

第1章 計画策定の背景

1 事業の目的と背景

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においては、「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データヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

さらにその方針を踏まえ、厚生労働省は「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部を改正し、保険者は健康・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実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、事業の実施・評価・改善を行うものとしています。

三春町国民健康保険では、平成28年度に被保険者の健康保持・増進と医療費の適正化を図るため、特定健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、被保険者の健康状態や疾患、医療費の現状を把握し、課題を明確にしたうえで「データヘルス計画」を策定し、それに基づいて事業を推進してきました。

第2期データヘルス計画では、現状分析から健康課題を抽出し、優先すべき対象者の絞り込み及び保健事業の見直し等も行います。また、課題に応じた目標及び評価指標を設定し、費用対効果の観点も念頭に、事業の実効性を高めていくことを目的とします。加えて、被保険者の特性を生かしながら、さらなる健康保持・増進を図るため、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで効果的かつ効率的な保健事業を展開していきます。

2 計画の位置付け

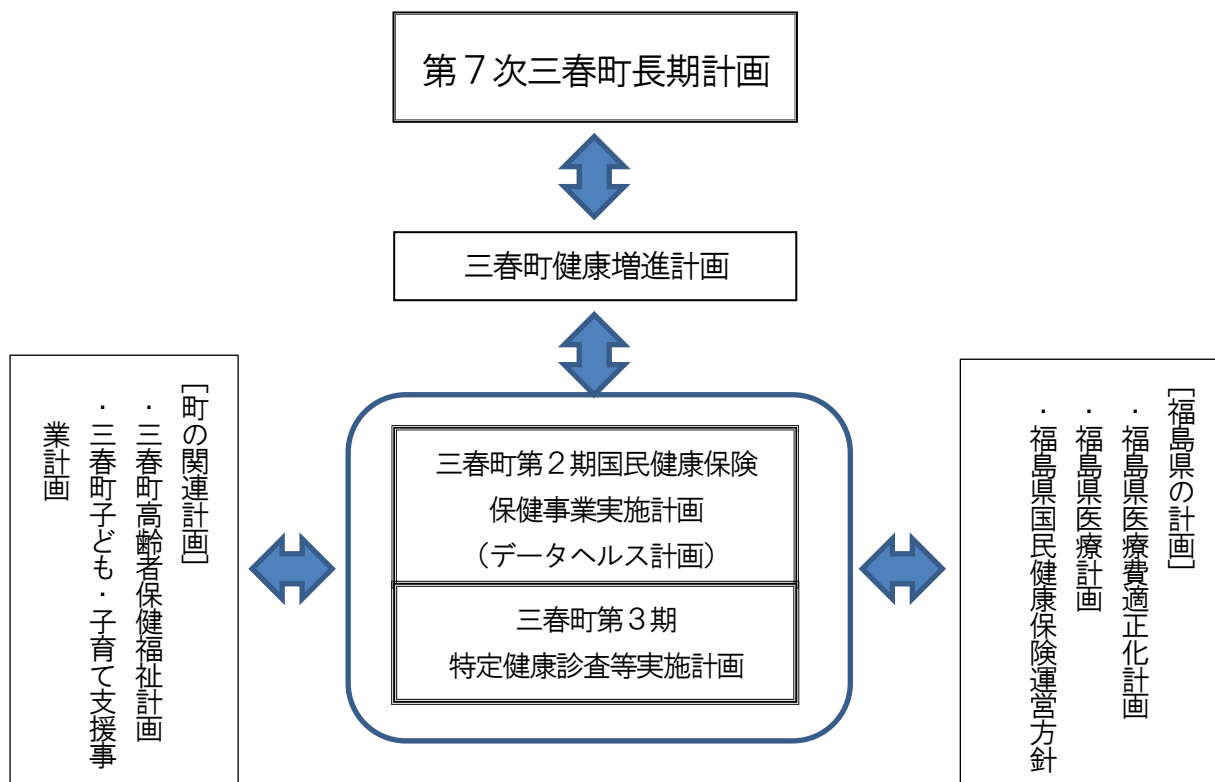
データヘルス計画は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、三春町のまちづくりの指針である「第7次三春町長期計画」（計画期間：平成27～36年度）において、目指すべきまちの姿を「豊かな自然・歴史・文化に育まれ未来に輝く元気なまち三春」保健福祉分野のまちづくりの方向を「誰もが健やかに暮らせるまちづくり」と定めています。

あわせて、町民の健康増進を総合的に推進するためのマスタープランである「三春町健康増進計画【健康みはる21（第二次）】」（計画期間：平成30～34年度）を本計画と同じく平成29年度に策定しました。同計画では健康寿命の延伸と主観的健康観の向上を基本目標に掲げており、本計画もその基本目標を踏まえ、また、それぞれで用いた評価指標を用いるなど、総合計画及び健康増進計画との整合性を図っています。

健康づくりについては、各種がん検診、妊婦健康診査などの健康診査を実施するとともに、40歳以上の本町国民健康保険被保険者の方には「データヘルス計画」及び「第2期特定健康診査等実施計画」に基づいて、生活習慣病の発症や重症化予防に重点を置いた取組を進めてきました。

本町においては、こうした関連する他の計画との整合性を図るとともに、国の「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」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、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施・評価・改善を行うものとしします。

図表1 データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画の位置づけ①



3 計画期間

(1) 三春町第2期データヘルス計画

計画期間は、関係する計画との整合性を図るため、保健事業の実施計画策定の手引きにおいて、「他の保健医療関係の法定計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを踏まえ、計画期間は、三春町第3期特定健康診査等実施計画の最終年度である**平成35年度**までとします。

(2) 三春町第3期特定健康診査等実施計画

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、実施計画を定めるとされています。第1期及び第2期は計画期間を5年としていましたが、医療費適正化計画が6年1期に見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年を1期として策定します。

H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
			第1期データヘルス計画		両計画を一体的に策定					
第2期特定健診等実施計画										

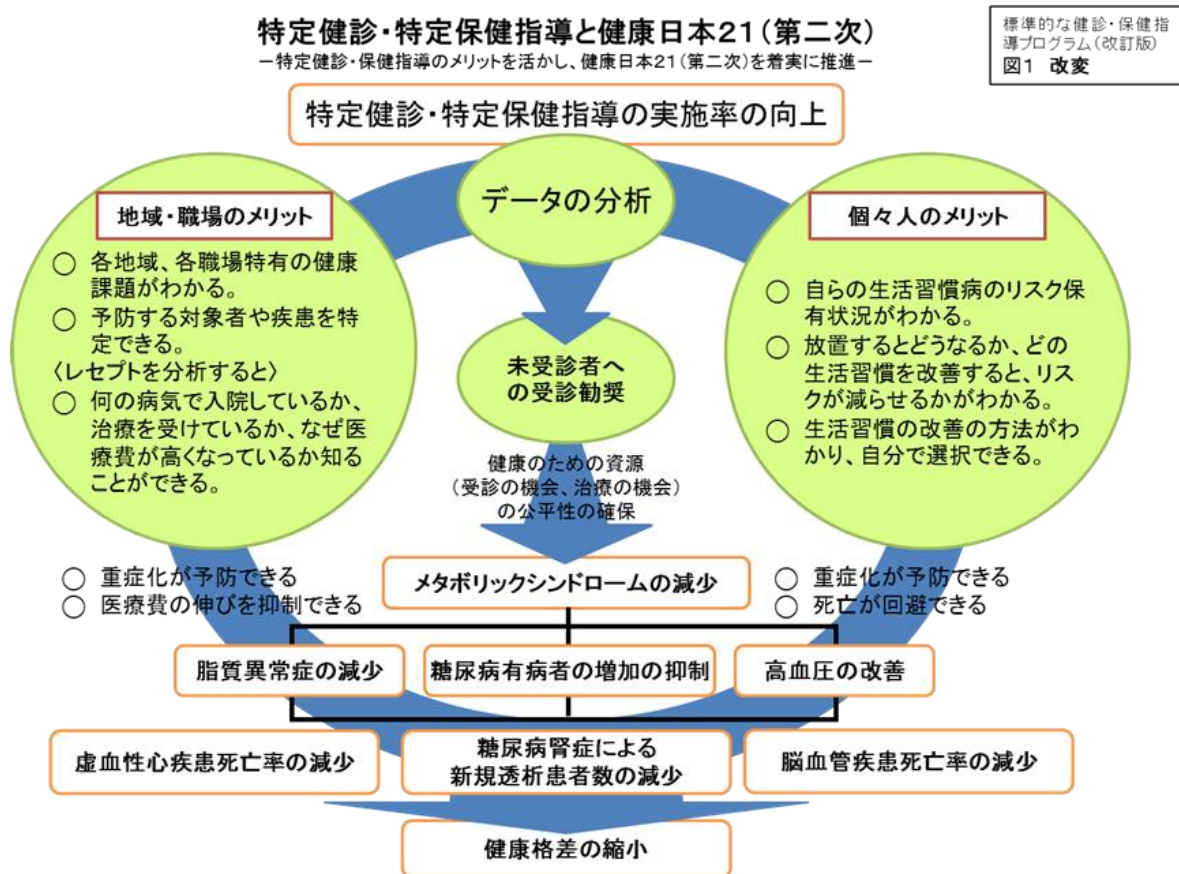
図表2 データヘルス計画の位置づけ②(その他法定計画等との関係)

	健康日本21計画	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画
		特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法 律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年度(第2次)	法定 平成30～35年度(第3期)	指針 平成30～35年度(第2期)	法定 平成30～32年度(第7次)	法定 平成30～35年度(第3期)	法定 平成30～35年度(第7次)
計画策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、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必要とするものを的確に抽出するために行うものである。	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となっており、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ものである。 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強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青年期、壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が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	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(特定疾病)	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症 脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靱帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 がん	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん
評価	※53項目中 特定健診の関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 ●入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制(地域の実状に応じて設定)

保険者努力支援制度

【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定

図表 3 特定健診特定保健指導と健康日本 21（第 2 次）

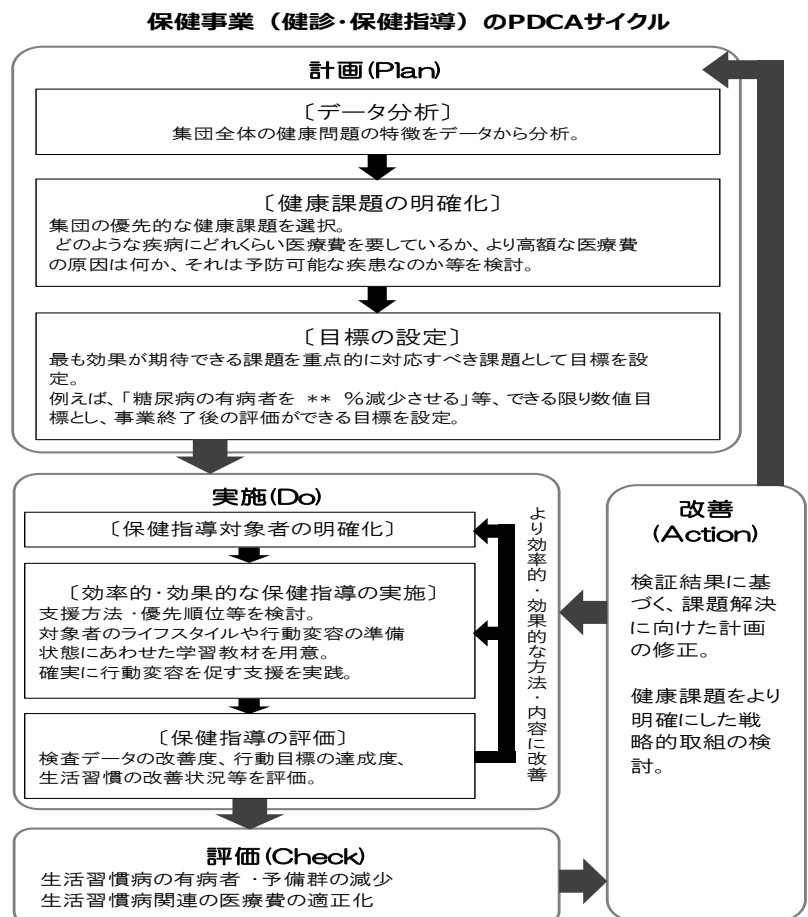


図表 4 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

本計画は、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」です。

計画の策定に当たっては、特定健診の結果、医療・介護レセプト等を活用して、データ分析や健康課題の明確化・目標の設定をしたうえで保健活動を実施します。

また、事業の評価においても、KDB情報を活用して行っていきます。



4 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部署の役割

国保医療担当が主体となってデータヘルス計画を策定しますが、町民の健康の保持増進には幅広い部署が関わっているため、特に保健師等の専門職と連携し、計画策定、保健事業の実施・評価を進めていきます。

なお、本町国民健康保険における医療費適正化を全庁的な取り組みとして推進していくためには、介護保険をはじめ、福祉、教育、子育て支援等の関係部署と十分な連携・協議を図ることとします。

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、担当者の業務を明確化・標準化し、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の体制を整えます。

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるには、計画の策定から評価・見直しまでの一連のプロセスにおいて、外部有識者（学識経験者、町内医療機関）等との連携が不可欠であります。その際、被保険者の健康課題を共有することも重要であります。

《保健医療関係者との連携》

保健事業を円滑に進めるためには、町内医療機関との連携・協力が重要であります。町内医療機関との意見交換の実施や国民健康保険運営協議会への参画、担当者間での日常的な連絡調整等、様々な機会を通して積極的に連携を図ります。

特に、重症化予防の推進にあたっては、町内医療機関やかかりつけ医との連携が不可欠であり、専門的見地からの積極的な支援が得られるよう連携体制の強化を図ります。

《国民健康保険団体連合会（国保連合会）との連携》

データ分析を行うには、国保データベース（KDB）の活用が有効であります。よりの確な分析を効率的に行えるよう、国保連合会による研修に積極的に参加し、KDBを活用した効果の見込める事例の情報収集等に努めます。また、国保連合会に設置された支援・評価委員会は、保健事業に関する豊富な知識や経験を有しており、本町においても計画の策定や個別の保健事業の実施・評価において有効活用を図ります。

《県との連携》

平成30年度から県が市町村国保の共同保険者となることから、市町村国保の保険者機能を強化するには、県の関与が重要となります。本町においては、県中保健福祉事務所等を通じて、情報を共有し、保健事業の円滑な実施に向けて連携・協力を行います。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、実効性を高めるうえでは、被保険者自身が状況を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要であります。そのため、国民健康保険運営協議会や自主活動グループ等にアンケートを行い、被保険者の意見を収集し、その反映に努めます。

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ます。（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税収納率の実施状況を高く評価しています。

また、配点の高い糖尿病等の重症化予防の取組については、平成28年度前倒し実施分において、46.9%の市町村が既に達成していたことから、更なる充実を図るため、新たに受診勧奨後の取組及び保健指導後の検査結果改善等の評価が指標として追加されました。今後は、本町においても国の見直し、追加を考慮し、取組の充実を図ることとします。

本町の平成28年度前倒し分の結果は、全国1,741市町村中252位、県内59市町村中11位でありました。

図表5 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点
総得点（満点）		345	580	850
交付額（万円）		245		
総得点（体制構築加点含む）		244	510	790
全国順位（1,741市町村中）		252		
共通①	特定健診受診率	0	35	50
	特定保健指導実施率	10	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15	35	50
共通②	がん検診受診率	10	20	30
	歯周疾患（病）検診の実施	0	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	40	70	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	30	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	45	70
	個人インセンティブ提供	0	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	30	40
固有①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	40	70	100
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	10	15	25
固有④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	0	15	25
固有⑤	第三者求償の取り組みの実施状況	3	30	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期データヘルス計画に係る評価及び考察と第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

1 計画策定に向けた整理（第1期データヘルス計画の評価等）

第1期データヘルス計画では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らし、健康格差を縮小することを目的としました。医療、介護及び健診の分析結果から、医療費が高額で死亡率が高く、要介護の最大の原因疾患である虚血性心疾患や脳血管疾患等の血管疾患、医療費を圧迫する慢性腎不全（人工透析）の原因となる主要疾患である糖尿病性腎症に対する重症化予防が最優先的に取り組む課題と考えました。

また、最終年度である平成29年度に計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行い、目標の設定・取り組み内容・方法等について見直しを行います。アウトカム評価は、第1期計画に掲げたとおり短期的視点・中長期的視点のそれぞれについて、以下の視点で行います。

【短期的な評価】

- ア 高血圧症（Ⅱ度高血圧以上の割合の減少）
- イ 糖尿病（HbA1c6.5%以上の未治療者の割合の減少）
- ウ 糖尿病（HbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少）
- エ 脂質異常症（LDL-C180 mg/dl 以上の割合の減少）
- オ 脂質異常症（中性脂肪 300 mg/dl 以上の割合の減少）

【中長期的な評価】

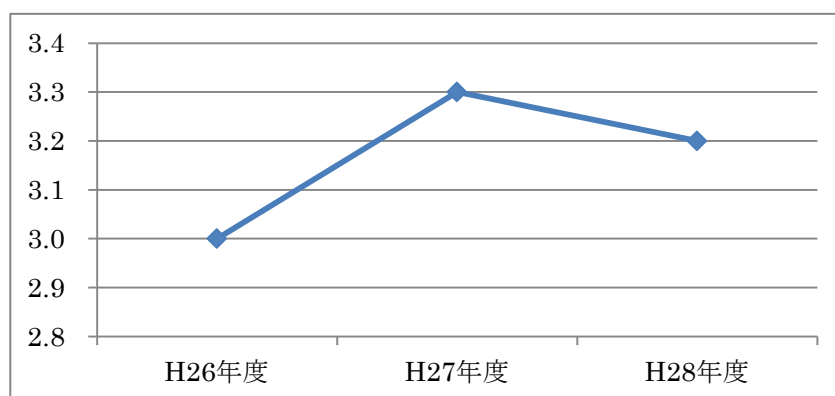
- ア 虚血性心疾患罹患割合
- イ 脳血管疾患罹患割合
- ウ 糖尿病性腎症罹患割合

（1）短期的な評価

- ア 高血圧症（Ⅱ度高血圧以上の割合の減少）

・平成28年度の特定健診受診者1,544人のうちⅡ度高血圧以上は50人で、割合は3.2%でした。
・平成27年度に比べ減少しているが、目標値の3.0%を下回る結果となりました。 [図表6]

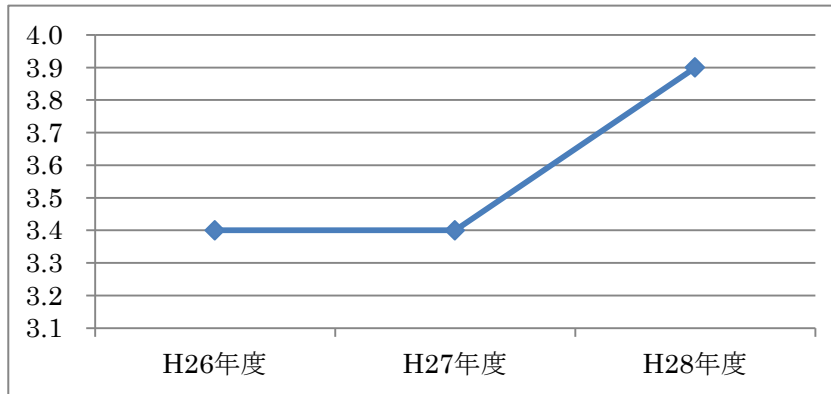
図表6 Ⅱ度高血圧症以上の割合の状況（平成26年度⇔平成28年度比較）



イ 糖尿病（HbA1c6.5%以上の未治療者の割合の減少）

- ・特定健診受診者で糖尿病治療なしの対象者 1,339 人のうち HbA1c6.5%以上は 53 人で、割合は 3.9%でした。割合は年々増加しており目標値の 3.3%を下回る結果となりました。[図表 7]

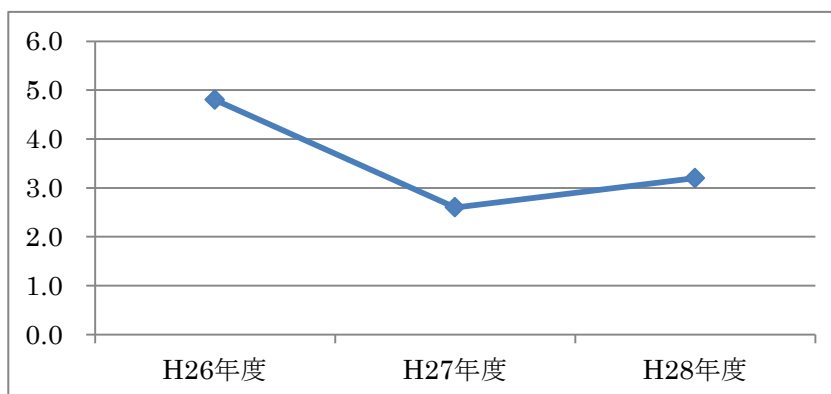
図表 7 HbA1c6.5%以上の未治療者の割合（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



