

(案)

富良野市国民健康保険
第二期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第三期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 月

富良野市

第二期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第三期特定健康診査等実施計画

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	1
2.計画の位置付け	2
3.計画期間	5
4.関係者が果たすべき役割と連携	5
5.保険者努力支援制度	6
第2章 第一期計画に係る評価及び考察と 第二期計画における健康課題の明化	7
1.第一期計画に係る評価及び考察	7
2.第二期計画における健康課題の明確化	18
3.目標の設定	25
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	27
1.第三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.特定健康診査の実施	28
5.特定保健指導の実施	32
6.特定健康診査・特定保健指導の結果の保存	35
7.結果の報告	35
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	35
第4章 保健事業の内容	36
1.保健事業の方向性	36
2.重症化予防の取組	36
(1)脳血管疾患重症化予防	36
(2)糖尿病性腎症重症化予防	42
(3)虚血性心疾患重症化予防	52
3.広く市民に周知・啓発する取組み	57
第5章 地域包括ケアに係る取組	59
第6章 計画の評価・見直し	60
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	61

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化が進展するとともに、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、市町村国民健康保険、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）の三者（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用し、被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と明記されました。

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、市町村ごとの国民健康保険事業納付金の額を決定し、市町村と共に保険者となって財政運営を担うとともに、市町村はこれまで通り保健事業など医療費適正化の取組を主に行うという、いわゆる「国民健康保険制度の広域化」が図られることとなりました。さらに、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援を拡充する一環として医療保険加入者の重症化予防と健康づくりを進め、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることとなり、平成28年度から前倒して実施されています。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示、以下「国指針」という。）の一部改正等により、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、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されました。

本市においては、国指針に基づき、「第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患等を減らしていくことを中長期目標、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を減らしていくことを短期目標と定め、被保険者の健康増進・維持に取り組むこととし、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とします。

2. 計画の位置付け

本市では、国民健康保険の保険者として国民皆保険制度を将来にわたり持続可能な制度とするため、平成 20 年 3 月に「富良野市特定健康診査等実施計画」を策定し、数値目標を設定して、国民健康保険加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んできています。

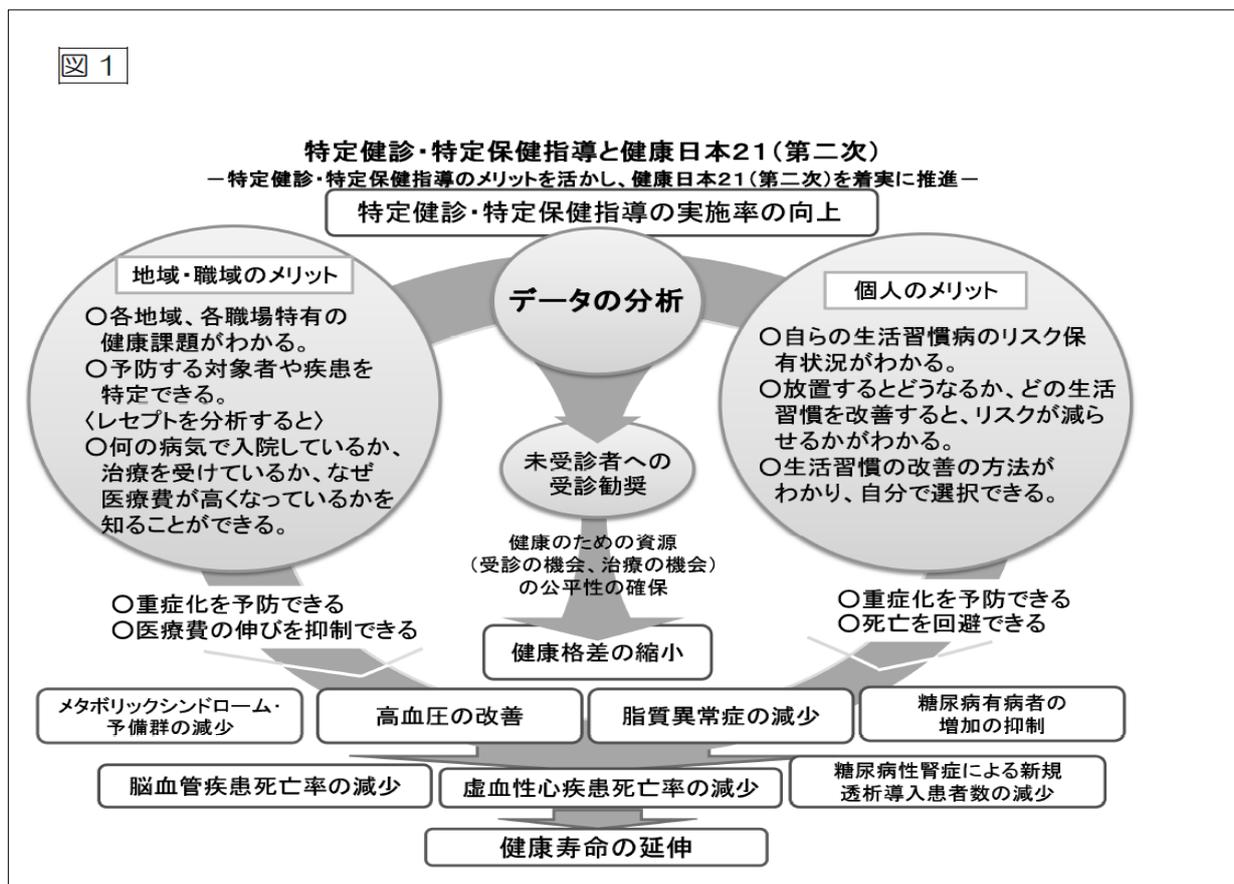
また、市民の健康状態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、平成 27 年 9 月に「富良野市保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、実証データに基づき、予防可能な生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施してきました。

このように、本市においては、特定健康診査等実施計画と保健事業実施計画（データヘルス計画）の二つの計画を両輪として保健事業を実施してきましたが、この度のデータヘルス計画の改定に当たり、両計画の連携を強化し、保健事業の実施及び評価、事業内容の見直しを行い、保健事業の実効性をより高めていくために、一体的な計画として第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定しました。

本計画は、効果的で効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果や、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿って運用していきます。【図表 1-1・1-2】

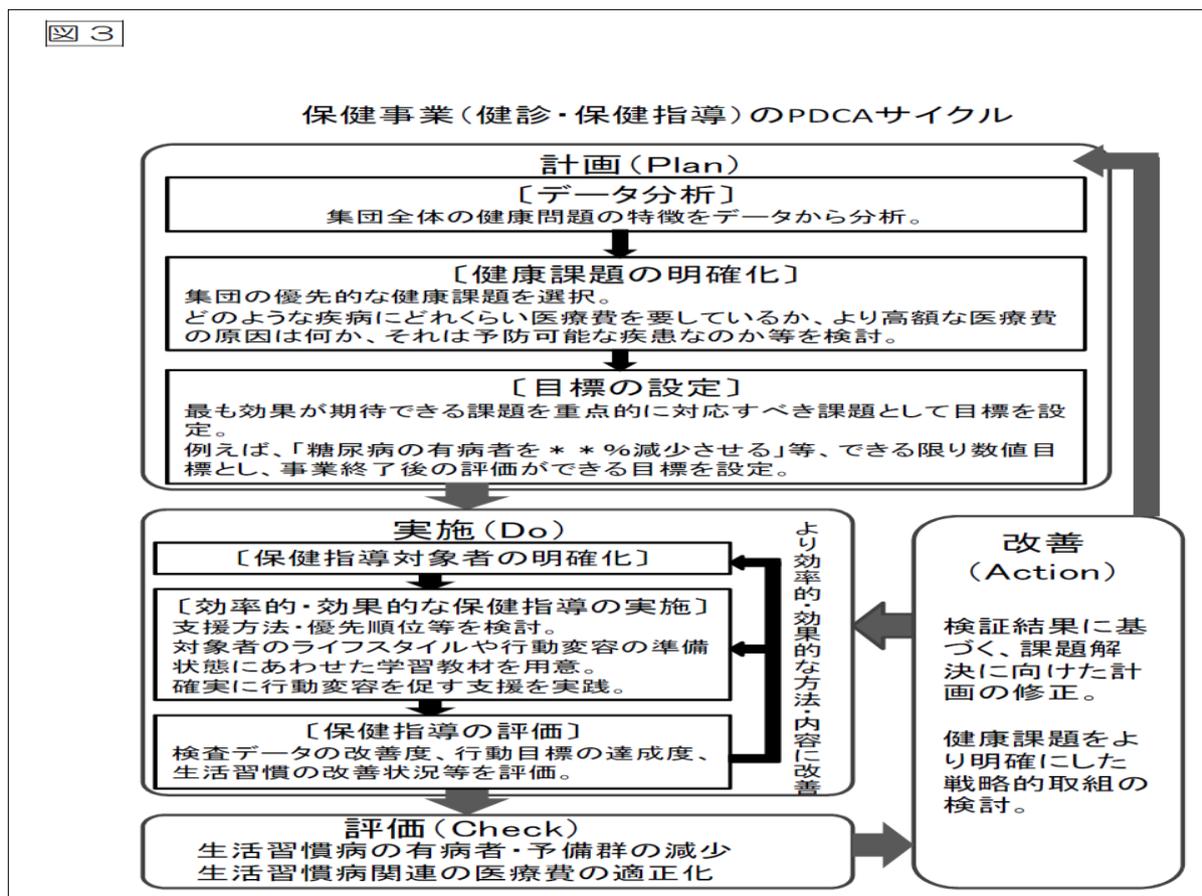
また、本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、すこやか北海道 21（北海道健康増進計画）や北海道医療費適正化計画、富良野市健康増進計画、富良野市第 7 期介護保険事業計画と連携を図ります。【図表 1-3】

【図表 1-1】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 1-2】 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 1-3】 平成 30 年度に向けた法定計画等の位置づけ

	※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				「医療費適正化計画」	「医療計画」
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機 能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障 制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による糖尿病等の 生活習慣病の予防 対策 を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を 抑え 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保 険者 がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の財政基盤強化 が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護状 態または要支援状態となることの 予防 又は、要介護 状態等の軽減もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の 青年期・壮年期 世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール 摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		<p>保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>			<p>保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>	

3. 計画期間

計画期間については、国指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とする」としていること、また、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（以下「手引書」という。）において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、北海道医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までとされていることから、これらとの整合性を図るため、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

本計画は、保険者である国民健康保険が策定する計画ですが、本市は国保の保健事業を保健医療課が主体的に実施していることから、保健医療課が主体となり国保担当部署である市民課と連携して策定します。また地域包括ケアシステムの取組みをすすめる高齢者福祉課とも連携し、関係部署が一体となって計画策定を進めます。

また、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿って実施するため、担当者の業務を明確化・標準化し、実施体制を整備していきます。

(2) 外部有識者の役割

本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（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等との連携・協力が重要です。

保険者である市は、国保連から計画策定の際に、特定健診データやレセプトデータなどによる課題抽出や事業実施後の評価・分析などを的確に実施するためKDBを活用したデータ分析や技術支援の研修を受けており、今後も内容の充実に努めることを期待しています。

また、国保は、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村とともに保険者となることから、道の関与が更に重要となることから、道の国保担当課と意見交換を行うなど連携を図っていきます。

さらに、富良野医師会等地域の保健医療関係者との連携や、道の保険者協議会等を活用し、他の医療保険者との連携・協力を図っていきます。

(3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

5. 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度を創設し、平成 30 年度から本格実施することとしています。すでに市町村では、平成 28 年度から、特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しています。

保険者努力支援制度による評価は、平成 30 年度は、糖尿病等の重症化予防の取組みや保険料（税）収納率の向上に関する取組みの実施状況を高く評価する配点となっており、毎年の実績を見ながら進化・発展させる仕組みとなっています。

本市の平成 28 年度は、総得点が 243 点で道内 179 市町村中 20 位、交付額は 348 万円でした。

【図表 1-4】 保険者努力支援制度の評価指標

評価指標		28年度 配点	29年度 配点	30年度 配点	30年度 (満点)
総得点（満点）		345	580	850	850
予算規模		150億円	250億円	500億円	
富良野市の総得点（体制構築加点含む）（点）		243			
富良野市の交付額		348万円			
共通①	特定健康診査受診率	15			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	10			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患（病）検診の実施	0			25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組みの実施状況	40			100
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20			70
	個人のインセンティブ提供	0			25
共通⑤	重複服薬者に対する取組み	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	8			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有①	収納率向上に関する取組みの実施状況	10			100
固有②	データヘルス計画の取組み	10			40
固有③	医療費通知の取組みの実施状況	10			25
固有④	地域包括ケアの推進の取組みの実施状況	5			25
固有⑤	第三者求償の取組みの実施	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70			60

出典：厚生労働省保険局・富良野市市民課医療国保係

※共通：保険者共通の指標

※固有：国民健康保険固有の指標

第2章 第一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. 第一期計画に係る評価及び考察

(1) 第一期計画に係る評価

①全体の経年変化

本市の人口は、平成22年国勢調査の24,157人から平成27年国勢調査では22,936人に減少していますが、65歳以上の高齢者は6,508人から7,096人に増え、高齢化率も26.9%から31.0%になり、同規模・道・国よりも高く、高齢化が進んでいます。【図表2-1-1-①】

死亡状況では、脳血管疾患の死亡は減少していますが、心臓病の死亡が増加しています。【図表2-1-2-①】また、男性の早世死亡が11.4%から14.3%に増えており、道・国よりも多くなっています。【図表2-1-2-②】

介護保険の要介護（支援）認定率が19.2%から21.4%に上がり、同規模より若干高くなっています。【図表2-1-3-①】1件あたりの介護給付費も高くなっており、同規模・道・国よりも高い状況です。【図表2-1-3-③】

国保の被保険者数は、平成25年度から約650人減少し、65歳以上の前期高齢者の割合が増えています。【図表2-1-4-①】入院と外来の割合は費用、件数とも平成25年度とほぼ同じで、入院は費用、件数ともに同規模・道・国より割合が高くなっています。【図表2-1-4-③】医療費では、がんと筋・骨格の医療費の割合が増えています。慢性腎不全（透析あり）の割合は減っています。【図表2-1-4-④】

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率は増加し、同規模・道・国より高くなっています。【図表2-1-5-②③】しかし、メタボリックシンドローム該当者は増えており、運動習慣なしの割合が増えていることもメタボリックシンドローム該当者が増えている要因のひとつと考えられます。【図表2-1-5-⑤、6-⑨⑩】

※同規模平均とは

KDBシステムでは、全国の同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模により13段階に区分されます。

