

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. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、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。

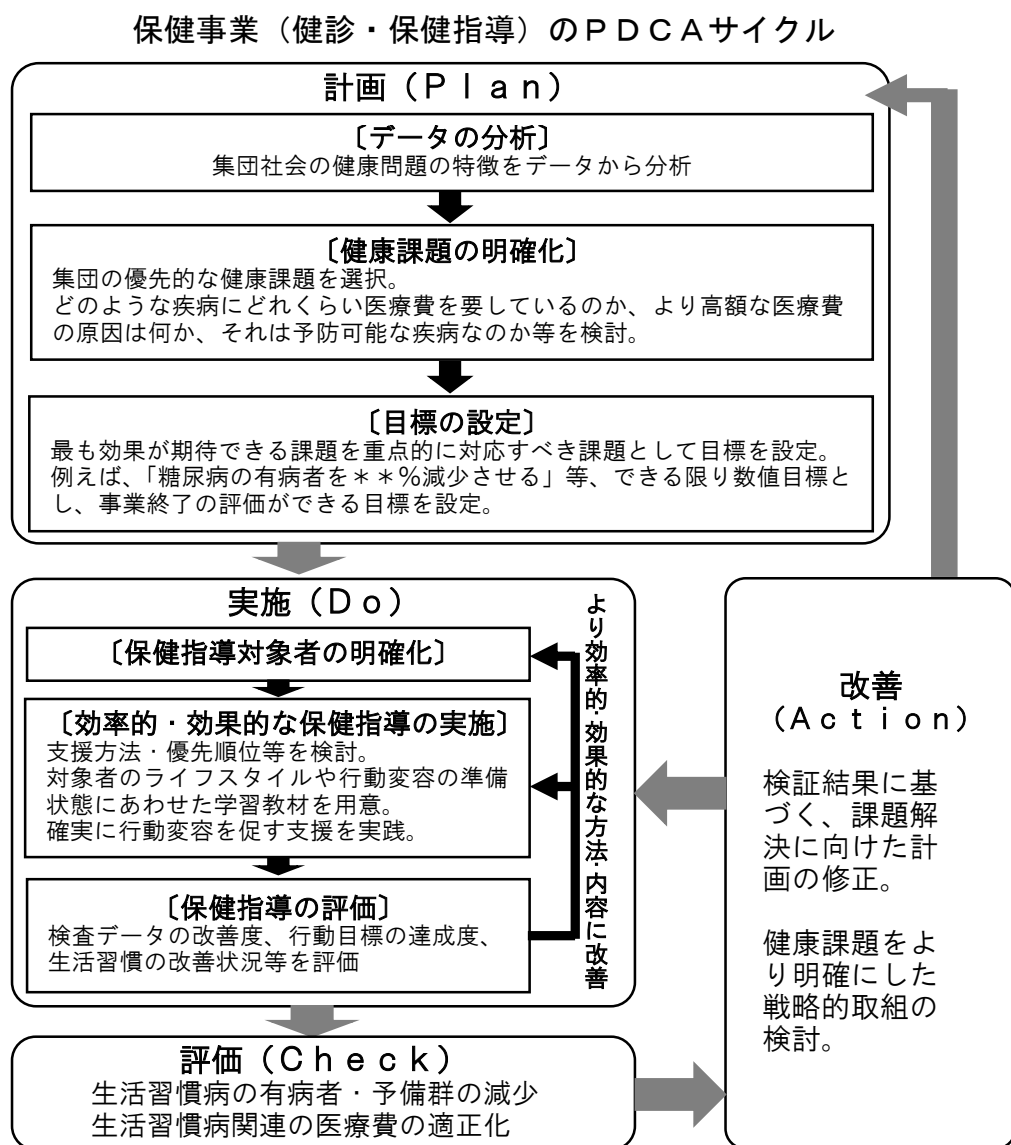
こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

湯川村においては、国指針に基づき、「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

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（第2次健康ふくしま21計画）や第2次健康ゆがわ21、福島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。



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とが平成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

湯川村においては、衛生部部局である住民課保健係が主体となりデータヘルス計画を策定する。特に専門職である保健師の知識生かしながら、高齢者医療、介護保険、生活保護の担当部局である住民課福祉係とも十分連携し、関係者が一体となって計画策定を進めていく。

2) 外部有識者等

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。

本村では、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・評価委員会にデータヘルス計画、評価において、一連のプロセスの助言を求めるものとする。

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、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）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、本村は、計画について都道府県関係課と意見交換に努める。

さらに、保険者等と地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために、医師会等との協議を推進する。

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。

このため、計画策定にあたり、被保険者を代表する委員が参画する国民健康保険運営協議会に意見を求めながら行うものとする。

第2章 背景の整理

1) 湯川村の全体像の把握

保健事業をより効果的かつ効率的なものとするために、KDB の以下の帳票から情報を把握する。

- ①地域の全体像の把握
- ②健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
- ③市町村別データ
- ④同規模保険者比較
- ⑤人口及び被保険者の状況

湯川村の高齢化率は同規模平均と比較すると 28.8%と低いが県、国と比較すると高い割合となっている。また国民健康保険の加入率は 23.3%で同規模平均、県、国と比較して低い。死亡の状況では脳疾患が 25.9%と同規模平均、県、国と比較して 2 倍以上も大きく上回っている。

要介護認定者の状況をみると、要支援、要介護認定率 23.0%は同規模、県、国より上回っている。第2被保険者認定率 0.5%は同規模、県、国より上回っている。

様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた湯川村の全体像

項目			湯川村		同規模平均		県		国		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 人口構成	総人口	3,355		2,840		2,001,840		124,852,975		
		65歳以上（高齢化率）	965	28.8		35.1	500,451	25.0	29,020,766	23.2	
		75歳以上	571	17.0		20.5	269,169	13.4	13,989,864	11.2	
		65～74歳	394	11.7		14.6	231,282	11.6	15,030,902	12.0	
		40～64歳	1,126	33.6		34.0	687,856	34.4	42,411,922	34.0	
	39歳以下	1,264	37.7		30.9	813,533	40.6	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	23.0		22.7		7.9		4.2		
		第2次産業	24.3		21.7		30.1		25.2		
		第3次産業	52.7		55.6		62.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.7		79.4		78.8		79.6		
女性		86.1		86.5		86.1		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.9		65.1		64.8		65.2			
	女性	66.8		66.7		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	117.0	102.6	106.3	100.0				
		女性	103.0	98.2	104.8	100.0					
		死因	がん	12	44.4	2,874	44.3	6,128	43.9	367,905	49.6
		心臓病	7	25.9	1,917	29.6	4,151	29.7	196,768	26.5	
		脳疾患	7	25.9	1,158	17.9	2,528	18.1	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	115	1.8	295	2.1	13,658	1.8	
	腎不全	1	3.7	231	3.6	439	3.1	24,763	3.3		
	自殺	0	0.0	187	2.9	421	3.0	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	6	14.6%			2,643	11.2%	14,248	11.0%	
		男性	3	20.0%			1,817	15.2%	9,521	14.3%	
女性		3	11.5%			826	7.1%	4,726	7.6%		
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	225	23.0	49,932	20.0	106,930	21.1	5,882,340	21.2	
		新規認定者	4	0.4	781	0.3	1,974	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	6	0.5	856	0.4	2,910	0.4	151,745	0.4	
	② 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	69,834		73,702		61,278		58,349		
居宅サービス		40,935		39,646		39,921		39,683			
施設サービス		285,851		273,946		276,367		281,115			
4	① 国保の状況	被保険者数	783	45.0	811		474,080		32,587,223		
		65～74歳	352	45.0	40.4	192,881	40.7	12,462,053	38.2		
		40～64歳	285	36.4	36.5	168,381	35.5	10,946,693	33.6		
		39歳以下	146	18.6	23.2	112,818	23.8	9,178,477	28.2		
	加入率	23.3		28.1		23.6		26.9			
	② 医療の概況（人口千対）	病院数	0	0.0	47	0.2	128	0.3	8,255	0.3	
		診療所数	0	0.0	621	3.1	1,366	2.9	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	3,963	19.9	25,835	54.5	1,524,378	46.8	
		医師数	0	0.0	541	2.7	3,810	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数	763.4		652.4		699.3		668.3		
入院患者数		24.7		23.7		19.4		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,926	県内4位 同規模62位	26,817		24,816		24,245			
	受診率	788.028		676.037		718.687		686.286			
	外来	費用の割合	51.7	55.3	60.5	60.1					
	件数の割合	96.9	96.5	97.3	97.4						
	入院	費用の割合	48.3	44.7	39.5	39.9					
	件数の割合	3.1	3.5	2.7	2.6						
1件あたり在院日数	15.0日		16.3日		16.4日		15.6日				
④ 歯科医療費の状況	一人当たり医療費	1,574		1,720		1,722		1,886			
	受診率	126.58		118.50		130.80		145.31			
5	⑤ 特定健診の状況	健診受診者	374		56,224		121,038		7,362,845		
		受診率	62.0	県内7位 同規模24位	39.8		36.3		34.0		
		特定保健指導終了者（実施率）	0	0.0	498	6.6	169	1.2	35,557	4.1	
		受診勧奨者率	48.1		51.3		51.9		51.6		
		非肥満高血糖	41	11.0	5,467	9.7	10,834	9.0	687,157	9.3	
		メタボ	該当者	84	22.5	10,599	18.9	24,349	20.1	1,272,714	17.3
			男性	49	26.6	7,361	27.9	16,177	30.3	875,805	27.5
女性	35		18.4	3,238	10.8	8,172	12.1	396,909	9.5		
予備群	48		12.8	6,633	11.8	14,888	12.3	790,096	10.7		
⑦	男性	32	17.4	4,566	17.3	9,975	18.7	548,609	17.2		
	女性	16	8.4	2,067	6.9	4,913	7.3	241,487	5.8		

※KDB帳票は現時点でH28データを使用。

第3章 健康医療情報の分析

1. 地域の概要

(1) 人口及び人口構成の推移

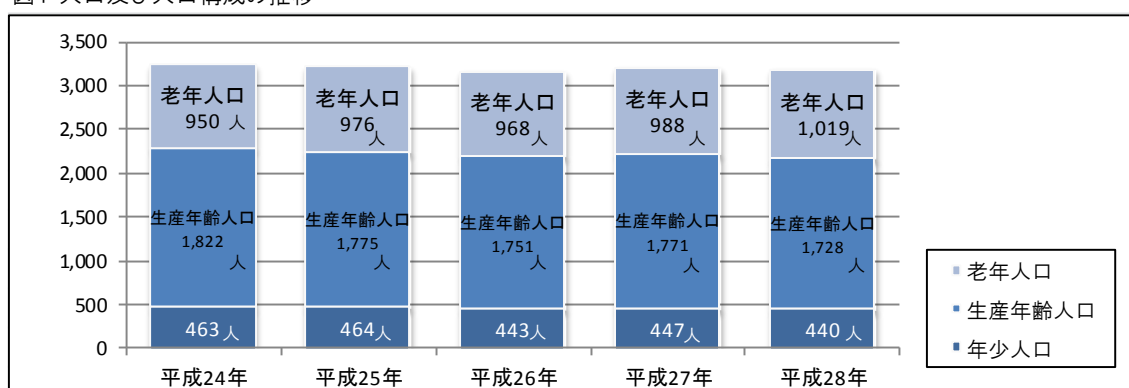
- ・湯川村の人口は、3,187人。前年度と比較して19人減少している。
- ・人口構成をみると、老年人口が増加の傾向にあり、高齢化率も32.0%となっている。年少、生産年齢人口は減少傾向にある。

表1 人口及び人口構成の推移

	人口総数 (人)	年少人口		生産年齢人口		老年人口 (高齢化率)	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
平成24年	3,235	463	14.3	1,822	56.3	950	29.4
平成25年	3,215	464	14.4	1,775	55.2	976	30.4
平成26年	3,162	443	14.0	1,751	55.4	968	30.6
平成27年	3,206	447	13.9	1,771	55.2	988	30.8
平成28年	3,187	440	13.8	1,728	54.2	1,019	32.0

※出典：平成24～28年10月1日現在市町村人口

図1 人口及び人口構成の推移



(2) 国保人口及び国保人口構成の推移

- ・湯川村の国保人口は783人で、前年度と比較して14人増加しており、加入率も増加している。
- ・国保人口の前期高齢者割合は45.0%と国保人口の1/3以上を占めている。

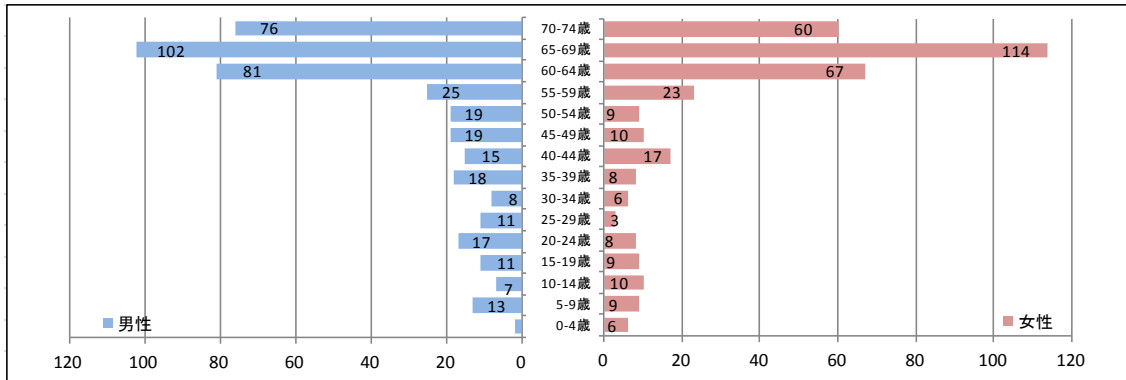
表2 国保人口の推移及び加入率

	湯川村(人)	前期高齢者		加入率(%)	平均年齢(歳)
		人数(人)	割合(%)		
平成24年	818	286	35.0	24.4	53.8
平成25年	805	301	37.4	24	54.5
平成26年	798	315	39.5	23.8	55.1
平成27年	769	334	43.4	22.9	56.2
平成28年	783	352	45.0	23.3	55.5

抽出データ：KDB「人口及び被保険者の状況2」

図2 国保人口構成(男女別・5歳刻み(H28年))

単位：人



(3)死亡の状況

- ・湯川村の死因別死亡率は脳血管疾患、腎不全が県・国と比較して高い状況にあり、男女別にみると男性では脳血管疾患、女性では心疾患が悪性新生物についで高い状況である。(表5・図3(1)(2))
- ・全死因の多くを生活習慣病が占めている。

表3 主要死因別早世死亡の状況(全国)

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(人)	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(人)	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(人)	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）」

表4 主要死因別早世死亡の状況(福島県)

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(人)	23,418	6,235	4,235	2,553	305	492	428
	65歳未満 死亡数(人)	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(人)	23,611	6,116	4,193	2,637	314	446	420
	65歳未満 死亡数(人)	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(人)	23,495	6,128	4,151	2,528	295	439	421
	65歳未満 死亡数(人)	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

表5 死因別死亡率(人口 10 万対)

単位:人

	湯川村		福島県		国	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
死亡総数	1,671.9	1,716.7	1,266.3	1,173.0	1,081.8	951.5
悪性新生物	579.6	351.2	385.6	260.1	357.8	232.5
糖尿病	22.3	39.0	14.4	16.1	11.9	9.9
心疾患	156.0	253.6	204.0	226.1	151.2	162.5
急性心筋梗塞	66.9	136.6	86.9	69.0	35.7	26.7
その他の虚血性心疾患	22.3	-	20.4	17.3	33.0	22.9
不整脈及び伝導障害	-	19.5	23.4	26.2	23.7	23.8
脳血管疾患	156.0	195.1	122.4	139.5	90.1	92.0
くも膜下出血	22.3	-	9.3	16.6	7.7	12.3
脳内出血	44.6	19.5	35.7	30.2	29.2	22.9
脳梗塞	89.2	156.1	75.4	90.6	50.9	54.3
慢性閉塞性肺疾患	66.9	-	29.8	5.2	21.3	4.9
腎不全	-	39.0	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

