

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。

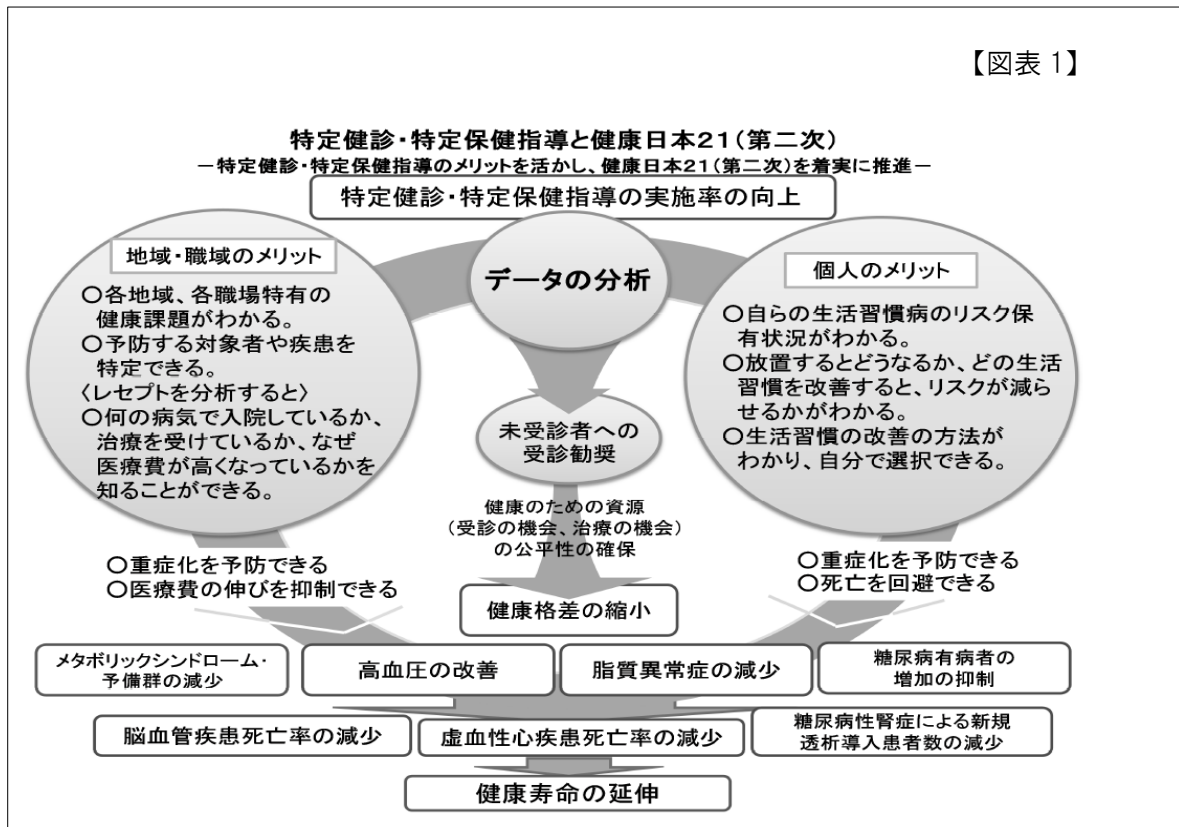
国民健康保険については、平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととされました。

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。

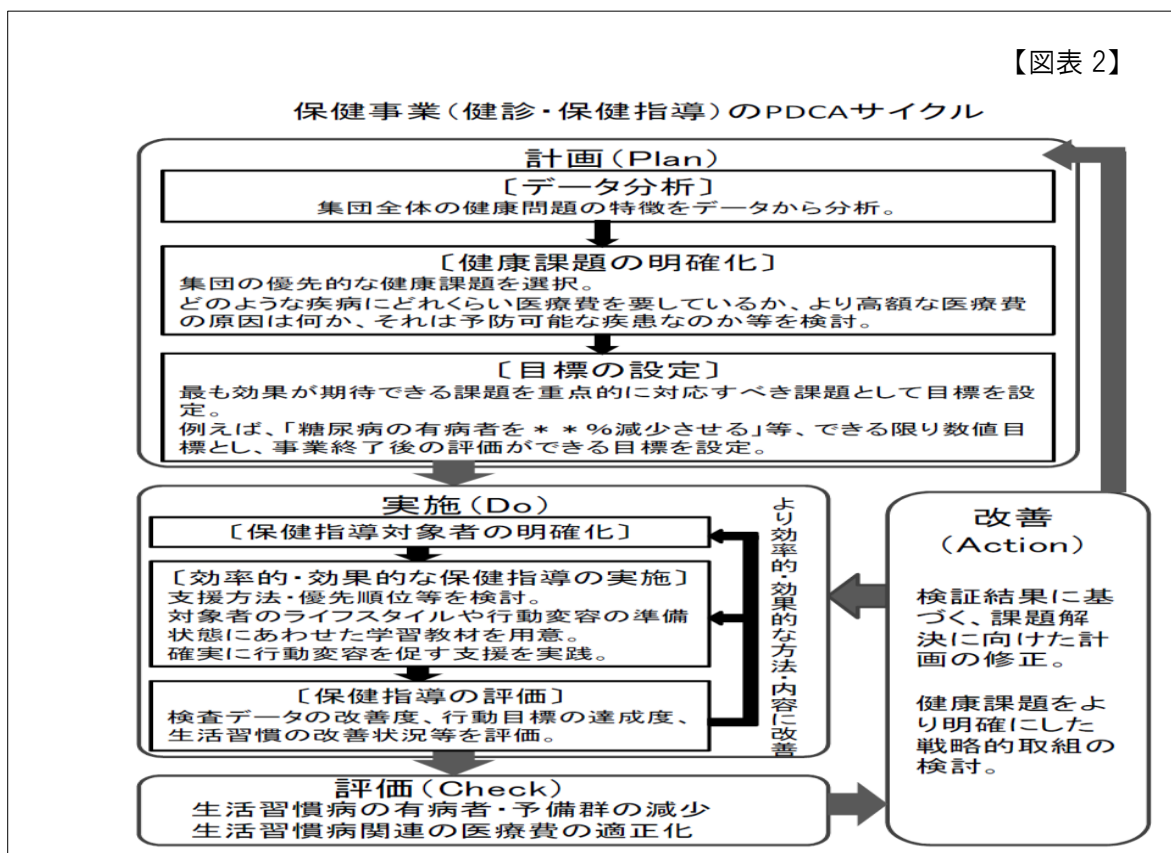
データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、青森県健康増進計画や弘前市健康増進計画、青森県医療費適正化計画、弘前市介護保険事業計画と整合性を保持します。（図表 1・2・3）

【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

【図表 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

	「健康日本21」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」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	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な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省・健康局 平成29年8月 「国民健康保険法に基づく（保健給付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内容等を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29年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【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（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・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能力の維持及び向上を目指す。その結果、社会環境制度が維持・改善されることにより、生活習慣の改善及び社会環境の整備に貢献することを目指す。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸を図る。糖尿病等を予防することができれば、遠隔患者を減らすことができ、さらには重症化する可能性のある患者を早期発見し、入院患者を減らすことができる。その結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療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、糖尿病患者の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目指して、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とし、的確に抽出する上に行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び予防の取り組みについて、医療者がその支援の中心となり、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料の削減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兆又は、要介護状態等の経過として、医療上の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し、続けていられ、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増加しないようにしていくとともに、良質なケアを提供する医療体制の構築に努める。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割のない医療提供を抑制し、良質なケアを提供する医療体制の構築に努める。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、若壮年期）/高齢期に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期を迎える現在の育育世代・壮年世代、小児から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
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルズ	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん 精神疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん 精神疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 生活習慣病 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 老眼の認知症、早老症 骨折・骨折転倒 パーキンソン病関連疾患 寝たきり状態、寝たきり管理 認知症、失智性認知症 多系統認知症、防衛性認知症 後遺症等併存症	糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価	※53項目中「特定健診」に関連する項目15項目 ①臨床指標：虚血性心疾患の年間罹患率と死亡率 ②合併症：糖尿病性腎症による年間透析導入患者数 ③治療継続率の割合 ④血糖コントロール目標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予防率・メタボ改善者 ⑧高血圧予防実施率 除害正補正を適用している者の増加（肥満、体重の減少） ⑨適切な栄養士の受診率 ⑩日本食生活における歩数 ⑪運動習慣者の割合 ⑫成人の喫煙率 ⑬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・高度情報を活用して、異時対称の観点も考慮 (1)生活習慣の状態・状況の把握と改善 ①食事生活 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	○医療費適正化の取組 外資 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ改善者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入職 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保障者努力支援制度 【保障者努力支援制度判定】を減額し、保険料率決定	保障事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援	保障者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者の連携		

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きます。

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きます。

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。

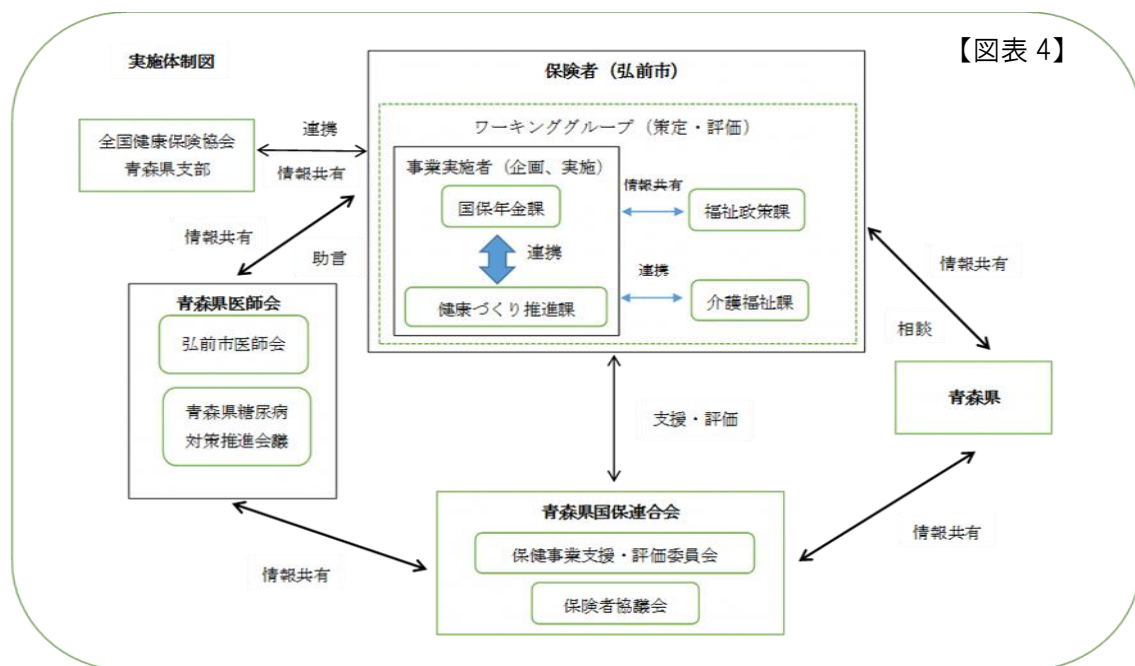
(2) 外部有識者等の役割

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、連携に努めていきます。

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・協力を努めていきます。

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
	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
	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。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	2015
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