ウ 糖尿病（HbA1c8.0%以上の治療中者の割合の減少）

- ・特定健診受診者で糖尿病治療中の対象者 155 人のうち HbA1c8.0%以上は 5 人で、割合は 3.2%でした。
- ・平成 27 年度に比べ割合が増加しており目標値の 2.0%を下回る結果となりました。[図表 8]

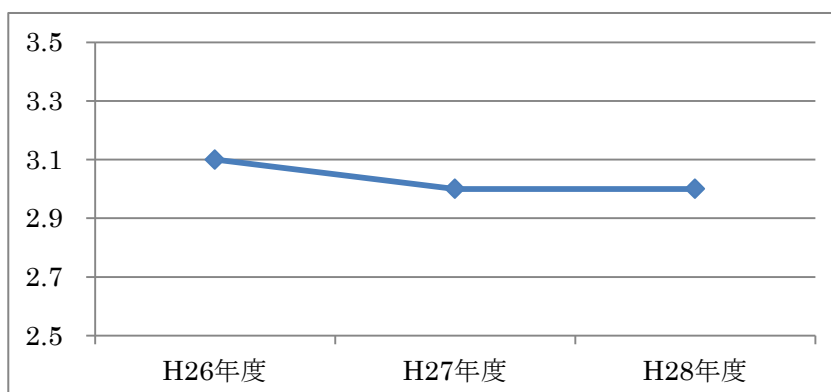
図表 8 HbA1c8.0%以上の治療中者の割合（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



エ 脂質異常症（LDL-C180 mg/dl 以上の割合の減少）

- ・健診受診者 1,545 人のうち、LDL-C180 mg/dl 以上は 47 人で、割合は 3.0%でした。
- ・平成 27 年度と同割合でしたが、目標値の 2.6%を下回る結果となりました。[図表 9]

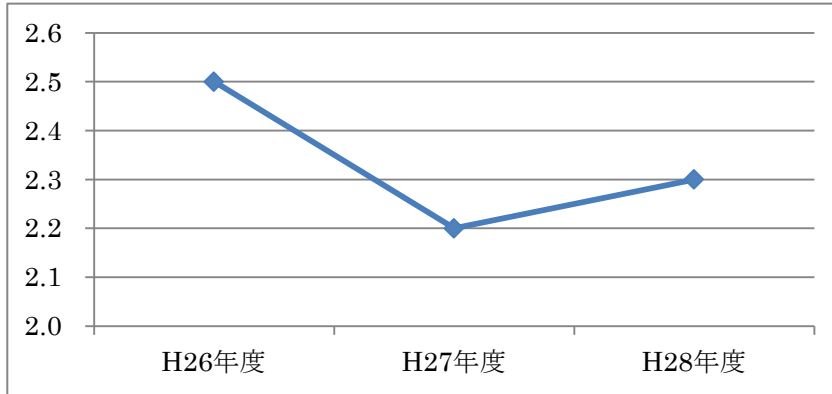
図表 9 LDL-C180 mg/dl 以上の割合（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



オ 脂質異常症（中性脂肪 300 mg/dl 以上の割合の減少）

- ・ 有所見者 1,154 人のうち、中性脂肪 300 mg/dl 以上は 27 人で、割合は 2.3%でした。
- ・ 平成 27 年度に比べて増加しており目標値の 1.9%を下回る結果となりました。[図表 10]

図表 10 中性脂肪 300 mg/dl 以上の割合（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



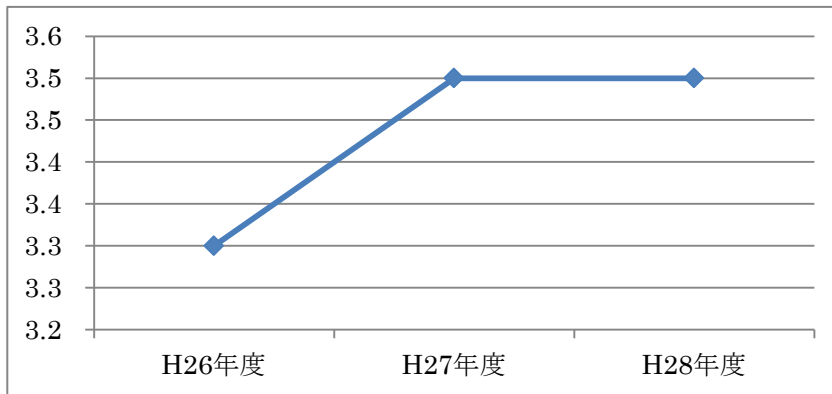
(2) 中長期的な評価

ア 虚血性心疾患罹患割合（厚生労働省様式 3-5）

- ・ 平成 28 年度の罹患割合は 3.5%でした。
- ・ 平成 27 年度と同割合となり、目標値の 3.5%を達成しています。

[図表 11]

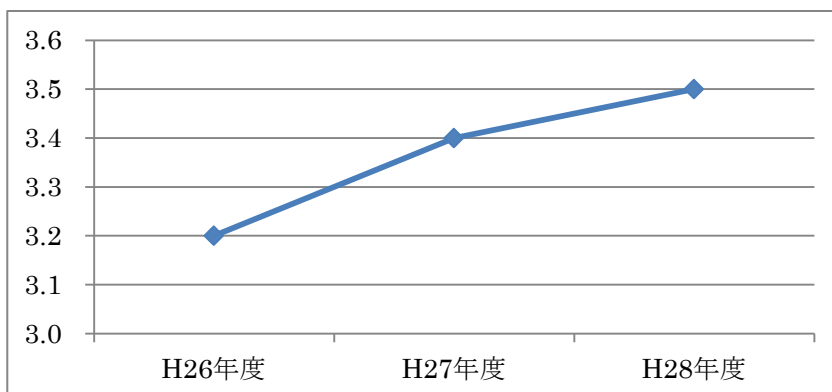
図表 11 虚血性心疾患罹患割合の状況（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



イ 脳血管疾患罹患割合（厚生労働省様式 3-6）

- ・ 平成 28 年度の罹患割合は 3.5%でした。
- ・ 平成 27 年度に比べて増加しており、目標値の 3.4%を下回る結果となりました。[図表 12]

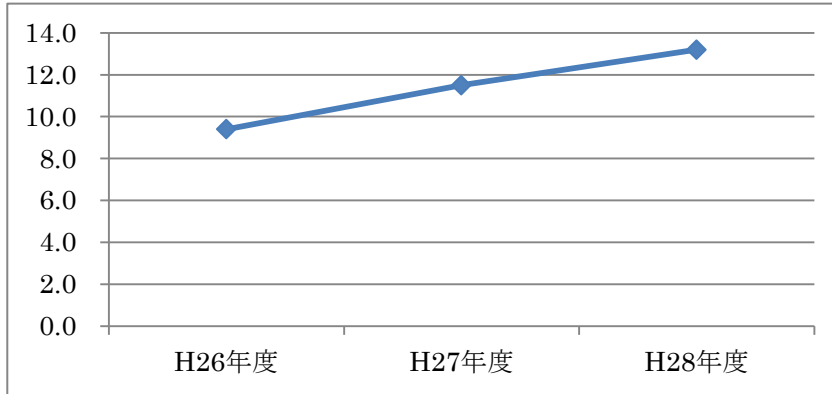
図表 12 脳血管疾患罹患割合の状況（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



ウ 糖尿病性腎症罹患割合（厚生労働省様式 3-2）

- ・平成 28 年度の罹患割合は 13.2%でした。
 - ・年々増加しており、平成 26 年度と比べると、3.8%増加している。
- [図表 13]

図表 13 糖尿病性腎症罹患割合の状況（平成 26 年度⇔平成 28 年度比較）



2 保健事業の実施状況

第 1 期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況は次のとおりです。

①特定健康診査等受診率向上対策事業

目 的	対象者	実施内容	ストラクチャ
特定健康診査受診率の低い40～64歳の未受診者を重点として受診勧奨を行い、早期の虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の予防を図る。また、若年者の健康診査の受診機会を設け、早期の生活習慣病の予防を図る。	40～64歳の未受診者 若年者（30～39 歳）	○受診録および受診券の個別通知による受診勧奨（受診券は40歳以上のみ） ○はがき及び電話による受診勧奨（40～64歳） ○人間ドック助成（35 歳～）	担当者数 事務職 3 名、 専門職 1 名 実施体制 委託業者
プロセス	目標値（平成 2 9 年度末）		達成状況（平成28年度実績）
	アウトプット	アウトカム	
○受診券個別通知 受診券送付 H28.6	○未受診者約 2,300 人に受診券送付。	○特定健康診査受診率60.0%	○特定健康診査受診率46.0%（法定報告値）
○はがき及び電話による受診勧奨 はがき送付 H28.9 電話勧奨 H28.10～11	○勧奨はがきは約 2,000 人に送付。電話勧奨は約 2,000 人に架電。	○受診勧奨者の特定健康診査受診率:平成 29年度20%	○勧奨はがき2,203人に送付 電話勧奨2,060人に勧奨
○人間ドック 受診券に案内を同封送付 広報掲載、ホームページ掲載	○費用助成申請者50 人を目指す	○特定健康診査受診率60.0%	○人間ドック42人に助成

②特定保健指導実施率向上
対策事業

目 的	対象者	実施内容	ストラクチャ
特定保健指導の未利用者に特定保健指導の必要性を説明し利用を促す。	特定保健指導対象者	結果配付を機会として初回面談を行う。未利用者には訪問・電話勧奨を行う。	担当者数 専門職4名
プロセス	目標値（平成29年度末）		達成状況（平成28年度実績）
	アウトプット	アウトカム	
実施方法 初回面接：個別面接 継続支援・評価：通知・電話利用勧奨 特定健診受診時の案内 特定健診受診時の指導 結果説明時の初回面接	事業の継続実施	特定保健指導実施率 50.0%	特定保健指導実施率（法定報告値）20.2%

③重症化予防保健指導事業

目 的	対象者	実施内容	ストラクチャ
虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症、CKDにつながる血圧、血糖（HbA1c）、脂質（LDL コレステロール・中性脂肪）改善を行う。	特定健診受診者のうち、高血圧、糖尿病、脂質異常症、CKD で受診勧奨判定基準を超え、レセプト情報より適切な受診が確認されていない人	通知・訪問による受診勧奨を行う。	担当者数 専門職1名
プロセス	目標値（平成29年度末）		達成状況（平成28年度実績）
	アウトプット	アウトカム	
医療受診勧奨文書 を通知、その後電話で受信確認を実施。 選定基準 高血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上 または 拡張期血圧 100mmHg 以上 脂質異常：LDL コレステロール 180mg/dl 以上 または 中性脂肪 300mg/dl 以上 高血糖：HbA1c 6.5%以上 CKD：蛋白尿（2+）以上 または e-GFR 50 未満（70 歳以上は 40 未満）	全対象者への通知を目指す	通知後の受診者率 30%	対象者 87 人に通知による受診勧奨 高血圧 24 人、脂質異常症 27 人 高血糖 6 人、CKD30 人 受診勧奨実施者のうち 通知勧奨後に受診確認ができた 17人（19.5%） 高血圧 2 人、脂質異常症 4 人 高血糖 1 人、CKD10 人

④生活習慣病の啓発事業			
目 的	対象者	実施内容	ストラクチャ
生活習慣に関する知識の普及と健康意識の高揚を図るため啓発活動を行う。	国保被保険者及び町民	広報紙、三春町ホームページ等での特定健康診査・特定保健指導に関する事項、心臓病等に関する事項広報	担当者数 事務職１名、 専門職１名
プロセス	目標値（平成２９年度末）		達成状況（平成28年度実績）
	アウトプット	アウトカム	
広報掲載 ホームページ掲載	事業の継続	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上	広報掲載 ５月、６月、１０月 ホームページ掲載 ６月、１０月

３ 第１期データヘルス計画のまとめ

糖尿病性腎症や脳血管疾患の罹患割合が目標を下回るなど、その基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者が増加しています。

また、特定健康診査受診率や特定保健指導率が目標を下回る一方、該当者に医療機関受診の通知を送付するなど、重症化予防事業で新たな取り組みを開始させました。

これらを踏まえ、第２期データヘルス計画では、糖尿病、高血圧、脂質異常症の発症や重症化を防ぐための取り組みを継続・強化する必要があります。

4 三春町の現状

(1) 三春町の特性把握

図表14 【三春町の全体像】

項目				三春町		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				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	18,132		16,517		2,001,840		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）	4,762	26.3	4,657	28.2	500,451	25.0	29,020,766		23.2	
			75歳以上	2,688	14.8	2,511	15.2	269,169	13.4	13,989,864		11.2	
			65～74歳	2,074	11.4	2,147	13.0	231,282	11.6	15,030,902		12.0	
			40～64歳	6,556	36.2	5,665	34.3	687,856	34.4	42,411,922		34.0	
		39歳以下	6,814	37.6	6,194	37.5	813,533	40.6	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業 第2次産業 第3次産業	8.3		12.2		7.9		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		
			33.2		27.7		30.1		25.2				
			58.4		60.1		62.0		70.6				
	③ 平均寿命	男性 女性	78.2		79.3		78.8		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
86.4			86.3		86.1		86.4						
④ 健康寿命	男性 女性	64.4		65.1		64.8		65.2					
		66.7		66.8		66.8		66.8					
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	103.9		103.9		106.3		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握 ※注意！ 厚労省HP_人口動態 統計データ（N-2 年）を使用。	
			女性	106.7		102.0		104.8		100.0			
		死 因	がん	65	46.1	7,565	46.0	6,128	43.9	367,905	49.6		
			心臓病	46	32.6	4,757	29.0	4,151	29.7	196,768	26.5		
			脳疾患	24	17.0	2,675	16.3	2,528	18.1	114,122	15.4		
			糖尿病	4	2.8	338	2.1	295	2.1	13,658	1.8		
			腎不全	1	0.7	619	3.8	439	3.1	24,763	3.3		
	自殺	1	0.7	474	2.9	421	3.0	24,294	3.3				
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計 男性 女性	24		10.0		2,643		11.2%		142481		H26 厚労省HP人口動態調査 福島県保健統計の概況
			17		14.7		1,817		15.2%		95219		
7			5.7		826		7.1%		47262				
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	959	19.9	126,477	20.4	106,930	21.1	5,885,270	21.2			
		新規認定者	20	0.3	2,113	0.3	1,974	0.3	105,636	0.3			
		2号認定者	31	0.4	2,818	0.4	2,910	0.4	151,813	0.4			
	② 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	64,450		67,108		61,279		58,284				
		居宅サービス	42,723		41,924		39,921		39,662				
施設サービス		283,274		276,079		276,369		281,186					
4	① 国保の状況	被保険者数	4,322		4,526		474,108		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	1,887	43.7	1,928	42.6	192,878	40.7	12,461,613	38.2			
		40～64歳	1,548	35.8	1,551	34.2	168,394	35.5	10,946,712	33.6			
		39歳以下	887	20.5	1,047	23.1	112,836	23.8	9,179,541	28.2			
		加入率	23.8		26.0		23.6		26.9				
	② 医療の概況 (人口千 対)	病院数	1	0.2	173	0.3	128	0.3	8,255	0.3			
		診療所数	12	2.8	1,295	2.3	1,366	2.9	96,727	3.0			
		病床数	86	19.9	22,850	39.8	25,835	54.5	1,524,378	46.8			
		医師数	17	3.9	2,887	5.0	3,810	8.0	299,792	9.2			
		外来患者数	676.3		686.7		699.2		668.1				
		入院患者数	16.2		22.1		19.4		18.2				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	23,764	県内48位 同規模107位	26,719		24,816		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	692,475		708,781		718,687		686,286				
		外 費用の割合	63.5		57.8		60.5		60.1				
来 件数の割合		97.7		96.9		97.3		97.4					
入 費用の割合		36.5		42.2		39.5		39.9					
院 件数の割合		2.3		3.1		2.7		2.6					
1件あたり在院日数		16.3日		16.6日		16.4日		15.6日					
④ 歯科医療費 の状況	一人当たり医療費	1,570		1,802		1,722		1,886					
	受診率	111.85		132.04		130.80		145.31					
5	①	健診受診者	1,451		169,408		136,179		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		
	②	受診率	46.2	県内31位 同規模42位	41.0		40.9		36.4				
	③	特定保健指導終了者（実施率）	41	22.4	7,801	37.5	3,523	21.6	198,683	21.1			
	④	受診勧奨者率	50.6		51.1		51.7		51.5				
	⑤	非肥満高血糖	160	11.0	16,973	10.0	12,058	8.9	737,886	9.3			
	⑥	メタボ	該当者	304	21.0	29,846	17.6	27,212	20.0	1,365,855		17.3	
			男性	199	30.1	20,491	26.8	18,126	30.3	940,335		27.5	
			女性	105	13.3	9,355	10.1	9,086	11.9	425,520		9.5	
	⑦		予備群	163	11.2	18,586	11.0	16,686	12.3	847,733		10.7	
			男性	111	16.8	12,858	16.8	11,191	18.7	588,308		17.2	
		女性	52	6.6	5,728	6.2	5,495	7.2	259,425	5.8			

※KDB帳票は現時点でH27データを使用。

(2) 地域の概要

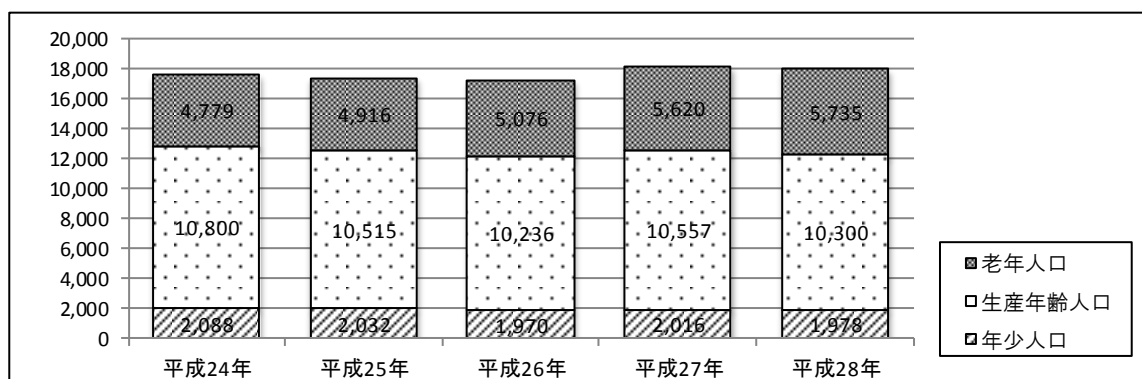
ア 人口及び人口構成の推移

- ・三春町の人口は、平成28年10月現在で18,013人となっており、前年度と比較して180人減少しています。
- ・人口構成をみると、年々老年人口が増加傾向にあり、年少、生産年齢人口が減少しています。
- ・高齢化率は平成28年10月現在で31.8%となっています。 [図表15]

図表15 人口及び人口構成の推移

	人口総数	年少人口		生産年齢人口		老年人口（高齢化率）	
		人数	割合（%）	人数	割合（%）	人数	割合（%）
平成24年	17,667	2,088	11.8	10,800	61.1	4,779	27.1
平成25年	17,463	2,032	11.6	10,515	60.2	4,916	28.2
平成26年	17,282	1,970	11.4	10,236	59.2	5,076	29.4
平成27年	18,193	2,016	11.1	10,557	58.0	5,620	30.9
平成28年	18,013	1,978	11.0	10,300	57.2	5,735	31.8