図3-(1) 男性死因別死亡率

単位:%

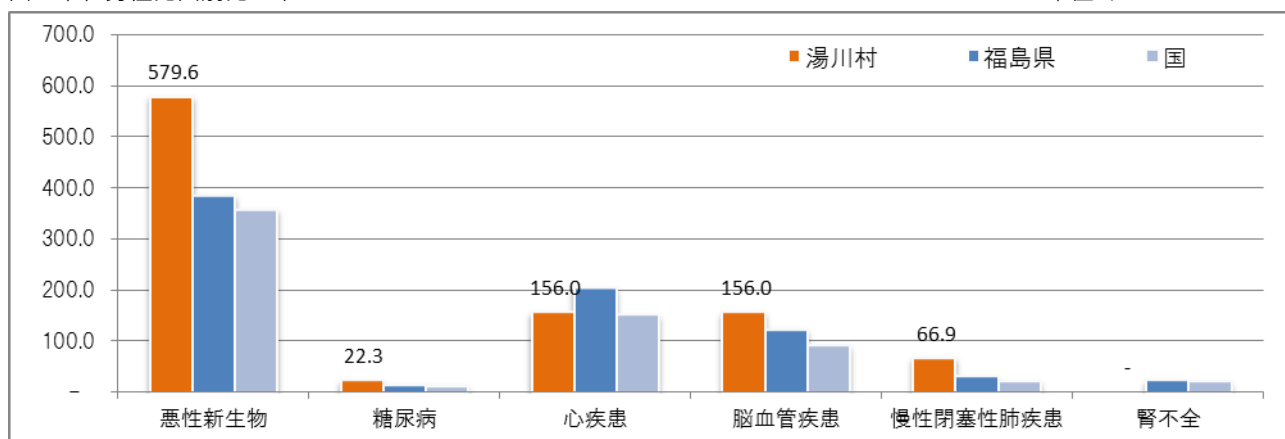
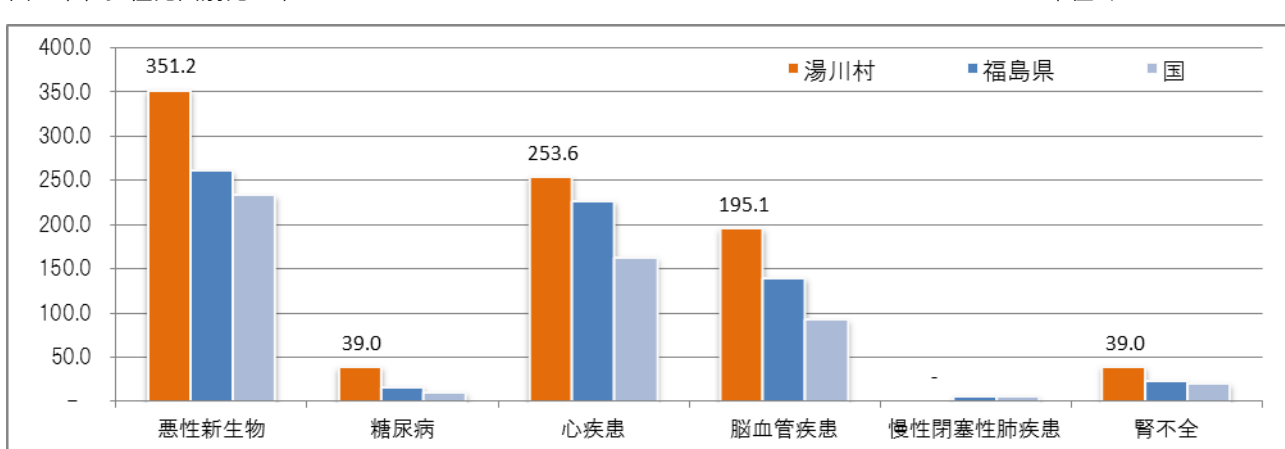


図3-(2) 女性死因別死亡率

単位:%



(4) 医療費の推移

・湯川村の国保険加入者の医療費及び一人当たりの医療費の年度別推移をみると本村は平成26年度以降、年々増加している。(表6、図4)

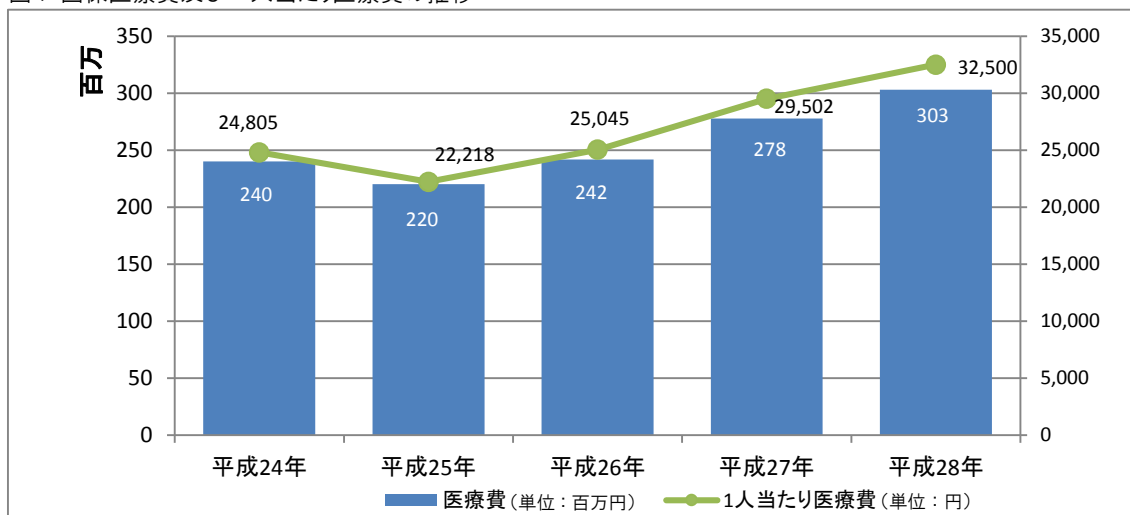
・一人当たり医療費の県内順位は、平成27年度より上位になっている。

表6 国保医療費及び一人当たり医療費の推移

	医療費(円)	1人当たり医療費(円)	県内順位(位)	同規模平均(円)	受診率(%)
平成24年	240,066,870	24,805	25	25,503	797.38
平成25年	220,206,400	22,218	53	26,432	795.38
平成26年	241,856,110	25,045	33	27,329	834.01
平成27年	277,614,480	29,502	13	28,655	887.78
平成28年	302,961,220	32,500	4	28,537	914.61

※医療費＝医科+歯科+調剤 ※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

図4 国保医療費及び一人当たり医療費の推移



(5) 介護費及び介護認定率の推移

・本村の要支援・要介護認定者の状況をみると、要支援、要介護認定率は23.0%と年々増加している。前年との認定率比較1.7%増加している。(表7)

・1件当たりの介護給付費は平成26年度から減少している。(図5)

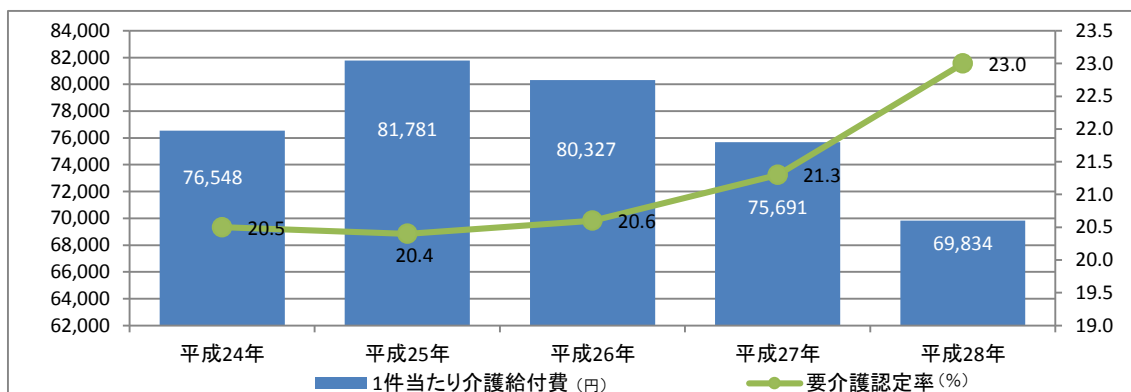
・介護予防事業実施集落は31集落中22集落で実施している。65歳以上の参加者数は274名で25.7%となっている。

表7 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

	介護総給付費(円)	総件数(人)	1件当たり介護給付費(円)	要介護認定率(%)
平成24年	312,088,137	4,077	76,548	20.5
平成25年	357,712,101	4,374	81,781	20.4
平成26年	345,808,291	4,305	80,327	20.6
平成27年	337,809,772	4,463	75,691	21.3
平成28年	341,488,505	4,890	69,834	23.0

※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」

図5 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移



2. 介護・医療・健診データの分析

(1) 介護の状況

① 要介護認定状況の推移

・湯川村の要介護認定者数は年々増加傾向にあり、「要介護2」「要介護3」と認定される割合が年々増えている。(表8・図6)

・要介護認定者の有病状況をみると、筋・骨格、心臓病、脳疾患が高い状況にあり、40歳から64歳の2号被保険者においては、がん、脳疾患が多くを占めている。(表9)

表8 要介護認定状況(認定者数)の推移

単位:人

	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	5	16	20	32	41	31	31	28
平成25年	5	12	27	28	40	30	31	28
平成26年	4	8	25	39	35	38	31	26
平成27年	6	21	22	39	46	33	22	25
平成28年	6	16	31	36	49	41	28	24

※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況

図6 要介護認定状況(認定者数)の推移

単位:人

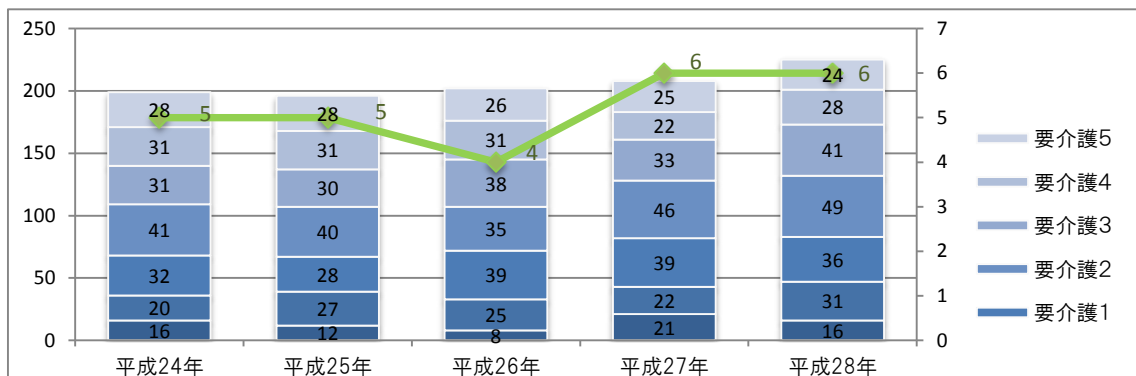


表9 要介護認定者の有病状況(平成28年)

単位:%

	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	5.5	16.9	18.9	11.4	11.7	23.3	18.2	16.7
(再掲)糖尿病合併症	0.0	3.4	5.2	4.9	1.4	3.6	2.3	0.0
心臓病	5.5	68.4	68.6	63.1	71.8	63.8	58.1	40.8
脳疾患	19.2	21.1	10.4	16.5	26.7	30.4	38.3	35.1
がん	26.0	10.5	13.7	7.9	9.5	5.1	7.8	2.8
精神疾患	16.4	16.9	22.3	39.5	37.3	55.9	43.8	25.5
筋・骨疾患	9.6	42.6	55.8	44.2	46.6	50.3	41.2	28.4
難病	0.0	5.1	0.3	4.7	0.0	3.6	0.0	1.1
その他	20.5	63.7	67.7	62.4	67.9	59.3	53.6	33.3

(2) 国保における医療の状況

① 疾病別医療費内訳

・湯川村の医療費（大分類）の多くを循環器系の疾患、悪性新生物、筋骨格系及び結合組織の疾患が占めており、循環器系の疾患については県・同規模・国と比較して高い割合となっている。（表 10）

・医療費（大分類）の多くを占めている循環器系の疾患、悪性新生物、筋骨格系及び結合組織の疾患の内訳をみると、生活習慣病である高血圧症、脳血管疾患、腎不全の医療費が高額となっている。（図 7）

・生活習慣病に注目してみると腎不全、脳血管疾患が県・同規模・国と比較して高い医療費割合となっている。（表 11）

・入院・入院外別にみると、入院では脂質異常症、入院外では心疾患、腎不全が高額で上位となっている。（表 12）

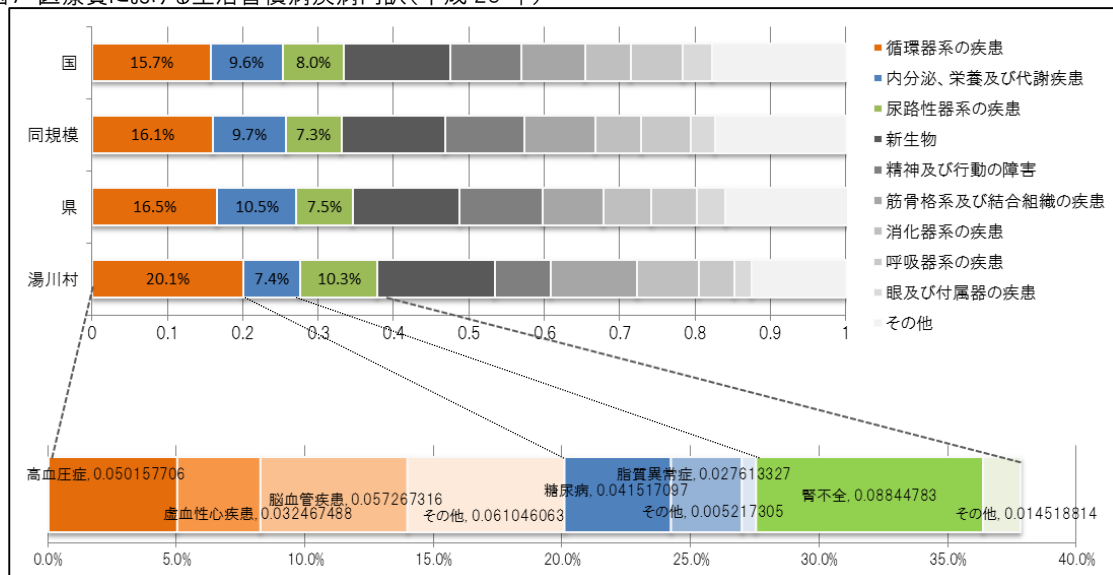
・生活習慣病を経年でみても脂質異常症の患者数は増加傾向にある。（表 13）

表 10 大分類 医療費における疾病内訳(平成 28 年)

	湯川村		県	同規模	国
	医療費(円)	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	57,928,320	20.1%	16.5%	16.1%	15.7%
内分泌、栄養及び代謝疾患	21,433,610	7.4%	10.5%	9.7%	9.6%
尿路器系の疾患	29,684,120	10.3%	7.5%	7.3%	8.0%
新生物	44,945,970	15.6%	14.2%	13.7%	14.2%
精神及び行動の障害	21,397,180	7.4%	11.0%	10.6%	9.4%
筋骨格系及び結合組織の疾患	33,029,060	11.5%	8.0%	9.3%	8.4%
消化器系の疾患	23,471,400	8.1%	6.4%	6.2%	6.1%
呼吸器系の疾患	13,656,500	4.7%	6.0%	6.6%	6.9%
眼及び付属器の疾患	6,632,430	2.3%	3.8%	3.2%	3.8%
その他	36,110,110	12.5%	16.0%	17.4%	17.8%
計	288,288,700	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」

図 7 医療費における生活習慣病疾病内訳(平成 28 年)



※ 大分類 上位9位以外は「その他」に集約 ※ 医科+調剤

表 11 医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋(平成 28 年)

*保険者=湯川村

	保険者		県	同規模	国
	医療費 (円)	割合	割合	割合	割合
糖尿病	11,968,910	4.2%	6.4%	5.8%	5.5%
高血圧症	14,459,900	5.0%	5.9%	5.3%	4.8%
脂質異常症	7,960,610	2.8%	3.0%	2.8%	2.9%
虚血性心疾患	9,360,010	3.2%	2.4%	2.2%	2.3%
脳血管疾患	16,509,520	5.7%	3.0%	3.1%	3.0%
腎不全	25,498,510	8.8%	5.6%	5.3%	6.1%
再掲 腎不全(透析あり)	23,678,570	8.2%	5.0%	4.5%	5.4%
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	648,860	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%

