

弘前市
第2期国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

弘前市
平成30年3月

目 次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付け	
3 計画期間	
4 関係者が果たすべき役割と連携	
5 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価と第2期計画における健康課題の明確化	6
1 地域の特性	
2 第1期計画に係る評価	
3 第2期計画における健康課題の明確化	
4 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	22
1 第3期特定健診等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 方策	
5 特定健診の実施	
6 特定保健指導の実施	
7 個人情報の保護	
8 結果の報告	
9 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	31
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取組	
(1) 糖尿病性腎症重症化予防	
(2) 脳血管疾患重症化予防	
(3) 虚血性心疾患重症化予防	
3 ポピュレーションアプローチ	
4 その他の取組	
第5章 地域包括ケアに係る取組	50

第6章 計画の評価・見直し	52
1 計画の時期	
2 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	54
1 計画の公表・周知	
2 個人情報の取扱い	
参考資料	55

第1章 国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の 基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展などに伴い、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者等」という。）が、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進み、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者等はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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実施を図るため、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

弘前市においては、国指針及び平成28年度に策定した第1期国民健康保険保健事業計画の評価を基に、「第2期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進に資することを目的とし、効果的かつ効率的な保健事業の実施により、医療費の適正化を図ります。

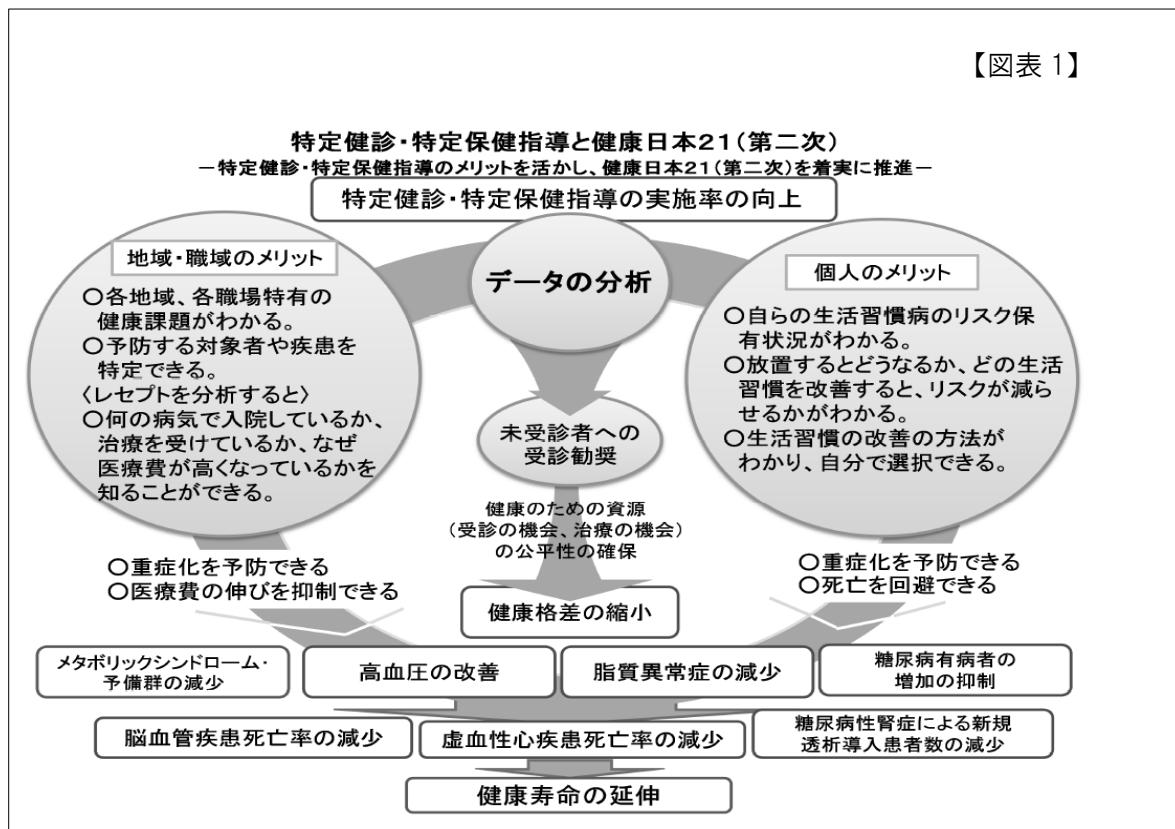
国民健康保険については、平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととされました。

2 計画の位置付け

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、P D C Aサイクルに沿って運用します。

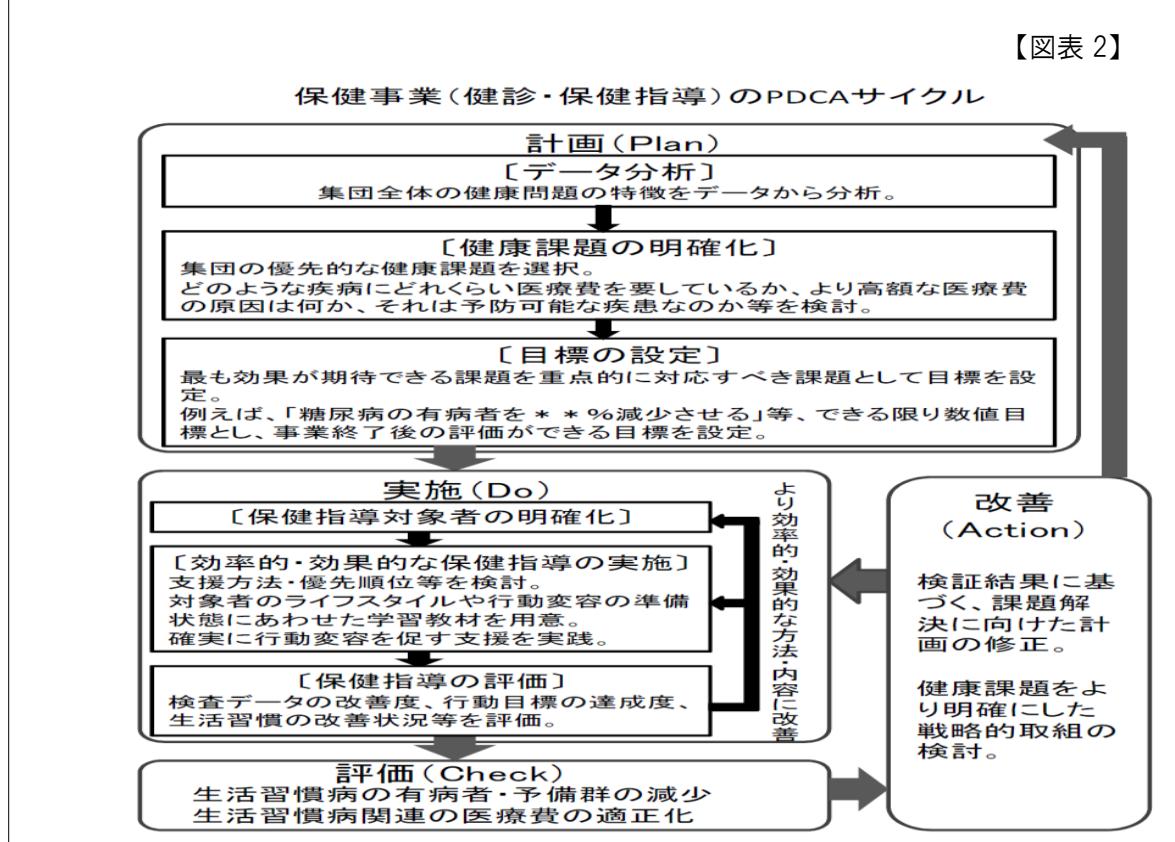
データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、青森県健康増進計画や弘前市健康増進計画、青森県医療費適正化計画、弘前市介護保険事業計画と整合性を保持します。（図表1・2・3）

【図表 1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【图表 3】

2017.10.11

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

3 計画期間

計画期間については、国指針第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、計画策定の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、青森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ることから、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。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体・関係部局の役割

弘前市においては、国民健康保険担当（国保年金課）が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、データヘルス計画は、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に保健衛生担当（健康づくり推進課）の保健師等の専門職と連携して、一体となって計画策定を進めています。

また、介護保険担当（介護福祉課）、福祉担当（福祉政策課）とも十分な連携をしています。

さらに、データヘルス計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者の業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることとします。

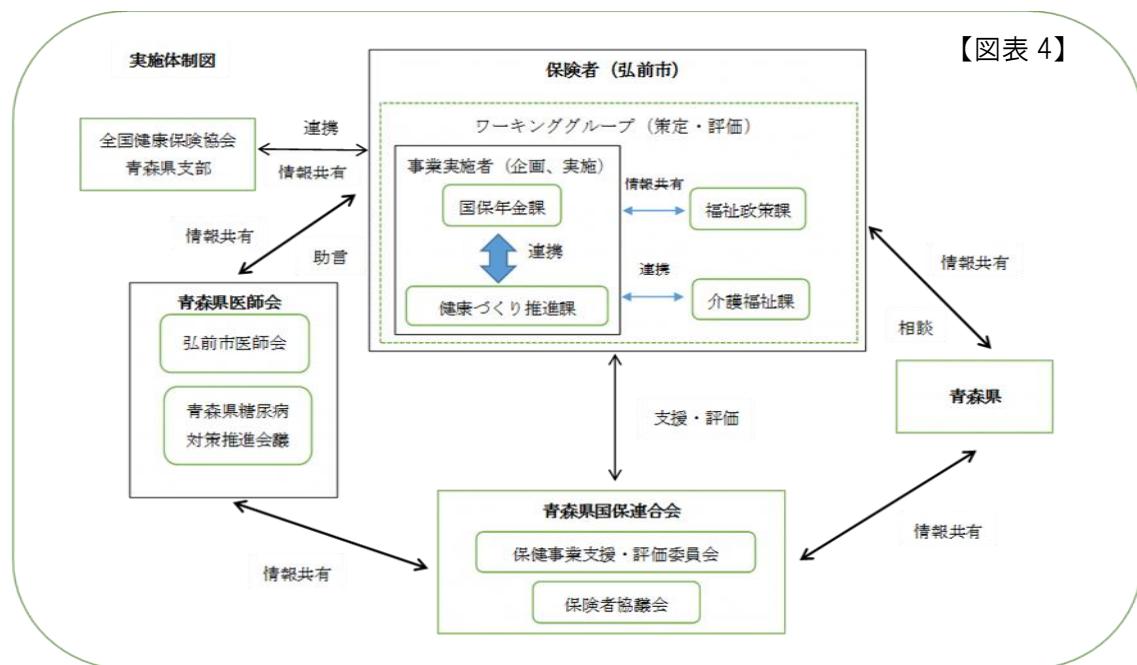
(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等とされておりますが、弘前市は、弘前市医師会、青森県薬剤師会弘前支部、弘前市歯科医師会等との連携を円滑に行うために、保健活動を通じて意見交換や情報提供を行ったり、保健事業の構想段階から相談するなど、連携に努めています。

また、被保険者の異動が多いことから、全国健康保険協会（協会けんぽ）青森支部との連携・協力に努めています。

平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となることから、弘前市は、計画素案について青森県関係課と意見交換を行い、連携に努めます。（図表4）



(3) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が、身体状況を理解して主体的に健康づくりに取り組むことが重要となります。

5 保険者努力支援制度

保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して前倒しで実施しています。（平成30年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。（図表5）

また、青森県は、健康長寿県の実現に向け、健康づくりに関する取組の充実を促す観点から、特別調整交付金の評価指標を設定し、毎年の実績や実施状況を見ながら取組の底上げを図ることとしております。

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 (参考)	H30 (参考)
	総得点(満点)	345	580	850
	総得点(体制構築加点含む)	193		
	全国順位(1,741市町村中)	957		
共通①	特定健診受診率	0	35	50
	特定保健指導実施率	0	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	35	50
共通②	がん検診受診率	10	20	30
	歯周疾患(病)健診の実施	10	15	20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0	70	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	8	25	35
	後発医薬品の使用割合	0	30	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	70	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	15	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50
	体制構築加点	70	70	60

第2章 第1期データヘルス計画に係る評価と第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

1 地域の特性

(1) 保険者の特性

弘前市は、人口 177,312 人、国民健康保険加入者数 53,328 人（30.1%）で、第一次産業従事者が多いことから、同規模人口都市と比較して、国保被保険者数が多い傾向にあります。また、国保被保険者の所得が低い傾向にあり、法定軽減該当世帯が約6割となっております。

弘前市の国保被保険者は、社保加入や後期高齢者医療による喪失が多く、平成28年度は、2,484人減少しています。（図表6.7.8）

【図表6】

国民健康保険加入状況

	人口	世帯数	国民健康保険加入者数	うち前期高齢者	国民健康保険加入世帯数
弘前市	177,312	78,790	53,328	17,692	30,652
釧路市	177,102	94,284	42,787	18,331	28,207
佐倉市	177,411	75,617	50,022	21,658	29,104
鎌倉市	177,243	80,676	45,626	19,582	29,252

資料：都市の国民健康保険事業に関する調べ（2015.11月現在）地方行財政調査会

【図表7】

法定軽減の状況

年度	項目					合計
		7割軽減	5割軽減	2割軽減		
H27年度	医療世帯	30,458	10,587	4,730	3,517	18,834 (61.84%)
	被保険者数	52,487	14,682	9,480	7,371	31,533 (60.08%)
H28年度	医療世帯	29,509	10,184	4,573	3,416	18,173 (61.58%)
	被保険者数	50,115	13,898	8,937	6,880	29,715 (59.29%)
H29年度	医療世帯	28,511	9,895	4,489	3,298	17,682 (62.02%)
	被保険者数	47,654	13,300	8,509	6,526	28,335 (59.46%)

※ 支援分は軽減世帯数及び軽減該当被保険者数が医療分と同じため省略

※ 毎年度10月の基盤安定負担金申請時における数値

当課の基盤安定負担金申請データより抜粋

【図表 8】

国保被保険者の異動状況

(単位:人)

年度	項目	計	内訳					
27年度	取得	6,308	転入	社保除外	生保廃止	出生	後期非該当	その他
			953	4,564	154	191	2	444
28年度	喪失	8,540	転出	社保加入	生保受給	死亡	後期該当	その他
			753	4,826	229	312	1,826	594
28年度	取得	6,350	転入	社保除外	生保廃止	出生	後期非該当	その他
			864	4,620	130	190	2	544
28年度	喪失	8,834	転出	社保加入	生保受給	死亡	後期該当	その他
			678	5,151	198	316	1,926	565

国民健康保険事業年報

(2) 死亡状況

弘前市の標準化死亡比では、男女とも高く、男性は脳血管疾患、腎不全が高く、女性は糖尿病が高くなっています。また、65歳未満の死亡率は、改善傾向にありますが、男性が全国と比べて早世となっています。(図表 9・10)

標準化死亡比（平成23～27年）

【図表 9】

		死亡総数	脳血管疾患	心疾患	腎不全	糖尿病	悪性新生物
弘前市	男	119.9	130.7	123.0	130.1	120.3	125.7
	女	110.2	116.0	105.0	126.0	132.2	116.4
青森県	男	120.2	138.4	118.9	158.1	142.9	119.1
	女	108.6	122.6	108.9	137.7	132.5	109.7

青森県保健統計年報

65歳未満死亡割合

【図表 10】

性別	男性			女性		
	年次	2005	2010	2015	2005	2010
弘前市	23.22	19.32	14.6	10.47	10.55	7.6
青森県	24.6	20.47	15.6	12.07	10.63	7.8
	6位	6位	4位	15位	9位	12位
国	22.71	18.93	14.3	12.44	10.04	7.6

厚生労働省(人口動態調査)、青森県(青森県保健統計)

死亡率計算: 65歳未満死亡数 ÷ 全死亡数 × 100

順位: 死亡割合の高い順(47都道府県)

2 第1期計画に係る評価

(1) 第1期計画に係る介護・医療の状況

ア 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していますが、死因別に糖尿病、がんによる死亡割合が増加しています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率、40～64歳の2号認定率が減少し、それに伴う介護給付費の若干の減少がみられますが、介護認定者の有病状況を見ると、糖尿病が増加しています。

医療費適正化の観点からも特定健診受診率は県平均にも達していないため、特定健診受診率向上への取組は最も重要となります。（参考資料1）

イ 介護給付費の状況

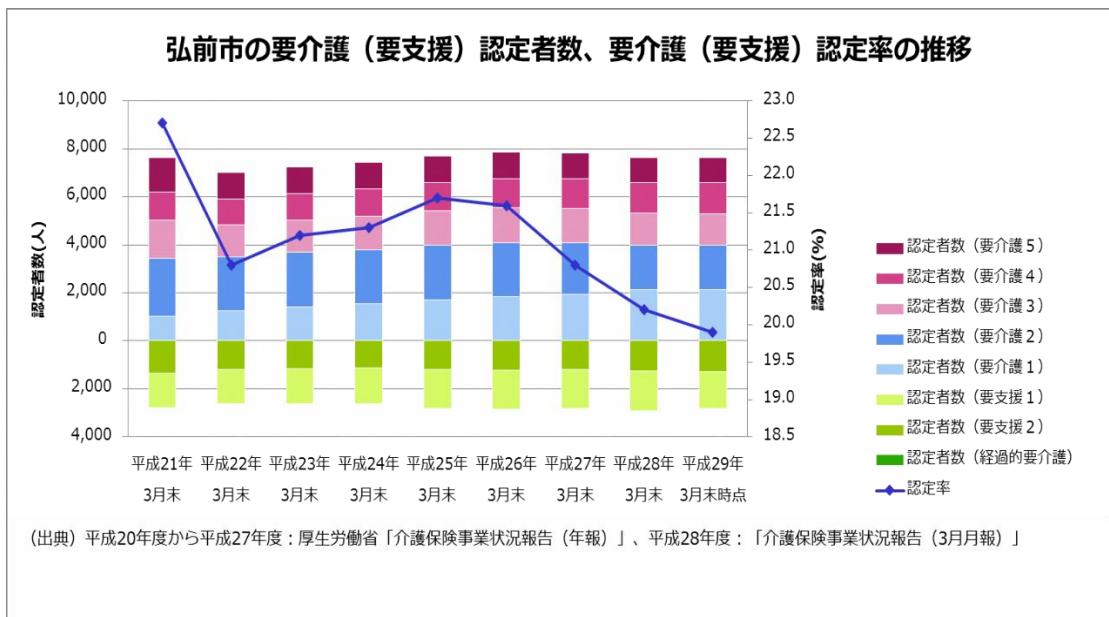
介護給付の変化について、平成25年度と比較し平成28年度の介護給付費はやや減少しました。それに伴い、1件当たり介護給付費は減りましたが、サービス別に見ると居宅サービスが増えています。（図表11）

介護給付費の変化

【図表11】

年度	弘前市			
	介護給付費	1件当たり介護給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25年度	169億8748万円	51,792円	56,622円	258,928円
H28年度	169億3515万円	50,976円	59,661円	252,538円

出典：社会福祉の概況



ウ 医療費の状況

医療費の変化について、医療費額については、入院・入院外は減っていますが、1人当たり医療費については、入院・入院外とも増えています。(図表 12)

