

第2期檜葉町データヘルス計画(第3期特定健康診査等実施計画)

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こととされている。

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。）の一部の改正等により、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。

檜葉町においては、国指針に基づき、「第2期データヘルス計画」を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的としている。

策定に当たっては、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の実施計画である「第3期檜葉町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を「第2期檜葉町データヘルス計画」の一部として位置付け、一体的に策定する。

2. 計画の位置付け

第2期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、保険者等における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。

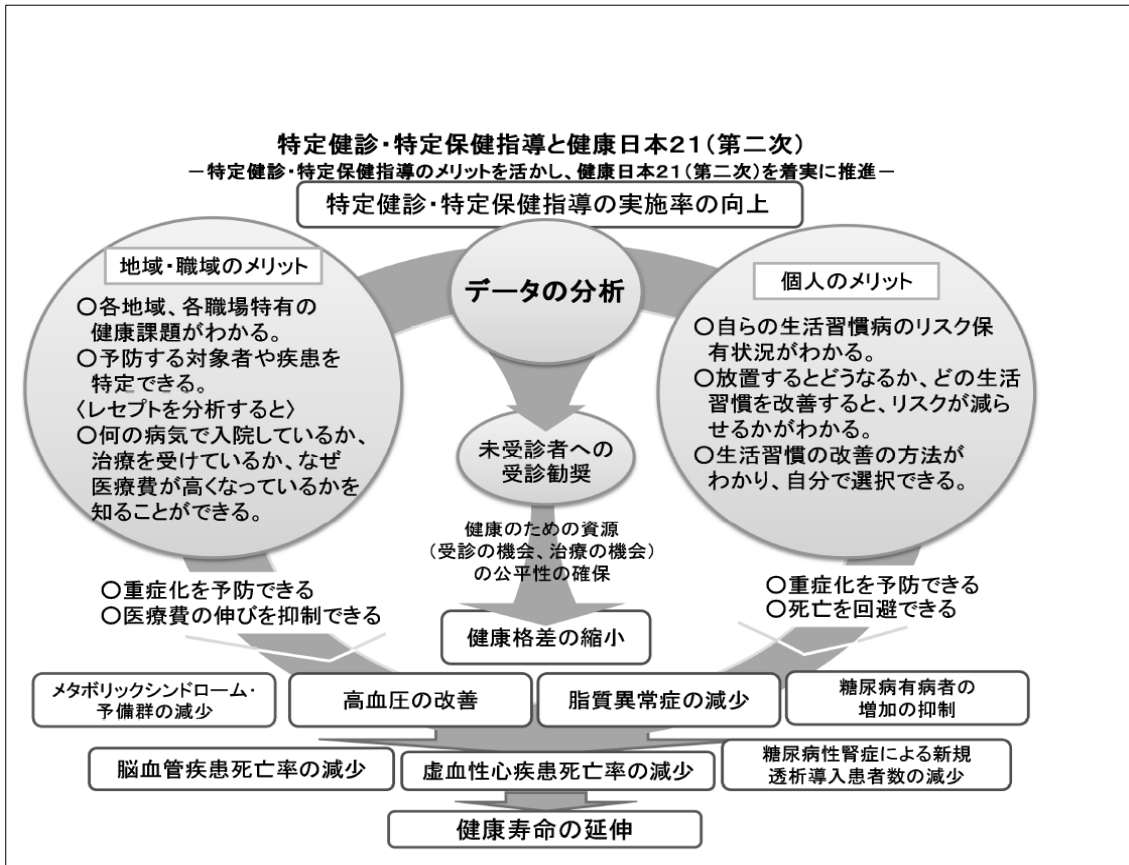
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「都道府県健康増進計画」や「市町村健康増進計画」、「都道府県医療費適正化計画」、「介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。(図 1-1～1-3)

【図 1-1】

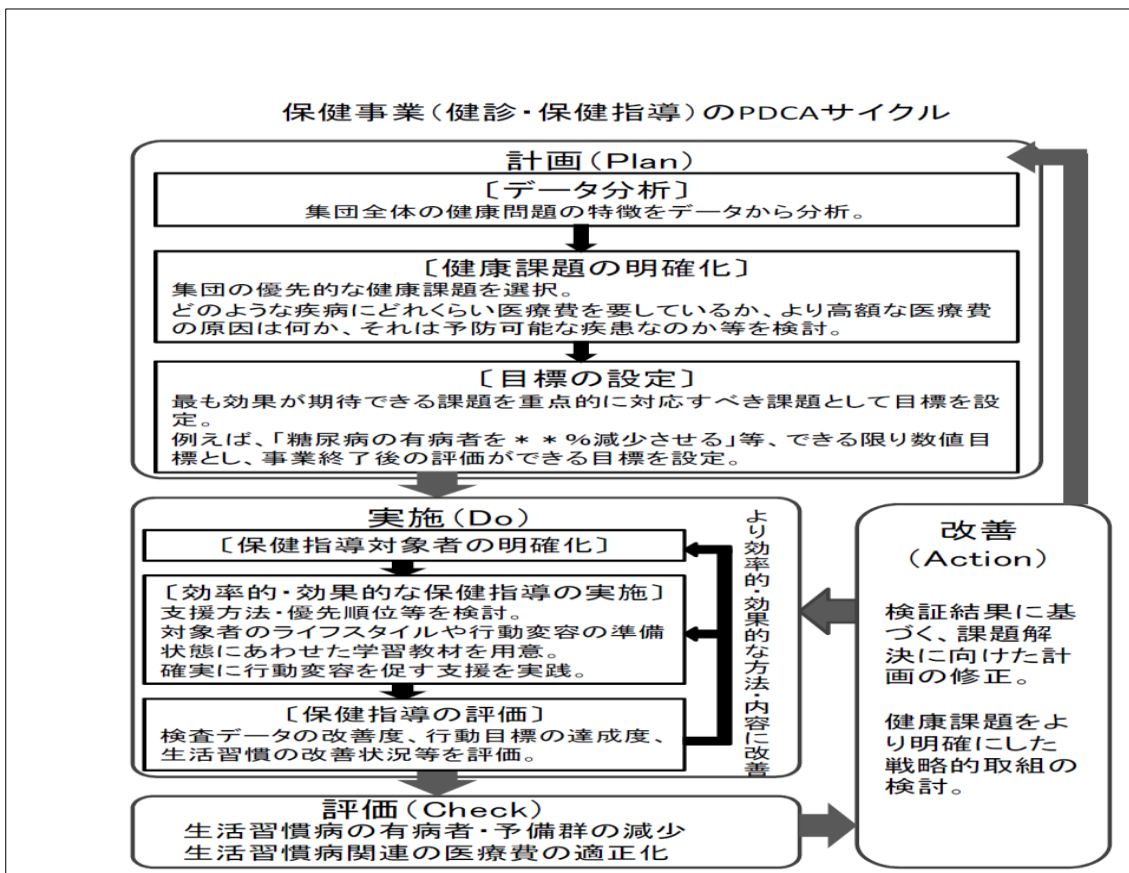
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
健康増進法(健康増進法)とは 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 施策を定めるための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な 実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 「国民健康保険法に基づく(保健事業の 実施等に関する指針)の改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業計画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方針	厚生労働省 健康局 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【金額改正】	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)	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、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を重点とするとともに、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 の質が向上することを目指す。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 を重点とするとともに、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、社会生活の 質が向上することを目指す。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。 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 的な健康増進及び病状の早期発見について、医 療者がその支援の中心となっており、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開する ことを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び保険料の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即応した日常生活 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への予防又は、要介護 状態等の軽減もしくは要介護状態の防止を理念としている。	国民健康保険を維持し、国、県、市町村、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適切に抑制し、医療 にかかわる医療費の適正化を図ることを目的とする。	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、良質な医療サービスを提供する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、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高くなる時期(高齢期)を迎 える現在の若年層(若壮年期)、小児からの生活 習慣づけ	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 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 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	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	糖尿病 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	※535項目中、特定健診に関係する項目153項目 ①血糖値異常、虚血性心疾患の年齢別罹患率と増 ②全身体重(肥満率)の年齢別罹患率(肥満率)と増 ③糖尿病性腎症の割合 ④血圧コントロール率(目標値)におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病性腎症 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの割合 ⑧生活習慣病の割合 ⑨成人の喫煙率 ⑩飲酒率、酒量 ⑪生活習慣病の割合 ⑫生活習慣病の割合 ⑬生活習慣病の割合 ⑭生活習慣病の割合 ⑮生活習慣病の割合 ⑯生活習慣病の割合 ⑰生活習慣病の割合 ⑱生活習慣病の割合 ⑲生活習慣病の割合 ⑳生活習慣病の割合 ㉑生活習慣病の割合 ㉒生活習慣病の割合 ㉓生活習慣病の割合 ㉔生活習慣病の割合 ㉕生活習慣病の割合 ㉖生活習慣病の割合 ㉗生活習慣病の割合 ㉘生活習慣病の割合 ㉙生活習慣病の割合 ㉚生活習慣病の割合 ㉛生活習慣病の割合 ㉜生活習慣病の割合 ㉝生活習慣病の割合 ㉞生活習慣病の割合 ㉟生活習慣病の割合 ㊱生活習慣病の割合 ㊲生活習慣病の割合 ㊳生活習慣病の割合 ㊴生活習慣病の割合 ㊵生活習慣病の割合 ㊶生活習慣病の割合 ㊷生活習慣病の割合 ㊸生活習慣病の割合 ㊹生活習慣病の割合 ㊺生活習慣病の割合 ㊻生活習慣病の割合 ㊼生活習慣病の割合 ㊽生活習慣病の割合 ㊾生活習慣病の割合 ㊿生活習慣病の割合	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率	健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(特定健康診査の実施率等) ①食生活 ②日常生活における多動 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健康結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (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介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外未 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 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	①55歳未満 ②在宅医療連携体制 (地域の連携により)設定
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	保険事業支援・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(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携		

標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図 1-2】



【図 1-3】



3. 計画期間

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こととしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画は平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としている。

よって、これらとの整合性を考慮する観点から、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. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

檜葉町において、国民健康保険担当（住民福祉課国保年金係）が主体となり計画を策定を行うが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。計画策定にあたっては、保健師等の専門職と連携して、町一体となって進めていく。

具体的には、後期高齢者医療担当（住民福祉課国保年金係）、保健衛生担当（住民福祉課保健衛生係）、介護保険担当（住民福祉課介護保険係）、生活保護担当（住民福祉課社会福祉係）と連携する。

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、各担当者の業務を明確化・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体制等を整えることで長期的な視野で事業に継続性を持たせることが重要である。

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。外部有識者等とは、次に挙げるもの等をいう。

①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

保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベースシステム（以下「KDB システム」という。）の活用によってデータ分析や技術支援などの協力連携を図る。

②福島県及び福島県医師会・福島県郡市医師会

平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に保険者機能の強化については、福島県の関与が更に重要となるため、計画に対する意見の反映に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、福島県が福島県医師会等との連携を推進することも重要となる。

③保険者協議会

保険者等は、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・協力を図ることが重要である。具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、

事業の連携等について保険者協議会等と連携を図る。

3) 被保険者の役割

計画の最終的な目的は被保険者の健康の保持増進であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が状況を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。

このため、保険者は、被保険者側の意見を国民健康保険運営協議会や健康づくり推進協議会等の計画に反映することを努める。

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。

保険者努力支援制度

評価指標		H 2 8	H 2 9	H 3 0 (参考)
総得点（満点）		345	580	850
共通 ①	特定健診受診率	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	35	50
	メタボ該当者・予備軍の減少率	20	35	50
共通 ②	がん検診受診率	10	20	30
	歯周疾患健診の実施	10	15	20
共通③	糖尿病等の重症化予防取組の実施状況	40	70	100
固有②	データヘルス計画算定状況	10	30	40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	30	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	70	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	15	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50
体制構築加点		70	70	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 第1期計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の死亡を減らし、健康格差を縮小することであった。

