

第2期名寄市保健事業実施計画 (データヘルス計画)



平成30年4月 名寄市国民健康保険

目 次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	5
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	18
1. 第3期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報の保護	
7. 実施計画の公表・周知	
8. 実施計画の評価・見直し	
第4章 保健事業の内容	24
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 虚血性心疾患重症化予防	
3. 脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	38
第6章 計画の評価・見直し	39
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	4 1
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
第8章 その他計画策定に当たっての留意事項	4 1
用語解説	4 2

掲載データについて-----

本計画に掲載している各種データは、KDBシステムの帳票を使用しています。KDBシステムは、国保連合会が保有する診療報酬明細書や特定健診等の記録、及び介護給付費明細書等の情報を用い、国保中央会において統計情報を作成しているものです。集計方法は、集計項目や出力時期により独自に規定されており、他の統計データと異なる場合があります。

第1章 第2期名寄市保健事業実施計画（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（KDB）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。

こうした背景を踏まえ、平成25年6月に閣議決定された「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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」との方針が示されました。

これを受けて、厚生労働省では、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（以下「実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・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（「データヘルス計画」）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

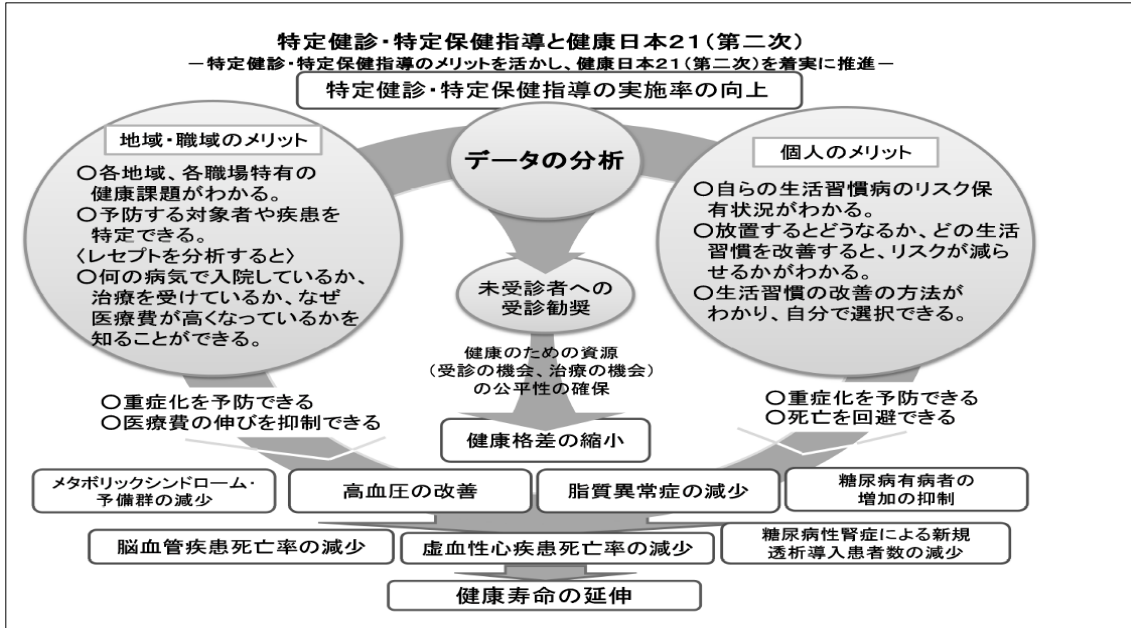
また、平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が担うことになりました。

さらに、被保険者の予防・健康づくりを進めて医療費の適正化を図るため、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」が開始しています。

こうした中、名寄市においては、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により、生活習慣病の発症及び重症化予防のための保健事業を進めていくことが求められています。（図1）

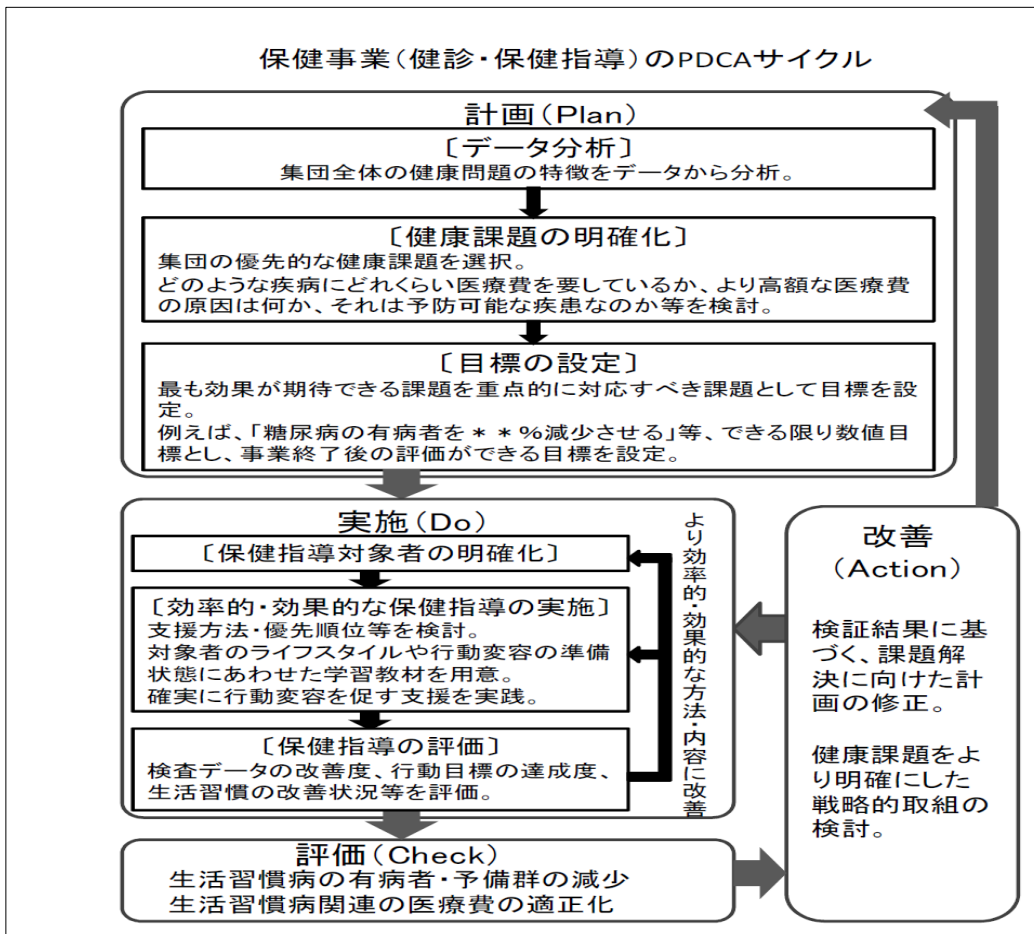
そこで、健康・医療情報を活用しながら、PDCAサイクル（図2）に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための「第2期名寄市保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、保健事業の実施及び評価を行うものです。

図1)



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

図2)



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

2. 計画の位置付け

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画です。計画の策定にあたり、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うほか、本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。

本計画は、第2次名寄市総合計画に基づき策定されるとともに、「健康日本21（第二次）」に示された基本方針を踏まえ、「すこやか北海道21」及び「名寄市健康増進計画健康なよる21（第2次）」、「名寄市第7期高齢者保健医療福祉計画・介護保険事業計画」における評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図ります。

3. 計画期間

計画期間については、実施指針において、「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、さらに北海道医療費適正化計画や医療計画における次期計画期間とあわせて、平成30年度（2018）から平成35年度（2023）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

名寄市においては、市民課が主体となり計画を策定していますが、そのほか住民の健康の保持増進に深く関わる保健センターや高齢者支援課とも連携し、計画策定を行っています。

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、国民健康保険団体連合会等の外部有識者等との連携・協力を図っていきます。

また、平成30年度（2018）以降、北海道が市町村国保の財政責任の運営主体と共同保険者となり、特に市町村国保の保険者機能の強化においては、北海道との関係が重要となることから、連携を図りながら計画を推進します。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であることから、その実効性を高めるためには、被保険者が自ら主体的・積極的に取り組むことが重要となります。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険制度改革により、財政面での都道府県化が図られますが、保健事業の実施は引き続き市町村が担うことになるため、医療費を適正化し保険税の上昇を抑制するためにも、さらなる保健事業の推進が求められています。

このような中、国では、特別調整交付金の一部を活用した「保険者努力支援制度」として、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等に対し、評価指標に基づく獲得点数により算出された金額を交付するインセンティブ制度を創設しました。

当市においても、制度の趣旨を踏まえ、糖尿病等の重症化予防のほか、特定健康診査などの保健事業、保険料収納率向上に向けた取組、医療費通知や後発医薬品の使用促進に関する取組など、医療費適正化や健康づくりに向けた取組を進めています。また、国では、保険者努力支援制度の評価指標を必要に応じて見直すとしていることから、今後、制度の動向を注視しながら事業運営を行います。

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成22年と平成26年の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は男女共に減少しました。また、標準化死亡比（SMR）については、男性が96.0と減少し、女性は96.1と増加しましたが、男女共に全道、同規模保険者（以下、「同規模」という。）、全国と比較し、低くなっています。

死因別には、心臓病による死亡割合は増加しましたが、脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は減少しました。しかし、糖尿病については、全道、同規模、全国よりも高くなっています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率は40～64歳の2号認定率が減少したものの、65歳以上の1号認定率が増加したため、介護給付費の増加がみられました。

