

目 次

第 1 章 計画の基本的事項	1
1 背景・目的	2
2 計画の位置付け	3
3 計画期間	7
4 実施体制	7
5 保険者努力支援制度	8
第 2 章 保険者の現状	9
1 人口・被保険者・死亡の状況	10
2 医療の状況	17
3 特定健康診査と健診データ	25
4 特定保健指導の実施状況	37
5 生活習慣等の状況	42
第 3 章 第 1 期計画の評価と健康課題	47
1 前期計画の目的と目標	48
2 第 1 期計画の評価	52
3 健康課題	62
第 4 章 事業実施計画	65
1 保健事業の方向性	66
2 保健事業の目標及び評価指標	67
3 事業実施計画	68

第5章 第3期特定健康診査等実施計画	71
1 計画の目標値	72
2 特定健康診査・特定保健指導の対象者数等	73
3 第3期特定健康診査等実施計画について	74
4 個人情報の保護	82
5 計画の公表及び周知	82
6 計画の評価及び見直し	82
7 特定健康診査等の円滑な実施を確保するために	82
第6章 医療費適正化対策事業	83
第7章 地域包括ケアに係る取り組み	87
第8章 計画の見直し・公表等	89
1 評価の時期	90
2 評価方法・体制	90
3 計画の公表・周知	90
4 個人情報の取扱い	90
参考資料	91
用語集	92

第1章

計画の基本的事項

第1章 計画の基本的事項

1 背景・目的

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しています。国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

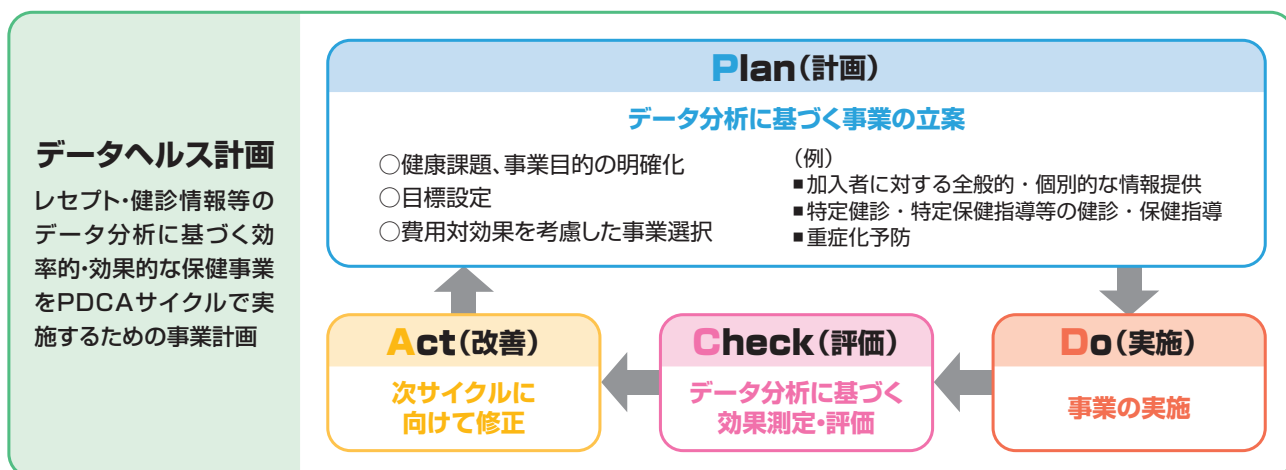
このような状況に対応するため、国は国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ医療費の伸びを抑制することを目的に、生活習慣病予防を重視し保険者による健診および保健指導の充実を図る観点から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、保険者が被保険者および被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査・特定保健指導を実施することを義務付けました。

また、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部改正が行われ、医療保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定し、実施することとされました。

そして、平成27年の国民健康保険法の改正により、都道府県が財政運営の責任主体となり、医療費を当該都道府県内の市町村間で支え合う仕組みに変わりました。保健事業などの医療費適正化の主な実施主体は、これまで通り市町村とされており、新たに創設される「保険者努力支援制度」により医療費の適正化を進め、健康寿命の延伸および医療費の適正化を図ることが求められています。

甲良町では、第1期データヘルス計画および第2期特定健康診査等実施計画の期間が平成29年度をもって終了することから、滋賀県のデータヘルス計画と連携、両計画の目標達成状況と保健事業を評価し、次期計画「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」・「甲良町第3期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

【図表 1-1】データヘルス計画とは



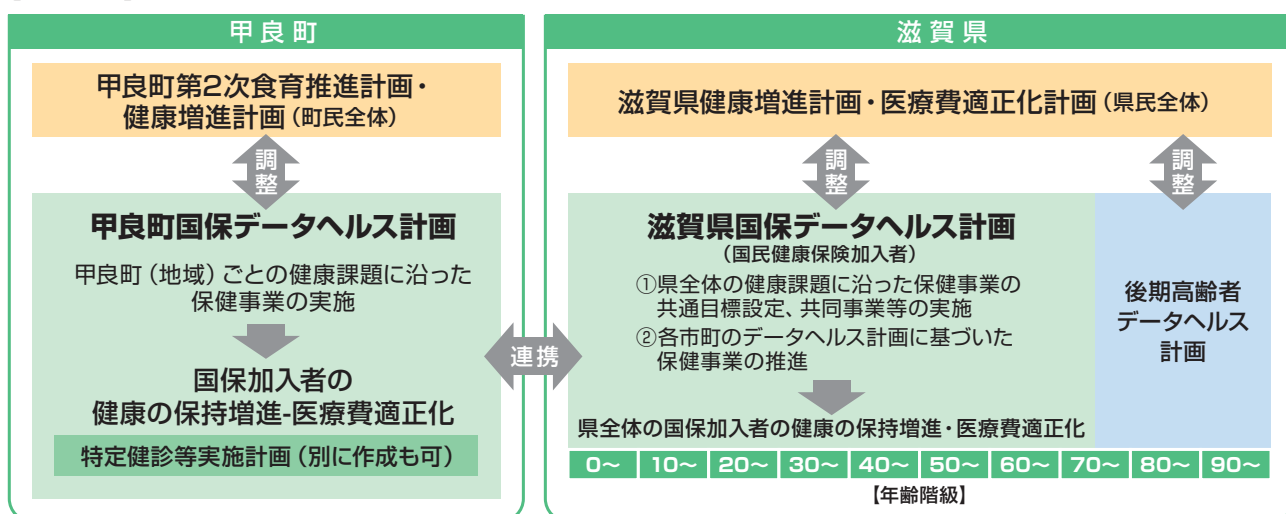
出典：厚生労働省資料

2 計画の位置付け

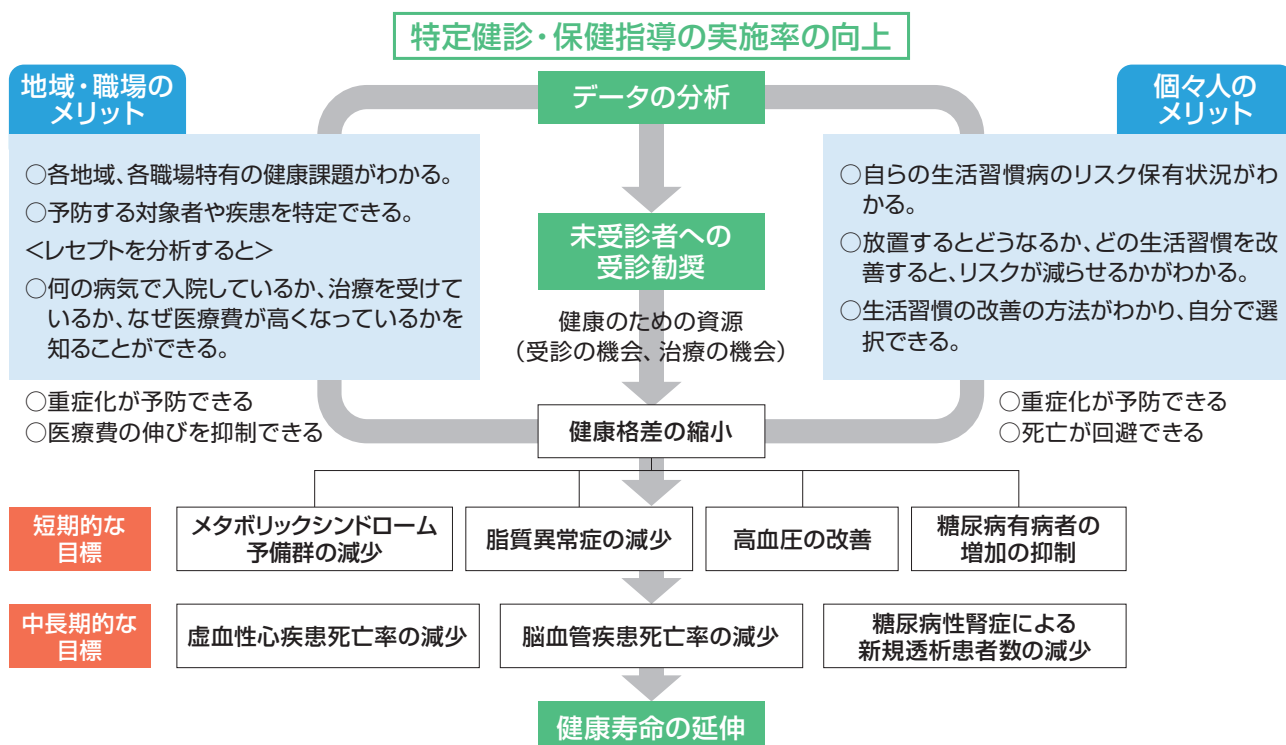
本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康日本21や甲良町第2次食育推進計画および健康増進計画、第3期医療費適正化計画と調和のとれたものとする必要があります。

第2期データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等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。第3期特定健診等実施計画は高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、「特定健康診査等の実施に関する計画」として策定したものです。

【図表 1-2】 甲良町における第2期データヘルス計画・第3期特定健診等実施計画の位置付け



【図表 1-3】 特定健診・保健指導と健康日本 21（第二次）の関連



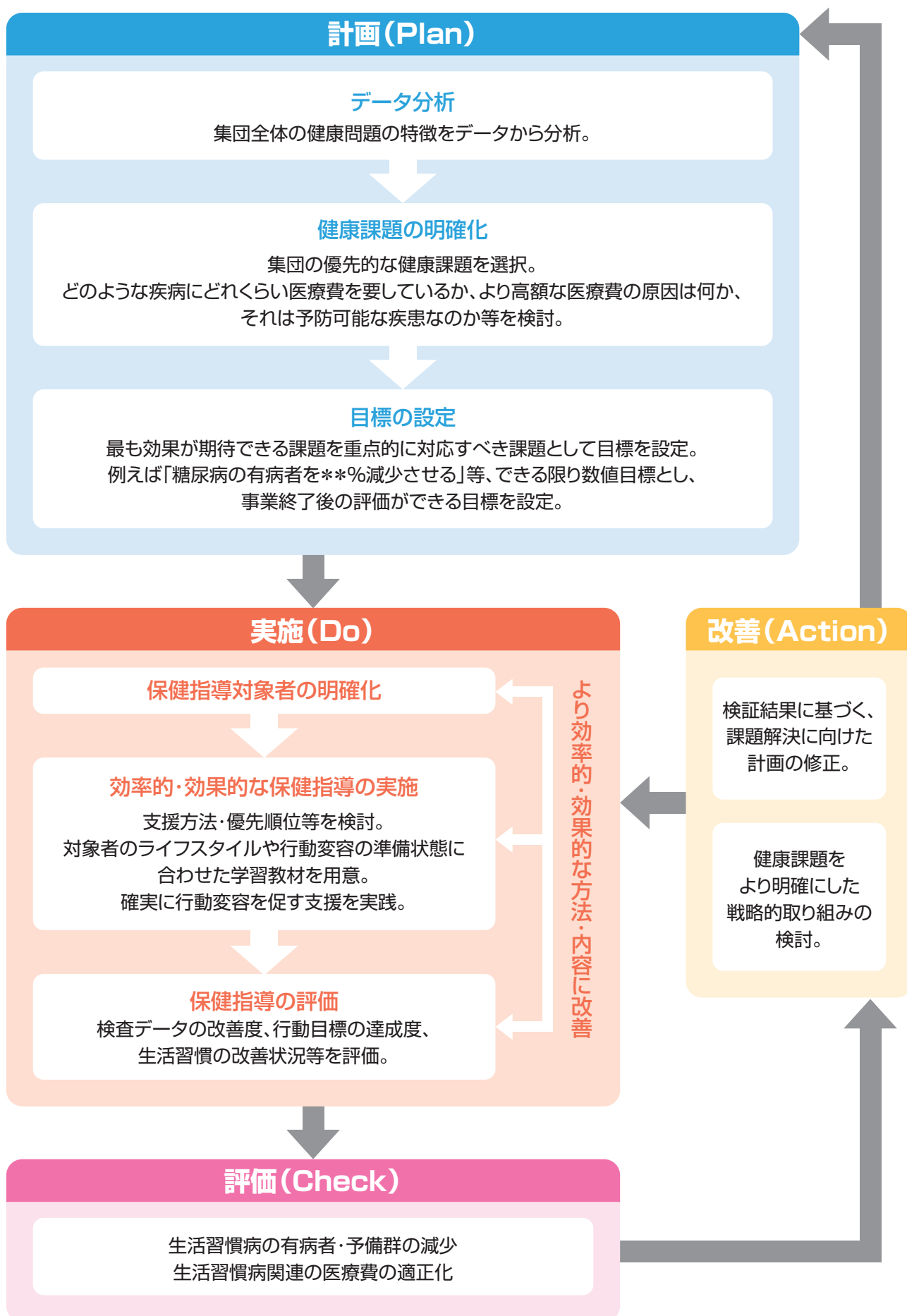
出典：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」（平成30年4月）

【図表 1-4】平成 30 年度に向けての構造図と法定計画等の位置付け

	健康日本 21 計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、 市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健安全法			医療費適正化計画	医療計画
		特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画	介護保険事業 （支援）計画		
法律	健康増進法 第 8 条、第 9 条	高齢者の医療の 確保に関する法律 第 19 条	国民健康保険法 第 82 条	介護保険法 第 116 条 第 117 条 第 118 条	高齢者の医療の 確保に関する法律 第 9 条	医療法 第 30 条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成 24 年 6 月 国民の健康の増進 の総合的な推進を 図るための基本的 な方針	厚生労働省 保険局 平成 29 年 8 月 特定健康診査及び 特定保健指導の適 切かつ有効な実施 を図るための基本 的な指針	厚生労働省 保険局 平成 28 年 6 月 国民健康保険法に 基づく保健事業の 実施等に関する指 針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成 29 年 介護保険事業に係 る保険給付の円滑 な実施を確保する ための基本的な指 針	厚生労働省 保険局 平成 28 年 3 月 医療費適正化に関 する施策について の基本指針【全部 改正】	厚生労働省 医政局 平成 29 年 3 月 医療提供体制の確 保に関する基本指 針
根拠・ 期間	法定 平成25～34年度 （第2次）	法定 平成30～35年度 （第3期）	指針 平成30～35年度 （第2期）	法定 平成30～32年度 （第7次）	法定 平成30～35年度 （第3期）	法定 平成30～35年度 （第7次）
策定者 計画	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防または、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青年期・壮年期、高齢期）に応じて	40～74 歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1 号被保険者 65 歳以上 2 号被保険者 40～64 歳 （特定疾病）	すべて	すべて

	健康日本21計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、 市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健安全法			医療費適正化計画	医療計画
		特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画	介護保険事業 （支援）計画		
対象疾患	メタボリック シンドローム 肥満	メタボリック シンドローム 肥満	メタボリック シンドローム 肥満		メタボリック シンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	虚血性心疾患 脳血管疾患	心筋梗塞等の 心疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん			慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん末期		がん
	ロコモティブ シンドローム 認知症 メンタルヘルス			初老期の認知症、 早老症 骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形 性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靱帯硬化症		精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数） ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1) 生活習慣の状況（特定健診の質問票を参照する） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診受診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取り組み ●外来 ①一人当たり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 ●入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制（地域の実状に応じて設定）

【図表 1-5】 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



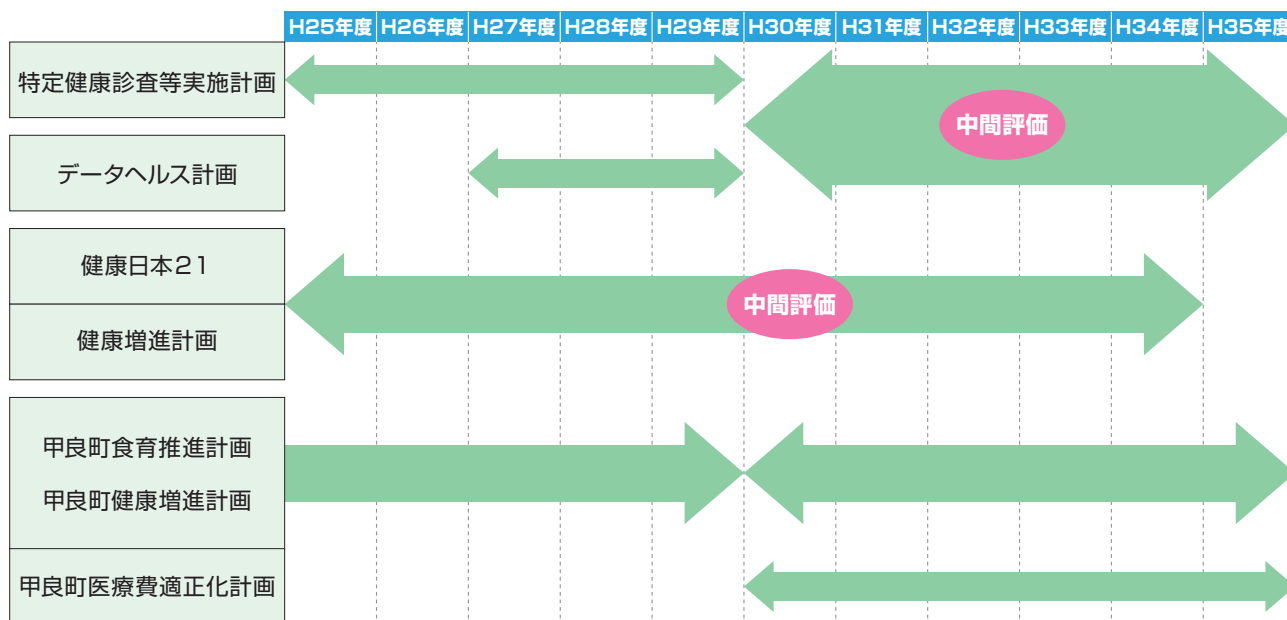
出典：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」（平成 30 年 4 月）

3 計画期間

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

※健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針 ※※保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き

【図表 1-6】 計画期間



★「健康日本21」計画の中間評価と第2期特定健診計画の終了に合わせてデータヘルス計画が実行されることから、平成29年度の見直しに向けて各種計画間の整合性を図りながら、継続した計画の策定を行う。

4 実施体制

甲良町においては、住民課が主体となりデータヘルス計画を策定し、保健福祉課と連携のもと計画に沿った事業を町一体となって進めていきます。

平成27年の国民健康保険法の改正により、都道府県が財政運営の責任主体となりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまで通り本町となります。「保険者努力支援制度」（次ページ参照）の評価指標に基づき、県と本町の国保が一体となって健康寿命の延伸および医療費の適正化への取り組みを進めていきます。

5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりなど保険者としての努力を行う自治体へのインセンティブ制度として、新たに「保険者努力支援制度」が創設されました。これは、評価指標の達成度に応じて国から自治体へ特別調整交付金が支払われるという制度で、市町村では平成28年度から前倒しで、平成30年度からは都道府県も含め本格実施されています。

評価指標については、国が毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させるとし、現在は糖尿病等の重症化予防や保険税収納率の実施状況が高く評価されているため、本町でも重点を置いて取り組んでいます。

厚生労働省保険局発行の資料によると、平成28年度前倒し実施分において、配点の高い糖尿病等の重症化予防の取り組みは全市町村のうち46.9%が既に達成していたことから、新たに受診勧奨後の取り組みおよび保健指導後の検査結果改善等の評価について、評価指標が追加されています。本町は国の見直し追加も考慮し、さらなる取り組みの充実を図ることとします。

【図表 1-7】 保険者努力支援制度

評価指標		平成28年度 配点	平成29年度 配点	平成30年度 配点
総得点（満点）		345	580	850
共通①	特定健診受診率	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	35	50
共通②	がん検診受診率	10	20	30
	歯科疾患(病)検診実施状況	10	15	25
共通③	重症化予防の取り組みの実施状況	40	70	100
共通④	個人へのインセンティブの提供の実施	20	45	70
	個人への分かりやすい情報提供の実施	20	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	10	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取り組み	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	30	40
固有①	保険料（税）収納率	40	70	100
固有②	データヘルス計画の実施状況	10	30	40
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	10	15	25
固有④	国保の視点からの地域包括ケア推進の取り組み	5	15	25
固有⑤	第三者求償の取り組み状況	10	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50
体制構築加算		70	70	60

第2章

保険者の現状

第2章 保険者の現状

1 人口・被保険者・死亡の状況

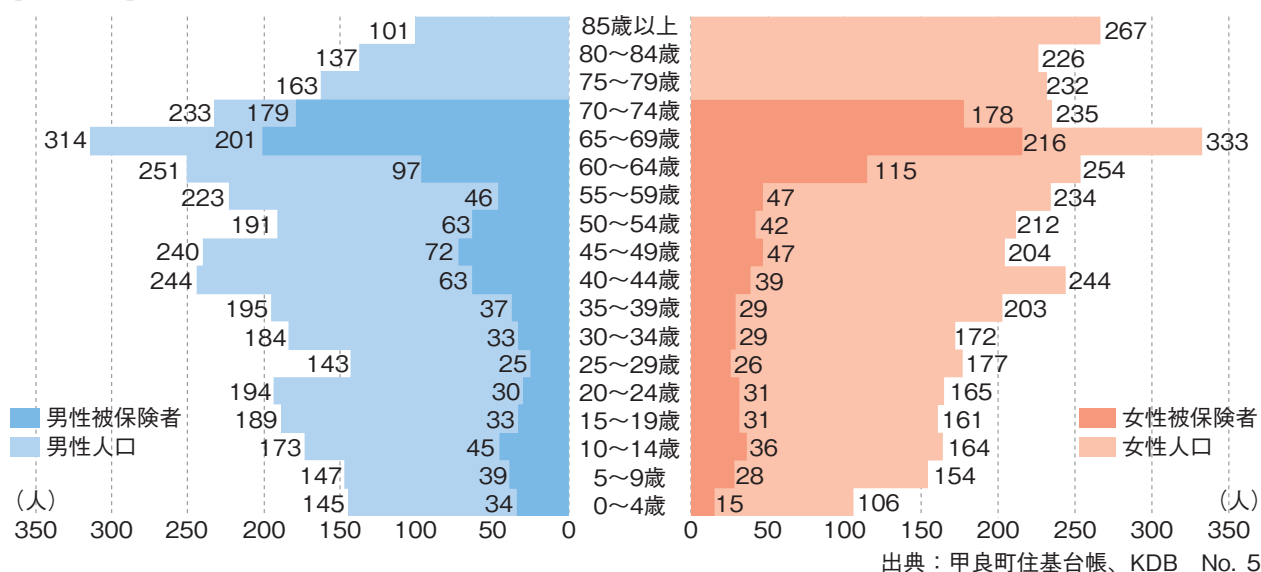
(1) 人口・被保険者

平成29年4月1日の本町の人口は、7,207人です。うち国民健康保険被保険者数は1,906人で、国保加入率は26.4%です。60歳以上になると加入率は高く、被保険者全体の約半数を占めています。

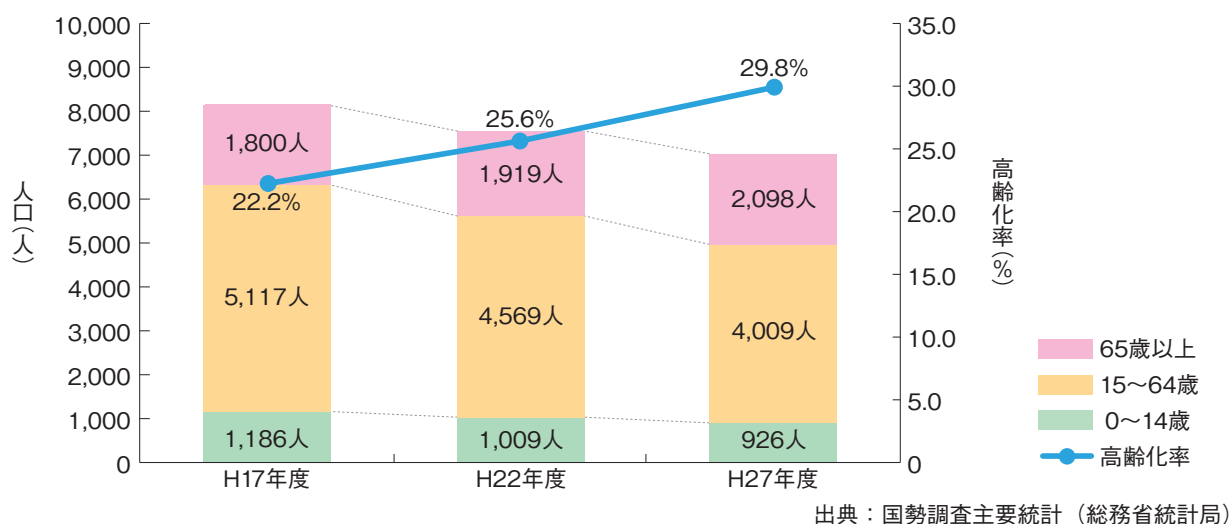
本町の人口構造は、国と同様に少子高齢化にあり、平成17年から5年ごとにみると、人口全体は減少しているのに対し、高齢化率は約30%まで上昇しています。

同様に、国保被保険者数も64歳以下は年々減少し、高齢者の割合が約40%まで上昇しています。

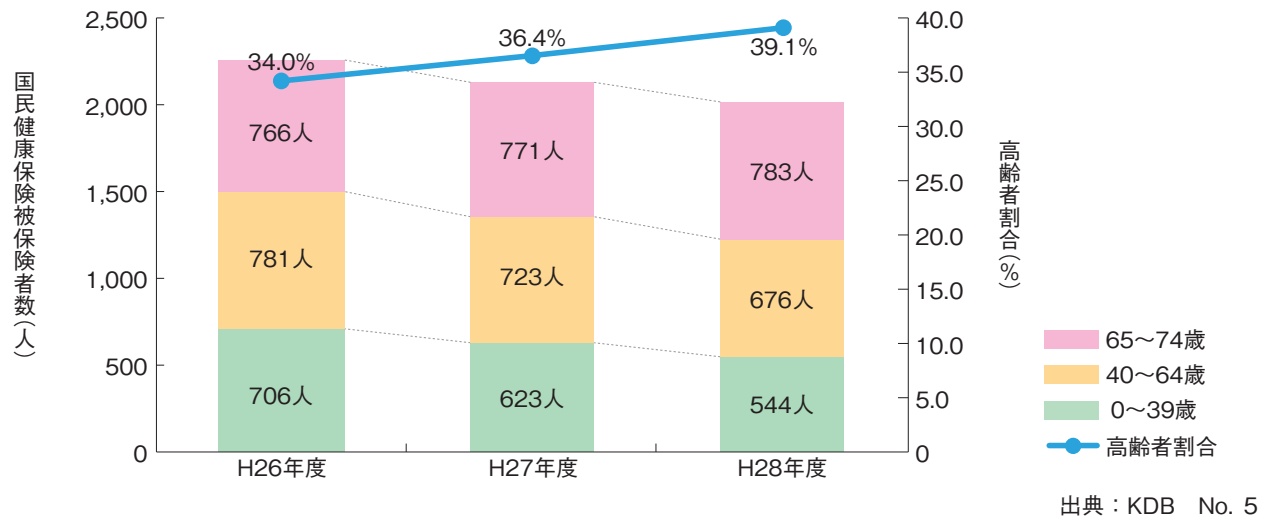
【図表 2-1】 性・年齢階級別人口分布および国保被保険者分布（平成 29 年 4 月 1 日）



【図表 2-2】 年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移（平成 17 年、22 年、27 年）



【図表 2-3】 年齢階級別の国民健康保険被保険者分布および高齢者割合の推移



(2) 平均寿命と健康寿命

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」を指し、平均寿命とは「0歳児が何歳まで生きられるかの平均年齢」を意味します。

平均寿命と健康寿命の差は、不健康な期間であり、医療費や介護給付費が必要となり、生活の質が低下しやすい時期になります。この差を縮めるためには、健康寿命の延伸が必要です。健康づくりや習慣の見直しにより生活習慣病の発症を予防すること、健診を受けて健康状態を確認し、必要な医療につなげ重症化を予防する取り組みが重要です。

甲良町における平成29年の健康寿命は、男性65.8歳、女性66.6歳でした。

【図表 2-4】 健康寿命 甲良町、同規模市町村平均、県、国の比較（平成 29 年）

健康寿命		保険者	同規模平均	県	国
	男性	65.8 歳	65.2 歳	66.0 歳	65.2 歳
	女性	66.6 歳	66.7 歳	67.1 歳	66.8 歳

出典：KDB No. 1

また、本町における平成27年の平均寿命は、男性81.5歳、女性87.3歳でした。平成22年と平成27年で滋賀県内13市6町の平均寿命順位を比較すると、男性は15位⇒17位、女性は19位⇒18位です。

平成22年と平成27年の平均寿命を縦横の軸に取り、全国および県、市町の数値を男女別にグラフ化しました。原点から滋賀県を結ぶ対角線上に位置している場合は、県と同程度の変化と考えられます。男性では、本町はグラフのほぼ対角線上に位置します。つまり、県内順位は低いものの、平成22年から平成27年の変化は県の平均程度であることがわかります。