医療費の変化

【図表 12】

項目		全体			入院			入院外		
		費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率
総医療費 (円)	H25年度	171億0593万	-	-	61億5663万	-	-	58億0962万	-	-
	H28年度	164億2230万	-6億8363万	-4.0%	55億0806万	-6億4857万	-10.5%	57億8052万	-1億0910万	-1.9%
1人当たり医療費 (円)	H25年度	315,445	-	-	113,532	-	-	108,608	-	-
	H28年度	345,776	30,331	9.6%	115,974	2,442	2.2%	121,710	13,102	12.1%

*平均被保険者数 H25年度54,228人 H28年度47,494人

国民健康保険事業状況報告書(事業年報)A表、C表(3)、F表(2)

エ 最大医療資源の状況

中長期的疾患・目標疾患である医療費計では減少していますが、1人あたりの医療費は増加し、疾患別にみると慢性腎不全(透析有)に係る費用は0.55%、脳血管疾患に係る費用は0.2%増加しています。

短期的疾患の糖尿病に係る費用は0.17%増加し、高血圧に係る費用は1.27%、脂質異常症に係る費用は0.09%減少しています。(図表 13)

【図表 13】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合 (平成25年度と平成28年度との比較)

市町村名	一人あたり医療費		中長期的疾患			目標疾患			中長期的疾患・目標疾患医療費計			新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
	金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症								
		同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞	狭心症	心筋梗塞									
H25 弘前市	22,742	25位	16位	4.56%	0.20%	2.15%	1.34%	5.82%	7.21%	2.28%	3,578,535,240	23.56%	15.90%	8.19%	9.52%		
	24,278	27位	20位	↑ 5.09%	0.23%	2.35%	1.32%	5.98%	5.91%	2.19%	3,310,032,340	23.08%	17.87%	7.71%	9.45%		
H28 県	24,612	--	--	4.36%	0.32%	2.49%	1.70%	6.40%	5.93%	2.73%	25,931,510,210	23.93%	15.91%	8.74%	8.64%		
	国	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%		

【出典】KDBシステム:健診・医療介護データからみる地域の健康課題

才 中長期的な疾患の治療状況

中長期的な疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の有病割合は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較してみると、ほぼ変化は見られませんが、虚血性心疾患、脳血管疾患の治療者は減っています。

虚血性心疾患、脳血管疾患に共通する基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者の割合が増加しています。(図表 14)

【図表 14】

虚血性心疾患 厚労省様式3-5			中長期的疾患						目標疾患					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	56,950	2,150	3.8	329	15.3	47	2.2	1,734	80.7	923	42.9	1,280	59.5
	64歳以下	40,057	684	1.7	82	12	40	5.8	535	78.2	305	44.6	414	60.5
	65歳以上	16,893	1,466	8.7	247	16.8	7	0.5	1,199	81.8	618	42.2	866	59.1
H28	全体	50,890	2,010	3.9	295	14.7	44	2.2	1,658	82.5	911	45.3	1,257	62.5
	64歳以下	32,454	540	1.7	65	12	38	7	438	81.1	256	47.4	329	60.9
	65歳以上	18,436	1,470	8	230	15.6	6	0.4	1,220	83	655	44.6	928	63.1

脳血管疾患 厚労省様式3-6			中長期的疾患						目標疾患					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	56,950	1,883	3.3	329	17.5	21	1.1	1,521	80.8	651	34.6	1,039	55.2
	64歳以下	40,057	625	1.6	82	13.1	17	2.7	516	82.6	207	33.1	335	53.6
	65歳以上	16,893	1,258	7.4	247	19.6	4	0.3	1,005	79.9	444	35.3	704	56
H28	全体	50,890	1,665	3.3	295	17.7	18	1.1	1,357	81.5	637	38.3	984	59.1
	64歳以下	32,454	473	1.5	65	13.7	17	3.6	382	80.8	186	39.3	264	55.8
	65歳以上	18,436	1,192	6.5	230	19.3	1	0.1	975	81.8	451	37.8	720	60.4

人工透析 厚労省様式3-7			中長期的疾患						目標疾患					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	56,950	121	0.2	21	17.4	47	38.8	110	90.9	63	52.1	47	38.8
	64歳以下	40,057	99	0.2	17	17.2	40	40.4	88	88.9	49	49.5	36	36.4
	65歳以上	16,893	22	0.1	4	18.2	7	31.8	22	100	14	63.6	11	50
H28	全体	50,890	124	0.2	18	14.5	44	35.5	109	87.9	59	47.6	42	33.9
	64歳以下	32,454	106	0.3	17	16	38	45.8	92	86.8	50	47.2	37	34.9
	65歳以上	18,436	18	0.1	1	5.6	6	33.3	17	94.4	9	50	5	27.8

(2) 目標の達成状況

目標1 特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、生活習慣病の有病者・予備群の増加を抑制する。

ア 特定健診受診率・特定保健指導実施率の状況

特定健診受診率は増加していますが、県平均よりも低い受診率であり、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要です。併せて、特定保健指導実施率も増加傾向にありますが、県平均よりも低いことから、これからも特定保健指導実施率の向上への取組が重要です。(図表15)

【図表15】

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模市順位	対象者数	終了者数	実施率
25年度	37,552	9,618	25.6	46	962	271	28.2
26年度	36,740	10,280	28.0	56	974	289	29.7
27年度	35,565	10,953	30.8	52	1,086	375	34.5
28年度	34,201	10,488	30.7	44	1,056	334	31.6
28年度 県	252,500	91,590	36.3	—	9,217	3,907	42.4

*28年度は、速報値。 同規模市は、57か所。

イ メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム予備群は変化が見られませんが、メタボリックシンドローム該当者は増加しています。(図表16)

【図表16】

	25年度	26年度	27年度	28年度
メタボリック該当者	16.2%	16.0%	17.0%	18.0%
メタボリック予備群	11.5%	11.3%	11.2%	11.2%
メタボリック該当者の減少率	21.5%	21.0%	19.3%	18.6%

性別	健診受診者	腹囲のみ	(腹囲+2項目or3項目)								(腹囲+1項目)												
			該当者	3項目全て	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質	予備群	血圧	血糖	脂質	該当者	3項目全て	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質	予備群	血圧	血糖	脂質			
H25	合計	3,981	22.8%	176	4.4%	1,031	25.9%	279	7.0%	199	5.0%	511	12.8%	42	1.1%	691	17.4%	527	13.2%	34	0.9%	130	3.3%
	40~64	1,716	17.0%	114	6.6%	407	23.7%	92	5.3%	62	3.6%	232	13.5%	21	1.2%	323	18.8%	216	12.6%	16	0.9%	91	5.3%
	65~74	2,265	30.7%	62	2.7%	624	27.5%	187	8.3%	137	6.0%	279	12.3%	21	0.9%	368	16.2%	311	13.7%	18	0.8%	39	1.7%
H28	合計	4,346	27.1%	153	3.5%	1,262	29.0%	366	8.4%	273	6.3%	587	13.5%	36	0.8%	770	17.7%	612	14.1%	36	0.8%	122	2.8%
	40~64	1,681	20.4%	85	5.1%	453	26.9%	122	7.3%	75	4.5%	235	14.0%	21	1.2%	334	19.9%	243	14.5%	14	0.8%	77	4.6%
	65~74	2,665	34.2%	68	2.6%	809	30.4%	244	9.2%	198	7.4%	352	13.2%	15	0.6%	436	16.4%	369	13.8%	22	0.8%	45	1.7%

女性		健診受診者		腹囲のみ		メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)						メタボリック (腹囲+1項目)									
								3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		予備群		血圧		血糖		脂質	
H25	合計	5,597	28.0%	91	1.6%	516	9.2%	101	1.8%	94	1.7%	305	5.4%	16	0.3%	408	7.3%	329	5.9%	19	0.3%	60	1.1%
	40～64	2,372	22.5%	50	2.1%	164	6.9%	38	1.6%	25	1.1%	92	3.9%	9	0.4%	152	6.4%	116	4.9%	7	0.3%	29	1.2%
	65～74	3,225	34.2%	41	1.3%	352	10.9%	63	2.0%	69	2.1%	213	6.6%	7	0.2%	256	7.9%	213	6.6%	12	0.4%	31	1.0%
H28	合計	6,150	33.6%	113	1.8%	625	10.2%	172	2.8%	122	2.0%	322	5.2%	9	0.1%	409	6.7%	315	5.1%	21	0.3%	73	1.2%
	40～64	2,270	26.6%	59	2.6%	176	7.8%	47	2.1%	41	1.8%	85	3.7%	3	0.1%	142	6.3%	99	4.4%	10	0.4%	33	1.5%
	65～74	3,880	39.7%	54	1.4%	449	11.6%	125	3.2%	81	2.1%	237	6.1%	6	0.2%	267	6.9%	216	5.6%	11	0.3%	40	1.0%

KDB

目標2 脳血管疾患等の重症化予防に向けた取組を強化し、高血圧を改善する。また、糖尿病等の生活習慣病による新規透析者を減らす。

ウ 共通リスクの状況

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の中長期的疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を見ると、すべての治療割合が増加していますが、中長期的疾患がやや減少していることから、重症化防止につながっているものと推測されます。(図表17)

【図表17】

糖尿病 厚労省様式3-2			糖尿病						中長期的疾患											
									インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
	被保険者数	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	人数	割合	
H25	全体	56,950	4,891	8.6	652	13.3	3,462	70.8	2,698	55.2	923	18.9	651	13.3	63	1.3	683	14.0		
	64歳以下	40,057	2,052	5.1	322	15.7	1,367	66.6	1,114	54.3	305	14.7	207	10.1	49	2.4	288	14.0		
	65歳以上	16,893	2,839	16.8	330	11.6	2,095	73.8	1,584	55.8	618	21.8	444	15.6	14	0.5	395	13.9		
H28	全体	50,890	5,063	9.9	599	11.8	3,614	71.4	2,967	58.6	911	18.0	637	12.6	59	1.2	635	12.5		
	64歳以下	32,454	1,781	5.5	258	14.5	1,167	65.5	1,005	56.4	256	14.4	186	10.4	50	2.8	230	12.9		
	65歳以上	18,436	3,282	17.8	341	10.4	2,447	74.6	1,962	59.8	655	20.0	451	13.7	9	0.3	405	12.3		

高血圧 厚労省様式3-3			高血圧						中長期的疾患											
									糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
	被保険者数	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	人数	割合	
H25	全体	56,950	11,290	19.8	3,462	30.7	5,197	46.0	1,734	15.4	1,521	13.5	110	1.0						
	64歳以下	40,057	4,645	11.6	1,367	29.4	1,978	42.6	535	11.5	516	11.1	88	1.9						
	65歳以上	16,893	6,645	39.3	2,095	31.5	3,219	48.4	1,199	18.0	1,005	15.1	22	0.3						
H28	全体	50,890	11,051	21.7	3,614	32.7	5,538	50.1	1,658	15.0	1,357	12.3	109	1.0						
	64歳以下	32,454	3,682	11.3	1,167	31.7	1,683	45.7	438	11.9	382	10.4	92	2.5						
	65歳以上	18,436	7,369	40.0	2,447	33.2	3,855	52.3	1,220	16.6	975	13.2	17	0.2						

脂質異常症 厚労省様式3-4			中長期的疾患											
		被保険者数	人数	割合	糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
H25	全体	56,950	7,398	13	2,698	36.5	5,197	70.2	1,280	17.3	1039	14.0	47	0.6
	64歳以下	40,057	3,088	7.7	1,114	36.1	1,978	64.1	414	13.4	335	10.8	36	1.2
	65歳以上	16,893	4,310	25.5	1,584	36.8	3,219	74.7	866	20.1	704	16.3	11	0.3
H28	全体	50,890	7,699	15.1	2,967	38.5	5,538	71.9	1,257	16.3	984	12.8	42	0.5
	64歳以下	32,454	2,594	8.0	1,005	38.7	1,683	64.9	329	12.7	264	10.2	37	1.4
	65歳以上	18,436	5,105	27.7	1,962	38.4	3,855	75.5	928	18.2	720	14.1	5	0.1

KDB

エ 健診結果の経年変化

健診結果の項目別で見ると、男性、女性ともにHbA1cの有所見割合が最も高くなっています。経年変化を見ると、空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見の割合が増加しています。(図表 18)

また、高血圧の状況を見ると、Ⅲ度高血圧者は平成27年度と比較すると、やや減少していますが、Ⅱ度高血圧者は増加しています。(図表 19)

【図表 18】

様式6-2~6-7 健診有所見者状況（男女別・年代別）

性別	腹囲		BM		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		ケラチニン		
	85cm以上	25以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
H25	合計	1,898	47.7%	1,250	31.4%	1,053	26.5%	997	25.0%	232	5.8%	1,523	38.3%	3,339	73.3%	668	16.8%	2,155	54.1%	1,226	30.8%	2,119	53.2%	62	1.6%
	40～64	844	49.2%	598	34.8%	541	31.5%	523	30.5%	102	5.9%	556	32.4%	1,191	67.6%	340	19.8%	775	45.2%	581	33.9%	977	56.9%	12	0.7%
	65～74	1,054	61.4%	652	38.0%	512	29.8%	474	27.6%	130	7.6%	967	56.4%	2,148	76.8%	328	19.1%	1,380	80.4%	645	37.6%	1,142	66.6%	50	2.9%
H28	合計	2,185	50.3%	1,433	33.0%	1,134	26.1%	1,153	26.5%	294	6.8%	1,891	43.5%	3,128	72.0%	780	17.9%	2,494	57.4%	1,580	36.4%	2,187	50.3%	66	1.5%
	40～64	872	51.9%	613	36.5%	525	31.2%	577	34.3%	109	6.5%	629	37.4%	1,140	67.8%	348	20.7%	842	50.1%	714	42.5%	911	51.9%	12	0.7%
	65～74	1,313	49.3%	820	30.8%	609	22.9%	576	21.6%	185	6.9%	1,262	47.4%	1,988	74.6%	432	16.2%	1,652	62.0%	866	32.5%	1,276	47.9%	54	2.0%

性別	腹囲		BM		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		ケラチニン		
	90cm以上	25以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
H25	合計	1,015	18.1%	1,322	23.6%	706	12.6%	598	10.7%	70	1.3%	1,320	23.6%	4,987	77.8%	117	2.1%	2,670	47.7%	949	17.0%	3,534	63.1%	10	0.2%
	40～64	366	15.4%	528	22.3%	307	12.9%	275	11.6%	25	1.1%	455	19.2%	1,668	69.9%	40	1.7%	955	40.3%	411	17.3%	1,477	62.3%	5	0.2%
	65～74	649	20.1%	794	24.6%	399	12.4%	323	10.0%	45	1.4%	865	26.8%	3,319	82.4%	77	2.4%	1,715	53.2%	538	16.7%	2,057	63.8%	5	0.2%
H28	合計	1,147	18.7%	1,538	25.0%	768	12.5%	664	10.8%	85	1.4%	1,746	28.4%	4,750	77.2%	129	2.1%	3,019	49.1%	1,319	21.4%	3,701	60.2%	10	0.2%
	40～64	377	16.6%	540	23.8%	307	13.5%	278	12.2%	18	0.8%	515	22.7%	1,612	71.0%	50	2.2%	897	39.5%	559	24.6%	1,366	60.2%	0	0.0%
	65～74	770	19.8%	998	25.7%	461	11.9%	386	9.9%	67	1.7%	1,231	31.7%	3,138	80.9%	79	2.0%	2,122	54.7%	760	19.6%	2,335	60.2%	10	0.3%

KDB

【図表 19】

	25年度	26年度	27年度	28年度
Ⅲ度高血圧者数 (受診者に占める割合)	117人 (1.2%)	142人 (1.4%)	168人 (1.5%)	142人 (1.3%)
Ⅱ度高血圧者数 (受診者に占める割合)	491人 (5.0%)	616人 (5.9%)	658人 (6.1%)	673人 (6.3%)
計	608人 6.2%	758人 7.2%	853人 7.6%	815人 7.6%

(3) 第1期計画の評価

第1期データヘルス計画は、平成28年度～29年度の2か年で、計画を策定しました。中長期的疾患である脳血管疾患・慢性腎不全を重点に、高血圧重症化予防対策としてⅢ度高血圧で未受診者への訪問による受診勧奨、心房細動の有所見で未受診者への訪問による受診勧奨などについて行ってきました。

また、糖尿病等の生活習慣病による新規透析者を減らすことについては、計画期間中の平成29年3月16日に弘前市医師会と糖尿病性腎症重症化予防プログラムの連携協定を締結し、連携体制を整備し糖尿病性腎症重症化予防事業を進めてきました。

計画における平成28年度の目標については、目標1にかけた特定健診受診率および特定保健指導実施率は、年々増加しておりますが、どちらも県平均には達することができませんでした。次にメタボリックシンドローム該当者・予備群を減らすことは、受診者数が増えているため年々増加傾向にあります。

以上のことから、今後更なる受診率、実施率の向上に向けた方策を検討し、事業展開を図るとともに、特定保健指導対象者の減少に向けて、保健指導の質の向上に努めています。

目標2にかけた脳血管疾患等の重症化予防に向けた取組を強化し、高血圧を改善することについては、平成27年度より取組を開始しました。Ⅲ度高血圧者は減少しておりますが、Ⅱ度高血圧者は増加傾向にあり、更なる取組が必要と考えられます。

適正な医療につなげるためには、市民自ら身体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な課題で、第1期計画の評価により課題となつたことは継続して取り組み、特定健診未受診で生活習慣病治療中の者に対してかかりつけ医と連携した受診勧奨や、特定保健指導実施者で治療を開始した者に対する継続した保健指導の実施体制の整備などを強化していきます。

第2期データヘルス計画においては、具体的な検討を行い、まず受診勧奨後治療に繋がったか、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点から、PDCAサイクルに沿った確実な取組を実施していきます。

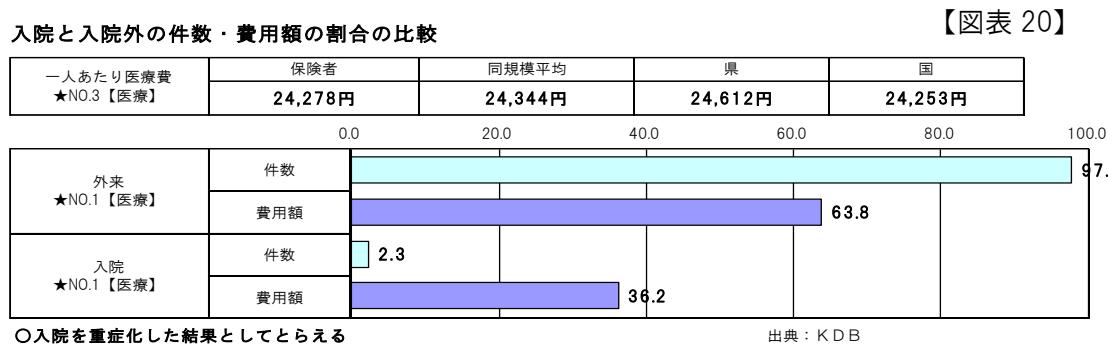
3 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 中長期的疾患の視点における医療費適正化の状況

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

弘前市の入院件数は2.3%で、費用額全体の36.2%を占めています。重症化予防によっ

て入院件数が減ることは、費用対効果の面からも効率がよいと考えられます。(図表 20)



