

保健事業実施計画

第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画

2018（平成30）年度～2023（平成35）年度

平成30年3月

飯田市国民健康保険

目 次

第1編 第2期データヘルス計画

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景	2
2 目的	2
3 計画の位置付け	2
4 計画期間	4
5 関係者が果たすべき役割と連携	4

第2章 第1期データヘルス計画の評価及び健康課題

1 飯田市国保の特性	5
2 第1期データヘルス計画の評価	6
3 第2期計画に向けての健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題	8
4 目標の設定	16

第3章 保健事業の内容その他と特定健康診査等実施計画

	17
--	----

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

序章 計画の策定にあたって

1 特定健康診査等実施計画の基本的な考え方	20
2 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方	20
3 第3期計画策定の基本的な考え方	20

第1章 第2期特定健康診査等実施計画の評価

1 特定健康診査の現状・分析	21
2 後期高齢者支援金の加算・減算制度	25
3 第3期にむけて特定健診等の現状と課題	26

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1 目標値の設定	27
2 対象者数の見込み	27
3 特定健診の実施	28
4 特定保健指導の実施	30
5 周知や案内の方法	31
6 外部委託について	31
7 代行機関等	31
8 保健指導対象者の重点化	31
9 年間スケジュール	36

第3章 個人情報の保護

1 記録の保存方法	37
2 取扱方法	37

第4章 計画の公表・周知

1 計画の公表	37
2 特定健診等の普及啓発	37

第5章 計画の評価及び見直し

1 評価	37
2 見直しに対する考え方	38

第6章 その他

1 地域包括ケアに係る取り組み	38
-----------------	----

参考

・保健事業一覧	40
・用語集	44

第1編 第2期データヘルス計画

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤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。」とされました。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年厚生労働省告示第141号）の一部を改正する等により、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました（図表1）。

2 目的

飯田市国民健康保険（以下「飯田市国保」という。）においては、国の指針に基づき、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「データヘルス計画」という。）を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を図られることを目的とします。

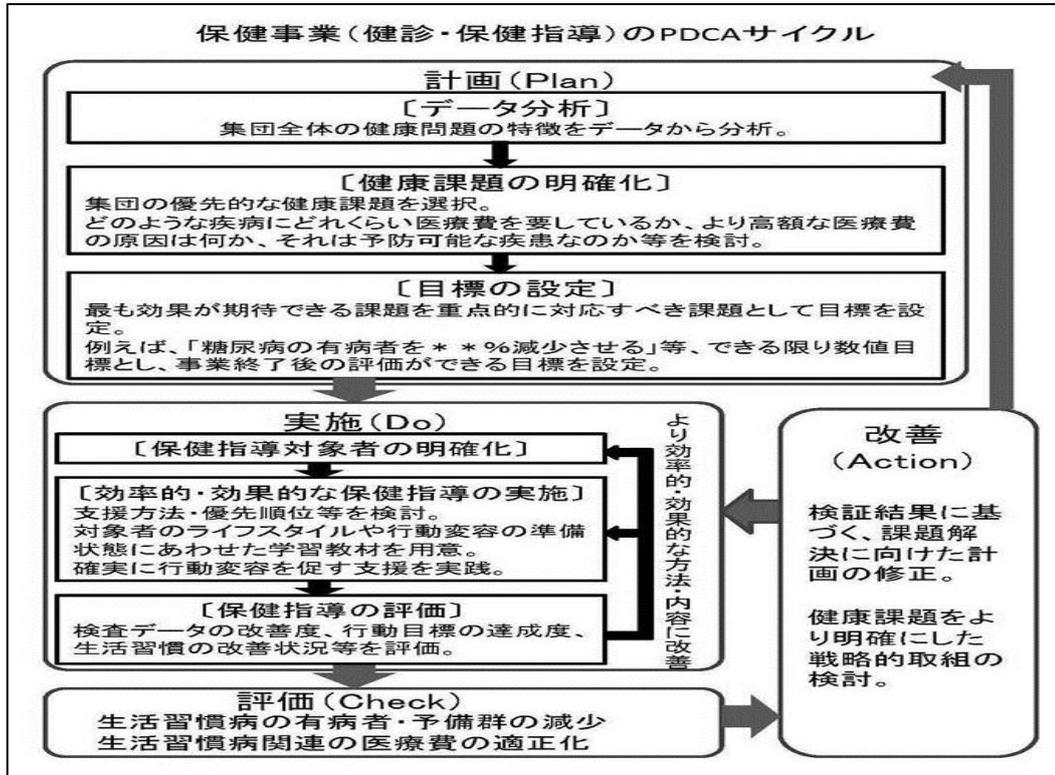
3 計画の位置付け

データヘルス計画は、健康増進法に基づく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（平成24年厚生労働省告示第430号）を踏まえるとともに、長野県健康増進計画、地域健康ケア計画、健康いいた21、長野県医療費適正化計画や介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。

また、保健事業の実施方法は主として特定健康診査及び特定保健指導となることから、特定健康診査等実施計画を含む一体的な計画とします（図表2）。

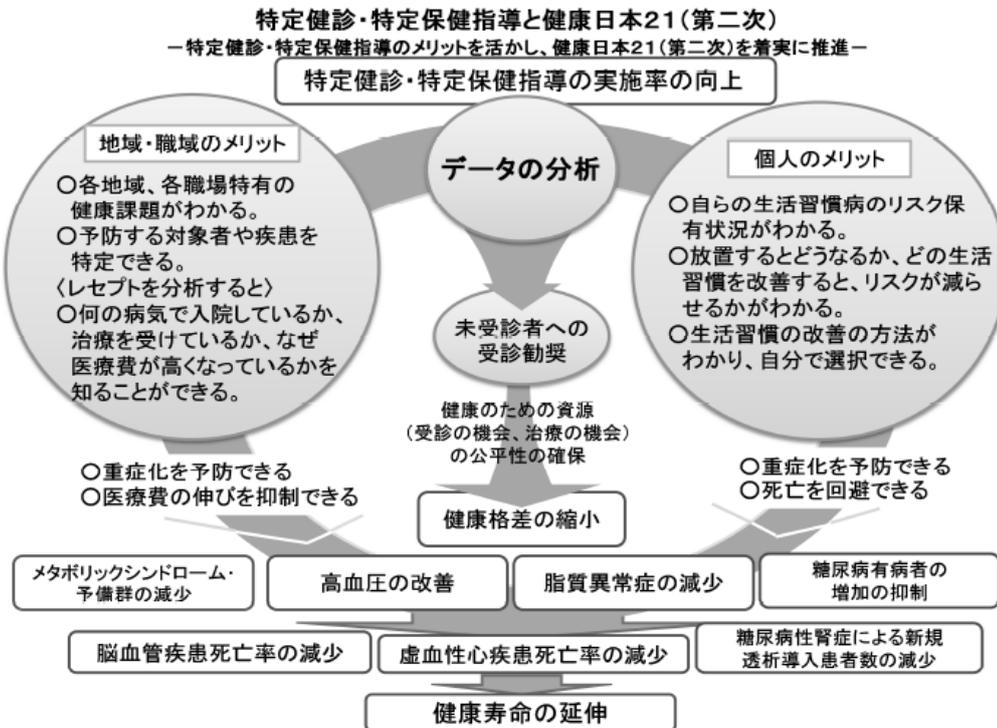
図表 1

(標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」)



図表 2

(標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」)



4 計画期間

都道府県における医療費適正化計画や医療計画等が6年一期に見直され、特定健康診査等実施計画も6年一期となることから、2018（平成30）年度から2023（平成35）年度までを計画期間とします。

5 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

飯田市においては、健康福祉部保健課が主体となりデータヘルス計画を策定します。

地域包括ケアに係る取組については長寿支援課と連携し介護問題を検討します。

健診の実施や保健指導は保健課の保健師、栄養士、歯科衛生士が行います。

PDCA サイクルに沿った確実な計画運用については国保係と特定健診担当保健師が共同で担当します。

事務引継については飯田市職員服務規程（昭和45年訓令第6号）第5章に定められています。

(2) 外部有識者等の役割

長野県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に設置された支援・評価委員会を活用し、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を受け、保険者向け研修等に参加します。

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、計画素案について県の関係課と意見交換を行い、県との連携に努めます。

また、計画策定は飯田市国民健康保険運営協議会において検討し、医師会等の有識者の意見を取り入れます。

(3) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要です。

よって、計画策定は飯田市国民健康保険運営協議会において検討し、被保険者代表の意見を取り入れます。

第2章 第1期データヘルス計画の評価及び健康課題

1 飯田市国保の特性

(1) 被保険者の動向

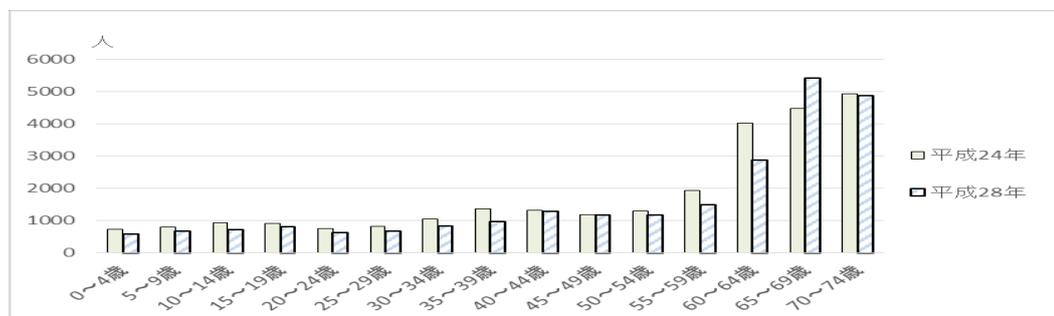
平成28年度の平均被保険者数は、23,581人で前年度と比較すると1,153人の減（前年度比5%減）となりました（図表3）。総人口も減少傾向にあり、被保険者数も今後減少していくことが予想されます。しかし、団塊世代が高齢者になるため、65歳以上の人数は増加傾向にあります（図表4）。

図表3 被保険者の動向（年度平均） （保健福祉事業の概要）

年度	総世帯数 (世帯)	総人口 (人)	国民健康保険							
			世帯数 (世帯)	被保険者数				加入率		
				一般 (人)	構成率 (%)	退職 (人)	構成率 (%)	世帯 (%)	被保数 (%)	
H24	38,902	105,802	15,016	24,179	91.1	2,357	8.9	26,536	38.6	25.1
H25	39,173	105,586	14,916	23,972	91.7	2,160	8.3	26,132	38.1	24.7
H26	39,344	104,835	14,700	23,713	93.0	1,798	7.0	25,511	37.4	24.3
H27	39,591	104,195	14,420	23,348	94.4	1,386	5.6	24,734	36.4	23.7
H28	39,768	103,561	13,985	22,680	96.2	901	3.8	23,581	35.2	22.8

図表4 被保険者の年齢別人数

(Reams. NET II)



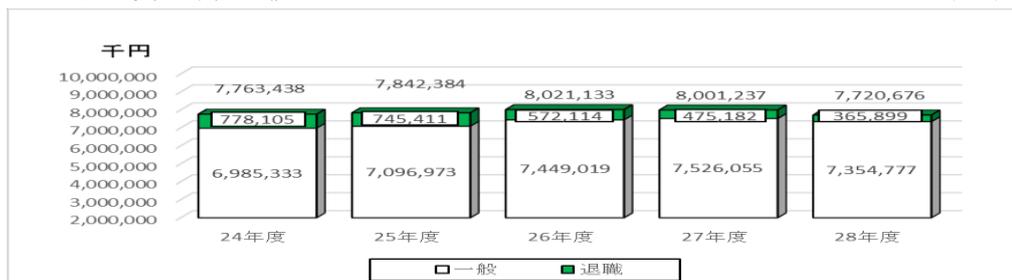
(2) 医療費の状況

ア 医療費の動向

平成26年度までは増加し、平成27年度から減少に転じています（図表5）。

図表5 医療費の年次推移

(KDB)



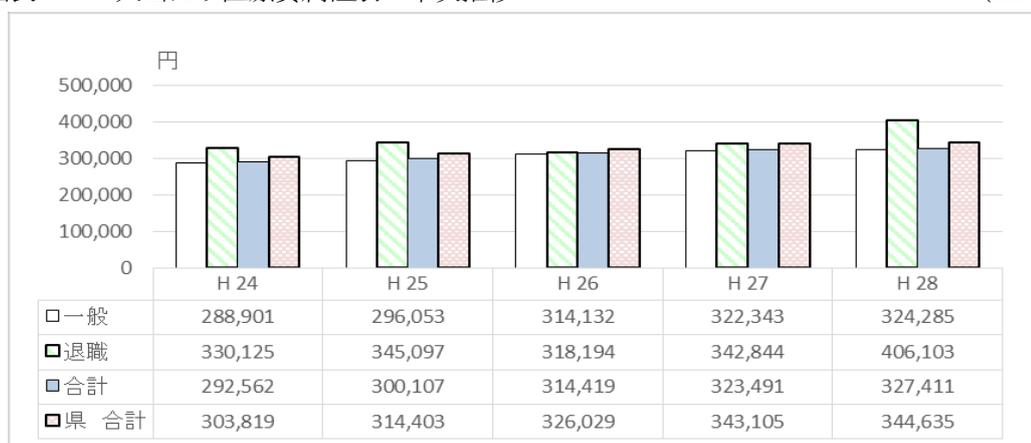
平成 28 年度、飯田市一人当たりの医療費は、327,411 円で平成 24 年度と比較すると 11.91% (34,849 円) の増加となっております (図表 6)。

