

第 2 期能登町データヘルス計画

〔 第 2 期能登町国民健康保険保健事業実施計画
第 3 期特定健康診査等実施計画 〕

平成 30 年度～平成 35 年度

能登町国民健康保険

第2期能登町データヘルス計画

(第2期能登町国民健康保険保健事業実施計画・第3期特定健康診査等実施計画)

目次

<u>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</u>	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	5
4. 実施体制と関係者との連携等	5
5. 保険者努力支援制度	6
<u>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</u>	8
1. 保険者の特性	11
2. 第1期計画に係る評価及び考察	11
1) 健康状況	11
(1) 死亡の状況	11
(2) 介護の状況	12
(3) 医療の状況	13
(4) 特定健診結果の状況	20
2) 保健事業の実施	26
3) 第1期に係る考察	28
3. 第2期計画における健康課題の明確化	28
4. 計画の目標の設定	29
<u>第3章 保健事業の内容</u>	32
I 保健事業の方向性	32
II 重症化予防の取組	33
1. 糖尿病性腎症重症化予防	33
2. 虚血性心疾患重症化予防	41
3. 脳血管疾患重症化予防	45
III その他	50
1. COPD	50
2. がん	51
3. 精神疾患	51

4. こどもの生活習慣病	51
5. 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導	52
6. 後発医薬品の使用促進	52
IV ポピュレーションアプローチ	53
<u>第4章 第3期特定健康診査等実施計画</u>	<u>54</u>
1. 第3期特定健診等実施計画について	54
2. 目標値の設定	54
3. 対象者数の見込み	54
4. 特定健診の実施	54
5. 特定保健指導の実施	57
6. 個人情報の保護	63
7. 結果の報告	63
8. 第3期特定健康診査等実施計画の公表・周知	63
<u>第5章 地域包括ケアに係る取組</u>	<u>64</u>
<u>第6章 計画の評価・見直し</u>	<u>66</u>
1. 評価の時期	66
2. 評価方法・体制	66
<u>第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</u>	<u>67</u>
1. 計画の公表・周知	67
2. 個人情報の取扱い	67
<u>参考資料</u>	<u>68</u>

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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

能登町においては、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が図られることを目的とする。

2. 計画の位置づけ

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

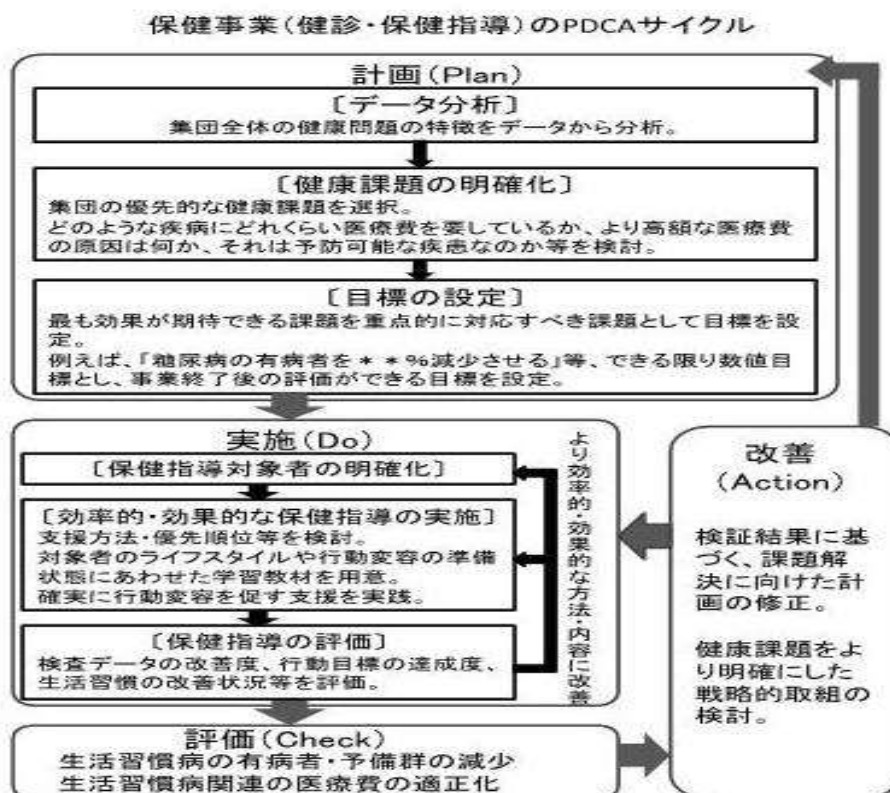
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康日本21の県の計画である「いしかわ健康フロンティア戦略」や「能登町健康づくり計画」、「石川県医療費適正化計画」、「第7期能登町介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表2】 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表3】 保健事業（健診・保健指導）PDCAサイクル



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 実施体制と関係者との連携等

1) 実施体制

計画は、国民健康保険係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係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のために、後期高齢者医療係・介護保険係・福祉係等幅広い部局と十分連携する。

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、国保運営協議会や既存の保健医療関係者等委員会、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等を活用していく。

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

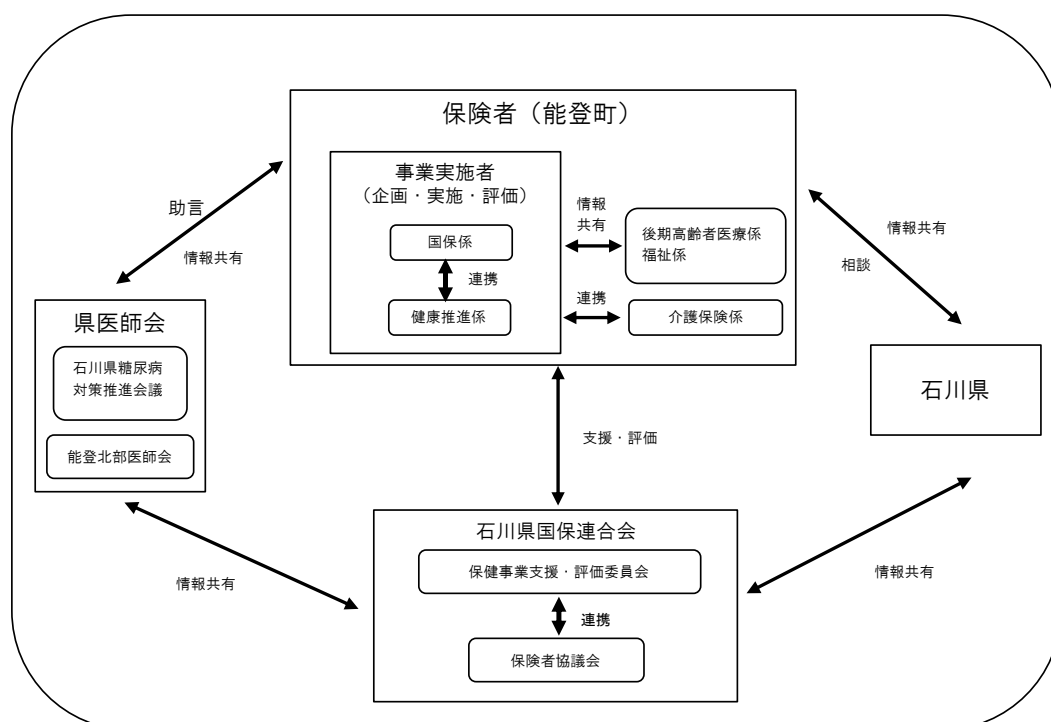
また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として能登北部医師会等地域の保健医療関係者との連携を図る。

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

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】 能登町の実施体制図



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(千円)		2,947	4,648	9,443	
総得点(体制構築点含む)		252	377	555	
全国順位(1,741市町村中)		156	—	—	
共通①	特定健診受診率	10	10	20	50
	特定保健指導実施率	15	15	25	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通②	がん検診受診率	5	20	30	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	7	7	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	10	25	45	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	0	0	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	15	18	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			27	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化
 【図表6】国・県・同規模平均と比べてみた能登町の位置

項目		能登町(H25)		能登町(H28)		同規模※2		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口		19,355	19,355	2,213,234	1,149,040	124,852,975	KDB※1、NO.5 人口の状況							
		65歳以上(高齢化率)	7,775	40.2	7,775	40.2	623,636	28.2	274,533	23.9	29,020,766	23.2	KDB、NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 22年国勢調査			
		75歳以上	4,507	23.3	4,507	23.3			139,678	12.2	13,989,864	11.2				
		65～74歳	3,268	16.9	3,268	16.9			134,855	11.7	15,030,902	12.0				
		40～64歳	6,816	35.2	6,816	35.2			387,206	33.7	42,411,922	34.0				
	39歳以下	4,764	24.6	4,764	24.6			487,301	42.4	53,420,287	42.8					
	② 産業構成	第1次産業	17.8		17.8		12.2		3.3		4.2		KDB、NO.3 健診医療介護からみ る地域の健康課題 22年国勢調査			
		第2次産業	23.5		23.5		27.7		28.7		25.2					
		第3次産業	58.7		58.7		60.1		68.0		70.6					
	③ 平均寿命	男性	78.7		78.7		79.3		79.7		79.6		KDB、NO.1 地域全体像の把握 22年市町村別生命表			
女性		86.0		86.0		86.3		86.8		86.4						
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	107.0	109.3	103.9	98.4	100	KDB、NO.1 地域全体像の把握							
			女性	100.1	109.5	102.0	95.4	100								
		がん	91	39.7	104	47.1	7,565	46.0					3,535	50.1	367,905	49.6
		心臓病	69	30.1	69	31.2	4,757	29.0					1,885	26.3	196,768	26.5
		脳疾患	47	20.5	29	13.1	2,675	16.3					1,190	16.9	114,122	15.4
		糖尿病	5	2.2	4	1.8	338	2.1					113	1.6	13,658	1.8
		腎不全	9	3.9	7	3.2	619	3.8					187	2.6	24,763	3.3
	自殺	8	3.5	8	3.6	474	2.9	180	2.5	24,294	3.3					
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	23	6.3	23	6.2				136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査				
		男性	14	8.1	16	8.9			12.2	91,123	13.5					
女性		9	4.7	7	3.6			6.2	45,821	7.2						
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,202	15.6	1,198	15.2	126,447	20.4	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	18	0.2	27	0.3	2,113	0.3	902	0.3	105,654	0.3				
		2号認定者	17	0.3	17	0.3	2,818	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4				
	② 有病状況	糖尿病	305	25.0	322	25.6	27,924	21.2	16,617	27.4	1,343,240	21.9				
		高血圧症	677	54.3	662	53.4	69,041	52.8	32,225	53.2	3,085,109	50.5				
		脂質異常症	313	25.1	328	26.9	35,204	26.8	17,890	29.5	1,733,323	28.2				
		心臓病	775	62.8	789	63.2	78,702	60.2	38,176	63.1	3,511,354	57.5				
		脳疾患	364	30.9	360	29.6	34,872	26.7	17,523	29.4	1,530,506	25.3				
		がん	96	8.0	95	8.0	13,015	9.8	6,811	11.1	629,053	10.1				
		筋・骨格	559	46.9	579	47.4	67,392	51.7	32,018	53.0	3,051,816	49.9				
	精神	534	43.9	527	42.5	47,608	36.2	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)	78,379		78,264		67,101		67,606		58,349					
		居宅サービス	46,984		45,967		41,922		43,494		39,683					
施設サービス		298,213		293,406		276,064		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	7,864	8,132	8,322	8,950	7,980									
	認定なし	4,634	4,910	3,995	4,393	3,822										