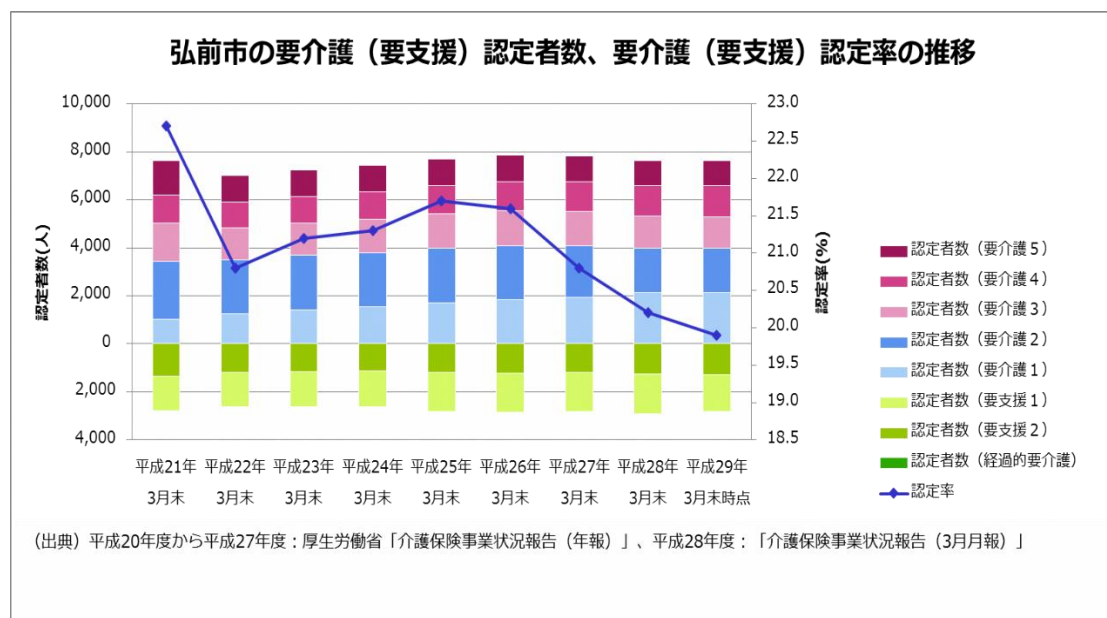
介護給付の変化について、平成25年度と比較し平成28年度の介護給付費はやや減少しました。それに伴い、1件当たり介護給付費は減りましたが、サービス別に見ると居宅サービスが増えています。（図表11）

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	-	-	58億8962万	-	-
	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 脳出血	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%
H28		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%	2.95%	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

オ 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	
					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	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	
					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	1,883	3.3	329	17.5	21	1.1	1,521	80.8	651	34.6	1039	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		
					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%

男性		健診受診者		腹囲のみ		メタボリック 該当者								メタボリック 予備群									
						(腹囲+2項目or3項目)				(腹囲+1項目)													
						3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		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										メタボリック 予備群									
						(腹囲+2項目or3項目)				(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		糖尿病性腎症	
		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	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
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			脂質異常症						中長期的疾患							
									糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患	
		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		
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おり、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）

男性		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		クレアチニン	
		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%

女性		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		クレアチニン	
		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	758人	853人	815人
	6.2%	7.2%	7.6%	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にかかげ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きます。

目標2にかかげ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っ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

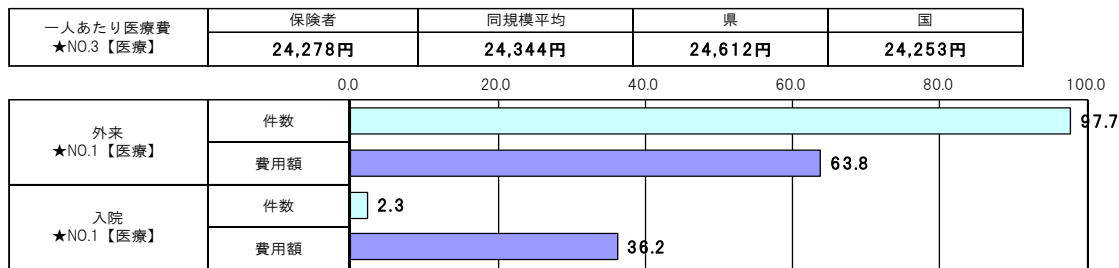
(1) 中長期的疾患の視点における医療費適正化の状況

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)

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 【図表 20】



○入院を重症化した結果としてとらえる

出典：KDB

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えますと、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)

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。 【図表 21】

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	--
		費用額	7億4754万円	4181万円	7195万円	--
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	--
		費用額	7億7494万円	6304万円	3548万円	--
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
		費用額	7億6954万円	1億2197万円	2億6951万円	3億7445万円

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	基礎疾患 の重なり	18,656人	1,643人	1,979人	643人
				8.8%	10.6%	3.4%
		高血圧	1,333人	1,333人	1,634人	515人
				81.1%	82.6%	80.1%
				634人	895人	643人
		糖尿病	974人	38.6%	45.2%	100%
				59.3%	62.2%	61.9%
		高血圧症	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 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	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 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	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） 有病状況	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	疾病	件数 割合	
		循環器 疾患	1	脳卒中	114	脳卒中	427	脳卒中	3,552	脳卒中	3,979	脳卒中	4,093	
					62.3%		46.1%		40.8%		41.3%		41.7%	
			2	虚血性 心疾患	29	虚血性 心疾患	219	虚血性 心疾患	3,094	虚血性 心疾患	3,313	虚血性 心疾患	3,342	
					15.8%		23.7%		35.6%		34.4%		34.1%	
			3	腎不全	23	腎不全	89	腎不全	817	腎不全	906	腎不全	929	
					12.6%		9.6%		9.4%		9.4%		9.5%	
		合併症	4	糖尿病 合併症	29	糖尿病 合併症	142	糖尿病 合併症	908	糖尿病 合併症	1,050	糖尿病 合併症	1,079	
					15.8%		15.3%		10.4%		10.9%		11.0%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症			155			762			7,669			8,586
					84.7%			82.3%			88.1%			87.5%
		血管疾患 合計			157			789			7,919			8,865
			85.8%			85.2%			91.0%			90.4%		
認知症				20			199			3,437			3,656	
				10.9%			21.5%			39.5%			37.3%	
筋・骨格疾患				131			738			7,586			8,455	
				71.6%			79.7%			87.2%			86.2%	

※1）新規認定者についてはNO.49 要介護実合状況の「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		クレアチニン		
	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		クレアチニン		
	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	1,291	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）

【図表 24】

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
保 険 者	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	0.8%	587	13.5%	366	8.4%
	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
保 険 者	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%
	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%

