28 年度）

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 (100万円以上レセ)	件数	132件	17件 12.9%	14件 10.6%	--
		費用額	1億9398万円	2535万円 13.1%	2451万円 12.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	228件	42件 18.4%	12件 5.3%	--
		費用額	1億1194万円	3217万円 28.7%	1076万円 9.6%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	111件	42件 37.8%	72件 64.9%	89件 80.2%
		費用額	5170万円	2517万円 48.7%	3676万円 71.1%	4329万円 83.7%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	1,703人	263人 15.4%	194人 11.4%	37人 2.2%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	196人 74.5%	142人 73.2%	27人 73.0%
			糖尿病	153人 58.2%	120人 61.9%	37人 100%
			脂質異常症	181人 68.8%	137人 70.6%	27人 73.0%
		高血圧症	968人 56.8%	721人 42.3%	914人 53.7%	123人 7.2%

出典：KDB

要介護認定者のレセプトから有病状況を分析すると、血管疾患によるものが96.1%で、筋・骨格疾患の92.3%を上回っていました。第2号認定者においては、血管疾患71.4%が筋・骨格疾患57.1%を14.3ポイント上回っており、年齢が低い人の方が、血管疾患が原因で要介護認定を受ける割合が高くなっています。

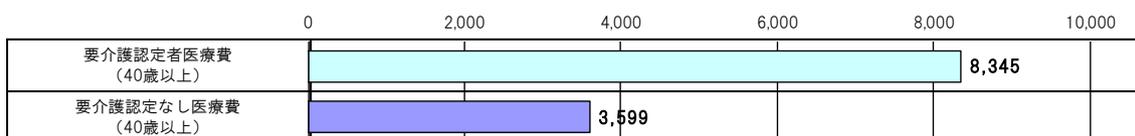
要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が要介護認定を受けていない人の医療費よりも1件当たり約5千円高いことが分かっています。特定健診を受診し、血管疾患共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防と医療費適正化につながると言えます（図表21、22）。

【図表 21】 要介護認定者の状況（平成 28 年度）

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	5,107人		2,248人		2,284人		4,532人		9,639人					
認定者数	13人		77人		632人		709人		722人						
	認定率	0.25%		3.4%		27.7%		15.6%		7.5%					
新規認定者数	1人		0人		5人		5人		6人						
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	18	23.4%	118	18.7%	136	19.2%	136	18.8%				
	要介護1・2	3	23.1%	27	35.1%	233	36.9%	260	36.7%	263	36.4%				
	要介護3～5	10	76.9%	32	41.6%	281	44.5%	313	44.1%	323	44.7%				
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			
		件数	--	7	69	616	685	692							
		循環器疾患	1	脳卒中	3	42.9%	脳卒中	37	53.6%	脳卒中	404	65.6%	脳卒中	444	64.2%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	23	33.3%	虚血性心疾患	231	37.5%	虚血性心疾患	254	37.1%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	12	17.4%	腎不全	63	10.2%	腎不全	75	10.8%
		基礎疾患	糖尿病等	4	57.1%	糖尿病等	62	89.9%	糖尿病等	579	94.0%	糖尿病等	641	93.6%	
			血管疾患合計	合計	5	71.4%	合計	64	92.8%	合計	596	96.8%	合計	665	96.1%
		認知症	認知症	2	28.6%	認知症	17	24.6%	認知症	276	44.8%	認知症	293	42.8%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	4	57.1%	筋骨格系	60	87.0%	筋骨格系	575	93.3%	筋骨格系	635	92.7%	

出典：KDB

【図表 22】 要介護認定の有無別 1件当たり医療費の比較（平成 28 年度）



出典：KDB

### (3) 特定健診受診者の実態

#### ① 健診結果の有所見者状況

特定健診の有所見状況（保健指導判定値以上）を全国・県と比べてみると、男性では HDL コレステロール（HDL-C）、女性では空腹時血糖の有所見者割合が高い状況ですが、その他の割合は、国・県より低い状況であることが分かります。またメタボリックシンドロームの状況では、国・県と比較すると男性の該当者の割合が高い状況であることが分かります。長期入院や介護といった重症化を予防するためには、発症リスクとなるメタボリックシンドロームを特定健診で早期発見し、高血圧・高血糖・脂質異常症の重症化を防ぐことが重要です（図表 23、24）。

【図表 23】 特定健診の有所見状況（平成 28 年度）

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							
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		13.8		49.4		47.5		1.8						
県	21,951	27.9	36,460	46.3	22,086	28.0	15,713	19.9	6,763	8.6	24,026	30.5	51,347	65.2	12,920	16.4	34,613	43.9	19,799	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5	
保険者	合計	171	25.4	331	49.2	179	26.6	106	15.8	69	10.3	173	25.7	396	58.8	45	6.7	301	44.7	149	22.1	262	38.9	4	0.6
	40-64	39	27.7	68	48.2	46	32.6	32	22.7	13	9.2	26	18.4	58	41.1	23	16.3	38	27.0	33	23.4	67	47.5	1	0.7
	65-74	132	24.8	263	49.4	133	25.0	74	13.9	56	10.5	147	27.6	338	63.5	22	4.1	263	49.4	116	21.8	195	36.7	3	0.6
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							
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	18,192	19.2	14,615	15.4	16,174	17.0	7,907	8.3	1,949	2.1	17,154	18.1	62,571	65.9	1,980	2.1	36,343	38.3	14,345	15.1	53,223	56.1	157	0.2	
保険者	合計	139	18.5	114	15.2	125	16.7	50	6.7	15	2.0	153	20.4	440	58.7	3	0.4	284	37.9	102	13.6	410	54.7	0	0.0
	40-64	39	19.0	31	15.1	26	12.7	13	6.3	5	2.4	29	14.1	90	43.9	2	1.0	56	27.3	30	14.6	115	56.1	0	0.0
	65-74	100	18.3	83	15.2	99	18.2	37	6.8	10	1.8	124	22.8	350	64.2	1	0.2	228	41.8	72	13.2	295	54.1	0	0.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB

【図表 24】 特定健診のメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（平成 28 年度）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	全国					17.2%							27.5%										
県					12,314	15.6%						19,936	25.3%										
保険者	合計	673	52.2	45	6.7%	99	14.7%	7	1.0%	72	10.7%	20	3.0%	187	27.8%	27	4.0%	12	1.8%	82	12.2%	66	9.8%
	40-64	141	30.9	21	14.9%	19	13.5%	1	0.7%	13	9.2%	5	3.5%	28	19.9%	0	0.0%	3	2.1%	16	11.3%	9	6.4%
	65-74	532	63.9	24	4.5%	80	15.0%	6	1.1%	59	11.1%	15	2.8%	159	29.9%	27	5.1%	9	1.7%	66	12.4%	57	10.7%
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					5.8%							9.5%											
県					4,714	5.0%						8,144	8.6%										
保険者	合計	750	58.6	19	2.5%	38	5.1%	1	0.1%	25	3.3%	12	1.6%	57	7.6%	9	1.2%	3	0.4%	32	4.3%	13	1.7%
	40-64	205	47.9	6	2.9%	10	4.9%	0	0.0%	4	2.0%	6	2.9%	15	7.3%	3	1.5%	1	0.5%	9	4.4%	2	1.0%
	65-74	545	64.0	13	2.4%	28	5.1%	1	0.2%	21	3.9%	6	1.1%	42	7.7%	6	1.1%	2	0.4%	23	4.2%	11	2.0%

