

第 2 期輪島市国民健康保険データヘルス計画

平成 3 0 年 3 月

輪島市国民健康保険

第 2 期輪島市国民健康保険データヘルス計画

第 1 章	データヘルス計画の基本的事項	4
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	10
1.	第 1 期計画の成果目標（第 1 期計画より）	
2.	第 1 期計画の評価	
3.	輪島市の特性	
4.	第 2 期計画における健康課題の明確化	
5.	第 2 期計画の目標の設定	
第 3 章	保健事業の内容	33
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)	57
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.	個人情報保護の保護	
7.	結果の報告	
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	62
第 6 章 計画の評価・見直し	63
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	64
参考資料	65

第1章 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度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。

輪島市においては、国指針に基づき、「第2期輪島市国民健康保険データヘルス計画」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

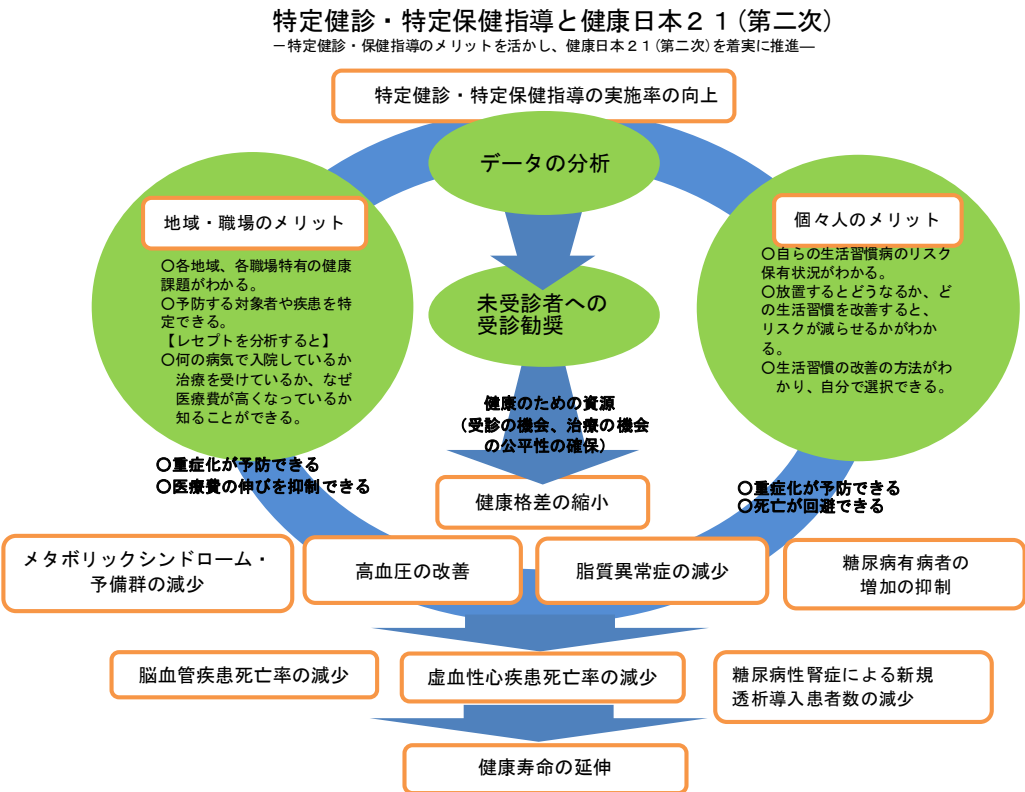
第2期輪島市国民健康保険データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「石川県健康増進計画」や「輪島市健康づくり計画」、「石川県医療費適正化計画」、「輪島市介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

図表1) 平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

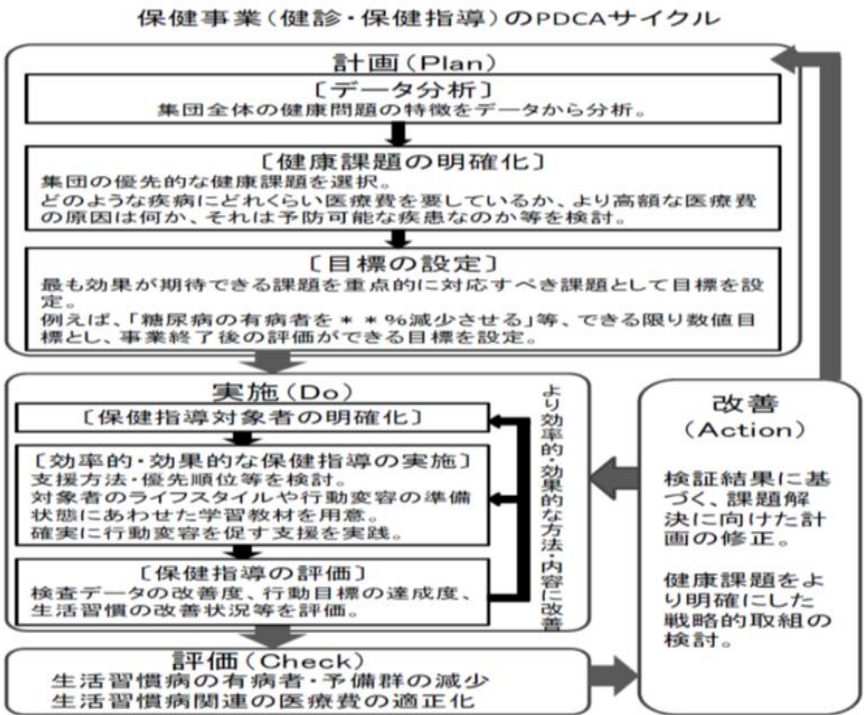
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進法(第21条)とは、健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、消防法(母子保護法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施要綱)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第62条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 国民の健康や地域社会の健全な 発達を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 特定健康診査及び特定健康診査の適切な 実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保険事業の 実施等に関する取組の一環改正」	厚生労働省 老健局 平成28年3月 介護保険事業に係る関係機関の円滑な 連携を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本方針 【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本方針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や予防や健康づくり を推進するとともに、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、社会生活 が豊かになるものとなるよう、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、糖尿病 患者を減らすことができ、それには糖尿病や高血圧の発症を 抑制、人畜衛生を減らすことと併せて、国民の生活 の質の向上を図ることを目指す。国民の生活 の質の向上を図ることは、国民の生活の質の向上を図ることを 目指すことが可能となる。 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指して、メタリックシンドロームに準 じて、生活習慣を改善するための特定健康診査を実施する ものとし、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取組について、医 療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び被保険者の財政負担軽減が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、重症化 防止または重症化状態となることへの予防策は、要介護 状態等の防止もしくは重症化の防止を理念としている。	糖尿病等の発症を抑制し、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が適度に増加しないようしていくとともに、良質 かつ適切な医療を効果的に提供することによる医療 費の抑制を図る。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、地域において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、育壮年期、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 える現在の育壮期(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
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタボヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管系、腎臓管等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、脳血管性認知症 後遺症併発症	メタボリックシンドローム 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	①52項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①糖尿病・虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②合併症(糖尿病性腎症による透析導入患者数) ③糖尿病性神経障害 ④血糖コントロール良好におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病合併症 ⑥特定健診・特定健康診査の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの増加 ⑧メタボリックシンドロームの増加(肥満、ヤセの減少) ⑨運動不足の解消 ⑩日常生活における歩数 ⑪運動習慣者の割合 ⑫健康意識の向上 ⑬健康意識の向上	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査実施率 ③特定健康診査実施率 ④特定健康診査実施率 ⑤特定健康診査実施率 ⑥特定健康診査実施率 ⑦特定健康診査実施率 ⑧特定健康診査実施率 ⑨特定健康診査実施率 ⑩特定健康診査実施率 ⑪特定健康診査実施率 ⑫特定健康診査実施率 ⑬特定健康診査実施率 ⑭特定健康診査実施率 ⑮特定健康診査実施率 ⑯特定健康診査実施率 ⑰特定健康診査実施率 ⑱特定健康診査実施率 ⑲特定健康診査実施率 ⑳特定健康診査実施率 ㉑特定健康診査実施率 ㉒特定健康診査実施率 ㉓特定健康診査実施率 ㉔特定健康診査実施率 ㉕特定健康診査実施率 ㉖特定健康診査実施率 ㉗特定健康診査実施率 ㉘特定健康診査実施率 ㉙特定健康診査実施率 ㉚特定健康診査実施率 ㉛特定健康診査実施率 ㉜特定健康診査実施率 ㉝特定健康診査実施率 ㉞特定健康診査実施率 ㉟特定健康診査実施率 ㊱特定健康診査実施率 ㊲特定健康診査実施率 ㊳特定健康診査実施率 ㊴特定健康診査実施率 ㊵特定健康診査実施率 ㊶特定健康診査実施率 ㊷特定健康診査実施率 ㊸特定健康診査実施率 ㊹特定健康診査実施率 ㊺特定健康診査実施率 ㊻特定健康診査実施率 ㊼特定健康診査実施率 ㊽特定健康診査実施率 ㊾特定健康診査実施率 ㊿特定健康診査実施率	①生活習慣の状況(特定健康診査の実施率を参照) ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査 ⑧特定健康診査 ⑨健康診査の実施率 ⑩生活習慣病の有病率・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費 ⑬介護費 ⑭被保険者努力支援制度 ⑮被保険者努力支援制度(分)を減額し、保険料率決定	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②一人あたり医療費の適正化の取組 ③特定健康診査・特定健康診査の実施率の向上 ④メタボリックシンドロームの減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 ⑥入院 ⑦病床稼働率の向上・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて決定)
その他		保健事業支援(評価委員会(事務局、国保連合会))による計画作成支援			保険者協議会(市町村、国保連合会)を通じて、保険者と連携	

図表 2) 特定健診・特定保健指導と健康日本 21 (第二次)



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) 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



3. 計画期間

計画期間については、「国指針」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

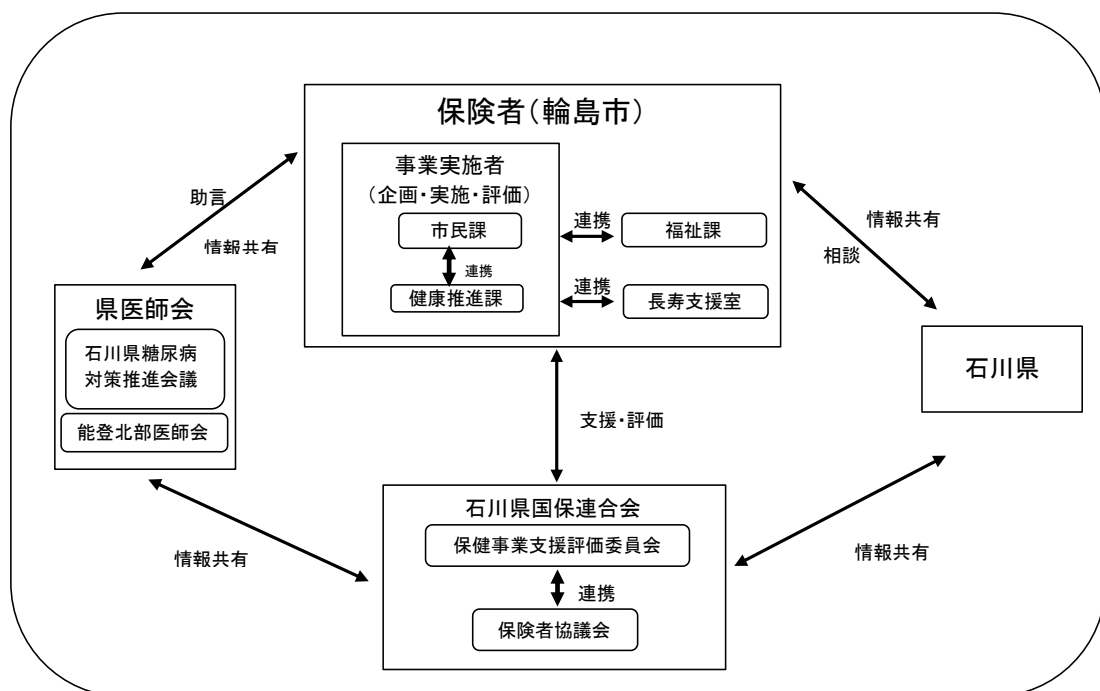
計画は、市民課が主体となり策定する。

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推進課の保健師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。介護保険担当（長寿支援室）、生活保護担当（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）

図表4）輪島市の実施体制図



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福祉連絡会、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石川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能登北部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)		345	580	850	850
総得点(体制構築加点含む)		218	394		
交付額(万円)		436.9	806.7		
全国順位(1,741市町村中)		585			
共通 ①	特定健診受診率	10	10		50
	特定保健指導実施率	15	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		50
共通 ②	がん検診受診率	0	0		30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15		20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70		100
共通 ④	個人インセンティブ	0	35		25
	個人へのわかりやすい情報提供	20	15		70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	25		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	14		35
	後発医薬品の使用割合	10	30		40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	0		100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30		
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15		25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	9		25
	第三者求償の取組の実施状況	7	26		40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章

第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画の成果目標（第1期計画より）

1) 健康格差の縮小

医療・介護及び健診の分析から、医療費が高額で死亡率が高い虚血性心疾患と要介護認定の原因疾患の一部とも思われる脳血管疾患の重症化予防が喫緊の課題である。

2) 中長期的な目標

医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで高額になる疾患で介護認定者の有病状況の多い疾患でもあり虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくこと、それら3つの疾患の入院医療費の伸び率5%減少を目標とする。

3) 短期的な目標

虚血性心疾患、脳血管疾患、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目標とする。

2. 第1期計画の評価

当市の平成25年度と平成28年度の医療費を比較すると、総医療費は減少した。ただし一人当たりの医療費額をみると増加しており、国と比較しても高くなっている。（図表6）

図表6）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）

市町名		総医療費	一人あたりの医療費		中長期目標疾患				短期目標			(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		腎		脳	心	糖尿病	高血圧					脂質異常症	
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	輪島市	3,141,447,120	26,310	119位	18位	5.33%	0.43%	2.08%	2.77%	5.76%	7.76%	2.54%	837,847,040	26.67%	15.45%	9.52%	8.67%
H28		2,884,012,790	27,993	127位	17位	4.11%	0.44%	1.57%	2.68%	5.59%	5.38%	2.42%	639,963,840	22.19%	17.93%	8.89%	8.53%
H28	石川県	90,375,319,490	29,225	-	-	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%	15.68%	11.25%	8.50%
	国	9,677,041,336,540	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