本市は、同規模区分コード4（人口5万未満の市）に該当し、同規模平均は区分コード4に該当する259の市の平均となります。

【図表 2-1】 富良野市の地域特性の経年変化

同規模平均と比較して課題となるものに 31.0 経年変化で上昇に↑、下降に↓を付けています。

項目		H25				H28				データ元 (CSV)			
		富良野市		富良野市		同規模平均※		道				国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			実数	割合
1 人口動態	① 人口構成	総人口	24,157		22,936		9,030,767		5,381,733		127,094,745		統計局HP 国勢調査 H25～H22調査 H28～H27調査 ただし、同規模平均はH22調査
		65歳以上(高齢化率)	6,508	26.9	7,096	31.0 ↑	2,626,654	29.1	1,558,387	29.1	33,465,441	26.6	
		75歳以上	3,434	14.2	3,784	16.5			767,891	14.3	16,125,763	12.8	
		65～74歳	3,074	12.7	3,312	14.5			790,496	14.8	17,339,678	13.8	
		40～64歳	8,405	34.8	7,899	34.5			1,844,802	34.4	34,780,328	27.7	
	39歳以下	9,244	38.3	7,877	34.5			1,954,298	36.5	57,395,218	45.7		
	② 産業構成	第1次産業	20.5		20.8		11.4		7.4		4.0		
		第2次産業	13.9		13.7		27.5		17.9		25.0		
		第3次産業	65.6		65.5		61.1		74.7		71.0		
	③ 平均寿命 (H22)	男性	79.7		79.7		79.2		79.2		79.6		
女性		87.5		87.5		86.4		86.3		86.4			
④ 健康寿命 (H22)	男性	65.7		65.7		65.1		64.9		65.2			
	女性	67.1		67.0		66.8		66.5		66.8			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	96.7		94.5		104.8		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	98.3		88.7		101.5		97.6		100		
		女性											
		がん	67	55.4	108	59.3	32,164	46.4	18,759	51.6	367,905	49.6	
		心臓病	24	19.8	45	24.7	19,517	28.2	9,429	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	18	14.9	11	6.0	11,781	17.0	4,909	13.5	114,122	15.4	
	死因	糖尿病	4	3.3	3	1.6	1,340	1.9	669	1.8	13,658	1.8	
		腎不全	6	5.0	9	4.9	2,559	3.7	1,543	4.2	24,763	3.3	
		自殺	2	1.7	6	3.3	1,902	2.7	1,080	3.0	24,294	3.3	
		合計	26	10.3	28	9.4			6,845	11.1	136,944	10.5	
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	17	11.4	20	14.3			4,406	13.7	91,123	13.5		
	女性	9	8.7	8	5.0			2,439	8.2	45,821	7.2		
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,277	19.2	1,424	21.4 ↑	539,696	20.5	315,539	23.0	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		2号認定者	26	0.3	31	0.4	11,164	0.4	7,541	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	330	25.6	345	23.8	125,636	22.3	82,322	25.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	681	53.5	794	54.3	306,174	54.6	169,738	51.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	354	28.3	477	32.1	159,862	28.4	100,963	30.7	1,741,866	28.4	
		心臓病	742	57.9	848	58.4	349,548	62.5	189,496	57.9	3,529,682	58.0	
		脳疾患	342	27.6	392	26.2	154,945	27.9	79,966	24.6	1,538,683	25.5	
		がん	142	11.6	178	12.2	58,440	10.3	38,646	11.6	631,950	10.3	
		筋・骨格	674	49.7	765	52.8	303,462	54.1	168,752	51.4	3,067,196	50.3	
	精神	531	40.3	603	41.6	213,558	37.8	121,460	36.9	2,154,214	35.2		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	68,556		69,949 ↑		66,717		57,970		58,284			
	居宅サービス	41,741		45,090 ↑		41,744		38,885		39,662			
	施設サービス	284,142		285,538 ↑		278,164		283,121		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	10,331	10,098	8,281	8,974	7,980						
	医療費(40歳以上)	認定なし	4,785	4,700	4,037	4,605	3,816						
4 国保・医療	① 国保の状況	被保険者数	6,850		6,199		2,264,275		1,312,938		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	2,350	34.3	2,365	38.2			547,124	41.7	12,461,613	38.2	
		40～64歳	2,652	38.7	2,254	36.4			441,573	33.6	10,946,712	33.6	
		39歳以下	1,848	27.0	1,580	25.5			324,241	24.7	9,179,541	28.2	
	加入率	28.4		25.7		25.1		24.0		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.4	3	0.5	833	0.4	569	0.4	8,255	0.3	
		診療所数	10	1.5	11	1.8	6,529	2.9	3,377	2.6	96,727	3.0	
		病床数	567	82.8	567	91.5	135,296	59.7	96,574	73.6	1,524,378	46.8	
		医師数	45	6.6	44	7.1	16,982	7.5	12,987	9.9	299,792	9.2	
		外来患者数	582.5		582.2		698.5		646.1		668.1		
入院患者数	24.4		23.5		23.6		22.9		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	25,121	道内113位 同規模143位	25,272	道内131位 同規模198位	27,772	27,782	24,245					
	受診率	606,864		605,69		722,103		668,94		686,286			
	外来	費用の割合	52.9	52.5	56.9	55.2	60.1						
	件数の割合	96.0	96.1	96.7	96.6	97.4							
	入院	費用の割合	47.1	47.5	43.1	44.8	39.9						
	件数の割合	4.0	3.9	3.3	3.4	2.6							
1件あたり在院日数	16.1日		15.7日		17.0日		15.8日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (最大医療費資源病名(調剤含む))	がん	258,738,380	22.4	295,287,740	28.8 ↑	23.9	28.5	25.6					
	慢性腎不全(透析あり)	111,349,240	9.6	56,003,390	5.5	9.1	6.5	9.7					
	糖尿病	118,579,390	10.2	99,702,580	9.7	9.9	9.3	9.7					
	高血圧症	122,240,190	10.6	92,032,620	9.0	8.9	7.9	8.6					
	精神	231,518,450	20.0	182,992,530	17.9	19.6	17.2	16.9					
筋・骨格	137,530,730	11.9	177,465,480	17.3 ↑	15.2	16.4	15.2						

項目		H25				H28				データ元 (CSV)								
		富良野市		富良野市		同規模平均※		道				国						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			実数	割合					
4	国保・医療	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	573,091	80位 (17)	566,401	96位 (17)					KDB,NO.3 健診・医療・介護 データから みる地域の 健康課題					
				高血圧	571,038	118位 (18)	571,564	126位 (16)										
				脂質異常症	533,565	110位 (21)	581,550	70位 (19)										
				脳血管疾患	708,740	56位 (22)	733,738	40位 (19)										
				心疾患	774,741	44位 (18)	705,218	78位 (16)										
				腎不全	682,449	100位 (19)	638,818	111位 (18)										
				精神	426,671	136位 (26)	428,827	149位 (25)										
				悪性新生物	581,308	147位 (12)	673,780	53位 (14)										
				県内順位 順位総数183	入院の() 内は在院日数	外来	糖尿病	37,155	90位	38,835	71位							
							高血圧	30,751	109位	30,128	122位							
							脂質異常症	29,423	101位	28,422	111位							
							脳血管疾患	44,297	29位	49,979	16位							
							心疾患	54,141	13位	52,514	33位							
							腎不全	145,860	116位	116,554	133位							
							精神	27,393	138位	27,084	140位							
							悪性新生物	50,762	75位	57,796	70位							
							⑥	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	2,185			2,455		2,895		1,429
				健診未受診者	11,686				12,088		12,883			15,426		12,339		
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,700		7,881				7,709		4,353		6,742				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,166	54.7	1,252	58.9	359,875	55.6	143,243	57.4	4,427,360	56.1	KDB,NO.1 地域全体像 の把握					
		医療機関受診率	1,074	50.4	1,135	53.4	331,214	51.2	131,617	52.7	4,069,618	51.5						
		医療機関非受診率	92	4.3	117	5.5	28,661	4.4	11,626	4.7	357,742	4.5						
5	健診	特定健診の 状況	道内順位 順位総数183	健診受診者	2,131		2,127		647,170		249,675		7,898,427		KDB,NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題 KDB,NO.1 地域全体像 の把握			
				受診率	47.7	道内34位 同規模41位	51.9	道内30位 同規模26位	39.8	27.5	全国44位	36.4						
				特定保健指導終了者(実施率)	116	53.2	133	60.2	29,629	38.1	7,107	23.9	198,683	21.1				
				非肥満高血糖	178	8.4	165	7.8	68,180	10.5	19,584	7.8	737,886	9.3				
				メタボ	該当者	343	16.1	387	18.2	115,126	17.8	42,055	16.8	1,365,855		17.3		
					男性	230	25.2	272	29.5	78,359	27.4	28,852	27.8	940,335		27.5		
					女性	113	9.3	115	9.6	36,767	10.2	13,203	9.0	425,520		9.5		
				予備群	男性	189	8.9	194	9.1	69,101	10.7	26,495	10.6	847,733		10.7		
					女性	142	15.5	146	15.8	47,257	16.5	18,510	17.9	588,308		17.2		
				メタボ該当・ 予備群 レベル	女性	47	3.9	48	4.0	21,844	6.0	7,985	5.5	259,425		5.8		
					腹囲	総数	600	28.2	635	29.9	205,718	31.8	77,338	31.0		2,490,581	31.5	
				BMI	男性	423	46.3	458	49.6	139,882	48.9	53,297	51.4	1,714,251		50.2		
					女性	177	14.5	177	14.7	65,836	18.2	24,041	16.5	776,330		17.3		
				⑬	生活習慣の 状況	血糖のみ	9	0.4	17	0.8	4,666	0.7	1,436	0.6		52,296	0.7	
						血圧のみ	125	5.9	115	5.4	48,120	7.4	18,409	7.4		587,214	7.4	
						脂質のみ	55	2.6	62	2.9	16,315	2.5	6,650	2.7		208,214	2.6	
						血糖・血圧	42	2.0	36	1.7	19,030	2.9	6,203	2.5		212,002	2.7	
						血糖・脂質	24	1.1	13	0.6	6,579	1.0	2,088	0.8		75,032	0.9	
						血圧・脂質	160	7.5	200	9.4	53,745	8.3	21,216	8.5		663,512	8.4	
血糖・血圧・脂質	117	5.5	138			6.5	35,772	5.5	12,548	5.0	415,310	5.3						
高血圧	692	32.5	724			34.0	229,611	35.5	83,160	33.3	2,650,283	33.6						
糖尿病	180	8.4	187			8.8	53,445	8.3	18,205	7.3	589,711	7.5						
脂質異常症	596	28.0	663			31.2	154,568	23.9	61,645	24.7	1,861,221	23.6						
⑱	生活習慣の 状況	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	39	2.2	42	2.3	20,399	3.3	8,245	3.5	246,252	3.3						
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	71	4.0	105	5.8	35,833	5.8	13,251	5.6	417,378	5.5						
		腎不全	11	0.6	11	0.6	3,288	0.5	1,163	0.5	39,184	0.5						
		貧血	149	8.4	121	6.6	56,999	9.2	22,312	9.4	761,573	10.2						
		喫煙	400	18.8	390	18.3	87,621	13.5	41,773	16.7	1,122,649	14.2						
		週3回以上朝食を抜く	136	7.7	128	8.0	38,837	6.9	23,367	10.4	585,344	8.7						
		週3回以上食後間食	319	18.1	272	17.1	68,351	12.0	35,967	16.1	803,966	11.9						
		週3回以上就寝前夕食	269	15.3	212	13.3	82,506	14.5	32,801	14.7	1,054,516	15.5						
		食べる速度が速い	403	22.9	426	26.7	151,438	26.6	61,284	27.4	1,755,597	26.0						
		20歳時体重から10kg以上増加	531	30.1	471	29.5	176,120	31.1	74,549	33.3	2,192,264	32.1						
		1回30分以上運動習慣なし	1,108	62.2	1,209	66.2	355,238	62.0	139,348	61.9	4,026,105	58.8						
		1日1時間以上運動なし	783	44.0	888	48.7	258,590	45.1	107,812	48.0	3,209,187	47.0						
		睡眠不足	361	20.3	377	20.7	139,179	24.3	50,615	22.6	1,698,104	25.1						
		毎日飲酒	414	23.2	398	21.8	155,329	25.3	49,556	21.9	1,886,293	25.6						
時々飲酒	444	24.9	484	26.5	124,825	20.3	59,555	26.3	1,628,466	22.1								
⑳	一日飲酒量	1合未満	1,284	73.7	496	51.9	257,268	63.8	86,467	58.1	3,333,836	64.0						
		1~2合	312	17.9	273	28.6	97,734	24.3	39,620	26.6	1,245,341	23.9						
		2~3合	115	6.6	156	16.3	37,372	9.3	17,547	11.8	486,491	9.3						
		3合以上	31	1.8	30	3.1	10,629	2.6	5,131	3.4	142,733	2.7						

②中長期目標の達成状況

ア 介護給付費の経年変化

介護給付費の変化をみると、総額が増え、レセプト1件あたりの給付費も増えており、同規模・道・国より高くなっています。居宅サービスが増えています。

【図表 2-2】 介護給付費の変化

		介護給付費 (総額)	1件あたり給付費		
			全体	居宅サービス	施設サービス
市	H25年度	16億6,646万円	68,556円	41,741円	284,142円
	H28年度	17億4,019万円 ↑	69,949円 ↑	45,090円 ↑	285,538円 ↑
同規模	H25年度		63,338円	40,695円	291,534円
	H28年度		66,717円	41,744円	278,164円
道	H25年度		67,562円	41,726円	283,881円
	H28年度		57,970円	38,885円	283,121円
国	H25年度		60,506円	40,314円	287,485円
	H28年度		58,284円	39,662円	281,186円

出典：KDBシステム

イ 医療費の経年変化

医療費の変化をみると、総医療費は10%近く減少しており、同規模や道・国より減少率が大きくなっています。

1人当たりの医療費は、入院が1%ほど伸びていますが、同規模や道・国と比較すると伸び率は抑えられています。

【図表 2-3】 医療費の変化

		総医療費 (年間)	増減	増減率(%)			
				市	同規模	道	国
全体	H25年度	20億6550万円					
	H28年度	18億7003万円	▲1億9547万円	-9.46	0.19	-5.83	-0.29
入院	H25年度	9億7382万円					
	H28年度	8億8760万円	▲8,622万円	-8.85	0.46	-7.02	-0.74
外来	H25年度	10億9168万円					
	H28年度	9億8243万円	▲1億925万円	-10.01	-0.02	-4.85	0.01

		1人あたり医療費			増減率(%)		
		全体	入院	外来	全体	入院	外来
市	H25年度	25,121円	11,844円	13,277円			
	H28年度	25,272円	11,995円	13,277円	0.60	1.27	0.00
同規模	H25年度	25,657円	11,040円	14,620円			
	H28年度	27,772円	11,980円	15,790円	8.24	8.51	8.00
道	H25年度	26,441円	11,990円	14,450円			
	H28年度	27,782円	12,440円	15,340円	5.07	3.75	6.16
国	H25年度	22,383円	8,970円	13,420円			
	H28年度	24,245円	9,670円	14,580円	8.32	7.80	8.64

※医療費は、月平均額

出典：KDBシステム

ウ 最大医療資源(中長期目標疾患及び短期目標疾患)の経年変化

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(透析)に係る医療費の変化をみると、総医療費に占める割合は全て減少しており、道や国との比較でも低い割合です。

【図表 2-4】 目標疾患の医療費が総医療費に占める割合の変化

市町村名	総医療費	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		
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
		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	市	20億6550万円	5.39%	0.24%	2.38%	2.58%	5.74%	5.92%	3.07%	523,003,290円	25.32%	12.53%	11.21%	6.66%
H28	市	18億7003万円	2.99%	0.12%	1.81%	1.59%	5.33%	4.93%	2.68%	363,854,830円	19.46%	15.79%	9.79%	9.49%
H28	北海道	4470億6801万円	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	927億453万円	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%
	国	9兆6880億円	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆23991億円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

出典：KDBシステム

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

エ 中長期目標疾患の経年変化

中長期目標の疾患の変化をみると、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析すべて、被保険者数に占める割合が減少しています。虚血性心疾患と人工透析は、糖尿病治療者の割合が減少していますが、人工透析は、脳血管疾患の治療者の割合が増えています。

【図表 2-5】 中長期目標疾患の変化

厚労省様式 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
H25	全体	6,852	209	3.1%	39	18.7%	10	4.8%	173	82.8%	122	58.4%	147	70.3%
	64歳以下	4,519	62	1.4%	12	19.4%	9	14.5%	46	74.2%	38	61.3%	41	66.1%
	65歳以上	2,333	147	6.3%	27	18.4%	1	0.7%	127	86.4%	84	57.1%	106	72.1%
H28	全体	6,166	159	2.6%	40	25.2%	6	3.8%	137	86.2%	78	49.1%	96	60.4%
	64歳以下	3,821	41	1.1%	11	26.8%	5	12.2%	33	80.5%	21	51.2%	22	53.7%
	65歳以上	2,345	118	5.0%	29	24.6%	1	0.8%	104	88.1%	57	48.3%	74	62.7%

厚労省様式 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
H25	全体	6,852	177	2.6%	39	22.0%	4	2.3%	140	79.1%	89	50.3%	121	68.4%
	64歳以下	4,519	50	1.1%	12	24.0%	4	8.0%	35	70.0%	25	50.0%	33	66.0%
	65歳以上	2,333	127	5.4%	27	21.3%	0	0.0%	105	82.7%	64	50.4%	88	69.3%
H28	全体	6,166	143	2.3%	40	28.0%	6	4.2%	116	81.1%	76	53.1%	96	67.1%
	64歳以下	3,821	41	1.1%	11	26.8%	5	12.2%	30	73.2%	20	48.8%	22	53.7%
	65歳以上	2,345	102	4.3%	29	28.4%	1	1.0%	86	84.3%	56	54.9%	74	72.5%

