

第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(平成30年度～平成35年度)

野々市市

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
第1節 趣旨	
第2節 背景・目的	
第3節 計画の位置付け	
第4節 計画期間	
第5節 実施体制と関係者との連携等	
第6節 保険者努力支援制度	
第2章 評価及び考察と今後の課題	8
第1節 保険者の特性	
第2節 第1期計画に係る評価及び考察	
第3節 第2期計画における健康課題の明確化	
第4節 計画の目標の設定	
第3章 保健事業の内容	30
第1節 保健事業の方向性	
第2節 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	
第3節 その他の保健事業	
第4節 ポピュレーションアプローチ	
第4章 第三期特定健康診査等実施計画	55
第1節 趣旨	
第2節 目標値の設定	
第3節 対象者の見込	
第4節 特定健診の実施	
第5節 特定保健指導の実施	
第6節 個人情報保護	
第7節 結果の報告	
第8節 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	63
第6章 計画の評価・見直し	65
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	66
参考資料	67

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

第1節 趣旨

本市の現在の人口構造は若い世代が中心であり、かつ、全国トップレベルの人口増加率となっている。しかし、若い世代が高齢化していくことにより、本市は今後急激な高齢化が見込まれる。これにより、社会保障費の増大等で国民健康保険の制度維持が難しくなることが懸念される。

このことから、高齢であっても健康であること、つまり健康寿命の延伸は、今後の市の発展においても重要となってくる。

本市においては、「健康日本 21」に示された基本方針を踏まえ、「野々市市保健事業実施計画」及び「特定健康診査等実施計画」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が図られることを目標としてきた。

このたび、両計画が平成29年度をもって終了することから、平成30年度から平成35年度までを共通の計画期間とし相互の連動も念頭に置き、「第2期野々市市保健事業計画（データヘルス計画）」及び「第三期特定健康診査等実施計画」の策定を一体的に行うこととした。

第2節 背景・目的

近年、特定健康診査（以下「特定健診」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（以下「保険者」という。）、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。）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となる。

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化を図るため、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、保険者は健康・医療情報を活用して P D C A 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。

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

第 3 節 計画の位置付け

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

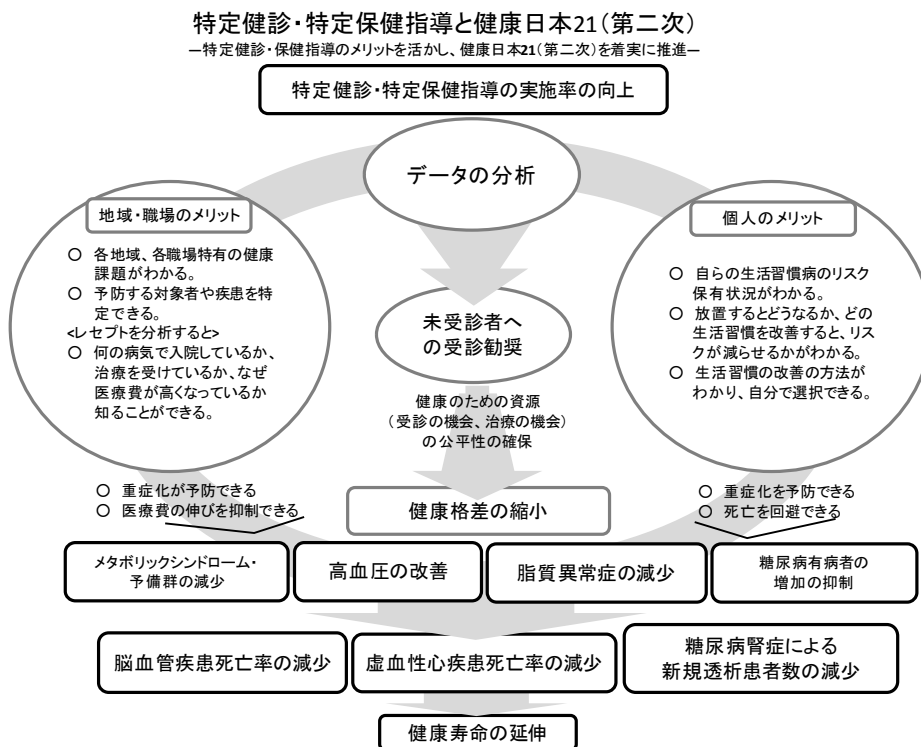
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康日本 21 の県の計画である「いしかわ健康フロンティア戦略」や「野々市市健康増進計画」、「石川県医療費適正化計画」、「第 7 期介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある（図表 1～3）

【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						2017.10.11
「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 健康推進事業実施者※	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 (平成16年厚生労働省告示第307号)	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 かつ有効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26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(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 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	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る。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。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保 険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。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化 及び被保険者の財政基盤強化が図られることは被保険者 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、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
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</p> <p>脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期</p> <p>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病 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 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 後縦靭帯硬直症</p>	<p>メタボリックシンドローム</p> <p>糖尿病</p> <p>生活習慣病</p> <p>がん</p> <p>精神疾患</p>	<p>糖尿病</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中</p> <p>がん</p> <p>精神疾患</p>
評価	53項目中 特定健診に係る項目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糖質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる 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・予備軍 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	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介護給費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人当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・予備軍の減少 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 (地域の実情に応じて設定)
その他		<p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定</p>	<p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定</p>			<p>保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>

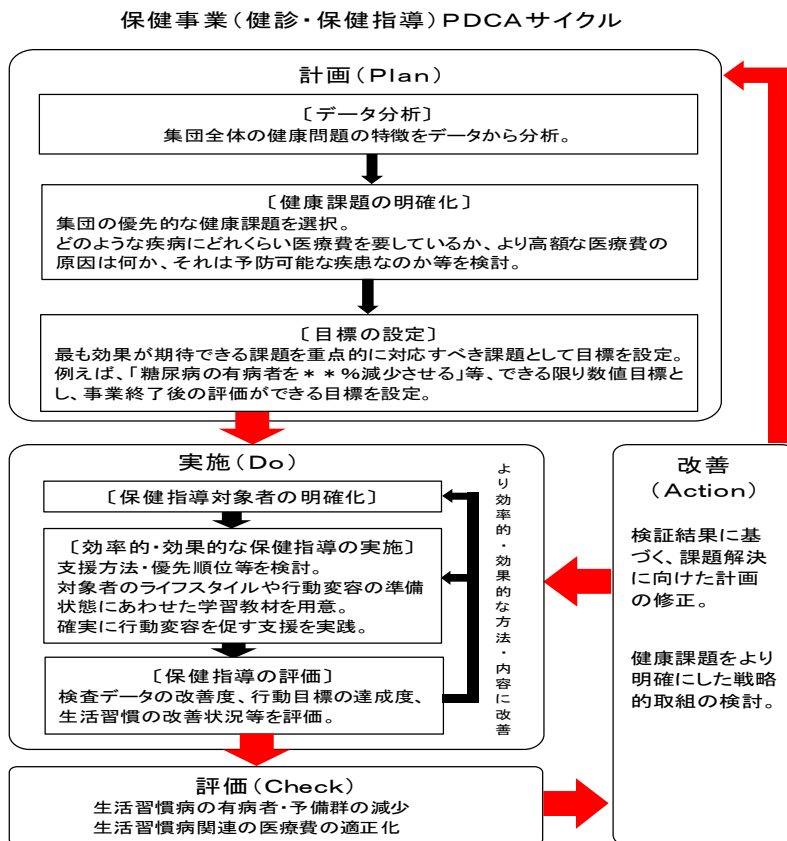
※保険者、事業者、市町村、学校等

【図表 2】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



抜粋 標準的な健診・保健指導プログラム(案)【平成30年度版】

【図表 3】 保健事業（健診・保健指導）PDCAサイクル



抜粋 標準的な健診・保健指導プログラム(案)【平成30年度版】

第4節 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成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ため、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

第5節 実施体制と関係者との連携等

1. 実施体制

計画は保険年金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。高齢者医療部局（保険年金課）、介護保険部局（介護長寿課）、生活保護部局（福祉総務課）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）。

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、野々市市の国民健康保険事業の運営に関する協議会や既存の保健医療関係者等委員会、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等を活用していく。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、計画策定の段階から都道府県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

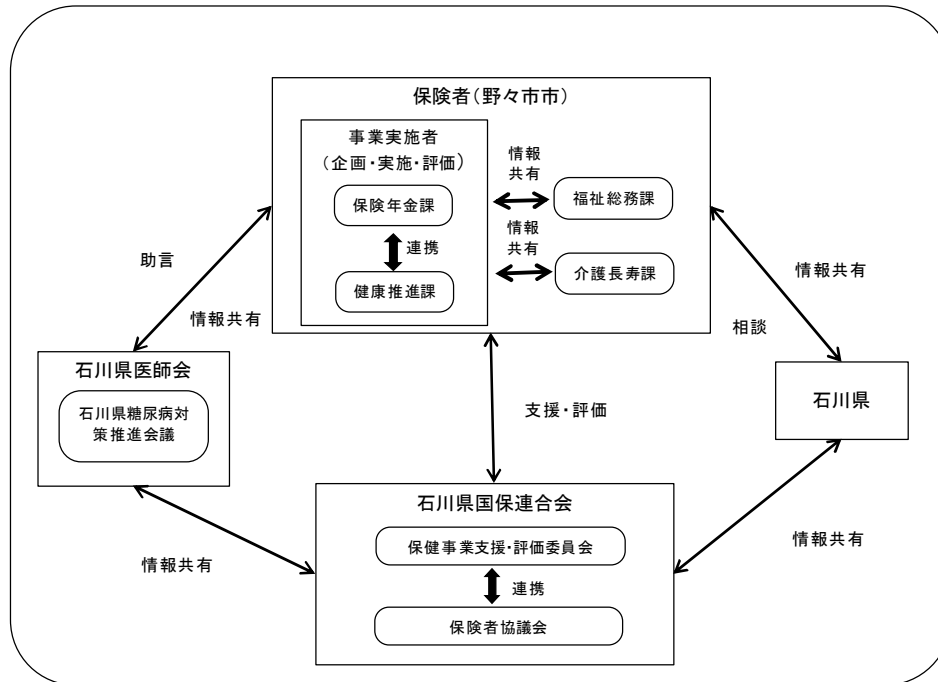
また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として白山ののいち医師会等地域の保健医療関係者との連携を図る。

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。

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。

【図表 4】 野々市市の実施体制図



第6節 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おり、平成30年度から本格実施となる。

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、現在は糖尿病性腎症の重症化予防や保険料収納率の実施状況を重点評価している（図表5）。

【図表 5】 保険者努力支援制度

評価指標		H 28 配点	H 29 配点	H 30 配点	H 30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
総得点(体制構築加点含む)		246			
全国順位(1,741市町村中)		221			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
共通 ④	地域包括ケアに推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 評価及び考察と今後の課題

【図表6】国・県・同規模平均と比べてみた野々市市の位置（平成28年度直近データ）

項目		野々市市		同規模※1		県		国		データ元 (GSV)		
		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	50,216	18,346,852		1,149,040		124,852,975		KDB(※2),NO.5 人口の状況 KDB.NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域の健康 課題		
		65歳以上(高齢化率)	7,858	15.6	4,430,444	24.1	274,533	23.9	29,020,766		23.2	
		75歳以上	3,734	7.4			139,678	12.2	13,989,864		11.2	
		65～74歳	4,124	8.2			134,855	11.7	15,030,902		12.0	
		40～64歳	14,878	29.6			387,206	33.7	42,411,922		34.0	
	39歳以下	27,480	54.7			487,301	42.4	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業		1.1		6.1		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		27.4		28.9		28.7		25.2		
		第3次産業		71.5		65.0		68.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性		80.7		79.6		79.7		79.6	KDB.NO.1 地域全体像 の把握	
女性			88.3		86.3		86.8		86.4			
④ 健康寿命	男性		65.8		65.3		65.2		65.2			
	女性		67.1		66.8		66.9		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	81.3	100.0	98.4	100				KDB.NO.1 地域全体像 の把握	
			女性	72.4	100.9	95.4	100					
		死因	がん	105	59.7	54,818	48.1	3,535	50.1	367,905		49.6
			心臓病	35	19.9	30,930	27.1	1,855	26.3	196,768		26.5
			脳疾患	19	10.8	18,797	16.5	1,190	16.9	114,122		15.4
			糖尿病	3	1.7	2,153	1.9	113	1.6	13,658		1.8
			腎不全	7	4.0	3,750	3.3	187	2.6	24,763		3.3
	自殺		7	4.0	3,547	3.1	180	2.5	24,294	3.3		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	42	13.3					136,944	10.5	厚生省HP 人口動態調査	
		男性	33	19.6				12.2	91,123	13.5		
女性		9	6.1				6.2	45,821	7.2			
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,383	17.5	891,715	20.2	58,480	21.3	5,882,340	21.2	KDB.NO.1 地域全体像 の把握	
		新規認定者	17	0.3	15,309	0.3	902	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者	42	0.3	21,986	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	409	25.5	203,607	21.9	16,617	27.4	1,343,240	21.9		
		高血圧症	724	49.6	478,594	51.8	32,225	53.2	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	345	23.5	255,994	27.6	17,890	29.5	1,733,323	28.2		
		心臓病	883	60.8	545,522	59.1	38,176	63.1	3,511,354	57.5		
		脳疾患	433	30.4	239,267	26.2	17,523	29.4	1,530,506	25.3		
		がん	147	9.8	92,924	10.0	6,811	11.1	629,053	10.1		
		筋・骨格	735	50.4	468,953	50.8	32,018	53.0	3,051,816	49.9		
	精神	663	43.9	330,813	35.6	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)		61,598		61,236		67,606		58,349		
		居宅サービス		47,523		40,245		43,494		39,683		
施設サービス			271,814		278,146		277,404		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	10,085		8,026		8,950		7,980			
		認定なし	4,307		3,809		4,393		3,822			

※1 KDBにおける保険者を人口規模等で13区分に設定し、区分ごとに出された平均値のことで以下「同規模」という。同規模保険者を政令指定都市1区分、中核市1区分、特例市1区分、一般市4区分、町村5区分、国保組合1区分に区分。平成27年度は一般人口5万人以上10万人未満の区分5で同規模数は266。それ以前は、一般人口5万人未満の区分4に該当。

※2 国保データベースシステムのことで、国保連において健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要なデータを作成・取得できるシステム。

項目		野々市市		同規模		県		国		データ元 (CSV)									
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合										
①	国保の状況	被保険者数		9,516		4,516,485		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		3,889		40.9		117,200		46.5			12,462,053		38.2				
		40～64歳		2,929		30.8		78,632		31.2			10,946,693		33.6				
		39歳以下		2,698		28.4		55,972		22.2			9,178,477		28.2				
加入率		19.0		24.7		21.9		26.9											
②	医療の概況 (人口千対)	病院数		3		0.3		1,257		0.3		97		0.4		8,255		0.3	
		診療所数		47		4.9		12,813		2.8		874		3.5		96,727		3.0	
		病床数		529		55.6		227,288		50.3		18,468		73.3		1,524,378		46.8	
		医師数		67		7.0		33,690		7.5		3,303		13.1		299,792		9.2	
		外来患者数		690.8		688.2		689.8		668.3		668.3		668.3		668.3		668.3	
		入院患者数		23.7		19.8		25.3		18.2		18.2		18.2		18.2		18.2	
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		27,479		県内19位 同規模78位		25,582		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		714,501		708,019		715,094		686,501		686,501							
		外 来	費用の割合		55.6		59.3		54.7		60.1		60.1						
			件数の割合		96.7		97.2		96.5		97.4		97.4						
		入 院	費用の割合		44.4		40.7		45.3		39.9		39.9						
			件数の割合		3.3		2.8		3.5		2.6		2.6						
1件あたり在院日数		15.7日		16.2日		16.8日		15.6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		532,539,970		29.9		25.0		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)		107,169,140		6.0		9.5		7.4		9.7							
		糖尿病		147,056,020		8.3		10.1		9.4		9.7							
		高血圧症		121,951,240		6.9		8.9		7.4		8.6							
		精神		325,775,530		18.3		17.6		19.4		16.9							
		筋・骨格		273,117,010		15.3		14.9		14.7		15.2							
⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病		558,159		15位(17)												
			高血圧		577,749		9位(16)												
			脂質異常症		586,277		5位(16)												
			脳血管疾患		677,118		5位(20)												
			心疾患		670,314		6位(14)												
			腎不全		795,191		7位(16)												
			精神		478,148		4位(25)												
	県内順位 順位総数20	外来	糖尿病		40,704		7位												
			高血圧		31,483		10位												
			脂質異常症		28,400		14位												
			脳血管疾患		41,181		10位												
			心疾患		47,673		9位												
			腎不全		169,104		11位												
			精神		33,217		8位												
悪性新生物		63,775		12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		4,628		2,411		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		12,057		12,679		14,627		12,683								
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者		12,991		6,634		8,275		5,940								
			健診未受診者		33,841		34,890		39,753		36,479								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		1,738		50.6		669,151		55.7		42,806		52.9		4,116,530		55.9	
		医療機関受診率		1,610		46.9		617,720		51.5		40,083		49.5		3,799,744		51.6	
		医療機関非受診率		128		3.7		51,431		4.3		2,723		3.4		316,786		4.3	