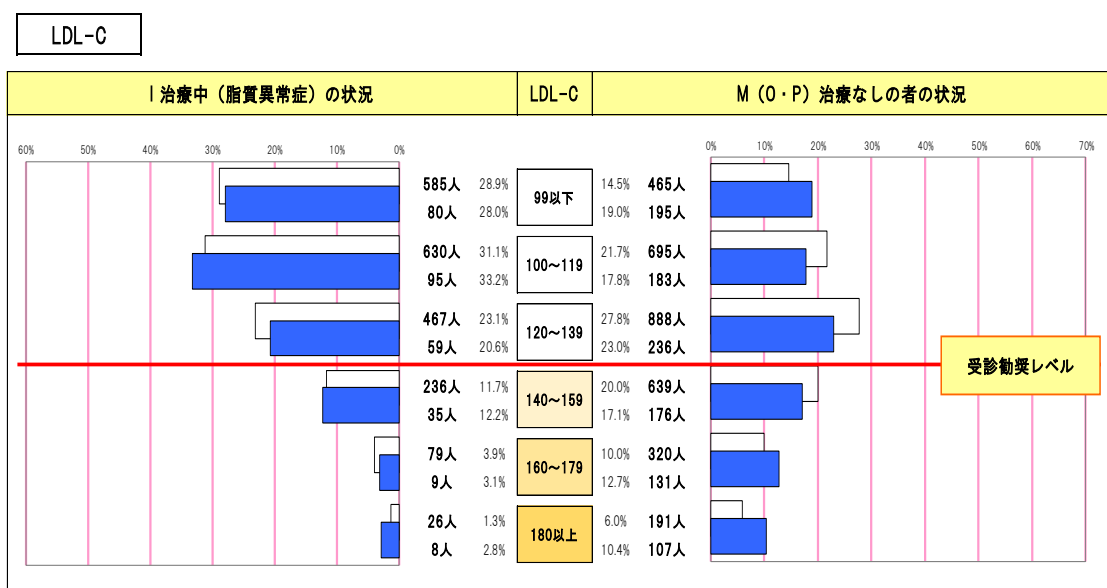
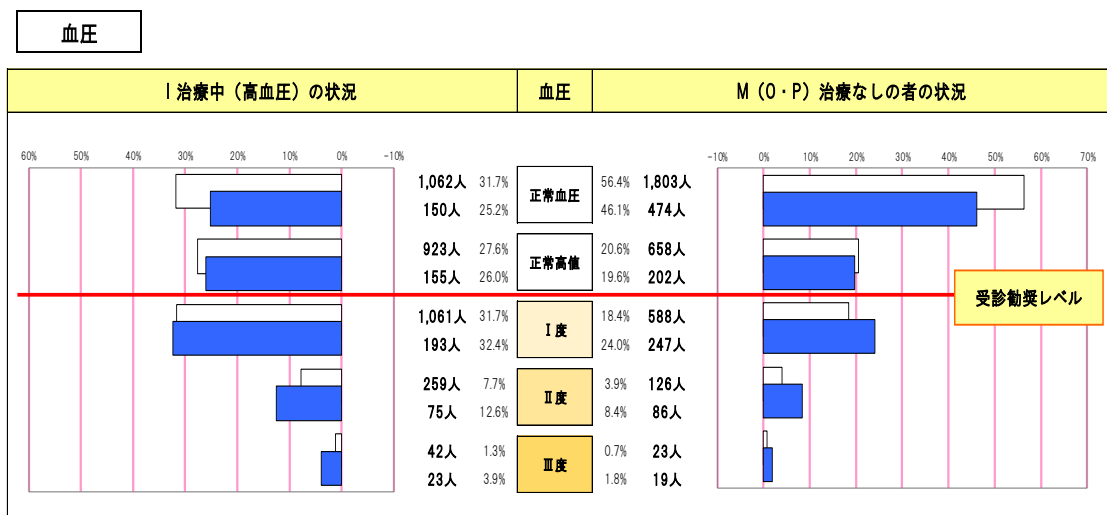
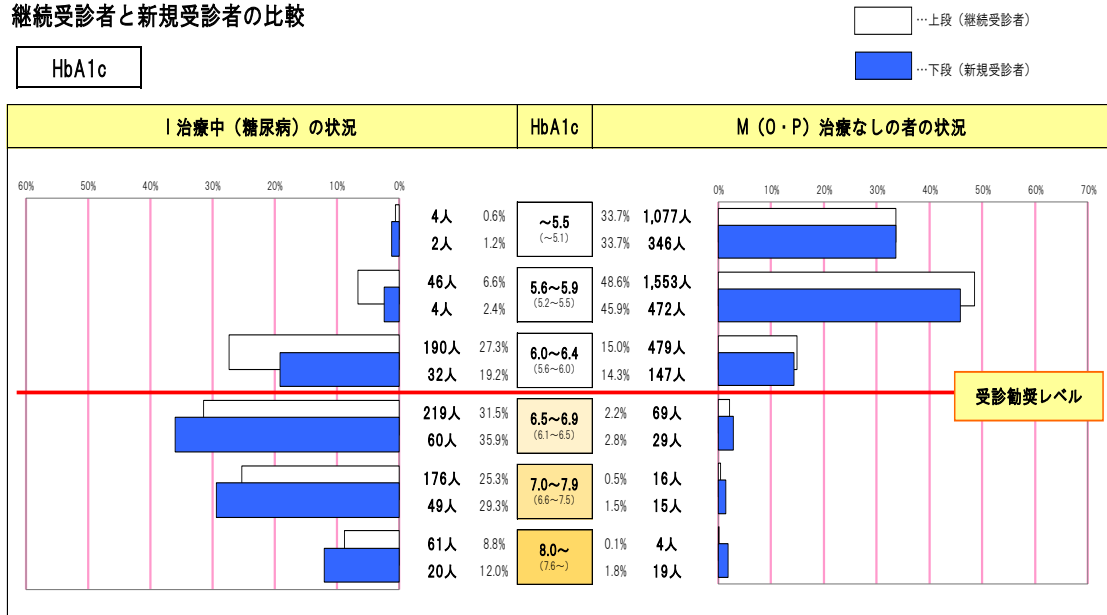
出典：KDB

(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



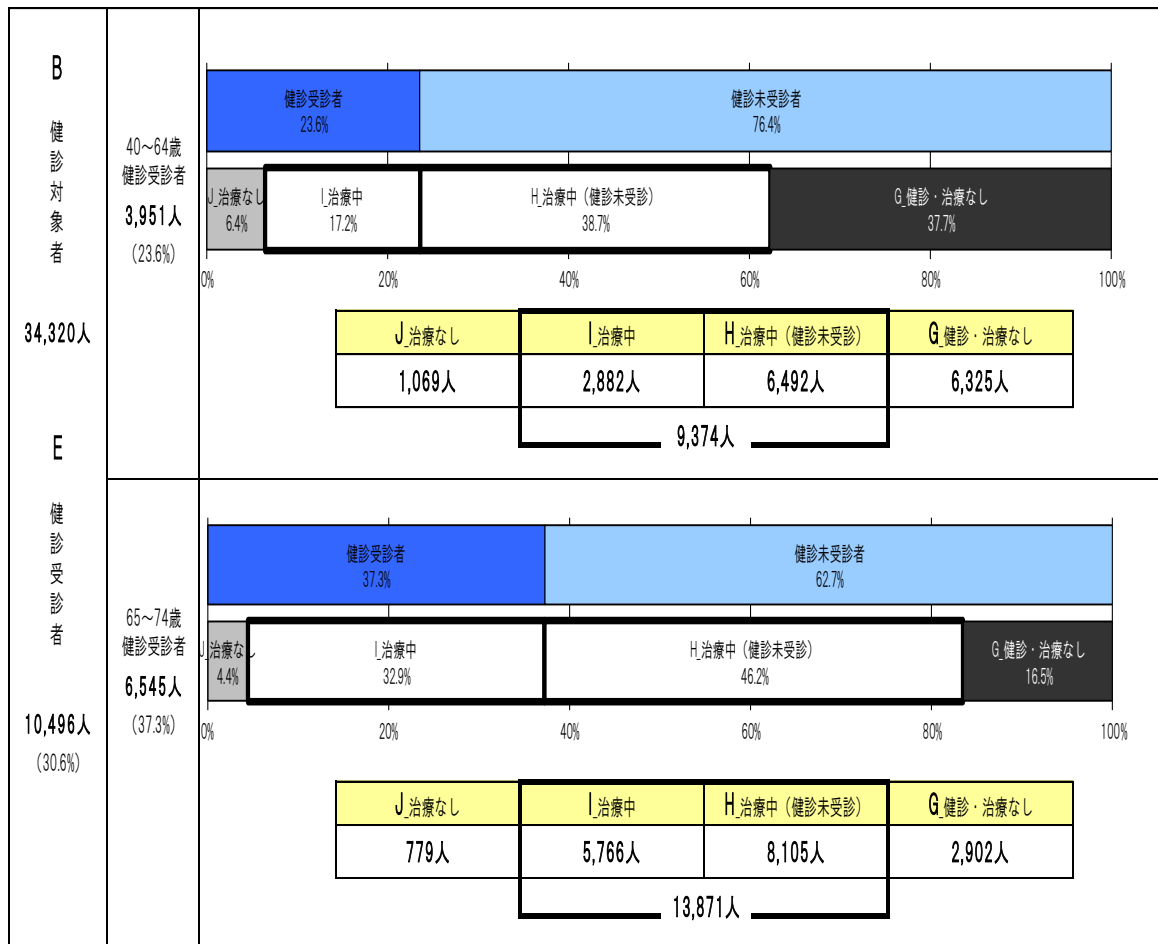
※年度途中の異動者も含むため法定報告数とは相違がある。

(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ない状態にあります。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

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000	(円)
健診受診者の生活習慣病治療費	5,024円						
健診未受診者の生活習慣病治療費	38,446円						

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と考えると、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（H b A 1 c 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（H b A 1 c 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参加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、以下に取り組めます。

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 か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 か月に設定するなど、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ロ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
詳細な 健診の項目 (全員に実施)	血糖検査	空腹時血糖
		HbA1c
	尿検査	糖、蛋白
	貧血検査	赤血球、血色素量、 ヘマトクリット値
追加項目 (全員に実施)	心電図検査	
	腎機能検査(クレアチニン)	
	血液検査	白血球数、血小板数、MCV
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)		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

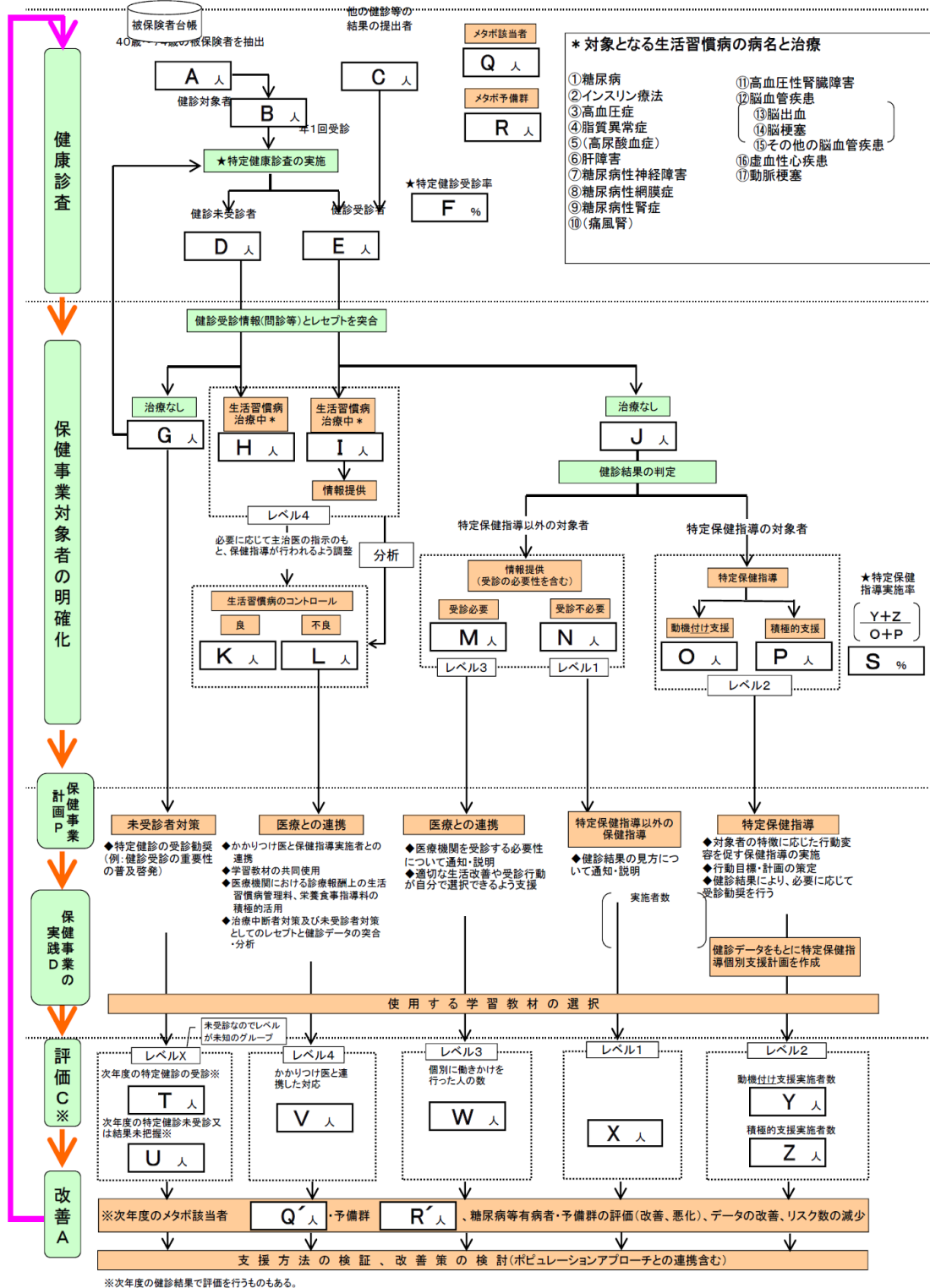
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者を明確化し、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表32)