※抽出データ:KDB[大分類][中分類][小分類]

表 12 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))(平成 28 年)

	入院		入院外	
	1件当たり費用額 (円)	件数(人)	1件当たり費用額 (円)	件数(人)
糖尿病	618,977 県内7位	46	40,645 県内12位	1,048
高血圧症	660,227 県内7位	93	26,597 県内45位	2,384
脂質異常症	774,170 県内1位	55	24,737 県内40位	1,959
脳血管疾患	796,315 県内3位	37	24,970 県内59位	273
心疾患	637,282 県内36位	39	64,763 県内3位	367
腎不全	1,078,247 県内3位	9	306,792 県内3位	71
精神	510,677 県内7位	75	24,558 県内53位	733
悪性新生物	726,710 県内4位	53	47,574 県内48位	528
歯肉炎/歯周病	157,550 県内26位	1	13,156 県内39位	786

※抽出データ:KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

表 13 生活習慣病患者数の推移

	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		脂質異常症
						インスリン療法	糖尿病性腎症	
平成24年	312	15 4.8%	22 7.1%	176 56.4%	66 21.2%	11 16.7%	1 1.5%	127 40.7%
平成25年	330	18 5.5%	27 8.2%	186 56.4%	74 22.4%	9 12.2%	1 1.4%	139 42.1%
平成26年	313	16 5.1%	28 8.9%	179 57.2%	74 23.6%	5 6.8%	1 1.4%	140 44.7%
平成27年	315	22 7.0%	26 8.3%	177 56.2%	72 22.9%	2 2.8%	2 2.8%	137 43.5%
平成28年	332	22 6.6%	25 7.5%	179 53.9%	75 22.6%	5 6.7%	2 2.7%	155 46.7%

※抽出データ:KDB「様式 3-1」

② 80 万円以上の高額疾病の内訳 (平成 24 年 4 月～平成 28 年 3 月診療分)

・湯川村の 80 万円以上の高額レセプト状況をみると、生活習慣病である脳血管疾患、虚血性心不全、腎不全のレセプト件数は全体の約 26.7%、費用額は全体の約 25.0%を占めている。(表 14)

・年代別には脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全は 60 歳代から発生し、60 歳代最も多くなっている。

表 14 レセプト 1 件 80 万円以上の状況

脳血管疾患 15.0%
 虚血性心疾患 6.7%
 腎不全 5.0%
合計 26.7%

	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	3	2	3	12	19	1	40
総件数	9	4	3	16	27	1	60
	15.0%	6.7%	5.0%	26.7%	45.0%	1.7%	100.0%
40歳未満	0	0	0	0	1	0	1
40歳代	0	0	0	0	0	0	0
50歳代	0	0	0	6	4	0	10
60歳代	7	4	2	5	15	1	33
70～74歳	2	0	1	5	7	0	15
費用額(円)	10,557,490	5,919,260	3,902,500	19,457,830	40,706,090	847,340	81,390,510
(割合)	13.0%	7.3%	4.8%	23.9%	50.0%	1.0%	100.0%

※抽出データ:KDB「様式 1-1」

③人工透析患者の状況（平成 24 年～28 年の 5 月診療分より抽出）

- ・平成 24 年より人工透析患者数は増加の傾向にあり、うち男性が 75.0%を占め、特に男性の 40 歳から 64 歳の患者数が多い。（表 15・図 8）
- ・人工透析にかかる医療費・件数においても入院では平成 24 年より増加傾向、入院外でも増加傾向である。（表 16・図 9）
- ・人工透析患者の合併症の推移をみると、糖尿病を合併症に持つ人が全体の 7 割を占めている。（表 17）

表 15 人工透析患者数の推移

	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	3	0	2	0	0	1	0
平成25年	3	0	2	0	0	1	0
平成26年	2	0	2	0	0	0	0
平成27年	3	0	2	0	0	1	0
平成28年	4	0	3	0	0	1	0

※抽出データ:KDB「様式 3-7」

図8 人工透析患者数の推移

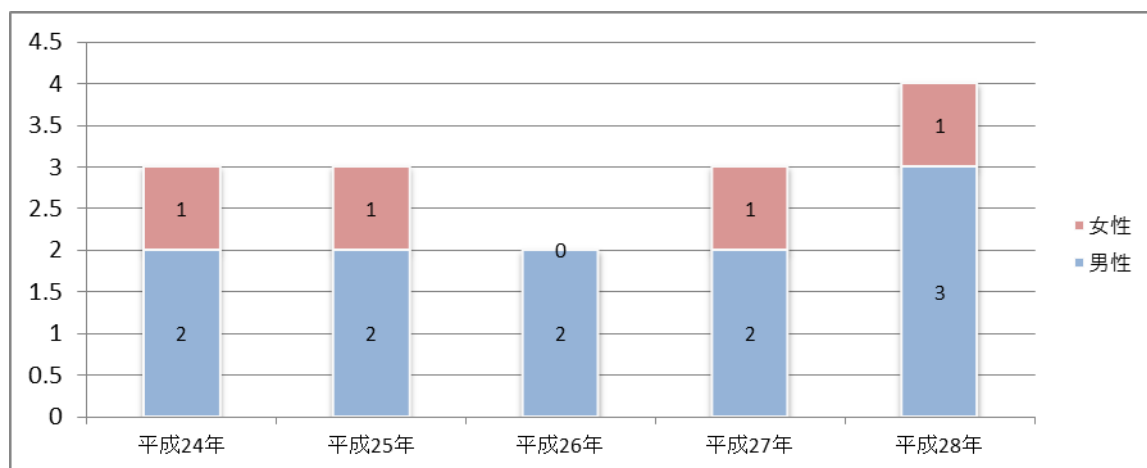


表 16 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)

	総額(円)	外来		入院	
		総額(円)	件数	総額(円)	件数
平成24年	16,022,430	16,022,430	36	0	0
平成25年	17,803,650	17,803,650	36	0	0
平成26年	13,714,000	12,285,640	26	1,428,360	2
平成27年	15,732,130	13,321,430	34	2,410,700	3
平成28年	23,678,570	20,679,520	53	2,999,050	3

※抽出データ:最小分類 各年累計-慢性腎不全(透析あり)の年間総医療費より算出)

図9 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)

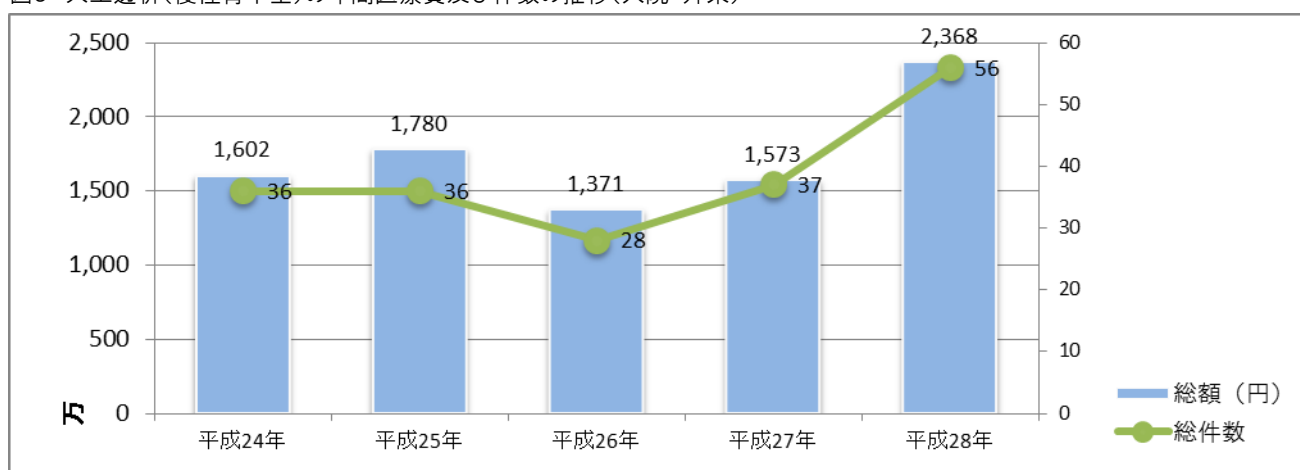
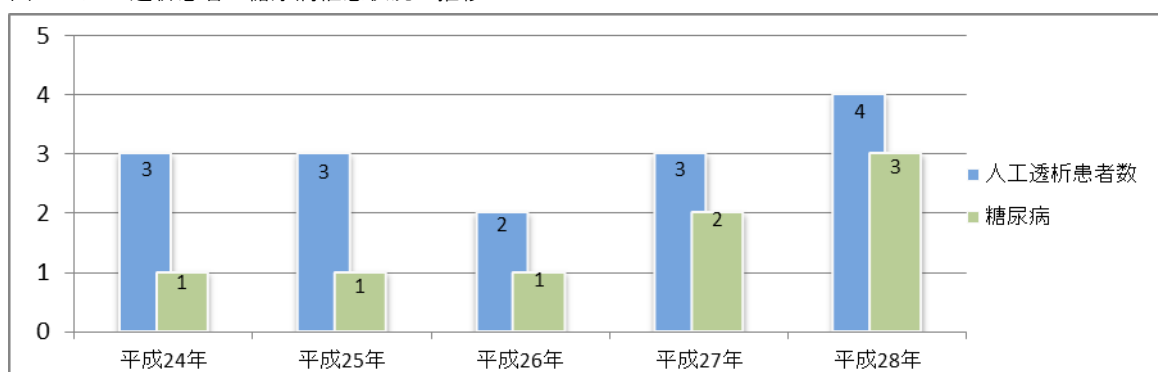


表 17 人工透析患者の合併症の推移

	人工透析 実人数	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成24年	3	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%
平成25年	3	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%
平成26年	2	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%
平成27年	3	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%
平成28年	4	3	75.0%	2	50.0%	0	0.0%

※抽出データ:KDB「様式 3-7」

図10 人工透析患者の糖尿病罹患状況の推移



(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

- ・受診率は平成24年から増加しており、平成28年度は64.9%と県、国よりも高くなっている。また、受診率は国の目標値より高い。(表18・図11)
- ・年齢階層別受診率では女性は70.9%の受診率であるが、男性は59.7%の受診率で特に40～54歳の受診率が低い。(表19・図12)
- ・年齢階層別受診率の推移は男性が50～54歳の受診率が平成27年度より減少している。(図13・14)

表18 特定健診受診率の推移

	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	592	329	55.6	県内12位	34.7	43.8	33.2
平成25年	589	327	55.5	県内13位	36.5	44.4	34.1
平成26年	603	354	58.7	県内12位	38.4	45.0	35.2
平成27年	587	369	62.9	県内9位	39.8	45.7	36.0
平成28年	578	375	64.9	県内8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」

図11 特定健診受診率の推移

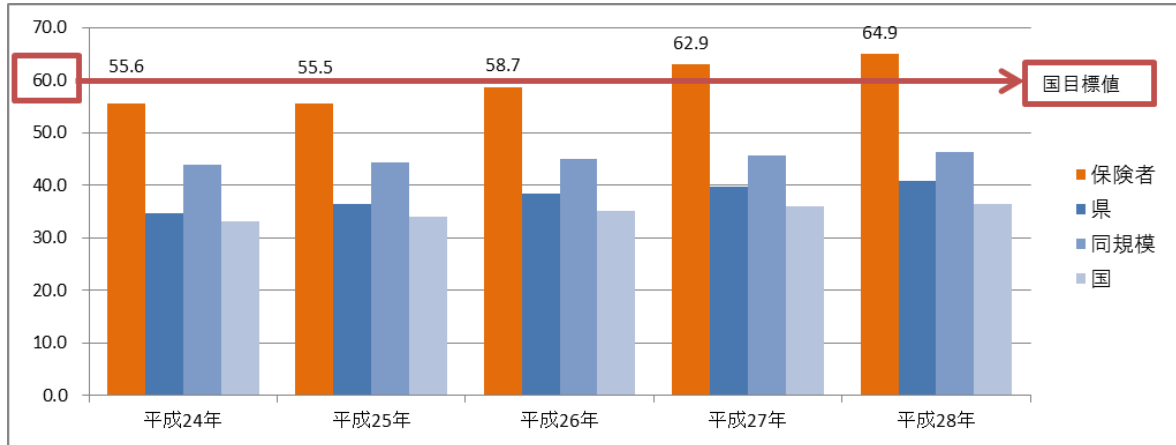


表19 年齢階層別受診率状況(平成28年度)

	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	13	6	46.2%	12	6	50.0%
45-49歳	13	2	15.4%	7	4	57.1%
50-54歳	17	7	41.2%	6	4	66.7%
55-59歳	19	12	63.2%	17	10	58.8%
60-64歳	69	40	58.0%	59	43	72.9%
65-69歳	104	67	64.4%	109	80	73.4%
70-74歳	75	51	68.0%	58	43	74.1%
計	310	185	59.7%	268	190	70.9%

受診率50%
に満たない
年齢層

※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」

図 12 年齢階層別受診率状況(平成 28 年度)

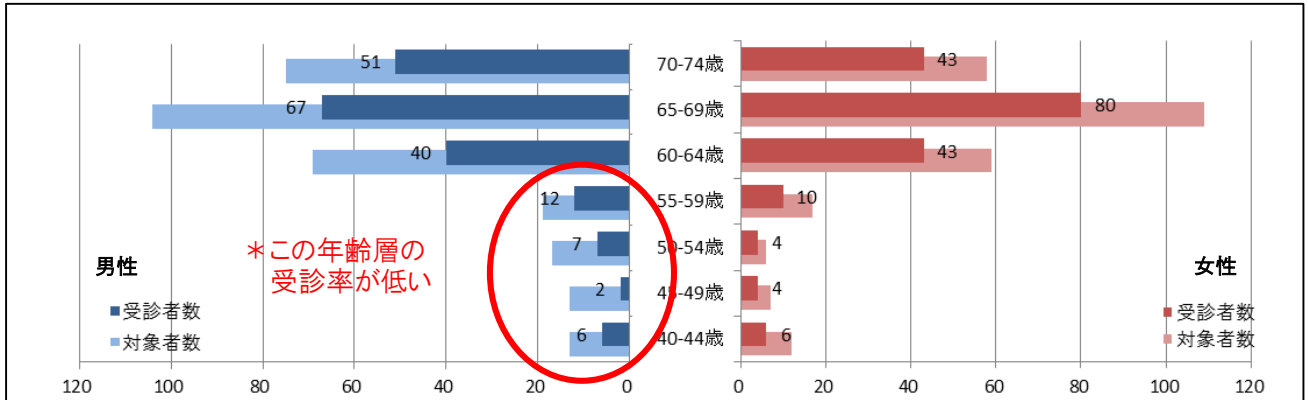
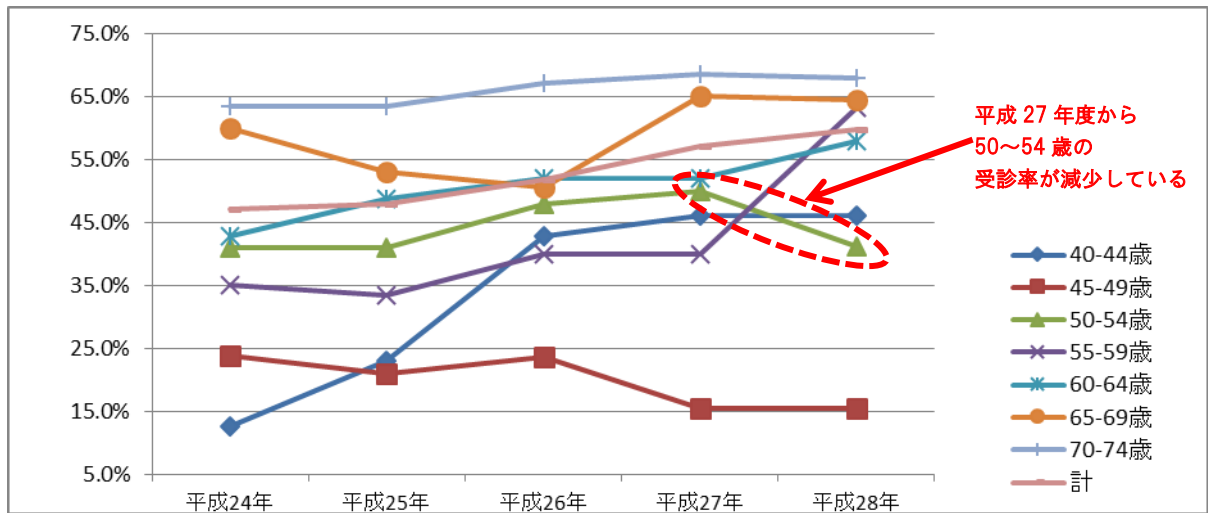
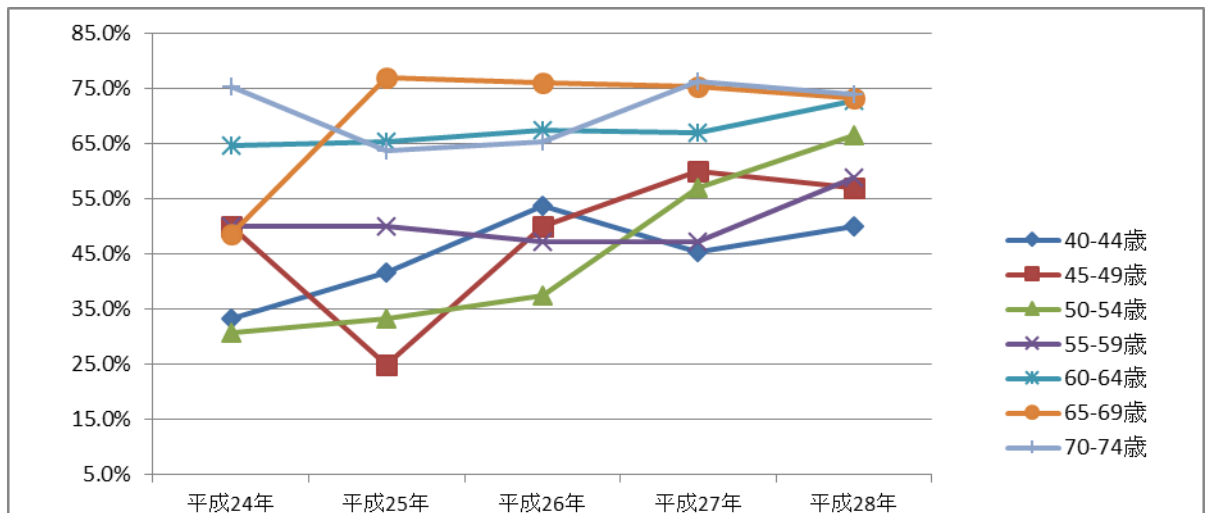


