

下諏訪町国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健診等実施計画

平成30年(2018年)3月
下諏訪町

目次

第1章 計画の基本方針	1
第1 背景	1
第2 計画の位置付け	2
第3 計画期間	2
第4 関係者が果たすべき役割と連携	3
1 町の役割	
2 外部有識者等の役割	
3 被保険者の役割	
第5 保険者努力支援制度の取り組み	5
第2章 現状と課題の把握	6
第1 第1期計画の評価及び考察	6
1 第1期計画の評価	
2 第1期計画の考察	
第2 第2期計画における健康課題の明確化	19
1 医療費適正化の状況	
2 健診受診者の実態	
3 未受診者の把握	
4 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況	
第3 目標の設定	25
1 中長期的な目標の設定	
2 短期的な目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の内容	26
第1 第3期特定健診等実施計画について	26
第2 第2期特定健診等実施計画の目標達成状況	27
第3 健康課題の明確化	28
第4 第3期特定健診等実施計画の目標値と対象者数	30
第5 特定健診・特定保健指導の実施	31
第6 個人情報の保護	34
第7 実績報告	34
第8 特定健診等実施計画の公表・周知	34

第4章 保健事業の内容 35

第1 現状の取り組み 35

第2 保健事業の実施計画と目標 36

第3 重症化予防の取組 37

第4 ポピュレーションアプローチ 38

第5章 地域包括ケアに係る取組 40

第6章 計画の評価・見直し 41

第1 評価の時期 41

第2 評価方法・体制 41

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 43

第1 計画の公表・周知 43

第2 個人情報の取扱い 43

参考資料 44

国・県・同規模市町村平均と比べた下諏訪町の位置

資料 46

重症化予防の取り組み

1 糖尿病性腎症重症化予防 47

2 虚血性心疾患重症化予防 55

3 脳血管疾患重症化予防 59

(補足) 用語解説

●数値の使い分け

特定健診受診率には3つの数値があり、用途に合わせて数値を使い分けています。

① 法定報告値：国に報告する数値。年度途中の国保脱退、加入者を除く数値です。

② KDBシステム：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、法定報告値とは差異があります。同規模自治体との比較が可能です。

③ 暫定値：年度途中の国保脱退、加入者を含む数値で、毎月の受診率等を算出する際に使用します。

●同規模市町村

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12」に分類されています。

【長野県内の「同規模区分12」の町・全4町】軽井沢町、辰野町、箕輪町、下諏訪町

第1章 計画の基本方針

第1 背景

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、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主体はこれまでどおり市町村が行います。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）により、保険者等は健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなります。

下諏訪町においては、保健事業全般を対象としたデータヘルス計画を定めるとともに、保健事業の中核である特定健診・特定保健指導（以下「特定健診等」という。）を対象としてこれまで実施してきた特定健診等実施計画を章立てした形で一体的に策定し、被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化に努めます。

第2 計画の位置付け

1 データヘルス計画

計画は、「健康日本21」計画に基づく「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や下諏訪町健康づくり計画、長野県医療費適正化計画、介護保険事業計画等と調和のとれたものとします。〔図表1〕

2 特定健診等実施計画

特定健診等実施計画は、特定健診及び特定保健指導の実施方法や目標に関する基本的事項について、第1期計画を平成20年度から平成24年度まで、第2期計画を平成25年度から29年度までとして策定し事業を実施してきました。

第2期における特定健診等の実施結果等を踏まえ、計画の見直しを行います。

第3 計画期間

計画期間は、保健事業の実施等に関する指針において、「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（2018年度）から平成35年度（2023年度）までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、平成30年度から平成35年度の6年間とします。〔図表1〕

■第2期計画に向けた法定計画等の計画期間

〔図表1〕

年度	平成	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
	西暦	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
データヘルス計画														
特定健診等実施計画														
「健康日本21」計画														
信州保健医療総合計画														
下諏訪町健康づくり計画														
介護保険事業計画														
長野県医療費適正化計画														
長野県保健医療計画														

第4 関係者が果たすべき役割と連携

1 町の役割

下諏訪町は、住民環境課が主体となり計画を策定しますが、健康課題に関連する施策全体を担当する健康づくり推進室の保健師等の専門職と連携をして、健康づくり推進委員会の意見を十分に聞きながら、町が一体となって計画策定を進めます。

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、担当者の業務を明確化・標準化する体制を整えます。〔図表2〕

2 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

国民健康保険団体連合会は、保険者である市町村の共同連合体として、計画策定の際の健診データやレセプト等のデータによる課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めています。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に下諏訪町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。

このため、計画素案の段階から諏訪保健福祉事務所と意見交換を行うほか、医療機関関係者との連携を円滑に行います。〔図表2〕

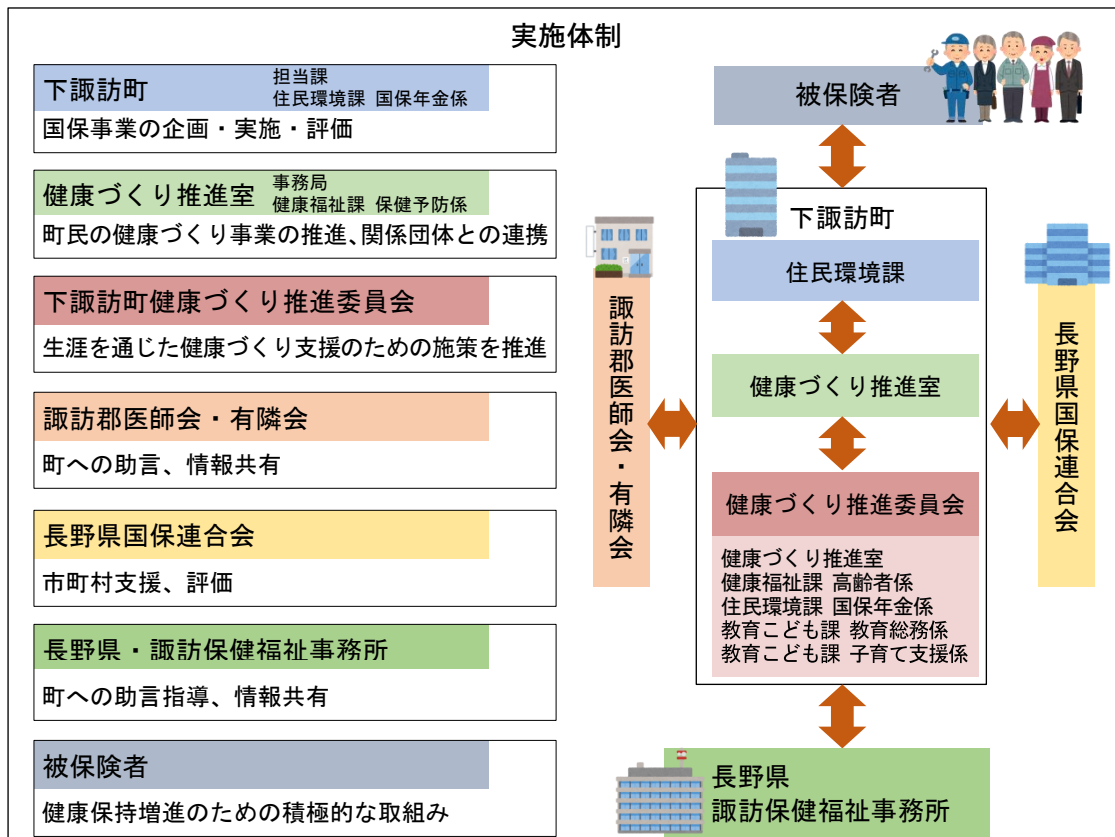
3 被保険者の役割

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

〔図表2〕

■ 下諏訪町の実施体制図

〔図表2〕



保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

Plan（計画）

取り組みの内容	下諏訪町	医師会	国保連	県	備考
データ分析	○	○	○	○	集団全体の健康問題の特徴をデータ分析
健康課題の明確化	○	○	○	○	集団の優先的な健康課題を選択
目標の設定	○	○	○	○	最も効果が期待できる課題を目標設定

Do（実施）

取り組みの内容	下諏訪町	医師会	国保連	県	備考
加入者への情報提供	○	○	○	○	加入者自らの生活習慣問題点改善の取組等
特定健診・保健指導の実施	○	○	○	○	生活習慣病の発症を予防する特定健診等の取組
重症化予防	○	○	○	○	生活習慣病発症予防や合併症発症を抑える取組
保健指導の評価	○	○	○	○	検査データの改善度、生活習慣の改善状況等の評価

Check（評価）

取り組みの内容	下諏訪町	医師会	国保連	県	備考
効果測定・評価	○	○	○	○	生活習慣の状況（有病者・予備群の減少） 特定健診受診率・健診結果、医療費の適正化

Action（改善）

取り組みの内容	下諏訪町	医師会	国保連	県	備考
次サイクルに向けて修正	○	○	○	○	課題解決に向けた計画の修正

第5 保険者努力支援制度の取り組み

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が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しており、平成30年度から本格実施となります。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、平成30年度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3〕

■ 保険者努力支援制度の評価指標

〔図表3〕

評価指標		平成30年度
総得点		850点
保健事業	特定健診受診率	50点
	特定保健指導実施率	50点
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50点
	がん検診受診率	30点
	歯周疾患（病）検診の実施	25点
	重症化予防の取組の実施状況 	100点
	データヘルス計画策定状況	40点
	個人への分かりやすい情報提供	25点
	個人へのインセンティブ提供	70点
国保事業	重複服薬者に対する取組	35点
	後発医薬品の促進	35点
	後発医薬品の使用割合	40点
	収納率向上に関する取組の実施状況 	100点
	医療費通知の取組の実施状況	25点
	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	25点
	第三者求償の取組の実施状況	40点
	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50点
体制構築加点	60点	

第2章 現状と課題の把握

第1 第1期計画の評価及び考察

1 第1期計画の評価

(1) 全体の変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、がん、脳血管疾患、腎不全による死因が増え、糖尿病、心臓病による死亡割合は減少しました。脳血管疾患による死因割合は国、県、同規模市町村よりも高くなっています。また、腎不全による死因割合は、県よりも高くなっています。

重症化の指標となる介護や医療の状況では、1号被保険者の介護認定率の上昇がみられましたが、介護給付費総額は減少し、2号被保険者の介護認定も減少となりました。

介護が必要になった人の有病率を見ると、高血圧、脂質異常症、心臓病が上昇しています。特に高血圧症、心臓病は、全国、長野県、同規模市町村よりも高い割合となっています。

医療費の状況は1人あたり医療費について、平成25年度、平成28年度と比較するとやや上昇しました。医療費総額に占める割合で見ると、糖尿病の占める割合が、全国、長野県、同規模市町村と比較すると高くなっています。

特定健診受診率は、平成25年度から平成28年度で約5ポイント上昇しましたが、長野県、同規模市町村と比べるとまだ低い水準となっています。健診により生活習慣病を早期発見し、重症化を予防するためにも、医療費適正化の観点からも、特定健診の受診率を向上させる取り組みは引き続き優先課題となります。

[図表33] (44、45ページ)

(2) 国保加入の状況

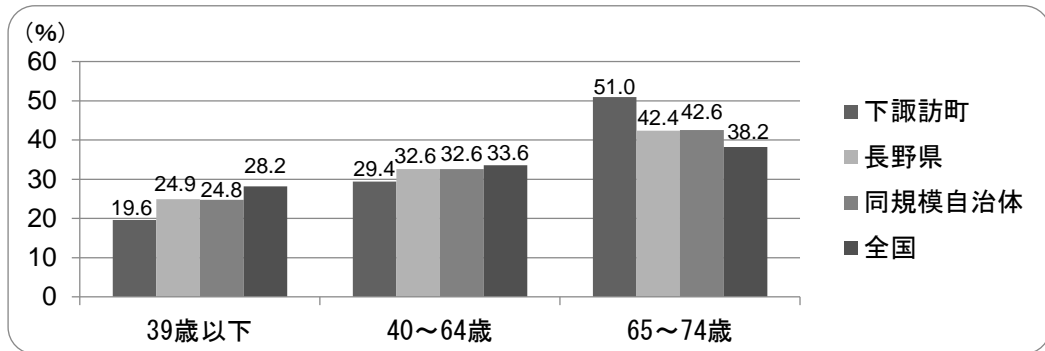
国民健康保険の加入率は、長野県、全国と比較して低いものの、年代別の加入状況では、65歳以上の加入割合が高く、加入者の半数を占めています。 [図表4]

■国保加入状況（平成28年度）

[図表4]

		下諏訪町	長野県	同規模市町村	全国
加入率 (%)		22.9	25.6	25.1	26.9
年代別 (%)	39歳以下	19.6	24.9	24.8	28.2
	40～64歳	29.4	32.6	32.6	33.6
	65～74歳	51.0	42.5	42.6	38.2

(資料：KDBシステム 平成28年度)



(3) 医療費の状況

① 医療費の変化

一人当たり医療費の伸び率を同規模市町村と比較すると、下諏訪町では全体の医療費総額、入院、外来ともに伸び率を抑制できています。一人当たりの医療費は上がりましたが、同規模市町村と比較すると伸び率は低くなっています。 [図表5]

■医療費の変化

[図表5]

項目		全体	入院	外来	
総医療費	医療費	H25	16億8,827万円	7億2,933万円	9億5,893万円
		H28	15億2,807万円	6億5,095万円	8億7,711万円
	増減	△1億6,020万円	△7,838万円	△8,182万円	
	伸び率	町	-9.48%	-10.7%	-8.53%
同規模市町村		0.81%	0.81%	5.07%	
一人当たりの医療費*	医療費	H25	25,288円	10,924円	14,364円
		H28	25,534円	10,868円	14,666円
	増減	246円	△56円	302円	
	伸び率	町	0.97%	-0.51%	2.10%
同規模市町村		8.51%	-5.4%	8.5%	

*一人当たりの医療費：各年度の月平均額

(資料：KDBシステム)

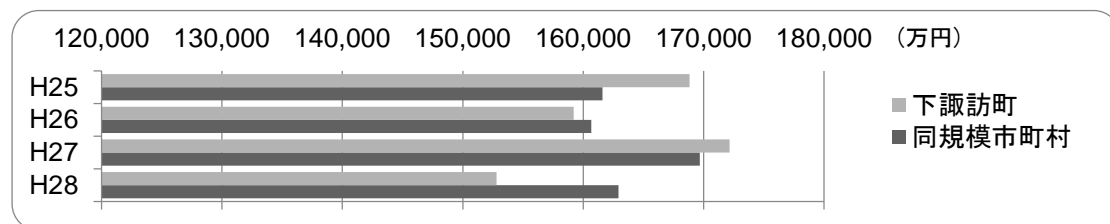
[参 考]

■総医療費

単位：万円

医療費	H25	H26	H27	H28
下諏訪町	168,827	159,194	172,149	152,807
同規模市町村	161,601	160,662	169,664	162,919

(資料：KDBシステム)

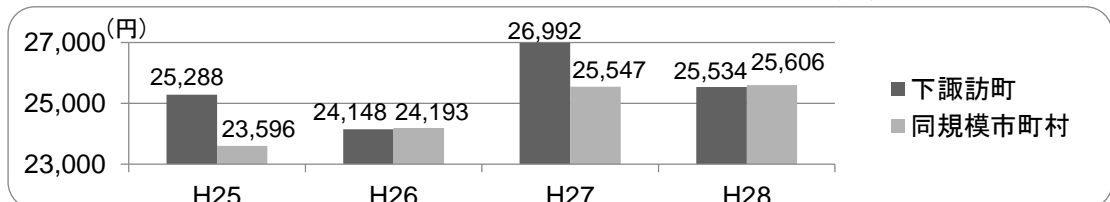


■一人当たりの医療費

単位：円

医療費	H25	H26	H27	H28
下諏訪町	25,288	24,148	26,992	25,534
同規模市町村	23,596	24,193	25,547	25,606

(資料：KDBシステム)



② 疾患別医療費の状況

中長期目標疾患に共通する高血圧・脂質異常症に係る費用については、全国、長野県に比較すると低くなっています。糖尿病については、長野県より低くなっていますが、全国よりは高い割合となっています。

