

データヘルス計画(保健事業実施計画)

特定健診・特定保健指導実施計画  
(第3期)

**(案)**

平成30年4月

飯山市

# 目次

## 第1章 計画の基本的事項

1. 背景・目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 計画の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
4. 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
5. 実施体制・関係者連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

## 第2章 地域の現状と健康課題の明確化

1. 飯山市の概況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
2. 死亡に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
3. 健康寿命・要介護に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
4. 生活習慣病の重症化に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
5. 生活習慣病に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
6. 生活習慣病予備群に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
7. 受診に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40
8. 生活習慣に関するもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
9. 保健事業に関する取り組みの現状と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54

## 第3章 目標

### 第4章 保健事業の内容

1. 特定健診に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60
2. 特定保健指導に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61
3. メタボ対策に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62
4. 一次予防に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62
5. 重症化予防に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 64
6. 重複受診への指導に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 65
7. 後発医薬品使用促進に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 65

### 第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66
2. 評価方法・体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66

### 第6章 計画の公表・周知

### 第7章 個人情報の取り扱い

### 第8章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

1. 地域で被保険者を支える連携の促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67
2. 課題を抱える被保険者層の分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67

# 第1章 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、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、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。）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ます。

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の「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

これまで、保険者等においては、レセプト等の統計資料を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」（以下「特定健診等実施計画」という。）の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者の健康保持増進に努めるため、リスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

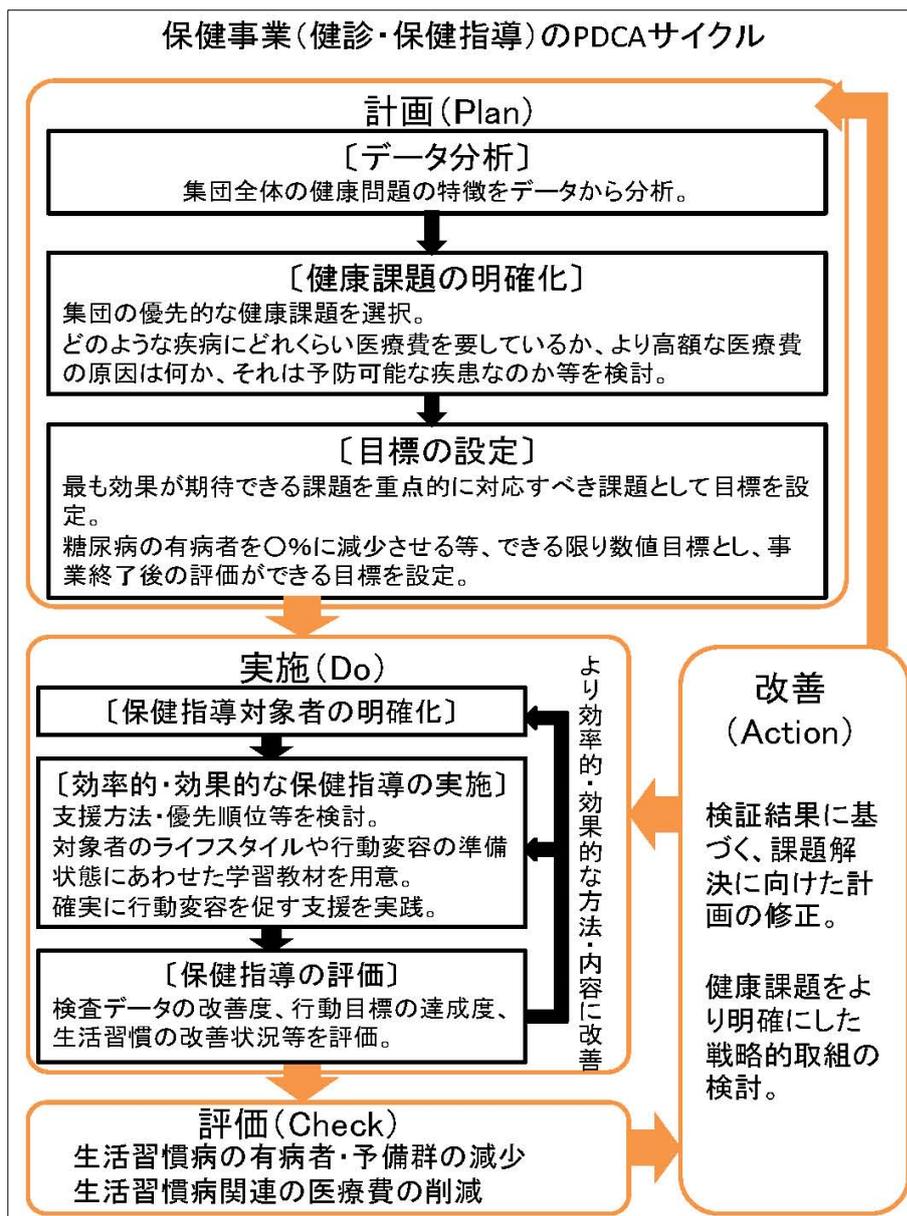
こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してのPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

## 2 計画の位置づけ

### （1）保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）の概要

健康の保持増進に資することを目的として、市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す。

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、長野県健康増進計画（信州保健医療総合計画）や飯山市健康増進計画、長野県医療費適正化計画（信州保健医療総合計画）、飯山市介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。



(標準的な健診・プログラム「30年度版」より抜粋)

(2) 特定健診・特定保健指導実施計画

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参考に、第2期 特定健診・特定保健指導実施計画(平成25年度～平成29年度)を踏まえ計画するものとします。

3 計画の趣旨

データヘルス計画は保健事業の実実施計画と位置付けられており、特定健診の結果、レセプト等の情報を活用し、生活習慣の状況、健康状態、医療機関への受診状況、医療費の状況等を把握し、分析します。その際、性別年齢階層別、疾病別の分析のほか、経年的な変化、他の保険者との比較等分析を行い、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を同時に図ります。

#### 4 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、長野県における医療費適正化計画（信州保健医療適正化計画）や医療計画が平成30年度から35年度までを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、平成30年度から35年度の6年間とします。

#### 5 実施体制・関係者連携

この計画は、国民健康保険分野と保健分野及び介護保険分野が十分連携し、県・外部有識者等の助言をもとに策定し、事業を実施していきます。さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう担当者の業務を明確化し進捗状況を確認できる体制を整えることも重要です。

具体的には、国民健康保険分野においては、保険や医療に関する情報をレセプト、医療費、重複受診、後発医薬品の利用に関する情報等及びKDB等から被保険者の実態を把握します。

また保健分野においては、特定健診受診者の結果等の情報や、相談、家庭訪問、保健指導等から被保険者の実態を把握します。両分野で実態の共有を図り、健康課題を明確にし、目指すべき姿を確認し合い、施策を計画・実施・評価し市民の健康増進を図ります。

なお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、飯山市国民健康保険運営協議会及び飯山市健康づくり協議会へ提示し承認を得ます。毎年度の見直し及び課題の検討についても飯山市国民健康保険運営協議会及び飯山市健康づくり推進協議会の協力を得ていきます。

医療分野に関することは、医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行い、住民の疾病予防及び健康の保持増進・重症化予防に努めていきます。

<参考>

(平成 29 年 4 月 1 日現在)

飯山市健康づくり推進協議会構成団体	
組織	団体名等
保健医療機関又は団体	飯水医師会
	飯水歯科医師会
	飯水薬剤師会
	飯山赤十字病院
行政関係機関	北信保健福祉事務所
	飯山市校長会
	国保運営協議会
保健衛生関係組織	飯山市社会福祉協議会
	市保健補導員会
その他関係団体	市スポーツ推進委員会
	市体育協会
	市食生活改善推進協議会
事務局	民生部長 保健福祉課長 国保年金係長 高齢者介護保険係長 健康増進係長 健康増進係

飯山市国保運営協議会委員構成	
区分	団体名 (所属) 等
被保険者を代表する委員 5 人	飯山地区 木島地区 柳原地区 常盤地区 太田地区
保険医または保険薬剤師を代表する委員 5 人	飯水医師会 飯水医師会 飯水医師会 飯水歯科医師会 飯水薬剤師会
公益を代表する委員 5 人	市社会福祉協議会 市民生児童委員協議会 市区長協議会 飯山商工会議所 市保健補導員協議会
事務局	民 生 部 長 兼市民環境課長 国保年金係

## 第2章 地域の現状と健康課題の明確化

### \*グラフの見方について

市町村データがあるものに飯山市の順序を表しています。数値の高い順位に数値をつけています。

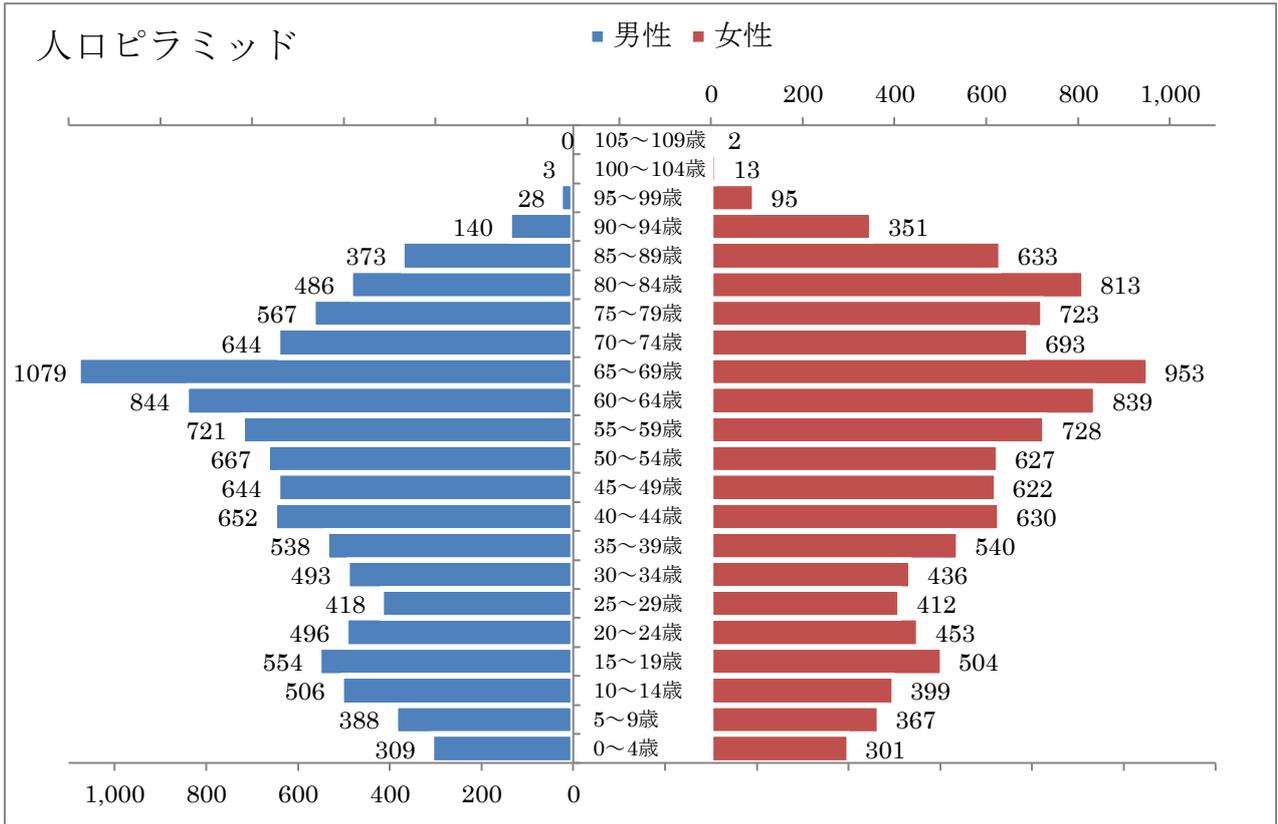
- ・ 順位の高いほど良いもの…平均寿命
- ・ 順位が高いほど悪いもの…死亡率

### 1 飯山市の概況

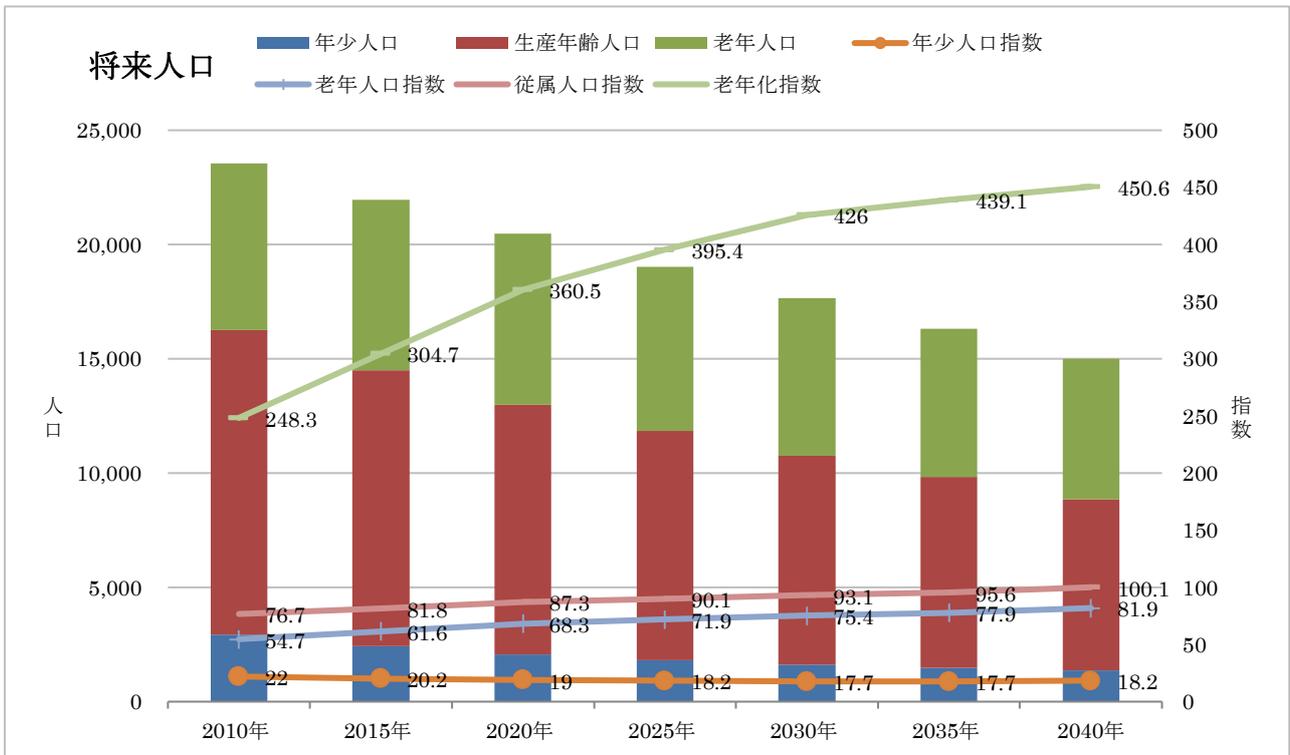
#### (1) 人口・高齢化の推移

当市の総人口は、平成 29 年 11 月 1 日現在で 20,542 人（男性 9,961 人、女性 10,581 人）であり、戦後（昭和 25 年頃）をピークとしてその後継続的に人口が減少しています。年少人口（15 歳未満）、生産年齢人口（15 歳以上 65 歳未満）、老年人口（65 歳以上）という 3 年齢区分別の人口割合の推移をみると、老年人口の割合が昭和 30 年時と比較すると 3 倍以上増加している一方で年少人口については、3 分の 1 程度にまで減少しています。飯山市における少子高齢化の進行は顕著です。

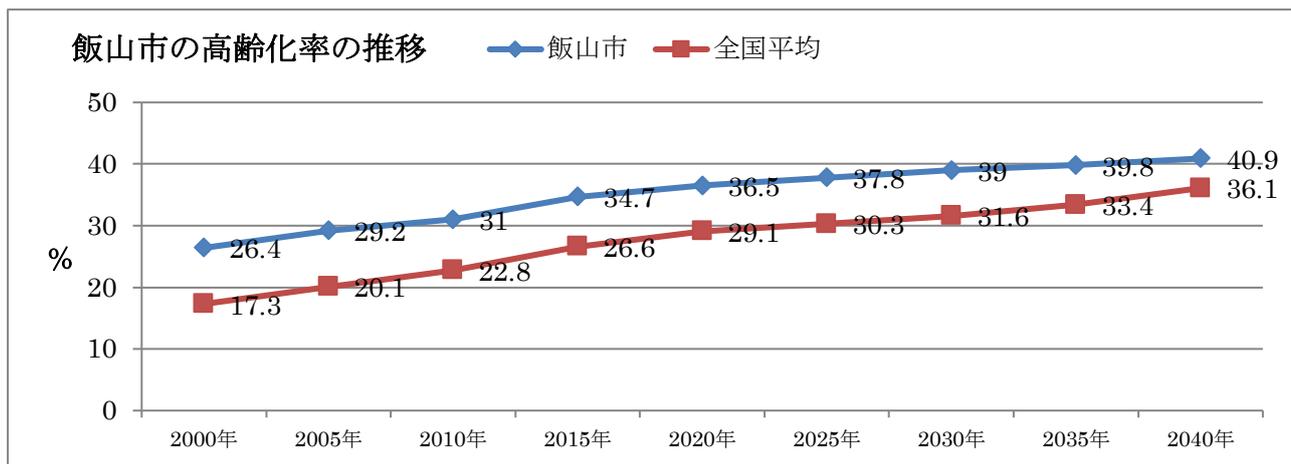
長野県の高齢化率は 31.0%で、県下 19 市の平均は 30.1%です（平成 29 年 4 月 1 日現在）。飯山市は、36.4%で県内 19 市の中で 2 番目です。高齢化率の上昇により、医療、介護、福祉などの社会保障関係費が増加し、現役世代の負担はますます増加することが見込まれます。また、地域経済、インフラ、自然環境、集落機能の維持等私たちの暮らしのあらゆる面において人口減少が大きな影響を及ぼすことが危惧されています。



(平成 29 年 4 月 1 日現在人口集計表より)



国立社会保障・人口問題研究所の『日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）』を使用しています。



\*高齢化率：総人口に占める65歳以上の人口の割合（％）、年齢不詳を除いて算出  
 （2015年まで実績、2020年から予測）

総務省 国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口、総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数

## （2）国民健康保険加入者の状況

### ①国民健康保険（以下「国保」という。）加入者の推移

平成28年3月末現在の国保加入者は、5,463人となっており、加入率は25.19%となっています。

### 被保険者数（年度末現在）

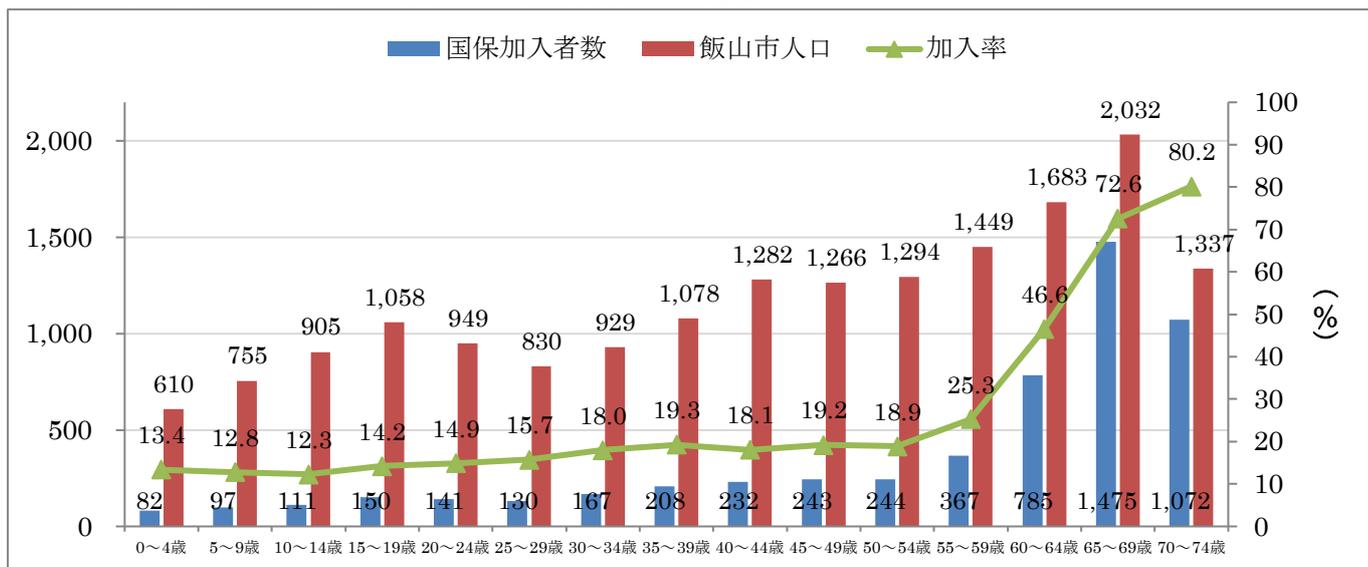
年度	総人口 (年度末)	総数		一般	退職者 被保険者	退職者 被扶養者	退職者 合計
		加入率 (%)					
22	24,033	6,724	27.98	6,064	466	134	600
23	24,008	6,550	27.28	5,908	505	137	642
24	23,378	6,452	27.60	5,822	500	130	630
25	22,970	6,135	26.71	5,616	408	111	519
26	22,587	5,979	26.47	5,541	353	85	438
27	22,124	5,740	25.94	5,429	255	56	311
28	21,684	5,463	25.19	5,276	160	27	187

平成29年度版（平成28年度実績）飯山市国民健康保険事業の概要

### ②年代別国保加入者

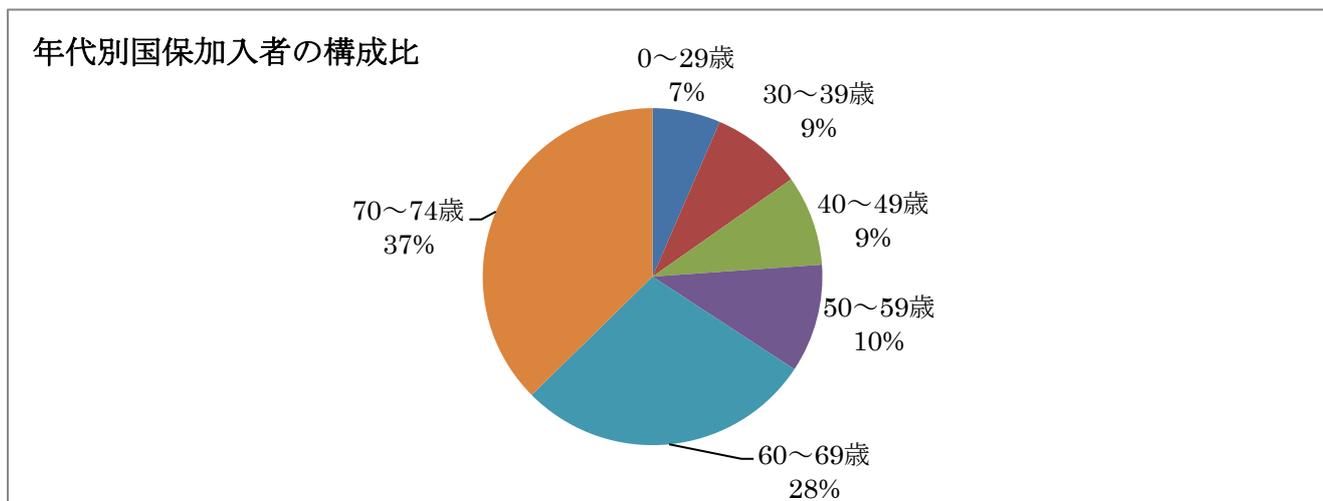
国保加入者をみると、20～64歳までは2,517人であり、23.4%となっていますが、60歳以上の国保加入者数は、3,332人となっており、市全体の60歳以上75歳未満人口(5,052人)の66.0%を占めています。また、70～74歳は80.2%となっています。

## 年代別国保加入者数と国保加入率（平成 29 年度）



### ③年代別国保加入者の構成比

国保加入者は 60 歳以上 75 歳未満が構成比の 65% を占めています。

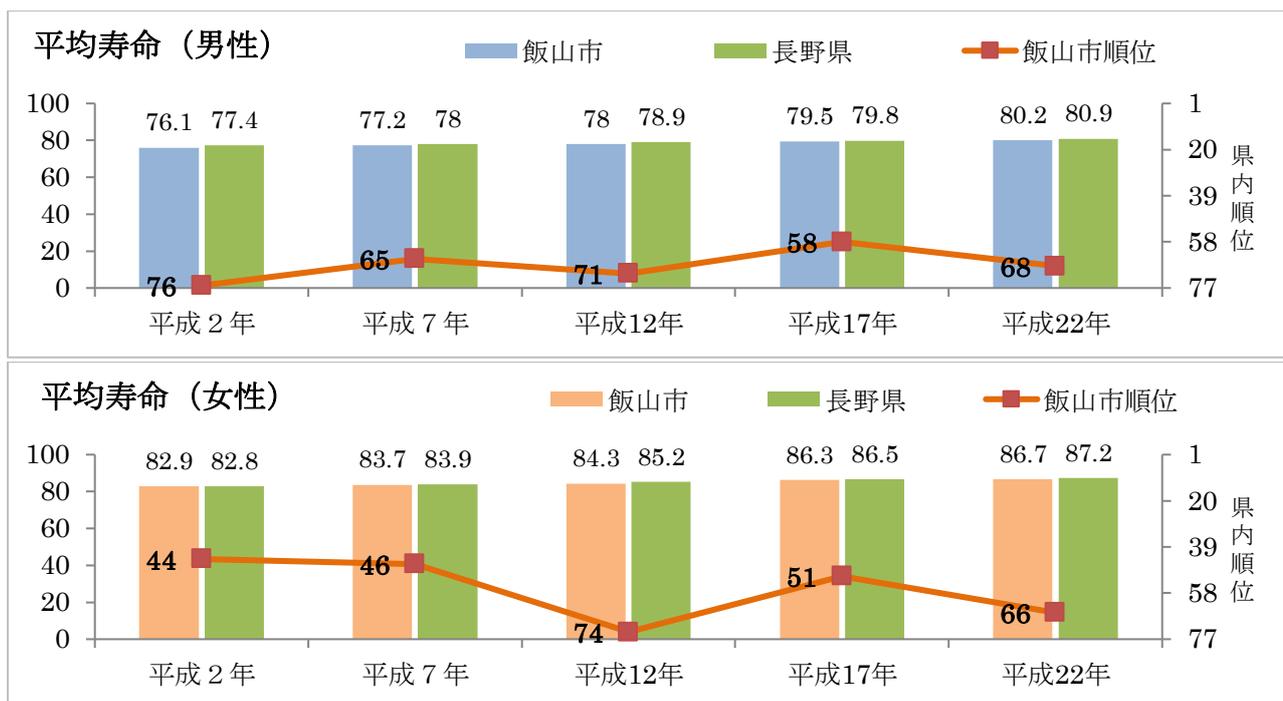


## 2 死亡に関するもの

### (1) 平均寿命

飯山市の平均寿命は、男女ともに県平均より下回っています。

	飯山市		長野県		備考
	男性	女性	男性	女性	
平均寿命	80.2 歳	86.7 歳	80.9 歳	87.2 歳	H22 年厚生労働省生命表より



(厚生労働省生命表より)

★順位：当時の市町村数を77市町村数として再計算したもの

## (2) 死亡率

飯山市の最近の主要死因は、全国と同様に生活習慣病の悪性新生物、心疾患、肺炎が上位3位までを占めています。悪性新生物のなかでも、胃・肺がんについては男女ともに県平均より高い数値になっています。自殺についても、男女ともに県平均よりも高い傾向がみられます。

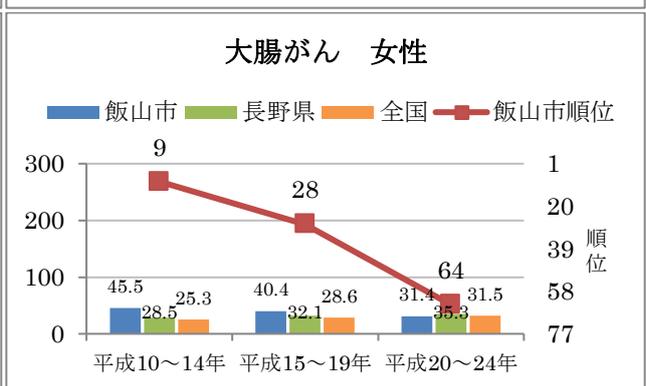
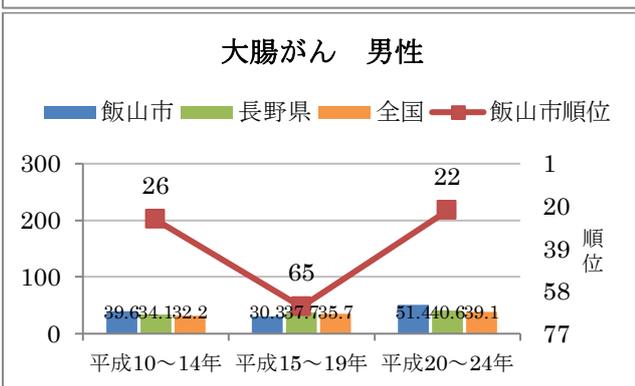
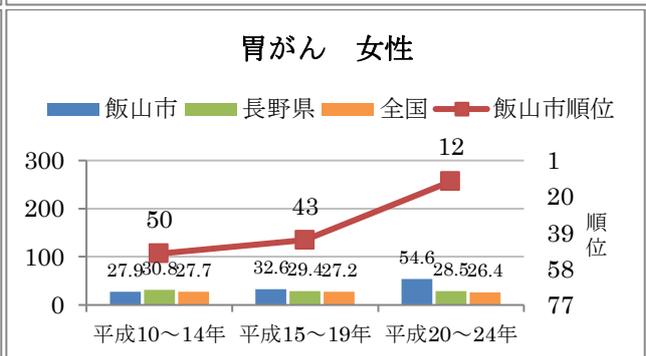
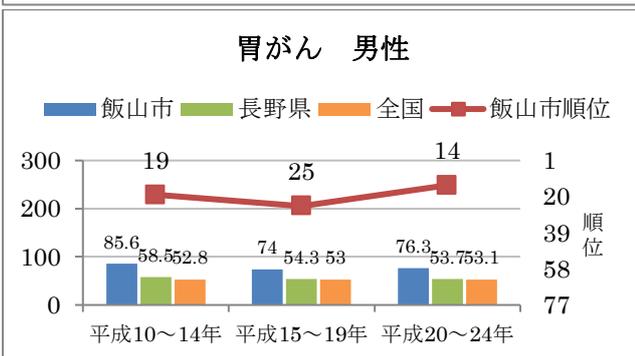
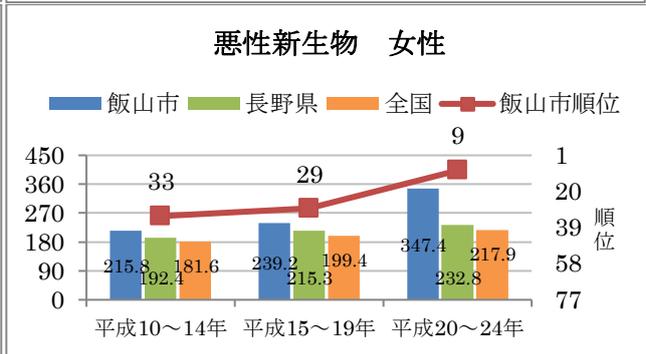
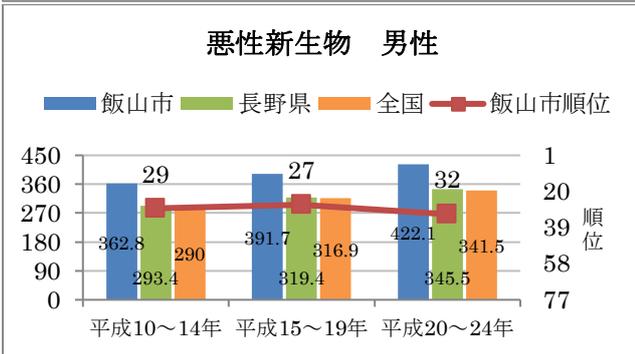
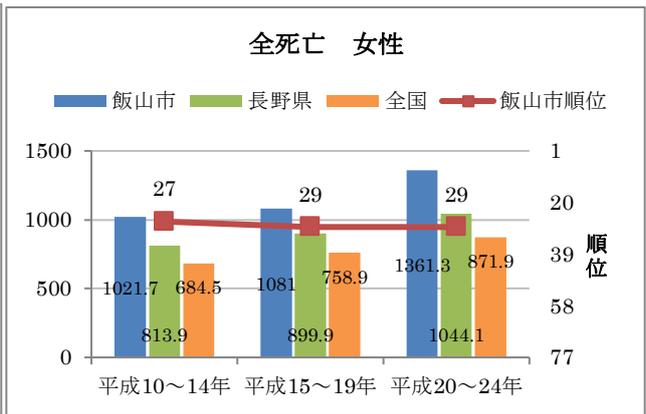
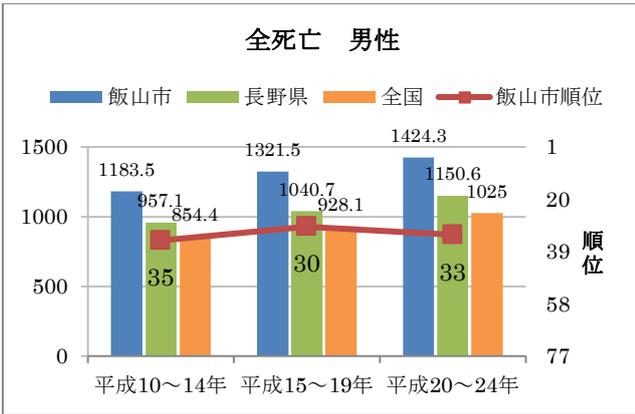
死亡率の上昇傾向は、高齢化の進展により、他の年齢階層と比べて死亡率が高い高齢者の占める割合が増加したことによるものと考えられます。

