

亘理町国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月 亘理町



亘理町国民健康保険  
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)  
第3期特定健康診査等実施計画

はじめに

計画の概要

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 . . . . . 3

- 1 背景・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 . . . . . 10

- 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) . . . . . 25

- 1 目標値の設定
- 2 対象者の見込み
- 3 特定健診の実施
- 4 特定保健指導の実施
- 5 個人情報保護
- 6 結果の報告
- 7 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 . . . . . 31

- 1 保健事業の方向性
- 2 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
- 3 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	49
第6章 計画の評価・見直し	51
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	53
参考資料	54

\*元号については、2019年5月1日の改元が予定されていますが、本計画が策定された2018年（平成30年）3月時点では新元号が未定であるため、2019年（平成31年）5月以降についても「平成」の表記を使用しております。

## はじめに

本町では平成28年4月より「亙理町第5次総合発展計画」に基づき「未来につづく健康づくり」を実現するため、町民主体の健康づくり体制の確立と生涯現役をめざした健康づくり事業を展開しております。また、全町民の健康づくりを総合的に推進するため、平成25年度から平成32年度を計画期間とする「健康増進計画・第二次健康わたり21」を策定し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を基本方針とし生活習慣病の一次予防と重症化予防を重視した取り組みを行っております。

あわせて、国民健康保険の保険者として、被保険者の糖尿病等の生活習慣病の発症予防、重症化予防、メタボリックシンドロームの減少を目標に「第2期亙理町特定健康診査等実施計画」を策定し、国民健康保険加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んでまいりました。

こうした中、全国的にデータを分析できるシステムの整備が行われ、各保険者において、健診・医療データ・介護給付費等の比較や評価等が可能となりました。本町では、町民の健康状態に応じた健康増進及び疾病予防を推進するため、平成27年3月に「第1期亙理町国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）」を策定し、予防可能な生活習慣病予防を中心とする保健事業をPDCAサイクルに沿って実施してきました。

このように、本町においては、国民健康保険加入者に対して「特定健康診査等実施計画」と「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の二つの計画を両輪として実施してきましたが、この度のデータヘルス計画の改定にあたり、両計画の連携を強化し、保健事業の推進をより高めていくため、国の方針や指針・手引き、各学会のガイドライン等をふまえ、一体的な計画として策定しました。

町民が健康の保持増進に主体的に取り組む、町は関係機関と連携し事業を実施していく等、町民と行政、関係機関がともに本計画を基に、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指します。

## 計画の概要

「第2期保健事業計画（データヘルス計画）」と「第3期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定いたします。（図表1）

【図表1】

「保健事業実施計画（データヘルス計画）」		「特定健康診査等実施計画」
互理町保健事業実施計画（データヘルス計画）	互理町の計画	互理町国民健康保険特定健康診査等実施計画
平成27～29年（3年）→平成30～35年度（6年）	計画期間	平成25～29年度（5年）→平成30～35年度（6年）
国民健康保険法第82条（平成16年厚生労働省告示第307号）	法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
医療保険者	計画策定者	医療保険者
生活習慣病をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心になって、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目指す。	基本的な考え方	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施していく。
被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	対象年齢	40～74歳
メタボリックシンドローム・肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症・COPD（慢性閉塞性肺疾患）・がん	対象疾病	メタボリックシンドローム・肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症
健診・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮しつつ行う。  (1) 生活習慣の状況  (2) 健康診査等の受診率  ①特定健診受診率、②特定保健指導実施率  ③健診結果の変化、④生活習慣病の有病者・予備群  (3) 医療費等：①医療費、②介護費	評価項目	(1) 特定健診受診率  (2) 特定保健指導実施率

一体的に作成

計画名	互理町国民健康保険 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画
計画期間	平成30～35年度（6年間） 中間年（32年度）に見直しを行う
基本的な考え方	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、効果的かつ効率的な保健事業を展開し、被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤の強化を図る。
対象年齢	被保険者全員
対象疾病	メタボリックシンドローム・肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症・COPD（慢性閉塞性肺疾患）・がん
評価項目	(1) 生活習慣の状況、(2) 健康診査等の受診率、(3) 医療費等
インセンティブ	保険者努力支援制度（平成28年度から前倒し実施）  ①特定健診・保健指導実施率・メタボリックシンドローム該当者等の減少率、②がん検診受診率・歯科疾患健診実施状況、  ③糖尿病等の重症化予防の取り組み、④広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取り組み、⑤重複服薬者に対する取り組み  ⑥後発医薬品の使用促進に関する取り組み 他保険収納率、データヘルス計画策定状況、医療費通知の取り組み、地域包括ケアの取り組み、第三者求償の取り組み等

## 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。）の三者等の電子化の進展、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、被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

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

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

また、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、医療保険加入者の重症化予防・健康づくりを進め、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることとなりました。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（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「データヘルス計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

亘理町においては、国指針に基づき、計画を策定し、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が図られることを目的とします。

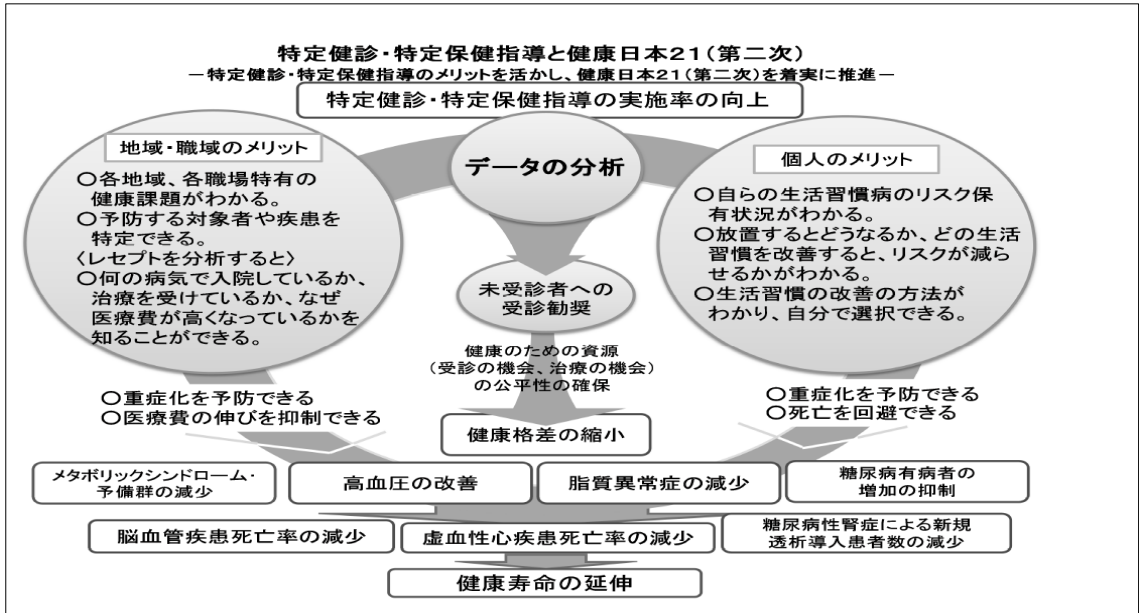
## 2 計画の位置付け

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す。

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「みやぎ21健康プラン」や「第二次健康わたり21」、「宮城県医療費適正化計画」、「第7期亘理町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」と連携を図ります。（図表2・3、参考資料1）

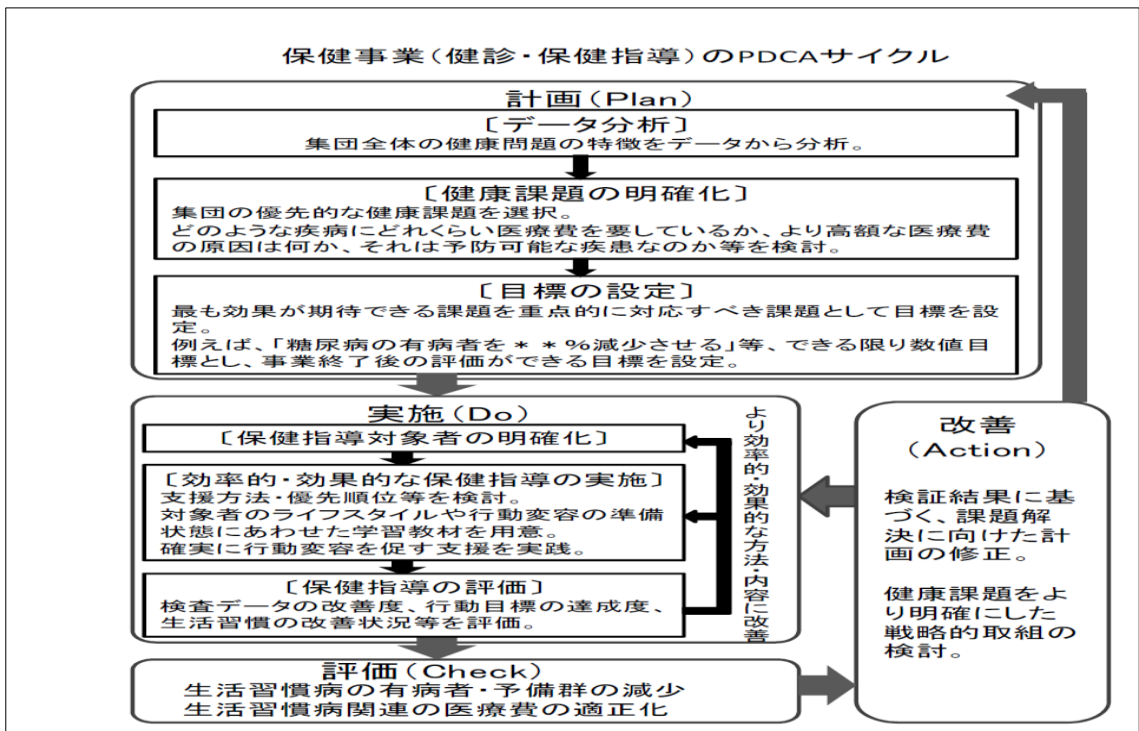


【図表 2】



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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の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年間とします。

### 4 関係者が果たすべき役割と連携（図表4）

#### （1）関係課の役割

巨理町においては、健康推進課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部署が関わっており、関係課と連携をして、町一体となって計画策定を進めていきます。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、

担当課等の業務を明確化・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す。

#### （2）外部有識者等の役割

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

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います。

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ます。

国保連は、保険者である町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ています。

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

このため、町では、計画素案について宮城県関係課と意見交換を行い、県との連携に努めます。

また、保険者と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は、県が県医師会等と連携を推進することが重要であり、市町村等の保険者等を支援する立場にある国保連と県とは、平素から積極的な連携に努めることが重要です。

あわせて、健康問題を抱えて市町村国保に加入する住民もいることから、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す。そのためには、保険者協議会等を活用することも有用と考えています。

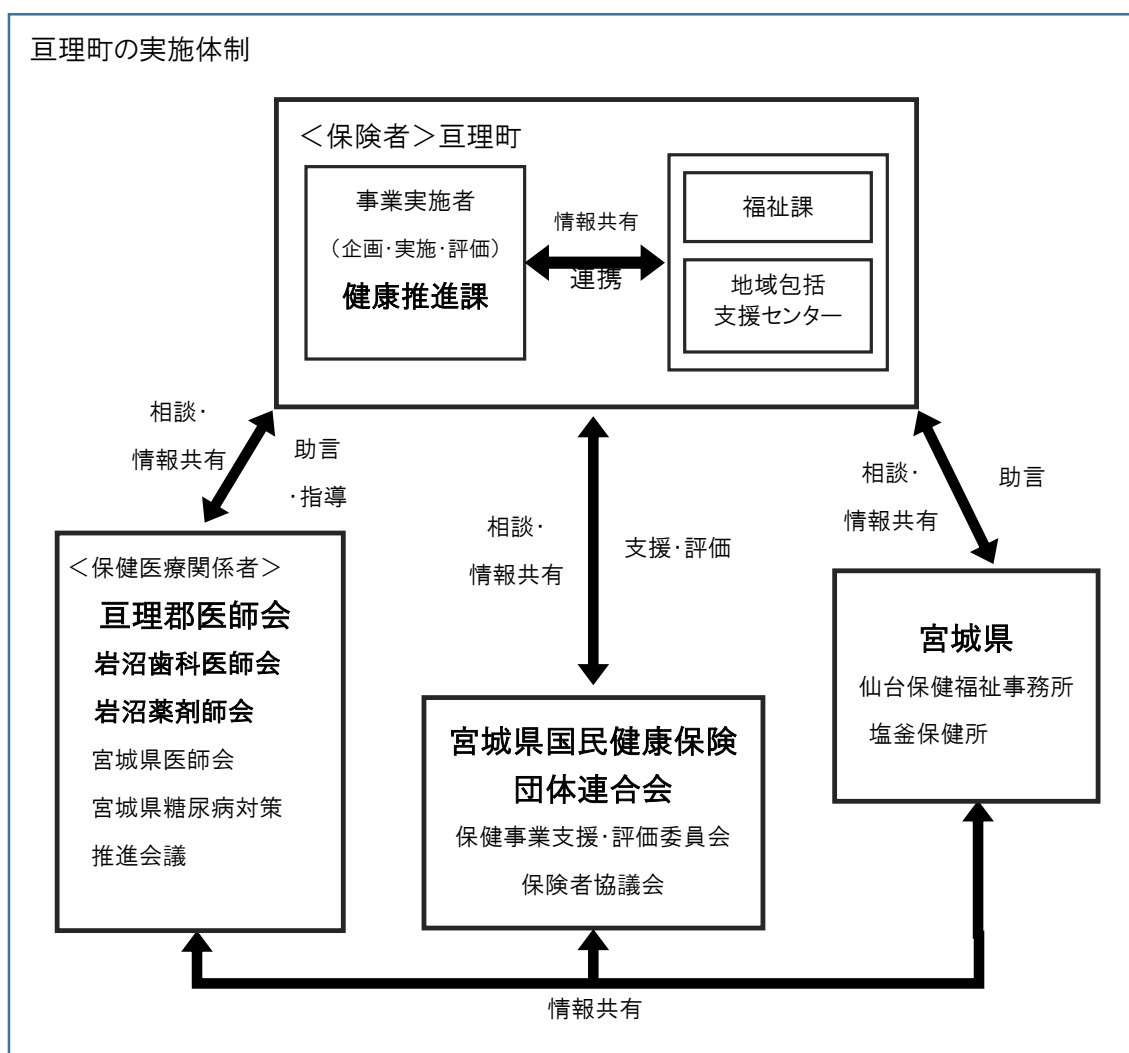
### (3) 地域の保健医療関係機関の役割

亘理郡医師会をはじめ、岩沼歯科医師会、岩沼薬剤師会等の関係機関と連携し、情報共有や保健事業について相談を積極的に行い、計画の実効性を高めるよう努めていきます。

### (4) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実行効性を高めるには、被保険者自身が自分の健康状態を理解し、主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要です。