慢性腎不全（透析無）にかかる割合が長野県や全国と比較して2倍近く高くなっており、平成25年度から平成28年度の増加割合も高くなっています。慢性腎不全（透析有）も、平成25年度から平成28年度の割合は減少しましたが、依然として同規模市町村と比較すると高い割合となっています。脳血管疾患にかかる医療費の割合が経年比較では大きく減少となりました。〔図表6、7〕

■疾患が医療費に占める割合

〔図表6〕

年度		中長期目標疾患				短期目標疾患		
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症
		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
H25	下諏訪町	6.77%	0.16%	5.59%	2.01%	5.43%	5.77%	2.53%
H28	下諏訪町	5.21%	0.84%	2.84%	2.21%	5.61%	4.39%	2.70%
	長野県	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%
	全国	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%

(資料：KDBシステム)

■同規模市町村との比較

〔図表7〕

年度		中長期目標疾患			
		腎		脳	心
		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
H28	下諏訪町	5.21%	0.84%	2.84%	2.21%
	A町	4.41%	0.23%	2.34%	1.29%
	B町	4.68%	0.18%	3.22%	1.72%
	C町	4.89%	0.09%	1.37%	1.76%

(資料：KDBシステム)

③ 重複疾患の状況（中長期目標疾患）

中長期的な疾患の有病率をみると、どの疾患についてもやや減少となりました。しかし、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に共通するリスクになる、短期目標疾患である高血圧を重複する割合が高いこと、脳血管疾患では、糖尿病と脂質異常症を重複する割合が増えていることから、短期的目標疾患を重症化させないようにするアプローチが必要となってきます。平成28年度の64歳以下、65歳以上とで比較をすると、虚血性心疾患と脳血管疾患、人工透析、高血圧、脂質異常症を重複する割合が、64歳以下の方が高くなっていました。〔図表8〕

■重複疾患の状況（中長期目標疾患）

〔図表8〕

①虚血性心疾患

年度	被保険者	中長期目標疾患			短期目標疾患		
		虚血性心疾患	重複人数（割合）				
			脳血管疾患	人工透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症
H25	5,588人	188人 (3.3%)	32人 (17.0%)	9人 (4.7%)	148人 (78.7%)	79人 (42.0%)	127人 (67.6%)
H28	5,082人	144人 (2.8%)	25人 (17.4%)	5人 (3.4%)	115人 (79.9%)	53人 (36.8%)	99人 (68.8%)
~64歳	2,523人	21人 (0.8%)	4人 (19.0%)	2人 (9.5%)	20人 (95.2%)	6人 (28.6%)	16人 (76.2%)
65歳~	2,559人	123人 (4.8%)	21人 (17.1%)	3人 (2.4%)	95人 (77.2%)	47人 (38.2%)	83人 (67.5%)

②脳血管疾患

年度	被保険者	中長期目標疾患			短期目標疾患		
		脳血管疾患	重複人数（割合）				
			虚血性心疾患	人工透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症
H25	5,588人	245人 (4.3%)	32人 (13.1%)	8人 (3.2%)	197人 (80.4%)	97人 (39.6%)	131人 (53.5%)
H28	5,082人	217人 (4.2%)	25人 (11.5%)	4人 (1.8%)	173人 (79.7%)	94人 (43.3%)	126人 (58.1%)
~64歳	2,523人	53人 (2.1%)	4人 (7.5%)	1人 (1.8%)	35人 (66.0%)	19人 (35.8%)	26人 (49.1%)
65歳~	2,559人	164人 (6.4%)	21人 (12.8%)	3人 (1.8%)	138人 (84.1%)	75人 (45.7%)	100人 (61.0%)

③人工透析

年度	被保険者	中長期目標疾患			短期目標疾患		
		人工透析	重複人数（割合）				
			脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧	糖尿病	脂質異常症
H25	5,588人	19人 (0.3%)	8人 (42.1%)	9人 (47.4%)	17人 (89.5%)	14人 (73.7%)	6人 (31.6%)
H28	5,082人	13人 (0.2%)	4人 (30.8%)	5人 (38.5%)	13人 (100%)	9人 (69.2%)	4人 (30.8%)
~64歳	2,523人	6人 (0.2%)	1人 (16.7%)	2人 (33.3%)	6人 (100%)	3人 (50.0%)	1人 (16.7%)
65歳~	2,559人	7人 (0.2%)	3人 (42.9%)	3人 (42.9%)	7人 (100%)	6人 (85.7%)	3人 (42.9%)

（資料：町健康福祉課）

④ 重複疾患の状況（短期目標疾患）

中長期目標疾患に共通するリスクである短期目標疾患の治療状況を見ると、高血圧、糖尿病の治療割合が増加しました。短期的目標である三疾患をしっかりと医療へとつなげ、治療継続できるようアプローチをすることで、重症化予防（長期的目標疾患予防）、介護予防につなげていくことが重要です。平成28年度の64歳以下と65歳以上で比較をすると、糖尿病と、糖尿病性腎症、人工透析を重複する割合、高血圧・脂質異常症と人工透析とを重複する割合が、64歳以下の方が高くなっていました。〔図表9〕

■重複疾患の状況（短期目標疾患）

〔図表9〕

①糖尿病

年度	被保険者	短期目標疾患					中長期目標疾患			
		糖尿病	重複人数（割合）							
			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	
H25	5,588人	551人 (9.86%)	40人 (7.2%)	394人 (71.5%)	321人 (58.3%)	79人 (14.3%)	97人 (17.6%)	14人 (2.5%)	64人 (11.6%)	
H28	5,082人	522人 (10.3%)	41人 (7.8%)	324人 (62.1%)	324人 (62.1%)	53人 (10.2%)	94人 (18.0%)	9人 (1.7%)	54人 (10.3%)	
~64歳	2,523人	116人 (4.6%)	7人 (6.0%)	68人 (58.6%)	68人 (58.6%)	6人 (5.1%)	19人 (16.4%)	3人 (2.5%)	20人 (17.2%)	
65歳~	2,559人	406人 (15.9%)	34人 (8.3%)	256人 (63.1%)	256人 (63.1%)	47人 (11.6%)	75人 (18.5%)	6人 (1.4%)	34人 (8.3%)	

②高血圧

年度	被保険者	短期目標疾患				中長期目標疾患		
		高血圧	重複人数（割合）					
			糖尿病	脂質異常症	虚血性心疾患	脳血管疾患	人工透析	
H25	5,588人	1,032人 (18.5%)	394人 (35.8%)	613人 (59.4%)	148人 (11.1%)	197人 (16.8%)	17人 (1.6%)	
H28	5,082人	1,160人 (22.8%)	369人 (31.8%)	574人 (49.4%)	115人 (12.8%)	173人 (17.0%)	13人 (1.1%)	
~64歳	2,523人	295人 (11.7%)	86人 (29.1%)	122人 (41.4%)	20人 (8.1%)	35人 (14.6%)	6人 (2.0%)	
65歳~	2,559人	865人 (33.8%)	283人 (32.7%)	452人 (52.3%)	95人 (14.3%)	138人 (17.8%)	7人 (0.8%)	

③脂質異常症

年度	被保険者	短期目標疾患			中長期目標疾患			
		脂質異常症	重複人数（割合）					
			糖尿病	高血圧	虚血性心疾患	脳血管疾患	人工透析	
H25	5,588人	881人 (15.8%)	321人 (36.4%)	613人 (69.6%)	127人 (14.4%)	131人 (14.9%)	6人 (0.6%)	
H28	5,082人	805人 (15.8%)	324人 (40.2%)	574人 (71.3%)	99人 (12.3%)	126人 (15.7%)	4人 (0.5%)	
~64歳	2,523人	187人 (7.4%)	68人 (36.4%)	122人 (65.2%)	16人 (8.5%)	26人 (13.9%)	1人 (0.5%)	
65歳~	2,559人	618人 (24.2%)	256人 (41.4%)	452人 (73.1%)	83人 (13.4%)	100人 (16.2%)	3人 (0.4%)	

(資料：町健康福祉課)

(4) 特定健診・特定保健指導の受診状況

① 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率・特定保健指導率ともに増加しましたが、平成25年度の長野県平均受診率43.8%まで届きませんでした。国が定める目標、長野県平均の受診率と比較しても低迷しています。年代別受診率をみると、40代女性、50代男性の伸び率が低くなっており、全体としては40代の受診率が低くなっています。特定保健指導実施率は平成25年度と平成28年度と比較すると10.8ポイント上昇しましたが、目標値、長野県平均値までは届きませんでした。

メタボリックシンドローム対策としても、生活習慣病の発症および重症化を予防していくためにも、若い世代の特定健診受診率の向上への取組が重要です。

〔図表10、11、12〕

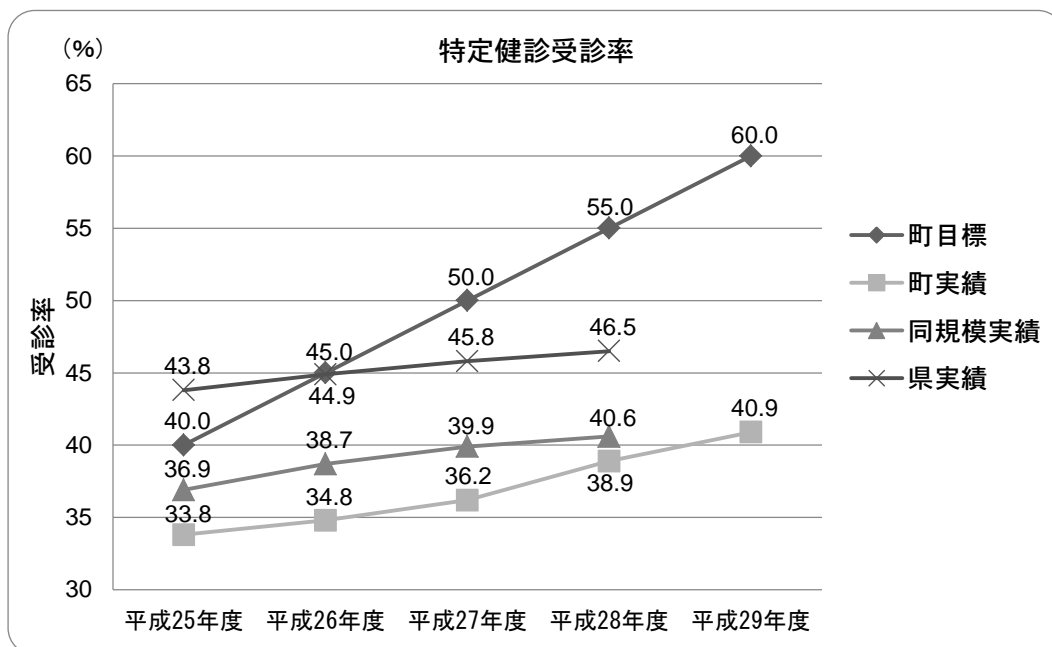
■特定健診受診率

〔図表10〕

		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
目標	下諏訪町	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
実績	下諏訪町	33.8%	34.8%	36.2%	38.9%	40.9%
	同規模市町村	36.9%	38.7%	39.9%	40.6%	—
	長野県	43.8%	44.9%	45.8%	46.5%	—

※平成25年度から28年度は法定報告値。平成29年度は見込み値。

(資料：法定報告値、暫定値)

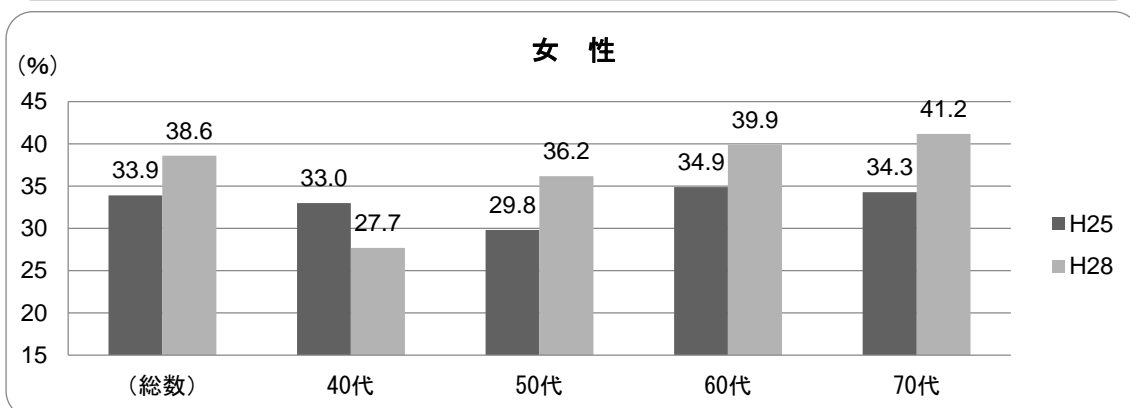
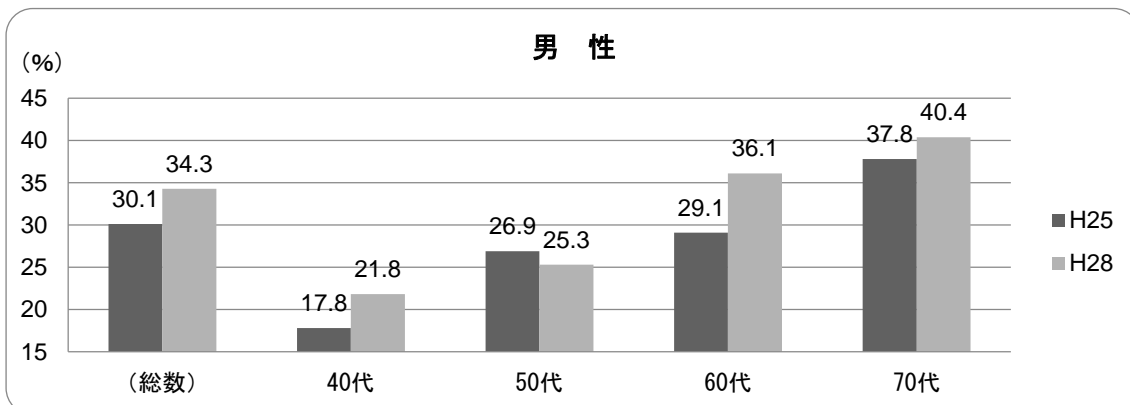
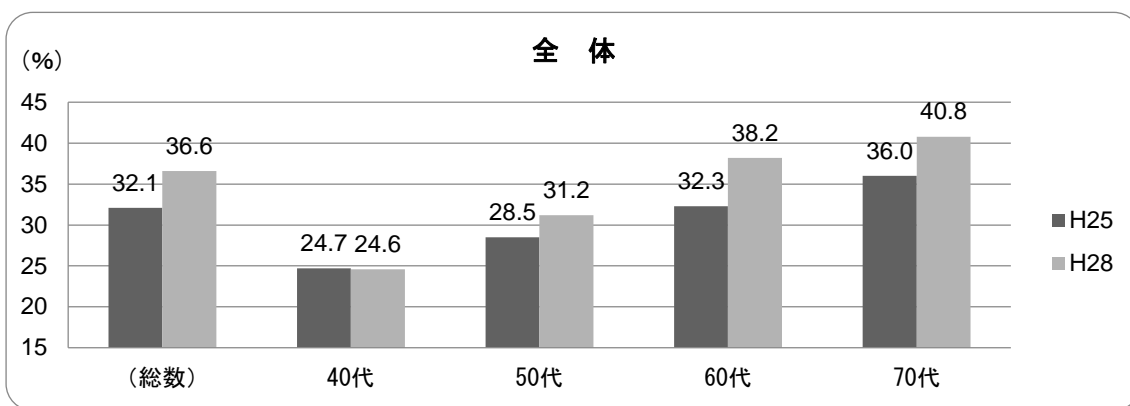


■特定健診年代別受診率の推移（参考値）

単位：％〔図表11〕

	全体			男性			女性			
	受診率		増減	受診率		増減	受診率		増減	
	H25	H28		H25	H28		H25	H28		
総数	32.1	36.6	4.5	30.1	34.3	4.2	33.9	38.6	4.7	
40代	24.7	24.6	-0.1	17.8	21.8	4.0	33.0	27.7	-5.3	
50代	28.5	31.2	2.7	26.9	25.3	-1.6	29.8	36.2	6.4	
60代	32.3	38.2	5.9	29.1	36.1	7.0	34.9	39.9	5.0	
70代	36.0	40.8	4.8	37.8	40.4	2.6	34.3	41.2	6.9	
再掲	40～64歳	27.7	30.3	2.6	23.1	26.3	3.2	31.9	33.9	2.0
	65～74歳	35.3	40.3	5.0	35.2	39.2	4.0	35.3	41.3	6.0