※出典：平成24～28年10月1日現在市町村人口



イ 国保人口及び国保人口構成の推移

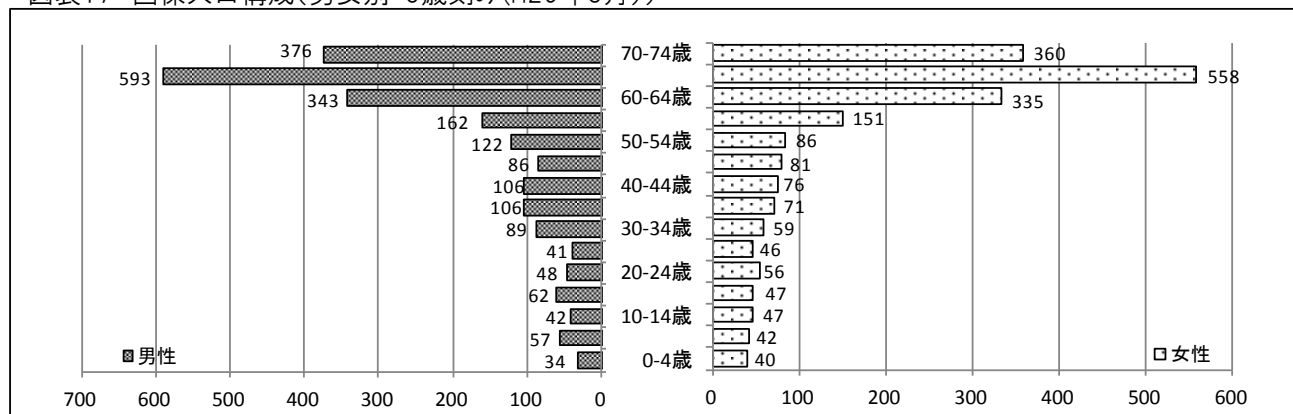
- ・三春町の国保人口は、平成28年度末で4,322人となっており、前年度と比較して237人減少しています。
- ・国保加入率は年々減少しています。
- ・国保人口に占める前期高齢者の割合は43.7%と国保人口の1/3以上を占めています。 [図表16,17]

図表16 国保人口の推移及び加入率

	被保険者数			加入率 (%)	平均年齢 (歳)
	(人)	前期高齢者	割合		
平成24年	4,961	1,548	31.2	27.4	51.4
平成25年	4,887	1,689	34.6	27.0	52.3
平成26年	4,808	1,819	37.8	26.5	53.0
平成27年	4,559	1,860	40.8	25.1	53.9
平成28年	4,322	1,887	43.7	23.8	54.7

抽出データ：KDB「人口及び被保険者の状況2」

図表17 国保人口構成(男女別・5歳刻み(H29年3月))



ウ 死因の状況

- ・三春町の死因別死亡率を男女別でみると、男性では悪性新生物、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、女性では、悪性新生物、糖尿病、心疾患、慢性閉塞性肺疾患が、県や国と比較して高い状況です。
- ・全死因の多くを生活習慣病が占めています。

[図表 18,19,20,21,22]

図表18 主要死因別早世死亡の状況(全国)

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

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

図表19 主要死因別早世死亡の状況（福島県）

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

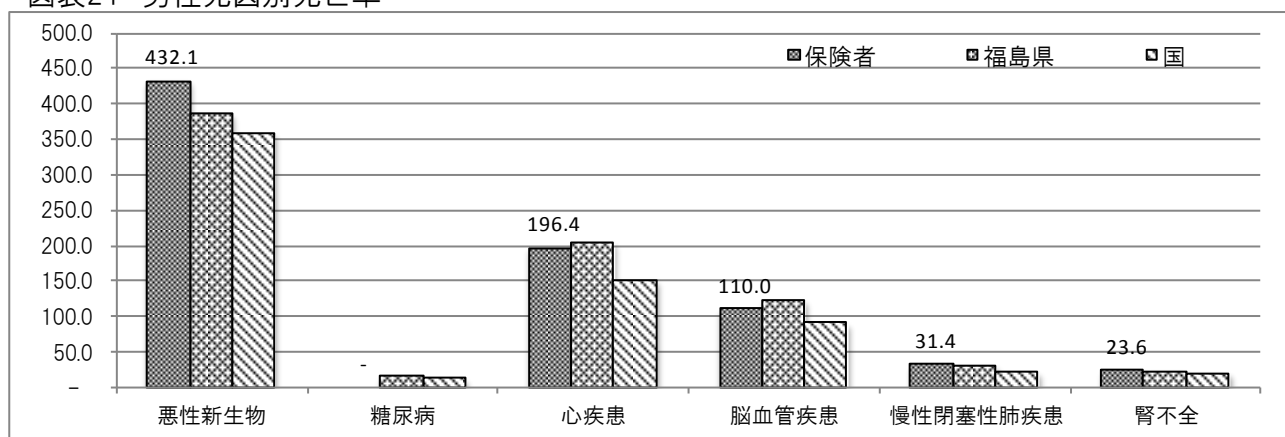
図表20 死因別死亡率(人口10万対)

	三春町		福島県		国	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
死亡総数	1,304.3	1,205.5	1,266.3	1,173.0	1,081.8	951.5
悪性新生物	432.1	278.2	385.6	260.1	357.8	232.5
糖尿病	-	22.3	14.4	16.1	11.9	9.9
心疾患	196.4	252.2	204.0	226.1	151.2	162.5
急性心筋梗塞	39.3	48.2	86.9	69.0	35.7	26.7
その他の虚血性心疾患	23.6	7.4	20.4	17.3	33.0	22.9
不整脈及び伝導障害	51.1	55.6	23.4	26.2	23.7	23.8
脳血管疾患	110.0	137.2	122.4	139.5	90.1	92.0
くも膜下出血	7.9	7.4	9.3	16.6	7.7	12.3
脳内出血	23.6	22.3	35.7	30.2	29.2	22.9
脳梗塞	78.6	103.9	75.4	90.6	50.9	54.3
慢性閉塞性肺疾患	31.4	7.4	29.8	5.2	21.3	4.9
腎不全	23.6	7.4	22.1	23.4	19.6	19.9

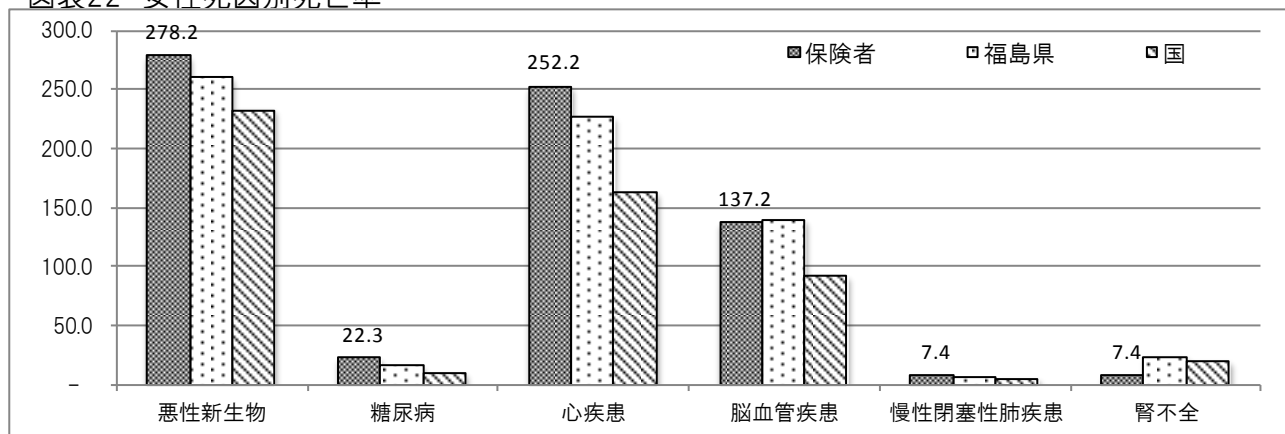
※保険者のみH24～26平均値。県・全国はH26

※出典:保険者-県 保健統計第13表2より抜粋

図表21 男性死因別死亡率



図表22 女性死因別死亡率



エ 医療費の推移

- ・三春町の国保加入者の平成28年度医療費は、約13億4千万円であり、平成27年度と比較して1億円以上減少しています。
- ・一人当たり医療費の県内順位は、下位に位置しています。

[図表 23,24]

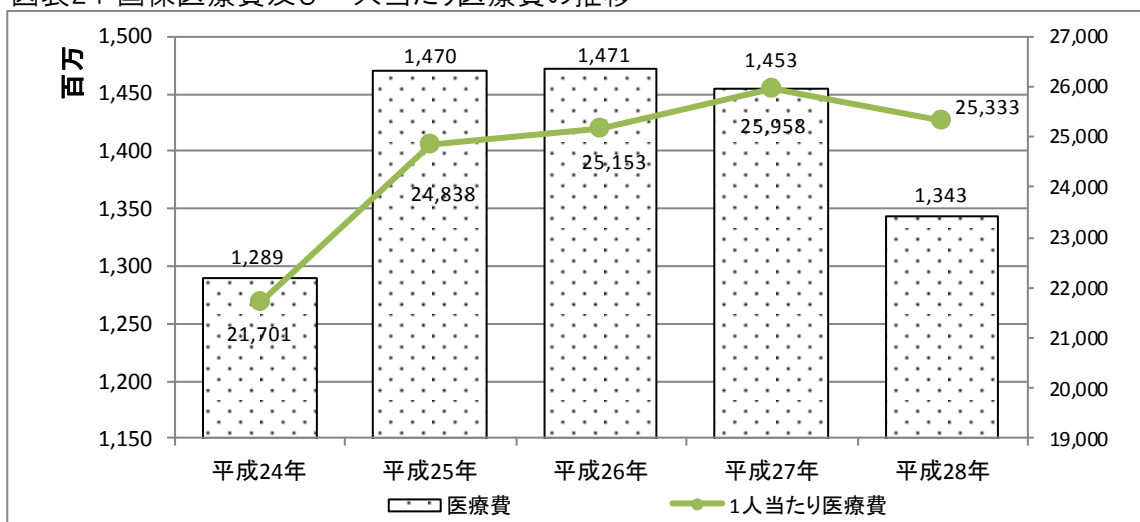
図表23 国保医療費及び一人当たり医療費の推移

	医療費	1人当たり医療費	県内順位	同規模平均	受診率
平成24年	1,288,588,090	21,701	54	24,532	721.61
平成25年	1,470,091,960	24,838	30	25,781	749.51
平成26年	1,470,656,650	25,153	32	26,648	777.26
平成27年	1,453,297,320	25,958	41	28,580	798.83
平成28年	1,343,164,630	25,333	50	28,521	804.32

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

同規模127市町村

図表24 国保医療費及び一人当たり医療費の推移



オ 介護費及び介護認定率の推移

- ・三春町の介護給付費は、約14億5千万円であり、経年的に増加しています。
- ・1件当たりの介護給付費は、経年的に増加しています。
- ・要介護認定率は、19%台で推移しています。

[図表 25,26]

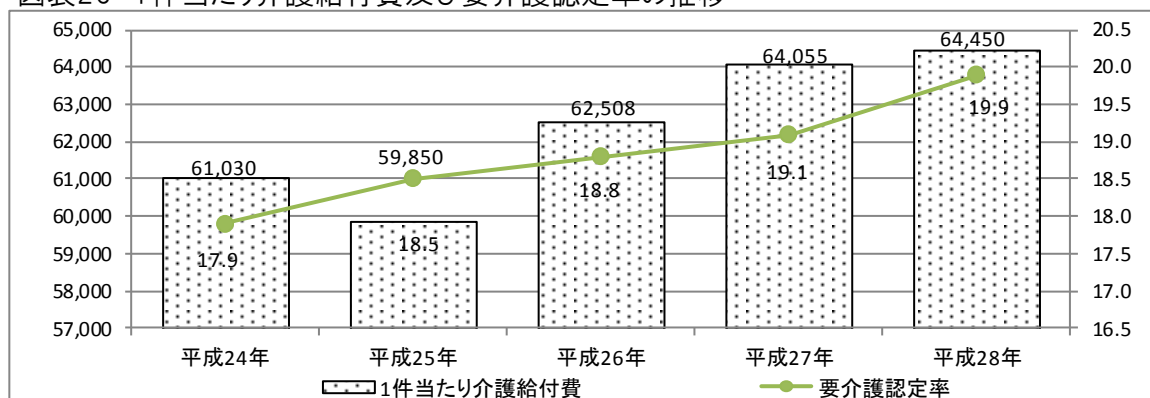
図表25 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

	介護総給付費	総件数	1件当たり介護給付費	要介護認定率
平成24年	1,242,504,459	20,359	61,030	17.9
平成25年	1,287,548,666	21,513	59,850	18.5
平成26年	1,365,170,752	21,840	62,508	18.8
平成27年	1,416,386,624	22,112	64,055	19.1
平成28年	1,455,656,638	22,586	64,450	19.9

※要介護認定率＝要介護度1以上と認定された者の割合

※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」

図表26 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移



(2) 介護・医療・健診データの分析

ア 介護の状況

①要介護認定状況

- ・三春町の要介護認定者数は年々増加傾向にあります。
- ・要介護認定者の有病状況をみると、心臓病、筋・骨疾患、精神疾患、脳疾患が高い状況にあります。
- ・40歳から64歳の2号被保険者においては、筋・骨疾患、心臓病が高い状況にあります。

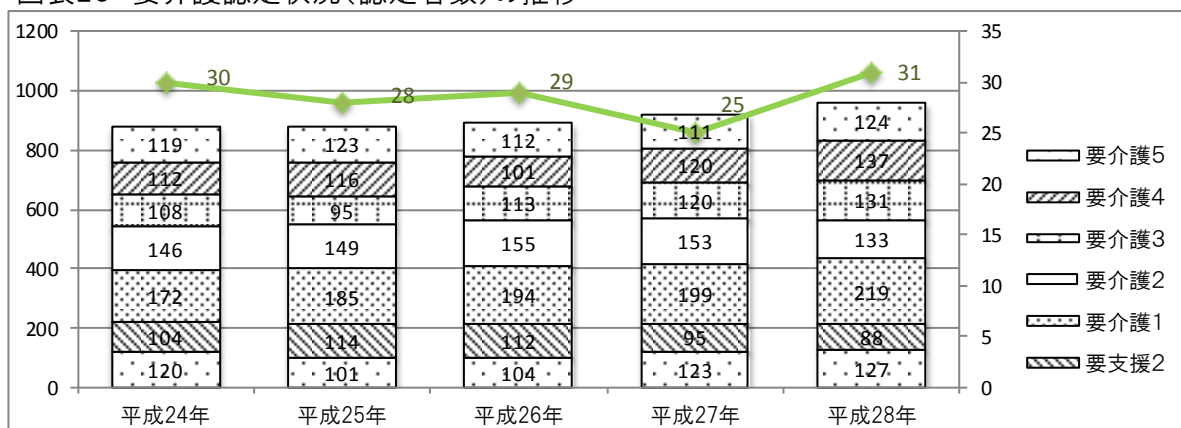
[図表 27,28,29]

図表27 要介護認定状況(認定者数)の推移

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成24年	30	120	104	172	146	108	112	119
平成25年	28	101	114	185	149	95	116	123
平成26年	29	104	112	194	155	113	101	112
平成27年	25	123	95	199	153	120	120	111
平成28年	31	127	88	219	133	131	137	124

※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況

図表28 要介護認定状況(認定者数)の推移



図表 29 要介護認定者の有病状況（平成28年）

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	20.2	20.8	15.6	16.5	16.6	18.4	14.1	13.6
(再掲)糖尿病合併症	9.3	5.3	2.8	3.0	2.3	3.8	2.6	2.4
心臓病	31.6	62.7	66.6	62.0	62.6	59.4	55.5	56.6
脳疾患	21.7	26.0	22.5	26.1	31.6	26.3	30.1	40.8
がん	2.4	14.0	11.0	12.2	11.3	9.2	8.9	6.8
精神疾患	15.4	28.2	29.8	39.6	46.0	43.5	31.8	49.5
筋・骨疾患	32.2	56.1	67.2	51.9	53.1	45.0	38.3	39.8
難病	13.9	3.4	1.6	2.5	3.6	2.5	1.8	4.8
その他	41.9	68.4	69.3	63.5	66.7	60.5	53.0	53.8

※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況

イ 国保における医療費の状況

①疾病別医療費内訳

- ・三春町の医療費（大分類）の多くを新生物、循環器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患が占めており、新生物については、県・同規模・国と比較して高い割合となっています。
- ・医療費（大分類）の多くを占めている循環器系の疾患の内訳をみると、生活習慣病である糖尿病、高血圧症の医療費が高額となっています。
- ・生活習慣病に注目してみると糖尿病、脂質異常症が県・同規模・国と比較して高い医療費割合となっています。
- ・入院・入院外別にみると、入院では悪性新生物、脳血管疾患、入院外では腎不全が高額となっています。
- ・それぞれ高額となる生活習慣病を経年でみると糖尿病の患者数は増加傾向にあります。

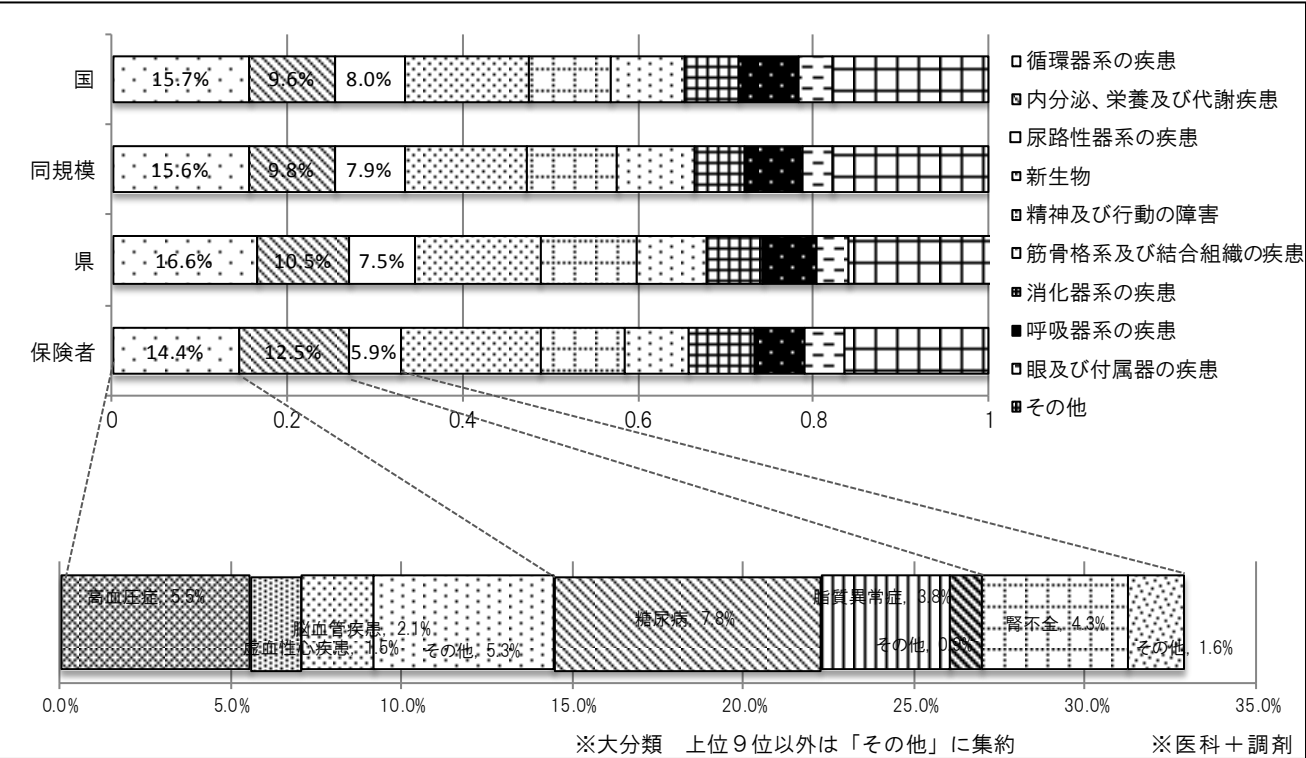
[図表 30,31,32,33,34]

図表 30 大分類 医療費における疾病内訳（平成28年）

	三春町		県		同規模国	
	医療費	医療費割合	医療費	医療費割合	医療費	医療費割合
循環器系の疾患	181,831,44	40%	140,6	6%	6%5	6%5
内分泌、栄養及び代謝	157,577,29	50%	10	5%	9	8%
尿路性器系の疾患	74,447,51	90%	7	5%	7	9%
新生物	200,648,51	79%	4	2%	3	9%
精神及び行動の障害	122,9189,3	8%	11	0%	0	5%
筋骨格系及び結合組織	89,332,76	10%	8	0%	8	7%
消化器系の疾患	96,459,77	70%	6	4%	5	9%
呼吸器系の疾患	71,679,52	70%	5	9%	6	3%
眼及び付属器の疾患	55,256,40	40%	3	8%	3	5%
その他	209,804,66	970%	6	0%	7	9%
計	1,259,913,010	70%	0	0%	0	0%

※ 医科 + 調剤 ※ 大分類 上位9位以下
※ 抽出データ: KDB「大分類」

図表31 医療費における生活習慣病疾病内訳(平成28年)



図表32 医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋(平成28年)

