

玉川村データヘルス計画

(保健事業実施計画)

【平成29年度】



平成29年3月

福島県玉川村

保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 総論

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
(1) 背景	
(2) データヘルス計画の位置づけ	
(3) 計画の期間	
2. 玉川村の健康課題の把握	4
(1) 玉川村の特性	
(2) 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握	
(3) 健康課題の把握	
(4) これまでの取組み	
(5) 目標の設定	
3. 保健事業の実施	17
4. その他の保健事業	17
(1) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	
(2) こどもの生活習慣病	
(3) 重複受診者への適切な受診指導	
(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進	
5. 計画の評価方法	20
6. 計画の見直し	20
7. 計画の公表・周知	20
8. 事業運営上の留意事項	20
9. 個人情報の保護	20
10. その他計画策定にあたっての留意事項	20

第2章 各論

虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病（CKD）の予防のための保健事業計画

1. ポピュレーションアプローチ
2. 重症化予防事業

第1章 総論

1. 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

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者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、保健事業の評価を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康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、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。

これまででも、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」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だが、今後はさら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、被保険者をリスク別に分けて優先順位を意識した個別支援とポピュレーションアプローチ（*1）により、生活習慣病の発症や重症化予防のための保健事業を進めていくことが求められている。

玉川村では、こうした背景を踏まえ、厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部改正する件（平成26年厚生労働省告示第140号）に基づき、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、保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。

*1 ポピュレーションアプローチ：対象を一部としないで集団全体へアプローチする考え

(2) データヘルス計画の位置づけ

データヘルス計画とは、健康・医療情報、特定健康診査の結果・レセプト等のデータを活用してP D C Aサイクルに基づき、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画である。(図1、図2)

本計画は、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」に示された基本方針を踏まえるとともに、「元気なたまかわ健康21計画」及び「玉川村国民健康保険第2期特定健康診査等実施計画」の評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図り策定する。(図3)

図1

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

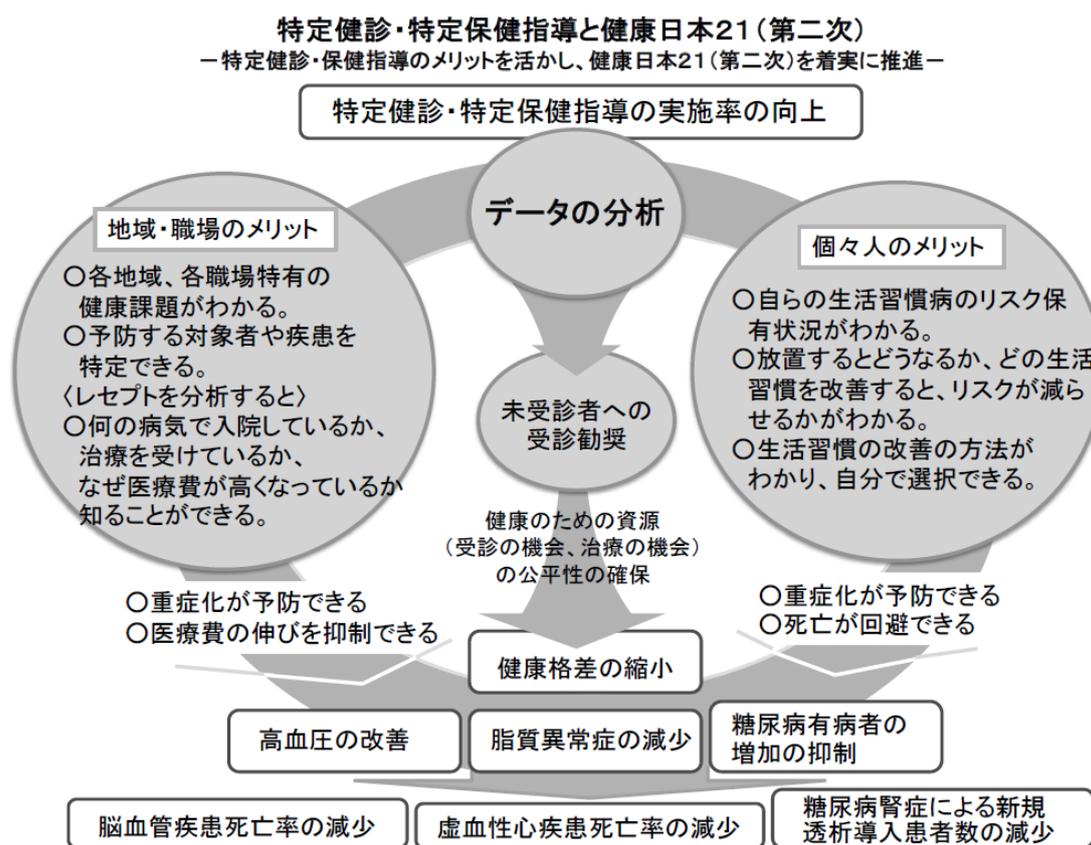
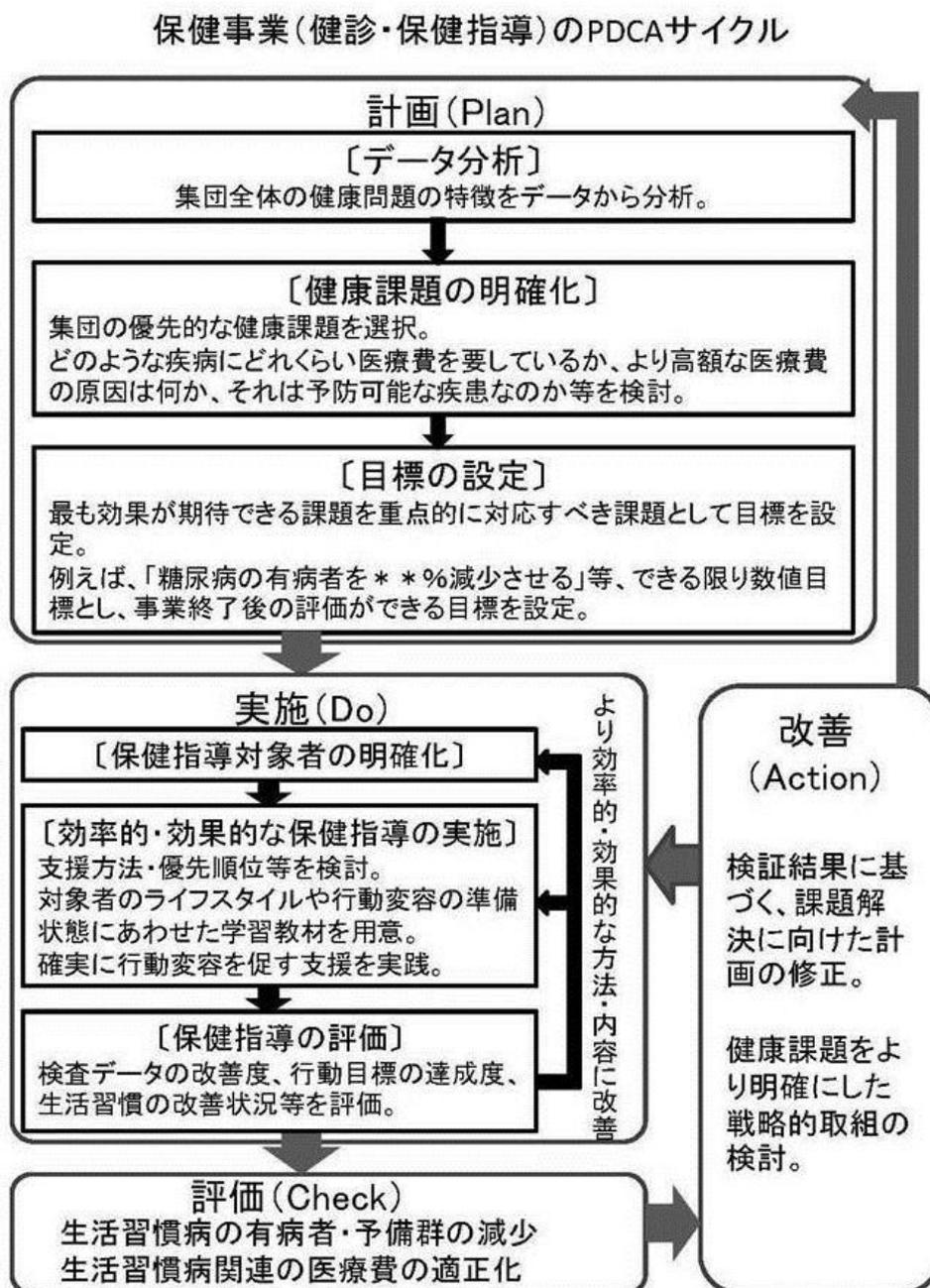


