The Ambitious City

北広島市国民健康保険
第2期データヘルス計画・
第3期特定健康診査等実施計画

平成30年度～平成35年度

平成30年3月
北広島市

HOKKAIDO 北広島市

-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	3
	1 背景・目的	3
	2 計画の位置づけ	4
	3 計画期間	6
	4 関係者が果たすべき役割と連携	6
	(1)実施主体・関係部局の役割	6
	(2)外部有識者等の役割	6
	(3)被保険者の役割	6
	5 保険者努力支援制度	7
	6 保険者の特性把握	8
	(1)基本情報	8
	(2)主たる死因の状況	10
第2章	第1期データヘルス計画の評価及び第2期データヘルス計画における健康課題	11
	1 第1期データヘルス計画の評価	11
	(1)保健事業の実績	11
	(2)中長期的目標の達成状況	13
	(3)短期的目標の達成状況	16
	2 第2期データヘルス計画における健康課題の明確化	18
	(1)中長期的目標の視点における医療費の状況	18
	(2)要介護認定の状況	20
	(3)健診受診者の状況	21
	(4)目標の設定	26
第3章	特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)	27
	1 第3期特定健診等実施計画について	27
	2 目標値の設定	27
	3 対象者の見込み	27
	4 特定健診の実施	27
	5 特定保健指導の実施	31
	6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	32
	7 結果の報告	32
	8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	32
第4章	保健事業の今後の取組み	33
	1 保健事業の方向性	33
	2 重症化予防の取組み	33
	(1)糖尿病性腎症重症化予防	33
	(2)虚血性心疾患・脳血管疾患重症化予防	37
	3 特定健診の受診率向上対策	39
	4 後発医薬品(ジェネリック医薬品)通知および重複・頻回受診者等保健指導	40
	5 がん検診	40
	6 ポピュレーションアプローチ	40
	7 新たな保健事業の検討	40

第5章　地域包括ケアに係る取組み		42
	1 地域で被保険者を支える体制強化と連携の推進	42
	2 課題を抱える被保険者層の分析	42
	3 地域で被保険者を支える事業の実施	42
第6章　評価		44
	1 評価の時期	44
	2 評価方法、体制	44
	3 個別保健事業に係る評価	44
第7章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い		45
	1 計画の公表・周知	45
	2 個人情報の保護	45
資料編		46
	資料１ 糖尿病性腎症重症化予防事業　中長期的評価指標	47
	資料２ 糖尿病管理台帳	48
	資料３ 高血圧管理台帳	48
	資料４ 心房細動管理台帳	48
	資料５ 目標管理一覧	49
	資料６ 同規模平均と比べてみた北広島市の位置と経年変化	50
	資料７ 主な用語の解説	51

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、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等(以下「レセプト等」という。)の電子化の進展、国保データベースシステム(以下「ＫＤＢ」という。)等の整備により、保険者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の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」においても、「すべ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データヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取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されました。

これまでも、保険者等においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきましたが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ(まだリスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること)から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

また、平成28年6月2日に閣議決定された「日本再興戦略2016」においては、「データヘルス計画を通じた企業や保険者等による健康･予防に向けた取組を強化する。」としており、こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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1期データヘルス計画を見直すとともに、第2期データヘルス計画を策定して、被保険者の健康保持増進を図ることとしました。

北広島市においては、保健事業実施指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施・評価・改善を行うものとします。

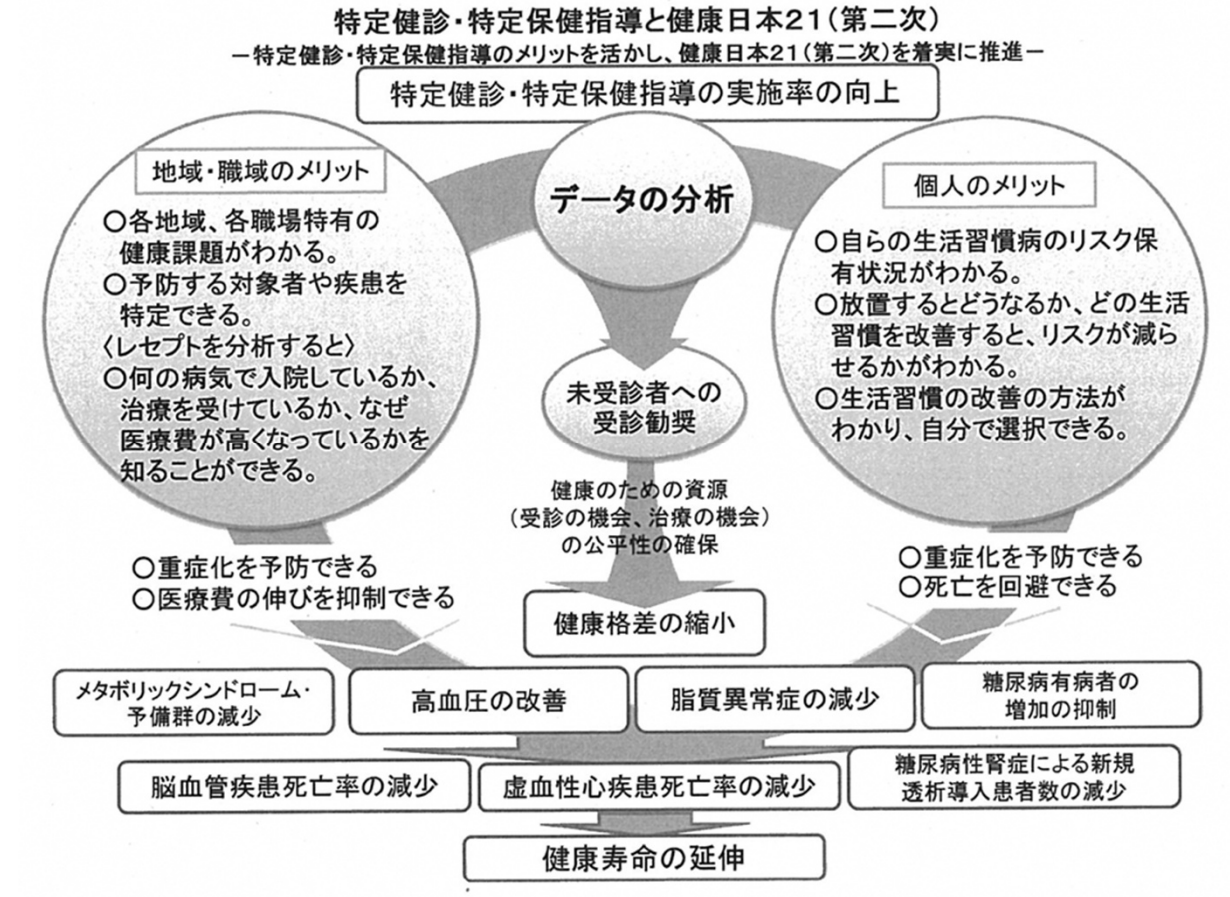
２ 計画の位置づけ

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、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の保健事業の実施計画です。計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行い、第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。(図1、図2)

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21(第2次)」に示された基本方針を踏まえるとともに、「北海道健康増進計画」及び「第5次北広島市総合計画」「北広島市健康づくり計画(第4次)」との整合性を図ります。

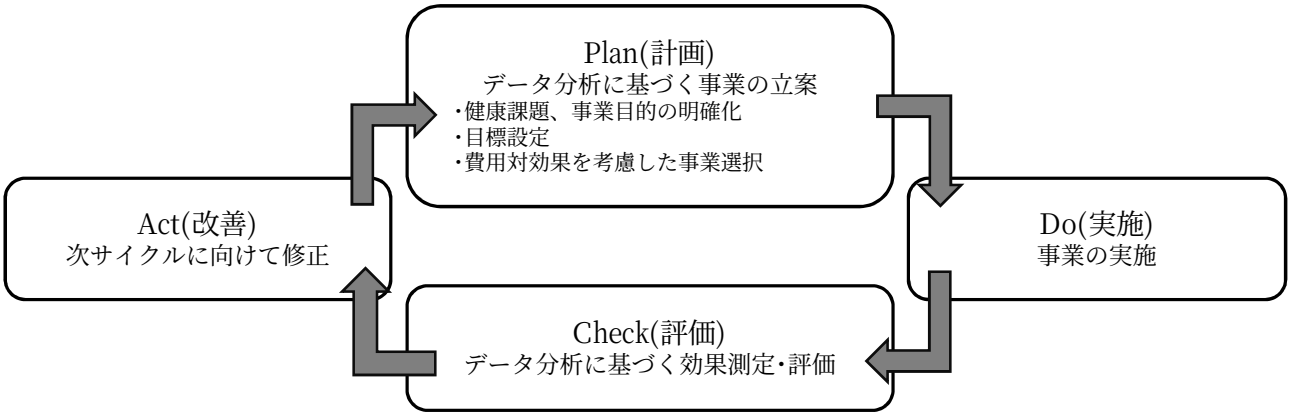
なお、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定します。

（図1）データヘルス計画の位置づけ



※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム図1」より

(図2)保健事業におけるＰＤＣＡサイクル



3 計画期間

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

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1)実施主体・関係部局の役割

北広島市においては、保険担当(保険年金課)と保健衛生担当(健康推進課)が主体となりデータヘルス計画を策定します。住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、高齢者医療担当(保険年金課)、介護保険担当(高齢者支援課)、生活保護担当(福祉課)とも十分連携に努め、計画を進めていきます。

(2)外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、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・評価委員会等の外部有識者等との連携・協力を行います。

また、平成30年度から北海道が市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に保険者機能の強化については、北海道の関与が更に重要となるため、北海道との連携に努めます。

(3)被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進と健康寿命の延伸が最終的な目的です。そのためには、被保険者自身が健康状態を理解して主体的に積極的に取り組むことが大切です。

5 保険者努力支援制度

国において、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等を支援するインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度を創設しました。(平成30年度から本格実施)

保険者努力支援制度の評価指標は、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させることになっています。

北広島市では、かねてより国のヘルスアップ事業等保健事業への補助金の有効活用をしてきましたが、この支援制度の評価項目を考慮しながら効果的な保健事業に取り組んでいきます。

(表1)保険者努力支援制度の評価項目

保険者努力支援制度の評価指標（平成30年度）
① 特定健診受診率・特定保健指導率 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率
② がん検診受診率・歯周疾患（病）検診の実施
③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
④ 個人の予防健康づくりの取組支援実施（インセンティブ提供） わかりやすい情報提供
⑤ 重複服薬者に対する取組
⑥ 後発医薬品の促進・使用割合
⑦ その他 ・保険料収納率、医療費通知、データヘルス計画策定状況 ・地域包括ケア推進の取組、第三者求償の取組等

6 保険者の特性把握

(1)基本情報

本市の平成28年度末人口は、58,964人です。高齢化率(65歳以上)は29.9%であり、国、道及び同規模市町村(以下「同規模」という。)と比較して高い状況となっています。

また、国保被保険者数は13,598人で、市の人口に占める国保加入率は23.1%であり、国保加入者の平均年齢は55.9歳です。

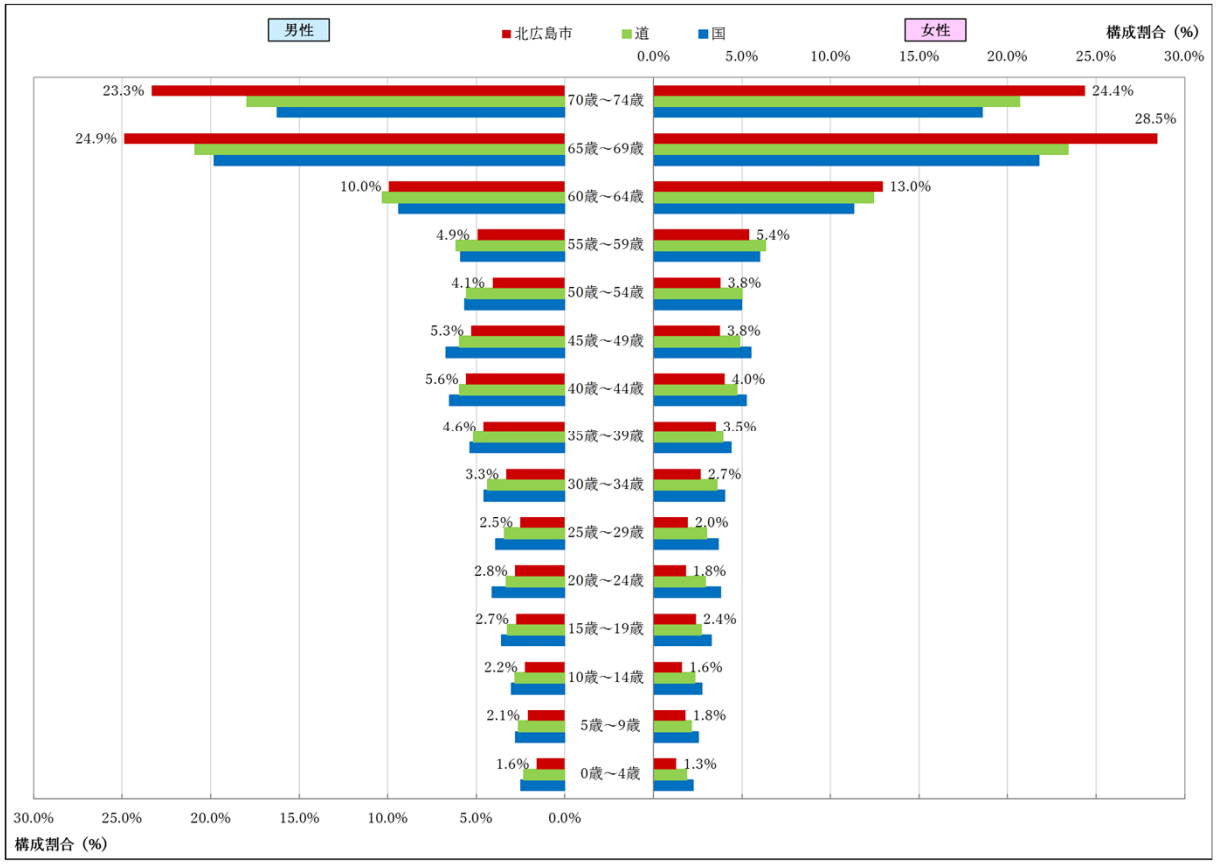
被保険者数の構成割合は国、道と比較して65～74歳の割合が高く、今後さらに高齢化が進むことから生活習慣病の発症と重症化予防への対策が急務です。

(表2)人口構成概要(平成28年度)

	人口総数（人）	高齢化率（65歳以上）	国保被保険者数（人）	国保加入率	国保被保険者平均年齢（歳）	出生率	死亡率
北広島市	58,964	29.9%	13,598	23.1%	55.9	5.6%	9.3%
道	5,370,807	29.6%	1,322,564	24.6%	52.6	6.9%	11.2%
同規模	69,016	24.3%	19,251	27.9%	52.8	8.3%	10.1%
国	127,907,086	26.8%	34,686,828	27.1%	50.7	8.0%	10.1%

