

陸別町保健事業実施計画

(データヘルス計画)

脳血管疾患

平成27年度～平成29年度

陸別町

平成28年3月

保健事業実施計画（データヘルス計画）
脳血管疾患

目次

1. 基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 脳卒中の実態把握・・・・・・・・・・・・・・・・	3
(1) 死亡の状況	
(2) 介護の状況	
(3) 医療の状況	
(4) 健診の状況	
3. 対策・・・・・・・・・・・・・・・・	13
4. 目標及び評価・・・・・・・・・・・・・・・・	14

脳血管疾患予防のための保健事業実施計画

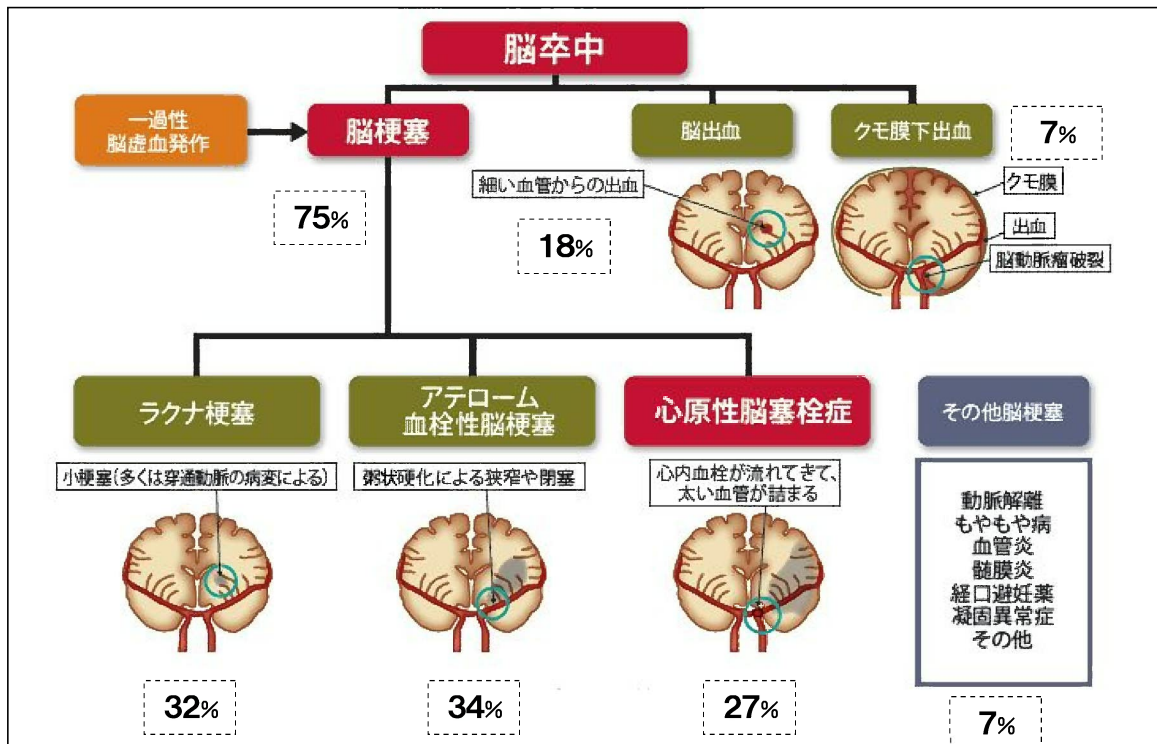
データヘルス計画の目的は、脳血管疾患、虚血性心疾患等、糖尿病腎症による新規透析患者を減らし、健康格差を縮小することにあります。当町の脳血管疾患、虚血性心疾患等、糖尿病性腎症の3課題について分析したところ、平成25年度の入院費用額は、道内181団体中それぞれ78位、31位、92位であった。一方平成25年度の長期入院（6ヶ月以上）レセプトの費用額では、脳血管疾患の割合は24.4%であり、全体の約4分の1を占めている。平成25年度の死亡の状況では、がんに次いで脳血管疾患が第2位となっている。当町では、脳血管疾患は大きな課題であるといえます。