厚労省様式 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
H25	全体	6,852	17	0.25%	4	23.5%	10	58.8%	16	94.1%	12	70.6%	10	58.8%
	64歳以下	4,519	14	0.31%	4	28.6%	9	64.3%	13	92.9%	10	71.4%	8	57.1%
	65歳以上	2,333	3	0.13%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	2	66.7%	2	66.7%
H28	全体	6,166	9	0.15%	6	66.7%	6	66.7%	9	100.0%	5	55.6%	6	66.7%
	64歳以下	3,821	8	0.21%	5	62.5%	5	62.5%	8	100.0%	5	62.5%	5	62.5%
	65歳以上	2,345	1	0.04%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%

出典：KDBシステム

③短期目標の達成状況

ア 短期目標疾患の経年変化

短期目標疾患の変化をみると、すべて被保険者に占める割合は減っています。

糖尿病は、人工透析の割合は減っていますが、インスリン療法や脳血管疾患の割合が若干増えていることから、重症化している状況が考えられます。また、糖尿病性腎症の割合も若干増加しており、腎症から人工透析に移行しないよう、今後も糖尿病性腎症の重症化予防の取組みをすすめていく必要があります。

【図表 2-6】 短期目標疾患の変化

厚労省様式 3-2		短期的な目標								中長期的な目標									
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,852	774	11.3%	63	8.1%	536	69.3%	526	68.0%	89	11.5%	122	15.8%	12	1.6%	28	3.6%	
	64歳以下	4,519	284	6.3%	23	8.1%	166	58.5%	184	64.8%	25	8.8%	38	13.4%	10	3.5%	13	4.6%	
	65歳以上	2,333	490	21.0%	40	8.2%	370	75.5%	342	69.8%	64	13.1%	84	17.1%	2	0.4%	15	3.1%	
H28	全体	6,166	596	9.7%	50	8.4%	408	68.5%	404	67.8%	76	12.8%	78	13.1%	5	0.8%	23	3.9%	
	64歳以下	3,821	188	4.9%	15	8.0%	106	56.4%	120	63.8%	20	10.6%	21	11.2%	5	2.7%	7	3.7%	
	65歳以上	2,345	408	17.4%	35	8.6%	302	74.0%	284	69.6%	56	13.7%	57	14.0%	0	0.0%	16	3.9%	

厚労省様式 3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
				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	6,852	1,343	19.6%	536	39.9%	910	67.8%	140	10.4%	173	12.9%	16	1.2%	
	64歳以下	4,519	432	9.6%	166	38.4%	286	66.2%	35	8.1%	46	10.6%	13	3.0%	
	65歳以上	2,333	911	39.0%	370	40.6%	624	68.5%	105	11.5%	127	13.9%	3	0.3%	
H28	全体	6,166	1,113	18.1%	408	36.7%	756	67.9%	116	10.4%	137	12.3%	9	0.8%	
	64歳以下	3,821	311	8.1%	106	34.1%	197	63.3%	30	9.6%	33	10.6%	8	2.6%	
	65歳以上	2,345	802	34.2%	302	37.7%	559	69.7%	86	10.7%	104	13.0%	1	0.1%	

厚労省様式 3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
				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	6,852	1,227	17.9%	526	42.9%	910	74.2%	121	9.9%	147	12.0%	10	0.8%	
	64歳以下	4,519	449	9.9%	184	41.0%	286	63.7%	33	7.3%	41	9.1%	8	1.8%	
	65歳以上	2,333	778	33.3%	342	44.0%	624	80.2%	88	11.3%	106	13.6%	2	0.3%	
H28	全体	6,166	1,050	17.0%	404	38.5%	756	72.0%	96	9.1%	117	11.1%	6	0.6%	
	64歳以下	3,821	329	8.6%	120	36.5%	197	59.9%	22	6.7%	24	7.3%	5	1.5%	
	65歳以上	2,345	721	30.7%	284	39.4%	559	77.5%	74	10.3%	93	12.9%	1	0.1%	

出典：KDBシステム

イ 特定健診結果の経年変化

特定健診結果の変化をみると、男女ともに HbA1c の有所見者が減っており、男性は空腹時血糖の有所見者も減っています。一方、男性は腹囲・中性脂肪・血圧の有所見者が増えており、メタボリックシンドローム該当者の増加につながっていると考えられます。

血圧の有所見者は、女性も増えており、高血圧対策も重要になると考えられます。

【図表 2-7】 特定健診有所見者の割合の変化

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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
H25	合計	324	35.4	423	46.3	237	25.9	226	24.7	69	7.5	316	34.6
	40-64歳	163	38.5	203	48.0	131	31.0	132	31.2	32	7.6	135	31.9
	65-74歳	161	32.8	220	44.8	106	21.6	94	19.1	37	7.5	181	36.9
H28	合計	333	36.1	458	49.6	286	31.0	220	23.8	85	9.2	282	30.6
	40-64歳	147	37.9	196	50.5	131	33.8	135	34.8	40	10.3	103	26.5
	65-74歳	186	34.8	262	49.0	155	29.0	85	15.9	45	8.4	179	33.5

男性		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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								
H25	合計	480	52.5	141	15.4	423	46.3	262	28.7	423	46.3	7	0.8
	40-64歳	196	46.3	87	20.6	159	37.6	132	31.2	221	52.2	3	0.7
	65-74歳	284	57.8	54	11.0	264	53.8	130	26.5	202	41.1	4	0.8
H28	合計	460	49.8	181	19.6	453	49.1	324	35.1	446	48.3	9	1.0
	40-64歳	163	42.0	91	23.5	159	41.0	151	38.9	213	54.9	2	0.5
	65-74歳	297	55.5	90	16.8	294	55.0	173	32.3	233	43.6	7	1.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100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
H25	合計	284	23.3	177	14.5	177	14.5	136	11.2	27	2.2	242	19.9
	40-64歳	121	21.8	68	12.3	72	13.0	64	11.5	8	1.4	92	16.6
	65-74歳	163	24.6	109	16.5	105	15.9	72	10.9	19	2.9	150	22.7
H28	合計	295	24.5	177	14.7	196	16.3	128	10.6	24	2.0	249	20.7
	40-64歳	97	20.7	52	11.1	54	11.5	53	11.3	6	1.3	69	14.7
	65-74歳	198	26.9	125	17.0	142	19.3	75	10.2	18	2.4	180	24.5

女性		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
H25	合計	612	50.3	21	1.7	488	40.1	228	18.7	656	53.9	1	0.1
	40-64歳	233	42.0	10	1.8	177	31.9	101	18.2	309	55.7	0	0.0
	65-74歳	379	57.3	11	1.7	311	47.0	127	19.2	347	52.4	1	0.2
H28	合計	583	48.4	29	2.4	544	45.2	285	23.7	653	54.2	4	0.3
	40-64歳	182	38.9	6	1.3	153	32.7	106	22.6	252	53.8	0	0.0
	65-74歳	401	54.5	23	3.1	391	53.1	179	24.3	401	54.5	4	0.5

出典：KDBシステム

【図表 2-8】 メタボリックシンドローム該当者の変化

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		高脂質	
		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	合計	914	44.8	51	5.6	142	15.5	9	1.0	95	10.4	38	4.2
	40-64歳	423	39.6	38	9.0	72	17.0	5	1.2	41	9.7	26	6.1
	65-74歳	491	50.6	13	2.6	70	14.3	4	0.8	54	11.0	12	2.4
H28	合計	923	50.2	40	4.3	146	15.8	13	1.4	87	9.4	46	5.0
	40-64歳	388	43.1	29	7.5	65	16.8	4	1.0	37	9.5	24	6.2
	65-74歳	535	57.2	11	2.1	81	15.1	9	1.7	50	9.3	22	4.1

男性		健診受診者		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	914	44.8	230	25.2	33	3.6	20	2.2	101	11.1	76	8.3
	40-64歳	423	39.6	93	22.0	11	2.6	12	2.8	41	9.7	29	6.9
	65-74歳	491	50.6	137	27.9	22	4.5	8	1.6	60	12.2	47	9.6
H28	合計	923	50.2	272	29.5	26	2.8	11	1.2	130	14.1	105	11.4
	40-64歳	388	43.1	102	26.3	7	1.8	6	1.5	55	14.2	34	8.8
	65-74歳	535	57.2	170	31.8	19	3.6	5	0.9	75	14.0	71	13.3

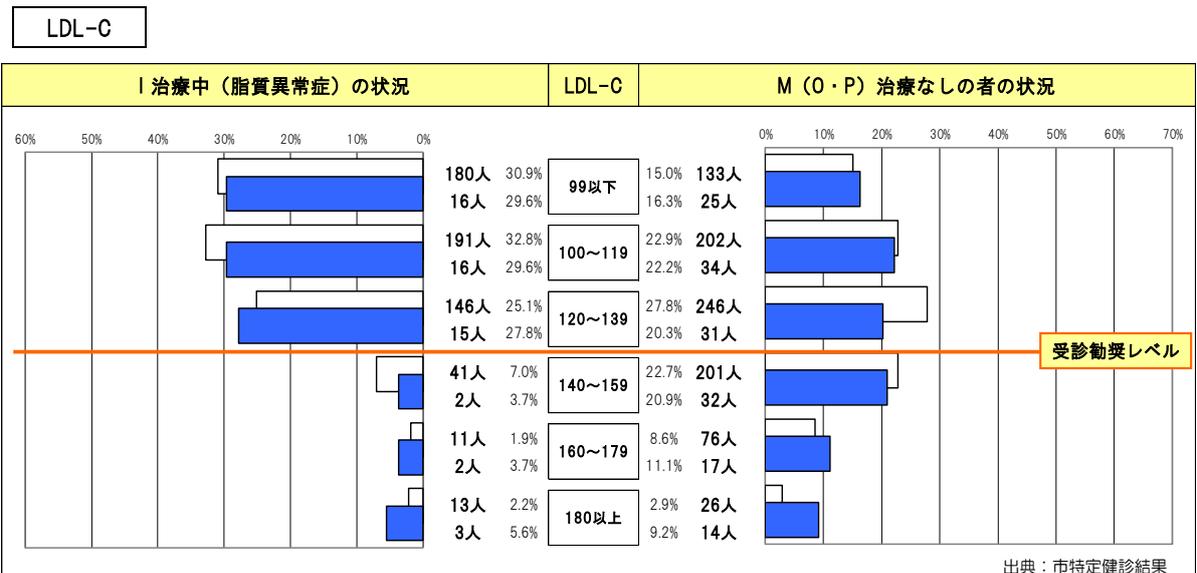
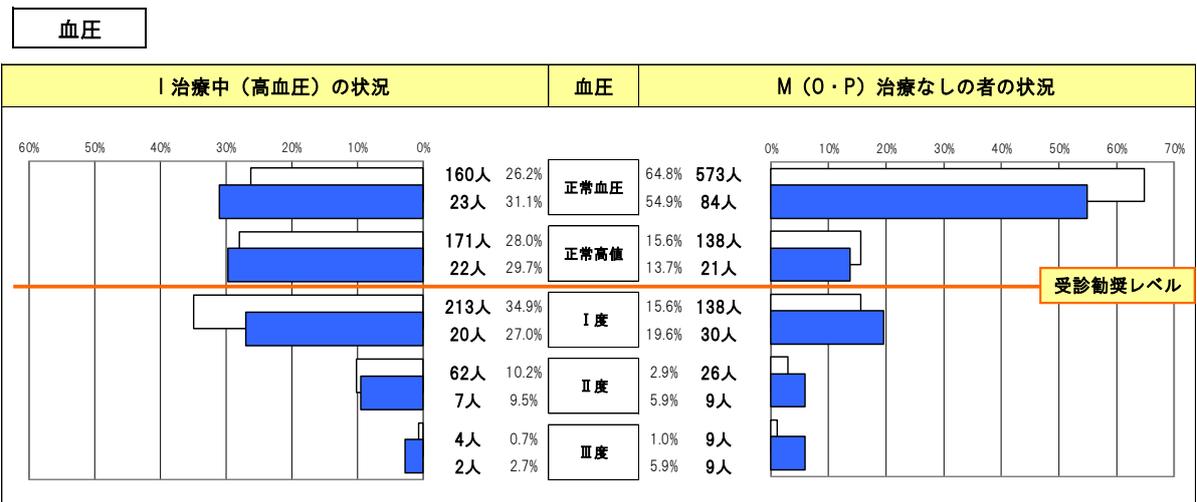
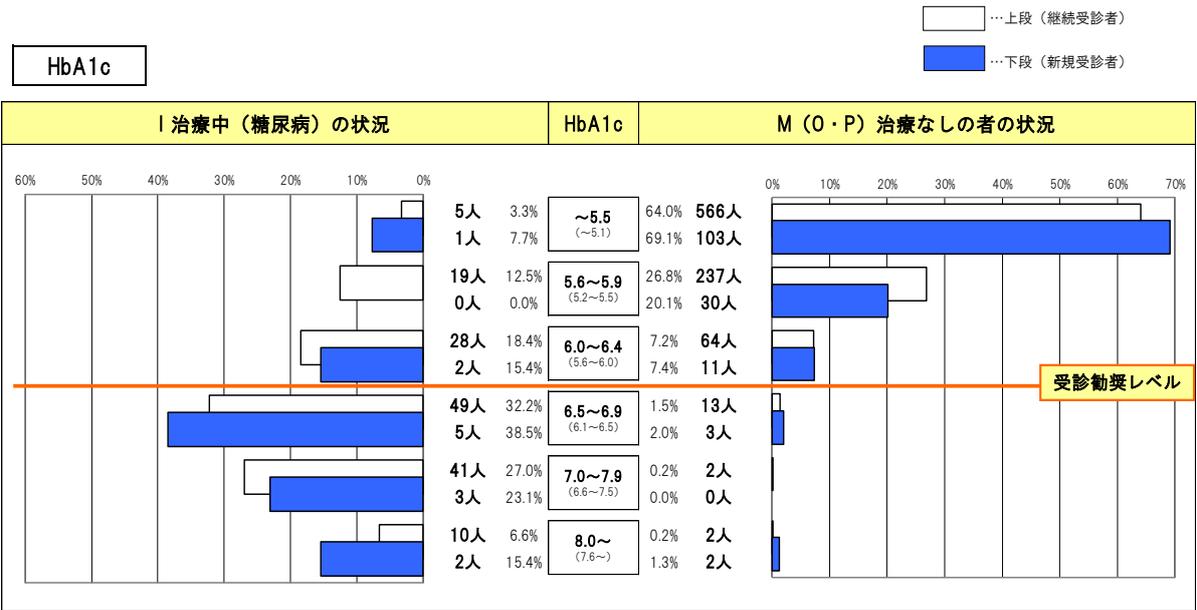
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,217	50.2	17	1.4	47	3.9	0	0.0	30	2.5	17	1.4
	40-64歳	555	46.9	9	1.6	20	3.6	0	0.0	9	1.6	11	2.0
	65-74歳	662	53.3	8	1.2	27	4.1	0	0.0	21	3.2	6	0.9
H28	合計	1,204	53.3	14	1.2	48	4.0	4	0.3	28	2.3	16	1.3
	40-64歳	468	47.2	9	1.9	21	4.5	2	0.4	12	2.6	7	1.5
	65-74歳	736	58.1	5	0.7	27	3.7	2	0.3	16	2.2	9	1.2

女性		健診受診者		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,217	50.2	113	9.3	9	0.7	4	0.3	59	4.8	41	3.4
	40-64歳	555	46.9	39	7.0	5	0.9	2	0.4	18	3.2	14	2.5
	65-74歳	662	53.3	74	11.2	4	0.6	2	0.3	41	6.2	27	4.1
H28	合計	1,204	53.3	115	9.6	10	0.8	2	0.2	70	5.8	33	2.7
	40-64歳	468	47.2	22	4.7	2	0.4	0	0.0	16	3.4	4	0.9
	65-74歳	736	58.1	93	12.6	8	1.1	2	0.3	54	7.3	29	3.9