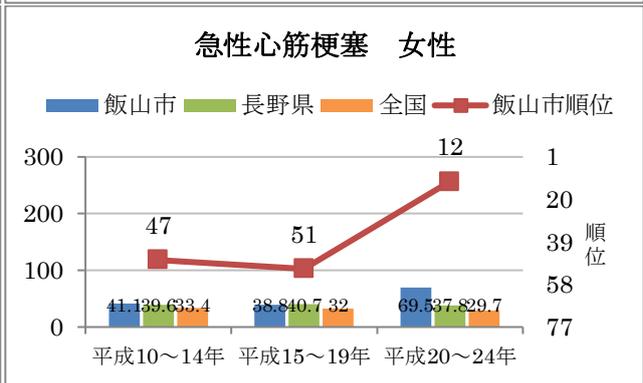
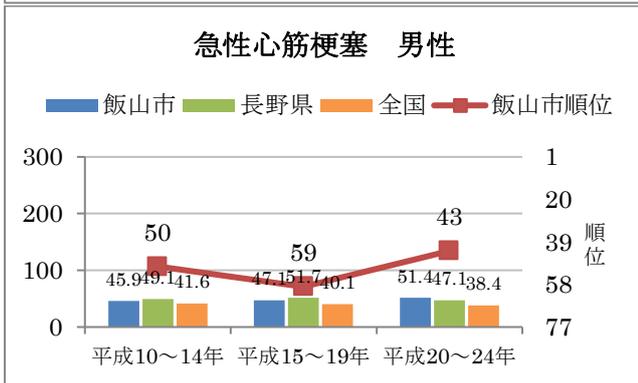
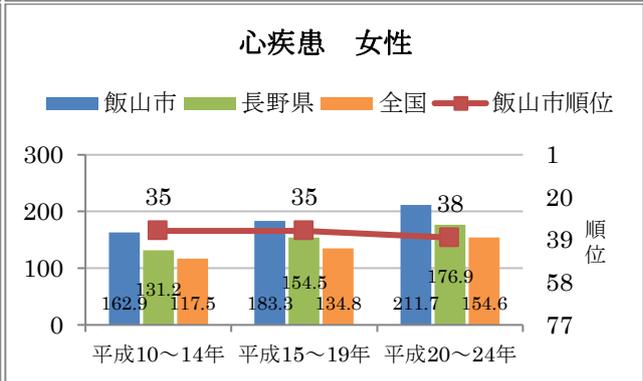
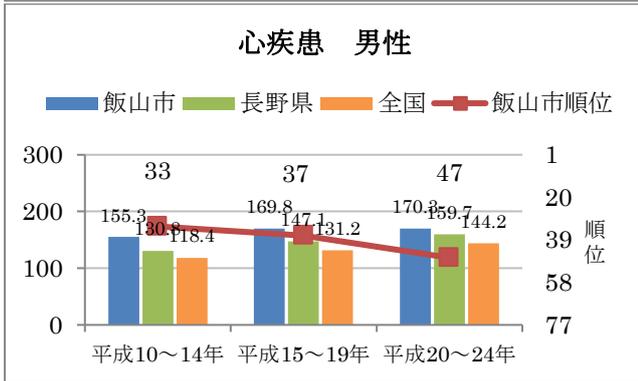
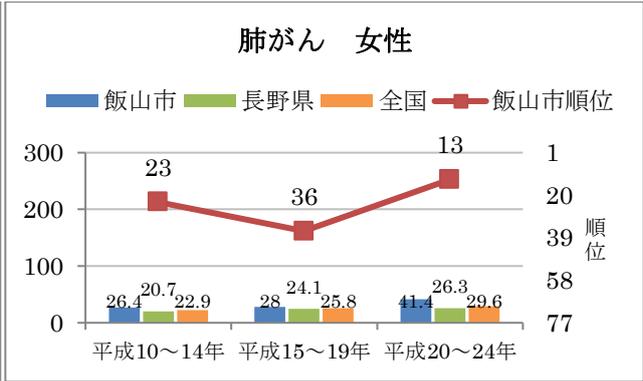
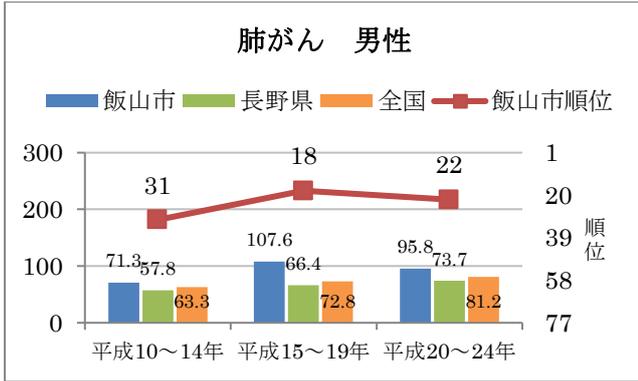
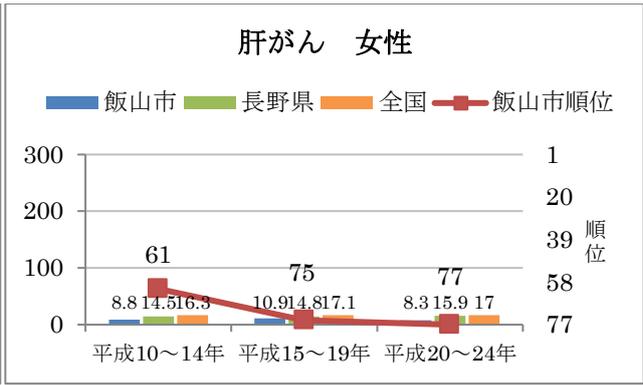
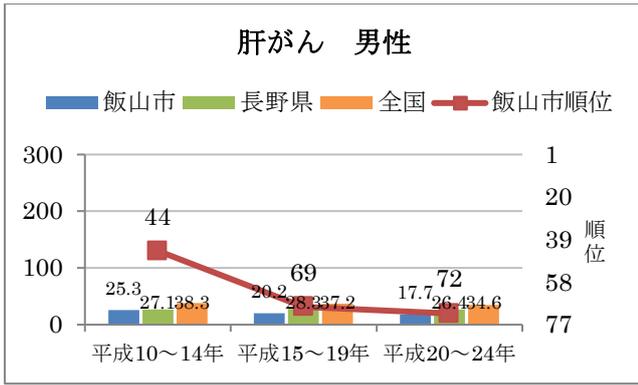
### ▼主な死因

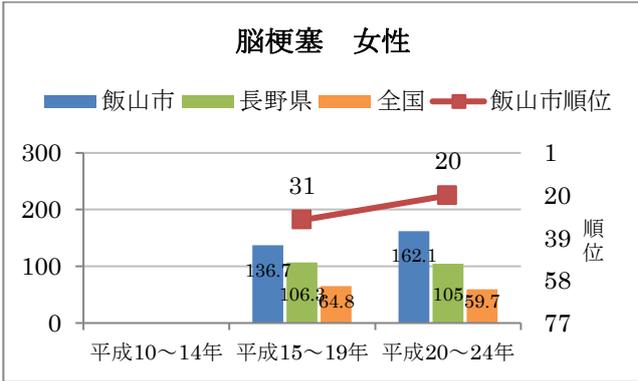
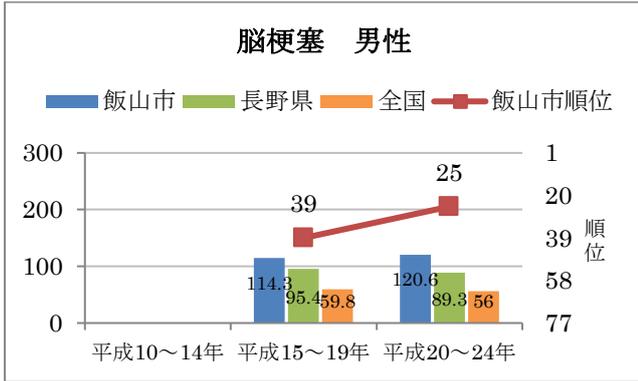
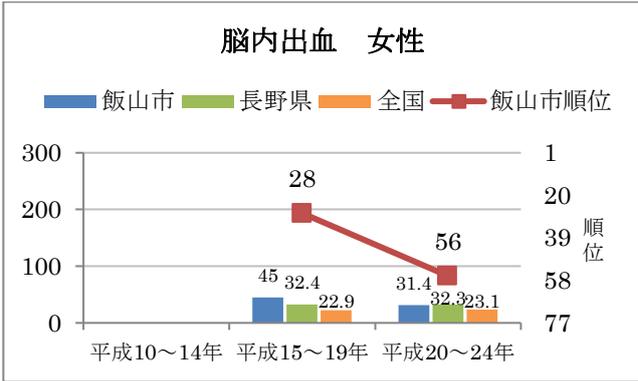
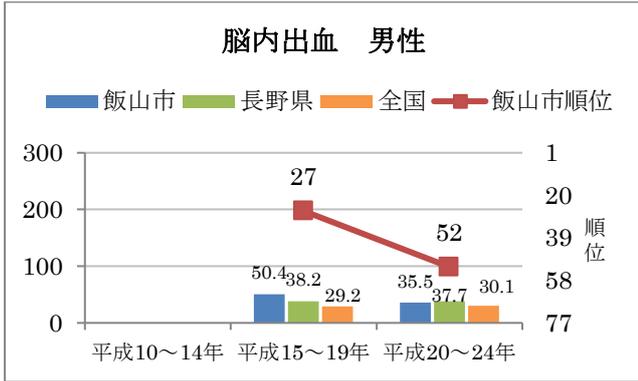
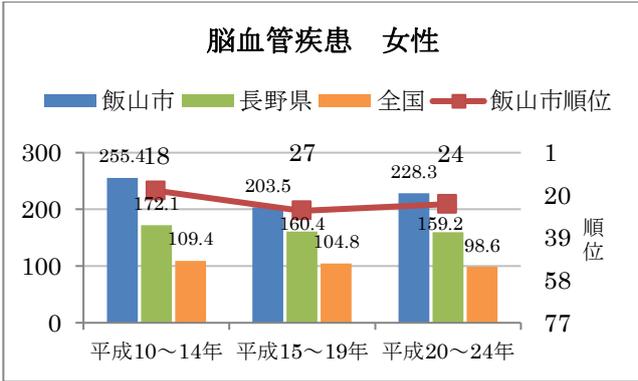
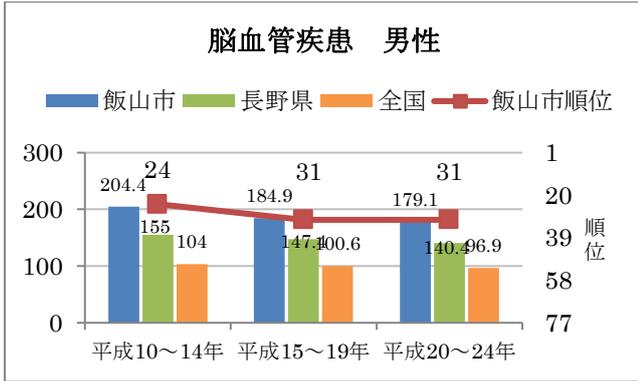
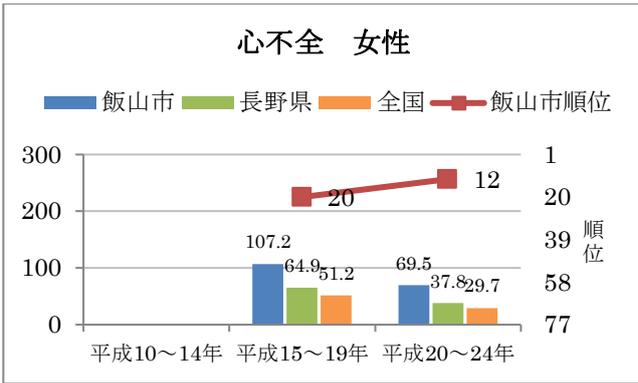
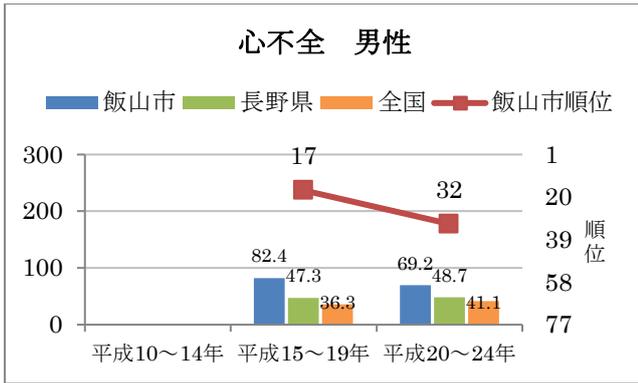
	飯山市		長野県		全国	
1位	悪性新生物	(397.6)	悪性新生物	(301.7)	悪性新生物	(293.5)
2位	心疾患	(228.5)	心疾患	(181.3)	心疾患	(157.0)
3位	肺炎	(192.0)	脳血管疾患	(139.6)	肺炎	(95.4)
4位	脳血管疾患	(118.8)	老衰	(97.0)	脳血管疾患	(91.1)
5位	老衰	(82.3)	肺炎	(92.7)	老衰	(60.1)
6位	不慮の事故	(45.7)	不慮の事故	(39.1)	不慮の事故	(31.1)

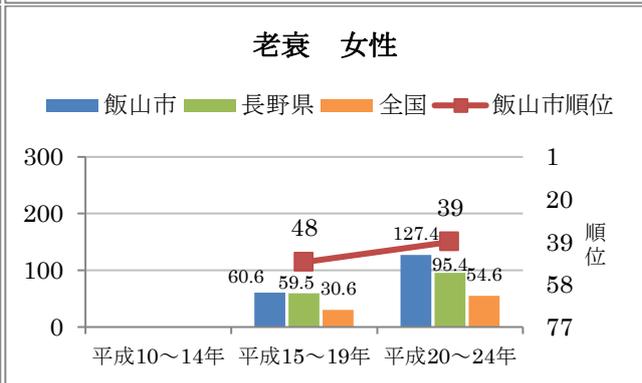
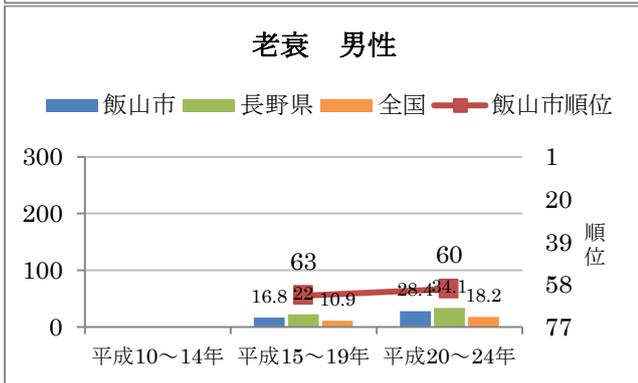
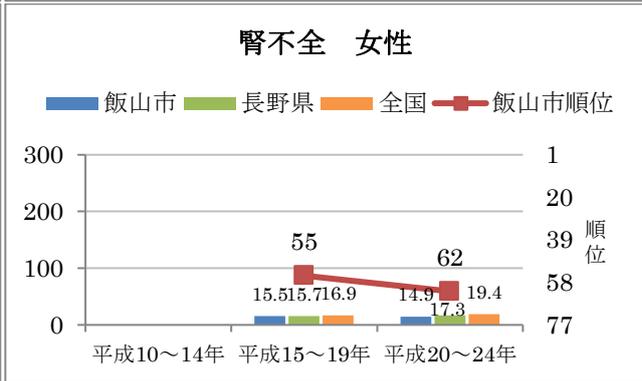
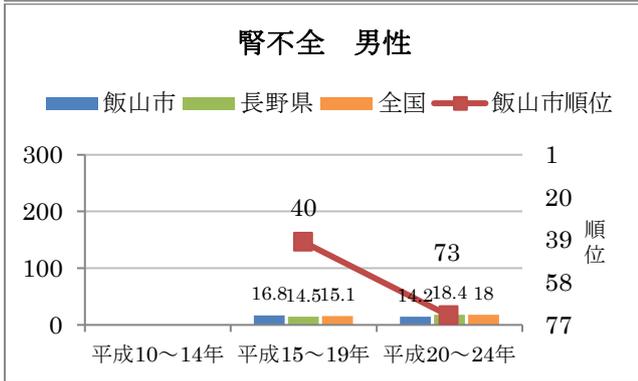
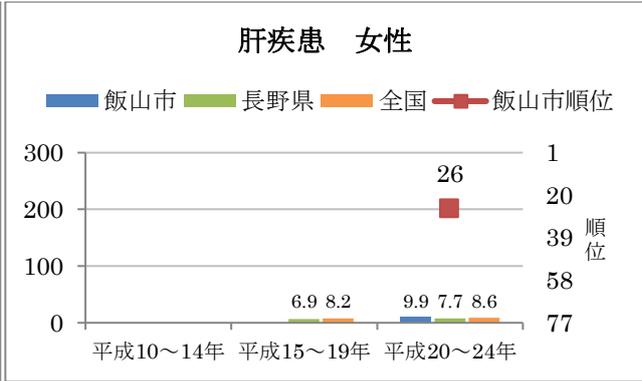
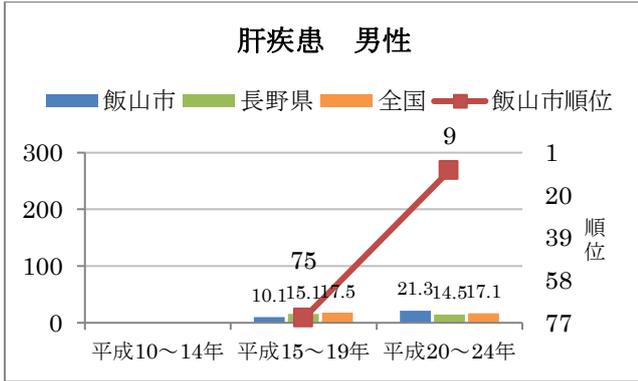
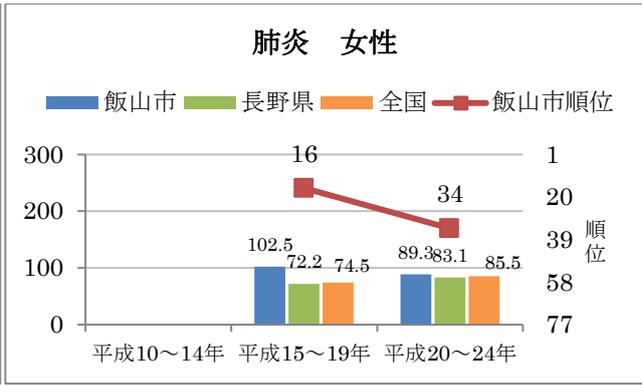
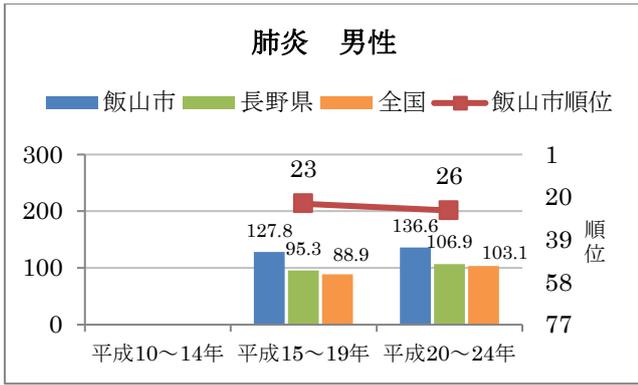
\* ( )は人口10万対の粗死亡率  
\*平成26年版 長野県衛生年報より抜粋

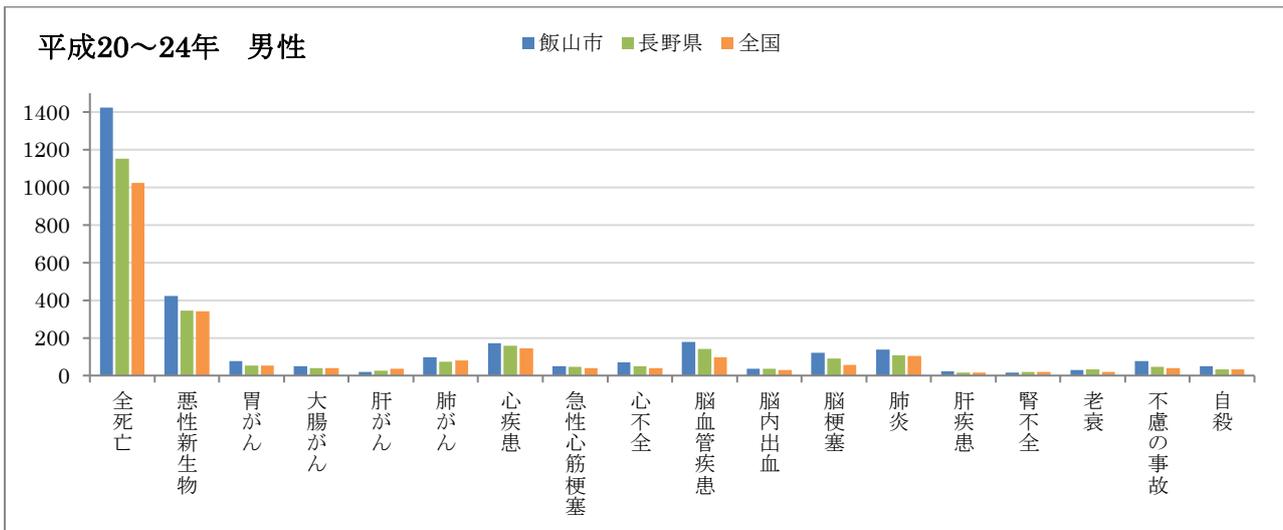
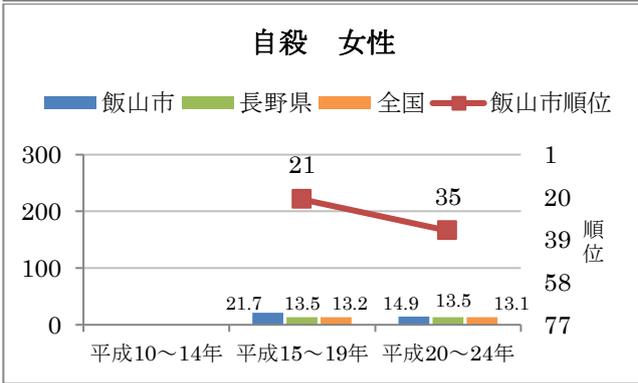
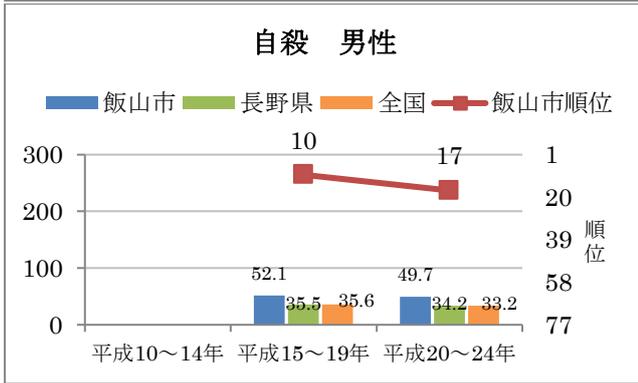
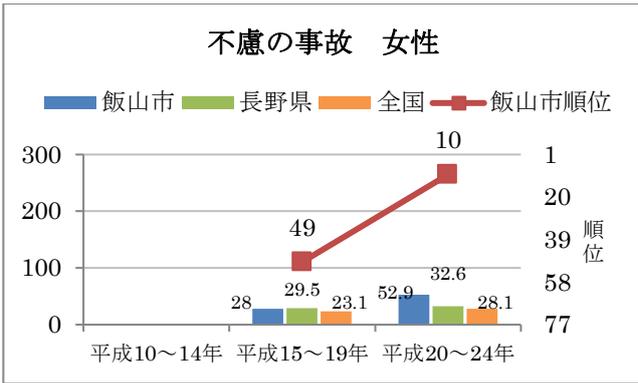
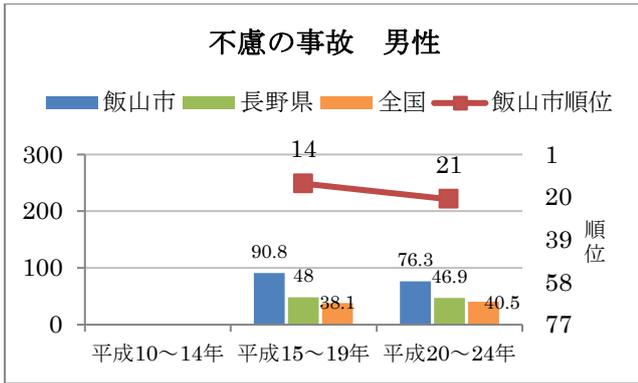
■人口10万対（5年間）粗死亡率

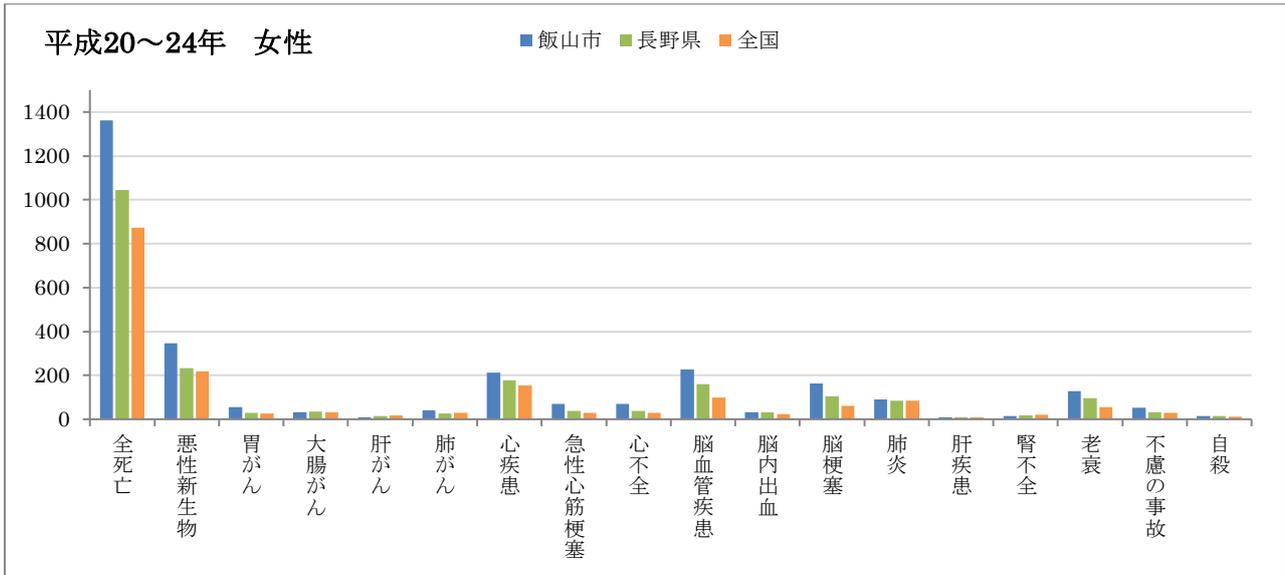












(厚生労働省人口動態統計特殊報告より)

- ★順位：算定可能な市町村数を 77 市町村数として再計算したもの
- ★平成 10～14 年の空欄は、国の統計に記載されていないことによる

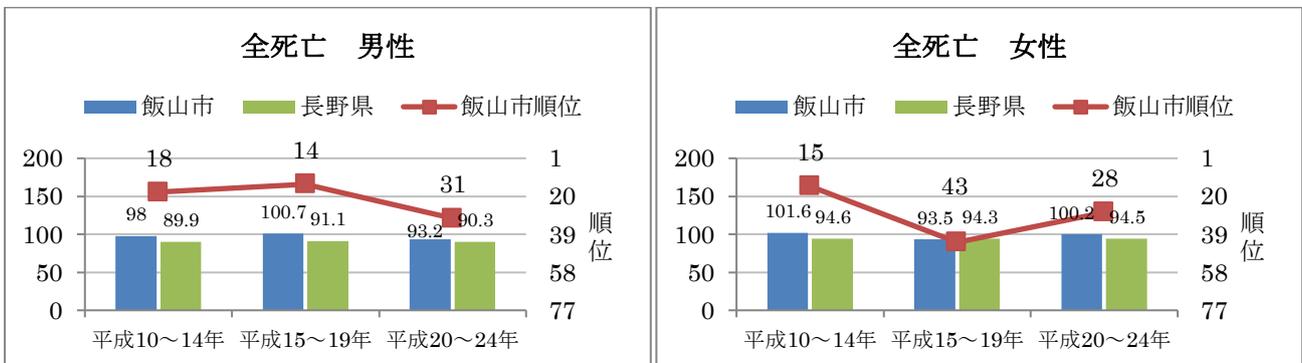
### (3) 標準化死亡比 (全国を 100 とする)

平成 20～24 年における標準化死亡比からみると、県に比べて男性では悪性新生物、脳血管疾患、肝疾患、不慮の事故、自殺で死亡率が高く、女性では、悪性新生物、急性心筋梗塞、脳血管疾患で死亡率が高くなっています。

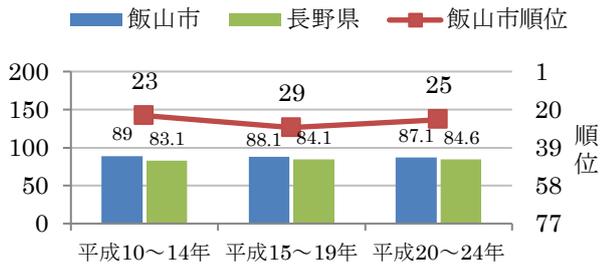
※標準化死亡比とは

基準死亡率（人口 10 万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものです。全国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は全国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