各属性別では、一般が 35,384 円の増加 (伸び率 12.25%)、退職が 75,978 円の増加 (伸び率 23.01%) となっております。長野県に比べ一人当たり医療費、伸び率ともに低い値となっております (図表 7)。

図表 6 一人当たり医療費の伸び率 (KDB)

	平成24年度⇒平成28年度 伸び率
飯田市	11.91%
長野県	13.43%

図表 7 一人当たり医療費属性別の年次推移 (KDB)



2 第1期データヘルス計画の評価

(1) 中長期的目標の状況

要介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、医療費が高額となる虚血性心疾患、長期化することで高額となる腎不全の原因として増加傾向にある糖尿病性腎症を減らしていくことを目標として取り組みました。

レセプト分析で平成25年度と平成29年度との同時期患者割合を比較すると、3つの疾患はどれも減少しています (図表8)。

図表8 被保険者(40～74歳)に占める脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症割合

	被保険者数A	脳血管疾患				虚血性心疾患				糖尿病性腎症			
		人数B	割合(B/A)	(再) 65～74歳		人数C	割合(C/A)	(再) 65～74歳		人数D	割合(D/A)	(再) 65～74歳	
				人数	割合			人数	割合			人数	割合
H25	19,302	1,024	5.3%	778	8.0%	838	4.3%	658	6.8%	421	2.18%	288	2.96%
H26	19,301	1,007	5.2%	784	7.7%	785	4.1%	622	6.1%	371	1.92%	268	2.63%
H27	19,022	1,016	5.3%	794	7.7%	820	4.3%	660	6.4%	382	2.00%	279	2.70%
H28	18,392	1,017	5.5%	806	7.8%	759	4.1%	618	6.0%	350	1.90%	270	2.62%
H29	17,619	868	4.9%	701	6.9%	740	4.2%	595	5.9%	341	1.94%	265	2.61%

KDBレセプト分析 (毎年6月作成分)

(2) 短期的目標の評価

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、糖尿病等を減らしていくことを目標として取り組みました。

高血圧症や糖尿病、脂質異常症を適切に治療、コントロールすることで脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析等重症化した疾患を減らし医療費の上昇を抑えることができます。

被保険者における生活習慣病患者の割合をみると、高血圧症、糖尿病、脂質異常症とも平成27年度以降患者の割合が増加しています(図表9)。これは、平成26年度から重症化予防に力を入れ、未治療の重症化するリスクの高い方を医療受診するよう保健指導を行ったことにより、受診につながった成果と思われます。

図表9 被保険者(40～74歳)に占める生活習慣病患者 (KDBレセプト分析 毎年6月作成)

	被保険者数A	高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
		人数B	割合(B/A)	人数C	割合(C/A)	人数D	割合(D/A)
H25	19,302	5,330	27.6%	2,290	11.9%	4,151	21.5%
H26	19,301	5,207	27.0%	2,190	11.3%	4,038	20.9%
H27	19,022	5,374	28.3%	2,295	12.1%	4,352	22.9%
H28	18,392	5,238	28.5%	2,247	12.2%	4,341	23.6%
H29	17,619	4,935	28.0%	2,145	12.2%	4,109	23.3%

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの改善状況を特定健診の結果等で見てみると、高血圧症については改善方向ですが、64歳以下男性の高血圧I度以上の者の減少がまだ目標に達していません。糖尿病については現在、目標に達していますが糖尿病有病者は増加傾向であり糖尿病予防の取組みが必要です。脂質異常症、メタボリックシンドロームは増加傾向で目標に達していません(図表10)。

図表10 生活習慣病の改善状況

目標項目			目標値(2022年度)(健康いいた21)	2013年度(H25)	2014年度(H26)	2015年度(H27)
高血圧の改善	高血圧II度以上者の割合の減少	男性		5.4%	4.4%	4.4%
		女性		3.0%	3.5%	2.6%
	40～64歳高血圧I度以上者の割合の減少	男性	17%	24.1%	20.8%	21.0%
		女性	15%	18.9%	14.6%	12.1%
糖尿病有病者の増加の抑制	40～64歳HbA1c6.5以上者増加の抑制	男性	8%以下	5.4%	4.7%	5.6%
		女性	5%以下	2.5%	3.0%	2.1%
	HbA1c8.4%以上者の割合の減少	男性	1.4%	0.8%	0.9%	1.2%
		女性	0.4%	0.2%	0.3%	0.2%
	糖尿病有病者の増加の抑制		11.1%	8.7%	8.5%	9.1%
脂質異常症の減少	LDL-C180mg/dl以上の男性の減少			2.5%	2.7%	3.0%
	LDL-C160mg/dl以上者の割合の減少	男性	8%	8.1%	8.4%	8.6%
		女性	11%	10.4%	11.1%	11.7%
メタボリックシンドロームの減少	該当者及び予備軍の割合の減少	男性	25.3%	29.9%	31.6%	33.1%
		女性	7.0%	8.5%	9.9%	8.8%

(3) 取組事業の実施状況

事業の実施状況をみると目標値に達したものが多くありますが、特定健診受診率とメタボリックシンドローム該当者の減少率が目標に達していません。

受診率対策として40歳～59歳で生活習慣病の通院をしていない方へ健診の受診勧奨を行ったところ、40～50歳代の受診率目標は達成しました（図表11）。

図表11 第1期データヘルス計画実施事業の評価

【達成状況】 A：目標値に達した B：目標値に達していない 空欄：評価が困難

事業名	目標項目	H28目標	H24	H25	H26	H27	H28	達成状況
生活習慣病重症化予防のための戦略研究 (H26・H27) H28～重症化予防事業	重症化予防対象者の受診率	70% (H29 80%)			59.6%	67.4%	80.9%	A
	保健指導実施率	90%以上			98.1%	98.7%	98.7%	A
	内、対面での保健指導実施率	80%以上			97.5%	95.3%	93.7%	A
	対前年度結果改善者数					64人 (62.7%)	68人 (61.8%)	
特定健診	40～50歳代の受診率	32.5% (H29 35%)	30.7%	30.8%	29.3%	31.3%	34.7%	A
	特定健診受診率	55.0%	35.3%	34.9%	33.7%	33.8%	36.7%	B
	健診未受診で医療機関未受療者の減少	21%以下	23.1%	25.9%	21.4%	21.5%	20.2%	A
	健診3年未受診で医療未受療者の受診率						8.0% (165人)	
	他機関データ提出数	400件	415	468	283	254	429	A
保健指導	特定保健指導実施率	60.0%	79.6%	80.1%	79.7%	81.4%	78.5%	A
	メタボリックシンドローム該当者の減少率 (前年度比)	25.0%	23.2%	20.3%	24.0%	24.1%	19.7%	B
	特定健診受診者のリピーター率	72.8%以上			72.8%	74.3%	74.9%	A
	精密検査受診率	60%		46.3%	54.6%	57.7%	61.1%	A
歯科ドック	歯科検診受診者数	増加	28人	52人	66人	89人	79人	
健康づくり家庭訪問	62歳の特定健診受診率	40%以上	41.0%	42.2%	41.1%	43.6%	45.3%	A
ジェネリック薬品の利用促進	後発医薬品の利用率 (数量ベース)	上昇		39.6%	49.6%	60.9%	66.9%	A
医療費通知					38,783	36,283	35,068	

3 第2期計画に向けての健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題

(1) 主な死亡原因

平成26年の死亡統計から国、長野県、飯田市ともに死亡原因の上位を生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）が占めます。飯田市の平成21年と平成26年を比較すると悪性新生物の割合が増え、心疾患と脳血管疾患は減っています。平成26年では国に比べ県と飯田市は脳血管疾患の割合が多いことがわかります。また、65歳未満では国、県に比べ飯田市は心疾患と脳血管疾患の割合が多いことがわかります（図表12・13）。

図表12 死亡統計（平成21年）

順位	原因	国		県		飯田市			
		10万対 (人)	65歳未満 (10万対)	原因	10万対 (人)	65歳未満 (10万対)	原因	10万対 (人)	65歳未満 (10万対)
1	悪性新生物	273.5	70.1	悪性新生物	278.1	62.3	悪性新生物	261.1	58.1
2	心疾患	143.7	20.5	心疾患	162.6	18.4	心疾患	194.9	26.4
3	脳血管疾患	97.2	13.9	脳血管疾患	144.7	12.2	脳血管疾患	158.0	11.9

●H21 県衛生年報

●http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001066473&requestSender=estat

図表 13 死亡統計（平成 26 年）

順位	原因	国		県			飯田市		
		10万対 (人)	65歳未満 (10万対)	原因	10万対 (人)	65歳未満 (10万対)	原因	10万対 (人)	65歳未満 (10万対)
1	悪性新生物	293.5	61.5	悪性新生物	301.7	57.9	悪性新生物	295.8	56.5
2	心疾患	157.0	18.1	心疾患	181.3	18.1	心疾患	167.9	25.4
3	肺炎	95.4	3.8	脳血管疾患	139.6	11.2	脳血管疾患	137.6	14.1
4	脳血管疾患	91.1	10.7	肺炎	92.7	3.0	肺炎	82.0	2.8

●H26 県衛生年報

●H26 人口動態調査

●H26 毎月人口異動調査

(2) 介護の状況

脳血管疾患は介護が必要となる主要な原因であり、飯田市でも要介護認定者の約5割が脳血管疾患を有し、生活習慣病等血管疾患は9割を占めています。40～64歳（介護保険2号被保険者）では6割の方に脳血管疾患があり、高齢者よりも高い割合を示しています（図表14）。

図表 14 要介護認定状況と疾病突合の状況

(KDB)

要介護認定状況 (H28)	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	33,399人	13,018人	16,429人	29,447人			62,846人										
	認定者数	106人	438人	5,799人	6,237人			6,343人										
	認定率	0.32%	3.4%	35.3%	21.2%			10.1%										
	新規認定者数	4人	7人	65人	72人			76人										
介護度別人数	要支援1・2	19	17.9%	95	21.7%	1,168	20.1%	1,263	20.3%	1,282	20.2%							
	要介護1・2	41	38.7%	177	40.4%	2,322	40.0%	2,499	40.1%	2,540	40.0%							
	要介護3～5	46	43.4%	166	37.9%	2,309	39.8%	2,475	39.7%	2,521	39.7%							
要介護突合状況 国保・後期高齢レセプト (H28.12作成分)	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			件数	--	64	340	5460	5800	5864									
		循環器疾患	1	脳血管疾患	39	60.9%	脳血管疾患	170	50.0%	脳血管疾患	2573	47.1%	脳血管疾患	2743	47.3%	脳血管疾患	2782	47.4%
			2	虚血性心疾患	9	14.1%	虚血性心疾患	63	18.5%	虚血性心疾患	1455	26.6%	虚血性心疾患	1518	26.2%	虚血性心疾患	1527	26.0%
			3	腎不全	9	14.1%	腎不全	31	9.1%	腎不全	518	9.5%	腎不全	549	9.5%	腎不全	558	9.5%
		基礎疾患	糖尿病等	53	82.8%	糖尿病等	283	83.2%	糖尿病等	4870	89.2%	糖尿病等	5153	88.8%	糖尿病等	5206	88.8%	
			血管疾患合計	合計	59	92.2%	合計	301	88.5%	合計	5083	93.1%	合計	5384	92.8%	合計	5443	92.8%
		認知症	認知症	10	15.6%	認知症	76	22.4%	認知症	2298	42.1%	認知症	2374	40.9%	認知症	2384	40.7%	
			筋・骨格疾患	筋骨格系	53	82.8%	筋骨格系	289	85.0%	筋骨格系	5020	91.9%	筋骨格系	5309	91.5%	筋骨格系	5362	91.4%

(3) 医療費の状況

ア 入院と入院外の状況

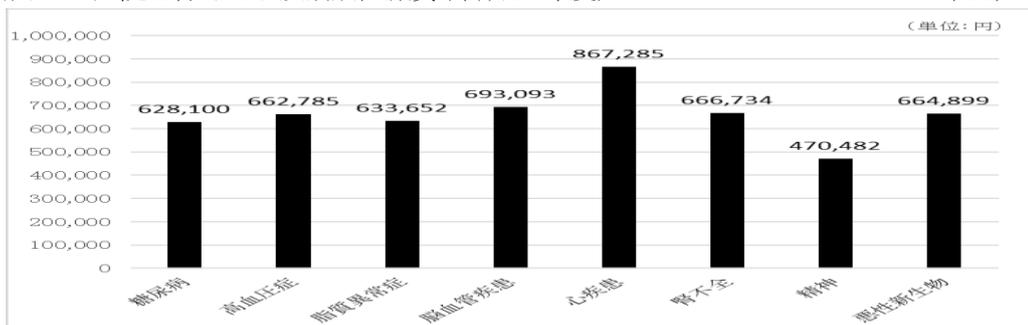
平成 28 年 5 月診療分を抜粋してみると（図表 15）全 15,581 件中、入院分は 396 件と全体の 2.5%ですが、医療費に占める割合で見ると 52.1%と入院外を上回っております。入院は 1 件あたり約 57 万円であり、医療費への影響が大きいことがうかがえます。

図表 15 入院・入院外の件数と費用額 (国保総合データベース)