（資料：町健康福祉課）

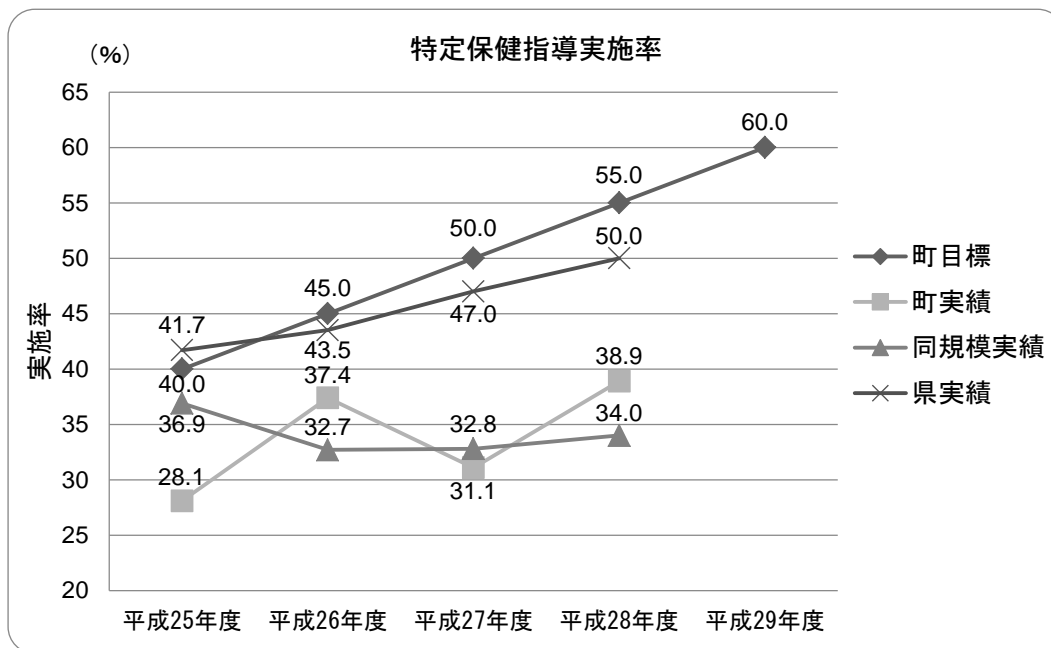


■特定保健指導実施率（終了率）

〔図表12〕

		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
目標	下諏訪町	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
実績	下諏訪町	28.1%	37.4%	31.1%	38.9%	—
	同規模市町村	36.9%	32.7%	32.8%	34.0%	—
	長野県	41.7%	43.5%	47.0%	50.0%	—

（資料：法定報告値）



② 健診結果の変化

健診結果の経年変化では、男性、女性共にBMI 25以上の人、空腹時血糖、HbA1c、LDLコレステロールの有所見者が増加しました。HbA1cの有所見者割合の増加率が特に高くなっています。将来的にメタボリックシンドロームへ移行させない、糖尿病、脂質異常症を発症させないための取り組みが重要です。〔図表13〕

■健診結果の変化

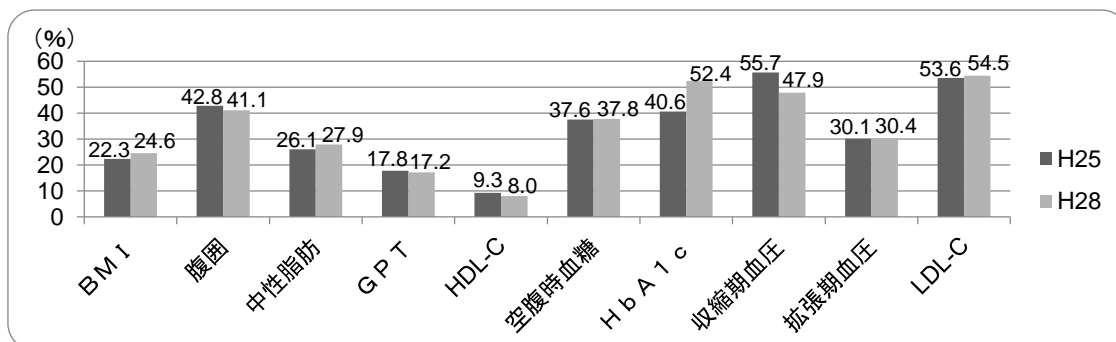
〔図表13〕

①男性

項目	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C
数値	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	130以上	85以上	120以上
H25	132人 (22.3%)	253人 (42.8%)	154人 (26.1%)	105人 (17.8%)	55人 (9.3%)	222人 (37.6%)	240人 (40.6%)	329人 (55.7%)	178人 (30.1%)	317人 (53.6%)
H28	150人 (24.6%)	250人 (41.1%)	170人 (27.9%)	105人 (17.2%)	49人 (8.0%)	230人 (37.8%)	319人 (52.4%)	292人 (47.9%)	185人 (30.4%)	332人 (54.5%)

※重複あり。 ※尿酸値は平成26年度から項目追加。

(資料：町健康福祉課)

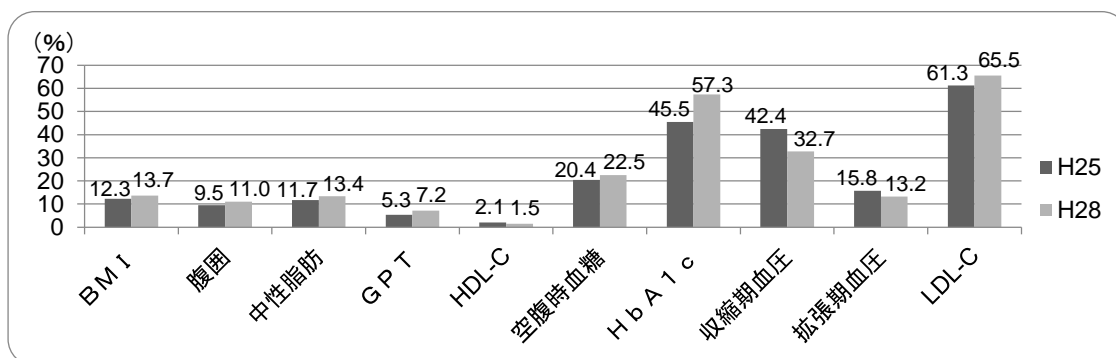


②女性

項目	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C
数値	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	130以上	85以上	120以上
H25	93人 (12.3%)	72人 (9.5%)	88人 (11.7%)	40人 (5.3%)	16人 (2.1%)	154人 (20.4%)	343人 (45.5%)	320人 (42.4%)	119人 (15.8%)	462人 (61.3%)
H28	110人 (13.7%)	88人 (11.0%)	107人 (13.4%)	58人 (7.2%)	12人 (1.5%)	180人 (22.5%)	459人 (57.3%)	262人 (32.7%)	106人 (13.2%)	525人 (65.5%)

※重複あり。 ※尿酸値は平成26年度から項目追加。

(資料：町健康福祉課)



③ メタボリックシンドローム該当者・予備群の変化

男性、女性ともに、腹囲のみが基準値を上回る人が増えました。また、予備群では、
 高血糖、高血圧、脂質異常症の組合せが多い傾向となっています。また、男
 性では、該当者のうち、3項目全てに該当する割合が増えました。 [図表14]

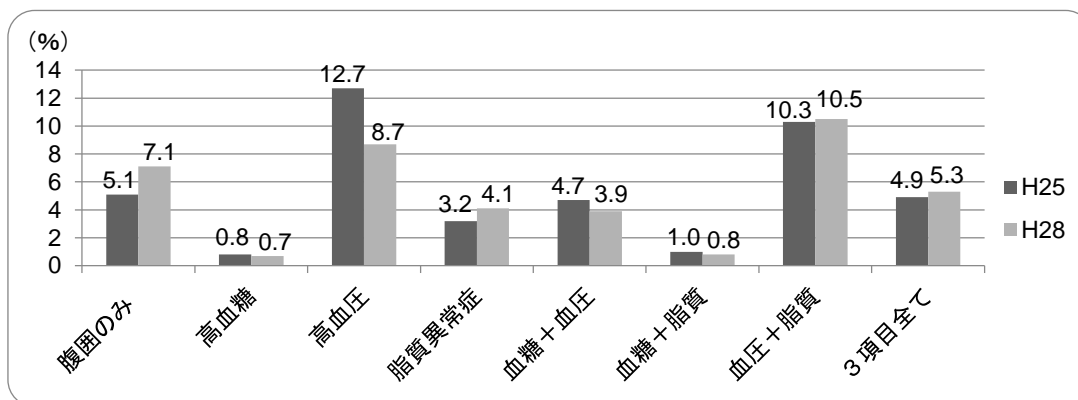
■メタボリックシンドローム該当者・予備群の変化

[図表14]

①男性

年度	健診 受診者	腹囲 のみ	予備群			該当者					
			高血糖	高血圧	脂質 異常症	血糖+ 血圧	血糖+ 脂質	血圧+ 脂質	3項目 全て		
H25	591人 (31.6%)	30人 (5.1%)	99人 (16.8%)	5人 (0.8%)	75人 (12.7%)	19人 (3.2%)	124人 (21.0%)	28人 (4.7%)	6人 (1.0%)	61人 (10.3%)	29人 (4.9%)
H28	609人 (37.0%)	43人 (7.1%)	82人 (13.5%)	4人 (0.7%)	53人 (8.7%)	25人 (4.1%)	125人 (20.5%)	24人 (3.9%)	5人 (0.8%)	64人 (10.5%)	32人 (5.3%)

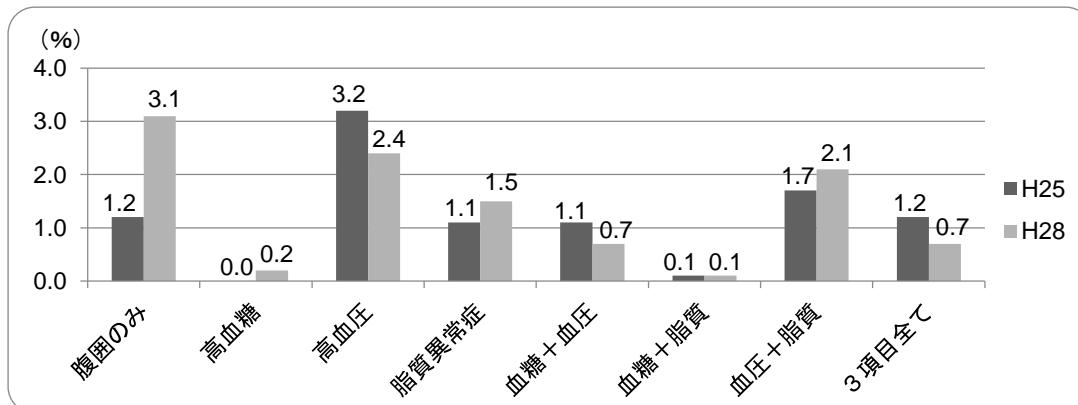
(資料：町健康福祉課)



②女性

年度	健診 受診者	腹囲 のみ	予備群			該当者					
			高血糖	高血圧	脂質 異常症	血糖+ 血圧	血糖+ 脂質	血圧+ 脂質	3項目 全て		
H25	754人 (35.5%)	9人 (1.2%)	32人 (4.2%)	0人 (0.0%)	24人 (3.2%)	8人 (1.1%)	31人 (4.1%)	8人 (1.1%)	1人 (0.1%)	13人 (1.7%)	9人 (1.2%)
H28	801人 (40.8%)	25人 (3.1%)	33人 (4.1%)	2人 (0.2%)	19人 (2.4%)	12人 (1.5%)	30人 (3.7%)	6人 (0.7%)	1人 (0.1%)	17人 (2.1%)	6人 (0.7%)

(資料：町健康福祉課)



(5) 介護給付費の状況

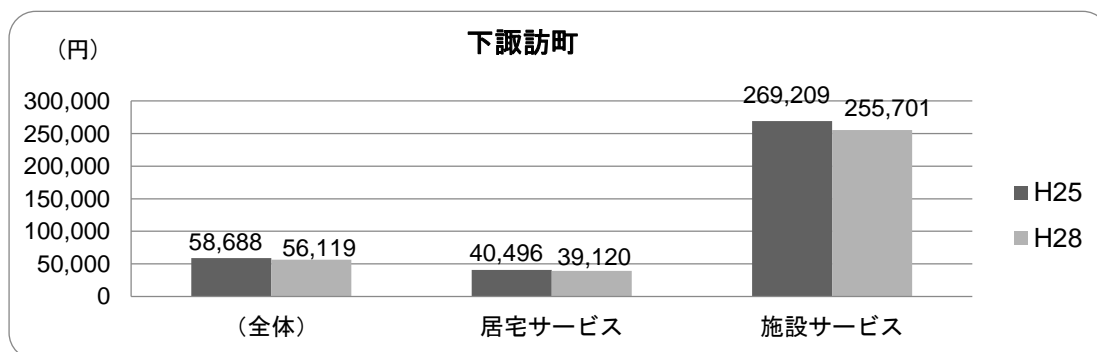
介護給付の変化について、平成28年度では給付費全体、1件あたり給付費ともに減少しました。 [図表15]

■介護給付費の状況

[図表15]

年度	下諏訪町			同規模市町村			
	介護給付費	1件あたり給付費		1件あたり給付費			
		(全体)	居宅サービス	施設サービス	(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25	20億5,333万円	58,688円	40,496円	269,209円	65,193円	41,572円	283,169円
H28	19億9,128万円	56,119円	39,120円	255,701円	62,901円	40,734円	277,659円
増減	-6,205万円	-2,569円	-1,376円	13,508円	2,292円	838円	5,510円

(資料：KDBシステム)



2 第1期計画の考察

第1期計画では、特定健診受診率を平成25年度の長野県平均受診率43.8%まで引き上げることができませんでした。引き続き特定健診の受診率、特定保健指導率を向上させていくことは重要な課題です。

また、第1期計画においては、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に取り組んできました。その結果、脳血管疾患に係る医療費割合が低くなったこと、医療費全体の伸びの抑制など、一定の効果があったと思われます。

しかし、介護保険2号認定者の割合が長野県と比較して高いこと、慢性腎不全の有病率が高いことなどが課題として残っています。健診有所見率からみると、男女ともに、腹囲の増大やHbA1c、血糖値が高くなっており、身体状況の変化が見られました。また医療費に占める生活習慣病の割合からみると、慢性腎不全（透析無）の割合が高くなっています。重症化予防のみならず、発症予防として、メタボリックシンドロームや生活習慣病へ移行させない取り組みが大切となってきます。

特定健診受診率向上に取り組み、健診後の特定保健指導、重症化予防に取り組むことで、医療へと確実につなぎ、さらには継続した治療ができているかなどの、医療機関受診後の支援も、下諏訪町が取り組むべき重要な課題となっています。

第2 第2期計画における健康課題の明確化

1 医療費適正化の状況

(1) 外来と入院の比較

下諏訪町の入院件数はレセプト全体の2.6%で、費用額全体の42.6%を占めていました。一人当たり医療費は全国、長野県と比較すると高くなっています。外来医療費と入院医療費の割合を比較すると、下諏訪町では、全国、長野県、同規模市町村よりも入院医療費が占める割合が高くなっていますが、入院日数に大きな差はありませんでした。〔図表33〕(44、45ページ)