また、医療費に占める入院費用の割合が増加した一方で、外来費用割合が減少していることがわかります。

そのため、重症化してから受診している状況にないかを把握する必要があり、重症化予防や医療費適正化を図る上でも特定健診受診率向上への取組は重要となります。

【図表1】死亡の状況

項目	H25年度		H28年度								
	名寄市		名寄市		北海道		同規模		全国		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
標準化死亡比(SMR) ※H25年度:H15～19 H28年度:H20～24	男性	101.7	96.0		101.0		104.8		100		
	女性	93.9	96.1		97.6		101.5		100		
死因 ※H25年度:H24 H28年度:H26	がん	106	52.0	92	47.9	18,759	51.6	32,164	46.4	367,905	49.6
	心疾患	48	23.5	53	27.6	9,429	25.9	19,517	28.2	196,768	26.5
	脳血管疾患	27	13.2	22	11.5	4,909	13.5	11,781	17.0	114,122	15.4
	糖尿病	7	3.4	6	3.1	669	1.8	1,340	1.9	13,658	1.8
	腎不全	12	5.9	7	3.6	1,543	4.2	2,559	3.7	24,763	3.3
	自殺	4	2.0	12	6.3	1,080	3.0	1,902	2.7	24,294	3.3

【出典】KDB帳票 様式6-1 No.1,3,5 平成25・28年度累計より

【図表2】早世（65歳未満死亡）の状況

項目	H22年		H26年	
	実数	割合	実数	割合
合計	41	12.1	32	9.4
男性	30	17.5	22	12.3
女性	11	6.5	10	6.2

平成23・27年版道北地域情報年報より

【図表3】要介護認定の状況

項目	H25年度		H28年度							
	名寄市		名寄市		北海道		同規模		全国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1号認定者数(認定率)	1,510	17.8	1,628	19.8	315,539	23.0	539,696	20.5	5,885,270	21.2
新規認定者	34	0.3	34	0.3	5,299	0.3	8,952	0.3	105,636	0.3
2号認定者	41	0.4	32	0.3	7,541	0.4	11,164	0.4	151,813	0.4

【出典】KDB帳票 様式6-1 No.1,5 平成25・28年度累計より

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表4)

介護給付費の変化について、平成28年度の給付費は増加しましたが、1件当たりの給付費は減少し、同規模平均の1件当たり給付費と比較しても居宅サービス・施設サービスが共に低いことがわかります。

【図表4】介護給付費の状況

年度	名寄市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	1件当たり給付費(全体)		1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
			居宅サービス	施設サービス			
H25年度	20億7,476万円	69.887	38,618	275,810	67,562	41,726	283,881
H28年度	21億4,814万円	65.729	37,361	269,885	66,717	41,744	278,164

【出典】KDB帳票様式6-1 No.3 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)

②医療費の状況(図表5)

医療費の変化について、被保険者数の減少に伴い総医療費は減少していますが、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、名寄市は入院費用の伸び率が高いことがわかります。

【図表5】医療費の状況

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				名寄市	同規模			名寄市	同規模			名寄市	同規模
総医療費(円)	H25年度	27億7,958万円				11億2,315万円				16億5,643万円			
	H28年度	25億6,766万円	△2億1,192万円	△7.63	△1.16	10億6,840万円	△5,475万円	△4.88	△0.93	14億9,926万円	△1億6,717万円	△9.49	△1.33
一人当たり医療費(円)	H25年度	29,964				13,094				16,870			
	H28年度	31,373	1,409	4.7	8.2	14,337	1,243	9.5	8.5	17,036	166	0.9	8.1

【出典】KDB帳票様式6-1 No.4 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)
総医療費:事業年報C表・F表(平成25・28年度)より

【図表6】国保被保険者の状況

項目	H25年度		H28年度							
	名寄市		名寄市		北海道		同規模		全国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,909		6,041		1,312,938		8,743		32,587,866	
65~74歳	3,003	43.5	2,950	48.8	547,124	41.7		44.0	12,461,613	38.2
40~64歳	2,505	36.2	1,975	32.7	441,573	33.6		33.9	10,946,712	33.6
39歳以下	1,401	20.3	1,116	18.5	324,241	24.7		22.0	9,179,541	28.2
加入率	22.7		19.8		24.0		25.1		26.9	
国保被保険者平均年齢(歳)	54.9		56.1		52.6		53.9		50.7	

【出典】KDB帳票 様式6-1 No.1,5 平成25・28年度累計より

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表7）

目標疾患医療費計は減少していますが、疾患別にみると中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の全項目において増加していることがわかりました。中でも脳血管疾患に係る費用は、全国・全道よりも高くなっています。

中長期目標疾患に共通するリスクとして、糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、H25年度と比較すると減少していますが、高血圧については全国・全道よりも高い状況にあります。

【図表7】目標疾患の医療費分析

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患					短期目標疾患			（中長期・短期） 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			同規模	北海道	慢性腎不全 （透析有）	慢性腎不全 （透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25	名寄市	2,779,585,163	29,964	46位	45位	6.1%	0.6%	4.0%	3.4%	9.1%	13.6%	4.5%	564,708,450	20.3%	22.0%	17.8%	18.4%
H28		2,567,660,317	31,373	52位	35位	6.2%	0.5%	5.7%	3.7%	8.7%	9.8%	4.2%	505,397,520	19.7%	26.1%	19.4%	15.0%
H28	北海道		27,782	--	--	6.5%	0.5%	4.3%	4.3%	9.2%	7.9%	4.6%	92,704,528,050	18.9%	28.5%	17.2%	16.3%
	国		24,245	--	--	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	2,239,908,933,310	20.7%	25.6%	16.9%	15.2%

【出典】KDB帳票様式6-1 No.4 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)

④中長期的な疾患（図表8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）で治療している割合は、それぞれ減少しているものの、これら全てを同時に発症している割合は増加しており、全身の血管の傷みを同時に起こし、重症化していることが考えられます。

【図表8】中長期目標疾患の医療費分析

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標							
		虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,885	262	3.8%	40	15.3%	4	1.5%	237	90.5%	148	56.5%	177	67.6%			
	64歳以下	3,885	62	1.6%	4	6.5%	4	6.5%	55	88.7%	32	51.6%	37	59.7%			
	65歳以上	3,000	200	6.7%	36	18.0%	0	0.0%	182	91.0%	116	58.0%	140	70.0%			
H28	全体	6,041	177	2.9%	32	18.1%	2	1.1%	164	92.7%	132	74.6%	116	65.5%			
	64歳以下	3,091	33	1.1%	6	18.2%	1	3.0%	30	90.9%	23	69.7%	17	51.5%			
	65歳以上	2,950	144	4.9%	26	18.1%	1	0.7%	134	93.1%	109	75.7%	99	68.8%			

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標							
		脳血管疾患				虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,885	209	3.0%	40	19.1%	3	1.4%	163	78.0%	87	41.6%	104	49.8%			
	64歳以下	3,885	56	1.5%	4	7.2%	3	5.4%	41	73.2%	16	28.6%	24	42.9%			
	65歳以上	3,000	153	5.1%	36	23.5%	0	0.0%	122	79.7%	71	46.4%	80	52.3%			
H28	全体	6,041	149	2.5%	32	21.5%	5	3.4%	112	75.2%	71	47.7%	71	47.7%			
	64歳以下	3,091	38	1.2%	6	15.8%	4	10.5%	31	81.6%	14	36.9%	13	34.2%			
	65歳以上	2,950	111	3.8%	26	23.4%	1	0.9%	81	73.0%	57	51.4%	58	52.3%			

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標							
		人工透析				脳血管疾患				虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,885	17	0.3%	3	17.7%	4	23.5%	16	94.1%	7	41.2%	5	29.4%			
	64歳以下	3,885	17	0.4%	3	17.7%	4	23.5%	16	94.1%	7	41.2%	5	29.4%			
	65歳以上	3,000	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
H28	全体	6,041	13	0.2%	5	38.5%	2	15.4%	13	100.0%	7	53.9%	3	23.1%			
	64歳以下	3,091	11	0.4%	4	36.4%	1	9.1%	11	100.0%	5	45.5%	2	18.2%			
	65歳以上	2,950	2	0.1%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%			

【出典】KDB帳票 厚生労働省様式3-5～3-7 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク（様式3-2～3-4）（図表9）

中長期目標疾患に共通するリスクについて、糖尿病、高血圧、脂質異常症の状況をみると、糖尿病治療者の割合のほか、糖尿病性腎症で治療している人の割合も増加しています。また、糖尿病治療者が同時に高血圧、脂質異常症で治療している割合は増加しており、より血管の傷みが重なり重症化しやすい状況を起こしていると考えられます。

【図表9】短期目標疾患の医療費分析

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,885	1,058	15.4%	68	6.4%	747	70.6%	624	59.0%	148	14.0%	87	8.2%	7	0.7%	11	1.0%
	64歳以下	3,885	332	8.6%	30	9.0%	203	61.2%	184	55.4%	32	9.6%	16	4.8%	7	2.1%	4	1.2%
	65歳以上	3,000	726	24.2%	38	5.2%	544	74.9%	440	60.6%	116	16.0%	71	9.8%	0	0.0%	7	1.0%
H28	全体	6,041	1,049	17.4%	50	4.8%	749	71.4%	625	59.6%	132	12.6%	71	6.8%	7	0.7%	12	1.2%
	64歳以下	3,091	263	8.5%	18	6.9%	166	63.1%	137	52.1%	23	8.8%	14	5.3%	5	1.9%	7	2.7%
	65歳以上	2,950	786	26.7%	32	4.1%	583	74.2%	488	62.1%	109	13.9%	57	7.3%	2	0.3%	5	0.6%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,885	1,587	23.1%	747	47.1%	908	57.2%	237	14.9%	163	10.3%	16	1.0%
	64歳以下	3,885	474	12.2%	203	42.8%	257	54.2%	55	11.6%	41	8.7%	16	3.4%
	65歳以上	3,000	1,113	37.1%	544	48.9%	651	58.5%	182	16.4%	122	11.0%	0	0.0%
H28	全体	6,041	1,324	21.9%	749	56.6%	734	55.4%	164	12.4%	112	8.5%	13	1.0%
	64歳以下	3,091	330	10.7%	166	50.3%	164	49.7%	30	9.1%	31	9.4%	11	3.3%
	65歳以上	2,950	994	33.7%	583	58.7%	570	57.4%	134	13.5%	81	8.2%	2	0.2%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,885	1,214	17.6%	624	51.4%	908	74.8%	177	14.6%	104	8.6%	5	0.4%
	64歳以下	3,885	382	9.8%	184	48.2%	257	67.3%	37	9.7%	24	6.3%	5	1.3%
	65歳以上	3,000	832	27.7%	440	52.9%	651	78.3%	140	16.8%	80	9.6%	0	0.0%
H28	全体	6,041	1,015	16.8%	625	61.6%	734	72.3%	116	11.4%	71	7.0%	3	0.3%
	64歳以下	3,091	256	8.3%	137	53.5%	164	64.1%	17	6.7%	13	5.1%	2	0.8%
	65歳以上	2,950	759	25.7%	488	64.3%	570	75.1%	99	13.1%	58	7.7%	1	0.1%