	三春町		県	同規模	国
	医療費(円)	割合	割合	割合	割合
糖尿病	98,437,760	7.8%	6.4%	5.9%	5.5%
高血圧症	69,955,100	5.6%	5.9%	5.1%	4.8%
脂質異常症	47,270,530	3.8%	3.0%	2.9%	2.9%
虚血性心疾患	18,896,440	1.5%	2.4%	2.2%	2.3%
脳血管疾患	26,472,240	2.1%	3.0%	3.0%	3.0%
腎不全	53,738,350	4.3%	5.6%	6.1%	6.1%
再掲 腎不全(透析あり)	42,994,900	3.4%	5.0%	5.4%	5.4%
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	2,483,520	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%

※抽出データ：KDB[大分類]「中分類」「小分類」

図表33 生活習慣病等受診状況(1件あたりの費用額(外来・入院単価))(平成28年)

	入院		入院外	
	1件当たり費用額	件数	1件当たり費用額	件数
糖尿病	513,339 県内48位	151	35,483 県内31位	6,374
高血圧症	642,510 県内13位	155	27,774 県内37位	12,283
脂質異常症	504,808 県内49位	105	27,160 県内24位	10,170
脳血管疾患	728,426 県内9位	69	32,283 県内41位	1,840
心疾患	584,227 県内48位	38	37,715 県内35位	1,862
腎不全	493,448 県内51位	30	188,396 県内36位	268
精神	443,873 県内29位	279	26,185 県内47位	4,482
悪性新生物	707,934 県内7位	204	57,378 県内22位	2,551
歯肉炎/歯周病	130,880 県内30位	1	14,901 県内11位	4,047

※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

図表34 生活習慣病患者数の推移

	生活習慣病 総数（人）	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	糖尿病			脂質異常症
					インスリン療法	糖尿病性腎症		
平成24年	1,721	123	149	959	351	22	35	677
		7.1%	8.7%	55.7%	20.4%	6.3%	10.0%	39.3%
平成25年	1,817	149	164	1,042	408	34	32	793
		8.2%	9.0%	57.3%	22.5%	8.3%	7.8%	43.6%
平成26年	1,840	149	159	1,046	417	36	39	814
		8.1%	8.6%	56.8%	22.7%	8.6%	9.4%	44.2%
平成27年	1,806	148	170	1,040	441	40	47	843
		8.2%	9.4%	57.6%	24.4%	9.1%	10.7%	46.7%
平成28年	1,760	134	153	1,002	448	44	60	806
		7.6%	8.7%	56.9%	25.5%	9.8%	13.4%	45.8%

※抽出データ：KDB「様式3-1」

②80万円以上の高額疾病の内訳（平成28年4月～平成29年3月診療分）

- ・三春町の80万円以上の高額レセプト状況をみると、生活習慣病である脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全のレセプト件数は全体の約12%、費用額は全体の約10%を占めています。
- ・年代別には、脳血管疾患は50歳代から発生し、70歳代が最も多い状況です。虚血性心疾患、腎不全は40歳代という若い世代から発生し、60歳代が最も多い状況です。 [図表35]

図表35 レセプト1件80万円以上の状況

	脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	がん	その他	不明 (未記載)	総数
実人数	8	4	2	42	69	0	125
総件数	11	7	4	62	97	0	181
	6.1%	3.9%	2.2%	34.3%	53.6%	0.0%	100.0%
40歳未満	0	0	0	0	10	0	10
40歳代	0	1	1	2	0	0	4
50歳代	4	2	0	0	12	0	18
60歳代	0	4	3	32	56	0	95
70～74歳	7	0	0	28	19	0	54
費用額(円)	12,565,860	8,003,130	4,744,310	85,261,450	138,076,450	0	248,651,200
(割合)	5.1%	3.2%	1.9%	34.3%	55.5%	0.0%	100.0%

※抽出データ：KDB「様式1-1」

③人工透析患者の状況（平成24年～28年の5月診療分より抽出）

- ・平成24年より人工透析患者数は横ばいの傾向にあるが、うち男性が8割以上を占めています。特に男性の40歳から64歳の患者数が多くなっています。
- ・人工透析にかかる医療費・件数においては、入院では増加傾向、入院外では減少傾向にあります。
- ・人工透析患者の合併症の推移をみると、糖尿病を合併症に持つ人が全体の5割を占めています。

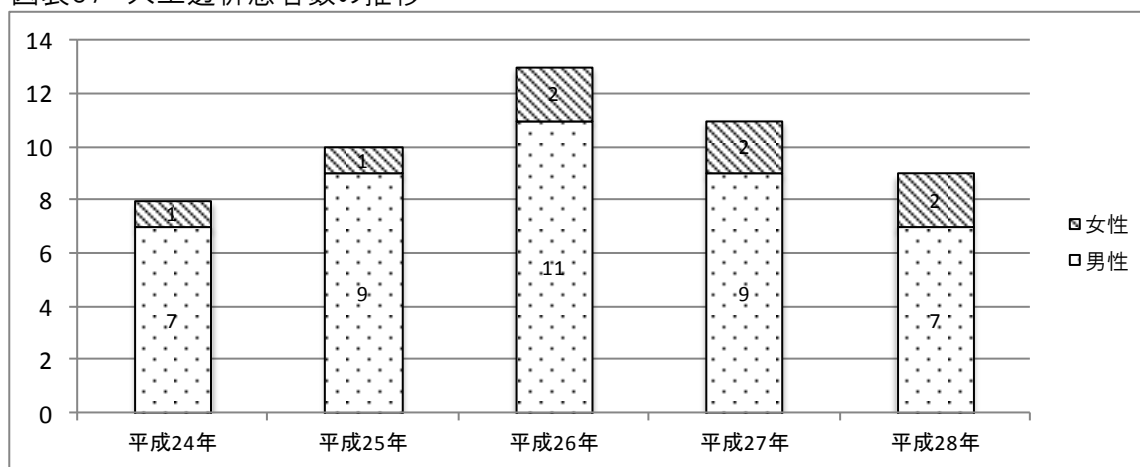
[図表36,37,38,39,40,41]

図表36 人工透析患者数の推移

	実人数	男性			女性		
		40歳未満	40歳～64歳	65歳～75歳未満	40歳未満	40歳～64歳	65歳～75歳未満
平成24年	8	0	6	1	0	1	0
平成25年	10	0	7	2	0	1	0
平成26年	13	0	9	2	0	2	0
平成27年	11	0	8	1	0	2	0
平成28年	9	0	6	1	0	2	0

※抽出データ:KDB「様式3-7」

図表37 人工透析患者数の推移

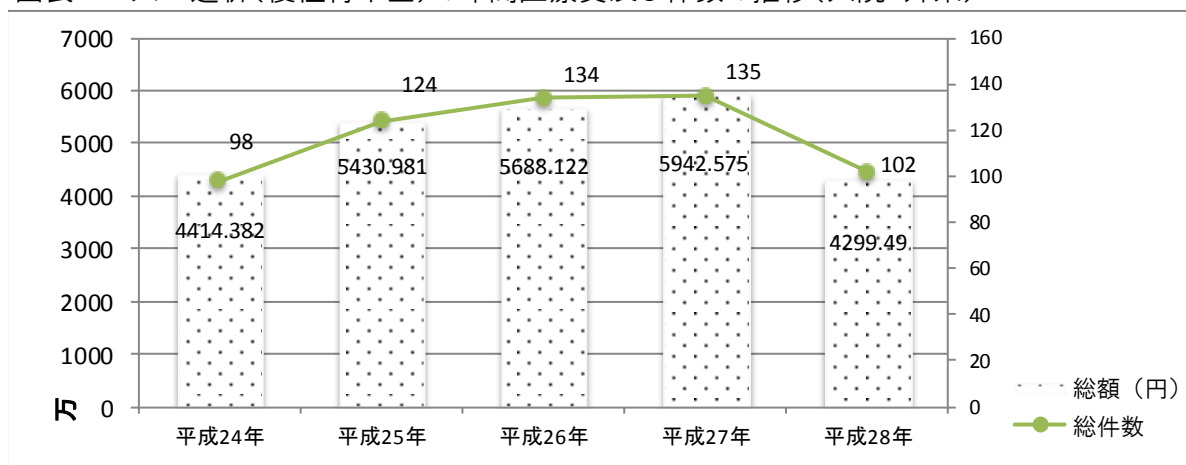


図表38 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)

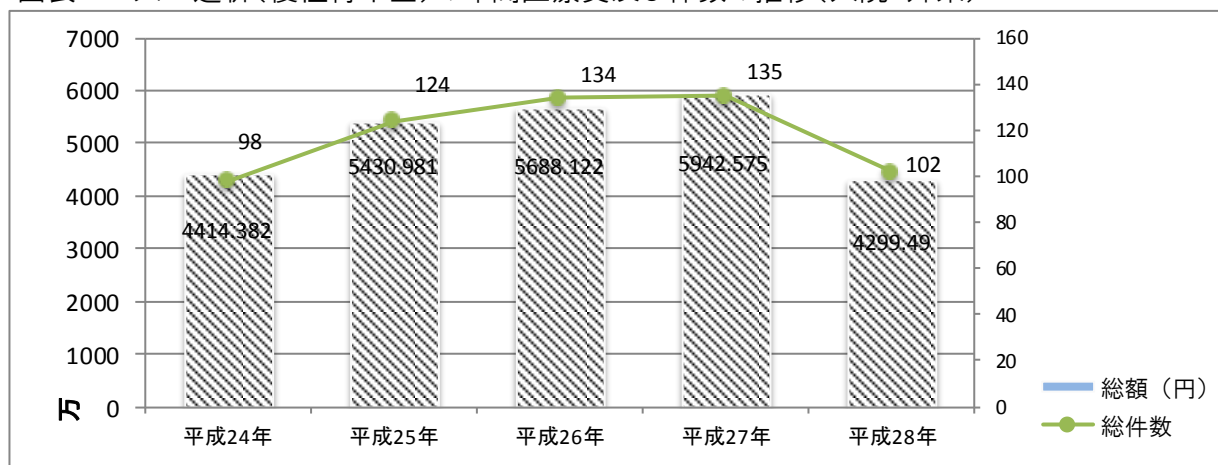
	総額(円)	外来		入院	
		総額(円)	件数	総額(円)	件数
平成24年	44,143,820	37,513,320	87	6,630,500	11
平成25年	54,309,810	50,857,190	117	3,452,620	7
平成26年	56,881,220	53,017,940	126	3,863,280	8
平成27年	59,425,750	54,046,180	124	5,379,570	11
平成28年	42,994,900	37,620,350	90	5,374,550	12

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

図表39 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)



図表39 人工透析(慢性腎不全)の年間医療費及び件数の推移(入院・外来)

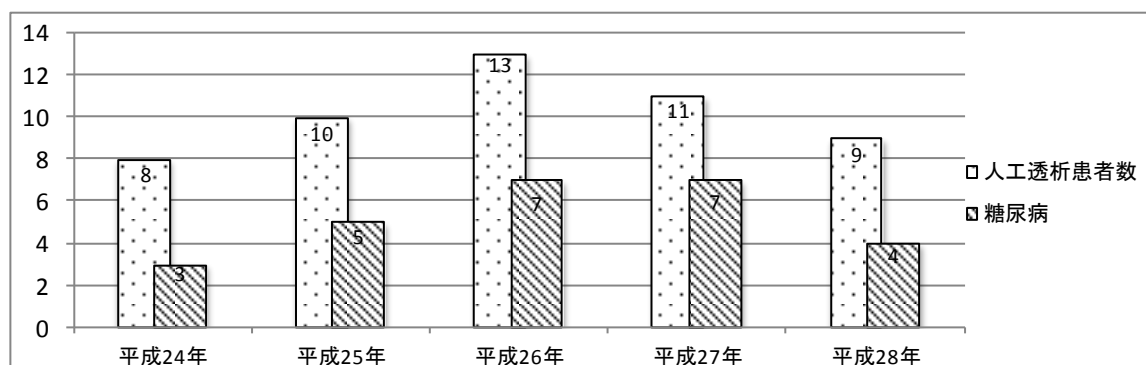


図表40 人工透析患者の合併症の推移

	人工透析 実人数	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成24年	8	3	37.5%	3	37.5%	1	12.5%
平成25年	10	5	50.0%	3	30.0%	0	0.0%
平成26年	13	7	53.8%	4	30.8%	0	0.0%
平成27年	11	7	63.6%	4	36.4%	2	18.2%
平成28年	9	4	44.4%	2	22.2%	1	11.1%

※抽出データ:KDB「様式3-7」

図表41 人工透析患者の糖尿病罹患状況の推移



(3) 特定健康診査・特定保健指導の分析

ア 特定健康診査

①特定健診受診率の状況

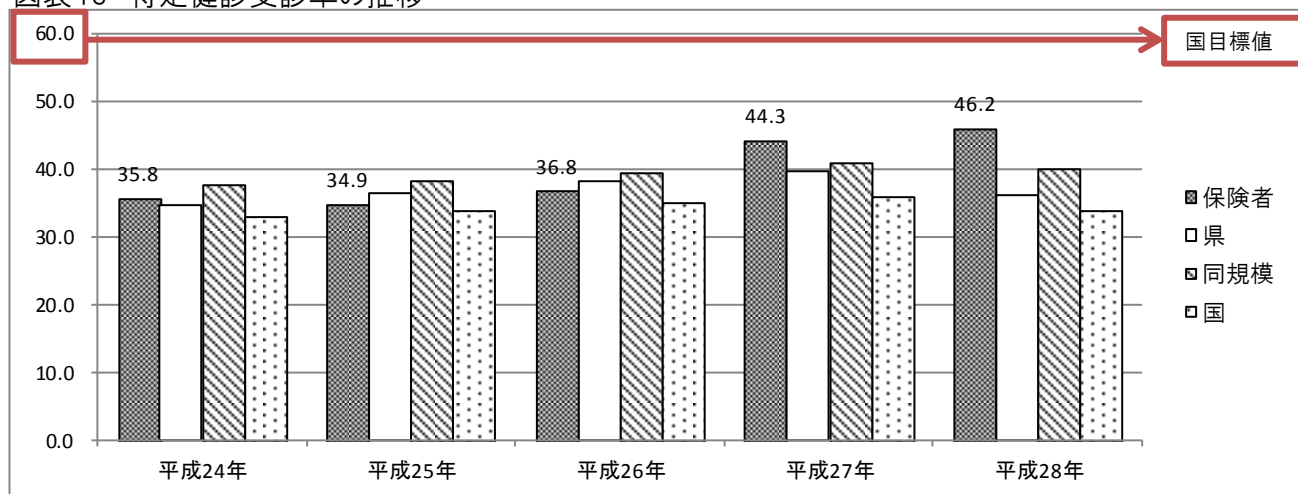
- ・市町村国保は平成28年度において、40歳から74歳までの対象者の60%が特定健診を受診することを目標として定めています。
- ・直近5年における本町の特定健診受診率は、平成24年度の35.8%から翌年約1ポイント低下したものの、徐々に上昇し、28年度は46.2%となっています。
- ・県・同規模・国と比較して、高い状況にあるが、国の目標値を下回っています。
- ・年代別では、男女ともに65歳～69歳、70歳～74歳の受診率が高くなっており、一方で男性は、40～44歳が、女性は45～49歳が低い状況にあります。 [図表42,43,44,45,46,47]

図表42 特定健診受診率の推移

	保険者				県	同規模	国
	健診対象者	受診者数	受診率	順位			
平成24年	3,589	1,286	35.8	県内51位	34.7	37.7	33.2
平成25年	3,511	1,224	34.9	県内55位	36.5	38.3	34.1
平成26年	3,438	1,265	36.8	県内56位	38.4	39.5	35.2
平成27年	3,314	1,468	44.3	県内34位	39.8	41.0	36.0
平成28年	3,139	1,451	46.2	県内31位	40.9	41.0	36.4

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表43 特定健診受診率の推移

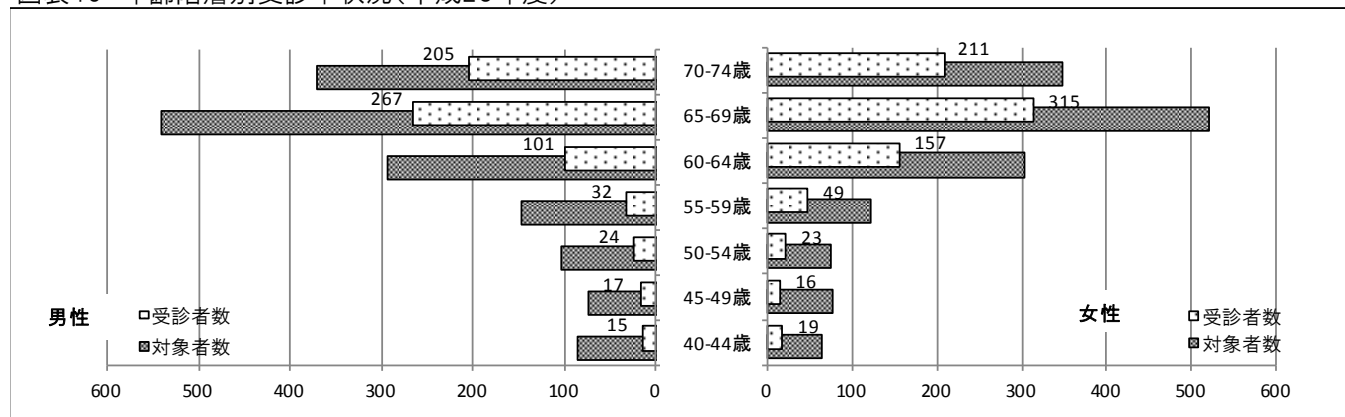


図表44 年齢階層別受診率状況(平成28年度)

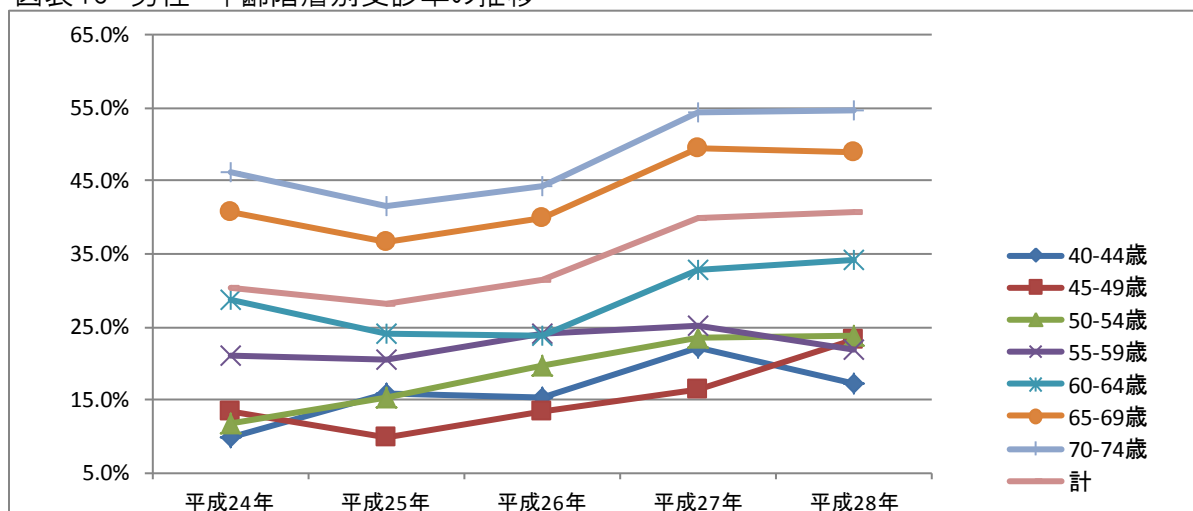
	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40-44歳	86	15	17.4%	65	19	29.2%
45-49歳	75	17	22.7%	78	16	20.5%
50-54歳	105	24	22.9%	75	23	30.7%
55-59歳	147	32	21.8%	123	49	39.8%
60-64歳	295	101	34.2%	305	157	51.5%
65-69歳	541	267	49.4%	522	315	60.3%
70-74歳	372	205	55.1%	350	211	60.3%
計	1,621	661	40.8%	1,518	790	52.0%

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表45 年齢階層別受診率状況(平成28年度)