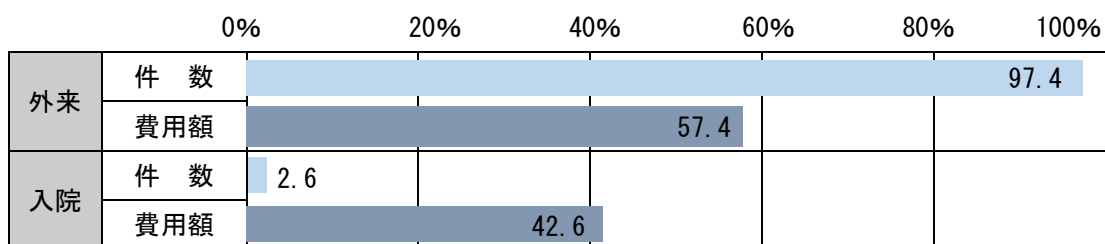
重症化予防に取り組み、入院を減らしていくことは費用対効果の面からも効率がよいと言えます。〔図表16〕

■外来と入院の比較

〔図表16〕

	下諏訪町	長野県	同規模市町村	全国
一人当たり医療費	25,534円	24,015円	25,606円	24,245円

(資料：KDBシステム 平成28年5月診療分)



※平成28年度のデータ

(資料：KDBシステム 平成28年度)

	下諏訪町	長野県	同規模市町村	全国
外来費用の割合	57.4%	60.9%	59.2%	60.1%
入院費用の割合	42.6%	39.1%	40.8%	39.9%
1件あたり在院日数	15.0日	15.1日	15.8日	15.6日

※平成28年度のデータ

(資料：KDBシステム 平成28年度)

(2) 入院の理由

200万円以上の高額になる疾患、または6か月以上の長期入院になる理由として、脳血管疾患、虚血性心疾患があります。また、1人当たりの医療費が高額となる人工透析の原因としては糖尿病性腎症があり、144件と多くなっています。医療費の負担が大きい疾患、将来的に医療費負担が増大すると予想される疾患について、予防可能な疾患かどうか見極める必要があります。脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は予防可能な疾患であり、健診データをもとに重症化予防に努めていく必要があります。

〔図表17、18〕

■入院、治療の疾患構成

〔図表17〕

疾患等		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
高額になる疾患 (200万円以上)	件数	47件	3件 (6.4%)	6件 (12.8%)	—
	費用額	1億4,157万円	784万円 (5.5%)	2,897万円 (20.5%)	—
長期入院 (6か月以上)	件数	199件	27件 (13.6%)	23件 (11.6%)	—
	費用額	9,644万円	1,236万円 (12.8%)	1,822万円 (18.9%)	—
人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	208件	39件 (18.8%)	51件 (24.5%)	144件 (69.2%)
	費用額	1億724万円	1,893万円 (17.7%)	2,841万円 (26.5%)	7,941万円 (74.1%)

※平成28年度のレセプトデータ

(資料：町健康福祉課)

■生活習慣病治療者の疾患構成

〔図表18〕

治療者		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	生活習慣病 治療者全体
全体	1,835人	217人 (11.8%)	144人 (7.8%)	93人 (5.1%)	
基礎疾患 の重なり	高血圧症	173人 (79.7%)	115人 (79.9%)	77人 (82.8%)	1,032人 (56.2%)
	糖尿病	94人 (43.3%)	53人 (36.8%)	93人 (100%)	522人 (28.4%)
	脂質異常症	126人 (58.1%)	99人 (68.8%)	62人 (66.7%)	805人 (43.9%)
	高尿酸血症	—	—	—	177人 (9.6%)

※平成28年5月診療分のレセプトデータ

(資料：町健康福祉課)

(3) 介護保険の要介護認定の理由

介護認定者におけるレセプト分析では、1号被保険者の心臓病有病率は66.6%となり、全国、長野県、同規模市町村と比較すると高い有病率となりました。脳血管疾患では28.8%となり、全国、同規模市町村より高く、長野県とはほぼ同じ有病率となっています。

認定率を比較すると1号被保険者の認定率は長野県、同規模市町村より高くなっています。2号被保険者の認定率は、平成25年度と比較すると下がりましたが、長野県と比較すると高くなっています。〔図表19〕

「未受診者対策を考える〔図表21〕(23ページ)」より、40歳～64歳の特定健診受診割合が31.5%となっており、未受診者のうち医療機関の受診もない人の割合が30.5%となっています。身体状況の把握ができないまま、血管疾患共通のリスクとなる高血圧や脂質異常症、糖尿病などを発症し、心疾患や脳血管疾患の発症につながっているのではないかと推測されるため、特定健診の受診率を向上することが介護予防にもつながります。

■要介護認定者の疾患構成

単位：%〔図表19〕

	区分	下諏訪町		長野県	同規模市町村	全国
		H25	H28			
要介護 認定状況	1号認定者 (認定率)	1,334人 (19.1%)	1,462人 (21.1%)	11,462人 (19.7%)	214,304人 (19.5%)	5,885,270人 (21.2%)
	2号認定者 (認定率)	41人 (0.6%)	30人 (0.4%)	2,068人 (0.3%)	5,773人 (0.4%)	151,813人 (0.4%)
有病状況	糖尿病	21.3	23.7	20.8	22.7	22.1
	高血圧	52.2	57.7	54.1	52.4	50.9
	脂質異常症	23.3	26.4	26.7	27.9	28.9
	心臓病	52.2	66.6	62.1	59.8	58.0
	脳血管疾患	29.4	28.8	28.9	26.9	25.5
	筋・骨疾患	53.8	56.7	53.7	51.4	50.3
	精神	35.5	37.7	36.4	35.8	35.2

(資料：KDBシステム)

2 健診受診者の実態

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、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まります。下諏訪町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者は少なくなっています。健診受診率が低いため、未受診者の実態が把握できていないためと考えられます。〔図表33〕(44、45ページ)

一方、健診有所見割合をみると、男性、女性ともに空腹時血糖と尿酸値、L C L コレステロールの割合が全国、長野県よりも高くなっていました。男性は拡張期血圧が全国、長野県よりも高く、女性ではH b A 1 c の割合が高くなっていました。〔図表20〕

■健診データのうち有所見者割合の高い項目を把握する

〔図表20〕

①男性

項目	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	クレアチン
数値	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
全国	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%
県	21,950 (27.9%)	36,456 (46.3%)	22,085 (28.0%)	15,711 (19.9%)	6,763 (8.6%)	24,025 (30.5%)	51,346 (65.2%)	12,919 (16.4%)	34,608 (43.9%)	19,798 (25.1%)	36,940 (46.9%)	1,192 (1.5%)
町	150 (24.6%)	250 (41.1%)	170 (27.9%)	105 (17.2%)	49 (8.0%)	230 (37.8%)	319 (52.4%)	110 (18.1%)	292 (47.9%)	185 (30.4%)	332 (54.5%)	12 (2.0%)

②女性

項目	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	クレアチン
数値	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
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	18,185 (19.2%)	14,611 (15.4%)	16,172 (17.0%)	7,904 (8.3%)	1,948 (2.1%)	17,152 (18.1%)	62,563 (65.9%)	1,980 (2.1%)	36,338 (38.3%)	14,343 (15.1%)	53,213 (56.1%)	157 (0.2%)
町	110 (13.7%)	88 (11.0%)	107 (13.4%)	58 (7.2%)	12 (1.5%)	180 (22.5%)	459 (57.3%)	18 (2.2%)	262 (32.7%)	106 (13.2%)	525 (65.5%)	0 (0.0%)

※平成28年度データ

(資料：町健康福祉課)

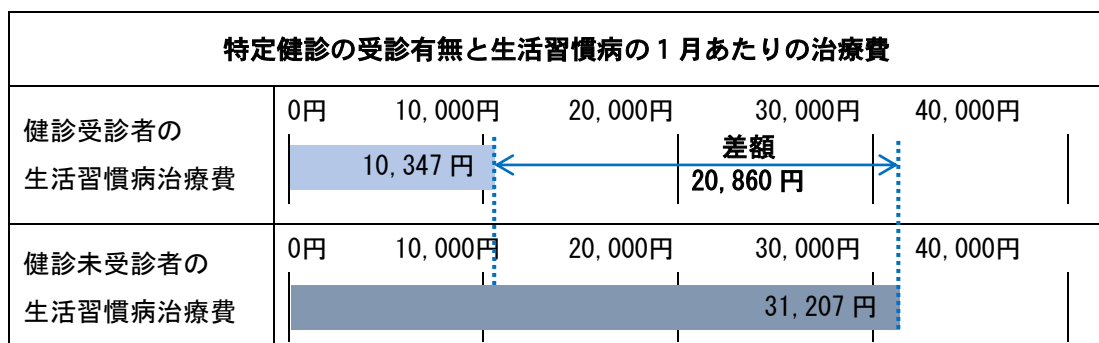
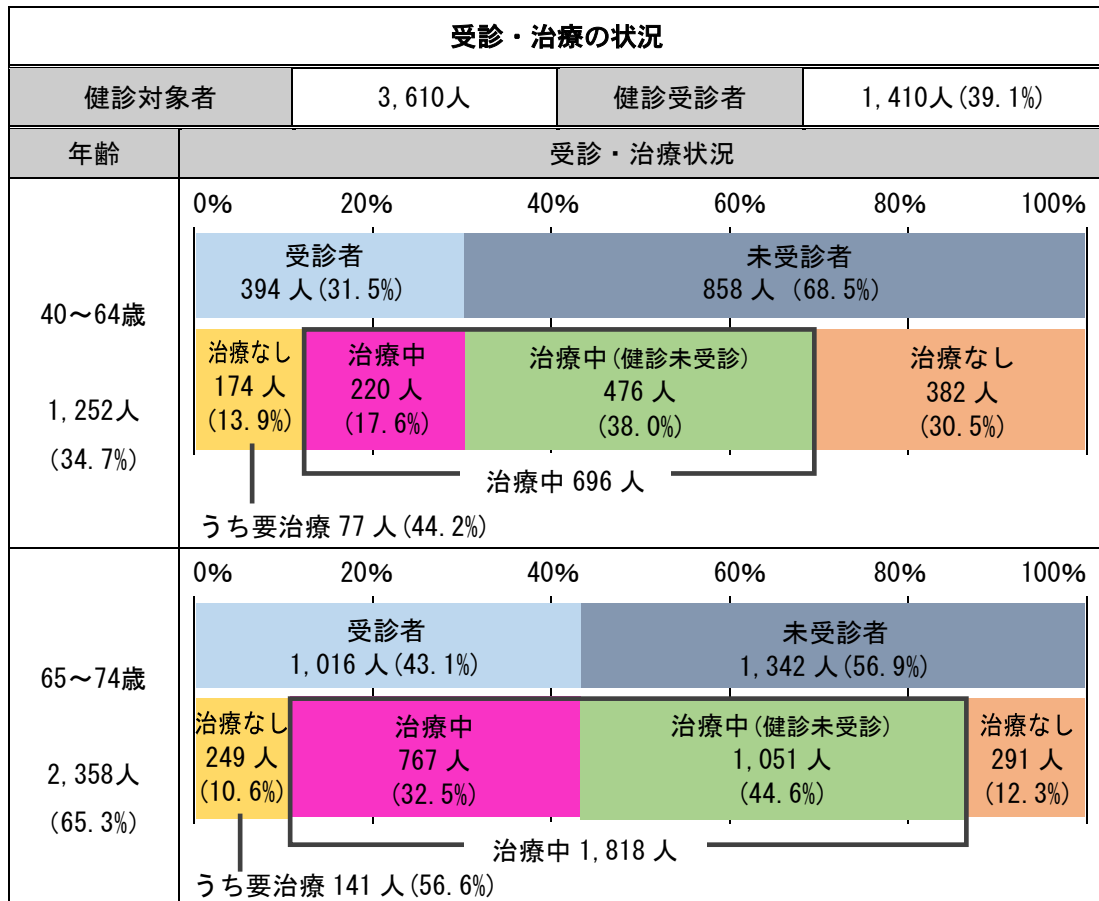
3 未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない未受診者を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が30.5%と高くなっています。65歳～74歳の健診未受診者のうち、医療機関を受診中で健診を受診していない層が44.6%と多いことがわかります。医療機関と連携し、データ受領などの体制を構築することも、受診率向上のための大切な取り組みとなってきます。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費でも、健診を受診することは医療費適正化の面において有用です。 [図表21]

■未受診者対策を考える

[図表21]



※平成28年5月診療分データ

(資料:町健康福祉課)

4 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況

継続受診者と新規受診者と比較すると、新規受診者の方が受診勧奨レベルであっても医療につながっていないことがわかります。健診受診をきっかけとして適切に医療につながるよう、受診勧奨にも力を入れていくことが必要です。疾患別では、Ⅱ度以上高血圧、LDL 160以上での未受診者が目立ちました。治療へつないだ後、治療を継続できているかどうか、健診結果と受診状況を確認しながら支援をしていきます。

[図表 22]

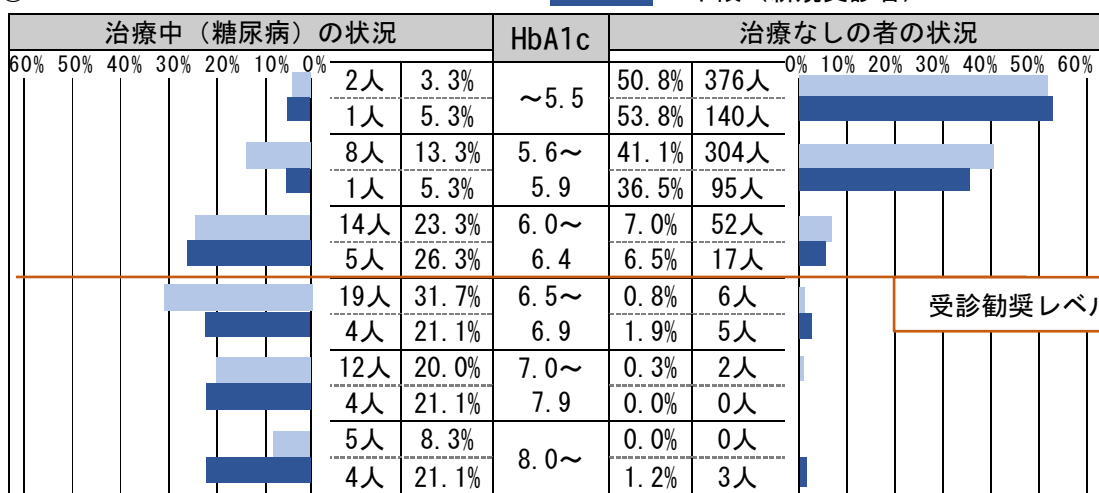
■糖尿病、血圧の治療状況

[図表22]

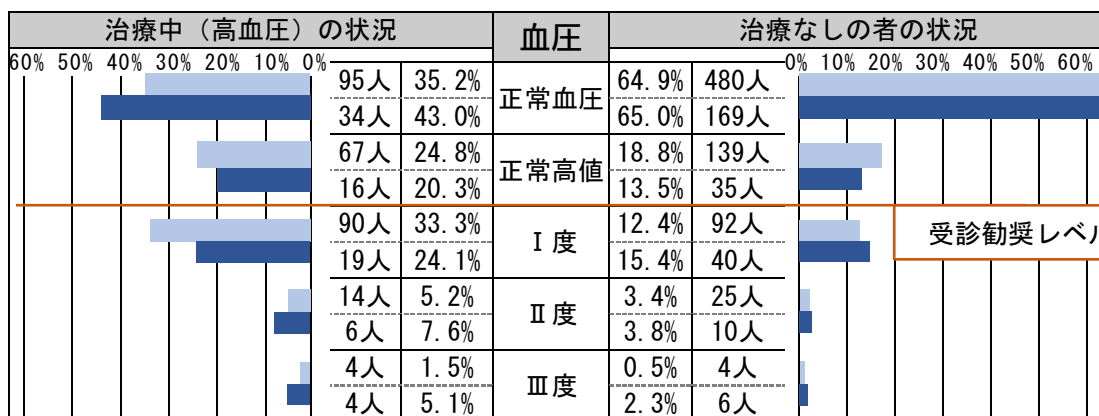
① HbA1c

…上段（継続受診者）

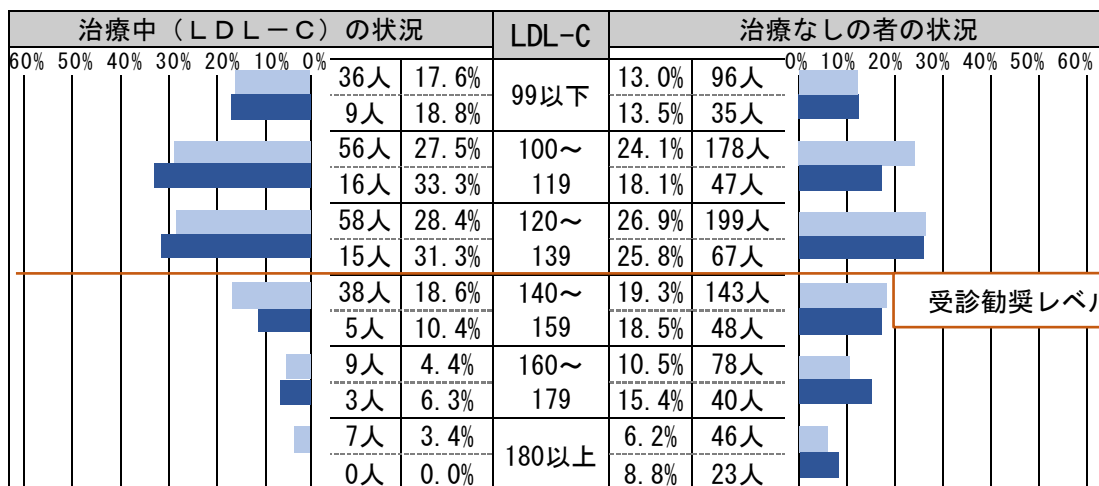
…下段（新規受診者）



② 血圧



③ LDLコレステロール（LDL-C）



第3 目標の設定

1 中長期的な目標の設定

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいため、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、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、及び人工透析となる疾患である糖尿病性腎症にかかる医療費の割合を抑制することを目標とします。