出典：KDBシステム

健診の継続受診者と新規受診者を比べると、治療なしの場合、HbA1c、血圧、LDL コレステロールのすべてにおいて、新規受診者のほうが受診勧奨レベルの割合が高い状況です。治療中の場合も、コントロール不良の割合が多く、医療機関と連携して保健指導を行う必要があります。【図表 2-9】

【図表 2-9】 継続受診者と新規受診者の比較（平成 28 年度）



重症化予防対象者の有所見割合を比べると、血圧、LDL コレステロール、中性脂肪、メタボリックシンドローム、eGFR※の5項目で有所見者の割合が増えている状況です。特に男性の有所見者の割合が改善されていません。高血圧やメタボの状態が続くことで血管が傷み、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析へ重症化しないように取組む必要があります。

※eGFR：推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表します。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出します。

【図表 2-10】 重症化予防対象者の推移

全体	健診受診者数	血圧Ⅱ度以上		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ基準該当		HbA1c 6.5%以上		尿たんぱく 2+以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
		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	2,221	147	6.6	56	2.5	52	2.3	358	16.1	125	5.6	17	0.8	50	2.3
H28	2,231	155	6.9↑	68	3.0↑	64	2.9↑	405	18.2↑	122	5.5	18	0.8	85	3.8↑

男性	健診受診者数	血圧Ⅱ度以上		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ基準該当		HbA1c 6.5%以上		尿たんぱく 2+以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
		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	956	71	7.4	14	1.5	40	4.2	243	25.4	68	7.1	13	1.4	25	2.6
H28	969	82	8.5↑	25	2.6↑	46	4.7↑	288	29.7↑	68	7.0	10	1.0	34	3.5↑

女性	健診受診者数	血圧Ⅱ度以上		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ基準該当		HbA1c 6.5%以上		尿たんぱく 2+以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
		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	1,265	76	6.0	42	3.3	12	0.9	115	9.1	57	4.5	4	0.3	25	2.0
H28	1,262	73	5.8	43	3.4	18	1.4↑	117	9.3	54	4.3	8	0.6	51	4.0↑

出典：市特定健診結果

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率の経年変化

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに H25 年度から増加しています。特定保健指導の実施率は、第2期計画の目標の60%を達成しました。

【図表 2-11】 特定健診受診率・特定保健指導実施率の変化

項目	特定健診				特定保健指導			
	対象者数	受診者数	受診率	道内34市中の順位	対象者数	終了者数	実施率	道内34市中の順位
H25	4,462	2,130	47.7%	2位	218	116	53.2%	8位
H26	4,365	2,166	49.6%	2位	216	119	55.1%	8位
H27	4,246	2,174	51.2%	2位	204	140	68.6%	6位
H28	4,074	2,119	52.0%↑	2位	220	133	60.5%↑	8位

出典：法定報告

(2) 第一期計画に係る考察

第一期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症（人工透析）を重点に重症化予防を進めてきました。

その結果、3つの疾患すべて、患者数、医療費ともに減少しており、重症化予防と医療費適正化につなげることができました。

国保加入者数の減少の要因もありますが、加入者の高齢化がありながらも、加齢にともなって増加する3つの疾患について、患者数・医療費ともに総数に占める割合が少なくなっていることは、これまでの取組みの成果もあったと考えます。

自覚症状のないうちに住民が自らの体の状態を確認できる機会である特定健診は、保健指導対象者を明確にするためにも重要であることから、健診対象者台帳を整備し、対象者の状況に応じた受診勧奨の取組みを積極的に行った結果、受診率を伸ばすことができました。また、特定保健指導についても、実施体制を地区担当制にしたこともあり、重点的に勧奨した結果、実施率を伸ばすことができました。

しかし、特定健診の結果では、肥満や脂質、血圧の有所見者の割合が増加しており、メタボリックシンドローム該当者の割合も増加していることから、引き続き個々の体の状態に応じた保健指導を行い、重症化予防に取り組む必要があります。

2. 第二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医療（レセプト）の分析

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

平成 28 年度の本市の一人あたり医療費は、同規模平均や道よりも低くなっていますが、国よりは高い状況です。入院と外来の比較では、入院はわずか 3.9%の件数で、費用額全体の 47.5%を占めています。入院を減らすことは疾病の重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも重要と考えます。

【図表 2-12】 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



出典：KDB システム

イ 高額医療費の状況

月 100 万円以上の高額レセプトは、平成 28 年度 156 人で 205 件ありました。中長期目標の疾患である脳血管疾患は 10 人で 11 件、虚血性心疾患は 8 人で 9 件となっており全体の約 1 割となっています。

脳血管疾患 10 人と虚血性心疾患 8 人の健診・治療履歴をみると、18 人中 10 人は健診未受診でした。また、11 人は高血圧などの基礎疾患が重症化した結果発症しています。

健診未受診者を減らし、発症予防・重症化予防に取り組むことが必要です。

【図表 2-13】 高額医療費（月 100 万円以上）の状況

出典：KDB システム

	全体	循環器疾患 29人(18.6%)						がん	その他
		脳血管疾患		虚血性心疾患		その他			
人数	156人	10人 6.4%	8人 5.1%	11人 7.1%	60人 38.5%	80人 51.3%			
件数	205件	11件 5.4%	9件 4.4%	11件 5.4%	76件 37.1%	98件 47.8%			
	年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 8.2%		
		40代	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.9%	1 1.0%		
		50代	1 9.1%	2 22.2%	2 18.2%	11 14.5%	9 9.2%		
		60代	4 36.4%	3 33.3%	4 36.4%	35 46.1%	54 55.1%		
		70-74歳	5 45.5%	4 44.4%	5 45.5%	27 35.5%	26 26.5%		
費用額	3億2357万円	1967万円 6.1%	1864万円 5.8%	2803万円 8.7%	1億0865万円 33.6%	1億4858万円 45.9%			
	1件あたり費用	179万円	207万円	255万円	143万円	152万円			

* 最大医療資源傷病名（主病）で計上

* 疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

【図表 2-14】 高額医療患者の受診履歴

		脳血管疾患	虚血性心疾患	計
月100万以上人数		10人	8人	18人
発症前の 健診歴	あり	4人	4人	8人
	なし	6人	4人	10人
発症前の 基礎疾患 治療歴	あり	4人	7人	11人
	なし	6人	1人	7人

出典：KDB システム

ウ 長期入院の状況

6か月以上の長期入院レセプトは、平成 28 年度 38 人で 354 件ありました。7 割以上が精神疾患となっており、脳血管疾患・虚血性心疾患は 7 人、29 件で全体の約 2 割でした。

【図表 2-15】 長期入院の状況

		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	38人	76.3%	29人	4人	3人
			7.9%	10.5%	7.9%
件数	354件	74.6%	264件	19件	10件
			2.8%	5.4%	2.8%
費用額	1億4441万円	69.2%	9990万円	943万円	317万円
			2.2%	6.5%	2.2%

*精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

出典：KDB システム

エ 人工透析の状況

長期療養する疾患である人工透析患者は 8 人で、半数の 4 人が糖尿病にも罹患しています。また、脳血管疾患や虚血性心疾患を発症している患者も 6~7 割を占めています。

市全体の人工透析患者のうち、65 歳未満の患者の 7 割は国保加入者となっています。

【図表 2-16】 人工透析の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H29.3 診療分	人数	8人	4人	6人	5人
			62.5%	75.0%	62.5%
H28年度 累計	件数	122件	72件	70件	77件
			63.1%	57.4%	63.1%
	費用額	6025万円	3587万円	3618万円	3942万円
			65.4%	60.1%	65.4%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

出典：KDB システム

【図表 2-17】 年齢別人工透析患者数

	39歳以下	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計
人数	0	10	19	14	43
割合	0.0%	23.3%	44.2%	32.6%	100.0%
国保加入者 (再掲)	0	7	1		43

出典：市福祉課

②介護（レセプト）の分析

本市の要介護（支援）認定率をみると、65歳未満が0.37%、65～74歳が4.1%、75歳以上になると一気に上がり37.8%になっています。

介護認定者の有病状況をみると、脳血管疾患の有病率が2号認定者で66.7%、前期高齢者で46.3%と高率になっています。高血圧などの基礎疾患を合わせた血管疾患の有病率も2号認定者で79.2%、前期高齢者で92.6%と高率になっており、血管疾患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、介護予防にもつながります。

【図表 2-18】 何の疾患で介護認定を受けているか

出典：KDB システム

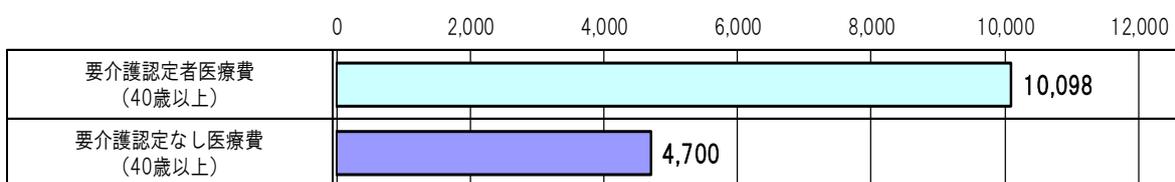
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号				1号				合計						
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計						
	被保険者数			8,405人		3,074人		3,434人		6,508人		14,913人					
認定者数	認定率		0.37%		4.1%		37.8%		21.9%		9.8%						
	新規認定者数（*1）		6人		33人		205人		238人		244人						
介護度別人数	要支援1・2		9	29.0%	59	46.5%	432	33.3%	491	34.5%	500	34.4%					
	要介護1・2		12	38.7%	38	29.9%	518	39.9%	556	39.0%	568	39.0%					
	要介護3～5		10	32.3%	30	23.6%	347	26.8%	377	26.5%	387	26.6%					
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号				1号				合計						
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計						
	介護件数（全体）		31		127		1,297		1,424		1,455						
再）国保・後期		24		108		1,226		1,334		1,358							
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	16	66.7%	脳卒中	50	46.3%	脳卒中	497	40.5%	脳卒中	563	41.5%		
			2	虚血性心疾患	4	16.7%	虚血性心疾患	34	31.5%	虚血性心疾患	451	36.8%	虚血性心疾患	485	36.4%	虚血性心疾患	489
	3		腎不全	3	12.5%	腎不全	13	12.0%	腎不全	145	11.8%	腎不全	158	11.8%	腎不全	161	11.9%
	基礎疾患（*2）	糖尿病	11	45.8%	糖尿病	71	65.7%	糖尿病	796	64.9%	糖尿病	867	65.0%	糖尿病	878	64.7%	
		高血圧	15	62.5%	高血圧	88	81.5%	高血圧	1060	86.5%	高血圧	1148	86.1%	高血圧	1163	85.6%	
		脂質異常症	9	37.5%	脂質異常症	68	63.0%	脂質異常症	730	59.5%	脂質異常症	798	59.8%	脂質異常症	807	59.4%	
	血管疾患合計		合計	19	79.2%	合計	100	92.6%	合計	1169	95.4%	合計	1269	95.1%	合計	1288	94.8%
	認知症		認知症	1	4.2%	認知症	26	24.1%	認知症	478	39.0%	認知症	504	37.8%	認知症	505	37.2%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	20	83.3%	筋骨格系	93	86.1%	筋骨格系	1139	92.9%	筋骨格系	1232	92.4%	筋骨格系	1252	92.2%

*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) 有病状況は、国保と後期高齢加入者のみ集計

*3) 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 2-19】 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



出典：KDB システム

③健診の分析

健診の有所見状況をみると、男女とも空腹時血糖・拡張期血圧・BMI・GPTの割合が道・国より高くなっています。男性は中性脂肪・HDL-C・尿酸も道・国より高く、女性は収縮期血圧も道・国より高くなっています。また40～64歳の男性は、中性脂肪・尿酸・拡張期血圧の割合が65歳以上の男性より高く、若いころからの血管変化、動脈硬化の進行が心配されます。

【図表 2-20】 健診の有所見者状況

出典：KDB システム

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		
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	
富良野市	合計	333	36.1	458	49.6	286	31.0	220	23.8	85	9.2	282	30.6
	40-64歳	147	37.9	196	50.5	131	33.8	135	34.8	40	10.3	103	26.5
	65-74歳	186	34.8	262	49.0	155	29.0	85	15.9	45	8.4	179	33.5

男性	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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									
全国	55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
北海道	51,998	50.2	15,185	14.6	52,940	51.1	26,789	25.8	52,221	50.4	1,524	1.5	
富良野市	合計	460	49.8	181	19.6	453	49.1	324	35.1	446	48.3	9	1.0
	40-64歳	163	42.0	91	23.5	159	41.0	151	38.9	213	54.9	2	0.5
	65-74歳	297	55.5	90	16.8	294	55.0	173	32.3	233	43.6	7	1.3

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100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	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		
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	
富良野市	合計	295	24.5	177	14.7	196	16.3	128	10.6	24	2.0	249	20.7
	40-64歳	97	20.7	52	11.1	54	11.5	53	11.3	6	1.3	69	14.7
	65-74歳	198	26.9	125	17.0	142	19.3	75	10.2	18	2.4	180	24.5

女性	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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	
全国	55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
北海道	68,334	46.8	3,151	2.2	62,981	43.1	22,682	15.5	85,356	58.5	300	0.2	
富良野市	合計	583	48.4	29	2.4	544	45.2	285	23.7	653	54.2	4	0.3
	40-64歳	182	38.9	6	1.3	153	32.7	106	22.6	252	53.8	0	0.0
	65-74歳	401	54.5	23	3.1	391	53.1	179	24.3	401	54.5	4	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示

次に、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合をみると、該当者は男女ともに道・国より高くなっています。また、リスク項目では「血圧+脂質」と「3項目全て該当」の割合が多く、道・国よりも高い状況です。(図表 2-21)

【図表 2-21】 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		
	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					17.2								
北海道					17.9								
富良野市	合計	923	50.2	40	4.3	146	15.8	13	1.4	87	9.4	46	5.0
	40-64歳	388	43.1	29	7.5	65	16.8	4	1.0	37	9.5	24	6.2
	65-74歳	535	57.2	11	2.1	81	15.1	9	1.7	50	9.3	22	4.1

男性	健診受診者		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国			27.5										
北海道			27.8										
富良野市	合計	923	50.2	272	29.5	26	2.8	11	1.2	130	14.1	105	11.4
	40-64歳	388	43.1	102	26.3	7	1.8	6	1.5	55	14.2	34	8.8
	65-74歳	535	57.2	170	31.8	19	3.6	5	0.9	75	14.0	71	13.3

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		
	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					5.8								
北海道					5.5								
富良野市	合計	1204	53.3	14	1.2	48	4.0	4	0.3	28	2.3	16	1.3
	40-64歳	468	47.2	9	1.9	21	4.5	2	0.4	12	2.6	7	1.5
	65-74歳	736	58.1	5	0.7	27	3.7	2	0.3	16	2.2	9	1.2

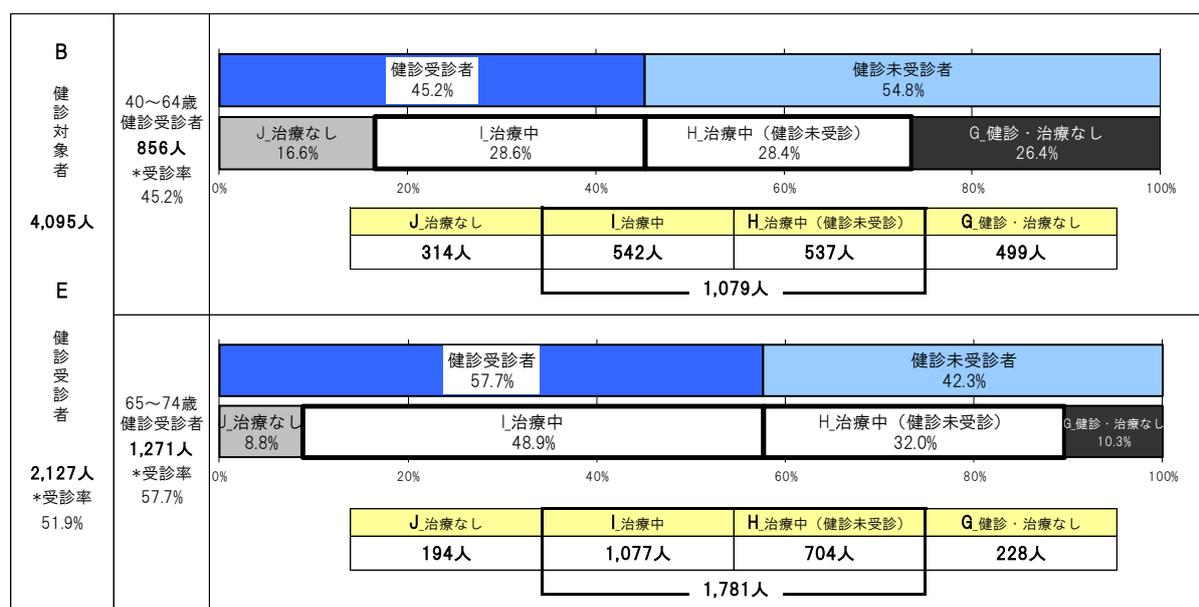
女性	健診受診者		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国			9.5										
北海道			9.0										
富良野市	合計	1204	53.3	115	9.6	10	0.8	2	0.2	70	5.8	33	2.7
	40-64歳	468	47.2	22	4.7	2	0.4	0	0	16	3.4	4	0.9
	65-74歳	736	58.1	93	12.6	8	1.1	2	0.3	54	7.3	29	3.9