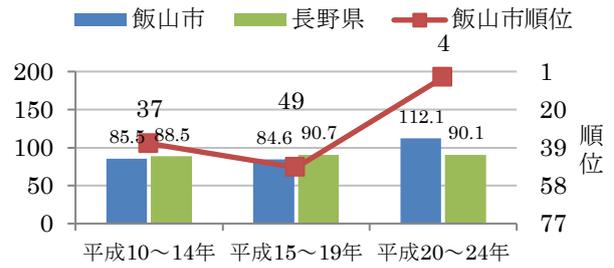
### 5年間標準化死亡比



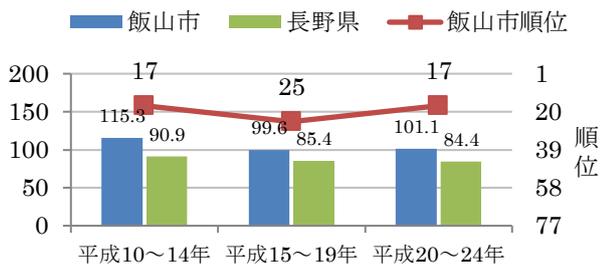
### 悪性新生物 男性



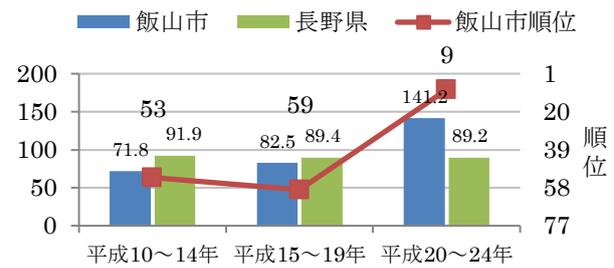
### 悪性新生物 女性



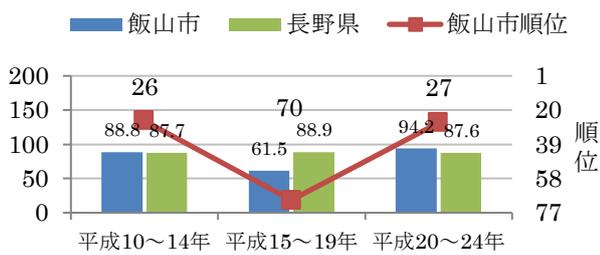
### 胃がん 男性



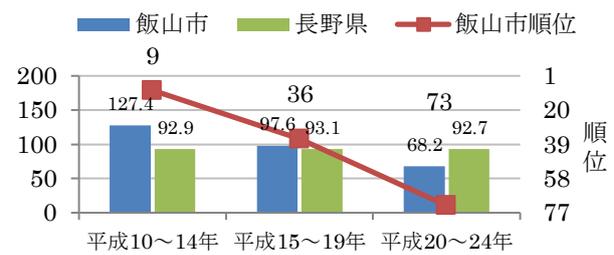
### 胃がん 女性



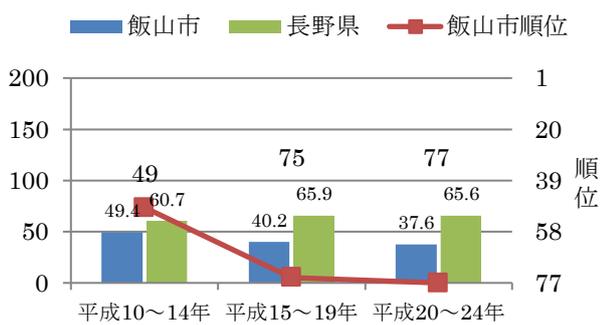
### 大腸がん 男性



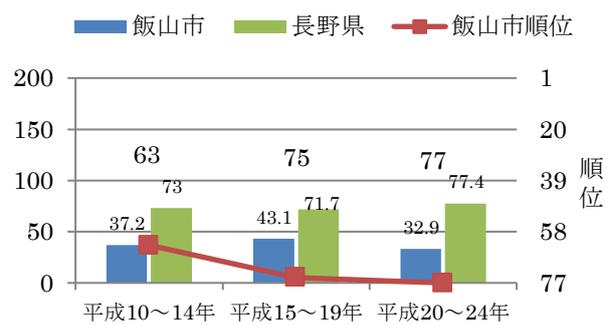
### 大腸がん 女性

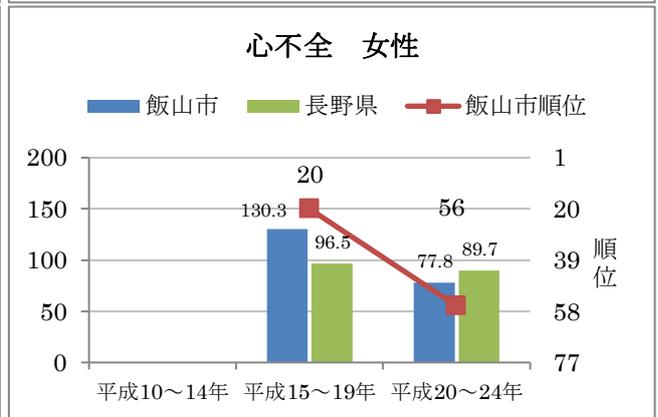
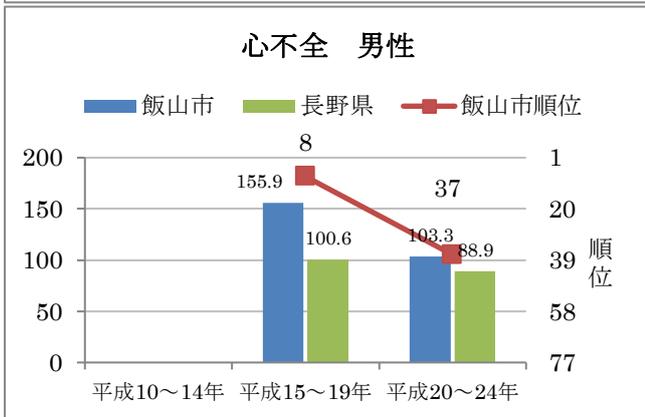
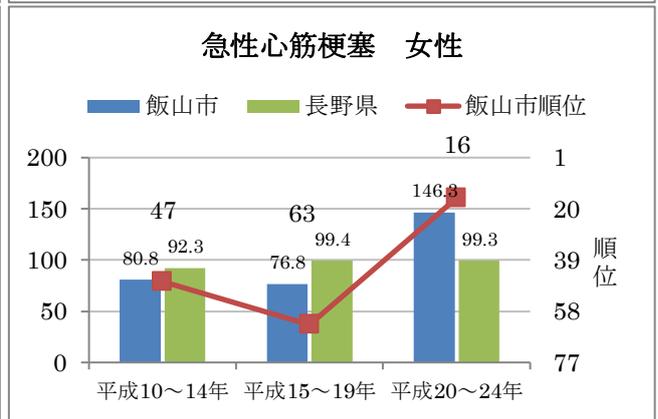
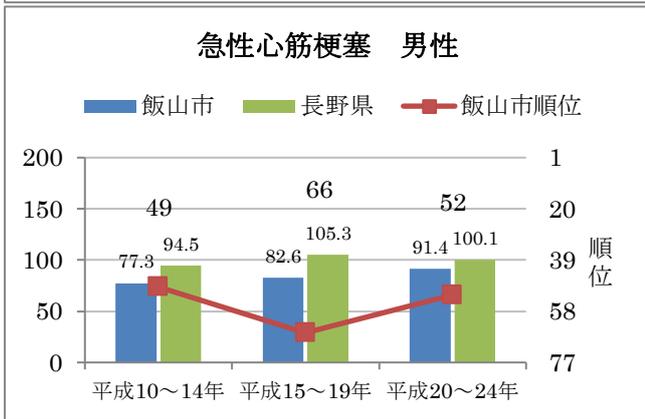
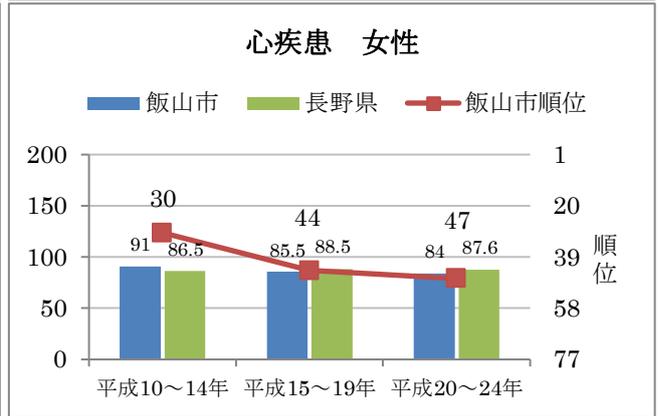
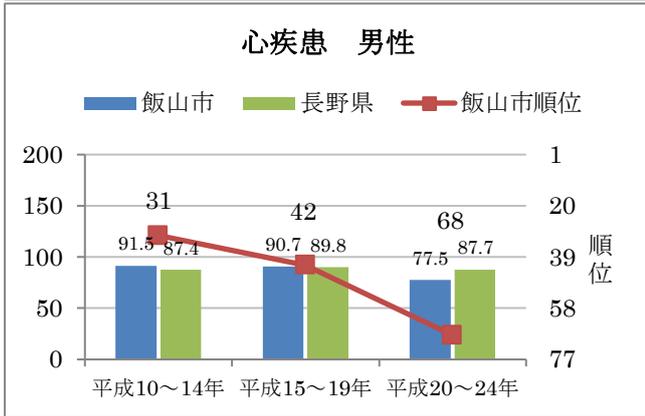
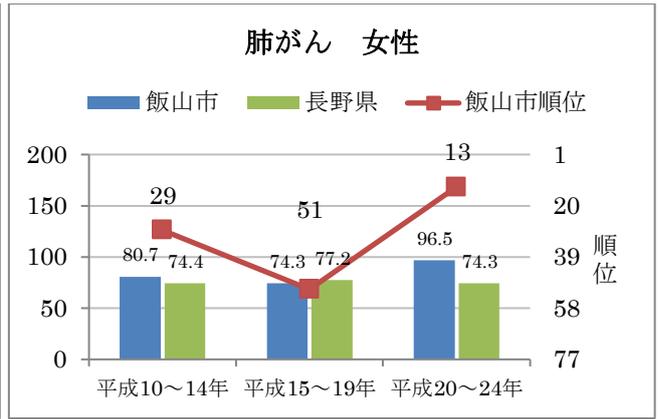
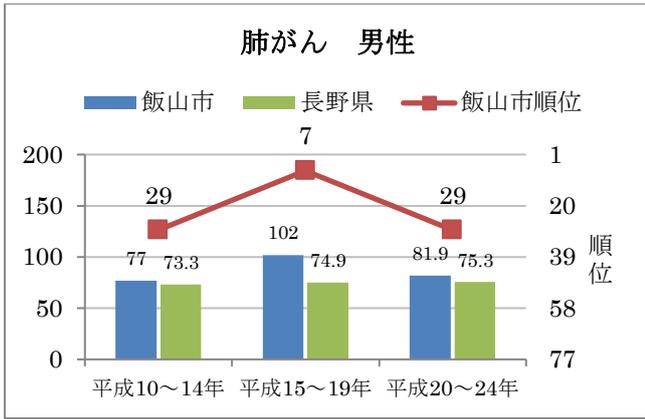


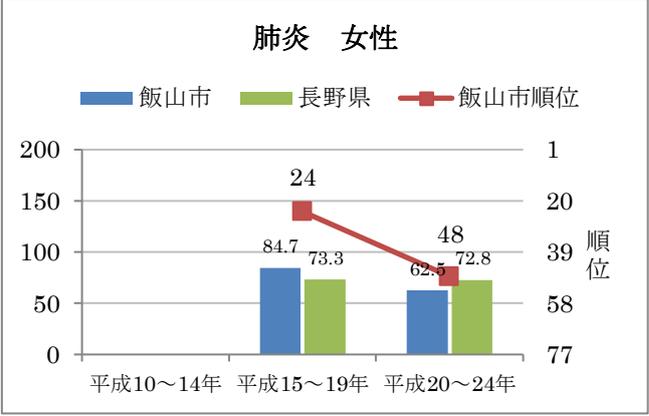
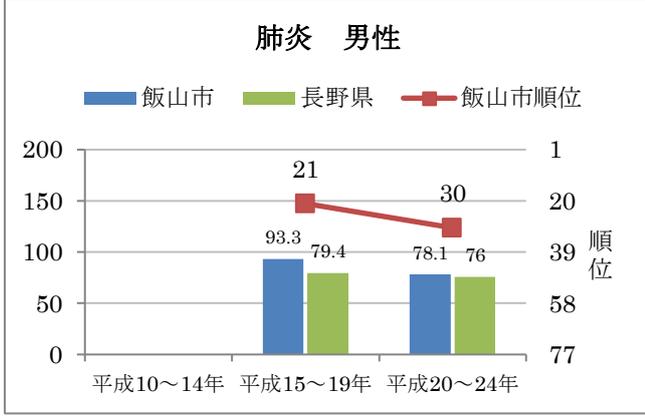
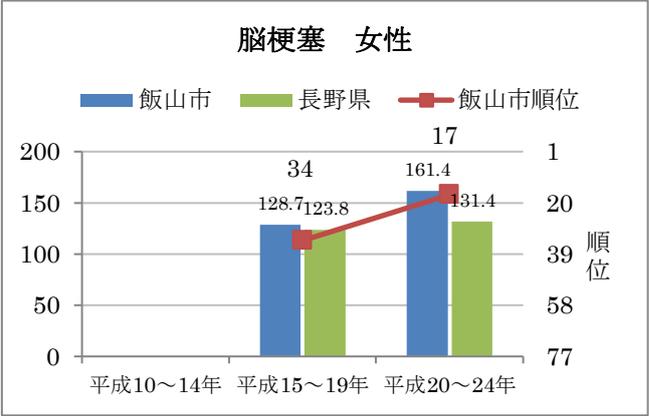
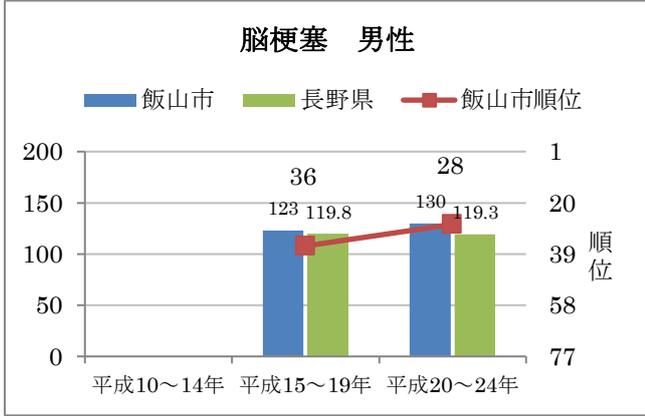
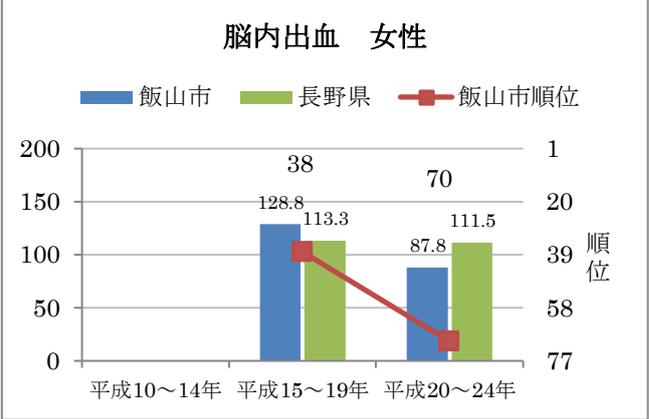
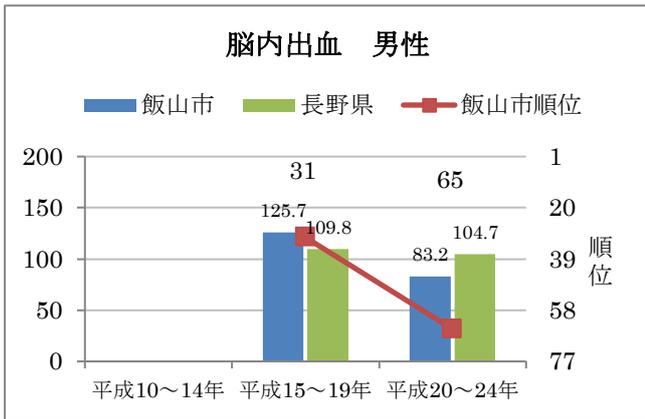
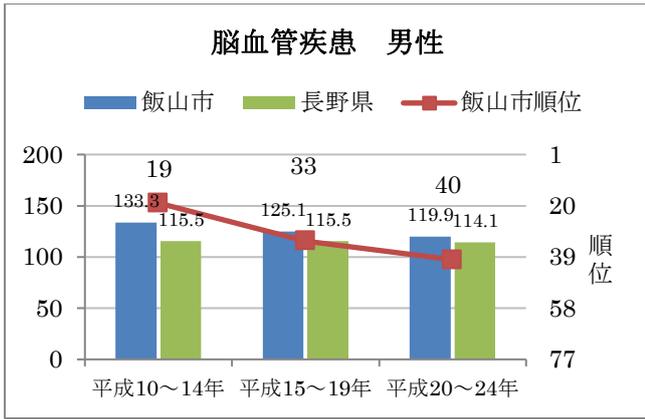
### 肝がん 男性

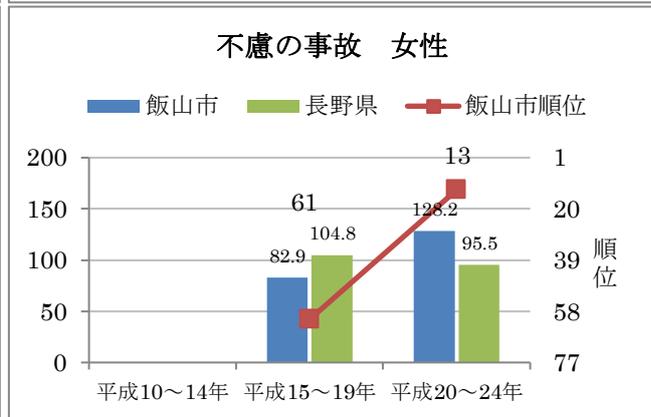
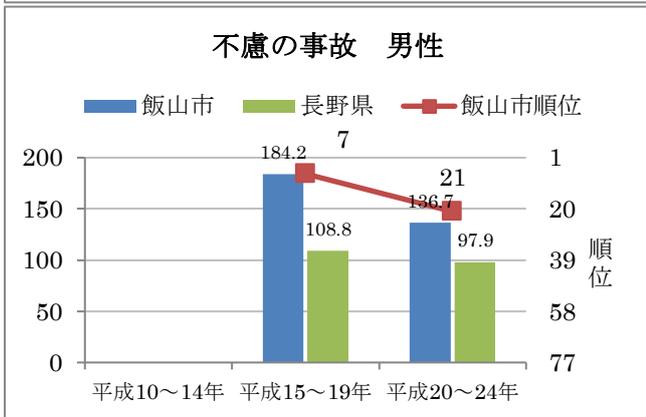
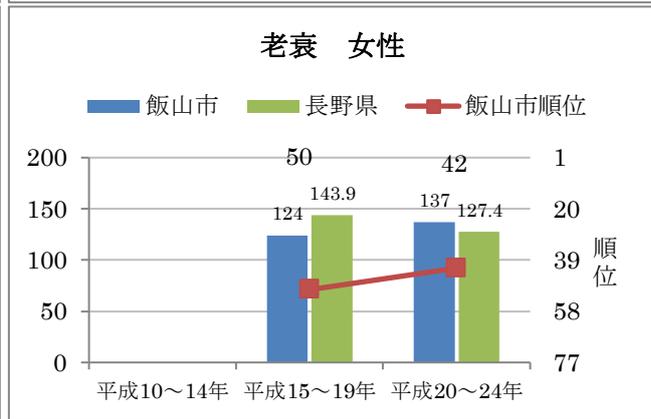
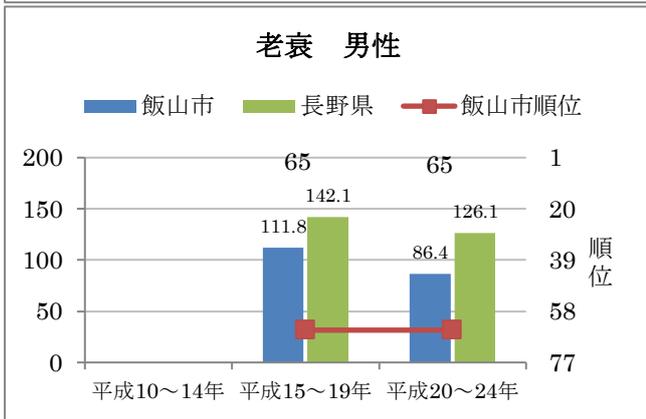
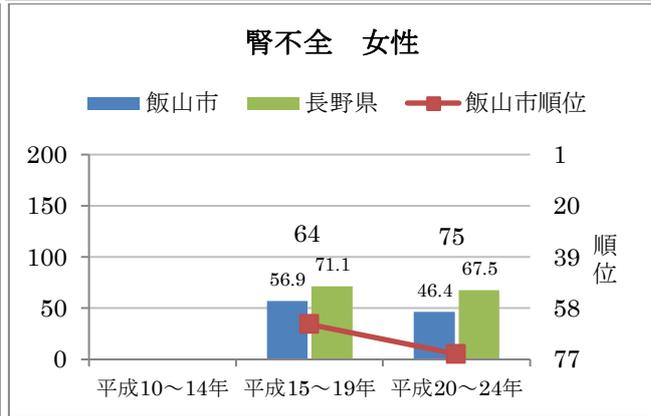
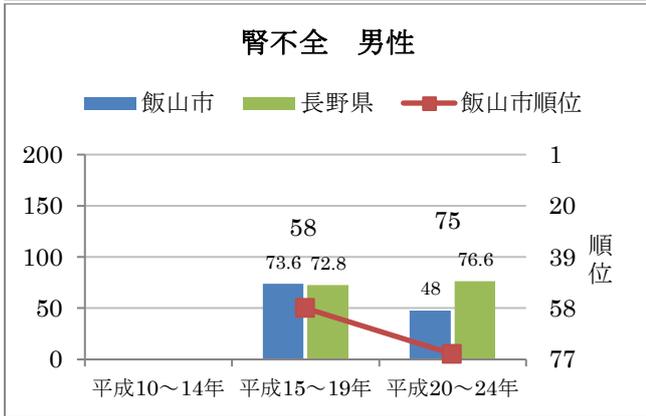
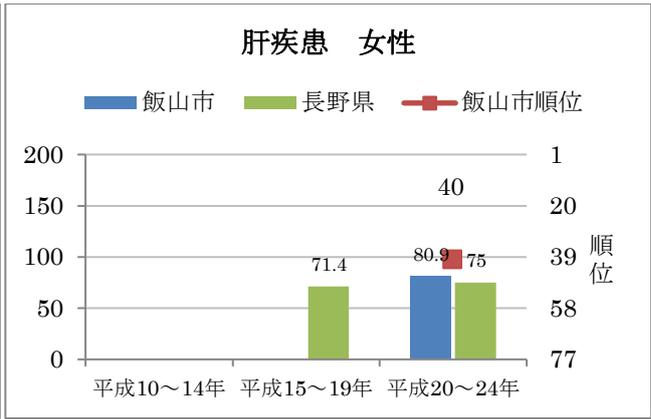
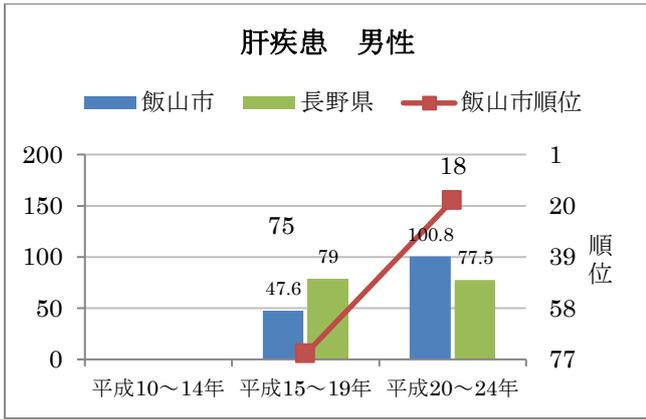


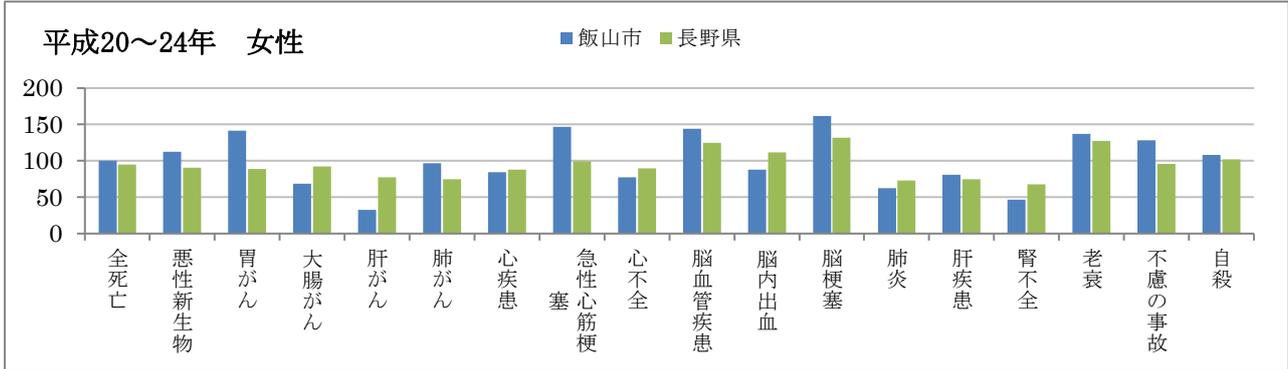
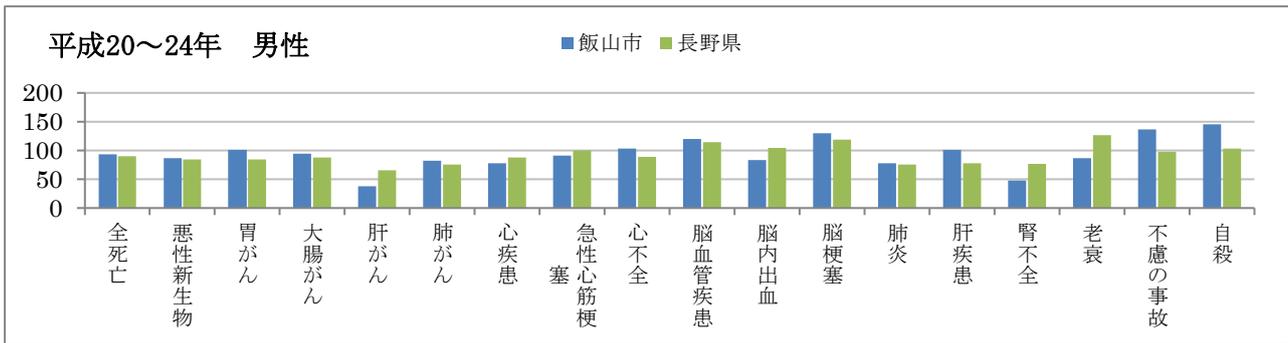
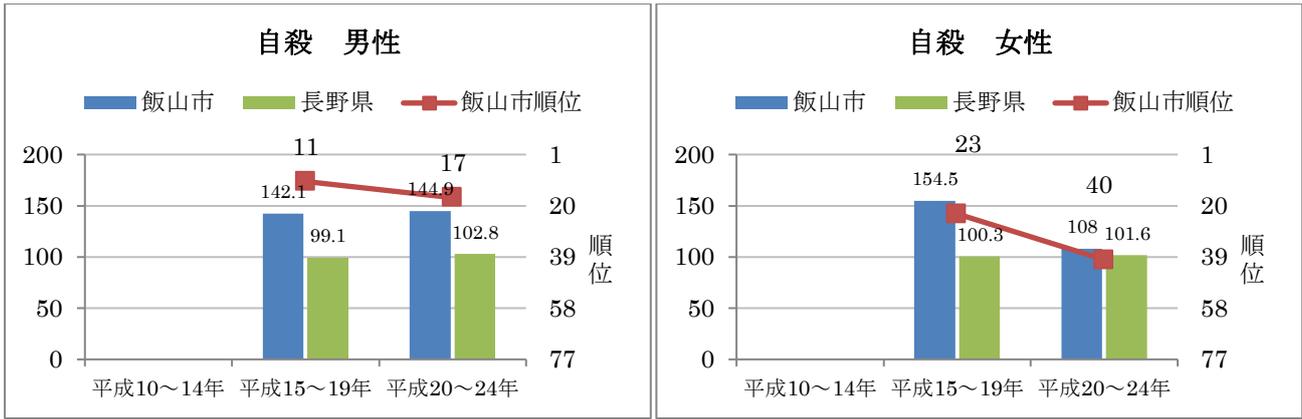
### 肝がん 女性











(厚生労働省人口動態統計特殊報告より)

- ★順位：算定可能な市町村数を 77 市町村数として再計算したもの
- ★平成 10～14 年の空欄は、国の統計に記載されていないことによる

### 3 健康寿命・要介護状態に関するもの

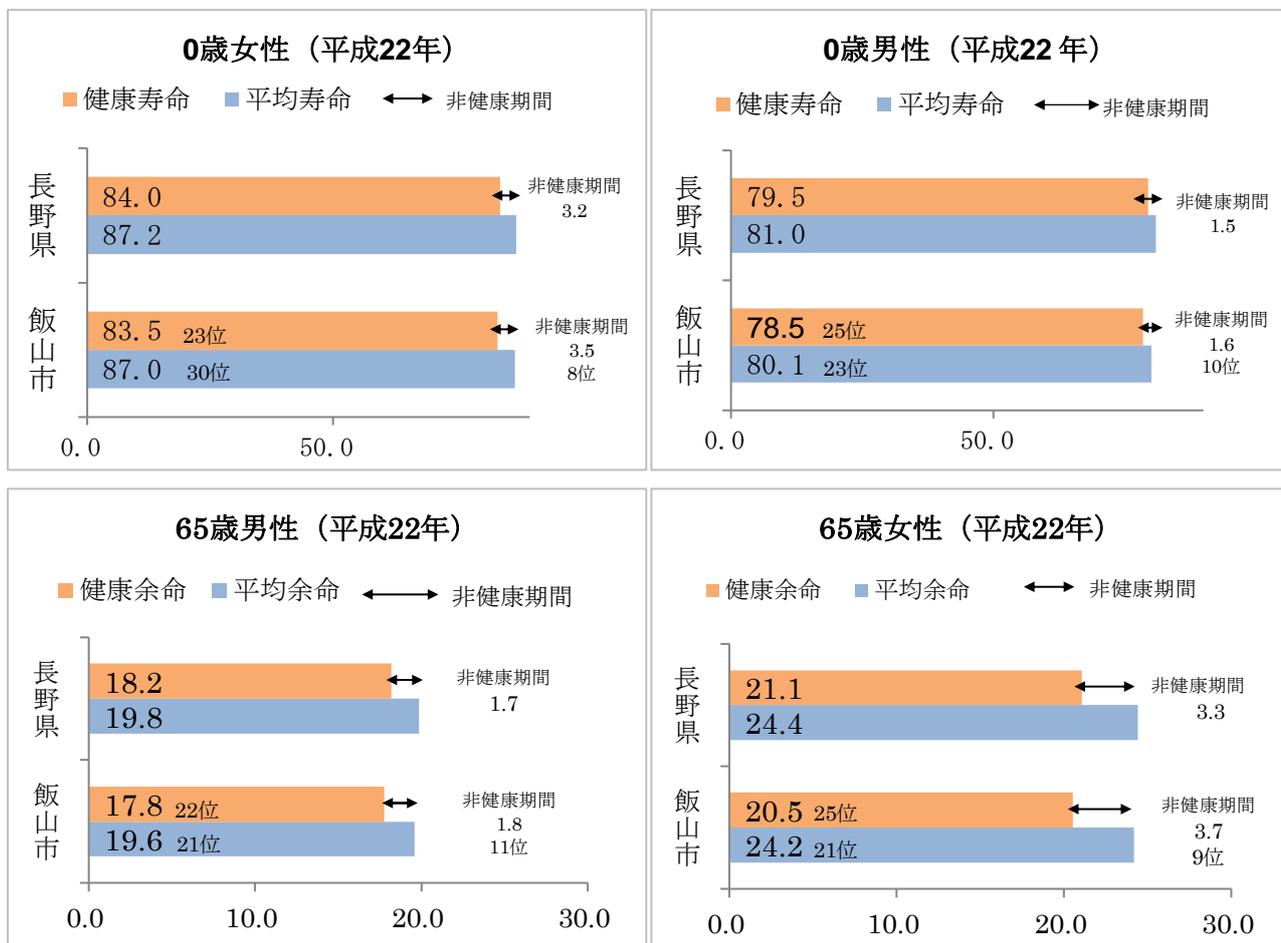
#### (1) 健康寿命

健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことをいいます。健康寿命は県と比較して、男女とも短くなっています。平均寿命・健康寿命ともに、男性に比して、女性の方がやや長くなっています。平均寿命から健康寿命を引いた値が短い程良く、健康でいられる期間が長いことを意味しており、飯山市は非健康期間が長いので課題です。

健康寿命を延伸することで健康寿命と平均寿命の差（日常生活に制限のある健康でない期間）を縮めることが重要です。

0歳健康寿命（健康な期間の平均）とは、0歳の人がどのくらいの期間介護を必要とせず健康で日常生活を支障なくて過ごせるかを示しています。

平均余命（各年齢において平均的にあと何年生きられるかを示したもの）のうち、健康で普通の日常生活を送れる年数。通常は60歳、65歳における平均余命が高齢者の生活の質(QOL)に関する指標として国際比較でしばしば使用されています。



平成22年健康余命（長野県健康福祉部）より ★順位は、比較可能な32市町

(2) 高齢化率・要介護認定率の状況

①被保険者の状況

今後の人口推計については、被保険者の推移並びに住民基本台帳の推移を基に推計をいたしました。これによると総人口は引き続き減少傾向となります。65歳以上の高齢者人口は、団塊の世代がすべて65歳を迎えたことにより、今後大幅な増加は見込めませんので、ほぼ横這いで推移すると予測されます。平成37年には65歳以上の高齢者人口は減少すると予測されますが、それ以降も若年人口の減少により、高齢化率は上昇し続ける見込みです。

単位：人／％

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度
第1号被保険者	7,605	7,686	7,721
75歳以上	4,347	4,340	4,339
65～74歳	3,258	3,346	3,382
40～64歳	7,270	7,068	6,895
39歳以下	7,643	7,299	7,022
総人口	22,518	22,053	21,638
高齢化率(%)	34.9	35.9	36.7

区分	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
第1号被保険者	7,730	7,740	7,750	7,600
75歳以上	4,339	4,333	4,299	4,560
65～74歳	3,391	3,407	3,451	3,040
40～64歳	6,744	6,580	6,437	5,700
39歳以下	6,729	6,458	6,152	5,000
総人口	21,203	20,778	20,339	18,300
高齢化率(%)	37.6	38.5	39.4	43.9

※平成27～29年度…65歳以上は各年度10月1日現在の被保険者数

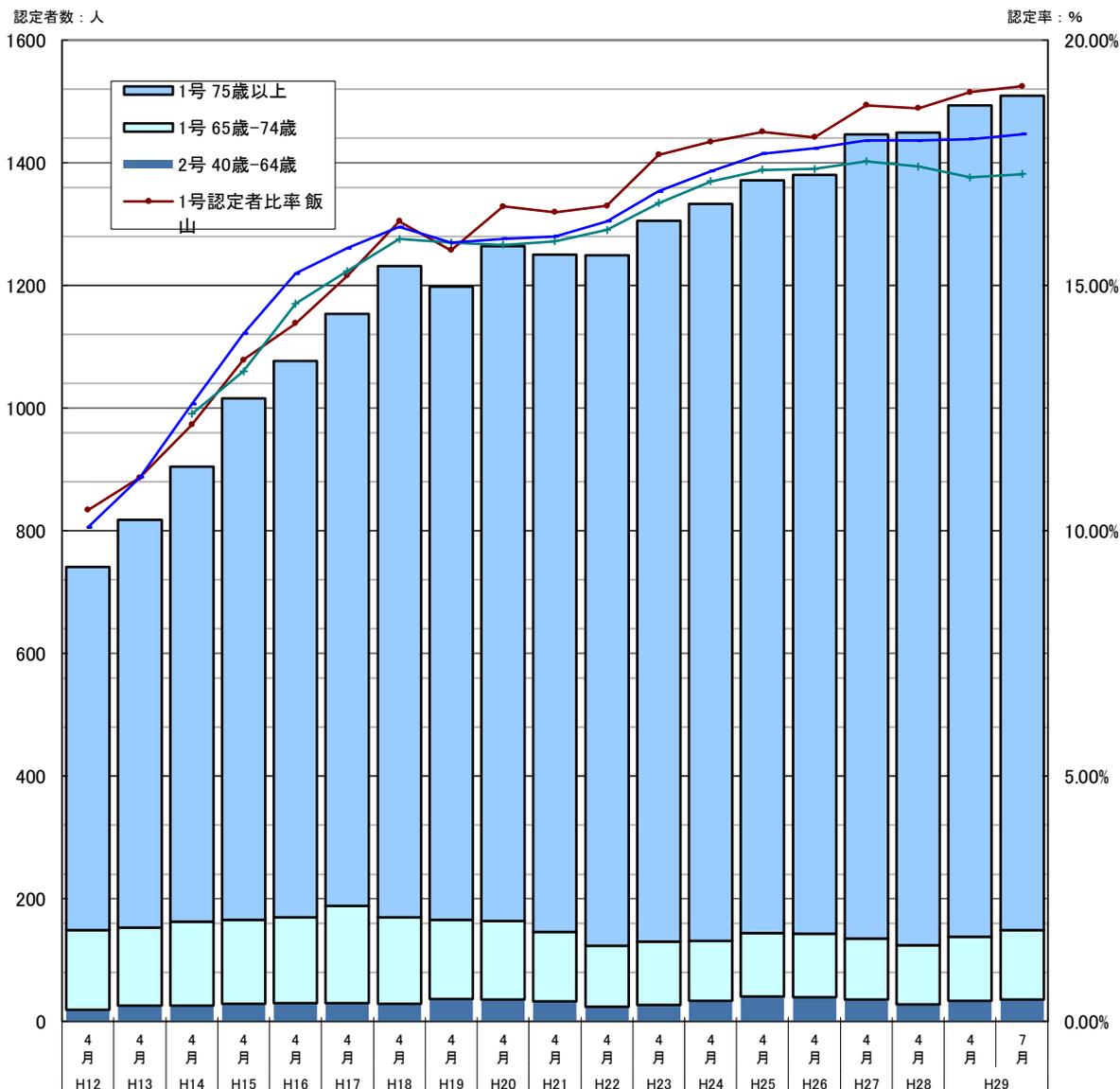
65歳未満は各年度10月1日現在の住民基本台帳の人数

※平成30～37年度…過去の実績値から「地域包括ケア見える化システム」で算出した推計値

※高齢化率…平成27～29年度は毎月人口異動調査に基づく各年度10月1日現在の実績値、平成30～37年度は推計値

②要介護認定率の推計

飯山市の介護保険の要介護認定率は、全国や長野県より高くなっています。第1号被保険者の要介護認定率は平成24年度4月は17.93%、要介護認定者は1,299人であり、介護保険制度が始まった平成12年4月は10.42%・722人と比べて大きく増加しています。また、介護給付費も平成12年度の8.6億円から、平成28年度は25.5億円と増加しています。要介護認定者数推計は、30～32年度は高齢者人口の推計は微増ですが、認定者数は高齢者人口増加数を上回ると推計します。