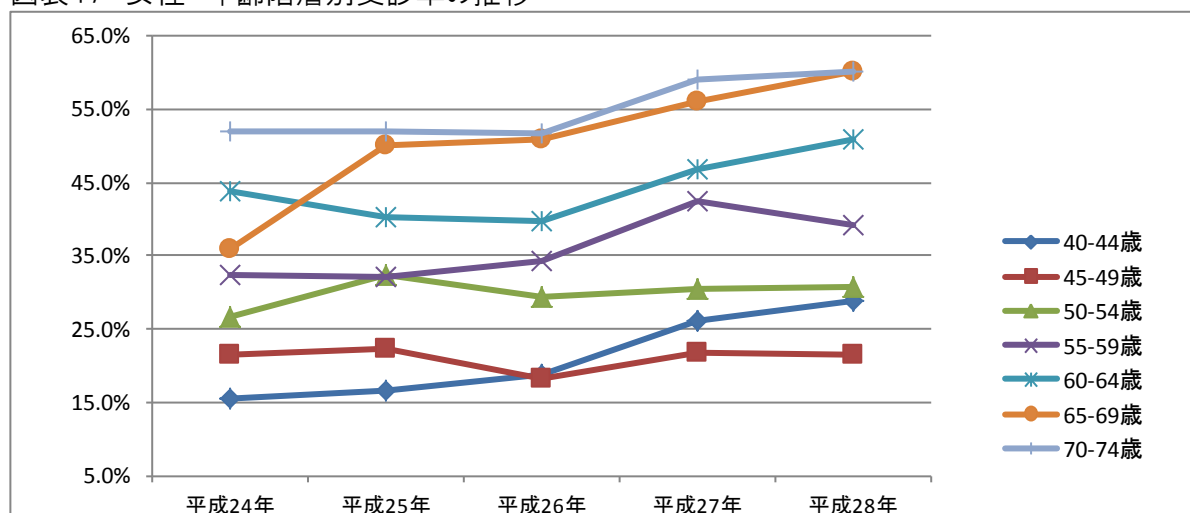


図表46 男性 年齢階層別受診率の推移



※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表47 女性 年齢階層別受診率の推移



※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

②健診受診者と未受診者の医療費の比較

- ・生活習慣病の発症予防、重症化予防は、自分の体の状態を知ることから始まります。
- ・健診受診者と未受診者それぞれの生活習慣病医療費を、患者一人当たりで比較すると、健診受診者は 144,898 円、未受診者は 184,456 円と 39,558 円の差があります。
- ・健診を受けて健康状態を把握することが必要だと分かります。

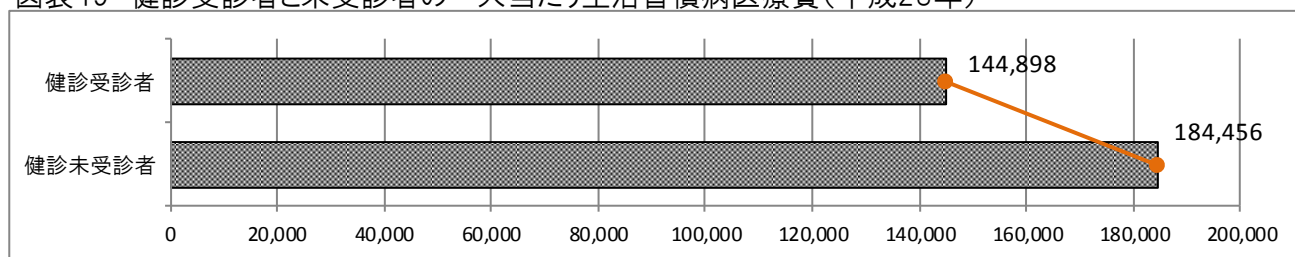
[図表 48,49]

図表48 健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費の推移

	健診未受診			健診受診		
	未受診者数	生活習慣病総医療費		受診者数	生活習慣病総医療費	
		総額	1人当たり		総額	1人当たり
平成24年	2,303	314,545,260	136,581	1,286	181,167,810	140,877
平成25年	2,043	331,415,700	162,220	1,224	187,590,910	153,261
平成26年	1,970	342,909,940	174,066	1,265	173,519,830	137,170
平成27年	1,846	314,837,750	170,551	1,468	220,041,010	149,892
平成28年	1,671	308,226,280	184,456	1,451	210,247,020	144,898

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表49 健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費(平成28年)



③健診結果の有所見状況

- ・男女ともに、HbA1c の割合が 6 割を超え高い状況となっている。また、血糖の割合も増加傾向にあります。
- ・年代別では、男女ともに 40～65 歳未満の HbA1c、尿酸、LDL-C の割合が、県・国と比較して高い状況であります。
- ・メタボリックシンドローム該当者の割合は年々増加しており、2 割を超えています。

[図表 50,51,52,53,54,55,56]

図表50 男性 健診受診者の有所見者状況(平成28年)

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化 要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成24年	人数	203	294	125	104	59	257	286	2	313	174	256	10	126
	割合	35.7%	51.8%	22.0%	18.3%	10.4%	45.2%	50.4%	0.4%	55.1%	30.6%	45.1%	1.8%	22.2%
平成25年	人数	161	243	110	91	50	226	299	97	255	115	232	10	121
	割合	31.1%	46.9%	21.2%	17.6%	9.7%	43.6%	57.7%	18.7%	49.2%	22.2%	44.8%	1.9%	23.4%
平成26年	人数	181	288	126	95	39	238	308	102	270	106	265	7	130
	割合	31.8%	50.5%	22.1%	16.7%	6.8%	41.8%	54.0%	17.9%	47.4%	18.6%	46.5%	1.2%	22.8%
平成27年	人数	227	361	145	128	53	314	401	111	330	145	322	10	142
	割合	33.2%	52.8%	21.2%	18.7%	7.7%	45.9%	58.6%	16.2%	48.2%	21.2%	47.1%	1.5%	20.8%
平成28年	人数	216	340	144	117	50	314	410	109	345	178	299	11	148
	割合	32.8%	51.6%	21.9%	17.8%	7.6%	47.6%	62.2%	16.5%	52.4%	27.0%	45.4%	1.7%	22.5%

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

※抽出データ:KDB「様式6-2~7」

図表51 女性健診受診者の有所見者状況の推移(平成28年)

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化 要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成24年	人数	217	151	99	62	24	178	328	0	313	144	375	1	99
	割合	30.2%	21.0%	13.8%	8.6%	3.3%	24.8%	45.7%	0.0%	43.6%	20.1%	52.2%	0.1%	13.8%
平成25年	人数	192	127	109	54	16	193	375	9	298	100	346	0	114
	割合	27.4%	18.1%	15.6%	7.7%	2.3%	27.6%	53.6%	1.3%	42.6%	14.3%	49.4%	0.0%	16.3%
平成26年	人数	206	170	100	44	19	199	366	17	280	77	362	0	128
	割合	29.4%	24.3%	14.3%	6.3%	2.7%	28.4%	52.3%	2.4%	40.0%	11.0%	51.7%	0.0%	18.3%
平成27年	人数	230	185	129	63	28	240	457	13	274	107	397	1	113
	割合	29.5%	23.7%	16.5%	8.1%	3.6%	30.8%	58.6%	1.7%	35.1%	13.7%	50.9%	0.1%	14.5%
平成28年	人数	227	187	123	66	25	266	477	13	370	155	399	0	132
	割合	28.7%	23.7%	15.6%	8.4%	3.2%	33.7%	60.4%	1.6%	46.8%	19.6%	50.5%	0.0%	16.7%

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

※抽出データ:KDB「様式6-2~7」

図表52 年齢階層別・男性 健診受診者の有所見者状況(平成28年)

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の 動脈硬化 要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40~65 歳未満	人数	78	108	58	45	21	83	110	42	89	67	109	2	24
	割合	41.3%	57.1%	30.7%	23.8%	11.1%	43.9%	58.2%	22.2%	47.1%	35.4%	57.7%	1.1%	12.7%
65~75 歳未満	人数	139	234	86	72	30	232	300	68	256	111	192	9	124
	割合	29.4%	49.6%	18.2%	15.3%	6.4%	49.2%	63.6%	14.4%	54.2%	23.5%	40.7%	1.9%	26.3%
保険者計	人数	217	342	144	117	51	315	410	110	345	178	301	11	148
	割合	32.8%	51.7%	21.8%	17.7%	7.7%	47.7%	62.0%	16.6%	52.2%	26.9%	45.5%	1.7%	22.4%
県	割合	34.4%	53.8%	26.1%	21.5%	8.8%	44.0%	54.2%	5.6%	51.9%	24.6%	46.7%	0.9%	20.7%
	割合	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%	19.1%

※抽出データ:KDB「様式6-2~7」

図表53 年齢階層別・女性 健診受診者の有所見者状況(平成28年)

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以 外の動脈	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40～65 歳未満	人数	76	59	46	28	8	79	145	5	95	47	142	0	30
	割合	28.8%	22.3%	17.4%	10.6%	3.0%	29.9%	54.9%	1.9%	36.0%	17.8%	53.8%	0.0%	11.4%
65～75 歳未満	人数	151	128	77	38	17	187	332	8	275	108	257	0	102
	割合	28.7%	24.3%	14.6%	7.2%	3.2%	35.6%	63.1%	1.5%	52.3%	20.5%	48.9%	0.0%	19.4%
保険者計	人数	227	187	123	66	25	266	477	13	370	155	399	0	132
	割合	28.7%	23.7%	15.6%	8.4%	3.2%	33.7%	60.4%	1.6%	46.8%	19.6%	50.5%	0.0%	16.7%
県	割合	26.3%	21.5%	15.1%	9.7%	2.0%	29.3%	55.2%	0.7%	44.9%	15.8%	56.8%	0.1%	14.3%
国	割合	20.6%	17.3%	16.2%	8.7%	1.8%	17.0%	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.2%	0.2%	14.7%

※抽出データ:KDB「様式6-2～7」

図表54 メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

総計		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者	該当者			
					高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
平成24年	人数	1286	45	166	13	120	33	234	53	12	110	59
	割合	100.0%	3.5%	12.9%	1.0%	9.3%	2.6%	18.2%	4.1%	0.9%	8.6%	4.6%
平成25年	人数	1224	36	141	11	100	30	195	40	8	97	50
	割合	100.0%	2.9%	11.5%	0.9%	8.2%	2.5%	15.9%	3.3%	0.7%	7.9%	4.1%
平成26年	人数	1265	66	154	10	113	31	237	51	10	118	58
	割合	100.0%	5.2%	12.2%	0.8%	8.9%	2.5%	18.7%	4.0%	0.8%	9.3%	4.6%
平成27年	人数	1468	64	185	19	127	39	299	60	15	136	88
	割合	100.0%	4.4%	12.6%	1.3%	8.7%	2.7%	20.4%	4.1%	1.0%	9.3%	6.0%
平成28年	人数	1451	62	163	8	125	30	304	66	19	128	91
	割合	100.0%	4.3%	11.2%	0.6%	8.6%	2.1%	21.0%	4.5%	1.3%	8.8%	6.3%

※抽出データ:KDB「様式6-8」

図表55 年齢階層別・男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(平成28年)

男性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者	該当者			
					高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
40～65 歳未満	人数	189	15	35	2	22	11	58	11	5	25	17
	割合	28.6%	7.9%	18.5%	1.1%	11.6%	5.8%	30.7%	5.8%	2.6%	13.2%	9.0%
65～75 歳未満	人数	472	17	76	3	65	8	141	39	9	48	45
	割合	71.4%	3.6%	16.1%	0.6%	13.8%	1.7%	29.9%	8.3%	1.9%	10.2%	9.5%
保険者計	人数	661	32	111	5	87	19	199	50	14	73	62
	割合	100.0%	4.8%	16.8%	0.8%	13.2%	2.9%	30.1%	7.6%	2.1%	11.0%	9.4%

※抽出データ:KDB「様式6-8」

図表56 年齢階層別・女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(平成28年)

女性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者	該当者			
					高血糖	高血圧	脂質異常症		血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
40～65 歳未満	人数	264	13	17	2	11	4	29	3	2	14	10
	割合	33.4%	4.9%	6.4%	0.8%	4.2%	1.5%	11.0%	1.1%	0.8%	5.3%	3.8%
65～75 歳未満	人数	526	17	35	1	27	7	76	13	3	41	19
	割合	66.6%	3.2%	6.7%	0.2%	5.1%	1.3%	14.4%	2.5%	0.6%	7.8%	3.6%
保険者計	人数	790	30	52	3	38	11	105	16	5	55	29
	割合	100.0%	3.8%	6.6%	0.4%	4.8%	1.4%	13.3%	2.0%	0.6%	7.0%	3.7%

※抽出データ:KDB「様式6-8」

④生活習慣の状況

- ・服薬は、糖尿病と脂質異常症の割合が県・同規模・国と比較して高くなっています。
- ・既往歴は、脳卒中の割合が県・同規模・国と比較して高くなっています。
- ・生活習慣では、週3回以上就寝前夕食、1年で体重3kg増加、1回30分以上運動習慣なし、1日1時間以上運動なしの割合が県・同規模・国と比較して高くなっています。
- ・1日の飲酒量は、1～2合未満の割合が県・同規模・国と比較して高くなっています。
- ・年代別にみると、服薬の高血圧は男性の65～75歳未満の割合が高く、脂質異常症は女性の65～74歳未満の割合が高くなっています。
- ・既往歴は、男性65～75歳未満の心臓病の割合が高く、女性は40～65歳未満の貧血が高くなっています。
- ・生活習慣では、男性40～65歳未満の20歳時の体重から10kg増加の割合が高く、男女ともに40～65歳未満の1回30分以上運動習慣なし、1日1時間以上運動なしの割合が65～75歳未満より高くなっています。

[図表 57,58]

図表57 質問票の状況

質問票項目		三春町					県	同規模	国
		H24	H25	H26	H27	H28			
服薬	高血圧	37.9	39.1	39.3	39.2	38.7	39.6	34.9	33.6
	糖尿病	7.5	7.7	8.0	10.1	11.0	8.8	8.1	7.5
	脂質異常症	21.8	24.0	24.7	25.5	25.9	25.7	23.1	23.6
既往歴	脳卒中	3.7	3.9	3.2	1.5	3.5	3.3	3.2	3.3
	心臓病	5.5	5.8	5.8	1.2	5.4	5.6	6.0	5.5
	腎不全	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.5	0.5
	貧血	6.7	6.4	4.6	4.8	6.3	5.4	8.7	10.2
生活習慣	喫煙	11.4	11.4	11.5	12.5	12.8	14.3	14.1	14.2
	週3回以上朝食を抜く	6.8	6.2	5.8	6.2	6.5	7.2	7.0	8.7
	週3回以上食後間食	9.1	9.3	8.7	8.3	7.5	9.8	12.8	11.9
	週3回以上就寝前夕食	19.5	21.7	21.1	17.8	17.4	15.6	15.9	15.5
	食べる速度が速い	22.3	25.7	27.7	25.8	26.4	26.4	27.5	26.0
	20歳時の体重から10kg以上増加	34.0	32.9	33.3	33.6	33.7	35.0	32.1	32.1
	1年で体重3kg増加	20.7	18.7	19.1	18.2	21.8	21.5	19.4	19.5
	1回30分以上運動習慣なし	69.3	67.2	69.9	67.1	66.8	62.3	62.8	58.8
	1日1時間以上運動なし	65.9	63.1	69.9	67.5	66.5	59.8	47.6	47.0
	睡眠不足	21.7	22.2	23.1	25.1	25.4	25.1	25.3	25.1
	毎日飲酒	23.0	23.0	24.8	26.9	25.1	25.6	25.3	25.6
	時々飲酒	23.6	23.3	21.0	20.9	22.3	22.6	20.3	22.1
1日飲酒量	1合未満	61.5	64.4	64.5	60.6	61.9	64.0	62.0	64.0
	1～2合未満	28.2	25.3	25.6	28.3	29.1	25.0	25.0	23.9
	2～3合未満	8.8	8.8	8.8	9.6	7.4	9.1	10.2	9.3
	3合以上	1.5	1.5	1.1	1.4	1.6	1.9	2.8	2.7

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握」

図表58 性・年代別にみた質問票の状況(平成28年度)

質問票項目		男性			女性			計		
		40～65 歳未満	65～75 歳未満	計	40～65 歳未満	65～75 歳未満	計	40～65 歳未満	65～75 歳未満	計
服薬	高血圧	28.2%	47.9%	42.3%	22.0%	42.6%	35.7%	24.6%	45.1%	38.7%
	糖尿病	7.4%	16.5%	13.9%	6.4%	9.5%	8.5%	6.9%	12.8%	11.0%
	脂質異常症	14.4%	23.1%	20.6%	17.8%	36.7%	30.4%	16.4%	30.3%	25.9%
既往歴	脳卒中	0.5%	6.8%	5.0%	1.1%	2.9%	2.3%	0.9%	4.7%	3.5%
	心臓病	5.3%	10.2%	8.8%	1.9%	3.0%	2.7%	3.3%	6.4%	5.4%
	腎不全	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.2%	0.1%
	貧血	3.7%	1.8%	1.9%	15.5%	6.5%	9.5%	10.6%	4.3%	6.3%
生活習慣	喫煙	31.4%	18.9%	22.4%	6.4%	3.8%	4.7%	16.8%	10.9%	12.8%
	週3回以上朝食を抜く	12.6%	4.5%	6.8%	9.7%	4.4%	6.2%	10.9%	4.4%	6.5%
	週3回以上食後間食	7.9%	6.6%	7.0%	11.6%	6.1%	7.9%	10.1%	6.3%	7.5%
	週3回以上就寝前夕食	23.2%	21.2%	21.7%	11.6%	14.8%	13.7%	16.3%	17.8%	17.4%
	食べる速度が速い	39.1%	25.9%	29.7%	22.7%	24.2%	23.7%	29.4%	25.0%	26.4%
	20歳時の体重から10kg以上増加	53.6%	34.7%	40.1%	29.2%	27.8%	28.3%	39.2%	31.1%	26.9%
	1年で体重3kg増加	29.1%	20.9%	23.3%	26.4%	17.4%	20.5%	27.5%	19.1%	21.8%
	1回30分以上運動習慣なし	74.8%	61.4%	65.2%	78.2%	62.7%	68.0%	76.8%	62.1%	66.8%
	1日1時間以上運動なし	72.2%	59.0%	62.8%	76.9%	65.9%	69.6%	74.9%	62.6%	66.5%
	睡眠不足	27.2%	21.7%	23.3%	32.9%	24.3%	27.2%	30.5%	23.0%	25.4%
	毎日飲酒	50.5%	46.0%	47.3%	8.0%	5.9%	6.6%	25.7%	24.8%	25.1%
	時々飲酒	17.6%	27.8%	24.8%	21.6%	19.6%	20.3%	19.9%	23.4%	22.3%
1日 飲酒量	1合未満	40.2%	39.1%	39.4%	87.1%	93.1%	90.8%	64.2%	60.8%	61.9%
	1～2合未満	44.7%	46.2%	45.7%	11.5%	5.5%	7.8%	27.7%	29.8%	29.1%
	2～3合未満	10.6%	12.9%	12.3%	0.7%	1.4%	1.1%	5.5%	8.3%	7.4%
	3合以上	4.5%	1.8%	2.6%	0.7%	0.0%	0.3%	2.6%	1.1%	1.6%

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

イ 特定保健指導

①特定保健指導率の状況

- ・ 終了率は県・国と比較して、高い状況にあるが、国の目標値を下回っています。
- ・ 男性は65～69歳の終了率が高く、女性は55～59歳の終了率が高くなっています。

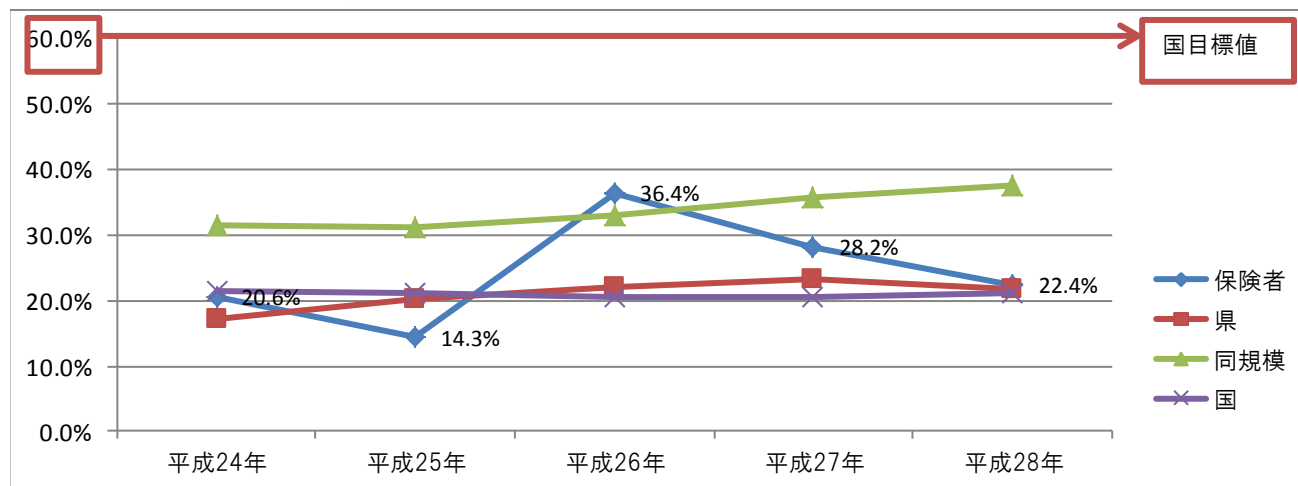
[図表59,60,61,62,63]

