

五所川原市国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第 3 期特定健康診査等実施計画
（計画期間：平成 30 年度～平成 35 年度）



平成 31 年 3 月
青森県五所川原市

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 現状の整理	7
1 五所川原市の特性	
2 前期計画等に係る考察	
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	12
1 健康・医療情報等の分析	
第4章 目標	34
1 目的・目標の設定	
第5章 保健事業の内容	36
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取り組み	
第6章 計画の評価・見直し	53
第7章 計画の公表・周知	53
第8章 個人情報の取り扱い	53
第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	54
1 地域包括ケアに係る取り組み	
2 留意事項	
第10章 第3期特定健康診査等実施計画	55
1 第3期特定健診等実施計画の基本的事項	
2 特定健康診査等の達成目標と対象者数	
3 特定健康診査の実施方法	
4 特定保健指導の実施方法	
5 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	
6 個人情報の保護	
7 特定健康診査等実施計画の公表・周知	

8 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

9 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

<参考資料> 65

1 国・県・同規模平均と比べてみた五所川原市の位置

2 用語集

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 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、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合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んでいます。

こうした中、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り組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとなりました。

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、国民健康保険については、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になっています。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、新たなインセンティブ[※]制度である保険者努力支援制度が創設され、平成30年度から本格実施となっています。

こうした背景を踏まえて、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「保健事業実施指針」という。）に基づき、市では健康・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ため、第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とします。

なお、本計画は、「第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）」等の評価・分析や生活習慣病予防を目的とする第3期特定健康診査等実施計画を含めて策定しています。

※インセンティブとは、（ある目標に向かって誘導するための）刺激。誘引、動機となる事物。また、奨励金。

※PDCAサイクルとは、Plan（計画）・Do（実行）・Check（評価）・Action（改善）を繰り返すことによって、生産管理や品質管理などの管理業務を継続的に改善していく手法のことです。

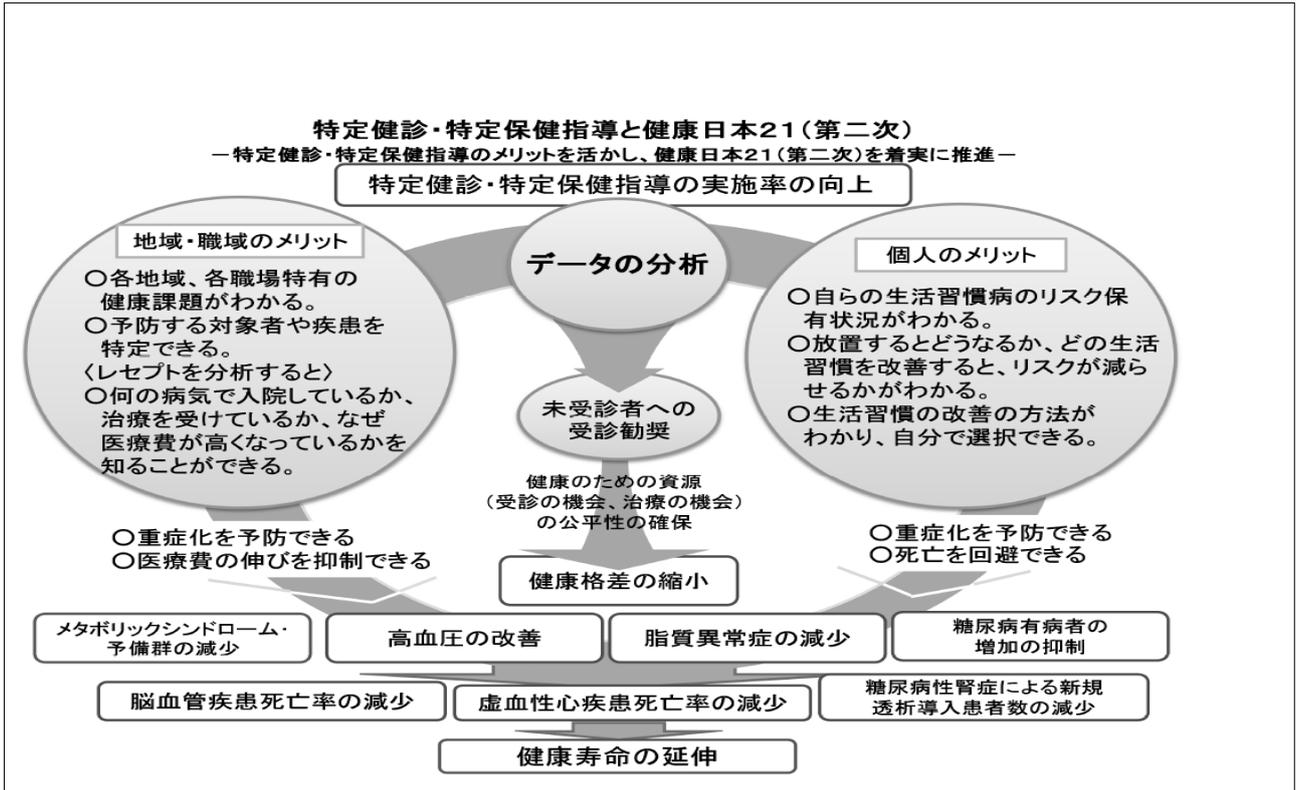
2 計画の位置付け

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、市の健康増進計画（「第2次健康ごしよがわら21」）、介護保険事業計画（「五所川原市老人福祉計画・第7期介護保険事業計画」）等と調和のとれたものとします。（図表1・2・3）

■ 図表 1 各法定計画等との位置づけ

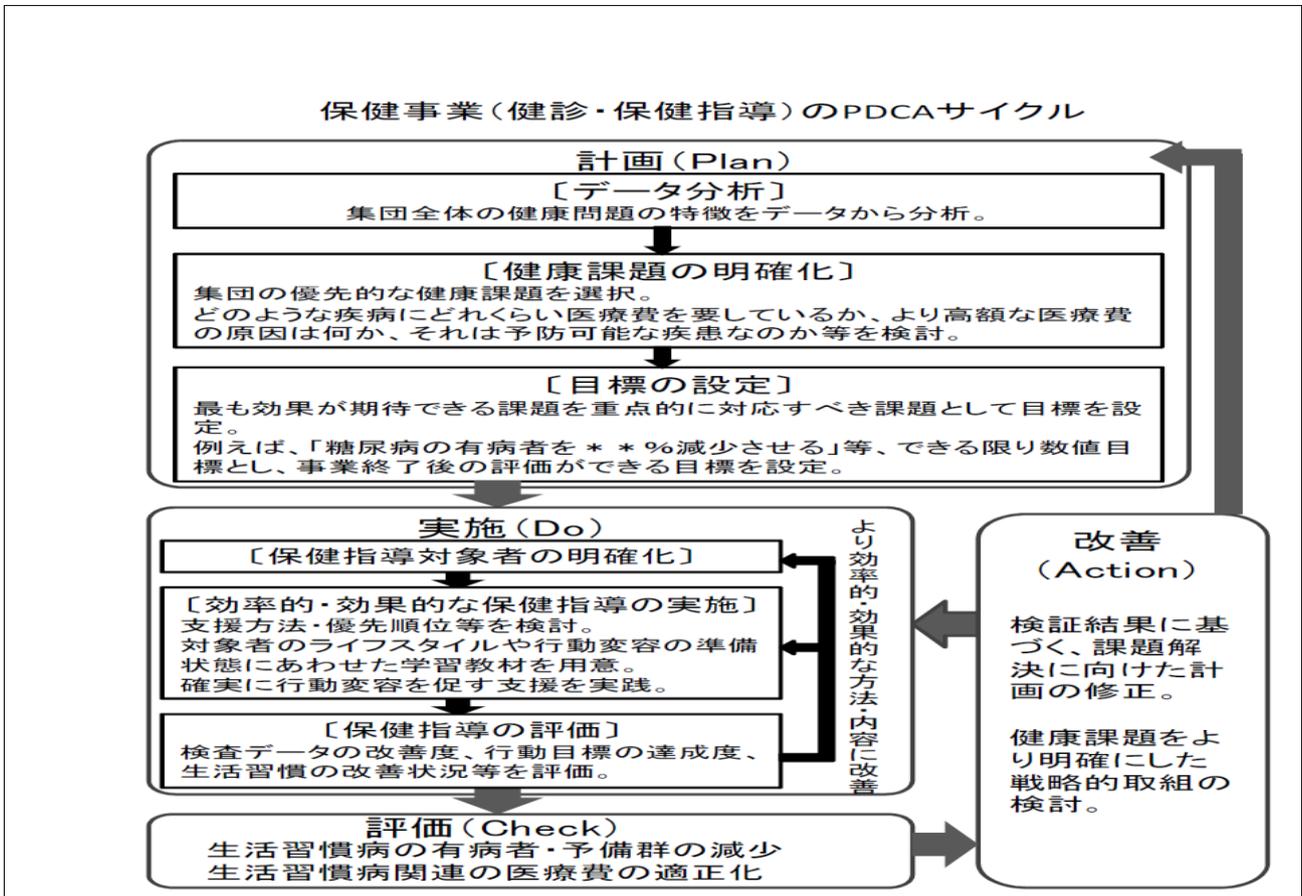
	「健康日本21」計画				「医療費適正化計画」	「医療計画」
	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者 ※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【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	都道府県:義務、 市町村:努力義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、 生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保険制度が維持可能なものとなるよう、 生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による 糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、 通院患者を減らすことができ、 更には重症化や合併症の発症を抑え、 入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活維持及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になる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、 メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための 特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために 行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、 被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組み について、 保険者がその支援の中心となって、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 健康の保持促進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは 保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、 要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止 を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていたため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費が過度に増大しないよう にいくととも、 良質かつ適切な医療を効果的に提供するための体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供するための体制の確保を図っていく。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、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に高齢期を迎える現在の育壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
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	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	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	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	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 メンタルヘルス		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折+骨折しう病 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症 腎臓管狭窄症、関節リウマチ 変形関節症、多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦筋帯骨化症		がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 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み 外来 ①一人当たり外来医療費の地域格差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制(地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度			保険者協議会(事務局・国保連合会)を通じて、保険者との連携

■図表2 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第2次）



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 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3 計画期間

本計画の計画期間については、平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とします。(図表 4)

※保健事業実施指針より、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、複数年とすることが示されていることや、青森県医療費適正化計画や青森県保健医療計画との整合性を図る観点から、計画期間を 6 年間としています。

■図表 4 本計画の計画期間



4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体関係機関の役割

本市においては、国保年金課が主体となって本計画を策定しますが、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。

特に健康推進課の保健師、栄養士等の専門職と連携していくとともに、高齢化の進展に伴い高齢者及び福祉関係とも連携していきます。

また、計画期間を通じて P D C A 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・標準化します。(図表 5)

(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、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいい、本市では、青森県国保連に設置された支援・評価委員会の支援を受けていきます。

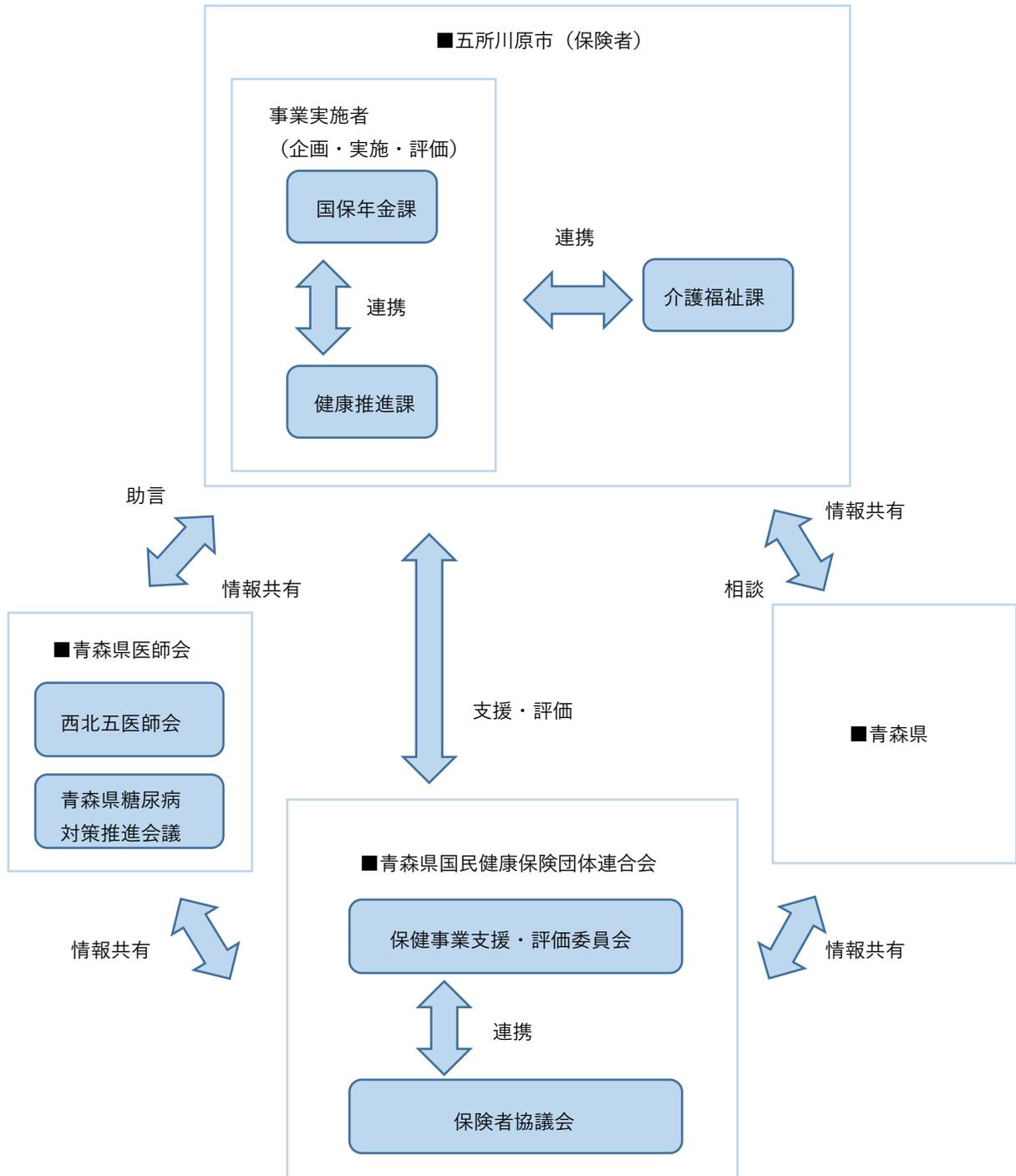
また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり保険者となることから、青森県の関係課との意見交換や情報共有を行うなど、保険者機能の強化に努めます。

※プロセスとは、物事を進める手順のこと。

(3) 被保険者の役割

本計画は、市民（国民健康保険の被保険者）自身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、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要となります。

■図表 5 実施主体関係機関の役割



5 保険者努力支援制度

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、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特別調整交付金の一部を活用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（税）収納率の実施状況を高く評価しています。(図表 6)

■図表 6 保険者努力支援制度

評価指標		平成28年度		平成29年度		平成30年度	
		得点	配点	得点	配点	得点	配点
共通①	特定健診受診率	0	20	0	35	0	50
	特定保健指導実施率	15	20	10	35	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	20	10	35	20	50
共通②	がん検診受診率	10	10	10	20	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	10	15	15	25	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0	40	55	70	75	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	20	30	26	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	20	0	45	0	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	10	0	25	0	35
共通⑥	後発医薬品の促進	4	15	25	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	0	15	10	30	15	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0	40	0	70	0	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	0	15	0	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10	26	30	35	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					26	50
体制構築加点		70		70		60	
総得点(体制構築加点含む)/総配点(満点)		169	345	281	580	402	850
交付額 (万円)		725.2		1,230.4		2,386.6	
全国順位(1,741市町村中)		1,289		1,166		1,166	

※メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち 2 つ以上の症状が一度に出ている状態をいう。日本語に訳すと代謝症候群、単にメタボとも言われる。

第2章 現状の整理

1 五所川原市の特性

(1) 五所川原市の人口と国保の加入状況

少子高齢化の進展に伴い本市の人口も減少傾向が続いています。

平成30年3月末現在で55,277人、うち男性が25,413人、女性が29,864人となっており、平成26年度と比較すると2,460人減少しています。

年齢構成を見ると、65歳以上の人口は18,316人で高齢化率も27.8%から31.7%と上昇し、高齢化が進んでいます。（図表7・参考資料1）

平成30年3月末現在の本市の国保被保険者は15,895人で、全人口に対する加入率は28.76%となっています。

また、年齢別の加入状況を見ると、60歳から被保険者・加入率ともに増加し、65歳以上ではおよそ4人に3人が国保被保険者になっています。（図表9）

国保被保険者の異動状況は、社保加入や後期高齢者医療による喪失が多く、平成29年度は1,458人減少しています。（図表8）

■図表7 人口と被保険者数の推移

年月日	人口	人口（男）	人口（女）	世帯数	被保険者数	加入率
H30.03 末	55,277 人	25,413 人	29,864 人	25,513 人	15,895 人	28.76%
H29.03 末	56,148 人	25,831 人	30,317 人	25,462 人	17,353 人	30.91%
H28.03 末	56,893 人	26,167 人	30,726 人	25,394 人	18,928 人	33.27%
H27.03 末	57,737 人	26,581 人	31,156 人	25,246 人	20,162 人	34.92%

出典：国保年金課調べ

■図表8 国保被保険者の異動状況

平成26年度

単位：人

被保険者 増減内訳	転入	社保離脱	生保廃止	出生	後期高齢者離脱	その他	計
	494	2,126	39	82	1	36	2,778
被保険者 増減内訳	転出	社保加入	生保開始	死亡	後期高齢者加入	その他	計
	530	2,702	81	116	554	38	4,021

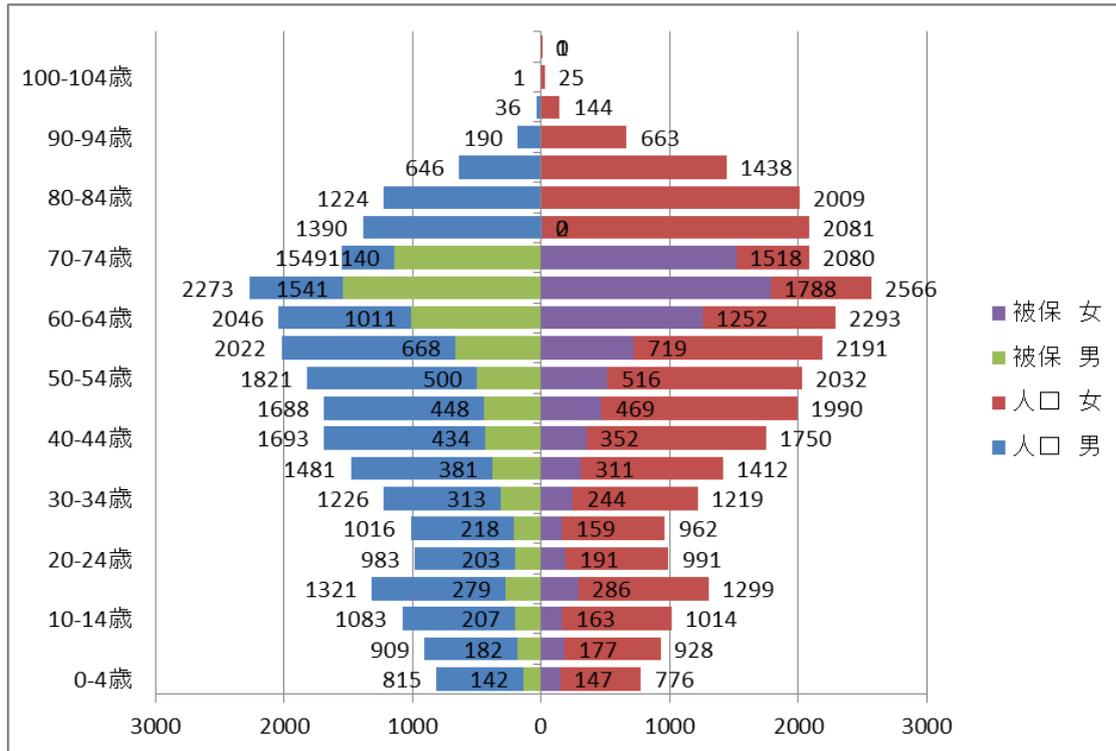
平成29年度

被保険者 増減内訳	転入	社保離脱	生保廃止	出生	後期高齢者離脱	その他	計
	418	2,056	25	63	6	0	2,568
被保険者 増減内訳	転出	社保加入	生保開始	死亡	後期高齢者加入	その他	計
	430	2,791	73	111	621	0	4,026

出典：各年度事業年報

■図表 9 被保険者数の性別・年齢別構成（平成 29 年度）

単位：人



出典：国保年金課調べ

(2) 死亡の状況

本市の人口千人当たりの死亡率は、14.4 ポイントで国・県よりも高く、死因は悪性新生物（53.3%）、心臓病（23.3%）、脳疾患（16.3%）の順で多くなっており、悪性新生物が、県、同規模、国の割合と比較しても高くなっています。（図表 10・参考資料 1）

早世死亡では、全体では県よりも低くなっていますが、男女比では、男性は県よりも高く、女性の 2 倍以上高くなっています。（図表 11）

平均寿命は、男性は 78.5 歳、女性は 86.0 歳で、県と比較した場合、男性は 0.2 歳低く、全国と比較した場合は、男性が 2.3 歳、女性が 1.0 歳低くなっています。（図表 11-1）

生活習慣病といわれる心疾患や脳血管疾患で亡くなる方については、県、同規模、国と比較して、心疾患は低く、脳血管疾患は同規模並みですが国よりも高くなっています。（参考資料 1）

■図表 10 人口千人当たり死亡率

	五所川原市	青森県	国
人口千人当たり死亡率	14.4	13.4	10.5

出典：青森県保健統計年報（平成 28 年）

■図表 11 早世死亡から見た死亡

項目	五所川原市		青森県		国		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
早世死亡から見た死亡（65歳未満）	合計	83	10.6%	1,924	11.1%	139,562	10.7%
	男性	61	15.3%	1,304	14.9%	92,474	13.7%
	女性	22	5.7%	620	7.3%	47,088	7.4%

出典：青森県保健統計年報（平成 28 年）

■図表 11-1 平均寿命

	男性				女性			
	県内順位	平成 27 年	平成 22 年	伸び	県内順位	平成 27 年	平成 22 年	伸び
五所川原市	23	78.5	77.3	1.2	17	86.0	85.4	0.6
青森県	-	78.7	77.3	1.4	-	86.0	85.4	0.6
全国	-	80.8	79.6	1.2	-	87.0	86.4	0.7

