第２期小諸市国民健康保険保健事業実施計画

（データヘルス計画）

中間評価

小諸市

目　　次.

事　　項	頁
Ⅰ．計画の中間評価について	2
（１）保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ	2
（２）中間評価について	2
（３）体制及び関係機関の連携	2
Ⅱ．目的目標についての評価	3
（１）課題と今後の取り組みについての評価	3
（２）目標達成に向けた事業計画 の評価	6
Ⅲ．計画の見直し	11
１．基本的事項	11
２．目的・目標の設定	11
（１）課題と今後の取り組み	11
（２）目標達成に向けた事業計画	13
３．特定健診・保健指導	18
４．その他の保健事業	22
（１）小諸市の地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組み	22
（２）健康づくり計画と連携して推進する保健事業	22
（３）重複受診者への適切な受診指導	23
（４）後発医薬品の使用促進	23
（５）医療費通知の実施	23
５．保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定	23
６．保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し	23
７．計画の公表・周知	23
８．個人情報の保護	23
９．その他計画策定にあたっての留意事項	24
資料	26
１．健康に関する現状と課題について	27
（１）地域の特性	27
（２）死亡に関する現状	29
（３）健康寿命・要介護状態に関する現状	34
（４）生活習慣病の重症化に関する現状	38
（５）生活習慣病に関する現状	39
（６）生活習慣病予備群に関すること	48
（７）生活習慣に関すること	51
（８）特定健診・特定保健指導の実施状況	52

Ⅰ．計画の中間評価について

（１）保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ

国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)は、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）※1（以下「国指針」という。）に基づき、特定健康診査の結果、レセプト、KDB システムの健康医療情報等の健康・医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画である。

小諸市では、「第１期小諸国民健康保険保健事業実施計画」（データヘルス計画）を平成 27 年度に、「第２期小諸国民健康保険保健事業実施計画」を平成 30 年度に策定し、計画に基づき保健事業を実施している。

「第２期小諸国民健康保険保健事業実施計画」は、「第３次小諸市健康づくり計画」、県の「第２期信州保健医療総合計画」等と計画期間を合わせ令和５年度までを計画期間とし、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に定められる特定健診・特定保健指導計画と一体的に策定し、その他の関係する計画と整合性を図るものとしている。

※1 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）
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）

① 国や県の計画

21 世紀における国民健康づくり運動（第２次健康日本２１）（平成 25 年～令和４年度）

第２期信州保健医療総合計画（平成 30 年度～令和５年度）

② 小諸市総合計画及び以下の分野別計画

第３次小諸市健康づくり計画「げんき小諸２１」（平成 30 年度～令和５年度）

小諸市第８期高齢者福祉計画第７期介護保険事業計画（令和 30 年度～令和２年度）

（２）中間評価につて

小諸市では、令和2年度に計画の中間評価として、レセプト、KDBシステムの健康医療情報等を活用して現状を把握し、実施事業のアウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーの目標値に対して評価を行い、必要な計画の見直しを行う。

期間中に策定する関連する「小諸市第９期高齢者福祉計画第８期介護保険事業計画」（令和３年度～令和５年度）についても整合性を図る。

（３）体制及び関係機関の連携

国保の担当課である市民課、特定健診・特定保健指導等の実施を担う健康づくり課、後期高齢者の保健事業を行う高齢福祉課と連携し、県の協力を得て中間評価を行う。なお、評価の及び、見直した計画については国保連合会、広域連合等と情報を共有し連携を図るほか、小諸市国保運営協議会にて有識者等の意見を得る。また、パブリックコメントを実施し、広く市民の意見を募集する。

Ⅱ．目的目標についての評価

（１）課題と今後の取り組みについての評価（表 32）　　達成：◎　未達成（改善）：○　悪化：×

	策定時現状	策定時課題	策定時の 目標及び目標値	R2 現状	中間 評価	追加する 課題
背景	○冬は寒冷な気候で、地形は坂が多い。マイカーで移動する人が多い。 ○就業人口では、国保は農業と小売りが多く、仕事時間が不規則であることや、農繁期農閑期によって運動や食事内容に差が大きいことが考えられる。	○健康づくり、運動に取り組みやすい環境づくりが必要				
不適切な生活習慣	○特定健診の受診率は、国を上回るが県と比較し低い。特に 40 代、50 代の 43.0%が、無医療で健診も未受診である。 ○特定健診の質問票では、男女ともに貧血の既往が多く、男性は週 2 回以上 1 回 30 分以上の運動の実施のない者が多い。女性は若い年代の喫煙と、20 代からの体重増加が多い。	○特に若年の未受診者へのアプローチが必要 ○食事バランスを整える指導、啓発が必要 ○運動習慣の定着に向けた取り組みが必要 ○喫煙の害、受動喫煙防止の指導、啓発、禁煙支援の取り組みが必要	○健診受診率の向上 →60%） ○40・50 代の無医療健診未受診者の減少（43.0%→37.5%（R1）） ○食事バランスが改善 健診受診者の高血糖と貧血既往の改善 （質問票） ○運動取り組み者の増加 ○喫煙率の低下	○健診受診率の向上(42.7%(R1) 特定健診の受診率は上昇してきたが県と比較すると低い。 （P26,表 21） ○40～50 代の無医療で健診未受診割合は減少している。(P27,表 22) ○特定健診の質問票では、男女ともに脂質異常の既往が多く、女性は 20 代からの体重増加が多い。男女ともに間食摂取ほとんどなしが多い。 (P25,表 20) ○男性は 1 回 30 分以上の運動の実施のない者の割合は減少したが、国・県より多い。(P25,表 20) ○女性の喫煙率は改善している。 （P25,表 20）	○ ◎ ◎ ◎ ◎	

	策定時現状	策定時課題	目標及び目標値	R2 現状	中間評価	追加する課題
生活習慣病予備群	○特定健診結果では、男女とも HbA1c 5.6%以上の高血糖が、国と比較し有意に多い。 ○メタボリックシンドロームの該当者が増加している。 ○特定保健指導終了率(H28 年度 35.6%)は、国は上回るが県と比較し低い。	○高血糖、メタボリックシンドローム該当者へ、生活習慣の見直しについての指導が必要	○特定保健指導終了率の向上 →60%	○特定保健指導終了率 46.1%(R1) (P27 表 24) ○特定健診結果では男女とも拡張期血圧 85 以上の者が国と比較し有意に多い。 (P22,表 15) ○女性では BMI25・腹囲 90 ㎝以上など肥満傾向の者が多い。 (P22,表 15)	○	○高値血圧、脂質高値、メタボリックシンドローム該当者へ、生活習慣の見直しについての指導が必要
生活習慣病	○外来医療費が低すぎると必要な者が医療を受けていないことも考えられるが、男女ともに国、県よりやや低いが、大差はない。後期になると男性は、国、県より高くなる。 ○男性は糖尿病、高血圧、筋・骨格疾患が高く、女性は筋・骨格疾患、がん、糖尿病、高血圧、脂質異常が高い。	○糖尿病、高血圧、脂質異常等の生活習慣病のハイリスク者への指導が必要。特に糖尿病のハイリスク者について主治医、専門医と連携し、ハイリスク者への受診指導や保健指導が必要	○ハイリスク者 ① 受診勧奨判定値 3.2%(H30) ② 糖尿病性腎症該当者率の減少 0.7%(H30) ○ハイリスク者①受診勧奨判定値②糖尿病性腎症未受診者の減少(受診率) ① 41.6%(H30) ② 62.5%(H30) ○生活習慣病保有率の減少 37.4%(H28)	○外来医療費では、男女ともに脂質異常、糖尿病が多く、更に女性では筋・骨格疾患が多い。(P14～21) ○ハイリスク者 ①受診勧奨判定値 3.1%(R1) ②糖尿病性腎症該当者率の減少 0.9%(R1) ○ハイリスク者①受診勧奨判定値②糖尿病性腎症未受診者(受診率) ① 44.6%(R1) ② 73.3%(R1) ○生活習慣病保有率 39.4%(R1)	× × ◎ ×	○筋・骨格を守るため、運動に関する事業の実施・健康づくり事業所との連携が必要 ○目標について、受診勧奨判定値の該当者と、糖尿病性腎症の標記がわかりにくいため、見直しでは分けて標記する必要がある。

	策定時現状	策定時 課題	目標及び目標値	R2 現状	中間 評価	追加する 課題
重症化	○入院医療費が、国、県と比較し低い。死亡率も低いので、重症化が抑えられている可能性がある。 ○入院では、男性は筋・骨格疾患が高い。女性は、糖尿病、心筋梗塞が高い。 ○後期高齢者医療では、男性の腎不全による透析が著しく高くレセプト件数も多い。うち、糖尿病性は 57.6%である。 ○高血糖者の次年度特定健診未受診（中断）の状況は県と比較し高く、HbA1c8.0%以上の41.0%が中断をしている(H26－27 年度)	○後期高齢者での透析が高く、透析者のうち半数が糖尿病性であること、受診者数は増加したが、高血糖者の未受診(中断含む)が高いことからも、壮年期からの指導および継続した対応が必要	○生活習慣病及び、筋・骨格疾患の入院医療費が増加しない ○男性の糖尿病合併による人工透析患者が増加しない 39 名（H29.5 月） ○高血糖(HbA1c8.0 以上）未治療者の減少 41%（H26-27） ○患者率の減少 虚血性心疾患 9.1%（H28） 脳血管疾患 15.1%（H28） 糖尿病性腎症 3.9%（H28）	○入院では、男性は糖尿病・筋・骨格疾患が高く、女性は筋・骨格疾患が高い。(P14-21) ○男性の糖尿病合併による人工透析患者 46 名(R2.5 月) (P12 表 9 P13 表 11) ○高血糖未治療者の次年度特定健診未受診率は県と比較して低く、受診率が上がっている。 25%(H30-R1) (P23、表 17) ○患者率の減少 虚血性心疾患 7.5%（R1） 脳血管疾患 14.7%（R1） 糖尿病性腎症 4.2%（R1）	◎ × ◎ ◎ ◎ ×	○筋･骨格疾患の入院が多いため、筋力を維持するための指導やフレイル予防について介護予防担当課と連携した指導･啓発が必要 ○透析者のうち半数が糖尿病性であることから、高血糖者の未受診(中断含む)が減少するよう、壮年期からの対応が必要
要介護状態・死亡	○標準化死亡比の総死亡は国より有意に低いが、男性は、長寿の長野県と比べるとやや高い。生活習慣病では急性心筋梗塞、脳梗塞が多い。 ○国と比較しやや不健康期間が長い長野県と比べ、男性の平均寿命はやや短く、女性の不健康期間はやや長い。 ○要介護原因疾患は、男性は脳血管疾患、女性は認知症、関節疾患が多い。	○脳梗塞発症時の早期発見、対応等について広く周知啓発が必要	○脳血管疾患標準化死亡比の減少 (H20-24) 男性：97.9 女性：101.9 ○心疾患標準化死亡比の減少(H20-24) 男性：115.9 女性：89.9 ○介護保険の新規申請に至る疾患のうち脳血管疾患の割合→減少 14.4%(H28) ○健康寿命の延伸	○生活習慣病標準化死亡比では、急性心筋梗塞、脳血管疾患が多い。 (P4 表 4) ○脳血管疾患標準化死亡比 (H25-29) 男性：105.7 女性：106.6 ○心疾患標準化死亡比(H25-29) 男性：105.4 女性：89.4 ○介護保険新規申請のうち脳血管疾患の割合 9.8%（R1） 要介護原因疾患割合は、男女とも認知症が増加している。 （P10、図 6）	× ◎ ◎	○脳梗塞発症時の早期発見・対応や心筋梗塞予防等について広く周知啓発が必要 ○介護保険の原因疾患割合が目標の設定として適節か検討が必要 ○健康寿命は、KDB を活用し、平均自立期間へ変更する。

（２）目標達成に向けた事業計画 の評価（表 33）

◆短期目標　受診率の向上

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇受診率 38.7% 15 位/19 市 (H28 年度法定報告) ◇保健推進員による啓発活動 62/68 地区 (H28 年度)	◇個別受診勧奨の実施 啓発活動 ◇保健推進員 ◇その他	◇「小諸市各種健診の申込み」状況から、個別の健診申し込み状況を把握する ◇啓発活動の場の検討	◇対象に併せた内容を検討し、全員に個別通知を送付する ①健診申込み者 →受診券を送付する ②40 歳未申込者 →マンガパンフレットを送付する ③職場健診受診者 →健診結果提出を依頼 ④健診申込みがある未受診 →電話勧奨、通知 ◇保健推進員による地区別受診勧奨の実施 ◇イベント等での啓発を実施	◇個別通知等の勧奨 →100% ◇受診勧奨 →全 68 地区において 1 回/年以上	受診率 60%
中　間　評　価					
◇受診率は向上しているものの目標に至らない。引き続き勧奨が必要である。	◇個別受診勧奨の実施	◇健康管理システムを利用し、個別健診を実施している。	◇勧奨をこまめに行うことで、特定健診についての認知度は広がっている。 ◇郵送物は、目に留まりやすい工夫が必要。	◇100%実施している。	受診率 42.7% 13 位/19 市 (R 元年度法定報告) (P26 表 27)

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇医療機関受診中 の未受診者率 40～59 歳 36.9% 60～74 歳 44.5% (H28 年度 KDB)	◇医師会への協力依頼	◇医師会と現状を共有し受診勧奨を依頼する。 また、毎年健診の実施方法を説明し健診水準を統一する。	◇年度当初の医師会にて現状を報告し、健診方法を説明する。 ◇医療機関受診中で健診未受診者数を医療機関ごとに集計し、該当医療機関に報告し受診勧奨を依頼する（10 月）	◇医師会への参加 →1 回/年以上 ◇集計、報告 →毎年実施	医療機関受診中の健診未受診者率→減少
中　間　評　価					
◇医療機関受診中の未受診者は増えている。医療機関にも協力を得ながら受診勧奨していくことが必要。	◇医師会への協力依頼	◇医師会と現状を共有し受診勧奨を依頼する。 また、毎年健診の実施方法を説明し健診水準を統一する。	◇医療機関ごとに生活習慣病で受診中の未受診者数を報告したが、集計に時間がかかり効率が悪い。簡便な方法で、共有の回数を増やした方が効果が高いと思われる。	◇計画通り実施した。	医療機関受診中の未受診者率 40～59 歳 52.8% 60～74 歳 64.3% (R1　KDB) (P27　表 22)

◆短期目標　40 代、50 代の医療受診無しかつ健診未受診者の減少

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇男性 49.6% 女性 37.4% (H28 年度 KDB) 40～59 歳 43.0% (H28 年度 KDB)	◇個別受診勧奨の実施	◇KDB を活用し対象者を抽出する ◇専門職の配置	◇個別訪問による受診勧奨の実施 ◇不在者は電話、手紙による勧奨を行う	◇対象者へのアプローチ→80%以上	男女ともに減少
中　間　評　価					
◇医療機関受診無しかつ健診未受診者率は増加は増加している。アプローチ方法の検討が必要。	◇個別受診勧奨の実施	◇計画通り実施した。	◇個別訪問を実施したが、不在者が多いため会うことができず、受診率の向上につながりにくかった。 ◇40 代 50 代の未受診者にスマホ de ドックを導入したが、参加者は少なかった。 ◇男女ともに未受診者が多いため、年代での率を比較としていく。	◇100％実施した。	40～59 歳 37.5% (R1　KDB) (P27、表 22)

◆短期目標　特定保健指導終了率の向上

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇特定保健指導終了率 35.6% 15 位/19 市 (H28 年度法定報告)	◇実施率の向上、中断者減少のため、訪問を中心とした保健指導の実施 ◇専門職の資質の向上	◇事業の具体的実施手順についてマニュアルを作成する。 ◇保健師、管理栄養士を配置し、検討会を概ね 1 回／月実施する	◇訪問を中心とした保健師・管理栄養士による保健指導を実施。訪問時不在者にはアンケート式通知にてアプローチする。 ◇スタッフへの研修会を実施	◇対象者へのアプローチ→100% ◇年 1 回以上	終了率 →60%
中　間　評　価					
◇受診率は向上しているものの目標に至らない。拒否や途中中断者が多く支援方法について検討が必要である。	◇実施率の向上、中断者減少のため、訪問を中心とした保健指導の実施 ◇専門職の資質の向上	◇事業の具体的実施手マニュアルを作成したことで、スタッフ間でのプロセスが、明確に共有できた。	◇個別訪問により初回面接が増え実施率が上がったが、R2 はコロナの影響で訪問が減少し、終了率が下がる見込み。 ◇保健指導は個別のメニューのみだったため、指導の内容が限定されていた。 連絡が取れない対象者に継続支援できるシステムが必要。 ◇スタッフへの研修では、具体的支援内容を保健指導に活かせた。	◇対象者へ何らかの形で 100％アプローチした。 ◇R2 は、コロナの影響で研修会は開催できなかったが、国保連等が開催する研修会には参加している。	終了率 46.1% 16 位/19 市 (R 元年度法定報告 (P27 表 24)

◆短期目標　生活習慣が改善する者の増加

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇血糖が高く、貧血の既往が多い (H28 年度特定健診質問票)	◇食事バランスおよび運動の大切さについての啓発・個別指導		◇個別・集団指導での食育 SAT 等を活用した栄養指導の実施 ◇ふーどまつりに栄養士がブースを設け栄養相談を実施 ◇広報、SNS 等での啓発活動	◇3 回/年以上 ◇1 回/年以上 ◇広報→1 回/年以上 ◇ホームページ→毎年更新	◇健診受診者の高血糖と貧血既往の改善
中　間　評　価					
◇脂質異常や体重増加の既往がある者が増加している。	◇食事バランスおよび運動の大切さについての啓発・個別指導		◇食育 SAT を活用した指導は、対象者に適正エネルギー量、栄養素の過不足わかりやすいと好評だった。 ふーどまつりの栄養相談は、他市町村参加者が多く、効率的でなかった。 ◇貧血・食事バランスについて、広報や SNS 等にて積極的に周知した。	◇計画通り実施した。	貧血の既往については、改善傾向にある

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇筋骨格疾患の医療費が高い(H28 標準化医療費) ◇連携できるウォーキングサークルが 2 か所 ◇週 2 回以上 1 回 30 分以上の運動の実施のない者が男性に多い。	◇運動の動機づけとなる事業実施 ◇ウォーキングサークルとの連携 新規立ち上げへの支援	◇課内で運動事業内容を検討する ◇運動事業担当者、担当課(スポーツ課、高齢福祉課等)と年度当初に検討を毎年実施	◇こもろ健幸マイレージ事業の導入 ◇現在実施をしているウォーキングサークルとのウォーキング講座の共同開催（2 か所） ◇新規ウォーキングサークルの設立に向けたウォーキング講座の開催 ◇既存ウォーキングサークルと打合わせ ◇健康づくり協力事業所との連携	◇事業参加数 →70 人以上 ◇年 1 回以上 ◇年 1 回以上 ◇年 1 回以上	◇終了者数 →40 人以上 ◇運動の取り組み者の増加 ◇サークル数 →維持 ◇新規発足または新規連携 →3 か所
中　間　評　価					
◇運動の実施のない者の割合は減少しているが、今後も運動習慣を促す取り組みが必要。	◇運動の動機づけとなる事業実施 ◇ウォーキングサークルとの連携 新規立ち上げへの支援	◇計画通り実施した。	◇地域のウォーキングサークルと連携し、講座を開催した。 健康づくり事業所と新規サークルを発足した。 ◇こもろ健幸マイレージにスマートフォン等を活用し個別のウォーキングを対象としたことで、参加者が増加した。	◇計画通り実施した。	終了者数 97 名(R3.2 月現在) 運動の取り組み者は増加した。(質問票) 連携サークル数　4 か所

◆短期目標　糖尿病性腎症の未治療者及びハイリスク者の減少

（健診結果が受診勧奨判定値以上の者及び糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者）

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇透析医療費は後期の男性で多い。	◇訪問を中心とした保健指導の実施 ◇未治療者への受診勧奨 ◇佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対象者への保健指導	◇糖尿病性腎症重症化予防については、佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って主治医と連携し実施する。 ◇佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った一連の実施・評価のための専任保健師を配置する。	◇月初めに 2 回/月対象者を抽出。医療受診勧奨と保健師・管理栄養士による保健指導を実施。約 3～6 か月後にレセプトにて受診状況を確認し、未受診者に対して再度受診勧奨をする。 ◇年度当初に医師会に参加し、事業状況の報告・意見交換を行う。 実施後、医師との連携が必要な者には、個人情報の同意を得て主治医に連絡票による情報提供を行う。 ◇佐久地域糖尿病性腎症重症化予防連絡会議に参加する。	◇未治療者への受診勧奨→100% ◇糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者で情報共有の同意が取れた者の連絡票による主治医連携→100%	◇慢性腎不全患者のうち糖尿病合併者の割合→減少 ◇糖尿病性腎症未受診者のうち受診した者の増加→50%以上 ◇受診勧奨判定値以上の未受診者のうち受診した者の増加 (健診受診後 6 か月で評価) →50%以上 ◇糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って保健指導を実施した者の次回健診時の改善率→20%
中　間　評　価					
◇男性の腎不全による透析の医療費や患者率が増加している。うち糖尿病性は約半数である。	◇訪問を中心とした保健指導の実施 ◇未治療者への受診勧奨 ◇佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対象者への保健指導	◇糖尿病性腎症重症化予防については、佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って実施した。 ◇糖尿病性腎症のプログラムに該当する対象者が、少人数であったため、保健師は兼任で実施できた	◇毎月定期的にそれぞれの対象者の抽出を行い、電話及び訪問で、受診勧奨をした。訪問の方が受診につながる率が高い。 未受診者には、2 回勧奨をしているため、効果を見るには、その後の受診状況の確認が必要。 ◇医師会との連携により、プログラムの実施について、医師の理解が得られた。	◇計画通り実施できた。 ◇糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者で、ハイリスクの対象者については、主治医の理解は得られたものの、対象者の同意が得られず、実績がない。	受診勧奨後の医療機関受診率は増加している。 受診勧奨者で、受診した者の改善の状況の把握ができていない。