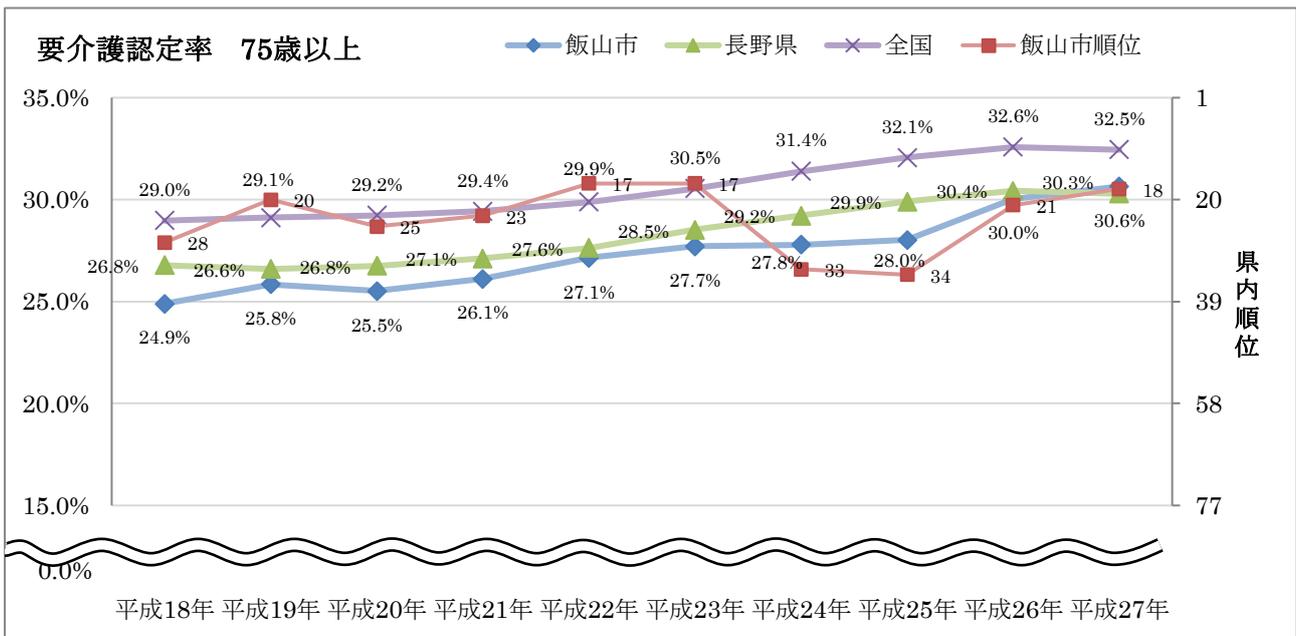
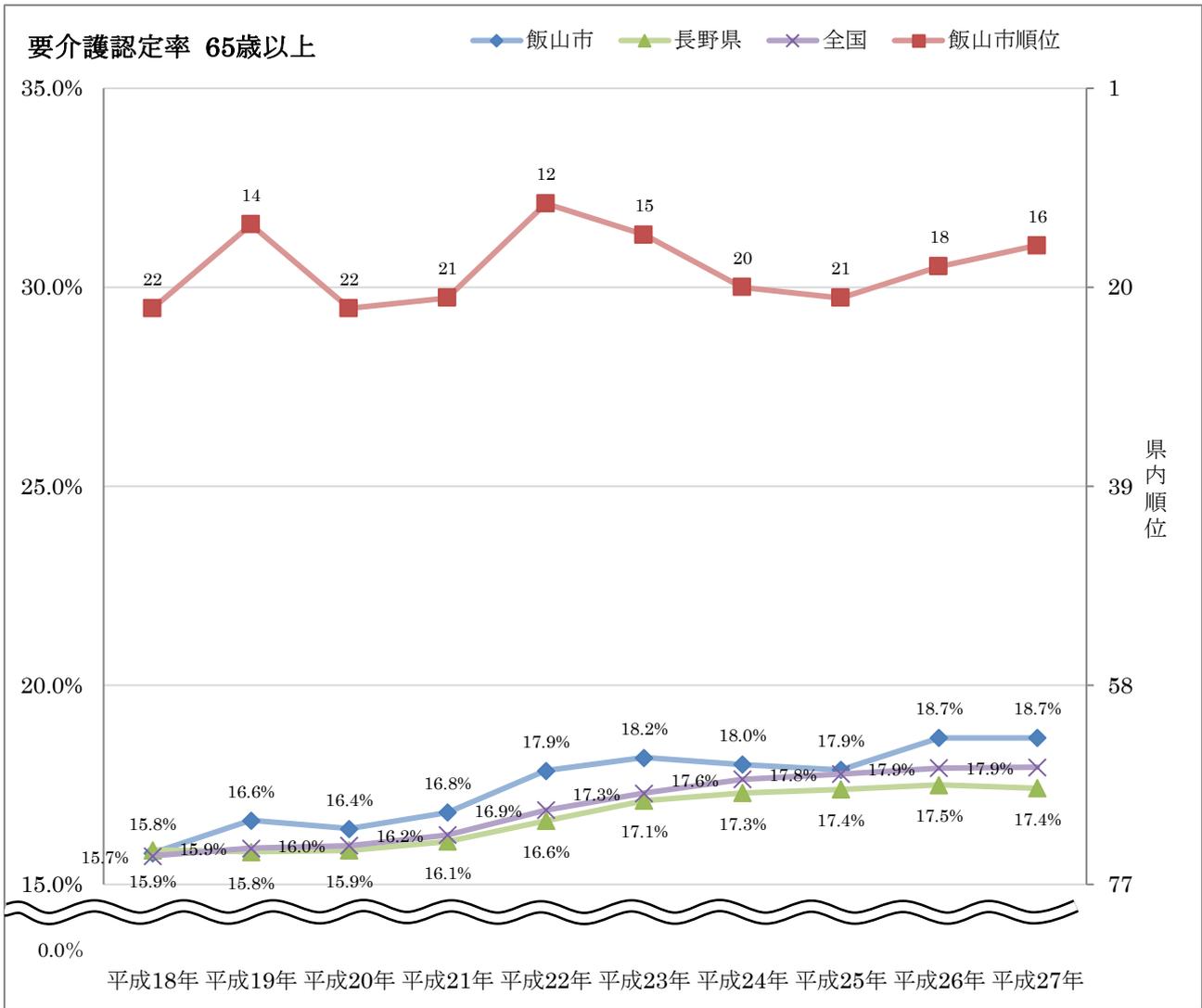


	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	
	4月																		
1号認定者数	722	792	878	987	1,047	1,124	1,203	1,161	1,228	1,217	1,225	1,278	1,299	1,330	1,340	1,410	1,421	1,460	1,473
75歳以上	592	665	741	850	907	966	1,062	1,032	1,100	1,104	1,126	1,175	1,202	1,227	1,237	1,311	1,325	1,356	1,360
65歳-74歳	130	127	137	137	140	158	141	129	128	113	99	103	97	103	103	99	96	104	113
2号認定者数	19	26	26	29	30	30	29	37	36	33	24	27	34	41	40	36	28	34	36
合計	741	818	904	1,016	1,077	1,154	1,232	1,198	1,264	1,250	1,249	1,305	1,333	1,371	1,380	1,446	1,449	1,494	1,509
1号認定比率 全国	10.07%	11.09%	12.58%	14.02%	15.24%	15.76%	16.19%	15.87%	15.95%	16.00%	16.31%	16.92%	17.33%	17.69%	17.79%	17.95%	17.95%	17.98%	18.08%
1号認定比率 長野県			12.38%	13.25%	14.63%	15.29%	15.94%	15.87%	15.83%	15.90%	16.13%	16.67%	17.12%	17.36%	17.37%	17.53%	17.42%	17.20%	17.27%
1号認定比率 飯山	10.42%	11.08%	12.16%	13.48%	14.23%	15.20%	16.31%	15.72%	16.61%	16.49%	16.62%	17.66%	17.93%	18.13%	18.02%	18.67%	18.61%	18.94%	19.06%
1号被保険者数(飯山)	6,930	7,148	7,221	7,320	7,357	7,394	7,375	7,384	7,392	7,380	7,369	7,238	7,243	7,337	7,437	7,553	7,634	7,709	7,730

\* 認定比率 = 1号認定者数 ÷ 1号被保険者数

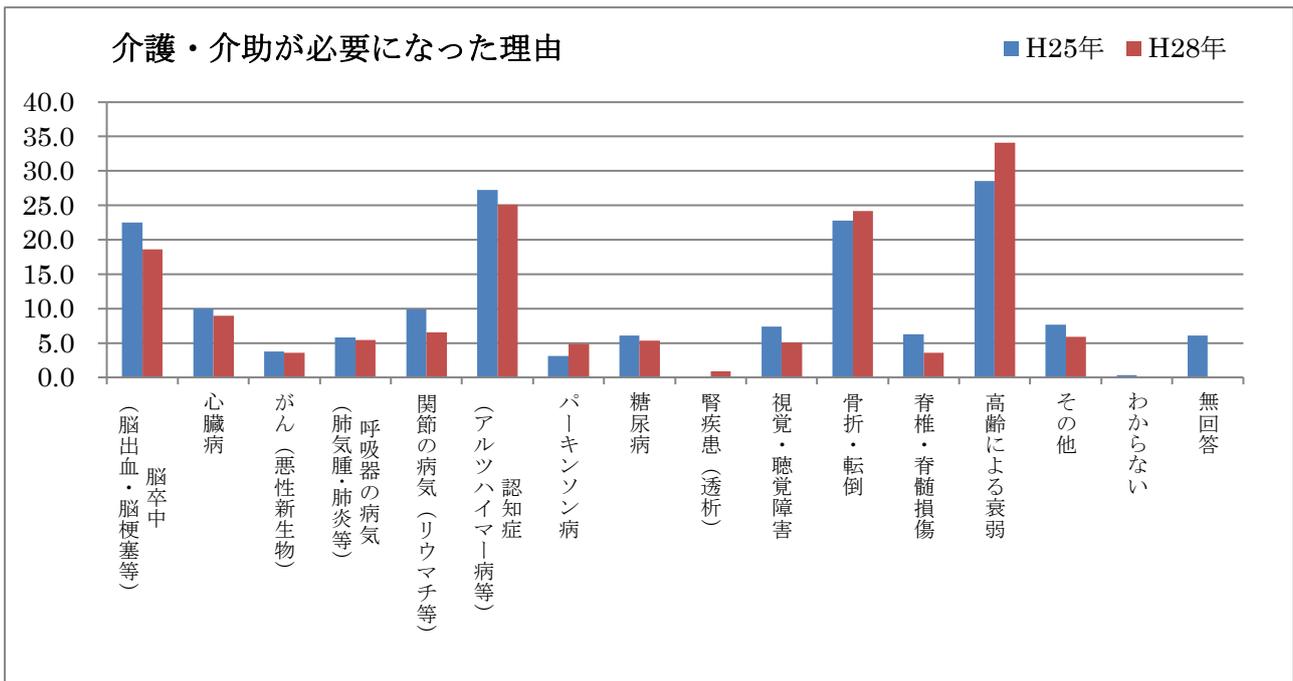
\* 平成12年度の認定比率は、認定者全体を1号被保険者数で割った数値です。

\* 1号認定比率 全国・長野県は厚生労働省 HP 事業状況数字の数値です。



要支援・要介護認定率（各年度末）（厚生労働省介護保険事業実施報告）  
 ★順位：当時の市町村数を77市町村数として再計算したもの

(2) 要介護の原因



H25 高齢者等実態調査結果より<回答者数 688 人>

H28 高齢者等実態調査結果より<回答者数 780 人>

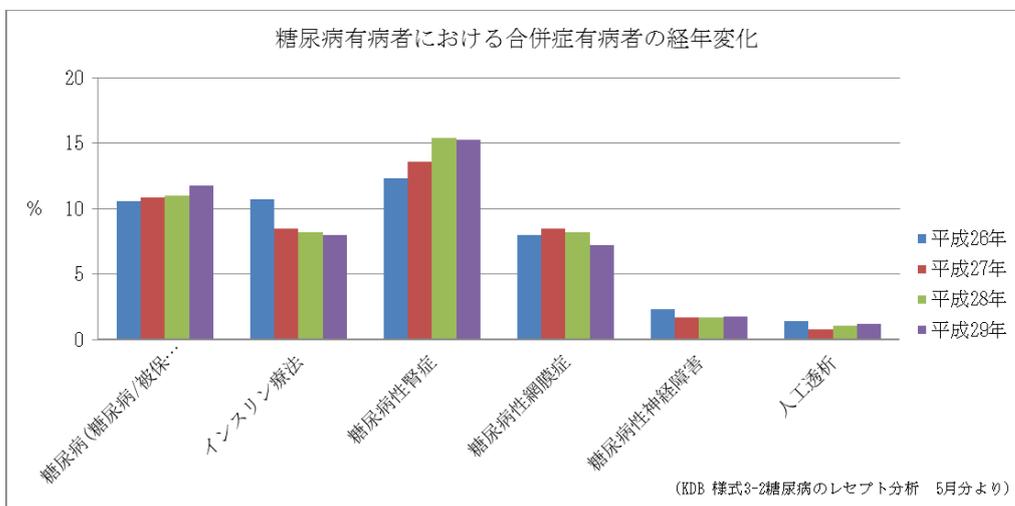
#### 4 生活習慣病の重症化に関するもの

##### (1) 人工透析

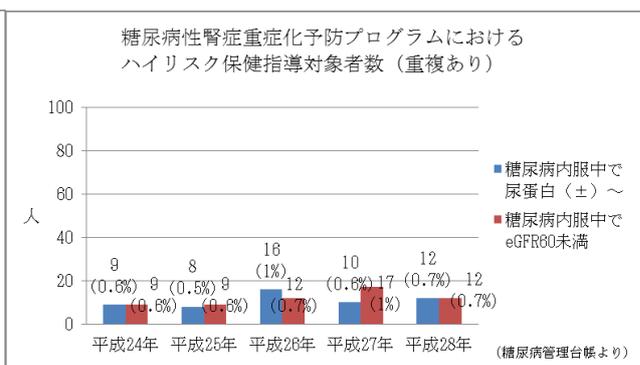
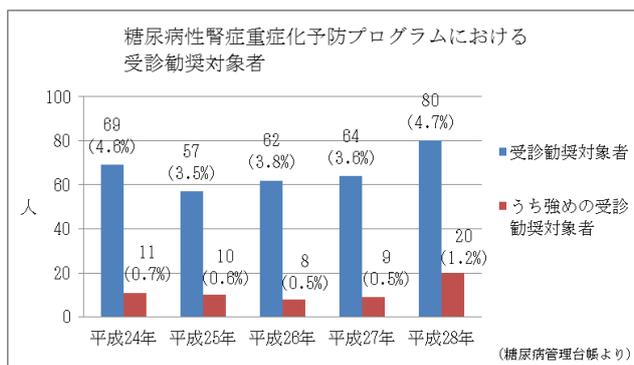
人工透析者数は平成 29 年 5 月分レセプトでは 15 人おり、被保険者に対する有病者率は 0.3% 弱でここ数年変化がない状況です。また、糖尿病による透析者の割合は約半数いる状況です。透析に移行する手前の、糖尿病性腎症の有病者数は年々増加しています。

	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
男性(糖尿病ありの人数)	14(7)	12(4)	12(4)	11(5)
女性(糖尿病ありの人数)	4(2)	4(1)	4(3)	4(3)
合計(糖尿病ありの人数)	18(9)	16(5)	16(7)	15(8)
被保険者における透析者割合	0.291	0.265	0.277	0.272
糖尿病による透析者の割合	50.0%	31.3%	43.8%	53.3%

(KDB様式3-7 毎年5月分人工透析のレセプト分析より)

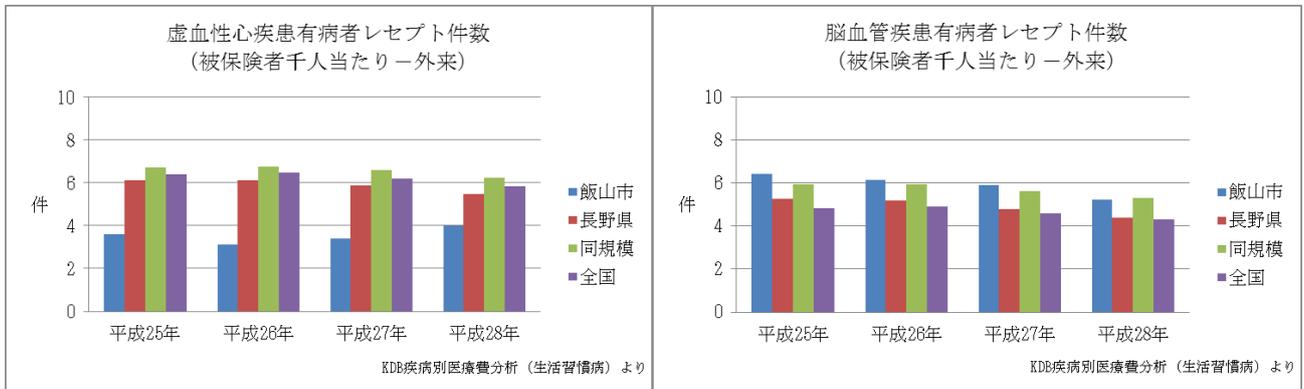


人工透析への移行を防ぐための視点で特定健診受診者を見た場合（糖尿病性腎症重症化予防プログラム）の受診勧奨対象者は、平成 28 年度は 80 人おりそのうち腎機能低下（eGFR60 未満または尿蛋白(±)以上）があり強めの受診勧奨対象者が 20 人います。また、内服中で腎機能低下がみられるハイリスク保健指導対象者は 24 人いました。人工透析は体の負担・医療費の負担が大きく、日常生活に大きな支障をきたすため、発症予防が重要となります。



(2) 虚血性心疾患・脳血管疾患

高血圧症・糖尿病・脂質異常症等の重症化やそれぞれの疾病が重なり合うことにより虚血性心疾患や脳血管疾患が発症します。飯山市では虚血性心疾患有病者数は他と比べて少ないもののレセプト件数は年々微増しています。脳血管疾患の有病者数は他と同様に年々減少しています。

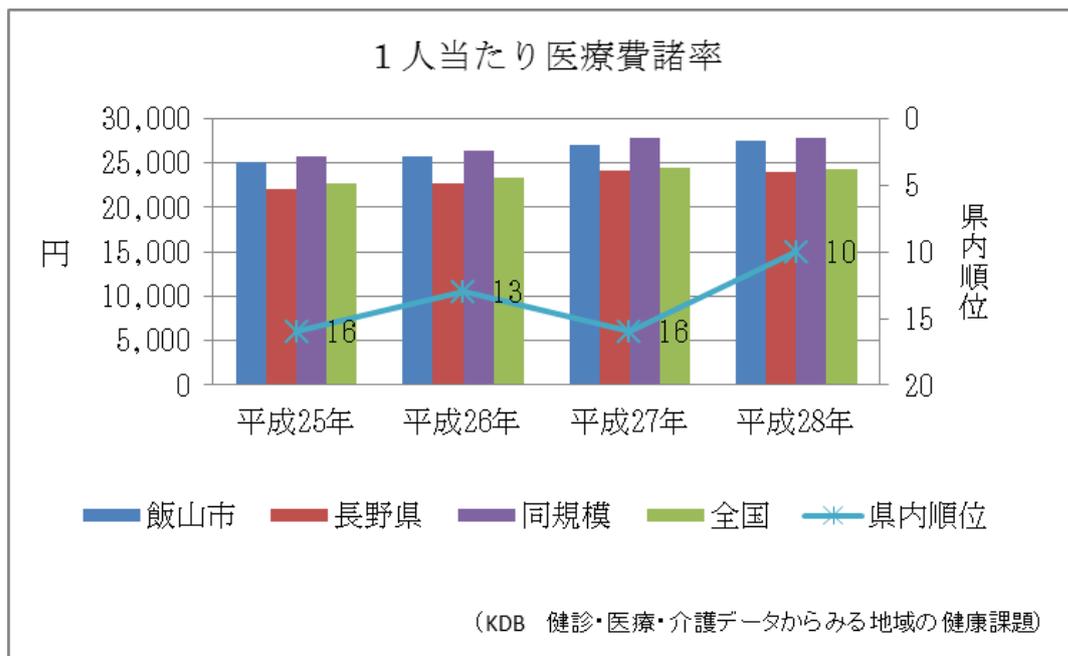


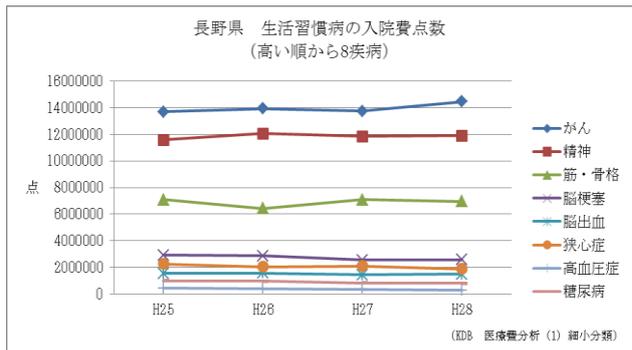
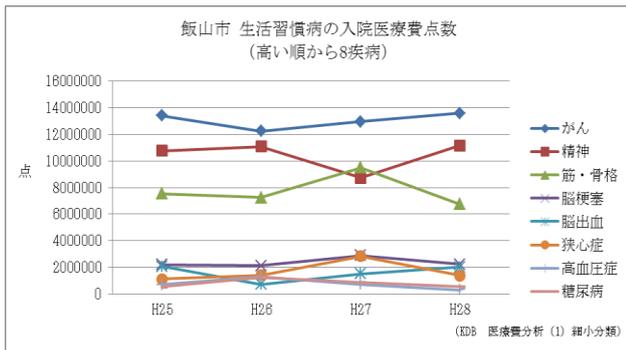
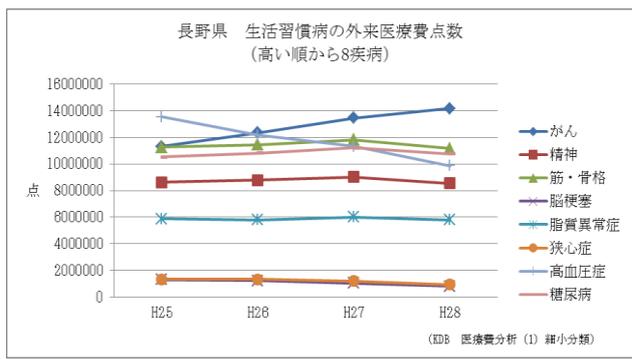
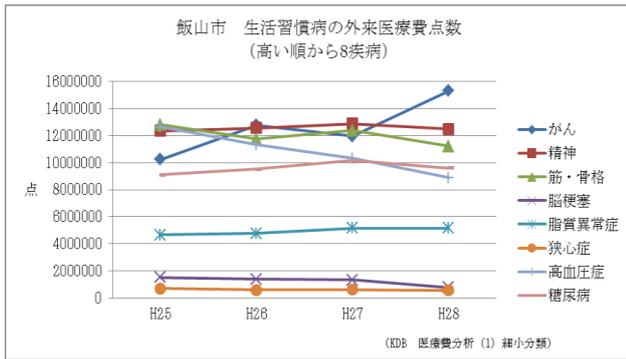
5 生活習慣病に関するもの

(1) 医療費

飯山市国民健康保険での1人当たりの医療費は年々増加しており、これは県・国と比較しても高い状況です。また、県内順位は平成28年度医療費が高い方から10位(77市町村中)となります。

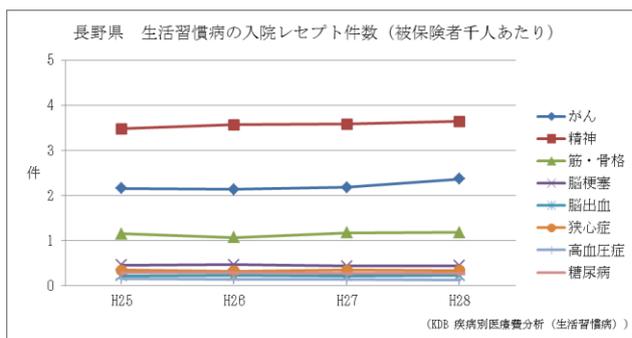
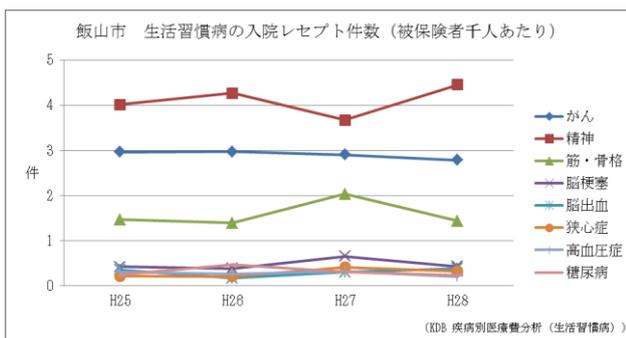
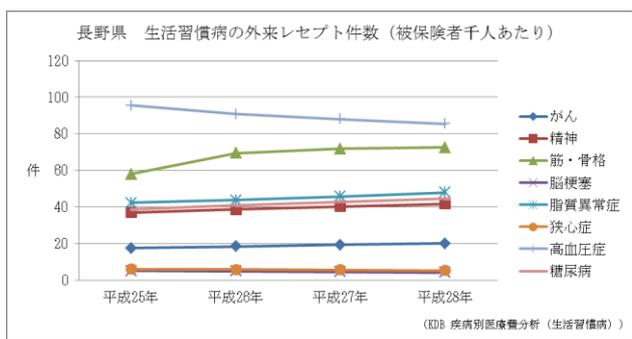
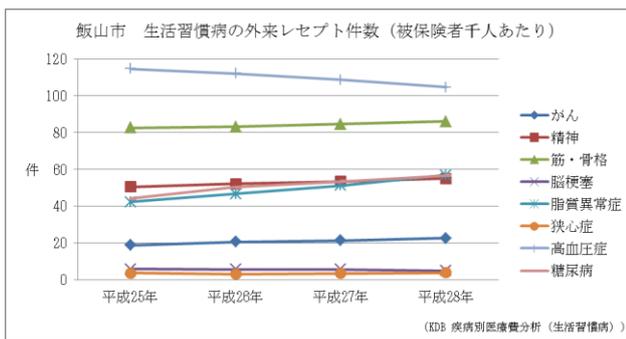
医療費の内訳としては、入院・外来共にがん、精神疾患、筋・骨格の順で高く、次いで糖尿病・高血圧・脂質異常症の生活習慣病となります。



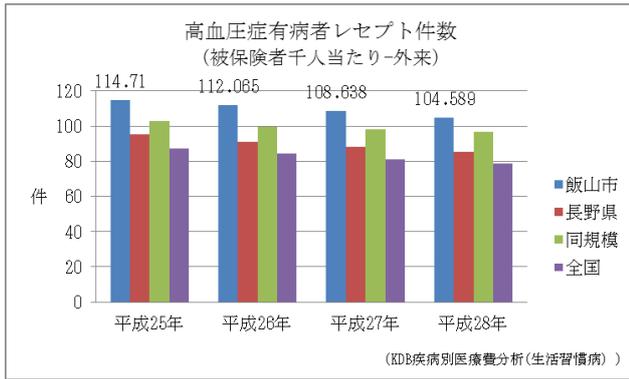


## (2) レセプト件数

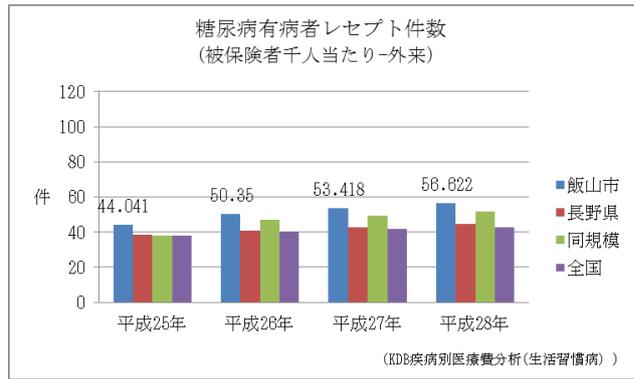
有病者数が多い疾患をレセプト件数でみると、外来では高血圧症が最も多い疾患でした。入院では精神疾患が最も多い疾患です。生活習慣病のレセプト件数を県・国・同規模市町村と比較してみると、糖尿病と脂質異常症が他に比べて有病者数が多くかつ増加しています。高血圧症は外来においては有病者数が最も多いものの、年々減少している疾患でもあります。



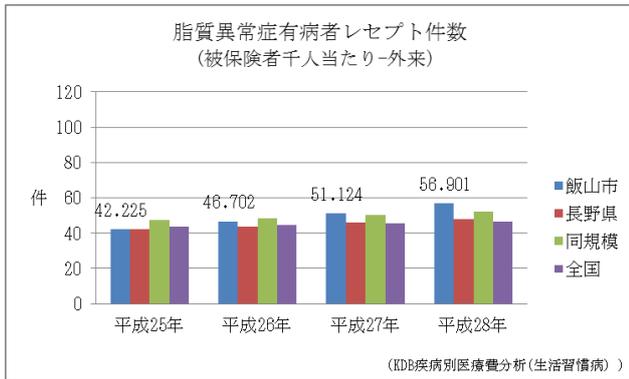
●高血圧の有病者数



●糖尿病有病者数



●脂質異常症有病者数



(3) 特定健診受診者における高血圧症・糖尿病・脂質異常症の重症化状況

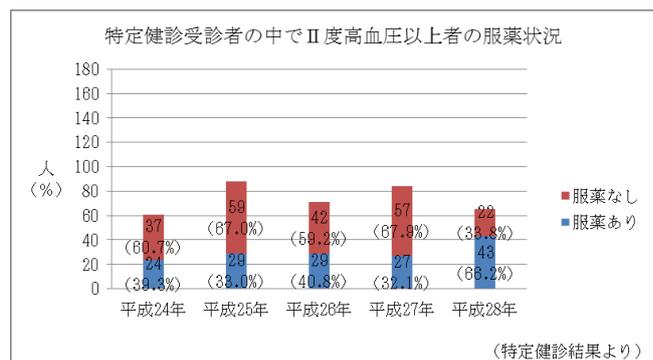
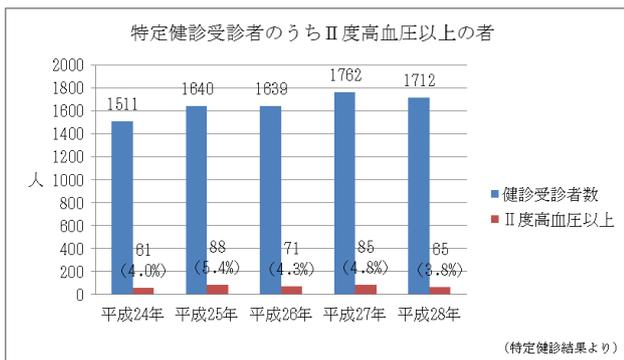
特定健診受診者のうちガイドライン等に基づいた疾病の重症化予防対象者は、高血圧においては受診者の4%前後おり、うち服薬のない者が30%強いる。糖尿病においては、受診者の10%弱おり、うち服薬のない者が50%弱います。脂質異常症においては、受診者の約2%おり、うち服薬のない者が90%以上います。

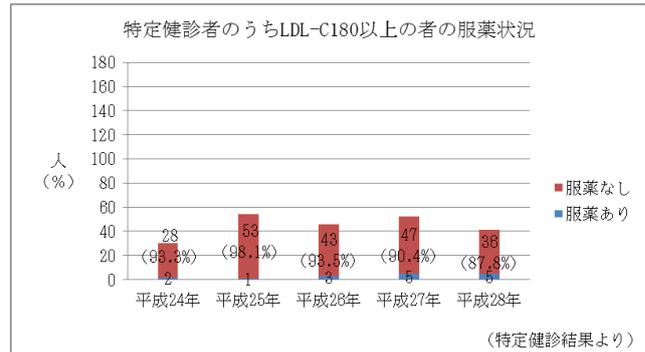
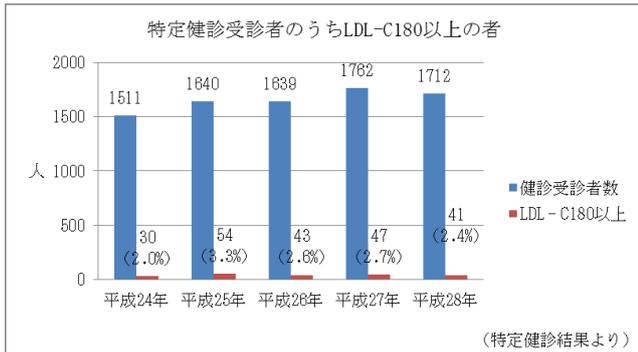
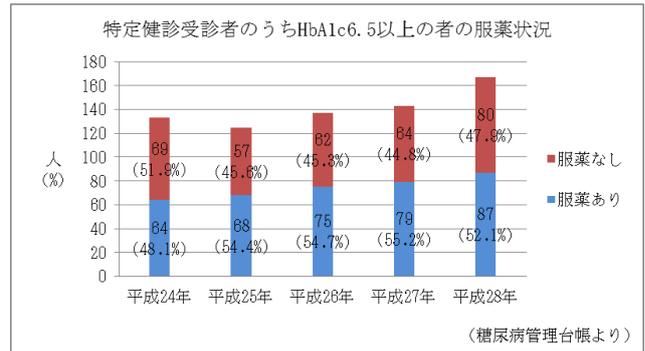
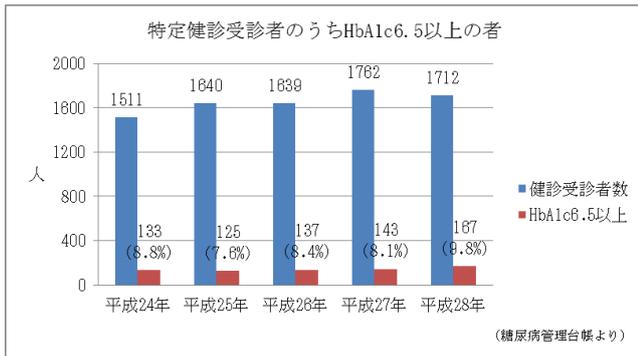
疾病の重症化予防対象項目	根拠
Ⅱ度高血圧以上	高血圧ガイドライン2009 (日本高血圧学会)
HbA1c6.5以上 (治療者7.0以上)	糖尿病治療ガイドライン 2012-2013 (日本糖尿病学会)
LDL-C180以上	動脈硬化性疾患ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)

成人における血圧値の分類 (mmHg)

分類	収縮期	拡張期
正常血圧	<130	かつ <85
正常高値血圧	130~139	または 85~89
I度高血圧	140~159	または 90~99
Ⅱ度高血圧	160~179	または 100~109
Ⅲ度高血圧	≥180	または ≥110

