

羽咋市国民健康保険  
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

羽 咋 市

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付け	
3 計画期間	
4 実施体制と関係者との連携等	
5 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1 保険者の特性	
2 第1期計画に係る評価及び考察	
3 第2期計画における健康課題の明確化	
3 計画の目標の設定	
第3章 保健事業の内容	28
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1 糖尿病性腎症重症化予防	
2 虚血性心疾患重症化予防	
3 脳血管疾患重症化予防	
III その他	
IV ポピュレーションアプローチ	
第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	55
1 第三期特定健診等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 特定健診の実施	
5 特定保健指導の実施	
6 個人情報保護	
7 結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第 5 章	地域包括ケアに係る取組	61
第 6 章	計画の評価・見直し	62
第 7 章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	63

## 第1章

# 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。

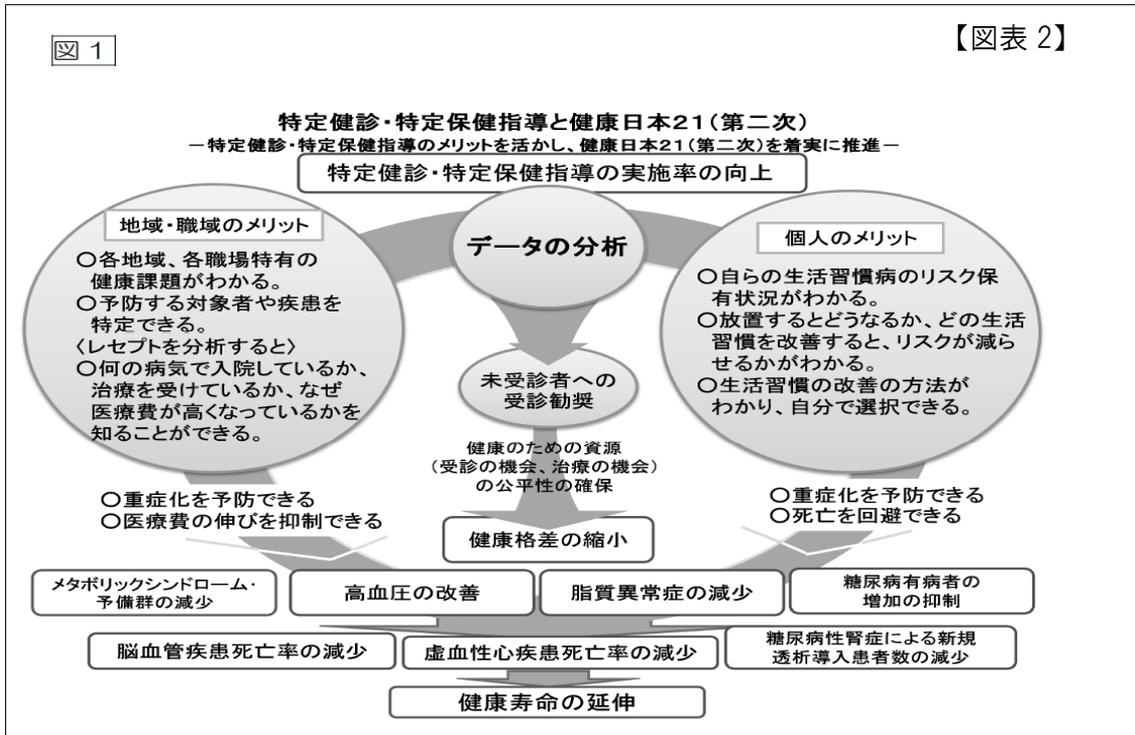
こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

## 2 計画の位置付け

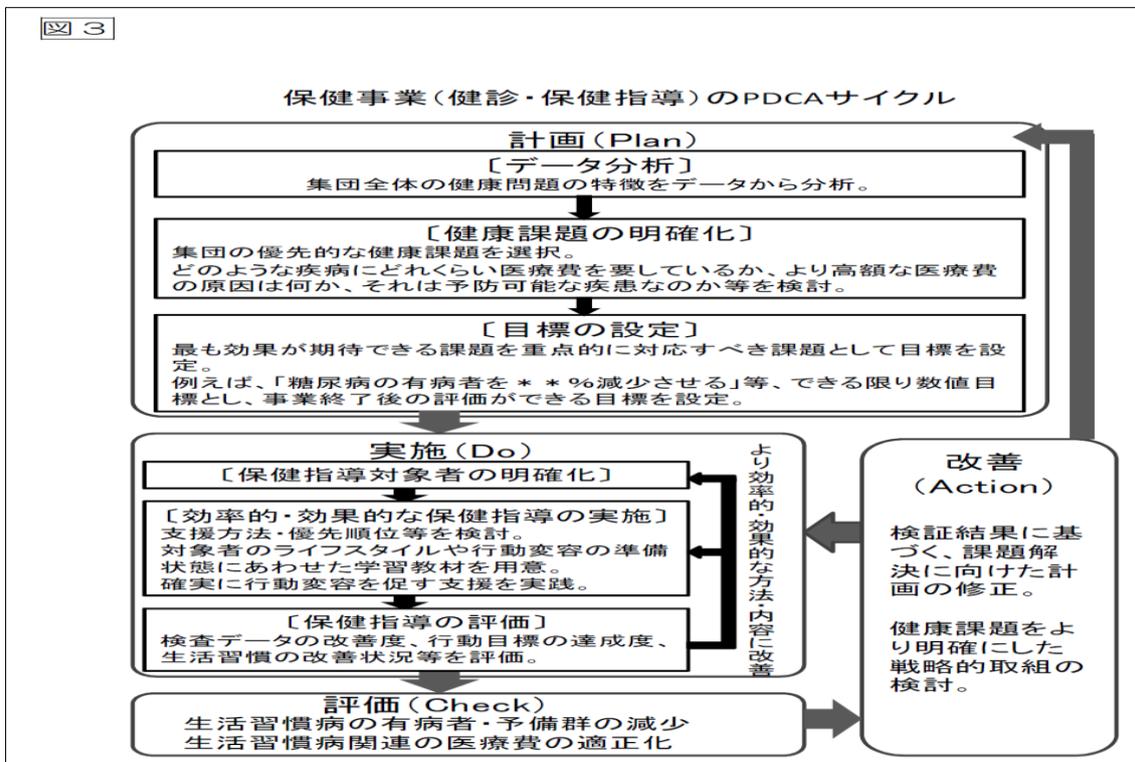
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。





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、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 実施体制と関係者との連携等

(1) 実施体制

計画は、市民窓口課が主体となり策定する。

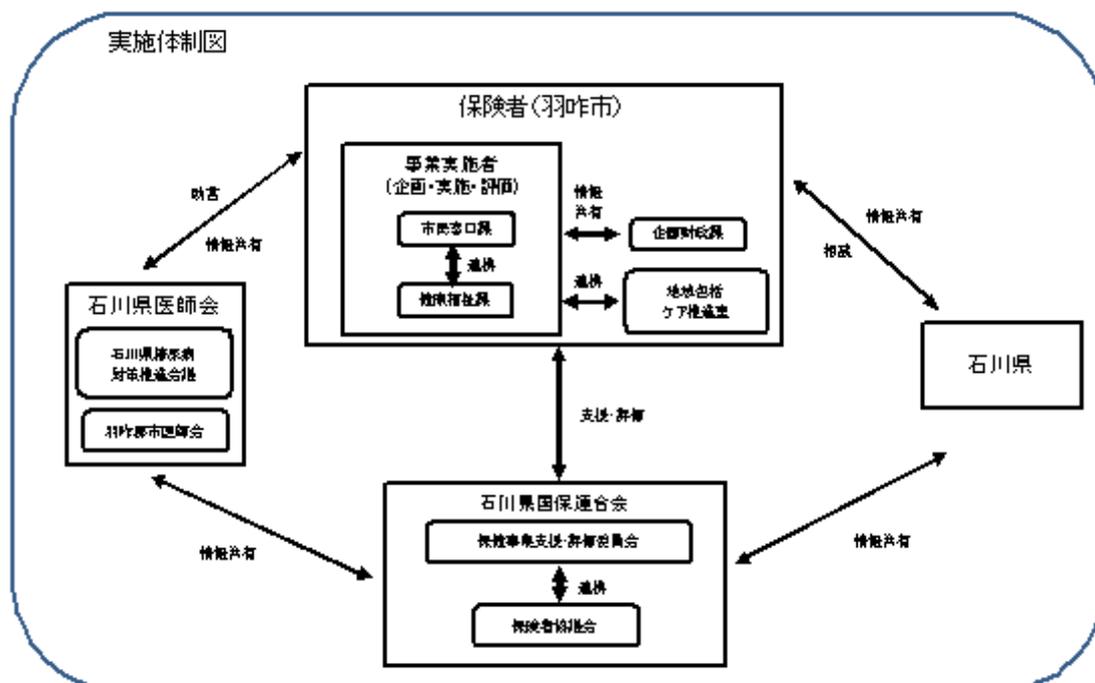
ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている健康福祉課の保健師・管理栄養士等の専門職と連携し計画策定を進めていく。

また、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている高齢者医療部局（市民窓口課）、介護保険部局（地域包括ケア推進室）企画部局（企画財政課）、生活保護部局（健康福祉課）とも十分連携する。

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

【図表4】

羽咋市の実施体制図



## 第1章

### (2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となることから、国保運営協議会や既存の保健医療関係者等委員会、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・評価委員会等を活用していく。

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、計画策定の段階から都道府県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を図る。

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

### (3) 被保険者の役割

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

## 5 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

## 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		232 (345)	371 (580)	538 (850)	850
交付額(万円)		297	493	986	
共通 ①	特定健診受診率	15	15	25	50
	特定保健指導実施率	20	20	30	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
	データヘルス計画策定状況	0	30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	0	0	70
	個人インセンティブ提供	0	15	25	25
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	0	10	15	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	25	50	75	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	9	13	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	27	34	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	/	/	36	50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章

### 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 保険者の特性

羽咋市の人口は22,238人（平成28年度末）。年々減少傾向である。

平成27年国勢調査における年齢3区分別人口の状況は、15歳未満の年少人口が10.6%(2,272人)、15歳から64歳の生産年齢人口が52.7%(11,340人)、65歳以上の老年人口が36.8%(7,922人)であり、年々、年少人口及び生産年齢人口は減少し、老年人口は増加しており、少子・高齢化が顕著となっている。

産業構成をみると平成27年国勢調査における産業分類別就業者人口は、農林漁業等に従事する第1次産業就業者人口は601人(5.9%)、鉱業・建設業、製造業等に従事する第2次産業就業者人口は3,260人(32.2%)、卸売業、小売業やサービス業等に従事する第3次産業就業者人口は6,282人(61.9%)となっている。

国保の加入率は23.5%であるが、高齢化により後期高齢者医療制度に移行する人が多く減少傾向にある。

【図表6】

#### 年齢3区分別人口

	年少年齢人口		生産年齢人口		老年人口	
	(0～14歳)		(15～64歳)		(65歳以上)	
平成22年	2,674人	11.6%	13,228人	57.5%	7,101人	30.9%
平成27年	2,272人	10.6%	11,340人	52.7%	7,922人	36.8%

#### 産業構成

	第1次産業		第2次産業		第3次産業	
平成22年	597人	5.6%	3,482人	32.6%	6,614人	61.8%
平成27年	601人	5.9%	3,260人	32.2%	6,282人	61.9%

#### 国保加入率

	平成25年		平成28年	
被保険者数	6,011人		5,390人	
65～74歳	2,824人	47.0%	2,872人	53.3%
40～64歳	2,106人	35.0%	1,689人	31.3%
39歳以下	1,081人	18.0%	829人	15.4%
加入率	26.2%		23.5%	