1) 中長期的な目標の達成状況

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る入院総医療費に占める割合を見ると、脳梗塞、腎不全において目標としていた伸び率 5%以内の抑制（目標値）は達成できたが虚血性心疾患は達成できなかった。（図表 7）

図表 7) 入院医療費に占める疾患別割合

		脳梗塞	虚血性心疾患	腎不全	入院総医療費
H25	医療費	36,828,820	58,541,950	47,870,460	1,327,516,630
	割合	2.8%	4.4%	3.6%	－
H28	医療費	21,946,840	58,496,440	24,032,130	1,236,725,530
	割合	1.8%	4.7%	1.9%	－
	目標値	2.9%	4.6%	3.7%	－

KDB 帳票（医療費分析(2)大・中・最小分類）中分類で集計

2) 短期的な目標の達成状況

外来総医療費に占める割合では、高血圧性疾患が減少している一方で、糖尿病は若干の増加が見られる。（図表 8）

図表 8) 外来医療費に占める疾患別割合

		脳梗塞	虚血性心疾患	腎不全	高血圧	糖尿病	外来総医療費
H25	医療費	19,498,250	35,878,570	145,623,920	229,392,500	169,708,450	1,813,930,490
	割合	1.1%	2.0%	8.0%	12.6%	9.4%	－
H28	医療費	9,680,860	24,711,430	110,240,390	152,048,610	157,957,760	1,647,287,260
	割合	0.6%	1.5%	6.7%	9.2%	9.6%	－
	伸び率 _(H25/H28)	0.50	0.69	0.76	0.66	0.93	0.91
	医療費割合の差 (H28-H25)	-0.5%	-0.5%	-1.3%	-3.4%	0.2%	－

KDB 帳票（医療費分析(2)大・中・最小分類）中分類で集計

3. 輪島市の特性

輪島市の人口は 27,835 人（平成 28 年度末：住民基本台帳）。年々減少傾向である。

人口構成をみると高齢化率が同規模、県、国と比較しても高い状況にある。また、国保の状況を見ると、加入率も 28.0%で同規模、県、国と比較して高い。被保険者の年齢構成においても、人口構成と同様に 65 歳以上の高齢化率は高い状況にあり、40～64 歳の壮年期の加入割合が高いことがわかる。（図表 9）

図表 9）同規模平均・県・国と比べてみた輪島市の位置（平成 28 年度）

項目				保険者		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	29,637		9,030,767		1,149,040		124,852,975		
			65歳以上（高齢化率）	11,351	38.3	2,626,654	29.1	274,533	23.9	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況
			75歳以上	6,631	22.4			139,678	12.2	13,989,864	11.2	KDB_NO.3
			65～74歳	4,720	15.9			134,855	11.7	15,030,902	12.0	健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			40～64歳	10,160	34.3			387,206	33.7	42,411,922	34.0	
			39歳以下	8,126	27.4			487,301	42.4	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業	14.4		11.4		3.3		4.2		KDB_NO.3
			第2次産業	26.3		27.5		28.7		25.2		健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			第3次産業	59.3		61.1		68.0		70.6		
	③	平均寿命	男性	78.0		79.2		79.7		79.6		
			女性	86.5		86.4		86.8		86.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④	健康寿命	男性	64.3		65.1		65.2		65.2		
			女性	66.8		66.8		66.9		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性 113.5 女性 103.0		男性 104.8 女性 101.5		男性 98.4 女性 95.4		男性 100 女性 100		
			がん	160	53.5	32,164	46.4	3,535	50.1	367,905	49.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			心臓病	81	27.1	19,517	28.2	1,855	26.3	196,768	26.5	
			脳疾患	45	15.1	11,781	17.0	1,190	16.9	114,122	15.4	
			糖尿病	1	0.3	1,340	1.9	113	1.6	13,658	1.8	
			腎不全	6	2.0	2,559	3.7	187	2.6	24,763	3.3	
			自殺	6	2.0	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HP 人口動態調査
			男性									
			女性									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	2,225	19.6	539,524	20.5	58,480	21.3	5,882,340	21.2	
			新規認定者	36	0.3	8,953	0.3	902	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者	33	0.4	11,164	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病	518	22.7	125,517	22.3	16,617	27.4	1,343,240	21.9	
			高血圧症	1,131	49.4	305,818	54.6	32,225	53.2	3,085,109	50.5	
			脂質異常症	580	25.1	159,712	28.3	17,890	29.5	1,733,323	28.2	
			心臓病	1,382	60.3	349,121	62.4	38,176	63.1	3,511,354	57.5	
			脳疾患	499	22.3	154,757	27.9	17,523	29.4	1,530,506	25.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			がん	219	9.5	58,389	10.3	6,811	11.1	629,053	10.1	
			筋・骨格	1,113	48.3	303,080	54.0	32,018	53.0	3,051,816	49.9	
			精神	887	37.9	213,249	37.8	24,972	41.2	2,141,880	34.9	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	80,034		66,708		67,606		58,349		
			居宅サービス	42,661		41,740		43,494		39,683		
			施設サービス	281,861		278,164		277,404		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	8,055		8,280		8,950		7,980		
			認定あり 認定なし	4,571 3,484		4,039 4,241		4,393 4,557		3,822 4,158		
4	①	国保の状況	被保険者数	8,285		2,264,275		251,804		32,587,223		
			65～74歳	3,857	46.6			117,200	46.5	12,462,053	38.2	
			40～64歳	2,898	35.0			78,632	31.2	10,946,693	33.6	
			39歳以下	1,530	18.5			55,972	22.2	9,178,477	28.2	
	②	医療の概況 （人口千対）	加入率	28.0		25.1		21.9		26.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			病院数	1	0.1	833	0.4	97	0.4	8,255	0.3	
			診療所数	25	3.0	6,529	2.9	874	3.5	96,727	3.0	
			病床数	199	24.0	135,296	59.8	18,468	73.3	1,524,378	46.8	
			医師数	35	4.2	16,982	7.5	3,303	13.1	299,792	9.2	
			外来患者数	639.5		698.5		689.8		668.3		
			入院患者数	23.6		23.6		25.3		18.2		
			一人当たり医療費	27,993	県内17位 同規模127位	27,773		29,225		24,253		KDB_NO.3 健康・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	663.098		722.134		715.094		686.501		
			外来費用の割合	57.1		56.9		54.7		60.1		
	③	医療費の状況	件数の割合	96.4		96.7		96.5		97.4		
			入院費用の割合	42.9		43.1		45.3		39.9		
			件数の割合	3.6		3.3		3.5		2.6		
			1件あたり在院日数	14.8日		17.0日		16.8日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費資源傷病名（調剤含む）	がん	517,136,390	31.0	23.9		27.1		25.6		
			慢性腎不全（透析あり）	118,479,960	7.1	9.2		7.4		9.7		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			糖尿病	161,125,520	9.7	9.9		9.4		9.7		
			高血圧症	155,249,350	9.3	8.9		7.4		8.6		
			精神	256,431,660	15.4	19.6		19.4		16.9		
			筋・骨格	245,977,390	14.7	15.2		14.7		15.2		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数20	入院の（ ）内 は在院日数	入院	糖尿病	589,514	10位	(16)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
						高血圧	566,829	13位	(15)						
						脂質異常症	591,472	3位	(15)						
						脳血管疾患	542,933	18位	(17)						
						心疾患	589,802	15位	(11)						
						腎不全	733,196	13位	(21)						
						精神	411,597	18位	(22)						
						悪性新生物	683,305	10位	(14)						
						外来	糖尿病	38,152	11位						
							高血圧	30,462	13位						
脂質異常症	29,695	8位													
脳血管疾患	50,771	2位													
心疾患	46,266	12位													
腎不全	158,372	14位													
精神	31,265	12位													
悪性新生物	64,355	11位													
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,562	2,626	3,045	2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域							
			健診未受診者	12,365	13,206	14,627	12,683								
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,954	7,001	8,275	5,940	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
			健診未受診者	34,549	35,214	39,753	36,479								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,579	57.0	344,966	55.5	42,806	52.9	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	1,482	53.5	317,329	51.1	40,083	49.5	3,799,744	51.6					
		医療機関非受診率	97	3.5	27,637	4.4	2,723	3.4	316,786	4.3					
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数20	メタボ 該当・予備群 レベル	健診受診者	2,772	621,137	80,985	7,362,845	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	43.3	県内16位 同規模76位	38.0	44.4		全国3位	34.0			
					特定保健指導終了者（実施率）	162	50.6	6,491	8.7		726	8.7	35,557	4.1	
					非肥満高血糖	279	10.1	65,298	10.5		8,242	10.2	687,157	9.3	
					メタボ	該当者	595	21.5	109,931		17.7	15,692	19.4	1,272,714	17.3
						男性	400	33.2	74,832		27.3	10,201	30.6	875,805	27.5
						女性	195	12.5	35,099		10.1	5,491	11.5	396,909	9.5
						予備群	314	11.3	66,382		10.7	8,278	10.2	790,096	10.7
					BMI	男性	202	16.7	45,367		16.6	5,531	16.6	548,609	17.2
						女性	112	7.2	21,015		6.1	2,747	5.8	241,487	5.8
						総数	985	35.5	197,014		31.7	26,570	32.8	2,320,533	31.5
						男性	651	54.0	133,907		48.9	17,375	52.1	1,597,371	50.1
					BMI	女性	334	21.3	63,107		18.2	9,195	19.3	723,162	17.3
						総数	143	5.2	32,585		5.2	3,551	4.4	346,181	4.7
						男性	13	1.1	5,175		1.9	460	1.4	55,460	1.7
						女性	130	8.3	27,410		7.9	3,091	6.5	290,721	7.0
					血糖のみ	12	0.4	4,454	0.7		521	0.6	48,685	0.7	
					血圧のみ	226	8.2	46,253	7.4		5,432	6.7	546,667	7.4	
					脂質のみ	76	2.7	15,675	2.5		2,325	2.9	194,744	2.6	
					血糖・血圧	74	2.7	18,184	2.9		1,978	2.4	196,978	2.7	
血糖・脂質	27	1.0	6,261	1.0	941	1.2	69,975	1.0							
血圧・脂質	303	10.9	51,428	8.3	7,719	9.5	619,684	8.4							
血糖・血圧・脂質	191	6.9	34,058	5.5	5,054	6.2	386,077	5.2							
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	既往歴	高血圧	1,203	43.4	219,823	35.4	30,643	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
					糖尿病	228	8.2	50,754	8.2	7,505	9.3	551,051	7.5		
					脂質異常症	717	25.9	147,133	23.7	23,664	29.2	1,738,149	23.6		
					脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	88	3.2	19,677	3.3	3,003	3.9	230,777	3.3		
					心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	176	6.4	34,519	5.7	5,767	7.6	391,296	5.5		
					腎不全	11	0.4	3,166	0.5	298	0.4	37,041	0.5		
					貧血	314	11.3	54,423	9.1	10,735	13.7	710,650	10.1		
					喫煙	358	12.9	84,044	13.5	10,592	13.1	1,048,171	14.2		
					週3回以上朝食を抜く	203	7.3	37,458	6.8	5,020	7.6	540,374	8.5		
					週3回以上食後間食	376	13.6	65,982	12.0	10,506	15.8	743,581	11.8		
					週3回以上就寝前夕食	459	16.6	79,834	14.5	11,679	17.6	983,474	15.4		
					食べる速度が速い	769	27.8	145,031	26.4	18,452	28.0	1,636,988	25.9		
					20歳時体重から10kg以上増加	907	32.8	170,562	31.2	20,240	30.8	2,047,756	32.1		
					1回30分以上運動習慣なし	1,791	64.8	343,108	62.1	39,178	58.9	3,761,302	58.7		
					1日1時間以上運動なし	1,573	56.9	248,397	44.8	30,690	42.7	2,991,854	46.9		
					睡眠不足	630	22.9	133,710	24.2	14,736	22.5	1,584,002	25.0		
					毎日飲酒	848	30.6	149,888	25.3	19,466	26.5	1,760,104	25.6		
					時々飲酒	573	20.7	120,440	20.3	13,966	19.0	1,514,321	22.0		
					一日 飲酒 量	1合未満	1,173	59.8	246,382	63.7	27,178	61.5	3,118,433		64.1
						1～2合	494	25.2	94,409	24.4	11,627	26.3	1,158,318		23.8
2～3合	241	12.3	35,983	9.3		4,254	9.6	452,785	9.3						
3合以上	52	2.7	10,264	2.7		1,165	2.6	132,608	2.7						

1) 健康状況

(1) 死亡の状況

石川県の平均寿命は、平成 12 年と平成 22 年を比較すると、男性は全国 16 位から 18 位、女性においても 10 位から 11 位へと下降した。一方、65 歳未満の死亡割合は、男女共に減少しており、今後はどのようにして健康寿命を延ばしていくかが課題である。

輪島市の平均寿命は、男性 78.0 歳、女性 86.5 歳であり、男女ともに平成 12 年と比較して延びている。また、65 歳未満死亡割合は男女共に減少しており、さらに県、国と比べても低い。(図表 10)

選択死因別年齢調整死亡率では、ほとんどが県と比較して高く、悪性新生物に次いで、心疾患、脳血管疾患が多い。データヘルス計画でターゲットとなる脳・心臓・腎臓の死因は全体の約 3 割を占め、年次推移を見ると、脳血管疾患及び虚血性心疾患が増加している。(図表 11・12・13)

図表 10) 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	
年	平成12年	平成22年	平成12年	平成22年	平成19年	平成27年	平成19年	平成27年
石川県	77.96	79.71	85.18	86.75	18.2	13.1	10.2	6.2
全国値	77.71	79.59	84.62	86.35	21.1	14.3	11.4	7.6
順位	16位	18位	10位	11位	36位	27位	21位	33位
輪島市	(旧輪島市)	78.0	(旧輪島市)	86.5	11.7	8.5	5.0	3.4
	76.9		84.3					
	(旧門前町) 77.1		(旧門前町) 85.1					

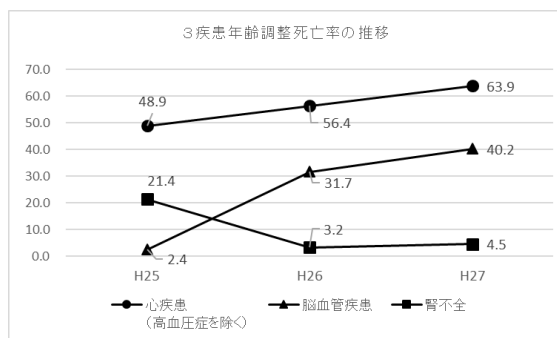
資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表(厚生労働省)