【出典】KDB帳票 厚生労働省様式3-2～3-4 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)

②リスクの健診結果経年変化（図表10・11）

リスクの健診結果の経年変化をみると、男女ともにBMI、腹囲、中性脂肪、HDLコレステロール、尿酸、血圧、LDLコレステロールの有所見者が増加していることがわかりました。また、男性はメタボリックシンドローム予備群・該当者ともに増加傾向にあり、女性はメタボリックシンドローム該当者が増加傾向にあるほか、男女ともに血圧が該当する項目が増加していることから、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測されます。

【図表10】特定健診有所見者の状況

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	192	31.1	256	41.5	142	23.0	137	22.2	48	7.8	237	38.4	344	55.8	107	17.3	267	43.3	204	33.1	320	51.9	10	1.6
	H25	97	36.6	120	45.3	75	28.3	73	27.5	16	6.0	96	36.2	131	49.4	57	21.5	100	37.7	99	37.4	151	57.0	1	0.4
	65-74	95	27.0	136	38.5	67	19.0	64	18.2	32	9.1	141	40.1	213	60.5	50	14.2	167	47.4	105	29.8	169	48.0	9	2.6
女性	合計	221	34.5	294	45.9	172	26.8	130	20.3	57	8.9	199	31.0	297	46.3	149	23.2	330	51.5	236	36.8	337	52.6	15	2.3
	H28	99	39.4	119	47.4	84	33.5	68	27.1	22	8.8	61	24.3	100	39.8	71	28.3	102	40.6	89	35.5	136	54.2	4	1.6
	65-74	122	31.3	175	44.9	88	22.6	62	15.9	35	9.0	138	35.4	197	50.5	78	20.0	228	58.5	147	37.7	201	51.5	11	2.8

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	172	20.8	103	12.5	84	10.2	67	8.1	12	1.5	167	20.2	429	51.9	12	1.5	299	36.2	164	19.9	486	58.8	2	0.2
	H25	78	21.6	43	11.9	39	10.8	29	8.0	2	0.6	62	17.2	156	43.2	3	0.8	87	24.1	60	16.6	218	60.4	0	0.0
	65-74	94	20.2	60	12.9	45	9.7	38	8.2	10	2.2	105	22.6	273	58.7	9	1.9	212	45.6	104	22.4	268	57.6	2	0.4
女性	合計	186	22.1	106	12.6	90	10.7	68	8.1	14	1.7	149	17.7	384	45.6	24	2.8	367	43.5	170	20.2	507	60.1	2	0.2
	H28	69	22.0	38	12.1	31	9.9	21	6.7	4	1.3	42	13.4	115	36.6	7	2.2	92	29.3	59	18.8	201	64.0	0	0.0
	65-74	117	22.1	68	12.9	59	11.2	47	8.9	10	1.9	107	20.2	269	50.9	17	3.2	275	52.0	111	21.0	306	57.8	2	0.4

【出典】KDB帳票 厚生労働省様式6-2~6-7 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)

【図表11】メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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		
男性	合計	617	28.3	38	6.2	85	13.8	2	0.3	57	9.2	26	4.2	133	21.6	15	2.4	14	2.3	69	11.2	35	5.7
	H25	265	27.8	21	7.9	42	15.8	1	0.4	27	10.2	14	5.3	57	21.5	5	1.9	5	1.9	33	12.5	14	5.3
	65-74	352	28.7	17	4.8	43	12.2	1	0.3	30	8.5	12	3.4	76	21.6	10	2.8	9	2.6	36	10.2	21	6.0
女性	合計	641	33.7	34	5.3	112	17.5	6	0.9	74	11.5	32	5.0	148	23.1	23	3.6	6	0.9	86	13.4	33	5.1
	H28	251	34.8	18	7.2	46	18.3	0	0.0	24	9.6	22	8.8	55	21.9	6	2.4	3	1.2	35	13.9	11	4.4
	65-74	390	33.0	16	4.1	66	16.9	6	1.5	50	12.8	10	2.6	93	23.8	17	4.4	3	0.8	51	13.1	22	5.6

【出典】KDB帳票 厚生労働省様式6-8 平成25・28年度累計より(作成日:平成29年12月)

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定健診受診率、特定保健指導率ともに増加していますが、今後は、名寄市の課題をより明確にし、発症及び重症化の予防をしていくためには、特定健診受診率向上の取組が重要となります。

【図表12】特定健診受診率・特定保健指導実施率

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	修了者数	実施率
H25年度	4,942	1,443	29.2	198位	146	116	79.5
H28年度	4,307	1,482	34.4	190位	149	127	85.2

平成25年度・平成28年度 法定報告より

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。

その結果、治療している割合は減少しているものの、それぞれを同時に発症している割合が増加しているほか、全ての疾患において、総医療費に占める割合が増加しています。

短期目標疾患の状況をみると、メタボリックシンドローム該当者・予備群は増加しており、その中でも高血圧については、全道や全国の水準からみると高く課題であると言えます。

医療機関受診後の支援において、継続した治療ができているかといった視点等を保健指導の中に取り入れることは、重症化予防では欠かせないものであり、保険者が取り組むべき重要な課題となります。さらに、被保険者数が減少しているなか高齢化が進展しているため、加齢による血管への負担となるリスクが増加するものと考えられます。そのようなことから、特定健診を受診し、市民自ら体の状態を確認することは医療費適正化にもつながるため、特定健診受診率向上への取り組みが最重要課題となります。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表13・14)

1人当たりの医療費は、月平均31,373円で全道、同規模、全国より高くなっています。入院件数は4.0%で、費用全体の45.7%を占めています。入院件数を減らすことは、重症化予防にもつながり医療費の抑制も図られます。

【図表13】一人当たりの医療費

	名寄市	北海道	同規模	全国
月平均	31,373円	27,782円	27,772円	24,245円
外来	17,036円	15,336円	15,802円	14,571円
入院	14,337円	12,446円	11,970円	9,674円

【図表14】外来と入院の医療と内訳



【出典】KDB帳票様式6-1 No.4 平成28年度累計より(作成日:平成29年12月)

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表15・16)

入院・治療の原因について、医療費が高額になっている疾患のほか、長期に入院することにより医療費の負担が増大している疾患や、長期化する疾患のうち予防可能な脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症に着目し分析します。

まず、ひと月100万円以上の高額な疾患においては、脳血管疾患が21件(7.6%)、虚血性心疾患が12件(4.3%)を占めており、年代別でみると、50~60代の若年が多くなっています。

また、6か月以上の長期入院レセプト分析では、脳血管疾患が118件(27.9%)と多く、費用は29.2%を占めています。長期療養が必要となる人工透析患者を分析すると、75件(44.6%)が糖尿病性であることから、糖尿病の重症化を予防することで、新規人工透析導入者を減らすことができます。

さらに、生活習慣病の有病者は、平成28年5月診療分で2,379人となっています。高血圧症有病者1,326人のうち、脳血管疾患を発症している者が137人となっており、約10人に1人が脳血管疾患を発症していることとなります。同様に糖尿病有病者、脂質異常症有病者の約11人に1人が脳血管疾患を発症しており、重症化しています。

また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症有病者における基礎疾患の重なりをみると、脳血管疾患有病者では、高血圧が74.1%、脂質異常症が50.8%、糖尿病が44.9%となっているほか、虚血性心疾患、糖尿病性腎症有病者においては高血圧の重なりが約90%以上となっています。このことから、疾患の重なっている対象者を明確にして、保健指導に取り組むことが必要と考えます。

【図表15】医療費負担が大きい疾患

対象レセプト(H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症		
高額になる疾患 (100万円以上レセプト)	件数	277件	21件 7.6%		12件 4.3%		--		
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	--
				40代	1	4.8%	0	0.0%	--
				50代	12	57.1%	2	16.7%	--
				60代	5	23.8%	6	50.0%	--
	70-74歳	3	14.3%	4	33.3%	--			
費用額	4億5802万円	2460万円 5.4%		2604万円 5.7%		--			
長期入院 (6か月以上の入院)	件数	423件	118件 27.9%		6件 1.4%		--		
	費用額	2億0882万円	6104万円 29.2%		340万円 1.6%		--		
人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	168件	59件 35.1%		13件 7.7%		75件 44.6%		
	費用額	8438万円	3692万円 43.8%		658万円 7.8%		4225万円 50.1%		

【図表16】生活習慣病のうち主な有病者の状況

対象レセプト(H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	2,379人	185人 7.8%	204人 8.6%	20人 0.8%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	137人 74.1%	187人 91.7%
	糖尿病		83人 44.9%	126人 61.8%	20人 100%
	脂質 異常症		94人 50.8%	144人 70.6%	12人 60.0%
	重複	高血圧症	1,326人 55.7%	991人 41.7%	942人 39.6%
		脂質異常症			