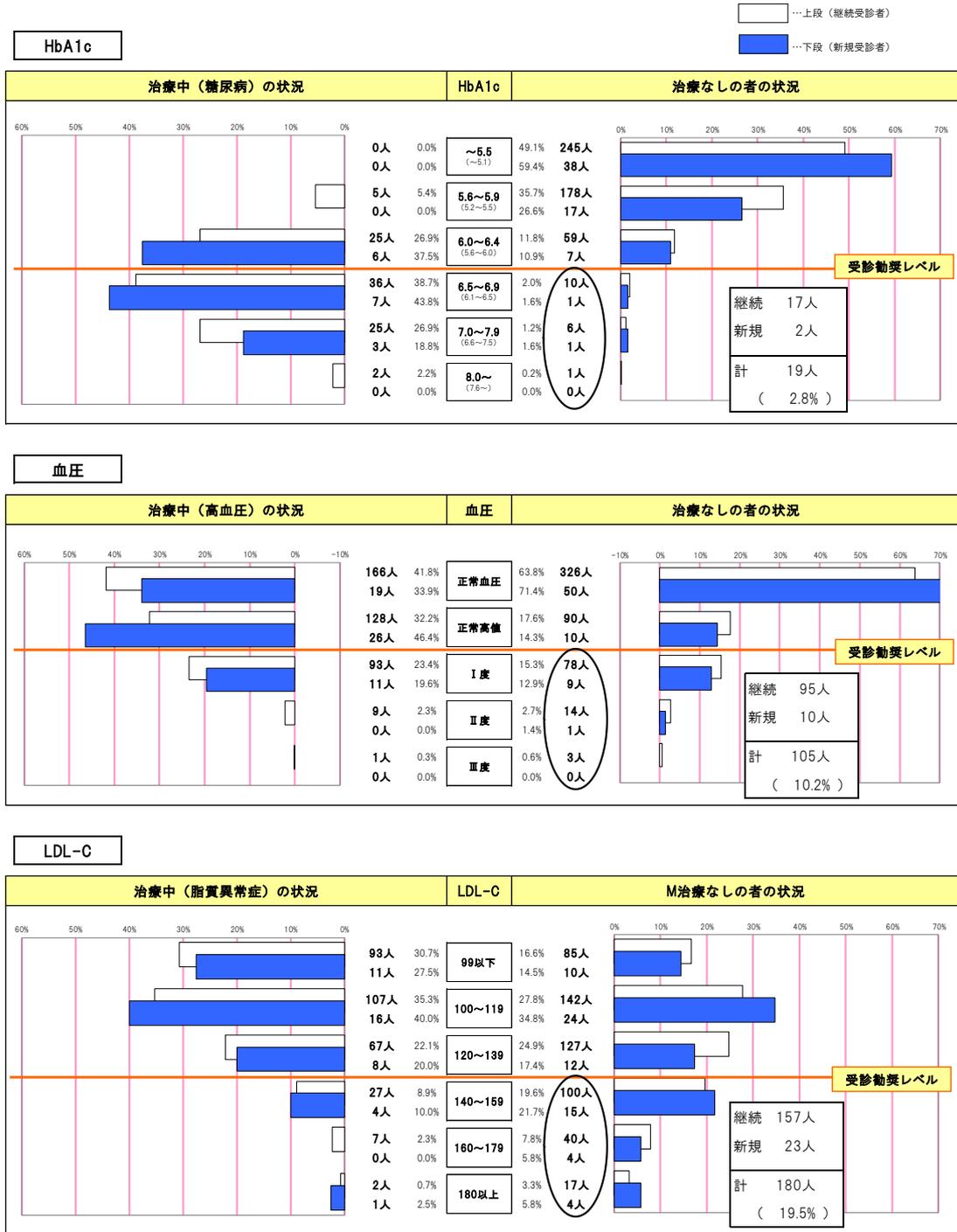
\*全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB

## ② 特定健診継続受診者と新規受診者の比較

特定健診を継続して受けている人と新規に受けた方の健診結果を見ると、重症化予防のための受診勧奨レベルを超えている方が、高血糖 19 人、高血圧 105 人、高 LDL コレステロール 180 人おり、継続して受けている方も依然と数値が高いままになっていることが分かりました。今後もより受診の必要性を伝えていくことが重要です（図表 25）。

【図表 25】 継続受診者と新規受診者の比較（平成 28 年度）



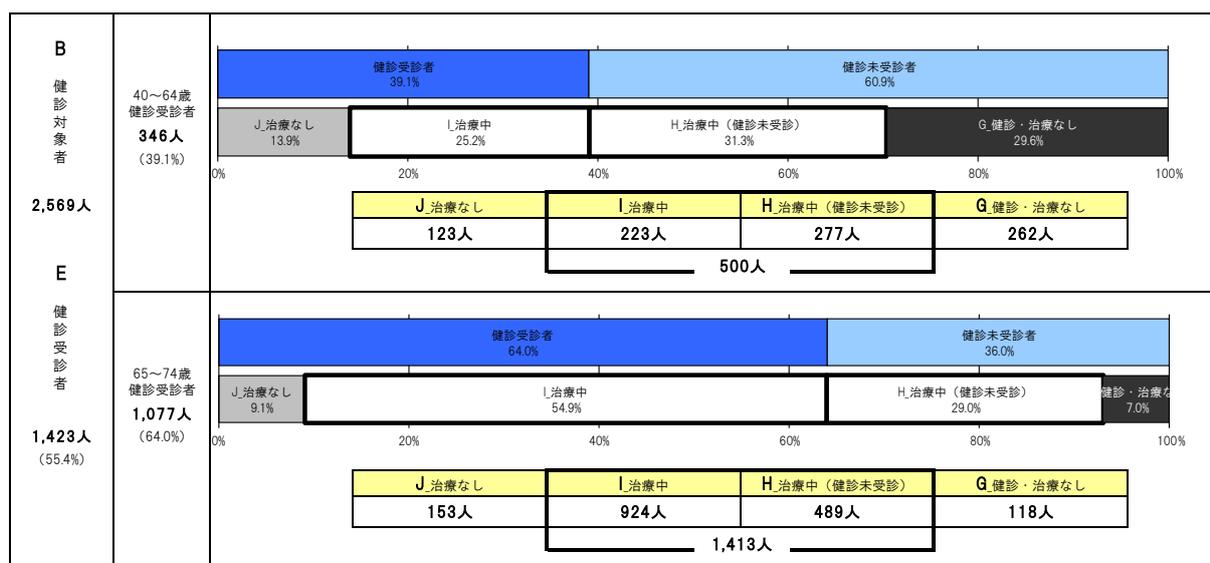
出典：坂城町特定健診結果

### ③ 特定健診受診者の把握

重症化予防の取り組みを行うには、特定健診を受診してもらい、町民の状況を把握することが必要であり、更なる特定健診受診率の向上が重要です。特定健診未受診者の状況をみると、年齢が若い40～64歳の885人中健診受診者は346人、受診率は39.1%となっており、約6割が健診未受診となっています。そのうち277人（H）は医療機関を受診しておりレセプトから治療状況を把握できますが、残りの262人（G）については健診も治療も受けていないため、自身の体の実態が全く分からない状態となっていますので、より重点的な取り組みが必要です。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、個々の状況に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります（図表26）。