出典：KDB システム

④健診未受診者の状況

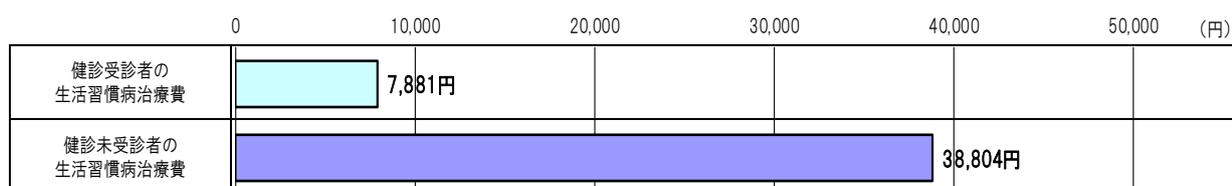
健診の受診率を年齢別で見ると、65歳以上の受診率は57.7%となっているのに対し、40～64歳の受診率は45.2%で12.5%の差があります。特に健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳が499人で26.4%となっています。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態であることから、優先的に受診勧奨する対象者です。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費をみても、健診未受診者に重症化している方が多いことが予測され、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。【図表 2-22・図表 2-23】

【図表 2-22】 健診未受診者の状況



出典：KDB システム

【図表 2-23】 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



出典：KDB システム

⑤重症化予防対象者の状況

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると 706 人で健診受診者の約 3 割となります。うち治療なしは 206 人で治療なし受診者の 17.8%を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき予防対象者が 59 人となっています。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が 206 人中 100 人と半数いることから、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率がよいことがわかります。

さらに、治療中の重症化予防対象者は 500 人で治療中受診者の約半数を占めています。そのうちメタボリックシンドローム該当者は 345 人で約 7 割を占めており、メタボリックシンドロームに重点をおいた保健指導が重症化予防につながると考えます。

重症化予防対象者への取り組みは、医療との連携が不可欠であり、保健指導を行った後、確実に医療機関を受診したのか、KDBシステムを活用し、医療受診の状況を確認し、その後も治療中断しないか等の疾病管理を行う必要があります。さらに治療なしの対象者には、重症化予防のための二次健診も医療機関と連携して実施していきます。【図表 2-24】

【図表 2-24】 重症化予防対象者

平成28年度

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少 (脳卒中合同ガイドライン委員会)	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少 (2015年度合同研究班報告)	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	慢性腎臓病(CKD) による年間新規透析導入患者数の減少 (日本腎臓病学会)
	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器の診療と予防に関するガイドライン (2015年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (7.5%) ラクナ梗塞 (31.9%) 心房性脳塞栓症 (27%*) アテローム血栓性脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	脂質異常症	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)	動脈硬化学疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	II度高血圧以上	LDL-C 180mg/dl以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 2,231 対象者数	155 6.9%	68 3.0%	122 5.5%	85 3.8%
治療なし 1,157 (再掲) 特定保健指導	73 4.9%	52 3.4%	57 2.8%	27 2.4%
治療中 1,074	23 14.8%	12 17.6%	15 12.3%	6 7.1%
	82 10.9%	16 2.3%	65 34.0%	58 5.6%
臓器障害 あり	11 15.1%	13 25.0%	24 42.1%	27 100.0%
CKD (専門医対象者)	4	6	4	27
尿蛋白(2+)以上	1	1	2	4
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	3	1	3	27
心電図所見あり	7	8	21	1
臓器障害 なし	62 84.9%	39 75.0%	33 86.7%	33 57.9%
	---	---	---	---
				706 31.6%
				206 17.8%
				100 14.2%
				500 46.6%
				59 28.6%
				33
				4
				2
				27
				28

出典：市特定健診結果

3 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・医療情報を分析した結果、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、医療費が高額となる疾患、長期化することで高額になる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもあったことがわかりました。これらのことから、本計画ではこの3つの疾患を減らしていくことを目標とします。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの血管も傷んでくることを考えると、現状の医療費を毎年削減し続けることは困難です。また、中長期的な目標である3疾患の医療費が総医療費に占める割合は、国や道の平均より低いことから、平成28年度のデータを上回ることなく、平成35年度には6%にすることを目標とします。

中長期目標：脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費の総医療費に占める割合を6%にする。

②短期的な目標の設定

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

特に、メタボリックシンドローム・高血圧は健診の有所見割合が道・国より高く、増加傾向にあること、また糖尿病はインスリン治療や糖尿病性腎症、脳血管疾患の治療者が増えており重症化の傾向がみられることから、高血圧・メタボリックシンドローム・糖尿病の目標を設定します。

短期目標：特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者の割合の減少
特定健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100mmHg以上）
特定健診受診者の血糖コントロール不良者の減少
（治療なし HbA1c6.5以上、治療あり HbA1c7.0以上）

生活習慣病は自覚症状がありません。まずは健診の受診を勧め、個々の体の状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。そのためにも特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。目標値は、第3章の「特定健康診査・特定保健指導の実施」に記載しています。

健診結果から、医療受診が必要な方に適切な受診と治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している方についても適切な保健指導を行います。また、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ります。

また、治療におけるデータをみると、医療機関へ受診していてもなかなか改善しない疾患にメタボと糖尿病があります。これらは、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、医療と連携し、一人ひとりの検査データと食生活・生活等の背景をみながら栄養指導等の保健指導を行い、重症化を予防していきます。

【図表 2-25】 データヘルス計画等の目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目標	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	H30	H31	H32	H33	
特定健診等計画	・脳血管疾患や虚血性心疾患で高額な医療費がかかっている人の約6割は、特定健診未受診であった。高血圧などの基礎疾患が重症化して発症した人も6割であった。 ・糖尿病治療者の中で、インスリン治療や糖尿病性腎症、脳血管疾患の治療者が増えている。 ・40～64歳の2号介護認定者の脳血管疾患の有病率が66.7%と高い。 ・健診結果では、男女とも空腹時血糖・拡張期血圧の割合が連年国より高く、男性は中性脂肪・尿酸、女性は収縮期血圧の割合が高い。また、メタボの該当率も男女とも国より高い。	医療費削減のために特定健診受診率、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 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透折の医療費の伸びを抑制する	特定健診受診率60%	52.0%	52%	52.5%	54%	55.5%	57%	58.5%	60%	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70%	60.5%	60%	62%	64%	66%	68%	70%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)					
			特定保健指導対象者割合の減少	10.4%									減少傾向へ			
データヘルス計画	・糖尿病治療者の中で、インスリン治療や糖尿病性腎症、脳血管疾患の治療者が増えている。 ・40～64歳の2号介護認定者の脳血管疾患の有病率が66.7%と高い。 ・健診結果では、男女とも空腹時血糖・拡張期血圧の割合が連年国より高く、男性は中性脂肪・尿酸、女性は収縮期血圧の割合が高い。また、メタボの該当率も男女とも国より高い。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透折の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費の総医療費に占める割合の減少	6.51%							減少傾向へ	KDBシステム				
			メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	18.2%								減少傾向へ	保健医療課 特定健診結果			
短期	・75歳未満のがんの年齢調整死亡率は83.2で国の78.0より高い。 ・がんの標準化死亡比(SMIR)では、肺がんが113.4、大腸がんが116.3で国より高い。 ・がんの医療費が増加している。 ・がん検診の受診率が伸びない。	がんの早期発見、早期治療 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	糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合の増加	未把握							数値の把握	保健医療課 保健活動実績				
			糖尿病の保健指導を実施した割合の増加									増加傾向へ	H29より増加			
保険者努力支援制度	・75歳未満のがんの年齢調整死亡率は83.2で国の78.0より高い。 ・がんの標準化死亡比(SMIR)では、肺がんが113.4、大腸がんが116.3で国より高い。 ・がんの医療費が増加している。 ・がん検診の受診率が伸びない。	がん検診受診率(上:全体、下:国保)の増加 肺がん検診 大腸がん検診 子宮頸がん検診 乳がん検診	がん検診受診率(上:全体、下:国保)の増加	11.0% (18.6%)							増加傾向へ	国保 40%	健康増進 事業報告			
			肺がん検診	9.1% (22.5%)								増加傾向へ	国保 50%			
			大腸がん検診	9.4% (22.1%)									増加傾向へ			
			子宮頸がん検診	13.7% (14.6%)									増加傾向へ		健康医療課 保健活動実績	
			乳がん検診	20.2% (20.6%)									増加傾向へ		厚生労働省 公表結果	
			健康マイレージの取り組みを行う住民の増加	未実施									増加傾向へ			
後発医薬品の使用割合の増加			後発医薬品の使用割合の増加								増加傾向へ					

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三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規定されています。

本市の第一期及び第二期の計画は、5年を一期としていましたが、医療費適正化計画が6年一期に見直されたことをふまえ、第三期(平成30年度以降)からは6年を一期とし、平成30(2018)年度から平成35(2023)年度までの計画とします。

2. 目標値の設定

特定健康診査等基本方針の目標に即し、本市の目標値を下記のとおり設定します。

	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健康診査 受診率	52.5%	54%	55.5%	57%	58.5%	60%
特定保健指導 実施率	60%	62%	64%	66%	68%	70%

3. 対象者の見込み

※法定報告対象者の伸び率から推計

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健康 診査	対象者	3,790	3,675	3,566	3,462	3,362	3,247
	受診者	1,990	1,985	1,979	1,973	1,967	1,948
特定保健 指導	対象者	215	213	209	208	205	201
	受診者	129	132	134	137	139	141

<参考> 年代別・性別対象者の見込み

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
40～ 64歳	男性	797	752	710	670	632	596
	女性	896	848	802	759	718	679
	小計	1,693	1,600	1,512	1,429	1,350	1,275
65～ 74歳	男性	877	859	842	825	808	792
	女性	1,220	1,216	1,212	1,208	1,204	1,180
	小計	2,097	2,075	2,054	2,033	2,012	1,972
40～ 74歳	男性	1,674	1,611	1,522	1,495	1,440	1,388
	女性	2,116	2,064	2,014	1,967	1,922	1,859
	小計	3,790	3,675	3,566	3,462	3,362	3,247

4. 特定健康診査の実施

(1) 健診の対象者

本市の国民健康保険加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40 歳から 75 歳になる人として。ただし、妊産婦や厚生労働大臣が定める人（施設入所者や長期入院等の人）は対象外として。

また、生活習慣病の予防効果の高い若い世代からの健診受診を定着化するため、20 歳から 39 歳となる人についても対象として。

(2) 実施場所及び時期

健診の種類	対象者	実施場所	実施時期
集団健診	年度内 20～75 歳	保健センター・山部福祉センター	7 月・11 月
		ふれあいセンター	7 月
		東山支所	11 月
個別健診	年度内 40～74 歳	市内医療機関（健診実施機関の基準を満たす医療機関）	5 月～翌年 1 月

※集団健診の実施場所や実施回数・日数については、受診状況に応じて随時見直します。

(3) 実施項目

基本的な健診項目 （受診者全員に実施する検査項目）	<ul style="list-style-type: none"> ◆問診 ◆身体計測（身長・体重・BMI・腹囲） ◆理学的検査（身体診察） ◆血圧測定 ◆血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ◆肝機能検査（AST[GOT]、ALT[GPT]、γ-GT[γ-GPT]） ◆血糖検査（空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c 検査） ◆尿検査（尿糖、尿たんぱく）
詳細な健診項目 （一定の基準の下、医師が必要とした者に実施する検査項目）	<ul style="list-style-type: none"> ◆心電図検査 ◆眼底検査 ◆貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット値） ◆腎機能検査（血清クレアチニン） <p>※本市は心電図検査、貧血検査、腎機能検査は受診者全員に実施します。</p>
本市が独自に受診者全員に実施する項目	<ul style="list-style-type: none"> ◆血清尿酸検査 ◆尿潜血検査 ◆尿アルブミン検査 ※平成 30 年度から実施
本市が独自に受診者の受診結果から対象者を選定して実施する項目 （詳細二次健診）	<ul style="list-style-type: none"> ◆75g 糖負荷検査 ◆頸動脈超音波検査 ◆血圧脈波検査 ◆尿アルブミン検査 ※他健診結果提出者等で検査の該当になる者に実施

(4)外部委託

直営にて健診を実施することは、人員・設備等の面から困難であることから、集団健診・個別健診ともに健診実施機関への外部委託とします。

委託する健診実施機関の選定に当たっては、実施機関の質を確保するための委託基準（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準）を満たす事業者を選定します。

◆健診実施機関リスト

健診機関コード	健診機関名	住所	電話番号	集団・個別
0112913926	公益財団法人 北海道対がん協会 旭川がん検診センター	旭川市末広東2条6丁目 6番10号	0166-53-7111	集団
0113011001	医療法人社団 内海内科クリニック	富良野市弥生町6番31号	0167-39-1133	個別
0113010888	医療法人社団 かわむら整形外科医院	富良野市末広町6番20号	0167-22-4341	個別
0113011100	社会福祉法人 北海道社会事業協会 富良野病院	富良野市住吉町1番30号	0167-23-2181	個別
0113010938	医療法人社団 ふらの西病院	富良野市桂木町2番77号	0167-23-6600	個別
0113011134	ふらの消化器・内科ク リニック	富良野市幸町9番12号	0167-56-7058	個別
0113011142	山部診療所	富良野市山部東町7番34号	0167-56-7088	個別
0113010920	渡部医院	富良野市本町1番10号	0167-22-2025	個別

(5)委託契約の方法

- ①集団健診～健診実施機関（旭川がん検診センター）との個別契約
- ②個別健診～富良野医師会との集合契約

(6)健診委託単価、自己負担額

委託単価については、毎年度、市財務規則に基づいた契約手続きを経て金額を決定します。
自己負担額については、健診受診率拡大の観点から、徴収しません。

(7)受診券の交付

特定健康診査対象者への周知と、健診機関における本人確認などの事務を正確に遂行するために、受診券を交付します。

①様式

国が定める標準様式に準じて市が作成した様式とします。

特定健診の受診に必要ですので大切に保管してください

〒 富良野市〇〇町〇番〇号

〇〇 〇〇 様

〒 富良野市

修正記入欄

※住所に変更がある場合は記入してください。

特定健診 受診券

※この受診券に記載の「特定健診」とは「富良野市国民健康保険特定健康診査」のことです。

2018年（平成30年） 月 日交付

受診券整理番号	
被保険者証記号番号	富
氏名（カナ）	
性別	
生年月日（和暦）	
受診券有効期限	

< 注意事項 >

- ◆特定健診を受診するときは、この受診券と被保険者証（健康保険証）を窓口へ提出してください。
- ◆健診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、市で適切に保存し、必要に応じて保健指導に活用しますのでご了承ください。
- ◆健診結果のデータファイルは、支払代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として、匿名化され部分的に提出されますのでご了承ください。
- ◆被保険者の資格が無くなったときは、特定健診の受診ができません。すみやかにこの受診券を市にお返しください。
- ◆不正にこの受診券を使用した場合は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- ◆不明な点は問い合わせください。
市保健医療課 電話39-2200