図表59 特定保健指導の推移

	保険者			県			同規模			国		
	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率
平成24年	170	35	20.6%	17,000	2,916	17.2%	23,614	7,452	31.6%	965,326	206,674	21.4%
平成25年	133	19	14.3%	16,528	3,362	20.3%	22,627	7,025	31.0%	952,338	202,078	21.2%
平成26年	140	51	36.4%	16,602	3,642	21.9%	22,866	7,511	32.8%	962,135	198,069	20.6%
平成27年	174	49	28.2%	16,376	3,793	23.2%	22,936	8,182	35.7%	961,406	197,158	20.5%
平成28年	183	41	22.4%	16,285	3,523	21.6%	20,791	7,801	37.5%	943,865	198,683	21.0%

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握」

図表60 特定保健指導の推移



図表61 特定保健指導率の詳細(男性・年齢別)

男性	三春町				
	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-44歳	3	0	1	1	33.3%
45-49歳	6	1	0	1	16.7%
50-54歳	10	0	1	1	10.0%
55-59歳	7	0	1	1	14.3%
60-64歳	26	4	1	5	19.2%
65-69歳	36	9	0	9	25.0%
70-74歳	21	4	0	4	19.0%
計	109	18	4	22	20.2%

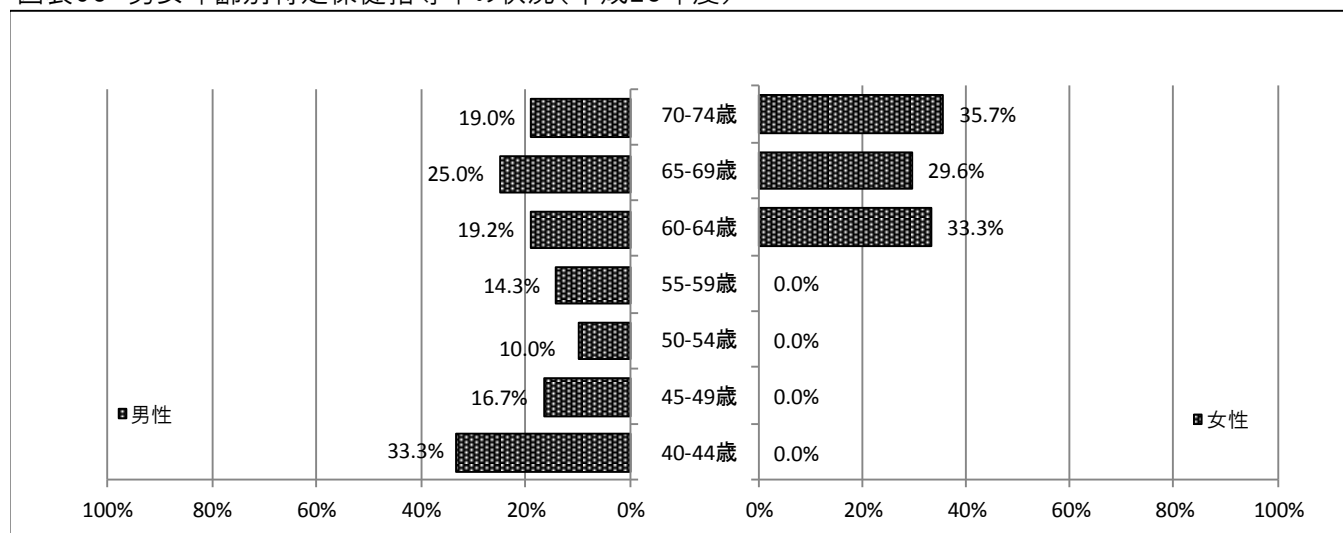
※抽出データ：KDB「健診の状況」

図表62 特定保健指導率の詳細(女性・年齢別)

女性	三春町				
	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-44歳	6	0	0	0	0.0%
45-49歳	1	0	0	0	0.0%
50-54歳	1	0	0	0	0.0%
55-59歳	7	0	0	0	0.0%
60-64歳	18	4	2	6	33.3%
65-69歳	27	8	0	8	29.6%
70-74歳	14	5	0	5	35.7%
計	74	17	2	19	25.7%

※抽出データ：KDB「健診の状況」

図表63 男女年齢別特定保健指導率の状況(平成28年度)



②特定保健指導による改善率

特定保健指導を修了した者と未修了の者の改善率を下記のとおり評価しました。

ア 積極的支援対象者

- ・平成27年度特定保健指導対象者38人のうち最終評価修了者は9人でした。
- ・最終評価修了者のうち、翌28年度に健診を受診した8人について健診結果をみると、6割が改善され、測定値も改善率が高い傾向にあります。
- ・未修了者29人のうち、翌28年度に健診を受診した18人について健診結果をみると、改善された割合は低い傾向にあります。

【最終評価修了者】

○層別化判定変化

○測定値変化

項目	変化	人数	割合(%)	項目	改善者数	改善率(%)
積極的	維持	1	12.5	体重	6	75.0
非該当	改善	5	62.5	BMI	6	75.0
動機付け	改善	0	0.0	腹囲	6	75.0
該当・服薬	悪化	2	25.0	中性脂肪	7	87.5
合計		8	100.0	HbA1c	5	62.5

【未修了者】

○層別化判定変化

○測定値変化

項目	変化	人数	割合(%)	項目	改善者数	改善率(%)
積極的	維持	12	66.7	体重	11	61.1
非該当	改善	3	16.7	BMI	14	77.8
動機付け	改善	1	5.6	腹囲	13	72.2
該当・服薬	悪化	2	11.1	中性脂肪	11	61.1
合計		18	100.0	HbA1c	6	33.3

イ 動機付け対象者

- ・平成 27 年度特定保健指導対象者 121 人のうち最終評価修了者は 68 人でした。
- ・最終評価修了者のうち、翌 28 年度に健診を受診した 48 人について健診結果をみると、改善が 3 割を超え、測定値もほとんどの項目で改善率が高い傾向にあります。
- ・未修了者 53 人のうち、翌 28 年度に健診を受診した 45 人について健診結果をみると、悪化した割合が最終評価修了者より高く、測定値も改善率が最終評価修了者より低い傾向にあります。

【最終評価修了者】

○層別化判定変化

○測定値変化

項 目	変化	人数	割合(%)	項 目	改善者数	改善率(%)
動機づけ	維持	24	52.2	体重	34	73.9
非該当	改善	14	30.4	B M I	31	67.4
該当・服薬	改善	3	6.5	腹囲	28	60.9
積極的	悪化	5	10.9	中性脂肪	31	67.4
後期高齢		2		H b A 1 c	15	32.6

【未修了者】

○層別化判定変化

○測定値変化

項 目	変化	人数	割合(%)	項目	改善者数	改善率(%)
動機づけ	維持	20	50.0	体重	19	47.5
非該当	改善	11	27.5	B M I	20	50.0
該当・服薬	改善	7	17.5	腹囲	26	65.0
積極的	悪化	2	5.0	中性脂肪	17	42.5
後期高齢		5		H b A 1 c	14	35.0

5 第2期計画における課題の明確化

(1) 特定健康診査の受診率向上

- ・ 特定健診は、健診・医療の受診データを活用した年度当初の一斉通知や、年度途中の勧奨通知など、未受診者対策を実施したが、目標の60%には達していません。勧奨方法の改善を図るとともに、健診未受診者の中に治療中の人が多く存在することから、かかりつけ医との連携強化により個別受診を促すことが必要であります。
- ・ 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者においては、過去の健診の未受診者の割合が高いことから、「健診も医療も受けていない者」は、すでに重症化している可能性があります。そのため、健診の受診につなげる必要があります。
- ・ 年代別特定健康診査受診率において、特に40歳代、50歳代の受診率が低いです。若年者は生活習慣を見直すことで生活習慣病の予防効果が高い一方、生活習慣病を発症した場合は療養年数が長期に渡ることから重症化リスクが高く、社会生活等への影響が大きいです。若年者の特定健診受診率を向上させ、生活習慣を見直すきっかけを提供する必要があります。

(2) 特定保健指導の実施率向上

- ・ 平成28年度特定保健指導実施率20.2%は、国が定める市町村国保の平成29年度到達目標値60%に未到達です。特定保健指導該当者の割合は増加しているが、40～64歳の特定保健指導修了者の割合が少ないことから、利用勧奨の取り組みをさらに行う必要があります。

(3) 生活習慣病の発症予防及び重症化予防

- ・ 医療費をみると、脳血管疾患や虚血性心疾患といった循環器系疾患の割合は高く、その基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者も増加しています。特定健診結果をみても、糖尿病、高血圧の有所見率は増加しており、中には未治療の者も多く含まれます。また、要介護認定者の有病状況においても、糖尿病、脳疾患は第2号被保険者で約2割あります。
- ・ 糖尿病、高血圧、脂質異常症は、放置すると脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症等を発症し、高額、長期にわたって医療がかかるだけでなく、介護が必要な状況にもつながるため、糖尿病、高血圧、脂質異常症の発症や重症化を防ぐための取組を継続・強化する必要があります。
- ・ 糖尿病等の重症化予防の取組は、保険者努力支援制度の重点項目に位置付けられており、本町でも該当者に通知するなど糖尿病性腎症重症化予防事業を実施しています。人工透析患者数の推移は、ほぼ横ばいで、このうち約半数が糖尿病性腎症によるものです。糖尿病による様々な合併症を未然に防ぎ、重症化による透析への移行をできる限り防ぐため、引き続き重点的に取り組む必要があります。

6 目標の設定

第2期計画の成果目標を下記のとおり設定します。

図表 64 第2期計画の目標値

項 目			現状値 (H28)	H30	H31	H32	H33	H34	H35
短 期 的 目 標	虚血性心疾患罹患割合 (様式 3-5)		3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
	脳血管疾患罹患割合 (様式 3-6)		3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
	糖尿病性腎症罹患割合 (様式 3-2)		13.2%	13.2%	13.2%	13.2%	13.2%	13.2%	13.2%
中 長 期 的 目 標	高血圧症	Ⅱ度高血圧以上の割 合の減少	3.2%	3.1%	3.1%	3.0%	3.0%	2.9%	2.9%
	糖尿病	HbA1c6.5%以上の未 治療者の割合の減少	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%	3.5%	3.4%	3.3%
		HbA1c8.0%以上の治 療中者の割合の減少	3.2%	3.0%	2.8%	2.6%	2.4%	2.2%	2.0%
	脂質異常 症	LDL-C180mg/dl 以上 の割合の減少	3.0%	2.9%	2.7%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%
		中性脂肪 300 mg/dl 以上の割合の減少	2.3%	2.2%	2.0%	1.9%	1.7%	1.6%	1.5%

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

1 特定健康診査及び特定保健指導の基本的な考え方

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低迷、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、保険者は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査とその結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされました。

（1）特定健康診査の基本的な考え方

- 1）国民の受診の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の医療機関の受診率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これらを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることもできます。また、その結果として、国民の生活の質（QOL）の維持及び向上を図りながら、中長期的には医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

- 2）特定健康診査は、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（内臓脂肪型症候群）に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

（2）特定保健指導の基本的な考え方

- 1）特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものです。

（3）健診・保健指導実施の基本的な考え方

- 1）生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要であります。健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施します。
- 2）内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常）が増加し

ます。これらのリスク要因を減らすことが重要です。

- 3) 効果的かつ効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定します。また、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視します。
- 4) 健診・保険指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨したにも関わらず受診していなかったり、治療を中断している者等を把握し、重点的な保健指導対象者の選定を行います。
- 5) メタボリックシンドロームの該当者は、40歳代から増加する傾向にあります。40歳未満の者については、正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要です。
- 6) 糖尿病等の生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病を発症させないことです。そのため、保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援すること、また、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的とします。

2 特定健康診査・特定保健指導実施計画（目標の設定）

（1）実施に関する目標値

図表 65 被保険者見込み数（人）

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
0～39 歳	734	704	675	642	618	590
40～64 歳	1,347	1,279	1,234	1,194	1,160	1,128
65～74 歳	1,932	1,941	1,960	1,999	1,973	1,909
小計	3,279	3,220	3,194	3,193	3,133	3,037
合計	4,013	3,924	3,869	3,835	3,751	3,627

図表 66 特定健診の目標実施率と受診者見込み数

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
対象者数	3,279	3,220	3,194	3,193	3,133	3,037
受診率	48%	50%	52%	54%	57%	60%
受診者数	1,573	1,610	1,660	1,724	1,785	1,822

図表 67 特定保健指導の目標実施率と受診者見込み数

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
積極的支援	50	52	55	58	61	64
動機付け支援	140	144	148	152	157	161
対象者	190	196	203	210	218	225
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
積極的支援	17	20	24	29	33	38
動機付け支援	49	58	67	76	86	97
受診者数	66	78	91	105	119	135

(2) 成果に関する目標値

図表 68 特定健診・保健指導に関する目標値

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
メタボ数の減少率 (H20 年度比)	5%	10%	15%	20%	23%	25%
特定保健指導対象者数 の減少率(H20 年度比)	5%	10%	15%	20%	23%	25%

3 特定健康診査の実施方法

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症・重症化を予防するための検診です。自覚症状がない町民に対し、1人でも多く受診してもらうことが大切であると考えます。

現在実施している集団健診は、がん検診と同時に受診でき、生活習慣病だけではなく、がんの早期発見にも寄与し、かつ効率的に実施できます。

また、健康管理のパートナーとして「かかりつけ医」を持つことを推奨しており、普段から気軽に健康相談ができて身近な存在であるかかりつけ医での特定健診受診を推奨しています。

(1) 特定健康診査

対象者	実施年度中に40歳～74歳になる被保険者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）
自己負担額	無料
実施場所	委託契約を結んだ町内医療機関 その他、集団健診にあっては保健センターを中心に、公共施設等で実施する。
実施時期	5月～12月
案内方法	対象者に特定健康診査受診票、受診券、ガイドブック等を個別に発送する。

周知方法	町広報誌の掲載、町ホームページで公表するほか、啓発ポスターを医療機関に掲示する。
------	--

(2) 特定健康診査の実施項目

図表 69 基本的な健診の項目

項 目	内 容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長・体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI 20 未満の人、もしくは BMI22 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した人）に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。
BMI の測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$ の 2 乗
血圧の測定	
肝機能検査	AST (GOT)・ALT (GPT)・ γ -GT (γ -GPT)
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 中性脂肪が 400 mg/dl または食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビン A1c (Hb A1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

図表 70 詳細な健診項目（医師の判断による追加項目。基準に該当しない場合は独自の追加項目として実施。）

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査 （ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する人または視診等で貧血が疑われる人				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した人 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140 mm Hg 以上 または拡張期 90 mm Hg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 12mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上または随時血糖値が 126 mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する人を含む。	血圧	収縮期 140 mm Hg 以上 または拡張期 90 mm Hg 以上	血糖	空腹時血糖値が 12mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上または随時血糖値が 126 mg/dl 以上
血圧	収縮期 140 mm Hg 以上 または拡張期 90 mm Hg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 12mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上または随時血糖値が 126 mg/dl 以上				
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上もしくは収縮期血圧 90 mm Hg または問診等で不整脈が疑われ				

	る人	
血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能評価を含む）	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した人	
	血圧	収縮期 130 mmHg 以上 または拡張期 85 mmHg 以上
	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100 mg/dl 以上
血清尿酸	全員に実施。	

（３）判定結果と通知

健診の結果は共通のデータ基準により判定し、保健福祉課より本人に郵送します。また、受診者全員に健診結果の見方や疾患のリスク等分かりやすく説明した情報提供を行い、生活習慣の改善につなげます。

（４）かかりつけ医での検査結果や事業所健診結果の受領方法

かかりつけ医での検査結果や事業所での健診結果の提出の申し出があった町民に対して、情報提供書として検査（健診）結果の提出を依頼します。

人間ドック受診者に対しては、保健福祉課に受診費用の助成申請に来た際に、健診結果の提出同意を求め、データを受領します。

（５）事業者健診等の受診者データ収集方法（医療機関との連携（診療における検査データの活用））

特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組むきっかけとなることが期待されることから、治療中であっても特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うことも重要です。

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者の負担や社会的なコストを軽減させる観点から、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、体制を整備します。

4 特定保健指導の実施方法

生活習慣の改善を支援するため、保健師・栄養士等により行います。内臓脂肪からの体の変化について理解してもらえるよう、具体的にイメージできる媒体（スライド・資料）を使用します。特に、食事・運動等の生活習慣改善・継続につなげるため、特定保健指導参加者の個別性に応じた支援を行い、より効果的な保健指導を実施します。また、生活習慣病の発症や重症化予防につなげるため、保健指導の利用を促す取り組みも併せて行います。

特定保健指導は、保険者が自ら実施するとともに、特定保健指導の対象者増加を勘案し、必要に応じて一部外部委託します。

（１）特定保健指導

対象者	国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。
自己負担額	無料

実施場所	面談については保健センターを中心に公共施設等において実施する
実施時期	通年
案内方法	対象者に対して、特定保健指導の利用案内を通知、また、面談日時の電話勧奨を実施する

(2) 特定保健指導対象者の選定基準

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

注）喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が 100mg/dl 以上、または HbA1c（NGSP 値）5.6%以上（空腹時血糖及び HbA1c（NGSP 値）の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。）

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

③血圧：収縮期血圧 130 mg/dl 以上、または拡張期血圧 85mg/dl 以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65 歳以上 75 歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

(3) 特定保健指導レベル別の支援内容

区分	支援形態	支援内容
積極的支援	a. 初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援。	特定健康診査の結果から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解し、生活習慣改善の必要性を実感できるような働きかけを行う。また、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。支援者は目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。
	b. 3 か月以上の継続支援 個別支援、電話等を組み合わせて行う。	
	c. 3～6 か月経過後の支援及び評価面接または通信手段を利用して行う	
動機付け支援	a. 初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援。	対象者自らが、自分の生活習慣病の改善すべき点を自覚することで行動目標を設定し、目標達成に向けた取り組みが継続できるように動機付け支援を行う。
	b. 1 か月後の電話による支援	
	c. 3～6 か月経過後の支援及び評価面接または通信手段を利用して行う	

(4) 特定保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラムによると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導事業」の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」とされています。しかし、成果が数値データとして現れるのは数年後になるため、短期間で評価ができる事項についても、評価を行っていくことが必要であるため、評価は①ストラクチャ（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととします。

ア 様式5-5に基づいた評価

アウトプット（事業実施量）評価を行い、保健指導レベル別にプロセス（過程）評価を行います。また、次年度の健診結果においてアウトカム（結果）評価を行います。アウトカム評価については、次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価します。

イ 疾患別フローチャートに基づいた評価

3疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し、保健指導対象者を明確化させ、保健指導対象者ごとにプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行います。

(5) 実施スケジュール

月	特定健康診査	特定保健指導
4月	特定健康診査機関との契約 特定健康受診票等の発送	
5月	集団健診開始 施設健診受診券発送	
6月	集団健診結果通知 集団健診終了、施設健診開始	
7月	集団健診結果通知 未受診者対策契約	特定保健指導対象者の抽出
8月		初回面接開始
9月	未受診者への勧奨はがき発送	
10月	未受診者への勧奨電話	
11月	集団健診（追加分）	
12月	集団健診結果通知 施設健診終了	
1月		
2月		特定保健指導の終了
3月	特定健康診査対象者の抽出	

5 特定健康診査・特定保健指導の結果の保存等

(1) 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施期間から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

(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保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努めます。

(3) 特定健康等データの情報提供及び照会

特定健康診査及び特定保健指導は、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業である。このため、加入者が加入する保険者が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して、適切に特定健康診査及び特定保健指導を実施できるよう、高確法第27条第1項及び実施基準第13条の規定により、保険者（以下「現保険者」という。）は、加入者が加入していた保険者（以下「旧保険者」という。）に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた旧保険者は、当該加入者の同意を得て、現保険者に記録の写しを提供しなければならないこととされています。