【図表26】特定健診受診者・未受診者の状況（平成28年度）



## 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、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全は6か月以上入院することが多く、長期化することで医療費が高額となるほか、要介護認定者に有病の多い状況となりました。これらのことから本計画では、平成35年度までの中長期的な目標として、「平成35年度には、平成30年度と比較して、中長期・短期目標疾患にかかる医療費のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の3つの疾患の医療費割合を1.5ポイント減少させる」こ

とします。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、必要に応じて本計画の見直しを行います。

(目標設定の要点)

図表9より、中長期・短期目標疾患にかかる医療費(B)のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の3つの疾患の医療費割合が、平成25年度38.9%から平成28年度37.4%と1.5ポイントの減となっています。今後6年で高齢化率も進展することから、目標をこの4年分と同様の1.5ポイント減とします。

年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの血管も傷んでくることを考えると、今後高齢化がさらに進展する中で、医療費そのものを抑えることは難しいことから、重症化による入院医療費を抑えることとし、長期的な目標を「**同規模町村と比較し、1人当たり医療費の伸びを抑えること**」とします(図表27)。

## ② 短期的な目標の設定

短期的な目標としては、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、「**糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと**」を目標とし、毎年度評価を行います。

目標を達成するためには、医療機関の受診が必要な人に適切な受診への働きかけや、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している人への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っていきます。

また、治療におけるデータを見ると、医療機関へ受診していてもなかなか改善しない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があります。これらは、薬物療法による治療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ことから、栄養等の保健指導を行っていきます。具体的には、各種ガイドラインや日本人の食事摂取基準(2015年版)等の基本的な考え方を基に、血糖、血圧、脂質、慢性腎臓病(CKD)の改善に向けた支援をしていきます。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供するとともに、状態に応じた保健指導を実施して、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていくことが重要であることから、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります(図表27)。

【図表 27】 データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	保険者努力支援制度評価指標	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標		第2期計画期間										現状値の把握方法
				項目	目標値	基準値		中間評価値					最終評価値			
						H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35			
特定健診等計画	○	・40～64歳の方の約3割が健診も治療も受けておらず、体の実態が全く分からない状態	特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	短期	特定健診受診率	65%以上	54.7%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	特定健診・特定保健指導結果(法定報告)	
	特定保健指導実施率				90%以上	85.3%	86.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%	90.0%			
	特定保健指導対象者の割合				減少	10.2%	減少傾向へ									
データヘルス計画	○	・一人当たり医療費が県内8位と高額 ・脳血管疾患による長期入院件数の増加 ・糖尿病性腎症治療者の増加	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	中長期	1人当たりの医療費の伸び率	減少	4.4	同規模町村と比較し伸びを抑制する					KDB			
					中長期・短期目標疾患医療費のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費の割合	1.5%減	37.4%	減少傾向へ		35.9%以下	減少					
	○	・特定健診を継続して受診しているが、血圧・血糖・LDLコレステロールが受診勧奨レベルを超えたままになっている方が多い。 ・メタボリックシンドローム該当者の増加	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	短期	健診受診者の高血糖(HbA1c6.5以上)の割合	減少	10.1%	減少傾向へ					特定健診結果(法定報告分)			
					健診受診者の高血圧者(I度以上)の割合	減少	20.6%	減少傾向へ								
					健診受診者の脂質異常者(LDL140以上)の割合	減少	23.1%	減少傾向へ								
					メタボリックシンドローム該当者の割合	(男性)減少	27.8%	減少傾向へ								
						(女性)減少	7.6%	減少傾向へ								
					メタボリックシンドローム予備群の割合	(男性)減少	14.7%	減少傾向へ								
		(女性)減少	5.1%	減少傾向へ												
	○	<糖尿病重症化予防> ・糖尿病・慢性腎不全の死亡率・医療費の割合の上昇 ・人工透析患者にかかる費用は1人当たり年間約574万円 ・糖尿病性腎症治療者の増加	糖尿病等の生活習慣病の重症化による合併症の発症の予防・進行の抑制を旨とします。	短期	受診勧奨対象者	受診勧奨対象者への介入率	100%	未把握	数値の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%	特定健診結果 糖尿病管理台帳
医療機関受診率	100%					未把握	数値の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
医療機関未受診者への再勧奨率	100%					未把握	数値の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
ハイリスク者	保健指導実施率				100%	未把握	数値の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
	介入前後の検査値の変化				維持・改善	未把握	数値の把握	維持・改善								

※翌年度の11月に評価を実施

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施

### 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規定されています。

当町の第1期及び第2期の計画は、計画期間を5年としていましたが、信州保健医療総合計画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年間とします。

### 2 目標値の設定

特定健診受診率の目標値は、第2期計画での65%を目指します。特定保健指導実施率の目標値は、第2期計画での目標値60%を達成し平成28年度は85.3%であったことから、第3期では毎年1ポイントずつ上げ、90%を目指します。（図表27）

【図表28】特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	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
特定健診受診率	65%	65%	65%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	86%	87%	88%	89%	90%	90%

受診率向上に向け、より予防効果の高い若い世代から定期健診受診を定着化し、将来の重症化を予防するため、未受診者対策を次のように行います。

目的	受診率向上に向けた取組内容
若年者の健診受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"><li>・乳幼児健診、保育園、学校での健康教育及び受診勧奨の充実</li><li>・小学校5年生、中学校2年生への学童採血と結果説明</li><li>・19歳から受診可能な一般集団健診と結果説明</li></ul>
各年代の健診受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"><li>・集団・個別健診の受診料金自己負担額の無料化（平成30年度より）</li><li>・保健指導員の協力による全住民に対する健診・がん検診申込書の提出依頼、回収率の向上</li><li>・受診勧奨訪問の実施、未受診理由の把握</li><li>・人間ドック受診料金の補助</li><li>・職場健診の結果提供の提出依頼</li><li>・健康講座や町イベント等での受診勧奨</li></ul>

リピーター率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診受診の際の負担の軽減（待ち時間の短縮等）</li> <li>・ 結果報告会や戸別訪問等での保健指導を実施</li> <li>・ 保健指導の質の向上</li> </ul>
医療機関に通院している人の健診受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医に特定健診受診率向上に向けた協力を依頼</li> <li>・ 診療情報提供書の依頼</li> </ul>

【図表 29】 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移（法定報告値）

特定健診	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者(人)	2,886	2,936	2,913	2,990	2,927	2,900	2,818	2,733	2,570
受診者(人)	1,279	1,148	1,166	1,307	1,410	1,365	1,367	1,479	1,406
受診率(%)	44.3%	39.1%	40.0%	43.7%	48.2%	47.1%	48.5%	54.1%	54.7%
前年差		△ 5.2	0.9	3.7	4.5	△ 1.1	1.4	5.6	0.6
長野県(%)	38.5%	39.3%	40.0%	41.0%	42.7%	43.2%	44.2%	45.8%	46.5%

特定保健指導	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
該当者(人)	209	166	154	159	164	147	156	148	143
終了者(人)	12	56	61	44	71	50	79	118	122
終了率(%)	5.7%	33.7%	39.6%	27.7%	43.3%	34.0%	50.6%	79.7%	85.3%
前年差		28.0	5.9	△ 11.9	15.6	△ 9.3	16.6	29.1	5.6
長野県(%)	27.9%	33.3%	36.7%	39.8%	42.5%	46.0%	48.1%	47.0%	50.0%