項目		野々市市		同規模		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数20	①	健診受診者		3,432		1,200,553		80,985		7,362,845		
		②	受診率	55.7	県内4位 同規模5位		38.0	44.4	全国3位		34.0		
		③	特定保健指導終了者(実施率)	237	67.5	7,355	5.2	726	8.7	35,557	4.1		
		④	非肥満高血糖	355	10.3	119,080	9.9	8,242	10.2	687,157	9.3		
		⑤	メタボ	該当者	619	18.0	209,544	17.5	15,692	19.4	1,272,714	17.3	
				男性	388	27.6	142,004	27.4	10,201	30.6	875,805	27.5	
				女性	231	11.4	67,540	9.9	5,491	11.5	396,909	9.5	
				予備群	356	10.4	128,835	10.7	8,278	10.2	790,096	10.7	
		⑥		男性	228	16.2	88,450	17.1	5,531	16.6	548,609	17.2	
				女性	128	6.3	40,385	5.9	2,747	5.8	241,487	5.8	
		⑦	メタボ該当・ 予備群レ ベル	腹囲	総数	1,112	32.4	379,261	31.6	26,570	32.8	2,320,533	31.5
		男性			710	50.5	257,437	49.7	17,375	52.1	1,597,371	50.1	
		女性			402	19.8	121,824	17.9	9,195	19.3	723,162	17.3	
		⑧		BMI	総数	116	3.4	57,060	4.8	3,551	4.4	346,181	4.7
					男性	17	1.2	8,477	1.6	460	1.4	55,460	1.7
					女性	99	4.9	48,583	7.1	3,091	6.5	290,721	7.0
		⑨		血糖のみ	26	0.8	8,214	0.7	521	0.6	48,685	0.7	
		⑩		血圧のみ	224	6.5	88,982	7.4	5,432	6.7	546,667	7.4	
		⑪		脂質のみ	106	3.1	31,639	2.6	2,325	2.9	194,744	2.6	
⑫	血糖・血圧	83		2.4	32,969	2.7	1,978	2.4	196,978	2.7			
⑬	血糖・脂質	41		1.2	11,910	1.0	941	1.2	69,975	1.0			
⑭	血圧・脂質	297		8.6	101,012	8.4	7,719	9.5	619,684	8.4			
⑮	血糖・血圧・脂質	198		5.8	63,653	5.3	5,054	6.2	386,077	5.2			
6	生活習慣の 状況	①		服薬	高血圧	1,159	33.7	412,372	34.4	30,643	37.8	2,479,216	33.7
				糖尿病	318	9.3	93,059	7.8	7,505	9.3	551,051	7.5	
				脂質異常症	933	27.2	286,600	23.9	23,664	29.2	1,738,149	23.6	
		②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	132	4.3	37,598	3.2	3,003	3.9	230,777	3.3
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	241	7.9	68,046	5.9	5,767	7.6	391,296	5.5
					腎不全	14	0.5	7,528	0.7	298	0.4	37,041	0.5
			貧血		414	13.6	116,827	10.1	10,735	13.7	710,650	10.1	
		③	喫煙	487	14.2	158,016	13.2	10,592	13.1	1,048,171	14.2		
		④	週3回以上朝食を抜く	288	9.2	72,002	7.1	5,020	7.6	540,374	8.5		
		⑤	週3回以上食後間食	583	18.6	111,439	10.9	10,506	15.8	743,581	11.8		
		⑥	週3回以上就寝前夕食	583	18.6	149,833	14.5	11,679	17.6	983,474	15.4		
		⑦	食べる速度が速い	713	22.7	254,684	25.1	18,452	28.0	1,636,988	25.9		
		⑧	20歳時体重から10kg以上増加	938	29.9	326,322	31.6	20,240	30.8	2,047,756	32.1		
		⑨	1回30分以上運動習慣なし	1,831	58.4	605,529	58.4	39,178	58.9	3,761,302	58.7		
⑩	1日1時間以上運動なし	1,511	48.2	460,802	44.4	30,690	42.7	2,991,854	46.9				
⑪	睡眠不足	679	21.8	250,124	24.3	14,736	22.5	1,584,002	25.0				
⑫	毎日飲酒	838	26.8	278,304	24.6	19,466	26.5	1,760,104	25.6				
⑬	時々飲酒	631	20.2	237,249	21.0	13,966	19.0	1,514,321	22.0				
⑭	一日飲酒量	1合未満	1,176	62.1	467,405	64.5	27,178	61.5	3,118,433	64.1			
		1~2合	489	25.8	172,836	23.9	11,627	26.3	1,158,318	23.8			
		2~3合	190	10.0	66,425	9.2	4,254	9.6	452,785	9.3			
		3合以上	40	2.1	17,859	2.5	1,165	2.6	132,608	2.7			

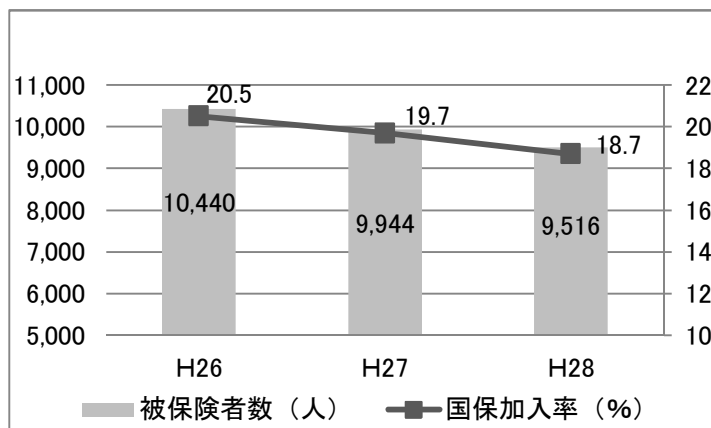
KDB_NO.3
健診・医療・
介護データか
らみる地域の
健康課題
KDB_NO.1
地域全体像
の把握

KDB_NO.1
地域全体像
の把握

第1節 保険者の特性

本市の65歳以上の人口割合は15.6%で、同規模の24.1%と比べると高齢化率が低い市である。産業構成をみると、本市は同規模と比較して第3次産業の割合が多く、第1次産業が少ない傾向にある。国保加入率は、同規模、県、国よりも低い傾向にあり、年々減少傾向にある。診療所数の割合は同規模よりも多く、診療所にかかりやすい状況であるといえる（P8～10 図表6、図表7）。

【図表7】野々市市国保加入者数、加入率の推移



参考 KDB、統計でみる野々市市

第2節 第1期計画にかかる評価及び考察

1. 健康状況

1) 死亡の状況

本市の標準化死亡比は100を下回り、かつ同規模より低く、平均寿命と健康寿命については男女ともに同規模より高い傾向にある。本市の健康増進計画から、平成22年の平均寿命は男女ともに県内1位で、女性においては全国6位であった。65歳未満死亡割合は、男女とも平成12年よりも低下しているが、男性では全国、県よりも高い傾向にあった（図表8）。

石川県の平成27年の平均寿命は、男性81.04歳、女性87.28歳であり、いずれも全国を上回っている。KDBによる平均寿命と健康寿命を同規模と比較すると、本市は男性、女性ともに高い傾向にある（図表8）。

石川県の平成27年の年齢調整死亡率では、男性は肺がんが全国を上回っており、女性では脳血管疾患、胃がん、肺がん、子宮がんが全国を上回っている（図表9）。

【図表 8】 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	H12	H27	H12	H27	H12	H28	H12	H28
石川県	77.96	81.04	85.18	87.28	22.3	12.2	13.3	6.2
全国	77.71	80.77	84.62	87.01	26.3	13.5	14.9	7.2
順位	16位	12位	10位	13位	33位	29位	22位	28位
野々市市	78.6	H22 80.7 県内1位	85.6	H22 88.3 県内1位 全国6位	31.2	19.6	15.4	6.1

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)

※野々市市については、人口動態調査等を基に市が独自で算出した参考値

【図表 9】 石川県年齢調整死亡率

年齢調整死亡率※		心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患(COPD)		糖尿病	
		H12	H27	H12	H27	H12	H27	H12	H27	H12	H27
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	42位	26位	32位
女性	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位	47位	33位	5位	38位	26位	38位

年齢調整死亡率※		胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		H12	H27	H12	H27	H12	H27	H12	H27	H12	H27
男性	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8	/		/	
	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位	28位	40位				
女性	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	5位	38位	15位	27位	29位	16位	27位	35位	8位

資料 人口動態統計特殊報告(平成27年)(厚生労働省)

※年齢調整死亡率:年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率。単位は人口10万対。

2) 介護の状況

本市の第1号被保険者の17.5%が要介護認定を受けており、同規模や県、国より低い傾向にある。40歳から64歳までの第2号被保険者の認定率は0.3%となっており、同規模や県、国と同程度となっている。有病状況をみると、糖尿病と脳疾患の割合が同規模と比較して多くなっている（P8図表6）。

介護給付費をみると、平成25年度には一件当たり給付費が同規模よりも高額であったのに対し、平成28年度にはほぼ同額となっている（図表10）。本計画の対象者である75歳未満の住民が生活習慣病予防に取り組むことで、要介護状態にならないことが最重要課題となる。万が一発症してしまったとしても、本人の能力に応じて地域で自立した生活を送ることができるよう、地域包括ケアシステムの有効的な運用が望まれる。

第2号被保険者の有病状況をみると、平成25年度、平成28年度ともに血管疾患が約半数を占めている。生活習慣の改善により予防できる疾患である血管疾患による第2号被保険者の要介護認定者数を増やさないため、健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧、高血糖、脂質異常症予防に、引き続き取り組んでいく必要があるといえる（図表11）。

【図表10】介護給付費の変化

年度	野々海市				同規模平均		
	介護給付費	一件当たり給付費（全体）	一件当たり給付費（全体）		一件当たり給付費（全体）	一件当たり給付費（全体）	
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25	21億4,354万円	75,311	48,844	276,723	67,859	41,800	283,857
H28	23億1,745万円	61,598	47,523	271,814	61,236	40,245	278,146

出典 KDB

【図表11】第2号被保険者の要介護認定率と要介護認定者の有病状況

年度	認定者数（人）	認定率（%）	新規認定者数				有病状況（件）	血管疾患（KDBシステムの分類による）					認知症
			要支援1・2	要介護1・2	要介護3～5	脳血管疾患		虚血性心疾患	腎不全	糖尿病	合計		
H25	56	0.38	17	5	8	4	94	11	20	2	8	41	7
H28	48	0.32	11	5	2	4	53	8	10	1	7	26	3

3) 医療の状況

(1) 医療費の変化

図表12をみると、入院費用額の伸び率が3.9%増加したのに対し、外来費用額は1.04%減少している。図表6（P9）より一人当たり医療費においては、県内で一番低いことが伺われるが、図表12をみると入院の費用額における伸び率が外来の伸び率よりも多くなっており、入院が必要なほど重症化してから医療にかかっていることが予測される。

【図表 12】 医療費の変化

項目		全体				入院				外来			
		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率	
				野々市市	同規模			野々市市	同規模			野々市市	同規模
総医療費 (円)	H25	31億 8,702万				13億 7,679万				18億 1,022万			
	H28	32億 2,190万	3,488万	1.09	0.3	14億 3,052万	5,373万	3.9	△ 0.30	17億 9,137万	△1,885万	△ 1.04	0.7
一人当たり 医療費(円)	H25	24,702				10,671				14,031			
	H28	27,479	2,777	11.2	25.0	12,200	1,529	14.3	8.8	15,278	1,247	8.9	9.8

※H26年度まで「同規模区分4」、「H27年度から同規模区分5」に変更している。同規模区分5の伸び率を記載

(2) 受療率の推移

図表 13 をみると虚血性心疾患による入院が増えて全国3位となり、外来の受療率（※1）が減っている。石川県は、全国の受療率と比べて入院はいずれも高い状況にある。外来では腎不全等の受療率が全国よりも高い傾向にある。医療機関にかからずに重症化して入院に至ることがないように、適切に受診につなげるとともに、医療機関にかかっても重症化させないように支援していくことが課題である。

【図表 13】 受療率の推移（人口 10 万対）

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

資料 患者調査※2(厚生労働省)

※1 受療率: 調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

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

(3) 医療及び介護給付費の変化

石川県の一人当たり医療費と介護給付費の変化をみると、国保医療費、後期医療費、介護給付費ともに全国よりも高くなっている。国保医療費と後期医療費は徐々に高くなっているものの、介護給付費については前年よりも減少している（図表 14）。

【図表 14】医療費と介護給付費の変化

項目	国保医療費※1			後期医療費※2		介護給付費※3		後期+介護		
	年度	H26	H27	H28	H26	H27	H26	H27	H26	H27
一人当たり費用額	石川県	374,016	396,799	397,071	993,186	1,001,996	330,890	326,975	1,318,212	1,324,819
	全国	330,628	347,801	348,175	932,290	949,070	295,647	295,483	1,219,382	1,236,723
順位		12位	11位	12位	15位	16位	16位	17位	14位	14位

※1 国民健康保険の実態(国保中央会)

※2 後期高齢者医療事業状況報告(確報) 第2表(厚生労働省)

※3 国保中央会:月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口(介護保険第1号被保険者数)
65歳以上人口・・・介護保険事業年報第2表(厚生労働省)

(4) 高額になる疾患

1か月 200万円以上の高額になる疾患をみると、生活習慣の改善により予防できる疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患が件数、費用額ともに伸びている。全体費用額における割合も、同様に増加の傾向にある。また、どちらも50代から70代にかけて件数が多い傾向にある(図表15)。

【図表 15】高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他									
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28								
様式1-1★ NO.10 (CSV)	人数	46人	50人	2人	3人	4人	5人	13人	13人	27人	30人								
				4.3%	6.0%	8.7%	10.0%	28.3%	26.0%	58.7%	60.0%								
	件数	51件	56件	2件	3件	4件	5件	13件	17件	32件	31件								
				3.9%	5.4%	7.8%	8.9%	25.5%	30.4%	62.7%	55.4%								
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.3%	4	12.9%		
			40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	8	25.0%	0	0.0%
			50代	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	4	12.9%
60代	1		50.0%	3	100.0%	3	75.0%	1	20.0%	4	30.8%	5	29.4%	13	40.6%	12	38.7%		
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	3	60.0%	8	61.5%	11	64.7%	9	28.1%	11	35.5%			
費用額(円)	1億3,185万	1億5,334万	586万	814万	1,044万	1,277万	3,024万	4,351万	8,530万	8,891万									
			4.4%	5.3%	7.9%	8.3%	22.9%	28.4%	64.7%	58.0%									

※最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

※疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

(5) 長期入院

6か月以上の長期入院レセプトでは精神疾患が6割以上を占めているが、件数、費用額ともに減少している。また脳血管疾患は、件数、費用額ともに減少傾向にあるが、虚血性心疾患については件数、費用額ともに大きな変化はない(図表16)。

【図表 16】長期入院

厚労省様式	対象レセプト		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	81人	71人	52人	43人	15人	14人	3人	5人
					64.2%	60.6%	18.5%	19.7%	3.7%	7.0%
		件数	710件	611件	462件	387件	114件	79件	27件	37件
					65.1%	63.3%	16.1%	12.9%	3.8%	6.1%
		費用額 (円)	3億2,400万	2億9,701万	1億7,159万	1億4,793万	6,441万	4,310万	1,063万	1,640万
					53.0%	49.8%	19.9%	14.5%	3.3%	5.5%

(6) 人工透析患者

長期療養を要する人工透析では、総件数の54.8%が糖尿病性腎症によるものである。平成25年から平成28年にかけて費用額、件数ともに減少しているが、石川県は全国の中でも糖尿病が上位にある背景を踏まえると、医療費に影響を及ぼす疾患として糖尿病性腎症を抑制することが重要な課題である(図表17)。

【図表 17】人工透析患者

厚労省様式	対象レセプト		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	30人	22人	18人	14人	9人	8人	13人	13人
					60.0%	63.6%	30.0%	36.4%	43.3%	59.1%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		件数	408件	292件	225件	160件	137件	98件	168件	149件
					55.1%	54.8%	33.6%	33.6%	41.2%	51.0%
		費用額 (円)	1億9,025万	1億2,721万	1億611万	7,121万	6,920万	4,657万	8,104万	6,736万
					55.8%	56.0%	36.4%	36.6%	42.6%	53.0%

各年5月診療分

(7) 中長期的及び短期的な目標の疾患の医療費の割合

一人当たり医療費では県内で最も少ない額となっているが、平成28年度には国の金額よりも高い傾向にある。

当市の平成25年度と平成28年度を比べると、平成25年度よりも透析有の慢性腎不全にかかる割合は減っているが、脳血管疾患や心疾患における割合に大きな変化はなく、引き続き重症化する前に早期に対応することで健康寿命を延伸し、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

【図表 18】 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

市町	総医療費	一人当たり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物、 精神疾患、 筋・骨疾患	
		金額	順位		腎疾患		脳血管 疾患	心疾患	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 野々市市	3,187,021,230	24,702	154位	19位	5.03%	0.21%	3.14%	2.73%	5.02%	5.17%	2.90%	771,480,780	24.21%	31.42%
H28	3,221,903,120	27,479	78位	19位	3.33%	0.25%	2.83%	2.52%	4.56%	3.79%	2.52%	637,943,280	19.80%	35.12%
H28 石川県	90,801,717,410	29,225	-	-	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%	35.43%
H28 全国	9,677,041,336,540	24,253	-	-	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	32.04%

最大医療資源傷病名（調剤含む）による分類結果

出典 KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(8) 中長期的な目標の疾患

第1期データヘルス計画では、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及び介護認定者に多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を、平成26年度から平成29年度にかけて5%減少させることを目標としている。しかし平成28年度までには達成できなかった。

平成25年度から平成28年度までは、虚血性心疾患において割合が増加しているものの、脳血管疾患については割合が減少している（図表19）。

年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓の血管も傷んでくることが考えられ、医療機関への受診が必要になることが多くなる。今後高齢化が進展してくると、医療費そのものを抑えることは難しい。そのため、重症化する前に早期に対応することで健康寿命を延伸し、一人ひとりの医療費の伸びを抑えることが本市の目標となる。生活習慣の改善により予防できる疾患にもかかわらず重症化して入院に至る人を減らし、医療費に占める入院の割合を減らすことが今後の課題である。