※1 国保データベースシステム 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。

※2 KDBにおける保険者を人口規模で13区分に設定し、区分ごとに出された平均値のこと(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、特別市1区分、一般市4区分、町村5区分、国保組合1区分で区分。平成27年度から一般人口1万人以上2万人未満の区分11で同規模数は124。それ以前は一般人口2万人以上の区分12に該当。

項目		能登町(H25)		能登町(H28)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
①	国保の状況	被保険者数		5,704		4,941		574,807		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		2,632 46.1		2,606 52.7				117,200 46.5		12,462,053 38.2			
		40～64歳		2,045 35.9		1,569 31.8				78,632 31.2		10,946,693 33.6			
		39歳以下		1,027 18.0		766 15.5				55,972 22.2		9,178,477 28.2			
加入率		29.5		25.5		26.0		21.9		26.9					
②	医療の概況 (人口千対)	病院数		2 0.4		2 0.4		173 0.3		97 0.4		8,255 0.3		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		診療所数		11 1.9		11 2.2		1,295 2.3		874 3.5		96,727 3.0			
		病床数		300 52.6		300 60.7		22,850 39.8		18,468 73.3		1,524,378 46.8			
		医師数		25 4.4		26 5.3		2,887 5.0		3,303 13.1		299,792 9.2			
		外来患者数		671.9		704.0		686.7		689.8		668.3			
		入院患者数		25.9		29.5		22.1		25.3		18.2			
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		28,105 県内5位 同規模8位		33,232 県内2位 同規模5位		26,719		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		697.83		733.547		708.765		715.094		686.501			
		外来	費用の割合		59.2		55.1		57.8		54.7		60.1		
			件数の割合		96.3		96.0		96.9		96.5		97.4		
		入院	費用の割合		40.8		44.9		42.2		45.3		39.9		
			件数の割合		3.7		4.0		3.1		3.5		2.6		
1件あたり在院日数		16.3日		16.1日		16.6日		16.8日		15.6日					
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源傷病 名(調剤含む)	がん		274,061,990 23.2		405,029,200 32.8		24.4		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)		69,604,520 5.9		86,858,940 7.0		9.4		7.4		9.7			
		糖尿病		111,029,440 9.4		116,293,880 9.4		10.2		9.4		9.7			
		高血圧症		143,225,750 12.1		103,332,800 8.4		9.0		7.4		8.6			
		精神		227,197,190 19.2		180,398,880 14.6		18.4		19.4		16.9			
		筋・骨格		167,055,780 14.1		159,679,170 12.9		15.2		14.7		15.2			
⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病		492,298 20位(16)		568,067 13位(15)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			高血圧		449,609 20位(16)		548,888 17位(15)								
			脂質異常症		437,082 20位(15)		567,129 8位(14)								
			脳血管疾患		504,541 19位(17)		487,983 19位(18)								
			心疾患		477,895 20位(13)		599,404 12位(13)								
			腎不全		610,540 18位(17)		628,608 17位(19)								
	県内順位	精神		421,368 16位(25)		436,750 16位(23)									
		悪性新生物		629,298 18位(14)		699,918 7位(15)									
	入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病		35,658 17位		36,030 16位								
			高血圧		29,994 15位		30,767 12位								
			脂質異常症		29,586 11位		28,995 11位								
			脳血管疾患		39,415 12位		42,997 8位								
			心疾患		31,799 20位		38,149 15位								
			腎不全		150,864 17位		146,325 17位								
精神			31,297 17位		35,068 6位										
悪性新生物			58,003 8位		64,829 10位										
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者		3,957		3,672		2,715		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		11,377		14,979		12,557		14,627		12,683		
		生活習慣病対象 者一人当たり	健診受診者		9,988		9,066		7,331		8,275		5,940		
			健診未受診者		28,719		36,978		33,904		39,753		36,479		
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		986 53.3		830 51.6		92,721 56.1		42,806 52.9		4,116,530 55.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		医療機関受診率		881 47.6		757 47.0		84,744 51.3		40,083 49.5		3,799,744 51.6			
		医療機関非受診率		105 5.7		73 4.5		7,977 4.8		2,723 3.4		316,786 4.3			

項目		能登町(H25)		能登町(H28)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
5	特定健診の 状況	① 健診受診者	1,851		1,615		165,252		180,786				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 法定報告		
		② 受診率	43.1	県内14位 同規模53位	42.8	県内17位 同規模61位	40.2		45.2						
		③ 特定保健指導終了者(実施率)	95	51.9	110	59.1	2115	10.4	726	8.7	35,557	4.1			
		④ 非肥満高血糖	198	10.7	201	12.5	16,552	10.0	8,242	10.2	687,157	9.3			
		⑤	メタボ	該当者	414	22.4	386	24.0	29,187	17.7	15,692	19.4		1,272,714	17.3
				男性	257	30.7	239	34.1	20,022	26.8	10,201	30.6		875,805	27.5
				女性	157	15.5	147	16.2	9,165	10.1	5,491	11.5		396,909	9.5
	⑥	県内順位	予備群	216	11.7	171	10.6	18,197	11.0	8,278	10.2	790,096		10.7	
			男性	150	17.9	114	16.3	12,596	16.9	5,531	16.6	548,609		17.2	
			女性	66	6.5	57	6.3	5,601	6.2	2,747	5.8	241,487		5.8	
	⑦	順位総数20	メタボ該当・ 予備群レベ ル	総数	681	36.8	602	37.4	53,104	32.1	26,570	32.8		2,320,533	31.5
	⑧	腹囲		男性	444	53.0	382	54.6	36,402	48.7	17,375	52.1		1,597,371	50.1
	⑨			女性	237	23.4	220	24.2	16,702	18.4	9,195	19.3		723,162	17.3
	⑩		BMI	総数	87	4.7	80	5.0	8,447	5.1	3,551	4.4		346,181	4.7
	⑪			男性	9	1.1	9	1.3	1,431	1.9	460	1.4		55,460	1.7
	⑫			女性	78	7.7	71	7.8	7,016	7.7	3,091	6.5		290,721	7.0
	⑬			血糖のみ	14	0.8	10	0.6	1,156	0.7	521	0.6		48,685	0.7
	⑭			血圧のみ	150	8.1	122	7.6	12,596	7.6	5,432	6.7		546,667	7.4
	⑮			脂質のみ	52	2.8	39	2.4	4,445	2.7	2,325	2.9		194,744	2.6
⑯			血糖・血圧	56	3.0	48	3.0	4,986	3.0	1,978	2.4	196,978	2.7		
⑰			血糖・脂質	19	1.0	19	1.2	1,612	1.0	941	1.2	69,975	1.0		
⑱			血圧・脂質	195	10.5	177	11.0	13,719	8.3	7,719	9.5	619,684	8.4		
			血糖・血圧・脂質	144	7.8	142	8.8	8,870	5.4	5,054	6.2	386,077	5.2		
6	① 服薬	高血圧	802	43.3	755	46.9	57,583	34.9	30,643	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		糖尿病	181	9.8	161	10.0	13,351	8.1	7,505	9.3	551,051	7.5			
		脂質異常症	519	28.0	507	31.5	37,967	23.0	23,664	29.2	1,738,149	23.6			
	② 既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	68	3.8	68	4.4	5,029	3.2	3,003	3.9	230,777	3.3			
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	169	9.4	154	9.9	9,442	6.0	5,767	7.6	391,296	5.5			
		腎不全	11	0.6	9	0.6	760	0.5	298	0.4	37,041	0.5			
		貧血	226	12.5	202	13.0	13,633	8.7	10,735	13.7	710,650	10.1			
	③	喫煙	292	15.8	233	14.5	23,392	14.2	10,592	13.1	1,048,171	14.2			
	④	週3回以上朝食を抜く	121	6.7	107	6.9	10,187	6.9	5,020	7.6	540,374	8.5			
	⑤	週3回以上食後間食	221	12.3	232	14.9	18,736	12.8	10,506	15.8	743,581	11.8			
	⑥	週3回以上就寝前夕食	410	22.8	323	20.8	23,368	15.9	11,679	17.6	983,474	15.4			
	⑦	食べる速度が速い	473	26.2	415	26.6	40,153	27.4	18,452	28.0	1,636,988	25.9			
	⑧	20歳時体重から10kg以上増加	608	33.9	520	33.5	46,810	32.0	20,240	30.8	2,047,756	32.1			
	⑨	1回30分以上運動習慣なし	1,232	68.4	1,010	65.1	92,258	62.9	39,178	58.9	3,761,302	58.7			
⑩	1日1時間以上運動なし	461	25.6	423	27.2	69,526	47.6	30,690	42.7	2,991,854	46.9				
⑪	睡眠不足	420	23.7	360	23.4	37,012	25.4	14,736	22.5	1,584,002	25.0				
⑫	毎日飲酒	527	28.6	403	25.2	39,922	25.3	19,466	26.5	1,760,104	25.6				
⑬	時々飲酒	326	17.7	288	18.0	32,025	20.3	13,966	19.0	1,514,321	22.0				
⑭	一日飲酒量	1合未満	458	48.6	375	50.0	63,747	62.0	27,178	61.5	3,118,433	64.1			
		1~2合	315	33.4	256	34.1	25,691	25.0	11,627	26.3	1,158,318	23.8			
		2~3合	141	15.0	106	14.1	10,483	10.2	4,254	9.6	452,785	9.3			
		3合以上	29	3.1	13	1.7	2,902	2.8	1,165	2.6	132,608	2.7			

1. 保険者の特性

能登町の65歳以上の人口割合は40.2%であり、同規模、県、国と比較して高齢化率が高い町である。産業構成をみると、同規模、県、国より第1次産業従事者が多いことも特徴である。

国保加入率では、県、国と比べて65歳～74歳は高く、39歳以下の加入率は低い。加入者数は平成25年には、5,704人だったが平成28年では4,941人に減っており、年々減少する傾向にある。(図表6)

2. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 健康状況

(1)死亡の状況

石川県は、平成22年の平均寿命が男性18位、女性11位で平成17年と比較して順位を下けているが、いずれも全国の上位である。

能登町の平成22年の男性の平均寿命は、78.70歳と平成17年と比較して延びているが、男女とも県・国よりも低い。平成27年の65歳未満の死亡割合は、男女ともに平成17年と比較して低下しており、県・国と比べても割合は低い。

石川県の年齢調整死亡率は、男性の肺がんが41.9%で国の39.2%を上回っている。女性では、脳血管疾患が21.9%、胃がん10.0%、肺がん11.3%、子宮がん6.2%であり、それぞれ国の死亡率を上回っている。(図表7・8)