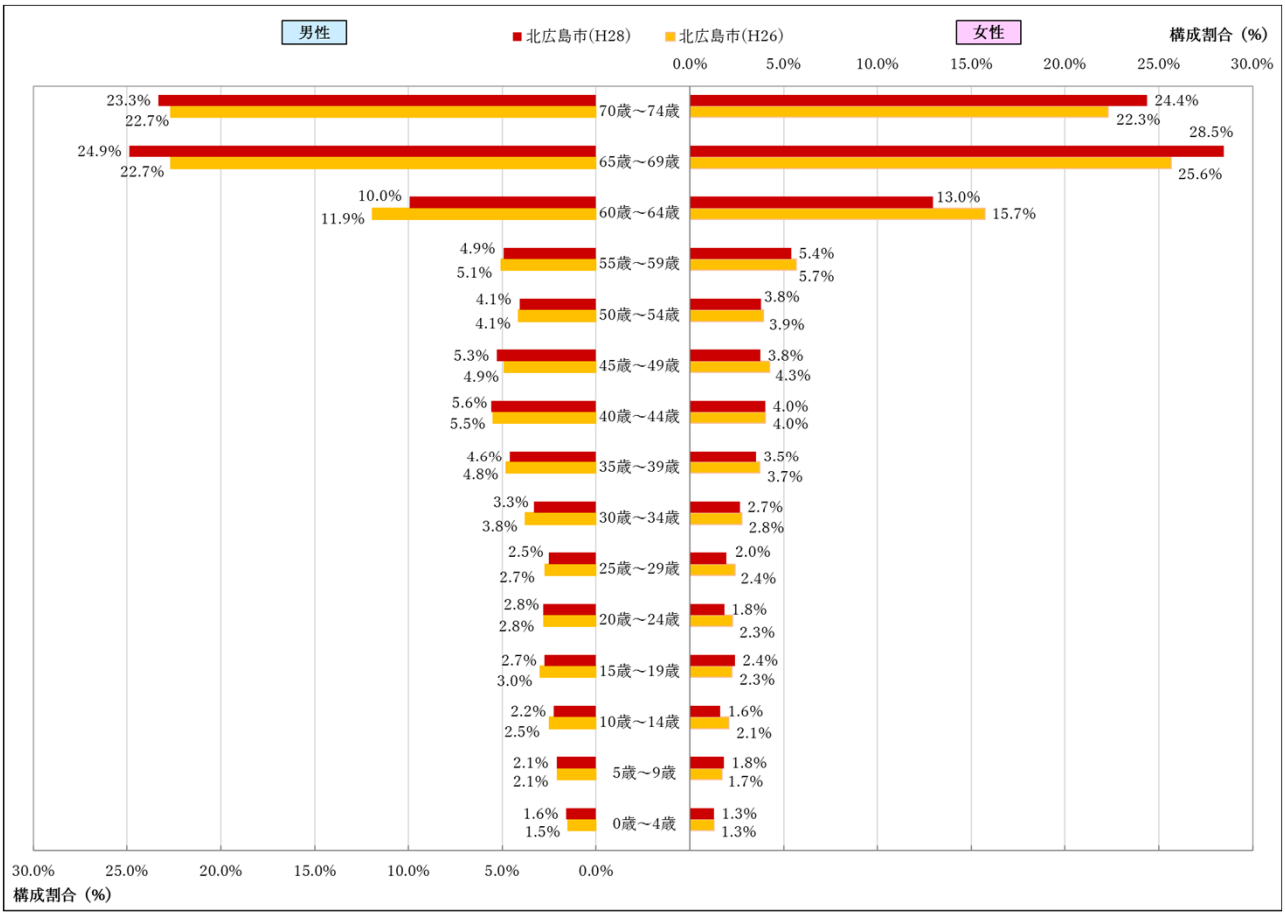
※「道」は北海道を指す。以下全ての表において同様である。
※住民基本台帳、国民健康保険年報、石狩地域保健情報年報、国保データベース（KDB）システムより
※「同規模」は全国の人口規模５～１０万人の保険者の平均値であり、国保データベース（KDB）システムより抽出している。

(図3)男女･年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(平成28年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

(図4)男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(平成26年度比較)

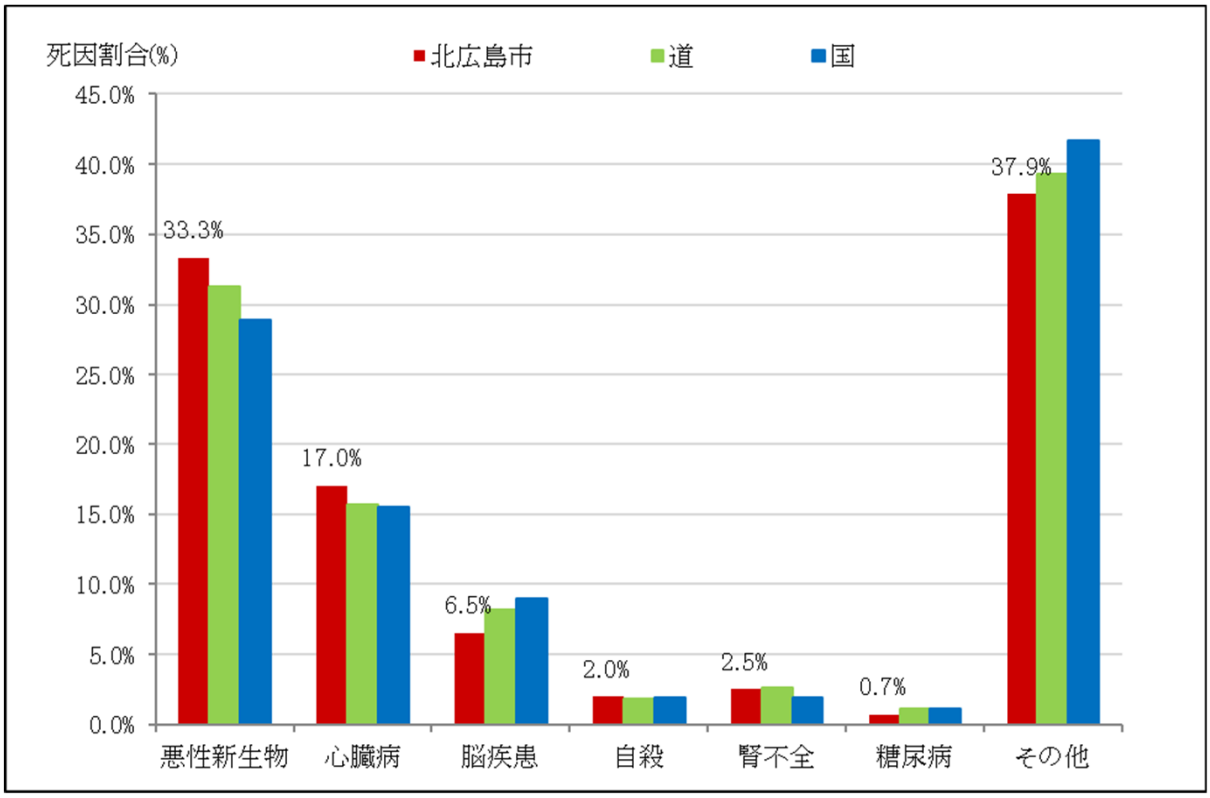


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

(2)主たる死因の状況

以下は本市の主たる死因とその割合です。

(図5)主たる死因とその割合(平成26年度)



出典：石狩地域保健年報

(表3)65歳未満の死因の状況(平成26年度)

	全死亡数に対する65歳未満死亡率		うち					
			悪性新生物		心疾患		脳血管疾患	
性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北広島市	16.3%	11.2%	20.6%	23.4%	7.0%	2.0%	20.0%	12.5%
国	15.3%	8.2%	15.8%	17.1%	15.1%	3.6%	13.3%	5.4%
道	15.0%	9.2%	15.4%	17.8%	14.7%	4.1%	12.9%	6.9%

出典：石狩地域保健年報

第2章　第1期データヘルス計画の評価及び第2期データヘルス計画における健康課題

1 第1期データヘルス計画の評価

(1)保健事業の実績

第1期データヘルス計画に基づき実施した保健事業は以下の通りです。

(表4)第1期データヘルス計画に基づき実施した保健事業

事業名	目的	対象	内容
特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病発症や重症化の予防を図る	40～74歳の北広島市国保被保険者	国が定める健診項目および市独自の健診項目の実施
特定保健指導	メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病発症や重症化の予防を図る	特定健康診査から抽出した特定保健指導対象者(国の基準)	個別の保健指導
特定健康診査未受診者勧奨	特定健康診査の受診を促し、健診の定着化を図る	特定健診未受診者	継続受診の勧奨
			生活習慣病治療中者への勧奨
			過去未受診者への勧奨
国保30歳代健診	若年期からの健康意識の向上と生活習慣病の発症予防を図る	30～39歳の北広島市国保被保険者	特定健診に準じた検査項目
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症による透析導入の予防を図る	糖尿病性腎症2期、3期と思われる人	かかりつけ医と連携した個別の保健指導
特定保健指導対象外の者への保健指導事業(重症化予防)	生活習慣病の重症化予防を図る	特定保健指導対象外で高血圧などの所見がある人	個別の保健指導
重複･頻回受診者等保健指導事業	重複･頻回受診者、重複服薬者の減少を図る	重複･頻回受診者、重複服薬者	個別の保健指導
後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知事業	後発医薬品の普及向上を図る	後発医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上者	後発医薬品への切り替えを促す

方法･体制	成果			
	アウトプット（事業実施量）		アウトカム（結果）	
	平成27年度	平成28年度	平成27年度	平成28年度
市内医療機関と健診機関に委託	法定報告 受診数3,584人 受診率35.2%	受診数3,795人 受診率38.5%	受診率は向上したが、国の目標の60%には達していない	
保健師･管理栄養士が各地区会館等で面談および家庭訪問を実施	法定報告 終了数222人 実施率72.3%	終了数224人 実施率59.5%	国の目標60%をほぼ達成した	
①過去の健診結果一覧を送付 ②疾患発症レーダーチャートを送付 ③電話勧奨	① 4,415人 ② 1,000人 ③ 1,335人	① 4,932人	アウトプットに対する受診率 ① 59.0% ② 73.2% ③ 70.3%	① 58.3%
かかりつけ医情報提供書の提出依頼文書を郵送	3,023人	4,073人	33.0%	31.8%
電話勧奨		2,600人		9.7% 受診率が低いものの新規受診者の増加につながった
市内医療機関と健診機関に委託	受診数134人 受診率10.7%	受診数111人 受診率10.1%	受診率は横ばいで推移	
委託により面談と電話による保健指導 対象者に通知し、希望者に実施	9人	6人 H27年度参加者のフォロー9人	事業参加者で透析導入となった人はいない 糖尿病性腎症よる新規透析導入患者数は長期的に推移をみる	
保健師･管理栄養士が各地区会館等で面談および家庭訪問を実施	実施数378人 実施率65.1%	実施数654人 実施率84.9%	重症化となった疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の患者数が減少した	
面談と電話による健康相談	20人	20人	一人一人の通院、服薬、症状、生活習慣などの相談に応じ、重複受診等の改善を図った	
年4回通知	通知人数 1,399人	1,981人	後発医薬品普及率 59.6%	66.9%

(2)中長期的目標の達成状況

第1期データヘルス計画では、医療費が高額となる疾患、長期入院となる疾患、長期化する疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病性腎症」の患者数の減少と一人当たりの医療費の減少を中長期的な目標としました。

(表5)中長期的目標の達成度

達成◎　未達成△

指標	目標	達成度		
		平成26年度	平成28年度	達成度
虚血性心疾患患者	減少	980人	907人	◎
脳血管疾患患者		748人	715人	◎
糖尿病性腎症患者数		101人	86人	◎
一人当たりの医療費		29,464円	30,347円	△
一人当たりの入院医療費		13,170円	13,297円	△

①中長期的疾患の疾病の発生状況

(表6)中長期的疾患の疾病の発生状況(毎年5月診療分)

(a)虚血性心疾患

	患者数（人）	増減（人）	伸び率（%）	狭心症 新規患者数（千人当たり）	
				北広島市	同規模
平成26年	980	▲23	▲2.3	7.011	3.451
平成27年	931	▲49	▲5.0	7.017	3.175
平成28年	907	▲24	▲2.6	6.214	3.484
平成29年	891	▲16	▲1.8	8.395	3.280

(b)脳血管疾患

	患者数（人）	増減（人）	伸び率（%）	脳梗塞 新規患者数（千人当たり）	
				北広島市	同規模
平成26年	748	7	0.9	—	—
平成27年	689	▲59	▲7.9	4.771	2.873
平成28年	715	26	3.8	3.107	2.896
平成29年	639	▲76	▲10.6	—	—

※－は、上位10疾患に入っていないため記入なし
出典：国保データベース（KDB）システム「厚生労働省様式３－１」

(c)糖尿病性腎症

	患者数（人）	増減（人）	伸び率（%）	新規患者数（千人当たり）	
				北広島市	同規模
平成26年	101	▲23	▲18.5	0.539	0.733
平成27年	78	▲23	▲22.8	0.281	0.678
平成28年	86	8	10.3	0.424	0.747
平成29年	96	10	11.6	0.579	0.802

出典：国保データベース（KDB）システム「厚生労働省様式３－１」

中長期的目標疾患にかかる患者数は糖尿病性腎症を除き減少しました。
虚血性心疾患の新規患者数は、同規模と比べて高くなっています。

②医療費の状況

(表7)医療費の変化

項目			総医療費		一人当たり医療費	
			平成26年度	平成28年度	平成26年度	平成28年度
全体	費用額（円）		5,242,931,020	5,090,119,290	29,464	30,347
	伸び率（%）	北広島市		▲2.9		3.0
		同規模		▲1.4		6.5
入院	費用額（円）		2,343,590,166	2,229,472,249	13,156	13,297
	伸び率（%）	北広島市		▲4.9		1.1
		同規模		▲1.4		6.5
入院外	費用額（円）		2,899,340,854	2,860,647,041	16,307	17,050
	伸び率（%）	北広島市		▲1.3		4.6
		同規模		▲1.4		6.6

出典：国保データベース（ＫＤＢ）システム「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

総医療費の費用額は、被保険者が減少しているため減っています。減少率は同規模と比べて高くなっています。

一人当たり医療費の伸び率も同規模より低く、特に入院の伸び率が低くなっています。

(表8)データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合
(平成26年度と平成28年度との比較)

市町村名			北広島市		道	国
			平成 26年度	平成 28年度	平成 28年度	平成 28年度
総医療費			52億4293万円	50億9012万円	4470億6801万円	9兆6879億円
（中長期・短期）目標疾患医療費計			11億6899万円	10億2800万円	927億0452万円	2兆2399万円
			22.32%	20.20%	20.70%	23.10%
中長期目標疾患	腎臓	慢性腎不全（透析有）	2.26%	2.25%	3.60%	5.40%
	脳	脳梗塞 脳出血	3.14%	2.11%	2.41%	2.23%
	心臓	虚血性心疾患	3.90%	3.00%	2.37%	2.04%
短期目標疾患	糖尿病		5.12%	5.34%	5.13%	5.40%
	高血圧		4.92%	4.49%	4.36%	4.75%
	脂質異常症		2.72%	2.67%	2.56%	2.95%
新生物			15.45%	17.23%	15.80%	14.21%
精神疾患			8.00%	8.90%	9.53%	9.40%
筋・骨疾患			7.90%	8.80%	9.10%	8.50%