	医科レセプト件数		費用額	
入院	396	2.5%	226,337,680	52.1%
入院外	15,185	97.5%	207,928,510	47.9%
計	15,581	100.0%	434,266,190	100.0%

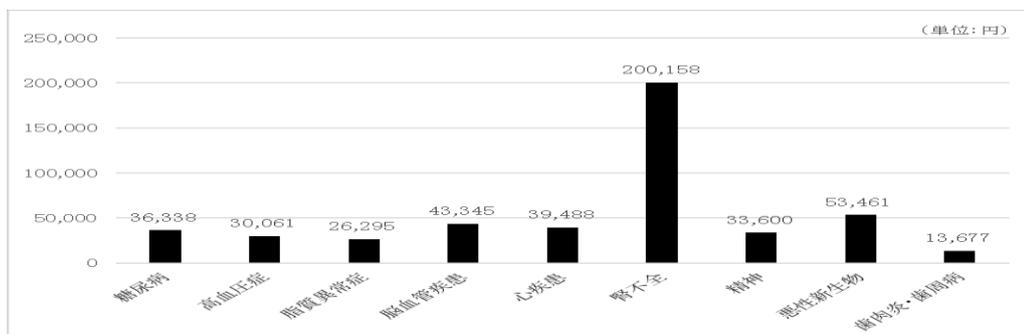
平成 28 年度入院 1 件あたりの疾病別医療費では、心疾患が約 86.7 万円と高くなっています(図表 16)。

図表 16 入院 1 件あたり疾病別医療費(平成 28 年度) (KDB)



入院外 1 件あたりの医療費は腎不全が約 20 万円と他の疾患に比べ高額となっています(図表 17)。これは腎不全の中に人工透析が含まれているためで、人工透析は 1 件あたり 41 万円(KDBH28 医療費分析より)となっており医療費が長期にわたり高額となります。また、人工透析者のレセプトをみると糖尿病を治療している人が 48.7%と約半数を占めます。特に男性では 6 割が糖尿病を有しています(図表 18)。

図表 17 入院外 1 件あたり疾病別医療費(平成 28 年度) (KDB)



図表 18 人工透析と糖尿病 (KDB H28.6 月分)

	被保険者数 (A)	1か月のレセプト数 (B)	人工透析 (C)		糖尿病 (D)		(再掲)糖尿病合併症 糖尿病性腎症 (E)	
			人数	% (C/A)	人数	% (D/C)	人数	% (E/C)
男性	11,766	7,611	50	0.4%	30	60.0%	19	38.0%
女性	12,649	9,357	26	0.2%	7	26.9%	4	15.4%
計	24,415	16,968	76	0.3%	37	48.7%	23	30.3%

イ 高額医療費における生活習慣病の占める割合

1か月あたりの医療費が80万円以上のレセプトをみると、件数、費用とも生活習慣病を有している割合が半分以上を占めています(図表19)。

特に脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全は400万円以上に占める割合が高くなっています(図表20)。

図表19 1か月あたり80万円以上のレセプト (KDB H28.6~H29.5月分の平均)

	総数	高血圧症・糖尿病・脂質異常症			
		あり		なし	
件数	88	51	58.0%	37	42.0%
費用額	122,160,013	72,928,148	59.7%	49,231,864	40.3%

図表20 1か月あたり80万円以上の疾患別割合 (KDB H28.6~H29.5)

費用額/疾患	合計		疾患別内訳(主病名と2番目に高い傷病名より算出)							
			脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全		がん	
	件数A	割合	件数B	割合(B/A)	件数C	割合(C/A)	件数D	割合(D/A)	件数E	割合(E/A)
合計	1,055	100.0%	101	9.6%	71	6.7%	89	8.4%	320	30.3%
800万円台	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
700万円~	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
600万円~	3	0.3%	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
500万円~	3	0.3%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%
400万円~	8	0.8%	1	12.5%	3	37.5%	0	0.0%	2	25.0%
300万円~	27	2.6%	4	14.8%	4	14.8%	2	7.4%	5	18.5%
200万円~	69	6.5%	8	11.6%	7	10.1%	1	1.4%	28	40.6%
150万円~	168	15.9%	8	4.8%	10	6.0%	7	4.2%	64	38.1%
100万円~	424	40.2%	42	9.9%	30	7.1%	31	7.3%	131	30.9%
80万円~	351	33.3%	36	10.3%	15	4.3%	47	13.4%	90	25.6%

脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の方は、高血圧症・糖尿病・脂質異常症を有している方が多いことがわかります(図表21)。

図表21 基礎疾患の状況 (KDB H28.6~H29.5 1か月あたり80万円以上レセプト)

件数	脳血管疾患			虚血性心疾患			腎不全				
	基礎疾患			基礎疾患			基礎疾患				
	高血圧	糖尿病	脂質	高血圧	糖尿病	脂質	高血圧	糖尿病	脂質		
101	60.4%	31.7%	32.7%	71	73.2%	47.9%	59.2%	89	66.3%	46.1%	10.1%

(4) 基礎疾患の状況

ア 糖尿病

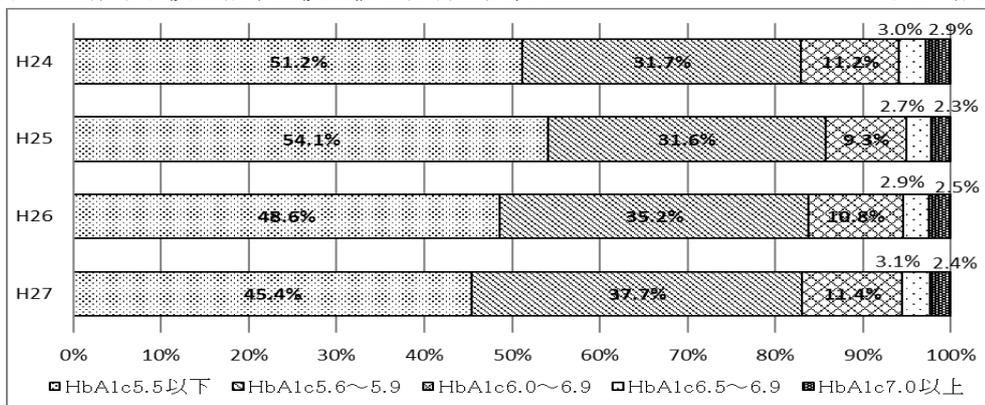
(ア) 特定健診結果

HbA1cの値をみると平成24年度に比べ合併症の恐れのある7.0以上の割合は減少しています。これは、重症化予防として保健師が個々に対象者に保健指導を行った効果が出ているものと考えられます。しかし、5.5以下の正常者の割合は減少し、5.6～5.9の将来糖尿病を発症するリスクが高い方の割合が増加しています（図表22・23）。

図表22 糖尿病検査結果 (法定報告)

	\ HbA1c	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		5.5以下		将来糖尿病を発症するリスクが高い者 5.6～5.9		糖尿病の疑いが否定できない者 6.0～6.4		糖尿病型 6.5～6.9		合併症の恐れのある者			
		7.0～7.9		8.0～									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	G	G/A	H	H/A
H24	6,013	3,080	51.2%	1,905	31.7%	671	11.2%	183	3.0%	124	2.1%	50	0.8%
H25	5,814	3,143	54.1%	1,840	31.6%	542	9.3%	158	2.7%	87	1.5%	44	0.8%
H26	5,567	2,704	48.6%	1,959	35.2%	600	10.8%	162	2.9%	102	1.8%	40	0.7%
H27	5,349	2,430	45.4%	2,016	37.7%	609	11.4%	164	3.1%	91	1.7%	39	0.7%

図表23 糖尿病検査結果 検査値別割合の変化 (法定報告)



(イ) 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24)

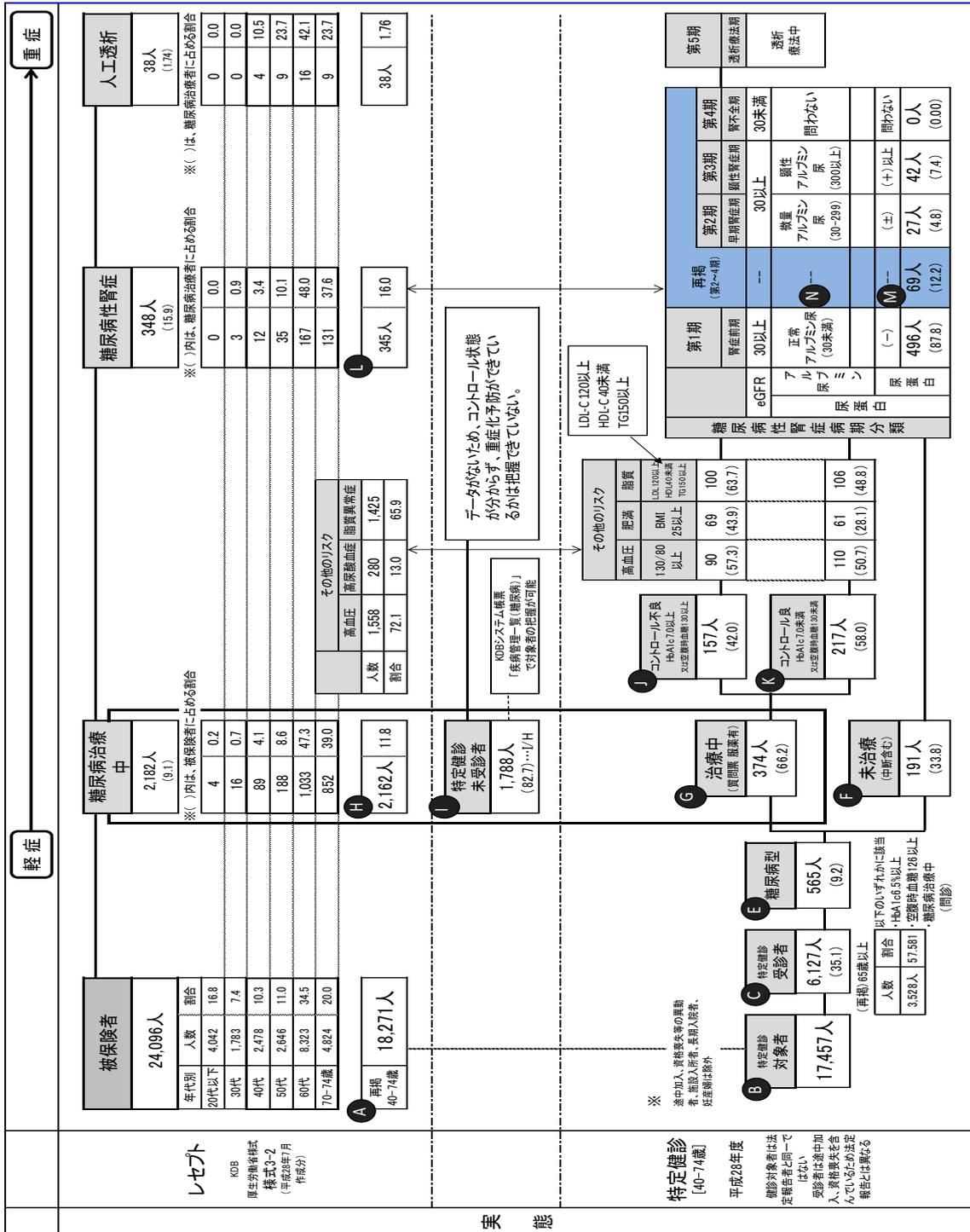
平成28年度特定健診受診者で糖尿病型に判定された565人⑥のうち、糖尿病の治療をしてない方は191人(33.8%)⑦います。この方々へは医療受診することを勧める必要があります。また、健診受診者で糖尿病治療中の方は374人(66.2%)⑧おり、重症化の原因となるリスクと合わせて必要な方には保健指導を行う必要があります。糖尿病性腎症による透析導入を防ぐため、治療の継続とコントロール不良者⑨や腎症2期以上が疑われる方⑩へ、医療機関と連携し個々に合わせた保健指導を行うことが重要です。

40歳以上の被保険者で糖尿病の治療をしている方は2,162人(11.8%)⑩います。そのうち特定健診を受診したのは374人⑧で、糖尿病の治療をしている方の82.7%(1,788人)⑪は特定健診を受診しておらず、コントロールの状態がわからない状況です。2型

糖尿病の多くは自覚症状が乏しいため治療を中断しやすく糖尿病の受診中断割合は13.5%、特に50歳未満の若年者や男性に多いという調査結果があります(H24国民健康・栄養調査)。

また、特定健診対象年齢の40歳より前に、糖尿病や糖尿病性腎症を発症している人や40歳代で人工透析者がいるのがわかります。

図表24 糖尿病性腎症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



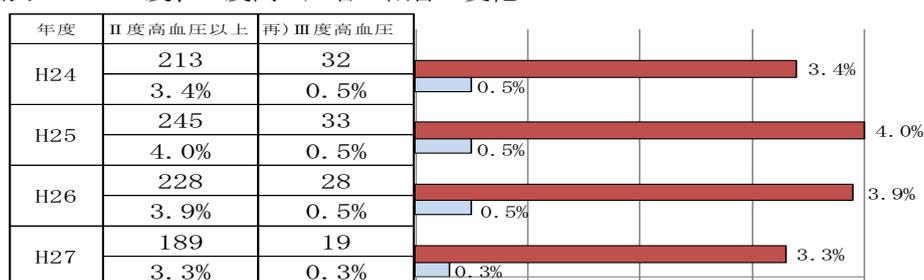
イ 高血圧

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などの循環器疾患の危険因子となっています。平成 24 年度からの特定健診の結果をみると、受診勧奨値である高血圧の方の割合は、平成 25 年度に増加しましたが、その後は徐々に減っています（図表 25）。高血圧Ⅱ度以上の重症者の割合の変化も同様です（図表 26）。