◆短期目標　脳血管疾患及び急性心筋梗塞の重症化及び死亡の減少

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇脳梗塞の標準化死亡比 (国との比較) 男性 102.9 女性 100.5 ※H20～24 年	◇啓発活動 脳梗塞の予防・早期発見・対応方法等	◇啓発活動の場の検討を年度当初に行う ◇関係課（高齢福祉課）と年度当初に事業連携について検討会を毎年実施	◇脳梗塞の予防および発症時の症状・対応策について集団指導で啓発する（個別健診結果説明会等）	◇1 回/年以上 ◇広報→1 回/年以上 ◇ホームページ→毎年更新	◇死亡率の低下→国と比較して減 ◇介護保険申請に至る脳血管疾患の割合→減少
中　間　評　価					
◇急性心筋梗塞の標準化死亡比が高くなっている。	◇啓発活動脳梗塞の予防・早期発見・対応方法等	◇計画どおり実施した。	◇脳梗塞について集団・個別結果説明会にて集団指導を実施した。併せて広報や SNS でも啓発を行った。	◇計画通り実施した。	◇脳梗塞の標準化死亡は、男性は下がったが女性は高くなっている。 ◇介護保険申請に至る脳血管疾患の割合は減少している。

Ⅲ．計画の見直し

中間評価の結果、計画を以下の通り見直す。追加及び修正する文は下線を付けて表示する。

１．基本的事項

（省　略）

２．目的・目標の設定

（１）課題と今後の取り組み（表 32）

	現状	課題	目標及び目標値
背景	○冬は寒冷な気候で、地形は坂が多い。マイカーで移動する人が多い。 ○就業人口では、国保は農業と小売りが多く、仕事時間が不規則であることや、農繁期農閑期によって運動や食事内容に差が大きいことが考えられる。	○健康づくり、運動に取り組みやすい環境づくりが必要	
不適切な生活習慣	○特定健診の受診率は、国を上回るが県と比較し低い。特に 40 代、50 代の 43.0%が、無医療で健診も未受診である。 ○特定健診の質問票では、男女ともに貧血の既往が多く、男性は週 2 回以上 1 回 30 分以上の運動の実施のない者が多い。女性は若い年代の喫煙と、20 代からの体重増加が多い。 ○特定健診の質問票では、男女ともに脂質異常の既往が多く、女性は 20 代からの体重増加が多い。男女ともに間食摂取ほとんどなしが多い。 男性は 1 回 30 分以上の運動の実施のない者の割合は減少したが、国・県より多い。 （P25,表 20）	○特に若年の未受診者へのアプローチが必要 ○食事バランスを整える指導、啓発が必要 ○喫煙の害、受動喫煙防止の指導、啓発、禁煙支援の取り組みが必要 ○運動習慣の定着に向けた取り組みが必要	○健診受診率の向上 （42.7%（R1）→60%） ○40・50 代の無医療健診未受診者の減少 （43.0%（H28）） （37.5%（R1）） ○食事バランスが改善 健診受診者の高血糖と貧血既往の改善 ○運動取り組み者の増加 ○喫煙率の低下
生活習慣病予備群	○特定健診結果では、男女とも HbA1c 5.6%以上の高血糖が、国と比較し有意に多い。 ○メタボリックシンドロームの該当者が増加している。 ○特定保健指導終了率（H28 年度 35.6%）は、国は上回るが県と比較し低い。 ○特定健診結果（P22,表 15）では男女とも拡張期血圧 85 以上の者が国と比較し有意に多い。 ○女性では BMI25・腹囲 90 ㎝以上など肥満傾向の者が多い。 ○特定保健指導終了率 46.1%（R1） （P27,表 24）	○高血糖、メタボリックシンドローム該当者へ、生活習慣の見直しについての指導が必要 ○高値血圧、脂質高値、メタボリックシンドローム該当者へ、生活習慣の見直しについての指導が必要	○高値血圧の者の減少 ○脂質高値の者の減少 ○特定保健指導終了率の向上 46.1%（R1）→60%

	現状	課題	目標及び目標値
生活習慣病	○外来医療費が低すぎると必要な者が医療を受けていないことも考えられるが、男女ともに国、県よりやや低いが、大差はない。後期になると男性は、国、県より高くなる。 ○男性は糖尿病、高血圧、筋・骨格疾患が高く、女性は筋・骨格疾患、がん、糖尿病、高血圧、脂質異常が高い。 ○外来では、男女ともに脂質異常、糖尿病が多く、更に女性では筋・骨格疾患が多い。 （P14～21）	○糖尿病、高血圧、脂質異常等の生活習慣病のハイリスク者への指導が必要。特に糖尿病のハイリスク者について主治医、専門医と連携し、ハイリスク者への受診指導や保健指導が必要 ○筋・骨格を守るため、運動に関する事業の実施・健康づくり事業所との連携が必要	○①受診勧奨判定値②糖尿病性腎症該当者率の減少 ① 3.2%（H30） 3.1%（R1） ② 0.7%（H30） 0.9%（R1） ○①受診勧奨判定値②糖尿病性腎症未受診者の減少 （受診率） ① 41.6%（H30） 44.6%（R1） ② 62.5%（H30） 73.3%（R1） ○生活習慣病保有率の減少 37.4%（H28） 39.4%（R1）
要介護状態・死亡	○標準化死亡比の総死亡は国より有意に低いが、男性は、長寿の長野県と比べるとやや高い。生活習慣病では急性心筋梗塞、脳梗塞が多い。 ○国と比較しやや不健康期間が長い長野県と比べ、男性の平均寿命はやや短く、女性の不健康期間はやや長い。 ○要介護原因疾患は、男性は脳血管疾患、女性は認知症、関節疾患が多い。 ○標準化死亡比の総死亡については変化はないが、生活習慣病では、急性心筋梗塞、脳血管疾患が多い。 （P4、表 4） ○県と比較し男性の平均自立期間がやや短く、男女とも不健康期間は短い。 （P8、表 5） ○要介護原因疾患は、男女とも認知症が多い。（P10、図 6）	○脳梗塞発症時の早期発見、対応等について広く周知啓発が必要 ○脳梗塞発症時の早期発見・対応や心筋梗塞予防等について広く周知啓発が必要	○脳血管疾患標準化死亡比の減少 男性：97.9（H20-24） 105.7（H25-29） 女性：101.9（H20-24） 106.6（H25-29） ○介護保険の新規申請に至る疾患のうち脳血管疾患の割合→減少 ○心疾患標準化死亡比の減少 男性：115.9（H20-24） 105.4（H25-29） 女性：89.9（H20-24） 89.4（H25-29） ○平均自立期間の延伸 80.43 歳（R5） 男性：79.3 歳（H28） 80.43 歳（R1） 女性：83.4 歳（H28） 86.15 歳（R1）

（２）目標達成に向けた事業計画　（表 33）

※計画に基づき、年度末に評価を行う。

◆短期目標　受診率の向上

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
受診率 38.7% 15 位/19 市 (H28 年度法定報告)	個別受診勧奨の実施	◇「小諸市各種健診の申込み」状況から、個別の健診申し込み状況を把握する	◇対象に併せた内容を検討し、全員に個別通知を送付する ①健診申込み者 →受診券を送付する ②40 歳未申込者 →マンガパンフレットを送付する ③職場健診受診者 →健診結果提出を依頼 ④健診申込みがある未受診 →電話勧奨、通知 ⑤健診未申込者 →勧奨チラシと受診券を送付する ② 医療機関に定期受診者 →健診受診又はみなし健診の案内チラシを送付する	◇個別通知等の勧奨 →100%	受診率 60%
保健推進員による啓発活動 62/68 地区 (H28 年度)	啓発活動 ◇保健推進員 ◇その他	◇啓発活動の場の検討	◇保健推進員による地区別受診勧奨の実施 ◇イベント等での啓発を実施	◇受診勧奨 →全 68 地区において 1 回/年以上	
医療機関受診中の未受診者率 40～59 歳 36.9% 60～74 歳 44.5% (H28 年度 KDB) (追加) 医療機関受診中の未受診者率 40～59 歳 52.8% 60～74 歳 64.3% (R 元年度 KDB) （P27、③）	医師会への協力依頼	◇医師会と現状を共有し受診勧奨を依頼する。また、毎年健診の実施方法を説明し健診水準を統一する。	◇年度当初の医師会にて現状を報告し、健診方法を説明する。 ◇健診受診状況等を医療機関に報告し受診勧奨を依頼する	◇医師会への参加 →1 回/年以上 ◇医療機関への依頼 1 医療機関につき 2 回/年実施	医療機関受診中の健診未受診者率 →減少

◆短期目標　40 代、50 代の医療受診無しかつ健診未受診者の減少

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
医療機関受診中の未受診者率 男性 49.6% 女性 37.4% 40～59 歳 43.0% (H28 年度 KDB) 40～59 歳 37.5% (R 元年度 KDB) （P27、表 22）	個別受診勧奨の実施	◇KDB を活用し対象者を抽出する ◇専門職の配置	◇はがきによる受診勧奨を行う	◇個別勧奨 →100%	◇40 代、50 代の医療受診無しかつ健診未受診者の減少

◆短期目標　特定保健指導終了率の向上

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
特定保健指導終了率 35.6% 15 位/19 市 (H28 年度法定報告) 終了率 46.1% 16 位/19 市 (R 元年度法定報告(P27､表 24)	◇実施率の向上、中断者減少のため、訪問を中心とした保健指導の実施 ◇専門職の資質の向上 ◇対象者への情報提供 ◇定期的な小集団の保健指導を実施	◇事業の具体的実施手順についてマニュアルを作成する。 ◇保健師、管理栄養士を配置し、検討会を概ね 1 回／月実施する。	◇訪問を中心とした保健師・管理栄養士による保健指導を実施。訪問時不在者にはアンケート式通知にてアプローチする。 ◇スタッフへの研修会を実施 ◇健康通信を郵送し、情報提供及び状況確認を行う ◇結果説明会の実施に合わせ特定保健指導を実施	◇対象者へのアプローチ →100% ◇年 1 回以上 ◇積極的支援対象者で指導希望の者に対して通信を 3 回郵送 ◇年 5 回以上	終了率 →60%

◆短期目標　生活習慣が改善する者の増加

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇血糖が高く、貧血の既往が多い (H28 年度特定健診質問票) （追加） ◇男女ともに脂質異常の既往が多く、女性は 20 代からの体重増加が多い(R1 年度特定健診質問票) （P25、表 20）	◇食事バランスおよび運動の大切さについての啓発・個別指導		◇個別・集団指導での食育 SAT 等を活用した栄養指導の実施 ◇広報､SNS 等での啓発活動	◇~~3 回~~ 5 回/年以上 ◇広報→1 回/年以上 ◇ホームページ→毎年更新	◇健診受診者の高血糖と貧血既往の改善 ◇LDL コレステロール高値の改善 ◇体重増加、腹囲、BMI 基準値以上の者の減少
◇筋骨格疾患の医療費が高い (H28 年度標準化医療費) ◇入院の筋・骨格疾患の医療費が高い (R1 年度標準化医療費) （P14～21） ◇連携できるウォーキングサークルが、4 か所 ◇週 2 回以上 1 回 30 分以上の運動の実施のない者が男性に多い。	◇運動の動機づけとなる事業の実施 ◇ウォーキングサークルとの連携及び新規立ち上げへの支援	◇課内で運動事業内容を検討する ◇運動事業担当者、担当課(スポーツ課、高齢福祉課等)と年度当初に検討を毎年実施	◇こもろ健幸マイレージ事業の導入 ◇現在実施をしているウォーキングサークルとのウォーキング講座の共同開催（2 か所） ◇新規ウォーキングサークルの設立に向けたウォーキング講座の開催 ◇既存ウォーキングサークルと打合わせ ◇健康づくり協力事業所との連携 ◇こもろ健幸マイレージのウォーキングアプリを開発し普及する	◇事業参加数→70 人以上 ◇年 1 回以上 ◇年 1 回以上 ◇年 1 回以上	◇終了者数→100 人以上 ◇運動の取り組み者の増加 ◇サークル数→維持 ◇新規発足または新規連携→5 か所

◆短期目標　糖尿病性腎症の未治療者及びハイリスク者の減少

（健診結果が受診勧奨判定値以上の者及び糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者）

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇透析医療費は後期の男性で多い。 ◇国保透析患者率 0.2%→0.3% (KDB 市町村別データ) （P12、表 10） ◇糖尿病を合併している慢性腎不全は 国保 53.6%→41.9% 後期 57.6%→55.2% (KDB 厚生労働省様式) （P13、表 11）	◇訪問を中心とした保健指導の実施 ◇未治療者への受診勧奨 ◇佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対象者への保健指導	◇糖尿病性腎症重症化予防については、佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って主治医と連携し実施する。 ◇受診勧奨判定値以上の者への保健指導は標準的な健診・保健指導プログラムに沿って実施する。 ◇進捗管理をするための対象者リストを作成。	◇2 回/月対象者を抽出。医療受診勧奨と保健師・管理栄養士による保健指導を実施。約 3 カ月後にレセプトにて受診状況を確認し、未受診者に対して再度受診勧奨をする。2 回受診勧奨後、3 か月の時点で評価する。 ◇年度当初に医師会に参加し、事業状況の報告・意見交換を行う。 実施後、医師との連携が必要な者には、個人情報の同意を得て主治医に連絡票による情報提供を行う。 ◇佐久地域糖尿病性腎症重症化予防連絡会議に参加する。 ◇対象者リストを作成し、進捗状況を記録する。	◇未治療者への受診勧奨→100% ◇糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者で情報共有の同意が取れた者の連絡票による主治医連携→100%	◇慢性腎不全患者のうち糖尿病合併者の割合→減少 ◇糖尿病性腎症未受診者のうち受診した者の増加→50％以上 ◇受診勧奨判定値以上の未受診者のうち受診した者の増加 →50%以上 ◇受診勧奨後、受診した者の翌年の eGFR の低下率が悪化した者の減少 ◇受診した者のうちハイリスクに該当した者の翌年の eGFR の低下率が悪化した者の減少

◆短期目標　脳血管疾患及び急性心筋梗塞の重症化及び死亡の減少

現　状	事業内容	評価項目			
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム (R5 年度)
◇脳梗塞の標準化死亡比 (国との比較) 男性 102.9 女性 100.5 ※H20～24 年 ◇脳血管疾患の標準化死亡比 (国との比較) （P4、表 4） 男性 105.7 女性 106.6 ◇急性心筋梗塞の標準化死亡比 (国との比較) （P4、表 4） 男性 145.4 女性 139.5 ※H25～29 年 ◇介護保険新規申請に至る主な疾患で、脳血管疾患が増加している。14.4% (H28 年度)	◇啓発活動 脳梗塞の予防・早期発見・対応方法等	◇啓発活動の場の検討を年度当初に行う ◇関係課（高齢福祉課）と年度当初に事業連携について検討会を毎年実施	◇脳梗塞の予防および発症時の症状・対応策について集団指導で啓発する(個別健診結果説明会等) ◇脳血管疾患及び急性心筋梗塞予防のため、ヒートショックについて広報等で啓発を行う。	◇1 回/年以上 ◇広報→1 回/年以上 ◇ホームページ→毎年更新	◇標準化死亡比の低下 →国と比較して減 ◇介護保険申請に至る脳血管疾患の割合 →減少 ◇脳血管疾患及び心筋梗塞による標準化死亡比の減少

３．特定健診・保健指導

１）対象者数（推計）

①目標値（表 34）

（%）

	2018(H30)年度	2019(R1)年度	2020(R2)年度	2021(R3)年度	2022(R4)年度	2023(R5)年度
特定健康診査の実施率	40	45	50	55	60	60
実績	44.8	42.7				
評価	◎	×				
特定保健指導の実施率	40	45	50	55	60	60
実績	48.8	46.1				
評価	◎	◎				

②特定健診推計対象者数（表 35）

（人）

	2018(H30)年度	2019(R1)年度	2020(R2)年度	2021(R3)年度	2022(R4)年度	2023(R5)年度
40～44 歳	578	565	551	525	497	470
45～49 歳	593	599	605	595	583	570
50～54 歳	512	515	518	528	530	547
55～59 歳	666	661	655	656	656	659
60～64 歳	1,192	1,151	1,110	1,103	1,094	1,086
65～69 歳	2,529	2,379	2,227	2,148	2,072	1,994
70～74 歳	2,413	2,557	2,704	2,630	2,552	2,474
計	8,483	8,427	8,370	8,185	7,990	7,800
目標受診者数	3,393	3,792	4,185	4,502	4,794	5,070

③特定保健指導推計対象者数（表 36）

（人）

	2018(H30)年度	2019(R1)年度	2020(R2)年度	2021(R3)年度	2022(R4)年度	2023(R5)年度
推計対象者数	355	397	438	471	501	530
実績	284	296				
推計実施者数	142	179	219	259	301	318
実績	142	131				

２）特定健診の実施方法（表 37）

①特定健診実施内容

	個別健診	集団健診
実施場所	市内医療機関（19 医療機関　H29 年度現在）	保健センター・公民館等
実施期間	７～12 月	11～12 月、1 月

実施項目（改正項目に＊）　●必須項目　○追加項目　□詳細な健診

	健診項目	個別健診	集団健診
診察	既往歴	●	●
	（うち服薬歴）	●	●
	（うち禁煙歴）	●	●
	自覚症状	●	●
	他覚症状	●	●
	その他	○	○
身体計測	身長	●	●
	体重	●	●
	腹囲	●	●
	BMI	●	●
	血圧	●	●
肝機能検査	GOT(AST)	●	●
	GPT(ALT)	●	●
	GTP（γ-GT)	●	●
	コリンエステラーゼ		○
	アルカリホスファターゼ（ALP)	○	○
	総ビリルビン	○	○
	総蛋白	○	○
	LD(LDH)		○
	アルブミン		○
	カルシウム		○
	無機リン		○
血中脂質検査	中性脂肪	●	●
	HDL コレステロール	●	●
	LDL コレステロール	●	●
	総コレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	随時血糖	●	●
	HbA1c	●	●
尿検査	尿糖	●	●
	尿蛋白	●	●
	尿潜血	○	○

血液学検査	ヘマトクリット値	○（□）	○（□）
	血色素（ヘモグロビン）	○（□）	○（□）
	赤血球数	○（□）	○（□）
	白血球	○	○
	血小板	○	○
	MCV		○
	血清鉄		○
腎機能	血清クレアチニン検査（e-GFR）	○（□）	○（□）
	尿酸	○	○
	尿素窒素		○
	心電図	□	□
	眼底検査	□	□

「詳細な健診」判定基準

1 心電図

当該年度の健診結果において、収縮期血圧　140mmHg 以上もしくは、拡張期血圧 90mmHg 以上の者　または、問診等において不整脈が疑われる者

2 眼底検査

当該年度の健診結果において、血圧、血糖がいずれかの基準に該当したもの

血圧：収縮期血圧　140mmHg 以上 または　拡張期血圧 90mmHg 以上

血糖：空腹時血糖　126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP）6.5%以上、随時血糖 126 mg/dl 以上

3 貧血検査

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

4 血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果において、血圧、血糖がいずれかの基準に該当した者

血圧：収縮期血圧　130mmHg 以上、拡張期血圧　85mmHg 以上

血糖：空腹時血糖　100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP）5.6%以上、随時血糖 100 mg/dl 以上

周知・案内	＜個別勧奨＞ 通知：実態把握、受診券の個別送付、未受診者への通知 訪問：対象者を選定した個別対応 ＜集団への周知＞ 広報こもろ、ホームページ等
データ授受	資料 P43 のとおり
事業者健診データ受領	こもろ医療センターと契約し、7 月頃に前年度分の健診データを受領
医療受診者のデータ受領	受領票：小諸北佐久医師会・佐久医師会と契約をし、紙面で受領 人間ドック：佐久総合・浅間総合・こもろ医療センターと契約し、毎月データを受領、前述３病院以外の人間ドックは結果を紙面で受領
実施体制	市民課　国保年金係：委託契約、請求事務、事業計画の策定、報告、国保連合会、国保運営協議会との連携 健康づくり課　健康支援係：健診・保健指導の実施

②特定健診年間スケジュール（表 38）

月	内　容	担当課
3 月	健診申込書の送付（世帯宛）	健康づくり課
6 月	受診券の個別送付（全員） 医師会への協力依頼、契約	健康づくり課 市民課
7 月～12 月	個別特定健診実施	健康づくり課
9 月	強化月間 職場健診の結果提出依頼	健康づくり課、市民課 〃
10 月	集団特定健診問診票の送付 未受診者への再受診勧奨(ハガキ) 次年度計画の検討	健康づくり課 〃 〃　　、市民課
11 月、12 月、1 月	集団特定健診の実施	健康づくり課

３）特定保健指導実施方法（表 39）

実施場所	自宅(訪問)、面接・電話(市役所)
実施内容	訪問、面接、電話、通知、教室において保健指導実施
実施期間	通年
周知・案内	＜個別＞ 通知　健診結果郵送時案内 電話　保健指導勧奨、実施 訪問　保健指導実施 ＜集団＞ 集団特定健診報告会時に案内、実施
実施体制	市民課　国保年金係：人間ドック保健指導委託契約、請求事務、事業計画の策定、報告、国保連合会、国保運営協議会との連携 健康づくり課　健康支援係：保健指導の実務業務の実施（管理栄養士、保健師）対象者抽出、結果入力(事務)、評価、事業計画策定
年間スケジュール	＜保健指導スケジュール＞ 健診結果の通知に併せ保健指導勧奨を通知→個別訪問等による初回保健指導→3 か月後評価 ＜結果報告会の実施＞ 個別特定健診対象者　9 月、11 月、1 月→10 月、12 月、1 月、2 月 集団特定健診対象者　12 月、3 月

４）連携する地域資源

・医師会、薬剤師会、保健推進員会、図書館などと連携して、特定健診の受診を啓発していく。
・佐久保健所、主治医、専門医等と連携し、重症化予防対策を進める。
・保健推進員会、生涯学習課、公民館、図書館等と連携し、運動習慣の定着等生活習慣の改善に向け、啓発を行う。