【図表 19】中長期的な目標の疾患

虚血性心疾患		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,724	474	4.4%	125	26.4%	13	2.7%	368	77.6%	262	55.3%	309	65.2%	
	64歳以下	7,293	131	1.8%	26	19.8%	10	7.6%	94	71.8%	75	57.3%	89	67.9%	
	65歳以上	3,431	343	10.0%	99	28.9%	3	0.9%	274	79.9%	187	54.5%	220	64.1%	
H28	全体	10,003	489	4.9%	98	20.0%	13	2.7%	315	64.4%	223	45.6%	278	56.9%	
	64歳以下	6,045	130	2.2%	13	10.0%	5	3.8%	51	39.2%	35	26.9%	49	37.7%	
	65歳以上	3,958	359	9.1%	85	23.7%	8	2.2%	264	73.5%	188	52.4%	229	63.8%	

脳血管疾患		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,724	405	3.8%	125	26.4%	9	1.9%	316	66.7%	216	45.6%	234	49.4%	
	64歳以下	7,293	108	1.5%	26	19.8%	3	2.3%	81	61.8%	55	42.0%	65	49.6%	
	65歳以上	3,431	297	8.7%	99	28.9%	6	1.7%	235	68.5%	161	46.9%	169	49.3%	
H28	全体	10,003	363	3.6%	98	20.0%	8	1.6%	286	58.5%	170	34.8%	203	41.5%	
	64歳以下	6,045	70	1.2%	13	10.0%	3	2.3%	48	36.9%	31	23.8%	41	31.5%	
	65歳以上	3,958	293	7.4%	85	23.7%	5	1.4%	238	66.3%	139	38.7%	162	45.1%	

人工透析		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,724	30	0.3%	9	1.9%	13	2.7%	28	5.9%	18	3.8%	12	2.5%	
	64歳以下	7,293	19	0.3%	3	2.3%	10	7.6%	18	13.7%	11	8.4%	8	6.1%	
	65歳以上	3,431	11	0.3%	6	1.7%	3	0.9%	10	2.9%	7	2.0%	4	1.2%	
H28	全体	10,003	22	0.2%	8	1.6%	13	2.7%	21	4.3%	14	2.9%	8	1.6%	
	64歳以下	6,045	11	0.2%	3	2.3%	5	3.8%	10	7.7%	7	5.4%	5	3.8%	
	65歳以上	3,958	11	0.3%	5	1.4%	8	2.2%	11	3.1%	7	1.9%	3	0.8%	

厚労省様式 3-5~7

(9) 短期的な目標の疾患

平成 28 年度の糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は平成 25 年度より、いずれも多くなっている。また、いずれかの疾患のみではなく、糖尿病と高血圧など、複数の疾患を併発している人の割合が多くなっている（図表 20）。治療が必要な者が、重症化する前に治療を受けることが重要であることから、治療を継続するための働きかけをしていくとともに、治療を中断している者についても、各自の健診結果を基に科学的な根拠に基づいた保健指導を実施することとする。

【図表 20】 短期的な目標の疾患

糖尿病		短期的な目標										中長期的な目標						
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,724	1,073	10.0%	94	8.8%	696	64.9%	639	59.6%	262	24.4%	216	20.1%	18	1.7%	86	8.0%
	64歳以下	7,293	361	4.9%	31	8.6%	202	56.0%	203	56.2%	75	20.8%	55	15.2%	11	3.0%	33	9.1%
	65歳以上	3,431	712	20.8%	63	8.8%	494	69.4%	436	61.2%	187	26.3%	161	22.6%	7	1.0%	53	7.4%
H28	全体	10,003	1,037	10.4%	80	7.7%	664	64.0%	626	60.4%	223	21.5%	170	16.4%	14	1.4%	65	6.3%
	64歳以下	6,045	244	4.0%	18	7.4%	143	58.6%	137	56.1%	35	14.3%	31	12.7%	7	2.9%	13	5.3%
	65歳以上	3,958	793	20.0%	62	7.8%	521	65.7%	489	61.7%	188	23.7%	139	17.5%	7	0.9%	52	6.6%

高血圧		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	全体	10,724	1,821	17.0%	696	64.9%	993	92.5%	368	34.3%	316	29.5%	28	2.6%	
	64歳以下	7,293	569	7.8%	202	56.0%	301	83.4%	94	26.0%	81	22.4%	18	5.0%	
	65歳以上	3,431	1,252	36.5%	494	69.4%	692	97.2%	274	38.5%	235	33.0%	10	1.4%	
H28	全体	10,003	1,781	17.8%	664	64.0%	965	93.1%	315	30.4%	286	27.6%	21	2.0%	
	64歳以下	6,045	419	6.9%	143	58.6%	211	86.5%	51	20.9%	48	19.7%	10	4.1%	
	65歳以上	3,958	1,362	34.4%	521	65.7%	754	95.1%	264	33.3%	238	30.0%	11	1.4%	

脂質異常症		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	全体	10,724	1,539	14.4%	639	59.6%	993	92.5%	309	28.8%	234	21.8%	12	1.1%
	64歳以下	7,293	527	7.2%	203	56.2%	301	83.4%	89	24.7%	65	18.0%	8	2.2%
	65歳以上	3,431	1,012	29.5%	436	61.2%	692	97.2%	220	30.9%	169	23.7%	4	0.6%
H28	全体	10,003	1,526	15.3%	626	60.4%	965	93.1%	278	26.8%	203	19.6%	8	0.8%
	64歳以下	6,045	389	6.4%	137	56.1%	211	86.5%	49	20.1%	41	16.8%	5	2.0%
	65歳以上	3,958	1,137	28.7%	489	61.7%	754	95.1%	229	28.9%	162	20.4%	3	0.4%

厚労省様式 3-2~4

4) 健診の状況

(1) 健診結果におけるリスクの経年変化

メタボリックシンドローム※の該当者についてみると、平成 25 年度には 17.0%であったが平成 28 年度には 18.0%となっている。予備群については、平成 25 年度と平成 28 年度は変わらず 10.4%であった。内訳をみると、男性の該当者では平成 25 年度と変わらず 27.6%となっているが、女性では平成 25 年の該当者が 9.9%であったのに対して平成 28 年度は

11.4%であった（P10 図表 6、図表 21）。

※内臓脂肪症候群といい、内臓肥満に加え、脂質異常症、耐糖能異常、高血圧等が合併した病態のことで、動脈硬化が進行しやすくなり、動脈硬化によって起こる心臓病や脳血管疾患などの危険が非常に高まるもの。

【図表 21】メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚労省様式 6-8、No24 帳票）

	男性	健診受診者		腹囲のみ		該当者				予備群													
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て	人数	割合	高血糖	高血圧	脂質異常症							
H25	野々海市	1,336	44.7	93	7.0	369	27.6	65	4.9	22	1.6	197	14.7	85	6.4	217	16.2	14	1.0	128	9.6	75	5.6
H28		1,405	49.5	94	6.7	388	27.6	57	4.1	22	1.6	187	13.3	122	8.7	228	16.2	18	1.3	148	10.5	62	4.4

	女性	健診受診者		腹囲のみ		該当者				予備群													
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て	人数	割合	高血糖	高血圧	脂質異常症							
H25	野々海市	1,991	56.8	51	2.6	197	9.9	24	1.2	12	0.6	110	5.5	51	2.6	129	6.5	8	0.4	77	3.9	44	2.2
H28		2,031	60.9	43	2.1	231	11.4	26	1.3	19	0.9	110	5.4	76	3.7	128	6.3	8	0.4	76	3.7	44	2.2

図表 22 をみると、男性、女性ともに HbA1c 値が 5.6%以上であった割合が全国よりも多く、また HbA1c 値が全国的にも高い状況にある県よりも、さらに高い傾向にある。また、尿酸値についても男女ともに 7.0mg/dl 以上であった者の割合が全国よりも高くなっており、クレアチニン値でも全国、県よりも高い傾向にある。

経年の変化をみると、HbA1c 値とクレアチニン値は男女ともに割合が増えている。高血糖から糖尿病に移行させないことや、治療を要する場合は確実な受診勧奨が必要である。またメタボリックシンドロームがあることで、より動脈硬化が進行しやすいため、その対策も引き続き進めていく。

【図表 22】健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚労省様式 6-8、No24 帳票）

	男性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上 人数 割合	85以上 人数 割合	150以上 人数 割合	31以上 人数 割合	40未満 人数 割合	100以上 人数 割合	5.6以上 人数 割合	7.0以上 人数 割合	130以上 人数 割合	85以上 人数 割合	120以上 人数 割合	1.3以上 人数 割合
H 25	全国	29.5	48.4	28.3	20.0	9.1	26.5	50.3	12.5	49.4	23.9	48.9	1.5
	県	9,827: 28.6	16,980: 49.5	9,794: 28.5	6,764: 19.7	4,092: 11.9	7,643: 22.3	19,999: 58.3	6,415: 18.7	15,940: 46.5	7,329: 21.4	14,510: 42.3	659: 1.9
	野々海市	353: 26.4	679: 50.8	391: 29.3	245: 18.3	154: 11.5	284: 21.3	676: 50.6	230: 17.2	576: 43.1	259: 19.4	606: 45.4	16: 1.2
H 28	全国	30.5	50.1	28.2	20.4	8.7	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3	1.8
	県	10,031: 30.1	17,375: 52.1	9,792: 29.4	6,685: 20.1	3,803: 11.4	7,821: 23.5	21,593: 64.8	5,840: 17.5	15,924: 47.8	7,090: 21.3	13,640: 40.9	783: 2.3
	野々海市	373: 26.5	710: 50.5	386: 27.5	285: 20.3	151: 10.7	350: 24.9	939: 66.8	244: 17.4	606: 43.1	278: 19.8	622: 44.3	36: 2.6

	女性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上 人数 割合	90以上 人数 割合	150以上 人数 割合	31以上 人数 割合	40未満 人数 割合	100以上 人数 割合	5.6以上 人数 割合	7.0以上 人数 割合	130以上 人数 割合	85以上 人数 割合	120以上 人数 割合	1.3以上 人数 割合
H 25	全国	20.3	17.2	16.4	8.6	2.0	15.7	49.9	1.5	42.7	14.4	58.9	0.2
	県	9,984: 20.4	9,095: 18.6	9,505: 19.4	4,408: 9.0	1,522: 3.1	5,715: 11.7	28,296: 57.9	1,094: 2.2	19,398: 39.7	6,524: 13.3	25,922: 53.0	110: 0.2
	野々海市	357: 17.9	377: 18.9	345: 17.3	167: 8.4	51: 2.6	221: 11.1	963: 48.4	47: 2.4	736: 37.0	224: 11.3	1,057: 51.1	6: 0.3
H 28	全国	20.6	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1	0.2
	県	10,007: 21.0	9,195: 19.3	9,246: 19.4	4,295: 9.0	1,293: 2.7	6,068: 12.7	30,590: 64.2	1,113: 2.3	19,556: 41.0	6,087: 12.8	24,013: 50.4	130: 0.3
	野々海市	380: 18.7	402: 19.8	364: 17.9	171: 8.4	47: 2.3	283: 13.9	1,344: 66.2	70: 3.4	730: 35.9	181: 8.9	1,050: 51.7	9: 0.4

(2) 血圧、血糖、LDLコレステロールのコントロール状況

図表 23 の糖尿病をみると、治療中でかつ受診勧奨値である HbA1c6.5%以上の割合が増えており、また治療なしの者の中でも受診勧奨値であった者の割合が増えている。治療中の者には継続受診を支援していくことと、併せて保健指導を実施していく。治療なしの者については、受診勧奨を徹底していくこととする。

高血圧をみると、治療なしの者のうち受診勧奨値であった者の割合が増えている。これらの者に対して、受診勧奨を徹底していく。

脂質異常についてみると、治療なしの者のうち保健指導判定値以上の者の割合が減っているものの、占める割合は他の疾患よりも多くなっている。受診勧奨値であったとしても受診につながっていない者については受診勧奨を徹底し、保健指導判定値の者については、栄養指導等の保健指導に力を入れていくこととする。

(3) 重症化予防対象者の状況

図表 24 (P23) をみると、本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると 1,057 人 (30.8%) である。うち、治療なしの者が 327 人であり、さらに臓器障害があり直ちに保健指導に取り組むべき対象者が 139 人 (42.5%) である。またメタボリックシンドロームに該当する者は 618 人、糖尿病に該当する者は 293 人で、重症化予防対象者に占める割合も多くなっている。これらの者に対して、引き続き保健指導を実施していくことにより、重症化予防対象者を減少させることが目標となる。

重症化予防対象者への取組は医療との連携が不可欠であることから、保健指導を行った後、確実に医療機関での受診につながっているかを KDB で確認する必要がある。また受診後も治療が中断しないか等の疾病管理を行う必要がある。

(4) 未受診者の状況

未受診者対策は生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組の一つである。

本市における平成 28 年度の特定健診の受診率は 55.7%、特定保健指導実施率は 67.5% であり、同規模、県、国よりも高い傾向にある。しかし年代別で見ると、65 歳以上の受診率は 65.6% であるのに対し、40~64 歳は 40.8% となっており、若い年代ほど受診率が低いことが課題である (P10 図表 6、P25 図表 24)。

未受診者対策においては、これまでも行ってきた地域住民と連携した活動を継続し、効果的な健診受診勧奨を行っていく。

健診も治療も受けていない図表 25G の対象者は、「何か症状が出たら医療機関にかかるからよい」、「健康だから健診を受ける必要はない」という理由で健診を受けないため、生活習慣病が重症化していても分からない状態にある。G の対象者は、未受診者対策の優先対象者として捉え、確実に取り組む必要がある。

【図表 23】 治療と未治療の状況

糖尿病	対象者数	HbA1c測定			正常		保健指導判定値				受診勧奨値(糖尿病)							
							正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		最低限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		8.0以上	
							人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A			
治療中	H24	3,163	221	7.0	5	0.2	24	0.8	45	1.4	69	2.2	59	1.9	19	0.6		
	H25	3,265	239	7.3	11	0.3	26	0.8	51	1.6	72	2.2	61	1.9	18	0.6		
	H26	3,303	271	8.2	6	0.2	27	0.8	74	2.2	70	2.1	69	2.1	25	0.8		
	H27	3,377	266	7.9	6	0.2	24	0.7	68	2.0	73	2.2	70	2.1	25	0.7		
	H28	3,351	313	9.3	8	0.2	21	0.6	73	2.2	84	2.5	95	2.8	32	1.0		
治療なし	H24	3,163	2,942	93.0	1,342	42.4	1,102	34.8	364	11.5	87	2.8	33	1.0	14	0.4		
	H25	3,265	3,026	92.7	1,614	49.4	1,021	31.3	280	8.6	73	2.2	30	0.9	8	0.2		
	H26	3,303	3,032	91.8	1,422	43.1	1,154	34.9	348	10.5	75	2.3	26	0.8	7	0.2		
	H27	3,377	3,111	92.1	1,288	38.1	1,226	36.3	455	13.5	98	2.9	30	0.9	14	0.4		
	H28	3,351	3,038	90.7	1,063	31.7	1,308	39.0	501	15.0	116	3.5	37	1.1	13	0.4		

高血圧	対象者数	血圧測定者			正常		保健指導判定値		受診勧奨値							
							正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
							人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
							A	A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E
治療中	H24	3,220	995	30.9	445	13.8	308	9.6	211	6.6	26	0.8	5	0.2		
	H25	3,327	1,064	32.0	466	14.0	333	10.0	240	7.2	23	0.7	2	0.1		
	H26	3,372	1,072	31.8	513	15.2	304	9.0	221	6.6	31	0.9	3	0.1		
	H27	3,441	1,163	33.8	540	15.7	349	10.1	233	6.8	33	1.0	8	0.2		
	H28	3,430	1,155	33.7	542	15.8	359	10.5	213	6.2	37	1.1	4	0.1		
治療なし	H24	3,220	2,225	69.1	1,479	45.9	426	13.2	254	7.9	55	1.7	11	0.3		
	H25	3,327	2,263	68.0	1,486	44.7	427	12.8	284	8.5	56	1.7	10	0.3		
	H26	3,372	2,300	68.2	1,522	45.1	416	12.3	299	8.9	52	1.5	11	0.3		
	H27	3,441	2,278	66.2	1,479	43.0	422	12.3	309	9.0	58	1.7	10	0.3		
	H28	3,430	2,275	66.3	1,486	43.3	415	12.1	289	8.4	67	2.0	18	0.5		

脂質異常	対象者数	LDL測定者数			正常		保健指導判定値		受診勧奨値							
							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'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E
治療中	H24	3,220	805	25.0	545	16.9	146	4.5	76	2.4	20	0.6	18	0.6		
	H25	3,327	840	25.2	544	16.4	182	5.5	79	2.4	16	0.5	19	0.6		
	H26	3,372	922	27.3	605	17.9	202	6.0	75	2.2	28	0.8	12	0.4		
	H27	3,441	935	27.2	618	18.0	204	5.9	79	2.3	19	0.6	15	0.4		
	H28	3,431	933	27.2	650	18.9	189	5.5	61	1.8	21	0.6	12	0.3		
治療なし	H24	3,220	2,415	75.0	1,119	34.8	606	18.8	403	12.5	174	5.4	113	3.5		
	H25	3,327	2,487	74.8	1,120	33.7	640	19.2	422	12.7	196	5.9	109	3.3		
	H26	3,372	2,450	72.7	1,164	34.5	632	18.7	380	11.3	171	5.1	103	3.1		
	H27	3,441	2,506	72.8	1,098	31.9	641	18.6	471	13.7	205	6.0	91	2.6		
	H28	3,431	2,498	72.8	1,112	32.4	706	20.6	414	12.1	172	5.0	94	2.7		

