

第 2 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

【平成 30 年度～35 年度】

平成 3 0 年 2 月
福島県大沼郡三島町



第2期保健事業実施計画(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
1.背景と目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の 明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	43
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	49
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	73
第 6 章 計画の評価・見直し	74
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	75
参考資料	76

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. 背景と目的

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

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

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

三島町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

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

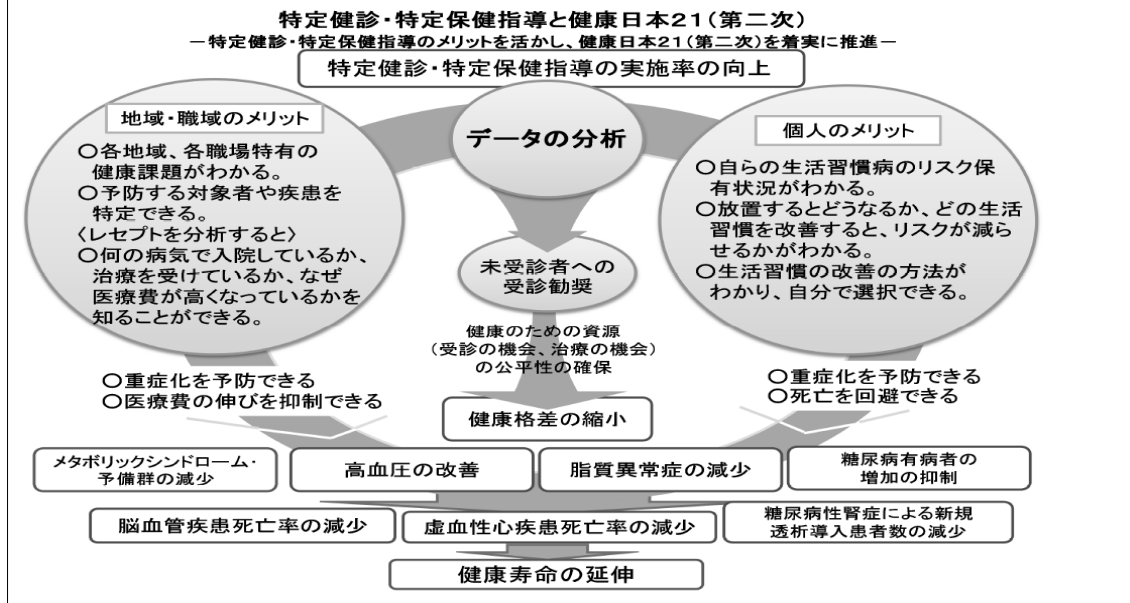
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施指針)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 平成24年6月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 医療費適正化に関する基本指針【全額改正】	厚生労働省 保険局 平成24年6月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣の改善や予防医療の推進を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会性健康が維持可能 なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 生活習慣病の予防 を進め、慢性疾患等を予防することができれば、過剰医療を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発生を減らし 、人原疾患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ることができ、 医療費の抑制 を達成することが可能となる。 特定健康診査は、 慢性疾患等の生活習慣病の重症化や重症化を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものとして、 地域に即した もので行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 主体的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 医療者がその支援の中心 として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の 財政健全化 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、 重症化状態または要支援状態となることへの予防 又は、 要介護状態等の経過もしくは重症化の防止 を理念としている。	国民皆保険を堅持 し、結核をいかに、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費が適度に増えないよう にしていけるとともに、 必要かつ適切な医療を効果的に提供 する体制の確保を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療の連携 を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の若年層・壮年層世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 若老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 早期脳血管性症、軽度認知障害 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	生活習慣病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目 15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数) ③合併症(糖尿病性腎症による透析導入患者数) ④血圧コントロール期間におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの増加 ⑧高血圧・脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な食事と運動の食事をとる ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の結果も参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)特定健診等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備病 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費 【保険者努力支援制度度分】を減額し、保険料率決定	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外支 ①一人あたり医療費の適正化の達成 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 ④糖尿病性腎症予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の医療に即して設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局：国民健康保険会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局：国民健康保険会)を通じて、保険者との連携	

【図 1】

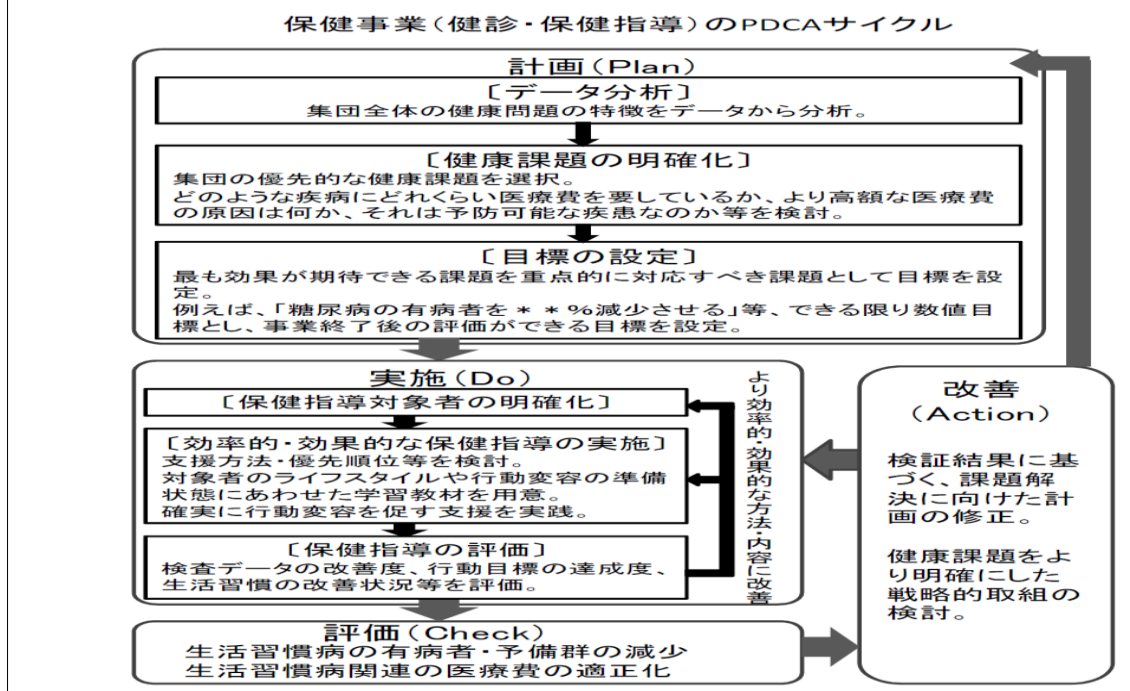
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図 3】

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮することとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

本町においては、国民健康保険担当が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い連携が必要である。特に健康推進担当の保健師等の専門職との連携、高齢者医療、保健衛生、介護保険、生活保護、企画担当者等様々な担当とも十分連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、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行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、本町では、計画素案について、国保連、支援評価委員会、都道府県関係課と意見交換を行い、連携に努めていく。

また、郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために連携を推

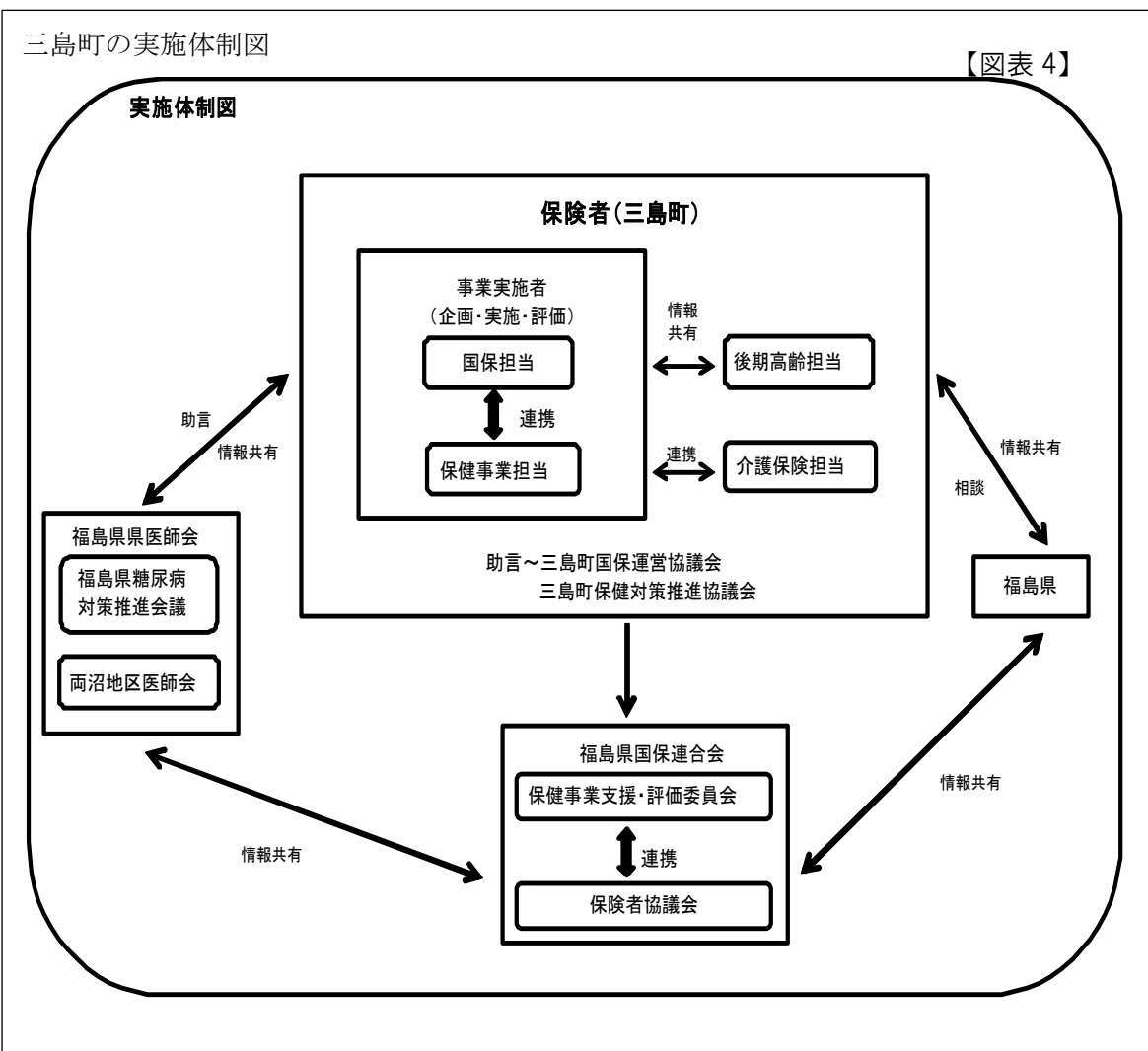
進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から積極的に連携に努める。

また、本町国保では、転職や加齢等による被保険者の往来があることから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成 30 年度から本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

【図表 5】

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
評価指標					
総得点(満点)		345	580	850	850
総得点(体制構築加点含む)		243			
交付額 (万円)		25.9			
1点当たり交付額 (円)		1,065			
1人当たり交付額 (円)		563			
全国順位(1,741市町村中)		256			
県内順位(59市町村中)		12			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15			50
共通 ②	がん健診受診率	10			30
	歯周疾患(病)健診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			70
共通 ⑤	重複服用者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、第1期計画をもとに事業に取り組んだ結果、改善された点が多くみられた。標準化死亡比の減少、死亡死因の心臓病の割合の減少、早世死亡の割合、介護保険2号認定者割合の減少、介護保険有病状況の脳疾患（生活支援の必要になりやすい疾患）の割合の減少、入院1件あたり費用の糖尿病、脳血管疾患、心疾患1件あたり費用額の減少、外来1件あたりの糖尿病、高血圧、脂質異常症、脳血管疾患の費用額の減少、県内順位の下降等読み取れる。特に1人あたり医療費県内順位が県内6位から県内43位へと下がり、医療費適正化に近づけたことは、これら全体状況を総括した結果と言えるのではないかと考える。また、特定健診受診データがなければ、リスクや治療中疾病のコントロール状況も把握できず保健指導にもつながらないため、受診率を上げることが重要であるが、受診率においても受診勧奨の取り組みにより上昇し、保険者努力支援制度満点の数値をクリアしている。

しかし、1人あたり医療費分析で糖尿病が増加している。また、生活習慣病、動脈硬化の発生源となるメタボリックシンドローム該当割合においては、平成28年度わずかであるが、増加が見られた。受診率が上がることによりメタボリックシンドローム該当率が増加したとも考えられるが、今後ますます生活習慣病を予防するためのメタボリックシンドローム該当者減少の取り組みを重視していかなければならない。

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた三島町の位置

項目			三島町 (H25)		三島町 (H28)		県 (H28)		同規模平均 (H28)		国 (H28)		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	1,913		1,913		2,004,977		712,964		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 福祉・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		65歳以上 (高齢化率)	912	47.7	912	47.7	503,588	25.1	250,396	35.1	29,020,766	23.2		
		75歳以上	597	31.2	597	31.2	272,306	13.6			13,989,864	11.2		
		65～74歳	315	16.5	315	16.5	231,282	11.5			16,030,902	12.0		
		40～64歳	608	31.8	608	31.8	687,856	34.3			42,411,922	34.0		
		39歳以下	393	20.5	393	20.5	813,533	40.6			58,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	13.7		13.7		7.9		22.7		4.2		KDB_NO.3 福祉・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業	28.2		28.2		30.1		21.7		25.2			
		第3次産業	58.1		58.1		62.0		55.6		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.1		79.1		78.8		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	86.4		86.4		86.1		86.5		86.4			
	④ 健康寿命	男性	64.6		64.7		64.8		65.1		65.2			
		女性	66.4		66.6		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	109.4		91.2		106.3		102.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	98.9		82.5		104.8		98.2		100		
		死 因	がん	11	34.4	9	42.9	6,128	43.9	2,874	44.3	367,905	49.6	
			心臓病	12	37.5	7	33.3	4,151	29.7	1,917	29.6	196,768	26.5	
			脳疾患	6	18.8	4	19.0	2,528	18.1	1,158	17.9	114,122	15.4	
			糖尿病	0	0.0	0	0.0	295	2.1	115	1.8	13,658	1.8	
			腎不全	2	6.3	1	4.8	439	3.1	231	3.6	24,763	3.3	
			自殺	1	3.1	0	0.0	421	3.0	187	2.9	24,294	3.3	
	合計		4	16	2	4.1	2,643	11.2			142,481	11.0		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	4	16	1	4.2	1,817	15.2			95,219	14.3	厚生省HP 人口動態調査	
		女性	0	0	1	3.7	826	7.1			47,262	7.6		
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	232	24.4	192	22.1	106,930	21.1	49,966	20.0	5,886,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	7	0.5	0	0.2	1,974	0.3	781	0.3	105,636	0.3	
2号認定者			5	0.6	2	0.5	2,910	0.4	856	0.4	151,813	0.4		
② 有病状況		糖尿病	31	12.2	31	17.2	21,804	19.6	10,599	20.4	1,350,152	22.1		
		高血圧症	120	48.4	102	52.0	61,902	55.9	28,380	55.1	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	55	22.1	49	24.7	31,264	28.1	14,058	27.1	1,741,866	28.4		
		心臓病	140	57.6	111	57.4	68,826	62.2	31,946	62.2	3,529,682	58.0		
		脳疾患	66	26.7	45	23.0	30,387	27.5	13,362	26.3	1,538,683	25.5		
		がん	21	7.9	20	10.6	11,047	9.9	4,857	9.3	631,950	10.3		
		筋・骨格	118	47.1	94	47.1	57,691	51.9	28,320	55.1	3,067,196	50.3		
		精神	76	31.5	74	38.2	43,299	39.1	19,128	37.0	2,154,214	35.2		
③ 介護給付費		1件当たり給付費 (全体)	99,318		87,476		61,279		73,752		58,284			
		居宅サービス	40,911		38,403		39,921		39,649		39,662			
④ 医療費等	施設サービス	273,940		266,689		276,369		273,932		281,186				
	要介護認定別 医療費 (40歳以上)	認定あり	6,959	7,900	7,304	8,522	7,980							
4	① 国保の状況	被保険者数	509		441		474,108		198,805		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	234	46.0	248	56.2	192,878	40.7			12,461,618	38.2		
		40～64歳	201	39.5	145	32.9	168,394	35.5			10,846,712	33.6		
		39歳以下	74	14.5	48	10.9	112,836	23.8			9,179,541	28.2		
	② 医療の概況 (人口千対)	加入率	26.6		23.1		23.6		28.1		26.9			
		病院数	1	2.0	1	2.3	128	0.3	47	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	2	3.9	2	4.5	1,366	2.9	621	3.1	96,727	3.0		
		病床数	32	62.9	32	72.6	25,835	54.5	3,963	19.9	1,524,378	46.8		
		医師数	6	11.8	4	9.1	3,810	8.0	541	2.7	299,792	9.2		
		外来患者数	654.7		678.4		699.2		652.3		668.1			
		入院患者数	10.6		22.6		19.4		23.7		18.2			
		一人当たり医療費	26,360	674,981	24,227	700,971	24,816	718,687	26,817	676,037	686,286			
	③ 医療費の状況	受診率	56.1		55.2		60.5		55.3		60.1			KDB_NO.3 福祉・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
外 費用の割合		97.1		96.8		97.3		96.5		97.4				
来 件数の割合		43.9		44.8		39.5		44.7		39.9				
入 費用の割合		2.9		3.2		2.7		3.5		2.6				
院 件数の割合		12.2日		11.0日		16.4日		16.3日		15.6日				
1件あたり在院日数		36.2		20.4		24.4		24.2		25.6				
新生物		0.0		1.8		8.5		7.9		9.7				
慢性腎不全 (透析あり)		10.0		12.3		10.7		10.1		9.7				
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費業務 病名 (割合含む)	糖尿病	10.6		10.7		10.0		9.4		8.6		KDB_NO.3 福祉・医療・介護 データからみる地 域		
	高血圧症	11.4		19.2		18.8		18.6		16.9				
	精神	13.8		13.2		13.7		16.4		15.2				
	筋・骨疾患													

9

(2) 中長期目標の達成状況

① 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症透析者の状況

第1期データヘルス計画では、医療費の中で高額を占めるとともに死亡率が高い「虚血性心疾患の患者数の10%減」、付随して「脳血管疾患の患者数の10%減」、「糖尿病性腎症治療者からの透析発生をなくす」ことを目標に掲げた。(図表6)のとおり、虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者数は減少しており、虚血性心疾患では平成25年度と28年度を比較すると8.8%の減で、目標の数値まで達しなかった。脳血管疾患では40%減であった。透析治療者については平成25年度は0人だったが平成28年度に1名の発生があった。また、この1名が、糖尿病腎症からの透析者であった。この方については平成21年より保健師、栄養士による継続的な訪問指導を実施しており、主治医が本来だともっと早い時期に透析になると予測していた方であった。長い間腎機能の維持が保たれ、取り組みにより発生時期を遅らせたと考えられる。