図 13 男性 年齢階層別受診率の推移



※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」

図 14 女性 年齢階層別受診率の推移



※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健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の状況

・健診受診者と未受診者の一人当たりの生活習慣病医療費は健診未受診者は平成24年から増加している。健診受診者の生活習慣病医療費には大きな変化はみられない。(表20)

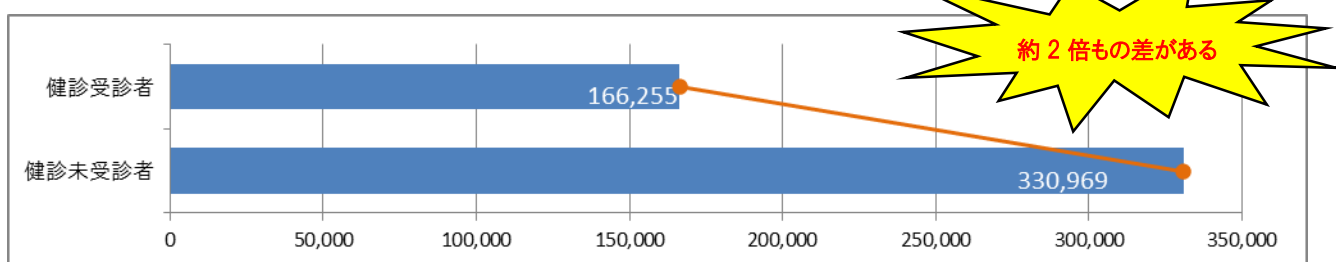
・健診受診者と未受診者の一人当たりの生活習慣病医療費は健診受診者は166,255円、健診未受診者は330,969円となっている。健診未受診者の医療費が約2倍も高くなっている。(図15)

表20 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

	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	263	27,454,290	104,389	329	57,909,580	176,017
平成25年	220	41,103,610	186,835	327	48,965,850	149,743
平成26年	234	51,482,960	220,013	354	51,332,070	145,006
平成27年	218	44,619,560	204,677	369	57,461,030	155,721
平成28年	209	69,172,470	330,969	375	62,345,530	166,255

※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」

図15 健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費(平成28年)



③特定健診の結果分析

・摂取エネルギー過剰、血管を傷つけるリスクの割合が男女とも経年的に増加している。男性では腹囲、HbA1c、収縮期血圧、女性ではHbA1c、LDL-Cで有所見を認めるものが50%を超えている。(表21・22)

・年齢階層別健診受診者の有所見者状況では男女とも40歳から64歳ではLDL-Cの項目で県、国よりも高くなっている。(表23・24)

・メタボリックシンドローム予備軍、該当者の推移では3項目全て該当しているものの割合が増加している。(表25)

・年齢階層別メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況では男女ともに65歳から74歳の該当者、予備群の割合が高くなっている。(表26・27)

表 21 男性 健診受診者の有所見者状況(平成 28 年)

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 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	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		61	30	68	5	61
	割合	41.9%	57.4%	27.7%	27.7%	18.2%	44.6%	47.3%		41.2%	20.3%	45.9%	3.1%	25.0%
平成25年	人数	46	84	29	22	18	58	85		53	20	57	5	33
	割合	36.5%	66.7%	23.0%	17.5%	14.3%	46.0%	67.5%		42.1%	15.9%	45.2%	3.2%	18.3%
平成26年	人数	54	77	27	36	6	69	72	23	35	11	64	5	37
	割合	40.9%	58.3%	20.5%	27.3%	4.5%	52.3%	54.5%	17.4%	26.5%	8.3%	48.5%	3.0%	21.2%
平成27年	人数	60	81	55	47	14	69	87	30	80	24	75	3	39
	割合	39.2%	52.9%	35.9%	30.7%	9.2%	45.1%	56.9%	19.6%	52.3%	15.7%	49.0%	1.6%	20.9%
平成28年	人数	47	94	35	23	10	82	93	30	96	57	78	6	47
	割合	25.4%	50.8%	18.9%	12.4%	5.4%	44.3%	50.3%	16.2%	51.9%	30.8%	42.2%	3.2%	32.6%

(※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」

表 22 女性健診受診者の有所見者状況の推移(平成 28 年)

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	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		55	14	89	1	32
	割合	42.6%	31.4%	11.2%	14.8%	4.7%	27.2%	49.1%		32.5%	8.3%	52.7%	0.5%	18.9%
平成25年	人数	63	64	25	19	7	57	100		47	18	83	0	27
	割合	39.9%	40.5%	15.8%	12.0%	4.4%	36.1%	63.3%		29.7%	11.4%	52.5%	0.0%	17.1%
平成26年	人数	72	53	25	20	9	53	93	3	45	7	84	1	34
	割合	45.9%	33.8%	15.9%	12.7%	5.7%	33.8%	59.2%	1.9%	28.7%	4.5%	53.5%	0.5%	21.7%
平成27年	人数	77	66	42	32	6	58	100	2	68	29	88	1	31
	割合	46.1%	39.5%	25.1%	19.2%	3.6%	34.7%	59.9%	1.2%	40.7%	17.4%	52.7%	0.5%	18.6%
平成28年	人数	56	58	23	13	4	71	109	3	84	29	113	0	34
	割合	29.5%	30.5%	12.1%	6.8%	2.1%	37.4%	57.4%	1.6%	44.2%	15.3%	59.5%	0.0%	17.9%

(※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」

表 23 年齢階層別・男性 健診受診者の有所見者状況(平成 28 年)

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 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	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	18	34	15	8	2	24	30	12	32	24	34	1	12
	割合	26.9%	50.7%	22.4%	11.9%	3.0%	35.8%	44.8%	17.9%	47.8%	35.8%	50.7%	1.5%	21.1%
65~75 歳未満	人数	29	60	20	15	8	58	63	18	64	33	44	5	35
	割合	24.6%	50.8%	16.9%	12.7%	6.8%	49.2%	53.4%	15.3%	54.2%	28.0%	37.3%	4.2%	40.2%
湯川村 合計	人数	47	94	35	23	10	82	93	30	96	57	78	6	47
	割合	25.4%	50.8%	18.9%	12.4%	5.4%	44.3%	50.3%	16.2%	51.9%	30.8%	42.2%	3.3%	32.6%
県	人数													
	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%
国	人数													
	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」

表 24 年齢階層別・女性 健診受診者の有所見者状況(平成 28 年)

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	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	5.2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	20	18	8	5	0	19	32	1	17	12	43	0	7
	割合	29.9%	26.9%	11.9%	7.5%	0.0%	28.4%	47.8%	1.5%	25.4%	17.9%	64.2%	0.0%	10.4%
65~75 歳未満	人数	36	40	15	8	4	52	77	2	67	17	70	0	20
	割合	29.3%	32.5%	12.2%	6.5%	3.3%	42.3%	62.2%	1.6%	54.5%	13.8%	56.9%	0.0%	20.2%
湯川村 合計	人数	56	58	23	13	4	71	109	3	84	29	113	0	27
	割合	29.5%	30.5%	12.1%	6.8%	2.1%	37.4%	57.4%	1.6%	44.2%	15.3%	59.5%	0.0%	16.3%
県	人数													
	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	人数													
	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」

表 25 メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

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	329	18	45	3	32	10	50	14	3	22	11
	割合	100.0%	5.5%	13.7%	0.9%	9.7%	3.0%	15.2%	4.3%	0.9%	6.7%	3.3%
平成25年	人数	327	9	43	3	30	10	46	11	4	22	9
	割合	100.0%	2.8%	13.1%	0.9%	9.2%	3.1%	14.1%	3.4%	1.2%	6.7%	2.8%
平成26年	人数	354	10	51	3	35	13	60	15	4	26	15
	割合	100.0%	2.8%	14.4%	0.8%	9.9%	3.7%	16.9%	4.2%	1.1%	7.3%	4.2%
平成27年	人数	369	12	57	4	43	10	65	16	4	31	14
	割合	100.0%	3.3%	15.4%	1.1%	11.7%	2.7%	17.6%	4.3%	1.1%	8.4%	3.8%
平成28年	人数	375	19	49	2	42	5	84	20	6	39	19
	割合	100.0%	5.1%	13.1%	0.5%	11.2%	1.3%	22.4%	5.3%	1.6%	10.4%	5.1%

※抽出データ:KDB「様式 6-8」

表 26 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)

男性		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		
40~65 歳未満	人数	67	5	12	0	10	2	17	5	3	8	1
	割合	36.2%	7.5%	17.9%	0.0%	14.9%	3.0%	25.4%	7.5%	4.5%	11.9%	1.5%
65~75 歳未満	人数	118	7	21	1	20	0	32	8	2	14	8
	割合	63.8%	5.9%	17.8%	0.8%	16.9%	0.0%	27.1%	6.8%	1.7%	11.9%	6.8%
湯川村 合計	人数	185	12	33	1	30	2	49	13	5	22	9
	割合	100.0%	6.5%	17.8%	0.5%	16.2%	1.1%	26.5%	7.0%	2.7%	11.9%	4.9%

※抽出データ:KDB「様式 6-8」

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 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		
40~65 歳未満	人数	67	6	6	0	4	2	6	1	1	1	3
	割合	35.3%	9.0%	9.0%	0.0%	6.0%	3.0%	9.0%	1.5%	1.5%	1.5%	4.5%
65~75 歳未満	人数	123	1	10	1	8	1	29	6	0	16	7
	割合	64.7%	0.8%	8.1%	0.8%	6.5%	0.8%	23.6%	4.9%	0.0%	13.0%	5.7%
湯川村 合計	人数	190	7	16	1	12	3	35	7	1	17	10
	割合	100.0%	3.7%	8.4%	0.5%	6.3%	1.6%	18.4%	3.7%	0.5%	8.9%	5.3%

※抽出データ:KDB「様式 6-8」

④生活習慣の状況

- ・体重増加、運動習慣なし、毎日飲酒しているものの割合が年々増加している。(表 28)
- ・性・年代別では 40~64 歳未満の男女ともに体重増加、運動習慣なし、毎日飲酒しているものの割合が多くなっている。(表 29)
- ・喫煙している割合は 40~64 歳未満の男性に多くみられる。(表 29)

表 28 質問票の状況

質問票項目		湯川村				湯川村	県	同規模	国
		H24	H25	H26	H27	H28			
服薬	高血圧	33.1	34.6	33.6	37.7	37.9	39.6	36.3	33.6
	糖尿病	7.0	8.9	8.5	11.4	10.7	8.8	9.0	7.5
	脂質異常症	21.0	21.1	21.8	24.9	26.1	25.7	22.8	23.6
既往歴	脳卒中	3.3	4.0	3.4	0.3	3.5	3.3	3.2	3.3
	心臓病	6.7	7.3	5.6	1.4	6.7	5.6	5.5	5.5
	腎不全	0.6	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.6	0.5
	貧血	4.6	4.0	4.8	3.5	3.7	5.4	8.4	10.2
	喫煙	10.9	13.1	13.3	14.6	13.9	14.3	16.7	14.2
	週3回以上朝食を抜く	3.3	4.9	8.5	4.9	6.1	7.2	7.7	8.7
	週3回以上食後間食	10.9	8.6	7.9	7.6	8.0	9.8	13.9	11.9
	週3回以上就寝前夕食	18.5	14.7	13.6	15.4	12.3	15.6	16.1	15.5
	食べる速度が速い	26.4	31.5	27.4	27.9	29.3	26.4	28.0	26.0
	20歳時の体重から10kg以上増加	34.3	32.1	36.2	33.3	35.2	35.0	34.1	32.1
	1年で体重3kg増加	23.7	23.9	21.8	22.5	20.6	21.5	21.6	19.5
	1回30分以上運動習慣なし	77.5	77.7	77.1	76.7	75.2	62.3	67.9	58.8
	1日1時間以上運動なし	66.9	73.1	69.8	70.5	70.1	59.8	50.1	47.0
	睡眠不足	20.7	20.2	19.5	24.7	25.1	25.1	24.2	25.1
	毎日飲酒	25.2	27.5	26.8	30.4	32.0	25.6	26.7	25.6
	時々飲酒	24.9	21.4	24.6	20.9	22.1	22.6	22.6	22.1
	1日飲酒量	1合未満	64.0	63.3	63.9	61.8	58.0	64.0	57.0
1～2合未満		29.9	29.2	25.4	28.8	28.5	25.0	27.6	23.9
2～3合未満		4.2	6.4	8.6	8.5	12.1	9.1	11.2	9.3
3合以上		1.9	1.1	2.1	1.0	1.3	1.9	4.3	2.7

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

表 29 性・年代別にみた質問票の状況(平成 28 年度)