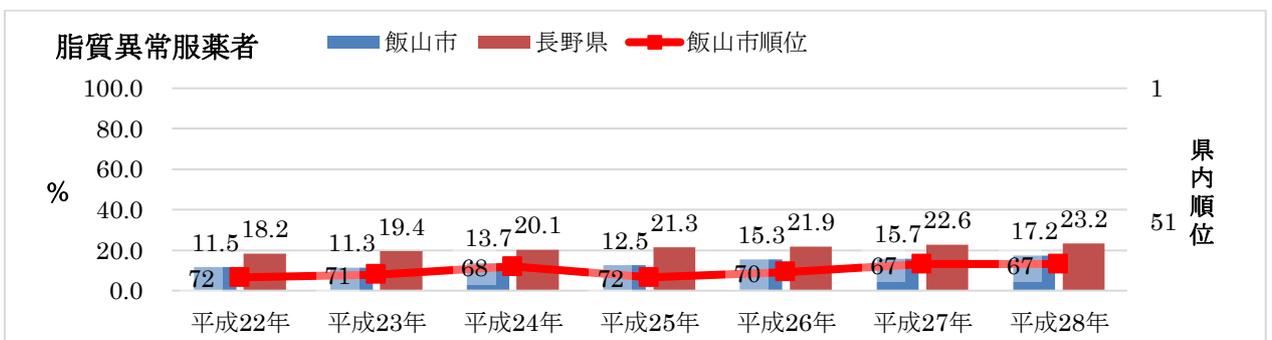
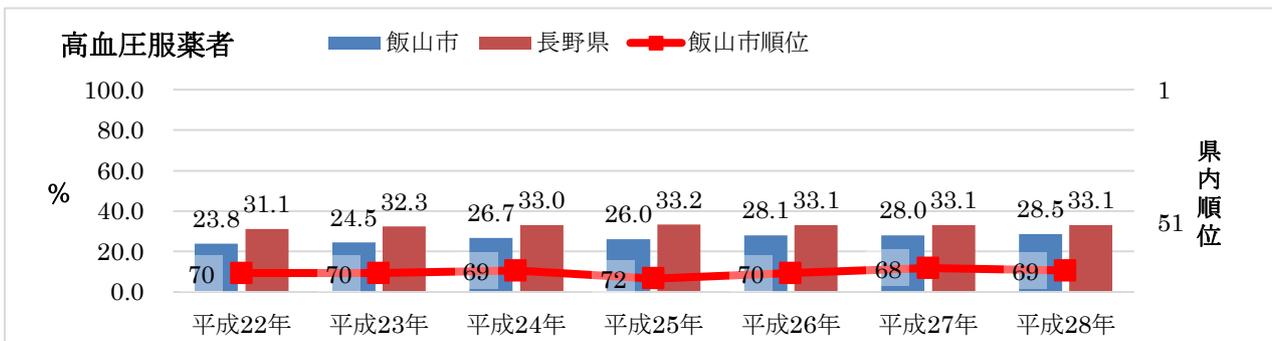
高血圧治療ガイドライン2014

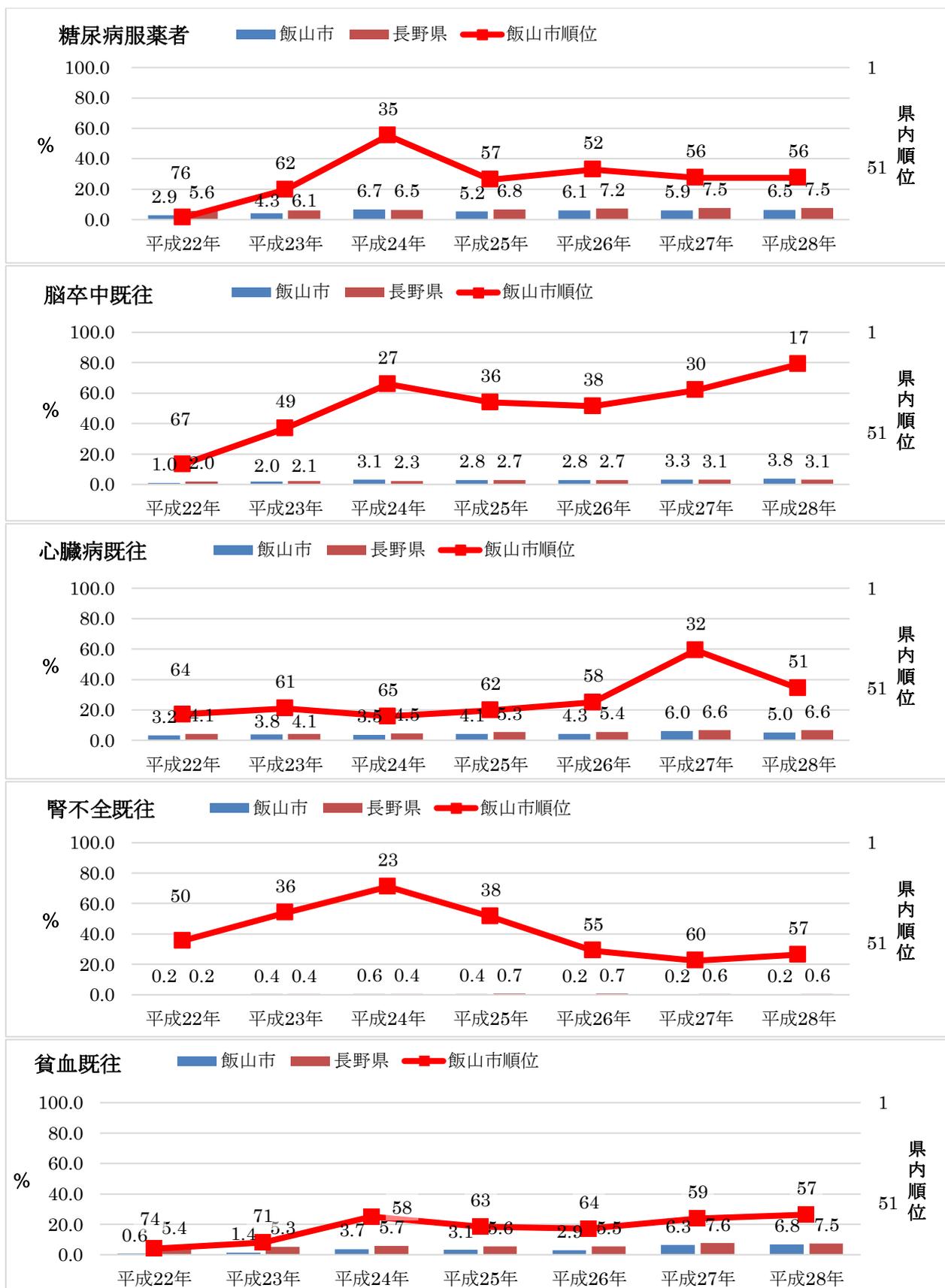




#### (4) 特定健診受診者における服薬状況

健診受診者における服薬者は県と比較すると少なく、内服者が受診していない状況とと思われます。



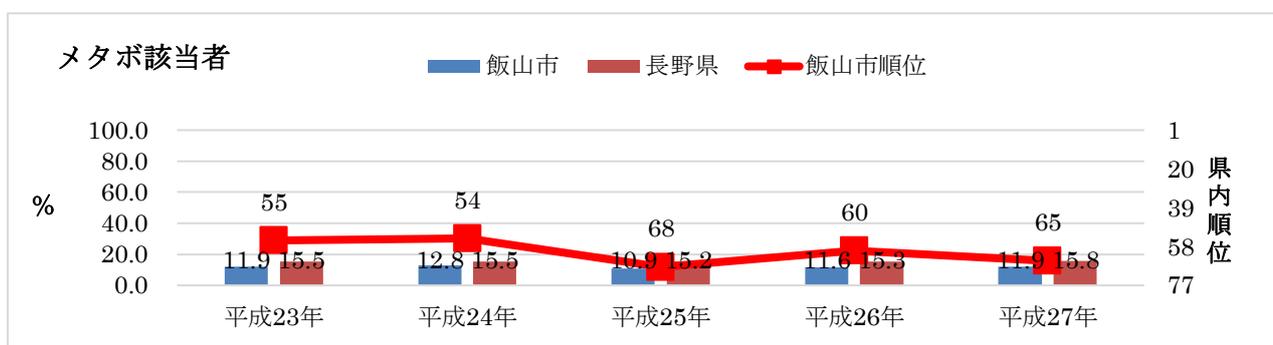


## 6 生活習慣病予備群に関するもの

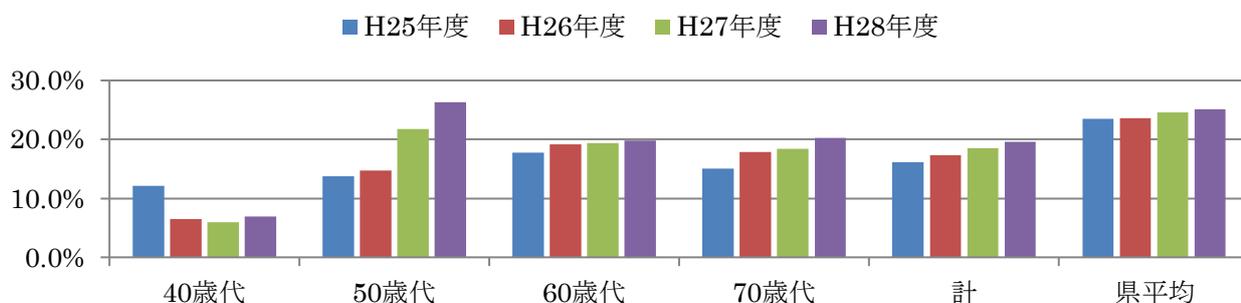
### (1) メタボリックシンドローム該当者割合

市町村国保平均値より低い状況にあります。メタボリックシンドローム該当者の出現率はやや増加傾向になっています。男女別年齢別メタボリックシンドローム該当者・予備群出現率をみると、男性の50歳代からの該当者の出現率が高く、2割を超えています。女性では70歳代でメタボリックシンドローム該当者の出現率が高くなっています。

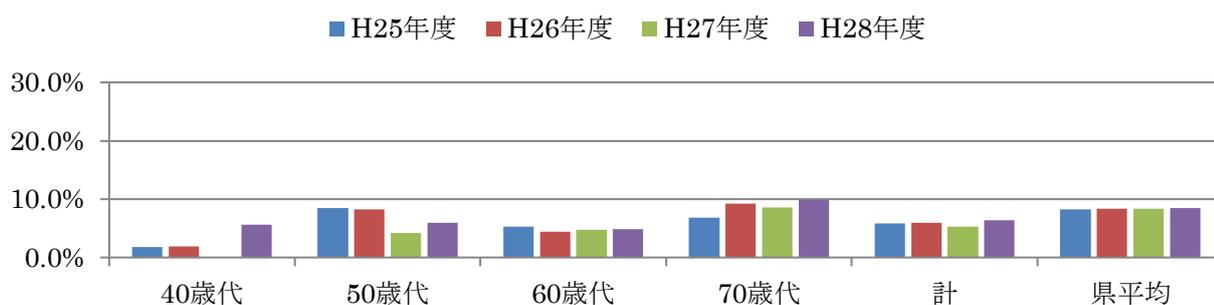
【メタボリックシンドロームとは】メタボリックシンドローム（以下、メタボ）とは、内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち2つ以上の症状が一度に出ている状態をいう。



### メタボ該当者（男性）



### メタボ該当者（女性）



## メタボリックシンドロームの判定基準

### ステップ1

腹囲が

男性：85cm以上

女性：90cm以上

### ステップ2

右図の4項目①～④のうち

2項目以上該当する場合

⇒メタボリックシンドローム

該当

1項目以上該当する場合

⇒メタボリックシンドローム

予備群

0項目以上該当する場合

⇒メタボリックシンドローム

非該当

①高血糖・・・どれか1つ以上当てはまる

☆空腹時血糖・・・110mg/dl以上

☆HbA1c(NGSP)値・・・6.0%以上

☆薬剤治療を受けている場合

※空腹時血糖とHbA1c(NGSP 値)の両方のデータがある場合は、空腹時血糖を優先する。

②脂質異常・・・どれか1つ以上当てはまる

☆中性脂肪・・・150mg/dl以上

☆HDL コレステロール・・・40mg/dl以上

☆薬剤治療を受けている場合

③高血圧・・・どれか1つ以上当てはまる

☆収縮期血圧・・・130mmHg以上

☆拡張期血圧・・・85mmHg以上

☆薬剤治療を受けている場合

④質問票喫煙あり・・・どれか1つ以上当てはまる

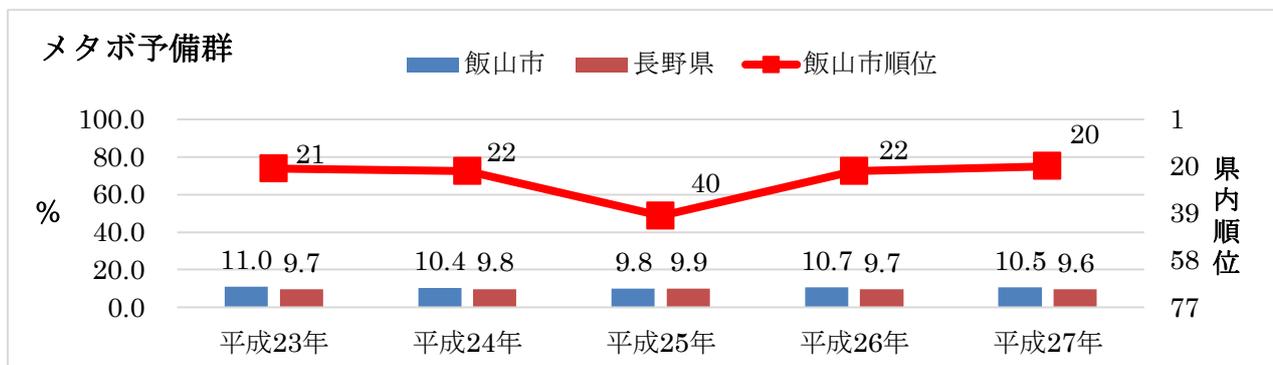
①から③までのリスクが1つ以上の場合に

カウント

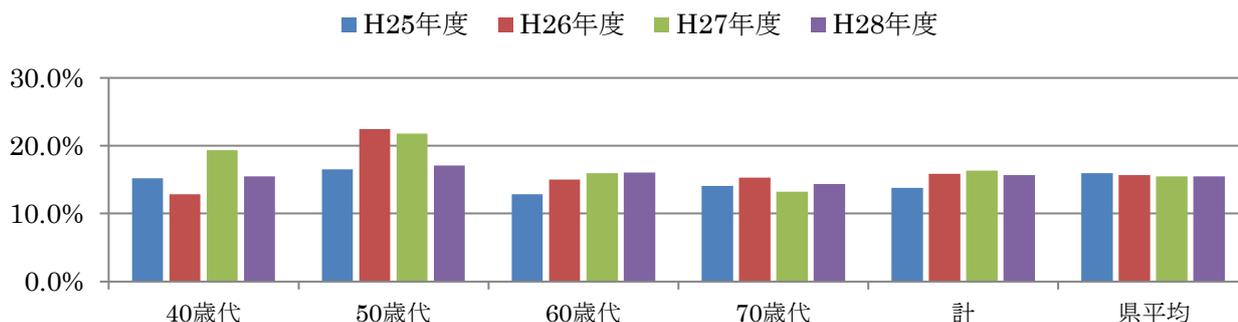
## (2) メタボ予備群割合

予備群の人数は県平均よりもやや高い傾向。予備群においては、男性 50 歳代、女性 40 歳代において出現率が高くなっています。

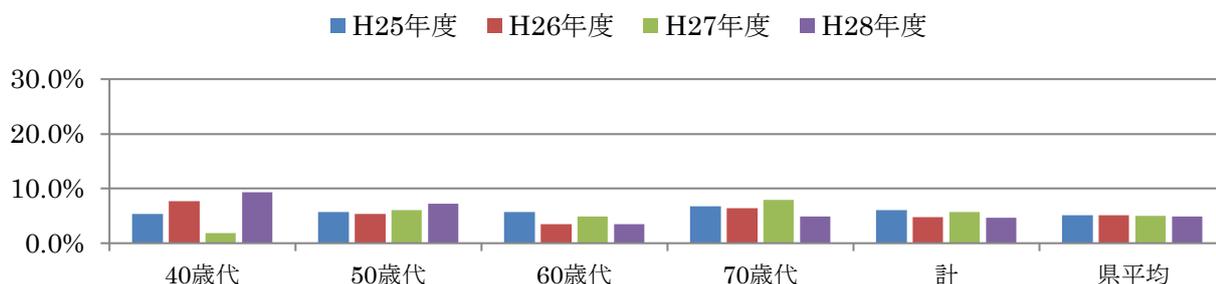
30 歳代は、筋肉が落ち、脂肪がつきやすくなるメタボの入り口です。40 歳代は生活習慣が出来上がっていてリスクをコントロールしにくいので、その手前から健康に関する情報提供が必要です。



### メタボ予備群（男性）



### メタボ予備群（女性）



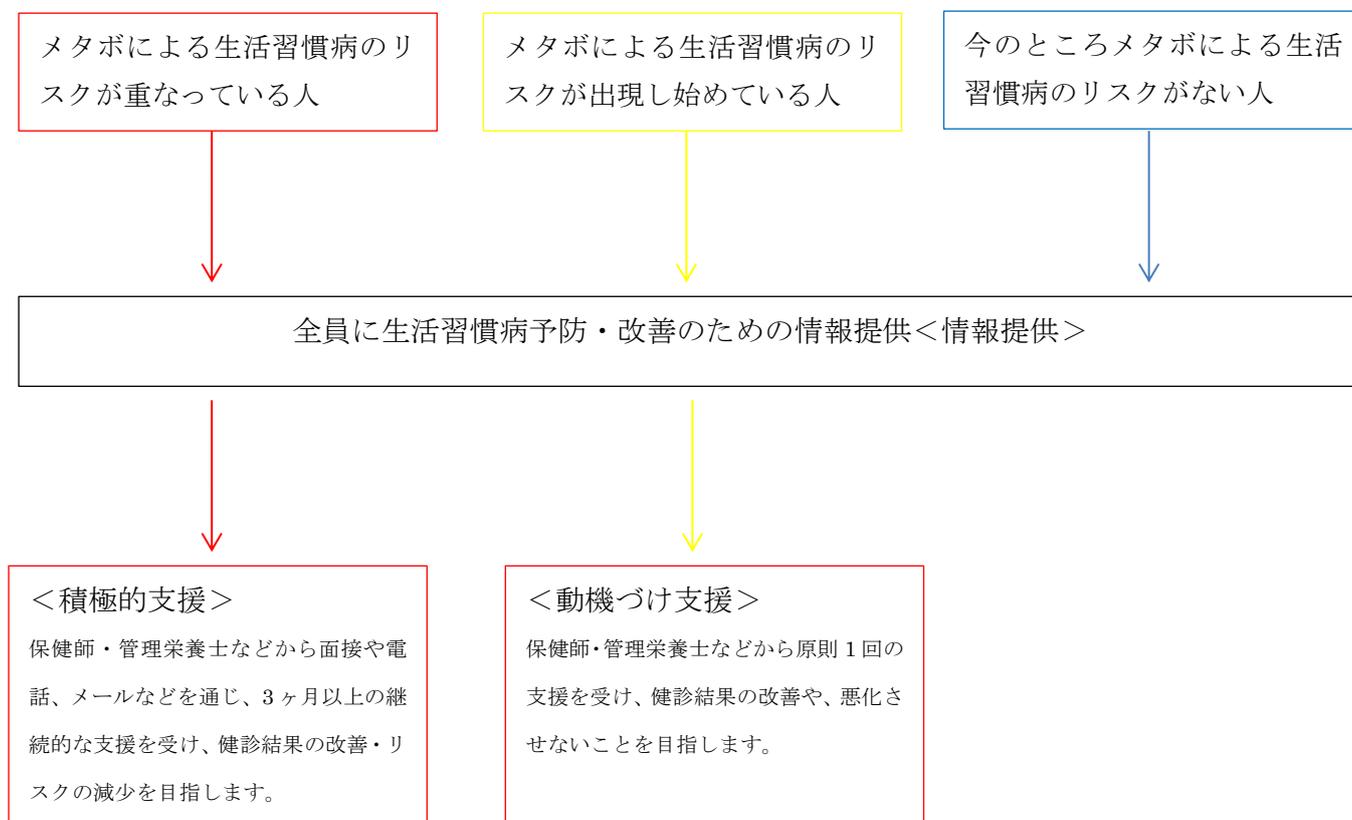
## (3) 特定保健指導対象者率

特定保健指導対象者出現率の推移をみると、年々減少傾向となっています。

平成 23 年度から平成 27 年度の保健指導対象者の出現率の減少についてみると、健診受診者数は年々増加していますが、生活習慣病での内服者が増えていることから、保健指導対象者の出現率が減少しているのではないかと考えられます。

## 特定保健指導とは

特定健診の結果に基づいて生活習慣病のリスクの高い順から「積極的支援」、「動機づけ支援」、「情報提供」の3つに分け、それぞれに適した保健指導を行います。



### 【対象者の選定と階層化】

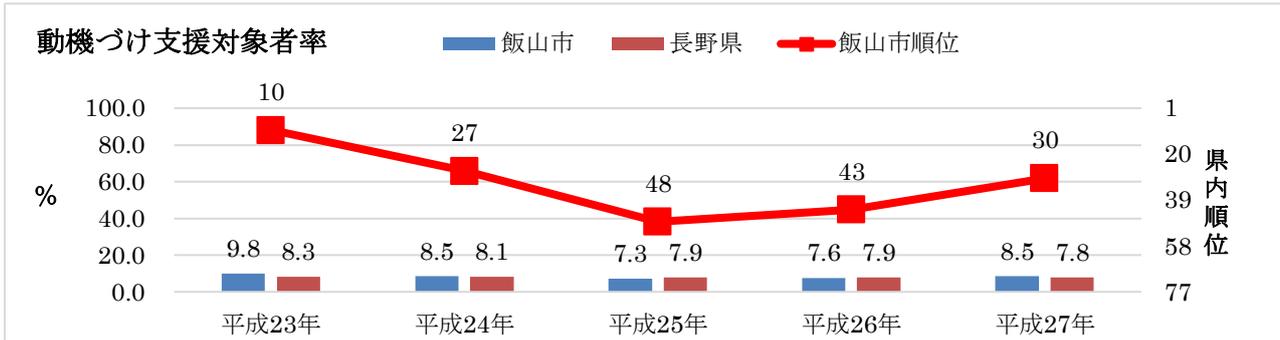
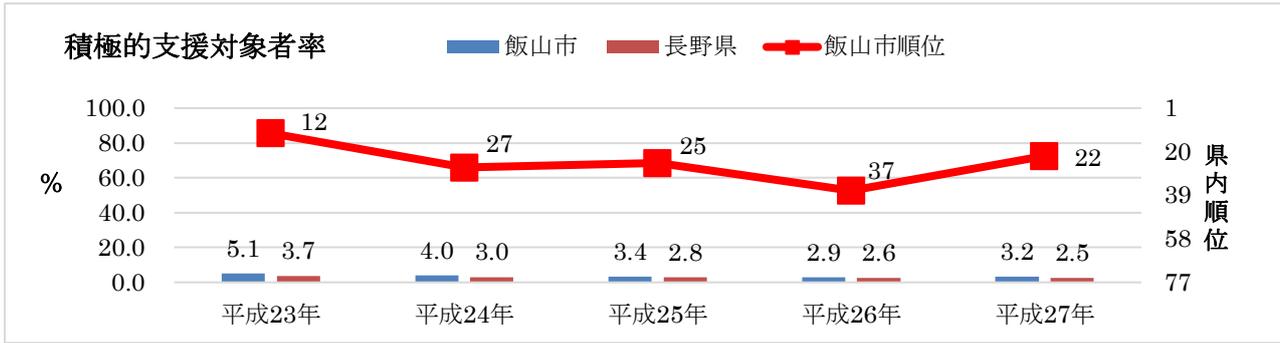
次の図表にあるように、追加リスクの数と喫煙歴の有無により、動機づけ支援の対象者か積極的支援の対象者かを選定します。

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

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係しないことを意味します。

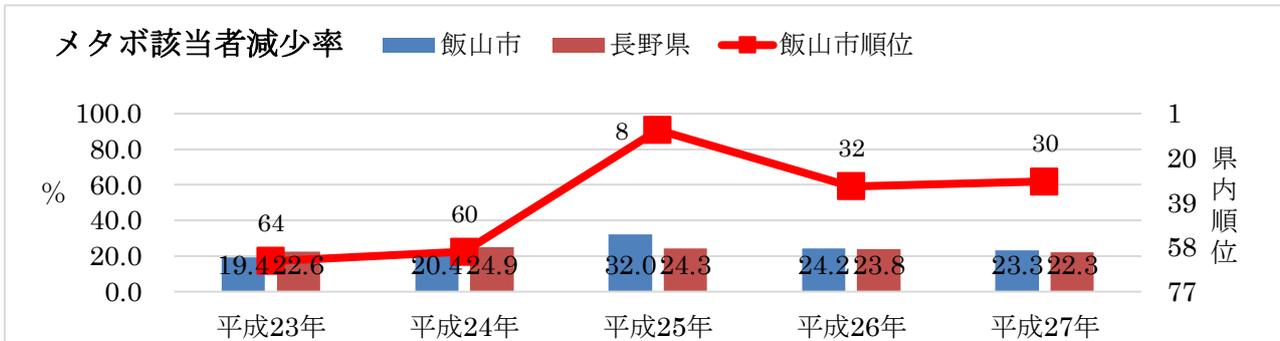
### 【追加リスク】

- ① 血糖 空腹時血糖 100g/dl 以上または HbA1c の場合 5.6%以上、もしくは薬剤治療を受けている場合
- ② 脂質 中性脂肪 150g/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、もしくは薬剤治療を受けている場合
- ③ 血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上、もしくは薬剤治療を受けている場合



(4) メタボ該当者減少率

県と比較し、わずかだが減少率が上昇しています。

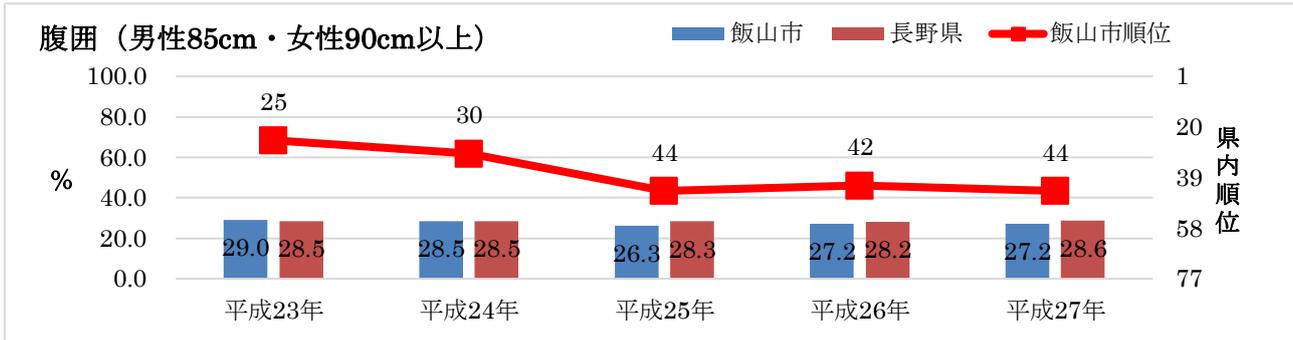
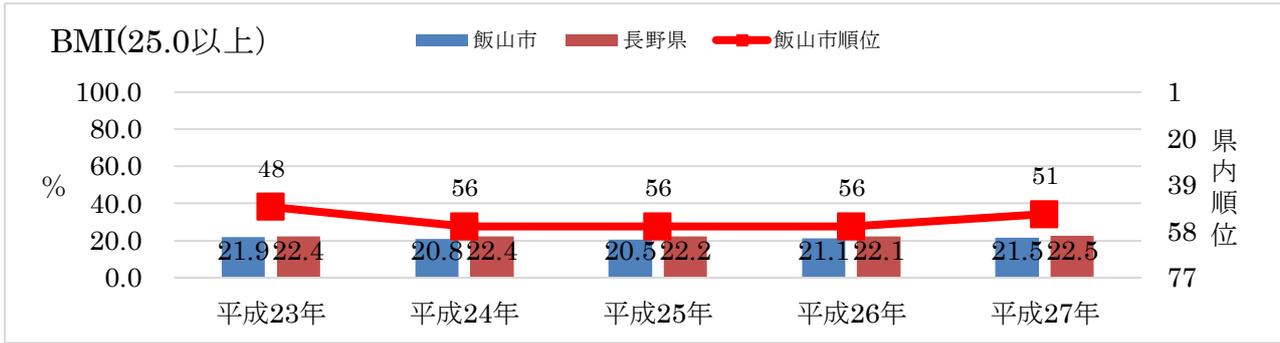


(5) BMI 等特定健診検査項目別割合

①BMI・腹囲

BMI、腹囲ともに県平均より低い数値で推移しています。

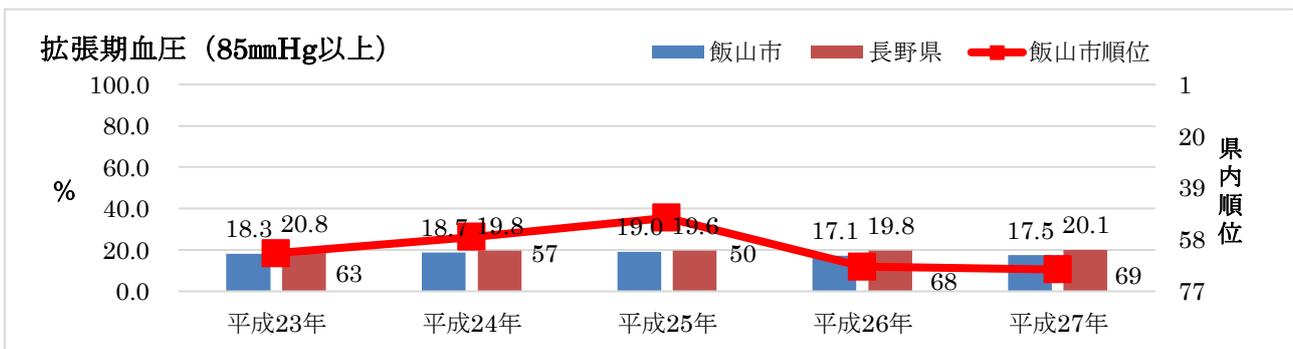
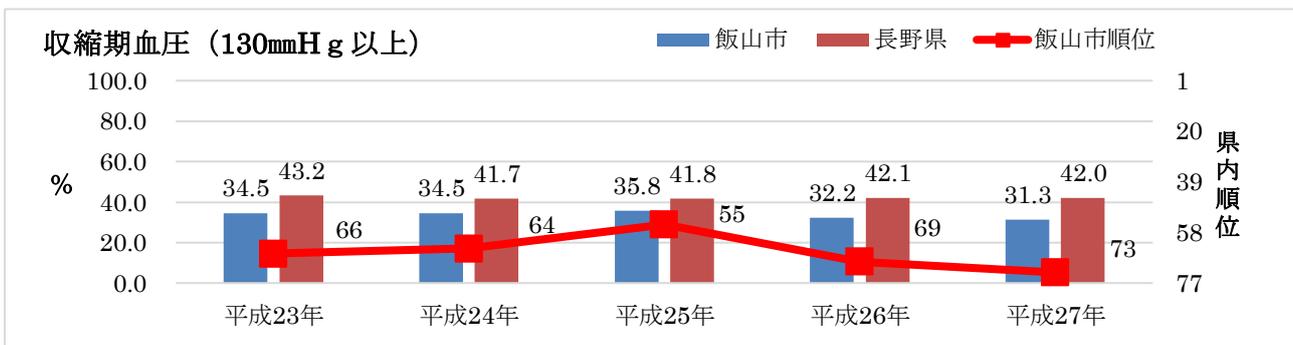
腹囲測定は、内臓周りの脂肪量を予測できるといわれています。内臓脂肪が多い状態、つまり内臓肥満者は心筋梗塞などの原因となる動脈硬化を進行させる要因になると考えられています。