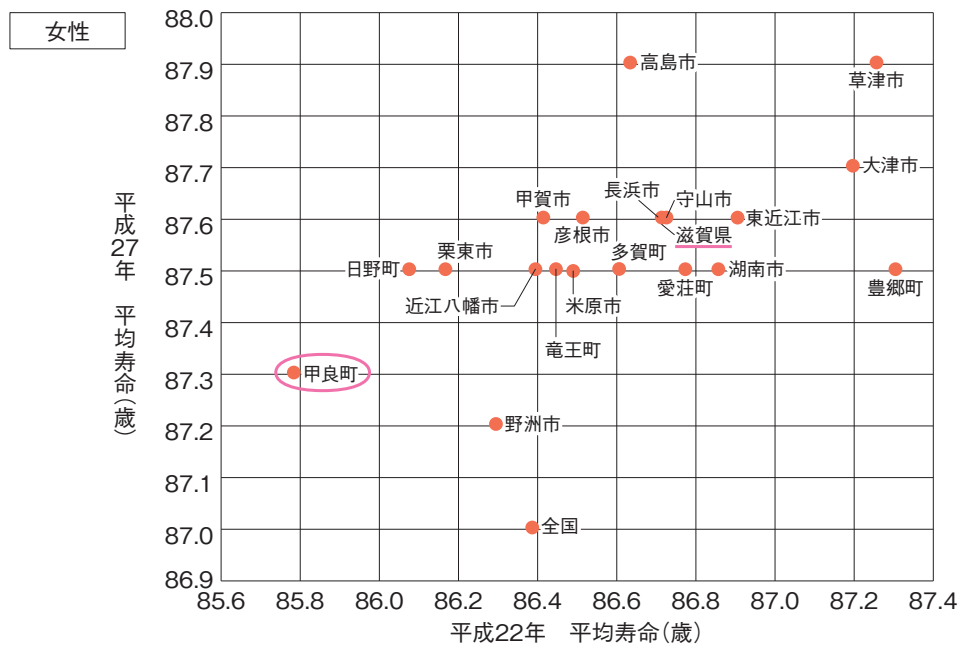
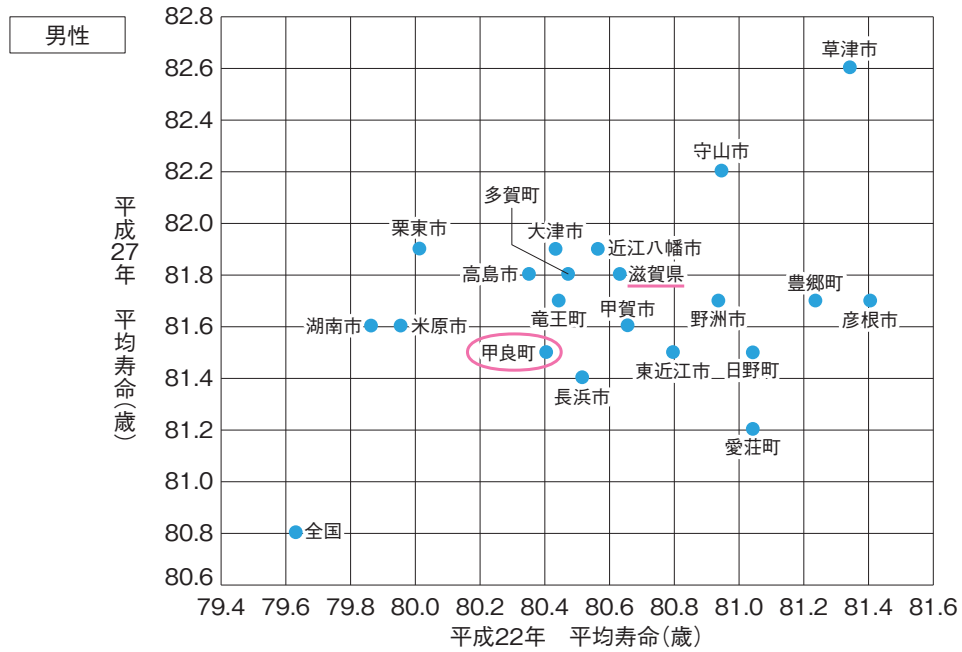
女性では、本町は対角線より左上に位置しているので、県内他市町と比べると、平成27年の平均寿命の伸びが大きいとわかります。

【図表 2-5】 平均寿命の変化（平成 22 年・27 年比較）

男性	平成 22 年	平成 27 年	女性	平成 22 年	平成 27 年
甲良町	80.4 歳 県内 15 位	81.5 歳 県内 17 位	甲良町	85.8 歳 県内 19 位	87.3 歳 県内 18 位
滋賀県	80.6 歳	81.8 歳	滋賀県	86.7 歳	87.6 歳
全国	79.6 歳	80.8 歳	全国	86.4 歳	87.0 歳

出典：国勢調査主要統計（総務省統計局）

【図表 2-6】 自治体別 平均寿命の変化（平成 22 年・27 年比較）



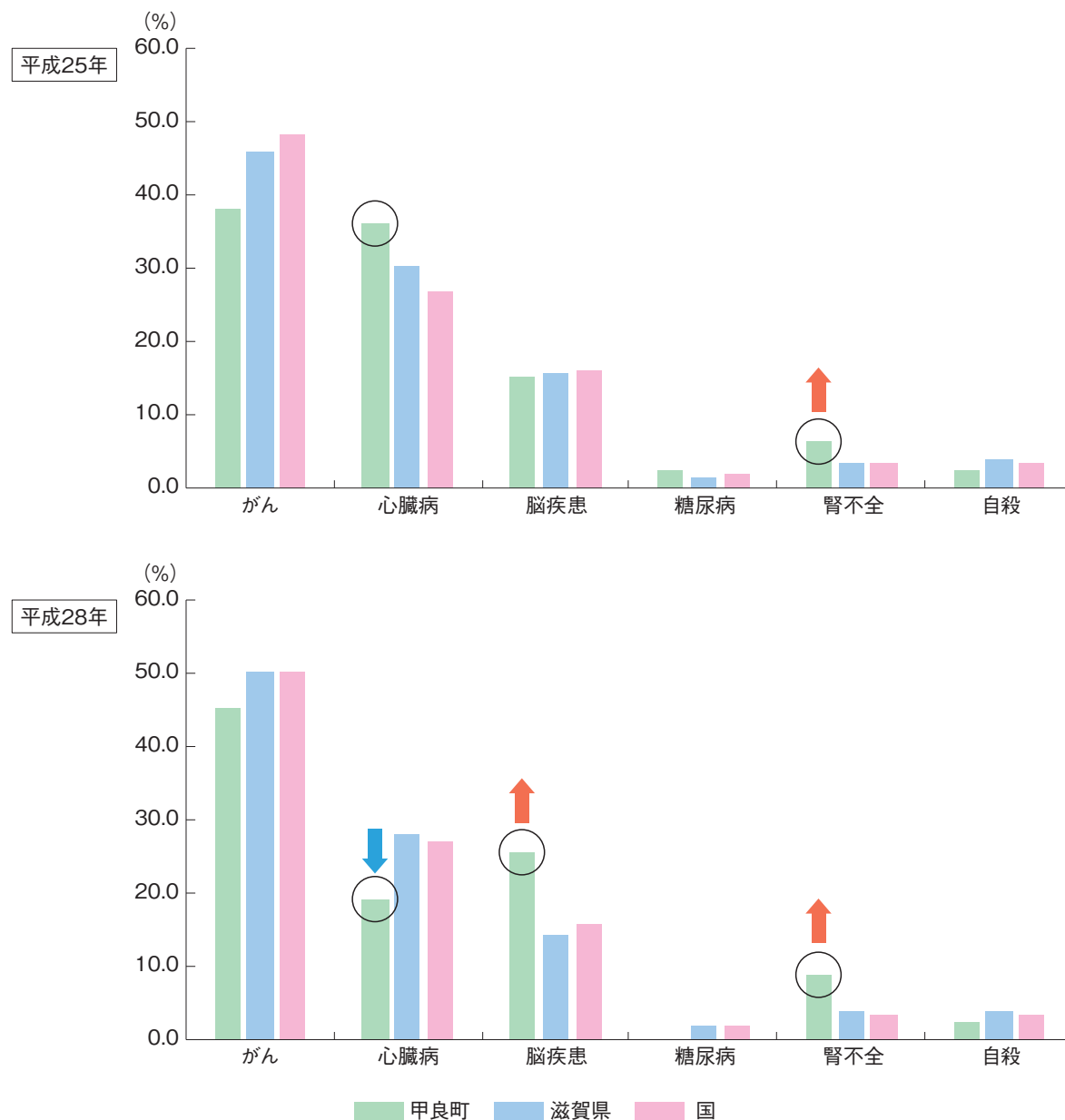
出典：国勢調査主要統計（総務省統計局）

(3) 死因別死亡割合

平成25年（前期計画策定時）と平成28年の死因別割合について、本町と滋賀県・国で比較しました。

本町で最も死亡割合が高いのは「がん」です。「心臓病」は平成28年に半減しましたが「脳疾患」が上昇し、「腎不全」は割合としては低いものの、国や県に比べて、依然高い状態が続いています。

【図表 2-7】 保険者および死因別死亡割合（平成 25 年・28 年比較）



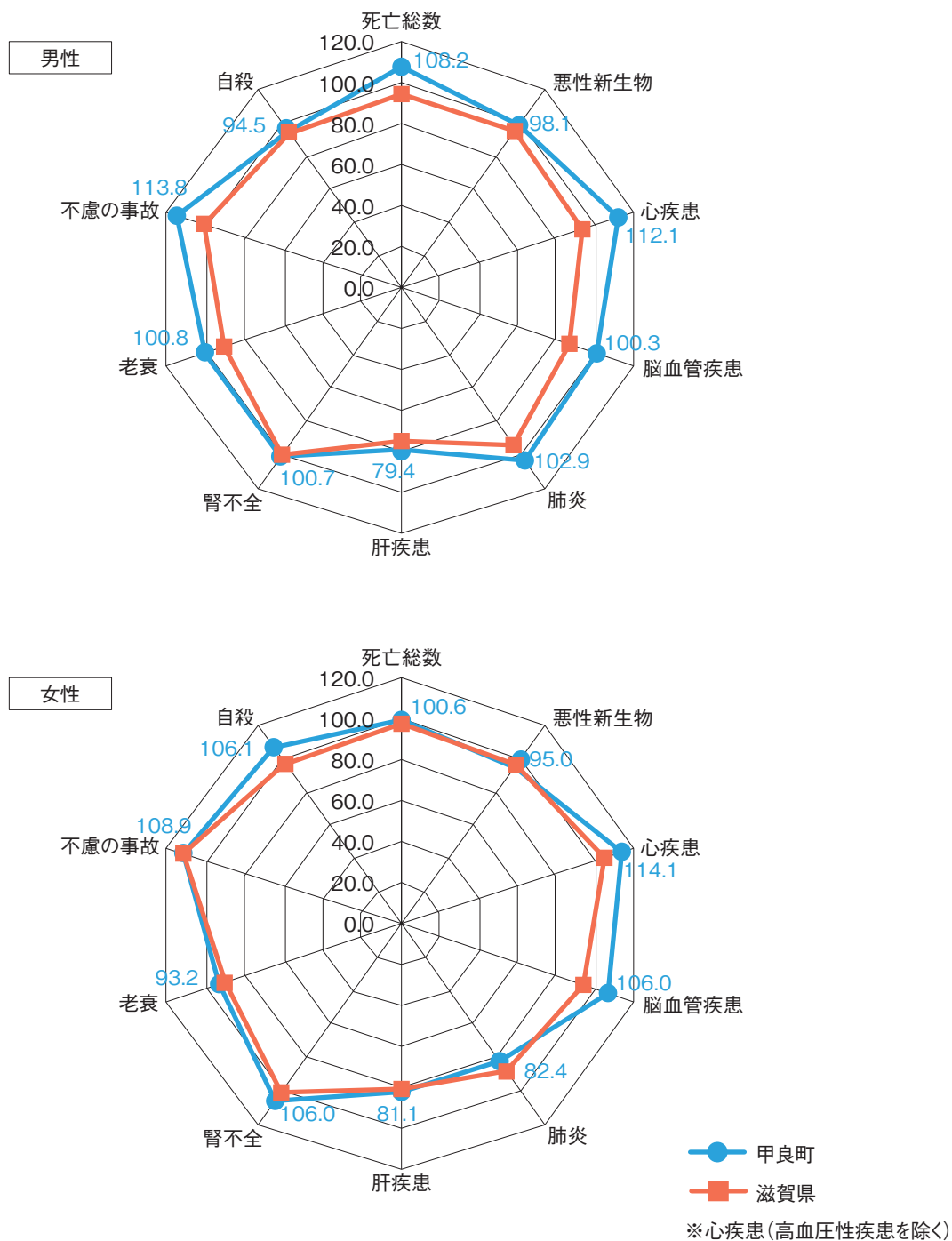
出典：KDB No. 3

(4) 標準化死亡比

標準化死亡比は、国の平均を100とし、地域の死亡率を比較する指標です。平成16年から平成25年の標準化死亡比を確認すると、甲良町は全国よりも男女ともに「心疾患」、女性においては「脳血管疾患」「腎不全」の値が大きいです。

滋賀県は女性の「心疾患」「腎不全」を除いた病因項目で全国を下回るため、本町は県よりも死亡率が高いことがわかります。

【図表 2-8】 標準化死亡比 甲良町と滋賀県の比較（平成 16～25 年）



出典：滋賀県死亡統計

(5) 介護の状況

平成24年度から平成29年度の介護保険認定者数は、449～441人と横ばいですが、認定率は平成24年度21.9%から平成29年度19.7%と、わずかに減少しています。日常生活に支障をきたしていると考える「要介護2」以上の人数は271～282人で、認定者のおよそ6割を占めています。

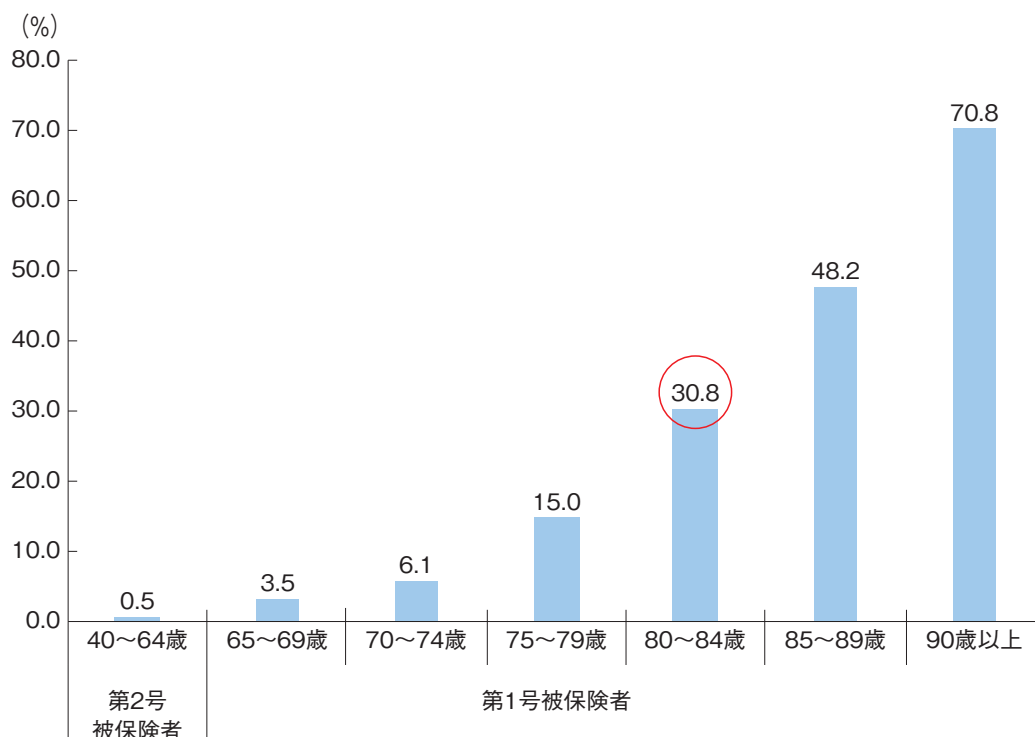
年齢階級別に介護保険認定者出現率を確認すると、「75～79歳」は15.0%と2桁になり、「80～84歳」では30.8%と、さらに倍に増加しています。年齢階級とともに介護保険認定者の出現率が上昇するため、75歳より前の段階での予防策が重要です。

【図表 2-9】 介護保険 介護度別認定者数の推移（平成 24 ～ 29 年度 9 月末）

	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
要支援 + 要介護 1	178 人	176 人	212 人	212 人	187 人	159 人
要介護 2 ～ 5	271 人	260 人	243 人	259 人	266 人	282 人
合計	449 人	436 人	455 人	471 人	453 人	441 人
認定率	21.9%	20.7%	21.0%	21.2%	20.3%	19.7%

出典：甲良町介護保険事業状況報告月報

【図表 2-10】 介護保険 年齢階級別認定者出現率（平成 29 年度 9 月末）



出典：甲良町介護保険事業状況報告月報

1件当たりの介護給付費をKDBデータから確認すると、平成28年度は滋賀県よりも上回っていますが、平成26年度から年々減少しています。

また、平成28年度の介護保険認定者の有病状況では「心臓病」の有病数が最も多く、「高血圧症」「筋・骨格系疾患」と続き、同規模市町村平均、滋賀県、国の割合とも同じ傾向でしたが、有病率ではすべての疾患で各保険者より下回っていました。

高齢者の介護予防では、生活習慣病の重症化予防や認知症予防に加え、筋・骨格系疾患に備えてロコモティブシンドロームの予防とフレイル（虚弱）対策が必要です。

【図表 2-11】 介護保険 介護給付費の推移（平成 26 ～ 28 年度）

項 目		平成26年度	平成27年度	平成28年度	(参考)滋賀県 平成28年度
介護給付費	1件当たり給付費	65,181円	61,690円	62,227円	55,447円
	居宅サービス	40,640円	40,055円	41,324円	38,701円
	施設サービス	290,106円	276,172円	279,607円	278,621円

出典：KDB No. 1

【図表 2-12】 保険者別 介護保険被保険者 有病状況の割合（平成 28 年度）

項 目		保険者		同規模平均	県	国
		実数	割合	割合	割合	割合
有病状況	糖尿病	113人	21.4%	21.2%	25.1%	22.1%
	高血圧症	252人	50.5%	54.6%	55.0%	50.9%
	脂質異常症	139人	27.3%	26.7%	30.0%	28.4%
	心臓病	295人	57.9%	61.9%	65.1%	58.0%
	脳疾患	110人	21.6%	28.2%	24.1%	25.5%
	がん	40人	6.8%	9.7%	10.8%	10.3%
	筋・骨格	236人	47.9%	53.7%	55.2%	50.3%
	精神	176人	33.9%	37.1%	38.1%	35.2%

出典：KDB No. 1

2 医療の状況

(1) 総医療費（医科レセプト総点数）の推移

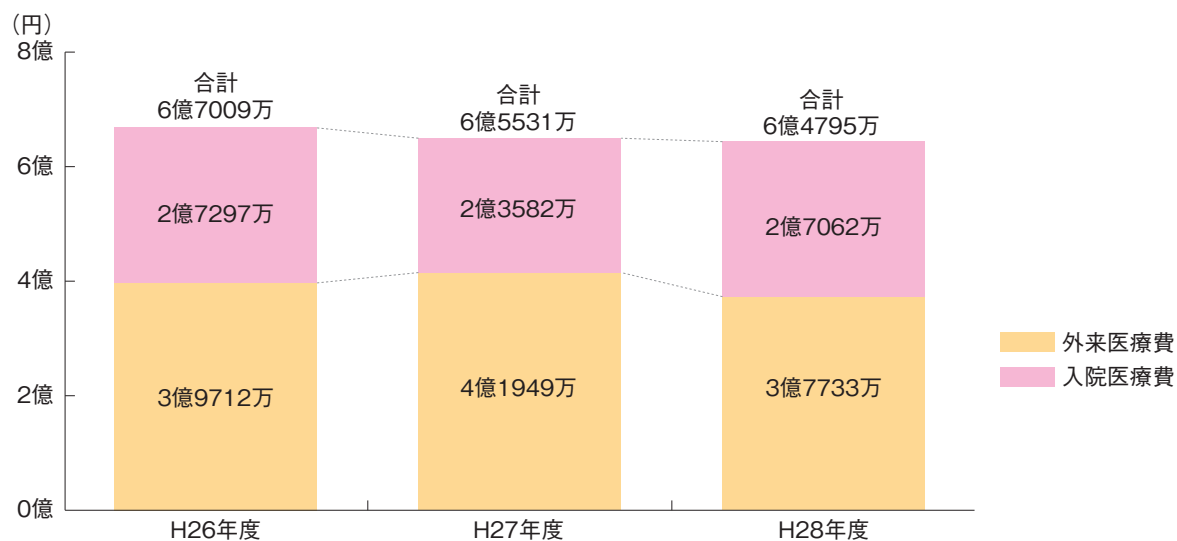
甲良町の平成28年度総医療費は、平成26年度から約2200万円減少し、6億4795万円でした。

内訳をみると、外来医療費は平成27年度に4億円台にまで増加し、平成28年度は約4000万円減少して3億7733万円、入院医療費は平成27年度に約3700万円減少したものの平成28年度は再び2億7062万円まで戻しています。

平成27年度と平成28年度の医療費において生活習慣病13疾病*が占める割合を、レセプト件数と医療費額それぞれで比較したところ、外来医療費はレセプトの件数はほぼ変わらず、医療費額割合が低下していました。入院医療費はレセプト件数・医療費ともに低下していました。

※生活習慣病の13疾病：がん、筋骨格系疾患、狭心症、心筋梗塞、脳梗塞、脳出血、動脈硬化症、脂肪肝、高尿酸血症、脂質異常症、高血圧、糖尿病、精神疾患

【図表 2-13】 外来および入院医療費の推移（平成 26 ～ 28 年度）



出典：KDB No. 3

【図表 2-14】 外来および入院医療費に占める生活習慣病の割合の推移
レセプト件数と医療費（平成 27・28 年度比較）

生活習慣病 13疾病	レセプト件数		医療費	
	平成27年度	平成28年度	平成27年度	平成28年度
外来医療費	49.0%	49.3%	55.0%	50.9%
入院医療費	44.6%	37.7%	55.7%	42.2%

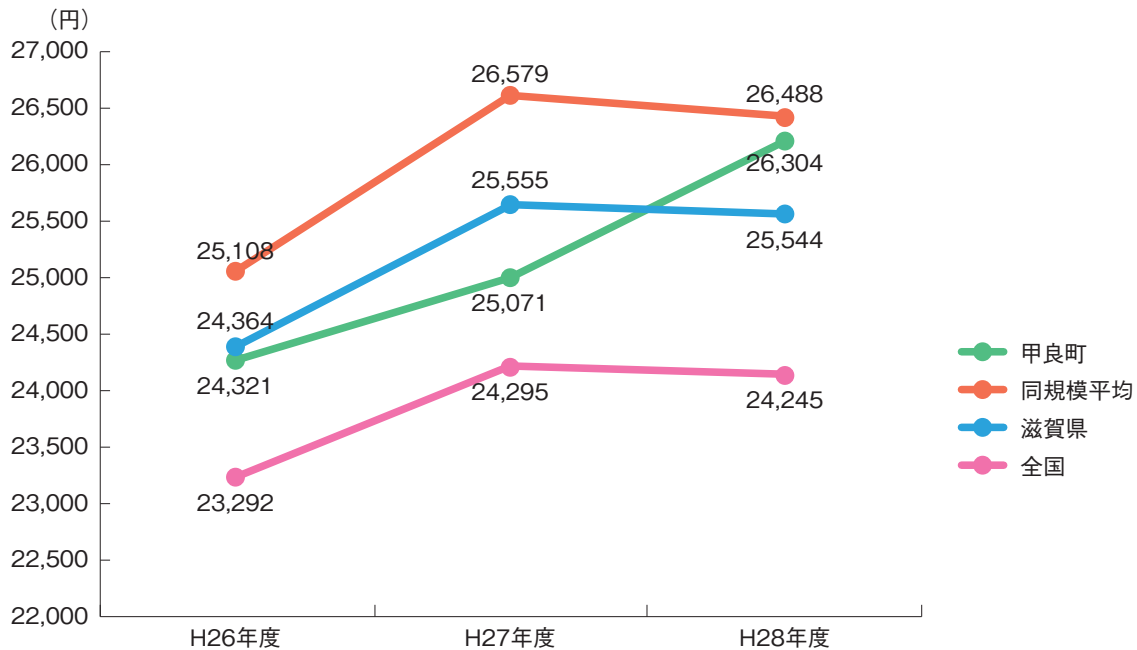
出典：KDB 最小分類

(2) 1人当たりの医療費

平成28年度の被保険者1人当たりの医療費を保険者別に月額で比較すると、国が23,292～24,245円／月と最も低く、滋賀県、甲良町、同規模市町村平均の順に高額になっています。

甲良町は平成26年度では滋賀県と同水準の24,000円台でしたが、翌年度から緩やかに増加し、平成28年度は同規模市町村平均と同程度の26,304円／月まで増加しました。

【図表 2-15】 1人当たりの医療費（月額）の推移
甲良町と全国・滋賀県・同規模市町村平均（平成26～28年度）



出典：KDB No. 3

(3) 短期・中長期目標の評価

高額な医療費がかかり高い死亡率につながる脳疾患・心臓病・腎不全を中長期目標疾患、それらの発症リスクである高血圧症・糖尿病・脂質異常症を短期目標疾患とし、総医療費に占める割合をそれぞれ確認しました。

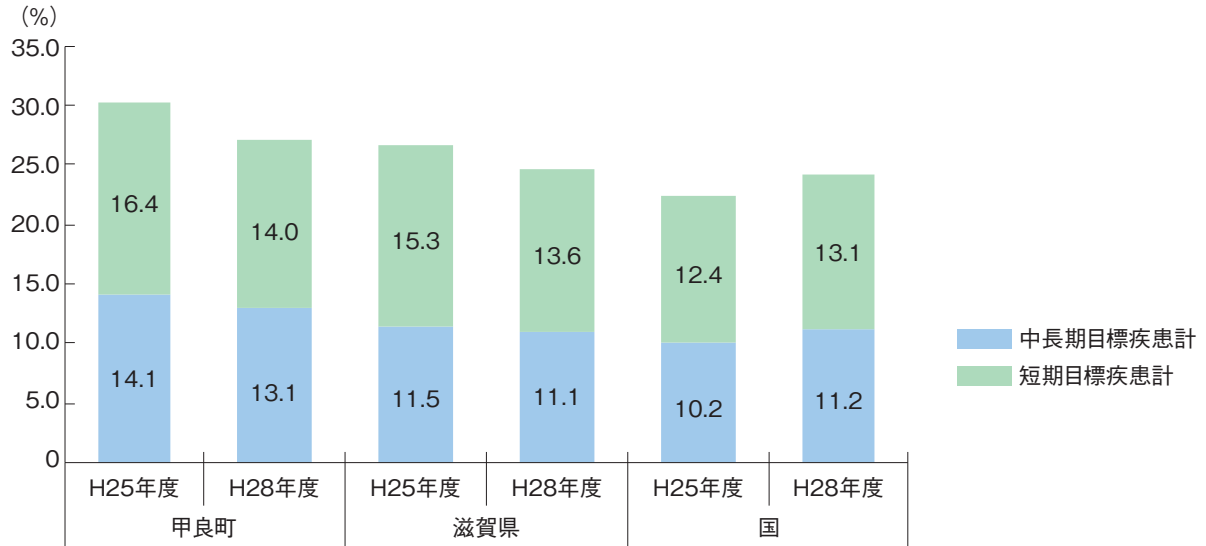
平成25年度と平成28年度で比較すると、甲良町と滋賀県は短期・中期目標疾患ともにわずかに低下しています。国の医療費合計は本町および県より下回りますが、短期・中期ともにわずかに上昇していました。

中長期目標疾患の推移の内訳をみると、国と県は「脳疾患」と「心臓病」は横ばい、「腎不全」はわずかに上昇しています。本町は「脳疾患」と「心臓病」はどちらも半減しましたが、「腎不全」は大きく上昇し、総医療費の8.5%を占めています。

短期目標疾患では、国、県、本町すべて「高血圧症」が低下しています。本町は「糖尿病」もわずかに低下していますが、「脂質異常症」でわずかに上昇しています。

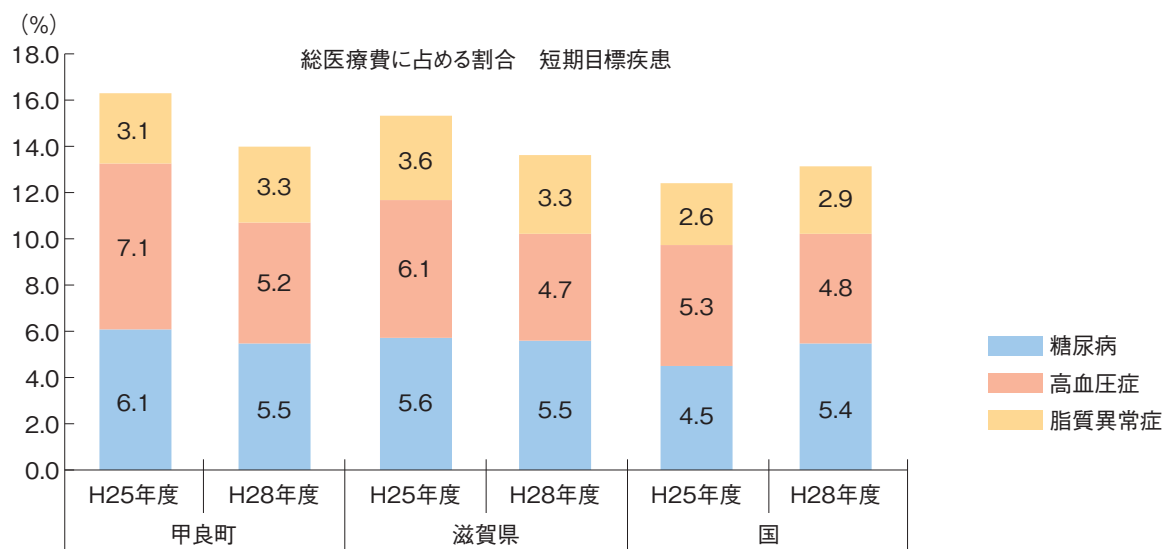
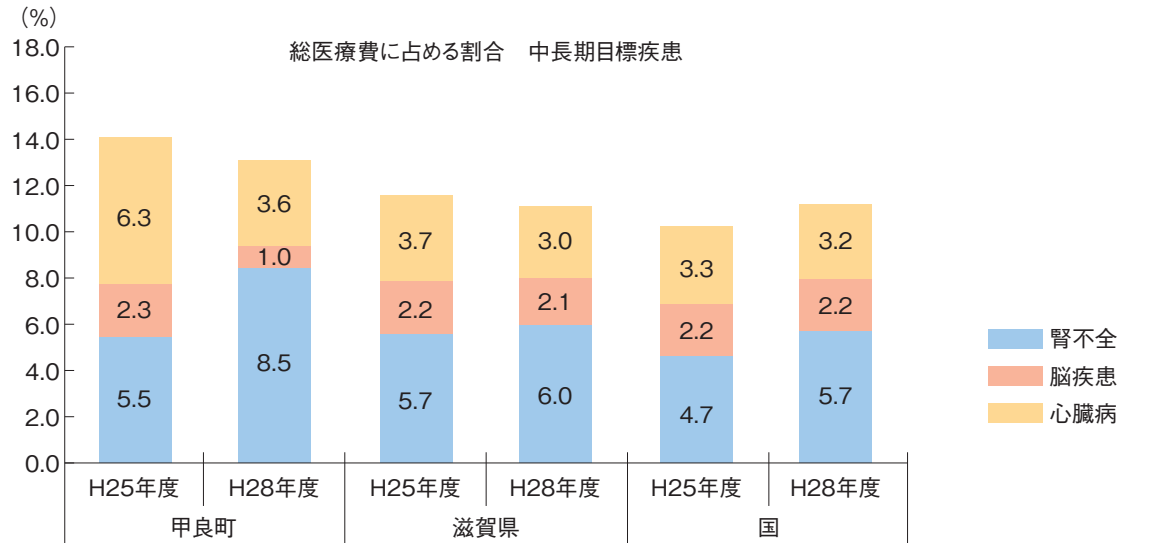
本町は県や国と比べると中長期・短期目標疾患計を合わせた医療費の割合が大きく、特に腎不全の医療費の上昇を抑えることが課題です。