【図表7】平均寿命と65歳未満の死亡割合

性別	平均寿命(歳)				65歳未満死亡割合(%)			
	男性		女性		男性		女性	
	平成17年	平成22年	平成17年	平成22年	平成17年	平成27年	平成17年	平成27年
石川県	79.26	79.71	86.46	86.75	22.3	12.2	13.3	6.2
全国値	78.79	79.59	85.75	86.35	26.3	13.5	14.9	7.2
順位	8位	18位	6位	11位	33位	29位	22位	28位
能登町	78.11	78.70	86.06	86.00	21.1	8.9	8.6	3.6

資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表(厚生労働省)

【図表 8】石川県年齢調整死亡率

年齢調整死亡率※		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患 (COPD)		糖尿病	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	43位	26位	33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	36位	5位	40位	26位	38位

年齢調整死亡率※		胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	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	6位	38位	16位	27位	32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

能登町の第一号被保険者の 15.2%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。40～60 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、国より低い値となっている。しかし、要介護 3～5 の介護度の高い認定者が半数を占めている。

介護給付費をみると、全体の給付費は減少しているが、1 件当たり給付費が居宅・施設サービスともに同規模や県、国より高額である。

有病状況をみると、第 1 号被保険者（65～74 歳）・第 2 号被保険者の脳血管疾患、糖尿病数が減少している。しかし、同規模と比べると糖尿病、高血圧、心臓病、脳疾患、精神の割合が高くなっている。

生活習慣の改善により予防できる疾患である生活習慣病予防、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 6・9・10）

【図表 9】 介護給付費の変化

年度	町				同規模		
	介護給付費(万円)	一件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	一件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	23億6,642万円	78,379	46,984	298,213	65,871	42,436	259,011
H28年度	23億133万円	78,264	45,967	293,406	67,101	41,922	276,064

資料 KDB

【図表 10】 要介護認定率と要介護認定者の有病状況

(人)

2号 40~64歳	年度	認定者 数 (人)	認定率 (%)	新規認 定者数	要支援 1:2	要介護 1.2	要介護 3~5	血管疾患(KDBシステムの分類による)					認知症
								脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	糖尿病	合計	
								H25年度	17	0.25	1	7	
H28年度	17	0.25	2	7	2	8	7	2	0	5	8	1	

1号(一部) 65~74歳	年度	認定者 数 (人)	認定率 (%)	新規認 定者数	要支援 1:2	要介護 1.2	要介護 3~5	血管疾患(KDBシステムの分類による)					認知症
								脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	糖尿病	合計	
								H25年度	79	2.4	16	19	
H28年度	73	2.2	13	20	19	34	17	9	4	20	29	24	

資料 KDB 2次加工ツール

(3)医療の状況

①医療費の変化

総医療費は、平成 25 年度から比べると増加しているが、平成 28 年度は前年度より入院・外来費用額とも減少している。1 人あたり医療費も、平成 25 年度より増加しており、平成 28 年度は前年度よりは減少しているが、同規模、県、国よりも高く、県内 2 位となっている。伸び率については、同規模と比較すると入院は減少しているが、外来は増加している。

疾患別でみると、がんの占める割合が増えており、同規模、県、国と比べてもがんの占める割合は大きい。費用額が減少している疾患は、高血圧・脳血管疾患・精神・筋骨疾患である。増加している疾患は、がん・慢性腎不全(透析有)・虚血性心疾患・糖尿病・脂質異常症となっている。(図表 6・11・17)

【図表 11】 医療費の変化

		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				能登町	同規模			能登町	同規模			能登町	同規模
総医療費 (円)	H27年度	21億1645万円				9億6980万円				11億4664万円			
	H28年度	20億1122万円	-1億0523万円	-5.0	-9.8	9億0299万円	-6681万	-6.9	-8.5	11億0823万円	-4288万	-3.3	-10.7
一人当たり 医療費 (円)	H27年度	33,466				15,330				18,130			
	H28年度	33,232	-234	-0.7	-0.3	14,920	-410	-2.7	1.1	18,312	182	1.0	-1.34

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

資料 KDB

②受療率の推移

入院では、石川県は虚血性心疾患が全国 3 位、腎不全等が全国 10 位、糖尿病が全国 9 位であり、平成 23 年と比較して順位が上昇している。

外来では腎不全等の受療率以外は平成 23 年と比較して下がっており、総数では全国 45 位と低い順位となっている。

適切な受診を促し、重症化を防ぐことが課題である。(図表 12)

【図表 12】 受療率の推移 (人口 10 万対)

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

資料 患者調査※2(厚生労働省)

※1 受療率 調査日に人口 10 万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

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

③医療費と介護給付費の変化

石川県の一人あたりの国保医療費、後期医療費、介護給付費はすべて全国の費用額を上回っている。また平成 26 年との比較では、国保医療費、後期医療費は高くなっているが、介護給付費は低くなっている。(図表 13)

【図表 13】 医療費と介護給付費の変化

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

※1 国民健康保険の実態（国保中央会）

※2 後期高齢者医療事業状況報告（確報） 第2表（厚生労働省）

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

平成25年と平成28年を比較すると、全体の人数、件数、費用額ともに大きく増加している。疾病別にみると、がんが半数近くを占めるほど増加しており、虚血性心疾患も増加している。脳血管疾患の件数はゼロである。（図表14）

【図表 14】 高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他				
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	19人	31人	0人	0人	3人	4人	8人	15人	9人	13人		
			0.0%	0.0%	15.8%	12.9%	42.1%	48.4%	47.4%	41.9%				
		件数	23件	41件	0件	0件	3件	5件	9件	20件	11件	16件		
			0.0%	0.0%	13.0%	12.2%	39.1%	48.8%	47.8%	39.0%				
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
				50代	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	20.0%	2	22.2%
60代	0	0.0%		0	0.0%	1	33.3%	4	80.0%	2	22.2%			
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	0	33.3%	5	55.6%				
費用額	5510万円	1億971万円	--	--	697万円	1311万円	1947万円	5331万円	2866万円	4329万円				
				9.1%	10.1%	21.7%	42.9%	67.8%	45.3%					

資料 KDB2 次加工ツール

⑤長期入院

全体の人数、件数、費用額ともに減少している。疾患別にみると精神疾患が人数・件数・費用額ともに減少しており、脳血管疾患の件数と費用額が増加している。虚血性心疾患では、件数が減少しているが、費用額が増加している。（図表15）

【図表 15】長期入院

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)		全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患	
			H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	48人	45人	38人 79.2%	30人 66.7%	6人 12.5%	6人 13.3%	3人 6.3%	3人 6.7%
		件数	470件	417件	398件 84.7%	287件 68.8%	41件 8.7%	44件 10.6%	26件 5.5%	12件 2.9%
		費用額	2億8617万円	1億8391万円	1億4391万円 79.6%	1億576万円 57.5%	1486万円 8.2%	2228万円 12.1%	970万円 5.4%	1222万円 6.6%

資料 KDB 2次加工ツール

⑥人工透析患者

全体の人数、件数、費用額ともに増加している。疾患別にみると糖尿病性腎症が人数、件数、費用額ともに減少しており、全体の2割ほどである。合わせ持っている疾患をみると、虚血性心疾患が人数、件数、費用額全て増加しており、脳血管疾患の件数・費用額も増加している。特に虚血性心疾患は、全体の4割を占めており、医療費影響を及ぼす疾患として抑制することが重要な課題である。(図表 16)

【図表 16】人工透析患者

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)		全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
			H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	16人	18人	5人 31.3%	3人 16.7%	5人 31.3%	4人 22.2%	2人 12.5%	6人 33.3%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		件数	205件	227件	51件 24.9%	39件 17.2%	45件 22.0%	57件 25.1%	19件 9.3%	90件 39.6%
		費用額	8016万円	9194万円	2133万円 26.6%	1894万円 20.6%	1906万円 23.8%	2206万円 24.0%	921万円 11.5%	3726万円 40.5%

資料 KDB 2次加工ツール 各5月診療分

⑦中長期的疾患及び短期的な疾患（最大医療資源）

中長期目標疾患である慢性腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患と、短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る医療費合計では、平成25年度に比べ平成28年度は減少している。疾患別にみると脳血管疾患、慢性腎不全（透析無）に係る医療費が減少しており、慢性腎不全(透析有)・虚血性心疾患が増加している。

短期目標疾患では、高血圧の減少が大きいですが糖尿病・脂質異常症は増加している。(図表 17)

【図表 17】 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患								
		金額	順位		腎				脳		心		
			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年度	国	9,715,899,906.10	22,383	--	--	523,721,382,240	5.39%	38,382,390,860	0.40%	253,359,931,280	2.61%	229,458,044,590	2.36%
	県	93,645,808,090	27,257	--	--	4,150,609,650	4.43%	415,326,300	0.44%	2,485,836,320	2.65%	2,922,455,950	3.12%
	能登町	1,944,366,130	28,105	15位	5位	69,604,520	3.58%	12,745,020	0.66%	34,277,390	1.76%	51,283,680	2.64%
H28年度	国	9,687,968,260.190	24,245	--	--	523,214,922,280	5.40%	33,840,150,420	0.35%	215,739,690,930	2.23%	197,573,184,270	2.04%
	県	90,801,717,410	29,225	--	--	3,901,256,190	4.30%	315,416,330	0.35%	2,102,376,380	2.32%	2,486,018,340	2.74%
	能登町	2,011,225,330	33,232	5位	2位	86,858,940	4.32%	2,192,510	0.11%	19,052,310	0.95%	56,811,730	2.82%

市町村名	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				
	糖尿病		高血圧		脂質異常症										
H25年度	国	520,096,552,910	5.35%	609,812,043,170	6.28%	305,748,277,200	3.15%	2,480,576,622,250	25.53%	1,218,313,418,700	12.54%	911,931,763,120	9.39%	817,402,823,620	8.41%
	県	5,163,903,320	5.51%	5,445,272,130	5.81%	2,889,546,970	3.09%	23,472,950,640	25.07%	12,431,964,890	13.28%	10,811,090,660	11.54%	8,249,318,700	8.81%
	能登町	111,943,330	5.76%	143,716,940	7.39%	84,920,520	4.37%	508,491,400	26.15%	275,362,140	14.16%	227,372,910	11.69%	167,717,990	8.63%
H28年度	国	523,491,751,670	5.40%	460,581,187,160	4.75%	285,468,046,580	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	1,376,729,732,900	14.21%	909,039,373,390	9.38%	819,087,926,730	8.45%
	県	4,932,397,670	5.43%	3,881,177,560	4.27%	2,532,332,220	2.79%	20,150,974,690	22.19%	14,253,974,090	15.70%	10,209,608,740	11.24%	7,721,237,450	8.50%
	能登町	116,293,880	5.78%	103,332,800	5.14%	96,066,730	4.78%	480,608,900	23.90%	405,029,200	20.14%	180,398,880	8.97%	159,679,170	7.94%

※最大医療資源傷病名（調剤含む）による分類結果

資料：KDB

※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

⑧中長期的な目標の疾患

第1期データヘルス計画では、医療費の高額疾患や長期入院、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を平成29年度までに10%減少させることを目標としていたが、平成28年度時点では達成できていない。平成25年度に比べ脳血管疾患数は減少しているが、虚血性心疾患数・割合とも増加しており、人工透析数は減少していない状況である。（図表18）