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

平成26年度と平成28年度を比較すると、中長期的および短期的目標疾患のほとんどの疾患において総医療費に占める割合が減少し、目標疾患医療費計が減少しました。平成28年度の全医療費に占める目標疾患の医療費の割合は国、道より低くなっています。

③介護給付費の状況

(表9)介護給付費の状況

年度	北広島市			同規模	
	介護給付費（円）	1件当たり給付費（円）	増減率（%）	1件当たり給付費（円）	増減率（%）
平成26年度	3,407,999,193	56,017		63,011	
平成28年度	3,569,702,393	50,853	▲9.2	61,236	▲2.8

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「地域の全体像の把握」

重症化の指標となる介護給付費は、介護認定者の増加により増えていますが、1件当たり給付費は減少しました。

1件当たりの増減率を同規模市町村と比較すると、北広島市の減少率が高くなっています。

(3)短期的目標の達成状況

第1期データヘルス計画では、中長期目標疾患に共通する動脈硬化危険因子であるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病の減少を短期的な目標としました。短期的目標の達成度は次のとおりです。

(表10)短期的目標の達成度

達成◎　未達成△

指標（特定健診結果）		目標	達成度		
			平成26年度	平成28年度	達成度
メタボリックシンドローム	予備群	減少	11.7%	10.1%	◎
	該当者		16.7%	18.0%	△
高血圧　Ⅱ度以上の割合（160mmHｇ以上／100mmHｇ以上）			4.1%	4.6%	△
LDLコレステロール180mｇ/ｄｌ以上の割合			4.5%	5.1%	△
中性脂肪　300mｇ/ｄｌ以上			1.8%	2.0%	△
HbA1c　6.5%以上（治療中7.0%以上）			5.8%	5.4%	◎

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク（①血糖 ②脂質 ③血圧）	該当状況
≧85㎝（男性） ≧90㎝（女性）	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下の通りである。
①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
②脂質:中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満
③血圧:収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

①短期的疾患の疾病の発生状況

(表11)短期的疾患の疾病の発生状況(毎年5月診療分)

(a)糖尿病

	患者数（人）	増減（人）	伸び率（%）	新規患者数（千人当たり）	
				北広島市	同規模
平成26年	2,088	▲15	▲0.7	24.134	13.556
平成27年	2,116	28	1.3	23.716	13.295
平成28年	2,164	48	2.3	19.486	13.690
平成29年	2,210	46	2.1	24.316	13.969

(b)高血圧

	患者数（人）	増減（人）	伸び率（%）	新規患者数（千人当たり）	
				北広島市	同規模
平成26年	3,150	▲54	▲1.7	17.392	13.095
平成27年	2,961	▲189	▲6.0	21.892	12.840
平成28年	2,972	11	0.4	19.771	13.444
平成29年	2,911	▲61	▲2.1	26.632	13.309

(c)脂質異常症

	患者数（人）	増減（人）	伸び率（%）	新規患者数（千人当たり）	
				北広島市	同規模
平成26年	2,877	67	2.4	18.876	11.513
平成27年	2,754	▲123	▲4.3	15.156	11.030
平成28年	2,790	36	1.3	13.416	11.458
平成29年	2,814	24	6.9	20.553	11.359

出典：国保データベース（KDB）システム「厚生労働省様式３－１」

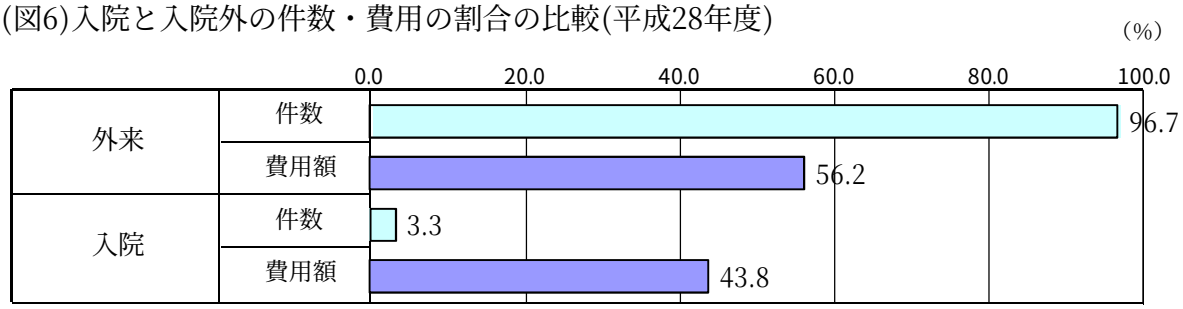
短期的目標疾患の患者数は増加傾向にあります。

短期的目標疾患を外来通院によって適切にコントロールすることは重症化予防につながります。

2 第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

(1)中長期的目標の視点における医療費の状況

(図6)入院と入院外の件数・費用の割合の比較(平成28年度)



出典：国保データベース（ＫＤＢ）システム「地域の全体像の把握」

北広島市の入院件数は3.3%で、費用額全体の43.8%を占めています。

入院が必要な状態となる前に早期に対応することが重症化予防につながり、費用負担の軽減にもつながります。

(図7)高額、長期入院、長期化する疾患のレセプト(平成28年度)

対象レセプト		全体	レセプトの診断名より重複して計上	虚血性心疾患	脳血管疾患	糖尿病性腎症
１か月80万円以上の高額レセプト	件数	907件		71件	53件	
				7.8%	5.8%	
	費用額	12億2150万円		8,837万円	7,152万円	
				7.2%	5.9%	
6か月以上の長期入院	件数	802件		66件	128件	
				8.2%	16.0%	
	費用額	3億8815万円		4,166万円	7,794万円	
				10.7%	20.1%	
人工透析患者	件数	265件		130件	72件	76件
				49.1%	27.2%	28.7%
	費用額	1億2711万円		6,825万円	3,924万円	3,464万円
				53.7%	30.9%	27.2%

※　レセプト診断名より重複して計上しているため、疾患及び費用額の割合は、それぞれの疾患の全体に対する割合である

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「厚生労働省様式1-1、2-1、2-2、3-7」

1か月80万円以上の高額となる疾患では虚血性心疾患が費用額の7.2%、6か月以上の長期入院となる疾患では脳血管疾患が費用額の20.1%となっています。

また、長期化する疾患である人工透析では糖尿病性腎症によるものが費用額の27.2%となっています。

(表12)レセプトからみた重症化する基礎疾患の重なり(平成28年5月診療分)

レセプト数	虚血性心疾患	脳血管疾患	糖尿病性腎症
生活習慣病全体	907人	715人	86人
5,536人	16.4%	12.9%	1.6%
共通する基礎疾患の重なり			
高血圧	727人	560人	73人
2,972人	80.2%	78.3%	84.9%
糖尿病	605人	386人	86人
2,164人	66.7%	54.0%	100.0%
脂質異常症	694人	526人	73人
2,790人	76.5%	73.6%	84.9%

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「厚生労働省様式3-1、3-2、3-3、3-4、3-5、3-6」

動脈硬化が重症化した生活習慣病である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症のどの疾患も、動脈硬化の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症に罹患している割合が高くなっています。

これらの危険因子を早期発見し、早期受診勧奨および治療中断を防ぐことが、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症から重症化した人工透析を防ぐことにつながります。

(2)要介護認定の状況

(表13)介護保険認定者の有病状況(平成28年度)

要介護認定状況	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		22,092人		7,531人		6,008人		13,539人		35,631人	
	認定者数		107人		437人		2,784人		3,221人		3,328人	
		認定率	0.48%		5.8%		46.3%		23.8%		9.3%	
	新規認定者数 (*1)		31人		109人		320人		429人		460人	
	介護度別人数	要支援1・2	32人	29.9%	164人	37.5%	1007人	36.2%	1171人	36.4%	1203人	36.1%
		要介護1・2	40人	37.4%	177人	40.5%	1070人	38.4%	1247人	38.7%	1287人	38.7%
		要介護3～5	35人	32.7%	96人	22.0%	707人	25.4%	803人	24.9%	838人	25.2%

要介護疾病状況	受給者区分			2号			1号					合計		
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）			107人		437人		2,784人		3,222人		3,328人		
		再）国保・後期		68人		369人		2,606人		2,975人		3,043人		
	有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		血管疾患 循環器疾患	1	脳卒中	34人 50.0%	脳卒中	160人 43.4%	脳卒中	1,288人 49.4%	脳卒中	1,448人 48.7%	脳卒中	1,482人 48.7%
			2	虚血性心疾患	19人 27.9%	虚血性心疾患	129人 35.0%	虚血性心疾患	1,284人 49.3%	虚血性心疾患	1,413人 47.5%	虚血性心疾患	1,432人 47.1%
			3	腎不全	4人 5.9%	腎不全	40人 10.8%	腎不全	441人 16.9%	腎不全	481人 16.2%	腎不全	485人 15.9%
		基礎疾患 (*2)		糖尿病	40人 58.8%	糖尿病	224人 60.7%	糖尿病	1,742人 66.8%	糖尿病	1,966人 66.1%	糖尿病	2,006人 65.9%
				高血圧	54人 79.4%	高血圧	288人 78.0%	高血圧	2,253人 86.5%	高血圧	2,541人 85.4%	高血圧	2,595人 85.3%
				脂質異常症	45人 66.2%	脂質異常症	238人 64.5%	脂質異常症	1,779人 68.3%	脂質異常症	2,017人 67.8%	脂質異常症	2,062人 67.8%
		血管疾患合計		合計	62人 91.2%	合計	339人 91.9%	合計	2,518人 96.6%	合計	2,857人 96.0%	合計	2,919人 95.9%
		認知症		認知症	6人 8.8%	認知症	89人 24.1%	認知症	1,103人 42.3%	認知症	1,192人 40.1%	認知症	1,198人 39.4%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	52人 76.5%	筋骨格系	319人 86.4%	筋骨格系	2,388人 91.6%	筋骨格系	2,707人 91.0%	筋骨格系	2,759人 90.7%

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

※基礎疾患のうち糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

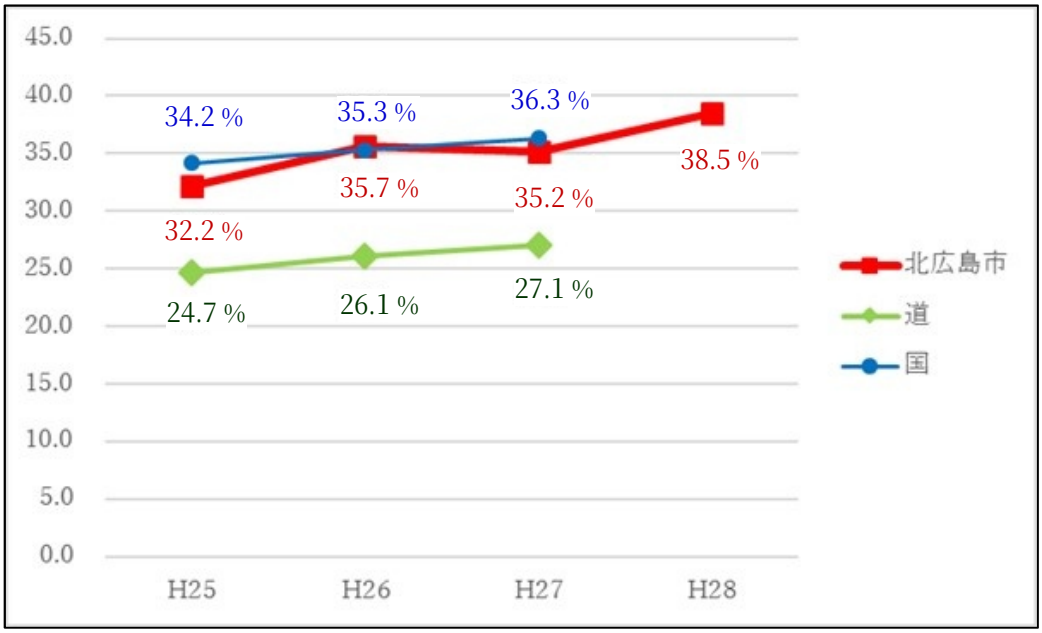
出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「要介護認定状況」「要介護突合状況」

介護認定者におけるレセプト分析では、認定者3,328人中、血管疾患をもっている人が2,919人と95.9%を占めていました。40～64歳の２号認定者107人のうち、要介護3～5の人が35人と32.7%を占め、1号認定者よりも高い割合となっています。２号認定者の血管疾患を有する割合が91.2%と高いことから介護認定との関係が深いと推測されます。