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	26.9%	47.5%	40.0%	20.9%	43.9%	35.8%	23.9%	45.6%	37.9%
	糖尿病	13.4%	16.9%	15.7%	6.0%	5.7%	5.8%	9.7%	11.2%	10.7%
	脂質異常症	14.9%	16.9%	16.2%	20.9%	43.9%	35.8%	17.9%	30.7%	26.1%
既往歴	脳卒中	0.0%	5.1%	3.2%	3.0%	4.1%	3.7%	1.5%	4.6%	3.5%
	心臓病	6.0%	10.2%	8.6%	3.0%	5.7%	4.7%	4.5%	7.9%	6.7%
	腎不全	1.5%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.3%
	貧血	4.5%	0.7%	2.2%	6.0%	4.9%	5.3%	5.2%	2.9%	3.7%
	喫煙	34.3%	20.3%	25.4%	1.5%	21.2%	2.6%	17.9%	11.6%	13.9%
	週3回以上朝食を抜く	19.4%	3.4%	9.2%	6.0%	1.6%	3.2%	12.7%	2.5%	6.1%
	週3回以上食後間食	14.9%	6.8%	9.7%	7.5%	5.7%	6.3%	11.2%	6.2%	8.0%
	週3回以上就寝前夕食	17.9%	18.6%	18.4%	7.5%	5.7%	6.3%	12.7%	12.0%	12.3%
	食べる速度が速い	37.3%	29.7%	32.4%	34.3%	22.0%	26.3%	35.8%	25.7%	29.3%
	20歳時の体重から10kg以上増加	44.8%	33.1%	37.3%	34.3%	32.5%	33.2%	39.6%	32.8%	35.2%
	1年で体重3kg増加	34.3%	16.1%	22.7%	17.9%	18.9%	18.5%	26.1%	17.5%	20.6%
	1回30分以上運動習慣なし	71.6%	72.0%	71.9%	83.6%	75.6%	78.4%	77.6%	73.9%	75.2%
	1日1時間以上運動なし	74.6%	66.1%	69.2%	79.1%	66.7%	71.1%	76.9%	66.4%	70.1%
	睡眠不足	19.4%	23.7%	22.2%	35.8%	23.6%	27.9%	27.6%	23.7%	25.1%
	毎日飲酒	65.7%	53.4%	57.8%	13.4%	3.3%	6.8%	39.6%	27.8%	32.0%
	時々飲酒	17.9%	26.3%	23.2%	20.9%	21.1%	21.1%	19.4%	23.7%	22.1%
	1日飲酒量	1合未満	31.8%	34.9%	33.7%	83.7%	95.1%	90.8%	53.9%	60.5%
1～2合未満		39.4%	46.8%	44.0%	12.2%	4.9%	7.7%	27.8%	28.9%	28.5%
2～3合未満		27.3%	16.5%	20.6%	2.0%	0.0%	0.8%	16.5%	9.5%	12.1%
3合以上		1.5%	1.8%	1.7%	2.0%	0.0%	0.8%	1.7%	1.1%	1.3%

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

⑤重症化予防対象者の状況

・重症化予防対象人数は111人、そのうち「治療無し」が37人いる。また、治療中であるが重症化予防の対象となっている74人は、コントロール不良者であることが予測される。医療費が高額となる腎不全の状況では、GFR区分G3a以降（またはオレンジ以降）の高リスク者はオレンジ6人、赤5人おり、今後重症化の危険性が高い。（表30・別表2）

表30 重症化予防の観点での保健指導対象者数

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		
	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
健診受診者 385人 ※65歳以上 受診者数 245	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	HbA1c6.5%以上 (治療あり7.0%以上) 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	21	2	15	8	66	27	8	4	0	111	18
割合	5.5%	0.5%	3.9%	0	17.1%	7.0%	3.3%	0	0.0%	28.8%	4.7%
治療なし	12	0	14	5	15	9	3	1	0	37	7
割合	3.1%	0.0%	3.6%	0.01%	3.9%	2.3%	1.2%	0.26%	0.0%	9.6%	1.8%
治療あり	9	2	1	3	51	18	5	3	0	74	11
割合	2.3%	0.5%	0.3%	0.78%	13.2%	4.7%	2.0%	0.78%	0.0%	19.2%	2.9%

(参考)別表1 重症化予防の観点での虚血性心疾患保健指導対象者数

健診受診者	① 高血圧症	② 脂質異常症		③ メタボリック シンドローム	④ 糖尿病	⑤ 習慣的喫煙者	⑦ 重症化予防 対象者
	Ⅱ度高血圧以上	LDL- C160mg/dl 以上	中性脂肪 300mg/dl 以上	メタボ該当 者	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		実人数
385人							
重症化予防対象 人数	21	39	8	66	27	55	166
割合	5.5%	10.1%	2.1%	17.1%	7.0%	14.3%	43.1%
治療なし	12	36	5	15	9	31	76
割合	3.1%	9.4%	1.3%	3.9%	2.3%	8.1%	19.7%
治療あり	9	3	3	51	18	24	90
割合	2.3%	0.8%	0.8%	13.2%	4.7%	6.2%	23.4%

(参考)別表2 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)

GFR区分	正常 または高値	90以上	糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
				A1	A2		A3
			尿蛋白区分	(-)or(±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+)以上
			375人 97.2%	7人 1.8%	0人 0.0%	4人 1.0%	
			386人				
G1	正常 または高値	90以上	15人 3.9%	15 3.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	290人 75.1%	286 74.1%	3 0.8%	0 0.0%	1 0.3%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	75人 19.4%	70 18.1%	3 0.8%	0 0.0%	2 0.5%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	5人 1.3%	3 0.8%	1 0.3%	0 0.0%	1 0.3%
G4	高度低下	15-30 未満	1人 0.3%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0人 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

- ・クレアチニン 1.3 以上のものは男性に多くみられる。
- ・心電図で有所見の割合は男性が多く、増加傾向にある。男女ともに 65 歳から 74 歳までの方の有所見割合が多い。

(参考)別表3 クレアチニン、心電図有所見割合の経年推移(平成 24～28 年度)

		受診者数		クレアチニン 1.3以上		受診者数		心電図 有所見	
		人数	人数	割合	人数	人数	割合		
H24	男性	160	5	3.1%	130	61	46.9%		
	女性	193	1	0.5%	180	32	17.8%		
H25	男性	156	5	3.2%	111	33	29.7%		
	女性	188	0	0.0%	153	27	17.6%		
H26	男性	167	5	3.0%	119	37	31.1%		
	女性	206	1	0.5%	182	34	18.7%		
H27	男性	182	3	1.6%	133	39	29.3%		
	女性	204	1	0.5%	173	33	19.1%		
H28	男性	40～64	66	1	1.5%	57	12	21.1%	
		65～74	118	5	4.2%	87	35	40.2%	
		合計	184	6	3.3%	144	47	32.6%	
	女性	40～64	67	0	0.0%	67	7	10.4%	
		65～74	123	0	0.0%	99	20	20.2%	
		合計	190	0	0.0%	166	27	16.3%	

(*心電図検査については、特定健診受診者で詳細健診対象外のものにも実施。ただし、心疾患治療中の方は原則対象外としているため、実施していない。)

⑥尿中塩分量検査の状況(平成 27 年度より実施。)

・基準値以上摂取しているものの割合は前年度より 7.6%減少しているが、全体で 77.3%のものが基準値以上の摂取をしている。基準値以上摂取している割合は女性の方が多い。年代別でみると、40 歳から 69 歳までの男性の尿中塩分量が多い。(表 31～33、図 16～22、参考)

表 31 男女年代別平均尿中塩分量の状況(平成 27 年度)

	男性		女性	
	人数	塩分量	人数	塩分量
40-44歳	6	10.80	4	7.90
45-49歳	4	9.30	4	10.40
50-54歳	13	9.86	10	9.84
55-59歳	11	10.30	6	9.30
60-64歳	42	9.70	65	9.65
65-69歳	57	9.43	70	9.52
70-74歳	47	9.47	44	9.48
40-64歳	76	9.88	89	9.60
65-74歳	104	9.45	114	9.50
全体の平均	180	9.62	203	9.54

表 32 男女年代別平均尿中塩分量の状況(平成 28 年度)

	男性		女性	
	人数	塩分量	人数	塩分量
40-44歳	7	9.87	6	8.57
45-49歳	2	8.55	5	10.38
50-54歳	8	9.06	4	8.48
55-59歳	11	10.55	12	8.74
60-64歳	45	9.48	51	8.80
65-69歳	67	9.14	73	9.42
70-74歳	51	9.77	42	9.17
40-64歳	73	9.50	78	8.99
65-74歳	118	9.46	115	9.30
全体の平均	191	9.49	193	9.14

図 16 性年齢別平均尿中塩分量(平成 27 年度)

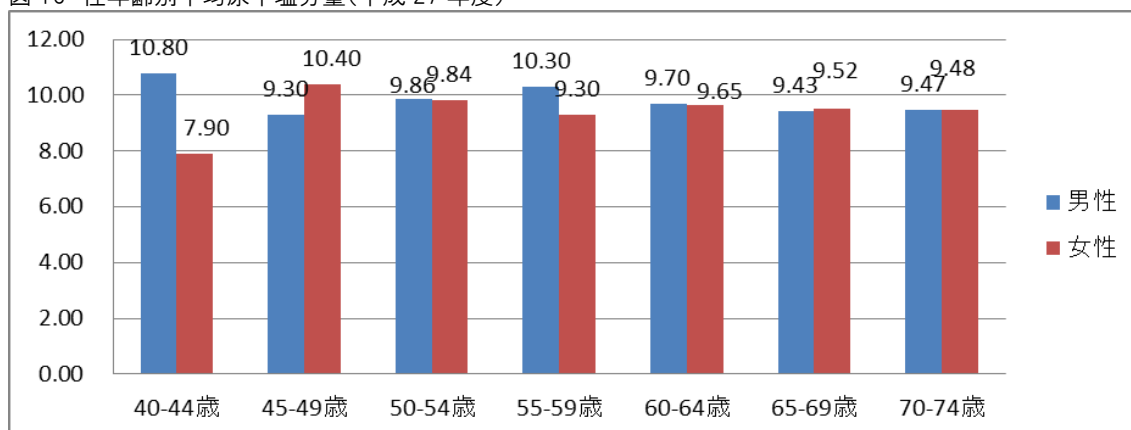


図 17 性年齢別平均尿中塩分量(平成 28 年度)

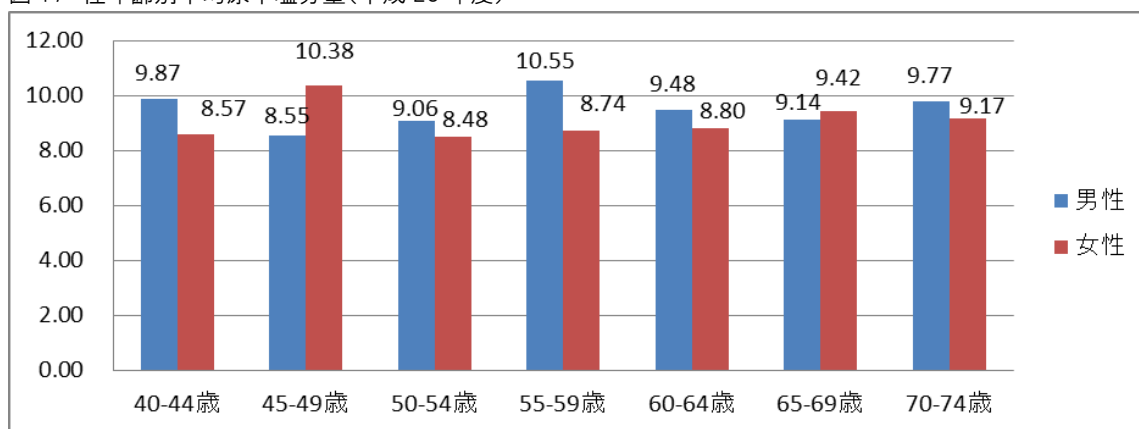


表 33 男女年代別平均尿中塩分量の H27/H28 比較

	男性		女性		
	H27年度	H28年度	H27年度	H28年度	
40-64歳	10.01	9.59	40-64歳	9.53	8.71
65-74歳	9.41	9.39	65-74歳	9.52	9.43
全体の平均	9.64	9.48	全体の平均	9.53	9.07
7.9g以下の人数	18	56	6.9g以下の人数	21	31
7.9g以下の割合	10.0%	29.3%	6.9g以下の割合	9.9%	16.1%
8.0g以上人数	58	135	7.0g以上人数	183	162
8.0g以上割合	32.2%	70.7%	7.0g以上割合	90.1%	83.9%

(参考)まとめ

全体		
	H27年度	H28年度
基準値内人数	58	87
基準値内割合	15.1%	22.7%
基準値以上人数	325	297
基準値以上割合	84.9%	77.3%

図 18 男性尿中塩分量(40-64歳/65-74歳)

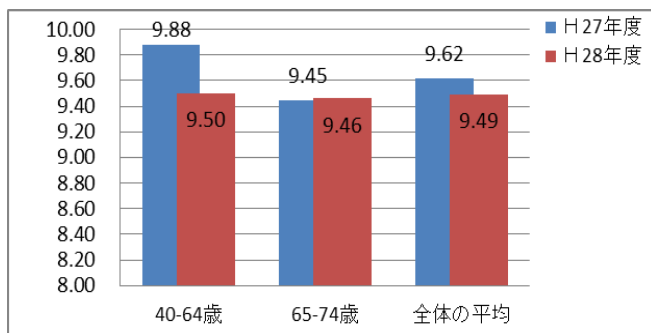


図 19 女性尿中塩分量(40-64歳/65-74歳)

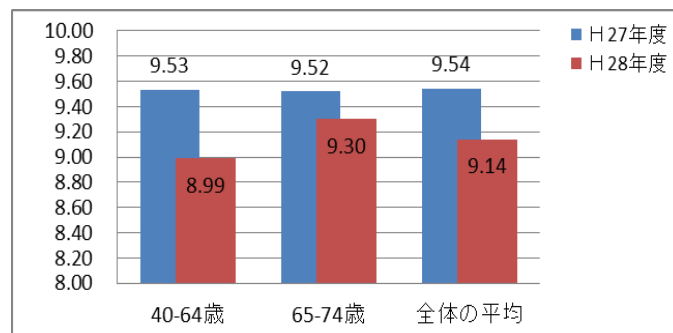


図 20 尿中塩分量基準値の比較(男性)

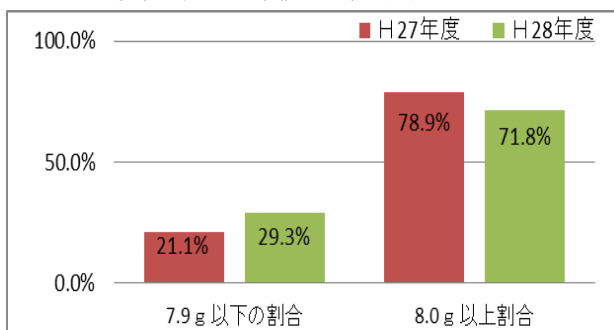


図 21 尿中塩分量基準値の比較(女性)

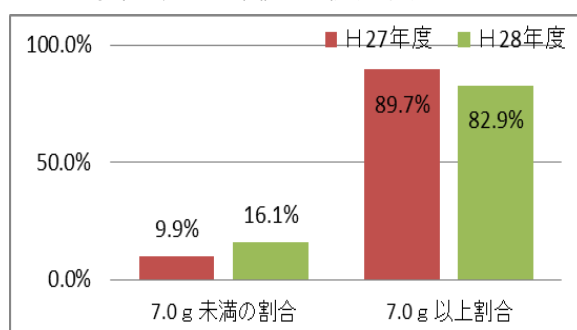
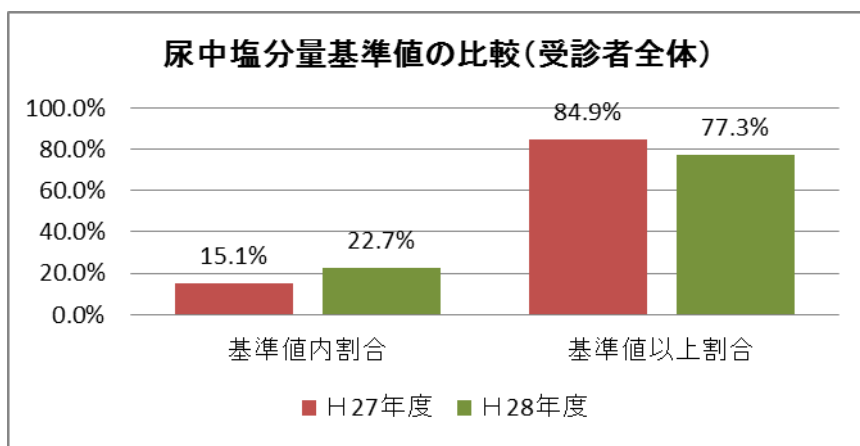


図 22 尿中塩分基準値の比較(受診者全体)



⑦特定保健指導率の推移

- ・対象者数は平成24年より増加している。終了率は県、国より高い終了率であるが、年々低下し、国の目標値よりも低い状況である。(表34・図23)
- ・特定保健指導率の性別、年代別では男性ともに65～69歳の特定保健指導率が低い。(表35、36・図24)