国・県・同規模平均と比べてみた羽咋市の位置

【図表 6-1】

項目			平成25年度		平成28年度		平成28年度						データ元 (CSV)	
			羽咋市		羽咋市		同規模平均		県		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	22,939		22,939		9,030,767		1,149,040		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	7,098	30.9	7,098	30.9	2,626,654	29.1	274,533	23.9	29,020,766	23.2		
		75歳以上	3,730	16.3	3,730	16.3			139,678	12.2	13,989,864	11.2		
		65～74歳	3,368	14.7	3,368	14.7			134,855	11.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳	8,046	35.1	8,046	35.1			387,206	33.7	42,411,922	34.0		
		39歳以下	7,795	34.0	7,795	34.0			487,301	42.4	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	5.6		5.6		11.4		3.3		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
		第2次産業	32.6		32.6		27.5		28.7		25.2			
		第3次産業	61.9		61.9		61.1		68.0		70.6			
	③ 平均寿命	男性	80.0		80.0		79.2		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.0		87.0		86.4		86.8		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.9		65.9		65.1		65.2		65.2		地域全体像の把握		
	女性	67.1		67.1		66.8		66.9		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	95.7		98.1		104.8		98.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	94.9		96.2		101.5		95.4		100		
		死因	がん	96	51.9	75	46.6	32,164	46.4	3,535	50.1	367,905	49.6	
			心臓病	42	22.7	43	26.7	19,517	28.2	1,855	26.3	196,768	26.5	
			脳疾患	37	20.0	33	20.5	11,781	17.0	1,190	16.9	114,122	15.4	
			糖尿病	2	1.1	2	1.2	1,340	1.9	113	1.6	13,658	1.8	
			腎不全	3	1.6	6	3.7	2,559	3.7	187	2.6	24,763	3.3	
	自殺	5	2.7	2	1.2	1,902	2.7	180	2.5	24,294	3.3			
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計											厚労省IP 人口動態調査	
		男性												
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		1,473	20.5	1,589	22.2	539,696	20.5	58,479	21.3	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者		28	0.3	25	0.3	8,952	0.3	902	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者		26	0.4	21	0.3	11,164	0.4	1,117	0.3	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病		403	27.7	395	24.8	125,636	22.3	16,629	27.4	1,350,152	22.1	
		高血圧症		751	51.0	817	51.9	306,174	54.6	32,256	53.2	3,101,200	50.9	
		脂質異常症		349	23.4	384	24.1	159,862	28.4	17,904	29.5	1,741,866	28.4	
		心臓病		899	61.3	958	60.5	349,548	62.5	38,213	63.2	3,529,682	58.0	
		脳疾患		411	29.2	401	25.7	154,945	27.9	17,552	29.4	1,538,683	25.5	
		がん		155	10.4	190	11.7	58,440	10.3	6,819	11.1	631,950	10.3	
		筋・骨格		738	48.4	807	49.7	303,462	54.1	32,045	53.0	3,067,196	50.3	
	精神		546	35.7	598	37.3	213,558	37.8	25,011	41.2	2,154,214	35.2		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		71,907		67,613		66,717		67,606		58,284		
		居宅サービス		46,930		46,298		41,744		43,494		39,662		
施設サービス		274,059		269,128		278,164		277,404		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	9,782		9,354		8,281		8,949		7,980			
		認定なし	4,606		4,678		4,037		4,393		3,816			

第2章

国・県・同規模平均と比べてみた羽咋市の位置

【図表6-2】

項目		平成25年度		平成28年度		平成28年度						データ元 (CSV)		
		羽咋市		羽咋市		同規模平均		県		国				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
①	国保の状況	被保険者数		6,011		5,390		2,264,375		251,804		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳		2,824 47.0		2,872 53.3				117,200 46.5		12,461,613 38.2		
		40～64歳		2,106 35.0		1,689 31.3				78,632 31.2		10,946,712 33.6		
		39歳以下		1,081 18.0		829 15.4				55,972 22.2		9,179,541 28.2		
加入率		26.2		23.5		25.1		21.9		26.9				
②	医療の概況 (人口千対)	病院数		1 0.2		1 0.2		833 0.4		97 0.4		8,255 0.3		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
		診療所数		21 3.5		22 4.1		6,529 2.9		874 3.5		96,727 3.0		
		病床数		190 31.6		174 32.3		135,296 59.7		18,468 73.3		1,524,378 46.8		
		医師数		40 6.7		40 7.4		16,982 7.5		3,303 13.1		299,792 9.2		
		外来患者数		658.0		678.3		698.5		689.8		668.1		
		入院患者数		27.2		25.7		23.6		25.3		18.2		
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		30,040		29,568		27,772		29,225		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
		受診率		685,264		703,965		722,103		715,09		686,286		
		外来費用の割合		52.2		55.0		56.9		54.7		60.1		
		外来件数の割合		96.0		96.4		96.7		96.5		97.4		
		入院費用の割合		47.8		45.0		43.1		45.3		39.9		
		入院件数の割合		4.0		3.6		3.3		3.5		2.6		
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん		357,813,410 26.5		314,517,340 27.8		23.9		27.1		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
		慢性腎不全(透析あり)		108,450,330 8.0		66,882,890 5.9		9.1		7.4		9.7		
		糖尿病		131,871,300 9.7		140,075,930 12.4		9.9		9.4		9.7		
		高血圧症		128,940,630 9.5		92,175,230 8.1		8.9		7.4		8.6		
		精神		249,763,880 18.5		192,071,780 17.0		19.6		19.4		16.9		
		筋・骨格		156,170,870 11.5		179,872,760 15.9		15.2		14.7		15.2		
⑤	費用額 (1件あたり)	入院		555,719 13位 (19)		549,564 17位 (19)								KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
		糖尿病		611,095 3位 (19)		558,741 15位 (15)								
		高血圧		519,975 15位 (17)		499,691 18位 (16)								
		脂質異常症		651,695 5位 (19)		590,002 15位 (18)								
		脳血管疾患		616,373 10位 (17)		514,357 17位 (16)								
		心疾患		756,553 8位 (20)		801,386 6位 (21)								
		腎不全		455,952 9位 (26)		443,867 13位 (25)								
	県内順位 順位総数20	精神		753,086 2位 (15)		716,756 3位 (15)								
		悪性新生物		40,373 5位		41,385 6位								
		糖尿病		33,143 4位		33,341 5位								
		高血圧		32,419 4位		30,516 4位								
		脂質異常症		41,893 9位		46,712 5位								
		脳血管疾患		52,911 3位		47,698 8位								
		心疾患		172,209 13位		148,073 16位								
入院の( )内 は入院日数	精神		35,937 5位		36,199 5位									
	腎不全		60,835 5位		65,945 9位									
	悪性新生物													
	外来													
	糖尿病													
	高血圧													
	脂質異常症													
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者		4,826		4,144		2,895		3,047		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
		一人当たり健診受診者		11,887		12,334		12,883		14,637		12,339		
		生活習慣病対象者		13,668		11,902		7,709		8,280		6,742		
		一人当たり健診未受診者		33,667		35,428		34,303		39,776		35,459		
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者		1,064 51.8		1,067 50.6		359,875 55.6		43,258 52.9		4,427,360 56.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		医療機関受診率		997 48.5		993 47.1		331,214 51.2		40,528 49.6		4,069,618 51.5		
		医療機関非受診率		67 3.3		74 3.5		28,661 4.4		2,730 3.3		357,742 4.5		

国・県・同規模平均と比べてみた羽咋市の位置

【図表 6-3】

項目	平成25年度		平成28年度		平成28年度						データ元 (CSV)				
	羽咋市		羽咋市		同規模平均		県		国						
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
5	特定健診の 状況	健診受診者	2,056		2,109		647,170		81,750		7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		受診率	44.5	県内13位 同規模58位	49.6	県内12位 同規模39位	39.8		45.1	全国4位	36.4				
		特定保健指導終了者(実施率)	162	64.5	193	81.8	29,629	38.1	4,732	56.2	198,683	21.1			
		非肥満高血糖	204	9.9	263	12.5	68,180	10.5	8,410	10.3	737,886	9.3			
		メタボ	該当者	415	20.2	426	20.2	115,126	17.8	15,889	19.4	1,365,855		17.3	
			男性	261	30.0	275	30.9	78,359	27.4	10,358	30.7	940,335		27.5	
			女性	154	13.0	151	12.4	36,767	10.2	5,531	11.5	425,520		9.5	
			予備群	213	10.4	196	9.3	69,101	10.7	8,338	10.2	847,733		10.7	
		県内順位 順位総数20	メタボ該当・予備群レベル	男性	143	16.5	125	14.1	47,257	16.5	5,579	16.5		588,308	17.2
				女性	70	5.9	71	5.8	21,844	6.0	2,759	5.7		259,425	5.8
	総数			705	34.3	695	33.0	205,718	31.8	26,831	32.8	2,490,581		31.5	
	腹囲		男性	455	52.4	440	49.5	139,882	48.9	17,588	52.1	1,714,251		50.2	
			女性	250	21.1	255	20.9	65,836	18.2	9,243	19.3	776,330		17.3	
	BMI		総数	105	5.1	104	4.9	33,976	5.2	3,597	4.4	372,685		4.7	
			男性	11	1.3	20	2.2	5,403	1.9	472	1.4	59,615		1.7	
			女性	94	7.9	84	6.9	28,573	7.9	3,125	6.5	313,070		7.0	
	血糖のみ		13	0.6	12	0.6	4,666	0.7	524	0.6	52,296	0.7			
	血圧のみ	137	6.7	123	5.8	48,120	7.4	5,477	6.7	587,214	7.4				
	脂質のみ	63	3.1	61	2.9	16,315	2.5	2,337	2.9	208,214	2.6				
血糖・血圧	47	2.3	57	2.7	19,030	2.9	2,013	2.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	23	1.1	29	1.4	6,579	1.0	956	1.2	75,032	0.9					
血圧・脂質	219	10.7	196	9.3	53,745	8.3	7,789	9.5	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	126	6.1	144	6.8	35,772	5.5	5,131	6.3	415,310	5.3					
6	服薬	高血圧	744	36.2	794	37.6	229,611	35.5	31,061	38.0	2,650,283	33.6			
		糖尿病	166	8.1	189	9.0	53,445	8.3	7,672	9.4	589,711	7.5			
		脂質異常症	537	26.2	594	28.2	154,568	23.9	23,944	29.3	1,861,221	23.6			
	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	68	3.3	69	3.4	20,399	3.3	3,026	4.0	246,252	3.3			
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	118	5.8	132	6.6	35,833	5.8	5,797	7.6	417,378	5.5			
		腎不全	7	0.3	6	0.3	3,288	0.5	305	0.4	39,184	0.5			
		貧血	295	14.9	299	14.9	56,999	9.2	10,745	13.7	761,573	10.2			
	喫煙	260	12.7	263	12.5	87,621	13.5	10,727	13.1	1,122,649	14.2				
	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	127	6.4	114	5.7	38,837	6.9	5,024	7.5	585,344	8.7			
		週3回以上食後間食	289	14.6	231	11.5	68,351	12.0	10,553	15.8	803,966	11.9			
		週3回以上就寝前夕食	368	18.6	366	18.3	82,506	14.5	11,722	17.6	1,054,516	15.5			
		食べる速度が速い	492	24.8	493	24.6	151,438	26.6	18,547	28.0	1,755,597	26.0			
		20歳時体重から10kg以上増加	595	30.1	605	30.2	176,120	31.1	20,314	30.8	2,192,264	32.1			
		1回30分以上運動習慣なし	1,127	57.0	1,177	58.7	355,238	62.0	39,283	58.9	4,026,105	58.8			
1日1時間以上運動なし		882	44.6	1,023	51.0	258,590	45.1	30,749	42.6	3,209,187	47.0				
睡眠不足		386	19.7	434	21.7	139,179	24.3	14,767	22.5	1,698,104	25.1				
毎日飲酒		459	22.5	455	22.7	155,329	25.3	19,565	26.5	1,886,293	25.6				
時々飲酒		399	19.6	384	19.1	124,825	20.3	14,054	19.0	1,628,466	22.1				
一日飲酒量	1合未満	799	65.4	765	65.1	257,268	63.8	27,326	61.4	3,333,836	64.0				
	1~2合	309	25.3	294	25.0	97,734	24.3	11,692	26.3	1,245,341	23.9				
	2~3合	91	7.5	97	8.2	37,372	9.3	4,287	9.6	486,491	9.3				
	3合以上	22	1.8	20	1.7	10,629	2.6	1,164	2.6	142,733	2.7				

## 第2章

### 2 第1期計画に係る評価及び考察

#### (1) 健康状況

##### ア 死亡の状況

平均寿命は男女共に平成12年・22年県・国平均と同等であり、平成12年・22年と比較すると男性では2.1歳、女性では1.9歳平均寿命が延びている。

65歳未満死亡割合は、男性は平成12年県平均を3.3%上回っていたが、平成27年には同数である。女性は平成12年県平均より1.5%下回っていたが、平成27年には同数となった。

石川県年齢調整死亡率のうち、平成27年全国と比較し、本県が高いのは脳血管疾患(女性)、胃がん(女性)、肺がん(男性)、子宮がんである。

【図表7】

平均寿命と65歳未満死亡割合

性別	平均寿命(歳)				65歳未満死亡割合(%)			
	男性		女性		男性		女性	
	平成12年	平成22年	平成12年	平成22年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
石川県	78.0	79.7	85.2	86.8	22.3	13.1	13.3	6.2
全国値	77.7	79.6	84.6	86.4	26.3	14.3	14.9	7.6
順位	16位	18位	10位	11位	33位	27位	22位	33位
羽咋市	77.9	80.0	85.1	87.0	25.6	13.1	11.8	6.2

資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表(厚生労働省)、衛生統計年報(石川県)

【図表8】

石川県年齢調整死亡率

	年齢調整死亡率※	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患(COPD)		糖尿病	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	42位	26位	32位
女性	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位	47位	33位	5位	38位	26位	38位

	年齢調整死亡率※	胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		平成12年	平成27年								
男性	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8	/		/	
	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位	28位	40位				
女性	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	5位	38位	15位	27位	29位	16位	27位	35位	8位