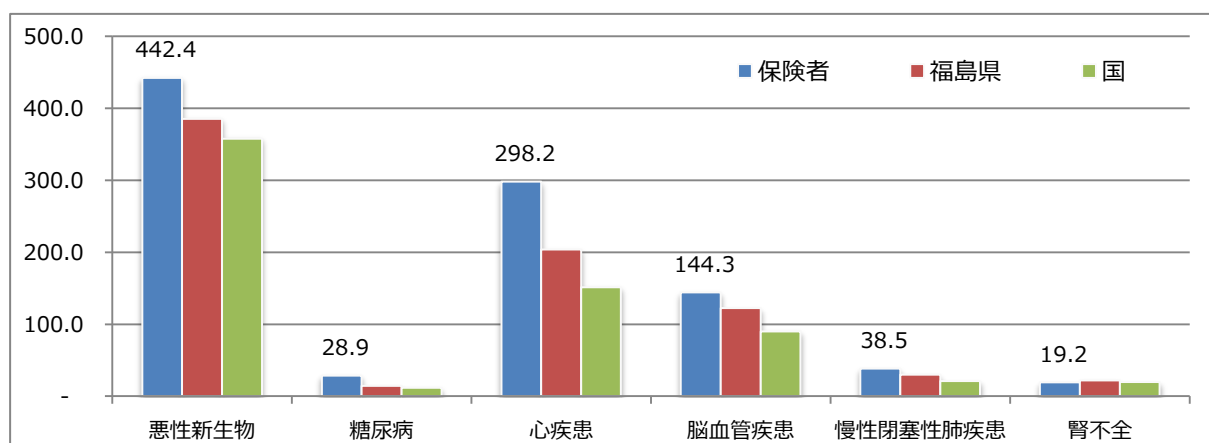
①健康格差の縮小（死亡・介護の状況）

平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、全体の死亡者の割合は横ばいであるが、最も多いのが悪性新生物、次で心疾患、脳血管疾患の順となっており、同様の順位で推移している。

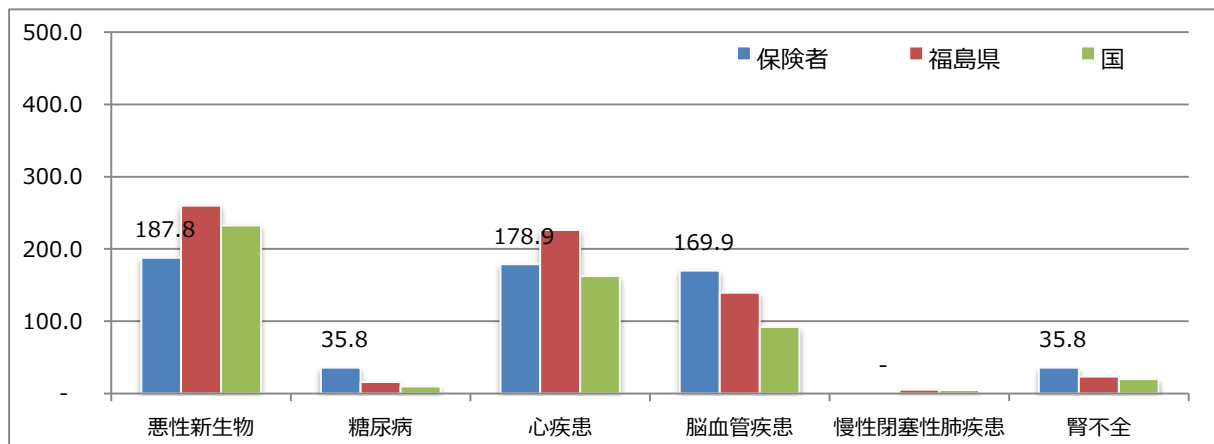
重症化の指標となる介護や医療の状況をみると介護認定率は増加傾向がみられるが、40～64歳の2号認定率は横ばいとなっている。1件あたりの介護給付費においてはわずかに減少となっている。

	総数	悪性新生物	糖尿病	高血圧性疾患	心疾患	脳血管疾患	大動脈及び解離	肺炎	慢性閉性	肺疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺	その他
H21	102	38	2	0	19	15	0	8	2	2	3	1	4	1	9
H22	105	29	2	0	19	16	0	13	2	2	3	0	2	1	18
H23	139	20	0	1	20	15	0	17	2	2	4	10	15	0	35
H24	70	18	1	0	15	13	0	3	0	0	0	4	1	1	13
H25	92	25	2	0	14	9	0	10	3	3	4	5	5	1	13
H26	102	24	4	0	22	12	1	11	1	1	2	6	3	2	13

男性死因別死亡率



女性死因別死亡率



1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

【表 3】	介護総給付費	総件数	1件当たり介護給付費	要介護認定率
平成24年	653,813,207	7,622	85,780	20.0
平成25年	727,646,865	8,541	85,195	20.2
平成26年	797,158,586	9,290	85,808	21.3
平成27年	781,212,419	9,695	80,579	21.9
平成28年	767,272,813	10,128	75,758	23.1

※要介護認定率＝要介護度 1 以上と認定された者の割合 ※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」

要介護認定状況（認定者数）の推移

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成24年	12	63	43	73	69	67	52	38
平成25年	9	38	50	89	89	64	50	36
平成26年	13	19	53	79	97	76	59	48
平成27年	11	28	52	86	101	68	64	51
平成28年	9	26	55	90	116	62	61	49

※抽出データ：KDB「要介護（支援）者有病状況」

（2）中長期目標の達成状況

①虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症等の重症化予防対象者数の減少

医療費がそれぞれ高額となる生活習慣病を経年でみると、高血圧症の患者数が高い水準で推移していることに加えて、糖尿病・脂質異常症の患者数（または割合）は増加傾向にある。

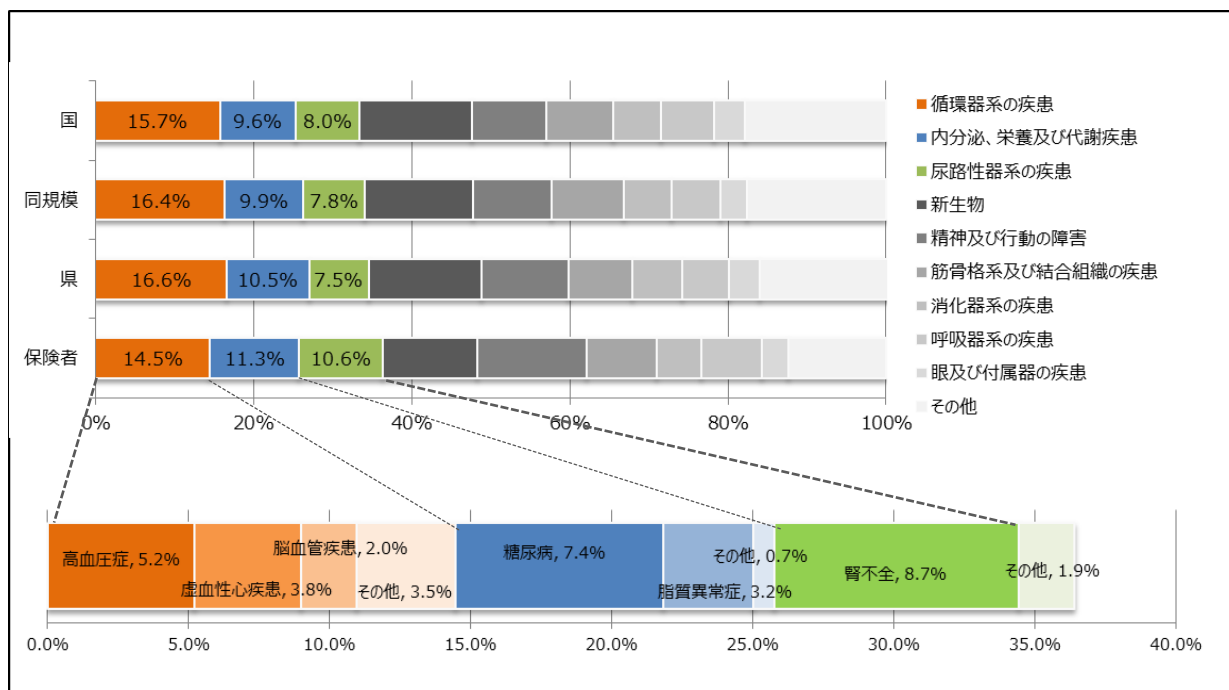
また、医療費（大分類）の多くを占めている循環器疾患や内分泌代謝疾患・尿路性器系の疾患の内訳をみてみると、生活習慣病である高血圧・虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全の医療費が高額となっており、重症化予防対象者数の減少には至っていない状況で推移している。

生活習慣病患者数の推移

	生活習慣病 総数（人）	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	糖尿病	インスリン療法		脂質異常症
						インスリン療法	糖尿病性腎症	
平成24年	1,076	129 12.0%	110 10.2%	628 58.4%	278 25.8%	24 8.6%	10 3.6%	451 41.9%
平成25年	1,155	147 12.7%	133 11.5%	712 61.6%	364 31.5%	34 9.3%	16 4.4%	528 45.7%
平成26年	1,195	148 12.4%	136 11.4%	736 61.6%	405 33.9%	29 7.2%	19 4.7%	584 48.9%
平成27年	1,183	121 10.2%	121 10.2%	727 61.5%	386 32.6%	25 6.5%	21 5.4%	595 50.3%
平成28年	1,200	127 10.6%	122 10.2%	716 59.7%	399 33.3%	28 7.0%	25 6.3%	594 49.5%

※抽出データ：KDB「様式3-1」

医療費における生活習慣病疾病内訳（平成 28 年）



②糖尿病に由来する新規透析患者数の増加抑制

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較をみると、人工透析患者数は増加傾向にあり目標達成には至っておらず、うち男性が 80%を占め 65 歳以上の患者の増加が大きくなっている。また、医療費・件数については、入院・外来のいずれも増加している状況となっており、合併症の推移をみると糖尿病を合併症に持つ人が全体の 8 割を占めるなど、増加抑制は進んでいない状況で推移している。

人工透析患者数の推移

	実人数	男性			女性		
		40歳未満	40歳～64歳	65歳～75歳未満	40歳未満	40歳～64歳	65歳～75歳未満
平成24年	11	0	6	0	0	5	0
平成25年	13	0	7	1	0	5	0
平成26年	15	0	8	2	0	4	1
平成27年	13	0	5	4	0	3	1
平成28年	14	0	4	7	0	2	1

※抽出データ：KDB「様式3-7」

人工透析（慢性腎不全）の年間医療費及び件数の推移（入院・外来）

	総額（円）	外来		入院	
		総額（円）	件数	総額（円）	件数
平成24年	73,585,450	44,384,230	107	29,201,220	40
平成25年	73,512,420	59,529,820	142	13,982,600	20
平成26年	87,568,740	62,338,140	160	25,230,600	36
平成27年	82,024,770	68,641,210	161	13,383,560	22
平成28年	81,797,720	66,170,490	151	15,627,230	21

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

人工透析患者の合併症の推移

	人工透析 実人数	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成24年	11	8	72.7%	3	27.3%	4	36.4%
平成25年	13	9	69.2%	8	61.5%	5	38.5%
平成26年	15	10	66.7%	9	60.0%	5	33.3%
平成27年	13	10	76.9%	8	61.5%	5	38.5%
平成28年	14	11	78.6%	9	64.3%	6	42.9%