1. 基本的な考え方

厚生労働省の2011年患者調査によると、我が国の主な傷病の総患者数は「悪性新生物（がん）」が153万人、「心疾患（高血圧性のものを除く）」が161万人、「脳血管疾患」が124万人であり、脳血管疾患は、適切な対策が取られるべき疾患のひとつであるといえます。また、脳血管疾患の大部分は「脳卒中」を指し、脳卒中になった場合には、重い後遺症が残る場合が多いため、国のデータでは、重度要介護者（寝たきり）の原因疾患の第1位となっています。また、脳卒中が原因で入院して治療を受けている患者は悪性新生物より多く、心疾患の約3倍となっています。医療費でも、年間総医療費の約1割が脳卒中診療に費やされています。さらに、脳卒中の平均在院日数は93日（約3か月）であり、がん（20.6日）の4倍以上となり、医療費高騰の一因と考えられます。

（「脳卒中予防への提言」より一部抜粋）

■脳卒中の分類



2014年5月「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会「脳卒中予防への提言」より

当町では、脳卒中治療ガイドラインに示されている一般の危険因子の管理にしたがって、各ガイドラインに基づき、脳卒中の分類ごとに分析し、保健指導対象者を明確化し、適切な保健指導の実施及び評価を行います。

■各ガイドラインとの関係

脳卒中治療ガイドライン2009		関連危険因子
脳卒中一般の危険因子の管理	① 高血圧	<ul style="list-style-type: none"> ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012版(血管・脂質・生活習慣) ・高血圧治療ガイドライン2014 ・糖尿病治療ガイド2014-2015 ・脳卒中予防への提言(第二版)(心房細動) ・日本人の食事摂取基準2015年版(生活習慣)
	② 糖尿病	
	③ 脂質異常症(LDL)	
	④ 心房細動	
	⑤ 喫煙	
	⑥ 飲酒	
ハイリスク群の管理	⑦ 睡眠時無呼吸症候群	<ul style="list-style-type: none"> ・メタリックシンドロームの診断基準 ・CKD診療ガイド2012 <p style="text-align: right;">等を参照</p>
	⑧ メタボリックシンドローム	
	⑨ 慢性腎臓病(CKD)	

2. 脳卒中の実態把握

(1) 死亡の状況 資料：十勝地域保健情報年報平成 25 年度版（平成 24 年度実績）

■脳血管疾患の病型別死亡内訳（平成 24 年）

死亡者数													
うち、脳血管疾患死亡者数			(再掲) 病型										
			脳梗塞		脳出血		くも膜下出血		不明		その他の疾患		
人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
50	9	18.0	6	66.7	3	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
(参考) 全国「脳卒中予防への提言」より (推計値)			75.4%		17.8%		6.8%						

全死亡の 18.0%が脳血管疾患によるものである。全国的には病型でみると、「脳卒中予防への提言」の推計値と比較すると、当町は脳出血の死亡が多い。

■男女別死亡内訳（平成 24 年）

死亡者数													
うち、脳血管疾患死亡者数			(再掲) 病型										
			脳梗塞		脳出血		くも膜下出血		不明		その他の疾患		
人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
男性	32	8	25.0	6	75.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
女性	18	1	5.5	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

男女で比較すると、男性の脳血管疾患死亡者数が多い。そのうち、脳梗塞の割合が多い。

■年齢別男女別死亡内訳（平成 24 年）

脳血管疾患死亡者	男性						女性						
	64 歳以下		65～74 歳		75 歳以上		64 歳以下		65～74 歳		75 歳以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
脳梗塞	6	1	16.7	0	0.0	5	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
脳出血	3	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0
くも膜下	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

年齢でみると、男性は 8 名中 2 名が 64 歳以下の早世死亡であった。また、女性については、65～74 歳の 1 名である。

当町は人口規模が小さいため、単年度のみ統計では一概に言えないが、脳血管疾患の中でも脳出血の割合が高い。男性では脳梗塞の割合が高く、64歳以下の早世死亡も少なくない。

今後脳出血死亡の分析を行うことや、脳梗塞は3つの分類があるため、今後詳細な病態について調べていくことが必要である。

また男性では、若い頃から血圧測定や脈をとる習慣の大切さを伝えていくことや、特定健康診査を受けてもらうことが必要である。

(参考) 脳血管疾患死亡数 (性・病類別) (平成20年～平成24年統計)