イ 医療（レセプト）の分析

医療費の負担額が大きい疾患について、中長期的疾患のうち予防可能な疾患で見てみると、医療費がひと月 200 万円以上の高額となる疾患では、虚血性心疾患 8.1%、6 か月以上の長期入院では、脳血管疾患 6.3%、長期療養疾患（人工透析）では、糖尿病性腎症 46.8% とそれぞれ特徴が見られます。基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の発症及び重症化予防に取組必要があります。（図表 21）

【図表 21】
医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (28年度)	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	247件	11件	20件	--	
				4.5%	8.1%		
		費用額	7億4754万円	4181万円	7195万円	--	
				5.6%	9.6%		
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,669件	105件	68件	--	
				6.3%	4.1%		
		費用額	7億7494万円	6304万円	3548万円	--	
				8.1%	4.6%		
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,700件	245件	594件	795件	
				14.4%	34.9%	46.8%	
		費用額	7億6954万円	1億2197万円	2億6951万円	3億7445万円	
				15.9%	35.0%	48.7%	
厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13～19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	18,656人		1,643人	1,979人	643人	
				8.8%	10.6%	3.4%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	1,333人	1,634人	515人	
			高血圧	81.1%	82.6%	80.1%	
			糖尿病	634人	895人	643人	
			糖尿病	38.6%	45.2%	100%	
			脂質 異常症	974人	1,231人	398人	
			脂質 異常症	59.3%	62.2%	61.9%	
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		10,883人	4,983人	7,490人	1,583人		
		58.3%	26.7%	40.1%	8.5%		

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

ウ 介護（レセプト）の分析

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 90.4%であり、筋・骨格疾患の 86.2%を上回っています。2 号認定者及び 65~74 歳の 1 号認定者で年齢が低いほど、脳卒中により介護認定を受けている状態です。（図表 22）

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、脳卒中の共通リスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながります。

【図表 22】

要介護認定状況 ★N0.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上					
	被保険者数		62,360人		22,533人		23,810人		46,343人		108,703人	
	認定者数		297人		1,197人		9,383人		10,580人		10,877人	
	認定率		0.48%		5.3%		39.4%		22.8%		10.0%	
	新規認定者数（*1）		64人		249人		918人		1,167人		1,231人	
介護度別人数	要支援1・2	54	18.2%	315	26.3%	2,516	26.8%	2,831	26.8%	2,885	26.5%	
	要介護1・2	131	44.1%	485	40.5%	3,523	37.5%	4,008	37.9%	4,139	38.1%	
	要介護3~5	112	37.7%	397	33.2%	3,344	35.6%	3,741	35.4%	3,853	35.4%	
要介護突合状況 ★N0.49	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上					
	介護件数（全体）		305		1,263		9,382		10,645		10,950	
	再）国保・後期		183		926		8,701		9,627		9,810	
	（レセプトの診断名より重複して計上） 血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
		循環器疾患	1	脳卒中	114 62.3%	脳卒中	427 46.1%	脳卒中	3,552 40.8%	脳卒中	3,979 41.3%	
			2	虚血性心疾患	29 15.8%	虚血性心疾患	219 23.7%	虚血性心疾患	3,094 35.6%	虚血性心疾患	3,313 34.4%	
		合併症	3	腎不全	23 12.6%	腎不全	89 9.6%	腎不全	817 9.4%	腎不全	906 9.4%	
			4	糖尿病合併症	29 15.8%	糖尿病合併症	142 15.3%	糖尿病合併症	908 10.4%	糖尿病合併症	1,050 10.9%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		155 84.7%		762 82.3%		7,669 88.1%		8,431 87.6%		8,586 87.5%
		血管疾患合計		157 85.8%		789 85.2%		7,919 91.0%		8,708 90.5%		8,865 90.4%
		認知症		20 10.9%		199 21.5%		3,437 39.5%		3,636 37.8%		3,656 37.3%
		筋・骨格疾患		131 71.6%		738 79.7%		7,586 87.2%		8,324 86.5%		8,455 86.2%

*1) 新規認定者についてはN0.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

（2） 健診受診者の実態

弘前市と全国の健診結果の有所見者を比較すると、男女とも BMI、腹囲の割合が高く、特に 40~64 歳が高くなっています。また、メタボリックシンドローム該当者が、予備群より多く、男性 29.0%、女性 10.2%であること、健診結果から空腹時血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者割合が高いことから内臓脂肪の蓄積による体重、腹囲の増加が推測されます。（図表 23・24）

【図表 23】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ケアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	13,167	33.9	18,219	46.8	9,499	24.4	10,104	26.0	2,511	6.5	18,595	47.8	21,800	56.1	3,694	9.5	18,756	48.2	10,149	26.1	18,163	46.7	579	1.5	
保 険 者	合計	1,433	(33.0)	2,185	50.3	1,134	26.1	1,153	26.5	294	6.8	1,891	43.5	3,128	72.0	780	(17.9)	2,494	57.4	1,580	(36.4)	2,187	50.3	66	1.5
	40-64	613	36.5	872	51.9	525	31.2	577	34.3	109	6.5	629	37.4	1,140	67.8	348	20.7	822	48.9	714	42.5	911	54.2	12	0.7
	65-74	820	30.8	1,313	49.3	609	22.9	576	21.6	185	6.9	1,262	47.4	1,988	74.6	432	16.2	1,672	62.7	866	32.5	1,276	47.9	54	2.0

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ケアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	13,708	26.6	9,561	18.6	5,954	11.6	5,794	11.3	717	1.4	15,775	30.6	29,384	57.1	643	1.2	20,995	40.8	7,764	15.1	28,373	55.1	99	0.2	
保 険 者	合計	1,538	(25.0)	1,147	(18.7)	768	12.5	664	10.8	85	1.4	1,746	28.4	4,750	77.2	129	(2.1)	3,019	(49.1)	1,319	(21.4)	3,701	60.2	10	0.2
	40-64	540	23.8	377	16.6	307	13.5	278	12.2	18	0.8	515	22.7	1,612	71.0	50	2.2	897	39.5	559	24.6	1,366	60.2	0	0.0
	65-74	998	25.7	770	19.8	461	11.9	386	9.9	67	1.7	1,231	31.7	3,138	80.9	79	2.0	2,122	54.7	760	19.6	2,335	60.2	10	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	合計	4,346	27.1	153	3.5%	770	17.7%	36	0.8%	612	14.1%	122	2.8%	1,262	29.0%	273	6.3%	36	0.9%	587	13.5%	366	8.4%
保 険 者	40-64	1,681	20.4	85	5.1%	334	19.9%	14	0.8%	243	14.5%	77	4.6%	453	26.9%	75	4.5%	21	1.2%	235	14.0%	122	7.3%
	65-74	2,665	34.2	68	2.6%	436	16.4%	22	0.8%	369	13.8%	45	1.7%	809	30.4%	198	7.4%	15	0.6%	352	13.2%	244	9.2%

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	合計	6,150	33.6	113	1.8%	409	6.7%	21	0.3%	315	5.1%	73	1.2%	625	10.2%	122	2.0%	9	0.1%	322	5.2%	172	2.8%
保 険 者	40-64	2,270	26.6	59	2.6%	142	6.3%	10	0.4%	99	4.4%	33	1.5%	176	7.8%	41	1.8%	3	0.1%	85	3.7%	47	2.1%
	65-74	3,880	39.7	54	1.4%	267	6.9%	11	0.3%	216	5.6%	40	1.0%	449	11.6%	81	2.1%	6	0.2%	237	6.1%	125	3.2%

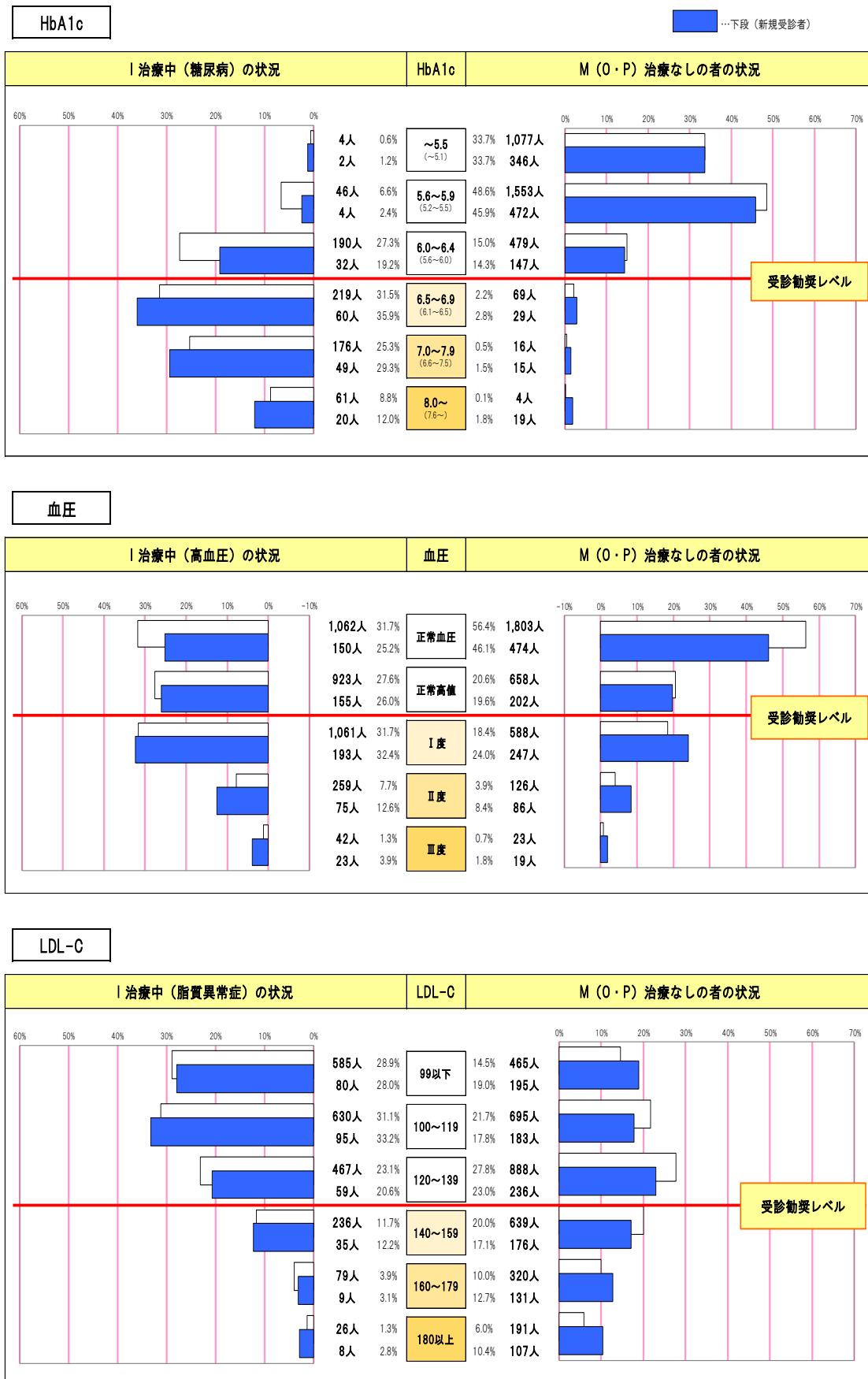
出典：KDB

(3) 新規受診者の状況

新規受診者は、HbA1c、血圧、LDLコレステロールの項目すべてにおいて、受診勧奨レベルの割合が高くなっています。HbA1cは、治療中でありながら、コントロール不良者が多くなっています。（図表 25）

【図表 25】

継続受診者と新規受診者の比較



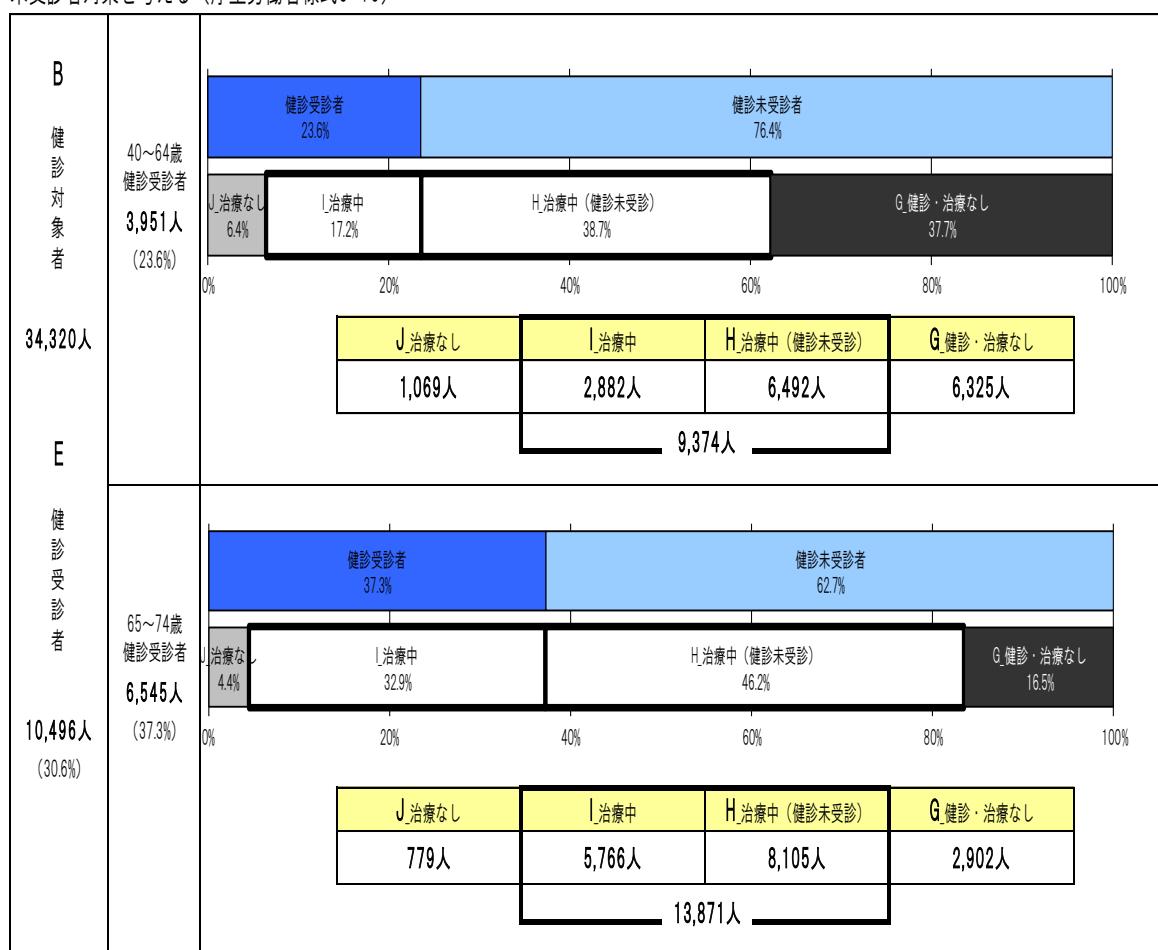
※年度途中の異動者も含めた法定報告数とは相違がある。

(4) 未受診者の把握

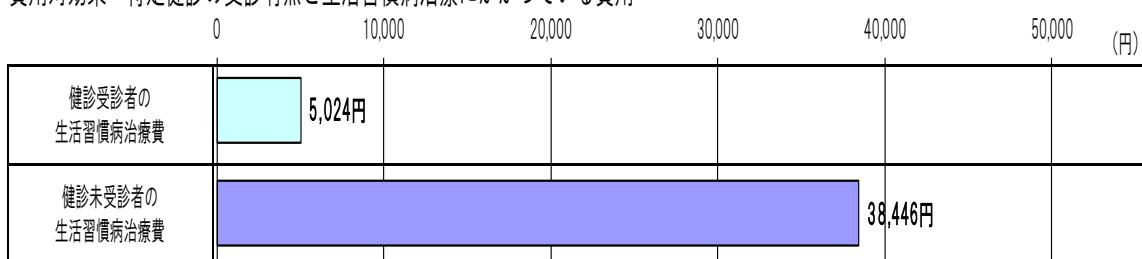
特定健診未受診者かつ未治療者の割合を見ると、若年層である40～64歳の割合が37.7%と高くなっています。これらの者は、身体の実態が全く分からず状態にあります。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有効であるといえます。(図表26)

未受診者対策を考える(厚生労働省様式6-10)

【図表26】



費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっている費用



4 目標の設定

(1) 成果目標

ア 中長期的な取組

これまでの健診・医療情報の分析を踏まえ、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことをめざします。

平成35年度に脳血管疾患の総医療費に占める割合を減少させること、虚血性心疾患の総医療費に占める割合を減少させること、糖尿病性腎症等による新規透析導入者を減少させることを評価指標とします。

また、3年後の平成32年度に中間評価を行うとともに、必要時計画及び評価の見直しをします。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費の増加を抑えることは難しいことから、まずは医療費の伸びを抑えることをめざします。

イ 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、1年ごとに、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととします。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、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。その際には、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。さらには、治療中のデータにおいても、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病の有病者が多く課題解決が必要な疾患としてあげられます。

これらは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていきます。

以上より自覚症状が少ない生活習慣病予防に対し、まずは健診の機会を提供するとともに、状態に応じた保健指導を実施することで、基礎疾患である高血圧、糖尿病の改善を図り、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる必要があります。目標値については、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

健康格差の縮小

健康ひろさき 21
との整合性を図る



生活習慣病の重症化予防に取組、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等による新規透析導入者を減らす。

- ・脳血管疾患の総医療費に占める割合を 1.8%に減少する。
平成 28 年度 2.4% ⇒ 平成 35 年度 1.8%
- ・虚血性心疾患の総医療費に占める割合を 1.1%に減少する。
平成 28 年度 1.3% ⇒ 平成 35 年度 1.1%
- ・糖尿病性腎症等による新規透析者を 15 人に減少する。
平成 28 年度 23 人 ⇒ 平成 35 年度 15 人

【目標】

- 目標 1 · 特定健診受診率 44.0%
 · 特定保健指導実施率 46.5%
- 目標 2 · メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 25%
 に減少
 · 特定健診受診者における高血圧（140/90mmHg 以上）者の割合 25.5%に減少
 · 特定健診受診者における糖尿病（HbA1c 6.5%以上）者の割合 6%に減少

目標項目	平成 28 年度	平成 35 年度
特定健診受診率	30.7%	44.0%
特定保健指導実施率	31.6%	46.5%
メタボリックシンドローム該当者・予備群	29.2%	25.0%
高血圧（140/90mmHg 以上）者の割合	32.9%	25.5%
糖尿病（HbA1c 6.5%以上）者の割合	10.9%	6.0%

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされています。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定します。

2 目標値の設定

【図表27】

	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	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%	44.0%
特定保健指導実施率	36.5%	38.5%	40.5%	42.5%	44.5%	46.5%

3 対象者の見込み

【図表28】

		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	対象者数	33,700人	33,189人	32,150人	30,623人	29,345人	27,837人
	受診者数	11,458人	11,948人	12,217人	12,249人	12,325人	12,248人
特定保健指導	対象者数	1,203人	1,255人	1,283人	1,286人	1,294人	1,286人
	受診者数	439人	483人	520人	547人	576人	598人