【出典】KDB帳票 No.10~11、No.13~19より(作成日:平成30年1月)

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか(図表17・18)

1号被保険者の要介護認定率は19.8%であり、介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが95.7%となっています。ほとんどの認定者が血管疾患を有し、且つ、糖尿病の割合が多くなっています。2号認定者では、1号認定者よりも血管疾患を有している割合が多くなっています。

2号認定者は特定健診対象者でもあるため、血管疾患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、介護予防にもつながります。

【図表 1 7】要介護認定者の有病状況

要介護認定状況★ No.47	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計					
	年齢		40～64歳		3,966人		4,260人		8,226人		18,098人							
	被保険者数		9,872人		3,966人		4,260人		8,226人		18,098人							
	認定者数		32人		154人		1,474人		1,628人		1,660人							
	認定率		0.32%		3.9%		34.6%		19.8%		9.2%							
	新規認定者数(*1)		1人		18人		169人		187人		188人							
介護度別人数	要支援1・2		7	21.9%	54	35.1%	450	30.5%	504	31.0%	511	30.8%						
	要介護1・2		13	40.6%	50	32.5%	463	31.4%	513	31.5%	526	31.7%						
	要介護3～5		12	37.5%	50	32.5%	561	38.1%	611	37.5%	623	37.5%						
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)	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				
		件数		--	16		102		1276		1378		1394					
		循環器 疾患	1	脳卒中	8	50.0%	脳卒中	47	46.1%	脳卒中	496	38.9%	脳卒中	543	39.4%	脳卒中	551	39.5%
			2	虚血性 心疾患	6	37.5%	虚血性 心疾患	30	29.4%	虚血性 心疾患	454	35.6%	虚血性 心疾患	484	35.1%	虚血性 心疾患	490	35.2%
			3	腎不全	3	18.8%	腎不全	9	8.8%	腎不全	147	11.5%	腎不全	156	11.3%	腎不全	159	11.4%
		基礎疾患 (*2)	糖尿病		13	81.3%	糖尿病	76	74.5%	糖尿病	897	70.3%	糖尿病	973	70.6%	糖尿病	986	70.7%
			高血圧		14	87.5%	高血圧	80	78.4%	高血圧	1135	88.9%	高血圧	1215	88.2%	高血圧	1229	88.2%
			脂質異 常症		5	31.3%	脂質異 常症	54	52.9%	脂質異 常症	747	58.5%	脂質異 常症	801	58.1%	脂質異 常症	806	57.8%
		血管疾患 合計		16	100.0%	合計	94	92.2%	合計	1224	95.9%	合計	1318	95.6%	合計	1334	95.7%	
		認知症		4	25.0%	認知症	20	19.6%	認知症	533	41.8%	認知症	553	40.1%	認知症	557	40.0%	
		筋・骨格疾患		15	93.8%	筋骨格系	87	85.3%	筋骨格系	1198	93.9%	筋骨格系	1285	93.3%	筋骨格系	1300	93.3%	

*1)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

*2)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

【図表 1 8】介護認定の有無と医療費

	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	9,525				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	5,303				

【出典】KDB帳票 様式6-1 No.3、No.47、No.49 平成28年度末状況(作成日:平成30年1月)

2) 健診受診者の状況 (図表 1 9・20)

糖尿病等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、糖尿病性腎症等のリスクが高くなります。

全国との比較では、女性はメタボリックシンドローム予備群・該当者ともに少ないですが、男性は予備群が多くなっています。また、男性の有所見状況ではBMI、空腹時血糖、尿酸、血圧、LDLコレステロールなどが高く、男性に重点を置いた保健指導を実施していく必要があります。

【図表 1 9】特定健診有所見者の状況

★全国については、有所見割合のみ表示

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
北海道	37,306	36.0	53,297	51.4	29,225	28.2	24,101	23.2	8,358	8.1	30,105	29.0	51,998	50.2	15,185	14.6	52,940	51.1	26,789	25.8	52,221	50.4	1,524	1.5	
保険者	合計	221	34.5	294	45.9	172	26.8	130	20.3	57	8.9	199	31.0	297	46.3	149	23.2	330	51.5	236	36.8	337	52.6	15	2.3
	40-64	99	39.4	119	47.4	84	33.5	68	27.1	22	8.8	61	24.3	100	39.8	71	28.3	102	40.6	89	35.5	136	54.2	4	1.6
	65-74	122	31.3	175	44.9	88	22.6	62	15.9	35	9.0	138	35.4	197	50.5	78	20.0	228	58.5	147	37.7	201	51.5	11	2.8

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
北海道	33,966	23.3	24,041	16.5	22,767	15.6	14,189	9.7	2,419	1.7	24,260	16.6	68,334	46.8	3,151	2.2	62,981	43.1	22,682	15.5	85,356	58.5	300	0.2	
保険者	合計	186	22.1	106	12.6	90	10.7	68	8.1	14	1.7	149	17.7	384	45.6	24	2.8	367	43.5	170	20.2	507	60.1	2	0.2
	40-64	69	22.0	38	12.1	31	9.9	21	6.7	4	1.3	42	13.4	115	36.6	7	2.2	92	29.3	59	18.8	201	64.0	0	0.0
	65-74	117	22.1	68	12.9	59	11.2	47	8.9	10	1.9	107	20.2	269	50.9	17	3.2	275	52.0	111	21.0	306	57.8	2	0.4

【出典】KDB帳票 厚生労働省様式6-2~6-7 平成28年度累計より(作成日:平成29年12月)

【図表 2 0】メタボリックシンドローム該当・予備群の状況

メタボリックシンドローム	名寄市		全道	同規模	全国
	実数	割合	割合	割合	割合
	該当者	203	13.7	16.8	17.8
男性	148	23.1	27.8	27.4	27.5
	55	6.5	9.0	10.2	9.5
女性	148	10.0	10.6	10.7	10.7
	112	17.5	17.9	16.5	17.2
予備群	36	4.3	5.5	6.0	5.8

【出典】KDB帳票 様式6-1 平成28年度累計より(作成日:平成29年12月)

3) 糖尿病、高血圧、脂質異常症のコントロール状況 (図表 2 1)

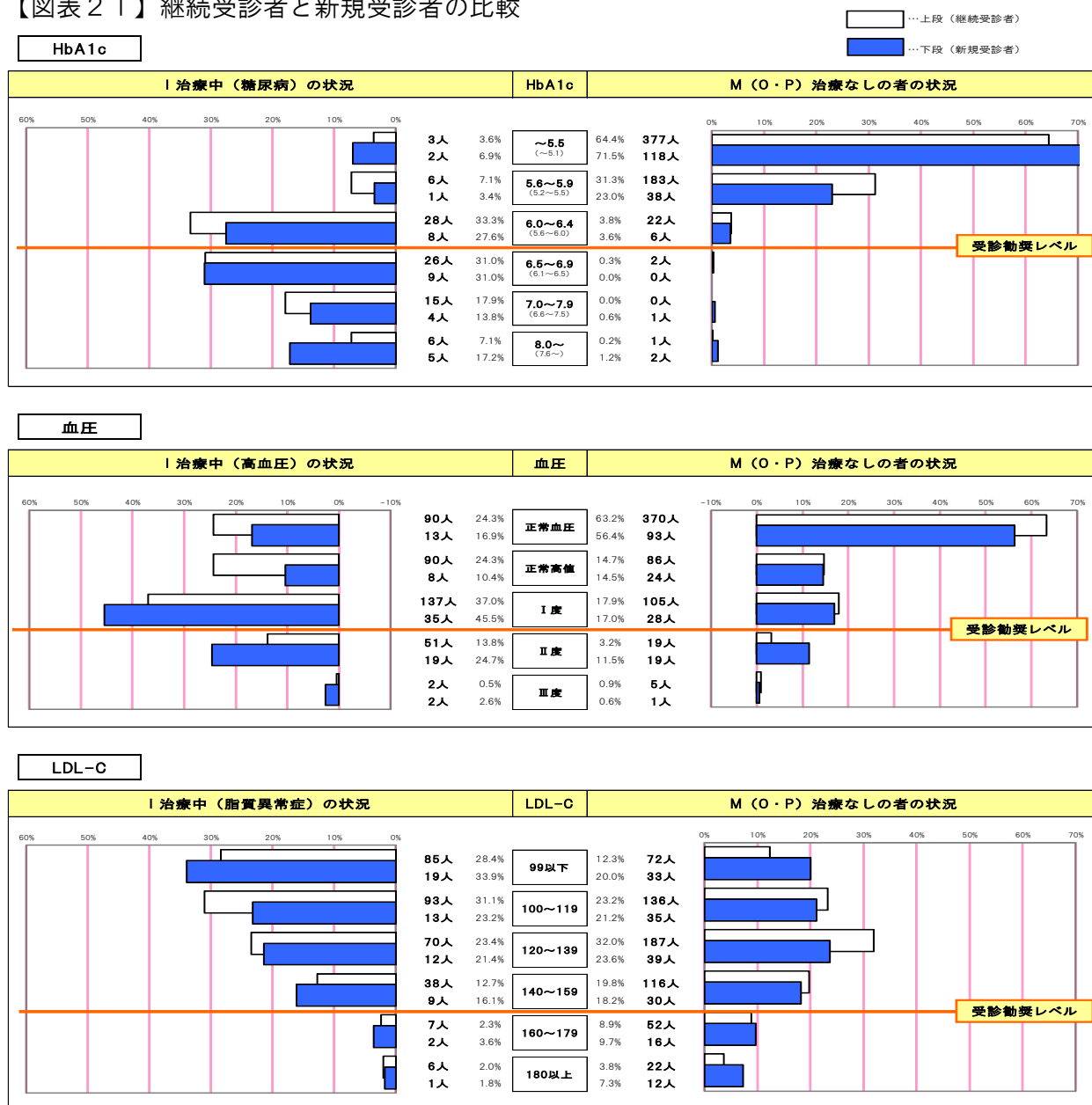
糖尿病については、HbA1cのコントロール状況に関して治療なしの者では5.5%以下の割合が一番多く、受診勧奨レベル以上の者はほとんどいませんでした。治療中の者では6.0%代の割合が多く、8.0%以上となっている者は継続受診者より新規受診者の方が多くなっています。

