

京丹波町国民健康保険
第2期データヘルス計画・
第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月
京丹波町

目次

第1章	計画の策定にあたって	1
1.	計画策定の背景と目的	1
2.	計画の位置づけ	1
3.	計画の期間	2
第2章	第2期データヘルス計画	3
1.	実施体制・関係者連携	3
2.	京丹波町の特性	3
3.	前期計画に係る考察	5
4.	特定健康診査の状況	13
5.	医療費の状況	22
6.	介護保険認定状況	27
7.	健康課題と目標の設定	28
8.	個別の保健事業計画	31
9.	データヘルス計画の評価及び見直し	35
10.	事業運営上の留意事項	35
第3章	第3期特定健康診査等実施計画	36
1.	目標値の設定	36
2.	特定健康診査の実施	36
3.	特定保健指導の実施	38
4.	実施スケジュール	40
5.	結果の通知と保存	40
6.	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	41
7.	その他	41
第4章	計画の公表と周知	42
第5章	個人情報の保護	42
	【参考資料】用語説明	43

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の背景と目的

平成20年度から高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づき、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導の実施が医療保険者に義務付けられたことにより、京丹波町国民健康保険においても、平成20年3月に「特定健康診査等実施計画」を、平成25年3月には「第2期特定健康診査等実施計画」（以下「実施計画」という。）を策定し、生活習慣病予防及び重症化予防を目的として特定健康診査や特定保健指導をはじめとする保健事業に取り組んできました。

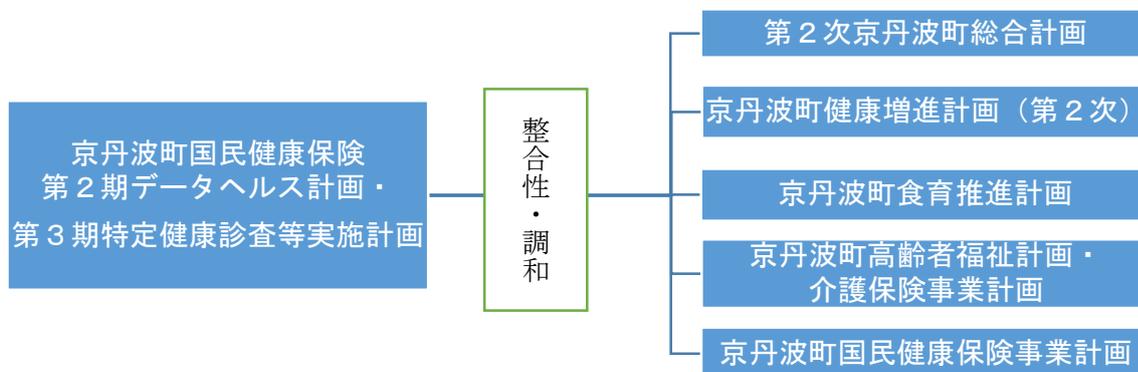
また、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）を踏まえ、国民健康保険法第82条第4項に基づき厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成16年厚生労働省告示307号）の一部改正により、特定健康診査の実施結果や診療報酬明細書（レセプト）のデータ等を分析し、健康・医療情報を活用した効果的かつ効率的な保健事業を図るための実施計画である京丹波町国民健康保険データヘルス計画を平成27年6月に策定し、実施計画との連携を図りながら、事業を実施してきたところです。

本計画は、実施計画とデータヘルス計画の実施結果等を踏まえ、計画の見直しを行い、被保険者の健康増進及びメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病の予防、また、健康・医療情報を活用し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ため、新たに一体的な計画として「京丹波町国民健康保険第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画」を策定するものです。

2. 計画の位置づけ

国の計画である健康日本21（第二次）に基づき、本計画は京丹波町国民健康保険データヘルス計画と特定健康診査等実施計画を一体的に作成し、総合的に取り組む計画とします。

また、計画の推進にあたっては、「京丹波町総合計画」に示された基本方針を踏まえるとともに、「京丹波町健康増進計画（第2次）」、「京丹波町食育推進計画」、「京丹波町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」「京丹波町国民健康保険事業計画（単年度）」との調和を図りながら推進していくこととします。



3. 計画の期間

国において、特定診査等実施計画が第3期より6年を一期として策定することとなったことから、整合性を図るため、京丹波町国民健康保険第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画についても、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

第2章 第2期データヘルス計画

1. 実施体制・関係者連携

データヘルス計画に掲げる各種保健事業は、町国保部門が主体となって実施していくものですが、関係部署である町衛生部門のほか、町内医療機関と連携して実施します。また、計画の策定、見直しには、京都府国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の助言等を有効に活用し、効果的かつ効率的に実施します。

2. 京丹波町の特徴

(1) 概況

京丹波町は、京都府のほぼ中央部にあたる丹波高原の由良川水系上流部に位置しています。面積は303.07平方キロメートルであり、約83%を森林が占め、この間を縫って耕地が広がり、集落が点在しています。古くから、都と丹後・山陰地方を結ぶ交通の要衝として栄え、大都市圏から一時間台で移動することができるなど、比較的交通環境に恵まれた地域です。また従来から健診に力を入れてきたこともあり、健康意識が比較的高く、食生活改善、生きがい活動等が積極的に展開されています。

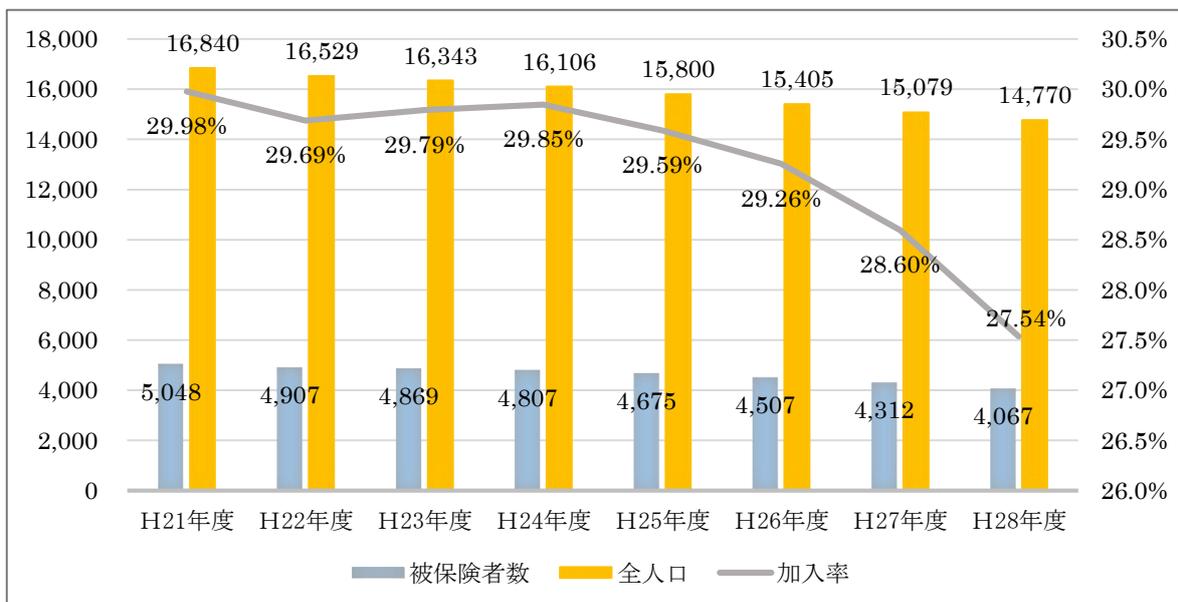
(2) 人口及び京丹波町国民健康保険加入率

京丹波町の人口は平成28年度末現在14,770人、高齢化率(65歳以上)は高く、40.36%になっています。

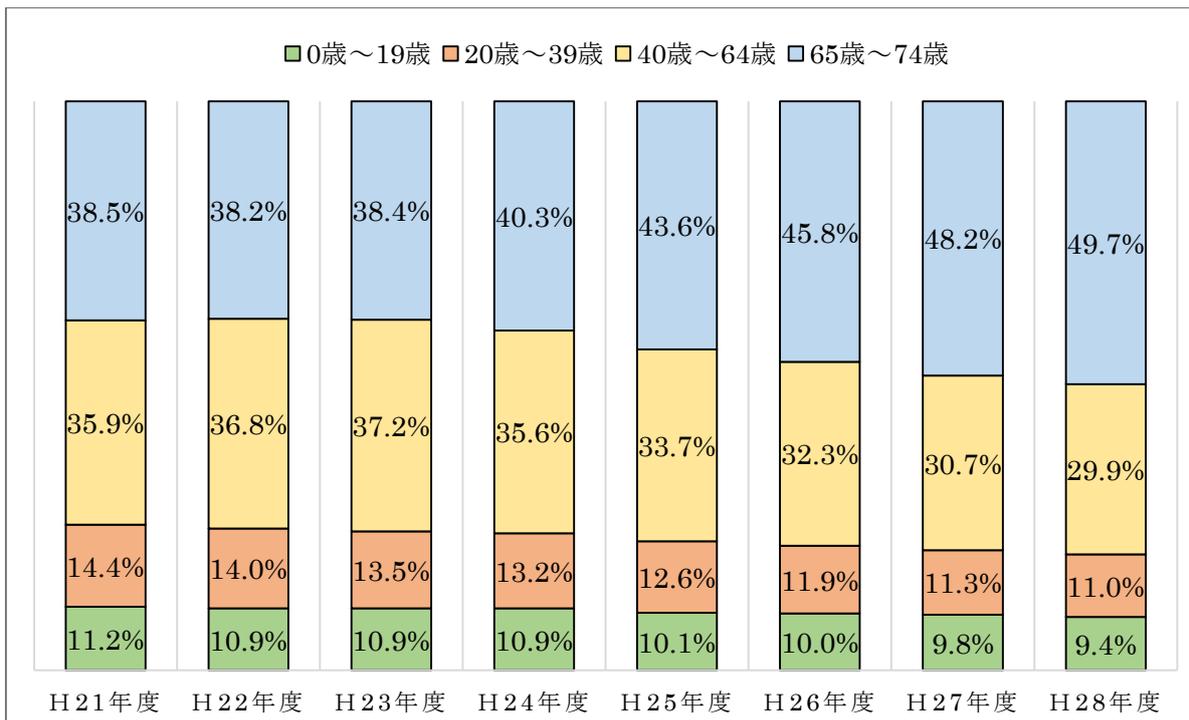
国民健康保険の被保険者数は、後期高齢者医療制度に移行する方の増加などにより年々減少しています。加入率については、全人口も減少していることにより、毎年30%程度で推移していましたが、ここ数年は減少傾向となり、平成28年度末では27.54%となっています。

加入率を年齢別に見ると、65歳から74歳の加入割合が一番高くなっており、平成28年度の被保険者全体に占める加入割合は49.7%となり、一段と高齢の方の加入割合が増えている状況です。

図表1 被保険者数と人口の推移



図表2 被保険者の年齢構成の推移



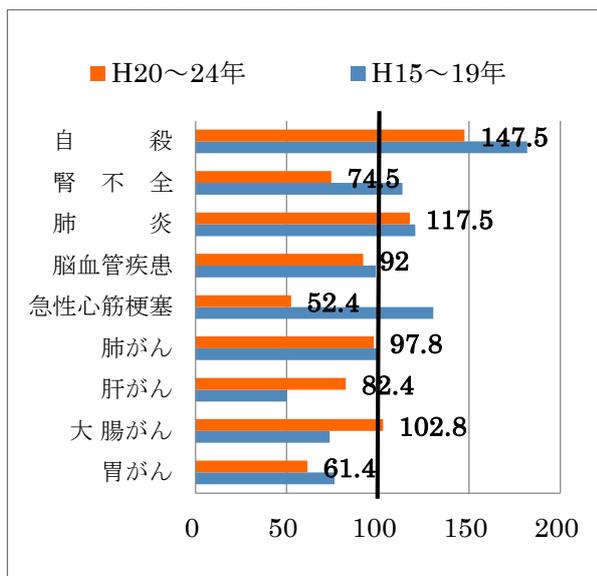
資料：京丹波町国民健康保険の現状について

(3) 標準化死亡比 (SMR) の推移

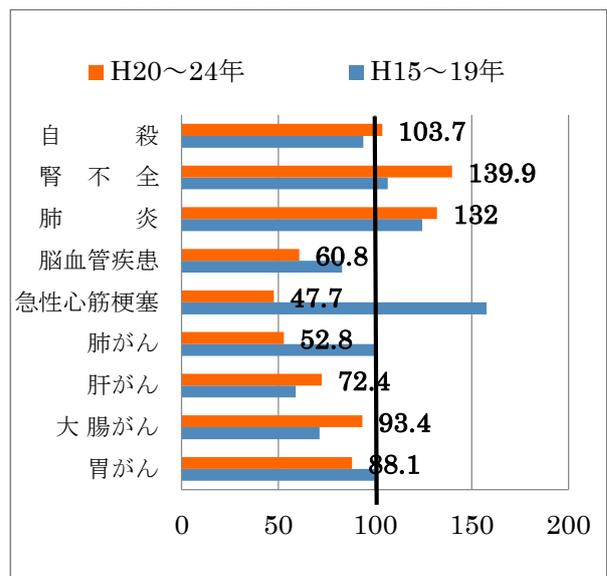
男性は大腸がん、肺炎、自殺が高い状況がみられます。また、女性に比べ肺がん、脳血管疾患が高い状況がみられます。女性は腎不全、肺炎、自殺が高い状況がみられます。また、男性に比べ胃がんが高い状況もみられます。

標準化死亡比 (SMR) …年齢構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。100 を平均とする。

図表3 標準化死亡比 (男性)



図表4 標準化死亡比 (女性)



資料：京都府南丹保健所

3. 前期計画に係る考察

(1) 特定健康診査・特定保健指導（第2期特定健康診査等実施計画の評価）

①京丹波町の特定健康診査・特定保健指導の実施結果・目標値の達成状況

特定健康診査の受診率は、京都府内でも高い受診率を維持していますが、平成25年度以降50%前半から受診率が伸びておらず、特定保健指導の実施率は、目標値に対し低迷しています。

【京丹波町の特定健康診査・特定保健指導の実施結果・目標値の達成状況】

		平成24年度	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	特定健康診査実施率	65%	55%	57%	58%	59%	60%	
	特定保健指導実施率	45%	35%	40%	45%	50%	60%	
	内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率	10%	21%	22%	23%	24%	25%	
実績値	特定健康診査実施率	55.3%	52.8%	53.4%	53.0%	52.9%	-	
	特定保健指導実施率	20.4%	20.9%	17.8%	16.7%	11.7%	-	
	支援別	動機付け支援	27.3%	24.2%	18.2%	15.9%	10.9%	-
		積極的支援	6.5%	13.6%	16.7%	19.0%	14.3%	-
	内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率	22.2%	33.1%	24.8%	25.2%	20.4%	-	
	特定保健指導対象者の減少率	17.2%	24.5%	22.6%	16.9%	16.0%	-	
対象被保険者数		3,345人	3,325人	3,290人	3,182人	3,019人	-	
特定健康診査受診者数		1,849人	1,755人	1,758人	1,686人	1,597人	-	
特定保健指導対象者数		275人	215人	197人	215人	205人	-	
動機付け支援対象者数		183人	149人	143人	157人	156人	-	
積極的支援対象者数		92人	66人	54人	58人	49人	-	
特定保健指導実施者数		56人	45人	35人	36人	24人	-	
動機付け支援実施者数		50人	36人	26人	25人	17人	-	
積極的支援実施者数		6人	9人	9人	11人	7人	-	
者数 健診 形態 別 受診	集団健診	1,553人	1,443人	1,520人	1,439人	1,376人	-	
	個別健診	45人	63人	17人	30人	16人	-	
	人間ドック	218人	227人	219人	215人	204人	-	
	職場健診等	33人	22人	2人	2人	1人	-	

資料:法定報告

※平成29年度の法定報告値は、平成30年10月に確定予定

※平成24年度から個別健診を町立医療機関において実施（10月～12月）

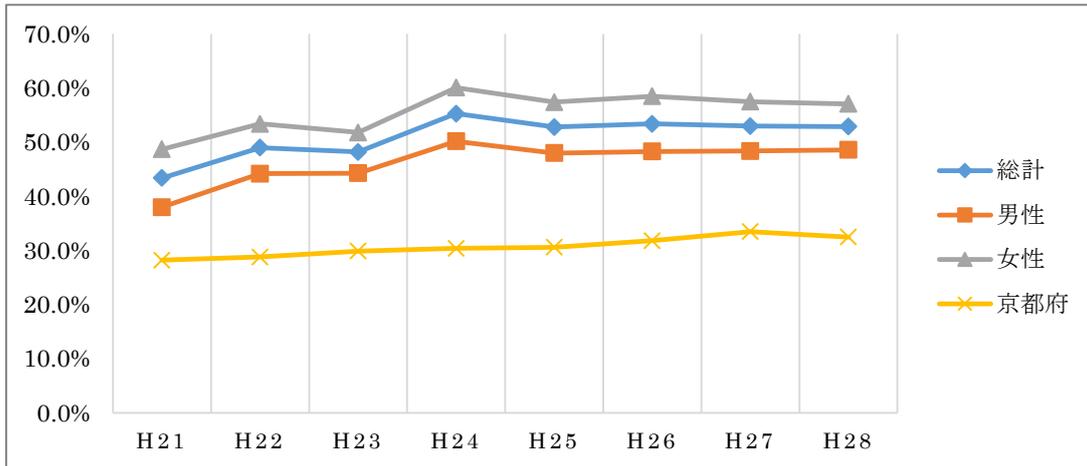
※平成24年度の特定健康診査等の目標値については第1期特定健康診査等実施計画において示されている目標値。平成25年度から平成29年度については、第2期の同計画において示されている目標値。