健診内容（すべて無料です）

- ・特定健診基本項目
- ・特定健診詳細項目（眼底）
- ・追加健診項目（尿酸、クレアチニン、尿潜血、貧血、心電図、尿中アルブミン）

所在地	富良野市弥生町1番1号
電話番号	061-39-2200
番号	0 0 0 1 0 2 9 8
名称	富良野市（公印省略）
契約とりまとめ機関名	医師会
支払代行機関番号	9 0 1 9 9 0 2 7
支払代行機関名	北海道国民健康保険団体連合会

< 個別健診のお知らせ >

7月と11月の集団健診の他に、下記の実施医療機関で個別に受診することができます。受診ができる期間は、平成30年5月1日から平成31年1月31日までです。事前予約をお忘れなく。

◆受診の流れ

○事前に医療機関に予約してください。

○当日の検査被保険者証（健康保険証）と、この受診券を持参してください。

○健診結果後日、保健センター（保健師）からお返しします。

◆実施医療機関（平成30年4月1日現在）

医療機関名	住 所	電話番号
内海内科クリニック	弥生町6番31号	39-1133
かわむら整形外科医院	末広町6番20号	22-4341
富良野協会病院	住吉町1番30号	23-2181
ふらの消化器・内科クリニック	幸町9番12号	56-7058
ふらの西病院	桂木町2番77号	23-6600
山部診療所	山部東町7番34号	56-7088
渡部医院	本町1番10号	22-2025

②交付時期・方法

- ◆ 年度初めに対象者リスト（20歳から39歳及び年度内75歳の被保険者は除く）を作成し、市独自で受診券を発券します。
- ◆ 発券した受診券を、健診案内と一緒に4月末に対象者に送付します。
- ◆ 対象者リスト作成後の国保加入者については、随時交付します。

(8)結果通知

健診結果は、市から受診者に通知します。

結果通知の様式は、国が示す様式例の記載事項を網羅した様式とします。

(9)健診の周知・案内方法

受診率向上につながるよう各機会を通じて周知・案内します。

- ①健診の必要性や実施時期・内容などを明記した案内文書を作成し、受診券とともに個別通知。
- ②年間の健診日程を健診カレンダー、ホームページ、広報、FMふらのなどで周知。
- ③未受診者に対する、はがき・リーフレットの送付や電話・訪問による受診勧奨の実施。
- ④被保険者証更新時や医療費通知送付時にリーフレットを同封。
- ⑤イベント会場における啓蒙・PR。
- ⑥連合町内会・農事組合・各種団体への出前講座による周知。

(10)代行機関

特定健康診査に係る費用の請求・支払いやデータの送信事務は、「北海道国民健康保険団体連合会」に委託して行います。

(11)事業者健診等の健診受診者のデータ収集

事業者健診や商工会議所等の健診、また農協の人間ドックなど特定健診と同等の健診を受診している対象者には、健診結果の写しの提出を依頼し、特定健診データとして活用します。

(12)医療機関との適切な連携（診療における検査データの活用）

治療中の対象者に対するかかりつけ医からの特定健診の受診に向けた協力を依頼します。

また、本人同意にもとづいて、かかりつけ医で実施された検査データのうち特定健診の健診項目を満たす検査データを医療機関から受領する契約を富良野医師会と締結し、診療における検査データを特定健診データとして活用します。

5. 特定保健指導の実施

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」様式5-5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。

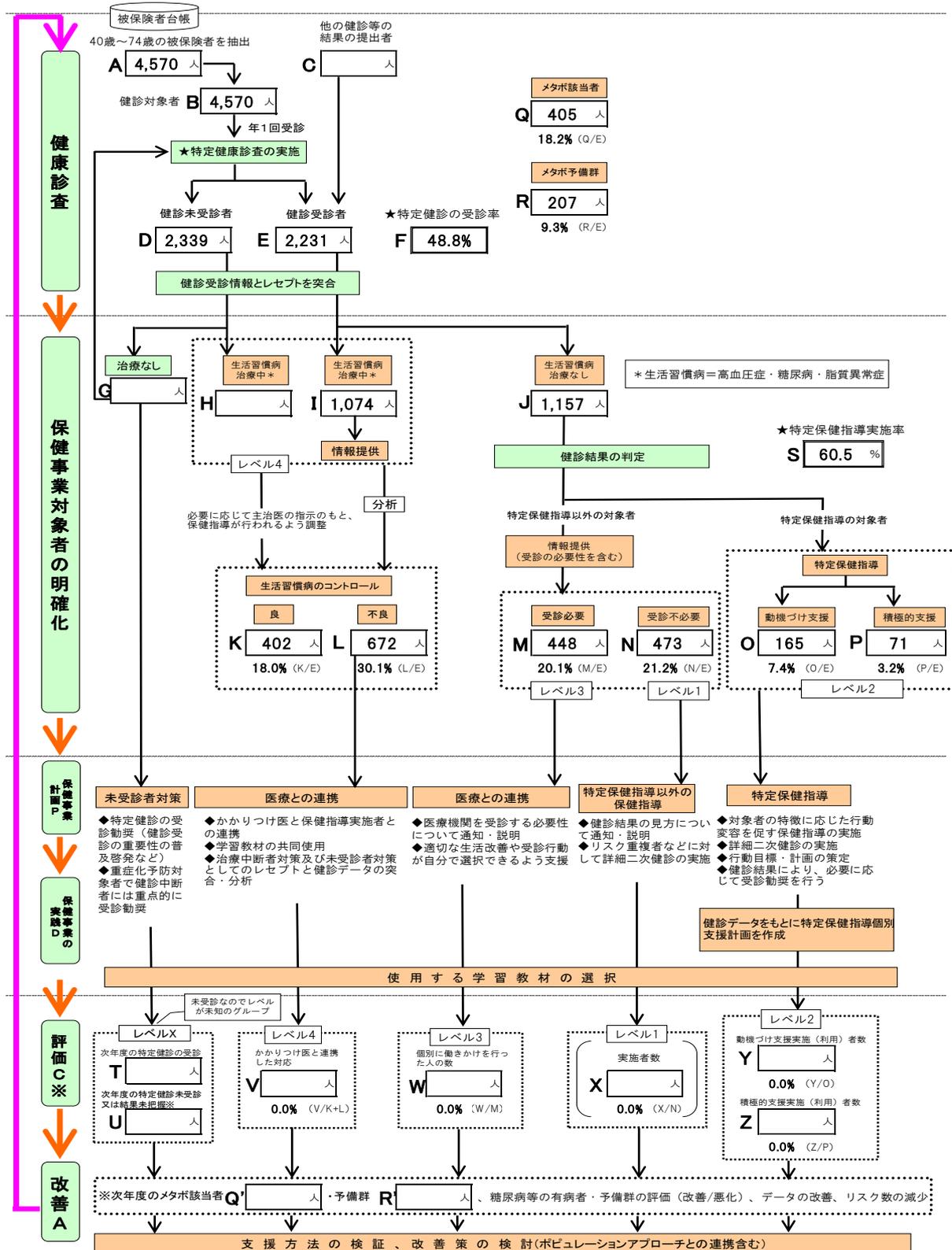
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

※年度内異動者含む

様式5-5

（一部改変）



(2)保健指導対象者の選定と階層化

①特定保健指導の基本的考え方

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（実施基準）第4条及び第6条から第8条で定められた方法で実施します。

②特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

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

(3)保健指導対象者数の見込み・優先順位・支援内容

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

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数 (平成28年度)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆生活改善への動機づけを効果的に行うための詳細二次健診の実施 ◆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	236人 <10.6%>
2	M	情報提供 ・特定保健指導対象者以外で受診が必要	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ※糖尿病、高血圧の受診勧奨を優先して実施	448人 <20.1%>
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発など） ◆特定保健指導対象者や重症化予防対象者で健診中断者には重点的に受診勧奨する。	2,339人
4	I	情報提供 ・糖尿病、高血圧、脂質異常症で治療中	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,074人 <48.1%>
5	N	情報提供 ・特定保健指導対象者以外で受診の必要なし	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆肥満はないが高血糖のみ又はリスクが重複する者に詳細二次健診を実施	473人 <21.2%>

< >内は、健診受診者数に対する割合

(4)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

	特定健康診査	保健指導	受診勧奨
4月	<ul style="list-style-type: none"> ○健診対象者の抽出及び受診券発行・送付 ○健診実施機関との契約（対がん協会・医師会） ○個別健診実施医療機関への健診及び診療情報提供の依頼 ○商工会議所、JAとの連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○前年度保健指導の継続 	<ul style="list-style-type: none"> ○健康カレンダー全戸配布 ○受診券送付時に健診案内、申込文書同封
5月	<ul style="list-style-type: none"> ○個別健診開始 		<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診対象者個人台帳作成 ○はがきによる受診勧奨 ○連合町内会長会議で周知
6月		<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の抽出 ○保健指導の開始 	<ul style="list-style-type: none"> ○広報特集記事掲載 ○未受診者訪問 ○電話による受診勧奨 ○新聞折込
7月	<ul style="list-style-type: none"> ○集団健診（7日間） 		
8月	<ul style="list-style-type: none"> ○定期通院者へ診療情報提供依頼文書発送 	<ul style="list-style-type: none"> ○集団健診結果説明会 	
9月			<ul style="list-style-type: none"> ○保険証更新時に受診勧奨リーフ同封
10月	<ul style="list-style-type: none"> ○前年度実績報告終了 	<ul style="list-style-type: none"> ○前年度実績報告終了 	<ul style="list-style-type: none"> ○広報記事掲載 ○はがきによる受診勧奨 ○未受診者訪問 ○電話による受診勧奨 ○新聞折込
11月	<ul style="list-style-type: none"> ○集団健診（8日間） 		
12月		<ul style="list-style-type: none"> ○集団健診結果説明会 	<ul style="list-style-type: none"> ○はがきによる個別健診受診勧奨 ○連合町内会長会議で周知
1月	<ul style="list-style-type: none"> ○個別健診終了 	<ul style="list-style-type: none"> ○集団健診結果説明会 	<ul style="list-style-type: none"> ○診療情報提供、事業者健診等結果提出依頼
2月			
3月			

6. 特定健康診査・特定保健指導の結果の保存

(1) 特定健康診査・特定保健指導のデータの流れ

特定健康診査のデータは、国の通知に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関である国保連合会に送付されます。診療情報提供や他健診受診者から提出されたデータは、市が特定健康診査等データ管理システムに入力し、国保連合会へ送付します。

特定保健指導のデータは、市が特定健康診査等データ管理システムに入力し、国保連合会へ送付します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努めます。

(3) 個人情報の取扱い

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報等の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」）や富良野市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項にて、作成・変更時は遅延なく公表することが義務付けられていることから、市の広報やホームページ等への掲載により公表、周知します。

また、特定健康診査や保健指導を実施する趣旨などについても、健診案内や周知文書に明記し、対象者への普及啓発を図ります。

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、脳血管疾患、糖尿病性腎症及び虚血性心疾患における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すものとし、特定健診における血圧、血糖、脂質の有所見率を維持・改善していきます。そのためには、生活習慣病の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る必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取組を行います。具体的には医療機関の受診が必要な人には適切な受診勧奨を、治療中の人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。市民全体には、生活習慣病予防の取組が健康な市民を増やしていくことにつながることで、また、重症化することが医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながる実態、さらには、その背景にある地域特性について、個人の実態と社会環境等に照らし合わせた中で周知・啓発していきます。

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も重要になってきます。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。第3章の特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施します。

2. 重症化予防の取組

(1) 脳血管疾患重症化予防

① 基本的考え方

脳血管疾患重症化予防の取組は、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4-1、4-2】。

【脳卒中の分類】

【図表 4-1】

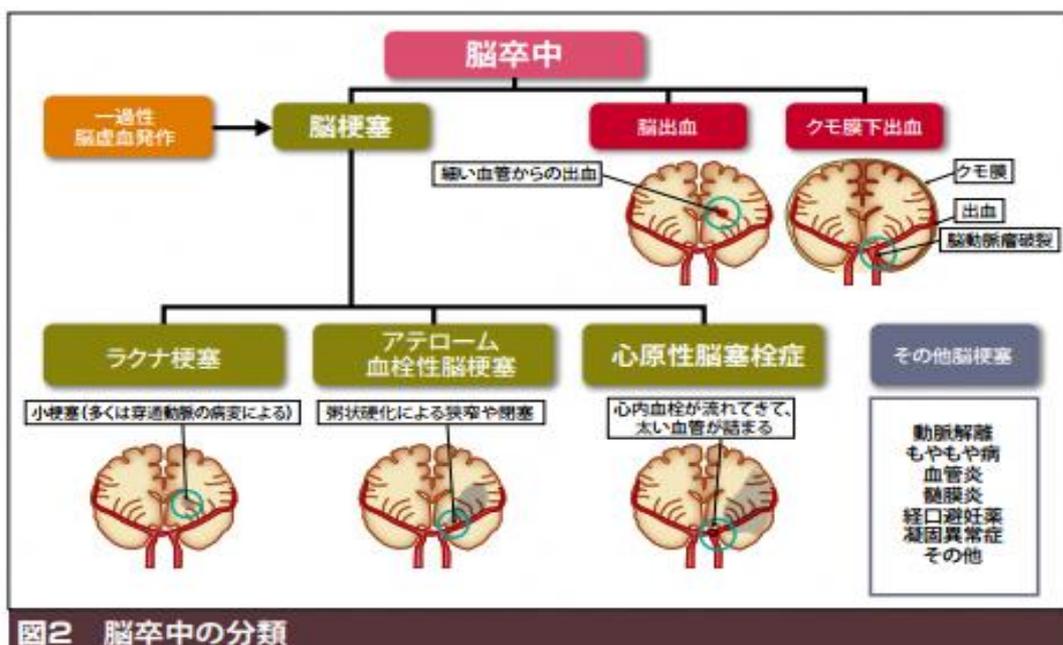


図2 脳卒中の分類

出典：脳卒中予防の提言

脳血管疾患とリスク因子

【図表 4-2】

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

出典：脳卒中治療ガイドライン

②対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出に当たっては、特定健診受診者の健診データから実態を把握します。その際、治療の有無についても加えて分析することで、受診勧奨の対象者を把握することができます。脳血管疾患においては、高血圧は最も重要な危険因子であり、重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が155人(6.9%)で、このうち未治療者は73人でした。また、未治療者73人のうち11人(15.1%)は臓器障害の所見が見られたため、早急な受診が必要です。治療中のⅡ度高血圧の人が82人であるため、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります【図表 4-3】。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 4-3】

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	●								
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧症	糖尿病	脂質異常	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c(NGSP)6.5%以上 (治療中7.0%以上)	LDL-C150mg/dl 以上	心房細動	メタボリック シンドローム (2項目以上)	尿蛋白 (2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)		
受診者数 2,231人		155人 6.9%	122人 5.5%	68人 3.0%	21人 0.9%	405人 18.2%	18人 0.8%	85人 3.8%		
治療なし		73人 4.9%	57人 2.8%	52人 3.4%	6人 0.5%	60人 5.2%	4人 0.3%	27人 2.4%		
治療あり		82人 10.9%	65人 34.0%	16人 2.3%	15人 1.4%	345人 32.1%	14人 1.3%	58人 5.6%		
臓器障害あり		11人 15.1%	24人 42.1%	13人 25.0%	6人 100%	8人 13.3%	4人 100%	27人 100%		
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象者)	4人	4人	6人	1人	2人	4人	27人		
	尿蛋白(2+)以上	1人	2人	1人	1人	0	4人	0		
	尿蛋白(+) and 尿蛋白(+)以上	0	0	2人	0	0	0	0		
	eGFR50未満 (70歳未満40未満)	3人	3人	3人	0	2人	0	27人		
	心電図所見あり	7人	21人	8人	6人	6人	1人	1人		

出典：富良野市特定健診結果

イ リスク因子の層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせと脳・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 4-4】は、血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化です。降圧薬治療者を除いているため、重症化予防対象者の高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要です。