図表 11) 選択死因別年齢調整死亡率(H27 総数)

	死亡総数	悪性新生物	糖尿病	心疾患 (高血圧症を除く)	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
石川県	351.7	121.1	3.3	46.1	28.4	26.4	6.3	4.1	12.0	15.7	16.2
輪島市	389.7	139.0	0.5	63.9	40.2	29.2	5.2	4.5	12.8	16.7	6.5

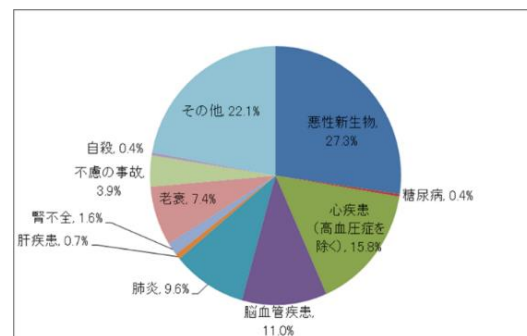
図表 12) 選択死因別年齢調整死亡率の主要死因の推移

(平成 27 年度衛生統計年報)



図表 13) 輪島市主要死因割合

(平成 27 年度衛生統計年報)



(2)介護の状況

輪島市の第2号被保険者の認定率は0.3%と低い。新規認定者の有病状況を見ると、高血圧、脂質異常症の疾患が増加しており、糖尿病も83.3%にみられる。予防可能な血管疾患の発症を予防することが最重要課題となる。(図表14)

図表14) 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)			35人		33人	
認定率(%)			0.34%		0.32%	
新規認定者数	要介護度	要支援1・2	5	41.7%	1	16.7%
		要介護1・2	5	41.7%	3	50.0%
		要介護3～5	2	16.7%	2	33.3%
		計	12人		6人	
	有病状況(件数)*	脳卒中	7	58.3%	4	66.7%
		虚血性心疾患	1	8.3%	3	50.0%
		腎不全	2	16.7%	1	16.7%
		糖尿病	6	50.0%	5	83.3%
		高血圧	8	66.7%	5	83.3%
		脂質異常症	1	8.3%	4	66.7%
		認知症	1	8.3%	1	16.7%

*レセプトの診断名より重複して計上
資料 KDB 版あなみツール

(3)医療の状況

輪島市の医療費は、平成25年度と平成28年度を比較すると、総医療費は減少している。1人当たりの医療費は増えており、特に、入院費の伸びは7.9%となっている。(図表15)

図表15) 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	
				輪島市	同規模			輪島市	同規模			輪島市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	3,141,447,120				1,327,516,630				1,813,930,490			
	H28年度	2,884,012,790	▲257,434,330	-8.0%	3.4%	1,236,725,530	▲9,079,110	-6.0%	3.3%	1,647,287,260	▲16,664,323	-9.2%	3.5%
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	26,310				11,120				24,790			
	H28年度	27,993	1,683	6.4%	8.2%	12,000	880	7.9%	7.0%	15,990	▲8,800	-3.5%	-7.4%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

① 高額になる疾患

ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、人数、件数、費用額とも増加している。がんに次いで虚血性心疾患が多く、50 代、60 代で増加している。脳血管疾患は、70 代での伸びが大きい。(図表 16)

図表 16) 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	H25	H28								
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	256人	267人	15人	10人	22人	29人	95人	99人	150人	151人											
					5.9%	3.7%	8.6%	10.9%	37.1%	37.1%	58.6%	56.6%											
		件数	425件	457件	16件	13件	28件	33件	156件	180件	225件	231件											
					3.8%	2.8%	6.6%	7.2%	36.7%	39.4%	52.9%	50.5%											
					年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.0%	4	2.6%	0	0.0%	18	8.0%	28	12.1%
						40代		0	0.0%	0	0.0%	4	14.3%	0	0.0%	11	7.1%	1	0.6%	24	10.7%	23	10.0%
						50代		4	25.0%	0	0.0%	4	14.3%	8	24.2%	14	9.0%	25	13.9%	37	16.4%	32	13.9%
						60代		7	43.8%	6	46.2%	11	39.3%	16	48.5%	75	48.1%	99	55.0%	82	36.4%	114	49.4%
						70-74歳		5	31.3%	7	53.8%	9	32.1%	8	24.2%	52	33.3%	55	30.6%	64	28.4%	34	14.7%
		費用額	5億6,493万円	6億2,653万円	2,183万円	1,482万円	3,948万円	4,533万円	2億0,493万円	2億5,091万円	2億9,869万円	3億1,548万円											
3.9%	2.4%				7.0%	7.2%	36.3%	40.0%	52.9%	50.4%													

② 長期入院

6 ヶ月以上の長期入院レセプトを分析すると、精神疾患が高く、全体の 74.3%の件数で、63.1%の費用を占めている。件数は減少したものの、在院日数が長くなることが多く、それにより費用額は増加したと考えられる。その他、脳血管疾患及び虚血性心疾患は、人数、件数、費用額ともに大幅に減少している。(図表 17)

図表 17) 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	71人	58人	45人	36人	10人	5人	4人	1人
					63.4%	62.1%	14.1%	8.6%	5.6%	1.7%
		件数	629件	460件	437件	342件	74件	40件	36件	12件
					69.5%	74.3%	11.8%	8.7%	5.7%	2.6%
		費用額	2億8,009万円	2億0,424万円	1億5,772万円	1億2,886万円	4,137万円	1,856万円	2,083万円	424万円
					56.3%	63.1%	14.8%	9.1%	7.4%	2.1%

③ 人工透析患者

長期化する疾患である人工透析患者は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、人数、件数とも減少している。一方で、人工透析者の基礎疾患を見ると、糖尿病性腎症の割合が半数を超え、50.9%となっている。(図表 18)

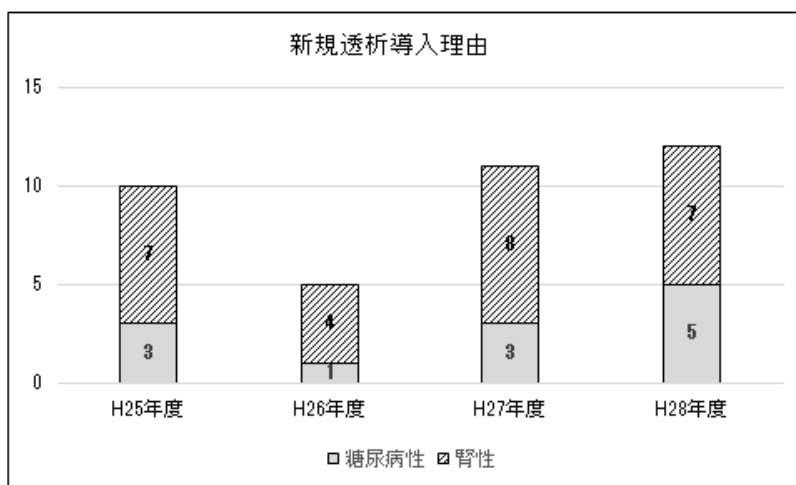
また、新規透析導入者の原因疾患を見ても、糖尿病性腎症が増えている。(図表 19)

図表 18) 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	28人	20人	12人 42.9%	11人 55.0%	11人 39.3%	7人 35.0%	11人 39.3%	11人 55.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		件数	407件	271件	171件 42.0%	138件 50.9%	128件 31.4%	82件 30.3%	147件 36.1%	133件 49.1%
		費用額	1億8,895万円	1億2,471万円	8,475万円 44.9%	6,825万円 54.7%	6,531万円 34.6%	3,446万円 27.6%	6,678万円 35.3%	5,824万円 46.7%

図表 19) 新規透析導入者

(市更生指導台帳より)



(4) 中長期的な疾患

中長期的な疾患のレセプトをみると、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析とともに割合は減少している。また、人工透析者は脳血管疾患、虚血性心疾患の発症割合が高く、高血圧、糖尿病、脂質異常症を併せ持つ割合も高くなっている。(図表 20)

図表 20) 中長期的な疾患の被保険者数

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標								短期的な目標					
			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		
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			
H25	40～44歳	422	2	0.5	0	0.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0		
	45～49歳	430	11	2.6	4	36.4	0	0.0	7	63.6	9	81.8	7	63.6		
	50～54歳	634	16	2.5	3	18.8	0	0.0	14	87.5	9	56.3	14	87.5		
	55～59歳	891	27	3.0	6	22.2	2	7.4	20	74.1	14	51.9	19	70.4		
	60～64歳	1,752	103	5.9	20	19.4	7	6.8	84	81.6	55	53.4	59	57.3		
	65～69歳	1,884	151	8.0	26	17.2	0	0.0	131	86.8	68	45.0	104	68.9		
	70～74歳	1,825	205	11.2	36	17.6	1	0.5	160	78.0	101	49.3	120	58.5		
	合計	7,838	515	6.6	95	18.4	11	2.1	417	81.0	257	49.9	324	62.9		
H28	40～44歳	363	2	0.6	1	50.0	0	0.0	2	100.0	2	100.0	1	50.0		
	45～49歳	387	7	1.8	1	14.3	1	14.3	5	71.4	4	57.1	5	71.4		
	50～54歳	430	8	1.9	3	37.5	0	0.0	7	87.5	6	75.0	6	75.0		
	55～59歳	739	35	4.7	4	11.4	4	11.4	26	74.3	23	65.7	22	62.9		
	60～64歳	1,258	62	4.9	11	17.7	3	4.8	52	83.9	31	50.0	40	64.5		
	65～69歳	2,300	177	7.7	37	20.9	0	0.0	143	80.8	101	57.1	110	62.1		
	70～74歳	1,653	174	10.5	28	16.1	1	0.6	145	83.3	76	43.7	111	63.8		
	合計	7,130	465	6.5	85	18.3	9	1.9	380	81.7	243	52.3	295	63.4		

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標															
		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			
		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							
H25	40～44歳	422	2	0.5	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0											
	45～49歳	430	7	1.6	4	57.1	0	0.0	6	85.7	4	57.1	5	71.4											
	50～54歳	634	14	2.2	3	21.4	2	14.3	10	71.4	8	57.1	7	50.0											
	55～59歳	891	31	3.5	6	19.4	4	12.9	23	74.2	11	35.5	16	51.6											
	60～64歳	1,752	74	4.2	20	27.0	4	5.4	58	78.4	43	58.1	44	59.5											
	65～69歳	1,884	95	5.0	26	27.4	0	0.0	83	87.4	52	54.7	54	56.8											
	70～74歳	1,825	135	7.4	36	26.7	1	0.7	105	77.8	82	60.7	75	55.6											
	合計	7,838	358	4.6	95	26.5	11	3.1	286	79.9	200	55.9	202	56.4											
H28	40～44歳	363	6	1.7	1	16.7	0	0.0	2	33.3	3	50.0	2	33.3											
	45～49歳	387	4	1.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0	3	75.0	4	100.0											
	50～54歳	430	7	1.6	3	42.9	1	14.3	7	100.0	4	57.1	4	57.1											
	55～59歳	739	16	2.2	4	25.0	1	6.3	13	81.3	8	50.0	10	62.5											
	60～64歳	1,258	49	3.9	11	22.4	4	8.2	32	65.3	21	42.9	31	63.3											
	65～69歳	2,300	110	4.8	37	33.6	0	0.0	79	71.8	58	52.7	71	64.5											
	70～74歳	1,653	115	7.0	28	24.3	0	0.0	91	79.1	49	42.6	66	57.4											
	合計	7,130	307	4.3	85	27.7	6	2.0	228	74.3	146	47.6	188	61.2											

厚労省様式 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	40～44歳	422	1	0.2	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	45～49歳	430	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	
	50～54歳	634	2	0.3	2	100.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0	
	55～59歳	891	6	0.7	4	66.7	2	33.3	5	83.3	1	16.7	3	50.0	
	60～64歳	1,752	14	0.8	4	28.6	7	50.0	14	100.0	7	50.0	2	14.3	
	65～69歳	1,884	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	70～74歳	1,825	2	0.1	1	50.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0	
合計		7,838	26	0.3	11	42.3	11	42.3	25	96.2	11	42.3	8	30.8	
H28	40～44歳	363	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	45～49歳	387	1	0.3	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	
	50～54歳	430	1	0.2	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
	55～59歳	739	4	0.5	1	25.0	4	100.0	4	100.0	3	75.0	2	50.0	
	60～64歳	1,258	9	0.7	4	44.4	3	33.3	9	100.0	4	44.4	2	22.2	
	65～69歳	2,300	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	70～74歳	1,653	1	0.1	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
合計		7,130	16	0.2	6	37.5	9	56.3	16	100.0	8	50.0	6	37.5	

(5) 短期目標の疾患

糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療者の割合は、平成 25 年度と平成 28 年度でほぼ横ばいとなっている。また、それぞれの疾患のみでなく、その他の疾患を併せ持つ割合が増えている。

中長期的疾患に共通するリスクとして見ると、糖尿病治療者においては糖尿病性腎症、高血圧治療者では虚血性心疾患を併発している割合がそれぞれ増加している。また、人数は少ないものの、40 代 50 代の若い世代においても虚血性心疾患や脳血管疾患を併発しており、早い段階での重症化予防の必要性がわかる。(図表 21)