②特定健康診査受診率と受診率向上のための環境整備

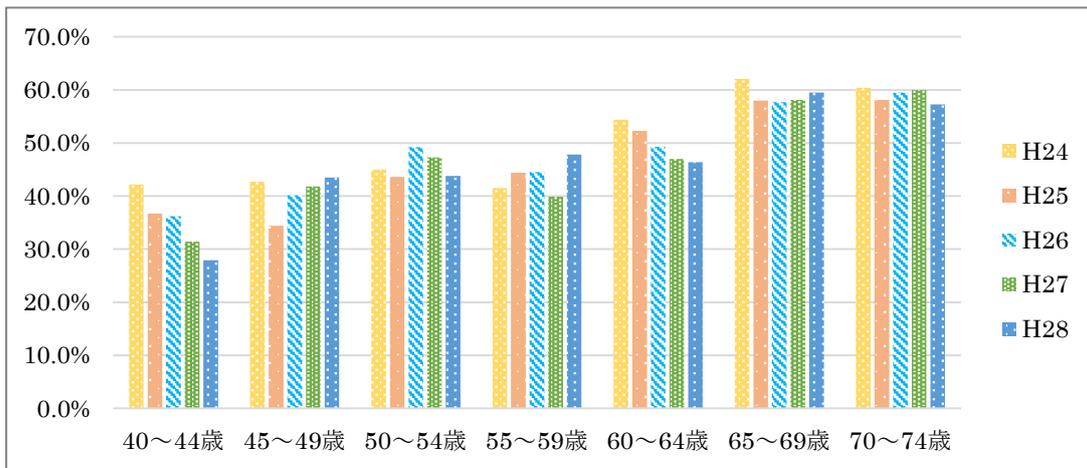
京都府平均受診率より受診率は高く、特に女性の受診率は、平成 28 年度では 57.1%と受診意識が高いことがうかがえます。年齢階層別に見ると 40 歳～44 歳の受診率の減少が顕著で 40 歳～64 歳までは受診率が 50%に満たない状況です。

平成 21 年度から日曜健診を実施して以降、受診者数は年々増加傾向であり、働き盛りの世代の受診率向上のためにも今後も引き続き実施していきます。

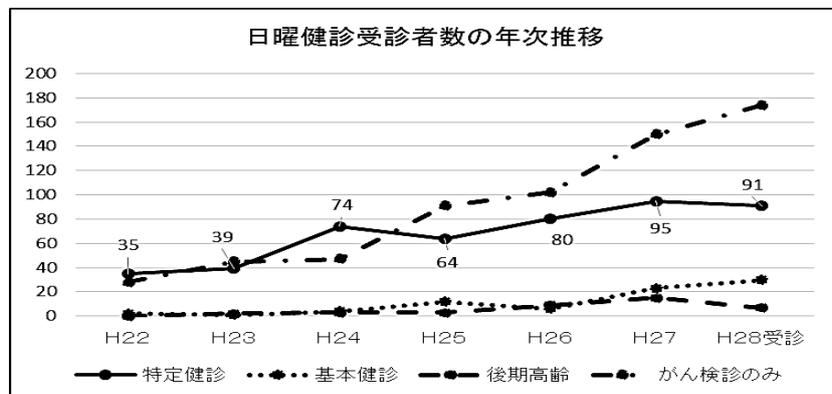
図表 5 特定健康診査受診率の推移



図表 6 年齢階層別の特定健康診査受診率



図表 7 日曜健診受診者数の年次推移



資料：京丹波町

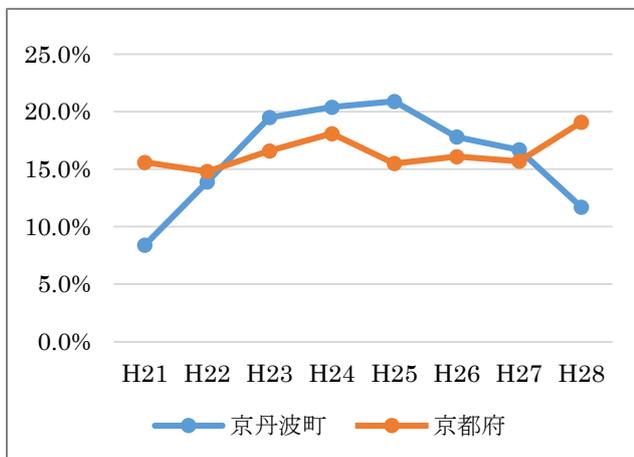
図表 8 受診率向上のための環境整備

	平成 24 年度	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
集団健診 (がん検診と合わせて 6 月～7 月に実施)	秋に追加健診(日曜開催)を実施			ピロリ菌検査(40～74 歳)導入	ピロリ菌検査年齢引き下げ(19 歳～)	秋に追加健診(日曜開催)を実施
集団健診 会場数及び 日数	33 会場・23 日 日曜健診 2 日 含む	32 会場・22 日 日曜健診 1 日 含む	25 会場・22 日 日曜健診 1 日 含む	25 会場・22 日 日曜健診 1 日 含む	24 会場・22 日 日曜健診 1 日 含む	26 会場・23 日 日曜健診 2 日 含む
検査項目	貧血検査(22 年より導入) 尿酸値(23 年より導入)	血清クレアチニン e-GFR 導入	同左	同左	同左	同左
自己負担額	無料	同左	同左	同左	同左	同左
個別健診 (10 月～12 月)	未受診者対策として町立医療機関で実施	同左	同左	一般的な個別健診として実施 自己負担あり(1,000 円)	同左	同左

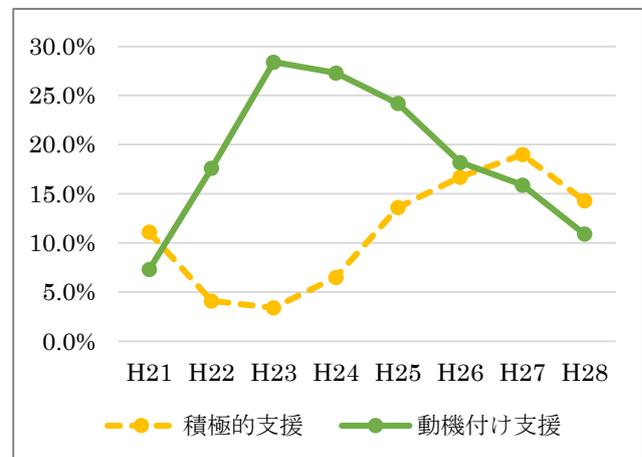
③ 特定保健指導実施率と支援形態別の実施率

特定保健指導実施率は、平成 25 年度を境に減少傾向に転じており、平成 28 年度には京都府平均を下回る結果となりました。支援形態別では、動機付け支援の受診率が大きく減少しています。

図表 9 特定保健指導実施率の推移



図表 10 特定保健指導支援形態別実施率の推移



資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果

④ 考察

特定健康診査受診率は高い一方、保健指導実施率は、目標値を大きく下回っています。

保健指導対象者には健診結果返しを活用し、個別指導を実施しています。初回実施率は、平成 28 年度では動機付け 31.5%、積極的支援は 18.9%となっていますが、最終評価まで実施率が結びつかない状況です。特に動機付け支援については、最終評価がアンケートの回収率に影響していることから、電話・訪問などによる回答方法の検討が必要です。

(2) 特定健康診査未受診者対策

特定健康診査未受診者に対して健診の必要性を理解していただくことを目的に、平成27年度から勧奨対象者を選定して未受診者勧奨を実施。

①実施結果・目標値の達成状況

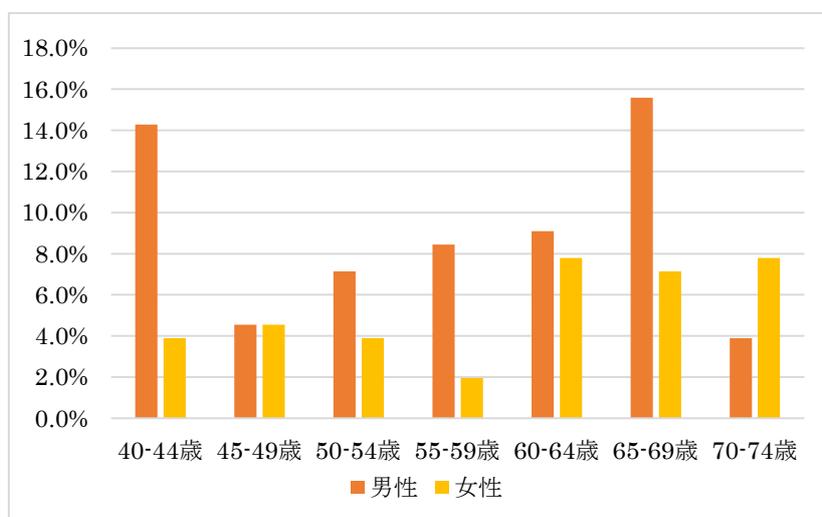
実施年度	対象者	勧奨人数	実施方法	成果：受診率	目標値
H27	①過去3か年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H25、H26年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	①371人 ②12人	集団健診実施前の5月に勧奨通知を送付	① 3.2% (12人) ② 16.7% (2人) 計 3.6%	5%
H28	①過去4か年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H27年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	①145人 ②9人	同上	① 2.8% (4人) ② 22.2% (2人) 計 3.9%	
H29	①過去3か年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H28年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	①154人 ②4人	集団健診実施前の5月及び秋の追加健診前の8月に勧奨通知を送付	① 3.2% (5人) ② 0% (0人) 計 3.1%	

②考察

平成29年度は5月の勧奨時受診者はなく、追加健診実施時の再度の勧奨にて受診者がありました。通知による勧奨のみでは、受診率の向上には結びつきませんでした。電話勧奨も合わせたより強い勧奨を行うなど実施方法の検討が必要です。特に男女別、年齢別の未受診者割合を見ると男性の未受診者の割合が多く、特に40歳～44歳、65歳～69歳の割合が高い状況であり、重点的に勧奨を行う必要があります。

また、同年度の受診者5人の健診結果を見ると、全員が有所見者であり、医療機関への受診勧奨の必要な者もいることから、重症化予防にも未受診者対策は重要です。

図表 11 H29 年代別未受診者割合



資料：京丹波町

(3) 健診結果説明会

本人へ健診の結果を丁寧に説明することで、自らの体の状態を正確に把握し、生活習慣を振り返る機会とするとともに来年度の目標を設定することで、継続受診につなげることなどを目的に実施。

①実施結果・目標値の達成状況

実施年度	実施方法・内容	結果説明会実施回数 うち()内夜間実施回数	成果：本人手渡し率 (手渡し者/対象者)	家族手渡し率	郵送による返却率	目標値
H27	例年、7月末～9月中旬まで実施。町内各公民館の巡回を基本とし、その他、訪問・窓口でも対応。面談の上、事後指導を行う。 面談では健康手帳を活用し、前年度の健診結果と比較・生活習慣、運動習慣の振り返り・来年までの目標設定を行い、翌年確認する作業を繰り返す、結果の累積を行う。	99回(4回)	75.4% (1,181人/1,567人)	20.3%	4.3%	本人手渡し率 80%以上
H28		98回(3回)	76.2% (1,155人/1,515人)	16.6%	7.2%	
H29		103回(4回) ※秋の追加健診の結果返し含む	74.3% (1,171人/1,577人)	16.6%	9.1%	

②考察

本人手渡し率は目標値には達成しませんでしたでしたが、70%台の高い水準を維持しており、住民の健康意識の高さがうかがえます。巡回による結果返し終了後は、電話などで勧奨を行っており、その後本人もしくは家族に手渡しを行うなど直接面接で結果を伝えることとしています。最終的に結果を取りに来られなかった受診者へは郵送での返却となりますが、64歳以下の割合が6割(平成28年度)を超えており、働き盛りの年代へのアプローチが今後も疾病予防に重要な点であると考えます。

また、結果返しの待ち時間を利用し、「減塩、野菜果物摂取の大切さや摂り方の工夫」など毎回テーマを工夫し集団指導を実施していることも、啓発のよい場となっており、継続して結果説明会へ参加する要因となっています。

(4) 健康講座

健診結果及び日常の保健指導業務から、年度ごとに適切であると思われる主題を設定し、講座を実施。

①実施結果・目標値の達成状況

実施年度	実施時期	講座回数・講座内容	成果：参加者数
H27	11月～3月	全3回 ①将来も動ける身体作りのコツ②今日から実践!美味しく食べて、健康長寿-減塩、カリウム摂取- ③アロマでこころと身体のリフレッシュ	①22人②22人 ③20人 計64人
H28		全3回 ①健康寿命をのばそう!血管をいつまでも若々しく②頑張りすぎる女性に贈るお話~これって更年期かしら③こころの健康について~しなやかで折れない心を作りましょう	①49人②7人 ③26人 計82人
H29		全3回 ①こころの健康について~こころ豊かに過ごすためのリラクゼーション~②血管美人のおはなし~血管を健康に保つ秘訣~③カラダ見直しエクササイズセミナー	—

②考察

広報誌や町CATV、健康相談等の機会にチラシを配布するなど、広く周知を図っています。毎年、「減塩」「心の健康」のテーマは必ず入れることとし、実技や調理実習など体験型講座も取り入れた工夫したものとなっているため、参加者の満足度も高いものとなっています。今後も参加者数が増えるよう興味あるテーマを考え引き続き実施していきます。

(5) 健康教室・CKD（慢性腎臓病）予防教室

CKD予備群に対し予防教室を実施して行動変容を促し、生活習慣の改善を図ることにより、腎臓病だけでなく心血管疾患等を要することを目的に実施。

①実施結果・目標値の達成状況

実施年度	実施時期	対象者	対象者数	参加者数	実施回数・内容	成果	目標値
H27	11月～ 3月	特定健康診査結果において、高血圧治療のない者で、以下のいずれかに該当する者 ①e-GFRが50以上60未満の者 ②I・II度高血圧者	307人	18人	全4回 講演、調理実習、GW、尿中塩分測定の実施など	塩分摂取量達成率については、H31年度の健診にて尿中塩分測定のため評価できない。 ※1有所見率については、収縮期血圧130以上 45.2%(H25)→ 43.3%(H28) 拡張期血圧85以上 18.9%(H25)→ 19.6%(H28)	※2 塩分摂取量達成率(男性9.0未満50%以上、女性7.5未満30%以上)
H28			289人	14人	全3回 講演、調理実習、GW、尿中塩分測定の実施など		
H29			207人	—	全3回 講演、調理実習、尿中塩分測定の実施など		

※1 有所見率の数値は、京都府国民健康保険団体連合会提供ツールによる集計値

※2 塩分摂取達成率の目標値は、平成27年改訂前の目標値。(平成27年度4月1日より、男性8.0g未満、女性7.0g未満に改訂)

②考察

参加者に減塩モニタ(尿塩計)、血圧計、塩分濃度測定器を貸出し、自宅での尿中塩分測定と食品の塩分濃度測定を行うことにより塩分摂取量の「見える化」を図ることで、減塩意識が高まりました。

平成28年度の実施では、血圧値、塩分濃度の変化は見られませんでした。尿中塩分測定結果の改善が9人に見られ、効果がありました。今後も、器具の貸出、調理実習などにより食習慣改善につながりやすい教育実施を行う必要があります。また、関心層の参加者だけでなく、無関心層にいかにして関心を持ってもらい教室参加に繋いでいくかが課題です。

(6) 健康教室・糖尿病予防教室、糖尿病フォローアップ教室

生活習慣の改善を図り、行動変容を促すことで、糖尿病の予防・改善を図ることを目的に実施。

【糖尿病予防教室】 ①実施結果・目標値の達成状況

実施年度	実施時期	対象者	対象者数	参加者数	内 容	成 果	※1 目標値
H27	2月・3月	特定健康診査結果において、HbA1cが6.1以上で糖尿病治療のない者	279人	6人	栄養士による栄養指導と調理実習 京丹波町病院の医師による講話ほか	男性55.5%(H25) 女性55.6%(H25)	HbA1c5.6以上の有所見率を男性・女性ともに50%以下
H28	3月		230人	4人		↓	
H29	2月		292人	—		※2男性71.5%(H28) 女性73.1%(H28)	

【糖尿病フォローアップ教室】 ①実施結果・目標値の達成状況

実施年度	実施時期	対象者	対象者数	参加者数	内 容	成 果	※1 目標値
H27	2月・3月	H19年度～これまで実施した研修を受講した者及び糖尿病重症化予防DMフレンズの会受講者	118人	9人	糖尿病予防教室と合同で実施	悪化率(対前年比) 9.8%(H25) ↓ ※215.2%(H28)	HbA1c5.6以上の有所見者の悪化率 全体で7%以下
H28	2月		89人	11人	栄養士による栄養指導と調理実習		
H29	11月		78人	12人	栄養士による栄養指導と調理実習		

※1 有所見率の数値は、京都府国民健康保険団体連合会提供ツールによる集計値

※2 平成29年度数値についてはH30年中に確定

②考察

予防・フォロー教室ともに対象者には郵送による教室案内を行っていますが、参加者数は少ない状況です。予防教室については、糖尿病に重点を置いた案内や内容にすると参加しにくい傾向が見られ、案内方法等の検討が必要と考えられます。保健指導勧奨値のHbA1c5.6以上の有所見者割合も男女ともに増加しており、無関心層・未参加者に対して、いかにして関心を持ってもらい、重症化しないうちに予防に繋いでいくかが課題となっています。また、フォロー教室については、例年参加者は限られていますが、参加者同士の交流等を通じて健康意識は高まっていると感じられます。年1回のフォローのために、食生活に関する情報誌を送付するなど情報提供等の取組も検討事項と考えられます。

(7) 若年層への健康教育

若い世代から生活習慣の改善を図る取組を強化することを目的に平成28年度から実施。

子どもを通じた子育て世代の対策として、乳児前期健診時に保護者(延べ72人)の尿中塩分測定を実施し、結果に基づき乳児後期健診にて、対象者へは離乳食や家族の食生活に「薄味」が反映できるように食事指導を行いました。

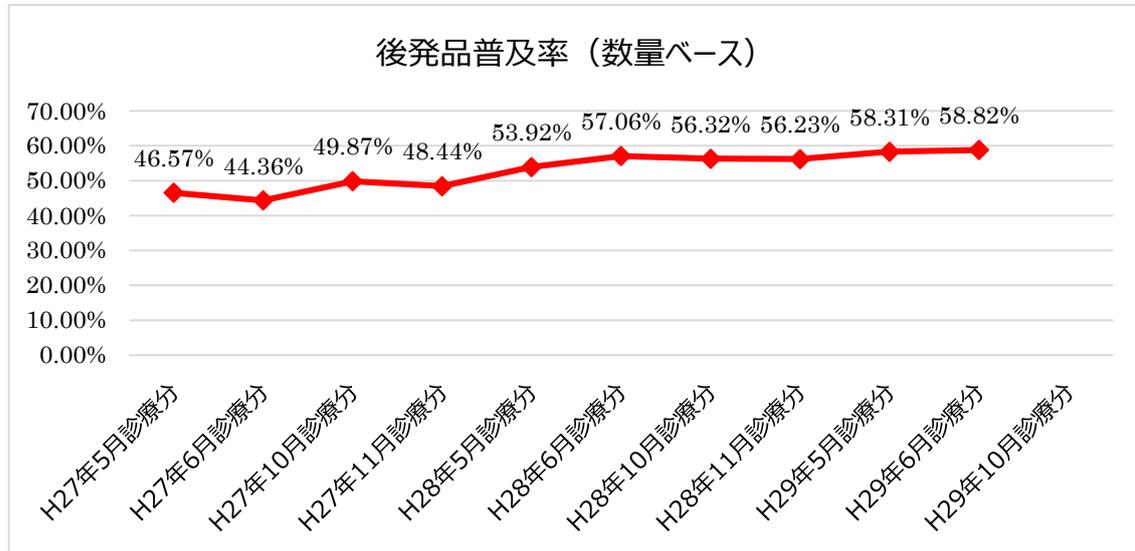
実施した結果、保護者によって関心に差があり、今後事業を行っていくうえで、アプローチ方法に工夫が必要です。また、保護者によって知識や技術に差がみられ、能力に応じた細やかな指導が必要となっています。