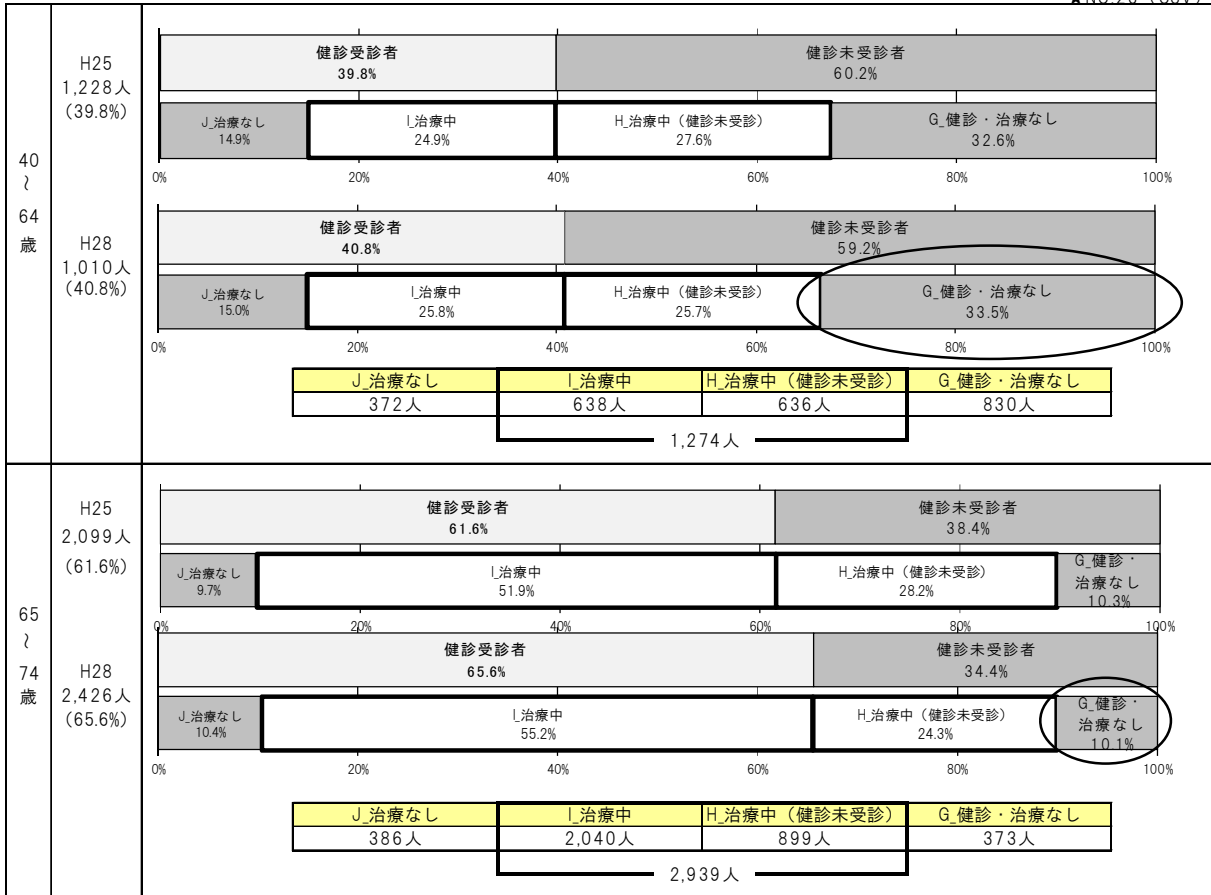
【図表 24】脳・心・腎を守るために—重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする—

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析										
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンド ロームの診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満		
受診者数 3,432 対象者数	126 3.7%	31 0.9%	106 3.1%	103 3.0%	618 18.0%	293 8.5%	44 1.3%	111 3.2%	1,057 30.8%	
治療なし	85 3.7%	8 0.5%	94 3.8%	82 3.3%	108 6.1%	166 5.5%	9 0.5%	32 1.9%	327 18.5%	
(再掲) 特定保健指導	34 27.0%	2 6.5%	25 23.6%	33 32.0%	108 17.5%	30 10.2%	3 6.8%	7 6.3%	155 14.7%	
治療中	41 3.5%	23 1.4%	12 1.3%	21 2.3%	510 30.6%	127 40.6%	35 2.1%	79 4.9%	730 43.7%	
臓器障害 あり	36 42.4%	8 100.0%	27 28.7%	27 32.9%	43 39.8%	66 39.8%	9 100.0%	32 100.0%	139 42.5%	
CKD(専門医対象者)	8	0	3	4	7	13	9	32	42	
原蛋白(2+)以上	2	0	1	3	2	6	9	1	9	
原蛋白(+)and 尿潜血(+)以上	2	0	0	0	2	2	0	1	3	
eGFR50未満(70歳 未満は40未満)	5	0	3	2	3	9	1	32	32	
心電図所見あり	31	8	25	24	38	55	2	5	104	
臓器障害 なし	49 57.6%	--	67 71.3%	55 67.1%	65 60.2%	100 60.2%	--	--	--	
治療中	臓器障害 あり	13 31.7%	23 100.0%	5 41.7%	8 38.1%	166 32.5%	36 28.3%	35 100.0%	79 100.0%	275 37.7%
CKD(専門医対象者)	6	4	3	4	46	10	35	79	109	
原蛋白(2+)以上	2	0	2	2	15	4	35	10	35	
原蛋白(+)and 尿潜血(+)以上	0	1	0	0	4	0	0	2	7	
eGFR50未満(70歳 未満は40未満)	6	3	2	2	34	6	10	79	79	
心電図所見あり	8	23	3	4	133	28	6	24	195	
臓器障害なし	28 68.3%	--	7 58.3%	13 61.9%	344 67.5%	91 71.7%	--	--	--	

【図表 25】 未受診者対策を考える (厚労省様式 6-10)

	健診対象者数	健診受診者数	受診率
H25	6,499	3,327	51.2%
H28	6,174	3,436	55.7%

★NO.26 (CSV)



(5) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率・特定保健指導実施率は徐々に上がっており、平成 28 年度の同規模内での順位は 5 位となっている (図表 26)。しかし、国の特定健診受診率目標値である 60%には到達しておらず、また保険者努力支援制度においても評価されていくため、今後も未受診者や不定期受診者への健診の受診勧奨をしていく必要がある。

【図表 26】 野々市市特定健診受診率・特定保健指導実施率

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								野々市市	同規模平均
H25	6,500	3,327	51.2	18位	380	220	57.9	47.2	50.8
H28	6,160	3,432	55.7	5位	351	237	67.5	46.9	51.5

2. 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り、生活習慣病の発症予防、重症化予防のために保健師及び管理栄養士が実施してきた。

保健師・管理栄養士は、保健師及び栄養士の各活動指針※により地区担当制を推進し、健康課題を明らかにして重症化予防の保健活動を行っていくことが示されている。専門職が各々の能力を活用した役割分担をすることが住民の利益につながるため、国の制度改革に合わせて専門職を適切に配置していくことが必要である。なお、本計画の主管である国保部門（保険年金課）に保健師等の専門職が配置されていないことから、保健部門（健康推進課）の保健師等に事業の執行委任を行い、本計画に沿った事業を展開することとする。

※「地域における保健師の保健活動に関する指針」「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針」厚生労働省健康局

【図表 27】 野々市市の保健活動の実施体制

		H25	H26	H27	H28	H29
保健師	保健師総数	18	18	18	18	19
	保健部門での実働人数	9	9	10	10	10
	保健部門での実働割合	50.0%	50.0%	55.6%	55.6%	52.6%
管理栄養士	管理栄養士総数	3	3	3	3	4
	保健部門での実働人数	2	2	2	2	3
	保健部門での実働割合	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%	75.0%

毎年4月1日現在

2) 保健指導の実施状況

保健指導の対象者は健診結果に基づいて対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療機関との連携を進めることが効果的である。重症化予防の視点から、第1優先対象者に対する保健指導を徹底していく。保険者努力支援制度では、特定保健指導実施率についての評価も設けられており、第4章で目標を設定し、取り組んでいる。

また、重症化予防としての糖尿病性腎症重症化予防については、糖尿病管理台帳をもとに、①未受診者②治療中断者③ハイリスク者への保健指導を実施している。今後ますますその重要性が高まることが考えられるため、台帳の整備や、保健指導を実施するための体制の整備が必要となる。

糖尿病管理台帳を地区別に管理できるように、地区担当が年度計画を立て保健指導を実施している。今後も糖尿病性腎症重症化予防については、県で作成した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム※（以下「石川県プログラム」という。）」の実践に向けた活動が必要となる。

※石川県医師会、石川県糖尿病対策推進会議、石川県保険者協議会、石川県により作成したプログラム。糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して関係機関が連携して保健指導を行うことにより、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的としている。

【図表 28】 保健指導対象者優先順位

保健指導対象者		H25			H28			
		対象者数	保健指導実施者数	実施割合	対象者数	保健指導実施者数	実施割合	
第1優先	1	高血圧 ※1	86	73	84.9%	22	17	77.3%
	2	慢性腎臓病(CKD) ※2	165	84	50.9%	38	25	65.8%
	3	脂質異常 ※3	118	95	80.5%	130	127	97.7%
	4	糖尿病 ※4	19	16	84.2%	163	118	72.4%
	5	特定保健指導(積極的支援)	27	16	59.3%	64	50	78.1%
	6	メタボリック該当3項目				177	104	58.8%
	7	心電図所見で心房細動あり	3	2	66.7%	137	105	76.6%
	8	尿酸9.0以上	10	7	70.0%	9	4	44.4%
	小計		428	293	68.5%	740	550	74.3%
第2優先	9	高血圧 ※5	241	192	79.7%	69	50	72.5%
	10	慢性腎臓病(CKD) ※6	224	156	69.6%	65	35	53.8%
	11	脂質異常 ※7	169	135	79.9%	211	133	63.0%
	12	糖尿病 ※8	92	68	73.9%	120	72	60.0%
	13	特定保健指導(動機づけ支援)	66	38	57.6%	181	148	81.8%
	14	メタボリック該当2項目				201	103	51.2%
	15	尿酸8.0以上	26	19	73.1%	21	11	52.4%
小計		818	608	74.3%	868	552	63.6%	
第3優先	16	高血圧 ※9	145	40	27.6%	231	117	50.6%
	17	慢性腎臓病(CKD) ※10				300	189	63.0%
	18	脂質異常(LDL140以上)	312	155	49.7%	227	123	54.2%
	19	糖尿病 ※11	179	82	45.8%	181	106	58.6%
	20	メタボ1項目該当				63	25	39.7%
小計		781	277	35.5%	1,002	560	55.9%	
総計		2,027	1,178	58.1%	2,610	1,662	63.7%	

	H25	H28
※1	Ⅱ・Ⅲ度高血圧(治療あり、なし)	Ⅲ度高血圧(治療あり、なし)
※2	eGFR45以上かつ尿たんぱく十以上)または(eGFR45未満)	CKD重症度分類A3かつG3a~G5、A2かつG3b~G5、A1かつG4・5
※3	LDL180以上、中性脂肪1000以上	LDL180以上、中性脂肪400以上
※4	HbA1c7.4以上(治療なし)もしくはHbA1c8.4以上(治療あり)	HbA1c7.0以上(治療あり、なし)
※5	I度高血圧(治療なし)	Ⅱ度高血圧(治療あり、なし)
※6	eGFR45以上60未満	CKD重症度分類A3かつG1・2、A2かつG3a、A1かつG3b(70歳以上でGFR40以上を除く)
※7	LDL160以上もしくは中性脂肪400~999)	LDL160以上もしくは中性脂肪300以上
※8	HbA1c6.5以上未治療、6.9以上治療あり	HbA1c6.5以上(治療あり、なし)
※9	I度高血圧治療あり	I度高血圧(治療あり、なし)
※10	-	CKD重症度分類A2かつG1・2、A1かつG3a、A1かつG3b(70歳以上でGFR40以上)
※11	HbA1c5.9%以上(治療なし)	HbA1c6.0%以上(治療あり、なし)

3. 第1期にかかる考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。第2号被保険者の介護認定率や糖尿病性腎症による人工透析にかかる費用額は減少しており、医療費の伸びの抑制の一助となっている。しかし、入院医療費が伸び、外来医療費が減少しており、重症化してから医療機関にかかり入院してしまっていることが課題として挙げられるため、第2期の取組として注力していく必要がある。

第3節 第2期計画における健康課題の明確化

1. 医療の状況

医療費の動向や受療状況を把握し、そのうち予防可能な疾患をターゲットに保健事業により医療費の適正化を図ることによって保険者の財政基盤強化が図られることは、保険者にとっても、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高血圧の占める割合が増えている。

また、メタボリックシンドロームを背景とする生活習慣病等は薬物治療だけでは改善が難しい場合が多いことから、治療中であっても、保健指導を実施していくことが重要である。

2. 介護保険の状況

第2号被保険者の介護認定者の有病状況より、血管疾患に罹患している者の割合が約半数を占めている。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・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いえる。

3. 健診の状況

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

本市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見状況でも血圧、脂質、血糖の重なりのある者が多かった。医療機関への受診が必要な者や、既に医療機関にかかっているが、コントロールできていない者に対する特定保健指導以外の保健指導についても、引き続き取組が必要である。

医療費適正化において重症化予防の取組は重要であるが、健診も治療も受けていない割

合が40～64歳に多くなっている。若い世代が重症化する前に健診を受け、必要時には治療や保健指導を受けるなどして、生活習慣の改善に取り組んでいくことができるよう、健診の未受診者対策に引き続き取り組むこととする。

また治療の中断者に対しても、継続して治療を受けることができるよう、支援していく。

第4節 計画の目標の設定

1. 優先すべき課題

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

これら疾患の重大な発症リスクであるメタボリックシンドローム該当者が多く、さらに血圧値、血糖検査値（空腹時血糖、HbA1c）、LDLコレステロール値が保健指導対象値である者も多い状態にある。以上の結果を踏まえ、今期計画では、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症リスクの高いメタボリックシンドローム該当者、血圧値、血糖検査値、LDLコレステロール値が重症化予防対象者に該当する者への対策を最優先課題として取り組む。

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それぞれ減少させることができるよう、引き続き取り組む。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、外来を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、医療費に占める入院と外来の割合を、全国平均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、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を毎年改善していくこととする。

そのためには、医療機関受診が必要な者や、受診中で治療の継続が必要な者への適切な

働きかけをするとともに、医療機関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。

また薬物治療だけでは改善が難しい疾患として、メタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これらの疾患は、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併せて行っていく。

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。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り、その目標値は、第4章の「第三期特定健康診査等実施計画」に記載する。

【図表 29】 データヘルス計画の目標及び評価

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						最終評価値	現状値の把握方法				
				H28	H29	H30	H31	H32	H33			H34	H35		
特定健診等計画	<ul style="list-style-type: none"> ・特に40～64歳の世代の健診受診者の割合が、40.8%で伸びていない。 ・脳血管疾患や心疾患にかかる医療費が減っていない。 ・脳血管疾患、心疾患や人工透析に高血圧や糖尿病、脂質異常症を含め、他疾患を併発している人の割合が、減少してはいるものの依然多い。 	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を向上させ、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	55.7								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75%以上	67.5											
			特定保健指導対象者の減少率25%	23.6											
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> ・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、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	24.5								KDBシステム			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	24.0											
			糖尿病性腎症による透析導入者数の維持または減少(人)	1											
			データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者の女性の割合が11.4%に増えている。 ・HbA1cが5.6%以上の者の割合が、全国、県と比較して高い。 	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、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	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少20%	28.4								野々市市健康推進課
						健診受診者の高血圧者の割合減少5%(160/100以上)	3.5								
						健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	8.7								
健診受診者の糖尿病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	11.3														
保険者努力支援制度	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢調整死亡率において、男性の肺がん、女性の胃がん、肺がん、子宮がんが国と比較して高い。 	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結び付けることができた割合55%	43.2								地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)			
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上(国保)	71.3											
			がん検診受診率	胃がん検診40%以上	18.6										
			肺がん検診50%以上	27.6											
			大腸がん検診40%以上	26.7											
			子宮頸がん検診50%以上	24.4											
		乳がん検診50%以上	24.8												
		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55%以上	43.5								厚生労働省公表結果			

第3章 保健事業の内容

第1節 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^{※1}を組み合わせる必要がある。

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・虚血性心疾患・脳血管疾患における重症化予防の取組を行う。具体的には医療機関受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、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など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「第三期特定健康診査等実施計画」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、健診結果を分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、血圧計の貸し出しや糖尿病連携手帳等の配布を通じ、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（厚労省）」も踏まえ、健康づくりの取組を始めるきっかけとすることや継続するためにICT^{※2}等を活用しつつ支援する。

※1 対象を一部に限定せず、集団全体にアプローチを行いリスクを下げていく方法。具体的な取組は、第4節参照。

※2 情報通信技術のこと。従来から使われていたITに替わって通信ネットワークによって情報が流通することの重要性を意識して使用される言葉。

第2節 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は「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び石川県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30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 30】糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	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		○			□

参考 平成29年7月10日 「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開(図表15)」

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石川県プログラムに準じ、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、保険者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 31）。

【図表 31】糖尿病性腎症病期分類

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	

抜粋 平成 29 年 7 月 10 日 「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 (図表 16)」

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。本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 (参考資料 1)。

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（図表 32）。

本市において平成 27 年度特定健診受診者のうち平成 28 年度も糖尿病未治療の者は 75 人（26.5%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 755 人中、平成 27 年度特定健診受診者は 208 人（27.5%・G）であったが、16 人（7.6%・キ）は治療を中断していた。糖尿病治療者で平成 27 年度特定健診未受診者 437 人（57.8%・I）のうち、過去 2 年間に一度でも特定健診受診歴がある者 68 人（イ）中、22 人（オ）は治療中断であることが分かった。また、46 人（カ）については治療継続中だがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 32 より本市における優先順位及び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（F）・・・75 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者（オ・キ）・・・38 人