図表 21) 短期的な疾患

厚労省様式 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		高血圧症		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		人数	割合
		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	
H25	40～44歳	422	15	3.6	0	0.0	5.0	33.3	7	46.7	1	6.7	0	0.0	0	0.0	1	6.7	
	45～49歳	430	34	7.9	3	8.8	20.0	58.8	24	70.6	9	26.5	4	11.8	1	2.9	3	8.8	
	50～54歳	634	61	9.6	6	9.8	42.0	68.9	35	57.4	9	14.8	8	13.1	1	1.6	2	3.3	
	55～59歳	891	106	11.9	13	12.3	71.0	67.0	63	59.4	14	13.2	11	10.4	1	0.9	4	3.8	
	60～64歳	1,752	276	15.8	17	6.2	207.0	75.0	162	58.7	55	19.9	43	15.6	7	2.5	15	5.4	
	65～69歳	1,884	336	17.8	21	6.3	261.0	77.7	210	62.5	68	20.2	52	15.5	0	0.0	7	2.1	
	70～74歳	1,825	445	24.4	28	6.3	339.0	76.2	252	56.6	101	22.7	82	18.4	1	0.2	20	4.5	
合計		7,838	1,273	16.2	88	6.9	945.0	74.2	753	59.2	257	20.2	200	15.7	11	0.9	52	4.1	
H28	40～44歳	363	15	4.1	2	13.3	6.0	40.0	7	46.7	2	13.3	3	20.0	0	0.0	1	6.7	
	45～49歳	387	25	6.5	4	16.0	16.0	64.0	16	64.0	4	16.0	3	12.0	1	4.0	1	4.0	
	50～54歳	430	41	9.5	2	4.9	24.0	58.5	28	68.3	6	14.6	4	9.8	0	0.0	2	4.9	
	55～59歳	739	106	14.3	10	9.4	77.0	72.6	63	59.4	23	21.7	8	7.5	3	2.8	8	7.5	
	60～64歳	1,258	185	14.7	19	10.3	130.0	70.3	124	67.0	31	16.8	21	11.4	4	2.2	13	7.0	
	65～69歳	2,300	446	19.4	27	6.1	353.0	79.1	273	61.2	101	22.6	58	13.0	0	0.0	26	5.8	
	70～74歳	1,653	363	22.0	22	6.1	288.0	79.3	221	60.9	76	20.9	49	13.5	0	0.0	23	6.3	
合計		7,130	1,181	16.6	86	7.3	894.0	75.7	732	62.0	243	20.6	146	12.4	8	0.7	74	6.3	

厚労省様式 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
H25	40～44歳	422	27	6.4	5	18.5	13	48.1	1	3.7	1	3.7	1	3.7
	45～49歳	430	48	11.2	20	41.7	28	58.3	7	14.6	6	12.5	1	2.1
	50～54歳	634	109	17.2	42	38.5	47	43.1	14	12.8	10	9.2	2	1.8
	55～59歳	891	208	23.3	71	34.1	97	46.6	20	9.6	23	11.1	5	2.4
	60～64歳	1,752	542	30.9	207	38.2	253	46.7	84	15.5	58	10.7	14	2.6
	65～69歳	1,884	715	38.0	261	36.5	350	49.0	131	18.3	83	11.6	0	0.0
	70～74歳	1,825	853	46.7	339	39.7	425	49.8	160	18.8	105	12.3	2	0.2
	合計	7,838	2,502	31.9	945	37.8	1,213	48.5	417	16.7	286	11.4	25	1.0
H28	40～44歳	363	18	5.0	6	33.3	9	50.0	2	11.1	2	11.1	0	0.0
	45～49歳	387	33	8.5	16	48.5	18	54.5	5	15.2	4	12.1	1	3.0
	50～54歳	430	61	14.2	24	39.3	29	47.5	7	11.5	7	11.5	1	1.6
	55～59歳	739	169	22.9	77	45.6	85	50.3	26	15.4	13	7.7	4	2.4
	60～64歳	1,258	356	28.3	130	36.5	185	52.0	52	14.6	32	9.0	9	2.5
	65～69歳	2,300	866	37.7	353	40.8	442	51.0	143	16.5	79	9.1	0	0.0
	70～74歳	1,653	718	43.4	288	40.1	391	54.5	145	20.2	91	12.7	1	0.1
	合計	7,130	2,221	31.2	894	40.3	1,159	52.2	380	17.1	228	10.3	16	0.7

厚労省様式 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
H25	40～44歳	422	22	5.2	7	31.8	13	59.1	1	4.5	1	4.5	0	0.0
	45～49歳	430	39	9.1	24	61.5	28	71.8	7	17.9	5	12.8	1	2.6
	50～54歳	634	72	11.4	35	48.6	47	65.3	14	19.4	7	9.7	1	1.4
	55～59歳	891	150	16.8	63	42.0	97	64.7	19	12.7	16	10.7	3	2.0
	60～64歳	1,752	347	19.8	162	46.7	253	72.9	59	17.0	44	12.7	2	0.6
	65～69歳	1,884	460	24.4	210	45.7	350	76.1	104	22.6	54	11.7	0	0.0
	70～74歳	1,825	543	29.8	252	46.4	425	78.3	120	22.1	75	13.8	1	0.2
	合計	7,838	1,633	20.8	753	46.1	1,213	74.3	324	19.8	202	12.4	8	0.5
H28	40～44歳	363	18	5.0	7	38.9	9	50.0	1	5.6	2	11.1	0	0.0
	45～49歳	387	29	7.5	16	55.2	18	62.1	5	17.2	4	13.8	1	3.4
	50～54歳	430	49	11.4	28	57.1	29	59.2	6	12.2	4	8.2	1	2.0
	55～59歳	739	126	17.1	63	50.0	85	67.5	22	17.5	10	7.9	2	1.6
	60～64歳	1,258	267	21.2	124	46.4	185	69.3	40	15.0	31	11.6	2	0.7
	65～69歳	2,300	587	25.5	273	46.5	442	75.3	110	18.7	71	12.1	0	0.0
	70～74歳	1,653	485	29.3	221	45.6	391	80.6	111	22.9	66	13.6	0	0.0
	合計	7,130	1,561	21.9	732	46.9	1,159	74.2	295	18.9	188	12.0	6	0.4

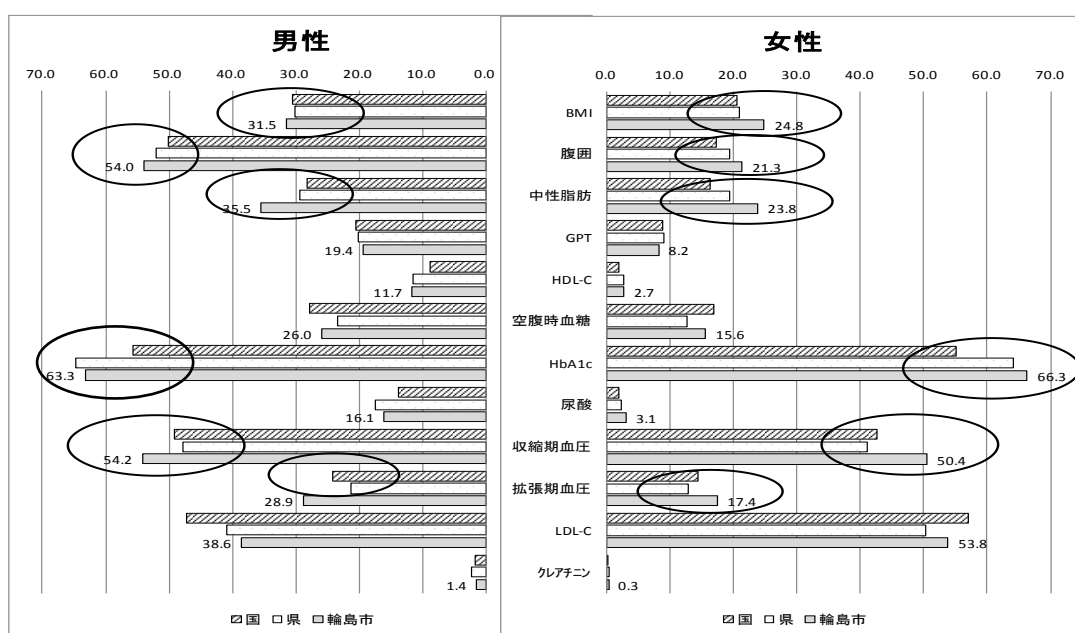
(6) 健診の状況

① 健診結果有所見者の経年変化

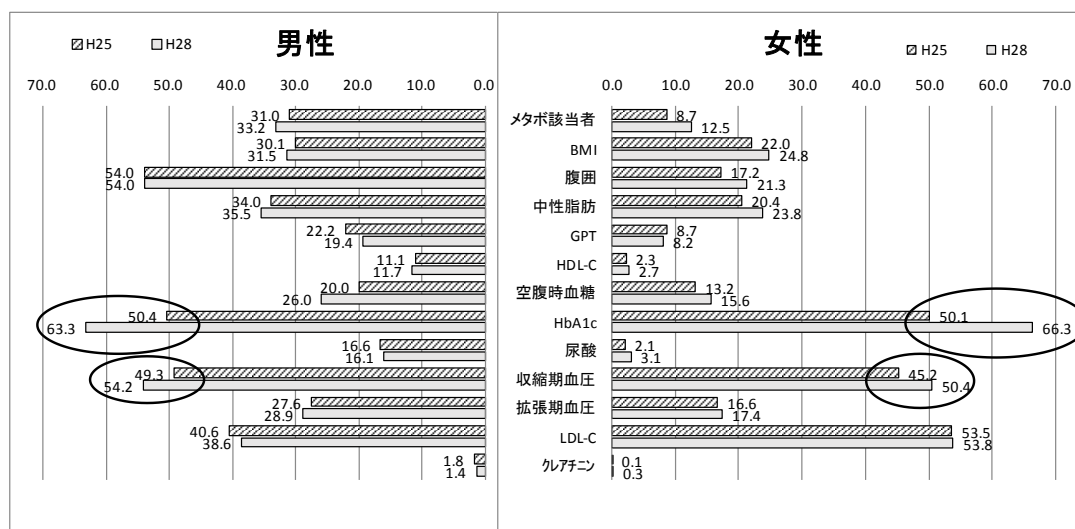
輪島市の有所見者状況を見ると、BMI、腹囲、中性脂肪、HbA1c が国や県と比較して割合が高い。また、血圧も高くなっている。(図表 22-1)

また、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、HbA1c 及び収縮期血圧が男女ともに増加しており、受診者の半数以上が有所見者となっている。特に、HbA1c は男女ともに伸び率が大きく 6 割を超えている。(図表 22-2)

図表 22-1) 特定健診における有所見者割合（平成 28 年度 国・県・市比較）

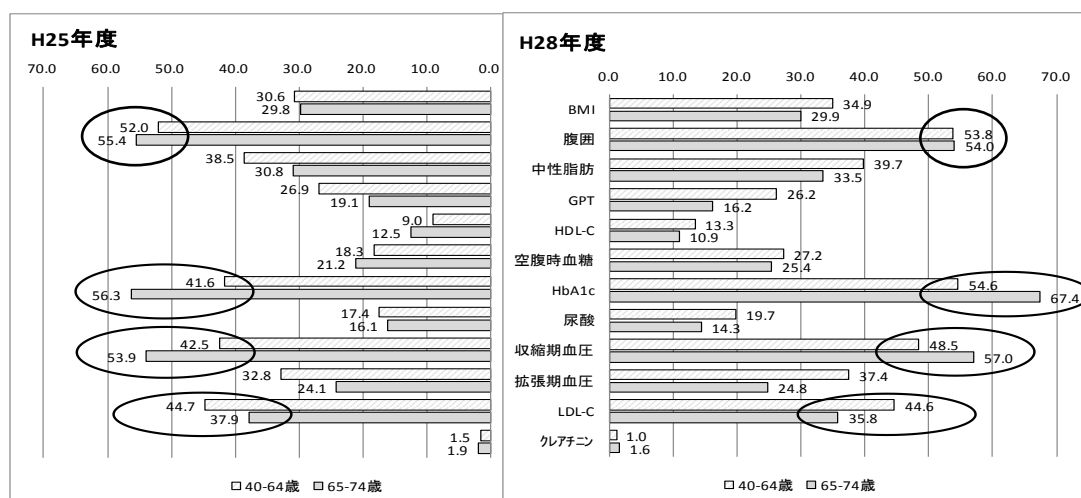


図表 22-2) 特定健診における有所見者割合（平成 25 年度・平成 28 年度男女比較）

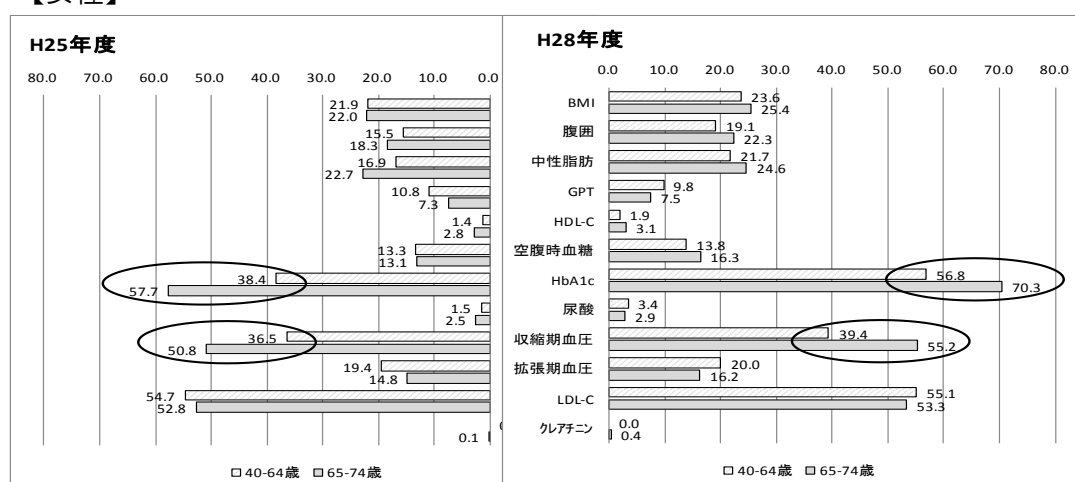


図表 22－3）特定健診における有所見者割合（平成 25 年度・平成 28 年度年代別比較）

【男性】



【女性】



年代別の有所見者割合では、65 歳以上の男女ともに HbA1c 及び収縮期血圧において半数を超えている結果となっており、平成 25 年度と比較しても、その割合は増えている。また、男性では、腹囲の有所見者割合が半数を超え、改善の変化も見られず横ばいとなっている。（図表 22－3）

② メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者についてみると、疾患の重なりについては男女ともに血圧＋脂質が一番多く、3項目全ての重なりも見られる。(図表 22-4)

図表 22-4) メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						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	
		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
保 険 者	合計	1,206	38.3	49	4.1%	202	16.7%	9	0.7%	142	11.8%	51	4.2%	400	33.2%	58	4.8%	21	1.7%	185	15.3%	136	11.3%
	40-64	390	27.7	22	5.6%	67	17.2%	2	0.5%	37	9.5%	28	7.2%	121	31.0%	11	2.8%	11	2.8%	61	15.6%	38	9.7%
	65-74	816	46.9	27	3.3%	135	16.5%	7	0.9%	105	12.9%	23	2.8%	279	34.2%	47	5.8%	10	1.2%	124	15.2%	98	12.0%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		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
保 険 者	合計	1,223	40.6	47	3.8%	182	14.9%	9	0.7%	137	11.2%	36	2.9%	364	29.8%	56	4.6%	17	1.4%	162	13.2%	129	10.5%
	40-64	1,108	41.3	41	3.7%	171	15.4%	7	0.6%	131	11.8%	33	3.0%	356	32.1%	55	5.0%	17	1.5%	156	14.1%	128	11.6%
	65-74	115	34.8	6	5.2%	11	9.6%	2	1.7%	6	5.2%	3	2.6%	8	7.0%	1	0.9%	0	0.0%	6	5.2%	1	0.9%