4 方策

(1) 特定健診受診率向上に向けた取組

○啓発活動

広報でのPRや国民健康保険に新たに加入する時に特定健診等の案内をするとともに、イベントでのPRや他団体及び関係部署（健康づくり推進課、介護福祉課）との連携により特定健診の受診率の向上に努めます。

○特定健診自己負担額の無料化

第2期から引き続き、弘前市が特定健診費用を負担し、対象者の自己負担額を無料とすることで受診率の向上に努めます。

○人間ドック、各種がん検診との同時実施

国保人間ドック及び市実施のがん検診と同時に受けられるようにすることで、対象者の利便性を図り、受診率の向上を図っていきます。

○受診勧奨通知及び個別訪問による働きかけ

受診率の低い対象者層を掘り起こし、受診勧奨の通知や個別訪問を通して、医療費の抑制効果や健診によるメリットを伝えることで、特定健診の受診意欲につながるような働きかけを行っていきます。

○地区組織と連携した働きかけ

町会長会議等で生活習慣病や健診の受診状況、特定健診から見えた地区の特徴等を

伝えたり、保健衛生委員や健康づくりサポーターに対して特定健診に関する研修を行うことで、地域において特定健診の受診勧奨やPRを行えるような体制づくりに努めます。

○医療機関との連携

特定健診未受診で生活習慣病治療者は、約60%を占めています。かかりつけ医による特定健診受診勧奨の働きかけを引き続き行っていただくとともに、保険者である弘前市と連携を強化することで、受診率の向上を図ります。（図表29）

特定健診未受診者の状況

【図表29】

	健診対象者 ^a	健診未受診者数 ^b (b/a)	未受診者数のうち生活習慣病治療中 ^c (c/b)	
平成28年度	34,320	23,824 (69.4%)	14,597 (61.3%)	
平成27年度	35,657	24,688 (69.2%)	14,937 (60.5%)	
平成26年度	36,666	26,411 (72.0%)	15,876 (60.1%)	
平成25年度	37,430	27,852 (74.4%)	16,494 (59.2%)	

○いきいき健診の検査データの活用

弘前大学と弘前市が共同で行っている65歳以上を対象とした「いきいき健診」の検査データについて、平成30年度から本人同意の下、特定健診の検査データとして活用できるよう、弘前大学と連携を図っていきます。

(2) 特定保健指導の実施率の向上・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少に向けた取組

特定健診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より、特定健診等の実施の成果に係る目標として、平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を平成35年に25%以上にすることを掲げています。減少率の目標を達成するためにも、特定保健指導の効果検証や効率的な対策の検討を行い、以下に取り組みます。

ア 特定保健指導の実施体制の充実

(ア) 実績評価の時期の見直し

初回面接から実績評価を行う期間を3~4ヶ月に短縮して実施し、特定保健指導の実施率の向上を目指します。ただし、対象者の改善状況や指導の希望に応じて、実施期間を従来のように6ヶ月に設定するなど、対象者の個別性に合わせて実施します。

(イ) 2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導

実施基準第7条第1項及び第8条第1項に基づき、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者に対しては、動機づけ支援相当の支援を実施していきます。

(ウ) 初回面接・中間評価・実績評価の同一機関以外の実施

弘前市と委託先の保健指導実施機関との間で、適切に対象者の情報共有を行い、保健指導実施機関において中断した者への中間評価・実績評価を弘前市が継続して行います。その際は、委託元である弘前市が特定保健指導に係る調整について責任を持ち、特定保健指導全体の総括・管理を行い一連の特定保健指導が滞りなく実施できるよう努めます。

イ 20～30代の国民健康保険健康診査・保健指導の実施

国が重点的に推進する国民健康保険事業のうち、生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組として、20～30代の若年層を対象に健康診査及び保健指導を実施します。対し早期に支援することで、生活習慣病の発症の予防に努めます。併せて、早期からの働きかけにより、40歳以降も特定健診を受診する意識付けを図ります。

ウ 要治療者への受診勧奨

特定健診の結果、要治療の判定を受けた未治療者・未受診者に対して、家庭訪問や電話などで受診勧奨や保健指導を行い、生活習慣病の重症化の予防に努めます。また、医療機関と連携しながら要治療者の受診結果を把握し、依然として未治療・未受診者に対しては治療の必要性を理解してもらえるよう働きかけ、継続して受診勧奨を行います。

エ 途中加入者で継続した保健指導を希望する者への保健指導の実施

加入者が加入する保険者が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して適切に特定健康診査及び特定保健指導を実施できるよう、高確法第27条第1項及び実施基準第13条に定められています。そのため、主に全国健康保険協会青森支部から異動し、特定保健指導の継続利用を希望する被保険者に対して、本人の同意の下、前保険者から特定健診等の情報提供を受けて、弘前市が保健指導を継続して実施します。

オ 保健指導の充実

対象者が健診結果から身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識した上で、生活習慣の改善を自ら選択できるように支援することが重要となります。そのため、身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、対象疾患の知識や保健指導の方法など最新の知識や技術を習得できるよう研鑽に努めます。

5 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診については、全て外部委託により実施します。

ア 個別健診

弘前市医師会に委託し、弘前市医師会健診センター及び指定医療機関が実施します。

イ 集団健診

岩木地区及び相馬地区においては、青森県総合健診センターに委託し複合健診として特定健診を実施します。また弘前市医師会に委託し、駅前公共施設であるヒロ口を会場に複合健診として特定健診を実施します。

ウ 国保人間ドック・がん検診

特定健診と国保人間ドックまたはがん検診を同時に受診できるようにします。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第16条第1項に基づき、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、弘前市のホームページに掲載します。

(参照)URL : <http://www.city.hirosaki.aomori.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする者を抽出する国が定めた項目に加え、弘前市の健康課題の解決に向けて、市独自の検査項目を追加して特定健診を実施します。（実施基準第1条4項）（図表30）

健診項目

【図表30】

区分	検査内容	
基本的な 健診の項目 (全員に実施)	問診	既往歴の調査 (喫煙、服薬、生活習慣に関する項目) 自覚症状等
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
	血圧	
	診察	
	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 総コレステロール
	肝機能検査	GOT GPT γ -GTP
	血糖検査	空腹時血糖 HbA1c
	尿検査	糖、蛋白
詳細な 健診の項目 (全員に実施)	貧血検査	赤血球、血色素量、 ヘマトクリット値
	心電図検査	
	腎機能検査(クレアチニン)	
追加項目 (全員に実施)	血液検査	白血球数、血小板数、MCV 尿酸 アルブミン
	尿検査	潜血
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)	眼底検査	

(5) 実施時期

毎年5月から翌年3月までの期間で実施します。

(6) 医療機関との連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

また、レセプト情報等から複数年健診を受診していない者を市が抽出の上、医療機関に情報提供し、医療機関から積極的に受診勧奨を行えるようかかりつけ医との連携を図ります。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、青森県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 特定健診の案内方法・実施スケジュール

毎年4月1日現在弘前市国民健康保険の被保険者で、年度中に40～74歳までとなる者に対して、特定健診受診券を作成し、5月に個別送付します。5月以降に弘前市国民健康保険に加入した受診対象者については、加入手続きの際に受診案内を行います。

また特定健診を開始する時期等に合わせて、広報にも健診期間や健診内容を掲載し周知を図ります。年間実施スケジュールについては、下記のとおりとします。(図表31)

年間実施スケジュール

【図表31】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券発行 ○健診対象者の抽出及び受診券の作成	○受診券の送付											→
個別健診			↔									→
集団健診			↔	↔								
国保人間ドック					↔							
がん検診	↔											→

6 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、実施体制を整え、市直営及び外部委託により行います。委託機関については、高齢者の医療の確保に関する法律及び国民健康保険の趣旨を十分理解していることを前提とし、基本指針において国の示す特定保健指導実施機関の質を確保するための委託基準を網羅して、特定保健指導プログラムを実施している保健指導機関とします。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

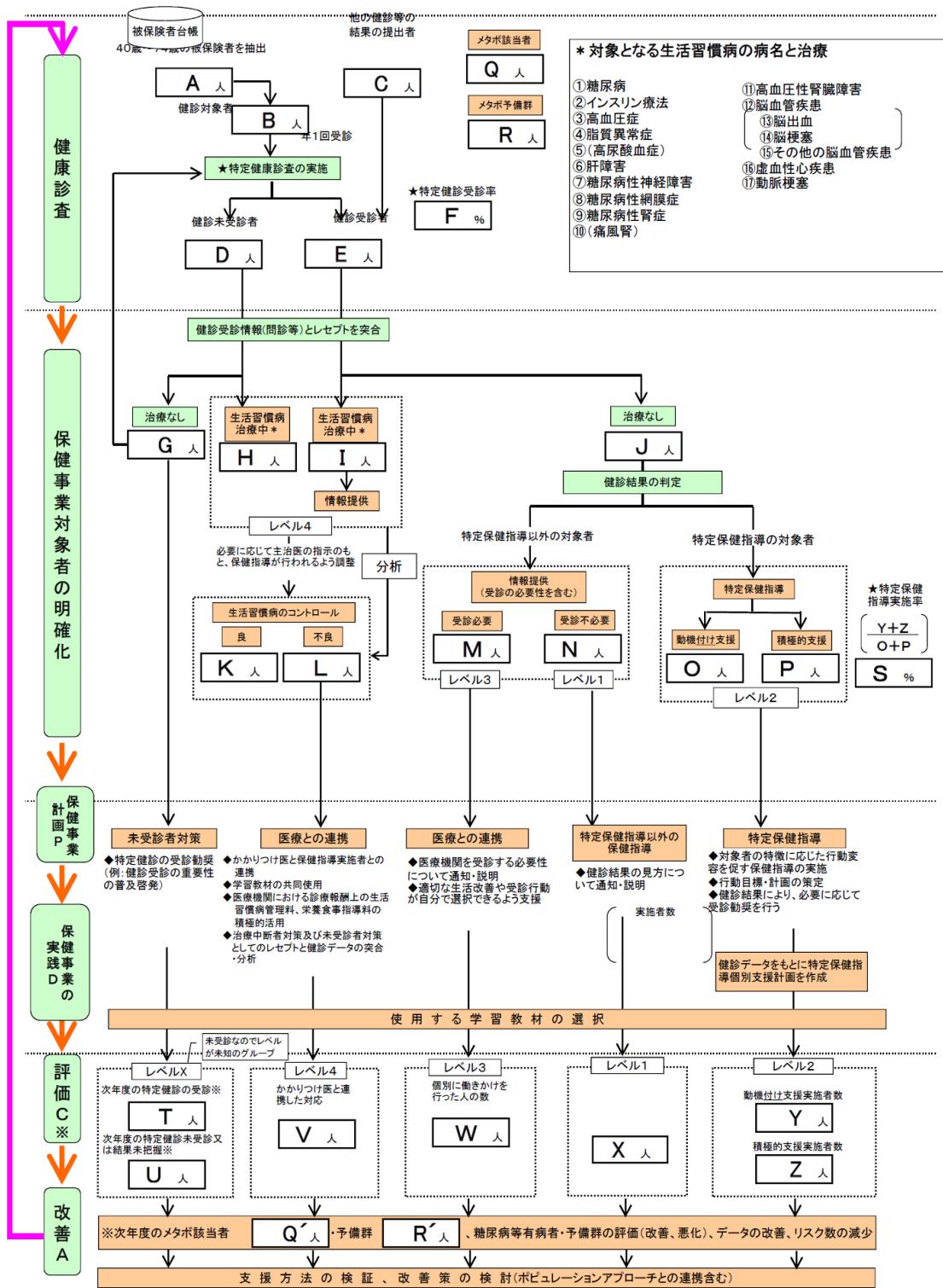
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者を明確化し、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 32)

【図表 32】

様式5-5

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 33）

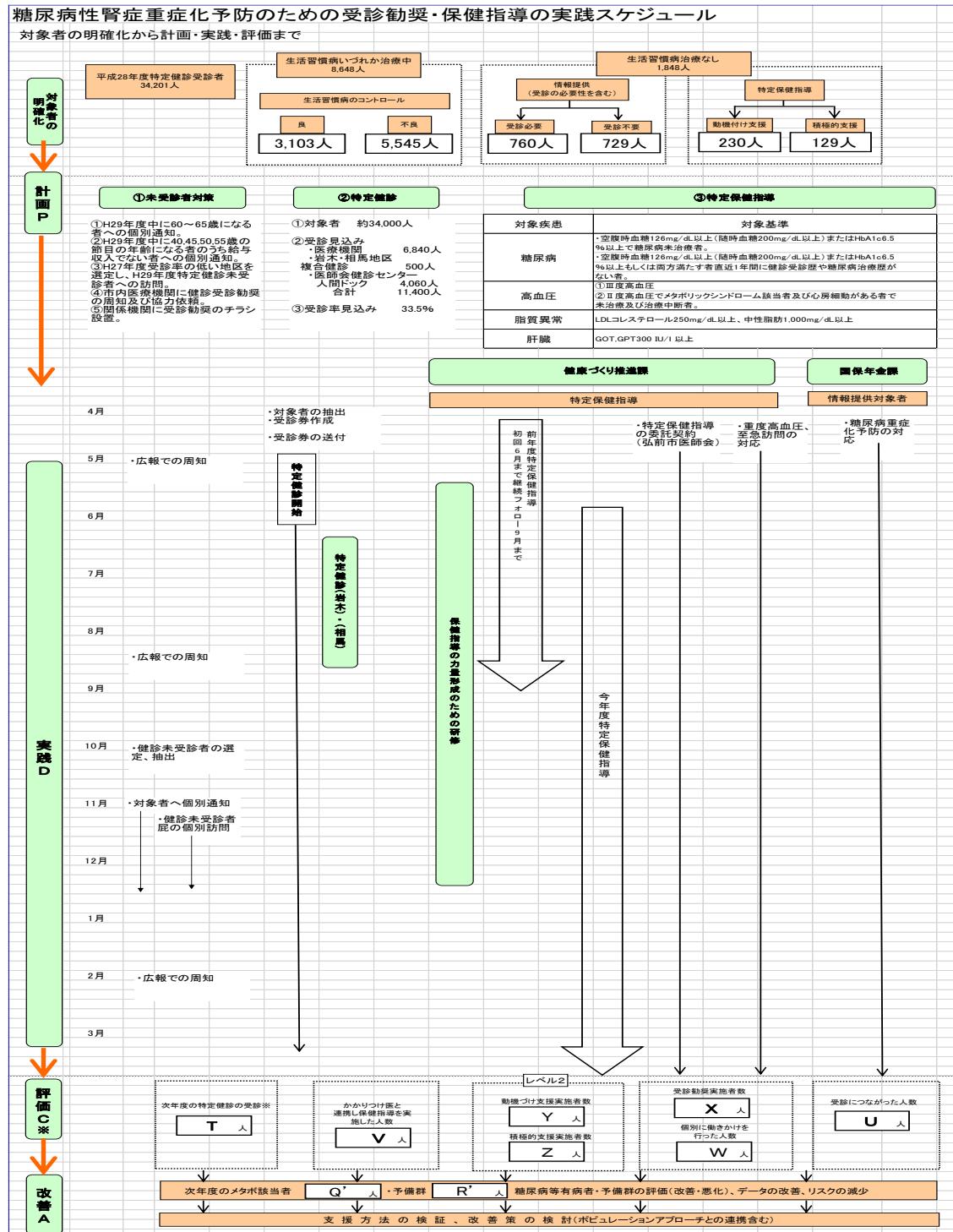
【図表 33】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合) (平成35年度)	目標実施率 (平成35年度)
1	O P	特定保健指導 O：動機づけ支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	1,286人 (10.5%)	特定保健指導実施率 46.5%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	1,250人 (10.2%)	Ⅲ度高血圧・糖尿病重症化予防事業対象者への対応率 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発、個人通知や訪問による受診勧奨)	15,589人	特定健診未受診者への対応率 100%
4	I	情報提供（生活習慣病治療中）	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	153人 (1.3%)	Ⅲ度高血圧・糖尿病重症化予防事業対象者への対応率 100%
5	N	情報提供（受診不必要）	◆健診結果の見方について通知・説明	9,559人 (78.0%)	受診者のうち情報提供となった者への情報提供実施率 100%

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。(図表 34)

【図表 34】



7 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）および弘前市個人情報保護条例（平成18年弘前市条例第20号）を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査等を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の履行状況を管理していきます。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診等の記録は、実施基準第10条で記録の作成の属する年度の翌年度から5年間また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定められていますが、特定健診・特定保健指導のデータは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用によるメリットや住民自らが自分の健康管理を行えるよう支援するためにも、特定保健指導に活用可能な範囲の年数は継続して保管していきます。

8 結果の報告

高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の算定に関する省令（平成19年厚生労働省令第140号）第44条第2項に基づき、医療保険者は支払基金（国）に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況について報告するとされています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに支払基金である国へ報告します。

9 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、弘前市の広報及びホームページへの掲載により公表、周知していきます。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通の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すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果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て実施していく必要があります。

重症化予防の取組としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行います。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へ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ていきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用への影響等を広く市民へ周知します。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び弘前市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取組にあたっては図表35に沿って実施します。

- 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 35】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	P 対象者選定基準検討		○			□
9	計画・準備 基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 受診勧奨 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保健指導 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 評価報告 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、弘前市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた対象者を抽出し、以下のとおりとします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(イ) 選定基準に基づく対象者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく対象者を把握する必要があります。その方法として、保険者が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し対象者の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。（図表 36）

【図表 36】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) ^{注1}		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。弘前市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しくなっています。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。（参考資料 2）

② 基準に基づく対象者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 37)

弘前市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 552 人 (35.5%) でした。40~74 歳における糖尿病治療者 4,892 人中のうち、特定健診受診者が 1,002 人 (20.5%・G) でしたが、22 人 (2.2%) は中断がありました。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 3,890 人 (79.5%) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 810 人中 267 人は治療中断であることが分かりました。また、543 人については継続受診中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

弘前市においての介入方法は図表 37 から以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・ 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) … 552 人
- ・ 糖尿病治療中であったが中断者 (ウ・オ) … 289 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・ 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (カ) … 980 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