## イ 介護の状況

平成24年度から平成28年度の4年間で介護給付費が2億2,500万円増額し、同規模平均と比較しても1件あたりの給付費が896円万高額である。

要介護認定者の有病状況では糖尿病、脳卒中、認知症の順が多い。また、全体の92.9%が血管疾患によるものである。

## 介護給付費の変化

【図表9】

年度	羽咋市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	一件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	一件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H24年度	208,973	71,859	46,048	271,050	67,832	41,449	283,934
H28年度	231,555	67,613	46,298	269,128	66,717	41,744	278,164

【図表10】

## 要介護認定率と要介護認定者の有病状況

		2号			
		40～64歳			
		平成25年度		平成28年度	
認定数(人)		26人		21人	
認定率(%)		0.4%		0.3%	
新規認定者数		5人		3人	
	要支援1・2	12	45.0%	12	57.1%
	要介護1・2	8	33.6%	6	28.6%
	要介護3～5	6	21.3%	3	14.3%
有病状況	件数	33		26	
血管疾患	脳卒中	11	52.4%	6	42.9%
	虚血性心疾患	4	19.0%	3	21.4%
	腎不全	2	9.5%	1	7.1%
	糖尿病	12	57.1%	9	64.3%
	血管疾患合計	18	85.7%	13	92.9%
	認知症	1	4.8%	4	28.6%

資料 KDB2次加工ツール

## 第2章

### ウ 医療の状況

平成25年度と比較し平成28年度は総医療費2億5,188万円の減額、一人当たりの医療費は472円の減額となっている。一人当たり医療費のうち入院が減額、入院外が増額となっており、入院にいたる前後の通院等の医療費が増えたと言える。

#### (ア) 医療費の変化

【図表11】

#### 医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				羽咋市	同規模			羽咋市	同規模			羽咋市	同規模
1 総医療費 (円)	H25年度	22億0,651万円				10億5,551万円				11億5,100万円			
	H28年度	19億5,463万円	-2億5,188万円	-0.11	0.00	8億7,961万円	-1億7,590万円	-0.17	0.00	10億7,502万円	-7,598万円	-0.07	0.00
2 一人当たり 医療費(円)	H25年度	30,040円				14,370円				15,670円			
	H28年度	29,568円	-472円	-0.02	0.08	13,306円	-1,064円	-0.07	0.09	16,262円	592円	0.04	0.08

KDB帳票「市区町村別データ」

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

#### (イ) 受療率の推移

受療率は平成23年度、平成26年度共に全国と比較し本県は虚血性心疾患の入院が多い。

【図表12】

#### 受療率の推移(人口10万対)

受療率※1		総数		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全等		糖尿病	
年		H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26
入院	県	1,401	1,310	21	21	198	160	26	35	27	26
	全国	1,068	1,038	13	12	137	125	28	26	19	16
	順位	15位	15位	4位	3位	9位	12位	28位	10位	13位	9位
外来	県	5,214	4,921	64	48	78	52	53	99	182	157
	全国	5,784	5,696	49	47	89	74	100	93	166	175
	順位	40位	45位	11位	23位	30位	42位	45位	23位	16位	36位

資料 患者調査※2(厚生労働省)

※1受療率 調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

※2患者調査とは、医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等を明らかにすることを目的とした調査。3年ごとに実施。

(ウ) 医療費と介護給付費の変化

一人あたり費用額において、国保医療費、後期医療、介護費全て本県は全国平均を上回っている。国保医療費では48,896円(平成28年度)、後期医療では52,926円(平成27年度)、介護費31,492円(平成27年度)全国平均と比較し高額である。

【図表13】

医療費と介護給付費の変化

項目		国保医療費 ※1			後期医療 ※2		介護費 ※3		後期+介護	
年度		H26年	H27年	H28年	H26年	H27年	H26年	H27年	H26年	H27年
1人あたり 費用額	県	374,016	396,799	397,071	993,186	1,001,996	330,890	326,975	1,318,212	1,324,819
	全国	330,628	347,801	348,175	932,290	949,070	295,647	295,483	1,219,382	1,236,723
順位		12位	11位	12位	15位	16位	16位	17位	14位	14位

※1 国民健康保険の実態(国保中央会)

※2 後期高齢者医療事業状況報告(確報) 第2表(厚生労働省)

※3 国保中央会:月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口(介護保険第1号被保険者数)

65歳以上人口…介護保険事業年報第2表(厚生労働省)

(エ) 高額になる疾患

平成25年度と比較し平成28年度では費用額2,493万円減額となり各疾患別件数もそれぞれ減っている。費用額の割合ではその他の疾患61.3%(19件)、次いでがん29.0%(11件)が高い。年代別で見ると各疾患いずれも60代以降の年代が多い。

【図表14】

高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト(H25年度、H28年度)	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他					
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28				
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	36人	29人	4人	1人	3人	2人	16人	11人	15人	17人			
					11.1%	3.4%	8.3%	6.9%	44.4%	37.9%	41.7%	58.6%			
		件数	47件	33件	4件	1件	3件	2件	20件	11件	20件	19件			
					8.5%	3.0%	6.4%	6.1%	42.6%	33.3%	42.6%	57.6%			
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%
			50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	1	5.3%
60代	2		50.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	7	35.0%	5	45.5%		
70-74歳	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	12	60.0%	6	54.5%			
費用額	1億1776万円	9283万円	1139万円	345万円	918万円	554万円	4535万円	2691万円	5185万円	5693万円					
			9.7%	3.7%	7.8%	6.0%	38.5%	29.0%	44.0%	61.3%					

## 第2章

### (オ) 長期入院

全体として平成25年度と比較し平成28年度は人数、件数共に減少しており、費用額は3,746万円の減額となっている。全件数のうち、精神疾患が6割を占め、費用額も5割を占めている。次いで高いのは虚血性心疾患、脳血管疾患であるが、両疾患共に生活習慣病（血管内皮障害）によるものであり両疾患併せて全件数の17.7%、費用額は15.3%を占めている。

【図表15】

#### 長期入院

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	61人	41人	40人 65.6%	27人 65.9%	5人 8.2%	2人 4.9%	8人 13.1%	6人 14.6%
		件数	544件	418件	378件 69.5%	270件 64.6%	38件 7.0%	24件 5.7%	62件 11.4%	50件 12.0%
		費用額	2億2365万円	1億8619万円	1億4005万円 62.6%	9846万円 52.9%	1839万円 8.2%	1139万円 6.1%	3488万円 15.6%	1713万円 9.2%

### (カ) 人工透析患者

平成25年度と比較し、人工透析患者が7人減少したことにより費用額は3,732万円の減額となった。透析患者を疾患別で見ると糖尿病性腎症が33%、脳血管疾患が50%、虚血性心疾患が50%となっている。平成25年度には58%を占めていた糖尿病性腎症が33%に減少している。

【図表16】

#### 人工透析患者

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	19人	12人	11人 57.9%	4人 33.3%	6人 31.6%	6人 50.0%	10人 52.6%	6人 50.0%
		件数	251件	168件	136件 54.2%	64件 38.1%	54件 21.5%	78件 46.4%	134件 53.4%	71件 42.3%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	1億2028万円	8296万円	6978万円 58.0%	2807万円 33.8%	2357万円 19.6%	3916万円 47.2%	6840万円 56.9%	3623万円 43.7%

#### 各5月診療分

(キ) 中長期的疾患及び短期的な疾患（最大医療資源）

平成 25 年度の一人あたり医療費は 30,040 円であり、国・県と比較しても高かったが、平成 28 年度は 29,568 円（マイナス 472 円）となり、県並みとなった。平成 28 年度の医療費のうち短期目標疾患の糖尿病が国・県と比較し高くなっている。

【図表 17】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		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	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内													
平成25年度	国	9,715,899,908,610	22,383	--	--	5.39%	0.40%	2.60%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%
	県	93,645,808,090	27,257	--	--	4.43%	0.44%	2.65%	3.12%	5.51%	5.81%	3.09%	23,472,950,640	25.05%	13.28%	11.54%	8.81%
	羽咋市	2,206,512,020	30,040	43位	2位	5.01%	0.75%	2.56%	3.24%	6.00%	5.86%	2.92%	581,365,400	26.34%	16.26%	11.32%	7.13%
平成28年度	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%
	県	90,801,717,410	29,225	--	--	4.30%	0.35%	2.31%	3.13%	5.43%	4.27%	2.79%	20,150,974,690	22.58%	15.70%	11.24%	8.50%
	羽咋市	1,954,633,320	29,568	84位	10位	3.42%	0.53%	1.99%	2.01%	7.17%	4.72%	2.62%	438,826,840	22.46%	16.09%	9.83%	9.20%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

(ク) 中長期的な疾患

被保険者数に対し虚血性心疾患がある者の割合は、平成 25 年度と比較し平成 28 年度は 6.0%から 5.5% (0.5%減) となっている。そのうち、脳血管疾患・人工透析（中長期的な目標）を併発している者の割合も減少しているが、高血圧・糖尿病・脂質異常症（短期的な目標）を併発している者の割合は増加している。

被保険者数に対し脳血管疾患がある者の割合は、平成 25 年度と比較し平成 28 年度は変化なし (4.1%維持)。そのうち、脳血管疾患の併発者の割合は減少し、人工透析を併発している割合は 0.2%増加している。また、糖尿病・脂質異常症（短期的な目標）を併発している割合は減少しているが、高血圧を併発しているものの割合が 3%増加している。

被保険者数に対し人工透析がある者の割合は、平成 25 年度と比較し平成 28 年度は 0.3%から 0.2% (0.1%減) となっている。そのうち、虚血性心疾患を併発している者の割合は減少し、脳血管疾患を併発している者の割合は 18.4%増加している。また、糖尿病・脂質異常症を併発している者の割合は減少しているが、高血圧併発者は 100% である。

## 第2章

中長期的な目標の3疾患ではいずれも高血圧の併発者が75~100%と高い割合を占めている。人工透析者の50%が脳血管疾患や虚血性心疾患を併発している。(図表18)

【図表18】

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		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6171	368	6.0%	78	21.2%	10	2.7%	279	75.8%	207	56.3%	238	64.7%
	64歳以下	3491	110	3.2%	25	22.7%	10	9.1%	81	73.6%	58	52.7%	64	58.2%
	65歳以上	2680	258	9.6%	53	20.5%	0	0.0%	198	76.7%	149	57.8%	174	67.4%
H28	全体	5659	312	5.5%	62	19.9%	6	1.9%	248	79.5%	179	57.4%	211	67.6%
	64歳以下	2714	65	2.4%	13	20.0%	5	7.7%	45	69.2%	32	49.2%	43	66.2%
	65歳以上	2945	247	8.4%	49	19.8%	1	0.4%	203	82.2%	147	59.5%	168	68.0%

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		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6171	252	4.1%	78	31.0%	6	2.4%	182	72.2%	135	53.6%	148	58.7%
	64歳以下	3491	81	2.3%	25	30.9%	6	7.4%	58	71.6%	45	55.6%	46	56.8%
	65歳以上	2680	171	6.4%	53	31.0%	0	0.0%	124	72.5%	90	52.6%	102	59.6%
H28	全体	5659	230	4.1%	62	27.0%	6	2.6%	173	75.2%	117	50.9%	131	57.0%
	64歳以下	2714	48	1.8%	13	27.1%	5	10.4%	36	75.0%	28	58.3%	27	56.3%
	65歳以上	2945	182	6.2%	49	26.9%	1	0.5%	137	75.3%	89	48.9%	104	57.1%

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		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		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	全体	6171	19	0.3%	6	31.6%	10	52.6%	19	100.0%	11	57.9%	10	52.6%
	64歳以下	3491	18	0.5%	6	33.3%	10	55.6%	18	100.0%	11	61.1%	10	55.6%
	65歳以上	2680	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	5659	12	0.2%	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%	4	33.3%	6	50.0%
	64歳以下	2714	11	0.4%	5	45.5%	5	45.5%	11	100.0%	3	27.3%	5	45.5%
	65歳以上	2945	1	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%

(ケ) 短期目標の疾患

短期的な目標3疾患のうち、高血圧の割合が被保険者数に対し 22.9%と一番高い。また、糖尿病・脂質異常症それぞれに高血圧を併発している割合も 69.0%、70.1%と高値である。高血圧に次いで高いのは脂質異常症である。

【図表 19】

厚生労働様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標									
		糖尿病			インスリン療法			高血圧			脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	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
H25	全体	6171	818	13.3%	64	7.8%	579	70.8%	499	61.0%	207	25.3%	135	16.5%	11	1.3%	87	10.6%		
	64歳以下	3491	284	8.1%	28	9.9%	178	62.7%	174	61.3%	58	20.4%	45	15.8%	11	3.9%	31	10.9%		
	65歳以上	2680	534	19.9%	36	6.7%	401	75.1%	325	60.9%	149	27.9%	90	16.9%	0	0.0%	56	10.5%		
H28	全体	5659	775	13.7%	55	7.1%	535	69.0%	466	60.1%	179	23.1%	117	15.1%	4	0.5%	70	9.0%		
	64歳以下	2714	210	7.7%	15	7.1%	124	59.0%	115	54.8%	32	15.2%	28	13.3%	3	1.4%	18	8.6%		
	65歳以上	2945	565	19.2%	40	7.1%	411	72.7%	351	62.1%	147	26.0%	89	15.8%	1	0.2%	52	9.2%		