今後高齢化に伴い、医療費そのものを抑えることは難しく、重症化する前に早期に対応することで、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

【図表 18】 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	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	5,935	413	7.0	63	15.3	2	0.5	347	84.0	152	36.8	274	66.3	
	64歳以下	3,387	106	3.1	17	16	2	1.9	81	76.4	15	14.2	72	67.9	
	65歳以上	2,548	307	12.0	46	15	0	0.0	266	86.6	137	44.6	202	65.8	
H28	全体	5,222	467	8.9	65	13.9	6	1.3	396	84.8	235	50.3	396	84.8	
	64歳以下	2,515	106	4.2	15	14.2	6	5.7	86	81.1	54	50.9	86	81.1	
	65歳以上	2,707	361	13.3	50	13.9	0	0.0	310	85.9	181	50.1	310	85.9	

脳血管疾患		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者	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	5,935	245	4.1	63	25.7	5	2.0	194	79.2	103	42.0	122	49.8	
	64歳以下	3,387	72	2.1	17	23.6	5	6.9	54	75.0	32	44.4	29	40.3	
	65歳以上	2,548	173	6.8	46	26.6	0	0.0	140	80.9	71	41.0	93	53.8	
H28	全体	5,222	231	4.4	65	28.1	4	1.7	191	82.7	111	48.1	144	62.3	
	64歳以下	2,515	62	2.5	15	24.2	4	6.5	47	75.8	30	48.4	32	51.6	
	65歳以上	2,707	169	6.2	50	29.6	0	0.0	144	85.2	81	47.9	112	66.3	

人工透析		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者	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	5,935	16	0.3	5	31.3	2	12.5	13	81.3	5	31.3	3	18.8	
	64歳以下	3,387	16	0.5	5	31.3	2	12.5	13	81.3	5	31.3	3	18.8	
	65歳以上	2,548	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
H28	全体	5,222	18	0.3	4	22.2	6	33.3	16	88.9	3	16.7	4	22.2	
	64歳以下	2,515	18	0.7	4	22.2	6	33.3	16	88.9	3	16.7	4	22.2	
	65歳以上	2,707	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

資料 厚生労働省様式 3-5~7 各 5 月診療分

⑨短期的な目標の疾患

第 1 期データヘルス計画では、中長期的な目標の疾患の血管変化における共通のリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームを減らしていくことを短期的な目標とし、特に血圧改善対策を重点としている。

平成 25 年度と比べると、重点にあげていた高血圧の人数は減少しているが、糖尿病

と脂質異常症は人数・割合とも増加している。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割合が増えている状況である。

医療受診が必要な者への受診勧奨や治療継続への働きかけ、治療中断者には、必要に応じて医療機関と十分な連携を図り適切な保健指導を行うことが必要となる。また、治療中の糖尿病やメタボリックシンドロームの者において、薬物療法だけでは改善が難しい場合は、食事療法と併用して治療を行うことが有効な疾患であるため、主治医の指示のもと、栄養指導や運動指導も必要となる。(図表 19)

【図表 19】 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								
		被保険者数		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	
				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	5,935	827	13.9	53	6.4	599	72.4	500	60.5	172	20.8	103	12.5	5	0.6	25	3.0	
	64歳以下	3,387	262	7.7	19	7.3	164	62.6	151	57.6	35	13.4	32	12.2	5	1.9	7	2.7	
	65歳以上	2,548	565	22.2	34	6.0	435	77.0	349	61.8	137	24.2	71	12.6	0	0.0	18	3.2	
H28	全体	5,222	910	17.4	48	5.3	697	76.6	598	65.7	235	25.8	111	12.2	3	0.3	26	2.9	
	64歳以下	2,515	243	9.7	16	6.6	167	68.7	149	61.3	54	22.2	30	12.3	3	1.2	12	4.9	
	65歳以上	2,707	667	24.6	32	4.8	530	79.5	449	67.3	181	27.1	81	12.1	0	0.0	14	2.1	

高血圧		短期的な目標									中長期的な目標					
		被保険者数		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		
				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	5,935	1,621	27.3	599	37.0	865	53.4	347	21.4	194	12.0	13	0.8		
	64歳以下	3,387	485	14.3	164	33.8	239	49.3	81	16.7	54	11.1	13	2.7		
	65歳以上	2,548	1,136	44.6	435	38.3	626	55.1	266	23.4	140	12.3	0	0.0		
H28	全体	5,222	1,618	31.0	697	43.1	945	58.4	396	24.5	191	11.8	16	1.0		
	64歳以下	2,515	405	16.1	167	41.2	212	52.3	86	21.2	47	11.6	16	4.0		
	65歳以上	2,707	1,213	44.8	530	43.7	733	60.4	310	25.6	144	11.9	0	0.0		

脂質異常症		短期的な目標									中長期的な目標					
		被保険者数		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		
				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	5,935	1,152	19.4	500	43.4	865	75.1	274	23.8	122	10.6	3	0.3		
	64歳以下	3,387	374	11.0	151	40.4	239	63.9	72	19.3	29	7.8	3	0.8		
	65歳以上	2,548	778	30.5	349	44.9	626	80.5	202	26.0	93	12.0	0	0.0		
H28	全体	5,222	1,200	23.0	598	49.8	945	78.8	334	27.8	144	12.0	4	0.3		
	64歳以下	2,515	309	12.3	149	48.2	212	68.6	76	24.6	32	10.4	4	1.3		
	65歳以上	2,707	891	32.9	449	50.4	733	82.3	258	29.0	112	12.6	0	0.0		

資料 厚生労働省様式 3-2~4 各 5 月診療分

(4) 特定健診結果の状況

① リスクの健診結果経年変化（図表 6・20）

メタボリックシンドローム該当者について、平成 25 年度は 22.4%であったが、平成 28 年度は 24.0%となっており、同規模平均よりも高い。内訳では、男性の該当者が平成 25 年度は 30.7%であったが、平成 28 年度は 33.8%となっている。

予備群では平成 25 年度は 11.7%であったが、平成 28 年度は 10.6%となっており、同規模平均よりもやや低い。内訳では、男性が平成 25 年度は 17.9%であったが、平成 28 年度 16.5%、女性では平成 25 年度は 6.5%であったが、平成 28 年度 6.2%となっている。

基礎疾患の重なりについて、該当者では、男女ともに高血圧と脂質異常症が多く、次いで 3 項目全てである。予備群では、高血圧の割合が多く次いで脂質となっている。

【図表 20】メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

性別	健診受診者		腹囲のみ		該当者								予備群											
					3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		血圧		血糖		脂質							
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
男性	H25		837	40.1%	37	8.3%	257	30.7%	86	21.1%	46	11.3%	114	28.0%	11	2.7%	150	17.9%	103	25.3%	12	2.9%	35	8.6%
男性	H28		698	37.7%	29	7.6%	236	33.8%	87	24.8%	28	8.0%	107	30.5%	14	4.0%	115	16.5%	84	23.9%	7	2.0%	24	6.8%
女性	H25		1,014	46.0%	14	5.9%	157	15.5%	58	26.0%	10	4.5%	81	36.3%	8	3.6%	66	6.5%	47	21.1%	2	0.9%	17	7.6%
女性	H28		915	47.8%	16	7.3%	146	16.0%	53	26.1%	18	8.9%	70	34.5%	5	2.5%	57	6.2%	39	19.2%	3	1.5%	15	7.4%

資料 厚生労働省様式 6-8

図表 21 をみると、男性では HbA1c、腹囲、収縮期血圧、空腹時血糖の順に高く、なかでも HbA1c5.6 以上の有所見者の割合が増加しており、県や国よりも高い。女性では、HbA1c、収縮期血圧、LDL、BMI の順に高く、男性と同様 HbA1c5.6 以上の有所見者の割合が県や国に比べて高い。また、男性・女性ともにクレアチニン 1.3 以上であった割合が増加しており、県や国よりも高い。（図表 21）

【図表 21】 健診データのうち、有所見者割合の高い項目を把握する

		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		クレアニン	
		男85cm以上		25以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.1以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全国	48.2	29.6	28.3	20.0	9.2	26.5	50.8	12.6	49.4	23.9	48.6	1.5												
	県	16,830	49.4	9,720	28.6	9,700	28.5	6,694	19.7	4,081	12.0	7,570	22.2	19,854	58.3	6,388	18.8	15,777	46.4	7,250	21.3	14,409	42.3	658	1.9
	能登町	444	53.0	282	33.7	271	32.4	153	18.3	96	11.5	119	37.8	516	61.9	138	18.4	447	53.4	165	19.7	293	35.0	35	4.2
H28	全国	50.1	30.5	28.2	20.4	8.7	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3	1.8												
	県	17,375	52.1	10,031	30.1	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
	能登町	380	54.4	239	34.2	220	31.5	140	20.1	91	13.0	97	37.3	498	72.0	81	12.9	324	46.4	125	17.9	236	33.8	35	5.0

		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		クレアニン	
		女90cm以上		25以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.1以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全国	17.7	21.0	17.0	8.7	2.2	15.9	50.9	1.5	43.2	14.5	58.8	0.2												
	県	9,095	18.6	9,984	20.4	9,505	19.4	4,408	9.0	1,522	3.1	5,715	11.7	28,298	57.9	1,094	2.2	736	37.0	224	11.3	1,057	53.1	6	0.3
	能登町	237	23.4	277	27.3	228	22.5	73	7.2	46	4.5	82	20.6	661	65.7	11	1.1	421	41.5	125	12.3	486	47.9	27	2.7
H28	全国	17.3	20.6	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1	0.2												
	県	9,195	19.3	10,007	21.0	9,246	19.4	4,295	9.0	1,293	2.7	6,068	12.7	30,590	64.2	1,113	2.3	16,556	41.0	6,087	12.8	24,013	50.4	130	0.3
	能登町	219	23.9	267	29.2	209	22.8	78	8.5	33	3.6	79	26.5	616	68.0	13	1.5	393	43.0	112	12.2	385	42.1	27	3.0

資料 厚生労働省 6-2~6-7

②血糖、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況

図表 22 の糖尿病をみると、治療中で HbA1c7%以上（合併症予防目標値）の割合は平成 25 年度 34.8%であったが平成 28 年度 25.4%と減少している。健診未受診者で糖尿病治療者（約 740 人）の実態把握が今後必要となる。治療なしで HbA1c が 6.5%以上の割合は、平成 25 年度 5.1%であったが、平成 28 年度 5.6%で増加している。未治療者には、引き続き医療受診勧奨を行い、必要に応じて保健指導を実施する。保健指導判定値に該当する割合では、平成 25 年度 55.5%であったが、平成 28 年度は 60.9%で増加しており、発症予防にも取り組みを行っていく。

高血圧をみると、治療中でⅡ度高血圧以上の割合は平成 25 年度 6.3%であったが、平成 28 年度 3.3%で減少している。治療なしで受診勧奨判定値の割合は平成 25 年度 22.1%、平成 28 年度は 22%である。今後も受診勧奨判定値に該当する者への医療受診を徹底していく。