図 2



(3) データヘルス計画の期間

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」としていることを踏まえ、平成29年度の単年度計画とし、平成30年度以降については「第3期特定健康診査等実施計画」との同時進行とする。

2. 玉川村の健康課題の把握

(1) 玉川村の特性

■地域の全体像と死亡の状況

(H27)

項目		玉川村	福島県	同規模	国	データ元		
1	① 人口構成 (率)	総人口(人)	7,203	2,004,977	7,231	124,852,975	KDB.No.5	
		65歳以上(高齢化率)	23.5	25.1	31.6	23.2	人口の状況	
		75歳以上	13.6	13.6	17.9	11.2	KDB.No.3	
		65～74歳	9.9	11.5	13.7	12.0	健診・医療・介護	
		40～64歳	34.9	34.3	34.4	34.0	データから見る	
		39歳以下	41.6	40.6	34.1	42.8	地域の健康課題	
	② 産業構成 (率)	第1次産業	19.3	7.9	18.4	4.2	KDB.No.3	
		第2次産業	39.5	30.1	25.4	25.2	健診・医療・介護データか	
		第3次産業	41.2	62.0	56.1	70.6	ら見る地域の健康課題	
	③ 平均寿命 (歳)	男性	78.4	78.8	79.4	79.6	KDB.No.1 地域全体の把握	
		女性	86.1	86.1	86.4	86.4		
	④ 健康寿命 (歳)	男性	64.4	64.8	65.2	65.2		
		女性	67.1	66.8	66.7	66.8		
	2	① 死亡の状況 (率)	標準化死亡率(男性)	105.9	106.3	104.6	100.0	KDB.No.1 地域全体の把握
標準化死亡率(女性)			109.8	104.8	100.7	100.0		
死因			がん	51.6	43.3	44.3	49.0	
			心臓病	20.3	29.7	29.2	26.4	
			脳疾患	21.9	18.7	17.9	15.9	
			糖尿病	1.6	2.2	1.9	1.9	
			腎不全	3.1	3.2	3.9	3.4	
	自殺	1.6	3.0	2.8	3.5			

玉川村は、人口7,203人に対して高齢化率が23.5%と、県や同規模平均に比べて高齢化率が低いことが分かる。しかし、75歳以上の後期高齢化率になると県と同じく、国より高い状況である。本村の平均寿命・健康寿命をみると男性・女性共に同規模平均と比べて大きな差はないが、その年齢差は14～19歳である。

高齢化が益々進む中で、保険者においては、社会保障費の抑制のためにも健康寿命の延伸が課題となる。

また、玉川村国民健康保険（以下「国保」という。）の状況では、国保被保険者数は1,790人（平成27年）で、加入率は24.9%である。

■介護の状況

(H27)

項目				玉川村	福島県	同規模	国	データ元
3	③	介護	1件当たり給付費	63,696	59,862	70,059	58,716	KDB.No.1 地域全体の把握
		給付費	(居宅サービス)	38,611	38,890	40,657	39,562	
		(円)	(施設サービス)	282,592	278,828	277,200	284,402	
	④	医療費等	要介護認	認定あり	8,665	7,472	8,448	
定別医療費			認定なし	4,035	3,697	4,196	3,886	