４．その他の保健事業

（１）小諸市の地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組み

・「健康寿命」の延伸を図り、高齢者が生きがいを持って住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域包括ケアシステムを推進していく中で、地域での主体的な介護予防を推進することにより高齢者の社会参加を促し、社会全体で支え合う地域づくりを進めていく。また、地域ケア会議を有効に活用しつつ、在宅医療・介護連携、認知症施策、生活支援・介護予防サービスの基盤整備、保健事業と介護予防の一体的実施、生活習慣病予防を含めたフレイル予防に重点的に取り組む。

・市民が安心して妊娠・出産・育児ができるよう、母子健康包括支援センターをH29 年度に設置した。健やかな子どもの育ちに向け、庁内や関係機関と連携を図りながら、切れ目のない支援を行う。

・障がいがあっても地域で自分らしい暮らしができることをめざし、H29 年度に地域活動支援センターが設置された。それぞれが願う生活に向け、庁内や医療機関、障がい福祉事業者等の関係機関と連携し、きめ細かい自立に向けた支援を行うとともに、偏見や差別のない、支え合える地域づくりを進めていく。

・国保部門からも地域ケア推進会議に参加して、情報共有や課題の検討を行い、地域包括ケアの視点を持ち保健事業を実施する。特定健診、特定保健指導等国保保健事業の対象者で介護予防や総合相談が必要な者は、高齢福祉課や地域包括支援センターにつなぎ、関係者で連携を強化する。自主的な健康づくり組織への健康づくりに役立つデータの情報提供や国保保健事業対象者への自主的な健康づくり組織活動の紹介など、関係課と連携し支え合う地域づくりに取り組む。

（２）健康づくり計画と連携して推進する保健事業

１）がん対策

がん検診を受け、早期発見、早期治療につなげ重症化が予防できるよう、受診しやすい検診体制の構築や精度管理に努めるとともに、広く受診啓発を行う。

２）ＣＯＰＤ

妊娠、出産を機会に家族ぐるみの禁煙支援や、受動喫煙の防止の啓発を行う。小中学校に働きかけ、たばこの害を周知する。

３）歯の健康

現在実施している節目年齢の市民や妊婦を対象に歯周病検診の受診勧奨に努め、受診者を増やす。歯周病が生活習慣病と大きく関連していることについて啓発を行い、歯周病予防を推進する。

保育園等にフッ化物洗口を導入し、子どものう歯予防に努める。

４）子どもの生活習慣病予防

予防を目標とする疾患である脳梗塞、糖尿病等は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通して見られる生活習慣は食や生活リズム、運動習慣などである。子どもの頃からの好ましい生活習慣の形成が将来の生活習慣病予防につながるため、「げんき小諸２１」の推進の中で生活習慣病予防を意識した母子保健事業を進める。

（３）重複受診者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

（４）後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

（５）医療費通知の実施

被保険者が医療費の実態を理解するため、また医療費の適正化を図るため医療費通知を行う。

５．保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定

事業実施計画の評価項目に基づいて、年度末に評価を実施する。受診率・健診結果及び医療の動向等必要なデータは、KDB の活用や、県、国保連等との情報共有から把握する。それらのデータをもとに、計画の中間年度である令和２年度に評価を行う。また、最終年度となる令和５年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行う。

６．保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し

保健事業実施計画は、年度ごとの評価に基づき、PDCA に沿って見直しを行う。計画全体の見直しは、終了年度及び必要時実施する。また、計画の進捗及び評価については小諸市国保運営協議会で審議するほか、適宜県及び国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会等の指導助言を受けるものとする。

７．計画の公表・周知

策定した計画は、市のホームページに掲載するなど広く周知する。

８．個人情報の保護

個人情報については、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン（平成 16 年厚生労働省）」、「小諸市個人情報保護条例（平成 11 年小諸市条例第２号）」、「小諸市情報セキュリティーポリシー」に基づき管理する。

また、特定健康診査及び特定保健指導のほか業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるものとする。

９．その他計画策定にあたっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者(国保、衛生、介護部門等)が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設ける。

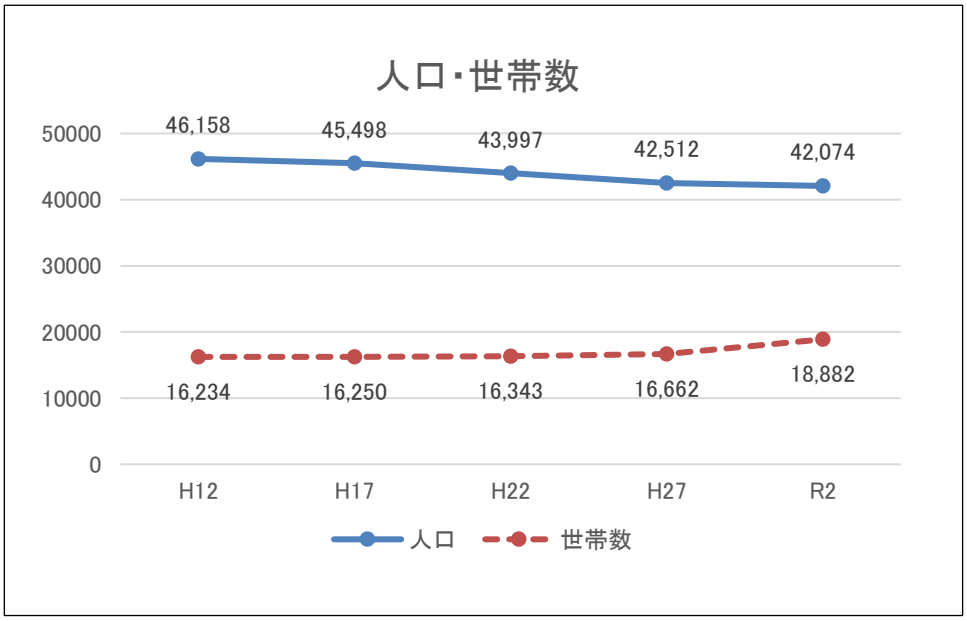
資　　料

１．健康に関する現状と課題について

（１）地域の特性

１）人口と世帯数の推移

人口・世帯数（図 1）



	人口	世帯数
2015（H27）年度	42,512	16,662
2020（R2）年度	42,074	18,882

２）高齢化率

年次別高齢化率（表 1）　　住民基本台帳（各年４月１日 外国人登録を含む）

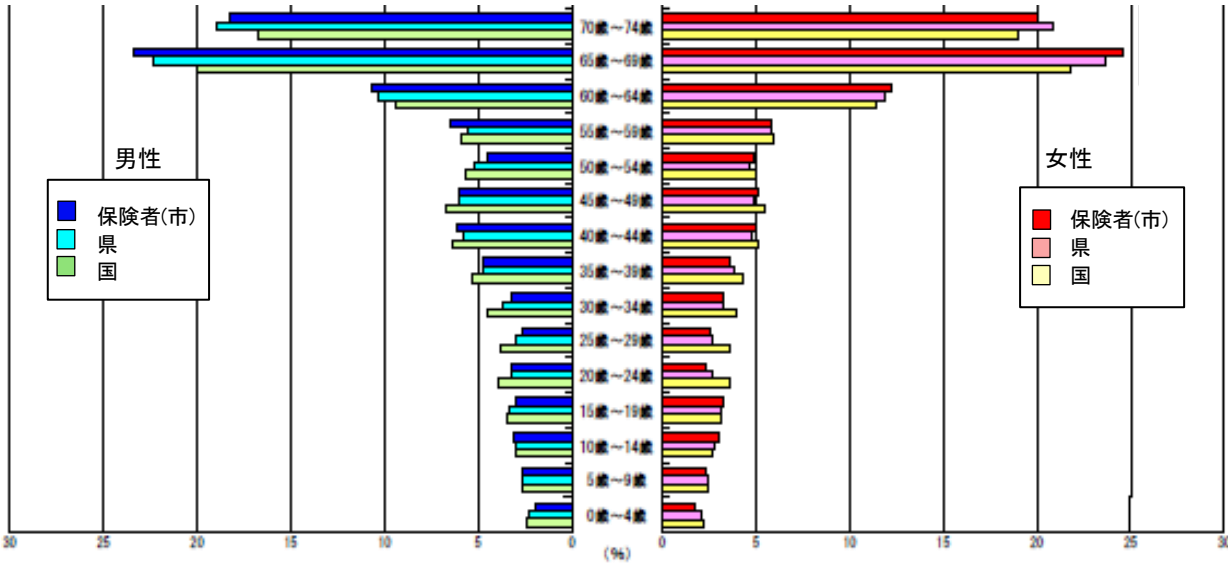
（%）

	2016(H28)	2017(H29)	2018(H30)	2019(R1)	2020(R2)
市	30.1	30.6	31.2	31.7	32.2
県	30.7	31.1	31.5	31.9	
国	27.3	27.7	28.1	28.4	

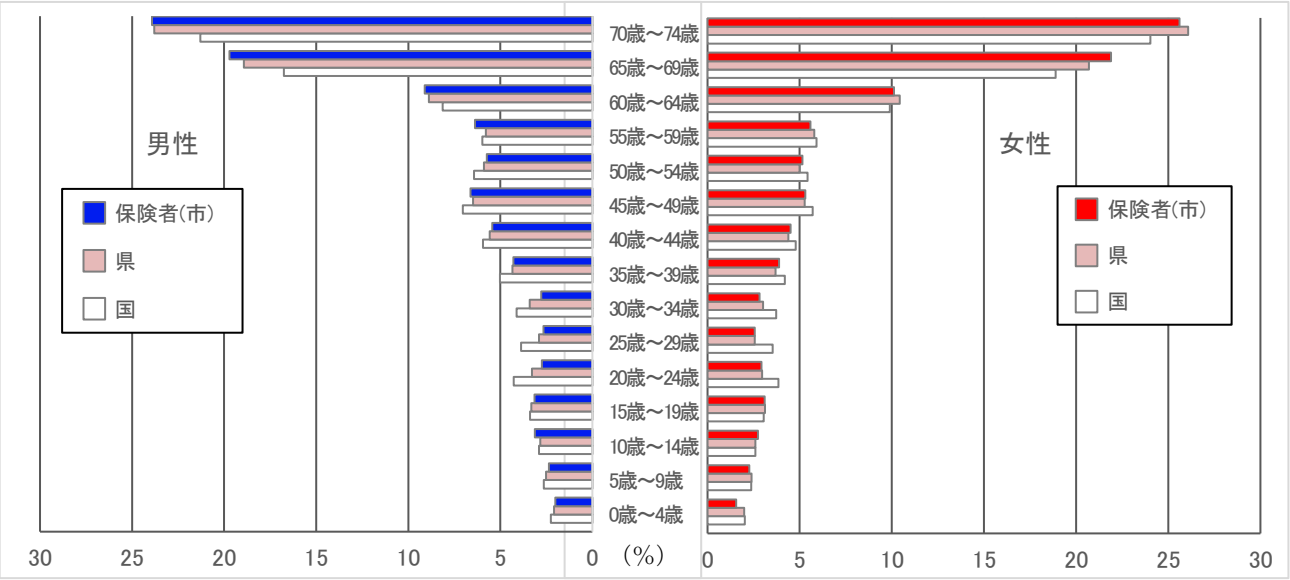
３）国保人口

小諸市国保被保険者割合（図 2）

2017（H29）年度　　KDB



2019（R1）年度



（表 2）　　（人）

	男性		女性		合計
	0～64 歳	65 歳～	0～64 歳	65 歳～	
2017(H29)年度	3,324	2,374	3,213	2,555	11,466
2018(H30)年度	3,153	2,331	2,990	2,559	11,033
2019(R1)年度	2,974	2,263	2,740	2,521	10,498

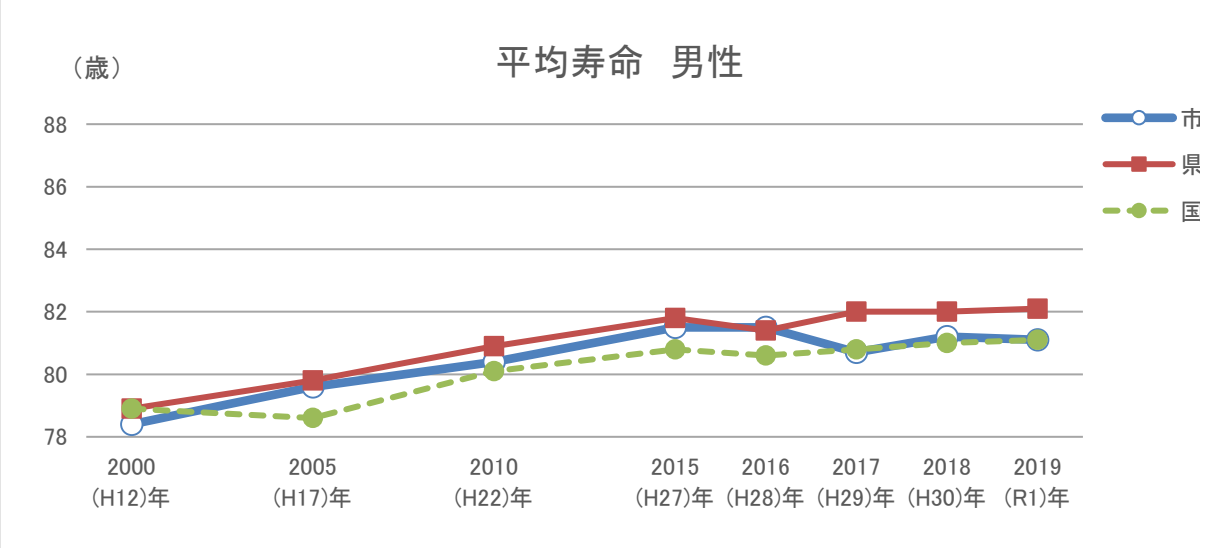
（２）死亡に関する現状

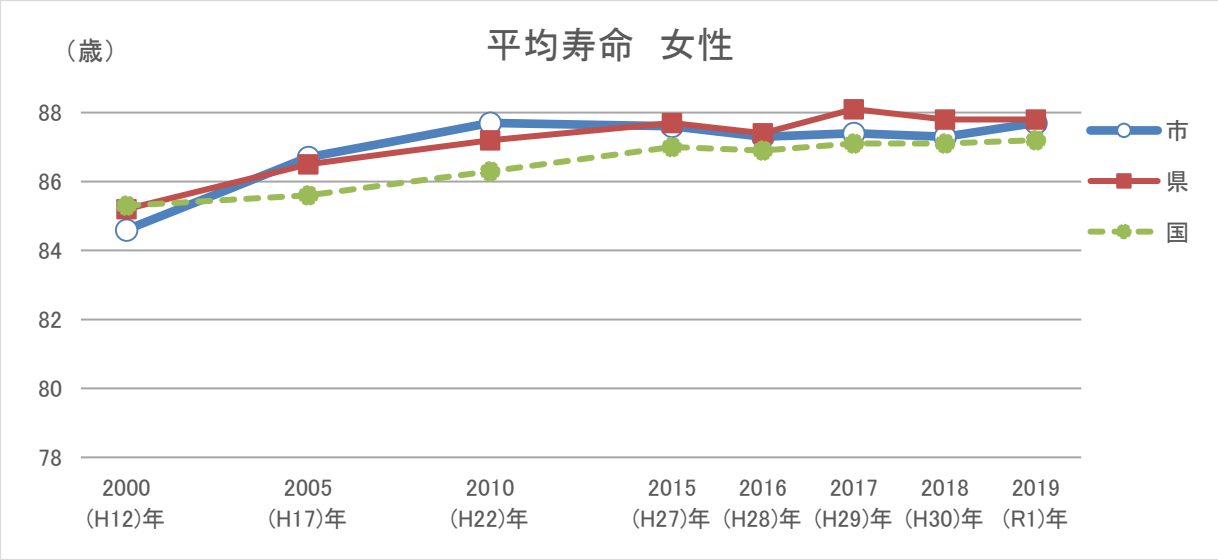
１）平均寿命

平均寿命（表 3）　KDB

男性	2000 (H12)年	2005 (H17)年	2010 (H22)年	2015 (H27)年	2016 (H28)年	2017 (H29)年	2018 (H30)年	2019 (R1)年
市 （歳）	78.4	79.6	80.4	81.5	81.5	80.7	81.2	81.1
県 （歳）	78.9	79.8	80.9	81.8	81.4	82.0	82.0	82.1
国 （歳）	78.9	78.6	80.1	80.8	80.6	80.8	81.0	81.1
女性	2000 (H12)年	2005 (H17)年	2010 (H22)年	2015 (H27)年	2016 (H28)年	2017 (H29)年	2018 (H30)年	2019 (R1)年
市 （歳）	84.6	86.7	87.7	87.6	87.3	87.4	87.3	87.7
県 （歳）	85.2	86.5	87.2	87.7	87.4	88.1	87.8	87.8
国 （歳）	85.3	85.6	86.3	87.0	86.9	87.1	87.1	87.2

（図 3）





２）標準化死亡比（ＳＭＲ）

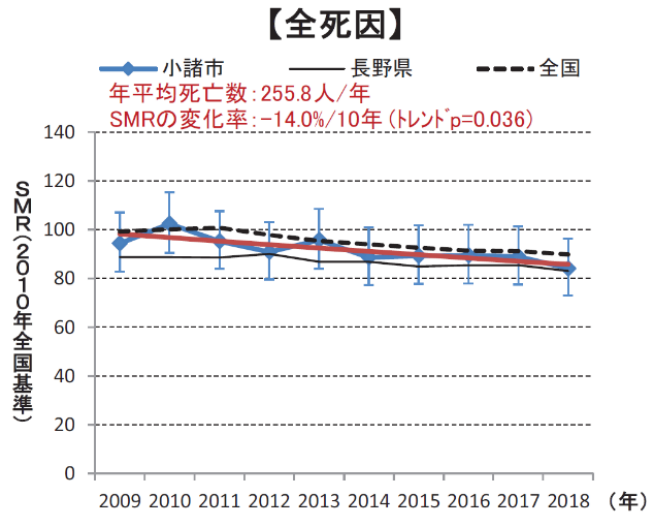
国を 100 として年齢調整した主な生活習慣病死亡比　（表 4）厚生労働省人口動態統計特殊報告
佐久保健福祉事務所提供

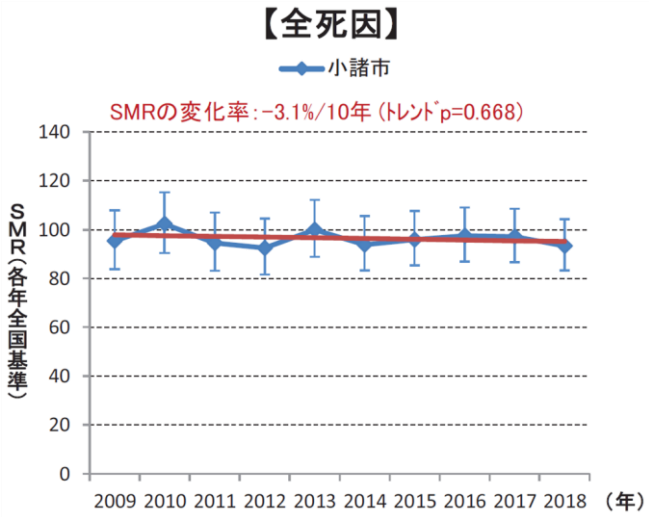
2008～2012（H20～24）年標準化死亡比	県		市		県内 77 市町村中順位		県内 19 市中順位		国(100)との比較	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
総死亡	90.3	94.5	91.6	94.3	27 位	53 位	4 位	10 位	低い	低い
がん	84.6	90.1	84.4	92.6	38 位	26 位	9 位	4 位	低い	低い
胃がん	84.4	89.2	91.1	75.2	27 位	62 位	5 位	17 位	低い	低い
肺がん	75.3	74.3	75.8	70.1	35 位	51 位	10 位	12 位	低い	低い
大腸がん	87.6	92.7	108.4	98.2	16 位	36 位	3 位	4 位	高い	低い
肝がん	65.6	77.4	75.7	56.9	26 位	71 位	5 位	12 位	低い	低い
脳血管疾患	114.1	124.8	97.9	101.9	63 位	65 位	16 位	14 位	低い	高い
脳梗塞	119.3	131.4	102.9	100.5	59 位	64 位	14 位	15 位	高い	高い
心疾患	87.7	87.6	115.9	89.9	39 位	18 位	2 位	9 位	高い	低い
急性心筋梗塞	100.1	99.3	128.7	120.9	30 位	65 位	4 位	5 位	高い	高い
腎不全	76.6	67.5	75.1	62.1	57 位	54 位	10 位	11 位	低い	低い
老衰	126.1	76	83.9	55	68 位	76 位	11 位	19 位	低い	低い

2013～2017（H25～29）年標準化死亡比	県		市		国(100)との比較	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
総死亡	90.5	93.5	93.4	90.6	低い	低い
がん	84.9	89.8	83.5	93.3	低い	低い
胃がん	83.3	88.5	79.3	88.7	低い	低い
肺がん	74.8	73.8	74.7	75.1	低い	低い
大腸がん	87.2	94.0	82.7	103.7	低い	高い
肝がん	73.5	82.3	82.6	54.8	低い	低い
脳血管疾患	110.6	120.8	105.7	106.6	高い	高い
脳梗塞	113.7	124.5	95.7	109.4	低い	高い
心疾患	91.8	88.8	105.7	89.4	高い	低い
急性心筋梗塞	103.0	103.6	145.4	139.5	高い	高い
腎不全	74.9	70.3	76.4	90.0	低い	低い
老衰	112.9	108.3	74.3	56.9	低い	低い