高血圧については、治療中の者でI度高血圧の割合が多く、治療をしてもコントロール不良の者が多くなっています。

脂質異常症については、LDLコレステロールのコントロール状況に関して治療中の者では受診勧奨レベルの者が少ないため、受診勧奨レベルの者を確実に医療につなげていくことが重要となります。

糖尿病、高血圧、脂質異常症のすべてにおいて受診勧奨レベル以上の者は、継続受診者より新規受診者の割合が多くなっています。受診勧奨レベルの者への受診勧奨だけでなく、健診を継続して受診し保健指導を受ける機会を提供することが必要となります。

【図表 2 1】 継続受診者と新規受診者の比較



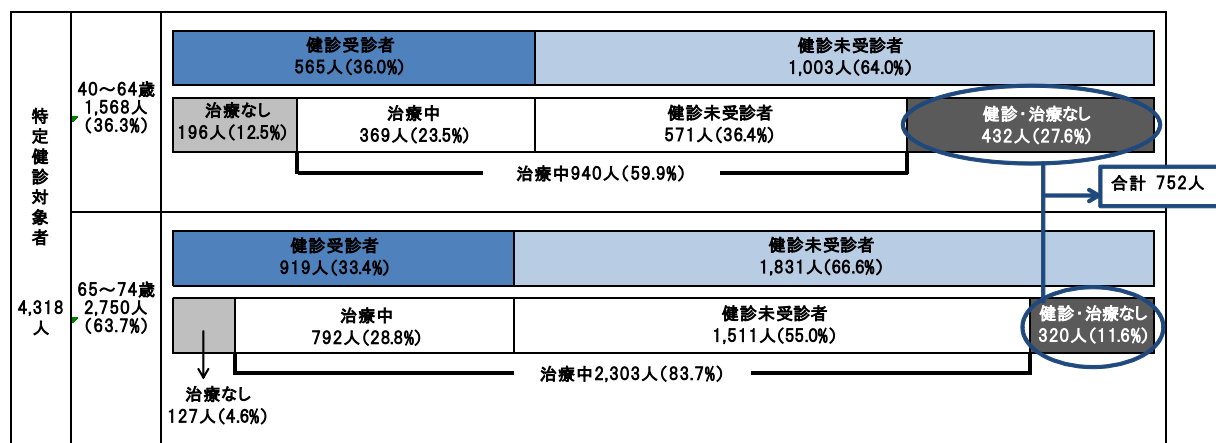
4) 未受診者の把握 (図表 2 2・2 3)

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要ですが、特定健診対象者4,318人のうち、健診も治療も受けていない者が752人おり、特に年齢が若い40~64歳では432人(27.6%)いることがわかります。すなわち、健診も治療も受けていないということは、体の状態が全くわからない状況ということになります。

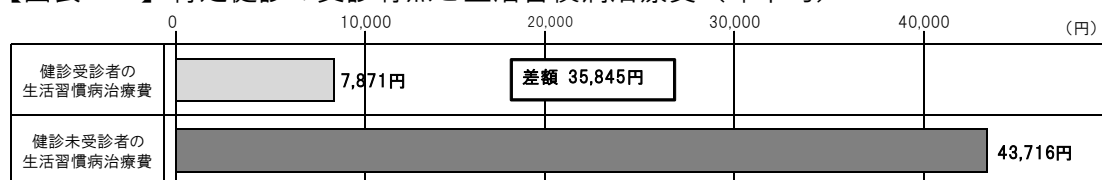
また、健診未受診者の1人当たり医療費は、健診受診者より年平均35,845円も高くなっているため、健診を受診し保健指導が実施されることで、生活習慣病の発症及び重症化予防につながり、医療費適正化が図られるものとなります。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、体の状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症及び重症化予防につなげるのが重要となってきます。

【図表 2 2】 特定健診対象者の健診及び生活習慣病受療状況



【図表 2 3】 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費（年平均）



【出典】KDB帳票 厚生労働省様式6-10 平成28年度累計より(作成日:平成29年12月)

5) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報等を分析した結果、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介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要な課題であることがわかりました。

そのため、中長期的な目標としては、平成35年度(2023)には平成28年度(2016)と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の総医療費に占める割合を0.1%減少させるほか、糖尿病性腎症による新規人工透析患者を0人にすることを目標にします。また、3年後をめどに進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しを行います。

②短期的な目標の設定

短期的な目標としては、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とします。

そのためには、医療受診が必要な者を医療につなげる働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行いながら、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図っていきます。

また、治療中であっても血液データが受診勧奨レベルを超えている者も多くいるため、

健診を継続して受診してもらうための受診勧奨や、治療の有無に関わらず状況に応じて栄養指導も含めた保健指導を実施していきます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、体の状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症及び重症化予防につなげることが重要となっています。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載しています。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第3期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、北海道医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期からは6年を一期として策定するほか、実施指針における趣旨に基づき、データヘルス計画と一体的に策定しています。

2. 目標値の設定

国が特定健康診査等基本指針に基づいて示した目標値を、計画期間の最終年度にあたる平成35年度（2023）の達成目標とします。

市町村国保の目標値については、特定健診受診率、特定保健指導実施率がともに60.0%として示されていますが、名寄市における平成30年度（2018）からの各年度における目標については次表のとおりとします。

なお、名寄市においては、平成25年度より対象年齢を30歳に引下げ、若年層においても健康診査を実施していますが、次表にあるのは40歳以上の法定部分の目標値となります。

【図表24】特定健診受診率及び特定保健指導実施率

	平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
特定健診受診率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

※特定保健指導実施率は、特定健診受診者で特定保健指導の対象となった者のうち、特定保健指導を実施する者の割合とします。名寄市においては、過去の推移から国が示す目標値を上回っており、今後も高い実施率を維持する目標設定となります。

3. 対象者の見込み

平成35年度（2023）までの各年度の特定健診対象者数と実施予定数の推計にあたっては、新名寄市総合計画の将来人口推計を基礎とし、次表のとおりとします。

【図表25】特定健診及び特定保健指導対象者見込み

		平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
特定健診	対象者数	4,505人	4,338人	4,172人	3,994人	3,819人	3,647人
	受診者数	1,576人	1,735人	1,877人	1,997人	2,100人	2,188人
特定保健指導	対象者数	173人	190人	206人	219人	231人	240人
	受診者数	138人	152人	164人	175人	184人	192人

4. 特定健診の実施

(1) 基本的な考え方

特定健診は、平成20年4月から施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」第18条で医療保険者に実施が義務付けられました。

糖尿病等の生活習慣病に重点を置いた健診であり、そのため生活習慣病のリスクを増幅するメタボリックシンドロームに着目した内容となっています。特定健診のほか、生活習慣改善のための保健指導を行うことで、生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見し、該当者を減少させることができます。

(2) 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。なお、委託できる者の基準については、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項のとおり厚生労働大臣の告示において定められており、実施機関と個別に契約を行います。

(3) 特定健診の実施場所

ア 集団健康診査

名寄、風連、智恵文地区の市内公共施設を使用し、委託健診機関により実施します。

イ 個別健康診査

特定健診委託基準を満たした、委託健診機関において実施します。

(4) 特定健診実施項目

ア 基本的な健康診査項目

ア) 質問項目

イ) 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）

ウ) 理学的検査（身体診察）

エ) 血圧測定

オ) 脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）

カ) 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））

キ) 血糖検査（空腹時血糖）

ク) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

イ 詳細な健康診査の項目

一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択します。

ア) 心電図検査

イ) 眼底検査

ウ) 貧血検査（赤血球数、血色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値）

なお、平成30年度（2018）より、心電図検査及び眼底検査の判断基準が変更となります。（図表26）

【図表 2 6】 健診・保健指導プログラムの変更点

現行	変更後
前年の健診結果で判断＋医師の判断	当該年度の健診結果で判断＋医師の判断 ※眼底は③に該当せず、当日血糖値が確認できない場合は前年度の結果において判断可能
<判定基準> ①血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上又は b HbA1c(NGSP) 5.6%以上 ②脂質異常 a 中性脂肪 150mg/dl 以上又は b HDL コレステロール 40mg/dl 未満 ③血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上又は b 拡張期血圧 85mmHg 以上 ④肥満 a 腹囲 男性 85 cm以上、女性 95 cm以上 又は b BMI≥25	<判定基準> ①血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl 以上又は b HbA1c(NGSP) 6.5%以上又は c 随時血糖 126mg/dl 以上 ②脂質異常 削除 ③血圧 a 収縮期血圧 140mmHg 以上又は b 拡張期血圧 90mmHg 以上 ④肥満 削除 ⑤問診等において不整脈が疑われる者

※変更後のプログラムでは、判定基準から「脂質異常」と「肥満」が削除されています。

ウ 追加項目（名寄市独自）

- ア) 腎機能検査（血清クレアチニン、血清尿酸）
- イ) 血糖検査（H b A 1 c）

（5）実施時期

- ア 集団健康診査 6月から1月の間に25回程度実施
- イ 個別健康診査 4月から3月まで通年実施

（6）医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、保険者がかかりつけ医から診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、医療機関へ十分な説明を実施し協力及び連携を行います。