脳卒中、虚血性心疾患、腎不全の共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防につながります。

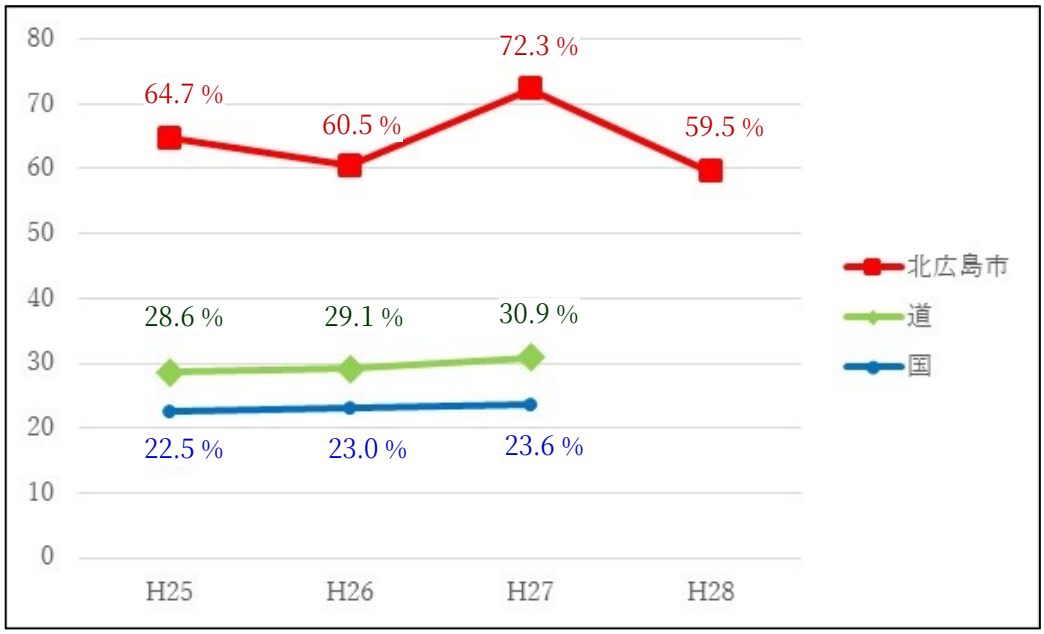
(3)健診受診者の状況

(図8)特定健診受診率の推移



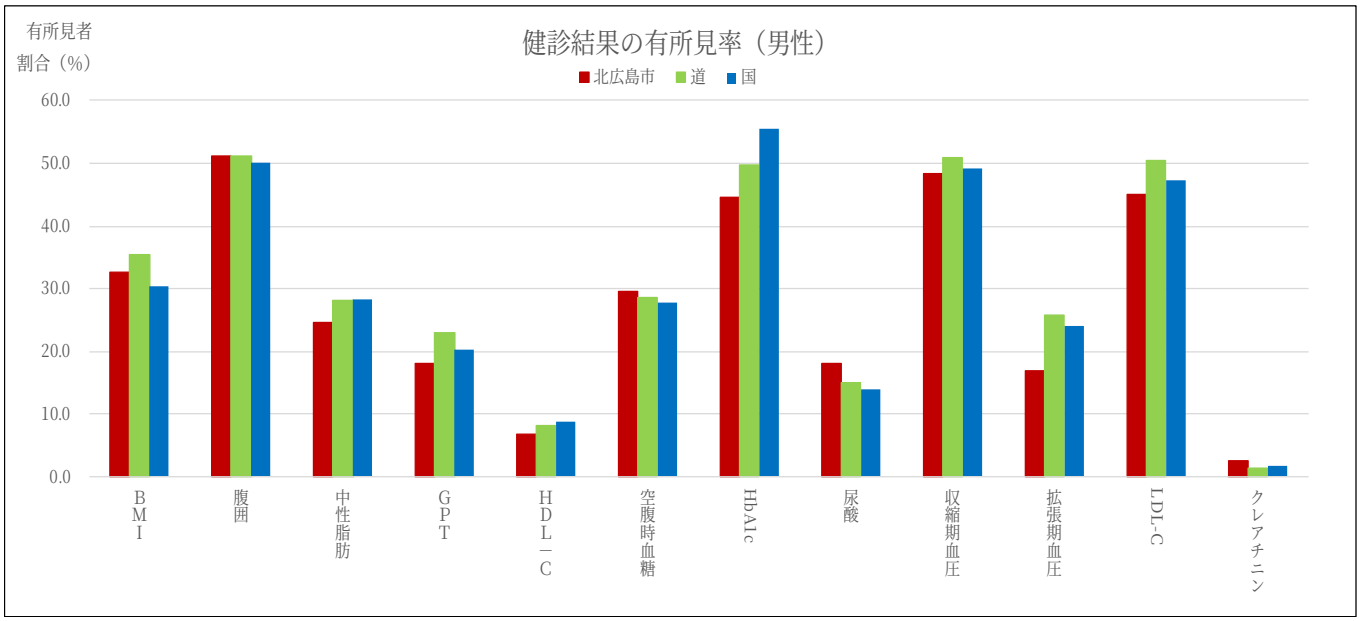
出典：特定健診等支援システム　法定報告値

(図9)特定保健指導実施率の推移



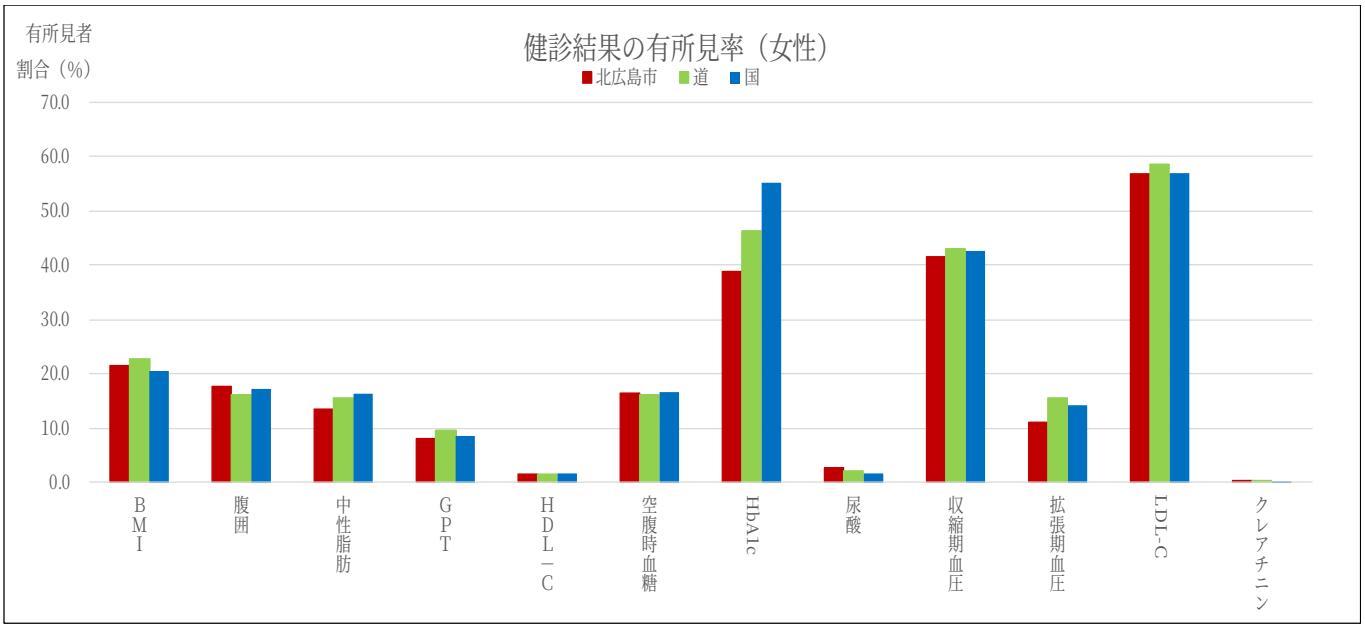
出典：特定健診等支援システム　法定報告値

(図10)健診結果の有所見率(男性)　　(平成28年度)



出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

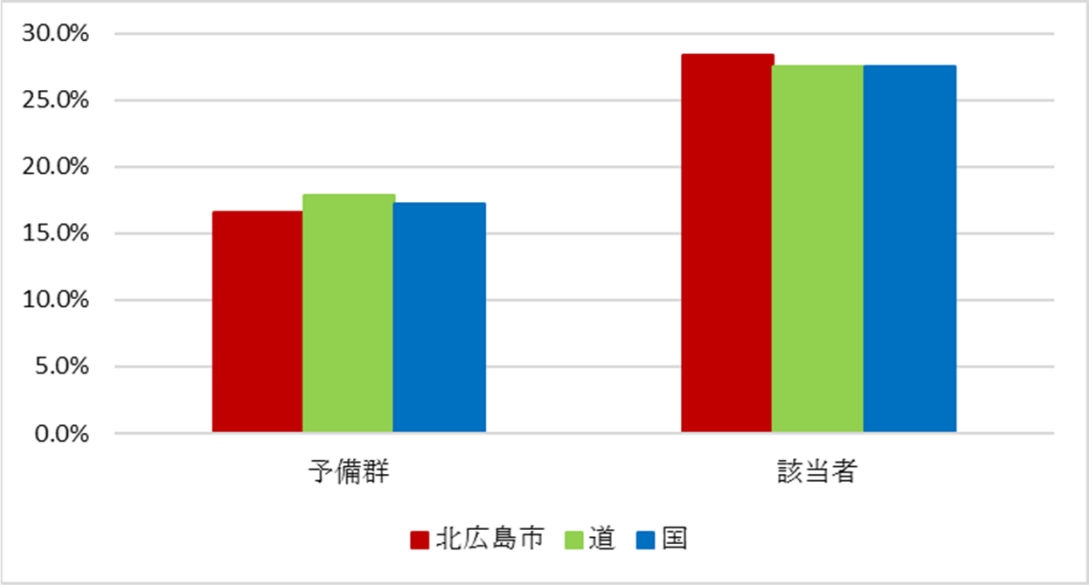
(図11)健診結果の有所見率(女性)　　(平成28年度)



出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

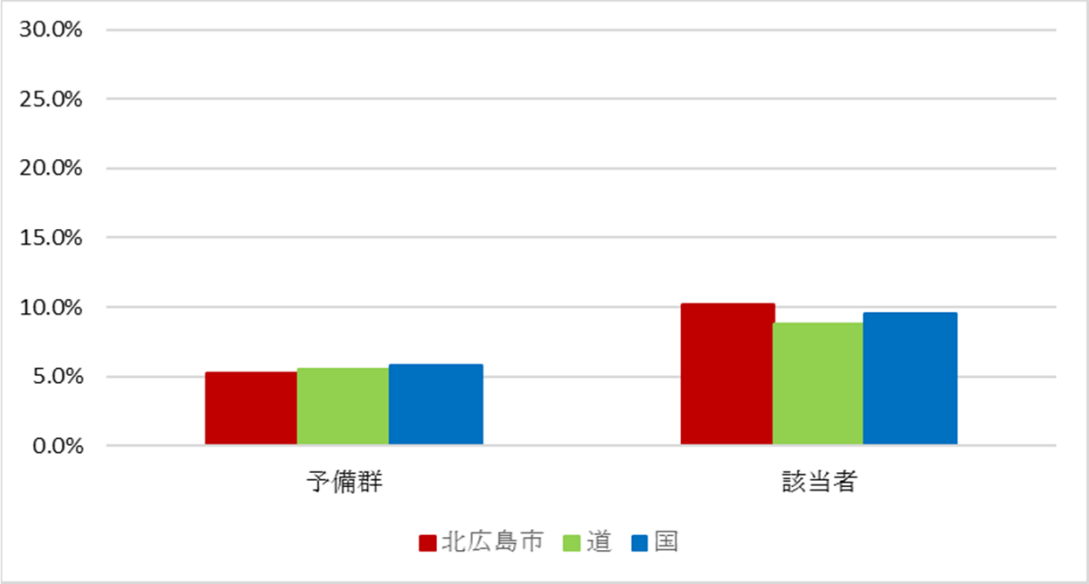
健診結果の有所見状況では国、道と比較して、男女ともに腹囲の有所見者が多く、男性は空腹時血糖、尿酸、クレアチニン、女性は尿酸が高いです。

(図12)メタボリックシンドローム対象者率(男性)　　(平成28年度)



出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(図13)メタボリックシンドローム対象者率(女性)　　(平成28年度)

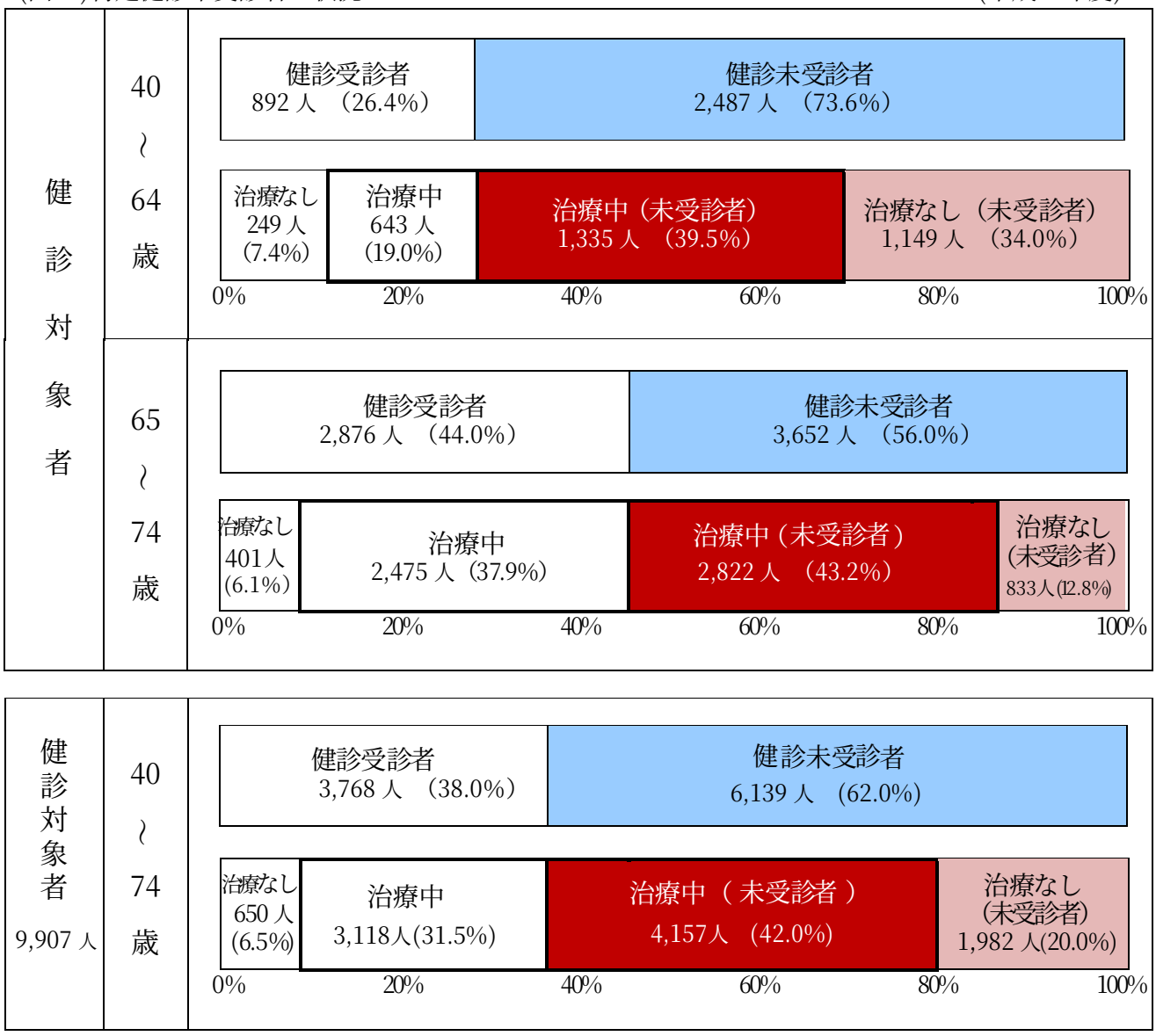


出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

国、道と比べて男女ともにメタボリックシンドローム該当者が多いです。

糖尿病などの生活習慣病の発症には内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなります。

(図14)特定健診未受診者の状況　　(平成28年度)



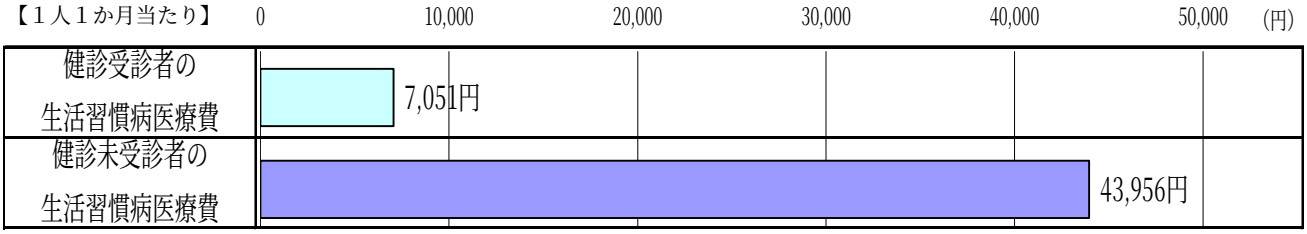
出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム　「厚生労働省様式6-10」

平成28年度の特定健診未受診者のうち、治療も受けていない1,982人については身体の状態が全く分からない状態であり、生活習慣病が進行している可能性があります。特定健診を活用してもらえるよう、今後もより一層の啓発が必要です。

また、治療中4,157人については、特定健診を受けたとみなすことができる「かかりつけ医情報提供書」の提出を働きかけるとともに、医療機関への協力要請が必要です。

年代別にみると、40～64歳の健診未受診者が70%を超えているため、若い年代の特定健診受診率を上げることが課題となります。

(図15)特定健診の受診有無と生活習慣病の医療費　　(平成28年度)



出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム　「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