優先順位 2 【保健指導】

- ・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（ク）・・・192 人

優先順位 3 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・46 人

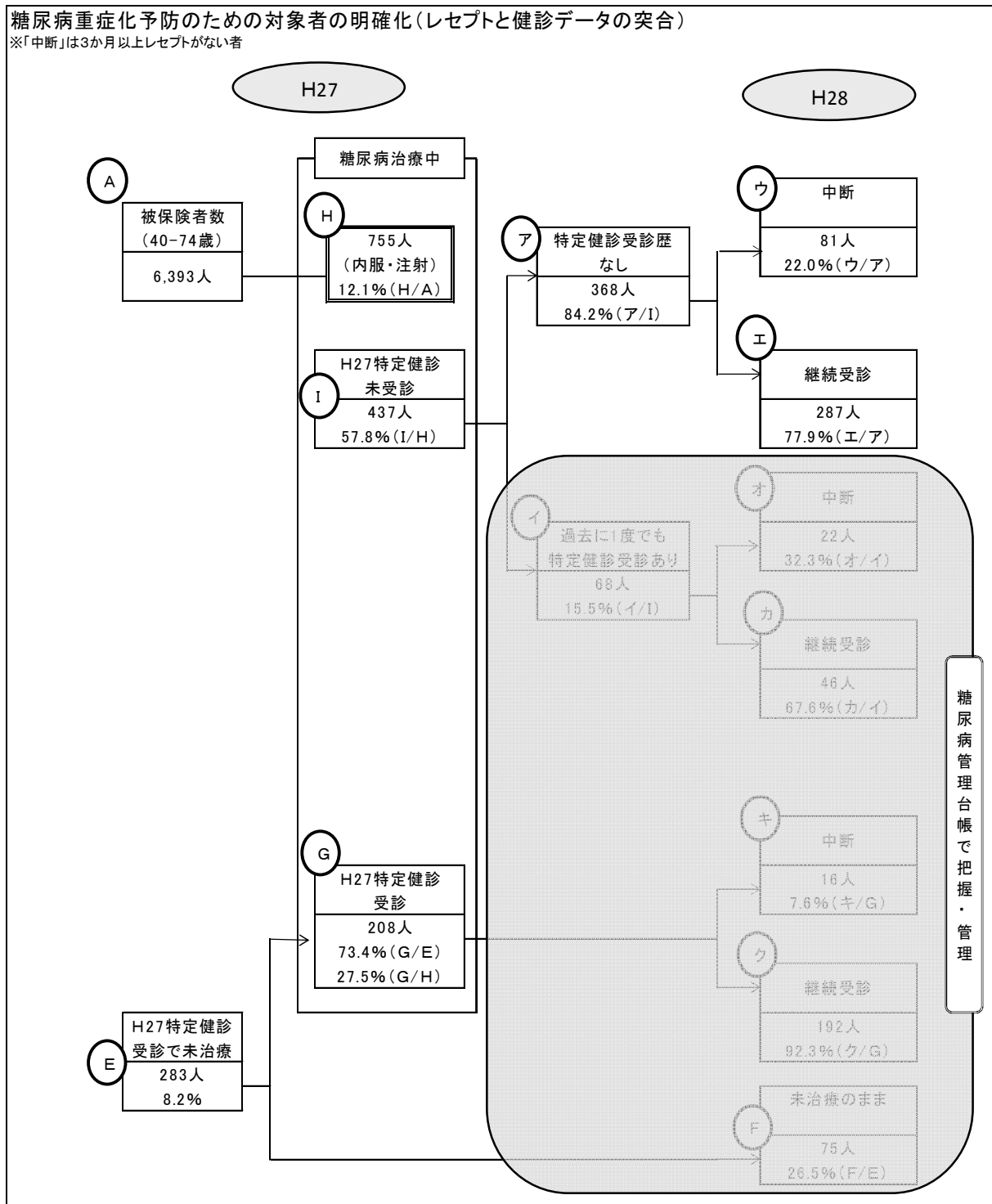
介入方法

- ・訪問、個別面談、電話、手紙等に対応する。
- ・優先順位 2・3 に関しては医療機関と連携した保健指導を実施していく。

【図表 32】糖尿病性重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



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. 健診データから治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上の者については以下の情報を糖尿病管理台帳に記載
①HbA1c ②血圧 ③体重 ④BMI ⑤eGFR ⑥尿蛋白
ただし、以下の者についても台帳で管理していく。
 - ・当該年度の健診データだけでなく過去5年間の特定健診受診時に HbA1c6.5%以上の者
 - ・HbA1c6.5%未満でも糖尿病治療中の者
2. 国民健康保険の資格を確認（保険異動、死亡、転出）
3. レセプトにより治療状況を確認し情報を記載
 - ・特定健診の間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、有の場合は診療開始日を記入
 - ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載
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・中断者数（受診勧奨者数）
 - ② 腎症重症化ハイリスク者数（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。本市においては、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33）。

【図表 33】 糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

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 (糖尿病治療ガイドP29)	資料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>①病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <p>②自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 →糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <ol style="list-style-type: none"> 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(グリコカルクス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 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
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になるかもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 →経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないと聞くけど?</p> <p>(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?)</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のも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. ピグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

参考 糖尿病治療ガイド

(2) 二次検査等を活用した重症化予防対策

メタボリックシンドローム該当者・予備群やHbA1c5.6%~6.4%の者に対する二次検査として、75g経口ブドウ糖負荷試験^{*}を実施し、対象者自身がインスリン分泌能や血糖値の推移について学び、生活改善に向けて取り組むことで重症化ハイリスク者の増加を抑制する。また、上記の対象者に加え、CKD重症度分類G3~G5の者に対して尿アルブミン定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防を目指す。

^{*}10時間以上の絶食後に75gブドウ糖液を摂取して一定の時間毎に血糖値とすい臓のインスリン分泌量の推移を測定する検査

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、糖尿病連携手帳や糖尿病ネットワーク協議会で定められた紹介状を用いるほか、必要な場合はかかりつけ医と情報共有を行う。

(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石川県プログラムに準じて行っていく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス目標及び評価(P29 図表 29)と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

・ 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

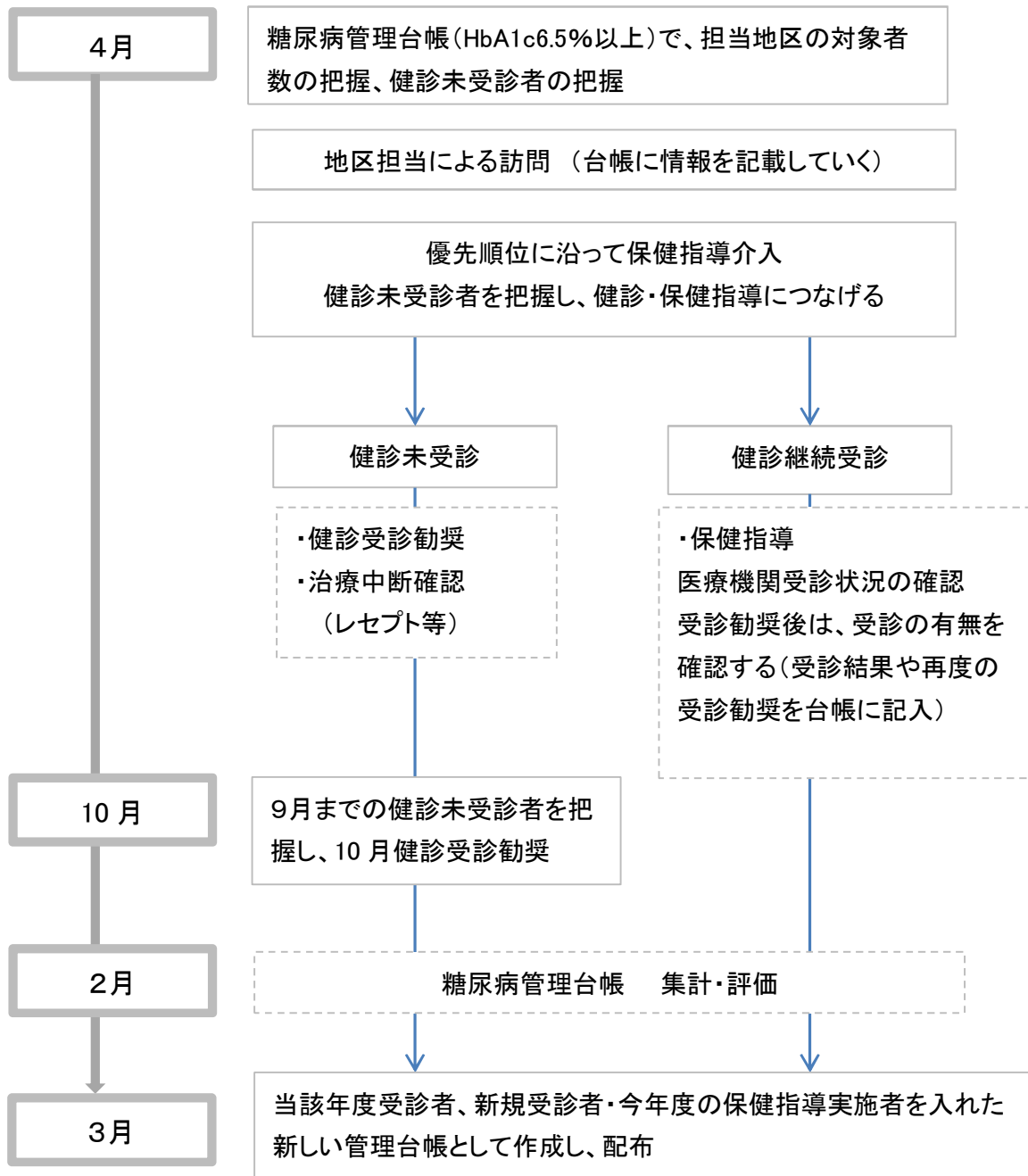
② 保健指導対象者に対する評価

- 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

・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



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」、「血管機能の非侵襲的評価法に関するガイドライン」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

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一つである。「安静時心電図に S T-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 S T 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。本市が行う健診では、平成 21 年度より心電図検査の対象を全員とした。

平成 28 年度の健診受診者 3,432 人のうち心電図検査実施者は 3,174 人（92.5%）であった。S T 所見があったのは 77 人で、そのうち 26 人は要精密検査であった。その後の受診状況を見ると 15 人は医療機関未受診であった（図表 34、35）。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。

S T 所見があるものの精密精査を必要としない 51 人へは、心電図における S T 所見とはどのような状態であるのかを他の健診データと合わせ、対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

また、本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が多い。虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、その該当者及び予備群の減少に向けての取組が重要である。

【図表 34】 野々市市の心電図検査結果

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)(%)
3,432	100	3,174	92.5	77	2.4	823	25.9	2,274	71.6

H28特定健診受診結果より

【図表 35】 野々市市のST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精密検査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
77	100	26	33.8	11	42.3	15	57.7

H28特定健診受診結果より

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 36 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状がある場合は医療機関を早期に受診することで重症化を予防することができる。保健指導は保健指導教材を活用し、対象者に応じてイメージしやすいように行う。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。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い、受診勧奨後は、医療機関受診の有無を確認する。また、メタボリックシンドロームや高血糖など治療だけでは改善しない要因がある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 36】 虚血性心疾患に関する症状

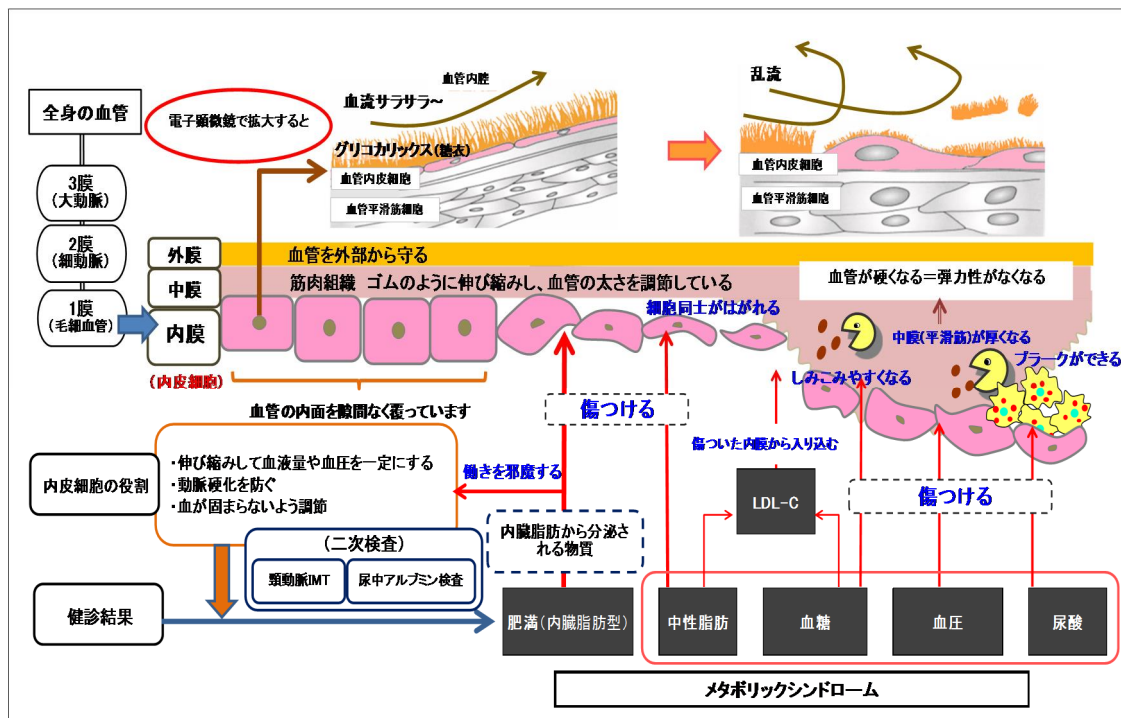
<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯への放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

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	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) 二次検査の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料5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。心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークの形成と血管機能不全の2つがある(図表37)。

【図表37】血管内皮機能が障害されることで動脈硬化へ



参考:「血管内皮機能を診る」(南山堂, 2015)東條美奈子

血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインより抜粋

- ・血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ARB)などがある。
- ・最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある。
- ・血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。

本市では、健診の二次検査として、動脈硬化病変を評価する頸動脈IMTと心筋梗塞や脳梗塞などの心血管疾患発症に対する予測能が優れている尿中アルブミン検査を実施する。

(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い、合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載する。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対象者やかかりつけ医から直接聞いたり、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の目標及び評価(P29 図表 29)として年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等の情報を活用する。

- ・ 短期的評価

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

- ・ 中長期的評価

糖尿病性腎症・脳血管疾患と合わせて行う

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

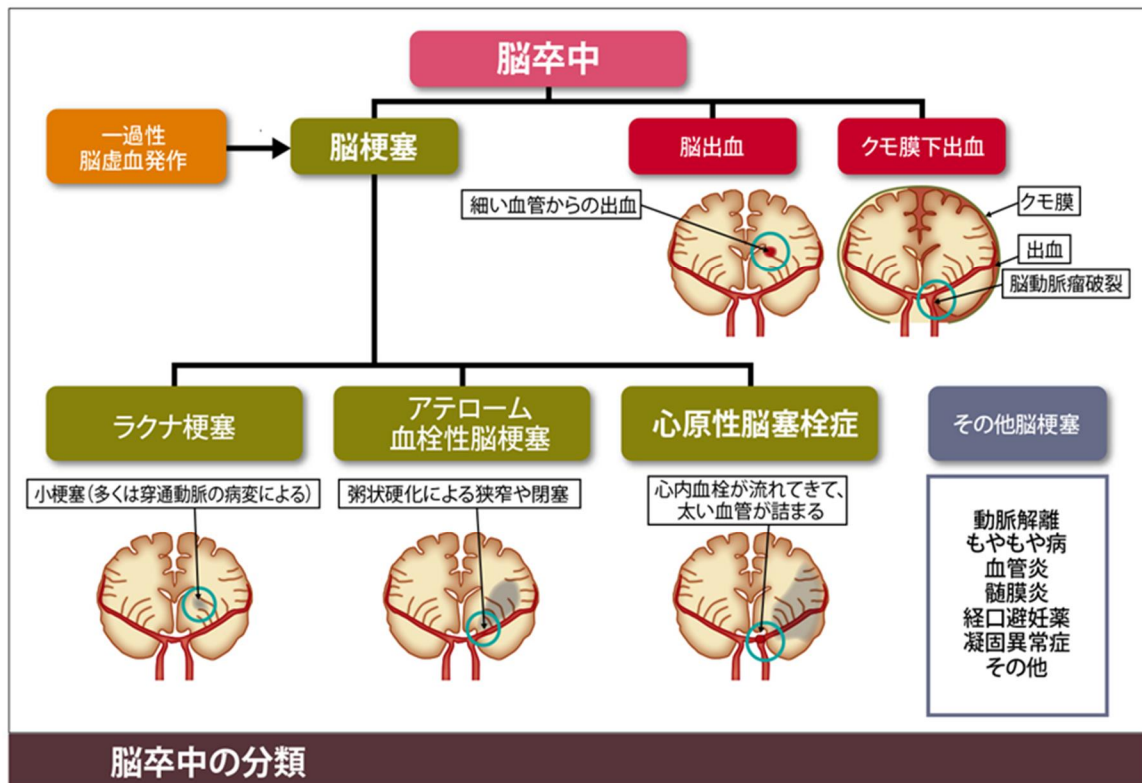
台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく（図表 38、39）。

【図表 38】脳卒中の分類



引用 脳卒中予防への提言

【図表 39】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	心房細動	脂質異常 (高LDL)	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	喫煙	飲酒
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 40 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。

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126人(3.7%)であり、85人は未治療者であった。また未治療者のうち36人(42.4%)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41人いることが分かった(図表 40)。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である。

【図表 40】野々市市の重症化予防対象者

リスク因子	高血圧		心房細動		脂質異常(高LDL)		メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病(CKD)			
	II度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満		
特定健診受診者における重症化予防対象者 受診者数3,432人	126人	3.7%	31人	0.9%	106人	3.1%	618人	18.0%	293人	8.5%	44人	1.3%	111人	3.2%
治療なし	85人		8人		94人		108人		166人		9人		32人	
治療あり	41人		23人		12人		510人		127人		35人		79人	
臓器障害あり	36人	42.4%	8人	100.0%	27人	28.7%	43人	39.8%	66人	39.8%	9人	100.0%	32人	100.0%
臓器障害ありのうち														
CKD(専門医対象者)	8人		0		3人		7人		13人		9人		32人	
尿蛋白(2+)以上	2人		0		1人		2人		6人		9人		1人	
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	2人		0		0		2人		2人		0		1人	
eGFR50未満(70歳未満は40未満)	5人		0		3人		3人		9人		1人		32人	
心電図所見あり	31人		8人		25人		38人		55人		2人		5人	