要介護	受給者区分	2号		1号						合計		
要介護 認定 状況	年齢	40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数	2,514人		713人		982人		1,695人		4,209人		
	認定者数	15人		26人		269人		295人		310人		
	認定率	0.6%		3.8%		27.4%		17.4%		7.4%		
	新規認定者数	0人		0人		3人		3人		3人		
	介護 度別 人数	要支援1・2	4	26.7	11	42.3	54	20.0	65	22.0	69	22.3
		要介護1・2	6	40.0	10	38.5	87	32.3	97	32.9	103	33.2
	要介護3～5	5	33.3	5	19.2	128	47.6	133	45.1	138	44.5	
要介護 突合 状況	脳血管疾患	26.2%										
	心疾患	68.0%										
	腎不全	2.2%										
	糖尿病	19.2%										
	高血圧症	64.3%										
	脂質異常症	20.8%										
	認知症	24.3%										
	筋・骨格疾患	48.0%										

本村の介護保険の認定率をみると、65歳以上の介護保険第1号被保険者は17.4%、40～64歳の介護保険第2号被保険者は0.6%である。介護認定者の有病状況では、主な疾患は生活習慣病で、特に心臓病68.0%、高血圧症64.3%と上位になっている。

介護認定者の医療費は、8,665円で認定なしの者の4,035円との差額は4,630円になる。本村の国保医療費は1人あたりの費用額39,560円で県・国より高く、また介護給付費も1件あたり63,696円で県・国より高い状況にある。

生活習慣病が重症化し介護を受けながら医療もかかることから、医療費・介護費の安定のためにも、国の方針である生活習慣病予防が重要になる。

介護認定率では、64歳以下が0.6%、65～74歳が3.8%、75歳以上では27.4%と年齢と共に上昇する。

第1号認定者は295人で、国保のレセプトを基にした有病状況をみると、心疾患とあるものが68.0%、高血圧症とあるものが64.3%という状況である。

介護保険第1号認定者、介護保険第2号認定者共に、高血圧症をはじめとする生活習慣病の重症化を予防することで、介護認定者を減らすことができると予測され、生活習慣病を予防することが重要となる。

■国民健康保険・医療費の状況

(H27)

項目		玉川村	福島県	同規模	国	データ元		
4	① 国保の 状況 (率)	被保険者数(人)	1,790	502,515	2,149	33,767,446	KDB.No.1 地域全体の把握	
		(65～74歳)	37.0	38.2	39.3	37.0		
		(40～64歳)	40.1	36.7	36.7	34.3		
		(39歳以下)	22.9	25.0	23.9	28.7		
		加入率	24.9	25.1	29.1	28.2		
	② 医療の 概況 (人口千対)	病院数	0.0	0.3	0.3	0.2	KDB.No.5 被保険者の状況	
		診療所数	2.2	2.8	2.1	2.8		
		病床数	0.0	52.0	28.3	44.8		
		医師数	1.1	7.3	3.0	8.4		
		外来患者数	652.6	694.0	654.9	667.5		
	入院患者数	20.7	19.2	22.4	18.2			
	③ 医療費の 状況 (率)	1人当たり医療費(円)		39,560	34,860	39,140	35,660	KDB.No.3
		受診率		673,346	713,208	677,262	685,692	健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
		外来	費用の割合	60.7	61.3	57.5	60.8	KDB.No.1
		入院	費用の割合	39.3	38.7	42.5	39.2	
		1件あたり在院日数		16.5	16.5	16.4	15.7	地域全体の把握
	④ 医療費分 析(生活習 慣病に占め る割合)	がん		21.7	22.8	22.3	24.1	KDB.No.3 健診・医療・介護 データから見る 地域の健康課題
		慢性腎不全(透析あり)		8.6	8.6	8.9	9.6	
		糖尿病		12.5	10.8	10.3	9.9	
		高血圧症		13.4	11.0	10.1	9.4	
精神		18.2	18.8	17.6	16.8			
筋・骨格		13.7	13.5	16.3	15.2			
⑤ 費用額(円) (1件あたり) (県内順位) 順位総数61	入院	糖尿病	522,128 (44)				KDB.No.3 健診・医療・介護 データから見る 地域の健康課題	
		高血圧	513,726 (54)					
		脂質異常症	608,386 (14)					
		脳血管疾患	708,854 (16)					

4	⑤	費用額 (円) (1件あたり) (県内順位) 順位総数 61	入院	心疾患	504,928 (58)				KDB.No.3 健診・医療・介護 データから見る 地域の健康課題			
				腎不全	630,581 (33)							
				精神	456,546 (20)							
				悪性新生物	673,133 (17)							
			外来	糖尿病	38,603 (27)							
				高血圧	30,880 (22)							
				脂質異常症	28,678 (20)							
				脳血管疾患	49,336 (7)							
				心疾患	38,096 (40)							
				腎不全	196,911 (38)							
				精神	35,372 (10)							
				悪性新生物	63,569 (8)							
			⑥	健診有無別 一人あたり	健診対象者	受診者	1,676	2,019		2,735	2,147	KDB.No.1 地域全体の把握
					一人あたり	未受診者	12,905	13,602		12,514	12,679	
生活習慣病対象 者一人あたり	受診者	4,347		5,217	7,584	6,153						
	未受診者	33,472		35,149	34,698	36,331						
⑦	健診 レセ 突合	受診勧奨者	53.2	54.8	57.0	36.7	KDB.No.1 地域全体の把握					
		(医療機関受診率)	48.3	50.3	51.8	52.4						
		(医療機関非受診率)	4.9	4.1	5.2	4.3						

国保被保険者の医療費の状況を見ると、高血圧症にかかる医療費が13.4%、糖尿病では12.5%とそれぞれ同規模平均と比べると高い状況である。このことから医療費を押し上げているのはやはり生活習慣病であることが分かる。

上記のことから、今後予想される高齢化による医療費の増大と、保険料を納める青壮年期の人口減少ならびに健康実態の危機的な状況を考慮すると、青壮年期から予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努め、健康寿命の延伸を図ることが重要と考える。

■特定健診の問診票の状況

(H27)