図表 25 血圧値別割合の変化（H24 は健診受診者結果、H25～H27 年度は法定報告値）

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常 収縮期血圧 < 130 かつ 拡張期血圧 < 85		正常高値 収縮期血圧 130～139 かつ/または 拡張期血圧 85～89		Ⅰ度高血圧 収縮期血圧 140～159 かつ/または 拡張期血圧 90～99		Ⅱ度高血圧 収縮期血圧 160～170 かつ/または 拡張期血圧 100～109		Ⅲ度高血圧 収縮期血圧 ≥ 180 かつ/または 拡張期血圧 ≥ 110	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H24	6354	3897	61.3%	1163	18.3%	1081	17.0%	181	2.8%	32	0.5%
H25	6098	3470	56.9%	1225	20.1%	1158	19.0%	212	3.5%	33	0.5%
H26	5833	3366	57.7%	1136	19.5%	1103	18.9%	200	3.4%	28	0.5%
H27	5656	3354	59.3%	1077	19.0%	1036	18.3%	170	3.0%	19	0.3%

図表 26 Ⅱ度、Ⅲ度高血圧者の割合の変化



図表 27 は、高血圧治療ガイドライン 2014 における脳心血管リスク別階層化に基づき作成した平成 27 年度の健診結果です（服薬患者は除く）。①～④は保健指導を行う優先順位です。

図表 27 平成 27 年度健診結果から見る脳心血管リスク別階層化（降圧薬患者を除く）
（法定報告結果）

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
4, 123		1,730 42.0%	1,038 25.2%	647 15.7%	581 14.1%	115 2.8%	12 0.3%
リスク第 1 層 血圧以外の危険因子がない	861	530 20.9%	180 17.3%	88 13.6%	56 9.6%	7 6.1%	0 0.0%
リスク第 2 層 糖尿病以外の 1～2 個の危険因子	2, 253	850 54.6%	609 58.7%	381 58.9%	334 57.5%	71 61.7%	8 66.7%
リスク第 3 層 糖尿病、慢性腎臓病、3 個以上の危険因子のいずれかがある	1, 009	350 24.5%	249 24.0%	178 27.5%	191 32.9%	37 32.2%	4 33.3%

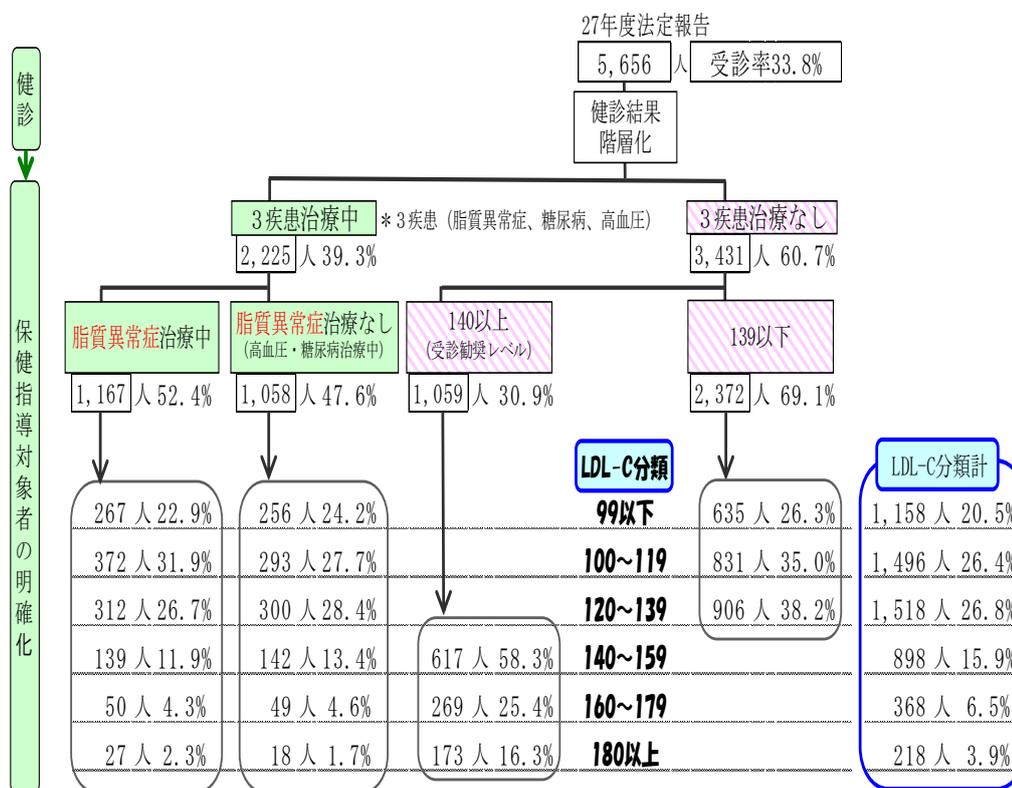
低リスク 中等リスク 高リスク

(参考)高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

ウ 脂質異常症

平成 27 年度の健診結果では、LDL-C の値が受診勧奨レベル（140 以上）の方が、26.2% います（図表 28）。

図表 28 平成 27 年度 LDL-C 検査値から見る冠動脈疾患の 1 次予防のためのリスク別階層化



心筋梗塞年齢調整発症率は女性に比べて男性が高く、また脳梗塞の年齢調整発症率も男性の方が高いといわれています（「動脈硬化疾患予防ガイドライン 2012 年版」より）。平成 27 年度男性の LDL-C が受診勧奨値であった者の健診時の治療状況をみると、180 以上の重症者では脂質異常症の治療をしていない方が 90.4% を占めます（図表 29）。

図表 29 平成 27 年度 LDL-C 受診勧奨値の者の健診時治療状況（男性）

	LDL-C	計	治療			未治療	
			A	B	B/A	C	C/A
男性	140~159	350	49	14.0%	301	86.0%	
	160~179	134	14	10.4%	120	89.6%	
	180以上	73	7	9.6%	66	90.4%	

(5) まとめ

- ア 今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど1人あたりの医療費が高額になることから、団塊の世代が70歳代となる第2期の1人あたりの医療費を抑えることは困難と予想されます。
- イ 死亡統計では国、県に比べ65歳未満の心疾患、脳血管疾患の死亡が多い状況にあります。また65歳未満の要介護認定者の有病状況で脳血管疾患が6割を占めています。要介護状態は、経済的な負担の増加だけでなく、本人のQOL(生活の質)が低下するとともに、家族の介護負担の増大につながります。65歳未満での死亡や介護の必要な状態になる脳血管疾患を防ぐため、若い年代からの特定健診受診や重症化予防の取組みが重要です。
- ウ 入院1件あたりの医療費が一番高額となっているのは心疾患であり、予防可能な心疾患の発症を減らす必要があります。
- エ 入院外の医療費では腎不全が長期にわたり高額となります。(社)日本透析医学会によれば透析患者のうち原疾患が糖尿病性腎症である割合が半数近くあり、最も多いことから糖尿病の予防と早期発見、適切な治療の継続により糖尿病性腎症による透析導入を防ぐことが重要となります。
- オ 特定健診の結果、将来糖尿病を発症するリスクの高い方は年々増加しており、広く市民に向けて糖尿病予防のための取組が必要です。
- カ 特定健診の結果、高血糖と高血圧の重症化するリスクの高い方の割合は減少傾向ですが、特定健診の受診率が低いことため被保険者全体の傾向とは言えません。生活習慣病の重症化予防を推進するためには、より多くの方が健診を受診するよう、受診率の向上を第一優先に取り組みする必要があります。

4 目標の設定

(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、要介護認定者の有病状況の多い疾患、長期化することで高額になる疾患及び医療費が高額となる疾患を減らすことが重要であり、具体的には脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析、虚血性心疾患について、これらの有病率を2023（平成35）年度にそれぞれ5%減少させることを目標とします。また、3年後の2020（平成32）年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時、計画及び評価の見直しをします。

(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の予防と改善により重症化するリスクの高い方を減らしていくことを短期的な目標とします。

そのためには、医療受診が必要な方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、医療機関と連携を図ることとします。また、生活習慣の改善が必要な場合は、食生活や運動、休養、禁煙等の保健指導を行います。

さらに生活習慣病は自覚症状が乏しいため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であり、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。

	評価項目	データソース		健康いいた 21目標値 (2022年度)	現状 (2015年度)	目標値 (2023年度)		
短期的 目標	特定健診受診率	a			(H28) 36.7%	60%		
	特定保健指導実施率	a			(H28) 78.5%	60%		
	高血圧の改善	高血圧Ⅱ度以上者の割合	a	男性		4.4%	4.0%	
			a	女性		2.6%	2.3%	
	糖尿病の改善 有病者の増加の抑制	高血圧Ⅰ度以上者の割合(40～64歳)	a	男性	17%	21.0%	※	
			a	女性	15%	12.1%	※	
		HbA1c 6.5%以上者の割合(40～64歳)	a	男性	8%以下	5.6%	※	
			a	女性	5%以下	2.1%	※	
	HbA1c 8.4%以上者の割合	a	男性	1.4%	1.2%	※		
		a	女性	0.4%	0.2%	※		
	脂質異常症の改善	LDL-C 180mg/dl以上の男性の割合	b			11.1%	9.1%	
			b			11.1%	9.1%	
メタボリックシンドロームの減少	LDL-C 160mg/dl以上の者の割合	a	男性	8%	8.6%	※		
		a	女性	11%	11.7%	※		
中長期的 目標	脳血管疾患死亡率の減少 患者数の減少	年齢調整死亡率	c	男性	52.3 (H24) 65.1	※		
			c	女性	29.5 (H24) 32.1	※		
	糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	脳血管疾患レセプト人数の割合(40～74歳)	b	男性		6.4%	6.1%	
			b	女性		4.4%	4.2%	
		糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	糖尿病性腎症による国保新規透析患者数	d			6人	減少
				b	男性		0.53%	0.50%
	慢性腎不全(人工透析)レセプト人数の割合(40～74歳)	b	女性		0.26%	0.25%		
		b	男性		2.0%	1.9%		
	慢性腎不全(透析有)の医療費割合	b	女性		0.6%	0.6%		
		e			9.2%	減少		
	虚血性心疾患死亡率の減少 患者数の減少	年齢調整死亡率	c	男性	18.3 (H24) 26.9	※		
			c	女性	5.6 (H24) 6.9	※		
虚血性心疾患レセプト人数の割合(40～74歳)	虚血性心疾患レセプト人数の割合(40～74歳)	b	男性		4.9%	4.7%		
		b	女性		3.8%	3.6%		

※：健康いいたの目標値に準じる

a：特定健診法定報告の結果より

b：毎年6月作成のレセプト分析 KDB厚生労働省様式3-2・5・6・7 40～74歳

c：人口動態保健所・市町村別統計

d：障害福祉係 身体障害者手帳交付

e：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB

第3章 保健事業の内容その他と特定健康診査等実施計画

データヘルス計画の実施方法は主として特定健康診査及び特定保健指導となることから、特定健診等実施計画と一体的に第2編として計画します。

なお、ポピュレーションアプローチについては、飯田市健康増進計画(健康いいた21)にて計画、実施します。

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

序章 計画の策定にあたって

1 特定健康診査等実施計画の基本的な考え方

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条において、実施計画を定めるものとされています。

（特定健康診査等実施計画）

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、六年ごとに、六年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 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、遅滞なく、これを公表しなければならない。

2 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

国は高齢者の医療の確保に関する法律第18条に基づき、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（平成20年厚労省告示第150号）（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を次のように定めています。

1 特定健康診査の基本的考え方

（一）国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常、肥満症等の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このため、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、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。

（二）糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。

（三）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者を、的確に抽出するために行うものである。

3 第3期計画策定の基本的な考え方

飯田市としては、特定健康診査等基本指針と保健事業実施指針に照らし合わせ、地域特性をふまえて糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を目指します。

第1章 第2期特定健康診査等実施計画の評価

1 特定健康診査の現状・分析

(1) 特定健康診査受診率

特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診率は、国や県が年々増加しているのに対し、飯田市はほぼ横ばいで、目標値には達しませんでした（図表特1）。年代別に健診受診率をみると40～50歳代の健診受診率が低い傾向で、男性は女性に比べ健診受診率が低い状況です（図表特2）。