また、糖尿病腎症について考えると、糖尿病腎症罹患時点で全身に動脈硬化が及んでいるとみられており、心疾患、脳血管死亡の危険があると言われている。透析は一種のエリート疾病と言われ、死亡しなかった方が透析として生活を維持できるとされていることから考えると、心疾患、脳血管疾患の死亡が減少することにより、透析実施者の増加が懸念される。これらのことから、糖尿病性腎症以前の状態でリスクを発見、健康状態の改善を行うことがますます重要となる。

生活習慣病新規患者数の推移

【図表6】

年	被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患	
		患者数	新規患者数	患者数	新規患者数
平成24年	534	34	10	20	11
平成25年	509	37	13	17	6
平成26年	498	35	3	15	1
平成27年	464	33	4	11	2
平成28年	441	31	2	12	5

人工透析患者数の推移

【図表7】

	実人数	男性			女性		
		40歳未満	40歳～64歳	65歳～75歳未満	40歳未満	40歳～64歳	65歳～75歳未満
平成24年	0	0	0	0	0	0	0
平成25年	0	0	0	0	0	0	0
平成26年	0	0	0	0	0	0	0
平成27年	0	0	0	0	0	0	0
平成28年	1	0	0	1	0	0	0

※抽出データ：KDB「様式3-7」

②医療費の状況

第1期計画では、目標の付随効果として、医療費の伸びを抑え、重症化を予防し、入院と外来の費用負担割合において入院の割合を下げていくことをあげている。

国保1人当たり医療費においては、平成25年28,019円（県内順位6位）から平成28年、25,807円（県内順位43位）へと減少がみられ、総医療費では平成28年は前年から3,258万円程度の減少になった。これらは先述の虚血性心疾患、脳血管疾患の患者数、新規患者数の減少、生活習慣病の1件当たりの費用額の減少の結果として考えられる。実際訪問指導を実施している個々の事例から考えても、検査データの改善により服薬数の減少、服薬の中止につながる事例が多々見られた。

入院と外来の負担割合については、割合だけでみると変化が見えず、改善が見られなかったかと思われたが、（図表11）の疾病別入院外来総費用額の推移で詳細に見てみると、平成28年度は、入院、外来ともに生活習慣病の医療費が下がっており、保健指導の成果がみられたと考えられる。

重症化を予防することは医療費に直結することが明確であり、今後も重症化予防の取り組みは重要と思える。

国保医療費及び一人当たり医療費の推移

【図表8】

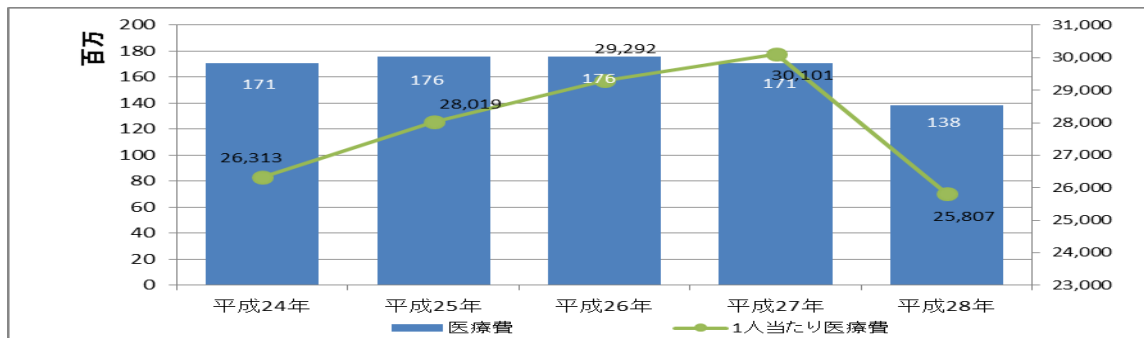
	医療費	1人当たり医療費	県内順位	同規模平均	受診率
平成24年	170,795,470	26,313	11	25,503	735.63
平成25年	175,537,110	28,019	6	26,432	752.28
平成26年	175,605,360	29,292	9	27,329	767.64
平成27年	170,762,840	30,101	10	28,655	780.89
平成28年	138,172,920	25,807	43	28,537	783.71

※医療費＝内科＋調剤＋歯科 ※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

同規模245市町村

国保医療費及び一人当たり医療費の推移

【図表9】



生活習慣病等受診状況（1件あたりの費用額（外来・入院単価）） 【図表 10】

外来、入院の割合	三島町（H25）		三島町（H28）		県（H28）		同規模平均（H28）		国（H28）	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
外来	費用の割合	56.1	55.2	60.5	55.3	60.1				
外来	件数の割合	97.1	96.8	97.3	96.5	97.4				
入院	費用の割合	43.9	44.8	39.5	44.7	39.9				
入院	件数の割合	2.9	3.2	2.7	3.5	2.6				
1件あたり在院日数		12.2日	11.0日	16.4日	16.3日	15.6日				

疾病別入院外来総費用額の推移 【図表 11】

	H25			H26			H27			H28		
	外来	入院	総計	外来	入院	総計	外来	入院	総計	外来	入院	総計
がん	1,451,302	2,185,839	3,637,141	1,076,760	1,029,060	2,105,820	741,099	1,670,061	2,411,160	559,301	1,029,842	1,589,143
その他(上記以外のもの)	3,896,707	2,557,736	6,454,443	3,498,062	3,389,057	6,887,119	3,400,073	4,190,579	7,590,652	2,949,732	2,464,722	5,414,454
狭心症	148,832	837,176	986,008	180,288	842,741	1,023,029	213,715	312,843	526,558	197,216	880,333	1,077,549
筋・骨格	912,876	474,183	1,387,059	833,731	1,521,046	2,354,777	701,874	495,347	1,197,221	685,984	342,016	1,028,000
高血圧症	1,040,241	24,026	1,064,267	925,428	19,084	944,512	840,519	0	840,519	805,131	30,951	836,082
高尿酸血症	17,604	0	17,604	25,347	0	25,347	34,028	0	34,028	49,469	0	49,469
脂質異常症	322,525	0	322,525	391,890	0	391,890	479,243	0	479,243	495,425	0	495,425
脂肪肝	0	0	0	19,300	0	19,300	7,921	0	7,921	1,274	0	1,274
心筋梗塞	20,688	112,168	132,856	18,914	197,003	215,917	18,145	277,288	295,433	11,699	0	11,699
精神	338,158	805,025	1,143,183	418,119	832,654	1,250,773	519,801	752,273	1,272,074	489,208	1,007,218	1,496,426
糖尿病	1,007,560	0	1,007,560	986,552	412,008	1,398,560	1,019,272	246,400	1,265,672	902,368	56,524	958,892
動脈硬化症	19,206	0	19,206	0	0	0	0	0	0	1,454	0	1,454
脳梗塞	79,709	254,882	334,591	53,750	30,063	83,813	29,172	0	29,172	11,058	0	11,058
脳出血	1,779	0	1,779	0	0	0	0	80,492	80,492	0	0	0
総計	9,257,187	7,251,035	16,508,222	8,428,141	8,272,716	16,700,857	8,004,862	8,025,283	16,030,145	7,159,319	5,811,606	12,970,925

また、平成 28 年の医療費における疾病内訳を見てみると、循環器系や、内分泌、栄養及び代謝疾患の医療費割合が同規模町村や、県、国と比べて高く、さらにその中でも、虚血性心疾患、糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合が高い状況である（図表 12、13、14）。全体的に改善はみられるものの、生活習慣病予防、生活習慣病予防の取り組みがまだまだ課題であり、重要と考えられる。また、それらを違う側面から見ると、栄養などの生活習慣の改善により予防可能な疾患であるため、しっかり取り組めば高い効果の出るものととらえることができる。

大分類 医療費における疾病内訳（平成 28 年）

【図表 12】

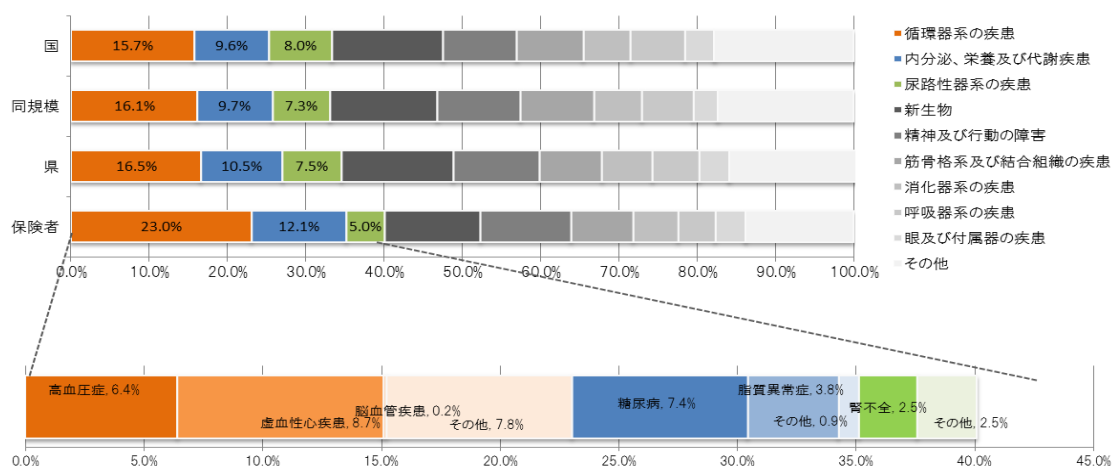
	保険者		県	同規模	国
	医療費	医療費割合	医療費割合	医療費割合	医療費割合
循環器系の疾患	29,927,450	23.1%	16.6%	16.1%	15.7%
内分泌、栄養及び代謝疾患	15,675,030	12.1%	10.5%	9.7%	9.6%
尿路性器系の疾患	6,423,550	5.0%	7.5%	7.3%	8.0%
新生物	15,891,430	12.3%	14.2%	13.8%	14.2%
精神及び行動の障害	14,964,260	11.5%	11.0%	10.6%	9.4%
筋骨格系及び結合組織の疾患	10,280,000	7.9%	8.0%	9.3%	8.5%
消化器系の疾患	7,410,430	5.7%	6.4%	6.2%	6.1%
呼吸器系の疾患	6,069,710	4.7%	5.9%	6.4%	6.8%
眼及び付属器の疾患	5,082,830	3.9%	3.8%	3.2%	3.8%
その他	17,984,560	13.9%	16.0%	17.5%	17.9%
計	129,709,250	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※医科＋調剤 ※大分類 上位9位以外は「その他」に集約

※抽出データ：KDB「大分類」

医療費における生活習慣病疾病内訳（平成 28 年）

【図表 13】



医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋（平成 28 年）

【図表 14】

	保険者		県	同規模	国
	医療費（円）	割合	割合	割合	割合
糖尿病	9,588,920	7.4%	6.4%	5.8%	5.5%
高血圧症	8,360,820	6.4%	5.9%	5.3%	4.8%
脂質異常症	4,954,250	3.8%	3.0%	2.8%	2.9%
虚血性心疾患	11,246,900	8.7%	2.4%	2.2%	2.3%
脳血管疾患	198,780	0.2%	3.0%	3.1%	3.0%
腎不全	3,177,990	2.5%	5.6%	5.3%	6.1%
再掲 腎不全（透析あり）	1,390,600	1.1%	5.0%	4.5%	5.4%
慢性閉塞性肺炎（COPD）	712,920	0.5%	0.2%	0.2%	0.2%

※抽出データ：KDB「大分類」「中分類」「小分類」

③高額になる医療費の状況

本町の 80 万円以上の疾病の内訳をみると、平成 25 年度の脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全のレセプト件数は全体の約 20.6%、費用額は全体の約 22.4% を占めていた。平成 28 年度ではレセプト件数約 14.1%、費用額約 19.4%と割合の減少が見られた。

虚血性心疾患においては実人員は減少したものの費用額は増加したことと、平成 28 年度においては腎不全の費用額が 0 から 126 万円となったことから考えると、これらの疾患は、件数が少なくとも費用額において負担増大の疾患となるため今後も予防活動を徹底していかなければならない。

平成 25 年 80 万円以上の高額疾病の内訳

(平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月診療分)

【図表 15】

	脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	がん	その他	総数
実人数	1	5	0	4	12	22
総件数	2	5	0	11	16	34
	5.9%	14.7%	0.0%	32.4%	47.1%	100.0%
40歳未満	0	0	0	1	0	1
40歳代	0	0	0	0	0	0
50歳代	0	0	0	0	2	2
60歳代	2	3	0	8	5	18
70～74歳	0	2	0	3	9	14
費用額(円)	231万円	808万円	0	1550万円	1976万円	4564万円

平成 28 年 80 万円以上の高額疾病の内訳

(平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月診療分)

【図表 16】

	脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	がん	その他	不明 (未記載)	総数
実人数	0	4	0	3	5	0	12
総件数	0	4	0	5	10	0	19
	0.0%	21.1%	0.0%	26.3%	52.6%	0.0%	100.0%
40歳未満	0	0	0	1	1	0	2
40歳代	0	0	0	0	0	0	0
50歳代	0	0	0	0	0	0	0
60歳代	0	4	0	3	8	0	15
70～74歳	0	0	0	1	1	0	2
費用額(円)	0	7,018,020	0	7,446,750	14,296,080	0	28,760,850
(割合)	0.0%	24.4%	0.0%	25.9%	49.7%	0.0%	100.0%

(2) 短期的な目標に係る評価

第1期データヘルス計画では、「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らす」こととし、「メタボリックシンドローム該当割合 17%」を目標に掲げた。

①高血圧、糖尿病、脂質異常症の状況

目標の中では虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の予防に努めることとしていた。これらの疾患の患者割合は増加したが、これは健診受診者の受診勧奨判定値の方に対して医療機関受診勧奨を行ったことによる適正な医療受診行動の結果と考えられる。

患者割合は増加しているものの、糖尿病・高血圧の、入院・外来とも1件あたり費用額、順位が下がったことから糖尿病、高血圧の重症化はある程度防げたと推測される。

また、脂質異常症の入院の費用、順位が伸びているが、重症化予防の訪問指導の取り組みにあたって、優先順位として糖尿病、高血圧者を重要視して実施しており、どうしても脂質異常者は後回しになる傾向があったことが要因として考えられる。

生活習慣病患者数の推移

【図表 17】

	生活習慣病 総数（人）	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	糖尿病	糖尿病性腎症		脂質異常症
						インスリン療法		
平成24年	227	20 8.8%	34 15.0%	123 54.2%	54 23.8%	3 5.6%	3 5.6%	84 37.0%
平成25年	217	17 7.8%	37 17.1%	117 53.9%	53 24.4%	3 5.7%	5 9.4%	83 38.2%
平成26年	209	15 7.2%	35 16.7%	115 55.0%	51 24.4%	3 5.9%	2 3.9%	82 39.2%
平成27年	198	11 5.6%	33 16.7%	124 62.6%	49 24.7%	2 4.1%	2 4.1%	89 44.9%
平成28年	190	12 6.3%	31 16.3%	107 56.3%	51 26.8%	2 3.9%	3 5.9%	81 42.6%

※抽出データ：KDB「様式3-1」

生活習慣病患者の 1 件あたり費用額の推移

【図表 18】

費用額 県内順位 (順位総数 61)	入院 外来 の別	病名	平成25年			平成28年		
			費用額(1件 あたり)	県内順位	在院日数	費用額(1件 あたり)	県内順位	在院日数
	入院	糖尿病	621,103	19位	(13)	551,025	32位↓	(8)
		高血圧	657,305	11位	(13)	644,668	11位	(10)
		脂質異常症	593,074	18位	(12)	675,992	8位↑	(8)
		脳血管疾患	718,987	15位	(16)	440,895	58位↓	(16)
		心疾患	629,317	38位	(19)	608,194	40位↓	(17)
		腎不全	154,990	60位	(9)	227,755	60位	(6)
		精神	464,991	7位	(23)	572,259	2位	(22)
		悪性新生物	722,330	4位	(14)	557,118	50位	(17)
	外来	糖尿病	39,214	14位		30,098	55位	↓
		高血圧	31,358	12位		22,646	61位	
		脂質異常症	26,188	35位		22,297	57位	
		脳血管疾患	30,817	52位		23,840	60位	
		心疾患	26,637	60位		29,308	60位	
		腎不全	48,185	60位		62,353	59位	
		精神	37,667	2位		23,873	55位	
		悪性新生物	49,997	24位		30,924	60位	

②メタボリックシンドロームの状況

第 1 期計画に沿って毎年メタボリックシンドローム該当者への保健指導を実施したことにより、前年該当者のメタボ減少率は、毎年 20%前後であった。しかし新たな該当者が表れたことにより、該当者割合は目標の 17%とは程遠く平成 28 年度は 26.3%であった。これは、受診率が上がったことによる影響と考えられる。

またその内訳をみると、予備軍では高血圧該当の割合が高く、該当者では血圧＋脂質異常の 2 項目該当者や、3 項目すべて該当者の割合が高かった。

年齢階層別では、40～64 までの年代より 65～75 歳の方、男女別では女性より男性が該当割合が高かった。

後述する（図表 57）の問診項目の回答を見ると食後間食をする割合、運動習慣のない割合、飲酒量の多い割合が本町では高く、メタボリックシンドロームを誘発しやすい生活習慣の傾向がうかがえる。

メタボリックシンドローム該当割合の状況

【図表 19】

	対象者	受診者	受診率	受診率 県内順 位	メタボ該 当者数	メタボ該 当者割合	①メタボ予 備軍該当 者数	②メタボ予備 軍該当者割 合	メタボ①+ ②割合県 内順位 (ワーストか ら)	メタボ減 少率
20年度	507	312	61.54		74	23.72	42	13.46	6	
21年度	486	292	60.08		55	18.84	47	16.1	5	
22年度	459	247	59.69	9位	60	21.9	40	14.6	4	
23年度	448	263	58.71	9位	43	16.1	31	11.61	53	
24年度	436	270	61.93	9位	66	24.4	36	13.3	7	20.5
25年度	402	240	59.55	11位	61	25.4	29	12.1	6	28.3
26年度	403	230	57.07	13位	51	22.2	26	11.3	22	16.7
27年度	370	249	67.30	4位	58	23.3	27	10.8	19	21.3
28年度	362	251	69.30	4位	66	26.3	29	11.6	9	19.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

【図表 20】

総計		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群			該当者					
				高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て	
平成24年	人数	270	10	36	2	30	4	66	14	4	27	21
	割合	100.0%	3.7%	13.3%	0.7%	11.1%	1.5%	24.4%	5.2%	1.5%	10.0%	7.8%
平成25年	人数	241	12	29	2	17	10	61	10	3	30	18
	割合	100.0%	5.0%	12.0%	0.8%	7.1%	4.1%	25.3%	4.1%	1.2%	12.4%	7.5%
平成26年	人数	228	10	26	0	22	4	51	10	4	19	18
	割合	100.0%	4.4%	11.4%	0.0%	9.6%	1.8%	22.4%	4.4%	1.8%	8.3%	7.9%
平成27年	人数	249	8	27	1	21	5	58	9	0	33	16
	割合	100.0%	3.2%	10.8%	0.4%	8.4%	2.0%	23.3%	3.6%	0.0%	13.3%	6.4%
平成28年	人数	251	7	29	2	20	7	66	12	2	26	26
	割合	100.0%	2.8%	11.6%	0.8%	8.0%	2.8%	26.3%	4.8%	0.8%	10.4%	10.4%