【図表 2-16】 中長期・短期目標疾患医療費合計が総医療費に占める割合（平成 25・28 年度比較）



出典：KDB No. 3

【図表 2-17】 総医療費に占める割合 中長期目標疾患と短期目標疾患（平成 25・28 年度比較）



出典：KDB No. 3

(4) 高額レセプト

甲良町における1件30万円以上の高額レセプトは年間450件程度ですが、中でも100万円を超えるレセプトは15%前後で推移し、入院が多くを占めます。

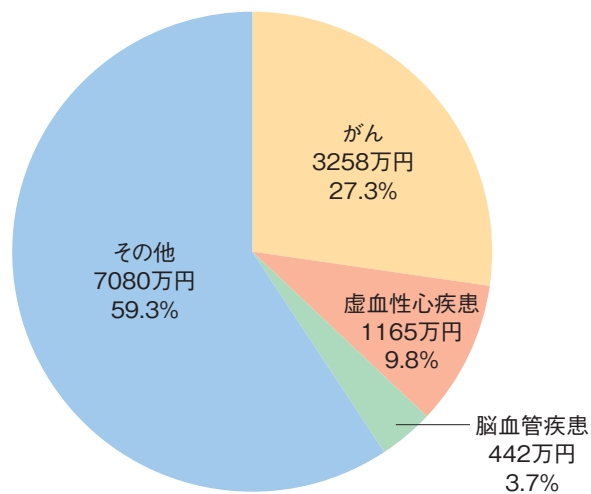
疾患別では、「がん」が最も多く27.3%を占め、「虚血性心疾患」9.8%、「脳血管疾患」3.7%と続きます。「その他」には、ウイルス肝炎や関節症・骨折や損傷が含まれます。

【図表 2-18】 高額レセプト件数の推移（平成 26 ～ 28 年度）

年度	レセプト総件数		30万円以上のレセプト				
	外来	入院	小計	外来	入院	(再掲)100万円以上のレセプト	
						件数	割合
平成26年度	19,334件	499件	432件	113件	319件	70件	16.2%
平成27年度	18,468件	448件	426件	149件	277件	62件	14.6%
平成28年度	17,733件	446件	450件	145件	305件	78件	17.3%

出典：KDB 1 - 1

【図表 2-19】 高額医療費 100 万円以上のレセプトの内訳（平成 28 年度）



出典：KDB 1 - 1

(5) 腎不全の医療費

人工透析治療は個人の生活に及ぼす弊害が大きく、予防できる生活習慣病の中でも長期的に高額な医療費がかかるものです。甲良町は死因・医療費の両面からみて、腎不全の占める割合が高く大きな課題です。

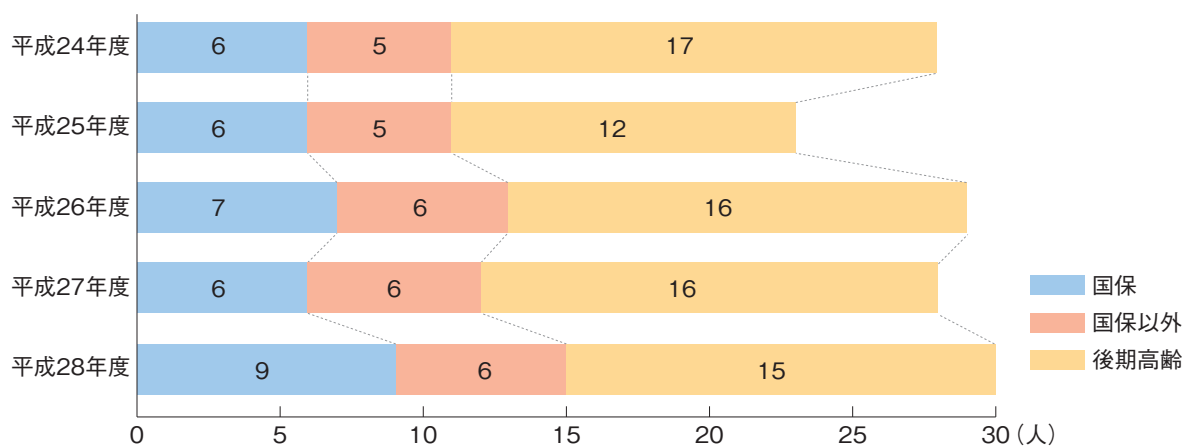
本町全体の年度別人工透析患者数は増減を繰り返し、平成28年度は30人に達しました。新規導入患者は、健診未受診者と国保以外の被保険者に多くみられました。症状の早期発見や必要な医療へつなぐために、健診および医療機関未受診者対策に力を入れて取り組みます。

慢性的な腎疾患は、末期腎不全（人工透析）リスクに加えて心血管イベント発症リスクが高いため、全身の血管障害を視野に入れた予防対策が必要です。そのため、個別指導やポピュレーションアプローチによる生活習慣改善指導に力を入れていきます。

人工透析は特定疾病として定められており、患者の経済的負担を軽減するための医療費助成制度があります。人工透析患者は、65歳以上から後期高齢者医療制度の対象になります。平成24年度から平成28年度の人工透析患者を医療保険別に確認すると、本町では約半数が後期高齢者です。

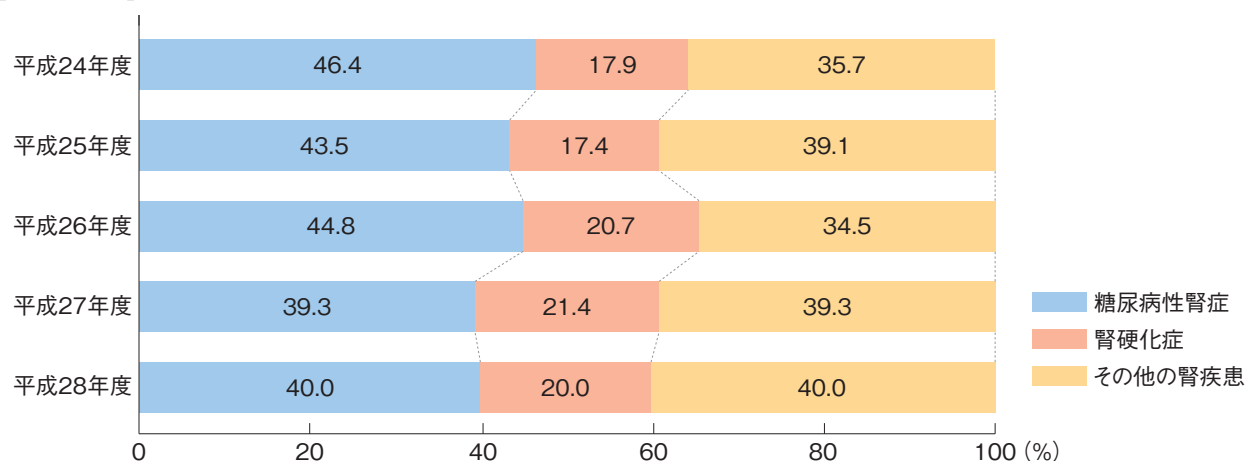
また、本町の人工透析患者の原因疾患は、平成24年度は「糖尿病性腎症」が46.4%を占めていましたが、平成28年度はやや低下し40.0%です。高血圧症に伴う「腎硬化症」は20.0%です。残る40.0%は「その他の腎疾患」であり、生活習慣病重症化以外の原因疾患に伴う人工透析導入割合がわずかに上昇しています。

【図表 2-20】 医療保険別 人工透析患者数の推移（平成 24 ～ 28 年度）



出典：甲良町人工透析患者集計表

【図表 2-21】 人工透析原因疾患の割合の推移（平成 24 ～ 28 年度）



出典：甲良町人工透析患者集計表

KDBから把握した国保の人工透析医療費は図表2-22の通りで、レセプト1件当たりの医療費は横ばいです。人工透析は継続して受ける場合がほとんどで、受療する対象者数と医療費は比例しています。原因疾患は、糖尿病性腎症のような生活習慣病の重症化したもののほか、腎臓特有の疾患に伴うものがあります。腎疾患は重症化すると改善は難しく、主治医や専門医との医療連携のもと、減塩等の食事療法など、腎臓への負荷が少ない生活を送り悪化を防ぐことが重要です。

【図表 2-22】 国保の人工透析レセプトの状況（平成 26 ～ 28 年度累計）

年度	レセプト件数	医療費	患者数	レセプト 1 件当たり医療費
平成 26 年度	78 件	3550 万円	8 人	455,086 円
平成 27 年度	59 件	2947 万円	8 人	499,568 円
平成 28 年度	123 件	5794 万円	11 人	471,023 円

出典 KDB 様式 2-2

(6) がん

平成27年度と平成28年度の、がんのレセプトについて外来と入院に分け、件数および医療費の推移をみました。どちらの年も、レセプト件数のおよそ9割が外来です。外来は9件増加しましたが、医療費は約2200万円減少しています。入院件数は少ないものの、レセプト1件当たりの医療費は高額のため2件増に伴い、やや増額になっています。

がんの部位別にみると、2年とも最も多いのは「大腸がん」で、平成27年度は「胃がん」「前立腺がん」「肺がん」、平成28年度は「肺がん」「胃がん」「前立腺がん」が続きます。

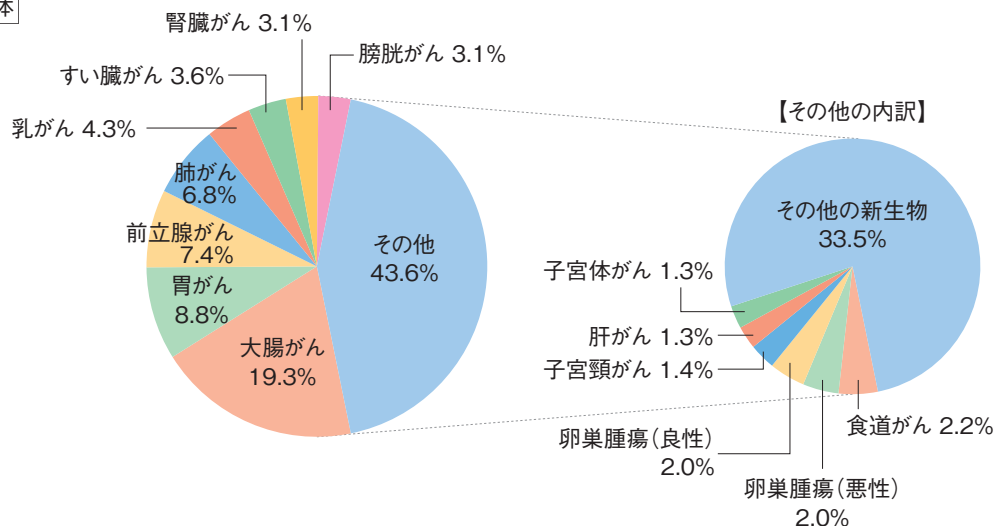
【図表 2-23】 がんのレセプト件数と医療費の推移（平成 27・28 年度）

	外来		入院		総計	
	レセプト	医療費	レセプト	医療費	レセプト	医療費
平成27年度	487件	67,606,720円	68件	51,851,680円	555件	119,458,400円
平成28年度	496件	45,273,720円	70件	52,563,980円	566件	97,837,700円

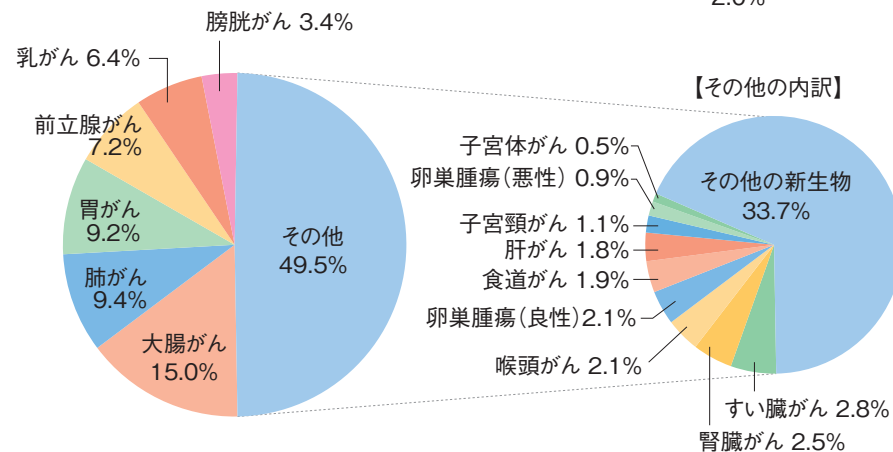
出典：KDB 最小分類

【図表 2-24】 がんの部位別レセプト件数（平成 27・28 年度）

平成27年度 全体



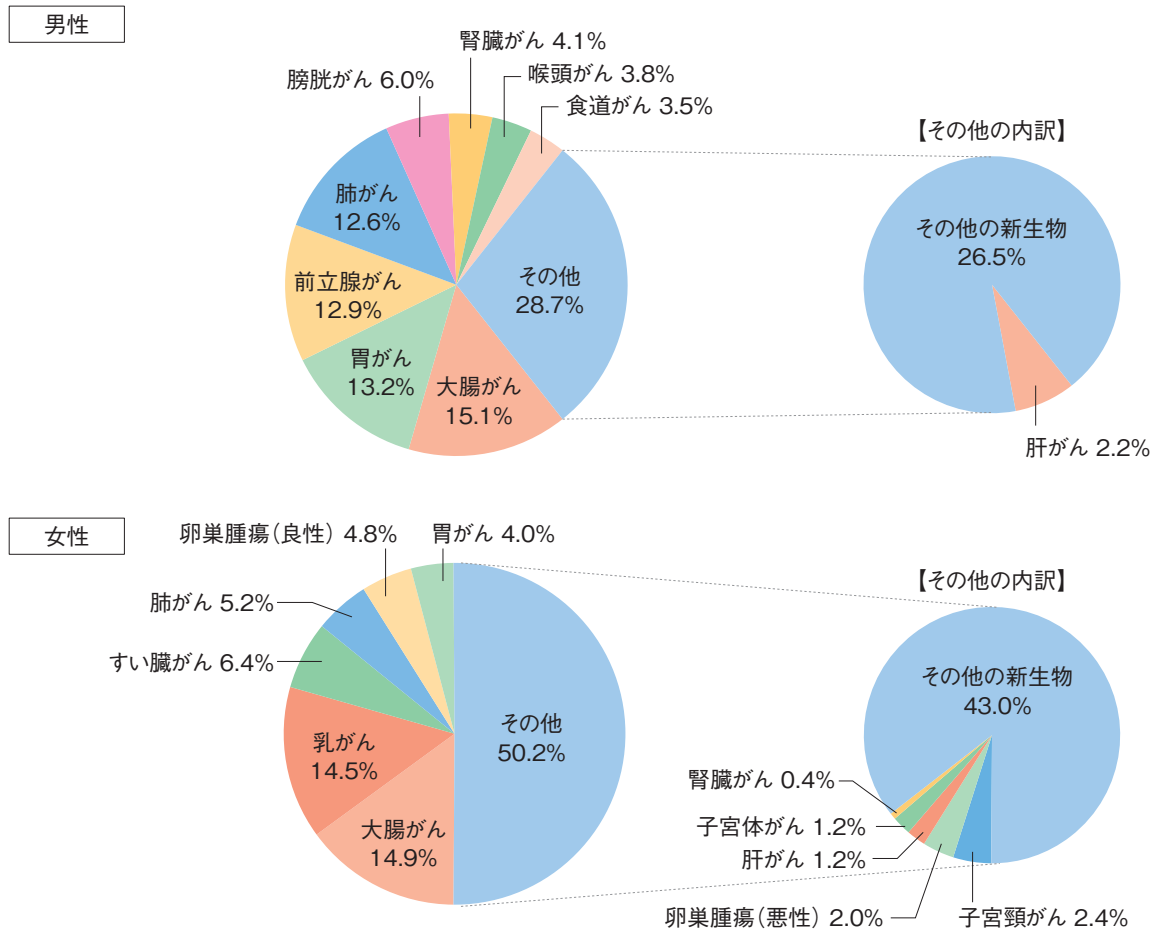
平成28年度 全体



出典：KDB 疾病別医療費分析

平成28年度のがんのレセプト件数を男女別にみると、男女とも「大腸がん」が最も多く、男性は「胃がん」「前立腺がん」「肺がん」、女性は「乳がん」「すい臓がん」「肺がん」が続きます。がんは多臓器にわたる疾患であり、予防策は簡単ではないため、一早期発見・早期治療に向け検診を進める必要があります。中でも胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がんは、がん検診による早期発見が期待できます。

【図表 2-25】 男女別 がんの部位別レセプト件数（平成 28 年度）



出典：KDB 疾病別医療費分析

平成27年度のがん検診受診率では、胃がん検診が最も低く7.9%ですが、滋賀県内の市町では2位でした。本町では他の種目も県平均を上回り、すべて県内2位という高い水準です。平成28年度に特定健診とがん検診を同日受診できるセット健診を始め、受診者数は増加しています。今後は、協会けんぽとの連携も進めます。

【図表 2-26】 種目別がん検診受診率の年次推移 甲良町・滋賀県（平成 27 年度）

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
滋賀県	2.8%	8.2%	4.4%	16.8%	16.1%
甲良町	7.9%	13.4%	10.3%	29.8%	24.4%
受診率県内順位	2 位	2 位	2 位	2 位	2 位

出典：厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告

3 特定健康診査と健診データ

(1) 特定健康診査受診率

甲良町の健診受診率は全体で55%前後を推移しており、県内でも上位にあります。国の目標値（60%）に近い率を維持していますが、横ばいの状態です。

【図表 2-27】 特定健康診査受診率 甲良町目標値および実績値の推移（平成 25 ～ 28 年度）

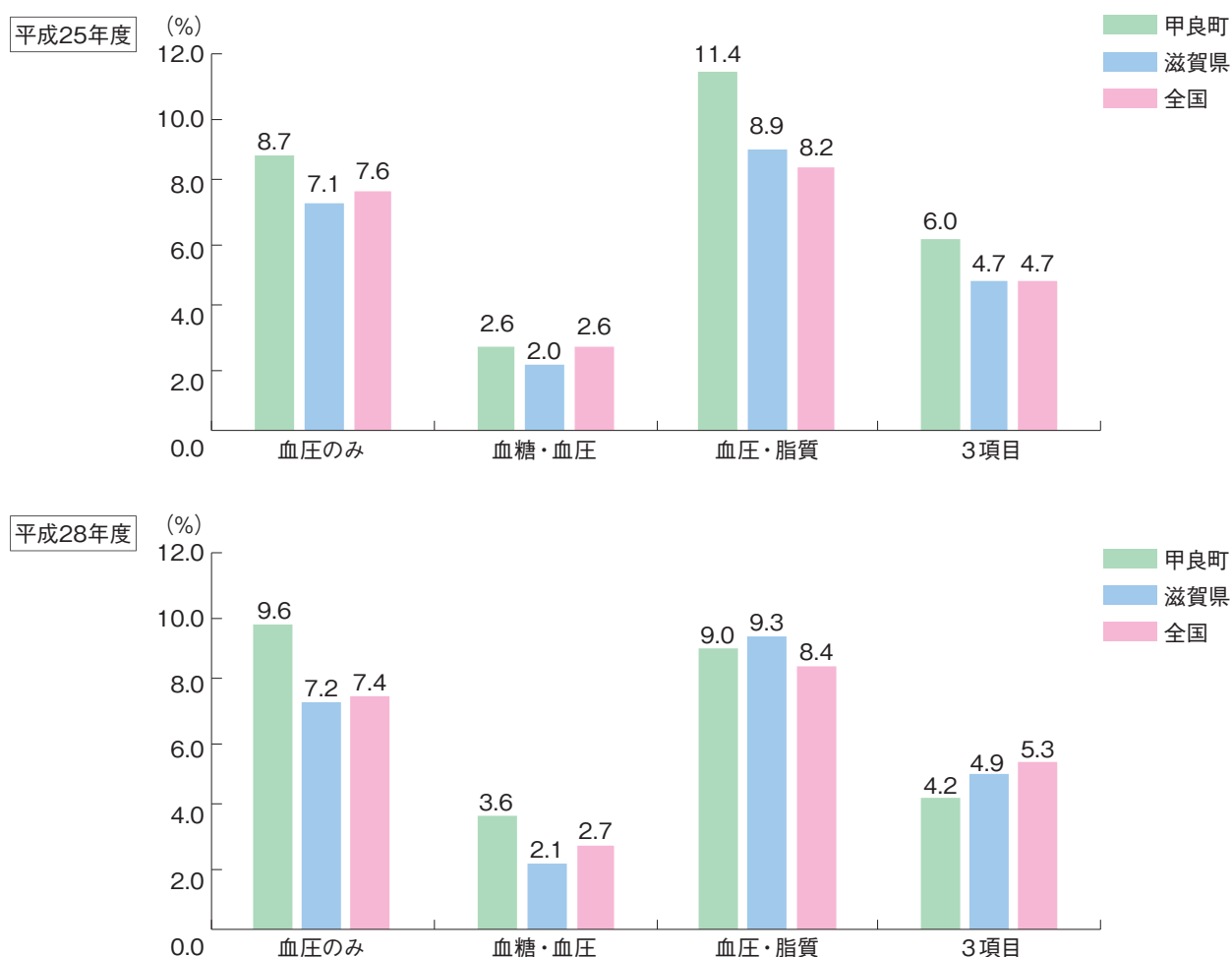
	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
甲良町目標値	55.0%	58.0%	60.0%	63.0%
実績値	56.6%	53.9%	55.2%	55.5%

出典：法定報告

(2) メタボリックシンドローム

本町は、平成25年度では国や県と比べて血圧・血糖・脂質の「3項目」や「血圧・脂質」該当者の割合が高い状態でした。平成28年度は、「3項目」は国や県を下回り、「血圧・脂質」も低下して県を下回っています。しかし、「血圧」単独のリスク該当率は、国や県を上回りました。「血糖・血圧」も国や県より高く、改善はしていません。

【図表 2-28】 メタボリックシンドローム予備群および該当者のリスクの変化（抜粋）

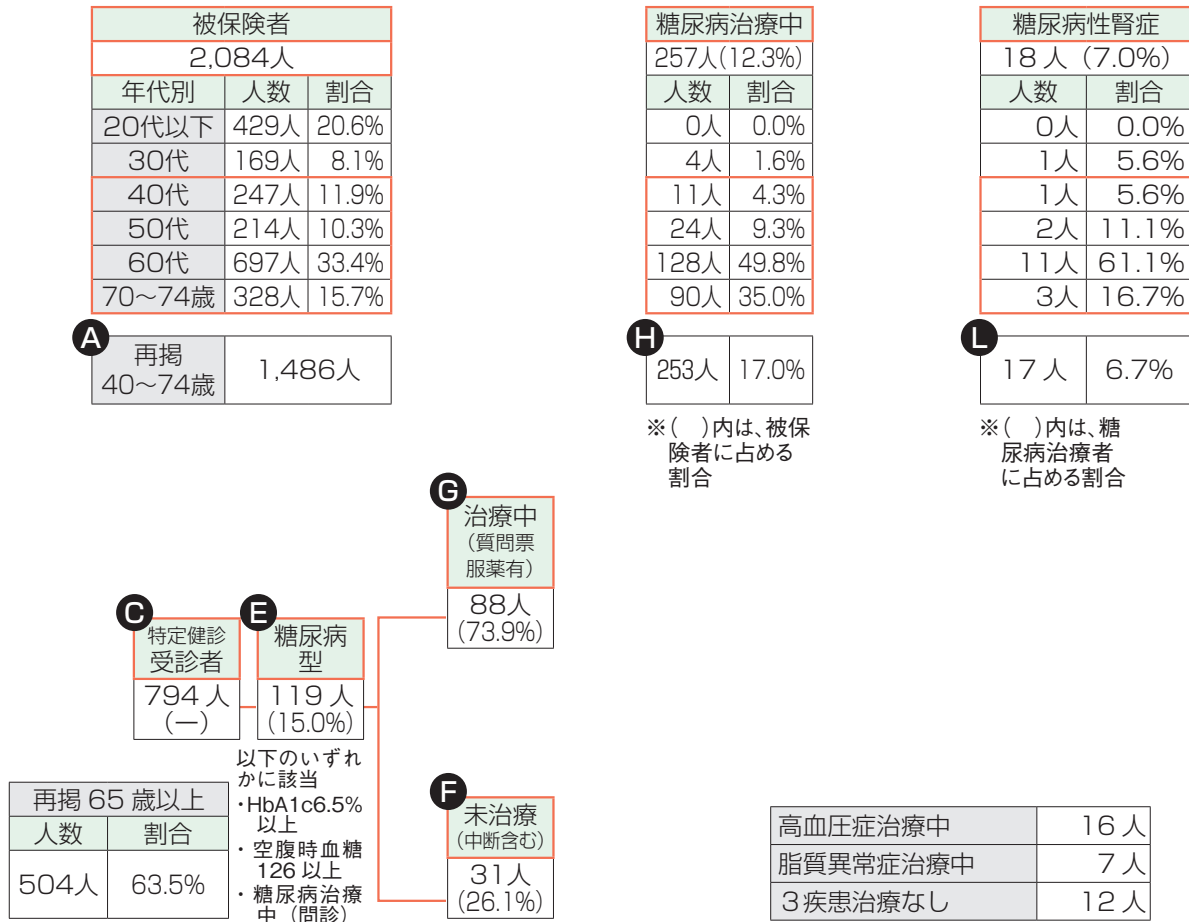


出典：KDB No. 1

②重症化予防 糖尿病性腎症と慢性腎臓病重症化予防

平成28年度の甲良町の糖尿病患者の実態を、レセプトと健診データを突き合わせて確認したところ、国保被保険者2,084人のうち、「糖尿病治療中」は257人（12.3%）でした。そのうち40～74歳の患者は253人（**H**17.0%）で、うち「糖尿病性腎症」の診断があるのは17人（**L**6.7%）でした。

【図表 2-30】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データ（抜粋）（平成 28 年度）



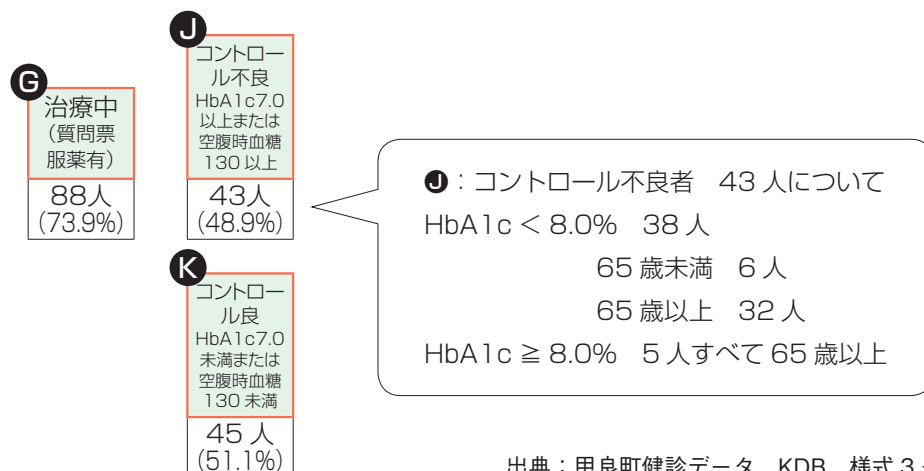
出典：甲良町健診データ、KDB 様式3-2 糖尿病のレセプト分析

特定健診受診者794人のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上の「糖尿病型」該当者は119人（受診者の15.0%）で、そのうち「糖尿病未治療」は約3割の31人（**F**26.1%）、さらに高血圧症と脂質異常症の治療も受けていない対象者は31人中12人でした。

高血圧症治療中は119人中77人（58.8%）、高血圧症未治療かつ健診受診時収縮期血圧140mmHg以上の人10人（8.4%）でした。

糖尿病の合併症発症予防の目安であるHbA1c7.0%を超えている対象者^①：43人のうち、HbA1c8.0%以上は5人であり、みな65歳以上でした。HbA1c8.0%未満の38人中32人も、65歳以上でした。65歳以上の高齢者の血糖コントロールは、低血糖のリスクを考慮し個々の状態に応じて緩やかになっているため、重症化予防対象者はHbA1c8.0%以上の5人と65歳未満の6人、合計11人と^②：未治療者の31人です。

【図表 2-31】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データ（抜粋）（平成 28 年度）



出典：甲良町健診データ、KDB 様式3-2 糖尿病のレセプト分析

【参考】 高齢者の血糖コントロール指標

患者の特徴・健康状態 ^{※1}		カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
		①認知機能正常 かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし ^{※2}	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満	75歳以上	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)
		7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)		

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

※1 認知機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

※2 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

出典：日本老年医学会 日本糖尿病学会（編・著）高齢者糖尿病治療ガイド2018

「糖尿病型」119人のうち尿蛋白の所見もある**M**：37人（31.1％）は、糖尿病性腎症のリスクが高い対象者です。37人のうち健診時の尿蛋白が（+）以上で、糖尿病性腎症第3期以上と考えられる24人の内訳を確認すると、**F**：糖尿病未治療者は4人、**J**：コントロール不良15人、**K**：コントロール良は5人でした。**F**の4人のうち3人は高血圧症または脂質異常症を治療中で、3疾患治療なしは1人でした。

Jの15人のうち65歳以上は13人で約8割、HbA1c8.0%以上が3人含まれていました。**K**：糖尿病コントロール良は5人で、高血圧症と糖尿病の治療中でした。この24人中、特定健診3年連続受診者は約7割の17人で、年齢を考慮すると比較的コントロールが良い対象者が多いと考えられます。