項目		玉川村	福島県	同規模	国	データ元	
6	①	服薬	高血圧	40.5	39.4	35.0	33.2
			糖尿病	9.2	8.4	8.1	7.2
			脂質異常症	21.8	24.9	21.8	22.9
	②	既往歴	脳卒中	2.7	2.5	3.1	3.3
			心臓病	6.5	4.4	5.5	5.6
			腎不全	0.1	0.2	1.0	0.5
			貧血	5.9	5.3	8.5	10.2
	③		喫煙	16.8	14.6	15.6	14.3
	④		週3回以上朝食を抜く	7.6	7.0	7.4	8.4
	⑤		週3回以上食後間食	6.4	9.9	12.8	11.9
	⑥	生活習慣 の状況 (率)	週3回以上就寝前夕食	23.8	16.1	16.5	15.6
	⑦		食べる速度が速い	23.7	26.0	26.9	25.9
	⑧		20歳から体重10kg以上増加	34.9	34.7	33.0	31.7
	⑨		1回30分以上運動習慣なし	71.6	62.4	66.0	58.8
⑩	1日1時間以上運動なし		68.8	59.4	48.3	46.5	
⑪	睡眠不足		28.8	24.9	23.3	24.6	
⑫	毎日飲酒		27.8	25.8	25.8	25.6	
⑬	時々飲酒		16.3	22.7	21.7	22.1	
⑭	一日量		1合未満	58.7	64.6	59.0	64.2
			1～2合	28.0	24.4	26.9	23.8
		2～3合	11.1	9.1	10.7	9.3	
		3合以上	2.3	1.9	3.4	2.7	

KDB.No.1
地域全体の把握

本村のメタボリックシンドローム該当者は、男女共に県、国、同規模町村と比較して高い状況にある。また、予備軍レベルの方々の有所見状況は、高血圧と高血圧＋高血糖が多きことが分かる。

問診状況については、高血圧治療中の方の割合が40.5%で県・国・同規模町村と比較して高く、また既往歴では心臓病が同様に高い。生活習慣では週3回以上就寝前に夕食を摂ることがあると答えた割合が23.8%とかなり高い。また1回30分以上の運動習慣が無いもの、1日1時間以上の運動習慣が無いものの割合も高く、生活悪習慣の受診者が多いことが分かった。生活習慣は健全な心身の基本であることから、正しい生活習慣の普及啓発が必要と思われる。

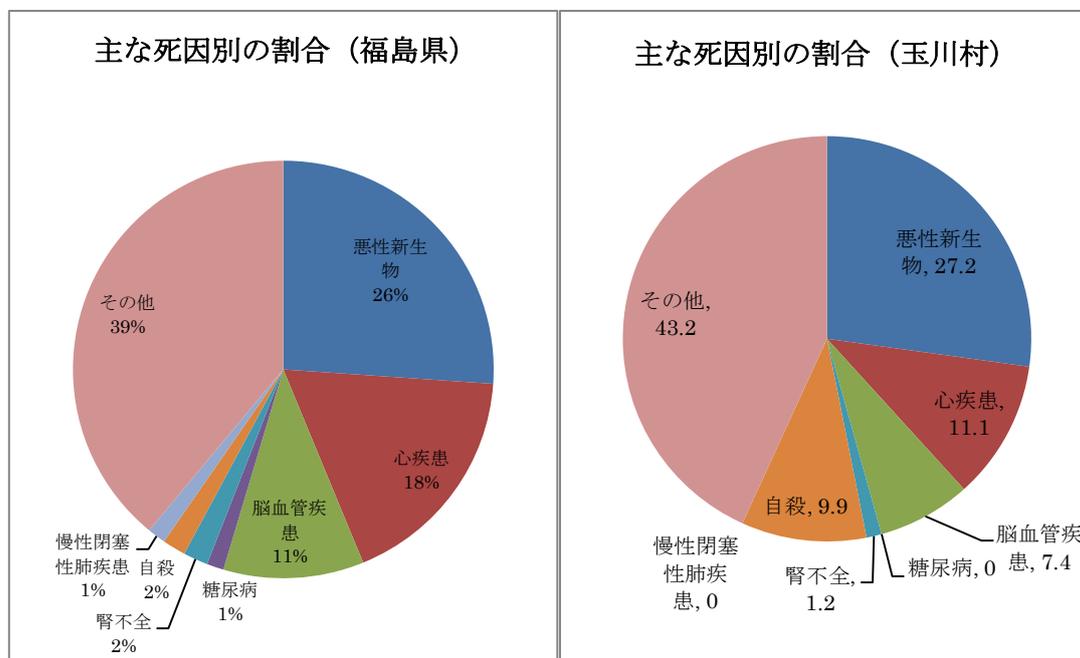
(2) 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握

保健事業実施指針で取り扱う対象疾病は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症及び慢性閉塞性肺疾患（COPD）、がんの5つです。特に、心臓、脳、腎臓、肺の臓器を守ることが中・長期的な目標であり、そのためには、まず健康・医療情報を分析する必要があります。

今回、新しく追加された慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、「たばこ病」とも呼ばれているように、主に喫煙が原因で起こる「肺の生活習慣病」です。

死因別の死亡統計をみると、悪性新生物と自殺の割合が高いことがわかります。（表2）

(表2)



※平成 27 年度

本計画では、本村の健康・医療情報を分析するために、KDB等以下の帳票から情報を把握します。

- ① 高額になる疾患様式1-1（帳票No.10）
 - ② 長期入院様式2-1（帳票No.11）
 - ③ 人工透析患者様式2-2（帳票No.12）
 - ④ 生活習慣病レセプト様式3-1～3-7（帳票No.13～19）
 - ⑤ 要介護認定状況（帳票No.47）
 - ⑥ 健診有所見状況様式6-2～6-7（帳票No.23）
 - ⑦ メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握様式6-8（帳票No.24）
 - ⑧ その他関係部署の保健師・栄養士が日頃の保健活動から把握している情報
- * KDBの帳票は平成27年度累計