※抽出データ:KDB「様式6-8」

年齢階層別・男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(平成 28 年)

【図表 21】

男性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	該当者			該当者				
					高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血圧＋脂質	3項目全て	
40～65 歳未満	人数	34	2	2	0	0	2	12	1	0	5	6
	割合	26.6%	5.9%	5.9%	0.0%	0.0%	5.9%	35.3%	2.9%	0.0%	14.7%	17.6%
65～75 歳未満	人数	94	3	14	1	10	3	33	8	0	14	11
	割合	73.4%	3.2%	14.9%	1.1%	10.6%	3.2%	35.1%	8.5%	0.0%	14.9%	11.7%
保険者計	人数	128	5	16	1	10	5	45	9	0	19	17
	割合	100.0%	3.9%	12.5%	0.8%	7.8%	3.9%	35.2%	7.0%	0.0%	14.8%	13.3%

※抽出データ:KDB「様式6-8」

年齢階層別・女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(平成 28 年)

【図表 22】

表27 年齢階層別・女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(平成28年)

女性		健診	腹囲 のみ	予備群			該当者					
		受診者		高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血圧＋脂質	3項目全て		
40～65 歳未満	人数	35	0	3	0	2	1	6	0	1	2	3
	割合	28.5%	0.0%	8.6%	0.0%	5.7%	2.9%	17.1%	0.0%	2.9%	5.7%	8.6%
65～75 歳未満	人数	88	2	10	1	8	1	15	3	1	5	6
	割合	71.5%	2.3%	11.4%	1.1%	9.1%	1.1%	17.0%	3.4%	1.1%	5.7%	6.8%
保険者計	人数	123	2	13	1	10	2	21	3	2	7	9
	割合	100.0%	1.6%	10.6%	0.8%	8.1%	1.6%	17.1%	2.4%	1.6%	5.7%	7.3%

※抽出データ:KDB「様式6-8」

(3) 各事業の評価

特定健診未受診者対策	特定健診受診者フォローアップ(医療受診勧奨)
目 標、背 景	目 標、背 景
受診率が高い状況にあるが、健診受診者と、健診未受診者の生活習慣病治療費の平均を比較すると、健診未受診者が高い傾向がみられ、健診結果も継続受診者よりも新たに受けたものに異常が多くみられる。未受診者へ、受診勧奨を行い受診時保健指導、訪問指導で介入を行い、生活習慣病の予防、重症化予防を目指す。	レセプトでの高額疾患は虚血性心疾患等の動脈硬化の進展したものであるため、その発症の前段階の高血圧、糖尿病、高脂血症を適切な受診により管理することが重要である。受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨を行い、動脈硬化の進展を予防する。
対 象	対 象
①前年特定健診未受診者 ②6月集団検診時特定健診未受診者	特定健診受診勧奨判定値で医療機関未受診者、中断者
実 施 状 況	実 施 状 況
①受診勧奨チラシを作成し、前年未受診者全員へ保健推進員が声掛けをしながら配布し、受診勧奨を実施。 ②集団健診時未受診者に専門職(保健師、栄養士)による個別訪問を行い、未受診理由を明らかにすることにより、理由に適した受診勧奨を行う。また、受診を拒否する方には、血圧測定や尿検査等の簡易検査を実施し、保健指導を実施。 ③受診しやすい環境整備を行う。～日曜健診、施設健診、午後健診、健診時のバスの無料化を実施。 ④魅力ある健診の実施～健診項目の充実(微量アルブミン尿など)、受診者への丁寧な保健指導を実施。	健診後対象者の抽出を行い、訪問により科学的根拠に基づいた受診勧奨理由の説明を全員に実施。受診勧奨後は、受診状況や、服薬の確認を行い、生活、食事について保健指導を実施。
評 価	評 価
受診率 ～ H25(59.56%) H26(57.07%) H27(67.3%) H28(69.3%)	H25 受診勧奨判定値者114人 →医療機関受診者108人(94.7%) H28 受診勧奨判定値者135人 →医療機関受診者123人(91.1%) ※受診しDr. より経過を見ましようと言われている人も未受診者に含まれており、ほぼ全員適正受診行動がとれている。

生活習慣病重症化予防事業
目 標、背 景
心臓病、脳血管疾患の死亡割合が、同規模町村、県、国より高い状況で、医療費分析においても心臓病が高額疾患となっている。健診受診者のうちリスクの高いものの生活習慣病発症、重症化を予防し、虚血性心疾患・脳血管疾患の発症、死亡数を減少させる。
対 象
Ⅱ度高血圧以上、LDL180mg/dl以上、メタボリックシンドローム、心電図結果心房細動、微量アルブミン尿30以上
実 施 状 況
対象者の抽出を行い、各々の保健指導計画を策定後、保健師、管理栄養士による保健指導を実施。(健診結果の確認、将来予測、生活状況の聞き取り、必要時専門医の紹介、健診結果と生活との関連について、食などについての指導)1～3か月後にその後の状況確認、継続支援、レセプト確認、必要時医療機関と連携し、継続した保健指導の実施。
評 価
虚血性心疾患新規患者 : H25(13人)→H28(2人) 脳血管疾患新規患者 : H25(6人)→H28(5人) ※H28年新規患者内訳～入院が必要だった重症者は1名。(脳血管疾患、健診未受診者)、また1名は重症入院中、社保からの保険変更者(脳血管疾患)で新規となった者。他は軽症者であった。

糖尿病性腎症重症化予防事業
目 標、背 景
糖尿病が重症化するリスクの高い、糖尿病未治療者・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に対して、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。 (平成28年 透析者1人、糖尿病性腎症者3人)
対 象
①過去の健診において、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上の者で糖尿病を治療していない者、中断している者 ②糖尿病治療中で、血糖コントロール不良者、腎機能低下者
実 施 状 況
未受診者、中断者～訪問により受診勧奨を行う。その後受診状況の確認、服薬確認、保健指導を継続実施。 血糖コントロール不良者、腎機能低下者～ 訪問指導により、健診データを用いて自身の健康状態を理解してもらい食事や、運動などの生活習慣の改善につなげるよう支援。また、血糖値や、腎機能の推移を確認し、必要に応じてかかりつけ医や専門医と連携を取り対象者の機能の維持、改善の支援を行う。
評 価
・糖尿病性腎症プログラム策定済み。 ・対象者台帳作成済み。 ・対象者台帳や、把握している糖尿病性腎症者、CKD者全員に、継続した保健、栄養指導が実施できている。 ・未受診者、中断者0人

※その他の事業、体制作り

健診の充実、2次健診の実施	ポピュレーションアプローチ	体制作り
目 標、背 景	目 標、背 景	目 標、背 景
健診項目の充実、2次健診を実施し、受診者の血管変化状態、メタボリックシンドロームに関連した身体変化等を的確に把握し、受診者に伝えることにより、早期受診、生活改善の動機づけにつなげ、虚血性心疾患、脳血管疾患予防に努める。	生活習慣病の知識と健康意識の高揚を図る。	計画の実効性を高めるためには、物的資本、人的資本等を整えることが重要である。実行できる体制づくりを進め、予防活動の充実を図る。
対 象	対 象	対 象
2次健診～メタボリックシンドローム該当者、予備軍該当者	町民一般	
、	実 施 状 況	実 施 状 況
・健診項目充実 ～ 追加項目として微量アルブミン尿、尿酸値、総コレステロール、クレアチニン、eGFR、ヘマトクリット、血色素、赤血球、心電図、眼底検査 ・2次健診の実施 ～ 頸動脈エコー、糖負荷検査	・ケーブルテレビ、番組作成による知識の普及、受診勧奨、運動の推進 ・各地区組織での健康教室 ・広報による町の実態の紹介、知識の普及 ・健康ポイント制度で運動の推進 ・ウォーキングの推奨(ウォーキング大会の支援)	・事業の整理を行い、生活習慣病予防、重症化予防に関わる事業を行える時間を確保 ・物的資本、人的資本を整えるために国保ヘルスアップ事業(補助事業)を活用 ・臨時栄養士の通年雇用(H27～) ※採用はできなかった。 ・職員の保健指導技量向上～ 保健指導指導者による町内研修(年6回)、指導栄養士による町内研修 ・係内一体となった健康の保持増進事業の推進(専門職以外の各担当者はポピュレーションアプローチ推進)
評 価	評 価	評 価
健診項目の充実により、受診者の身体状況の把握が容易であり、的の絞った的確な保健指導ができた。また、そのことが受診者の行動変容につながった。特に微量アルブミン検査は、早期に内皮の動脈硬化の始まりがわかるため、改善行動の強い動機づけとなるとともに腎機能悪化を止めることのできる早期腎症期の対象者を抽出できる有意義な検査と言える。2次健診の実施により、動脈硬化の度合い、インスリンの量、出方、メタボリックシンドロームの影響による変化が判明し、的確な保健指導につながった。それに伴い生活改善、数値の改善が多くみられた。	・受診率の向上 69.3% ・健康ポイント制度参加者の増加	・虚血性心疾患・脳血管疾患の患者数、新規患者数の減少 ・医療費の減少、県内医療費順位の降下 ・健診データの改善 ・受診率、保健指導率の増加(H27、28年後期高齢者支援金減算市町村に決定し、28、29年度の後期高齢者支援金への当町負担が減額されている。)

(4) 事例から考える評価

これまでのデータを見ると、本町では虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者の減少、国保総医療費、一人あたり医療費の減少、疾病別入院外来総費用額での心筋梗塞、脳出血、脳梗塞などの重症疾病医療費の減少、80万以上の高額医療費の件数の減少、特定健診受診率の向上等、改善された部分が多くみられ、取り組みの成果がデータとして現れてきている。どのような取り組みが成果につながったのか、各事業の評価と合わせて個別の事例を通して考察した。

■事例1 - メタボの改善 (60代 女性)

	H28	H29
腹 囲	94.3	89.9
(女性90cm未満正常)		
微量アルブミン尿	79.6	13.4

微量アルブミン尿検査結果を基に腎系球体からの蛋白の漏れの機序(動画教材)、メタボとの関連、今後の予測について保健指導。→菓子、ご飯量減らした。(28年度訪問指導2回～保健師、栄養士・保健師の訪問は27年度にも5回実施)

考察 アルブミン尿が漏れ出ている意味、今後の予測を対象者が理解したことにより、食生活改善の強い動機づけとなった。→微量アルブミン尿検査は改善の動機づけに有効と思える。良質な保健指導教材も理解を早めるのに役立つと感じた。

■事例2 - 高血圧の改善 (60代 男性)

	H28	H29
収縮期血圧	181	147
拡張期血圧	92	84
眼底検査	高血圧性眼底	所見なし
微量アルブミン	24	14.3

高血圧状態が続くことによるリスクや、血圧の基準値、受診前の血圧測定方法などを説明し受診勧奨した。医療機関受診、服薬開始。その後服薬継続、減塩、家庭血圧のすすめなどについて保健指導。(保健師による保健指導、受診勧奨で3回～1回目30分、他5分程度)

考察 前年受診勧奨するも受診につながらなかった。28年は他の健診結果との関連で血管に変化が起きていることを認識できたため受診につながった。→様々なデータを読み取り関連付けて対象者に伝える力(保健指導能力)の形成が重要。

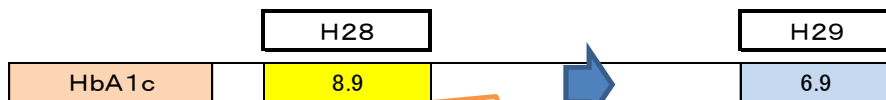
■事例3 - 脂質異常症の改善(60代 女性)

	H28	H29
LDLコレステロール	199	93
中性脂肪	212	84
腹囲	82.5	76.5

受診勧奨、2次健診(頸動脈エコー、糖負荷検査)の勧め→外頸動脈起始部にプラークあり、服薬開始。間食控え、甘いものに注意した。(保健指導計3回、保健師2回、栄養士2回)

考察 最初は服薬の意思なし。2次健診により動脈硬化の進行が明らかになり、検査数値、服薬の意味、食生活との関連を理解した。→2次健診は体を理解するのに有効。

■事例4 — 高血糖の改善(60代 男性)



H28、10月初回訪問。どんなものをどのくらい食べたらいいかわからないと話す。嗜好飲料に単純糖質入っていたのをやめる。野菜も意識した。(保健師、栄養士同行訪問6回)

考察 インスリン治療者であったが、医療機関の栄養指導を受けた時、難しくてできないと思ったということであった。対象者が気にしていることや、食習慣を教えてくださいにより、対象者の課題を見つけ保健指導実施。単純糖質を減らし血糖降下につながった。
→わかりやすく、実践しやすい栄養指導が重要。

■事例5 — 高血糖の改善(60代 女性)



受診勧奨後、糖尿病についての説明と栄養指導実施。徐々に血糖値降下。継続の保健師、栄養士による訪問指導で、・間食を控える。・毎食に野菜を入れる。・夕食時間を早くする。・糖質入りドリンクを控える。・塩分に気をつける。・甘いものは食事時に食べる等段階的に気を付けていった。22年(1回)23年(2回)24年(1回)25年(4回)26年(1回)27年(5回)28年(1回)29年(1回)

考察 最初はHbA1cの数値について話しても、このくらいいいと言っていたが、訪問を継続しガイドライン等の説明により疾病の理解を深めることで、数値について考え、栄養についても見直すようになった。1回の訪問で1つの課題について話しあい、何回かの訪問で1つ1つ課題をクリアしていった。→たくさんの課題について1回の訪問指導では理解、実行できないため継続した保健指導が重要。

■事例6 — 高血糖の改善(60代 男性)



H21より年1~4回訪問指導。毎回検査値から、病気や体のメカニズムを基礎としたうえでの身体状況の確認と、食の学習を深めるうち、自分で改善法についていろいろと考え、実行していった。その間自分で考え、受診医療機関の変更もした。飲酒量減、間食減、ご飯量減、肉等適量 等改善。

考察 継続の訪問により糖尿病の食事について理解を深めた。
→継続した指導が重要。専門職による栄養指導が重要。

■事例7 - 心房細動の早期治療（60代 男性）

	H28	H29
心電図	心房細動	心房細動(治療中)
尿蛋白	±	—
LDLコレステロール	196	120

社保から国保へ加入。H28年度初めて健診受診。心房細動による脳梗塞が重症化に陥りやすいことなどを説明し、受診勧奨した。医療機関受診し、服薬開始。(保健指導28年度1回、29年度2回)保健指導により飲酒量減少、食事改善、体重3キロ減。

考察 心房細動は重症脳梗塞を起こしやすいため、心電図所見があれば、早期に受診勧奨を実施している。この対象者も保健指導後すぐ受診、服薬を行ったため大事に至らなかった。→心電図検査は重要。本町では全員に心電図検査を実施。

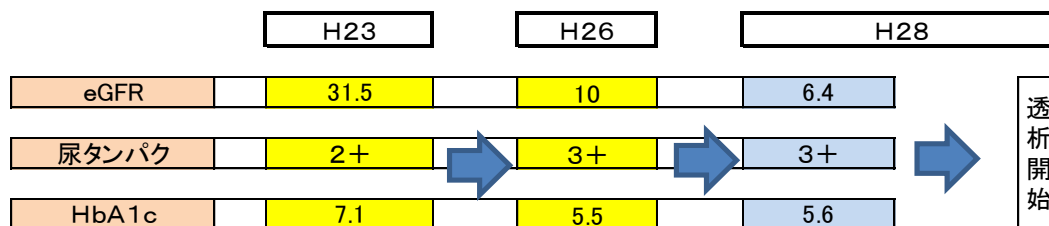
■事例8 - CKDの介入(60代)

	H27	H28	H29
eGFR	31.5	30	31.7
HbA1c	6.8	5.8	6.3
血圧	151/81	168/78	130/72

住民さんより「腎機能の心配な人がいるので訪問して」と情報が入り、訪問。特定健診受診勧奨後、専門医受診を勧める。その後1～2月ごとに保健師、栄養士による訪問で、対象者が自らの生活習慣が代謝の変化につながり、血管変性に影響するという身体メカニズムをとおしてわかりやすく説明するとともに、検査数値について毎回本人と確認を行った。数値に合わせた生活・栄養改善指導、服薬状況の確認等、病期に合わせた保健、栄養指導を実施。医療との連携も実施した。まんじゅうや菓子パン等単純糖質を控える、減塩、野菜のカリウム削減、2食だった食事を3食するなど食事に注意している。

考察 訪問1回ごとに理解を深め、食習慣を改善していった。この方はCKD分類G3bA3であり、専門的な栄養指導が不可欠であったが管理栄養士の臨時雇用により対応した。
→管理栄養士による高度で、実践しやすい栄養指導が重要。また、栄養指導能力の形成が重要

■事例9 - CKDの介入(60代)



H23より保健指導、H25から栄養指導をはじめ、透析まで月1回のペースで訪問実施。CKDの食事療法基準等に沿い、タンパク質、塩分、カリウム等を計算し指導。対象者が家族の協力のもと、しっかり食事療法を実行。H26年専門医より3ヶ月後には透析も考えられると言われていたが、H28年まで透析開始が延長した。透析施行では、体液の組成が変化するため体調不良が起こりやすいが、食事療法をしっかりしてきたためか透析後も不調なく、スムーズな導入となった。

考察 →継続した保健指導が重要。管理栄養士による栄養指導が重要。家族含めての栄養指導が効果的。

考察まとめ

生活習慣病患者数の減少、医療費の減少、高額医療件数の減少、健診結果の改善などの状況の改善は、保健指導によりなされたと考え、事例を表すことにより保健指導について考察した。9つの事例を挙げたが、これは改善した事例の一部であり、また反対になかなか改善の見られなかった事例もあるが、以下の点を考察した。

- 微量アルブミン尿検査、心電図検査、眼底検査、2次健診（頸動脈エコー、糖負荷検査）、その他総コレステロール（nonHDLコレステロール）、尿酸、クレアチニン、eGFR、赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリットなど追加の健診により、より正確な身体状況の判断ができ、自分の体の悪化などがイメージしやすく、生活改善等の動機づけになった。
- 良質な保健指導資料と、保健師、栄養士の保健指導能力の形成が重要（スーパーバイザーを招いての町内研修・事例検討、保健師、栄養士の学習会参加、ガイドライン学習などを実施）
- 継続した保健指導が重要。以前は健診受診者全員に保健指導を実施していたが、対象が多すぎたため1、2回しか訪問できず、あまり成果が出なかったことも考え合わせると、対象を絞り、課題がある程度解決するまでは、間隔を置きすぎず継続指導することが効果的と考えられた。（継続指導を可能にするため、事業の整理や、保健指導対象者を絞ることも重要）
- 事例により保健師と栄養士の役割を考え、専門性の高い、質の良い保健指導をすることが重要。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 地域の概要