出典：特定健診等データ管理システム

### 3 対象者の見込み

国保加入者数は平成32年まで減少傾向にあると見込まれ、現在の人口より国保加入者の推計を算出し、特定健診・特定保健指導対象者を次のように見込みました。（図表30）

【図表 30】 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	2,773人	2,722人	2,703人	2,707人	2,633人	2,546人
	受診者数	1,803人	1,769人	1,757人	1,760人	1,712人	1,655人
特定保健指導	対象者数	194人	191人	189人	190人	184人	178人
	受診者数	168人	167人	167人	169人	167人	161人

(H29年人口より推計算出)

## 4 特定健診の実施

### (1) 実施方法

健診は、特定健診実施機関に委託します。医師会等による特定健診実施機関のとりまとめにより、当町と契約を行います

- ① 集団健診（町内施設）
- ② 個別健診（特定健診実施機関）
- ③ 人間ドック（特定健診も実施している医療機関）
- ④ 特例業務（町内・千曲市内の医療機関での検査結果の提供）
- ⑤ 職場健診（定期健康診断の結果提供）

### (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、特定健診を委託できる者の具体的な基準は厚生労働大臣の告示で定められています。

### (3) 実施場所及び時期

特定健診を実施する会場や日時等については、町のホームページや年当初での健診申込の際でのご案内にてお知らせします。

健診の種類	実施場所	実施時期
① 集団健診	保健センター、文化センター 等	5・6・12月
② 個別健診	特定健診実施医療機関	6月～翌年2月
③ 人間ドック	県内各健診機関	4月～翌年3月
④ 特例業務	町内・千曲市内の医療機関	4月～翌年3月
⑤ 職場健診	各職場における定期健康診断	4月～翌年3月

#### (4) 対象者

特定健診の対象者は、当町の国保加入者のうち、実施年度中に 40 歳から 74 歳までになる人としてします。ただし、妊産婦や厚生労働大臣が定める人（施設入所者、長期入院等の人）は対象外とします。

また、19 歳から 39 歳までの人は、特定健診と同じ内容の一般健診を実施します。

#### (5) 特定健診実施項目

生活習慣病予防のために特定保健指導を必要とする人を抽出する項目（内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準）を実施するほか、当町の国保加入者の健康実態を踏まえ、町独自で検査項目を追加して健診を実施します。

基本的な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 問診</li><li>・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）</li><li>・ 理学的検査（身体診察）</li><li>・ 血圧測定</li><li>・ 血中脂質検査（総コレステロール、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）</li><li>・ 肝機能検査（AST、ALT、<math>\gamma</math>-GT）</li><li>・ 血糖検査（空腹時血糖、随時血糖、HbA1C）</li><li>・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）</li></ul>
	町独自の追加項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 腎機能検査（血清尿酸、e-GFR）</li><li>・ 尿検査（尿潜血）</li></ul>
詳細な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 心電図検査</li><li>・ 眼底検査</li><li>・ 腎機能検査（血清クレアチニン）</li><li>・ 貧血検査（赤血球、血色素、ヘマトクリット値）</li></ul>

※集団健診では、心電図検査、腎機能検査、貧血検査は全員に実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に代えることができます（実施基準第 1 条 4 項）。

#### (6) 実施時期

年度当初の 4 月から翌年 3 月末まで実施します。

#### (7) 医療機関との適切な連携

治療中でも特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診受診に向けた協力を依頼します。

また、特例業務として本人同意にもとづいて、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を求めて連携していきます。

#### (8) 請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用（自己負担額を除く）の請求・支払い事務は、長野県国民健康保険団体連合会に委託して行います。

#### (9) 健診の案内方法

受診率の向上につながるよう、様々な機会を通じて受診や健診日程などを案内します。

- ① 郵送による特定健康診査日程等の案内
- ② 広報やホームページによる周知
- ③ 未受診者の状況把握及び受診勧奨の実施

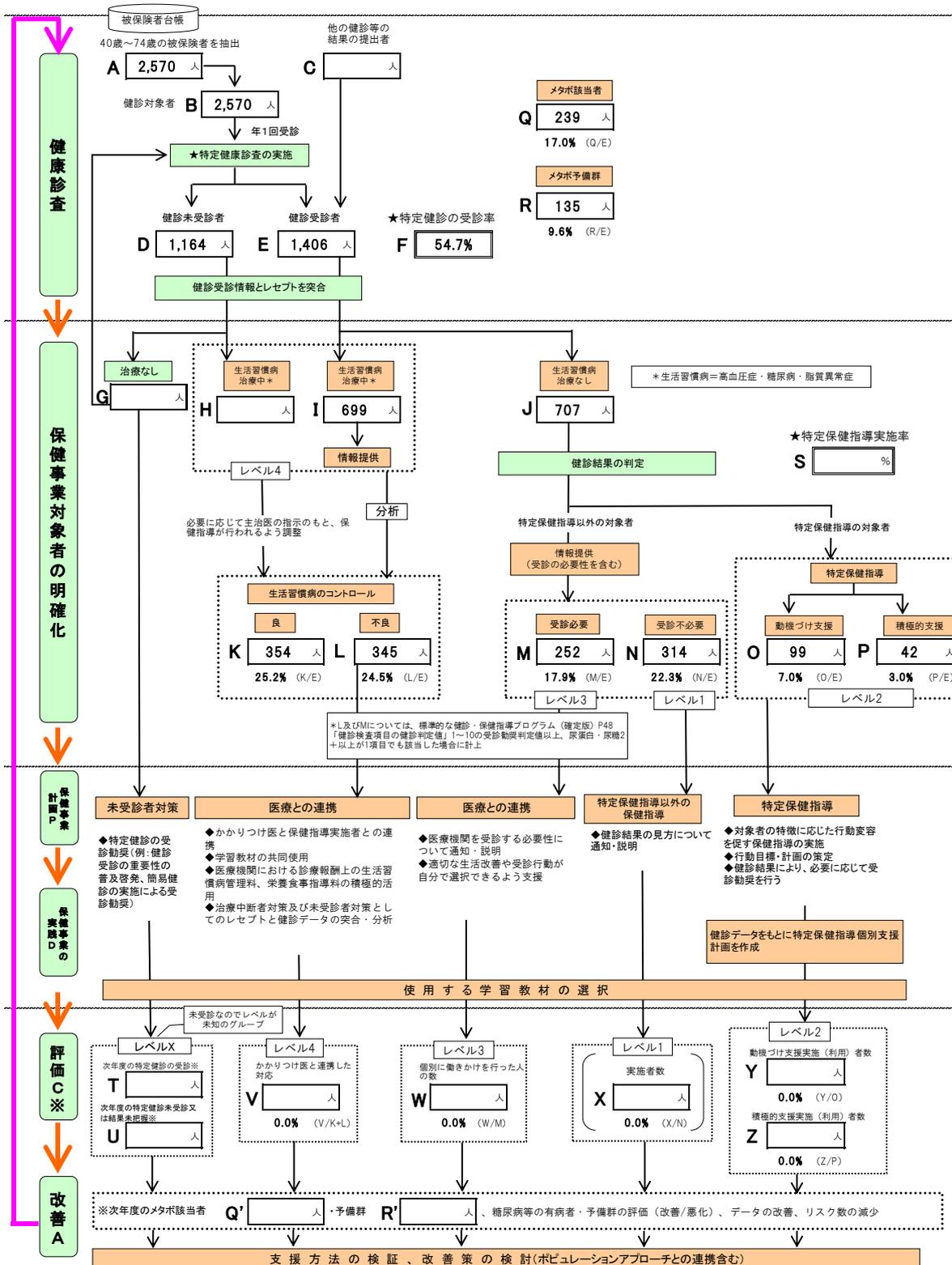
## 5 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保険者の直接実施として保健センターが行います。