脂質異常をみると、治療中で受診勧奨判定値以上の割合は平成 25 年度 7.1%であったが、平成 28 年度 5.9%で減少している。治療なしで受診勧奨判定値の割合は平成 25

年度 24.6%であったが、平成 28 年度は 22.5%で減少している。今後も受診勧奨判定値に該当する者への医療受診を徹底していく。(図表 22・28)

【図表 22】 治療と未治療の状況

糖尿病	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病						
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		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		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A		
治療中	H24	166	8.9%	19	11.4%	42	25.3%	52	31.3%	24	14.5%	21	12.7%	8	4.8%
	H25	181	9.8%	7	3.9%	19	10.5%	45	24.9%	47	26.0%	51	28.2%	12	6.6%
	H26	165	9.7%	7	4.2%	19	11.5%	45	27.3%	43	26.1%	41	24.8%	10	6.1%
	H27	160	9.8%	2	1.3%	14	8.8%	58	36.3%	41	25.6%	33	20.6%	12	7.5%
	H28	158	9.9%	3	1.9%	23	14.6%	41	25.9%	51	32.3%	26	16.5%	14	8.9%
治療なし	H24	1,690	91.1%	1,347	79.7%	239	14.1%	66	3.9%	21	1.2%	10	0.6%	7	0.4%
	H25	1,658	90.2%	655	39.5%	673	40.6%	247	14.9%	51	3.1%	21	1.3%	11	0.7%
	H26	1,537	90.3%	536	34.9%	632	41.1%	288	18.7%	64	4.2%	12	0.8%	5	0.3%
	H27	1,475	90.2%	564	38.2%	615	41.7%	221	15.0%	55	3.7%	17	1.2%	3	0.2%
	H28	1,440	90.1%	481	33.4%	617	42.8%	261	18.1%	61	4.2%	12	0.8%	8	0.6%

高血圧	血圧測定者		正常				保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			正常				正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	809	43.2%	380	47.0%	195	24.1%	195	24.1%	35	4.3%	4	0.5%	
	H25	802	43.3%	345	43.0%	209	26.1%	198	24.7%	39	4.9%	11	1.4%	
	H26	770	44.8%	387	50.3%	191	24.8%	163	21.2%	26	3.4%	3	0.4%	
	H27	748	45.4%	358	47.9%	206	27.5%	151	20.2%	29	3.9%	4	0.5%	
	H28	755	46.8%	364	48.2%	204	27.0%	162	21.5%	21	2.8%	4	0.5%	
治療なし	H24	1,065	56.8%	638	59.9%	200	18.8%	171	16.1%	47	4.4%	9	0.8%	
	H25	1,049	56.7%	609	58.1%	207	19.7%	189	18.0%	33	3.1%	11	1.0%	
	H26	948	55.2%	588	62.0%	192	20.3%	120	12.7%	35	3.7%	13	1.4%	
	H27	898	54.6%	519	57.8%	184	20.5%	149	16.6%	39	4.3%	7	0.8%	
	H28	858	53.2%	511	59.6%	158	18.4%	146	17.0%	34	4.0%	9	1.0%	

脂質異常	LDL測定者		正常				保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満				120~139		140~159		160~179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	507	27.1%	382	75.3%	71	14.0%	35	6.9%	12	2.4%	7	1.4%	
	H25	519	28.0%	399	76.9%	83	16.0%	24	4.6%	10	1.9%	3	0.6%	
	H26	533	31.0%	421	79.0%	79	14.8%	18	3.4%	11	2.1%	4	0.8%	
	H27	524	31.8%	419	80.0%	66	12.6%	29	5.5%	6	1.1%	4	0.8%	
	H28	508	31.5%	419	82.5%	59	11.6%	21	4.1%	7	1.4%	2	0.4%	
治療なし	H24	1,367	72.9%	666	48.7%	353	25.8%	215	15.7%	84	6.1%	49	3.6%	
	H25	1,332	72.0%	673	50.5%	331	24.8%	187	14.0%	89	6.7%	52	3.9%	
	H26	1,185	69.0%	578	48.8%	300	25.3%	185	15.6%	79	6.7%	43	3.6%	
	H27	1,122	68.2%	574	51.2%	296	26.4%	153	13.6%	65	5.8%	34	3.0%	
	H28	1,105	68.5%	573	51.9%	283	25.6%	164	14.8%	64	5.8%	21	1.9%	

③重症化予防対象者の状況

図表 23 をみると、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 570 人（35.3%）である。うち治療なしが 143 人（20.9%）を占めている。さらに臓器障害があり直ちに取るべき予防対象者が 54 人である。また、重症化予防対象者のうち、メタボリックシンドローム該当者が 382 人（23.7%）、次いで糖尿病に該当する者が 121 人（7.5%）の順に多い。とくに糖尿病該当者の割合が平成 25 年度 67 人（3.6%）と比べて増加している。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り、保健指導を行った後、確実に医療機関に受診したのか、KDB 等を活用し確認する。また、受診後も治療が中断していないか疾病管理を行う必要がある。（図表 23）

【図表 23】 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 による年齢調整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) (循環器科の診療と予防に関するガイドライン (2003年度全国研究班報告))			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	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27%*) ↳ ラクナ 梗塞 (31.9%) ↳ アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) ↳ 非心原性脳塞栓			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症						
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/d以上	中性脂肪 300mg/d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	重症化予防対象者 (実人数)	
受診者数 1,613 対象者数	68 4.2%	18 1.1%	23 1.4%	62 3.8%	382 23.7%	121 7.5%	23 1.4%	54 3.3%	570 35.3%	
治療なし	43 5.0%	6 0.9%	21 1.9%	43 3.9%	63 9.2%	81 5.6%	4 0.6%	7 1.1%	143 20.9%	
(再掲) 特定保健指導	21 30.9%	3 16.7%	8 34.8%	15 24.2%	63 16.5%	16 13.2%	0 0.0%	3 5.6%	90 15.8%	
治療中	25 3.3%	12 1.3%	2 0.4%	19 3.7%	319 34.3%	40 25.3%	19 2.0%	47 5.3%	427 45.9%	
臓器障害 あり	18 41.9%	6 100.0%	5 23.8%	18 41.9%	19 30.2%	32 39.5%	4 100.0%	7 100.0%	54 37.8%	
CKD (専門医対象者)	1	0	1	5	1	4	4	7	11	
尿蛋白 (2+) 以上	1	0	0	2	0	1	4	1	4	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	1	1	1	3	0	1	2	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	2	0	0	1	7	7	
心電図所見あり	18	6	4	15	18	29	2	2	47	
臓器障害 なし	25 58.1%	--	16 76.2%	25 58.1%	44 69.8%	49 60.5%	--	--	--	

治療中

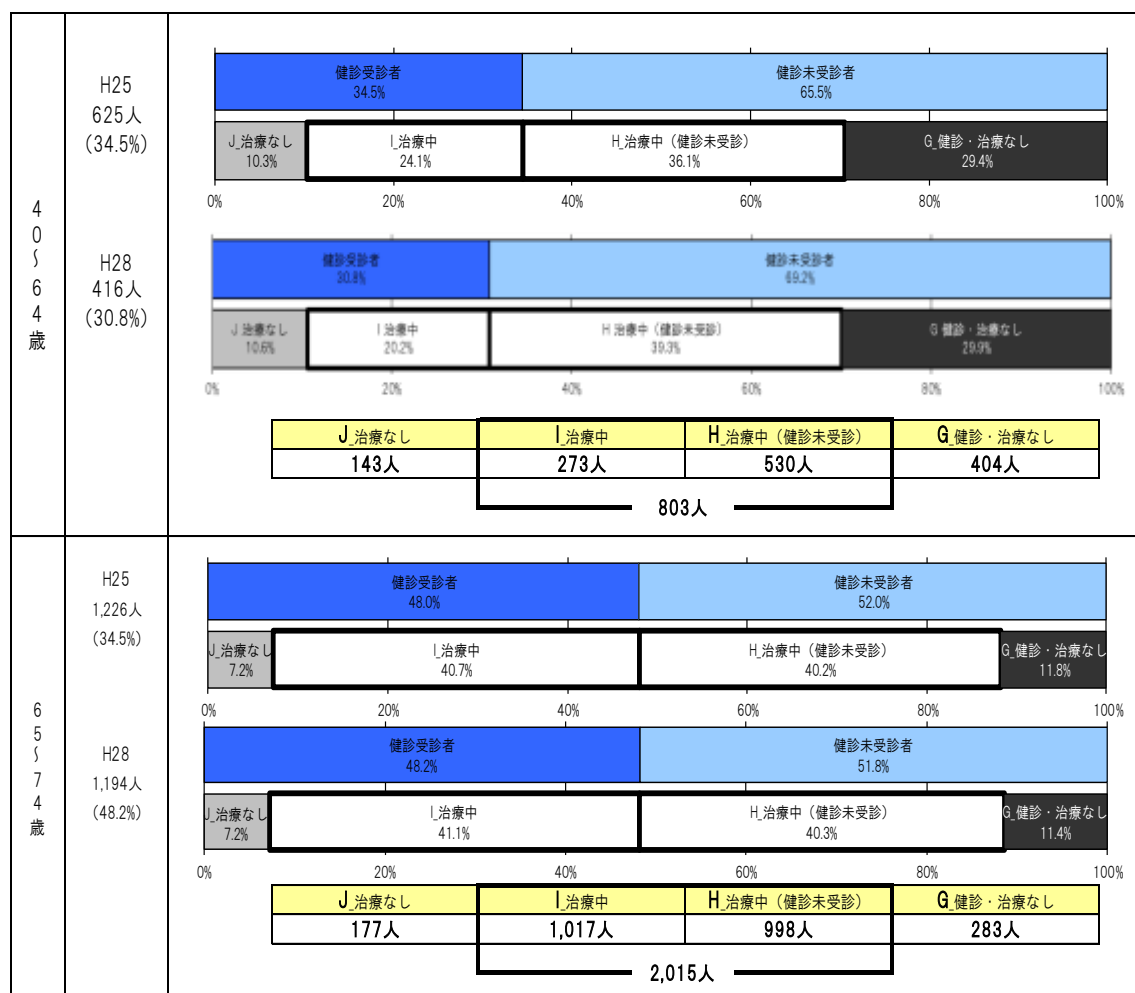
臓器障害 あり	8 32.0%	12 100.0%	1 50.0%	8 42.1%	127 39.8%	16 40.0%	19 100.0%	47 100.0%	190 44.5%
CKD (専門医対象者)	2	1	0	0	33	4	19	47	66
尿蛋白 (2+) 以上	0	1	0	0	14	2	19	4	19
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	3	0	0	0	4
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	2	0	0	0	19	2	4	47	47
心電図所見あり	6	12	1	8	105	14	5	14	143
臓器障害 なし	17 68.0%	--	1 50.0%	11 57.9%	192 60.2%	24 60.0%	--	--	--

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みである。平成28年度の特健診受診率は42.8%で、同規模平均より高いが県と比べて低い。年代別受診者の内訳をみると、40～64歳で30.8%であるが、65歳以上で48.2%となっており、若い年代ほど受診率が低い。