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、1年ごとに血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を改善していくこととします。

そのためには、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」に記載します。健診データからは空腹時血糖、HbA1cが高くなっていることがわかりました。今後、糖尿病へ移行しないよう、毎年の健診受診を促して経過を確認し、必要な人への保健指導を行います。

医療受診が必要な人に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している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ります。

第3章 特定健診・特定保健指導の内容

第1 第3期特定健診等実施計画について

1 計画の位置づけ

特定健診等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条及び「特定健康診査等基本指針」に基づき、下諏訪町国民健康保険が策定する計画です。

計画策定にあたっては、「信州保健医療総合計画」及び「下諏訪町健康づくり計画」との整合性を図り、第2期特定健診等実施計画の実施状況を踏まえ、特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた取り組みをします。

2 特定健診、特定保健指導の意義

(1) 特定健診

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者を的確に抽出するために行うものです。

(2) 特定保健指導

内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

3 計画の期間

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。

第2 第2期特定健診等実施計画の目標達成状況

1 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率・特定保健指導率ともに増加しましたが、平成25年度の長野県平均受診率43.8%まで届きませんでした。国が定める目標、長野県平均の受診率と比較しても低迷しています。年代別受診率をみると、40代女性、50代男性の伸び率が低くなっており、全体としては40代の受診率が低くなっています。特定保健指導実施率は平成25年度と平成28年度と比較すると10.8ポイント上昇しましたが、目標値、長野県平均値までは届きませんでした。

メタボリックシンドローム対策としても、生活習慣病の発症および重症化を予防していくためにも、若い世代の特定健診受診率の向上への取組が重要です。

〔図表10〕(12ページ)、〔図表12〕(14ページ)

2 メタボリックシンドローム対象者の状況

女性ではメタボリックシンドローム予備群、該当者ともに増加しました。予備群では高血圧、該当者では高血圧と脂質異常症の組合せが変わらず多い割合となっています。女性の該当者のうち3項目全てに該当する人が増加しました。有所見状況と併せてみると、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態にあることが推測されます。

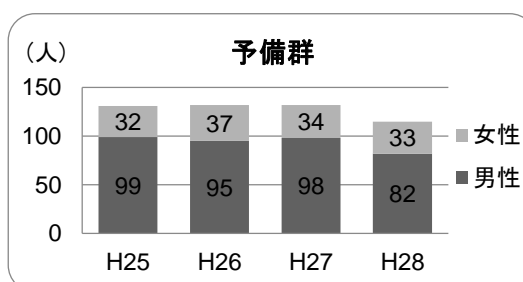
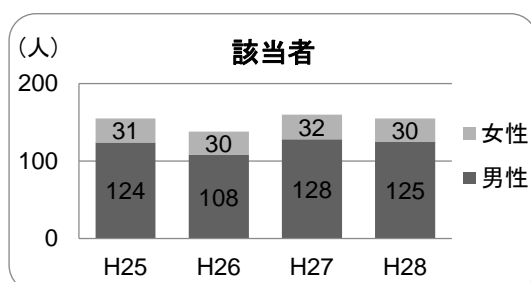
〔図表23〕

■メタボリックシンドロームの対象者

〔図表23〕

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
該当者	155人 (11.5%)	138人 (10.0%)	160人 (11.5%)	155人 (11.0%)
男性	124人 (21.0%)	108人 (17.9%)	128人 (20.6%)	125人 (20.5%)
女性	31人 (4.1%)	30人 (3.8%)	32人 (4.1%)	30人 (3.7%)
予備群	131人 (9.7%)	132人 (9.5%)	132人 (9.5%)	115人 (8.2%)
男性	99人 (16.8%)	95人 (15.7%)	98人 (15.8%)	82人 (13.5%)
女性	32人 (4.2%)	37人 (4.7%)	34人 (4.4%)	33人 (4.1%)

(資料：KDBシステム)



第3 健康課題の明確化

※第2章 第2期計画における健康課題の明確化 再掲（19～24ページ）

1 医療費適正化の状況

（1）外来と入院の比較

下諏訪町の入院件数はレセプト全体の2.6%で、費用額全体の42.6%を占めていました。一人当たり医療費は全国、長野県と比較すると高くなっています。外来医療費と入院医療費の割合を比較すると、下諏訪町では、全国、長野県、同規模市町村よりも入院医療費が占める割合が高くなっていますが、入院日数に大きな差はありませんでした。

〔図表33〕（44、45ページ）

重症化予防に取り組み、入院を減らしていくことは費用対効果の面からも効率がよいと言えます。

〔図表16〕（19ページ）

（2）入院の理由

200万円以上の高額になる疾患、または6か月以上の長期入院になる理由として、脳血管疾患、虚血性心疾患があります。また、1人当たりの医療費が高額となる人工透析の原因としては糖尿病性腎症があり、144件と多くなっています。医療費の負担が大きい疾患、将来的に医療費負担が増大すると予想される疾患について、予防可能な疾患かどうか見極める必要があります。脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は予防可能な疾患であり、健診データをもとに重症化予防に努めていく必要があります。

〔図表17、18〕（20ページ）

（3）介護保険の要介護認定の理由

介護認定者におけるレセプト分析では、1号被保険者の心臓病有病率は66.6%となり、全国、長野県、同規模市町村と比較すると高い有病率となりました。脳血管疾患では28.8%となり、全国、同規模市町村より高く、長野県とはほぼ同じ有病率となっています。

認定率を比較すると1号被保険者の認定率は長野県、同規模市町村より高くなっています。2号被保険者の認定率は、平成25年度と比較すると下がりましたが、長野県と比較すると高くなっています。

〔図表19〕（21ページ）

「未受診者対策を考える〔図表21〕（23ページ）」より、40歳～64歳の特定健診受診割合が31.5%となっており、未受診者のうち医療機関の受診もない人の割合が30.5%となっています。身体状況の把握ができないまま、血管疾患共通のリスクとなる高血圧や脂質異常症、糖尿病などを発症し、心疾患や脳血管疾患の発症につながっているのではないかと推測されるため、特定健診の受診率を向上することが介護予防にもつながります。

2 健診受診者の実態

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、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まります。下諏訪町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者は少なくなっています。健診受診率が低いため、未受診者の実態が把握できていないためと考えられます。〔図表33〕(44、45ページ)

一方、健診有所見割合をみると、男性、女性ともに空腹時血糖と尿酸値、LDLコレステロールの割合が全国、長野県よりも高くなっていました。男性は拡張期血圧が全国、長野県よりも高く、女性ではHbA1cの割合が高くなっていました。

〔図表20〕(22ページ)

3 未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない未受診者を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が30.5%と高くなっています。65歳～74歳の健診未受診者のうち、医療機関を受診中で健診を受診していない層が44.6%と多いことがわかります。医療機関と連携し、データ受領などの体制を構築することも、受診率向上のための大切な取り組みとなってきます。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費でも、健診を受診することは医療費適正化の面において有用です。

〔図表21〕(23ページ)

4 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況

継続受診者と新規受診者と比較すると、新規受診者の方が受診勧奨レベルであっても医療につながっていないことがわかります。健診受診をきっかけとして適切に医療につながるよう、受診勧奨にも力を入れていくことが必要です。疾患別では、Ⅱ度以上高血圧、LDL160以上での未受診者が目立ちました。治療へつないだ後、治療を継続できているかどうか、健診結果と受診状況を確認しながら支援をしていきます。

〔図表22〕(24ページ)

第4 第3期特定健診等実施計画の目標値と対象者数

1 目標値の設定

第3期の目標値は、受診率の向上に向けて取り組みを進める必要があるため、特定健診・特定保健指導ともに第2期の目標値である60%以上を維持することとします。

〔図表24〕

■目標値

〔図表24〕

	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
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	46.0%	49.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導	46.0%	49.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

2 対象者の見込み

高齢化が進む下諏訪町の人口構造及び国保被保険者の減少率から、特定健診の対象者は微減傾向が続くと推測され、受診者は受診率向上を見据えた見込みとなります。また、特定保健指導の対象者は、特定健診の受診率の向上率にあわせて、増加傾向と推計されます。

〔図表25〕

■見込み

〔図表25〕

		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
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	3,564人	3,528人	3,492人	3,457人	3,422人	3,387人
	受診者数	1,640人	1,730人	1,780人	1,865人	1,950人	2,030人
特定保健指導	対象者数	185人	190人	195人	200人	206人	212人
	利用者数	85人	93人	99人	108人	117人	127人

第5 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診は、年度ごと期間を設けて下諏訪町保健センター等での集団健診のほか、指定医療機関による個別健診を行います。 [図表26] (33ページ)

(2) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、HbA1c・血清クレアチニン・尿酸の追加検査を実施します。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変えられます。

(3) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

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

(4) 健診の案内方法

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する定期的な周知広報活動を行います。

(5) 健診未受診者対策

○健診対象者全員に対して下記の通り実施します。

- ・健診案内と問診票の送付
- ・健診自己負担額の無料化
- ・心電図の全員実施
- ・土曜日、日曜日健診の実施
- ・男性の健診意識を高めるために、尿酸検査の実施

5月	受診率が低迷している地区住民で、過去5年のうち1～3回受診している人に対して電話や夜間の家庭訪問にて受診勧奨を実施します。
7～8月	健診未受診者への受診勧奨ハガキの送付と人間ドックなどでの健診結果提出依頼を周知します。(国保年金係) 昨年度、特定保健指導、重症化予防の対象となった人で今年度健診未受診者への電話、家庭訪問にて受診勧奨します。(保健予防係)
7～11月	次年度の医療機関健診実施に向けた準備と、医師会及び医療機関との協議を行います。(国保年金係)
6～12月	保健指導委員の活用…保健師が各地区へ出向き、特定健診受診率が県下でも低迷していることや各地区の受診率比較、保険者努力支援制度等の説明を実施します。また、町の健康課題に即した学習会を実施します。(保健予防係)

2 特定保健指導の実施

(1) 実施方法

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」のフローチャート(様式5-5)をもとに、健診結果から特定保健指導対象者の明確化、特定保健指導計画の策定・実践評価を行います。

(2) 特定保健指導対象者の支援方法

- ① 特定健診問診時に、腹囲基準値以上およびBMI 25以上者に対し、保健指導利用勧奨と連絡先の確認を実施します。
- ② 健診結果が出たところで、保健指導案内通知を発送します。
- ③ 初回面接は保健センターにおいて個別実施。中間・最終評価については、各担当者が個別に連絡し実施します。
- ④ 対象者に合わせ、行動変容を促すための行動目標、行動計画を立案し、保健指導を実施します。健診結果によっては、必要に応じて受診勧奨を行います。
- ⑤ 保健指導の予約が入らない場合は、電話での保健指導利用勧奨や家庭訪問にて保健指導を実施します。健診問診時に連絡先の確認ができなかった場合は、国保年金係に連絡先を確認します。

3 その他保健指導

(1) 結果説明

健診結果の見方について、わかりやすく通知します。また、健診結果説明会を開催し、健診結果と自らの生活習慣が結び付き、適切な生活改善を自分で選択できるよう支援します。

(2) 受診勧奨

健診結果より、医療機関を受診する必要性について、訪問し説明します。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します。

(3) 重症化予防

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り組みを行います。

医療機関に受診が必要な対象者には、適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の対象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ます。

4 実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理をP D C Aサイクルで見直していくため、年間実施スケジュールを作成します。〔図表26〕

■年間スケジュール

〔図表26〕

	前年度	当年度	翌年度
4月		特定健診機関との契約 特定健診対象者の抽出	(特定保健指導終了)
5月		問診票の発行・送付 特定健診の開始	
6月		特定健診受診勧奨(随時) ^{※1}	
7月	実施内容検討 費用の積算	健診データの受け取り(随時) 特定保健指導対象者の抽出 ・案内の送付(随時) 特定保健指導の開始	
8月			
9月	予算要求事務		
10月			実施率等、実施実績の算出 支払基金への法定報告 (ファイル作成・送付)
11月		(特定健診終了) 実施実績の分析、実施方法、 委託機関の見直し等	
12月			
1月	予算内示 契約手続き		
2月	健診・保健指 導実施スケジ ュール作成		
3月	契約準備		

※1：受診勧奨内容

- ・チラシ配布（医療機関、ポピュレーション事業、保健センター事業）
- ・ポスター配布（医療機関、銭湯、銀行）
- ・通知、訪問、電話勧奨
- ・広報誌、ホームページ
- ・がん検診会場で受診勧奨チラシ配布

第6 個人情報の保護

1 基本的な考え方

特定健診・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下諏訪町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム及び健康管理システムで行い、5年間保存します。

第7 実績報告

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

第8 特定健診等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に規定する「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」に基づき、計画は下諏訪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

第1 現状の取り組み

第1期に実施した保健事業は、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いました。〔図表27〕

■第1期に実施した保健事業 〔図表27〕

事業名	事業の目的	事業の概要	評価（H28年度）
特定健診事業	メタボリックシンドロームの早期発見による生活習慣病予防	被保険者のうち40歳から74歳までの人を対象とした健診を実施する。	受診率38.9% （法定報告）
特定保健指導事業	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保健指導を行い、健康に関する自己管理を促す	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣が改善されるように、専門職による支援を面接や電話等で行う。	保健指導終了率38.9% （法定報告）
未受診者対策事業	特定健診の受診率向上	特定健診の未受診者へ訪問や電話等で受診勧奨を行う。	未受診者対象者125人のうちの受診者82人 未受診者対象者の受診率65.6%
受診行動適正化指導事業（頻回受診、重複服薬）	頻回受診者数、重複服薬者数の減少	レセプトから、医療機関への過度な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、通知による指導を行う。	※29年度新規
ジェネリック医薬品差額通知事業	ジェネリック医薬品の普及率向上	レセプトから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。通知書を対象者に送付することでジェネリック医薬品への切り替えを促す。	ジェネリック医薬品利用率66.3%
健康教室	特定健診受診者への生活習慣病予防のための健康講座	生活習慣病予防についてテーマを絞り、健康講座を開催。	（特定健診問診） 1日30分以上の運動習慣がない者の割合50.5%

第2 保健事業の実施計画と目標

保健事業の実施にあたっては、現状の取り組みを引き続き実施するとともに、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。〔図表28〕