(8) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

医療費削減を目的にレセプト（診療報酬請求書）からジェネリック医薬品への切り替えが可能な対象者を抽出し、年2回の差額通知を送付。

①実施結果・目標値の達成状況

図表 12 後発医薬品普及率の推移



資料：データホライゾン効果計算結果報告書

②考察

後発品普及率は、目標値の60%に近い状況となっています。年2回の差額通知のほか、平成28年度には被保険者証の更新にあわせ、国保加入世帯へジェネリックシール等を配布し、普及・啓発を行いました。

しかし、国において平成29年度に70%以上、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする、新たな数量シェア目標が定められ、目標値に達するには、さらなる啓発が必要です。

(9) 重複・頻回受診者への訪問指導

適切な受診を指導することで本人の負担を軽減し、医療費の削減につなげることを目標に実施。

具体的な数値目標の設定はしていませんが、国保連合会が提供する対象者名簿から毎年、対象者を選定し、健診結果返しの際や機会を捉えて訪問等の面談指導を実施しています。対象者には精神科への通院や接骨院・整骨院にかかっている者も多く、指導が難しいのが現状です。

	対象者数		重複・頻回受診者 訪問指導者数（延べ人数）
	重複受診	頻回受診	
H27	11	6	0 ※レセプト等の分析により訪問指導の必要なしのため。訪問以外に巡回健康相談や電話相談により指導を実施。
H28	13	3	
H29	—	—	—

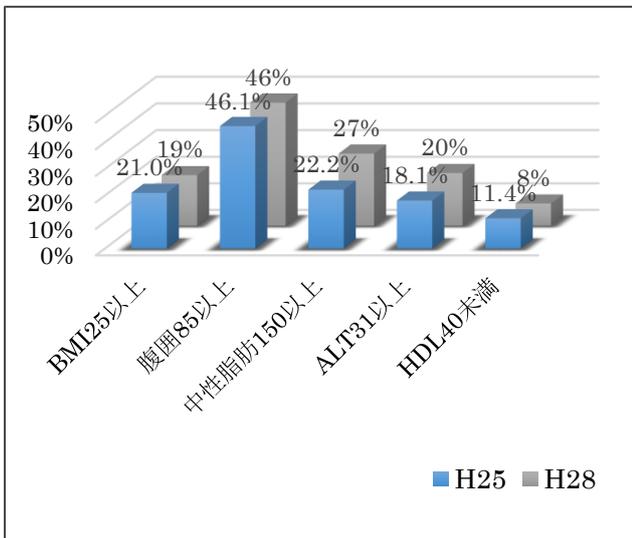
資料：国民健康保険保険者資料

4. 特定健康診査の状況

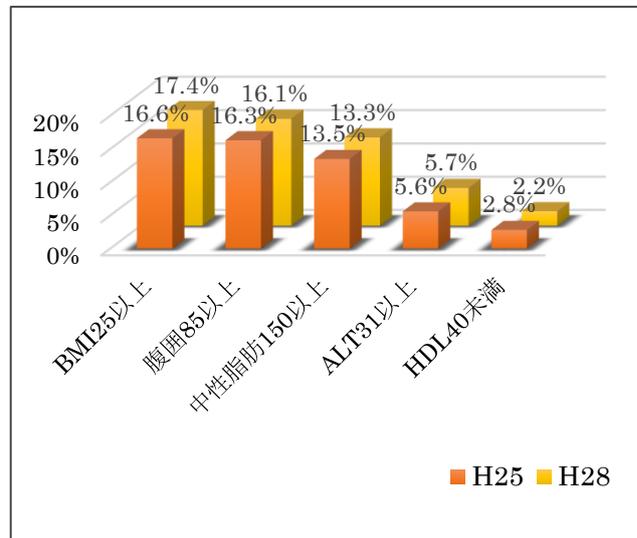
(1) 「摂取エネルギーの過剰」 有所見者の状況

平成 25 年度と平成 28 年度の男女別を比較しました。男性は中性脂肪の割合が高くなっていますが、女性は大きな変化は見られません。

図表 13 摂取エネルギーの過剰有所見者(男性)



図表 14 摂取エネルギーの過剰有所見者(女性)



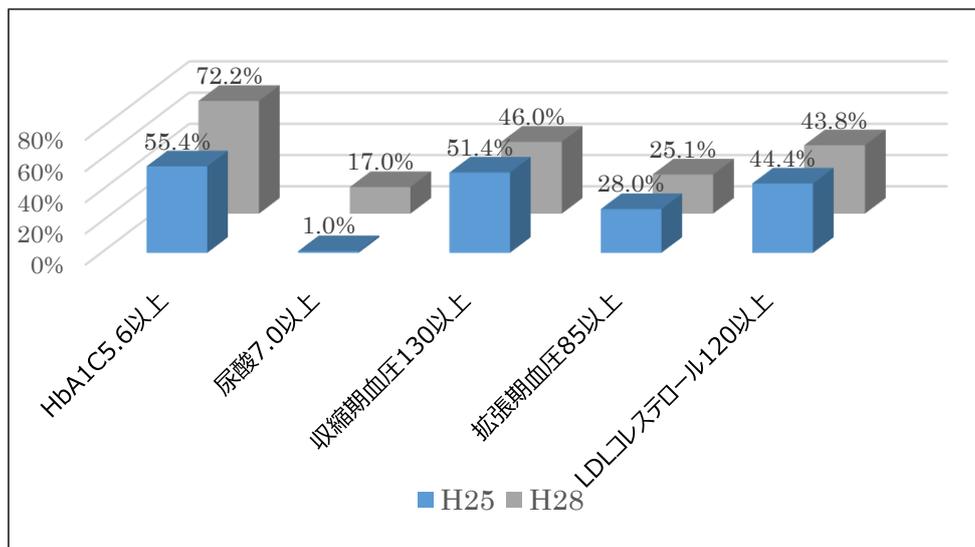
資料：KDB システム（厚生労働省様式 6 - 2～7）

(2) 「血管を傷つける・動脈硬化因子」 有所見者の状況

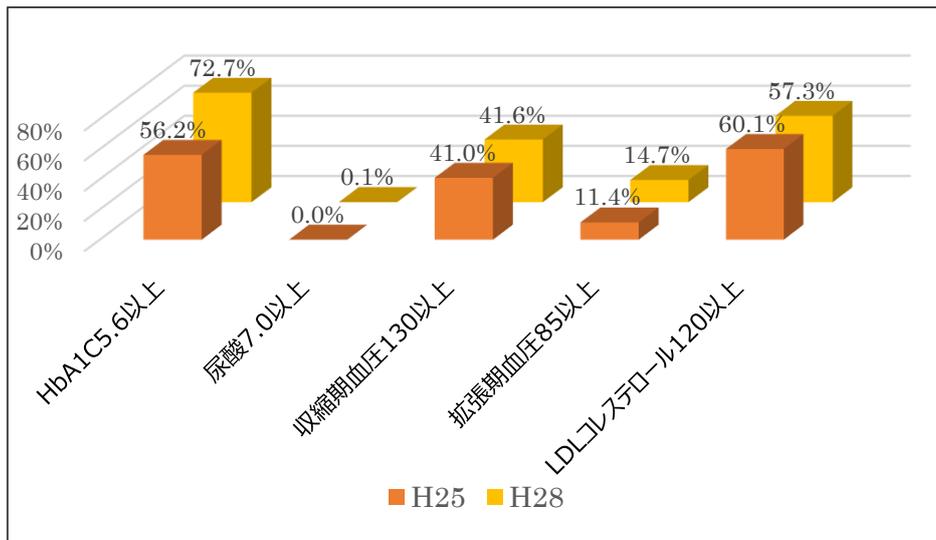
前述（1）と同様に、血管を傷つける因子として、HbA1c、尿酸値、血圧の有所見者割合と動脈硬化因子として LDL コレステロールの有所見者の割合を比較しました。平成 25 年度から男性、女性ともに HbA1c の割合が 15%以上も高くなっています。また、男性は尿酸値の割合が高くなっています。一方、収縮期血圧、拡張期血圧はやや低くなっています。

※尿酸値の有所見者割合について、集団健診で測定するのは男性のみであり、女性は測定なし。参考として図表上には女性の人間ドック受診者の尿酸値の有所見者割合を表示しています。

図表 15 血管を傷つける・動脈硬化因子有所見者（男性）



図表 16 血管を傷つける・動脈硬化因子有所見者（女性）

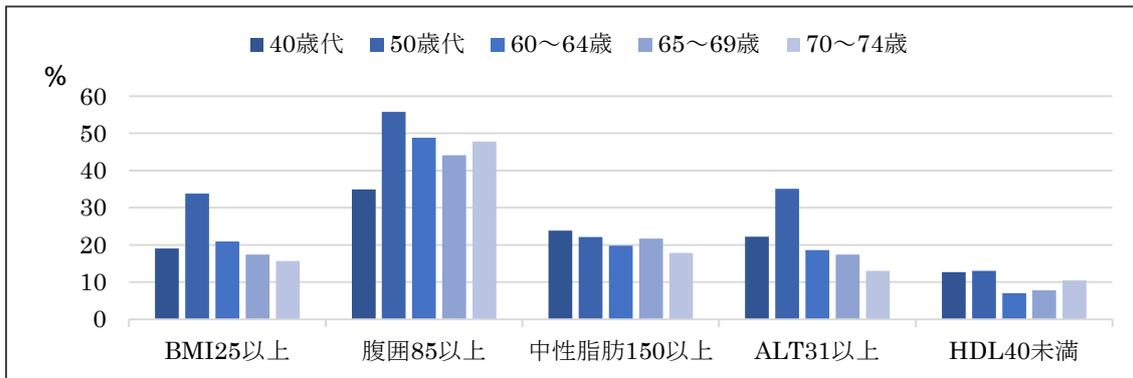


資料：KDB システム（厚生労働省様式 6 - 2～7）

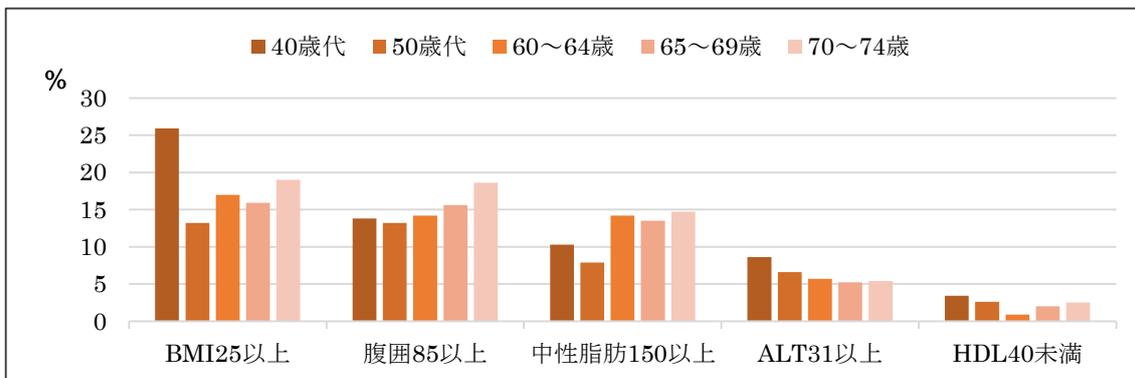
(3) 年代別にみた「摂取エネルギーの過剰」有所見者の状況

男性の 50 歳代が、中性脂肪を除いて数値が高くなっています。特に ALT の数値は他の年代よりかなり高くなっています。女性は 40 歳代の BMI の数値が高くなっています。

図表 17 H28 「摂取エネルギーの過剰」年代別有所見者割合（男性）



図表 18 H28 「摂取エネルギーの過剰」年代別有所見者割合（女性）

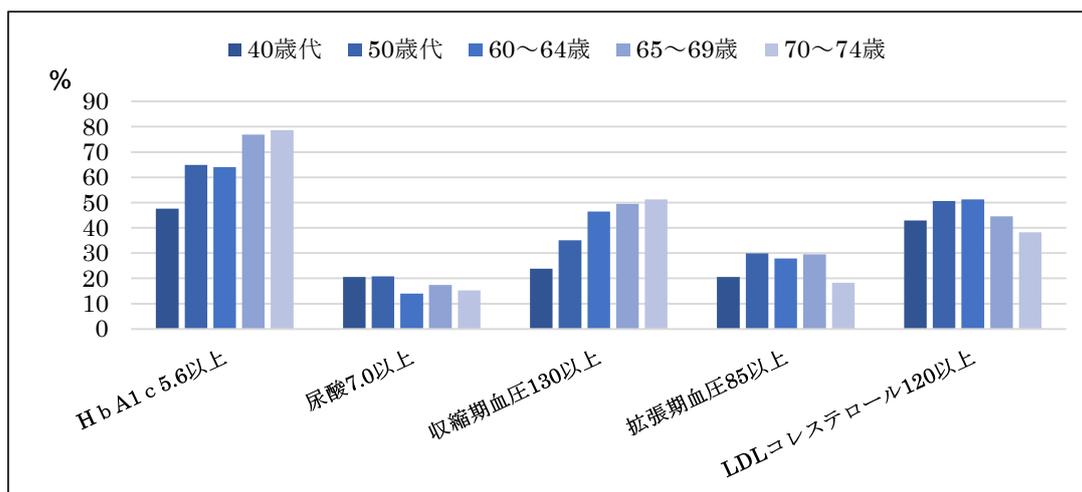


資料：KDB システム（厚生労働省様式 6 - 2～7）

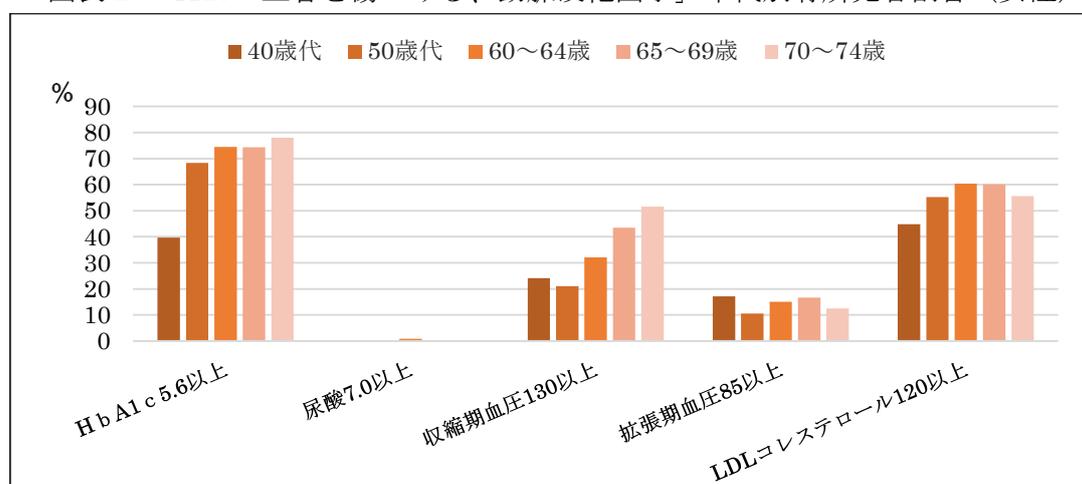
(4) 年代別にみた「血管を傷つける・動脈硬化因子」有所見者の状況

男女ともに50歳代からHbA1cの割合が急激に高くなっています。男性では、LDLコレステロールの割合が50歳代～60歳代前半が高く、また60歳以上から収縮期血圧が高くなっています。女性は、収縮期血圧が、年代が上がるごとに割合が高くなっています。また、50歳代からLDLコレステロールの割合が高くなっています。

図表 19 H28「血管を傷つける、動脈硬化因子」年代別有所見者割合（男性）



図表 20 H28「血管を傷つける、動脈硬化因子」年代別有所見者割合（女性）



資料：KDBシステム（厚生労働省様式6-2～7）

(5) 特定健康診査結果に見る疾病状況

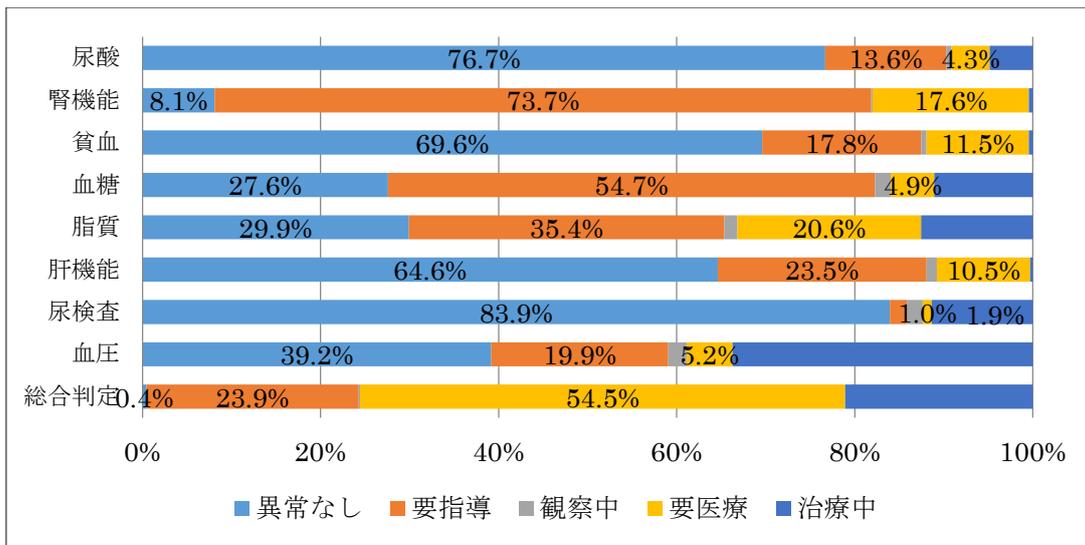
40歳～74歳の平成28年度の集団健診の判定結果を見てみると、男女ともに「総合判定」で「異常なし」と判定される割合はほとんどなく、「要医療」の割合が半分を占めます。