特定健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、未受診者の一人当たりの治療費は、受診者の約6倍以上となっています。特定健診を受けて、生活習慣病の発症および重症化予防を図ることは、治療費の負担軽減につながります。

(4)目標の設定

国が示すデータヘルス計画は、健康寿命延伸のため、被保険者の健康増進により虚血性心疾患および脳血管疾患の死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少を目指しています。当市でも健康課題を分析した結果に基づき中長期的目標とそれを達成するための短期的目標を設定します。

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、長期化することで医療費が高額となる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である虚血性心疾患と脳血管疾患の医療費と、糖尿病性腎症による透析者を減らしていくことを目標とします。

②短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症に共通する動脈硬化危険因子であるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病を減らしていくことを短期的な目標とします。また、糖尿病の重症化予防に重点を置いた保健指導実施率も評価していきます。

(表14)成果目標

	指標		現　状 (平成28年度)	目標値 (平成35年度)	備　考
中長期的目標	虚血性心疾患の総医療費に占める割合		3.00 %	2.94 %	現状割合の2%削減
	脳血管疾患の総医療費に占める割合		2.11 %	2.06 %	現状割合の2%削減
	糖尿病性腎症による透析者の割合		0.28 %	0.25 %	現状割合の10%削減
短期的目標	ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ予備群・該当者の割合	予備群	10.1 %	9.6 %	現状割合の5%削減
		該当者	18.0 %	17.1 %	現状割合の5%削減
	高血圧(160mmHg以上／100mmHg以上)の割合		4.6 %	4.4 %	現状割合の5%削減
	LDLコレステロール(180mｇ／ｄ1以上)の割合		5.1 %	4.8 %	現状割合の5%削減
	糖尿病　HbAlc6.5%以上の割合(治療中7.0%以上)		5.4 %	5.1 %	現状割合の5%削減
	糖尿病未治療者を治療に結びつける割合		－	85.0 %	80%以上実施
	糖尿病の保健指導を実施した割合		－	85.0 %	80%以上実施

第3章　特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第3期特定健診等実施計画について

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

第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画が見直されたことを踏まえ、第3期特定健康診査等実施計画からは6年を1期として策定します。なお、計画期間は平成30年度から平成35年度とします。

2 目標値の設定

(表15)目標値の設定

	平成28年度 実績	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	国の目標 平成35年度
特定健診受診率	38.5%	42.0%	45.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	59.5%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%	60.0%

3 対象者の見込み

(表16)対象者の見込み

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数 (人)	10,732	10,436	10,187	9,981	9,579	9,095
	受診者数 (人)	4,507	4,696	4,890	5,190	5,364	5,457
特定保健指導	対象者数 (人)	415	427	445	467	483	491
	実施者数 (人)	249	261	276	294	309	319

特定健診の対象者数は、国保加入者数の推移の40歳から74歳までの人数です。
特定保健指導対象者数は、特定健診受診者数に特定保健指導対象者出現率を乗じた人数となります。

4 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。
第2期の実施形態と同様に、個別健診または集団健診で実施します。受診者の利便性を考慮した実施形態（健診機関、がん検診と同時にできる機会を増やす等）を検討していきます。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、心血管疾患の発症予防及び重症化予防の観点から、市独自の検査(血清クレアチニン・尿酸・尿潜血等)を実施します。

①特定健診項目

(表17)特定健診項目

<table>
<tr><th colspan="2">区分</th><th colspan="3">内容</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="7">基本的な 健診項目</td><td colspan="2">質問（問診）</td><td>食事･運動習慣、服薬、喫煙歴等</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体計測</td><td>身長、体重、BMI(体格指数)、腹囲(内臓脂肪面積)</td></tr>
<tr><td colspan="2">理学的検査</td><td>身体診察</td></tr>
<tr><td colspan="2">血圧測定</td><td>収縮期血圧、拡張期血圧</td></tr>
<tr><td rowspan="3">血液検査</td><td>脂質検査</td><td>中性脂肪、HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ</td></tr>
<tr><td>肝機能検査</td><td>AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)</td></tr>
<tr><td>血糖検査</td><td>空腹時血糖、HbA1c</td></tr>
<tr><td colspan="2">尿検査</td><td>尿糖、尿蛋白</td></tr>
<tr><td rowspan="6">市独自
の 健診項目</td><td rowspan="5">全員に
行う</td><td colspan="2">心電図検査</td></tr>
<tr><td rowspan="2">尿検査</td><td rowspan="2">腎機能検査</td><td>尿潜血</td></tr>
<tr><td>血清クレアチニン、 推定GFR値、血清尿酸</td></tr>
<tr><td rowspan="2">血液検査</td><td>貧血検査</td><td>血色素、 赤血球、ヘマトクリット値</td></tr>
<tr><td>希望者に
行う</td><td colspan="3" rowspan="2">眼底検査</td></tr>
<tr><td colspan="2">詳細な 健診項目</td></tr>
</table>

②その他の検査項目：二次健診(対象者を選定して行う項目)

心血管疾患予防へ向け、早期介入に効果的な検査として「75g糖負荷検査」「微量アルブミン尿検査」「頸動脈エコー検査」を実施します。

予防効果の高い対象者を抽出し、実施します。

(4)対象者

特定健診の対象者である40歳から74歳に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し、30歳から39歳までについても、基本的な健診項目と市独自の健診項目を実施します。

(5)特定健診委託基準

実施機関の質を確保するため、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、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められており、事業者の選定・評価を行います。

(6)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については特定健診受診券および北広島市のホームページに掲載します。

http://www.city.kitahiroshima.hokkaido.jp/

(7)委託契約の方法、契約書の様式

北広島市医師会が市内医療機関のとりまとめを行い、北広島市国民健康保険と契約を行います。市外の特定健診実施機関とは個別に契約を行います。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、メタボリックシンドローム判定、総合判定、保健指導の階層化、結果通知、健診結果の報告(データ作成)です。

契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成します。

(8)健診委託単価、自己負担額

①健診委託単価　：健診項目を基に定めます。

②自己負担額　　：一定程度の負担をしていただきます。

(9)代行機関

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・支払いの代行は、北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託して行います。

(10)健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診対象者に、毎年度、受診券を発行し、受診券には健診機関名、実施形態、実施場所、実施期間、受診方法、注意事項を記載します。また、受診率向上を図るために、健診の意義や必要性を知らせるリーフレットも同封します。

通知内容は、受診券、質問票、特定健診に係るかかりつけ医情報提供書の書類、リーフレットです。

健診実施スケジュールは、次頁のとおりです。

(11)特定健診受診とみなすデータ受領

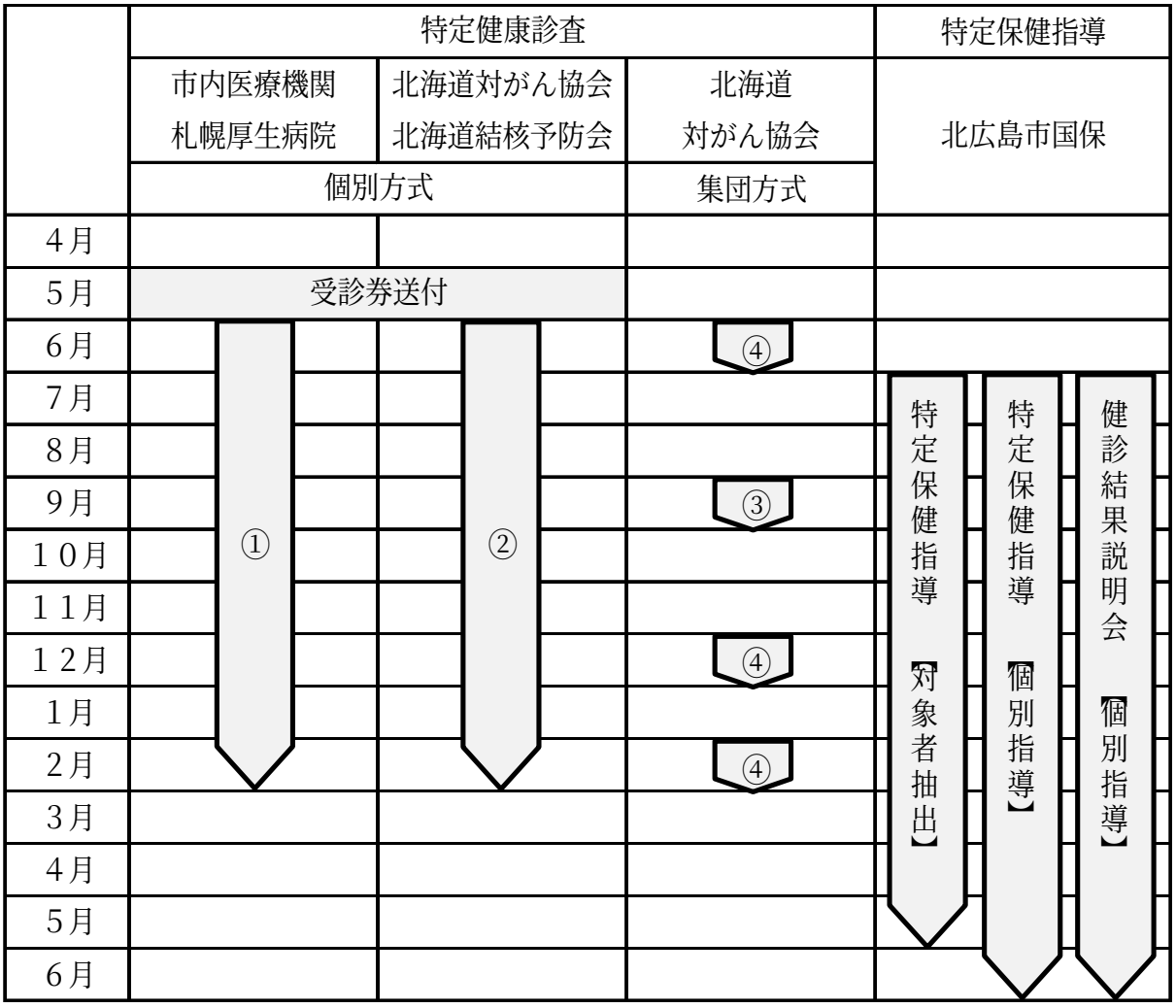
①特定健診に係るかかりつけ医情報提供書の受領

かかりつけ医で行う血液検査等の検査データに、不足分の特定健診の検査項目を補完し、そのデータをかかりつけ医が市へ情報提供することで、特定健診受診をしたとみなす方法です。生活習慣病等治療中者の利便性が高いため、今後も継続して啓発、周知していきます。

②職場健診等のデータ受領

労働安全衛生法に義務づけされた健康診断や、個人負担で実施した人間ドック等の結果のコピーを受領する方法です。今後も継続して啓発、周知していきます。

(表18)健診・特定保健指導実施スケジュール(実施形態、実施場所、実施期間)



①市内個別検診・札幌厚生病院
・当該年度6月1日から翌年2月末まで実施。直接予約する。

②対がん協会・結核予防会の個別検診
・当該年度6月1日から翌年2月末まで実施。直接予約する。
・がん健診と同時実施可能。

③市内集団検診
・当該年度9月に市内２会場(中央、団地)で実施。
・がん健診(胃・大腸・肺・前立腺)・エキノコックス症検診・肝炎ウィルス検診と同時実施可能。
・詳細は8月広報紙で周知。健康推進課へ事前申し込みが必要。

④バス送迎検診
・6月の6日間、12月の6日間、2月の4日間は送迎つきで対がん協会で実施。
がん健診等(胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺・骨粗しょう症)・エキノコックス症検診・肝炎ウィルス検診と同時実施可能。
詳細は5月及び11月、1月広報で周知。健康推進課へ事前申し込みが必要。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健衛生担当(健康推進課)で行います。

(1)対象者

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果、腹囲・血糖値等が基準数値を上回る人のうち、糖尿病、脂質異常症または高血圧症の治療に係る内服をしている人を除いた人となります。

下記のとおり、腹囲、血圧、脂質、血糖、喫煙歴のリスクの数に応じて、対象者には「動機づけ支援」または「積極的支援」を実施し、基準値を超える検査項目があった場合には治療のための医療機関への受診を促します。(65～74歳の対象者の場合はすべて「動機づけ支援」)

なお、特定保健指導対象以外にも高血圧、高血糖、高LDLコレステロールなどの重症化予防が必要な人にも保健指導を実施します。

(表19)特定保健指導の階層化

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲/BMI</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">喫煙歴(注)</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血糖 ②脂質 ③血圧</th><th>40歳-64歳</th><th>65歳-74歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧85cm（男性）
≧90cm（女性）</td><td>2つ以上該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的
支援</td><td rowspan="3">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外でBMI
≧25</td><td>3つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="4">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>1つ該当</td><td></td></tr>
</table>

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。
※追加リスクの基準値は以下の通りである。
①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
②脂質:中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満
③血圧:収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

(2)実施方法・場所・時期

結果説明会または家庭訪問で初回面接を実施し、3～6か月後に評価を実施します。具体的な実施日時や場所は対象者に個別にお知らせします。

特定保健指導は、年間を通して実施します。スケジュールは30ページの「健診・特定保健指導実施スケジュール」のとおりです。

(3)支援方法

標準的な健診・保健指導プログラムに示された方法や期間で実施します。

(表20)特定保健指導の支援内容と支援形態

	支援内容	支援形態
動機づけ支援	対象者自らが自分の生活習慣の改善すべき点を自覚することで行動目標を設定し、目標達成に向けた取組みができるよう支援します。3か月後に身体変化や生活習慣改善等の評価を行います。	面接による支援 電話等（手紙、e-mail等）による支援
積極的支援	対象者自らが自分の体に起こっている変化を理解し、生活習慣改善の必要性を実感できるよう支援するとともに、対象者の主体的取組みを3か月以上継続して支援し、3～6か月後に身体変化や生活習慣改善等の評価を行います。	面接による支援 電話等（手紙、e-mail等）による支援

6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行ないます。保存期間については、特定健康診査等基本指針の考え方に沿って行います。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、またはこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、北広島市ホームページ等への掲載により広報、周知します。

第4章 保健事業の今後の取組み

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、高血圧症、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。

そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していきます。

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を行ない、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努めます。

2 重症化予防の取組み

(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組みは重症化予防の基本的な取組みの流れ(平成28年度厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発のための研究」)に沿ってＰＤＣＡに基づいた取組みを実施します。

(表21)糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組みの流れ

項目			
Ｐ 計画・準備	チーム形成（国保・衛生・広域等）	Ｄ 受診勧奨	介入開始（受診勧奨）
	健康課題の把握		記録、実施件数把握
	チーム内での情報共有		かかりつけ医との連携状況把握
	保健事業の構想を練る（予算等）		レセプトにて受診状況把握
	医師会等への相談（情報提供）	Ｄ 保健指導	募集（複数の手段で）
	糖尿病対策推進会議等への相談		対象者決定
	情報連携方法の確認		介入開始（初回面接）
	対象者選定基準検討		継続的支援
	基準に基づく該当者数試算		カンファレンス、安全管理
	介入方法の検討		かかりつけ医との連携状況把握
	予算・人員配置の確認		記録、実施件数把握
	実施方法の決定	Ｃ 評価報告	3ヵ月後実施状況評価
	計画書作成		6ヵ月後評価（健診・レセプト）
	募集方法の決定		１年後評価（健診・レセプト）
	マニュアル作成		医師会等への事業報告
	保健指導等の準備		糖尿病対策推進会議等への報告
	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	Ａ 改善	改善点の検討
	個人情報の取り決め		マニュアル修正
	苦情、トラブル対応		次年度計画策定