① 医療（レセプト）の状況等（表3）

1か月100万円以上の高額レセプトは66件ありました。66件のうち脳血管疾患が11件、費用額は1,656万円と全体の17.3%を占めています。また虚血性心疾患は2件で、費用額は365万円と全体の3.8%となっています。

6か月以上の長期入院レセプトは、精神疾患で5割を占めています。長期療養する疾患である人工透析患者は7人でそのうちの8.5割に当たる6人が糖尿病性腎症が原因疾患であり、それぞれの費用額は、全体では320万円、うち糖尿病性腎症は280万円となっています。

新規人工透析導入を減少させるために、治療継続はもちろん栄養士による栄養指導が重要になると考えます。

厚労省様式	対象レセプト（H27年度）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式 1-1	高額になる疾患 （100万円以上レセプト）	人数	66人	11人	2人	12人	36人
				16.7%	3.0%	18.2%	54.5%
		年 代 別	40歳未満	0	0	0	2
			40代	0	0	1	3
			50代	7	0	3	7
			60代	3	0	5	18
			70～74	1	2	3	6
		費用額	9,597万円	1,656万円	365万円	1,955万円	5,610万円
	17.3%		3.8%	20.5%	58.5%		

*最大医療資源傷病名（主病）で計上

厚労省様式	対象レセプト (H27.5)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式 2-1	長期入院 (6か月以 上の入院)	人数	10人	4人	0人	0人
				40.0%	0%	0%
	費用額		389万円	165万円	0円	0円
				42.4%	0%	0%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式 3-7	人工透 析患者	H27.5 診療分	人数	7人	6人	3人	1人

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患については、糖尿病性腎症の再掲である。

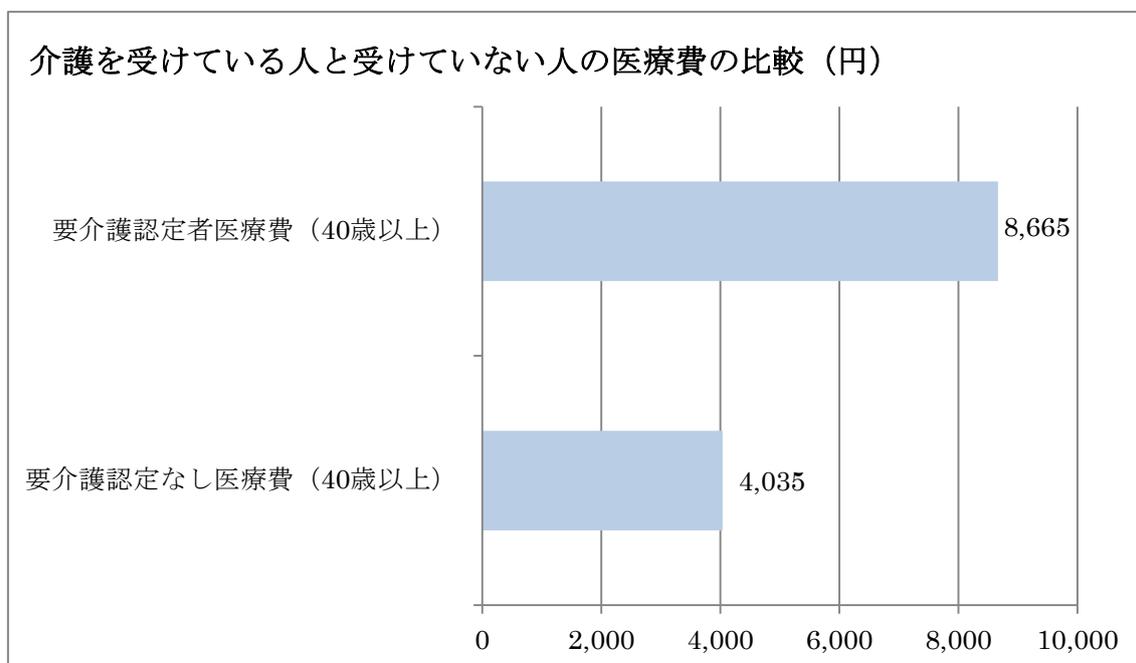
厚労省様式	対象レセプト (H27.5)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3	生活習慣病 の治療者数 構成割合	1,790人	54人	96人	9人	
			7.3%	12.9%	1.2%	
		基礎 疾患 の重 なり	高血圧 症	48人	80人	8人
				10.2%	17.0%	1.7%
			糖尿病	20人	33人	9人
			10.5%	17.3%	4.7%	
		脂質 異常症		33人	54人	4人
				10.7%	17.6%	1.3%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
470人	191人	307人	78人			
63.3%	25.7%	41.4%	10.5%			

(表4) 介護の分析

(H27)

要介護	受給者区分	2号		1号						合計		
要介護 認定 状況	年齢	40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数	2,514人		713人		982人		1,695人		4,209人		
	認定者数	15人		26人		269人		297人		310人		
	認定率	0.6%		3.8%		24.7%		17.2%		17.5%		
	新規認定者数	0人		0人		3人		3人		3人		
	介護 度別 人数	要支援1・2	4	26.7	11	42.3	54	20.0	65	21.9	69	22.3
		要介護1・2	6	40.0	10	38.5	87	32.3	97	32.7	103	33.2
		要介護3～5	5	33.3	5	19.2	128	47.6	133	44.8	138	44.5
	要介護 突合 状況	脳血管疾患	26.2%									
		心疾患	68.0%									
腎不全		2.2%										
糖尿病		19.2%										
高血圧症		63.4%										
脂質異常症		20.8%										
認知症		24.3%										
筋・骨格疾患		48.0%										

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 (円)



② 介護の状況等（表4）

介護認定率では、64歳以下が0.6%、65～74歳が3.9%、75歳以上では26.9%と年齢と共に上昇します。

40歳～64歳の介護保険第2号被保険者の認定率は同規模平均と比較すると0.6%と高い状況です。

第1号認定者は297人で、国保のレセプトを基にした有病状況をみると、心疾患とあるものが64.8%、高血圧症とあるものが60.5%、脳血管疾患とあるものが24.2%という状況です。