また、検査データの提供にあたり、本人の同意が得られるよう、対象者へ案内を行います。

（7）健診の案内方法

- ア 年度当初に年間の特健診等の案内を広報する
- イ 特定健診対象者への受診券の発送
- ウ 保険証の更新時など周知文書の送付
- エ 健康まつりや健康相談などの際の個別勧奨
- オ 電話勧奨やP R文書の送付

(8) 事業主健診の健診受診者のデータ収集方法

本人の申し出による健診結果票の提出、または事業主へのデータの提供を依頼します。

5. 特定保健指導の実施

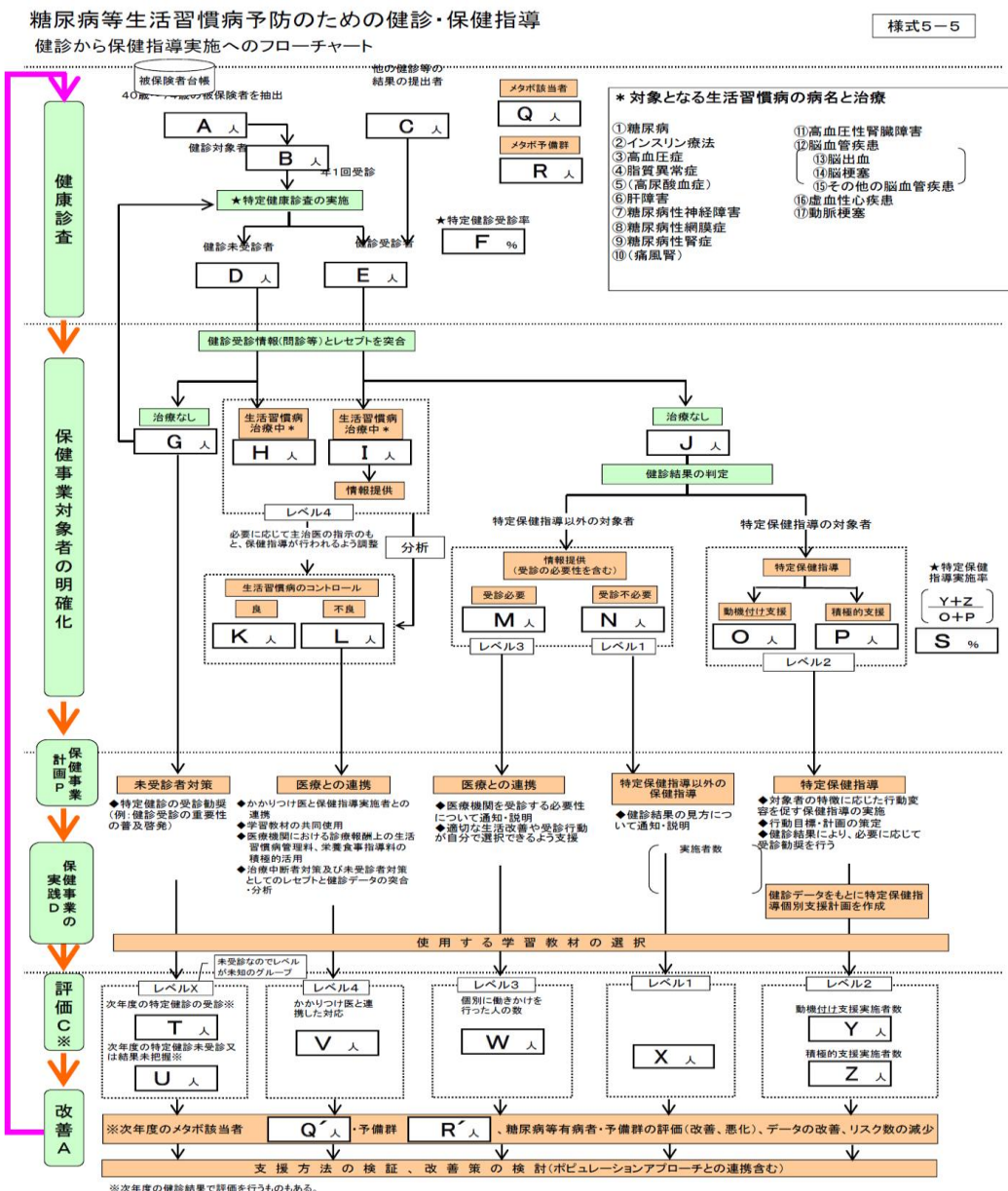
(1) 基本的な考え方

生活習慣病に移行させないために、対象者自身が特定健診の結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返ることや、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに自らが行動目標を実践できるよう支援します。また、対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とします。

(2) 健診から保健指導実施の流れ、支援方法（図表27・28）

「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27】健診から保健指導実施の流れ



【図表 28】 保健指導レベルに応じた優先順位・支援方法

優先順位	保健指導レベル	支援方法	目標実施率
1	特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	80%
2	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要がある者 ・受診の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 	100%
		<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要がない者 ・健診結果の見方について通知・説明 	
3	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診勧奨 (例：新規国保加入者への窓口勧奨、健診未申込者へのダイレクトメール等) 	100%

(3) 特定保健指導の実施場所

積極的支援及び動機づけ支援について、名寄市が実施場所として定めた市内公共機関等とし、直営により行います。

(4) 特定保健指導の実施内容

ア 動機づけ支援の内容

- ①初回時の面接による支援
- ②6か月後（または3か月後）の評価

イ 積極的支援の内容

- ①初回時の面接による支援
- ②3か月以上の継続的な支援
- ③6か月後（または3か月後）の評価

(5) 特定保健指導の実施時期

特定健診結果に基づき、随時実施します。

(6) 周知、案内方法

特定保健指導の対象者に対しては、個別に案内・説明をします。

(7) 利用券

特定保健指導の利用券は、利用の時期に合わせ、随時発行します。

(8) 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

【図表29】特定健診・特定保健指導の年間スケジュール

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
健診・保健指導日程等	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>保健センター</p> <p>風連日進コミュニティセンター ふうれん健康センター</p> <p>組合せ検診</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>保健センター</p> <p>ふうれん健康センター</p> <p>組合せ検診</p> <p>智恵文多目的 研修センター</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>保健センター</p> <p>ふうれん健康センター</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">個人検診</p> <p style="text-align: center;">特定保健指導</p>											
勸奨・広報活動	夏電話勸奨 5月中旬以降			秋冬健診勸奨 8月中旬以降								
	<ul style="list-style-type: none"> ○広報なよろ各種検診のお知らせチラシの折り込み ○国保新規加入者へ窓口勸奨 	<ul style="list-style-type: none"> ○お知らせ風(風連地区)→健診案内 ○地元新聞→健診特集掲載 ○受診券の発送 ○広報なよろ→健診案内 	<ul style="list-style-type: none"> ○お知らせ風(風連地区)→健診案内 	<ul style="list-style-type: none"> ○広報なよろ→健診案内 ○国保保険証に健診勸奨チラシ同封 	<ul style="list-style-type: none"> ○検査データの情報提供案内発送 	<ul style="list-style-type: none"> ○お知らせ風(風連地区)→健診案内 	<ul style="list-style-type: none"> ○お知らせ風(風連地区)→健診案内 ○広報ちえぶん→健診案内 ○医療講演会での健診勸奨 	<ul style="list-style-type: none"> ○地元新聞→健診特集 	<ul style="list-style-type: none"> ○広報なよろ→健診案内 ○お知らせ風(風連地区)→健診案内 			

6. 個人情報の保護

(1) 個人情報の保護

データの管理に関しては、個人情報の保護に関する法律のほか「国民健康保険組合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」及び名寄市個人情報保護条例の規定に基づき適正に行います。なお、データ管理責任者は、市民部市民課長とします。

また、特定健診・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、委託先の契約順守状況を管理するものとします。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の結果データは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発病予測等に活用できることから、原則5年間保存とし、特定健診等データ管理システム（北海道国民健康保険団体連合会提供）に保管します。

7. 実施計画の公表・周知

本計画は、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、名寄市ホームページ、広報なよろ等への掲載により公表・周知します。

8. 実施計画の評価・見直し

本計画の目標値については、高齢者の医療の確保に関する法律第142条に基づく結果報告（法定報告）の特定健診受診率及び特定保健指導実施率をもとに、前年度の法定報告が確定する11月に達成状況を評価します。

評価の結果は、実施計画がより実効性のあるものにするために活用するものとし、必要に応じて見直すものとします。

第4章 保健事業の内容

I 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、脳血管疾患において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、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、重症化予防とポピュレーションアプローチの取組を組み合わせ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組を行います。具体的には、医療受診が必要な者には受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携し、重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

また、自覚症状がない生活習慣病については、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くるため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II 重症化予防の取組

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にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」の報告書（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）及び国の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、取組にあたっては、図表30に沿って実施するものとします。

- (1) 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
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者への対応

【図表30】糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 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、国のプログラムに準じ、名寄市糖尿病性腎症予防対策実施要領に沿って、抽出すべき対象者を以下の通りとします。

①または②を満たし a～c に該当する者
①空腹時血糖 126mg/g l (随時血糖 200mg/g l) 以上
②HbA1c 6.5%以上
a.医療機関未受診者
b.医療機関受診中断者
c.糖尿病治療中
○糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者
・尿たんぱく(±)以上
・eGFR 60ml分/1.73m ² 未満
○糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

この取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。糖尿病性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)を基準とします。(図表31)

【図表31】糖尿病性腎症病期分類(改訂)

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
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(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	

糖尿病性腎症病期分類では、尿蛋白値(アルブミン値)及び腎機能(eGFR)で把握していきます。名寄市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。CKD診療ガイド2012では、尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも糖尿病性腎症病期の推測が可能となります。(参考資料1)