出典：青森県市町村別生命表速報

2 前期計画等に係る考察

(1) 第1期計画に係る考察

第1期計画においては、高齢化の進展に伴い生活習慣病の受療者が増加することが予想されていたため、これら受療者が、さらに重症化して入院となることを予防することで、医療費の伸びを抑えることを目標としました。

具体的には、総医療費に対する入院の割合を抑えることを目標としましたが、総医療費に占める入院費用の割合は平成26年度と平成29年度を比較して0.3%増加しています。(参考資料1・図表15・17)

また、目標疾患としてきた「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病性腎症」の患者数を平成26年度比10%減少とする目標については、3疾患のうち、糖尿病性腎症は23.7%増、脳血管疾患は3.0%減で目標には至りませんでした。虚血性心疾患は22.7%減で目標を大幅に上回ることができ、保健指導等の取り組み結果として評価できるものと考えています。

また、糖尿病性腎症については、治療者数が28人増加し、新規患者数千人当たりの割合も0.701人の増と、腎臓を守る視点での重症化予防の取り組みを継続していく必要があると考えます。(図表23)

このほか、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、基礎疾患である「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」「メタボリックシンドローム」等の減少に向け、まずは、特定健康診査を受診すること、特に若い世代、40・50代男性の受診率の向上と健診結果の改善のための特定保健指導率向上を目標としました。

さらに、血圧の高い人を医療に結びつけることの保健指導を優先的に行い、翌年度の健診結果の改善を図ること、糖尿病では、人工透析予防の為に早い段階で、生活改善や服薬治療をしてもらうなどを目標に掲げ優先的に取り組んできました。

しかしながら、40・50代健診受診率については、40代男性の受診率が増加しているものの、40代女性と50代男女健診受診率は減少しており、40・50代健診受診における未受診者対策を継続して取り組む必要があると考えます。(図表27)

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症で治療している人の基礎疾患の重なりを見てみると、平成26年度と平成29年度との比較では、糖尿病の割合がいずれの場合も増加していて、高尿酸血症の割合も虚血性心疾患と糖尿病性腎症で増加しており、今後も各疾患の重なりあい等を見ながら、さらに血管変化における共通リスクを減少させていく必要があると考えます。(図表24・25)

図表 12 第1期計画に係る評価

事業担当課	事業名	事業の目的	事業の概要	対象者		評価	
				参加者	実施状況	課題と考察	
特定健康診査の受診率向上	健康保険年金課推進課 特定健康診査未受診者対策事業	生活習慣病リスクの早期発見	①保健協力員が健診申込書を毎戸配布及び回収する際、必要に応じて、健診等に関する疑問等への説明や申込書への記入援助等を行う。 ②対象者に対し、年齢・性別・レポートデータを利用した受診アドバイスが掲載された受診勧奨通知を作成し、特定健診の受診を促す。 ③対象者に対し、健診結果提供依頼書を送付し、健診結果を提供してもらうと共に、毎年、提出するよう周知する	40～74歳の国民健康保険被保険者 (被保険者数15,895人)	<ul style="list-style-type: none"> 全保健協力員に対する配布に従事した協力員266人/380人(70%) 受診勧奨通知数による健診受診者数700人/通知数3,000人(20%) 健診結果提供依頼による提供者数125人/依頼数500人(25%) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率が前年度と比較して減少したことから、事業の実施方法について見直しする必要がある。 	
健康推進課	健康推進課 高血圧分類Ⅱ度、Ⅲ度未治療者への保健指導事業	特定健診結果が高血圧分類Ⅱ度、Ⅲ度で未治療者を健診結果データから抽出し、保健師及び栄養士が個別面接を実施。現在の状況について、どこかの病院に受診するか、受診の意志確認をし、受診勧奨する。	特定健診結果が高血圧分類Ⅱ度(収縮期160～179かつ、または拡張期100～109)、Ⅲ度(収縮期180以上かつ、または拡張期110以上)の未治療者	47人	<ul style="list-style-type: none"> 個別面接を実施した者44人(93.6%) 医療機関を受診した者25人(56.8%) 内服治療を開始した者5人(11.6%) 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導実施後も受診をしない者がいるため、症状がないことから、医療機関を受診し、内服治療することの重要性を対象者に継続して指導する必要がある。 個人一人ひとりの状況をこれまでの特定健診結果の比較やKDBシステムを活用し、継続してフォローをしていくことが重要である。 保健協力員や食生活改善推進員など地区組織を活用し、地域への疾病重症化予防の知識をさらに普及していく必要がある。 	
			特定健診受診結果がCKD重症度の①～③に該当し、結果通知後未治療者	<ul style="list-style-type: none"> ①HbA1c(NGS値)6.5%以上 ②LDLコレステロール180mg/dl以上 ③中性脂肪300mg/dl以上 ④尿蛋白2+以上 ⑤心電図検査で異常判定 	83人	<ul style="list-style-type: none"> 精検受診勧奨した者60人(72.3%) 精検受診した者25人(41.7%) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診未受診者や未治療者は、重症化の実態が不明であり、効果的な保健活動の評価、分析を行い、特定健診受診者の増加と共に医療費が高額となる虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症や長期の入院の医療費の伸びを抑える。
健康推進課	健康推進課 精検受診勧奨事業	特定健診結果から高血圧等の血管に影響のある疾患の治療が必要となる者に対し、重症化を予防するため、保健師及び栄養士が個別面接等生活習慣改善、受診に向けた支援を実施し、重症化を予防することを目的とする。	特定健診受診結果が①から⑤の基準値に1つ以上該当し、結果通知後未治療者	42人	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診結果がCKD重症度の①～③に該当し、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病の未治療者 ①尿蛋白が+または土でかつeGFR<29 ②尿蛋白が+でかつeGFR<44 ③尿蛋白2+以上でかつeGFR<59 	<ul style="list-style-type: none"> 個別面接を実施した者36人(85.7%) 医療機関を受診した者9人(25.0%) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診未受診者や未治療者は、重症化の実態が不明であり、効果的な保健活動の評価、分析を行い、特定健診受診者の増加と共に医療費が高額となる虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症や長期の入院の医療費の伸びを抑える。
健康推進課	健康推進課 CKD保健指導事業		特定健診受診結果がCKD重症度分類の①～③に該当(左記)し、未治療者である者を健診結果のデータから抽出し、地区担当保健師が個別面接をし、受診勧奨をする。				

事業担当課		事業名	事業の目的	事業の概要	対象者 参加者	実施状況	評価 課題と考察
生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）	健康推進課	新規受診者支援事業		40歳代の新規特定健診受診者に健診結果の見方の説明、生活習慣病予防・改善に関する保健指導、継続した健診受診勧奨を健診結果説明会時の個別面接や家庭訪問で実施する。	40歳代新規特定健診受診者	保健指導を実施した者28人 (68.3%)	<ul style="list-style-type: none"> 若い世代は日中、働いている人が多く、保健指導のための連絡がとりにくく、特定健診受診時に連絡先や連絡時間を聞き取り、確実に連絡がとれるように工夫していく必要がある。 早期介入保健指導事業への参加者を増やすような周知方法について効果検証を行い、対象者の生活習慣病予防に繋げていくための丁寧な保健指導を実施する必要がある。
	健康推進課	健診結果説明会事業	生活習慣病の発症を予防するため、特定健診対象年齢前から、継続して健康づくりに対する関心を高めることを目的とする。	特定健診受診者に対し、健診結果の見方の説明、生活習慣病予防・改善に関する保健指導、継続した健診受診勧奨を実施する。	特定健診受診者	健診結果説明会参加者 2,368人(96.4%)	
	健康推進課	若年者健診事業		特定健康診査に準じた健診を実施する。受診結果は約1か月後に健診結果説明会を開催し、1人あたり30分程度の結果説明の時間予約をとる。保健師または栄養士による健診結果の説明および生活指導を個別に実施する。	17歳～39歳で糖尿病、高血圧症、腎臓病のハイリスクに該当する者	個別面接を実施した者84人 (96.6%) 生活習慣病発症リスクの者50人(57.5%)	
	国保年金課	医療費通知事業	被保険者の医療費に関する意識の向上を図る。未受診の医療機関等が保険者に請求していないか確認する。	【実施時期】年6回 【対象月】12月 【実施方法】受診者に受診医療機関名や受診に要した費用等を通知する。	全受診世帯	年6回・延48,879件 (平均7,813件/回)	<ul style="list-style-type: none"> 医療費に関する意識の變化を把握することが難しい。
	国保年金課	後発医薬品差額通知事業	後発医薬品の利用を促進し、医療費の削減を図るため、主に高血圧、脂質異常症及び糖尿病に関する医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を通知する。	【実施時期】年2回 【対象月】7月、11月 【実施方法】次の対象者に通知を送付する。①生活習慣病や慢性疾患に用いる薬剤を指定。②1人当たり1か月で一定額以上の差額。	該当者	年2回・延2,559件 (平均1,279件/回)	<ul style="list-style-type: none"> 差額通知の効果の検証。 利用件数の増加に伴い、医療費の適正化にどの程度貢献しているか具体的に把握する必要がある。
					(被保険者数15,895人)		
医療費の適正化							

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1 健康・医療情報等の分析

(1) 平成26年度と平成29年度との経年比較（参考資料1）

平成26年度と平成29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、死因別にがん、心臓病による死亡割合は増加しており、特にがんは53.3%と県、同規模、国と比較して高くなっています。

また、心臓病、脳疾患、糖尿病、腎不全の割合の合計は、44.4%と全体の半数近くを占めています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、要介護認定率や有病状況については特に上昇は見られず、県、国と比較して低い状況となっています。

しかし、1件当たりの介護給付費では、平成26年度と平成29年度を比較し上昇しており、県、同規模、国と比較すると高い水準となっています。

1人当たりの医療費では、2,921円増の23,136円となっていますが、県、同規模、国と比較すると、依然として低い水準となっています。

また、医療費に占める外来費用の割合は減少し、入院費用の割合が増加しています。

医療費分析の生活習慣病に占める割合では、新生物、糖尿病及び筋・骨疾患は増加し、慢性腎不全(透析あり)、高血圧症及び精神は減少しています。

健診有無別1人当たり点数では、健診未受診者の医療費では平成26年度と平成29年度を比較し約1.1倍に増えており、健診を受診している人に比べて約1.4倍の医療費がかかっている状況です。

これは、健診受診後に適切な医療に結びつくことで重症化を防いでいるものと推測されます。

しかしながら、本市の平成29年度の健診受診率は31.5%（法定報告）であり、目標に達しておらず、県、同規模、国と比較しても低い水準となっています。

このため今後も医療費適正化の観点から、特定健診受診率向上への取り組みは重要となっています。

(2) 介護給付費の状況

介護給付費の状況では、総額では減少しているものの、1件当たりの給付費は増加傾向にあって、施設サービスは減少し、居宅サービスが増加しています。（図表13）

要介護認定状況を見てみると、認定率は40歳～64歳の2号認定者は0.29%、65歳～74歳が3.7%、75歳以上になると30.8%と急激に高くなっています。

2号認定者の割合は県、同規模、国よりも低くなっており、人数では全体で57人、そのうち新規認定者は年間1人でした。

要介護認定状況とレセプトの突合状況を分析すると、血管疾患は63.2%と高く、なかでも脳卒中が26件（45.6%）と最も多く、基礎疾患では糖尿病が18件（31.6%）と最も多い状況です。

65歳～74歳までの認定者298人のうち、血管疾患は62.8%を占め、そのうち脳卒中は92件（30.9%）、基礎疾患としては2号認定者と同様に糖尿病が108件（36.2%）と最も多くなっています。

また、要介護認定者の平成29年度の月平均の医療費は、介護を必要としない人よりも2,208円も高い状況にあります。（図表14）

2号認定者のうち6割の者が血管疾患をもっていることから、動脈硬化等に起因する血管疾患を予防するということが最重要課題となります。

また、基礎疾患である高血圧や糖尿病等の重症化を予防することは、医療費を抑制するだけでなく、要介護状態になることを防ぎ、74歳までの1号被保険者の要介護認定を減らすことに繋がります。

■図表 13 介護給付費の変化

単位：円

年度	五所川原市				青森県			
	介護給付費	1件当たり給付費			介護給付費	1件当たり給付費		
		(全体)	居宅サービス	施設サービス		(全体)	居宅サービス	施設サービス
平成26年度	5,737,979,651	72,952	47,731	313,254	125,103,392,962	65,372	46,107	294,338
平成29年度	5,576,186,282	79,521	53,976	308,090	127,757,926,530	68,300	49,127	288,743

出典：KDB データ

■図表 14 要介護認定状況とレセプトの突合状況

平成 26 年度

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	20,933人		7,803人		8,409人		16,212人		37,145人								
認定者数	69人		377人		2,900人		3,277人		3,346人									
認定率	0.33%		4.8%		34.5%		20.2%		9.0%									
新規認定者数	2人		12人		44人		56人		58人									
介護度別人数	要支援1・2	11	15.9%	98	26.0%	675	23.3%	773	23.6%	784	23.4%							
	要介護1・2	39	56.5%	162	43.0%	1,120	38.6%	1,282	39.1%	1,321	39.5%							
	要介護3～5	19	27.5%	117	31.0%	1,105	38.1%	1,222	37.3%	1,241	37.1%							
要介護突合状況 ★NO.49	(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						
		件数	--	69	377	2902	3279	3348										
		循環器疾患	1	脳卒中	28	40.6%	脳卒中	114	30.2%	脳卒中	911	31.4%	脳卒中	1025	31.3%	脳卒中	1053	31.5%
			2	虚血性心疾患	4	5.8%	虚血性心疾患	61	16.2%	虚血性心疾患	817	28.2%	虚血性心疾患	878	26.8%	虚血性心疾患	882	26.3%
			3	腎不全	4	5.8%	腎不全	25	6.6%	腎不全	212	7.3%	腎不全	237	7.2%	腎不全	241	7.2%
		基礎疾患	糖尿病	20	29.0%	糖尿病	118	31.3%	糖尿病	871	30.0%	糖尿病	989	30.2%	糖尿病	1009	30.1%	
			高血圧症	19	27.5%	高血圧症	93	24.7%	高血圧症	1189	41.0%	高血圧症	1272	38.8%	高血圧症	1291	38.6%	
			脂質異常症	1	1.4%	脂質異常症	12	3.2%	脂質異常症	95	3.3%	脂質異常症	107	3.3%	脂質異常症	108	3.2%	
		血管疾患合計	合計	42	60.9%	合計	237	62.9%	合計	2265	78.0%	合計	2502	76.3%	合計	2544	76.0%	
		認知症	認知症	5	7.2%	認知症	63	16.7%	認知症	995	34.3%	認知症	1058	32.3%	認知症	1063	31.8%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	31	44.9%	筋骨格系	199	52.8%	筋骨格系	2140	73.7%	筋骨格系	2339	71.3%	筋骨格系	2370	70.8%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

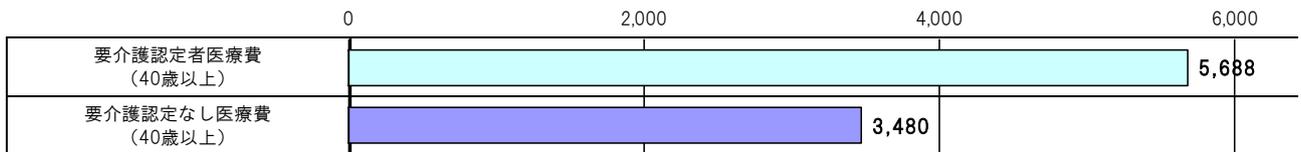
	0	2,000	4,000	6,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	5,268			
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,408			

平成 29 年度

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		19,602人		8,066人		9,367人		17,433人		37,035人						
	認定者数		57人		298人		2,888人		3,186人		3,243人						
	認定率		0.29%		3.7%		30.8%		18.3%		8.8%						
	新規認定者数		1人		9人		40人		49人		50人						
介護度別人数	要支援1・2		6	10.5%	56	18.8%	498	17.2%	554	17.4%	560	17.3%					
	要介護1・2		23	40.4%	141	47.3%	1,293	44.8%	1,434	45.0%	1,457	44.9%					
	要介護3～5		28	49.1%	101	33.9%	1,097	38.0%	1,198	37.6%	1,226	37.8%					
要介護突合状況 ★NO.49	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		
	件数		--	57		298		2888		3186		3243					
	循環器疾患	1	脳卒中	26	45.6%	脳卒中	92	30.9%	虚血性心疾患	1035	35.8%	脳卒中	1111	34.9%	脳卒中	1137	35.1%
		2	虚血性心疾患	4	7.0%	虚血性心疾患	58	19.5%	脳卒中	1019	35.3%	虚血性心疾患	1093	34.3%	虚血性心疾患	1097	33.8%
		3	腎不全	2	3.5%	腎不全	19	6.4%	腎不全	262	9.1%	腎不全	281	8.8%	腎不全	283	8.7%
	基礎疾患	糖尿病		18	31.6%	糖尿病	108	36.2%	糖尿病	1095	37.9%	糖尿病	1203	37.8%	糖尿病	1221	37.7%
		高血圧症		13	22.8%	高血圧症	62	20.8%	高血圧症	1099	38.1%	高血圧症	1161	36.4%	高血圧症	1174	36.2%
		脂質異常症		3	5.3%	脂質異常症	8	2.7%	脂質異常症	72	2.5%	脂質異常症	80	2.5%	脂質異常症	83	2.6%
	血管疾患合計		合計	36	63.2%	合計	187	62.8%	合計	2344	81.2%	合計	2531	79.4%	合計	2567	79.2%
	認知症		認知症	6	10.5%	認知症	49	16.4%	認知症	1167	40.4%	認知症	1216	38.2%	認知症	1222	37.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	32	56.1%	筋骨格系	169	56.7%	筋骨格系	2296	79.5%	筋骨格系	2465	77.4%	筋骨格系	2497	77.0%

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



出典：KDB データ

(3) 医療費の状況

医療費の状況について、被保険者数の減少に伴い総医療費も減少傾向にあります。

入院費と入院外費について総医療費に対する割合を比較すると、入院では 38.0%から 38.3%に増加し、入院外の割合は 62.0%から 61.7%に減少しています。(図表 15)

1人当たりの医療費を見てみると平成 29 年度では 23,136 円、平成 26 年度の 20,215 円と比べ 2,921 円高くなっており、県、同規模、国と比較して低くなっています。(図表 16)

また、外来と入院の比較をすると、件数では 97.7%を外来が占めていますが、費用は 61.7%と件数の割合に比べ少ない状況です。

逆に入院の件数は 2.3%と少なく、費用でみると全体の 38.3%を占め 1 件あたりの費用額は大きくなっています。(図表 17)

疾病分類別医療費上位 10 疾患では、入院については、統合失調症が 1 位となっており、次いで肺がん、大腸がん、脳梗塞、不整脈の順となっています。

外来では、糖尿病が 1 位となっており、次いで高血圧症、関節疾患、慢性腎不全(透析あり)、脂質異常症の順となっています。

また、入院、外来とも生活習慣病に起因する疾患や骨折、関節疾患などロコモティブシンドローム[※]関連の疾患の治療が多くなっています。

県、同規模、国と比較すると、入院では、肺がん、大腸がん、不整脈、胃がん、糖尿病が上回っており、外来では、糖尿病、高血圧症、関節疾患、肺がん、不整脈、統合失調症、骨粗鬆症が上回っています。(図表 18・19)

[※]ロコモティブシンドロームとは運動器系の障害で、一般的にロコモティブシンドロームの原因疾患の有病率と医療費は 65 歳以上から急速に増大します。原因疾患は介護保険の要支援及び要介護の主な原因である「関節疾患」「骨折・転倒」が多く、介護予防等を通じたロコモティブシンドローム対策が重要となります。さらに、高齢者においては、生活習慣病対策に加え、「フレイル」に着目した対策も求められています。(フレイル：加齢に伴う予備能力低下のためストレスに対する回復力が低下した状態。)

■ 図表 15 総医療費に占める入院と入院外医療費の割合

項目	総医療費(円)								
	全体			入院			入院外		
	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	総医療費に対する割合	費用額	増減	総医療費に対する割合
平成26年度	5,072,570,490	-	-	1,928,649,950	-	38.0%	3,143,920,540	-	62.0%
平成29年度	4,634,498,900	-438,071,590	-8.6%	1,776,104,360	-152,545,590	38.3%	2,858,394,540	-285,526,000	61.7%

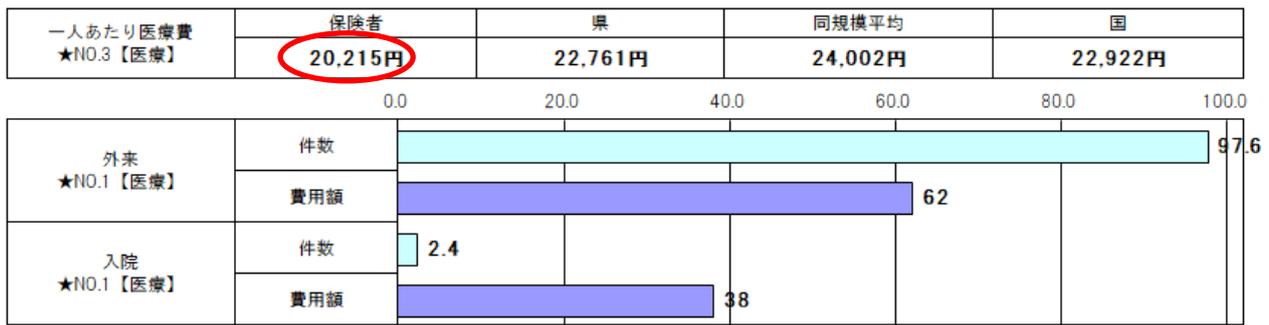
出典：KDB データ

■ 図表 16 1人当たり医療費

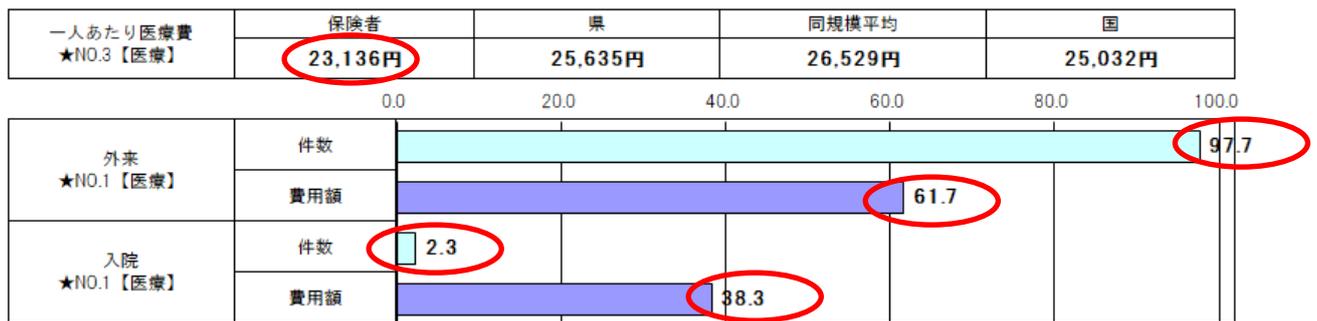
項目	1人当たり医療費(円)			
	全体	入院	入院外	
平成26年度	五所川原市	20,215	7,690	12,530
	青森県	22,761	8,860	13,900
	同規模	24,002	9,750	14,250
	国	22,922	9,160	13,760
平成29年度	五所川原市	23,136	8,870	14,270
	青森県	25,635	10,000	15,640
	同規模	26,529	10,860	15,670
	国	25,032	10,040	14,990