「血圧」の治療中者の割合は、男性33.7%、女性28.2%と疾病別の中で、医療にかかっている割合が一番高くなっています。

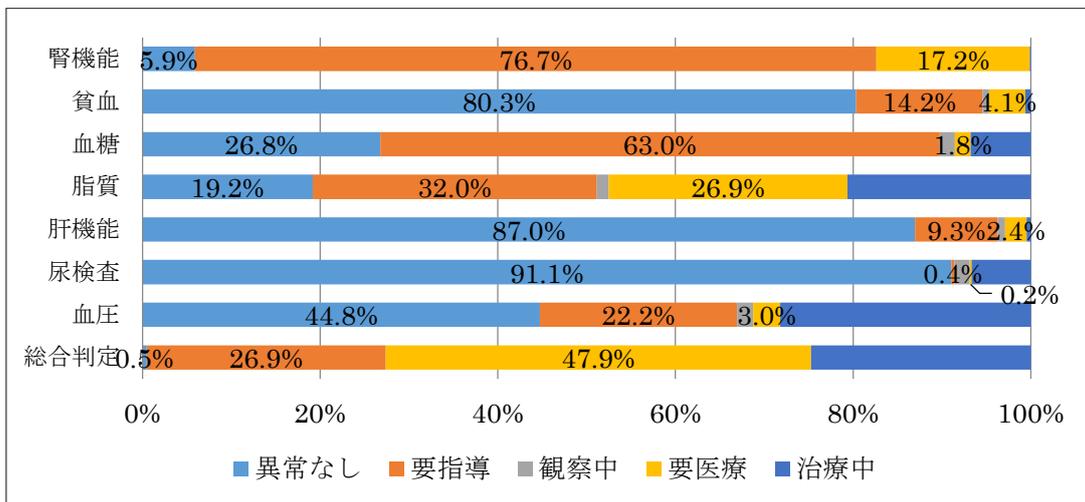
「脂質」の「要指導」は男女ともに30%を超えており、「要医療」を含めると、50%を超える高い割合となっています。

「血糖」の「要指導」の割合は男性54.7%、女性63.0%と非常に高くなっています。また、「腎機能」の「要指導」「要医療」を合わせると90%を超える割合となっています。

図表 21 H28 特定健康診査結果判定割合（男性）



図表 22 H28 特定健康診査結果判定割合（女性）



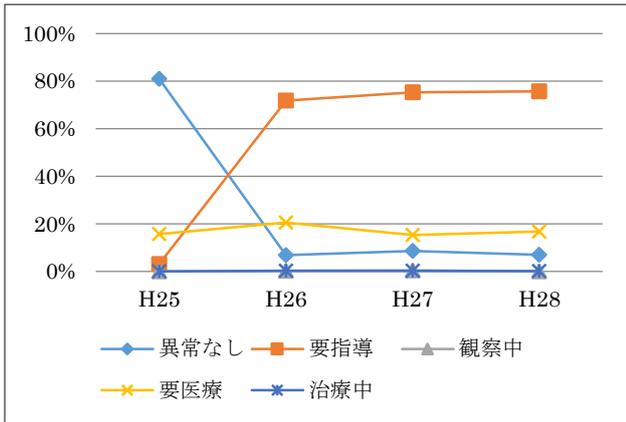
資料：京丹波町

（6）特定健康診査結果に見る疾病状況の推移

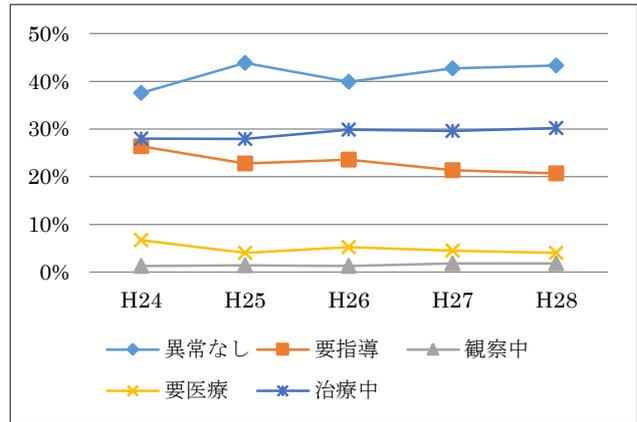
「血压」は、「異常なし」が微増し、「要指導」「要医療」が減少傾向です。「脂質」は、「要指導」「要医療」から「治療中」へ移行していく傾向が見られます。「血糖」は、平成26年度から「異常なし」から「要指導」判定へ逆転し、以降微増しています。「腎機能」は、平成25年度より検査項目に血清クレアチニン検査（e-GFR）を導入していますが、「要指導」の割合が80%近い数字で、推移しています。

血压対策として、平成25年度から「CKD（慢性腎臓病）予防教室」に取り組み、平成26年度には、健診において「尿中塩分測定検査」を実施、「適塩対策」に取り組んでいますが、「血压」の判定結果に徐々に効果が出てきたことがうかがえます。

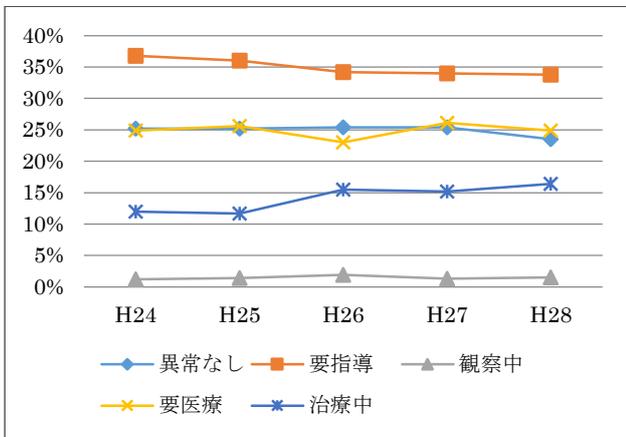
図表 23 「腎機能」結果割合年次推移（40～74 歳）



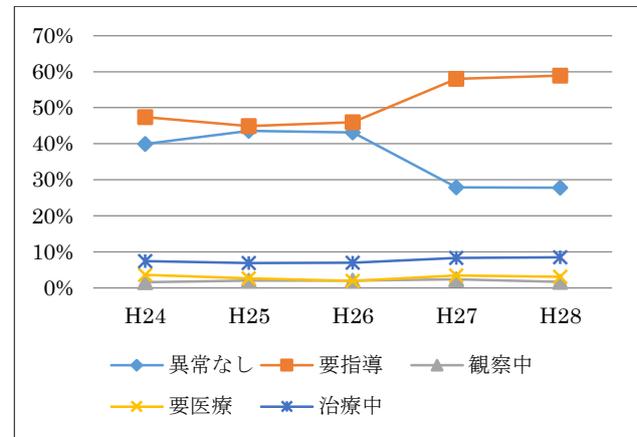
図表 24 「血圧」結果割合年次推移（40～74 歳）



図表 25 「脂質」結果割合年次推移（40～74 歳）



図表 26 「血糖」結果割合年次推移（40～74 歳）



資料：京丹波町

(7) 要医療者の医療機関受診状況

集団健診を受診後、「要医療」と判定された要精密検査者へは医療機関で受診していただくよう紹介状を発行しています。平成 28 年度に紹介状を発行した者は特定健康診査受診者 1,508 人中 154 人（一人に対して複数の紹介状を発行しているため、件数にすると延べ 212 件）。うち 93 人（延べ 130 件）の者が受診（受診率 60.4%）しました。下表は、「糖尿病」「高血圧症」「高脂血症」の要精密検査紹介状発行状況のまとめです。

図表 27 H28 年度紹介状発行まとめ

疾病名	糖尿病		高血圧症		高脂血症		
	発行件数	割合	発行件数	割合	発行件数	割合	
発行件数	32		23		59		
受診件数	19	59.4%	11	47.8%	29	49.2%	
受診結果	異常なし	1	5.3%	3	27.3%	1	3.4%
	要指導	1	5.3%	2	18.2%	6	20.7%
	要経過	11	57.9%	2	18.2%	16	55.2%
	治療開始	3	15.8%	4	36.4%	6	20.7%
	治療中	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%

資料：京丹波町

受診率は、高血圧症が47.8%と最も低く、受診後、治療開始となる割合が高くなっています。高脂血症も受診率は低く、受診後、要経過となる割合が高くなっています。糖尿病の受診率は、59.4%で6割近くの人が受診し、半数以上が要経過という結果となっています。3疾患とも4割から5割の人が放置する結果となっています。

とくに糖尿病の有所見者率は急激に増加していますが、糖尿病の精密検査者の未受診率は年々増加しています。HbA1c8%以上の状態が続くと糖尿病合併症が進みやすくなるので、糖尿病重症化予防のためにも早急な未受診者対策が必要です。

【糖尿病要精密検査者の未受診率】

年度	H26	H27	H28
未受診率 (%)	29.4	39.4	40.6

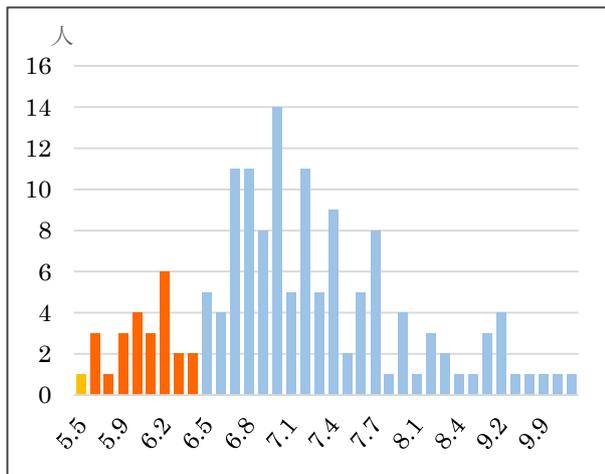
【H28 未受診者の HbA1c 数値別人数】

HbA1c	6.5～	7.0～	8.0～
未受診者数 (人)	9	2	2

(8) 糖尿病治療中者の状況

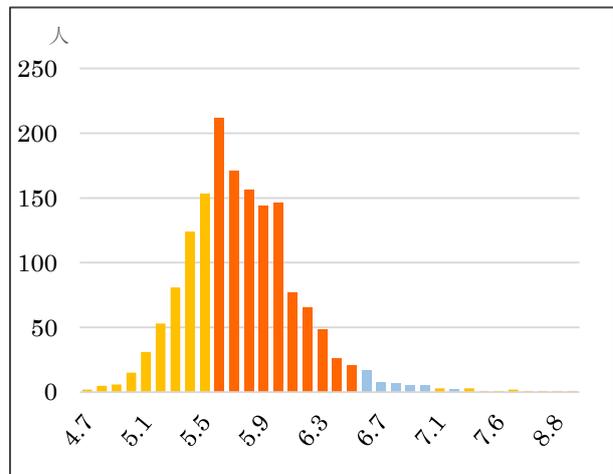
平成28年度の特健康診査を受診した1,744人のうち「インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している」と答えた者148人のHbA1cの結果をしてみると、数値が7.0%以上のものが60人、8.0%以上のものが24人と、治療を受けていても数値のコントロールが不良という結果がうかがえます。

図表28 治療中と回答した者のHbA1c数値



■ 正常値 5.6%未満 ■ 保健指導判定値 5.6～6.4% ■ 受診勧奨値 6.5%以上

図表29 治療なしと回答した者のHbA1c数値



(9) 特定健康診査の質問票調査から見える生活習慣

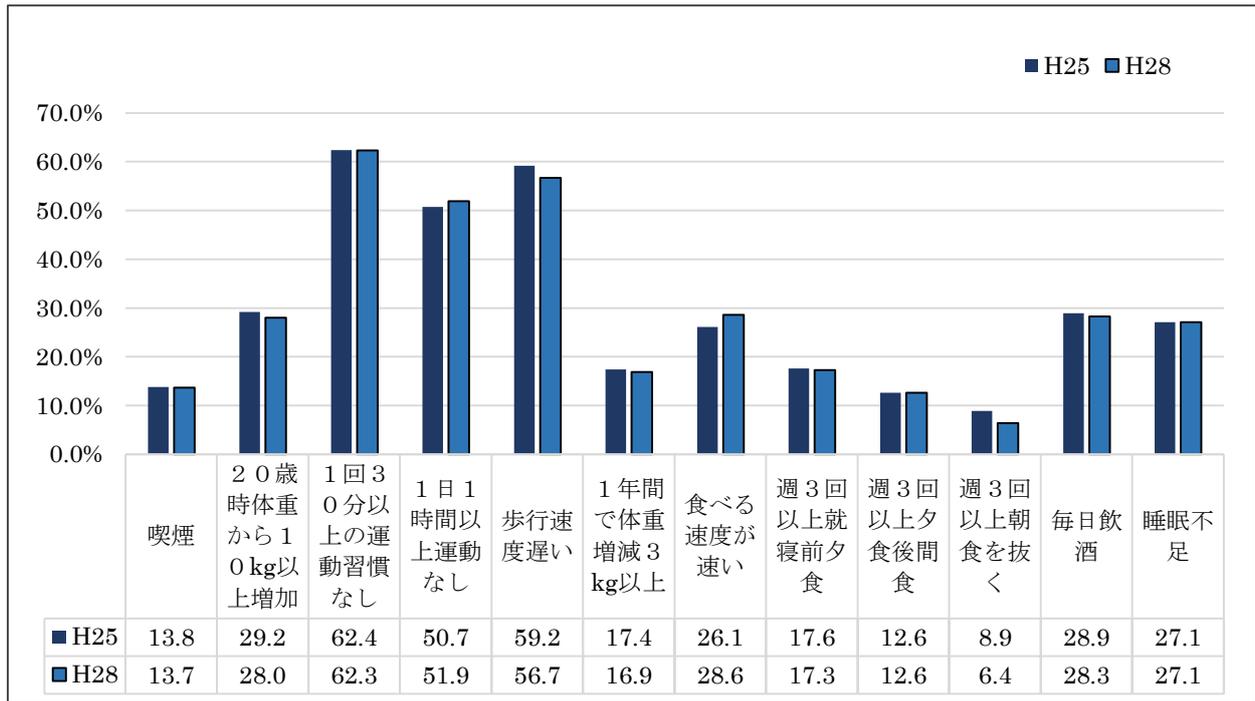
平成25年度と平成28年度の質問票を比較してみると、「1日1時間以上運動習慣なし」「食べる速度が速い」者の割合が微増しています。一方、「20歳児体重から10kg以上増加」「歩行速度遅い」「週3回以上朝食を抜く」者の割合がやや減少しました。

年代別・男女別に生活習慣を年度で比較してみると、「喫煙」は、男性の40代前半と50代の喫煙の割合が減少しているのに対して、女性は40代前半が増加しています。女性の40代前半の喫煙割合からみると、若い世代からの禁煙対策が今後も重要と考えられます。「毎日飲酒」は、男性は年代

によって減少がみられるものの、女性は40代前半が高く、他の年代では大きな変化は見られません。

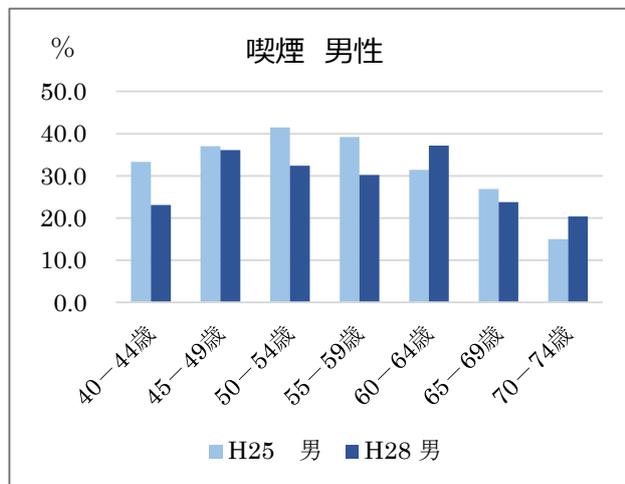
「20歳時体重からの10kg以上増加」は、男性の40代前半は大きく減少していますが、50代で増加が見られます。「食事の速度が速い」「週3回以上就寝前2時間以内に夕食」「週3回以上夕食後に間食」の食習慣については、男性は年代によってはやや増加しているものの、全体的に改善傾向が見られます。女性は40代前半の割合がいずれの項目においても高いものとなっています。また、「食事の速度が速い」割合が、50代前半を除き全体的に高くなっています。平成25年度と比較すると、食習慣の乱れは、女性にも見られるようになっていきます。