【図表 4】



## 5 保険者努力支援制度

国は、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を創設し、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ます。(平成 30 年度から本格実施)

また、保険者努力支援制度の評価指標については、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ます。(図表 5)

【図表 5】 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H28 (参考) 配点上限	H30 (参考) 配点上限
総得点（体制構築加点含む）		234	345	850
県内順位（35市町村中）		3		
全国順位（1741市町村中）		358		
交付額（万円）		482		
共通①	特定健診受診率	45	60	50
	特定保健指導実施率			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率			50
共通②	がん検診受診率	10	20	30
	歯周疾患（病）検診の実施			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	40	40	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	40	25
	個人のインセンティブ提供			70
共通⑤	重複受診者に対する取り組み	10	10	35
共通⑥	後発医薬品の促進	4	30	35
	後発医薬品の使用割合			40
固有①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	0	40	100
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	10	10	25
共通④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	5	5	25
	第三者求償の取り組みの実施状況	10	10	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

## 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（全体の経年変化）

平成25年度と平成28年度を比較すると、亶理町の人口は横ばいですが、世帯数は増加しています。また、被保険者の状況を見ると、被保険者数、世帯数は減少していますが、前期高齢者（65～74歳）の構成割合は、7.8ポイント増加しています。（図表6）

【図表6】被保険者の概況

被保険者数の概況

区分	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
人口①	33,931 人	34,108 人	34,109 人	33,889 人
世帯数②	11,522 世帯	11,771 世帯	12,023 世帯	12,099 世帯
被保険者世帯数③	5,017 世帯	5,031 世帯	5,066 世帯	4,910 世帯
加入割合③／②	43.54 %	42.74 %	42.14 %	40.58 %
被保険者数④	9,272 人	9,112 人	8,957 人	8,589 人
加入割合④／①	27.33 %	26.72 %	26.26 %	25.34 %
前期高齢者(65～74歳)⑤	3,455 人	3,691 人	3,848 人	3,870 人
構成割合⑤／④	37.26 %	40.51 %	42.96 %	45.06 %

平成28年度の死因では、がんで亡くなられる方が一番多い状況です。また、平成25年度と平成28年度を比較すると、がんや糖尿病で亡くなられる方の割合が、増加しており、同規模町村や国と比較しても高い傾向にあります。心疾患で亡くなられた方は、33.0%から22.5%と10.5ポイント減少しました。

要介護認定率は、第2号被保険者（40～64歳）は減少しているものの、第1号被保険者（65歳以上）、第2号被保険者ともに同規模町村と比べると高い状況にあります。

医療費に占める入院費用・件数の割合は、ともに減少していますが、一人当たり医療費は高い状況にあります。

生活習慣の状況としては、週3回以上夕食後に間食をとる者や就寝前2時間以内に夕食をとる者の割合、運動習慣のない者の割合が減少し、一日の飲酒量が1合未満の者の割合が増えています（参考資料2）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況

介護給付の変化について、平成 28 年度の介護給付費は増加しておりますが、一件当たりの給付費は横ばいでした。(図表 7)

【図表 7】介護給付費の変化

年度	亘理町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費(全体)			1件当たり給付費(全体)		
		居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス	
H25年度	23億1,020万	56,022	37,772	273,690	65,193	41,572	283,169
H28年度	26億2,531万	56,002	36,484	269,485	62,877	40,725	277,662

KDB より出典

②医療費の状況

総医療費及び一人当たり医療費の伸び率は、同規模町村と比較して高い状況でした。また、入院、入院外(外来)の一人あたりの医療費の伸びが同規模町村と比較して大きい状況でした。(図表 8)

【図表 8】国保医療費の変化

項目	被保険者数	全体			
		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模
総医療費(円)	H25年度	9,333	29億4,468万		
	H28年度	8,690	32億4,945万	3億477万	10.3%
一人当たり医療費(円)	H25年度	9,333	24,688		
	H28年度	8,690	28,625	3,937	15.9% 8.8%

項目	入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			町	同規模			町	同規模
一人当たり医療費(円)	H25年度	9,629			15,059			
	H28年度	10,603	974	10.1%	8.6%	18,021	2962	20%

KDB より出典

中長期目標疾患及び短期的目標疾患の医療費の状況

平成 28 年度の医療費を疾患別にみると、脳梗塞・脳出血等の脳血管疾患に係る医療費は減少し、狭心症、心筋梗塞等の虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)の医療費は増加しておりますが、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る全体の医療費は減少しています。短期目標疾患である高血圧や脂質異常に係る医療費は減少しておりますが、糖尿病の医療費が増加しています。また、がん等の新生物の医療費が増加しています。(図表 9)

【図表 9】国保データヘルス計画対象疾患の医療費の変化

市町村名		短期目標疾患						(中長期+短期) 目標疾患医療費計	
		糖尿病		高血圧		脂質異常症			
H25	亶理町	1億8482万	6.62%	2億2750万	8.15%	9613万	3.44%	8億818万	28.95%
H28		2億13万	6.55%	1億7750万	5.81%	8847万	2.90%	7億6198万	24.94%
H28	国	5227億8469万	5.40%	4599億1531万	4.75%	2853億6364万	2.95%	2兆2371億8555万	23.12%
	宮城県	103億2856万	6.02%	92億2466万	5.38%	51億2802万	2.99%	432億508万	25.19%

市町村名		新生物		精神疾患		筋・骨疾患	
H25	亶理町	2億9628万	10.61%	2億5471万	9.12%	2億2145万	7.93%
H28		4億7627万	15.59%	2億6922万	8.81%	2億3990万	7.85%
H28	国	1兆3737億2423万	14.20%	9082億4220万	9.39%	8176億5772万	8.45%
	宮城県	245億6867万	14.33%	149億6162万	8.72%	131億1063万	7.65%

市町村名		総医療費	一人あたり医療費				中長期目標疾患						(中長期) 目標疾患医療費計		
			金額	順位		腎		脳		心					
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞						
H25	亶理町	27億9195万	24,688	56位	9位	1億4905万	5.34%	1090万	0.39%	8762万	3.14%	5217万	1.87%	2億9973万	28.95%
H28		30億5579万	28,625	28位	7位	1億7093万	5.59%	1002万	0.33%	5558万	1.82%	5935万	1.94%	2億9588万	24.94%
H28	国	9兆6770億4134万	24,253	--	--	5224億8692万	5.40%	337億8808万	0.35%	2153億778万	2.22%	1974億3912万	2.04%	9690億2190万	23.12%
	宮城県	1714億8394万	25,259	--	--	109億9112万	6.41%	5億4251万	0.32%	34億786万	1.99%	35億8234万	2.09%	185億2384万	25.19%

KDB より出典



④中長期目標疾患の状況

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の治療状況をレセプト件数でみると、虚血性心疾患、脳血管疾患の治療者数は減少しましたが、基礎疾患をみると虚血性心疾患、脳血管疾患では、高血圧の割合は減少し、糖尿病、脂質異常症の割合が増えています。人工透析の治療者の割合は横ばいですが、高血圧、脂質異常症の割合が増えています。糖尿病が基礎疾患にある者の割合は、減少しています。(図表 10)

【図表 10】 中長期目標疾患の状況

厚生労働様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	6958	685	9.8%	110	16.1%	17	2.5%	563	82.2%	270	39.4%	447	65.3%	
	64歳以下	3637	203	5.6%	20	9.9%	0	0.0%	156	76.8%	80	39.4%	130	64.0%	
	65歳以上	3321	482	14.5%	90	18.7%	17	3.5%	407	84.4%	190	39.4%	317	65.8%	
H28	全体	6978	592	8.5%	81	13.7%	17	2.9%	479	80.9%	281	47.5%	422	71.3%	
	64歳以下	3068	119	3.9%	9	7.6%	6	5.0%	89	74.8%	49	41.2%	83	69.7%	
	65歳以上	3910	473	12.1%	72	15.2%	11	2.3%	390	82.5%	232	49.0%	339	71.7%	

厚生労働様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	6958	377	5.4%	110	29.2%	4	1.1%	298	79.0%	169	44.8%	223	59.2%	
	64歳以下	3637	110	3.0%	20	18.2%	1	0.9%	81	73.6%	53	48.2%	59	53.6%	
	65歳以上	3321	267	8.0%	90	33.7%	3	1.1%	217	81.3%	116	43.4%	164	61.4%	
H28	全体	6978	314	4.5%	81	25.8%	2	0.6%	250	79.6%	164	52.2%	213	67.8%	
	64歳以下	3068	66	2.2%	9	13.6%	0	0.0%	47	71.2%	37	56.1%	44	66.7%	
	65歳以上	3910	248	6.3%	72	29.0%	2	0.8%	203	81.9%	127	51.2%	169	68.1%	

厚生労働様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合							人数
H25	全体	6958	25	0.4%	4	16.0%	17	68.0%	24	96.0%	15	60.0%	9	36.0%
	64歳以下	3637	12	0.3%	1	8.3%	7	58.3%	11	91.7%	7	58.3%	4	33.3%
	65歳以上	3321	13	0.4%	3	23.1%	10	76.9%	13	100.0%	8	61.5%	5	38.5%
H28	全体	6978	25	0.4%	2	8.0%	17	68.0%	25	100.0%	12	48.0%	11	44.0%
	64歳以下	3068	10	0.3%	0	0.0%	7	70.0%	10	100.0%	5	50.0%	3	30.0%
	65歳以上	3910	15	0.4%	2	13.3%	10	66.7%	15	100.0%	7	46.7%	8	53.3%

KDB より出典

### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通するリスクの状況

短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病、脂質異常の治療者と、糖尿病性腎症の治療者が増加しています。また、糖尿病治療者では脳血管疾患の割合は減少しておりますが、虚血性心疾患の割合は横ばいです。(図表 11)

【図表 11】糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療状況

厚生労働様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		高血圧		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
				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	
H25	全体	6958	1097	15.8%	115	10.5%	785	71.6%	709	64.6%	169	15.4%	270	24.6%	15	1.4%	62	5.7%
	64歳以下	3637	409	11.2%	46	11.2%	268	65.5%	269	65.8%	53	13.0%	80	19.6%	7	1.7%	21	5.1%
	65歳以上	3321	688	20.7%	69	10.0%	517	75.1%	440	64.0%	116	16.9%	190	27.6%	8	1.2%	41	6.0%
H28	全体	6978	1152	16.5%	113	9.8%	826	71.7%	794	68.9%	164	14.2%	281	24.4%	12	1.0%	94	8.2%
	64歳以下	3068	293	9.6%	30	10.2%	184	62.8%	206	70.3%	37	12.6%	49	16.7%	5	1.7%	30	10.2%
	65歳以上	3910	859	22.0%	83	9.7%	642	74.7%	588	68.5%	127	14.8%	232	27.0%	7	0.8%	64	7.5%

厚生労働様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6958	2132	30.6%	785	36.8%	1229	57.6%	298	14.0%	563	26.4%	24	1.1%	
	64歳以下	3637	766	21.1%	268	35.0%	430	56.1%	81	10.6%	156	20.4%	11	1.4%	
	65歳以上	3321	1366	41.1%	517	37.8%	799	58.5%	217	15.9%	407	29.8%	13	1.0%	
H28	全体	6978	2127	30.5%	826	38.8%	1327	62.4%	250	11.8%	479	22.5%	25	1.2%	
	64歳以下	3068	571	18.6%	184	32.2%	348	60.9%	47	8.2%	89	15.6%	10	1.8%	
	65歳以上	3910	1556	39.8%	642	41.3%	979	62.9%	203	13.0%	390	25.1%	15	1.0%	

厚生労働様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6958	1738	25.0%	709	40.8%	1229	70.7%	223	12.8%	447	25.7%	9	0.5%	
	64歳以下	3637	645	17.7%	269	41.7%	430	66.7%	59	9.1%	130	20.2%	4	0.6%	
	65歳以上	3321	1093	32.9%	440	40.3%	799	73.1%	164	15.0%	317	29.0%	5	0.5%	
H28	全体	6978	1870	26.8%	794	42.5%	1327	71.0%	213	11.4%	422	22.6%	11	0.6%	
	64歳以下	3068	529	17.2%	206	38.9%	348	65.8%	44	8.3%	83	15.7%	3	0.6%	
	65歳以上	3910	1341	34.3%	588	43.8%	979	73.0%	169	12.6%	339	25.3%	8	0.6%	

KDB より出典

## ②健診結果の経年変化

健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加しています。また、40～64歳の男性及び女性のBMI25以上（肥満）の者の割合や、65歳以上の男性でメタボリックシンドローム基準該当者の割合が増加しています。（図表12）

【図表12】健診結果の経年変化

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
H25	合計	424	34.2	679	54.8	294	23.7	254	20.5	92	7.4	269	21.7	816	65.9
	40-64	144	34.0	226	53.3	116	27.4	107	25.2	29	6.8	82	19.3	254	59.9
	65-74	280	34.4	453	55.7	178	21.9	147	18.1	63	7.7	187	23.0	562	69.0
H28	合計	439	36.0	686	56.2	281	23.0	260	21.3	98	8.0	288	23.6	823	67.4
	40-64	141	39.5	189	52.9	96	26.9	111	31.1	30	8.4	60	16.8	206	57.7
	65-74	298	34.5	497	57.5	185	21.4	149	17.2	68	7.9	228	26.4	617	71.4