(1) 人口及び人口構成の推移

本町の人口は 1,622 人（平成 28 年度末）で前年と比較して 44 人減少している。人口構成をみると、年々老年人口の割合が増加の傾向にあり、生産年齢人口が人数も割合も減少している。高齢化率は平成 28 年度 50.9%である。

人口及び人口構成の推移

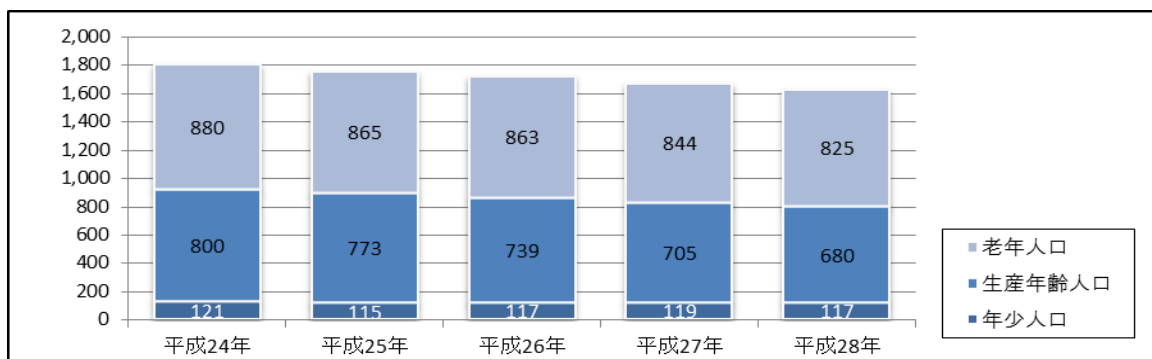
【図表 23】

	人口総数	年少人口		生産年齢人口		老年人口（高齢化率）	
		人数	割合（%）	人数	割合（%）	人数	割合（%）
平成24年	1,801	121	6.7	800	44.4	880	48.9
平成25年	1,753	115	6.6	773	44.1	865	49.3
平成26年	1,719	117	6.8	739	43.0	863	50.2
平成27年	1,668	119	7.1	705	42.3	844	50.6
平成28年	1,622	117	7.2	680	41.9	825	50.9

※出典：平成24～28年10月1日現在市町村人口

人口及び人口構成の推移

【図表 24】



(2) 国保人口及び国保人口構成の推移

本町の国保人口は 441 人（平成 28 年度末）で前年度と比較して 23 人減少しており年々減少の傾向にある。国保加入率は 23, 1%である。国保人口に占める前期高齢者割合は 56, 2%と高い割合となっている。

国保人口の推移及び加入率

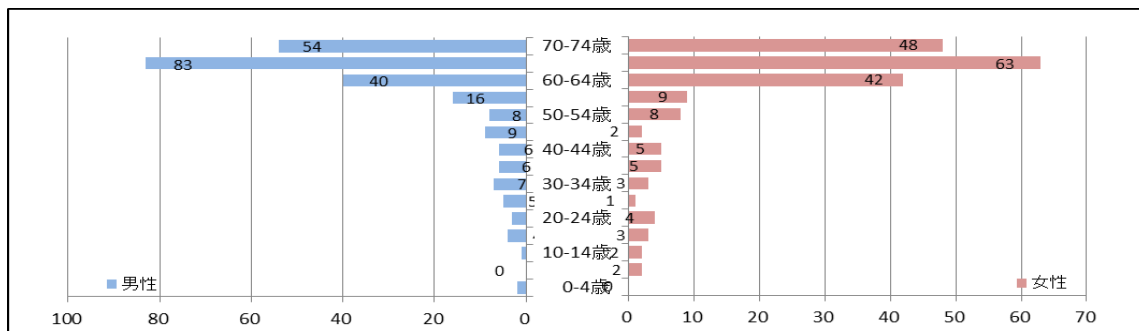
【図表 25】

	被保険者数 (人)	前期高齢者		加入率 (%)	平均年齢 (歳)
		前期高齢者	割合		
平成24年	534	233	43.6	27.9	58.1
平成25年	509	234	46.0	26.6	58.3
平成26年	498	239	48.0	26	59
平成27年	464	242	52.2	24.3	59.4
平成28年	441	248	56.2	23.1	60.5

抽出データ：KDB「人口及び被保険者の状況2」

国保人口構成（男女別・5歳刻み(H28年)）

【図表 26】



（3）地域の資源、質的情報について

本町では、公的医療機関（県立病院）があり、診療科として内科、外科がある。また、他病院からの医師の派遣により、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、心身医療・もの忘れ外来があり、月に2回であるが糖尿病専門医の診療もある。栄養士も2名常駐しており人口規模にしては医療に関して恵まれている地域と考える。医師、看護師、栄養士等専門職の方々とのハイリスクの対象者に対しての連携も多く、今後も積極的な連携に努めていきたい。

反対に歯科医院が平成23年よりなくなり町外に出なければ受診できない状況にある。

また、町内医療機関までの交通機関はデマンドバス、病院の送迎バスがあり、利用者も多いが、町外の医療機関へは、自家用車か電車を利用するしかなく通院に1日がかかりとなることも多い。

運動できる環境について考えると、気軽に利用できるような運動施設が少ないことや、人口が少ないため、限られた運動サークルの傾向となっていること、冬期間に積雪があることなどが運動の継続に影響を与える可能性がある。

本町では人口が少なく、特に若い世代の人口が少ないため、様々な役割を1人の人があわせもつことが多く、暇を持て余すという方は少なく見受けられる。高齢になっても農業や物づくりをする人も多く、活発に毎日を送っている。そのため訪問指導の際も不在であることも多い。また、住所だけが有り生活の実態のない方が若い世代で多く、若い世代の特定健診未受診者割合が多い原因の一つとなっている。

2) 死亡の状況

平成24～26年の死因別死亡率を見ると、男女とも県、国から比較して心疾患、脳血管疾患、腎不全の割合が高い。

また、早世死亡の状況を見ると、本町の早世死亡の割合は国、県より低い原因が、脳出血、急性大動脈解離、急性心筋梗塞など動脈硬化が原因の循環器疾患が多かった。働き盛りの方が亡くなるということは個人、家族にも社会にも大変な損失である。そのようなことの無いよう、動脈硬化予防に努めることが今後も重要と考える。

死因別死亡率（人口10万対）

【図表27】

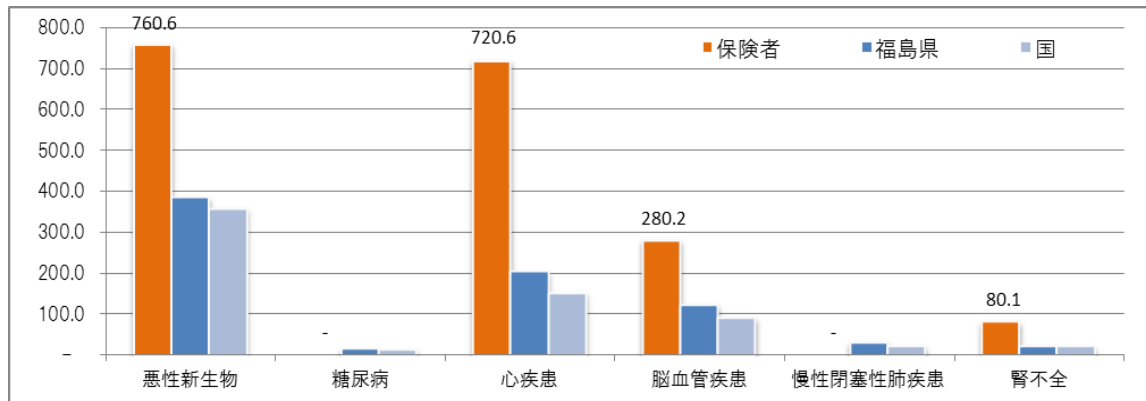
	保険者		福島県		国	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
死亡総数	3,002.4	2,375.8	1,266.3	1,173.0	1,081.8	951.5
悪性新生物	760.6	324.0	385.6	260.1	357.8	232.5
糖尿病	-	-	14.4	16.1	11.9	9.9
心疾患	720.6	576.0	204.0	226.1	151.2	162.5
急性心筋梗塞	200.2	72.0	86.9	69.0	35.7	26.7
その他の虚血性心疾患	40.0	72.0	20.4	17.3	33.0	22.9
不整脈及び伝導障害	240.2	144.0	23.4	26.2	23.7	23.8
脳血管疾患	280.2	252.0	122.4	139.5	90.1	92.0
くも膜下出血	40.0	36.0	9.3	16.6	7.7	12.3
脳内出血	80.1	72.0	35.7	30.2	29.2	22.9
脳梗塞	160.1	144.0	75.4	90.6	50.9	54.3
慢性閉塞性肺疾患	-	-	29.8	5.2	21.3	4.9
腎不全	80.1	36.0	22.1	23.4	19.6	19.9

※保険者のみH24～26平均値。県・全国はH26

※出典：保険者・県 保健統計第13表2より抜粋

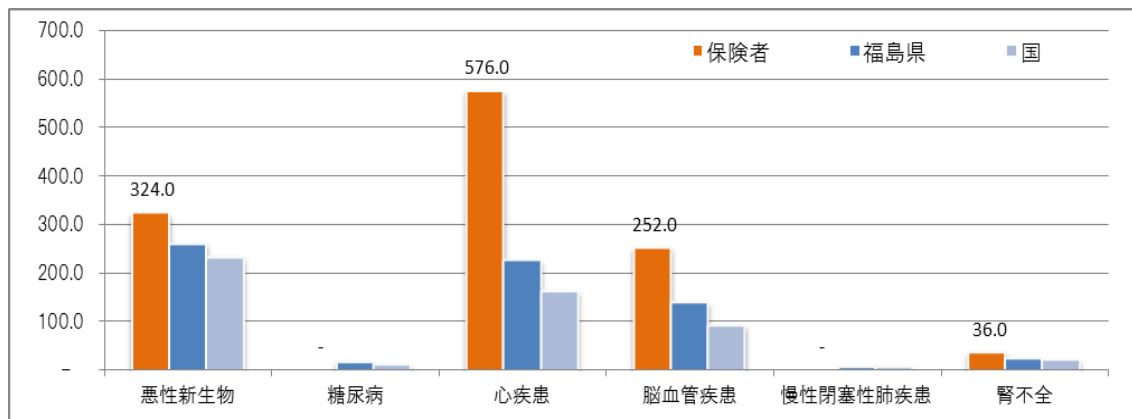
男性死因別死亡率

【図表 28】



女性死因別死亡率

【図表 29】



主要死因別早世死亡の状況（全国）

【図表 30】

全国		総数	悪性新生物	心疾患 (高血圧を除く)	脳血管疾患	糖尿病	腎不全	自殺
平成24年	65歳未満 死亡数	159,863	63,997	18,460	11,192	1,848	1,107	17,752
	割合	12.6%	17.5%	9.4%	9.5%	13.4%	4.4%	68.1%
平成25年	65歳未満 死亡数	151,274	60,088	17,659	10,485	1,707	1,093	16,512
	割合	11.9%	16.3%	9.0%	9.2%	12.5%	4.4%	67.6%
平成26年	65歳未満 死亡数	142,481	56,448	16,447	10,064	1,568	987	15,380
	割合	11.0%	15.2%	8.4%	9.0%	11.8%	4.0%	66.4%

※出典：厚生労働省「性・年齢別にみた死因年次推移分類別死亡数及び率（人口10万対）」

主要死因別早世死亡の状況（福島県）

【図表 31】

福島県		総数	悪性新生物	心疾患 (高血圧を除く)	脳血管疾患	糖尿病	腎不全	自殺
平成24年	死亡数	23,418	6,235	4,235	2,553	305	492	428
	65歳未満 死亡数	2,934	1,112	447	228	45	34	292
	割合	12.5%	17.8%	10.6%	8.9%	14.8%	6.9%	68.2%
平成25年	死亡数	23,611	6,116	4,193	2,637	314	446	420
	65歳未満 死亡数	2,771	1,053	415	196	45	24	261
	割合	11.7%	17.2%	9.9%	7.4%	14.3%	5.4%	62.1%
平成26年	死亡数	23,495	6,128	4,151	2,528	295	439	421
	65歳未満 死亡数	2,643	1,019	401	179	35	20	281
	割合	11.2%	16.6%	9.7%	7.1%	11.9%	4.6%	66.7%

※出典：H26～28福島県「県勢要覧」、主要死因別（年齢別）死亡者数

早世死亡の状況（三島町）

【図表 32】

	45-49歳		50-54歳		55-59歳		60-64歳	
	男	女	男	女	男	女	男	女
平成24年					2（食道がん、不慮の事故）	1（大腸がん）	2（その他の虚血性心疾患、急性腎不全）	
平成25年	1（くも膜下出血）				3（急性心筋梗塞、心臓突然死、大動脈解離）			
平成26年					1（心筋症）			
平成27年							1（急性腎盂腎炎）	
平成28年							1（がん性腹膜炎）	1（肺がん）

3）国保における特定健診・保健指導の状況

（1）特定健診受診率の状況

本町の特定健診受診率は、受診率向上の施策の確実な遂行により、国の目標値の 60 を超え、保険者努力支援制度で満点の 69.3%となっている。

しかし若い世代の受診率が低く、訪問による受診勧奨をしてもなかなか受診に結びつかない状況である。

健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費を比較すると、健診未受診者の生活習慣病医療費が高くなっており、未受診者は生活習慣病が重症化していると予測される。

特定健診受診率の推移

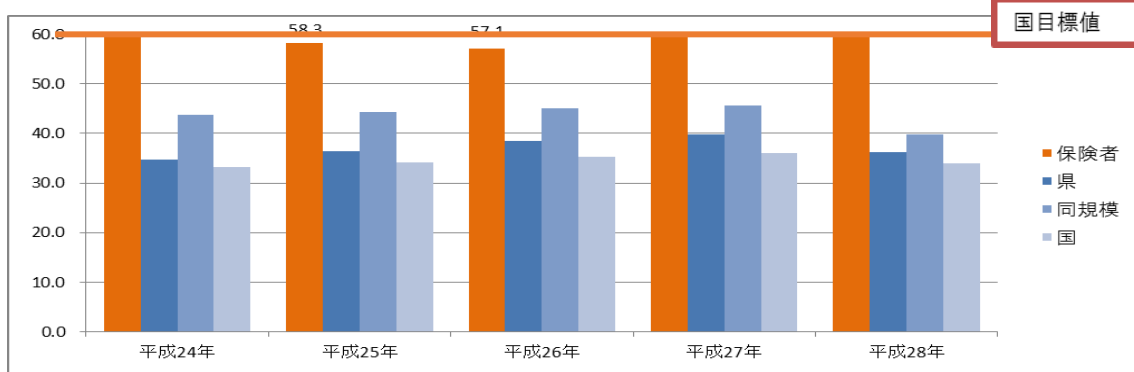
【図表 33】

	保険者				県	同規模	国
	健診対象者	受診者数	受診率	順位			
平成24年	445	270	60.7	県内9位	34.7	43.8	33.2
平成25年	412	240	58.3	県内11位	36.5	44.4	34.1
平成26年	403	230	57.1	県内13位	38.4	45.0	35.2
平成27年	370	249	67.3	県内5位	39.8	45.7	36.0
平成28年	361	251	69.5	県内4位	40.9	46.4	36.4

※抽出データ：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

特定健診受診率の推移

【図表 34】



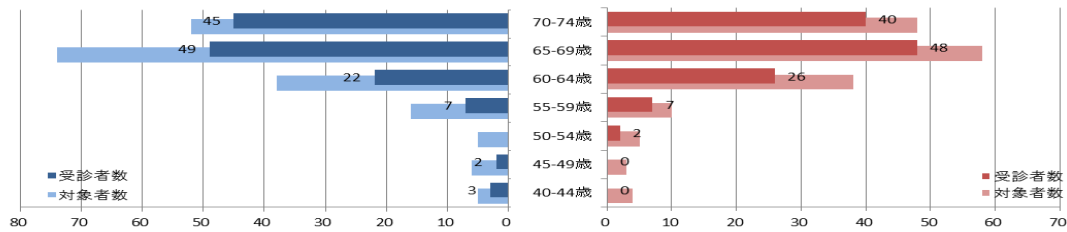
年齢階層別受診率状況（平成 28 年度）

【図表 35】

	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40-44歳	5	3	60.0%	4	0	0.0%
45-49歳	6	2	33.3%	3	0	0.0%
50-54歳	5	0	0.0%	5	2	40.0%
55-59歳	16	7	43.8%	10	7	70.0%
60-64歳	38	22	57.9%	38	26	68.4%
65-69歳	74	49	66.2%	58	48	82.8%
70-74歳	52	45	86.5%	48	40	83.3%
計	196	128	65.3%	166	123	74.1%

年齢階層別受診率状況（平成 28 年度）

【図表 36】



健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費の推移

【図表 37】

	健診未受診			健診受診		
	未受診者数	生活習慣病総医療費		受診者数	生活習慣病総医療費	
		総額	1人当たり		総額	1人当たり
平成24年	175	37,466,470	214,094	270	41,706,680	154,469
平成25年	163	26,936,900	165,257	240	60,104,830	250,437
平成26年	154	31,727,640	206,024	230	47,329,900	205,782
平成27年	121	23,287,480	192,459	249	40,870,020	164,137
平成28年	112	20,130,590	179,737	251	30,459,550	121,353

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

（２）特定健診受診者の実態

健診受診者の有所見状況を見ると、男性では、血糖、尿酸の異常割合が高くなっており、女性では血糖の異常割合が高くなっている。また、年齢階層別にみると 40～65 歳の若い世代の方の異常割合が高くなっている。

訪問指導において感じることは、理解力の高低、周囲の環境等各々の状況によって改善の速度が違うが、男性においてはアルコール量の減少と、喫煙は改善しにくい分野であることを感じる。そのためメタボの改善につながらないケースが多々あり、尿酸値の異常に関しては、アルコール摂取に加えてメタボによる尿酸排泄抑制が影響していると推測される。

また、平成 28 年度の H b A 1 c の有所見状況（詳細）（図表 43）を見ると、血圧、L D L コレステロールと比べて治療していても数値をコントロールできていない状況がわかる。これは血圧と L D L コレステロールが、服薬によりコントロールしやすい疾病で、糖尿病は食事の改善等がなされなければコントロールできない疾病特性もあるが、まだまだ生活改善がなされていない実態が窺われる。