■実施計画と目標

〔図表28〕

事業名	実施計画	目標			
		アウトプット		アウトカム	
		現状 (H28年度)	最終目標	現状 (H28年度)	最終目標
特定健康 診査事業	第3章の特定健診等 実施計画に準ずる (26～34ページ)	対象者への 通知率100%	維持	受診率38.9%	受診率60%
特定保 健指導		電話や家庭訪問 等による利用勧 奨率100%	維持	保健指導終了率 38.9%	保健指導終了率 60%
未受診 者対策 事業	未受診者に対して、個別 訪問、電話勧奨、受診勧 奨ハガキの郵送等、受診 率アップにつながる企 画を行う。	電話や家庭 訪問による 受診勧奨実 施率91%	受診勧 奨実 施率100%	未受診者対象者の うちの受診率 65.6%	未受診者対象 者のうちの受 診率80%
糖尿病性腎 症重症化予 防事業	指導対象者に対して 適切な保健指導を行 う。 健診、レセプトデータ より検査値の推移、定 期的な通院の有無等 を確認。 (46～64ページ)	H29年度新規	対 象 者 訪 問 実 施 率 100%	糖尿病性腎症による 人工透析患者数5人 慢性腎不全(透析有) の総医療費に占める 割合5.21%	・人工透析患 者数減少 ・慢性腎不全 医療費割合の 伸び率の抑制
虚血性心疾 患重症化予 防事業		H28年度未実施		虚血性心疾患の総 医療費に占める割 合2.21%	虚血性心疾患の 医療費割合の伸 び率の抑制
脳血管疾患 重症化予 防事業				脳血管疾患の総医 療費に占める割合 2.84%	脳血管疾患の 医療費割合の 伸び率の抑制
受診行動適 正化指導事 業(頻回受 診、重複服 薬)	指導対象者に対して 適切な保健指導を行 う。指導後に医療機関 への受診行動が適正 化されているか確認。	H29年度新規	指導実 施率100%	頻回受診者数233 人 重複服薬者数4人	頻回受診者 数、重複服薬 者数 30%減少
ジェネ リック 医薬品 差額通 知事業	年2回、50通程度を想定。 対象者特定方法や効果検 証方法、実施後の効果を考 慮し、継続を検討する。	対象者への 通知100%	維持	ジェネリック医薬 品利用率(数量ベ ース)66.3%	ジェネリック 医薬品利用率 (数量ベ ース)80%
健康教室	特定健診受診者に対して、 生活習慣病予防のための 健康に関する講座を行う。	実施回数3回 参加者数68人	参加者 数増加	(特定健診問診)1日30 分以上の運動習慣がな い者の割合50.5%	運動習慣がな い者の割合 40%以下
しもすわ 健康づく り応援ポ イント事 業	特定健診、生活習慣病検診 の受診や該当講座の受講、 自身の健康づくりの取り 組みにポイントを付与し、 特典と交換する。	H29年度新 規のためデ ータなし		H29年度新規のた めデータなし	実施者数向上

第3 重症化予防の取組

重症化予防は、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に受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の人へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施します。

1 糖尿病性腎症重症化予防

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基本的な取組の流れ」に沿って実施します。

2 虚血性心疾患重症化予防

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。

3 脳血管疾患重症化予防

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。

【資料】重症化予防の取り組み（→46ページ）

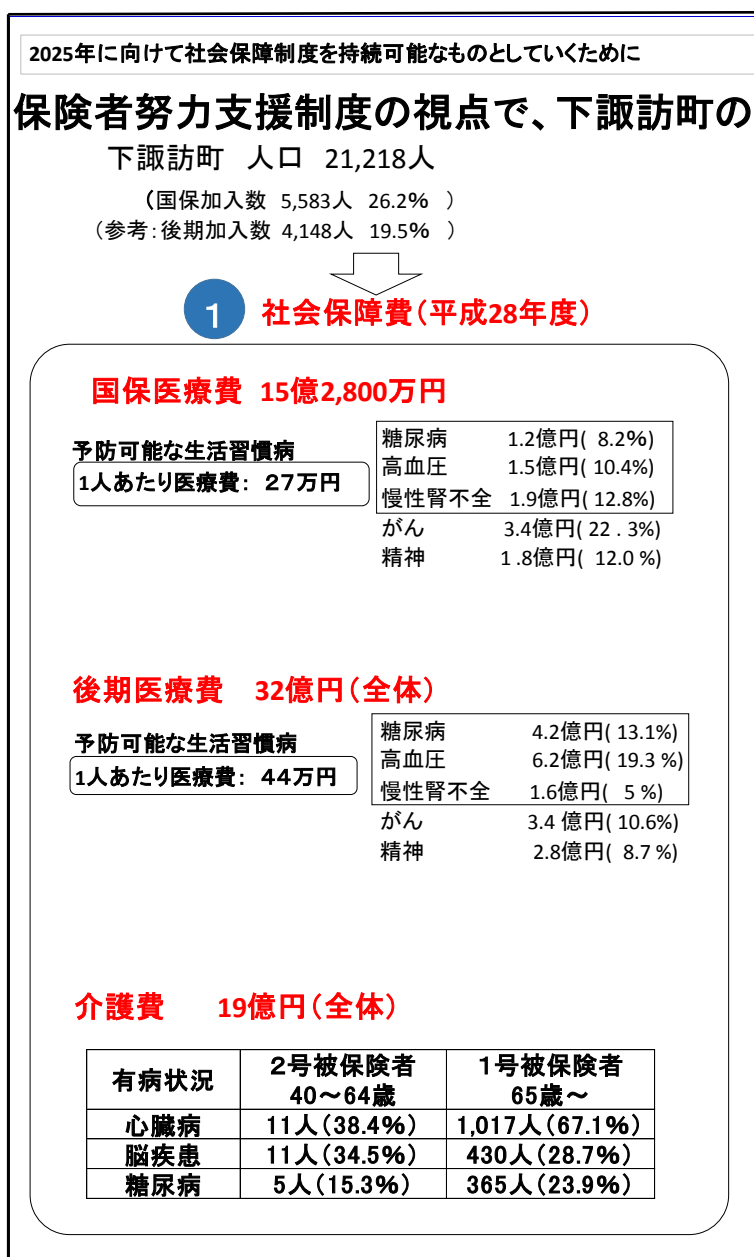
第4 ポピュレーションアプローチ

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、ポピュレーションアプローチとして広く町民へ周知していきます。〔図表29〕

また、自覚症状に乏しい生活習慣病の早期発見・重症化予防のためにも、特定健診の受診率・保健指導終了率の向上が必須であり、その必要性についても町民へ周知していきます。

■ポピュレーションアプローチ

〔図表29〕



社会保障費と予防・健康管理をみる

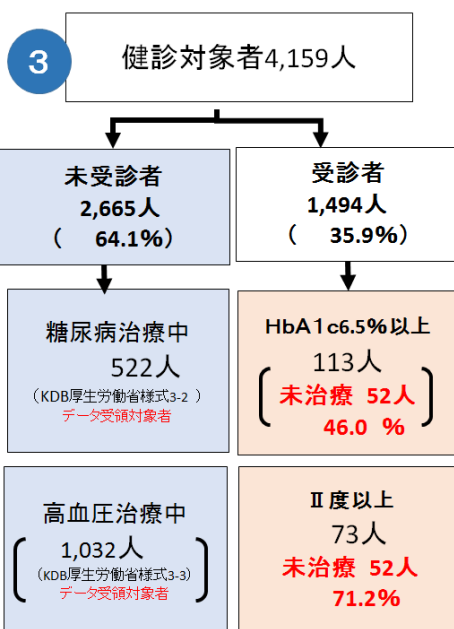
2 平成28年度 保険者努力支援制度
 全国順位 651位(1,741市町村中)
 獲得点数 214点(満点345点)

1点当たりの金額 11,635円
 頂いたお金 249万円

評価指標	30年度	28年度前例し分			
	満点	満点	下課助町	果	国
h29、30年度	850点	345点	214点	212.9点	198.6点
共通①					
特定健診受診率	50	20	10	11.95	6.92
特定保健指導実施率	50	20	10	13.96	7.47
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	10	8.25	7.13
共通③					
糖尿病等重症化予防の取組	100				
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携					
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40	40	25.97	18.75
・専門職の取組、事業評価					
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)				
・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)				
共通④					
個人への分かりやすい情報提供	25	20	17	16.78	17.01
個人のインセンティブ提供	70				
・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	3.64	6
・商工部局、商店街等との連携	(25)				
国②					
データヘルズ計画の取組	40	10	10	7.92	7.16
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)				
・第2期策定に当たり、現計画の定量評価	(35)				
関係部署、県、医師会等と連携					
共通②					
がん検診受診率	30	10	0	3.05	5.26
歯周疾患(病)検診実施状況	25	10	10	5.97	6.63
国③					
地域包括ケアの推進	25	5	0	3.44	2.89

都道府県の指標	① 市町村指標の都道府県単位評価 【200億円】 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100
	③ 都道府県の取組状況 【150億円】 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	未定
	② 医療費適正化のアウトカム評価 【150億円】 国保・年齢調整後1人当たり医療費	50

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
 【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
 (H30年度～)



4 第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
 かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

- 医療機関との適切な連携における優先順位
 - かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
 - 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。
- 診療における検査データを活用する要件
 - 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
 - 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。
- 基本的な手順の流れ
 - 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

(資料：KDBシステム、町健康福祉課)

第5章 地域包括ケアに係る取組

1 地域ぐるみでお互いの健康を気遣う風土づくり

地域に暮らす人と人との交流を深め、世代を超えたつながりを持ち、地域ぐるみでお互いの健康を気遣う風土づくりに取り組みます。

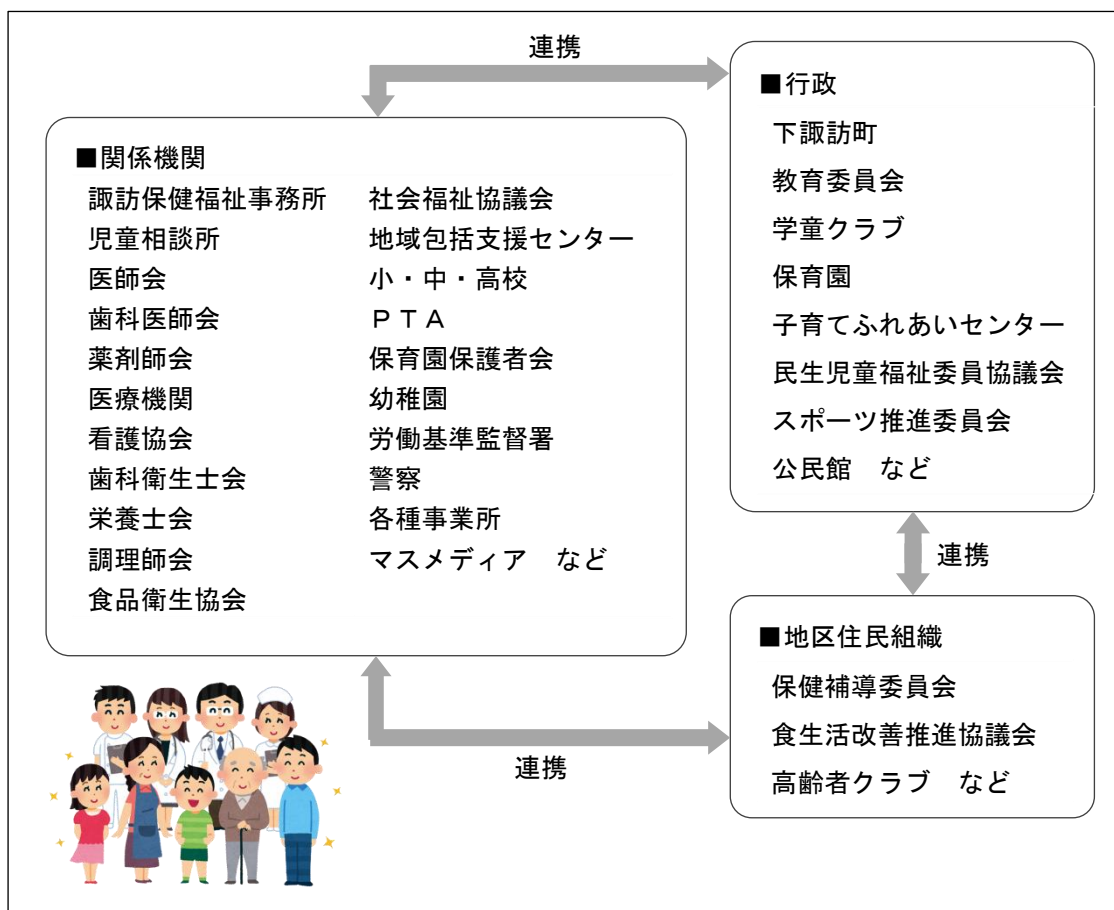
また、高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援につなげていくためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築を行います。

2 関係者による自主的な地域づくり

かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、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ります。〔図表30〕

■下諏訪町の地域包括ケア連携体制

〔図表30〕



第6章 計画の評価・見直し

第1 評価の時期

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

また、計画の最終年度の平成35年度（2023年度）においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

第2 評価方法・体制

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り、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価を行います。〔図表31〕

■評価における4つの指標

〔図表31〕

指標	評価内容
ストラクチャー （保健事業実施のための 体制・システム整備）	<ul style="list-style-type: none"> ・事業運営状況を定期的に管理できる体制整備（予算等を含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材の準備 ・必要なデータの準備 ・スケジュールどおりの実施
アウトプット （保健事業の実施量）	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業の実施 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数 など
アウトカム （成果）	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標達成 （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、要介護認定率など）

■データヘルス計画の目標管理一覧表

〔図表32〕

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標		現状	中間評価値	最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H32	H35	
特定健診等計画	特定健診受診率が全国、長野県と比較して低い。 特定保健指導率が長野県と比較して低い。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上		38.9%			特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上		38.9%			
データヘルス計画	入院医療費が総医療費に占める割合が、全国、長野県、同規模市町村と比較して高い。	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の伸び率の抑制		2.84%			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の伸び率の抑制		2.21%			
			人工透析の総医療費に占める割合の伸び率の抑制		5.21%			
保険者努力支援制度	がん検診受診率の向上	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	メタボリックシンドローム該当者の割合	男性	20.5%			下諏訪町健康づくり計画
				女性	3.7%			
			メタボリックシンドローム予備軍の割合	男性	13.5%			
				女性	4.1%			
			収縮期血圧高値者の割合(受診勧奨判定値)		20.3%			
			拡張期血圧高値者の割合(受診勧奨判定値)		12.1%			
			LDL コレステロール140mg/dl以上の者の割合		33.4%			
			HbA1c6.5%以上の者の割合		5.4%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者割合		38.9%			
			がん検診受診率	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率向上			
肺がん検診受診率向上					—			
大腸がん検診受診率向上					10.7%			
子宮頸がん検診受診率向上					7.4%			
乳がん検診受診率向上					7.6%			
特定健診受診率の向上	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合の向上		—			下諏訪町健康福祉課	
医療費の削減	後発医薬品の使用	後発医薬品の利用率80%以上(数量ベース)		66.3%			厚生労働省公表結果	

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

第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るため、ホームページや広報誌により周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を作成します。

第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、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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