性別	年代	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	215	17.4	580	46.8	271	21.9	576	46.5	19	1.5
	40-64	89	21.0	174	41.0	107	25.2	217	51.2	3	0.7
	65-74	126	15.5	406	49.9	164	20.1	359	44.1	16	2.0
H28	合計	204	16.7	573	46.9	302	24.7	568	46.5	17	1.4
	40-64	69	19.3	148	41.5	101	28.3	174	48.7	3	0.8
	65-74	135	15.6	425	49.2	201	23.3	394	45.6	14	1.6

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
H25	合計	449	28.1	363	22.7	214	13.4	146	9.1	27	1.7	178	11.1	1,080	67.5
	40-64	178	27.1	131	19.9	81	12.3	57	8.7	13	2.0	55	8.4	408	62.0
	65-74	271	28.8	232	24.6	133	14.1	89	9.4	14	1.5	123	13.1	672	71.3
H28	合計	461	28.0	363	22.1	242	14.7	144	8.7	35	2.1	198	12.0	1,172	71.2
	40-64	150	28.8	115	22.1	79	15.2	62	11.9	12	2.3	38	7.3	319	61.3
	65-74	311	27.6	248	22.0	163	14.5	82	7.3	23	2.0	160	14.2	853	75.8

性別	年代	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	38	2.4	723	45.2	256	16.0	979	61.2	7	0.4
	40-64	12	1.8	252	38.3	104	15.8	400	60.8	3	0.5
	65-74	26	2.8	471	50.0	152	16.1	579	61.5	4	0.4
H28	合計	39	2.4	739	44.9	293	17.8	888	53.9	6	0.4
	40-64	14	2.7	181	34.8	94	18.1	290	55.8	2	0.4
	65-74	25	2.2	558	49.6	199	17.7	598	53.1	4	0.4

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,238	40.0	98	7.9%	254	20.5%	18	1.5%	174	14.1%	62	5.0%
	40-64	424	28.8	36	8.5%	83	19.6%	9	2.1%	46	10.8%	28	6.6%
	65-74	814	50.2	62	7.6%	171	21.0%	9	1.1%	128	15.7%	34	4.2%
H28	合計	1,221	41.4	83	6.8%	245	20.1%	16	1.3%	173	14.2%	56	4.6%
	40-64	357	29.9	30	8.4%	70	19.6%	4	1.1%	43	12.0%	23	6.4%
	65-74	864	49.2	53	6.1%	175	20.3%	12	1.4%	130	15.0%	33	3.8%

男性		健診受診者		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,238	40.0	327	26.4%	50	4.0%	14	1.1%	162	13.1%	101	8.2%
	40-64	424	28.8	107	25.2%	10	2.4%	9	2.1%	62	14.6%	26	6.1%
	65-74	814	50.2	220	27.0%	40	4.9%	5	0.6%	100	12.3%	75	9.2%
H28	合計	1,221	41.4	358	29.3%	59	4.8%	17	1.4%	175	14.3%	107	8.8%
	40-64	357	29.9	89	24.9%	9	2.5%	5	1.4%	54	15.1%	21	5.9%
	65-74	864	49.2	269	31.1%	50	5.8%	12	1.4%	121	14.0%	86	10.0%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,600	49.6	43	2.7%	136	8.5%	3	0.2%	97	6.1%	36	2.3%
	40-64	658	43.3	21	3.2%	49	7.4%	1	0.2%	32	4.9%	16	2.4%
	65-74	942	55.2	22	2.3%	87	9.2%	2	0.2%	65	6.9%	20	2.1%
H28	合計	1,646	51.3	45	2.7%	128	7.8%	2	0.1%	85	5.2%	41	2.5%
	40-64	520	42.6	24	4.6%	39	7.5%	1	0.2%	25	4.8%	13	2.5%
	65-74	1,126	56.8	21	1.9%	89	7.9%	1	0.1%	60	5.3%	28	2.5%

女性		健診受診者		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,600	49.6	184	11.5%	21	1.3%	6	0.4%	95	5.9%	62	3.9%
	40-64	658	43.3	61	9.3%	7	1.1%	4	0.6%	32	4.9%	18	2.7%
	65-74	942	55.2	123	13.1%	14	1.5%	2	0.2%	63	6.7%	44	4.7%
H28	合計	1,646	51.3	190	11.5%	15	0.9%	13	0.8%	98	6.0%	64	3.9%
	40-64	520	42.6	52	10.0%	4	0.8%	4	0.8%	27	5.2%	17	3.3%
	65-74	1,126	56.8	138	12.3%	11	1.0%	9	0.8%	71	6.3%	47	4.2%

KDB より出典

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、46.6%となりましたが、同規模町村順位では40位から45位に後退しています。(図表13)

【図表13】特定健診受診率・特定保健指導実施率

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者	受診者	受診率	同規模内の順位	対象者	修了者	実施率	医療機関受診率	
								亘理町	同規模
H25	6,328	2,838	44.8%	40位	372	215	57.3%	49.4%	49.1%
H28	6,149	2,867	46.6%	45位	334	223	66.8%	47.2%	48.4%

KDBより出典

#### (4) 第1期に係る考察

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に個別訪問を中心として保健指導に積極的に取り組んできました。

生活習慣の状況では、食習慣や運動習慣が改善している者の割合が増えてきており、中長期目標疾患にかかる医療費については減少が見られました。疾患別にみると、脳血管疾患と高血圧の医療費が減少しました。これは、健診を受けて血圧の治療が必要な方が、適切な医療に結びついていること、食習慣や運動習慣が改善されていることにより血圧がコントロールされ、重症化が予防されていること、ジェネリック医薬品の利用等が広まっていることが考えられます。

しかし、虚血性心疾患の基礎疾患として糖尿病が増えていること、糖尿病性腎症が増加していることから、糖尿病の発症予防、重症化予防のさらなる取り組みが必要です。糖尿病性腎症重症化予防については、受診勧奨にとどまらず、治療を中断していないか、治療とあわせて食事療法や運動療法が継続されているか等、医療と連携して、保健事業に取り組む必要があると考えます。

あわせて、男性のメタボリックシンドローム該当者の増加や、40～64歳の肥満者が増加傾向にあることから、今後、虚血性心疾患や糖尿病等の生活習慣病の発症が増加すると予想されます。しかしながら、被保険者の状況をみると、今後高齢化が進展し、医療費の増加が予想される一方、保険税を納める青・壮年期の人口が減少している傾向があり、青・壮年期から予防可能な生活習慣病の発症と重症化予防に努め、健康寿命の延伸を図ることが重要です。そのためにも、町民が健診を受診し、自分の健診結果を理解したうえで、生活習慣を振り返るとともに、適正な医療機関への受診につなげていくように努めていきます。

また、がん等の新生物の医療費が増加していることから、がん検診の受診率の向上に努め、早期発見、早期治療につなげていくよう促していきます。

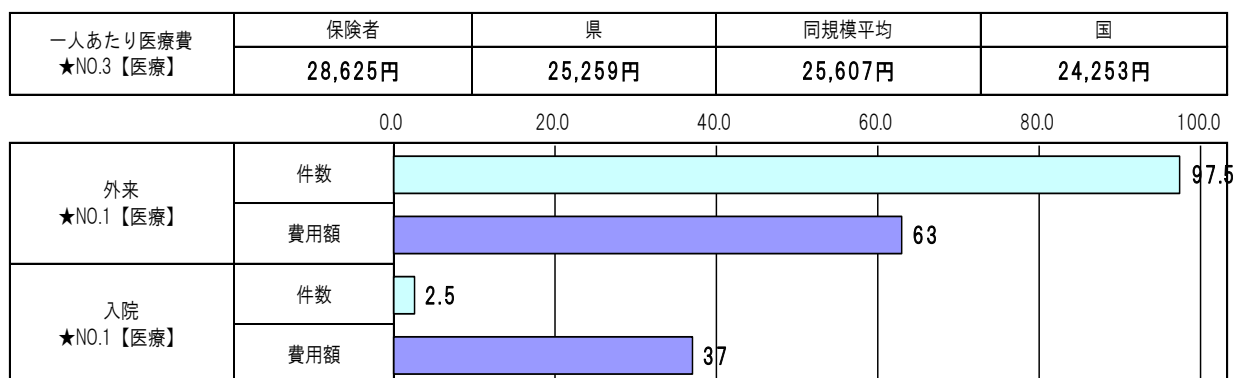
## 2 第2期計画における健康課題の明確化

### (1) 中長期目標疾患における医療費の状況

#### ①入院と入院外（外来）の件数・費用額の割合の比較

入院件数は2.5%で、費用額全体の37.0%を占めています。（図表14）

【図表14】入院と入院外（外来）の件数・費用額の割合の比較



KDBより出典

#### ②疾患別入院・件数状況

1か月200万円以上の高額レセプトは74件でした。脳血管疾患・虚血性心疾患が11件であり、費用額は3,509万円と全体の16%を占めていました。また、その他の疾患として、がん等の新生物・肝炎を合わせた件数・費用額が、5割を占めています。

6か月以上の長期入院レセプトを見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患は長期入院の16%を占めていますが、精神疾患の長期入院の方が多く、全体の7割、費用では6割以上となっています。

長期化する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の約5割を占めていました。（図表15）

【図表 15】疾患別入院・件数状況

厚労省様式	対象レセプト	(28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	74件	1件 1.4%	10件 13.5%	--
		費用額	2億1929万円	226万円 1.0%	3283万円 15.0%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	535件	55件 10.3%	22件 4.1%	--
		費用額	2億2282万円	2648万円 11.9%	819万円 3.7%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	376件	34件 9.0%	230件 61.2%	192件 51.1%
		費用額	1億7976万円	1506万円 8.4%	1億0322万円 57.4%	9399万円 52.3%

厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	基礎疾患 の重なり	全体	3,691人	316人 8.6%	594人 16.1%	99人 2.7%
			高血圧	250人 79.1%	481人 81.0%	74人 74.7%	
			糖尿病	164人 51.9%	282人 47.5%	99人 100%	
			脂質異常症	213人 67.4%	424人 71.4%	75人 75.8%	
			高血圧症	2,147人 58.2%	1,171人 31.7%	1,897人 51.4%	380人 10.3%
			糖尿病				
			脂質異常症				

KDB より出典

### ③介護保険認定者の疾患状況

介護認定者におけるレセプトを見てみると、血管疾患の基礎疾患がある者が93%であり、筋・骨格疾患の88%を上回っていました。第1号認定者では、65～74歳で血管疾患の割合が多く、75歳以上の介護認定者では、基礎疾患に虚血性心疾患のある者が5割を占めていました。要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が要介護認定を受けていない人の医療費よりも1件当たり3,300円高いことがわかりました。(図表 16)

【図表 16】要介護認定者の状況

要介護認定状況 ★NO.47 (H28)	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計									
	被保険者数		12,152人		4,009人		4,064人		8,073人	20,225人								
	認定者数		59人		211人		1,670人		1,881人	1,940人								
	認定率		0.49%		5.3%		41.1%		23.3%	9.6%								
	新規認定者数		2人		3人		21人		24人	26人								
介護度別人数	要支援1・2		10	16.9%	61	28.9%	416	24.9%	477	25.4%	487	25.1%						
	要介護1・2		19	32.2%	83	39.3%	640	38.3%	723	38.4%	742	38.2%						
	要介護3~5		30	50.8%	67	31.8%	614	36.8%	681	36.2%	711	36.6%						
要介護 突合状況 ★NO.49 (H28)	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			件数	--	29		180		1613		1793		1822					
		循環器 疾患	1	脳卒中	17	58.6%	脳卒中	90	50.0%	虚血性 心疾患	872	54.1%	虚血性 心疾患	946	52.8%	虚血性 心疾患	953	52.3%
			2	虚血性 心疾患	7	24.1%	虚血性 心疾患	74	41.1%	脳卒中	641	39.7%	脳卒中	731	40.8%	脳卒中	748	41.1%
			3	腎不全	3	10.3%	腎不全	16	8.9%	腎不全	138	8.6%	腎不全	154	8.6%	腎不全	157	8.6%
		基礎疾患	糖尿病等	25	86.2%	糖尿病等	164	91.1%	糖尿病等	1452	90.0%	糖尿病等	1616	90.1%	糖尿病等	1641	90.1%	
		血管疾患 合計	合計	26	89.7%	合計	169	93.9%	合計	1506	93.4%	合計	1675	93.4%	合計	1701	93.4%	
		認知症	認知症	4	13.8%	認知症	34	18.9%	認知症	522	32.4%	認知症	556	31.0%	認知症	560	30.7%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	22	75.9%	筋骨格系	154	85.6%	筋骨格系	1434	88.9%	筋骨格系	1588	88.6%	筋骨格系	1610	88.4%	

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費(H28) (40歳以上)	6,674				
要介護認定なし医療費(H28) (40歳以上)	3,430				

KDB より出典



(4)健診受診者の実態

健診受診者では、全国と比較して HbA1c が高い特徴があり、さらに、腹囲、BMI、GPT、尿酸、拡張期血圧（下の血圧）の有所見者の割合が高い状況です。（図表 17-18）

【図表 17】 健診受診者の実態

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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		
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	26,212	34.7	40,205	53.2	21,972	29.1	17,381	23.0	7,318	9.7	2,848	3.8	51,887	68.7	8,259	10.9	36,919	48.9	19,426	25.7	33,682	44.6	983	1.3	
保険者	合計	439	36.0	686	56.2	281	23.0	260	21.3	98	8.0	288	23.6	823	67.4	204	16.7	573	46.9	302	24.7	568	46.5	17	1.4
	40-64	141	39.5	189	52.9	96	26.9	111	31.1	30	8.4	60	16.8	206	57.7	69	19.3	148	41.5	101	28.3	174	48.7	3	0.8
	65-74	298	34.5	497	57.5	185	21.4	149	17.2	68	7.9	228	26.4	617	71.4	135	15.6	425	49.2	201	23.3	394	45.6	14	1.6
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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		
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	24,435	24.9	19,733	20.1	16,109	16.4	9,830	10.0	2,039	2.1	1,783	1.8	67,764	69.0	1,418	1.4	41,950	42.7	15,091	15.4	54,172	55.2	142	0.1	
保険者	合計	461	28.0	363	22.1	306	18.8	144	8.7	35	2.1	198	12.0	1,172	71.2	39	2.4	739	44.9	293	17.8	888	53.9	6	0.4
	40-64	150	28.8	115	22.1	79	15.2	62	11.9	12	2.3	38	7.3	319	61.3	14	2.7	181	34.8	94	18.1	290	55.8	2	0.4
	65-74	311	27.6	248	22.0	163	14.5	82	7.3	23	2.0	160	14.2	853	75.8	25	2.2	558	49.6	199	17.7	598	53.1	4	0.4