資料：十勝地域保健情報年報

	死亡者数													
	うち、脳血管疾患死亡者数			(再掲) 病型										
	人数	割合		脳梗塞		脳出血		くも膜下出血		不明		その他の疾患		
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/A	F	F/A	G	G/A
全体	238	40	16.8	24	60.0	12	30.0	3	7.5	0	0.0	1	2.5	
男性	141	26	18.4	16	61.5	8	30.9	1	3.8	0	0.0	1	3.8	
女性	97	14	14.4	8	57.1	4	28.6	2	14.3	0	0.0	0	0.0	
(参考) 全国「脳卒中予防への提言」より (推計値)				75.4%		17.8%		6.8%						

5年間の統計でも、当町は脳出血の割合が高い。また、女性のくも膜下出血の割合が高い。

(2) 介護の状況

介護保険の要介護認定率では、2号認定率は低い値で横ばい傾向であり、2号認定者のうち要介護3～5の人数も平成23年から該当者がいません。一方、1号認定率は徐々に増加しており、要介護3～5の認定率も平成25年から増加しています。

図表) 年代別・介護度別の要介護認定者数の推移

年齢階級		2号(40～64歳)		1号(65歳以上)					
		%	人数	合計		65～74歳		75歳以上	
				%	人数	%	人数	%	人数
要介護認定率	H20年度	0.3%	3	14.4%	137	4.4%	19	22.3%	118
	H21年度	0.2%	2	14.0%	135	4.9%	21	21.7%	114
	H22年度	0.2%	2	15.7%	147	5.4%	22	23.5%	125
	H23年度	0%	0	15.0%	138	4.4%	18	23.4%	120
	H24年度	0.1%	1	14.3%	138	3.9%	17	23.1%	121
	H25年度	0.2%	2	15.7%	151	3.9%	17	25.6%	134
	H26年度	0.1%	1	17.8%	171	3.9%	17	29.4%	154
要介護(3～5)	H20年度	0.2%	2	8.1%	44	0.4%	2	7.9%	42
	H21年度	0.2%	2	4.4%	43	1.4%	6	6.9%	37
	H22年度	0.2%	2	5.0%	47	0.9%	4	8.1%	43
	H23年度	0%	0	4.9%	45	1.7%	7	7.4%	38
	H24年度	0%	0	5.1%	49	1.6%	7	8.0%	42
	H25年度	0%	0	8.4%	53	1.8%	8	8.5%	45
	H26年度	0%	0	8.4%	61	1.6%	7	10.3%	54

資料：陸別町 介護保険

2号認定者の約半数は、脳血管疾患が原因で認定されていますが、そのうち国保加入者2人の状況はいずれも脳梗塞の受傷者で、支援及び介護度1・2の軽度認定者でした。基礎疾患の状況をみると、高血圧症、糖尿病を合併していました。脳卒中治療ガイドライン2015では、脳卒中一般の危険因子の管理は高血圧症、糖尿病、脂質異常症の順に示されていますが、当町の2号認定者においても、高血圧症、糖尿病を基礎疾患としてもっていることがわかりました。いずれにしても、長年の生活習慣が脳血管の動脈硬化を進め、脳血管疾患を発症していると推測できます。

図表) 2号認定者の脳血管疾患の状況(国保加入者のみ、平成20～26年度)

病型 (重複して計上)	脳血管疾患が原因の国保加入者												
	介護度						基礎疾患(重複して計上)						
	支援・2		介護・2		介護3～5		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		
人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
脳梗塞	2	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%	1	50%	0	0%
男性	1	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
女性	1	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%

資料：KDB、介護担当調べ

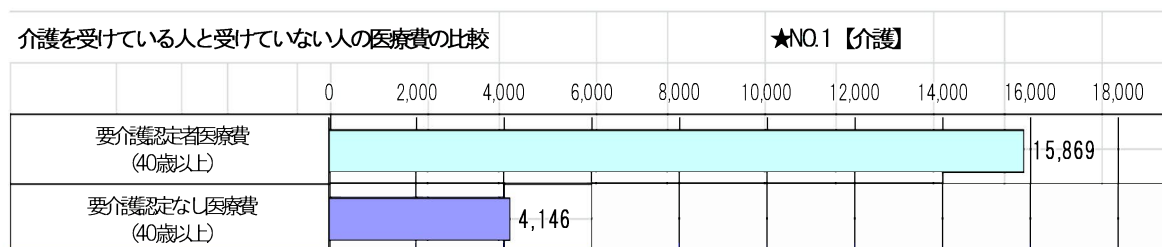
脳卒中は救命できた場合でも後遺症が残り、介護が必要な状態になることが多い疾患です。脳卒中を発症した場合の経済的な負担について考える際には、「直接医療費」に加え、患者および介護者が療養や介護のため、一定期間ないしその後仕事に従事できなくなることによる負担（生産性損失）についても考慮する必要があります。