■国・県・同規模市町村平均と比べた下諏訪町の位置

〔図表33〕

項目			平成25年度		平成28年度					データ元	
			下諏訪町		下諏訪町		県	同規模	国		
			実数 (人)	割合 (%)	実数 (人)	割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)		
基本情報	人口構成	総人口(人)	21,281	20,203	2,082,702	28,126	125,640,987	1 2			
		再掲	65歳以上	6,860	32.2	7,275	35.9		30.0	26.8	26.6
			75歳以上	3,526	16.6	3,861	19.0		15.7	12.6	12.8
			65~74歳	3,334	15.7	3,414	16.9		14.3	14.2	13.8
		40~64歳	6,794	31.9	6,363	31.5	33.0		33.5	33.7	
	39歳以下	7,627	35.8	6,565	32.5	36.9	39.7	39.7			
	平均寿命	男性	81.2歳	81.2歳	80.9歳	79.7歳	79.6歳				
		女性	87.9歳	87.9歳	87.2歳	86.5歳	86.4歳				
	健康寿命	男性	66.0歳	66.0歳	65.7歳	65.4歳	65.2歳				
		女性	66.8歳	66.7歳	67.2歳	66.9歳	66.8歳				
死亡状況	死因	悪性新生物	67	40.6	79	45.1	44.7	49.0	49.6	3	
		心疾患	48	29.1	43	24.6	26.9	26.6	26.5		
		脳血管疾患	36	21.8	42	24.0	20.7	15.9	15.4		
		糖尿病	3	1.8	2	1.1	1.9	1.9	1.8		
		腎不全	7	2.4	5	2.9	2.6	3.3	3.3		
介護保険の状況	認定者数	1号認定	1,334	19.1	1,462	21.1	19.7	19.5	21.2		
		2号認定	41	0.6	30	0.4	0.3	0.4	0.4		
	有病状況	糖尿病	293	21.3	370	23.7	20.8	22.7	22.1		
		高血圧症	726	52.2	888	57.7	54.1	52.4	50.9		
		脂質異常症	318	23.3	418	26.4	26.7	27.9	28.4		
		心疾患	837	60.5	1,031	66.6	62.1	59.8	58.0		
		脳血管疾患	400	29.4	441	28.8	28.9	26.9	25.5		
		悪性新生物	136	10.0	170	10.9	10.5	9.9	10.3		
		筋・骨格	760	53.8	857	56.7	53.7	51.4	50.3		
	精神	489	35.5	579	37.7	36.4	35.8	35.2			
1件当たり給付費(円)	1件当たり給付費(円)	58,769	56,119	58,547	62,901	58,284					
	居宅サービス(円)	40,746	39,120	38,590	40,734	39,662					
	施設サービス(円)	269,296	255,701	272,580	277,659	281,186					
要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	8,048	8,591	7,747	8,370	7,980					
	認定なし	3,538	3,597	3,666	3,831	3,816					

次ページにつづく

※1 データ元の数字：データ把握方法

- 1 KDB(No.5)人口の状況
- 2 KDB(No.3)健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
- 3 KDB(No.1)地域全体像の把握
- 4 KDB(No.5)被保険者の状況

■国・県・同規模市町村平均と比べた下諏訪町の位置

〔図表33つづき〕

項目		平成25年度				平成28年度			データ元	
		下諏訪町		下諏訪町		県	同規模	国		
		実数 (人)	割合 (%)	実数 (人)	割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)		
国保の状況	被保険者数(人)	5,583		4,866		540,810	7,361	32,587,866	3 4	
	65~74歳	2,625	47.0	2,482	51.0	42.4	42.6	38.2		
	40~64歳	1,735	31.1	1,431	29.4	32.6	32.6	33.6		
	39歳以下	1,223	21.9	953	19.6	24.9	24.8	28.2		
	加入率(%)	26.2		22.9		25.6	25.1	26.9	2 3	
	医療費の状況	一人当たり医療費(円)	25,288		25,534		24,015	25,606		24,245
		割合(%)								
	(総額に占める割合)	悪性新生物	外来	56.8	57.4	60.9	59.2	60.1	2	
			入院	43.2	42.6	39.1	40.8	39.9		
		慢性腎不全	21.3	25.2	24.8	25.2	25.6			
		糖尿病	11.4	9.6	9.5	9.3	9.7			
		高血圧症	9.1	10.4	10.0	10.1	9.7			
		精神	9.7	8.1	8.8	8.8	8.6			
	医療費の状況	費用額(1件あたり)	入院	筋・骨疾患	13.5	13.5	17.7	16.6	16.9	2
筋・骨疾患				17.3	16.9	15.7	15.5	15.2		
糖尿病				578,167	736,457					
高血圧症				663,953	791,002					
脂質異常症				636,251	683,554					
脳血管疾患				756,037	700,590					
心疾患				661,099	884,292					
腎不全				534,936	755,462					
外来		精神	448,024	494,631						
		悪性新生物	647,493	694,997						
		糖尿病	36,753	35,981						
		高血圧症	29,814	29,524						
		脂質異常症	27,764	24,941						
		脳血管疾患	41,042	30,923						
一人当たり点数	健診対象者	心疾患	45,621	43,781						
		腎不全	165,512	155,685						
	生活習慣病対象者	精神	28,605	24,867						
		悪性新生物	63,714	63,850						
健診レセ突合	一人当たり	健診受診者	725	3,539	4,133	3,022	2,346	2		
		健診未受診者	14,535	10,675	10,132	12,116	12,339			
		健診受診者	2,100	10,347	11,509	8,244	6,742			
健診未受診者	42,093	31,207	28,217	33,045	35,459					
特定健診の状況	一人当たり	受診勧奨者	746	55.5	782	55.5	53.4	56.6	56.1	3
		医療機関受診率	665	49.4	702	49.8	49.2	52.1	51.5	
		医療機関非受診率	81	6.0	80	5.7	4.2	4.5	4.5	
特定健診の状況	一人当たり	健診受診者(人)	1,345	1,410	173,700	334,719	7,898,427	2 3		
		受診率(%)	33.7	39.1	46.5	40.6	36.4			
		特定保健指導終了者	48	28.1	64	38.3	46.4		34.0	21.1
		メタボ該当者	155	11.5	155	11.0	16.2		17.8	17.3
		メタボ予備群	131	9.7	115	8.2	9.8		10.8	10.7

重症化予防の取り組み

重症化予防は、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に受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

★ 取り組み方法

(1) 医療との連携

重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管を痛めるリスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施します。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ます。糖尿病重症化予防対象者については、長野県作成「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じ行います。

(2) 高齢者部門、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ます。

(3) 実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準の決定
- 6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、各管理台帳に記載
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

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）及び長野県版「糖尿病予防重症化プログラム」に沿って実施します。〔図表34〕

■糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ

〔図表34〕

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
1	チーム形成（国保・保健予防・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	情報連携方法の確認	○			
7	対象者選定基準検討		○		
8	基準に基づく該当者数試算		○		
9	介入方法の検討		○		
10	予算・人員配置の確認	○			
11	実施方法の決定		○		
12	計画書作成		○		
13	マニュアル作成		○		
14	保健指導等の準備		○		
15	事業者との協議、関係者への共有	○			
16	個人情報の取り決め	○			
17	苦情、トラブル対応	○			
18	介入開始（受診勧奨）		○		
19	記録、実施件数把握			○	
20	かかりつけ医との連携状況把握		○		
21	レセプトにて受診状況把握				○
22	対象者決定		○		
23	介入開始（初回面接）		○		
24	継続的支援		○		
25	カンファレンス、安全管理		○		
26	かかりつけ医との連携状況確認		○		
27	記録、実施件数把握			○	
28	3か月後実施状況評価				○
29	6か月後評価（健診・レセプト）				○
30	1年後評価（健診・レセプト）				○
31	医師会等への事業報告	○			
32	糖尿病対策推進会議等への報告	○			
33	改善点の検討		○		
34	マニュアル修正		○		
35	次年度計画策定		○		

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、長野県作成「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

ア 医療機関未受診者

イ 医療機関受診中断者

ウ 糖尿病治療中者

(ア) 糖尿病性腎症で通院している者

(イ) 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

② 選定基準に基づく該当数の把握

ア 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、国保が保有するレセプト等のデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行います。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。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。〔図表35〕

下諏訪町においては、血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能であります。尿アルブミンについては把握が難しいです。CKD診療ガイド2012では、尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

■糖尿病性腎症病期分類

〔図表35〕

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 ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	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 持続性尿蛋白 (0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

イ 基準に基づく該当者数の把握

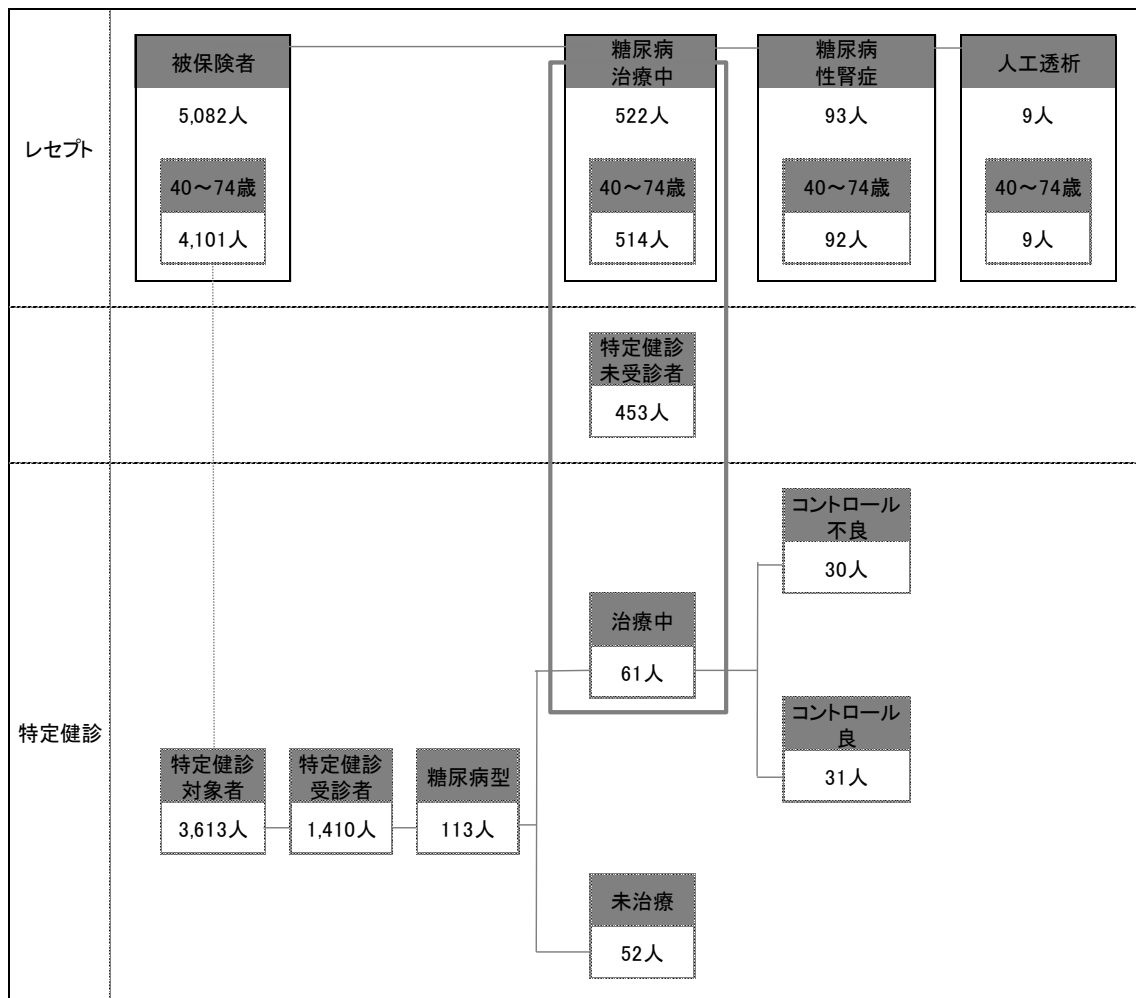
レセプト等のデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行います。〔図表36〕

■平成28年度の状況

下諏訪町においては、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は52人でした。40～74歳における糖尿病治療者514人中のうち、特定健診受診者が61人、特定健診未受診者が453人でした。糖尿病治療中であっても、コントロール不良者が30人でした。

■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

〔図表36〕



※平成28年度のデータ

(資料: K D Bシステム)

ウ 介入方法と優先順位

下諏訪町における介入方法は、特定健診の結果が糖尿病型で医療機関未受診者に対しては受診勧奨を行います。糖尿病治療中で特定健診を受診した者については、糖尿病管理台帳で把握ができるため、継続受診の確認と、治療中断者に対しては受診勧奨を行います。

糖尿病治療中で、高血圧・肥満・脂質などその他のリスクが重複していて重症化するリスクの高い者に対しては、医療機関と連携し対象者に合わせた保健指導を行います。

過去に1回でも特定健診を受けたことがある者についても、糖尿病管理台帳で把握ができるため、継続受診の確認を行います。

糖尿病治療中で特定健診未受診者については、検査データが不明なため、今後、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

<特定健診受診の結果をもとに、下記のとおり優先順位を決める>

優先順位 1

【受診勧奨】

- ①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者
- ②糖尿病治療中であったが中断者
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

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

優先順位 3

【保健指導】

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

(3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は特定健診の結果をもとに、糖尿病管理台帳を作成して管理します。

【糖尿病台帳作成手順】

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

※HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

※HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

※当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

2) 資格を確認する

3) レセプト等を確認し情報を記載する

○治療状況の把握

- ・ 特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプト等で確認
- ・ 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

4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する

5) 担当地区の対象者数の把握

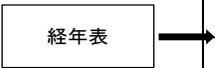
- ・ 未治療者、中断者（受診勧奨者）
- ・ 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

(4) 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。下諏訪町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD治療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。 [図表37]

■糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

[図表37]

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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 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"> ①糖尿病による網膜症 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… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="text-align: right;">} 6.0%未満</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 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 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 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？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 <p>□ 食の資料 … 別資料</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>(4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？)</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 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 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(5) 評価

評価を行うにあたっては、糖尿病性腎症取組評価表〔図表38〕(54ページ)及び、糖尿病管理台帳を用いて行い、短期的評価・中長期的評価の視点で考えます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と併せて年1回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

○短期的評価

ア 受診勧奨者に対する評価

- (ア) 糖尿病型未治療・中断者への受診勧奨数
- (イ) 糖尿病型未治療・中断者の医療機関受診率

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 $5 \text{ ml}/1.73 \text{ m}^2$ 以上低下)
 - ・ 尿蛋白の変化
 - ・ 服薬状況の変化

○中長期的評価

重症化予防に対する評価

- (ア) 糖尿病腎症による人工透析患者数
- (イ) 慢性腎不全(透析有)医療費の総医療費に占める割合
- (ウ) 慢性人工透析患者数
- (エ) 糖尿病医療費の総医療費に占める割合

■糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

〔図表38〕

項目	突合表	保険者						同規模保険者		データ元 (CSV)	
		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	A	4,945人							特定健康診査・特定保健指導法定報告		
(再掲) 40歳~74歳		3,613人									
2 ① 特定健診	C	3,613人									
② 健診対象者数		1,407人									
③ 健診受診率		38.9%									
3 ① 特定保健指導		167人									
② 実施率		38.9%									
4 ① 健診データ	糖尿病型	E	113人	7.6%						特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	52人	46.0%							
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	61人	54.0%							
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上 空腹時血糖130以上)	J	30人 49.2%								
			血圧130/80以上	19人 63.3%							
			肥満BMI25.0以上	8人 26.7%							
	⑤ コントロール良 (HbA1c7.0未満 空腹時血糖130未満)	K	31人	50.8%							
	⑧ 糖尿病病期分類	M									
	⑨ 尿蛋白(-) 第1期		108人 95.6%								
	(±) 第2期		1人 0.9%								
	(+)以上 第3期		2人 1.8%								
⑩ eGFR(30未満) 第4期	2人 1.8%										
5 ① レセプト	糖尿病受療率(人口10万人対)								KDB厚生労働省 様式 様式3-2		
	② 入院外		-								
	③ 入院		-								
	④ 糖尿病治療中	H	522人	10.3%							
	⑤ (再掲) 40歳~74歳		514人	12.5%							
	⑥ 健診未受診者	I	453人	88.1%							
	⑦ 糖尿病性腎症	L	93人	17.8%							
	⑧ (再掲) 40歳~74歳		92人	17.9%							
	⑨ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)										
	⑩ (再掲) 40歳~74歳		9人	1.7%							
	⑪ 新規透析患者数										
	⑫ (再掲) 糖尿病性腎症		5人								
	⑬ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)										
6 ① 医療費	総医療費	a	15.2億						KDB 健診医療・介護データからみる地域の健康課題 同規模保険者比較		
	② 生活習慣病総医療費	b									
	③ (総医療費に占める割合)	b/a									
	④ 生活習慣病対象者1人当たり	健診受診者		10,947円				8,244円			
		健診未受診者		31,207円				33,045円			
	⑤ 糖尿病医療費	c	2.1億円								
	⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	1.5億円								
	⑦ 糖尿病入院外総医療費		2.5億円								
	⑧ 1件当たり		35,981円								
	⑨ 糖尿病入院総医療費		1.7億円								
	⑩ 1件当たり		736,457円								
	⑪ 在院日数		16日								
	⑫ 慢性腎不全医療費										
	⑬ 透析有り		0.79億円								
	⑭ 透析なし		0.12億円								
7 ① 介護	介護給付費							KDB同規模保険者比較要介護(支援)者認定状況			
	(再掲) 2号認定者の有所見		30人								
② 糖尿病合併症		5.6%									
8 ① 死亡	死因別死亡者数							KDB地域の全体像の把握			
	糖尿病		1.1%								