#### (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31）。

【図表 31】糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（様式 6-1）（平成 28 年度）



出典：坂城町特定健診結果

(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

健診受診者の保健指導の優先順位をつけ、効果的な保健指導を実施します。

優先 順位	様式 6-10 (図表 31)	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の ○%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応 じて受診勧奨を行う	194 人 (10.8%)	90%
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	317 人 (17.6%)	HbA1c6.5 以上につ いては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	970 人 (特定健診対象 者の 35%)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	402 人 (22.3%)	
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 ◆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	889 人 (49.3%)	

※『図表 30 特定健診・特定保健指導対象者の見込み』より、平成 30 年度特定健診  
対象者数 2,773 人、受診者数 1,803 人をもとに対象者数見込を算出

### (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します（図表 32）。

【図表 32】 特定健診・特定保健指導の年間実施スケジュール

	特定健診	特定保健指導	その他
4月	・ 健診対象者の抽出 ・ 特定健診の開始		・ 特定健診をはじめとした各種健診の広報、ホームページへの掲載 ・ 個別勧奨
5月			・ 一般健診・がん検診の開始
6月		・ 対象者の抽出 ・ 特定保健指導の開始	・ 代行機関（国保連合会）を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月			・ 前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			・ 前年度特定健診・特定保健指導実績の評価
12月			
1月			
2月		・ 利用券の登録	
3月	・ 特定健診の終了		
4月			・ 特定健診費用の決裁終了 ・ 健診データ等抽出

## 6 個人情報の取扱い

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、『個人情報の保護に関する法律』および『坂城町情報公開及び個人情報保護に関する条例』を踏まえた対応を行います。

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

## (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間は、国保加入者である期間は継続してデータを保管します。国保から脱退された方のデータに関しては、記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間は保管します。

## 7 実績の報告

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日までにを行います。

## 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、町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

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、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ものとし、特定健診における血糖、血圧、脂質の有所見率を維持・改善していきます。そのためには生活習慣病の重症化予防の取組と、広く町民に周知・啓発する取組を合わせて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進行の抑制を目指し、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方には適切な受診勧奨を、また治療中の方に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。町民全体には、生活習慣病予防の取組が町民の健康増進につながることを、また、重症化することが医療費や介護費用等社会保障費の増大につながる実態、さらには、その背景にある地域特性について、個人の実態と社会環境等に照らし合わせた中で周知・啓発していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導も重要になってきます。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があり、第3章の特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施します。

### 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

糖尿病性腎症の重症化予防の取組に当たっては、厚生労働省公表の「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて(平成29年7月重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)」に基づき、PDCAに沿って実施します。また、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成28年8月)」及び「糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編)」等に基づき平成29年に作成した『坂城町国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領』に沿って取り組んでいきます(図表33)。

【図表 33】 糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ

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			
P	計画・準備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□		
		健康課題の把握	○				□		
		チーム内での情報共有	○				□		
		保健事業の構想を練る(予算等)	○				□		
		医師会等への相談(情報提供)	○				□		
		糖尿病対策推進会議等への相談	○				□		
		情報連携方法の確認	○				□		
		予算・人員配置の確認	○				□		
		個人情報の取り決め	○				□		
		苦情、トラブル対応	○				□		
		対象者選定基準検討		○			□		
		基準に基づく該当者数試算		○			□		
		介入方法の検討		○			□		
		実施方法の決定		○			□		
		計画書作成		○			□		
		アニュアル作成		○			□		
		保健指導等の準備		○			□		
		D	受診勧奨	介入開始(受診勧奨)		○			□
				かかりつけ医との連携状況把握		○			□
記録、実施件数把握					○		□		
レセプトにて受診状況把握						○	□		
保健指導	介入開始(初回面接)			○			□		
	継続的支援			○			□		
	カンファレンス、安全管理			○			□		
	かかりつけ医との連携状況確認			○			□		
				○		□			
C	評価報告	3か月後実施状況評価				○	□		
		6か月後評価(健診・レセプト)				○	□		
		1年後評価(健診・レセプト)				○	□		
		医師会等への事業報告	○				□		
		糖尿病対策推進会議等への報告	○				□		
A	改善	改善点の検討		○			□		
		マニュアル修正		○			□		
		次年度計画策定		○			□		

※重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ(平成29年7月10日)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

対象者の選定基準は、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

- ア 医療機関未受診者：特定健診結果において空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200 mg/dl )以上又はHbA1C6.5%以上の人
- イ 医療機関治療中断者：糖尿病治療者であったが治療を中断した人
- ウ 糖尿病治療中のハイリスク者
  - ・ 糖尿病性腎症病期が第2期以上の人
  - ・ HbA1C7.0%以上の人

### ② 選定基準に基づく該当数の把握

#### ア 対象者の抽出

取組に当たり、選定基準に基づく該当者を把握する必要があり、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の把握を行います。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)を基盤とします(図表 34)。

【図表 34】糖尿病性腎症病期分類

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	

出典：糖尿病性腎症合同委員

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。当町においては、特定健診で血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しくなっています。CKD診療ガイド2012(日本腎臓学会編)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(+)と尿蛋白(+)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ります。これらを踏まえて、レセプトデータ、特定健診データから対象者を試算したものです(図表 35)。

## イ 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とを用い突合した図表 35 を見ると、当町での該当者は、特定健診受診者Cの 1,406 人のうち糖尿病型Eの 178 人(12.7%)となっており、そのうち糖尿病未治療者はFの 54 人(30.3%)となっています。また糖尿病性腎症病期分類で見ると、Mの 50 人(28.1%)が第 2 期から第 4 期に相当し、特に 33 人(18.5%)は可逆的な第 2 期に相当することが分かりました。

40 から 74 歳における糖尿病治療者Hの 714 人中、特定健診受診者がGの 124 人(69.7%)となっており、そのうち合併症予防目標のHbA1C7%以上の人はJの 49 人(39.5%)となっています。

糖尿病治療者で、特定健診未受診者Iの 590 人についても、レセプトと突合し該当者把握を行っていきます。

## ウ 介入方法と優先順位

図表 35 に基づいた当町の介入方法は以下のとおりです。

### (ア) 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・中断者(F) ……54 人
- ・ 糖尿病治療中であつたが中断者
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### (イ) 優先順位2