当町の、2号認定者の医療費や介護給付費の状況では、KDBにデータが計上されている平成24年からは幸いにも脳卒中を発症しても多額に介護給付費を使う事例がありませんでした。しかし、一般的には、発症からの医療費と介護費の総額が1人で5,000万円を要している事例も珍しくありません。さらに経済的な負担の増加だけでなく、認定者本人のQOLが低下するとともに、家族の介護負担の増大にもつながります。1号認定者では認定期間が長期化している人もおり、介護に関する問題が複雑化していくことが懸念されます。

発病後に生活保護になる事例もあり、社会保障費に与える影響も考えなくてはなりません。

要介護認定の有無で医療費を比較すると、その差額は11,723円で、重症化すると医療費が多くかかることがわかります。

図表) 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 (平成25年)



資料：KDB

今後も、脳卒中が原因の新規介護認定者を発生させない取り組み、特に2号認定者の世代にあたる65歳未満の発症予防の施策を進めていくことが重要です。

(3) 医療の状況

脳血管疾患の有病者は29人で被保険者全体の4.5%ですが、男性は5.1%、女性は3.9%で、男性の有病率が高い状況です。またその中でも65歳以上の男性の有病率が11.8%であり、年齢の上昇とともにその比率も上がっていることがわかります。また、虚血性心疾患を合併している人は15人(51.7%)で、特に若い世代の割合が高い傾向にあります。

基礎疾患をみると、高血圧症が22人(75.9%)、脂質異常症が18人(62.1%)、糖尿病が11人(37.9%)と、高血圧症が最も多く糖尿病の2倍であり、また脂質異常症が糖尿病より多いことがわかりました。

当町の健診ではメタボリックシンドローム該当者において、男性の割合が高く、その内訳は血圧と脂質のリスクの重複が多くなっています。このことから予防可能な生活習慣病が脳卒中の背景にあることがわかります。

図表)生活習慣病の治療者数構成割合

	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標					
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	650人	29人	4.5%	15人	51.7%	1人	3.4%	22人	75.9%	11人	37.9%	18人	62.1%
40~64歳	346人	5人	1.4%	4人	80.0%	1人	20.0%	4人	80.0%	3人	60.0%	1人	20.0%
65~74歳	304人	24人	7.9%	11人	45.8%	0人	0%	18人	75.0%	8人	33.3%	17人	70.8%
男性	314人	16人	5.1%	8人	50.0%	0人	0%	13人	81.3%	6人	37.5%	9人	56.3%
40~64歳	187人	1人	0.5%	1人	100%	0人	0%	1人	100%	1人	100%	0人	0%
65~74歳	127人	15人	11.8%	7人	46.7%	0人	0%	12人	80.0%	3人	80.0%	9人	60.0%
女性	336人	13人	3.9%	7人	53.8%	1人	7.7%	9人	69.2%	5人	38.4%	9人	69.2%
40~64歳	159人	4人	2.5%	3人	75.0%	1人	25.0%	3人	75.0%	2人	50.0%	1人	25.0%
65~74歳	177人	9人	5.1%	4人	44.4%	0人	0%	6人	66.7%	3人	33.3%	8人	88.9%

資料:KDB(H25)

脳血管疾患の内訳を一月当たり80万円以上のレセプトで分析すると、脳出血が4.3%、脳梗塞が91.3%、クモ膜下出血が4.3%を占めており、脳梗塞が多いことがわかります。前述の死亡の状況では、脳出血の割合が高いことを示しましたが、医療ではP1の脳卒中の分類から国の割合と比較すると著しく脳梗塞の割合が高く、年齢で見ると65歳以上の発症割合が高い状況にあります。また、女性の発症が多い傾向にあります。

図表) 脳血管疾患の発生状況 (平成 25・26 年度医療費が一月当たり 80 万円以上の人数)