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ます。

(2) 対象者の明確化

○重症化予防対象者の抽出

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つです。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見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。

■平成28年度の状況

下諏訪町において健診受診者1,523人のうち心電図検査実施者は48人(3.2%)であり、ST変化を含む心電図検査所見ありは11人(22.9%)でした。 [図表39]

心電図検査実施者については、保健師との個別面接で結果返却を行い、再検査が必要な者には、受診勧奨を行いました。

■今後の取り組み

平成29年度までは心電図検査を、詳細項目として実施していたため、実態が把握できない状況にありました。虚血性心疾患重症化予防において重要な検査であることから、平成30年度から特定健診受診者全員に実施します。

■心電図検査結果

[図表39]

	健診受診者		心電図検査(b)					
	(a)				所見あり(c)		異常なし(d)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)%	(人)	(c/b)%	(人)	(d/b)%
平成28年度	1,523	100	48	3	11	23	37	77

(資料：暫定値)

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

対象者が症状を理解し、症状の変化から医療機関受診の早期対応により重症化の予防につながります。虚血性心疾患重症化予防対象者は、「虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方」に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。〔図表40〕

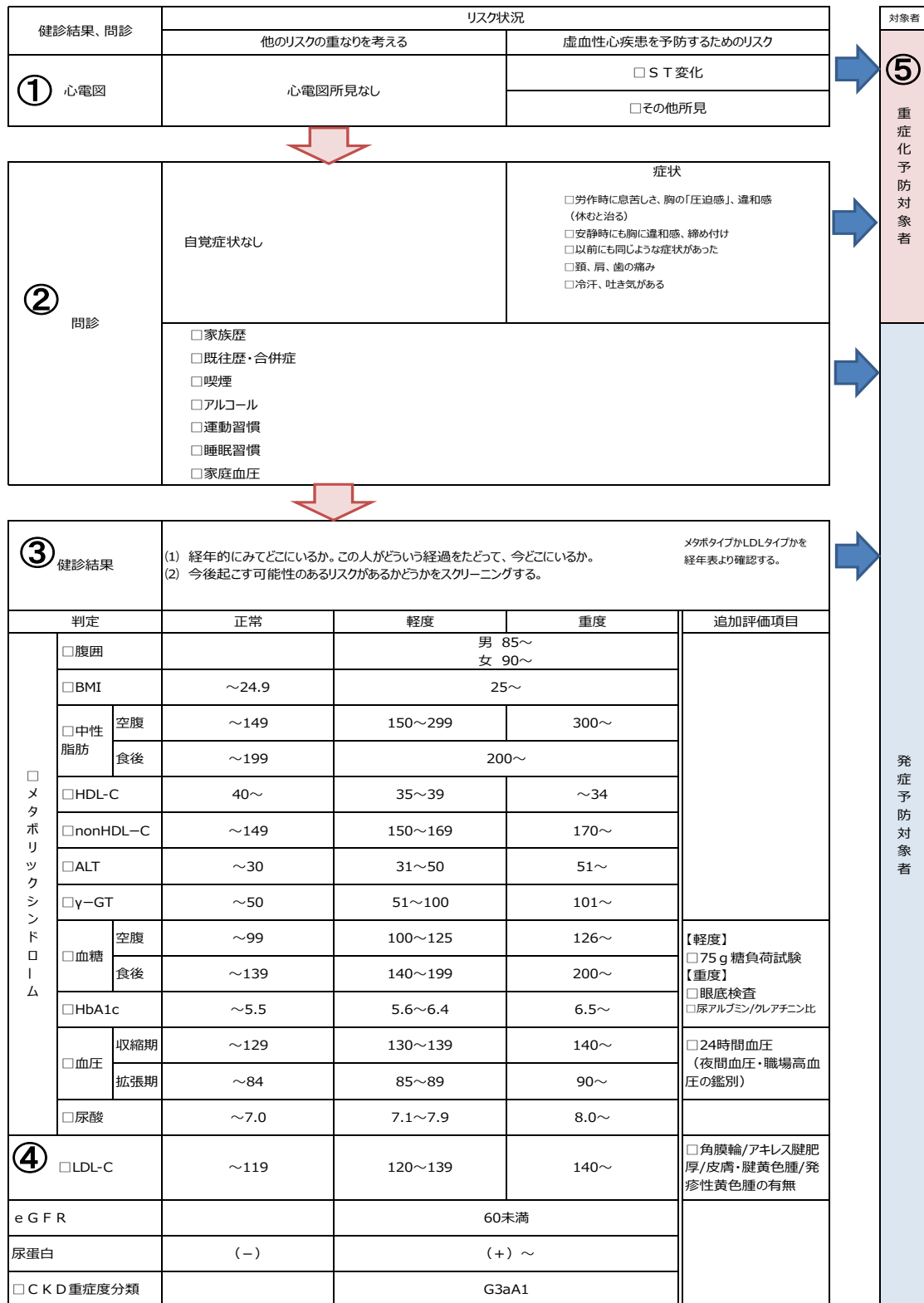
平成30年度からは、全数心電図検査を実施した上で、ST変化を含む所見が見られ、「精密検査」が必要と判断された者に対しては、受診勧奨を行います。また、「要観察」、所見があっても「心配なし」の判断ができた者に対しても、継続的な経過観察が重要になるため、次年度の特定健診の受診勧奨を行います。「異常なし」の者に対しては、その他の検診結果や生活習慣等を踏まえ、対象者に応じた保健指導を行います。

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することから、LDLコレステロール180以上の方は重症化予防対象者として、保健指導を行い、受診が必要な場合は受診勧奨を行います。

■虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

〔図表40〕



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

② 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重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるため、活用していきます。また、糖尿病管理台帳にはない、LDLコレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討します。

（４）評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については計画評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

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

○短期的評価

ア 受診勧奨者に対する評価

- (ア) 高血圧未治療・中断者への受診勧奨数
- (イ) 高血圧未治療・中断者の医療機関受診率
- (ウ) 心電図検査所見ありの者への受診勧奨数

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
 - ・ 血圧の変化
 - ・ HbA1c の変化
 - ・ 服薬状況の変化
- (ウ) 特定健診結果からの変化を比較
 - ・ 脂質異常症（LDL コレステロール）の割合
 - ・ メタボリックシンドロームの割合

○中長期的評価（重症化予防）

虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の総医療費に占める割合

3 脳血管疾患重症化予防

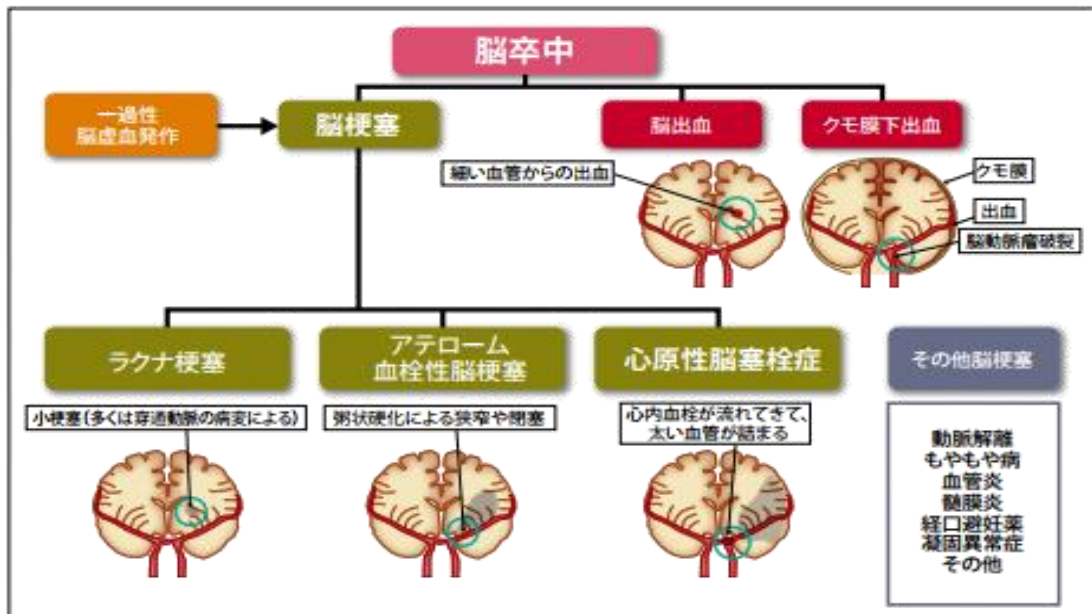
(1) 基本的な考え方

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ます。〔図表41、42〕

下諏訪町では、脳血管疾患による死亡が、同規模平均より高いため、リスク因子に基づき、脳血管疾患の重症化予防に努めます。〔図表33〕(44、45ページ)

■脳卒中の分類

〔図表41〕



(脳卒中予防の提言より引用)

■脳血管疾患とリスク因子

〔図表42〕

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

(2) 対象者の明確化

① 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、特定健診受診者における重症化予防対象者にに基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になります。〔図表43〕

■平成28年度の状況

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が73人(4.9%)であり、52人(4.4%)は未治療者でした。また、未治療者のうち4人(7.7%)は臓器障害の所見が見られたため、早急な受診勧奨が必要です。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も21人(7.0%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

■特定健診受診者における重症化予防対象者

〔図表43〕

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整率の減少 脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中学会) 2009.4.1 クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) 心原性脳塞栓症(27%*) ラクナ脳塞栓(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中・心臓 2009.4.1	虚血性心疾患 の年齢調整率の減少 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2008年改訂版) (循環器学会) 2008.10.1 心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	糖尿病性腎症 による年間新発症・転入患者数の減少 糖尿病治療ガイド ライン2012 (日本糖尿病学会)	重症化予防対象者 (要入数)	
				重症化予防対象者 (要入数)	重症化予防対象者 (要入数)
優先すべき 課題の明確化	科学的情報に基づき 健康課題を分析	科学的情報に基づき 健康課題を分析	科学的情報に基づき 健康課題を分析	科学的情報に基づき 健康課題を分析	科学的情報に基づき 健康課題を分析
重症化予防対象者	1,494 対象者数	1,494 対象者数	1,494 対象者数	1,494 対象者数	1,494 対象者数
治療なし	52 4.4%	52 4.4%	52 4.4%	52 4.4%	52 4.4%
(再掲) 特定保健指導	23 31.5%	23 31.5%	23 31.5%	23 31.5%	23 31.5%
治療中	21 7.0%	21 7.0%	21 7.0%	21 7.0%	21 7.0%
臓器障害 あり	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%
臓器障害 なし	48 92.3%	48 92.3%	48 92.3%	48 92.3%	48 92.3%
CKD(専門医対象者)	2	2	2	2	2
尿蛋白(2+)以上	1	1	1	1	1
尿蛋白(+) and 尿糖(+)以上	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1	1	1	1	1
心電図所見あり	3	3	3	3	3
臓器障害 なし	48 92.3%	48 92.3%	48 92.3%	48 92.3%	48 92.3%
心原性脳塞栓症	2	2	2	2	2
ラクナ脳塞栓症	0	0	0	0	0
アテローム血栓性脳梗塞	0	0	0	0	0
脳出血	0	0	0	0	0
脳梗塞	2	2	2	2	2
心筋梗塞	2	2	2	2	2
労作性狭心症	4	4	4	4	4
安静狭心症	1	1	1	1	1
糖尿病	3	3	3	3	3
メタボリック シンドローム	4	4	4	4	4
メタボリックシンドローム 診断基準	61	61	61	61	61
メタボリックシンドローム メタボリックシンドローム (2項目以上)	172	172	172	172	172
中性脂肪 300mg/dl以上	40	40	40	40	40
LDL-C 180mg/dl以上	82	82	82	82	82
LDL-C 180mg/dl以上	78	78	78	78	78
LDL-C 200mg/dl以上	20	20	20	20	20
LDL-C 200mg/dl以上	4	4	4	4	4
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	2	2	2	2	2
LDL-C 200mg/dl以上	0	0	0	0	0
LDL-C 200mg/dl以上	0	0			

② リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度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44〕

■平成28年度の状況

〔図表44〕は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。降圧薬治療者を除いているため①②については高リスク群になります。①のⅡ度以上高血圧でリスクが重複している人、②のⅠ度高血圧でリスク第3層の人には、早急な受診勧奨が必要です。

■血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

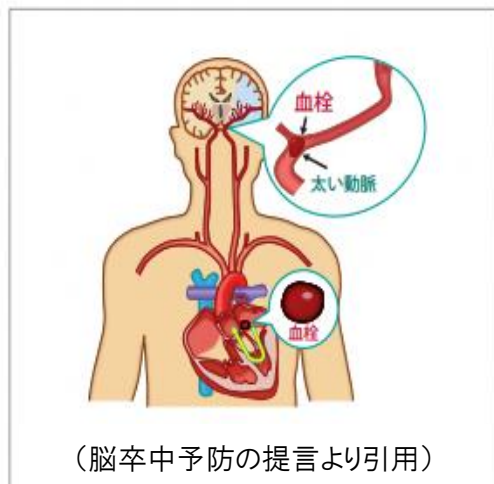
〔図表44〕

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
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
1,195		506	262	201	174	41	11		
		42.3%	21.9%	16.8%	14.6%	3.4%	0.9%		
リスク第1層	141	91	25	12	11	0	2		
	11.8%	18.0%	9.5%	6.0%	6.3%	0.0%	18.2%		
リスク第2層	654	273	149	112	93	23	4		
	54.7%	54.0%	56.9%	55.7%	53.4%	56.1%	36.4%		
リスク第3層	400	142	88	77	70	18	5		
	33.5%	28.1%	33.6%	38.3%	40.2%	43.9%	45.5%		
再掲) 重複あり	糖尿病	71	20	11	16	4	1		
	17.8%	14.1%	12.5%	20.8%	27.1%	22.2%	20.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	234	93	53	45	6	4		
	58.5%	65.5%	60.2%	58.4%	47.1%	33.3%	80.0%		
	3個以上の危険因子	167	53	35	27	11	2		
	41.8%	37.3%	39.8%	35.1%	55.7%	61.1%	40.0%		

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)		
		低リスク群	中リスク群	高リスク群
1,195		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
		11	93	122
		0.9%	7.8%	10.2%
リスク第1層	141	11	0	2
	11.8%	100%	0.0%	1.6%
リスク第2層	654	--	93	27
	54.7%	--	100.0%	22.1%
リスク第3層	400	--	--	93
	33.5%	--	--	76.2%

(資料：町健康福祉課)

③ 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高いです。心原性脳塞栓症の主な原因は心房細動であり、心電図検査を全数実施することにより、対象者を早期発見・早期介入し、受診勧奨を行うことで、重症化予防につなげます。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

② 対象者の管理

ア 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。 [図表44]

イ 心房細動の管理台帳

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

(4) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えます。短期的評価については計画評価等と併せて年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。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。

○短期的評価

ア 受診勧奨者に対する評価

- (ア) 高血圧未治療・中断者への受診勧奨数
- (イ) 高血圧未治療・中断者の医療機関受診率
- (ウ) 心電図検査所見ありの者への受診勧奨数

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
 - ・ 血圧の変化
 - ・ HbA1c の変化
 - ・ eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5 ml/1.73m²以上低下)
 - ・ 服薬状況の変化
- (ウ) 特定健診結果からの変化を比較
 - ・ 脂質異常症 (LDL コレステロール) の割合
 - ・ メタボリックシンドロームの割合

○中長期的評価 (重症化予防)

脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血医療費) の総医療費に占める割合

下諏訪町国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健診等実施計画

<発行年月> 平成30年（2018年）3月

<編集・発行> 下諏訪町 住民環境課

〒393-8501

長野県諏訪郡下諏訪町4613番地8

TEL 0266-27-1111

FAX 0266-28-1070

E-mail kokunen@town.shimosuwa.lg.jp