#### 【保健指導】

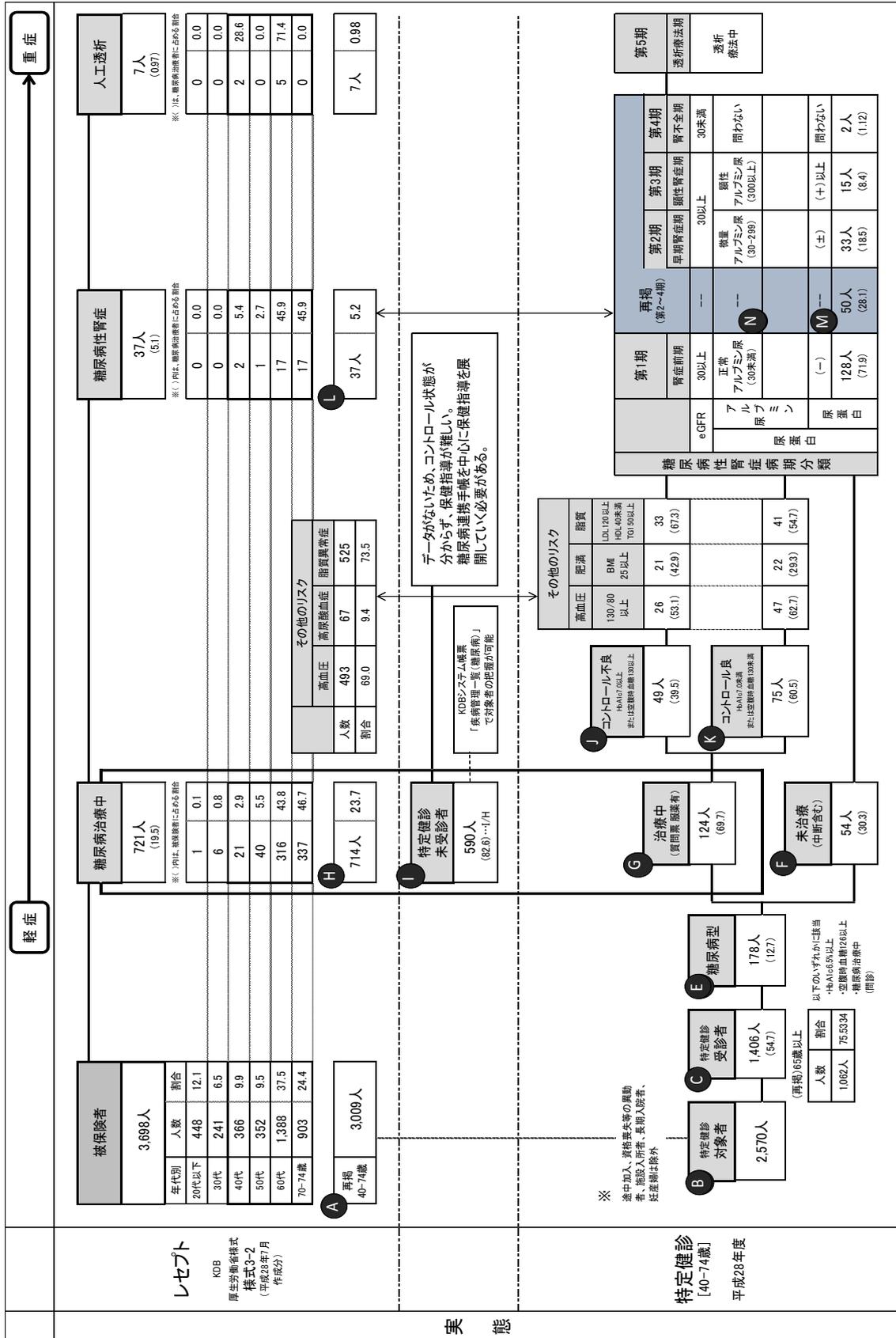
- ・ 糖尿病治療中で糖尿病性腎症病期第2期以上の人(M) ……50 人
- ・ 糖尿病治療中でコントロール不良の人(J) ……49 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### (ウ) 優先順位3

#### 【保健指導】

- ・ 糖尿病治療中であり、特定健診未受診者(I) ……590 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

【図表 35】糖尿病性腎症重症化予防のためのレセプトと特定健診データの突合



出典：KDB・坂城町特定健診結果

### (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」(図表 36)及び年次計画表(図表 37)で行い、保健師及び管理栄養士等が担当地区ごとに作成し管理していきます。

#### 【「糖尿病管理台帳」作成手順】

##### ア 記載内容

健診データが届いたら、治療の有無にかかわらずHbA1c6.5%以上の人について、HbA1c、血圧、体重、eGFR、尿蛋白等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
- ・ 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

##### イ 記載等の手順

###### (ア) 資格を確認

###### (イ) レセプトを確認し情報を記載

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

###### (ウ) 管理台帳記載後、結果の確認

昨年とデータと比較し介入対象者を試算

###### (エ) 担当地区の対象者数の把握

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

【図表 36】 糖尿病管理台帳（イメージ）

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								

【図表 37】 糖尿病管理台帳からの年次計画（イメージ）

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														
<p>糖尿病管理台帳の全数 (㉔+㉕) ( )人</p> <p>㉔健診未受診者 ( )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>( )人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>( )人</td> </tr> </table> <p>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</p> <p>㉕結果把握 ( )人</p> <p>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</p> <p>②尿蛋白 ( - ) ( )人 ( ± ) ( )人 ( + ) ~顕性腎症 ( )人</p> <p>③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上低下 ( )人</p>		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	<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> <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> <p>○合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん</p> <p>----- 栄養士中心 ----- 腎専門医</p>		
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															
結果把握																
保健指導の優先づけ																

#### (4) 保健指導の実施

##### ① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進行の抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進行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きます。当町においては、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と合わせ、対象者に応じた保健指導を行っていくこととします。また、対象者への保健指導は、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教材を活用します(図表 38)。

##### ② 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を見逃すおそれがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、保健指導該当者には二次健診を案内し、尿中アルブミン検査等を実施して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します。

#### (5) 医療との連携

医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨に当たっては、事前に千曲医師会等と協議した紹介状(糖尿病保健指導連絡票)を使用します。

治療中の方には、糖尿病保健指導連絡票と合わせて、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容等をかかりつけ医に情報提供します。

#### (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する中で、生活支援等の介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

#### (7) 評価

評価に当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行い、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

##### ① 短期的評価

###### ア 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

イ 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

② 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

(8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

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糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

【図表 38】 糖尿病治療ガイド等を参考にした保健指導教材

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すみ方</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(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○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見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</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>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 脳血管疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

脳血管疾患の重症化予防の取組は、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 39、40)

【図表 39】脳卒中の分類

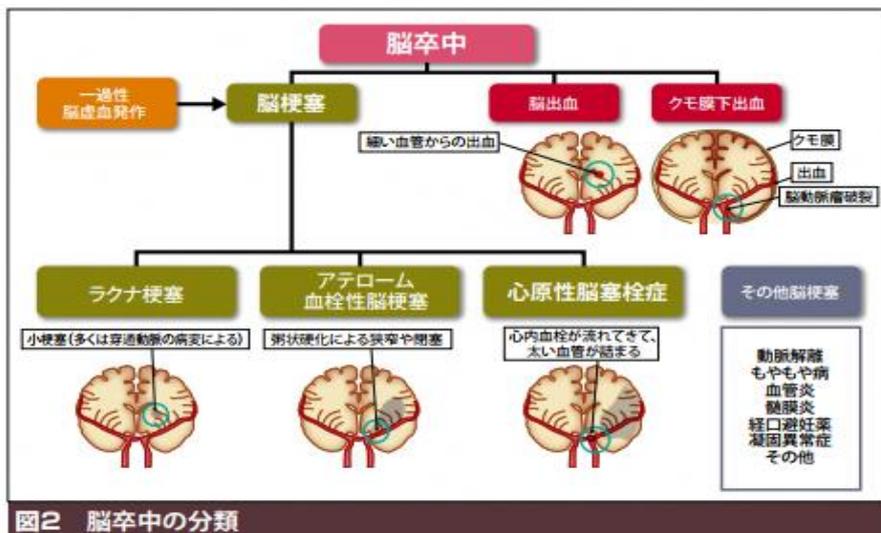


図2 脳卒中の分類

出典：脳卒中予防の提言

【図表 40】脳血管疾患のリスク因子

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

出典：脳卒中治療ガイドライン 2015

### (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当たっては、特定健診受診者の健診データから実態を把握します。その際、治療の有無についても加えて分析することで、受診勧奨の対象者を把握することができます。