		脳血管疾患		脳出血		脳梗塞		くも膜下出血	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体		23	100%	1	4.3%	21	91.3%	1	4.3%
男	合計	11	47.8%	1	9%	10	90.9%	0	0%
	64歳以下	0		0	0	0%	0	0%	
	65歳以上	11		1	9%	10	90.9%	0	0%
女	合計	12	52.1%	0	0%	11	91.6%	1	8.3%
	64歳以下	1		0	0%	1	100%	0	0%
	65歳以上	11		0	0%	10	90.9%	1	9%

資料 : KDB

脳血管疾患を発症している人の基礎疾患では、高血圧症が 8 割以上に認められ、脳梗塞はその他に脂質異常症・糖尿病が多く見受けられ、さらに脳梗塞だけに心房細動が現れたことが特徴です。

脳卒中予防の提言によると、心房細動を原因とする心原性脳塞栓症は近年増加傾向にあります。心原性脳塞栓症では心臓から比較的大きな血栓が脳動脈に飛ぶため、脳の主幹動脈を突然ふさぐことが多く、他の脳梗塞と比べて梗塞の範囲が広がります。いったん発症すると、より重症となる可能性が高く、しかも再発率が高くなっています。心房細動の患者に適切な抗凝固療法を行うことで約 6 割の脳梗塞を予防できることがわかっています。

図表) 脳血管疾患患者の危険因子の状況 (平成 25・26 年度医療費が一月当たり 80 万円以上の人)

		脳出血		脳梗塞		くも膜下出血	
		1人		21人		1人	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
危険因子	高血圧	1人	100%	17人	80.9%	1人	100%
	糖尿病	0人	0%	9人	42.8%	0人	0.0%
	脂質異常	1人	100%	12人	57.1%	1人	100%
	心房細動	0人	0%	7人	33.3%	0人	0.0%

資料 : KDB

(4) 健診の状況

① 脳梗塞の危険因子での分析 (平成25年度)

科学的根拠		脳卒中治療ガイドライン2009							
脳梗塞	ラクナ	●			○		○		
	アテローム	●		●	○	●	○	●	●
	心原性	●	●		○		○		
優先すべき課題		高血圧	心房細動	脂質異常症	メタボ	糖尿病	CKD	喫煙	飲酒

■ 重症化予防の視点でみる

資料：あなみツール (平成25年度)

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間新規発症率の減少			虚血性心疾患 の年間新規発症率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規発症者人数の減少			重症化予防対象者 (実人数)
科学的根拠に基づき レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2008年改訂版) (循環器病の予防と治療に関するガイドライン (2009年改訂版)改訂版)			糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド 2012 (日本腎臓学会)	
	クモ膜下出血 (7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%)			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症						
	心原性脳塞栓症 (2.7%) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム血栓性脳梗塞 (33.3%) 非心原性脳梗塞									
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)				
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上49未満		
受診勧奨対象者数	10 4.0%	5 2.0%	11 4.4%	8 3.2%	47 18.7%	16 6.4%	5 2.0%	8 3.2%	79 31.5%	
治療なし	7 70.0%	1 20.0%	10 90.9%	7 87.5%	17 36.2%	8 50.0%	0 0.0%	1 12.5%	30 38.0%	
治療中	3 30.0%	4 80.0%	1 9.1%	1 12.5%	30 63.8%	8 50.0%	5 100.0%	7 87.5%	49 62.0%	
臓器障害あり	1 14.3%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.9%	1 12.5%	0 -	1 100.0%	5 16.7%	
CKD (慢性腎臓病)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
尿蛋白 (2+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
尿蛋白 (1+) and 尿糖 (1+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
eGFR50未満 (70歳未満)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
心臓病併発あり	1	1	0	0	1	1	0	0	4	
臓器障害なし	6 85.7%	-	10 100.0%	7 100.0%	16 94.1%	7 87.5%	-	-	-	

重症化予防の視点でみると、重点的な保健指導が必要な方は79名(31.5%)いました。リスク別でみると、メタボリックシンドロームが18.7%でした。また、受診勧奨値であっても治療していない割合では高血圧と、脂質異常症のLDL(悪玉)コレステロールと中性脂肪で高く、それぞれ70.0%、90.9%、87.5%の方が未治療でした。