未受診者のうち、健診および治療を受けていない者の割合（G）は、40～64歳では29.9%、65歳以上では11.4%となっており、重症化しているかどうかの実態が把握できないため、引き続き健診の受診勧奨等に努めていく。また、治療中の割合（H）は40～64歳では39.3%、65歳以上では40.3%となっており、医療機関と連携し、健診の受診勧奨や医療情報提供等をすすめていく。（図表24）

【図表24】未受診者対策を考える



資料 厚生労働省様式 6-10

⑤特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、横ばい傾向にあり、特定保健指導率は徐々に上がっている。

国の特定健診受診率・保健指導率目標値である60%には到達しておらず、保険者努力支援制度においても評価されるため、今後も未受診者対策等を行っていく。(図表25)

【図表25】特定健診受診率・特定保健指導率

	特定健診※1				特定保健指導※1			受診勧奨者※2	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模の順位※2	対象者数	終了者数	保健指導率	医療機関受診率	
								能登町	同規模
H25年度	4,294	1,851	43.1	53	232	116	50.0	47.6	51.5
H26年度	4,130	1,718	41.6	67	192	102	51.3	44.7	51.5
H27年度	3,993	1,646	41.2	74	183	95	51.9	43.9	51.7
H28年度	3,765	1,613	42.8	75	186	110	59.1	47.0	51.3

※1 特定健診・特定保健指導は法定報告

※2 同規模内の順位、受診勧奨者はKDB

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、重症化予防を、保健部門の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、保健師及び管理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。(図表26)

※「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26】保健活動の実施体制

		H25	H26	H27	H28	H28
保健師	保健師総数	10	10	10	10	10
	保健部門での実働人数	7	7	6	6	6
	保健部門での実働割合	70.0%	70.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	石川県	54.0%	65.0%	63.0%	62.0%	62.0%
管理栄養士	管理栄養士	3	3	3	3	3
	保健部門での勤務	2	2	2	2	2
	保健部門での実働割合	66.0%	66.0%	66.0%	66.0%	66.0%

(2) 保健指導の実施状況

保健指導の対象者は、健診結果に基づき予防のターゲットとなる対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療との連携を進めることが効果的である。(図表 27)

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

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

糖尿病管理台帳を地区別に管理できるように整理し、地区担当が責任により保健指導を実施している。今後も糖尿病性腎症重症化予防については、県で作成したプログラムに基づいての実践に向けた活動が必要となる。

【図表 27】 保健指導対象者の優先順位

保健指導対象者		平成25年度			平成28年度		
		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	2度高血圧以上(血圧未治療者)	45	25	55.6%	43	23	53.5%
第2優先	腎専門医受診勧奨値(3疾患いずれも治療なし)	16	14	87.5%	11	6	54.5%
第3優先	HbA1c6.5以上(糖尿病未治療者)	85	63	74.1%	79	38	48.1%
第4優先	LDLコレステロール180以上(脂質未治療者)	53	42	79.2%	21	14	66.7%
第5優先	腎専門医受診勧奨値(3疾患いずれか治療あり)	49	29	59.2%	61	21	34.4%
第6優先	HbA1c8.4以上(糖尿病治療者)	6	5	83.3%	4	0	0.0%

3) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全予防の優先対策として、健診受診者の増加、特に若い世代への受診勧奨の強化と健診も治療も受けていない人の状況把握や、メタボリックシンドロームの改善として、血圧管理に重点をおいた保健指導と予備群をターゲットにするなどを進めてきた。

その結果、特定健診におけるメタボリックシンドローム予備群の割合や高血圧の有所見者の割合が減少、また医療費の高血圧症疾患や脳血管疾患の医療費が費用額・全体に占める割合の減少、介護認定の有病状況でも脳疾患が減ってきたことにも繋がっていると思われる。

しかし、特定健診受診率の低迷、メタボリックシンドローム該当者の割合や血糖(HbA1c)の保健指導対象者も増加傾向、医療費では糖尿病関係や虚血性心疾患が増えているなど、1期作成時の課題が継続されているため、第2期の取組としてさらに効果のある対策を検討していく必要がある。

3. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 医療の状況

能登町の総医療費は平成28年度は減少したものの平成25年度からみると増加傾向であり、1人あたり医療費は同規模や県・国と比較して高い状況である。

医療費を疾患別で見ると、がんの占める割合が大きく伸びており、同規模・県・国と比べても占める割合が大きい。高血圧・脳血管疾患・精神・筋骨格系が費用額・割合ともに減少、糖尿病・脂質異常症・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析有)が増加傾向である。中長期・短期目標疾患の医療費総計は減少している。

高額医療費については、全体の人数、件数、費用額ともに増加している。疾患別では、がんの人数・件数・費用額とも増加しており、虚血性心疾患も人数・件数では大きく変わらないが費用額が増加している。

長期入院は、全体の人数・件数・費用額とも減少しており、精神疾患が減少し脳血管疾患の件数・費用額が増えている。

人工透析においては、全体の人数・件数・費用額が増えているが、糖尿病性腎症によるものは減少している。

1人あたりの医療費が高くがんの割合が大きい状況と、糖尿病関連の医療費・受診者数が増えていることは、糖尿病発患者でがんの発症が高いこともふまえながら、さらなる生活習慣病の発症・重症化予防が重要となってくる。特に、糖尿病に関してより重点的な対策が必要となってくる。

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

2) 介護保険の状況

能登町の1号被保険者の介護認定率は同規模保険者や県・国と比較しても低く、第2号被保険者の介護認定率も同規模・国に比べて低い傾向である。しかし、要介護3～5の介護度の高い認定者が半数を占めており、1件あたりの介護給付費が居宅・施設サービスともに同規模・県・国より高い状況である。

有病状況をみると、第1号(65～74歳)・第2号被保険者の脳卒中が人数・割合とも減少しているが、若い年代の2号被保険者では、脳卒中が一番多く次いで糖尿病となっている。

若い世代の要介護状態を予防し、さらなる要介護状態の悪化を防ぐためにも、脳卒中等生活習慣病が引き起こす病気を発症させないことが重要となる。

3) 健診の状況

能登町はメタボリックシンドローム該当者が同規模・県・国よりも多く、H25年から比べても増加している状況である。基礎疾患の重なりについては、高血圧と脂質異常症が一番多く、次いで3項目すべて重なるものが多い。

血液検査においては、血糖検査のHbA1cが男女とも保健指導判定値である5.6以上の割合が増加しており、県や国よりも高い状況となっている。また、腎臓の働きをみるクレアチニン検査も有所見者1.3以上が増加している。

特定健診受診率は同規模より高いが目標の60%には達していない。年代別でみると、65歳以上で半数を占めており、若い年代の受診者が少ない。健診・治療も受けていない人の割合も変わっていない。

虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全を予防するためにも、前段階の状態であるメタボリックシンドローム該当者の改善は必須となる。また、血糖検査の保健指導対象者やクレアチニン有所見者も増加していることから、食後高血糖への知識普及をはじめ糖尿病発症・重症化予防に重点をおいた対策が必要となる。それらの状態を把握するためにも、年に1回の健診を受診する人を増やしていかなければならない。

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。

4 計画の目標の設定

1) 優先すべき課題

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

1期の課題として、特定健診受診率の低迷、メタボリックシンドローム該当者や血糖(HbA1c)の保健指導対象者・クレアチニン有所見者の増加、医療費では糖尿病や

虚血性心疾患、慢性腎不全（透析有）が増えている状況がある。

今期計画では、心血管疾患発症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者の改善、血糖検査値の保健指導・受診勧奨者への対応、慢性腎臓病（CKD）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・介護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、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める割合を減少させることができるよう取り組んでいく。

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、同規模平均とすることを目指す。

(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、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症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)の検査結果を毎年度改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、薬物療法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。また、継続的な運動も必要であるため、運動指導や運動の機会を増やす対策も行っていく。

生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値を「データヘルス計画の目標管理一覧表」に記載する。(図表28)

【図表 28】データヘルス計画の目標管理一覧表

データヘルス計画の目標管理一覧表 (能登町)		達成すべき目的										課題を解決するための目標										初年度					中期目標					長期目標					現状値の把握方法		他計画との整合性																				
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										H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	初年度					中期目標					長期目標					現状値の把握方法		他計画との整合性												
特定保健指導計画	<p><医療の状況> ○一人あたりの医療費が安い。 ○医療費を差別にみると、がんの占める割合が高い。 ○生活習慣病では、糖尿病・脂質異常症・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費が増加傾向である。</p>	特定がん検診受診率、特定保健指導の喫煙率の向上により、重症化予防対象者を減らし、医療費の伸びを抑える。										特定がん検診受診率60% (国の目標) 特定保健指導喫煙率60% (国の目標) 特定保健指導対象者の減少率25% (国の目標)										42.8%	45.0%	47.0%	50.0%	55.0%	57.0%	60.0%	60.0%	特定がん検診・特定保健指導結果法定期報告 (厚生労働省)					特定がん検診・特定保健指導結果法定期報告 (厚生労働省)					能登町二次総合計画 能登町健康づくり計画		能登町二次総合計画 能登町健康づくり計画																	
		<p><がん検診の状況> ○特定がん検診受診率が低い。 ○40歳代、50歳代の受診者が少ない。 ○健診未受診者のうち、生活習慣病治療者が4割いる。 ○特定保健指導対象者の減少率が低い。</p>										<p>虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 糖尿病性腎症による透析・虚血性心疾患、脳血管疾患の医療費の伸びを抑制し、3つの疾患の総医療費に占める割合を減らす。</p>										59.1%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	特定がん検診・特定保健指導結果法定期報告 (厚生労働省)					特定がん検診・特定保健指導結果法定期報告 (厚生労働省)					能登町二次総合計画 能登町健康づくり計画																			
データヘルス計画	<p>○メタボリックシンドローム該当者が多い。 ○血圧未治療者で、受診勧奨対象者が多い。 ○血糖検査 (HbA1c) の保健指導対象者が増加している。 ○脂質検査 (クレアチニン) の受診勧奨対象者が増加している。 <外観保険の状況> ○若い年代40~64歳 (第2号被保険者) の有病率は、服薬中と糖尿病が多い。</p>	メタボリックシンドローム該当者の割合減少25% (国の目標) メタボリックシンドローム予備群の割合減少25% (国の目標) 健診受診者の高血圧の割合減少 (160/100以上) 治療なし 健診受診者の高血圧の割合減少 (160/100以上) 治療あり 健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上) 治療なし 健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上) 治療あり										23.7%	23.0%	23.0%	22.0%	22.0%	21.0%	21.0%	20.0%	メタボリックシンドローム該当者の割合減少25% (国の目標)					メタボリックシンドローム予備群の割合減少25% (国の目標)					23.7%	23.0%	23.0%	22.0%	22.0%	21.0%	21.0%	20.0%	メタボリックシンドローム該当者の割合減少 (LDL180以上) 治療なし					メタボリックシンドローム予備群の割合減少 (LDL180以上) 治療あり					能登町健康づくり計画											
		<p>がん検診受診率、胃がん検診 50%以上 (国の目標) 肺がん検診 50%以上 (国の目標) 大腸がん検診 50%以上 (国の目標) 子宮頸がん検診 50%以上 (国の目標) 乳がん検診 50%以上 (国の目標)</p>										<p>がん検診受診率 50%以上 (国の目標) 肺がん検診 50%以上 (国の目標) 大腸がん検診 50%以上 (国の目標) 子宮頸がん検診 50%以上 (国の目標) 乳がん検診 50%以上 (国の目標)</p>										9.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	がん検診受診率 50%以上 (国の目標)					肺がん検診 50%以上 (国の目標)					9.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	がん検診受診率 50%以上 (国の目標)					肺がん検診 50%以上 (国の目標)					能登町健康づくり計画	
保険者努力支援制度	<p>○特定・若年・後期高齢者健診・がん検診受診率が低い。 ○後発医薬品の使用割合が低い。</p>	自己の健康に関心を持つ住民が増える (各種健診受診者が増える)										健診まる得券の利用率 後発医薬品の使用割合40%以上 (国の目標)										36.5%	40.3%	42.5%	45.0%	45.0%	47.5%	47.5%	50.0%	健診まる得券の利用率					後発医薬品の使用割合40%以上 (国の目標)					36.5%	40.3%	42.5%	45.0%	45.0%	47.5%	47.5%	50.0%	後発医薬品の使用割合40%以上 (国の目標)					後発医薬品の使用割合40%以上 (国の目標)					すこやかまちづくり事業計画 厚生労働省公表結果	
		<p>がん検診受診率、胃がん検診 50%以上 (国の目標) 肺がん検診 50%以上 (国の目標) 大腸がん検診 50%以上 (国の目標) 子宮頸がん検診 50%以上 (国の目標) 乳がん検診 50%以上 (国の目標)</p>										<p>がん検診受診率 50%以上 (国の目標) 肺がん検診 50%以上 (国の目標) 大腸がん検診 50%以上 (国の目標) 子宮頸がん検診 50%以上 (国の目標) 乳がん検診 50%以上 (国の目標)</p>										38.7%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	がん検診受診率 50%以上 (国の目標)					肺がん検診 50%以上 (国の目標)					38.7%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	がん検診受診率 50%以上 (国の目標)					肺がん検診 50%以上 (国の目標)					すこやかまちづくり事業計画 厚生労働省公表結果	