【図表32】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート



(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）

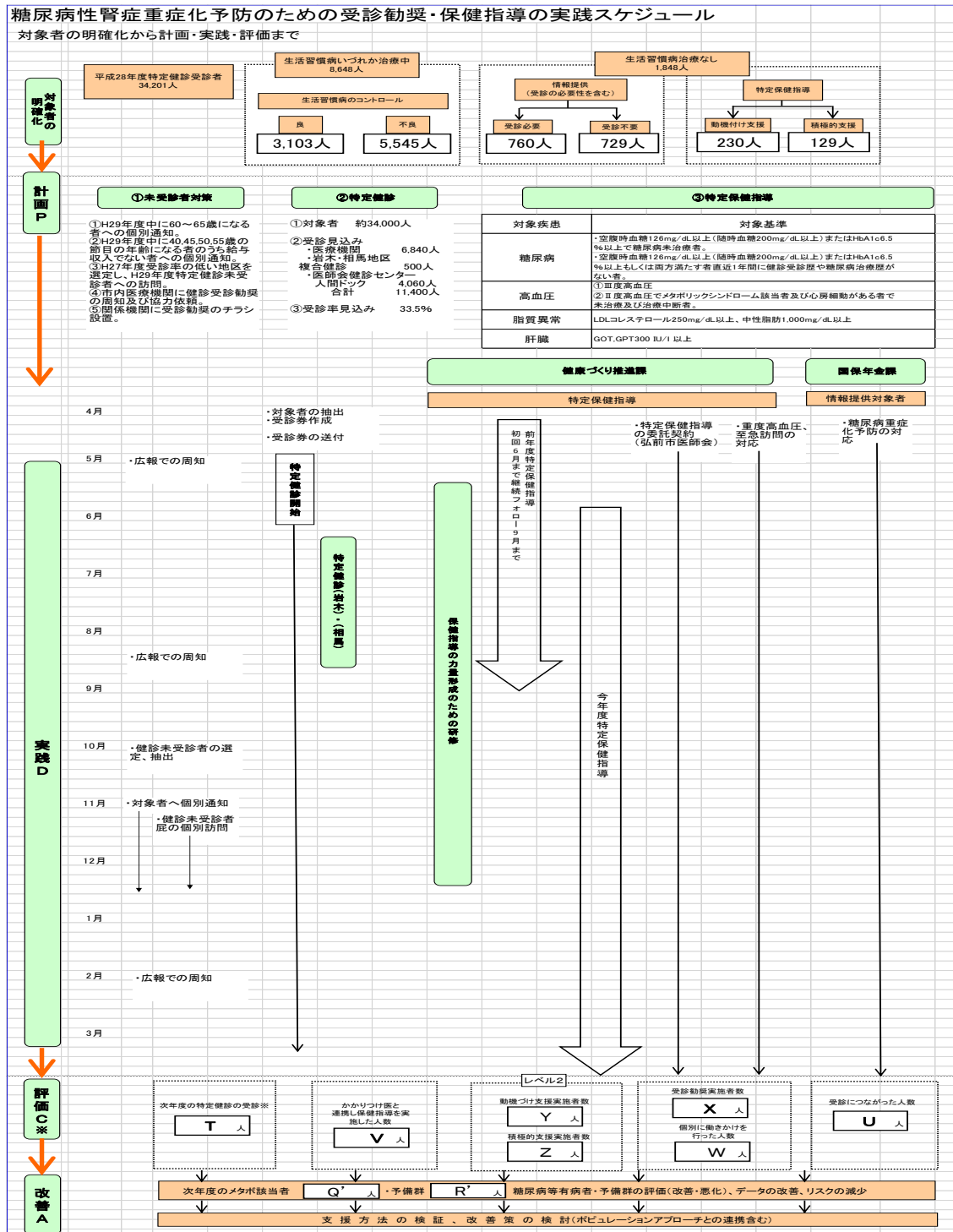
【図表 33】

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実合・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PDCA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	P 計 画 ・ 準 備	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		対象者選定基準検討		○		□
9		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 人の中のうち、特定健診受診者が 1,002 人(20.5%・G)でしたが、22 人(2.2%)は中断でありました。

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
- ・糖尿病治療中であつたが中断者 (ウ・オ)・・・289 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

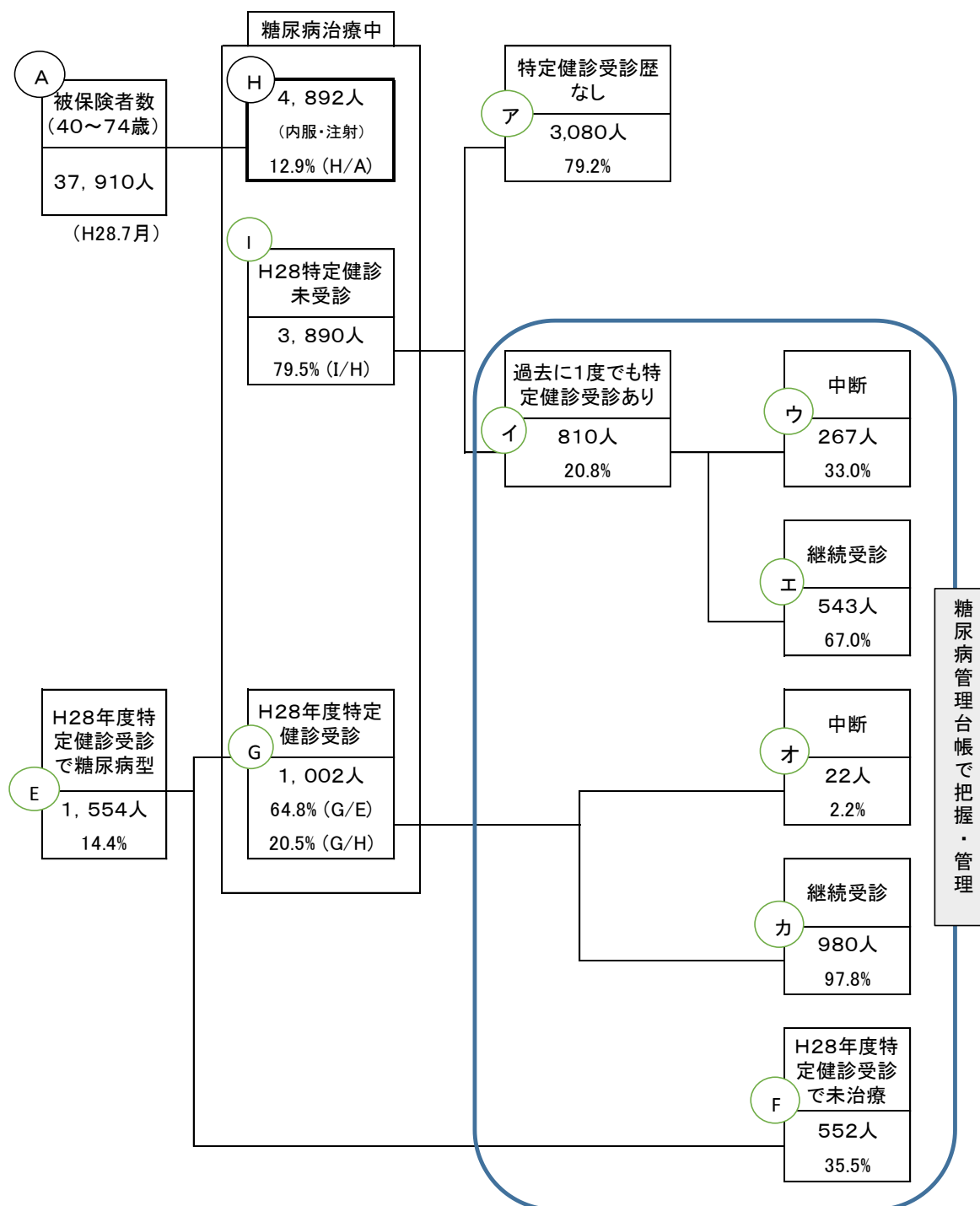
【保健指導】

- ・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、手紙等に対応
- ・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、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導



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て行っていきます。（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</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</div> </div> <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なくない。 → 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> <ol style="list-style-type: none"> 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？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> 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～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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>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> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div>6.0%未満</div> </div> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 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) 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>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増量</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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と聞くけど？</p> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは </div>

（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（±）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。