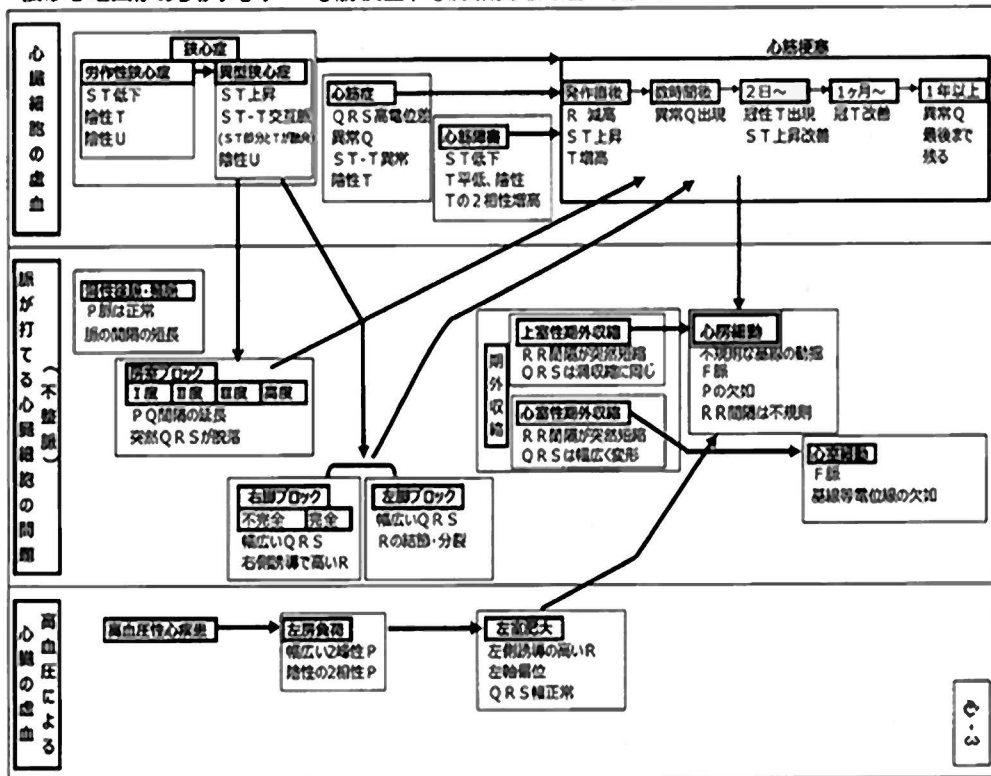
心房細動の方は5名おり、KDBで確認したところ全員受診していますが、1名未治療(抗凝固薬、抗不整脈薬)でした。心房細動は生活習慣病との合併が多く、高齢者ほど有病率が高い傾向があるとされています。高齢化率の高い当町は、今後も増加する可能性があります。

■心電図所見

資料：あなみツール（平成25年度）

	健診受診者数					① 心臓細胞の虚血				② 不整脈				③ 高血圧による心臓の虚血			
	心電図実施者																
	有所見者					心筋梗塞				心房細動				左室肥大			
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	251	251	100%	46	18.3%	7	2.8%	0	0.0%	29	11.6%	5	2.0%	2	0.8%	2	0.8%
<p><参考>該当する所見名</p>					<ul style="list-style-type: none"> 冠状動脈硬化症 心筋虚血 心筋障害疑い 				<ul style="list-style-type: none"> 房室ブロック 脚ブロック 上室性期外収縮 心室性期外収縮 心房細動 洞徐脈 QCT延長 				<ul style="list-style-type: none"> 左室肥大疑い 				

私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に



心電図所見を①心臓細胞の虚血、②不整脈、③高血圧による心臓の虚血の3種類に分類すると、②不整脈の割合（11.6%）が高いことが明らかになりました。前述しましたが、そのうち、心房細動があった方は5名いました。

心房細動が発見された場合は、有所見者が心房細動をイメージでき、適切な医療につながり、脳梗塞を予防することができるよう、保健師がレセプト状況等を確認し、未治療者や服薬中断者には受診勧奨を行うなど、個別に保健指導を行っていく必要があります。

■喫煙の状況

喫煙者の割合（％）（特定健康診査の問診より）

陸別町		同規模平均	道	国
25.3		16.5	17.6	14.1
男性	女性			
40.2	14.3			

■飲酒の状況（特定健診の問診より）

飲酒頻度

	陸別町	同規模平均	道	国
毎日	20.4	25.8	21.8	25.7
時々	19.2	21.9	25.3	21.4
飲まない	60.4	52.3	52.9	52.9