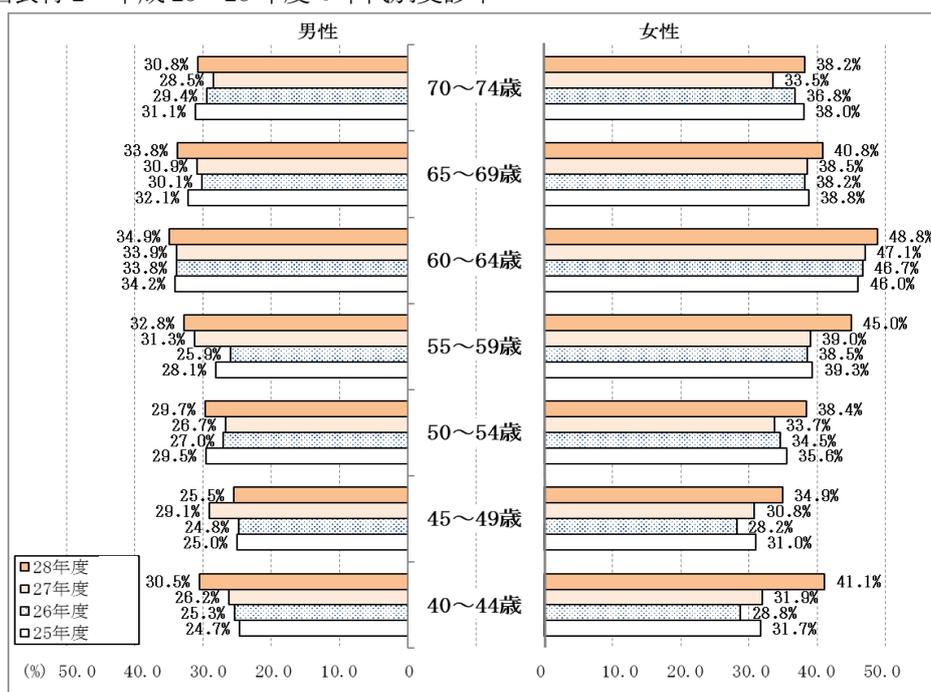
健診受診率向上のための取組としては、土曜日健診（平成24年度～）や午後健診（平成26年度～）、秋の集団健診（平成28年度～）を行い、時期や時間帯の工夫をしてきました。それに加え、62歳家庭訪問事業や、3年健診未受診者への健診受診勧奨事業（平成28年度～）、など、保健師が訪問や電話などで健診の受診勧奨を行ってきました。62歳家庭訪問では、約半数が市の健診を受けると回答した一方で、かかりつけ医で検査していると答えた方が24.2%います（図表特3）。このことから、医療受診者の検査データの提出が健診の受診率向上に必要なことが予測できます。28年度から医療機関と検査結果提出業務委託を開始しましたが健診受診率向上のためにはさらに周知が必要です。また、健診の受診勧奨時に受けないと答えた方の理由は、「健康である」「何かあれば医者にかかる」「忙しい」の3つの理由が半数を占めます（図表特4・5）。

図表特1 特定健診受診率 (法定報告)

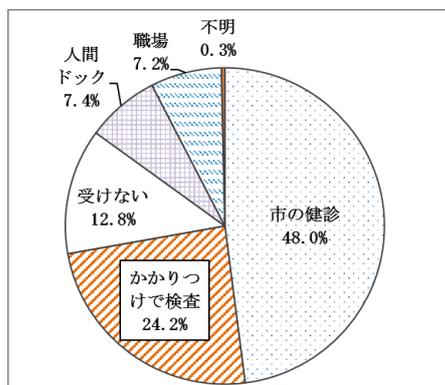
(%) \ 年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28※
飯田市 目標値	25.0	35.0	45.0	55.0	65.0	40.0	45.0	50.0	55.0
飯田市	38.5	36.3	34.4	33.0	35.3	34.9	33.7	33.8	36.7
長野県	38.6	39.3	40.0	41.0	42.7	43.2	44.2	45.2	45.8
国	30.9	31.4	32.0	32.7	33.7	34.2	35.3	36.3	

※平成28年度は速報値であり国の実施率はまだ公表されていない。

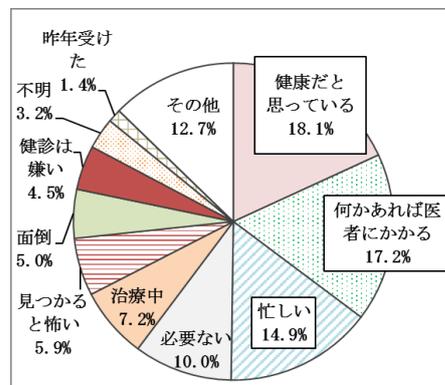
図表特2 平成25～28年度の年代別受診率



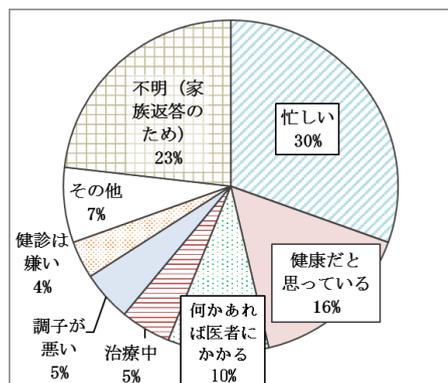
図表特3 受診勧奨時の健診受診予定調査結果
(国保62歳家庭訪問平成25～28年度1772名)



図表特4 「受けない」と回答した理由
(国保62歳家庭訪問平成25～28年度1772名)



図表特5 「受けない」と回答した理由
(平成29年度3年未受診受診勧奨40～50歳代)



(2) 特定保健指導

ア 実施率

特定保健指導実施率は、国から示された目標値を上回り、県内でも上位の実施率となっています(図表特6)。これは、集団健診では保健師が健診結果返却時に指導を行えるよう対象者と連絡を取り調整をしたり、都合がつかない方には訪問するなど積極的に働きかけを実施した結果と考えられます。一方、個別健診受診者やデータ提出者は、既に医療機関の指導を受けていることが多く実施率が低い状況があります。

図表特6 特定保健指導実施率

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28※
飯田市 目標値(%)	45.0	45.0	45.0	45.0	45.0	60.0	60.0	60.0	60.0
飯田市 (%)	67.4	80.3	77.1	74.3	79.6	80.1	79.7	81.4	78.5
対象者数	896	746	632	565	598	627	526	527	503
実施者数	604	599	487	420	476	502	419	429	395
長野県 (%)	25.7	32.1	36.7	39.8	42.5	46.0	48.1	52.0	55.6
国 (%)	14.1	19.5	19.3	19.4	19.9	22.5	23.0	23.6	

※平成28年度は速報値であり国の実施率はまだ公表されていない。

イ 特定保健指導対象者の出現割合

男性は健診受診者の10%前後、女性は4%前後が動機づけ支援対象者となっています。経年的にみると動機づけ支援対象者は減少傾向です。積極的支援対象者は年度により増減があり、男性は12%前後、女性は2%前後の出現率です（図表特7・8）。

図表特7 動機づけ支援対象者割合（性別・年齢別・年次推移）（法定報告）

		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
男性	40-64歳	8.4%	6.4%	7.7%	6.4%	6.9%
	65-74歳	12.6%	12.7%	11.0%	12.1%	11.4%
	計	10.7%	9.8%	9.6%	9.6%	9.5%
女性	40-64歳	3.7%	4.8%	3.5%	3.3%	4.2%
	65-74歳	5.1%	5.5%	4.6%	4.2%	3.9%
	計	4.5%	5.2%	4.1%	3.8%	4.0%
総計	40-64歳	5.7%	5.4%	5.3%	4.6%	5.3%
	65-74歳	8.1%	8.5%	7.2%	7.5%	7.0%
	計	7.0%	7.1%	6.4%	6.3%	6.3%

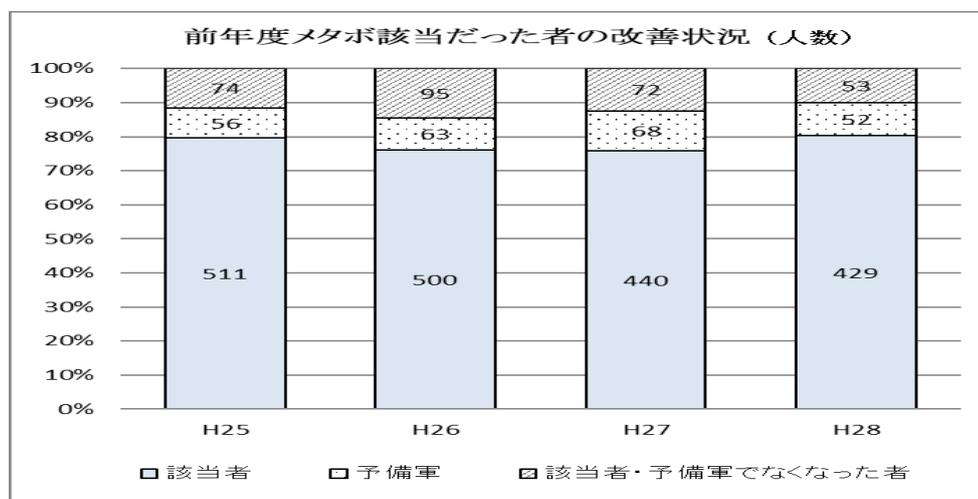
図表特8 積極的支援対象者割合（性別・年齢別・年次推移）（法定報告）

		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
男性	40-64歳	11.3%	13.7%	11.6%	13.7%	10.5%
女性	40-64歳	1.8%	2.1%	2.0%	2.0%	1.7%
総計	40-64歳	5.8%	7.1%	6.1%	7.0%	5.4%

ウ メタボリックシンドロームの減少について

メタボリックシンドローム該当者だった方の約2割が、翌年度には予備軍または非該当に改善しています（図表特9）。

図表特9 メタボリックシンドローム該当者の改善状況（法定報告）



(3) 所見のあった方の状況

特定健診で所見のあった方（以下「有所見者」という。）の占める割合（以下「有所見率」という。）はほぼ減少傾向ですが、男女ともに糖尿病の健診項目である空腹時血糖とHbA1cの有所見率は著しく上昇しています。HbA1cの有所見率は5割以上となり、最も高い項目です（図表特10）。

図表特10 平成25年度と平成27年度の有所見者の推移 (法定報告)

	項目	腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL-C	空腹時血糖※	HbA1c※	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	尿蛋白	
		基準値	男性85cm以上 女性90cm以上	25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	+以上
		受診者数	所見率										
総数	H25	6098	24.0%	18.0%	17.8%	10.7%	4.5%	33.4%	45.9%	39.5%	19.5%	51.3%	2.5%
	H27	5656	22.9%	18.1%	17.6%	10.5%	2.9%	36.4%	54.6%	37.3%	19.3%	53.1%	2.6%
男性	H25	2554	40.3%	22.7%	24.2%	17.1%	7.8%	44.5%	45.6%	42.4%	26.9%	47.5%	3.6%
	H27	2403	39.6%	24.1%	24.4%	16.7%	5.5%	47.9%	53.2%	42.0%	26.8%	50.1%	3.6%
女性	H25	3544	12.2%	14.5%	13.3%	6.0%	2.1%	25.3%	46.2%	37.4%	14.2%	54.1%	1.7%
	H27	3253	10.5%	13.7%	12.6%	5.9%	0.9%	27.8%	55.6%	33.8%	13.8%	55.2%	1.9%

	尿酸※	eGFR※	尿潜血※	貧血※ (血色素)	多血※ (ヘマトクリット)	
		7.1以上	60未満	+以上	男性13.0以下 女性12.0以下	男性49.0以上 女性44.0以上
		所見率				
総数	H25	8.1%	16.2%	16.5%	8.5%	6.3%
	H27	8.1%	17.1%	16.0%	6.6%	8.2%
男性	H25	17.8%	16.2%	7.4%	4.5%	5.8%
	H27	17.5%	17.8%	7.2%	4.6%	7.3%
女性	H25	1.2%	16.2%	23.0%	11.3%	6.7%
	H27	1.2%	16.6%	22.4%	8.1%	8.8%

※基本的な健診項目以外は項目ごとに受診者数が異なる

平成27年度の年代・性別で分けた有所見率では、女性は65歳以上の有所見率が高い傾向があり、男性は女性に比べ若い頃から有所見率が高い傾向が見られます。（図表特11）。

図表特11 平成27年度 年代・性別 有所見率 (法定報告)

性別	年齢	受診者数	腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL-C	空腹時血糖※	HbA1c※	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	尿蛋白	尿酸※	eGFR※	尿潜血※	貧血※ (血色素の判定)	多血※ (ヘマトクリットの判定)
総計	40-74歳	5656	22.9%	18.1%	17.6%	10.5%	2.9%	36.4%	54.6%	37.3%	19.3%	53.1%	2.6%	1.2%	17.1%	16.0%	6.6%	8.2%
男性	40-64歳	1045	40.8%	26.6%	28.2%	21.5%	6.6%	40.2%	44.3%	31.0%	27.6%	53.3%	3.1%	19.8%	10.3%	6.3%	2.8%	8.1%
	65-74歳	1358	38.7%	22.2%	21.5%	14.5%	4.7%	55.6%	60.4%	50.5%	26.2%	47.7%	4.0%	15.6%	23.7%	8.0%	6.6%	6.5%
女性	40-64歳	1385	10.0%	12.9%	11.5%	6.6%	0.7%	22.3%	47.1%	21.5%	13.4%	53.5%	1.6%	1.4%	11.0%	21.7%	9.5%	8.8%
	65-74歳	1868	11.0%	14.3%	13.4%	5.4%	1.0%	33.5%	62.1%	43.0%	14.1%	56.5%	2.1%	1.1%	20.8%	23.0%	6.6%	8.7%