図表 30 質問票調査の経年比較

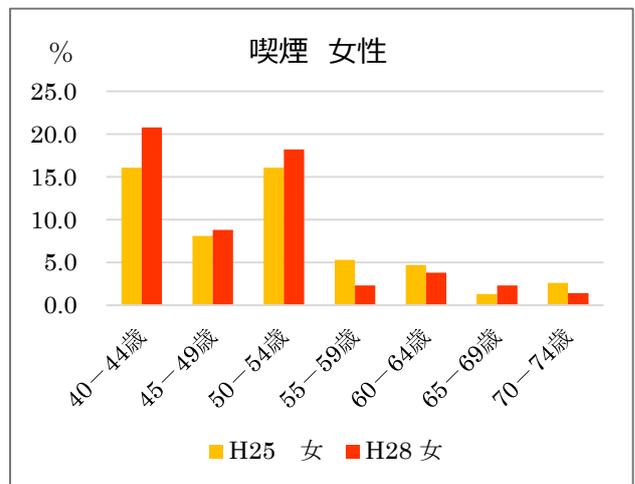


資料：KDB システム（質問票調査の状況）

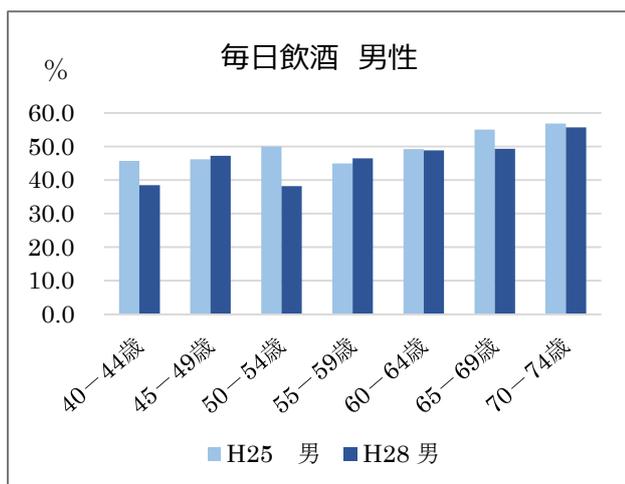
図表 31 「喫煙」男性・年代別経年比較



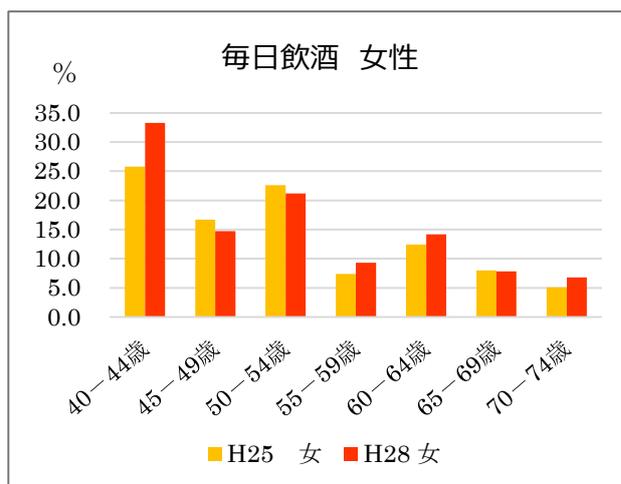
図表 32 「喫煙」女性・年代別経年比較



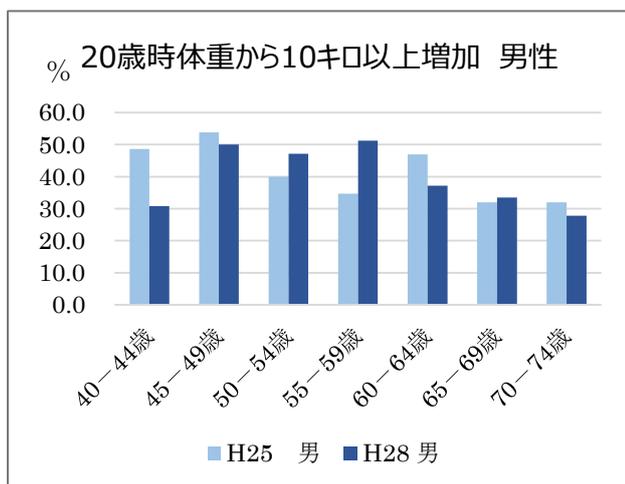
図表 33 「毎日飲酒」男性・年代別経年比較



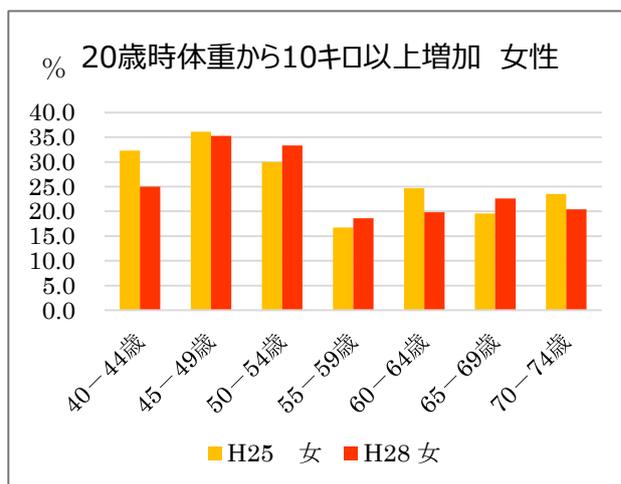
図表 34 「毎日飲酒」女性・年代別経年比較



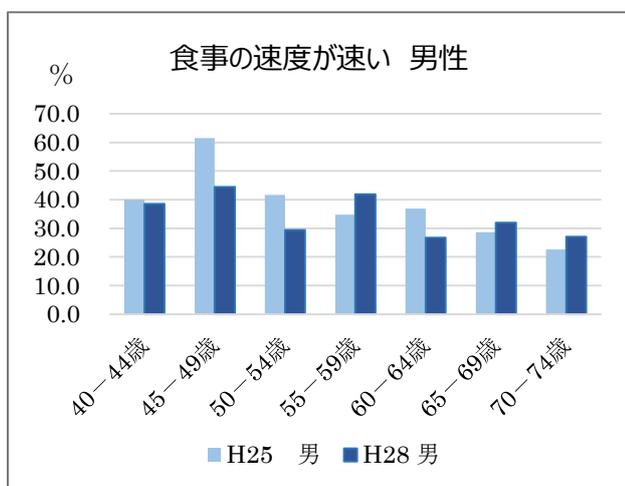
図表 35 「体重の増加」男性・年代別経年比較



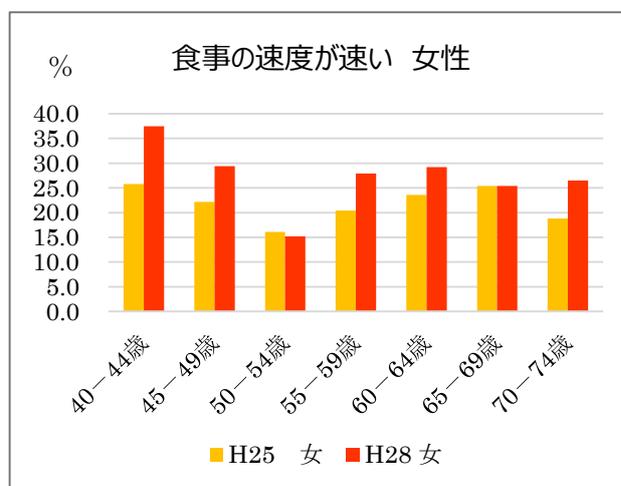
図表 36 「体重の増加」女性・年代別経年比較



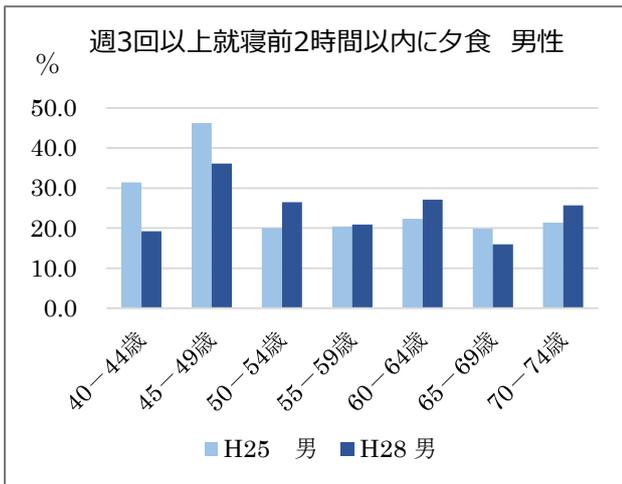
図表 37 「食事の速度」男性・年代別経年比較



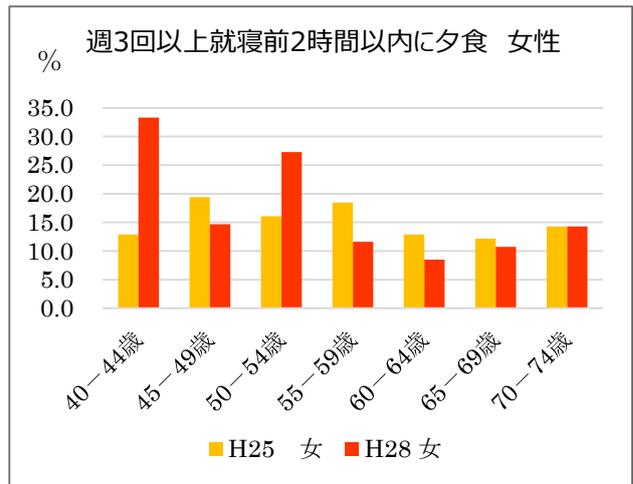
図表 38 「食事の速度」女性・年代別経年比較



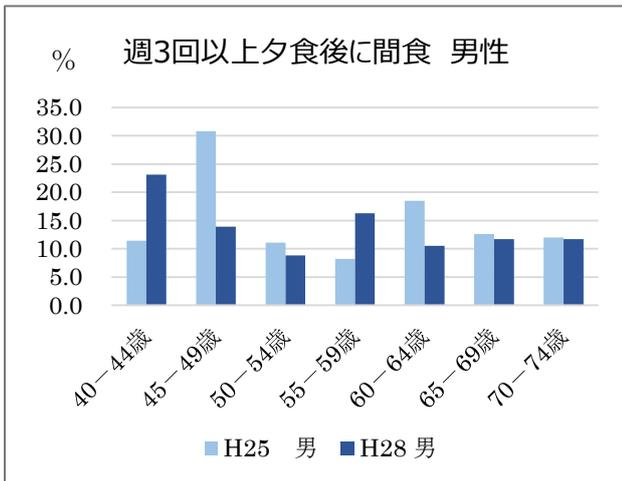
図表 39 「就寝前夕食」 男性・年代別経年比較



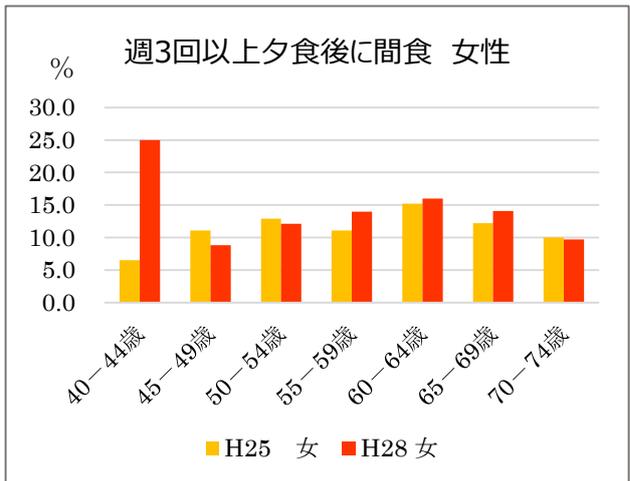
図表 40 「就寝前夕食」 女性・年代別経年比較



図表 41 「夕食後間食」 男性・年代別経年比較



図表 42 「夕食後間食」 女性・年代別経年比較



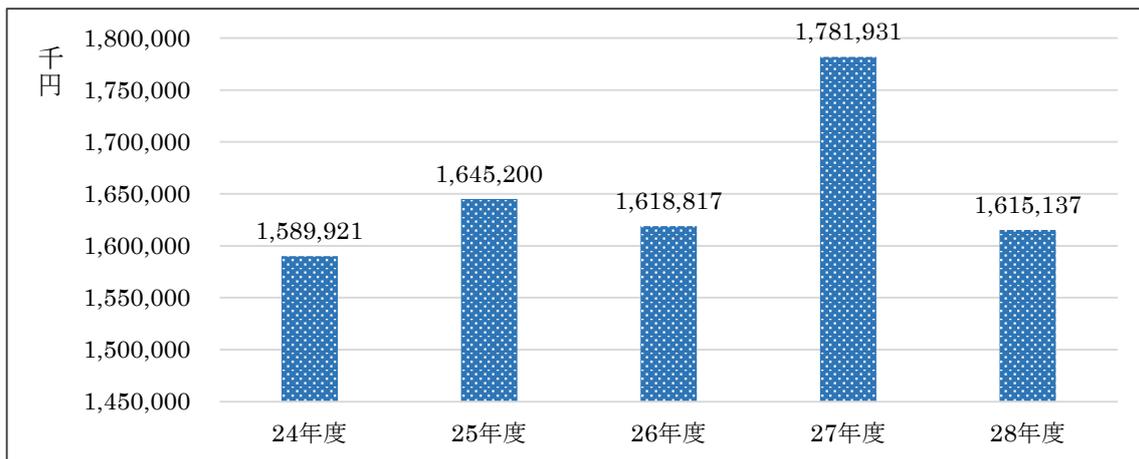
資料：KDB システム（質問票調査の状況）

5.医療費の状況

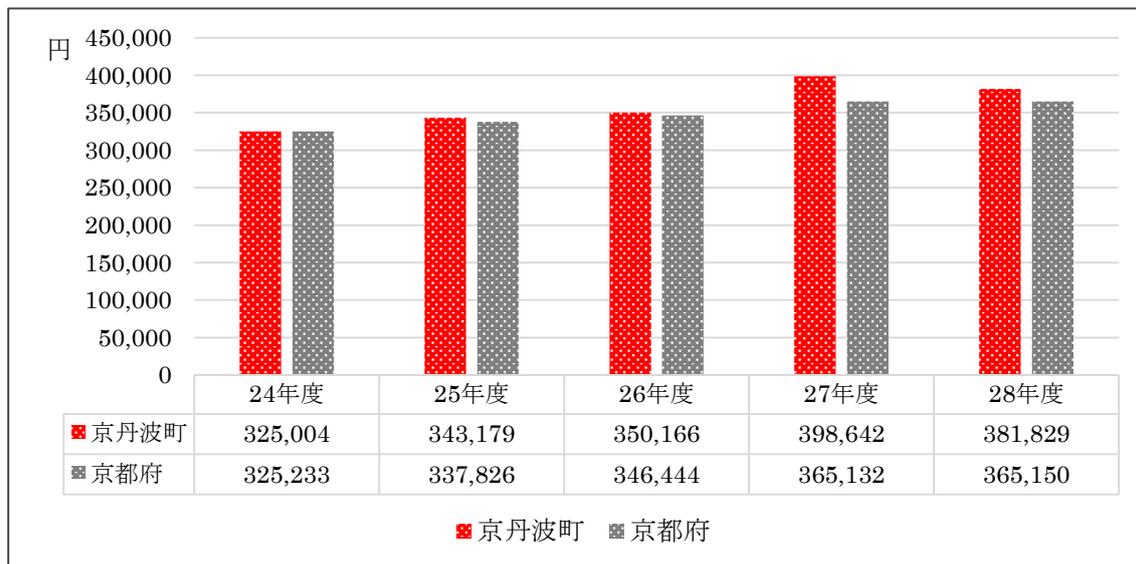
(1) 医療費の推移

京丹波町の医療費は、平成 27 年度に、入院費用の増加や高額な新薬の保険適用に伴い大きく増加していましたが、平成 28 年度については、医療費は少し落ち着いた状況となっています。しかし、「一人当たりの医療費」の状況を見ると、平成 25 年度から京都府を上回り年々高くなっています。

図表 43 総医療費の推移



図表 44 一人当たりの医療費の推移 (年平均)

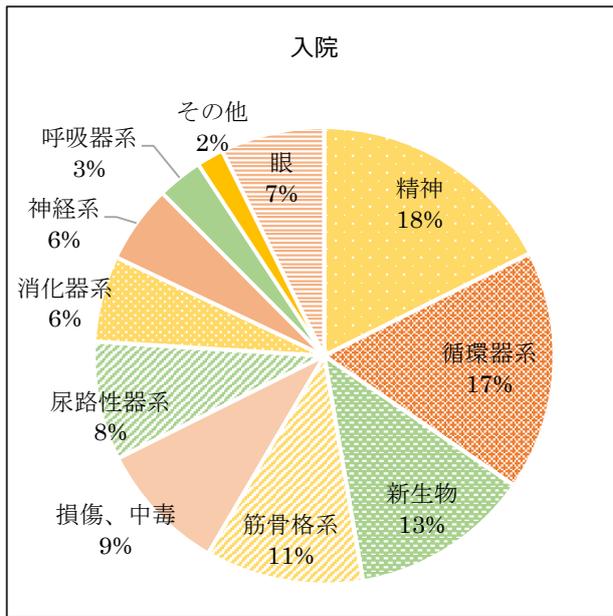


資料：京都府国民健康保険事業概要(注：28年度については速報値)

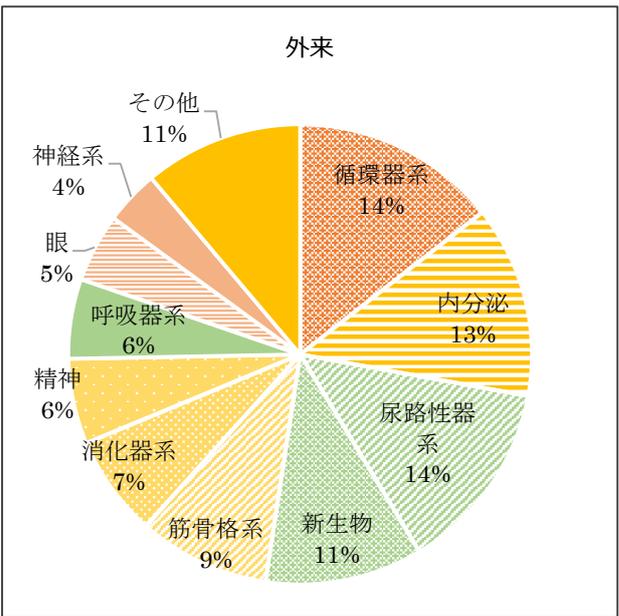
(2) 疾病分類別医療費

平成 28 年度の入院医療費および外来医療費全体をそれぞれ 100%とした医療費割合を見てみると、入院では精神が 18%と最も多く、次いで循環器系（狭心症、脳梗塞など）が 17%と続きます。外来では、循環器系（高血圧症、不整脈など）が 14%と最も多く、次いで内分泌（糖尿病、脂質異常症など）が 13%と続きます。

図表 45 疾病分類別医療費の構成割合(入院)



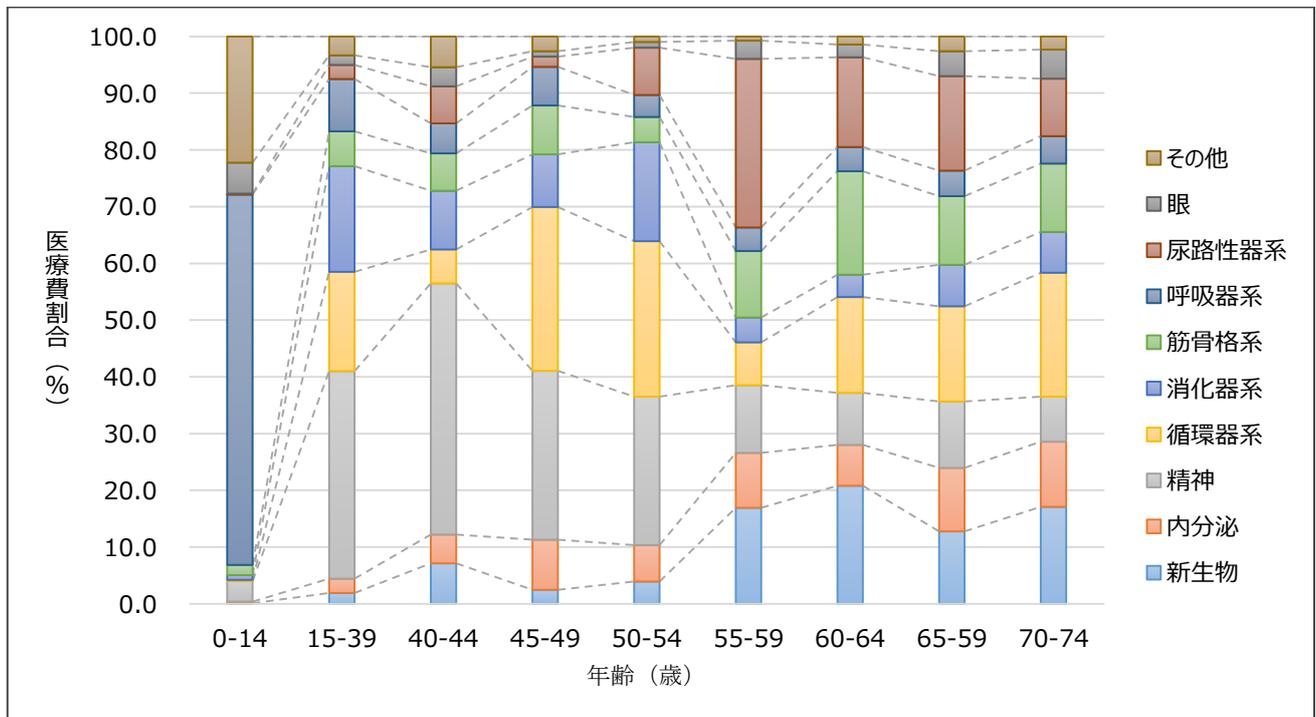
図表 46 疾病分類別医療費の構成割合(外来)