脳血管疾患においては、高血圧は最も重要な危険因子であり、重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が46人(3.3%)で、このうち未治療者は29人でした。また未治療者29人のうち12人(41.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診が必要です。また、治療中のⅡ度高血圧以上が17人(1.2%)であるため、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります(図表41)。

【図表41】脳卒中ガイドライン2015に基づく重症化予防対象者(平成28年度)

リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
	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
特定健診受診者における 重症化予防対象者 受診者数 1,406人	46	3.3%	89	6.3%	31	2.2%	13	0.9%	239	17.0%	11	0.8%	33	2.3%
治療なし	29	2.1%	51	3.6%	29	2.1%	6	0.4%	43	3.1%	1	0.1%	12	0.9%
治療あり	17	1.2%	38	2.7%	2	0.1%	7	0.5%	196	13.9%	10	0.7%	21	1.5%
臓器障害あり	12	41.4%	29	56.9%	8	27.6%	6	100.0%	15	34.9%	1	100.0%	12	100.0%
CKD(専門医対象者)	1		5		2		1		1		1		12	
尿蛋白(2+)以上	1		2		0		1		0		1		0	
尿蛋白(+)and 尿潜血(+)以上	0		1		1		0		1		0		0	
eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		3		1		0		0		0		12	
心電図所見あり	12		26		8		6		14		1		4	

※臓器障害ありの割合：治療なしの人に対する割合

出典：坂城町特定健診結果

## ② リスク因子の層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせと脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要があります。図表42は降圧薬治療者を除いているため、重症化予防対象者の高リスク群にあたる①、②の方(121人)については早急な受診勧奨が必要になってきます(図表42)。

【図表 42】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（平成 28 年度）

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）						④ ③ ② ①			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	905	332	235	183	126	23	6	0	34	121	
		36.7%	26.0%	20.2%	13.9%	2.5%	0.7%	0.0%	3.8%	13.4%	
リスク第1層	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
リスク第2層	369	184	83	58	34	9	1	--	34	10	
		40.8%	55.4%	35.3%	31.7%	27.0%	39.1%	16.7%	100.0%	8.3%	
リスク第3層	536	148	152	125	92	14	5	--	--	111	
		59.2%	44.6%	64.7%	68.3%	73.0%	60.9%	83.3%	--	91.7%	
再掲) 重複あり	糖尿病	84	14	26	26	15	2	1			
			15.7%	9.5%	17.1%	20.8%	16.3%	14.3%	20.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	174	50	45	49	26	4	0			
		32.5%	33.8%	29.6%	39.2%	28.3%	28.6%	0.0%			
3個以上の危険因子	460	122	134	100	86	13	5				
		85.8%	82.4%	88.2%	80.0%	93.5%	92.9%	100.0%			

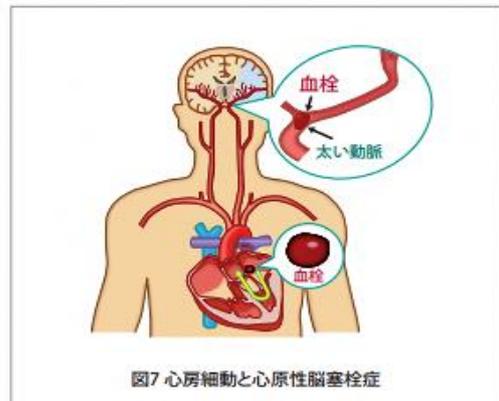
(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

出典：坂城町特定健診結果

### 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、心房細動により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」になる頻度が高くなります。心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能なため、健診時に心電図検査を実施します。

当町の心房細動有所見者の割合をみると、年齢が高くなるにつれ増加し、特に60歳代の男性は、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことが分かりました(図表 43)。



出典：脳卒中予防の提言

【図表 43】 特定健診受診者の心房細動有所見率（平成 28 年度）

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	割合	人	割合	割合	割合
合計	465	521	10	2.2%	3	0.6%	-	-
40歳代	47	44	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	33	32	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	199	279	5	2.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	186	166	5	2.7%	3	1.8%	3.4%	1.1%

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典：坂城町特定健診結果

また心房細動有所見者 13 人の医療機関受診状況を見ると、7 人は治療中でしたが、6 人は未治療であり、受診が必要です。心房細動は心原性脳塞栓症のリスクであるため、医療機関の受診勧奨と継続受診の確認を行う必要があります(図表 44)。

【図表 44】 特定健診受診者の心房細動有所見者の治療の状況（平成 28 年度）

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	割合	人	割合	人	割合
13	100.0%	6	46.2%	7	53.8%

出典：坂城町特定健診結果

### (3) 保健指導の実施

#### ① 受診勧奨及び保健指導

保健指導に当たっては、血圧の高い人には血圧のことがイメージできるように、心房細動がある人には服薬管理の重要性が分かるように、それぞれ対象者に応じた保健指導を行うとともに、保健指導教材を活用するなど工夫します。また、治療が必要にもかかわらず医療機関を受診していない場合や治療を中断している場合は受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います。

#### ② 二次健診の実施

脳血管疾患の重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。『血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013』には「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



#### (4) 医療との連携

脳血管疾患の重症化予防のため、未受診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、治療中の方には医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

#### (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介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

#### (6) 評価

評価に当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて年に 1 回行います。また中長期的評価については、他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行います。

##### 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有所見者割合の減少で評価します。

##### ② 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

#### (7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

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、血圧評価表や心房細動管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)。

### 3 虚血性心疾患重症化予防

#### (1) 基本的な考え方

虚血性心疾患の重症化予防の取組に当たっては、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ガイドライン等に基づき実施します。

#### (2) 対象者の明確化

##### ① 重症化予防対象者の抽出

心電図検査は、虚血性心疾患の重症化予防において重要な検査の1つです。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)。」ことから、心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

当町では、健診受診者 1,406 人のうち、ST 所見があったのは 61 人(6.2%)でした。その中にはメタボリックシンドローム該当者や高血圧、高血糖のリスクを有する人もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を進めていく必要があります(図表 47)。

【図表 47】心電図検査結果 (平成 28 年度)

健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
1,406	100%	986	70.1%	61	6.2%	358	36.3%	567	57.5%

出典：坂城町特定健診結果

#### (3) 保健指導の実施

##### ① 受診勧奨及び保健指導

保健指導に当たっては、メタボ対象者には体重が増えることは体に悪影響を及ぼす可能性が高くなることなど、メタボのことをイメージしやすいように、保健指導教材を活用し対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合や治療を中断している場合も受診勧奨し、医療機関と連携した保健指導を行います。

##### ② 二次健診の実施

虚血性心疾患の重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013

より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。」「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。」とあるため、当町においては、頸動脈エコー検査と尿中アルブミン検査を二次健診として実施します。

### ③ 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患の重症化予防対象者の管理は「糖尿病管理台帳」で行います。糖尿病管理台帳には、合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日を記載します。

### (4) 医療との連携

虚血性心疾患の重症化を予防するため、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、治療中の方には血管リスク低減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

### (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する中で、生活支援等の介護保険サービスの必要が生じた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

### (6) 評価

評価に当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて年に 1 回行い、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

#### ① 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等重症化予防対象者の減少で評価します。

#### ② 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

(7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 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、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