出典：平成29年7月10日　重症化予防（国保・後期広域）ﾜｰｷﾝｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ　糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開　図表15（改変）

②対象者の明確化

第1期計画では、糖尿病性腎症で通院する人を対象としていましたが、より早い時期からの予防を図ります。

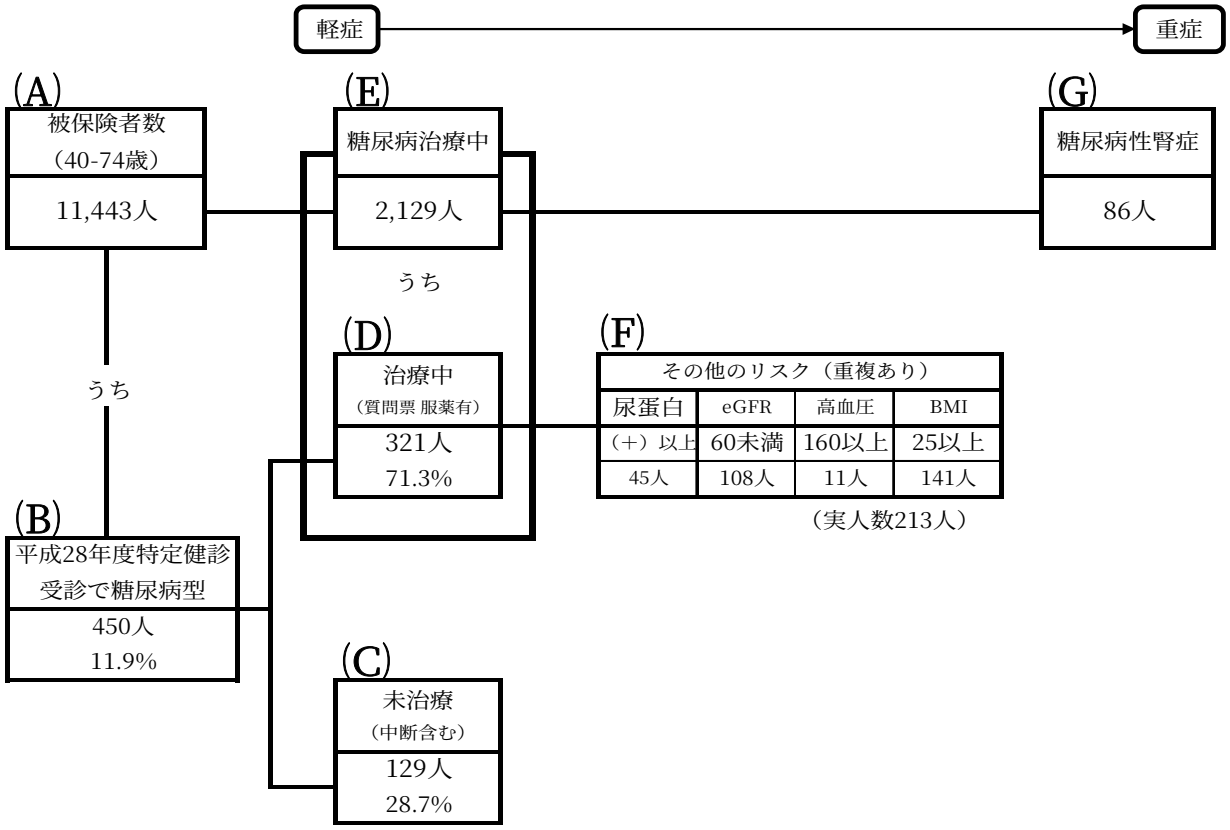
対象者の選定基準に当たっては北広島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、以下とします。

(a)医療機関未受診者
(b)糖尿病治療中断者
(c)糖尿病治療中者のうちハイリスク者(尿蛋白、eGFRなどの有所見者)

対象者数と優先順位に当たってはレセプトと健診データを突合した図16を作成し、優先順位を以下とします。

優先順位１
糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未治療者(中断含む)(Ｃ)…129人
優先順位２
糖尿病治療中者のうち、重症化するリスクがある人(Ｆ)…213人
優先順位３
糖尿病性腎症で通院する人(Ｇ)…86人

(図16)糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



③保健指導の実施

(a)保健指導の方法

個別面談、家庭訪問、電話、手紙等で実施します。

(b)受診勧奨及び保健指導

糖尿病性腎症の発症・進行を抑制するためには血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進行とともに脳血管等の大血管障害を合併する危険性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。特定健診受診者の糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を確認し、対象者に応じた保健指導を実施していきます。

保健指導は、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、わかりやすく説明します。

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ないます。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行ないます。糖尿病治療中でも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。

(c)糖尿病管理台帳(資料2)

糖尿病の治療を中断することなく一人一人を予防していくために、特定健診結果がＨｂＡ１ｃ6.5%以上の糖尿病管理台帳を作成します。毎年KDBで治療状況を確認し、支援の進捗管理を行います。

(d)二次健診を活用した対策

特定健診でHbA1c6.5%以上のうち尿蛋白定性（－）～（±）へは、早期糖尿病性腎症の発症を逃さないために、二次健診を活用した尿アルブミン検査の導入を検討します。

④医療との連携

糖尿病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ます。治療中者の対応は糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医と連携を図ります。対象者の検査データの収集や保健指導への助言をもらい、保健指導を行います。

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。

⑤高齢者支援センター等との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、高齢者支援センター(地域包括支援センター)等と連携していきます。

⑥評価

評価を行うに当たっては、下記のように指標を定め、1回評価を行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びＫＤＢ等の情報を活用します。

(a)短期的評価

受診勧奨者に対する評価に当たっては対象者への介入率や医療機関受診率で評価し、保健指導対象者に対する評価に当たっては保健指導実施率や糖尿病管理台帳から、介入前後のHbA1c・eGFR・尿蛋白の検査値の変化で比較します。

(b)中長期的評価

評価指標(資料1)を使用して評価します。

⑦実施期間及びスケジュール

【D（実行）】	7月～翌年度5月	対象者抽出
	7月～翌年度6月	保健指導実施
【C（効果測定）】	10月～11月	前年度及び当該年度の効果判定・効果確認
【A（改善）】	10月～11月	前年度及び当該年度の改善計画
【P（計画）】	10月～11月	次年度実施計画策定

(2)虚血性心疾患・脳血管疾患重症化予防

①基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳血管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ガイドライン等に基づいて進めていきます。

また、脳血管疾患重症化予防の取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。

②対象者の明確化

虚血性心疾患重症化予防対象者及び脳血管疾患重症化予防対象者については、疾患発症の危険因子として、高血圧、糖尿病、脂質異常、心房細動、ハイリスク群としてメタボリックシンドローム、慢性腎臓病があります。特定健診受診者の健診データよりこれらの危険因子に該当する対象者を把握します。

保健指導は高血圧などの危険因子を有する未治療者、心電図検査でST所見があった人、眼底検査シェイエ分類Hの所見があった人を対象者とします。未治療でかつ臓器障害の所見があった人は早急な受診勧奨が必要です。(図19)

(図17)特定健診受診者における虚血性心疾患・脳血管疾患重症化予防対象者(平成28年度)

危険因子	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	160/100mmHg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歳未満)	
受診者数 3,994人	185人	4.6%	214人	5.4%	204人	5.1%	41人	1.0%	716人	17.9%	57人	1.4%	121人	3.0%
治療なし	104人	4.1%	105人	2.9%	186人	6.5%	12人	0.6%	108人	5.5%	15人	0.8%	35人	1.8%
臓器障害あり	28人	26.9%	33人	31.4%	49人	26.3%	12人	100.0%	28人	25.9%	15人	100.0%	35人	100.0%
心電図　ST所見あり	78人													
眼底検査　H1以上	307人													

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一つです。心電図検査所見においてＳＴ変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は他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。

高血圧は、脳血管疾患において最も重要な危険因子です。糖尿病などのリスク因子、メタボリックシンドローム、慢性腎臓病の未治療者、眼底検査で高血圧性変化がみられた人にも併せて保健指導を実施します。

また不整脈の一つである心房細動は心臓に血栓を作りやすく、その血栓が脳の血管を詰まらせるリスクの高い病気とされているため、継続した医療機関の受診が必要です。

③保健指導の実施

(a)保健指導の方法
　個別面談、家庭訪問、電話、手紙等で実施します。

(b)受診勧奨及び保健指導
　治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中者で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。

(c)高血圧管理台帳・心房細動管理台帳(資料3、4)
　脳血管疾患重症化予防には、高血圧の治療、心房細動の治療を中断しないことが重要です。一人一人を予防していくために、それぞれの管理台帳を作成します。毎年KDBで治療状況を確認し、必要時保健指導を行います。
　また、糖尿病、慢性腎臓病(ＣＫＤ)は虚血性心疾患の高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。

(d)医療との連携
　虚血性心疾患・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、治療中の人へは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。

(e)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。
　第2章成果目標に対する達成度を年1回確認します。

(f)高齢者支援センター等との連携

　糖尿病性腎症重症化予防(P36)と同様です。

(g)実施機関及びスケジュール

　糖尿病性腎症重症化予防(P36)と同様です。

3 特定健診の受診率向上対策

特定健診受診率向上に向けて、各種広報・媒体等を活用し特定健診の必要性について周知を図ります。

また、未受診者勧奨として電話勧奨、職場健診や人間ドックの結果を健診とみなすデータ受領、定期通院中の方に対するかかりつけ医情報提供書の送付等を行います。

(表22)特定健診の受診率向上対策

	実施方法	内容
周知・啓発	広報紙	特定健診等の開始時期に合わせて適宜掲載
	ホームページ	特定健診等の制度や実施について掲載
	町内会回覧	特定健診の周知等
	特定健診ニュース	特定健診の啓発や健診を活用した健康づくりの情報などを掲載
	国保だより	特定健診に関する記事の掲載
	パンフレットの配布	健康情報展などポピュレーションアプローチの機会を活用して配布 保健センターに特定健診に関するパンフレットの設置
	のぼり	健診会場に立てて啓発
	５５ドック	55歳到達者に特定健診とがん検診を無料で実施
がん検診と同時実施	市内集団健診	市内地区会館等で実施
	送迎バス健診	バスに乗り合わせて健診機関で実施
	セット健診	町内会とタイアップして実施
	案内チラシ	受診券発送時に同封
個別勧奨	継続受診の勧奨	特定健診受診歴のある人に通知
	電話勧奨	過去の受診動向から対象者を選定し、電話による受診勧奨を行う
	定期通院中の人へデータ受領	定期通院中の人へかかりつけ医情報提供書の提出依頼を送付
他機関との連携	各団体に協力依頼	各団体の機関紙等の送付時にチラシの同封依頼 職場健診実施後に健診データの提出依頼

4　後発医薬品(ジェネリック医薬品)通知および重複・頻回受診者等保健指導

(1)後発医薬品の使用促進

レセプトデータから、後発医薬品の使用率が低く、後発医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者に対して、通知書を送付して後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して通知を行い、後発医薬品への切り替えを促します。

(表23)後発医薬品の数量シェアの推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	国の目標 平成32年度
数量シェア	57.9%	59.6%	66.9%	80%

(2)重複頻回受診・重複服薬指導

レセプト情報等を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している重複受診や、同一診療科目を多数受診する頻回受診、また、同系医薬品を複数の医療機関で一定日数を超えて処方されている重複服薬者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行います。

5　がん検診

がんはほかの疾患と比較すると、死亡原因に占める割合が高く、医療費も高額となっています。

がん発症のリスクを高める要因として、喫煙、多量飲酒、食生活、身体活動、やせ又は肥満があげられます。がんを予防する健康的な生活習慣について知識普及に努めます。

がんの悪化、死亡を防ぐために最も重要なことは、がんの早期発見です。

早期発見するためには自覚症状がなくても定期的にがん検診を受けることが重要となります。がん検診の必要性を理解し、市が実施しているがん検診を活用してもらえるよう、より一層啓発に努めます。

6　ポピュレーションアプローチ

広報紙、特定健診ニュース、町内会回覧、出前講座、健康づくり推進員養成講座および活動支援、健康情報展、介護予防事業等で、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある健診受診率、治療の状況、生活習慣などについて周知し、予防に向けた啓発を行います。

7　新たな保健事業の検討

(1)歯周病検診

生涯を通じて健康で質の高い生活を営む上で、歯と口腔の健康が重要な役割を果たしており、虫歯や歯周病などの予防・治療を適切に行い、歯の喪失を防ぐことで健康を維持し、結果として歯科医療費だけでなく、医科の診療費を節減できる可能性があるといわれています。

自分の歯を多く残すことで、高齢期の咀嚼機能が保持され、栄養状態を良好に保つことにつながります。高齢者の低栄養の予防は介護予防の重要なポイントでもあります。

北広島市は、歯肉炎及び歯周疾患が高い状況にあります。そのため、歯周病検診を実施することで、歯周病の早期発見が図られるとともに、糖尿病や動脈硬化の予防にもつながります。歯科医療費状況の分析や効果的な検診の実施方法を検討し、歯周病検診が早期に実施できるよう努めます。

また、歯周病等の予防と口腔機能の低下防止に向け、出前講座や広報紙等を通して歯や口腔の健康づくりに関する情報提供に努めます。

①歯周疾患について

・一般的に、歯を喪失する原因の40%は歯周病です。(40%が虫歯、20%が事故等)
・特に糖尿病は歯周疾患と相互に悪影響を及ぼし、病状を悪化させます。
・歯周疾患が重度になると歯周病菌が心臓まで達し、動脈硬化を悪化させます。

出典：平成27年度厚生労働省委託事業　保険者における歯や口の健康づくりセミナー資料

②北広島市国保の歯科医療費の実態(平成28年度)

(a)一人当たり歯科医療費(円)の推移

(表24)一人当たり歯科医療費(円)の推移

年度	北広島市の 歯科医療費（円）	道内順位 （位）	同規模順位（位） （２６６市町村中）	国平均 （円）
25	1,282	77	67	1,131
26	1,660	68	80	1,533
27	1,979	60	84	1,865
28	1,989	57	91	1,886

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」

・北広島市は一人当たりの歯科医療費が増加しています。
・国、道、同規模と比較して一人当たりの歯科医療費は高い状況です。

(b)歯科総医療費

北広島市…3億3,353万3,670円

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「同規模保険者比較」

(c)歯肉炎及び歯周疾患の被保険者千人当たり歯科医療費レセプト件数

(表25)歯肉炎及び歯周疾患の被保険者千人当たり歯科医療費レセプト件数

北広島市	同規模	道	国
0.012	0.008	0.008	0.007

出典：国保データベース(ＫＤＢ)システム「疾病別医療費分析、中分類」

第5章　地域包括ケアに係る取組

高齢化の進展により国民の4人に1人は65歳以上となっておりますが、北広島市では、高齢化率が30%を超え、今後もさらに高齢化の進行が見込まれております。そのため、市総合計画において「支えあい健やかに暮らせるまち」を基本目標に掲げ、高齢者が住み慣れた地域で、健康で安心して暮らすことのできる地域社会の実現を目指し、高齢者福祉、介護の充実のための施策に取り組んでいます。