また、この24人中20人が高血圧症治療中で、高血圧症未治療かつ健診時収縮期血圧140mmHg以上の1人を加えると、およそ9割が高血圧リスクのある対象者でした。

糖尿病だけではなく、高血圧等のリスクが重なることで腎機能が低下している実態がわかります。

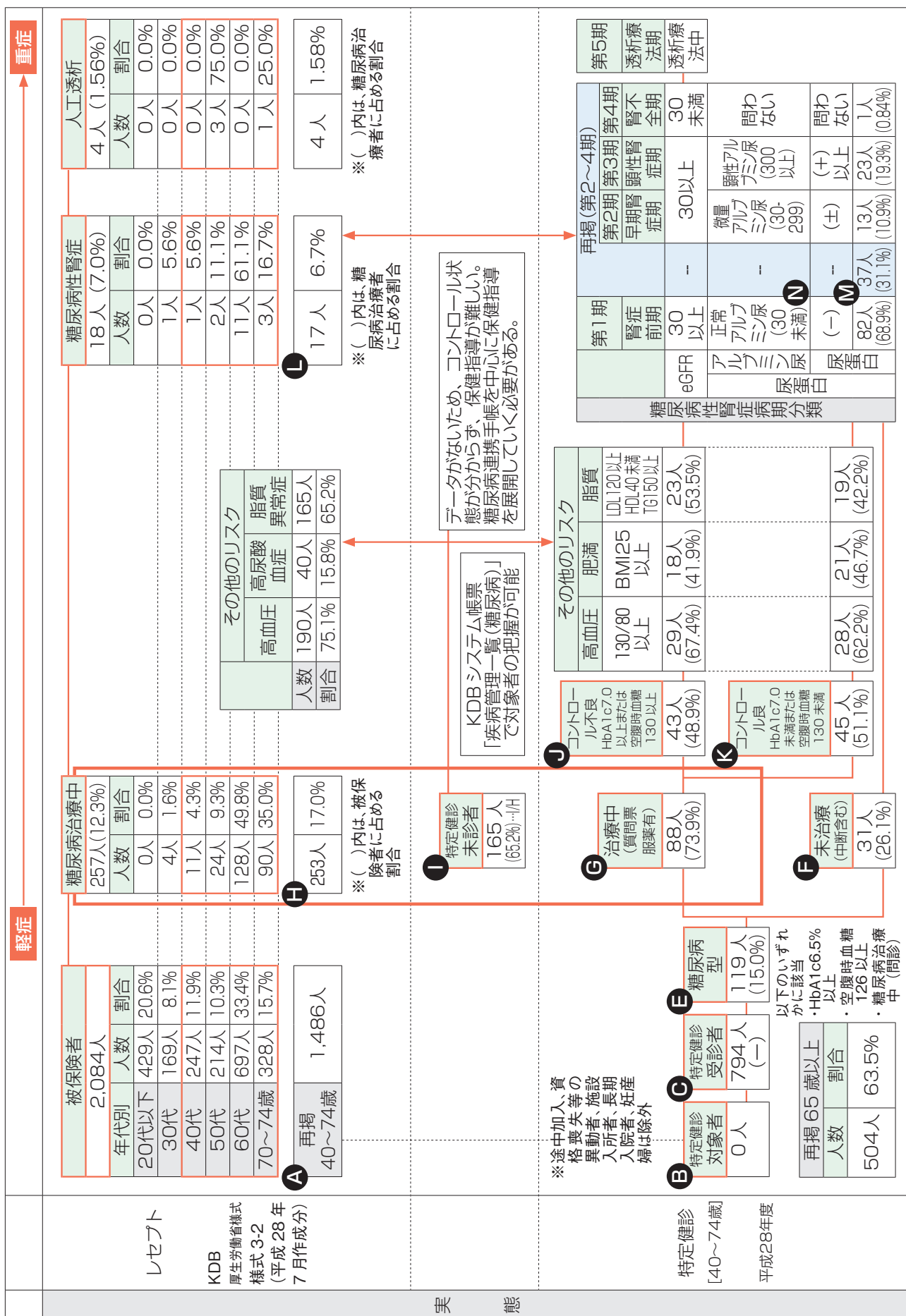
【図表 2-32】糖尿病性腎症 病期分類別 性別年齢階級別人数（平成 28 年度）

糖尿病性腎症病期分類			第1期	再掲(第2～4期)			
				第2期	第3期	第4期	
	腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期		
	eGFR		30 以上	--	30以上		30 未満
	尿蛋白	アルブミン尿	N --	微量 アルブミン尿 (30-299)	顕性 アルブミン尿 (300以上)	問わない	
尿蛋白		(-) 82人 (68.9%)		M -- 37人 (31.1%)	(±) 13人 (10.9%)	(+)以上 23人 (19.3%)	問わない 1人 (0.84%)

	F：糖尿病未治療		J：コントロール不良		K：コントロール良		合計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～49歳	—	—	—	—	1人	1人	1人	1人
50～59歳	1人	—	—	1人	—	—	1人	1人
60～64歳	—	—	1人	—	1人	—	2人	—
65～69歳	1人	1人	3人	—	1人	—	5人	1人
70～74歳	1人	—	7人	3人	1人	—	9人	3人
小計	3人	1人	11人	4人	4人	1人	18人	6人
	4人		15人		5人		24人	

出典：甲良町健診データ、KDB 様式3-2 糖尿病のレセプト分析

【図表 2-33】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データ（平成 28 年度）



出典：甲辰町健診データ

糖尿病型かつ医療機関未受診者の中に、糖尿病性腎症のリスクが高い人が含まれていました。未治療の対象者は医療につなげ、定期受診で状態を確認し、治療や療養生活の継続等、病気の進行を予防することが必要です。治療中の対象者は、継続的な医療受診と並行し、日々の食事や運動等の取り組みを続け、腎臓へ負担をかけない生活を続けることが必要です。

生活習慣病によるリスク因子を増やさないためには、血圧・脂質・血糖値などのデータの改善と、その背景である肥満を解消していく必要があります。健診結果を住民一人ひとりに返し、個別の結果と取り組みを確認しながら、さまざまな二次検査を活用して日常生活習慣の行動変容につなげていきます。本町における人工透析患者の原因疾患の4割は糖尿病性腎症であることを踏まえ、病期の進行を予防することと適切な医療につなげるために、ハイリスク者への尿中アルブミン測定を実施していきます。

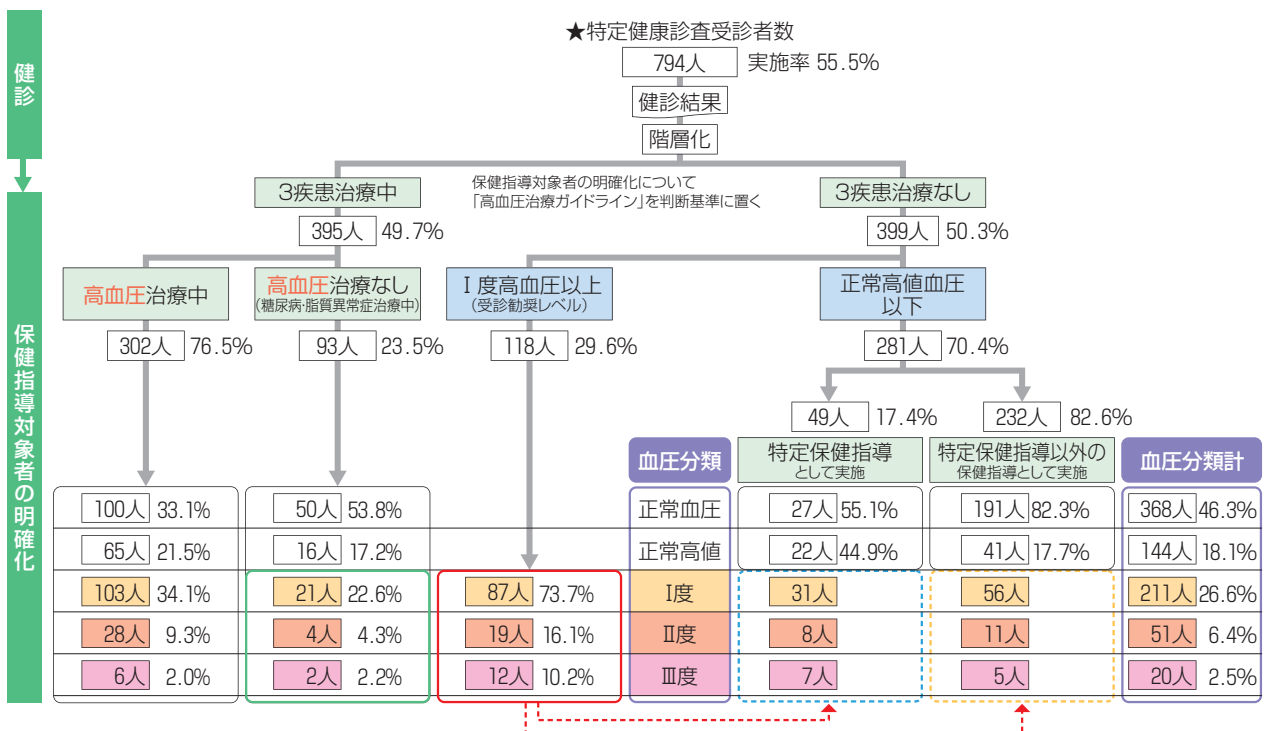
(4) 血圧

平成 28 年度の特定健診受診者の結果から、「Ⅰ度高血圧」を黄色、「Ⅱ度高血圧」をオレンジ、「Ⅲ度高血圧」を赤に色付け、治療の有無と高血圧区分ごとの対象者の状況を確認します。

高血圧症は患者数が多く、脳血管疾患や虚血性心疾患の危険因子に当たりますが、自覚症状がほとんどないことと、値が変動することから「緊張して上がった」「白衣性高血圧だから大丈夫」「たまたま上がった」など一時的な値と捉えてしまい、そのまま放置する傾向にあります。

「高血圧治療なし」かつ「Ⅰ度高血圧以上」に該当する人は、27 人（緑枠）と 118 人（赤枠＝青枠＋黄枠）、合計 145 人で、受診勧奨域該当者です。「高血圧治療中」302 人と合わせて 447 人（健診受診者の 56.3%）は、医療による管理が必要な対象者です。さらに、その中で「Ⅱ度高血圧以上」に該当するのは 71 人、かつ「高血圧治療なし」が 37 人と、Ⅱ度高血圧以上該当者の約半数が未治療であることがわかりました。

【図表 2-34】高血圧フローチャート（平成 28 年度）



成人における血圧値の分類（mm Hg）

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

Ⅲ度高血圧該当者は、服薬中でコントロールが難しい対象者と、治療につなげていない対象者です。脳疾患や心疾患の発症予防のために、家庭血圧測定を勧め、減塩や運動等生活習慣の取り組みと併せて必要な医療につなげていきます。

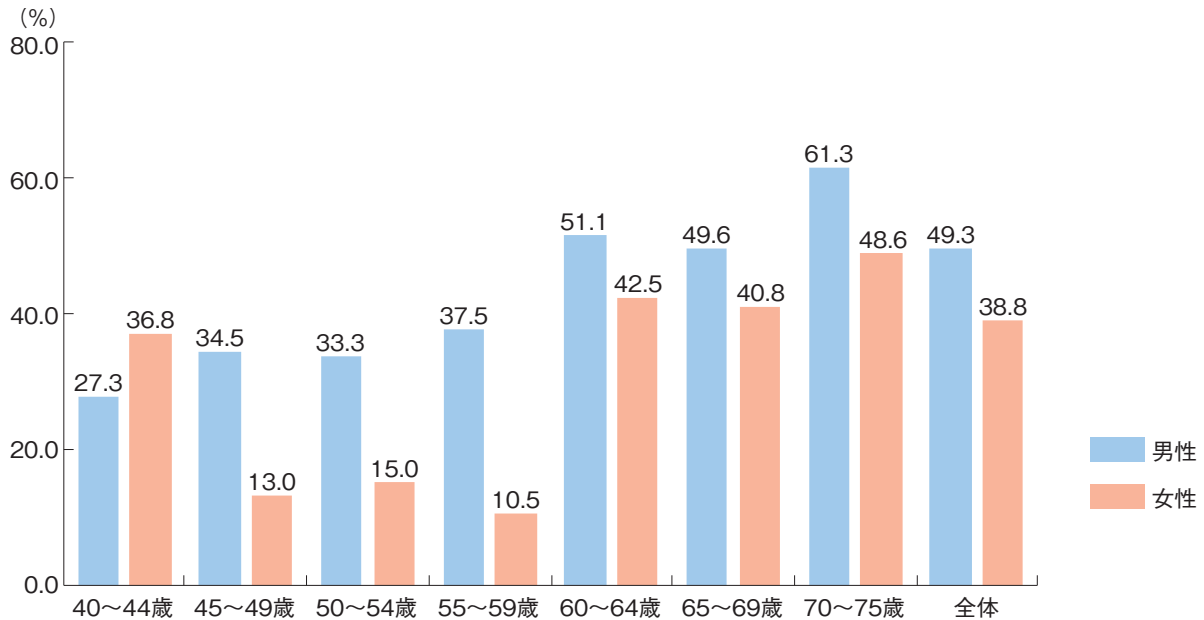
(5) 心電図

甲良町では血管障害の変化を確認するため、平成23年度から特定健診受診者全員に心電図と眼底検査を実施しています。

ほぼすべての年齢階級において男性の有所見率が女性を上回り、男性は半数近く、女性はおよそ4割に所見が認められます。健診受診者は毎年入れ替わりますが、心電図上で虚血性の変化を指摘される人がどの年度も約1割存在します。

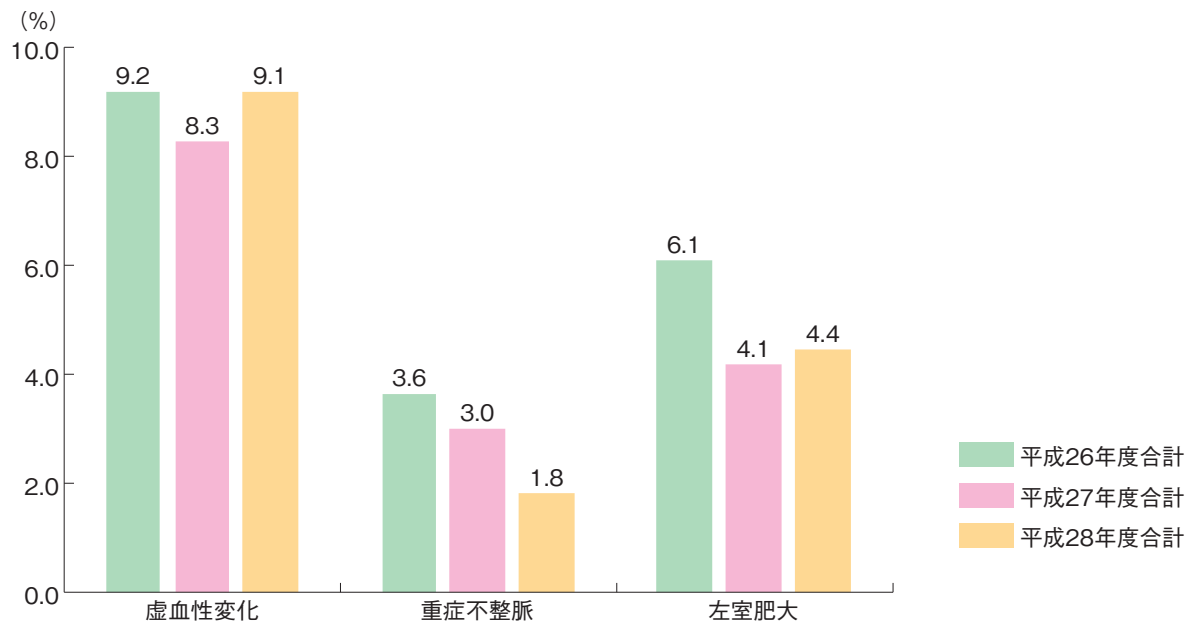
男性では40歳代の若い年齢階級で、3割前後に心電図の有所見を認めました。高血圧と関連する左室肥大や、脳梗塞発症と関与する心房細動など見逃してはいけない重症不整脈の所見を指摘される対象者が、毎年健診受診者に数パーセントいるため、健診後の早期対応が必要です。

【図表 2-35】 男女別 年齢階級別 心電図有所見率（平成28年度）



出典：甲良町健診データ

【図表 2-36】 所見名別 心電図有所見率の推移（抜粋）（平成28年度）



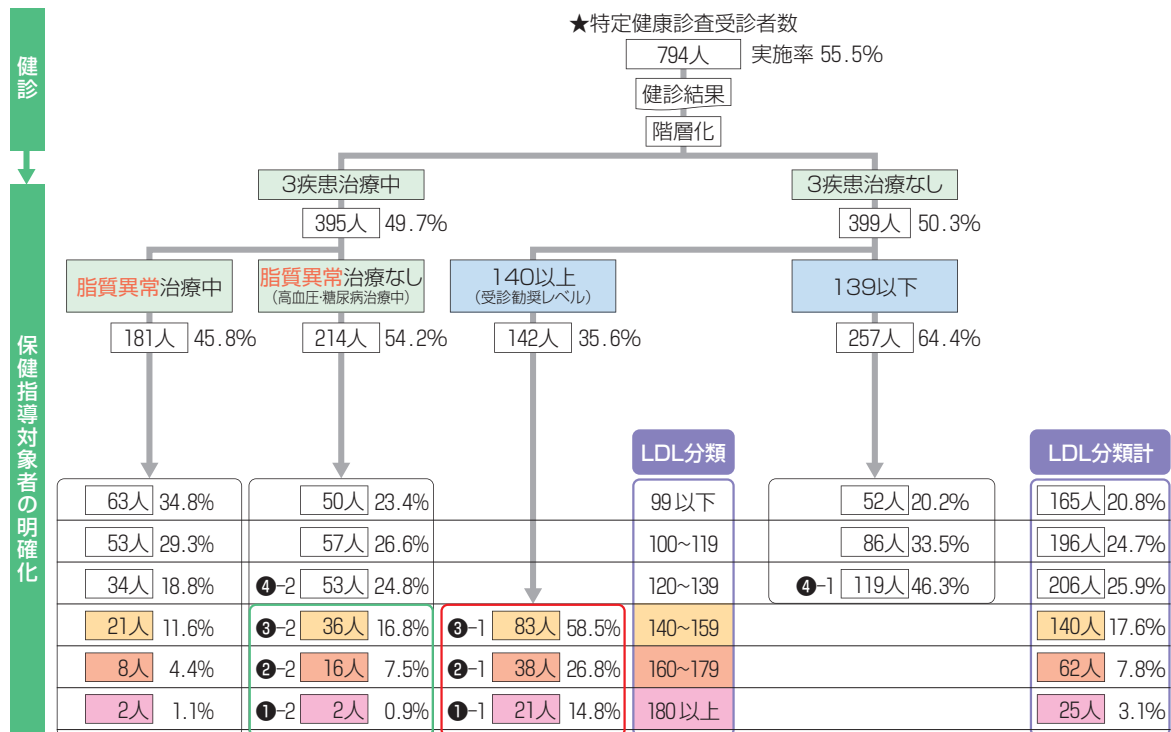
出典：甲良町健診データ

(6) 脂質

①脂質異常症フローチャート

平成28年度の健診受診者の結果からLDLコレステロール値を分類し、色付けして治療の有無ごとの対象者の状況を確認しました。動脈硬化性疾患発症リスクと関連があるとされるLDLコレステロール140mg/dl以上を受診勧奨域とすると、未治療者の受診勧奨域該当者は、緑枠と赤枠を合わせた196人です。脂質異常症治療中の181人と合わせて、377人（受診者の47.5%）は、医療による管理が必要な対象者です。更にLDL分類180mg/dl以上に該当するのは25人で、脂質異常症の治療をしていない対象が23人とほとんどが未治療者でした。

【図表 2-37】 脂質異常症フローチャート（平成 28 年度）



出典：甲良町健診データ

②年度別LDLコレステロールの状況

【図表 2-38】 LDLコレステロールの分布（平成 26 ～ 28 年度）

	発症予防				重症化予防					
	正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定					
平成	120未満	割合	120～140未満	割合	140～160未満	割合	160以上	割合	再掲180以上	割合
26年度	406人	50.2%	212人	26.2%	110人	13.6%	80人	9.9%	21人	2.6%
27年度	412人	51.6%	198人	24.8%	111人	13.9%	78人	9.8%	19人	2.4%
28年度	361人	45.5%	206人	25.9%	140人	17.6%	87人	11.0%	25人	3.1%

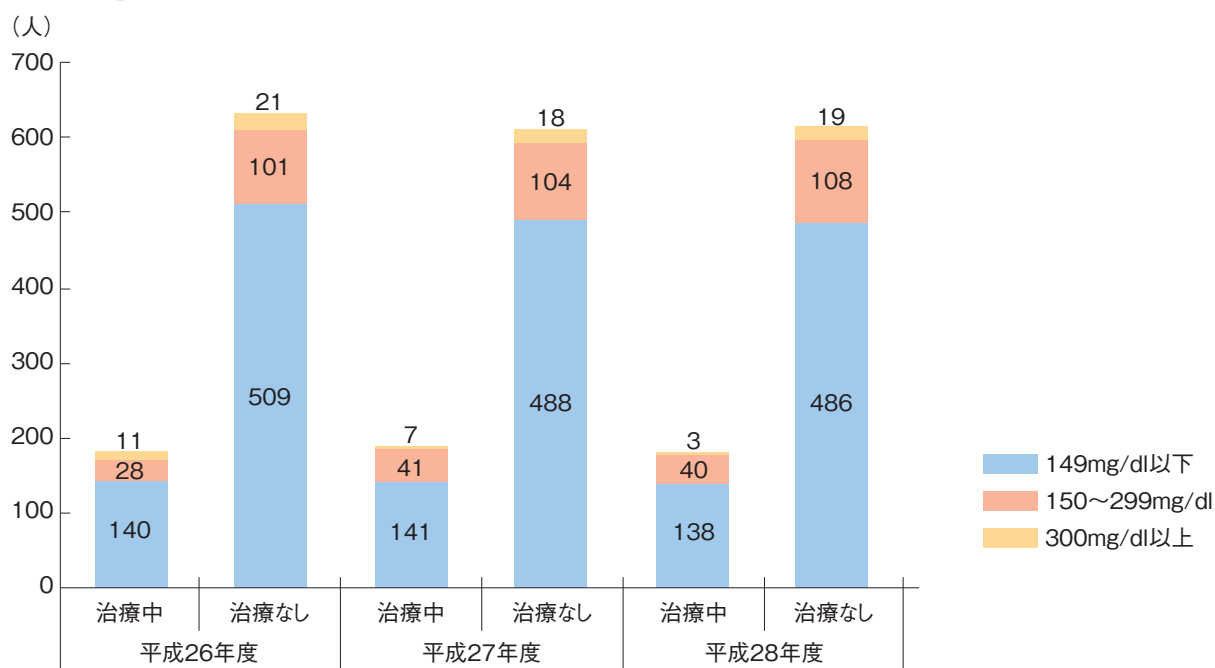
出典：甲良町健診データ

③中性脂肪

メタボリックシンドロームでは内臓脂肪から脂質が放出され、中性脂肪の増加とHDLコレステロールの減少をまねき、動脈硬化が進行します。中性脂肪は甘いものや炭水化物の摂取量が多く消費量（運動量）が少ない場合、カロリー摂取量が過剰になった場合に上昇します。またアルコールの影響が大きく、高値の場合に急性すい炎を発症する場合があります。

平成26年度から平成28年度の特健健診では、受診勧奨値とされる中性脂肪300mg/dl以上に該当する人は減少していますが、多くの人が脂質異常症の治療をしていません。高LDL血症と同様に必要な医療につなげる事と、関連している生活習慣の見直しと改善につなげる保健指導が必要です。

【図表 2-39】 治療状況別 中性脂肪値の人数推移（平成 26 ～ 28 年度）



出典：甲良町健診データ

(7) 眼底

甲良町では血管障害の変化を確認するため、平成23年度から特定健診対象者全員に眼底検査を実施しています。眼底は身体の中で唯一、血管の状態を直接観察できる検査で、高血圧や高血糖に伴う血管の変化や眼球的病気の手がかりになります。

Scheie分類HとKeith-Wagener分類は血圧分類と、Scheie分類SはHbA1cの値と、服薬の有無別にクロス集計すると、血圧やHbA1cの値が高い場合には、異常所見の割合が多くなっていました。

動脈硬化や糖尿病は自覚症状が無い場合が多く、必要な受診につながりにくいケースがあります。眼底検査によって血管の変化を客観的な検査結果で把握することで、必要な医療につなげ重症化の予防につなげていくことができます。

【図表 2-40】 服薬有無別 眼底所見と血圧・HbA1c 区分（平成 26 ～ 29 年累計）

Scheie 分類 H		服薬無し			服薬有		
		0	1	2	0	1	2
血圧区分	至適血圧	98.8%	1.2%	—	96.6%	3.4%	0.5%
	正常高値	95.8%	3.8%	0.4%	88.9%	9.2%	1.8%
	I 度	93.3%	6.2%	0.5%	87.1%	11.7%	1.2%
	II 度	80.5%	19.5%	—	78.9%	19.7%	1.4%
	III 度	53.8%	38.5%	7.7%	50.0%	25.0%	25.0%

Scheie 分類 S		服薬無し			服薬有		
		0	1	2	0	1	2
HbA1c	5.5% 未満	93.2%	5.9%	0.8%	100.0%	—	—
	5.5 ～ 6.0%	92.0%	7.6%	0.4%	100.0%	—	—
	6.0 ～ 6.5%	86.6%	11.0%	2.3%	87.5%	10.9%	1.6%
	6.5 ～ 7.0%	90.7%	7.4%	1.9%	83.3%	16.7%	—
	7 ～ 8%	90.0%	6.7%	3.3%	90.0%	8.9%	1.1%
	8%以上	68.2%	27.3%	4.5%	66.7%	27.8%	5.6%

Keith-Wagener 分類		服薬無し				服薬中			
		0	I	II a	II b	0	I	II a	II b
血圧区分	至適血圧	96.5%	3.4%	0.0%	0.1%	93.1%	6.4%	0.3%	0.2%
	正常高値	95.3%	4.7%	—	—	85.7%	11.3%	2.3%	0.7%
	I 度	91.1%	8.3%	0.6%	—	86.9%	11.6%	1.3%	0.2%
	II 度	79.7%	17.6%	2.7%	—	80.4%	18.5%	1.1%	—
	III 度	58.3%	33.3%	8.3%	—	40.0%	20.0%	40.0%	—

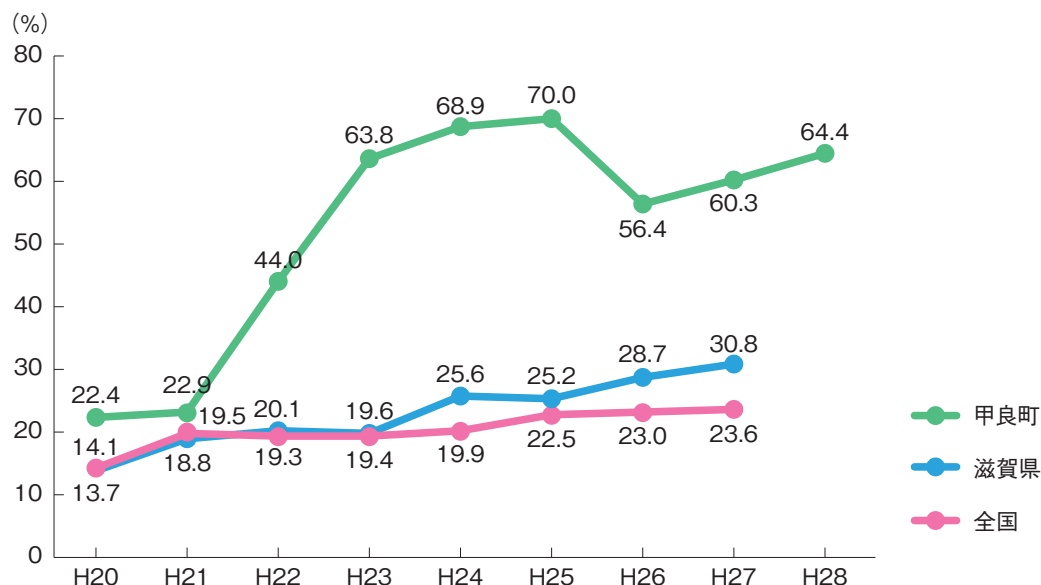
出典：甲良町健診データ（平成 26 ～ 29 年度）

4 特定保健指導の実施状況

(1) 特定保健指導の終了率

特定保健指導終了率は第1期計画評価時に目標を達成したため、2期計画では70%と目標設定しました。平成26年度は56.4%に低下しましたが、その後上向きに転じ、国や県を大きく上回っています。

【図表 2-41】 保険者別 特定保健指導終了率の推移（平成 20 ～ 28 年度）



出典：法定報告

(2) 特定保健指導 階層化別実施状況

平成25年度から平成28年度の特定保健指導対象者の推移をみると、積極的支援の対象者は人数と割合共に減少しています。動機付け支援対象者実人数も減少していますが、健診対象者に占める割合は平成28年度に増加に転じました。

平成25年度から平成28年度の滋賀県の特定保健指導該当者割合は、積極的支援は2%台、動機付け支援は8%台と横ばいで推移しています。本町の積極的支援割合は僅かに減少していますが県を上回り、動機付け支援割合は県を下回っていましたが、平成28年度に増加し県と同じ水準になりました。

65歳以上の積極的支援該当者は、階層化の際に動機付け支援と判定されます。本町は2～3%が該当しますが、県と比べて多いとは言えません。また特定保健指導対象から除外される服薬者の割合は、本町が県をわずかに上回りますが、その値は横ばいです。平成28年度はメタボリックシンドローム予備群該当者の割合が増えていたことから、動機付け支援対象者が増加していました。

【図表 2-42】階層化別 特定保健指導該当者割合（平成 25 ～ 28 年度）

			平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
積極的支援	甲良町	該当者数	41 人	32 人	24 人	29 人
		割合	5.0%	4.2%	3.1%	3.9%
	滋賀県	割合	2.5%	2.4%	2.2%	2.1%
動機付け支援	甲良町	該当者数	59 人	46 人	44 人	42 人
		割合	7.2%	6.0%	5.8%	8.1%
	滋賀県	割合	8.2%	8.3%	8.3%	8.2%

出典：法定報告

甲良町では平成21年度から特定健診受診者全員に個別で結果説明会を開催し、特定保健指導につなげています。対象者のうち初回面接を行った割合を利用率、最終評価を行った割合を終了率として階層化年齢階級別に確認しました。

動機付け支援の利用率はおおむね90%ですが、積極的支援は利用率が低下しています。終了率は動機付け支援は70%代に対し、積極的支援は37.9%と低くなっていました。

【図表 2-43】特定保健指導から服薬で除外された割合と 65 歳以上のため動機付け支援に階層化された割合の推移（平成 25 ～ 28 年度）

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
服薬除外者割合	甲良町	23.0%	23.5%	22.8%	23.6%
	滋賀県	21.1%	21.4%	21.6%	22.0%
65 歳以上、積極的から 動機付け支援に判定した割合	甲良町	3.3%	2.3%	3.1%	2.4%
	滋賀県	3.4%	3.7%	3.5%	3.4%