介護保険第1号認定者、介護保険第2号認定者共に、高血圧症をはじめとする生活習慣病の重症化を予防することで、介護認定者を減らすことができると予測され、生活習慣病を予防することが重要となります。

③ 健診の状況等

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなります。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、高中性脂肪血症、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち、3個以上合併した場合の危険率は正常の30倍以上にも達するとされており、内臓脂肪の蓄積は、リスクファクターの悪化や直接心血管疾患の発症につながります。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の有所見者の重複状況（表5）をみると、全ての項目において同規模平均と比較して高い状況にあります。

また、メタボリックシンドローム該当者・予備群の有所見状況をみると、メタボリックシンドローム該当者は、男性は29.8%であり、有所見の重複項目は「血圧+脂質」が7.9%、「3項目すべて」が5.8%の順になっています。女性のメタボリックシンドローム該当者は11.5%で、全国や同規模平均より高い状況です。

健診の有所見状況では、男性・女性共に「BMI、腹囲、HbA1c」の有所見者割合が全国平均より高いことが分かります。性別・年代別にみると、40～64歳の男性では、有所見者割合は「BMI、腹囲、GPT、HbA1c、拡張期血圧、尿酸、LDL-C」の項目において高く、若い頃からの血管変化、動脈硬化の進行が懸念されます。

上記の結果より、本町の糖尿病等の生活習慣病の背景はメタボリックシンドロームにあると考えられるため、まずは健診を受診するよう勧奨し、その結果から生活習慣病の発症予防に取り組むことを最優先課題とします。

(表5) メタボリックシンドローム該当者・予備軍の有所見の重複状況

(H27)

		割 合				
		玉川村	県	同規模平均	全国	
メタボ	該当者	21.1	19.3	17.5	16.7	
	男性	29.8	29.4	26.1	26.6	
	女性	11.5	11.4	10.0	9.2	
	予備軍	12.6	12.2	11.4	10.7	
	男性	17.6	18.6	17.2	17.1	
	女性	7.2	7.3	6.5	5.8	
メタボ 該 当 ・ 予備軍 レベル	腹 囲	総数	37.6	35.0	32.7	30.7
		男性	52.0	52.8	48.8	49.1
		女性	21.8	21.0	18.6	17.0
	BMI	総数	6.4	5.7	6.1	4.7
		男性	1.7	1.8	2.2	1.8
		女性	11.5	8.7	9.4	7.0
	血糖のみ		0.9	0.8	0.7	0.6
	血圧のみ		9.8	8.8	8.0	7.4
	脂質のみ		1.9	2.7	2.7	2.6
	血糖・血圧		6.4	3.3	3.1	2.6
	血糖・脂質		1.0	0.9	1.0	0.9
	血圧・脂質		7.9	9.6	8.2	8.2
血糖・血圧・脂質		5.8	5.5	5.3	5.0	

(表6)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査受診率	51.1%	50.2%	52.4%
特定保健指導実施率	46.8%	36.4%	55.2%

(3) 健康課題の把握～分析結果から見えてきた村の健康課題～

- 国保被保険者の医療費の状況から、高血圧、糖尿病にかかる医療費が高い。
- 死因別の死亡統計をみると、悪性新生物、心疾患の割合が高い。
- 健診結果からメタボ割合が男女ともに高い。
- 生活習慣の状況から、メタボに関連するほとんどの因子で該当する者が多く、メタボ該当者・予備軍の減少のためにも生活習慣改善のための保健指導が重要になってくる。

(4) これまでの取り組み

本村においては、これまで内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導に取り組み、特定保健指導受診率は県平均を上回り、特定保健指導の実施率も伸びてきている。

個人の健康課題の解決のために予防に重点をおき、一人でも多くの方へ保健指導をすることで課題解決に努めてきた。

しかし医療費をみると、虚血性心疾患や脳血管疾患など生活習慣関連の疾患の割合が高く、十分な効果が挙げられていない実態も明らかになった。

ここからは、まず重症化予防対象者を明確にし、血管変化まで起こしているにもかかわらず、治療を受けていない方に治療の必要性を理解してもらい治療につなげること、治療中でも受診の中断がないかの確認が必要となる。

例えば人工透析導入を1年遅らせることで年間1人500万円に医療費の適正化に寄与することができるが、そのことは被保険者の立場に立っても保険者本来の役割でもある。

(5) 目標の設定

○短期的目標（平成29年度）

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本高血圧学会の「高血圧治療ガイドライン」のⅡ・Ⅲ度高血圧の人数を減少させ、正常血圧の人数を増やすこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけ、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の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取り組みも行う。

また、医療機関へ受診していても解決しない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病がある。これらの疾患は、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健

指導を実施することにより、生活習慣病の発生予防・重症化予防につなげることが重要であるため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の維持・向上にも努めることも短期的な目標とする。

3. 保健事業の実施

具体的な保健事業計画については、第2章の各論で定めることとし、その際は「目的」「目標」「対象者」「保健事業内容」「実施方法」「実施者」「実施期間」等を記載する。

4. その他の保健事業

(1) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

WHO（世界保健機関）は COPD を「予防でき、治療できる病気」と位置付け、啓発運動を進めることを提言している。日本では平成 24 年（2012 年）、COPD は「健康日本 21（第 2 次）」の中で、今後、取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられた。

生活習慣病対策として発症予防と重症化予防の推進を図るため「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン 第 4 版」（日本呼吸器学会 2013 年 4 月発行）に基づき保健事業の実施計画（データヘルス計画）を検討、作成する。

① 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の定義と包括的疾患概念

タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である。呼吸機能検査で正常に復することのない気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり、通常は進行性である。臨床的には徐々に生じる労作性の呼吸困難や慢性の咳、痰を特徴とするが、これらの症状に乏しいこともある。

「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第 4 版」（日本呼吸器学会）P5（2013 年 4 月発行）より

② 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の現状

厚生労働省の患者調査では、平成 11 年に 21 万人だったが、平成 20 年に 17 万人という集計上は減少している。しかし、国が 2011 年に行ったアンケートでは、COPD という病気について知っていると回答した人は 7.1%と COPD の認知度が極めて低く、また COPD の症状である咳と痰は加齢や風邪によるものとして見過ごされていることが多いことが理由として挙げられている。