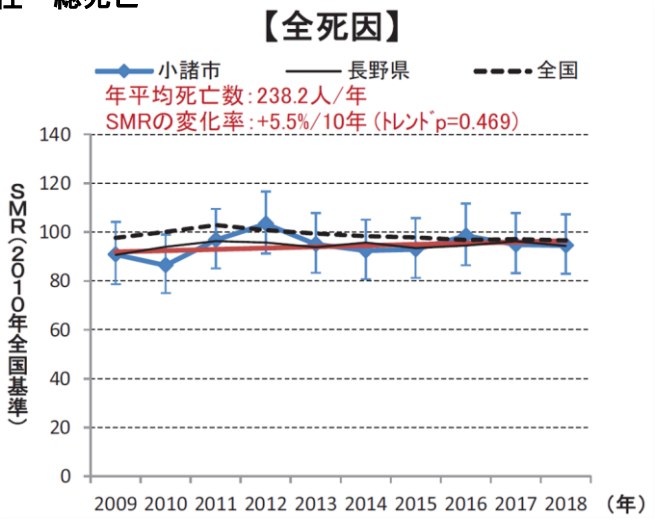
2009—2018（H21～20）　年次別標準化死亡比（図 4）　国立保健医療科学院 HP

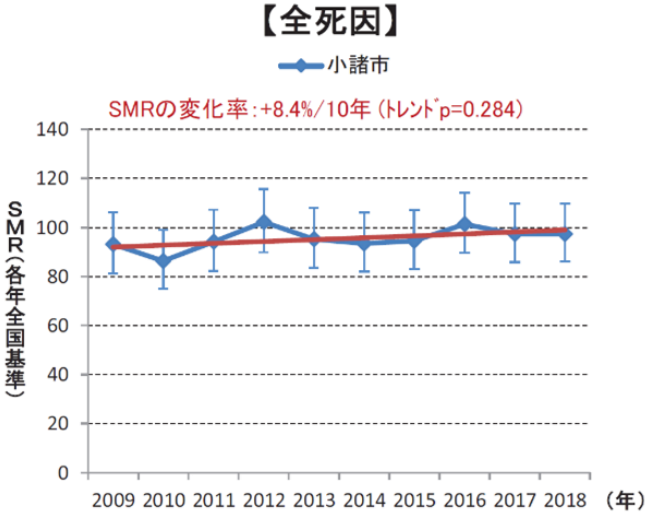
男性　総死亡



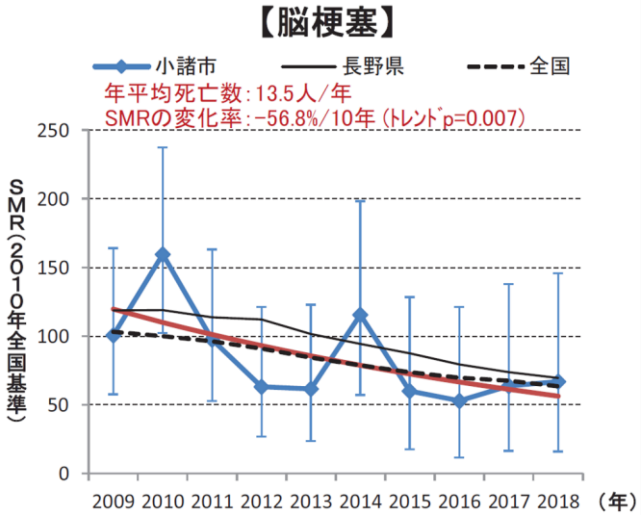


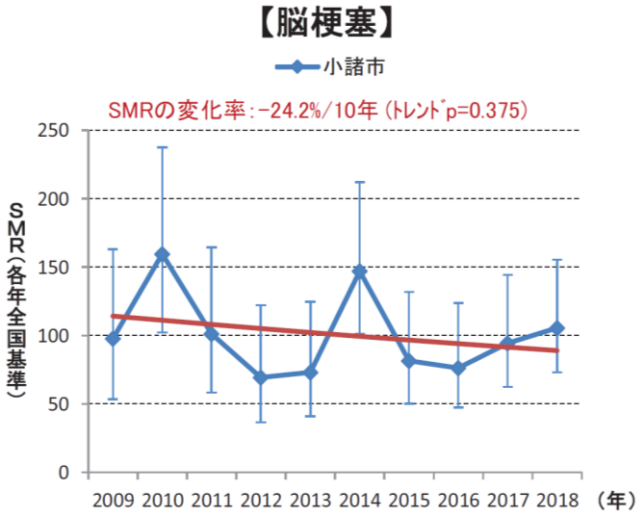
女性　総死亡



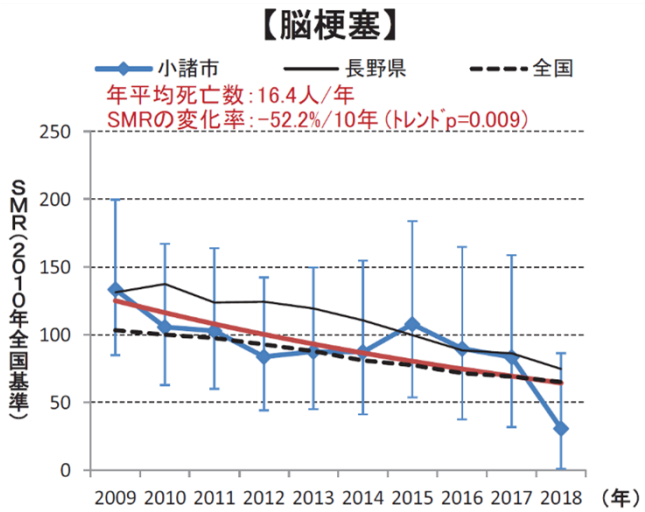


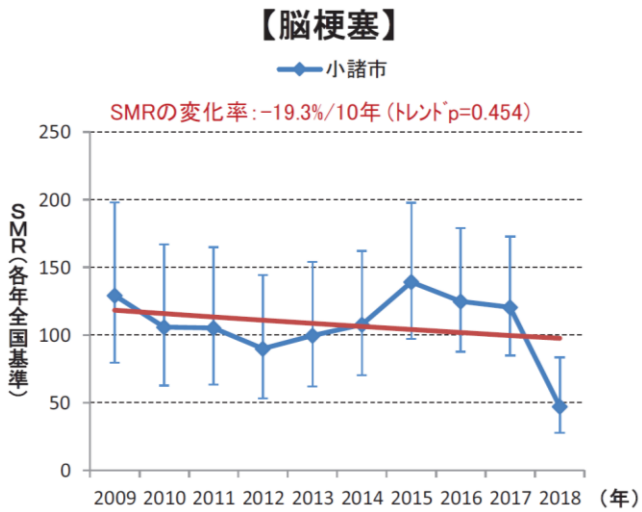
男性　脳梗塞



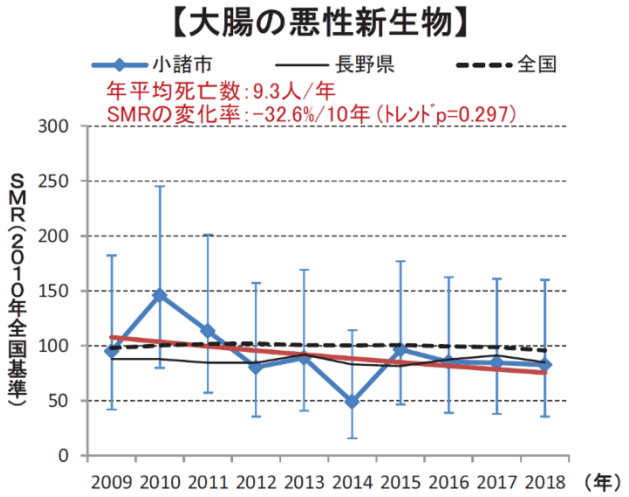


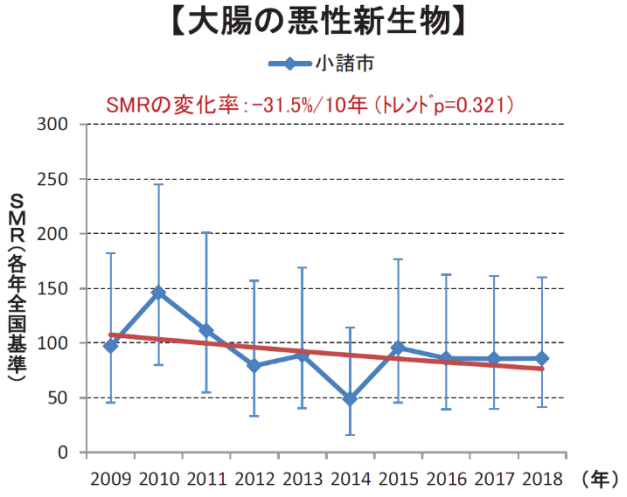
女性　脳梗塞



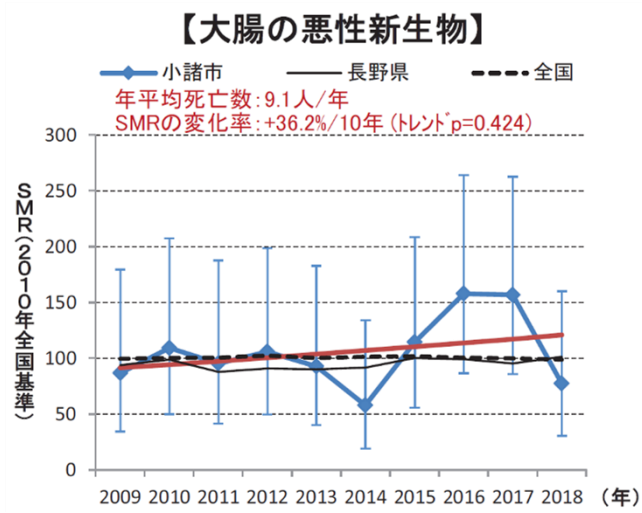


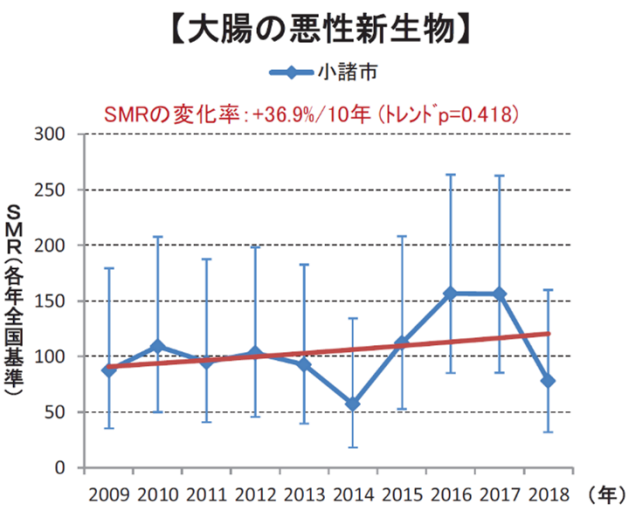
男性　大腸がん



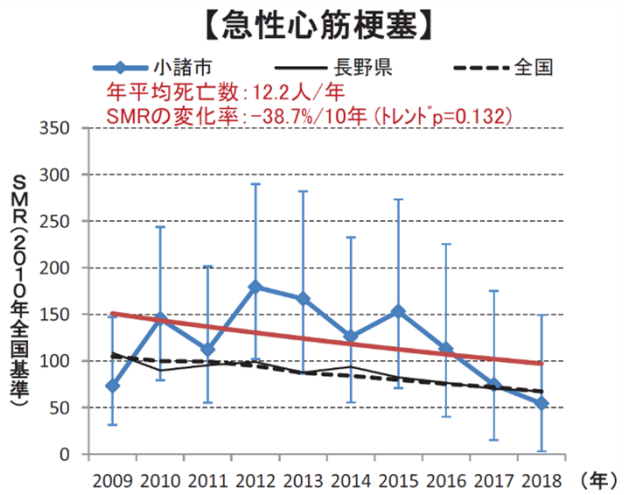


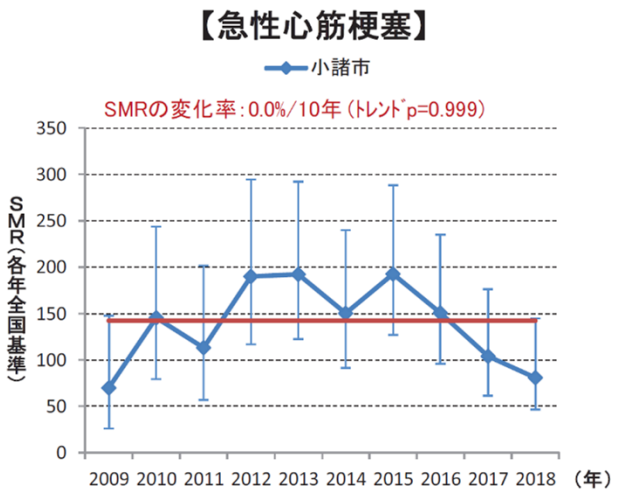
女性　大腸がん



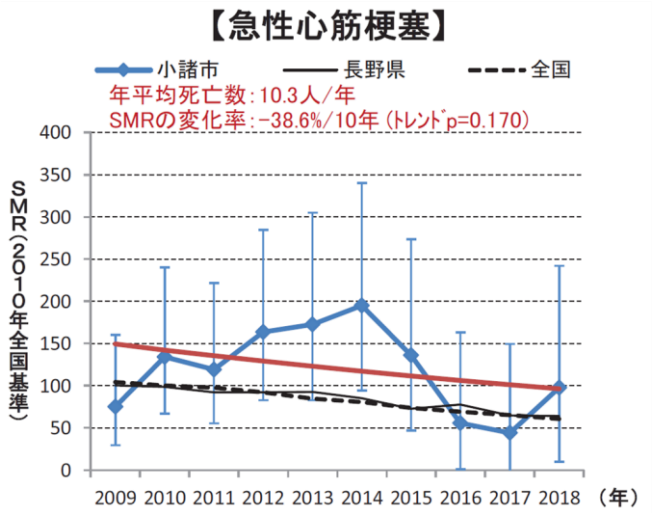


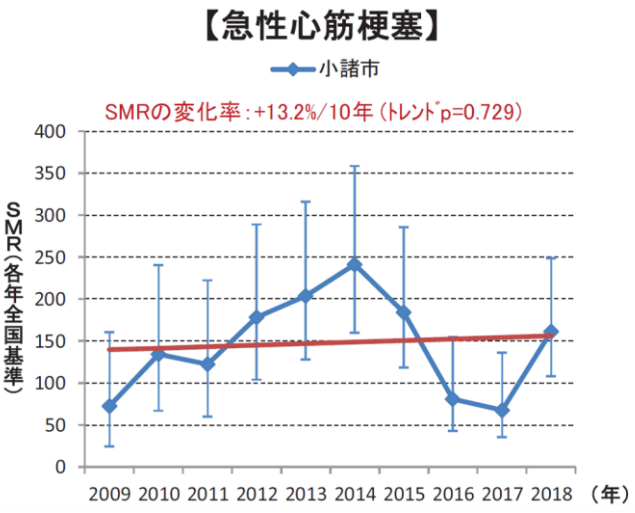
男性　急性心筋梗塞





女性　急性心筋梗塞





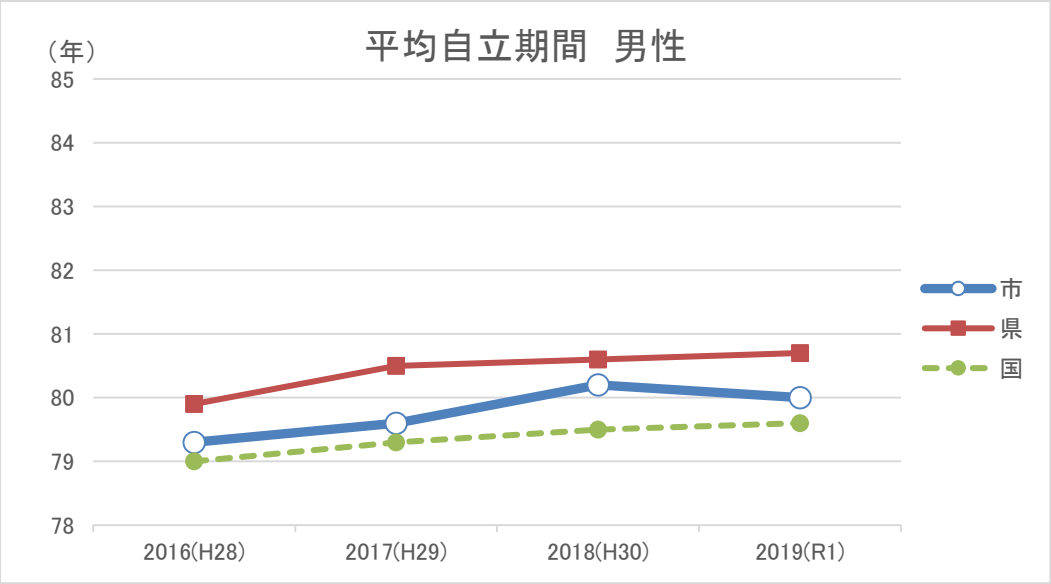
（３）健康寿命・要介護状態に関する現状

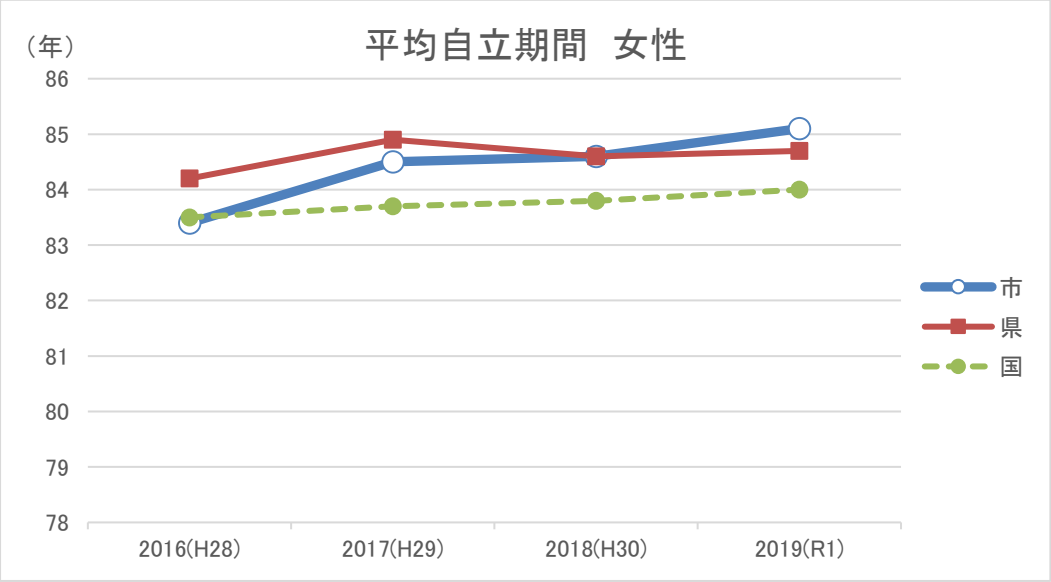
１）健康寿命

（表 5）　　KDB　（年）

		2016（H28）			2017（H29）			2018（H30）			2019（R1）		
		市	県	国	市	県	国	市	県	国	市	県	国
平均自立期間	男性	79.3	79.9	79.0	79.6	80.5	79.3	80.2	80.6	79.5	80.0	80.7	79.6
	女性	83.4	84.2	83.5	84.5	84.9	83.7	84.6	84.6	83.8	85.1	84.7	84.0
非健康期間	男性	1.2	1.5	1.6	1.1	1.5	1.5	1	1.4	1.5	1.1	1.4	1.5
	女性	3	3.2	3.4	2.9	3.2	3.4	2.7	3.2	3.3	2.6	3.1	3.2

（図 5）





２）介護保険の状況

①要支援要介護認定率

要支援・要介護認定率（各年度末）（表 6）　　（厚生労働省介護保険事業実施報告）

65 歳以上	2011 (H23)年	2012 (H24)年	2013 (H25)年	2014 (H26)年	2015 (H27 年)	2016 (H28)年	2017 (H29)年	2018 (H30)年	2019 (R1)年
市 （%）	15.5	15.3	15.4	15.2	14.8	13.4	13.3	13.2	13.2
県 （%）	17.1	17.3	17.4	17.5	17.4	17.2	17.1	17.1	
国 （%）	17.3	17.6	17.8	17.9	17.9	18.0	18.3	18.3	
75 歳以上	2011 (H23)年	2012 (H24)年	2013 (H25)年	2014 (H26)年	2015 (H27 年)	2016 (H28)年	2017 (H29)年	2018 (H30)年	2019 (R1)年
市 （%）	26.4	26.7	27.5	27.7	26.9	24.6	24.4	23.8	23.4
県 （%）	28.5	29.2	29.9	30.4	30.3				
国 （%）	30.5	31.4	32.1	32.6	32.5				

②介護保険新規申請の年齢

小諸市の介護保険新規申請年齢（表 7）

2016（H28）年度　　（人(%)）高齢福祉課調べ

	40～64 歳	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上
男性	2(1.8)	8(5.9)	16(11.8)	18(13.2)	30(22.1)	62(45.6)
女性	4(2.1)	9(4.7)	7(3.7)	22(11.6)	46(24.2)	102(53.7)
合計	6(1.8)	17(5.2)	23(7.1)	40(12.3)	76(23.3)	164(50.3)