【図表 4-4】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）						低リスク群	中リスク群	高リスク群	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧 ~119 /~79	正常 血圧 120~129 /80~84	正常高値 血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~ 109	III度 高血圧 180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	ただちに 降圧薬治療	
		1,480	424	473	250	260	50	23	11	124	198
		28.6%	32.0%	16.9%	17.6%	3.4%	1.6%	0.7%	8.4%	13.4%	
リスク第1層	188	89	51	30	11	3	4	11	3	4	
		12.7%	21.0%	10.8%	12.0%	4.2%	6.0%	17.4%	100%	2.4%	
リスク第2層	659	187	222	97	121	26	6	--	121	32	
		44.5%	44.1%	46.9%	38.8%	46.5%	52.0%	26.1%	97.6%	16.2%	
リスク第3層	633	148	200	123	128	21	13	--	--	162	
		42.8%	34.9%	42.3%	49.2%	42.0%	56.5%	--	--	81.8%	
再掲 重複あり	糖尿病	112	19	31	28	30	2	2			
			17.7%	12.8%	15.5%	22.8%	23.4%	9.5%	15.4%		
	慢性腎臓病 (CKD)	421	106	145	69	82	13	6			
		66.5%	71.6%	72.5%	56.1%	64.1%	61.9%	46.2%			
3個以上の危険因子	252	53	69	52	58	11	9				
		39.9%	35.8%	34.5%	42.3%	45.3%	52.4%	69.2%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会 出典:富良野市特定健診結果

ウ 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心房細動により心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。【図表 4-5】心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能なため、後期高齢者も含めた健診による心電図検査を実施します。

本市の心房細動有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加していました。特に70歳代以降の男性においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかりました【図表 4-6】。

【図表 4-5】

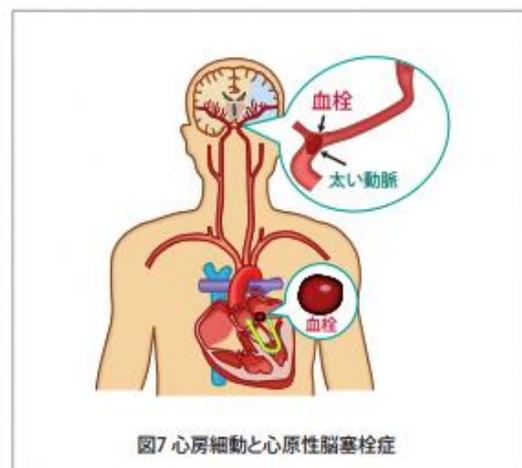


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

出典:脳卒中予防の提言

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 4-6】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	867	1,189	16	1.8	5	0.4	—	—
40歳代	123	130	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	156	196	1	0.6	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	372	503	4	1.1	1	0.2	1.9	0.4
70～74歳	216	360	11	5.1	4	1.1	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

出典：富良野市特定健診結果

特定健診を受診し、心房細動を指摘された 21 人の医療機関の受診状況を見ると、受診歴のない人が 2 人(9.5%)、医療機関を受診していても抗凝固薬の処方がないと思われる人は 2 人であることがわかりました。心房細動は心原性脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨と継続受診の確認を行う必要があります【図表 4-7】。

【心房細動有所見の治療の有無】

【図表 4-7】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
21	100	4	19.0	17	81.0

※未治療者は心房細動の内服なしの人

出典：富良野市特定健診結果

③保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、血圧の高い人には血圧のことがイメージできるように、心房細動がある人には服薬管理の重要性がわかるように、それぞれ対象者に応じた指導を行うとともに、保健指導教材を活用するなど工夫します。また、治療が必要にもかかわらず医療機関へ受診していない場合や治療が中断している場合は受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います。

イ 二次健診等の実施

脳血管疾患重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 には「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に

④医療との連携

脳血管疾患の重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは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。

⑤高齢者福祉課（介護保険担当）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介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

⑥評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。

短期的評価に血圧評価表や心房細動管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と合わせて年 1 回行います。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等の評価と合わせて行います。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等有所見者割合の減少で評価します。

イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

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（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、血圧評価表や心房細動管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）。

(2) 糖尿病性腎症重症化予防

①基本的な考え方

糖尿病性腎症の重症化予防の取組にあたっては、厚生労働省公表の「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキング)」に基づき、PDCAに沿って実施します。また、「富良野市糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成29年11月)」及び「糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編)」、「生活習慣病からの新規透析導入者の減少に向けた提言(日本腎臓学会編)」に基づき実施します【図表4-10】。

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表4-10】

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

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

②対象者の明確化

ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は、富良野市糖尿病性腎症重症化予防プログラムや厚生労働省公表の「糖尿病性腎症重症化予防のさらなる展開に向けて（平成 29 年 7 月 10 日、重症化予防（国保・後期広域）ワーキング）」に基づき抽出すべき対象者を以下とします。

- 医療機関未受診者
- 医療機関受診中断者
- 高血糖などのハイリスク者
 - ・HbA1c6.5以上の人
 - ・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人

イ 選定基準に基づく該当数の把握

○対象者の抽出

取組にあたり、選定基準に基づく該当者を把握する必要があり、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の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします【図表 4-11】。

【図表 4-11】

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

糖尿病性腎症病期分類は尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握します。本市においては、特定健診で尿蛋白（定性）検査と合わせて血清クレアチニン検査を必須項目として実施していましたが、H30年度より尿アルブミン検査も実施します。

CKD 診療ガイド 2012（日本腎臓学会編）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尿蛋白 (+) としていることから、尿蛋白 (定性) 検査でも腎症病期の推測が可能です。これらを踏まえて、レセプトデータ、特定健診データから対象者を試算したものが【図表 4-12】です。

○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突合した【図表 4-12】からみると、本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は㊦75人(28.0%)となっています。また、40歳から74歳における糖尿病治療者573人(9.0%)中、特定健診受診者が㊧193人(72%)、うち合併症予防の目標のHbA1c7.0%以上の人は㊨85人(44.0%)となっています。特定健診受診者における糖尿病型㊩268人を糖尿病性腎症病期分類でみると、㊭26人(9.7%)が第2期から第4期に相当し、特に6人(2.2%)は可逆的な第2期に相当することがわかりました。

本市の糖尿病治療者(内服・注射)で、特定健診未受診者についてレセプトと突合し該当者数の把握を行ったのが【図表 4-13】です。過去に一度でも特定健診受診歴がある者と特定健診受診者の中で、それぞれ1人の中断者(㊯㊰)がいることがわかりました。

また、糖尿病治療中で過去に一度でも特定健診受診歴のある92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。

○介入方法と優先順位

【図表 4-12】、【図表 4-13】に基づいた介入方法は以下の通りです。

優先順位1

《受診勧奨》

- 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者㊱【図表 4-12】・・・75人
- 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・2人
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

《保健指導》

- 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者㊲【図表 4-12】・・・85人
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- 医療機関と連携した保健指導

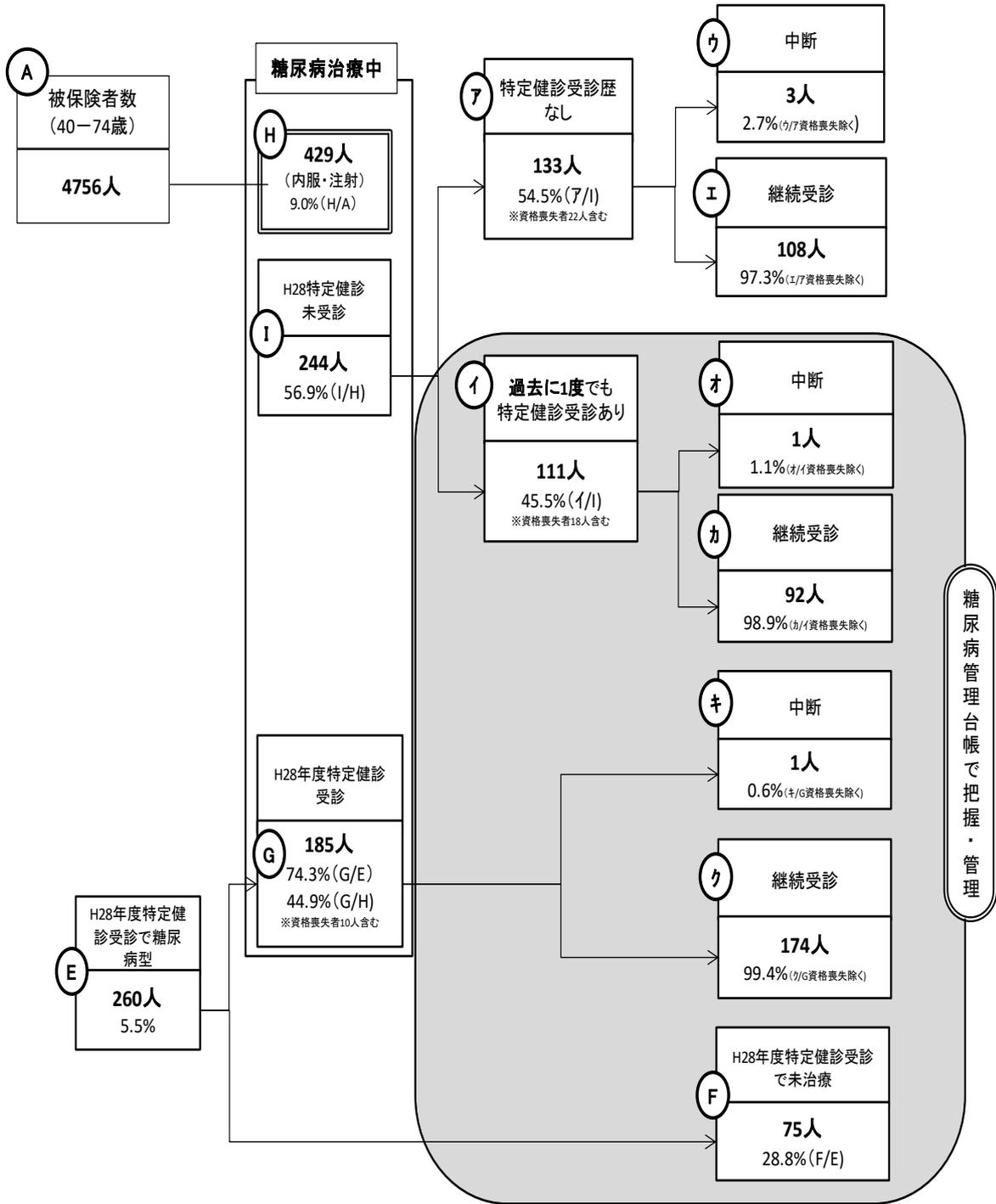
優先順位3

《保健指導》

- 糖尿病治療中であり、過去に特定健診歴のある人㊳【図表 4-13】・・・92人
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- 医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合) 【図表 4-13】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



③対象者の進捗管理

ア 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は、「糖尿病管理台帳【図表 4-14】」及び年次計画表【図表 4-15】で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病台帳作成手順】

○健診データが届いたら、治療の有無にかかわらずHbA1c6.5%以上の人について、次の情報を管理台帳に記載します。

- *HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
- *HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載
- *当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載
 - ・HbA1c
 - ・血圧
 - ・体重
 - ・eGFR
 - ・尿蛋白

○記載等の手順

ア) 資格を確認

イ) レセプトを確認し情報を記載

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・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、有りの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

ウ) 管理台帳記載後、結果の確認

- ・昨年のデータと比較し介入対象者を試算

エ) 担当地区の対象者数の把握

- ・未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・・・・○人
- ・腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・・・○人

【図表 4-14】

糖尿病管理台帳 【対象者抽出基準】

※糖尿病服薬は問診結果による
 ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
 ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

(HbA1c6.5以上) 過去5年間の健診結果で一度でもHbA1c6.5以上に該当した 451人

番号	担当保健	地区	個人コード	国保番号	氏名	性別	H28年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出・死亡等	備考	
1								糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	12.1	6.4	7.3	7.2			6.5
								虚血性心疾患	糖	体重	86.8	92.5	91.3	92.1			96.7
								脳血管疾患	糖	BMI	29.9	31.9	31.4	31.7			33.2
								糖尿病性腎症	以外	血圧	120/84	120/80	134/94	132/90			164/108
									以外	GFR	100.5	83.6	83.1	92.6			84.3
									CKD	尿蛋白	-	-	-	-			-
2								糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	6.8	7	6.5	7.5			7.7
								虚血性心疾患	糖	体重	75.6	75.4	76.9	75.5			74
								脳血管疾患	糖	BMI	25.6	25.8	26.2	25.8			25.2
								糖尿病性腎症	以外	血圧	138/88	132/82	126/84	138/88			146/92
									以外	GFR	93.8	83.1	75.3	85.5			85
									CKD	尿蛋白	-	-	-	-			-
3								糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	7.1	6.6					
								虚血性心疾患	糖	体重	60.1	58					
								脳血管疾患	糖	BMI	25.1	24.4					
								糖尿病性腎症	以外	血圧	130/87	124/78					
									以外	GFR		80.6					
									CKD	尿蛋白	-	-					
4								糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	6.5	5.2	5.8	5.4			5.4
								虚血性心疾患	糖	体重	81.4	68.1	75.2	69			71.6
								脳血管疾患	糖	BMI	30	25.6	28.1	25.9			26.8
								糖尿病性腎症	以外	血圧	112/73	105/68	108/73	122/86			110/85
								脂質異常症	以外	GFR	84.8	93.5	75.3	78.9			79.5
									CKD	尿蛋白	-	-	-	-			-
5								糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	6.7	5.9	6.1	6.1			6.2
								虚血性心疾患	糖	体重	79.8	80.6	81	82.7			81.1
								脳血管疾患	糖	BMI	29.7	29.8	30.2	30.9			30.4
								糖尿病性腎症	以外	血圧	146/92	150/86	142/86	125/84			136/62
									以外	GFR	88.6	89.3	81.5	89.6			79.5
									CKD	尿蛋白	-	-	-	-			-
6								糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	8.6	9.6					
								虚血性心疾患	糖	体重	55.4	53					
								脳血管疾患	糖	BMI	21.7	20.7					
								糖尿病性腎症	以外	血圧	102/70	110/70					
									以外	GFR	61.8	86.2					
									CKD	尿蛋白	-	-					

【図表 4-15】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:		
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携		
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力		
	①健診未受診者 ()人		●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん	かかりつけ医、糖尿病専門医	
	結果把握(内訳)				栄養生中心 腎専門医
	①国保(生保) ()人				
	②後期高齢者 ()人				
	③他保険 ()人				
	④住基異動(死亡・転出) ()人				
	⑤確認できず ()人				
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				
	⑥結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0以上で前年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

④保健指導の実施

ア 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要となります。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行っていくこととします。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていく【図表 4-16】。

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える 【図表 4-16】

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています ビッグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

出典：富良野市保健医療課

イ 尿アルブミン検査を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、平成30年度から特定健診の検査項目として尿アルブミン検査を追加し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を

目指します。また、尿アルブミン検査が実施できなかった人については、尿蛋白定性（±）の場合に 2 次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施します。

⑤医療との連携

ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨にあたっては、事前に富良野医師会等と協議した紹介状等を使用します。

イ 治療中の人への対応

「糖尿病連携手帳」を活用し、保健指導の内容等についてかかりつけ医に情報提供します。また、血糖コントロールが必要な人(過去にHbA1c6.5%以上になった人等)で、本手帳を持っていない場合は、自己管理を目的として配布します。

⑥高齢者福祉課（介護保険担当）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

⑦評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。

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て年 1 回行い、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。

また、中長期的評価においては【図表 4-17】を用いて行っていきます。

ア 短期的評価

○受診勧奨者に対する評価

- ア) 受診勧奨対象者への介入率
- イ) 医療機関受診率
- ウ) 医療機関未受診者への再勧奨数

○保健指導対象者に対する評価

- ア) 保健指導実施率
- イ) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・ HbA1c の変化
 - ・ eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m²以上低下）
 - ・ 尿蛋白の変化
 - ・ 服薬状況の変化