## ②血圧

血圧上昇者は、県平均より低い状況です。

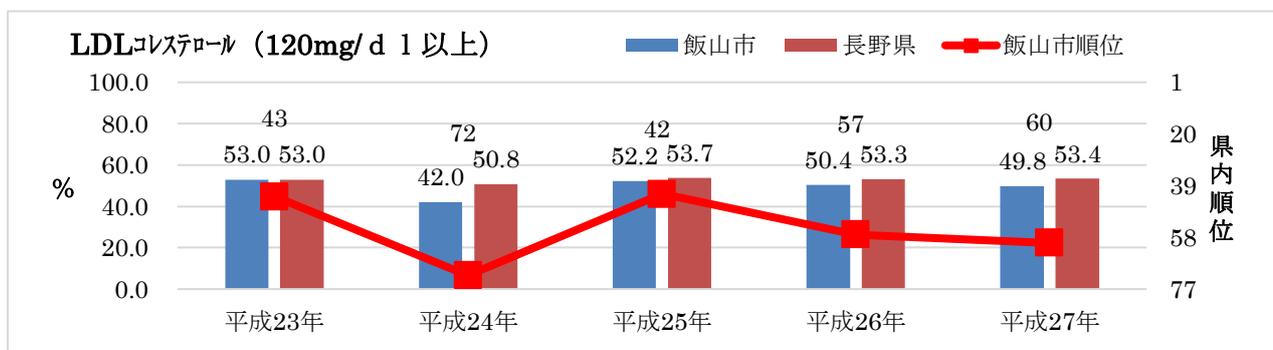
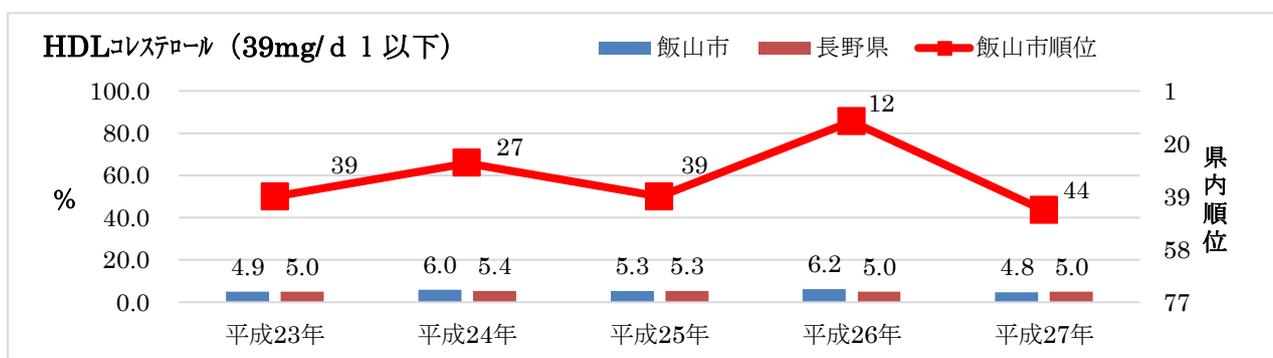
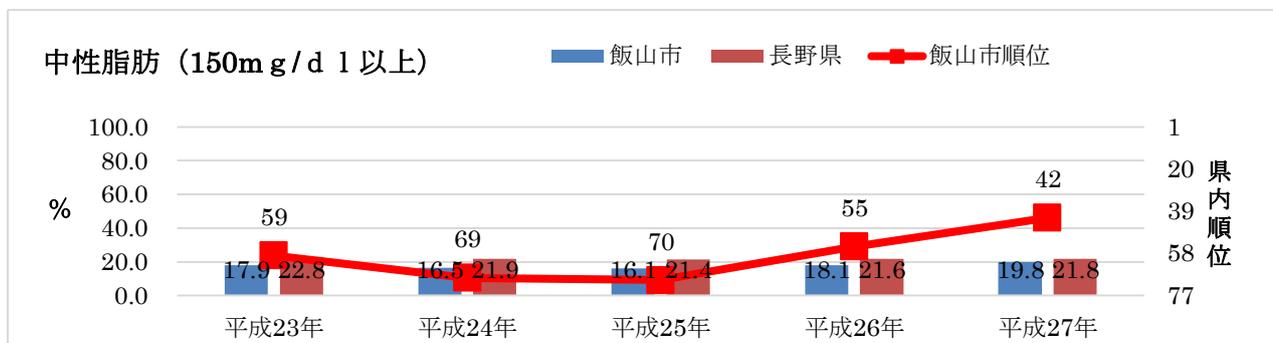
血圧値については血圧上昇と循環器疾患の死亡・罹患との関連が強いことが明らかとなっており、高血圧は循環器疾患の危険因子となっています。高血圧症の抑制には、特定健診が重要であり、さらなる受診率向上が求められます。



### ③血中脂質

中性脂肪は、保健指導判定値の方が年々増加傾向（150 mg/dl 以上）です。

中性脂肪は人や動物にとって重要なエネルギー源であり、脂溶性ビタミンや必須脂肪酸の摂取にも不可欠ですが、とりすぎると体脂肪として蓄えられて肥満を招き、生活習慣病を引き起こします。

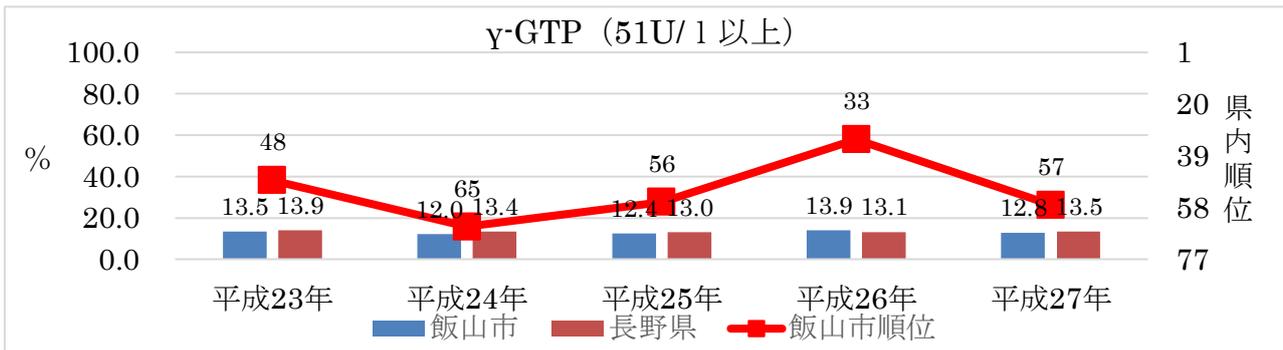
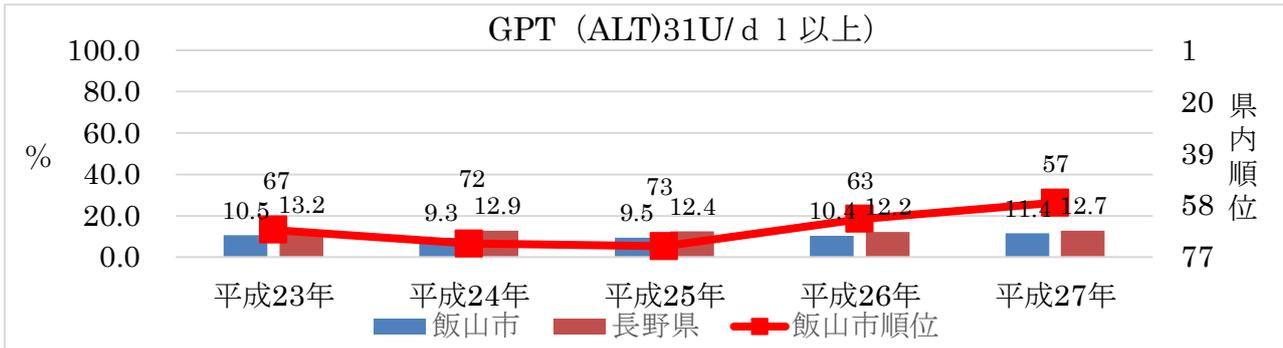
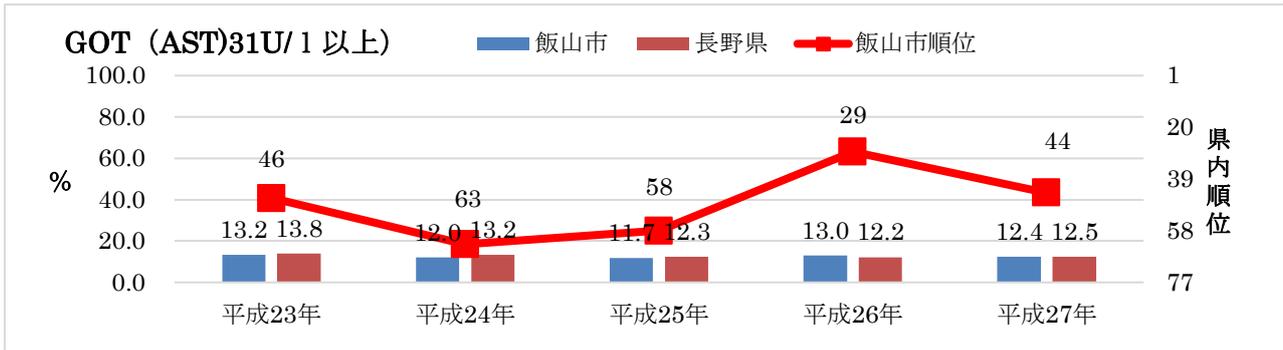


### ④肝機能

県平均とほぼ変わらない数値で推移しています。

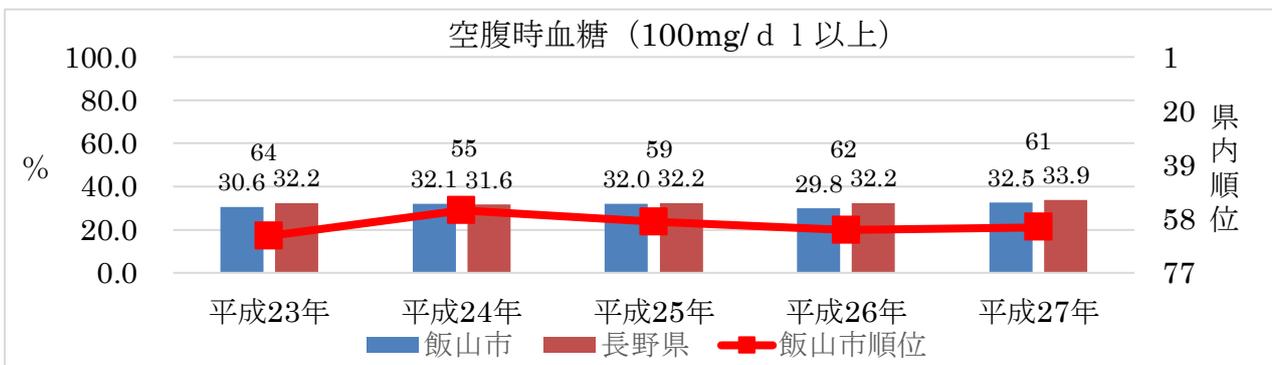
肝臓は障害が起きても自覚症状が出にくいのが特徴で、症状が出たときには、すでにかかなり悪くなっていることが多いです。そのため、健康診断は肝臓の異常を早期に発見する機会となります。

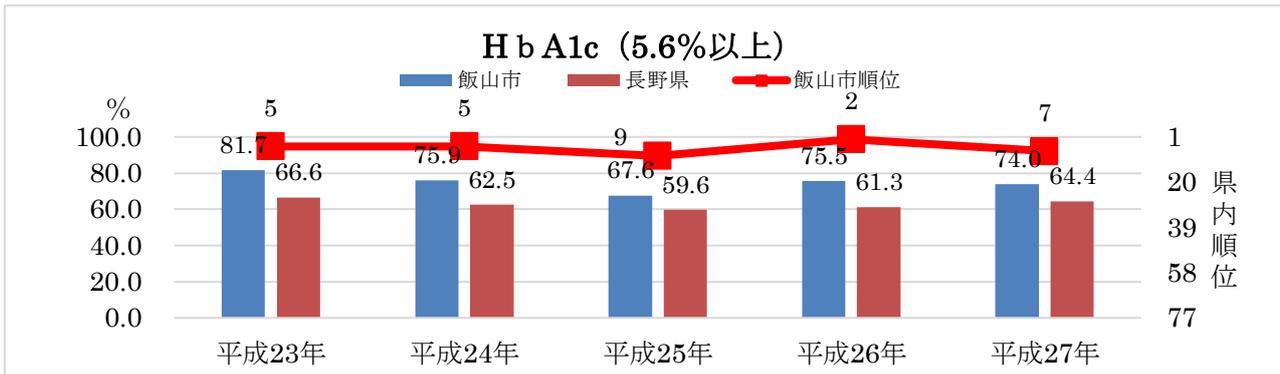
また、アルコールには食欲を高める作用があり、飲み過ぎは肥満やメタボリックシンドロームを助長します。大量飲酒は高血圧を引き起こし、血液中の中性脂肪を高めるなど有害な影響が多いと言われています。



⑤血糖

HbA1cは（H23・24年5.2%以上、H25年～5.6%以上）、県内でも割合が高い地域となっています。糖尿病でありながら未治療である方や、治療を中断している方を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。



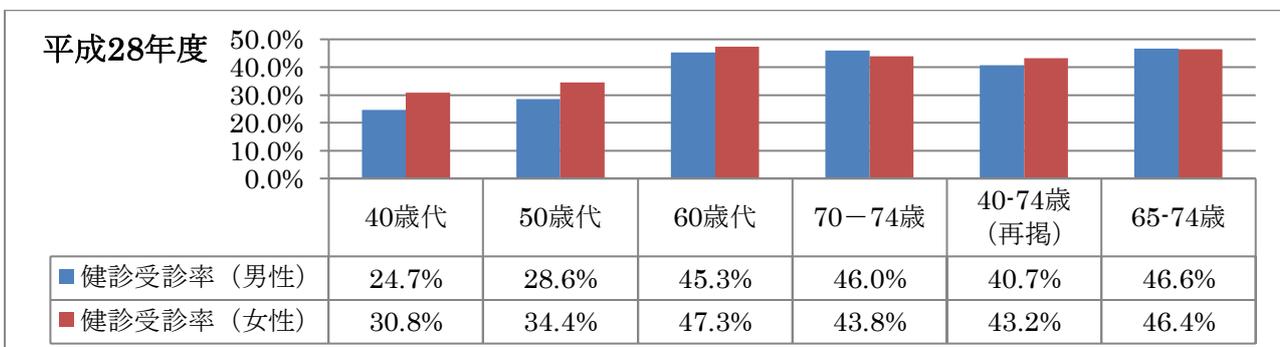
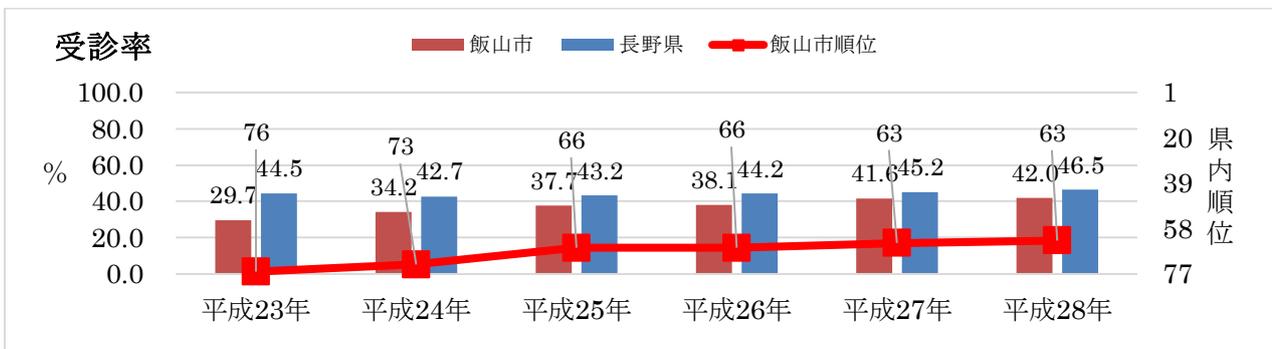


## 7 受診に関するもの

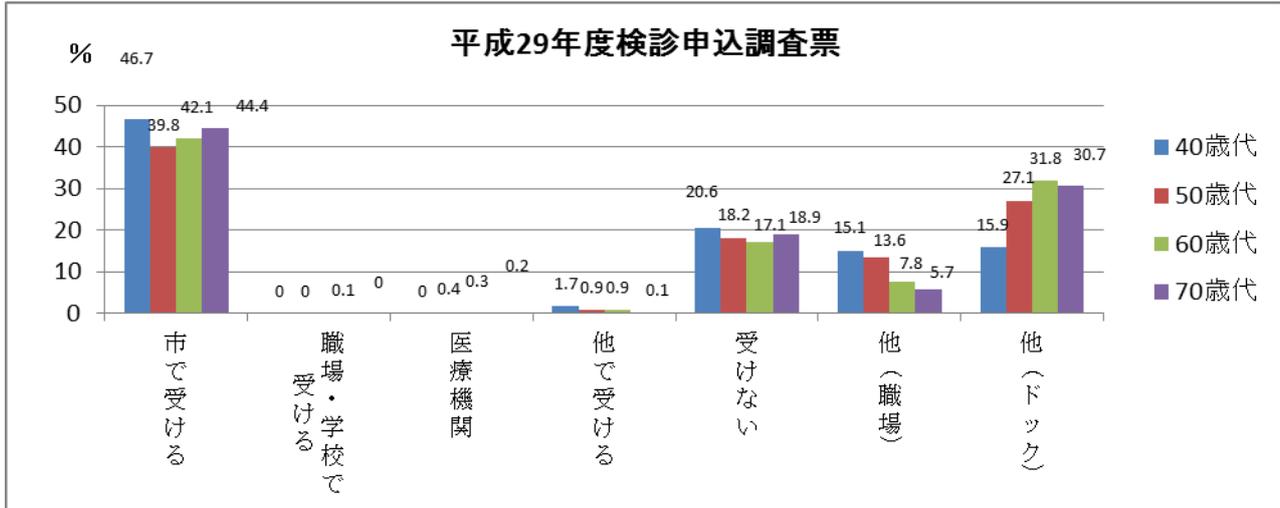
### (1) 特定健診受診率

飯山市の特定健診受診率は年々向上していますが、県内市町村国保平均と比較するとまだ低い状況です。40歳から59歳までの受診率が低い状態になっています。どの年代においても女性より男性の受診率が低くなっています。

- ・未受診者を中心に受診率の向上を目的に未受診者対策が課題です。
- ・治療中の方も特定健診の対象となるため、受療中の方にもわかりやすい説明と働きかけが必要です。
- ・毎年受けてもらうこと、新規受診者を増やすこと、中でも若い世代の受診率向上が課題です。



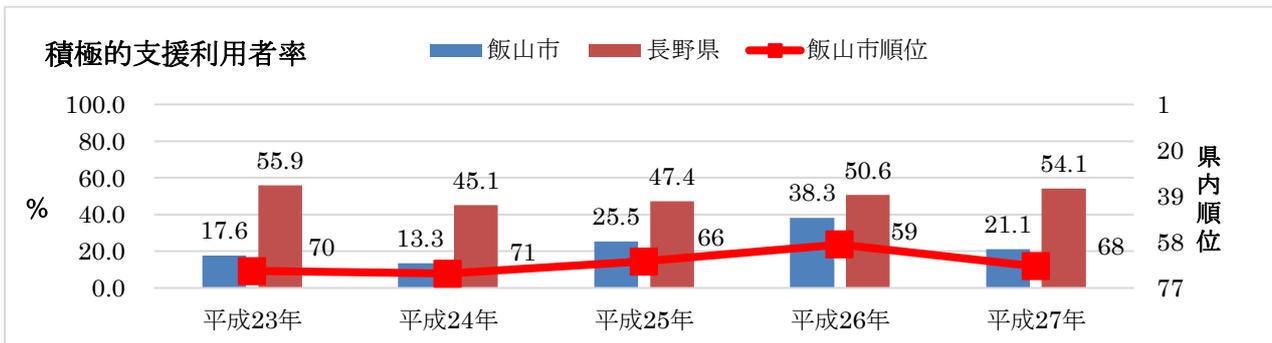
①特定健診意向調査

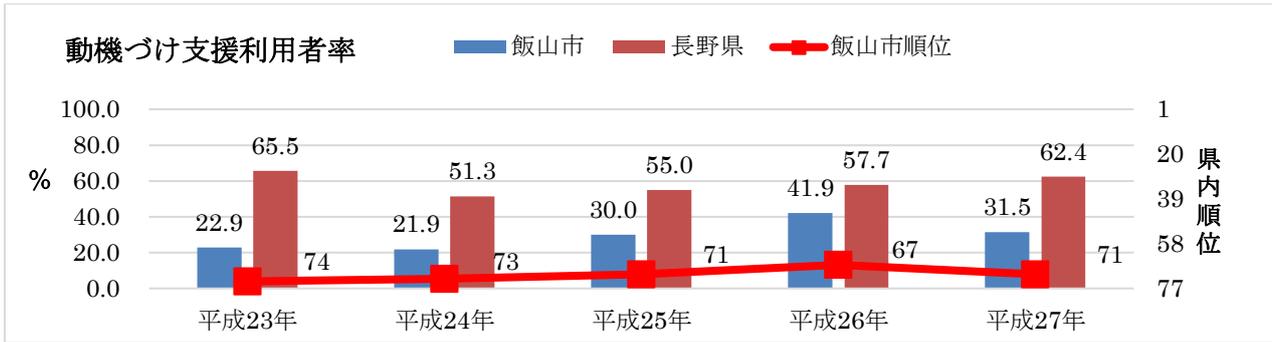


平成 29 年度検診申込調査票より

(2) 特定保健指導利用率

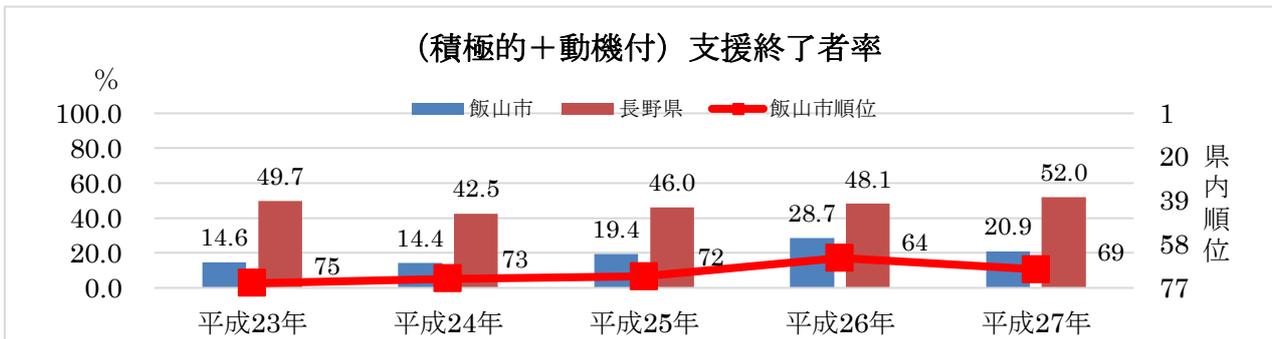
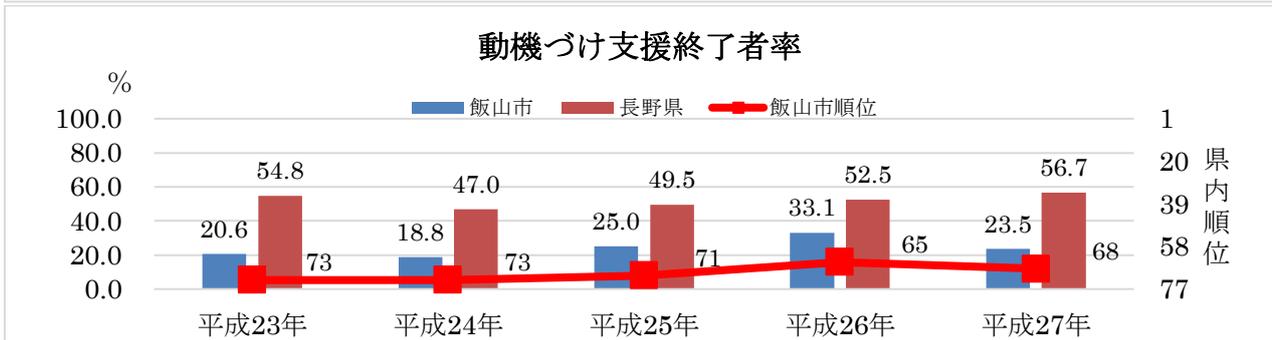
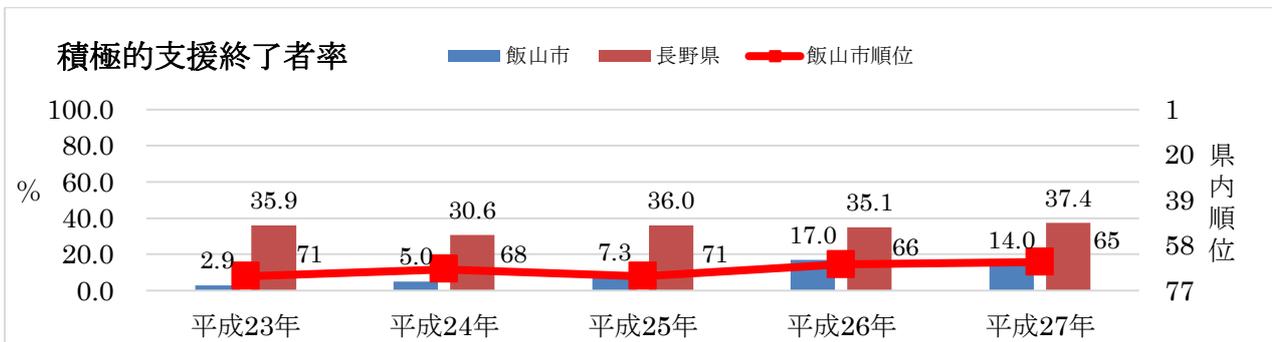
- ・積極的支援利用率、動機づけ支援利用率ともに県より低い状況です。
- ・実施率と終了率に差があるため初回面談者を最終評価まで実施することが課題です。
- ・人間ドック受診者への特定保健指導実施を検討します。
- ・30歳代は筋肉が落ち、脂肪がつきやすくなるメタボの入り口のため、40歳代は生活習慣が出来上がっていてリスクをコントロールしにくいので、その手前から健康に関する情報提供が必要です。
- ・非肥満で軽症の高血圧等リスクを有する者への介入も考えていきたいです。
- ・繰り返し特定保健指導の対象となる者に対して、マンネリ化しない効果的な特定保健指導の方法はないか検討していきます。
- ・保健指導利用しないと回答する者は、県平均より高い状況です。保健指導該当となった場合、必ず受けなければならないという意識づけができるよう考えていきます。





### (3) 特定保健指導終了率

終了率は、年々上昇してきてはいるが、県平均と比較するとまだ低い状況です。

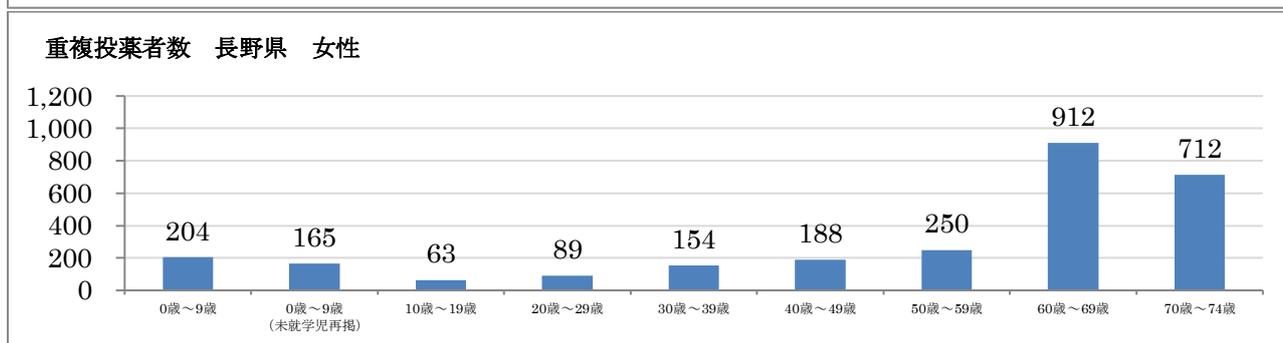
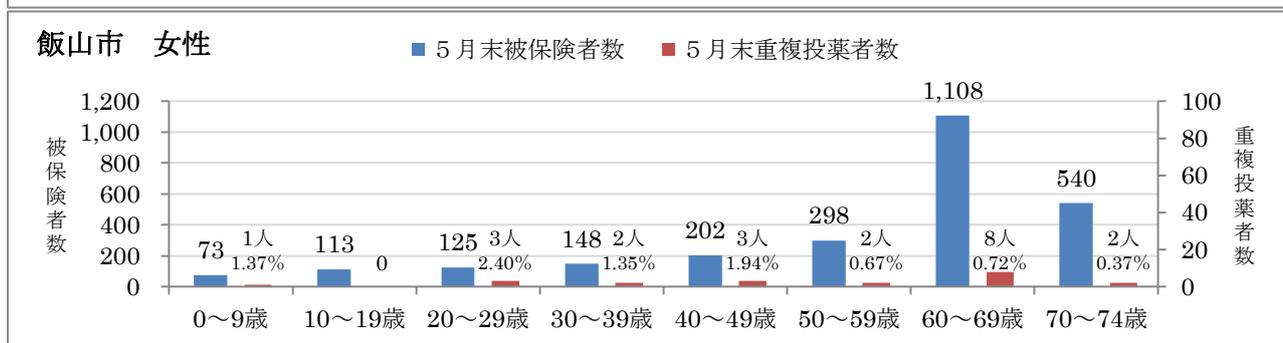
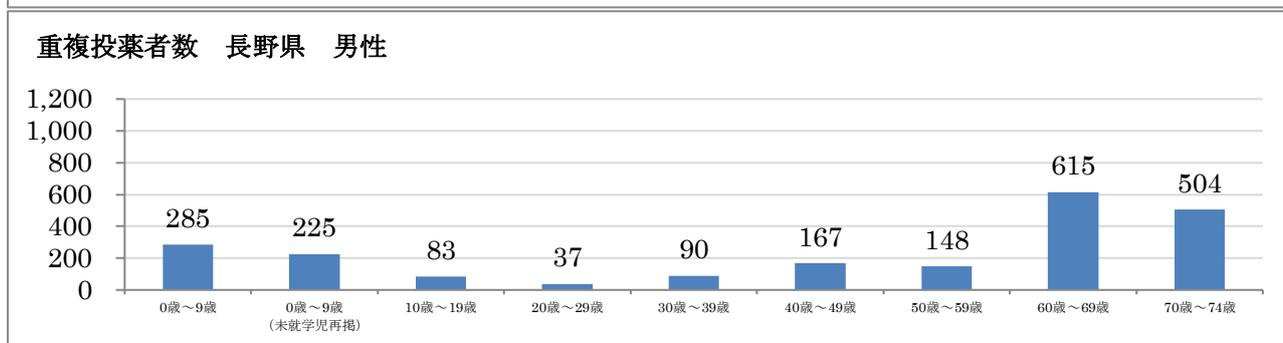
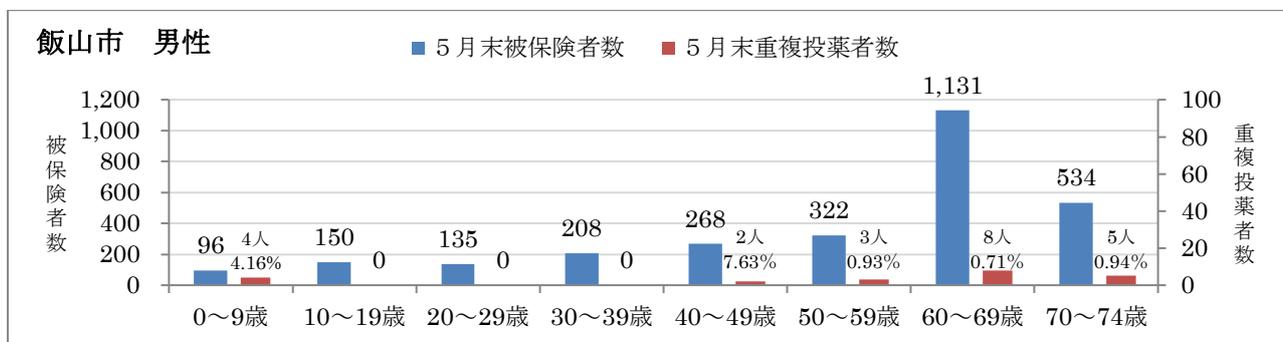


### (4) 重複受診 (投薬受診)

重複受診とは、同一傷病名により複数の医療機関を受診することをいいます。

男女ともに重複受診の患者数が多い年代は60～69歳となっています。保険者全体への適正受診の意識付けや、継続して適正受診への働きかけが必要です。周知・啓発及び重複受診者への面接、文書等による指導を継続して実施していきます。

- ・同一月に複数の医療機関より同一薬効かつ同一成分の医薬品を処方された被保険者の人数を集計しています。複数の医薬品を重複投薬された被保険者については1人としてカウントしています。
- ・年齢階層は平成29年5月1日時点での年齢により区分しています。
- ・未就学者については平成23年4月2日以降生まれの被保険者を集計対象としています。



H29年5月分重複投薬者確認リストより  
平成29年5月診療分の電子請求レセプトの状況から作成  
(月遅れ請求分及び紙媒体による請求分は含まれておりません)

(5) 後発医薬品の利用

飯山市では、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進を啓発するために、後発医薬品に代替可能である医薬品を処方された方を対象に、後発医薬品を利用した場合の差額情報を、年2回お知らせしています。この3年間の平均で、保険者負担では約553千円、被保険者負担では、約202千円の効果額となっています。

◇後発医薬品差額通知後の効果

		平成26年8月 ～平成27年7月	平成27年8月 ～平成28年7月	平成28年8月 ～平成29年7月
差額通知 発送数 (通)	7月(4月分)発送	392	392	282
	1月(10月分)発送	426	382	265
	計	818	774	547
切替人数 (人)	男性	29	51	16
	女性	20	29	13
	計	49	80	29
切替割合 (%)	男性	7.4%	13.0%	5.7%
	女性	4.7%	7.6%	4.9%
	計	6.0%	10.3%	5.3%
効果額 (円)	保険者負担相当額	604,362	676,206	379,237
	患者負担相当額	213,386	256,527	136,313
	計	817,748	932,733	515,550

【長野県国保連合会資料より】

◇「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」における後発医薬品の置き換え率

(単位：%)

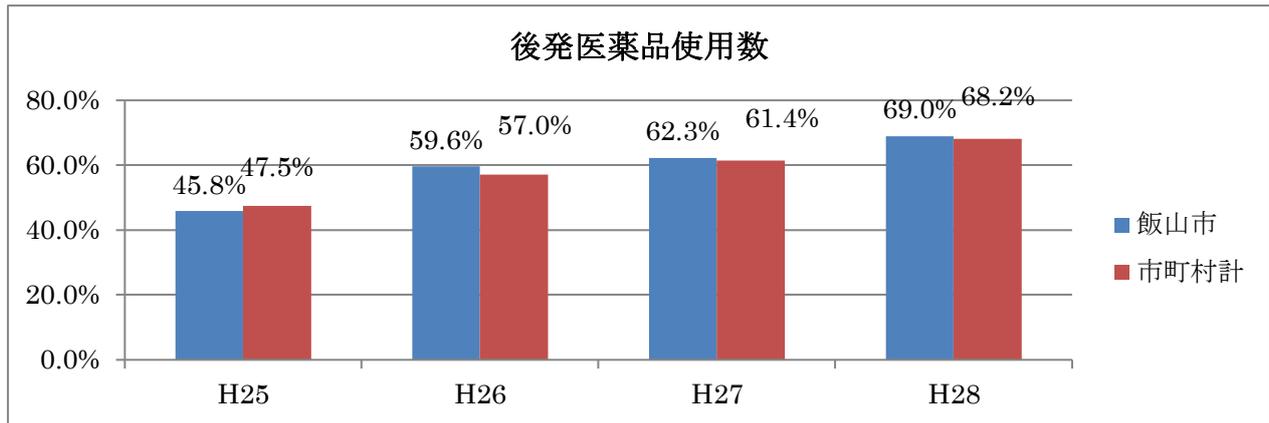
年度		26	27	28
数量 ベース	全国平均	56.4	60.1	66.8
	長野県	61.2	64.7	71.1
	飯山市	59.6	62.3	69.0
薬剤料 ベース	全国平均	13.4	14.2	15.5
	長野県	15.7	16.2	17.3
	飯山市	14.4	15.0	16.8

(厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」)