資料：KDB システム (疾病別医療費分析 (大分類))

次に年齢階級別に平成 28 年度の医療費の割合を見てみると、40 代後半から 50 代前半にかけて「循環器系」の割合が著しく増加しています。また 50 代後半の「尿路性器系」の割合が高くなっており、腎不全で医療にかかる者が著しく増加しています。そのほか「新生物」がこの年齢層から増加しています。「内分泌」は 40 代以降、一定の割合でどの年代でも医療にかかっている状況となっています。

図表 47 疾病分類別年齢階級別医療費割合



資料：KDB システム (疾病別医療費分析 (大分類))

(3) 医療費の年度比較

平成 25 年度と平成 28 年度の医療費上位 10 疾患を比較してみると、「慢性腎不全（透析あり）」次いで「統合失調症」と順位は変わらないものの費用額が大きく増加しています。また平成 25 年度では「高血圧症」が第 3 位、「糖尿病」が第 4 位となっていました。平成 28 年度には順位が逆転しています。

図表 48 医療費上位 10 疾患 入院+入院外

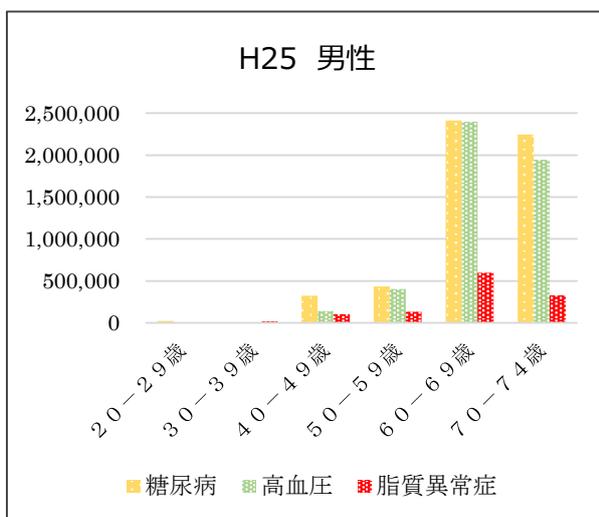
	H 2 5 年度		H 2 8 年度	
	疾患名	費用額 (円)	疾患名	費用額 (円)
1	慢性腎不全 (透析あり)	105,906,420	慢性腎不全 (透析あり)	122,361,680
2	統合失調症	97,487,220	統合失調症	111,802,940
3	高血圧症	92,366,500	糖尿病	75,675,380
4	糖尿病	85,351,040	高血圧症	63,739,670
5	関節疾患	47,055,640	関節疾患	56,814,080
6	狭心症	43,548,580	骨折	38,636,840
7	気管支喘息	38,362,750	脂質異常症	29,745,610
8	脂質異常症	37,805,810	狭心症	27,679,040
9	骨折	35,914,820	うつ病	27,606,380
10	うつ病	28,194,640	大腸がん	25,770,080

資料：KDB システム (疾病別医療費分析 (細小分類))

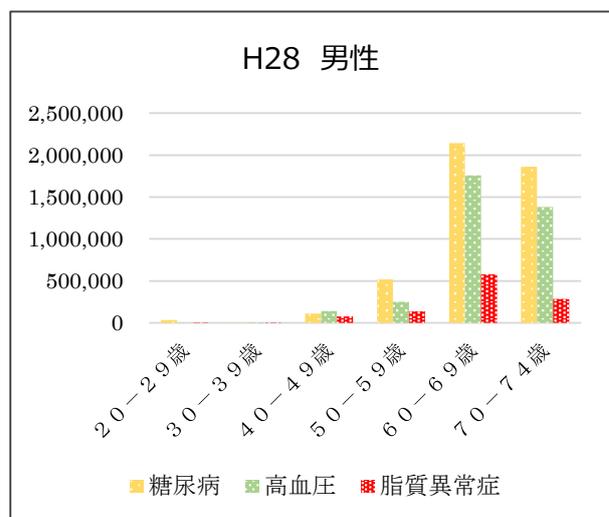
(4) 年齢階級別生活習慣病の医療費の状況

医療費の上位を占める生活習慣病の年齢階級別の医療費点数を見てみると、平成 25 年度に比べ点数は男女ともに減少しています。特に 60 歳以降の「高血圧症」が男女ともに減少していますが女性の 50 歳代の「糖尿病」が平成 28 年度には増えてきています。

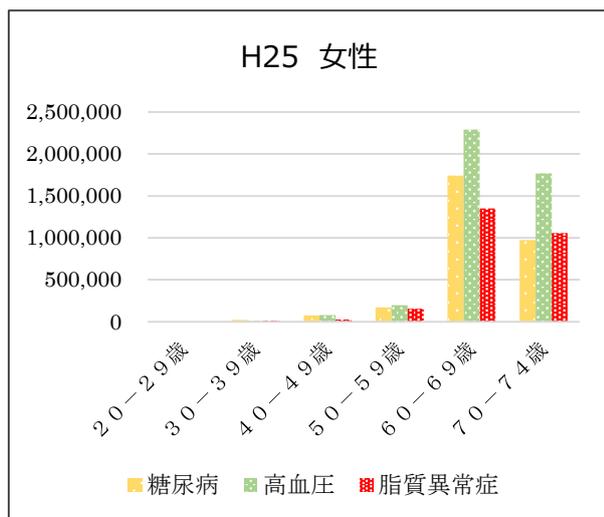
図表 49 H25 生活習慣病医療費点数



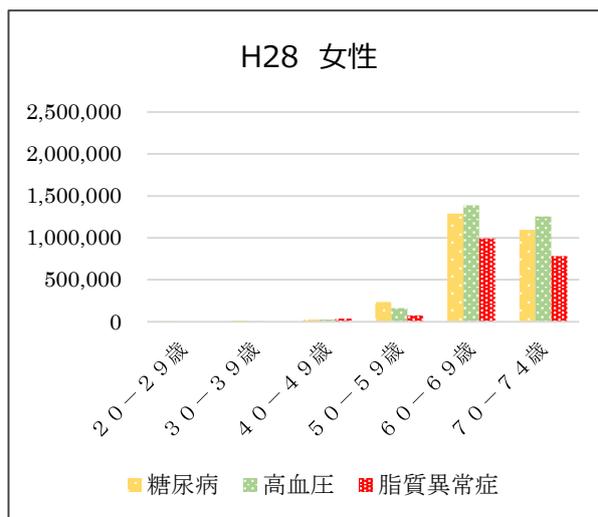
図表 50 H28 生活習慣病医療費点数



図表 51 H25 生活習慣病医療費点数



図表 52 H28 生活習慣病医療費点数

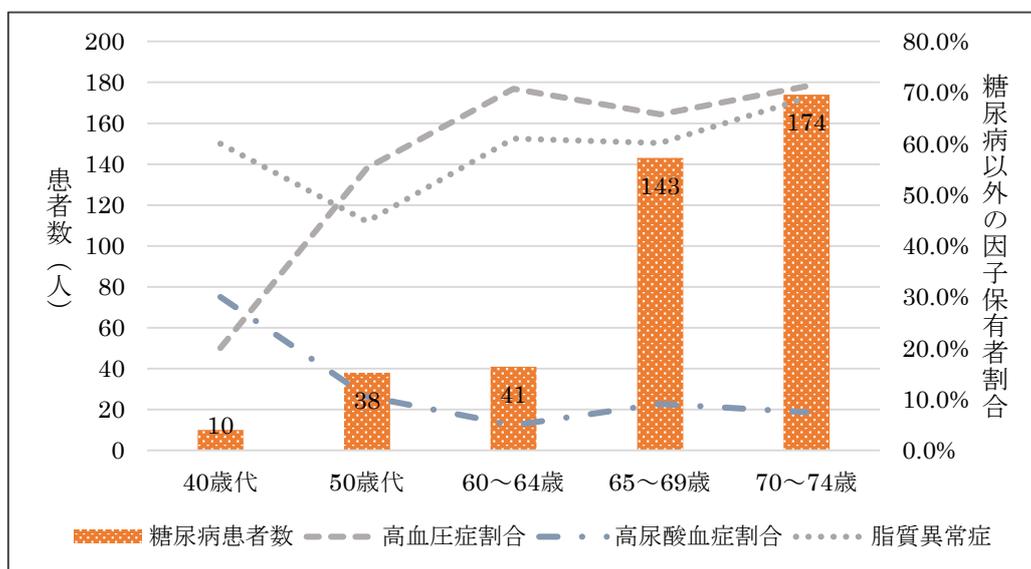


資料：KDB システム（疾病別医療費分析(生活習慣病)）

(5) 糖尿病のレセプト分析

糖尿病のレセプト分析（平成 28 年 12 月審査分）では、糖尿病以外の血管をいためる因子である「高血圧症」「高尿酸血症」「脂質異常症」のうち、50 歳代で糖尿病疾患の半数以上が「高血圧症」の疾患も有し、以降「脂質異常症」とともに高い割合となっています。糖尿病も高血圧も動脈硬化を進める病気です。進行すると心筋梗塞や脳卒中の発生率も高まります。血糖値とともに血圧コントロールをすることが重要となっています。

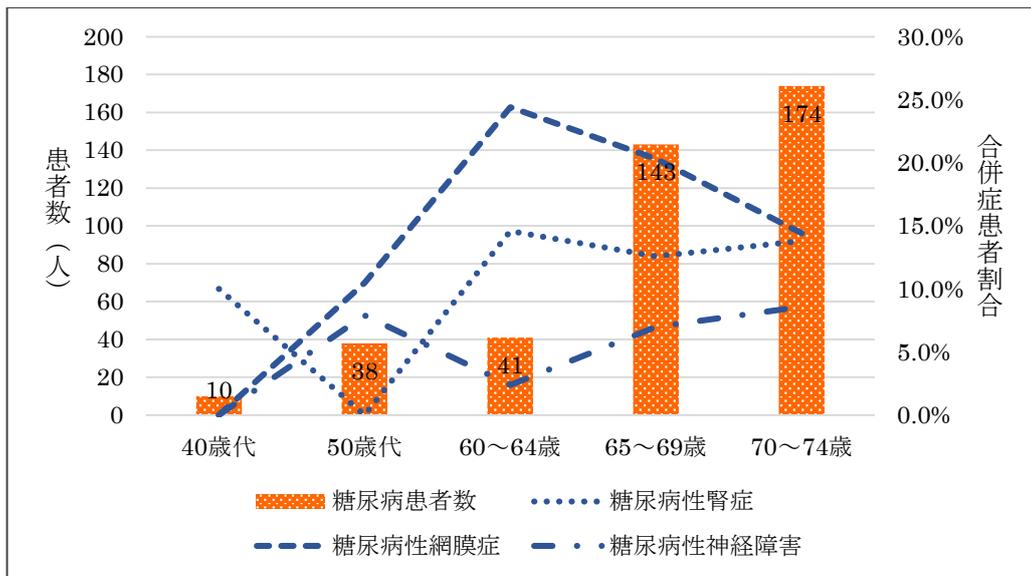
図表 53 糖尿病以外の血管を痛める因子



資料：KDB システム厚生労働省様式 3-2 糖尿病のレセプト分析

次に、同レセプト分析から糖尿病合併症の割合を見てみると、60 歳代から「糖尿病性網膜症」「糖尿病性腎症」の合併症の割合が急激に高くなっています。50 歳代以降、糖尿病疾患の半数以上が「高血圧症」の疾患を有していることから、「糖尿病性腎症」を悪化させ、重症化すると人工透析へ移行する可能性が高くなります。

図表 54 糖尿病合併症割合



資料：KDB システム（厚生労働省様式 3-2 糖尿病のレセプト分析）

(6) 人工透析患者の状況

①人工透析新規申請者数の推移

国保加入者のうち人工透析の新規申請者数は、平成 25 年度から平成 29 年度 11 月時点までみると、合計 9 人となっています。平成 28 年度における患者千人当たりの透析患者数に置き換え京都府及び同規模保険者と比較すると、京丹波町 9.748 人、京都府 5.804 人、同規模保険者 6.319 人と京丹波町は非常に高い状況です。平成 28 年度の新規申請者の健診受診状況を確認すると医療機関への受診はあるものの平成 25 年度より健診の受診歴はありませんでした。

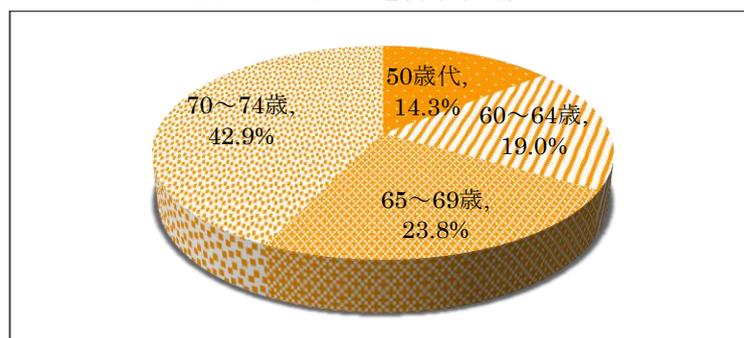
年度	H25	H26	H27	H28	H29	合計
人工透析新規申請者数 (人)	2	2	3	2	0	9

注：H29 年度は 12 月時点

②年齢階層別人工透析者数割合

70~74 歳が最も高く、次いで 65~69 歳の割合が高い状況となっています。男女別では、男性が 16 人、女性が 5 人と男性の透析患者数は女性の 3 倍以上にも上ります。

図表 55 人工透析者割合



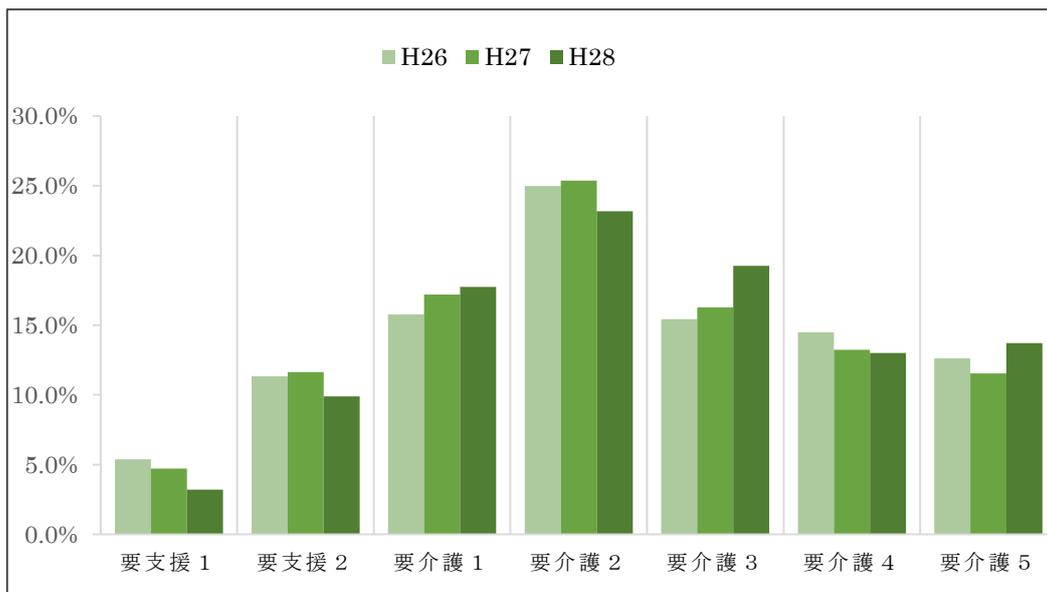
資料：京丹波町

6.介護保険認定状況

本町における要介護認定者数は平成 28 年度末で 1,100 件程度であり、平成 26 年度から平成 28 年度の新規申請者は平均 230 件程度に上ります。認定者を介護度別で見ると 3 か年とも要介護 2 の認定者割合が多い状況ですが、平成 28 年度には要介護 3、要介護 5 の認定者割合が多くなっています。

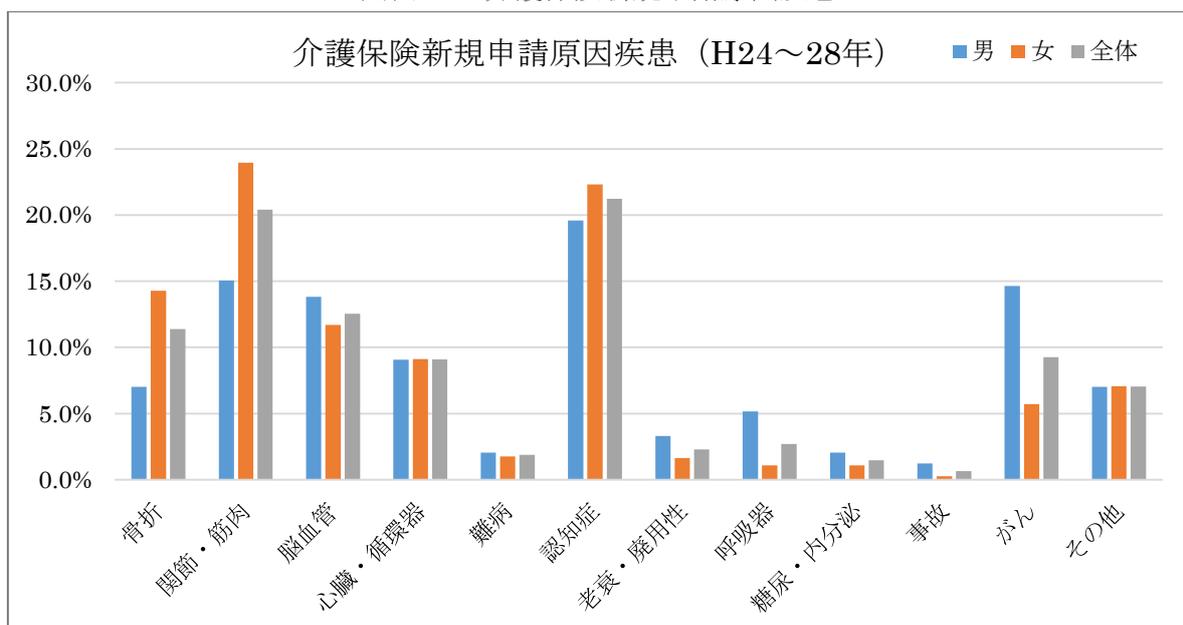
申請時の原因疾患を過去 5 年間で見てみると男性においてはがん、女性においては関節筋肉の疾患が多く見られ、男女共に認知症による申請が多くなっています。