H28特定健診受診結果より

(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、高血圧以外のリスク因子が組み合わさることにより脳血管疾患だけではなく、心疾患や腎疾患などが発症する危険性が高まる。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 41)。

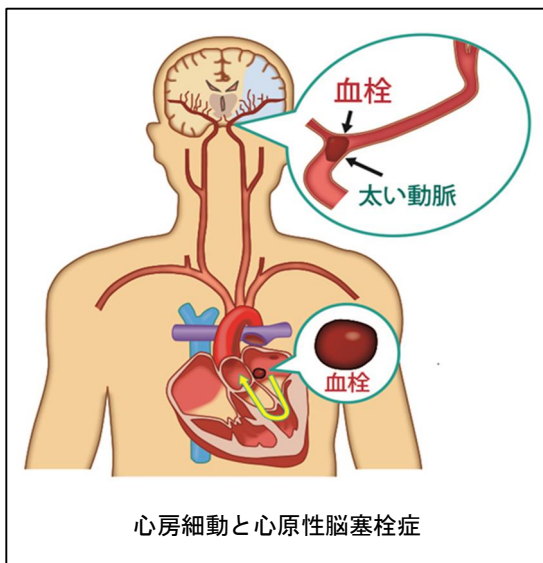
【図表 41】野々市市の血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層 (血圧以外のリスク因子) (人)	血圧分類 (mmHg)							低リスク群	中リスク群	高リスク群
	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上				
2,275	859	627	415	289	67	18	14	131	229	
	37.8%	27.6%	18.2%	12.7%	2.9%	0.8%	0.6%	5.8%	10.1%	
リスク第1層	252	139	63	34	14	2	14	2	0	
	11.1%	16.2%	10.0%	8.2%	4.8%	3.0%	100%	1.5%	0.0%	
リスク第2層	1,096	438	300	198	129	21	---	129	31	
	48.2%	51.0%	47.8%	47.7%	44.6%	31.3%	---	98.5%	13.5%	
リスク第3層	927	282	264	183	146	44	---	---	198	
	40.7%	32.8%	42.1%	44.1%	50.5%	65.7%	---	---	86.5%	
糖尿病	251	71	70	51	43	14				
	27.1%	25.2%	26.5%	27.9%	29.5%	31.8%				
慢性腎臓病 (CKD)	488	168	139	81	72	23				
	52.6%	59.6%	52.7%	44.3%	49.3%	52.3%				
3個以上の危険因子	402	96	115	95	69	24				
	43.4%	34.0%	43.6%	51.9%	47.3%	54.5%				

参考 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会
H28特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)

図表 41 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化した表であり、降圧薬治療者を除いている。高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要である。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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。心原性脳塞栓症の原因である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 42)。

引用 脳卒中予防への提言

心電図検査において31人に心房細動の所見があった。有所見率をみると年齢が高くなるにつれ増加しており、特に男性に有所見者が多い。日本循環器学会疫学調査と比較すると、どの年代でも低い。また31人のうち28人は既に治療が開始されていたが、3人は特定健診の心電図検査で発見ができた(図表42、43)。この3人には受診勧奨が必要である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性の説明と医療機関の受診勧奨を行う必要がある。

【図表42】野々市市の心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日本循環器学会疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,282	1,892	24	1.9	7	0.4	—	—
40歳代	122	154	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	109	184	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	557	956	7	1.3	3	0.3	1.9	0.4
70～74歳	494	598	17	3.4	4	0.7	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

H28特定健診受診結果より

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表43】野々市市の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	%
31	100	3	9.7	28	90.3

H28特定健診受診結果より

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導は保健指導教材を活用し対象者に応じてイメージしやすいように行う。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。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い、受診勧奨後は、医療機関受診の有無を確認する。また、メタボリックシンドロームや高血糖など治療だけでは改善しない要因がある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次検査の実施

脳血管疾患重症化予防対象者は、参考資料5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。心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークの形成と血管機能不全の2つの側面がある（P42 図表 37）。

血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインより抜粋

- ・血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。
- ・最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある。
- ・血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。

本市では健診の二次検査として、動脈硬化病変を評価する頸動脈IMTと心筋梗塞や脳梗塞などの心血管疾患発症に対する予測能が優れている尿中アルブミン検査を実施する。

(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、未治療者や治療中断者の把握に努め受診勧奨を行う（参考資料7）。

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する（参考資料8）。

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対象者やかかりつけ医から直接聞いたり、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等の情報を活用する。

- ・ 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
- ・ 中長期的評価
糖尿病性腎症・脳血管疾患と合わせて行う

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）

第3節 その他の保健事業

1. COPD

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

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

また、COPDの主要因である喫煙自体が肺以外にも以下のような全身への影響をもたらす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

資料 COPD（慢性閉塞性肺疾患）診療と治療のためのガイドライン第4版（日本呼吸器学会）

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、禁煙支援や医療機関への受診勧奨等を行う。

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 44】 特定健診受診者の喫煙率

年度	H25	H28
野々市市	14.0%	14.2%
同規模	13.5%	13.2%
石川県	13.3%	13.1%
全国	14.3%	14.2%

KDB帳票より

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すぐに医療機関を受診すること、検診にて要精密検査と判定された際には必ず精密検査を受けることについて、普及啓発を行う必要がある。

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、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因等もあるが、その背景には食や生活リズム、運動習慣などの共通する生活習慣がみられる。

食においては、エネルギー比率のバランスの悪さ（糖質・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1日の平均摂取量は、男性 313 g、女性 256 g と目標摂取量の 350 g に達していない（平成 28 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、体を動かすことをあまり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、食については消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。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。

また、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、運動を好むようにしておく等である。

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整えていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

本市では、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、妊娠期を含めて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 45】子どもの成長発達と親が学習する機会

	胎児期	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	母体からの栄養	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)									
		味覚の形成	味覚の形成 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。									
		離乳食	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。									
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。 (早寝早起き)											
	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	妊娠届出時の保健指導	若年者健診										
	妊婦健診	4か月児健診										
	プレパパママクラス	赤ちゃん訪問	7か月児相談	10か月児相談	1歳6か月児健診	3歳4か月児健診						
	妊婦訪問	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										

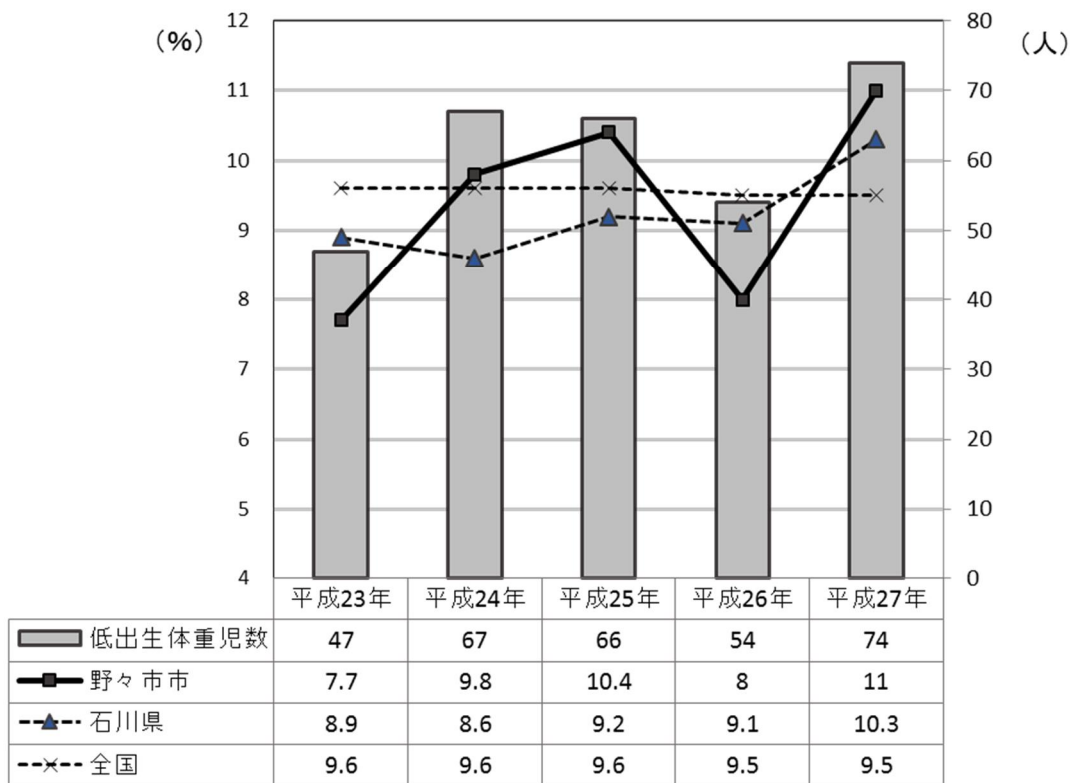
また、低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで儉約遺伝子によって作られた体（体質）と生まれてからの環境（過剰な栄養摂取等）が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告がある。

早産・低出生体重となる要因は、胎児側の要因（染色体異常・体内感染等）、胎盤要因（胎盤梗塞・前置胎盤等）、母体側の要因（多胎妊娠・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・歯周病等）とさまざまある。妊娠前から適切な生活習慣を身につけ、主体的に健康管理を行うことができるよう支援が必要である。

妊娠期は自分の体に合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群などの異常を予防することが、早産・低出生体重児の出産の予防につながるといえる。

本市における低出生体重児の割合は、変動はあるが、国・県の割合を上回る傾向がみられる（図表 46）。全妊婦が主体的に適切な健康管理を実践できるように支援するとともに、低体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病予防のための保健指導を行っていくことが必要である。また、若年者の多くが他の健康保険組合に加入している傾向にあるため、母子保健事業を実践する市と他の健康保険組合が、低出生体重児の実態について共有していく必要がある。

【図表 46】 低出生体重児の割合の推移



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、レセプト等情報を活用して、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

レセプト等情報に基づき、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い、使用促進を図る。

第4節 ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等、社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く、以下の資料等で市民へ周知していく。

保険者努力支援制度 野々市市

野々市市 人口 50,216人
(国保被保険者 9,516人)

野々市市 246点/345満点
全国順位 221位/1741市町村
県内順位 10位/41市町村

頂いたお金 557万円
1点当たりのお金 2.2万円

資料1

特定健診対象者 6,160人
(40~74歳) H28

健診受診者 3,432人 (55.7%)
健診未受診者 2,728人 (44.3%)

糖尿病 496人 (未治療者 179人) (36.1%)
糖尿病治療中 707人

高血圧 126人 (未治療者 85人) (67.4%)
高血圧治療中 611人

評価指標	30年度		28年度前値比	
	満点	得点	野々市市	A市
H29、30年度				
特定健診受診率	850	345	246	260
特定保健指導実施率	50	20	15	15
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	10
糖尿病等重症化予防の取組	100			
① 対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会の連携 ③ 専門職の取組、事業評価 ・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(50)	40	40	40
④ 個人への分かりやすい情報提供 ・個人へのインセンティブ提供 ② 個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携	25	20	20	20
⑤ データヘルス計画の取組 ・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施 ② 第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携	70	20	0	20
⑥ がん検診受診率	40	10	10	10
⑦ 歯周疾患(歯)検診実施状況	(5)			
⑧ 地域包括ケアの推進	(35)			
⑨ 糖尿病等重症化予防の取組	30	10	10	10
⑩ 糖尿病等重症化予防の取組	25	10	10	10
⑪ 地域包括ケアの推進	25	5	5	5

① 市町村指標の都道府県単位評価 【200億円】 100

② 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組

③ 都道府県の取組状況 【150億円】 未定

④ 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組

⑤ 医療費適正化のアウトカム評価 【150億円】 50

⑥ 国保・年齢調整後1人当たり医療費

(H30年度~)
【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定
(国保加入者の保険料に影響)

第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

- 医療機関との適切な連携における優先順位
○かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
○保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。
- 診療における検査データを活用する条件
○医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
○基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。
- 手順
○保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する

石川県の健診結果と生活を科学的に解明する

1・からだの実態 (H26)

① 健診データ

腹囲	28位
BMI 25以上	35位
HbA1c 6.5以上	7位
HDLコレステロール 34未満	6位

↓

メタボリックシンドローム該当者 7位

② 患者調査の実態(糖尿病)外来・入院

糖尿病	外来 36位	入院 9位
-----	--------	-------

↓

③ 糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況

石川県	17位	44.6%
-----	-----	-------

2・石川の食の実態 (H26年~H28年平均)

	(金額)	(数量)
アイスクリーム・シャーベット	1位	豆腐 2位
スナック菓子	1位	清酒 6位
ケーキ	1位	乳酸菌飲料(金額) 5位
まんじゅう	5位	コーヒー・ココア(金額) 1位
菓子類	1位	
調理パン	4位	飲食店総数 7位
食パン	5位	すし店 2位
もち	1位	焼肉店 1位
さつまいも	3位	外食金額 6位
れんこん	1位	
ぶり	2位	

糖質・脂質の過剰

参考資料: 国民健康保険中央会(市町村国保特定健康診査実施状況)
厚生労働省患者調査
統計局 家計調査
KDB

第4章 第三期特定健康診査等実施計画

第1節 趣旨

医療保険者は生活習慣病予防の徹底を図ることを目的に、内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査（特定健診）及び特定健診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の実施が義務づけられている。この実施にあたり、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踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

第2節 目標値の設定

【図表 47】

年度	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診受診率	56	57	58	59	60	61
特定保健指導実施率	70	71	72	73	74	75

第3節 対象者の見込

【図表 48】

年度		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診	対象者数	6,034	5,973	5,911	5,851	5,791	5,731
	受診者数	3,379	3,405	3,428	3,452	3,475	3,496
特定保健指導	対象者数	338	340	343	345	347	350
	実施者数	237	242	247	252	257	262

第4節 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。集団健診は特定健診委託基準を満たす集団健診委託業者と、個別健診は白山ののいち医師会が実施医療機関のとりまとめを行い、委託契約を行う。

実施機関については、個別通知、市の広報及びホームページに掲載する。

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、具体的には委託できる者の基準について「特定健康診査の外部委託に関する基準」（平成 29 年 8 月 1 日 厚生労働省告示第 269 号）において定められている。

3. 特定健診実施項目

特定健診の実施項目については、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に規定する項目及び市国保が独自に必要と定める項目とする（図表 49）。

市独自の追加項目として、血清尿酸、尿潜血検査は全員に実施する。血糖検査については基本的な健診の項目で HbA1c または空腹時血糖を実施し、基本的な健診の項目で実施しない HbA1c または随時血糖を追加項目として測定する。心電図検査及び貧血検査、総コレステロール（Non-HDLコレステロール）、血清クレアチニン検査（eGFR）は、詳細項目で実施しない（医師の判断で必要とされなかった）場合は、追加項目として実施する（実施基準第 1 条 4 項）。

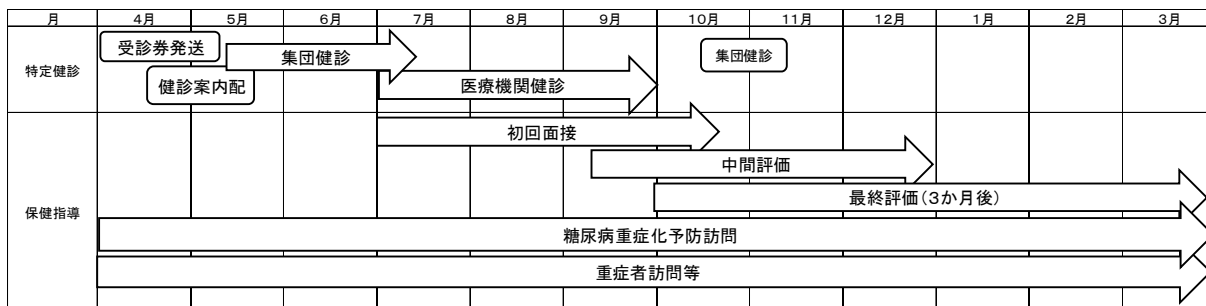
【図表 49】特定健診実施項目

区分		内容	
特定健診	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		肝機能検査	AST(GOT)
			ALT(GPT)
			γ-GT(γ-GTP)
		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		
	(Non-HDLコレステロール) ★		
	血糖検査(いずれかの項目の実施で可) ★	空腹時血糖	
		HbA1c(NGSP)	
	尿検査	尿糖	
		尿蛋白	
	詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)	貧血検査 ★	赤血球数
血色素量			
ヘマトクリット値			
心電図検査 ★			
眼底検査			
血清クレアチニン検査(eGFR) ★			
市独自の追加健診項目	血清尿酸、尿潜血検査 ★印については、基本的な健診または詳細な健診の項目で実施しない場合に、追加健診項目として実施する(Non-HDLコレステロールを実施しない場合は総コレステロール)		

4. 実施時期

集団健診、個別健診ともに一定の受診期間を指定して実施する（図表 50）。

【図表 50】 特定健診等スケジュール



5. 医療機関との適切な連携

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

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

6. 代行機関

特定健診データは、健診実施機関が、国の定める電子的標準様式により、石川県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」という。）へ提出する。特定健診に関するデータは、原則5年間保存（加入者でなくなった場合は翌年度末まで）とし、県国保連に保管及び管理を委託する。

また、特定健診に係る費用（自己負担額を除く）の請求・支払の代行についても、県国保連に委託する。

7. 健診の案内方法

市広報、市ホームページ、えふえむ・エヌ・ワンなどで周知を行う。受診案内は市広報と合わせて全戸配布し、特定健診対象者には受診券と健診のお知らせを郵送する。

第5節 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

1. 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（案）【平成30年度版】」にある様式（P59 図表51）をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