【図表 4-17】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 4

都道府県 北海道

市町村名

富良野市

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基				
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数259						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 被保険者数	A	6,335人							KDB_厚生労働省様式様式3-2				
	② (再掲)40-74歳	A	4,756人											
2	① 対象者数	B	4,570人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書				
	② 特定健診 受診者数	C	2,231人											
	③ 受診率	C	48.8%											
3	① 特定保健指導 対象者数		220人											
	② 実施率		60.5%											
4	健診データ	① 糖尿病型	E	268人	12.0%						特定健診結果			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	75人	28.0%									
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	193人	72.0%									
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	④ コントロール不良		85人	44.0%							
				⑤ 血圧 130/80以上		51人	60.0%							
				⑥ 肥満 BMI25以上		50人	58.8%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	108人	56.0%									
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	⑧ 第1期 尿蛋白(-)		242人	90.3%							
				⑨ 第2期 尿蛋白(±)		6人	2.2%							
				⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		17人	6.3%							
				⑪ 第4期 eGFR30未満		3人	1.1%							
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		90.4人						KDB_厚生労働省様式様式3-2				
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		119.4人										
		③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者対		③ レセプト件数(40-74歳)		2,850件	(617.0)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)		
				④ 入院外(件数)		28件	(6.1)			40件	(5.8)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	⑤ 糖尿病治療中		573人	9.0%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
				⑥ (再掲)40-74歳		568人	11.9%							
				⑦ 健診未受診者	I	375人	66.0%							
				⑧ インスリン治療	O	⑧ インスリン治療		44人	7.7%					
						⑨ (再掲)40-74歳		44人	7.7%					
				⑩ 糖尿病性腎症	L	⑩ 糖尿病性腎症		28人	4.9%					
						⑪ (再掲)40-74歳		28人	4.9%					
				⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		⑫ 慢性人工透析患者数		6人	1.05%					
						⑬ (再掲)40-74歳		6人	1.06%					
						⑭ 新規透析患者数		0人						
						⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人						
				⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.3%							KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	医療費			① 総医療費		18億7003万円				29億9383万円			KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
				② 生活習慣病総医療費		② 生活習慣病総医療費		10億2546万円			17億2834万円			
		③ (総医療費に占める割合)				54.8%			57.7%					
		④ 生活習慣病対象者一人あたり				7,881円			7,709円					
		⑤ 健診未受診者		⑤ 健診未受診者		38,804円			34,303円					
				⑥ 糖尿病医療費		9970万円			1億7157万円					
				⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.7%			9.9%					
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億9037万円								
				⑨ 1件あたり		38,835円								
				⑩ 糖尿病入院総医療費		2億1013万円								
		⑪ 1件あたり		⑪ 1件あたり		566,401円								
				⑫ 在院日数		17日								
				⑬ 慢性腎不全医療費		5818万円			1億6920万円					
		⑭ 透析有り		⑭ 透析有り		5600万円			1億5806万円					
				⑮ 透析なし		217万円			1114万円					
7	介護	① 介護給付費		17億4019万円			31億7863万円							
		② (2号認定者)糖尿病合併症		11件	45.8%									
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人	1.2%			5人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				

⑧実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月~特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者

へ介入(通年)

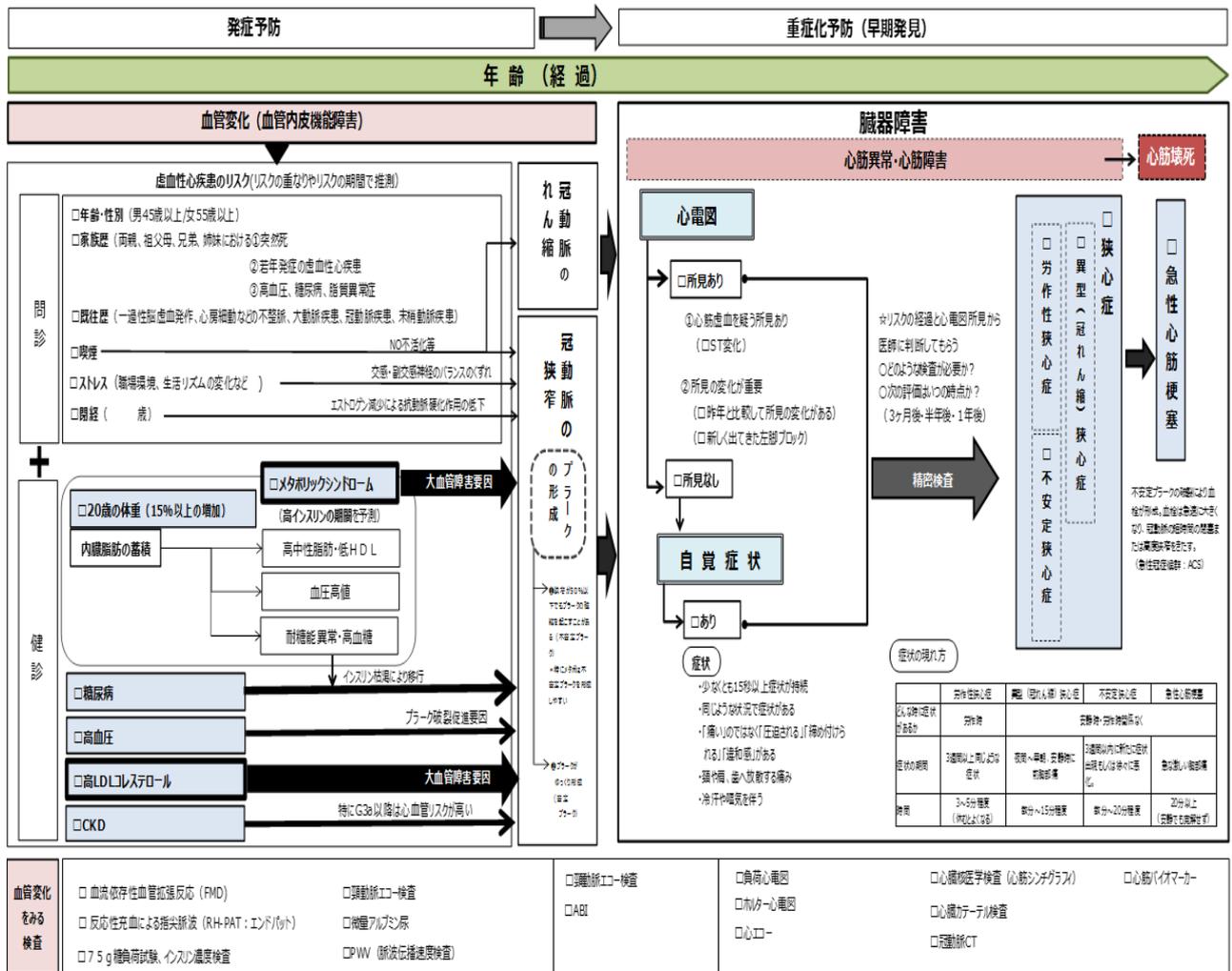
(3)虚血性心疾患重症化予防

①基本的な考え方

虚血性心疾患の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ガイドライン等に基づき実施します【図表4-18】。

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

【図表4-18】



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づく3D画像ガイドライン2013、糖尿病診療ガイドライン、血管内皮機能評価に関するガイドライン

②対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていきます【図表 4-19】。

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【図表 4-19】

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			⑥ 発症予防対象者		
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年より確認する。			⑥ 発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	□HDL-C	40～	35～39			～34	
	□nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	□ALT	～30	31～50			51～	
	□γ-GT	～50	51～100			101～	
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～	
		食後	～139	140～199		200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比			
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
□CKD重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

イ 重症化予防対象者の抽出

○心電図検査からの把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つです。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）」ことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市において健診受診者 2,231 人のうち心電図検査実施者は 2,056 人（92.2%）であり、そのうち ST 所見があったのは 22 人でした【図表 4-20】。ST 所見あり 22 人の中のうち 3 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 1 人は未受診でした【図表 4-21】。医療機関未受診者は血圧、血糖などのリスクを有することから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、要精査には該当しないが ST 所見ありの 19 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて、対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

本市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い状況にあります。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査を継続して全員に実施していく必要があります。

心電図検査結果

【図表 4-20】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST 所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
					(人)	(c/d)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2,231	100%	2,056	92.2%	22	1.1%	202	9.8%	1,832	89.1%

出典：富良野市特定健診結果

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 4-21】

ST所見あり (a)		要精査 (b)		医療機関受診あり ☑(c)		受診なし ☒(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/d)(%)	(人)	(d/b)(%)
22	100%	3	13.6%	2	66.7%	1	33.3%

出典：富良野市特定健診結果

○保健指導対象者の把握

ガイドライン等に基づき虚血性心疾患の重症化予防の保健指導対象者を抽出した者が【図表 4-22】です。当市において健診受診者数 2393 人のうち重症化予防対象者は 706 人（29.5%）であり、そのうち未治療者は 206 人（29.2%）となっているため、医療機関への受診勧奨が必要になります。また、500 人（70.8%）は治療中のため医療機関と連携した保健指導を実施していく必要があります。保健指導においては、対象者の経年データを参考にしながら状態に応じた受診勧奨及び保健指導が必要になります。なお、保健指導にあたっては保健指導教材を用います。

③保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、メタボリックシンドローム対象者には体重が増えることは体に悪影響を及ぼす可能性が高くなることなど、メタボリックシンドロームについてイメージしやすいように、保健指導教材を活用し対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合や治療を中断している場合も受診勧奨し、医療機関と連携した保健指導を行います。

イ 二次健診の実施

虚血性心疾患の重症化予防対象者は、【図表 4-21】に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。実施方法はP39 頁の記載のとおりとします。

ウ 対象者の管理

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

④医療との連携

虚血性心疾患の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、治療中の人へは血管リスク低減に向けた、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用し、データを収集していきます。

⑤高齢者福祉課（介護保険担当）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の介護保険サービスの必要が生じた場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

⑥評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。

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 回行い、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。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います。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少で評価します。

イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

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（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3. 広く市民に周知・啓発する取組み

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実態を知り、高齢化が進む中でこれからも安心して暮らしていくために、自分なら何ができるかを自分自身で考え、納得して健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるように支援します。また、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や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。【図表 4-23】

保険者努力支援制度の視点で富良野市の社会保障費と予防・健康管理を見る

富良野市 人口 22,249人(H29.3月末)
(国保加入者数 6,199人)

保険者努力支援制度

富良野市 243点/345点満点

道内 20位/179市町村 全国 256位/1,741市町村

国からの交付金 347.9万円
1点当りの金額 14.317円

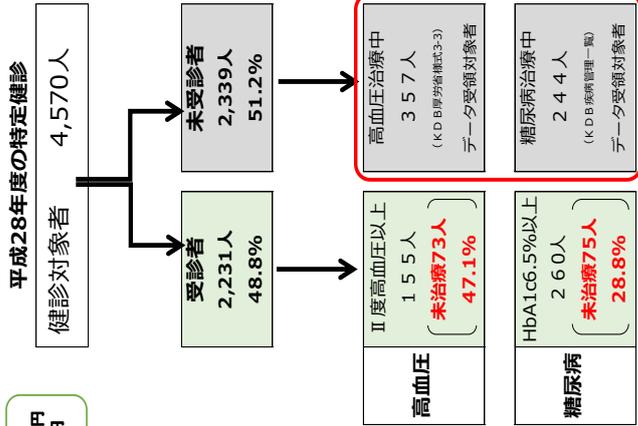
社会保障費 (H28年度)

国保医療費	18.7億円	KDB
予防可能な生活習慣病	9.9千万円	5.3%
	9.2千万円	4.9%
	5.6千万円	3.0%
1人あたり医療費	2.9億円	15.6%
30.3万円(年)	1.8億円	9.8%

後期医療費	35.2億円	KDB
加入者数	3,799人	
予防可能な生活習慣病	1.2億円	3.3%
	1.4億円	4.1%
	1.6億円	4.7%
1人あたり医療費	3.5億円	9.9%
93.3万円(年)	2.9億円	8.3%

介護費	17.4億円	KDB
2号認定者 (40~64歳)	31人	
2号認定者 虚血性心疾患	4人	16.7%
有病状況 脳卒中	16人	66.7%
(国保・後期24人)	11人	45.8%

生活保護費	5.7億円
生活保護率	13.8%
医療扶助	3.7億円 (総額の64%)
医療扶助を受けている人の割合	82.1%



第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルール整備
○かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
○保険者は、かかりつけ医で実施された検査結果データのうち、基本健診項目すべてを満たす検査データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

共通①	30年度		28年度前倒し分	
	満点	850	満点	345
特定健診受診率	50	20	15	15
特定保健指導実施率	50	20	15	15
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	10	10
糖尿病等重症化予防の取組	100			
共通③	(50)	40	40	40
共通④	(25)	25	20	20
固有②	(35)	30	10	10
固有④	25	25	5	5
	465	175	125	125
	385	170	118	118

1 市町村指標の都道府県単位評価 (200億)	100
3 都道府県の取組状況 (150億)	今後
2 医療費適正化のアウトカム評価 (150億)	50

★平成30年度から新たに【保険者努力支援制度】の交付金を差し引いて【保険料率】を決定する⇒国保加入者の保険料に影響

第5章 地域包括ケアシステムに係る取組み

国は、団塊の世代の高齢者が75歳以上となる2025年（平成37年）に向けて、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つのサービスを一体的に提供することにより、支援が必要な高齢者が、いつまでも住み慣れた地域で生活を送ることができる「地域包括ケアシステム」の推進を目指しています。

本市では、介護予防・重度化防止、在宅医療・介護連携の推進、住まいの確保、生活支援体制の整備について、富良野医師会などの医療機関や介護事業所、民生委員・児童委員、町内会、ふまねっとサポーターなどの市民ボランティア、富良野市社会福祉協議会などと連携を図りながら取組みを進めています。

今後、一人暮らし高齢者が増加するとともに、後期高齢者の増加による医療・介護需要の増大が見込まれることから、さらに健康づくりなどに関する意識の向上を図るとともに、社会参加や健康増進・介護予防の活動など、人との関わりを持ちながら、いつまでも生きがいを持って元気に活躍できるよう、地域包括ケアシステムの充実を図ります。

1. 介護予防、重症化予防、自立支援の推進

介護予防の取組みの一つとして、重度の要介護状態の原因となる脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析など生活習慣病の重症化予防を行うため、要介護状態に至った背景を分析し、それらを踏まえKDB・レセプトデータから抽出したハイリスク者に保健指導を実施し、要介護認定率の減少や市民一人ひとりの健康寿命の延伸を図ります。

また、健診未受診者や健診で医療機関への受診が必要である状態であっても受診しなかった結果、生活習慣病が重症化し、脳血管疾患を発症して要介護状態になっている住民が毎年みられることから、まず自分の身体の状態を自分で知るために、特定健診の受診勧奨を継続して実施し、健診受診者に対しては、個々のデータに基づいた個別の生活習慣改善に向けた保健指導を実施していきます。

さらに、KDBシステムやレセプトデータなどを活用した地域の健康状態や要介護認定者の状況などを、介護保険担当者に情報提供し連携をすすめていきます。

2. 在宅医療・介護連携の推進

本市では、これまで「医療（在宅）・介護連携に関するルール」や「入退院医療介護連携パス」を開発し、多職種連携を進めてきました。さらに、平成29年7月には地域包括支援センターが主体となって「在宅医療・介護連携ワーキングチーム会議」を設置し、既存の取組みを充実・推進しながら、退院時の医療と介護における多職種連携の充実を図っています。

また、「在宅医療・介護連携推進会議」では、課題分析の積み重ねにより地域課題を発見し、市の施策に活かされる体制づくりを目指しています。今後もこれらの会議の活性化を図り、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるよう支援体制を構築していきます。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

KDB システム等の情報を活用し、毎年評価を行います。また、3年後の平成32年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画を見直します。

また、本計画の最終年度である平成35年度には、次期計画の策定に向けた消化を行います。

2. 評価方法・体制

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

評価における4つの指標

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

保健指導に係る保健師・管理栄養士などは、KDBシステムの健診・医療・介護のデータを活用し、健診の受診状況や治療の状況などについて、定期的に評価を行います。

また、特定健診の実施後、国への実績報告のデータを用いて、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。

直ちにに取り組むべき課題の重症化予防事業の実施状況は、毎年取りまとめ、必要に応じて国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 評価の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者などに広く周知することが重要であるため、国の指針に基づき、公表します。

具体的には、ホームページや広報を通じた市民への周知や、市内医療機関など関係団体に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨などをまとめた概要版を用いて行います。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令やガイドライン及び富良野市個人情報保護条例を踏まえた対応とします。