出典：法定報告

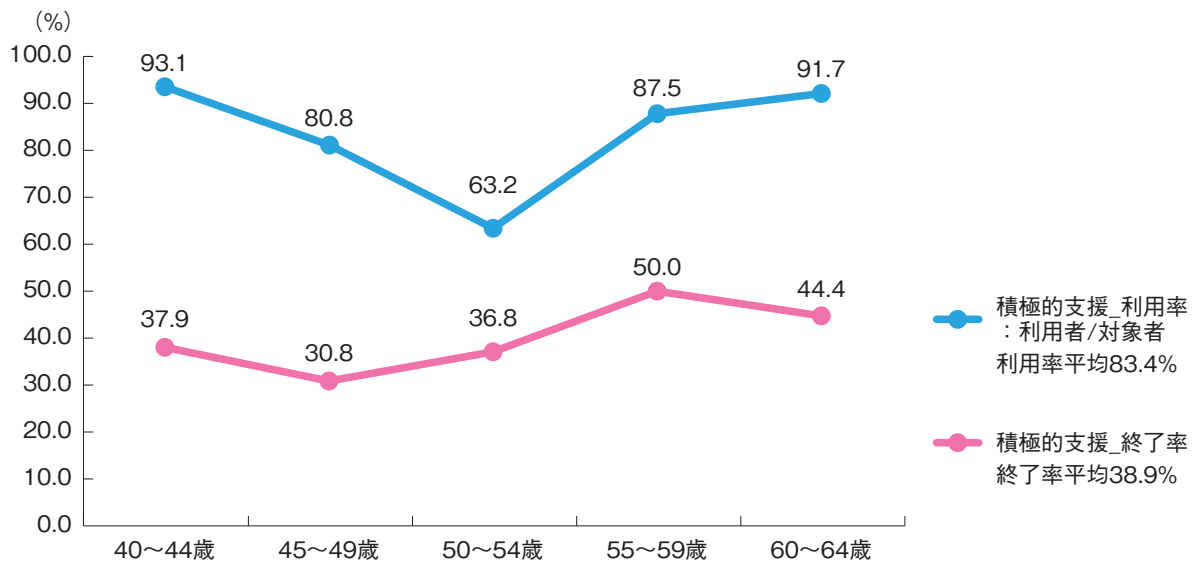
【図表 2-44】階層化別 特定保健指導 利用率と終了率（平成 25 ～ 28 年度）

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平均
積極的支援	利用率	92.7%	90.6%	70.8%	79.3%	83.4%
	終了率	48.8%	31.3%	37.5%	37.9%	38.9%
動機付け支援	利用率	96.6%	91.3%	84.1%	98.4%	92.6%
	終了率	84.7%	73.9%	72.7%	77.0%	77.1%

出典：法定報告

支援別・年齢階級別の特定保健指導の実施状況をみるため、平成25年度から平成28年度の対象者を合計して利用率と終了率を計算しました。積極的支援の利用率は平成25年度から平成28年度の全体平均は83.4%（図表2-45）ですが、5歳毎の年齢階級別にみると最も低いのは50～54歳63.2%、高いのは40～44歳93.1%でした。終了率は30.8%から50.0%とバラつきがありました。集団健診受診者は全数結果説明を実施していますが、人間ドック受診者への個別支援は部分的な実施にとどまっているため、利用率が下がっています。また利用率と終了率の差は途中終了であり、40～49歳は約6割と高く、60～64歳は5割、50～59歳は4割と途中終了者は多い事がわかりました。

【図表 2-45】 年齢階級別 利用率と終了率 積極的支援（平成 25 ～ 28 年度合計）



出典：法定報告

【図表 2-46】 特定保健指導 年齢階級別中断率

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	平均
積極的支援_中断率	59.3%	61.9%	41.7%	42.9%	51.5%			53.3%
動機付け支援_中断率	20.0%	33.3%	9.1%	0.0%	42.9%	7.8%	25.4%	16.8%

出典：法定報告

動機付け支援の利用率は平成25年度から平成28年度の全体平均は93.3%（図表2-47）ですが、5歳毎の年齢階級別にみると60～64歳だけが全体平均を5ポイント下回っていました。4年間の平均終了率は77.6%を下回っていたのは、利用率が低かった60～64歳の50.0%と、45～49歳66.7%、70～74歳68.1%でした。4年間の全体平均中断率は動機付け支援全体で16.8%と積極的支援の53.3%より低値でしたが、60～64歳は42.9%と高く、45～49歳は33.3%、70～74歳は25.4%、40～44歳は20.0%と、積極的支援で中断率が高い年齢階級と同様であることが確認されました。

【図表 2-47】 年齢階級別 利用率と終了率 動機付け支援（平成 25 ～ 28 年度合計）



出典：法定報告

(3) 特定保健指導の成果

①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率

甲良町の内臓脂肪症候群、該当者及び予備群について、平成25年度から平成28年度の人数と率を示します。甲良町全体でみると該当者の実人数と割合は減少していますが、予備群は微増しています。

40～64歳と65～74歳の年齢階級に分け、それぞれ男女別に集計すると、該当者・予備群はいずれの年齢階級別でも男性が女性を上回っていました。女性はどちらの年齢階級のメタボ該当者割合も僅かに減少し、予備群は微増しています。40～64歳の男性は、該当者は減少し予備群は微増しています。65～74歳の男性は、該当者も予備群も横ばいで推移していました。

内臓脂肪症候群の該当者が減少していることから、リスク因子数は減少していると評価できますが、生活習慣病につながる背景の生活習慣が変わるのには時間がかかります。内臓脂肪症候群の背景である「肥満」を改善し、生活習慣病の重症化、特に腎不全への移行を予防するためには更なる取り組みが必要です。

【図表 2-48】 全体 _ 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

内臓脂肪症候群	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
該当者	168 人	146 人	134 人	130 人
	20.6%	19.0%	17.5%	17.3%
予備群	96 人	94 人	92 人	100 人
	11.8%	12.2%	12.0%	13.3%

出典：法定報告

5 生活習慣等の状況

平成28年度特定健診の問診結果について、本町と同規模、滋賀県、国で比較しました。本町は高血圧症と糖尿病の服薬割合が高く、喫煙、食後の間食が多い、飲酒の頻度と量が多い、運動習慣が無い割合が高い状態で、前期計画と同じ傾向が続いています。

【図表 2-49】 保険者別 特定健診問診 有所見率（平成 28 年度）

		甲良町		同規模平均	県	国
		該当者	割合	割合	割合	割合
服薬	高血圧	290 人	38.5%	35.7%	34.7%	33.6%
	糖尿病	82 人	10.9%	8.5%	7.2%	7.5%
	脂質異常症	171 人	22.7%	22.6%	27.2%	23.6%
喫煙		143 人	19.0%	15.6%	11.8%	14.2%
週 3 回以上朝食を抜く		59 人	7.8%	7.7%	5.7%	8.7%
週 3 回以上食後間食		122 人	16.2%	13.1%	12.0%	11.9%
週 3 回以上就寝前夕食		109 人	14.5%	16.4%	12.7%	15.5%
食べる速度が速い		202 人	26.9%	27.2%	25.7%	26.0%
20歳時体重から10kg以上増加		270 人	35.9%	33.5%	30.5%	32.1%
1 回 30 分以上運動習慣なし		518 人	68.9%	65.7%	58.8%	58.8%
1 日 1 時間以上運動なし		452 人	60.1%	48.5%	51.9%	47.0%
睡眠不足		192 人	25.6%	23.6%	24.3%	25.1%
※毎日飲酒＋時々飲酒合計		—	45.9%	47.4%	44.8%	47.7%
毎日飲酒		218 人	29.0%	26.0%	24.9%	25.6%
時々飲酒		127 人	16.9%	21.4%	19.9%	22.1%
一日飲酒量	1 合未満	214 人	51.0%	59.5%	62.4%	64.0%
	1 ～ 2 合	132 人	31.4%	26.5%	26.5%	23.9%
	2 ～ 3 合	57 人	13.6%	10.5%	8.8%	9.3%
	3 合以上	17 人	4.0%	3.5%	2.3%	2.7%

出典：KDB No 1

(1) 喫煙

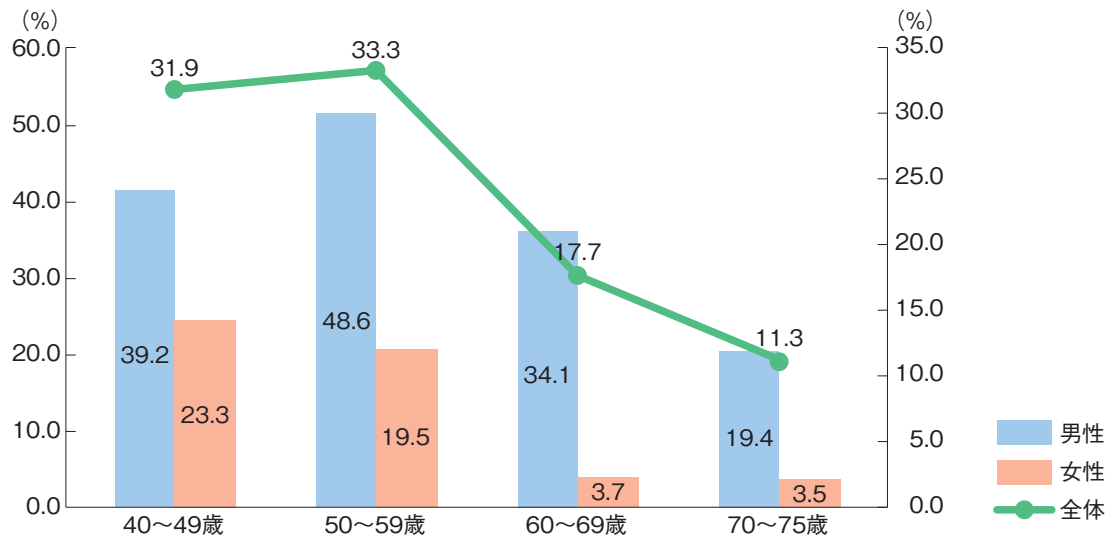
平成28年度特定健診の問診喫煙率は本町19.0%、県11.8%と、本町の喫煙率は高い状態です。更に男女別・年齢階級別で確認すると、男性は女性よりも高く、40～50歳代は60～74歳よりも喫煙率は高いです。

国民栄養基礎調査の年齢階級別喫煙率では、男性の全国平均では40歳代は44.2%、50歳代は36.5%と、本町の男性は国と同程度の高い喫煙率です。一方40歳代の女性は全国12.8%に対し本町は31.0%、50歳代の女性は全国12.2%に対し本町15.9%と本町の40～50歳代女性の喫煙率は高いです。喫煙者の家族がいて妊娠中でも喫煙を続けている、喫煙が制限される建物が少なく、屋外で自由に喫煙できる環境が多いといったことが影響していると考えられます。

喫煙との関連が大きい慢性閉塞性肺疾患（COPD）の医療をみると、本町の男性人口千人あたりレセプト件数はバラつきが大きく、平成27年度は県の2倍近くでしたが、平成28年度は県を下回りました。女性の人口千人あたりのレセプト件数もバラつきがあり、平成27年度は県と同水準で、平成28年度のレセプトは計上されておらず0件でした。

喫煙は、がんを始め動脈硬化性疾患など生活習慣病のリスクです。引き続き取り組むべき課題です。

【図表 2-50】 男女別 特定健診問診 喫煙率（平成 28 年度）



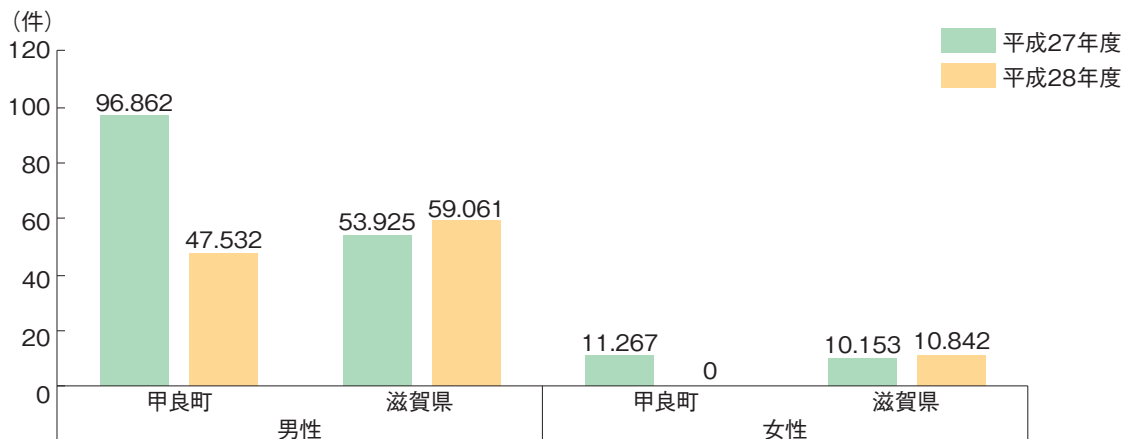
出典：甲良町健診データ

参考：性別・年齢階級別喫煙率 国民栄養基礎調査と甲良町問診（平成 26 年度）

		40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上	平均
男性	甲良町	40.7%	42.2%	33.3%	19.8%	31.1%
	全国	44.2%	36.5%	32.5%	15.2%	32.1%
女性	甲良町	31.0%	15.9%	5.5%	3.7%	8.5%
	全国	12.8%	12.2%	6.3%	2.5%	8.5%

出典：厚生労働省 国民栄養基礎調査

【図表 2-51】 本町と県 COPD の千人あたりのレセプト件数比較（平成 27 年度・28 年度）

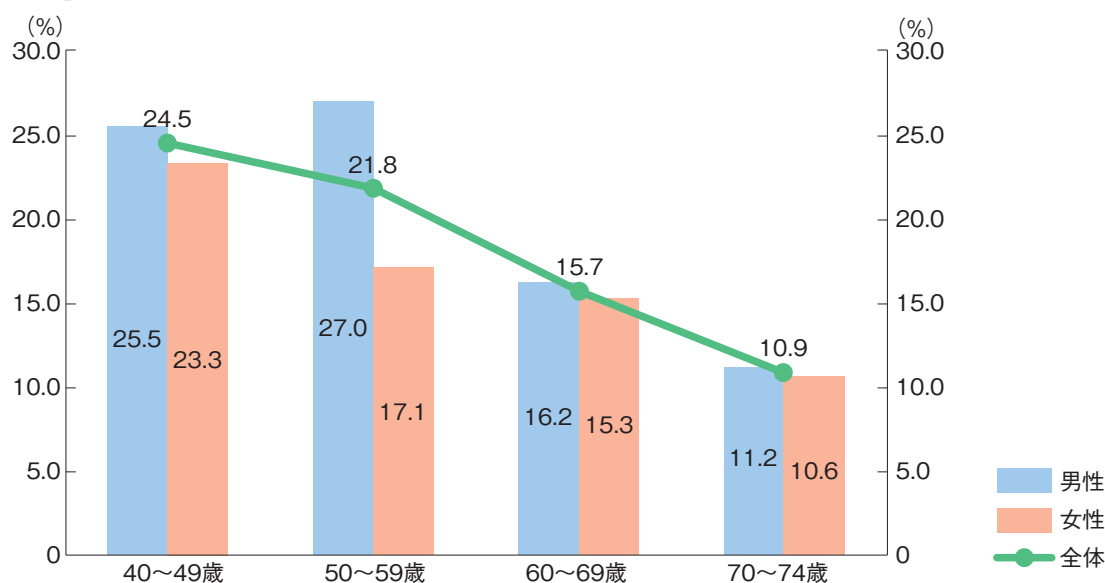


出典：KDB 疾病別医療費分析

(2) 食生活

特定健診の食生活の問診4つの中で、甲良町が国や県、同規模平均よりも該当する割合が高いのは、「夕食後に間食をとることが週に3回以上ある（週3回以上食後の間食）」です。その内訳を性別・年齢階級別にみると男女とも該当者は40歳代に多く、50歳代の男性は割合が増え、平成28年度は20%台でした。次いで50～60歳代の男女に該当者が多く、約15%が該当していました。

【図表 2-52】 性別・年齢階級別 特定健診問診結果：夕食後の間食をとる習慣

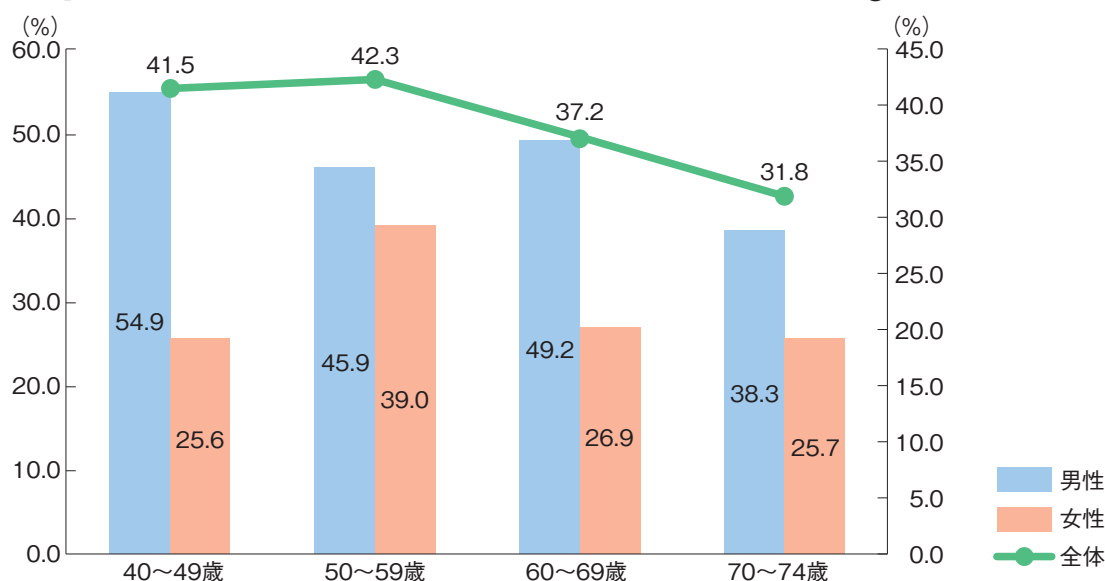


出典：甲良町健診データ

(3) 体重変化

「20歳の時の体重から10Kg以上増加している」は、本町が国や県、同規模平均よりも該当者割合が高いです。40歳代の男性は約半数が該当し、70歳代の該当割合は下がっています。女性は50歳代が最も高く4割が該当し、他の年齢階級は2割程度でした。

【図表 2-53】 性別・年齢階級別 特定健診問診結果：20歳代からの体重から10Kg以上増加



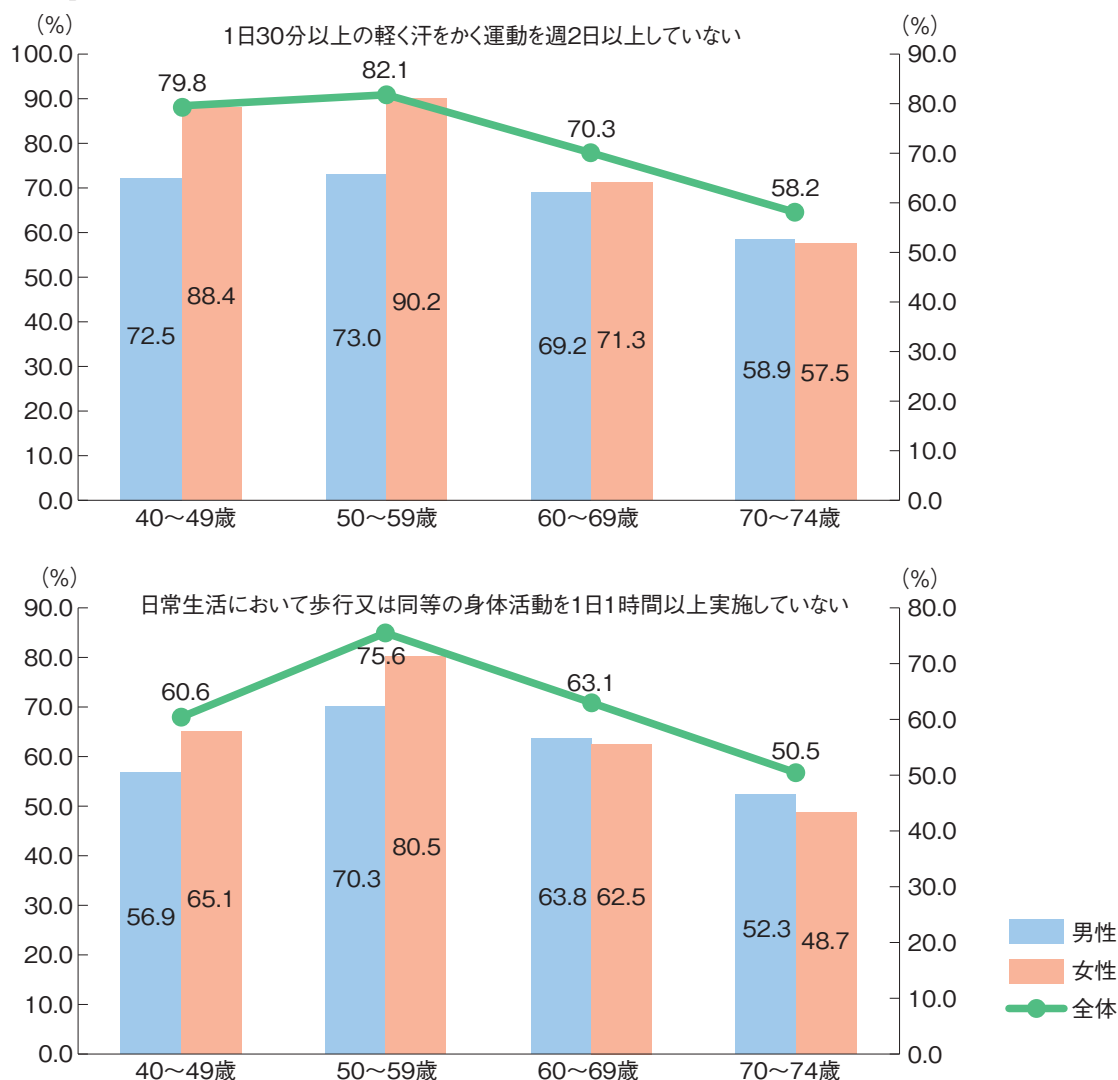
出典：甲良町健診データ

(4) 運動習慣

「1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上」と「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していない」の問診について、本町では「運動習慣が無い」という人の割合が国や県、同規模平均よりも高いです。40～50歳代は運動習慣が無い人の割合が60歳以降よりも高く、40～50歳代の女性は男性より運動習慣が無い人が多いです。

本町では平成18年6月に子育て支援センター ほっと館がオープンし、介護予防事業として健康運動指導士による支援を開始しています。温水プールや総合公園など施設はありますが、個別支援でのライフコーダの貸し出しは減少しており、運動習慣の定着に向けた取り組みは課題です。

【図表 2-54】 性別・年齢階級別 特定健診問診結果：運動習慣



出典：甲良町健診データ

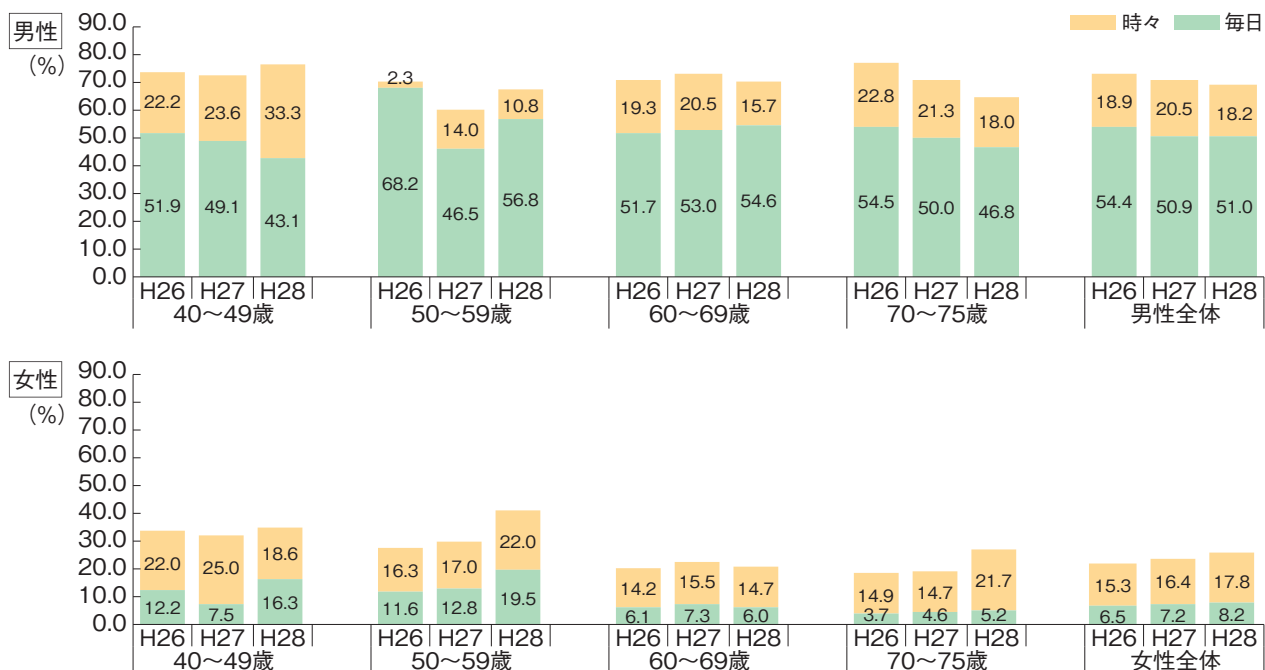
(5) 飲酒習慣

本町は国や県、同規模平均と比べて、「毎日飲酒」の割合が3～4.1ポイント高く、「時々飲酒」の割合は3～5.2ポイント低いです。男性の約7割は飲酒習慣があり、毎日飲酒が約5割、時々飲酒が2割です。40歳代は毎日飲酒の割合が減少しており、時々飲酒割合は増加しています。70歳代は全体的に飲酒習慣を持つ人が減少していましたが、他の年齢階級は増減しています。

女性は全体の2割強に飲酒習慣があり、40～50歳代はその他の年齢階級よりも割合が高いです。毎日飲酒の割合は低く、機会飲酒が多い結果でした。

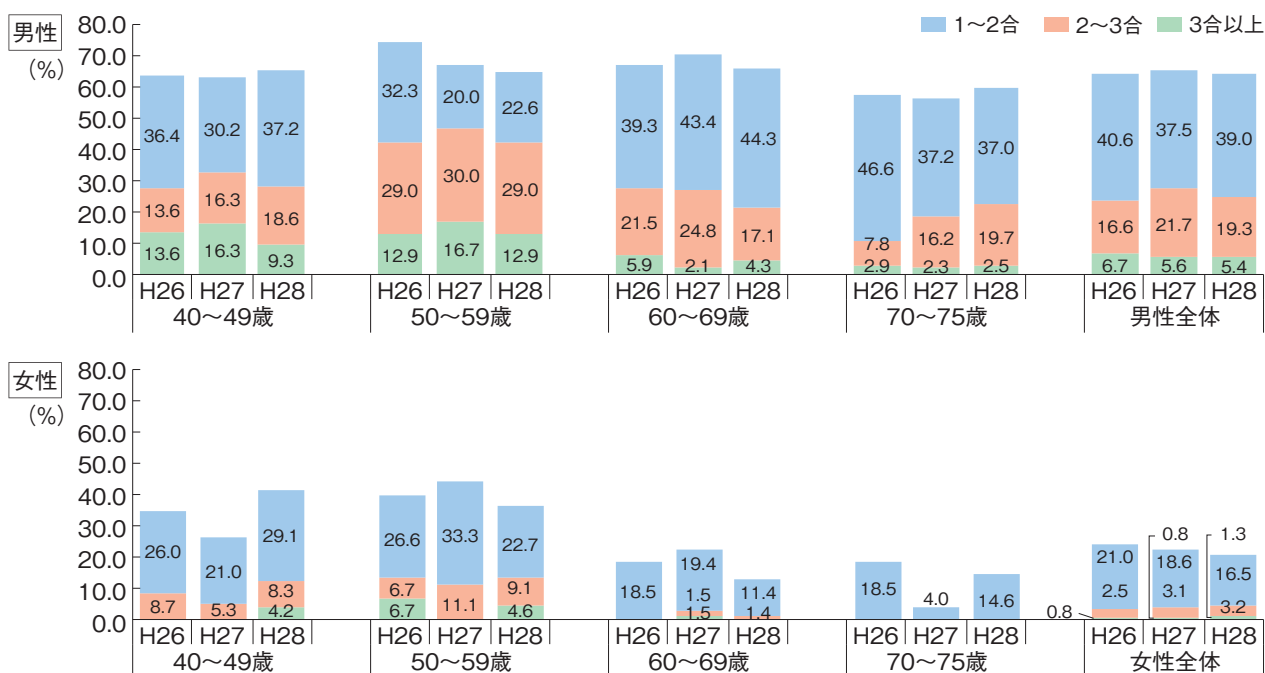
一回の飲酒量について、1合を越える対象者の割合を性別・年齢階級別に確認します。飲酒習慣のある人の割合が高いのは、50～60歳代男性です。50歳代は平成26年度から平成28年度で減少していますが、60歳代は横ばいで、いずれも6割を越えています。1日3合以上の多量飲酒は40～50歳代の男性の1割強を占め、60歳代・70歳代は割合が減少しています。女性は、40～50歳代に多量飲酒に該当する方がいますが、60歳以上の方にはほとんど該当者がいませんでした。

【図表 2-55】 性別・年齢階級別 特定健診問診の推移：飲酒頻度



出典：甲良町健診データ

【図表 2-56】 性別・年齢階級別 特定健診問診の推移：一回飲酒量



出典：甲良町健診データ

第3章

第1期計画の評価と健康課題

第3章 第1期計画の評価と健康課題

1 前期計画の目的と目標

本事業は、住民課と保健福祉課が連携を図りながら事業計画を協議決定し、保健師・管理栄養士、健康推進員等がその実施にあたりました。

データヘルス計画の目標

中長期的な目標の設定

高額な医療費がかかり、高い死亡率につながっている虚血性心疾患や脳血管疾患の発症を減らし、健康寿命の延伸と医療費の伸びを抑制します。

第1期計画では中長期的な目標の設定から下記の事業を展開しました。

(1) 発症予防としてのポピュレーションアプローチ

- ①受診率維持・向上事業（未受診者対策）
- ②町民講座開催・生活習慣改善指導事業
- ③健診受診者結果説明（個別指導事業と栄養相談事業）
- ④禁煙指導事業

(2) さまざまな二次検査（インスリン分泌能力及び脳・心・腎の血管を守る対策）

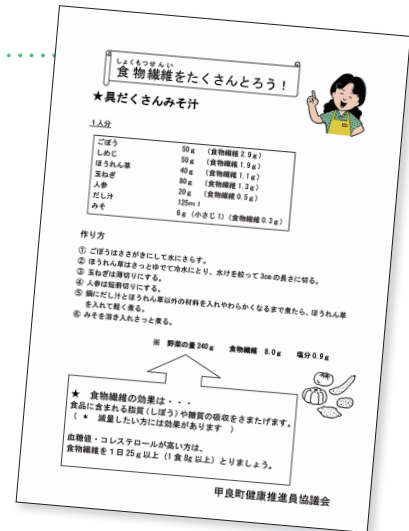
(3) 重症化予防対策

- ①血糖・血圧・脂質のコントロール不良者への生活改善指導事業
- ②腎機能低下改善事業

健診結果説明会・栄養相談の様子紹介

健診結果説明会の様子

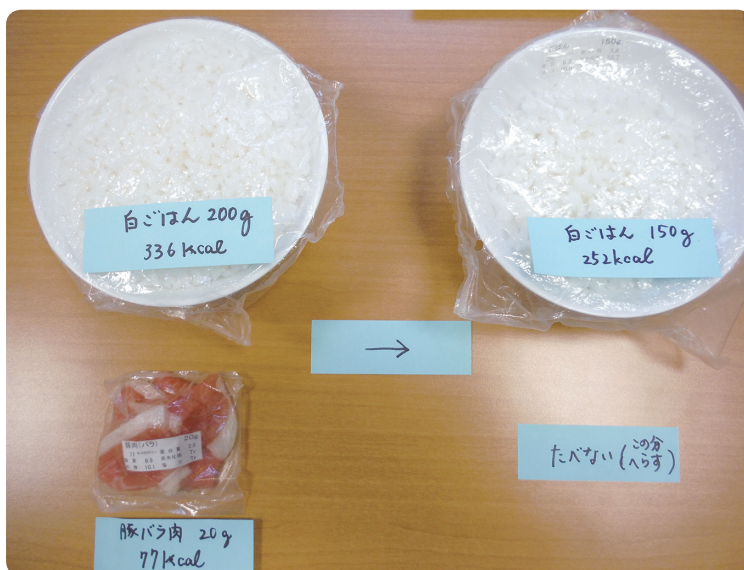
当町では、集団健診、2次検査や経過検査の結果が出たら、保健師または栄養士が個々の結果を見ながら、住民さんから現在の生活習慣をお聴きしながら、検査数値と生活習慣の関係と、リスクがわかる資料を用いて説明しています。