2. 要保健指導対象者数の見込、選定と優先順位・支援方法

図表51を基に対象者を決めて、保健指導を実施する（P60 図表52）。優先項目の設定については、第3章の重症化予防の取組と併せて実施する。

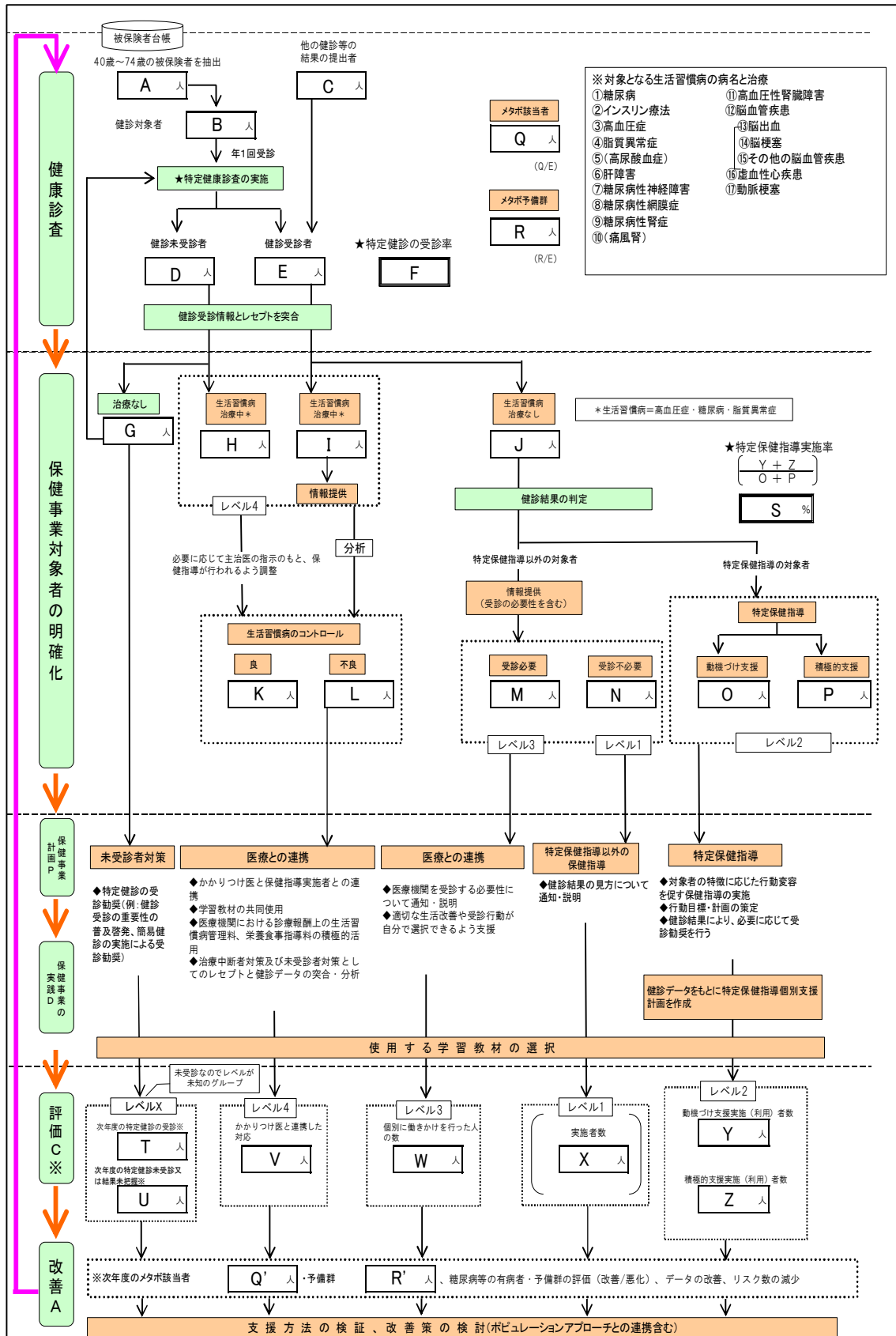
3. 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する（P61 図表53）。

4. 保健指導実施者の人材確保と資質向上

平成29年10月2日に出された「標準的な健診・保健指導プログラム（案）【平成30年度版】」によると、国保、衛生、介護の各部門が共通認識を持ち、保健事業を的確かつ効果的に実施していくことが重要とされている。住民や地域の実態・ニーズに即した保健事業等を運営できる技能・知識を有する人材を育成することが必要とされている。専門職と事務担当者の業務整理や連携強化を図るとともに、保健指導の実施体制強化に向け保健師・管理栄養士の確保と保健指導に関する研修の積極的な参加等で力量形成を行っていく。

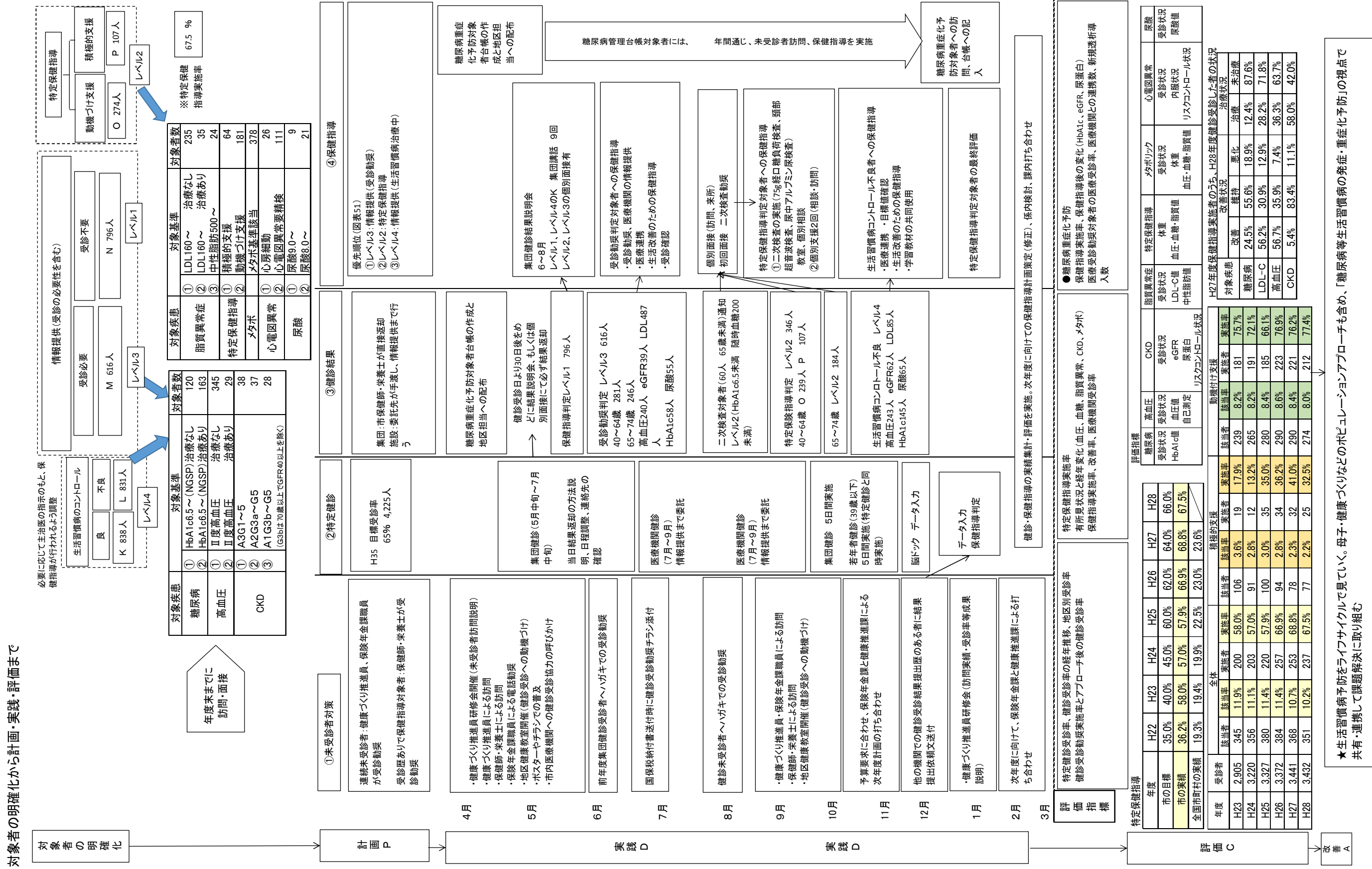
【図表 51】糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート



【図表 52】 要保健指導対象者数の見込

優先順位	図表51	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 H35 (割合)	実施目標 H35 (割合)	参考 (H28実施率)
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	664 (19%)	465 (70%) (HbA1c6.5%以上については全数)	61.0%
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	350 (10%)	262 (75%)	67.5%
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	1,713 (49%)	1,028 (60%)	49.0%
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)	2,235	1,788 (80%)	75.1%
5	N	レベル1 情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	804 (23%)	482 (60%)	52.0%

【図表 53】糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成 29 年度）



第6節 個人情報の保護

1. 基本的な考え方

特定健診及び特定保健指導の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び野々市市個人情報保護条例に基づき情報の取り扱いを行う。

また、特定健診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・特定保健指導の記録の保存方法

国の通知「平成30年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取り扱いについて（平成29年10月30日健発1030第1号、保発1030第6号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から県国保連に送付される。

受領されたデータファイルは、県国保連の特定健康診査等データ管理システムに保管される。

特定保健指導の実績については、県国保連の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う。

3. 記録の保存体制

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、県国保連に委託する。

本市はオンラインにより県国保連に接続し、記録の検索、閲覧、帳票出力などを行うことができるものとする。

なお、本市における記録の保存期間は5年間とする。

第7節 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等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。

第8節 第三期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、市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

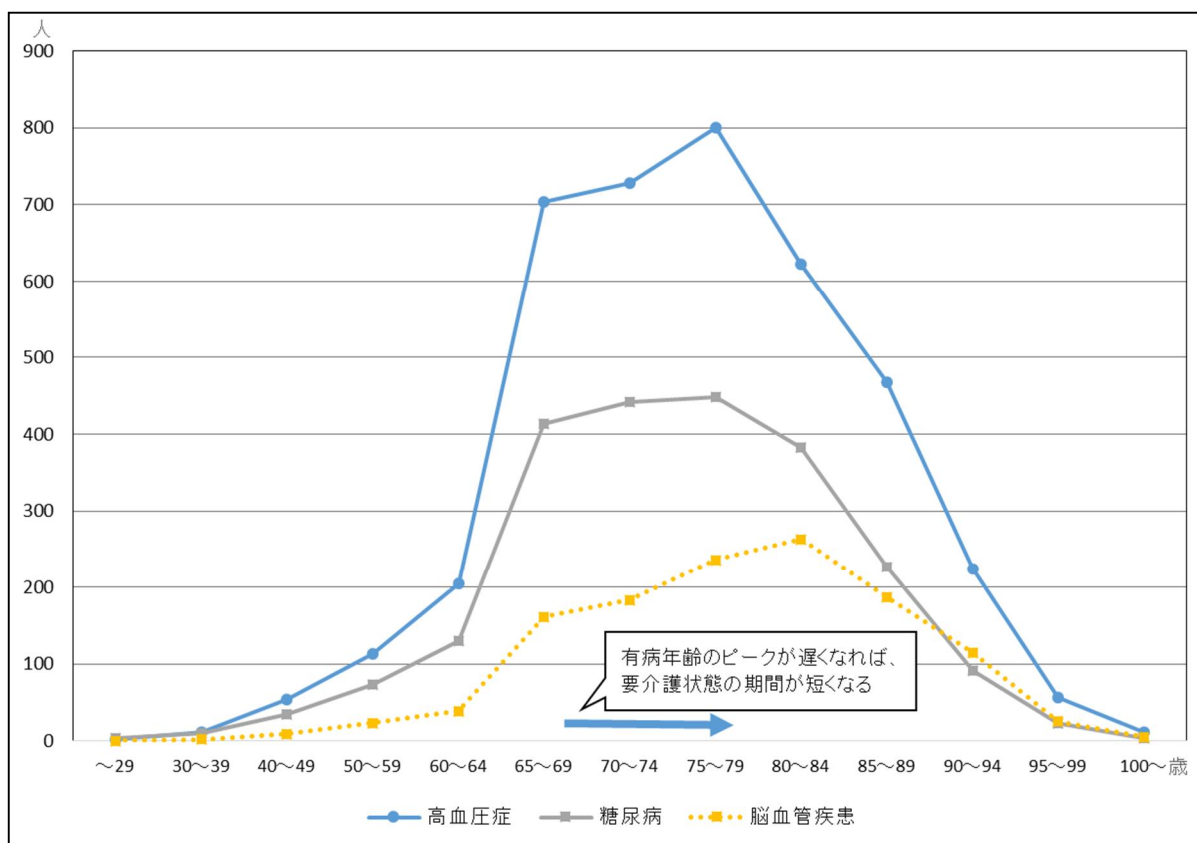
また、計画の公表時や健診の案内の際に、特定健診等の実施の趣旨についても広く周知する。

第5章 地域包括ケアに係る取組

今後、高齢化が急速に進むことで65歳以上の中重度の要介護対象者が増加すると懸念されており、地域包括ケア研究会報告書によると団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040（平成52）年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になるとされている。

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、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる（図表54）。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、要介護に至った背景をKDB・レセプトデータ・健診結果から分析し、ハイリスク対象者を抽出し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。

【図表54】要介護になる原因疾患の有病状況（人数）

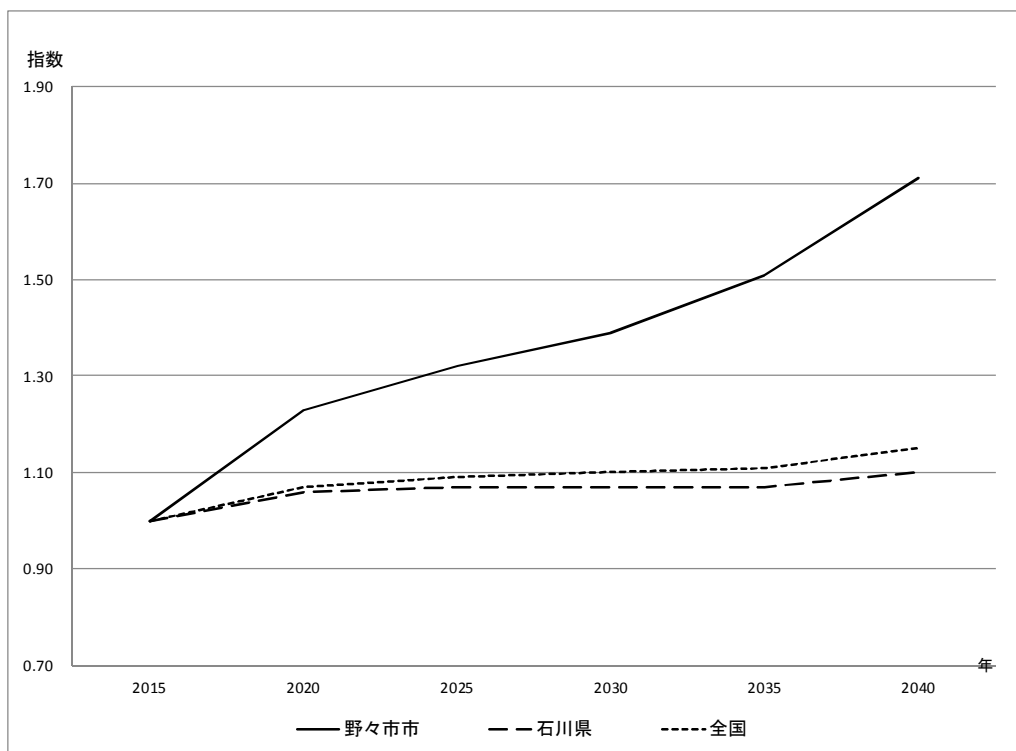


KDB平成29年5月診療分

本市の国保加入者のうち 65 歳以上の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は過半数を超えている。今後の本市の 65 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.00 としたときの指数でみると 2040 年には 1.71 で全国や石川県より高くなると推測され、今後さらに医療費の増大が懸念される（図表 55）。

このような状況に鑑みれば、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非常に重要である。

【図表 55】 65 歳以上人口の将来推計



資料 国立社会保障・人口問題研究所が集計した人口推計から作成

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システムの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアシステムの有効的な活用が、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

KDB等から要支援・要介護認定者の有病状況を分析し、生活習慣の改善により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などで、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図り、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、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮しつつ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とされており、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（参考資料9より抜粋）

プロセス （保健事業の実施過程）	<ul style="list-style-type: none">・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・スケジュール通り行われているか
アウトプット （保健事業の実施量）	<ul style="list-style-type: none">・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）	<ul style="list-style-type: none">・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）
ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	<ul style="list-style-type: none">・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

具体的な評価方法として、KDBの健診・医療・介護のデータを元に全体評価を行うことはもちろんのこと、保健指導に係る保健師・栄養士等が、自身の担当地区の被保険者分について受診率・受療率、医療の動向を定期的に評価する。

また、特定健診の国への実績データを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度も評価する。早急に取り組むべき課題である重症化予防事業の実施状況を毎年取りまとめ、県及び県国保連保健事業支援・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ることができるようにすることが重要であり、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、市広報や市ホームページを通じた周知のほか、白山ののいち医師会等の関係機関に周知する。