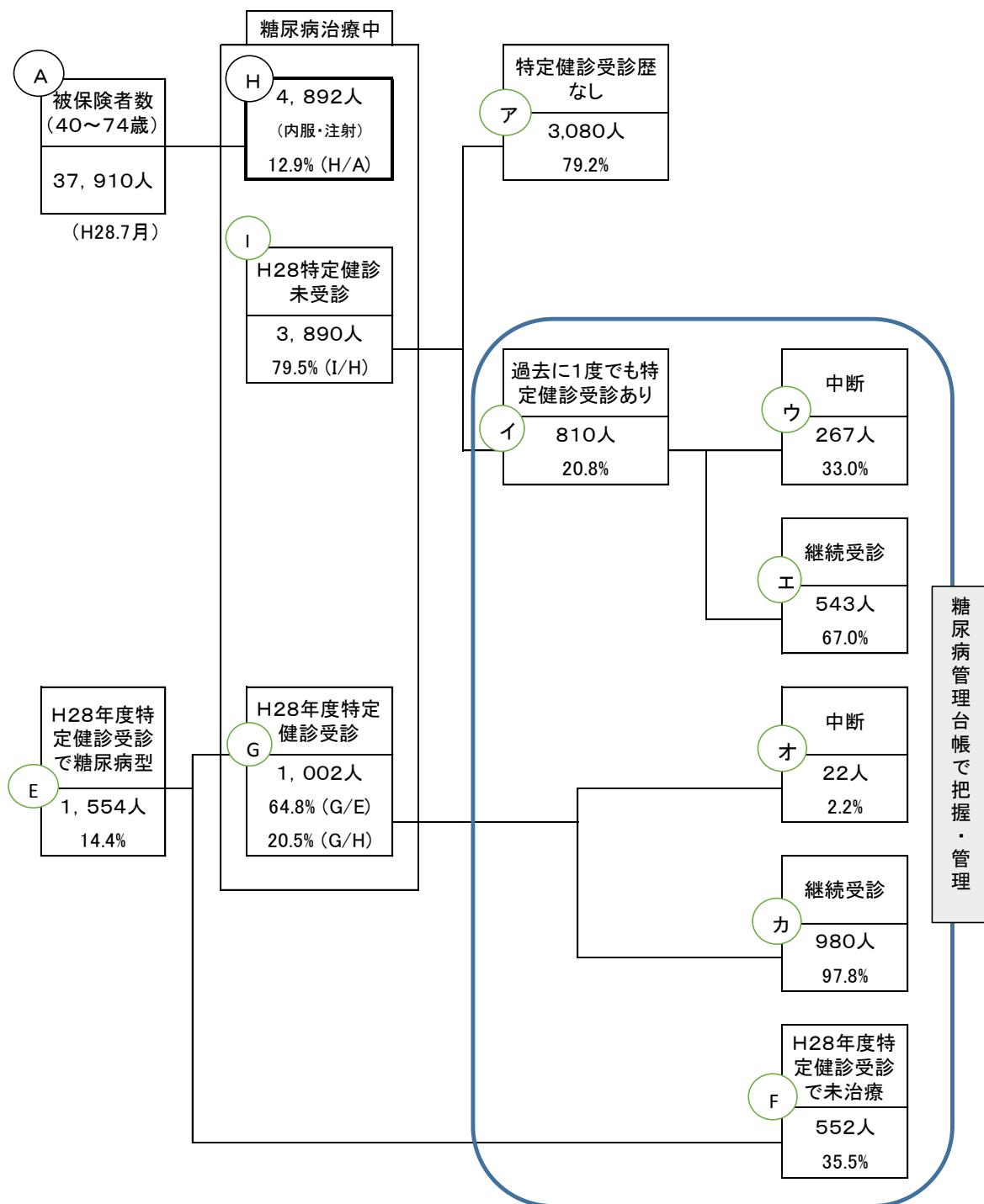
優先順位 3

【保健指導】

- ・ 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (エ) … 543 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

【図表 37】



ウ 対象者の進捗管理

(ア) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料3)及び年次計画表(参考資料4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病管理台帳作成手順】

- ① 特定健診データを利用して治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上の 対象者は、以下の情報を管理台帳に記載します。
 - ・ HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載します。
 - ・ HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載します。
 - ・ 当該年度の健診データのみだけでなく、過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載します。

【項目】HbA1c、血圧、体重、eGFR、尿蛋白

- ② 資格を確認します。
- ③ レセプトを確認し情報を記載します。

○治療状況の把握

- ・ 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトを確認します。
- ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認します。
- ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入します。
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載します。

- ④ 管理台帳記載後、結果を確認します。

去年のデータと比較し介入対象者を試算します。

- ⑤ 担当地区の対象者数を把握します。

○未治療者・中断者（受診勧奨者）

○腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

エ 保健指導の実施

（ア）糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要となっています。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などのリスク因子の管理も重要となってきます。弘前市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととします。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行なっています。（図表 38）

【図表 38】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 →</p> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合 が少くない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <p>1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起きた体の部位と症状のあらわれ方～</p> <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という) 「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<p>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性)</p> <p>14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料 ←</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら增量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけど聞くけど?</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?]</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ピグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは]</p>

(イ) 特定健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（一）又は（土）の者は、尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

才 医療との連携

(ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に弘前市医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データを収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては弘前市のプログラムに応じ行なっていきます。

力 介護との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は介護支援専門員や地域包括支援センター等と連携していきます。

キ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していきます。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料5）を用いて行なっていきます。

(ア) 短期的評価

- 受診勧奨者に対する評価
 - ・受診勧奨対象者への介入率
 - ・医療機関受診率
 - ・医療機関未受診者への再勧奨数

- 保健指導対象者に対する評価

- ・保健指導実施率
 - ・糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

【比較項目】

- ・HbA1cの変化
 - ・eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）

- ・尿蛋白の変化
- ・服薬状況の変化

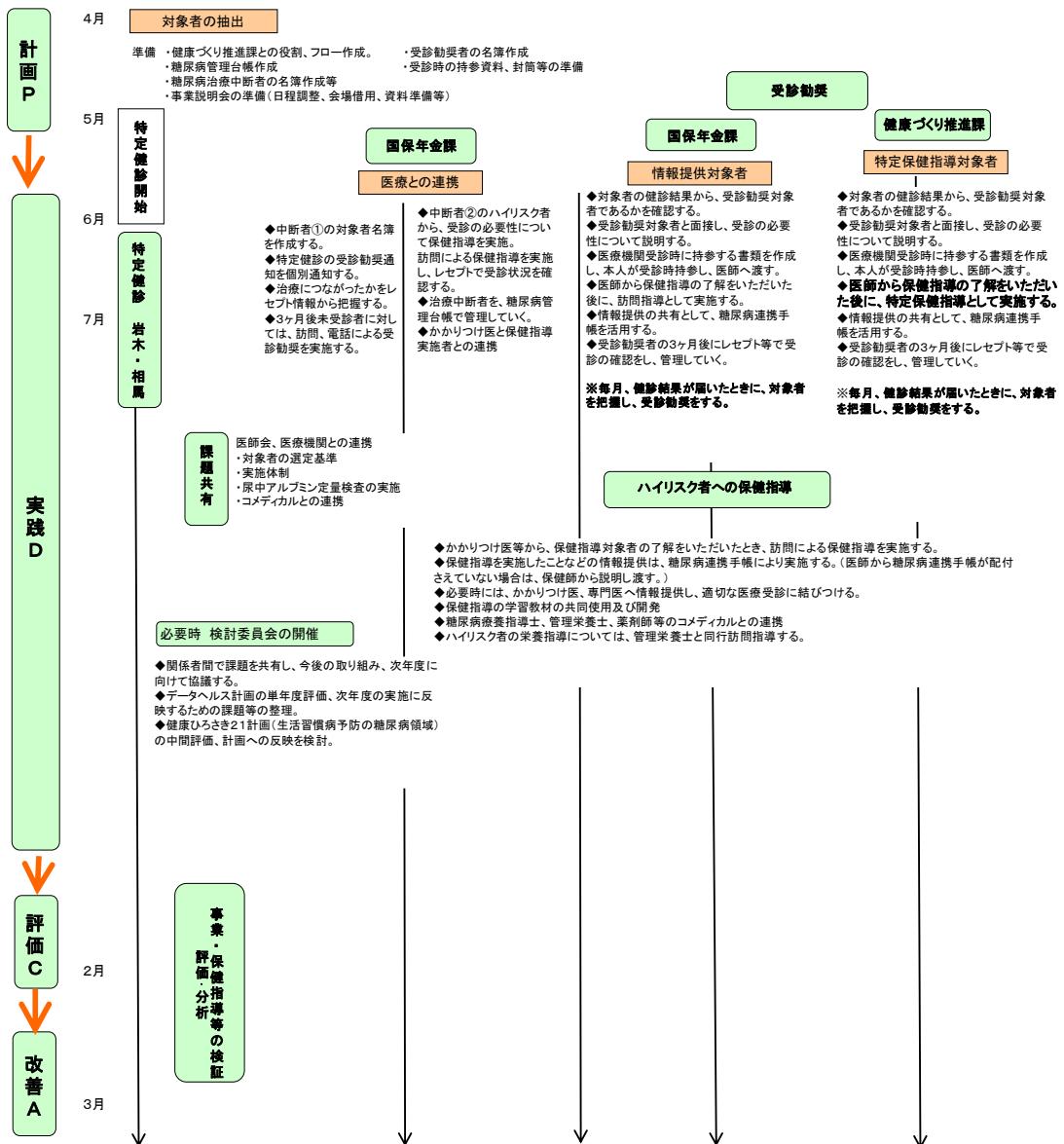
ク 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準を決定、抽出します。

5月 介入方法、実施方法の決定、糖尿病管理台帳に記載、対象者へ介入（通年）します。

糖尿病性腎症重症化予防のための受診勧奨・保健指導の実践スケジュール

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



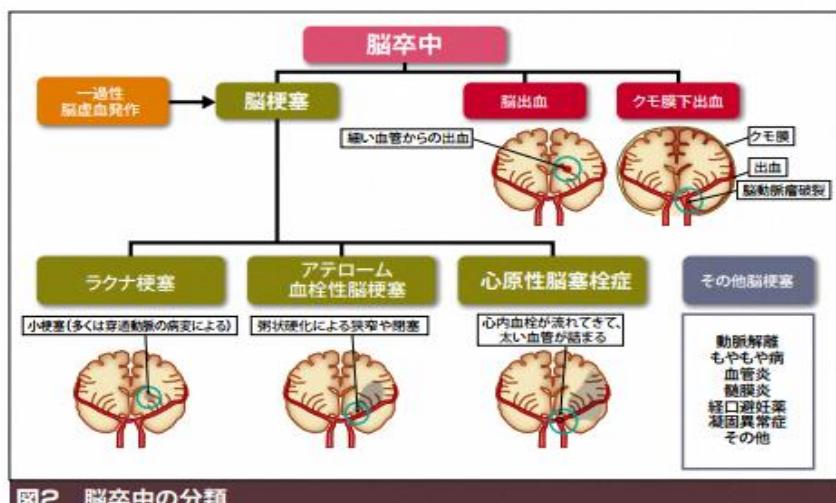
(2) 脳血管疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 39、40)

【脳卒中の分類】

【図表 39】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 40】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンдром	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	クモ膜下出血	●							

イ 対象者の明確化

(ア) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 41に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になります。

【図表 41】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○		○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○		○							
	心原性脳梗塞	●			●	○		○							
脳出血	脳出血	●													
	クモ膜下出血	●													
リスク因子(○はハイリスク群)	高血圧	糖尿病	脂質異常症 (高LDL)	心房細動	メタボリックシン ドローム	慢性腎臓病(CKD)									
特定健診受診者における重症化予防 対象者	II度高血圧以上		HbA1c6.5% (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未 満)						
	受診者数* 10,759	780人	7.2%	832人	7.7%	522人	4.9%	155人	1.4%	1917人	17.8%	140人	1.3%	203人	1.9%
治療なし		355人	5.6%	463人	4.7%	481人	5.8%	42人	0.7%	333人	5.9%	25人	0.5%	46人	0.9%
治療あり		425人	9.5%	369人	37.5%	41人	1.6%	113人	2.0%	1584人	27.6%	115人	2.0%	157人	2.7%
→ 臓器障害あり		85人	23.9%	127人	27.4%	96人	20.0%	42人	100%	87人	26.1%	25人	100%	46人	100%
臓器障 害あり の内	CKD(専門医対象)	11人		23人		16人		2人		10人		25人		46人	
	尿蛋白(2+)以上	7人		16人		6人		0		8人		25人		5人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		3人		2人		0		0		0		0	
	eGFR50未満(70歳以上は 40未満)	4人		5人		11人		2人		3人		5人		46人	
	心電図所見あり	77人		113人		82人		42人		39人		6人		9人	

※年度途中の異動者も含むため法定報告数とは相違がある。

脳血管疾患において高血圧は最も重要なリスク因子であり、図表 41 で重症化予防対象者をみると II 度高血圧以上が 780 人 (7.2%) で、うち未治療者が 355 人で、そのうち 85 人 (23.9%) は臓器障害の所見が見られたため早急に受診勧奨が必要なことがわかりました。また治療中で II 度高血圧者は 425 人 (9.5%) いることがわかり、治療中でもリスクがある場合は医療機関と連携して保健指導を行う必要があります。

(イ) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は、最大のリスク因子ですが、高血圧以外のリスク因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他のリスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。(図表 42)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 42】

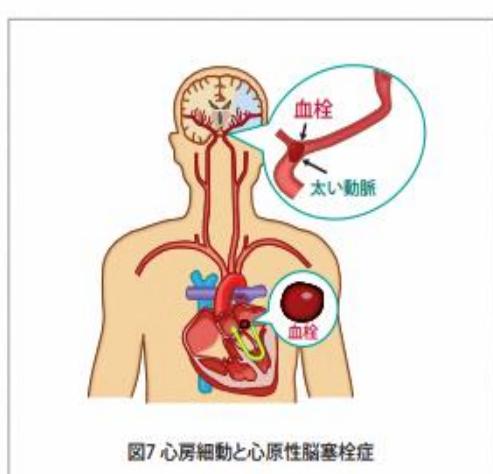
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
6,294		1,957	1,389	1,357	1,236	293	62	85	711	795
		31.1%	22.1%	21.6%	19.6%	4.7%	1.0%	1.4%	11.3%	12.6%
リスク第1層	774	362	180	119	85	24	4	85	24	4
		12.3%	18.5%	13.0%	8.8%	6.9%	8.2%	100%	3.4%	0.5%
リスク第2層	3,588	1,124	786	810	687	154	27	--	687	181
		57.0%	57.4%	56.6%	59.7%	55.6%	52.6%	96.6%	22.8%	
リスク第3層	1,932	471	423	428	464	115	31	--	--	610
		30.7%	24.1%	30.5%	31.5%	37.5%	39.2%	76.7%		
糖尿病	600	142	131	137	153	27	10			
		31.1%	30.1%	31.0%	32.0%	33.0%	23.5%			
慢性腎臓病 (CKD)	812	225	189	166	178	40	14			
		42.0%	47.8%	44.7%	38.8%	38.4%	34.8%			
3個以上の危険因子	953	196	182	227	258	69	21			
		49.3%	41.6%	43.0%	53.0%	55.6%	60.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 42 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化であり、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってきます。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態



心房細動（不整脈）は、心原性脳塞栓症の原因となり、脳梗塞を発症した場合は、重症例となります。

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなっています。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能で、図表 43 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況となっています。

(脳卒中予防の提言より引用)

平成28年度 心電図の有所見状況

【図表 43】

	心電図検査受診者		心房細動有所見者			日循疫学調査*		
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	4346	6150	92	2.1	29	0.5	-	-
40歳代	377	361	1	0.3	0	0	0.2	0.04
50歳代	659	801	3	0.5	1	0.1	0.8	0.1
60歳代	2087	3172	45	2.2	10	0.3	1.9	0.4
70～74歳	1223	1816	43	3.5	18	1.0	3.4	1.1

【図表 44】

心房細動有所見者	治療の有無					
	未治療者		治療中			
	人	%	人	%	人	%
121	100		6	5.0	115	95.0

心電図検査で 121 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しています。特に 60 代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかりました。また 121 人のうち 115 人は既に治療が開始されていましたが、6 人は特定健診を受診し、心電図検査を受けたことで発見ができ、受診勧奨が必要な対象者でした。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

ウ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるが、リスクのある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(イ) 対象者の管理

○高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や治療中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。(参考資料 8)

○心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的

な受診ができるように管理台帳を作成し経過を把握していきます。(参考資料9)

エ 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のため、未治療者や治療中断者であることを把握した場合、受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、国保データベースシステム(以下「KDB」という。)等を活用しデータを収集していきます。

オ 介護との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は介護支援専門員や地域包括支援センター等と連携していきます。

カ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していきます。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っています。

(ア) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の重症化予防対象者の減少

キ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準を決定します。

5月 対象者を抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法を決定します。

5月～特定健診結果から糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ
介入(通年)します。

(3) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて選定していきます。(参考資料 2)

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていきます。(参考資料 6)

(イ) 重症化予防対象者の抽出

○心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つです。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。弘前市において健診受診者 10,496 人のうち心電図検査実施者 10,496 人 (100%) で、そのうち ST 所見があった者 520 人となっていました(図表 45)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また要精査には該当しないが ST 所見ありの人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

心電図検査結果

【図表 45】

健診受診者	心電図検査		ST所見あり	その他の所見		異常なし			
	平成28年度	10,496人	10,496人	100%	520人	5.0%	2,292人	21.8%	7,684人

ウ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 46 の問診が重要で、対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながります。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導

教材を活用して対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるが、リスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

さらに、平成30年度から健診項目に総コレステロールが追加となり、動脈硬化惹起性の高いリボ蛋白を総合的に判断できる指標としてNon-HDLコレステロール値を把握することが可能となることから、対象者の状況に合わせた保健指導を行います。

【図表46】

虚血性心疾患に関する症状

- ・少なくとも15秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3~5分程度 (休むとよくなる)	数分~20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(イ) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うこととします。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日が記載できるようになっています。

なお、LDLコレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については、糖尿病管理台帳にないため今後検討していきます。

エ 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用してデータを収集していきます。

オ 介護との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は介護支援専門員や地域包括支援センター等と連携していきます。

カ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していきます。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行なっていきます。

(ア) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少

キ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準を決定します。

5月 対象者を抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法を決定します。

5月～特定健診結果から糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）します。

3 ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、地域では「高血圧予防」や「糖尿病予防」などをテーマに栄養士や健康運動指導士、地区組織である健康づくりサポーター、食生活改善推進員、ひろさき健幸増進リーダーと連携しながら健康講座や運動教室を行い、健康づくりに関する知識の普及啓発を行っています。市民からは「小学校の親世代などを対象にすることが大切」「薄味でも美味しい食べられることをもっと地域へ広げたい」などの意見が聞かれています。