出典：KDB データ

■図表 17 1人当たりの医療費と総医療費に占める入院と外来医療費の割合
平成 26 年度



平成 29 年度



出典：KDB データ

■図表 18 疾病分類別医療費上位 10 疾患（入院）

単位：点

	疾病名	五所川原市	青森県	同規模	国
1	統合失調症	10,562,748	8,317,426	21,299,809	18,286,246
2	肺がん	7,991,186	2,824,791	5,486,041	5,226,317
3	大腸がん	7,380,126	3,404,740	5,478,542	5,274,230
4	脳梗塞	5,617,728	3,835,015	6,654,038	6,161,757
5	不整脈	5,553,992	2,489,797	5,377,375	5,468,057
6	関節疾患	4,992,731	2,764,796	6,748,581	6,195,251
7	骨折	4,976,712	3,186,354	7,547,215	7,076,949
8	胃がん	4,769,375	2,012,621	3,322,219	2,980,089
9	狭心症	3,385,190	2,076,364	5,511,728	5,404,097
10	糖尿病	3,199,592	1,390,328	2,526,211	2,323,448

出典：KDB データ

■図表 19 疾病分類別医療費上位 10 疾患（外来）

単位：点

	疾病名	五所川原市	青森県	同規模	国
1	糖尿病	30,575,012	15,554,841	28,805,123	26,132,816
2	高血圧症	25,774,010	13,795,837	23,832,162	21,563,046
3	関節疾患	13,156,335	6,555,024	13,122,046	12,515,113
4	慢性腎不全（透析あり）	12,433,253	8,369,450	20,509,196	20,191,187
5	脂質異常症	12,129,889	6,885,267	15,518,416	14,681,701
6	肺がん	9,100,908	4,046,507	6,355,554	6,055,715
7	不整脈	8,905,765	4,886,123	7,056,822	6,491,197
8	小児科	8,402,270	4,389,858	9,171,060	10,702,667
9	統合失調症	8,334,775	4,321,818	7,942,932	7,164,249
10	骨粗鬆症	7,591,030	3,578,764	5,242,813	5,120,063

出典：KDB データ

①高額療養費について

平成 29 年度の 100 万円以上の高額になる疾患のレセプトの件数は 474 件、そのうち人数・費用額共に最も多いのがんですが、予防可能な疾患である虚血性心疾患は 31 件で全体の 6.5%、脳血管疾患は 39 件で全体の 8.2%となっています。(図表 20)

■図表 20 100 万円以上の高額になる疾患の状況
平成 26 年度

厚労省様式	対象レセプト	(平成26年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	306人	18人 5.9%	25人 8.2%	127人 41.5%	136人 44.4%
		件数	427件	26件 6.1%	27件 6.3%	151件 35.4%	223件 52.2%
		費用額	7億0185万円	3902万円 5.6%	4564万円 6.5%	2億2074万円 31.5%	3億9645万円 56.4%

平成 29 年度

厚労省様式	対象レセプト	(平成29年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	211人	22人 10.4%	26人 12.3%	132人 62.6%	31人 14.7%
		件数	474件	39件 8.2%	31件 6.5%	211件 44.5%	193件 40.7%
		費用額	7億5742万円	5681万円 7.5%	5146万円 6.8%	3億2013万円 42.3%	3億2902万円 43.4%

出典：KDB データ

②長期入院（6か月以上の入院）の状況について

長期入院 6か月以上の入院のレセプトをみると、精神疾患が 31 人で人数の 44.9%を占めています。予防可能な疾患である脳血管疾患と虚血性心疾患は、併せると 100 件で全体の 16.6%となっています。(図表 21)

■図表 21 長期入院（6か月以上の入院）の状況
平成 26 年度

厚労省様式	対象レセプト	(平成26年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	精神疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	79人	7人 8.9%	1人 1.3%	44人 55.7%
		件数	624件	52件 8.3%	1件 0.2%	335件 53.7%
		費用額	3億0641万円	2978万円 9.7%	42万円 0.1%	1億2043万円 39.3%

平成 29 年度

厚労省様式	対象レセプト	(平成29年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	精神疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	69人	11人 15.9%	4人 5.8%	31人 44.9%
		件数	603件	61件 10.1%	39件 6.5%	255件 42.3%
		費用額	3億2262万円	3132万円 9.7%	2090万円 6.5%	9278万円 28.8%

出典：KDB データ

③人工透析患者の状況について

長期化する疾患である腎不全のうち人工透析患者数は 38 人、年間の累計件数が 384 件と多く、費用額も 1 人当たり約 466 万円と高額になっています。

透析患者 38 人のうち、糖尿病性腎症を併せ持つ人が 17 人 (44.7%)、虚血性心疾患を併せ持つ人が 8 人 (21.1%) います。(図表 22)

■図表 22 人工透析患者の状況

平成 26 年度

厚労省様式	対象レセプト	(平成26年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	61人	16人 26.2%	8人 13.1%	25人 41.0%
		件数	480件	85件 17.7%	74件 15.4%	198件 41.3%
		費用額	2億2069万円	4348万円 19.7%	3917万円 17.7%	9224万円 41.8%

平成 29 年度

厚労省様式	対象レセプト	(平成29年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	38人	4人 10.5%	8人 21.1%	17人 44.7%
		件数	384件	47件 12.2%	47件 12.2%	169件 44.0%
		費用額	1億7708万円	1907万円 10.8%	2343万円 13.2%	7203万円 40.7%

出典：KDB データ

(4) 疾病の発生状況

平成26年度と平成29年度の患者数を比較すると、虚血性心疾患は22.7%減少、脳血管疾患は3.0%減少、糖尿病性腎症は23.7%増加しています。

また、糖尿病性腎症については、千人当たりの新規患者数の割合も増加しており、同規模平均よりも多くなっています。

また、慢性閉塞性肺疾患については、総医療費に占める割合等は大きくありませんが、千人当たりの患者数は増加傾向にあります。(図表23)

■図表23 疾病の発生状況

項目	虚血性心疾患									
	人数	割合	新規患者数(千人当たり)				入院医療費(円)			
			五所川原市		同規模		狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
			狭心症	心筋梗塞	狭心症	心筋梗塞				
平成26年度	678	3.2	5.146	0.637	3.451	0.304	4,622,300	-	4,185,200	-
平成29年度	524	3.0	4.314	0.246	3.280	0.302	1,547,620	-66.52%	605,650	-85.53%

項目	脳血管疾患									
	人数	割合	新規患者数(千人当たり)				入院医療費(円)			
			五所川原市		同規模		脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
			脳出血	脳梗塞	脳出血	脳梗塞				
平成26年度	504	2.4	0.531	2,549	0.433	2,985	934,810	-	1,212,520	-
平成29年度	489	2.8	0.123	1,725	0.459	2,913	1,444,920	154.57%	5,658,390	466.66%

項目	糖尿病性腎症					
	人数	割合	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)	
			五所川原市	同規模	糖尿病	伸び率
平成26年度	118	0.6	0.531	0.727	3,748,640	-
平成29年度	146	0.8	1.232	0.802	2,396,000	-36.08%

項目	慢性閉塞性肺疾患(COPD)			
	患者数(千人当たり)入院		患者数(千人当たり)入院外	
	五所川原市	同規模	五所川原市	同規模
	平成26年度	0.000	0.022	0.809
平成29年度	0.005	0.033	1.223	1.000

出典：KDB データ

※KDB 帳票 No14.17.18「厚生労働省様式 3-2、3-5、3-6」No40「医療費分析(1)最小分類」 毎年5月診療分(COPDは年度累計)

※「0.000」は「皆無」という意味ではなく、単位未満の数値であることを示しています。四捨五入を行った結果、表示すべき最下位の桁が1に達しない場合に使われます。

※第1期中長期目標は、平成29年度には平成26年度と比較して虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の治療者数の10%減少を目標としていました。

(5) 中長期的な目標疾患

虚血性心疾患の治療者数は22.7%減の524人、脳血管疾患は3.0%減の489人、人工透析の治療者数は、約27.5%減の29人となっていますが、脳血管疾患の治療者数の割合については上昇しています。

(図表24)

虚血性心疾患のレセプトをみると、糖尿病、高尿酸血症及び脂質異常症をもつ方の割合が増加しています。

脳血管疾患のレセプトをみると、高尿酸血症をもつ方の割合が増加しています。

人工透析のレセプトをみると、高血圧症、高尿酸血症をもつ方の割合が増加しており、高血圧症の方の割合が約90%となっています。(図表24)

共通するリスクである糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療状況を見ると、治療者数は減少しているものの、割合は上昇しており、引き続き早期の受診による重症化予防を推進していく必要があります。

(図表25)

■図表24 中長期的な目標疾患の治療状況

項目	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成26年度	678	3.2	98	14.5	6	0.9	262	38.6	572	84.4	69	10.2	427	63.0
40-74歳	670	4.4	98	14.6	6	0.9	262	39.1	567	84.6	68	10.1	423	63.1
65-74歳	437	7.5	69	15.8	0	0.0	173	39.6	373	85.4	36	8.2	281	64.3
平成29年度	524	3.0	83	15.8	4	0.8	228	43.5	436	83.2	79	15.1	360	68.7
40-74歳	521	4.0	83	15.9	4	0.8	226	43.4	433	83.1	79	15.2	358	68.7
65-74歳	383	6.4	68	17.8	1	0.3	166	43.3	319	83.3	56	14.6	267	69.7

項目	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成26年度	504	2.4	98	19.4	8	1.6	185	36.7	438	86.9	55	10.9	312	61.9
40-74歳	502	3.3	98	19.5	8	1.6	185	36.9	438	87.3	55	11.0	312	62.2
65-74歳	289	5.0	69	23.9	1	0.3	105	36.3	253	87.5	20	6.9	183	63.3
平成29年度	489	2.8	83	17.0	4	0.8	168	34.4	390	79.8	62	12.7	291	59.5
40-74歳	481	3.7	83	17.3	4	0.8	167	34.7	389	80.9	61	12.7	290	60.3
65-74歳	313	5.2	68	21.7	1	0.3	108	34.5	264	84.3	31	9.9	190	60.7

項目	人工透析		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
	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
平成26年度	40	0.2	17	42.5	35	87.5	17	42.5	15	37.5	8	20.0	6	15.0
40-74歳	38	0.2	16	42.1	34	89.5	16	42.1	15	39.5	8	21.1	6	15.8
65-74歳	4	0.1	1	25.0	4	100.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0
平成29年度	29	0.2	12	41.4	26	89.7	15	51.7	8	27.6	4	13.8	4	13.8
40-74歳	27	0.2	11	40.7	25	92.6	14	51.9	8	29.6	4	14.8	4	14.8
65-74歳	1	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0

出典：KDB データ

■ 図表 25 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療状況

項目	糖尿病														(再掲)糖尿病合併症			
	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		インスリン療法		糖尿病性腎症			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
平成26年度	1,820	8.5	185	10.2	262	14.4	17	0.9	1,293	71.0	165	9.1	1,116	61.3	226	12.4	118	6.5
40-74歳	1,761	11.5	185	10.5	262	14.9	16	0.9	1,276	72.5	157	8.9	1,089	61.8	214	12.2	114	6.5
65-74歳	978	16.8	105	10.7	173	17.7	1	0.1	747	76.4	72	7.4	628	64.2	101	10.3	60	6.1
平成29年度	1,809	10.4	168	9.3	228	12.6	12	0.7	1,254	69.3	209	11.6	1,101	60.9	215	11.9	146	8.1
40-74歳	1,766	13.4	167	9.5	226	12.8	11	0.6	1,235	69.9	204	11.6	1,084	61.4	208	11.8	138	7.8
65-74歳	1,098	18.4	108	9.8	166	15.1	1	0.1	789	71.9	123	11.2	700	63.8	118	10.7	96	8.7

項目	高血圧症													
	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		高尿酸血症		脂質異常症			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
平成26年度	4,087	19.1	438	10.7	572	14.0	35	0.9	1,293	31.6	335	8.2	2,083	51.0
40-74歳	4,032	26.3	438	10.9	567	14.1	34	0.8	1,276	31.6	327	8.1	2,067	51.3
65-74歳	2,335	40.1	253	10.8	373	16.0	4	0.2	747	32.0	165	7.1	1,250	53.5
平成29年度	3,550	20.5	390	11.0	436	12.3	26	0.7	1,254	35.3	393	11.1	1,862	52.5
40-74歳	3,504	26.6	389	11.1	433	12.4	25	0.7	1,235	35.2	384	11.0	1,842	52.6
65-74歳	2,235	37.4	264	11.8	319	14.3	1	0.0	789	35.3	241	10.8	1,240	55.5

項目	脂質異常症													
	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
平成26年度	2,872	13.4	312	10.9	427	14.9	15	0.5	1,116	38.9	2,083	72.5	254	8.8
40-74歳	2,819	18.4	312	11.1	423	15.0	15	0.5	1,089	38.6	2,067	73.3	244	8.7
65-74歳	1,617	27.8	183	11.3	281	17.4	1	0.1	628	38.8	1,250	77.3	115	7.1
平成29年度	2,676	15.5	291	10.9	360	13.5	8	0.3	1,101	41.1	1,862	69.6	297	11.1
40-74歳	2,633	20.0	290	11.0	358	13.6	8	0.3	1,084	41.2	1,842	70.0	286	10.9
65-74歳	1,683	28.2	190	11.3	267	15.9	1	0.1	700	41.6	1,240	73.7	174	10.3

出典：KDB データ

(6) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は 30.2%から 31.5%へ、特定保健指導実施率は 48.2%から 52.7%へそれぞれ上昇しています。

しかし、第2期特定健康診査等実施計画の特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値 60%には達成していません。

男女別、年齢階層別の受診率について、40歳から49歳までは男性の受診率の方がわずかに高く、50歳から74歳までは女性の受診率の方が高くなっています。

また、女性の65歳から69歳までが最も高く、男性の50歳から54歳が最も低い状況となっています。(図表 26・27)

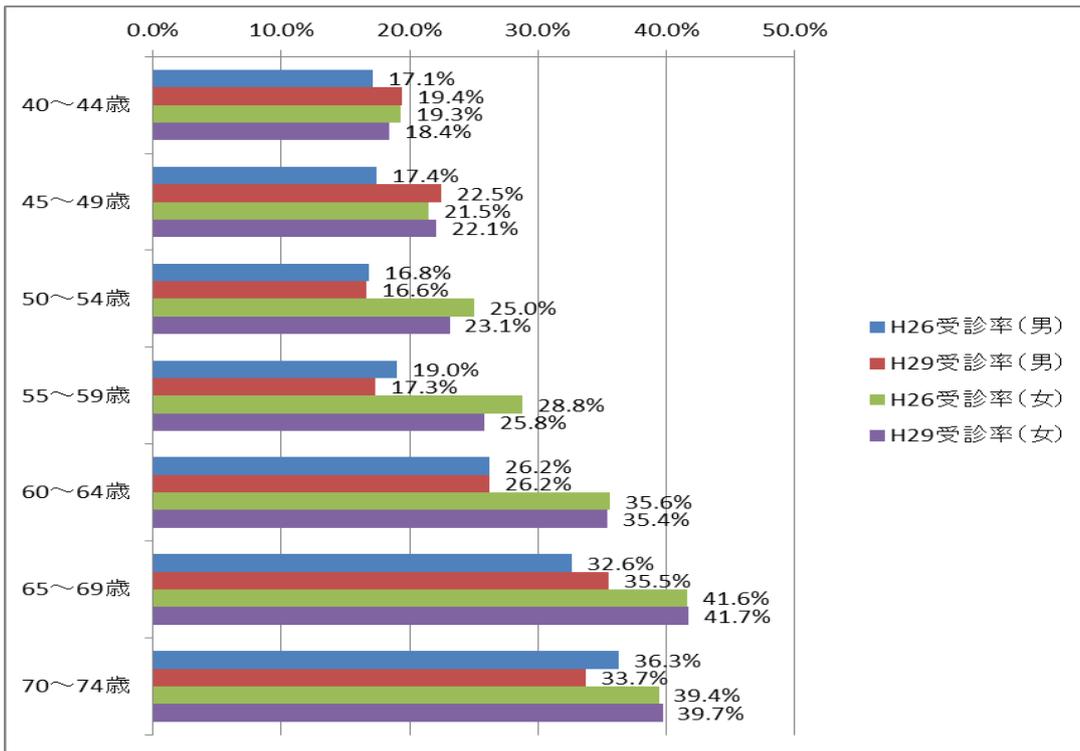
重症化を予防していくためにも特定健診受診率の向上への取り組みが重要です。

■ 図表 26 特定健診受診・特定保健指導の状況

項目	特定健診			特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	終了者数	実施率
平成26年度	13,889人	4,193人	30.2%	485人	234人	48.2%
平成29年度	11,470人	3,608人	31.5%	336人	177人	52.7%

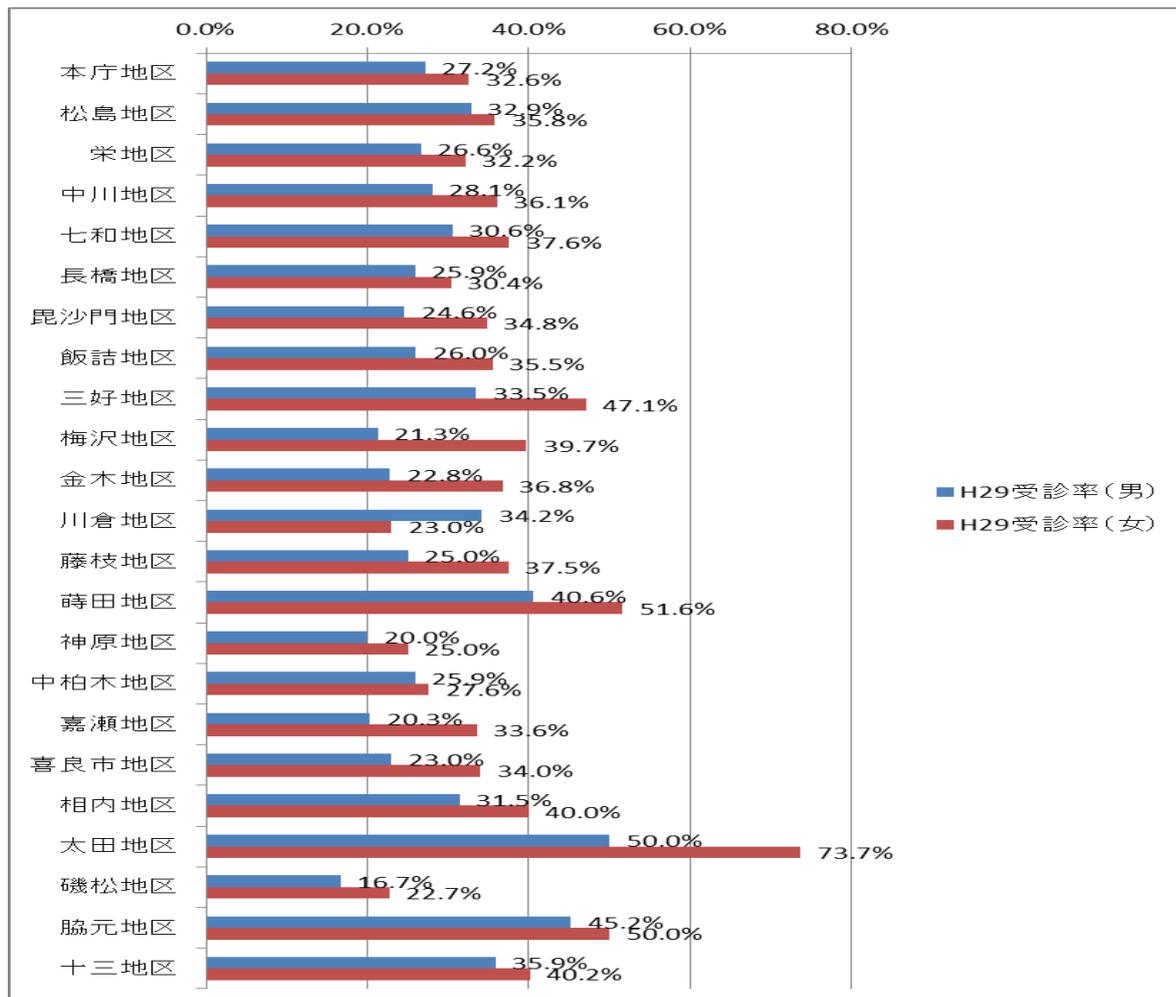
出典：法定報告

■ 図表 27 男女別・年齢階層別特定健診受診率



出典：KDB データ

■ 図表 28 地区別・男女別特定健診受診率



出典：KDB データ

(7) 健診有所見者状況

健診有所見者状況を見ると、男性、女性ともに腹囲、GPT、空腹時血糖、HbA1c※、尿酸の有所見者の割合が増加しています。(図表 29)

メタボリックシンドローム予備群・該当者のリスクの重なりをみると、男性、女性ともに「血糖＋血圧」、「血圧＋脂質」の割合が増加しています。

さらに、3項目全てに該当する方が男性で7.1%から8.9%、女性で1.6%から2.1%と増加しています。(図表 30)

特定健診時の質問票調査について、県と比較したところ、食習慣や運動習慣に加えて、1日の飲酒量が3合以上の方や睡眠不足の方が多くいることが分かります。(参考資料1)

メタボリックシンドローム該当者では、「血圧＋脂質」を併せ持つ人の割合が高く、メタボリックシンドローム予備群では「血圧のみ」を持つ人の割合が高いなど、腹囲のみではなく、内臓脂肪が血管変化や血液への影響を及ぼしていることが分かります。

メタボリックシンドローム該当者が自分のからだの状態を正しく理解し、メタボリックシンドロームを改善、生活習慣病の発症・重症化予防に繋げる取り組みは一層必要です。

健診を受けたことがない人、医療機関にもかかったことのない人の生活習慣病の治療費が、健診受診者、治療中の人より高いことから、健診を受診するよう働きかけが必要です。

また、各検査項目については、糖尿病の指標となるHbA1cの値が6.5以上の人は増加傾向であるとともに治療者も増加している状況です。

しかし、HbA1cが7.0以上であっても治療を受けていない人が約4割もいることなど、適切な受診に結びつくような対策が必要であり、特定保健指導の対象とならない、生活習慣病の重症化のリスク因子をもつ人への積極的な保健指導を実施する必要があります。