長野県国保連合会資料より

※レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータを基に分析したもの

数値(%) = 「後発医薬品の数量(薬剤料) / [後発医薬品のある先発医薬品の数量(薬剤料) + 後発医薬品の数量(薬剤料)]」

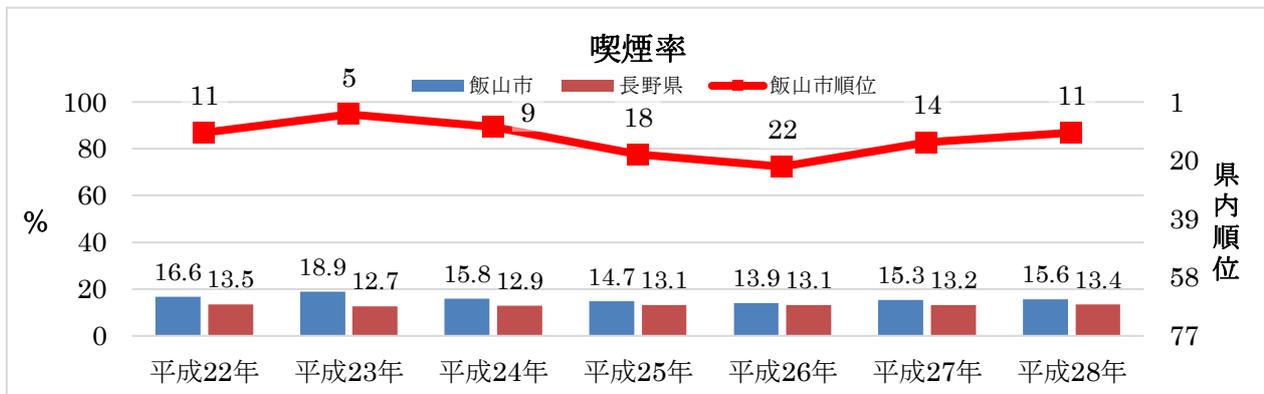


## 8 生活習慣に関するもの

### (1) 健診問診項目別割合

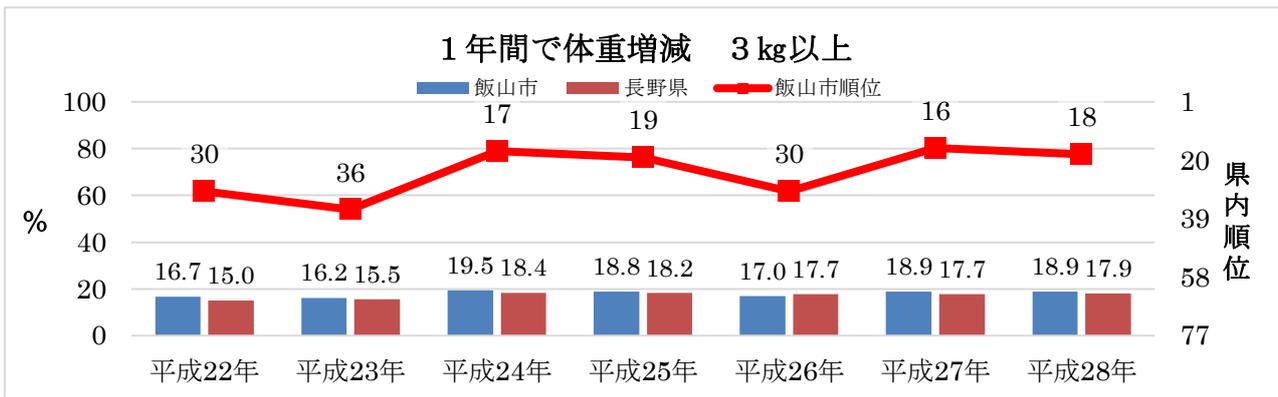
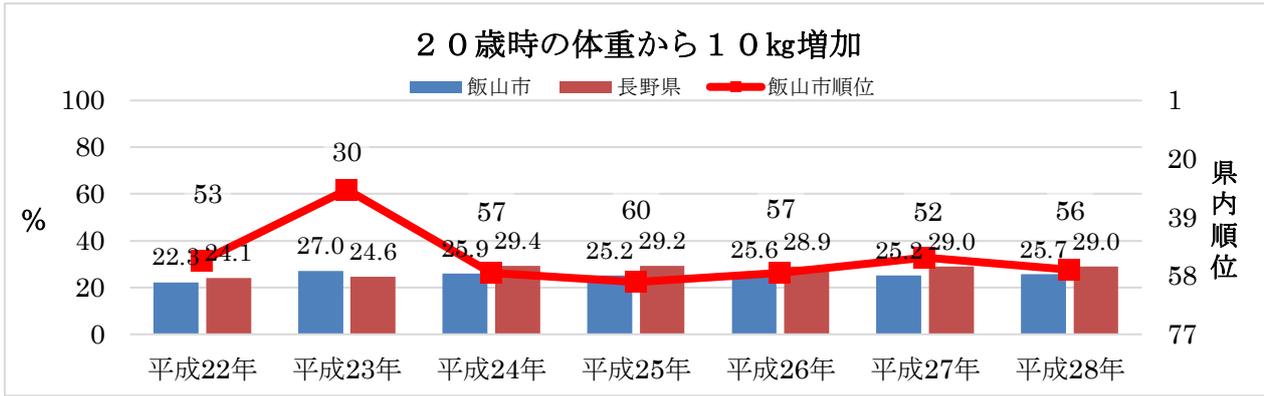
#### ①喫煙率

県平均より高く、わずかですが喫煙率上昇しています。本人の喫煙のみならず、周囲の喫煙者のたばこ煙による受動喫煙も、肺がんや虚血性心疾患、呼吸器疾患、乳幼児突然死症候群などの危険因子です。また、たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意志だけでは、やめたくてもやめられないことが多く、公共の場や職場での分煙の徹底、及び、効果の高い分煙についての知識の普及が必要です。喫煙によるリスクに関する教育、啓発の推進、また市役所内、建物内全面禁煙の検討をしていきたいと考えます。



#### ②体重

20歳時の体重から10kg増加している者は、県平均と比較すると少ない傾向ですが、1年間での体重増減者は県よりもわずかながら多い状況です。特定健康診査はメタボリックシンドロームに着目しており、特定保健指導の対象となるのは、基本的に肥満のある人のうち、リスクを有する人（治療者は除く）となります。しかし、特定保健指導の対象とならない非肥満者でもリスクのある人も多く、その対策も必要です。

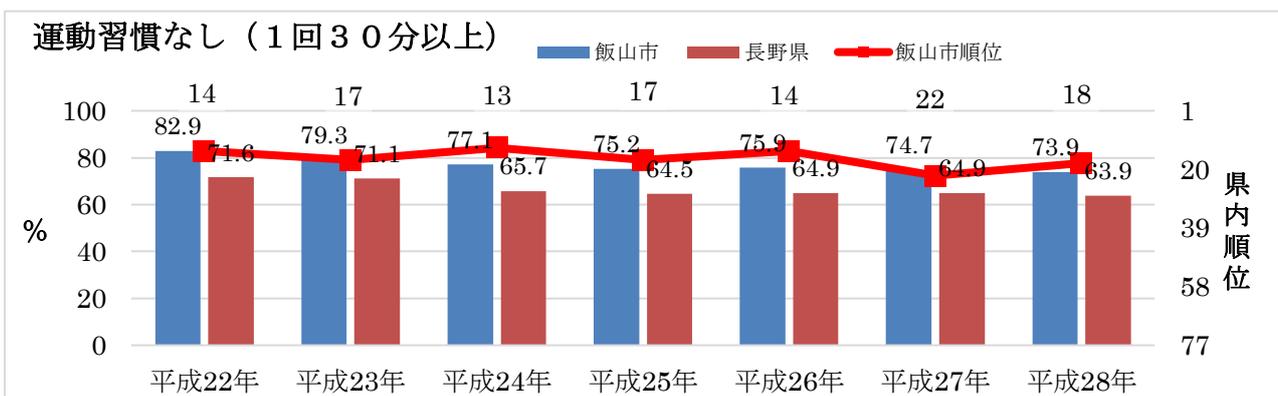


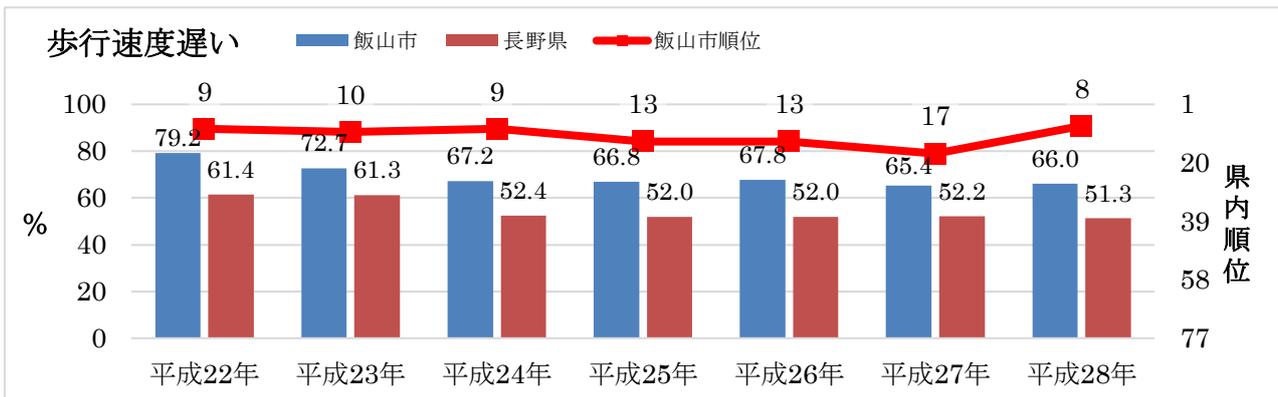
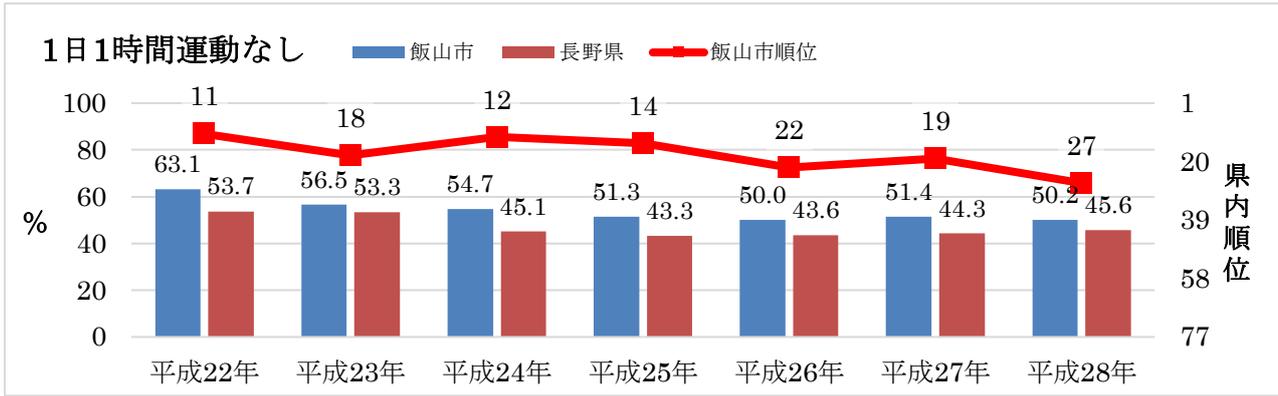
### ③運動習慣・身体活動

運動習慣のない者は県平均より高く、7割を超えています。

身体活動量が多い者や、運動をよく行っている者は、総死亡、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病、肥満、骨粗鬆症、結腸がんなどの罹患率や死亡率が低いこと、また、身体活動や運動が、メンタルヘルスや生活の質の改善に効果をもたらすことが認められています。更に高齢者においても歩行など日常生活における身体活動が、寝たきりや死亡を減少させる効果のあることが示されています。家事や仕事の自動化、交通手段の発達により身体活動量が低下し、食生活の変化とともに、近年の生活習慣病増加の一因となっています。

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした活動を増加させるように心掛けることですが、飯山市は道路の凍結等により冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、冬期の運動及び身体活動の増加が課題となりますが、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施する方法の提供や環境を整えていきたいと考えます。

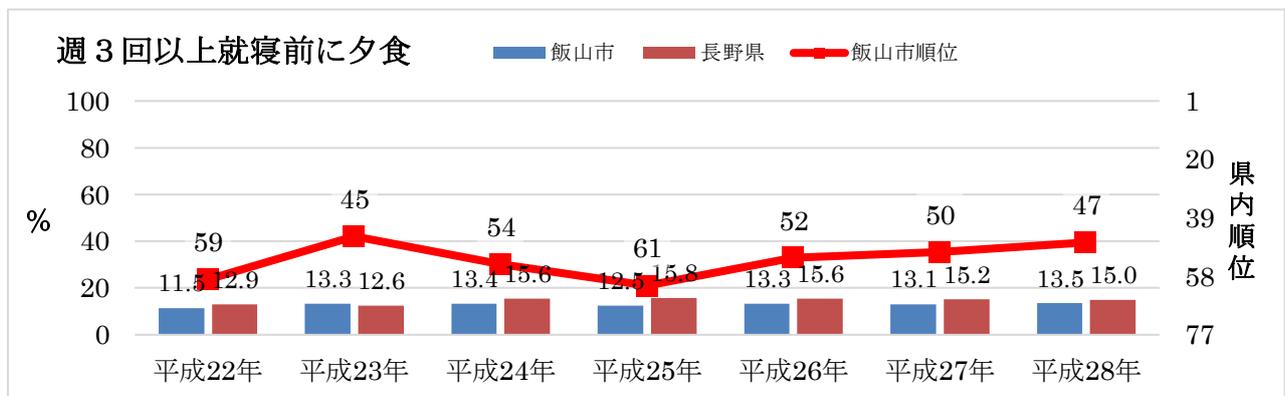


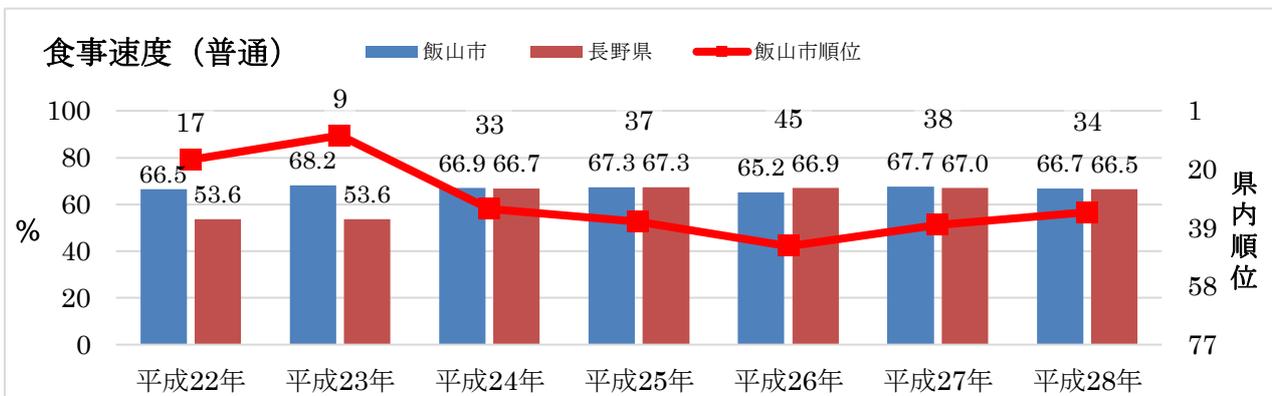
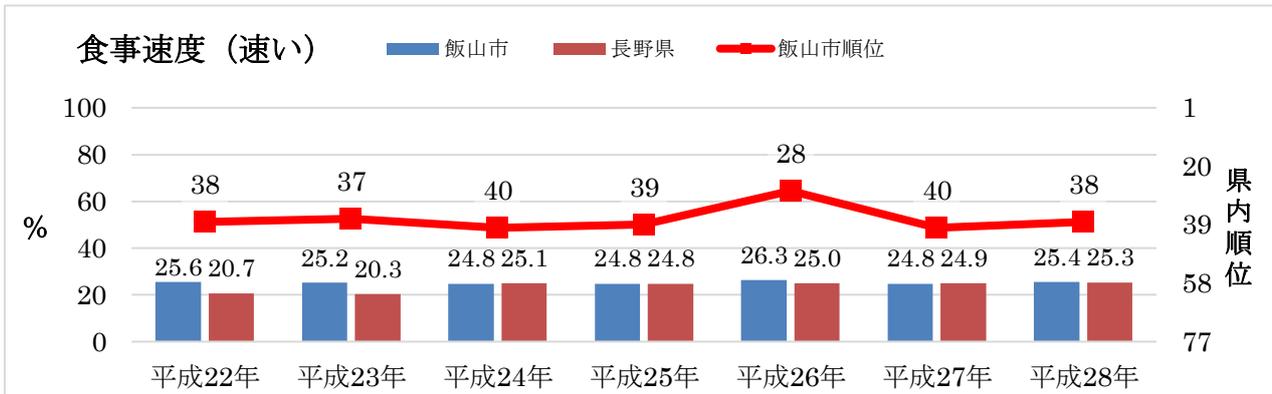
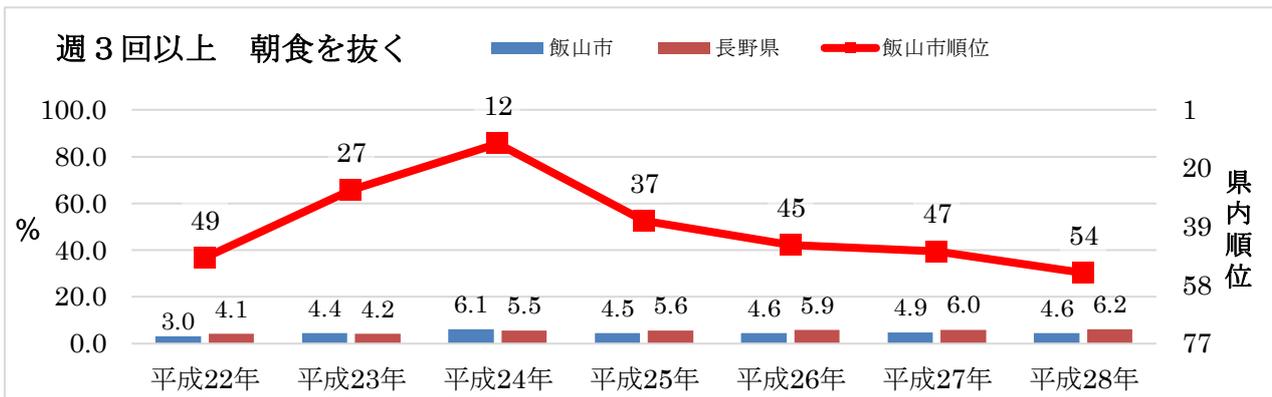
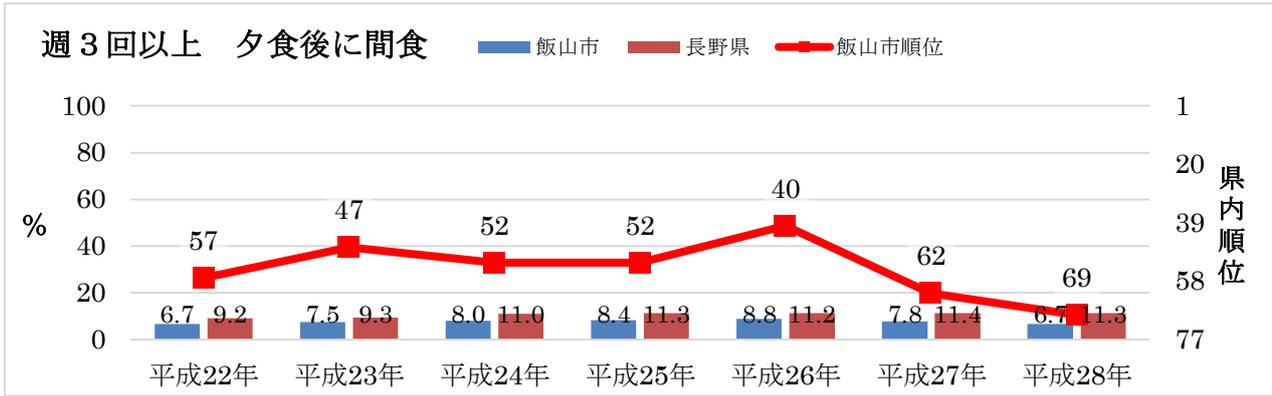


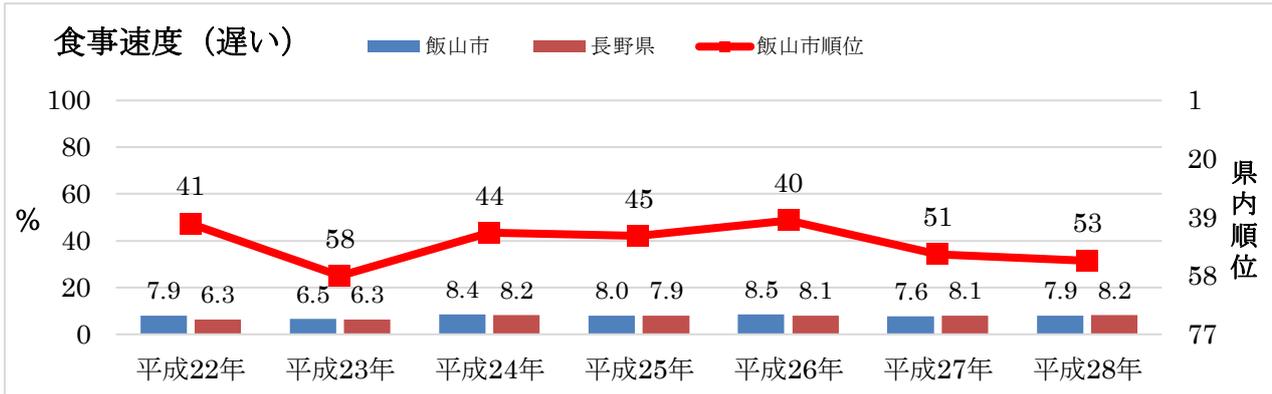
#### ④食習慣

就寝前夕食、朝食欠食率等県平均より低い状況となっています。週3回以上就寝前夕食を摂る習慣がある人がわずかだが上昇しています。生活習慣病予防のために、今後も適正な食生活を維持するための取り組みをしていきたいと考えています。

栄養・食生活との関連が深いとされる疾病には高血圧、高脂血症、虚血性心疾患、脳血管疾患、一部のがん（大腸がん、乳がん、胃がん）、糖尿病、骨粗鬆症などがあります。生活習慣病予防のために、市民一人ひとりが食行動を適正に保つことが必要です。個人の行動変容には、態度の変容、知識の習得が関連すると思われます。



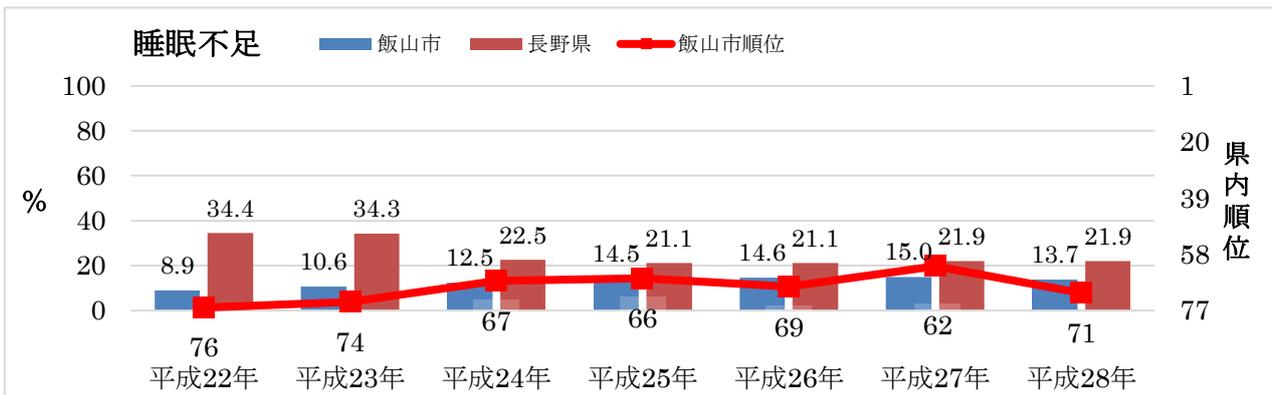




#### ⑤睡眠

睡眠不足との回答者は、県平均より低い数値となっています。

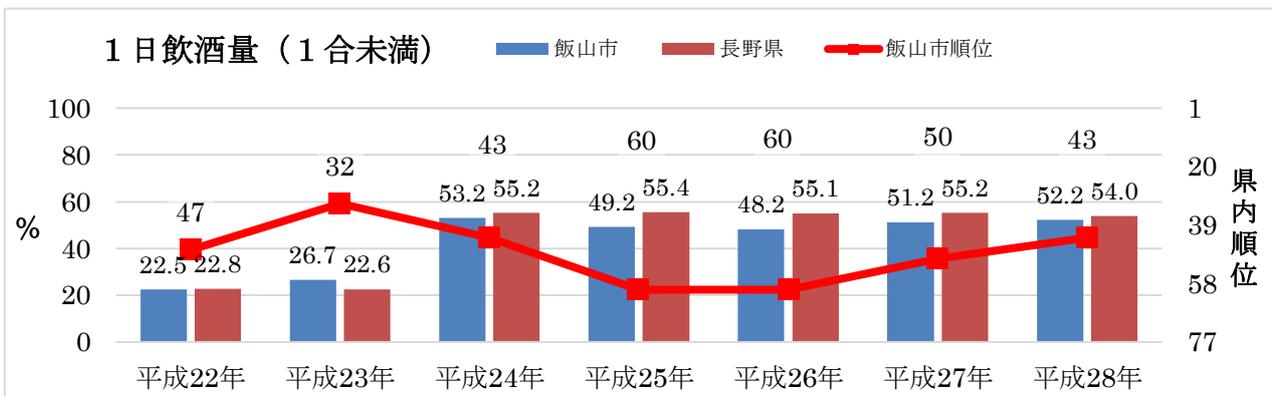
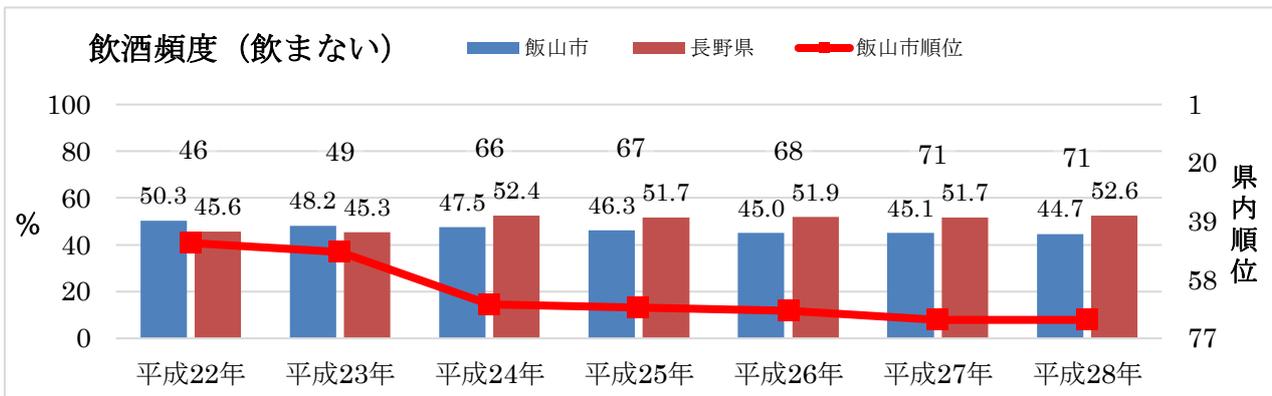
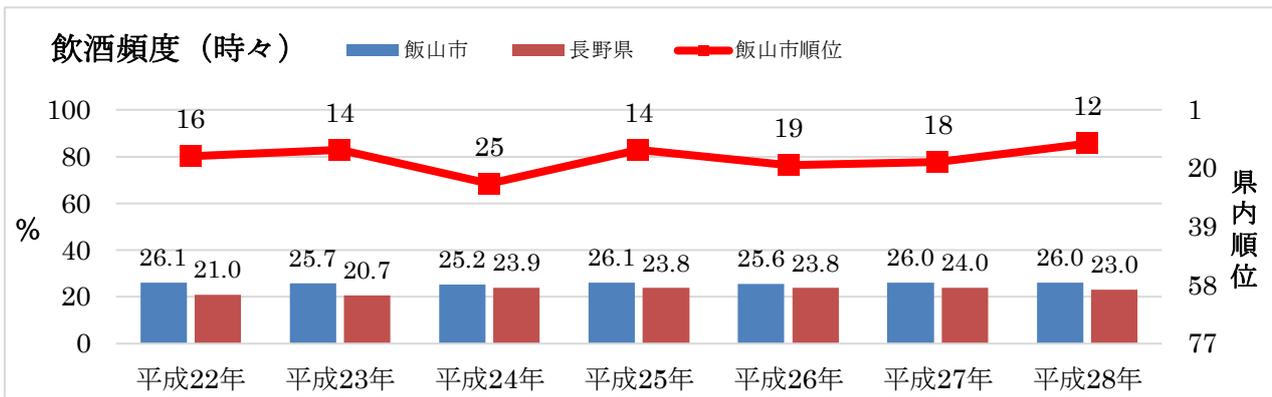
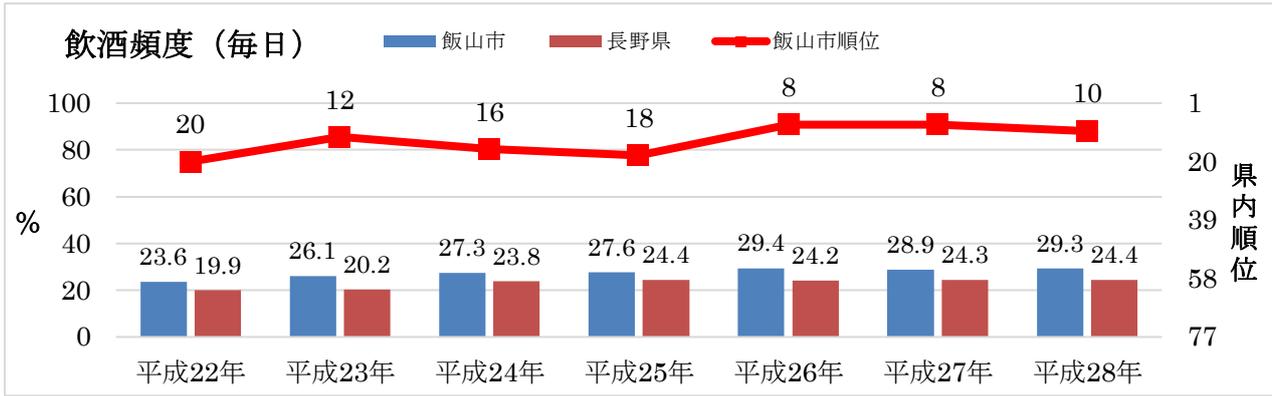
睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断力を鈍らせるなど、生活の質に大きく影響します。また、こころの病気の一症状としてあらわれることが多いことにも注意が必要です。近年では睡眠障害は高血圧や糖尿病の悪化要因として注目されているとともに、事故の背景に睡眠不足があることが多いことなどから社会的問題としても認識されてきています。

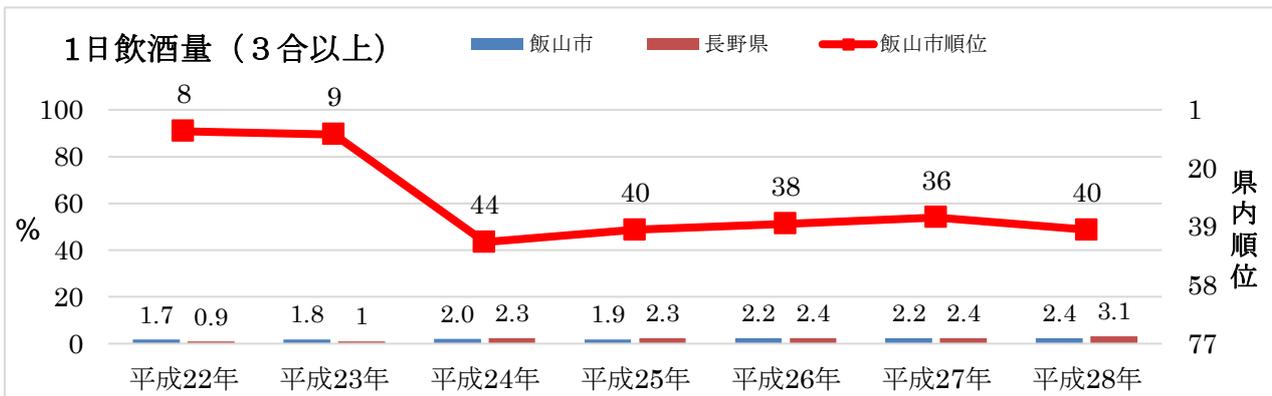
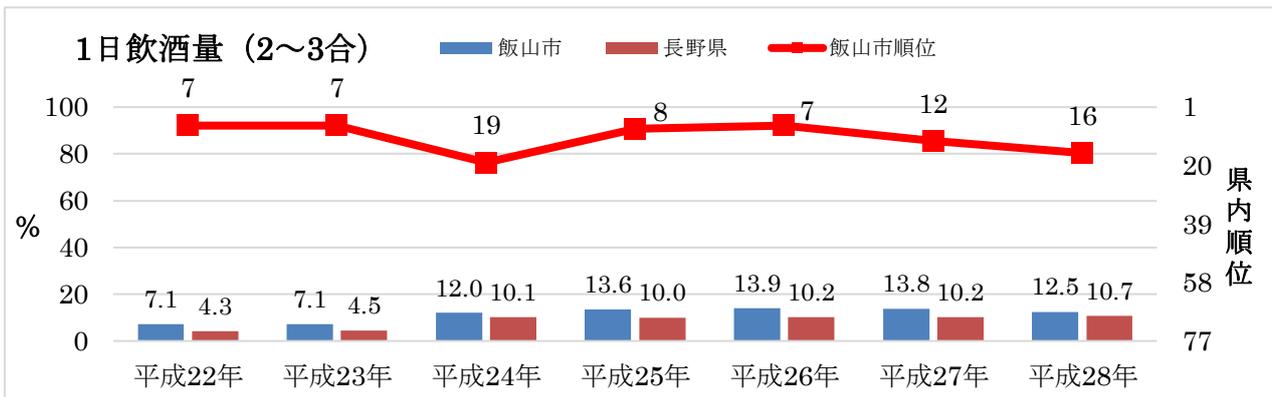
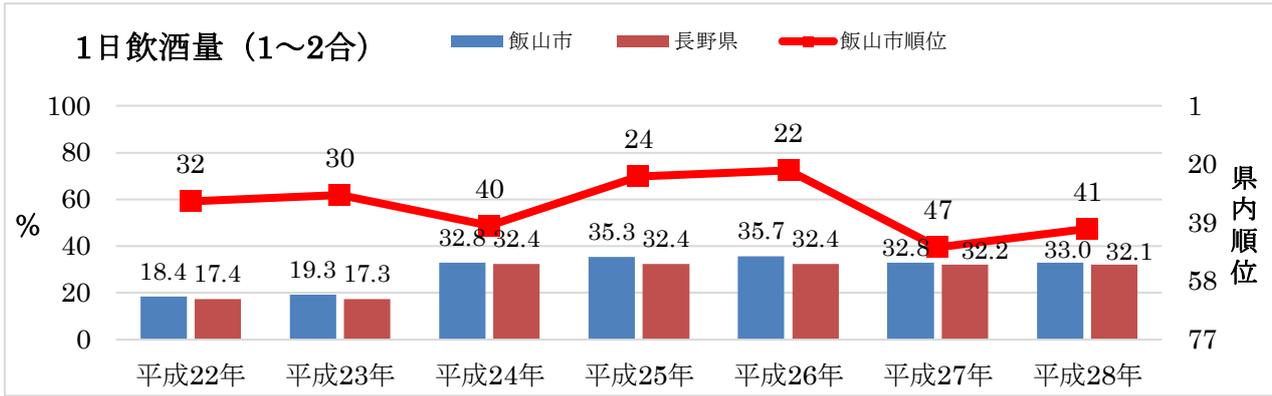