【図表 18】 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	合計	1,221	41.4	83	6.8%	245	20.1%	16	1.3%	173	14.2%	56	4.6%	358	29.3%	59	4.8%	17	1.4%	175	14.3%	107
40-64		357	29.9	30	8.4%	70	19.6%	4	1.1%	43	12.0%	23	6.4%	89	24.9%	9	2.5%	5	1.4%	54	15.1%	21	5.9%
65-74		864	49.2	53	6.1%	175	20.3%	12	1.4%	130	15.0%	33	3.8%	269	31.1%	50	5.8%	12	1.4%	121	14.0%	86	10.0%
女性	合計	1,646	51.3	45	2.7%	128	7.8%	2	0.1%	85	5.2%	41	2.5%	190	11.5%	15	0.9%	13	0.8%	98	6.0%	64	3.9%
	40-64	520	42.6	24	4.6%	39	7.5%	1	0.2%	25	4.8%	13	2.5%	52	10.0%	4	0.8%	4	0.8%	27	5.2%	17	3.3%
	65-74	1,126	56.8	21	1.9%	89	7.9%	1	0.1%	60	5.3%	28	2.5%	138	12.3%	11	1.0%	9	0.8%	71	6.3%	47	4.2%

KDB より出典

### (3)糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

健診の継続受診者と新規受診者を比べると、新規受診者にHbA1c、血圧、LDLコレステロールの値が受診勧奨レベル以上の人の割合が高いことがわかります。治療中でもHbA1c7.0%以上の割合は高い状況です。(図表19)

【図表19】糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

継続受診者と新規受診者の比較

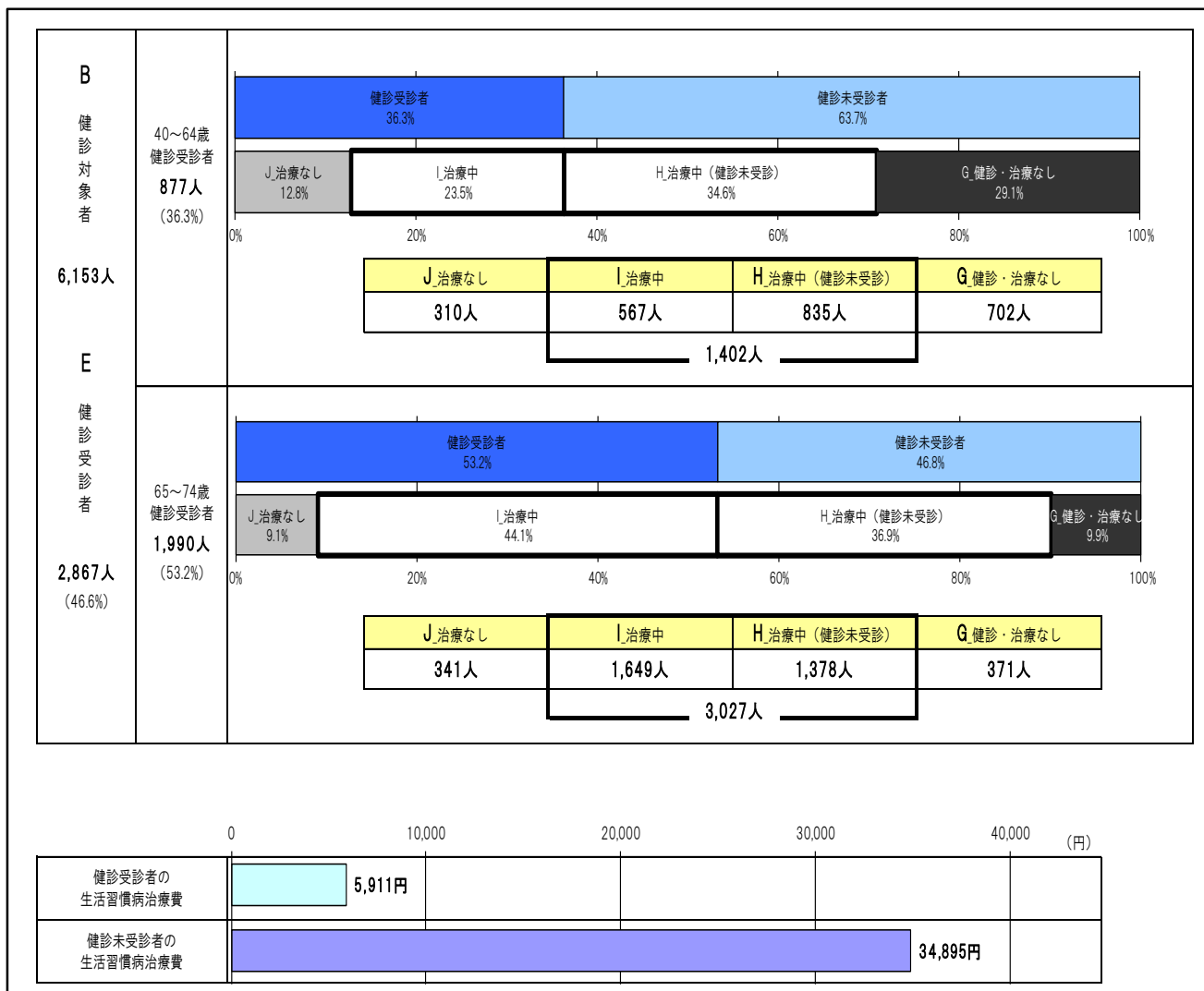


巨理町特定健診結果より出典

#### (4)未受診者の把握

健診未受診者のうち、健診も治療も受けていない者の割合が、40～64歳で29.1%でした。また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人あたりの医療費は、健診受診者より費用が高い状況です。(図表20)

【図表20】未受診者の状況



KDBより出典

### 3 目標の設定

#### ①中長期的な目標の設定

本計画では、中期的な目標として「平成 35 年度には平成 28 年度と比較して、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の 3 つの疾患の医療費を 3%減少させる」こととします。

脳血管疾患は医療費が減少していますが、虚血性心疾患については、医療費が増加していること、要介護認定者に有病の多い状況が明らかになりました。また、慢性腎不全（人工透析）は、長期化することで、医療費が高くなることがわかりました。

また、長期的な目標を「入院医療費の伸び率を平成 35 年度に同規模町村並みとすること」とします。

入院医療費は、少ない件数割合でも医療費に占める割合は大きい状況です。今後、高齢化が進展し年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の動脈硬化の進展が予測されること、高齢化によるがんの発症が増加していくことが予測されることをふまえ、医療費そのものを抑えることは難しいことから、入院を疾患が重症化したことととらえ、入院医療費の抑制を目指します。

また、3 年後の平成 32 年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画の見直しを行います。

#### ②短期的な目標の設定

短期的な目標を虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の血管変化における共通のリスクとなる、「高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと」とします。

目標を達成するためには、医療機関の受診が必要な方への働きかけや、継続的な治療が必要であるにもかかわらず、医療機関の受診を中断している人へ適切な保健指導を行います。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図っていきます。

また、メタボリックシンドロームや糖尿病は、薬物療法による治療だけでは改善が難しい場合があり、食事療法や運動療法と併用して治療を行うことが必要であることから、栄養指導等の保健指導を行っていきます。具体的には、各種ガイドラインや日本人の食事摂取基準(2015 年版)等の基本的な考え方を基に、生活習慣の改善に向けた支援をしていきます。

がんを含めた生活習慣病は自覚症状がないため、健診やがん検診の機会を提供し、個人の状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防、早期治療につなげていくことが重要です。個々の目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施（第 3 期特定健康診査等実施計画）」、第 6 章の「計画の評価・見直し」に記載します。

### 第3章 特定健診・特定保健指導の実施 (第3期特定健康診査等実施計画)

#### 1. 目標値の設定

特定健診受診率の目標値は、国の目標値となっている60%に設定します。

特定保健指導実施率については、国の目標値となっている60%を超えておりますが、生活習慣病発症予防、重症化予防の取り組みを推進していく事を目標に、平成35年度には、80%を目指します。(図表21・22・23)

【図表21】 目標値

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	65%	68%	72%	75%	78%	80%

【図表22】 特定健診受診率の推移

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
対象者数	6,675	6,720	6,581	6,525	6,353	6,328	6,348	6,300	6,134
受診者数	2,810	2,821	3,020	2,778	2,880	2,838	2,945	2,859	2,863
受診率	42.1	42.0	45.9	42.6	45.3	44.8	46.4	45.4	46.7

出典：法定報告値

【図表23】 特定保健指導実施率の推移

		H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
動機付け 支援	対象者(人)	412	359	346	296	319	289	284	258	269
	実施者(人)	110	271	157	182	151	187	187	185	199
	実施率(%)	26.7	75.5	45.4	61.5	47.3	64.7	65.8	71.7	74.0
積極的 支援	対象者(人)	119	129	126	133	128	83	86	64	65
	実施者(人)	46	48	27	28	23	26	16	26	22
	実施率(%)	38.7	37.2	21.4	21.1	18.0	31.3	18.6	40.6	33.8
合計	対象者(人)	531	488	472	429	477	372	370	322	334
	実施者(人)	156	319	184	210	174	213	203	211	221
	実施率(%)	29.4	65.4	39.0	49.0	38.9	57.3	54.9	65.5	66.2

出典：法定報告値

## 2. 対象者の見込み

国保加入者は減少傾向にあると見込まれるため、特定健診・特定保健指導対象者を次のように見込みました。(図表24)

【図表24】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	6,460人	6,310人	6,160人	6,010人	5,860人	5,710人
	受診者数	3,876人	3,786人	3,696人	3,606人	3,516人	3,426人
特定保健指導	対象者数	465人	454人	444人	433人	422人	411人
	実施者数	302人	308人	320人	325人	329人	329人

## 3. 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ます。個別健診については亶理郡医師会等が実施機関の取りまとめを行い実施します。

- ・ 集団健診
- ・ 個別健診(委託医療機関)
- ・ 人間ドックの助成

### (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ます。

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、亶理町ホームページや広報に掲載します。

(参照)URL：<https://www.town.watari.miyagi.jp/>

### (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、追加の検査を実施します。また、町の課題として、虚血性心疾患の医療費が増加していること、介護認定者に心疾患を持つ者が半数を占めていること等を考慮し、国の方針や学会のガイドラインを参考に総コレステロール検査等の導入等検査項目について検討していきます。(図表25)

【図表25】 健診項目

基本的な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問診</li> <li>・身体測定(身長、体重、BMI、腹囲)</li> <li>・理学的検査(身体診察)</li> <li>・血圧測定</li> <li>・血中脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)</li> <li>・肝機能検査AST(GOT)、ALT(GPT)、r-GPT</li> <li>・血糖検査(HbA1c)</li> <li>・尿検査(尿糖、尿蛋白)</li> </ul>
	亶理町独自の追加項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血糖検査(空腹持血糖、随時血糖)</li> <li>・腎機能検査(血清尿酸)</li> <li>・尿検査(尿潜血)</li> </ul>
詳細な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眼底検査</li> </ul>
	亶理町独自で全員に実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心電図検査</li> <li>・腎機能検査(尿中アルブミン、血清クレアチニン)</li> <li>・貧血検査(血色素量、ヘマトクリット値)</li> </ul>

### (5) 実施時期

特定健康診査は7月から11月末まで実施します。また受診率の状況により延長も検討します。特定保健指導は、年度当初の4月から翌年3月末まで実施します。

### (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します。

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

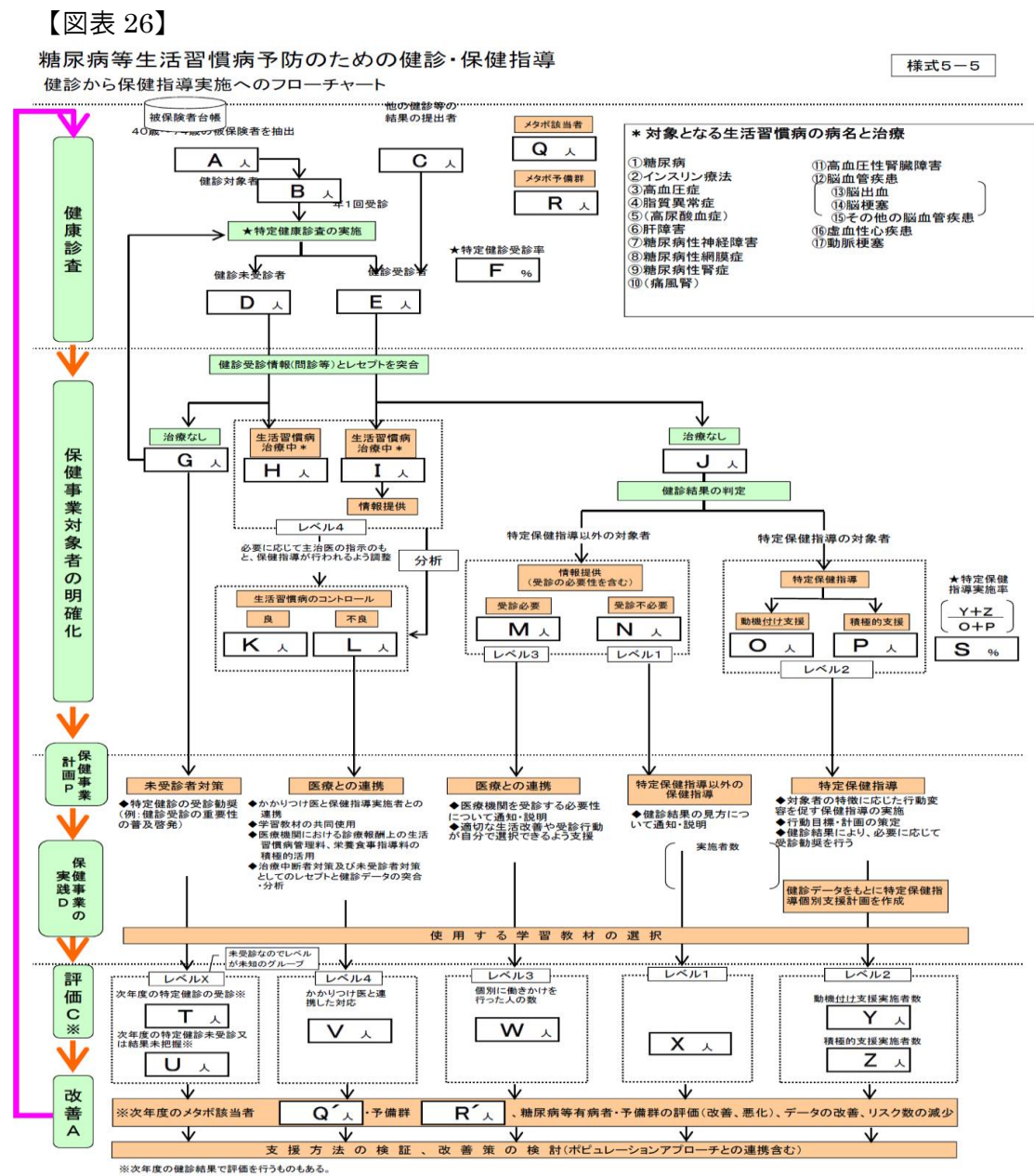
#### 4 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者の直接実施で行います。

##### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「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・実践評価を行います。

(図表26)





(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

健診受診者には保健指導の優先順位をつけ、効果的な保健指導を実施します(図表 27)

【図表 27】

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 (受診者割合)	目標実施率
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	411人 (12.0)	80%
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	589人 (17.2)	HbA1c6.5% 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発) ◆医療を受けていない者を中心に受診勧奨を行う。	3097人 (内未治療者 1319人)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	637人 (18.6)	
5	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 ◆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	1,789人 (52.2)	

## 5 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亶理町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健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します。

### (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と個人カルテで行います。

## 6. 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 日までに報告します。

## 7. 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、亶理町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 保健事業の内容

### 1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては慢性腎臓病、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のために特定健診における血糖、血圧、脂質、腹囲の検査結果を改善することを目指します。そのためには、生活習慣病の重症化予防の取り組みと、広く町民に周知・啓発する取り組み(以下、ポピュレーションアプローチ)を組み合わせる必要があります。

重症化予防の取り組みとしては、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り組みを行います。具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診勧奨を、治療中の者へは必要に応じ医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用への影響等、健康課題の実態を広く町民へ周知します。

また生活習慣病は自覚症状が少ないため、まずは健診の機会を提供し、健康状態に応じた保健指導の実施も重要です。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。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じます。

### 2 重症化予防の取り組み

#### (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り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて（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とりまとめ）」に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取り組みにあたっては図表28に沿って実施します。

【図表 28】

## 【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	D 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	D 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	C 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	A 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

### ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は、亙理町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

- ・ 医療機関未受診者
- ・ 医療機関受診中断者
- ・ ハイリスク者
  - 糖尿病性腎症の病期が 2 期以降（5 期を除く）と思われる者
  - 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

### イ 選定基準に基づく該当数の把握

#### ○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り、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の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際には「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。（図表 29）

【図表 29】 糖尿病性腎症病期分類

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 <sup>2</sup> )
第 1 期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30 以上
第 2 期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30 以上
第 3 期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300 以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5 以上)	30 以上
第 4 期(腎不全期)	問わない	30 未満
第 5 期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値(mg/gCr)及び腎機能(GFR)で重症度を把握します。「CKD 診療ガイド 2012」では「アルブミン(蛋白)尿は、心血管死亡・末期腎不全の独立した危険因子でもある」としているため亙理町では、その重要性に鑑みて特定健診の項目に追加して尿中アルブミン、血清クレアチンを測定しており、糖尿病性腎症をはじめとした CKD 等重症化予防に活用します。(参考資料 3)

## ○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（平成 28 年度データ及び特定健診過去データ）を用いて医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。（図表 30）

亘理町において特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は 109 人（27.5%・F）でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者(服薬・注射)901 人のうち、特定健診受診者が 288 人（32.0%・G）でしたが、うち 5 人（1.7%・キ）は調査時点で治療中断の状況でした。

なお、糖尿病治療者のうち 613 人（68.0%・I）は特定健診未受診者であり、健診の受診率の向上と重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要となります。

## ○介入方法と優先順位

図表 30 より亘理町における介入方法を以下の通りとします。

### 優先順位 1

#### 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・109 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・9 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】

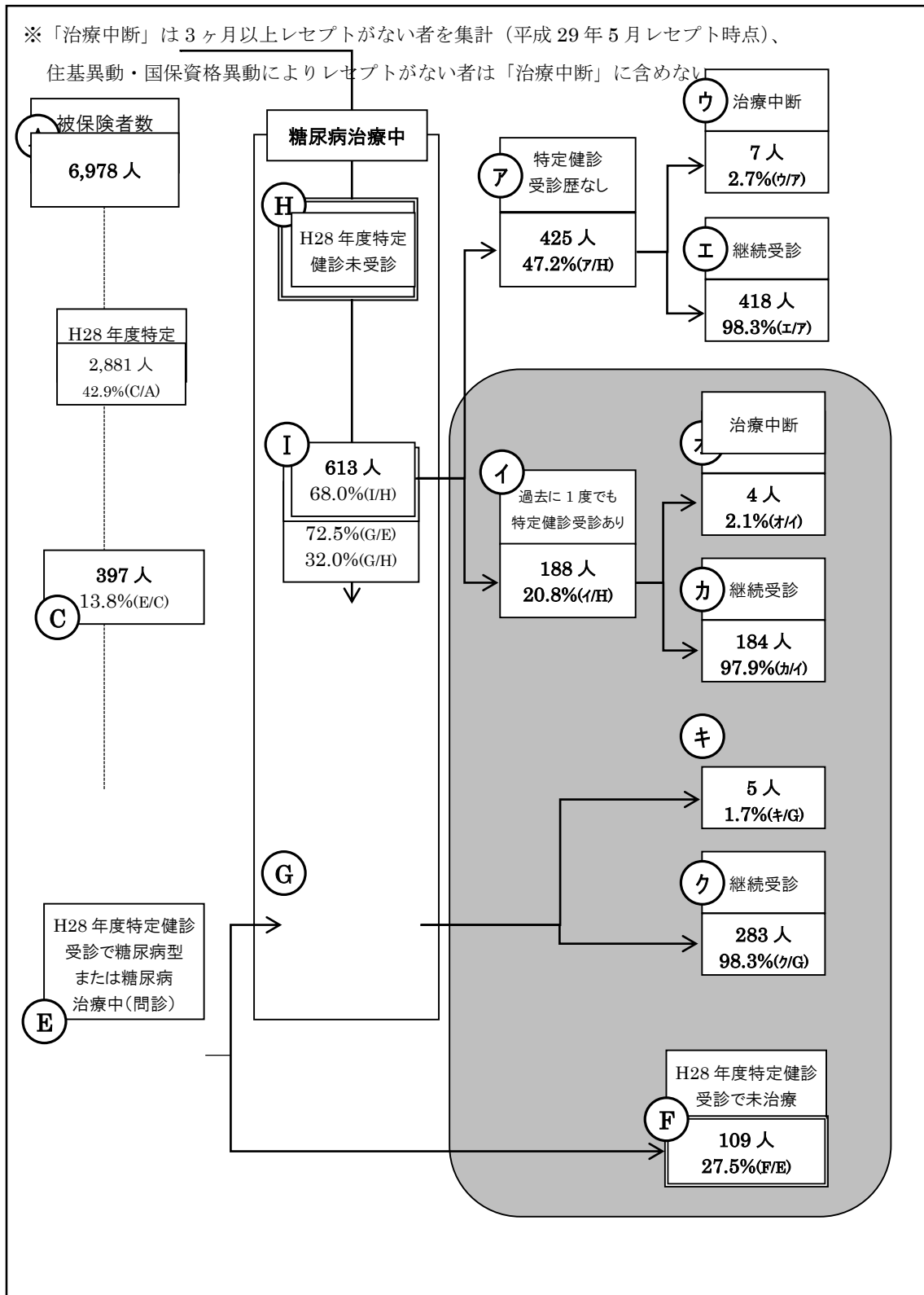
- ・糖尿病治療者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・283 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位 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)
- ・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 30】糖尿病性腎症重症化予防のための対象者の明確化  
(レセプトデータと健診データの突合)



出典：亶理町健康推進課 KDB システム、特定健診受診状況、レセプト情報管理システム等より参照

### ③対象者の管理

対象者の管理は亙理町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、糖尿病管理台帳等を作成し管理していきます。

### ④保健指導の実施（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す。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。亙理町においては、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と合わせ、対象者に応じた保健指導を行うこととします。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 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ます（図 31）



【図表 31】

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
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</div> <span style="font-size: 24px;">→</span> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもとも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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

⑤医療との連携

「糖尿病連携手帳」を血糖コントロールが必要な者(過去に HbA1c6.5 以上になった者等)に、自己管理を目的として配布します。また、この手帳を活用し保健指導の内容等をかかりつけ医と情報共有します。

## ⑥高齢者福祉部門（介護保険担当）との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の介護保険サービス利用の必要が発生した場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。特に、亘理町の健康課題から重症化が予測される人に対しては、重症化予防の視点で他職種と連携し自立に向けた支援を実施していきます。

## ⑦評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で行います。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回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価は糖尿病性腎症取り組み評価表（参考資料4）を活用します。

### ア 短期的評価

- ・ 受診勧奨者に対する評価
  - 受診勧奨対象者への介入率
  - 医療機関受診率
  - 医療機関未受診者への再勧奨数
- ・ 保健指導対象者に対する評価
  - 保健指導実施率
  - 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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

### イ 中長期的評価

- ・ 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の医療費の抑制で評価します。

## 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
- 8月～ 特定健診結果が届き次第対象者を把握。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り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めます。(参考資料 3)

### ②対象者の明確化

#### ア 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ます。(参考資料 7)

#### イ 重症化予防対象者の抽出

##### ○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 つです。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。巨理町においては、上述の理由から特定健診受診者へ原則的に心電図検査を実施しており、そのうち ST 所見があったのは 75 人でした(図表 32)。心電図における ST 変化とはどのような状態であるのか、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ります。

【図表 32】心電図検査結果

所見あり:特定健診受	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2,881	100	2,843	98.7	75	2.6	629	22.1	1,675	75.2

診者の心電図有所見の内、“ST”とつくものすべてを集計した。

【図表 33】ST 所見ありの医療機関受診状況

ST 所見あり(a)		要医療・要指導(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)(%)
75	100	10	13.3	4	40.0	6	60.0

「ST 所見あり」:同上。医療機関受診あり:レセプト情報に医療機関(歯科を除く)受診が確認できたもの。

## ウ 心電図以外からの把握

心電図検査に加えて、図表 34 に沿って対象者を抽出します。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールと関連することからタイプ別に把握していきます。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ます。

【図表 34】 心電図以外の保健指導対象者の把握

平成 28 年度実施		受診者	心電図検査実施			実施なし
			ST 変化	その他の変化	異常なし	
		2,881	75 2.6%	629 21.8%	2139 74.2%	38 1.3%
メタボ該当者		534 18.5%	25 4.7%	139 26.0%	361 67.6%	9 1.7%
メタボ予備群		385 13.4%	9 2.3%	86 22.3%	287 74.6%	3 0.1%
メタボなし		1962 68.1%	41 2.1%	404 20.6%	1491 76.0%	26 1.3%
LDL-C	140-159	438 22.3%	2 0.5%	64 14.6%	237 54.1%	2 0.5%
	160-179	203 10.3%	2 1.0%	30 14.8%	114 56.2%	2 1.0%
	180-	118 6.0%	2 1.7%	13 11.0%	70 59.3%	0 0.0%

【参考】

CKD	G3aA1~	512 17.8%	6 1.2%	135 26.4%	361 70.5%	10 2.0%
-----	--------	--------------	-----------	--------------	--------------	------------

平成 28 年度特定健診の検査結果から分類した。

## ③保健指導の実施

### ア 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 35 の問診が重要です。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療機関受診の早期対応により重症化の予防につながります。

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

【図表35】

### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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)

#### イ 詳細な検査

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ります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より「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」とあることから、測定している尿中アルブミン値を活用します。

#### ウ 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）合併が高リスクとあることから対象者の管理は糖尿病管理台帳等で行っていきます。

#### 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まいります。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

## ⑤高齢者福祉部門（介護保険担当）との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の介護保険サービス利用の必要が発生した場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。特に、亘理町の健康課題から重症化が予測される人に対しては、重症化予防の視点で他職種と連携し自立に向けた支援を実施していきます。

## ⑥評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で行います。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回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価は糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

### ア 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で評価します。

### イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の医療費の抑制で評価します。

## 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
- 8月～ 特定健診結果が届き次第対象者を把握。順次、対象者へ介入（通年）

### (3) 脳血管疾患重症化予防

#### ①基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組み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実施します。(図表36, 37)