更に腎機能の低下や心電図所見などから対象者を選定することが可能であることから、検査項目のひとつだけの値だけを注視するだけでなく、値の重なりを見ながらの保健指導が必要です。

※HbA1c(NGSP) : HbA1c (ヘモグロビン・エーワン・シー) は血糖の1~2か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症等の糖尿病の合併症を発症したり悪化したりすることが分かっています。

図表 29 健診有所見者状況

H26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		
	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		
	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
全国	29.5		48.5		28.1		19.8		8.7		27.0		53.0		12.8		49.8		24.2		49.0		
県	12,843	32.2	17,980	45.1	9,283	23.3	9,782	24.5	2,635	6.6	17,120	43.0	20,029	50.3	2,980	7.5	20,500	51.4	11,351	28.5	19,609	49.2	
保険者	合計	584	34.4	775	45.7	420	24.7	447	26.3	115	6.8	744	43.8	727	42.8	84	4.9	925	54.4	521	30.7	847	49.9
	40-64	293	35.5	377	45.6	231	28.0	264	32.0	58	7.0	312	37.8	316	38.3	46	5.6	424	51.3	308	37.3	440	53.3
	65-74	291	33.4	398	45.7	189	21.7	183	21.0	57	6.5	432	49.6	411	47.2	38	4.4	499	57.3	213	24.5	407	46.7
H29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		
	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		
	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
全国	31.4		51.2		28.7		20.6		8.4		28.9		57.0		12.4		49.5		24.4		47.3		
県	13,264	34.6	18,389	48.0	9,592	25.0	9,869	25.7	2,253	5.9	18,370	47.9	21,421	55.9	3,487	9.1	18,638	48.6	10,345	27.0	17,876	46.6	
保険者	合計	504	33.9	710	47.7	400	26.9	410	27.6	81	5.4	706	47.4	694	46.6	255	17.1	718	48.3	397	26.7	700	47.0
	40-64	209	35.2	282	47.6	193	32.5	199	33.6	35	5.9	249	42.0	222	37.4	122	20.6	238	40.1	188	31.7	292	49.2
	65-74	295	33.0	428	47.8	207	23.1	211	23.6	46	5.1	457	51.1	472	52.7	133	14.9	480	53.6	209	23.4	408	45.6
H26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		
	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		
	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
全国	20.2		17.1		16.2		8.4		1.9		16.0		52.6		1.6		43.1		14.6		58.8		
県	14,385	26.5	10,001	18.4	6,045	11.1	5,967	11.0	793	1.5	13,964	25.8	27,362	50.5	477	0.9	23,359	43.1	9,045	16.7	31,142	57.4	
保険者	合計	627	25.1	384	15.4	300	12.0	302	12.1	36	1.4	649	26.0	989	39.6	11	0.4	1,101	44.1	462	18.5	1,439	57.6
	40-64	250	21.0	147	12.4	151	12.7	153	12.9	20	1.7	244	20.5	391	32.9	7	0.6	415	34.9	223	18.7	686	57.6
	65-74	377	28.8	237	18.1	149	11.4	149	11.4	16	1.2	405	31.0	598	45.7	4	0.3	686	52.4	239	18.3	753	57.6
H29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		
	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		
	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
全国	21.0		17.7		16.5		8.7		1.7		17.4		56.4		1.6		43.0		14.7		56.8		
県	13,667	27.1	9,560	19.0	5,939	11.8	5,734	11.4	614	1.2	15,611	31.0	28,319	56.2	614	1.2	20,760	41.2	7,940	15.7	27,496	54.5	
保険者	合計	582	27.2	394	18.4	242	11.3	266	12.4	29	1.4	610	28.5	903	42.2	42	2.0	820	38.4	304	14.2	1,173	54.9
	40-64	217	26.1	146	17.5	102	12.3	110	13.2	11	1.3	189	22.7	288	34.6	12	1.4	251	30.2	136	16.3	450	54.1
	65-74	365	27.9	248	19.0	140	10.7	156	11.9	18	1.4	421	32.2	615	47.1	30	2.3	569	43.6	168	12.9	723	55.4

出典：KDB データ

■図表 30 メタボリックシンドローム予備群・該当者の状況

H26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	人数	割合
	県	1,697	26.0	62	3.7%	304	17.9%	20	1.2%	224	13.2%	60	3.5%	409	24.1%	102	6.0%	20	1.2%	167	9.8%	120	7.1%	
保険者	合計	826	20.7	35	4.2%	151	18.3%	7	0.8%	100	12.1%	44	5.3%	191	23.1%	43	5.2%	11	1.3%	78	9.4%	59	7.1%	
	40-64	871	34.3	27	3.1%	153	17.6%	13	1.5%	124	14.2%	16	1.8%	218	25.0%	59	6.8%	9	1.0%	89	10.2%	61	7.0%	
	65-74	895	34.8	35	3.9%	144	16.1%	11	1.2%	116	13.0%	17	1.9%	249	27.8%	64	7.2%	9	1.0%	100	11.2%	76	8.5%	
H29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	人数	割合
	県	1,488	27.7	81	5.4%	225	15.1%	19	1.3%	168	11.3%	38	2.6%	404	27.2%	92	6.2%	17	1.1%	163	11.0%	132	8.9%	
保険者	合計	593	21.2	46	7.8%	81	13.7%	8	1.3%	52	8.8%	21	3.5%	155	26.1%	28	4.7%	8	1.3%	63	10.6%	56	9.4%	
	40-64	895	34.8	35	3.9%	144	16.1%	11	1.2%	116	13.0%	17	1.9%	249	27.8%	64	7.2%	9	1.0%	100	11.2%	76	8.5%	
	65-74	895	34.8	35	3.9%	144	16.1%	11	1.2%	116	13.0%	17	1.9%	249	27.8%	64	7.2%	9	1.0%	100	11.2%	76	8.5%	
H26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	人数	割合
	県	2,498	33.9	44	1.8%	169	6.8%	7	0.3%	129	5.2%	33	1.3%	171	6.8%	37	1.5%	4	0.2%	91	3.6%	39	1.6%	
保険者	合計	1,190	28.7	21	1.8%	71	6.0%	2	0.2%	49	4.1%	20	1.7%	55	4.6%	7	0.6%	1	0.1%	31	2.6%	16	1.3%	
	40-64	1,308	40.5	23	1.8%	98	7.5%	5	0.4%	80	6.1%	13	1.0%	116	8.9%	30	2.3%	3	0.2%	60	4.6%	23	1.8%	
	65-74	1,306	40.7	32	2.5%	92	7.0%	3	0.2%	65	5.0%	24	1.8%	124	9.5%	22	1.7%	3	0.2%	68	5.2%	31	2.4%	
H29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	人数	割合
	県	2,138	34.5	59	2.8%	149	7.0%	7	0.3%	102	4.8%	40	1.9%	186	8.7%	44	2.1%	4	0.2%	93	4.3%	45	2.1%	
保険者	合計	832	27.8	27	3.2%	57	6.9%	4	0.5%	37	4.4%	16	1.9%	62	7.5%	22	2.6%	1	0.1%	25	3.0%	14	1.7%	
	40-64	1,306	40.7	32	2.5%	92	7.0%	3	0.2%	65	5.0%	24	1.8%	124	9.5%	22	1.7%	3	0.2%	68	5.2%	31	2.4%	
	65-74	1,306	40.7	32	2.5%	92	7.0%	3	0.2%	65	5.0%	24	1.8%	124	9.5%	22	1.7%	3	0.2%	68	5.2%	31	2.4%	

出典：KDB データ

(8) 糖尿病、血圧、LDL コレステロール※のコントロール状況 (図表 31・32・33・34・35・36)
 平成 25 年度と平成 29 年度をみると HbA1c が 6.5 以上の方は 5.5% から 6.2% に増加しています。
 治療の有無を見てみると、未治療者は 52.9% から 39.6% に減少し、治療者は 47.1% から 60.4% に増加しています。

しかし、未治療者のうち HbA1c が 7.0 以上で治療をしていない人が 31.5% おり、対策を講じる必要があると考えます。(図表 37)

糖尿病コントロール不良者の推移を見てみると、特定健診受診者のうち HbA1c が 8.4 以上の人の割合は、平成 26 年度に減少したものの、まだ、一定割合の方が高い値を示しています。(図表 38)

血圧では、正常値内の方は平成 29 年度で 54.2%、正常高値以上の方は 45.8% います。

Ⅱ度高血圧以上の方は、平成 25 年度 5.0% から平成 29 年度 4.6% に減少し、Ⅲ度高血圧の方は 0.8% から 0.6% に減少しています。

また、Ⅱ度高血圧の未治療者は 55.5% から 54.1% に減少し、治療者は 44.5% から 45.9% に増加していることから、医療に結びついていることが分かります。

さらに、Ⅲ度高血圧の未治療者は、73.5% から 60.9% に減少し、治療者は 26.5% から 39.1% に増加していますが、高い値の方でも 6 割の方が治療に至っていない状況です。(図表 39)

LDL コレステロール値が 160 以上の方は 13.3% から 11.4% に減少しています。

治療の有無を見てみると、未治療者は 92.8% から 94.0% に増加し、治療者は 7.2% から 6.0% に減少しています。(図表 40)

LDL コレステロール値については、正常者が平成 25 年度で 44.2% から平成 29 年度 48.4% に増加しています。

LDL コレステロール値が 120mg/dl 以上となると、どの年度においても女性が男性を上回っています。(図表 41)

※LDL コレステロールは、悪玉コレステロールとよばれるもので、LDL コレステロールが多すぎると血管壁に蓄積して動脈硬化を進行させ、心筋梗塞や脳梗塞を起こす危険性を高めます。

■図表 31 糖代謝の健診判定値について

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応					
		肥満者の場合		非肥満者の場合			
		空腹時血糖 随時血糖 ¹⁾ (mg/dl)	HbA1c (NGSP) (%)	糖尿病治療中 ²⁾	糖尿病未治療 ²⁾	糖尿病治療中 ²⁾	糖尿病未治療 ²⁾
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	126~	6.5~	①受診継続、血糖コントロールについて確認・相談を。	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を。	③受診継続、血糖コントロールについて確認・相談を。	④定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を。
	保健指導 判定値を 超えるレベル	110~125	6.0~6.4	④受診継続。	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を、また、精密検査を推奨。	⑥受診継続。	⑦生活習慣の改善を。ぜひ精密検査を。
		100~109	5.6~5.9				⑧生活習慣の改善を。リスクの重複等あれば精密検査を。
正常 ↓	正常域	~99	~5.5	⑨肥満改善と健診継続を。	⑩今後も継続して健診受診を。		

出典：「標準的な健診・保健指導プログラム」より抜粋

■図表 32 空腹時血糖値及び75gOGTTによる判定区分と判定基準

空腹時血糖値^{注1)}および75gOGTTによる判定区分と判定基準

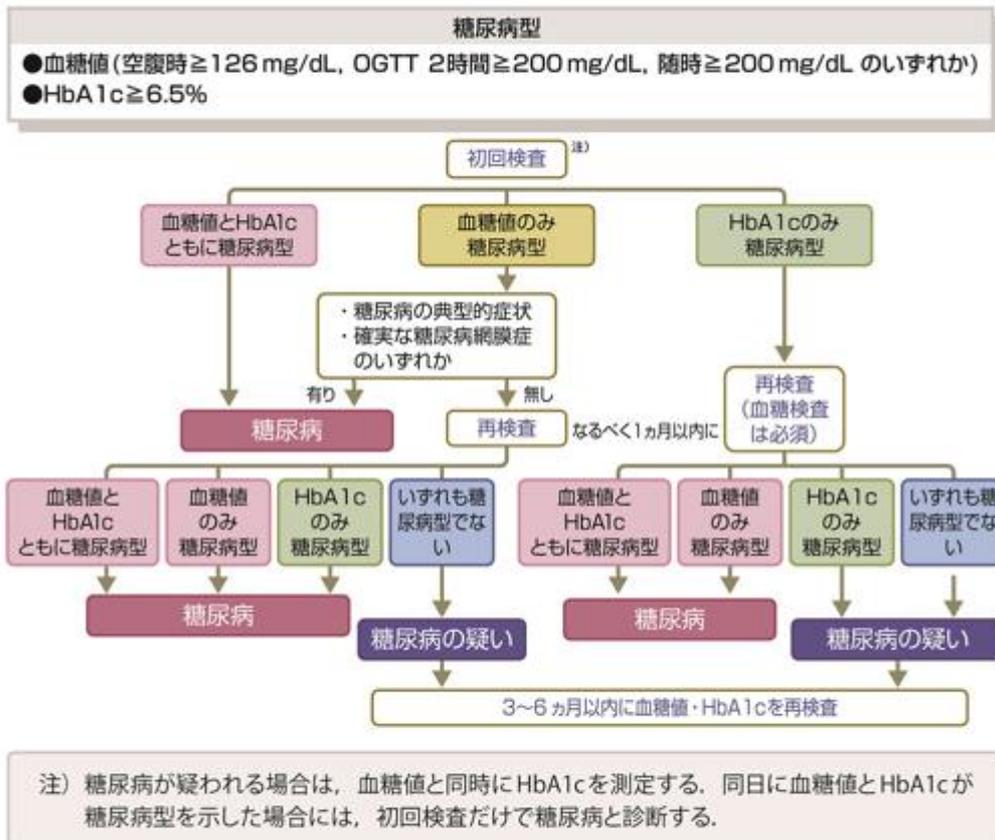
	血糖測定時間		判定区分
	空腹時	負荷後2時間	
血糖値 (静脈血漿値)	126mg/dL以上	◀または▶ 200mg/dL以上	糖尿病型
	糖尿病型にも正常型にも属さないもの		境界型
	110mg/dL未満	◀および▶ 140mg/dL未満	正常型 ^{注2)}

注1) 血糖値は、とくに記載のない場合には静脈血漿値を示す。
 注2) 正常型であっても1時間値が180 mg/dL以上の場合は180 mg/dL未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いので、境界型に準じた取り扱い(経過観察など)が必要である。また、空腹時血糖値が100~109 mg/dLは正常域ではあるが、「正常高値」とする。この集団は糖尿病への移行やOGTT時の耐糖能障害の程度からみて多様な集団であるため、OGTTを行うことが勧められる。

日本糖尿病学会糖尿病診断基準に関する調査検討委員会：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告(国際標準化対応版)。糖尿病55：492, 2012より一部改変

■図表 33 糖尿病の臨床判断のフローチャート

糖尿病の臨床診断のフローチャート



日本糖尿病学会糖尿病診断基準に関する調査検討委員会：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告(国際標準化対応版)。糖尿病55：494, 2012より一部改変

■図表 34 血圧の健診判定値について

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を
		140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、 数値が改善しないなら医療機関の受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を
正常 ↓	正常域	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤今後も継続して健診受診を

出典：「標準的な健診・保健指導プログラム」より抜粋

■図表 35 高血圧治療ガイドライン 2014「成人における血圧値の分類（mm Hg）」

分類	収縮期血圧		拡張期血圧	
	値	かつ	値	かつ
正常域血圧	至適血圧	< 120	かつ	< 80
	正常血圧	120-129	かつ/または	80-84
	正常高値血圧	130-139	かつ/または	85-89
高血圧	I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99
	II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109
	III度高血圧	≥ 180	かつ/または	≥ 110
	(孤立性)収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90

(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2014)

■図表 36 血清脂質の健診判定値について

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL ≥ 180 mg/dl (又は Non-HDL ≥ 210 mg/dl) 又は TG ≥ 500 mg/dl	①すぐに医療機関の受診を
		140mg/dl \leq LDL < 180 mg/dl (又は 170mg/dl \leq Non-HDL < 210 mg/dl) 又は 300mg/dl \leq TG < 500 mg/dl	②生活習慣を改善する努力をした上で、 数値が改善しないなら医療機関の受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dl \leq LDL < 140 mg/dl (又は 150mg/dl \leq Non-HDL < 170 mg/dl) 又は 150mg/dl \leq TG < 300 mg/dl 又は HDL < 40 mg/dl	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を
正常 ↓	正常域	LDL < 120 mg/dl (又は Non-HDL < 150 mg/dl) かつ TG < 150 mg/dl かつ HDL ≥ 40 mg/dl	⑤今後も継続して健診受診を

出典：「標準的な健診・保健指導プログラム」より抜粋

■図表 37 特定健康診査実施者の HbA1c 値の年次比較

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再) 7.0以上	未治療	治療			
								人数	割合	
H25	4,125	2,389 57.9%	1,128 27.3%	381 9.2%	227 5.5%	120 2.9%	107 2.6%	2.3%	5.5%	
H26	4,287	2,521 58.8%	1,118 26.1%	421 9.8%	227 5.3%	112 2.6%	115 2.7%	2.2%	5.3%	
H27	4,225	2,474 58.6%	1,100 26.0%	413 9.8%	238 5.6%	108 2.5%	130 3.1%	2.4%	5.6%	
H28	4,060	2,059 50.7%	1,248 30.7%	476 11.7%	277 6.8%	119 2.9%	158 3.9%	3.1%	6.8%	
H29	3,737	2,090 55.9%	1,029 27.5%	388 10.4%	230 6.2%	91 2.4%	139 3.7%	2.9%	6.2%	

出典：KDB データ

■図表 38 糖尿病コントロール不良者の推移

HbA1cの年次比較

上段：NGSP値
下段：JDS値

年度	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
		5.5以下 (5.1以下)		5.6~5.9 (5.2~5.5)		6.0~6.4 (5.6~6.0)		6.5~6.9 (6.1~6.5)		7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0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
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I
H25	4,125	2,389	57.9%	1,128	27.3%	381	9.2%	131	3.2%	63	1.5%	33	0.8%	55	1.3%	25	0.6%
H26	4,287	2,521	58.8%	1,118	26.1%	421	9.8%	134	3.1%	60	1.4%	33	0.8%	56	1.3%	18	0.4%
H27	4,225	2,474	58.6%	1,100	26.0%	413	9.8%	135	3.2%	73	1.7%	30	0.7%	68	1.6%	24	0.6%
H28	4,060	2,059	50.7%	1,248	30.7%	476	11.7%	150	3.7%	97	2.4%	30	0.7%	72	1.8%	24	0.6%
H29	3,737	2,090	55.9%	1,029	27.5%	388	10.4%	122	3.3%	80	2.1%	28	0.7%	60	1.6%	19	0.5%

出典：KDB データ

■図表 39 特定健康診査実施者の血圧の年次比較

年度	健診受診者	正常	正常高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		再掲
					再) III度高血圧	未治療	治療			
								人数	割合	
H25	4,172	2,353 56.4%	826 19.8%	784 18.8%	209 5.0%	116 2.8%	93 2.2%	0.8%	5.0%	
H26	4,329	2,108 48.7%	863 19.9%	1,026 23.7%	332 7.7%	183 4.2%	149 3.4%	1.4%	7.7%	
H27	4,267	2,389 56.0%	870 20.4%	839 19.7%	169 4.0%	88 2.1%	81 1.9%	0.6%	4.0%	
H28	4,093	2,187 53.4%	858 21.0%	813 19.9%	235 5.7%	136 3.3%	99 2.4%	0.8%	5.7%	
H29	3,759	2,038 54.2%	758 20.2%	791 21.0%	172 4.6%	93 2.5%	79 2.1%	0.6%	4.6%	

出典：KDB データ

■図表 40 特定健康診査実施者のLDLコレステロール値の年次比較

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合
					再)180以上	未治療	治療	未治療	治療	
H25	4,172	1,845 44.2%	1,036 24.8%	737 17.7%	554	514	40	13.3%	92.8%	7.2%
					216	202	14			
H26	4,329	1,974 45.6%	1,085 25.1%	717 16.6%	553	522	31	12.8%	94.4%	5.6%
					216	201	15			
H27	4,267	1,959 45.9%	1,044 24.5%	743 17.4%	521	481	40	12.2%	92.3%	7.7%
					177	164	13			
H28	4,093	1,915 46.8%	1,043 25.5%	675 16.5%	460	430	30	11.2%	93.5%	6.5%
					155	148	7			
H29	3,759	1,818 48.4%	913 24.3%	598 15.9%	430	404	26	11.4%	94.0%	6.0%
					156	151	5			

出典：KDB データ

■図表 41 LDL コレステロール値の男女別年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H25	4,172	1,845	44.2%	1,036	24.8%	737	17.7%	338	8.1%	216	5.2%
	H26	4,329	1,974	45.6%	1,085	25.1%	717	16.6%	337	7.8%	216	5.0%
	H27	4,267	1,959	45.9%	1,044	24.5%	743	17.4%	344	8.1%	177	4.1%
	H28	4,093	1,915	46.8%	1,043	25.5%	675	16.5%	305	7.5%	155	3.8%
	H29	3,759	1,818	48.4%	913	24.3%	598	15.9%	274	7.3%	156	4.2%
男性	H25	1,698	810	47.7%	414	24.4%	264	15.5%	138	8.1%	72	4.2%
	H26	1,756	879	50.1%	412	23.5%	265	15.1%	119	6.8%	81	4.6%
	H27	1,724	881	51.1%	384	22.3%	282	16.4%	119	6.9%	58	3.4%
	H28	1,701	881	51.8%	410	24.1%	248	14.6%	100	5.9%	62	3.6%
	H29	1,538	814	52.9%	358	23.3%	209	13.6%	112	7.3%	45	2.9%
女性	H25	2,474	1,035	41.8%	622	25.1%	473	19.1%	200	8.1%	144	5.8%
	H26	2,573	1,095	42.6%	673	26.2%	452	17.6%	218	8.5%	135	5.2%
	H27	2,543	1,078	42.4%	660	26.0%	461	18.1%	225	8.8%	119	4.7%
	H28	2,392	1,034	43.2%	633	26.5%	427	17.9%	205	8.6%	93	3.9%
	H29	2,221	1,004	45.2%	555	25.0%	389	17.5%	162	7.3%	111	5.0%

出典：KDB データ

(9) 特定健診実施者のうちの重症化予防対象者の状況

健診実施者のうち重症化予防対象者は 1,050 人 (27.9%) おり、治療なしの人が 365 人 (19.3%) を占めています。

さらにその人のうち慢性腎臓病や心電図所見があり、直ちに取り組むべき対象者である臓器障害がある人は 108 人 (29.6%) でした。(図表 42)