市国保被保険者の加入割合については、65歳以上の前期高齢者が50%を超え(図18)、介護リスクも高くなってくることから、超高齢社会に対応し生活習慣病予防だけでなく介護予防事業との連携など「予防」の推進に取り組みます。

１　地域で被保険者を支える体制強化と連携の推進

健康推進課(保健センター)では、保健師や管理栄養士を中心とした職員が、特定健診・特定保健指導事業と介護予防事業を同一のスタッフが担当することで、保健だけでなく介護部門の連携強化を図り、各専門的知識を生かし地域に身近な健康相談窓口として機能していきます。

また、市民意見や分析データも生かし、地域の実態に合わせた介護予防事業の実施に努めます。

国民健康保険担当では、高齢者福祉計画等の策定会議等への参画や、保健、医療、介護、福祉、住まいなど地域で支援関係機関が集い対象者の暮らし全体を支えるための地域ケア会議等に参加する等、積極的に地域で被保険者を支える連携の推進に取り組みます。

２　課題を抱える被保険者層の分析

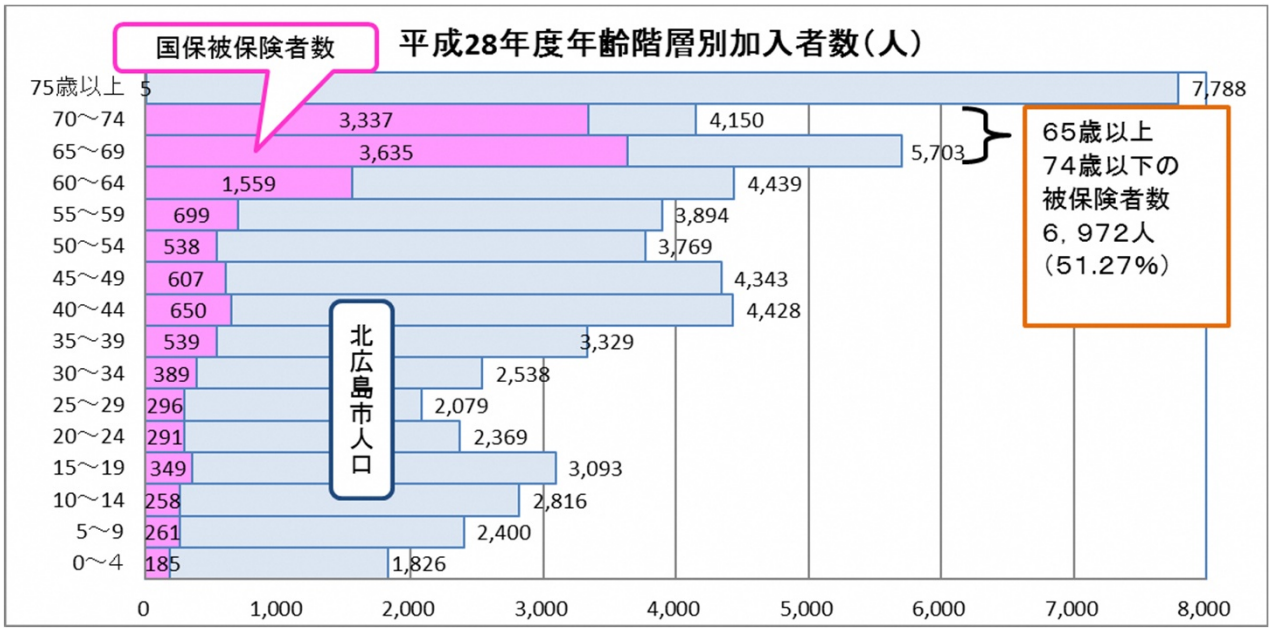
ＫＤＢ・レセプトデータ等を活用した分析データを、必要に応じ保険年金担当、高齢者担当、健康推進担当等関係者間の地域の健康課題として共有していきます。

３　地域で被保険者を支える事業の実施

健診結果やＫＤＢデータ等から抽出されたハイリスク・予備群と考えられる被保険者や被保険者の要望に合わせ個人へ訪問保健指導を実施します。

町内会や老人クラブ等地域住民の参加する介護予防や健康教室に出前講師となり市民主体の活動を支援し、個々人の健康意識の浸透や向上を図ります。

(図18)年齢階層別加入者数(平成28年度)



出典：平成28年度国民健康保険事業実績報告

第6章　評価

1 評価の時期

本計画では、記載した成果指標の進捗状況を毎年度確認し、平成33年度に中間評価、平成35年度に最終評価を行います。

2 評価方法、体制

計画の評価は、「北広島市国民健康保険運営協議会」に、計画の推進状況を報告し、意見を参考とするものとします。また、北海道国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会が実施する「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」での評価手法を参考に実施することとし、必要に応じて庁内関係課と市内医療機関等の関係機関との連携を図り計画内容の見直しをします。

3 個別保健事業に係る評価

評価の実施にあたっては、健診・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ること、また保険者努力支援制度においても4つの指標で評価することを求められています。KDBシステム等を活用し、毎年度目標と個別保健事業内容を評価します。

(表26)評価における4つの指標

ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。
プロセス (保健事業の実施過程)	・必要なデータは入手できているか。 ・人員配置が適切に行われているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	・計画した保健事業を実施したか。 ・勧奨ハガキ配布数、回数、参加者数等はどうだったか、など。
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか。 ・特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか。

第7章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、北広島市のホームページに掲載し、市内医療機関も含め関係機関への冊子配布や市各種イベントや会議などを利用して計画の周知に努めます。

2 個人情報の保護

個人情報に関する法律(平成15年法律第57号)、北広島市個人情報保護条例(平成15年3月19日条例第4号)に基づき、情報を適正に管理します。

資　料　編

(資料1)糖尿病性腎症重症化予防事業　中長期的評価指標

項　目					平成28年度		平成29年度～平成35年度	
					実数	割合	実数	割合
被保険者数						14,225人		
	（再掲）40-74歳					11,443人		
特定健診	対象者数					11,497人		
	受診者数					3,993人		
	受診率					34.7%		
特定保健指導	対象者数					348人		
	実施率					59.5%		
健診データ	糖尿病型				475人	11.9%		
		未治療・中断者　（質問票 服薬なし）			134人	28.2%		
		治療中　（質問票 服薬あり）			341人	71.8%		
			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		156人	45.7%		
				血圧　130/80以上	89人	57.1%		
				肥満　BMI25以上	62人	39.7%		
			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		185人	54.3%		
		糖尿病性腎症	第1期	尿蛋白（－）	367人	77.3%		
			第2期	尿蛋白（±）	47人	9.9%		
			第3期	尿蛋白（＋）以上	57人	12.0%		
			第4期	eGFR30未満	4人	0.8%		
レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）					152.1人		
		（再掲）40-74歳（被保数千対）				186.1人		
		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対		入院外（件数）	7,713件	(697.1)		
				入院（件数）	67件	(6.1)		
	糖尿病治療中				2,164人	15.2%		
		（再掲）40-74歳			2,129人	18.6%		
			健診未受診者		1,788人	84.0%		
	インスリン治療				146人	6.7%		
		（再掲）40-74歳			140人	6.6%		
	糖尿病性腎症				86人	4.0%		
		（再掲）40-74歳			86人	4.0%		
	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）				6人	0.28%		
		（再掲）40-74歳			5人	0.23%		
		新規透析患者数			7人			
		（再掲）糖尿病性腎症			3人	42.86%		
	［参考］後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）				55人	2.2%		
医療費	総医療費					50億9012万円		
		生活習慣病総医療費				28億3065万円		
		（総医療費に占める割合）				55.6%		
		生活習慣病対象者一人あたり		健診受診者		7,051円		
				健診未受診者		43,949円		
	糖尿病医療費					2億7147万円		
	（生活習慣病総医療費に占める割合）					9.6%		
	糖尿病入院外総医療費					9億4799万円		
		1件あたり				34,450円		
	糖尿病入院総医療費					6億0946万円		
		1件あたり				545,623円		
		在院日数				15日		
	慢性腎不全医療費					1億3195万円		
		透析有り				1億1428万円		
		透析なし				1768万円		
介護	介護給付費					35億6970万円		
		（2号認定者）糖尿病合併症			11件	16.2%		
死亡	糖尿病（死因別死亡数）				4人	0.8%		

(資料2)糖尿病管理台帳

番号	地区	追加年度	番号	氏名	性別	平成 年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無		項目		平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	平成 年度	転出・死亡等	備考
1							糖尿病		糖	服薬							
							高血圧			HbA1c							
							虚血性心疾患		糖以外	体重							
							脳血管疾患			BMI							
							糖尿病性腎症			血圧							
									CKD	GFR							
										尿蛋白							
2							糖尿病		糖	服薬							
							高血圧			HbA1c							
							虚血性心疾患		糖以外	体重							
							脳血管疾患			BMI							
							糖尿病性腎症			血圧							
									CKD	GFR							
										尿蛋白							
3							糖尿病		糖	服薬							
							高血圧			HbA1c							
							虚血性心疾患		糖以外	体重							
							脳血管疾患			BMI							
							糖尿病性腎症			血圧							
									CKD	GFR							
										尿蛋白							
4							糖尿病		糖	服薬							
							高血圧			HbA1c							
							虚血性心疾患		糖以外	体重							
							脳血管疾患			BMI							
							糖尿病性腎症			血圧							
									CKD	GFR							
										尿蛋白							

(資料3)高血圧管理台帳

Ｎｏ	年度	終結年度・区分	地区	氏名	生年月日	平成　年度			平成　年度			平成　年度			平成　年度			平成　年度			かかりつけ医	平成　年度			平成　年度			平成　年度			備考
						健診受診有無	収縮期	拡張期	健診受診有無	収縮期	拡張期	健診受診有無	収縮期	拡張期	健診受診有無	収縮期	拡張期	健診受診有無	収縮期	拡張期		保健指導有無	レセ確認（３カ月後） 通院	内服	保健指導有無	レセ確認（３カ月後） 通院	内服	保健指導有無	レセ確認（３カ月後） 通院	内服	
1																															
2																															
3																															

(資料4)心房細動管理台帳

No	個人番号	健診種類	担当（保健指導者）	地区	氏名	生年月日	性別	毎年確認すること										備考	帰結
								平成　年度				平成　年度				その他心疾患			
																心不全	虚血心疾患	弁膜症	
1		特定						その他のECG所見		診療開始	脳梗塞	その他のECG所見		診療開始	脳梗塞				
										有 H　年　月	無			有 H　年　月	無				
								薬	内服開始	1．治療中 2．治療開始　（　月～） 3．中断　（　月～） 4．受診のみ(服薬無) 5．病院受診無		薬	内服開始	1．治療中 2．治療開始　（　月～） 3．中断　（　月～） 4．受診のみ(服薬無) 5．病院受診無					
								ワーファリン				ワーファリン							
								ＮＯＡＫ				ＮＯＡＫ							
								ＡＰＡ				ＡＰＡ							
								病院											
2		特定						その他のECG所見		診療開始	脳梗塞	その他のECG所見		診療開始	脳梗塞				
										有 H　年　月	無			有 H　年　月	無				
								薬	内服開始	1．治療中 2．治療開始　（　月～） 3．中断　（　月～） 4．受診のみ(服薬無) 5．病院受診無		薬	内服開始	1．治療中 2．治療開始　（　月～） 3．中断　（　月～） 4．受診のみ(服薬無) 5．病院受診無					
								ワーファリン				ワーファリン							
								ＮＯＡＫ				ＮＯＡＫ							
								ＡＰＡ				ＡＰＡ							
								病院											
3		特定						その他のECG所見		診療開始	脳梗塞	その他のECG所見		診療開始	脳梗塞				
										有 H　年　月	無			有 H　年　月	無				
								薬	内服開始	1．治療中 2．治療開始　（　月～） 3．中断　（　月～） 4．受診のみ(服薬無) 5．病院受診無		薬	内服開始	1．治療中 2．治療開始　（　月～） 3．中断　（　月～） 4．受診のみ(服薬無) 5．病院受診無					
								ワーファリン				ワーファリン							
								ＮＯＡＫ				ＮＯＡＫ							
								ＡＰＡ				ＡＰＡ							
								病院											

(資料5)目標管理一覧

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標		初期値				中間評価値			最終評価値	現状値の把握方法
						H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等計画		・特定健診における高血圧、脂質異常の割合が上昇している。 ・メタボリックシンドローム該当者が国、道よりも高い。 ・介護保険認定者の95.9%が血管疾患を持っている。 ・人工透析患者レセプトの28.7%が糖尿病性腎症によるものである。	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%		38.5%	40.0%	42.0%	45.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				特定保健指導実施率60%以上		59.5%	60.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%	
				特定保健指導対象者　平成20年度比減少率25%（平成20年度13.4%）		9.2% 31.3%減	9.2% 31.3%減	9.2% 31.3%減	9.1% 32.1%減	9.1% 32.1%減	9.0% 32.8%減	9.0% 32.8%減	9.0% 32.8%減	
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少率2%		2.11%				2.08%			2.06%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少率2%		3.00%				2.97%			2.94%	
				糖尿病性腎症による透析者の割合の減少率10%		0.28%				0.27%			0.25%	
	短期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少率5%	予備群	10.1%	10.1%	10.0%	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%	9.6%	健康推進課あなみツール
					該当者	18.0%	17.8%	17.6%	17.6%	17.4%	17.4%	17.2%	17.1%	
				健診受診者の高血圧者の割合の減少率5%（血圧160／100以上）		4.6%	4.6%	4.5%	4.5%	4.5%	4.4%	4.4%	4.4%	
				健診受診者の脂質異常者の割合の減少率5%（LDL180以上）		5.1%	5.1%	5.0%	5.0%	4.9%	4.9%	4.8%	4.8%	
				健診受診者の糖尿病者の割合の減少率5%（HbA1c6.5以上　治療中7.0以上）		5.4%	5.4%	5.3%	5.3%	5.2%	5.2%	5.1%	5.1%	
				糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合80%以上		－	－	80.0%	80.0%	80.0%	85.0%	85.0%	85.0%	健康推進課保健指導実績
				糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上		－	－	80.0%	80.0%	80.0%	85.0%	85.0%	85.0%	
		・数量シェアH28年度66.9%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%		66.9%	70.0%	73.5%	77.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	厚生労働省