※抽出データ：KDB「様式3-7」

（3）短期目標の達成状況

①糖尿病・高血圧・脂質異常有病所見者の減少

中長期目標疾患に共通するリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の患者の推移をみると、高血圧患者は減少傾向にあるが糖尿病患者は増加しており、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合も増加している。また、糖尿病性腎症からの人工透析患者も増加していることから、医療機関と連携し重症化予防を図る必要性がある。

（中長期目標の達成状況で掲載の表・図 参照）

②メタボ該当者・予備群の該当者の減少（禁煙対策含む）

特定健診の結果をみると、有所見者割合が減少している項目もあるが、糖代謝（血糖・HbA1c）の有所見者割合は増加しており、目標達成には至っていない。男女ともに、若年齢層（65歳未満）の有所見者割合が高く、メタボリックシンドローム予備

群の割合は減少傾向にある一方で、メタボリックシンドローム該当者の割合は増加傾向で推移している。

また、生活習慣の状況では、県・国と比較すると、高血圧・糖尿病・脂質異常症の服薬率が高く、1年間で3kg以上体重が増加した者や運動習慣のない者の割合が高い。年齢別・性別にみると、男女ともに若年齢層において食行動・運動習慣項目においても若年齢層で問題がみられる。

男性 健診受診者の有所見者状況（平成28年）

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成24年	人数	116	167	57	76	33	109	114	8	162	88	144	1	65
	割合	43.6%	62.8%	21.4%	28.6%	12.4%	41.0%	42.9%	3.0%	60.9%	33.1%	54.1%	0.4%	24.4%
平成25年	人数	117	168	74	74	33	128	153	7	163	71	163	0	59
	割合	40.3%	57.9%	25.5%	25.5%	11.4%	44.1%	52.8%	2.4%	56.2%	24.5%	56.2%	0.0%	20.3%
平成26年	人数	115	171	85	84	24	120	133	0	140	61	146	0	57
	割合	39.5%	58.8%	29.2%	28.9%	8.2%	41.2%	45.7%	0.0%	48.1%	21.0%	50.2%	0.0%	19.6%
平成27年	人数	103	161	65	63	22	134	133	52	146	64	146	6	96
	割合	36.3%	56.7%	22.9%	22.2%	7.7%	47.2%	46.8%	18.5%	51.4%	22.5%	51.4%	2.1%	34.2%
平成28年	人数	101	152	74	74	20	139	160	63	126	80	151	6	91
	割合	36.3%	54.7%	26.6%	26.6%	7.2%	50.0%	57.6%	22.7%	45.3%	28.8%	54.3%	2.2%	32.7%
40～65歳未満	人数	39	58	34	36	8	46	48	28	42	35	63	1	26
	割合	36.8%	54.7%	32.1%	34.0%	7.5%	43.4%	45.3%	26.4%	39.6%	33.0%	59.4%	0.9%	24.5%
65～75歳未満	人数	62	94	40	38	12	93	112	35	84	45	88	5	65
	割合	36.0%	54.7%	23.3%	22.1%	7.0%	54.1%	65.1%	20.3%	48.8%	26.2%	51.2%	2.9%	37.8%
県	割合	34.4%	53.8%	26.1%	21.5%	8.8%	44.0%	54.2%	5.6%	51.9%	24.6%	46.7%	0.9%	20.7%
国	割合	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%	19.1%

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

※抽出データ：KDB「様式6-2～7」

女性健診受診者の有所見者状況の推移（平成28年）

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
平成24年	人数	106	94	54	65	21	97	142	0	169	81	204	0	57
	割合	28.8%	25.5%	14.7%	17.7%	5.7%	26.4%	38.6%	0.0%	45.9%	22.0%	55.4%	0.0%	15.5%
平成25年	人数	114	81	68	63	14	113	184	2	154	57	233	0	57
	割合	30.0%	21.3%	17.9%	16.6%	3.7%	29.7%	48.4%	0.5%	40.5%	15.0%	61.3%	0.0%	15.0%
平成26年	人数	119	106	69	65	15	117	182	0	148	47	225	0	41
	割合	30.6%	27.2%	17.7%	16.7%	3.9%	30.1%	46.8%	0.0%	38.0%	12.1%	57.8%	0.0%	10.5%
平成27年	人数	109	100	77	61	15	126	177	7	164	61	244	0	103
	割合	27.2%	24.9%	19.2%	15.2%	3.7%	31.4%	44.1%	1.9%	40.9%	15.2%	60.8%	0.0%	27.3%
平成28年	人数	127	98	80	59	8	125	215	9	155	66	238	1	82
	割合	32.2%	24.8%	20.3%	14.9%	2.0%	31.6%	54.4%	2.3%	39.2%	16.7%	60.3%	0.3%	20.8%
40～65歳未満	人数	56	47	36	30	4	47	83	4	54	34	118	1	20
	割合	31.5%	26.4%	20.2%	16.9%	2.2%	26.4%	46.6%	2.2%	30.3%	19.1%	66.3%	0.6%	11.2%
65～75歳未満	人数	71	51	44	29	4	78	132	5	101	32	120	0	62
	割合	32.7%	23.5%	20.3%	13.4%	1.8%	35.9%	60.8%	2.3%	46.5%	14.7%	55.3%	0.0%	28.6%
県	割合	26.3%	21.5%	15.1%	9.7%	2.0%	29.3%	55.2%	0.7%	44.9%	15.8%	56.8%	0.1%	14.3%
国	割合	20.6%	17.3%	16.2%	8.7%	1.8%	17.0%	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.2%	0.2%	14.7%

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

※抽出データ：KDB「様式6-2～7」

メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移(年齢階層別・男性/女性)(平成28年)

総計		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	
平成24年	人数	634	21	97	5	79	13	143	27	4	67	45
	割合	100.0%	3.3%	15.3%	0.8%	12.5%	2.1%	22.6%	4.3%	0.6%	10.6%	7.1%
平成25年	人数	670	26	85	8	60	17	138	29	7	68	34
	割合	100.0%	3.9%	12.7%	1.2%	9.0%	2.5%	20.6%	4.3%	1.0%	10.1%	5.1%
平成26年	人数	680	27	103	8	65	30	147	31	8	65	43
	割合	100.0%	4.0%	15.1%	1.2%	9.6%	4.4%	21.6%	4.6%	1.2%	9.6%	6.3%
平成27年	人数	685	26	83	9	62	12	152	32	12	61	47
	割合	100.0%	3.8%	12.1%	1.3%	9.1%	1.8%	22.2%	4.7%	1.8%	8.9%	6.9%
平成28年	人数	673	28	67	9	45	13	155	38	8	62	47
	割合	100.0%	4.2%	10.0%	1.3%	6.7%	1.9%	23.0%	5.6%	1.2%	9.2%	7.0%
40～65 歳未満	人数	106	13	10	2	6	2	35	7	4	12	12
	割合	38.1%	12.3%	9.4%	1.9%	5.7%	1.9%	33.0%	6.6%	3.8%	11.3%	11.3%
65～75 歳未満	人数	172	2	30	5	22	3	62	20	3	21	18
	割合	61.9%	1.2%	17.4%	2.9%	12.8%	1.7%	36.0%	11.6%	1.7%	12.2%	10.5%
保険者計	人数	278	15	40	7	28	5	97	27	7	33	30
	割合	100.0%	2.2%	5.9%	1.0%	4.2%	0.7%	14.4%	4.0%	1.0%	4.9%	4.5%
40～65 歳未満	人数	178	10	12	0	6	6	25	6	1	12	6
	割合	45.1%	5.6%	6.7%	0.0%	3.4%	3.4%	14.0%	3.4%	0.6%	6.7%	3.4%
65～75 歳未満	人数	217	3	15	2	11	2	33	5	0	17	11
	割合	54.9%	1.4%	6.9%	0.9%	5.1%	0.9%	15.2%	2.3%	0.0%	7.8%	5.1%
保険者計	人数	395	13	27	2	17	8	58	11	1	29	17
	割合	100.0%	1.9%	4.0%	0.3%	2.5%	1.2%	8.6%	1.6%	0.1%	4.3%	2.5%
								※抽出データ：KDB「様式6-8」				

質問票の状況

質問票項目		保険者					県	同規模	国
		H24	H25	H26	H27	H28			
服薬	高血圧	38.6	37.2	39.0	40.3	40.9	39.6	35.7	33.6
	糖尿病	9.6	10.6	11.5	11.2	12.9	8.8	8.5	7.5
	脂質異常症	21.9	24.0	23.1	25.1	26.0	25.7	22.6	23.6
既往歴	脳卒中	4.7	4.0	3.8	4.0	2.7	3.3	3.3	3.3
	心臓病	9.1	10.0	7.6	8.6	7.9	5.6	5.7	5.5
	腎不全	0.5	0.1	0.3	0.0	0.1	0.2	1.2	0.5
	貧血	5.2	4.6	4.9	4.8	5.5	5.4	8.4	10.2
	喫煙	16.4	17.3	18.1	17.8	16.2	14.3	15.6	14.2
	週3回以上朝食を抜く	6.6	10.2	8.7	8.1	7.3	7.2	7.7	8.7
	週3回以上食後間食	7.6	8.5	9.7	8.9	8.8	9.8	13.1	11.9
	週3回以上就寝前夕食	15.3	16.0	16.9	15.2	15.1	15.6	16.4	15.5
	食べる速度が速い	26.9	31.6	27.7	30.7	30.6	26.4	27.2	26.0
	20歳時の体重から10kg以上増加	41.5	43.0	43.9	39.8	42.2	35.0	33.5	32.1
	1年で体重3kg増加	45.0	36.7	33.9	28.3	28.9	21.5	20.7	19.5
	1回30分以上運動習慣なし	63.1	60.5	58.0	63.4	61.6	62.3	65.7	58.8
	1日1時間以上運動なし	64.7	67.4	64.6	69.7	68.9	59.8	48.5	47.0
	睡眠不足	38.3	39.8	41.0	38.9	38.0	25.1	23.6	25.1
	毎日飲酒	25.4	24.3	25.7	25.1	25.4	25.6	26.0	25.6
	時々飲酒	19.6	21.2	20.7	21.0	21.4	22.6	21.4	22.1
1日 飲酒量	1合未満	60.4	60.6	59.4	61.7	59.8	64.0	59.5	64.0
	1～2合未満	24.5	28.0	28.0	27.1	27.0	25.0	26.5	23.9
	2～3合未満	13.0	8.6	11.0	9.5	11.9	9.1	10.5	9.3
	3合以上	2.1	2.8	1.5	1.7	1.3	1.9	3.5	2.7
※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」									