図表 56 要介護認定者の状況



資料：KDB システム（要介護(支援)者認定状況）

図表 57 介護保険新規申請原因疾患



資料：京丹波町

7. 健康課題と目標の設定

(1) 現状分析から見える健康課題

医療費及び健診結果等の状況から確認できた以下の健康課題を踏まえ、保健事業を実施していきます。

●HbA1c5.6以上の有所見者の増加

特定健康診査の結果より男女ともにHbA1c5.6以上の有所見者が平成25年に比べ大きく増加しています。糖尿病予防教室を実施していますが、参加者数が少ない状況からみても、高血糖が脳梗塞や心筋梗塞などの疾病を誘発するという認識があまりないとうかがえます。

これまでの糖尿病予防対策では健診結果説明会における個人指導と少人数のグループワークを中心とした予防教室を展開してきましたが、更に効果的な事業の取組を図ることが必要です。

《対策》教室参加者の増加を図るため、食事の摂取量、体組成測定等による「数値の見える化」による効果的な事業運営

●糖尿病の重症化

医療費分析では、糖尿病にかかる医療費が高血圧症を抜き、増額となっています。

特定健康診査受診後、受診勧奨値を超えた者に医療機関への紹介状を発行するも精密検査未受診者の割合は増加傾向です。

また、特定健康診査結果より、糖尿病治療中者の血糖値のコントロール不良が目立ち、医療費分析からは、糖尿病合併症割合が多く見られます。以上のことから、糖尿病重症化予防の取組が必要です。

《対策》①未受診者の受診勧奨

②健診要精密検査者に対する、かかりつけ医と連携によるフォロー

●働き盛り世代の生活習慣の乱れ

特定健康診査結果より、男女ともにHbA1c5.6以上の有所見者が50代から特に増加しています。また、男性は50代、女性は40代から肥満の割合が高くなっています。

生活習慣質問票調査では、運動習慣の改善に大きな変化は見られず、60%以上の方が運動習慣の定着が見られません。また、女性の喫煙、飲酒の習慣の割合が、40代前半で高くなっているほか、食生活の乱れも40代前半から目立ちます。

一般的な生活習慣の乱れが、40歳代からの健康に影響を及ぼしている状況がよくわかります。生活習慣の改善及び生活習慣病の早期予防の取組が必要です。

《対策》①働き盛り世代の特定健康診査受診率と特定保健指導利用率の向上

②健診結果説明会を中心とした運動習慣の意識付け、禁煙及び食生活の指導

③運動、喫煙、食生活をテーマとした健康講座の開催

(2) 平成 35 年度に向けての目標の設定

事業		実施目標	
		事業の実施状況・実施量 (アウトプット)	事業の成果 (アウトカム)
特定健康診査関連	特定健康診査の実施	<ul style="list-style-type: none"> 受診しやすい環境の整備（日曜健診を年 2 回実施） 健診項目の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率 60% (目標値については第 3 期特定健康診査等実施計画による)
	特定健康診査未受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への通知率 100% 電話勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の受診率の向上 32 年度までに 10%以上 35 年度までに 30%以上
	人間ドック助成	<ul style="list-style-type: none"> 助成の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率の向上
	特定保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率 60% (目標値については第 3 期特定健康診査等実施計画による) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者の減少率 25%以上減少（目標値については、全国目標値による）
	健診結果説明会	<ul style="list-style-type: none"> 会場巡回数 92(延べ 100)会場 夜間開催の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 本人への手渡し率（特定健診） 80%以上
	要精密検査者未受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への通知率 100% 糖尿病要精密検査未受診者への電話勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診率 80% 糖尿病要精密検査者については医療機関受診率 100%
健康教育	CKD 予防教室	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への通知率 100% 参加率の上昇 	<ul style="list-style-type: none"> 塩分摂取達成率（H31 年度） 男性 8.0g 未満達成率 50%以上 女性 7.0g 未満達成率 30%以上 高血圧有所見者率の減少
	糖尿病予防教室	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への通知率 100% 参加率の上昇 	<ul style="list-style-type: none"> HbA1c5.6 以上の有所見率の減少 男性・女性ともに 50%以下
	糖尿病フォローアップ教室		<ul style="list-style-type: none"> HbA1c5.6 以上の有所見者数の増加（悪化率を対前年比で 7%以下に抑える） 転入、保険異動によらない新規透析者数 0 人
	健康講座	<ul style="list-style-type: none"> 実施回数年 3 回 参加者数の増加 	
	働き盛りの世代への健康教育(子どもを通じた子育て世代への対策)	<ul style="list-style-type: none"> 乳幼児健診へ参加した保護者への尿中塩分測定の実施 年 6 回 離乳食教室等を通じて保健指導の実施 年 3 回 	<ul style="list-style-type: none"> 質問票調査における数値の現状維持または改善

事業		実施目標	
		アウトプット	アウトカム
その他事業	後発医薬品普及促進	<ul style="list-style-type: none"> 京丹波町通知基準に基づく対象者への通知 通知回数（年2回） 	<ul style="list-style-type: none"> 32年度末までに数量シェア80%以上（国のロードマップに沿って目標値を設定）
	服薬情報通知 （29年度から実施）	<ul style="list-style-type: none"> 通知回数（年1回） 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤費の抑制
	重複・頻回受診者への訪問指導	<ul style="list-style-type: none"> 国保部門と衛生部門とで、対象者名簿の情報を共有しながら対応を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者数の減少

8. 個別の保健事業計画

(1) 特定健康診査関連

● 特定健康診査の実施

目的：自らのからだの状態を把握し、生活習慣の予防、病気の早期発見、早期治療によるQOLの維持、健康寿命の延伸を図ります。

対象者：40～74歳の京丹波町国民健康保険の加入者

方法、内容：基本的な実施内容については、第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

実施体制：第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

目標：受診しやすい環境を整備し、健診項目の充実を図り、受診率の向上を図ります。

評価の指標：特定健康診査受診率（法定報告値）

● 特定健康診査未受診者対策

目的：未受診者に対して健診の必要性を理解してもらい、受診につなげます。

対象者：特定健康診査未受診者

方法、内容：集団健診の申し込みがない者に対し、文書・電話等で受診を促します。対象者は毎年度検討して選定するものとします。（例・数年間受診していない者、過去受診の数値が基準以上である者等）対象者の特性に応じた勧奨を検討し実施します。

実施体制：国保部門の所管とし、衛生部門と対象者の情報共有を図り実施します。

目標：最終年度までに事業対象者の30%を受診につなげます。

評価の指標：特定健康診査受診率（法定報告値）、事業対象者の受診数

● 人間ドック助成

目的：経済的な負担の軽減を図り受診を容易にすることで、病気の早期発見、早期治療を図ります。

対象者：京丹波町国民健康保険に加入して1年以上経過している者で国民健康保険税の滞納がない世帯の者かつ町が実施する各種健診（がん検診を含む）を受診していない者

方法、内容：京丹波町民健康保険と契約した医療機関での人間ドック受診に対し、費用の一部を負担します。費用負担の割合は、毎年度見直すものとします。

目標：特定健康診査の受診率の向上につなげます。

評価の指標：特定健康診査受診率（法定報告値）、事業対象者の受診数

● 特定保健指導

目的：一定のリスクがある者に対し、生活習慣の改善を指導することで疾病を予防し、重症化を防ぎます。

対象者：高齢者の医療の確保に関する法律で定められた動機付け支援・積極的支援対象者

方法、内容：基本的な実施内容については、第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

実施体制：第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

目標：対象者の生活習慣改善を定着させ、重症化予防を図ります。

評価の指標：特定保健指導実施率（法定報告値）、保健指導対象者数の減少率

● 健診結果説明会

目的：健診の結果を丁寧に説明することで、自らの体の状態を正確に把握し、生活習慣を振り返る機会とするとともに来年度の目標を設定することで、継続受診につなげます。また、受診勧奨対象者への働きかけや各種保健指導の糸口とする重要な場として活用します。

対象者：健診受診者

方法、内容：地域の公民館等を巡回し、面談を行うことを基本とします。全員に健康手帳を交付し健診結果を添付することで、状態を経年的に把握できるようにします。訪問・窓口での説明も柔軟に実施します。

実施体制：京丹波町保健師及び栄養士が実施します。

目標：本人に必要な情報提供・保健指導が的確に行われるようにします。

評価の指標：京丹波町の集計をもとに本人への結果手渡し率、郵送による返却率の減少。

● 要精密検査者未受診者対策

目的：健康リスクの高い要精密検査者に医療機関への受診勧奨を行うことで、早期治療を促進し、重症化を防ぎます。

対象者：健診結果放置者

方法、内容：医療機関への受診勧奨後も、結果を放置している者へ電話等により受診を促します。

実施体制：京丹波町保健師が実施します。

目標：異常値の改善、重症化予防を図ります。

評価の指標：医療機関からの紹介状の返却数、医療機関受診率（レセプトデータにより確認）

(2) 健康教育

● 健康講座

目的：健康に対する正しい知識を普及し、「自らの健康は自らが守る」という認識を高め、行動変容を促します。

対象者：京丹波町国民健康保険加入者

方法、内容：健診結果及び日常の保健指導業務から、年度ごとに適切であると思われる主題を設定し、講座を実施します。特に、関連のある健診結果の数値が基準以上である者に対し、案内の通知を送付します。

実施体制：京丹波町保健師及び栄養士が計画・実施します。講師は必要により外部から招きます。

目標：必要とされる主題を適切に選定し、参加者の増加を図ります。

評価の指標：実施回数、参加者数

● 子どもを通じた子育て世代への対策

目的：子育て世代・働き盛り世代の生活習慣の改善を図る取組を強化します。

対象者：子育て世代・働き盛り世代

方法、内容：乳幼児健診など子どもに対する食育事業を通じ、その親への生活習慣の改善を促すために、尿中塩分測定の実施、改善が必要な者へは保健指導を実施します。

実施体制：衛生部門が実施し、食生活改善推進委員等の協力を仰ぎます。

目標：子育て世代・働き盛り世代の生活習慣を改善し、健康を保ちます。

評価の指標：実施人数

● 健康教室・CKD（慢性腎臓病）予防教室

目的：生活習慣の改善を図り、行動変容を促し、腎臓病及び心血管疾患等の予防につなげます。

対象者：特定健康診査結果が e-GFR 又は血圧において一定の基準を超えている者

方法、内容：既存の健康教室を維持・強化します。自ら体験し実感してもらうため、尿中塩分測定や塩分濃度測定器などを用い、数値等「目に見える」内容を実施します。

実施体制：京丹波町保健師及び栄養士が計画・実施。講師は必要により外部から招きます。

目標：自ら家庭で実践する力を養い、行動変容を促します。

評価の指標：塩分摂取量達成率、国保連合会の評価ツールによる高血圧有所見率

● 健康教室・糖尿病予防教室（フォローアップ教室を含む）

目的：生活習慣の改善を図り、行動変容を促し、糖尿病の予防・改善を図ります。

対象者：特定健康診査結果が HbA1c6.1 以上の者で生活習慣の改善が必要である者。ただし、すでに治療中の者は除きます。

方法、内容：既存の健康教室を維持・強化します。京丹波町病院の協力を仰ぎ、講座と交流会を組み合わせて実施します。その他、運動・調理実習等の体験を必要に応じて盛り込みます。

実施体制：京丹波町保健師及び栄養士が計画・実施します。講師は必要により外部から招きます。

目標：自ら家庭で実践する力を養い、行動変容を促します。

評価の指標：国保連合会の評価ツールによる HbA1c5.6 以上の有所見率の減少、有所見者数の改善率の増加を確認します。

(3) その他事業

● 後発医薬品の普及促進

目的：後発医薬品の普及を促進することで、医療費の削減につなげます。

対象者：京丹波町ジェネリック医薬品利用促進通知基準で対象者と定める者

方法、内容：上記基準で定める対象者に、1年に2回程度後発医薬品差額通知を送付します。基準月のレセプトを元に通知を送付し、送付した翌月のレセプトを分析することで効果を測ります。

広報誌等を利用した啓発活動を実施します。

保険証の更新等に併せ、全世帯にジェネリックシール・カードを送付します。

実施体制：差額通知については国保連合会に委託して実施します。

目 標：後発医薬品についての知識の普及、普及率数量ベース 80%以上

評価の指標：普及率数量ベース（「国が定める後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」平成 32 年度末までに数量シェアで 80%以上）

● 服薬情報通知

目 的：多くの薬剤を服用している、同じ効能の薬剤を複数服用している被保険者に対し、適切な服薬を促すとともに医療費の削減につなげます。

対 象 者：60 歳以上の被保険者

方法、内容：調剤の処方状況から、基準月に 6 種類以上の内服薬を 2 医療機関以上から処方されている者へ、1 年に 1 回程度服薬情報通知を送付し、かかりつけ薬剤師等による服薬指導の利用を促します。

実施体制：適正な事業者へ外部委託し実施します。

目 標：正しい服薬方法についての知識の普及

評価の指標：調剤医薬費の減少

● 重複・頻回受診者への訪問指導

目 的：適切な受診を指導することで本人の負担を軽減し、医療費の削減につなげます。

対 象 者：国保連合会から提供される対象者名簿にある者

方法、内容：国保連合会から提供される対象者名簿を用いて訪問指導を実施します。

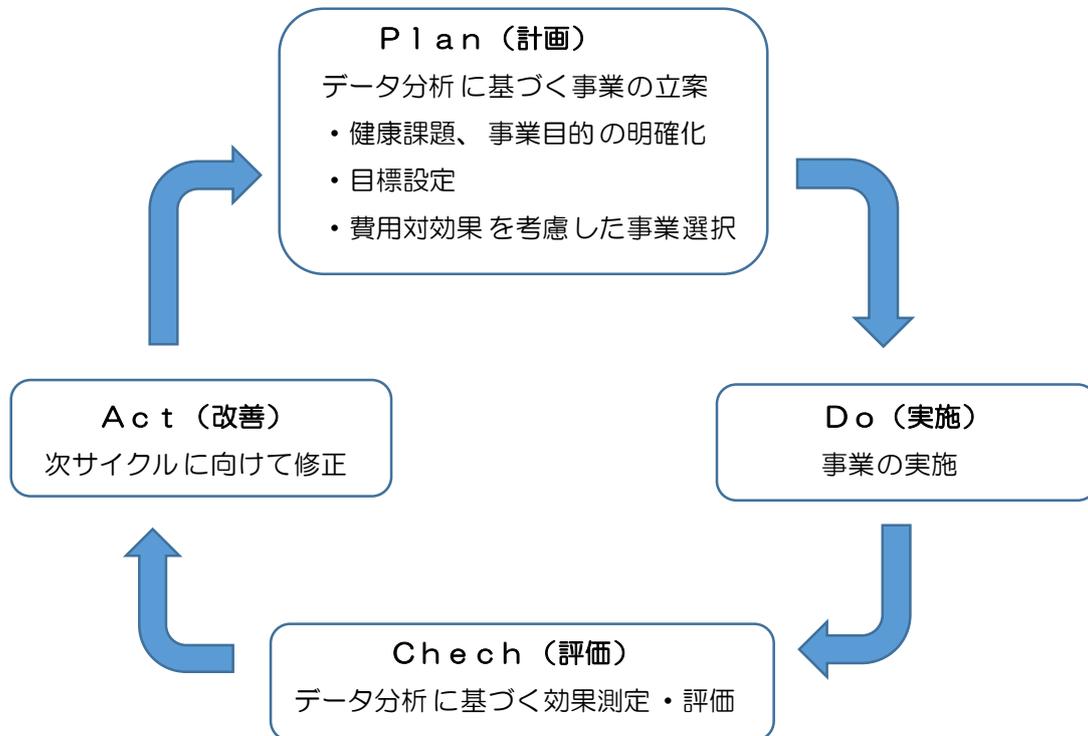
実施体制：京丹波町保健師が実施します。

目 標：対象者の現状維持、改善

評価の指標：国保連合会から提供される対象者名簿にて対象者数の減少を確認します。

9. データヘルス計画の評価及び見直し

P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、平成 32 年度に中間評価を行い、平成 35 年度に実績評価を行います。また、計画の期間中においても、目標の達成状況や事業の実施状況の変化等により計画の見直しが必要になった場合は必要に応じて見直しを行います。



10. 事業運営上の留意事項

本計画の推進に当たっては、町衛生部門、介護部門等関係部局のほか、町内医療機関、事業を委託する事業所等との連携を深め、効果的な保健事業を実施します。

また、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという保険者特性を踏まえ、医療、介護、生活支援など暮らし全般に支援を必要とする者に包括的に支援を行う地域包括ケアに保険者として参加をし、被保険者を支える体制づくりを構築していきます。

第3章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 目標値の設定

(1) 京丹波町国民健康保険の目標値

国の特定健康診査等基本方針に掲げる参酌標準をもとに平成30年度から平成35年度までの各年度の目標値を下記のとおりとします。

区 分	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健康診査の実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導の実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導対象者の減少率 ※						25%

※平成20年度比

(2) 目標値の設定にあたっての対象者等の推計

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健康診査	対象者予測数	3,219人	3,194人	3,141人	3,162人	3,109人	2,969人
	実施者予測数	1,770人	1,788人	1,790人	1,833人	1,834人	1,781人
特定保健指導	対象者予測数	224人	227人	227人	232人	232人	226人
	実施者予測数	78人	90人	102人	116人	127人	135人

2. 特定健康診査の実施

(1) 対象者

京丹波町国民健康保険に加入し、特定健康診査実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(75歳の誕生日の前日までの人)。ただし、妊産婦・6か月以上の長期入院している者など、厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は除きます。

(2) 実施場所・実施時期

第2期に引き続き、以下の通り実施します。また、受診率向上につながるよう、実施曜日・時間帯については、対象者のニーズを把握した上で検討します。

	実施場所	実施時期
集団健診	町保健センター、公民館等	6月～7月
個別健診	町立医療機関	10月～12月

(3) 健診項目

健診項目については、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)に基づき実施する項目及び保険者が必要と認める項目とします。