参考資料 1) 糖尿病管理台帳対象者の糖尿病性腎症病期分類状況

糖尿病性腎症病期分類	対象者 123人		第1期	再掲 (第2~4期)			第5期
			腎症前期	第2期	第3期	第4期	透析療法期
	eGFR		30以上	—	30以上		30未満
	尿蛋白	アルブミン尿	正常 アルブミン尿 (30未満)	—	微量 アルブミン尿 (30-299)	顕性 アルブミン尿 (300以上)	問わない
尿蛋白			—	—	—	—	—
		(-)	—	(±)	(+)以上	問わない	
		113人 (91.9%)	11人 (8.9%)	2人 (1.6%)	7人 (5.7%)	1人 (0.8%)	

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて、対象者数の把握を行っています。(図表32)

名寄市において、平成28年度特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は35人(28.5%・J)でした。また40~74歳における糖尿病治療者931人のうち、特定健診受診者は88人(9.5%・F)でした。

また、糖尿病治療中で特定健診未受診者807人(86.7%・D)のうち、過去に一度でも特定健診受診歴がある者62人中6人は治療中断であることがわかりました。また、56人については継続受診中ですがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表32より、名寄市においての介入方法を以下の通りとします。

優先順位1

【受診勧奨】

①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(J)・・・35人

②糖尿病の治療中であつたが中断者(H)・・・6人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、郵送等に対応

優先順位2

【保健指導】

糖尿病の治療をする患者のうち重症化するリスクの高い者(F)・・・88人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、郵送等に対応

・医療機関と連携した保健指導

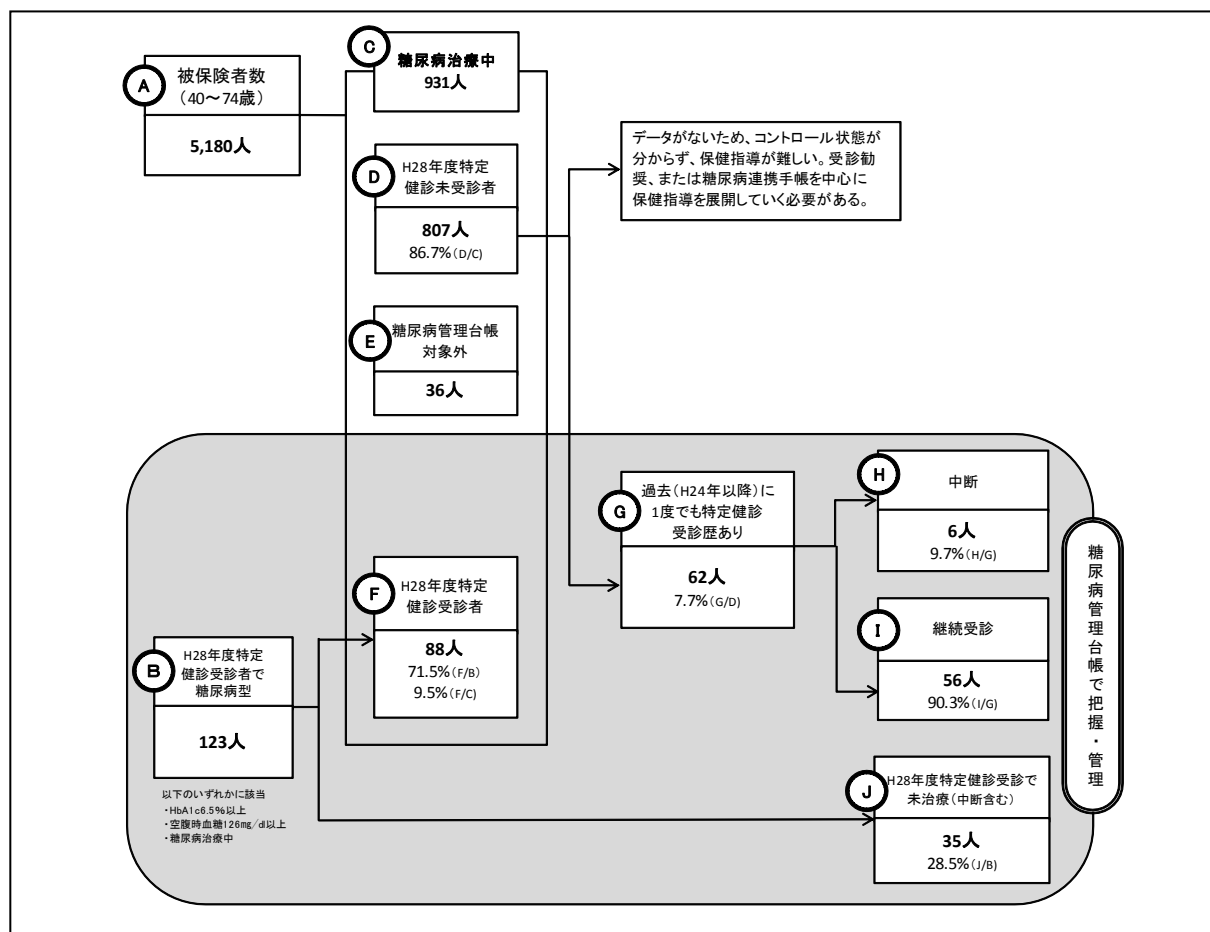
優先順位3

【保健指導】

過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者(I)・・・56人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、郵送等に対応

【図表 3 2】糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）



※「中断」は1年以上レセプトがない者
 ※「E」は資格喪失者等

3) 対象者の管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行い、地区ごとに作成して管理していきます。

【糖尿病管理台帳作成手順】

○台帳で管理する対象者は以下の通りとします。

＜健診データにおいて①または②を満たす者＞

①空腹時血糖 126mg/g l (随時血糖 200mg/g l) 以上

②HbA1c 6.5%以上

※1~2か月間の平均血糖値を反映し、血糖コントロール状態の指標となるHbA1cを軸に整理します。(「糖尿病治療ガイド2016-2017」より)

○管理する内容については以下の通りとし、各事項について確認して台帳に記載します。

(1) 健診データのリスク状況

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格の確認

(3) レセプトを確認し情報を記載する

<治療状況の把握>

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

(4) 台帳記載後、結果の確認

4) 保健指導の実施

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

5) 医療との連携

(1) 精密検査が必要な者について

腎機能の低下がみられ、精密検査が必要となる者に対し、承諾の得られた医療機関へ精密検査紹介状を通じて連携し、必要時、保健指導への助言をもらいます。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合、対象者の検査データの把握については、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携します。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導において、生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

7) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとし、中長期的評価については、中間評価と最終評価で行うものとし、短期的評価、中長期的評価ともに糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していきます。

(1) 短期的評価

- ① 対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ② かかりつけ医と連携して対応を行った数
- ③ HbA1c 6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、メタボリックシンドローム該当者の維持・改善
- ④ 健診受診率

(2) 中長期的評価

- ① HbA1c 7.0%以上の人数、うち糖尿病未治療者の割合の推移
- ② 新規人工透析導入者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ③ 人工透析にかかる医療費の推移

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、介入方法、実施方法の決定

特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入（通年）

糖尿病管理台帳への記載は随時実施

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組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等を参考に進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

第二期特定健康診査等実施計画では、国の基準において、詳細健診として心電図検査を実施してきており、年間20件ほどの検査実施となっていました。

第3期特定健康診査等実施計画からは、国の基準が変更となり、心電図検査では「当該年度健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われるもの」を基準に詳細健診として実施となります。Ⅱ度高血圧者の割合が同規模市と比べて高い当市では、検査対象者の増加が見込まれるため、各学会ガイドライン等を参考に、重症化予防対象者を明確にしていきます。

(2) 重症化予防対象者の把握

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つとなります。「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や血糖等のリスクと合わせ、心電図検査におけるST変化とはどのような状態であるかを健診データに合わせ、対象に応じた保健指導を実施していきます。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することから、タイプ別に把握し、心電図検査実施の状況や所見の有無を照らし合わせ把握していきます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表33の問診が重要であり、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を行うことで重症化の予防につながります。

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行い、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。その際、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うほか、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。また、治療中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。

【図表 3 3】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)

(2) 対象者の管理

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017によると、糖尿病は、虚血性心疾患における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を中心に行い、当市の課題であるⅡ度高血圧以上管理台帳、要医療管理台帳と合わせて管理していきます。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防において、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、対象者からの聞き取りのほか、かかりつけ医やKDB等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導において生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

6) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとし、各種台帳や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。

(1) 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

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患の総医療費に占める割合の推移

7) 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、介入方法、実施方法の決定

特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入（通年）

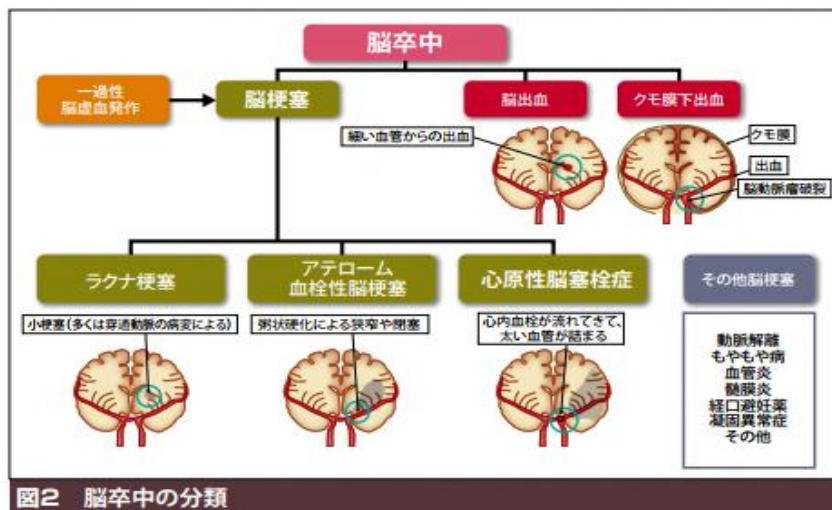
各種台帳への記載は随時実施

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組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表3 4・3 5)