※基本的な健診項目以外は項目ごとに受診者数が異なる

(4) 重症化予防

集団健診受診者で血圧、血糖、LDL-C、腎機能の値が脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全等へ重症化するリスクの高い方には保健指導を実施しました。平成26・27年度は大阪大学の戦略研究※に参加したことによる保健指導実施率の向上が見られます。また、前年度に対象となった方で特定健診を受診した方の検査結果改善率は約6割を超えています(図表特12)。

※自治体における生活習慣病重症化予防のための受療行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究。

図表特12 重症化予防事業による保健指導の実施状況

	H25	H26	H27	H28
重症化予防対象者数	279	162	233	318
保健指導実施者数	180	159	230	314
保健指導実施率	64.5%	98.1%	98.7%	98.7%
保健指導後医療受診者数	138	97	157	275
医療受診率	69.3%	59.6%	67.4%	80.9%
前年対象者の健診受診者数			102	110
重症所見項目検査結果改善数			64	68
検査結果改善率			62.7%	61.8%

平成26年度に重症化予防事業の対象となった162人のうち重症化し入院した方が5人いました(図表特13)。保健指導後受療開始した方も、それまで高血圧や糖尿病を放置してきたことで動脈硬化が進んでいたことが考えられます。

図表特13 平成26年度重症化予防事業対象者で重症化した入院レセプトがあった人

	年代	性別	重症所見項目	重症所見項目の受療開始日	重症化したレセプト			
					病名	発症年月	手術	レセプト1件の費用額
1	60	男	血圧	H27.8～	左鎖骨下動脈閉塞性動脈硬化症	H29.3	血栓除去術	828,170
2	60	男	尿蛋白	H22.7～	狭心症	H14.1 H26.12 H27.10	経皮的冠動脈形成術	846,140
3	40	男	血圧	H27.3～	脳出血	H27.5	なし	990,210
4	50	男	血圧	H27.1～	狭心症	H27.1	経皮的冠動脈形成術	624,040
5	60	男	血糖	H26.8～	狭心症	H27.11	冠動脈ステント留置術	1,588,530

2 後期高齢者支援金の加算・減算制度

(1) 制度内容

75歳以上の高齢者の医療費適正化に資する生活習慣病予防のための取組状況を評価するため、法第120条第3項に基づき特定健診・特定保健指導の実績によって、後期高齢者支援金の加算・減算措置が講じられます。

加算措置はペナルティーであり、特定保健指導実施率が実質的に0%の保険者に対し講じられます。

減算措置は上位1～2%程度の実績が優れた保険者に対し講じられます。

平成25年度実績に対しては全国で82市町村、長野県では4市12町村が減算に該当しました。平成26年度実績に対しては全国で73市町村、長野県では3市6町村が減算に該当予定です。平成27年度実績に対しては全国で72市町村、長野県では3市11町村が減算に該当予定です。

なお、平成30年度からは国保制度改革により後期高齢者支援金の取扱が県単位となること、市町村へのインセンティブの見直しから評価指標の異なる保険者努力支援制度（県支出金）で評価されることとなります。

(2) 飯田市の実績

飯田市は対象者数が5千人以上10万人未満の中規模保険者区分「市町村国保（中）」で評価されます。

平成25年度実績については市町村国保（中）：健診33.9%以上、保健指導51.3%以上に該当し、平成28年度に精算される平成26年度の支援金から約58万円が減算されました。

平成26年度実績については市町村国保（中）：健診33.7%以上、保健指導58.5%以上に該当し、平成29年度に精算される平成27年度の支援金から約62万円が減算される見込予定です。

また、平成27年度実績については市町村国保（中）：健診37.0%以上、保健指導60.8%以上が基準となり、減算にはならない見込です。

3 第3期にむけて特定健診等の現状と課題（健康課題はデータヘルス計画第2章に記載）

(1) 平成27年度特定健診受診率は全国平均36.3%に対して県平均が45.2%で当市は33.8%であり、受診率の向上が大きな課題となります。なお、国が定めた目標である市町村国保特定健診受診率60%以上については、国が第2期実績との乖離を認めた上で引き続き設定したもので、計画の最終年度については災害等特別の理由がない限り市町村はそれを下回る目標値を設定することが出来ません。

(2) 平成27年度特定保健指導実施率は全国平均25.1%、県平均47.0%に対して、当市は81.4%と高い実施率となっています。しかし集団健診に比べ個別健診受診者では実施率が低い状況があります。第3期は初回面接と実績評価が同一機関でなくてもよくなることから、人間ドック受診者の特定保健指導について医療機関での初回面接が可能であるか今後検討していくべき課題です。

また、今後も保健指導実施率を維持し、検査データの改善者を増やし、次年度の受診につなげられるよう保健指導を実施する必要があります。

(3) 特定健診の検査項目には基本的な項目（全員に実施する項目）と詳細な健診項目（基準に該当し医師が必要と認めた者に実施する、貧血検査・心電図検査・眼底検査）、保険者による追加健診項目があります。集団健診では全員に詳細な健診項目を実施し、その他に上乘せ項目として、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血を全員に実施してきました。健診実施には保険税財源を投入することから、詳細な健診項目を実施する対象者や、保険者による追加健診項目について、必要性等を十分検討し効果的な健診とする必要があります。

(4) 平成29年度の健診自己負担額2,000円は県下では高額な部類に属しています。追加健診項目の内容はそれぞれですが、県内他市においては1,000円（6市）または無料（8市）が主流となっています。詳細な健診項目については多くが無料（13市）です。保険税財源の負担額と受診しやすい自己負担額とのバランスを考慮した健診となるよう健診料と追加健診項目の設定を行う必要があります。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1 目標値の設定

特定健康診査等基本指針により定められた全国標準を踏まえて、飯田市国民健康保険における特定健診等の実施及び成果に係る目標値を次のとおり設定し、その達成に向けた取り組みを強化します。

- 特定健診の受診率
- 特定保健指導の実施率
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者）

飯田市国保目標値

	H30 2018年度	H31 2019年度	H32 2020年度	H33 2021年度	H34 2022年度	H35 2023年度
特定健診受診率	38%	39%	41%	43%	46%	60%(市50%)
保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
対H20年度 減少率						25%

※原則として最終年度は基本指針の目標値以上の値を設定しなければならない。

※受診率の確定は翌年度の10月以降であるため、年度末時点での目標ではない。

2 対象者数の見込み

対象者の見込み数を図表特14・15に示しました。

図表特14 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

	2018(H30)	2019(H31)	2020(H32)	2021(H33)	2022(H34)	2023(H35)
特定健診対象者	15,300	14,767	14,353	13,892	13,042	12,262
特定健診受診率	38.0%	39.0%	41.0%	43.0%	46.0%	60.0%
特定健診受診者数	5,814	5,759	5,885	5,974	5,999	7,357
特定保健指導対象者数	563	557	570	578	581	712
(再掲) 動機付け支援対象者数	163	162	165	168	168	206
(再掲) 積極的支援対象者数	400	395	405	410	413	506
特定保健指導実施率	60	60	60	60	60	60
特定保健指導実施者数	338	334	342	347	349	427

図表特15 特定健診対象者数の見込み(性・年代別)

人数		2018(H30)	2019(H31)	2020(H32)	2021(H33)	2022(H34)	2023(H35)
男性	40-64	2,940	2,836	2,709	2,510	2,365	2,291
	65-74	4,374	4,227	4,147	4,116	3,858	3,564
女性	40-64	2,947	2,850	2,723	2,513	2,363	2,296
	65-74	5,039	4,854	4,774	4,753	4,456	4,111
総計	40-64	5,887	5,686	5,432	5,023	4,728	4,587
	65-74	9,413	9,081	8,921	8,869	8,314	7,675
	40-74	15,300	14,767	14,353	13,892	13,042	12,262

3 特定健診の実施

(1) 対象者

飯田市国保加入者のうち、特定健診の実施年度中に40～74歳となる方※で、かつ当該年度の一年間を通じて加入している方（年度途中での加入・脱退等異動のない方）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた方。

※当該年度において75歳に達する方も含める。

(2) 実施場所、実施時期

ア 集団健診 会場 各地区の公民館のほか、公共施設、健康診断機関
時期 5月末頃から10月

イ 個別健診 会場 市の指定した医療機関等
時期 6月から翌年3月（ただし、人間ドック併用は4月から）

エ 診療上の検査によるもの（検査結果提出事業）

市の指定した医療機関等で診療上に検査した特定健診結果相当のデータを、本人同意の上で医療機関等から収集する。

時期 6月から12月

ウ その他の健診等によるもの

事業主や他の保険者の健診（検診）で検査した特定健診結果相当のデータを、本人から収集する。

時期 6月から翌年3月

(3) 実施項目

ア 特定健診

高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく厚生労働省令「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の第1条に定められている、実施項目（基本的な健診の項目と、医師の判断によって追加的に実施することがある詳細な健診項目）を実施します。

イ 保険者による追加健診項目（基本的な健診項目と同時に行うもの）

基本的な健診項目で採血と採尿を行うため、血液と尿に関する上乗せ項目は設定が容易であることから、検査料が低廉であり、物理的にも経済的にも健診受診者の負担が少なく、飯田市の過去の健診結果から一定の効果が認められるものに着目し検討しました。

また、血液検査の検査結果はすぐには出ないため、詳細な健診項目としての運用を想定した場合、後日に再採血となる可能性が高く、健診受診者にとって不便であるとともに、検査を同一検体で行うことが望ましい（「特定健診・保健指導の運用方法の詳細等について」）とする点に配慮しました。

(ア) 血清クレアチニン検査

平成30年度からは詳細な健診項目（法定項目）となりました。しかし、平成27年度の健診結果では血圧基準該当者を除く血糖基準該当者は1,836名もおり、詳細な健診項目としての運用では約3割の方に影響がでることから、引き続き上乗せ項目とします。

(イ) 尿酸

痛風発作の原因のみならず、腎臓内で尿酸による結石や結晶化が進むことで腎機能障害をきたし、最終的には慢性腎不全から透析療法に至る可能性があります。

健診結果では男性の約2割が高尿酸血症であり、引き続き上乗せ項目とします。

(ウ) 尿潜血

末期腎不全に至るリスクの判定に有効で、尿蛋白検査と合わせて行うことで腎機能の

状態を確認できることから、血清クレアチニン、尿酸の検査と合わせて腎機能を判定しています。

(エ) 貧血検査（集団健診のみ）

貧血の検査項目は詳細な健診項目であり、その判断基準は「貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者」となっています。しかし、1時間に約60名が受診する集団健診においては視診の時間が十分に取れない上、多血や貧血は自覚症状に乏しく問診による判断が難しい点から、詳細な健診項目としての運用に難がある現状を踏まえ、引き続き上乘せ項目とします。

ウ 他の検診項目（集団健診会場で希望者にのみ行うもの）

男性の健診受診率の低さの解消のため、関心の高い前立腺がん検査を行います。

健診項目

項目		集団健診	個別健診	備考
問診		○	○	服薬歴。喫煙習慣の状況調査も含む 歯科口腔に関する問診項目が3期から追加
身体計測	身長	○	○	腹囲の測定は、国が定める基準（BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき。医師が必要でないと思える時は、省略可。
	体重	○	○	
	BMI 体重(kg)÷身長(m)の2乗	○	○	
	腹囲	○	○	
理学的検査	身体診察	○	○	
血圧測定		○	○	
血中脂質検査	中性脂肪	○	○	中性脂肪400以上や食後採血のため、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールを用いて評価しても良い
	HDLコレステロール	○	○	
	LDLコレステロール	○	○	
肝機能検査	GOT (AST)	○	○	
	GPT (ALT)	○	○	
	γ-GTP (γ-GT)	○	○	
血糖検査	空腹時血糖	○		原則として空腹時血糖又はHbA1cを測定すること。やむを得ない場合食後3.5時間～10時間の随時血糖でも可。
	HbA1c	○	○	
尿検査	尿糖	○	○	
	尿蛋白	○	○	
	尿潜血	△	△	
腎機能検査	尿酸	△	△	飯田市の追加健診項目
	血清クレアチニン	□	□	飯田市の追加健診項目
	血中クレアチニン	□	□	eGFRによる腎機能の評価含む
貧血検査	ヘマトクリット値	□	■	国の基準では、詳細な健診項目であるが、一部は追加健診項目として扱う
	血色素量	□	■	
	赤血球数	□	■	
心電図検査	12誘導心電図	■	■	
眼底検査		■	■	
前立腺がん検査	PSA検査 (前立腺がん腫瘍マーカー検査)			50歳以上の男性で希望者が対象の追加健診項目。検査料全額自己負担

「○」は基本健診項目であり全員に実施、「■」は国が定める基準に該当しかつ医師が必要と認める者に実施、「△」は追加健診項目として全員に実施、「□」は詳細な健診項目として実施しなかった場合は追加健診項目として全員に実施

詳細な健診項目実施基準

詳細な健診項目	実施基準
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査（12誘導心電図）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 血糖：空腹時血糖が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 6.5%以上又は随時血糖が126mg/dl以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準が該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。

(4) 結果判定と通知

特定健診の結果は国の定める基準により判定し、健診受診者全員を対象に、結果の見方や健康の保持増進のための情報と併せてお知らせします。

4 特定保健指導の実施

(1) 対象者

特定健診の結果、腹囲、BMIの他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上まわる方のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方を除いた全員の方。

特定保健指導の対象者（階層化）

	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40～64歳	65歳～74歳
腹囲 ≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当			積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当			積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当				