COPD の診断が遅れ、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ていく人もいる。酸素療法が必要な段階まで悪化して外出が不自由となり、支える家族の負担も

大きい。

タバコ煙は COPD の最大の危険因子で、COPD 患者の約 90%に喫煙歴がある。禁煙の推進によって COPD の発症や進行を未然に防ぐことが可能であるため、喫煙者への働きかけが重要である。

③ 健康・医療情報を活用した被保険者の健康課題の分析・評価

1) 生活習慣の状況より

特定健診受診者の喫煙率を同規模と比較

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
玉川村	16.7	19.0	16.8
県	14.8	14.8	14.6
同規模	15.6	15.5	15.6
国	14.1	14.2	14.3

2) 医療機関への受診状況・医療費の状況

KDB システム 疾病別医療費分析より 被保険者千人当たりレセプト件数（入院）

	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	肺気腫	間質性肺炎	気管支喘息
玉川村	0.137	0.000	0.137	0.000
県	0.033	0.036	0.052	0.076
同規模	0.054	0.043	0.052	0.112
国	0.039	0.036	0.056	0.081

KDB システム 疾病別医療費分析（最小（82）分類）H27 年度累計

④ COPD 予防事業の実施

個々の被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みを支援する保健事業の基本的な考え方を踏まえ保健事業を実施する。

現在実施している特定健診や若年者の健診の中で、喫煙状況をはじめとする「生活習慣」「咳や痰」「息切れ」といった健康状態に関する情報の把握を行うとともに、喫煙者を対象とした COPD の啓発や、禁煙希望者への禁煙外来等医療機関や身近な薬局での禁煙指導の紹介を行っていく。また、村で実施している肺がん検診においても啓発を実施していく。さらに妊娠期から母子保健事業においても喫煙妊婦を把握し、禁煙の働きかけをすすめる。

(2) こどもの生活習慣病

従来、成人病と呼ばれていた虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等は食生活や生活リズム、身体活動等の生活習慣が大きく関与することから、現在は生活習慣病と呼ばれるようになりました。これらの疾患は遺伝的な要因もあるため、早期発見・早期治療は欠かせませんが、まずは発症を予防することが重要であり、そのためには生活習慣の改善が不可欠である。

食においては、エネルギーの過剰摂取、糖質摂取の増加によるバランスの悪さや野菜離れ・嫌いなどによる野菜の摂取不足の問題が浮かび上がっている。

また、携帯電話・スマートフォンの普及、ゲームやインターネット中心の遊びは、夜更かし等の生活リズムの乱れと外遊びの機会を減らし、運動不足や身体活動の減少を引き起こす一因となる。

乳幼児期から好ましい生活習慣が身につくように、保護者や社会全体で関わりを持つ必要がある。食においては成長発達に合わせた食品選び、消化吸収のリズム作り、味覚が完成するまでに野菜の味に慣れさせていくことが大切であることから、離乳食の進め方はとても重要になる。

さらに、生活リズムを整える脳の機能が完成するまでに、早寝早起きを定着させること、全身の運動機能がバランス良く発達するように身体を動かす体験を重ねていくことが生活習慣・運動習慣確立のためには必要である。

そこで、子どもの成長発達の原理を理解し、生活環境を整えていくことができるよう、乳幼児健診等で保護者が学習する機会を設け、健やかな子どもの成長発達と生活習慣病の発症予防へつなげていく。

(3) 重複受診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。

(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）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。

5. 計画の評価方法

本計画の評価はKDBを活用し行うこととする。

また、データについては経年変化、国・県・同規模保険者との比較を行い評価する。

6. 計画の見直し

計画の見直しは、平成 29 年度末に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行う。

国保データベース（KDB）システムに毎月健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は保健指導にかかわる保健師・栄養士等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特にただちに取り組むべき課題の解決として重症化予防事業の事業実施等は毎年取りまとめ、国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

7. 計画の公表・周知

策定した計画は、村の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するため報告書を作成する。

8. 事業運営上の留意事項

国保部門の保健師と衛生部門の保健師・栄養士、及び介護部門の保健師は常に連携し相互協力をしている。今後は連携を強化し、共通認識を持って課題解決に取り組むものとする。

9. 個人情報の保護

玉川村における個人情報の取り扱いは、玉川村個人情報保護条例によるものとする。

10. その他計画策定にあたっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者（国保、衛生、介護部門）が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとする。

第1章 各論

虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病（CKD）の予防のための保健事業計画

虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病の予防のためには血管の動脈硬化の予防が不可欠である。その血管の動脈硬化は多様な危険因子の重なりによって引き起こされる。その主たる危険因子としては肥満・高血圧・高血糖・脂質異常、喫煙等が挙げられる。その危険因子の管理を包括的に行うことで発症予防・重症化予防が期待できる。そこで平成20年度から特定健康診査が始まり、メタボリックシンドロームに着目した健診が開始され現在に至っている。

平成29年度からこのデータヘルス計画に基づき、PDCAサイクルを活用し虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病を予防するための保健事業を実施していくこととする。この保健事業はKDBシステムを活用し、実施、評価、見直しをしていくものである。

1. ポピュレーションアプローチ

①健診の普及啓発事業

目的	特定健診の受診率は高い状況にある。 受診率や向上させることにより生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。また、健診結果から自分の身体の状況（血管の状況）が分かり生活習慣を見直すことができるようにする。
対象者	村民及び特定健診対象者
実施期間	年間を通じて実施
実施体制	保健師及び栄養士が実施
実施方法	・健診に関する情報を広報に掲載 ・国保だよりで医療費の動向等を周知
評価方法及び指標	・健診受診率 56%