【図表 36】 【脳卒中の分類】

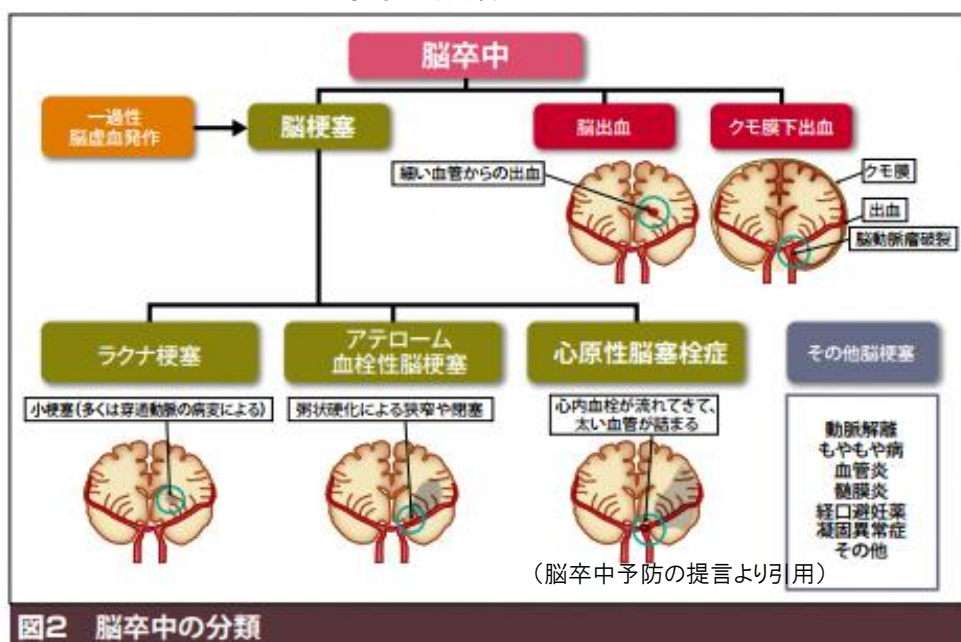


図2 脳卒中の分類

【図表 37】

#### 脳血管疾患とリスク因子

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

#### ②対象者の明確化

##### ア 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 38 に基づき、特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になります。

【図表 38】

特定健診受診者における重症化予防対象者

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	●					
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	メタボリックシ 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  (受診者数 2,881 人)		Ⅱ度高血圧 以上	HbA1c6.5%以上 (治療中 7.0%以上)	LDL180 mg/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 は 40 未満)
		133 人 4.6%	204 人 7.1%	118 人 4.1%	39 人 1.4%	534 人 18.5%	4 人 0.1% 55 人 1.9%
治療あり		51 人 4.9%	65 人 26.4%	6 人 0.7%	30 人 2.0%	450 人 30.5%	3 人 0.2% 40 人 2.7%
治療なし		82 人 4.4%	139 人 5.3%	112 人 5.5%	9 人 0.6%	84 人 6.0%	1 人 0.1% 15 人 1.1%
臓器障害あり (再掲)		26 人 31.7%	55 人 39.6%	33 人 29.5%	9 人 100%	24 人 28.6%	1 人 100% 15 人 100%
(再掲)	CKD(専門医対象)	1 人	3 人	2 人	0 人	1 人	15 人 16 人
	尿蛋白(2+)以上	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人 1 人
	尿蛋白(+)&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)	1 人	2 人	2 人	0 人	1 人	15 人 15 人
	心電図所見あり	25 人	55 人	31 人	9 人	24 人	4 人 83 人

平成 28 年度特定健診の検査結果より分類

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 133 人 (4.6%) であり、82 人は未治療者でした。また未治療者のうち 26 人 (31.7%) は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要でした。

また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 51 人 (4.9%) いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となります。

イ リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与します。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確化する必要があります。(図表 39)



【図表 39】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

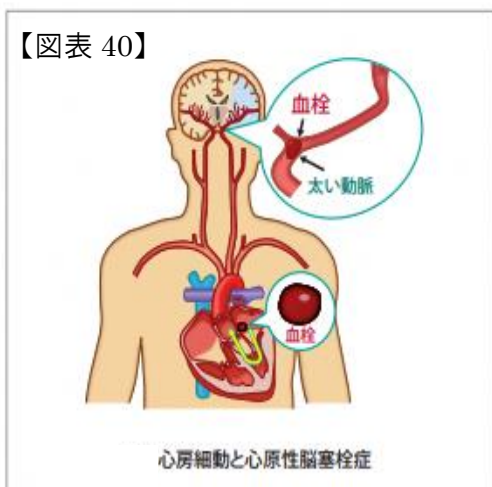
**血圧に基づいた脳心血管リスク層別化**  
平成28年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
	~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内 の指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	1ヶ月以内 の指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	ただちに 降圧薬治療	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,844	652	419	427	264	62	20			
	35.4%	22.7%	23.2%	14.3%	3.4%	1.1%				
リスク第1層	177	97	34	34	9	3	0	9	151	186
	9.6%	14.9%	8.1%	8.0%	3.4%	4.8%	0.0%	100%	2.0%	0.0%
リスク第2層	997	343	228	237	148	29	12	--	148	41
	54.1%	52.6%	54.4%	55.5%	56.1%	46.8%	60.0%	--	98.0%	22.0%
リスク第3層	670	212	157	156	107	30	8	--	--	145
	36.3%	32.5%	37.5%	36.5%	40.5%	48.4%	40.0%	--	--	78.0%
再掲 (重複あり)	糖尿病	179	59	43	40	26	9	2		
		26.7%	27.8%	27.4%	25.6%	24.3%	30.0%	25.0%		
	慢性腎臓病(CKD)	255	94	60	52	40	8	1		
		38.1%	44.3%	38.2%	33.3%	37.4%	26.7%	12.5%		
	3個以上の危険因子	381	99	89	102	64	21	6		
		56.9%	46.7%	56.7%	65.4%	59.8%	70.0%	75.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図 39 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。降圧薬治療者を除いているため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です。

ウ 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」になる頻度が高いと言われています。(図表 40)

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す。図表 41 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

【図表 41】 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,201	1,642	30	2.5	9	0.6	—	—
40歳代	98	94	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	91	149	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	614	925	19	3.1	1	0.1	1.9	0.4
70～74歳	398	474	11	2.8	8	1.7	3.4	1.1

平成 28 年度特定健診の検査結果から集計  
 ※日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率  
 ※日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

【図表 42】 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
39	100	3	7.7	36	92.3

平成 28 年度特定健診の心電図検査で心房細動有所見者の内、レセプト情報で医療機関受診(歯科を除く)が確認できたものを集計

心電図検査において 39 人に心房細動の所見がありました。特に 60 代男性においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかりました。また 39 人のうち 36 人は既に治療が開始されていましたが、3 人は特定健診で心電図検査を受けた事で発見できた受診勧奨が必要な対象者です。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ます、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施の継続は重要と考えます。

### ③保健指導の実施

#### ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいよう心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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も同様に受診勧奨を行います。

#### イ 対象者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者や心房細動有所見者等を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。

#### 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、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

#### 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する中で生活支援等の介護保険サービス利用の必要が発生した場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。特に、亘理町の健康課題から重症化が予測される人に対しては、重症化予防の視点で他職種と連携し自立に向けた支援を実施していきます。

#### ⑥評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で行います。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回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行います。

##### ア 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で評価します。

##### イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の医療費の抑制で評価します。

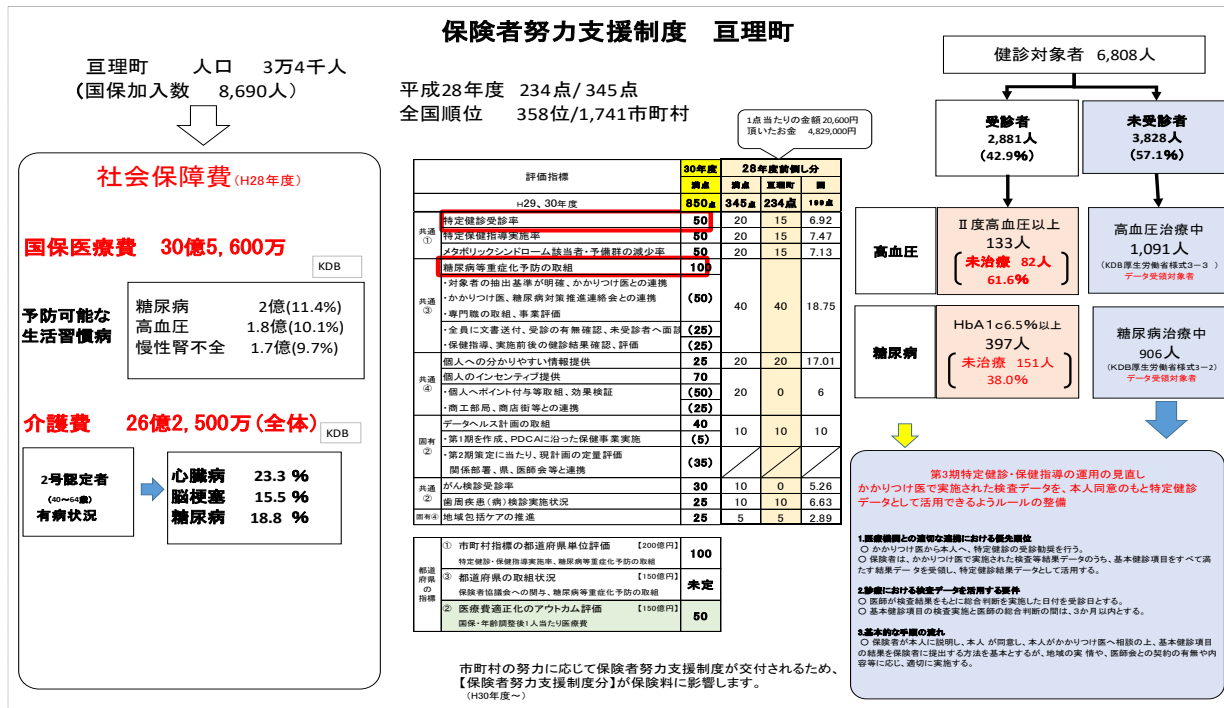
#### ⑦実施期間及びスケジュール

- 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
- 8月～ 特定健診結果が届き次第対象者を把握。順次、対象者へ介入（通年）

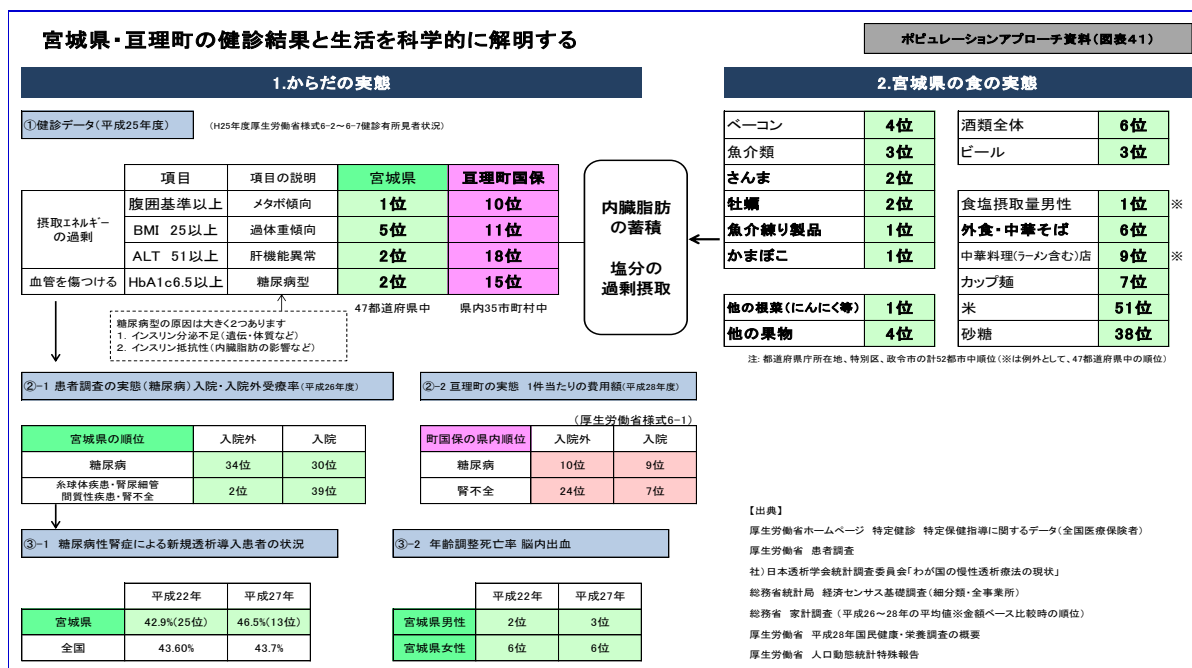
### 3 ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知を図ります。(図表 43・44)

【図表 43】



【図表 44】



## 第5章 地域包括ケアに係る取り組み

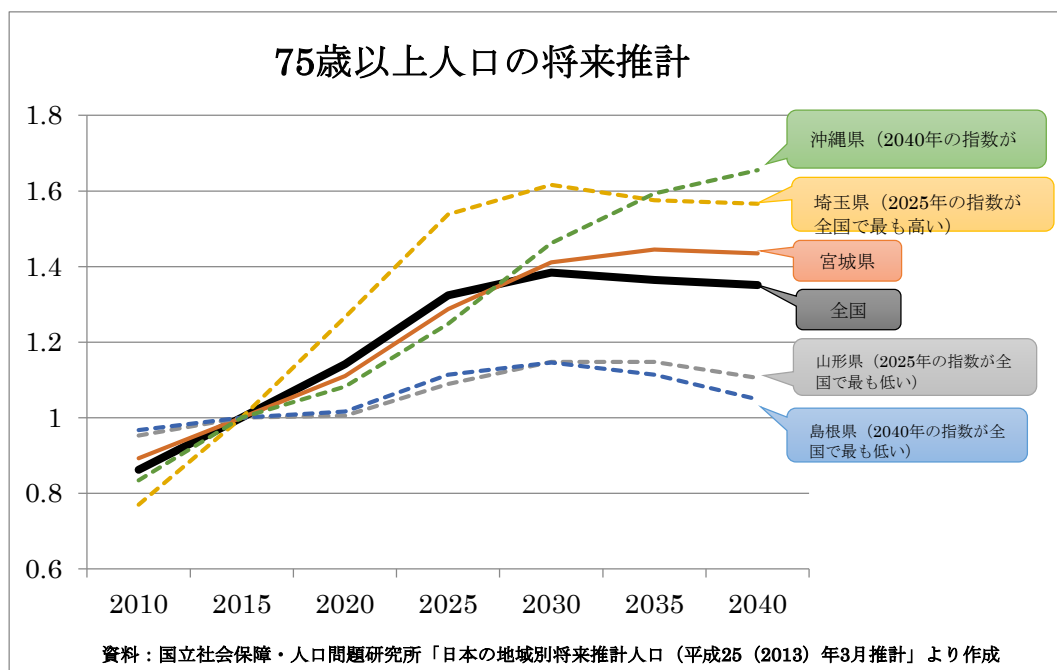
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。要介護になる原因疾患の内、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と考えます。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します。第4章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉える事ができると考えます。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2030年以降、全国平均をやや上回ります。(図表45)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、一人あたりの医療費は、入院・外来ともに年々増加しています。このような状況をかながみれば、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非常に重要です。