また、特定健康診査の実施に代え、特定健康診査の法定項目を含有する形で人間ドックを実施します。

区 分	項 目	内 容	
基本的な健診の項目 (健診対象者全員が 受ける項目)	質問 (問診)	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査等	
	身体計測	身長・体重・BMI・腹囲	
	理学的所見	身体診察	
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
	血液検査	肝機能検査	GOT、GPT、 γ -GTP
		脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール
		血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c (HbA1c)
尿検査	尿糖、尿蛋白		
町単独の追加健診項目 (健診対象者全員 が受ける項目)	血液検査	貧血検査 赤血球、血色素量、ヘマトクリット ※詳細な健診項目において貧血検査を実施した者 以外の受診者	
		腎機能検査 血清クレアチニン・e-GFR	
	尿酸 ※男性のみ		
詳細な健診項目 (一 定の基準の下、医師 が必要と認める場合 に実施)	貧血検査		
	心電図検査		
	眼底検査		
	血清クレアチニン検査		

(4) 案内方法

特定健康診査の案内の方法は、以下のとおりとします。ただし、健診の見直しに伴い、適宜変更していきます。

- 特定健康診査申込書の発送
対象者へ特定健康診査の案内及び申込書の個別発送を行います。また、発送の際、年間の健診案内を同封します。
- 広報等による周知
町広報紙、ホームページ、CATV等の広報媒体を活用します。また、健診実施前に再度CATVにて健診会場及び健診時間の案内を徹底します。
- ポスターの掲出
行政機関及び健診会場となる各地区公民館等へ健診ポスターの掲出を行い、周知を図ります。

(5) 実施機関

集団健診については、総合健診ができる機関に外部委託し実施します。
個別健診については、町立医療機関において実施します。

(6) 特定健康診査の外部委託

厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導実施に関する基準」に基づき、この基準を満たしている事業者のなかから選定・評価を行います。また、事業者の評価にあたっては保険者協議会等を通じて、情報交換を行うものとします。

(7) 健診委託単価等

京都府医師会から示された基準単価を参考にし、適正な単価とします。

3. 特定保健指導の実施

(1) 対象者

特定健康診査の結果から内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、特定保健指導の階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた者に対して、保健指導を実施します。

腹 囲	追 加 リ ス ク	④喫煙歴	対 象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

※追加リスクの基準は以下のとおり

- ①血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上、または HbA1c5.6%以上、または随時血糖 100 mg/dl
- ②脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③血圧：収縮期血圧 130 mm Hg 以上、または拡張期血圧 85 mm Hg 以上

※前期高齢者（65歳～74歳）については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とします。

※積極的支援に2年連続で該当した場合、1年目に比べて2年目の状態が改善していれば、2年目の特定保健指導は動機付け支援相当の支援を実施します。

動機付け支援相当を行える対象者は、特定健康診査の2年目の結果において、BMI30未満で腹囲1cm以上かつ体重1.0kg以上減少している者。BMI30以上で腹囲2cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者とします。

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療にかかる薬剤を服用している者は、保健指導の対象から除くものとします。

(2) 実施場所・実施時期

町保健センター、委託契約に基づき町が指定するスポーツ施設等で実施します。

実施時期は、特定健康診査実施後、年間を通じて実施します。ただし、初回面接については、年度内に終了させるものとします。

(3) 実施内容

◎動機付け支援・・・対象者自らが、自身の生活習慣を振り返り、改善のための行動目標を設定します。実施者は、保健指導支援計画を作成し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援します。

◎積極的支援・・・対象者自らが、自身の生活習慣を振り返り、改善のための行動目標を設定します。実施者は、保健指導支援計画を作成し、複数回の介入を行い、継続的に生活習慣に対する行動変容を促す支援を行います。

(標準的な計画) 平成30年度の予定

	期間・回数	時期	支援形態
動機付け支援	3 か月間 支援・評価	結果返し時	面接（行動目標・支援計画作成）
		3 か月後	評価（通信又は電話）
積極的支援	3 か月以上 の継続支援 ・※評価	結果返し時	面接（行動目標・支援計画）
		2 週間後	電話支援
		1 か月後	個別指導（栄養分析）
		2 か月後	電話支援
		3 か月後	個別指導（保健指導）及び電話支援 【中間評価】
		4 か月後	電話支援
		5 か月後	電話支援
		6 か月後	個別面接及び評価

※実績評価は、3か月後の中間評価、6か月後の実績評価で行う。

特定保健指導の内容は、毎年度検討を重ねプログラムを作成するものとします。

(4) 実施機関

執行委任により町保健部門が実施します。

また、積極的支援の一部を民間のフィットネスクラブ等へ委託し実施します。

(5) 特定保健指導の外部委託

厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導実施に関する基準」に基づき、この基準を満たしている事業者の中から選定・評価を行います。また、事業者の評価にあたっては保険者協議会等を通じて、情報交換を行うものとします。

(6) 他の健診データの受領等

労働安全衛生法等に基づき事業者が実施する事業主健診等は、今後も事業者等が実施義

務を負い、「高齢者の医療の確保に関する法律」に優先するものです。事業主健診等を受けた京丹波町国民健康保険の特定健康診査受診対象者については、可能な限り結果データを受領し、必要な保健指導を行うものとします。

4. 実施スケジュール

月	年間スケジュール
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック申込受付開始、受診（1年間）
5月	
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診受診票等の発送 ・CATV等を活用した啓発・広報の実施 ・当年度未受診者の把握及び勧奨
7月	
8月	
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診開始（約2か月間）
10月	
11月	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の抽出（階層化）
12月	
1月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会開始（約2か月間）
2月	
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診開始（約3か月間） ・特定健康診査等実施計画の見直し ・翌年度事業計画の決定
4月	
5月	
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・翌年度集団健診申込書の発送
7月	
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診申込書受付
9月	

注) スケジュールは標準的なものであり、必要に応じ関係者間で調整を行います。

5. 結果の通知と保存

(1) 特定健康診査・特定保健指導のデータの形式

特定健康診査・特定保健指導のデータは、電磁的に記録し、保存します。

データ管理等においては、京都府国民健康保険団体連合会において構築された「特定健診等データ管理システム」を使用します。

(2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理、保存期間

個人の健康に関する情報が格納された健診・保健指導のデータファイルや、それらを健診・保健指導機関から受領し、個人別、経年別等に整理、保管している医療保険者のデータベース及び健診結果は、個人情報保護の観点により厳重に取扱い、管理するものとします。

特定健康診査等の電磁的記録の保存期間は、記録の作成の日から最低5年間又は、加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

(3) 被保険者への結果通知

結果通知書には、健診項目の結果数値とともにメタボリックシンドロームの判定結果、詳細項目にかかる医師の所見を記載。

結果通知書、結果数値の見方、パンフレット等を同封し、郵送または手渡しの方法により情報提供するものとします。

(4) データ等の提供

特定保健指導を実施するため、国民健康保険や他の医療保険者から健診データ等の情報の提供の授受を行う場合は、個人情報の保護対策により関係法令を遵守し、適正に行うものとします。

す。

また、高齢者の医療の確保に関する法律第27条の規定により、他の医療保険者から特定健診、特定保健指導のデータの提供を求められた場合も同様に対処します。

なお、町が一般保健事業として健康相談等に活用するため、国民健康保険から特定健康診査データ等の提供を受けることが必要な場合は、あらかじめ健診受診者本人に情報提供について同意を得た場合のみ行うものとします。

6. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

毎年度、事業の目標達成状況等を把握し、実施体制、実施方法、周知方法、経費、外部委託、保健指導方法等多様な角度から評価、検証を行います。これにより必要に応じて計画の見直しを行い、より効果的な事業の実施を図ることとします。

7. その他

(1) 事業の質の確保

専門職としての資質の向上を図るため、保険者協議会等で開催される健診・保健指導プログラムの研修等に積極的に参加するとともに、事例検討などOJT（実務を通じて行う教育訓練）も推進します。

医療保険者による生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、保健指導に必要な保健師、栄養士等の配置、国保直診・在宅の専門職の活用、アウトソーシングの活用等を考慮します。

(2) 各種検診等との連携

特定健康診査にあわせて、各種がん検診等と同日実施するなど、被保険者の利便性の向上を図りつつ、効率的な健診事業を行います。

(3) 事業主との連携

被保険者の事業主健診の結果を、事業主（あるいは事業主の委託先健診機関）から受領できるよう、事業主と連携・協力体制を構築します。

第4章 計画の公表と周知

本計画については、京丹波町ホームページを通じて公表します。

第5章 個人情報の保護

本計画の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等に定める役員、職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従事者の監督、委託先の監督）について、周知及び遵守の徹底を図るとともに、京丹波町個人情報保護条例、同施行規則に定める情報セキュリティポリシーについても周知及び遵守の徹底を図り、個人情報漏えい防止に細心の注意を払うものとします。

本計画に定める保険事業を外部に委託する際には、秘密保持義務の遵守、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を把握します。

【参考資料】用語説明

か行

拡張期血圧	心臓が拡張し、血液が心臓に入り込んでくる状態。血圧が最も低くなることから最低血圧ともいわれる。
眼底検査	眼底の血管、網膜、視神経を調べる検査。目の病気だけでなく、高血圧や脂質異常症、糖尿病の血管への影響、動脈硬化の程度も知ることができ、成人の中途失明原因第一位で、糖尿病の三大合併症の一つである糖尿病網膜症の発見にも有効な検査。
狭心症	血管内が狭くなることにより発作的に、胸の痛みや圧迫感などの症状を起こす病気。主な原因は、糖尿病、脂質異常症、高血圧から引き起こされる動脈硬化。
血糖	血液中のブドウ糖のこと。血液の流れとともに全身へ運ばれていき、インスリンの働きを借りて細胞に取り込まれ、エネルギー源となる。
血糖値	血糖の濃度。血液1デシリットルあたりのブドウ糖の量をミリグラムで表す。血糖値が正常レベルよりも高いことを高血糖、低いことを低血糖という。
空腹時血糖	検査の時間より10～14時間前から食事をしていない空腹時に測定した血糖値。
血清クレアチニン	筋肉で作られる老廃物の一つ。腎機能が低下するとクレアチニンが増加するので、血液中のクレアチニンを検査することで腎機能をみる指標となっている。
血清尿酸	血液中の尿酸のことで、この値が高くなり、7.0mg/dlを超えると、高尿酸血症と診断され、高尿酸血症の状態が長く続くと、急性関節炎（痛風）を引き起こす。
健康日本21（第二次）	厚生労働省が健康増進法の規定に基づき、国民の健康の増進の為に示した方針で、平成24年度末に終了した健康日本21を全面改正し、平成25年度から適用されている。基本方針としては、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」、「健康を支え、守るための社会環境の整備」、「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」が挙げられている。
後期高齢者	日本国内に住む75歳以上の方。対して65～74歳の方は前期高齢者という。
高血圧症	血圧が、常に最高血圧（収縮期）140mmHg以上、あるいは最低血圧（拡張期）90mmHg以上である状態で、単に高血圧ともいう。高血圧を放っておくと、脳卒中や心筋梗塞など動脈硬化による様々な病気の原因となる。
国保データベースシステム（KDB）	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供するシステムのこと。
血色素量	血液にある、酸素の運搬に関与する色素蛋白で、赤血球中のヘモグロビンを血色素といい、血色素量はその量をいう。

さ行

脂質異常症	血液中の脂質（コレステロールや中性脂肪）が多過ぎる生活習慣病。悪化すると、動脈硬化を引き起こし、心筋梗塞や脳梗塞などの重大な病気につながる。
収縮期血圧	心臓が収縮し、血液が心臓から血管に送り出される状態。血圧が最も高くなることから最高血圧ともいわれる。
重複受診者	1ヶ月間に同系の疾病を理由に、4医療機関以上受診している人を対象とする。
ジェネリック医薬品	後発医薬品とも呼ばれる。先発医薬品（新薬）の特許が切れた後、先発医薬品と同じ有効成分で製造・供給される医薬品のこと。先発医薬品よりも安価で供給される。
心筋梗塞	虚血性心疾患の一つで、心臓の筋肉細胞に酸素や栄養を送っている冠動脈血管の閉塞や狭窄等により血液の流量が下がり、心筋（心臓の筋肉）が虚血（貧血）状態になり壊死してしま

う状態。

腎不全 腎臓の機能が低下し、機能が正常時の30%以下程度に落ちた状態。急性腎不全と慢性腎不全があり、慢性腎不全が末期腎不全になると、腎臓の機能が極度に低下し、生命維持のために人工透析や腎臓移植が必要になる。

生活習慣病 食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣を起因とし、発症・進行する疾患の総称。代表的なもので高血圧、糖尿病、脂質異常症などがある。

た行

中性脂肪 人間の体を動かすエネルギー源となる物質で、別名「トリグリセリド」と呼ばれる。健康診査ではTGと表される。中性脂肪値(TG値)が高いと、血液中に中性脂肪が多いことを示し、動脈硬化を進める恐れがある。

統合失調症 精神障害の一つで、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患。以前は「精神分裂病」が正式の病名だったが、「統合失調症」へと名称変更された。基礎症状としては、認知障害や自閉等の陰性症状(通常ある機能が失われる症状)があり、副次的症状としては、幻覚や妄想等の陽性症状(通常ない状態のものが出てくる症状)がある。

糖尿病 血糖値を下げるホルモン(インスリン)の作用が低下することで、体内に取り入れた栄養素がうまく活用されず、血液中のブドウ糖(血糖)が多くなっている状態。ひどくなると尿が多くなる、のどが渇く、お腹が空く、体重が減る、疲れやすい等の症状が出て、時には意識障害(糖尿病昏睡)となることもある。

糖尿病性腎症 糖尿病の三大合併症の一つ。糖尿病により腎機能が悪化(腎不全)し、人工透析に移行する原因疾患第一位を占める。

糖尿病性神経障害 糖尿病の三大合併症の一つ。初期の自覚症状として比較的多いのは、末梢神経のうちの感覚神経の障害による足底、手足、指先のしびれ。

糖尿病性網膜症 糖尿病の三大合併症の一つ。網膜は細い血管が張り巡らされていて、高血糖による最小血管障害の影響を受けやすい組織。最小血管障害によって網膜に血液が行き届いていない部分ができると、正常では存在しない新生血管が網膜や硝子体に現れる。新生血管はもろいので、出血を起こしたりしてさまざまな悪影響を及ぼし、視覚障害を起こす。

動脈硬化 心臓から全身に血液を送り込む役割を担う動脈の内側の壁が、文字通り硬化して、血管が細くなり、血液が流れにくくなる状態をいう。狭心症や心筋梗塞などの心疾患、糖尿病による足の壊疽(壊死)は、動脈硬化が起因している。

特定健康診査 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目して、生活習慣病といわれる糖尿病や高血圧症、脂質異常症のリスクの有無を検査することを目的とした健康診断であり、40~74歳を対象としている。通称「特定健診」「メタボ健診」とも呼ばれる。

特定保健指導 特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師や保健師や管理栄養士等が各対象者の身体状況に合わせた生活習慣を見直すための保健指導を行うこと。

な行

日本再興戦略 平成25年6月に閣議決定された、第二次安倍内閣が掲げる成長戦略。戦略市場創造プランとして、国民の「健康寿命」の延伸、クリーン・経済的なエネルギー需要の実現、安全・便利で経済的な次世代インフラの構築、政界を惹き付ける地域資源で稼ぐ地域社会の実現の4つのテーマを掲げている。

尿蛋白 尿の中に含まれる蛋白の総称。腎臓に異常をきたすと、蛋白質はそのまま尿の中に排泄されるため、尿蛋白の検査をすることにより腎臓の障害の程度を判断する事ができる。

尿糖 血液中のブドウ糖(血糖)が尿中に漏れ出てきたもの。通常、尿にブドウ糖が混じることはないため、尿糖を検査することにより、糖尿病を見つけ出す指標の一つとして使われる。

脳血管疾患 脳動脈に異常が起きることが原因でおこる病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等)の総称。脳血管障害ともいう。

脳梗塞 脳に酸素や栄養を供給する動脈の閉塞や狭窄のため、脳の血液が不足し、脳細胞が壊死、ま

たは壊死に近い状態になること。

は行

頻回受診者

1ヶ月間にレセプトが複数枚あり、同系の疾病を理由に15回以上受診している患者を対象とする。

ヘマクリット値

血液中に占める血球の体積の割合。赤血球の体積比とほぼ等しい。

HbA1c (ヘモグロビン A1c) 赤血球中のヘモグロビンのなかにブドウ糖と結合したものの一種で、1日の血糖値の平均値が高いほど増えることから、血糖コントロールの指標とされる。検査値は、検査前1~2ヶ月の血糖値の状態がわかり、血糖値と違い、検査直前の食事の影響を受けることなく平均的な状態がわかるため、慢性的な高血糖状態を判定することができる。

ま行

慢性腎不全 (CKD)

腎臓の慢性的な病気のため、腎臓の機能が正常時の30%以下程度に落ちた状態。末期腎不全期に陥ると、腎臓機能が10%以下にまで落ち込み、血清クレアチニン値は8mg/dl以上になり、この段階では尿がほとんどでなくなり、人工透析や腎臓移植が必要な状態になる。

メタボリックシンドローム

内臓脂肪型肥満に加え、動脈硬化の危険因子である高血圧、高血糖、脂質異常症のうち、2つ以上に該当する状態のこと。

ら行

レセプト

患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細のこと。医科や歯科では診療報酬明細書、薬局では調剤報酬明細書ともいう。

その他

e GFR

イージーエフアール。推算糸球体ろ過量のこと。腎臓の機能を表す検査値の一つ。高血糖による最小血管障害で糸球体の血管が痛められると、ろ過機能が低下して糸球体ろ過量は下がる。

ALT (GPT)

肝臓に存在する酵素。肝機能が鈍ると値は上昇する。

BMI

BodyMassIndex の略。体重と身長の関係から算出する肥満度を表す体格指数。

HDL-コレステロール

善玉コレステロールといわれ、血液中の余分なコレステロールの回収や血管に沈着したコレステロールを除去する働きを持つ。

LDL-コレステロール

悪玉コレステロールといわれ、増えすぎると、血管に沈着し動脈硬化の原因となる。

PDCA サイクル

事業において、効果的な事業展開をするための一連の活動のことを指す。Plan (計画) → Do (実施) → Check (評価) → Act (改善) のそれぞれの観点で事業を進めていき、この一連を繰り返すことで効率的かつ効果的な事業展開へと進むことになる。

γ-GT (γ-GTP)

肝臓や腎臓などで作られる酵素でアルコールの過剰摂取等で増加する。血液中のγ-GTが異常値を示す場合は、アルコールによる肝臓障害の疑いがある。

12 誘導心電図

心電図の記録方法の一つで、最も一般的な心電図