男性 健診受診者の有所見者状況

【図表 38】

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化 原因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成24年	人数	62	85	41	41	27	66	70	1	61	30	68	0	37
	割合	41.9%	57.4%	27.7%	27.7%	18.2%	44.6%	47.3%	0.7%	41.2%	20.3%	45.9%	0.0%	25.0%
平成25年	人数	39	60	27	16	16	46	50	2	64	26	53	0	33
	割合	32.5%	50.0%	22.5%	13.3%	13.3%	38.3%	41.7%	1.7%	53.3%	21.7%	44.2%	0.0%	27.5%
平成26年	人数	34	58	28	18	11	53	50	1	61	36	57	1	37
	割合	29.8%	50.9%	24.6%	15.8%	9.6%	46.5%	43.9%	0.9%	53.5%	31.6%	50.0%	0.9%	32.5%
平成27年	人数	41	64	30	25	17	61	61	34	66	25	64	3	44
	割合	31.8%	49.6%	23.3%	19.4%	13.2%	47.3%	47.3%	26.4%	51.2%	19.4%	49.6%	2.3%	34.1%
平成28年	人数	43	66	33	22	14	72	81	36	70	22	60	2	36
	割合	33.6%	51.6%	25.8%	17.2%	10.9%	56.3%	63.3%	28.1%	54.7%	17.2%	46.9%	1.6%	28.1%

(※HbA1cの有病者状況は平成24年度のみJDS値5.2以上の対象者を記載しています。)

※抽出データ:KDB「様式6-2~7」

女性 健診受診者の有所見者状況

【図表 39】

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化 原因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成24年	人数	72	53	19	25	8	46	83	0	55	14	89	0	33
	割合	42.6%	31.4%	11.2%	14.8%	4.7%	27.2%	49.1%	0.0%	32.5%	8.3%	52.7%	0.0%	19.5%
平成25年	人数	48	42	11	6	4	41	62	0	52	9	56	0	24
	割合	40.0%	35.0%	9.2%	5.0%	3.3%	34.2%	51.7%	0.0%	43.3%	7.5%	46.7%	0.0%	20.0%
平成26年	人数	39	29	10	6	0	43	53	1	65	26	66	0	22
	割合	33.6%	25.0%	8.6%	5.2%	0.0%	37.1%	45.7%	0.9%	56.0%	22.4%	56.9%	0.0%	19.0%
平成27年	人数	45	29	15	6	4	42	66	4	48	15	68	1	24
	割合	37.5%	24.2%	12.5%	5.0%	3.3%	35.0%	55.0%	3.3%	40.0%	12.5%	56.7%	0.8%	20.0%
平成28年	人数	41	36	9	5	3	62	82	4	49	22	57	0	20
	割合	33.3%	29.3%	7.3%	4.1%	2.4%	50.4%	66.7%	3.3%	39.8%	17.9%	46.3%	0.0%	16.3%

(※HbA1cの有病者状況は平成24年度のみJDS値5.2以上の対象者を記載しています。)

※抽出データ:KDB「様式6-2~7」

年齢階層別・男性 健診受診者の有所見者状況(平成28年度)

【図表 40】

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化 原因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40~65 歳未満	人数	13	16	12	10	3	21	19	12	14	9	20	0	4
	割合	38.2%	47.1%	35.3%	29.4%	8.8%	61.8%	55.9%	35.3%	41.2%	26.5%	58.8%	0.0%	11.8%
65~75 歳未満	人数	30	50	21	12	11	51	62	24	56	13	40	2	32
	割合	31.9%	53.2%	22.3%	12.8%	11.7%	54.3%	66.0%	25.5%	59.6%	13.8%	42.6%	2.1%	34.0%
保険者計	人数	43	66	33	22	14	72	81	36	70	22	60	2	36
	割合	33.6%	51.6%	25.8%	17.2%	10.9%	56.3%	63.3%	28.1%	54.7%	17.2%	46.9%	1.6%	28.1%
県	割合	34.4%	53.8%	26.1%	21.5%	8.8%	44.0%	54.2%	5.6%	51.9%	24.6%	46.7%	0.9%	20.7%
	割合	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%	19.1%

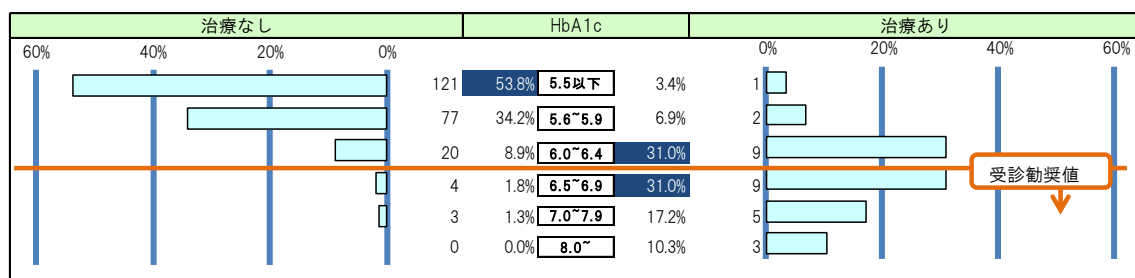
※抽出データ:KDB「様式6-2~7」

年齢階層別・女性 健診受診者の有所見者状況（平成 28 年度）【図表 41】

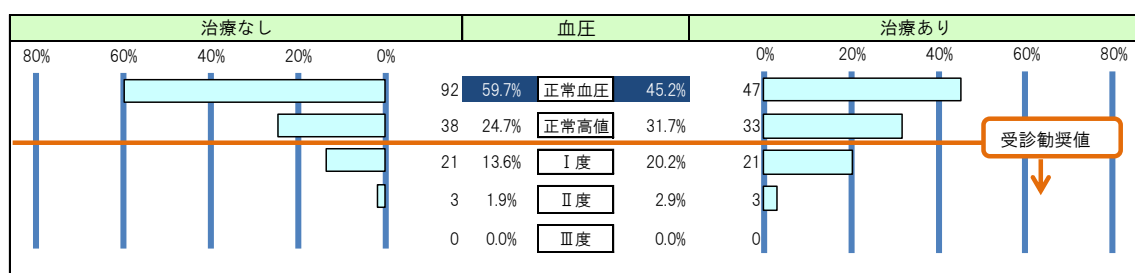
女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以 外の動脈 硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧		クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上		1.3以上	
40～65 歳未満	人数	10	9	7	3	1	19	24	2	12	12	19	0	4
	割合	28.6%	25.7%	20.0%	8.6%	2.9%	54.3%	68.6%	5.7%	34.3%	34.3%	54.3%	0.0%	11.4%
65～75 歳未満	人数	31	27	2	2	2	43	58	2	37	10	38	0	16
	割合	35.2%	30.7%	2.3%	2.3%	2.3%	48.9%	65.9%	2.3%	42.0%	11.4%	43.2%	0.0%	18.2%
保険者計	人数	41	36	9	5	3	62	82	4	49	22	57	0	20
	割合	33.3%	29.3%	7.3%	4.1%	2.4%	50.4%	66.7%	3.3%	39.8%	17.9%	46.3%	0.0%	16.3%
県	割合	26.3%	21.5%	15.1%	9.7%	2.0%	29.3%	55.2%	0.7%	44.9%	15.8%	56.8%	0.1%	14.3%
国	割合	20.6%	17.3%	16.2%	8.7%	1.8%	17.0%	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.2%	0.2%	14.7%

※抽出データ:KDB「様式6-2～7」

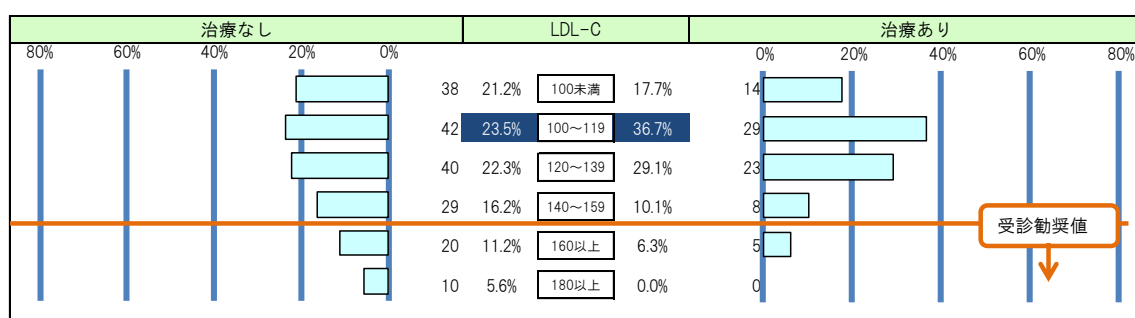
HbA1c の有所見状況（詳細）（平成 28 年度）【図表 42】



血圧の有所見状況（詳細）（平成 28 年度）【図表 43】



LDL コレステロールの有所見状況（詳細）（平成 28 年度）【図表 44】



(3) 特定保健指導の実態

本町の特定保健指導終了率は県下でも高い終了率で経過している。その成果が対象者割合が減少している。

また、血圧、血糖、LDL異常者の年次推移をみると血圧、LDLでは数値の非常に悪い者の割合が減少しており、保健指導の成果がうかがわれる。特に保健指導がまだ十分実践できていなかった平成24年度は未治療者も多かったが、次年度からは大きく改善している。血糖においては改善するものも重症化していくものの数が増加しているのではと推測される。(図表 56)

特定保健指導の推移

【図表 45】

	対象者	受診者	受診率	積極的 支援者	割合	終了 者	終了率	動機 付け支 援者	割合	終了 者	終了率	全体終 了率
20年度	507	312	61.54	12	3.8	7	58.33	32	10.3	15	46.88	50
21年度	486	292	60.08	13	4.5	9	69.23	30	10.3	16	53.33	58.14
22年度	459	247	59.69	9	3.6	6	66.67	29	11.7	21	72.41	71.05
23年度	448	263	58.71	7	2.7	7	100	29	11	27	93.1	94.44
24年度	436	270	61.93	12	4.4	10	83.33	32	11.9	31	96.88	93.18
25年度	402	240	59.55	7	2.9	7	100	28	11.7	27	96.4	97.1
26年度	403	230	57.07	5	2.2	5	100	23	10	23	100	100
27年度	370	249	67.30	4	1.6	3	75	22	8	20	100	95.8
28年度	362	251	69.30	4	1.6	4	100	15	5.8	14	95.5	96.3

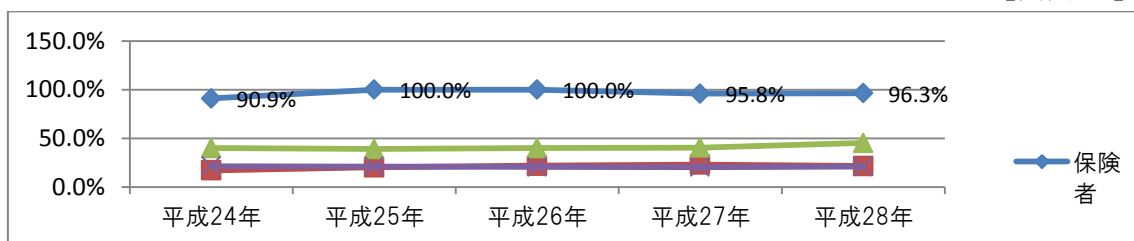
保健指導率、同規模町村、県、国の状況

【図表 46】

	保険者			県			同規模			国		
	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率
平成24年	44	40	90.9%	17,000	2,916	17.2%	9,014	3,604	40.0%	965,326	206,674	21.4%
平成25年	35	35	100.0%	16,528	3,362	20.3%	8,534	3,327	39.0%	952,338	202,078	21.2%
平成26年	28	28	100.0%	16,602	3,642	21.9%	8,485	3,392	40.0%	962,135	198,069	20.6%
平成27年	24	23	95.8%	16,376	3,793	23.2%	8,572	3,474	40.5%	961,406	197,158	20.5%
平成28年	27	26	96.3%	16,285	3,523	21.6%	8,605	3,904	45.4%	943,865	198,683	21.0%

※抽出データ: KDB「地域の全体像の把握」

【図表 47】



特定保健指導率の詳細（男性・年齢別）

【図表 48】

男性	保険者				
	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-44歳	2	1	1	2	100.0%
45-49歳	0	0	0	0	0.0%
50-54歳	0	0	0	0	0.0%
55-59歳	1	0	1	1	100.0%
60-64歳	2	1	1	2	100.0%
65-69歳	9	8	0	8	88.9%
70-74歳	4	4	0	4	100.0%
計	18	14	3	17	94.4%

※抽出データ：KDB「健診の状況」

特定保健指導率の詳細（女性・年齢別）

【図表 49】

女性	保険者				
	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-44歳	0	0	0	0	0.0%
45-49歳	0	0	0	0	0.0%
50-54歳	1	1	0	1	100.0%
55-59歳	0	0	0	0	0.0%
60-64歳	2	0	2	2	100.0%
65-69歳	4	4	0	4	100.0%
70-74歳	2	2	0	2	100.0%
計	9	7	2	9	100.0%

※抽出データ：KDB「健診の状況」

重症化予防の観点での保健指導対象者数

【図表 50】

予防すべき 生活習慣病疾患	脳血管疾患			虚血性心疾患		糖尿病性腎症			重症化予防対象者		
健診受診者	① 高血圧症	② 心房細動	③ 脂質異常症		④ メタボリックシ ンドローム	⑤ 糖尿病		⑥ 慢性腎臓病		⑦ 重症化予防 対象者	⑧ ⑦でかつ喫煙者
258人						HbA1c6.5%以上 (治療あり7.0%以上)					
※65歳以. 177	Ⅱ度高血圧 以上	心房細動	LDLC 180mg/dl 以上	中性脂肪 300mg/dl 以上	メタボ該当 者	65歳以上 (治療無 7.0%・治療 中8.0%以上) (再掲)	尿蛋白 (2+)以上	eGFR50 未満 (70歳以上 40未満)	実人数	実人数	
重症化予防対象人数	6	2	10	7	57	15	2	6	7	84	18
割合	2.3%	0.8%	3.9%	0	22.1%	5.8%	1.1%	0	2.7%	32.6%	7.0%
治療なし	3	1	10	4	7	7	1	0	1	18	7
割合	1.2%	0.4%	3.9%	0	2.7%	2.7%	0.6%	0	0.4%	7.0%	2.7%
治療あり	3	1	0	3	50	8	1	6	6	66	11
割合	1.2%	0.4%	0.0%	0	19.4%	3.1%	0.6%	0	2.3%	25.6%	4.3%

重症化予防の観点での CKD 保健指導対象者数（CKD 重症度分類）【図表 51】

GFR区分			糖尿病 高血圧・腎炎など	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
			尿蛋白区分	A1	A2	A3
			尿検査・GFR共に実施 258 人	(-)or(±) 243 人 94.2%	(+) 9 人 3.5%	【再掲】 尿潜血十以上 0 人 0.0%
						(2+)以上 6 人 2.3%
G1	正常 または高値	90以上	15 人 5.8%	15 5.8%	0 0.0%	0 0.0%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	198 人 76.7%	190 73.6%	7 2.7%	0 0.0%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	39 人 15.1%	36 14.0%	1 0.4%	0 0.0%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	4 人 1.6%	2 0.8%	1 0.4%	0 0.0%
G4	高度低下	15-30 未満	1 人 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

血圧の年次比較

【図表 52】

血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		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	324	110	34.0%	89	27.5%	59	18.2%	5	1.5%	61	18.8%
H25	253	129	51.0%	72	28.5%	48	19.0%	4	1.6%	0	0.0%
H26	233	98	42.1%	78	33.5%	45	19.3%	10	4.3%	2	0.9%
H27	265	143	54.0%	72	27.2%	44	16.6%	6	2.3%	0	0.0%
H28	213	111	52.1%	49	23.0%	40	18.8%	11	5.2%	2	0.9%

血糖の年次比較

【図表 53】

HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病										
		合併症予防の ための目標					最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる								
				5.5以下 (5.1以下)		5.6～5.9 (5.2～5.5)					6.0～6.4 (5.6～6.0)		6.5～6.9 (6.1～6.5)		7.0～7.9 (6.6～7.5)		8.0以上 (7.6以上)
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H24	263	160	60.8%	66	25.1%	17	6.5%	5	1.9%	10	3.8%	5	1.9%	9	3.4%	4	1.5%
H25	253	138	54.5%	71	28.1%	16	6.3%	14	5.5%	10	4.0%	4	1.6%	9	3.6%	3	1.2%
H26	233	127	54.5%	68	29.2%	18	7.7%	9	3.9%	6	2.6%	5	2.1%	8	3.4%	4	1.7%
H27	263	125	47.5%	82	31.2%	30	11.4%	14	5.3%	8	3.0%	4	1.5%	6	2.3%	3	1.1%
H28	214	77	36.0%	87	40.7%	29	13.6%	11	5.1%	5	2.3%	5	2.3%	7	3.3%	4	1.9%

LDLの年次比較

【図表 54】

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H24	324	134	41.4%	74	22.8%	39	12.0%	10	3.1%	67	20.7%
	H25	253	135	53.4%	73	28.9%	29	11.5%	12	4.7%	4	1.6%
	H26	233	112	48.1%	72	30.9%	27	11.6%	14	6.0%	8	3.4%
	H27	267	129	48.3%	65	24.3%	38	14.2%	25	9.4%	10	3.7%
	H28	215	113	52.6%	49	22.8%	37	17.2%	11	5.1%	5	2.3%

HbA1c 受診勧奨値以上の人の次年度健診の結果

【図表 55】

性別	年代	治療の有無	H28改善	H27 HbA1c 数値	H28悪化
男	50	○	7.2	12.6	
女	60		7.1	8.6	
男	70	○	7.3	8.4	
男	70		8	8.1	
女	60	○		7.7	8
女	60			7.6	
女	70	○	6.8	7.3	
女	60	○	7	7.3	
女	60			7.2	
女	60			7.1	7.6
男	70	○	6.9	7	
男	60			7	
男	60	○		6.9	7.3
女	70	○	6.8	6.8	
女	70			6.8	6.9
女	70		6.4	6.7	
女	60	○	6.7	6.7	
男	60			6.7	
男	60	○		6.7	7.5
女	70	○		6.7	6.8
男	70		6.2	6.6	
男	70		5.8	6.5	
男	70	○	6.5	6.5	
男	50			6.5	6.7
男	60			6.5	
女	60	○	6.3	6.5	

改善 11 名
維持 3 名
悪化 7 名
特に重症者の改善が認められた。

(4) 生活習慣について

質問票の状況をみると、本町では高齢化率の高いことや、前期高齢者の比率が高い影響も多少あるとは推測されるが、高血圧、糖尿病、脂質異常症の服薬の割合が県、同規模、国より高い状況である。また喫煙率が高く、週3回以上食後の間食をする率や運動習慣のない者の割合が高いこと、飲酒する割合、飲酒量が多い者の割合が高いことなどから、メタボリックシンドローム該当割合が高くなる要因が多くあること、血管内皮を傷つけやすい要因が多いことが課題として挙げられる。

また、性・年代別にみると、喫煙の習慣と、就寝前ぎりぎりに夕食を食べる習慣、飲酒量が多い者は男性の若い世代に多いこと、食後の間食は男性に多いこと、女性では運動習慣のない者の割合が多いことなどが特徴として挙げられる。