オ 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っていきます。

カ 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 5 ml/1.73 m²以上低下）

- ・尿蛋白の変化
- ・服薬状況の変化

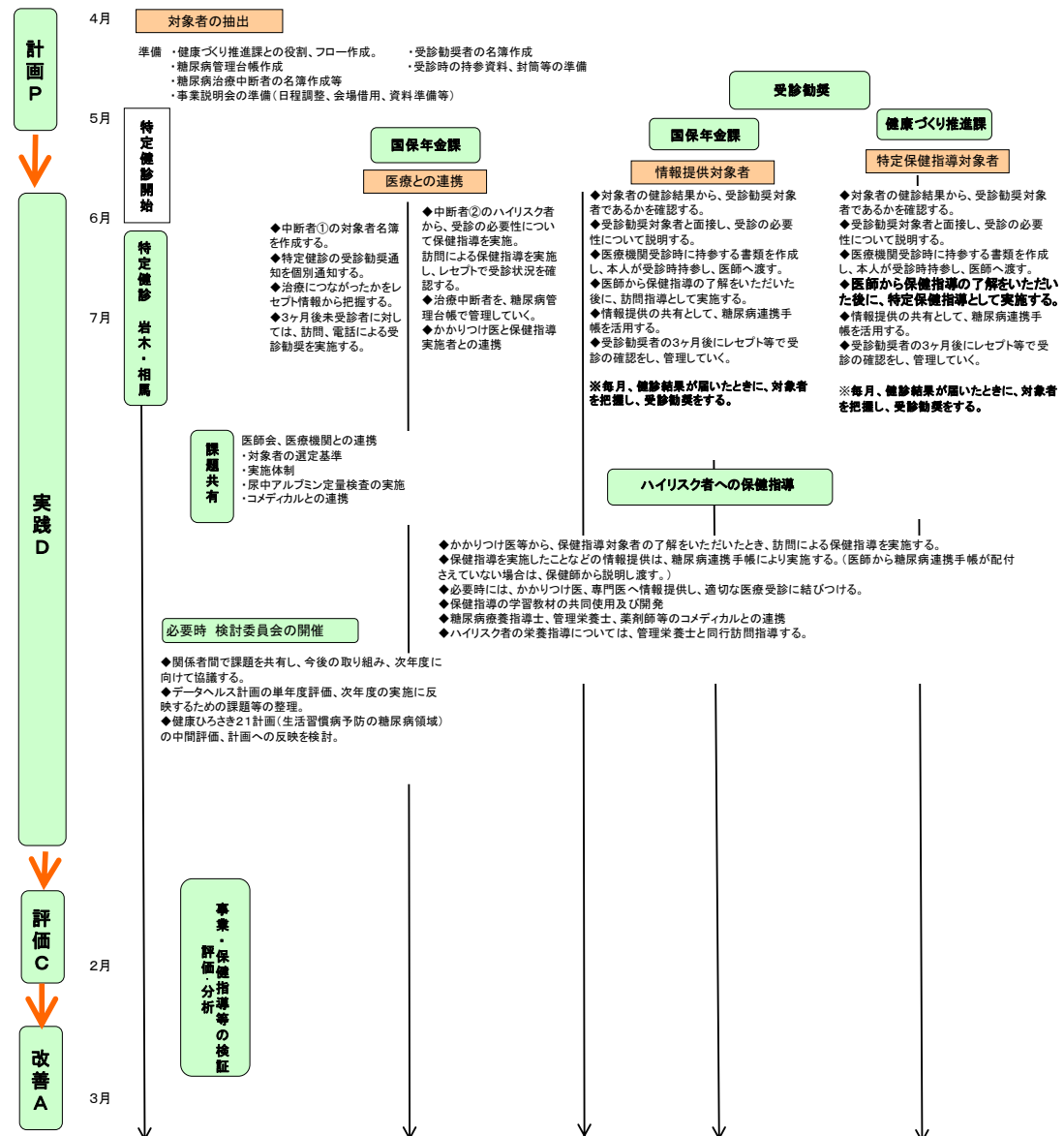
ク 実施期間及びスケジュール

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



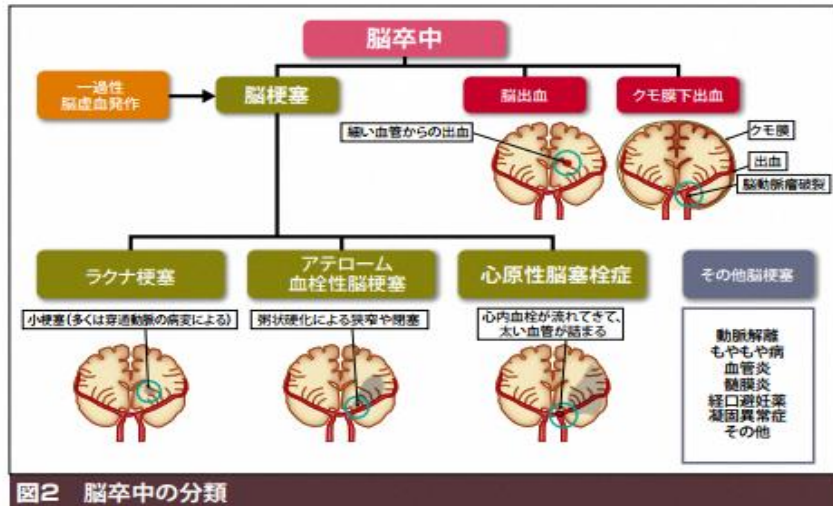
(2) 脳血管疾患重症化予防

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 シンドローム	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	●							
	くも膜下出血	●							

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。

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%
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】

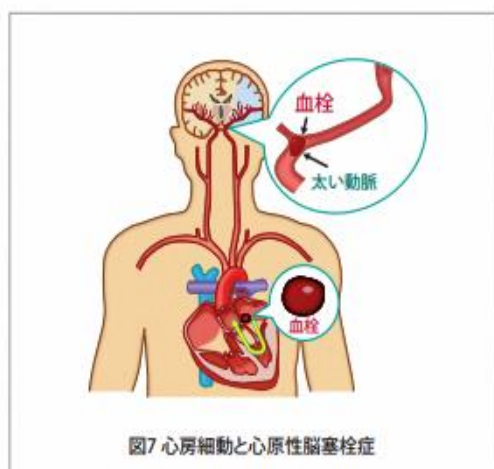
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

<div> <div>血圧分類 (mmHg)</div> <div>リスク層 (血圧以外のリスク因子)</div> </div>		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	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	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%	6.9%	8.2%	6.5%	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%	55.6%	52.6%	43.5%	--	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%	37.5%	39.2%	50.0%	--	--	76.7%
再掲 重複あり	糖尿病	600	142	131	137	153	27	10		
		31.1%	30.1%	31.0%	32.0%	33.0%	23.5%	32.3%		
	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%	45.2%		
	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%	67.7%		

(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



(脳卒中予防の提言より引用)

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よ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。

	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	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、継続受診の必要性和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、過去に治療中であつ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、その所見があった場合は血圧、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	73.2%

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、過去に治療中であつ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ポ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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 46】

<ul style="list-style-type: none"> ・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」「薄味でも美味しく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きます。

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】

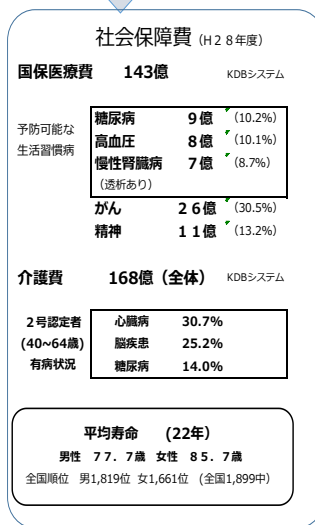
H29.11.13

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

① 弘前市 人口18万人
(国保加入者数 4万人)

② 平成28年度保険者努力支援制度
全国順位 957位 (1,741市町村中)
獲得点数 193点 (満点345点)

1点当りの金額11万円
頂いたお金 2,207万円



評価指標		30年度	28年度前倒し分	
		満点	満点	弘前市
H29, 30年度の評価指標				
共通①	特定健診受診率	50	20	
	特定保健指導実施率	50	20	0
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100		
	・対象者の抽出基率が明確、かかりつけ医との連携			
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40	0
	・専門職の取組、事業評価			
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)		
共通④	個人のインセンティブ提供	70		
	・個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)	20	20
	・商工部局、商店街等との連携	(15)		
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)		
	・第2期策定に当たり、現計画の定量的評価	(35)		
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	25	20	20
	がん検診受診率	30	10	20
	歯周疾患 (病) 検診実施状況	25	10	
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5

都道府県の指標	1 市町村指標の都道府県単位評価 (200億)	100
	特定健診・保健指導実施率、糖尿病重症化予防の取組	
	3 都道府県の取組状況 (150億)	今後
指標	保険者協議会への関与、糖尿病重症化予防の取組	
	2 医療費適正化のアウトカム評価 (150億)	50
	国保の年齢調整後1人当たり医療費	



【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

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
GPT	1位
空腹時血糖	3位
HbA1c	11位
拡張期血圧 (100以上)	12位
LDLコレステロール (180以上)	17位

②患者調査の実態 入院・入院外 (平成26年度)

	入院	入院外	退院平均在院日数
脳血管疾患	23位	5位	3位
糖尿病	22位	10位	13位
腎不全	37位	6位	44位

③糖尿病性腎症による新規透析導入患者 (平成27年)

青森県	12位	46.7%
-----	-----	-------

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。

2 食の実態

カップめん	1位
即席めん	2位

さけ	1位
さんま	1位
いか	1位
ほたて貝	1位
塩干魚介全体	1位
魚介加工品	1位

豚肉	1位
ソーセージ	1位
やきとり	1位

もやし	1位
ごぼう	2位
梅干し	2位

炭酸飲料	1位
果実・野菜ジュース	1位
コーヒー飲料	1位

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 ナイトクラブ	3位

純アルコール量	3位
---------	----

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

出典

- ・厚生労働省 特定健診・特定保健指導に関するデータ(全国医療保険者)
- ・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＋退職）