■図表 42 特定健診実施者のうちの重症化予防対象者の状況

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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少		
	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン 2005年委員会研究報告)			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (7%) ↓ 心原性脳塞栓症 (27%*) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム血栓性脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数	3,759								1,050
対象者数	172 (4.6%)	45 (1.2%)	156 (4.2%)	102 (2.7%)	606 (16.1%)	165 (4.4%)	60 (1.6%)	69 (1.8%)	365 (19.3%)
治療なし	93 (4.0%)	11 (0.6%)	151 (5.2%)	81 (2.8%)	123 (6.5%)	91 (2.7%)	12 (0.6%)	22 (1.2%)	365 (19.3%)
(再掲) 特定保健指導	35 (20.3%)	1 (2.2%)	41 (26.3%)	25 (24.5%)	123 (20.3%)	26 (15.8%)	5 (8.3%)	9 (13.0%)	180 (17.1%)
治療中	79 (5.6%)	34 (1.8%)	5 (0.6%)	21 (2.5%)	483 (25.8%)	74 (23.9%)	48 (2.6%)	47 (2.5%)	685 (36.6%)
臓器障害 あり	25 (26.9%)	11 (100.0%)	29 (19.2%)	16 (19.8%)	34 (27.6%)	29 (31.9%)	12 (100.0%)	22 (100.0%)	108 (29.6%)
CKD (専門医対象者)	2	0	7	2	6	5	12	22	31
尿蛋白 (2+) 以上	0	0	4	1	3	5	12	3	12
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	2	0	4	2	3	0	3	22	22
心電図所見あり	23	11	25	16	28	24	1	9	86
臓器障害 なし	68 (73.1%)	--	122 (80.8%)	65 (80.2%)	89 (72.4%)	62 (68.1%)	--	--	--

出典：KDB データ

(10) 未受診者の把握

健診対象者のうち 40~64 歳の健診実施者は、1,425 人で実施率は 24.6% です。健診未実施者で治療中の人は 2,263 人 (39.1%) おり、健診や治療で医療機関を受診している人は 40~64 歳の人の 63.7% でした。

健診未実施で治療もしていない人が 2,104 人 (36.3%) いる状況です。

65~74 歳では、38.1% の人が健診を受診しており、健診や治療で医療機関を受診している人は 65~74 歳の 84.4% で、健診未実施で治療もしていない人が 904 人 (15.6%) いる状況です。

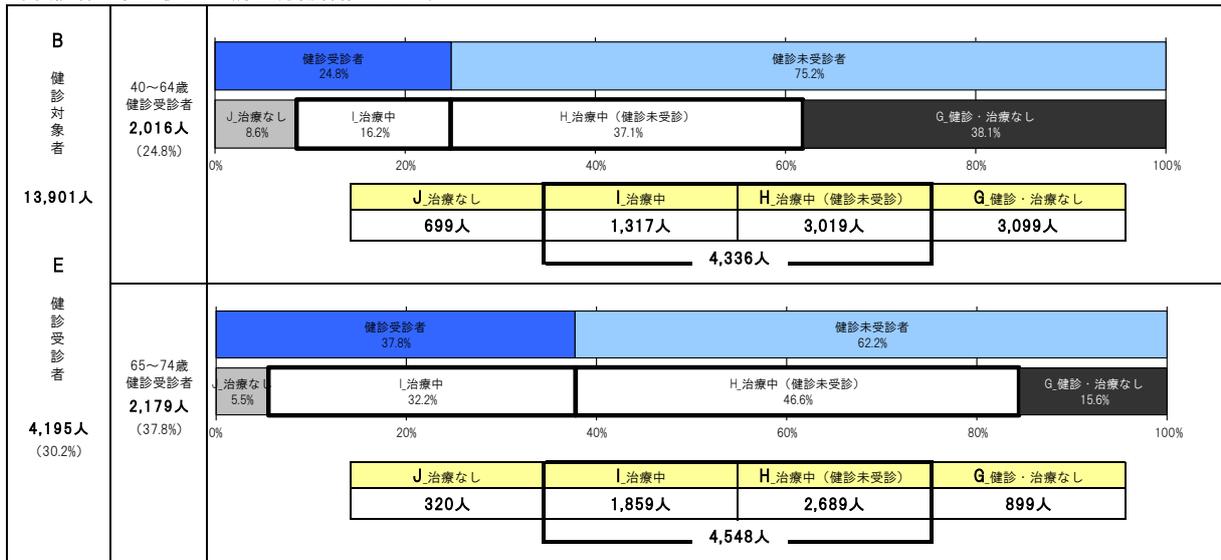
特定健診の受診有無別の 1 人あたり医療費を見てみると、健診未受診者の 1 人当たりの医療費は 51,830 円で健診受診者と比べて 15,750 円多く医療費がかかっています。(図表 43)

■図表 43 未受診者の状況

平成 26 年度

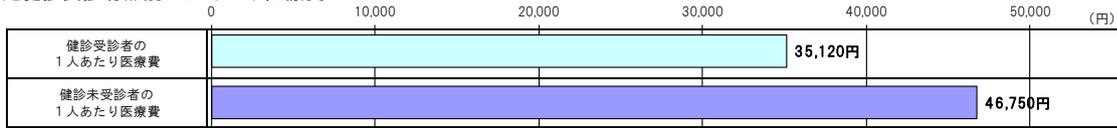
6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

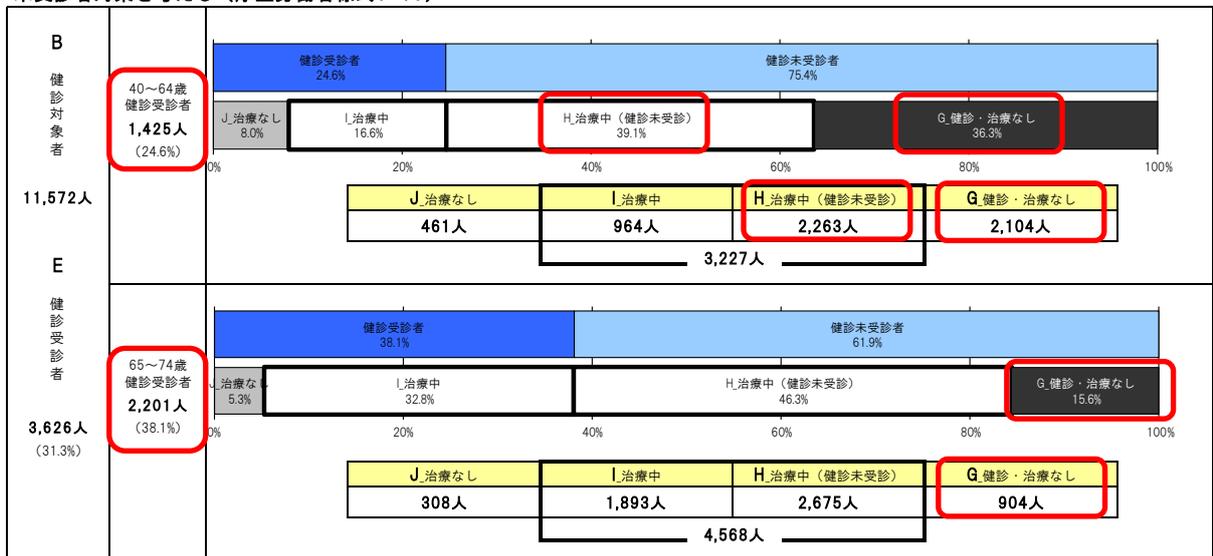
特定健診受診有無別 1人あたり医療費



平成 29 年度

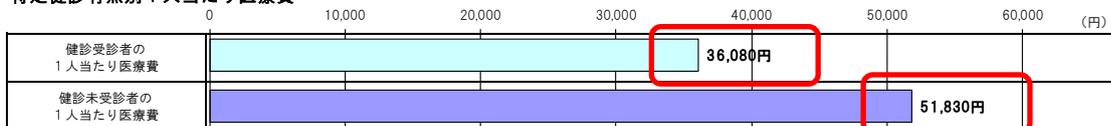
6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

特定健診有無別 1人あたり医療費



出典：KDB データ

(11) 慢性腎臓病 (CKD) の状況

健診受診者 3,689 人のうち、CKD のステージ別にみた際、「GFR60 未満の軽度～中等度低下」の腎機能低下者は「メタボリックシンドローム該当者」、「高尿酸血症」、「耐糖能異常・糖尿病」の順に多い状況です。

これらの疾患は腎機能を低下する要因であると考えられます。(図表 44)

さらに、腎機能 (GFR) と尿蛋白の健診結果を基に CKD の重症度分類別にみたところ、末期腎不全や心血管死亡のリスクが低い群は 3,086 人 (83.7%)、腎臓機能低下の疑いのある者から末期腎不全状態の者の群は 603 人 (16.3%) でした。(図表 45)

■図表 44 CKD のステージ別に見たリスクの状況 (平成 29 年度)

CKDの重症度 A		90		60		45			30		15				
		正常または高値		正常または軽度低下		軽度～中等度低下			中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全		
		ハイリスク群 (G1A1)		G1A2	G2A2	G3a再掲 (GFR45～60未満)			G3b再掲 (GFR30～45未満)		G4A1	G5A1			
		健診受診者 (G2A1)		G1A3	G2A3	G3aA1	A1	A2	A3	G3bA1	A1	A2以上	G4A2	G5A2	
重症化予防対象者 B		3,689		3,086	31	134	384	341	29	14	44	32	12	7	3
生活習慣病なし (実人数)		2,534	2,210	15	63	225	215	8	2	17	12	5	3	1	
生活習慣病あり (実人数) (下記に1項目以上該当)		1,155	876	16	71	159	126	21	12	27	20	7	4	2	
生活習慣病リスク (延べ人数)	耐糖能異常 糖尿病	6.5以上	227	164	6	26	24	18	3	3	6	4	2	1	0
			6.2	5.3	19.4	19.4	6.3	5.3	10.3	21.4	13.6	12.5	16.7	14.3	0.0
	高血圧症	Ⅱ度以上	164	116	2	14	25	21	3	1	5	4	1	1	1
			4.4	3.8	6.5	10.4	6.5	6.2	10.3	7.1	11.4	12.5	8.3	14.3	33.3
	メタボリック シンドローム	該当者	595	445	11	46	79	61	11	7	11	7	4	3	0
			16.1	14.4	35.5	34.3	20.6	17.9	37.9	50.0	25.0	21.9	33.3	42.9	0.0
	脂質 異常症	LDL-C 180以上	152	127	1	2	20	14	3	3	2	2	0	0	0
		4.1	4.1	3.2	1.5	5.2	4.1	10.3	21.4	4.5	6.3	0.0	0.0	0.0	
	中性脂肪 300以上	101	86	0	7	5	4	1	0	2	1	1	1	0	
		2.7	2.8	0.0	5.2	1.3	1.2	3.4	0.0	4.5	3.1	8.3	14.3	0.0	
	高尿酸血症 7.1以上	304	200	2	23	61	51	8	2	16	13	3	1	1	
		8.2	6.5	6.5	17.2	15.9	15.0	27.6	14.3	36.4	40.6	25.0	14.3	33.3	

出典：KDB データ

■図表 45 CKD 重症度分類 (平成 29 年度)

原疾患		糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿		
		高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿		
尿蛋白区分		A1		A2		A3	
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		尿検査・GFR 共に実施	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
		3,689 人	3,462 人	167 人	0 人	60 人	
			93.8%	4.5%	0.0%	1.6%	
G1	正常または高値	90以上	637 人	606 人	24 人	0 人	7 人
			17.3%	16.4%	0.7%	0.0%	0.2%
G2	正常または軽度低下	60-90 未満	2,614 人	2,480 人	109 人	0 人	25 人
			70.9%	67.2%	3.0%	0.0%	0.7%
G3a	軽度～中等度低下	45-60 未満	384 人	341 人	29 人	0 人	14 人
			10.4%	9.2%	0.8%	0.0%	0.4%
G3b	中等度～高度低下	30-45 未満	44 人	32 人	4 人	0 人	8 人
			1.2%	0.9%	0.1%	0.0%	0.2%
G4	高度低下	15-30 未満	7 人	3 人	0 人	0 人	4 人
			0.2%	0.1%	0.0%	--	0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	3 人	0 人	1 人	0 人	2 人
			0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%

出典：KDB データ

■ 図表 46 現状と課題

	現状	課題
健診データ	<ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度の特定健診受診率及び特定保健指導実施率が目標値に達していません。 ・メタボリックシンドローム該当者及び予備軍は、県等と比較して低い割合となっておりますが、平成26年度と比較して割合が上昇傾向にあります。 ・有所見率は、男性で収縮期血圧48.3%、空腹時血糖47.4%、LDL-C 47.0%となっており、女性ではLDL-C 54.9%、HbA1c 42.2%、収縮期血圧38.4%となっております。 ・受診勧奨レベル以上にも関わらず、未治療者が多数存在します。 ・HbA1cが7.0以上で未治療の方が約4割います。 	
医療費データ	<ul style="list-style-type: none"> ・入院、外来とも生活習慣病に起因する疾患や骨折、関節疾患などロコモティブシンドローム関連の疾患の治療が多くなっています。 ・人工透析患者の1人当たりの医療費は約466万円で、被保険者全体の1人当たりの医療費は約28万円と大きく上回っています。 ・平成26年度と平成29年度の患者数を比較すると、虚血性心疾患は24.5%減少、脳血管疾患は7.2%減少、糖尿病性腎症は23.7%増加しています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代の健康意識、リスク保有意識が低いので、健康情報の発信や各種保健事業の周知の強化、インセンティブ事業について検討が必要です。 ・特定健康診査受診率の伸びが鈍化していることから広報活動や受診勧奨など実施方法について検討が必要です。 ・医療費データ及び健診データの分析結果と併せて、「高血圧症」及び「糖尿病」について対策を講じる必要があります。
介護データ	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定者の有病状況では、「心臓病」が最も多く、次いで「高血圧症」となっています。 ・2号認定者のうち6割の者が血管疾患をもっています。 ・介護認定者と認定なしの医療費比較では、認定者の方が高くなっています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診及び精密検査の受診率向上のための受診勧奨を行い、早期発見と適切な治療につなげる必要があります。 ・医療費適正化に向けた取り組みを強化していく必要があります。
その他定量的データ	<ul style="list-style-type: none"> ・加入者数は減少傾向となっているが、65歳以上の加入者の割合が高くなっています。 ・人口千人当たりの死亡率が国、県に比べて高く、死因は高い順でがん、心臓病、脳疾患となっています。 ・同月中に同医療機関を15回以上受診する頻回受診者が一定数います。 ・ジェネリック数量比率は増加傾向にあるが、ジェネリック未利用者が一定数います。 	

※ジェネリック医薬品とは、医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を、他の製薬会社が同じ有効成分で製造・供給する医薬品である。

第4章 目標

1 目的・目標の設定

(1) 目的

被保険者1人ひとりが自分自身の健康に目を向けて健康状態を理解するとともに、健康状態を振り返りながら自主的に健康増進及び疾病予防に取り組むことで、生涯にわたって生活習慣の質を維持・向上できるように保健事業を推進します。

(2) 目標

平成35年度までの目標を次のとおり設定します。

また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、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要介護認定者の有病状況の多い疾患であることから、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目標とします。

平成35年度には5月診療分の医療費で患者数を平成29年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標とします。

また、健診結果が受診勧奨値にある方を確実に医療につなげ、受診の自己中断を防いで外来治療を持続させ、重症化して入院する割合を抑え、総医療費に占める入院費用の割合を減少させることを目標とします。

平成35年度には、平成29年度の総医療費に占める入院費用の割合を38.3%以下にすることを目標とします。

このほか、医療費が高額となる糖尿病性腎症による人工透析新規導入者を2.8人（平成26年度から平成29年度の4年分の平均値）以下とすることを目標とします。

②短期的な目標の設定

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

糖尿病、高血圧の保健指導判定値以上の対象者で未受診者の割合を減らします。

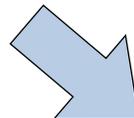
さらに、保健指導を実施した者の翌年度の健診結果が改善している方の割合を増やします。

また、対象者の健診結果に応じた保健指導、栄養指導ならびに進捗管理を行い、加えて医療機関との連携を図ることで改善効果を高めます

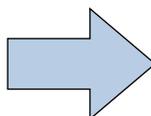
以上から、短期的な目標として、健診受診者のⅡ度高血圧以上の保健指導を実施した人の医療機関受診率を100%とし、Ⅱ度高血圧以上の未受診者の割合を減少させる、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を25%減少させる、健診受診者の高血圧、脂質異常、糖尿病、慢性腎臓病の有病割合をそれぞれ5%減少させる、糖尿病の精検者を受診に結び付ける割合80%以上を目標として設定します。

■図表 47 目的・目標の設定

目的
<ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命の延伸 ・生活習慣病の発症予防と重症化予防 ・医療費の適正化



課題
<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は年々向上していますが、依然として県平均より低くなっています。 ・循環器疾患の医療費が高く、脳血管疾患、心疾患が高い割合を示していることから、その原因となる糖尿病、高血圧症、脂質異常症など生活習慣病予防が必要である。 ・がんが、病別医療費や死亡原因において高い割合を占めている。 ・重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与者やジェネリック未利用者が一定数存在する。



目標
<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率及び特定保健指導利用率を向上させて、被保険者の健康状態を把握する。 ・糖尿病を発症する前段階の若年層や血糖値が高く未治療者の者に対して、発症予防や重症化予防を実施する。 ・受診勧奨判定値以上の未受診者を減少させる。 ・がん検診による早期発見・早期治療に向けて検診受診率と精検受診率を向上させる。 ・重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与者の患者に対して適切な受診行動へ導くため、訪問健康相談を実施し、医療費の適正化を図る。

第5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り組みとポピュレーションアプローチ^{*}を組み合わせる実施していく必要があります。

重症化予防としては、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り組みを行います。

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り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等の実態を広く市民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。

そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。

その実施にあたっては第10章の特定健診等実施計画に準ずるものとします。

※ポピュレーションアプローチとは、保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけを行い、全体としてリスクを下げるアプローチを指しています。一方で疾患リスクの高い対象者に絞って対処していく方法をハイリスクアプローチといいます。

2 重症化予防の取り組み

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

①基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「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）及び青森県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サイクルに沿って実施します。

なお、取り組みにあたっては図表48に沿って実施します。

- ア 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
- イ 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ウ 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

■ 図表 48 糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ

【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	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 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 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

②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「五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。(図表 49)

■図表 49 対象者及び実施内容

区分	(1)医療機関未受診者	(2)糖尿病治療者	(3)糖尿病治療中断者
対象者	特定健康診査(集団健診)において、糖代謝で要医療(要精検)者(空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上で、医療機関で治療又は管理されていない者)であり、健診結果通知から3か月が経過しても精検を受診した記録がない(医療機関からの精検はがきの返信が無い)者。	尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者で医師から糖尿病保健指導情報提供書(様式1)を発行された者。おおむね糖尿病腎症病期分類第2期(早期腎症期)～第3期(顕性腎症期)とする。	前々年度以前に2型糖尿病の治療を受けたことがあるが、前年度に糖尿病で受診していない(治療又は管理されていない)者。
実施内容	保健師及び管理栄養士が面接、電話により受診勧奨、保健指導を実施する。このうち、特定健康診査の結果、尿蛋白1+以上又はeGFR 60mL/分/1.73 m ² 未満の者※1については、糖尿病性腎症のリスクが高いため頻回に介入する。	医療機関から糖尿病保健指導情報提供書が発行された者に対し、保健師及び管理栄養士が面接、電話により、糖尿病連携手帳の内容(かかりつけ医による検査・指導内容等)を確認した上で保健指導を実施する。	個別通知により受診勧奨する。ただし前年度特定健康診査の結果、尿蛋白1+以上又はeGFR60mL/分/1.73 m ² 未満の者については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、保健師及び管理栄養士が面接、電話により受診勧奨するとともに、保健指導を実施する。

出典：五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラムから抜粋

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 50)

■図表 50 糖尿病性腎症病期分類 (改訂)

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(透析療法中)	透析療法中	

出典：「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)

③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です。

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、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。

本市においては、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。

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ます。(図表 51)

■ 図表 51 糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

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	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> <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？ <ol 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> <div style="margin-left: 20px;"> <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 } 6.0%未満</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>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 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> <p style="text-align: center;">出典：日本糖尿病学会 糖尿病治療ガイド 2018-2019</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ol style="list-style-type: none"> 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？ </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

④関係機関との連携

糖尿病性腎症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等を活用しデータを収集していきます。

また、受診勧奨や保健指導を実施していく中で、必要に応じて介護保険部門と連携していきます。

⑤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本計画評価等と合わせ年1回行うものとしします。

⑥実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第、特定健診受診者管理シートに記載。記載後順次、対象者へ介入（通年）

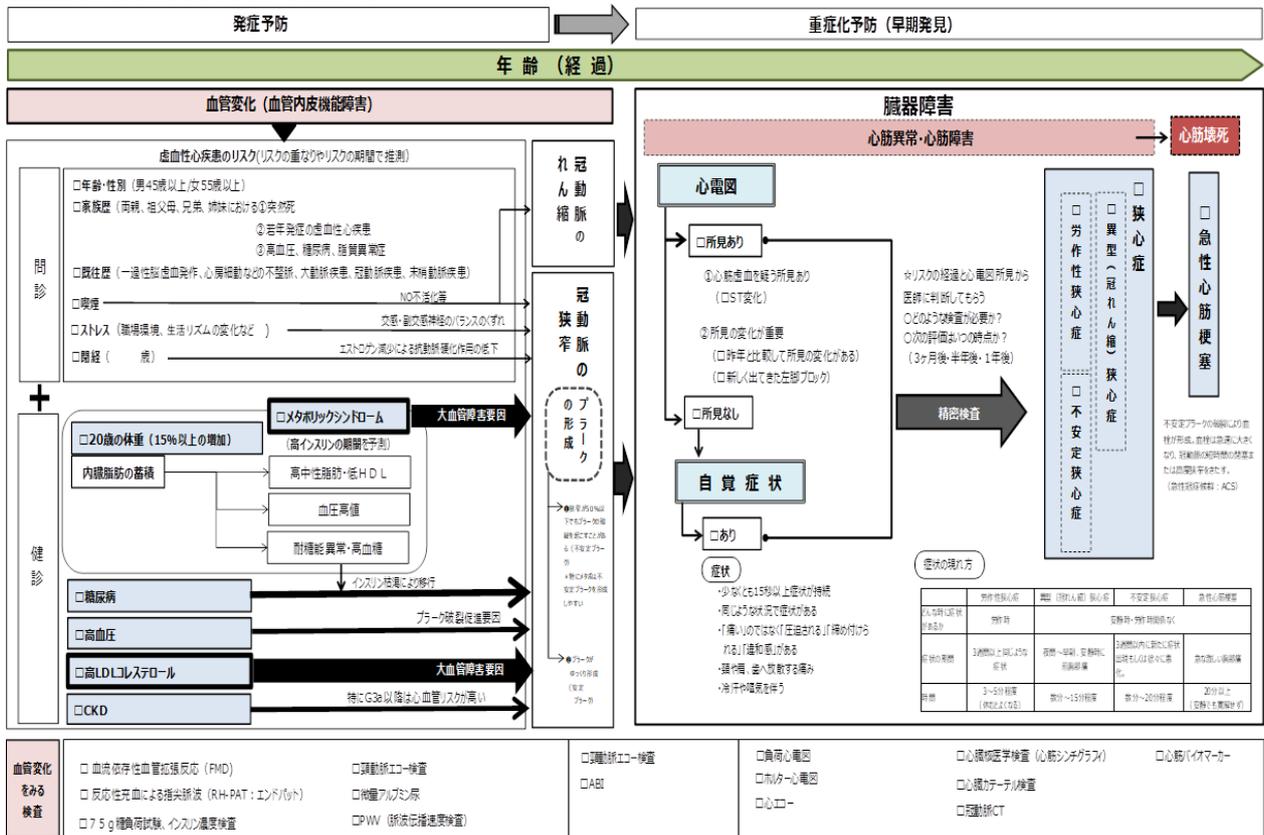
(2) 虚血性心疾患重症化予防

①基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組み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進めていきます。(図表52)