2019（R１）年度　　（人(%)）高齢福祉課調べ

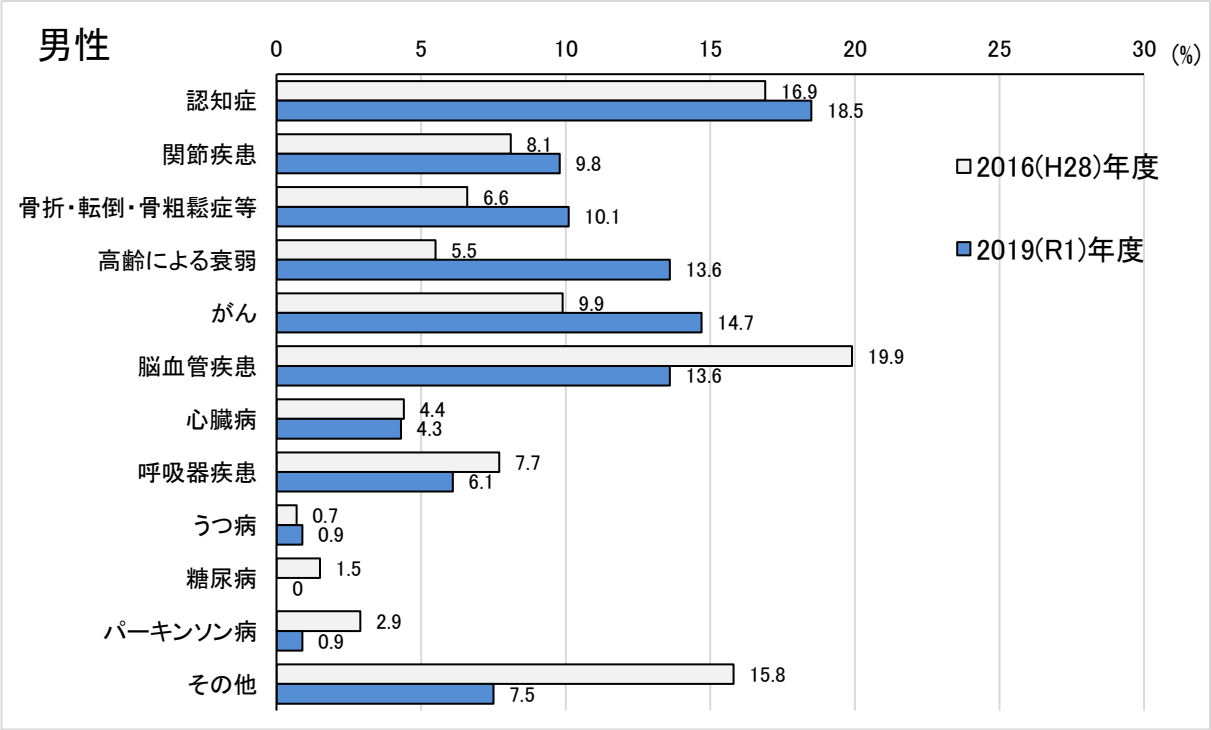
	40～64 歳	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85～89 歳	90 歳以上
男性	6(3.5)	7(4.0)	17(9.8)	19(11.0)	34(19.7)	57(32.9)	33(19.1)
女性	4(1.7)	6(2.5)	11(4.6)	23(9.6)	59(24.7)	70(29.3)	66(27.6)
合計	10(2.4)	13(3.2)	28(6.8)	42(10.2)	93(22.6)	127(30.8)	99(24.0)

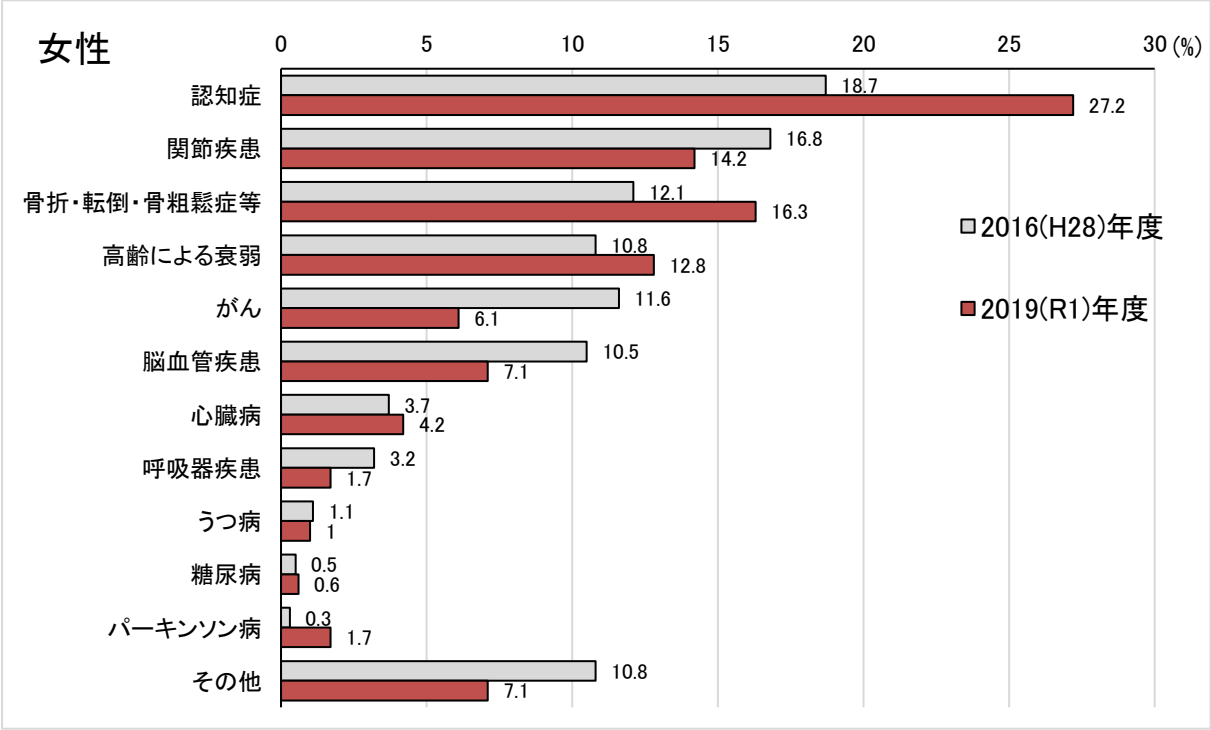
R1 年度小諸市の介護保険平均新規申請年齢（表 8）　　高齢福祉課調べ

全体	男性	女性
83.8 歳	82.8 歳	84.5 歳
65 歳以上	男性	女性
84.5 歳	83.6 歳	85.1 歳

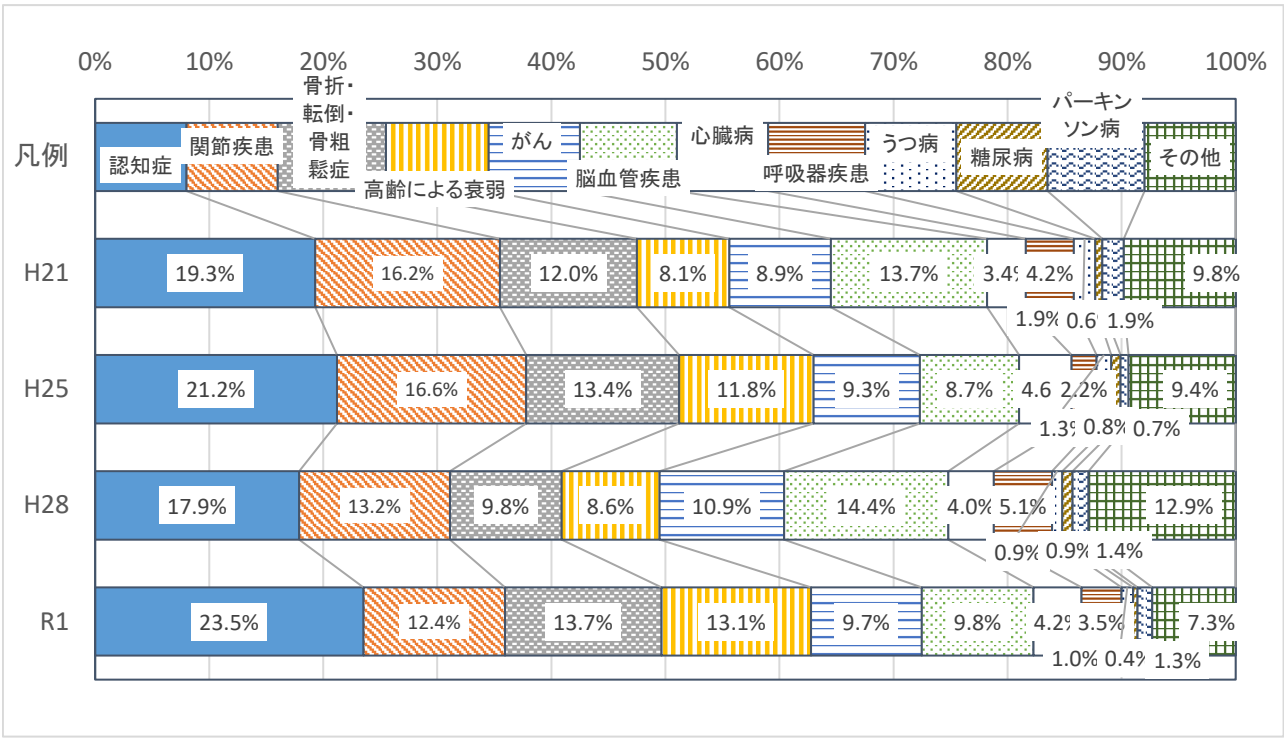
③介護保険に至る主な要因

介護保険新規申請に至る主な原因疾患年次比較　（図 6）　　高齢福祉課調べ





年次別介護保険に至る主な要因（図 7）



（４）生活習慣病の重症化に関する現状

１）人工透析

①透析の医療費

透析の標準化医療費（表 9）※年齢調整済　　国立保健医療科学院ツール

2016(H28)年度

			小諸市		県標準化医療費		国標準化医療費	
			総点数	ﾚｾﾌﾟﾄ件数	期待総点数	期待総件数	期待総点数	期待総件数
国保	男性	外来	9,037,187	219	19,808,040	266	11,150,616	272
		入院	852,096	15	2,122,286	31	2,517,434	35
	女性	外来	4,747,69	115	5,061,612	123	5,188,801	127
		入院	331,383	6	1,158,246	14	1,158,246	16
後期	男性	外来	23,281,665	598	14,287,52	360	13,895,077	353
		入院	5,422,959	68	4,046,175	59	5,140,130	72
	女性	外来	301,644	73	6,350,624	164	7,167,319	183
		入院	276,544	34	2,774,642	39	386,489	53

2019（R1）年度

			小諸市		県標準化医療費		国標準化医療費	
			総点数	ﾚｾﾌﾟﾄ件数	期待総点数	期待総件数	期待総点数	期待総件数
国保	男性	外来	8,702,650	221	7,488,370	184	8,574,565	210
		入院	1,751,618	32	2,003,282	29	2,429,629	32
	女性	外来	3,361,067	78	3,589,612	88	3,733,036	91
		入院	129,308	3	916,815	13	1,034,539	14
後期	男性	外来	15,617,464	389	10,848,482	275	11,951,764	303
		入院	3,769,903	60	4,317,335	59	5,355,142	71
	女性	外来	2,929,808	74	4,918,117	126	6,165,621	157
		入院	1,177,722	15	2,778,893	37	3,770,601	49

②年次別国保透析患者数・率

透析患者率は、県平均を下回っている。

年次別国保透析患者数・率（表 10）　　（人(%)）　KDB 市町村別データ

	2015(H27)年度	2016(H28)年度	2017(H29)年度	2018(H30)年度	2019(R1)年度
市	29(0.2)	28(0.2)	22(0.2)	26(0.2)	31(0.3)
県	1,576(0.3)	1,522(0.3)	1,483(0.3)	1,455(0.3)	1,487(0.3)

③透析患者の状況　（表 11）

2017(H29)年 5 月時　（人(%)）　KDB 厚生労働省様式

国保		患者数	糖尿病合併(再掲)
総数		28	15(53.6%)
性別	男性	19	11
	女性	9	4
年代	20～39 歳	0	0
	40～59 歳	12	5
	60～74 歳	16	10

後期	患者数	糖尿病合併(再掲)
総数	59	34(57.6%)
男性	50	28
女性	9	6
65～74 歳	24	14
75 歳以上	35	20

2020(R2)年 5 月時　（人(%)）　KDB 厚生労働省様式

国保		患者数	糖尿病合併(再掲)
総数		31	13(41.9%)
性別	男性	23	10
	女性	8	3
年代	20～39 歳	0	0
	40～59 歳	11	5
	60～74 歳	20	8

後期	患者数	糖尿病合併(再掲)
総数	87	48(55.2%)
男性	72	36
女性	15	12
65～74 歳	52	28
75 歳以上	35	20

（５）生活習慣病に関する現状

１）国保医療費・受診率

年次別国保・後期一人あたり医療費・受診率(1 か月あたり)（表 12）　KDB 健診・医療・介護データ

		2016(H28)年度	2017(H29)年度	2018(H30)年度	2019(R1)年度
国保医科	市	22,894 円 (662.8)	23,977 円 (671.0)	24,266 円 (679.9)	24,037 円 (681.5)
	県	24,015 円 (686.5)	24,766 円 (693.7)	25,171 円 (700.4)	25,941 円 (701.5)
	国	24,245 円 (686.3)	25,148 円 (694.6)	25,437 円 (700.1)	26,225 円 (701.0)
国保歯科	市	1,819 円 (144.4)	1,881 円 (150.1)	1,953 円 (155.4)	1,987 円 (161.8)
	県	1,750 円 (141.4)	1,789 円 (145.0)	1,842 円 (150.1)	1,872 円 (155.2)
	国	1,886 円 (145.3)	1,919 円 (149.2)	1,957 円 (152.8)	1,996 円 (161.8)
後期医科	市	61,004 円 (1185.0)	59,979 円 (1185.2)	59,678 円 (1889.7)	59,378 円 (1184.9)
	県	61,055 円 (1251.9)	61,967 円 (1254.6)	62,260 円 (1253.5)	63,011 円 (1248.5)
	国	69,722 円 (1360.9)	71,000 円 (1361.3)	70,647 円 (1359.4)	71,642 円 (1354.3)
後期歯科	市	2,169 円 (152.3)	2,158 円 (157.8)	2,333 円 (166.1)	2,261 円 (168.6)
	県	2,058 円 (146.2)	2,124 円 (152.9)	2,230 円 (160.5)	2,312 円 (168.5)
	国	2,577 円 (177.8)	2,646 円 (185.1)	2,752 円 (193.2)	2,829 円 (168.6)