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、計画の要旨をまとめた簡易版を策定する。

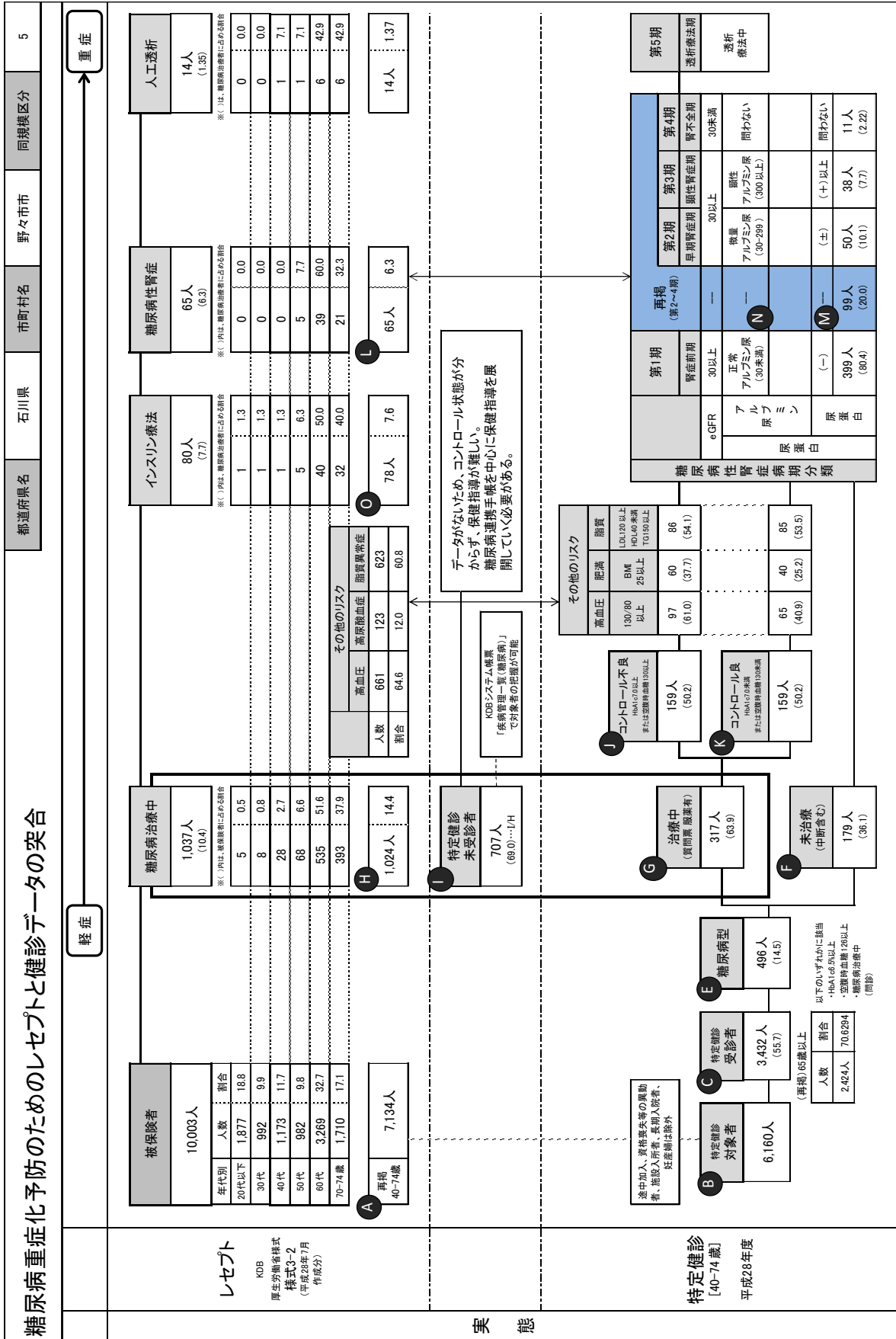
2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び野々市市個人情報保護条例に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等において、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	糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合	72
参考資料 2	糖尿病管理台帳	73
参考資料 3	糖尿病管理台帳からの年次計画	73
参考資料 4	糖尿病性腎症重症化予防の取組評価	74
参考資料 5	虚血性心疾患をどのように考えていくか	75
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	76
参考資料 7	血圧評価表	77
参考資料 8	心房細動管理台帳	77
参考資料 9	評価イメージ	78、79

【参考資料1】糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料2】糖尿病管理台帳

糖尿病管理台帳（永年）																				
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出死亡	備考					
							糖尿病	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:

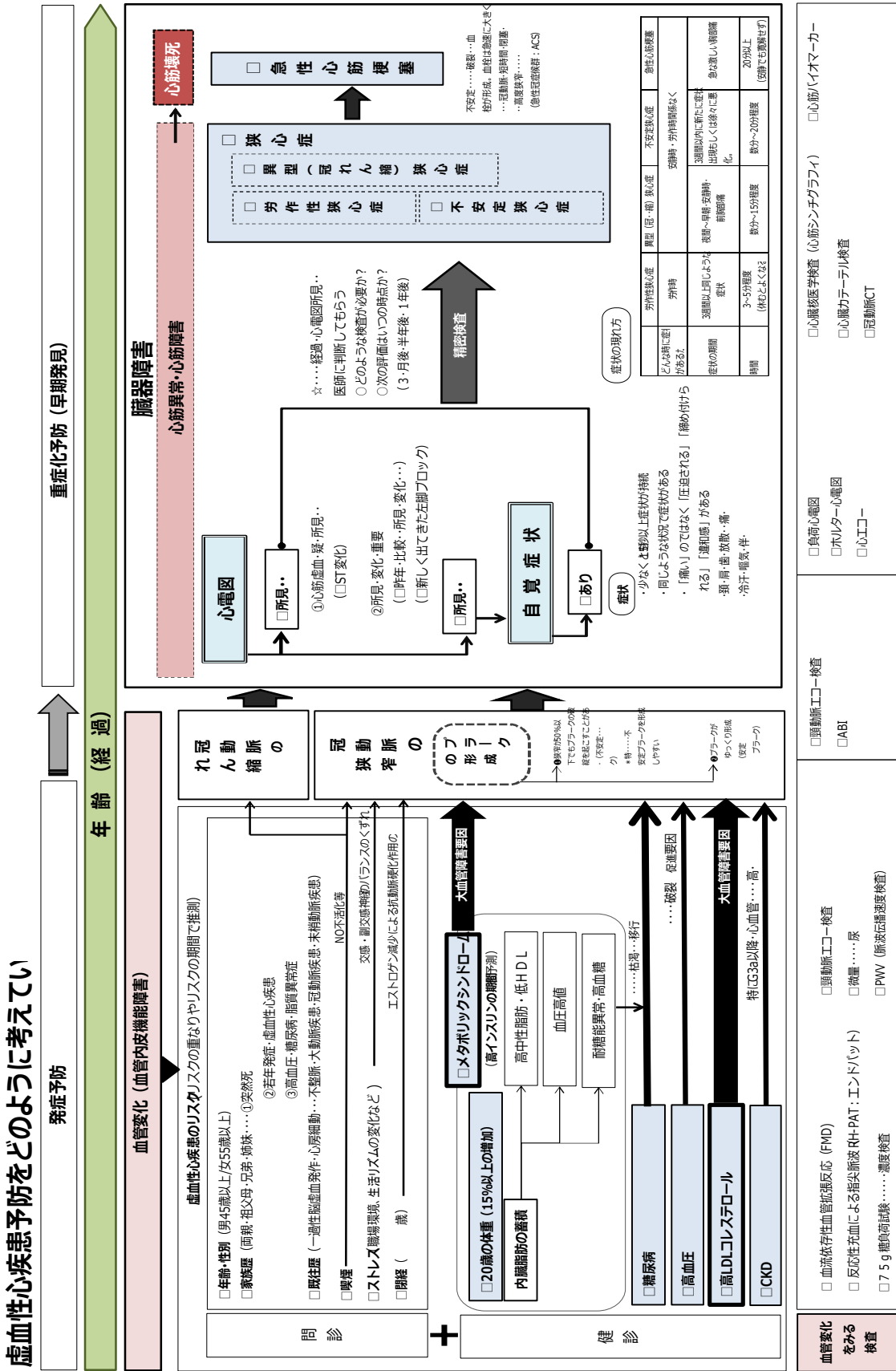
担当地区:

	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	糖尿病管理台帳の全数 (A+B) ()人														
	A 健診未受診者 ()人	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 後期高齢者、社会保険 ○医療保険異動の確認 ○死亡の場合、その原因	○健診データを本人から ○レセプトの確認協力												
保健指導の優先づけ	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>()人</td> </tr> </tbody> </table>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)														
	①国保(生保)	()人													
	②後期高齢者	()人													
	③他保険	()人													
	④住基異動(死亡・転出)	()人													
	⑤確認できず	()人													
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人	3. 訪問する ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 かかりつけ医、糖尿病専門医													
	*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														
	B 結果把握 ()人	4. 結果を基に指導する ○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 尿アルブミン検査の継続													
①HbA1cが悪化している ()人															
例) HbA1c 7.0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5ml/分/1.73m ² 以上低下 ()人		腎専門医													

【参考資料4】糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価			同規模区分	5	都道府県	石川県	市町村名	野々市市			
項目			実合表	保険者						同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数266	データ基
				28年度		29年度		30年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	10,003人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	A	7,134人							
2	①	対象者数	B	6,160人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	3,432人							
	③	受診率	C	55.7%							
3	①	特定 保健指導 対象者数		351人							
	②	実施率		67.5%							
4	①	糖尿病型	E	496人	14.5%					特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	179人	36.1%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	317人	63.9%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	159人	50.2%						
	⑤	血圧 130/80以上	J	97人	61.0%						
	⑥	肥満 BMI25以上	J	60人	37.7%						
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	159人	50.2%						
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	399人	80.4%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		50人	10.1%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		38人	7.7%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		11人	2.2%						
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		103.7人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		143.5人							
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は再掲千対	入院外(件数)	4,500件	(660.0)			9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院(件数)	58件	(8.5)			65件	(5.0)		
	⑤	糖尿病治療中	H	1,037人	10.4%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥	(再掲)40-74歳	H	1,024人	14.4%						
	⑦	健診未受診者	I	707人	69.0%						
	⑧	インスリン治療	O	80人	7.7%						
	⑨	(再掲)40-74歳	O	78人	7.6%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	65人	6.3%						
	⑪	(再掲)40-74歳	L	65人	6.3%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	1.35%				KDB_疾病管理一覧		
	⑬	(再掲)40-74歳		14人	1.37%						
	⑭	新規透析患者数		4人	0.3%						
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1人	0.09%						
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人	1.6%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	総医療費		32億2,190万円						KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費		17億8,114万円							
	③	(総医療費に占める割合)		55.3%							
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	12,987円							
	⑤		健診未受診者	33,872円							
	⑥	糖尿病医療費		1億4,729万円							
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%							
	⑧	糖尿病入院外総医療費		5億6,652万円							
	⑨	1件あたり		40,704円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		3億8,680万円							
	⑪	1件あたり		558,159円							
	⑫	在院日数		17日							
	⑬	慢性腎不全医療費		1億1,518万円							
	⑭	透析有り		10億7,177万円							
	⑮	透析なし		801万円							
⑯			1,864万円								
7	①	介護 介護給付費		23億1,746万円						49億7,433万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	4.5%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		3人	1.1%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

【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

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・・・			<input type="checkbox"/> ST変化	⑤ 重症化予防対象者		
				<input type="checkbox"/> ・・・他所見			
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の圧迫感、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸・肩・歯・痛・ <input type="checkbox"/> 冷汗・吐・気・・・			⑤ 重症化予防対象者		
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧			⑤ 重症化予防対象者			
③ 健診結果	(1) 経年的・・・人・・・経過・・・今・・・ (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。				メタボリックLDLタイプかを 経年表・・・確認・・・	⑤ 重症化予防対象者 ⑥ 発症予防対象者	
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
④ メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男・85～ 女・90～				
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299			300～
		食後	～199	200～			
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39	～34			
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～			
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50	51～			
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100	101～			
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		126～	
		食後	～139	140～199		200～	
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	・軽度・ <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 ・重度・ <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿・・・/・・・比			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
<input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/・・・・腿肥厚/皮膚・腿黄色腫/発疹性黄色腫・有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防・関・・・包括的・・・管理・・・

【参考資料9】実践評価をふまえ、平成29年度の取組と課題整理（平成29年度進捗状況）

実践評価をふまえ、平成29年度の取組と課題整理（平成29年度進捗状況）		評価（良くなったところ）			⑤課題																																
第1期データヘルス計画 目 標	平成29年度 課題	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返る (プロセス)		②アウトプット (事業実施量)		③アウトカム (結 果)	④ストラクチャー (構 造)																														
		<p>★中長期的な目標</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らすことを目標に、平成29年度は平成26年度と比較して、3疾患をそれぞれ5%減少させる。</p> <p>○重症化する前に早期に対応することで健康寿命を延伸し、一人ひとりの医療費の伸びを抑える。</p> <p>○重症化予防や適正な受診勧奨をすることを確実に取組み、入院する人を減らす。</p> <p>★短期的な目標</p> <p>○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す。</p> <p>・血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していく。</p> <p>・治療が必要な者：受診や治療継続の働きかけ ・治療中断者：医療機関と連携を図りながら、適切に保健指導を行う。</p> <p>・メタボリックシンドロームや糖尿病では、薬物療法だけでは改善されにくい状況であるため、栄養指導等の保健指導に力を入れる。</p> <p>・生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受診してもらうことが必要であり、引き続き未受診者対策等に力を入れる。</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標68%</p>	<p>全 体</p> <p>○保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。</p> <p>○生活習慣病予防をライフサイクルで見えていく。重点課題である「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組む。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○40歳～64歳の若い世代の受診率が低い。これまでも行ってきた地域住民と連携した活動を実施し、効果的な健診受診勧奨を行う。</p> <p>○健診も治療も受けていない対象者が、未受診者対策の優先対象者と捉え、確実に取り組む。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防対象者と特定保健指導対象者の重なりが48%である。特定保健指導の徹底を行うことから重症化予防につながる。</p> <p>○確実に医療機関につながっているかをKDBで確認し、受診後も治療が中断しないか等の管理を行う。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○医療との連携は不可欠であることから、個々の事例を通して連携を図っていく。</p>	<p>全 体</p> <p>○前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取組 ・未受診者台帳・糖尿病管理台帳を活用し、前年健診未受診者への訪問。 ・医療機関に、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 ・健康づくり推進員が地域での受診勧奨を行う。 ・40歳到達者では、個別訪問にて受診勧奨を実施。 ・電話・郵送による受診勧奨にて継続的な受診を呼びかける。 ・連合町内会研修会にて健診受診の呼びかけおよび、健康づくり推進員活動のバックアップを依頼。 ・未受診者台帳・糖尿病管理台帳を活用することで、継続受診や継続治療となるように関わっていく。 ・保険年金課と健康推進課の両方で未受診者対策を行っていく。 ・健診受診勧奨啓発ポスターを医療機関、公共機関、スーパー、金融機関などに設置。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○取組 ・糖尿病性腎症重症化予防のため糖尿病管理台帳を活用して対象者を抽出、管理の徹底を行う。 業務担当が地区毎に台帳を作成し、地区担当に配布する。地区担当による訪問・面接を実施する。未受診者に関しては受診勧奨とレセプトの確認。継続受診者には保健指導とレセプト確認を行う。年間を通じて情報を記入し、新たな台帳を配布する。 糖尿病管理台帳全数：665人 ・医療連携を図るために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・担当地区の医療機関を訪問し、主治医に相談しながら進めていく。 ・担当が変更しても、継続的した取組ができる。 ・糖尿病管理台帳の活用により、地区毎で優先順位を見ながら関わっていく。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○取組 ・市内の医療機関を訪問し、未受診者対策や重症化予防対策の協力依頼を実施。 ・糖尿病連携手帳を活用していく。 ・医療機関の個別訪問に関しては、継続していくことが重要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○計画した保健事業を実施したかどうか ・医療機関説明会実施状況 ・個々の医療機関へのアプローチ状況 ・未受診者訪問実施状況 ・保健指導実施状況(特定保健指導率)</p> <p>○医療機関へのアプローチ 6月のいきいき健診説明会で、医療機関へ受診勧奨の説明を行った。</p> <table border="1"> <tr><th colspan="3">H29年9月1日現在</th></tr> <tr><th>対象者</th><th>アプローチ方法</th><th>対象者数</th></tr> <tr><td>①</td><td>訪問</td><td>1429</td></tr> <tr><td>②</td><td>訪問不在(ちらし配布)</td><td>863</td></tr> <tr><td>③</td><td>来所・面談</td><td>8</td></tr> <tr><td>④</td><td>電話</td><td>5</td></tr> </table> <p>※糖尿病管理台帳登録者も含む</p> <p>40歳到達者人数 105人</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防対象者(保健指導対象者第1・2優先)</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>糖尿病</th><th>高血圧</th><th>脂質異常</th><th>メタボリック</th></tr> <tr><td>対象者数</td><td>283</td><td>91</td><td>341</td><td>378</td></tr> <tr><td>アプローチ数</td><td>190</td><td>67</td><td>260</td><td>207</td></tr> </table> <p>※糖尿病：HbA1c6.5%以上 高血圧：Ⅱ度以上 脂質異常：LDL160以上もしくは中性脂肪300以上</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定、アプローチを実施。</p> <p>HbA1c6.5%以上の未治療者に対する受診勧奨とハイリスク者に関する保健指導</p> <p>○特定保健指導実施率 67.5% (対象者351名中終了者237名)</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○個別事例を通して、医療機関に個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼をした。 医療機関20件中、8件依頼</p> <p>○糖尿病連携手帳発行数 20件(H29年12月1日現在)</p>	H29年9月1日現在			対象者	アプローチ方法	対象者数	①	訪問	1429	②	訪問不在(ちらし配布)	863	③	来所・面談	8	④	電話	5		糖尿病	高血圧	脂質異常	メタボリック	対象者数	283	91	341	378	アプローチ数	190	67	260
H29年9月1日現在																																					
対象者	アプローチ方法	対象者数																																			
①	訪問	1429																																			
②	訪問不在(ちらし配布)	863																																			
③	来所・面談	8																																			
④	電話	5																																			
	糖尿病	高血圧	脂質異常	メタボリック																																	
対象者数	283	91	341	378																																	
アプローチ数	190	67	260	207																																	