性別・年代別にみた質問票の状況（平成 28 年度）

質問票項目		男性			女性			計		
		40～65 歳未満	65～75 歳未満	計	40～65 歳未満	65～75 歳未満	計	40～65 歳未満	65～75 歳未満	計
服薬	高血圧	27.4%	51.7%	42.4%	26.4%	50.7%	39.7%	26.8%	51.2%	40.9%
	糖尿病	12.3%	22.1%	18.3%	6.2%	11.5%	9.1%	8.5%	16.2%	12.9%
	脂質異常症	10.4%	22.1%	17.6%	24.2%	38.2%	31.9%	19.0%	31.1%	26.0%
既往歴	脳卒中	1.9%	4.1%	3.2%	3.4%	1.4%	2.3%	2.8%	2.6%	2.7%
	心臓病	7.6%	11.0%	9.7%	4.5%	8.3%	6.6%	5.7%	9.5%	7.9%
	腎不全	0.0%	0.6%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.1%
	貧血	1.9%	2.9%	2.5%	10.7%	5.1%	7.6%	7.4%	4.1%	5.5%
	喫煙	34.3%	26.7%	29.6%	10.7%	3.7%	6.8%	19.4%	13.9%	16.2%
	週 3 回以上朝食を抜く	12.4%	5.8%	8.3%	10.1%	3.7%	6.6%	11.0%	4.6%	7.3%
	週 3 回以上食後間食	7.6%	8.7%	8.3%	13.5%	5.6%	9.1%	11.3%	7.0%	8.8%
	週 3 回以上就寝前夕食	22.9%	20.9%	21.7%	14.0%	7.4%	10.4%	17.3%	13.4%	15.1%
	食べる速度が速い	35.2%	30.8%	32.5%	31.6%	27.3%	29.3%	33.0%	28.9%	30.6%
	20歳時の体重から10kg以上増加	56.2%	47.7%	50.9%	38.2%	34.3%	36.0%	44.9%	40.2%	42.1%
	1年で体重3kg増加	35.2%	21.5%	26.7%	36.0%	25.9%	30.5%	35.7%	24.0%	28.9%
	1回30分以上運動習慣なし	63.5%	56.4%	59.1%	70.8%	57.4%	63.5%	68.1%	57.0%	61.6%
	1日1時間以上運動なし	66.7%	62.2%	63.9%	79.8%	66.2%	72.3%	74.9%	64.4%	68.9%
	睡眠不足	32.4%	27.9%	29.6%	43.3%	44.4%	43.9%	39.2%	37.1%	38.0%
	毎日飲酒	43.8%	52.3%	49.1%	14.0%	4.6%	8.9%	25.1%	25.7%	25.4%
	時々飲酒	16.2%	25.0%	21.7%	25.3%	18.0%	21.3%	21.9%	21.1%	21.4%
1日 飲酒量	1 合未満	38.6%	29.9%	33.0%	77.8%	90.4%	84.1%	62.2%	58.0%	59.8%
	1～2合未満	33.7%	45.1%	41.0%	19.8%	8.8%	14.3%	25.4%	28.3%	27.0%
	2～3合未満	24.1%	22.9%	23.3%	2.4%	0.8%	1.6%	11.0%	12.6%	11.9%
	3合以上	3.6%	2.1%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	1.1%	1.3%

※抽出データ：KDB「質問票調査の経年比較」

③特定健診受診率の向上、特定保健指導実施率の向上

特定健診の受診率については、徐々に増加しているものの、40%に到達しておらず、県内順位も低い水準に留まっている。

年齢階層別の受診率の経年推移においては、男女ともに若年齢層（40～64 歳）での減少傾向が見られ、とりわけ男性の受診率が低い状況となっている。

特定保健指導の実施率は増加傾向にあるが、同規模自治体の水準には届いておらず、目標値へも届かない状況である。

年齢別・性別にみると、実施状況には年齢による偏りが認められ、若年齢層への働き掛けが進んでいない状況である。

表18 特定健診受診率の推移

	保険者				県	同規模	国
	健診対象者	受診者数	受診率	順位			
平成24年	1,716	634	36.9	県内46位	34.7	40.1	33.2
平成25年	1,761	670	38.0	県内43位	36.5	40.9	34.1
平成26年	1,785	680	38.1	県内52位	38.4	42.0	35.2
平成27年	1,753	685	39.1	県内52位	39.8	43.1	36.0
平成28年	1,685	673	39.9	県内52位	40.9	43.7	36.4

※抽出データ：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図11 特定健診受診率の推移

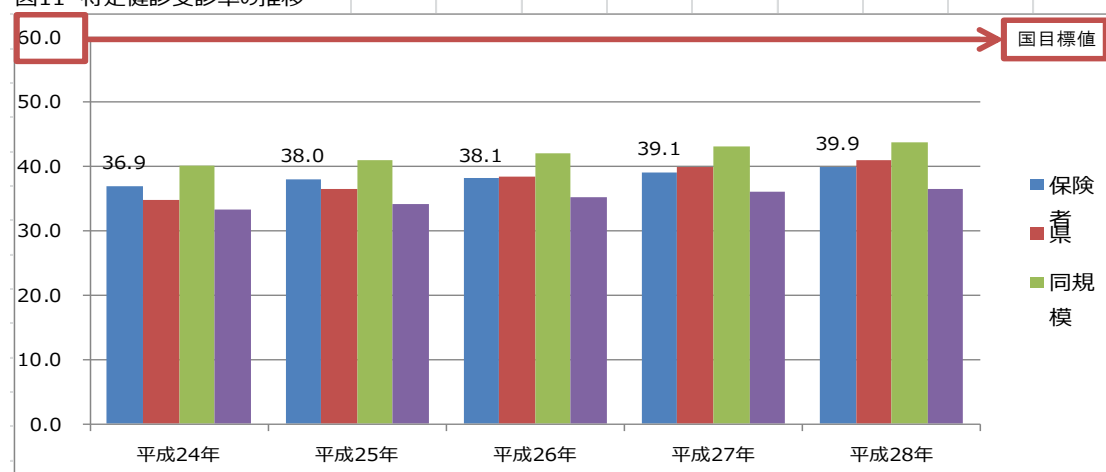
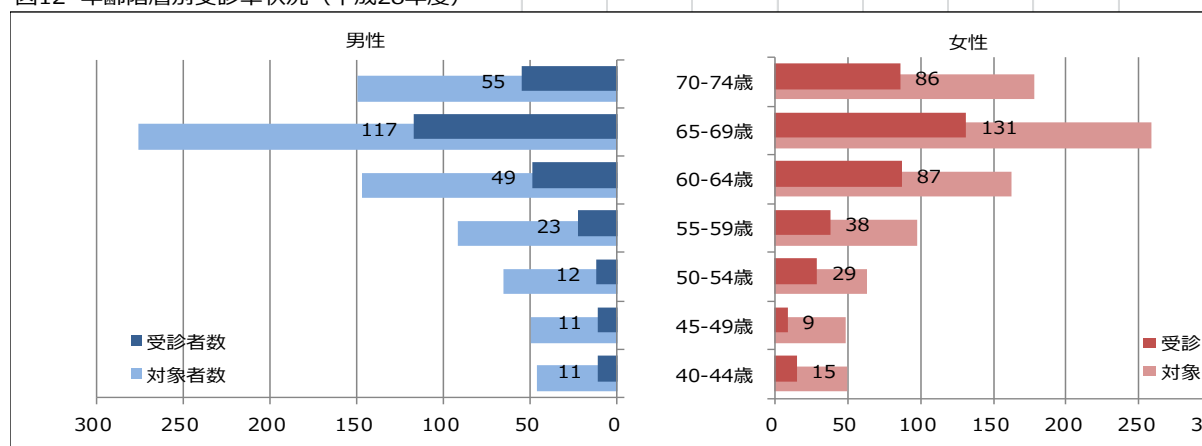


表19 年齢階層別受診率状況 (平成28年度)

	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40-44歳	46	11	23.9%	50	15	30.0%
45-49歳	50	11	22.0%	49	9	18.4%
50-54歳	66	12	18.2%	63	29	46.0%
55-59歳	92	23	25.0%	98	38	38.8%
60-64歳	147	49	33.3%	162	87	53.7%
65-69歳	276	117	42.4%	258	131	50.8%
70-74歳	150	55	36.7%	178	86	48.3%
計	827	278	33.6%	858	395	46.0%

※抽出データ：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図12 年齢階層別受診率状況 (平成28年度)



特定保健指導率の推移

	保険者			県			同規模			国		
	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率
平成24年	105	15	14.3%	17,000	2,916	17.2%	21,779	8,273	38.0%	965,326	206,674	21.4%
平成25年	107	15	14.0%	16,528	3,362	20.3%	20,559	7,806	38.0%	952,338	202,078	21.2%
平成26年	98	21	21.4%	16,602	3,642	21.9%	20,317	7,966	39.2%	962,135	198,069	20.6%
平成27年	87	7	8.0%	16,376	3,793	23.2%	20,033	7,908	39.5%	961,406	197,158	20.5%
平成28年	80	26	32.5%	16,285	3,523	21.6%	19,569	8,036	41.1%	943,865	198,683	21.0%

※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」

図19 特定保健指導率の推移

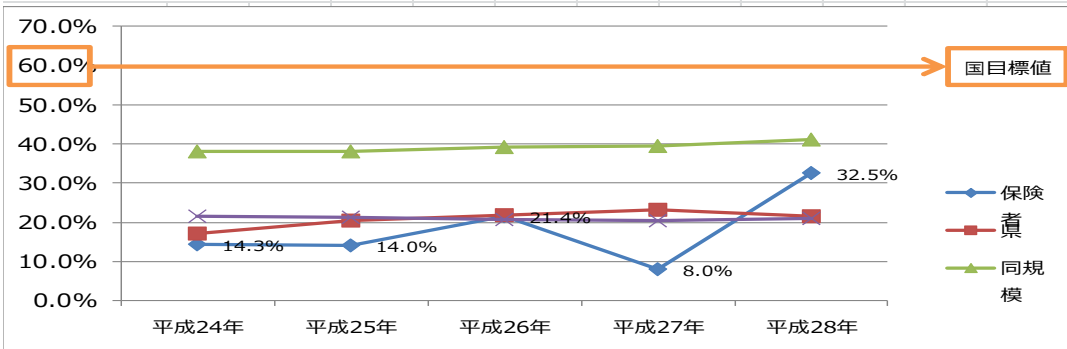


表32 特定保健指導率の詳細（男性・年齢別）

男性	保険者				
	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-44歳	2	0	1	1	50.0%
45-49歳	3	0	1	1	33.3%
50-54歳	4	0	0	0	0.0%
55-59歳	6	0	3	3	50.0%
60-64歳	10	1	3	4	40.0%
65-69歳	17	0	0	0	0.0%
70-74歳	7	2	0	2	28.6%
計	49	3	8	11	22.4%

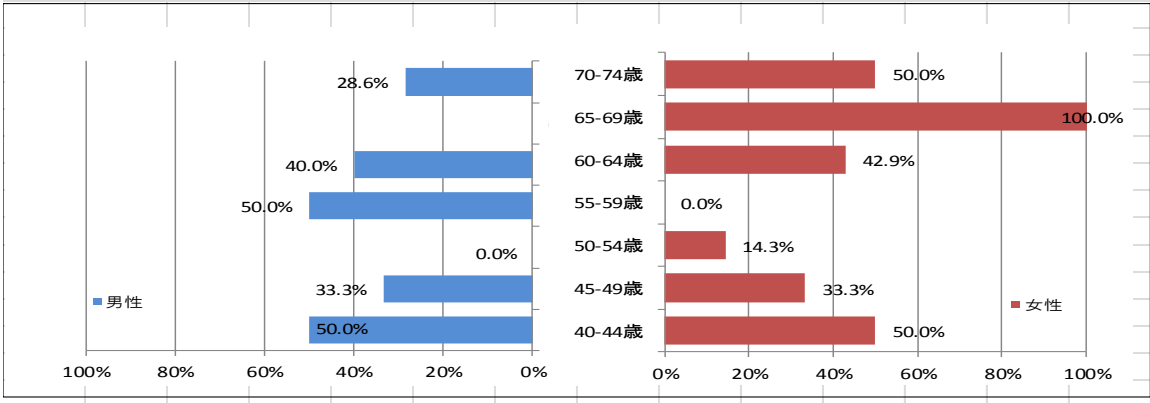
※抽出データ：KDB「健診の状況」

表33 特定保健指導率の詳細（女性・年齢別）

女性	保険者				
	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-44歳	4	0	2	2	50.0%
45-49歳	3	1	0	1	33.3%
50-54歳	7	1	0	1	14.3%
55-59歳	0	0	0	0	0.0%
60-64歳	7	2	1	3	42.9%
65-69歳	6	6	0	6	100.0%
70-74歳	4	2	0	2	50.0%
計	31	12	3	15	48.4%