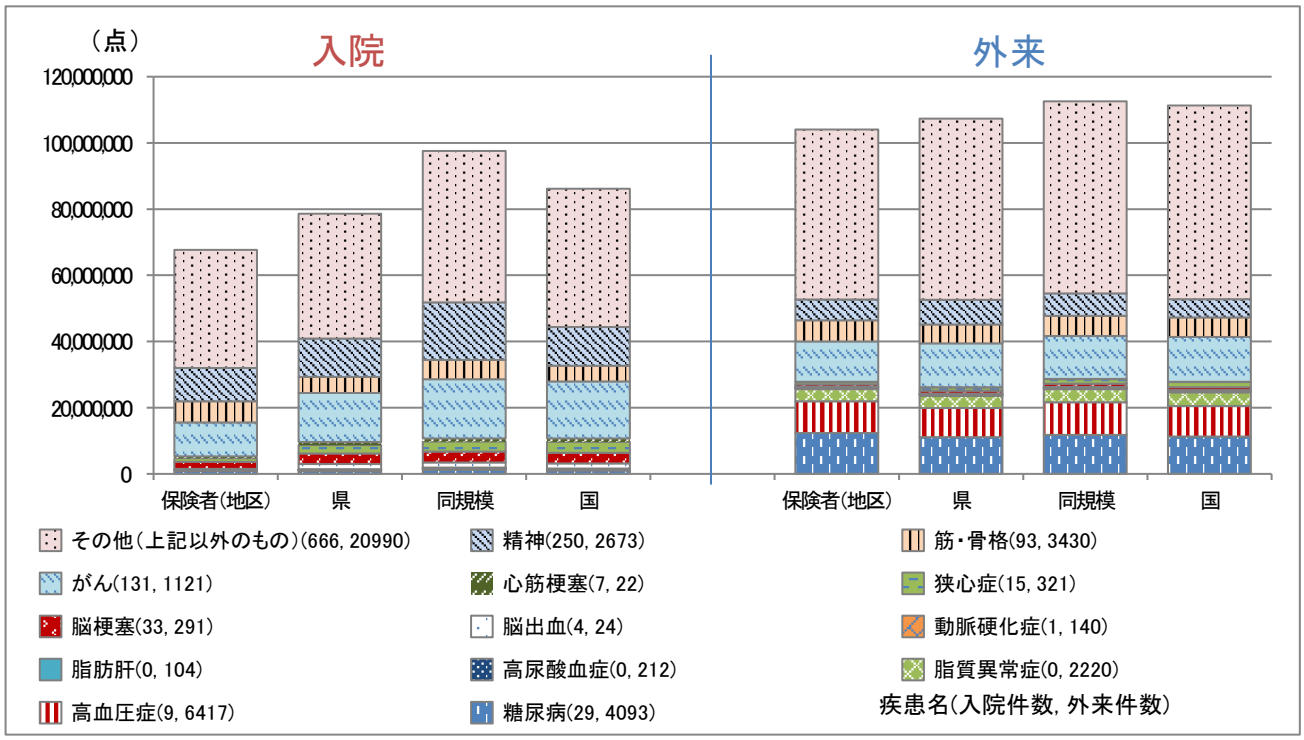
※受診率は、レセプト件数÷被保険者数×1000　年齢調整済

２）生活習慣病の医療費

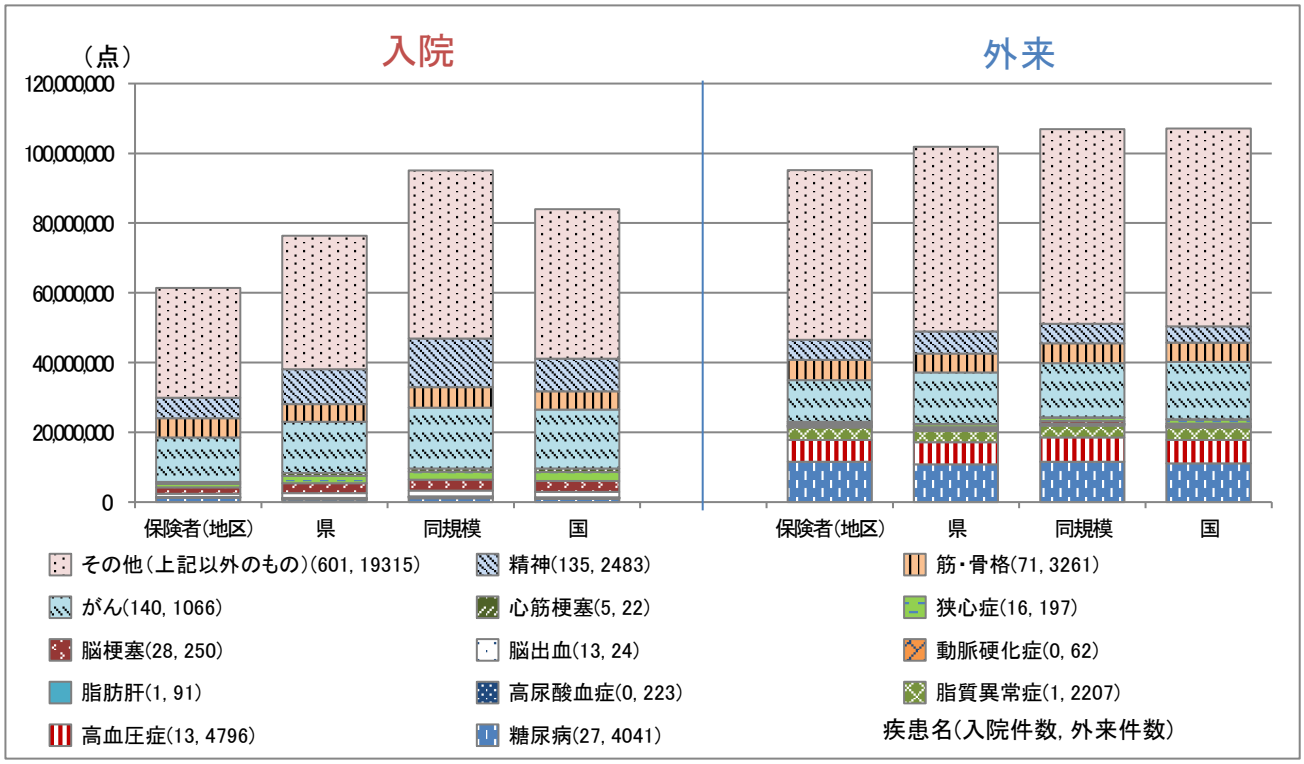
①医療費に占める生活習慣病の状況

国保生活習慣病の総点数　標準化医療費（間接法年齢調整）　男性（図 8）

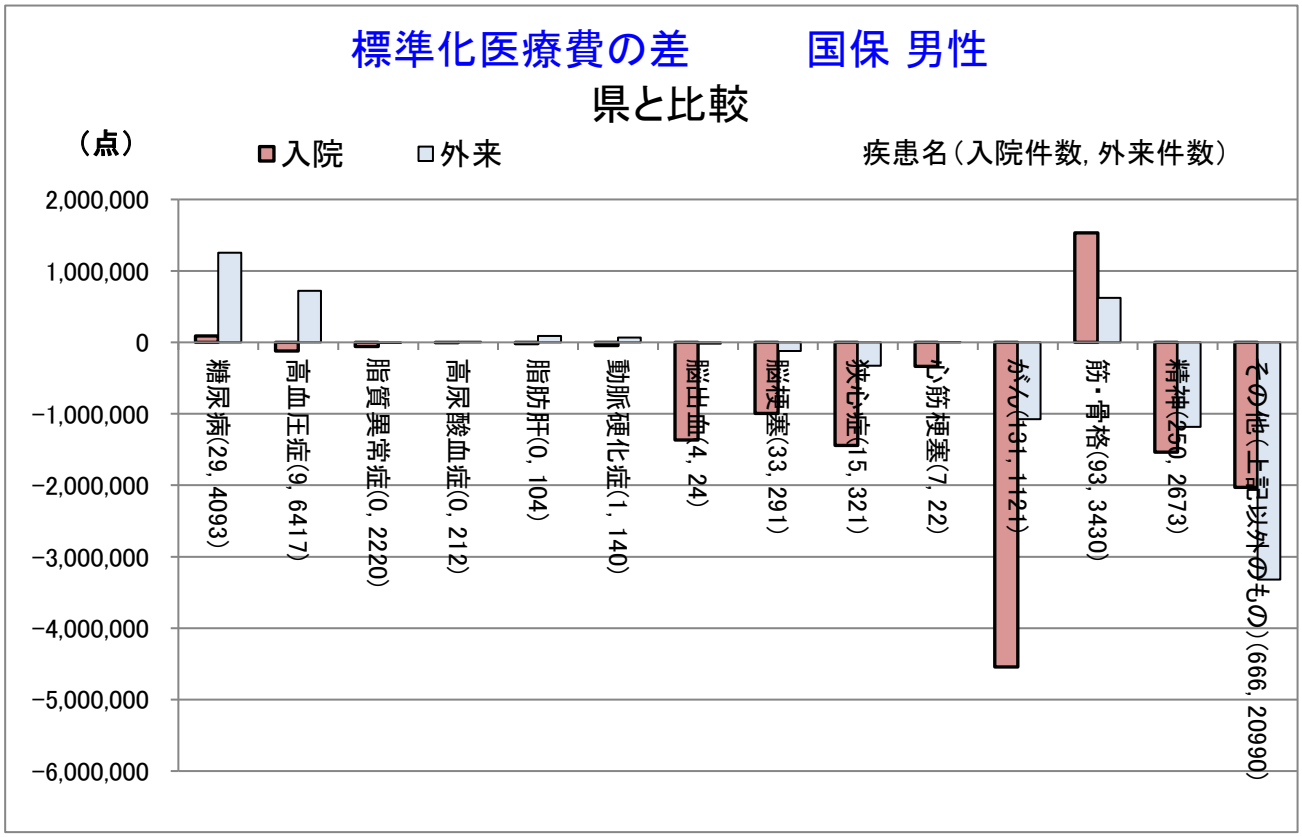
2016（H28）年度　　国立保健医療科学院ツール



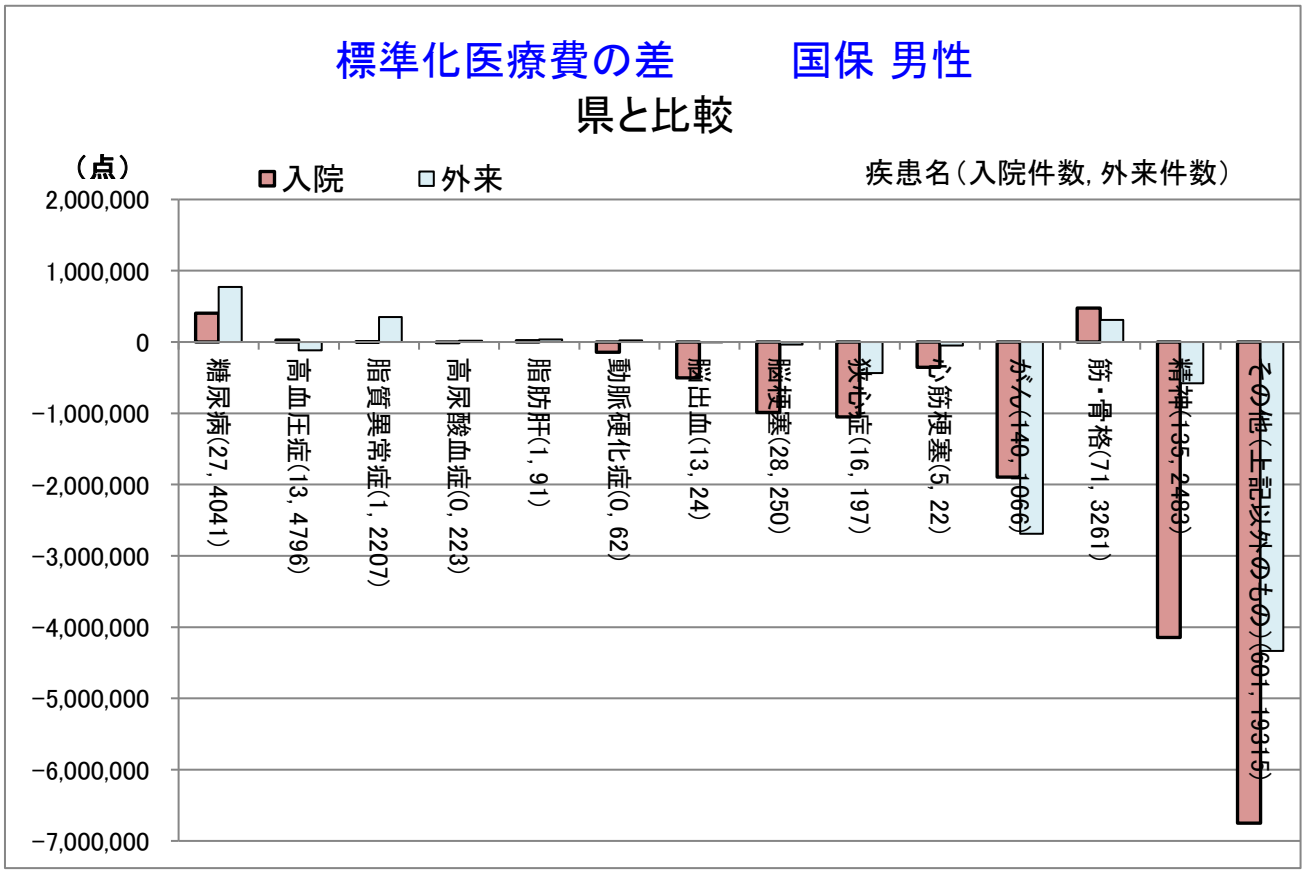
2019(R1)年度



2016(H28)年度

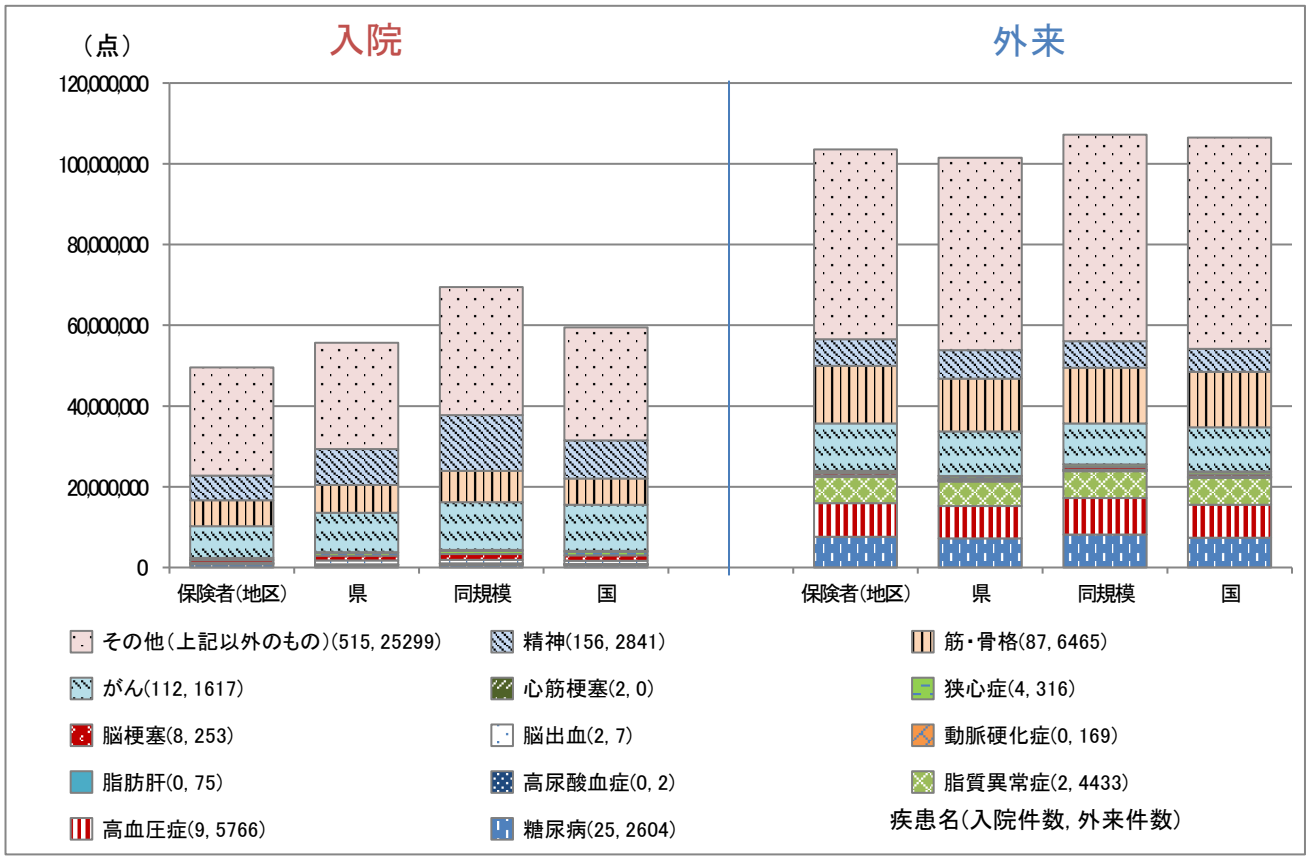


2019(R1)年度

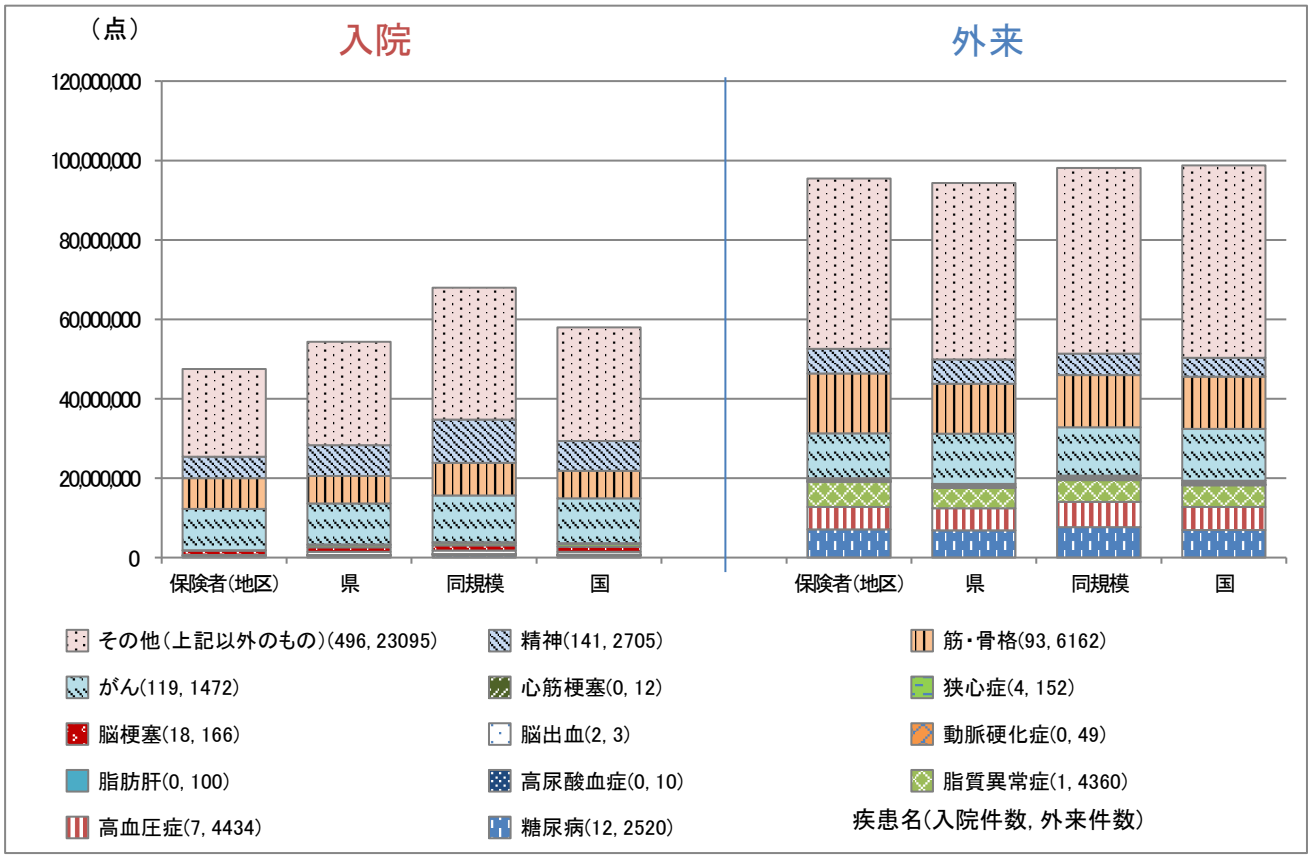


国保生活習慣病の総点数　標準化医療費（間接法年齢調整）　女性（図 9）

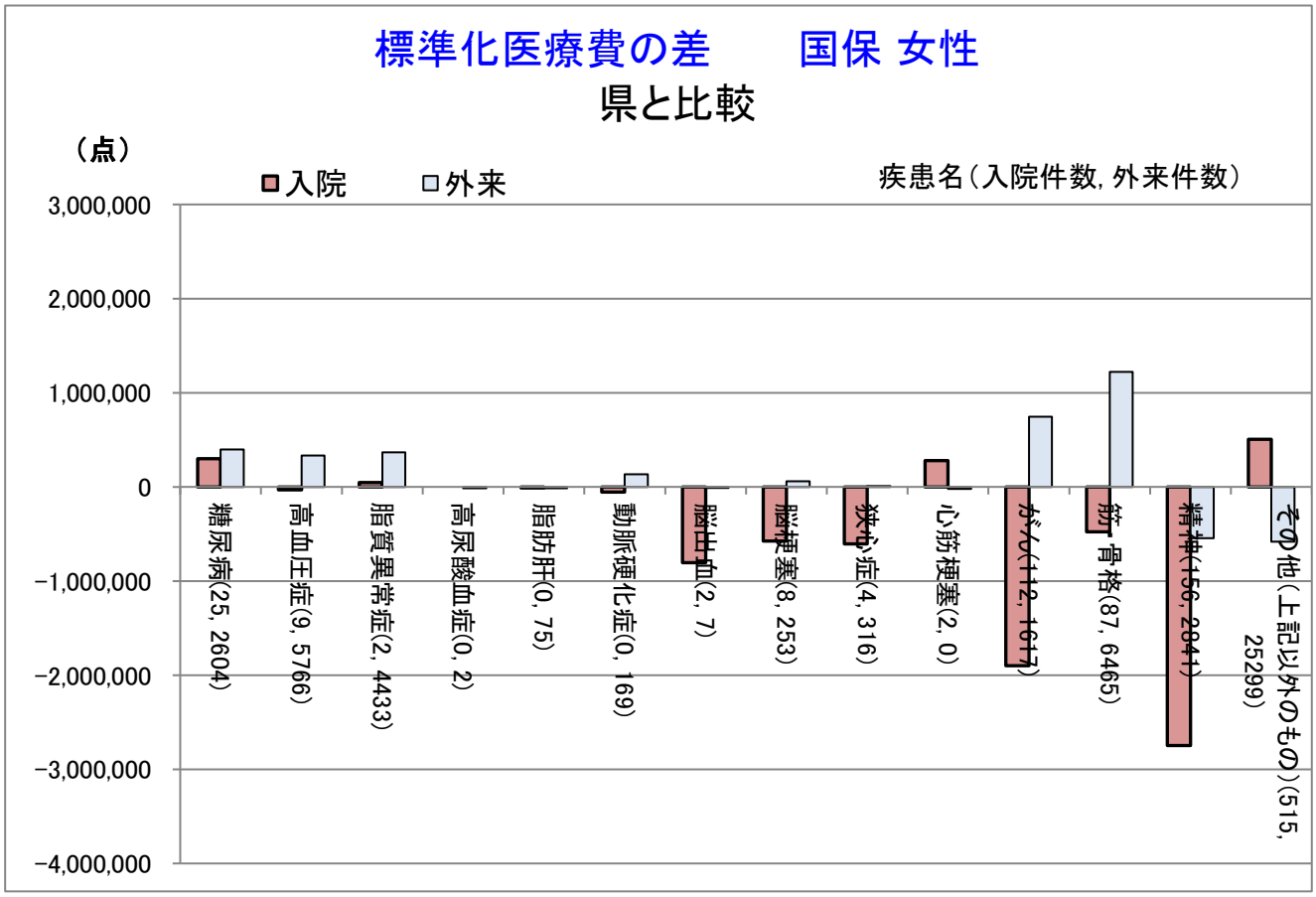
2016(H28)年度



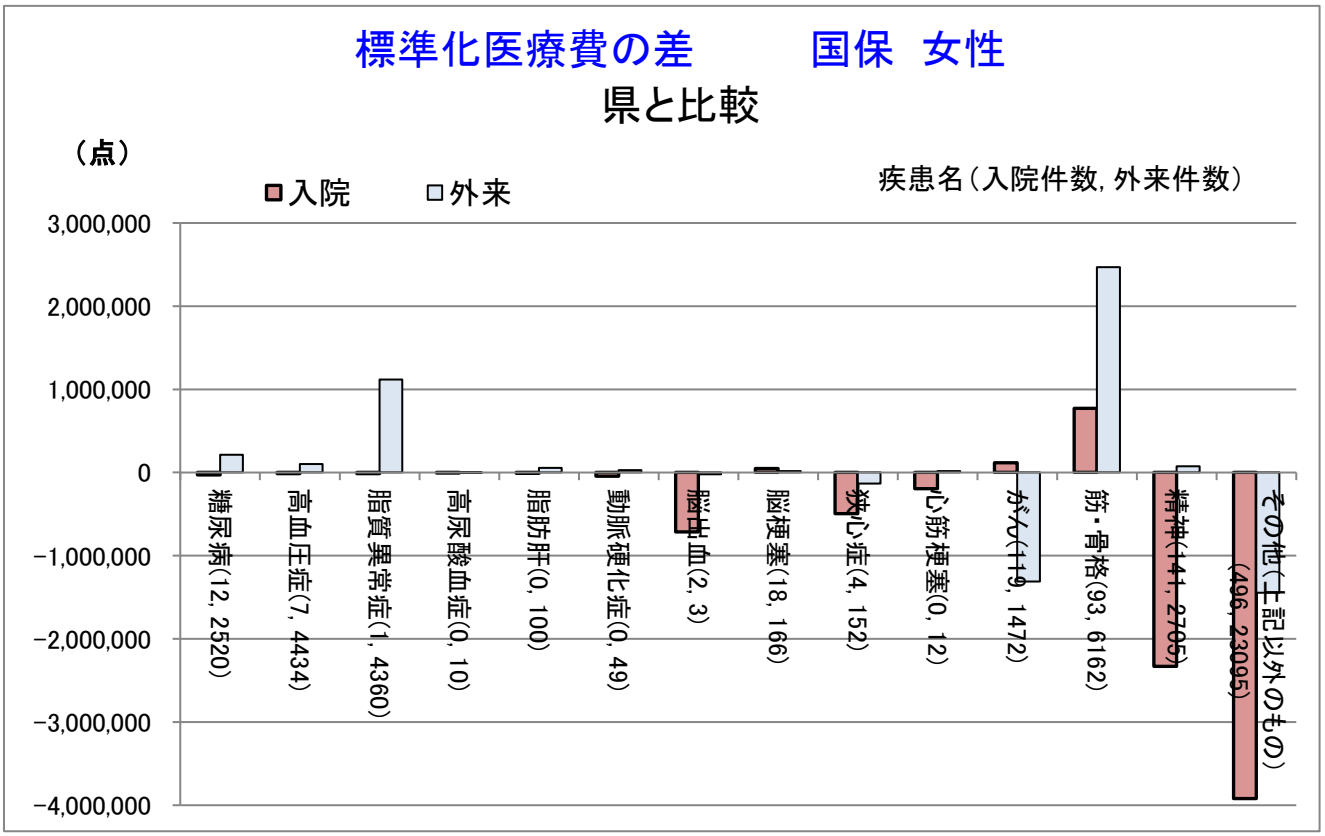
2019(R1)年度



2016(H28)年度

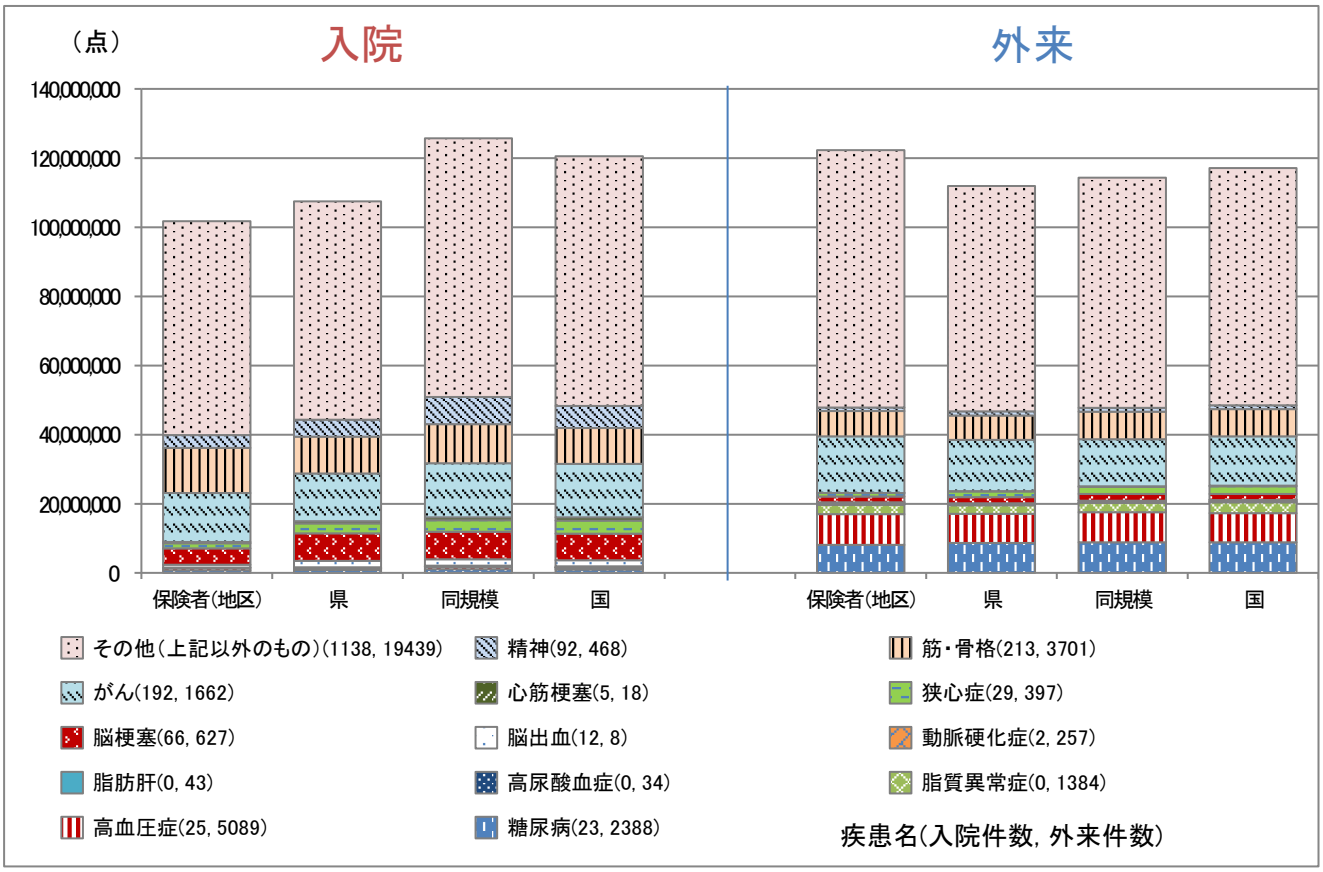


2019(R1)年度

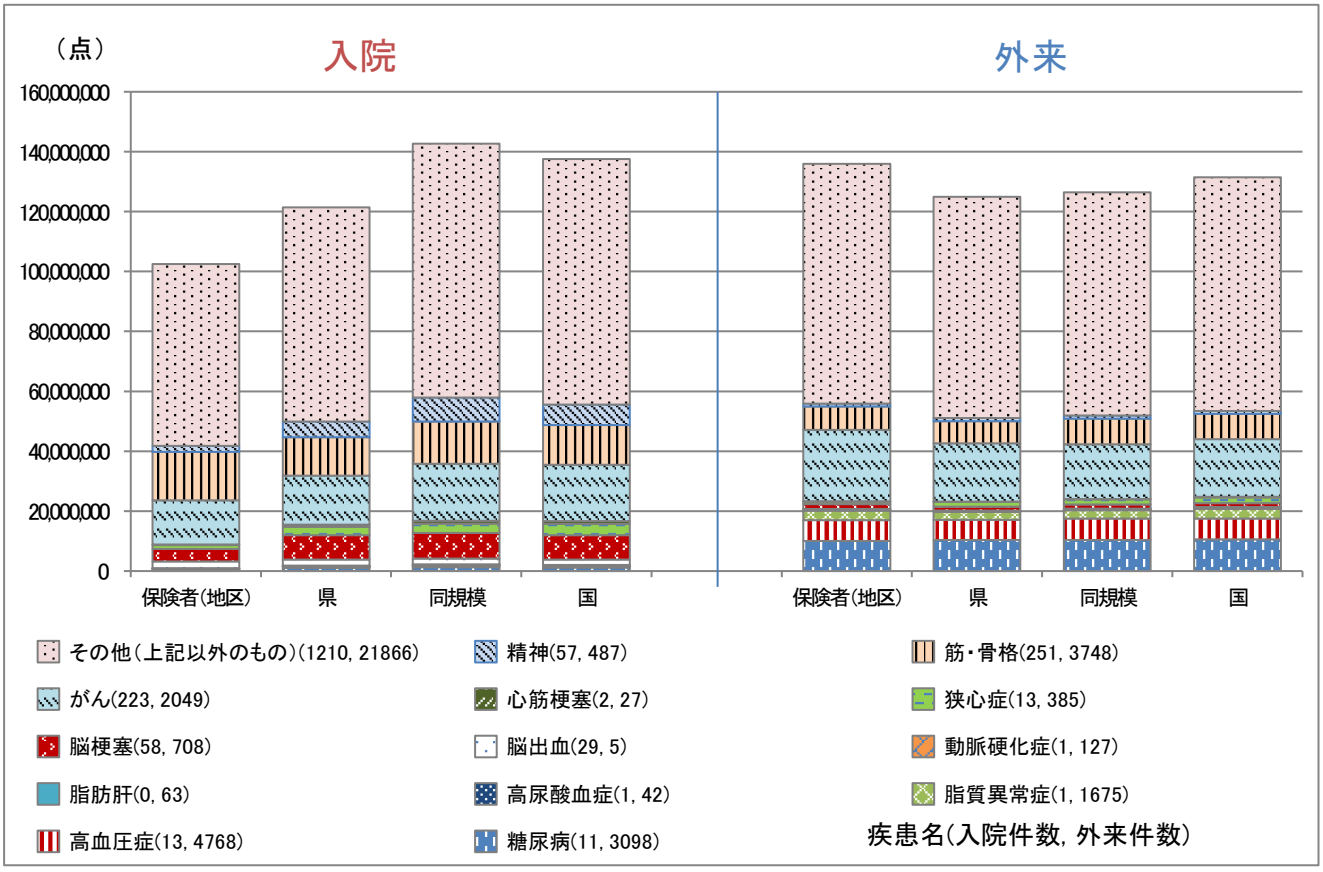


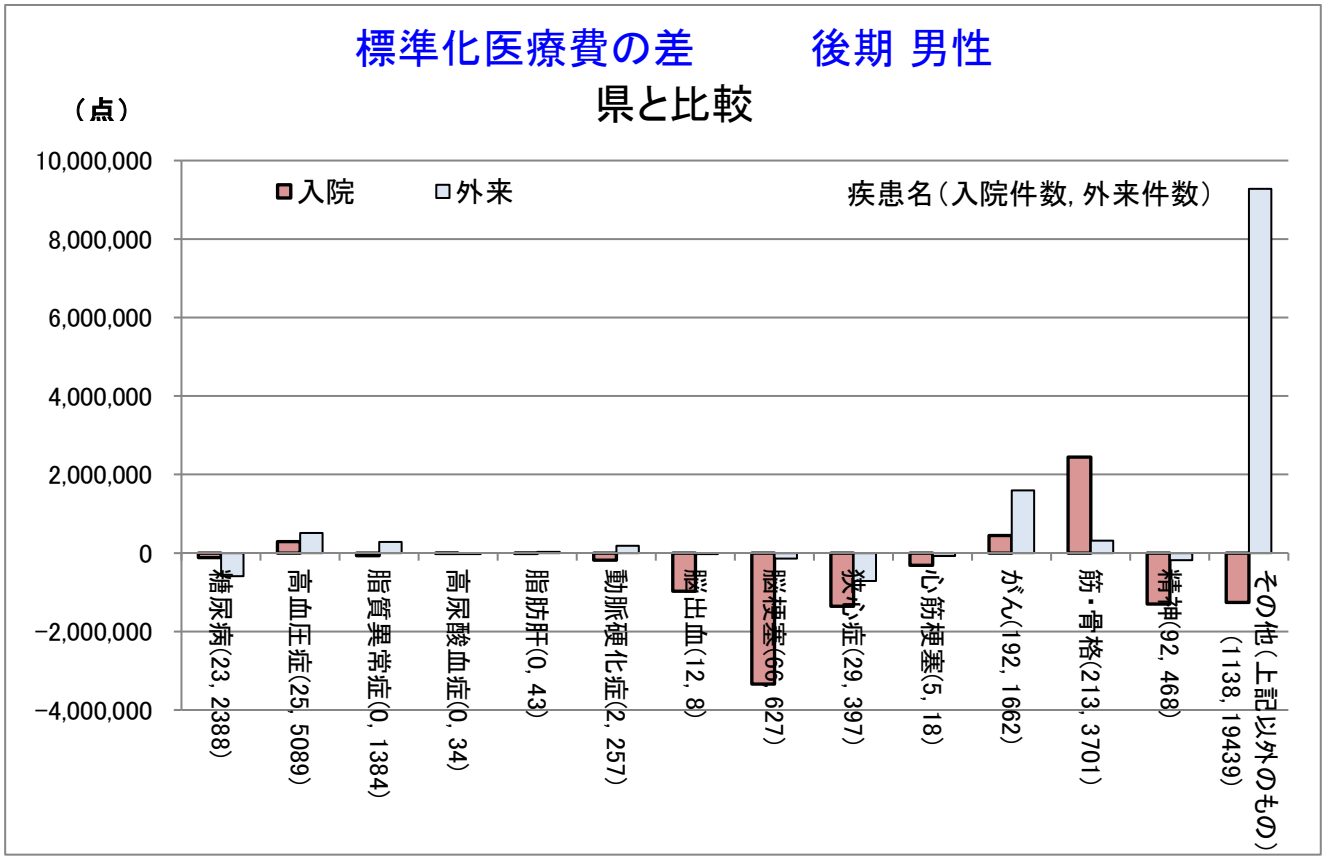
後期生活習慣病の総点数　標準化医療費（間接法年齢調整）　男性（図 10）

2016（H28）年度