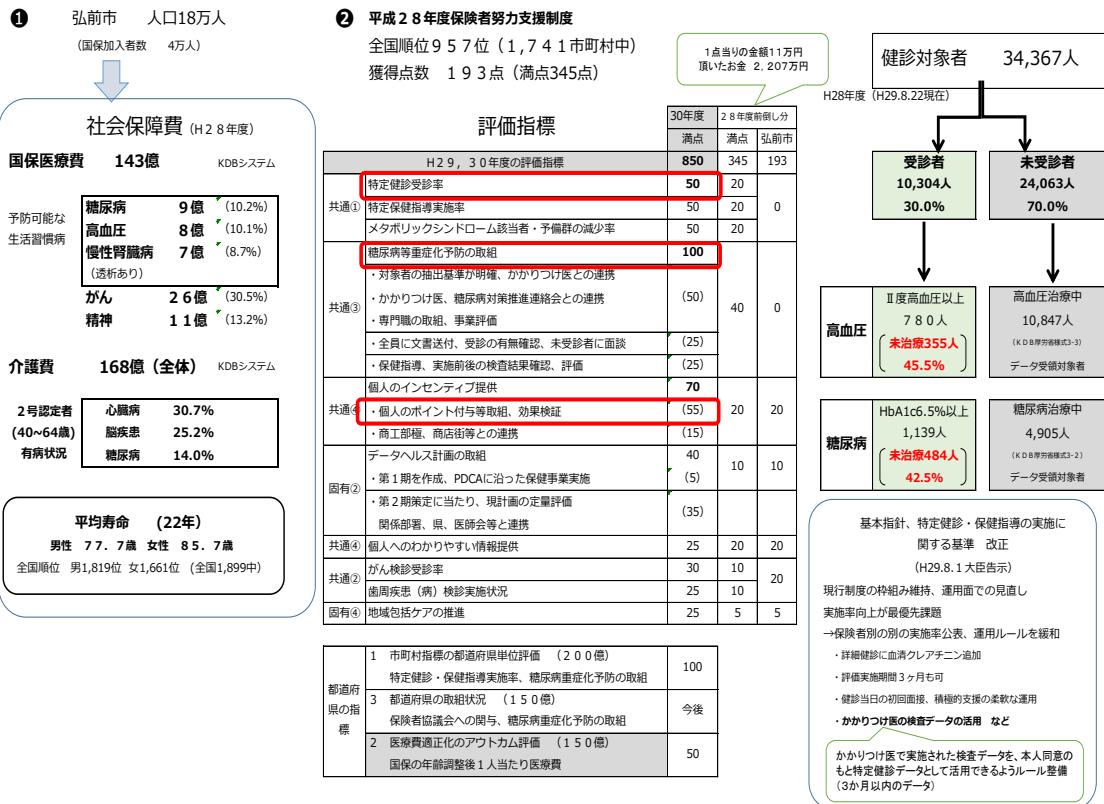
今後は、「食習慣の改善」と「身体活動の増加」を中心としたアプローチを強化し、個人・地域・社会環境と協働したポピュレーションアプローチを進めています。

また、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。（図表47・48）

【図表 47】

H29.11.13

保険者努力支援制度の視点で、弘前市の社会保障費と予防・健康管理をみる



【図表 48】

青森県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーション資料

1 からだの実態		2 食の実態	
① 健診データ (H25年度厚生労働省様式6-2~6-7健診有所見者状況)			
BMI	4位	カップめん	1位
GPT	1位	即席めん	2位
空腹時血糖	3位	さけ	1位
HbA1c	11位	さんま	1位
拡張期血圧 (100以上)	12位	いか	1位
LDLコレステロール (180以上)	17位	ほたて貝	1位
加工品、 カップめんなどか ら塩分、 飲料から 単純糖質 を多く摂 取。			
3 食事調査の実態 入院・入院外 (平成26年度)			
農業・林業	1位		
漁業	2位		
建設業	7位		
食堂・レストラン	5位		
バー キャバレー ナイトラブ	3位		
純アルコール量	3位		
② 患者調査の実態 入院・入院外 (平成26年度)			
食塩	1位		
マヨネーズ・マヨネー ズ風調味料	2位		
しょうゆ	3位		
みそ	3位		
③ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者 (平成27年)			
炭酸飲料	1位		
果実・野菜ジュース	1位		
コーヒー飲料	1位		
青森県	12位	46.7%	

出典
・厚生労働省 特定健診・特定保健指導に関するデータ(全医療保険者)
・厚生労働省 患者調査
・(社)日本透析医学会 統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現状」
・総務省統計局 経済センサス基礎調査
・総務省 家計調査

4 その他の取組

(1) 重複頻回受診者・重複服薬者への訪問指導

平成 28 年度の重複頻回受診者 2,267 人のうち訪問指導対象者 438 人は、同一月内に同一診療科に 15 回以上受療した頻回受診者は 7 人（内訳、内科 1 人、整形外科 6 人）、同一月内に 2 か所以上の医療機関を受療する重複受診者は 0 人、同一月に複数の医療機関を受療した多受診者は 431 人でした。（図表 49）また、同一月に 2 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重複服薬者は 1 人でした。

多受診者のうち主に生活習慣病受療者を訪問指導対象者としているのは、生活習慣病は、重症化により複数の代謝異常や血管障害が現れるため、複数の診療科にわたっての受療を要することがあります。そのため、生活習慣病の重症化予防を行うことで、多受診者の減少につながるよう訪問指導を行います。

【図表 49】

平成28年度 多受診者の訪問指導対象

	対象者		保健指導実施者	
	人	%	人	%
計	431人	19	342人	79.4
70～74歳	153人	35.5	126人	82.4
60～69歳	225人	52.2	183人	81.3
50～59歳	43人	10	27人	62.8
40～49歳	7人	1.6	6人	85.7

帳票システム～国保重複多受診者一覧表
H27. 11月～H28. 2月の2,267人から、
訪問指導対象者を抽出している。

(2) 後発医薬品の利用促進

医療費適正化のためには、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進が重要になります。そのため生活習慣病や慢性疾患治療者へ後発医薬品に切り替えた場合の差額通知や保険証更新時に希望カードを配布しています。これらの取組により、年々使用率は上がり、平成 28 年度 69.1%となっています。（図表 50）

国の目標値、数量シェアの 80%以上に向け、引き続き利用促進対策を取組ことが必要となります。

【図表 50】

後発医薬品使用割合（数量シェア 年間平均）

	H26年度	H27年度	H28年度
弘前市	60.3%	63.6%	69.1%
県	60.9%	64.1%	69.4%

出典：国保連合会市町村別集計（一般十退職）

第5章 地域包括ケアに係る取組

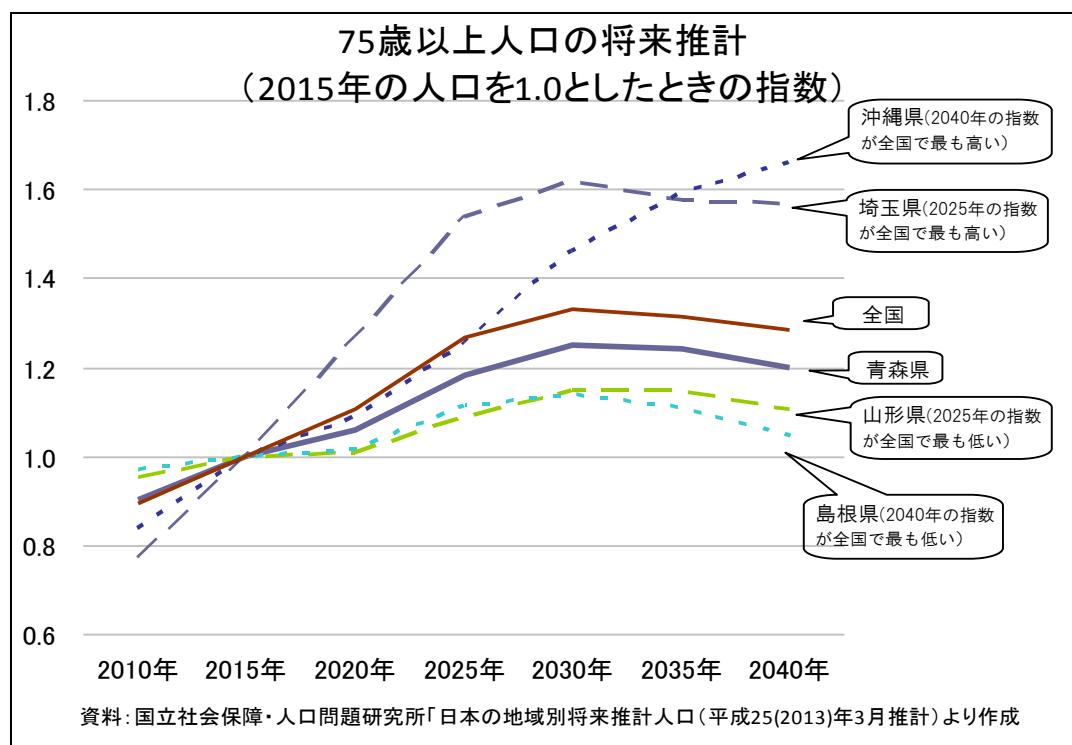
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

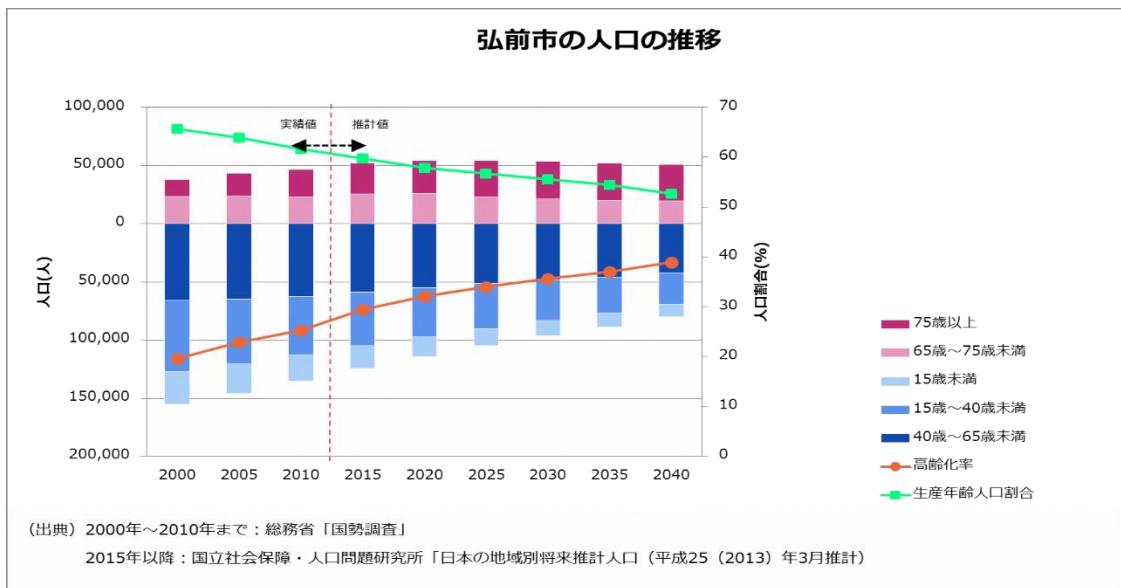
重度の要介護状態となる原因としては、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている現状です。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等は、予防可能な生活習慣病の重症化に起因するものです。そのため、重症化予防を推進し、さらにはKDB・レセプトデータから要介護に至った背景を分析しハイリスク対象者を抽出することで、特徴を踏まえた保健指導の展開による要介護認定者の減少が期待できます。つまりは、第4章の重症化予防の取組が介護予防の効果へつながり、市民の健康寿命の延伸と要介護状態により地域で暮らせなくなることへの予防が可能であると捉えることができます。

青森県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指數で2040年が1.20と推計されています。(図表51)

国保被保険者は全被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、このような状況から、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスができるだけ必要としないようにするための取組は、非常に重要なとなります。

【図表51】





弘前市の高齢化率の順位		
(2010年10月時点)		
青森県内	31番目	40保険者
全国	941番目	1,579保険者
(2025年の推計値)		
青森県内	35番目	40保険者
全国	908番目	1,520保険者
(2040年の推計値)		
青森県内	36番目	40保険者
全国	852番目	1,520保険者

高齢期は個人差の大きい年代であるため、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。かかりつけ医や薬剤師、介護支援専門員、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組み等、地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながります。このことから、国民健康保険担当者が地域ケア会議に参加し、情報共有に努めています。

さらには、高齢者の特性を踏まえ、介護保険制度と連携した保健事業を実施することにより、市民の健康に対する意識の向上、適切な保健指導実施により要介護状態の重症化を防ぐことを目指します。また、生活支援等の必要がある場合は、地域包括支援センター等に情報提供するなど連携を図ります。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020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2023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います。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システム を整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制 を整備しているか。（予算等も含む）・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病 等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、K D Bに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、弘前市医師会の糖尿病重症化予防対策検討委員会で指導・助言を受け、必要に応じ国民健康保険団体連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

データヘルス計画の目標管理一覧表

開運計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標			初期値	中期評価値	最終評価値	現状達成把握方法			
			H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
特 等 計 画 健 診 計 画	中 長 期 デ タ ヘル ス 計 画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす ・上位に占める死因が伸びている。 ・医療費に占める割合では、糖尿病の医療費は5.98%で、他の予防可能な疾患と比べて増えている。 ・心血管疾患有病者のうち高血圧治療81.5%、糖尿病治療38.3%であり、特に糖尿病は、平成25年度と比べると3.9%増えている。	特定健診受診率44.0%以上 特定保健指導実施率46.5%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	30.6% 31.6% -1.7%	32.0% 33.5% -3.4%	34.0% 36.5% -0.1%	36.0% 38.5% 3.9%	38.0% 40.5% 8.8%	40.0% 42.5% 14.3%	42.0% 44.5% 20.3%	44.0% 46.5% 25.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
短 期 保 険 者 努 力 支 援 制 度	・75歳未満のがん年齢調整死亡率は97.1(人口10万人あたり)で、青森県96.9、国79.9と比較して高い。(平成27年度)	脳血管疾患の総医療費に占める割合18%に減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.1%に減少 糖尿病性腎症等による新規透析導入者の減少 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を25%に減少 健診受診者のⅢ度高血圧未治療者の割合25%に減少 健診受診者のⅢ度高血圧未治療者の割合25%に減少 健診受診者の高血圧者の割合25.5%に減少(140/90以上) 健診受診者の糖尿病者の割合6.0%(HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100% がん検診受診率 胃がん検診 15.8%以上 肺がん検診 11.6%以上 大腸がん検診 34.1%以上 子宮頸がん検診 34.9%以上 乳がん検診 27.4%以上 40歳限定がん検診キャンペーンの応募 10.7% 後発医薬品の使用割合80%以上 自己の健康に関心を持つ住民が増える ・数量シェアH28年度64.6%	2.4% 1.3% 23人 50.0% 32.9% 10.9% 65.0% 15.2% 10.6% 26.3% 33.0% 25.4% 10.0% 64.6%	2.3% 1.2% 22人 46.4% 32.0% 10.2% 76.0% 15.3% 10.8% 28.0% 33.4% 25.4% 10.1% 72.0%	2.2% 1.2% 20人 39.2% 31.0% 9.5% 75.0% 15.5% 11.0% 30.5% 34.2% 25.4% 10.3% 78.0%	2.1% 1.2% 19人 35.6% 30.0% 8.1% 85.0% 15.5% 11.2% 26.8% 32.0% 7.4% 90.0% 11.4% 32.2% 34.6% 10.4% 78.0%	2.0% 1.1% 18人 26.2% 29.0% 8.1% 85.0% 11.5% 11.4% 26.8% 32.3% 6.7% 95.0% 11.5% 33.2% 34.7% 10.6% 80.0% 11.6% 弘前市 健康増進計画 報告					

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が簡単に知ることができるようになります。

具体的な方策としては、市ホームページや広報ひろさきを通じて周知するほか、弘前市医師会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、保健医療関係者にわかりやすく伝えるため、計画の要旨等をまとめた概要版を作成します。

2 個人情報の取扱い

保険者等においては、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、府内等での利用、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

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた弘前市の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 平成 29 年度に向けての全体評価

参考資料 11 平成 29 年度の取組と課題整理

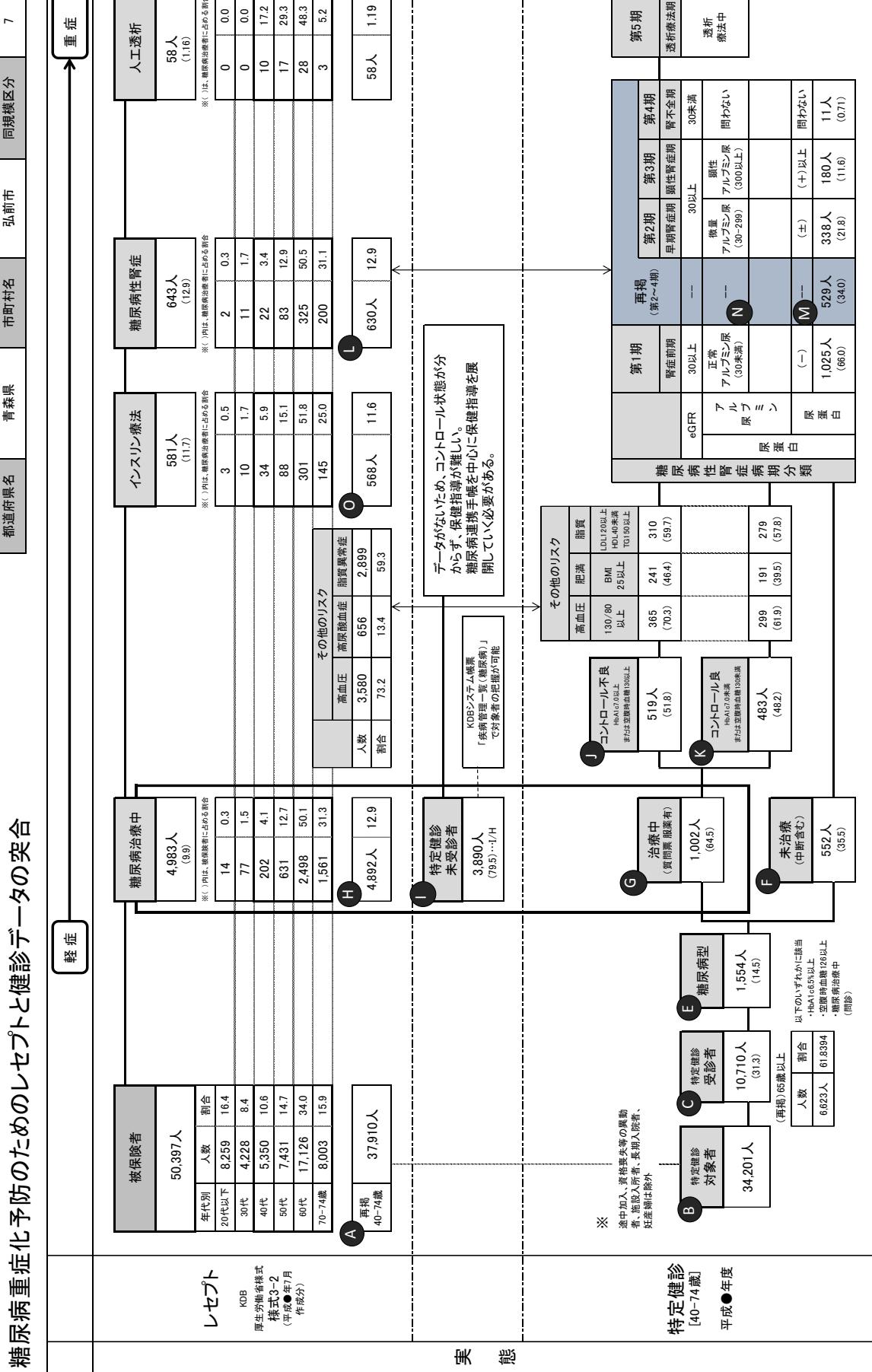
【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた弘前市の位置