※④喫煙歴の斜線は、判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

(2) 実施方法、実施時期

- ア 会場 各地区の公民館、公共施設等
- イ 時期 6月から翌年9月
- ウ 実施者 原則、保健課の保健師、管理栄養士

(3) 実施項目

- ア 動機づけ支援（40～74歳）の内容
 - (ア) 初回時原則1回の面接による支援（20分以上の個別支援又は、1グループおおむね8名以下でおおむね80分以上のグループ支援）を行います。支援の内容は、喫煙習慣や運動習慣・食習慣などの行動計画を作成し、生活習慣の行動変容を支援します。
 - (イ) 実施から3～6か月後に面接又は通信等（電話・FAX・電子メール等）を利用した双方向のやりとりで実績評価を行います。
- イ 積極的支援（40～64歳）の内容
 - (ア) 初回時1回の面接による支援（20分以上の個別支援又は、1グループおおむね8名以下でおおむね80分以上のグループ支援）を行います。
 - (イ) その後、3か月以上の継続的な支援を個別支援・グループ支援・電話・電子メール等を組み合わせて行います。支援の内容は、喫煙習慣や運動習慣・食習慣などの行動計画を作成し、生活習慣を改善する行動を継続できるよう、定期的・継続的に介入して実践的な支援を提供します。
 - (ウ) 初回面接から3～6か月に面接又は通信等（電話・FAX・電子メール等）を利用し実績評価を行います。

(エ) 2年連続して積極的支援に該当し、特定健診の結果が前年度の結果に比べて、下記に該当する方で、前年度特定保健指導を終了している場合は、動機づけ支援相当の支援で実施することも可能とします。

- BMI<30 腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少している者
- BMI≥30 腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者

5 周知や案内の方法

(1) 周知方法

パンフレット、チラシ、広報いいた、ホームページへの掲載

(2) 案内方法

- ア 集団健診 主に40歳から64歳の方への健診受診券の郵送
健診未受診者へのダイレクトメール（秋の集団健診）
- イ 個別健診 主に65歳から74歳の方への健診受診券の郵送
- ウ 特定保健指導 電話、郵送等による連絡

6 外部委託について

被保険者の利便性を考慮した対応と質の確保を維持するため、厚生労働大臣の告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」「特定保健指導の外部委託に関する基準」を遵守します。

＜委託基準の項目＞

- 人員に関する基準
- 施設、設備等に関する基準
- 精度管理に関する基準・特定保健指導の内容に関する基準
- 健診結果等・保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準
- 運営等に関する基準

特定健診について、本市職員と所有設備では対応できない部分を外部委託します。

集団健診に適した巡回型の健診機関と個別契約し、個別健診と健診相当の検査結果提出事業については利便性を図り地元医師会と集合契約をします。

7 代行機関等

特定健診・特定保健指導の実施に関し費用決済やデータ管理業務等については、法定の共同処理機関である国保連で行います。

8 保健指導対象者の重点化

特定保健指導と合わせて、特定保健指導対象以外の重症化するリスクの高い方に対して、重点的に保健指導を実施します。

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、治療中の方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。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用

等の実態を広く市民へ周知します。

また生活習慣病は自覚症状が乏しいため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施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も努める必要があります。

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とし、以下の視点で、PDCA に沿って実施します。

- 特定健診で抽出されたハイリスク者に対する医療の受診勧奨、保健指導
- 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

イ 対象者の明確化

(ア) 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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- a 医療機関未受診者
- b 糖尿病治療中断者
- c ハイリスク者
 - 糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期及び第 4 期と思われる者
 - HbA1c 7.0 以上の方
 - II 度高血圧以上の方

(イ) 選定基準に基づく該当数の把握

a 対象者の抽出

特定健診データと国保レセプトデータを活用し該当者の把握を行います。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。（図表特 16）

図表特 16 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
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以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	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以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握するとされています。飯田市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を全員に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い状況です。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。

b 基準に基づく該当者数の把握

特定健診データとレセプトデータと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。

c 介入方法と優先順位

優先順位1(受診勧奨・保健指導)

- 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過去の健診結果で糖尿病が疑われたが未治療または治療中断者
 - ・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)

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

ウ 対象者の進捗管理

(ア) 優先順位1-②対象者

国保連合会で作成する医療機関未受診者確認名簿と、前年度の糖尿病要精密検査者台帳を使用し、過去の健診結果で糖尿病が疑われたが未治療であり医療の受診勧奨が必要な方の台帳を作成します。また、国保連合会で作成する糖尿病治療中断者確認名簿を使用し、糖尿病レセプトのある方のうち6か月受診しておらず状況確認や医療の受診勧奨が必要な対象者の台帳を作成します。台帳は地区ごとに作成し、状況把握や医療の受診勧奨に使用します。

(イ) 優先順位1-①対象者

健診データが届いたら糖尿要精密検査者台帳を作成、医療受診の有無を確認し記載していきます。

(ウ) 優先順位1-①HbA1c7.0以上と優先順位2の対象者

健診データから重症化予防対象者台帳を作成し、保健指導の進捗状況、レセプトで治療状況の確認をし、管理していきます。

エ 指導の実施時期と方法

(ア) 過去の健診結果で糖尿病が疑われたが未治療、または治療中断と思われる方への医療の受診勧奨(優先順位1-②)

抽出した対象者に対して、訪問や電話等で状況の確認や医療の受診勧奨を行います。

(イ) 健診受診者の医療機関未受診者に対する受診勧奨・保健指導(優先順位1-①)

- a 特定健診の結果HbA1c6.5~6.9で医療機関を受診していない方
 - ・個別面談等で健診結果の説明、医療の受診勧奨の実施
 - ・3~4か月後に医療未受診だった場合は再度受診勧奨の実施
- b 特定健診の結果HbA1c7.0%以上で医療機関を受診していない方
 - ・個別面談により健診結果の説明、医療の受診勧奨の実施

- ・ 3～4か月後レセプトを確認し、保健指導（電話・面談）の実施
 - ・ 3～4か月後に医療未受診だった場合、6か月後に再度確認し保健指導の実施
 - ・ 介入後の検査値(HbA1c、eGFR、尿蛋白)の確認
 - ・ 翌年度の健診受診勧奨の実施
- (ウ) 健診受診者でリスクの高い方に対する保健指導（優先順位2）
- ・ 個別面談により健診結果の説明、医療の受診状況の確認等保健指導の実施
 - ・ 3～4か月後レセプト確認、対象者へ電話・面談等で現状の確認や必要に応じて必要な保健指導の実施
 - ・ 介入後の検査値(HbA1c、eGFR、尿蛋白)の確認
 - ・ 翌年度の健診受診勧奨の実施

オ 保健指導の内容

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ってきます。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、また、高齢者については、厳格な管理を行うべきではないとの考え方もあるため年齢を考慮して、対象者に応じた保健指導を考えていくこととします。対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導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。

カ 医療との連携

(ア) 医療の未受診者について

医療の未受診者・治療中断者を医療機関に紹介する場合、事前に飯田医師会と協議、作成した紹介状等を使用します。

(イ) 治療中の方への対応

治療中の場合はかかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医との連絡方法、保健指導内容等詳細について医師会と相談の上、飯伊包括医療協議会で検討をしていきます。また、かかりつけ医、専門医との連携にあたっては医師会、飯伊包括医療協議会の決定に準じて行っていきます。

キ 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

医療の受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していきます。

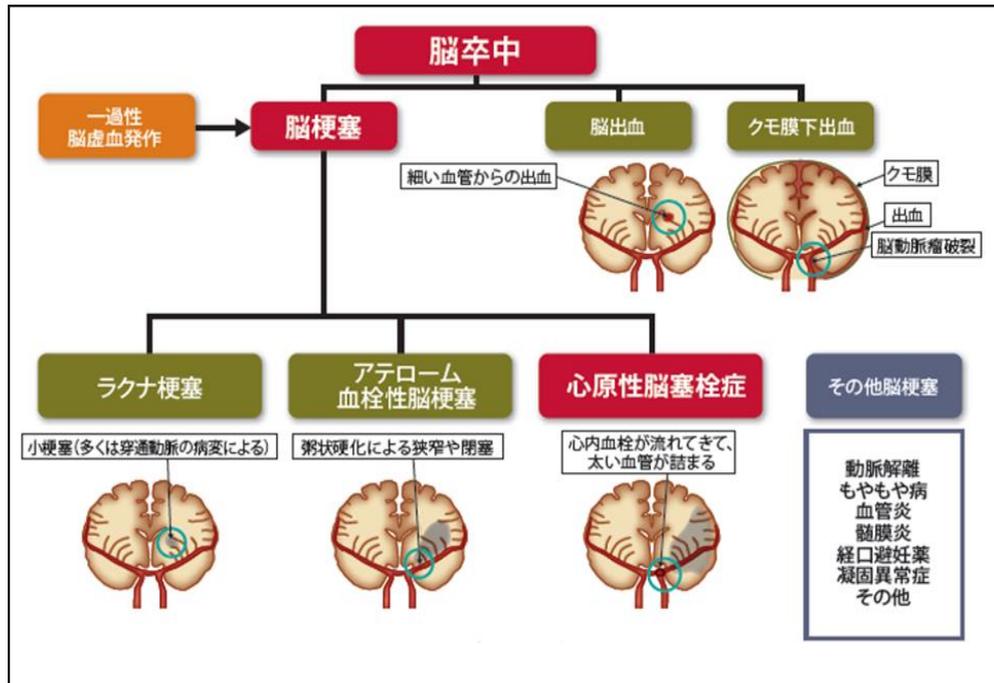
(2) 脳血管疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表特 17・18)

図表特 17 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言)



図表特 18 脳血管疾患とリスク因子

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	●							

イ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、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。

- ・ 個別面談により健診結果の説明、受診勧奨の実施
- ・ 3～4か月後レセプトを確認し、保健指導（電話・面談）の実施
- ・ 3～4か月後に医療未受診だった場合、6か月後に再度確認し保健指導の実施
- ・ 翌年度の健診受診勧奨の実施

(イ) 対象者の管理

a 高血圧者の管理

健診データから重症化予防対象者台帳を作成し、保健指導の進捗状況、レセプトで治療状況の確認をし、管理していきます。

b 心房細動の要精検者の管理

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、医療機関への受診を確認し、未受診の場合は再度受診勧奨を行います。

ウ 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携し支援します。

9 年間スケジュール

標準的な年間作業予定

	月	特定健診	特定保健指導
前年度	10	委託契約準備開始	
	11	計画の見直し	
	2	健診・保健指導の広報	
	3	委託契約 人間ドック受診券先行発行	
当該年度	4	対象者の抽出 健診実施通知、受診券の送付開始 人間ドックでの受診開始(3月まで)	
	5	特定健診（集団） ・各地区公民館等（8月上旬まで） 特定健診受診勧奨開始	
	6	特定健診（個別） ・特定健診実施医療機関（3月まで） 健診データ受取開始（5月頃まで）	個別（ドック）受診者特定保健指導 ・市役所、公民館等で面接又は訪問
	7		集団受診者特定保健指導開始 ・電話や通知で日程お知らせ ・各地区公民館等で面接又は訪問
	8		受診後フォロー開始 ・要医療者の受診勧奨 ・継続保健指導の実施
	9		
	10	秋の集団健診1会場	
	11	保健事業の現状分析	
	12		
	1		
	2	運営に関する協議会	
	3	予算案議決	
	次年度	5	費用決済（最終）
9		提出検査データ入力	保健指導データ入力
10		法定報告	
11		実施実績の分析と評価	

第3章 個人情報の保護

1 記録の保存方法

特定健診等の記録の保存については、国が定める標準形式での電子データで行うことを原則とし、カード式入室システムが設置されているサーバー室又は認証キーが必要な PC において保管します。また紙媒体や磁気媒体は最低でも5年以上は保存し、業務管理者である健康福祉部保健課長の判断により廃棄します。なお、電子データの保管管理等の業務の一部については、国保連による共同処理も行います。

2 取扱方法

- (1) 飯田市国保における個人情報の取扱いは、飯田市個人情報保護条例、同条例施行規則に基づいて行います。
- (2) 個人情報を含む電子情報については、電子計算機事務管理規則また飯田市情報セキュリティポリシーに基づき、その保護に必要な方策を講じます。
- (3) 特定健診・特定保健指導を委託する場合は、個人情報の保護に関する法律第20条に基づく安全管理措置を遵守させるなど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明記します。
- (4) 国民健康保険法には保険者の役職員について、高齢者の医療の確保に関する法律には特定健診・特定保健指導の受託者や指定法人等の職員等について、守秘義務や罰則に関して規定されています。

第4章 計画の公表・周知

1 計画の公表

飯田市ホームページに掲載します。

2 特定健診等の普及啓発

特定健診・特定保健指導の受診率等の向上を図るため、飯田市ホームページ及び広報いいたに掲載するほか、飯田エフエム放送等の活用もします。また、地域の関係機関、関係団体等を通じて啓発を図ります。

第5章 計画の評価及び見直し

1 評価

(1) 対象

事業の成果について評価を行います。具体的には次に掲げる指標に基づき評価を行います。

(2) 具体的な評価

ア 特定健診実施率

「特定健診受診者数」を「特定健診対象者数」で除する

イ 保健指導実施率

「当該年度の動機付け支援修了者数+当該年度の積極的支援修了者数」を「当該年度の健診受診者のうち、階層により動機付け支援の対象者数+積極的支援対象者数」で除する

ウ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者・予備群の減少率

「当該年度特定保健指導対象者数」を「平成20年度特定保健指導対象者数」で除する

エ 特定健診・特定保健指導の実施体制、実施方法等に関する評価

オ 生活習慣病の受診件数、医療費の動向による評価

カ 上記以外の保健指導の評価

2 見直しに対する考え方

この計画の健康推進面については実施報告時期である11月頃を目処に特定健診担当保健師が、保険事業面については国保係職員が9月頃に見直し作業を行い、保健課長が計画自体の見直しの必要性を判断します。