②健診結果個別指導事業

目的	特定健康診査の受診率は高い状況にある。しかし、結果は郵送しており受診勧奨値であっても未受診者がおり、経年的に悪化している状況もあった。個々に重点を置き、健診結果から自分の身体の状況（血管の状況）が分かり生活習慣を見直すことができるようにする。
対象者	・特定健診受診者（特に40～64歳までを重点的に） ・重症化予防の者から順番に実施する。
実施期間	・健診結果が分かり次第実施。
実施体制	・保健師及び栄養士で実施。

実施方法	健診結果について、重症化予防対象者に対しては個別に結果説明を行う。 その他の者（発症予防）に対しては申し込みのあった順に対応する。
評価方法及び指標	① 特定健康診査受診率 56% ⇒健診結果確定後に評価（平成29年10月） ② 個別指導実施率 50% ⇒40歳～70歳までの受診者へ健診結果個別指導

③特定健診未受診者対策事業

目的	特定健診の受診率は高い状況にある。しかし、働き盛り（壮年期）の受診率は低い。その年代の治療なし・健診受診なしの人も多く健康状態の状況が把握できず重症化の実態もわからない。働き盛りの年代の受診率を向上させ、健康状態の把握を行い早期からの疾病予防・重症化予防につながる保健指導を実施する。
対象者	・特定健診未受診者 ・特に40歳～64歳までの未受診者を重点的に行う。
実施期間	健診申込時、集団健診前、人間ドック申込時に実施。
実施体制	保健師及び栄養士で実施。
実施方法	・集団健診（夏・冬）、施設健診（秋～冬）、人間ドック（春～冬）等複数回の受診機会を設定する。また、集団健診には休日の健診日を設定する。 ・今年度未受診者のうち前年度受診者には受診勧奨をする。 ・医療機関で検査を実施している者については必要項目及び問診について聞き、結果について指導に活かす。
評価方法及び指標	① 特定健康診査受診率 56% ⇒健診結果確定後に評価 ② 40歳～64歳健康診査受診率 56% ⇒健診結果確定後に評価 ③ 未受診者に対する個別勧奨 未受診者の40%

④若年者健診受診者数の向上・保健指導事業

目的	19歳～39歳までの若年者健診を実施しているが受診者は少数である。事業主健診等もあり健診の実際の受診状況は把握できていない。しかし、受診の機会のないものに対しては健康状態を把握し生活習慣の改善ができるよう保健指導を実施する。
対象者	健診：19歳～39歳までで事業主健診等の受診機会のないもの。 保健指導：希望者全員。特に健診受診者で有所見の者は優先的に実施する。

実施期間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報により健診の申込時、健診前に周知する。 ・ 受診勧奨・保健指導を母子保健事業（乳幼児健診・健康相談）の開催時に実施する。
実施体制	保健師及び栄養士
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診と同様の健診内容及び受診日の設定。 ・ 広報や母子の健診等で受診機会のない対象者に対して健診の受診勧奨を行う。
評価方法及び指標	<ul style="list-style-type: none"> ① 平成 28 年度と比較して受診者の増加 ② 希望者への保健指導実施率 60%

2. 重症化予防事業

目 的	<p>(1) 特定健康診査受診勧奨対象者保健指導事業 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の予防には、血圧・血糖・脂質の管理、改善が重要になる。その項目の高値の状態は動脈硬化を進める。特に受診勧奨値になるような状態については医療機関の受診を促すと同時に保健指導を実施し改善を図る。</p> <p>(2) 治療中のコントロール不良対象者保健指導事業 治療中であってもコントロール不良の者は、動脈硬化を伸展させ重症化になる。特に動脈硬化の危険因子である血圧・血糖・脂質については、服薬の管理と同時に生活習慣の改善は必須である。服薬の状況の確認を含め保健指導を実施し重症化の予防を図る。</p> <p>(3) 高血圧症・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム・慢性腎臓病（CKD）の予防 虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病には動脈硬化が大きく関与している。いわゆる心臓・脳・腎臓の血管を守ることが重要である。そのためには動脈硬化の危険因子である血圧・血糖・脂質・メタボリックシンドロームの改善を図る必要がある。</p>
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> ①高血圧 <ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧治療中であってもⅡ度・Ⅲ度の者 ・ 特に心電図・尿検査・眼底検査で有所見の者は重点的に行う。 ②高血糖 <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病治療中であっても HbA1c7.0 以上の者（コントロール不良の者） ・ 特に心電図・尿検査・眼底検査で有所見の者は重点的に行う（重症化予防） ③脂質異常 <ul style="list-style-type: none"> ・ 脂質異常治療中であっても LDL コレステロール 160 以上の者（コント

	<p>ロール不良の者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に心電図・尿検査・眼底検査で有所見の者は重点的に行う（重症化予防） <p>④メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者であって3項目（血圧・血糖・脂質）すべて該当になった者 <p>⑤慢性腎臓病（CKD）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・蛋白尿、腎機能（GFR）による分類での評価（重症度分類）によって中等度以上低下となる治療なし・治療中の者
実施期間	健診結果が分かり次第開始し年度末までに実施する。
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師及び栄養士で実施 ・重症化予防の対象者及び腎機能低下の見られる者については、専門的な技術支援を受けながら実施。
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者を明確にし、KDB システムを活用し治療状況等を把握したうえで個別訪問を実施する。 ・受診勧奨の対象者に関しては受診の状況の把握と合わせて保健指導を実施。 ・治療中であってもコントロール不良の者に対しては服薬の状況と合わせて保健指導を実施。
評価方法及び指標	<p>毎年評価を実施。健診結果が確定した後に評価</p> <p>①事業の評価</p> <p>健診受診勧奨値対象者の医療受診率を増やす。 保健指導実施率を 50%にする。</p> <p>②事業の評価</p> <p>保健指導実施率を 50%にする。</p> <p>③事業については各検査項目で評価する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧 高血圧治療中の者のⅢ度以上を 0 にする。 ・糖尿病 糖尿病治療中の者の HbA1c8.0 以上の者を 0 にする。 ・LDL コレステロール 脂質異常症の治療中の者の 160 以上の者を 0 にする。 ・メタボリックシンドローム該当者で 3 項目すべて該当になった者の減少。特にメタボ 3 項目該当が多い壮年期で減らす。