※抽出データ：KDB「健診の状況」

表20 男女年齢別特定保健指導率の状況（平成28年度）



④健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の状況

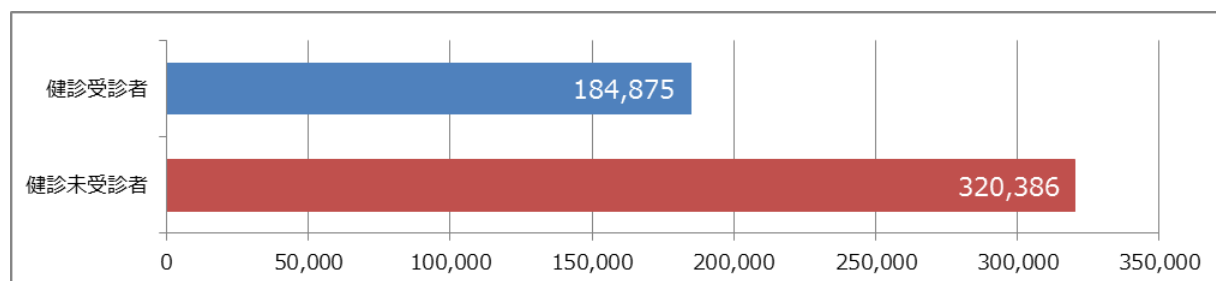
- ・健診受診者の1人あたり生活習慣病医療費が徐々に減少している一方、未受診者の1人あたり生活習慣病医療費は増加傾向にある。

健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費の推移

	健診未受診			健診受診		
	未受診者数	生活習慣病総医療費		受診者数	生活習慣病総医療費	
		総額	1人当たり		総額	1人当たり
平成24年	1,082	288,966,110	267,067	634	119,990,340	189,259
平成25年	1,076	339,494,430	315,515	670	122,628,240	183,027
平成26年	1,100	347,310,530	315,737	680	109,822,260	161,503
平成27年	1,068	357,313,470	334,563	685	127,443,530	186,049
平成28年	1,000	320,386,300	320,386	673	124,420,550	184,875

※抽出データ：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費（平成27年）



（４）第1期計画における保健事業評価

①特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率及び特定保健指導率は増加している。また、リピーター率も増加しているが、重症化を予防していくためには、未受診者への取組が重要となってくる。

②重症化予防について

新規透析患者の増加抑制を目的として、糖尿病重症化予防の取り組みを実施してきた結果、新規透析患者数は3名の増加にとどまった。

ただし、糖尿病を合併症に持つ人が8割を占めているため、糖尿病重症化予防に向けたさらなる取り組みが必要だと考えられる。

（５）その他の保健事業

①生活習慣病の広報事業

総合健診の実施時期に合わせて、特定健診や生活習慣病予防に関する広報を行い、健康意識の向上を図った。

②特定健診未受診者対策

特定健診受診率向上対策の一環として、特定健診の未申込み者を対象に受診勧奨を実施した。具体的には、未申込み者に受診録などを個別送付し、総合健診の受診を勧奨した。

③健康づくり事業

一人ひとりが自らの「健康力」を高めるとともに、地域の中で健康な生活習慣が継承される環境づくりを目的に、健康づくり運動の推進や各種健康教室を開催した。

具体的には総合健診の結果説明会で個別健康相談を実施し、一人ひとりによりそった生活習慣改善に向けた助言等を行った。

2) 第1期計画に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を重点に置き、重症化予防を進めてきた。

しかし、1人あたりの医療費は県内でも高額であり、介護認定率、人工透析患者の増加、特に糖尿病性腎症を原因とする透析費は依然高い傾向が続いている。

また、今後も重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も重要な課題であり、適正な医療につなげるために、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ることから、特定健診受診率向上は継続すべき課題である。

- ① 医療費をみると「虚血性心疾患」「脳血管性疾患」「慢性腎不全」が高額になっており、それらが死因にもつながってきています。そういった重篤な疾患の基礎疾患として「高血圧症、糖尿病、脂質異常症」などがあり、介護認定を受ける要因としても「脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患」などの循環器系疾患の該当者が多いため、生活習慣病の重症化によって要介護者へ移行していくことも課題として見えてきました。
- ② 健診結果を見ると、有所見割合が減少メタボリック該当者、予備群の割合を県と比較すると、健診項目では、高血圧症、脂質異常症、空腹時血糖の有所見の割合が高いことから、そのまま移行すれば「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎不全」などの重篤な疾患を発症する可能性があります。
さらに、生活習慣の状況（「質問票」から）を見ると、特に、睡眠不足や運動習慣がない、若年層で朝食を抜く等の食習慣、喫煙率が高いなど課題が多いことから、生活習慣の改善も継続すべき課題である。
- ③ 特定健康診査の受診率は、引き続き低い状況であり、検診受診者と未受診者の一人あたりの医療費には大きな差異が生じている状況から、その原因を明確に把握し受診率を高める対策は継続すべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 地域の概要

(1) 人口及び人口構成の推移

檜葉町の人口は 7,315 人（平成 28 年 10 月時点）であり前年度と比較して 51 人減少している。人口構成をみると、年々老年人口が増加傾向にあり、生産年齢人口が減少傾向にある。高齢化率も 31.1%であり、高い状況にある。

表 1 人口及び人口構成の推移

	人口総数	年少人口		生産年齢人口		老年人口（高齢化率）	
		人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
平成24年	7,285	916	12.6	4,439	60.9	1,930	26.5
平成25年	7,192	878	12.2	4,317	60.0	1,997	27.8
平成26年	7,101	853	12.0	4,176	58.8	2,072	29.2
平成27年	7,366	812	11.0	4,355	59.1	2,199	29.9
平成28年	7,315	758	10.4	4,281	58.5	2,276	31.1

※出典：平成24～28年10月1日現在市町村人口

(2) 国保の人口及び国保人口構成の推移

檜葉町の国保人口は 2,502 人で（平成 28 年度末時点）、前年度と比較して 198 人減少している。国保の加入率は年々減少している。国保人口に占める前期高齢者の割合は 35.7%と国保人口の 1/3 以上を占めている。また、平均年齢も上昇している。

表 2 国保人口の推移及び加入率

	被保険者数 (人)			加入率 (%)	平均年齢 (歳)
		前期高齢者	割合		
平成24年	2,654	710	26.8	34.6	48.2
平成25年	2,742	782	28.5	35.8	48.5
平成26年	2,703	816	30.2	35.3	49.4
平成27年	2,700	876	32.4	35.2	49.9
平成28年	2,502	893	35.7	32.6	51.3

抽出データ：KDB「人口及び被保険者の状況2」

(3) 質的情報・地域資源の状況

①医療の状況

檜葉町には、医療機関としてふたば復興診療所(リカーレ)やときクリニック、蒲生歯科医院が所在している。診療所等では、X-P 検査、超音波検査、心電図検査、血液検査等実施しているが、詳細な検査や入院等の総合的な診療に関しては近隣の市町村まで通院する必要がある。

また、震災以降町外での生活が長期化していたことから、かかりつけ医が町外医療機関の住民が多い状況である。

②公共交通機関等

各地区からの公共交通機関が無いため、自家用車やタクシー等となっている。また、
檜葉町から近隣市町村へ行く際の移動手段は電車や自家用車であるが、電車は運行本数
も少なく、自家用車等で通院している人が多い。

③地区組織

檜葉町は 20 行政区あり、各地区に区長が委嘱されている。また、健診や健康教室、健
康相談等への協力を依頼していた保健協力委員については、震災以降委嘱を見合わせて
いる。

2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 何の疾患で治療を受けているのか

高額な医療費となっている疾患は循環器系の疾患である。

また、生活習慣病患者の医療費の状況を見ると糖尿病、高血圧症の占める割合が高く、
腎不全の医療費割合が国、県と比較して高い割合となっている。

生活習慣病の患者数の推移を見ると、高血圧症の患者数が高い水準で推移しているこ
とに加えて糖尿病と脂質異常症の患者数は増加傾向にある。

表 10 大分類 医療費における疾病内訳(平成 28 年)

	保険者		県	同規模	国
	医療費	医療費割合	医療費割合	医療費割合	医療費割合
循環器系の疾患	146,419,580	14.5%	16.6%	16.4%	15.7%
内分泌、栄養及び代謝疾患	114,031,600	11.3%	10.5%	9.9%	9.6%
尿路性器系の疾患	107,494,170	10.6%	7.5%	7.8%	8.0%
新生物	120,875,400	12.0%	14.2%	13.7%	14.2%
精神及び行動の障害	138,961,220	13.7%	11.0%	9.9%	9.4%
筋骨格系及び結合組織の疾患	90,096,530	8.9%	8.0%	9.1%	8.5%
消化器系の疾患	57,842,640	5.7%	6.4%	6.1%	6.1%
呼吸器系の疾患	76,154,420	7.5%	5.9%	6.1%	6.8%
眼及び付属器の疾患	33,975,710	3.4%	3.8%	3.4%	3.8%
その他	125,527,830	12.4%	16.0%	17.6%	17.9%
計	1,011,379,100	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表11 医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋(平成28年)

	保険者		県	同規模	国
	医療費(円)	割合	割合	割合	割合
糖尿病	74,502,150	7.4%	6.4%	5.9%	5.5%
高血圧症	52,694,740	5.2%	5.9%	5.2%	4.8%
脂質異常症	32,272,740	3.2%	3.0%	2.9%	2.9%
虚血性心疾患	38,053,490	3.8%	2.4%	2.2%	2.3%
脳血管疾患	19,998,150	2.0%	3.0%	3.2%	3.0%
腎不全	87,871,630	8.7%	5.6%	5.9%	6.1%
再掲 腎不全(透析あり)	81,797,720	8.1%	5.0%	5.2%	5.4%
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	2,351,750	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%

※抽出データ：KDB[大分類]「中分類」「小分類」

表12 生活習慣病等受診状況(1件あたりの費用額(外来・入院単価))(平成28年)

	入院		入院外	
	1件当たり費用額	件数	1件当たり費用額	件数
糖尿病	555,066	県内28位 182	39,792	県内17位 5,421
高血圧症	553,409	県内42位 187	33,139	県内6位 8,726
脂質異常症	560,118	県内26位 62	30,059	県内8位 7,398
脳血管疾患	640,700	県内25位 92	41,976	県内8位 1,496
心疾患	657,834	県内31位 104	58,689	県内7位 1,538
腎不全	753,320	県内15位 46	251,156	県内11位 329
精神	439,207	県内31位 407	30,240	県内27位 4,040
悪性新生物	571,798	県内45位 180	52,866	県内33位 1,716
歯肉炎/歯周病	166,013	県内23位 3	13,629	県内31位 3,599

※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

表13 生活習慣病患者数の推移

	生活習慣病 総数(人)	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	糖尿病			脂質異常症
						インスリン療法	糖尿病性腎症	
平成24年	1,076	129	110	628	278	24	10	451
		12.0%	10.2%	58.4%	25.8%	8.6%	3.6%	41.9%
平成25年	1,155	147	133	712	364	34	16	528
		12.7%	11.5%	61.6%	31.5%	9.3%	4.4%	45.7%
平成26年	1,195	148	136	736	405	29	19	584
		12.4%	11.4%	61.6%	33.9%	7.2%	4.7%	48.9%
平成27年	1,183	121	121	727	386	25	21	595
		10.2%	10.2%	61.5%	32.6%	6.5%	5.4%	50.3%
平成28年	1,200	127	122	716	399	28	25	594
		10.6%	10.2%	59.7%	33.3%	7.0%	6.3%	49.5%