表 34 特定保健指導の推移

	湯川村			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	35	27	77.1%	17,000	2,916	17.2%	9,014	3,604	40.0%	965,326	206,674	21.4%
平成25年	31	20	64.5%	16,528	3,362	20.3%	8,534	3,327	39.0%	952,338	202,078	21.2%
平成26年	45	22	48.9%	16,602	3,642	21.9%	8,485	3,392	40.0%	962,135	198,069	20.6%
平成27年	44	21	47.7%	16,376	3,793	23.2%	8,572	3,474	40.5%	961,406	197,158	20.5%
平成28年	47	21	44.7%	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 23 特定保健指導の推移

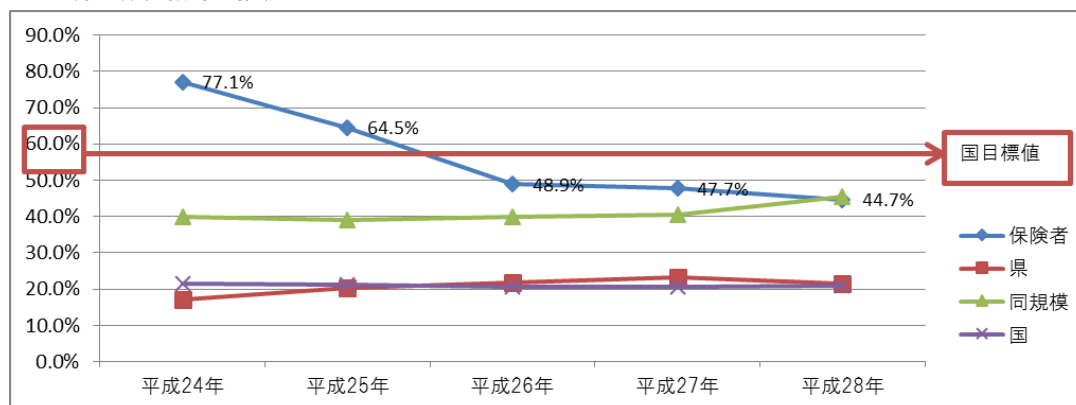


表 35 特定保健指導率の詳細(男性・年齢別)

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	3	0	1	1	33.3%
45-49歳	0	0	0	0	0.0%
50-54歳	0	0	0	0	0.0%
55-59歳	2	0	0	0	0.0%
60-64歳	9	2	3	5	55.6%
65-69歳	10	3	0	3	30.0%
70-74歳	8	4	0	4	50.0%
計	32	9	4	13	40.6%

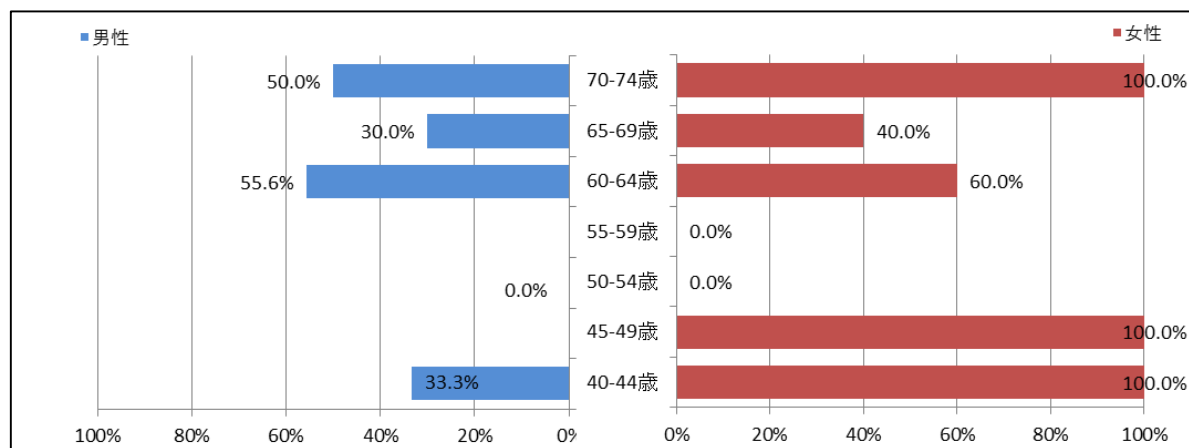
※抽出データ:KDB「健診の状況」

表 36 特定保健指導率の詳細(女性・年齢別)

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	1	1	0	1	100.0%
45-49歳	1	0	1	1	100.0%
50-54歳	2	0	0	0	0.0%
55-59歳	0	0	0	0	0.0%
60-64歳	5	3	0	3	60.0%
65-69歳	5	2	0	2	40.0%
70-74歳	1	1	0	1	100.0%
計	15	7	1	8	53.3%

※抽出データ:KDB「健診の状況」

図 24 男女年齢別特定保健指導率の状況(平成 27 年度)



⑧糖尿病・血圧・LDL コレステロールの有病状況

・HbA1c では、受診勧奨値を超えている 36 名中、治療を行っているものが 27 名で受診に結びついている。(図 25)

・受診勧奨値を超えても治療なしのものが血圧では 52 名、LDL コレステロールでは、34 名いる。受診勧奨を促しても「一過性のものであるため」「自覚症状がない」ため受診しないと答える人が多い。(図 26、27)

図 25 HbA1c の有所見状況(詳細)

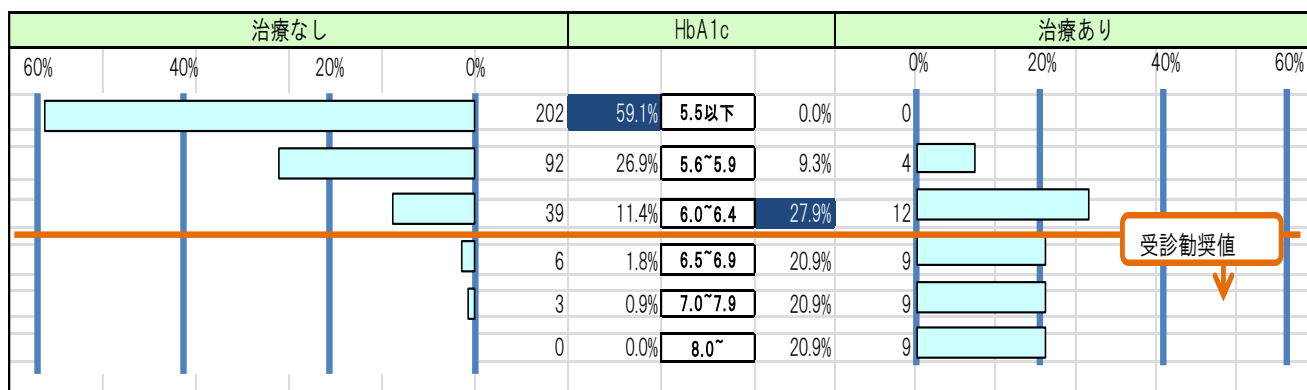


図 26 血圧の有所見状況(詳細)

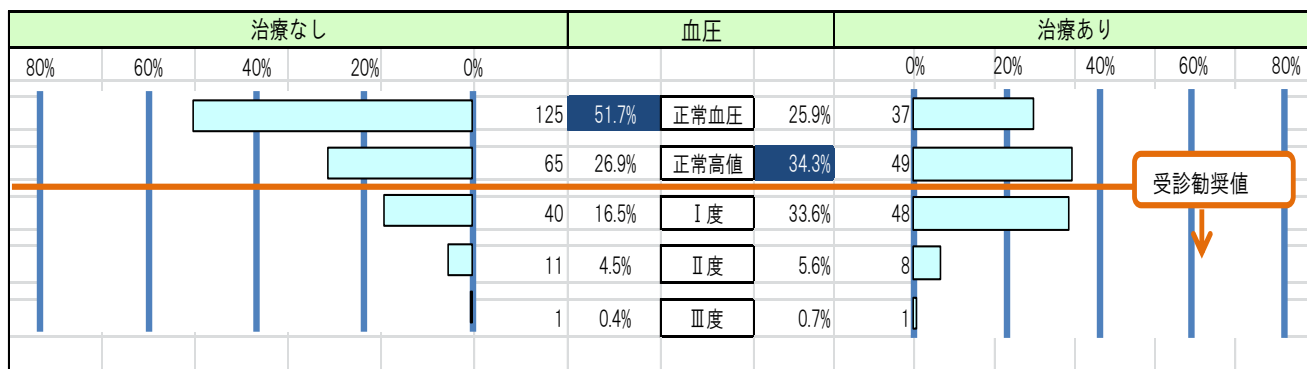
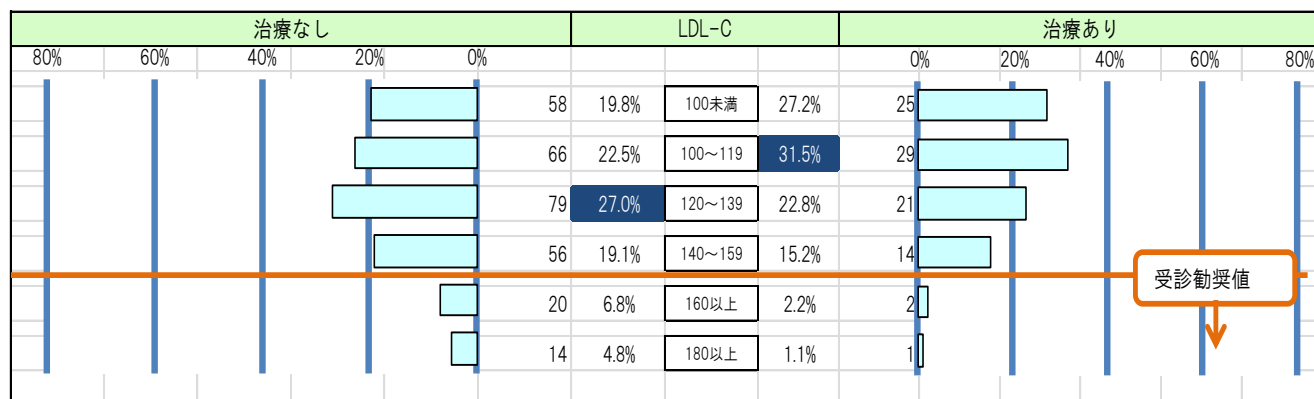


図 27 LDL コレステロールの有所見状況(詳細)



第4章 分析結果に基づく健康課題の明確化

1. 各種データの分析

(1) 健康の水準（地域の概要等）

平成 28 年度の早世予防からみた死亡（65 歳未満）の割合は、国や県と比較すると高く、死因別にみても脳疾患、腎不全による死亡割合は高い状況である。特に脳疾患による死亡は同規模町村と比較しても約 1.4 倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると、介護認定率の上昇、40～64 歳の 2 号認定者が増加している。しかし介護給付費はほぼ横ばいである。介護認定を受けるものの割合は多いが、介護給付サービスを利用していないものの割合が多いことが推測できる。

また医療費に占める入院費用の割合は国、県と比較すると高く、外来費用割合は低くなっている。さらに一人あたりの医療費が県内で上位となっている。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨、健診項目が他の市町村より多いことによる医療機関受診率の上昇や重症化してからの受診が多くなっていると推測される。

(2) 介護

介護認定率は増加しているが、一人あたりの介護給付費は減少していることから、要介護認定を受けている人が介護サービスを利用していない被保険者がいると推測される。

平成 17 年度より集落公民館を利用した介護予防事業を実施しており、平成 28 年度末の時点で約 7 割の集落で実施している。また、65 歳以上で参加している割合は 25.7%となっていることも介護給付費の減少につながっていると推測される。

要介護認定者の有病状況としては、全体では心疾患、脳疾患が多く、40～64 歳の 2 号保険者ではがん、脳疾患が多くなっていることから、生活習慣病の重症化予防への取組は重要となる。

(3) 医療

国民健康保険加入者の医療費は増加しており、一人当たり医療費の平成 27 年度より増加しており、同規模と比較しても高い状況である。医療費全体の 1/5 を循環器系疾患が占めており、国、県と比較しても高い割合となっている。医療費における生活習慣病疾病内訳をみると、生活習慣病である高血圧症、脳血管疾患、腎不全の医療費が高くなっている。

生活習慣病患者の疾病の推移では脳疾患、脂質異常症が増加していることが

わかった。

人工透析患者は増加しており、特に 40～64 歳の男性に多い。人工透析にかかる医療費・件数では平成 24 年より増加している。人工透析患者で糖尿病を合併症にもつ人が 7 割を占めていることがわかった。生活習慣病の予防、早期発見、早期治療への取組が重要となる。

(4) 健診

特定健診受診率は国の目標値 60% よりも高く、県内でも上位となっている。年齢階層別の受診率では 45 歳から 54 歳の男性の受診率が低い状況である。しかし、他の年齢階級層では年齢階級層が高くなるにつれて高い受診率となっていることから、リピーターが多いと考えられる。

未受診者の一人あたりの生活習慣病医療費は健診受診者の約 2 倍となっている。健診を定期的に受診することで生活習慣の早期発見、早期治療につながっていると考えられる。

健診結果分析から摂取エネルギー過剰や血管を傷つけるリスクに該当する割合が男女ともに経年的に増加しており、とくに 40 歳から 64 歳の男女に有所見の割合が高くなっていることがわかった。さらに、メタボリックシンドロームに該当しているものの割合が年々増加していることから、生活習慣病の重症化予防への取組が重要である。

(5) 生活習慣

40 歳から 64 歳未満の男女ともに「20 歳時の体重から 10kg 以上増加している」「運動習慣のない」「毎日飲酒している」と回答している割合が年々増加している状況である。このことから、若い世代から、体重管理、運動習慣、適正飲酒など生活習慣病に関する正しい知識を伝えて、生活習慣病を予防するための取組が必要である。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施していくことにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につなげていく必要がある。

2. 質的情報の分析

第1次産業従事者が多く、農繁期と農閑期の食生活、運動習慣の差が大きくみられる。農閑期になっても農繁期と同じような食生活で、運動習慣のないまま過ごしている人が多くみられる。そのため、冬期間に体重増加するケースが多くなる。生活習慣病予防には適正体重にすることをすすめると、体重が減ると農業ができなくなるため、体重を減らすことに抵抗を示す住民が多くみられる。

また、塩分摂取量についても、摂り過ぎはよくないことは理解していても、農作業を行っているため塩分が必要であると思っている住民が多いため、健診の項目に尿中塩分測定を実施したことで、数値化できたことで、塩分の過剰摂取に気にする住民も増えてきている。

3. 既存事業の評価

NO	事業名	事業内容	まとめ
1	腎臓を守るための教室	健診後のハイリスク者（クレアチニン、eGFRなど）対象者6名に自分のからだを守るために必要な学習会と調理実習を開催。 医療機関の管理栄養士の個別相談会も年間3回実施している。	継続して参加していることで、数値を維持することにつながっている。医療機関の管理栄養士がかかわっていることで、医療機関との連携が行いやすい。
2	糖尿病重症化予防事業	健診データより40歳から69歳の糖尿病通院中のものに対して、尿中微量アルブミン検査を実施し、個別に保健指導実施し、必要に応じて医療機関との連携図り、重症化予防を行う。	検査後のかかりつけ医受診後のフォロー体制を整備していく必要がある。
3	要医療受診勧奨 保健指導事業	血圧・HbA1c・脂質の項目で要指導・要医療者に訪問または電話で受診勧奨	受診勧奨用ハガキを同封することで、受診勧奨につながっているケースは多いが、未受診のケースへのアプローチの方法を検討していく必要がある。
4	特定健診未受診者対策事業	特定健診未受診者 206名に対して追加健診を実施するために、対象者に受診勧奨を郵送で行い、その後電話や訪問等で受診勧奨を行う。	優先順位を決めて受診勧奨を行う必要がある。

4. 計画における健康課題の明確化

平成 28 年度の早世予防からみた死亡（65 歳未満）の割合は、国や県と比較すると高く、死因別にみても脳疾患、腎不全による死亡割合は高い状況である。特に脳疾患による死亡は同規模町村と比較しても約 1.4 倍であった。尿中塩分摂取量をみても男女とも基準値より高くなっており、とくに男性においては若い世代の尿中塩分摂取量が高いものの割合が多くみられる。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率の上昇、40～64 歳の 2 号認定者が増加している。2 号認定者の有病状況では脳疾患を有しているものが多いことから、若い世代の生活習慣の改善にむけた取り組みが重要となってくる。しかし、介護認定を受けるものの割合は多いが、介護給付費が横ばいであることから、介護給付サービスを利用していないものの割合が多いことや地域包括ケアに係る取り組みとして、介護予防事業を 32 集落中、22 集落で実施しているこことも介護給付費の維持につながっていると考えられる。そのため、今後も地域包括ケアの推進に取り組んでいくことが重要となる。