【図表 45】



本町では、団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を見据え、地域包括システムの深化と推進を図り、高齢者が生きがいを持って、住み慣れた地域で安全に安心して生活できる地域社会づくりを目指します。

### （第7期亘理町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 施策の展開より抜粋）

#### 1. いきいきとその人らしく暮らすことができるまちづくり

高齢者が生涯を通じた活動や生活ができる地域づくりを推進するとともに、高齢者が自ら培った技術や知識を生かしながら、社会を支える一員として活躍できるよう社会参加や地域貢献等を支援します。

また、健康づくりのための健康診断や各種検診、健康に関する情報提供や相談窓口等の充実を図ります。

#### 2. 亘理町の特성에あわせた地域支援事業の推進

地域包括支援センターを拠点として、関係機関との連携を図りながら地域包括ケアの仕組みづくりと機能の強化に取り組むとともに、地域の日常的な課題等を「我が事」と受け止められるような地域づくりの推進や包括的な支援体制の整備に努めます。特に、生活支援コーディネーターの活動や協議体を通して、地域ニーズや地域資源の把握、多様な関係者間のネットワーク構築等を推進していきます。

また、認知症初期集中支援チームの活動を継続し、認知症の早期診断・早期対応に努めていきます。認知症カフェの開催や認知症サポーターの養成・育成等の活動により、認知症に関する理解を深め、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けられることができる社会」の実現を目指します。

#### 3. 介護保険サービス提供基盤の整備

介護や支援が必要になった時に必要な介護サービスが利用できるよう介護サービスに関する情報を提供するとともに質の高いサービスが確保できるように取り組みます。また、サービスの需要が増加していく状況にあっても、介護保険制度が持続していけるよう介護給付の適正化を図ります。

## 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います。

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ります。

### 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ます（図表46・参考資料11・12）

#### 【図表46】

※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において、健診・医療・介護のデータが収載されることから、受診率・受療率、医療の動向等を確認していきます。

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します。

### 3. データヘルス計画の目標値一覧

【図表 47】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	問題を決するための目標	初期値	中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法	
					H28	H29	H30	H31			H32
特定健診等実施計画	<p>受診率の向上、保健指導率の向上により生活習慣病の発症予防、重症化予防を目的とする</p> <p>虚血性疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費の伸びを抑制する</p>	<p>受診率の向上、保健指導率の向上により生活習慣病の発症予防、重症化予防を目的とする</p>	<p>特定健診受診率60%以上</p> <p>特定保健指導実施率80%</p>	46.70%			60%			60%	特定健診・保健指導法 定期報告
		<p>虚血性疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費の伸びを抑制する</p>	<p>虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費の3%減少</p>	<p>虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費の3%減少</p>	<p>1.5%減</p>						3%減
データヘルス計画	<p>脳血管疾患、虚血性心疾患は、要介護認定者に有病の多い状況があり、慢性腎不全（人工透析）は、長期化することで医療費が高額になる。</p> <p>虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、高血圧、脂質異常、高血糖、メタボリックシンドロームの対象者の減少</p>	<p>がん検診の受診率の向上により、がんの早期発見、早期治療に結びつける</p>	<p>健診受診者の糖尿病者(HbA1c6.5以上、糖尿病治療中7.0%以上)の割合1%減</p>	7.10%			6.60%			6.10%	
			<p>健診受診者の高血圧者(160/100mmHg以上)の割合1%減少</p> <p>健診受診者の高脂血症者(LDLコレステロール180mg/dl)の割合1%減少</p>	<p>4.60%</p> <p>4.10%</p>							3.60%
			<p>健診受診者のがん検診受診率25%減少</p>	920人			805人			690人	
			<p>胃がん検診受診率 前年度より1%増加</p> <p>肺がん検診受診率 前年度より1%増加</p> <p>大腸がん検診受診率 前年度より1%増加</p> <p>子宮頸がん検診受診率 前年度より1%増加</p> <p>乳がん検診受診率 前年度より1%増加</p>	1,390人			1,432人			1,488人	
				1,652人			1,703人			1,771人	
				1,931人			1,988人			2,064人	地域保健・健康増進事業報告
				463人			478人			488人	
				445人			460人			481人	



## 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ます。

具体的な方策としては、ホームページや広報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し、被保険者、保健医療関係者の理解を促進します。

### 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ます。

## 参考資料

- 参考資料 1 平成 30 年度に向けた法定計画等の位置づけ
- 参考資料 2 国・県・同規模町村平均と比べてみた亙理町の状況
- 参考資料 3 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 4 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 6 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 7 評価イメージ 1
- 参考資料 8 評価イメージ 2

【参考資料 2】

国・県・同規模町村平均と比べてみた互理町の状況

項目	H25		H28		県		同規模平均		国		データ元 (CSV)			
	保険者		保険者		県		同規模平均		国					
	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	34,419		34,419		2,314,241		4,840,962		124,852,975			
		65歳以上 (高齢化率)	8,073	23.5	8,073	23.5	519,705	22.5	1,107,232	22.9	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況	
		75歳以上	4,064	11.8	4,064	11.8	264,436	11.4			13,989,864	11.2	KDB_NO.3	
		65~74歳	4,009	11.6	4,009	11.6	255,269	11.0			15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		40~64歳	12,152	35.3	12,152	35.3	783,603	33.9			42,411,922	34.0		
	39歳以下	14,194	41.2	14,194	41.2	1,010,933	43.7			53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	9.4		9.4		5.1		6.2		4.2		KDB_NO.3	
		第2次産業	30.1		30.1		22.6		28.8		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第3次産業	60.5		60.5		72.2		65.0		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.5		79.5		79.7		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.7		86.7		86.4		86.5		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.3		65.3		65.4		65.4		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	67.4		67.4		67.1		66.9		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	107.2		110.8		107.0		98.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	89	48.9	119	55.9	6,540	48.2	13,676	49.0	367,905	49.6		
		心臓病	60	33.0	48	22.5	3,526	26.0	7,410	26.6	196,768	26.5		
		脳疾患	24	13.2	28	13.1	2,391	17.6	4,436	15.9	114,122	15.4		
		糖尿病	1	0.5	5	2.3	251	1.8	538	1.9	13,658	1.8		
		腎不全	5	2.7	6	2.8	408	3.0	920	3.3	24,763	3.3		
		自殺	3	1.6	7	3.3	455	3.4	924	3.3	24,294	3.3		
		合計	44	12.3	39	10.3			2662	11.5		11		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	27		13.1		25		13.5		1843		14.3	
		女性	17		11.3		14		7.3		819		7.3	
		厚労省HP 人口動態調査(H27)											7.6	
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,775	21.4	1,881	23.8	109,644	21.0	214,190	19.5	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	34	0.4	24	0.3	1,922	0.3	3,882	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者	69	0.6	59	0.5	3,143	0.4	5,773	0.4	151,745	0.4	
		② 有病状況	糖尿病	425	23.1	472	23.2	28,341	24.6	50,596	22.6	1,343,240	21.9	
高血圧症			1028	56.3	1111	55.5	61,510	53.8	116,354	52.3	3,085,109	50.5		
脂質異常症			534	28.8	676	33.0	36,246	31.6	62,322	27.8	1,733,323	28.2		
心臓病			1176	63.9	1287	63.8	68,917	60.2	132,584	59.7	3,511,354	57.5		
脳疾患			447	24.7	488	23.7	28,609	25.3	59,279	26.8	1,530,506	25.3		
がん			154	9.1	235	10.6	11,956	10.3	22,271	9.9	629,053	10.1		
筋・骨格			888	48.7	1014	51.2	55,426	48.4	114,209	51.3	3,051,816	49.9		
精神		553	30.3	675	33.7	41,064	35.8	79,819	35.7	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費		1件当たり給付費 (全体)	56,022		56,002		57,798		62,877		58,349			
		在宅サービス	37,772		36,484		38,565		40,725		39,683			
		施設サービス	273,690		269,485		280,017		277,662		281,115			
④ 医療費等		要介護認定別 医療費 (40歳以上)	認定あり	6,518	6,674	6,993	8,363	7,980						
	認定なし	3,328	3,430	3,495	3,835	3,822								
4	① 国保の状況	被保険者数	9,333		8,690		549,807		1,197,997		32,587,223			
		65~74歳	3,469	37.2	3,896	44.8	217,432	39.5			12,462,053	38.2		
		40~64歳	3,454	37.0	2,812	32.4	185,181	33.7			10,946,693	33.6		
		39歳以下	2,410	25.8	1,982	22.8	147,194	26.8			9,178,477	28.2		
	加入率	27.1		25.2		23.8		25.1		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	142	0.3	296	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	24	2.6	26	3.0	1,626	3.0	2,970	2.5	96,727	3.0		
		病床数	0	0.0	0	0.0	25,265	46.0	53,431	44.6	1,524,378	46.8		
		医師数	24	2.6	24	2.8	5,407	9.8	8,940	7.5	299,792	9.2		
		外来患者数	739.1		789.9		707.9		692.6		668.3			
	入院患者数	19.7		20.3		18.7		19.6		18.2				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	24,688	県内9位 同規模56位	28,625	県内7位 同規模28位	25,259	25,607	24,253					
		受診率	758.75		810.162		726.598		712.277		686.501			
		外 費用の割合	61.0		63.0		61.6		59.2		60.1			
		来 件数の割合	97.4		97.5		97.4		97.2		97.4			
入 費用の割合		39.0		37.0		38.4		40.8		39.9				
院 件数の割合		2.6		2.5		2.6		2.8		2.6				
1件あたり入院日数	16.0日		16.4日		15.4日		15.8日		15.6日					
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源疾患 名 (調剤含む)	新生物	18.6		27.1		25.5		25.1		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)	9.4		9.7		11.4		9.3		9.7				
	糖尿病	11.6		11.4		10.7		10.1		9.7				
	高血圧症	14.3		10.1		9.6		8.8		8.6				
	精神	16.0		15.3		15.5		16.6		16.9				
筋・骨疾患	13.9		13.7		13.6		15.5		15.2					