質問票の状況

【図表 56】

質問票項目		男性			女性			計		
		40～65 歳未満	65～75 歳未満	計	40～65 歳未満	65～75 歳未満	計	40～65 歳未満	65～75 歳未満	計
服薬	高血圧	29.4%	46.8%	42.2%	31.4%	43.2%	39.8%	30.4%	45.1%	41.0%
	糖尿病	8.8%	12.8%	11.7%	8.6%	11.4%	10.6%	8.7%	12.1%	11.2%
	脂質異常症	32.4%	25.5%	27.3%	42.9%	36.4%	38.2%	37.7%	30.8%	32.7%
既往歴	脳卒中	0.0%	8.5%	6.3%	0.0%	3.4%	2.4%	0.0%	6.0%	4.4%
	心臓病	5.9%	11.7%	10.2%	2.9%	8.0%	6.5%	4.3%	9.9%	8.4%
	腎不全	2.9%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.4%
	貧血	0.0%	2.1%	1.6%	11.4%	9.1%	9.8%	5.8%	5.5%	5.6%
	喫煙	55.9%	24.5%	32.8%	8.6%	6.8%	7.3%	31.9%	15.9%	20.3%
	週3回以上朝食を抜く	14.7%	10.6%	11.7%	8.6%	2.3%	4.1%	11.6%	6.6%	8.0%
	週3回以上食後間食	17.6%	17.0%	17.2%	17.1%	11.4%	13.0%	17.4%	14.3%	15.1%
	週3回以上就寝前夕食	20.6%	14.9%	16.4%	11.4%	4.5%	6.5%	15.9%	9.9%	11.6%
	食べる速度が速い	32.4%	28.7%	29.7%	31.4%	18.4%	22.1%	31.9%	23.8%	26.0%
	20歳時の体重から10kg以上増加	44.1%	37.2%	39.1%	25.7%	28.4%	27.6%	34.8%	33.0%	33.5%
	1年で体重3kg増加	26.5%	22.3%	23.4%	17.1%	25.0%	22.8%	21.7%	23.6%	23.1%
	1回30分以上運動習慣なし	70.6%	75.5%	74.2%	82.9%	77.3%	78.9%	76.8%	76.4%	76.5%
	1日1時間以上運動なし	61.8%	59.6%	60.2%	62.9%	71.6%	69.1%	62.3%	65.4%	64.5%
	睡眠不足	20.6%	14.9%	16.4%	22.9%	27.3%	26.0%	21.7%	20.9%	21.1%
	毎日飲酒	47.1%	47.9%	47.7%	14.3%	6.8%	8.9%	30.4%	28.0%	28.7%
	時々飲酒	29.4%	23.4%	25.0%	25.7%	23.9%	24.4%	27.5%	23.6%	24.7%
1日 飲酒量	1合未満	29.6%	41.4%	38.6%	89.7%	91.5%	90.9%	60.7%	61.6%	61.4%
	1～2合未満	25.9%	35.6%	33.3%	10.3%	8.5%	9.1%	17.9%	24.7%	22.8%
	2～3合未満	37.0%	17.2%	21.9%	0.0%	0.0%	0.0%	17.9%	10.3%	12.4%
	3合以上	7.4%	5.7%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	3.4%	3.5%

※抽出データ：KDB「質問票調査の経年比較」

(5) 介護の状況

① 要介護認定状況の推移

本町の要介護認定者数は平成 26 年をピークに減少傾向にある。(図表 58)
要介護者の有病状況をみると心臓病、精神疾患が高い状況にあり、認知症(精神疾患)が血糖高値や、高血圧によりおこりやすいこと等と考え合わせると。
やはり若い世代からの生活習慣病予防が重要と言える。

40 歳から 64 歳の 2 号被保険者の割合、人数は少なく予防活動が機能していると推測されるが、有病状況では心臓病、脳疾患、筋・骨疾患が多い。

要介護認定状況（認定者数）の推移

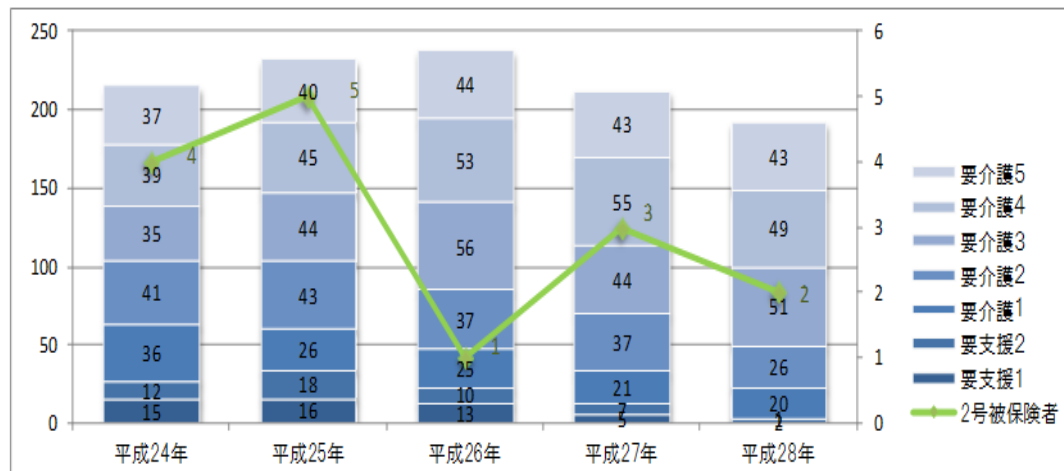
【図表 57】

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成24年	4	15	12	36	41	35	39	37
平成25年	5	16	18	26	43	44	45	40
平成26年	1	13	10	25	37	56	53	44
平成27年	3	5	7	21	37	44	55	43
平成28年	2	2	1	20	26	51	49	43

※抽出データ: KDB「要介護(支援)者有病状況」

要介護認定状況（認定者数）の推移

【図表 58】



要介護認定者の有病状況（平成 28 年）

【図表 59】

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	0.0	19.1	0.0	24.1	10.0	19.7	15.0	20.5
(再掲)糖尿病合併症	0.0	10.6	0.0	2.8	0.0	5.3	5.4	0.0
心臓病	18.2	76.6	76.9	71.9	51.1	51.7	60.8	56.1
脳疾患	18.2	14.9	7.7	11.9	12.5	15.2	33.6	31.6
がん	0.0	34.0	15.4	12.6	16.9	8.4	8.6	8.5
精神疾患	0.0	23.4	30.8	44.7	21.1	35.6	44.6	45.1
筋・骨疾患	18.2	74.5	76.9	70.0	58.1	41.5	43.5	37.4
難病	0.0	0.0	0.0	1.2	0.3	2.6	4.0	2.8
その他	24.2	80.9	76.9	62.8	58.3	53.4	58.2	52.1

※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況」

1 件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

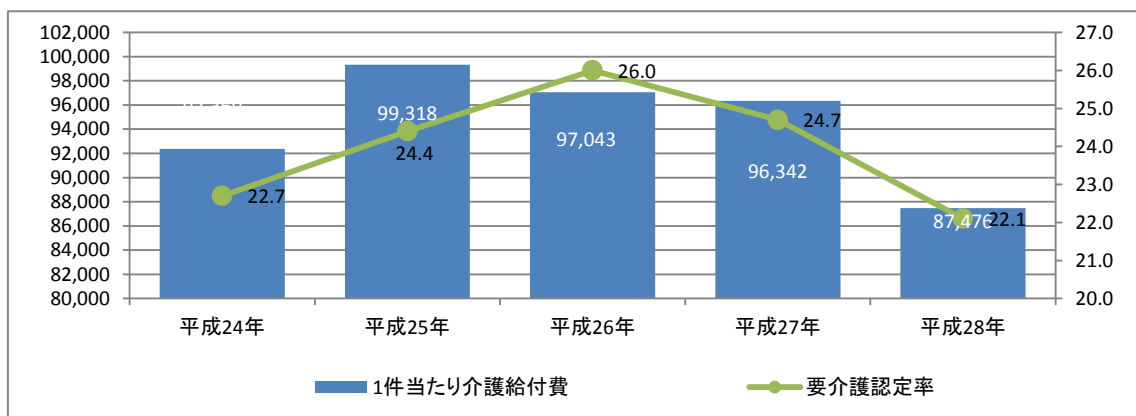
【図表 60】

	介護総給付費	総件数	1件当たり介護給付費	要介護認定率
平成24年	366,426,164	3,967	92,369	22.7
平成25年	387,935,187	3,906	99,318	24.4
平成26年	391,372,967	4,033	97,043	26.0
平成27年	402,709,947	4,180	96,342	24.7
平成28年	415,073,536	4,745	87,476	22.1

※要介護認定率＝要介護度1以上と認定された者の割合 ※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握」

1 件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

【図表 61】



4) 課題の明確化

これらのデータを総括すると、本町では虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者の減少、国保総医療費、一人あたり医療費の減少、疾病別入院外来総費用額での心筋梗塞、脳出血、脳梗塞などの重症疾病医療費の減少、80 万以上の高額医療費の件数の減少、特定健診受診率の向上等重症化予防の取り組みの成果が表れ始めたが、依然として死亡率や医療費の中の循環器疾患の占める割合等をみると課題の解決に至っていない。

死亡の状況では、国、県より心疾患、脳血管疾患、腎不全の割合が高く、医療費における循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患割合が高い。またその中でも虚血性心疾患割合が 8.7%（県 2.4%、同規模 2.2%、国 2.3%）次いで糖尿病 7.4%（県 6.4%、同規模 5.8%、国 5.5%）高血圧症 6.4%（県 5.9%、同規模 5.3%、国 4.8%）となっている。

特に健診において糖尿病の有所見者が増加していること、図表 43 のように他の疾患では治療でコントロールされている状況なのに、血糖高値では、治療中でも血糖コントロールが悪いというデータなど合わせ、糖尿病の合併症や、全身に健康障害を引き起こしやすいという特性を考え合わせると、糖尿病に関する課題解決は、今後重要と考える。

また、生活習慣病の原因となり、血管内皮を痛め動脈硬化を進行させるメタボリックシンドローム該当割合が、平成 28 年度 26.3%と、国、同規模、県よりかなり高い割合であった。

5) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、まだまだ課題の残る虚血性心疾患、脳血管疾患を 35 年度には、30 年度と比較して 10%減少すること、糖尿病性腎症発症を糖尿病患者の 5%以内にするを目標とする。また、3 年後の平成 32 年に中間評価を行い必要時計画及び評価の見直しをする。

②短期的な目標の設定

糖尿病性腎症のリスクとなる糖尿病、メタボリックシンドロームを減らしていくことを短期の目標とし、糖尿病は、35 年度には、30 年度と比較して 10%減少させることを目標とする。メタボリックシンドローム該当割合は、目標を 20%とする。また虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症も減らしていくことも短期の目標とし、3 年後の平成 32 年に中間評価を行い必要時計画及び評価の見直しをおこなう。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 62】

項 目	平成30年 度	平成31年 度	平成32年 度	平成33年 度	平成34年 度	平成35年 度
特定健康診査実施率	69.5%	69.7%	69.9%	70.1%	70.5%	70.5%
特定保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. 対象者の見込み

【図表 63】

項 目		平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度	平成 33年度	平成 34年度	平成 35年度
特定健康診査	対象者	361人	344人	333人	303人	284人	254人
	受診者	250人	240人	232人	212人	200人	179人
特定保健指導	対象者	25人	22人	21人	17人	16人	13人
	実施者	25人	22人	21人	17人	16人	13人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、町民センターにおいて集団健診を中心に実施する。さらに集団健診未受診者や、希望者については、町内医療機関を中心に施設健診、人間ドックで実施する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

① 集団健診(三島町町民センター)

② 個別健診(委託医療機関～福島県立宮下病院、JA 福島厚生連坂下厚生病院)

平成29年度現在

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町広報誌及び対象者への文書等にて周知する。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(血清クレアチニン、尿酸、総コレステロール、赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリット、心電図、眼底、微量アルブミン尿)を実施する。また、特定健診実施機関で、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる(実施基準第 1 条 4 項)場合は総コレステロールを追加の検査から削除する。

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、福島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診方法やスケジュールについて、各世帯への案内、広報、未受診者への通知・訪問にて周知を行う。

年間健診実施スケジュール（図表 22）

【図表 64】

	前年度3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
年間健診スケジュールの各世帯配布	←→												
健診希望調査とともに健診受診案内の各世帯送付、その他町広報誌、ケーブルTVによる広報		←→											
対象者に集団健診受診録、尿器等の配布とともに健診の受診案内の送付			←→										
集団検診（三島町町民センター）				←→									
施設健診、人間ドックの案内（広報）					←→								
施設健診、人間ドックの実施					←→								
健診未受診者へ施設健診、人間ドックの案内（個別通知）						←→							
健診未受診者へ施設健診、人間ドックの案内（訪問）							←→						

特定保健指導の実施については、保険者直接実施とし、同一系の保健師、栄養士と連携し実施する。

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 65)

様式5-5



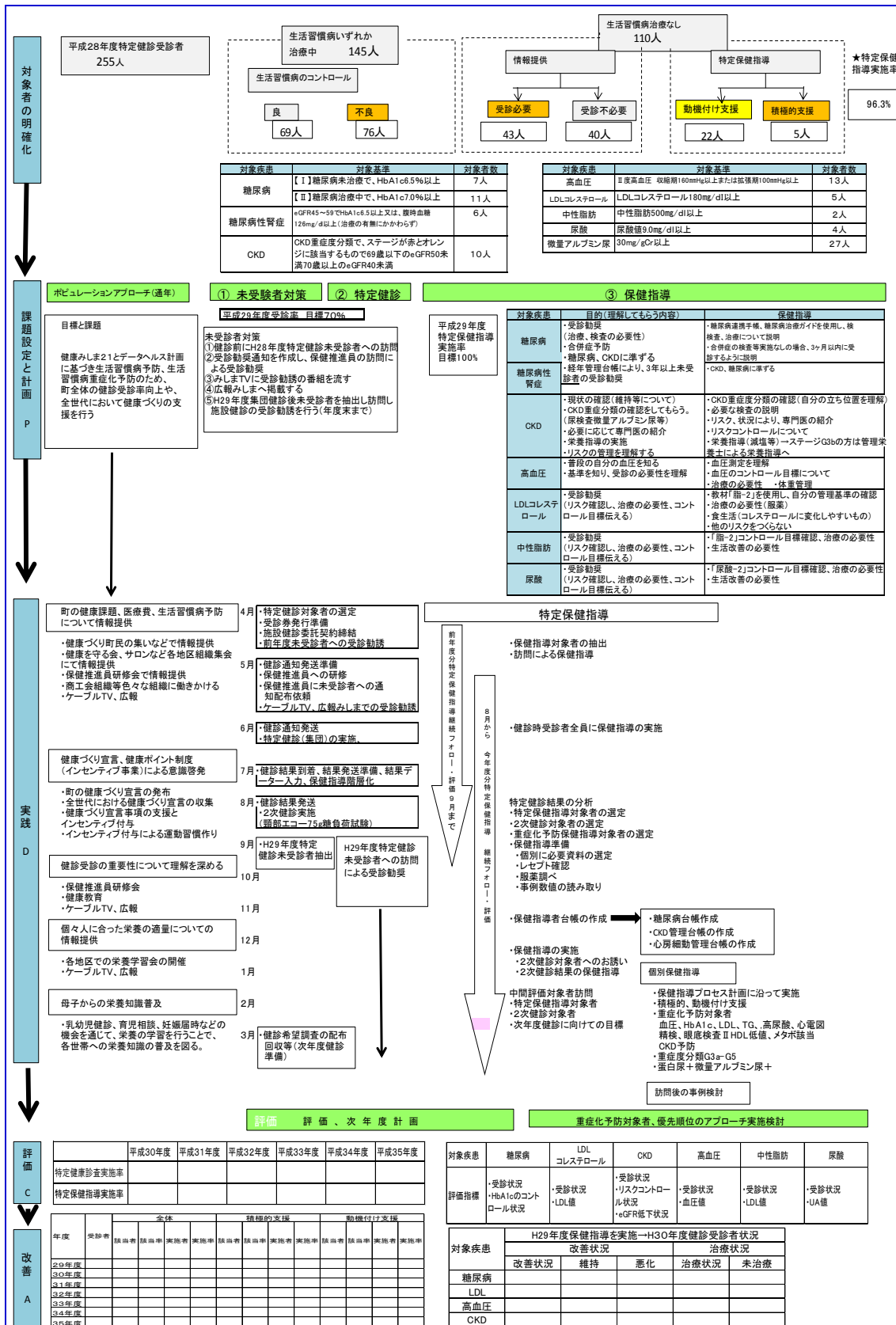
(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 【図表 66】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込	目標実施率
				(受診者の %)	
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	25人 (10%)	100%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	43人 (10%)	90% HbA1c受診勧奨者 に対しては100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	(10%)	100%
4	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理課、栄養食事指導科の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合。分析	(10%)	1のうち重症化予防対象者（ハイリスク者）に対しては80%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	(10%)	100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。（図表 67）

【図表 67】



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、三島町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。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、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率の向上、特定保健指導実施率の維持にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症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)及び福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表69に沿って実施する。

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

【図表 68】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては福島県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表69)

【図表 69】

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)で把握していく。

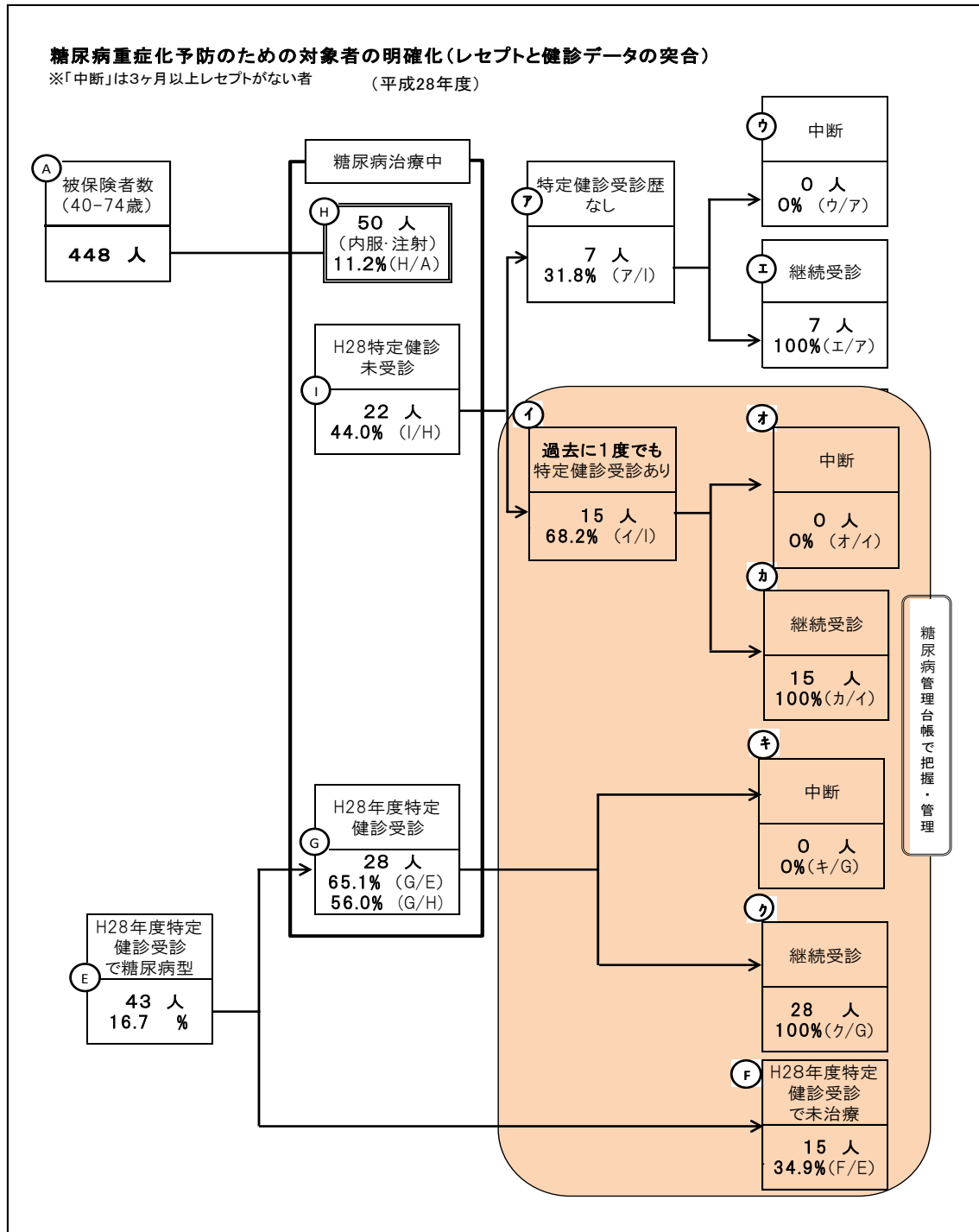
② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 70)