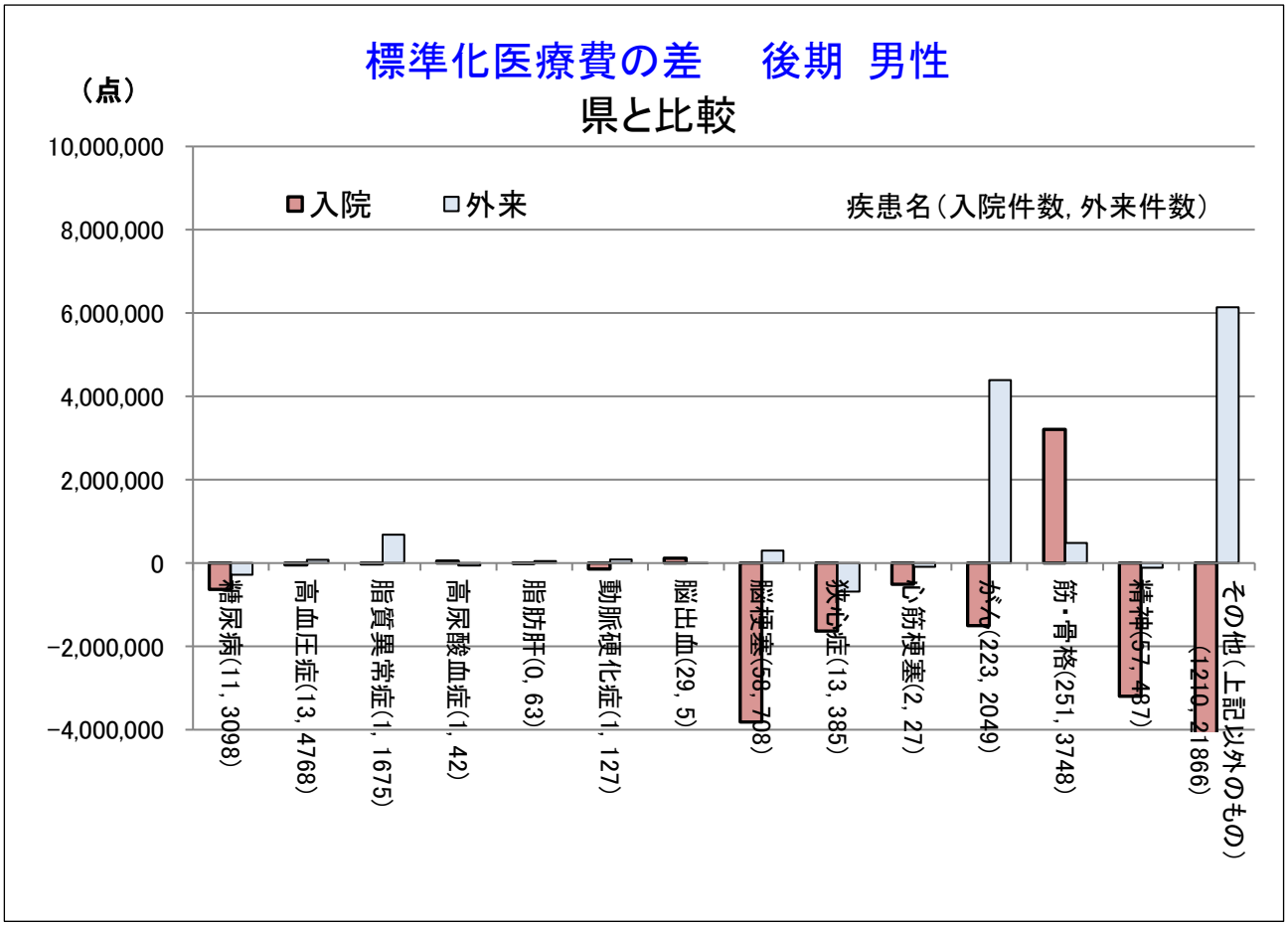


2019(R1)年度



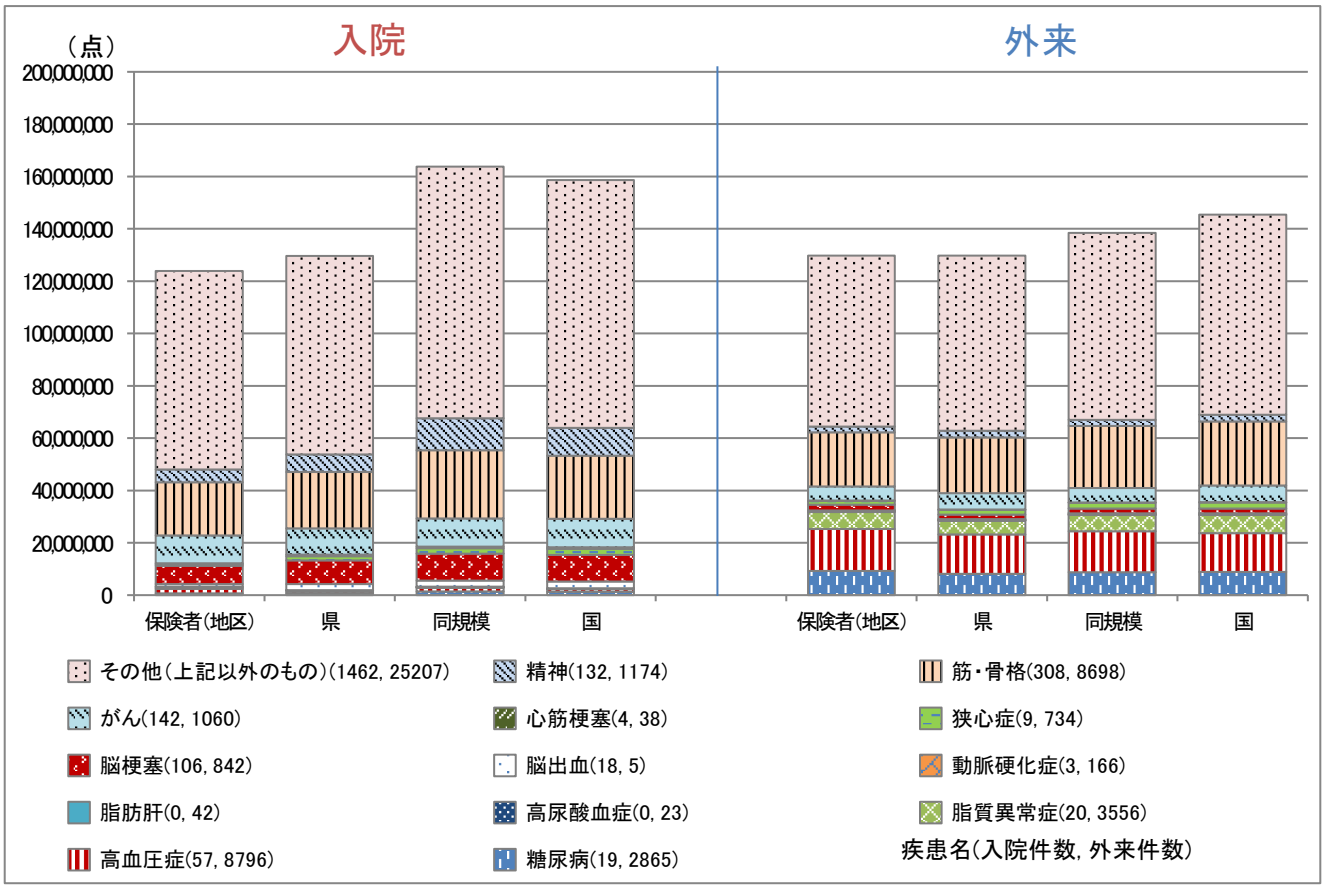

標準化医療費の差　　後期 男性
県と比較
（点）
10,000,000
8,000,000
6,000,000
4,000,000
2,000,000
0
−2,000,000
−4,000,000
入院
外来
疾患名（入院件数, 外来件数）
糖尿病(23, 2388)
高血圧症(25, 5089)
脂質異常症(0, 1384)
高尿酸血症(0, 34)
脂肪肝(0, 43)
動脈硬化症(2, 257)
脳出血(12, 8)
脳梗塞(66, 627)
狭心症(29, 397)
心筋梗塞(5, 18)
がん(192, 1662)
筋・骨格(213, 3701)
精神(92, 468)
その他（上記以外のもの）(1138, 19439)

2019(R1)年度

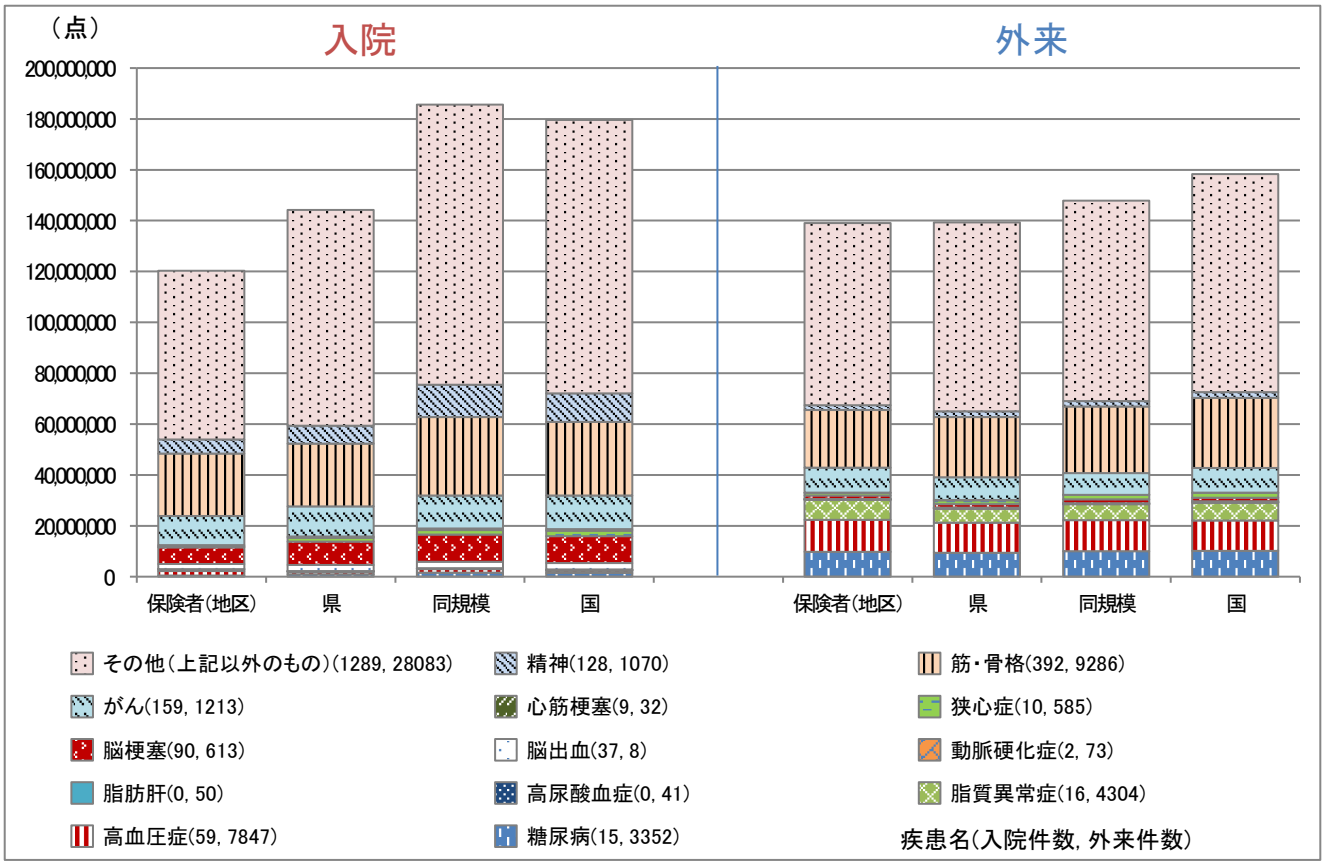

標準化医療費の差　　後期 男性
県と比較
（点）
10,000,000
8,000,000
6,000,000
4,000,000
2,000,000
0
−2,000,000
−4,000,000
入院
外来
疾患名（入院件数, 外来件数）
糖尿病(11, 3098)
高血圧症(13, 4768)
脂質異常症(1, 1675)
高尿酸血症(1, 42)
脂肪肝(0, 63)
動脈硬化症(1, 127)
脳出血(29, 5)
脳梗塞(58, 708)
狭心症(13, 385)
心筋梗塞(2, 27)
がん(223, 2049)
筋・骨格(251, 3748)
精神(57, 487)
その他（上記以外のもの）(1210, 21866)