第5章 地域包括ケアに係る取組

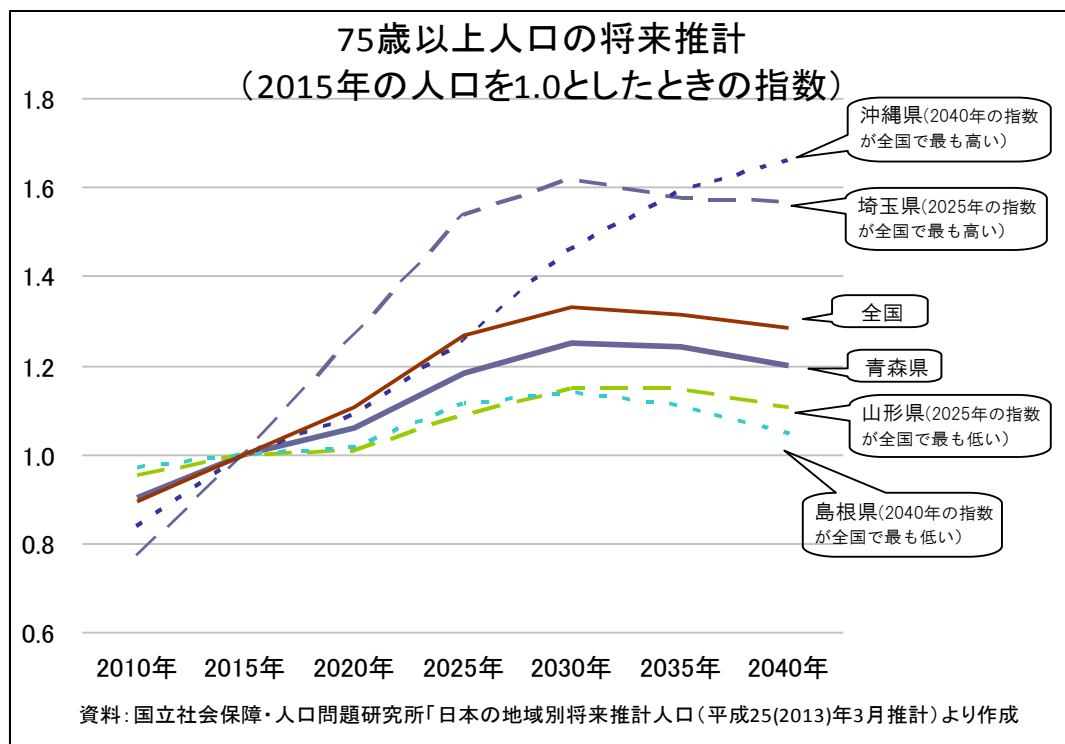
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

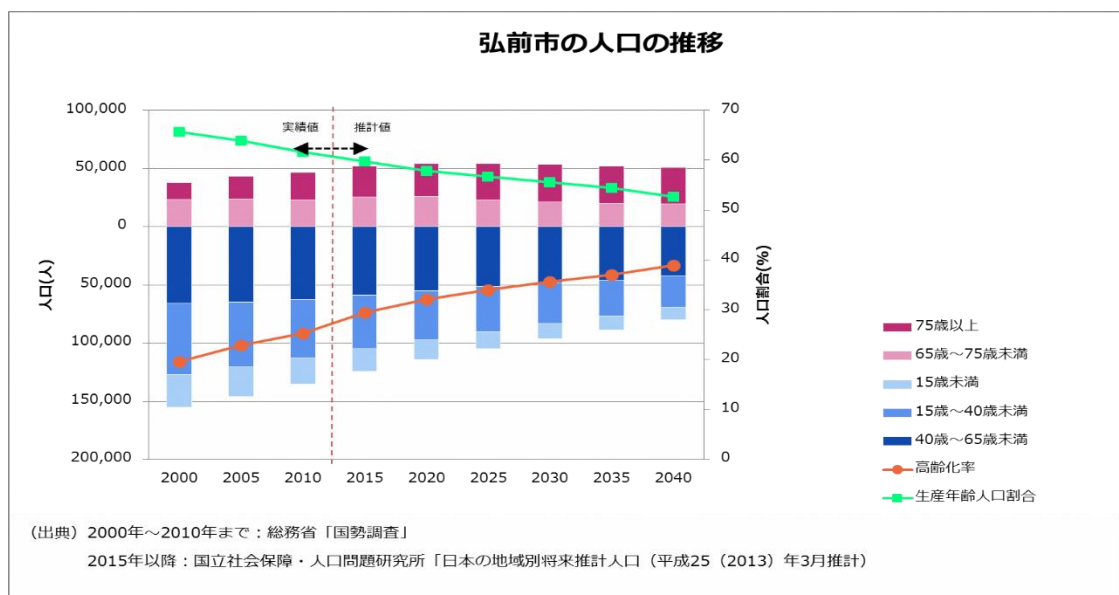
重度の要介護状態となる原因としては、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている現状です。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等は、予防可能な生活習慣病の重症化に起因するものです。そのため、重症化予防を推進し、さらには KDB・レセプトデータから要介護に至った背景を分析しハイリスク対象者を抽出することで、特徴を踏まえた保健指導の展開による要介護認定者の減少が期待できます。つまりは、第4章の重症化予防の取組が介護予防の効果へとつながり、市民の健康寿命の延伸と要介護状態により地域で暮らせなくなることへの予防が可能であると捉えることができます。

青森県は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 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います。このような状況から、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための取組は、非常に重要となります。

【図表 51】





弘前市の高齢化率の降順		
(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きます。

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)	・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)	・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)	・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)	・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、KDB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

関連計画	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				中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
特定等計画 特定健診	・上位に占める死因のうち糖尿病によ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。 ・脳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。	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	特定健診受診率44.0%以上	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
				30.6%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%	44.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
				31.6%	33.5%	36.5%	38.5%	40.5%	42.5%	44.5%	46.5%		
				-1.7%	-3.4%	-0.1%	3.9%	8.8%	14.3%	20.3%	25.0%		
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合1.8%に減少	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%	1.9%	1.9%	1.8%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.1%に減少	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%		
			糖尿病性腎症等による新規透析導入者の減少	23人	22人	21人	20人	19人	18人	17人	15人	KDBシステム	
			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	29.2%	28.6%	28.0%	27.4%	26.8%	26.2%	25.6%	25.0%		
データヘルス計画	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者のⅢ度高血圧未治療者の割合25%に減少(リスク第3層)	50.0%	46.4%	42.8%	39.2%	35.6%	32.0%	28.4%	25.0%		
			健診受診者の高血圧者の割合25.5%に減少(140/90以上)	32.9%	32.0%	31.0%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	25.5%	弘前市健康増進計画	
			健診受診者の糖尿病者の割合6.0%(HbA1c6.5以上)	10.9%	10.2%	9.5%	8.8%	8.1%	7.4%	6.7%	6.0%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	65.0%	76.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	95.0%	100.0%		
保険者努力支援制度	短期	・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78.9と比較して高い。(平成27年度)	がん検診受診率 胃がん検診 15.8%以上	15.2%	15.3%	15.4%	15.5%	15.5%	15.6%	15.7%	15.8%		
			肺がん検診 11.6%以上	10.6%	10.8%	11.0%	11.2%	11.4%	11.5%	11.5%	11.6%	地域保健事業報告	
			大腸がん検診 34.1%以上	26.3%	28.0%	28.5%	30.5%	32.2%	32.3%	33.2%	34.1%		
			子宮頸がん検診 34.9%以上	33.0%	33.4%	33.8%	34.2%	34.6%	34.7%	34.7%	34.9%		
保険者努力支援制度	短期	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 27.4%以上	25.4%	25.4%	25.4%	25.4%	25.4%	26.0%	26.5%	27.4%		
			40歳限定がん検診キャンペーンの応募 10.7%	10.0%	10.1%	10.2%	10.3%	10.4%	10.5%	10.6%	10.7%		
保険者努力支援制度	短期	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	64.6%	72.0%	75.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	80.0%	厚生労働省公表結果	

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することが重要となります。

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、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