#### ⑥飲酒

飲酒頻度が毎日、時々ある者は、県平均より高い数値となっています。1日飲酒量が、2～3合の者も県平均よりわずかながら多い状況です。男性は地区の役員等を引き受けていることも多く飲酒する機会も多いのではないかと考えられます。

アルコール飲料は、古来より祝祭や会食など多くの場面で飲まれるなど、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、国民の健康の保持という観点からの考慮を必要とする、他の一般食品にはない致酔性、慢性影響による臓器障害、依存性等のような特性を有しています。また、飲酒は肝臓のみならず、メタボリックシンドローム、肥満、糖尿病、脂質異常等を促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。アルコールと健康との関係について正確な知識を普及することが必要です。

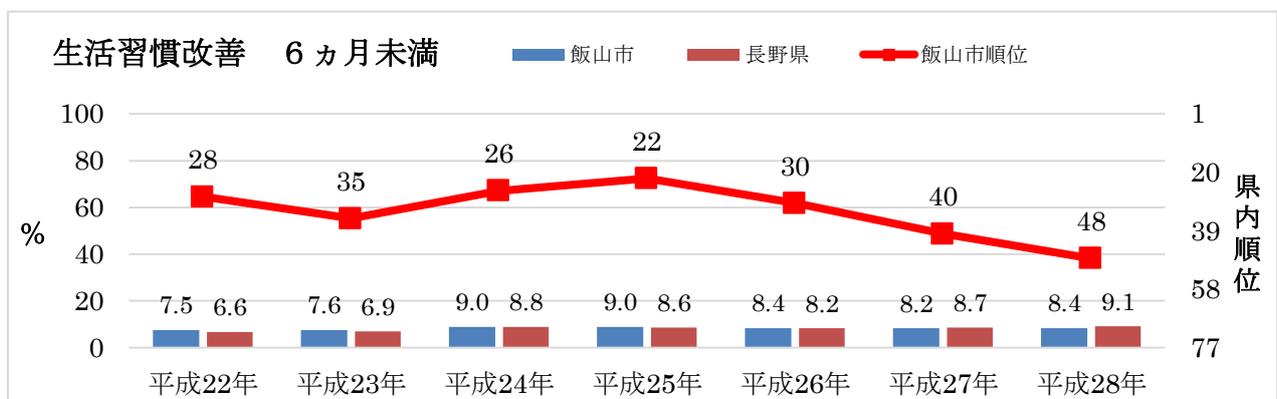
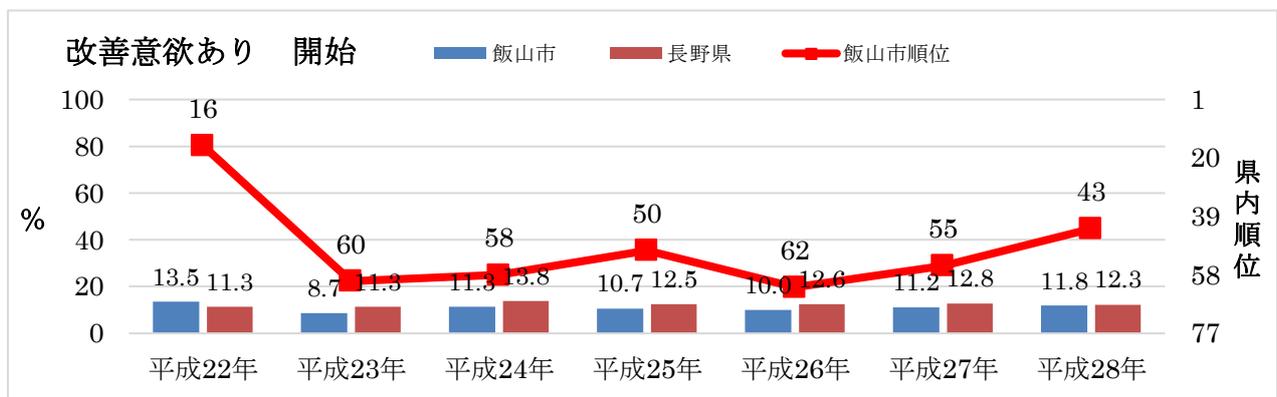
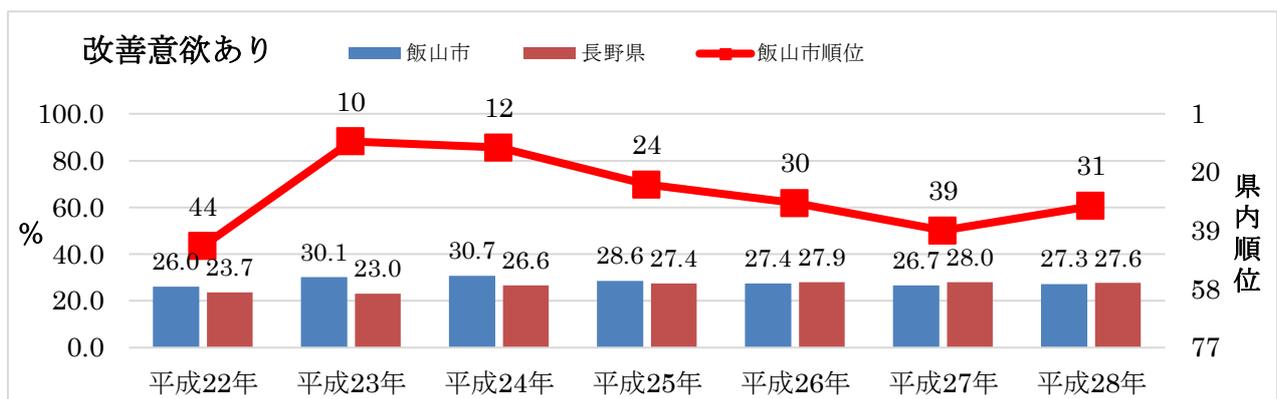
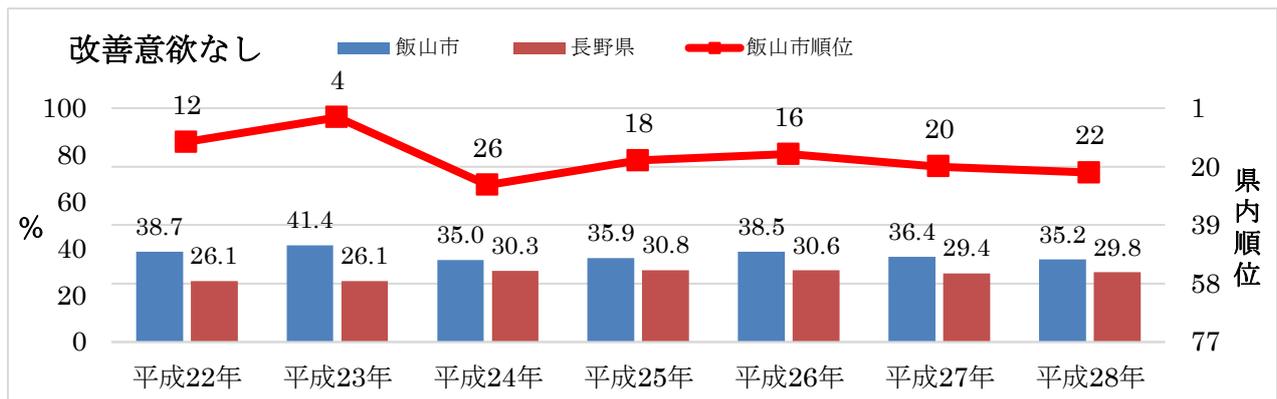


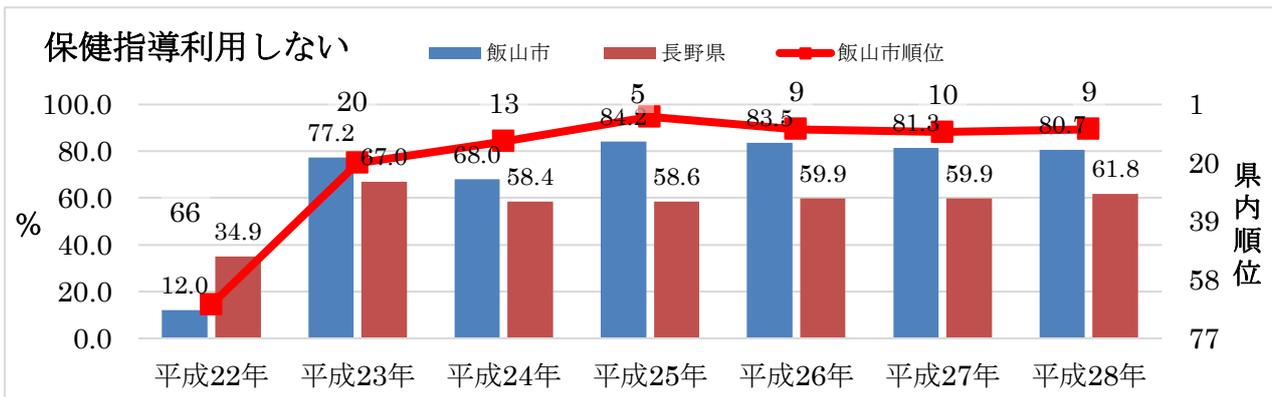
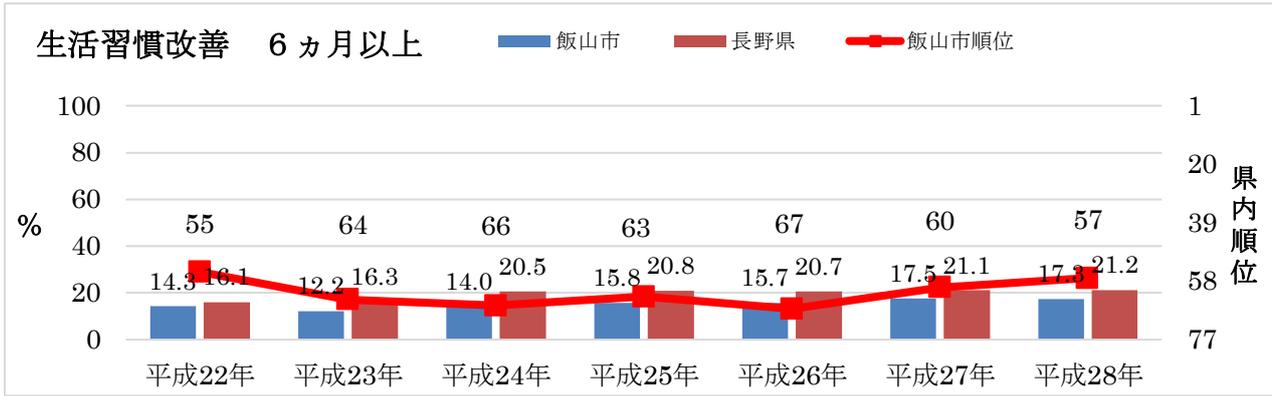


⑦生活改善の意欲

生活改善の意欲がない者は、県平均より多い状況です。

保健指導を利用しないと回答する方がわずかながら年々増加しています。住民自ら健康づくりの実践ができるようにするため、各種施策のわかりやすい説明とポピュレーションアプローチが必要です。





## 9 保健事業に関する取り組みの現状と課題

### (1) 特定健診

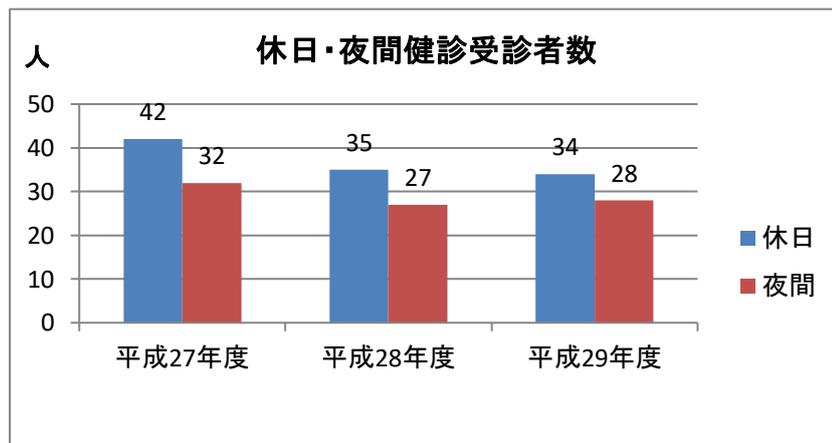
#### 【現状】

- ・H23年から人間ドックの健診結果も入力し、受診率に反映させる
- ・H25年度から基本的な健診項目に関する健診料金が無料化される
- ・H26年から個別健診を実施した
- ・未受診者対策として受診勧奨通知、電話がけ（現代けんこう出版に委託）
- ・夜間、休日健診等の開催
- ・各地区活性化センターや公民館等を巡回して集団健診を実施中

#### 【課題】

- ・休日健診を行っているが、受診率が低い

平成28年度	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	計
休日	2	5	25	3	35
夜間	7	4	11	5	27



### (2) 特定保健指導

#### 【現状】

- ・H23年度よりスタッフを増員し健診結果相談会時に特定保健指導の初回面接を行う。
- ・H27年度終了率が低かった。個別健診をH28年1月～3月末で実施したため、保健指導が年度をまたいでしまい対象者への介入ができなかったためと思われる。
- ・H26年度より受診者の待ち時間を減らし、確実に初回面接を実施するために予約制を開始する。それにより少しずつ終了率は増加しているものの県内国保の平均には満たない状況。
- ・各地区活性化センターや公民館等を巡回し、特定保健指導初回面接の実施。
- ・平成29年度は特定保健指導従事者 保健師5名、管理栄養士1名

### 【課題】

- ・特定保健指導実施率は年々増加していますが、平成 29 年特定保健指導受診率の目標 30%には達していません。
- ・特定保健指導実施率、終了率に差があるため初回面談者を最終評価まで実施することが課題です
- ・特定保健指導従事者の人材確保を続けていく必要があります。

### (3) メタボ対策

- ・性別では男性の方が該当者・予備群ともに出現率が高くなっています。女性は、70 歳代の出現率が増加しています。
- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、平成 35 年の県目標値である 40～74 歳の男性 40%を下回っています。

### (4) 一次予防

#### ①食生活対策

##### 【現状】

- ・HbA1c は、県内でも割合が高い地域となっている。

##### 【課題】

- ・糖尿病でありながら未治療者、治療中断者を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう積極的な保健指導が必要になります。
- ・ライフステージに対応した栄養指導
- ・ヤング健康診査及び特定健康診査の結果に基づいた栄養指導  
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）
- ・国民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）
- ・糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

#### ②身体活動・運動対策

##### 【現状】

- ・1 回 30 分以上の運動習慣なしの者は、7 割を超え県平均よりも高く、運動の習慣化がされていない。

##### 【課題】

- ・市民一人ひとりが「自分の健康は自分でつくる」という意識のもと、発症の予防と重症化の防止に努めることが必要です。

#### 1) 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導

- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- 2) 身体活動及び運動習慣の向上及び継続の推進
  - ・各種運動教室や運動サークル・団体等への参加の勧め  
(市民健康大学事業、介護予防教室、公民館事業等)
- 3) 運動をしやすい環境の整備
  - ・体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症及び予防など、様々な健康課題に応じた運動が誰でも気軽に通年で行える施設の充実

## ②飲酒対策

### 【現状】

- ・飲酒頻度が毎日ある、または時々ある者は、県平均より高い数値となっている。

### 【課題】

- 1) 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進
  - ・保健事業の場での教育や情報提供  
母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診・相談、がん検診、健診結果相談会等
  - ・地域特性に応じた健康教育
- 2) 飲酒による生活習慣病予防の推進
  - ・健康診査、飯山市国保特定健康診査の結果に基づく適度な飲酒への個別指導

## ③喫煙対策

### 【現状】

- ・喫煙率は、県平均より高くわずかだが上昇している。

### 【課題】

- 1) たばこのリスクに関する教育・啓発の推進
  - ・保健事業の場での禁煙の助言や情報提供  
母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診・相談、がん検診、健診結果相談会等
- 2) 禁煙支援の推進
  - ・健康診査、飯山市国保特定健康診査の結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療への個別指導

## ④ストレス対策

### 【現状】

- ・月1回の健康相談及び随時相談対応  
精神保健福祉士による心の健康相談会を毎月1回実施（相談件数2～3件／月）
- ・市内相談機関（北信保健福祉事務所・NPOここから・社会福祉協議会・警察等）との連携
- ・北信保健福祉事務所での精神科による相談日の紹介
- ・医療機関の紹介及び医療機関との連携

### 【課題】

- 1) 心の健康に関する教育の推進
  - ・保健事業の場での教育や情報提供
  - ・心の健康に関する普及啓発
- 2) 心の健康を保つための人と人のつながりを大切にされた地域づくり
  - ・各種団体や一般住民への普及啓発
- 3) 相談及び医療機関との連携
  - ・相談支援に携わる者の研修会の開催

### (5) 重症化予防

#### 【現状】

- ・個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい人工透析を増やさなため、糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる受診勧奨を平成 29 年より開始しました。

集団健診における受診勧奨対象者 (HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上 の者)	受診につながった人 (H29.10 月分受診まで)
16 人 (H29)	5 人 (受診率 31.3%)

- ・ハイリスク者に対する保健指導該当者は、対象者を確認したところです。

#### 【課題】

- ・受診勧奨後も医療機関受診確認できない者への速やかな再勧奨が今後の課題です。
- ・ハイリスク者に対して、今後、主治医と連携した保健指導の取り組みが課題です。
- ・虚血性心疾患の有病者数が年々増加していることから、血管を守るために高血圧・糖尿病・脂質異常症の疾病コントロールが重要です。従来実施してきた健診結果相談会や結果の見方の資料を見直し、対象者に合わせた十分かつ的確な情報提供を行うことが課題です。
- ・情報提供においては、家庭・保育所・学校・職場・地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫が必要です。

### (6) 重複受診への指導

#### 【現状】

- ・H20 年から重複受診者への保健師による訪問の実施。
- ・重複・頻回受診者等の指導対象者数は増加している。

#### 【課題】

- ・重複・頻回受診者等は薬剤の併用等により身体に影響があることが予想されるため、適正な医療を確保するといった観点からもそれらを解消する取り組みが必要です。
- ・医療保険者が、被保険者の受診動向を把握し適正な受診を促すためには、診療報酬請求支払の適正化に直接大きな効果を及ぼすレセプト点検の充実が重要です。

(7) 後発医薬品使用促進

【現状】

- ・後発医薬品使用状況は年々増加していますが、県平均よりも下回っている。

【課題】

- ・医療費の自己負担額の軽減が図られる後発医薬品の使用を促進するためには、後発医薬品について市民一人ひとりが「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」を持ち、その指示のもと症状に応じた医療を受けることが必要です。

10 第2期 特定健診・特定保健指導実施計画の評価

(1) 健診受診率

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
目標値	35%	40%	45%	50%	60%
実績値	37.7%	38.1%	41.6%	42%	—

(2) 特定保健指導終了率

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
目標値	25%	30%	40%	50%	60%
実績値	19.4%	28.7%	20.9%	24.9%	—

### 第3章 目標(関係者で検討、国民健康保険運営協議会、健康づくり推進協議会で承認を受ける)

分野	指標	県の現状	市の現状値	短期目標 (年度ごと)	市の目標値 (H35)
健康寿命の延伸	健康寿命	男性 79.5 (H22) 女性 84.0 (H22)	男性 78.5 (H22) 女性 83.5 (H22)		延伸
平均寿命		男性 80.9 (H22) 女性 87.2 (H22)	男性 80.2 (H22) 女性 86.7 (H22)		
標準化死亡比	標準化死亡比 (全死亡)	男性 90.3 (H20~24) 女性 100.2 (H20~24)	男性 93.2 (H20~24) 女性 94.5 (H20~24)		
要介護認定比率(1号)		17.27% (H29.7)	19.06% (H29.7)		
脳血管疾患死亡率		男性 114.1 (H20~24) 女性 124.8 (H20~24)	男性 119.9 (H20~24) 女性 143.7 (H20~24)		
がん検診受診率	胃がん	4.6% (H27)	10.9% (H27)		増加
	肺がん	5.7% (H27)	5.8% (H27)		増加
	大腸がん	12.4% (H27)	22.1% (H27)		増加
	子宮頸がん	20.3% (H27)	16.2% (H27)		増加
	乳がん	5.1% (H27 マンモ)	21.9% (H27 マンモ・超音波)		増加
特定健診	特定健診受診率	46.5% (H28)	42.0%	前年度+1%	70.0%
特定保健指導	特定保健指導実施率	52.0% (H27)	20.9%	前年度+1%	45.0%
メタボ対策	メタボリックシンドローム 該当者・予備群の割合	男性 49.6% (H28) 女性 15.1% (H28)	男性 35.5% (H28) 女性 11.1% (H28)		男性 30.0% 女性 10.0%
一次予防	飲酒(2合以上の飲酒あり)	13.8%(H28)	14.9%(H28)		減少傾向へ
	喫煙(成人喫煙率の減少)	13.4%(H28)	15.6%(H28)		12%
	運動 ・1回30分以上の運動習 慣なしの割合減少	63.9%	73.9%		減少
	・1日1時間以上の運動 習慣なしの割合減少	45.6%	50.2%		減少
重症化予防	Ⅱ度高血圧(160/100mm Hg)以上者の減少		2.6%(H28)		減少
	HbA1c6.5以上者の減 少		9.8%(H28)		減少
	LDL-C180以上者の		2.4%(H28)		減少

	減少				
	糖尿病性腎症重症化 予防対象者の減少		1.4%(H28)		減少
	人工透析発生率 (H28.5 レセプトより)	0.274	0.277		減少
重複受診	重複投薬受診の減少		43人		減少
後発医薬品使用 促進	後発医薬品の普及率 (数量ベース)	71.1% (H28)	69.0% (H28)		80%

## 第4章 保健事業の内容

### 1 特定健診に関すること

#### (1) 特定健康診査の実施

健診の体制は、地区活性化センターや公民館等を巡回して実施する集団健診の形態とするが、休日健診も取り入れ受診率も向上してきており、さらに受診率を上げていくために、夜間健診の実施や年間を通じた個別健診も検討していきます。未受診者への個別案内、広報やケーブルテレビなどを利用した啓発活動は継続実施していきます。

なお、特定健康診査の検査項目は次のとおりとします。

#### <基本的な健診項目>

- ・ 質問項目（服薬の有無、既往歴、喫煙歴、生活習慣など）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・ 理学的検査（身体診察）
- ・ 血液化学検査
  - 脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）
  - 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c）
  - 肝機能検査（ALT(GPT)、AST (GOT)、 $\gamma$  - GT)
  - 血清クレアチニン・尿酸
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ オプションとして心電図検査・眼底検査・貧血検査（自己負担）が実施可能

\* 基本的な健診項目に関する健診料金は H25 年度から無料となっています。

#### <詳細な健診項目>

医師が必要と認めた場合（一定基準あり）には、下記の検査も実施する。

- ・ 心電図検査
- ・ 眼底検査
- ・ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

#### <健診の案内方法・健診実施スケジュール>

各年 1 月の市報配布時に、検診申込調査票を世帯ごとに配布し、申込みのあった人に健診のお知らせとともに健診票を配布します。

平成 25 年度より、平日・休日健診に加え夜間健診を実施。

休日（土日祝）の受診機会拡大とがん検診との同時実施

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
平日	27 回	28 回	27 回	29 回	29 回
夜間	2 回	2 回	1 回	1 回	1 回
休日	2 回	2 回	1 回	1 回	1 回

## （2）人間ドック

国保の保健事業として実施している人間ドックについて、特定健診の検査項目を包含する健診とします。飯山市国民健康保険に加入されている皆様の健康の保持や病気の早期発見のため、人間ドックの検査費用の一部を補助し、受けやすい体制となっています。

### 補助額

	受診の種類	補助額
当該年度中に 35/40/45/50/55/60/65/70 歳に達する方	日帰り・1 泊を問わず	30,000 円
上記年齢以外の方	日帰りドック	20,000 円
	1 泊 2 日ドック	25,000 円

## （3）受診率向上のために新たに検討すること

年間を通じた個別健診の検討をします。

現在は、検診申込票において、『市で受ける』と回答した方で、市の集団健診を受診しなかった人を対象に、市内医療機関の協力のもと 1・2 月に個別健診を実施しています。

年度	対象者	受診者
平成 27 年度	410 人	109 人
平成 28 年度	400 人	58 人
平成 29 年度	338 人	

治療中の者でも特定健診が必要であることを住民に啓発し、医療機関へ説明、特定健診の検査項目を満たすための不足分の検査を受けてもらい、そのデータ取得についても検討していきます。

## 2 特定保健指導に関する事

### （1）特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健福祉課で行います。

また、保健指導の一部を健康づくり事業団に委託します。特定保健指導の対象者を明確にするために、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に基づき、受診者を階層化により区分し、優先順位を考え保健指導方針を決めます。

\*階層化は P35 に基づく

#### <生活習慣予防のための健診・保健指導の実施スケジュール>

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

1月	各種健診のお知らせ及び受診勧奨、健診申込調査票の配布	個別健診の検討
2月	健診申込調査票の回収	
3月	データ化	
4月	未受診者対策として再受診勧奨通知発送	
5月	健診申込調査票による健診票の作成・配布準備	
6月	健診票郵送	
7月	地区を巡回した集団健診（平日・休日・夜間）	
8月		
9月	↓	結果相談会及び特定保健指導実施
10月		↓
11月		
12月		

#### (2) 特定保健指導実施率向上のために検討すること

- ・「ヤング健診」（19～39歳）を継続します。
- ・人間ドック受診者の保健指導の実施を検討、医療機関との交渉を実施します。
- ・マナー化しない効果的な保健指導の実施をしていく。特定健診等受診者に ICT 等を活用して健診結果を提供し、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣についてのアドバイスも提供するなど支援形態の再検討をします。

#### 3 メタボ対策に関すること

- ・特定保健指導の充実を図り、特定保健指導該当者及び予備群の減少に努めます。

#### 4 一次予防に関すること

- ・運動習慣のある人を増やすために、「目指せ！年間100日運動」、「ファイト！チームで100万歩」、「血液サラサラ&筋力アップ教室」のより一層の推進。「チャレンジ体力測定」の継続し実施します。
- ・自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で健康づくりへの実践につながられるような仕組みづくりの検討（インセンティブの提供）をします。
- ・糖尿病発症予防のため、野菜を先に食べることで、糖質の吸収が遅くなり、血糖値が上昇しにくいとされています。適正な食行動の変容に向け、知識の普及を図ります。

- ・保健師・栄養士・健康運動指導士等専門職種による健康増進のための支援を行います。
- ・健診受診などの健康づくりの取り組みに、より多くの住民の参加が得られる手法を検討します。
- ・アルコールやたばこ対策に取り組み、若年期からの生活習慣の改善や生涯を通じた健康づくりを推進します。

## (1) 血圧対策

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいとされています。

当市では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみではなく、高血圧治療ガイドライン 2009 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施しています。その結果、特定健診受診者の血圧には改善が認められたため、今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。

## (2) 糖尿病対策

### ① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

飯山市の糖尿病性腎症による新規透析導入は、その年によって大きな傾向は感じられません。しかし、人工透析患者の全数に占める糖尿病腎症の人数は、平成 21 年度をピークとして減少傾向にあります。ただし、特定健診の受診者の状況では、新規導入までの期間は最長で 13 年、最も短い人では健診受診後 1 ヶ月という人もいました。

糖尿病の発症から糖尿病腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間といわれていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。

### ② 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くいます。糖尿病でありながら未治療である者や、治療を中断している人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう積極的な保健指導が必要になります。

### ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

HbA1c8.0 以上超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

飯山市では、健診の結果 HbA1c が 8.0 以上の人には、未受診者はもちろん、治療中の人にも訪問指導してきました。その結果、内服しているからということで生活習慣の改善は後回しになっている人もおり、医療と連携した保健指導が重要です。

医療関係者と糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者

の減少をはかることが重要です。

#### ④ 糖尿病有病者の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

飯山市の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成 20 年度から増加傾向です。今後一層糖尿病対策に力を入れていくことが必要です。

60 歳を過ぎると、インスリン生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる糖尿病有病者の増加が懸念されます。

市民の食に関する価値観、食生活の特徴など実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った糖尿病の発症予防への取組みが重要です。

### (3) 喫煙対策

#### ① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

・保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診・相談、がん検診、健診結果相談会等

#### ② 禁煙支援の推進

・健康診査、飯山市国保特定健康診査の結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療への個別指導

## 5 重症化予防に関すること

### (1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進

#### 1) 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

<対象者>

##### ①医療機関未受診者

過去の健診において、空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c (NGSP) 6.5

以上の者。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は、eGFR が 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者(特定健診の際に血清クレアチニンを測定している場合)については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、より積極的な受診勧奨を行います。

##### ②糖尿病治療中断者

糖尿病により医療機関受診中の患者のうち、最終の受診日から 6 か月経過しても糖尿病受診歴がない者 (レセプト分析により対象者の抽出が可能な場合に実施)

<受診勧奨の方法>

以下の方法により、対象者に受診勧奨を行う

①特定健診の結果の通知 (必要に応じて糖尿病合併症に関する資料を追加)

②特定健診の結果とは別の郵送による通知

- ③電話
- ④個別面談
- ⑤その他

## 2) ハイリスク者に対する保健指導

### <対象者>

- ①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(特定健診等の結果から抽出する場合には、糖尿病により治療中で以下のいずれかに該当する者)
  - a. 尿蛋白(±)以上
  - b. 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満
- ②糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者
  - A. II度高血圧以上の者
  - b. 喫煙者
- ③その他

### <保健指導対象者の選定方法>

特定健診データ、患者・医師からの情報提供等により、保健指導対象の候補者を抽出し、そのうち、保健指導への参加についての本人及びかかりつけ医の理解が得られた者を対象とする。ただし、ハイリスク者の基準を満たすため、かかりつけ医が必要と認めた者については、対応可能な範囲において対象とします。

### <保健指導の内容>

医療機関と十分に連携を取りながら、対象者に合わせた媒体等を活用し、専門職が保健指導を実施します。

## (2) 虚血性心疾患・脳血管疾患への対策

- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化及びこれらリスクの重複に関する疾病予防の視点での健診結果に関する情報提供を行います。
- ・家庭、職場、学校等、地域においても重症化予防の視点の情報提供を行います。

## 6 重複受診への指導に関すること

- (1) 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・保険者が連携して適切な受診の指導を行います。
- (2) 保健師による適正受診のための訪問指導を実施し、重複受診者の減少に向けた取り組みを行います。

## 7 後発医薬品使用促進に関すること

- (1) 飯山市の後発医薬品の数量シェアは約70%であり、国の示す数値目標である80%に向け取り組み等を行います。

## 第5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年度に進捗状況確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

中間評価は平成32年としているが、毎年度データ確認・見直しをしていきます。飯山市健康づくり推進協議会及び国保運営協議会にデータを提示し、意見を求め、国民健康保険分野（市民環境課）と保健分野（保健福祉課）で評価します。

### 2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図る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ます。

評価における4つの指標

ストラクチャー （保健事業実施体制のための体制・システムを整えているか）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康づくり推進協議会 年1回開催</li> <li>・国保運営協議会</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置・・保健師6名、管理栄養士1名は確保</li> <li>・保健指導実施委託継続</li> <li>・KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス （保健事業の実施過程）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診は年間31回実施（夜間1回、休日1回含む）</li> <li>・必要なデータを入手する</li> <li>・保健指導等の手順・教材について毎年確認、整備する</li> <li>・特定保健指導は、健診結果が確認されたら速やかに実施する</li> </ul>
アウトプット （保健事業の実施量）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など確認する</li> </ul>
アウトカム （成果）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> </ul>

## 第6章 計画の公表・周知

予防可能な生活習慣病を予防することによって、将来の医療費の伸びを抑え、市民の負担を減らし、国民皆保険制度を持続可能なものとするためには、実施主体だけでなく、市民の理解と実践が最も重要となります。

そのため、特定健康診査等実施計画及び主旨の普及啓発について、広報誌及びホームページの記載、各種通知や保健事業の実施に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行います。

## 第7章 個人情報の取り扱い

健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱います。

## 第8章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

### 1 地域で被保険者を支える連携の促進

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、疾病の予防と健康づくりの推進により、地域包括ケアシステムの柱である介護予防の推進を結びつけます。

国保保険者として、高齢者に対し、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるように、地域ケア会議等を通じて関係機関と連携を図り、地域や社会資源の課題の解決を図ります。

自助・互助を推進するため、地域の中で住民の疾病予防や市民への啓発活動を行っている、保健補導員会、食生活改善推進協議会、キャラバン・メイト連絡会、集落サロン、認知症カフェなど住民全体の活動について支援します。

### 2 課題を抱える被保険者層の分析

KDBデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏等に注目して抽出し関係者と共有します。