※抽出データ：KDB「様式3-1」

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか

介護認定者の有病状況を見ると、心臓病、筋・骨疾患、精神疾患が高い状況にある。

また、40歳から64歳の2号被保険者においては脳疾患、心臓病が多くを占めている。

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ため、重症化予防の取組が求められる。

表9 要介護認定者の有病状況(平成28年)

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	42.4	40.6	31.3	29.0	28.4	21.0	15.9	17.2
(再掲)糖尿病合併症	18.6	5.2	3.9	6.4	7.6	2.7	1.3	0.0
心臓病	58.5	72.9	84.1	69.0	70.6	61.1	39.2	45.4
脳疾患	59.3	30.8	34.1	41.7	37.1	40.0	18.1	33.8
がん	1.7	14.8	4.5	9.8	11.8	6.1	10.3	4.1
精神疾患	9.3	44.6	35.2	44.3	42.1	41.1	36.2	37.8
筋・骨疾患	14.4	69.5	81.1	53.0	57.9	43.9	32.0	33.4
難病	0.8	0.0	4.5	1.7	3.6	4.6	3.4	2.4
その他	59.3	80.6	84.3	69.1	68.1	58.7	38.0	41.9
※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況」								

3) 健診受診者の実態

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加えて高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症等の発症のリスクが大きくなる。

当町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者・予備群が多く、健診結果でも血管を傷つける血糖・尿酸などの有所見者が多く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

年齢階層別・男性 健診受診者の有所見者状況(平成28年)

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40～65歳未満	人数	39	58	34	36	8	46	48	0	42	35	63	0	0
	割合	36.8%	54.7%	32.1%	34.0%	7.5%	43.4%	45.3%	0.0%	39.6%	33.0%	59.4%	0.0%	0.0%
65～75歳未満	人数	62	94	40	38	12	93	112	0	84	45	88	0	0
	割合	21.4%	32.4%	13.8%	13.1%	4.1%	32.1%	38.6%	0.0%	29.0%	15.5%	30.3%	0.0%	0.0%
保険者計	人数	101	152	74	74	20	139	160	0	126	80	151	0	0
	割合	36.3%	54.7%	26.6%	26.6%	7.2%	50.0%	57.6%	0.0%	45.3%	28.8%	54.3%	0.0%	0.0%
県	割合	34.4%	53.8%	26.1%	21.5%	8.8%	44.0%	54.2%	5.6%	51.9%	24.6%	46.7%	0.9%	20.7%
国	割合	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%	19.1%

年齢階層別・女性 健診受診者の有所見者状況(平成28年)

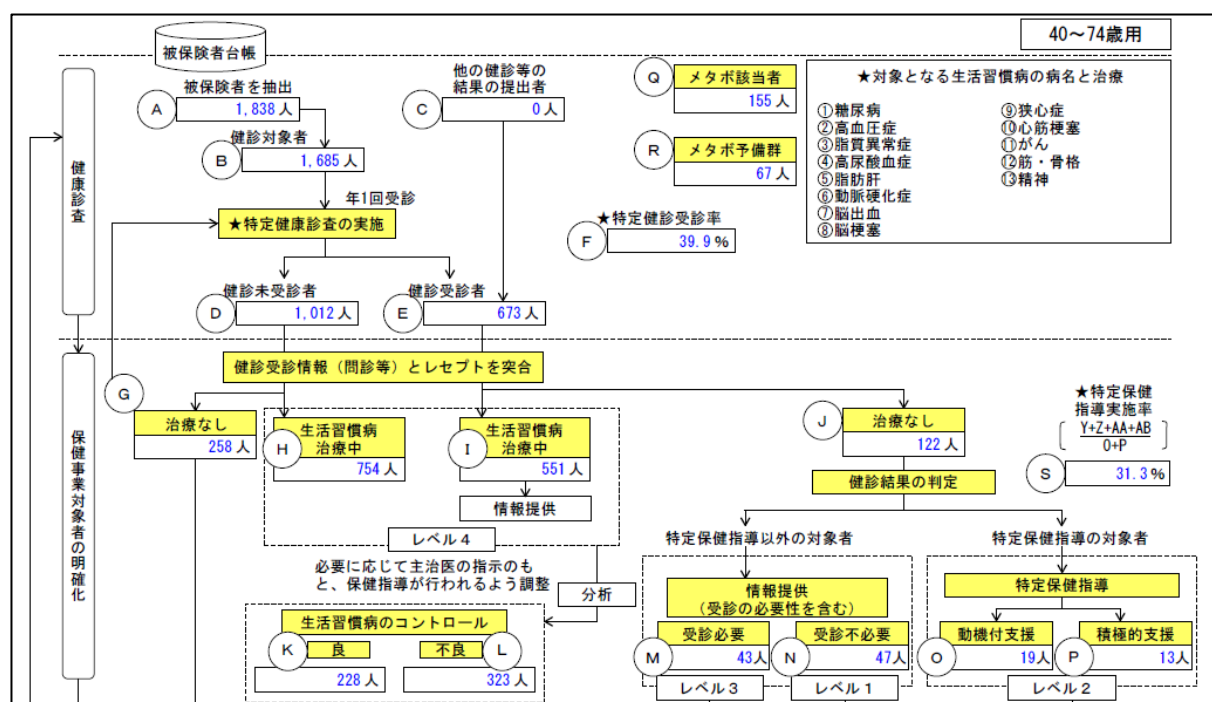
女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40～65歳未満	人数	56	47	36	30	4	47	83	0	54	34	118	1	0
	割合	52.8%	44.3%	34.0%	28.3%	3.8%	44.3%	78.3%	0.0%	50.9%	32.1%	111.3%	0.9%	0.0%
65～75歳未満	人数	71	51	44	29	4	78	132	0	101	32	120	0	0
	割合	24.5%	17.6%	15.2%	10.0%	1.4%	26.9%	45.5%	0.0%	34.8%	11.0%	41.4%	0.0%	0.0%
保険者計	人数	127	98	80	59	8	125	215	0	155	66	238	1	0
	割合	32.2%	24.8%	20.3%	14.9%	2.0%	31.6%	54.4%	0.0%	39.2%	16.7%	60.3%	0.3%	0.0%
県	割合	26.3%	21.5%	15.1%	9.7%	2.0%	29.3%	55.2%	0.7%	44.9%	15.8%	56.8%	0.1%	14.3%
国	割合	20.6%	17.3%	16.2%	8.7%	1.8%	17.0%	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.2%	0.2%	14.7%
※抽出データ:KDB「様式6-2～7」														

4) 未受診者の把握

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「G」を見ると、健診対象者に占める割合が 15.3%で、7 人に 1 人となっている。健診も治療も受けていないということは、身体の実態が全く分からない状態である。

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・重症化予防につながる。

治療中で未受診者については、「通院中のため受診しない」等の意見も聞かれているが、未治療であって健診未受診者については未受診の理由を把握していく必要がある。



6) まとめ

以上のことから、当町の健康課題をまとめると、

- ・人口減少・高齢化に伴う国保人口の減少及び高齢化の進行
- ・虚血性心疾患・脳血管疾患及び糖尿病性腎症による人工透析導入に係る医療費の高騰
- ・健診受診者のメタボリックシンドローム該当者・予備群及び血糖値の有所見者の増加
- ・健診未受診者が 15%を超えており、未治療のものは身体の実態がわからない。

3. 目的・目標の設定

1) 目的

当町の特性、健康課題の分析の結果から、引き続き今回の計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の死亡を減らし、健康格差を縮小することとする。

2) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

○虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症等の重症化予防対象者数の減少

○糖尿病に由来する新規透析患者数の増加抑制

当町では年々被保険者数が減少し、年齢構成を見ても高齢者が多い状況である。今後さらに、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難しい。

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は脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症である。そのため、その3疾患を減らしていくことを目標に掲げることとする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の被保険者数に対する重症化予防対象者数の減少と糖尿病に由来する新規透析患者数の増加抑制ことを目標とする。

また、3年後の平成32年度に進捗状況管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。その計画及び評価の見直しの際には、町の人口及び国保人口・年齢構成の状況等を考慮し、検討していくこととする。

(2) 短期的な目標の設定

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的な目標とする。

○糖尿病有病所見者の減少

○高血圧有所見者の減少

○脂質異常有所見者の減少

○メタボ該当者・予備群の該当者の減少（禁煙対策含む）

○特定健診受診率の向上、特定保健指導実施率の向上

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（特定健康診査等実施計画）

1. 第3期特定健康診査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、特定健康診査等実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2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3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

当町における特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標を、下記のとおり設定する。

【表】

（単位：％）

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診 受診率	43	45	50	54	58	60
特定保健指導 実施率	35	40	45	50	55	60

3. 対象者の見込み

当町における特定健診及び特定保健指導の対象者等を、下記のとおり想定する。

【表】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	1,608人	1,575人	1,543人	1,512人	1,496人	1,481人
	691人	708人	771人	816人	867人	888人
特定保健指導	82人	84人	91人	97人	103人	105人
	28人	33人	40人	48人	56人	63人

（注）各欄中、上段が対象者数、下段が実施目標数

4. 特定健診の実施

1) 実施方法及び健診実施機関

健診については、特定健診実施機関に委託する。また、住民の居住状況に応じて、毎年度計画のうえ実施する。集団健診、施設健診の契約方法は個別契約とし、適切な受診機会を確保する。

- （1）集団健診：県内居住者については総合健診での実施を基本とする。
- （2）施設健診：県外居住者については施設健診での実施を基本とする。
- （3）その他、集合契約や他市町村との協定締結等による健診

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

特定健診実施機関等については、総合健診の情報や県外居住者対象の施設健診について町広報誌又は対象者への文書にて周知する。

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。詳細健診に非該当であっても詳細健診項目及び追加検査項目を実施する。

項 目	内 容
基本的な 健診項目	・質問項目（服薬歴、喫煙歴等） ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ・理学的検査（身体考察） ・血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） ・血糖検査（空腹時血糖・HbA1c） ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診 項目	一定の基準の下、医師が必要と判断したもの ・貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数） ・心電図検査（12 誘導心電図） ・眼底検査 ・血清クレアチニン検査

5) 実施時期

- (1) 集団健診 9月頃（7日間程度）
- (2) 施設健診 9月頃から12月末頃まで
- (3) その他、集合契約や他市町村との協定締結等による健診 通年 随時

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行う。

7) 代行機関等

- (1) 費用の請求・支払の代行による決済

福島県保健衛生協会の特定健診実施機関における特定健診の費用の請求・支払は、福島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

- (2) 費用の請求による決済

施設健診における特定健康診査については、費用の請求により支払を行う。

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるために、集団健診や施設健診の意向調査を実施する。対象者の居住場所（県外居住等）に応じて受診しやすい体制を整える。

（集団健診の場合）

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4 月	健診対象者の抽出		
5 月			
6 月			
7 月	意向調査の実施		
8 月	受診録等の印刷・送付		
9 月	健診開始		
10 月			
11 月	健診データ受取	保健指導対象者の抽出 保健指導開始	代行機関との費用決済 の開始
12 月			
1 月			
2 月			特定健診費用最終決済
3 月			
4 月			
5 月			健診データ抽出
6 月		保健指導の終了	実施率等、実施実績の算 出、支払基金への報告