項目			H 2 5		H 2 8		H 2 8				データ元 (CSV)		
			保険者		保険者		同規模平均		県				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 人口構成	総人口	180,685		180,685		11,143,865		1,363,393		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	46,343	25.6	46,343	25.6	2,453,977	22.0	352,351	25.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	23,810	13.2	23,810	13.2			179,439	13.2	13,989,864	11.2	
	② 産業構成	65～74歳	22,533	12.5	22,533	12.5			172,912	12.7	15,030,902	12.0	
		40～64歳	62,360	34.5	62,360	34.5			487,230	35.7	42,411,922	34.0	
		39歳以下	71,982	39.8	71,982	39.8			523,812	38.4	53,420,287	42.8	
2	③ 平均寿命	第1次産業	155		155		28		130		42	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
		第2次産業	16.7		16.7		26.1		20.6		25.2		
		第3次産業	67.8		67.8		71.1		66.4		70.6		
	④ 健康寿命	男性	77.7		77.7		79.9		77.3		79.6		
		女性	85.7		85.7		86.3		85.4		86.4		
	① 死亡の状況	男性	64.3		64.3		65.4		64.2		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	66.4		66.4		66.8		66.4		66.8		
3	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	標準化死亡比 (SMR)	124.5		118.4	↓	96.5		119.8		100	厚労省HP 人口動態調査	
		男性			111.8		100.0		109.6		100		
		女性			111.5								
		がん	659	45.7	669	49.4	30,805	49.7	5,002	48.6	367,905	49.6	
		心臓病	389	27.0	362	26.8	16,718	27.0	2,584	25.1	196,768	26.5	
		脳疾患	269	18.7	212	15.7	9,163	14.8	1,746	17.0	114,122	15.4	
		糖尿病	27	1.9	30	2.2	1,073	1.7	236	2.3	13,658	1.8	
	③ 介護認定者	腎不全	59	4.1	47	3.5	2,080	3.4	447	4.3	24,763	3.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		自殺	38	2.6	33	2.4	2,156	3.5	270	2.6	24,294	3.3	
		合計											
4	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	10,847	23.4	10,580	22.9	520,867	21.0	75,719	21.5	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	126	0.3	136	0.3	9,587	0.3	1,166	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	357	0.6	297	0.5	14,469	0.4	2,255	0.5	151,745	0.4	
		糖尿病	2370	20.8	2443	22.0	126,197	23.1	17,015	21.3	1,343,240	21.9	
	② 有病状況	高血圧症	5817	51.2	5549	50.4	279,758	51.2	40,868	51.7	3,085,109	50.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		脂質異常症	2733	23.9	2727	24.8	160,573	29.2	20,416	25.7	1,733,323	28.2	
		心臓病	6446	57.0	6138	55.8	317,770	58.2	45,582	57.6	3,511,354	57.5	
		脳疾患	2752	24.9	2564	23.4	139,754	25.8	20,863	26.6	1,530,506	25.3	
	③ 介護給付費	がん	943	8.3	947	8.7	58,739	10.7	6,857	8.6	629,053	10.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		筋・骨格	5487	49.0	5235	47.7	275,277	50.4	36,167	46.0	3,051,816	49.9	
		精神	3781	33.2	3933	35.1	192,433	35.0	28,575	35.9	2,141,880	34.9	
	④ 医療費等	1件当たり給付費（全体）	61,842		61,005		55,577		64,282		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		居宅サービス	45,203		45,249		38,459		45,991		39,683		
5	① 国保の状況	施設サービス	289,577		284,744		281,539		286,890		281,115		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		要介護認定別	6,599		6,643		7,693		6,974		7,980		
		認定あり											
		医療費（40歳以上）	3,525		3,625		3,580		3,618		3,822		
		被保険者数	54,612		47,968		2,691,989		355,603		32,587,223		
	② 医療の概況 (人口千対)	65～74歳	17,270	31.6	18,178	37.9			140,374	39.5	12,462,053	38.2	KDB_NO.5 被保険者の状況
		40～64歳	22,460	41.1	18,209	38.0			133,040	37.4	10,946,693	33.6	
		39歳以下	14,882	27.3	11,581	24.1			82,189	23.1	9,178,477	28.2	
		加入率	30.2		26.5		24.2		26.1		26.9		
		病院数	17	0.3	15	0.3	694	0.3	97	0.3	8,255	0.3	
6	③ 医療費の 状況	診療所数	172	3.1	171	3.6	8,145	3.0	895	2.5	96,727	3.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題
		病床数	3,431	62.8	3,319	69.2	134,006	49.8	17,664	49.7	1,524,378	46.8	
		医師数	795	14.6	788	16.4	25,810	9.6	2,681	7.5	299,792	9.2	
		外来患者数	664.9		701.7		683.8		693.2		668.3		
		入院患者数	17.3		16.5		17.5		18.0		18.2		
	④ 医療費分析	一人当たり医療費	22,742	県内16位 同規模25位	24,278	県内20位 同規模27位	24,344		24,612		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題
		受診率	682,204		718,165		701,306		711,213		686,501		
		外費用の割合	60.4		63.8		61.3		61.6		60.1		
		来院件数の割合	97.5		97.7		97.5		97.5		97.4		
		入院件数の割合	39.6		36.2		38.7		38.4		39.9		
7	③ 医療費の 状況	1件あたり在院日数	2.5		2.3		2.5		2.5		2.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新生物	15.9日		15.5日		15.5日		15.7日		15.6日		
		慢性腎不全（透析あり）	7.9		8.7		9.7		7.6		9.7		
	④ 医療費分析	糖尿病	10.1		10.2		9.7		11.1		9.7		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題
		高血圧症	12.5		10.1		8.4		10.3		8.6		
		精神	14.3		13.2		16.9		15.2		16.9		
		筋・骨疾患	16.5		16.1		15.0		15.0		15.2		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数41	糖尿病	574,657	11位	(17)	602,355	12位	(16)		KDB_N0.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				高血圧	639,046	7位	(17)	612,748	18位	(16)							
				脂質異常症	661,719	8位	(17)	599,087	12位	(16)							
				脳血管疾患	786,514	7位	(18)	706,425	8位	(18)							
				心疾患	672,004	13位	(15)	651,381	16位	(13)							
				腎不全	752,082	12位	(17)	653,439	26位	(15)							
				精神	472,291	15位	(24)	489,293	15位	(24)							
				悪性新生物	627,394	19位	(14)	633,031	21位	(13)							
			入院の()内 は在院日数	糖尿病	35,465	21位		36,570	22位			KDB_N0.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				高血圧	28,337	21位		29,160	20位								
				脂質異常症	25,943	26位		25,997	21位								
				脳血管疾患	33,977	21位	36,261	9位									
				心疾患	39,559	18位		37,654	21位								
				腎不全	201,054	15位		193,198	8位								
				精神	29,791	14位		32,025	11位								
			外来	悪性新生物	55,804	13位		66,566	7位			KDB_N0.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				糖尿病	35,465	21位		36,570	22位								
				高血圧	28,337	21位		29,160	20位								
				脂質異常症	25,943	26位		25,997	21位								
				脳血管疾患	33,977	21位	36,261	9位									
				心疾患	39,559	18位		37,654	21位								
				腎不全	201,054	15位		193,198	8位								
			⑥	精神	29,791	14位		32,025	11位			KDB_N0.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				悪性新生物	55,804	13位		66,566	7位								
				健診対象者	1,790			1,846									
				一人当たり	12,721		14,124										
				健診未受診者	4,959		5,024										
				生活習慣病対象者	35,245		38,446										
				一人当たり													
			⑦	健診・レセ 受診	受診勧奨者	5,929	61.9	6,574	62.6	368,745	56.4	49,976	55.3	4,116,530	55.9	KDB_N0.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率	5,644	58.9	6,250	59.5	345,939	52.9	46,476	51.4	3,799,744	51.6			
				医療機関非受診率	285	3.0	324	3.1	22,806	3.5	3,500	3.9	316,786	4.3			
				健診受診者	9,578			10,496		653,915		90,375		7,362,845			
				受診率	25.6	県内34位	30.6	県内35位 同規模44位		35.5		35.4	全国27位	34.0			
				特定保健指導終了者(実施率)	185	19.4	212	20.1	1339	1.9	783	8.4	35,557	4.1			
				非肥満高血糖	711	7.4	989	9.4	61,296	9.4	9,481	10.5	687,157	9.3			
			⑧	特定健診の 状況	メタボ	該当者	1,547	16.2	1,887	18.0	111,379	17.0	15,283	16.9	1,272,714	17.3	
						男性	1,031	25.9	1,262	29.0	74,909	27.8	10,219	26.3	875,805	27.5	
						女性	516	9.2	625	10.2	36,470	9.5	5,064	9.8	396,909	9.5	
						予備群	1,099	11.5	1,179	11.2	67,903	10.4	9,741	10.8	790,096	10.7	
						男性	691	17.4	770	17.7	46,274	17.2	6,315	16.2	548,609	17.2	
						女性	408	7.3	409	6.7	21,629	5.6	3,426	6.7	241,487	5.8	
						総数	2,913	30.4	3,332	31.7	200,439	30.7	27,780	30.7	2,320,533	31.5	
			⑨	県内順位 順位総数41	メタボ	男性	1,898	47.7	2,185	50.3	135,060	50.2	18,219	46.8	1,597,371	50.1	
						女性	1,015	18.1	1,147	18.7	65,379	17.0	9,561	18.6	723,162	17.3	
						総数	620	6.5	694	6.6	30,374	4.6	6,626	7.3	346,181	4.7	KDB_N0.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_N0.1 地域全体像の把握
						男性	99	2.5	99	2.3	4,438	1.6	11,47	2.9	55,460	1.7	
						女性	521	9.3	595	9.7	25,936	6.7	5,479	10.6	290,721	7.0	
						血糖のみ	53	0.6	57	0.5	3,883	0.6	636	0.7	48,685	0.7	
						血圧のみ	856	8.9	927	8.8	47,625	7.3	7,150	7.9	546,667	7.4	
			⑩	生活習慣の 状況	⑪	脂質のみ	190	2.0	195	1.9	16,395	2.5	1,955	2.2	194,744	2.6	
						脂質・血圧	293	3.1	395	3.8	16,367	2.5	3,345	3.7	196,978	2.7	
						血糖・脂質	58	0.6	45	0.4	5,817	0.9	650	0.7	69,975	1.0	
						血圧・脂質	816	8.5	909	8.7	55,206	8.4	6,823	7.5	619,684	8.4	
						血糖・血圧・脂質	380	4.0	538	5.1	33,989	5.2	4,465	4.9	386,077	5.2	
						3合以上	531	16.8	553	16.2	79,795	14.2	14,658	18.3	983,474	15.4	
6	⑪	生活習慣の 状況	⑫	⑬	⑭	服薬	3,940	41.1	4,453	42.4	224,336	34.3	36,148	40.0	2,479,216	33.7	
						既往歴	742	7.7	991	9.4	48,044	7.3	8,225	9.1	551,051	7.5	
						喫煙	2,018	21.1	2,528	24.1	164,914	25.2	21,831	24.2	1,738,149	23.6	
						週3回以上朝食抜く	60	1.9	84	2.3	22,464	3.5	2,582	3.2	230,777	3.3	
						週3回以上食後間食	141	4.5	178	4.9	36,251	5.6	4,579	5.7	391,296	5.5	
						週3回以上就寝前夕食	33	1.0	37	1.0	2,602	0.4	633	0.8	37,041	0.5	
						食べる速度が速い	359	10.5	359	9.8	68,264	10.7	3,746	4.6	710,650	10.1	
			⑮	⑯	⑰	20歳時体重から10kg以上増加	1,511	15.8	1,680	16.0	83,690	12.8	13,605	15.1	1,048,171	14.2	
						1回30分以上運動なし	991	31.3	1,115	32.6	180,403	31.8	26,978	33.6	2,047,756	32.1	
						1日1時間以上運動なし	2,159	68.2	2,294	67.1	309,955	54.6	52,327	65.2	3,761,302	58.7	
						睡眠不足	1,874	59.3	2,109	61.7	255,290	45.0	40,559	50.6	2,991,854	46.9	
						毎日飲酒	1,842	58.2	2,003	58.6	262,323	47.6	43,104	53.8	3,178,697	50.4	
						時々飲酒	625	19.8	701	20.5	103,959	18.7	16,133	20.1	1,234,462	19.5	
						一日未満	937	29.6	986	28.8	137,506	24.9	29,757	37.1	1,636,988	25.9	
			⑯	⑰	⑱	1~2合	2,029	64.1	2,207	64.5	369,396	67.0	46,839	58.5	4,152,661	65.8	
						2~3合	199	6.3	230	6.7	44,453	8.1	3,524	4.4	525,413	8.3	
						3合以上	531	16.8	553	16.2	79,795	14.2	14,658	18.3	983,474	15.4	

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）																
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年齢	診療開始日	合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出死亡	備考
							糖尿病	糖	服薬							
							高血圧	HbA1c								
							虚血性心疾患	体重								
							脳血管疾患	BMI								
							糖尿病性腎症	血圧								
								GFR								
								CKD	尿蛋白							
							糖尿病	糖	服薬							
							高血圧	HbA1c								
							虚血性心疾患	体重								
							脳血管疾患	BMI								
							糖尿病性腎症	血圧								
								CKD	GFR							
								尿蛋白								

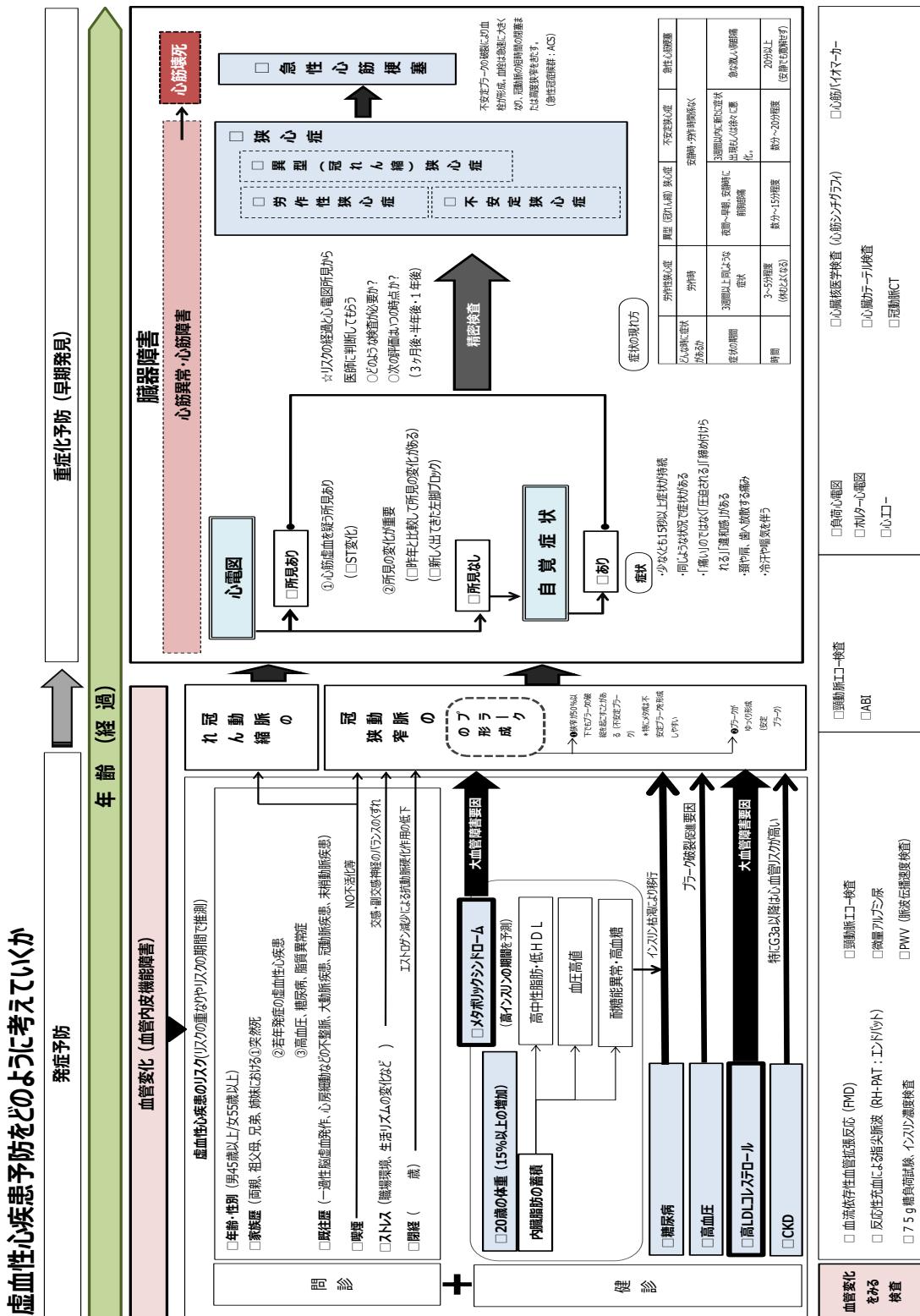
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度			担当者名:	担当地区:							
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	対象者把握			地区担当が実施すること	他の専門職との連携						
	糖尿病管理台帳の全数(④+⑧) ()人										
	⑤健診未受診者 ()人			1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因							
	<table border="1"> <tr><td>結果把握(内訳)</td></tr> <tr><td>①国保(生保) ()人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者 ()人</td></tr> <tr><td>③他保険 ()人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出) ()人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず ()人</td></tr> </table>			結果把握(内訳)	①国保(生保) ()人	②後期高齢者 ()人	③他保険 ()人	④住基異動(死亡・転出) ()人	⑤確認できず ()人	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	
	結果把握(内訳)										
	①国保(生保) ()人										
	②後期高齢者 ()人										
	③他保険 ()人										
	④住基異動(死亡・転出) ()人										
	⑤確認できず ()人										
⑥-1 未治療者(中断者含む) ()人 <small>*対象者の明確化のために内訳を把握する作業が必要である</small>			2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認								
<table border="1"> <tr><td>結果把握</td></tr> <tr><td>①HbA1cが悪化している ()人</td></tr> <tr><td>例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人</td></tr> <tr><td>* 医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</td></tr> </table>			結果把握	①HbA1cが悪化している ()人	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人	* 医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	●合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん				
結果把握											
①HbA1cが悪化している ()人											
例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人											
* 医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある											
⑦尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人			3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認								
<table border="1"> <tr><td>⑧eGFR値の変化</td></tr> <tr><td>1年で25%以上低下 ()人</td></tr> <tr><td>1年で5ml/分/1.73m²以上低下 ()人</td></tr> </table>			⑧eGFR値の変化	1年で25%以上低下 ()人	1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 ()人	かかりつけ医、糖尿病専門医 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導					
⑧eGFR値の変化											
1年で25%以上低下 ()人											
1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 ()人											
			尿アルブミン検査の継続								
			栄養士中心 腎専門医								