生涯にわたる健康情報を活用した効果的な保健指導を実施するため、積極的に過去の健診結果の情報提供を旧保険者に対し求めるものとします。

第4章 第2期データヘルス計画の保健事業の内容

1 保健事業の実施内容

本町の課題からみえた課題とその対策は以下のとおりです。

課題と対策	対策となる事業
◆特定健康診査 疾病大分類や疾病中分類において生活習慣病患者が多数存在し、医療費も多額であります。特定健康診査の受診率向上を図り、必要な人に特定保健指導を行うことにより生活習慣病を予防する必要があります。そのためには未受診者への受診勧奨や、受診しやすい環境の整備が必要です。	・未受診者への受診勧奨 ・セットけんしんの実施 ・休日健診の実施 ・人間ドック受診費用助成
◆特定保健指導 特定健康診査の結果、有所見の割合が高いため、特定保健指導を行うことにより、生活習慣病を予防する必要がありますが、平成28年度の特定保健指導実施率20.2%は目標60%から大きくかい離しています。未利用者への勧奨強化や利用環境の整備と併せて、健康意識の向上や生活習慣の改善を早期に取り組んでもらうために、39歳以下の若年層をターゲットにした早期介入事業も必要であります。	・特定健診早期介入保健指導 ・保健指導の利用環境の充実 ・未利用者への勧奨
◆糖尿病性腎症対策 腎不全や人工透析治療に係る一人当たり医療費は高額になっています。人工透析の主要原疾患に糖尿病性腎症が考えられ、糖尿病性腎症は生活習慣の改善によって病気の進行を遅らせることが可能であることから、人工透析予防のために対応が必要であります。そのため町内医療機関、かかりつけ医との連携の下、早期に保健指導を行い生活習慣を改善することで、腎症の悪化を遅延させる取り組みが必要であります。また、保健指導と併せて、糖尿病未治療者には、医療機関への受診勧奨も行う必要があります。	・糖尿病性腎症重症化予防
◆糖尿病・高血圧症・脂質異常症・心房細動対策 特定保健指導の対象とならない非肥満有所見者や受診勧奨判定値の者に対して、医療機関への受診勧奨を行うことで適切な医療につなぎ、生活習慣病の進行、重症化を予防します。	・非肥満血圧高値者・血糖高値者等受診勧奨
◆ジェネリック医薬品の普及率 国が定める現在の目標（80%以上）と比較して低いため、切り替え勧奨を一層行う必要があります。	・ジェネリック医薬品利用促進
◆重複・頻回受診による重複服薬者対策 重複・頻回受診者は多数存在し、中でも同じ効果の薬剤を適量を超えて服薬を続けていたり、併用して服薬してはいけな組み合わせで服薬を続けていると、治療の効果を減退さ	・重複・頻回受診者訪問指導

せるだけでなく、特に高齢者の場合は身体へ悪影響を及ぼすリスクがあります。このため、適正受診、適正服薬について指導を行う必要があります。

2 保健事業計画の実施方法と目標

(1) 各種事業の概要

①特定健康診査受診促進事業

取り組み	第2期の方向性	第2期の方向性を踏まえた実施方法
(a) 個別的な受診勧奨		
未受診者への受診勧奨	特定健診受診率向上に最も効果的と考えられることから、データ活用により集中的に実施する。	①対象者を抽出し、対象者の特性に応じた訴求性の高い受診勧奨通知を発送 ②個人に複数回、手法を変えた勧奨の実施 ③年度途中加入者など新たに対象となって人への個別的な周知 ④「生活習慣病チェックシート」を活用して、受診勧奨を実施
(b) 利便性の向上		
セットけんしんの実施	特定健診とがん検診の同時受診に対するニーズを踏まえ継続する	継続実施する
休日健診の実施	受診者の利便性や健診の魅力を高め、リピーターを確保し、受診者数の増加を図る	①実施日の固定化 ②休日健診受診者に対するインセンティブの提供を検討する
人間ドック受診費用助成	生活習慣病をはじめとする疾病の早期発見及び特定健診受診率向上を目的とする	助成金上限 30,000 円を継続実施する
(c) インセンティブの設定		
高齢者社会参加ポイント	ポイント事業に対するニーズを踏まえ継続する	①特定健診受診のインセンティブとして、ポイントを付与する
健康づくりポイント	ポイント事業に対するニーズを踏まえ継続する	①特定健診・がん検診受診のインセンティブとして、ポイントを付与する
(d) 若年者対策		
特定健診早期介入保健指導事業	若年者を特定健診受診につなぎ、生活習慣病予防を目的に実施する。	①対象年齢を 30 歳、35 歳、39 歳に設定し実施 ②「要医療」判定者への医療機関受診勧奨

②特定保健指導利用促進事業

取り組み	第2期の方向性	第2期の方向性を踏まえた実施方法
保健指導の利用環境充実	第3期実施期間に向けた特定保健指導実施基準の緩和に基づき、より利用しやすい実施方法へ見直しを行う	①休日健診での初回面接の実施 ②訪問での利用勧奨と初回面接の実施について検討 ③特定健診取扱医療機関への特定保健指導

		動機付け支援の委託を検討 ④参加者に対するインセンティブの提供 （ポイント事業の導入を検討）
未利用者への勧奨	個別的かつ積極的な利用勧奨の実施	①はがき等による個別的な利用勧奨実施 ②訪問での利用勧奨と初回面接の実施について検討

③重症化予防事業

取り組み	第2期の方向性	第2期の方向性を踏まえた実施方法
糖尿病性腎症重症化予防事業	・町内医療機関、かかりつけ医との連携の下、円滑な実施を図る ・対象でありながら、利用希望のない糖尿病未治療の人に対する受診勧奨と受診確認の実施	①対象者全員に対する受診勧奨・受診確認の実施 ②特定健診データ及びレセプトデータからの対象者抽出（治療中断者含む） ③個別指導と集団指導を組み合わせた効果的な手法の検討実施
非肥満高血圧高値者・血糖高値者受診勧奨事業	特定健診結果データを活用し継続実施	データから抽出された、重症化リスクのある人を適切な医療機関受診につなぎ、早期診断・早期治療を図るため、通知等にて受診勧奨を実施する

④その他保健事業

取り組み	第2期の方向性	第2期の方向性を踏まえた実施方法
(a) 医療費適正化		
ジェネリック医薬品利用促進	差額通知を継続する。希望シールの勧奨を促進する。	①通知回数の年3回を継続する ②切り替え状況に関する類型化した分析の実施
重複・頻回受診者訪問指導	町内薬剤師会との連携の下、重複服薬者を対象に実施する	糖尿病、高血圧、催眠鎮静に関する薬剤の重複服薬及び複数の医療機関から処方された薬剤が併用禁忌である場合、身体への影響が大きい高齢者を中心に実施

(2) 各事業の実施内容と評価方法

本計画に基づき、平成30年度以降に取り組む主な事業と評価方法については、以下のとおりとします。

①特定健康診査受診促進事業

【事業目的】

特定健康診査の受診率向上

【事業概要】

- (ア) 特定健診未受診者に対する受診勧奨通知をより効果的な手法を用いて実施する。
- (イ) 休日健診の定着化
- (ウ) 人間ドック受診費用助成制度の周知を強化する。

【実施内容】

- (ア) 特定健康診査未受診者の中で、より受診勧奨が効果的な対象者に、対象者特性に応じた訴求性の高い文書を個別的に通知し受診勧奨を行う。
- (イ) 休日健診を毎年固定した週（例：毎年6月第3日曜日）に実施することで実施日を分かりやすくし、リピーターを確保すると同時に、新規受診者の増加を図る。
- (ウ) 助成金額上限 30,000 円を継続して、人間ドックの受診促進と申請数の増加を図る。

【目標値及び評価方法】

平成35年度のアウトプット・アウトカムを以下のとおり設定する。

アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
[未受診者勧奨] 対象者への通知率 100%	特定健康診査受診率 60%	特定健康診査受診率を確認する
[休日健診] 受診人数 200 人／1 回		
[人間ドック受診費用助成] 助成人数 50 人／年		

②特定保健指導利用促進事業

【事業目的】

特定保健指導の利用率向上

【事業概要】

(ア) 休日健診における特定保健指導初回面接の実施

(イ) 国の実施基準の緩和に基づく保健指導期間の短縮化及び支援内容の簡素化

【実施内容】

(ア) 休日健診当日、喫煙の有無及び服薬状況（問診結果）、肥満度、腹囲、血圧、昨年度の階層化結果に基づく暫定的な階層化結果により、特定指導の対象になる可能性が高い者に、初回面接の一部を実施する。

(イ) 特定保健指導の実績評価時期の短期化及び2年連続積極的支援該当者であり、健診結果改善者の支援内容の簡素化を図る。

【目標値及び評価方法】

平成35年度のアウトプット・アウトカムを以下のとおり設定する。

アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
[休日健診での初回面接] 初回面接実施率 50%	特定保健指導実施率 60%	特定保健指導実施者の人数を確認する
[特定保健指導の期間短縮] 保健指導中断率 5%		

③重症化予防事業

【事業目的】

生活習慣病の重症化を予防する

【事業概要】

(ア) 糖尿病性腎症の重症化予防

(イ) 非肥満（特定保健指導対象者外）や心房細動で高リスク者に対する医療機関への受診勧奨

【実施内容】

(ア) 糖尿病性腎症の高リスク者で申込みのあった者に対し、医療機関での治療を前提とした保健指導を実施する

(イ) 特定健診結果データから、非肥満で血圧高値者、血糖高値者及び心房細動の疑いがある人で未治療者を抽出し、通知等にて受診勧奨を行う。

【目標値及び評価方法】

平成35年度のアウトプット・アウトカムを以下のとおり設定する。

(ア) 糖尿病性腎症の重症化予防

アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
対象者への通知率 100%	医療機関受診状況 30%	レセプトデータから受診状況を確認にする

(イ) 非肥満（特定保健指導対象者外）や心房細動で高リスク者に対する医療機関への受診勧奨

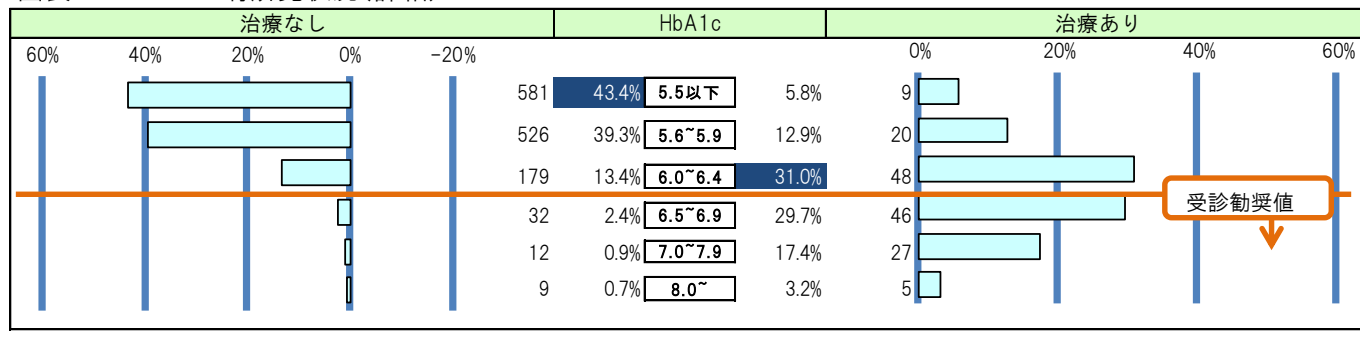
アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
対象者への通知率 100%	医療機関受診状況 30%	レセプトデータから受診状況を確認にする

【重症化予防事業の対象者】

(ア) 糖尿病

健診受診者のうち、HbA1c が6.5%以上で受診勧奨値を超え、レセプト情報により適切な受診の確認がとれない者

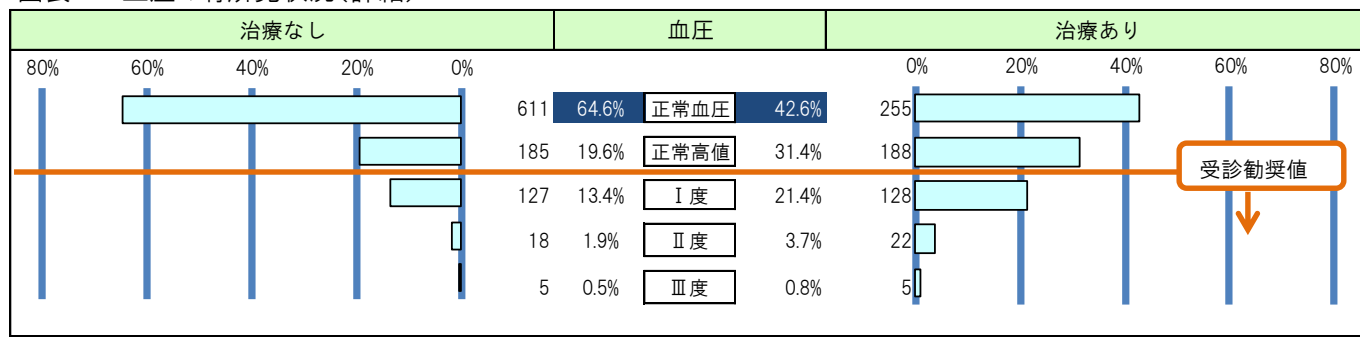
図表71 HbA1cの有所見状況(詳細)



(イ) 高血圧

健診結果により受診勧奨値を超えた者のうち、収縮期血圧 160 mmHg 以上 または 拡張期血圧 100 mmHg 以上で、レセプト情報により適切な受診の確認がとれない者

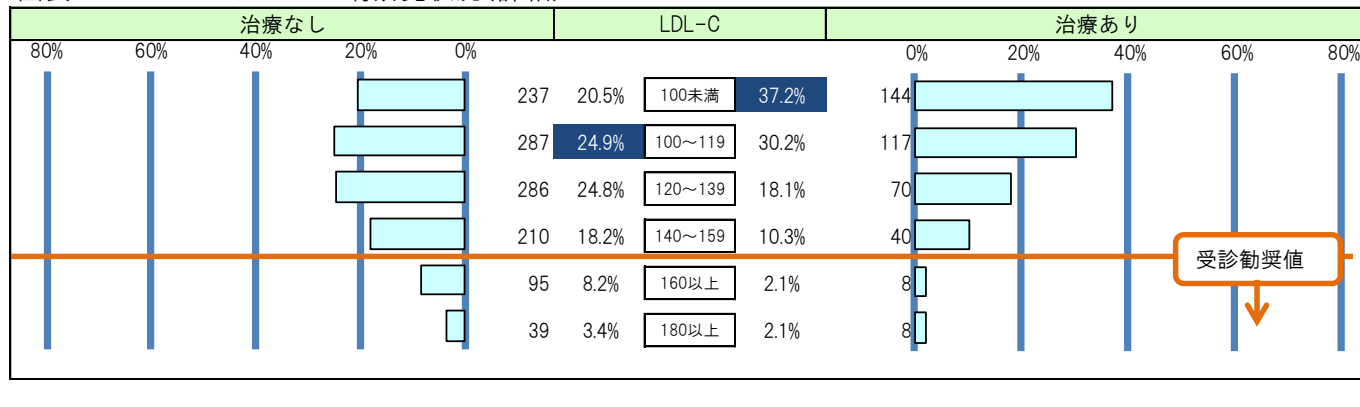
図表72 血圧の有所見状況(詳細)



(ウ) 脂質異常症の重症化予防

健診結果により受診勧奨値を超えた者のうち、LDL コレステロール 180mg/dl 以上 または 中性脂肪 300mg/dl 以上で、レセプト情報により適切な受診の確認がとれない者

図表73 LDLコレステロールの有所見状況(詳細)



(エ) CKDの重症化予防

健診結果により受診勧奨値を超えた者のうち、蛋白尿(2+)以上 または e-GFR 50 未満で、
レセプト情報により適切な受診の確認がとれない者

図表74 重症化予防の観点でのCKD保健指導対象者数(CKD重症度分類)

			糖尿病 高血圧・腎炎など	正常 正常	微量アルブミン尿 軽度蛋白尿		顕性アルブミン尿 高度蛋白尿
GFR区分			尿蛋白区分 尿検査・GFR共に実施 1,426 人	A1	A2		A3
				(-)or(±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+)以上
				1,395 人 97.8%	24 人 1.7%	0 人 0.0%	7 人 0.5%
G1	正常 または高値	90以上	110 人 7.7%	110 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,035 人 72.6%	1,021 71.6%	12 0.8%	0 0.0%	2 0.1%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	259 人 18.2%	248 17.4%	9 0.6%	0 0.0%	2 0.1%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	19 人 1.3%	15 1.1%	3 0.2%	0 0.0%	1 0.1%
G4	高度低下	15-30 未満	2 人 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

第5章 その他の保健事業

1 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

WHO（世界保健機関）はCOPDを「予防でき、治療できる病気」と位置付け、啓発運動を進めることを提言しています。日本では平成24年（2012年）、COPDは「健康日本21（第2次）」の中で、今後、取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられました。

生活習慣病対策として発症予防と重症化予防の推進を図るため、「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第4版」（日本呼吸器学会2013年4月発行）に基づき保健事業の実施計画（データヘルス計画）を検討、作成します。

（1）COPDの定義と包括的疾患概念

タバコ煙を主とする有害物質を長期的に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である。呼吸機能検査で正常に復することのない気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり、通常は進行性である。臨床的には徐々に生じる労作性の呼吸困難や慢性の咳、痰を特徴とするが、これらの症状に乏しいこともある。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第4版（日本呼吸器学会）P5 2013年4月発行

（2）COPDの現状

厚生労働省の患者調査では、平成11年に21万人でしたが、平成20年に17万人と集計上は減少しています。しかし、国が2011年に行ったアンケートでは、COPDという病気を知っていると回答した人は7.1%とCOPDの認知度が極めて低い状況となっています。また、COPDの症状である咳と痰は、加齢や風邪によるものとして見過ごされていることも多い状況です。

COPDの診断が遅れ、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ていく人もいます。酸素療法が必要な段階まで悪化して外出が不自由となり、寝たきりに近い生活に追い込まれることで、支える家族の負担も大きくなります。

タバコ煙はCOPDの最大の危険因子で、COPD患者の約90%に喫煙歴があります。禁煙の推進によってCOPDの発症や進行を未然に防ぐことが可能であることから、喫煙者への働きかけが重要となります。喫煙は、COPDの最重要因子だけに限らず、がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病に関連した危険因子であることから、禁煙は全ての生活習慣病に共通した生活習慣の改善となります。

（3）健康・医療情報を活用した被保険者の健康問題の分析・評価

①生活習慣の状況より

特定健診受診者の喫煙率は、県・国・同規模と比較して低い値となっていますが、平成25年度と比較すると、増加しています。

図表75 特定健診受診者の喫煙率を比較

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
三春町	11.4%	11.5%	12.5%	12.8%
同規模	14.1%	14.1%	14.2%	14.1%
県	14.8%	14.8%	14.6%	14.3%
国	14.1%	14.2%	14.3%	14.2%

②医療機関への受診状況

被保険者千人当たりのレセプト件数から呼吸器疾患の受診状況をみると、慢性閉塞性肺疾患が、入院・外来ともに同規模、県、国と比較して高い状況にあります。

図表76 被保険者千人あたりレセプト件数（KDBシステム 疾病別医療費分析より）

	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)		肺気腫		間質性肺疾患		気管支喘息	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
三春町	0.038	1.584	0.019	0.585	0.019	0.038	0.019	10.147
同規模	0.036	1.033	0.031	0.798	0.070	0.339	0.113	10.636
県	0.022	0.946	0.022	0.566	0.048	0.258	0.085	10.470
国	0.028	0.870	0.024	0.694	0.051	0.311	0.085	11.399

KDBシステム疾病別医療費（細小(82)分類）平成28年度（累計）

（４）事業計画に基づく事業の実施

平成28年度の特定健康診査受診率は46.2%と増加しており、若年者の健診も実施しています。これらの実施の中で、喫煙状況をはじめとする生活習慣、咳や痰、息切れといった健康状態に関する情報の把握を行います。また、町の肺がん検診にて喫煙による健康障害の普及啓発を行っていきます。さらに妊娠期から母子保健事業においても禁煙の働きかけを進めます。

（５）事業の評価

評価に用いることが可能な指標として、健康・医療情報を活用して喫煙の有無（生活習慣の状況）を把握します。また、喫煙率は国が示す12.2%を目標とします。

2 子どもの生活習慣病

メタボ該当者・予備群が多い当町においては、小児期からの肥満対策として、生活習慣の見直しは大変重要になってきます。

図表 77 こどもの成長発達と親が学習する機会

		妊娠期	1 か月	2 か月	4 か月	7 か月	10 か月	1 歳	1 歳6 か月	2 歳	2 歳6 か月	3 歳	保育園	学校	成人期	
こどもの成長・発達	食				離乳食 消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく											
					すい臓完成 すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。ほぼ4歳で完成											
					腎臓完成 腎臓は体内の老廃物を排泄。腎臓を守るにはたんぱく質の摂り方が重要											
					味覚の形成 酸味や苦み（野菜）は本能的に嫌いな味。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。											
					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 4歳で大人と同じエネルギー配分になる （糖質・たんぱく質・脂質=60：15：25の比率）											
	生活リズム	生活リズムをコントロールする脳 生活リズムをコントロールする脳は、4歳～5歳で完成 完成までは太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は寝かしつけることを続ける（早寝早起き）														
	運動	全身運動の基礎 月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。														
親が学習する機会	相談	こんにちは赤ちゃん訪問		3～4か月児健診	育児・離乳食相談	9～10か月児健診		1歳6か月児健診			3歳児健診	5歳児健診				
	身長・体重の伸び（成長）と体格（身長と体重のバランス）をみていく															