多量飲酒者（1日3合以上の割合（％）（特定健康診査の問診より）

陸別町		同規模平均	道	国
3.6		4.1	3.1	2.6
男性	女性			
4.5	1.5			

喫煙の状況では、男性の喫煙者割合がかなり高いです。飲酒の状況では、当町は飲まない方の割合が高いですが、多量飲酒者の割合は、男性が高い状況にあります。

② 脳出血の危険因子での分析（平成25年度）

科学的根拠		脳卒中治療ガイドライン2009				
脳出血	脳出血	●	●	●		
	くも膜下出血	●	●	●		
優先すべき課題		高血圧	肝機能 γGTP	低LDL	低蛋白	痩せ

■低LDLの分析

当町では今まで健診データで高LDLについては分析しましたが、低LDLについて分析したことがありませんでした。「脳卒中治療ガイドライン2009」においても、低LDLが脳出血において大きなリスクの一つであると記載されています。

前述しましたが、当町は脳出血死亡の割合が高いことから、LDLの値がどう分布しているのか確認してみました。

■LDLコレステロール分布の比較 資料：あなみツール（平成25年度）

	受診者数	低栄養・脳出血の危険性高くなる		正常域		境界域		高LDLコレステロール血症					
		79以下		80～119		120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G
全体	251	18	7.2	102	40.6	51	20.3	50	19.9	19	7.6	11	4.4
男性	113	10	8.8	43	38.1	22	19.5	22	19.5	9	8.0	7	6.1
女性	138	8	5.8	59	42.8	29	21.0	28	20.3	10	7.2	4	2.9

低栄養・脳出血の危険性が高くなる段階に該当する方は全体の7.2%で、男女別では男性の割合が多いです。これまでの特定健康診査結果説明会での保健指導より見えることは、多量飲酒者や栄養が炭水化物に偏っている方（蛋白質の摂取が少ない）に低LDL者が多いです。また高コレステロール治療中で低LDLになっている方もみられました。

重症化予防の値で治療できていない方は、KDBで確認しながら治療に結びつけていきます。

特に、脳梗塞・脳出血いずれの危険因子である高血圧Ⅱ度以上、心原性脳梗塞の危険因子である心房細動の未治療者については、重点的に受診を促していきます。

今後、高齢化が進み心原性脳梗塞も増加すると予想されるため、後期高齢者についても心電図の実施が必要です。知名度の低い心原性脳梗塞について、町民へ普及・啓発をしていくことも必要です。

また脳出血予防のため、低LDLの所見の方にも注目し保健指導を行っていきます。

4. 対策

- 1) 若い頃から血圧の適正に保つことができるよう、若年層の特定健康診査受診勧奨と保健指導を行います。
- 2) 特定健康診査の結果、Ⅱ度以上の高血圧の方について、保健指導を実施し、重症化予防に取り組みます。
- 3) 心房細動の管理を行います。
 - ・特定健康診査の結果、心房細動の所見があった方について適切な保健指導を行い、受診勧奨に努めます。後期高齢者健康診査でも心電図を実施します。
 - ・KDBで心房細動の所見がある方について、適切に治療しているかを管理します。
- 4) 特定健康診査の結果、低LDLの方について、生活習慣を確認し、保健指導を行います。
- 5) 心房細動が脳梗塞のリスクになることについて町民に普及・啓発し、併せて健診受診の必要性を伝えていきます。

5. 目標及び評価

- ・特定健康診査の結果、Ⅱ度以上高血圧の方の割合を4%以下とします（平成25年度の割合より増加させない）。
- ・特定健康診査の結果、心房細動の所見があった方が受診する割合（適切な治療を行う割合）を100%にします。
- ・特定健康診査の結果、低LDLの方の割合を前年度より減少させます。

その他、目標及び評価は、陸別町保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じます。

① 中・長期的な目標の設定

長期的な目標を「医療費の伸びを抑える」とし、具体的には最終年度となる平成29年度には平成26年度と比較し、「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の3つの疾患をそれぞれ増加させない」ことを目標とします。

また「3つの疾患の入院の伸び率を平成29年度に減少させる」ことを目指します。

② 短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変改における共通のリスクとなる、「高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと」を短期目標とします。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、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あるため、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その目標値は、特定健診等実施計画に準じることとします。