第6章 その他

1 地域包括ケアに係る取組

団塊の世代が全員75歳以上になる2025(平成37)年に備え、要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、被保険者が要介護に至る背景を分析し、それを踏まえて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、保健指導を実施します。

65歳以上では、BMIは基準を超えないが腹囲が基準値以上であるケースが増える傾向があり、筋肉量が減少する一方で内臓脂肪量が蓄積することが原因とされています。65歳以上の保健指導では、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるロコモティブシンドロームやフレイル等の予防や改善に着目した対策も考慮し運動等の保健指導を実施していきます。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、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は、各種団体・機関と連携を取りながら検討を進めていきます。

保健事業一覧

P 計画				D 実施	
長期目標	短期目標	事業名	対象者	保健事業内容	実施方法
脳血管疾患死亡率の減少、患者数の減少 糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 虚血性心疾患死亡率の減少、患者数の減少	特定健診受診率向上	【重点】 特定健診の啓発	特定健診対象者（40歳～74歳国保加入者）	①対象者への健診の受診勧奨 ②広報、HP、各地区での啓発活動等 ③受診しやすい健診体制の整備 ④健診の継続受診対策	①対象者全員へ受診勧奨通知送付 ・40歳受診勧奨はがき送付 ・集団健診終了後59歳以下の未受診者へ受診勧奨はがき送付（秋健診案内） ②啓発活動 ・広報いいた、HPに健診の内容等掲載 ・国保の個別通知（納税通知、保険証送付時）にお知らせを同封 ・各種事業等で啓発 ③午後健診、土曜日健診、秋健診の継続実施 ④健診の料金や検査項目の見直し（H30）
		【重点】 健診未受診で医療未受療者への対策	40～74歳国保加入者で健診3年未受診者のうち医療未受療者	対象者へ健診の受診勧奨	①対象者の抽出 ②対象者のうち、過去5年間で健診の受診歴がある者に対しては、健診の受診勧奨はがきを郵送 ③健診前に訪問や電話により受診勧奨及び受診しない理由の把握を行う ④1回目の受診勧奨時に「受ける」と回答したが、集団健診を未受診だった者へ電話等で再度勧奨を行う
		【重点】 診療における検査データの活用（医療機関との連携）	特定健診未受診者のうち治療中及び他機関で検査している者	①本人からの検査データの提出 ②医療機関からのデータ提出	①実施通知に提出のお願いを記載 ②各地区でデータ提出の啓発 ③飯田医師会へ協力依頼 ④地区担当保健師から医療機関へ依頼
	HbA1c8.4以上者の割合の減少	【重点】 糖尿病性腎症重症化予防			

詳細は、
「8 保健指導対象者の重点化
(1) 糖尿病性腎症重症化予防」

実施者	C 評価 (基準)				A 改善
	ストラクチャー 職員体制・予算・資源	プロセス 手順・活動状況	アウトプット 実施量	アウトカム 成果・改善	
保健師 事務職	①事務・専門職の不足はないか ②通知郵送費、消耗品費などの予算を確保できたか ③59歳以下の対象者抽出方法がわかりやすいか ④健診委託業者との話し合いにより問題なく健診が実施できたか	①はがきの通知内容、発送時期は良いか ②広報いいたやHPなどの啓発内容は良いか ③健診体制は適切か ④健診料金や検査項目は適切か	①健診の受診勧奨はがき送付数 ②啓発活動回数 ・ 広報いいた年3回以上 ・ HP (年度始め) ・ 国保通知 (納税通知、保険証送付時など年2回) ③集団健診単位 (特別枠) ・ 午後健診5単位 ・ 土曜日健診1単位 ・ 秋健診2単位	①40～50歳代の特定健診受診率 ②特定健診受診率	計画は毎年事業内容の目標達成状況等の評価を行い、計画及び目標の見直しを行います。
保健師 事務職	①電話や訪問を行う保健師の不足はないか ②通知郵送費、消耗品費などの予算を確保できたか ③対象者の抽出方法は分かりやすいか	①はがきの通知内容、発送時期は良いか ②訪問や電話の勧奨内容、時期は良いか	①健診の受診勧奨はがき送付数 ②健診の受診勧奨ができた割合50%以上 (家族への実施も含める) ③健診の受診勧奨時に受けないと答えた者の理由把握率100% ④再度健診の受診勧奨を行った人数	①健診未受診で医療機関の受診もしていない者の割合 ②特定健診受診率	
保健師 事務職	①事務・専門職の不足はないか ②通知郵送費、消耗品費などの予算を確保できたか	①健診実施通知内容は良いか ②啓発内容・方法は良いか ③医師会への依頼内容は適切か ④医療機関への依頼内容は適切か	①健診通知送付数 (対象者全員に送付) ②啓発実施地区数20地区 ③飯田医師会への協力依頼回数 ④依頼を行った医療機関数 ⑤データ提出数	特定健診受診率	
保健師 管理栄養士 歯科衛生士	①実施者一人当たりの対象者数は適切か、専門職の不足はないか ②保健指導に必要な物品、資料は購入できたか ③保健指導情報提供書の活用は適切か ④医師会への相談・報告はできたか ⑤長野県糖尿病対策推進会議への相談はできたか	①保健指導の内容は良いか ②保健指導に使う資料は良いか ③医療機関と連携できたか ④事例検討会の実施	①保健指導実施率90%以上 ②未受療者への精密検査受診勧奨数 (対象者全員に実施)	①医療機関 受療率 ②翌年度健診結果改善状況 ・ HbA1cの変化 ・ eGFRの変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m ³ 以上低下) ・ 尿蛋白の変化 ・ 服薬状況の変化 ③HbA1c8.4以上の者の割合	

P 計画				D 実施	
長期目標	短期目標	事業名	対象者	保健事業内容	実施方法
脳血管疾患死亡率の減少、患者数の減少 糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 虚血性心疾患死亡率の減少、患者数の減少	①高血圧Ⅱ度以上者の割合の減少 ②LDL-C180以上の男性の割合の減少	【重点】生活習慣病重症化予防事業	集団健診受診者で ①Ⅱ度以上高血圧 ②LDL-C180以上(男性) ③尿蛋白2+以上 ④eGFR49以下(69歳以下) eGFR39以下(70歳以上)	①健診結果をもとに保健指導の実施 ②受療状況確認 ③次年度の健診の受診勧奨	①重症所見者の抽出 ②初回保健指導、継続保健指導(1~2回)の実施 ③保健指導前にレセプト確認 1回は訪問又は面接で行う
	①特定保健指導実施率の維持 ②メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合の減少	特定保健指導	腹囲男性85cm以上、女性90cm以上 またはBMI25以上で、血圧・脂質・血糖の値がメタボの基準に該当した数と喫煙の有無や年齢により選定服薬中の方を除く	面接、電話等による支援 支援内容は食習慣、運動習慣、喫煙習慣などの行動計画を作成し、生活習慣を改善する行動を継続できるように支援を行い、6か月後に評価する	①動機づけ支援 初回時原則面接による支援 3~6か月後面接または電話等で実績評価 ②積極的支援 初回面接による支援 個別・電話等で定期的、継続的な支援 3~6か月後に面接、電話等で実績評価
	①高血圧Ⅰ度以上者の割合の減少(40~64歳) ②糖尿病有病者増加の抑制	健診結果保健指導	特定保健指導対象者以外の受診者	①予約制での相談会の設定(待ち時間短縮のため) ②健診結果をもとに個別相談 ③効果的な資料や展示の活用	①健診結果より郵送と個別相談の必要な方の振り分け、次の方に相談会実施のはがき送付 ・医療の受診勧奨該当者 ・生活改善が必要な方 ・治療中でもコントロール不良の方 ②各公民館等で個別相談 ③保健指導記録(経年で見られる物)を残す
	①高血圧Ⅱ度以上者の割合の減少 ②HbA1c6.5以上者増加の抑制 ③LDL-C160以上者の割合減少	精密検査受診勧奨	要精密検査者	①健診結果相談会で精密検査の必要性を説明 ②精密検査未受診者に再度受診勧奨 ③受診結果状況の把握	①結果相談会での個別相談 ②精密検査結果票での受診状況の把握 ③未受診者へ各地区保健師が電話等で受診勧奨 ④精密検査結果をまとめる

実施者	C 評価 (基準)				A 改善
	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	
	職員体制・予算・資源	手順・活動状況	実施量	成果・改善	
保健師 管理栄養士	①実施者一人当たりの対象者数は適切か。専門職の不足はないか。 ②保健指導に必要な物品、資料は購入できたか	①保健指導の内容は良いか ②保健指導に使う資料は良いか ③事例検討会の実施	①保健指導実施率90%以上 (訪問・対面で80%以上) ②医療機関受療率70%	①翌年度健診結果改善状況 ・ 血圧の変化 ・ LDL-Cの変化 ・ eGFRの変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m ³ 以上低下) ・ 尿蛋白の変化 ・ 服薬状況の変化 ②高血圧Ⅱ度以上者の割合 ③LDL-C180以上の男性の割合	計画は毎年事業内容の目標達成状況等の評価を行い、計画及び目標の見直しを行います。
保健師 管理栄養士 歯科衛生士	①保健指導専門職の不足はないか ②保健指導職員賃金、通知郵送費、消耗品費などの予算を確保できたか	①保健指導時期は良いか ②保健指導内容は良いか ③保健指導で提示する資料は適切だったか	保健指導実施率60.0%以上	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合	
保健師 栄養士 歯科衛生士	①保健指導専門職の不足はないか ②保健指導職員賃金、通知郵送費、消耗品費などの予算を確保できたか	①対象者の抽出方法は適切か ②保健指導時期は良いか ③保健指導内容は良いか ④保健指導に使用する資料は良いか	個別相談実施数	①高血圧Ⅰ度以上者の割合 ②HbA1c6.5以上者の割合	
保健師	①保健指導専門職の不足はないか	①受診勧奨方法は良いか ②受診勧奨時期は良いか	①精密検査未受診者への受診勧奨数 (対象者全員への実施) ②精密検査受診率65% (血圧、脂質、血糖、腎機能、心電図の項目)	①高血圧Ⅱ度以上者の割合 ②HbA1c6.5以上者の割合 ③LDL-C160以上者の割合	

用語集

- BMI … 「体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m)」で算出される体格指数。18.5以下は痩せ、25以上だと肥満。
- 中性脂肪 … 血中脂質の検査項目。食べ過ぎや飲みすぎ、肥満により高値となり、動脈硬化の発症・進行を促進する。
- HDL-C … 血中脂質の検査項目。過剰なコレステロールを肝臓に戻し、動脈硬化を予防する。俗称「善玉コレステロール」。値が低いと動脈硬化のリスクが高まる。
- LDL-C … 血中脂質の検査項目。量が多くなると血管の内側に付着し動脈硬化を進行させる。俗称「悪玉コレステロール」。
- AST (GOT) … 肝機能の検査項目。肝臓や心臓の異常で高値になる。
- ALT (GPT) … 肝機能の検査項目。肝臓の異常で高値になる。
- γ-GTP (γ-GT) … 肝機能の検査項目。アルコールによる肝障害の指標。肝臓や胆道の異常、肥満や脂肪肝でも高値になる。
- 血糖 … 血液中のブドウ糖のことを血糖という。血糖値が高い状態が続くと糖尿病と診断されます。
- HbA1c … 過去1～2か月の平均的な血糖の状態を調べることができる項目。糖尿病が疑われた時の検査として有効。
- 尿酸 … 腎臓から尿中に排泄される老廃物の一種。尿酸の過剰な状態を高尿酸血症といい、痛風を招き、全身の血管をいため、腎機能障害等を引き起こしやすくなる。
- 血清クレアチニン … 腎臓から尿中に排泄される老廃物の一種。腎機能が低下すると血液中に増加する。
- eGFR … 腎臓にどれくらいの老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪い。クレアチニン値と年齢と性別から計算する。
- 尿蛋白 … 尿に含まれる蛋白質。通常、尿に蛋白は排出されないが、腎臓に異常がある場合に出てくることがある。
- 尿潜血 … 尿に血が混じっている状態。腎臓から尿路のどこかで出血していると尿に出てくることがある。
- 尿糖 … 尿に含まれる糖。通常、尿に糖は排出されないが、血液中の糖分が高くなると排出される場合がある。
- 血色素 … 貧血の検査項目。血液中で酸素を運ぶ役割のあるたんぱく質の一種。少ないと貧血が疑われる。
- ヘマトクリット … 貧血の検査項目。血液中に占める血球の体積を示す数値。多ければ多血症や血管が詰まりやすい状態の可能性もある。
- 心電図検査 (12誘導心電図) … 心臓の活動を電流や電圧の変化でとらえ、心臓の動きが正常か確認する検査項目。
- 眼底検査 … 糖尿病性網膜症、高血圧性網膜症などの眼疾患あるいは合併症の重症化の進展を早期にチェックするための検査項目。