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りますが、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、運動習慣などです。

大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響します。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ます。そのためには、乳幼児期から好ましい生活習慣が身につくように保護者や社会全体で関わりを持つ必要があります

また、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活習慣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きます。

保険者としては、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であります。

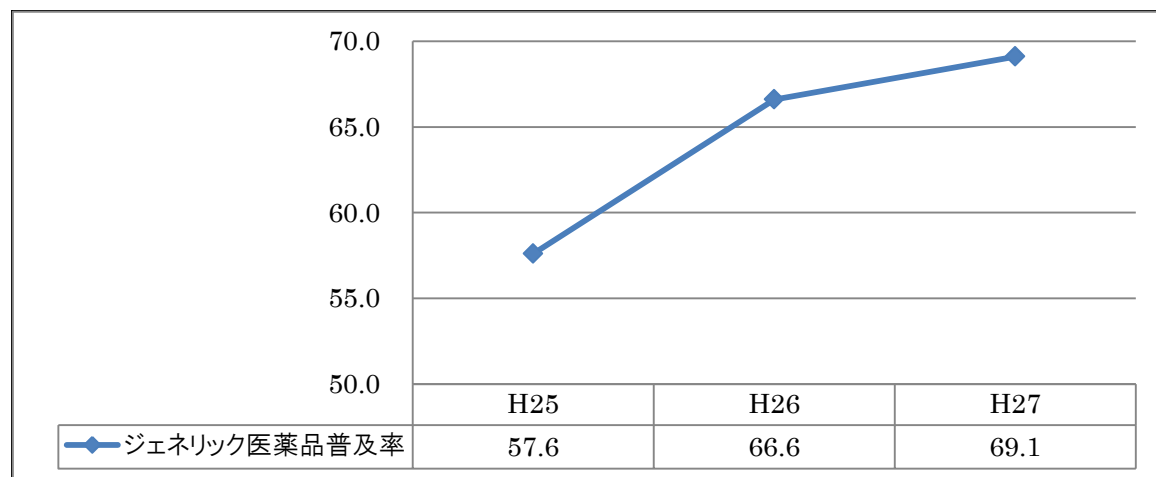
3 ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進

ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が認証され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。ジェネリック医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであります。このため、国では、平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し取組を進めてきました。さらに、平成27年6月の閣議決定において、平成29年中に70%以上とするとともに、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする、新たな数量シェア目標が定められました。

この80%目標の具体的な達成時期については、平成29年6月の閣議決定において、「平成32年9月までに、ジェネリック医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進を検討する。」と定められました。

当町のジェネリック医薬品の普及率は、年々上昇しており、平成27年度は69.1%となっています。

図表 78 ジェネリック医薬品の普及率（%）



厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」より

診療報酬等情報に基づき、ジェネリック医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して、被保険者に通知を引き続き行っています。

また、「ジェネリック医薬品希望シール」の配布や広報誌等による普及啓発を図ります。

4 重複受診者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、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います。

5 生活習慣病及び介護予防のための普及・啓発

国民健康保険被保険者を中心に、健康教室・ホームページ・広報誌などを活用し、町の健康課題に合わせた生活習慣病予防及び介護予防のための情報提供を積極的に行います。

事業名	対象者	内 容
スクエアステップ	全町民	マットを使用して、生活習慣病予防をはじめ、健康増進、転倒・認知症予防、あらゆる年齢層の体力・仲間づくりを図る
カロリーニング教室	全町民	カロリーニングをとおして健康づくりの推進及びロコモティブシンドローム予防を図る
男の料理教室	男性町民	料理教室をとおして、食に対して正しい知識の習得と望ましい食生活習慣を形成するきっかけづくりを図る
にこにこ元気塾	65 歳以上で介護保険の認定を受けていない人	運動、栄養、口腔について専門の講師の指導を受けて、介護予防を図る
いきいき百歳体操	全町民	イスに腰掛け、準備体操・筋力運動・整理体操の3つの運動を行い、介護予防を図る。

高齢受給者証交付 説明会	70 歳を迎えた町民	栄養や健康づくり、口腔に関する説明を行い、健康寿命に関する意識を高める。
-----------------	------------	--------------------------------------

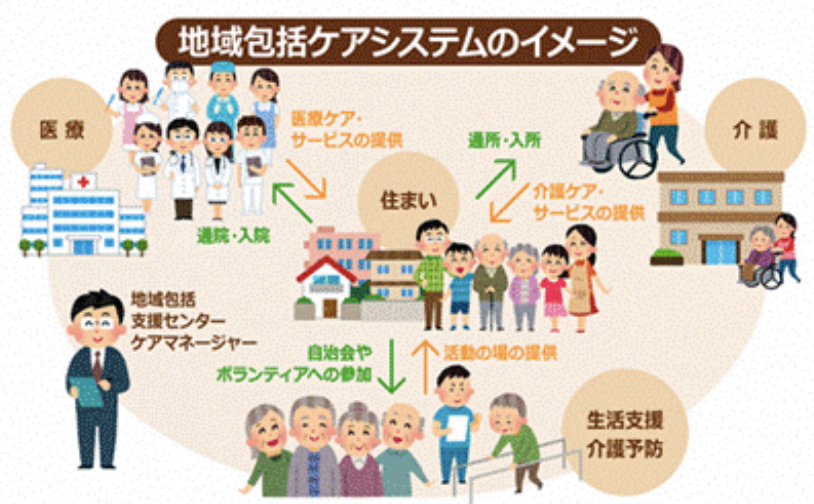
第6章 地域包括ケアに係る取組み

「団塊の世代がより高齢になり死亡者がピークを迎える 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うち、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ります。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 1 保健事業の実施内容そのものが介護予防として捉えることができます。

国民健康保険では被保険者のうち、65 歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数を超えています。このような状況を鑑みれば、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、本町国民健康保険加入者にとっても町民全体にとっても非常に重要であります。

高齢者は健康状態の個人差が大きい年代であり、個人の特性や状況に応じた包括的な支援につなげていくためには、保健・医療・介護・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システムの構築が必要です。地域包括支援センター等との連携を強化し、かかりつけ医やケアマネジャー等との地域の保健・医療・介護・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有により、町民が地域で安心して暮らしていけるように支援を行います。また、地域住民が主体となって行う健康づくりや介護予防の取組を支援し、地域で被保険者及び町民の健康を支える仕づくりを進めていきます。



第7章 計画の評価・見直し

(1) 評価の時期

計画期間の中間年度である平成32年度に評価・見直しを行います。

また、計画の最終年度の平成35年度は次期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います。

(2) 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿って効率的かつ効果的に保健事業を実施することとなっており、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。

※評価における4つの指標

ストラクチャ (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(予算等を含む) ・ 保健事業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)	・ 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)	・ 設定した目標値に達することができたか (検査データの変化、医療機関受診者数の変化など)

《庁内連携による評価・見直し》

データヘルス計画に基づく具体的な保健事業の内容・実施方法等については、関係機関との協議・調整や予算・人員体制等を含めて、毎年度見直しを行います。

具体的には、①前年度データの分析を実施し、②評価、改善策の検討、次年度事業案の作成を行ったうえで、③予算編成時期に関係部署と協議・調整し、次年度事業を決定します。その後、次年度に向けた準備を行います。

なお、改善事項については、当年度推進中の事業に積極的に反映し、できる限り実効性を高めます。

《国保連合会との連携による評価・見直し》

保健事業の見直しに必要なデータ分析、評価にあたっては、国保連合会の指導・助言を得ながら、KDBシステム等を活用して健診・医療・介護の動向を把握するとともに、法定報告後の特定健診データを用いて健診結果を比較し、検査データの改善度合い等の把握や分析を行います。

第8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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、町内医療機関や地域包括支援センター等に周知し、内容の普及啓発に努めます。

(2) 個人情報の取扱い

保健事業、特定健診等の実施にあたっては、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。

第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画 用語集

No.	初出頁	用 語	解 説
1	1	日本再興戦略	平成25年6月14日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、安倍政権の経済政策であるアベノミクスの3本の矢(第1の矢:「大胆な金融政策」第2の矢:「機動的な財政政策」)のうちの第3の矢といわれている。その中で健康長寿社会の実現を目指している。
2	1	健康保険組合	健保組合ともいう。ここが保険者となって運営する健康保険を「組合管掌健康保険」といい、従業員700人以上の大企業体を母体としてつくられた健康保険組合を単一健保組合、同業・同種の事業所によって組織された健康保険組合を総合健保組合、同じ都道府県内で企業・業種を超えた事業者によって組織された健康保険組合を地域型健保組合という。
3	1	レセプト(診療報酬明細書)	患者が受けた診療について、医療機関が保険者(市町村や健康保険組合等)に請求する医療費の明細書。
4	1	データヘルス計画(保健事業実施計画)	特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。
5	1	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳までを対象とする健診。
6	1	ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定しないで、集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げていこうとする考え方。
7	1	21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))	壮年期の死亡の減少や健康寿命の延伸を実現し、全ての人の生活の質の向上を図ることを目的としている。特に生活習慣病の一次予防に重点を置き、個人が主体的に健康づくりに取り組むことを重視し、科学的根拠に基づき対象者を明確にしたうえで、地域の実情に即した目標を設定して取り組むために策定された計画。
8	1	特定健診等実施計画	国民健康保険に加入する被保険者に対して特定健診等の実施方法に関する基本的な事項及び実施、並びにその成果に係る目標に関する基本的事項について定めた実施計画。
9	1	生活習慣病	糖尿病、循環器病(脳血管疾患・心疾患など)、がん、肥満、歯周病など、食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒など日常生活習慣のあり方が心身の健康状態を悪化することに大きく影響し、発症する疾病のこと。
10	1	健康寿命	WHOが2000年に公表した新たな定義。健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間と定義されている。
11	3	健康増進法	「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するため、医療改革制度の一環として平成15年5月1日から施行された法律。
12	3	高齢者の医療の確保に関する法律	1982(昭和57)年に制定された「老人保健法」から変更された法律。従来の老人保険制度を全面的に改正し、高齢者の医療費の適正化を推進することを目的に定められた。このことにより、75歳以上の高齢者は2008(平成20)年から後期高齢者医療制度に加入することになった。また、保健事業として、40歳から74歳の者を対象に特定健康診査及び特定保健指導などの基本方針を定め、高齢期における健康の保持のための事業を積極的に推進することが、保険者に義務付けられた。

No.	初出頁	用語	解説
13	3	国民健康保険法	国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的に定め、昭和34年1月1日から施行された法律。
14	3	介護保険法	加齢による心身の疾病などで介護や支援が必要になった人が、その能力に応じて自立した日常生活を営む営むために必要な保健医療サービス・福祉サービスを受けられるよう、国民の共同連携による介護保険制度を設け、介護保険料の徴収、給付の条件や給付サービスなどを定め、平成12年に施行された法律。
15	3	医療法	病院・診療所・助産所の開設・管理・施設などの基準及び監督、公的医療機関の設置、補助、医療法人に関する規則、医業広告取締りを内容とし、昭和23年に施行された法律。
16	3	社会保障制度	医療・介護・年金・生活保護等、国が主体となって国民に健やかで安心できる生活を保障する仕組み。
17	3	メタボリックシンドローム	心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓肥満症候群のこと。内臓脂肪を蓄積し、脂質異常・高血圧・高血糖の2つ以上が当てはまると、メタボリックシンドロームと診断される。
18	3	ライフステージ	人の一生を妊娠期、乳幼児期、学童・思春期、成人期、高齢期などに分けた、それぞれの段階。
19	3	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	長期にわたりタバコなどの有毒な粒子やガスの吸入が原因となり、肺に炎症がおき、呼吸に支障をきたす疾患。慢性気管支炎と肺気腫の総称。
20	3	ロコモティブシンドローム	骨、関節、筋肉などの運動器の障害のために、要支援になったり、要介護になったりする危険が高い状態。
21	3	メンタルヘルス	心の健康のことで、いきいきと自分らしく生きるための重要な条件。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること（情緒的健康）、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること（知的健康）、他人や社会と建設的で良い関係を築けること（社会的健康）を意味する。
22	3	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者の身体状況に合わせた生活習慣病を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導にはリスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。
23	3	脂質異常症	血液中に含まれるコレステロールや中性脂肪などの脂質が、一定の基準よりも多い状態のことを言う。以前は高脂血症とも言われていた。血液中に余分な脂質が多くなると、動脈硬化症を起こしやすくなり、心筋梗塞や脳梗塞等のリスクが高くなる。
24	3	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態を言う。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、その多くは、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因といわれている。

No.	初出頁	用 語	解 説
25	3	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中と呼ばれるものなど、脳血管に関する病気の総称。脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別され、脳梗塞は、さらにラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症に大別される。
			・ラクナ梗塞：穿通枝（せんつうし）という脳内の微小血管が詰まるもの。
			・アテローム血栓性脳梗塞：血管の壁にLDLコレステロールが沈着し、血管が狭くなり、最終的に血管が詰まるもの。
			・心原性脳塞栓症：心房細動などの心臓の異常により、心臓内にできた血栓（血液の塊）が脳へ移動し、脳の血管が詰まるもの。
26	3	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能（主に糸球体）に障害が起きること。
27	4	透析	糖尿病性腎症や慢性糸球体腎炎等で腎臓の働きが著しく低下し、体内の老廃物を除去できなくなった場合などに、人工的に血液を浄化する方法。
28	4	国保データベースシステム(KDB)	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけではなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム。
29	4	ライフスタイル	生活の様式・営み方。また、人生観・価値観・習慣などを含めた個人の生き方をいう。
30	4	健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団・個人における健康状態の差。
31	7	慢性腎不全	腎臓病が進行して腎臓の働きが徐々に悪化し、その結果、腎機能の回復が見込めない状態になったもの。
32	7	血管疾患	血管そのもの、または血管周囲腔に異常をきたした疾患の総称。脳の血管で疾患が起これば脳血管疾患といい、心臓の血管で疾患が起これば心血管疾患という。
33	7	Ⅱ度高血圧	中等度高血圧のこと。収縮期血圧が160～179mmHgまたは拡張期血圧が100～109mmHgであること。収縮期血圧が180mmHg以上又は拡張期血圧が110mmHg以上の場合は、Ⅲ度高血圧（重度高血圧）と分類される。
34	11	CKD	CKDの定義
			①蛋白尿など、腎障害の存在を示す所見
			②腎機能低下(eGFR $\leq$ 60mL/分/1.73m ²)
			①②のいずれか、または両方が3ヶ月以上持続する状態。
			病気ステージ
			重症度の分類
			進行度による分類eGFR(mi/分/1.73)
			G1
			正常または高値
			≥ 90
			G2
			正常または軽度低下
			60～80
			G3a
			軽度～中等度低下
			45～59
			G3b
			中等度～高度低下
			30～44
			G4
			高度低下
			15～29
			G5
			末期腎不全
			<15

No.	初出頁	用 語	解 説
35	11	HbA1c(NGSP)	ヘモグロビンエーワンシー又はエイチビーエーワンシーと読む。赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。NGSP値は国際基準値のことで、日本で従来使用されていたJDS値よりも0.3～0.5%加算された値で示される。
36	11	中性脂肪	肝臓で作られたり、食物から吸収されたりする脂質の一種で、体を動かしたり、体温を保持したりするエネルギー源となる。中性脂肪の値が高くなり、皮下脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、脂質異常症やメタボリックシンドローム、脂肪肝、肥満、動脈硬化などへとつながっていく。
37	11	LDL-C	低比重リポ蛋白(LDL)として血中に存在するコレステロール。HDLコレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDLは肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
38	11	eGFR	推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
39	11	収縮期血圧	心臓が収縮して全身に血液を送り出すときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる上の血圧のこと。
40	11	拡張期血圧	心臓が拡張して全身から心臓に血液が戻ってくるときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる下の血圧のこと。
41	13	同規模保険者	人口規模が同程度の保険者。同規模保険者と比較することにより、全国と同規模市町村の中での位置づけがわかる。
42	13	介護保険	高齢者の介護サービスや介護支援を保障するため社会保険制度の一種。平成12年に施行された介護保険法に基づいて実施されるもので、市町村が運営し、被保険者はその住民で、65歳以上の者(第1号被保険者)と40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者(第2号被保険者)とに分類される。
43	13	要介護認定	介護が必要と認定された者をいう。65歳以上の要介護認定者を介護保険要介護1号認定者、40歳～65歳未満の要介護認定者を介護保険要介護2号認定者という。
44	13	がん(悪性新生物)	細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊する腫瘍のこと。主にがんや骨肉腫などがはいる。
45	13	第2次・第3次産業	第2次産業:製造業・建築業・鉱工業などをいう。 第3次産業:商業・運輸・通信・金融・公務・サービス業・電気・ガス・水道業などをいう。
46	13	平均寿命	0歳児が平均で何年生きられるのかを表した統計値のこと。
47	13	標準化死亡比(SMR)	死亡者数を人口で除した死亡率で比較すると、高齢者の多い地域では死亡率が高くなる傾向があるため、人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国平均を100とし100以上は国平均より死亡率が高く、100以下は低いとされる。
48	13	介護給付費	1年間の介護保険給付費の総額のこと。介護給付にかかる費用及び予防給付に要する費用の総額。
49	13	病院・診療所	病院とは、入院できるベット数が20床以上の医療機関のこと。診療所は入院できる設備がないか、19床以下の施設のこと。
50	14	年少人口	0～14歳人口

No.	初出頁	用 語	解 説
51	14	生産年齢人口	15～64歳人口
52	14	老年人口	65歳以上人口
53	16	くも膜下出血	能の表面をおおう膜のひとつである「くも膜」の下に出血がある状態。原因は、脳の血管のふくらみである「脳動脈瘤」の破裂がほとんどを占める。
54	16	脳内出血	脳の血管が何らかの原因で破れて、脳の中に出血した状態。
55	16	脳梗塞	脳の血管が細くなったり、詰まったりして、脳に酸素や栄養が送られなくなるために、脳の細胞が障害を受ける状態。
56	26	尿酸	物質代謝の最終生産物(プリン体等)の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される。
57	27	HDL-C(コレステロール)	高比重リポ蛋白(HDL)として血中に存在するコレステロール。LDLコレステロールが悪玉コレステロールと呼ばれるのに対し、善玉コレステロールと呼ばれ、主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶ時の形体のことをいう。
58	27	クレアチニン	主に腎機能の指標に用いられる数値。クレアチンとは、筋肉中に含まれるクレアチン(筋肉を動かすときに必要なエネルギー物質)が分解されるときにできる物質のこと。高いと、腎機能低下や筋肉疲労の可能性がある。
59	36	生活の質(QOL)	Quality Of Lifeの略。ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指し、つまりある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念。
60	36	内臓脂肪型症候群	メタボリックシンドロームと同義語。(用語集No.17)
61	44	心房細動	不整脈の一つで、心房内で起こる早く不規則な刺激により、心房全体が細かく震え、まとまった収縮と弛緩ができなくなる状態のこと。心臓内に血栓ができやすくなり、脳梗塞の危険因子となる。
62	44	重複・頻回受診	重複受診は、複数の医療機関に同一の傷病名で受診している人のことを指し、頻回受診は、頻繁に医療機関を受診している人を指す。
63	52	ガイドライン	専門医の集まりである学会が、検討を重ねて作成したもので、信頼のおける研究結果に基づいて、最新の治療法を含め多くの情報から、有効性、安全性などを整理して診療の指針が示されている。
64	52	WHO(世界保健機関)	World Health Organizationの略。「全ての人々が可能な最高の健康水準に到達すること」を目的として設立された国連の専門機関。
65	53	肺気腫	肺胞の間質(気管支の末端の袋状の部分)の組織が壊れ、たまった空気を押し出せなくなる病気。
66	53	間質性肺疾患	肺の間質(肺の空気が入る部分で主に肺を支える役割を担っている)を中心に炎症を起こす疾患の総称。その多くが原因不明で、治療も困難な病気。
67	54	後発医薬品(ジェネリック医薬品)	新薬(先発医薬品)の独占的販売終了期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。