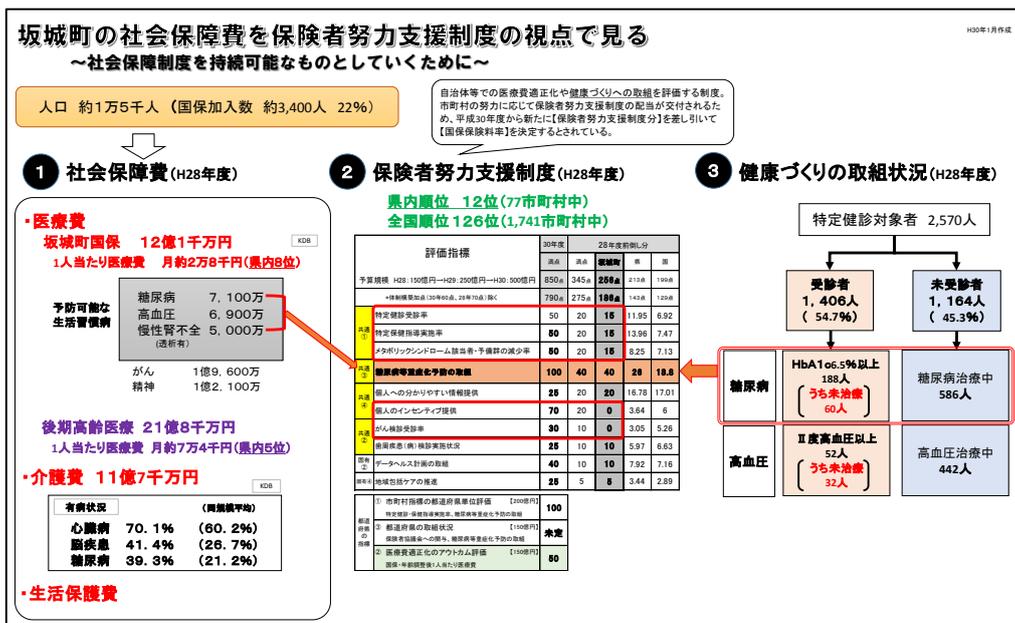
III 広く町民に周知・啓発する取組

当町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、町民一人一人が、自分の地域でこれからも安心して暮らしていけるよう、健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるように支援します。

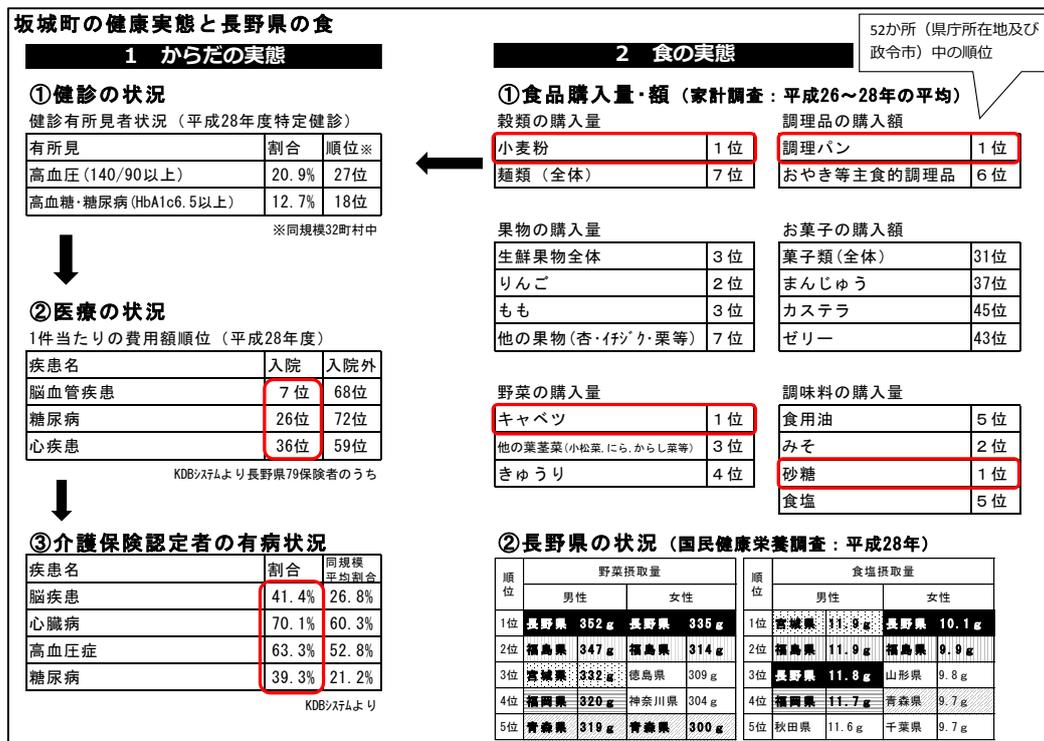
そのために図表 48・49 等を用いてポピュレーションアプローチを行い、生活習慣病の重症化が医療費や介護費用等社会保障費の増大につながっていることや、その背景に地域特性があることなど広く周知していきます。

また、健康増進計画や本計画の目標である健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現を目指すための保険者努力支援制度を活用した健康増進の取組が、多くの町民に広がるよう事業を実施します。また、心身ともに健康で暮らせるように、様々な分野の団体や機関と連携しながら、妊娠期から高齢期まで生涯を通じた健康づくり活動を実施します。

【図表 48】ポピュレーションアプローチ資料① (参考)



【図表 49】ポピュレーションアプローチ資料②（参考）



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

当町では、『坂城町高齢者福祉計画・介護保険事業計画』において「人口の高齢化に伴い、要介護高齢者が増加する一方、世帯構成の変化や介護者の高齢化などに起因する家庭における介護力の低下により、高齢者介護の問題が国民の老後における最大の不安要因になっており、家族さらに社会全体にとっても重要な課題となっています。」としています。

また同計画では「こうした中、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくためには、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される『地域包括ケアシステム』を地域の実情に応じて『深化・推進』していくことが重要となります。」とし、「日頃の健康管理や病気の早期発見、早期回復を図るための各種対策の提供や拡充を図るとともに、生活習慣病予防のために、壮年期の段階から継続した保健対策の展開の必要性が重要と考えられます。」としています。

重度の要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、予防を推進することで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ります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくために、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合も高くなっています。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスや介護サービスをできるだけ必要としないようにするための取組は、国保にとっても市町村にとっても非常に重要です。高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくために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と考えます。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

KDB等の情報を活用し、毎年、評価を行います。また3年後の平成32年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画を見直します。

また、本計画の最終年度である平成35年度には、次期計画の策定に向けた評価を行います。

### 2 評価方法・体制

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

#### 評価における4つの指標

ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	・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
プロセス (保健事業の実施過程)	・必要なデータは入手できているか ・人員配置が適切に行われているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施状況・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)

KDBシステムの健診・医療・介護のデータを基に、地区担当の保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について定期的に評価を行います。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。

## **第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い**

### **1 評価の公表・周知**

本計画は、被保険者や保健医療関係者等に広く周知することが重要であるため、国指針において、公表するものとされており、町ホームページ等への掲載により公表・周知します。

また、公表・周知に当たっては、被保険者や保健医療関係者等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用います。

### **2 個人情報の取扱い**

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

坂城町国民健康保険  
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

坂城町福祉健康課保険係  
坂城町保健センター  
〒389-0692 坂城町大字坂城 10050 番地  
TEL： 0268-82-3111（代表）  
0268-75-6205（福祉健康課）  
0268-75-6230（保健センター）