高血糖、脂質異常がある場合、1日25gの食物繊維(1食にすると約8g)をとると、糖や血糖値の上昇が抑えられます。生野菜と、一品で食物繊維をとれる見本が比較できるよう会場に展示し、実際の量を確認してもらっています。

栄養相談での様子

管理栄養士さんによる栄養相談では、実際にフードモデルを用いて個々に計画を立てます。



相談で、1か月半で1kgの減量計画を一緒にたてた人にお示したフードモデルです。

白ご飯の1日50g減量分(マイナス84kcal)+肉20g減量分(マイナス77kcal)の計約マイナス160kcalを×45日続けて約7,000kcal(体重約1kg分)を減量できるという、減らす分の食事量の見本です。

【図表 3-1】 国・県平均と比べてみた甲良町の位置

			甲良町_H25		甲良町_H28		県		国		データ元 (CSV)	参照 ページ	
			実数(人) : 割合(%)		実数(人) : 割合(%)		実数(人) : 割合(%)		実数(人) : 割合(%)				
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	102.7		118.9		92.7		100		KDB_NO.1 地域全体像 の把握	P14	
		女性	100.7		98.6		97.3		100				
	死 因	がん	18	38.3	21	44.7	3,598	49.6	367,905	49.6		P13	
		心臓病	17	36.2	9	19.1↓	2,007	27.6	196,768	26.5			
		脳疾患	7	14.9	12	↑25.5	1,011	13.9	114,122	15.4			
		糖尿病	1	2.1	0	0.0	112	1.5	13,658	1.8			
		腎不全	3	6.4	4	↑8.5	279	3.8	24,763	3.3			
		自殺	1	2.1	1	2.1	254	3.5	24,294	3.3			
早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合 計		11	12.1	7	6.3↓					KDB_NO.1 地域全体像 の把握	P16	
		男性	8	16.3	5	9.6							
		女性	3	7.1	2	3.3							
介護 保 険	有病状況	糖尿病	119	26.0	113	21.4	15,756	25.1	1,350,152	22.1	KDB_NO.1 地域全体像 の把握	P10	
		高血圧症	251	53.1	252	50.5	34,548	55.0	3,101,200	50.9			
		脂質異常症	131	26.6	139	27.3	18,935	30.0	1,741,866	28.4			
		心臓病	286	60.7	295	57.9	40,849	65.1	3,529,682	58.0			
		脳疾患	124	27.6	110	21.6	15,014	24.1	1,538,683	25.5			
		がん	35	7.9	40	6.8	6,874	10.8	631,950	10.3			
		筋・骨格	218	47.1	236	47.9	34,599	55.2	3,067,196	50.3			
		精神	151	30.4	176	33.9	24,112	38.1	2,154,214	35.2			
	介護 給付費	1件当たり給付費(全体)(円)	67,876		62,227		55,447		58,284				
		居宅サービス	42,997		41,324		38,701		39,662				
		施設サービス	289,565		279,607		278,621		281,186				
	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	10,816		8,666		8,460		7,980			
			認定なし	3,541		4,015		3,832		3,816			
国保の状況	被保険者数(人)		2,340		2,003		307,611		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像 の把握 KDB_NO.5 被保険者の 状況	P18	
	65～74歳		746	31.9	783	39.1	134,863	43.8	12,461,613	38.2			
	40～64歳		809	34.6	676	33.7	94,741	30.8	10,946,712	33.6			
	39歳以下		785	33.5	544	27.2	78,007	25.4	9,179,541	28.2			
	加入率(%)		31.4		26.9		22.4		26.9				
医 療 費	医療の 概況 (人口千 対)	病院数	0	0.0	0	0.0	58	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像 の把握	P18	
		診療所数	2	0.9	2	1.0	1,035	3.4	96,727	3.0			
		病床数(床)	0	0.0	0	0.0	14,561	47.3	1,524,378	46.8			
		医師数(人)	3	1.3	3	1.5	3,149	10.2	299,792	9.2			
		外来患者数(人)	678.5		719.9		684.5		668.1				
		入院患者数(人)	18.2		18.1		18.4		18.2				
	医療費の 状況	一人当たり医療費(円)	23,255	県内 15位	26,304	県内6位 同規模 127位	25,544		24,245		KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像 の把握	P18	
		受診率	696.714		737.994		702.952		686.286				
		外 来 費用の割合	59.9		58.2		59.5		60.1				
		件数の割合	97.4		97.5		97.4		97.4				
		入 院 費用の割合	40.1		41.8		40.5		39.9				
		件数の割合	2.6		2.5		2.6		2.6				
	1件あたり在院日数	13.0日		15.0日		15.0日		15.6日					
	医療費分析 生活習慣病 に占める割合	がん	88,194,200	22.1	97,837,700	27.1	28.2		25.6		KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域	P18	
		慢性腎不全(透析あり)	36,208,410	9.1	54,854,680	15.2	9.7		9.7				
		糖尿病	40,313,620	10.1	35,388,460	9.8	9.8		9.7				
		高血圧症	47,357,770	11.9	33,849,370	9.4	8.3		8.6				
		精神	36,995,940	9.3	30,739,780	8.5	12.6		16.9				
		筋・骨格	68,933,080	17.3	51,772,280	14.3	15.1		15.2				
	費用額 (1件あたり)	入 院	糖尿病	613,750	8位(16)	652,264	5位(16)				KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域	P18	
			高血圧	705,457	4位(12)	737,324	3位(15)						
脂質異常症			661,816	2位(19)	676,308	5位(18)							
脳血管疾患			586,924	16位(16)	657,467	8位(20)							
心疾患			879,947	2位(10)	761,699	7位(11)							
腎不全			454,830	19位(11)	607,667	19位(14)							
外 来		精神	521,959	3位(25)	569,762	2位(24)							
		悪性新生物	570,310	19位(12)	711,673	8位(15)							
		糖尿病	34,644	12位	33,303	19位							
		高血圧	28,193	15位	30,731	9位							
入院の ()内 は在院 日数	脂質異常症	26,669	15位	25,152	19位								
	脳血管疾患	34,517	18位	40,141	7位								

				甲良町_H25		甲良町_H28		県		国		データ元 (CSV)	参照 ページ	
				実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)			
医療費	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数20 入院の()内 は在院日数	外 来	心疾患	47,037	2位	57,647	3位					KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域		
			腎不全	211,872	2位	191,485	4位							
			精神	29,178	10位	34,622	2位							
			悪性新生物	55,255	4位	62,130	4位							
特定健康診査・特定保健指導	健診有無 別一人当 たり点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	6,152		1,674		2,295		2,346		KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域		
			健診未受診者	4,712		13,125		12,877		12,339				
		生活習慣病対 象者一人当たり	健診受診者	23,066		4,158		6,298		6,742		KDB_NO.1 地域全体像 の把握		
			健診未受診者	17,665		32,607		35,330		35,459				
	健診・ レセ実合	受診勧奨者		483	59.1	489	64.9	44,640	55.5	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像 の把握		
		医療機関受診率		445	54.5	458	60.8	41,691	51.8	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率		38	4.7	31	4.1	2,949	3.7	357,742	4.5			
	特定健診 の状況	健診受診者(人)		817		753		80,442		7,898,427		KDB_NO.3 健診医療介 護データか らみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像 の把握	P25	
		受診率(%)		56.5	県内1位	55.5	県内2位 同規模 35位	38.1	全国22位	36.4				
		特定保健指導終了者 (実施率)		70	70.7	58	64.4	2,224	26.4	198,683	21.1			
		非肥満高血糖		38	4.7	62	8.2	6,276	7.8	737,886	9.3			
		メタボ	該当者	167	20.4	130	17.3	13,752	17.1	1,365,855	17.3			
			男性	117	30.2	96	26.5	9,431	27.7	940,335	27.5			
			女性	50	11.6	34	8.7	4,321	9.3	425,520	9.5			
			予備群	96	11.8	100	13.3	8,414	10.5	847,733	10.7			
			男性	69	17.8	74	20.4	5,960	17.5	588,308	17.2			
			女性	27	6.3	26	6.6	2,454	5.3	259,425	5.8			
		メタボ該当・ 予備群レベ ル	腹囲	総数	293	35.9	255	33.9	24,811	30.8	2,490,581			31.5
				男性	207	53.5	189	52.2	17,223	50.6	1,714,251			50.2
				女性	86	20.0	66	16.9	7,588	16.4	776,330			17.3
			BMI	総数	23	2.8	40	5.3	3,353	4.2	372,685			4.7
				男性	6	1.6	6	1.7	410	1.2	59,615			1.7
				女性	17	4.0	34	8.7	2,943	6.3	313,070			7.0
			血糖のみ		5	0.6	2	0.3	413	0.5	52,296			0.7
			血圧のみ		71	8.7	72	9.6	5,783	7.2	587,214			7.4
			脂質のみ		20	2.4	26	3.5	2,218	2.8	208,214			2.6
			血糖・血圧		21	2.6	27	3.6	1,674	2.1	212,002			2.7
			血糖・脂質		4	0.5	3	0.4	637	0.8	75,032			0.9
			血圧・脂質		93	11.4	68	9.0	7,471	9.3	663,512			8.4
			血糖・血圧・脂質		49	6.0	32	4.2	3,970	4.9	415,310			5.3
	生活習慣 の状況		服薬	高血圧	297	36.4	290	38.5	27,914	34.7	2,650,283	33.6		
		糖尿病		87	10.6	82	10.9	5,786	7.2	589,711	7.5			
脂質異常症		193		23.6	171	22.7	21,839	27.2	1,861,221	23.6				
既往歴		脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	31	3.8	21	2.8	2,257	2.9	246,252	3.3				
		心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	59	7.2	41	5.4	4,427	5.7	417,378	5.5				
		腎不全	11	1.3	5	0.7	267	0.3	39,184	0.5				
		貧血	88	10.8	101	13.4	10,276	13.4	761,573	10.2				
喫煙		168	20.6	143	19.0	9,517	11.8	1,122,649	14.2					
週3回以上朝食を抜く		65	8.1	59	7.8	4,262	5.7	585,344	8.7					
週3回以上食後間食		123	15.3	122	16.2	8,941	12.0	803,966	11.9					
週3回以上就寝前夕食		107	13.3	109	14.5	9,514	12.7	1,054,516	15.5					
食べる速度が速い		221	27.4	202	26.9	19,310	25.7	1,755,597	26.0					
20歳時体重から10kg 以上増加		290	36.1	270	35.9	22,870	30.5	2,192,264	32.1					
1回30分以上運動習慣 なし		531	66.0	518	68.9	44,097	58.8	4,026,105	58.8					
1日1時間以上運動なし		415	51.5	452	60.1	38,810	51.9	3,209,187	47.0					
睡眠不足		222	27.6	192	25.6	17,944	24.3	1,698,104	25.1					
毎日飲酒		238	29.5	218	29.0	18,731	24.9	1,886,293	25.6					
時々飲酒		139	17.2	127	16.9	14,976	19.9	1,628,466	22.1					
一日飲酒量		1合未満	210	48.4	214	51.0	25,291	62.4	3,333,836	64.0				
		1～2合	146	33.6	132	31.4	10,720	26.5	1,245,341	23.9				
		2～3合	58	13.4	57	13.6	3,564	8.8	486,491	9.3				
		3合以上	20	4.6	17	4.0	934	2.3	142,733	2.7				

出典：KDB No1 No3

2 第1期計画の評価

(1) 発症予防としてのポピュレーションアプローチ

①受診率維持・向上事業（未受診者対策）

事業内容：甲良町では、平成23年度から特定健康診査受診勧奨業務を外部委託しています。初回は健診受診率の低い地区・年齢階級の該当者に保健師または管理栄養士の家庭訪問による受診勧奨を行いました。その後はハガキと電話での受診勧奨を行い、勧奨対象者を広げて実施しています。

結 果：特定健診受診率

甲良町の健診受診率は全体で55%前後を推移しており、県内でも上位を維持しています。国の目標値に近い率を維持していますが、受診率は横ばいです。

【図表 3-2】 特定健康診査の実施状況

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
甲良町目標値	55.0%	58.0%	60.0%	63.0%
実績	56.6%	53.9%	55.2%	55.5%

出典：法定報告

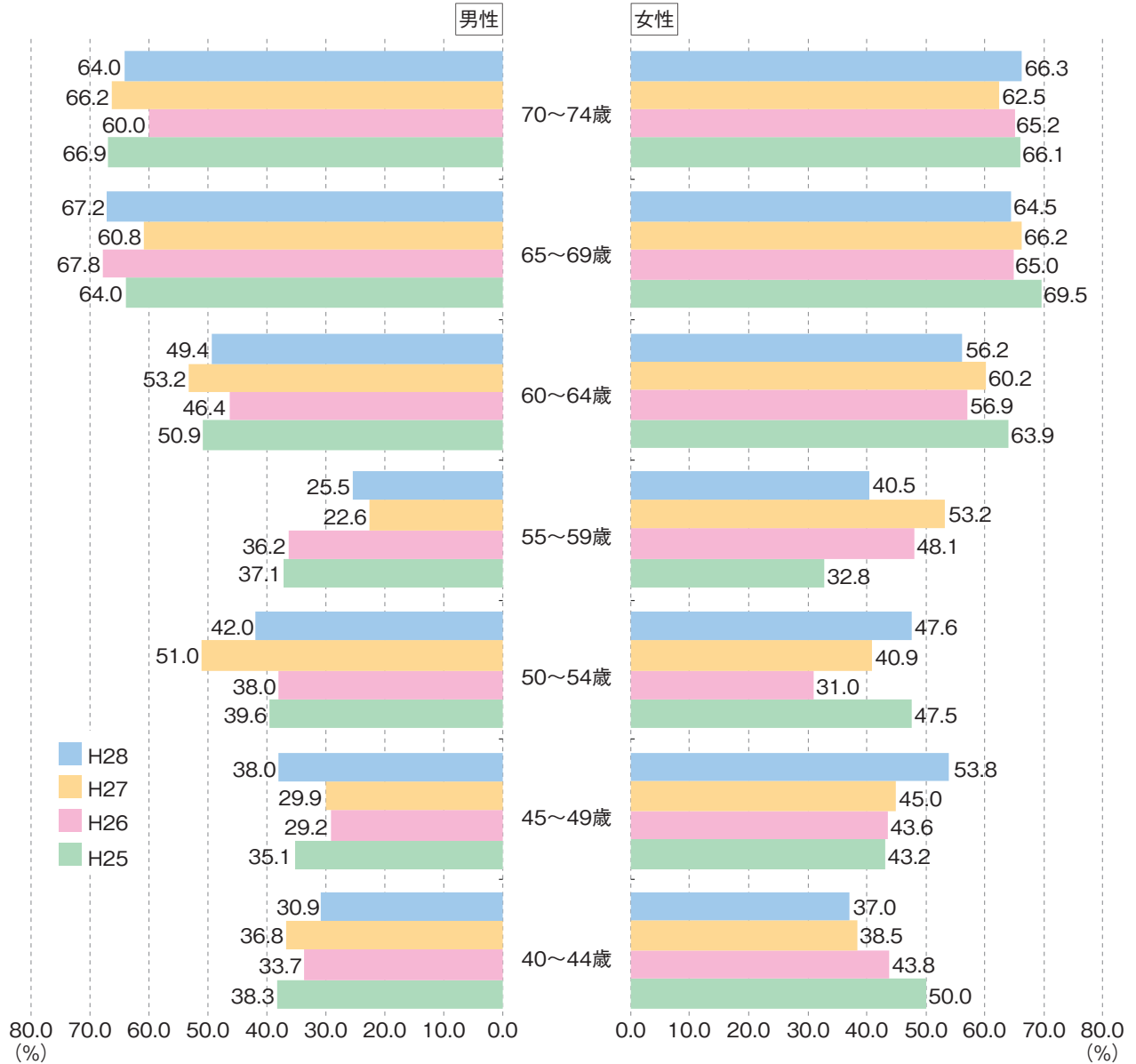
性別・年齢階級別に特定健診受診率と健診受診回数を確認すると、40～50歳代は単年度受診者が多く受診率が低い結果でした。40～50歳代は仕事や育児や介護等で多忙であるのに加え、国保資格の異動が多い年齢層で、健診の機会を逸してしまう事が考えられます。

健診未受診の理由で聞き取りした中で最も多いのは、「医療機関で治療中、かかりつけ医がいる」で、次いで「人間ドックや会社等で受診している」、「仕事や家事で忙しい」でした。60歳以上の被保険者は目標値近い受診率ですが、更に受診率を伸ばすためには、医療機関の受診とあわせて、健診の意義を理解していただく事が重要です。

参考：性別・年齢階級別 特定健診受診率と健診受診回数集計結果

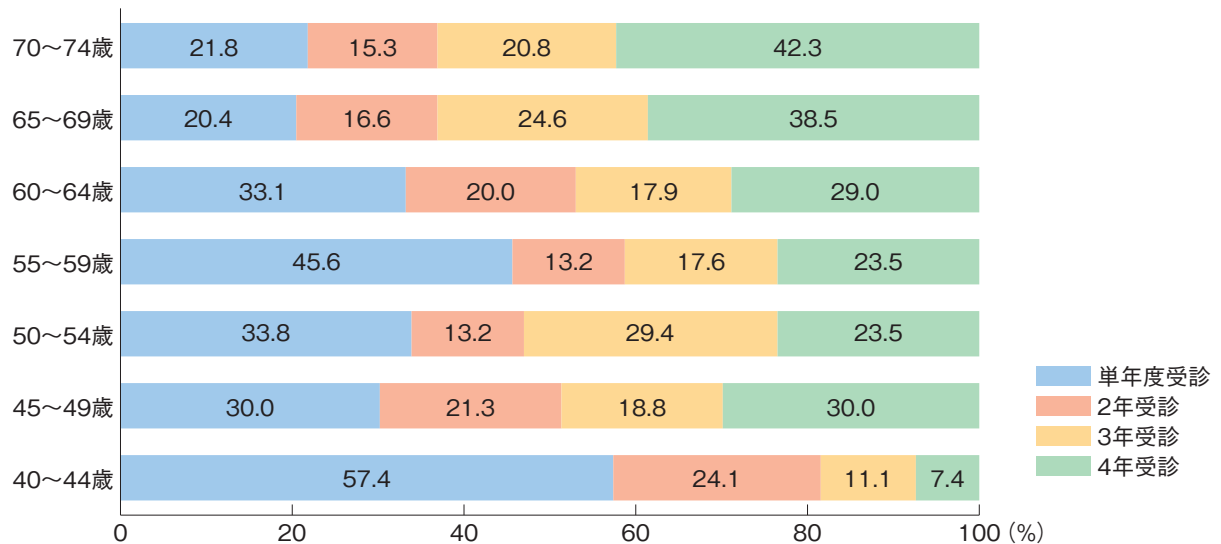
性別・年齢階級別の受診率	全体的に女性の受診率は男性よりも高い 40～50歳は60歳以上と比べて受診率は低い 55～59歳男性は受診率が低く平成27～28年度は20%代
年齢階級別 健診受診回数	単年度受診割合は40～44歳がおおよそ60%と最も高い 単年度健診受診者が多い40～44歳と55～59歳は、特定健康診査受診率が低い

【図表 3-3】 男女別・年齢階級別 特定健康診査受診率の推移（平成 25 ～ 28 年度）



出典：甲良町健診データ

【図表 3-4】 年齢階級別 特定健診受診回数※（平成 25 ～ 28 年度）



②生活習慣改善指導事業

【町民講座】

事業内容：生活習慣と腎臓病の関係について理解を深め慢性腎不全を防ぐため、腎臓専門医による「大切な腎臓をまもる」をテーマに町民健康講座を平成25年度に開始しました。講演を受けて、健康推進員が区の学習会で講義内容を取り上げ、24時間蓄尿検査参加者を募り、参加者全体で結果を学習し改善に取り組む区も見られ、健康講座に参加できなかった区民にも広げる活動にもつながりました。

【図表 3-5】町民講座まとめ

開催年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
内容	「腎臓を守るための特別講演」 3 部構成	「内臓脂肪や高血圧及び高血糖は、何故腎臓を傷めるのか」 3 部構成	講師都合により開催延期	「食事が変われば腎臓は守れる」 「腎臓病の透析療法と食事療法 患者となってしまうこと」
延べ参加者数	374 人	344 人		115 人

【健康づくり地域リーダー養成事業（隔年の養成講座開催）】

事業内容：平成27年度は13区より推薦の32人、平成29年度は12区より推薦の26人を対象に、「滋賀県健康推進員育成ガイドライン」（平成24年4月作成）に基づき、町健康推進員養成講座を実施しました。管理栄養士・保健師・健康運動指導士等による講習・実習とともに、ライフコーダ（活動量計）を用いて活動量から食事の基本量の計算、糖負荷検査および24時間蓄尿検査を受けた結果の学習も盛り込み、推進員自身とその家族の生活改善の実践や、健診結果や検査内容の理解を深めることで、区で活動計画を企画する際や区民への呼びかけに活かせる学習内容となるよう工夫しました。

健康推進員の活動体制は、平成30年度からは54人体制を確保（予定）、第1期データヘルス計画の目標であった46人から60人程度への増員は、概ね達成している状況です。

【生活習慣改善指導事業】

事業内容：健康推進員とともに下記表のとおり、健康学習会・啓発等を実施しました。

【図表 3-6】健康学習会・啓発まとめ

対象	内容	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
区の健康学習会・啓発事業等（1 区を除く 12 区で実施）	区学習会（食物繊維・減塩や腎臓の学習）・行事等における区の健康課題展示、禁煙啓発等	799 人	793 人	857 人
老人会・高齢者サロン参加者への啓発	CKD 予防・減塩、健診受診等の啓発	623 人	205 人	127 人
メタボ・ロコモ運動教室	教室・体操・区民ウォーキング等	537 人	258 人	332 人
おやこの食育教室	保育センター 5 歳児親子の調理実習・講習	138 人	136 人	115 人
丸善 K モール前街頭啓発	（県統一推進員事業）野菜食べ隊支援事業	各年度 200 人		

【乳幼児・小中食育教育事業】

事業内容：下記表の対象に、町保健福祉課保健師・管理栄養士等が啓発を行いました。野菜摂取のPRといった内容にとどまらず、指導対象年齢別に必要な栄養素と目安量を示した資料と、その栄養素が多く含まれる食材をグラフ化した資料を作成し、配布・掲示により講習を行いました。平成27年度からは健康推進員も小学生の授業に参画しました。

※平成29年度に、小学生の保護者の授業参加について学校に依頼し、同年度学校が保護者あてに参加勧奨を開始しました。

【図表 3-7】乳幼児・小中食育教育事業まとめ

対象	内容	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
乳幼児健診・離乳食教室	離乳食と幼児食の講習・指導	受診者 273 人 参加者 29 組	受診者 257 人 参加者 30 組	受診者 252 人 参加者 28 組
子育て支援センター教室利用者	う歯予防から考える離乳食・幼児食の内容	参加：123 組	参加者 68 組	参加者 21 組
小中学生対象 （高学年で受ける脂質検査後の授業）	生活習慣病の実態から成長・生活習慣病予防に必要な栄養素と食材の啓発	小学生 36 人 中学生 57 人	小学生 68 人 （東西 2 校とも に実施）	小学生 57 人 （東西 2 校とも に実施）

③健診受診者結果説明（個別指導事業と栄養相談事業）

事業内容：特定健診の結果に基づき、保健師・栄養士による結果説明会を開催し、平成26年度から平成28年度において、延べ3,917人の個別支援を実施しました（指導実施率100%）。保健指導用ソフトで作成した個別資料と、からだノート（保健指導教材）で生活習慣病のリスクとの関係が図示されたものを用い、2次検査受診と継続受診への意識づけができるよう工夫しました。また、食事の基本量を知り、具体的な改善計画に結び付けやすいよう、説明会会場にはフードモデルや調理見本を展示し指導に活用しました。

【図表 3-8】平成 26 ～ 28 年度 個別支援の内訳（延べ対象者数）

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
健診結果返し	949 人	950 人	1,033 人
2次検査結果返し	103 人	101 人	78 人
栄養相談	104 人	130 人	127 人
来所相談	41 人	54 人	65 人
訪問（保健師）	52 人	54 人	76 人
	1,249 人	1,289 人	1,379 人



④禁煙指導事業

個別の結果説明時に、喫煙者へ禁煙指導を実施しました。

平成25年度の健診受診者の喫煙率は、20.6%であったのに対し、平成28年度は19.0%と1.6ポイントの減少が見られましたが、第1期の目標値である3.0%（3.0ポイント）の減少には至りませんでした。

今後も減少に向け、個別の喫煙支援のみならず、施設の禁煙化の推進や喫煙防止啓発等の対策が必要です。

(2) さまざまな二次検査（インスリン分泌能力及び脳・心・腎の血管を守る対策）

①75g糖負荷検査

特定保健対象者に継続した保健指導を実施するために、平成21年度から75g糖負荷検査を実施しています。平成21年から平成29年の間で延べ706人受検しています。

事業内容：対象者抽出基準（図表3-9）に基づいて対象者を抽出する。

検査を受けた対象へは個別で結果説明を行う

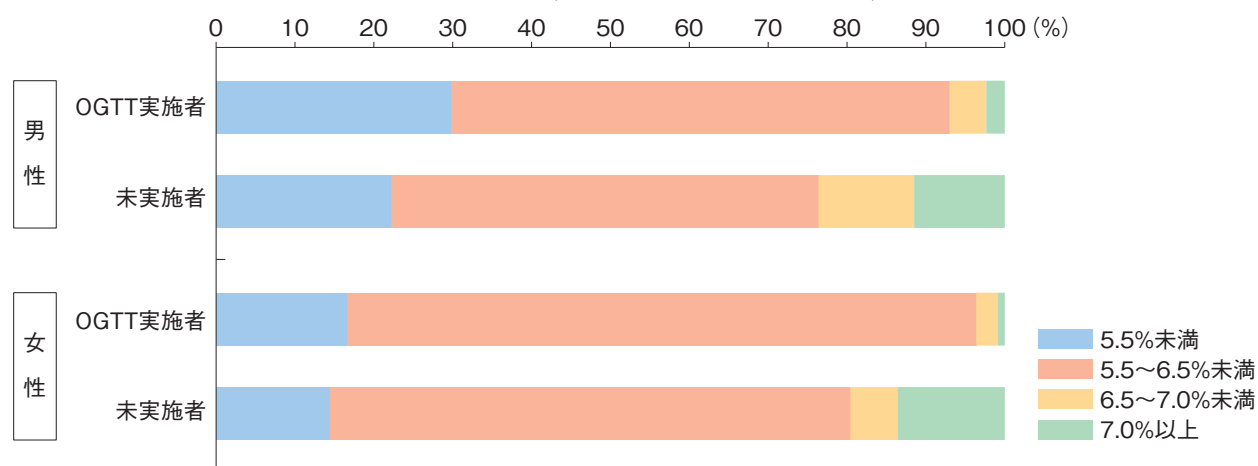
【図表 3-9】 甲良町 75 g糖負荷試験 対象者の条件

OGTT（75g 糖負荷検査）〈対象者〉	
・ 糖尿病未治療者 ・ 空腹時血糖100～125mg/dl ・ 随時血糖 140～199mg/dl ・ HbA1c5.6～6.4% ・ 中性脂肪300以上 ・ 上記以外の尿糖（+）以上の者	・ 糖尿病家族歴のある10%以上体重増加者 ・ 腹囲が基準値以上またはBMI25以上 ・ 過去にOGTTを受けたことがない者 〈対象より除外〉胃切除の既往のある者

平成26年度から平成29年度の特定健診受診者で、上記の75g糖負荷試験の対象者基準に該当した男性1,248人と女性1,154人、合計2,402人について、糖負荷試験受検者（以下「OGTT実施者」）と受けていない人（以下「未実施者」）に分けてHbA1c値の分布を確認しました。OGTT実施者の男性は、HbA1cが正常である5.5%未満が29.7%と7.5ポイント高く、糖尿病域を下回る6.5%未満は男性93.0%、女性96.4%と未実施者よりも男性16.7ポイント、女性15.5ポイント高いとわかりました。食後血糖値とインスリン分泌能を評価し、個別性に応じた生活指導を実施することで、血糖値改善の対象者が多いと確認できました。

【図表 3-10】 平成 26 ～ 29 年度 健康診査

OGTT 対象者かつ 75g 糖負荷試験実施者（男性 832 人、女性 690 人）と
OGTT 対象者かつ検査未実施者（男性 558 人、女性 322 人）HbA1c の分布



		5.5%未満	5.5～6.5%未満	6.5～7.0%未満	7.0以上
男性	OGTT実施者	29.7%	63.3%	4.5%	2.5%
	未実施者	22.2%	54.1%	12.2%	11.5%
女性	OGTT実施者	16.7%	79.7%	2.8%	0.8%
	未実施者	14.6%	65.8%	5.9%	13.7%

出典：甲良町健診データ（平成 26 年度～ 29 年度）

②尿中塩分摂取量検査（24時間蓄尿検査）

本町には収穫される米を中心とした食文化があり、ごはんと共に塩分の含まれる献立が並びます。高血圧や腎疾患が多い背景には、こうした食生活が関与しています。腎臓を守り高血圧改善に向け、減塩の取り組みが必要です。