【図表 3 4】脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 3 5】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	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、図表3 6に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで、受診勧奨対象者の把握が明確になります。

【図表36】特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●							○			○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●					○			○			
脳出血	心原性脳梗塞	●					●		○			○			
	脳出血	●													
くも膜下出血	くも膜下出血	●													
	リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKDB)		
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 1,597人		145人	9.1%	55人	3.4%	53人	3.3%	0人	0%	214人	13.4%	10人	0.6%	54人	3.4%
治療なし		59人	5.4%	21人	1.4%	46人	3.9%	0人	0%	40人	4.7%	3人	0.4%	14人	1.6%
治療あり		86人	16.8%	34人	27.4%	7人	1.7%	0人	0%	174人	23.3%	7人	0.9%	40人	5.4%
臓器障害あり		3人	5.1%	0人	0.0%	3人	6.5%	0人	-	0人	0.0%	3人	100%	14人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3人		0人		3人		0人		0人		3人		14人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		1人		0人		0人		3人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	3人		0人		2人		0人		0人		0人		14人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	

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145人(9.1%)であり、59人は未治療者でした。また未治療者のうち、3人(5.1%)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あるほか、治療中であってもⅡ度高血圧である者も86人(16.8%)いることがわかりました。治療中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。

(2) 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、高血圧は最も重要な危険因子です。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37)

【図表37】血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
1,085		379	295	154	198	47	12	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
		34.9%	27.2%	14.2%	18.2%	4.3%	1.1%	12	93	152
		1.1%	8.6%	14.0%				12	3	1
リスク第1層		11.2%	16.6%	12.2%	4.5%	6.1%	8.3%	100%	3.2%	0.7%
リスク第2層		47.8%	50.1%	47.8%	48.7%	45.5%	44.7%	--	90	23
リスク第3層		40.9%	33.2%	40.0%	46.8%	48.5%	48.9%	--	--	128
再掲 重複あり	糖尿病	72	18	16	12	22	2	2		
		16.2%	14.3%	13.6%	16.7%	22.9%	8.7%	22.2%		
	慢性腎臓病(CKD)	285	92	79	40	57	11	6		
	64.2%	73.0%	66.9%	55.6%	59.4%	47.8%	66.7%			
3個以上の危険因子		163	35	42	31	40	13	2		
	36.7%	27.8%	35.6%	43.1%	41.7%	56.5%	22.2%			

特定健診受診結果より(降圧治療者を除く)
(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表37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になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の把握

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症するもので、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。また、心房細動は脳梗塞のリスクとなりますが、心電図検査によって早期に発見することが可能です。よって、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に向けて準備を進めていく必要があります。

3) 保健指導の実施

(1) 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、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。その際、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うほか、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。また、治療中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。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上の者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、台帳に記載します。未治療者や中断者の把握に努め、受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように受診状況や服薬状況等を確認して、台帳を作成し経過を把握していきます。

(3) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防において、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、対象者からの聞き取りのほか、かかりつけ医やKDB等を活用しデータを収集していきます。

(4) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導において生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

4) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとし、各種台帳や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ます。

(1) 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

(2) 中長期的評価

脳血管疾患の総医療費に占める割合の推移

5) 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、介入方法、実施方法の決定

特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入（通年）

各種台帳への記載は随時実施

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態把握に努めるほか、健診データ等を活用しながら、対象に合わせた健康情報を広く市民に周知していきます。さらに、若い世代からの継続した健康づくりへの取組を進めていきます。

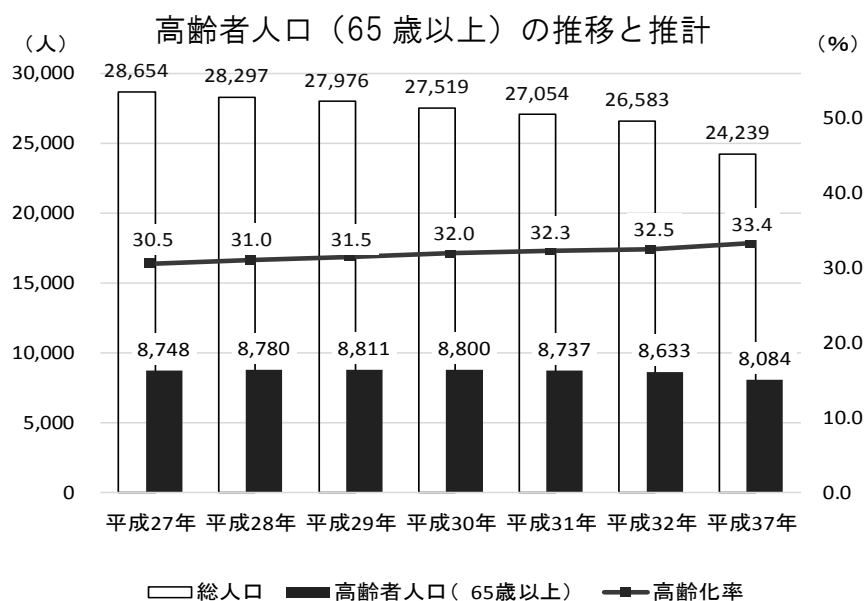
第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える平成52年(2040)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にて報告されています。

重度の要介護状態となる原因としては、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。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ることから、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながるものとなります。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必要がある、これは第4章の重症化予防の取組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く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も高い状況にあることから、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても市町村にとっても非常に重要なものとなります。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援につなげて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながっていきます。



「名寄市第7期高齢者保健医療福祉計画・介護保険事業計画」より抜粋

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後をめぐりとして、進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の平成35年度（2023）では、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても次の4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率・受療率、医療の動向等に基づいて、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に評価を行います。

また、特定健診に関する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。重症化予防の事業実施状況については、特に直ちに取り組むべき課題の解決として、毎年取りまとめるものとします。

3. 評価指標

関連計画	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								
特定保健増進計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	34.4%														特定健診・特定保健指導結果（特定健診等データ管理システム） 名古屋市健康増進計画（健康なよろ21）	
		特定保健指導実施率80%以上	85.2%															
		特定保健指導対象者の割合25%減少（20.9%）	27.9%															
中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.1%減少	5.7%														KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.1%減少	3.7%															
		人工透析の総医療費に占める割合0.1%減少	6.2%															
テーマヘルス計画・保険者努力支援制度	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	糖尿病性腎症による新規透析導入者を0人にする	1人														名古屋市健康増進計画（健康なよろ21） 国保分再掲	
		メタボリックシンドローム・予備群の割合25%減少（17.6%）	23.5%														名古屋市健康増進計画（健康なよろ21）	
		健診受診者の高血圧者の割合8%減少（160/100以上）	9.1%															
		健診受診者の脂質異常者の割合9%減少（LDL160以上）	10.1%															
		健診受診者の糖尿病者の割合5%減少（HbA1c6.5以上）	5.9%															特定健診受診者の結果
		糖尿病の未治療者が医療機関を受診した割合90%以上	55.6%															糖尿病受診率（血糖・HbA1c）した者のうち受診した者
		糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	68.6%															糖尿病管理台帳
		がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	18.9%															
		肺がん検診 50%以上	9.6%															
		大腸がん検診 50%以上	10.1%															
短期	がんの早期発見、早期治療	子宮頸がん検診 50%以上	16.7%															
		乳がん検診 50%以上	22.8%															
		なよろ健康マイレージの登録者数300人以上	111人															名古屋市保健活動報告
後発医薬品の削減	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	69.5%														国保連システム	

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

策定した計画は、広報なよろや名寄市ホームページ等に掲載し、名寄市情報公開条例に基づき積極的な情報提供に努めるものとします。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いは、名寄市個人情報保護条例によるものとします。なお、これらのデータは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発病予測等に活用できることから、経年的に保管・管理します。

第8章 その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画とするため、担当者（国保、保健、介護部門等）がデータヘルスに関する研修へ積極的に参加するとともに、事業推進に向けて関係部署と協議する場を設けるものとします。

用語解説

用語	解説
レセプト	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬明細書。
国保データベース (KDB) システム	国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステム。本システムを活用することで、健康づくりに関するデータ作成が効率化され地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となっている。
ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチする考え方。
生活習慣病	脳血管疾患、心臓病、糖尿病、がんなど、食生活、喫煙、運動などの生活習慣がその発症や進行に大きく関与する病気。
P D C A サイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進めるための手法の1つ。P l a n (計画)、D o (実行)、C h e c k (評価)、A c t (改善)の頭文字をつなげたもの。
標準化死亡比 (SMR)	年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率。
脳血管疾患	脳の血管が切れる脳出血や、血管がふさがる脳梗塞等。
虚血性心疾患	心臓に十分血液がいきわたっていない状態で「心筋梗塞」や「狭心症」をまとめていう。
人工透析	働かなくなった腎臓に代わり、人工的に血液中の毒素をろ過し取り除く治療。
1号被保険者・2号被保険者	65歳以上は1号被保険者。40～64歳は2号被保険者。
メタボリックシンドローム (内臓脂肪肥満)	内臓脂肪肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上あわせもった状態。
B M I (B o d y M a s s I n d e x)	肥満かどうかの目安として用いる体格指数。「B M I = 22」を標準とし、18.5未満はやせ、18.5～24.9は適正範囲、25以上は肥満と判定。
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期間。
健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差。
生命予後	病気、手術等の経過において、生命が維持できるかどうかについての予測。
S T - T 異常 S T 変化	S T - T は心電図検査の波形の一つ。S T に変化がみられる時に、心臓に栄養や酸素を送る血流が十分に届いていない場合がある。
I 度高血圧	収縮期血圧140-159mmHgかつ/又は拡張期血圧90-99mmHg。
II 度高血圧	収縮期血圧160-179mmHgかつ/又は拡張期血圧100-109mmHg。



第2期名寄市保健事業実施計画

(データヘルス計画)