■図表 52 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



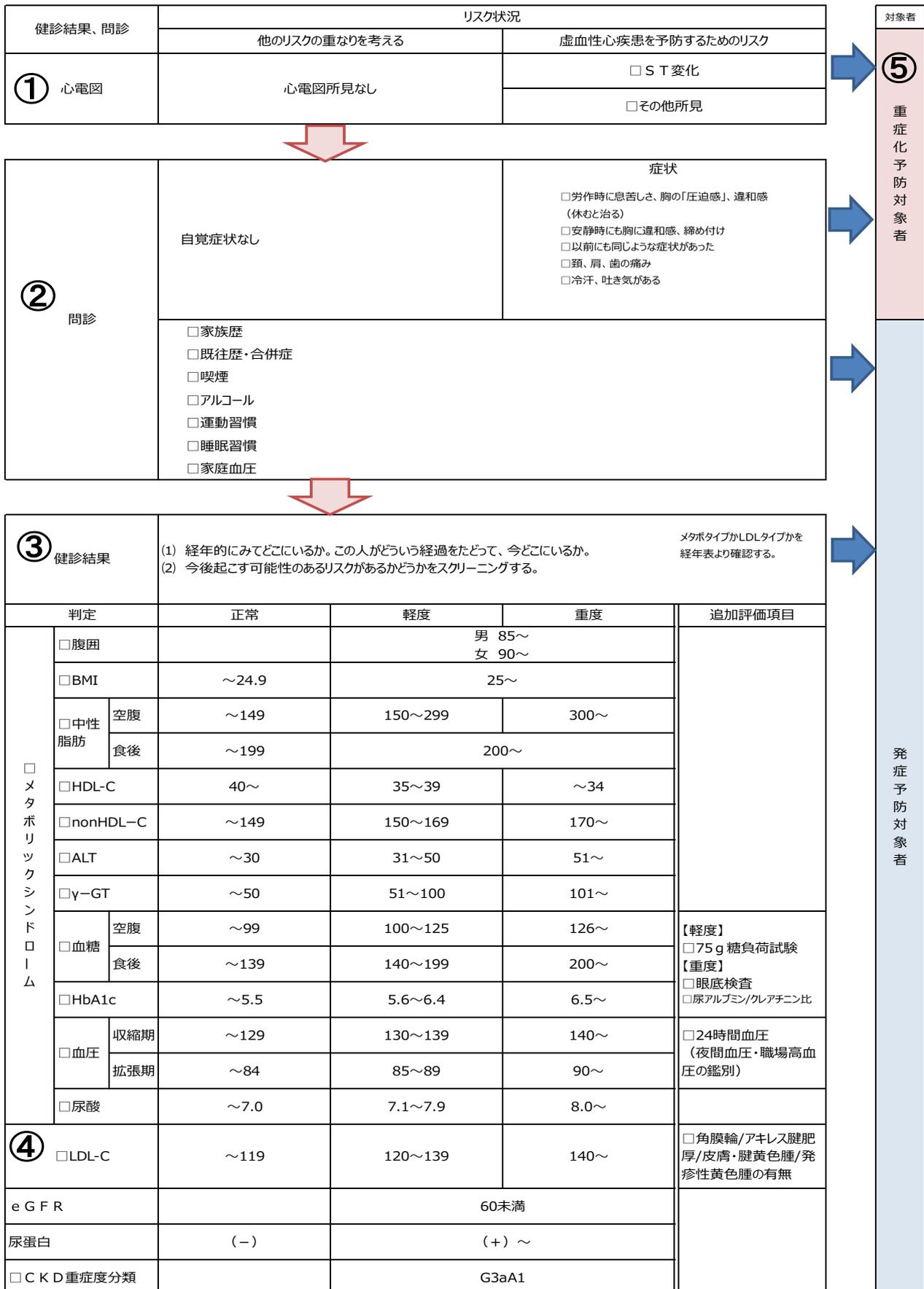
②対象者の明確化

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病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。(図表53)

図表 53 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

イ 重症化予防対象者の抽出

(ア) 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。

本市において健診受診者 3,759 人のうち心電図検査実施者は 3,756 人 (99.9%) であり、そのうち ST 所見があったのは 158 人でした (図表 54)。

ST 所見があった者の中には、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、ST 所見ありの方へは、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。

本市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い状況です。

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、本市では心電図検査の全数実施を行っており、今後も引き続き実施していきます。

■図表 54 健診受診者のうちの心電図検査の状況

心電図検査結果

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST 所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成 29 年度	3,759	100.0	3,756	99.9	158	4.2	776	20.7	2,822	75.1

出典：特定健康診査データ

③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問診が重要となります。

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。(図表 55)

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がある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

■ 図表 55 虚血性心疾患に関する症状

虚血性心疾患に関する症状

<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)

出典：図表 52 から抜粋

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ーチャート」(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対象者の管理は、特定健診受診者管理シートで行います。

なお、特定健診受診者管理シートには合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日を記載します。

また、特定健診受診者管理シートにはない、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今後検討していきます。

④関係機関との連携

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 等を活用しデータを収集していきます。

また、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、必要に応じて介護保険部門と連携していきます。

⑤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、本計画評価等と合わせ年1回行うものとします。

その際は、特定健診受診者管理シート及び 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

⑥実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～ 特定健診結果が届き次第、特定健診受診者管理シートに記載。記載後順次、対象者へ介入 (通年)

(3) 脳血管疾患重症化予防

①基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組み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 56・57)

■図表 56 脳卒中の分類

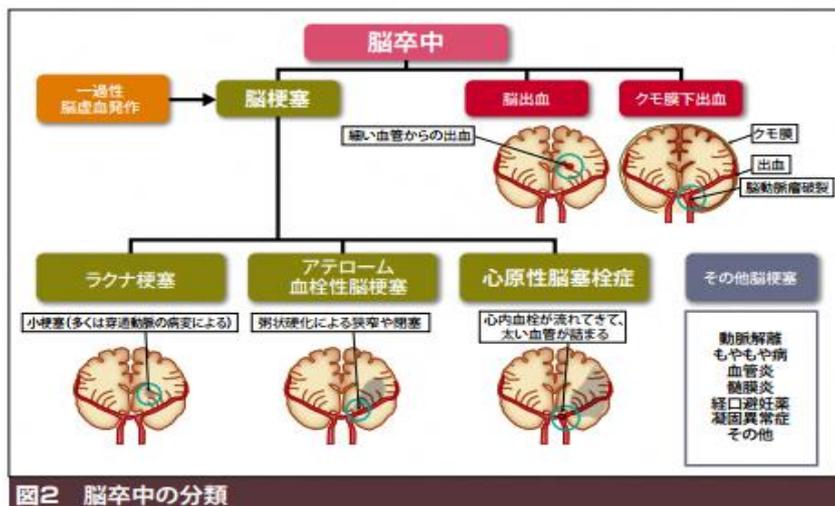


図2 脳卒中の分類

出典：脳卒中予防の提言

■図表 57 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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	●							

出典：脳卒中治療ガイドライン

②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特定健診受診者の健診データより実態を把握します。(図表 58) 脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。

重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が172人(4.6%)であり、93人は未治療者でした。

また、未治療者のうち25人(26.9%)は、臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要です。

さらに治療中であってもⅡ度高血圧である者も79人(5.6%)いることが分かりました。

治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を実施します。

保健指導実施後、医療機関を受診したか、どのような治療を受けているか KDB で確認し、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 58 特定健診受診者のうちの重症化予防対象者の状況

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		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以上 (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 3,759人	172人	4.6%	165人	4.4%	156人	4.2%	45人	1.2%	606人	16.1%	60人	1.6%	69人	1.8%		
治療なし	93人	4.0%	91人	2.7%	151人	5.2%	11人	0.6%	123人	6.5%	12人	0.6%	22人	1.2%		
治療あり	79人	5.6%	74人	23.9%	5人	0.6%	34人	1.8%	483人	25.8%	48人	2.6%	47人	2.5%		
臓器障害あり	25人	26.9%	29人	31.9%	29人	19.2%	11人	100.0%	34人	27.6%	12人	100.0%	22人	100.0%		
臓器障害有のうち	CKD (専門医対象)		2人		5人		7人		0人		6人		12人		22人	
	尿蛋白(2+)以上		0人		5人		4人		0人		3人		12人		3人	
	尿蛋白(+)以上 and 尿潜血(+)		0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)		2人		0人		4人		0人		3人		3人		22人	
	心電図所見あり		23人		24人		25人		11人		28人		1人		9人	

出典：特定健診データ

③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危険因子ですが、高血圧以外の危険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 59)

図表 59 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。

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です。

■図表 59 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定								
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								
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	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	2,314	878	529	388	430	76	13	
		37.9%	22.9%	16.8%	18.6%	3.3%	0.6%	
リスク第1層	308	171	61	35	34	6	1	
		13.3%	19.5%	11.5%	9.0%	7.9%	7.7%	
リスク第2層	1,273	490	310	221	214	33	5	
		55.0%	55.8%	58.6%	57.0%	49.8%	43.4%	
リスク第3層	733	217	158	132	182	37	7	
		31.7%	24.7%	29.9%	34.0%	42.3%	49.7%	
再掲 重複あり	糖尿病	198	52	44	40	48	13	
			27.0%	24.0%	27.8%	30.3%	26.4%	35.1%
	慢性腎臓病 (CKD)	306	92	59	55	79	19	
		41.7%	42.4%	37.3%	41.7%	43.4%	51.4%	
3個以上の危険因子	383	106	87	69	93	23	5	
		52.3%	48.8%	55.1%	52.3%	51.1%	62.2%	

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
34	220	265
1.5%	9.5%	11.5%
34	6	1
100%	2.7%	0.4%
--	214	38
--	97.3%	14.3%
--	--	226
--	--	85.3%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

出典：特定健診データ

④心電図検査における心房細動の実態

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ります。

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す。図表 61 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

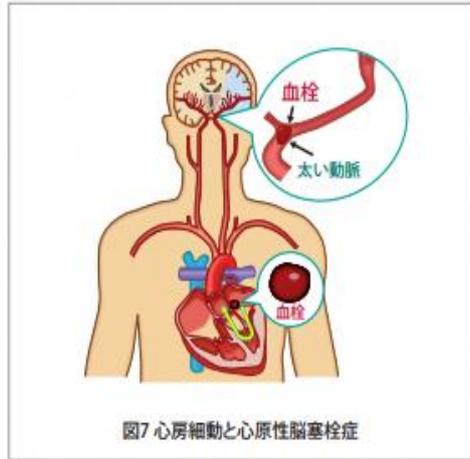
心電図検査において 46 人が心房細動の所見でした。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しています。

特に 70~74 歳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分かりました。

また、46 人のうち 43 人は既に治療が開始されていましたが、3 人は特定健診受診で心電図検査を受けることで発見ができた受診勧奨が必要な対象者です。

心房細動は心原性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、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を行います。(図表 62)

■ 図表 60 心房細動と心原性脳塞栓症



心房細動とは不整脈（心臓が規則正しく拍動できなくなった状態）の一種で、心臓の「心房」と呼ばれる部屋全体がけいれんするように小刻みにふるえ、規則正しい拡張と収縮ができなくなった状態をいいます。

心房細動そのものが、ただちに命を脅かすことはありませんが、心房細動があると、心房内に血のかたまり（血栓）ができて脳梗塞の原因となったり、心臓の機能が低下して心不全が引き起こされたりすることもあります。

（公益財団法人日本脳卒中協会 HP より引用）

出典：脳卒中予防の提言

■ 図表 61 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図受診者		心房細動有所見				※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	1,537	2,219	35	2.3	11	0.5	-	-
40歳代	176	161	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	195	298	2	1.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	784	1,163	17	2.2	4	0.3	1.9	0.4
70～74歳	382	597	16	4.2	7	1.2	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率。同調査の70～74歳の値は70～79歳。

出典：特定健康診査データ

■ 図表 62 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
46	100	3	6.5	43	93.5

出典：特定健診データ

⑤ 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がある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

イ 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。

血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面があります。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになりました。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施します。

ウ 対象者の管理

特定健診受診者の健診データより、Ⅱ度高血圧以上の者を抽出し、過去の健診受診歴や治療状況等を KDB で確認し、受診勧奨及び保健指導の対象者の把握に努め、血圧以外の血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過も踏まえ、未治療者や中断者の受診勧奨を実施します。

受診勧奨及び保健指導を実施後は、高血圧者の保健指導管理台帳を作成し、経年的に健診受診歴や治療状況等を確認し、必要に応じて対応していきます。

⑥関係機関との連携

脳血管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 等を活用しデータを収集していきます。

また、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、必要に応じて介護保険部門と連携していきます。

⑦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、本計画評価等と合わせ年1回行うものとしします。

その際は、特定健診受診者管理シート及び 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重症化予防対象者の減少

⑧実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～ 特定健診結果が届き次第、特定健診受診者管理シートに記載。記載後順次、対象者へ介入（通年）

(4) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症、重症化予防に向け、重症化予防保健指導であるハイリスクアプローチと同時にポピュレーションアプローチを実施していきます。

生活習慣病の発症、重症化予防には、まずは特定健康診査を受診することが必要です。

被保険者に対し、特定健診の受診状況（未受診者の状況、地区別受診率等）、健診結果や地域・個人の生活の実態、社会環境等についての情報提供を行い、健診の受診や生活習慣の振り返り・改善に繋がるよう支援を行います。

また、生活習慣病の重症化が医療費や介護給付費等の社会保障費の増大に繋がっている実態や保険者努力支援制度などについて、被保険者へ周知し、住民自らが健康増進や生活習慣病の予防に向けた行動に繋がるよう情報提供に努めます。

図表 63 保健事業の達成計画

事業担当課	事業名	事業の目的	事業の概要	対象者	事業計画		ストラクチャー	プロセス	アウトプット(事業実施量)	アウトカム(事業の成果)
					平成30年度	平成31年度 ～平成32年度				
特定健康診査向上	特定健康診査未受診者対象事業	生活習慣病の発症リスクの低い方を早期に発見し、疾病の発症と重症化の抑止を図り、医療費の削減に結びつけるため特定健康診査の受診率向上を図る。	①40～74歳の国民健康診査被検者。②年齢・性別の区分において、対前年度比で受診率が減少していた区分を対象とする。(40～44歳女性、55～59歳女性、65～69歳女性、70～74歳女性が対象)③健診申込書に事業主・健診・人間ドック・個人健診を受診すると回答した者。	①40～74歳の国民健康診査被検者。②年齢・性別の区分において、対前年度比で受診率が減少していた区分を対象とする。(40～44歳女性、55～59歳女性、65～69歳女性、70～74歳女性が対象)③健診申込書に事業主・健診・人間ドック・個人健診を受診すると回答した者。	前年度の評価を踏まえ、継続	継続	①健康推進課が保健協力員へ配布及び回収方法のわかりやすい説明会を開催する。 ②③国保年金課が両課の検討で決定した対象者の選定、通知内容、実施時期に沿った通知を発送する。	①健診対象者に対する配布人数の割合 40% (配布人数4,800人/対象者数12,000人) ②受診勧奨受診通知に対する受診割合 10% (受診250人/通知2,500人) ③健診結果提供依頼数に対する提供者割合 25% (提供100人/依頼400人)	特定健康診査受診率の向上 目標値 県平均並み 受診勧奨受診通知を実施した対象区分の特定健康診査受診率の向上	
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけることにも、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止する。	健診結果通知文書にて受診勧奨。勧奨通知から3か月経過後、レセプトデータを確認し、未受診者、保健師及び管理栄養士が保健指導を実施する。	①医療機関未受診者…特定健康診査(集団健診)において、糖代謝で要医療(要精検)者(空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上)で、医療機関で治療又は管理されている(いない)者)であり、健診結果通知から3か月が経過しても精検を受診した記録がない者。	新規	①西北五医師会及びかかりつけ医から理解が得られ、精検ハカヤを活用した管理体制が構築できる。 ②精検者が、糖尿病合併症予防に学ぶ機会が提供される。 ③保健指導の実施過程が明確になる。	①健診データ及びレセプトデータを活用し、対象抽出方法が確立できる。 ②かかりつけ医、専門医、保険者が連携できる。 ③ハイリスク者が糖尿病合併症予防のための学習に参加する体制ができる。	①かかりつけ医が対象となる方にプログラムを提案できる。 ②かかりつけ医との連携窓口が明確になる。 ③他業種が連携し、チーム医療で情報共有することができ、保健指導の実施過程(支援計画)が作成できる。 ④対象者の満足度がわかる。	①特定健康診査(集団健診)における糖代謝の要医療(要精検)者の精検受診率80% ②特定健康診査(集団健診)における糖代謝の要医療(要精検)のうち、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合0% ①HbA1cが改善した者の割合50%	
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけることにも、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止する。	医療機関から糖尿病保健指導情報提供書が発行された者に対し、保健師及び管理栄養士が面談、電話により、糖尿病連携手帳の内容(かかりつけ医による検査・指導内容等)を確認した上で保健指導を実施する。	①KDBシステムからの対象抽出方法と受診勧奨対象者の決定方法の手順書を作成する。 ②西北五医師会、西北五医師会担当糖尿病専門医、糖尿病対策担当役員と情報を共有し、中断防止のために、かかりつけ医、専門医、保険者の役割を構築する。	前年度の評価を踏まえ、継続	①KDBシステムによる対象者の抽出が確立できる。 ②中断防止のための仕組みが確立でき、医療・保険者の役割が明確になる。 ③中断者及び人工透析実施者のデータ管理ができる。	①KDBシステムによる対象者の抽出が確立できる。 ②中断防止のための仕組みが確立でき、医療・保険者の役割が明確になる。 ③中断者及び人工透析実施者のデータ管理ができる。	①治療中断者の医療機関受診率50% ②かかりつけ医から受診勧奨(手紙・電話)や保険者へ連携できる割合80% ③新規移行患者数の減少		

事業計画	目標(達成時期:平成35年度末)				
	アトカム(事業の成果)	アトブック(事業実施量)	プロセス	ストラクチャー	
事業担当者	健康推進課				
事業名	<p>特定健診受診者のフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)</p> <p>高血圧分譲Ⅱ度、Ⅲ度未治療者への保健指導事業</p> <p>精検受診勧奨事業</p>	<p>継続</p> <p>・前年度の評価を踏まえ継続</p>	<p>①対象者抽出後、指導のための準備がスムーズにできない。</p> <p>②専門職の不足がない。</p> <p>③専門職1人当たりの対象者数が適切である。</p> <p>④保健指導に必要な物品が購入できない。</p> <p>⑤医師会との連携をこる仕組みがある。</p>	<p>①高血圧Ⅱ度以上の保健指導を実施した者の医療機関受診率100%</p> <p>②高血圧Ⅱ度以上の服薬開始をした者の増加</p> <p>③精密検査受診勧奨を実施した者の精密検査受診率80%</p> <p>④CKDの保健指導を受けた者の精密検査受診率60%</p>	
事業の目的	<p>特定健診結果から高血圧等の血管に影響のある疾患の治療が必要となる者に対し、重症化を予防するため、保健師及び栄養士が個別面接等で生活習慣改善、受診に向けた支援を実施し、重症化を予防することを目的とする。</p>	<p>特定健診結果が左記の基準に該当し、かつ未治療者である者を事業担当者が健診結果のデータから抽出し、地区担当保健師もしくは、地区担当保健師もしくは、栄養士が個別面接をし、受診勧奨する。</p>	<p>①対象者抽出後、指導のための準備がスムーズにできない。</p> <p>②専門職の不足がない。</p> <p>③専門職1人当たりの対象者数が適切である。</p> <p>④保健指導に必要な物品が購入できない。</p> <p>⑤医師会との連携をこる仕組みがある。</p>	<p>①高血圧Ⅱ度以上の保健指導実施率100%</p> <p>②精密検査受診勧奨実施率90%</p> <p>③CKDの健指導実施率60%</p>	
事業の概要	<p>特定健診結果が高血圧分譲Ⅱ度、Ⅲ度で未治療者を健診結果データから抽出し、地区担当保健師が個別面接をし、現在の状況や、受診の意思確認をして、保健指導を行い受診勧奨する。</p>	<p>特定健診結果が左記の基準に該当し、かつ未治療者である者を健診結果のデータ及びKDBシステムから抽出し、地区担当保健師もしくは、栄養士が受診勧奨を実施する。</p>	<p>・前年度の評価を踏まえ継続</p>	<p>①対象者抽出後、指導のための準備がスムーズにできない。</p> <p>②専門職の不足がない。</p> <p>③専門職1人当たりの対象者数が適切である。</p> <p>④保健指導に必要な物品が購入できない。</p> <p>⑤医師会との連携をこる仕組みがある。</p>	<p>①高血圧Ⅱ度以上の保健指導を実施した者の医療機関受診率100%</p> <p>②高血圧Ⅱ度以上の服薬開始をした者の増加</p> <p>③精密検査受診勧奨を実施した者の精密検査受診率80%</p> <p>④CKDの保健指導を受けた者の精密検査受診率60%</p>
対象者	<p>特定健診結果が高血圧分譲Ⅱ度、Ⅲ度で未治療者かつ、または拡張期100~109、Ⅲ度収縮期180以上かつ、または拡張期110以上の未治療者</p>	<p>特定健診結果のうち、以下の1)~3)の検査項目の基準値以下、「重症化予防対象者抽出基準」という1)以上該当しており、結果通知後未治療のままになっている者。</p> <p>1)LDLコレステロール 80mg/dl以上 2)中性脂肪 300mg/dl以上 3)心電図検査において、異常判定</p>	<p>特定健診結果が左記の基準に該当し、かつ未治療者である者を事業担当者が健診結果のデータから抽出し、地区担当保健師もしくは、栄養士が個別面接をし、受診勧奨する。</p>	<p>①対象者抽出後、指導のための準備がスムーズにできない。</p> <p>②専門職の不足がない。</p> <p>③専門職1人当たりの対象者数が適切である。</p> <p>④保健指導に必要な物品が購入できない。</p> <p>⑤医師会との連携をこる仕組みがある。</p>	<p>①高血圧Ⅱ度以上の保健指導を実施した者の医療機関受診率100%</p> <p>②高血圧Ⅱ度以上の服薬開始をした者の増加</p> <p>③精密検査受診勧奨を実施した者の精密検査受診率80%</p> <p>④CKDの保健指導を受けた者の精密検査受診率60%</p>