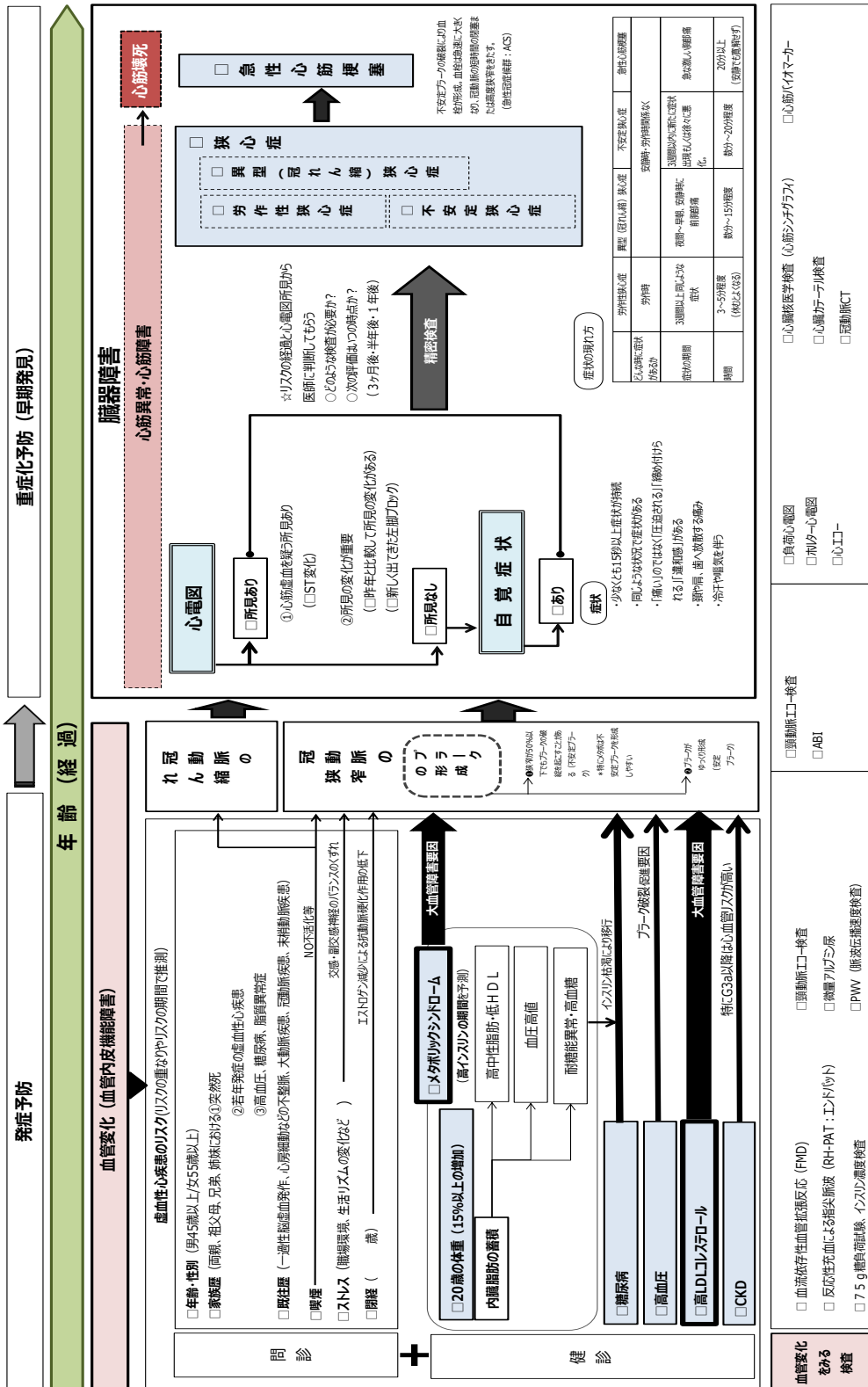


【参考資料4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

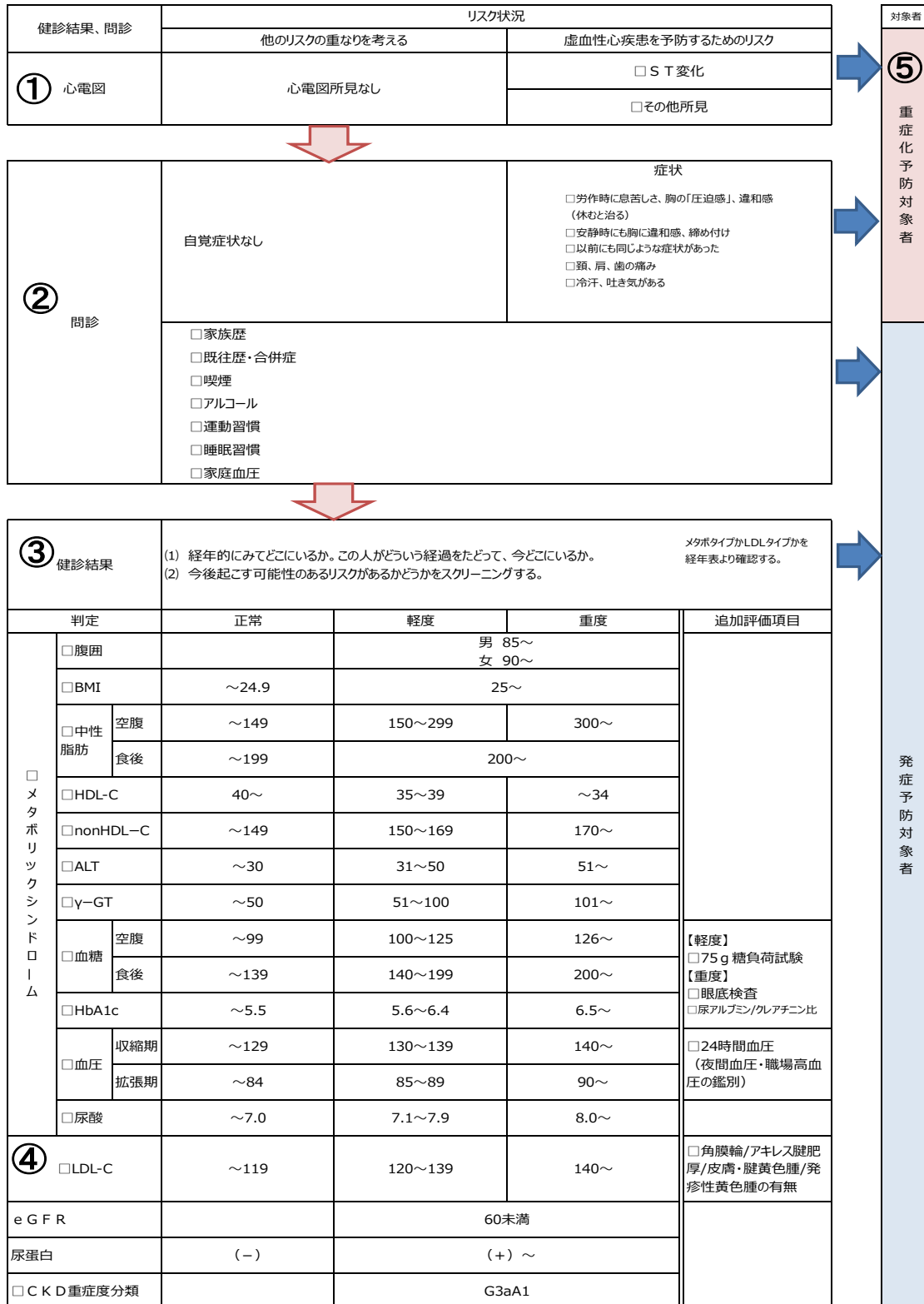
項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	9,101人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	A	6,978人									
2	① 特定健診 対象者数	B	6,978人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	② 受診者数	C	2,881人									
	③ 受診率	C	41.3%									
3	① 特定保健指導 対象者数		334人									
	② 実施率		66.2%									
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	397人	13.8%						特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	151人	38.0%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	246人	62.0%							
		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	88人	35.8%							
				⑤ 血圧 130/80以上	51人	58.0%						
		⑥ 肥満 BMI25以上		44人	50.0%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	158人	64.2%							
				⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	370人	93.2%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	17人	4.3%								
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	7人	1.8%								
		⑪ 第4期 eGFR30未満	3人	0.8%								
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		128.7人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		165.1人								
		③ レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者対	入院外(件数)	6,251件	(931.9)			4,309件	(785.4)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
				④ 入院(件数)	23件	(3.4)			28件	(5.1)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,171人	12.9%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		1,152人	16.5%							
		⑦ 健診未受診者	I	906人	78.6%							
		⑧ インスリン治療	O	120人	10.2%							
				⑨ (再掲)40-74歳	113人	9.8%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	99人	8.5%							
				⑪ (再掲)40-74歳	94人	8.2%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		12人	1.02%							
		⑬ (再掲)40-74歳		12人	1.04%							
		⑭ 新規透析患者数										
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症										
		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)		1,103人	2.3%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	医療費	① 総医療費		30億5579万円				23億0569万円		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)	17億5502万円		57.4%		13億0173万円			56.5%	
				④ 生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	5,911円		7,296円				
			健診未受診者	34,895円		34,143円						
		⑤ 糖尿病医療費		2億0013万円		1億3163万円						
		⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.4%		10.1%						
		⑦ 糖尿病入院外総医療費	1件あたり	6億0588万円		36,411円						
				⑧ 糖尿病入院総医療費	2億9989万円		603,406円					
		⑨ 1件あたり	16日									
		⑩ 慢性腎不全医療費	透析有り	1億8095万円		1億2887万円						
				⑪ 透析有り	1億7093万円		1億2093万円					
				⑫ 透析なし	1002万円		794万円					
		⑬ 介護給付費		26億2531万円		19億6966万円						
		⑭ (2号認定者)糖尿病合併症		7件	24.1%							
		7	① 介護									
8	① 死亡		5人	1.5%			3人	1.2%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料5】

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) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



課題・目標	①プロセス (やってきた実践経過)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>目標</p> <p>○特定健診受診率 目標受診率 60%</p> <p>○特定保健指導実施率 目標実施率 60%以上</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・腎機能)</p> <p>全体</p> <p>○PDCAサイクルに基づいて、 計画実施をする。</p> <p>受診率向上対策</p> <p>○受診率が低い</p> <p>○受診勧奨の対象者、周知方法の 検討。</p> <p>○郵配医師との連携</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用を検討</p> <p>○訪問体制の整備 (特定保健指導や母子保健事業と 平行して実施していくためのマ ンパワーの整備)</p> <p>医療との連携</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 未受診者対策として、集回健診 開始時の繰り上げ、個別健診期間の延長など実施して きた。地区の集まりや広報等で健診の周知を実施して きているが、受診率の大きな向上に結びついていない。 ↓ 受診率向上の取組は実施していたが、効果的な方法と はならなかった。治療者の未受診者が多いことから、 未受診者対策の対象者、医療機関との協力をどのよう に始めていくか検討が必要。また、引き続き各説明会 等で、健診受診の周知を継続していく。</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防対策</p> <p>重症化予防対策として、未治療者を優先に保健指導を 実施してきた。糖尿病管理台帳を作成した中で、治療 中のコントロール不良者に、保健指導を実施している。 対象者には治療中断者や、服薬管理が不十分な事例も ある。限られたマンパワーの中で、効果的な対象者の 抽出、保健指導の標準化、保健師、栄養士との連携、 現在は事業実施量が主な評価となっているが、健診結 果の変化等の効果をどのように評価指標としていくか 検討していく。また住民にも重症化予防の必要性を 理解してもらおうようなポピュレーションアプローチを 実施していく。</p> <p>医療との連携</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○ポピュレーションア プローチの実施状況</p> <p>○未受診者への周知実施 状況</p> <p>○医療機関との協議状況</p> <p>糖尿病性腎症重症化 予防対策</p> <p>○保健指導の実施状況</p> <p>○ポピュレーションア プローチの実施状況</p> <p>医療との連携</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 目標達成状況</p> <p>○新規受診者状況</p> <p>○継続受診者状況</p> <p>○生活習慣病治療者の 受診状況</p> <p>糖尿病性腎症重症化 予防対策</p> <p>○保健指導実施者の翌 年の健診結果状況</p> <p>○保健指導後の受診状 況(服薬・検査)</p> <p>○健診結果の高度割合 の減少</p> <p>○重症化予防対象者数</p> <p>医療との連携</p>	<p>地区担当初年度実施している が、母子保健事業等とも並行 して事業を実施していること から、地域住民の状況に合わ せた、地区分担や事業分担を 職員数にあわせて検討をして いく。</p> <p>○重症化予防を実施していく 上で、栄養士の役割は重要で あり、対象者数等の推移を見 ながら、人材確保も検討が必 要。</p> <p>○医師会、医療機関との連携</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防対策</p> <p>○管理台帳の整備と、進捗管理。 ○保健指導後の評価体制検討。 (個人の評価、全体の評価、マン パワーの調整)</p> <p>○保健指導方法の共有化。</p> <p>医療との連携</p> <p>○事例をとおして、個々の医療機 関から保健指導への理解を得てい く必要がある。</p> <p>○特定健診、保健指導事業等の事 業全体の実態を医師会と共有しな がら、事業の理解、協力をもちめ ていく。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○連携様式を利用した事 例件数</p> <p>○連携体制作りに向けた アプローチ状況</p> <p>医療との連携</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防プログ ラムは作成したが、個々の医療機 関との連携は進んでいない現状が ある。</p> <p>○受診率向上対策、糖尿病性腎症 重症化予防事業の中で、各医療機 関との連携を深めていく。</p>

平成 29 年度課題	評価	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p><b>目 標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 目標受診率 50%</li> <li>○特定保健指導実施率 目標実施率 60%以上</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・腎機能)</li> </ul> <p><b>全 体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○PDCAサイクルに基づいて計画を実施する。</li> <li>○受診率が低い</li> <li>○健診の周知方法の検討。</li> <li>○郡医師会との連携</li> </ul> <p><b>糖尿病性腎症重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問体制の整備。継続訪問が出来ていない。</li> <li>○治療中でメタボリックシンドローム該当者、予備部該当者の保健指導が出来ていない。</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○郡医師会と連名で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムは作成した。個々の医療機関との連携をしていく必要がある。</li> </ul>	<p><b>①プロセス</b> (課題を踏まえ実践経過の振り返り)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○取組 集団健診開始時間を30分繰り上げた。広報誌以外にメール配信で健診の実施の案内をした。</li> </ul> <p><b>糖尿病性腎症重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○臨時栄養士が担当している訪問台帳の作成し、栄養士自身が継続訪問の管理しやすい体制を試みた。</li> <li>○事例検討会の実施。保健師、栄養士と合同の事例検討会を実施。事例の共有、それぞれの役割を確認する機会となった。</li> <li>○ポブレセッションアプローチとして、メタボリックシンドロームについて医師の講演会を実施。</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病治療、未治療者や糖尿病連携手帳を持っていない者に、手帳を配布し、保健指導の状況を医師に伝えた。</li> <li>○プログラムの様式を用いて、医療機関に相談をした。医師から事例の連絡があった。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○集団健診17日間 受付時間を午前9時から午前8時30分に繰り上げて実施。</li> <li>○メール配信 予防メール登録者〇〇人に、〇回メール配信。</li> </ul> <p><b>糖尿病性腎症重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○栄養士の継続訪問数 〇〇件</li> <li>○事例検討会の開催 10回</li> <li>○講演会参加者 100名</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病連携手帳配布数 〇〇冊</li> <li>○相談件数 〇〇件</li> <li>○連絡件数 〇〇件</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 %</li> <li>○シルバー健診受診者数 HD8 〇〇人 HD9 〇〇人</li> </ul> <p><b>糖尿病性腎症重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健康診査結果 HbA1c8.0%以上の者の人数 HD8年度 〇〇人 HD9年度 〇〇人</li> <li>○メタボリックシンドローム基準該当者の人数 HD8年度 〇〇人 HD9年度 〇〇人</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○プログラムの様式を用いて医療と連携している 〇〇名すべてに、保健師、栄養士が保健指導を実施。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○受付時間を早めたことで、会場の混雑が緩和されて待ち時間が少なく健診を実施出来た。</li> </ul> <p><b>糖尿病性腎症重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○栄養士と保健師の事例検討会を実施して、課題の共有を行った。</li> <li>○講演会は各地域から参加しやすい会場で実施した。</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○町内の医療機関を訪問して、プログラムの説明を各医師に行った。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○シルバー健診の受診者数が増えたことは、健診の体制を改善したことで受けやすい環境になっていると考えられるが、特定健診の対象者には違うアプローチ方法の検討が必要。</li> <li>○治療者の未受診者が多いことから、未受診者対策の対象者、医療機関との協力をどのように勤めていくか検討が必要。また、引き続き各説明会等で、健診受診の周知を継続していく。</li> </ul> <p><b>糖尿病性腎症重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○インスリン注射治療中の者で、血糖コントロール不良者に対するの保健指導、栄養指導の標準化が課題。医療との連携も重要。</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○プログラムを理解し、連携がスムーズに行える医療機関もあるが、プログラムの周知が不十分な医療機関もある。事例をとおして、個々の医療機関から保健指導への理解を得ていく必要がある。</li> </ul>



亘理町国民健康保険  
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月

亘理町健康推進課

〒989-2393 亘理町字下小路7番地4

電話：0223-34-0524 FAX:0223-34-7341

E-mail:kenkou21@town.watari.miyagi.jp