本町では平成26年度より、24時間蓄尿検査で塩分摂取量を把握し、減塩指導を行っています。平成26年度から平成29年度に実施した対象者の塩分量の分布図をみると、塩分摂取量の目標値よりも摂取量が少ない対象者が増加しているようです。

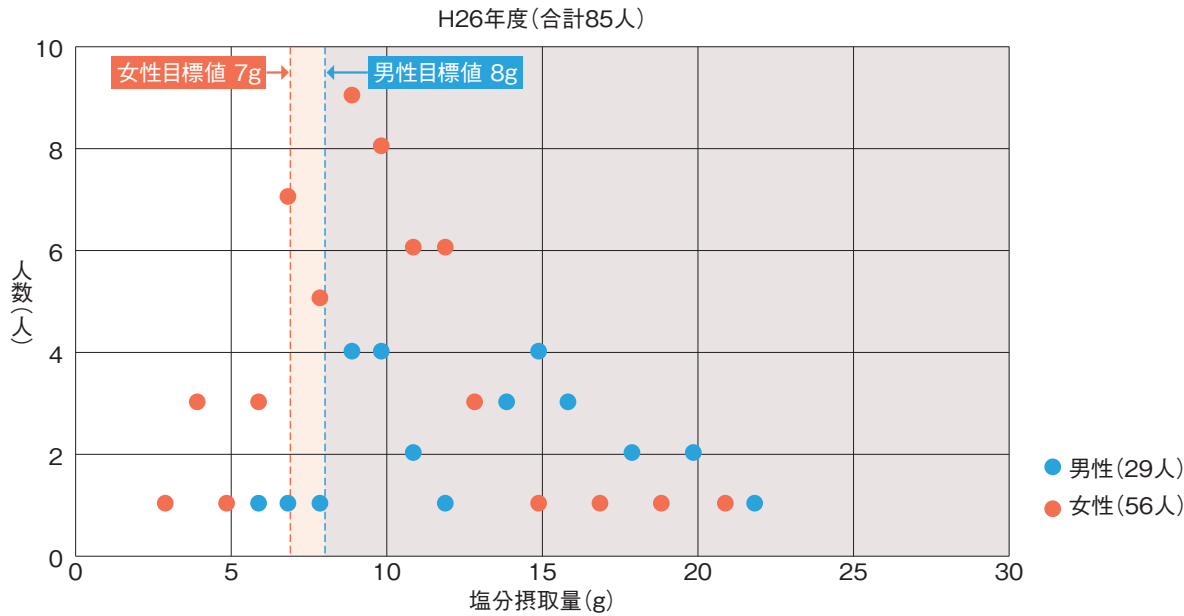
事業内容：対象者抽出基準（図表3-16）に基づいて対象者を抽出する。

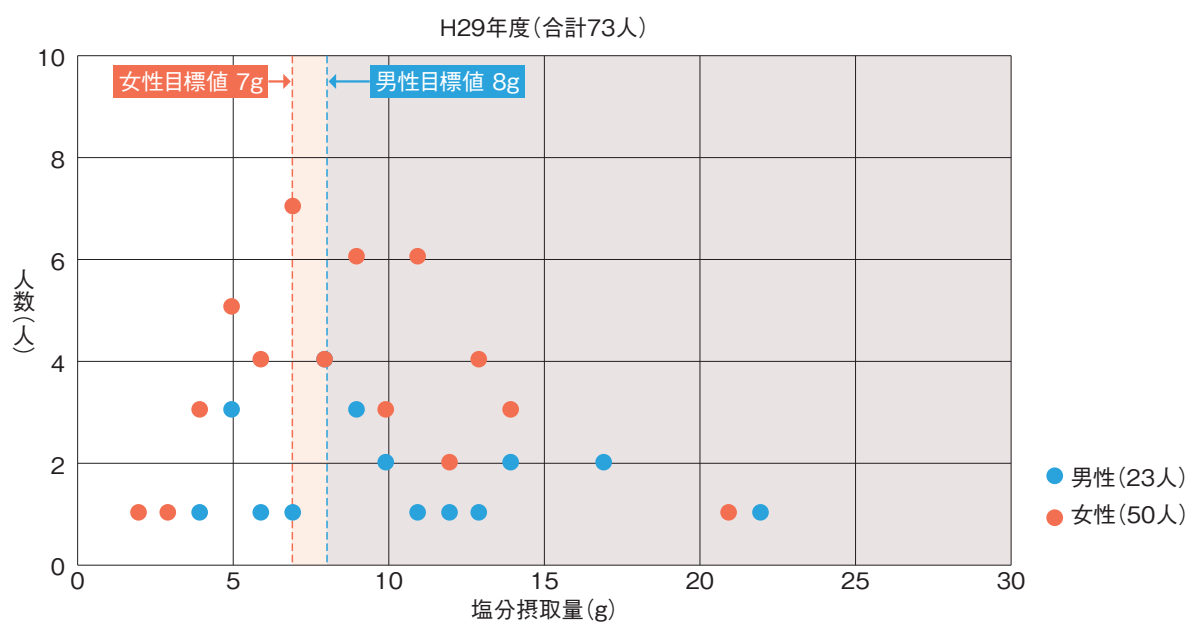
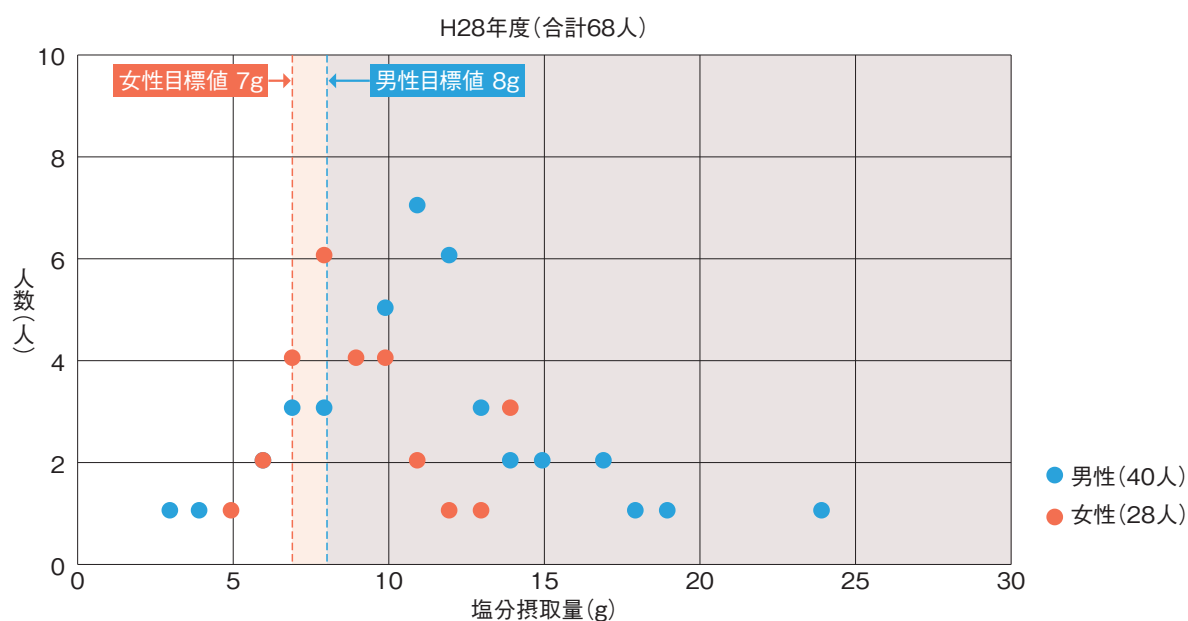
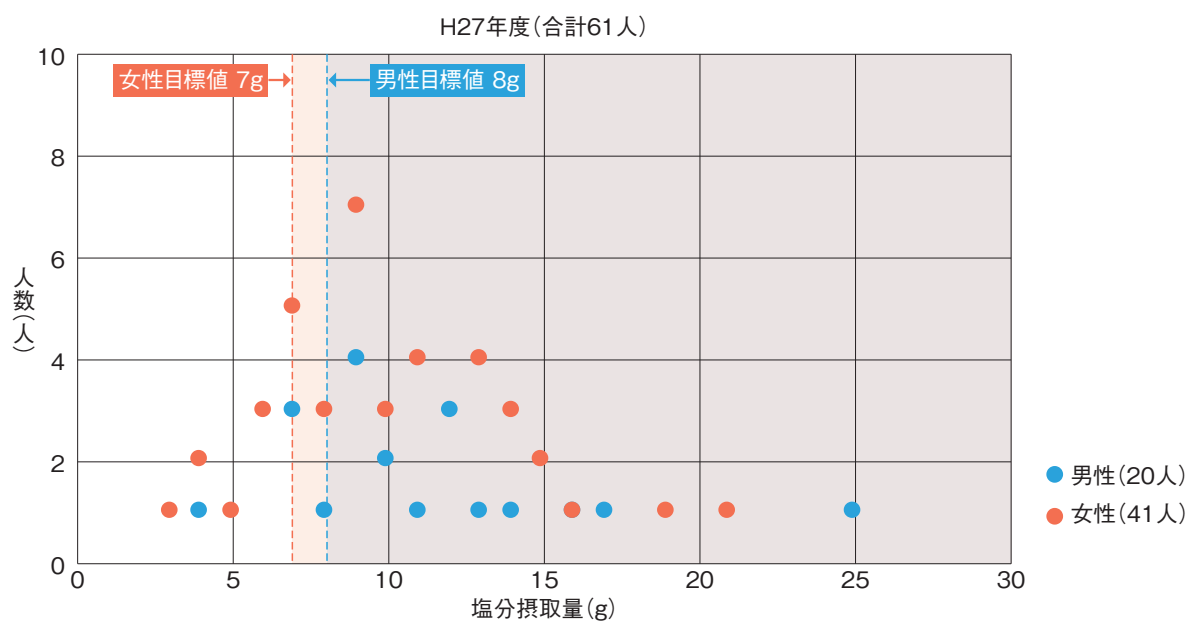
検査を受けた対象へは個別で結果説明を行う。

【図表 3-11】 甲良町 尿中塩分摂取量検査 対象者条件

24 時間蓄尿検査〈対象者〉
・ 高血圧Ⅰ度以上 ・ 70 歳未満 eGFR50 以下、70 歳以上 40 以下 ・ 尿タンパク ±以上

【図表 3-12】 尿中塩分摂取量検査の結果（平成 26 ～ 29 年度）





出典：甲良町 24時間蓄尿検査結果表

(3) 重症化予防対策（ハイリスクアプローチ）

①血糖・血圧・脂質のコントロール不良者への医療連絡・生活改善指導事業

腎機能低下改善事業

重症化予防の対象者は下記の通りです。

【図表 3-13】平成 26 ～ 28 年度 個別支援の内訳（延べ対象者数）

	平成 25 年度		平成 28 年度		支援方針
	該当率	目標	該当率 (人数)	評価	
高血圧 Ⅱ度以上	6.4%	5%未満	4.2% (34 人)	改善	家庭血圧測定指導 医療受診勧奨 ※
HbA1c 7.0%以上	68.9%	60%未満	38.0% (49 人)	改善	受診勧奨および 医療との連携
LDL 180mg/dl以上	—	—	3.1% (25 人)	—	医療受診勧奨
中性脂肪 300mg/dl以上	3.5%	3%未満	3.7% (26 人)	横ばい	生活改善・食の指導
HDL 40mg/dl未満	—	—	(38 人)	—	生活改善・食の指導
血清尿酸値 7.1mg/dl以上	—	—	(66 人)	—	生活改善・食の指導
未治療のうち臓器障害 を伴う者の割合 ・尿タンパク ・心電図有所見 ・腎機能 eGFR 低値	46%	20%未満	36% (26 人)	やや改善	医療受診勧奨および 医療との連携と指導 血糖コントロールと適 宜腎臓内科へ紹介 継続的支援・介入
腎機能 eGFR50 未満 70 歳以上は 40 未満 または尿タンパク 2 + 以上	35 人 健診受診者に 占める割合 41.1%	—	36 人 健診受診者に 占める割合 44.8%	横ばい	—

※家庭血圧が基準以下であることを確認できた場合除外。

②個別支援

健診結果説明会で適宜家庭血圧の測定の指導と合わせ、医師連絡票発行により医療受診を勧奨しました。連絡票の返信がある場合医師の指示により生活改善指導を行うため、血糖値測定の指導とその結果を1～2ヵ月後の栄養相談で確認するなど継続的な支援を実施しました。また、対象の全数に半年後の経過検査を通知により勧奨しました。

③運動教室事業

平成26年度・27年度は町保健師・管理栄養士、健康運動指導士を講師として、講習と血糖値の測定、運動実習、試食等の内容を実施し、グループワークもまじえて具体的な改善計画が立てられる内容となりました。

平成28年度は、水中運動での脂肪燃焼効果をねらい、町温水プールを活用した水中運動教室事業として業者に委託実施しました。平成29年度も委託で継続実施となりましたが、温水プールの通常営業時間である午後から夜間にかけての開催ができず、参加者数が伸び悩んだことから事業終結となりました。

【図表 3-14】

	平成 26 年度		平成 27 年度		平成 28 年度	
	回数	人数	回数	人数	回数	人数
糖尿病運動教室	3 回	37 人	2 回	13 人	15 回	117 人
肥満：メタボ運動教室	3 回	26 人	3 回	17 人		

3 健康課題

健康課題1：脳疾患・心疾患の医療費割合と、新規透析患者に占める糖尿病性腎症の割合は減少したが、腎不全の医療費割合は増加し、中長期目標疾患が医療費に占める割合は国や県と比べて高い状態が続いている。

本町の心疾患の死亡は減少しましたが、脳疾患と腎不全が国や滋賀県と比べて明らかに高く、医療費では中長期と短期目標疾患の医療費割合は減りましたが、国や滋賀県と比べ高い状態です。また心疾患と脳疾患の医療費割合は低下していますが、腎不全の医療費は増加が目立っています。

健診の結果をみると、メタボ該当者の3項目リスク保有者は減少しましたが、高血圧のリスク保有率は改善できていません。

保健事業

脳・心・腎を守る対策

家庭血圧測定の勧め、未治療者を医療につなげる

アウトカム：未治療者の減少（Ⅲ度高血圧該当者への医師連絡票の結果から把握する）

【図表 3-15】

	Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
	治療中	治療無し	治療中	治療無し	治療中	治療無し
平成26年度	109人	116人	17人	14人	3人	4人
平成27年度	84人	95人	11人	14人	1人	2人
平成28年度	103人	108人	29人	22人	7人	13人

出典 甲良町健診データ

減塩習慣をつける 24時間蓄尿検査で塩分摂取量を把握し、減塩習慣につなげる

アウトカム：血圧有所見者の割合減少（年齢別の有所見率の減少）

【図表 3-16】男女別 年齢階級別 血圧有所見率

男性		収縮期血圧		拡張期血圧		女性	収縮期血圧		拡張期血圧		
		130 以上		85 以上			130 以上		85 以上		
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	
全国		49.4%		24.1%		全国		42.7%		14.4%	
県		16,746人	49.2%	7,632人	22.4%	県		20,425人	44.0%	6,237人	13.5%
保 険 者	合計	201 人	55.5%	120 人	33.1%	保 険 者	合計	188 人	48.1%	75 人	19.2%
	40～64歳	59 人	47.6%	46 人	37.1%		40～64歳 <td>55 人</td> <td>39.0%</td> <td>25 人</td> <td>17.7%</td>	55 人	39.0%	25 人	17.7%
	65～74歳	142 人	59.7%	74 人	31.1%		65～74歳 <td>133 人</td> <td>53.2%</td> <td>50 人</td> <td>20.0%</td>	133 人	53.2%	50 人	20.0%

出典 KDB 様式6-2～7

メタボの改善に向け、食事の適正量を身に着ける（脳・心・腎への負担を減らす）

アウトカム：肥満有所見者の割合減少（年齢別の有所見率の減少）

【図表 3-17】男女別 年齢階級別 腹囲および BMI 該当者数と割合（平成 28 年度）

		総数		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		(再掲)65～74歳	
		人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①
全体	健診受診数	794人	—	94人	—	78人	—	401人	—	221人	—	504人	—
	腹囲有所見者	265人	33.4%	35人	37.2%	23人	29.5%	134人	33.4%	73人	33.0%	171人	33.9%
	BMI25 以上	215人	27.1%	27人	28.7%	22人	28.2%	105人	26.2%	57人	25.8%	129人	25.6%
男性	健診受診数	381人	—	51人	—	37人	—	185人	—	108人	—	248人	—
	腹囲有所見者	195人	51.2%	31人	60.8%	16人	43.2%	96人	51.9%	52人	48.1%	120人	48.4%
	BMI25 以上	118人	31.0%	21人	41.2%	13人	35.1%	51人	27.6%	30人	27.8%	65人	26.2%
女性	健診受診数	413人	—	43人	—	41人	—	216人	—	113人	—	256人	—
	腹囲有所見者	70人	16.9%	4人	9.3%	7人	17.1%	38人	17.6%	21人	18.6%	51人	19.9%
	BMI25 以上	97人	23.5%	6人	14.0%	9人	22.0%	54人	25.0%	27人	23.9%	64人	25.0%

出典 甲良町健診データ

健康課題2：若い年齢階級の健診受診率が低く、健診受診率が伸び悩んでいる。

本町の特定健診受診率は県内で上位を維持していますが、受診率は伸び悩んでいます。65歳以上の健診受診率は6割を越えていますが、40～50歳代の受診率は3～4割と低く、単年度受診者の割合が高い事が明らかになりました。また新規透析導入患者をみると、他保険からの異動や健康診査未受診者が重症化しています。

保健事業

特定健診未受診者対策 意識付けと若い年齢階級へのアプローチ（異動者への案内等）

特定健康診査対象前の若い年齢層に対し、ターゲットを絞り通知発送を行います。

健康課題3：本町は1期計画策定時に、喫煙率が高い、運動習慣が少ない、毎日飲酒する割合が高く、飲酒量が多い傾向があるなど、生活習慣の実態が明らかになり、それらは現在も変わっていません。さらに性別・年齢階級別にみると、40～50歳代に生活習慣の課題を持つ人の割合が高い事が明らかになりました。若い年齢階級は健診受診率が低いため、実態把握のための健診未受診者対策を進めると共に、個別やポピュレーションアプローチを合わせて健康課題の取り組みをすすめます。また若い女性の喫煙率が高いため、母子保健事業と連携し、母親への保健事業を通して、同居家族を巻き込んだポピュレーションアプローチで、食生活や喫煙に対し取り組みを進めます。

第4章

事業実施計画

第4章 事業実施計画

1 保健事業の方向性

保健事業は、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の共通リスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指し、特定健診の検査結果において血糖、血圧、脂質を改善していくこととします。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防策は生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患の重症化予防を行います。医療受診が必要な対象者には、適切な受診へ働きかける受診勧奨を行い、治療中の対象者には医療機関と連携し、重症化予防のための保健指導を実施します。

ポピュレーションアプローチでは、町の健康課題と改善の必要性について広く町民に周知します。家庭・地域における乳幼児期からの食生活や運動習慣が生活習慣病予防のために重要なことから、学校等の関係機関、健康推進員と字等と連携し、各世代に啓発します。具体的には、町乳幼児健診や小学校での脂質検査後の結果の指導にあたる授業（健康教育）、また健康推進員による5歳児おやこの食育教室、字で幅広い年代が参加する行事での啓発や教室、慢性腎不全予防のための講演会（町民健康講座）による啓発事業を実施します。

生活習慣病の予防・改善のため、健診・検診の機会の提供と、状態に応じた保健指導の実施が重要です。特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第5章第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2 保健事業の目標及び評価指標

(1) 中長期的な目標

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となり、6か月以上の長期入院や人工透析、及び介護認定者の有病状況の多い疾患は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症であるとわかりました。今後、本町の人口の高齢化は進むこと、加齢とともに脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管内皮障害が進むことを考慮すると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。具体的には3つの疾患が総医療費に占める割合を評価指標（中長期目標疾患の割合）とし、県・国の水準を目標とします。

計画策定より3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、計画および評価の見直しをすることとします。

(2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる、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すことを短期的な目標とします。

具体的には、日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に保健指導を行い、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を年度ごとに評価し、データの改善を目指します。

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

3章 3.健康課題でふれたように、メタボリックシンドロームおよび高血圧症の有所見率が高いという解決していない課題があります。治療が必要な場合でも薬物療法と合わせて、適正な食事量の摂取、減塩・肥満の解消による血圧値の改善等の生活習慣改善指導を並行して行うことが重要です。

生活習慣病は自覚症状がないため、身体の状態を知るために健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要です。健診・保健指導に関する目標値は、第5章の「第3期特定健康診査等実施計画」に記載し、それ以外のポピュレーションアプローチについて次の「3 事業実施計画」に記載します。

3 事業実施計画

(1) 乳幼児健診・食育教室、学校での授業等を通じた子どもと保護者の生活習慣病予防

目的	乳幼児期および学童期にある子どもと保護者を対象に、健診での講習・栄養指導や学校授業等により、必要な栄養素と食について啓発し、家族全体、地域全体でのメタボリックシンドロームの予防につなげる。
対象者	乳幼児健診受診児、離乳食教室・食育教室参加の親子、小学校高学年・中学生等
実施方法	(1) 町乳児健診および1歳6か月児健診、離乳食教室時に、栄養士による講習と個別栄養指導（適宜）を実施する。 (2) 食育教室：町保育センター2か所と連携のもと、甲良町保健福祉センターで5歳児全員を対象におやこの食育教室を開催し、調理実習・試食とともに健康教育を実施する。 (3) 小学校・中学校と連携のもと、各校での脂質検査の結果を受けて、健康な成長に必要な栄養素と生活習慣病予防とともに、減塩や野菜摂取の重要性を学ぶ授業を実施する。
実施者	(1) 乳児・1歳6ヶ月健診・離乳食教室における講習・指導等：町 (2) おやこの食育教室：町（保育センター・保健係）、健康推進員 (3) 学校の健康教育授業：学校・健康推進員・町
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	(1) (2) 健診・おやこの食育教室：町内施設（町保健福祉センター等） (3) 学校の健康教育授業：各学校
目標値 アウトプット	乳幼児健診での栄養士による講習・5歳児食育教室の実施率100% 小中学生授業の実施率100%

(2) 町民健康講座

目的	講演会開催により慢性腎臓病の正しい知識と予防や改善法について学び、改善につなげるとともに、地域全体の意識向上の機会とする。
対象者	町民
実施方法	町内に案内チラシ等全戸配布により周知し、腎臓専門医による講演会を実施する。町の健康課題である慢性腎臓病と血圧管理、減塩・減量等による予防の重要性を学べる内容とし、住民組織関係者の研修の機会としても活用する。
実施者	甲良町
実施期間（回数）	年1回程度
実施場所	町内施設（甲良町保健福祉センター等）
目標値 アウトプット	町民健康講座参加者数

(3) 健康づくり地域リーダー養成・支援事業（健康推進員育成・支援事業）

目的	健康づくりリーダーとして活動できる人材・組織の育成と支援を行い、区単位や地域全体の健康づくりの取り組みの活性化を図る。
対象者	健康推進員およびその構成団体である甲良町健康推進員協議会
実施方法	(1) 健康推進員養成講座の実施（原則隔年実施） 健康推進員は、区の健康講座や運動教室、夏祭り等の区の行事に合わせた健康啓発事業等の実施、および町の健康づくり事業に参画する。受講者自身の健康づくりと、修了後健康推進員として周囲への呼びかけに活用するため、養成講座において町実施の糖負荷検査、24 時間蓄尿検査等を受検できることとする。 (2) 健康推進員支援事業 健康推進員で構成する甲良町健康推進員協議会へ栄養士派遣等の技術的支援と、町健康づくり補助金による活動費の助成により活動を支援する。
実施者	甲良町
実施期間	4 月 1 日から 3 月 31 日
実施場所	町内施設（甲良町保健福祉センター等）
目標値 アウトプット	養成講座実施率 100% 各区での健康推進員事業の実施率 100%

(4) 生活改善指導事業

目的	健康推進員と連携し、区または町全体の各種啓発や健康づくりの取り組みを実施し、地域全体の食と身体活動（運動習慣）の改善につなげる
対象者	区民（町民）
実施方法	(1) 町独自事業 ①区の健康づくり事業年間計画の企画と実施 区役員等関係者の協力のもと、各区の健康推進員が区の健康づくり事業年間計画を企画・実施し、町保健師・栄養士、健康運動指導士が適宜講習を行う。区評議員会や役員会等での健診受診・蓄尿検査の呼びかけや、区行事における健康課題の啓発、慢性腎臓病の学習を実施する。また、「貝だくさん（野菜の貝が多い）減塩みそ汁」等の、減塩や野菜摂取の推進に役立つ一品を紹介する取り組みや運動教室を各区で実施し、食のさらなる改善と運動習慣の定着を図る。 ②町民全体の健康づくり運動を展開するため、町の健康課題と健康づくりの重要性について、全区役員や役場関係課および関係機関と共通理解できる場を設定し、多数の町民への啓発となる健康づくり事業を計画、実施する。 ③町食育健康推進委員会と連動した健康づくり事業の活性化 教育部会、産業部会、保健部会（医師、健康推進員含む）で構成する委員会で、健康づくり事業について協議、共同実施できる事業があれば連携する。 （平成 29 年度は道の駅で砂糖ではなく食材で甘さを感じられる料理の紹介イベントの開催や、字で取り組む農家レストラン開設準備など）、平成 30 年度以降は、道の駅のイベントや身近な食材である生姜や、野菜を手軽にとれる料理の紹介チラシ等の配布について検討していく。 (2) 健康推進員県統一事業の実施 野菜摂取啓発事業（野菜食べ隊支援事業）、減塩推進スキルアップ事業等、滋賀県推進員団体連絡協議会の年間活動計画に合わせ、町健康推進員協議会で決定し、実施する。 ※甲良町健康推進員協議会の年間活動計画は、各年度事業計画に掲載する。

実施者	(1) 甲良町 (2) 甲良町健康推進員協議会
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	町内施設（甲良町保健福祉センター等）
目標値 アウトプット	(1) 区での啓発健康推進員事業の実施率 100% (2) 県統一事業の実施率 100%

(5) 禁煙啓発事業

目的	生活習慣病発症リスクの軽減をめざし、禁煙に関する情報発信および町内公共施設を禁煙化することにより、町民の喫煙率を低下させる。
対象者	町民・小学生
実施方法	(1) 個別の支援 健診結果説明会や、その他乳幼児健診や母子健康手帳発行時等、あらゆる機会をとらえて、喫煙者や家族に禁煙チラシを作成し配付、ワンポイントアドバイス等を実施する。 (2) 町公民館や区公民館等の禁煙化啓発 公共施設および各集落公民館等の敷地内全面禁煙化をめざし、各区へのチラシ等の配布、町保健師等による啓発を実施する。40歳代、50歳代の若い世代、とりわけ女性の喫煙率が全国の2倍近く高い実態を広く知らせ、家族・地域全体で喫煙防止に取り組む。 (3) 喫煙防止教育 学校等と連携し、喫煙防止教育の実施、または喫煙防止用の啓発媒体の提供や講師の調整等、防止教育が行えるよう支援する。
実施者	甲良町
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	町内施設（甲良町保健福祉センター・区公民館等）・学校
目標値 アウトプット	禁煙チラシ配布数・配布機会数、啓発事業の実施率 10字以上／13字（70%） 喫煙防止教育実施回数
目標値 アウトカム	40歳代、50歳代の喫煙率の低下 平成28年値：男性：40歳代 40.7%、50歳代 42.2%、 女性：40歳代 31.0%、50歳代 15.9%

第5章

第3期特定健康診査等実施計画

第5章 第3期特定健康診査等実施計画

1 計画の目標値

厚生労働省の検討会等において、保険者全体の直近の実績では第2期の目標値とかい離がありますが、引き続き実施率の向上に向けて取り組みを進めていくとして、第3期計画期間（平成30～35年度）の実施率は第2期の目標値を維持するとしています。

甲良町は、国民健康保険における平成28年度の法定報告値と県のデータヘルス計画の目標を踏まえ、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の目標値を次のように定めます。

【図表 5-1】医療保険者種別ごと 目標値

	全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	単一健保	総合健保 私学共済	共済組合 (私学除く)
特定健診実施率	70%	60%	70%	65%	90%	90%	85%	90%
特定保健指導 実施率	45%	60%	30%	35%	30%	55%	30%	45%

【図表 5-2】甲良町 目標値

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	56.0%	56.8%	57.6%	58.4%	59.2%	60.0%
特定保健指導 実施率	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%

目標項目	滋賀県		甲良町		備考
	平成27現状値	目標値	平成28現状値	目標値	
特定健診受診率	38.2%	60%以上	55.5%	60%以上	特定健診等基本指針による。法定報告値
継続受診割合	71.2%	75%以上	82.1%	85%以上	前年度健診受診者のうち今年度の健診受診者割合（2年連続受診）
新規受診者割合	17.5%	19%以上	8.8%	19%以上	過去5年間で当該年度に初めて健診受診した者の割合
3年連続未受診者割合	45.3%	40%以下	27.9%	25%以下	過去3年間特定健診対象者で健診未受診者の割合
40歳代の健診受診率	19.1%	19%以上	38.4%	40%以上	法定報告値
50歳代の健診受診率	26.4%	28.5%以上	38.0%	40%以上	法定報告値
特定健診未受診者かつ医療機関受診なしの者の割合	36.0%	35%以下	37.3%	35%以下	特定健診未受診者のうちKDB帳票6-10のGの割合
健診対象者のうちの健診未受診かつ治療なしの者			16.6%	減少	特定健診結果

2 特定健康診査・特定保健指導の対象者数等

甲良町国民健康保険における平成29年4月1日現在の数値と過去の傾向を踏まえ、各年度当初における対象者数（40歳から74歳までの被保険者数）を次のように推定します。

(1) 特定健康診査の対象者数

【図表 5-3】 特定健康診査対象者の発生見込み（平成 30 ～ 35 年度）

		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
男性	40～64歳	336人	330人	323人	319人	316人	315人
	65～74歳	381人	375人	378人	377人	365人	340人
女性	40～64歳	283人	276人	275人	270人	265人	258人
	65～74歳	397人	399人	394人	396人	386人	373人
小計	40～64歳	619人	606人	598人	589人	581人	573人
	65～74歳	778人	774人	772人	773人	751人	713人
合 計		1,397人	1,380人	1,370人	1,362人	1,332人	1,286人

(2) 特定保健指導の対象者数

甲良町国民健康保険における平成28年度までの法定報告値と傾向を踏まえ、各年度における対象者数を次のように推定します。

【図表 5-4】 特定保健指導対象者の発生見込み※

全体	動機付け支援（％）	積極的支援（％）
40 ～ 64 歳	男性 4.6％ 女性 3.3％	男性 6.6％ 女性 1.0％
65 ～ 74 歳	男性 12.0％ 女性 4.5％	