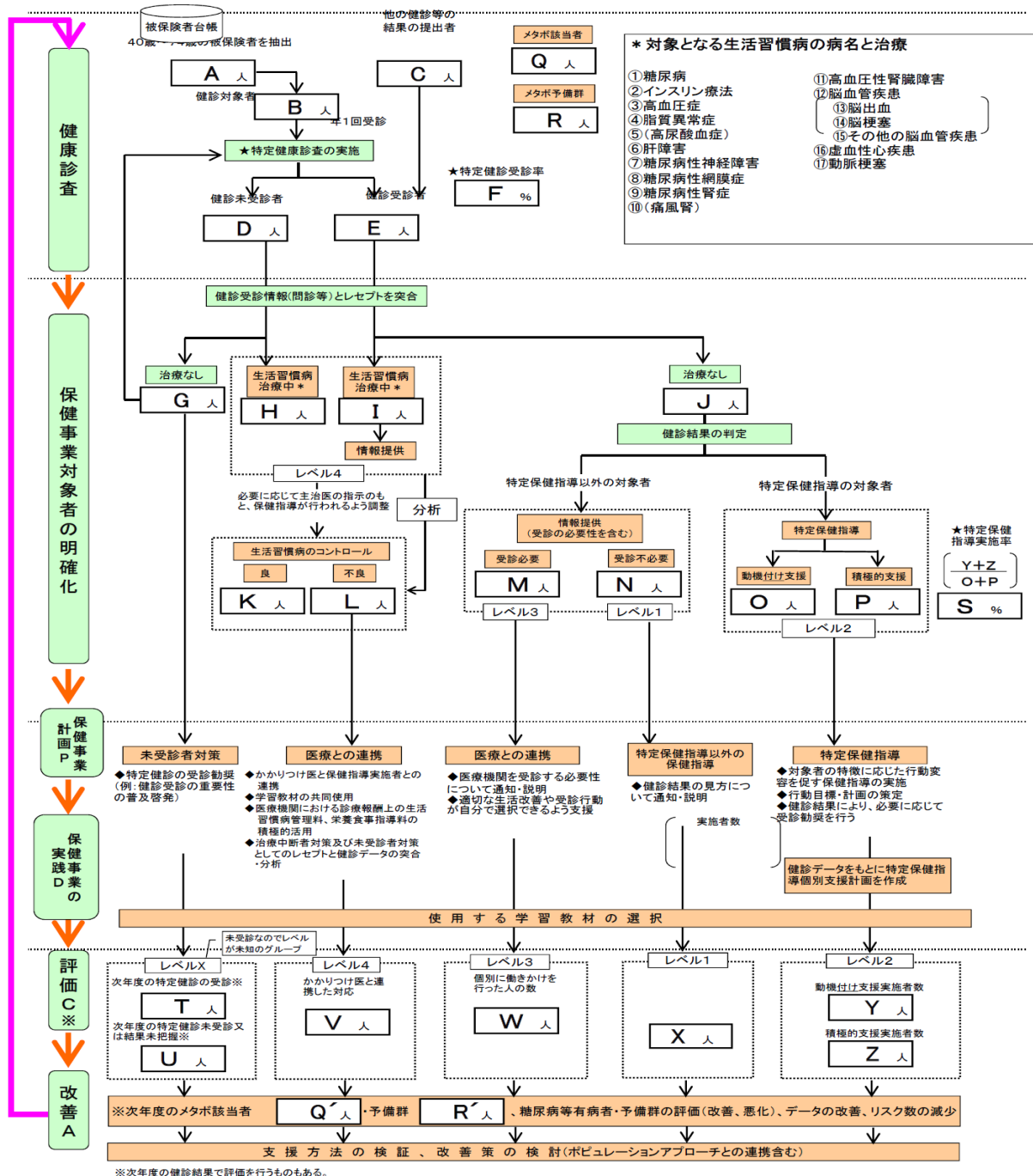
5. 特定保健指導の実施

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

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

様式5-5



2) 特定保健指導対象者の抽出 (表)

内臓脂肪の蓄積により、血圧高値、血糖高値、脂質異常等危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなるため内臓脂肪蓄積の程度と追加リスク要因及び喫煙歴の数に着目し保健指導対象者の階層化を行う(高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療にかかる薬剤を服用している人を除く)。

特定保健指導の実施については、保健師・管理栄養士等と連携し、実施する。

【表】特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対象 40～64歳 積極的支援	65～74歳 動機付け支援
≥85 cm（男性）	2つ以上該当	あり		
≥90 cm（女性）	1つ該当	なし		
	3つ該当	あり	積極的支援	
上記以外で BMI≥25kg/m ²	2つ該当	なし		動機付け支援
	1つ該当			

追加リスク

- ①血糖 … 空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c（NGSP）5.6 以上
 ②脂質 … 中性脂肪 150 mg/dl 以上または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
 ③血圧 … 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

3）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

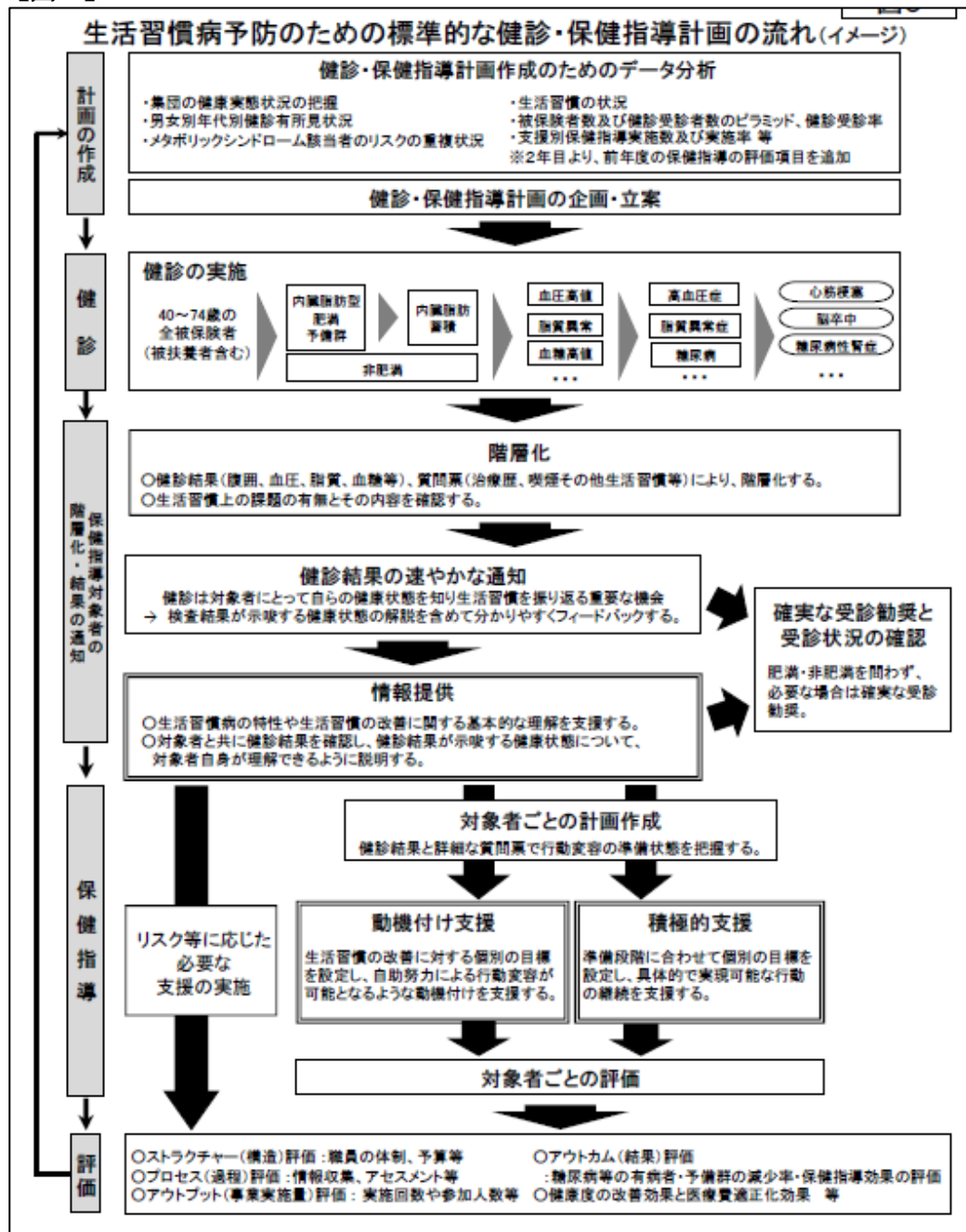
【表】

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 (受診者の%)	目標実施率
1	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、訪問による受診勧奨）	917 人	100%
2	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う。	82 人 (11.9)	35.0%
3	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援する。	() 人	HbA1c 受診勧奨値に対しては 100%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	() 人	100.0%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	() 人	80.0%

4）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

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

【図】



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及び檜葉町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遵守させるとともに、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、特定健診等データ管理システム(国保連)で行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診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。

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¹に基づく計画は、檜葉町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4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に合わせて特定健診の受診の重要性について広く住民に周知していく。

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 3 章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取り組み

1. 糖尿病性腎症重症化予防

目 的	○慢性腎臓病（CKD）・人工透析の患者は糖尿病を罹患している割合が高いため、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中コントロール不良者に対し、医療機関と連携し適切な受診勧奨・保健指導を実施することで、糖尿病性腎症・人工透析患者の発症及び重症化予防を図る。 ○取組にあたっては、『「糖尿病性腎症重症化予防のさらなる展開」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「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」、「檜葉町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って実施する。
-----	--

対 象	対象者の選定基準 ①医療機関未受診者 ②糖尿病治療中断者 ③糖尿病治療中の者で、次のア～ウに該当する者 ア) 特定健診の結果から抽出 ・空腹時血糖 126 mg/dl (随時血糖 200 mg/dl) 以上又は HbA1c 6.5% 以上の者 ・尿蛋白 (+) 以上又は推算糸球体ろ過量 (e-GFR) 60ml/分/1.73 m²未満の者 イ) 診療情報、レセプト情報から糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期及び第 4 期と思われる者 ウ) 糖尿病性腎症は発症していないが高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者
事業内容	○保健指導の実施 ○医療機関と連携したフォローアップ
実施方法	○実施方法 ①対象者の抽出 ・特定健診データ及びレセプトデータを活用し、該当者数把握を行う。 (参考資料 2、参考資料 3) ① 管理栄養士及び保健師による訪問指導の実施 ・糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導を実施する。実施にあたっては糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考にした保健指導教材を活用する。 ③KDB システム及び各種システムによる受診状況・服薬状況の確認 ② 医療機関と連携した保健指導及び栄養指導の実施 ・対象者の管理については、糖尿病管理台帳を作成する。 ・糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れを参考に PDCA サイクル及び評価の視点で事業を実施していく。
実施体制	○国保担当者及び保健師で実施する。 ○受診勧奨や保健指導を実施していく中で、必要に応じて介護担当や地域包括支援センター、後期高齢医療担当等と連携する。 ○未受診者や中断者に対しては医療機関と連携していく。
実施期間	平成 30～平成 35 年度 (単年度ごとの評価を実施)
評 価	○糖尿病管理台帳の情報及び KDB システム等の情報を活用し実施する。 ①受診勧奨者に対する評価 ・受診勧奨者への訪問指導率 ・医療機関受療率 ②保健指導対象者に対する評価 ・保健指導実施率 ・糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較 (HbA1c の変化・e-GFR の変化・尿蛋白の変化・服薬状況の変化)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