③ 血圧、血糖、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 23)

図表 23 から、まず糖尿病の未治療と治療の状況を分析すると、未治療では受診勧奨値である HbA1c6.5 以上の割合が増えており、受診勧奨を実施し確実に治療につなげていくことが必要である。一方で、治療中であってもコントロールの目標となる HbA1c7.0 を上回っている割合が高く、継続受診の支援が必要である。

高血圧については、治療あり、治療なしに関わらず、Ⅱ度以上であった者に対して、受診勧奨、継続受診の支援が必要である。

脂質異常症については、受診勧奨値である 180 以上で治療なしの割合が横ばいであるため、適切な治療に結び付けていく必要がある。

④ 重症化予防対象者の状況 (図表 24)

健診受診者のうち、各ガイドラインを基に、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するための重症化予防対象者を抽出すると、平成 28 年度では 983 人で全体の 34.4%であった。平成 25 年度と比較すると、受診者数の増加に伴い、重症化予防の対象者も増加している。中でも、メタボリックシンドローム該当者が 21.6%と割合が多く、糖尿病、慢性腎不全も大きく増加している。これらの者に対して、保健指導を継続して実施していくことで、重症化予防対象者を減少させることが目標となる。

⑤ 未受診者の状況 (図表 25)

輪島市の特定健診受診率を年齢別でみると、65 歳以上の受診率は 50.8%となって

いるのに対し、40～64 歳はわずか 32.6%であり、若い世代の受診率が低いことが課題である。

また、なんらかの治療中であっても健診を受けた者が増えており、医療機関の理解と働きかけの成果とも見えるが、一方で、治療中で未受診者も未だ多くある。

さらに、健診も治療も受けていない者は、その実態が全く把握できず、重症化しているかどうかもわからない状態にある。

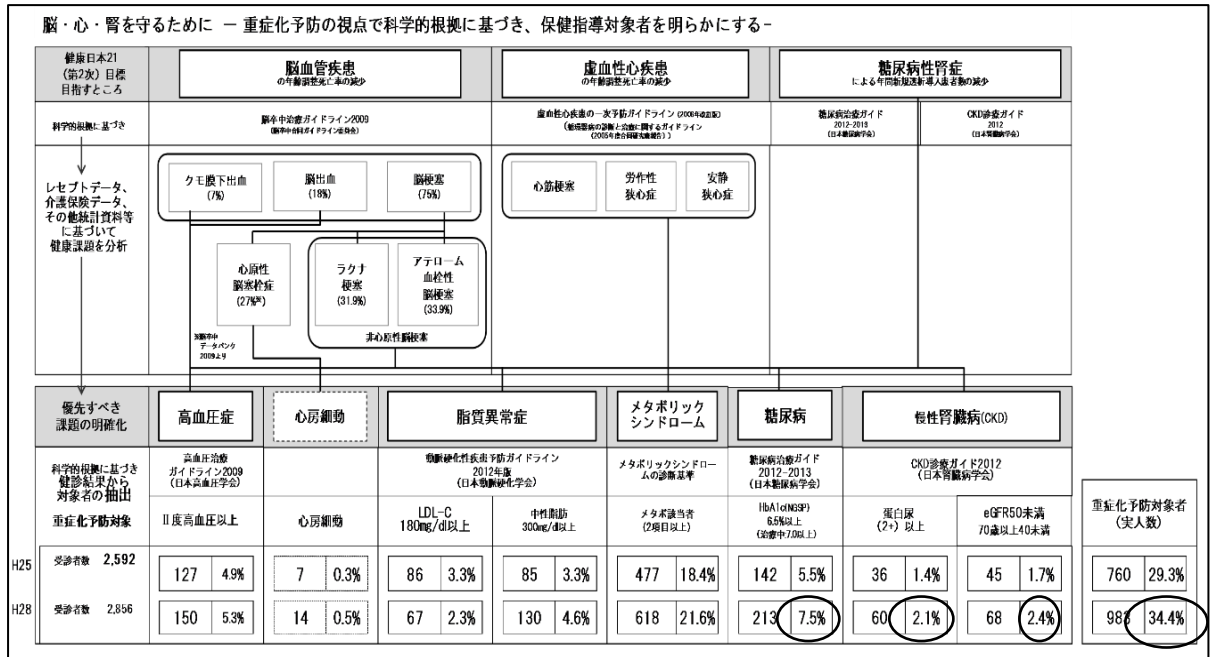
図表 23) 治療と未治療の状況

糖尿病				HbA1c測定		正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
								正常高値				糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
														合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
														5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9	
				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	213	7.9%	8	3.8%	12	5.6%	48	22.5%	62	29.1%	66	31.0%	17	8.0%	45	21.1%	13	6.1%				
	H25	191	7.4%	4	2.1%	10	5.2%	56	29.3%	60	31.4%	39	20.4%	22	11.5%	40	20.9%	14	7.3%				
	H26	231	8.0%	6	2.6%	16	6.9%	65	28.1%	70	30.3%	47	20.3%	27	11.7%	50	21.6%	21	9.1%				
	H27	223	8.0%	2	0.9%	20	9.0%	51	22.9%	54	24.2%	69	30.9%	27	12.1%	55	24.7%	15	6.7%				
	H28	232	8.2%	7	3.0%	15	6.5%	51	22.0%	62	26.7%	72	31.0%	25	10.8%	56	24.1%	16	6.9%				
治療なし	H24	2,497	92.1%	1,129	45.2%	964	38.6%	319	12.8%	59	2.4%	16	0.6%	10	0.4%	16	0.6%	7	0.3%				
	H25	2,390	92.6%	1,276	53.4%	786	32.9%	247	10.3%	48	2.0%	23	1.0%	10	0.4%	18	0.8%	8	0.3%				
	H26	2,659	92.0%	1,284	48.3%	989	37.2%	285	10.7%	66	2.5%	21	0.8%	14	0.5%	21	0.8%	12	0.5%				
	H27	2,560	92.0%	1,251	48.9%	933	36.4%	272	10.6%	70	2.7%	24	0.9%	10	0.4%	16	0.6%	7	0.3%				
	H28	2,608	91.8%	982	37.7%	1,117	42.8%	393	15.1%	84	3.2%	22	0.8%	10	0.4%	17	0.7%	8	0.3%				

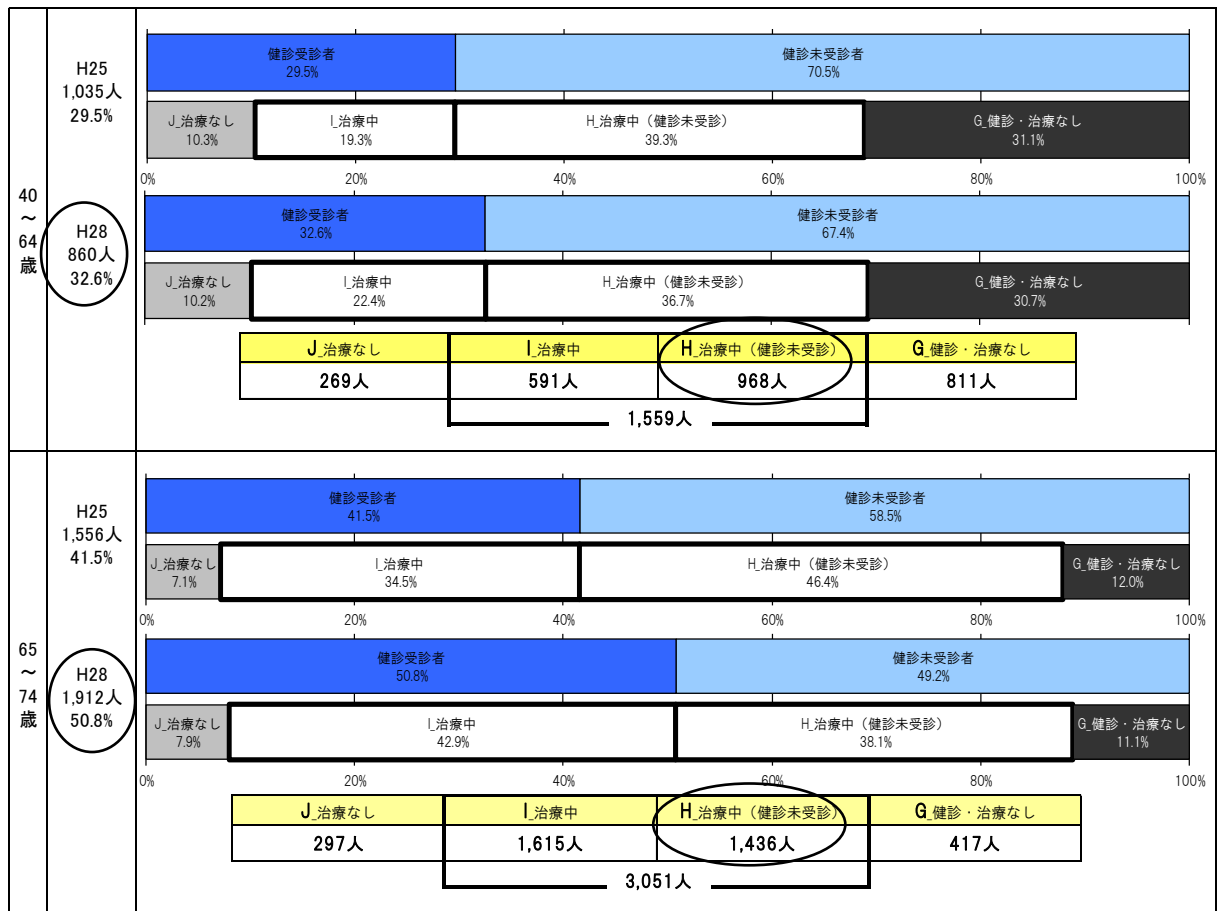
高血圧		血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	1,104	40.5%	335	30.3%	339	30.7%	357	32.3%	67	6.1%	6	0.5%
	H25	1,032	39.8%	368	35.7%	299	29.0%	296	28.7%	60	5.8%	9	0.9%
	H26	1,200	41.4%	426	35.5%	384	32.0%	325	27.1%	60	5.0%	5	0.4%
	H27	1,199	42.9%	435	36.3%	353	29.4%	345	28.8%	53	4.4%	13	1.1%
	H28	1,235	43.2%	410	33.2%	380	30.8%	370	30.0%	66	5.3%	9	0.7%
治療なし	H24	1,619	59.5%	907	56.0%	355	21.9%	282	17.4%	60	3.7%	15	0.9%
	H25	1,560	60.2%	938	60.1%	312	20.0%	252	16.2%	48	3.1%	10	0.6%
	H26	1,702	58.6%	984	57.8%	356	20.9%	286	16.8%	62	3.6%	14	0.8%
	H27	1,597	57.1%	938	58.7%	334	20.9%	256	16.0%	58	3.6%	11	0.7%
	H28	1,621	56.8%	891	55.0%	366	22.6%	289	17.8%	62	3.8%	13	0.8%

脂質異常症		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	650	23.9%	430	66.2%	141	21.7%	43	6.6%	26	4.0%	10	1.5%
	H25	594	22.9%	392	66.0%	127	21.4%	56	9.4%	9	1.5%	10	1.7%
	H26	668	23.0%	428	64.1%	145	21.7%	60	9.0%	20	3.0%	15	2.2%
	H27	699	25.0%	457	65.4%	145	20.7%	69	9.9%	18	2.6%	10	1.4%
	H28	734	25.7%	486	66.2%	167	22.8%	57	7.8%	15	2.0%	9	1.2%
治療なし	H24	2,073	76.1%	1,044	50.4%	494	23.8%	328	15.8%	148	7.1%	59	2.8%
	H25	1,998	77.1%	958	47.9%	515	25.8%	299	15.0%	150	7.5%	76	3.8%
	H26	2,234	77.0%	1,025	45.9%	548	24.5%	400	17.9%	181	8.1%	80	3.6%
	H27	2,097	75.0%	965	46.0%	573	27.3%	342	16.3%	150	7.2%	67	3.2%
	H28	2,122	74.3%	1,029	48.5%	545	25.7%	343	16.2%	147	6.9%	58	2.7%

図表 24) 脳・心・腎を守るためにー重症化予防の視点で科学的根拠に基づき保健指導対象者を明らかにするー



図表 25) 未受診者対策を考える (厚生労働省様式 6-10)



⑥ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

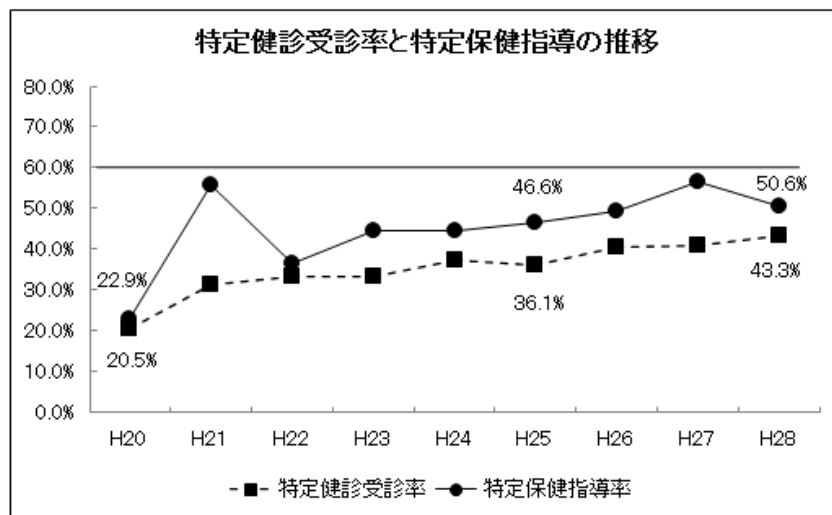
輪島市の特定健診受診率は年々増加し、平成 28 年度は 43.3%であった。同規模、国平均よりは高いものの、県内で見ると低い状況にあり、国の特定健診受診率の目標値である 60%を達成できていない。

特定保健指導率においても上昇しているものの、受診率と同様、国の目標値である 60%を達成できていない。(図表 26・27)