※平成 26 ～ 28 年度の実績の平均値を算出

		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
男性	動機付け支援	61人	60人	60人	60人	58人	55人
	積極的支援	22人	22人	21人	21人	21人	21人
女性	動機付け支援	27人	27人	27人	27人	26人	25人
	積極的支援	3人	3人	3人	3人	3人	3人
小計	動機付け支援	88人	87人	87人	87人	84人	80人
	積極的支援	25人	25人	24人	24人	24人	24人
合 計		113人	112人	111人	111人	108人	104人

3 第3期特定健康診査等実施計画について

(1) 特定健康診査

目的	メタボリックシンドロームの予防および改善
対象者	特定健診対象者全員（40～74歳の国保加入者）
実施方法	対象者全数へ個別通知 集団健診：5月・9月に実施（健診費用は自己負担無料） 人間ドック健診と脳ドック健診：健診費用は一部助成 未受診者には、医療機関での個別健診を実施 集団健診では、脳・心血管疾患、慢性腎臓病の早期発見（発症リスクの評価）および受診者自身の改善に対する意識向上の目的で、特定健診の詳細項目・追加項目を受診者全員に実施する。
実施者	集団健診：健診委託業者 人間ドック健診・脳ドック健診および個別健診：指定医療機関
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	集団健診：町内施設（甲良町保健福祉センター等） 人間ドック健診・脳ドック健診および個別健診：指定医療機関
目標値	特定健診受診率 60%

基本的な健診項目	①質問項目 ②身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）） ③血圧測定 ④血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ⑤肝機能検査（GOT、GP、γ-GTP） ⑥血糖検査（空腹時血糖^{***}、HbA1c 検査） ^{***}やむをえない場合は、随時血糖 ⑦尿検査（尿糖、尿蛋白^{***}） ^{***}尿蛋白±と+の場合は、定量検査も追加
追加健診項目	①尿酸 ②尿潜血 ③ eGFR ④血清クレアチニン ⑤貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
詳細な健診項目	①心電図検査 ②眼底検査

(2) 継続受診対策（健診結果説明会等による特定健診・若年健診受診者のフォローアップ）

目的	健診継続受診による生活習慣病の発症・重症化リスクの改善・軽減
対象者	若年健診・特定健診対象者（20～74歳の国保加入者）
実施方法	（1）特定健診 健診結果説明会（面談） 保健師・管理栄養士が特定健診受診者に対し、保健指導用ソフトで作成した生活習慣と健診データのつながりを図示した資料と、食事の基本量の現物見本の展示等、視覚化により具体的な改善計画が立てられるよう支援する。 （2）若年健診（20～39歳） 対象者に全数通知し、健診受診機会を設ける。若年者は、町の特定健診検査項目から眼底検査を除き実施する。特定健診受診者と同様に、（1）の結果説明会等を実施し、特定健診対象年齢になっても健診受診が継続できるよう意識づけを行う。 ※（1）（2）特定健診・若年健診受診者全員に、2次検査および6か月後の評価検査の勧奨、あわせて健診の継続受診について勧奨し、健康管理への意識向上を図り、生活習慣病の発症予防・重症化防止につなげる。
実施者	集団健診・2次検査：健診委託業者 健診結果説明会：甲良町（一部委託業者）
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	結果説明会（面談）：町内施設（町保健福祉センター等） （必要時）対象者居宅等
目標値	保健指導または栄養指導実施率 100% 特定健診の継続受診率（2年連続受診率）85%

(3) 未受診者対策

目的	受診率向上および健康管理の意識向上
対象者	特定健診対象者全員（40～74歳の国保加入者）
実施方法	（1）総合健診（特定健診とがん検診のセット健診）の実施 特定健診にあわせてがん検診を受診できる総合健診（セット健診）を実施し、健診受診の利便性を高めるとともに受診率向上を図る。 （2）健診受診勧奨事業 5月、9月に町が行う総合健診や個人健診等の受診勧奨通知を、特定健診受診対象者全員に送付する。同時に電話や訪問等で健診受診の必要性を説明し、総合健診の受診勧奨を行う。関係医療機関との連携を図るとともに、他の健診受診者への健診結果の提供依頼や、受診の意向確認に加え、受診しない理由のききとり等状況確認を行う。状況確認した結果は、地域特性にあった勧奨方法等、次年度以降の事業内容検討の際に活用する。
実施者	委託事業者および町
実施期間	5月から3月
実施場所	集団健診：町内施設（町保健福祉センター等） 医療機関での個別健診：指定の県内医療機関
目標値	特定健診受診率 60% （40歳代の健診受診率：40%） （50歳代の健診受診率：40%）

(4) 特定保健指導

目的	介入・支援によるメタボリックシンドロームの改善
対象者	健診で特定保健指導対象（積極的支援・動機づけ支援）となった者
実施方法	町保健師、栄養士（一部業者に委託）による面談、家庭訪問、電話、手紙等による保健指導を実施する。 （2）継続受診対策と同様、健診結果説明会等での保健師・栄養士により個別の改善計画を立てやすいよう工夫した面談を実施する。2次検査の受検とその結果説明、栄養相談等で体組成計を活用し、体脂肪率と筋肉量の数値に応じた決め細やかな指導を行う。身体活動改善のための支援を組み合わせ実施し、6か月後の評価検査や翌年度健診または家庭訪問等において改善状況を最終評価し、メタボリックシンドロームの改善につなげる。
実施者	甲良町または特定保健指導委託業者
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	町内施設（町保健福祉センター等）、（必要時）対象者居宅等
目標値	特定保健指導終了率 70%

(5) 生活習慣病発症予防

目的	(1) 特定健診に記載した集団健診追加・詳細項目の実施、および2次検査と、その結果に応じた生活改善指導による糖尿病予防、脳・心血管・腎疾患の発症予防
対象者	若年健診受診者または特定健診受診者のうち、下記に該当する者。 (1) 尿タンパク定量検査 町集団健診で尿タンパク定性検査結果が(±)または(1+)である者 (2) インスリン分泌能検査(糖負荷検査) 下記項目該当者 ①メタボリックシンドローム(予備群含む) ②血糖値・HbA1cが保健指導判定値の者: 空腹時血糖100~125mg/dlまたはHbA1c5.6~6.4%または随時血糖140~199mg/dl ③脂質異常(中性脂肪300以上)等 ④①~③以外で尿糖(1+)以上の者 ⑤糖尿病の家族歴がある10%以上の体重増加者 (3) 24時間蓄尿検査(24時間尿の尿中塩分測定) 下記項目該当者 ①I度以上の高血圧 ②尿タンパク(±)以上 ③eGFR50未満(70歳以上は40未満) (4) 微量アルブミン尿検査(尿中アルブミン定量検査) 尿タンパクが(-)~(1+)で、下記の①②のいずれかに該当する者 ①糖尿病治療中 ②糖尿病未治療でHbA1c6.5%以上かつ空腹時血糖126mg/dl(または随時血糖200mg/dl)以上の者 (5) 頸部エコー検査 腹囲またはBMIが基準値以上で下記の①~③すべてに該当する者 ①HbA1c5.6%以上 ②I度以上の高血圧 ③HDLコレステロール40未満または中性脂肪150mg/dl(中性脂肪は空腹・随時問わず)
実施方法	(1) は、町集団健診の追加項目(追加検査)として実施する。 (2) ~ (5) は2次検査対象者全数に、健診結果説明会等で受診勧奨を行う。 検査実施後は保健師・栄養士による結果説明を行う。6か月後の評価検査(経過検査)または翌年度健診データの改善につなげる。 ※主治医がいる場合は、検査結果の報告を連絡票の発行等により、医療機関と連携を図る。 結果説明会や検査日以外に、血圧測定等の健康相談や栄養相談等で血圧計や体組成計による測定の機会を設け、個別の状況に応じて実施する。 健診・検査自己負担額: 無料
実施者	追加検査・2次検査: 健診・検査委託業者 検査日以外の各種相談: 甲良町保健師・栄養士
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	町内施設(甲良町保健福祉センター等)
目標値	3つのリスク(血糖・血圧値、脂質異常)有所見率の減少

(6) 重症化予防対策

目的	高血糖、高血圧、脂質異常症、腎機能低下ハイリスク状態にある者に、適正な医療受診を勧奨し、脳血管疾患、心血管疾患、腎不全等重症化により引き起こされる疾患（糖尿病性腎症含む）を予防する。
対象者	(1) 糖尿病性腎症重症化予防対象者 下記①～③のすべてを満たす者（CKD 重症度分類のG 3a A 2以上に該当する者）、またはその者のうち健診中断が確認できる者も同様に対象に含める。 ①糖尿病治療中者および未治療者でHbA1c6.5%以上かつ空腹時血糖126mg/dl以上（または随時血糖200mg/dl以上） ②尿タンパク（±）～（1+）かつ尿タンパク定量検査で0.15g/day以上の者 ③腎機能 eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満） (2) 受診勧奨判定値に該当する下記のいずれかの者 ①高血圧（Ⅱ度およびⅢ度）（収縮期血圧 160mmHg または拡張期血圧 100mmHg） ただし、家庭血圧により基準以下であることを確認できた場合は除外する。 ②LDLコレステロール180mg/dl以上または中性脂肪500mg/dl以上 ③腎機能 eGFR：45 未満（70 歳以上は 40 未満） ④尿タンパク（2+）以上 または尿タンパク（1+）で、かつ尿潜血（1+）以上 ⑤血清尿酸値：9mg/dl 以上
実施方法	(1)(2) 対象者には栄養士・保健師面談等により医師連絡票を発行し、医療受診を勧奨する。一定の期間を過ぎても受診が確認できない場合は、電話、訪問等により再度受診勧奨を行い、受診が確認できない場合は再々勧奨を実施する。 さらに（1）の対象者については、健診未受診または糖尿病治療中断の場合は、健診受診・医療受診を勧奨する。医師連絡票の発行、適宜糖尿病連携手帳を発行・記載し、医療機関からの食事療法、運動療法等の指示を受け連携を図りながら、血糖コントロールが良好となるよう、保健師または栄養士による訪問や栄養相談等により継続的に支援する。
実施者	甲良町
実施期間	4月1日から3月31日
実施場所	町内施設（甲良町保健福祉センター等）、（必要時）対象者居宅
目標値	医療機関受診勧奨実施率 100%（アウトプット） 対象者の医療機関受診率 80%（アウトカム）

甲良町国民健康保険 保健事業実施計画

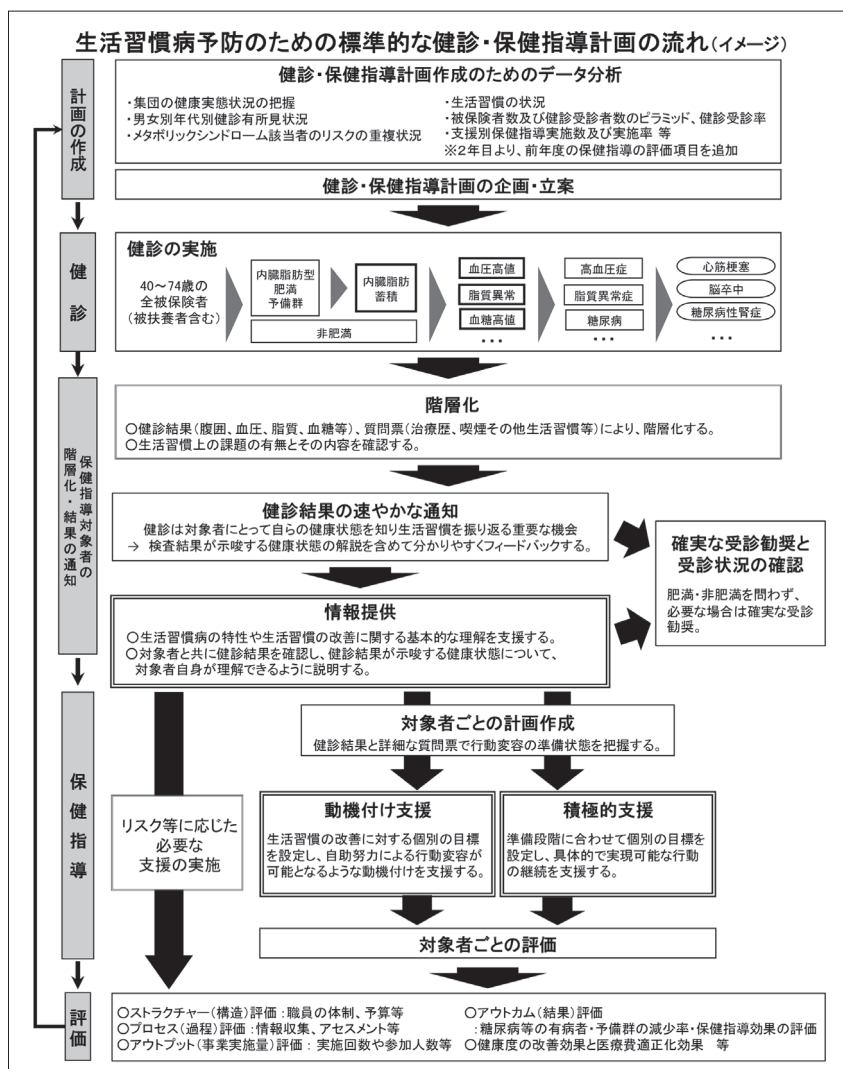
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
20～39歳		若年健診	結果説明	栄養相談（食生活指導）		若年健診	結果説明 経過検査 受診勧奨	経過検査 2次検査	結果説明 2次検査 結果説明	栄養相談（食生活指導）		
40～74歳	※	特定健診	結果説明	栄養相談（食生活指導）		特定健診	結果説明 経過検査 受診勧奨	経過検査 2次検査	結果説明 2次検査 結果説明	栄養相談（食生活指導）		
特定健診未受診者対策	健診受診勧奨				健診受診勧奨							
特定保健指導	← 特定保健指導（メタボ改善指導） →											
町民・区民対象の啓発	町民対象の健康講座や学校での生活習慣病予防の授業の実施。 各区で健康推進員による健康学習、減塩教室、運動教室等を年間通じて実施。											

※人間ドッグ受診者には、検診結果説明を随時実施。

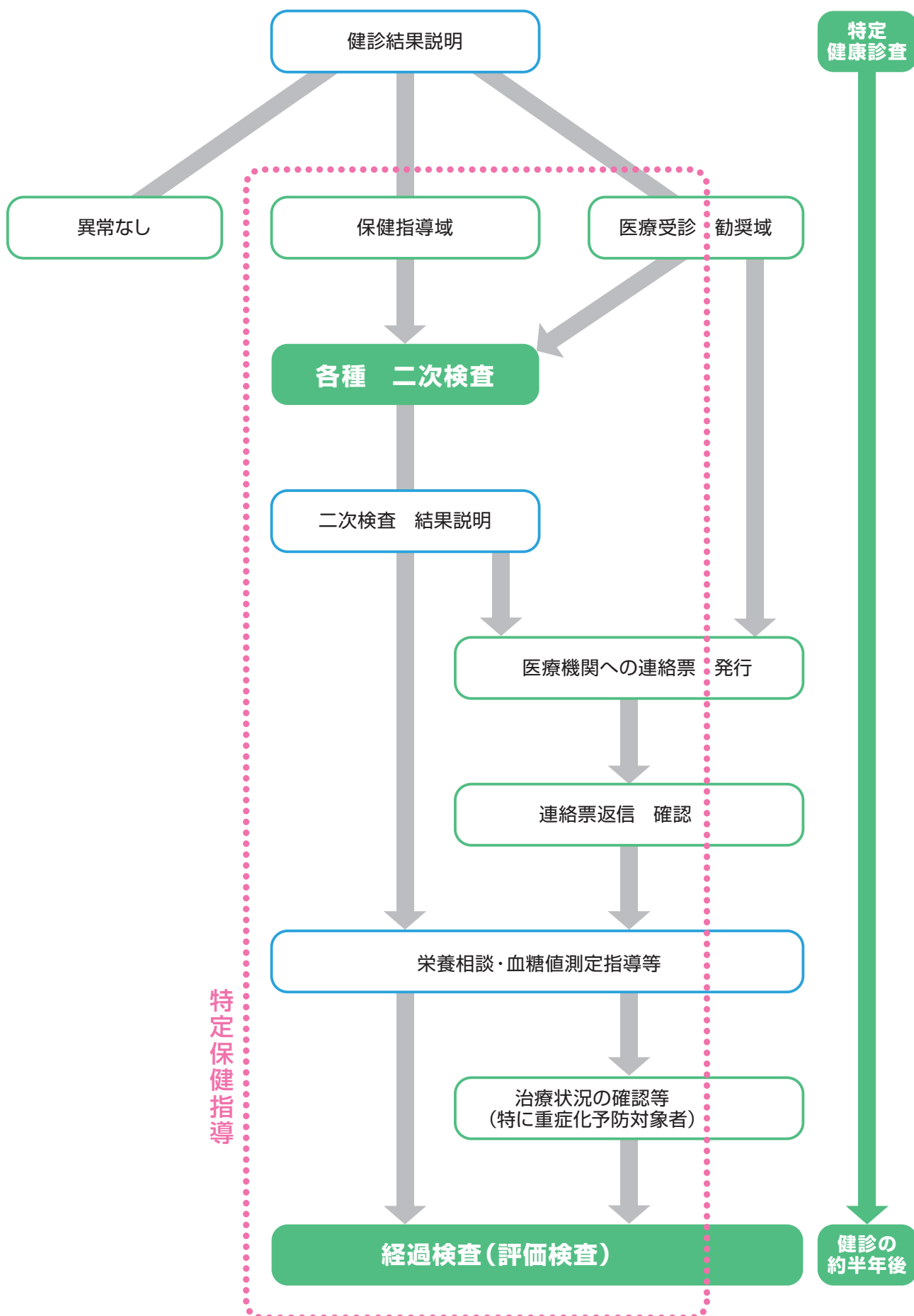
注）甲良町年間保健事業計画で別に定める

厚生労働省「平成30年度版 標準的な健診・保健指導プログラム」に準じて実施します。

（参考）平成30年度版 標準的な健診・保健指導プログラムより図5抜粋



甲良町健診事後指導の流れ



4 個人情報保護

特定健康診査等の記録及びデータの取り扱いについては、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン、甲良町個人情報保護条例を遵守し、被保険者の個人情報の保護に十分配慮します。

5 計画の公表及び周知

この計画については、甲良町のホームページに掲載するなど周知を行います。

6 計画の評価及び見直し

第3期計画で掲げた目標値に対し、毎年度評価を行います。また計画期間の中間となる平成32年度に、特定健康診査等の結果を踏まえた中間評価を行います。

(1) 特定健康診査の実施状況に対する評価

① 特定健康診査の実施率

(2) 特定保健指導の実施状況に対する評価

① 特定保健指導の実施率

次の算定式に基づき、評価することとします。

特定保健指導終了者数／特定保健指導対象者数×100（％）

② 特定保健指導の実施状況に対する評価

指導プログラムの有効性（体重及び腹囲の変化）、参加者の意識の変化などについて評価します。

(3) メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

7 特定健康診査等の円滑な実施を確保するために

特定健康診査等の実施にあたっては、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく健康増進事業及び介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく介護予防事業等と連携し、受診率の向上及び被保険者の健康増進を図ります。

第6章

医療費適正化対策事業

第6章 医療費適正化対策事業

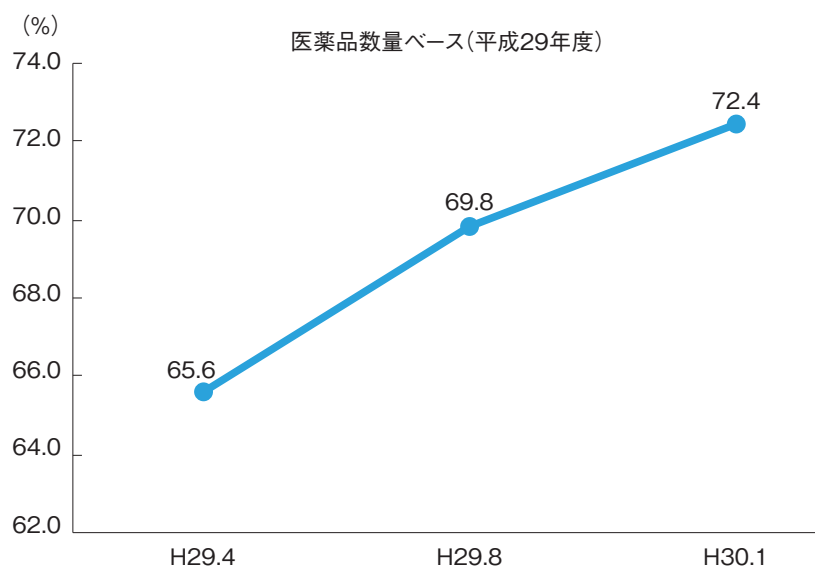
本町では生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すため、医療費適正化を図るために、次の取り組みを進めます。

(1) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

本町では、お薬手帳や保険証に貼ることでジェネリック医薬品への変更の意志を伝えることができる希望シールの配布や、ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担額の軽減等が記載されたハガキ（差額通知）を、年4回対象者に送付しています。また、あわせてジェネリック医薬品切り替えによる医療費抑制効果の分析も行っています。

ジェネリック医薬品の使用率は、増加傾向にあり、引き続き医療費の適正化を進めるため、ジェネリック医薬品の普及・啓発に取り組んでいきます。

【図表 6-1】後発医薬品使用率の推移



出典：滋賀県国民健康保険における後発医薬品差額通知発行による効果について 報告書

(2) 重複受診者、頻回受診者、重複投薬者等への訪問指導等

平成30年度より、滋賀県、滋賀県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という）の共同事業として、重複・頻回受診者等訪問指導事業を実施します。

【対象者】

重複受診者	①3ヶ月連続して、同一診療所又は同一病態により1ヶ月間に3か所以上の受診がみられた者 ②3ヶ月間に2つの診療所を各々2か所以上の受診がみられた者
頻回受診者	3ヶ月連続して1ヶ月のレセプト枚数(医科外来)が15日(回)以上の者(人工透析は除く)
重複服薬者	同一月に3か所以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤投与を受けているもの(医科外来・調剤)

対象者の抽出後、保健・包括部門等において優先順位を協議し、訪問対象者を決定します。対象者へ文書通知を行った後、訪問指導等を実施します。

訪問前後3ヶ月のレセプトを連合会が比較し、効果測定及び事業評価を行います。

第7章

地域包括ケアに係る取り組み

第7章 地域包括ケアに係る取り組み

近年、甲良町の人口は予想以上に急激に減少しており、人口減少と高齢化が進んでいます。介護保険認定率は年齢と共に上がっており、80歳を越えると3割に支援が必要になっていることから、それよりも前に介護予防やフレイル予防等、住み慣れた地域で、自分らしく安心して暮らしていけるまちづくりを目指し、町民・事業者・行政が共同して高齢者福祉の充実に取り組んでいます。

・現状分析

介護部門に導入されている「地域包括ケア見える化システム」を活用し、現状分析を行います。

・課題を抱える対象の把握と働きかけ

医療や健診データを活用し、高齢者の健康づくりのための保健事業を行います。

・地域で支える仕組みづくり

個人へのインセンティブ事業として、健康ポイント制度の導入を検討します。

医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般を支えるための議論を行う「地域ケア会議」等へ国保部門からも適宜参画します。

地域包括ケアシステムの深化・進化により、地域全体で支えあう「地域共生社会」の実現に向け、自立支援・重度化防止に向けた取り組みや、地域ケア会議など医療と介護の連携を推進しています。

第8章

計画の見直し・公表等

第8章 計画の見直し・公表等

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。

2 評価方法・体制

保険者は、KDBシステムから出力される健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）での評価が求められています。

保健事業については若い時期から予防の取り組みが重要であり、被用者保険との連携と協力が不可欠なので、今後連携強化を検討していきます。

具体的な評価方法は、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・医療の動向等を保健指導に係る保健師・管理栄養士等が定期的に分析を行います。

また、特定健診の国への実施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します。中間評価、最終評価については、中長期目標の達成度を評価し、国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言を活用します。

生活習慣病の発症予防を推進するには、現役世代のころからの取り組みが重要です。そのため被用者保険との連携強化につながる取り組みを検討します。

3 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表されるものとされています。

具体的な方法としてはホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

4 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

用語集

参考資料

用語集

あ行	
用 語	説 明
eGFR	推定糸球体濾過量。腎臓に老廃物を尿へ排泄する能力がどれくらいあるかを示しており、この値が低いほど腎臓の機能が悪いということになる。
HDLコレステロール	増えすぎたコレステロールを回収し、さらに血管壁にたまっているコレステロールを取り除いて、肝臓へもどす働きをする。動脈硬化を抑制する働きがあり、善玉コレステロールといわれている。
LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。

か行	
用 語	説 明
虚血性心疾患	動脈硬化が進行し、心筋の血管が狭くなり、血液の流れが悪くなったり、血栓（血の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れる疾患の総称である。狭心症と心筋梗塞が代表的である。
クレアチニン	筋肉に含まれているタンパク質の老廃物。本来は、腎臓の糸球体でろ過され尿中に排泄されるが、腎臓の機能が低下すると排泄される量が減少し、血液中にクレアチニンが溜まる。腎臓の機能の低下とともに、血清クレアチニンの値は高くなってくる。
KDB (国保データベース)	国保連合会が保有する国民健康保険、後期高齢者医療、特定健診・特定保健指導、介護保険等給付情報を突合した情報を保険者に提供可能とするシステム。この活用により、データに基づいた地域の健康課題の明確化と保健事業の効果的な実施や評価が可能となる。
血圧	一般的には動脈内部の圧力のことを指し、血圧値は心臓から送り出される血液の量と血管の抵抗で決まる。血圧は心臓の収縮に伴って大きく変動し、通常、最大となる値（収縮期血圧）と最小になる値（拡張期血圧）で示される。
血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。血糖の濃度が上昇すると、すい臓から分泌される「インスリン」というホルモンの働きにより、ブドウ糖が身体の細胞に取り込まれ、エネルギー源として利用される。
健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差をいう。ここでは、自治体間の格差を言い、実態を明らかにすることにより、その縮小に向けた取り組みを強化する際の指標として健康寿命が用いられる。
健康寿命	人の寿命において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。
後期高齢者	日本の医療制度では、75歳以上を長寿（後期高齢者）としている。国連の世界保健機関（WHO）の定義では、65歳以上の人のことを高齢者としており、65歳以上75歳未満は前期高齢者としている。
高血圧症	収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上の場合を高血圧と診断する。この状態が続くと脳卒中や心臓病、腎臓病など重大な病気になることがある。原因がはっきりわからない本態性（ほんたいせい）高血圧と、原因が明らかな二次性高血圧の2つに分けられる。日本人の高血圧の約95%が本態性高血圧で、遺伝的体質に塩分の過剰摂取、肥満、飲酒、その他の生活習慣要因などが重なって発症する。

さ 行	
用 語	説 明
脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の脂質の濃度が基準の範囲にない状態。「高脂血症」から平成19年に名称が改められた。
生活習慣病	生活習慣が原因で起こる疾患の総称。KDBでは生活習慣病とし11疾病を示している。（狭心症、脳梗塞、脳出血、動脈硬化症、脂肪肝、高尿酸血症、脂質異常症、高血圧、糖尿病、がん、心筋梗塞）

た 行																													
用 語		説 明																											
中性脂肪		肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。中性脂肪は人や動物にとって重要なエネルギー源であるが、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す。																											
糖尿病		血糖値の上昇を抑える働きをもつホルモン（インスリン）の分泌不足や、分泌されても十分に働かないことが原因で血糖値が慢性的に高くなった状態。																											
糖尿病性腎症		糖尿病の合併症で腎臓の機能が低下した症状。腎臓の血管の変性、血流障害、血液成分の露出によって血管変化が起こる。進行すると、腎血管の破壊、機能障害が起こる。																											
特定健康診査（特定健診）		平成20年4月から開始。40～74歳のすべての国民に対して年1回の健診を行い、その結果を踏まえて保健指導を行うことを健康保険組合などの医療保険者に義務づけたもの。これまで機会があってもあまり健診を受けなかった、家庭の主婦などの扶養家族や自営業などの人たちも全員が受診することを目指している。																											
特定保健指導		特定健診と同じく、平成20年4月から開始。健診結果に基づき、特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者及びその予備群となった人に対して、個々の状態にあった生活習慣の改善に向けたサポートを行う。 特定保健指導は特定健診の結果、腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上、または、腹囲が男性85cm未満、女性90cm未満でBMIが25以上の人のうち、次の追加リスク①～③のいずれかに該当する人（糖尿病・高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は除く）を対象とする。 次の図表にあるように、追加リスクの数と喫煙歴により、支援内容が異なる。																											
		<table><tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙歴</th><th colspan="2">対象</th></tr><tr><th>①血糖②脂質③血圧</th><th>40～64歳</th><th>65～74歳</th></tr><tr><td rowspan="2">≧男性85cm ≧女性90cm</td><td>2つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="2">動機付け支援</td></tr><tr><td>1つ該当</td><td>あり なし</td></tr><tr><td rowspan="3">上記以外で BMI ≧ 25</td><td>3つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け支援</td></tr><tr><td>2つ該当</td><td>あり なし</td></tr><tr><td>1つ該当</td><td></td></tr></table>				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	≧男性85cm ≧女性90cm	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	
		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																							
		≧男性85cm ≧女性90cm	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、特定保健指導レベルの判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。 ※対象者の選定基準、支援内容については、法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。																											
特定保健指導終了率																													
特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）のうち、最終評価を終了した対象者の割合。																													

な行

用 語	説 明
脳血管疾患	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、一過性脳虚血発作など。脳の血管が破れるか詰まるかして、脳に血液が届かなくなり、脳の神経細胞が傷害される病気。

は行

用 語	説 明
BMI（体格指数）	ボディ・マス・インデックスの略。肥満や低体重（やせ）の判定に用いる。 体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）で算出する。18.5未満が低体重（やせ）、18.5以上25未満が普通体重、25以上が肥満。
PDCAサイクル	plan-do-check-act の頭文字をとったもので、事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法のひとつ。ここでは、事業活動として保健事業（健診・保健指導）にこの手法を適用している。
標準化死亡比	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ある。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
HbA1c （ヘモグロビンエーワンシー）	過去1～2か月の血糖値を反映する数値。

ま行

用 語	説 明
慢性腎臓病（CKD）	eGFRで表される腎機能の低下があるか、もしくは腎臓の障害（蛋白尿やその他の腎障害を示唆する所見）が慢性的に3か月以上持続するもの。
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	たばこの煙など有害物質の吸入により免疫反応が続いた結果、破壊された組織と増えたたんなどによる気道閉鎖が起こりやすい状態。
メタボリックシンドローム（メタボ）	お腹のまわりの内臓に脂肪が蓄積した内臓脂肪型肥満に加え、高血圧、高血糖、脂質異常の危険因子を2つ以上もった状態。重なる危険因子の数が多ければ多いほど、命に関わる心臓病や脳血管疾患を発症する危険性が高まる。
メタボリックシンドローム該当者	腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で内臓脂肪の蓄積があると考えられる対象で、かつ3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち2つ以上の項目に該当する者。
メタボリックシンドローム予備群	腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち1つの項目に該当する者。

ら行

用 語	説 明
ロコモティブシンドローム	運動器（身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経など）の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。