厚生労働様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標									
		高血圧						糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	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	6171	1403	22.7%	579	41.3%	756	53.9%	279	19.9%	182	13.0%	19	1.4%			
	64歳以下	3491	457	13.1%	178	38.9%	233	51.0%	81	17.7%	58	12.7%	18	3.9%			
	65歳以上	2680	946	35.3%	401	42.4%	523	55.3%	198	20.9%	124	13.1%	1	0.1%			
H28	全体	5659	1298	22.9%	535	41.2%	707	54.5%	248	19.1%	173	13.3%	12	0.9%			
	64歳以下	2714	306	11.3%	124	40.5%	152	49.7%	45	14.7%	36	11.8%	11	3.6%			
	65歳以上	2945	992	33.7%	411	41.4%	555	55.9%	203	20.5%	137	13.8%	1	0.1%			

厚生労働様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標									
		脂質異常症						糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	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	6171	1085	17.6%	499	46.0%	756	69.7%	238	21.9%	148	13.6%	10	0.9%			
	64歳以下	3491	373	10.7%	174	46.6%	233	62.5%	64	17.2%	46	12.3%	10	2.7%			
	65歳以上	2680	712	26.6%	325	45.6%	523	73.5%	174	24.4%	102	14.3%	0	0.0%			
H28	全体	5659	1009	17.8%	466	46.2%	707	70.1%	211	20.9%	131	13.0%	6	0.6%			
	64歳以下	2714	261	9.6%	115	44.1%	152	58.2%	43	16.5%	27	10.3%	5	1.9%			
	65歳以上	2945	748	25.4%	351	46.9%	555	74.2%	168	22.5%	104	13.9%	1	0.1%			

第2章

エ 健診の状況

(ア) リスクの健診結果経年変化

有所見者割合では平成28年度は、男女共にHbA1c5.6以上の割合が高く有所見者の6～7割を占めている。HbA1cに次いで高いのは、男性は腹囲、女性はLDLコレステロールである。

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握では、平成28年度の男性のメタボ該当者が30.9%で平成25年度とほぼ横ばい、女性のメタボ該当者は12.4%でほぼ横ばいであった。メタボ該当者のうち、男女共に65～74歳の血圧+脂質の重複疾患が多い。

【図表20】

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（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（帳票）

性別	年代	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
H25	合計	243	28.0	455	52.4	290	33.4	151	17.4	132	15.2	119	13.7	515	59.3	190	21.9	392	45.1	168	19.3	351	40.4	18	2.1
	40-64	88	33.3	142	53.8	93	35.2	66	25.0	35	13.3	30	11.4	143	54.2	66	25.0	110	41.7	74	28.0	127	48.1	1	0.4
	65-74	155	25.6	313	51.7	197	32.6	85	14.0	97	16.0	89	14.7	372	61.5	124	20.5	282	46.6	94	15.5	224	37.0	17	2.8
H28	合計	256	28.8	440	49.5	292	32.8	158	17.8	132	14.8	133	15.0	580	65.2	163	18.3	403	45.3	165	18.6	343	38.6	14	1.6
	40-64	73	31.7	106	46.1	82	35.7	63	27.4	39	17.0	36	15.7	127	55.2	48	20.9	75	32.6	48	20.9	103	44.8	2	0.9
	65-74	183	27.8	334	50.7	210	31.9	95	14.4	93	14.1	97	14.7	453	68.7	115	17.5	328	49.8	117	17.8	240	36.4	12	1.8

性別	年代	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
H25	合計	272	22.9	250	21.1	282	23.8	102	8.6	53	4.5	117	9.9	738	62.2	33	2.8	508	42.8	134	11.3	616	51.9	3	0.3
	40-64	77	19.2	77	19.2	93	23.1	30	7.5	9	2.2	40	10.0	543	135.1	7	1.7	137	34.1	44	10.9	225	56.0	0	0.0
	65-74	195	24.8	173	22.0	189	24.1	72	9.2	44	5.6	77	9.8	195	24.8	26	3.3	371	47.3	90	11.5	391	49.8	3	0.4
H28	合計	278	22.8	255	20.9	304	24.9	112	9.2	56	4.6	109	8.9	516	69.2	28	2.3	494	40.5	144	11.8	616	50.5	2	0.2
	40-64	71	20.8	58	17.0	71	20.8	29	8.5	13	3.8	28	8.2	209	61.3	12	3.5	101	29.6	44	12.9	177	51.9	0	0.0
	65-74	207	23.5	197	22.4	233	26.5	83	9.4	43	4.9	81	9.2	635	72.2	16	1.8	393	44.7	100	11.4	439	49.9	2	0.2

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

性別	年代	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
H25	合計	869	39.5	51	5.9%	143	16.5%	8	0.9%	94	10.8%	41	4.7%	261	30.0%	30	3.5%	14	1.6%	134	15.4%	83	9.6%
	40-64	264	29.4	21	8.0%	51	19.3%	2	0.8%	33	12.5%	16	6.1%	70	26.5%	5	1.9%	3	1.1%	43	16.3%	19	7.2%
	65-74	605	46.5	30	5.0%	92	15.2%	6	1.0%	61	10.1%	25	4.1%	191	31.6%	25	4.1%	11	1.8%	91	15.0%	64	10.6%
H28	合計	889	43.3	40	4.5%	125	14.1%	10	1.1%	83	9.3%	32	3.6%	275	30.9%	38	4.3%	23	2.6%	124	13.9%	90	10.1%
	40-64	230	31.0	13	5.7%	32	13.9%	2	0.9%	15	6.5%	15	6.5%	61	26.5%	9	3.9%	8	3.5%	23	10.0%	21	9.1%
	65-74	659	50.2	27	4.1%	93	14.1%	8	1.2%	68	10.3%	17	2.6%	214	32.5%	29	4.4%	15	2.3%	101	15.3%	69	10.5%

性別	年代	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
H25	合計	1,187	49.6	26	2.2%	70	5.9%	5	0.4%	43	3.6%	22	1.9%	154	13.0%	17	1.4%	9	0.8%	85	7.2%	43	3.6%
	40-64	402	42.3	13	3.2%	26	6.5%	1	0.2%	18	4.5%	7	1.7%	38	9.5%	2	0.5%	4	1.0%	23	5.7%	9	2.2%
	65-74	785	54.3	13	1.7%	44	5.6%	4	0.5%	25	3.2%	15	1.9%	116	14.8%	15	1.9%	5	0.6%	62	7.9%	34	4.3%
H28	合計	1,220	55.6	33	2.7%	71	5.8%	2	0.2%	40	3.3%	29	2.4%	151	12.4%	19	1.6%	6	0.5%	72	5.9%	54	4.4%
	40-64	341	46.5	14	4.1%	17	5.0%	0	0.0%	9	2.6%	8	2.3%	27	7.9%	5	1.5%	4	1.2%	8	2.3%	10	2.9%
	65-74	879	60.1	19	2.2%	54	6.1%	2	0.2%	31	3.5%	21	2.4%	124	14.1%	14	1.6%	2	0.2%	64	7.3%	44	5.0%

(イ) 血圧、血糖、LDL コレステロールのコントロール状況

糖尿病の治療と未治療の状況は、HbA1c6.5 以上の治療中・治療なしの割合に大きな変化はなく、平成 28 年度の HbA1c 7.4 以上の治療なしは 21 名いる。

糖尿病の治療と未治療の状況は、I 度高血圧以上の治療中・治療なしの割合に大きな変化はなく、平成 28 年度のⅢ度高血圧治療なしは 28 名いる。

脂質異常の治療と未治療の状況は、治療なしの LDL コレステロール 140～159、160～179、180 以上全てが平成 24 年度以降徐々に減少している。平成 28 年度の LDL コレステロール 180 以上治療なしは 92 名いる。

【図表 21】

糖尿病 治療と未治療の状況

上段：NGSP値  
下段：JDS値

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲									
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病															
				5.5以下 (5.1以下)		5.6～5.9 (5.2～5.5)		6.0～6.4 (5.6～6.0)		合併症予防のための目標 6.5～6.9 (6.1～6.5)		最低限達成が望ましい目標 7.0～7.9 (6.6～7.5)						合併症の危険が更に大きくなる 8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0以上)	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	人数	割合
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A						
治療中	H24	482	9.8%	12	2.5%	52	10.8%	127	26.3%	154	32.0%	99	20.5%	38	7.9%	81	16.8%	21	4.4%				
	H25	482	9.9%	22	4.6%	47	9.8%	119	24.7%	129	26.8%	128	26.6%	37	7.7%	100	20.7%	21	4.4%				
	H26	508	10.4%	10	2.0%	41	8.1%	134	26.4%	143	28.1%	132	26.0%	48	9.4%	105	20.7%	28	5.5%				
	H27	514	10.8%	6	1.2%	44	8.6%	123	23.9%	159	30.9%	137	26.7%	45	8.8%	98	19.1%	26	5.1%				
	H28	469	10.5%	8	1.7%	31	6.6%	123	26.2%	143	30.5%	125	26.7%	39	8.3%	88	18.8%	19	4.1%				
治療なし	H24	4,420	90.2%	1,674	37.9%	1,799	40.7%	743	16.8%	130	2.9%	54	1.2%	20	0.5%	42	1.0%	16	0.4%				
	H25	4,388	90.1%	1,708	38.9%	1,777	40.5%	706	16.1%	137	3.1%	43	1.0%	17	0.4%	39	0.9%	12	0.3%				
	H26	4,375	89.6%	1,598	36.5%	1,782	40.7%	798	18.2%	133	3.0%	43	1.0%	21	0.5%	36	0.8%	18	0.4%				
	H27	4,248	89.2%	1,459	34.3%	1,782	41.9%	817	19.2%	135	3.2%	44	1.0%	11	0.3%	21	0.5%	9	0.2%				
	H28	4,001	89.5%	1,305	32.6%	1,681	42.0%	828	20.7%	135	3.4%	42	1.0%	10	0.2%	21	0.5%	9	0.2%				

高血圧 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
				正常高値		I 度		II 度		III 度			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A
治療中	H24	1,864	37.7%	788	42.3%	477	25.6%	507	27.2%	78	4.2%	14	0.8%
	H25	1,937	39.5%	875	45.2%	481	24.8%	495	25.6%	75	3.9%	11	0.6%
	H26	1,944	39.6%	863	44.4%	487	25.1%	512	26.3%	75	3.9%	7	0.4%
	H27	1,863	39.0%	775	41.6%	479	25.7%	503	27.0%	94	5.0%	12	0.6%
	H28	1,755	39.1%	677	38.6%	478	27.2%	525	29.9%	69	3.9%	6	0.3%
治療なし	H24	3,079	62.3%	1,811	58.8%	558	18.1%	558	18.1%	126	4.1%	26	0.8%
	H25	2,971	60.5%	1,719	57.9%	563	18.9%	539	18.1%	133	4.5%	17	0.6%
	H26	2,965	60.4%	1,789	60.3%	550	18.5%	493	16.6%	113	3.8%	20	0.7%
	H27	2,911	61.0%	1,734	59.6%	489	16.8%	541	18.6%	123	4.2%	24	0.8%
	H28	2,729	60.9%	1,700	62.3%	432	15.8%	466	17.1%	103	3.8%	28	1.0%

## 第2章

### 脂質異常 治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	1,375	27.8%	997	72.5%	253	18.4%	90	6.5%	28	2.0%	7	0.5%
	H25	1,381	28.1%	1,005	72.8%	237	17.2%	96	7.0%	24	1.7%	19	1.4%
	H26	1,437	29.3%	1,020	71.0%	255	17.7%	104	7.2%	40	2.8%	18	1.3%
	H27	1,403	29.4%	1,041	74.2%	227	16.2%	97	6.9%	22	1.6%	16	1.1%
	H28	1,333	29.7%	982	73.7%	221	16.6%	91	6.8%	29	2.2%	10	0.8%
治療なし	H24	3,568	72.2%	1,672	46.9%	898	25.2%	592	16.6%	264	7.4%	142	4.0%
	H25	3,527	71.9%	1,641	46.5%	901	25.5%	606	17.2%	255	7.2%	124	3.5%
	H26	3,472	70.7%	1,596	46.0%	867	25.0%	610	17.6%	258	7.4%	141	4.1%
	H27	3,371	70.6%	1,571	46.6%	874	25.9%	593	17.6%	240	7.1%	93	2.8%
	H28	3,151	70.3%	1,544	49.0%	782	24.8%	517	16.4%	216	6.9%	92	2.9%

#### (ウ) 重症化予防対象者の状況

特定健診受診者における重症化予防対象者ではメタボリックシンドローム該当者が20.4%と最多でそのうち治療なしは8.1%（87人）である。次いで糖尿病が7.8%で治療なしが5.1%（99人）である。また、CKD（専門医対象）が35人おり、そのうち20人がeGFR50未満（70歳以上は40未満）である。