図表 26) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（法定報告値）

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	修了者数	実施率	医療機関受診率	
								輪島市	同規模平均
H25年度	7,185	2,591	36.1	136位	298	139	46.6	50.0%	50.8%
H28年度	6,390	2,772	43.3	76位	320	162	50.6	53.5%	51.1%

図表 27) 特定健診受診率と特定保健指導の推移



(7) 保健事業の実施

① 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、健康推進課と連携をとり、保健師及び管理栄養士等が実施してきた。(図表 28)

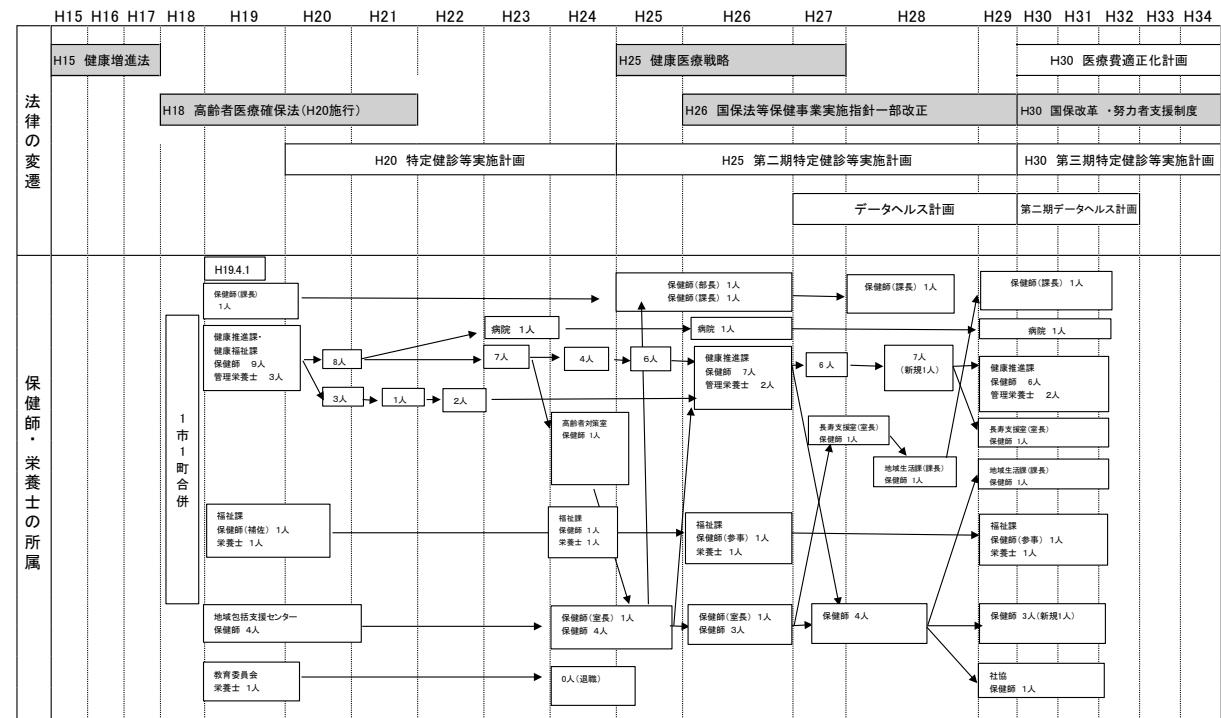
② 保健指導の実施状況

健診結果に基づき保健指導の対象者を抽出し、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。よって、対象者を①受診勧奨②コントロール不良③特定保健指導の 3 段階に分け、あわせて地区担当制をとり、それぞれ個

別対応を主とした保健指導を実施している。(図表 29)

特に、重症化予防としての対象者については、管理台帳を作成し、検査値や治療の有無、治療中断等を経年的に地区別にて管理し、対象者の把握及び保健指導を実施している。

図表 28) 保健活動の実施体制



H19 健康推進課に保健師 7人、栄養士 1人・門前総合支所健康福祉課に保健師1人、栄養士2人配置
H23 健康福祉課に保健師2人 配置
H24 健康推進課に保健師、栄養士集中配置

図表 29) 保健指導対象者優先順位

	保健指導対象者		平成28年度
			対象者数
第1優先	治療なし (受診勧奨)	HbA1c 6.5%以上	148
		Ⅱ度高血圧以上	75
		LDL180mg/dl以上またはTG300mg/dl以上	146
		eGFR50未満または尿蛋白2+ もしくは 尿蛋白+かつ尿潜血+	24
		心房細動またはST所見あり	15
第2優先	治療あり (コントロール不良)	HbA1c 7.0%以上	111
		Ⅱ度高血圧以上	74
		LDL180mg/dl以上またはTG300mg/dl以上	48
第3優先	特定保健指導	積極的支援	85
		動機づけ支援	254

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に取り組んできた。

その結果、それぞれに係る入院医療費は減少し目標としていた伸び率5%抑制を達成できており、総医療費の減少につながったと思われる。また、3疾患における年齢調整死亡率の減少や人工透析者数が横ばいで推移していることも、重症化予防の取り組みの一定の成果と考える。

しかし、一人あたりの入院費用額は同規模平均と比して高く、第2号被保険者の介護認定者の増加、新規人工透析者数の増加など引き続き重症化予防に取り組むべく課題も見えてきた。

また、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診の受診率向上についても引き続き取り組むべき課題である。

4. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 介護保険の状況

- 第1号被保険者の認定者数及び認定率はほぼ横ばいとなっており、認定率は同規模、県、国と比較して低い。
- 第2号被保険者の新規認定者では、基礎疾患に高血圧、糖尿病を持つ者が83%にのぼり、H25年度と比較すると増加している。
- 1件あたりの介護給付費は、同規模、県、国よりも高い。

第2号被保険者の認定者が増えているということは、早期から血管疾患の発症リスクの改善に取り組む必要があると言え、高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながると考えられる。特に、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、住民自らが体の状態を確認できる場として、特定健診の受診が重要である。

2) 医療の状況

- 総医療費は減少している。
- 一人当たりの医療費は同規模、県、国と比較して高く、伸びている。
- 特に虚血性心疾患の入院費に占める割合が増加している。
- 高額になる疾患では、虚血性心疾患が多く、50代、60代で増加している。
- 長期入院が必要となる疾患は、件数、費用額ともに減少している。
- 人工透析については、人数、費用額ともに減少しているが、新規透析導入者は増えており、糖尿病性腎症による透析者が増えている。

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とした保健事業を行うことにより医療費の適正化を図り、それに伴い保険者の財政基盤強化を図ら

れる。これら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。

ターゲットとする脳、心臓、腎臓の対象疾患のうち、虚血性心疾患の入院医療費の伸び率が高く、脳血管疾患及び慢性腎不全の医療費は減少している。このことから、重症化してから受診している状況が読み取れる。虚血性心疾患の発症リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症の適正な管理が必要である。

慢性腎不全においては、糖尿病性腎症の割合が伸びていることから、糖尿病管理台帳、KDB を活用し、治療が中断しないよう、医療との連携が不可欠である。

3) 健診の状況

- 特定健診受診率は年々増加しているものの、目標の 60%には到達しておらず、県内他市町と比べても低い。
- 40～64 歳までの健診受診率が低く、さらに全体の 3 割が健診も治療も受けておらず状況が全く把握できていない。
- 健診有所見者の状況から、メタボリックシンドローム該当者、予備群が全体の 3 割を超えている。
- 有所見者割合は、HbA1c と収縮期血圧が半数を超えており、県や国と比べて高い。
- 男女ともに HbA1c の有所見者率が著しく増えており、65 歳以上で高い。
- 糖尿病治療中でありながら、コントロール目標の HbA1c が 7.0%を上回っている割合が高い。
- 脳、心臓、腎臓の重症化予防対象者が 34.4%、中でも糖尿病、慢性腎不全が対象者、割合共に増加している。

全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見者状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など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）の者の割合は特に男性で高く 54.0%、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は全体の 32.8%で、平成 25 年度と比べて増えている。

さらに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、血圧値と脂質の重なりが 10.9%で依然として高いが、血糖と血圧、脂質異常の 3 項目すべて該当するものが 6.9%と増加しており、背景にある内臓脂肪の影響が大きいと考えられる。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。

また、有所見率が著しく高い HbA1c に関しては、受診勧奨で医療に繋げることや、

治療中であってもさらなる重症化予防のため、保健指導の徹底や医療機関との連携を図っていくことが必要となる。

医療機関との連携については、健診未受診者対策としても重要である。治療中で健診を受けていない者へのアプローチや医療情報提供などによる健診受診率の向上対策は今後も勧めていく。

生活習慣病は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、若い世代が重症化する前に必要時には保健指導、治療を受け、生活習慣病等の発症や進行状況を自ら確認し、生活改善に取り組めるよう、特定健診の受診を勧めていく。

5. 第2期計画の目標の設定

1) 優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に脳血管疾患、虚血性心疾患、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。

今期の計画では、心血管疾患発症のリスクが高いメタボのリックシンドローム該当者、血圧値、血糖検査値、LDLコレステロール値に取り組むことで、合わせて糖尿病性腎症、脳血管疾患の重症化予防対策として取り組む。

2) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める割合を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。

輪島市の医療の状況から、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外医療費を伸ばし、入院医療費を抑えることを目標とし、まずは入院費の伸び率を平成35年度に全国平均並みとすることを目指す。

(2) 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。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、1 年、1 年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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。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を実施することで、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。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 30)

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	H28	H29	H30	中間評価値	H31	H32	H33	H34	最終評価値	現状値の把握方法
特定健康計画	・40～64歳の世代の健診受診率が32.6%と低い。 ・虚血性心疾患にかかる入院医療費の割合が増加している。 ・メタボリックシンドロームの該当者、予備群が増加している。	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 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、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため に、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	43.3%	45.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
			特定保健指導実施率60%以上	50.6%	52.0%	53.4%	54.8%	56.2%	57.6%	59.0%	60.0%	KDBシステム		
			特定保健指導対象者の減少率25%	11.6%			11.0%				10.5%			
			脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	1.6%			1.3%				1.1%			
データヘルス計画	中長期 ・メタボリックシンドロームの該当者、予備群が増加している。 ・各疾患の重なりでは、男女ともに血圧＋脂質が一番多く、3項目全ての重なりも多い。	虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少 糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少 メタボリックシンドローム・予備群の割合 健診受診者の高血圧の割合(160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上) 健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.7%			2.5%				2.4%	市更生台帳		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	5/12人			5人				3人			
			メタボリックシンドローム・予備群の割合	32.8%			31.4%				30.0%			
			健診受診者の高血圧の割合(160/100以上)	5.3%			4.4%				3.5%			
健康づくり輪島市計画	短期 がんは本市の死亡原因の第1位である。しかし健診受診率は低い。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	2.3%									4.2%	輪島市健康増進計画
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	9.7%								8.0%		
			がん検診受診率 胃がん検診 30 %以上	12.9%							30.0%			
			肺がん検診 30 %以上	18.8%							30.0%			
			大腸がん検診 30 %以上	16.5%							30.0%			
			子宮頸がん検診 40 %以上	17.9%							40.0%	健康づくり事業報告書(石川県方式にて算出・対象年齢40～69歳)		
			乳がん検診 40 %以上	20.7%							40.0%			
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合	70.7%									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。

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い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、塩分測定器の貸し出し、「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るきっかけとなる施策を行っていく。

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）及びいしかわ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 31)に沿って実施する。

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

(図表 31)

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			□
5		医師会等への相談(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の確認	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		計画書作成		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		マニュアル作成		○		□
16		保健指導等の準備		○		□
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○			□
18		個人情報の取り決め	○			□
19		苦情、トラブル対応	○			□
20	D 受 診 勧 奨	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	D 保 健 指 導	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	C 評 価 報 告	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	A 改 善	記録、実施件数把握			○	□
31		3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36		改善点の検討		○		□
37		マニュアル修正		○		□
38		次年度計画策定		○		□

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

2) 対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては「いしかわ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。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2)選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 32）

図表 32)

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

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

輪島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 33）

②基準に基づく該当者数の把握

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

輪島市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者(中断者含む)は 150 人(39.1%-F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,181 人中のうち、特定健診受診者が 234 人(19.8%-G)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 947 人(80.2%-I)はデータがないため、コントロール状況が分からず、保健指導が難しい。

今後は糖尿病管理台帳を活用し、治療中断者の把握に努める。

③介入方法と優先順位

(図表 33) より輪島市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(中断者を含む)(F)
・・・150 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・111 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

[illegible]

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病管理台帳作成手順】

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

＊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する。

①服薬 ②HbA1c ③体重 ④BMI ⑤血圧 ⑥eGFR ⑦尿蛋白

(2) 資格を確認

(3) レセプトを確認し情報を記載

①治療状況の把握

＊特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

＊糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

＊データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する

(5) 担当地区の対象者数の把握

①未治療者・中断者（受診勧奨者）数

②腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）数

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。輪島市においては、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を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 34)

図表 34)

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方) ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1 受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2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(±)へは2次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施。その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

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象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「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」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く。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

(2) 中長期的評価

様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料4)を用いて行う。

7) 実施期間及びスケジュール

4月	糖尿病管理台帳（HbA1c 6.5%以上）で担当地区の対象者数の把握、健診未受診者の把握 地区担当による確認（訪問、電話等）台帳に情報を記載していく 健診未受診者を把握し、健診・保健指導につなげる <table border="1"> <thead> <tr> <th>健診未受診</th><th>健診継続受診</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ・ 健診受診勧奨 ・ 治療中断確認（レセプト等） </td><td> ・ 保健指導 - 医療機関の受診状況の確認 - 受診勧奨後は受診の有無の確認 - 受診結果や再受診勧奨を台帳に記載 </td></tr> </tbody> </table>	健診未受診	健診継続受診	・ 健診受診勧奨 ・ 治療中断確認（レセプト等）	・ 保健指導 - 医療機関の受診状況の確認 - 受診勧奨後は受診の有無の確認 - 受診結果や再受診勧奨を台帳に記載
健診未受診	健診継続受診				
・ 健診受診勧奨 ・ 治療中断確認（レセプト等）	・ 保健指導 - 医療機関の受診状況の確認 - 受診勧奨後は受診の有無の確認 - 受診結果や再受診勧奨を台帳に記載				
9月	8月までの健診未受診者を把握し、10月未受診者健診へ受診勧奨				
2月	糖尿病管理台帳 集計・評価				
3月	当該年度受診者、新規受診者・今年度保健指導実施者を管理台帳に入力し、担当に配布				

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。(参考資料 5)