本町において平成 28 年度特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 15 人(34.9%・F)であった。これらに対しては病院受診勧奨のための保健指導が必要である。また 40～74

歳における糖尿病治療者 50 人中、特定健診未受診者は 22 人、(44.0%・I)であった。
22 人の中に中断者はおらず、継続受診中であるが、データが不明なため、特定健診施設
健診受診勧奨とともに、重症化予防に向けて医療機関と集携した介入が必要である。
(※毎年糖尿病未治療者には訪問による保健指導を健診後実施しており、28 年度は全員
病院を受診している。)

【図表 70】



③ 介入方法と優先順位

図表 70 より本町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・15人

② 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)・・・0人

・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者(ク)・・・28人中HbA1c7.0

以上の者

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・15人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位4

【保健指導】

・特定健診受診歴のない糖尿病治療者(カ)・・・15人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 71】

eGFR (ml/分/1.73㎡)				30以上				30未満										
				90		60		45		30		15						
				正常または 高値		正常または 軽度低下		軽度～ 中等度低下		中等度～ 高度低下		高度低下		末期腎不全				
				G1		G2		G3a		G3b		G4		G5				
健診受診者 GFR・尿蛋白ともに実施				a	248	9		191		43		5		0		0		
						3.6%		77.0%		17.3%		2.0%		0.0%		0.0%		
糖尿病		①+②	b	35	4		23		5		3		0		0			
					14.1%		11.4%		65.7%		14.3%		8.6%		0.0%		0.0%	
① 治療なし	糖尿病治療なし		6.5以上	c	8	2		5		1		0		0		0		
						22.9%		25.0%		62.5%		12.5%		0.0%		0.0%		0.0%
	尿蛋白（定性）	(+)以上	A2 A3	d	0	0		0		0		0		0		0		
						0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		--		--		--
	尿蛋白（定性）	(±)		e	2	0		2		0		0		0		0		
						25.0%		0.0%		40.0%		0.0%		--		--		--
	病期分類に 必要な検査	微量 アルブミン尿	300～	A3	f													
						f/e												
			30～299	A2	g													
						g/e												
			～29	A1	h													
						h/e												
	尿蛋白（定性）	(－)	A1	i	6	2		3		1		0		0		0		
						75.0%		100.0%		60.0%		100.0%		--		--		--
② 治療中	糖尿病治療中		質問病※ (糖尿病服薬あり)	j	27	2		18		4		3		0		0		
						77.1%		7.4%		66.7%		14.8%		11.1%		0.0%		0.0%
	尿蛋白（定性）	(+)以上	A2 A3	k	2	0		0		0		2		0		0		
						7.4%		0.0%		0.0%		0.0%		66.7%		--		--
	尿蛋白（定性）	(±)		l	0	0		0		0		0		0		0		
						0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		--		--
	病期分類に 必要な検査	微量 アルブミン尿	300～	A3	m													
						m/l												
			30～299	A2	n													
						n/l												
			～29	A1	o													
						o/l												
	尿蛋白（定性）	(－)	A1	p	25	2		18		4		1		0		0		
						92.6%		100.0%		100.0%		100.0%		33.3%		--		--
※HbA1c6.5未満を含む																	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料2)及び年次計画表(参考資料3)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤アルブミン尿量

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。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くる。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 72)

【図表 72】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 - ヘモグロビンA1cとは - 糖尿病の治療の進め方 - 健診を受けた人の中での私の位置は？ - HbA1cと体重の変化 - HbA1cとGFRの変化 - 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ - 高血糖が続くと体に何が起ころのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころ体の部位と症状のあらわれ方～ - 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方) ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 微量アルブミン尿を活用した重症化予防対策

特定健診基本項目では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、本町では尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。また、医療機関からデータを取得する場合メタボリックシンドロームや血糖高値、腎機能低下者に対して2次健診により尿アルブミン検査を実施する。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した連絡票等を使用する。(参考資料4)

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては福島県プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施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く。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び健診、KDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(図表73)及び健診、KDB等の情報を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数
- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)

○微量アルブミン尿、尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

【図表 73】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価										同規模区分	8	都道府県	福島県	市町村名	三島町
項目				突合表	保険者						市町村名		データ基		
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		A	448人									KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40～74歳		400人										
2	①	特定健診	対象者数	B	388人									市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②		受診者数	C	258人										
	③		受診率		66.5%										
3	①	特定 保健指導	対象者数		19人										
	②		実施率		96.3%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	43人	16.7%								特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	15人	34.9%									
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	28人	65.1%									
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	14人	50.0%									
	⑤				血圧 130/80以上	8人	57.1%								
	⑥				肥満 BMI25以上	8人	57.1%								
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	14人	50.0%								
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	40人	93.0%									
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		2人	4.7%									
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		1人	2.3%									
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%									
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		113.8人									KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40～74歳（被保険者千対）		125.0人										
	③		レセプト件数 （40～74歳） （1人1枚被保険者千対）	入院外（件数）		318件	(809.2)					472件	(757.6)	KDB_疾病別医療費分析 （生活習慣病）	
	④			入院（件数）		4件	(10.2)					4件	(5.9)		
	⑤		糖尿病治療中		51人	11.4%								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40～74歳	H	50人	12.5%									
	⑦		健診未受診者	I	22人	44.0%									
	⑧		インスリン治療	O	2人	3.9%									
	⑨		(再掲)40～74歳		2人	4.0%									
	⑩		糖尿病性腎症	L	3人	5.9%									
	⑪		(再掲)40～74歳		3人	6.0%									
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		0人	0.00%									
	⑬		(再掲)40～74歳		0人	0.00%									
	⑭		新規透析患者数		0人	0.00%									
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.00%									
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		92人	0.0%								KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	医療費	総医療費		1億2971万円						2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費 （総医療費に占める割合）		7791万円						1億5157万円				
	③				60.1%						56.9%				
	④		生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者		11,755円					7,804円				
	⑤			健診未受診者		21,003円					35,289円				
	⑥		糖尿病医療費		959万円						1525万円				
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		12.3%						10.1%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		2197万円										
	⑨		1件あたり		30,098円										
	⑩		糖尿病入院総医療費		1543万円										
	⑪		1件あたり		551,025円										
	⑫		在院日数		8日										
	⑬		慢性腎不全医療費		243万円							1315万円			
	⑭		透析有り		139万円							1198万円			
	⑮		透析なし		104万円							116万円			
7	①	介護	介護給付費		4億1507万円						3億1478万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	0.0%									
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		0人	0.0%					0人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	②														

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。本町において健診受診者 251 人のうち心電図検査実施者は 242 人(96.4%)であり、そのうち ST 所見があったのは3人であった(図表 75)。ST 所見あり3人中1人が要精査であり、その後保健指導により医療機関を受診し高血圧、脂質異常症の服薬治療を開始した。これまでの保健指導でST所見有の者の中から、すでに冠動脈閉塞があり、経皮的冠動脈インターベンション治療につながる方もおり、今後も要精査者には受診勧奨を行うとともに、要精査には該当しないが ST 所見ありの者へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを他の健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

本町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が今後も望まれる。

心電図検査結果

【図表 74】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
					ST所見有(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	251	69.3	242	94.6	3	1.24	59	24.4	180	74.4

ST所見有の医療機関受診状況

【図表 75】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
3	1.19	1	33.3	1	100	0	0

心電図以外の項目との関連

虚血性心疾患を包括的管理チャートの基本的コンセプトからみると、メタボリックシンドローム、及び、メタボリックシンドロームに関連の無い高 LDL コレステロール血症の 2 つのタイプ別に因子を見ていく必要がある。

また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 76】

平成28年度実施			受診者	①心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			251	3	59	180	9
				1.2%	23.5%	71.7%	3.5%
メタボ該当者			66	2	17	45	2
			25.9%	3.0%	25.8%	68.2%	3.0%
メタボ予備軍			29	0	4	24	1
			11.4%	0.0%	13.8%	82.8%	3.4%
メタボなし			160	1	32	121	6
			62.7%	0.6%	20.0%	75.6%	3.8%
LDL-C	140-159		27	0	4	22	1
			16.9%	0.0%	14.8%	81.5%	3.7%
	160-179		9	0	3	6	0
			5.6%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%
180-			1	0	1	0	0
			0.6%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

【参考 255人から】

Non-HDL	190-	3	0	3	0	0
		1.2%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	170-189	4	0	1	3	0
		1.6%	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%
CKD	G3aA1 ~	49	1	12	34	2
		19.20%	2.00%	24.50%	69.40%	4.10%

3) 保健指導の実際

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、心電図結果から、ST 所見等心血管虚血を表すものや、今後なる可能性のあるものに対して、受診勧奨や、保健指導によりリスクの低減を図る必要がある。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。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る。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う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。また保健指導の際には下記のような症状にも留意する。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 77】

・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのな

かにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とある。また、虚血性心疾患には耐糖能異常が関連することから、糖負荷検査も重要な検査である。

本町では尿中アルブミン検査を実施しているため、上記のことから、微量アルブミン尿の者、アルブミン尿 30 mg/g・クレアチニンに近くメタボなどのリスクの重なっている者への保健指導を実施し、重症化を予防する。また、対象者へは二次健診において、頸動脈エコー、糖負荷検査等の検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳と合わせて行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロール、メタボリックシンドローム、心電図異常者に関連する虚血性心疾患の管理台帳については、今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の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く。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は KDB 等の情報を

活用していく。

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

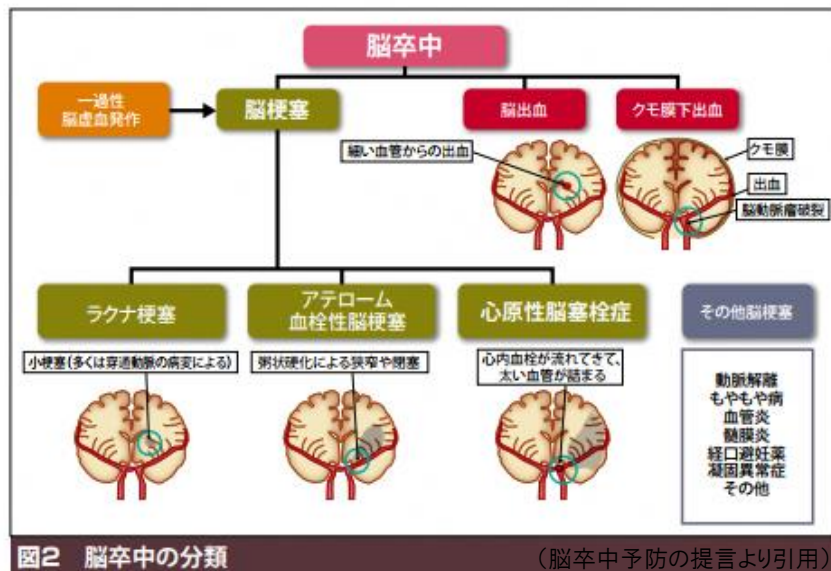
脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

【脳卒中の分類】

【図表 78】



脳血管疾患とリスク因子

【図表 79】

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	●							

(2) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては(図表 84)に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 80】

脳梗塞	クラニ梗塞	●							○	○					
	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	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 255 人		19人	7.5%	18人	7.1%	6人	2.4%	3人	1.2%	66人	25.9%	2人	0.8%	4人	1.6%
治療なし		9人	6.0%	7人	3.1%	6人	3.5%	2人	1.8%	7人	6.4%	0人	0.0%	0人	0.0%
治療あり		10人	9.4%	11人	37.9%	0人	0.0%	1人	0.7%	59人	40.7%	2人	1.4%	4人	2.8%
臓器障害あり		4人	44.4%	1人	14.3%	5人	83.3%	2人	100.0%	4人	57.1%	0人	――%	0人	――%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	4人		1人		5人		2人		4人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が19人(7.5%)であり、9人は未治療者であった。また未治療者のうち4人(44.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も10人(9.4%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(3) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 85)

血圧に基づいた脳血管リスク層別化

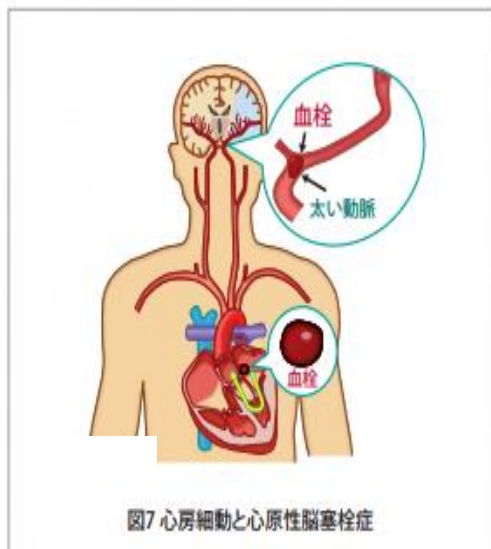
【図表 81】

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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	149	42 28.2%	36 24.2%	36 24.2%	26 17.4%	7 4.7%	2 1.3%
リスク第1層	4 2.7%	1 2.4%	1 2.8%	2 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第2層	88 59.1%	27 64.3%	24 66.7%	17 47.2%	14 53.8%	4 57.1%	2 100.0%
リスク第3層	57 38.3%	14 33.3%	11 30.6%	17 47.2%	12 46.2%	3 42.9%	0 0.0%
再掲 重複あり	糖尿病	15 26.3%	4 28.6%	3 27.3%	4 33.3%	0 0.0%	0 --
	慢性腎臓病 (CKD)	26 45.6%	6 42.9%	3 27.3%	8 47.1%	2 66.7%	0 --
	3個以上の危険因子	33 57.9%	7 50.0%	6 54.5%	9 52.9%	3 100.0%	0 --

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表〇は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため
高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流
によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈
を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」
や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動
は心電図検査によって早期に発見することが可
能である。図表 81 は特定健診受診者における心
房細動の有所見の状況である。

心房細動有見者の治療の有無

【図表 82】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
3	1.2%	1	33.3%	2	66.7%

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。また3人のうち2人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診で心電図検査を受診したことにより発見ができた。受診勧奨が必要な対象者であり、その後保健師の保健指導により医療機関受診し、服薬を開始している。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも今後も心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。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る。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う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診、健診項目追加の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。また、「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあり、尿中アルブミン検査を特定健診追加項目として実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診のために、台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の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く。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ、年 1 回行うものとする。その際は KDB 等の情報を活用していく。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

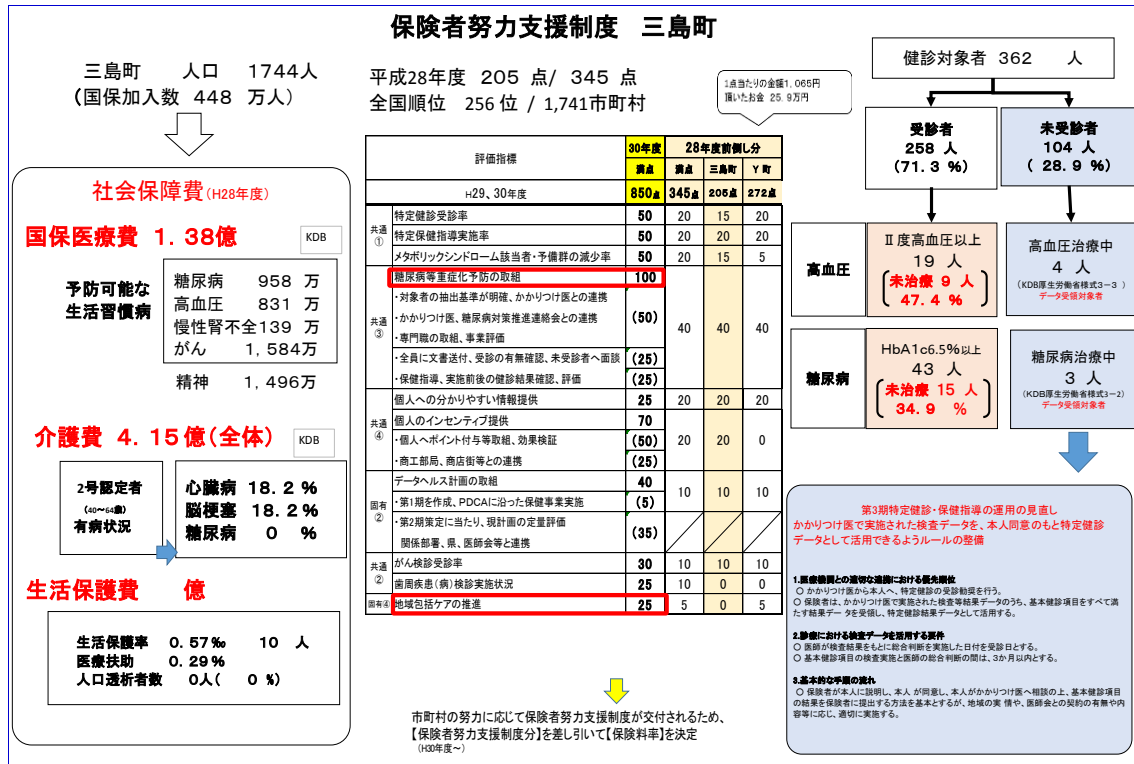
7月～特定健診結果が届き次第管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性、社会環境など含めた生活習慣病予防について、ケーブルテレビや、広報、地区の集い等を利用し広く町民へ周知していく。(図表 87、88)