第3章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

1. 基本的な考え方

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第4章の特定健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、本人自らが自分の値を知り、日々の食事や生活等を振り返りながら、悪化要因等を学んでいくことが重要である。

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

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

2. 保健事業の具体的な取り組み内容

第4章 第3期特定健康診査等実施計画内図表56・57、参考資料9・10・11・12に記載する。

Ⅱ 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 29 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
精密検査依頼書を利用した医療機関への受診勧奨とともに、主治医からの指示による保健指導の実施
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
糖尿病等重症化予防栄養改善事業
(町内開業医からの依頼による栄養指導の実施)
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
糖尿病管理台帳により対象者を把握し、医療機関への受診勧奨を実施

【図表 29】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	D 介入開始（受診勧奨）		○			□
21	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集（複数の手段で）		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始（初回面接）		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価（健診・レセプト）				○	□
33	C 1年後評価（健診・レセプト）				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 次年度計画策定		○			□

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糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア.糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 30）

【図表 30】糖尿病性腎症病期分類

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 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※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 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

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

能登町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二次健診のみで実施しているため、一部の対象者の状況しか把握できない。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た対象者数（平成28年度）の把握を実施。（図表31）

能登町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は84人（34.4%・F）である。また40～74歳における糖尿病治療者925人のうち、特定健診受診者は160人（17.3%・G）である。

糖尿病治療者で特定健診未受診者は765人（82.7%・I）であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

（3）介入方法と優先順位

図表31より能登町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・84人
- ・糖尿病治療中であつたが中断者（オ・キ）

優先順位2【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化する可能性の高い者（ク）

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）

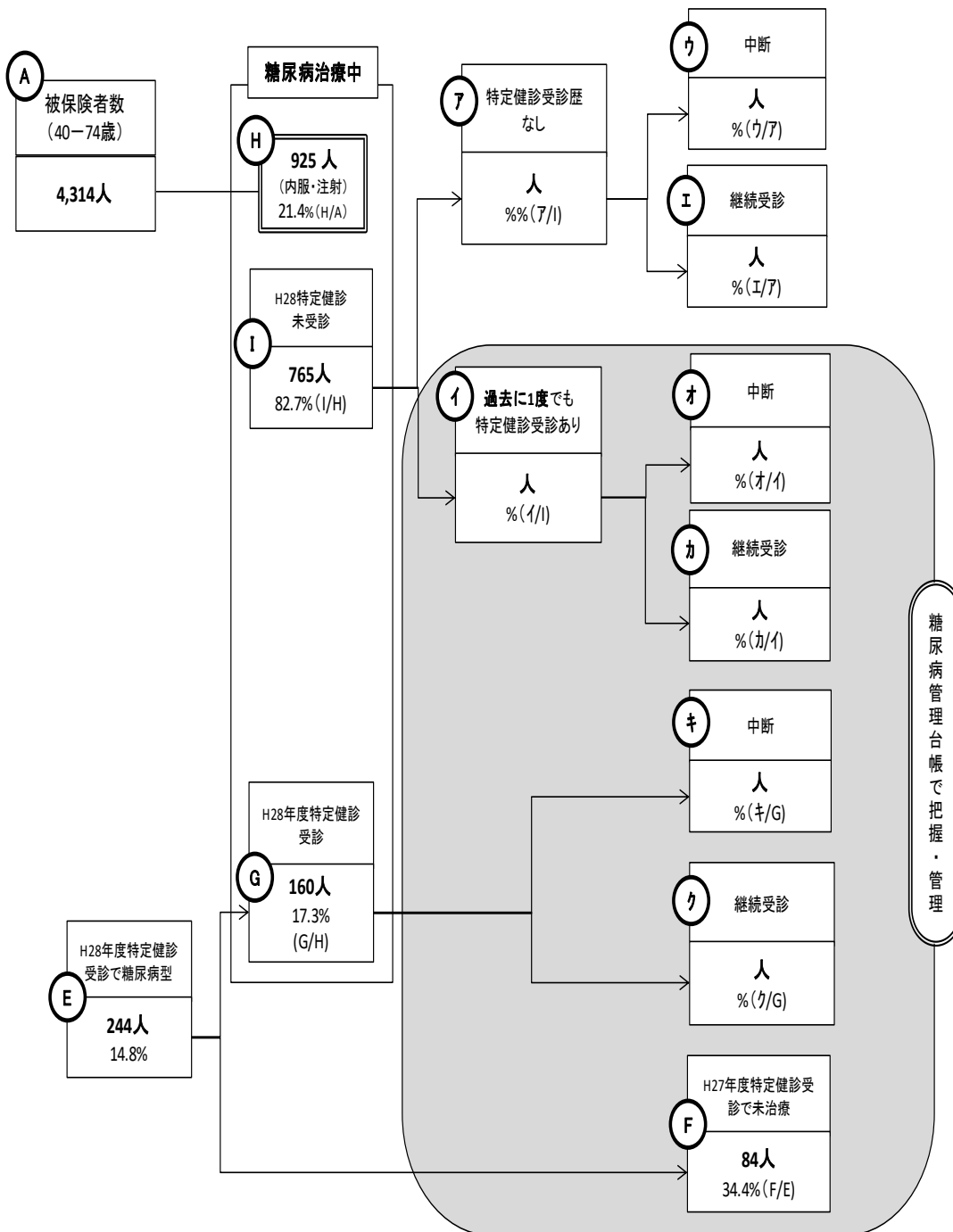
介入方法

- ・戸別訪問、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 31】糖尿病性腎症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） 平成28年度

※「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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

○HbA1c ○血圧 ○体重 ○eGFR ○尿蛋白

*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

②国民健康保険の資格を確認する

③レセプトを確認し情報を記載する

<治療状況の把握>

○特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

○糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

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

○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

○昨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

○未治療者・中断者（受診勧奨者）

○腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

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。能登町においては、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 32）

【図表 32】 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 (P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>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. Hb A 1 c と体重の変化 5. Hb A 1 c と G F R の変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <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～ <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p style="margin-left: 20px;">○合併症をおこさない目標 Hb A 1 c 7.0%未満</p> <p style="margin-left: 20px;">○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 style="margin-left: 20px;">○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？ 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) <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p><input type="checkbox"/> 食の資料 … 別資料 ←</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p style="margin-left: 20px;">{ 4. Hb A 1 c と体重の変化 5. Hb A 1 c と G F R 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. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみのため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、特定保健指導対象者を主にした2次健診等にて尿アルブミン検査を実施し、早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。(参考資料9)

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、能登町精密検査依頼書(町内開業医に照会済)を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

(1) 受診勧奨者に対する評価

- ①受診勧奨対象者への介入率
- ②医療機関受診率
- ③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

- ①保健指導実施率
- ②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/1.73㎡以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 7月～ 特定健診結果を糖尿病管理台帳に記載。対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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 4)

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

能登町において健診受診者 1,613 人のうち心電図検査実施者は 1,508 人(93.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 17 人(1.1%)であった(図表 33)。

ST 所見あり 17 人中のうち要精査であった 6 人(35.3%)すべての者において医療機関の受診があり管理されている状況である。(図表 34)。

ST 所見あり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今後も対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 11 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

能登町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。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、該当者減少に向けた取り組みが重要である。

【図表 33】心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)				その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H28年度	1,613	42.8	1,508	93.5	17	1.1	398	26.4	1,093	72.5

資料 H28 特定健診受診結果

【図表 34】ST所見ありの医療機関 受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
17	1.1	6	35.3	6	100.0	0	0.0

資料 H28 特定健診受診結果

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

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

【図表 35】虚血性心疾患に関する症状

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

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のか	労作時	安静時・労作時間に関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 2次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 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。心血管疾患の主要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。

能登町では、メタボリックシンドローム改善の動機づけとして、特定保健指導対象者を主に2次健診を実施している。検査内容は、血管機能不全を評価する脈波伝播速度 (PWV)、足関節上腕血圧比 (ABI)、プラーク形成を確認する頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)、心血管イベントの予測能の代表である尿中アルブミン検査、糖代謝機能を評価する75g糖負荷試験の4種類である。この2次健診も利用し、虚血性心疾患重症化予防を目指す。(参考資料 9)

～血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より～
「血管機能不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある。血液、尿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。」

(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チャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017) によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。

また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 評価

評価を行うにあたっては、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情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う。

<評価内容>

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

6) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～ 特定健診結果を糖尿病管理台帳に記載。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 36、37)