後期生活習慣病の総点数　標準化医療費（間接法年齢調整）　女性（図 11）

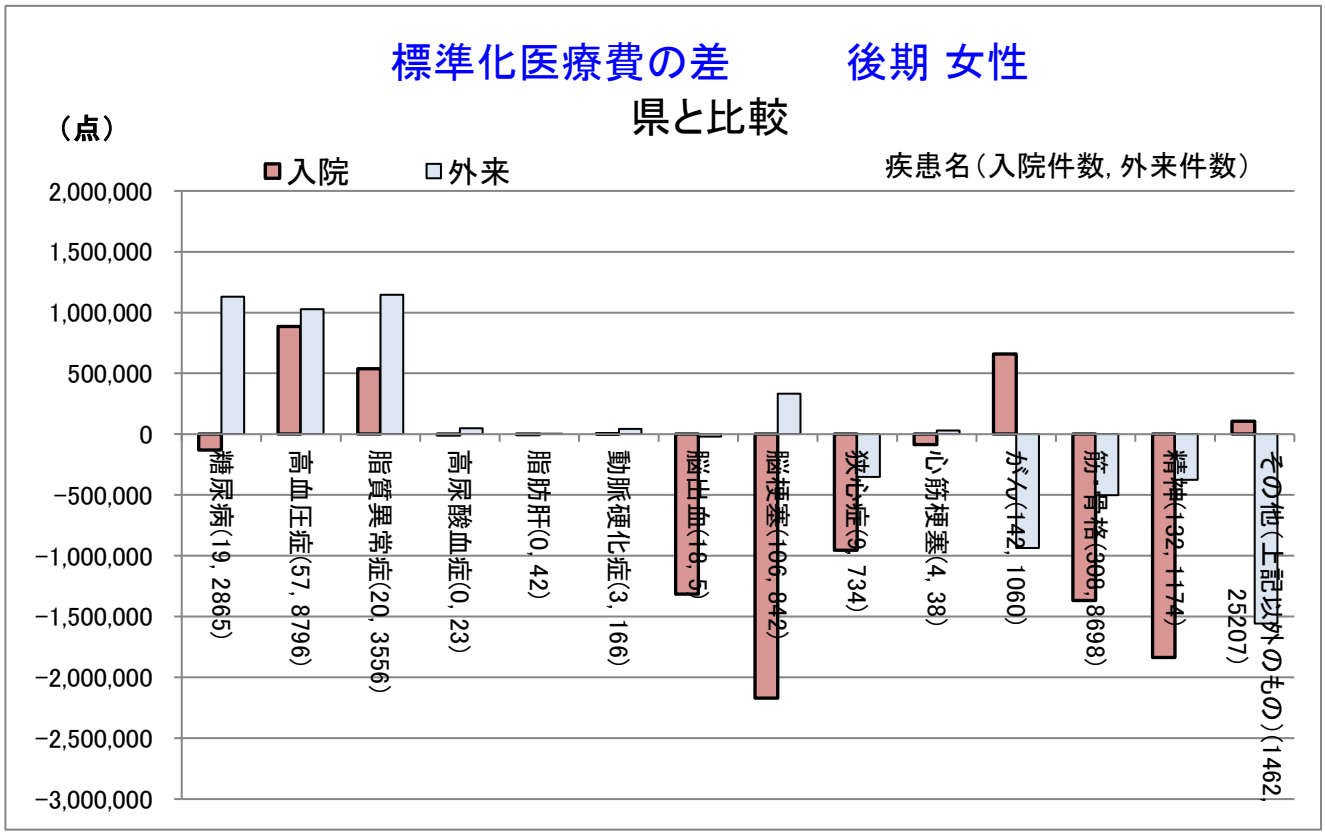
2016（H28）年度



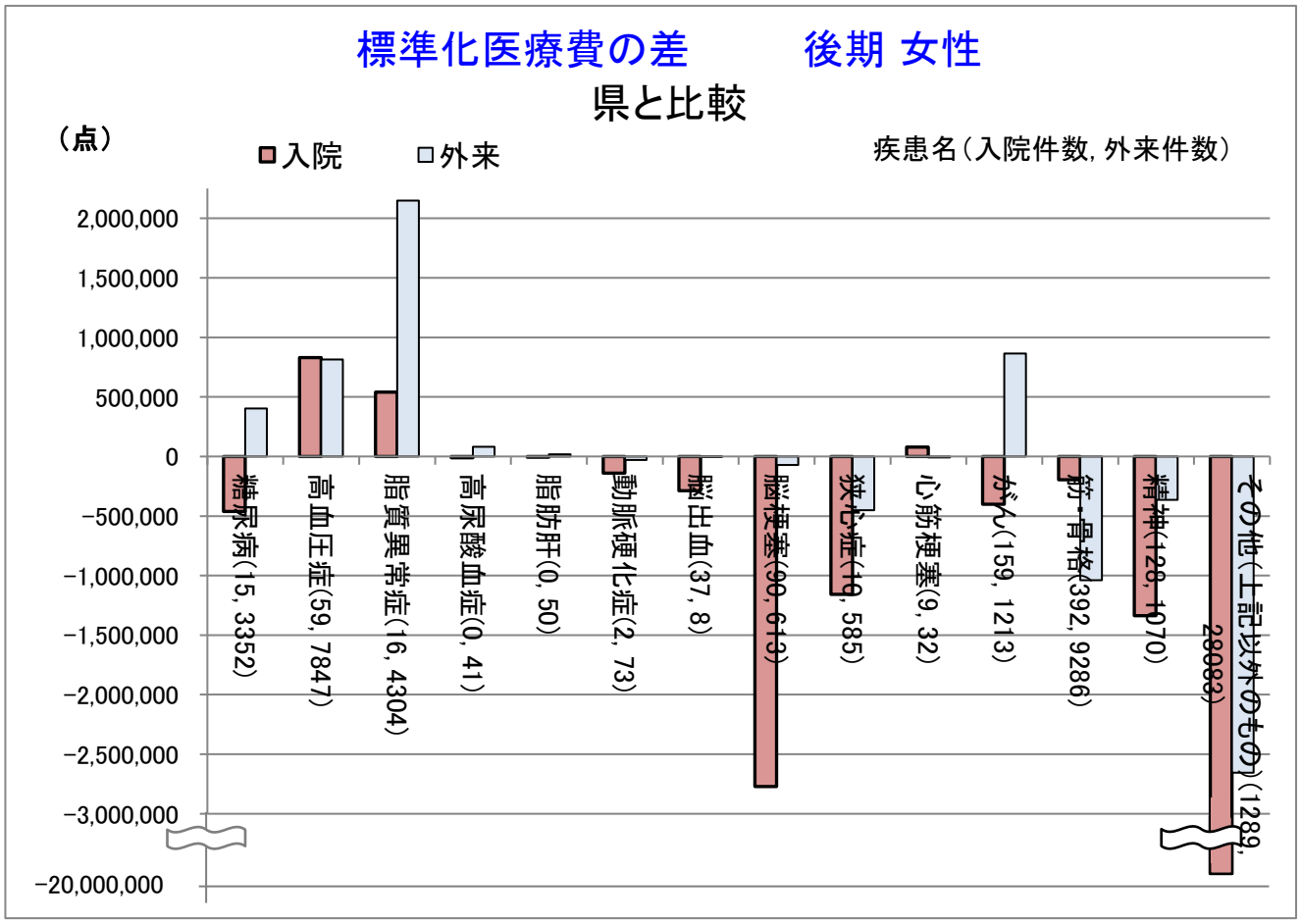
2019(R1)年度



2016(H28)年度



2019(R1)年度



３）生活習慣病保有者

生活習慣病保有者の状況

年次別国保レセプト生活習慣病保有者・率（表 13）　　KDB 市町村別データ

	2015(H27)年度	2016(H28)年度	2017(H29)年度	2018(H30)年度	2019(R1)年度
市　人(%)	4,517(36.4)	4,552(37.4)	4,345(38.5)	4,170（39.0）	4,031（39.4）
県　人(%)	203,732(37.8)	197,146(38.4)	190,705(39.0)	182,750(39.5)	175,915（39.9）

※記載の生活習慣病について、糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・動脈硬化症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞、がん・筋骨格計及び結合組織の疾患・精神及び行動の障害に分類されるものとする

年次別生活習慣病患者数・率（表 14）　　（人(%)）

	2016(H28)年度	2017(H29)年度	2018(H30)年度	2019(R1)年度
糖尿病患者数	1,209（26.8）	1,251（27.5）	1,202（27.7）	1,134（27.2）
高血圧患者数	2,497（55.3）	2,530（55.6）	2,420（55.7）	2,241（53.7）
脂質異常症患者数	2,162（47.9）	2,202（48.4）	2,161（49.7）	2,025（48.6）

（６）生活習慣病予備群に関すること

１）特定健診結果（2019(R1)年度）

①特定健診結果の特徴（表 15）　年齢調整済

	項目	40 歳～64 歳					65 歳～74 歳				
		年齢調整割合(%)			標準化比vs 小諸市		年齢調整割合(%)			標準化比vs 小諸市	
		市	県	国	県 100	国 100	市	県	国	県 100	国 100
男性	BMI	38.6	34.7	37.7	100.7	109.3	30.1	27.9	30.4	107.9	99.0
	腹囲	49.1	48.1	52.5	101.9	93.3	51.9	50.3	53.9	103.4	96.4
	収縮期血圧	34.5	33.8	38.5	103.2	90.8	48.5	49.0	53.7	98.9	*90.1
	拡張期血圧	34.1	28.3	28.9	*122.0	119.8	25.9	24.3	22.7	106.4	*114.2
	HbA1c	31.9	31.2	31.9	101.6	99.2	24.1	25.4	26.2	94.7	91.8
	中性脂肪	31.9	31.2	31.9	101.6	99.2	24.1	25.4	26.2	94.7	91.8
	LDL コレステロール	63.4	55.4	53.6	113.1	*116.8	48.5	46.8	45.7	103.7	106.2
	HDL コレステロール	5.3	8.4	7.9	63.7	67.7	7.4	7.7	7.4	96.0	99.3
女性	BMI	24.1	19.6	20.5	120.7	115.0	24.3	20.2	22.1	*119.6	109.5
	腹囲	16.2	14.3	16.0	108.9	97.7	20.2	17.4	19.7	*115.7	101.8
	収縮期血圧	26.6	24.2	28.0	110.5	95.6	46.0	45.4	49.6	101.2	92.7
	拡張期血圧	19.4	14.5	14.8	*135.7	*133.6	20.8	16.6	15.3	*125.0	*136.5
	HbA1c	45.9	48.3	43.8	95.6	105.6	66.0	68.6	62.9	96.3	105.0
	中性脂肪	15.3	13.8	13.7	109.5	110.0	16.7	17.0	17.0	99.1	98.7
	LDL コレステロール	58.8	55.9	56.5	104.9	103.9	57.6	58.4	58.1	98.8	99.4
	HDL コレステロール	0.9	1.6	1.2	58.3	74.1	1.7	1.8	1.5	92.9	110.1

⑥主な特定健診項目結果

年次別主な特定健診項目の基準該当率（表 16）

		2015 (H27)年度	2016 (H28)年度	2017 (H29)年度	2018 (H30)年度	2019 (R1)年度
BMI	市(%)	23.9	23.2	25.4	27.5	27.6
	県(%)	22.5	23.1	24.0	24.4	24.7
腹囲	市(%)	27.6	27.5	29.6	31.9	33.4
	県(%)	28.6	29.4	30.3	31.2	31.7
収縮期血圧	市(%)	39.5	38.5	38.6	41.8	43.0
	県(%)	42.0	40.8	41.6	41.4	41.3
拡張期血圧	市(%)	21.4	19.5	21.1	21.8	24.0
	県(%)	20.1	19.7	20.3	20.2	20.5
HbA1c	市(%)	70.0	71.0	68.9	63.5	60.5
	県(%)	64.4	65.6	64.0	64.1	61.9
中性脂肪	市(%)	21.3	21.3	22.0	21.5	20.7
	県(%)	21.8	22.0	21.8	21.4	21.2
LDL コレステロール	市(%)	52.1	51.4	52.2	52.4	55.5
	県(%)	53.4	51.9	52.2	52.8	54.0
HDL コレステロール	市(%)	5.4	4.7	4.5	4.7	3.9
	県(%)	5.0	5.0	4.8	4.4	4.6

④健診結果　高血糖者の次年度特定健診未受診(中断)状況

県と比較し、未受診率が高い

血糖（受診勧奨判定値以上）の未受診率（中断者含む）県と比較(表 17)

長野県国保連合会「平成 28 年度　国保保険者における特定健診等結果状況報告書」

2014-2015(H26-27)年度　（人(%)）

HbA1c	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0%以上
市	53(33.8)	38(36.2)	16(41.0)
県	1,851(24.1)	1,220(27.2)	579(31.9)

2018-2019(H30-R1)年度　（人(%)）

HbA1c	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0%以上
市	49(28.7)	31(31.3)	6(25.0)
県	2,133(26.5)	1,385(27.7)	575(34.2)

⑤糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った保健指導の状況

医療機関未受診者への受診勧奨後の結果（R 元年度）

医療機関未受診者…空腹時血糖 126 以上、随時血糖 200 以上、HbA1c6.5 以上、服薬なし

○　2019（R1）年度対象者　111 名

（フォロー要　30 名、フォロー不要　81 名（レセプト等で受診を確認））

フォロー要 30 名中、勧奨後の医療機関受診者 22 名、未受診者 8 名≪受診率 73.3%≫

○　フォローした 30 名のうち、フォロー後に医療機関を受診し、かつ健診も R1,R2 の 2 年連続受けている者 17 名について

（表 18）

			HbA1c		
			改善	変化なし	悪化
eGFR (ml/分/1.73 ㎡)	60 以上を維持		6	1	4
	60 未満	改善	0	0	2
		変化なし	0	0	0
		悪化	3	0	0
	不明		1	0	0

※eGFR は低下率を見ている

⑥メタボリックシンドローム・予備群の状況該当率（表 19）

		2016 (H28)年度	2017 (H29)年度	2018 (H30)年度	2019 (R1)年度
特定健診メタボリックシンドローム該当率	男性	26	27.6	29.5	30.1
	女性	7.9	9.3	11.7	12.0
特定健診メタボリックシンドローム予備群該当率	男性	15.4	15.7	14.9	16.4
	女性	4.6	5.0	4.7	5.5

（７）生活習慣に関すること

１）健康行動

特定健診質問票　年齢調整抜粋　（表 20）　国立保健医療科学院ツール　*は有意差有り

2016（H28）年度

	質問項目	40 歳～64 歳					65 歳～74 歳				
		年齢調整割合（%）			標準化比vs 小諸市		年齢調整割合（%）			標準化比vs 小諸市	
		市	県	国	県 100	国 100	市	県	国	県 100	国 100
男性	＜既往歴＞貧血	3.1	2.1	3.5	133.2	79.1	4.5	3.1	5.5	*144.4	82.4
男性	1 回 30 分以上運動なし	76.1	72.9	68.7	104.4	110.9	55.8	58.2	50.3	95.9	*110.8
女性	＜既往歴＞貧血	21.8	16.2	20.4	*132.4	105.3	12.6	8.9	11.0	*142.7	115.4
女性	喫煙	12.8	8.2	10.5	*157.8	123.6	2.3	2.6	3.8	86.9	58.6
女性	20 歳から 10kg 以上体重増	24.2	22.7	26.3	98.0	104.7	25.4	22.3	25.3	*113.9	100.1

2019(R1)年度

	質問項目	40 歳～64 歳					65 歳～74 歳				
		年齢調整割合（%）			標準化比vs 小諸市		年齢調整割合（%）			標準化比vs 小諸市	
		市	県	国	県 100	国 100	市	県	国	県 100	国 100
男性	＜既往歴＞ 貧血 脂質異常	2.6 17.8	2.9 13.5	3.6 13.2	96.2 *129.8	76.9 *132.3	4.5 31.3	3.9 24.8	5.5 25.5	115.4 *126.1	81.9 *122.8
男性	1 回 30 分以上運動なし	73.5	73.0	68.5	100.1	106.7	56.5	60.1	52.8	93.9	106.9
男性	間食摂取ほとんどなし	29.8	28.2	29.6	105.6	100.1	35.3	29.8	30.9	*118.4	*114.4
女性	＜既往歴＞ 貧血 脂質異常	22.8 19.6	21.4 15.1	22.1 14.7	105.7 *127.8	102.6 *131.3	13.4 39.4	11.4 35.5	12.0 35.3	*117.2 *110.9	111.9 *111.5
女性	喫煙	9.0	8.3	10.6	8.3	10.6	3.3	2.6	3.9	128.5	85.2
女性	20 歳から 10kg 以上体重増	30.8	24.4	28.2	*123.8	107.2	27.0	23.0	26.4	*117.0	101.8
女性	間食摂取ほとんどなし	16.4	14.7	14.8	108.9	108.7	20.0	16.0	15.4	*124.4	*129.2

（８）特定健診・特定保健指導の実施状況

１）特定健診

①特定健診実施率

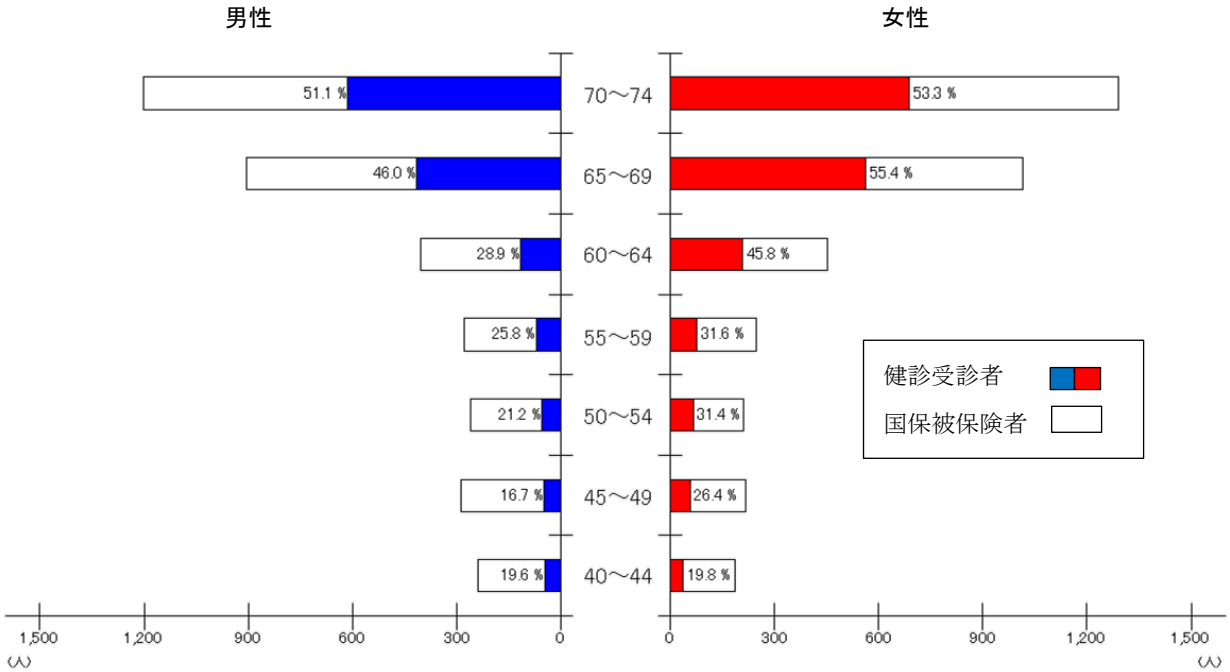
受診率は国に比べては高いが県平均よりは低く、健康日本 21 で目指す目標値 60%には程遠い。伸び率は県、国に比べて高い。

年次別国保特定健診実施率（表 21）　　法定報告

	2015 (H27)年度	2016 (H28)年度	2017 (H29)年度	2018 (H30)年度	2019 (R1)年度
市受診率(%)	39.1	38.7	39.7	44.8	42.7
県受診率（%）	45.8	46.5	47.1	47.6	47.6
国受診率（%）	36.3	36.6	36.7	37.5	37.7
県内 77 市町村中順位	68 位	―	67	58	65
県内 19 市中順位	15 位	15 位	15 位	13 位	13 位
受診人数（人）	3,216	3,114	3,061	3,328	3,065
対象者数（人）	8,216	8,042	7,713	7,435	7,197

②未受診者状況

2019(R1)年度年代別未受診者の状況（図 12）　　KDB　厚生労働省様式（様式 5-4）



③2019（R1）年度医療受診無しかつ特定健診未受診者・率（表 22）

KDB 保健事業介入支援管理（医療機関受診と健診受診の関係表）

40～59 歳（2,038 人）

		特定健診実施	
		あり	なし
医療受診	あり	156(7.6%)	1,076(52.8%)
	なし	41(2.0%)	765(37.5%)

60～74 歳（5,331 人）

		特定健診実施	
		あり	なし
医療受診	あり	911(17.1%)	3,430(64.3%)
	なし	72(1.4%)	918(17.2%)

④継続受診率

経年継続受診率（表 23）　（%）　KDB 被保険者管理台帳

比較年度	2014・2015 (H26・H27)年度	2015・2016 (H27・H28)年度	2016・2017 (H28・H29)年度	2017・2018 (H29・H30)年度	2018・2019 (H30・R1)年度
継続率	77.5	73.5	78.7	82.0	78.1

２）特定保健指導等

①特定保健指導終了率

年次別国保特定保健指導終了率（表 24）　厚生労働省 HP(特定健診、各種データ)

	2015 (H27)年度	2016 (H28)年度	2017 (H29)年度	2018 (H30)年度	2019 (R1)年度
市（%）	36.3	35.6	44.1	48.8	46.1
県（%）	47.0	50.0	50.4	52.2	53.7
国（%）	23.6	24.7	25.6	28.8	29.3
県内 77 市町村順位	63 位	―	63 位	61 位	68 位
県内 19 市順位	15 位	15 位	15 位	15 位	16 位

③ 特定保健指導減少率

年次別国保特定保健指導対象者減少率（表 25）　保険者ネットワーク（共有書庫、共有情報（特定健診法廷報告結果、実施結果集計）

	2014 (H26)年度	2015 (H27)年度	2016 (H28)年度	2017 (H29)年度	2018 (H30)年度	2019 (R1)年度
市（%）	22.5	17.7	15.3	16.7	17.7	17.7
県（%）	21.6	19.8	19.3	19.5	18.4	19.0