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 of 取組と課題整理

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた弘前市の位置

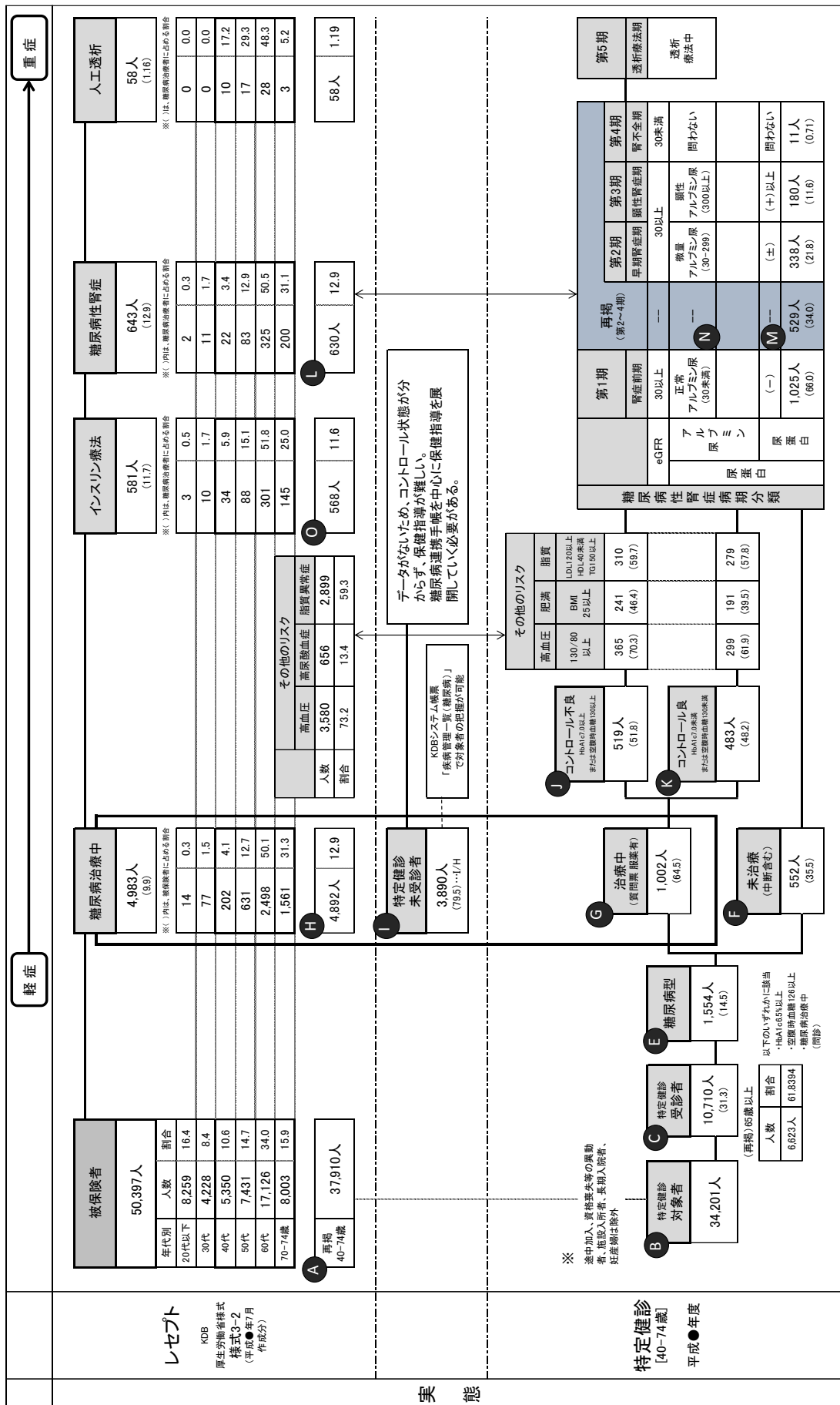
【参考資料1】

項目			H 2 5		H 2 8		H 2 8		H 2 8		国		データ元 (CSV)		
			保険者		保険者		同規模平均		県		国				
			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	
			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	産業構成	第1次産業		15.5		15.5		2.8		13.0		4.2		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		
	③	平均寿命	男性		77.7		77.7		79.9		77.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			85.7		85.7		86.3		85.4		86.4				
④	健康寿命	男性		64.3		64.3		65.4		64.2		65.2			
		女性		66.4		66.4		66.8		66.4		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	124.5		118.4		96.5		119.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	111.8		111.5		100.0		109.6		100		
			死 因	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	
				腎不全	59	4.1	47	3.5	2,080	3.4	447	4.3	24,763	3.3	
				自殺	38	2.6	33	2.4	2,156	3.5	270	2.6	24,294	3.3	
				合計											
				②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性	19.3		14.6				15.6		
女性	10.6		7.6					7.8		7.6					
3	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	
			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	
			合計												
	②	有病状況	糖尿病	2370	20.8	2443	22.0	126,197	23.1	17,015	21.3	1,343,240	21.9		
			高血圧症	5817	51.2	5549	50.4	279,758	51.2	40,868	51.7	3,085,109	50.5		
			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		
			がん	943	8.3	947	8.7	58,739	10.7	6,857	8.6	629,053	10.1		
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			
③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		61,842		61,005		55,577		64,282		58,349			
		居宅サービス		45,203		45,249		38,459		45,991		39,683			
		施設サービス		289,577		284,744		281,539		286,890		281,115			
		合計													
④	医療費等	要介護認定別		6,599		6,643		7,693		6,974		7,980			
		医療費（40歳以上）		3,525		3,625		3,580		3,618		3,822			
4	①	国保の状況	被保険者数		54,612		47,968		2,691,989		355,603		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 被保険者の状況
			65～74歳		17,270	31.6	18,178	37.9			140,374	39.5	12,462,053	38.2	
			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		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	17	0.3	15	0.3	694	0.3	97	0.3	8,255	0.3		
			診療所数	172	3.1	171	3.6	8,145	3.0	895	2.5	96,727	3.0		
			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			
③	医療費の 状況	入院患者数	17.3		16.5		17.5		18.0		18.2				
		一人当たり医療費		22,742		24,278		24,344		24,612		24,253			
		受診率		682,204		718,165		701,306		711,213		686,501			
		外 来	費用の割合	60.4		63.8		61.3		61.6		60.1			
			件数の割合	97.5		97.7		97.5		97.5		97.4			
		入 院	費用の割合	39.6		36.2		38.7		38.4		39.9			
			件数の割合	2.5		2.3		2.5		2.5		2.6			
		1件あたり在院日数		15.9日		15.5日		15.5日		15.7日		15.6日			
		④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源疾患 名（調剤含む）	新生物	27.6		30.5		25.9		27.6		25.6		
				慢性腎不全（透析あり）	7.9		8.7		9.7		7.6		9.7		
糖尿病	10.1			10.2		9.7		11.1		9.7					
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_NO.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)						
				外来	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										
精神	29,791	14位			32,025	11位										
悪性新生物	55,804	13位		66,566	7位											
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	1,790		1,846		2,122	2,413	2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
		健診未受診者	12,721		14,124		12,546	12,859	12,683							
		生活習慣病対象者 一人当たり	4,959		5,024		6,050	6,430	5,940							
		健診未受診者	35,245		38,446		35,760	34,260	36,479							
⑦	健診・レセ 突合	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_NO.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				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数41	健診受診者		9,578		10,496		653,915		90,375		7,362,845	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		
			受診率	25.6	県内34位 同規模46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			
			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	
			BMI	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	
				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			
			男性	99	2.5	99	2.3	4,438	1.6	1,147	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			
			脂質のみ	190	2.0	195	1.9	16,395	2.5	1,955	2.2	194,744	2.6			
血糖・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						
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	生活習慣の 状況	服薬	3,940	41.1	4,453	42.4	224,336	34.3	36,148	40.0	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			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回以上朝食を抜く	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			
			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分以上運動習慣なし	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 飲酒 量	1合未満	937	29.6	986	28.8	137,506	24.9	29,757	37.1	1,636,988		25.9	
				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

都道府県名	青森県	市町村名	弘前市	同規模区分	7
-------	-----	------	-----	-------	---



【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	年度 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	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	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:
対象者把握		地区担当が実施すること		
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()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	
	④健診未受診者 ()人		2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	
	結果把握(内訳)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析 ●がん </div>	
	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		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	
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である		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	
	⑥結果把握 ()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	
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		かかりつけ医、糖尿病専門医		
②尿蛋白 (一) ()人 (±) ()人 (+) ～顕性腎症 ()人		尿アルブミン検査の継続		
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人		栄養士中心 腎専門医		

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			28年度同規模保険者数57	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合
1	①	被保険者数	A	50,397人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		37,910人								
2	①	対象者数	B	34,201人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	②	受診者数		C	10,710人							
	③	受診率			31.3%							
3	①	対象者数		1,056人								
	②	実施率		31.6%								
4	①	糖尿病型	E	1,554人	14.5%					特定健診結果		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	552人	35.5%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	1,002人	64.5%						
	④			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%					
	⑤					血圧 130/80以上	365人	70.3%				
	⑥		肥満 BMI25以上	241人	46.4%							
	⑦	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%							
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	1,025人	66.0%							
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		338人	21.8%							
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		180人	11.6%							
	⑪	第4期 eGFR30未満		11人	0.7%							
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		98.9人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		129.0人								
	③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	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)		
	④		入院(件数)	182件	(5.0)			147件	(4.2)			
	⑤	糖尿病治療中	H	4,983人	9.9%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥	(再掲)40-74歳		4,892人	12.9%							
	⑦	健診未受診者	I	3,890人	79.5%							
	⑧	インスリン治療	O	581人	11.7%							
	⑨	(再掲)40-74歳		568人	11.6%							
	⑩	糖尿病性腎症	L	643人	12.9%							
	⑪	(再掲)40-74歳		630人	12.9%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		58人	1.16%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
	⑬	(再掲)40-74歳	58人	1.19%								
	⑭	新規透析患者数	29人	23.0%								
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	8人	27.6%								
	⑯	【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%							
6	①	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		
	②	生活習慣病総医療費		83億8591万円				79億6945万円				
	③			(総医療費に占める割合)	58.5%				56.0%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,024円				6,050円				
	⑤		健診未受診者	38,446円				35,760円				
	⑥	糖尿病医療費		8億5729万円				7億7431万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.2%				9.7%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費		23億5984万円								
	⑨	1件あたり		36,570円								
	⑩	糖尿病入院総医療費		12億9446万円								
	⑪	1件あたり		602,355円								
	⑫	在院日数		16日								
	⑬	慢性腎不全医療費		7億6390万円				8億1375万円				
	⑭	透析有り		7億3049万円				7億6958万円				
	⑮	透析なし		3341万円				4417万円				
7	①	介護給付費		168億0688万円				129億2752万円				
	②	(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

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「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」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者			
	<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	(1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□AST	～30	31～50		51～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験
		食後	～139		140～199	200～	【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
□C K D重症度分類		G3aA1～					
⑥ その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24						

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

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
										治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