【図表22】

#### 特定健診受診者における重症化予防対象者

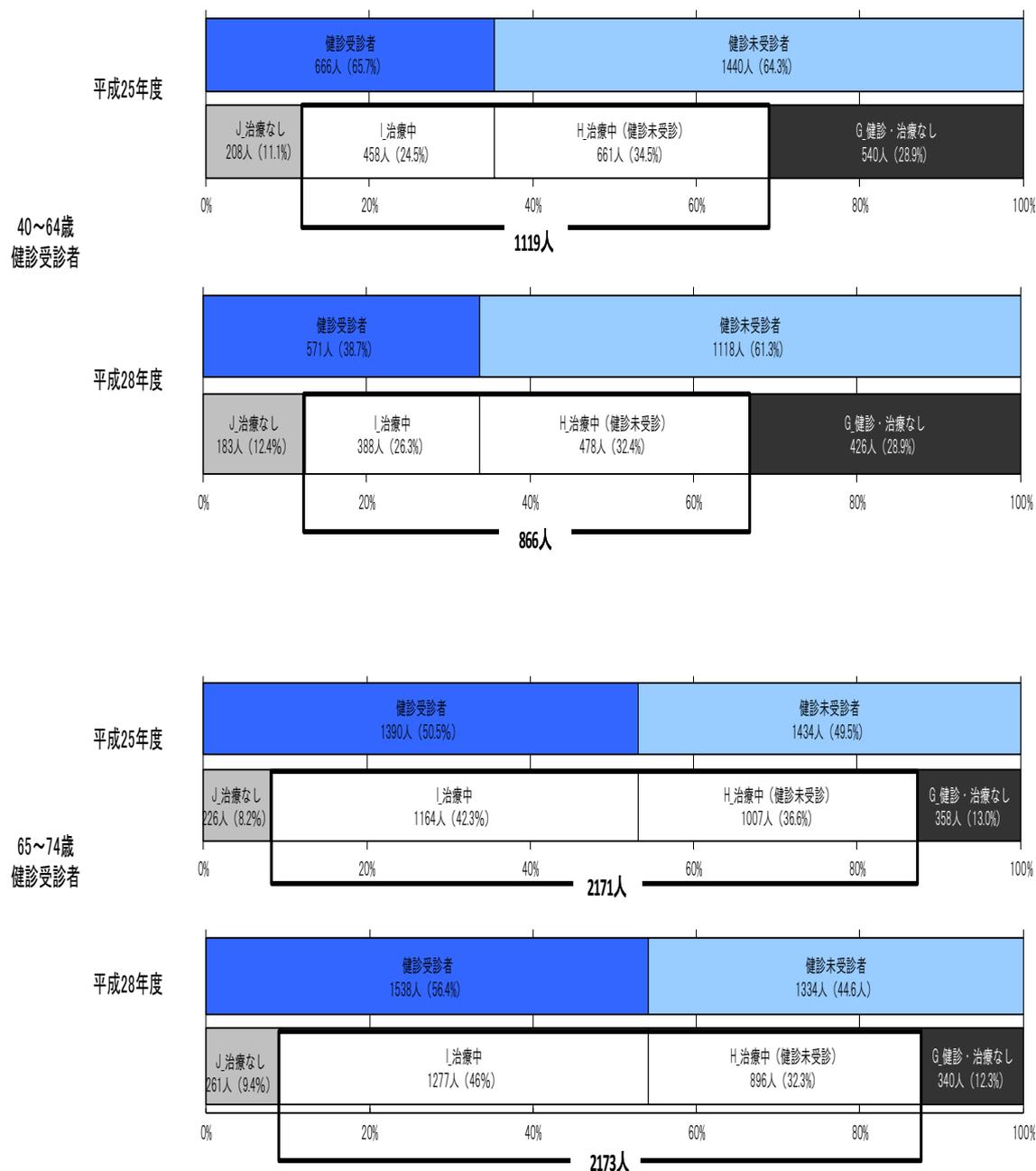
脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○	○										
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○	○										
	心原性脳梗塞	●			●	○	○										
脳出血	脳出血	●															
	くも膜下出血	●															
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		2,170人		75人	3.5%	169人	7.8%	52人	2.4%	7人	0.3%	442人	20.4%	21人	1.0%	62人	2.9%
治療なし		56人		4.1%	99人	5.1%	47人	3.0%	1人	0.1%	87人	8.1%	5人	0.5%	20人	1.5%	
治療あり		19人		2.3%	70人	36.1%	5人	0.8%	6人	0.5%	355人	32.5%	16人	1.5%	42人	4.0%	
臓器障害あり		19人		33.9%	36人	36.4%	15人	31.9%	1人	100.0%	36人	36.4%	5人	100.0%	20人	100.0%	
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)		0人		6人		1人		0人		3人		5人		20人		
	尿蛋白(2+)以上		0人		3人		0人		0人		2人		5人		1人		
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)		0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人		
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)		0人		2人		1人		0人		0人		1人		20人		
	心電図所見あり		19人		34人		15人		1人		31人		2人		11人		

(エ) 未受診者の状況

平成28年度被保険者数のうち健診未受診・治療なしの40～64歳は28.9%(426人)、65～74歳は12.3%(340人)いる。40～64歳、65～74歳いずれも平成25年度と比較し、平成28年度は治療中の健診未受診者が減り、治療中の健診受診者が増えている。

【図表23】

未受診者状況



## 第2章

### (オ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成25年度以降、特定健診受診率、特定保健指導率共に増加している。

特定健診受診率は国の目標値60%には届いていない。

【図表24】

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	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								羽咋市	同規模平均
H25年度	4,598	2,043	44.4%	58位	251	162	64.5%	48.5	50.8
H28年度	4,245	2,107	49.6%	39位	236	193	81.8%	47.1	51.2

### (2) 保健事業の実施

#### ア 実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核である。生活習慣病の発症予防、重症化予防のためには、健康福祉課と連携をとり、保健部門の保健師・管理栄養士等が実施してきた。

【図表25】

保健活動の実施体制

		H25	H26	H27	H28
保健師	保健師総数	10	9	9	9
	保健部門での勤務	5	5	5	4
管理栄養士	管理栄養士総数	1	1	1	1
	保健部門での勤務	1	1	1	1

#### イ 保健指導の実施状況

保健指導の対象者は、健診結果に基づき、予防のターゲットとなる対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療との連携を進めることが効果的である。

保険者努力支援制度では、特定保健指導実施率についての評価がある。これについては、第4章で目標設定をし、特定保健指導を実施している。

また、重症化予防としての糖尿病性腎症重症化予防については、糖尿病管理台帳をもとに、①未受診者②治療中断者③ハイリスク者への保健指導を実施している。

糖尿病管理台帳を地区別に管理できるように、地区担当が責任により年度計画を立て保健指導を実施している。今後も糖尿病性腎症重症化予防については、県で作成したプログラムの実践に向けた活動が必要となる。(図表26)

【図表 26】

特定保健指導実施者状況

保健指導対象者		平成25年度			平成28年度		
		該当者数 (人)	特定保健指導 対象者(人)	特定保健指導 利用割合(%)	対象者数 (人)	特定保健指導 利用者数(人)	利用割合 (%)
第1優先	特定保健指導(積極的支援)	66	利用者数 52	78.8	34	利用者数 20	58.8
第2優先	特定保健指導(動機づけ支援)	185	利用者数 127	68.6	202	利用者数 188	93.1
第3優先	HbA1c6.5以上の未治療	165	16	9.7	169	16	9.5
	HbA1c7.0以上の治療あり						
第4優先	尿蛋白(++)以上	22	6	27.3	21	3	14.3
第5優先	eGFR40未満(70歳以上)	60	5	8.3	62	2	3.2
	eGFR50未満(70歳未満)						
第6優先	収縮期160以上	70	14	20	75	18	24
	拡張期100以上						
第7優先	中性脂肪300以上	71	21	29.6	76	15	19.7
第8優先	LDLコレステロール180以上	48	12	25	52	15	28.8
第9優先	心電図所見で心房細動あり	11	3	27.3	7	1	14.3

### (3) 第1期に係る考察

第1期計画において、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重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は取り組むべき重要な課題である。

## 3 第2期計画における健康課題の明確化

### (1) 医療の状況

医療費の動向や受療状況を把握し、そのうち予防可能な疾患をターゲットに保健事業により医療費の適正化を図り、もって保険者の財政基盤強化が図られることは、保険者自身にとっても、また被保険者の利益を守る観点からも重要である。

羽咋市の1人あたり医療費は同規模保険者、県、国と比較して高いが減少傾向である。

## 第2章

入院の伸び率がやや抑制され、外来の伸び率が増えている。入院の伸び率を国並みとすることを目指す。

ターゲットとする脳、心、腎の対象疾患のうち慢性腎不全（透析有）の医療費が総医療費に占める割合は減っており、総医療費の抑制につながったと考えられる。

また、メタボリックシンドロームを背景とする生活習慣病に占める医療費は、糖尿病が同規模保険者、県、国と比較して高額である。生活習慣病は薬物治療だけでは改善が難しい場合が多いことから、治療中であっても、保健指導が重要である。

### （2）介護保険の状況

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが92.9%を占めており、筋・骨格疾患を上回っていた。血管疾患のうち、糖尿病は64.3%を占めており、生活習慣病により介護認定を受けている実態であった。

### （3）健診の状況

生活習慣病は本人に明確な自覚症状がないまま悪化することが多いことから、生活習慣病等の発症や進行状況を把握するには、健診の結果を把握、分析することが重要である。特に近年は、それぞれの検査値がそれほど異常でなくても、内臓脂肪の蓄積に加え、高血糖や高血圧、脂質異常が重なった場合に、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなる「メタボリックシンドローム」の危険性が指摘されており、個々の検査項目の異常だけでなく異常項目の重複、組み合わせについても把握、分析することが重要である。

羽咋市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸・血圧・LDL コレステロール・クレアチニンは内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

腹囲が基準値以上（内臓肥満が疑われるもの）の者の割合は男性が49.5%、メタボリックシンドローム該当者の割合は男性が30%と女性より高い。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の異常の重なりでは、男女とも血圧値と脂質異常の重なりが最も多く、次いで血圧値異常のみ、血圧・脂質・血糖異常3項目すべて該当するものの順となっている。

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子に比べると発症や死亡にも影響を与える因子と言われている。一方、LDL コレステロールも虚血性心疾患の単独で重要なリスクであり、心血管疾患の発症に注意、予防を進める必要がある。

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者においては、肥満がある者には特に、特定保健指導の徹底と併せて重症化予防の指導を行うことが効率的である。

また、医療機関への受診が必要な者や、既に医療機関にかかっているが、コントロールできていない者には、特定保健指導以外の保健指導についても取り組みが必要である。

#### 4 計画の目標の設定

##### (1) 優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症（透析予防）等による死亡、障害の発生を防ぐことである。

これら疾患の重大な発症リスクであるメタボリックシンドローム該当者の割合と糖尿病有病率が多く、今期計画では、糖尿病性腎症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者、血糖検査値が重症域レベルの者への対策を最優先課題として取り組む。

##### (2) 成果目標

###### ア 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、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、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には28年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ10%減少させることを目標にする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つ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、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

重症化予防と医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

###### イ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。（図表27）

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、一年ごとに血圧、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。

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ることとする。

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。

第2章

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、その目標値は、第4章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

【図表 27】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値					現状値の把握方法				
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	現状値の把握方法			
特定 等 計 画 診	医療費削減のために、特定健診受診率・特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	49.6%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
				81.8%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する ・新規透析者は、糖尿病性腎症を原因とする者が8割を占めているため、糖尿病重症化予防を優先する。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少 新規透析導入者のうち糖尿病性腎症が原因の割合10%減少				10.0%				10.0%	KDBシステム			
							10.0%				20.0%				
短期	がんによる死亡率が10% (人口10万対)であり、県と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 10%以上 肺がん検診 15%以上 大腸がん検診 15%以上 子宮頸がん検診 20%以上 乳がん検診 12%以上	6.9%	7.0%	7.1%	7.2%	7.3%	7.4%	7.4%	7.4%	10.0%	地域保健事業報告		
				10.7%	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%	15.0%	20.0%			
短期	後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取組みを行う実施者の増加率10% 後発医薬品の使用割合7.0%以上	健康ポイントの取組みを行う実施者の増加率10% 後発医薬品の使用割合7.0%以上	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%	10.0%	羽咋市健康福祉課		
				67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%	70.5%	70.5%	厚生労働省公表結果		

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

## 第3章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ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・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。(図表 28)

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、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4章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

高血圧や糖尿病等の重症化予防のためには、日々の値のコントロールが重要であり、本人自らが自分の値を知り、日々の食事や生活等を振り返りながら、悪化要因等を学んで行くことが重要である。