2) 対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

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

(2)重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。輪島市において健診受診者 2,964 人のうち心電図検査実施者は 2,440 人 (82.3%) であり、そのうち ST 所見があったのは 57 人であった (図表 35)。その内、36 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 3 人は未受診であった (図表 36)。医療機関未受診者の中には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。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 21 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを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。

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

(図表 35) 心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2,964	100	2,440	1	57	0	831	0	1,552	1

(図表 36) ST 所見ありの医療機関受診状況

ST 所見あり (a)		要精査 (b)					
		医療機関受診あり (c)				医療機関受診なし (d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)
57	100	36	14.1	33	91.7	3	8.3

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に実施する「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 37) に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

(図表 37) 心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施		受診者	心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		2,964	57 1.9%	831 28.0%	1,552 52.4%	524 17.7%
メタボ該当者		645 21.8%	19 2.9%	163 25.3%	218 33.8%	104 16.1%
		メタボ予備群		335 11.3%	8 2.4%	84 25.1%
メタボなし		1,984 66.9%	30 1.5%	376 19.0%	1057 53.3%	368 18.5%
		LDL-c	140-159	409 20.6%	7 1.7%	77 18.8%
160-179	165 8.3%			1 0.6%	32 19.4%	98 59.4%
	180-		68 3.4%	5 7.4%	15 22.1%	33 48.5%

【参考】

Non-HDL	190-	202	7	39	124	32
		6.8%	3.5%	19.3%	61.4%	15.8%
	170-189	309	4	57	206	42
		10.4%	1.3%	18.4%	66.7%	13.6%
CKD	G3aA1 ~	572	11	123	259	107
		19.3%	1.9%	21.5%	45.3%	18.7%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、(図表 38)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。

(図表 38)

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも15秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料6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。血管機能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、尿や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するよう体制を整備する。

(3)対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。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く。

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

(1)短期的評価

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

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

6 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)

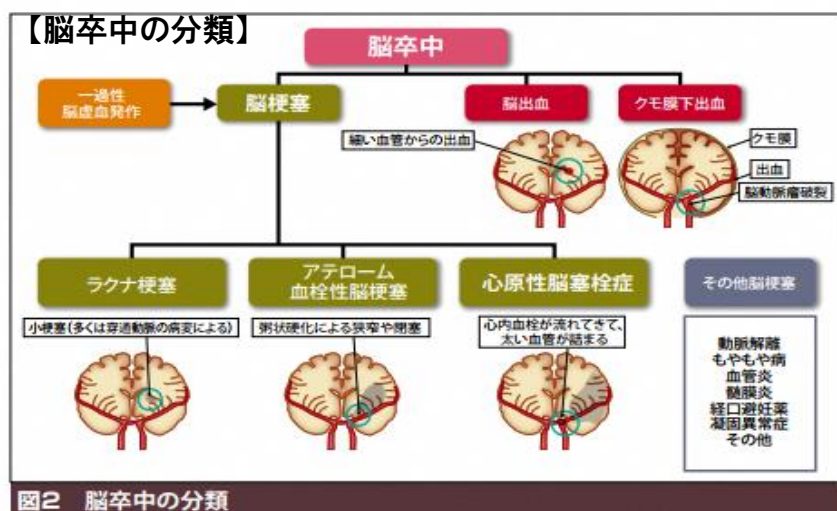
3 月 評価

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 39、40)

(図表 39) 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

(図表 40) 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 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 41)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 41) 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 2,856人	150人 5.3%	213人 7.5%	67人 2.3%	14人 0.5%	618人 21.6%	60人 2.1%	68人 2.4%	
	治療なし	75人 4.6%	116人 4.4%	58人 2.7%	4人 0.3%	116人 8.8%	10人 0.8%	14人 1.1%	
	治療あり	75人 0.0%	97人 0.0%	9人 0.0%	10人 0.0%	502人 0.0%	50人 0.0%	54人 0.0%	
	臓器障害あり	20人 0.0%	39人 0.0%	20人 0.0%	4人 0.0%	26人 0.0%	10人 0.0%	14人 0.0%	
	臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	2人	6人	4人	0人	3人	10人	14人
		尿蛋白(2+)以上	1人	2人	2人	0人	1人	10人	0人
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)		0人	1人	1人	0人	1人	0人	0人	
eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		1人	3人	1人	0人	1人	0人	14人	
心電図所見あり		19人	37人	17人	4人	23人	2人	4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 150(5.3%)であり、75人は未治療者であった。また未治療者のうち20人は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 75 人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。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

(図表 42)

(図表 42)

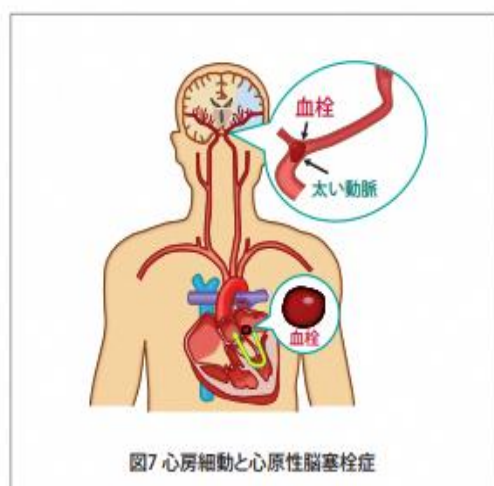
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定													
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化													
特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)													
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群					
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療		1ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療		ただちに降圧薬治療	
リスク第1層	1,621	498	393	366	289	62	13	15	156	193	0.9%	9.6%	11.9%
		30.7%	24.2%	22.6%	17.8%	3.8%	0.8%	15	5	1	100%	3.2%	0.5%
リスク第2層	852	273	215	170	151	35	8	--	151	43	--	96.8%	22.3%
		52.6%	54.8%	54.7%	52.2%	56.5%	61.5%	--	--	149	--	--	77.2%
リスク第3層	593	141	137	166	123	22	4	--	--	--	--	--	--
		36.6%	28.3%	34.9%	42.6%	35.5%	30.8%	--	--	--	--	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	147	26	33	56	24	7	1	24	7	1	24	7
	慢性腎臓病 (CKD)	284	81	69	76	47	8	3	47	8	3	47	8
	3個以上の危険因子	281	60	59	81	70	11	0	70	11	0	70	11
		47.4%	42.6%	43.1%	48.8%	56.9%	50.0%	0.0%	56.9%	50.0%	0.0%	56.9%	50.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(図表 42) は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

(図表 43)



(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 44) は特定健診受診者における心房細動の有所見者の状況である。

(図表 44) 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				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,062	1,378	13	1	1	0	—	—
40歳代	72	86	1	1.4	0	0	0.2	0.04
50歳代	134	143	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	528	692	6	1.1	0	0.0	1.9	0.4
70～75歳	328	457	6	1.8	1	0.2	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

(図表 45) 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	%
14	100.0	2	14.3	12	85.7

心電図検査において14人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また14人のうち12人は既に治療が開始されていたが、2人は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の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては、画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管機能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、尿や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。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料7)

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、また、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く。

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

(1)短期的評価

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

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

5 月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3 月 評価

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、たばこ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た肺の炎症性疾患である。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。

(図表 46) 喫煙率 (KDB 地域全体の把握像より)

	平成 25 年度	平成 28 年度
輪島市	13.0%	12.9%
県	13.3%	12.6%
同規模	13.5%	13.5%
国	14.0%	14.7%

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。

がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。

③こどもの生活習慣

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、食や生活リズム、運動習慣などの共通する生活習慣がその背景にある。

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の摂取において、1日の目標摂取量（350g）を男女ともに達している県は、長野県だけとなっている（平成 24 年国民健康栄養調査）。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。

大人の生活習慣は、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。

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となる。

(図表 47)

図11 子どもの成長発達と親が学習する機会

		2か月	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											
		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。4歳で完成。											
	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・蛋白質・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。 完成までに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）											
運動	全身運動の基礎											
	月齢・年齢に応じて体をうまく体験を重ねると、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												
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												

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活用して、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。

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 48・49)

[illegible]

輸島市の健康課題をもたす食習慣の習得は・・・



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。

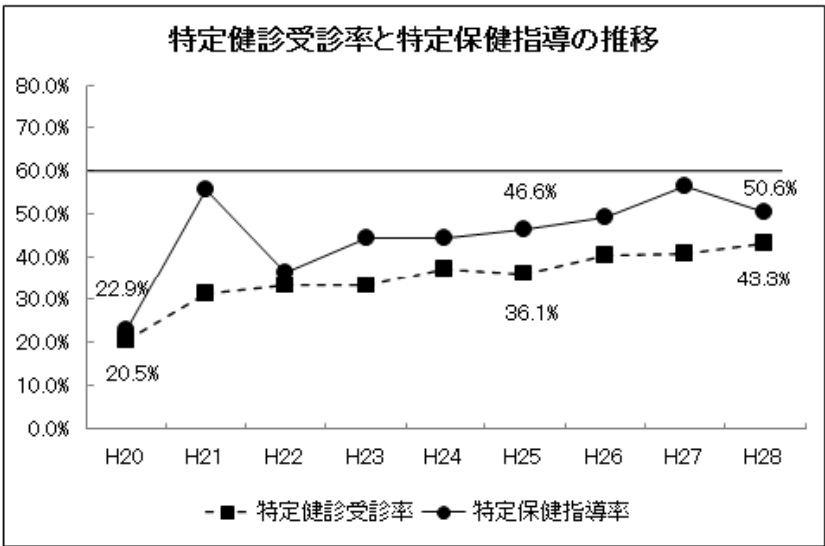
なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成 30 年度以降）からは 6 年一期として策定する。

2. 目標値の設定

(図表 50)

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診受診率	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%
特定保健指導実施率	53.4%	54.8%	56.2%	57.6%	59.0%	60.0%

(図表 51)



3. 対象者の見込み

(図表 52)

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診	対象者数	5,932	5,635	5,352	5,084	4,829	4,587
	受診者数	2,853	2,846	2,831	2,811	2,786	2,752
特定保健指導	対象者数	320	313	309	304	298	289
	終了者数	171	172	173	175	176	173

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。

①集団健診(輪島市ふれあい健康センター他)

②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、石川県国保連合会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換えられる。(実施基準第1条4項)

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

(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 54）

（図表 54）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 H35 (受診者の〇%)	実施目標 H35 (率)	参考 (H28 対象者数)
1	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	405 (15.5%)	243 (60%) (HbA1c6.5% 以上は100%)	429 (15.5%)
2	O P	レベル2 特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じ て受診勧奨を行う ◆健診結果の見方について通 知・説明	275 (10.5%)	165 (60.0%)	339 (12.2%)
3	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	1,569 (60.0%)	941 (60.0%)	922 (55.5%)
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)	1,972	394 (20%)	3,618 (56.6%)
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	366 (14.0%)	366	550 (19.8%)

(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
ジュールを作成し、実施する。

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輪島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 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、輪島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 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、被保険者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、被保険者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。

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市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、ケアマネージャー、ホームヘルパー等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高齢者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)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・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、ホームページ等での周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた輪島市の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 心房細動管理台帳

【参考資料 1】 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた輪島市の位置（平成 28 年度）

項目				保険者		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		29,637		9,030,767		1,149,040		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 (H22国勢調査より) 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）		11,351	38.3	2,626,654	29.1	274,533	23.9	29,020,766	23.2	
			75歳以上		6,631	22.4			139,678	12.2	13,989,864	11.2	
			65～74歳		4,720	15.9			134,855	11.7	15,030,902	12.0	
			40～64歳		10,160	34.3			387,206	33.7	42,411,922	34.0	
	39歳以下		8,126	27.4			487,301	42.4	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業		14.4		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		26.3		27.5		28.7		25.2		
			第3次産業		59.3		61.1		68.0		70.6		
	③	平均寿命	男性		78.0		79.2		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			86.5		86.4		86.8		86.4				
④	健康寿命	男性		64.3		65.1		65.2		65.2			
		女性		66.8		66.8		66.9		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	113.5	104.8	98.4	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
				女性	103.0	101.5	95.4	100					
			死 因	がん	160	53.5	32,164	46.4		3,535	50.1	367,905	49.6
				心臓病	81	27.1	19,517	28.2		1,855	26.3	196,768	26.5
				脳疾患	45	15.1	11,781	17.0		1,190	16.9	114,122	15.4
				糖尿病	1	0.3	1,340	1.9		113	1.6	13,658	1.8
				腎不全	6	2.0	2,559	3.7		187	2.6	24,763	3.3
				自殺	6	2.0	1,902	2.7		180	2.5	24,294	3.3
			3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		2,225		19.6	539,524	20.5	58,480
新規認定者		36				0.3	8,953	0.3	902	0.3	105,654	0.3	
2号認定者		33				0.4	11,164	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4	
②	有病状況	糖尿病		518	22.7	125,517	22.3	16,617	27.4	1,343,240	21.9		
		高血圧症		1,131	49.4	305,818	54.6	32,225	53.2	3,085,109	50.5		
		脂質異常症		580	25.1	159,712	28.3	17,890	29.5	1,733,323	28.2		
		心臓病		1,382	60.3	349,121	62.4	38,176	63.1	3,511,354	57.5		
		脳疾患		499	22.3	154,757	27.9	17,523	29.4	1,530,506	25.3		
		がん		219	9.5	58,389	10.3	6,811	11.1	629,053	10.1		
		筋・骨格		1,113	48.3	303,080	54.0	32,018	53.0	3,051,816	49.9		
精神	887	37.9	213,249	37.8	24,972	41.2	2,141,880	34.9					
③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		80,034		66,708		67,606		58,349			
		居宅サービス		42,661		41,740		43,494		39,683			
		施設サービス		281,861		278,164		277,404		281,115			
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	8,055	8,280	8,950	7,980	3,822						
		認定あり 認定なし	4,571	4,039	4,393								
4	①	国保の状況	被保険者数		8,285	2,264,275	251,804	32,587,223	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況				
			65～74歳		3,857	46.6		117,200		46.5	12,462,053	38.2	
			40～64歳		2,898	35.0		78,632		31.2	10,946,693	33.6	
			39歳以下		1,530	18.5		55,972		22.2	9,178,477	28.2	
			加入率		28.0	25.1	21.9	26.9					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.1	833	0.4	97	0.4	8,255	0.3		
			診療所数	25	3.0	6,529	2.9	874	3.5	96,727	3.0		
			病床数	199	24.0	135,296	59.8	18,468	73.3	1,524,378	46.8		
			医師数	35	4.2	16,982	7.5	3,303	13.1	299,792	9.2		
			外来患者数	639.5	698.5	689.8	668.3						
			入院患者数	23.6	23.6	25.3	18.2						
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		27,993	県内17位 同規模127位	27,773	29,225	24,253	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		663.098		722.134	715.094	686.501				
			外 来	費用の割合	57.1	56.9	54.7	60.1					
				件数の割合	96.4	96.7	96.5	97.4					
			入 院	費用の割合	42.9	43.1	45.3	39.9					
				件数の割合	3.6	3.3	3.5	2.6					
			1件あたり在院日数		14.8日	17.0日	16.8日	15.6日					
	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	517,136,390	31.0	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）	118,479,960	7.1	9.2	7.4	9.7					
			糖尿病	161,125,520	9.7	9.9	9.4	9.7					
			高血圧症	155,249,350	9.3	8.9	7.4	8.6					
			精神	256,431,660	15.4	19.6	19.4	16.9					
			筋・骨格	245,977,390	14.7	15.2	14.7	15.2					