- 特定健診、生活習慣病に関する啓発事業(ケーブルテレビ、広報)
- 健康宣言の実施、健康宣言の募集と実施者支援
- 住民の運動習慣や教室、健康に関するイベントへの参加、健(検)診の受診などによるポイント付与(健康ポイント制度)
- 区長会や保健推進員会等で町の健康状態と検診等について周知を行い、地区住民への声掛け、伝達を推進
- 各地区組織等での健康情報の提供
- 町内病院出前講座など健康講座の地区開催支援

【図表 83】



三島町の生活習慣とからだを考える(福島県データから)

【図表 84】

1. からだの実態

① 健診データ

(H25年度 6-2～6-7健診有所見者状況)

		福島県	三島町
腹囲	男性85cm以上 女性90cm以上	34.2% 全国3位	42.5% ↑
BMI	25以上	31.0% 全国2位	36.3% ↑
空腹時血糖	126以上	6.4% 全国7位	7.1% ↑
HbA1c	6.5以上	6.7% 全国22位	11.3% ↑

内臓脂肪
の蓄積

2. 福島県の食の実態

米	9位
乾うどん・そば	10位
カップめん	8位
その他のめん類 (ワンタン・シュウマイ・餃子・春巻き)	7位

豚肉	7位
ハム	8位

ヨーグルト	6位
卵	10位

乾燥した豆類	2位
大豆加工品(全体)	3位
納豆	1位

果物(全体)	1位
--------	----

食塩	7位
梅干し	5位
白菜漬け	3位

菓子類(全体)	3位
せんべい	4位
チョコレート	6位
他の菓子 (ガム・きょうかん・乾パン・みつ豆・かりんとう)	1位

炭酸飲料 (お茶・コーヒー・コップ以外)	5位
乳飲料 (果汁・果実添加含む・夜間入り)	3位

清酒	3位
ウイスキー	8位

中華そば	3位
他の麺類 (スパゲティ・パスタ)	6位

出典 厚生労働省「特定健診特定保健指導に関するデータ(全国健康保険者)」

総務省統計局 経済センサス基礎調査(過半数・全事業所)

国税庁 都道府県別の販売(消費)

総務省 家計調査

食品ランキング(県庁所在地及び政令都市) 2014～2016年平均 総務省家計調査 *福島県

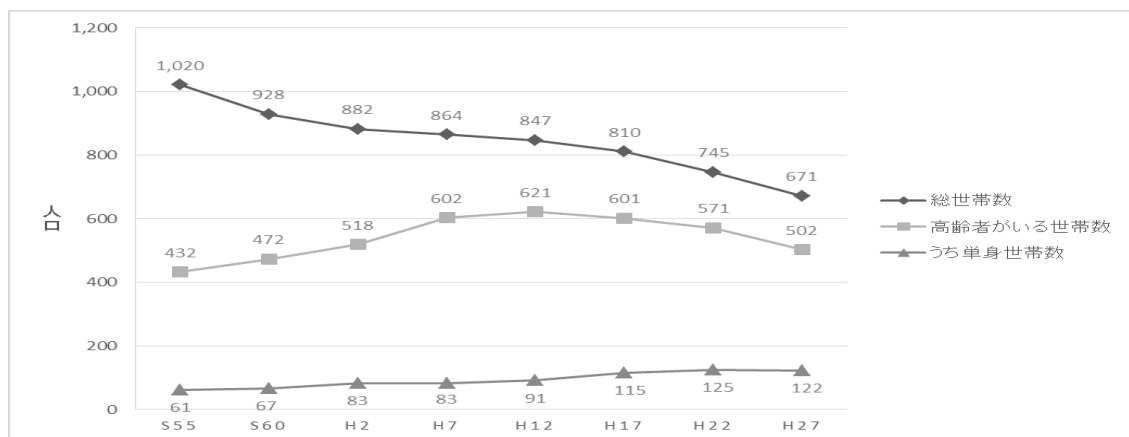
第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。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、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 85】



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る。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌、会議等を通じた周知のほか、関係医療機関、保健医療関係者等にも周知を行う。また、被保険者の理解を促進するため、また、ポピュレーションアプローチとして各地区の集会等で広く周知を行う。実施時には簡易版資料を策定する等の工夫を行う。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 連絡票

参考資料 5 糖尿病のステージ分類と生活習慣病リスク

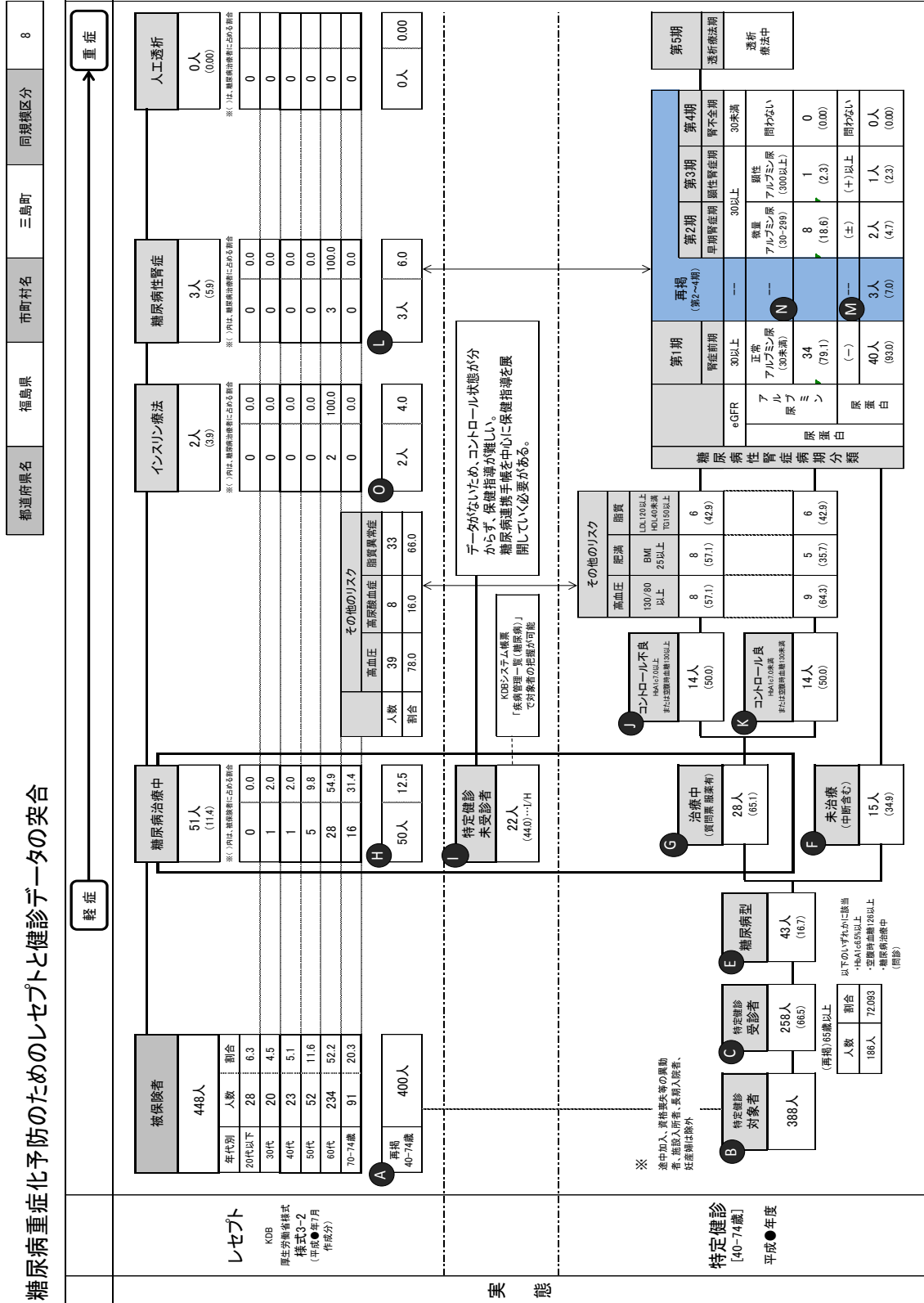
参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料2】

糖尿病管理台帳（永年）

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

【参考資料3】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
糖尿病管理台帳の全数 (A+B) ()人 A 健診未受診者 ()人 結果把握(内訳) ①国保(生保) ()人 ②後期高齢者 ()人 ③他保険 ()人 ④住基異動(死亡・転出) ()人 ⑤確認できず ()人 ①-⑤ 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である B 結果把握 ()人 ①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1cが20以上で糖尿病より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ②尿蛋(一) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医

年 月 日 (様式1)

紹介状(市町村、保険者 → 医療機関)

医療機関

紹介者名

医療機関名	病院	ふりがな	氏 名	生年月日	年	月	日
医師名	先生	性 別	男	女			
Tel	fax	住 所	電話番号				

今回、貴院での治療を患者様ご本人が希望しております。
健診結果表、経年表をご高覧いただき、今後のご指導・ご加療よろしくお願い
いたします。

機関名	
担当者名	
Tel	fax

【参考資料5】

糖尿病のステージ分類と生活習慣病リスク

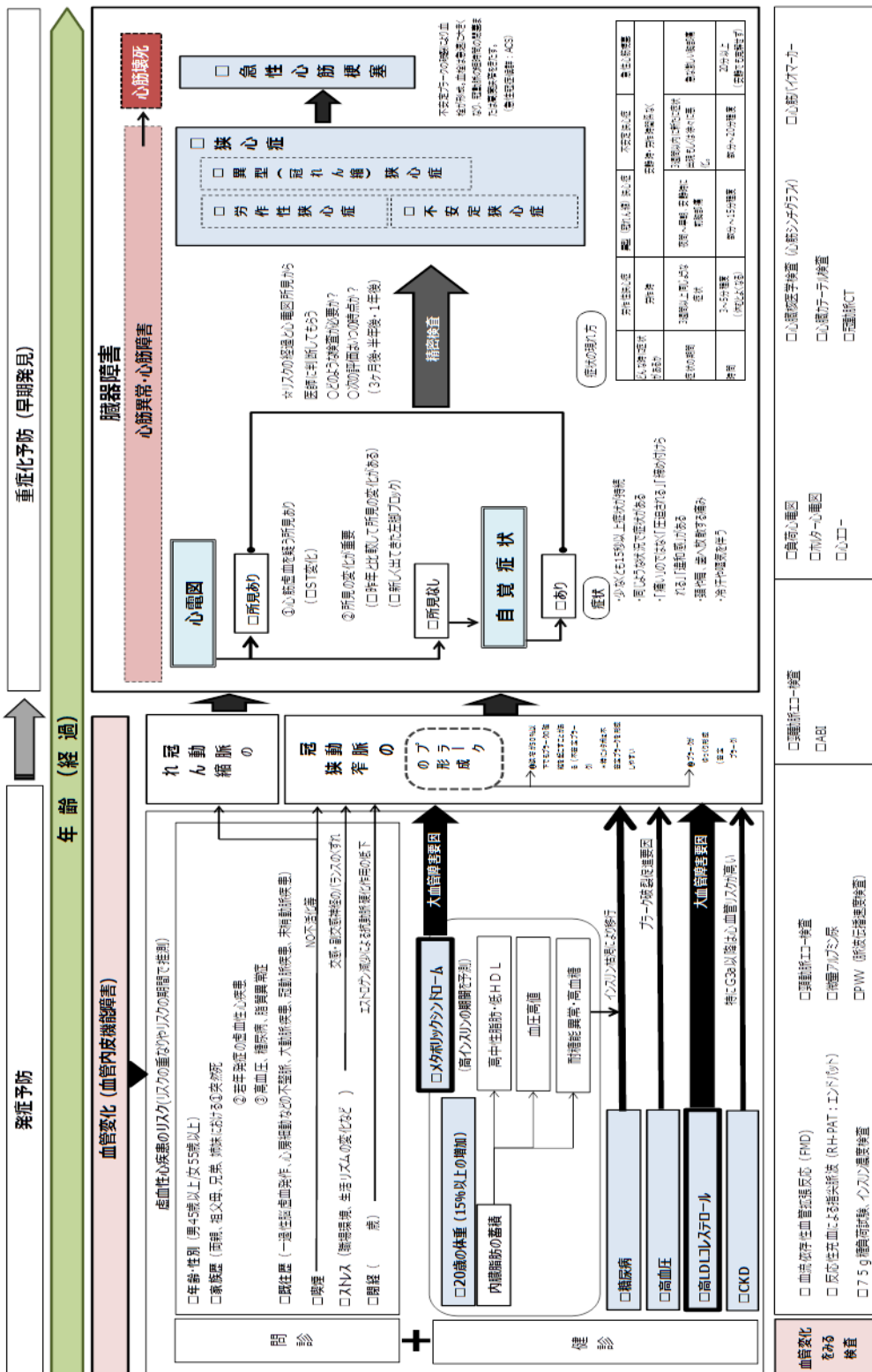
糖尿病：治療なしHbA1c6.5以上、または、治療中（HbA1c7.0未満も含む）にて判定
治療の有無：特定健診質問票の糖尿病の服薬有無にて判定

CKDの重症度 A		eGFR		90		60		45		30		15	
				正常または軽微		軽度～中等低下		中等～高度低下		高度低下		末期腎不全	
				ハイリスク群 (G1A1の群)		G1A2	G2A2	G3A1 (GFR≦60未満)	G3A1	G4A1	G5A1		
重症化予防対象者 B		健診受診者 (GFR: 測定なしも含める)		G1A3	G2A3	G3A2	G3A2	G4A2	G5A2				
		a		200	0	0	43	41	2	5	0	0	0
		806		0.0	0.0	0.0	17.3	95.3	4.7	2.0	0.0	0.0	0.0
糖尿病 治療なし (HbA1c7.0未満含む)	糖尿病のみ その他のリスクなし	b	35	27	0	0	5	5	0	3	0	0	0
		b/b	14.1	7.1	0.0	0.0	14.3	14.3	0.0	8.6	0.0	0.0	0.0
	糖尿病+ その他のリスクあり	c	7	6	0	0	1	1	0	0	0	0	0
		c/c	2.0	2.0	0.0	0.0	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	メタボリック シンドローム	d	28	21	0	0	4	4	0	3	0	0	0
		d/d	8.0	7.5	0.0	0.0	14.3	14.3	0.0	10.7	0.0	0.0	0.0
	脂質異常 症	e	21	17	0	0	2	2	0	2	0	0	0
		e/e	6.0	6.3	0.0	0.0	40.0	40.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0
	高血圧症	f	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		f/f	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0
	高尿酸血症	g	9	7	0	0	1	1	0	1	0	0	0
		g/g	25.7	25.9	0.0	0.0	20.0	20.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0
糖尿病治療あり (HbA1c6.5未満含む)	糖尿病のみ その他のリスクなし	h	16	10	0	0	3	3	0	3	0	0	0
		h/h	45.7	37.0	0.0	0.0	60.0	60.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
	糖尿病+ その他のリスクあり	i	5	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		i/i	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0
	メタボリック シンドローム	j	8	7	0	0	1	1	0	0	0	0	0
		j/j	22.9	25.9	0.0	0.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	脂質異常 症	k	7	6	0	0	1	1	0	0	0	0	0
		k/k	8.75	8.57	0.0	0.0	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	高血圧症	l	6	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0
		l/l	7.5	7.14	0.0	0.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	高尿酸血症	m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		m/m	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

CKDの重症度 A		eGFR														
		正常または軽微		正常または軽微 重症低下		軽度～中等低下		中等～高度低下		高度低下		末期腎不全				
		ハイリスク群 (G1A1)		G1A2	G2A2	G3A1 (GFR<60未満)	G3A2	G3A1 (GFR<60未満)	G3A2	G3A3	G4A3	G5A1	G5A2			
重症化予防対象者 B		健診受診者 (GFR: 測定なしも含まれる)		200		0	0	43	41	2	5	0	0	0	0	
		806		0.0	0.0	0.0	173	95.3	4.7	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
糖尿病治療中 (HbA1c7.0未満)	糖尿病のみ その他のリスクなし	r	8	5	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	
		r/r	26.6	62.5	0.0	0.0	25.0	25.0	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	糖尿病+ その他のリスクあり	s	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
		s/s	37.5	66.7	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	メタボリック シンドローム	t	5	3	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	
		t/t	62.5	60.0	0.0	0.0	20.0	20.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	
	脂質異常 症	u	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
		u/u	37.5	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	高血圧症	v	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
		v/v	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
糖尿病治療中 (HbA1c7.0未満)	糖尿病のみ その他のリスクなし	w	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
		w/w	50.0	20.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	糖尿病+ その他のリスクあり	x	3	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	
		x/x	37.5	20.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	高尿酸血症	y	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
		y/y	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	糖尿病治療中 (HbA1c7.0未満)	糖尿病のみ その他のリスクなし	z	19	15	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0
			z/z	704	76.9	0.0	0.0	10.5	10.5	0.0	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		糖尿病+ その他のリスクあり	aa	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			aa/a	15.8	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
メタボリック シンドローム		ab	16	12	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	0	
		ab/a	84.2	76.0	0.0	0.0	12.5	12.5	0.0	12.5	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	
脂質異常 症		ac	12	10	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	
		ac/a	63.2	66.7	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	
高血圧症		ad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		ad/a	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
高尿酸血症	ae	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
	ae/a	15.8	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
糖尿病治療中 (HbA1c7.0未満)	糖尿病のみ その他のリスクなし	af	8	6	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	
		af/a	42.1	33.3	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	糖尿病+ その他のリスクあり	ag	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		ag/a	6.3	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	メタボリック シンドローム	ah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		ah/a	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	脂質異常 症	ai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		ai/a	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	高尿酸血症	aj	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		aj/a	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

糖尿病性腎症予防プログラム

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休息で治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～
		食後	～199		200～		
	□HDL-C	40～	35～39		～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□ALT	～30	31～50		51～		
	□γ-GT	～50	51～100		101～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～		
	□血圧	収縮期	～129		130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)
		拡張期	～84		85～89	90～	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
□CKD重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料8】

氏名 姓 名		性別		年齢		健康データ																							
						過去5年間のうち最近										血圧													
						メタボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	収縮 血圧	拡張 血圧	収縮 血圧	拡張 血圧	収縮 血圧	拡張 血圧	H24		H25		H26		H27		H28					
												測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値	測定 日	測定 値

【参考資料9】

心臓病管理台帳		氏名 姓 名		住所 行政区 町丁目 番地		世帯 人数		心臓病 の 有 病 状 況		心臓病 の 発 症 年 月		心臓病 の 治 療 開 始 年 月		心臓病 の 治 療 終 了 年 月		この年度に起こったこと																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																H27年度					H28年度					H29年度																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
																経過 観察 日	心臓 病 発 症 状況	内服 薬	調剤	経過 観察 日	心臓 病 発 症 状況	内服 薬	調剤	経過 観察 日	心臓 病 発 症 状況	内服 薬	調剤	経過 観察 日	心臓 病 発 症 状況	内服 薬	調剤																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

[illegible]