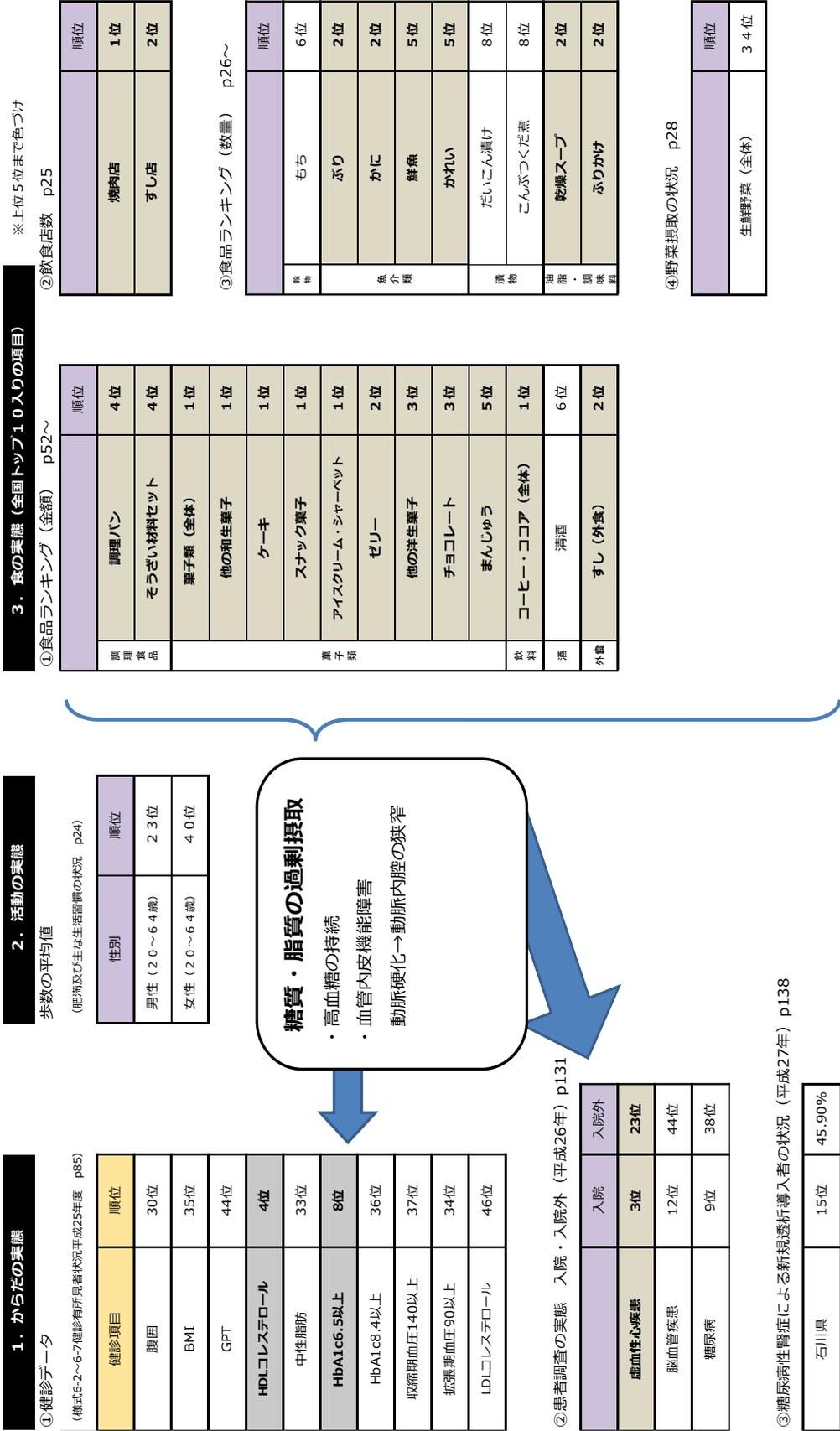
このため、健診結果をわかりやすく情報提供していきながら、血圧や血糖値の重症化予防対象者に、血圧計、「糖尿病連携手帳」等を配布し、自己管理できるよう支援する。

また、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドラインも踏まえ、健康づくりの取組をはじめのきっかけや継続するためICT等を活用しつつ支援する。

【図表 28】

石川県の健診結果と生活を科学的に解明する

H29.1.1.23 ⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より



## II 重症化予防の取組

### 1 糖尿病性腎症重症化予防

#### (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表28に沿って実施する。

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

重症化予防の基本的な取組の流れ

【図表29】

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(国保担当課・健康福祉課)	○				✓
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	募集(複数の手段で)		○			✓
25	対象者決定		○			✓
26	D 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		○			□

### 第3章

#### (2) 対象者の明確化

##### ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- (ア) 医療機関未受診者
- (イ) 医療機関受診中断者
- (ウ) 糖尿病治療中中断者
  - a 糖尿病性腎症で通院している者
  - b 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

##### (ア) 対象者の抽出

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

【図表 30】

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 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

羽咋市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（図表 31）



### 第3章

#### (イ) 基準に基づく該当者数の把握

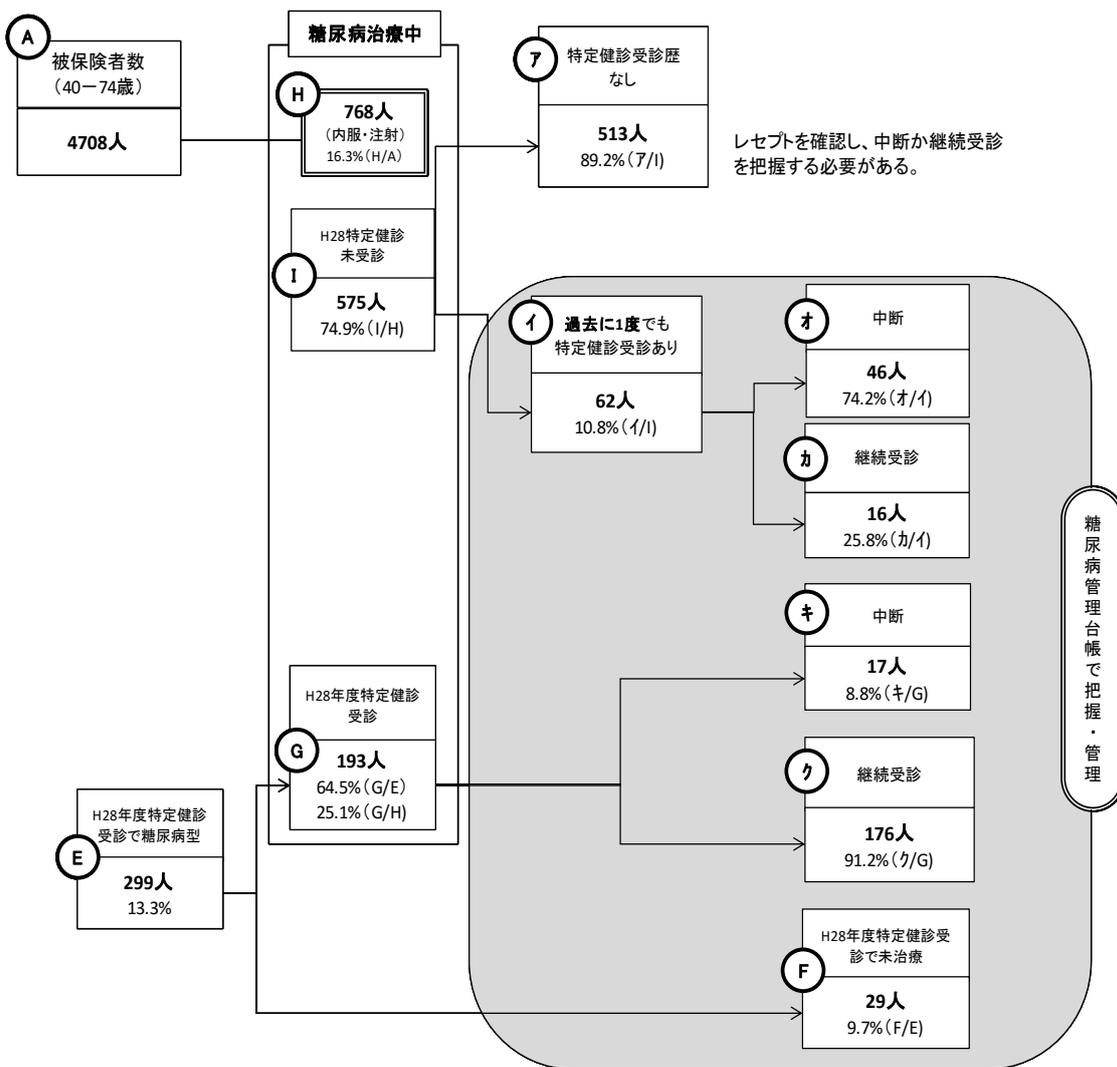
レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。羽咋市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は29人(9.7%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者768人中のうち、特定健診受診者が193人(25.1%・G)であったが、17人(8.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者575人(74.9%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者62人中46人は治療中断であることが分かった。また、16人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。特定健診受診歴がない513人(ア)は、糖尿病の治療を継続しているか、中断していないかをレセプトで確認していかなければならない。

#### 糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

【図表 32】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



## (ウ) 優先順位と介入方法

## a 優先順位1位 【受診勧奨】

(a) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) 29人

(b) 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ) 63人

介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応する。

## b 優先順位2位 【保健指導】

(a) 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク) 176人

介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応または、医療機関と連携した保健指導を行う。

## c 優先順位3位 【保健指導】

(a) 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ) 16人

介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応または医療機関と連携した保健指導を行う。

## (3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理のため糖尿病管理台帳 (図表 33) を作成し、年次計画 (図表 34) を立て、担当地区ごとに作成し管理していく。糖尿病管理台帳の作成手順を下記のとおり行う。

ア 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

- ・ HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
- ・ HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載
- ・ 当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載
- ・ 項目は HbA1c、血圧、体重、eGFR、尿蛋白などが必要

イ 資格を確認する

ウ レセプトを確認し、下記の治療状況の把握し、情報を記載する

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

第3章

- エ 管理台帳記載後、結果を確認する。  
 去年のデータと比較し介入対象者を試算する。
- オ 担当地区の対象者数の把握  
 未治療者・中断者（受診勧奨者）、腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）を把握する。

【図表 33】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出死亡	備考
						糖尿病	著	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	著以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【図表 34】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
	対象者把握			
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕)	( )人		
	㉔健診未受診者	( )人		
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)			
	①国保(生保)	( )人		
	②後期高齢者	( )人		
	③他保険	( )人		
	④住基異動(死亡・転出)	( )人		
	⑤確認できず	( )人		
	①-1 未治療者(中断者含む)	( )人		
	*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	㉕結果把握	( )人		
	①HbA1cが悪化している	( )人		
	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している	( )人		
	*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
	②尿蛋白 (-)	( )人		
	(±)	( )人		
	(+) ~顕性腎症	( )人		
	③eGFR値の変化			
	1年で25%以上低下	( )人		
	1年で5ml/分/1.73㎡以上低下	( )人		
	対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
			1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
			2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
			3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
			4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
				栄養士中心
				腎専門医

(4) 保健指導の実施

ア 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。

また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。

羽咋市においては、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て、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。 【図表 35】

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;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</div> </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-left: 20px;"> <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-left: 20px;"> <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. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</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>

## 第3章

### イ 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

### (5) 医療との連携

#### ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に郡市医師会等と協議した紹介状等を使用する。

#### イ 治療中の者への対応

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

### (6) 評価

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

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表などを用いて行っていく。(図表36)

#### ア 短期的評価

##### (ア) 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

#### イ 保健指導対象者に対する評価

##### (ア) 保健指導実施率

##### (イ) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

- a HbA1cの変化
- b 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)
- c 尿蛋白の変化
- d 服薬状況の変化

【図表36】

糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模  
区分 4

都道府  
県 石川県

市町村名

羽咋市

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259		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A		5,659人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A		4,780人						
2	① 特定健診 対象者数	B		4,512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		2,157人						
	③ 受診率	C		47.8%						
3	① 特定保健指導 対象者数			236人						
	② 実施率			81.8%						
4	① 健診データ 糖尿病型	E		299人 13.9%						特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		106人 35.5%						
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G		193人 64.5%						
	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		78人 40.4%						
	⑤ 血圧 130/80以上	J		37人 47.4%						
	⑥ 肥満 BMI25以上	J		37人 47.4%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		115人 59.6%						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M		236人 78.9%						
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M		35人 11.7%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M		26人 8.7%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M		2人 0.7%						
5	① レセプト 糖尿病受療率(被保険者千対)			136.9人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)			160.7人						
	③ レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者千対	入院外(件数)		3,393件 (743.9)				5,486件 (804.8)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	入院(件数)		44件 (9.6)				40件 (5.8)		
	⑤ 糖尿病治療中	H		775人 13.7%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳	H		768人 16.1%						
	⑦ 健診未受診者	I		575人 74.9%						
	⑧ インスリン治療	O		55人 7.1%						
	⑨ (再掲)40-74歳	O		53人 6.9%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L		70人 9.0%						
	⑪ (再掲)40-74歳	L		70人 9.1%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			4人 0.52%						
	⑬ (再掲)40-74歳			4人 0.52%						
	⑭ 新規透析患者数			4人 0.52%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症			4人 0.52%						
	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)			3人 0.7%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費 総医療費			19億5463万円				29億9383万円		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			11億3148万円				17億2834万円		
	③ (総医療費に占める割合)			57.9%				57.7%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		11,902円				7,709円		
	⑤	健診未受診者		35,428円				34,303円		
	⑥ 糖尿病医療費			1億4008万円				1億7157万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)			12.4%				9.9%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費			3億9965万円						
	⑨ 1件あたり			41,385円						
	⑩ 糖尿病入院総医療費			2億9017万円						
	⑪ 1件あたり			549,564円						
	⑫ 在院日数			19日						
	⑬ 慢性腎不全医療費			7724万円				1億6920万円		
	⑭ 透析有り			6688万円				1億5806万円		
	⑮ 透析なし			1036万円				1114万円		
7	① 介護 介護給付費			23億1555万円				31億7863万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症			9件 64.3%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)			2人 0.7%				5人 1.1%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