また、医療費に占める入院費用の割合は国、県と比較すると高く、外来費用割合は低くなっている。さらに一人あたりの医療費が県内で上位となっていることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診未受診者の医療費が高いことから重症化してからの受診が多くなっていると推測されることから、特定健診受診率向上への取り組みを行うことが重要である。

第5章 目的・目標の設定

1) 目的

一人ひとりが主体的によりよい生活習慣に取り組み、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病などの生活習慣病のリスクを早期に発見し、病気の発症または重症化予防をすることで、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指す。

また地域包括ケアの介護予防事業の充実させることにより、要介護認定者の減少、住民ひとりひとりの健康寿命の延伸につなげる。

2) 目標

(1) 中長期的な目標

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額になる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患を増やさないことを目標とする。

今後高齢化が進展すると、また年齢が高くなるほど、脳、心臓などの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、新たな脳血管疾患、虚血性心疾患を増やさないことで評価をする。

当村の医療のかかり方は、重症化して入院する実態が多く、重症化予防、医療費の適正化の観点から、かかりつけ医をもち、定期受診から疾病の早期発見、早期治療へと結びつけることを目指す。

また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

(2) 短期目標

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を増やさないことを目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。さらには、ヘモグロビンA1c、血圧、LDLコレステロールが受診勧奨値にあるものを医療機関受診へ結びつけ、未受診者の割合を減少させることとする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図っていくこと

とする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。目標値は以下のとおりとする。

項目		現状値 (平成 28 年度)	短期目標値 (平成 32 年)	長期目標値 (平成 35 年)
特定健診受診率		64.9%	65.5%	67.0%
特定保健指導率		44.7%	54.0%	60.0%
高血圧Ⅱ度以上対象者 (未治療者)		12 人	6 人	4 人
糖尿病	HbA1c6.5%以上 (未治療者)	9 人	6 人	2 人

第6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

国の示す「特定健康診査等基本指針」の参酌基準をもとに、湯川村国民健康保険における目標値は、計画期間が終了する平成35年度において、「特定健診の受診率67%以上」、「特定保健指導の実施率60%以上」とし、下記のとおり設定する。

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	64.5%	65.0%	65.5%	66.0%	66.5%	67.0%
特定保健指導実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

平成30年から平成35年までの特定健康診査の実施予定者数は、40歳から74歳までの国民健康保険被保険者の推計人数とした。特定保健指導対象者の見込みについては過去の健診結果の発生率に基づき推計した。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	630人	630人	620人	620人	610人	610人
	受診者数	407人	410人	407人	410人	406人	409人
特定保健指導	対象者数	40人	40人	45人	45人	50人	50人
	受診者数	20人	21人	25人	26人	29人	30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。

- ・ 集団健診(実施場所：湯川村体育館)

(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)特定健診実施項目

【基本的な健診項目】：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

* 質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は Non-HDL コレステロール）、肝機能検査（AST (GOT)、ALT (GTP)、 γ -GT (γ - GTP))、血糖検査（空腹時血糖又は HbA1c 検査、やむを得ない場合には随時血糖）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

* 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）

【追加する項目】

* 総コレステロール・血清クレアチニン（eGFR 含む）・尿酸、尿潜血、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）、尿中塩分量検査を実施する。

* 集団健診会場において歯科医師による歯周病健診、歯科衛生士による歯磨き指導の実施

【詳細な健診項目】

次の基準に従い医師が必要と判断した方には、心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニンを実施する。ただし判定基準に達しない場合、心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニンについては、追加項目として実施する。

<詳細な健診項目の基準>

対象者は、下記判定基準の該当者のうち、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が必要と判断した者

*心電図

検査当該年度の健診結果等において、血圧高値（収縮期140mmHg以上若しくは拡張期90mmHg以上）、又は問診等で不整脈が疑われる者

*眼底検査

当該年度の健診結果等において、血糖、血圧の項目についてのいずれかが下記の判定基準に該当した者（ただし当該年度の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む）

【判定基準】

- ① 血糖空腹時血糖126mg/dl以上
HbA1c6.5%以上（NGSP値）または随時血糖値が126mg/dl以上
- ② 血圧収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上

*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

*血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果等において、①血糖高値、②血圧高値の項目についてのいずれかが下記の判定基準に該当した者

【判定基準】

- ①血糖空腹時血糖100mg/dl以上
HbA1c5.6%以上（NGSP値）または随時血糖値が100mg/dl以上
- ②血圧収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85 mmHg以上

(4)実施時期

集団健診として毎年6月に実施する。

人間ドックについては6月～9月を目途に実施する。

(5)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。

(6)代行機関

契約した代行機関等からの費用の請求、支払及び健診データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、支払基金への報告作成等に係る業務等は、代行機関（福島県国民健康保険団体連合会）に委託して行うものとする。

(7)健診の案内方法・健診実施スケジュール

①周知や案内方法

特定健康診査の周知は、各集落の保健委員を通じて配布する「各種健診等のご案内」により各種健診の受診の意思確認及び申込み状況を確認する。この申込書は、全世帯、全員の回答を基本とし、受診しないとの回答にはその理由を記載していただく様式とする。

申込みのない対象者には、受診を促すための個別勧奨を行う。特に、長期間受診していない被保険者、受診率が低い若年層の被保険者及びリスクを抱える率の高い傾向にある男性の被保険者に対しては、リスクを抱えることの危険性や健康管理の重要性を盛り込んだ受診勧奨の実施を検討する。

②健診実施スケジュール

特定健康診査等の実施については、下表の年間スケジュールに基づき実施するものとするが、より効果的に事業を推進するために、毎年、前年度の評価を行いながらスケジュールの見直し等を行う。

	特定健康診査（特定健診）	特定保健指導	その他
4月	健診対象者の抽出	特定保健指導の実施	実施事務準備
5月	受診録等の送付 未受診者等への受診勧奨		広報紙に健診日程掲載
6月	特定健診（集団健診）の実施 人間ドックの実施（～9月）		広報車による健診のお知らせ
7月	健診結果説明会の通知	特定保健指導者の抽出	代行機関を通じて費用決済の開始
8月	健診結果説明会（集団）		健診データの抽出
9月	健診結果個別指導（個別）	特定保健指導の実施（通年）	
10月			特定健診費用決済終了
11月			
12月	次年度の健診日程の決定		
1月			次年度予算要求
2月	次年度特定健診等申込み送付		
3月	次年度特定健診等申込み集計		実施率等実績の算出

5. 特定保健指導の実施

国は効果的・効率的な保健指導の推進のため、特定保健指導実施方法の見直しに伴い、初回面接から実績評価を行う期間の最低基準を6か月経過後から3か月経過後とした。実施期間が短い中で特定保健指導の質を確保するため、個別面接を活用し健診結果の内容や生活習慣の改善の必要性について一人ひとりにあった内容の取組みを実施する。

なお、積極的支援の場合は、これまでどおり3か月以上継続的な支援を実施し、6か月後に実績評価を実施する。

ア 動機付け支援

保健師との面接により生活習慣の改善に係る行動計画を策定し、初回面接から3か月後に実績評価を行う。

時期	初回	3か月後(最終評価)
内容	個別面接	個別相談(電話・メール)

※初回面接から3か月後の間、希望者へは個別相談等を実施。

イ 積極的支援

動機付け支援と同様に、保健師との面接により行動計画を策定し、3か月以上継続的な支援を実施し、6か月後に実績評価を行う。

時期	初回	1か月後	2か月後 (中間評価)	3か月後	4か月後	5か月後	6か月後 (最終評価)
内容	個別相談 (電話・メール)	個別相談 (電話・メール)	個別相談 (電話・メール)	個別相談 (電話・メール)	個別相談 (電話・メール)	個別相談 (電話・メール)	個別相談 (電話・メール)

特定保健指導対象者の選定基準

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

(追加リスク項目)

①血糖：HbA1c5.6%以上（本村ではHbA1cを用いて階層化します。）

②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上又はHDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血圧：収縮期 130mmHg 以上、又は拡張期 85mmHg 以上

実施時期は動機付け支援については、特定健康診査の結果報告の時期に合わせて実施する。積極的支援は、結果報告後に随時開始し、翌年3月まで実施するものとする。

6. 特定保健指導の対象者の抽出（重点化）の方法

国は第三期の目標として、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を25%以上（平成20年度比）としている。この減少率を達成するためには、効率的・効果的な保健指導の実施が必要である。そのためには、最も必要な、そして効果のあがる対象者を選定して保健指導を行う必要がある。

その選定要件として、次の項目に該当する者を抽出し重点的な保健活動を実施する。

- (1) 長期的に効果の度合いが大きくなる年齢が比較的若い対象者
- (2) リスクを抱える率の高い傾向にある男性の対象者
- (3) 健診結果が前年度と比較して悪化している対象者
- (4) 前年度において、積極的支援の対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けなかった対象者

なお、この要件は、上記対象者以外の保健指導を拒否するものではなく、階層化の結果、対象者全員に保健指導をすることが目標を達成するために必要である。

7. 個人情報の保護

1) 個人情報保護対策

(1) ガイドライン等の遵守

- ① 個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法、同法に基づくガイドライン（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）及び「湯川村個人情報保護条例」等に基づいて行うこととする。
- ② ガイドラインにおける役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知を図るとともに、湯川村においても個人情報の漏洩防止に細心の注意を払うものとする。
- ③ 特定健康診査・特定保健指導を外部に委託する際は、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、委託先の契約遵守状況を管理するものとする。

(2) 守秘義務規定（参考条文）

① 国民健康保険法

第 120 条の 2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、1 年以下の懲役又は 100 万円以下の罰金に処する。

② 高齢者の医療の確保に関する法律

第 30 条 （その者が法人である場合にあつては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

第 167 条 第 30 条の規定に違反して秘密を漏らした者は、1 年以下の懲役又は 100 万円以下の罰金に処する。

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等で行う。

8. 結果の報告

特定健康診査等実施計画については、村広報誌・特定健康診査等チラシや村ホームページに掲載して公表し、被保険者及び住民へ周知を図る。

9. 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、湯川村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第7章 保健事業実施計画

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなっている高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少を目指すための特定健診における血圧、脂質、血糖の検査結果を指導していくこととする。そのためには、重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

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・伸展抑制を目指し、生活習慣病の重症化予防のための取り組みを行う。具体的には医療機関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り組みとしては、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村民へ周知する。

また、生活習慣病は自覚がないため、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となってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第6章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

2. 個別保健事業計画

1) 生活習慣病改善に向けた保健事業計画

(1) 重症化予防事業

目的	・生活習慣病の重症化のリスクがある対象が、自分の身体の状況を理解し生活習慣を見直すことができ、医療への受診が必要な住民を医療機関へつなげることで、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の発症予防及び重症化予防を図る。
目標	・保健指導実施者の翌年度の検査データの改善 ・保健指導実施者で受診勧奨判定値の対象の医療受診の状況
対象	・健診受診者の高血圧Ⅱ度以上(160/100 mm Hg 以上)*治療中を含む ・糖尿病(治療無 HbA1c6.5 以上、治療有 HbA1c7.0 以上) ・LDL-C(180 mg/dl 以上・中性脂肪 300 mg/dl 以上)*治療中を含む ・尿蛋白(2+)以上、または e-GFR50 未満(70 歳以上は 40 未満)*治療中を含む ・受診勧奨判定値の人 ・高血圧症、糖尿病、脂質異常症等治療中断者
事業内容	・保健指導の実施 ・医療機関と連携したフォローアップ
事業方法	・保健指導対象者の抽出手順及び介入方法 (1) 健診受診者の高血圧(Ⅱ度以上)、糖尿病(治療無 6.5 以上、治療有 7.0 以上)、脂質(LDL-C 治療無 140 以上、治療有 180 以上・中性脂肪 300 以上)、e-GFR50 未満(70 歳以上は 40 未満)未満の状況を見る。 (2) 治療の有無でわけ。(KBD システム利用) (3) 治療無のリスク層別化を行う (4) 優先順位で対象者をみる。(特に血圧・血糖・脂質・腎機能・心房細動において有所見が重複する場合は優先順位を高くする。) (5) 保健指導者の名簿作成し、担当地区、担当責任者が保健指導を実施する。(個別訪問による保健指導の実施) ※糖尿病性腎症重症化予防事業と重複する対象である場合は保健指導の際に合わせて支援を行う。
実施体制	衛生担当者(保健師・管理栄養士)
実施期間	・平成 30 年 4 月～平成 35 年度(単年度ごとの評価を実施)

(2) 特定健康診査受診者へのフォローアップ事業

目的	健診受診者の疾病や検査データに関する説明を行うことにより、住民の健康意識の向上を図り、特定健康診査の受診率の向上及び生活習慣病の重症化を予防する。
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診率 67.0% ・説明会への参加率 30.0% ・開催回数 32回
対象	・特定健康診査受診者
事業内容	・特定健診結果説明会
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> ・説明会の流れ (1) 特定健康診査受診者に対し結果を手渡し (2) 検査結果についての説明 (3) 生活習慣病にかかる情報提供 (4) 希望者及び保健指導対象者へは個別の保健指導を実施
実施体制	・国保・衛生担当者(保健師・栄養士)
実施期間	・平成 30～平成 35 年度(単年度ごとの評価を実施)

(3) 糖尿病性腎症重症化予防対策

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病・人工透析の患者は糖尿病を罹患している割合が高く、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中コントロール不良者に対し医療機関と連携し適切な受診勧奨・保健指導を実施することで、糖尿病性腎症・人工透析患者の発症及び重症化予防を図る。
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の医療受診の状況(受診勧奨者の受診状況・治療中コントロール不良者の継続受診状況) ・対象者の翌年度の健診データ
対象	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診者で治療無しで受診勧奨判定値以上の者、または治療の有でコントロール不良者 <ul style="list-style-type: none"> ・空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上 ・尿蛋白 1+以上 ・eGFR60 未満 ○各会のガイドラインに基づき、健診結果から抽出したハイリスク者 <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧Ⅱ度以上(収縮期 160 以上、拡張期 100 以上) ・糖尿病(HbA1c6.5 以上) ・脂質(180 以上・中性脂肪 300 以上) ・メタボ該当者(メタボ該当項目が 2 項目以上) ・尿蛋白 2+以上または e-GFR50 未満(70 歳以上は 40 未満)未満 <p>※対象者の選定は、福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずるとともに、医師会等と連携を図りながら実施する。</p>
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中微量アルブミン検査の実施(特定健診受診者全員に実施) ・保健指導の実施 ・医療機関と連携したフォローアップ ・治療が必要な方に対して医療機関への受診勧奨を行うとともに、必要に応じ、医療機関と連携した保健指導を行う。また要指導、異常なしの方に対し、個別の栄養相談を行う。 ・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、訪問・電話等による受診勧奨を行うとともに、必要に応じ、医療機関と連携した保健指導を行う。 ・過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合は、訪問・電話等による受診勧奨を行うとともに、必要に応じ、医療機関と連携した保健指導を行う。 ・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。

事業方法	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問や来庁による保健指導 ・各種システムにより保健指導実施者の医療機関受診状況の確認 ・医療機関と連携し、保健指導及び栄養指導の実施 <p>※実施にあたっては、福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずるとともに、医師会等と連携を図りながら実施する。</p>
関係機関との連携	<p>(1)医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 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へつなぐ場合、事前に医師会等と協議した紹介状を使用する。 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県のプログラムに準じておこなっていく。 <p>(2)高齢者福祉部門(介護保険部局との連携)</p> <p>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介護保険部門(地域包括支援センター等)と連携していく。</p>
評価	<ul style="list-style-type: none"> ①受診勧奨者に対する評価 <ul style="list-style-type: none"> 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保健指導に対する評価 <ul style="list-style-type: none"> ア 保健指導実施率 イ 糖尿病台帳から介入前後の検査値の変化を比較 <ul style="list-style-type: none"> ○HbA1c の変化 ○e-GFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡以上以下) ○尿蛋白の変化 ○服薬状況の変化
実施体制	衛生担当者(保健師・栄養士)・管理栄養士
実施期間	・平成30年4月～平成35年度(単年度ごとの評価を実施)