事業 担当課	事業名	事業の目的	事業の概要	対象者	事業計画		目標(達成時期:平成35年度末)				
					平成30年度	平成31年度 ~平成35年度	ストラクチャー	プロセス	アウトプット(事業実施量)	アウトカム(事業の成果)	
健康 推進 課	新規受診者支援事業		40歳代の新規特定健診受診者に対し、健診結果の見方の説明、生活習慣病予防・改善に関する保健指導、継続した健診受診動機を健診結果説明会時の個別面談や家庭訪問で実施する。	特定健診受診者の40歳代新規受診者							
	健診結果説明会事業		特定健診受診者に対し、健診結果の見方の説明、生活習慣病予防・改善に関する保健指導、継続した健診受診動機を実施する。	特定健診受診者	継続						
	若年者健診事業	生活習慣病の発症を予防するため、特定健診対象年齢前から、継続して健康づくりに対する関心を高めることを目的とする。	特定健康診査に準じた健診を実施する。 検査項目は①身体計測②問診③血圧測定④医師の診察による血液検査(脂質、肝機能、血糖、腎機能、貧血)⑤尿検査⑥心電図検査など 受診結果は約1か月後に健診結果説明会を開催し、説明の時間予約(人数が30分程度)をとり、保健師または栄養士による健診結果の説明および生活指導を個別に実施する。	17歳~39歳以下の糖尿病、高血圧症、腎臓病のハイリスクに該当する者 1)2親等以内に糖尿病、高血圧症、腎臓病 2)妊婦糖尿病、妊娠高血圧症候群がある 3)過去の健診で空腹時血糖、HbA1c、尿糖、尿蛋白、尿潜血、血圧に所見がある 4)30歳代での歳の時と比べ体重が10%増加、かつBMI25以上	・前年度の評価を踏まえ継続						
	栄養・運動指導事業		特定健診受診者に対し、生活習慣病予防、メタボリックシンドローム予防を目的とした生活習慣病予防教室を実施する。	市民健診における特定健康診査受診者(集団健診及び個別健診)	新規						

第6章 計画の評価・見直し

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、K D B等の情報を活用し、毎年、評価を行い、必要に応じて本計画を見直します。

また、3年後の平成32年度に中間評価を行い、本計画の最終年度である平成35年度には、次期計画の策定に向けた評価を行います。

K D Bシステムの健診医療・介護のデータを基に、地区担当の保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について定期的に評価を行います。

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、毎年取りまとめ、国保連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。

第7章 計画の公表・周知

本計画は、パブリックコメントを実施するとともに五所川原市国民健康保険運営協議会に諮るなど、策定段階から市民等の行政への参画を図ります。

また、本計画の公表については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、広報紙や市ホームページへの掲載のほか、市役所情報公開コーナー等で閲覧できるようにするなど、被保険者及び市民に広く周知します。

なお、本計画の内容に変更が生じた場合は、遅滞なくこれを公表します。

第8章 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」並びに五所川原市個人情報保護条例等）を踏まえ適切に対応します。

このほか、特定健康診査または特定保健指導を外部に委託する際は、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、業務委託先の履行状況を管理していきます。

実施機関から提出された特定健診・特定保健指導結果データは、代行機関である青森県国保連に管理、保管を委託します。

第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

「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（平成52）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生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。

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、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保被保険者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸につながります。

要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する第5章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉えることができます。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高い状況です。

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対策は国保にとっても市にとっても非常に重要です。

1 地域包括ケアに係る取り組み

国保担当課から地域包括ケア※担当課へKDBデータを提供し、地区別の特有の疾病罹患状況等を分析し、介護予防事業へ役立てます。

こうした、KDBデータの提供のほか、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との地域のネットワークとの研修会等に参加し、地域包括システムの構築に向けて検討を重ねていきます。

※地域包括ケアとは、厚生労働省において、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービスを提供する体制。地域包括ケアシステムはその仕組みのこと。

2 留意事項

本計画の策定や保健事業の実施について、青森県国保連に設置されている支援・評価委員会による支援、助言を活用します。

本市では、国保部門に保健師等の専門職は配置されていませんが、衛生部門の保健師等と連携して保健事業を推進します。

また、本計画策定作業を通じて、今後とも連携を強化し、介護保険部門とも共通認識をもって課題解決に取り組んでいきます。

第 10 章 第 3 期特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査等実施計画の基本的事項

(1) 計画策定の背景

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に 75 歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。

これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常、肥満症等の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになります。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。（図表 64）

このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものです。

(2) 計画の位置づけ

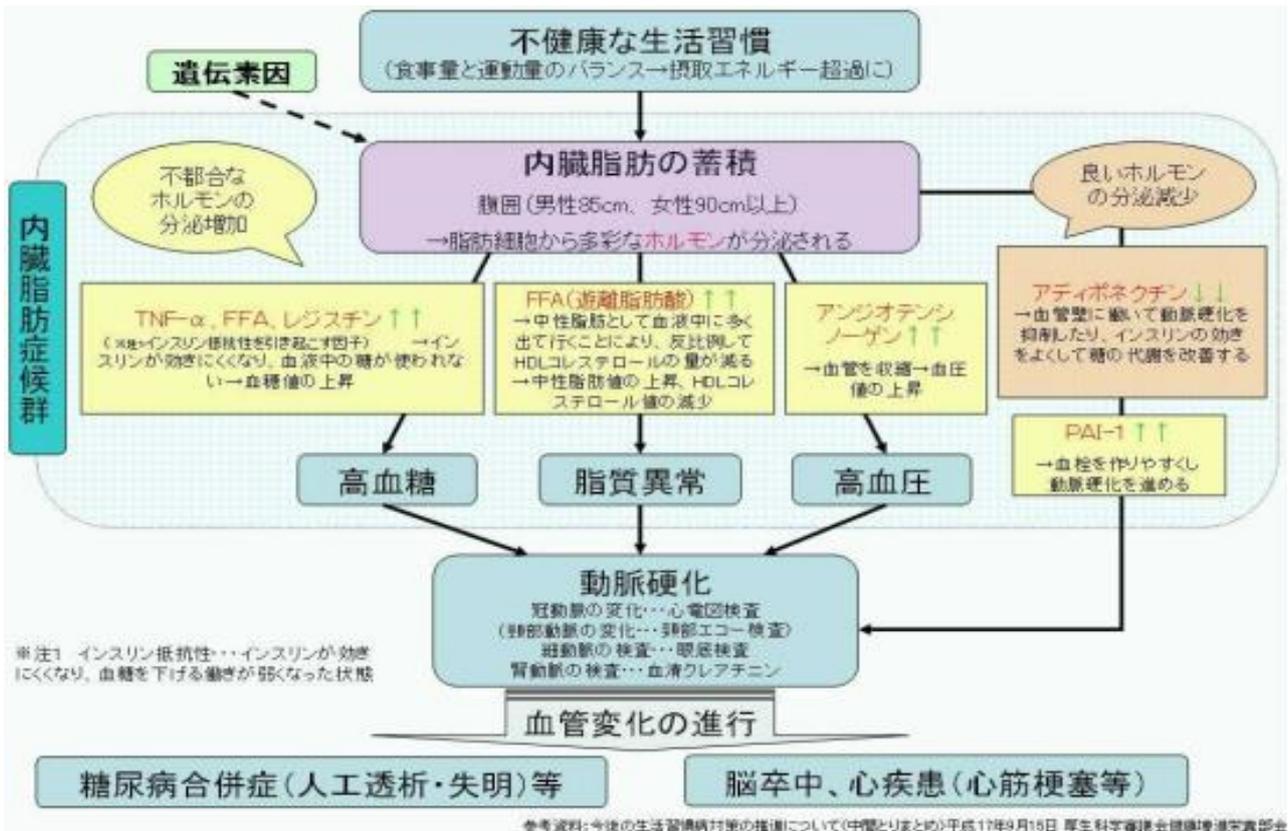
特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律第 18 条第 1 項」の規定による国の「特定健康診査等基本指針」に基づき策定し、特定健康診査及び特定保健指導の受診率の向上を図るための取り組みを定めたものとなっています。

この計画は、「健康日本 21 計画（第 2 次）」で示された指針をふまえ、「健康あおもり 21（第 2 次）」及び「健康ごしょがわら 21（第 2 次）」、「五所川原市国民健康保険第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」等、それぞれの計画との整合性を図ります。

(3) 計画期間

計画期間は、国の指針に基づき平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間とします。

■図表 64 メタボリックシンドロームのメカニズム



2 特定健康診査等の達成目標と対象者数

(1) 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の状況

第2期における特定健康診査の受診率は、少しずつ上昇していますが、県平均より低い状況です。(図表 68)

特定保健指導の実施率は、平成25年度は目標値を上回ったものの、以降はおおよそ45%付近を上下している状況です。(図表 71)

■図表 65 第2期目標値

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健康診査受診率(%)	30.0	35.0	40.0	50.0	60.0
特定保健指導実施率(%)	45.0	50.0	55.0	60.0	60.0
内臓脂肪症候群該当者及び予備軍の減少率(%)	-	-	-	-	25.0

出典：五所川原市国民健康保険第2期保健事業実施計画

(2) 達成目標

国は、平成35年度までに市町村国保における特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の目標値を60.0%以上としていることから、本市においても国の目標値に合わせ、各年度の目標値を以下のとおり設定します。(図表 66)

第3期は、特定健診の周知徹底、受診勧奨を強化し、各保健事業の実施と併せて、受診率の向上を目指します。

■図表 66 第 3 期目標値

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健康診査受診率 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
特定保健指導実施率 (%)	45.0	47.5	50.0	52.5	55.0	60.0
特定保健指導対象者減少率 (%)	-	-	-	-	-	25.0

(3) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

平成 30 年度から平成 35 年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示します。(図表 69)

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み者数は、目標値にあわせて設定しました。

■図表 67 第 2 期計画における見込み数

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健康診査対象者数 (人)	15,916	15,493	15,080	14,679	14,289
特定健康診査受診者数 (人)	4,775	5,426	6,032	7,340	8,573
特定健康診査受診率 (%)	30.0	35.0	40.0	50.0	60.0

出典：五所川原市国民健康保険第 2 期保健事業実施計画

■図表 68 第 2 期計画における特定健康診査対象者数及び受診者数

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
第 2 期受診率目標値 (%)	-	30	35	40	50	60
特定健康診査対象者数 (人)	14,788	14,410	13,889	13,248	12,342	11,470
特定健康診査受診者数 (人)	3,990	4,040	4,193	4,110	3,919	3,608
特定健康診査受診率 (%)	26.98	28.04	30.19	31.02	31.75	31.46

出典：各年度法定報告

■図表 69 第 3 期計画における見込み数

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健康診査対象者数 (人)	10,550	9,780	9,050	8,405	7,791	7,223
特定健康診査受診者数 (人)	3,692	3,912	4,073	4,202	4,285	4,334
特定健康診査受診率 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0

(4) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

平成 30 年度から平成 35 年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示します。(図表 72)

■図表 70 第 2 期計画における見込み数

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定保健指導対象者数 (人)	891	1,085	1,161	1,233	1,200
特定保健指導実施者数 (人)	401	543	639	740	720
動機付け支援 (人)	335	453	534	618	601
積極的支援(人)	66	90	105	122	119
特定保健指導実施率 (%)	45.0	50.0	55.0	60.0	60.0

出典：五所川原市国民健康保険第 2 期保健事業実施計画

■図表 71 第 2 期計画における特定保健指導対象者数及び実施者数

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定保健指導対象者数 (人)	517	504	485	421	407	336
特定保健指導実施者数 (人)	233	247	234	183	182	177
動機付け支援 (人)	179	197	191	156	150	142
積極的支援(人)	54	50	43	27	32	35
特定保健指導実施率 (%)	45.07	49.01	48.25	43.47	44.72	52.68

出典：各年度法定報告

■図表 72 第 3 期計画における見込み数

	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
特定保健指導対象者数 (人)	341	318	293	272	253	234
特定保健指導実施者数 (人)	171	165	158	152	147	140
動機付け支援 (人)	142	137	131	126	122	117
積極的支援(人)	29	28	27	26	25	24
特定保健指導実施率 (%)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0

3 特定健康診査の実施方法

(1) 対象者

実施年度中に 40 歳～74 歳になる被保険者。(実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む。)

ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

(2) 実施場所

集団健診（青森県総合健診センター）及び市が委託契約する健診実施医療機関（西北五医師会）で個別健診として実施します。

集団健診の実施場所等については、市ホームページや広報誌で周知します。

健診実施機関に係る委託基準については、国の定める人員に関する基準、施設・設備に関する基準、精度管理に関する基準、特定健康診査の結果等の取り扱いに関する基準、運営等に関する基準を満たすことを条件に、委託契約を結んだ医療機関等で実施します。(委託の選定にあたっては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、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関に委託します。)

(3) 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。(図表 73・74)

このほか生活習慣病の発症予防のため、追加健診項目（保険者独自の健診項目）として「詳細な健診項目」及び尿酸検査及び尿中塩分測定検査を受診者全員に実施します。

■ 図表 73 基本的な健診項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票 ^{*1})を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないとする時は、省略 ^{*2} 可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミンオキサロアセチルトランスアミナーゼ(GOT(AST)) 血清グルタミンピルピクトランスアミナーゼ(GPT(ALT)) ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)
血中脂質検査	血清トリグリセライド(中性脂肪)の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖 ^{*3}
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第3版）より抜粋

■ 図表 74 詳細な健診項目

追加項目	実施できる条件(基準)			
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者			
心電図検査(12誘導心電図) ^{注1)注2)}	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者			
眼底検査 ^{注1)注3)}	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上			
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上			
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上			
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上			

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第3版）より抜粋

(4) 実施時期

年度毎に決定し、特定健康診査の案内時及び市の広報やホームページで周知を図ります。

- ① 集団健診 6月から11月
- ② 個別健診 4月から翌年3月

(5) 周知、案内方法

- ①「市民健診べんり帳」、広報、ホームページ等で随時周知します。
- ②市内各地区に委嘱された保健協力員により健診の申込書等を配布し、受診の周知、啓発、勧奨を行います。
- ③個別健診を受診希望の方には、受診券を発行します。

(6) 代行機関の利用

特定健診に係る費用の請求及び支払業務の代行機関は、青森県国保連とします。

(7) 受診方法

特定健康診査は、日時と場所を定めて一斉に実施する集団健診と医療機関での個別健診を併用して実施します。

案内を特定健康診査対象者に対し個別に送付のうえ、その申し込みにより受診することとし、個別健診を申し込んだ場合には、特定健康診査受診券を送付します。

(8) 人間ドックなどその他健診受診者のデータ収集方法

対象者が職場健診または人間ドック等の個人で健診機関で受診した場合には、原則として本人から直接健診結果データを取得します。

(9) 他健診との同時実施

健康診査（後期高齢者医療保険）や各種健診（がん検診等）と可能な限り同時実施に向けた取り組みをします。

4 特定保健指導の実施方法

(1) 健診から保健指導実施の流れ

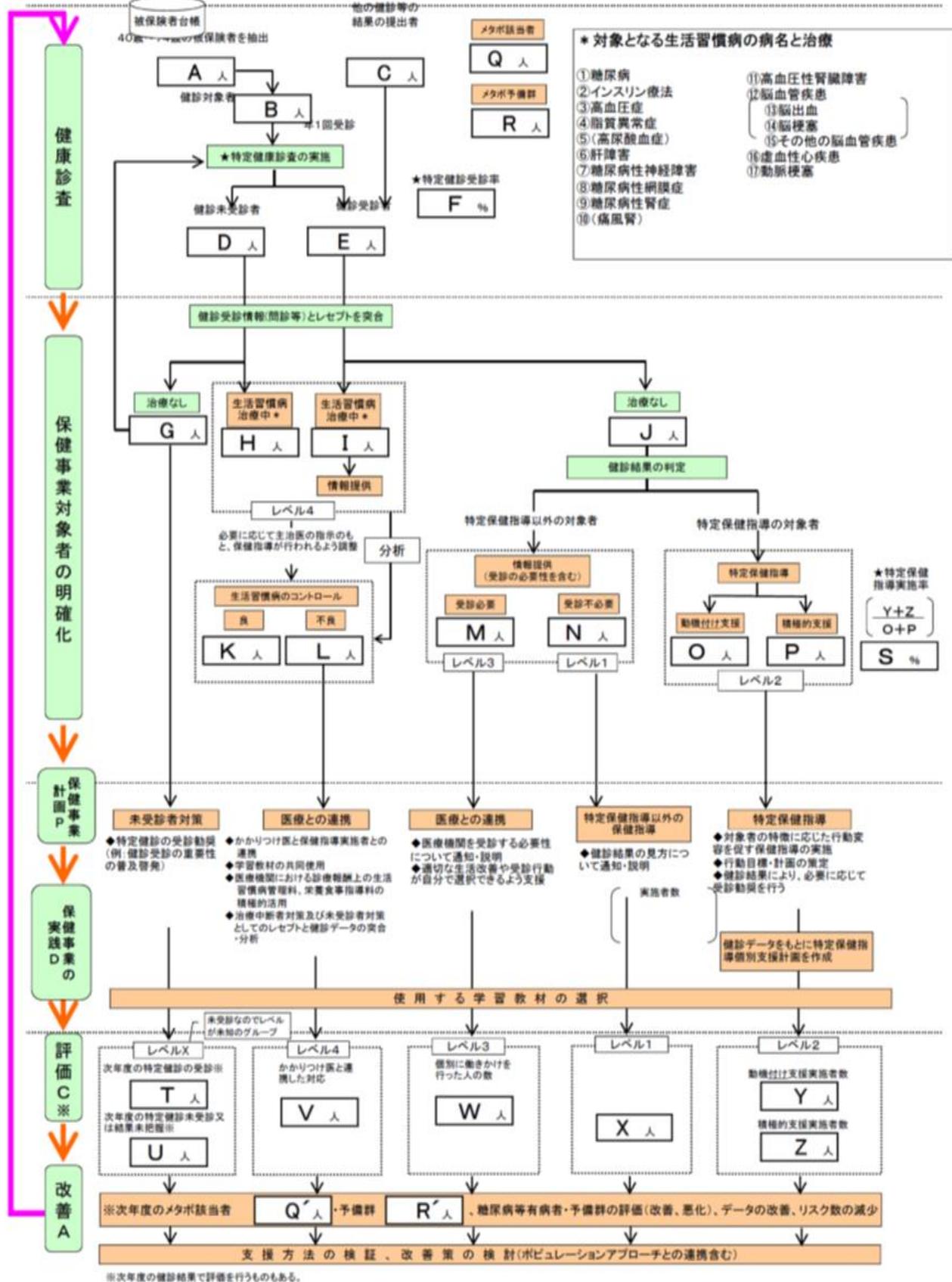
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 75)

■図表 75 健診から保健指導実施の流れ

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



出典：標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)より抜粋

(2) 保健指導対象者の選定と階層化

①特定保健指導の基本的考え方

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に規定された方法で実施します。

②特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、受診の勧奨その他保健指導を積極的に行う必要のある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施に努めます。

③保健指導対象者数の見込み・優先順位・支援内容

「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」様式5-5に基づき、健診受診者の健診結果から健診対象者の保健指導レベル別に5つのグループに分け、保健指導の優先順位を決めて、必要な保健指導を実施します。（図表76）

■図表 76 保健指導対象者数の見込み・優先順位・支援内容

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数 (平成29年度)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 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	381人 (10.3%)
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 ※糖尿病・高血圧の受診勧奨を優先して実施	726人 (19.6%)
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など) ・特定保健指導対象者や重症化予防対象者で健診中断者には重点的に受診勧奨する	8,987人
4	I	情報提供 ・糖尿病・高血圧、 脂質異常で治療中	・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 ・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	1,851人 (49.9%)
5	N	情報提供 ・特定保健指導対象者以外で受診の必要なし	・健診結果の見方について通知・説明 ・肥満はないが高血糖のみまたはリスクが重複する者に詳細二次健診を実施	755人 (20.3%)

出典：KDB データ

(3) 実施場所

直営：市健康推進課に属する保健師及び管理栄養士等で実施します。

委託：一部委託機関において実施します。

5 生活習慣病予防のための健診・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 77 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

	特定健診	特定保健指導	受診勧奨
4月	・健診対象者の抽出 ・健診実施機関との契約 ・個別健診開始	・前年度保健指導の継続	・保健協力員による健診申込書の配布
5月			
6月	・集団健診	・対象者の抽出 ・保健指導の開始	
7月		・健診結果説明会	・受診勧奨用受診券発行
8月			・職場健診及び個人健診の結果提供依頼
9月			
10月	・前年度実績報告終了	・前年度実績報告終了	
11月			・受診勧奨通知送付
12月			
1月			・広報「こくほ」掲載
2月			
3月			

6 個人情報の保護

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン並びに五所川原市個人情報保護条例等を踏まえ適切に対応します。

このほか、特定健康診査または特定保健指導を外部に委託する際は、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、業務委託先の履行状況を管理していきます。

実施機関から提出された特定健診・特定保健指導結果データは代行機関である青森県国保連に管理、保管を委託します。

※特定健康診査のデータは、健診実施機関から代行機関である青森県国保連に送付されます。診療情報提供や他健診受診者から提出されたデータは、特定健康診査等データ管理システムに入力し、国保連へ送付します。特定保健指導のデータについても特定健康診査等データ管理システムに入力し、国保連へ送付します。

7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

(1) 特定健康診査等実施計画の公表

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条第3項の規定に基づき、本計画を市の広報やホームページに掲載します。

(2) 普及啓発及び情報提供

特定健康診査・特定保健指導の必要性を理解していただくため、全対象者に情報の提供や医師会・歯科医師会、薬剤師会等や地域のネットワークを通して普及啓発や受診勧奨に努めます。

8 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画で設定した目標達成状況、及びその経年変化の推移等について、以下の項目について、毎年度評価を行います。

保険運営の健全化の観点から本市国民健康保険運営協議会において毎年度進捗状況を報告し、実態に即して効果的に状況に応じて本計画を見直します。

- (1) 特定健診受診率・特定保健指導実施率
- (2) メタボリックシンドローム該当者・予備群減少率
- (3) その他（実施方法、内容、スケジュール等事業実施状況や管理の評価）