## 第3章

### (7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

## 2 虚血性心疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 37）

### (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ていく。（図表 38）



【図表 38】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

イ 重症化予防対象者の抽出

(ア) 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

羽咋市において健診受診者 2,107 人のうち心電図検査は全員に実施しており、そのうち ST 所見があったのは 42 人であった(図表 39)。ST 所見の判定では精密検査を実施しておらず、その後の受診状況は把握していない。

しかし、ST 所見とメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。

また心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

羽咋市は同規模保険者、県、国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施は今後も継続していく。

虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握することも必要である。(図表 40)

【図表 39】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
平成28年度	2107		2107	100.0	42	2.0	599	28.4	1510	69.6

【図表 40】

平成28年度実施		受診者	心電図検査	
			ST変化	
		2,007	42	2.1%
メタボ該当者		407	8	2.0%
メタボ予備群		185	3	1.6%
メタボなし		1411	31	2.2%
LDL-C	140-159	202	13	6.4%
	160-179	99	6	6.1%
	180-	39	0	0.0%

### 第3章

#### (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 41 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療

機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

#### 虚血性心疾患に関する症状

【図表 41】

<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 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、図表 36 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

#### 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)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

#### (4) 医療との連携

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

#### (5) 評価

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

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

#### 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、LDLコレステロール等の重症化予防対象者の減少。

#### (6) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

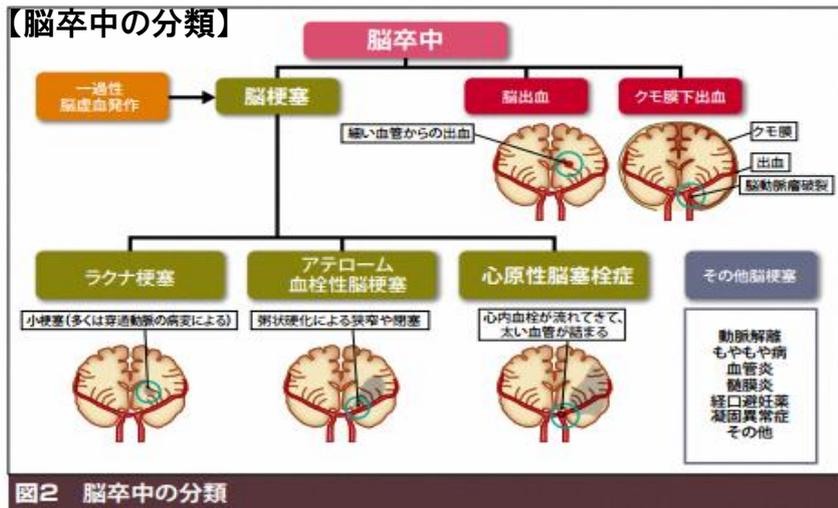
第3章

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組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。

【図表 42】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 43】

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 44 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。(図表 44)

【図表 44】

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	●					0	0									
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			0	0									
心原性脳梗塞	●				●		0	0									
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		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		2,170人		75人	3.5%	169人	7.8%	52人	2.4%	7人	0.3%	442人	20.4%	21人	1.0%	62人	2.9%
治療なし		56人	4.1%	99人	5.1%	47人	3.0%	1人	0.1%	87人	8.1%	5人	0.5%	20人	1.5%		
治療あり		19人	2.3%	70人	36.1%	5人	0.8%	6人	0.5%	355人	32.5%	16人	1.5%	42人	4.0%		
臓器障害あり		19人	33.9%	36人	36.4%	15人	31.9%	1人	100.0%	36人	36.4%	5人	100.0%	20人	100.0%		
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		6人		1人		0人		3人		5人		20人			
	尿蛋白(2+)以上	0人		3人		0人		0人		2人		5人		1人			
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人			
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		2人		1人		0人		0人		1人		20人			
	心電図所見あり	19人		34人		15人		1人		31人		2人		11人			

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が75人(3.5%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち19人(33.9%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。

また治療中であってもⅡ度高血圧である者が19人(2.3%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

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

### 第3章

図表 45 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 45】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	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
1,347		460 34.1%	376 27.9%	238 17.7%	218 16.2%	47 3.5%	8 0.6%	9 0.7%	97 7.2%	167 12.4%
リスク第1層	134	72 9.9%	31 8.2%	19 8.0%	9 4.1%	3 6.4%	0 0.0%	9 100%	3 3.1%	0 0.0%
リスク第2層	687	236 51.0%	205 51.3%	130 54.6%	94 43.1%	19 40.4%	3 37.5%	--	94 96.9%	22 13.2%
リスク第3層	526	152 39.0%	140 33.0%	89 37.2%	115 52.8%	25 53.2%	5 62.5%	--	--	145 86.8%
再掲 重複あり	糖尿病	113 21.5%	23 15.1%	41 29.3%	18 20.2%	24 20.9%	5 20.0%	2 40.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	273 51.9%	95 62.5%	79 56.4%	40 44.9%	49 42.6%	9 36.0%	1 20.0%		
	3個以上の危険因子	258 49.0%	58 38.2%	59 42.1%	45 50.6%	77 67.0%	16 64.0%	3 60.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

### ウ 心電図検査における心房細動の実態

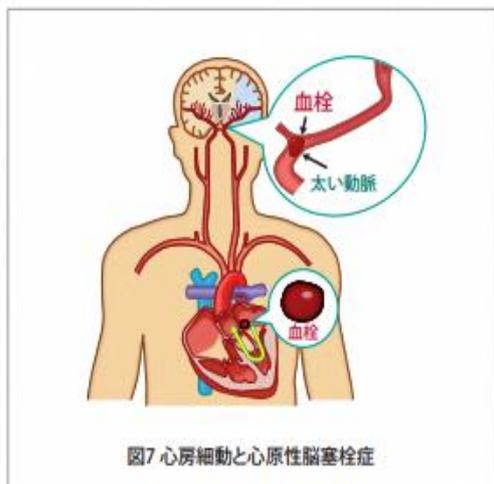


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 46 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

所見率を見ると 40 代は 0 人であり、50 代から 70 代に数人いた。(図表 47)

また4人のうち3人は既に治療が開始されていたが、未治療が1人おり、特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査は必要である。

【図表 46】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
合計	889	1218	2	0.22	2	0.16
40歳代	61	60	0	0.00	0	0.00
50歳代	70	81	0	0.00	2	2.47
60歳代	444	666	1	0.23	0	0.00
70～74歳	314	411	1	0.32	0	0.00

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

【図表 47】

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	%
4		1	25.0	3	75.0

### (3) 保健指導の実施

#### ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

#### イ 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像



#### (4) 医療との連携

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

#### (5) 評価

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

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

##### 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。

#### (6) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ その他

#### 1 COPD

たばこは、がん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）周産期の異常（早産、低出生体重児等）等の原因となることが国内外の多数の科学的知見により明らかとなっている。

このうち、COPDは、WHO（世界保健機関）が「予防でき、治療できる病気」として啓発運動を勧めることを提言しており、日本では「健康日本21（第二次）」に、今後取り組むべき深刻な病気として新たに加えられたところである。COPDは、タバコ煙を主とする有害物質を長期にわたり吸入し続けることで生じる肺の炎症性疾患で、慢性的に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられ、診断や治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下し、酸素療法が必要となり、外出が不自由となったり、寝たきりに近い生活に追い込まれることもある。

また、COPDの主要因である喫煙自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPDを全身性疾患として捉える考え方もある。

- 全身性炎症:全身性サイトカインの上昇、CRPの上昇
- 栄養障害:脂肪量、除脂肪量の減少
- 骨格筋機能障害:筋量・筋力の低下
- 心・血管疾患:心筋梗塞、狭心症、脳血管障害
- 骨粗鬆症:脊椎圧迫骨折 ●抑うつ ●糖尿病 ●睡眠障害 ●貧血

このため、喫煙対策にあたっては、これまでのがんや循環器疾患等に加え、COPDについても正しい知識の普及を行うとともに、喫煙者に対しては、人間ドック等の機会を通じて、呼吸器の検査（スパイロメトリー）によりCOPDの早期発見に努め、必要な場合は医療機関への受診勧奨、禁煙支援等を行う。

また、子どもの頃からの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げ、さらに、成人になってから喫煙することでCOPDを発症しやすいことが知られており、妊産婦や子どものいる被保険者の家庭に対して、積極的に受動喫煙の害やCOPDに関する知識の普及に努める。

<喫煙率>	平成25年度	平成28年度
保険者	12.7%	12.5%
県	13.3%	13.1%
同規模	13.5%	13.5%
国	14.1%	14.2%

【図表50】

## 2 がん

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。

がん検診受診啓発とともに、がん検診受診率向上と精検受診率向上等、がん検診の精度向上に取り組んでいく。

## 3 子どもの生活習慣

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣などである。

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量（350g）を男女ともに達することが目標であるが、石川県の野菜の摂取量は男性 313g、女性 302gであり、目標に約 50g 達していない。（平成 28 年度国民健康・栄養調査結果）

生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

大人的生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸收のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。

運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておくなどである。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

羽咋市としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。（図表 51）

子どもの成長発達と親が学習する機会

【図表 51】

		7歳	4か月	7か月	10か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育所	学校	成人期	
子どもの成長・発達	食		<b>離乳食</b> 消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく。										
			<b>すい臓完成</b> すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。										
			<b>味覚の形成</b> 酸味や苦み(野菜)は本能的に嫌い。体験で好む味に育つ。塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。										
		<b>3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取</b> 4歳で大人と同じエネルギー配分になる (糖質・蛋白質・脂質 = 60:15:25の比率)											
	生活リズム		<b>生活リズムをコントロールする</b> 生活リズムをコントロールする脳は、4歳～6歳で完成。発育までに太陽のリズムに合わせて調整し、夜は眠らなければならないことを覚える。保護者も。										
	運動		<b>全身運動の基礎</b> 月齢・年齢に応じて体を動かす経験を積み、体を動かす喜びを覚えるようになる。体を動かす機会が少ないと、体を動かす喜びを覚えず。										
親が学習する機会			訪問 健診		訪問 健診		1歳6か月 健診		3歳児 健診				
		訪問		教室		教室		教室					
		身長・体重の伸び(成長)と体格(身長と体重のバランス)をみでいく											