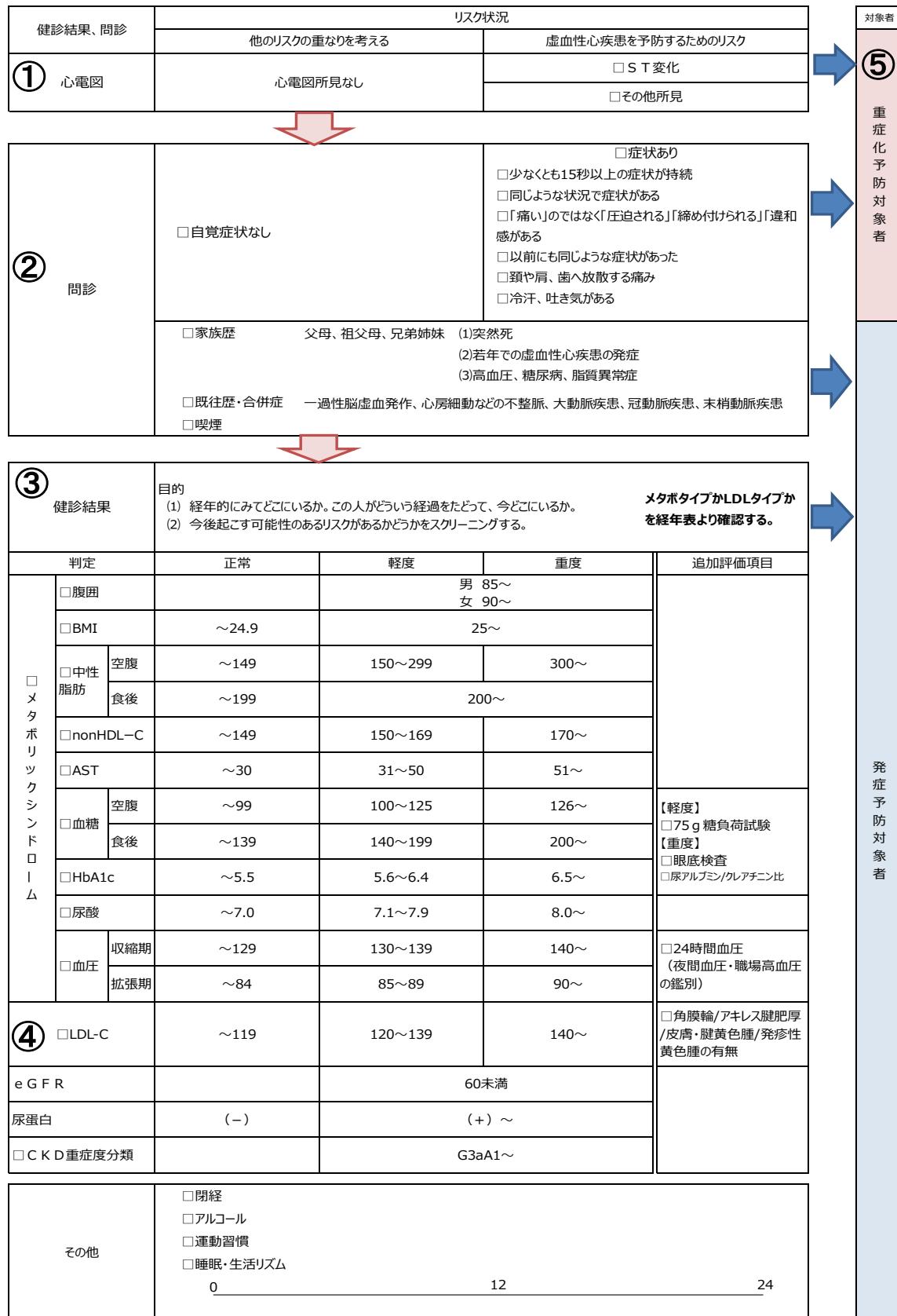
【參考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突合表	保険者				同規模保険者(平均)		データ基		
					28年度		29年度		30年度				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① ②	被保険者数		A	50,397人							KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40~74歳			37,910人								
2	① ② ③	特定健診	対象者数		B	34,201人						市町村国保 特定健診査・特定保健指導 状況概況報告書	
			受診者数		C	10,710人							
			受診率			31.3%							
3	① ②	特定 保健指導	対象者数			1,056人						特定健診結果	
			実施率			31.6%							
4	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	健診 データ	糖尿病型		E	1,554人	14.5%					特定健診結果	
			未治療・中断者(質問票 薬歴なし)		F	552人	35.5%						
			治療中(質問票 薬歴あり)		G	1,002人	64.5%						
			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	519人	51.8%						
			血圧 130/80以上			365人	70.3%						
			肥満 BMI25以上			241人	46.4%						
			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	483人	48.2%						
			第1期 尿蛋白(-)		M	1,025人	66.0%						
			第2期 尿蛋白(±)			338人	21.8%						
			第3期 尿蛋白(+)以上			180人	11.6%						
			第4期 eGFR30未満			11人	0.7%						
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	レセプト	糖尿病受療率(被保険千対)			98.9人						KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
			(再掲)40~74歳(被保険千対)			129.0人							
			レセプト件数 (40~74歳) (内は子孫被保険千対)	入院外(件数)		27,659件	(760.1)			25,313件	(723.9)	KDB.疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
				入院(件数)		182件	(5.0)			147件	(4.2)		
			糖尿病治療中		H	4,983人	9.9%					KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
			(再掲)40~74歳			4,892人	12.9%						
			健診未受診者		I	3,890人	79.5%						
			インスリン治療		O	581人	11.7%						
			(再掲)40~74歳			568人	11.6%						
			糖尿病性腎症		L	643人	12.9%						
			(再掲)40~74歳			630人	12.9%						
			慢性人工透析患者数 (糖尿病年齢中に占める割合)			58人	1.16%					KDB.疾病管理一覧(人工透析)の調べ	
			(再掲)40~74歳			58人	1.19%						
			新規透析患者数			29人	23.0%						
			(再掲)糖尿病性腎症			8人	27.6%						
			【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			120人	1.9%					KDB.厚生労働省様式 様式3-2 後期ユーザー	
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	医療費	総医療費			143億3872万円				142億2898万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	
			生活習慣病総医療費			83億8591万円				79億6945万円			
			(総医療費に占める割合)			58.5%				56.0%			
			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		5,024円				6,050円			
				健診未受診者		38,446円				35,760円			
			糖尿病医療費			8億5729万円				7億7431万円			
			(生活習慣病総医療費に占める割合)			10.2%				9.7%			
			糖尿病入院外総医療費			23億5984万円							
			1件あたり			36,570円							
			糖尿病入院総医療費			12億9446万円							
			1件あたり			602,355円							
			在院日数			16日							
			慢性腎不全医療費			7億6390万円				8億1375万円			
			透析有り			7億3049万円				7億6958万円			
			透析なし			3341万円				4417万円			
7	① ②	介護	介護給付費			168億0688万円				129億2752万円		KDB.健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
			(2号認定者)糖尿病合併症			7件	3.3%						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			30人	1.5%			19人	1.1%	KDB.健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

番号 記号 番号	被保険者証 氏名 姓 名	性別 年齢	健診データ										
			過去5年間のうち直近					血圧					
			メタボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24	H25	H26	H27	H28
			有無	有無	有無	有無	有無	有無	有無	有無	有無	有無	有無

【参考資料 9】

登録年度 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること								
	行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞の病名	脳梗塞診療日	H26年度			H27年度			H28年度		
											健診受診日	心電図検査	治療状況	健診受診日	心電図検査	治療状況	健診受診日	心電図検査	治療状況

課題・目標		評価	①プロセス (やつてきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
目標	未受診者・未保健指導者対策	○特定健診 ①はがきによる受診勧奨 ②過去3年間受診している人　③過去3年間未受診者 iii H25年度受診者、H26.27年度未受診者 で、H27年度受診者、H28年度未受診者を 対象者の状況に合わせた内容を検討し、送付。	○特定健診 ①はがき送付 5,797件 ②訪問件数 847件 ③依頼件数 924件 ④設置所数 31か所	○特定健診受診率 H28年度 30. 6%	未受診者・未保健指導者対策	○特定健診 ①・②特定保健指導実施率 ③血液検査実施者数:45人 ④委託保健指導終了者数:7人	○特定健診 ・事業担当者1名 ・未受診者・未保健指導者対策 ・事業担当者1名 1名が担当し、上司・保健師と協 議しながら未受診者対策の方針 を作成した。 ・訪問受診勧奨が本業務並行して事務職員が 外勤し実施するため、事務調整が 必要である。 ・未受診者に対する理解してある うな工夫が必要である。
○特定健診受診率 H29年度 目標 34. 0% ○特定保健指導実施率 H29年度 目標 36. 5%	○メタボリックシンドローム該当者・予 備群を減らす。 ○Ⅲ度高血圧で未治療者、全員に 受診勧奨を行い、適切な治療につな げること。 ○Ⅱ度高血圧以上の者の増加を抑 制する。	○特定保健指導 ①・②特定保健指導対象者数 ③血液検査対象者数:336人 ④委託保健指導初回支援実施者 数:15人 ○特定保健受託医療機関へ通院している未受診者への受診勧奨を 依頼する文書を発送。 ④各支所・出張所、公民館などへ健診ちらしを設置。	○特定保健指導 ①はがきによる受診勧奨 ②過去3年間受診している人　③過去3年間未受診者 iii H25年度受診者、H26.27年度未受診者 で、H27年度受診者、H28年度未受診者を 対象者の状況に合わせた内容を検討し、送付。	○特定保健指導 ①・②特定保健指導実施率 ③血液検査実施者数:45人 ④委託保健指導終了者数:7人	○特定健診 ・事業担当者4名 積極的支援:保健師6名(常勤4名+ 臨時1名)+嘱託保健師4名+ 巡回管理栄養士1名 運動機会支援:各地区担当保健 師22名(常勤19名、臨時3名) ・対応方法 (1)保健センターでの定期面接 実働割合:19.9人 (2)ビロードでの定期面接 実働割合:80人 (3)訪問等での随時対応 ・対応件数:49件	○特定保健指導 ・特定保健指導の円滑な遂行と 実施率および終了率の向上への 対策 ・地区別での対応方法の検討 ・高血圧症に対する広い予防治 ・年度内終了率の向上	
●受診率が低い。 ●受診勧奨の対象者、アプローチ方 法等検討。 ●医療機関の協力等による取り組 み。	○特定保健指導 ①特定健康診査の結果、生活習慣病の改善が必要と認められた者に 特定健康診査の結果、生活習慣病改善のための保健指導を実施。 ②再度の利用勧奨 通知後、2週間に上経過し利用のない者に対する電話による利用勧 奨の場合は、個別通知または、健診結果通知書との同 時連絡にて特定保健指導案内郵送。 ③積極的支援 健診受診場所に応じて、窓口連絡等で対応する。 ④委託による利用勧奨 その後利用のない場合は、訪問指導等で対応する。 ⑤積極的支援対象者への中間評価血液検査 積極的支援対象者に対し、生活習慣改善の取り組み評価のため の血液検査を実施。 ⑥委託による保健指導の実施 医師会健診センターでの国保人間ドック受診者で当日実施の特定 保健指導を希望した者および医師会健診センターでの保健指導を希 望した者に対し、弘前市医師会委託での特定保健指導を実施。	○PDCAサイクルからの計画を立案 する。 ●対象者、方法等の検討。 ●地区台帳の検討。 ●事業目標、実施方法、評価等の検 討。 ●実施体制の検討。 ●評価指標の検討。	○PDCAサイクルからの計画を立案 する。 ●対象者、方法等の検討。 ●地区台帳の検討。 ●事業目標、実施方法、評価等の検 討。 ●実施体制の検討。 ●評価指標の検討。	○重症化予防対策 ○高血圧対策 ①Ⅲ度高血圧者89人 ②地区担当保健師による対応数 訪問:41人(実施率46.1%) 電話:13人(実施率14.6%) 家族との面接:10人 (実施率11.2%) 未対応者:25人(28.1%)	○重症化予防対策 ○高血圧対策 ①Ⅲ度高血圧者89人 ②地区担当保健師による対応数 訪問:41人(実施率46.1%) 電話:13人(実施率14.6%) 家族との面接:10人 (実施率11.2%) 未対応者:25人(28.1%)	○重症化予防対策 ○高血圧対策 ・本への訪問指導実施率は41 人(46.1%)と半数にとどまつてい る。高血圧治療につながつて副合 も32.6%と少なく、改善につなぐ総 統的な支援が不足している。	
●会議等での連携の形は、整ってき つつあるが、個々の医療機関との具 体的な連携については、少ない。	○糖尿病対策 ・特定健診結果、Ⅲ度高血圧者を対象に訪問及び電話により 生活習慣病改善の継続的な保健指導を実施した。 ①KDBを活用して健診結果及びセカフ情報等から対象者を選定す る。(2)対象者へ地図担当保健師とアドバイザーよる訪問指導をし、 継続的な支援を実施する。(3)保健指導専門施設の事例検討等を実 施し、継続的な支援、かかりつけ医との連携を実施。	○会議等での連携 ●会議等での連携の形は、整ってき つつあるが、個々の医療機関との具 体的な連携については、少ない。	○糖尿病対策 ・特定健診結果、Ⅲ度高血圧者を対象に訪問及び電話により 生活習慣病改善の継続的な保健指導を実施した。 ①KDBを活用して健診結果及びセカフ情報等から対象者を選定す る。(2)対象者へ地図担当保健師とアドバイザーよる訪問指導をし、 継続的な支援を実施する。(3)保健指導専門施設の事例検討等を実 施し、継続的な支援、かかりつけ医との連携を実施。	○糖尿病対策 ・未受診者・治療中断者への受 診勧奨が1名のため、健康づく 企画、実施等につけて連携がしやすくなり、 情報共有を定期的にする。 ○糖尿病対策 ・糖尿病性腎症重症化予防対策委員会実 施し、事業を開始することができ た。	○糖尿病対策 ・未受診者・治療中断者への受 診勧奨が1名のため、健康づく 企画、実施等につけて連携がしやすくなり、 情報共有を定期的にする。 ○糖尿病対策 ・未受診者による受診勧奨 ・弘前市医師会会長に糖尿病性腎症重症化予防の取組について相 談し、プログラムの内容について検討した。 ・糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたり、医師会長による市職 員、保健師を対象に勉強会を実施。 ・医師会に糖尿病性腎症重症化予防対策検討委員会が設置され、 プログラム等について検討。 ・弘前市医師会が連携協定の締結をすることとなる。		

平成28年度の実績評価を踏まえ、平成29年度の取組と課題整理（平成29年度進捗状況）

課題・目標		評価				⑤残っている課題	
目標	①プロセス (やつてきした実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤アセスメント (評価)	未受診者・未保健指導者対策	未受診者・未保健指導者対策
○特定健診受診率 H29年度 目標 34.0% ○特定保健指導実施率 H29年度 目標 36.5%	①はがきによる受診勧奨 i H29年度中に40歳、45歳、50歳、55歳の筋目の年齢になる者 ii H29年度中に60歳～65歳になる者 ②訪問による受診勧奨 a. 勘察者の状況に合わせた内容を検討し、送付。 b. 前年度健診未受診者が集中している地区的H29年度未受診者を訪問し、受診勧奨を実施。 c. 保健衛生座談会が開催される地区が訪問対象である場合、座谈会で地域住民と意見交換ができるよう開催日と前後して訪問する。 d. 地域医療機関への受診勧奨	①はがき送付 3,547件 ②訪問件数 1,440件 ③依頼件数 90件 ④設置場所数 32か所	・受診割合はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。	・特定保健指導 -事業担当者 1名 -未受診者に対する方針を作成、実施した。	○特定期間 -訪問受診率はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。	・特定保健指導 -事業担当者 1名 -未受診者・未保健指導者に対する方針を作成、実施した。	○特定期間 -訪問受診率はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。
○特定保健指導 ●受診率が低い。 ●受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。 ●医療機関の協力等による取り組み。	③主治医からの受診勧奨 特定健診受託医療機関へ通院している未受診者への受診勧奨を依頼する文書を発送。 ④各支所、出張所、公民館などへ健診ちらしを設置。	①②特定保健指導対象者予測 1.受診検査対象者数：360人 2.委託保健指導初回支援実施者数：45人	・特定保健指導 -外部講師による学習会の実施により、従事者である保健師の力量形成に努め、特定保健指導の実施率の向上を図る機会となった。 -6ヶ月間以上の生活習慣病改善のための保健指導を実施。	○特定保健指導 -特定通知所にて、個別通知または、健診結果通知書との同時に通知にて特定保健指導案内を郵送。 -2週間後、2週間に経過しない場合等は、訪問指導等で対応する。不在の場合には、案内文書を置く。 -3種類の支援対象者への中間評価血液検査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査	①特定保健指導 -特定通知所にて、個別通知または、健診結果通知書との同時に通知にて特定保健指導案内を郵送。 -2週間後、2週間に経過しない場合等は、訪問指導等で対応する。不在の場合には、案内文書を置く。 -3種類の支援対象者への中間評価血液検査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査	○特定保健指導 -特定通知所にて、個別通知または、健診結果通知書との同時に通知にて特定保健指導案内を郵送。 -2週間後、2週間に経過しない場合等は、訪問指導等で対応する。不在の場合には、案内文書を置く。 -3種類の支援対象者への中間評価血液検査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査	○特定保健指導 -特定通知所にて、個別通知または、健診結果通知書との同時に通知にて特定保健指導案内を郵送。 -2週間後、2週間に経過しない場合等は、訪問指導等で対応する。不在の場合には、案内文書を置く。 -3種類の支援対象者への中間評価血液検査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査 -通知施設の利用動向調査
重症化予防対策	●PDDAサイクルからの計画を立案する。 ●対象者、方法等の検討。 ●地区台帳の検討。 ●事業目標、実施方法、評価等の検討。	●評価指標の検討。	●会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関と具体的な連携については、まだ少ない。	○高血圧対策 -特定健診結果の改善率、Ⅲ度高血圧者を対象に訪問及び電話により生活習慣病改善の継続的な保健指導を実施した。 -①KCDBを活用して健診結果及びセブト情報等から対象者を選定する。 -②対象者へ地区相当保健師とアバイザーによる訪問指導をし、継続的な支援を実施する。	○高血圧対策 -特定健診結果の改善率、Ⅲ度高血圧者を対象に訪問及び電話により生活習慣病改善の継続的な保健指導を実施した。 -①KCDBを活用して健診結果及びセブト情報等から対象者を選定する。 -②対象者へ地区相当保健師とアバイザーによる訪問指導をし、継続的な支援を実施する。	○高血圧対策 -特定健診結果の改善率、Ⅲ度高血圧者を対象に訪問及び電話により生活習慣病改善の継続的な保健指導を実施した。 -①KCDBを活用して健診結果及びセブト情報等から対象者を選定する。 -②対象者へ地区相当保健師とアバイザーによる訪問指導をし、継続的な支援を実施する。	○高血圧対策 -特定健診結果の改善率、Ⅲ度高血圧者を対象に訪問及び電話により生活習慣病改善の継続的な保健指導を実施した。 -①KCDBを活用して健診結果及びセブト情報等から対象者を選定する。 -②対象者へ地区相当保健師とアバイザーによる訪問指導をし、継続的な支援を実施する。
医療との連携	●会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関と具体的な連携については、まだ少ない。	●未受診者対策、重症化予防事業等におけるかかわりの中で、医師会・医療機関とのつながりを進めていく。	●未受診者対策、未保健指導者対策	○特定期間 -訪問受診率はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。	○特定期間 -訪問受診率はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。	○特定期間 -訪問受診率はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。	○特定期間 -訪問受診率はがきのデザイン -専門職（保健師）の視点も取り入れた内容とし、健診の重要性をわかりやすく伝えるように工夫した。 -訪問による受診勧奨は、課内の内規に沿った実施した。

第2期弘前市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

発行年月 平成30年3月

発 行 弘前市

編 集 弘前市健康福祉部国保年金課国保運営係

(0172) 35-1116