心房細動管理台帳

患者 番号	診療年度 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 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 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	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
<p>課題・目標</p> <p>目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度 目標 34.0%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度 目標 36.5%</p> <p>○メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らす。</p> <p>○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。</p> <p>○Ⅱ度高血圧以上の者の増加を抑制する。</p> <p>未受診者・未保健指導者対策</p> <p>●受診率が低い。</p> <p>●受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。</p> <p>●医療機関の協力等による取り組み。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>●PDCAサイクルからの計画を立案する。</p> <p>●対象者、方法等の検討。</p> <p>●地区台帳の検討。</p> <p>●事業目標、実施方法、評価等の検討。</p> <p>●実施体制の検討。</p> <p>●評価指標の検討。</p> <p>医療との連携</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p>	<p>未受診者・未保健指導者対策</p> <p>○特定健診 ①はがきによる受診勧奨 i 過去3年間受診している人 ii 過去3年間未受診者 iii H25年度受診し、H26,27年度未受診者 iv H25,26年度未受診 で、H27年度受診者 v 当該年度40歳到達者 対象者の状況に合わせた内容を検討し、送付。</p> <p>②訪問による受診勧奨 前年度健診未受診者が集中している地区のH28年度未受診者を 訪問し、受診勧奨を実施。</p> <p>③主治医からの受診勧奨 特定健診受診医療機関へ通院している未受診者への受診勧奨を 依頼する文書を送付。</p> <p>④ちらしによる受診勧奨 各支所・出張所、公民館などへ健診ちらしを設置。</p> <p>○特定保健指導 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 対し、8ヶ月間以上の生活習慣病改善のための保健指導を実施。</p> <p>①封書による利用勧奨 健診受診場所に応じて、個別通知または、健診結果通知書との同 時通知にて特定保健指導案内を郵送。</p> <p>②年度の利用勧奨 通知後、2週間以上経過し利用のない者に対し電話による利用勧 奨を実施。その後利用が無い場合等は、訪問指導等で対応する。不 在の場合は、案内文書を置く。</p> <p>③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。</p> <p>④委託による保健指導の実施 医師会健診センターでの国民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。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○高血圧対策 ・特定健診の結果、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。</p> <p>①KDBを活用して健診結果及びレポート情報等から対象者を選定す る。②対象者へ地区担当保健師とアドバイザーによる訪問指導をし、 継続的な支援を実施する。③保健指導実施者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。</p> <p>○糖尿病対策 ・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・弘前市と弘前市医師会が連携協定の締結をすることとなる。</p>	<p>未受診者・未保健指導者対策</p> <p>○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 92件 ④設置場所数 31か所</p> <p>○特定保健指導 ①・②特定保健指導対象者数 1056人 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</p>	<p>未受診者・未保健指導者対策</p> <p>○特定健診 特定健診受診率 H28年度 30.6%</p> <p>○特定保健指導 ①・②特定保健指導実施率 31.6%</p> <p>③血液検査実施者数:45人 ④委託保健指導終了者数:7人</p>	<p>未受診者・未保健指導者対策</p> <p>○特定健診 ・事業担当者1名 未受診者対策の検討は事務職 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、実施した。</p> <p>訪問による受診勧奨は、課内職 員が2名1組となり実施した。</p> <p>○特定保健指導 ・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+ 臨時管理栄養士1名 臨時管理栄養士: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 実施割合:19人 ②ヒロロでの定期面接 実施割合:80人 ③訪問等での随時対応 対応件数:499件</p>	<p>未受診者・未保健指導者対策</p> <p>○特定健診 ・受診勧奨はがきのデザイン、受 診したくなる内容を検討する必要 がある。</p> <p>・訪問受診勧奨人員の確保 が必要である。</p> <p>・未受診者に対し、なぜ健診を受 ける必要があるのかを理解して もらえるような工夫が必要である。</p> <p>○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活 動 ・年度内終了率の向上</p>
<p>重症化予防対策</p> <p>●PDCAサイクルからの計画を立案する。</p> <p>●対象者、方法等の検討。</p> <p>●地区台帳の検討。</p> <p>●事業目標、実施方法、評価等の検討。</p> <p>●実施体制の検討。</p> <p>●評価指標の検討。</p> <p>医療との連携</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○高血圧対策 ・本人への訪問指導実施率は41人(46.1%)と半数にとどまってい る。高血圧治療につながった割合 も32.6%と少なく、改善につなぐ継 続的な支援が不足している。</p> <p>○糖尿病対策 ・未受診者、治療中断者への受 診勧奨の対象者が多く、国保年 金障1名体制ではマンパワー不 足であり、実施体制、勧奨方法の 検討が必要であり、保健指導の 力量形成が必要である。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○高血圧対策 ・従事者:25人 地区担当保健師20人 臨時保健師4人、随時管理 栄養士1人 ・目標訪問指導実施率:100%</p> <p>○糖尿病対策 ・国保年金障保健師1名のため、 企画、実施等について、健康づく り推進課と連携し、実施体制等を 検討した。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○高血圧対策 ・適切な医療につながった割合 29人(32.6%)</p> <p>○糖尿病対策 ・訪問による受診勧奨 5件 ・医師会との連携がしやすくなり、 情報共有を定期的にする。</p> <p>○糖尿病対策 ・協力的医療機関に事業説明会実 施し、事業を開始することができ た。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○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%)</p> <p>○糖尿病対策 ・糖尿病性腎症重症化予防プロ グラムが完成し、弘前市医師会と 連携協定を締結できた。</p> <p>・協力医療機関に事業説明会実 施し、事業を開始することができ た。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○高血圧対策 ・特定健診の結果、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。</p> <p>①KDBを活用して健診結果及びレポート情報等から対象者を選定す る。②対象者へ地区担当保健師とアドバイザーによる訪問指導をし、 継続的な支援を実施する。③保健指導実施者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。</p> <p>○糖尿病対策 ・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・弘前市と弘前市医師会が連携協定の締結をすることとなる。</p>

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 (やっていた実態の過程)	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	未受診者・未保健指導者対策	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% ○メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らす。 ○Ⅱ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。 ○Ⅱ度高血圧以上の者の増加を抑制する。		○特定健診 ①はがきによる受診勧奨 i H29年度中に40歳、45歳、50歳、55歳の節目の年齢になる者 ii H29年度中に60歳～65歳になる者 対象者の状況に合わせて内容を検討し、送付。 ②訪問による受診勧奨 前年度健診未受診者が集中している地区のH29年度未受診者を訪問し、受診勧奨を実施。 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、座談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。 ③主治医からの受診勧奨 特定健診受診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おちしによる受診勧奨 各支所・出張所、公民館などへ健診ちらしを設置。	○特定健診 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 ○特定保健指導 ①・②特定保健指導対象者予測 1073人 ③血液検査対象者数 360人 ④委託保健指導初回支援実施者数 45人	○特定健診 ・受診勧奨はがきのデザイン・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。 ・訪問受診勧奨 保健衛生座談会では、複数の地区で健診や訪問受診勧奨に関する質問があり、丁寧な回答と健診の啓蒙に心がけ、実態を知ってもらう機会になった。 弘前市医師会から受託医療機関に対し特定健診受診勧奨の依頼を複数回実施するなどの協力をいただいた。	○特定保健指導 ・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+随時管理栄養士1名 動機づけ支援・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 稼働日数:888回 ②ヒロでの定期面接 稼働日数:216回 ③訪問等での随時対応 昨年度実績より増加予定	未受診者・未保健指導者対策 ○特定健診 ・訪問受診勧奨の時期の検討 ・冬期間の場合、天候の影響により外勤が困難な日があるため、時期を早めることができれば検討が必要である。 ・未受診者、保健指導未利用者に、なぜ健診を受ける必要があるのかを理解してもらえよう工夫が必要である。 ○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 ・高血圧症に対する正しい予防活動と、糖尿病重症化予防の重点的な展開 ・年度内終了率の向上
重症化予防対策 ●PDCサイクルからの計画を立てる。 ●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 ・特定健診の結果、Ⅱ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レポート情報等から対象者を選定する。 ②対象者へ地区担当保健師とアドバイザーによる訪問指導をし、継続的な支援を実施する。 ③保健指導実施者の事例検討等を実施し、継続的な支援、かかり医との連携を実施。 ○糖尿病対策 ①28年度特定健診結果において、受診勧奨者を抽出し、名簿作成。 ②KDBを活用し、治療中断者を抽出し、名簿作成。 ・住基異動(死亡、転出)、医療保険異動の確認。 ・レポートによる治療状況の確認。中断者を、健診データの確認。⇒糖尿病管理台帳を作成。 ③受診勧奨者の対象数等を確定し、活動計画を作成。 ④訪問指導の準備(経年表、腎機能グラフ、紹介状等を準備) ⑤受診勧奨を実施。治療中断者へ受診券に勧奨チラシを同封し郵送。 ⑥受診後の保健指導実施。	重症化予防対策 ○高血圧対策 ①Ⅱ度高血圧未治療者61人 ②Ⅱ度高血圧者のうち心電図異常がある者20人 ○糖尿病対策 ①受診勧奨者 97人 27年度健診結果 128人 28年度健診結果 128人 (11月末現在) 治療中断者 288人 個別勧奨通知発送 288人 10月で未受診者83人に訪問による勧奨中 36人 (11月末現在)	重症化予防対策 ○高血圧対策 ・目標訪問実施率100%に向けて活動中である。 ○糖尿病対策 ①受診勧奨で不在者 27年度対象12人 28年度対象14人 中断者対象 63人 (11月末)	重症化予防対策 ○高血圧対策 ・従事者:25人 地区担当保健師20人 臨時保健師4人、随時管理栄養士1人 ○糖尿病対策 ・従事者 保健師2人、パート看護師2人 ・糖尿病性腎症重症化予防検討委員会 年2回開催 ・弘前市医師会との進捗状況報告 年2回 ・29年度特定健診結果による受診勧奨対象者の抽出。	未受診者・未保健指導者対策 ○特定健診 ・事業担当者1名 未受診者の検討は事務職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・実施した。 ・訪問による受診勧奨は、課内の国保担当の協力を得て、事務調整のうえ実施した。
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、個々の医療機関との具体的な連携については、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。		重症化予防対策 ○高血圧対策 ・特定健診の結果、Ⅱ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レポート情報等から対象者を選定する。 ②対象者へ地区担当保健師とアドバイザーによる訪問指導をし、継続的な支援を実施する。 ③保健指導実施者の事例検討等を実施し、継続的な支援、かかり医との連携を実施。 ○糖尿病対策 ①28年度特定健診結果において、受診勧奨者を抽出し、名簿作成。 ②KDBを活用し、治療中断者を抽出し、名簿作成。 ・住基異動(死亡、転出)、医療保険異動の確認。 ・レポートによる治療状況の確認。中断者を、健診データの確認。⇒糖尿病管理台帳を作成。 ③受診勧奨者の対象数等を確定し、活動計画を作成。 ④訪問指導の準備(経年表、腎機能グラフ、紹介状等を準備) ⑤受診勧奨を実施。治療中断者へ受診券に勧奨チラシを同封し郵送。 ⑥受診後の保健指導実施。	重症化予防対策 ○高血圧対策 ①Ⅱ度高血圧未治療者61人 ②Ⅱ度高血圧者のうち心電図異常がある者20人 ○糖尿病対策 ①受診勧奨者 97人 27年度健診結果 128人 28年度健診結果 128人 (11月末現在) 治療中断者 288人 個別勧奨通知発送 288人 10月で未受診者83人に訪問による勧奨中 36人 (11月末現在)	重症化予防対策 ○高血圧対策 ・目標訪問実施率100%に向けて活動中である。 ○糖尿病対策 ①受診勧奨で不在者 27年度対象12人 28年度対象14人 中断者対象 63人 (11月末)	重症化予防対策 ○高血圧対策 ・従事者:25人 地区担当保健師20人 臨時保健師4人、随時管理栄養士1人 ○糖尿病対策 ・従事者 保健師2人、パート看護師2人 ・糖尿病性腎症重症化予防検討委員会 年2回開催 ・弘前市医師会との進捗状況報告 年2回 ・29年度特定健診結果による受診勧奨対象者の抽出。	

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