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数20	入院 入院の()内 は在院日数	糖尿病	589,514	10位	(16)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
					高血圧	566,829	13位	(15)						
					脂質異常症	591,472	3位	(15)						
					脳血管疾患	542,933	18位	(17)						
					心疾患	589,802	15位	(11)						
					腎不全	733,196	13位	(21)						
					精神	411,597	18位	(22)						
					悪性新生物	683,305	10位	(14)						
					糖尿病	38,152	11位							
					高血圧	30,462	13位							
5	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者 一人当たり	健診受診者	3,562			2,626		3,045		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
					健診未受診者	12,365			13,206		14,627		12,683	
					生活習慣病対象者 一人当たり	9,954			7,001		8,275		5,940	
					健診未受診者	34,549			35,214		39,753		36,479	
					受診勧奨者	1,579	57.0		344,966	55.5	42,806	52.9	4,116,530	
					医療機関受診率	1,482	53.5		317,329	51.1	40,083	49.5	3,799,744	
					医療機関非受診率	97	3.5		27,637	4.4	2,723	3.4	316,786	
					受診勧奨者	1,579	57.0		344,966	55.5	42,806	52.9	4,116,530	
					医療機関受診率	1,482	53.5		317,329	51.1	40,083	49.5	3,799,744	
					医療機関非受診率	97	3.5		27,637	4.4	2,723	3.4	316,786	
6	⑦	健診・レセ 突合	健診受診者	受診率	健診受診者	2,772			621,137		80,985		7,362,845	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	43.3	県内16位 同規模76位		38.0		44.4	全国3位	34.0	
					特定保健指導終了者(実施率)	162	50.6	6491	8.7	726	8.7	35,557	4.1	
					非肥満高血糖	279	10.1	65,298	10.5	8,242	10.2	687,157	9.3	
			メタボ	該当者	該当者	595	21.5	109,931	17.7	15,692	19.4	1,272,714	17.3	
					男性	400	33.2	74,832	27.3	10,201	30.6	875,805	27.5	
					女性	195	12.5	35,099	10.1	5,491	11.5	396,909	9.5	
					予備群	314	11.3	66,382	10.7	8,278	10.2	790,096	10.7	
					男性	202	16.7	45,367	16.6	5,531	16.6	548,609	17.2	
					女性	112	7.2	21,015	6.1	2,747	5.8	241,487	5.8	
			BMI	総数	総数	985	35.5	197,014	31.7	26,570	32.8	2,320,533	31.5	
					男性	651	54.0	133,907	48.9	17,375	52.1	1,597,371	50.1	
					女性	334	21.3	63,107	18.2	9,195	19.3	723,162	17.3	
					総数	143	5.2	32,585	5.2	3,551	4.4	346,181	4.7	
					男性	13	1.1	5,175	1.9	460	1.4	55,460	1.7	
					女性	130	8.3	27,410	7.9	3,091	6.5	290,721	7.0	
			メタボ該当・予備群レベル	血糖のみ	血糖のみ	12	0.4	4,454	0.7	521	0.6	48,685	0.7	
					血圧のみ	226	8.2	46,253	7.4	5,432	6.7	546,667	7.4	
					脂質のみ	76	2.7	15,675	2.5	2,325	2.9	194,744	2.6	
					血糖・血圧	74	2.7	18,184	2.9	1,978	2.4	196,978	2.7	
					血糖・脂質	27	1.0	6,261	1.0	941	1.2	69,975	1.0	
					血圧・脂質	303	10.9	51,428	8.3	7,719	9.5	619,684	8.4	
7	⑧	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	高血圧	1,203	43.4	219,823	35.4	30,643	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
					糖尿病	228	8.2	50,754	8.2	7,505	9.3	551,051	7.5	
					脂質異常症	717	25.9	147,133	23.7	23,664	29.2	1,738,149	23.6	
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	88	3.2	19,677	3.3	3,003	3.9	230,777	3.3	
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	176	6.4	34,519	5.7	5,767	7.6	391,296	5.5	
					腎不全	11	0.4	3,166	0.5	298	0.4	37,041	0.5	
					貧血	314	11.3	54,423	9.1	10,735	13.7	710,650	10.1	
			生活習慣の 状況	喫煙	喫煙	358	12.9	84,044	13.5	10,592	13.1	1,048,171	14.2	
					週3回以上朝食を抜く	203	7.3	37,458	6.8	5,020	7.6	540,374	8.5	
					週3回以上食後間食	376	13.6	65,982	12.0	10,506	15.8	743,581	11.8	
					週3回以上就寝前夕食	459	16.6	79,834	14.5	11,679	17.6	983,474	15.4	
					食べる速度が速い	769	27.8	145,031	26.4	18,452	28.0	1,636,988	25.9	
					20歳時体重から10kg以上増加	907	32.8	170,562	31.2	20,240	30.8	2,047,756	32.1	
					1回30分以上運動習慣なし	1,791	64.8	343,108	62.1	39,178	58.9	3,761,302	58.7	
					1日1時間以上運動なし	1,573	56.9	248,397	44.8	30,690	42.7	2,991,854	46.9	
					睡眠不足	630	22.9	133,710	24.2	14,736	22.5	1,584,002	25.0	
					毎日飲酒	848	30.6	149,888	25.3	19,466	26.5	1,760,104	25.6	
					時々飲酒	573	20.7	120,440	20.3	13,966	19.0	1,514,321	22.0	
			一日飲酒量	1合未満	1合未満	1,173	59.8	246,382	63.7	27,178	61.5	3,118,433	64.1	
					1～2合	494	25.2	94,409	24.4	11,627	26.3	1,158,318	23.8	
					2～3合	241	12.3	35,983	9.3	4,254	9.6	452,785	9.3	
					3合以上	52	2.7	10,264	2.7	1,165	2.6	132,608	2.7	

【参考資料 2】 糖尿病管理台帳

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

【参考資料 3】 糖尿病管理台帳からの年次計画

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 年度

担当者名：

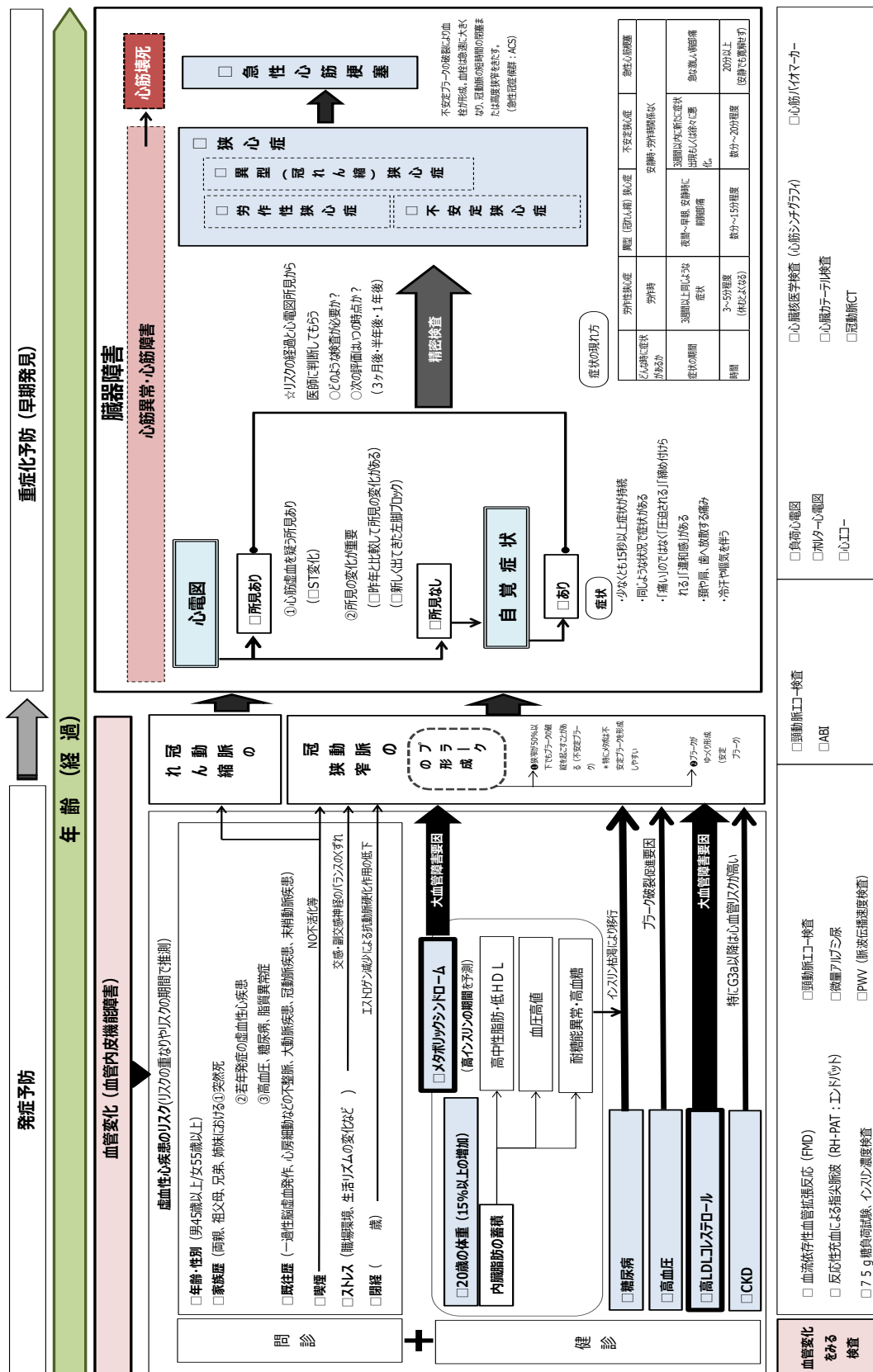
担当地区：

対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		
	④健診未受診者 ()人	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
	結果把握(内訳)	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	
	①国保(生保) ()人	●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析 ●がん	
	②後期高齢者 ()人		
	③他保険 ()人		
	④住基異動(死亡・転出) ()人		
	⑤確認できず ()人		
	①～⑤ 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	⑥結果把握 ()人	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
	①HbA1cが悪化している ()人 ②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		栄養士中心
	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		腎専門医

【参考資料 4】 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	実施表	保険者						データ元
				H28年度		H29年度		H30年度		
				実績	割合	実績	割合	実績	割合	
1	①	被保険者数 (再掲) 40才~74才	A	8,814						KDB厚生労働省様式 様式3-2
2	①	特定健診	B							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	健診対象者数		6,390						
	③	健診受診者数	C	2,770						
3	①	健診受診率		43.3%						
	②	特定保健指導								
	③	保健指導対象者数		320						
4	①	実施率		50.6%						特定健診結果
	②	健診データ								
	③	糖尿病型	E	384	13.4%					
	④	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	150	39.1%					
	⑤	治療中(質問票 服薬有)	G	234	60.9%					
	⑥	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	111	47.4%					
	⑦	血圧 130/80以上		75	67.6%					
	⑧	肥満 BMI25.0以上		54	65.9%					
	⑨	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	123	52.6%					
	⑩	糖尿病病期分類								
	⑪	尿蛋白(-) 第1期	M	115	29.9%					
⑫	(±) 第2期	60		15.6%						
⑬	(+)以上 第3期	52		13.5%						
⑭	eGFR(30未満) 第4期	3		0.8%						
5	①	レセプト								KDB厚生労働省様式 様式3-2
	②	糖尿病受診率(被保険者数千対)		136.3						
	③	(再掲) 40~74歳		165.6						
	④	レセプト件数 入院外								
	⑤	入院								
	⑥	糖尿病治療中	H	1,201	13.6%					
	⑦	(再掲) 40才~74才		1,181	16.6%					
	⑧	健診未受診者	I	947	80.2%					
	⑨	糖尿病性腎症	L	74	6.2%					
	⑩	(再掲) 40才~74才		74	6.2%					
	⑪	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		9	0.7%					
	⑫	(再掲) 40才~74才		8	0.7%					
6	⑬	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者		23	1.2%					KDB疾病管理一覧 後期ユーザー 様式3-2
	⑭	(再掲) 糖尿病性腎症		112	6.0%					
	①	医療費 総医療費	a	16億6,831万円		億円		億円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題 同規模保険者比較
	②	生活習慣病総医療費	b	12億5,630万円		億円		億円		
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	75.3%						
	④	生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者	9,954円						
	⑤	健診未受診者		34,558円						
	⑥	糖尿病医療費	c	1億6,104万円		億円		億円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	12.8%						
	⑧	糖尿病入院外総医療費		5億6,327万円		億円		億円		
	⑨	1件当たり		38,152円						
	⑩	糖尿病入院総医療費		3億3,130万円		億円		億円		
	⑪	1件当たり		589,514円						
	⑫	在院日数		16日		日		日		
	⑬	慢性腎不全医療費								
	⑭	透析有り		1億1,847万円		億円		億円		
	⑮	透析なし		12,67万円		億円		億円		
7	①	介護 介護給付費		38億8,332万円		億円		億円		KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状況
	②	(再掲) 2号認定者の所有見 糖尿病合併症								
8	①	死亡 死因別死亡者数 糖尿病		1		0%				KDB 地域の全体像の把握

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能評価検査の活用に関するガイドライン、糖尿病と予防ガイドライン、エビデンスに基づくQOL診療ガイド2013、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能と診察 (筑波大学)

【参考資料 6】 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 7】 心房細動管理台帳

心房細動管理台帳																										
患者ID 00000000000000000000	登録年度 0000	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当 ID	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療開始日	H26年度					H27年度					H28年度				
												初診 受診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	初診 受診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	初診 受診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考