9 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

集団健診において、特定健康診査と肺がん検診、胃がん検診、大腸がん検診、子宮がん検診、乳がん検診、肝炎ウイルス検査を同時に実施し、利便性の向上と受診促進を図ります。

< 参考資料 >

■参考資料1 国・県・同規模平均と比べてみた五所川原市の位置

項目			平成26年度累計				平成29年度累計				データ元 (CSV)		
			五所川原市		五所川原市		青森県		同規模平均			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	58,276		55,046		1,297,015		18,071,496		125,640,987		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)	16,212	27.8	17,433	31.7	390,940	30.1	5,044,734	27.9	33,465,441	26.6	
		75歳以上	8,409	14.4	9,367	17.0	199,344	15.4	-	-	16,125,763	12.8	
		65~74歳	7,803	13.4	8,066	14.7	191,596	14.8	-	-	17,339,678	13.8	
		40~64歳	20,933	35.9	19,602	35.6	451,969	34.8	-	-	42,295,574	33.7	
	39歳以下	21,131	36.3	18,011	32.7	454,106	35.0	-	-	49,879,972	39.7		
	② 産業構成	第1次産業	15.0		15.0		13.0		6.1		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	20.5		20.5		20.6		28.9		25.2		
		第3次産業	64.5		64.5		66.4		65.1		70.6		
	③ 平均寿命	男性	77.3		78.5		78.7		-		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		85.4		86.0		86.0		-		87.0			
④ 健康寿命	男性	64.1		64.1		64.2		65.3		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.4		66.4		66.4		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	121.7		121.7		119.8		100.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	234	47.1	245	53.3	5,035	49.3	54,491	48.0	370,187	50.1	
		心臓病	109	21.9	107	23.3	2,582	25.3	31,218	27.5	196,237	26.5	
		脳疾患	101	20.3	75	16.3	1,706	16.7	18,417	16.2	112,036	15.2	
		糖尿病	14	2.8	7	1.5	239	2.3	2,072	1.8	13,327	1.8	
		腎不全	25	5.0	15	3.3	375	3.7	3,724	3.3	24,559	3.3	
		自殺	14	2.8	11	2.4	267	2.6	3,490	3.1	23,044	3.1	
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	91		83		1,924		11.1		139,562		厚生省HP 人口動態調査
		男性	66		61		1,304		14.9		92,474		
		女性	25		22		620		7.3		47,088		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	3,277		3,186		74,525		19.2		895,530		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	56		49		1,056		0.2		15,185		
		2号認定者	69		57		2,130		0.5		21,468		
	② 有病状況	糖尿病	638		672		16,754		21.7		207,681		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症	1629		1577		39,716		51.6		482,405		
		脂質異常症	836		851		20,218		26.0		261,572		
		心臓病	1787		1762		44,337		57.5		549,760		
		脳疾患	706		678		19,944		26.1		235,921		
		がん	292		296		6,768		8.7		95,571		
		筋・骨格	1504		1501		35,294		45.9		473,492		
精神	1101		1134		28,640		36.7		336,084				
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	72,952		79,521		68,300		63,918		60,833		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	47,731		53,976		49,127		42,151		41,623			
	施設サービス	313,254		308,090		288,743		280,781		284,044			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	5,268		5,688		7,186		8,259		8,163		
	認定なし	3,408		3,480		3,663		3,873		3,874			
4	① 国保の状況	被保険者数	20,332		16,043		333,839		4,319,257		31,587,591		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳	5,903	29.0	5,935	37.0	139,688	41.8	-	-	12,454,218	39.4	
		40~64歳	8,806	43.3	6,399	39.9	120,797	36.2	-	-	10,445,232	33.1	
		39歳以下	5,623	27.7	3,709	23.1	73,354	22.0	-	-	8,688,141	27.5	
	加入率	34.9		29.1		25.7		23.9		25.6			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	6		6		97		0.3		8,328		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	46		47		889		2.7		12,849		
		病床数	1,052		1,004		62.6		17,607		52.7		
		医師数	112		128		8.0		2,681		8.0		
		外来患者数	606.3		665.5		705.9		698.1		676.1		
入院患者数		14.6		16.0		18.6		20.3		18.5			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	20,215	県内36位 同規模251位	23,136	県内35位 同規模235位	25,635		26,529		25,032		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	620.953		681.453		724.524		718.365		694.578			
	外来費用の割合	62.0		61.7		61.0		59.1		59.9			
	外来件数の割合	97.6		97.7		97.4		97.2		97.3			
	入院費用の割合	38.0		38.3		39.0		40.9		40.1			
	入院件数の割合	2.4		2.3		2.6		2.8		2.7			
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名(調剤含む)	1件あたり在院日数	15.1日		15.4日		15.8日		16.2日		15.7日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
	新生物	26.5		31.6		28.8		26.1		26.6			
	慢性腎不全(透析あり)	7.0		5.3		6.9		8.6		8.9			
	糖尿病	11.5		12.5		11.3		10.2		9.9			
	高血圧症	13.0		9.8		9.5		8.2		7.9			
精神	14.1		12.8		14.8		17.5		16.9				
筋・骨疾患	16.1		16.2		15.3		15.5		15.7				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	602,471	9位	(16)	593,596	24位	(15)	-	-	-	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	634,058	12位	(16)	676,107	8位	(15)					
		脂質異常症		659,131	5位	(18)	627,277	16位	(17)						
		脳血管疾患		744,262	8位	(18)	668,054	19位	(19)						
		心疾患		676,087	13位	(12)	628,489	28位	(14)						
		腎不全		810,992	7位	(16)	786,579	11位	(15)						
		県内順位		精神	482,594	11位	(24)	508,009	15位	(24)					
		順位総数41		悪性新生物	624,549	20位	(13)	625,203	33位	(12)					
				糖尿病	32,560	32位		32,523	35位						
		入院の()内 は在院日数		外来	高血圧	26,418	35位		27,496	29位					
					脂質異常症	25,651	28位		25,445	29位					
					脳血管疾患	34,048	21位		33,238	19位					
				心疾患	32,133	35位		34,045	31位						
				腎不全	165,544	31位		137,445	31位						
精神	27,827		25位		29,079	23位									
悪性新生物	52,076		28位		58,576	25位									
健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり		健診受診者	2,012		2,054		2,501		2,495		2,110			
			健診未受診者	10,707		12,650		13,324		13,102		13,037			
生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者 一人当たり		健診受診者	5,852		5,731		6,652		6,852		6,081			
		健診未受診者	31,149		35,297		35,438		35,989		37,569				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,474	59.0	2,038	56.3	49,819	55.7	678,829	56.0	4,406,563	56.1			
		医療機関受診率	2,260	53.9	1,887	52.2	46,525	52.0	627,047	51.8	4,030,671	51.3			
		医療機関非受診率	214	5.1	151	4.2	3,294	3.7	51,782	4.3	375,892	4.8			
5	①	特定健診の 状況	健診受診者	4,195		3,617		89,473		1,211,466		7,853,195			
			受診率	30.2	県内28位 同規模224位	31.4	県内37位 同規模229位	37.1	全国26位	40.0	36.7				
			特定保健指導終了者(実施率)	226	46.6	171	45.7	3,410	37.9	45,247	30.9	202,123	21.2		
			非肥満高血糖	381	9.1	362	10.0	9,428	10.5	123,198	10.2	738,741	9.4		
			⑤	メタボ	該当者	580	13.8	586	16.2	15,787	17.6	219,856	18.1	1,401,852	17.9
					男性	409	24.1	400	27.0	10,622	27.5	149,813	28.5	968,253	28.4
					女性	171	6.8	186	8.7	5,165	10.2	70,043	10.2	433,599	9.8
					予備群	473	11.3	374	10.3	9,691	10.8	132,133	10.9	852,789	10.9
					男性	304	17.9	225	15.2	6,298	16.3	90,709	17.3	592,374	17.4
					女性	169	6.8	149	7.0	3,393	6.7	41,424	6.0	260,415	5.9
			⑦	順位総数41	総数	1,159	27.6	1,100	30.4	28,205	31.5	393,052	32.4	2,531,863	32.2
					男性	775	45.7	706	47.7	18,566	48.0	267,688	50.9	1,746,493	51.3
			⑧	BMI	女性	384	15.4	394	18.4	9,639	19.0	125,364	18.3	785,370	17.7
					総数	365	8.7	297	8.2	7,072	7.9	63,265	5.2	401,447	5.1
			⑩	メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	男性	63	3.7	52	3.5	1,283	3.3	9,847	1.9	66,341	1.9
					女性	302	12.1	245	11.5	5,789	11.4	53,148	7.8	335,106	7.5
			⑬	血糖のみ	男性	27	0.6	26	0.7	590	0.7	8,754	0.7	53,233	0.7
					女性	353	8.4	270	7.5	7,135	8.0	91,368	7.5	589,424	7.5
			⑭	血圧のみ	男性	93	2.2	78	2.2	1,966	2.2	32,011	2.6	210,132	2.7
女性	139	3.3			136	3.8	3,367	3.8	35,024	2.9	218,323	2.8			
⑮	脂質のみ	男性	24	0.6	21	0.6	660	0.7	12,539	1.0	77,475	1.0			
		女性	258	6.2	255	7.1	7,009	7.8	103,788	8.6	672,918	8.6			
⑯	血糖・血圧	男性	159	3.8	174	4.8	4,751	5.3	68,505	5.7	433,136	5.5			
		女性	14,84	35.4	1,369	37.8	36,554	40.9	420,409	34.7	2,646,017	33.7			
⑰	服薬(高血圧症)	男性	276	6.6	305	8.4	8,639	9.7	97,513	8.1	603,086	7.7			
		女性	682	16.3	834	23.1	22,397	25.0	294,853	24.3	1,878,706	23.9			
⑱	服薬(糖尿病)	男性	84	2.0	86	2.4	2,586	3.3	38,524	3.3	245,798	3.3			
		女性	148	3.5	108	3.0	4,506	5.7	69,011	5.9	415,430	5.6			
⑲	服薬(脂質異常症)	男性	42	1.0	39	1.1	657	0.8	6,219	0.5	36,898	0.5			
		女性	124	3.0	104	2.9	4,018	5.1	117,942	10.1	768,500	10.4			
⑳	喫煙	男性	722	17.2	572	15.8	13,425	15.0	157,221	13.0	1,104,944	14.1			
		女性	417	9.9	320	8.8	5,980	7.6	72,198	7.0	585,467	8.7			
㉑	週3回以上朝食を抜く	男性	692	16.5	581	16.1	11,941	15.2	114,900	11.2	815,975	12.2			
		女性	769	18.3	618	17.1	14,277	18.2	149,068	14.4	1,040,474	15.4			
㉒	週3回以上夕食後間食	男性	1,703	40.6	1,477	40.8	29,292	37.3	257,787	25.3	1,740,201	26.0			
		女性	1,447	34.5	1,268	35.1	26,852	34.2	334,226	32.3	2,209,826	32.6			
㉓	週3回以上就寝前夕食	男性	2,814	67.1	2,439	67.5	51,697	65.8	616,457	59.1	4,039,785	59.5			
		女性	2,283	54.4	2,010	55.6	39,039	49.7	476,792	45.7	3,232,521	47.7			
㉔	睡眠不足	男性	947	22.6	888	24.6	18,737	23.8	260,157	25.1	1,740,805	25.9			
		女性	1,018	24.3	869	24.0	22,310	25.5	1,138,451	24.7	7,328,928	25.7			
㉕	毎日飲酒	男性	793	18.9	698	19.3	19,339	22.1	239,514	21.0	1,625,844	22.2			
		女性	2,457	61.6	2,076	60.3	41,741	57.8	476,406	64.5	3,318,387	63.9			
㉖	時々飲酒	1合未満	801	20.1	714	20.7	17,800	24.6	176,268	23.9	1,244,369	24.0			
		1~2合	399	10.0	338	9.8	7,488	10.4	67,540	9.1	486,743	9.4			
㉗	1日飲酒量	2~3合	330	8.3	316	9.2	5,196	7.2	18,010	2.4	144,610	2.8			
		3合以上													

用語集

【あ行】

アウトカム

事業を実施したことによる成果を目標の達成度で評価すること。

アウトプット

実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価すること。

悪性新生物

がん・肉腫のこと。細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な細胞を破壊する腫瘍のこと。

アルブミン検査

血液中のたんぱく質の一種で、血漿（けっしょう）総たんぱく質の6割を占め、栄養・代謝物質の運搬、浸透圧の維持などの働きを行う。高齢者の栄養状態を評価するうえで低栄養に陥っていないかどうかを調べる指標となる。

eGFR（イージーエフアール）

eGFR は、推算糸球体ろ過量（estimated Glomerular Filtration Rate の略）です。血清クレアチニン値と年齢・性別から計算式を用いて、腎臓の働きを示す推定値です。健康な人では、eGFR は100 /分/1.73 m²前後です。60 /分/1.73m²未満が持続していれば、腎機能の低下は明らかであり、末期腎不全・透析の段階では、eGFR は15 /分/1.73 m²未満に低下する。

インセンティブ

インセンティブとは、（ある目標に向かって誘導するための）刺激。誘引、動機となる事物。また、奨励金。

HDL コレステロール（エイチディーエル コレステロール）

HDLコレステロールは善玉コレステロールのことで、血管の壁についている余分な脂質であるコレステロールを回収し、肝臓に送る働きがあり、動脈硬化を予防する。

HbA1c（エイチビーエーワンシ またはヘモグロビンエーワンシ）

HbA1c(NGSP)：HbA1c（ヘモグロビン・エーワン・シー）は血糖の1～2か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症等の糖尿病の合併症を発症したり悪化したりすることが分かっています。

LDL コレステロール（エルディーエル コレステロール）

LDLコレステロールは、悪玉コレステロールとよばれるもので、LDLコレステロールが多すぎると血管壁に蓄積して動脈硬化を進行させ、心筋梗塞や脳梗塞を起こす危険性を高めます。

【か行】

拡張期血圧

心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さ（血管抵抗）と血液量（心拍出量）によって決まる。血液の粘度が高くなったり、血管が硬化したりすると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。

既往歴

生まれてからこれまでに患った主な病気の履歴。

血清クレアチニン

血清クレアチニンとは、筋肉運動のエネルギーとして代謝される「クレアチン」の代謝後に残る老廃物のこと。血清クレアチニン検査は腎臓の濾過機能をチェックする指標となる。

虚血性心疾患

冠動脈の梗塞や狭窄により心臓の血管が詰まったり狭くなったりするなど、血流が悪くなることで心臓に障害がおこる疾患の総称のこと。

健康課題

健康に関する課題のこと。

健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる（介護不要の）期間のこと。

国保データベース（KDB）システム

医療・特定健診・介護の情報に基づき、各種統計情報や個人の健康に関するデータを作成・集計し、効果的かつ効率的な保健事業の実施をサポートすることを目的につくられたシステムのこと。

国民健康保険運営協議会

市の国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために、国民健康保険法第11条に定められ、設置されている市長の諮問機関のこと。

国民健康保険団体連合会

国民健康保険の保険者である市町村等が共同して国民健康保険事業を運営することを目的に、国民健康保険法に基づき、都道府県ごとに設置している組織のこと。公費負担医療や診療報酬の診査・支払業務、健康づくり推進など様々な業務を行っている。

【さ行】

C O P D

慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease）代表的な慢性呼吸器疾患の一つであり、肺泡の破壊や気道炎症が起き呼吸機能に異常を起こす疾患の総称。主要な原因はたばこ喫煙である。

疾病分類表

疾病分類表は、わが国の疾病罹患の状況を概括できるように推定患者数を基準にして、大分類、中分類及び小分類がそれぞれ独立し、分類表としての形式を統一したものである。また、これまでの統計表章との連続性およびWHOが勧告した特定製表用リストとの整合性も図られている。さらに、大分類、中分類および小分類の相互の包含関係を明確にするため、中分類には大分類のコードが、小分類には中分類のコードが加えられている。なお、各項目の包含する範囲については可能な限り死因分類の項目と共通にし、相互のデータ比較が可能となるように配慮されている。

収縮期血圧

血圧を測定すると2つの値が記録される。いわゆる「上」は収縮期血圧（最大血圧）、「下」は拡張期血圧（最小血圧）という。心臓は、収縮と拡張を繰り返すポンプのような働きをすることで、血液を送り出している。心臓が収縮したときには、血液が大動脈に送り出され、血管に高い圧力がかかる。これが収縮期血圧（最大血圧）である。高血圧は「沈黙の殺人者」とも呼ばれ、自覚症状が不明確な状態で進行し、脳卒中や心臓病など命にかかわる病気を引き起こす。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）

ジェネリック医薬品とは、医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を、他の製薬会社が同じ有効成分で製造・供給する医薬品である。

脂質異常症

血液中に含まれる脂質が異常をきたす病気で、LDL^{※1}コレステロール値が140mg/dl以上、HDL^{※2}コレステロール値が40mg/dl未満、中性脂肪値^{※3}が150mg/dl以上のいずれかのときに診断される。

※1 LDL…Low-densitylipoproteinの略称で、いわゆる悪玉コレステロールのこと。

※2 HDL…High-densitylipoproteinの略称で、いわゆる善玉コレステロールのこと。

※3 中性脂肪値…トリグリセリドのことで脂肪の1種のこと。

受診勧奨値

保健指導判定値[※]よりも高い値で重症化を防止するために医療機関を受診する機会を検討する値のこと。

※保健指導判定値…基準値を超え特定保健指導対象者とする値のこと。

新生物

正常な組織細胞は、必要以上に分化分裂を行わないように調節を受けているが、そこからはずれ自立的に増殖を始めるようになった組織。良性のものと悪性のものに分けられる。

人工透析

腎臓の機能が低下して尿毒症を起こす危険性がある時、腎臓に代わって血液の組成を正常化する方法。血液透析、腹膜透析がある。

生活習慣病

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣を続けることにより発症する疾患の総称のこと。脳梗塞・脳出血・糖尿病・心筋梗塞・高血圧症・動脈硬化症等がある。

【た行】

地域包括ケアシステム

地域包括ケアとは、厚生労働省において、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービスを提供する体制。地域包括ケアシステムはその仕組みのこと。

中性脂肪

中性脂肪とは、人間の体を動かすエネルギー源となる物質である。中性脂肪の役割としては、内臓を守り、また体温を一定に保つ働きがある。中性脂肪値が高いと、動脈硬化や脳卒中の遠因となるLDL（低比重リポたんぱく）コレステロールを増やしてしまい、また、善玉コレステロールであるHDL（高比重リポたんぱく）コレステロールを減らしてしまうことにつながる。

データヘルス

レセプト・健診情報等のデータを活用してPDCAサイクルに沿って実施する効果的かつ効率的な保健事業のこと。

特定健診

特定健康診査の略称で、医療保険者（国保・被用者保険）が40歳～74歳の加入者を対象として実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のこと。

特定保健指導

医療保険者が特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し実施する支援のこと。特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、レベル別（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行う。

糖尿病性腎症

糖尿病の合併症で腎臓の機能が低下した症状。

【な行】

尿酸

おもに痛風の診断をするため、血液中の尿酸値を測定する検査である。からだの細胞は常に新しく生まれてくる一方で死んでいくものもあり、この活動を代謝という。代謝の結果としてできる燃えかすの一つが尿酸と呼ばれる物質で、約70%は尿の一部となって排泄される。ところが、腎臓の機能に障害が起こって尿酸が正しく排泄されなかったり、何らかの原因で尿酸がつくられすぎたりすると、たまった尿酸が異常を引き起こす。その代表が痛風である。

人間ドック

主に健康な人が対象となる短期的・総合的に行う検診のこと。

脳血管疾患

脳の血管に異常が生じ、出血または虚血（局所的な貧血）により障害が発生することで起こる疾患の総称のこと。

【は行】

ハイリスクアプローチ

疾患を発生しやすい高いリスクを持った人を対象に働きかけをして病気を予防する方法のこと。

BMI（ビー・エム・アイ）

Body Mass Index の略。体重（kg）／身長（ m^2 ）で算出する。人の肥満度を表す体格指数で、BMI の計算式は世界共通ですが、肥満の判定基準は国により異なる。

P D C A サイクル

PDCAサイクルとは、Plan(計画)・Do(実行)・Check(評価)・Action(改善)を繰り返すことによって、生産管理や品質管理などの管理業務を継続的に改善していく手法のことです。

標準化死亡比

標準化死亡比（SMR）は、年齢構成が異なる集団間の死亡傾向を比較するものとして用いられ、標準化死亡比が基準値（100）より高い場合は、その地域の死亡状況が、基準となる集団（全国）より悪いということを示す。基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数を比較するものである。全国の平均を100とし、標準化死亡比が100以上の場合は全国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

フレイル

加齢とともに心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害・要介護状態・死亡な

どの危険性が高くなった状態のこと。

プロセス

プロセスとは、物事を進める手順のこと。

平均寿命

発表された年に生まれた者（0歳時）が、その後何年生きられるかという期待値のこと。

保健事業

被保険者の健康の保持増進のために取り組まれる事業全般のこと。

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は、保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけを行い、全体としてリスクを下げるアプローチを指しています。一方で疾患リスクの高い対象者に絞り込んで対処していく方法をハイリスクアプローチといいます。

【ま行】

慢性腎臓病（CKD）

慢性腎臓病（Chronic kidney disease：CKD）とは慢性に経過するすべての腎臓病を指す。腎臓の働き（eGFR）が健康な人の60%以下に低下する（eGFRが60ml/分/1.73m²未満）か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいう。患者は1,330万人（20歳以上の成人の8人に1人）いると考えられ、新たな国民病ともいわれている。生活習慣病（高血圧、糖尿病など）や、メタボリックシンドロームとの関連も深く、誰もがかかる可能性のある病気である。

メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち2つ以上の症状が一度に出ている状態をいう。日本語に訳すと代謝症候群、単にメタボとも言われる。

【や行】

有所見者

健診結果の数値が基準値より高いまたは低い値等の異常があった場合をいう。つまり「要治療」や「要精密検査」や「要経過観察」や「要通院」などと記載された人のこと。

【ら行】

リスク

データに基づき評価した危険度のこと。

ロコモティブシンドローム

ロコモティブシンドロームとは運動器系の障害で、一般的にロコモティブシンドロームの原因疾患の有病率と医療費は65歳以上から急速に増大します。原因疾患は介護保険の要支援及び要介護の主な原因である「関節疾患」「骨折・転倒」が多く、介護予防等を通じたロコモティブシンドローム対策が重要となります。さらに、高齢者においては、生活習慣病対策に加え、「フレイル」に着目した対策も求め

られています。(フレイル:加齢に伴う予備能力低下のためストレスに対する回復力が低下した状態。)



五所川原市国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健康診査等実施計画
（平成30年度～平成35年度）
五所川原市民生部
国保年金課 健康推進課
〒037-8686 五所川原市字布屋町41番地1
TEL.0173-35-2111（代表）