【図表 36】脳卒中の分類

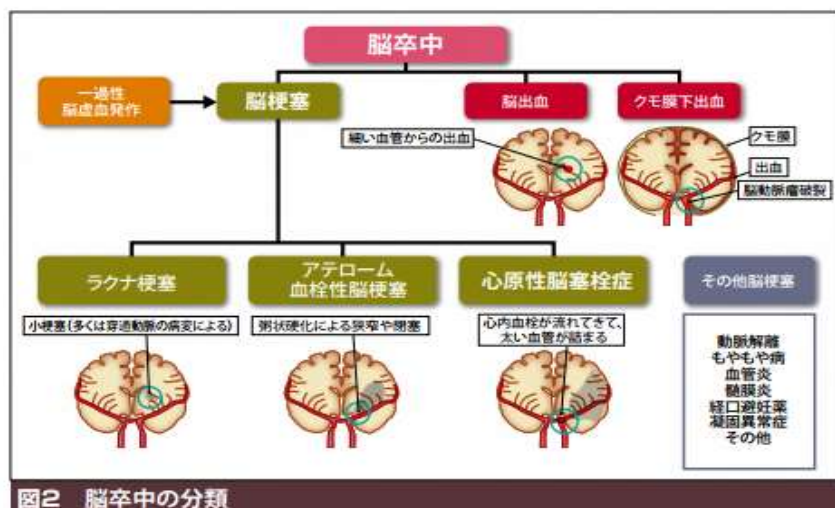


図2 脳卒中の分類

引用 脳卒中予防への提言

【図表 37】脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 38 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 68 人 (4.2%) であり、43 人は未治療者であった。また未治療者のうち 26 人 (38.2%) 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 25 人 (3.3%) いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

【図表 38】重症化予防対象者

リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
	Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
特定健診受診者における 重症化予防対象者	68人 4.2%		121人 7.5%		23人 1.4%		18人 1.1%		382人 23.7%		23人 1.4%		54人 3.3%	
受診者数 1,613人	68人 4.2%		121人 7.5%		23人 1.4%		18人 1.1%		382人 23.7%		23人 1.4%		54人 3.3%	
治療なし	43人 5.0%		81人 5.6%		21人 1.9%		6人 0.9%		63人 9.2%		4人 0.6%		7人 1.1%	
治療あり	25人 3.3%		40人 25.3%		2人 0.4%		12人 1.3%		319人 34.3%		19人 2.0%		47人 5.3%	
臓器障害あり	26人 38.2%		48人 39.7%		6人 26.1%		18人 100.0%		146人 38.2%		23人 100.0%		54人 100.0%	
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)		8人		1人		1人		0人		23人		54人	
	尿蛋白(2+)以上		3人		0人		1人		0人		23人		5人	
	尿蛋白(+) and 尿潜血(+)		3人		1人		0人		0人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		2人		0人		0人		0人		5人		54人	
	心電図所見あり		43人		5人		18人		0人		7人		16人	

資料 H28 年度特定健診結果

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。降圧薬治療者を除いているため表内の高リスク群にあたる①、②については早急な診勧奨が必要になってくる。(図表 39)

【図表 39】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

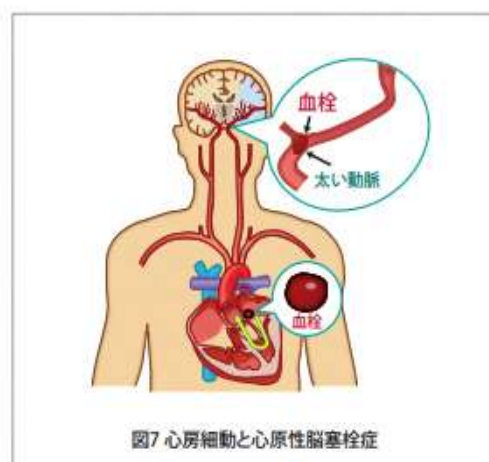
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適 血圧 ~119 /~79	正常 血圧 120~129 /80~84	正常高値 血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
858		314	197	158	146	34	9	6	79	104
		36.6%	23.0%	18.4%	17.0%	4.0%	1.0%	0.7%	9.2%	12.1%
リスク第1層	73	40	16	8	6	1	2	6	1	2
	8.5%	12.7%	8.1%	5.1%	4.1%	2.9%	22.2%	100%	1.3%	1.9%
リスク第2層	453	159	111	88	78	16	1	--	78	17
	52.8%	50.6%	56.3%	55.7%	53.4%	47.1%	11.1%	--	98.7%	16.3%
リスク第3層	332	115	70	62	62	17	6	--	--	85
	38.7%	36.6%	35.5%	39.2%	42.5%	50.0%	66.7%	--	--	81.7%
再掲 (重複あり)	糖尿病	92	30	22	16	17	6	1		
		27.7%	26.1%	31.4%	25.6%	27.4%	35.3%	16.7%		
	慢性腎臓病 (CKD)	152	61	37	25	21	6	2		
	45.8%	53.0%	52.9%	40.3%	33.9%	35.3%	33.3%			
3個以上の危険因子	172	43	32	37	44	11	5			
	51.8%	37.4%	45.7%	59.7%	71.0%	64.7%	83.3%			

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

(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。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 41 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 40】



引用 脳卒中予防への提言

【図表 41】心房細動有所見状況

資料 H28 特定健診受診結果

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	698	915	13	1.9	5	0.5	-	-
40歳代	35	29	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	54	63	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	372	470	6	1.6	4	0.9	1.9	0.4
70～74歳	237	353	7	3.0	1	0.3	3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有所見率

*日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 42】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	%
18	1.2	6	33.3	12	66.6

資料 H28 特定健診受診結果

心電図検査において18人が心房細動の所見である。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加している。特に60代女性においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高い。また18人のうち12人は既に治療が開始されていたが、6人は特定健診受診により心電図検査を受け、発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査を全数に実施している。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。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。

能登町では、メタボリックシンドローム改善の動機づけとして、特定保健指導対象者を主に2次健診を実施している。検査内容は、脈波伝播速度（PWV）・足関節上腕血圧比（ABI）、頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）、尿中アルブミン検査、75g糖負荷試験の4種類である。この2次健診も利用し、脳血管疾患重症化予防を目指す。（参考資料9）

（3）対象者の管理

①高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。（健診結果管理台帳合算シート 以下「合算シート」という。）

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、合算シート心房細動所見欄にて地区担当が把握し対応。また経年的には心房細動管理台帳を作成し経過を把握していく。（参考資料6）

4）医療との連携

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

5）評価

評価を行うにあたっては、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用してく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う。

<評価内容>

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

6）実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～ 特定健診結果を糖尿病管理台帳に記載。対象者へ介入(通年)

Ⅲ その他

1. COPD

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

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

また、COPDの主要因である喫煙自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、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

能登町の特定健診者における喫煙率は平成25年度は15.8%だったものが平成28年度には14.7%と減少しているものの、同規模や県より高い傾向にある。（図表43）

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43】特定健診受診者の喫煙率

	H25年度	H28年度
能登町	15.80%	14.70%
県	13.30%	12.60%
同規模	13.60%	14.20%
国	14.00%	14.70%

資料 KDB

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、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。

また、糖尿病ががんのリスク増加と関連しており、糖尿病患者の食事・運動療法、禁煙、節酒はがんリスク減少につながる可能性があると報告されている（糖尿病治療ガイド）。糖尿病治療者の多い能登町では、がんとの関連もふまえ、さらなる生活習慣改善対策が重要となる。

3. 精神疾患

精神疾患においては、長期的な入院による医療費への影響が課題とされている。今後、退院に向けた支援の一つとして、在宅における食事や運動等健康管理に必要な指導を実施するなど、障害福祉係と連携した支援を図る。

4. こどもの生活習慣

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

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがある。中でも、乳幼児を持つ保護者（20～40歳代）の1日の野菜摂取量を調査したところ、約135gと少なく1日の目標摂取量（350g）の半分量を男女ともに達していない（平成29年能登町食育アンケート調査）。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

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

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

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。保険者としては、母子保健事業等を活か

し、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提供していくことが重要となる。

【図表 44】子どもの成長発達と親が学習する機会

		2か月	4か月	7か月	10か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育所	学 校	成人期
子どもの成長・発達	食	<p>離乳食</p> <p>消化吸収能力に即して食品、形状、リズムを変えていく。</p> <p>すい臓完成</p> <p>すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌、4歳で完成。</p> <p>味覚の形成</p> <p>酸味や苦み（野菜）は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。</p> <p>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</p> <p>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)</p>										
	生活リズム	<p>生活リズムをコントロールする脳</p> <p>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</p>										
	運動	<p>全身運動の基礎</p> <p>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、体を使った遊びを好まなくなる。</p>										
親が学習する機会	<p>前期健診 後期健診 1歳6か月健診 3歳児健診</p> <p>訪問 教室 教室 教室 教室</p> <p>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</p>											

5. 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

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

また、重複服薬者については、電話・文書等で指導を行い服薬指導を実施する。

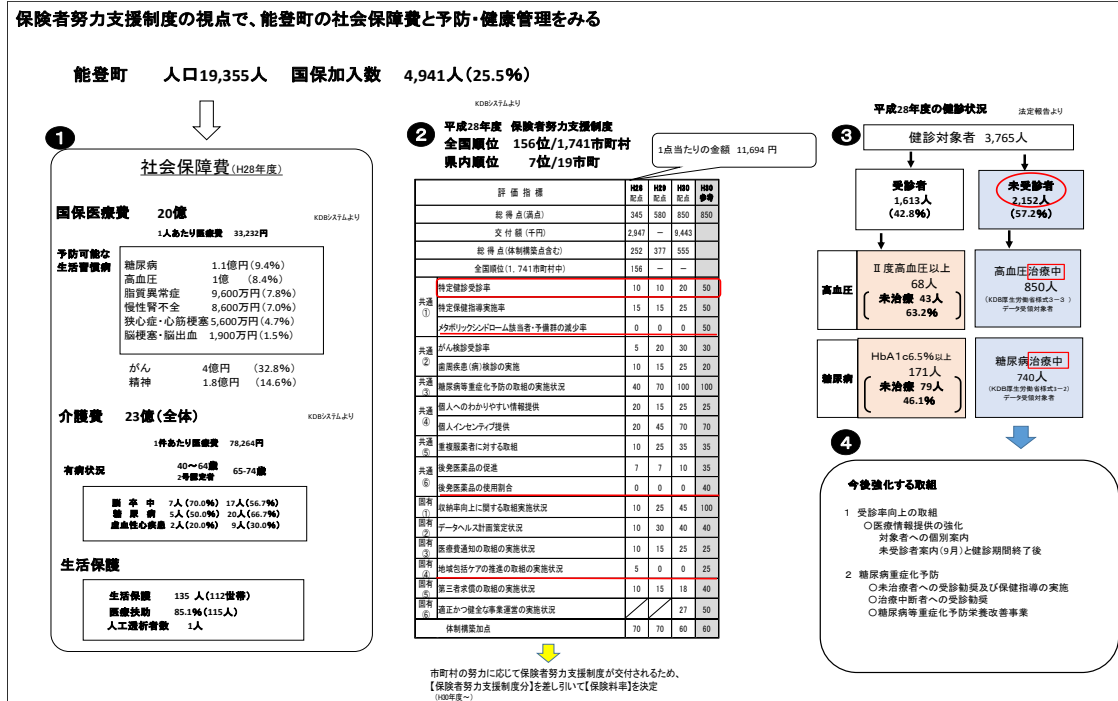
6. 後発医薬品の使用促進

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

Ⅳ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知する。(図表 45・46・参考資料 8)

【図表 45】



【図表 46】

石川県の健診結果と生活を科学的に解明する

H29.11.23 ⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より