4 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

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

また、重複服薬者については、電話・文書等で指導を行い、服薬指導を実施する。

5 後発医薬品の使用促進

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

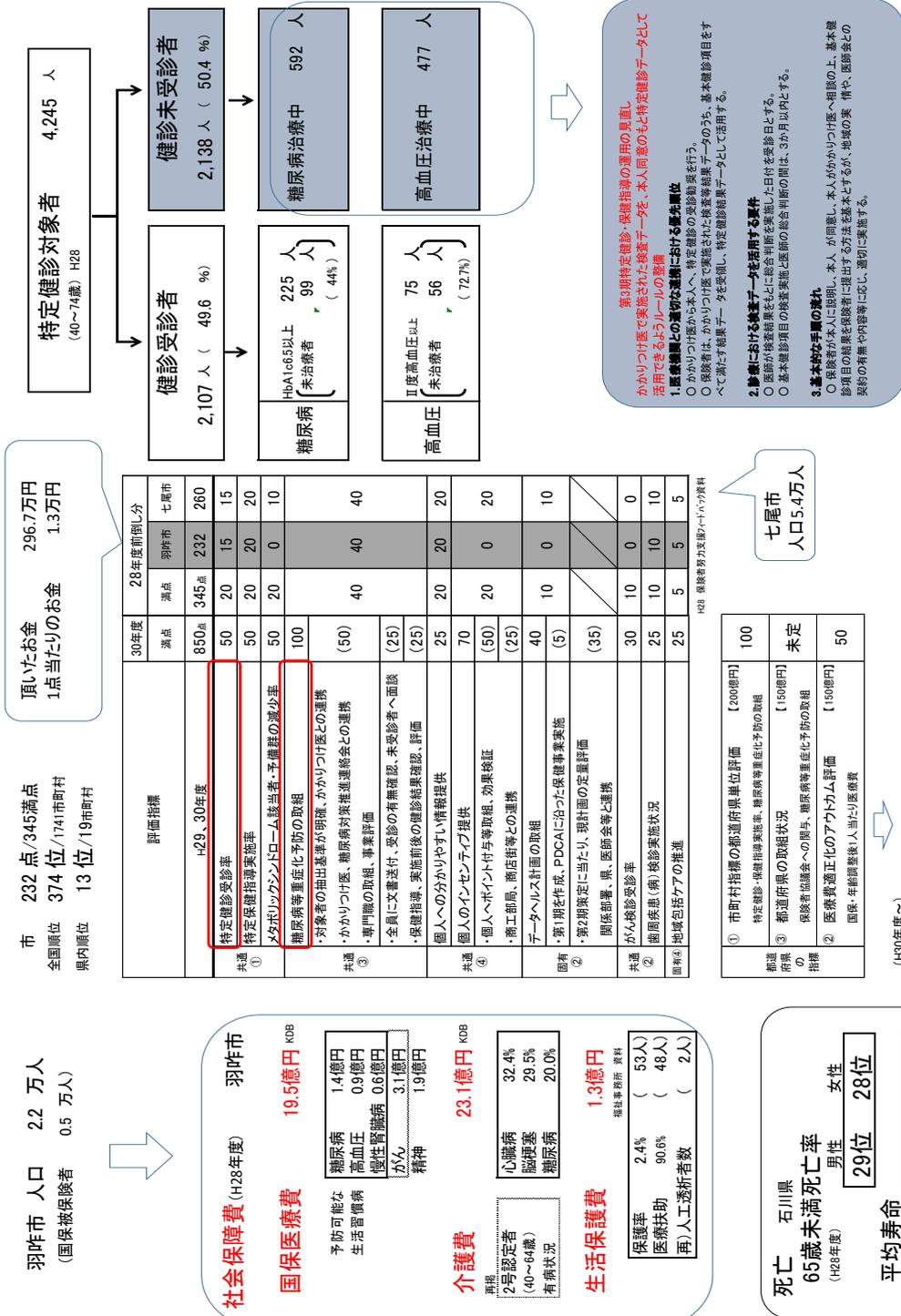
Ⅳ ポピュレーションアプローチ

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实態と社会環境等について広く市民へ周知していく。

【図表 52】

羽咋市 保険者努力支援制度

羽咋市の保険者努力支援制度



## 第4章

### 第4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年を一期として策定する。

#### 2 目標値の設定

【図表 53】

	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	52%	54%	56%	58%	60%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

#### 3 対象者の見込み

【図表 54】

		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	4,300人	4,214人	4,130人	4,047人	3,966人	3,887人
	受診者数	2,236人	2,276人	2,313人	2,347人	2,380人	2,332人
特定保健指導	対象者数	225人	220人	215人	210人	205人	200人
	受診者数	180人	176人	172人	168人	164人	160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。

ア 集団健診(羽咋すこやかセンター、各公民館等)

イ 個別健診(委託医療機関)

##### (2) 特定健診委託基準

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

##### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、羽咋市のホームページに掲載する。

## (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、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更される。（実施基準第1条4項）

## (5) 実施時期

6月～8月末、10月～11月末まで実施する。

## (6) 医療機関との適切な連携

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

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

## (7) 代行機関

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

## (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠である。

健診の案内は、案内冊子を全戸配布し、受診券は個別通知をしている。

下記に基本的なスケジュール予定を記載する。

5月	健診案内冊子配布、受診券個別通知
6月～8月	特定健診、未受診者へ受診勧奨訪問・電話勧奨
9月	未受診者健診案内
10月～11月	未受診者健診、未受診者へ電話勧奨

## 5 特定保健指導の実施

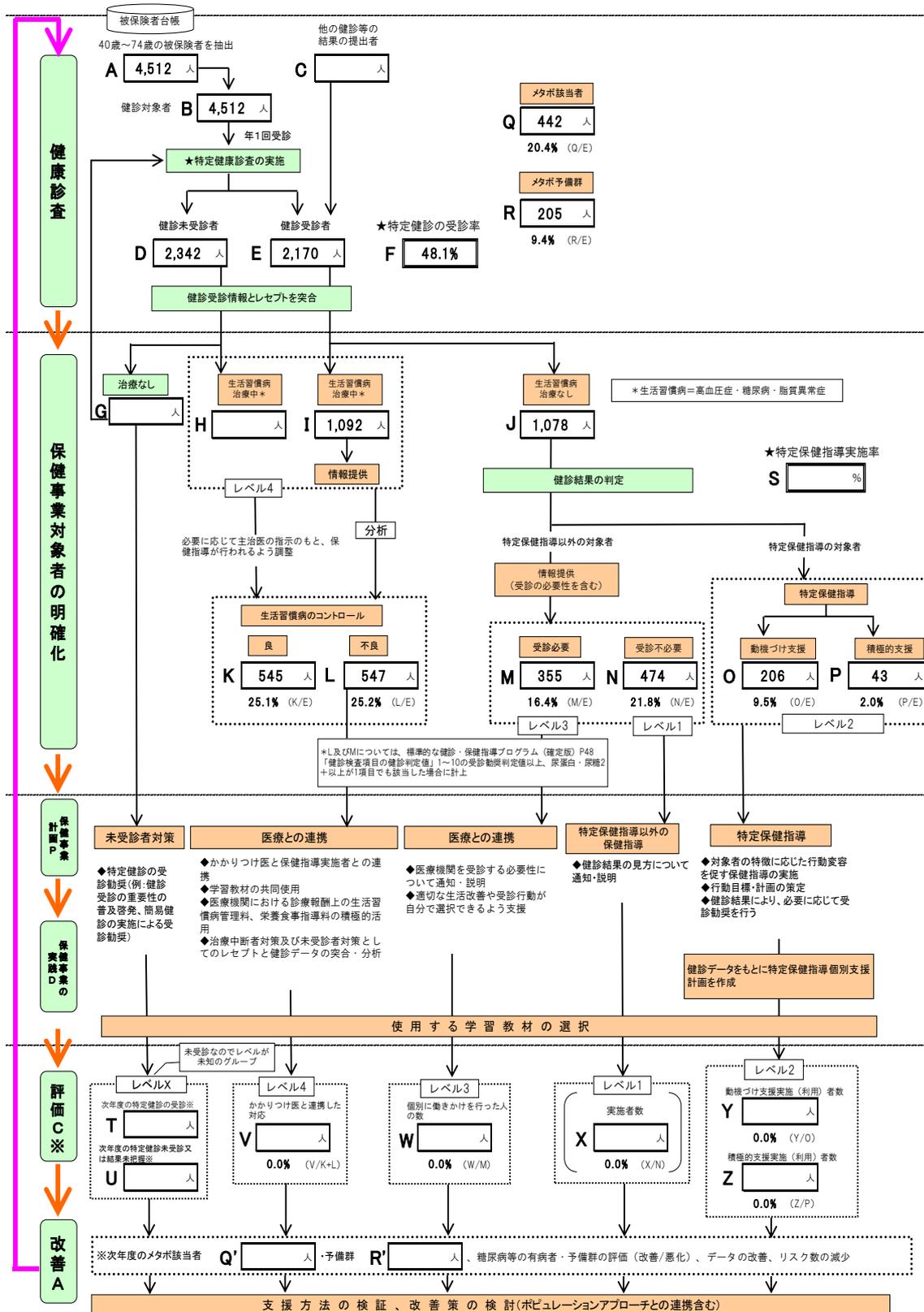
特定保健指導の実施については、直接実施であり、保健部門への執行委任の形態で行う。

## (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)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表55）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

【図表 55】



## (2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

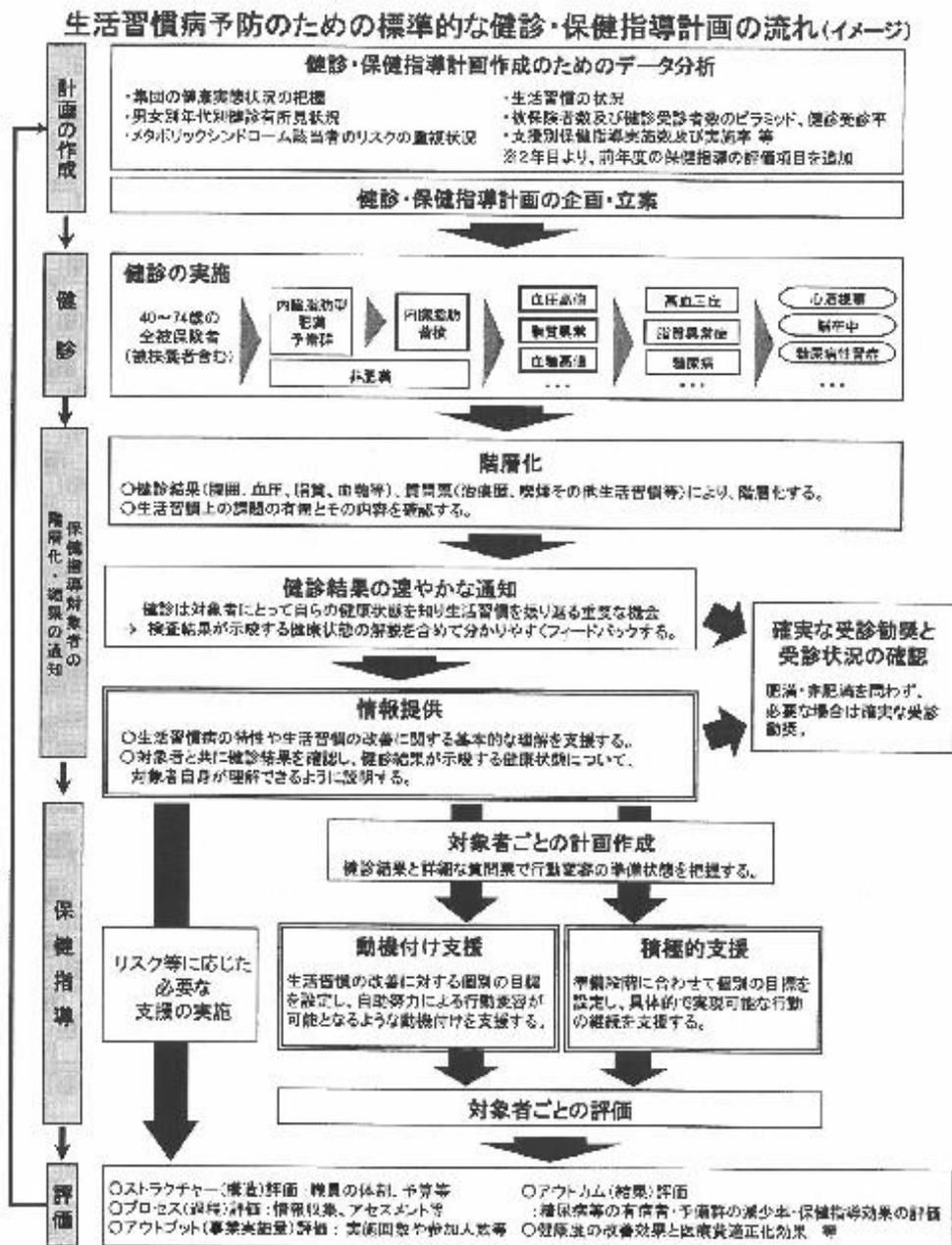
【図表 56】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H28実績	H35目標値
1	O P	レベル2 特定保健指導	◆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	64.7%	80%
	O: 動機付け支援 P: 積極的支援		◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ◆健診結果の見方について通知・説明		
2	I	レベル4 情報提供(生活習慣病治療中)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1063人	対象者全員に実施
3	M	レベル3 情報提供(受診勧奨必要)	◆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	149人	対象者全員に実施
4	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、レセプト等での医療機関への受診状況の確認)	2124人	対象者全員に実施
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	508人	100.0%

## (3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 57)

【図表 57】



## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

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

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度10月までに報告する。

## 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

### 第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、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、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第3章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

羽咋市は、高齢化率が 30.9%であり、同規模保険者、県、国と比較して高く、今後の高くなると推計される。

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、総医療費に占める高齢者に係る医療費の割合は 60%を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

KDB 等から要支援・介護認定者の有病状況を分析し、予防可能な疾患をターゲットに重点的に保健事業を実施するとともに、地域包括ケア推進にかかる各種会議等に国保主管課が出席し、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図りながら、国保直診施設や関係部署と連携しながら地域包括ケアの推進を図る。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2 評価方法・体制

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

#### 評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)</li> <li>・ 保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・ KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・ 必要なデータは入手できているか</li> <li>・ スケジュールどおり行われているか</li> </ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・ 計画した保健事業を実施したか</li> <li>・ 保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)</li> </ul>

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理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。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等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。

### 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。