1. 健診及び健康習慣の普及啓発

目 的	○生活習慣病の知識と健康意識の高揚を図る。 ○生活習慣病の重症化により医療費や介護保険等社会保障費の増大につながっている実態を住民一人ひとりが知り、健康に関心を持ち健診の重要性を理解する。
対 象	檜葉町民
事業内容	①特定健診・生活習慣病に関する啓発事業 ②肥満予防対策 ③子どもの生活習慣病予防 ④19歳～39歳までの若年健診の推進 ⑤区長や保健協力員等への情報提供を実施 ⑥健康ポイント制度 ⑦歯科健診事業
実施方法	①特定健診や生活習慣に関する情報を広報へ掲載 ②～③母子手帳交付時、乳幼児健診・訪問においての保健指導や栄養指導 ③ 19～39歳や国保、健診を受ける機会のない対象に対して特定健診に準ずる健診（県民健康調査の活用）の実施及び保健指導 ⑤区長会や保健協力員会等で町の医療費の現状や健診の関係を説明し、地区住民への声掛けを実施 ⑥住民の運動習慣や教室、健康に関するイベントへの参加、健診（検診）の受診等によるポイント付与 ⑦歯科健診を総合健診と同時に実施する。
実施体制	国保担当者及び保健師で実施
実施期間	平成30～平成35年度（単年度ごとの評価を実施）
評 価	○特定健診受診率 70％ ○各事業の実施状況

2. 特定健診未受診者対策

目 的	○生活習慣病は自覚症状がなく、重症化するまで放置されることも多いため、健診を受診し検査データにより生活習慣病の早期発見及び重症化を図る。
対 象	○特定健診対象者 ○特定健診前年度未受診者
事業内容	① 健診に関する情報を広報へ掲載 ② 特定健診の未申込み者への受診勧奨 ③ 休日健診日の設定 ④ 母子保健事業等様々な機会を通じた受診勧奨の実施 ⑤ 医療機関との連携した取組 ⑥インセンティブによる受診勧奨
実施方法	① 町の生活習慣病の現状及び特定健診に係る情報を広報へ掲載 ② 特定健診未申込み者へ受診録及び容器などを個別通知し、受診勧奨の呼びかけを実施 ③ 総合健診を土日開催し、受診しやすい機会の確保

	④ 乳幼児健診において両親及びその家族への受診勧奨 ⑤ 医療機関より受診の声掛け ⑥ 健診受診により健康ポイントを付与
実施体制	国保担当者及び保健師で実施
実施期間	平成 30～平成 35 年度（単年度ごとの評価を実施）
評価	○特定健診受診率 70%（40～50 代の受診率 65%） ○前年度未受診者の受診状況 ○リピーター率 90%

3. 特定健診受診者へのフォローアップ

目的	○健診受診者の疾病や検査データに関する説明を行うことにより、住民の健康意識の向上を図り、特定健診の受診率の向上及び生活習慣病の重症化を予防する。 ○受診勧奨値に該当した者は、医療機関に受診することで重症化を予防する。
対象	○特定健診受診者 ○健診結果受診勧奨値の者
事業内容	○健診結果送付時の有効な資料の作成。 ○保健指導の実施
実施方法	①分かりやすい健診結果資料の送付 ・健診結果郵送時は、対象者が経年的な変化が分かるよう資料を作成し、郵送する。 ②保健師による保健指導の実施 ・健診受診者への健診結果説明及び保健指導を実施する。実施の際は対象者個人に合わせた保健指導教材を活用し、対象者が生活習慣を改善できるよう実施する。 ③受診勧奨判定値の対象者に対する医療機関への受診勧奨
実施体制	○国保担当者及び保健師で実施 ○受診勧奨値の者に関しては医療機関と連携し実施
実施期間	平成 30～平成 35 年度（単年度ごとの評価を実施）
評価	○特定健診受診率 70%（40～50 代の受診率 65%） ○保健指導実施率 ○受診勧奨値の者の医療機関への受診状況

IV その他の保健事業

1. ジェネリック医薬品普及啓発

目的	○ジェネリック医薬品の普及率向上により、医療費の伸びの抑制を図る。
対象	国保被保険者
事業内容	①差額に関する通知 ②ジェネリック医薬品普及への広報及びパンフレットの配布

実施方法	①差額通知の送付 ・被保険者に対し、診療報酬等情報に基づき、ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担分の差額に関する通知を行う。 ②ジェネリック医薬品に関する知識の普及啓発 ・ジェネリック医薬品普及に関する内容のパンフレット配布及び広報紙への掲載。
実施体制	国保担当者
実施期間	平成 30～平成 35 年度（単年度ごとの評価を実施）
評価	ジェネリック医薬品の利用率（数量ベース）70%（国保連データ管理システム）

2. 適正受診・適正服薬の促進

目的	○同一疾患で複数の医療機関を受診している、ひと月に多数受診している、さらに同一の薬効の投与を受けている等の住民に、医療費のお知らせや訪問等で弊害等を指導することで適正受診、適正服薬を促し医療費の伸びを抑制する。
対象	○重複受診、頻回受診対象者 ○同一月に3以上の医療機関より、同一の薬効の投与を受けている者
事業内容	①医療費通知 ②受診・服薬指導
実施方法	①医療費のお知らせの通知 ・受診した医療機関や医療費の総額を通知することで受診状況を確認してもらう。 ②保健師による保健指導の実施 ・かかりつけ医、薬剤師等と連携のもと、重複・頻回受診への訪問による残薬確認・指導等を行う。
実施体制	国保担当者及び保健師
実施期間	平成 30～平成 35 年度（単年度ごとの評価を実施）
評価	○医療費のお知らせの通知 100% ○受診指導・服薬指導実施率 70% ○受診者の行動変容

5 具体的な数値目標・実施方法

事業名	生活習慣病の広報事業	特定健康診査事業	特定健診未受診者対策
目的	1 習慣病に関する知識と健康意識の高揚を図る。 2 ジェネリック医薬品の普及を進める等、医療費の適正化と患者負担の軽減を図る。	1 生活習慣病の発症・重症化予防のため、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を把握することを目的として、健康診査を実施する。	1 疾病の早期発見、早期治療や適性医療による重症化予防、医療費の抑制をはかるため、前年度の特定健康診査未受診者に受診勧奨を行う。
目標	① 特定健康診査等、生活習慣病に関する広報を実施し健康意識の向上を図る。 ② 健康づくり運動とし	① 特定健康診査受診率 ・平成 30 年度 40.0% ・平成 31 年度 45.0% ・平成 32 年度 50.0% ・平成 33 年度 55.0%	① 受診勧奨効果率 ・平成 30 年度 10% ・平成 31 年度 10% ・平成 32 年度 10% ・平成 33 年度 10%

	て、地区組織関係機関や関係者等に周知。	・平成 34 年度 60.0% ・平成 35 年度 65.0%	・平成 34 年度 10% ・平成 35 年度 10%
対象者	全町民	国民健康保険被保険者の内 40～74 歳の者	1 今年度新規対象の方 2 前年度特定健康診査未受診の方
実 施 内 容	1 町広報誌、ホームページへ記事の掲載 ・住民の健康づくり活動や身近な健康情報をシリーズで掲載 ・檜葉町の生活習慣病の状況や医療費、死因等の現状を広報等に掲載 2 ジェネリック医薬品の活用周知	1 健診の無料化 2 健診会場の工夫及び土、日曜日の健診実施 3 特定健診の検査項目の追加 4 健診時、「こころと生活習慣に関するアンケート」をもとに、健康相談を実施する。 ※特に前年度健診結果用指導者については、保健師等による指導を実施	1 健康づくり推進協議会や国保運営協議会での検討や報告 2 各種関係機関や地区組織等への周知、協力依頼(行政区長会、食生活改善推進員、社協の相談員や民生委員) 3 広報、通知等の工夫 4 健康教育、訪問時に勧奨 5 受診率が低い年代等について、健診受診行動や健康に関する関心度等の把握 6 施設健診導入の検討
実施者	・保健衛生係、国保年金係	・保健衛生係、国保年金係 ・業務委託業者	・保健衛生係、国保年金係 ・社協の相談員等関係者
期間	通年	毎年 9 月上旬頃	毎年度前半（健診実施前）

特定保健指導事業	重症化予防事業	健康づくり事業
生活習慣病の発症予防のため、対象者自身が健診結果を理解し、生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践し、自分の健康について自己管理できるよう支援する。	生活習慣病有病者に、必要な行動変容に関する情報を提供し、自己決定できるよう支援する。重症化や合併症発症を予防するため、かかりつけ医等と連携し、対象者の生活を基盤とした保健指導を行う。	・一人ひとりが自らの「健康力」を高めるとともに、家庭や地域の中で健康な生活習慣が継承される環境づくりと健康志向の地域コミュニティを形成及び充実を推進する。
①特定保健指導実施率 ・平成 30 年度 35.0% ・平成 31 年度 40.0% ・平成 32 年度 45.0%	①新規透析患者の増加抑制 ・平成 30 年度 1 人 ・平成 31 年度 1 人 ・平成 32 年度 0 人	1 健康づくりに取り組んでいる者の増加 <睡眠> ・不眠を訴える者減少

・平成 33 年度 50.0% ・平成 34 年度 55.0% ・平成 35 年度 60.0%	・平成 33 年度 0 人 ・平成 34 年度 0 人 ・平成 35 年度 0 人 ②糖尿病対策 ・HbA1c 8 以上の者の増加抑制 ・平成 30 年度 10 人 ・平成 31 年度 6 人 ・平成 32 年度 4 人 ・平成 33 年度 2 人 ・平成 34 年度 1 人 ・平成 35 年度 0 人	<たばこ> ・喫煙率の減少 <食生活> ・朝食欠食者の減少 2 健民パスポート事業の参加者の増加
特定保健指導対象者	重症化予防保健指導対象者	全町民（特に、特定保健指導対象者、重症化予防保健指導対象者）
1 行動変容のステージに応じた支援 ・健診時の質問票や保健指導時に把握 ・健診時、面接による個別支援を行う 2 継続支援 ○自己効力感を高めるフォローアップ ・グループ支援（健康教育） ・個別支援（訪問、電話等） ・健康情報提供（パンフ郵送等） 3 特定保健指導の評価 （訪問時の聞取りや血圧・腹囲測定、次年度健診結果）	1 総合健診時査時に初回面接 ・前年度健診結果から対象者抽出 ・健康相談に誘導 → 面接による個別支援 2 継続的な保健指導の実施 ・グループ支援（訪問、電話等） ・個別支援（訪問、電話等） ・情報提供（パンフ郵送等） 3 特定保健指導の評価 （訪問時の聞取りや血圧・腹囲測定、次年度健診結果）	1 健康づくり運動の推進 ・睡眠、食生活 「早寝・早起・朝ご飯」 ・禁煙についての情報提供 2 各種健康教室の開催 ・健診結果説明会 ・ヘルシー教室 ・元気アップ教室等 3 健民パスポート事業の導入 4 その他 ・がん対策・歯科保健対策 ・ロコモ対策等
・保健衛生係、国保年金係	・保健衛生係、国保年金係 ・医師会など	・保健衛生係、国保年金係 ・J ヴィレッジ
健診時、通年	健診時、通年	通年、随時

第5章 地域包括ケアシステムに係る取組

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、それを踏まえて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。実施事業としては、第4章の保健事業・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。

当町では、高齢化率は26%を超え年々増加している。国保加入者が年々減少している中、被保険者のうち65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める65歳以上の医療費の割合も過半数を超えている。このような状況を鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、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。行政（介護・福祉・障害・衛生・国保・後期高齢・建設担当）、かかりつけ医や薬剤師、社会福祉協議会、地域包括支援センター、ケアマネージャー、ホームヘルパー、ボランティア等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

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年度に進捗状況の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。

具体的な評価は、定期的にKDBシステムに収載される健診・医療・介護のデータを用いて、受診率・受療率、医療の動向等で実施する。

また、国への特定健診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、福島県国民健康保険連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言等を受けるものとする。

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・システムの整備)

・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、受診勧奨実施数等

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)。

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得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、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。