(4)特定保健指導未利用者対策

目的	・特定保健指導の未利用者に、特定保健指導使用の必要を説明し受診を促すことで、住民の生活習慣病の重症化予防を図る。
目標	・特定保健指導率 60%
対象	・特定保健指導未利用者 (特に男性 65～74 歳まで、女性 60～64 歳までの対象者)
事業内容	①利用勧奨の通知 ②健診時の保健指導の実施 ③保健指導判定値以上対象者への健診結果を役場で手渡し ④訪問による保健指導 ⑤健診結果説明会の実施 ⑥電話による勧奨 ⑦インセンティブによる利用勧奨 ※複数の方法を実施して受診勧奨を行い、効果をはかる。
事業方法	①保健指導対象者へ通知及びチラシの送付 ②特定健診時に当日評価可能なデータを基に保健指導を実施し、今後の保健指導スケジュールの作成 ③保健指導判定値以上の住民へは健診結果を送付せず、役場で直接手渡すとともに保健指導を実施 ④健指導判定値以上の住民への保健師の訪問による保健指導。または未利用者に対してのみ訪問による保健指導を実施 ⑤保健指導判定値以上で動機づけ支援対象の住民に、集団で結果説明会を実施、説明会内では保健師による個別の保健指導を実施。または個別での結果説明会の実施。
実施体制	・衛生担当者(保健師)
実施期間	・平成 30～平成 35 年度(単年度ごとの評価を実施)

(5) 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を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していく。

目的	・生活習慣病の知識と健康意識の高揚を図る。
目標	・特定健診受診率 67.0% ・各事業の実施状況 ・各事業参加率 ・参加者の健康状況または意識の変化
対象	・湯川村住民
事業内容	①特定健診・生活習慣病に関する啓発事業 ②肥満予防対策 ③子どもの生活習慣病予防 ④県民健康調査健診(19～39歳以下)の推進 ⑤区長会や保健委員、食生活改善推進員等への情報提供を実施。 ⑥健康教室の開催
事業方法	①特定健診や生活習慣に関する情報を広報へ掲載する ②妊婦健診や母子健康手帳交付時、乳幼児健診・訪問における保健指導や栄養指導 ③乳幼児健診、健康相談時に生活習慣病に関する集団指導。 ④19～39歳や国保、健診を受ける機会のない対象に対して特定健診に準ずる健診の実施 ⑤保健委員会、食生活改善推進員等に村の医療費の現状や健診の関係を説明し、地区住民への声掛けを実施 ⑥栄養や口腔、運動に関する教室の開催
実施体制	・国保担当者・衛生担当者・介護担当者
実施期間	・平成 30～平成 35 年度(単年度ごとの評価を実施)

2) その他の事業

(1) ジェネリック医薬品普及啓発事業

目的	・ジェネリック医薬品の普及率向上により、医療費の伸びの抑制を図る。
目標	・ジェネリック医薬品の普及率 80%
対象	・国保被保険者
事業内容	・差額に関する通知 ・ジェネリック医薬品普及への広報
事業方法	・被保険者に対し、診療報酬等情報に基づき、ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担分の差額に関する通知を行う。 ・ジェネリック医薬品普及に関する内容を広報紙に掲載。
実施体制	・国保担当者
実施期間	・平成 30～平成 35 年度(単年度ごとの評価を実施)

(2) 重複・頻回受診対策事業

目的	・同一疾患で複数の医療機関を重複している住民やひと月に多数回受診している住民において医療費の状況をお知らせすることにより、適正受診を促し、医療費の伸びを抑制する。
目標	・受診指導 実施率100% ・対象者の受診行動の変化
対象	・重複・頻回受診対象者
事業内容	・医療費通知 ・受診指導
事業方法	・受診した医療機関や医療費の総額をお知らせすることで受診状況を確認してもらう。 ・地域のかかりつけ医師、薬剤師等と連携のもと、重複・頻回受診への訪問による残薬確認・指導等を行う。
実施体制	・国保担当者・衛生担当者(保健師)
実施期間	・平成 30～平成 35 年度(単年度ごとの評価を実施)

第8章 地域包括ケアに係る取組

本村では、高齢者が要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態になっても可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活ができるよう「地域包括ケアシステム」の深化を進めている。

現在、集落公民館において、介護予防事業を22集落で展開している。早期からの介護予防の取組は、要介護状態となることを防ぐだけでなく、医療費の抑制にもつながる。

これらのことを踏まえ、全集落での介護予防事業の実施を目指して、福祉部門（介護保険担当、地域包括支援センター職員）と連携を図りながら、保健事業の一環として取り組んでいる。

また、地域包括ケア会議では、予防的視点から保健系の保健師も当初からメンバーとして参加して、地域包括ケアに係る施策に向けた取り組みの支援、協力を行っている。

第9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、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10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を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

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

用語説明

【あ行】

AST (アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ)

AST (アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ) は、肝細胞をはじめ、腎臓や心筋 (心臓の筋肉) の細胞内に多く含まれている酵素です。

AST はタンパク質を分解してアミノ酸をつくり、からだの代謝がスムーズに行われるための重要な役割を担っています。しかし、肝細胞や心筋の細胞内で何かしらの障害が起こると、数値が高まります。

ALT (アラニンアミノトランスフェラーゼ)

ALT (アラニンアミノトランスフェラーゼ) は、肝細胞に多く含まれている酵素です。

AST と同様にアミノ酸をつくり、代謝を助ける役割を担っています。肝臓や胆汁 (肝臓が作る消化液) が流れる胆道に障害が起こると敏感に反応し、血液中の数値が高くなります。

HDL コレステロール (エイチディーエル コレステロール)

コレステロールは、細胞を包んでいる細胞膜の構成成分です。肝臓で作られたコレステロールは、そのままでは血液中に溶けることができないため、たんぱく質と結合して「リポたんぱく」という粒子をつくって全身の血液中を移動しています。コレステロールの運搬役であるリポたんぱくには、「LDL(低比重)リポたんぱく」と「HDL(高比重)リポたんぱく」があります。そのうち、HDL に含まれるコレステロールを「HDL-コレステロール」といいます。

HDL は、LDL が全身へ運んだコレステロールのうちで細胞が使いきれなかったものや動脈の壁に付着しているコレステロールを回収して肝臓へ戻す働きがあり、「善玉コレステロール」と呼ばれています。

LDL コレステロール (エルディーエル コレステロール)

「LDL(低比重)リポたんぱく」には、肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ働きがあります。この LDL に含まれるコレステロールを「LDL-コレステロール」といいます。

LDL が増えると、血管壁に溜まってしまいます。溜まったコレステロールが、動脈硬化の促進要因になることから、「悪玉コレステロール」と呼ばれています。

【か行】

介護給付費

各種の介護サービスを提供した社会福祉法人、医療法人、民間企業、NPO などの指定事業者を支払われる料金のことです。それぞれのサービスごとに細かく単位（単価）が設定されています。厚生労働大臣が定める「算定基準」に基づき、国民健康保険団体連合会が審査、支払い事務を行い、その金額を市町村に請求しています。財源は、公費（税金）と、被保険者から徴収した介護保険料からそれぞれ2分の1ずつ負担します。介護報酬は3年ごとに改定されます。

拡張期血圧

血圧とは、血液が流れることによって血管の内壁にかかる圧力のことをいいます。心臓に溜まった血液は、心臓が収縮することで勢いよく血管へ送り出されます。全身から戻ってきた血液で心臓が拡張したときの血圧を「拡張期血圧（最低血圧）」といいます。

γ-GT（ガンマ ジーティー）

γ-GT（ガンマ-グルタミルトランスフェラーゼ）は、肝臓、腎臓、すい臓、小腸等に含まれている酵素です。

γ-GT は、肝臓の機能にはアルコールや薬剤等を無害化するはたらきを助ける酵素で、お酒を飲み過ぎる人や脂肪分を多く食べている人は、数値が高くなります。

空腹時血糖

血糖とは、血液中に含まれるブドウ糖のことです。からだは、血糖を主なエネルギー源として活動しています。血糖値は食事をとると上昇し、その後、時間の経過とともに低下します。

空腹時血糖とは、10 時間以上絶食した後の空腹時の血液を採取して血糖値を測ったものです。

行動計画

特定保健指導対象者は、保健師、管理栄養士、看護師等との面談により行動計画を策定し、この計画に基づいて生活習慣の改善を行います。特定保健指導の動機付け支援では3か月後に、積極的支援では6か月後にそれぞれ実績評価を行います。

高齢期

一般的に 65 歳からの時期を指します。高齢期を 2 期に区分する場合、65～74 歳を前期高齢者、75 歳以上を後期高齢者といいます。

国保データバンクシステム（KDBシステム：けーでいーびーシステム）

国保データベースシステム（KDB）は、国民健康保険中央会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る情報を利用し、統計情報等を保険者向けに情報提供するためのものです。

国民健康保険団体連合会

国民健康保険法第 83 条の規定に基づき、会員である保険者（市町村・国保組合）が目的達成に必要な事業を共同して行うことを目的として設立された団体（公法人）です。

国民健康保険法

国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障及び国民保険の向上に寄与することを目的とする法律です。

【さ行】

ジェネリック医療

有効性や安全性が実証されてきた医薬品の中で、その有効成分に対する物質特許が切れたものを他の製薬会社が製造・供給する、先発医薬品と同等と認められた低価格な医薬品です。

収縮期血圧

収縮期血圧（最高血圧）とは、心臓に溜まった血液を心臓が収縮することで勢い良く血管に送り出すときに血管の内壁にかかる圧力のことをいいます。

受診勧奨対象者

健康診断結果に異常を認め、医師による治療または検査・生活指導が必要と判断された人のことです。

人工透析

人工の装置（人工腎臓）に患者の血液を通し、本来腎臓から排泄されるべき有毒物質を除去する治療法です。

生活習慣病

生活習慣病は、食事や運動、喫煙、飲酒、ストレス等の生活習慣が深く関与し、発症の原因となる疾患の総称です。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心疾患、脳血管疾患、がん等が含まれるとされています。

積極的支援

積極的支援は、メタボリックシンドロームのリスク数に応じて、生活習慣の改善が必要な方に行われる保健指導のひとつです。

腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、①血糖、②脂質、③血圧、①から③のうちひとつでもリスクがある方は④喫煙歴のうち2つ以上のリスクの方、又は腹囲が男性 85cm 未満、女性 90cm 未満かつ BMI が 25 以上で、①血糖、②脂質、③血圧、①から③のうちひとつでもリスクがある方は④喫煙歴のうち3つ以上のリスクの方を対象として行います。

【た行】

第1号被保険者

介護保険制度においては、65歳以上の人をいいます。

第2号被保険者

介護保険制度においては、40歳以上65歳未満の人をいいます。

中性脂肪

中性脂肪は体内にある脂肪の一種です。食事から摂取されたエネルギーの一部は、中性脂肪としていったん体内に貯蔵され皮下脂肪や内臓脂肪となり、体温保持や体を守るクッションの役割を果たします。

普段は体を動かすエネルギー源として糖質が使われていますが、糖質が不足すると、蓄えられていた中性脂肪で補助します。しかし、使われなかった中性脂肪が増えすぎると、動脈硬化の原因になります。

同規模

本計画において、全国の同規模団体との比較をするもので、KDBにより、指定都市、中核市・特例区、特例市、一般市、町村、国保組合で区分され、さらに人口により区分が決まります。本村と同規模となる町村は、桧枝岐村、只見町、北塩原村、磐梯町、柳津町、三島町、金山町などになります。全国の同規模の数値は、これらの町村の平均値です。

動機付け支援

動機付け支援は、メタボリックシンドロームのリスク数に応じて、生活習慣の改善が必要な方に行われる保健指導のひとつです。

腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、血糖、脂質、血圧のリスクが1つの方、又は腹囲が男性 85cm 未満、女性 90cm 未満かつ BMI が 25 以上で血糖、脂質、血圧のリスクが2つまでの方を対象として行います。

糖尿病性腎症

糖尿病性腎症は、糖尿病の三大合併症のひとつで、血糖値の高い状態が長期間続くことで、全身の動脈硬化が進行し始め、毛細血管の塊である腎臓の糸球体でも細かな血管が壊れ、網の目が破れたり詰まったりして老廃物をろ過することができなくなる病気です。

重症化すると透析療法となり、糖尿病性腎症が原因で透析を受けることになった人が全透析患者のうち最も多い割合となっています。

特定健康診査（特定健診）

40～74 歳を対象に、メタボリックシンドロームに着目した健診です。

特定保健指導

特定健診の結果から、生活習慣を改善することで生活習慣病の予防効果が大きく期待できる人に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が行う保健指導のことです。

特定保健指導実施率

特定保健指導対象者数に対する特定保健指導終了者数の割合をいいます。

【な行】

内臓脂肪型肥満

内臓脂肪型肥満とは、腹腔内の腸のまわりに脂肪が過剰に蓄積しているタイプの肥満をいいます。

Ⅱ度高血圧

収縮期血圧 160-179 かつ/または拡張期血圧 100-109

日本再興戦略

第二次安倍内閣が掲げる成長戦略で、平成25年6月に閣議決定したものです。製造業の国際競争力強化や高付加価値サービス産業の創出による産業基盤の強化、医療・エネルギーなど戦略分野の市場創造、国際経済連携の推進や海外市場の獲得などを掲げています。

尿中塩分摂取量検査

尿中塩分摂取量検査とは、尿中のナトリウムとクレアチンを測定して計算式に当てはめ、前日を中心に直近の食塩摂取量を推定する検査をいいます。研究により、これまで主流であった24時間蓄尿検査と同程度の精密さが確保できるようになりました。平成27年度より特定健診・健康診査受診者に追加しています。

【は行】

BMI（ビーエムアイ）

BMIとは、体重（Kg）÷身長（m）÷身長（m）で算出した、人の肥満度を示す指数をいいます。標準値は22です。

PDCAサイクル（ピーディーシーエーサイクル）

PLAN（計画）、DO（実施）、CHECK（評価）、ACTION（改善）の4つの視点をプロセスの中に取り込むことで、プロセスを不断のサイクルとし、継続的な改善を推進するマネジメント手法です。

標準化死亡比

年齢構成の差異を基準の死亡率で調整した値（期待死亡数）に対する現実の死亡数の比のことです。全国のは100となります。標準化死亡比が基準値(100)より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということを意味し、基準値より小さいということは、全国より良いということを意味します。

腹囲

腹囲は、おへその位置で水平に測定します。腹囲及びBMIはメタボリックシンドローム該当者判定及び特定保健指導の階層化に使われる項目です。基準値は男性が85cm未満、女性が90cm未満です。

HbA1c（ヘモグロビン エーワンシー）

HbA1c（グリコヘモグロビン）とは、血管中のブドウ糖とヘモグロビン（赤血球の色素成分）が結合したものをいいます。

血糖値が高い状態が続くと、グリコヘモグロビン（HbA1c）ができます。したがって血糖値が高い状態が長く続くほど、グリコヘモグロビンも多くなっていきます。そこで、赤血球中のグリコヘモグロビンの比率を調べると過去1～2か月間の血糖値の状態を知ることができ、糖尿病等の手がかりになります。検査は空腹時血糖値同様、血液を採取して調べますが、食事の影響を受けないので、いつでも検査することができます。

ポピュレーションアプローチ

対象とする集団全体に対して働きかけ、集団全体の健康障がいリスクを少しずつ軽減させる取組のことです。

【ま行】

メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、腹囲が基準値（男性 85cm、女性 90cm）を超え、①血糖（空腹時血糖 110mg/dl 以上）、②脂質（中性脂肪 150mg/dl 以上）、③血圧（収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上）の2項目以上に該当する状態をいいます。また、腹囲＋2項目以上に該当する人を「メタボリックシンドローム該当者」、腹囲＋1項目に該当する人を「メタボリックシンドローム予備群」といいます。

【ら行】

レセプト

レセプトとは、患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者（市町村、健康保険組合等）に請求する医療費明細書をいいます。「診療報酬明細書」（医科・歯科の場合）や「調剤報酬明細書」（薬局調剤の場合）ともいいます。

湯川村国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

湯川村特定健康診査等実施計画（第Ⅲ期）

作成：福島県河沼郡湯川村住民課（平成 30 年 3 月）

〒969-3593 福島県河沼郡湯川村大字清水田字長瀬 18 番地

T E L : 0241-27-8830 F A X : 0241-27-3760