(資料6)同規模平均と比べてみた北広島市の位置と経年変化

項目				平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成28年度同規模	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護	介護保険	1号認定者数（認定率）		3,040	22.0	3,147	22.9	3,221	23.6	891,715	20.2
		新規認定者		54	0.3	51	0.3	43	0.3	15,309	0.3
		2号認定者		91	0.4	91	0.4	107	0.4	21,986	0.4
	有病状況	糖尿病		989	30.7	1,071	32.3	1,095	32.3	203,607	21.9
		高血圧症		1,810	57.3	1,902	57.9	1,926	57.1	478,594	51.8
		脂質異常症		1,118	35.8	1,227	37.0	1,233	36.7	255,994	27.6
		心臓病		2,008	64.2	2,119	64.7	2,130	63.3	545,522	59.1
		脳疾患		890	29.2	971	29.5	986	29.5	239,267	26.2
		がん		445	13.5	473	14.0	484	14.6	92,924	10.0
		筋・骨格		1,667	54.5	1,804	54.5	1,834	54.5	468,953	50.8
		精神		1,277	40.3	1,387	41.9	1,424	42.0	330,813	35.6
	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		56,017		52,362		50,853		61,236	
		居宅サービス		38,473		37,468		37,438		40,245	
		施設サービス		298,027		293,479		287,495		278,146	
	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	10,973		9,050		9,083		8,026	
			認定なし	4,036		4,622		4,591		3,809	
医療	国保の状況	被保険者数		14,626		14,308		13,719		4,516,485	
		65～74歳		6,731	46.0	6,978	48.8	6,960	50.7		
		40～64歳		4,790	32.7	4,434	31.0	4,105	29.9		
		39歳以下		3,105	21.2	2,896	20.2	2,654	19.3		
		加入率		24.3		23.8		22.8		24.7	
	医療の概況（人口千対）	病院数		5	0.3	5	0.3	5	0.4	1257	0.3
		診療所数		34	2.3	34	2.4	34	2.5	12,813	2.8
		病床数		682	46.6	682	47.7	682	49.7	227,288	50.3
		医師数		63	4.3	63	4.4	63	4.6	33,690	7.5
		外来患者数		685.0		709.9		711.0		688.2	
		入院患者数		23.7		23.6		24.3		19.8	
	医療費の状況	一人当たり医療費		29,464	道内55位 同規模22位	30,493	道内53位 同規模26位	30,347	道内49位 同規模25位	25,582	
		受診率		708.691		733.498		735.316		708.019	
		外来	費用の割合	55.3		57.7		56.2		59.3	
			件数の割合	96.7		96.8		96.7		97.2	
		入院	費用の割合	44.7		42.3		43.8		40.7	
			件数の割合	3.3		3.2		3.3		2.8	
		1件あたり在院日数		15.8日		15.3日		15.3日		16.2日	
	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		810,240,740	28.5	868,477,260	29.6	877,018,190	31.0	25.0	
		慢性腎不全（透析あり）		118,625,940	4.2	134,085,260	4.6	114,275,620	4.0	9.5	
		糖尿病		268,320,380	9.4	278,728,130	9.5	271,592,170	9.6	10.1	
		高血圧症		257,802,090	9.1	253,384,560	8.6	228,663,680	8.1	8.9	
		精神		420,752,590	14.8	407,205,980	13.9	452,775,900	16.0	17.6	
		筋・骨格		412,096,390	14.5	453,295,730	15.4	448,078,780	15.8	14.9	
	費用額（1件あたり） 道内順位 順位総数181 入院の（ ）内は在院日数	入院	糖尿病	581,299	72位 (16)	525,895	128位 (16)	545,623	115位 (15)		
			高血圧	638,382	63位 (16)	627,442	74位 (16)	630,530	73位 (16)		
			脂質異常症	598,335	50位 (15)	602,506	59位 (14)	560,227	98位 (14)		
			脳血管疾患	660,779	72位 (20)	586,839	134位 (19)	679,746	70位 (18)		
			心疾患	695,815	79位 (13)	696,807	83位 (13)	656,897	111位 (13)		
			腎不全	794,021	63位 (19)	758,088	71位 (17)	853,914	43位 (18)		
			精神	529,208	29位 (23)	506,765	65位 (23)	501,170	68位 (23)		
			悪性新生物	665,899	59位 (15)	652,337	63位 (13)	656,872	81位 (13)		
		外来	糖尿病	33,324	148位	35,709	133位	34,450	138位		
			高血圧	30,090	121位	32,536	97位	31,777	92位		
			脂質異常症	28,937	107位	30,454	93位	29,209	93位		
			脳血管疾患	33,598	120位	35,254	109位	33,761	110位		
			心疾患	36,934	133位	39,480	125位	37,601	129位		
			腎不全	137,277	116位	131,942	123位	131,723	114位		
			精神	29,881	87位	30,424	100位	29,627	89位		
			悪性新生物	50,983	91位	56,363	73位	53,165	103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	2,100		2,291		2,429		2,411	
			健診未受診者	13,817		15,616		15,141		12,679	
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	6,161		6,586		7,051		6,634	
			健診未受診者	40,540		44,902		43,956		34,890	
	健診・レセ突合	受診勧奨者		1,941	53.5	1,921	53.5	2,105	55.9	669,151	55.7
		医療機関受診率		1,825	50.3	1,818	50.7	1,993	52.9	617,720	51.5
		医療機関非受診率		116	3.2	103	2.9	112	3.0	51,431	4.3

(資料 7)

主な用語の解説

【あ行】

■インセンティブ

やる気を起こさせるような刺激。

■ＡＳＴ（えーえすてぃ）（ＧＯＴ（じーおーてぃ））

アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ。

アミノ酸の合成に必要な酵素で、心筋、肝臓、骨格筋、腎臓などに多く含まれている。これらの臓器の細胞に障がいがあると、血液中に出て数値が高くなる。

■ＡＬＴ（えーえるてぃ）（ＧＰＴ（じーぴーてぃ））

アラニン・アミノトランスフェラーゼ　肝機能検査の項目の一つ。

アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれている。肝臓の細胞に障がいがあると、血液中に出て数値が高くなる。

■ＨＤＬ（えいちでぃえる）コレステロール

高比重リポ蛋白。

不要なコレステロールや中性脂肪を肝臓へ運ぶ役目を果たすことから善玉コレステロールとも呼ばれている。

■ＬＤＬ（えるでぃえる）コレステロール

低比重リポ蛋白。

人の細胞膜やホルモン生成の材料。食事由来のコレステロールは１／３で、残りは体内（肝臓）で合成されている。血液中の量が増えると、血管内壁に入り込み動脈硬化を促進する。

【か行】

■拡張期血圧

心臓が血液を送り出した後の広がっている時の血管への圧。下の血圧、最小血圧ともいわれる。

■眼底検査

眼底の血管は外から直接見る事のできる唯一の血管で、脳の血管の状態を推測でき、網膜や血管・視神経の出入り口を観察し、その状態から網膜剥離、視神経疾患、糖尿病性網膜症、動脈硬化、高血圧症なども発見できる。

■γ-GT（γ-GTP）

ガンマ・グルタミール・トランスペプチターゼ。

肝臓、腎臓、すい臓などに含まれているアミノ酸の代謝に関わる酵素のこと。お酒の飲み過ぎや肥満などにより高くなる。

■虚血性心疾患

心臓の筋肉（心筋）には、心臓を取り巻く冠動脈によって、血液が送られ酸素と栄養が供給されている。動脈硬化などによって冠動脈の内腔が狭くなったり塞がったりして、心筋が血液不足（虚血）になり引き起こされる疾患のこと。一時的に血液不足になる「狭心症」、血栓（血液の塊）が詰まって血管が塞がり血流が途絶える「心筋梗塞」などがある。

■空腹時血糖

空腹時の血液中のブドウ糖濃度。空腹時血糖が126mg/dl以上になると、糖尿病型と判断される。

■クレアチニン（血清クレアチニン）

筋肉で作られ、腎臓から尿中に排泄される物質。

腎障害がおきると、クレアチニンの尿中排泄が悪くなるため、血清クレアチニンが高くなる。

■頚動脈（けいどうみゃく）エコー検査

頚（首）動脈を超音波で映し出し、血管壁の厚さ、狭窄、プラーク（こぶ）の状態から、動脈硬化の程度を調べる検査。心臓の冠動脈や脳動脈で動脈硬化がどのくらい進んでいるのか推測できる。

■健康寿命

心身ともに自立し、健康的に生活できる期間のこと。

■高血圧

血圧が高い状態。日本高血圧学会では収縮期血圧が 140mmＨｇ以上、拡張期血圧が 90mmＨｇ以上の両方、またはどちらか一方を満たすときを高血圧と定義している。

■後発医薬品（ジェネリック医薬品）

新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に製造・販売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同じである医療用医薬品。

【さ行】

■脂質異常症

血液中の脂質（中性脂肪、ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ等）量が正常範囲を超えた状態及びＨＤＬコレステロールの量が正常より少ない状態。

■歯周病

歯と歯肉の境目に多くの細菌が停滞し（歯垢の蓄積)、歯肉の辺縁が炎症して赤くなったり、腫れたりする。進行すると歯周ポケットと呼ばれる歯と歯肉の境目が深くなり、歯を支える土台である骨が溶けて歯が動くようになり、最後は抜歯をしなければならなくなる。

■収縮期血圧

心臓が縮んで血液を送り出した時の血管への圧。最高血圧、最大血圧ともいわれる。

■心血管疾患

心臓や血管などの循環器の病気のこと。

■心筋虚血

心臓の冠動脈が詰まったり、狭くなったりして、心臓の筋肉（心筋）に血液が行き届かなくなること。

■新生物

体内の異常な組織の塊のうち、細胞分裂が過剰に起こったり、本来死滅すべき細胞が死滅しなかったりするもの。 新生物（腫瘍）は良性（非がん性）の場合、悪性（がん性）の場合がある。

■心房細動

心房が痙攣したようになり、血液をうまく心臓から全身に送れなくなる病気。そのため、拡張・収縮する力が低下した心臓の中で血液がよどみ、血の塊（血栓）ができやすくなる。できた血の塊が心臓のポンプ作用で血流に乗って運ばれ、体のあちこちで血管を詰まらせることが問題となっている。

■腎不全

腎臓が尿の生成、細胞外液中の水や電解質等の濃度を調節する機能が正常に働かなくなった状態。腎臓の機能が 10%以下になった場合透析が必要になる。

慢性（数カ月～数年かけて）に進行する腎臓の病気によって、徐々に腎機能の低下が進行する病態（状態）を慢性腎不全という。

■診療ガイドライン

医療現場において適切な診断と治療を補助することを目的として、病気の予防・診断・治療・予後予測など診療の根拠や手順についての最新の情報を専門家（医師）の手で分かりやすくまとめた指針。

■推算ＧＦＲ（じーえふあーる）値（ｅＧＦＲ（いーじーえふあーる））値

ＧＦＲとは腎臓の糸球体濾過量（しきゅうたいろかりょう）の略で、フィルターの役目を果たす糸球体が１分間にどれくらいの血液をろ過し、尿をつくれるかという腎臓の機能を示している。血清クレアチニン値と年齢、性別から、簡便に計算式で求めたＧＦＲを「推算ＧＦＲ（ｅＧＦＲ）」という。

■生活習慣病

心臓病、高血圧症、高脂血症、糖尿病、がんなど、不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣に起因すると考えられる病気。以前は成人病と呼ばれていたが、平成 8 年に厚生省がこの名称を導入した。

【た行】

■大血管障害

糖尿病等の生活習慣病が起因となる慢性合併症の一つで、代表的なものとして心臓の血管や脳の血管、足の血管の障害がある。

■中性脂肪

人間の活動エネルギー源の一つで、食事から摂取したものと、体内（肝臓）で合成されたものがある。余った中性脂肪やブドウ糖は肝臓や皮下等の脂肪細胞に蓄えられる。

■透析・人工透析

腎臓の機能が低下して尿毒症を起こす危険がある時、腎臓に代わって人工的に代替し、血液の組成を正常化する方法。

■糖尿病性腎症

糖尿病で血糖値の高い状態が長期間続くことにより腎臓の細かな血管（糸球体など）が壊れて老廃物をろ過することができなくなった状態。尿たんぱく、尿中アルブミン、クレアチニンなどにより診断される。

病期は重症度により、１期から５期まで分類される。

■糖尿病性腎症病期分類

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)	正常アルブミン値(30 未満)	30 以上
第 2 期(早期腎症期)	微量アルブミン値(30～299)	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
第 4 期(腎不全期)	問わない	30 未満
第 5 期(透析療法期)	透析療法中	

■糖尿病連携手帳

検査値や治療内容、合併症の検査所見などを記録し、糖尿病の自己管理に活用する。また、かかりつけ医やかかりつけ眼科医、かかりつけ歯科医、病院、薬局、管理栄養士、保健師の保健指導等の病診連携、地域連携を推進する役割を担う手帳。

【な行】

■内臓脂肪

腹腔内の腸のまわりなどに蓄積する脂肪のこと。

■内臓脂肪型肥満

腹腔内の腸のまわりなどに脂肪が過剰に蓄積しているタイプの肥満のこと

内臓脂肪の脂肪細胞からは、「アディポサイトカイン（生理活性物質）」という体に作用するホルモンに似た物質がたくさん分泌されている。アディポサイトカインには、体にプラスに働く善玉物質とマイナスに働く悪玉物質があり、内臓脂肪が増えすぎてしまうと、悪玉物質の分泌が増えてしまうため、糖尿病、高血圧、脂質異常症、動脈硬化を招きやすくなる。

■７５ｇ糖負荷検査（７５ぐらむとうふか）

７５ｇのブドウ糖液（砂糖水）を飲んで、インスリンの分泌や血糖値の変化を調べる検査。空腹時に採血した後、ブドウ糖液を飲み、３０分後、１時間後、２時間後に採血する。

■尿酸

プリン体代謝の最終産物で、細胞の核に含まれたプリン体は、細胞が死ぬと尿酸に分解される。高尿酸血症とは血中の尿酸値が異常に高くなった状態で、血液中に溶けきらない尿酸がからだの色々なところに結晶として蓄積し、痛風を初めとする多くの障害を引き起こす。

■尿潜血

尿に血液が混じっているかどうかを調べる検査。腎臓、尿管、膀胱などの異常を発見するために使用される。

■尿蛋白

尿中に漏れ出ているたんぱく質のこと。腎臓機能の測定のために使用される。

■尿糖

血液中の糖が尿中に排泄された糖。血液中の糖は、腎臓で血液からろ過される過程で水分とともに体に再吸収されるが、血糖値が160～180mg/dlを超えると、尿に糖が出てくるといわれている。

■脳血管疾患

脳梗塞と脳出血、くも膜下出血に代表される脳の病気の総称。

【は行】

■ハイリスク者

疾病を発生しやすい高い危険因子（要因）を持った人。

■微量（びりょう）アルブミン尿

腎機能が低下すると、本来は尿中に排泄されないアルブミンというたんぱく質がわずかに漏れ出してくる。これを微量アルブミン尿という。

■ＢＭＩ（びーえむあい）

Body Mass Index（ボディ　マス　インデックス）の略称

体重（ｋｇ）÷身長（m）÷身長（m）で算出される体格指数。肥満度を測るための指標。

■腹囲

おへそのある位置から水平にメジャーをまわして測った値。

■ＨｂＡ１ｃ

ヘモグロビンエーワンシーと読む。

血液中のブドウ糖と赤血球中の Hb（ヘモグロビン）とが結合したもので、１日の血糖値の平均が高いほど増えることから、検査前１～２ヶ月の血糖コントロールの状態を知る指標として使われる。

【ま行】

■慢性腎臓病（ＣＫＤ）

慢性に経過する腎不全について、その未病状態から末期までを包括する概念。

■メタボリックシンドローム

内臓脂肪の蓄積による肥満の人が、糖尿病、高血圧、脂質異常といった動脈硬化の危険因子（要因）を複数併せもった状態をいう。

The Ambitious City

北広島市国民健康保険
第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画
平成30年度～平成35年度

発行：北広島市
（担当：北広島市保健福祉部保険年金課・健康推進課）
北海道北広島市中央４丁目２番地１
電話：011-372-3311（代表）
http://www.city.kitahiroshima.hokkaido.jp/

HOKKAIDO 北広島市